

第4グループ

現 状

- ① 救外、処方、オーダーリングの指導
- ② 中間指導医の人数によってかわる
環境（内科、外科ふくめて）
- ③ 中間指導医も管理されている
役割：教わったことを伝える。自分も努力

まとめ

- ① 指導医（中間）の数は科病院によって様々である。
- ② 研修医（1～2年目）研修期間に習得したことを指導する
- ③ 各自の技術習得と研修医への指導の配分が難しい

第5グループ

3～5年目の研修医の役割

- ① 実際に、3～5年目の研修医は不足
- ② 現実には、各病院で研修医（3～5年）の役割が違う
（主治医になるところ、主治医になれないところ）

第6グループ

中間指導医の役割

理 想

- ① 1 : 1
 - 指導医があたる事もある
 - 指導医と中間指導医がペアー、その下に研修医
 - 指導医⇒中間、研修のペアー
- ② 今回のPresentation
 - 介入しすぎ

第7グループ

中間指導医の役割

実 際

- ① 後期研修システムが確立していない病院も多い
- ② 3～5年目の医師がいない科もある
- ③ ハッキリしたシステムはなく、場当たりの指導しかできない
- ④ 3年目になると、大学に戻る医師が多かった

理 想

- ① 総合診療がある病院なら、本日のプレゼンテーションの様なディスカッションができるかもしれない
- ② 1年目が気軽に聞ける存在として重要では。

医師患者関係

(1) 初期研修医によるがん告知

第1グループ

【疾病の背景】

- ・がん告知は単なる病名のお知らせではない。
- ・がんの進行度(治療があるか否か)
- ・がんの進行度によって異なる(早期か進行性か)

【研修医の資質、未熟さの問題】

- ・医師として自立していないという感覚
- ・経験・知識・対応能力低い(研修医は)
- ・経験不足
- ・未熟な説明
- ・治療、予後に踏み込んだ説明が必要
- ・身分が明確でない。(研修医と指導医の明確化)
- ・信頼関係構築が困難。
- ・初期研修の間に癌患者に接する時間は短い。

【患者側の因子】

- ・自分(もしくは家族)であれば嫌かもしれない。
- ・宗教など精神的な拠り所がない。
- ・患者が疾病をどのように受け止めているかを認識する能力は低い。
- ・誤診

【指導医側の問題】

- ・指導医の考え

【到達目標は】

- ・指導医のもとで、一人できちんと説明できる。

【単独では無理】

- ・がん告知
研修医単独では無理
指導医と一緒に行う。
- ・指導のフォロー
(誤診はチーム全体でのリスク)
- ・初期研修医単独での説明、告知は不可。上級医の説明に同席。
- ・初期研修医のがん告知は行わせない。
- ・指導医とのコミュニケーションを密にする。
- ・説明(スピーチ)に関する訓練が必要。
- ・information (方法に関する)
- ・lecture (横断的な)
- ・経験数を指導医が把握する。

1) 到達目標は？

- ① 指導医のもとで1人できちんと説明できる。

2) 単独での説明は無理

- ① 上級医に同席
- ② 直接一人では、させない

3) 研修医の資質、未熟さ

- ① 研修医の身分を患者さんに明確にしておく。
- ② 説明のテクニックを見せる
- ③ 事前の上級医との打ち合わせ
- ④ 上級医が症例数や告知の同席を把握しておく
- ⑤ レクチャー

(2) 研修医の診療を拒否する患者

第2グループ

【社会としての取り組み】

- ・研修病院と知らないで受診する患者さん

【病院の表示】

- ・「研修指定病院」の表示
- ・「研修」の理解があるか？
(「研修」の意味がわかるか？)

【研修医の役割分担】

- ・研修医、指導医の明確な位置づけ
患者への説明
- ・研修医への不信任感
- ・研修医への不満
(患者の気持ちをあまり考えていない言葉遣い)
- ・独立していない
- ・研修医のみで患者に対応している
- ・指導者のチェックはいつするのか
- ・主治医が明確でなくなる

【研修医とのトラブル】

- ・指導医も拒否されたらどうするのか
- ・次に誰を希望するのか
- ・主治医(担当医)を選択できない
- ・副主治医のため拒否する患者は
まだ経験していない担当を代える作業

