

けろき

特定非営利活動法人良陵協議会会報

第31号 令和2年11月



目 次

1	巻頭言	NPO 法人民陵協議会理事長 東北大学病院 病院長 富永 悌二	1
2	東北医科薬科大学病院と地域医療	東北医科薬科大学病院 統括病院長 近藤 丘	2
3	パンデミックの中で	東北大学大学院医学系研究科長・医学部長 八重樫伸生	3
4	新型コロナウイルス感染症拡大に伴う本学医学部の教育の現状	東北医科薬科大学 医学部長 福田 寛	4
5	新型コロナウイルス感染症拡大と卒前医学教育	東北大学大学院医学系研究科医学教育推進センター 教授 加賀谷 豊	6
6	CV カテーテル共通ライセンス化について	東北大学病院総合外科・医療安全推進室 講師 西條 文人	8
7	令和2年度 地域医療充足度調査	NPO 法人民陵協議会 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	20
8	令和2年(2020年)度 研修医と専門修練医の動向	NPO 法人民陵協議会 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	26
9	臨床アップデートセミナー「とうほく GIM カンファレンス」	みちのく総合診療医学センター 坂総合病院救急科 科長 佐々木隆徳	32
10	ATOM: Advanced Trauma Operative Management 東北大学コース	東北大学病院 高度救命救急センター 助教 佐藤 武揚	34
11	腹腔鏡手術セミナー「第17回 みちのく産婦人科ラパロトレーニングセミナー」	東北大学病院 産婦人科 特任助手 久野 貴司	36
12	第22回、第23回臨床研修指導医講習会報告	NPO 法人民陵協議会 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	37
13	合同病院説明会について	NPO 法人民陵協議会 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	46
14	定款・役員名簿・事業計画・収支予算書・総会議事録 会員一覧	事務局	50
15	編集後記	NPO 法人民陵協議会理事 山形市立病院済生館 山形市病院事業管理者 平川 秀紀	71
16	「けやき」表紙写真によせて	石巻市立病院 診療部長 福山 尚治	71

巻頭言 「コロナ禍の2020年度」



NPO 法人良陵協議会 理事長 富永 悌二
東北大学病院 病院長

日本で新型コロナパンデミックの年として永く記憶されるであろう2020年度も半ばが過ぎました。コロナ禍にあつて良陵協議会の諸先生もご活躍のことと拝察致します。医療現場は、これまでにない様々な対応を求められましたが、一番深刻な問題は、やはり財務状況の悪化にあると思います。これは様々な調査・アンケートで明らかですが、今年5月をボトムとする医療機関の収益の悪化は深刻です。大学病院も例にもれず全国医学部長病院長会議による138病院の集計では、今年4月から6月の延新患者減少は前年比28万7千人、同延入院患者数減少は110万1千人、手術は7万5千件減、約10%の医業収入減少でした。医療機関の業務内容とその経営母体によって医業収益悪化の状況、対応は異なると思いますが、政府の2次補正予算による医療機関への支援は、自治体を通じて行われます。アンケートによれば自治体によって対応にかなりばらつきがあるようですが、できるだけ円滑かつ効果的な支援であつて欲しいと思います。

今回のコロナ禍では医療のみならず、社会の様々な面で日本の抱える課題が顕在化しました。中でもIT化の後進性には暗澹たる思いがします。これまで医療・行政におけるIT化の遅れは指摘されてきましたが、義務教育においても日本のIT化は大幅に遅れており、改めて今後は心配になります。今月の東北大学出版会会報で、理学研究科の先生が、停滞する日本の状況を“錆びゆく歯車”に例えています。社会のすべてがひたすら同じようにこれまでの動きを繰り返すだけでは、激動する国際情勢から取り残されるのではないかと。日本もこのコロナ禍を契機に、社会のあらゆる面でこれまでの停滞から浮上してほしいものです。

さて、良陵協議会の諸先生には、大学生および初期・後期研究医教育では日頃大変お世話になっております。東北大学全体もやっとコロナ禍から、これまでの対面教育を基本とする通常教育体制に戻りつつあります。先日4月から半年近くを経過して、遅ればせながら医学系研究科の入学式が執り行われました。東北大学病院・研究科も懸案の帰学率の低下を何とかくい止めようと様々な試みを行っております。最近、この6月の東京の人口が、これまでの人口増にブレーキがかかり、初めて減少に転じて1,400万人を割ったというニュースがありました。このコロナ禍が少しでも東北に残る医師数増加につながらないものか虫のいい期待をしています。引き続き、良陵協議会の諸先生にはご指導ご鞭撻を賜りますようお願い申し上げます。

東北医科薬科大学病院と地域医療

東北医科薬科大学病院 統括病院長 近藤 丘



東北医科薬科大学医学部の新設にあたっては、とくに東日本大震災により大きな痛手を受けた東北地方の地域医療の復興がその理念として求められており、医学部の使命としても地域医療を担う幅広い診療能力を有する人材の育成と地域医療への定着、地域医療を支えるための医師派遣などを掲げています。医学部が卒業生を出すまでにはまだ1年半ほどあり現在は鋭意人材の育成中ということになりますが、教員として医学部に赴任した医師による地域医療の支援は年を追うごとに拡大し、今や宮城県を中心とした東北地方の地域医療に欠かせない存在になっていると言って過言ではないと思われます。東北医科薬科大学医学部は地域医療機関からの支援の要望を受ける窓口として地域医療総合支援センターを設置し、これを一括管理するというユニークな仕組みを整えています。すなわち、地域の医療機関から Web 上で寄せられた要望に対し、センターが対応する診療科などと協議をして医師派遣の可否を決定して地域の医療機関に回答するという仕組みであり、地域の医療機関にとっては個別に診療科や教室と交渉を行う必要がないという利点があります。また、複数の診療科による対応が必要となる場合においても、センターが中心となって調整をはかり、効率よく対応できるというメリットもあります。一方、大学としては地域医療への支援状況をほぼリアルタイムに把握することができるとともに、一時期問題となった大学の教室と地域医療機関との不透明な関係なども生じにくい透明性を担保できるものとして有意義な仕組みを構築できたと言えます。

このような取り組みにより、医師派遣要請件数は平成28年度の年間100件ほどから令和元年度には250件を超えるようになり、これに対して医学部の教員数(医師数)がまだ十分な数に至っていないこともあって完全に応じることはできていませんが、その97%程度について対応ができているという現状です。これにともなって平成28年度は176人に過ぎなかった年間派遣医師延人数が令和元年度には556人に、派遣施設数も62から145にまで増えています。今後、教員のみならず専攻医などの増加によって、より幅広く地域医療への医師派遣を行えるようになるとともに、1年半後以降は卒業生を輩出して地域に定着する医師を増やし、目に見える地域医療への貢献というものを一日でも早く実現できるように力を尽くしていきたいと考えています。

パンデミックの中で



東北大学大学院医学系研究科長・医学部長 **八重樫 伸 生**

新型コロナウイルス対策や感染者の診療で多忙な日々を送られていることと推察いたします。心より感謝申し上げます。

東京オリンピックが一年延期となり、学会や研究会の多くも中止や延期あるいはWEB開催に切り替わりました。8月現在、学内外の会議もほとんどがオンラインで行われ宮城県内に留まる生活です。全国から集まるような会議はWEBでできないかという議論が以前からありましたが、設備や経費の面で折り合いがつかず進みませんでした。それが今回の緊急事態を機に一気に切り替わりました。慣れてみるとアクセスが簡単で、お互いの声も良く聞こえ表情もわかりますので、WEB会議によるストレスはほとんど感じられません。移動の時間と労力が省け経費も抑えられ、新しい仕事のスタイルとして私自身は気に入っている面もあります。

卒業式も入学式も中止となり、夏休み前まで学生がキャンパスに立ち入ることを禁止しました。新入生は十数人がグループとなりメンター教員とともにWEB上で交流していますが、実際には同級生とまだ直接会ったことがありません。講義自体はWEBで行われており、出席率も高く、質問をその場で受けてその場で答えることができますので、一見支障ないように思われます。しかし、講義室で対面で授業を受け、わからない点を講師に質問し、終われば友人と雑談する、ということはありません。アンケート調査からは、高校までの授業形態との大きな違いや人と直接会えない孤独感などにより新入生の中に精神的ストレスを抱えているものが少なくないことがうかがえます。

医学生の臨床実習は講義のようにはいきません。患者さんと実際に接する臨床実習は医師になるための必修課程です。医学部も高学年になってから臨床現場に出る実習を学生たちも楽しみにしているはずで、良陵協議会加盟病院でも多くの学生実習を受け入れていただいておりますが、今年はそれが大きく制限されています。都内ではいまだに病院内での実習が許可されず、その代わりにオンラインで症例検討などを行いながら実習の代用としているという話も聞きます。将来の研修病院に見学や採用試験を受けに行くのも制限され、マッチングのための採用試験をどうするか、良陵協議会の病院にとっても頭の痛い問題ではないでしょうか。

ポストコロナ社会あるいはニューノーマルという言葉が最近頻繁に聞かれるようになりました。WEB上で滞りなくいろいろなことを進めるようにできると言っている人もいますが、ヒトとヒトとのつながりが希薄になっていることはさみしくもあり、将来の人間関係の形成がどうなるのか、そんな中で育成される医師は大丈夫だろうかと危惧しております。

新型コロナウイルス感染症拡大に伴う本学医学部の教育の現状

東北医科薬科大学 医学部長 福田 寛



本学医学部は開設5年目を迎えております。今年はなんとと言っても新型コロナウイルス感染症に振り回されています。卒業式の規模縮小・学内実施。入学式の中止など、大きな行事はほとんど中止しました。また、講義や実習の実施にも支障が生じており、さまざまな対応を試みています。以下に、それぞれの教育科目についての対応の概要を示します。

1. 臨床実習等

4月14日から5年生の臨床実習を中断しました。中断期間中は遠隔による自宅での臨床実習ビデオの閲覧を学生に課しました。5月11日からは各臨床科においてオンラインによる臨床実習演習を開始しました。患者さんを目の前にしない演習であるため、多くの制約がありましたが、各科それぞれ工夫しながらなんとかプログラムを終えることができました。6月19日の都道府県を越えた移動の禁止が解除されたことを受けて、6月23日から臨床実習を再開して現在に至っています。

2年次前期に行う解剖学実習は、体制が整わず後期の最初に移しました。その分、後期の授業を前期に前倒したため、試験科目数が大幅に増えるなど、2年生への負担は大きく申し訳なかったと思っています。

2. 講義

前期授業は、すべて遠隔で行いました。いくつかトラブルはありましたが、全体としてはスムーズに終わることができました。当初は、試験も遠隔で自宅から大学のサーバ上の問題にアクセスする方式としました。問題形式をCBT方式としたため、問題を作成した教員の負荷は相当大きかったと思います。なお、6月末からは、対面の試験としましたが、答案用紙への記入ではなく、サーバ上の問題にアクセスする方式を継続しました。アンケート等による学生の反応は様々ですが、対面よりも集中して勉強ができたとする学生が少なからずいました。また、質問は遠隔システムのチャット機能を用いて行いますが、対面での質問よりも気楽にできるためか、科目によっては対面授業よりも質問が多かったと報告する教員もいました。

3. 体験学習

2年次前期、後期、3年次前期に行っていた地域医療ネットワーク病院での一泊二日の体験学習もすべて中止いたしました。ネットワーク病院は東北6県の19病院で、すべて長陵協議会加盟病院です。来年度以降も引き続きお世話になりますので、よろしくお願ひ申し上げます。

このように、講義・実習への影響は甚大であったと思います。現時点では、コロナ感染症の終息が見えず、後期も講義は原則遠隔で実施、実習・試験は対面という基本方針で臨みます。

