

厚生労働省 医師・歯科医師・ 薬剤師調査の概況

年度	29歳以下	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70歳以上
平成12年	2,692	6,806	5,972	3,717	2,755	2,499
平成14年	2,486	6,390	6,164	3,794	2,501	2,533
平成16年	2,184	6,016	6,148	3,919	2,371	2,602
平成18年	1,164	5,494	5,930	4,524	2,231	2,501

平成16年 5月 AJMC 総会

臨床研修制度による影響

- 医師充足の地域格差の拡大
- 地域（過疎地）医療の荒廃の危機
- 地方における医学・医療の後退の危機
- 大学・病院の研究・診療体制の弱体化
- 医学研究の国際競争力の低下
- 国民福祉の低下をもたらす可能性

平成17年6月17日

臨床研修／臨床実習教育環境充実・改善に関する提言と要望
全国医学部長病院長会議

「地域医療の危機」や「医育・研究機関離れによる医学・医療の研究力の低下」への危惧は国民にとって決して歓迎できない問題である。これらの問題による地域住民や国民の福祉への影響は計り知れず、本問題は国民福祉の重大問題と考える。

1. 医学生の実習の充実のための医行為実施の教育環境整備
2. 卒前臨床研修、後期専門研修システムの構築を含む、一貫性のある新臨床研修制度の見直しと研修医の適正配置、教育・研修環境の充実。
3. 卒前卒後を通じた医学生涯教育の一貫性を担保する国と大学との協力システムの構築。

平成18年7月20日

緊急声明

全国医学部長病院長会議

1. 過疎地を含む地方の医療の崩壊。
2. 小児科、産科は基より外科系救急医療の崩壊。
3. 日本の医学・医療、教育研究診療の沈滞。

これらは日本の医療制度全体の危機である。

全国医学部長病院長会議はこれらの問題を国民を守る医療と福祉に対する緊急かつ重大な問題ととらえ

「臨床研修制度の迅速な見直し。」

を強く提言し、関係省庁迅速な対応を強く要望する。

観点に立った医学教育改革案

全国医学部長病院長会議

1. 臨床実習前の共用試験を資格制度として確立。
2. 学生の医行為実施の法的整備による診療参加型臨床実習の充実。
3. 卒業到達目標と評価の義務付けによる国家試験の見直し（技能・態度を問う試験）。
4. 新臨床研修制度の理念の見直し。（専門研修導入期と位置付け再編）
5. 研修指定病院基準・マッチング制度の見直し・地域別定数制及び厳格な評価の導入。
6. 大学院教育の医学生涯教育への組み込み。

平成20年6月20日

文部科学大臣 渡海 紀三朗 殿
厚生労働大臣 舩添 要一 殿

声 明

医療の現場では、医療崩壊はますます深刻化しています。医師の勤務状況は週平均70時間を超えており、若い世代では実に週80時間もの過剰な勤務を強いられております。一方、国民の医療に対するニーズはさらに高まり、かつ多様化しており、現在の医師数では医療崩壊はますます深刻化することが予想されます。

この現状を打開するためには、抜本的な医師養成数の増加が不可欠です。この様な状況の中、去る6月17日、国が医師養成数を増加する方針に転換すると発表したことを高く評価するものです。

医療崩壊は今この瞬間にも刻々と進んでおります。全国80の医学部、医科大学は国民の命を守るべく一致一丸結束して医師養成に取り組む所存です。この観点から全国医学部長病院長会議は医師養成数の増加の一日も早い実現を強く求めるものです。

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2回研究班会議

平成21年11月4日(水)

13:00-15:00

厚生労働省13階専用第16会議室

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2回研究会議

日時: 平成21年11月4日(水)13時00分～15時00分

場所: 厚生労働省 専用第16会議室(本館13階07号室)

議事次第

1. 議事経過確認: 第1回議事録および各分担研究者発言要約(桐野主任研究者): 15分
2. 平成21年度研修医マッチングの結果説明(田原医師臨床研修室長): 5分
3. 情報提供
 - 1) 研修病院・研修プログラムの評価について
(発表者: 医師臨床研修評価機構 岩崎榮専務理事) 40分
 - 2) 大学病院から見た医師臨床研修制度の要改善点
(発表者: 山下分担研究者、追加発言: 小川分担研究者) 50分
4. 今後の方針、委員間の役割分担等(桐野主任研究者): 10分

目次

1. 研究者名簿
2. 第2回研究会議座席表
3. 第1回研究会議議事録および各委員発言要旨
4. 平成21年度医師臨床研修マッチングの結果
5. 研修病院・研修プログラムの第三者による評価(岩崎参考人資料)
6. 大学病院から見た医師臨床研修制度の要改善点(山下委員資料)
7. 今後の研究会議日程と方針
8. 厚生労働科学研究費取扱要項