【指導医との意見の相違】

- ・指導医と研修医の診断や治療方法が違う
- ・カルテ記載、診察に指導医がいつもつくのか

【同意書】

- ・患者への説明
- ・意識下と麻酔下との処置、手技では
- ・手技・処置に対する同意書

1) 社会との取り組み

- ① 国(厚生労働省)への働きかけ、国民への働きかけ

2) 病院の表示(病院側の対応)

- ① 入院時の、同意書に説明を加える
- ② 入院時、病院内への表示、接遇の指導

3) あらかじめ研修医である事を説明

- ① ネームプレート
- ② 研修医のやっていること(どこまでOKか)

4) 研修医とのトラブル

- ① 研修医を拒否 ⇒ 研修医以外の医師で診る
 - 次の研修医は、入れない
 - 研修委員会の介入

5) 指導医との意見の相違

- ① グループで回診(1日/1回)
- ② カルテのチェック

6) 同意書

- ① ムンテラには、指導医と同席する

第3グループ

(1) 理由

- ・拒否の理由を患者に確認
- ・拒否理由につき対処可能かどうか？

① 若い医師はとにかく嫌である

- ・病院でルール化
- ・妥協策(かかわりの範囲を限定)
- ・受け持たせないのは例外的

② 診察と問診を複数回行うことの苦痛

- ・総合問診票を作り 同じ内容を複数回聞かないようにすること

③ 手技・診察の練習台になることへの不安(医療システム)

- ・手技一ルール化
- 単独で行うものとバックアップが付く手技

④ 受け持った後に拒否—レジデントの人格、これまでの治療への不満

- ・交替する
- ・レジデントの人格教育
- ・採用時の工夫

(2) 問題点

- ・救急で入った患者さんなど拒否しにくい
- ・必ずしも研修医に受け持たせないといけないとは思わない
- ・指導医のかかわり方、回数
- ・研修医に症状を話したからしない患者に対する対応

(3) 説明と同意

- ・指導医が患者に会い説明する
- ・研修病院であることを説明し、入院時に許可をとる
- ・まず研修病院であることを説明、治療は指導医が行うことを説明
- ・指導医と共にムンテラ



【説明の原則】

即入院：指導医→研修医の順に
予定入院：外来で事前に

【説明方法】

- 1 チーム医療
- 2 指導医が常にチェック

(4) 解決策

- ・とりあえず1年目は様子を見て2年目からは患者さんの説得にあたる
- ・感情的な場合は複数回頼まない
- ・入院時(外来時に)研修医だけで診察させないと口頭で
- ・研修医が受け持つか決める前に面接するのはどうか
- ・説得できない場合は諦める

(5) 周知の方法

- ・病院玄関に表示



- ・効果的広報方法は？

1) 研修医の診断を拒否する患者

若い医師（研修医）は嫌い	⇒	上級医（指導医）がシステムを説明 妥協策の検討
問診、診察回数がふえて苦痛	⇒	情報の共有化、簡略化
練習台は嫌	⇒	手技のルール化

2) 説明と同意

- ① 病院としての広報
- ② 説明の原則
 - 指導医 ⇒ 研修医の順に
- ③ 方法
 - チーム医療である。指導医がチェックすること
 - その研修医が嫌い ⇒ 変更 問題解決への努力（病院として）

(3) 問題のある研修医の発見と対処方法

第4グループ

協調性

【対スタッフ】

- ・スタッフから苦情の出る研修医
- ・本人のため弁護
- ・ナースを下に見る、
- ・協調性がない
- ・チーム医療、NSとの関係
 - ・研修医同士
 - ・他のパラメディカル
- ・接遇がうまくできない
- ・孤立してしまう

- ・同僚、パラメディカル、上司とうまくいかない
- ・ナースと普通に話ができない
- ・医療スタッフとの関係が悪い
(医師が偉いと思っている)
- ・無口な研修医

【对患者】

- ・日常診療での患者との接し方が悪い。
- ・患者とコミュニケーションがとれない。
- ・患者と喧嘩をする。

第5グループ

規 律

【社会人の常識】

- ・普通に挨拶ができない研修医

【自己管理】

- ・予定が定まっていない時間帯に帰ったり自分の机にこもる人もいる
- ・遅刻の多い研修医
- ・朝が遅くて、上司がモーニングコールされる研修医がいる
- ・深夜頑張るが朝遅い研修医
→朝にカンファレンス呼び出し

【社会人の常識・責任】

- ・夕方5時以降に連絡が取れない
- ・夕方 時間が来るとすぐ帰宅する研修医
- ・麻酔科研修中、指導医から「今日はもう終わり」と言われたら昼から病院からいなくなった