学生となかなか会えず、学生が居てこそ大学であることを改めて痛感しております。一日も早く、通常の状態にもどれることを希求しています。

新型コロナウイルス感染症拡大と卒前医学教育



東北大学大学院医学系研究科医学教育推進センター 教授 加賀谷 豊

新型コロナウイルス感染症が拡大するなかで、本学医学科が教育に関してどのように対応しているかについては既に良陵新聞で紹介しているため、一部の内容が重複することを御容赦いただきたい。本稿ではその後の対応も含めてお伝えすることとする。

本年3月より、八重樫医学部長を議長とする新型コロナウイルス感染症対策本部会議が立ち上げられ、その中で石井直人医学科長を中心にどのように卒前の医学教育活動を行うかが議論された。その結果、医学科では感染の拡大を踏まえ、4月初から実習を含む全ての授業が一時的に延期された。1年生に関しては、入学式と入学記念祝賀会が中止され、入学時のオリエンテーションも延期され、オンラインで実施さざるを得なかった。川内キャンパスで実施予定だった全学教育も全てオンラインとなったため、1年生に対するきめ細かな支援が必要と判断され、8名の教員がそれぞれ14～15名の学生のアドバイザーとなって主としてオンラインで懇談会を複数回実施している。

医学科専門教育に関しては、4月20日から実習以外の全ての授業を Google Classroom と Google Meet を用いてオンラインで開始した。オンライン授業は多くの教員にとって初めてであったため、情報科学博士の資格を持つ医学教育推進センターの岩崎講師が教員向け事前説明会を複数回行い、学生にも事前体験学習を実施した。一方、5、6年生の臨床実習に関しては、Google Meet と Google Classroom に加えて Zoom も活用して、5月11日からオンラインで再開した。しかしオンライン実習のみでは十分な教育効果が得られないと判断し、6月1日から感染防止対策を充分とり、大学病院での実習を再開した。また、医学科2年生の肉眼解剖実習に関しても、一度に解剖室で実習する学生数を半分することにより感染防止対策を充分に行えると判断し、6月8日から開始された。6月1日の時点で本学行動指針はレベル2で、授業は全てオンラインで行うことが原則だったが、八重樫医学部長が医学教育における実習の重要性を大学本部に説明し、これらの実習の再開にこぎ着けることができた。一方、筆記試験の実施に当たっては感染防止対策が充分に取れないことが懸念され、長く懸案事項となっていた。これに関しては八重樫医学部長の発案により、石井直人医学科長と事務部門が奔走して星陵体育館で実施する準備を整えた。星陵体育館に床を保護するためのマットを敷き詰め、机を十分な距離を保って配置し、6月8日の医学科4年生を対象とする循環器ブロック試

験を皮切りに、既に多くの学士試験が実施されている。

学生の課外活動に関しては、大学本部のガイドラインを参考に医学部のサークル活動に関するガイドラインを作成し、段階的に活動範囲を上げていくことになっている。ステップ1から4が定められているが、8月24日からそれまでのステップ1から2となり、屋外の活動に関しては少人数によるパス練習などが可能となり、屋内の活動に関しては、ようやく個人練習が可能となった。一方、高学年の学生にとって極めて重要な将来のマッチングに備えた病院見学、さらには採用試験に関しては、医学科として学生に部分的な移動制限を課しているために、学生は大変なストレスを抱えている。現在、医学科では学生に感染者が出た場合は、臨床実習全体を中断もしくは中止することになっている。卒前医学教育の中核をなすとも言える臨床実習の継続と学生の課外活動や病院見学・採用試験のための移動とのバランスをどのようにしていくのか、大学が難しい選択を迫られている。

(追記) 10月7日現在、対面式の授業が人数を制限して一部再開されている。また、学生の移動や対外試合を含む部活動の制限も緩和されている。

CV カテーテル共通ライセンス化について



東北大学病院総合外科・医療安全推進室 講師 **西 條 文 人**

皆様、はじめまして、東北大学病院総合外科／医療安全推進室の西條文人と申します。この度、はじめて投稿させていただく機会を頂戴し感謝申し上げます。

現在、2020年9月でまだまだCOVID-19が落ち着かない状況ですが、良陵協議会では、CV（中心静脈）カテーテル共通ライセンス化事業を計画しております。CVは医師であれば誰でも穿刺挿入ができますが、CVには気胸や動脈損傷などによる致命的合併症もあり危険な手技です。2015年10月に日本医療安全調査機構は医療事故調査制度を施行し、収集した事例を踏まえ、医療事故の再発防止に向けた提言を発信しております。その第1号が中心静脈穿刺合併症に係る死亡の分析です。この背景としては、日本のどこかで1か月に1例程度、CV事故での死亡例が存在するという衝撃的な事実に基づいています。

主な日本でのCV安全活動の変遷を表に示しました。

表1 日本でのCVの安全に係る活動

年	日本でのCVの安全に係る活動
2003	東京医科大学 CV 事故（後に特定機能病院取り消し）
2004	中心静脈カテーテル挿入・管理に関する指針（日本医療機能評価機構）
2007	中心静脈カテーテル挿入・管理に関する指針（改定第2版日本医療機能評価機構）
2008	医療安全全国共同目標 行動目標3b 危険手技の安全な実施 中心静脈カテーテル穿刺挿入手技に関する安全指針の遵守
2009	日本医療機能評価機構 認定病院患者安全推進協議会 CVC セミナー
2010	日本医学シミュレーション学会 CVC 委員会
2011	末梢挿入型中心静脈カテーテルに償還価格
2017	中心静脈穿刺合併症に係る死亡の分析（日本医療安全調査機構）
2017	安全な中心静脈カテーテル留置・管理のためのプラクティカルガイド2017（日本麻酔科学会）
2020	中心静脈カテーテル挿入・管理に関する指針（改定第3版日本医療機能評価機構）

表1のような体制の進歩の間には、エコーガイド下穿刺、PICCの普及などが大きく安全に寄与しております。今年、日本医療機能評価機構はCV安全管理に関して指針を発表しており、CVをより安全に管理するために、各病院は組織的取り組みが必要で、組織的取り組みとは、CVCの安全に係る組織を作り、ライセンス制度の確立や安全管理状況をモニタリングし遵守事項を実行されなければならないと記載されています。

具体的には、各病院でCV委員会などを立ち上げ、CVマニュアルの作成整備、統一した教育を行い、いつ、だれが、どのようにCVを挿入しているか、全例把握する必要があります。その上で挿入時の合併症率をはじめ、挿入後の感染、事故抜去、静脈炎、カテーテル閉塞など様々なトラブルを把握し、フィードバックし、さらに対策を講ずる必要があります。ライセンス制度は、各医師のテクニカルスキルを高める効果がありますが、CVを「どんな教育を受けた、だれが」挿入しているか、ということをも病院が把握できる効果もあります。

しかし、仙台および東北地域で、CVライセンス制度をしっかりと導入している病院はわずかであり、2020年9月時点で多くはありません。またCVの教育は、統一されているものではなく、各科、各先輩医師の手技の教育に任されている、あるいは個人で各学会もしくは日本医療機能評価機構CVC研究会、企業開催セミナーなどを受講し自己研鑽しているのが現状です。それは、上記のようなCV安全管理を各施設で行うには、マンパワー不足や、物品、環境を整えることが困難であるからと予想されます。CV安全管理をしても、加算をとれるわけでもなく、病院としては優先順位を上位に位置づけることはできないことも現実です。しかし、2020年にCVCの提言が発行されたことを受け、病院機能評価ではCVCライセンス制度について問われる可能性もあります。

そこで、良陵協議会は、この制度にご賛同いただける加盟病院に、必要な教育と管理方法をセットにしたライセンス制度を提供したいと企画しました。

この原稿を書いている段階ではCOVID-19の影響で、トライアルで東北大学病院の研修医に対し2回セミナーを行い、正規のセミナーを1回も開催できておりません。現段階で協議会に提出している制度案を示します。

良陵協議会CVCプロバイダー、インストラクター規定(案2)

良陵CVCプロバイダー(案): CVC穿刺挿入および管理を安全に施行できる

- 1A)受講資格者: 医師、(診療看護師、特定行為看護師は未定)
1B)取得必須内容: 良陵CVCプロバイダーコース受講終了

良陵CVCインストラクター(案): プロバイダーを指導できる

- 2A)受講資格: 良陵CVCプロバイダーコース受講終了の医師
もしくは
医師満4年以上かつCVC30例以上臨床経験
2B)取得必須内容: 以下1もしくは2
1. 良陵CVCプロバイダーコース受講終了
+インストラクターコース受講終了
+良陵CVCプロバイダーコースタスク2回(1回はイグザミネー)
2. 日本医学シミュレーション学会CVC指導医
もしくは日本医療機能評価機構CVC研修会終了者
+良陵CVCプロバイダーコースタスク2回(1回はイグザミネー)

次に CVC セミナーにおけるプロバイダーコースとインストラクターコースの内容をお示しします。

プロバイダー	インストラクター
CVC解剖(Web)	CVC解剖(Web)
CVCに伴うリスク(Web)	CVCに伴うリスク(Web)
リアルタイムエコーガイド下穿刺(一部Web)	病院管理体制(Web)
PICCの手技と合併症(Web)	リアルタイムエコーガイド下穿刺(一部Web)
カテーテル管理(Web)	PICCの手技と合併症(Web)
カテーテル操作(Web)	プレテスト(Web)
ポートについて(Web)	
プレテスト(Web)	
実施テスト	

各講義は概ね10分から20分程度です。

制度の流れとしては、つぎのようになります。

- ①上記の良陵協議会 CVC ライセンス制度に賛同いただける施設に所属する医師が、協議会の CVC コースを受講していただきます。受講し、実施テストに合格するとプロバイダー受講終了証書をお渡しします。
- ②資格をもつ医師と施設に、CVC ガイドライン、CVC 記録カード、同意書、各病院用 CVC ライセンス誓約書、ライセンスシールのひな型などを提供します。各医師に対するライセンスはあくまでも各病院の責任のもとに発行していただきます。良陵協議会では標準化した講習会は提供できませんが、ライセンスに伴う責任を負うことができないためです。
- ③各病院でライセンス制度を確立していただき、各病院の CVC 安全管理に役立たせていただきたいと思います。良陵協議会 CVC 検討会が推奨する具体的認定医制度を参考にいただければ幸いです。医師が病院を異動することになっても、良陵協議会の講習会を受講した証明書と、異動元病院でのライセンスや履歴を示すことによって、異動先病院のライセンス制度にもスムーズに移行できることとなります。

長陵協議会が推奨する各病院のCVC認定医、指導医規定(案2)

CVC認定医基準(案) 指導医指示の下、安全および感染対策を最大限配慮した穿刺挿入を心がける。可能な限り2人で穿刺挿入する。鎖骨下穿刺は致命的な機械的合併症を考慮した上で選択する。

1A)取得資格者:医師、(診療看護師、特定行為看護師は未定)

1B)取得必須内容:長陵CVCプロバイダーコース+CVC/PICC合計3回以上見学, もしくは助手

CVC指導医基準(案) 患者安全第一に、認定医の指導、教育、病院内のCVC安全活動に励む

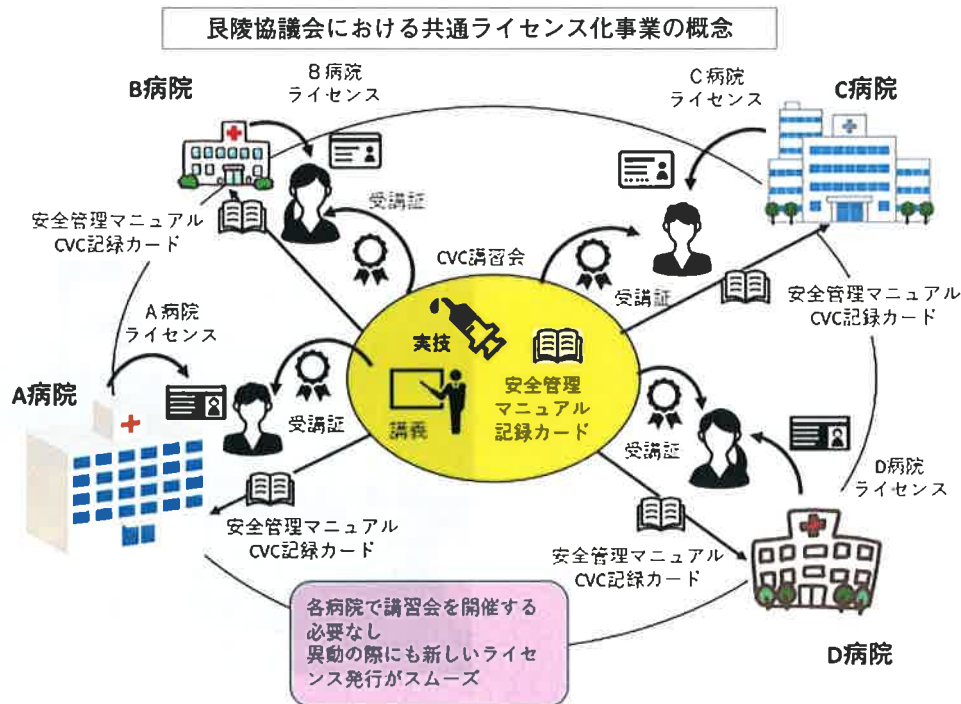
2A)取得資格者:臨床経験4年以上の医師.