○桐野班長 今日北村委員が所用で参加できないということですが、第2回を始めさせていただきます。最初に、資料について簡単に説明していただけますか。

○村岡臨床研修審査専門官 資料は全部で8つあります。資料1は「研究者名簿」です。資料2は、「座席表」です。資料3は、1回目の班会議全体の議事録要旨および各研究者の発言要旨になります。資料4は、後ほど田原室長から申し上げますが、平成21年度研修医マッチングの結果に関する資料です。資料5は岩崎参考人の資料ですが、これに加えて、現在お配りしておりますブルーの冊子があります。資料6は、山下委員の資料です。資料7の今後の研究班の会議日程ならびに今後の方針につきましては主任研究者から説明申し上げます。資料8は、厚生労働科学研究費取扱い要綱抜粋になっております。以上です。

○桐野班長 時間も限られているので、どんどん議事を進めさせていただきます。2時間で終わらないといけないということもあり、各先生方には一応、時間を厳守していただきたいと願います。日程調整をしていただいて、研究班会議の5回までの日程が資料7に出ておりますが、この5回で大体の概略のところをやっつけていかないといけないという制約がありますので、これまでの経過をちょっと確認させていただきたいと思います。議事の1「議事経過確認」で、資料3「初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究」の前の内容が書いてありますが、文言については修正はまだ大丈夫です。

そのあとで、各先生方に書いていただいた簡単なレジュメが並んでいます。これについては、後ほど機会があれば、それぞれの委員の先生からこれを含めてご発言をお願いしたいのですが、前回のお話を伺っている限りでは、あのやり方で進めていって、短時間のうちに何らかの有意義なものがまとまっていくという感じがしませんでした。この班会議は、前もご確認をいただいたのですが、臨床研修制度に対する価値判断は、おそらく上部の委員会が行い、またその方向性についても検討されるでしょうから、そういう場においても、あるいは今後のいろいろな改善においても、有意義な評価のあり方についての道具のようなものをここで作っていくことが目標です。その内容については3つで、研修医評価、研修病院評価、制度自体の評価ということに概略分けられるだろうところまでは、一応ご了解をいただかないともう進まない。というのは、おそらくさらにこれをきちんとするためには、学部との接続の評価の問題、あるいは初期臨床研修制度から後期に移行するところの評価も含めて、かなり多岐にわたるので、たぶんそこも重要だと思いますが、一応先ほどの3点に限定するというのでよいかということですね。

(各分担研究者異議なし)

それから、研修医評価と研修病院評価については、本来ももとの制度評価に含まれる部分も

かなりありますが、それ自体については、これまでも既にさまざまな試行錯誤というか、いろいろなことが行われていて、それをもとに、言ってみればそれを足台にした上で今後のことを考えていくというやり方が建設的ではないかと思います。したがって、この研修医評価、研修病院評価に対しては、初期臨床研修の基本理念を後退させてはならないという意見もある一方で、理念自体に検討の余地があるという意見もあります。いろいろあるのですが、この理念自体は臨床研修制度のあり方等に関する検討会においてもいろいろ異論がありましたが、出された「取りまとめ」ではこの理念を前提として見直しを行われたという経緯もあります。もっと幅を広げてという考えもあるでしょうけれども、とりあえずこの基本理念の下に立って行われている研修医評価、研修医病院評価については、そういうこれまでのものの上に立って評価のあり方を検討してはどうかと思います。

初期臨床研修についてはいろいろな意見がありますが、少なくとも確認しないといけないのは、初期臨床研修原理主義になってはいけないので、これはあくまでもよい教育を卒業したての医師が受ける場合、どういうあり方があるかという検討の下に作られてきた制度です。しかも、長い間できなかったものができたということです。それを絶対的に守らなければならないということもないし、あるいは一方でこんなものは単純に不要であるという議論もちょっといかがなものかということで、原理主義に陥らないことが重要ではないかと思いますね。

私はここまでは、わりに保守的なやり方でいいのではないかと思った次第です。ただ、基本的な制度自体の評価については、以前の臨床研修制度のあり方等に関する検討会でも、さまざまな問題が検討されていて、そこで「取りまとめ」という文書が出ている中では、約10項目ほどの問題点が出されています。研修期間、プログラム、あるいは医学教育との連動、マッチングについて、研修施設の質と量、研修医の処遇、研修修了後のキャリア、医師不足の診療科の医師確保、地域医療研修、第三者的評価機関、研修終了後のキャリアについてなどなど、制度自体に関する検討項目として挙げられております。これについては、このような項目に関して、どういう評価の観点があるかということは検討しておく必要があるだろうと思います。

ということで、あまりにもうまくいかない場合は無理ですが、できれば異論を含めて、数回のうちにある程度の文章にしていくことが必要かと思います。次回(12月中旬)が終了した時点以降に、私と事務局で協力して先生方の意見を交えて、ある程度の素案を作って、第4回ぐらいにはそれを検討していただきたいと思います。そのぐらいの速度で、できるかできないかはありますが、やって、あり方に関する研究としたい。それに関して、さまざまな意見がありますので、また幸いに研究費もある程度ありますので、できれば1人、あるいは2人、あるいは3人のグループでも結

構ですので、文章を書く分担研究をしていただきたい。それも、分担研究というのは長期間やるっていったって、こんな時間しかありませんので、おそらくそれぞれの文章を書いていただいて、その文章を書いたところでこの議論にかけて、もちろんこういう意見の取りまとめの段階では、異なる意見というのがどうしても出てきます。それは場合によっては併記することになるかもしれませんが、そういうことで報告書を作りたい。