【積極】

- ・文献をまったく読まない。
- ・自分で勉強をしない。

【対指導医】

- ・自己中心的で 上司の言うことを聞かない研修医がいる
- ・指導医に相談できない
- ・指導医の言うことを聞かない

【精神】

- ・患者に深入りする
- ・初期研修開始数ヶ月して、うつ状態になってしまっている研修医がいる

【その他】

- ・思い込みが激しい
- ・文献にこだわりすぎる
- ・経験が無いのに 自分の判断で色々と指示してしまう

1) 対スタッフ

- ① 裏で指導医がこっそり指導
- ② チーム医療の教育
(他部署の看護体験を経験する)
- ③ 指導医も自分自身の態度を振り返る

2) 对患者さん

- ① 指導医からの教育
(何の為に、医師になったのか)
- ② 医学教育での指導 (オスキー)
- ③ 時間的に余裕をもたせる

3) 社会人の常識 自己管理

- ① 社会人としての常識を教育
(入職時、指導医、研修委員会)
- ② 罰則を設ける
- ③ 挨拶が基本を教える

4) 対指導医

- ① 指導医のスキル
- ② 指導医の教育

5) 精神的問題

- ① 最初は、過保護に指導
- ② 研修委員会(第3者)との面談
- ③ カウンセリング(精神科の医師)
- ④ 上司(兄貴分)の存在

第6グループ

卒前教育・予防

【医学教育(大学)】

- ・国試を受ける前に大学側でチェックすべき
- ・大学から国試に至る過程でより分けるのもしつかりやってもらう

【研修プログラム立案】

- ・能力評価をどうするか
(モチベーションも含めて)
- ・研修医の評価をよりしっかり行うための方法
- ・不適格医師の更正プログラムは？
- ・どのような基準で不適の判断をするか



発見

- ・問題のある研修医の発見
(co-medical の意見を聞く)
- ・patient 及び family の訴え
- ・コメディカル他のスタッフとうまくやれない
研修医
(コミュニケーションが図れない)
- ・看護師よりの発見
- ・指導医、看護師、コメディカルの意見を聞く
- ・研修医に退職願たいと考える
状況はどんな場合か？ セクハラ？
- ・モチベーションの低い研修医
- ・課題を与えた時の対応の仕方を見る
- ・診療の態度や普段の行動観察
- ・指導医の意見を受け入れない研修医
(指導医の意見を聞く)
- ・一定の確率で医師として不適応
- ・目的意識のない研修医
(将来のビジョンを明確に持たせる)
- ・モチベーションの低さ

第7グループ

相互の理解を図る

- ・その対象となる研修医のキャラクターを 一度は理解する努力をする
- ・上手にほめる
- ・マンツーマンで1ヶ月ぐらい指導する
- ・医療を担う最低限の要素(人間的、能力的 等)を教えて納得させる
- ・性格、勤務態度を聞く ⇒ 誰が決断・説明を行うか
- ・嫌なことでも我慢しなければならないことがある事を教える必要があるのでは。
- ・仕事をする、社会に出るということはどういうことか(→人間教育)
- ・よく研修医と意見交換
- ・ある程度の評価がわかれば 個人面接
- ・まず指導医が見本を見せる
- ・研修医間でのディスカッション
- ・部所が変わるまでに 酒を飲みに行く
- ・研修医の興味の対象を確認する
- ・3回までは許す(敗者復活戦)
- ・複数の研修医(2人程度)を一組として 研修させる
- ・医師⇔研修医のみでなくコメディカル・NSなどチームで見ていく必要があるのでは
- ・パラメディカルの話と研修医(同期含め)の話を双方を聞く
- ・研修医の精神的サポートが必要

