

○構造(Structure)面からの評価

- 基本理念(基本方針)・将来計画の明示と活用
- ・ 人権・プライバシーの尊重、責任感(担当スタッフ)
- ・ 情報管理と質改善への取り組み
- ・ サービスの質の評価と改善の実行性(食事サービス、病棟生活での自由度、面会・入退出等への配慮)
- ・ 安全性への取り組み
- ・ 環境整備(アメニティ)の適切性
- ・ 教育・研修の充実性
- ・ 職員の生活面への配慮

○過程(process)面からの評価

- 地域との連携(医療の継続性)
- ボランティアの受入れ状況
- インフォームド・コンセントの徹底さ
- 看護サービスの基本姿勢とその援助、実践度
- 医療記録の適切性(完全な記録の完成度)
- 検査、治療内容の適切性(ムダの排除、不適切性)
- 運営管理の合理性(事務的でない)

○結果(outcome)からの評価

- 満足と安心の度合い(PS→CS)
- 事故発生率
(把握とそれへの解決のタイムリーさ)
- 死亡時の対応の適切性
- 院内感染率
(エビデンスの把握と適切なサーベイランス)

研修病院をストラクチャーから評価する 1

- 研修管理委員会設置の有無(2-3-1)
- 研修管理委員会の規程の有無(2-3-2)
- 指導体制(2-4)
 - ① プログラム責任者の資格規程(2-4-1)
 - ② 指導医の資格規程(2-4-2)
 - ③ 指導者(医師以外も含む)の職種(2-4-3)
 - ④ 指導者の明示(2-4-4)
- 研修医の診療行為を確認する体制(2-4-6)
- 研修医記載の診療録を指導医が確認する仕組み(2-4-6-3)
- メンター制度の確立(2-4-7-3)

研修病院をストラクチャーから評価する 2

- 研修医に対する環境整備状況(6)
- インターネット使用環境の整備(6-7-5)
- Medline等文献データベース(6-7-6)
- 医学教育用シミュレータの整備体制(6-8-1)
- スキルラボの設備(6-8-2)
- 研修機器・教材費(6-8-7)
- カンファレンス室の有無(6-9)

研修病院をプロセス、アウトカムから評価する 1

- 学会・研究会等への参加(6-11-1)
- 医療安全管理の状況(7)

委員会、規程、医療安全管理部門、安全管理者、患者相談窓口、
インフォームド・コンセント、感染管理、ICT、サーベイランス、
予防接種

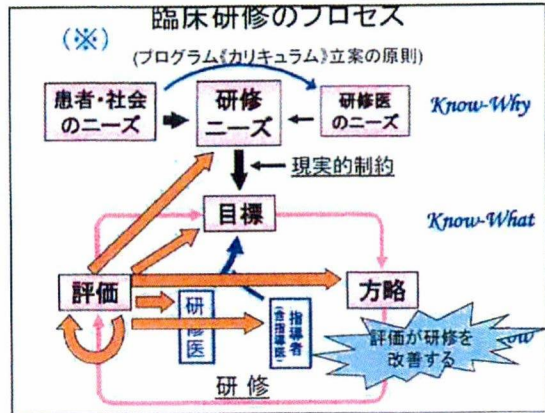
研修病院の研修プログラムをプロセス、アウトカムから評価する 2

- 研修(学習)のプロセス(GIO,SBOs,LS,Ev)の原則、つまりプログラム(カリキュラム)プランニングの原則に則り計画立案され、研修されているか
- 研修目標が達成可能な(RUMBAを満たす)ものとなっているか

(※)

RUMBA

- R: Real
- U: Understandable
- M: Measurable
- B: Behavioral
- A: Achievable



研修病院の研修プログラムをプロセス、アウトカムから評価する 3

- ①安全管理ができる研修プログラムになっているか
Pg.3.3, Pg.5.3.4
- ②法令遵守ができる研修プログラムになっているか
Pg.5.3.7
- ③シミュレーター、スキルスラボの利用状況
Pg.3.4.3
- ④経験目標の達成度
Pg.5.3, Pg.5.4, Pg.5.9
- ⑤症例レポートの作成数
Pg.3.1.3

書面調査から評価されるもの(1)
研修プログラムは社会(国民・患者)の要請に答えているか

- 「人格の涵養」は
- 「社会人としてのマナー教育」は
- 「全人的医療の研修」は
- 「チーム医療」は

書面調査から評価されるもの(2)
研修病院としての姿勢を評価する

1. 研修病院であることの理念の明示をしているか
2. プログラムは全人的医療の基本姿勢を提供できる医師を養成するようになっているか
3. 卒前教育の状況を把握してプログラムが作成されているか
4. 研修病院の地域医療への貢献度