それから、その報告書を基に、まとめを作成するについては私がまとめさせていただいて、あまりにも異論が強い項目については、また訂正をしますが、基本的には価値判断をするものではありませんので、そこのところをご理解いただいた上でやりたいと思います。大体の進め方がそういう速度でやるということは、ご了解いただく以外にはちょっと方法がないので、ここをお願いしたいと思います。これについては、またご意見をいただきましょう。最初の私の大体の発言は、このぐらいにさせていただきます。いまのところは、あとでご意見をいただくということで、いいですか。最後に、また今後のことでやりますので。

(各分担研究者異議なし)

それでは、議題 2 をお願いします。

○田原医師臨床研修推進室長 先日行われた研修医マッチングの結果について、マッチング協議会で実施された内容を公表しております。資料 4 の 1 枚目にその概要、ポイントが書かれております。1 は、昨年と大体同じような募集定員や登録者数であった、マッチ率であったということです。2 番目の地域の状況については、都市部の 6 都府県とそれ以外のマッチ者の割合を比べておりますが、いわゆるその 6 都府県を除いた地方については、制度導入時の水準に戻ったと。52.3%になっていますが、2 頁の上側の四角のグラフが、その他の都道府県の研修医のマッチ者の割合になっております。

1 枚目に戻って、大学病院と臨床研修病院別の状況を見ると、大学病院のマッチ者の数が前年度よりも増えて、臨床研修病院のマッチ者数とほぼ同数になっております。3 頁の下のほうのグラフで四角のほうが大学病院ですが、平成 17 年に一旦下がって、次第に伸びていっている、ほぼ半数に近くなっているということです。また、大学病院の個別のマッチ者の状況については、いま配付しましたが、ご覧のようになっております。いちばん右側が対前年度に対する増減となっています。全体としては、地方に若干増えるということになってはいますが、地方においても増える所と減る所それぞれで、例えば北海道では旭川医大と札幌医大が増えておりますが、北大は減っている。2 頁の上ですが、富山、石川、福井といった所は増えているという状況で、それぞれ地域に

よって実情が違うということが言えるのではないかと思います。

ポイントは以上ですが、先ほどの資料 4 の研修医マッチング結果については、個別のプログラムごとの結果も出ておりますが、都道府県別の一覧については、4 枚目の裏側に表 6 ということで、都道府県別のマッチ者の増減があります。これも、地域によってさまざまという状況です。ただ、いわゆる都会、6 都府県については、愛知県以外はすべて減っているという状況にあります。以上です。ご質問があれば、お答えします。

○桐野班長 もし質問等ありましたらどうぞ。今日は 2 人の方からプレゼンテーションをお願いすることになっており、最初は「研修病院、研修プログラムの評価について」、NPO 法人卒後臨床研修評価機構の岩崎先生にお願いして、次は委員の山下先生からお願いするということになっておりますので、よろしく申し上げます。

○岩崎参考人 研究班にお招きいただきまして、大変感謝をしております。今日、私が持ち込んだ資料は、資料 5-1、資料 5-2 で、もう 1 部、「書面調査」という青い表紙のものを、ただいま配っていただきました。今日の私の説明は、資料 5-1 に基づいて、限られた時間ですので、端折った形で申し上げたいと思います。

まず、表紙ですが、「臨床研修における評価について」ということで、私どもは JCEP (Japan Council for Evaluation of Postgraduate Clinical Training) という呼び方で、機構を呼んでおります。

2 枚目ですが、「臨床研修における評価とは」ということですが、これは一般の教育評価の場合と全く同様で、それによると「教育における評価の原則、それに則った手順と方法によって評価計画を立案し、実施しているものです。その結果としてはあり得ても、教育制度そのものに対する価値判断を行うものではない」と、これは指導医講習会等の資料で使っているものです。

3 枚目ですが、教育における評価の原則は、ご存じのように 5W1H ということでやっているわけです。

4 枚目です。何を評価するのかということで、研修医が 2 年間の研修の成果として、知識・態度・技能がどの程度に身に付いたかを評価するということで、厚生労働省が示している経験目標、A、B、C に分かれておりますが、そのような内容の評価。これはあとで説明申し上げますが、研修のプロセスというプログラム立案の原則、それに則ってカリキュラムが立案されていること。このプロ

グラムの構成が、いわゆる GIO、SBOs、LS、Ev が診療科ごとに適切に作成されていること、立案されたプログラムによって、実際に周到的な研修が行われていること等を評価しているということです。

5 頁目ですが、どのようにして評価するかということで、私どもは評価が第三者制であることが大変重要だと思っております。第三者による訪問調査によって評価を行っているということで、特にインタビュー方式をとっており、その場でフィードバックを行うという意味からすると、形成的評価を行っているわけです。さらに、インタビューですので、院長先生をはじめとして、プログラム責任者、事務担当者、指導医、指導者。私どもは看護師、メディカルスタッフの人たちを指導者と位置づけております。こういう人たちにもインタビューを行う。特に研修医では、個別にインタビューを行っております。また、この個別に研修医インタビューを行うことを重視しております。