現場での対処

別の道を探る

- ・いい点を捜して それを伸ばすよう指導する
- ・モチベーションの低さ
- ・その医師が何に興味があるか?
- ・研修医の得意な分野から取り組ませる

- ・指導医との相性が悪い場合は指導医を変更する。

第1グループ

院内システム

研修制度の対応

- ・研修システムにカリキュラム変更の可能性を入れてほしい
- ・相性の悪い科(又は病院)の場合は 研修途中でも変更できるようなシステムが必要
- ・対処法としては他院への転入などの方法もありか？
- ・研修カリキュラムを変更することが可能であれば専門分野(興味のある)のみの研修となる
例えば外科のみとか
- ・早期より専門性を重視した臨床を考えている研修医の場合はローテーションをくずしても良い
- ・問題のある研修医は協力型 Hosp では早く切り上げてもらっても良いだろう
- ・過去にはPSYで問題になったケースもありそういった場合の身分保証は？
- ・協力型病院からのクレームには？速やかに交替か？
- ・トラブルが多発する研修医に対し一度は話を聞くチャンスを与える。
それでも改善がなければクビ、もしくは何も教えず研修委員会で討論の上最終的には退職、
他の施設への移動も考える
- ・積極的に興味のある科が所属する病院にない時には要検討か？

臨床研修医制度の不備・問題点

- ・辞めた後の受け皿は→厚労省の考えも必要では？
- ・研修医制度内での問題として システムを作るべきである
- ・問題研修医の将来について 指南することも必要では？
- ・質のいい医師を社会に送り出す上で淘汰はしようがない。行き先は 国が責任を持って対処すべき
- ・2年間辛抱しないとイケない？

脱落後のプログラムを作っておく必要は？

基礎への転換	}	自己責任の世界
他職種への転職		

問題のある研修医の発見と対処

【 解決法 】

1) 卒前教育、他

- ① 大学から内申書を出してもらう
- ② 採用時の面接とペーパーテスト
- ③ チーム医療とは、何かを大学で教育する (人間教育)
- ④ 国試レベルでのチェック

2) 現 場

- ① コメディカル、家族からのクレームを聞く
- ② 指導医間でのディスカッション
- ③ 研修医間でのディスカッション
- ①～③で発見

<対処>

- ① 指導医間、研修医間両者間での問題点のディスカッション
- ② コメディカルを含めたディスカッション
- ③ マンツーマンでの指導、個人面談
- ④ 精神的サポート
- ⑤ 指導医の変更
- ⑥ 指導医がモデルを示す