2B)取得必須内容:1-4のいずれかが満たす

1. 長陵CVCインストラクター
2. 日本医学シミュレーションCVC指導医
3. 日本医療機能評価機構CVC研修会受講
4. CVC実技試験を含む学会専門医取得
5. 医師満4年以上かつCVC経験30症例以上(長陵CVCセミナー(インストラクターコースWebのみ)受講が望ましい)

各病院でCVC認定規定準拠(CVC申請書, 誓約書)

各病院がCVC認定医、指導医証明書を発行



良陵協議会でライセンスに関する講習会や、運用マニュアルなどを共通化することで、標準化した教育のもと医師のCVテクニカルおよびノンテクニカルスキルを高め、各病院での管理負担の軽減につながり、そして最終的に患者安全に貢献できると考えております。また、各医師も良陵協議会加盟病院内ではライセンスの基盤となるレベルが共通していれば各病院で新たなライセンスを発行するときにも知識・技術認定が省略できるメリットがあると考えております。さらにご賛同いただいた加盟病院全体の合併症率などから各病院のデータを比較することでQuality Indicatorの指標となり、さらなるCVC安全活動のカイゼンが促されていくと考えております。

是非、加盟病院の皆様にも、この制度にご賛同いただければ幸いです。

COVID-19の感染拡大防止の観点より、できるだけwebで行うことを検討中です。

また、いままでお示しした内容は、実際、各病院の事情により変化することと思います。繰り返しになりますが、この制度は良陵協議会がライセンスによる安全性を担保するものではなく、ライセンスの発行と責任は各病院にあります。しかし、標準化された講習会で認定医あるいは指導医のレベルに達した医師が、日々の臨床での医療安全を推進するために各病院でお役立ていただく制度ですので、ご理解をお願いいたします。

今回のCVライセンス制度共通という試みは、いままで報告がなく、新しい事業です。細かい点は、今後変更点が出てくる可能性もあるかと思えます。よりいい制度にしていきたいと考えておりますのでなんなりとご意見をいただければ幸いです。東北という地域性、また良陵協議会のようなしつかりした歴史ある組織がなければ成り立ちませんし、これが本当に患者安全に貢献できれば、日本、世界に発信できる大きなチャンスと考えております。

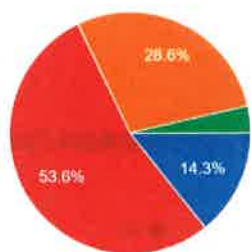
是非、皆様のご理解、ご協力を賜ればと思います。



長陵協議会 CVC アンケート結果より

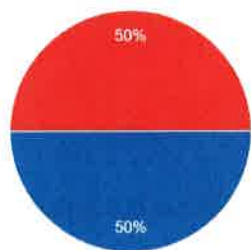
CVC アンケートを9月より行っておりました。後で、アンケートをお送りいただき、この結果に判定されていないご施設もあるかもしれませんが、11月6日現在で報告いたします。

ご回答いただいている方のご役職を教えてください
28件の回答



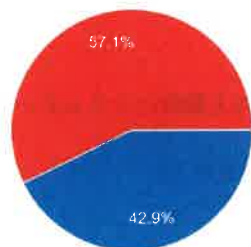
- 病院長
- 医療安全管理者もしくは医療安全推進に係る役職
- 臨床研修責任者もしくは臨床研修に係る役職
- 臨床研修指導医

1. CVCのマニュアルあるいはガイドラインがありますか？
28件の回答



- はい
- いいえ

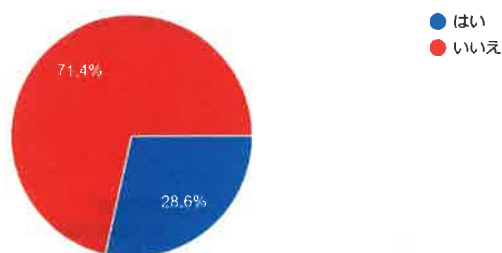
2. CVC全数把握をしていますか？
28件の回答



- はい
- いいえ

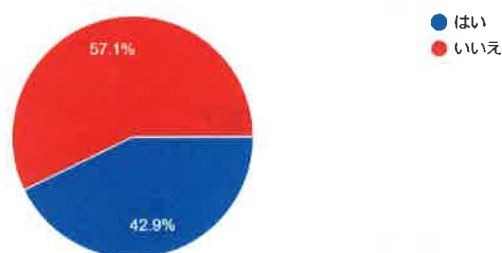
3. CVC合併症率を把握をしていますか？

28件の回答



4. CVCに関するインシデントやアクシデントを検討する会(CVC委員会など)はありますか？

28件の回答

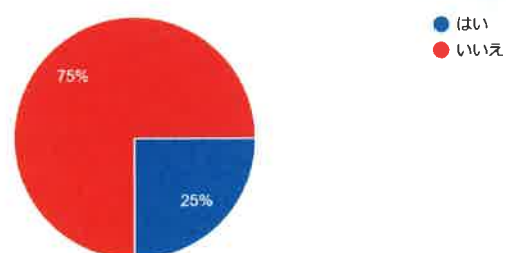


いいえの理由

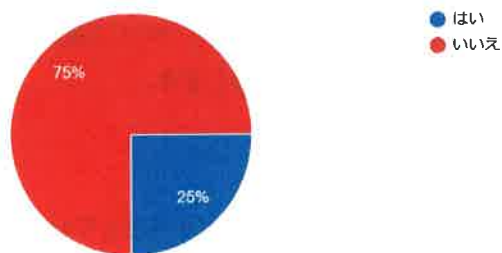
- CVCのインシデント・アクシデントに特化した委員会ではなく院内のインシデント・アクシデント全てを検討している(同様の回答9件)。
- CVCに関するインシデント報告は医師から上がってきません。また、看護部からは、患者による自己抜去報告が年間1～2事例挙がってくることがあります。CVC委員会を立ち上げる話も、医師からはこれまで問題視されませんでした。
- インシデント報告の入力なし。
- 以前は委員会活動を行っていた。現在は臨床研修医の入職時にシミュレーター研修を行っている。

5. CVCに関する定期的(2回/年以上)セミナーはありますか？

28件の回答



6. 貴施設のCVCライセンス制度ありますか？
28件の回答



小括1

28病院のご協力いただき、ありがとうございました。安全管理に従事されている方が半数回答いただきました。

ガイドラインもしくはマニュアルを作成されている病院は50%で、CVC全数把握は57.1%、合併症率の把握は28.6%、CVC委員会などの設置は42.9%、セミナーの開催25%、ライセンス制度25%という結果で、CVC安全管理を行う病院は多いとは言えない結果でした。

長陵行議会 CVC ライセンス共通化について

7. CVCライセンスの必要性について
28件の回答



8. CVCライセンス共通化に
28件の回答



9. この CVC ライセンス共通化するには良陵協議会加盟病院の皆様でライセンス制度を導入していただく必要があります。あくまで安全を担保していただくのは病院ですが、良陵協議会ではできる限りのサポートをしたいとかがえております。この制度についてご意見あれば記入お願いします。ご質問に対して、現在考えている返答を含め報告いたします。

(ア) 院内でコンセンサスを得られるのが難しい。

返答:良陵協議会として安全が担保できる制度であることを実感していただき、コンセンサスを得られる一助となりますように活動していきたいと考えております。しかし、加盟病院が足並みをそろえないと不可能でありますので、ご協力いただけましたら幸いです。

(イ) 他大学の医局派遣の医師についてどのように対応するのか？

返答:他大学出身でも認定医、指導医などの基準は各施設で最終的にきめていただいて結構です。もし、共通ライセンス制度をご利用いただくとすれば、良陵 CVC 制度にのっとなって、取得していただければ利用可能です。しかし、良陵協議会加盟病院以外では利用できません。

(ウ) しっかりとした知識と技術を一定のレベルで担保することは重要と考えます。医療安全管理者としては大いに期待します。

返答:ありがとうございます。

(エ) 受講証と共通ライセンスの違いは何でしょうか。受講証に対して、その病院がライセンスを発行するのであれば、プリビレッジと同じです。「共通」とは何について、どの範囲で共通なのか理解できません。

返答:良陵 CVC としては、プロバイダーとインストラクターを養成いたします。認定医、指導医は各病院で認定していただき、その認定基準を「共通化」したいと考えております。ご指摘の通り、プリビレッジと同じになりますが、教育と管理を共通化制度と考えております。

(オ) ライセンスが共通化されているのであれば、移動先の施設で新しいライセンスを発行する必要はない。その施設でプリビレッジを与えればよい。

返答:ご指摘のとおりです。この制度を検討しはじめた当初はライセンスを発行しそれを共通化することを検討しておりましたが、各病院内の安全を良陵協議会で担保できないことより、良陵 CVC はあくまで、プロバイダー、インストラクターを養成するにとどめたいと考えております。

(カ) 指導医ライセンス保持者が複数名いる施設で、必要条件を満たした認定医研修会を開催できれば、その施設で受講証を発行し、プリビレッジを与える。それを他の病院でも有効とする。(教材は共通のものを使用することで、質を担保)

返答：ご指摘の通りです。そのインストラクター養成も考えております。各病院でもインストラクターがいれば開催可能にしていくことも検討しております。

(キ) CVC 記録カードを誰が管理するのでしょうか。(記録の責任を持つ主体)

返答：診療情報になりますので、各病院が管理していただければと存じます。できれば共通のカードにいただければ、比較もしやすくなると考えております。各病院での合併症率と他施設との比較ができるシステムが必要と考えております。

(ク) 医師が20名程度しかいない中病院では、専攻医レベルの先生に1人で独立してCVC挿入をお願いせざるを得ない。安全レベルは不十分かもしれないが、共通にするのは無理がある。

返答：ライセンスは各病院で利用の是非をきめて結構です。その上で、良陵CVCを利用していただければ幸いです。20名しかいないとはいえ、安全な医療を担保することは大事なことと思えます。各病院でのご負担をなるべく少なくした制度を検討しておりますので、その上でご検討いただけますと幸いです。