6 頁です。臨床研修における評価の目的には、教育評価と同じで形成的評価と総括的評価があるわけですが、私どもとしてはこの「なぜ」ということに応えんとすれば、研修病院、研修プログラムの質の改善に資するため、質のよい研修の育成のために、この評価を行う。そのために、形成的評価と総括的評価を組み合わせやっております。形成的評価は、先ほど申し上げたように、インタビューで直接その場で本人たちにフィードバックをしているという意味で、形成的評価を行っている。最終的には総括的評価を行うわけで、研修病院のプログラムを含む研修病院としての評価、認定を行っております。インタビューとしては、このような方々です。指導者については、先ほど申し上げたとおりです。

7 頁です。On-site visit、訪問調査ではどのようにして評価をするかということで、私どもは評価項目を作っており、全体で 123 項目の評価項目です。評価項目の構成は国際的に全く同じで、日本医療機能評価機構が病院機能評価でやっている評価項目の構造、評価のアルゴリズム等も、国際的に通用するものです。ただ、いま日本医療機能評価機構は 800 項目に及びますが、私どもは研修に特化するという意味で、123 項目に絞っております。大項目 8、中項目 27、小項目 88 の 3 階層構造、樹状構造と言っていますが、そういう構造にして、中項目で主に 3 段階の評定尺度を使って評点をしております。評点の中身としては、適切・要検討・要改善という評価にしているわけです。この中項目を評点するために、小項目を作っております。1 つの中項目に対して、複数の小項目がぶら下がっているという表現をしておりますが、そういう意味で樹状構造と言っております。

小項目は、各中項目を判定するための指標項目で、適切、中間、適切さに欠けるということで、

a、b、c で評価をしております。下のほうで小項目が右端ですが、88 小項目から成っており、これを a、b、c に評価をして、a がいくつあり、b がいくつあり、c がいくつあれば 27 の中項目が適切か、要検討か、要改善か、そういうアルゴリズムになっているわけです。8 つの大項目は、後ほど一つひとつ説明申し上げます。

8 頁です。これは系統的な病院全体の評価と、個々の研修医の評価ができる仕組みをチェックしているという意味で、その病院がどういう評価の仕組みをしているか、個々の研修医の評価の仕組みをしているかをチェックすることによって、個々の研修医の評価ができていると私も思っているわけです。評価項目では、全体的に研修病院をシステムティックに評価ができるだけではなくて、研修医一人ひとりの評価もできる仕組みとなっているかどうかの評価を各病院で行っているということです。

9 頁です。これが大項目の Pg の 1～4。Pg というのは、Post graduate の略です。Pg.1 は、主として臨床研修病院としての役割と理念、基本方針について、評価をしております。Pg.2 では、臨床研修病院としての研修体制の確立。特に研修管理委員会、プログラム責任者、指導医、指導者、事務担当者がどのような組織体系になっているかということ、Pg.2 で評価をしております。Pg.3 は、臨床研修病院としての施設設備の整備ということで、研修医のための研修環境はどのようになっているか、サポート設備がどのようになっているか、患者診療情報管理がどのようになっているか。特にここで重視しているのは、安全管理体制がどのようになっているかということの評価することにしております。Pg.4 は、研修医の採用、修了で、組織的位置づけ、修了基準がどのようになっているのか、研修規程がどのようになっているのか、処遇と労働者性がどのようになっているか、何時間労働をさせているのかなど、ここではそういうことを調査して評価をするわけです。特にここでは研修記録等の保管がどのようになっているかも見ることになっています。

10 頁です。ここは大項目の Pg.5 と言われるところで、研修プログラムを評価する項目で、最も重視した、評価項目自体も大変多いところになっています。特に Pg.5.1 を特記しておりますが、Pg.5.1 は研修プログラムが適切に策定されているかということで、この中身は例示として Pg.5.1 の中項目は 4 つの小項目から評価されるということで、5.1.1、2、3、4 と中項目が 4 つに分かれております。このように中項目にそれぞれ小項目が付いており、こういう手順でやると、研修プログラムがどのようなプログラムになっているかを評価することができるような仕組みとなっているわけです。

11 頁ですが、これは大項目の Pg.6～8 です。Pg.6 は研修医の評価です。これは、研修医の評価

がどのような方法で行われているのかということで、評価者・評価項目・基準が明確で、評価者の構成、評価項目がどのようになっているか。評価項目の周知、評価基準に沿った評価が実施されているのかどうか。評価結果の報告・指導、研修医ごとの対応、基準に満たない場合の対応がどのようになされているのかということが、この Pg.6 で評価できるような仕組みとなっております。

Pg.7 は研修医の指導体制ということで、これは指導医・指導者の評価ということです。評価はご存じのように、一方的な評価ではなくて、双方向性の評価ということで、指導医や指導者の評価も当然やらなければならないわけです。例えば診療行為のチェック、診療録のチェック、これは指導医でやるのが義務付けられております。毎日、研修医の書いた記録を指導医がチェックをして、カウンターサインが行われているかどうかということ、評価の場でサーベイヤーが研修医の書いたカルテを見て、つぶさにその辺をチェックするようにしております。