訪問調査ではどのようにして評価するのか
(評価項目の構造と評価のアルゴリズム)

3階層構造: 大項目① > 中項目② > 小項目③

Pg.x Pg.x.x Pg.x.x.x

※項目 各中項目を判定するための評価項目
※項目 各小項目を判定するための評価項目
※項目 各中項目に付随している評価項目
※項目 各小項目に付随している評価項目

Pg...Postgraduate

項目と数	8つの大項目(評価の対象領域における枠組み)	27中項目	88小項目
Pg.1	臨床研修病院としての役割と理念・基本方針	2	(6)
Pg.2	臨床研修病院としての研修体制の確立	2	(6)
Pg.3	臨床研修病院としての施設・設備の整備	4	(15)
Pg.4	研修医の採用・修了と組織的位置付け	6	(17)
Pg.5	研修プログラムの確立	5	(25)
Pg.6	研修医の評価	2	(6)
Pg.7	研修医の指導体制の確立	3	(9)
Pg.8	修了後の進路	3	(4)

評価項目(大・中・小項目)standards

〔臨床研修病院のあるべき姿〕

外在的基準(explicit criteria)といわれ、客観性が高いもの。

すべての評価項目は臨床研修のあるべき姿(what must be done)を表すもの、その項目を満足しているかどうかを評価する。

小項目(scoring guideline)は、中項目の判断(評点)の参考とする。

サーベイヤーの判断(内在的基準implicit criteria)も参考にする

臨床研修評価 大項目 Pg.1~Pg.4

Pg.1 臨床研修病院としての役割と理念・基本方針

Pg.2 臨床研修病院としての研修体制の確立
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

Pg.3 臨床研修病院としての施設・設備の整備
研修環境、サポート設備、患者診療情報管理、安全管理体制

Pg.4 研修医の採用・修了と組織的位置付け
採用、修了、研修規程、処遇と労働者性、研修記録等の保管

臨床研修評価 大項目 Pg.5

Pg.5 研修プログラムの確立

Pg.5の中項目の概要(5つの中項目)

- Pg.5.1適切に策定されているか
- Pg.5.2研修プロセスに沿っているか
- Pg.5.3「医療人として必要な基本姿勢・態度」が身につけられるか
- Pg.5.4「経験すべき診察法・検査・手技」が身につけられるか
- Pg.5.5経験すべき症状・病態・疾患の鑑別診断、初期治療を行う能力が身につけられるか

例 Pg.5.1の中項目は4つの小項目から評価される

Pg.5.1.1 理念・基本方針に沿った研修プログラムである

Pg.5.1.2 研修プログラムには必要事項が明示されている
研修プロセスが明示、臨床研修の到達目標が明示

Pg.5.1.3 研修プログラムが研修医一人ひとりに届けられている
研修医、全職員に届け

Pg.5.1.4 研修医が積極的に研修プログラムを選択し研修に取り組む体制が確保されている
研修医の希望を強く体制の根文化と開創、プログラムに反映するシステム、選抜

臨床研修評価 大項目 Pg.6~Pg.8

Pg.6 研修医の評価
評価者・評価項目・基準が明確、評価者の構成、項目の構成
評価者・評価項目の周知、評価基準に沿った評価の実施
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

Pg.7 研修医の指導体制の確立(指導医・指導者の評価)
責任者、診療行為のチェック、診療録のチェック、研修記録の評価・指導
指導医の評価、評価方法、評価結果の検討と活用

Pg.8 修了後の進路
臨床研修修了後の研修の継続、正規職員としての採用システム
生涯にわたるフォロー体制

評価認定事業 認定基準

(1)評価結果において、「要改善」が20%未満の場合は、特段の理由が無い限り認定証を発行する。
⇒ 27中項目のうち「要改善」が5項目以内なら認定する

(2)上記以外の場合は、条件付認定とする。ただし、条件で定めた期間内に再調査において認定基準を満たせば条件を解除し認定証を発行する。

(3)認定基準は、評価体系・評価方法の改定に伴い改定することができる。

評価認定事業 認定証の有効期間


(1)原則として2年間とする。

(2)評価結果において、「適切」が80%以上、または「a」が80%以上場合は、4年間に延長する。
「適切」が80%以上・中項目22/27項目以上 または 「a」が80%以上・小項目71/88項目以上