(ケ) CVライセンス共通化した場合、もっていない人はどうしますか？地域医療では人数の問題もあり、困難だと思います。

返答：CVライセンスを持っていないと穿刺挿入不可なのかどうかについては、また、CVライセンスを持っていない人が穿刺挿入し、事故を起こした場合の対応は、各病院で決めていただけて結構です。あるいは、ライセンス制度は使わないまでも、セミナーは受講していただくなど活用いただいても結構です。

(コ) まず数施設で実行し、その後範囲を広げる。

返答：ご指摘の通りかもしれませんが、良陵CVCの意気込みとしては、加盟病院の患者安全を第一に考えたく、制度を構築してきましたので、ご利用いただければ幸いです。

(サ) 以前、研修医によるCV留置の際に気胸が発生した事例があり、インシデントレポートの提出を依頼しましたが上席医から提出の必要はないと話されたことがあります。CV留置にまつわるリスクの高さを考えるとライセンスの共通化は医師の意識も高められリスク感性も高まると思えます。しかしながら、私は看護師の立場ですので医師の考えはまた違うのかもしれない。

返答：ご指摘の通りだとも思います。医師と看護師の間での共通概念が必要と考えられます。合併症の講義もありますので、ご活用いただければ幸いです。

(シ) 院内のコンセンサスを得る必要があるが、方向性として重要なことと思います。

返答：ありがとうございます。院内でコンセンサスを得られるために必要なことをご教示いただけますと幸いです。

10. 可能な限り Web セミナーを検討しております。セミナー内容に追加してほしい項目などありますでしょうか？

(ス) 異常の検出、合併症の診断、トラブルシューティング。

返答：合併症の講義は準備しております。異常の検出とトラブルシューティングは今後検討したいと思います。

(セ) 各社の製品ごとに特有の合併症、それを踏まえた挿入上、使用上の注意点なども教えてほしい。以前、どこかの大学病院の Dr がそのような情報をインターネット上にあげているのを見たことがある。

返答：ご指摘の通り、各社の製品で、「もの」に係る合併症があります。各々の特有というよりは、「もの」に対する起こりうる合併症から扱い方の知識が必要かと思います。たとえば、内頸静脈穿刺には長い針は不要ですが、長い針しか入っていないキットでは注意が必要などです。すでに講義内容に組み込んでおります。

(ソ) CVC 挿入に関する患者への説明について。

返答：IC に関しては、細かい内容は触れておりません。ただし、IC の重要性は講義内容に含まれております。共通化していただけるのであれば、IC 用紙のひな型をご提供させていただきますのでご活用ください。

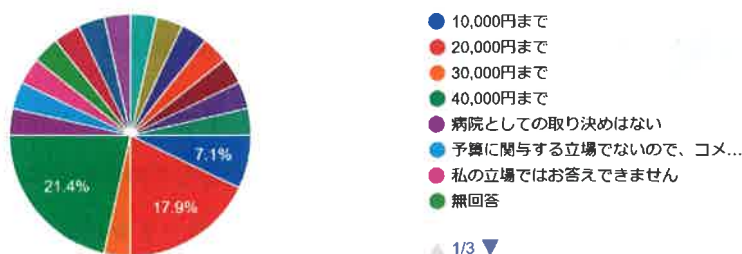
(タ) 抜去時の体位 (仰臥位)。抜去時の合併症 (空気塞栓) についても触れてください。

返答：もちろん、重要なことですので、講義内容に組み込ませていただきます。

(チ) CV 穿刺時の事故事例について

返答：合併症に事故について触れておりますが、事故事例をまとめた講義も検討したいと思います。

11.
このセミナーに病院として医師1人に対し費用をご負担い...研修会は1人40000円です(PSP非会員病院))
28件の回答



小括2

良陵 CVC ライセンス共通制度について、多くのご意見をいただき、ありがとうございました。ライセンスの必要性について85.7%、ライセンス共通化には78.6%の病院でご賛同いただきました。50%の病院より有料セミナーを許容いただいた結果でした。(40000円21.4%、30000円3.6%、20000円17.6%、10000円7.1%)

まとめ

アンケート結果をうけ、より現実的な視点より、CVC ライセンス共通化事業を見直しながら推し進めていきたいと思えます。

ご提示いたしました制度案をたたき台にして、この度頂戴したご質問、ご意見の内容を参考に制度を構築していきたいと思えます。

良陵 CVC としては一定の水準を担保するセミナーを提供させていただきますので、是非、ご活用いただき、ご賛同いただきましたら、良陵 CVC ライセンス共通制度を利用いただければ幸いです。また、スタートしたばかりの事業ですので、不十分な点や変更点がでてくると思えます。ご意見を賜り、現場のニーズ(患者、医師、看護師、コメディカルなど)に沿った形に変化させたいと思っております。よろしくお願いいたします。

東北大学病院総合外科・医療安全推進室 西條文人

令和2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2年(2020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120病院のうち69病院(57.5%)から回答がありました。

1. 病床数の合計(未回答病院のHPからの集計を含む) 矢印は前年度からの動向

① 一般病床	33497床↓(地域包括ケア病棟を含む)
② 療養病床	1634床↑
③ 結核病床	124床→
④ 感染症病床	96床↑
⑤ 精神病床	1604床↑
⑥ 合計	36955床↓

2. 指定等の状況(HPからの情報含む)

(ア) 臨床研修指定病院(単独・管理型)	55病院→
(イ) 臨床研修指定病院(協力型)	63病院↓
(ウ) 救急告示病院	60病院↓

3. Q1. 貴院の初期研修指導医の充足度を教えてください。(有効回答のみ)

① 卒後7年目以降の全医師数	3,492(昨年度は3,185)
② うち初期臨床研修指導医資格を有する医師数	2,335(①の66.8%)(昨年度は65.0%)
③ 卒後3-6年目の医師数	980(昨年度は714)

図1 病院ごとの臨床研修指導医の比率

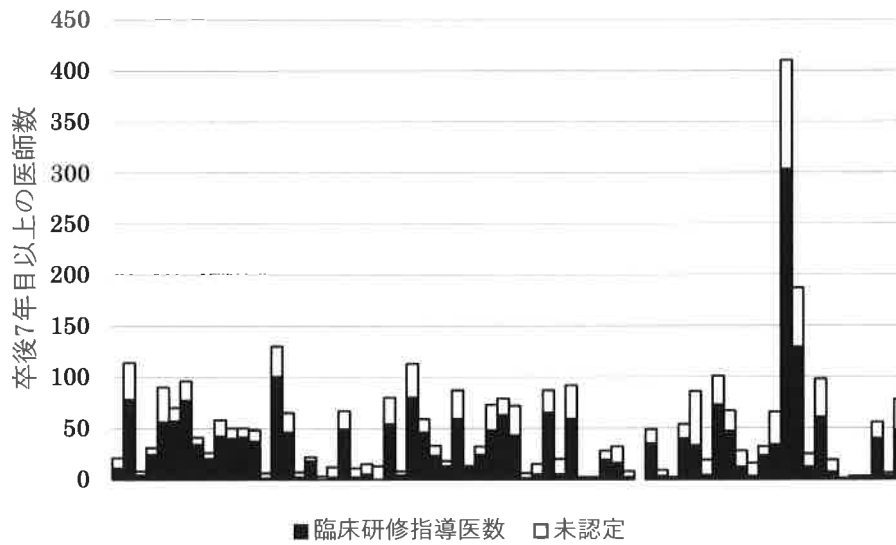
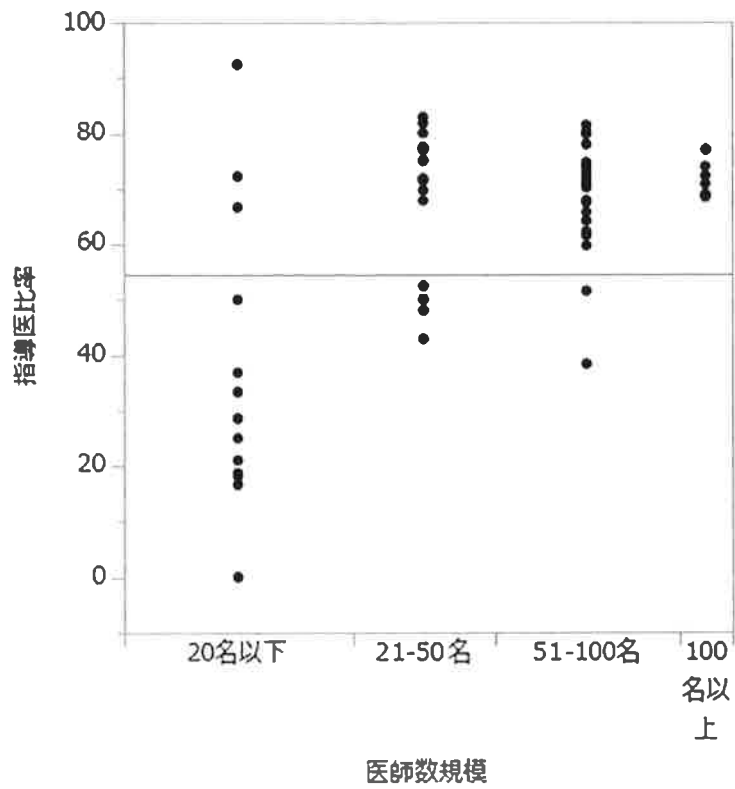


図2 医師数ごとの病院規模と指導医の比率



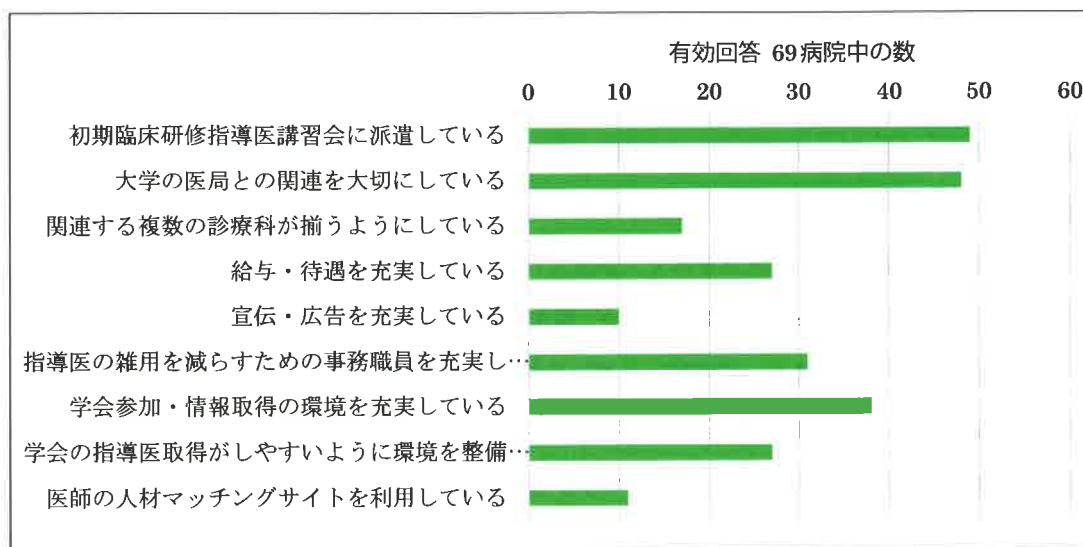
4. Q2. 貴院の専門研修に関する指導医の充足度を教えて下さい。

	新専門医制度の科目	在籍医師数	学会などの指導医 資格保有数	在籍医師数に対する 学会指導医比率 (%)
1	内科	1,408	659	46.8
2	皮膚科	73	27	37.0
3	外科	633	279	44.1
4	産婦人科	209	76	36.4
5	耳鼻咽喉科	112	42	37.5
6	脳神経外科	119	60	50.4
7	麻酔科	193	93	48.2
8	小児科	234	87	37.2
9	精神科	75	35	46.7
10	整形外科	254	91	35.8
11	眼科	86	24	27.9
12	泌尿器科	131	67	51.1
13	放射線科	135	65	48.1
14	救急科	127	52	40.9
15	リハビリテーション	52	24	46.2
16	形成外科	59	24	40.7
17	病理	46	36	78.3
18	臨床検査	16	5	31.3
19	総合診療科	77	37	48.1

