

はないかというスタンスです。

次です。山形大学の嘉山学部長が講演で使っていて、非常にわかりやすかったので、許可をいただいて持ってきました。大学の医学部に入学してから専門家になるまで、自然現象として成長していくわけで、それを制度的に、例えば国家試験、専門医の試験など、国家試験の次に臨床研修の終了ということで、時宜的には区切っていますが、これはすべてが自然に大きく流れていかなければいけないわけで、その中でも、国家試験を通過して、これから医師としていこうというときの専門医の2年間というのは、非常に重要な役割を果たしています。これはここで言う必要はないと思いますが、特に大きなもので、そのコンセプトをきちんとしたいということです。

5 頁です。これは臨床研修の基本理念そのものをコピーしました。人格を涵養するというのが書いています。それから、一般的な診療において、適切に診療をできるような基本的な能力を付けることです。

まず(1)から言いますと、目の前の患者さんをきちんと診断し、治療はできないまでも、誰を呼んで、どうすればいいかがわかる、鑑別診断です。それがわかるような人になってもらわなければいけません。そのためには簡単な病気だけを見ていたら駄目だということです。

6 頁です。話がプライマリ・ケア (Primary Care) にいってしまうのですが、ここに参議院の附帯決議がありまして、プライマリ・ケアなどに書いてあるので、この辺から入ってきたのかもしれませんが、基本理念にはプライマリ・ケアという言葉は書いてありません。

7 頁です。これはいつも嘉山先生が言っていることで、要するにプライマリ・ケアというものではなくて、First Aids、目の前の患者さんにとって、何が大事であるかがわかるような教育システムを作りましょうというコンセプト、理念は変えないものでも、理念がきちんと発揮できるようなコンセプトに変えるべきである。プライマリ・ケアという言葉が使われすぎているように思います。目の前に軽い患者さんしか来ないという保障はどこにもないわけで、頭が痛いと言われたときに、あらゆることを考えられるようにするためには、重い病気も軽い病気も全部診るようなシステムが必要だということです。

5 頁の「人格の涵養」というのは難しいもので、評価のしようがないですし、私はある1つのシステムで担保するしかないと思っています。ということを見ると、3 頁を見ると、この全過程をある人が1人でレギュレートすることは無理だとしても、このシステムとしてこれを担保できるようなも

のを作っていかなければいけない。

いまのような状況で、これを個々の医学生が選ばいいではないかというのは、無責任だと思っています。あとで出てきますが、管理型(基幹型)の病院になるには、それなりの大きさと、それなりのスタッフと、それなりのシステムを持って、関連病院をたくさん持って、ネットワークをつくっていなければなりません。相対として生涯にわたって面倒を見られるような大きなシステムの中で、研修をしていくことが必要になると思います。

4 頁です。このような観点からいうと、問題点があります。1 つは、プライマリ・ケアに偏りすぎていることです。適切に処置するためには、ものすごく怖い病気と、自然治癒もあるような病気を、この 2 年間に全部見せておきます。診断を付ける、付けられないまでも、これは危ないということがわかるようなことをしなければいけません。そのためには、ネットワークの中できちんと動けるようにします。医療連携もきちんとできるようにしなければいけません。

人格の涵養ということは、結局は制度で担保することは難しいわけです。先ほどありましたが、昔は小川先生がおっしゃったそのもので、恩師がいて、殴られたりしたかもしれないけれども、それが一生の宝になっている。恩師もただ怒りっ放しではなくて、それをずっと面倒を見る。このように、いわゆる恩師がいるという教育が日本のシステムです。これが 100%正しいとは言いませんが、このようなことが、マッチングでリシャッフルされるところで、かなり問題が出てきています。困難な医療の選択は、またあとで出てくるので飛ばします。

このようなことが理念に関する問題で、私は、理念は動かさなくても、どのようなことを到達目標に持っていくかをもう一度考え直す。いろいろな病院の研修医に聞いても、プライマリ・ケアをやっているという認識は持っていますが、重い病気も軽い病気もあるから、それがちゃんとわからなければ駄目だから、それはわかっているかを聞くと、必ずしもみんなわかっています。プライマリ・ケアという言葉に引きずられすぎだと思います。

8 頁です。研修の方法論です。到達目標は作ってありますが、コア・カリキュラム、医師の国家試験の出題基準、到達目標が非常に重なっているというのは、よくご存じのとおりです。もちろん免許の関係があるので、教育ができるレベルは違うと言われても、先ほどの知識が増え、手技を習っていく中で、3回は同じことをさせられます。これは redundancy としては時間の無駄ですし、もっと先にいけるのだから、もっと先をやらせたらいいではないかということは考えなければいけません。要するに臨床研修を考えたときに、前と後のことをよく考えて、プログラムを考えていかな

ければいけないのではないかとということです。

9、10 頁は、到達目標と OSCE の評価項目です。言葉はちょっとずつ違っていますが、かなりの部分で重なっています。学生時代にやれることはどんどんやればいいではないか。山形大学では、嘉山先生がスチューデント・ドクターという概念を言っていて、もちろん免許のない人ですから、何でもやれと言っているわけではありませんが、そのような発想で、いろいろなものを見聞させてあげることができるのではないかと。そうすると、そういうことを削っていけば、到達目標はスリムになります。

北村先生の意見書を見せていただくと、コアになる到達目標はもう少し絞ったほうがいいのではないかとありました。あのようにもっと First Aids に絞った形で、スリムにできるのではないかとということです。

12 頁で、今度はどのような施設で行うかということです。大学の医学部がベストであると自負していますが、それはなぜかということ、長期に渡って医学生の教育、大学での臨床研修、専門医研修と流れていく。先ほどの岩崎先生のお話でも、この人は一体どうなったかをフォローできるというのは、大学がいちばんです。ただ、大学のみでなければいけないとは言いません。”One of the best”であることはたしかだと思えます。

