

200905007A

平成21年度厚生労働科学研究費補助金  
行政政策研究分野 厚生労働科学特別研究事業

## 初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究

平成21年度 総括研究報告書

研究代表者 桐野高明

平成22年5月

## 目 次

1. はじめに	1
2. 目的	2
3. 方法	3
4. 結果および考察	5
5. 平成22年度の研究に向けて	11
6. 参考資料	13
7. 別添資料	15
資料1 研究会議議事録および資料(抄)	17
第1回班会議(平成21年 9月14日)	21
第2回班会議(平成21年11月 4日)	45
第3回班会議(平成21年12月17日)	91
第4回班会議(平成22年 2月15日)	141
第5回班会議(平成22年 3月12日)	201
資料2 臨床研修を行う病院からの迅速かつ効果的な情報収集システムの整備	249
資料3 臨床研修を行う病院等に関する地図情報システム構築に向けての基本情報入力	253

## 1. はじめに

新医師臨床研修制度は、「努力義務」に過ぎなかった旧医師臨床研修制度における諸問題を解決すべく、高齢化社会に伴う医療ニーズの変化を背景として、基本的な診療能力を幅広く修得することを目的に、第150回国会参議院国民福祉委員会附帯決議(1)を受け、平成12年に医師法等の一部改正し、医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令(以下「臨床研修省令」)を定めて(2),(3),(4)、平成16年から導入された(5)。

新制度では、全国の臨床研修プログラムの情報公開がさらに進み、医学部卒業生が、研修施設を選択する際の自由度がさらに高まった。多くの研修医が出身大学以外の研修病院で研修を行うようになり、大学附属病院と臨床研修病院の研修医数比率が、旧制度で7:3であったのが、新制度施行後、その比率が5:5(平成21年度は46.8:53.2)を下回る状態が続いている(6)。

研修医の減少は大学病院の医師労働力減少に直結し、残された若手医師は過重労働を余儀なくされた。スタッフ確保が困難となった大学は関連病院から中堅医師を引き上げた。これによって地域の病院の空洞化が進行したことより、新医師臨床研修制度は医師の地域偏在や地域医療崩壊など、医療における諸問題の顕在化を促進したとも言われている。

新制度導入に伴う研修医に対する指導医の負担増加とほぼ時期を同じくして、医療費等を含む社会保障費の削減政策を背景に、法人化された国立大学病院にも経営指標達成に向けた努力が求められたことなどから、他にも多くの複合的要因が重なり、大学、特に地方大学の附属病院を取り巻く医療環境はますます厳しさを増し、大学で働く若手医師の労働環境が悪化した。

このような背景のもと、厚生労働省医師分科会医師臨床研修部会では、平成18年12月から1年間にわたるヒアリングと討議に基づいて平成19年12月に取りまとめた報告書(7)の中で、臨床研修の質の改善を重視しつつも、地域医療や医師偏在への影響等、新研修制度の「副作用」についても言及しており、この内容に基づき平成20年3月、臨床研修省令の改正が行われた(8)。

次いで平成20年に入り、救急患者のたらい回しや、小児科・産科医の不足問題がマスコミで地域医療崩壊の象徴として取りあげられたことも契機となり、舛添厚生労働大臣は平成20年6月18日に「安心と希望の医療確保ビジョン」(9)を取りまとめた。その中の「1. 医療従事者

の数と役割」において、臨床研修制度の見直しについて言及した。

上記ビジョンの具体化に関する検討会を経て、平成20年9月、厚生労働省・文部科学省合同の「臨床研修制度のあり方等に関する検討会」が立ち上がった。この検討会は計6回の会合を開き、有識者8名からのヒアリングを行い、平成21年2月18日に「臨床研修制度等に関する意見のとりまとめ」と題する報告書を公表した(10)。この報告書の内容に沿った形で、臨床研修制度見直しに基づく厚生労働省令の改正案が作成され、パブリックコメント募集を経た後、平成21年5月11日に省令施行通知を改正、平成22年4月開始の臨床研修に適用される運びとなった(11)。