Pg.8 は、修了後の進路で、これからの研修病院は、キャリアパスとして修了後の研修の継続をどのようにしていくのか、またそのまま病院に残るのか、または大学病院に戻っていくのか、そのようなことにまで責任を持って研修病院が事に当たっているかどうかということです。これからの研修病院は、生涯にわたるフォロー体制をとらなければならないということで、Pg.8 を特に設けて、これをチェックさせていただいております。これが Pg.1 から Pg.8 までの概要です。

12 頁ですが、私どもの評価機構での評価手法の特徴を少し述べさせていただきます。On-site visit を行って、第三者による評価項目を使用しての評価、特にインタビューを含んでいるということが1つの特徴です。基本理念、これは医師法第16条の2第1項に規定されておりますが、それに沿ったプログラムが作成されていて、実際に研修されているかどうかを評価しております。認定期間は原則2年ですが、より良い研修プログラムであれば、4年、認定期間を延ばすことができるし、さらに6年、認定期間を延ばすことができるという更新制です。このような更新制のために、年度ごとの比較評価が可能で、さらに病院間の比較も可能なようになっております。それから、個々の研修医の評価は各病院で行われていますが、訪問調査の際に第三者によって、インタビューで直接的に評価を行うことで、より客観的評価が担保できると思っており、今日、参考資料として提出しております、青表紙の書面調査票、そしてPg.6をご参照いただければ、このことがチェックされていることがおわかりになると思います。

構造面、いわゆるストラクチャーからの評価も含まれておりますが、私どもとしてはプロセスやアウトカム評価をより重視しており、このことについては参考資料のプロセス、アウトカム評価 1、

2、3をご参照いただければと思っております。以上が私どもの評価手法の特徴です。

13 頁ですが、評価機構では、研修病院、研修プログラムの質の改善・向上を図るとともに、機構自体の評価方法の精度を高くしていくという意味で、常に version up をしているということです。評価項目自体を見直して常時行い、そのたびに version up していく。それから、評価自体の簡素化にも努めて、私どもはできるだけ簡素にできるような仕組みをやっていきたいと思っています。先ほども申し上げた 2 年、4 年、6 年ごとの更新制で、評価に対する継続性の維持をしております。さらに、2 年ごとに書面調査表と前回指摘事項の改善レポートの提出を義務付けております。これによって、評価及び研修病院の質の改善へのモチベーションを保つということでやっているわけです。

14 頁ですが、研修制度の評価と関連した項目は、事前の書面調査、先ほどの青表紙の書面調査でチェックされております。例えばスケジュールの適切性、研修プログラムの適切性、卒前教育との関連性を考慮した研修プログラムの作成、特に卒前教育の方略と重複しない工夫が必要。これは何を意味しているかという、卒前教育はだんだん OJT 等や、OSCE などが取り入れられてきておりますが、やはり座学が多いということもあります。特に卒後の研修教育プログラムの中には、OJT を中心とした、できるだけ能動的な方略を考えてほしい。そういう研修プログラムになっているかどうかをチェックしているということです。

それから、研修病院の質と量との関係性からの評価ということで、研修医数と指導医数とのバランスが保たれているのかどうか。特にこれは症例数、処遇等のトレーニングで十分に必要な経験数が経験させられているのかどうかということをチェックし、あまりに少ない経験数がある場合にはやはり問題があるし、指導医と研修医の数のバランスが適当でないということ等にも留意しながら、私どもは評価をしております。研修医の処遇等については、書面調査で把握できるような仕組みにしており、労働時間であるとか、その他、給料の点についても書面調査で把握できるようにしております。研修修了後のキャリアパスについては、先ほど申し上げた Pg.8 の中で評価をすると同時に、青表紙の書面調査でもできるような仕組みにしております。

15 頁ですが、そのほか個々の研修医の評価についても、先ほど申し上げたようなことですが、特に各研修病院で行っている個々の研修医の評価表と、そのリストを現場で確認して、評価表と照らし合わせたインタビューによって確認する評価システムになっている。P-MET ではなくて P-MEX の間違いですが、この P-MEX は今日ご出席の福井先生の聖路加国際病院の津川先生という人が日本語版を作っております。私ども全自病協・国診協でやっております、また、P-MET

が主催をしてきた指導医講習会や、特に最近では P-MET 主催のプログラム責任者講習会等では、この P-MEX 評価表を使うことを推奨しております。これはプロフェッショナリズムというか、プロフェッションとしての医師の評価をする評価表としては、国際的に大変有名な評価表です。これの日本語版ができたわけで、これを各研修病院が使うことを推奨しております。

地域(保健)医療研修については、いままで評価をやりました 70 施設について、全般的に好評です。周到的な研修プログラムが立案されていて、熱心な指導医がいることが要件となると思っております。また、指導医は、巾広いプライマリケアの研修指導ができることが必須であります。これに関連して、今回行われた見直しによる、研修医の診療科別の医師確保については、医師不足と関連させての診療科を設定する必要性はなかったのではないかと、私どもは思っております。研修プログラムの中に組み込むことで、こと足りるのではないかとということです。