(3)評価結果において、「適切」が90%以上、かつ「a」が90%以上で、「要改善」と判定された項目がない場合は、6年間に延長する。
「適切」が90%以上・中項目25/27項目以上 かつ 「a」が90%以上・小項目80/88項目以上

(4)認定証の有効期間の基準は、評価体系・評価方法の改定に伴い改定することができる。

認定証発行病院



聖路加国際病院	埼玉社会保険病院	中津市立中津市民病院	京都府立総合医療センター
淀川キリスト教病院	福岡徳洲会病院	山田赤十字病院	総合病院土浦協同病院
新潟市民病院	札幌徳洲会病院	札幌社会保険総合病院	岐阜県総合医療センター
ハートライフ病院	東京都立府中病	東京医科大学病院	医療法人生長会府中病院
鶴岡中央総合病	岡山中央病院	新横浜赤十字病院	神戸市立医療センター-中央市民病院
徳島赤十字病院	総合病院 聖隷浜松病院	東京医科大学八王子医療センター	勸業協中央病院
安城厚生病院	千歳病院	ベルランド総合病院	埼玉県済生会川口総合病院
坂井総合病院	なめがた地域総合病院	立川相互病院	筑波メディカルセンター病院
済生会松原総合	PL病院	虎の門病院	松波総合病院
さいたま市立病院	兵庫総合病院	松原徳洲会病院	帯広厚生病院
理澤病院	徳島労働病院	名古屋医療センター	大阪府立急性期・総合医療センター
南生協病院	佐賀大学医学部附属病院	筑波大学附属病院	東京医科大学霧ヶ浦病院
米の山病院	高槻病院	市立西日市病院	湘南鎌倉総合病院
健生病院	徳島赤十字病院	兵庫県立尼崎病院	大阪豊野病院
愛媛生協病院	松阪中央総合病院	滋賀生協わたり病院	岸和田徳洲会病院
NTT東日本関東病院	岩手県立中央病院	安曇総合病院	平治徳洲会病院
鳥取県立中央病院	徳島徳洲会総合病院	総合病院 京都府病院	名古屋第二赤十字病院
大塚協同病院	諏訪中央病院		

70病院 NPO JCEP 2009.11.1

認定・受審状況 (2009年10月20日評価委員会)

- 認定病院: 70病院
 - 認定2年: 33病院
 - 認定4年: 35病院
 - 認定6年: 2病院
- 認定証発行数: 79
 - 新規: 70病院
 - 更新: 9病院
- 受審済み病院: 71病院
 - 訪問調査実施数: 81
 - 新規: 71病院
 - 更新: 10病院
- 申請病院: 91病院
 - 評価受審申請数: 126
 - 新規: 91病院
 - 更新: 35病院

今回の指定基準の改正による 年間入院患者数との関係を見る

一般病床	年間入院患者数	平均在院日数
70	2,393	10.1
162	4,507	10.9
171	2,147	28.9
230	2,834	20.0
276	5,844	14.5

一般病床300床未満 2009.4.1認定病院n-63

新入院患者の区分における比較1

	新入院患者数	平均在院日数	病床数	
300未満 新入院患者数	B病院	1446	18.4	80
	C病院	2147	35	219
	D病院	2393	10.1	70
	E病院	2834	20	230
	4病院の平均値	2205	20.9	149.8
300以上 新入院患者数	63病院の平均値	10750.70	14.75	523.11
	63病院の中央値	9928	14.6	477
	63病院の最大値	21246	24.2	1091
	63病院の最小値	3170	9	162

2009.9.1認定病院n-67

新入院患者数の区分における比較2

	評価結果「a」の数	全88項目における「a」の割合	
300未満 新入院患者数	A病院	36	40.9%
	B病院	72	81.8%
	C病院	73	83.0%
	D病院	55	62.5%
	E病院	60	68.2%
300以上 新入院患者数	63病院の平均値	67.27	76.4%
	63病院の中央値	69	78.4%
	63病院の最大値	84	95.5%
	63病院の最小値	33	37.5%

2009.9.1認定病院n-68

病床数の区分における比較1

	新入院患者数	平均在院日数	病床数	
500未満 病床数	38病院の平均値	6895.65	15.70	342.58
	38病院の中央値	6667	14.55	372
	38病院の最大値	12742	35	487
	38病院の最小値	1446	9	70
	30病院の平均値	14378.17	14.31	692.9
500以上 病床数	30病院の中央値	14496	14.6	657.5
	30病院の最大値	21246	19.3	1091
	30病院の最小値	8022	10.3	500