文部科学省でも、卒後臨床研修制度見直しの動きを受けて、医師の卒前医学教育、卒後臨床研修、いわゆる後期研修(専門研修)、大学院教育、生涯教育を担う大学が、これらを一貫して見直し改善を図っていくため、「医学教育カリキュラム検討会」を立ち上げ、平成21年2月から4月にかけて計7回の会合を行い、その結果を平成21年5月1日に「医師臨床研修制度の見直し等を踏まえた医学教育の改善について」と題する報告書に取りまとめた(12)。

以上のように、新医師臨床研修制度が開始されて以来、医療をめぐる世論や医療を取り巻く環境の変化に影響され、制度は数回にわたり部分的な手直しを受けてきた。しかしながら、本制度によって、①臨床研修の基本理念に提示しているような医師人材を養成できているのか否か、②医療の現状や将来の医療や医学教育のあるべき姿に即した医師人材の養成を行っているか否かについて、データの蓄積はいまだ十分とは言えない。したがって、制度を系統的に評価・検証するための客観的なデータを蓄積し、その改善に結びつけることが重要である。(13),(14),(15)

以上より、医師臨床研修制度が担うべき将来の良質な医療を支える医師人材育成の原点に立ち戻り、現行制度を客観的に評価するためのあり方について考察したうえで、持続的改善を目的とした評価のための指標と評価のための方法論を確立することが喫緊の課題となっている。

## 2. 目的

本研究班は、医師臨床研修制度の基本理念および厚生労働省や文部科学省における医師臨床研修に関する報告書等の内容を踏まえた上で、法で定める卒後2年間の医師臨床研修制度について、省令で定められた5年毎の見直し(16)や年度毎の検証を行うための基礎資料、すなわち医道審議会医師分科会医師臨床研修部会等で、委員が共通の基盤で議論を行うた

めの、客観的根拠や制度改善のためのたたき台を提供し、評価を含む制度のあり方について提言を行うことを目的とする。したがって、制度に対する価値判断を行う事は本研究班の直接的な役割ではない。

#### 研究班の構成

##### ○主任研究者

桐野高明 国立国際医療センター総長

##### ○分担研究者

大滝純司 東京医科大学総合診療部教授

小川 彰 岩手医科大学学長

北村 聖 東京大学医学教育国際協力研究センター教授

斎藤宣彦 日本歯科大学附属病院内科客員教授、前医学教育学会会長

西澤寛俊 特別医療法人恵和会西岡病院理事長

福井次矢 聖路加国際病院院長

山下英俊 山形大学医学部附属病院院長

### 3. 方法

平成21年9月より平成22年3月に班会議を5回開催し、参考人からの情報提供を交えつつ、本研究の内容について討議を行い、制度評価の方向性を確認する同時に、試行的な調査等を行った。

#### 第1回班会議(平成21年9月14日):

- ・医師臨床研修制度の現状と本研究班の目的確認(田原克志室長)
- ・研究班のあり方についてのブレインストーミング

#### 第2回班会議(平成21年11月4日)

- ・平成21年度研修医マッチングの結果(田原克志医師臨床研修室長)
- ・研修病院・研修プログラムの評価(医師臨床研修評価機構:岩崎榮専務理事)
- ・大学病院からみた医師臨床研修制度の要改善点(小川・山下分担研究者)

#### 第3回班会議(平成21年12月17日)

- ・オンライン臨床研修評価システム(EPOC)を含む臨床研修の評価について  
(東京医科歯科大学臨床教育研修センター長田中雄二郎教授)
- ・平成21年度厚生労働省科学研究費地域医療基盤開発推進研究事業  
「医師の初期臨床研修到達目標達成度評価に関する研究」アンケート調査素案  
(主任研究者:前日本医学教育学会会長、日本歯科大学内科齋藤宣彦教授)

#### 第4回班会議(平成22年2月15日)

- ・「医師の初期臨床研修到達目標達成度評価に関する研究」アンケート調査中間報告
- ・医師臨床研修制度の評価改善等に関連した情報収集・連絡網について
- ・報告書取りまとめ骨子についての討議