要するに、長期的にこの人をいい医師に育てるというシステムを持っている。その中では厳しいことを言っても、必ずその次にフォローアップして、あのときに厳しいことを言ったのがわかっただろうとできるシステムです。

13 頁です。これは医療展望に書かれていまして、赤の線が引かれているところです。教育の質を高く保って、教育のために特化した病院は大学病院ですから、これを是非使えるように、みんながそのよさがわかるように、我々も努力しなければいけない。ただ、それはどんどん使っていただきたいということです。

14 頁です。初期臨床研修の目標であるような、いろいろな病気を一般的な病気も含めて診るようにしなければいけないというときは、厚生労働省でも推奨していますが、管理型(基幹型)、協力型の病院で、ネットワークを作らなければいけません。このときの肝は、common disease をたくさん見せてあげるのが大事なのだという話ではなくて、すべてのものをトータルに、医療はどう流れて、患者はどう流れて、医師はどのように連携の中で生きているのか。特に最初の 2 年間も

のすごく大事ですので、全部を見せてあげたい。

わかりやすい例として、山形大学で、特に脳血管疾患が多いものですから、嘉山学部長が東北大学から来られたときに、ネットワークを作って助けるのだということで作られました。そういう救急のネットワークは学生の教育にも見せていますし、研修医の教育、神経内科、脳外科などでの専門医の教育の中にも入っています。要するに、きちんとした医療のネットワークというのは、すべての系列で教育に使えます。教育のためだけのネットワークはあり得ないと思っています。

山形県内の医療機関は全部ネットワーク化しているということでして、16 頁ですが、山形県には 2 次医療圏が 4 つあるのですが、それに救急の 1 次、2 次、3 次は大学病院ですが、そのように階層化をして、これによって 17 頁を見ていただきますと、きちんとした処置ができるまでの到達時間は、全国平均より短いです。これだけ大きな地域ですが、28 分で処置ができるようになっていきます。18 頁は脳外科のことで、嘉山先生が調べられたのですが、300 床、400 床と、2 次救急ができるようなところまでは、非常に短時間でいっています。このようなシステムを作って、それに医学生、研修医の教育を乗せていけばいいだけの話です。先ほど、ネットワークをきちんとして、その中で教育をするという話が出てきたと思いますが、これを形としてきちん出すことが 1 つの答えだと思っています。

それがあまりうまくいってないのではないかと思うのは、管理型(基幹型)の病院で、非常に小さい、200 床、300 床という病院がたくさんあります。これは非常に不満です。19、20 頁は、医道審で厚生労働省が出された HP からダウンロードしてきたものですが、200 床、300 床にもかなりの研修医が行っています。

300 床の病院が悪いと言っているのではないのですが、これは長崎大学の高岡教授が比較されているもので、21 頁です。日本の 300 床の病院というのは、医師の数が圧倒的に少ないのです。ここで教育していないのではないかとと言われても、アメリカは医師の数が 10 倍もいるわけです。40 人足らず、また 200 床ですと 10 数人というのがあります。日常の診療で、地域医療を支えてあっぴあっぴしているところに研修医が来て、朝から晩まで構ってあげるのは無理だと思えます。ですから、先ほどのような大きなネットワークを作って、その中で管理型の病院から、プログラムの中で回っていくのが、効果的にできるのではないかということです。

22 頁です。そうすると、管理型の病院はもう少し基準を厳しくする。先ほどの桐野先生のご議論で、どうやって質を担保するか。評価機構で全部を見なければいけないというときに、管理型(基

幹型)の病院だと、横に大きく広がっているのを、同じ基準で調べていくというのは無理だと思います。結局ここに階層化して、グルーピングをして、そのグループの数を減らすことによって、一つひとつの大きさを大きくして、それをグループとして評価していく。だから、管理型(基幹型)の病院はうんと大きくしたほうがいいです。外形基準を大きくしたほうがいいです。外形基準というのは、ある意味では非常に崩し難い基準ですし、わかりやすい基準で、国民に対する説明責任を果たしやすいです。それと協力型の病院を混ぜていくという評価は、絶対にすべきです。こうすることによって、現実に対応できるのではないかと考えています。

23 頁です。これは小川先生がご発言されると思って用意しなかったのですが、科の偏在、地域の偏在、大学病院へ帰ってくる率は、全国医学部長病院長会議で primary のデータをたくさん持っておられて、ご発言されると思いますので、割愛させていただきますが、いずれにしても全体的な傾向としては、プライマリ・ケアに偏重した教育の制度ばかりとは言いませんが、平成 16 年の導入で、平成 18 年ぐらいからの入局者を見ても、愕然と減っているのは脳外科で、半分に減っています。これは無関係とは言えないと思います。きちんとした教育を最初から専門教育を含めた形でプログラムを組んで、提示すべきではないか。

24 頁です。そのためには、全部が同じものを、同じようなプライマリ・ケアどうのこうのということは、まずい。前のシステムで、いろいろな選択肢がある。唯一無二のプログラムでフレキシビリティがないというのは、まずかろうと思います。例えばプライマリ・ケア、将来にわたって総合医をやる、家庭医をやるというのは、プロフェッショナルとしての教育をしてほしい。要するに、初期臨床研修と関係して、家庭医、総合医というような言葉を使うべきであって、総合医、家庭医というのはものすごいプロフェッショナルですから、眼科をやる、皮膚科をやるのと同じように、家庭医があるというスタンスだと思いますし、そういうためにこれがある。だけれども、ほかの基礎研究をやるとかというフレキシビリティの中で制度設計を考えていただきたいと思います。こうしないと日本の基礎研究は潰れるとよく言われています。

25 頁です。今後のことですが、1 つは、最初に桐野班長がおっしゃった、いろいろなデータを基にディスカッションすることは絶対に必要だと思います。ただ、時間的な制限があって、アンケートを行ったり、ヒアリングができないとなれば、方向性だけでも示していただきたい。