2009.9.1認定病院n-68

病床数の区分における比較2

		評価結果「a」の数	全88項目における「a」の割合
500床未満	38病院の平均値	67	76.1%
	38病院の中央値	67	76.1%
	38病院の最大値	84	95.5%
	38病院の最小値	36	40.9%
500以上	30病院の平均値	66.27	75.3%
	30病院の中央値	70	79.5%
	30病院の最大値	82	93.2%
	30病院の最小値	33	37.5%

2006.9.1認定病院n=88

これからの評価(1)

Quality Indicatorで研修病院を測る方法の開発

■ 研修病院のQIとして調査中のもの

1. 脳卒中患者の来院から頭部CT検査までの時間
2. 虚血性心疾患患者の来院からカテーテル検査までの時間
3. 手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与実施率
4. 糖尿病患者での血糖コントロール目標値を達成している患者の割合
※目標値 HbA1c < 7.0%
5. 高血圧コントロール目標値を達成している患者の割合
※目標値 < 140/90mmHg

これからの評価(2)

■ 研修医のQualityを測る指標となり得るもの

- 診療記録の作成数(一人当たり)
退院時サマリー、診断書、死亡診断書、紹介状・返書
- 退院時サマリーの2週間以内作成率
- 事故等に関する状況の確認体制
研修医の係るインフォームド・コンセントの報告件数
インシデント・アクシデントレポートの件数
- 安全管理に関する研修会への出席回数
- 専門医、他科医へのコンサルテーションの回数

これからの評価(3)

■ 研修医のQualityを測る指標となり得るもの

- その他
研修医一人当たり 指導医数
上級医数
経験症例数(common, rare, 疾患別)
卒後臨床研修マッチング一位希望者倍率

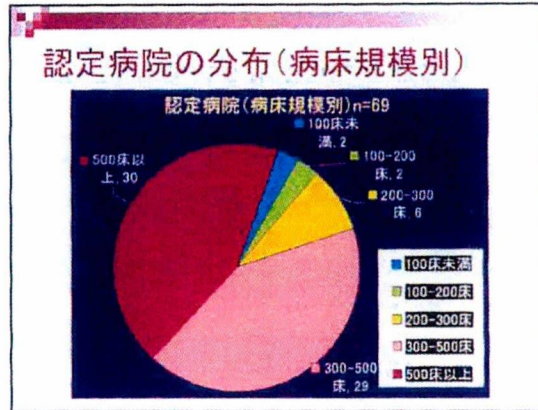
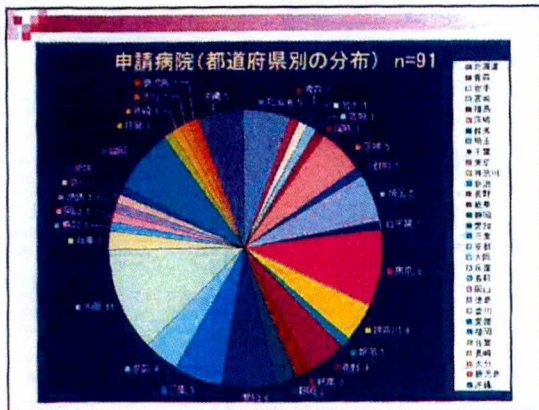
これからの評価(4)

■ 病院医療のQualityを測る指標となり得るもの

- 平均在院日数
- 外来/入院比
- 病床利用率
- 1日当たり入院患者数
- 1日当たり外来患者数
- 患者規模
- 患者規模100人当たり従事者数
- 患者規模100人当たり医師数
- 患者規模100人当たり看護師数

受審病院の申請状況(開設者別)





書面調査結果 (研修医の精神面に関するサポート体制)

研修医の精神面に関するサポート体制

2-4-7 研修医の精神面に関するサポート体制	
2-4-7-1 研修医のコンディションを把握する仕組み	
1) 確立している	61
2) 確立していない	6
2-4-7-2 研修医自身のセルフケアを支援する体制	
1) 確立している	60
2) 確立していない	7
2-4-7-3 メンター制度 (指導医以外の第三者)	
1) 確立している	53
2) 確立していない	14
2-4-7-4 研修医の休養と段階的復帰の仕組み	
1) 確立している	51
2) 確立していない	16

書面調査結果 (労働時間の状況)