#### 第5回班会議(平成22年3月12日)

- ・「医師の初期臨床研修到達目標達成度評価に関する研究」アンケート調査最終報告
- ・報告書取りまとめ(案)についての討議

評価のあり方を検討するにあたって、最初に以下の方針について確認した。

#### 1) 現行医師臨床研修制度の基本理念に基づく検討:

現行医師臨床研修制度の基本理念、すなわち「臨床研修は、医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない。」は、しかるべき手続きを踏んで慎重な議論を尽くした上で定められた制度の根幹をなす部分であり、これに対する評価を行うことは本研究班のスコープ外であると考えられる。したがって、医師臨床研修制度の「基本理念」を本研究班の審議の前提とする。「基本理念」の考え方に沿って、制度の各論および平成21年度5月省令施行通知に基づく見直しの内容等が適正であるか否かの評価を可能にする方法についての検討を行う。

#### 2) 評価の対象について:

評価のあり方について検討を行うに際の「評価」については、対象を便宜上以下の3領域に分けて行い、取りまとめ役は以下の通りである。

- |                           |            |
|---------------------------|------------|
| (1) 研修医の到達目標達成度評価:        | 齋藤宣彦 分担研究者 |
| (2) 研修プログラム(研修病院)の評価:     | 北村 聖 分担研究者 |
| (3) 制度それ自体の評価(制度が及ぼす影響等): | 桐野高明 主任研究者 |

なお、上記の(1)については、当研究班の齋藤宣彦分担研究者が主任研究者を務める、「医師の初期臨床研修到達目標達成度評価に関する研究」(厚生労働科学研究費補助金健康安全確保総合研究分野 地域医療基盤開発推進研究)が研究の詳細について担当することとした。

### 3) 評価のあり方に関する基本的な原則:

評価の結果を今後の初期臨床研修制度を中心とする医師の教育制度に反映させ、制度の改善を行うためには、評価のあり方を検討するに当たっては以下のような条件に留意すべきである。

- (1) 年度を越えて比較ができること
- (2) 悉皆性のあること
- (3) 客観性のある全体評価(個人や施設の個別評価ではない)であること
- (4) 評価疲れに陥ることのない、簡素で効率的な評価であること
- (5) 既存データおよび研究成果の活用に留意すること
- (6) 諸外国との比較も想定し、評価指標や手法の国際標準やデータ互換を考慮すること

また、特別の配慮を要することとして、「プライマリ・ケア」という言葉の持つ意味の多様性が挙げられる。「プライマリ・ケア」については、第150回国会参議院国民福祉委員会附帯決議(平成12年11月)、医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について(いわゆる臨床研修に関する省令)の前文等、医師臨床に関係する多くの文書で使われているが、語義が不明確である。議論を行う際には、あらかじめ語義の解釈について関係者の中で確認しておくことが必要である。

以上の原則に基づいて、評価のあり方についての班会議における討議内容、および参考人として情報提供をして頂いた有識者の方々との意見交換を通じて、評価のあり方に関して以下の結果(選択肢)および提言内容を得た。

## 4. 結果および考察

### 1) 研修医の到達目標達成度評価

#### (1) 研修到達目標の達成度の評価方法の実態把握:

現制度の「基本理念」と「臨床研修の到達目標」に沿って2年間の研修成果が適正に評価された上で修了認定が行われているか否かについて、臨床研修を行う全ての基幹型病院1059カ所のプログラム責任者を対象とした「臨床研修目標到達度評価アンケート」(17)を実施し、現状の把握を行う。この結果より、現在、全国の臨床研修を行っている病院における研修医評価の方法ならびに修了認定プロセスの実態が明らかに

なり、研修医の到達目標の達成度評価の方法、およびそれに基づく2年間の修了認定のための評価方法(総括的評価)について、改善のための示唆が得られ、一定のモデル的基準を示すことも可能となる。

(2) 研修医の基本的診療能力(知識、技術、態度)に関する自己評価:

「新医師臨床研修制度の評価に関する調査研究」(平成17～19年度厚生労働科学研究費補助金)によって報告されている研修医の臨床能力の修得状況、症状・病態の経験例数等のデータを参考とし、本研究における評価の対象、手法、限界等を勘案した上で、悉皆性の高い調査としてこれを用い、将来に向けて経年的に観察していく方法についても検討する。

(3) 「臨床研修の到達目標」の設定に関する調査:

臨床研修制度の「基本理念」のもと、制度導入後の医療の変化や研修の実態に応じて、「臨床研修の到達目標」の設定が妥当なものであるか否か、定期的な検証を行うべきである。新医師臨床研修制度導入から今までの実績に基づいて、現場からの声に耳を傾けつつ、卒前教育-卒後初期研修-卒後後期研修(専門医研修)-生涯教育を一連の流れの中で、初期臨床研修の到達目標の設定が行われているかについて調査を行うべきである。例えば、新制度で2年間の研修を修了し、現在後期研修(専門医研修)を行っている医師を対象として、自分の経験した初期臨床研修の内容や到達目標の妥当性等についての調査を行い、制度を評価するための基礎資料とすることや、卒前臨床実習と卒後初期臨床研修の円滑な接続について、卒前のコアカリキュラムと卒後臨床研修の到達目標の内容を具体的に比較検討し、両者を併せて到達目標の達成度評価を行えるか否か、検討を行うべきである。この際、共用試験(CBT, OSCE)の内容や医師国家試験の出題基準の設定についても配慮することが必要である。また、同一項目であっても、卒前と卒後では到達すべき深さに差があることにも配慮すべきである。さらに、経験した症例・手技等について、医師のキャリアを通して記録が保存され、研修の結果が統合的に評価できる方法等についても調査および検討を行うべきである。

(4) オンライン卒後臨床研修評価システム(EPOC)の活用(18):

EPOC を活用することによって、理論上、研修医や研修プログラムについての全国規模でのリアルタイムのデータ収集が可能であるが(悉皆性の担保が可能)、平成20年度における普及率は全研修医の約60%(約5000人)にとどまる。入力操作が煩雑であるとの評価もあり、普及率が伸び悩んでいたが、年々インターフェースの改良が進み、使い勝手が良くなってきた。今後、「臨床研修の到達目標」の見直しによって項目



数が整理され、一方でEPOCの持続的改良が行われれば、普及率が飛躍的に向上する可能性を秘めている。EPOCでこれまで集積されたデータの一部を、研修医の到達目標達成度評価の現状把握に活用し、EPOCと質的評価手法(ポートフォリオやサンプリング等)を組み合わせる研修医の評価を行う手法について検討する。また、EPOC等、全国すべての臨床研修を行う病院が使用する研修目標到達度評価ツールの普及を前提に、現行の「臨床研修の到達目標」の見直し(簡素化を含む)と同時に制度評価のための客観的データ収集システムの構築など、到達目標設定と評価システムとをあらかじめ機能的に一体化した制度設計も考えられる。

## 2) 研修プログラム(研修病院)の評価

### (1) 臨床研修を行う病院(研修プログラム)の認証制度と第三者評価:

現在、基幹型臨床研修病院指定のための外形基準は定められているものの、臨床研修の質保証を目的とし、外形基準による評価(ストラクチャー評価)、プロセス評価、アウトカム評価とを組み合わせる包括的プログラム評価に基いて、国が臨床研修を行う全病院を対象として行う認証制度は存在していない。一方、第三者評価機構である卒後臨床研修評価機構(JCEP)は、on-site visit(訪問調査)を含む包括的評価を基本とした臨床研修病院の認定を行っているが、基幹型の全病院数1,059(平成22年3月現在)に対して、平成17年開始以来現在(平成22年3月)まで、76病院の認定を行ったに過ぎない(19)。また、JCEPは手挙げ方式で評価受審の病院を募っているが、申請病院が臨床研修について比較的意識の高い病院に偏っているのではないかと指摘もある。以上の現状を踏まえた上で、まず、臨床研修を行う病院(プログラム)の最低限の質担保のために、認証制度の導入が必要か否か、必要であるとすればどのようなステップを踏んで導入すべきか、について検討を加える必要がある。現実的な選択肢として、現在JCEPの行っている臨床研修病院の評価システムをプロトタイプとして、将来、複数の第三者評価機構のあることを前提にして、全ての臨床研修を行う病院が、一定期間内に受審できるような評価内容や評価体制の具体的な検討が必要である。例えばJCEPの訪問調査を行うサーベイヤーは平成22年3月現在で284名が登録されており、平成22年5月にはその数は300名を超えると予想される。サーベイヤー300人がフルに稼働したと仮定した場合、1年間に約1000件以上の訪問調査が可能であると試算されるが、現実的に全基幹型病院(1059病院)の訪問調査を行うとした場合、再評価(評価点数に応じて、2年、4年、6年間隔)の頻度を含めてどのくらいの期間が必要なのか、サーベイヤーの数はどの程度が必要なのか、いくつかの仮定を設けてシミュレーションを行う事が必要である。上記の臨床研修病院としての評