初期臨床研修の評価というのは、長い年月を経て評価されるものだと思いますが、20 年、30 年経って、あれは駄目でしたと言われても困りますので、結局大事なのは、専門医の研修を行っている人たちにとって、振り返って見たときに、この初期臨床研修で学んだこととか、教育システ

ムは本当によかったんですかという、まずは評価してあげないと、我々は家庭医のプロフェッショナルがいるという意味で、プロフェッショナルをたくさんつくって、国民の医療に貢献しなければいけないわけですから、プロフェッショナルをつくるために、どのような教育課程が必要か。それが均一である必要全くないわけです。医学会に属するような学会に、どのような専門医研修をやり、それに対して初期臨床研修をというようなアンケートなり、調査はやはり有効ではないかと思いません。

卒前、卒後の臨床教育等と並べて考えた場合に、primary に医学教育を行っているのは医学部ですから、医学部長病院長会議との協議は絶対に必要だと思います。実際に受けている人へのアンケートですが、意見書も見せていただきましたし、福井先生の非常に詳細な、研修医に対するの評価、調査です。同じことを何度やっても意味はないわけで、ないのは振り返ってどうだったかのアンケートです。これはこの半年ではできないまでも、提言はしていただきたいと思えます。

私はコンセプトが、いまの時代に合ってこなくなっていると思えます。大学病院が満足している人が少ないというのは、なぜ満足している人が少ないかというと、27 頁で先ほど議論がありましたが、雑用、処遇で大きな差がついています。雰囲気がいい。一体何が必要であるのか。先ほど小川先生がおっしゃいましたが、怒られるから雰囲気が悪いとは言えないわけで、さんざん怒られたけれども、そのあと一生懸命教えてもらったというようなことは、雰囲気がどうのこうのとは関係ありませんし、雑用に関しても、例えば大きな病院ではいろいろな書式があって、医療安全のための書類をたくさん書いたりする。これも勉強ですので、雑用の内容もきちんと把握しなければいけない。雑用が多いといったときに、いろいろな雑用が入っています。これはこれでいいわけではないとは思いますが、いま本当に欠けているのは、振り返って見たときの専門医研修に有効かどうかということで、これは医道審でも企画しておられるという話は聞きましたので、それを推進する方向でご議論いただければと思います。

○桐野班長 続けてお願いします。

○小川先生 資料 4 の厚生労働省の今年の臨床医のマッチングの結果をご覧ください。皆様ご存じのように、この臨床研修医制度の評価のあり方に関する研究の班会議ができたのは、今年の 5 月 11 日に、厚生労働省の医政局長から、医師法 16 条 2 の第 1 項に規定する臨床研修医に関する省令の施行ということで、5 年振りの省令の臨床研修制度の枠組みが変更されたわけです。

その中で、厚生労働省令の中できっちりと盛り込まれたのが、大学病院等の医師派遣要請機能の強化の観点から、これらを見直すのだということが入れられましたが、現実には資料 4 の 1 枚目にあるように、大学病院のマッチ者を増やせと言っているわけではないのですが、大学病院のマッチ者の割合が 49.1%から 49.7%と言いますと、その上に「前年度よりも差が縮まった」と書いてありますが、これは推計学的にはほとんど有意差がないと思います。

それから、その上に地域別で東京都などの、都市部の 6 都府県のマッチ者の割合以外は増加に転じて、制度導入時の水準に戻ったとされていますが、3 頁をご覧くださいと、大学病院と臨床研修病院の年次の推移を表わしていますが、ほとんど減ったままで、有意な改善が認められていないのが現状です。

その次に表 6 です。これは非常に大事な表だと認識しているのですが、全国の都道府県の中で、大学に戻れと言っているわけではありませんで、地域別の偏在を改善させるためにいろいろなことを今回やったわけですが、実際には東京都で 1,500 人の応募者で、前年度の 1,300 人から 34 人が減ったという程度で、東京、神奈川など、確かに大都市部は多少減ってはいるのですが、大した減り方ではないというのが 1 つです。

もう 1 つ問題なのは、地域医療崩壊が問題になっているような北海道、あるいは和歌山県、鳥取県、島根県と並んでいます。島根県ではマイナス 16 名になっています。去年は全県として 47 名あったのが 31 名です。鳥取県も 4 名減って、29 名から 25 名になっています。これをずっと細かく見ていくと、当初、今回の臨床研修医制度の見直しで、地域偏在を多少改善させるのだという方向性を出したわけですが、gross で見れば大都市部が減って、その他のところが増え、マッチ率が増えたと言えますが、個々の都府県を見てみますと、地域医療が崩壊しているような地方では、ますますその傾向は増大しています。そうすると、この辺がかなり問題ではないかと思っています。

もう 1 つは、プログラムが弾力化されたというのはある程度評価でき、臨床研修病院群の形成という素晴らしい理念を導入していただいたのですが、これが実質的にはなっていません。それと、先ほど山下先生がお話になりましたが、研修病院の厳格化ということで、全国医学部長病院長会議としても、外形基準を入れて、ちゃんとした基幹型病院と、基幹型病院にならなくなったからといって、研修病院にならなくなるわけではなくて、協力型病院として病院群としてできるわけですから、この辺が骨抜きになっているということです。

臨床研修病院群を作るためには、これはマッチングの方法の問題になりますが、例えば未だに病院単位でマッチングをしている、病院単位の中のプログラム単位でマッチングをしているということから、これは医道審議会でも問題になったのですが、たくさんの定員を用意しなければならなくて、用意したプログラムの中から0というところが大変多いというのは、先ほどの資料4の病院ごとのものを見てみると、マッチ者が全く出ていないプログラムがたくさんで、プログラムばかりが増えて、無駄なプログラムがたくさんあるということから、この辺についても評価をしていただかなければならないのではないかと考えています。