16 頁ですが、今後の問題として、評価受審病院の悉皆性を高めるためには、認定を受けた病院に対するメリット、現行でも臨床研修病院には入院診療加算がありますが、それを受審病院、特に認定を受けた病院に対して積上げ加算などをしてはどうかと提案しております。評価を簡素化、効果的なものにするためには、評価指標、私どもは既に Quality Indicator を用いており、この Quality Indicator を新たに開発。特に青表紙の中にも QI を述べておりますし、今日出した参考資料 5-2 の中に Quality Indicator の具体的なものを示しております。将来的には、この評価項目に取って代わるような Indicator が開発されていくものだと思っております。

それから、EPOC の活用と我々 JCEP の評価との組合せをやったらどうか。いま EPOC に欠けるものとしては、第三者性ということがないわけで、この第三者性を担保するために、私どもとエポックが組み合わされていくと、非常によろしいのではないかと思っております。ここで話は変わりますが、地域(保健)医療の研修指導医は、将来的には家庭医療や総合医療を専門とする医師であることが望ましいということを最後に申し上げて、私の参考人としての意見を申し上げました。大変ありがとうございました。

○桐野班長 本当は数倍必要なのでしょうけれども、端折って説明をしていただいたのですが、何か質問やご意見があればどうぞ。

○山下先生 非常にわかりやすく、どうもありがとうございました。緻密に検証していただいているということが非常にわかりました。ただ、必ずしも書いていないことなのですが、問題になっているのは外形的にはとにかく教えてもらっているけれども、結局構ってもらっていないというのがあ

るのですね。要するに指導医の数は足りている。だけど、構ってもらっていない。どういうことかという、「手術しているから、お前、外来見とけ」などということ。いわゆる緻密さというものをどうやって評価するか、これは非常に難しいと思います。

もう1つは、この中で生涯にわたるフォロー、Pg.8です。要するに、そのあとどうするかというフォローアップ、具体的にはこれが非常に大きな問題です。1つは、専門医研修とか、生涯教育に流れていくようなプロセスがきちんとあるところではいいのですが、初期臨床研修とドンと切られると、次に何をすればいいのか、どこに行けるのかというので非常に浮き足立って、そういう人たちが非常に多いので、うつ病が多いとか、2、3割いるということがあります。本当かどうかは知りませんが、やはりかなりある。だから、そういう生涯にわたるフォローアップはどう評価していくのかということ。

もう1つは、ドロップアウトですね。何とか終わられたというのはまだいいのですが、1つは本人の努力が足りないというのがあるかもしれませんが、やはり人間にはいろいろな人がいて、いろいろなところをグルグル回すと、それだけでも精神的にまいってしまう人がいて、その人が半年ぐらいつつきちんと見ていただければ、何とかなるということがある。要するにドロップアウトに関しての評価というのですか、そういうもののご意見とかデータをお持ちでしたら、ちょっと知りたいのです。

○岩崎参考人 まず、最初の研修医の症例数とか指導医体制などということに関しては、実はインタビューでその場で確かめております。指導医と研修医がいる場、さらにインタビューはナースステーションで行いますので、その場でどのようなことが行われているか。指導医が構っているのかどうか。さらに、そばにいる看護師に、この先生は指導医として、きちんとした指導が現場で行われているかどうかをその場でお尋ねするということで、現在まではナースステーションの場で、みんな忌憚のない評価をされている。研修医はなかなか答えにくいだろうということで、研修医は別室で最後にやるという方式で、「先ほどナースステーションで、あなたはちゃんとしてもらっていると返事したのだけれども、本当なの」ということを、インタビューのときには尋ねる。それも複数、大体4人から多いときには8人ぐらいの研修医を集めて、その場でそのようなフィードバックを図っているということで評価をしております。

もう1つは、その後のフォローアップですね。フォローアップに関しては、先ほども既に述べましたが、私どもは個々の修了生がどのような方向に行ったのか、毎年チェックをしてその報告をもらって、できれば同窓会のようなことをやっている病院があるのかどうか。それは合同面接という

ここで、院長さん以下、プログラム責任者等にインタビューで答えてもらっているということで、この評価を始めてから各病院が随分フォローアップするようになってまいりました。いままで6つぐらいの大学をやっていますが、大学はかなりフォローアップできています。助手にしたとか、基礎に行ったということが、きちんと明示されております。研修病院の場合にも、伝統的な研修病院ではかなりフォローアップができて、大学の助手で採用されたとか、講師や准教授で採用されたなどというフォローアップもできている。私どもの70ぐらいの経験で、半数ぐらいはまだそこまでしていない、是非フォローアップをしてほしいということの要望は文書でも返しております。

ドロップアウトの問題に関しては、その場でドロップアウトをしたのがどういう理由で、評価項目の中にもあるのですが、ドロップアウトするような環境がなかったかどうか。ストレスフルな状況でなかったのか、または担当医として、かなり患者さんを多く受け持たされた、または非常に難しい患者さんを受け持たされたということを知っているのですが、まだ十分に行きわたっていないのか、70病院の中ではドロップアウトが1例も出ていないのです。したがって、それ以外の病院でのドロップアウトは少なからず出ていると知っている。それは、私どもが指導医研修会やプログラム責任者講習会等で聞いていますということで、自分の病院では1名ないし2名、毎年出ているという話は聞いております。評価を受けた今までの70病院ではありません。