価の前提として、日本医療機能評価機構による病院自体の評価も重要視されるべきであろう。

(2) 基幹型臨床研修病院の指定基準における病床規模または年間入院患者数によるカットオフ値設定について:

平成21年5月の臨床研修省令の改正によって、基幹型臨床研修病院の指定基準の1つとして「年間入院患者数3,000人以上」の項目が加わった。これは、急性期病床数約150床以上を有し、標準的な平均在院日数を有する病院ならば指定基準をクリアできることを想定したものである。臨床研修の質を確保するためには、基幹型病院の指定基準として、より多い病床数(おおよその目途として、大学病院の最小病床数550床程度)のカットオフ値を設定すべきとの意見がある一方、質の良い研修ができれば病院の規模にかかわらず臨床研修病院として指定を行うべきとの意見もある。さらに、病床数や年間入院患者数をそのまま用いるのではなく、研修医1人あたりの数字で計算すべきであるとの指摘もある。しかしながら、臨床研修病院の指定基準において、病床規模または年間入院患者数を用いたカットオフ値を設けることが妥当か否か、もしカットオフ値を設けるのであればどのような客観的根拠に基づいて数値を設定すべきなのか、については厳密に検証されていない。したがって今後、基幹型病院の外形基準とそこで行われる臨床研修の質との関連等が評価可能となるようなデータの収集を行い、それに基づいて基準を設定すべきであると考えられる。

3) 制度それ自体に対する評価(地域医療への影響についての評価も含む)

(1) 初期臨床研修医の全国定員及び都道府県別定員上限を決定する根拠となる指標:

医学部学年定員数(卒業者数または国家試験合格者数)に対して適正な初期研修医の定員(マッチング定員も含む)について、それを決定する根拠となるような客観的データは何か、検討を行う。都道府県別の研修医定数上限を決めるための根拠と、その根拠を導くためのデータの収集方法について考慮する。例えば、3)-(2)に述べた、地域医療ニーズをもとに算定する手法等を用いることも考えられる。

(2) 地域医療計画と医師人材育成との連携に対する評価のあり方:

見直し後の臨床研修省令においては、基幹型病院や大学病院など地域の中核病院を中心とした臨床研修病院群の形成を促進しつつ、地域における複数の医療機関が連携して人材養成を行うべきであることが強調されている。地域毎の基幹型臨床研修病院の必要数や配置、そこにおける専門医(指導医)および後期研修医定員を考慮した場合の初期研修医定員の適正数などについては、その地域における将来の医療の

あるべき姿(地域医療ビジョンないしは地域医療計画)を反映した医療機関や医師(専門医)の配置を反映したものでなければならず、その地域の医療ニーズアセスメントに基づいた医療施設の集中化・重点化政策との整合性について配慮することが求められる。具体的には、地域毎の疾病及び外傷の発生状況等を地図上にデータとして表示し、各々の発生地点から医療施設へのアクセス方法(救急医療・待期的医療)を考慮に入れた上で、どのように医療機関を配置すべきか、その医療機関にどのくらいの医師(専門医)を配置すべきかをまず考慮すべきであろう。その上で、各々の医療機関が受け入れる患者数(症例数)と専門医数(すなわち指導医数)に応じて、研修の質を考慮しつつ適正な初期または後期研修医定員数を振りわけることが必要である。それらの総和として、都道府県別の研修医定員数上限を設定することも考えられる。例えば、地図情報システム(GIS: Geographical Information System)の手法を用いて、地図上で医療ニーズ、医療機関、医師の配置等の情報を表示し、相互の関連を機能面から視覚化することによって、研修医を含む医師の最適配置のシミュレーションを行う事なども可能である。なお、厚生労働省が3年毎に行う医療施設調査(静態調査)(21)から抽出された病院データについても、当研究班として法令に基づく情報提供の申請書を提出したうえで、より詳細な情報の提供を受けその活用を考慮すべきである。さらに、急性疾患に関しては、各地域のDPC病院でのICDコーディングに基づいたデータの蓄積があり、これらを各地域の医療ニーズの評価に反映することも考えられる。