全国医学部長病院長会議で、先ほど山下先生からお話をいただけるかと思って、特に刷り物では持って来なかったのですが、あくまでも初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究ですが、言ってみれば、これも医学生涯教育の中で、1つの通過点としての臨床研修を取り上げているわけですが、これは卒前の教育、卒後ずっと続く生涯学習との全体の枠の中で考えなければなりません。そういうことで、先ほど山下先生がおっしゃったのは、少なくとも全国共用試験で行われていることと、国家試験で行われていること、臨床研修制度の終了要件が、3回同じ到達目標をやらされています。非常に余裕のある国で、借金もない国であれば、それでもいいのかもしれませんが、借金をこれだけ抱えて、いかに生産性を上げなければならないかというような国において、このような無駄が許されていいのかということはありません。

臨床研修制度と直接は関係ないのですが、全国医学部長病院長会議で、臨床研修を2年やった後の3年目にどのくらいの方々が大学に帰って来ているのかを、この制度ができてから追いかけています。そうすると、平成18年に50.6%が大学に帰って来ている。平成19年に52%、昨年度が55.9%になったというので、ちょっと喜んでいたのですが、今年は48.3%と過去最悪で、ますます大学離れの状況がはっきりしてきています。

そうなりますと、先ほど田原室長が大変ご苦労されて厚生省令を改正して、大学病院の医師派遣、医師養成機能の回復の観点から、このような改革をやるということを言っているわけですが、実質的にはこれが自主性を持っていないことがあります。

そして、診療科の偏在の中で非常に問題なのは、外科が35%の大幅な減少になっていて、3分の2に減りました。これは厚生労働省の調査の結果からはもっと恐ろしい結果が出ていて、年齢構成で29歳以下の外科医は、平成12年から比べて平成18年では半減しています。したがって、近い将来急性腹症のような簡単な病気で手術ができないことが起こり、命を落とす国民が出るのが危惧されます。

もう1つは内科志望の減少です。産婦人科と小児科については、いまの若い学生にも志のある者はいると私は思っています。産婦人科と小児科は多少増えました。ところが内科が減っているので、基本診療科が減っていて、これは2割ぐらい減っていて、これが地方医療を崩壊させている1つの原因になっています。

もう1つは基礎医学研究の沈滞はずっと前から言っていたのですが、2007年のデータが出ました。1997年に日本は米国に次いで2番目の医学論文の産出国だったのですが、2007年には5位になっています。この10年間のうちに何が起こったかという、中国の論文数が5倍、韓国が2倍、西欧諸国が2~8割の増、米国が10%増、日本は5%増にとどまっています、国立大学のデータしかないのですが、国立大学全体では論文数は3%減りました。旧帝大で5%増えています、その他の国立大学では8%の減です。そうなりますと、もう論文なんか書いている暇はない。研修医の指導、学生教育で、少ない数の中でそれしかやっていたらならないということで、研究が沈滞している状況です。

したがって、私が申し上げたいのは、第1回目の班会議のときに、桐野班長が非常に素晴らしいことをおっしゃいました。判断材料や根拠を示すことが必要だから、その中でいくつかのことをしなければいけないけれどもということで、ただ目先の研修制度をやったから何がいいとか、各論を突くのではなくて、制度が及ぼす影響に関する評価は最も難しいというのは、桐野班長がおっしゃっているのですが、難しいからこそ、このようなことをきっちりとエビデンスとして示さないと、評価ができないのではないかと考えているので、いろいろな方に感想を求めるようなレベルの低いエビデンスをいくら積み重ねても、あまり意味がないので、例えば「満足している」「よかった」というのは、本人のそのときの気持で、そういうレベルの低いエビデンスではなくて、きちんとしたデータに基づくエビデンスの基に、この評価を完成させていただきたいと思います。そのために分担研究をやるのであれば、最大限の努力は惜しまないつもりです。

○桐野班長 15分ぐらいありますから、ご意見をいただければと思います。もっともなご意見かと思いますが、大学を1つのコアとして、管理型病院、協力型病院の連携を強化していくというやり方を、現状において妨げるものは何かありますか。

○山下先生 外形基準が低すぎるので、いろいろなのでアプリケーションができるので、200床、300床のところも当然手を挙げます。要するに外形基準を上げるしかないと思っています。スロットを開けておくこと自体がまずいのです。それをわかるような形で、データ集めをしようではないか

というのが大事です。

○小川先生 それに関連してです。この間医道審議会の中で、来年度の研修病院の評価をしたのですが、愕然としたことがありました。ある地方で、200床の病院が基幹型病院になっていて、そこに大学病院が協力施設として入っているというプログラムがあって、ちょっとおかしいのではないか。そういうことをもう少し整理しなければならないと思います。

山下先生がいちばんおっしゃりたいのは、医学は生涯学習であり、生涯教育であり、臨床研修の2年間で完結するものではない。それがずっと続いていく医学生涯学習の中での1つのステップなのだから、一生涯にわたって面倒を見るようなプリセプターをちゃんとつくれるようなシステムでないと、うまくないのではないかということです。それはまさしくそのとおりです。ですから、制度設計の基本として、そういうことを考えて制度設計をしなければならないのではないかと思います。

○桐野班長 マッチング方式というのは、初期臨床研修医が自由な意思で、北海道から沖縄までどこでも行ける、ある意味ではわかりやすい方式なのですが、マッチングの病院そのものの評価がなかなか進まないために、米国のマッチングを目指しているのかどうかは別にして、それと相当違うものになっています。それと先生が指摘された日本の大学病院のあり方です。文部科学省は、医学教育についてはそうでもないと思いますが、基本的に高等教育局は、大学病院は研究開発のためにあるのだ、だから臨床教育というのはあまり熱心ではないのです。高等教育局の大学病院に直接関係したことのない方と話をすると、それを感じます。