3) 研修委員会での対応

- ① 研修内容のマイナーチェンジ (プログラムの変更、得意分野を伸ばす)
- ② 研修病院間での移動

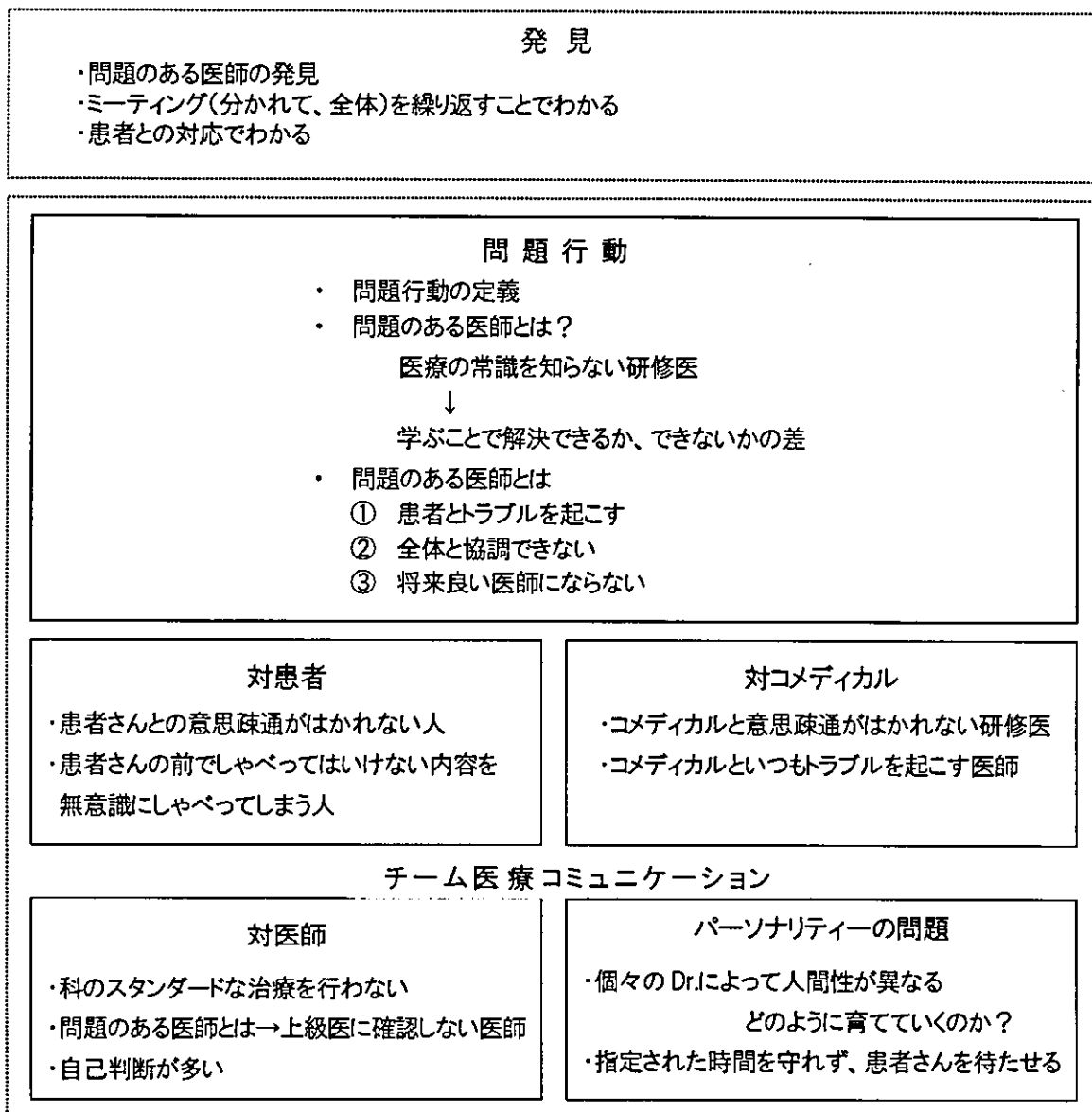
4) 研修制度への問題点

- ① その人に合った研修内容を創る
- ② 脱落した研修医 (研修未終了者) の身分保障、転職の斡旋、基礎医学への転換

【 解決策 】

- ① モチベーションのある人はなるべく伸ばすようにする
- ② 管理型病院で脱落者の将来を決めるのは、酷である
- ③ 2年間は、努力して面倒をみる

第2グループ



問題のある医師の発見と対処法

1) 問題行動

- ① コミュニケーションが取れない。チーム医療に参加できない
- ② パーソナリティー（人格、知識不足）

2) 発 見

- ① 患者、医師、コメディカルからの情報収集

3) 対 処

- ① 情報の確認・整理
- ② 評価（機関、期間など）卒前教育での評価
- ③ 指導（教育的）
- ④ 再評価
- ⑤ 判断（組織、システム）研修中止の基準

第3グループ

【勉強嫌いな研修医】

- ・勤務時間以外で学習しない
- ・文献を全く読まない
- ・ミスが多い、繰り返す

【研修医自身の問題】

- ・時間をうまく使えない
- ・時間にルーズな研修医
- ・労働基準法に守られて 早く帰ることが当たり前と思っている
- ・20歳台半ばまで生きているので急に性格は変わらない
- ・性格が変わらなければ 周りでの follow up
- ・現代では 医師は決して偉くない！
- ・身だしなみの悪い研修医
- ・医療経済を考えない研修医

- ・理論的に考えて行動できない
- ・問題なのは 研修医自身が問題があると思っていない事
- ・医学部出身者にありがち勉強ができれば他の問題点は許されてきている
- ・人間的にクールな研修医(医師に向かない)
- ・技術的な問題か 人格的な問題か
- ・人格的な問題の発見法？

【対応策】

- ・指導医が個人的に対処すべきか病院として対応すべきか
(委員会経由？)
- ・問題にもよるが まずは直接の指導医が対応すべきでは・・・

【患者さんとのコミュニケーション問題】

- ・患者さんへの思いやりに欠ける
- ・女性患者に対するセクシャルハラスメント
- ・問題:キャラクターの問題
(患者に優しくないなど)
- ・患者の希望を確認しない研修医
- ・患者背景を考慮に入れない研修医
(家族) コメディカルとうまく

【コメディカルとのコミュニケーション問題】

- ・コメディカルに対し裏表のある研修医
- ・看護師に対して高圧的で嫌われている研修医
- ・医者であるという妙なプライドから来る患者やコメディカルに対する態度

- ・コメディカルとうまくコミュニケーションできない研修医
(セクハラもありうるか？)
- ・医療スタッフに気を使わない
- ・ナースともめる研修医
- ・オーダーをきちんとできない
- ・こもりがちな研修医
- ・研修医同士の会話に乏しい研修医
- ・研修医間で嫌われる
- ・患者や家族、医療スタッフとコミュニケーションの取れない研修医
- ・5:00になったら OP 中であるにもかかわらず帰る研修医もいるとの話