### (3) 医師の地域別、専門分野別分布が明確となるような人材データベースの構築:

新医師臨床研修制度によって若手医師の大学離れが促進され、大学関連病院のスタッフ確保が困難となったことより、医師の地域偏在や地域医療崩壊など、医療における諸問題の顕在化を促進したとされるが、新制度導入後に初期研修医数が増えた大学や地域も多くあり、そのような地域であっても卒後3年目以降の若手医師の地域定着率は低く、これが地域医療の担い手の減少を引き起こしている事例も多い。また、現在の地方大学医学部入学者は都会の高校出身者が多く、初期臨床研修を修了し、将来の就職先を想定しつつ後期研修プログラムを選択した場合、自分の出身地にUターンすることが多く、これが卒後3年目以降の若手医師の地方大学離れの一因になっていると言われる。しかしながら、これらの現象を裏付ける全国規模の客観的データは不足している。したがって、医師臨床研修制度の地域医療への影響を評価し、効果的な介入を行うために、厚生労働省が2年毎に行っている医師・歯科医師・薬剤師調査(いわゆる三師調査)(20)の結果も活用しつつ、初期研修2年修了後、卒後3年目以降(後期研修または専門医研修以降)の医師の地域分布、専門分野別(日本専門医制評価・認定機構の「基本領域」および「Subspecialty 領域」に準拠)研修状況について、全国規模で把握できるよう、また医籍番号に基づいた個人毎の情報が経時的に把握できるよ

う、確度の高い医師人材データベースを構築することが必要である。この場合、個人情報の取扱いに対する配慮をどのように行うかについての検討が必須である。

(4) 初期臨床研修制度以外にも複合的な要因が関与している問題の評価:

地域医療に従事する医師が減少している問題、基礎医学者が減少している問題(特に法医学、解剖学、病理学の3分野)等については、医師臨床研修制度の他にも複合的な要因が絡み合っており、根本原因を解明することは容易ではない。例えば3)-(1)のような手法を用いて、実態を把握するための正確なデータを収集したうえで、因果関係がより明確となるような評価項目、手法を選択して評価を行うことが必要である。

4) 初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究を可能とする体制の構築と試行的データ:

平成21年度研究の一環として、以下の予備的および試行的情報の収集・整理・分析を行った。

(1) 臨床研修を行う病院からの迅速かつ効率的な情報収集システムの整備:

臨床研修を行う病院で日々研修医に接し、指導やマネジメントの責務を負う担当者から、臨床研修現場の実態を正確に反映する情報を得て、制度の評価を行うことは、制度の目指すべき方向を設定するために欠くことができない。これを実現するため、研修プログラムを主催する基幹型臨床研修病院の①院長、②研修管理委員長、③プログラム責任者、④事務担当責任者の了解を得て、これら責任者へ直接連絡可能な電子メールや電話番号を登録して頂いた。今後当研究班の活動を行う上で、この情報ネットワークを駆使して効率よく情報を収集し、制度評価に役立てる予定である。

(2) 臨床研修を行う病院等に関する地理情報システム構築に向けての基本情報の入力:

基本情報として厚労省医師臨床研修推進室がマイクロソフトエクセルに取りまとめた全国の基幹型臨床研修病院1,059カ所のデータを用いた。住所等から割り出した位置データ、都道府県、二次医療圏、設置主体、病床数(科目別)、研修医定員、研修医実員等について、を全国版電子地図上(縮尺は任意に設定可能)に表示した。地図情報システム(GIS: Geographical Information System)のPCソフトウェアとしては、世界で最も広く用いられている ESRI 社の“ArcGIS”をベースとして開発された、PASCO 社の“MarketPlanner”を用いた。GIS を利用したデータ提示・解析の例として、地図上で、(1) 臨床研修を行う病院の位置の表示、(2) 左記に加えて、病院毎の研修医実員/研修医定員のパイグラフによる表示、(3) 二次医療圏毎の人口十万人あたりの研修医数を地図上に色分けして表示するなど、初歩的な表示・解析を試みた。今後、臨床研修を