ただ、そのようなことではきちんとした教育はできないので、本当は大学にもう少し人が配当されるような仕組みが将来的には望ましいし、一方で学生の中に、相当臨床の現状に触れられるような仕組みが望ましいと思うのですが、現状では法的な規制のために、学生の間には侵襲的なことには参加できません。したがって、卒後の直後に、何らかの研修のようなものが必要であるということは、長い間日本の医学会が検討して、卒後臨床研修に入るときに、私は学部長とかをしていたので知っていますが、学部長会議や全国医学部長病院長会議も、国立大学病院長会議も要望書をたくさん出しています。きちんと予算措置をすることとか、基礎医学の研究者を一方で養成するようとか、学部教育との連動をきちんと考えていただきたいというようなことを言っています。ただ、60年振りにできた制度なので、いろいろな意味なのでまだ不備なのです。

それと、医療費の削減とか、いろいろなことがあって、大学には被害がありました。

それを、では大学病院というものが衰退していったら、日本の医療は結果的によくなるのが明らかであればそれは仕方ない。ただ、どう考えてもそうは思えない。そこをどうするかというのは、今後の問題として、大学がいいとか悪いとか、一生懸命やっている研修病院もあるわけで、そういうところとの対比で物事を考えていかなければいけない。ゴールがなかなか見えないのです。

○山下先生 基本的に先生のおっしゃるとおりだと思います。これは小川先生も最初に釘を刺されましたが、大学病院のために延命策の議論をしているのではないのです。素晴らしい医療を担う医師を育てるためです。大きな病院がいいと言っているわけではないのですが、そういう意味で、どのような基準で、どのような病院で、どういうネットワークを作るのがいいかという議論をすべきであって、その中で医学部の中でも付いていけないところがあれば、当然それは時代から淘汰されるわけですから、大学病院を救うシステムであってはならないと思います。

その前提の上でいうと、いまの時点ではかなり努力をしてくれています。かなり真面目に努力してくれていることだけは、私はたしかだと思います。例えば島根大学の病院長先生も、全国医学部長病院長会議の委員でもいらっしゃいますが、非常にいろいろな工夫をしておられます。それでも、このようにして苦戦をしておられるというのは、制度設計がおかしいと思います。

いまの時点で、例えば上限を決めて振り分ける。それは大学病院が生き残るためですという議論をしても、誰も見向きしないのは当たり前なこと、強制するのは憲法違反です。そうではなくて、いい病院、どのようにして教育するかは、先ほどから議論があるように、初期臨床研修ということを取り切った非常に狭いフィールドで議論するのではなくて、大きなスパンの中のここだという議論を、この研究班は素晴らしい方々の集まりですから、そういうところで提言をする。

そういう提言の中から広がりが出てきて、このような大きな病院で、こういうシステムの中でなければ教育をしてはいけない。その中で大学病院で、あなたの大学病院は駄目ですと言われたところがあれば、それは退場すべきであって、大学病院は退場させられないように一生懸命努力をすると、両方のことが必要になってくると思います。

ただ、いまの時点では抜け道が多すぎます。先ほど小川先生がおっしゃったように、200床でも管理型病院になるというのは、本来の趣旨からいって、全く趣旨を外れています。大学病院が協力病院になっているというのはあり得ない話です。それは厚生労働省としてもルールがある以上、

撥ねられないのです。ルールを作るしかないです。そういうことを半年間で、どのようにしてエビデンスに基づいて積み上げていくかと言われると、時間はかかるかもしれませんが、少なくとも提言だけはできると思いますし、そのようなことを検証するシステムはいまのところないわけですから、それはどこかで作らなければいけないし、その検証をするというのは、初期臨床研修で何を習ったかということも大事ですが、それが5年後、10年後にいい医師がこの制度を経ても出てきて、日本の医療が崩壊していないことが大事ですから、育っていった人たちをどうやってフォローしていくかというシステムを提言することも非常に大事だと思います。少なくとも、ショートタイムで1年ごとの評価をするほど、この制度は mature にはなっていないと思います。

○小川先生 先ほど法的な位置づけがどうのこうのという話がありました。臨床研修制度の見直しを文部科学省と厚生労働省が共同でやった検討会を受けて、厚生省令の検討が行われたのです。それを受けたときに、文部科学省としても、臨床研修制度が見直しされるのであれば、それに伴って医学教育も見直されなければならないということで、医学教育カリキュラム検討会がすぐに立ち上がったのです。

その中で、共用試験の位置づけの明確化と、合格者に一定の証明書を発行することが明言化されています。それから、国家試験の改善も、それに伴ってやるということも言っています。

ですから、これがそのまま政策に反映されればいいのですが、これがこの検討会が行われた以降、意見の取りまとめが5月1日に行われ、そのあと政権交替もあったせいもあるかもしれませんが、これが一切動いていないのが現状です。

この辺も何らかの形で問題にしないと、卒前の医学教育が高度化しないと、臨床研修制度とつながらないと思うので、その後の生涯学習ともつながっていかないといけないということだろうと思うのでこの辺も何かしらの圧力をかけていただければと思います。

○桐野班長 もう時間がなくなってきたので、ほかの先生方にもご意見を述べていただければと思うのですが、次の機会にお願いするとします。医師の教育制度の問題は、例えばアメリカでいえば、1910年ころから始まって、専門医制度も1930年代にはつくったわけです。そういう意味では、そう一朝一夕に理想的なものができるとは限らないし、できないでしょう。

ただ、そこに近づけていかないといけないし、そのためには私個人は、60年振りに、我々が学生の頃は全くできなかった研修制度の形ができたということは、私は前向きに評価すべきである