○桐野班長 東大の北村先生が、やはり研修医の中には修了まで持っていくのは問題の方がお出でになるということは、相当問題だという発言をしていましたね。小川先生どうぞ。

○小川先生 大変なご努力をされて、site visitまでやって、このようなものをやられているということは素晴らしいことだと思います。1つあれなのは、例えば先ほどお話の中にあつたコメディカルの方々のご意見まで伺っているということは、必須なことだろうと思います。それが実際に例えば指導医がいる中で、「あの先生、ちゃんとやっている」と言ったときに、ちゃんと答えてくれるかどうかという、その辺のことはどうなのかということ。

もっと大事なものは、昔のことを思い出しますと、外科系だと、もう人間的な扱いはされてこなかった。蹴飛ばされて、馬鹿ちゃん呼ばわりです。そういう状況の中でトレーニングされてきて、それが素晴らしく、過去を振り返ればよかったなと思うのですが、その当時は何でこんな人間でないような扱いをされなければいけないのだという気持ちでいたわけです。例えば、そういう指導医の評価をするときに、評価基準は非常に難しいのですが、やさしくしてあげるからあの人の評価は上がるとか、厳しくないから上がるとか、そういうことがどうしてもあるように思えてならないのです。ですから、非常に表面的な人気取りというか、本当にこの人の人生を考えて、蹴飛ばして人間性な

きぐらい、殴るまでいなくても、そのぐらいの指導をやってくれているありがたい先生の評価が下がっているのではないかなという気がしてならないのですが、その辺はいかがでしょうか。

○岩崎参考人 私はインターン時代ですので、おそらく小川先生よりももっと前の研修を受けた立場からしますと、いまは全くそういうものは見られないという寂しさはあります。先生と同様だと思えますけれども、そういうことからすると、もうぶっ飛ばすぐらいの事はあってもいいのかなという事は郷愁としてあります。以前にはメスを投げられたり、それで傷ついたり、当たり前だというような時代の昭和 20 年代、30 年代初めのそういう経験をした立場からしますと、必ずしもそういうのがいい研修ではなかったと今では思っています。しかし、このように元気にしていますから、やはりよかったのかなと、これは個人的な意見ですが、そう思います。

それから、やはりいまの先生たちは非常にやさしい。やさしいのが本当に良い研修をしてくださっているのかどうかというのは、私も心配なのです。だけど、研修医たちに聞くと、非常に良い先生というのは、厳しさがある先生を正當に評価しているということで、いまの若い人たちは評価ということに関しては非常に敏感で、正當な評価を下している。その証拠には、ほとんどの病院がそうですが、“Best teacher of the year”とか、そういう事で表彰している。表彰された指導医たちを見ると、やはり厳しさのある中で、きちんとして指導をしている人たちが正當に選ばれている。という意味からすると、評価に対する目は私どもが育ったインターン時代よりも、いまの研修医たちがよほど良い教育を受けてきたのではないかと、正當に評価をしているのではないかと私は見ております。決して心配はしておりません。いまの研修医教育が良いのではないかと考えています。

○小川先生 いつのあれだったか忘れましたが、評価の中で、大学で例えば研修医に学会の発表を義務付けて、それに対して厳しい指導をしたら、学会発表の準備をすること自体がどこにランクされているかという、雑用にランクされているということもあって、本当に正當にその辺の厳しさが評価の中に反映されているのかどうかというのは、非常にまだあれなところがあるのですね。

○岩崎参考人 プログラム評価の中で、学会発表等がどのように行われているか、そういうことも評価の項目にはなっております。ただ、学会発表が雑用だと考えるかどうかということについて聞いたことはありませんが、彼らは非常に嬉々として学会発表に専念をしているということで、その間、臨床の場から離れてやるということよりも、時間を割いて学会発表に専念をしている。研修病院によっては、1 年の半ばぐらいに研究課題が与えられて、年度末に発表が行われているという

ことで、それに一般の人たちも入れた学会発表の中でやっている。また、院内での発表、それから院外でのできるだけ学会に出すような発表、私どものインターン時代はそういうことはなかったのですが、いまはかなり改善が行われていて、いまの研修医たちは積極的な学会活動もできているのではないかと考えております。そういうのは、私どものデータとしては評価の基準の中には入っております。

○桐野班長 ちょっと確認をさせていただきたいのですが、研修病院の評価という場合には、これはランキングをしようというのではなくて、認証ですよ。

○岩崎参考人 はい。

○桐村班長 つまり、認証を受けて、一定のレベル以上の評価を受ける所が、本来研修をさせる病院としては望ましいという立場ですよ。

○岩崎参考人 そうです。

○桐村班長 そうなった場合に、これはもちろん歴史的な経緯もあるし、評価機構の設立以降、まだそれほど時間が経っていないということもあるのですが、現状では研修病院、おおよそ 1,000 のうち 1 割ぐらいを評価された、ということではないかと思うのです。個人的な感じでは、認証であるのであれば、悉皆性がそのうち、将来的に必要なようになってきて、何らかの認証、評価を受けなければ、研修病院としては立ち行かないようになる方向が適切ではないかと私は思うのですが、いかがですか。