5. Q3. 指導医の充足のために取り組まれていることを教えて下さい。

a	初期臨床研修指導医講習会に派遣している	49
b	大学の医局との関連を大切にしている	48
c	関連する複数の診療科が揃うようにしている	17
d	給与・待遇を充実している	27
e	宣伝・広告を充実している	10
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	31
g	学会参加・情報取得の環境を充実している	38
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	27
i	医師の人材マッチングサイトを利用している	11

図3 指導医充足のための取り組み



その他の取り組み：

- JCEP の認定を継続して受け臨床研修医への指導の質の向上に努める。
 - ◇秋田県臨床研修協議会及び秋田県医師会の指導医講習会へ、当院指導医をタスクフォースとして派遣している。
 - ◇JAMEP の基本的臨床能力評価試験の結果を基に、当院の研修プログラムの指導内容を確認し、指導医へフィードバックしている。
- 学会旅費・参加費・学会年会費の各医師分の予算がある。
 - ◇専門研修指導医の更新用の加算予算がある。
 - ◇専門研修指導医新規取得のための予算がある。
- 臨床研修指導医講習会を開催している（年1回程度）
- 学医局と連携し、お力添えを頂きたいが、新規で連携（派遣）して頂ける話が無いのが現状です。
- 関連する複数の診療科について、以前は揃っていたが、関連医局からの医師派遣がなくなってしまい、現在は揃っていない。

6. 考察

ご回答いただいた施設の集計で、36955床（一般病床33497床）という規模で、北海道から東北、関東にいたる加盟病院における医師不足の現況解析が可能となりました。昨年度と比較すると、一般病床が減少し、療養病床、精神病床、感染病床が増加しています。医療体制も高齢化社会、病院の役割分担などに応じて変化していることがうかがわれます。

今年度も、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3492名（昨年度より307名増加）のうち、初期臨床指導医資格を持っているのは2,335名（66.8%）（昨年度は65.0%）でした。指導医の数、比率ともに増加しているようです。図1は医師数と指導医の比率を表しています。人数の多い組織では60%以上の指導医比率ですが、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ます。また、医師数の少ない施設では指導医比率のばらつきが多く、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。

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、定員も最大48名と決められています。取得を希望される方は、ぜひ良陵協議会の指導医講習会を受講してください。

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2年度 研修医・専門医の動向調査を参照ください）。そこでは、専門研修を指導することができる学会認定の指導医が必要になります。専門医制度の19領域における学会認定の指導医は領域によって大きく異なり、27.9%から78.3%とばらついています。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

人材供給元となっています。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。

長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』『楽しく教育するにはどうしたらよいか』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、バズセッション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2年(2020年)度 研修医と専門修練医の動向

NPO 法人民陵協議会 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2(2020)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。

①現在の在籍状況

アンケートを送付した120病院中、70病院(回答率58%)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定数891名に対して693名(2019年度は、他院の研修医を関連病院として受入れているものはのべ337名でした。専攻医として在籍しているのは538名(2018年度357名、2017年度211名)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23名(2019年度76名、2018年度127名)でした。専攻医が順調に増加していることがうかがわれます。

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

施設名	プログラム名と在籍者数
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 1名 青森県立中央病院 / 総合診療専門研修プログラム 2名 青森県立中央病院 / 産婦人科専門研修プログラム 0名 青森県立中央病院 / 麻酔科専門研修プログラム 0名
健生病院	青森民医連 / 総合診療専門医後期研修プログラム 1名 医療福祉生協連家庭医療学開発センター (CFMD)レジデント5名
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 1名
八戸市立市民病院	八戸市立市民病院 / 内科専門研修プログラム 1名 八戸市立市民病院 / 外科専門研修プログラム 2名 八戸劇的救命 / 救急科研修プログラム 5名 八戸市立市民病院八戸地域 / 整形外科専門研修プログラム 0名 ハロー！総診(青森県東部総合診療プログラム) 0名
秋田厚生医療センター	秋田県 / 総合診療医養成プログラム 3名 秋田厚生医療センター / 内科専門研修プログラム 3名 秋田厚生医療センター / 整形外科専門研修プログラム 9名

施設名	プログラム名と在籍者数
秋田赤十字病院	秋田赤十字病院 / 内科専門研修プログラム 3名
中通総合病院	中通総合病院 / 内科専門研修プログラム 3名 中通総合病院 / 総合診療専門研修プログラム 0名
平鹿総合病院	平鹿総合病院 / 内科専門医プログラム 1名
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 2名 奥州総合診療専門研修プログラム 0名
岩手県立磐井病院	いわて県南内科専門研修プログラム 2名 岩手南部総合診療医養成プログラム 0名
岩手県立大船渡病院	復興岩手 / 小児科専攻医プログラム 1名
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 1名 岩手県立中部病院 / 総合診療科専門研修プログラム 0名
岩手県立南光病院	岩手県立南光病院連携施設 / 精神科専門医研修プログラム 0名
岩手県立宮古病院	いわて三陸海岸連携 / 内科研修会 0名
公立置賜総合病院	公立置賜総合病院 / 総合診療専門研修プログラム 1名
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 6名 日本海総合病院 / 外科専門研修プログラム 1名 日本海総合病院 / 産婦人科専門研修プログラム 1名
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 6名
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名 山形県立中央病院 / 外科専門研修プログラム 2名 山形県立中央病院 / 病理専門研修プログラム 0名 山形県立中央病院 / 救急科専門研修プログラム 0名
医療生協わたり病院	福島県民医連 / 総合診療専門研修プログラム 2名
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 1名 福島県立医科大学 / 白河総合アカデミー / 総合診療専門研修プログラム 0名
星総合病院	星総合病院 / 整形外科専門研修プログラム 0名
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 0名
石巻赤十字病院	石巻赤十字病院 / 内科専門研修プログラム 3名 石巻赤十字病院 / 外科専門研修プログラム 2名
泉病院	泉病院 / 内科専門研修プログラム 1名 みちのく総合診療専門研修プログラム 1名
大崎市民病院	大崎市民病院 / 内科専門研修プログラム 7名 大崎市民病院 / 外科専門研修プログラム 2名
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 0名
坂総合病院	坂総合病院 / 内科専門研修プログラム 4名 みちのく総合診療専門研修プログラム 2名
仙台医療センター	国立病院機構 / 内科専門研修プログラム 15名 国立病院機構 / 精神科専門研修プログラム 3名 国立病院機構 / 救急科専門研修プログラム 5名
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 2名

施設名	プログラム名と在籍者数
仙台市立病院	仙台市立病院／内科専門研修プログラム 5名 仙台市立病院／救急科研修プログラム 0名
東北大学病院	東北大学病院／内科専門研修プログラム 78名 東北大学病院／外科専門研修プログラム 53名 東北大学病院／小児科研修協議会小児科研修プログラム「プログラム in MIYAGI」 33名 東北大学病院／皮膚科専門研修プログラム 12名 東北大学病院／連携施設精神専門医研修プログラム 8名 東北大学／整形外科専門研修プログラム 25名 東北大学／産婦人科研修プログラム 28名 東北大学／眼科専門研修プログラム 20名 東北大学病院／耳鼻咽喉科専門研修プログラム 21名 東北大学／泌尿器科専門研修施設群専門医研修プログラム 10名 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 18名 東北大学病院／放射線科専門研修プログラム 7名 東北大学病院／麻酔科専門医研修プログラム 12名 東北大学病院／臨床検査専門医専門研修プログラム 0名 みやぎ・東北大学／救急科専門研修プログラム 8名 東北大学／形成外科専門研修プログラム 7名 みやぎ・伊達な病理医育成プログラム 2名 東北大学／リハビリテーション科専門医養成プログラム 2名 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 3名
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 5名 東北医科薬科大学／小児科専門研修プログラム 2名
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 0名

② 令和2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2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286名(令和元年4月は253名)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(上段2020年4月、下段2019年4月)																			
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	総数 2020年 2019年
95	13	32	18	10	6	12	21	13	19	8	6	7	9	0	4	3	0	10	286
87	4	43	11	9	6	10	17	9	18	4	12	1	9	1	6	1	0	5	253

図3はやや煩雑ですが、各加盟病院で初期研修を終えた専攻医がどの施設の専門医プログラムに進路をとったかを表しています。矢印の太さはその進路をとった研修医の数に比例しています。丸い矢印は初期研修終了後にそのまま自院の専門医プログラムに進んだことを示しています。赤い矢印は内科専門医プログラム、青い矢印は外科専門医プログラムを示し、緑の矢印は他の17領域の専

門医プログラムを示しています。

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3年目です。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あり、専門医制度が発足して3年目の動向をしめしています(図3)。昨年度、一昨年度(図4)の動きとも比較が可能です。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。昨年度の図と比較すると、自院での専門医研修がある病院では、自院のプログラムに進む人数も増えているようです。また、地理的にも近い大学に進む専攻医も多く、一方で、東北大学以外の卒業生が専攻医として東北に帰ってくる様子もうかがわれます。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。