【独善的な研修医】

- ・初めてみる患者に上級医に相談せずに診察を完結する研修医
- ・指導医に相談せずに行動する
- ・よく文献を読んで どんどんやっていく自信満々の研修医(暴走することあり)
- ・自分の行ってみたい処置を中心に患者の状態を考える
- ・上級医に相談しない
- ・なんでも検査オーダーする

- ・相談することを恥と思っている
- ・スタンダードでない治療法を勝手に行う
- ・文献を信用し上司に文献を示せと言う研修医

【救急不適応な研修医】

- ・救急外来を怖がる研修医の教育
- ・すぐ救急外来で帰したがる研修医
(明日受診をと)
- ・外来(救外)が嫌いな研修医

【対 処】

- ・クレームを受けつける組織と判断基準
- ・対処法→上級医が治療方針などを確認するシステムを作る
- ・反省時間を持ち その間 患者との接触を避ける

指導したことを行わない



もう一度指導し 行う意思があるか見る
注意を聞かない



全てをすばらしい医師に指導していく必要
は無い

- ・研修中止の基準

発見の確認
情報収集
コメディカルから／患者から
評価 期間は？
教育的指導
再評価
判断する 組織システム

問題のある研修医の発見と対処方法

1) 独善的な研修医

- ① 研修開始時、病院とシステム、バックアップ対策の説明をしっかりとオリエンテーション
- ② 初期の指導医の人選
- ③ コメディカルとのダブルチェック

2) 救急不適応な研修医

- ① バックアップ対策（特に初期）の充実
救急の病院での位置づけを明確にする。（マッチングの前に）

3) コミュニケーションの問題

- ① 導入時の社会人のマナー教育
- ② メンタルケアの改善
- ③ 指導医とコメディカルとの共通の評価法
- ④ 患者さん、コメディカルとの関係を給与に反映（インセンティブ）
- ⑤ 研修医独自の空間作り（言いたい事ができる。上司のいない空間）
- ⑥ 男女関係
- ⑦ C/Sアンケートの利用

4) 研修医自身の性格の問題

5) 勉強嫌いな研修医

- ① インセンティブ（認定医、専門医）将来役立つ

指導医が個人的に対応するか、病院全体で対応するか？

病院全体で対処すべき

（ローテーション時に申し送りの徹底）

医師の卒後臨床研修における指導医の意識に関する調査および解析

主任研究者 尾形 逸郎 河北総合病院

分担研究者

西野 洋 亀田メディカルセンター

医師卒後研修センター

葛西 龍樹 医社カスライアンス

北海道家庭医療学センター

短ければ教える負担のみでその科の労働力ともなり得ず、臨床指導に当たる医師の意識にも大きな隔たりがあると思われる。当研究では、新臨床研修制度導入に当たって臨床指導医の意識調査を行い、臨床研修の在り方を探ることを目的とした。

A. 研究目的

平成 16 年度より新しい医師臨床研修制度が発足した。これまで臨床研修の多くの部分が大学及び一部の大病院に依存してきたが、マッチングの状況から見ても臨床研修病院において卒後研修を行う者が増加している。しかし、多くの臨床研修病院においては、専任の研修指導担当者がいるわけではなく、忙しい臨床の合間で研修医の指導に当たっているのが実情である。また、ローテートする科によっては十分なスタッフがいるとは限らず、また、研修期間も

B. 研究方法

特定非営利活動法人 VHJ 機構が開催した VHJ 機構臨床研修指導医養成講座（平成 17 年 1 月 8 日～1 月 10 日）に参加した医師 48 名を対象にアンケート調査を行った。アンケート項目は表 1 に示した。