労働時間の状況

5-3-1 週休2日制の実施状況

病院全体の主体性	4週	8休
医師	4週	8休

職員一人当たり平均年間総労働時間および有給休暇取得率 (常勤職員のみ)

職種	平均年間総労働時間	有給休暇取得率
医師全体	2185 時間	15.8 %
研修医	1960 時間	7.1 %
指導医	2155 時間	11.7 %
医師以外	1986 時間	38.7 %

*「平均年間総労働時間」時間外勤務も含みます
*「有給休暇取得率」単年度で繰越は含みません

書面調査結果 (当直研修における状況)

当直研修における状況

6-5-1 診療責任、指導体制を明記した規程

1) 有	60
2) 無	7

6-5-2 一人当たり平均当直回数

1年次	4.0 回/月
2年次	4.0 回/月

書面調査結果 (研修機器)

研修機器

6-8-1 医学教育用シミュレータの整備体制 整備しているもの

65	1) 心臓蘇生シミュレータ
59	2) 挿管練習モデル
58	3) AED-トレーナー
19	4) 心音・呼吸音
8	5) 婦人科診察
7	6) 直腸診
6	7) 眼底
5	8) 耳
46	9) 縫合
43	10) 採血
33	11) 静注
39	12) 中心静脈カテーテル挿入

6-8-2 スキルスラボの設備

1) 有	16
2) 無	18

書面調査結果
(医療安全管理の状況)

7 医療安全管理の状況

7-1 医療安全管理に関する委員会	
1) 有	67
2) 無	0
7-2 組織の権限に関する規程	
1) 有	65
2) 無	2
7-3 独立した医療安全管理部門	
1) 有	59
2) 無	8

書面調査結果
(病理診断部門)

8-8 病理診断部門

8-8-1 医師の配置状況(直近の一時点)	
専従医師	1 人
専任医師	0.00 人
兼務医師	0.00 人
8-8-2 剖検数とCPCの開催回数(年)	
8-8-2-1 死亡数	393 人/年
8-8-2-2 剖検数	院内 21 人/年
	院外 0 人/年
	剖検率 5.0 %
8-8-2-3 CPCの開催回数	7 回/年

書面調査結果
(退院時サマリー)

8-14-6 退院時サマリー

8-14-6-1 作成期限(退院後)	
1) 1週間以内	25
2) 2週間以内	39
3) 上記以外	3
8-14-6-2 2週間以内作成率	85.0 %
※うち研修医の2週間以内作成率 87.6 % N=29	

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)

「 医師及び歯科医師の臨床研修については、インフォームドコンセントなどの取り組みや 人権教育を通じて医療倫理の確立を図るとともに、精神障害や感染症への理解を進め、更に プライマリ・ケアやへき地医療への理解を深めることなど 全人的、総合的な制度へと充実すること。その際、臨床研修を効果的に進めるために 指導体制の充実、研修医の身分の安定及び労働条件の向上に努めること。」

- 評価結果から見た
今回の見直しに対する意見(1)
- 研修プログラムの弾力化といわれるが、第150回国会参議院附帯決議は生かされるのか？
 - 指定基準の強化というが、入院患者数3,000人以上でなくても、研修目標は達成されている
 - 今回の見直しは、大病院指向となっている。実際には中小病院も研修病院として地域医療に貢献している
 - 見直して本当に研修の質の質向上になるのだろうか。その検証には時間がかかる

- 評価結果から見た
今回の見直しに対する意見(2)
- 医師不足解消のための制度改革であったというが、研修制度を改正しても医師不足が解消するという根拠はない
 - 医学部定員増により教員確保のために地域の医師たちの引揚げが再び起こるのではないかとの危惧
- ⇒そしてそのために
地域の医師不足を生じる可能性がある

その他

研修医は病院職員であるにも拘わらず、
また労働者といわれながら、
組織図上の位置付けが不明確で
雇用契約もない

おわりに

- 評価をすることではじめて
どこに問題があり、どこを見直すべき
か明らかとなる
- 評価なくして見直しはない

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3回研究班会議

平成21年12月17日(月)

14:00-16:00

厚生労働省2階共用第6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3回研究会議

日時: 平成21年12月17日(木)14時00分～16時00分

場所: 厚生労働省 2階共用第6会議室

議事次第

1. 議事経過確認: 第2回議事録および各分担研究者発言要約(桐野主任研究者): 20分
2. 情報提供
 - ・ EPOCオンライン臨床研修評価システムを含む臨床研修の評価について
(発表者: 東京医科歯科大学附属病院総合診療部長
臨床教育研修センター長 田中雄二郎教授) 40分
 - ・ 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(齋藤宣彦班)」
(発表者: 前日本医学教育学会会長、日本歯科大学 齋藤宣彦教授) 20分
3. 今後の方針、各委員の役割分担、研究費の取扱い等(桐野主任研究者): 40分
4. 今後のスケジュール確認