図3 2020年3月に初期研修を終了し、専門研修に進んだ専攻医の動向

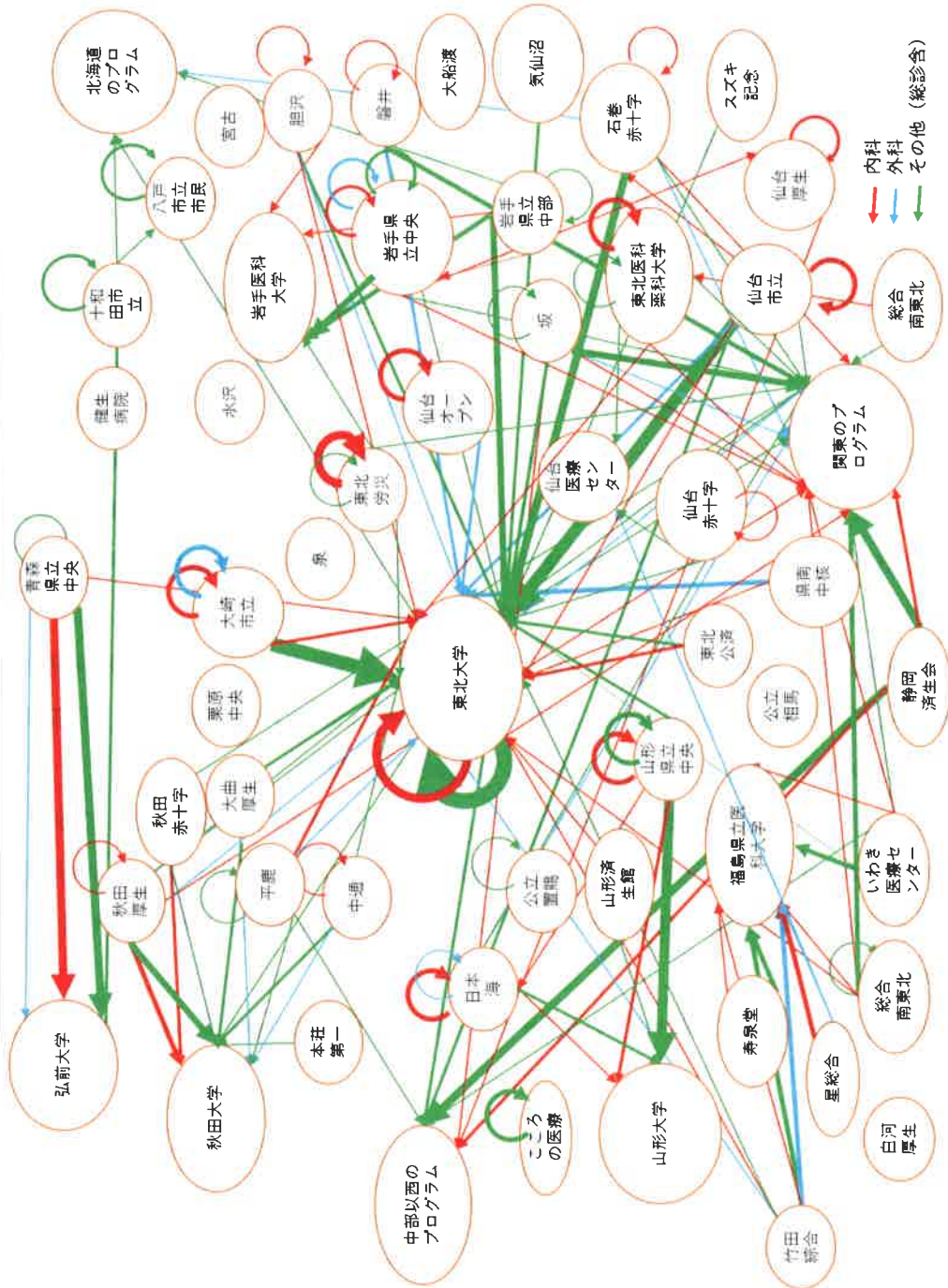
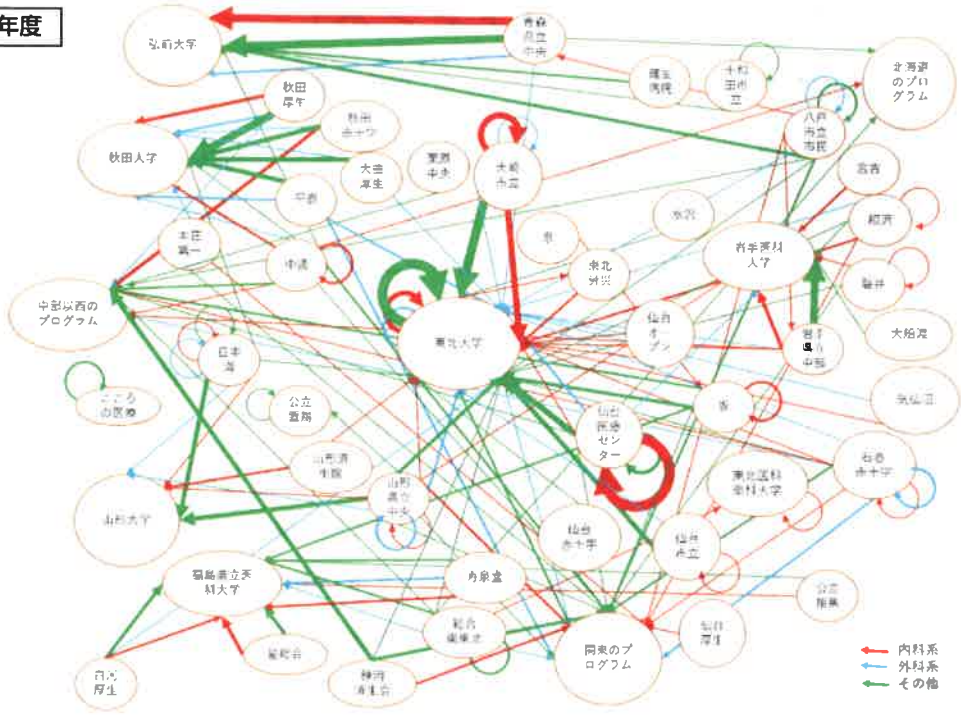
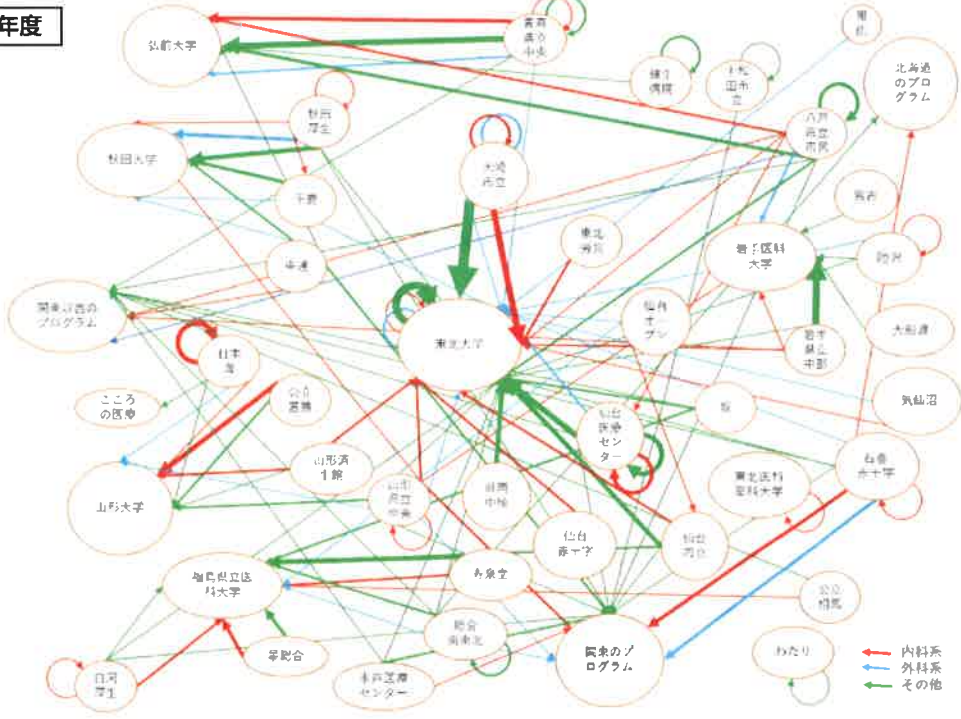


図4 2019年3月(昨年度)、2018年3月(一昨年度)の動向

2019年度



2018年度



臨床アップデートセミナー 「とうほく GIM カンファレンス」

みちのく総合診療医学センター
坂総合病院救急科 科長 佐々木 隆 徳



臨床推論力の向上を目指して、毎年2、3回ほど開催している「とうほく GIM カンファレンス」ですが、COVID-19の影響を受けて今年は集合形式ではなく、ZOOMを利用して2020年7月26日（第13回）および10月25日（第14回）にオンライン形式で開催しました。これまではケースカンファレンス2例とゲスト講師によるミニレクチャー1本という3部構成で開催してきましたが、ここ2回ほどはケースカンファレンス1例に絞って運営しています。第13回は「食欲不振」というタイトルで高カルシウム血症の症例を置賜総合病院総合診療科の高橋寛先生、第14回は「とまらないしゃっくり」というタイトルで視神経脊髄炎を東北ろうさい病院総合診療科の小山二郎先生に提示いただきました。いずれも実臨床現場に即して思考し、悩みながら診断に至ったケースで、参加者それぞれが自分の診療環境に置き換えながら、どのような鑑別診断を挙げながら確定診断へアプローチしていくかディスカッションを繰り返すことができました。

今回はじめてオンラインでのカンファレンスを開催しましたが、集合形式と比較した場合のメリットと課題を挙げます。

【メリット】

- ①参加者が物理的に1箇所へ集合する必要がないため、県外からも気軽に参加いただける。
- ②開催に関わる経費が圧倒的に少ない。
- ③会場設営や撤収、資料印刷や配布、当日の事務処理がない。
- ④以上を踏まえて当日は開催直前まで他のことに時間を費やすことが可能で、企画終了後もすぐに他のことに移ることができる。

【課題】

- ①現時点では ZOOM などオンライン会議ツールに慣れてない方がいるため随時サポートができる体制が必要。
- ②集合形式でみられていた「休憩時間に参加者が2、3人集まって立ち話する」ような場を設けにくい。そのため顔の繋がりを広げる、深める側面が集合形式よりも浅い。
- ③グループディスカッションの時間帯に、総合司会や症例提示者が全体を俯瞰しにくい。
- ④グループディスカッションで資料の供覧や議論の記録、可視化をするためには、各グループへツ-

ルの操作に慣れた人の配置が必要(だが、そこまでの体制は今のところない)。

⑤長時間椅子に座り画面を見続けるため、集合形式と同様のボリュームを盛り込むと疲れが溜まりそう。

⑥参加者のカメラやマイク、環境によっては画面が見にくい、音が聞き取りにくいことが生じる。しかし主催者側でサポートすることが難しい。

といったことがあります。今のところメリットよりも課題の方が量的に上回りますが、質的にはメリットの方が上回っていると感じていますので、今後も当面はオンライン開催で試行錯誤していこうと思います。いつもご支援いただいている良陵協議会の皆さま、参加いただいた各地の皆さま、症例提示いただいた先生方ありがとうございます。今後ともよろしく願いいたします。

〈第13回参加者〉



〈第14回参加者〉



ATOM : Advanced Trauma Operative Management 東北大学コース



東北大学病院 高度救命救急センター 助教 佐藤 武揚

第8回 ATOM 東北大学コースを2019年9月21日に開催した。

東日本で外傷診療に携わる3名の受講生を迎えて、31名の運営スタッフの協力を得て行われた。

外傷は時と場所を選ばず突発し、限られたリソースのもとで複数領域にまたがる臓器障害に同時に対応する必要がある。臓器別診療学と日常の待機手術だけでは外傷診療に必要なスキルは十分に養われないため、このようなトレーニングが必要と考える。

ATOM コースは3名/日の受講生に対して各1頭のミニブタ、麻酔科医、手術部看護師、外傷外科医がついて行う胸腹部外傷手術の Wet lab training である。

タスクとなる外傷外科医は全国から、手術介助の看護師は実際に宮城県内の多発外傷を担う病院手術室から、そして全体の進行を統括する看護師を高度救命救急センターからそれぞれ招聘して行った。

コース中では看護師に外傷診療・手術看護の方針を、タスク協力してくれた外傷外科医、麻酔医に対してはこれまで実際に経験した症例やその工夫を共有した。

これは受講生主体のトレーニングではあるが、外傷診療に携わるすべてのものに向けた訓練でもある。

ATOM コースは受講生に外科専門医以上の素養を要求し、高額(28万円/日・人)な受講料を強いる。さらに講師陣にも大きな負担をかけるコースであるが、それでもなお良陵協議会の支援なしに円滑な運営は成り立たなかった。この場を借りて御礼申し上げます。

現在コロナ禍の影響でこのような教育コースは中止、延期を余儀なくされており ATOM コースも2020年の開催は延期せざるを得なかった。しかしながらこの状況は訓練に限らず実際の外傷診療においても変わらないはずであり、我々はコロナ感染リスクを想定した訓練を再構築せねばならない。

外傷治療に必要なのは卓越した個の技術だけではなく、救命救急士から始まり初療医、救急医、外傷外科医、麻酔科医、看護師の連携とこれを支える“環境の構築”である。災害医療は医療資源の需給バランスが破綻した状態で行われるが外傷もまた同じである。来年こそは改めて安全な訓練を再開したいと考える。

すべては防ぎえた外傷死を減らすために。



腹腔鏡手術セミナー

「第17回 みちのく産婦人科ラパトトレーニングセミナー」

東北大学病院 産婦人科 特任助手 久野 貴 司



当科では良陵協議会、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にて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、その後名称変更などを経て、2020年2月15日に「第17回 みちのく産婦人科ラパトトレーニングセミナー」を開催することができました。第13回みちのく産婦人科ラパトセミナーからは日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医取得に必要な実技研修会としての認定を得たセミナーとなっています。受講者の主たる対象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。日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医の取得を目指して、知識・技術の向上に励んでおります。