調査対象者は VHJ 機構会員医療機関に所属する医師であるが、匿名で行い医療機関が特定されないように配慮したので、倫理面には特に問題は生じないものと考えた。

表 1. 臨床研修に関するアンケート：指導医に対して

1. 専門は何科ですか？ (科)
2. 卒後何年目ですか？ (年目)
3. これまで研修医や学生の教育に携わったことがありますか？
ない ある (年間)
4. 貴院では何人の研修医を採用していますか？ (人)
5. 貴科にはひと時に何人の研修医がいますか？ (人)
6. 貴科での研修期間は？ (ヶ月)
7. 研修期間は適当ですか？ 短い やや短い 適当 やや長い 長い
8. 指導体制は？ マンツーマン 集団指導
9. 研修医の指導に1日おおよそ何時間を費やしますか？ (時間)
10. 研修医の指導に全エネルギーの何割を費やしている感じがしますか？ (割)
11. 研修医がいることで仕事は楽になりましたか？
全くなならない あまりならない やや楽に 大変楽に
12. 研修医を指導することは楽しいですか？
楽しい 少し楽しい あまり楽しくない 全く楽しくない
13. 研修医を指導することを負担に感じますか？
大変負担 少し負担 あまり負担でない 全く負担でない
14. 研修医を教えることは好きですか？
好き やや好き やや嫌い 嫌い
15. 研修医を指導したいですか？
したい ややしたい あまりしたくない したくない
16. 貴院で研修医を受け入れる必要がありますか？
有 やや有 あまり無い 無い
17. 貴院に研修医を受け入れるメリットはありますか？
有 やや有 あまり無い 無い
メリット：
デメリット：
18. 貴科で研修医を受け入れる必要がありますか？
有 やや有 あまり無い 無い
19. 貴科に研修医を受け入れるメリットはありますか？
有 やや有 あまり無い 無い
メリット：
デメリット：
20. 貴科に研修医を受け入れたいですか？
有 やや有 あまり無い 無い

C. 研究結果

指導医 36 名よりアンケート回答を得た (回収率 75%)。各アンケート項目に関する集計は表 2-1～表 2-3、表 3 に示す。

自科での研修期間は 3 ヶ月以内が 67% で、78% の指導医は短いかやや短く感じている (表 2-1⑥および⑦)。科別の研修期間を表 3 に示した。各科とも研修期間は 3 ヶ月以内のところが多く、内科、外科では特に短く感じている者が多い (表 3)。

1 日当たりの指導時間は、2 時間以内が 47% であった (表 2-1⑨)。また、指導に費やすエネルギーは、全エネルギーの 3 割以下と感じているのが 81% であった (表 2-1⑩)。指導時間とエネルギー投入感にはゆるい正の相関があった。また、指導時間が増えると負担感が増す傾向にあった (図 1)。

研修医がいることで仕事が楽になっていないと感じる者は 56% で (表 2-1⑪)、研修医を指導することを負担に感じる者が 75% であった (表 2-2⑬)。指導体制から見るとマンツーマンの方が負担感が強い傾向にあった。大変負担と答えた者は 3 名おり、いずれも卒後 20 年以上の先生で、2 名はマンツーマンで指導しており、1 名は 1 日 8 時間指導に当たっていると答えていた。

研修医を指導することは楽しいと感じている者および指導することが好きなものは共に 89% であった (表 2-1⑫および表 2-2⑭)。研修医を指導したいと思っている者は 75% であった (表 2-2⑮)。エネルギー投入感が増すと負担感が増す傾向にあったが、指導意欲も増していた (図 2)。

D. 考察

本アンケート調査は、臨床研修の場において指導医が、指導することに対してどの程度負担を感じるものか、また、どの程度

指導することに関して熱意を持って当たろうとしているのかを探ろうとしたものである。

本調査で明らかになったことは、指導医が研修医教育において負担を感じ、研修医がいることで自分の科の仕事は楽にはならないと思っているものの、指導することを好きで楽しいと感じている者が多いということであった。このことは科の違いに関連しないものであった。

本調査の対象になった医師は VHJ 機構会員病院に所属する医師である。その所属病院は、民間病院で臨床教育に熱心な病院であることも、指導医が熱心であることの一因である可能性はある。これらの病院で採用している研修医の多くは内科や外科を志望している者であり、内科や外科といった大きな科の指導医が熱心なことは予測がつく。しかし、内科外科以外の科にとっては研修期間も短く、教育に対する負担のみが大きく、自科に研修医が貢献してくれることは少ないものと考えられ、これらの科の指導医が指導することを楽しいと感じていることは驚きであった。

本調査は母数が少なく、VHJ 機構会員病院に所属する医師のみを対象にしたものではあるが、興味深い結果となった。今後、対象指導医数を増やし、大学病院や公的病院または VHJ 以外の民間病院の指導医を対象とした調査との比較が必要である。本調査は新臨床研修制度が発足した初年度の調査であり、対象となった指導医にも意気込みがあると考えられ、経過を追った調査も重要となろう。このような調査を継続していくことは新臨床研修制度を評価していく上にも大いに役立つと思われ、指導医の熱意や、やる気をいかに継続させていくかを工夫していく上でも有用と考える。