○岩崎参考人 そう思いますけれども、日本の場合には、例えば日本医療機能評価機構がやっています病院評価機構でも、これは手挙げ方式になっております。その点は、いつもいろいろな所から疑問視されていて、もっと悉皆性で、すべての病院が受けるような方向でいかがかということが出ております。私も同じことは、臨床研修病院についても、特に義務化されている研修制度ですので、できれば悉皆性があるような評価に持っていきたいなと考えております。

方法論としては、これは病院機能評価でも同じですが、診療点数を付けるとか、私も先ほどの提案にしておりますが、いま研修病院に対してはその基準がきちんと決められた上で、40 点という診療報酬上の加算が行われているわけです。さらに、受診をして認定を受けた病院に対しては、そのような認定加算点数(仮称)が設けられると、少しは手挙げが増えてくるのかなと思います。

むしろ評価の義務化ということは、こういう検討会で是非、推進の方向で結論を出していただければ大変ありがたいと思います。私どもとしては、やはり任意団体でありまして、各病院が応援をしてくれておりますが、いまのところは全国的に研修病院が受けることを推奨していただいている段階です。

○桐野班長 その場合に、認証評価をする主体が、おそらく先生の機構のような民間というか、そういうところの組織が行うことになると思うのですが、それはいろいろなタイプのものが存在しても構わないのですか。

○岩崎参考人 むしろ複数あったほうが、お互いに評価機構としての質の改善、それを図るためにも単独でないほうがいいのです。アメリカでは病院の評価については各州にもあるのですが、5つぐらいが国際的に知られています。これは病院機能評価です。研修病院・プログラム評価に関しては、ACGME が唯一ですが、日本では、3つか4つぐらいあってもいいのではないかなと思っております。

○桐野班長 認証を受ける側として、例えば法的な強制とかいうのはどうかとは思いますが、そういうのもあるかもしれない。債権格付けでトリプル A 評価とか、ランキングではないけれども、例えば大学債を出そうなどというときも評価を受けて、トリプル A だとかの格付けを受けないといけないとかやりますよね。そういうのはあるのかなと思いますが、何かメリットを付けるという方式と、そういう形で何らかの誘導をするという方式があると思うのですが、どうなのですか。

○岩崎参考人 それは私はあっていいと思いますね。いわゆる認証機関というのが認定機関を評価する所があって、それが評価機構自体のランク付けをやる。そういうのは、いま病院機能評価に関しては世界的に、国際的に評価をするところが、いまアメリカにできていまして、日本の医療機能評価機構も、それを受ける準備をしている段階です。いちばんの問題は、この評価項目自体を英語に直して、向こうから審査官が来て審査をやるということで、膨大なお金と時間がかかるということで、いま躊躇している段階です。

私どもとしては、日本の中に評価機構を評価する団体ができることもあっていいのではと思っています。

○桐野班長 それは例えば先生の機構のほかに3つか4つできたとする、その評価をするのは常に存在するものではなくて、何年かに1回臨時の委員会を招集し、評価をし、判定するというや

り方でもいいのですか。

○岩崎参考人 それでいいです。評価機構を評価する団体があると。いま文科省が大学等でやっていますが、あのようなものであってもいいのではないかと考えています。

○桐野班長 それから、評価に時間がかかって大変だという意見はないのですか。

○岩崎参考人 そうですね。準備に少なくとも1カ月はかかります。常に準備をしているところはいつでも受けられるとなっていて、病院評価機構は少なくとも3カ月です。中には半年かかるという評判もありますが、その評判が、準備期間が要るのではないか、難しいのではないかという逆評判になっていることも、受け入れてくれる病院が増えない1つの理由にもなっています。

○桐野班長 ほかにございますか。時間がきましたので、岩崎先生のお話はここまでとします。ありがとうございました。

小川先生のご発言もありますので、山下先生のほうは少し時間を多めにしていますから、時間で終わるようにお願いします。

○山下先生 資料6です。先に桐野先生におまとめいただいた中でいうと、制度に対する評価が主になって、それに研修医と病院の評価をどうするかが少し付いているというスタンスです。

もう1つは、最初に私の立ち位置をある程度明らかにしようということがあります。大学病院に勤めていますが、大学病院のために研修医制度をどうするかという立ち位置では話をしないつもりです。先ほど桐野先生から、「原理主義に陥ってはいけない」とありましたが、どうやって良質の医師を育成していくかということが理念であって、それに対する制度設計をもう一つ見直してみようということです。

2頁です。これは先ほどのまとめいただいた中に書いた文書です。いろいろな影響を及ぼしていることはたしかです。唯一無二とは言いませんが、例えば基礎研究にいく人が少なくなった、診療科の偏在、地域の偏在、そのようなことのファクターになっていることは確かです。これについては、ある程度きちんとした評価を下すべきだと思いますが、とりあえず研修制度そのものについて、ディスカッションをしたいという趣旨のことを書きました。基本的なコンセプトは、卒後臨床研修として、長く続く研修の中の初期臨床研修だけを切り取って議論するのは、極めて難しいので