産婦人科では、良性腫瘍に対する侵襲軽減、整容性を重視した手術にとどまらず、腹腔鏡下子宮体癌根治手術が保険収載されるなど悪性腫瘍の分野でも重要性が増しており、産婦人科医にとって、腹腔鏡下手術は習得すべき必須の技術となっております。腹腔鏡下手術を学ぶにあたり、教科書を読むことや人の手技を見ることももちろん大切ですが、アニマルラボでのトレーニングの重要性には代えがたいものがあります。

プログラム内容はドライラボとウェットラボの2部に分かれており、ドライラボでは、ドライボックスを使用した内視鏡下の縫合を行っております。第17回は事前に課題を設定しタイムトライアルを行うという初の試みを行いました。課題を設定することにより受講者の練習の目標が明確化できたかと思います。また、セミナー後に内視鏡学会技術認定医から各個人へフィードバックがあり、今後のモチベーションアップにつながったのではないのでしょうか。

ウェットラボは経験の浅い受講生はトロッカーの挿入、腸管が落ち込みやすい骨盤内での視野の取り方、骨盤解剖の理解、パワーデバイスの使用法、体内での運針・縫合・結紮といった基本手技を安全に行う技術と知識を習得することを目標としています。ある程度経験がある受講者は骨盤内・傍大動脈リンパ節の郭清、深部骨盤の展開、子宮摘出など難易度の高い手術を完遂することを目標としています。初心者でも経験者でも、普段手術で経験するより難しい手技や challenging な手技を経験できるのがアニマルラボの利点かと思います。セミナーの後半では大量出血のシミュレーションとして、大血管損傷への対応のシナリオを行っています。今後もより内容を充実させてセミナーを継続して行いたいと考えております。

最後に、多大なサポートを賜りました良陵協議会、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へ深く感謝いたします。今後ともよろしく願いいたします。

第22回、第23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2(2020)年2月22、23日に第22回、令和2年10月24、25日に第23回の臨床研修指導医講習会が開催されました。震災から9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はパンデミック災害となり、私たちの生活を一変させました。三つの密(密室、密閉、密集)を避ける必要があります、第22回は手指消毒液やマスクを用いて十分な感染予防につとめながら東北大学医学部6号館で実施することができましたが、それでも感染機会を減らしたい受講者が8名欠席しました。国内での第1波、第2波の流行がおき、全国的に感染が拡大し、とくに医療従事者の感染機会を減らす必要に迫られたことから、第23回は完全オンラインでの実施となりました。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り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。その機能を満たす準備を整え、講習会のプログラムもオンラインで実施可能なものに変更したうえで、最大参加人数を24名に減らし、情報通信技術に精通した医学教育推進センター、スキルズラボからの支援も得ることを強調して厚生労働省に申請したところ、全国でもおそらく最初か、かなり早い完全オンライン講習会として認定していただきました。

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。東北医科薬科大学からも受講者およびタスクフォースとして多くの参加があり、東北医科薬科大学でも指導医講習会が開催される見通しですので、指導医認定を得やすくなると思われます。第23回を含めて、これまでに985名の指導医を養成しました。

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。第22回までにも、クラウドを使用した学習資料やプロダクトの共有、アンサーパッド(クリッカー)を用いた評価などは使用していましたが、完全オンラインでの開催となった第23回では、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した。第22回まで良陵協議会の指導医講習会の大きな特徴であっ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に関する新たな形で、グループワークとリモートでの教育手技を見学してもらうこととなりました。

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が、質問者と回答者の距離感も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えます。

【1日目】

第22回ではカンファレンスルームで受講者の集合写真を撮影しましたが、第23回ではオンラインでの受講者がいる画面のキャプチャを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、第22回では隣の人に伝えていただき、それを皆に紹介するという他己紹介が行われましたが、第23回では、自己紹介にならざるを得ませんでした。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、第22回ではKJ法によるアイデアをグループごとに模造紙に貼り付け、1枚のパワーポイントで『よい研修病院とは何か』についてまとめていただきます。第23回では、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、立派に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。第22回では発表後にはクリッカーにて各グループの発表・プロダクトに対する評価がリアルタイムで行われましたが、第23回では、Zoomの投票機能を用いて評価が匿名で行われました。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を行い、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。第22回では各カフェにマスターを1人決めて、残りの構成員はそれぞれ勝手に違うカフェに移りましたが、第23回では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分ほど話し合ってもらい、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。第23回では、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)
EBMに基づいて診療する	自分の限界を見極める
自分の行為に責任を持つ	勉強の仕方を教える
自分でリスク管理ができる	トラブルの仕方への対処
普通の疾患を普通に治せる	診断を誤らない
自分の限界を知る	目標を設定して努力
自分で診断から治療ができる	自分ができないときにどう対応するかを知る
自分がどのくらいで一人前と実感したかを議論	

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東北厚生局医事課長にご講演いただきます。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。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名と指導医(参加者から2名を選出)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議論がなされます。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。2020年度から必修科目が増えることに対して、研修医側からはなるべく幅広く多くの体験をすることに役立つとの肯定的な意見、4週、8週、12週でそれぞれ病棟に慣れる、主体的に活動できるようになる、経験を豊富に詰めるなどの特徴があること、ポートフォリオのように、これまで自分ができるようになったことをまとめた記録として次の病棟での研修医受け入れに役立つような工夫がほしいことなどが提案されました。積極的に学んで2年間で有効に使いたい研修医にとって、勉強時間の確保も大切ですが、臨床での経験をつむ時間も欲しいため、個々人に合わせた指導をしてもらいたいとの要望も出されました。

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、研修医終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、

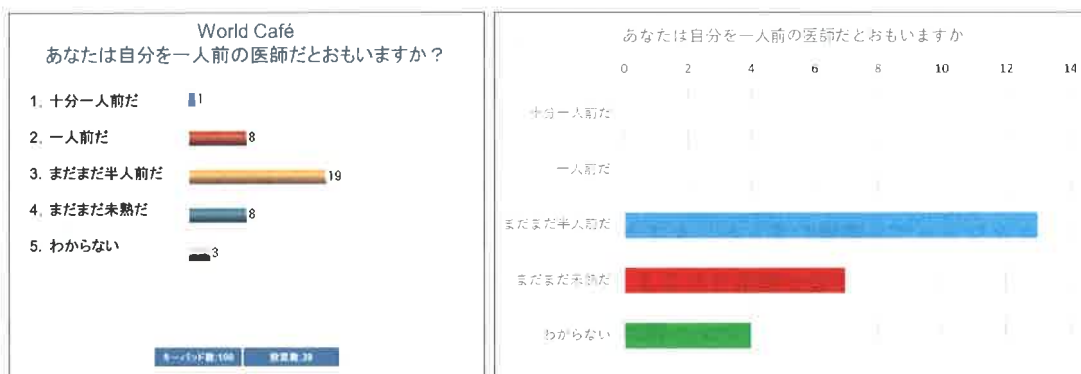
- A. 医師としての基本的価値観(プロフェッショナリズム)
- B. 資質・能力(コンピテンシー)
- C. 基本的診療業務

が、研修医終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ませんが、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終了時のレベルとなるようにしなくてはなりません。長陵協議会では、第21回講習会直前の2019年9月7日にアウトカム基盤型についてタスクフォース自身が学ぶワークショップを開催しました。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。第22回、第23回では、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』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 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成人教育的な要素 (Andragogy)、小児教育的な要素 (Pedagogy) それぞれの考え方で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22回、23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第22回はクリッカーにて、第23回は 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下図のような回答であり、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は多に議論されました。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。第22回(左側)、第23回(右側)のように回ごとに回答の分布が異なるのも参加者の特性を表しているようです。



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。第22回は良陵会館に移転したスキルズラボを実際に用いて、シミュレータを体験してもらうことができましたが、完全オンラインとなった第23回は、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という点に焦点をあてたグループワークとなりました。



参加者は、内視鏡や、腹腔鏡手術のバーチャルリアリティー、血管造影のバーチャルリアリティーに触れ、自分自身で体験することにより、その面白さ、リアルさ、そして限界についても体感することができるようになっていきます。また、HPSシミュレータ、BLS・ACLSのシミュレータは呼吸、循環、意識などのバイタルサインを極めて現実に近い形で再現することができます。1人だけがシミュレータを体験するのではなく、シナリオに基づいて実際の救命救急センターでチームが蘇生活動をするときのような臨場感があります。



呼吸音、心音のシミュレータ、超音波診断装置のシミュレータも病的なモデルプログラムにより、正常なボランティアあるいは日常診療でもめったに経験できない病的状態を体験することができます。CV 穿刺モデル、直腸診モデルなどのモデルシミュレータも、教育に用いられて効果を発揮することが示されました。長陵協議会は予算の一部を積み立てし、高額なシミュレータの購入資金に

あてることとしています。2016年度には良陵協議会から心音・呼吸音のシミュレータで移動もできるイチロー II プラスが東北大学医学研究科に寄贈されました。今後、学生・医療従事者の学習に広く用いられることとなります。東北大学病院の充実した設備を良陵協議会加盟病院の皆様にも利用していただける方向性で進んでいます。

完全オンラインとなった第23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、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の裏に、組織体制や病院の文化などが隠れていることが示され、研修医も指導医も病院も守るためには、体制の改善も必要なことが示されました。良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。下図は、スマートグラスという実施者の視線をカメラで再現し、リモート環境でも指導者が実施者の視線や、見ている超音波画像(内頸静脈の中心に穿刺針が映っていること)を遠隔地からも指導できることをデモとして提示しています。スキルズラボの技術的な進歩により複数の画像を1画面でみると、あたかもその場で視点を変えながら指導しているように感じることができます。



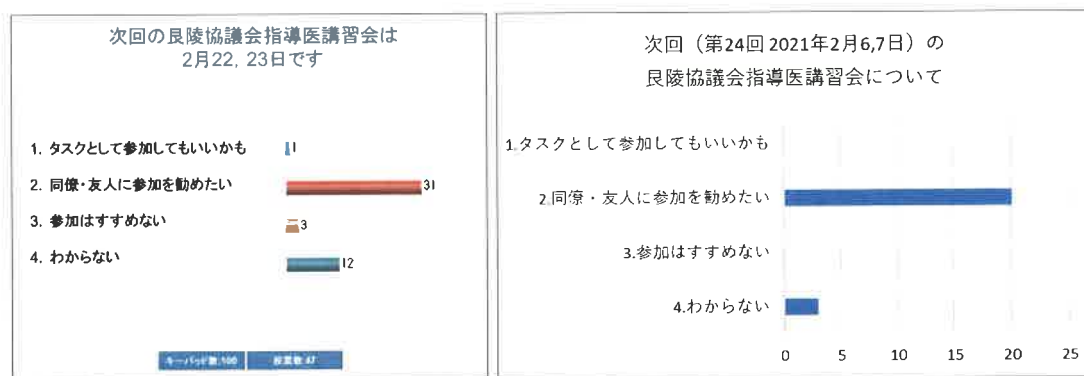
グループワーク5では、学習したことに対する評価がテーマです。2020年度からの制度改定に合わせて、評価の考え方にも変化があります。形成的評価によるフィードバックが大切であることと、プロフェッショナルリズムやコンピテンシーという一見抽象的な概念が、実は測定可能であり、それを「ざっくりと」しかし、「しっかりと」測定して達成度を評価するかという作業が求められます。2020年度からは、厚生労働省が作成した評価表にもとづいた評価がEPOC2あるいは紙ベースでなされることとなります。グループワーク2では、コンピテンシー(能力・資質)の目標設定に対して

より具体的な項目を作成し、グループワーク5では、プロフェッショナリズムの評価項目に対してより具体的な項目を作成します。プロフェッショナリズムを具体的にしていくと、コンピテンシーそのものになっていくことも理解されます。各グループワーク、そしてこの講習会自体もさまざまな観点から評価がなされています。