行う病院に関するより詳細なデータの入力及び分析、例えば、各地域における診療所を含む全ての医療機関の位置情報、傷病発生状況、専門医の分布、さらにはカーナビデータベース等を応用した傷病発生地点から医療機関への到達時間を表示するアクセスマップなど、地域医療の機能的側面を考慮した医療資源(施設・人材等)の最適配置をシミュレーションすることが可能である。本法は、専門医制度の改善において、専門医の質の向上を一義的に考えつつも、同時に専門医の2つの偏在問題(地域偏在および診療科偏在)についても効果的な対応を行おうとする場合、地域における専門医の配置を可視化できることより、医療政策上きわめて有用である。

## 5. 平成22年度の研究に向けて

以上の結果より、当研究班としての評価のあり方を検討する項目について多くの選択肢が示された。しかしながら、すべての項目について、当研究班で評価の実際を行う事は不可能である。したがって、当研究班の平成22年度の活動として、今まで示された選択肢のうち、(1)重要性の高いもの、(2)緊急性の高いもの、についてリストアップして当研究班としての優先順位を設定し、評価の主体、対象、目的、具体的方法を明確にした上で、先行モデル的に取り組むことが望ましい。このような考え方に従って、平成22年度においてはまず、以下のような調査・研究を優先的に行うべきであろう。

### (1) 初期臨床研修を修了した医師に対するアンケート調査:

新制度における初期臨床研修を修了した医師(卒後4~5年、既に専門医を取得した者も含む)を対象として、自分が受けた臨床研修プログラム(在籍した臨床研修病院)が良かったか否か、様々な角度より設問を設定し、アンケート調査を行う。その結果を、臨床研修病院の病床規模、大学・非大学、地域別、専門診療科別、男女別、年次別等で分析し、評価を行う。さらに、同じ対象者において、初期研修を振り返って、「専門とする分野にかかわらず重要と考えられる卒後2年間で研修すべき内容」を調査した結果に基づいた評価を行い、現行の「臨床研修の到達目標」の運用並びに将来の見直しの基礎資料とする。なお、このアンケート調査については、当研究班(厚労省)と全国医学部長病院長会議が内容について予め調整した上で共同実施することが望ましい。

### (2) 基幹型病院の指定基準強化に関連した調査:

今回の制度見直しによって、基幹型病院の導入とともにその指定基準が強化され、「年間入院患者数3,000人以上」の項目が加わった。これに伴い、小規模の臨床研修病院によっては、研修医を継続的に受け入れているにもかかわらず、今後基幹型臨床研修病院として研修医を募集することができなくなる可能性がある。一方、病床数や年間入院患者

数など、病院の規模とそこで行われる臨床研修の質の間に相関があるか否かについての客観的な根拠は乏しい。したがって、今年度研究の一環として、臨床研修評価に関するNPO、例えばJCEP(卒後臨床研修評価機構)サーベイヤーの協力を得て、外形基準上取消に相当する小規模病院を含むいくつかの臨床研修を行う病院への実地調査を行い、そこにおける臨床研修の体制について系統的な評価を行う。また、このような実地調査を通じて、全国の臨床研修プログラムを対象とした認証制度を前提とした評価のあり方についても検討を行う。また、全ての臨床研修を行う病院を対象として、研修期間中に実際に経験した研修医1人あたりの症例数および指導医数に関する調査を行い、病床規模や年間入院患者数との関連についても調査を行う。

(3) 医師人材養成と地域医療に係る地図情報システム(GIS)のデータ整備:

初期臨床研修医および初期臨床研修修了後の後期研修医について、その所在を地図上で把握するように情報を整備する。初期研修医のみならず、後期研修に影響する専門医制度改革に関連した2つの医師の偏在問題(診療科・地域)に着目して、診療科目別の後期研修医(卒後3年目以降)の地域分布についての情報を収集し、これを地図上で視覚化することによって、専門医プログラムの定員設定レベルで専門医の地域偏在是正が可能か否か、検討を行う。また、三師調査および医療施設調査の結果や、地域毎の保険医登録およびDPCデータを基礎として行う専門医の最適な配置に関するシミュレーション方法についても、GISを用いたモデル的な検討を行う。