表2-1 アンケート項目の集計

①専門科

内科	外科	整形外科	脳外科	産婦人科	麻酔科	小児科	救急部
14	9	2	3	1	1	3	3

②卒後年数

5年	～10年	～15年	～20年	～25年	～30年
1	5	3	15	10	2

③教育経験年数

ない	1～5年	～10年	～15年	～20年
5	17	5	6	3

④自院の研修医数

0人	～2人	～5人	～10人	～15人	～20人	～25人
2	8	4	8	10	3	1

⑤自科の研修医数

0人	1人	2人	3人	4人	8人	14人	無記入
2	9	12	7	1	1	1	3

⑥自科での研修期間

1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	6ヶ月	無記入
9	8	7	2	4	6

⑦自科での研修期間は適当か

短い	やや短い	適当	やや長い	長い	研修医無し
9	19	7	0	0	1

⑧指導体制

マンツーマン	集団指導	両方	研修医無し
13	18	4	1

⑨1日当たりの指導時間

1時間	1～2時間	2時間	2～3時間	3時間	3～4時間	4時間	5時間	6時間
4	5	8	3	2	2	3	1	3

8時間	研修医無し	無記入
2	1	2

⑩指導に費やすエネルギーの割合

0.5割	1割	1～2割	2割	2～3割	3割	4割	5割	6割
2	9	1	5	4	8	2	1	1

研修医無し	無記入
1	2

⑪研修医がいることで仕事になったか

大変楽に	やや楽に	あまりならない	全くならない	研修医無し
1	14	16	4	1

⑫指導が楽しいか

楽しい	少し楽しい	あまり楽しくない	全く楽しくない
14	18	4	0

表2-2 アンケート項目の集計

⑬指導することを負担に感じるか

全く負担でない	あまり負担でない	少し負担	大変負担
0	9	24	3

⑭教えるのが好きか

好き	やや好き	やや嫌い	嫌い
12	20	4	0

⑮指導したいか

したい	ややしたい	あまりしたくない	したくない
9	20	7	0

⑯自院に研修医を受け入れる必要があるか

有	やや有	あまり無い	無い
25	7	4	0

⑰自院に研修医を受け入れるメリットはあるか

有	やや有	あまり無い	無い
21	11	4	0

メリット

当院の現状を知ってもらえる
人を育てる志をいつまでも維持できる
病院活性化
知識の再構築
人材確保
将来のマンパワーとして

デメリット

仕事が増える(個人的)
リスクの発生、時間がとられる

表2-3 アンケート項目の集計

⑱ 自科に研修医を受け入れる必要はあるか

有	やや有	あまり無い	無い
20	12	4	0

⑲ 自科に研修医を受け入れる必要はあるか

有	やや有	あまり無い	無い	無記入
21	10	4	0	1

メリット

臨床神経学のおもしろさを教えられる
脳神経外科の仕事を理解してもらえる
広い領域の外科を担当しているため、ほぼ全ての外科を研修できる
指導医も知識の整理や、カンファレンスの徹底につながる
刺激、活性化、雑用係
3-4年目が勉強する
マンパワー
モチベーションがあがる
スタッフの確保
小児の夜間診療の分担

デメリット

その仕事の辛さも分かってしまう(希望する人が少なくなるのでは?)
足手まとい
指導が大変
責任の負担増加
業務の支障が出る

⑳ 自科に研修医を受け入れたいか

有	やや有	あまり無い	無い
19	15	2	0

表3 指導医の診療科別にみた研修期間とその適切感

a. 診療科別の研修期間

	1ヶ月	～2ヶ月	～3ヶ月	～6ヶ月	12ヶ月	36ヶ月	無記入
内科	5	4	0	4	0	1	0
外科	3	4	4	2	1	0	1
救急科	0	0	3	0	0	0	0
小児科	1	1	1	0	0	0	0
産婦人科	1	0	0	0	0	0	0

b. 診療科別にみた研修期間の適切感

	短い	やや短い	適当	やや長い	長い	研修医無し
内科	5	7	2	0	0	
外科	4	6	4	0	0	1
救急科	0	2	1	0	0	
小児科	0	3	0	0	0	
産婦人科	0	1	0	0	0	