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を用いることを主眼としたプロダクトが求められます。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時には講習がすべて終了し、参加者は晴れ晴れとして厚生労働省の臨床研修医指導医講習会「修了証書」と、東北大学医学部医学教育研修会認定の「修了証書（東北大学の教官として採用されるときにFD修了証書として認められています）」の2枚を受け取り、帰路につきます。完全オンラインとなった第23回では、修了証書は郵送されることとなりますが、FD修了証書とともに、一生有効な資格となります。

今回の講習会は2021年2月6-7日です。参加者の素直な気持ちは下図のようでした。匿名でリアルタイムに評価を取得できるシステムも有用です。



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。指導すること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 法人民陵協議会 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

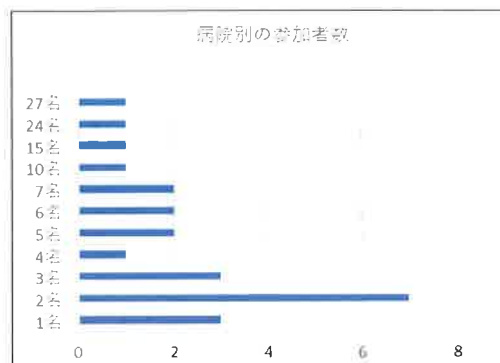


令和元年度の第2回合同病院説明会（参加42病院）は2020年1月31日にいつも通り開催することができましたが、令和2年度の第1回目の合同病院説明会は新型コロナウイルスのパンデミックに対応するため、2020年6月12日にはじめて完全オンラインでの実施を試みることとなりました。

1月の病院説明会はマッチング説明会と同じ日に開催され、高次修練と研修先の決定に本気になり出した5年生を中心に90名の参加がありました。しかし、初めてのオンライン開催となった6月の病院説明会は病院側も学生側もとまどいがあったようです。参加病院数は24病院、参加した学生は69名がのべ142件（1人で時間の枠があう限りいくつでも参加可能。1枠の制限人数は10人程度までとしました。）の説明参加がありました。

参加した学生の内訳は、

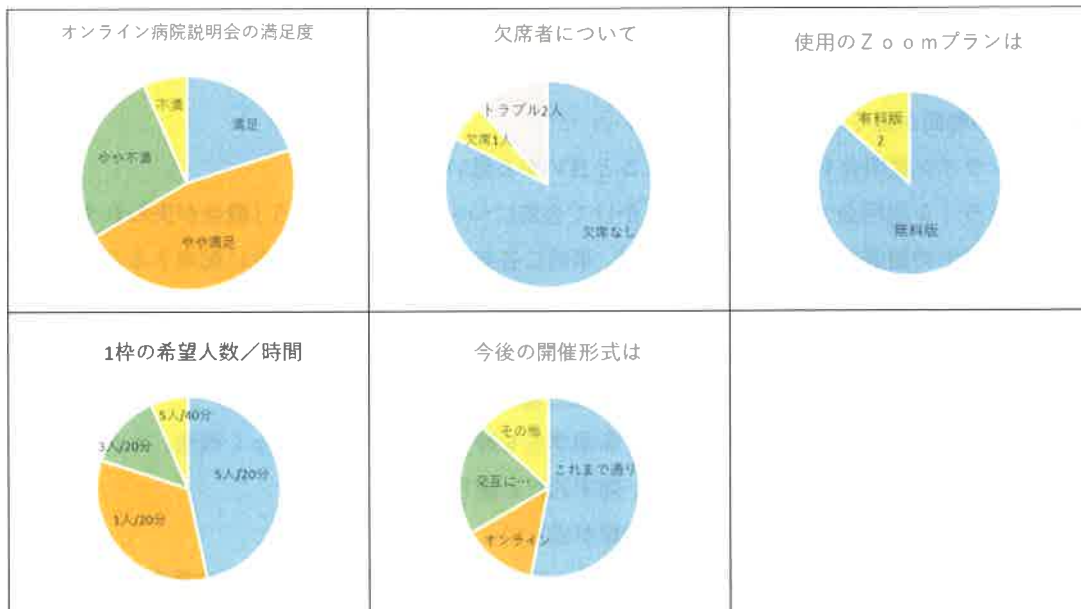
- ・東北大学 42名 (76件)
- ・東北医科薬科大学 22名 (56件)
- ・秋田大学 2名 (4件)
- ・福井大学 1名 (2件)
- ・三重大学 1名 (2件)



というように、普段では見られない大学からの参加がありました。東北医科薬科大学は、新5年生が卒業を見据えて参加し、今回がはじめてのまとまった参加になります。トラブルもなかったわけではなく、当日の欠席が1名（2病院の説明）、通信トラブルが2名ありました。病院ごとの参加人数度数分布を示します。10名以上の参加があった病院が4つある反面、多くの病院が3名以下（2名が最多）という結果でした。学生にはあらかじめ決められた時間帯で希望する病院の枠を予約し、無断で欠席することのないよう、申し込みの際に周知しております。

事前の準備や練習、ウェブ会議への慣れなどが必要なことが実感されました。

長陵協議会では、参加していただいた24病院に事後アンケートをとり、15病院(62.5%)から回答がありました。回答のまとめを図に示します。やや満足、やや不満という回答が多くを占めました。予定した学生の人数が通常開催の90名程度に比べると半分ということもあり、ご回答いただいた病院のなかに、欠席してしまった学生や通信トラブルの問題があったことは重くとらえております。新型コロナウイルスの影響で、Zoomやその他のウェブ会議アプリはいくつか無料で配信されていますので、今回事務局が用いたZoomの無料プランを利用された病院が大部分でした。ウェブ会議の特徴として落ち着いた環境のなかで少人数とじっくり話ができることが挙げられます。希望する枠の長さとおたずねしたところ、20分の枠で5人という回答と、20分枠で1人という回答が拮抗しました。友人がいたほうが参加してもらいやすいと考えるか、せつかくの機会なので、実際に病院訪問の可能性も含めてじっくり話をしたいと考えているように思われます。



今後の開催形式は、これまで通りという回答が過半数を超えましたが、オンライン、あるいは交互に開催することも可能性としてはありそうです。

自由記載による回答を以下に示します。

問6 紹介したい事例やトラブルなど説明会の状況についてお聞かせ下さい。

- 従来のブースでの対面形式だと学生の訪問のタイミングがバラバラの為、結局1対1の説明になりがちだが、同時にスタートできるので、複数人对複数人の説明ができ効率的である。
- 事前に情報(大学・学年、プログラム等の質問、デバイス PC・スマホ・iPad)をお知らせいただくと、運営がスムーズに行える。
- 事前に臨床研修プログラム動画を視聴してもらい、当日は質疑応答の時間としたため、余裕があったが、一からプログラムの説明をすると20分では収まらない。
- 20分では質疑応答もあまりできなかった。説明側の工夫も必要だが、事前に質問をいただければスムーズに回答できると思う。
- 資料が見えづらい。学生の連絡先を許可制で病院側が受け取れるサービスを強く希望。
- 事前設定 PC と当日使用 PC が同一でなかったため、トラブルあり。知らない人同士で一緒の説明だと、プライベートに近い話がしにくい。
- 慣れない形式のため、双方が無言になることがあったが、学生からの質問も多く、病院見学にもつながった。

問7 今後の要望など自由にご記入ください。

- 1枠の時間が短くなっても1対1がよい。
- オンライン説明会も今後も継続されると良いかと思います。
- オンライン説明会では「会場で声をかけて当院について知ってもらおう」機会が失われます。この形式での開催を継続するのであれば、事前に各病院の案内などを学生に配布することを検討して欲しい。
- オンライン説明会では、拘束時間も少なく便利。しかし、医学生に伝える情報量が対面式と比べてどうしても少なくなるので工夫が必要だと感じた。
- 対面式と違い来場者に声がけできず、新規学生を呼び込むチャンスがなく残念。オンラインでは同時に複数人へ説明できることが、効率的だと感じた。
- 事前に参加学生の大学、学年などの情報が欲しい
- 準備や移動が少なく、病院側の負担は少ないが、オンライン開催(予約制)の場合は、病院の知名度で圧倒的な人数の差が出てしまうのが辛い。
- 意外にオンラインでも問題なくできたが、やはり対面形式がよい。
- 参加学生の情報(大学・学年、可能ならメールアドレス)について通知して欲しい。
- 研修医-学生間で問題なく説明や質疑応答ができていた。対面で話ができるほうがいいが、オンライン開催でも十分な病院紹介ができると思う。今後この形式が継続するならば、学生にももっと積極的に参加して欲しい。

などの意見が寄せられました。

良陵協議会でも病院関係者、学生、スタッフの健康を守ることを最優先として、事業を企画しておしております。これからもオンラインで開催可能なことはオンラインで実施していく方針です。今回は初めての試みであったため、6月12日の14:00～19:00という限られた時間帯で実施しました。ウェブ会議のメリットはお互いの時間が合えば、距離に関係なく会話ができることですので、説明したい病院(研修医)と、説明を聞きたい学生のマッチングを進めていくことも今後の課題だと思えます。説明の枠を設けていただいたのに、学生からの予約がない病院もあったことと存じますが、新型コロナウイルスの状況も見通せない現状のなか、新しいアイデアで学生への説明の機会を増やすよう支援を続けたいと思います。

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。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。良陵協議会の病院説明会は格安です。先輩が後輩を誘いにくるという運動部的なつながりも魅力ですし、金曜日の夕方なので説明会後に食事などに誘い誘われてじっくりと話しを聞くことができるのも大きな魅力だと考えております。

良陵協議会は東北大学だけの協議会ではありません。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。ウェブ参加できることで、より広い範囲の医学生とコンタクトする可能性も広がります。北海道から関東にいたるまで、広い範囲に存在する良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、加盟病院と良陵協議会のコミュニケーションの場でもあります。良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

グローバルな市場主義は、医療や病院という公共機関を効率性のみで晒すことで、医療体制にも大きなダメージを与えてきました。その中でコロナ禍に遭遇しましたが、日本では医療従事者の献身的な犠牲と医療保険制度、日本人の生真面目さで何とか踏みとどまっている状況です。地域医療構想の実現に向けて、有事にも対応可能な医療体制や社会制度の構築が待たれます。新型コロナウイルス感染症の蔓延に伴い、当協議会の多くの事業が休止となりました。

大学は研究や教育の場だけでなく、地域医療を担う医師の供給源として重要な役割を果たしています。大学の充実なくして地域医療の充実はなく、専攻医をはじめとする若い医師の東北大学への集積が必須ですが、本年度の本学のプログラム登録数は121人と微増にとどまっています。数年前には関連病院で専門医を取得した医師が生まれます。関連病院は大学で更なる研究や修練を積むように大学に誘導し、また大学は魅力ある研究課題や、県の人事権に左右されないキャリアパスの提案をしていくことが求められます。令和良陵会とともに良陵協議会もNPO設立の趣旨に沿って、専攻医を増やすために、戦略的に施策を実施していく必要があると思います。

NPO 良陵協議会の運営は大学の先生方の多大な犠牲の上になされており、関係される先生方に心から御礼を申し上げます。「けやき」を通して会員相互の意見交換やNPO 良陵協議会に建設的な提言ができればと考えております。多くの会員の皆様の玉稿をお待ち致しております。

NPO 法人良陵協議会 理事 平川 秀紀
(山形市立病院済生館・山形市病院事業管理者)

「けやき」表紙写真によせて

オーストラリア・ケアンズの大地

10年前にオーストラリア・ケアンズの大地を、幼かった次男と一緒に熱気球散歩したときの光景です。隣の気球が広大な大地に溶け込んでいて、眼下にはカンガルーの群れも見えました。現在はコロナ禍で国境を越えた自由な行き来が出来なくなりましたが、またいつの日かあの場所へ行ける時が来ることを切に願っています。

石巻市立病院 診療部長 福山 尚治