と思います。しかも政府の資金が注入されて、研修医の処遇が改善されて、かつ専念義務が出たということも、可としなければならないと思います。ただ、その副作用も強かったし、確かにある見方によれば、地域医療には相当問題のきっかけになったことは間違いないと思います。

ただ、これを初期臨床制度の手直しだけで直すのは、とても無理です。医療政策、総医療費の問題、医師数、看護師数と、さまざまな問題が関与しているので、私は医師の教育がどうあるべきかという観点からの評価も必要で、学生の教育評価と同じように、課程修了時の評価のようなものも必要。それから学校を評価するときに必要な研修病院のきちんとした認証評価は必要だと思います。これはどんな時代になっても必要で、理想に近い研修制度ができて必要だと思います。ただ、この制度をよりよくして、現実にはできるものにしていくために、どのようなことを評価項目に入れていけばいいかということは、今日お2人の先生がお話になったようなことを参考にして、お考えいただきたい。何度も言いますが、ここで、この研修制度のここはいけない、ここは悪いということはしません。データはできるだけ出るようにするということです。

今後の進め方で提案があるのです。意見を紙に書いて、論文というほどではないけれども、文書として報告書を作っていただければ、私どもに与えられた研究費を配分して、分担研究者が多少研究の費用にすることができます。額はたいしたことはありません。使えるものには種々制限があるようなのですが、なるべく短時間で出していただいた上で、また集まる機会がありますが、次回ぐらいまでに書いていただいて、それをお互いにやり取りをして、意見を言いたいと思います。

ただ、時間の制限もあるから、その中で出てきたものを取りまとめていくのは、私にやらせていただきたいと思います。場合によっては、取りまとめの段階でも、「意見はABCの3つがあった」と並べて書くようになるかもしれませんが、それもお許しいただきたいと思います。

私を書く手を挙げていただければ、是非お願いします。研究費については、何に使えるのかはよくわからないのですが、研究分担ということで研究費を配分するとどうなるかを、事務局から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8の「事務処理要綱」ということで、ポイントが載っています。これを熟読していただいた上で、疑問点があれば事務局までご連絡いただければと存じます。

○桐野班長 この問題に関する資料、書籍、本の購入、データ分析に使うソフトウェアの購入に

は問題がありません。

パソコンの場合は、30万円するようなパソコンを買うことはあまりないかもしれません。たしか厚労科研は30万円が限度ですか。

○坂上主査 残るようなものは、買えないのです。

○桐野班長 それは難しいということで、使途が相当制限されるけれども。

○小川先生 先生のイメージの中では、これから時間的制約があるから大規模調査はとてできないでしょうから。

○桐野班長 いまの段階では、この委員会で調査をするのは現実的ではないでしょう。

○小川先生 ですから、分担班が独自の調査です。

○桐野班長 それはちょっとどうですかね。

○小川先生 先生がいちばん最初にお話になった、できる限りエビデンスに基づくということになると、公表されているデータだけでは足りないわけです。ただ、アンケート調査をやるのは反対なのですが、ちゃんとした数値だとかをある程度得ることは大事なのかなと思うのです。

○桐野班長 とても重要ですね。ただ時間的に、実務の部分よりも道具を作るところで終わりにになってしまうのではないか。例えばアンケートをするのだったら、こういうアンケートをしなければならぬというところで終わりかと思ったのですが、やりますか。

○小川先生 例えば全国のすべての病院を対象にというのは無理ですので、無作為抽出した何床クラスは何病院あるから、そのうちの5%だから何病院とか、ランダム化して抽出すればある程度は。

○桐野班長 それはランダムで、例えば10分の1の100病院も抽出して、そのうちの7割から答えが来れば、相当意味があります。ただ、調査項目はどのようにするか。

○小川先生 それは分担者のほうにしてください。

○桐野班長 それはグッドアイデアなのですが、残り 5 カ月でやるには。これを次年度引き続きで誰かがやってくれれば、いちばんありがたいのです。

○小川先生 田原さん、この会議は継続するのですか。

○田原医師臨床研修推進室長 この研究班自体は特別研究なので、今年度限りです。ただ、ここでまとまった方向性について、具体的に調査をやるという部分については、また申請をいただいで。

○桐野班長 ここである程度意見をまとめたら、例えば次年度 1 年間をかけてきちんとした調査を実施する仕分けが、最もいいかなと思ったのですが、いま無理にやると歪んでしまう可能性があります。だから、できればこの研究班である程度まとまったところで、真面目に実施する必要があるので、このような研究班を次年度以降検討する必要があるという意見を述べる可能性はあります。

○田原医師臨床研修推進室長 その質問をする項目について、具体的に整理をしていただけると、実施をしないまでも次に引き継いでいけるとお思いますので、そういうところを具体化していただければと思います。

○桐野班長 それで、あとは時間もないので、手を挙げていただければ、その数で割って、配分可能な額を配分します。これが適正に厚生労働科学研究費の腰綱に従って執行していただきたい。それは各機関の責任になるので、それでいいですね。どのような項目でも結構です。研修医評価のあり方、病院評価のあり方、制度自体の評価のあり方に関して、全部おやりになるというのも大変ですから、できれば 1 項目を選んでやっていただきたいとお思います。

○小川先生 その 3 点は、先生がいちばん最初のときにお話しになった 3 点ですね。

○桐野班長 はい。できれば、第 3 の制度のあり方については、「臨床研修制度のあり方等に関する検討会」の「取りまとめ」という文書があって、それは検討すべき項目は羅列してあって、そこにポイントはほとんど書いてあります。それを評価するというやり方が、1 つは考えられます。

ただ、一方で、私はずっとこれまで各先生がやってこられた研修医の評価、研修病院の評価というは、コンサバティブにこれまでやってきたものを足場に、それを改善していくやり方でできるのではないかと考えています。例えば病院機能評価であれば、もう少しやりやすくして、将来的には全病院が受ける。一定のレベルに達しなかったら認めないという方向でお願いしたい。