(4) コンピュータを用いた全国規模の卒後臨床研修評価システムの検討:

表記のシステムを用いて、研修医及び研修プログラムに関する全国規模でのリアルタイムのデータ収集が可能であるか否かの検討を、EPOCをモデルとして行う。特に、今秋に導入される簡易型EPOC(minimum EPOC)について、全国規模での研修病院網羅的なデータ解析が可能か、EPOCとポートフォリオやサンプリングなど、質的評価方法との組合せで効果的な研修医の評価が可能か否か、検討を行う。

以上

<参考資料>

1) 第150回国会参議院国民福祉委員会附帯決議

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/keii/001100.html>

2) 医師法(抜粋、昭和23年7月30日法律第201号)

、<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/hourei/480730.html>

3) 医師法施行令(昭和28年12月8日政令第382号)、

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/hourei/531208.html>

4) 医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令(平成14年12月11日厚生労働省令第158号)

、<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/hourei/021211.html>

5) 医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について(平成15年7月28日医政発第0728001号厚生労働省医政局長通知)、

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/keii/030818/030818.html>

6) 臨床研修医在籍状況の推移、

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/zaiseki/index.html>

7) 医道審議会医師臨床研修部会報告書(平成19年12月)、

<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2007/12/h1225-2.html>

8) 医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について(平成20年3月26日医政発第0612004号厚生労働省医政局長通知)

9) 厚生労働省「安心と希望の医療ビジョン」(平成20年6月18日)

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/06/s0618-8.html>

10) 厚生労働省・文部科学省臨床研修制度のあり方等に関する検討会報告書、「臨床研修制度等に関する意見のとりまとめ」(平成21年2月18日)

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/02/s0226-10.html>

11) 医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について(平成21年5月11日医政発第0612004号厚生労働省医政局長通知)

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/keii/030818/030818a.html>

12) 文部科学省医学教育カリキュラム検討会報告書「臨床研修制度の見直し等を踏まえた医学教育の改善について」(平成21年5月21日)

[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/koutou/038/toushin/1263119.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/038/toushin/1263119.htm)

13) 平成17年度「臨床研修に関する調査」最終報告書、

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/chosa-saisyu/index.html>

14) 平成18年度「臨床研修に関する調査」最終報告書、

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/chosa-saisyu06/index.html>

15)平成17～19年度厚生労働科学研究費補助金医療安全・医療技術評価総合研究事業「新医師臨床研修制度の評価に関する調査研究」(主任研究者:福井次矢)総合研究報告書.平成20年4月.

16)医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について(平成21年5月11日医政発第0612004号厚生労働省医政局長通知):第4検討規定 厚生労働大臣は、臨床研修省令の施行後5年以内に、臨床研修省令の規定について所要の検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとしたこと。

17)「臨床研修目標到達度評価アンケート」(厚生労働科学研究費補助金健康安全確保総合研究分野地域医療基盤開発推進研究、主任研究者:日本歯科大学内科齋藤宣彦)

18)EPOC(エポック)-オンライン臨床研修評価システムホームページ

<http://epoc.umin.ac.jp/>

19)NPO 法人 卒後臨床研修評価機構(JCEP: Japan Council for Evaluation of Postgraduate Clinical Training)ホームページ

<http://www.jce-pct.jp/>

20)平成20年度医師・歯科医師・薬剤師調査

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/33-20.html>

21)平成20年度医療施設調査

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/08/>



## 7. 別添資料

## 資料1 研究会議議事録および資料(抄)

# 初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究

研究会議日程:開催場所はいずれも厚生労働省内

第1回研究会議                      平成21年9月14日(月)    14:00-16:00

第2回研究会議                      平成21年11月4日(水)    13:00-15:00

第3回研究会議                      平成21年12月17日(木)   14:00-16:00

第4回研究会議                      平成22年2月15日(月)    15:00-17:00

第5回研究会議(最終回)            平成22年3月12日(金)    15:00-17:00

平成21年度厚生労働科学特別研究

初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究

第1回研究班会議

平成21年9月14日(月)

14:00-16:00

厚生労働省2階共用第6会議室