今日は私が言いすぎたかもしれませんが、次回以降、先生方にコメントや発言をお願いする、あるいはメール通信等でやるという手もありますので、またメールを出します。

○福井先生 研修医評価のあり方、研修病院の評価のあり方、研修制度の評価のあり方のいずれについて書くということでしょうか。

○桐野班長 そのほうがありがたいですが、いくつかやっていただいても結構ですが、できればそのほうがいいと思います。

○福井先生 できれば1人が1つはやると。

○桐野班長 できれば1人は1つはやって頂きたいと思います。そうすると、7人で1人当たり50万円ぐらいを配分するということになります。それでいいですか。

○福井先生 文書を書くとしても、いままでの話を聞いていますと、お金はかからないと思います。お金をいただいてもどのようにして使っていかかわらなくなりますので、いただいても困るのではないかと思います。

○桐野班長 私も困っています。これは余らせますかね。私も使い道がなくて困っているのです。

○大滝先生 いただいても困る状況になりそうなので。

○桐野班長 これは現実的には、実施した結果、全部を使いきれなかった場合に返還すればいいのですか。

○田原医師臨床研修推進室長 事実上はそうですが、その辺りはご相談をさせていただきます。

○小川先生 先ほどなぜ調査の話をしたかという、それで研究費用を使うとすれば、調査なりを

しないと。当たりぐらい付けたらなと思ったのです。

○桐野班長 それはできないのです。どういうことがあり得るか、みんながそれならばおやりになったほうがいいと思うものがあるのだったら、提案してください。

○小川先生 はい。わかりました。

○桐野班長 私個人はスタートのときはそうかなと思ったのですが、やっているうちに時間の制限もあるので、ここは実務部隊でなく割り切ったほうがいいとなったのです。厚生労働省のほうは、もうちょっと調査も含めて考えてもらいたいというのがあったようですが。

今日は終わりにします。メールを出しますので、お返事をお願いします。

臨床研修病院(研修プログラム) の第三者による評価

NPO法人卒後臨床研修評価機構
専務理事 岩崎榮

卒後臨床研修評価機構

- 名称 NPO法人 卒後臨床研修評価機構
- 英語名称 Japan Council for Evaluation of Postgraduate Clinical Training
略称: JCEP
- 理事長 高久 史磨
- 所在地 〒105-0014
東京都港区芝3-1-15芝ポートビル
TEL:03-3456-4747

設立趣旨書

新たな臨床研修制度は、医師が、医師としての基盤形成の時期に、患者を全人的に診ることが出来る基本的診療能力を修得することにより、医師としての質の向上を図ることを目的としており、地域の医療提供体制の整備に当たっても、重要な役割を果たすことが期待されるものである。

また、以前の制度では臨床研修が必修とされていなかったため、研修を受けて診療を行うことが可能という状況があり、さらに、研修の内容についても統一されたものがなく、研修によってどの程度の診療能力が身に付いたかも研修院によって異なりがあった。その一方で、国民の間で医師の質、医療安全に対する関心が高まってきており、これに対応するために臨床研修を必修化するとともに、その内容についても明確な目標を定め、医師としての基本的診療能力を達成できるようにすることとなった。そして、この基本目標を実現するための研修プログラムが「プログラム」が各研修病院において整備され、各研修院は、プログラムの方向性により研修が行われる。研修院が「研修院」で行われているかどうかについては、そのプログラムの内容が詳細な年次であり、これを第三者として行うこと、その評価結果を「レポート」に示すことは、臨床研修病院の質の向上を図るために必要不可欠である。

本国においては、卒後の研修を厳しく管理し評価している第三者機関であるACGME(Accreditation Council for Graduate Medical Education)が設置されており、研修内容の標準化が行われているが、我が国においては、そのような第三者からの研修プログラムの評価を行う機関の設置の必要性は検討されているが、現在具体的な取組はされていない。

そこで私たちは、「特定非営利活動法人卒後臨床研修評価機構」を設立し、医師に対する医師の質の向上と向上のため、臨床研修病院における研修プログラムの評価や人材育成等を行い、公益の増進に寄与していきたいと考える。

しかし、目的を達成するために、組織を永続的に維持できること、責任の所在が任意団体と比べ明白であり社会的信用が得ること、団体による契約や施設が可能であること、官公署からの専任委託・補助金が受けやすいことから特定非営利活動法人にすることを決めた。

平成19年4月1日
特定非営利活動法人卒後臨床研修評価機構
設立代表者 氏名 高久 史磨

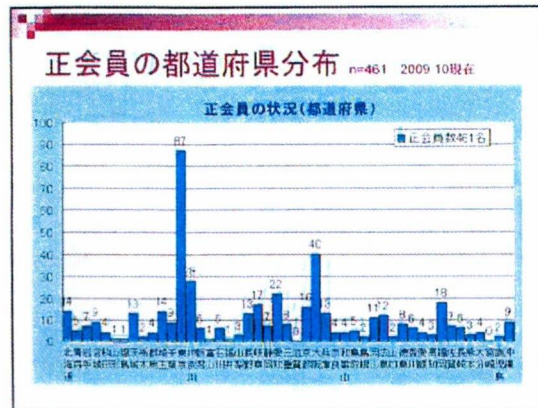
会員の状況

2009. 10

- 正会員(個人会員) 461人
- 医療機関等団体登録会員(機関会員) 17団体

聖マリア病院	全国社会保険協会連合会	全日本長生医療機関連合会
指導病院	関西医科大学	聖隷湘南病院
赤松市立病院	聖隷浜松病院	近畿大学医学部附属病院
社会福祉法人豊洲財団衛生会	日本医科大学付属病院	総合病院京都府立病院
日本医科大学付属病院内科研修センター	むつ総合病院	山田赤十字病院
大阪厚生年金病院		公立みづき総合病院
- 病院団体等特別会員(特別会員) 5団体

日本病院会	全国社会保険協会連合会
全国自治体病院協議会	独立行政法人国立病院機構
全国国民健康保険診療施設協議会	
- 賛助会員 6団体



役員

- 理事16名 監事2名

理事長 高久 史磨	自治医科大学 学長
専務理事 岩崎 榮	NPO法人卒後臨床研修評価機構 専務理事
有賀 敬	昭和大学医学部救急医学講座 医学部教授・救急医学講座主任
伊藤 幹治	社団法人 全国社会保険協会連合会 理事長
齊藤 善一	社会保険中央総合病院 院長
福岡 孝男	財団法人医療研修推進財団 理事長
高木 芳徳	全国国民健康保険診療施設協議会 会長
永井 良三	東京大学医学部附属病院 循環器内科教授
伴 信太郎	日本医学教育学会 会長
通見 公雄	社団法人 全国自治体病院協議会 会長
日野原 肇明	聖路加国際病院 理事長
福井 次夫	聖路加国際病院 院長
真平 誠夫	沖縄県立中部病院ハイウェイ学 卒後臨床研修プログラムディレクター
矢崎 真雄	独立行政法人国立病院機構 理事長
山口 昇	全国国民健康保険診療施設協議会 常任顧問
山本 修三	社団法人日本病院会 会長
荒井 俊子	聖路加看護大学 学長
監事 鈴木 紀之	茨城メディカルセンター病院 副院長・法人事務局長

評価委員会委員

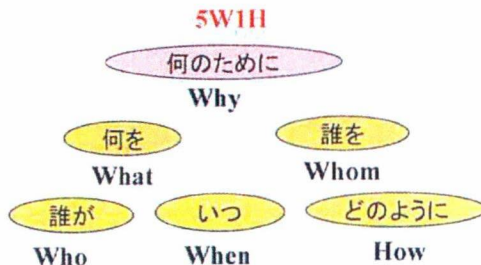
評議委員長	有賀 聡	昭和大学医学部救急医学講座 医学部教授・救急医学講座主任
副委員長	鈴木 紀之	筑波メディカルセンター病院 副院長・法人事務局長
副委員長	福井 次夫	聖徳加藤病院 院長
	一戸 真子	上武大学 教育研究センター長・看護学部医療管理学教授
	井部 保子	聖徳加藤大学 学長
	岩崎 榮	NPO法人卒後臨床研修評価機構 専務理事
	梶原 良正	日本大学医学部 社会医学系 医療管理学分野 准教授
	北村 聖	東邦大学医学教育国際協力研究センター 教授
	武田 裕子	三井大学大学院医学系研究科 地域医療学講座 教授
	田中 雄二郎	東京医科大学大学院医学部付属病院 臨床医学教育開発学分野 教授
	三浦 政祐	千葉大学医学部附属病院総合医療教育研修センター センター長
	白尾 正彦	日本赤十字看護大学 教授
	真栗城 愛夫	沖縄県立中部病院・ハワイ大学 卒後臨床研修プログラムディレクター

研修病院の主として研修プログラムの評価目的

NPO法人 卒後臨床研修評価機構は
国民に対する医療の質の改善と向上をめざすため、
臨床研修病院における
研修プログラムの評価や研修状況の評価を行い、
臨床研修病院のプログラムの改善、よい医師の養成
に寄与することを目的とする

ACGME を目指す
※ Accreditation Council For Graduate Medical Education
全米卒後臨床教育認定評議会：米国における卒後臨床研修における質保証のための
の独立した認定機関

教育における評価の原則



なぜ(何のために)・何を・誰を・
誰が・いつ・どのように
評価するのか

なぜ(何のために)・・・Why

研修病院・研修プログラムの質の改善に資するため
質の良い研修医の育成のため

■形成的評価

サーベイの現場で病院長はじめ職員に
直接フィードバックする

■総括的評価

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

何を評価するのか・・・What

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ついたかを評価する

経験目標

- 経験すべき診察法・検査・手技
- 経験すべき症状・病態・疾患
- 特定の医療現場の体験

・研修のプロセス(プログラム立案の原則)に則りプログラム(カリキュラム)が立案されて
いる
・プログラム(カリキュラム)の構成(GIO, SBOS, LS, Ev)が各診療科ごとの適切に作
成されている
・立案されたプログラムにより実習に則った研修が行われている

誰を評価するのか・・・whom

- A. 研修医
- B. 指導医・指導者
- C. 管理者

誰が評価するのか・・・Who

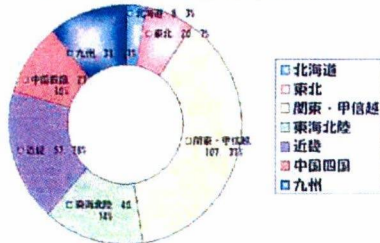
サーベイヤー(第3者)

: 機構正会員で講習会受講修了者

- A. 指導医・看護師・コメディカル
- B. 研修医
- C. 管理者
- D. 評価の専門家
- E. 市民、患者

サーベイヤーの分布 n=284 2009 10現在

サーベイヤーの分布(地域)



いつ評価するのか・・・When

- A. 研修修了直前・後
- B. 研修開始直前
- C. 研修期間中
- D. フォローアップテスト

どのようにして評価するのか・・・How

評価が第三者性であることが重要

第三者による訪問調査により評価を行っている

- インタビュー方式により、その場でフィードバック(形成的評価)を行う

院長、プログラム責任者、事務担当者

指導医、指導者(看護師ほかメディカルスタッフ)

研修医

※研修医への個別インタビュー



Avedis Donabedian
1919-2000

一般的に施設評価は、A. Donabedianの開発による3側面(構造・過程・結果)から評価される