目 次

1. 研究者名簿
2. 第3回研究会議座席表
3. 第2回研究会議議事録および各委員発言要旨
4. 田中参考人発表資料
5. 齋藤分担研究者発表資料
6. 今後の研究会議日程と方針

○桐野班長 第3回の班会議を開催させていただきます。山下先生は少し遅れていらっしゃるということです。この班研究は研修制度の評価のあり方に関する研究ですが、研修というのが一種の教育だとすれば、学校教育の評価に準じるようなやり方かなと思いますが、それを超えるような制度自体の評価を今回は含むということです。易しくはないので、これまで2回を2時間、2時間で4時間お願いして、いろいろなご意見を伺ったのですが、その第2回の議事録もかなり詳しく添付されています。それぞれの委員の先生の問題意識、おっしゃりたいことはほぼ出ているのではないかと私は思います。もう一度お読みになっていただくと、大体こういうことを考えておられるということがわかると思います。したがって、もう1回ぐらいご意見を伺った上で、だんだんまとめる方向にいきたいと思うのですが、ただ、いろいろな具体的調査を含めて、このあり方をまとめるとなると時間が足りないと思います。その辺のところは、今後のこの研究について田原室長のほうから一言、会を始めるに当たってお願いします。

○田原医師臨床研修推進室長 私のほうから今後の予定について、簡単に申し上げます。先生方には、この「臨床研修制度の評価のあり方に関する研究」を進めていただきまして、ありがとうございます。改めて感謝を申し上げます。ここでの研究成果を踏まえ、制度の改善に反映させていきたいと考えています。

今年度につきましては、制度の評価のあり方に関する研究ということですので、どのように評価をするのか、その方法について主としてご議論いただき、まとめていただくということをお願いしていました。したがって、調査ができるのであれば調査はやっていただきたい部分がありますが、今年度中にまとまらないということであれば、その調査の方法等を整理していただければ、我々としては大変助かると思っています。

具体的な調査の実施については来年度に、またこのような研究班を指定研究でお願いしようと思っていて、桐野先生や本日ご出席の先生にも引き続きご協力をいただきたいと思っています。そういう調査の結果が逐次出てきましたら、それを、我々のほうで事務局をやっている医道審議会の研修部会にご報告し、その制度のほうに、具体的にどういうふうに反映すべきなのかを、改めてご議論いただこうと思っています。

したがって、この研究班においては、それぞれの先生のお立場から自由なご意見をおっしゃっていただき、また制度の改善を議論する上で必要な基礎的データを、共通の基盤で出していただくことが目的ですので、そういうことを念頭に置いていただき、ご研究を進めていただければと思っています。よろしく申し上げます。

○桐野班長 ありがとうございます。大変忙しい先生方に集まっていたので申し訳ない次第ですが、もしご都合が付きましたら、もうしばらくこの研究班にご参加いただきまして、ご意見を承りたいと思います。資料の確認をお願いします。

○村岡臨床研修審査専門官 お手元の資料は7つあります。資料1が研究者名簿、資料2が座席表、資料3が第2回議事録、資料4はパワーポイント(PDF)ですが、田中参考人の資料です。資料5は齋藤分担研究者のアンケート素案です。資料6は今後の予定のたたき台です。資料7ですが、医師臨床研修の評価に関する2つの研究班が、厚生労働科研費でありまして、1つは桐野先生のこの研究班です。もう1つは齋藤宣彦先生の研究班です。この2つの研究班について、主任研究者並びに分担研究者のリストが載っています。以上です。

○桐野班長 ありがとうございます。今日は時間も限られていますので、前半は研修評価に関するお二方のプレゼンテーションをお願いし、後半はもう一回り、できればすべての先生方からご意見を伺って、それをどのようにまとめるかについての議論をした上で、できれば今後、取りまとめる文書の作成にかかりたいと思います。

ただ、先ほど田原室長からもお話がありましたように、上部の委員会にご判断を願えるような正確で役に立つ判断の資料を出さないといけないのですが、それは一朝一夕に簡単に出るものでもなからうと思いますので、今回、もし文書を取りまとめるとすれば、場合によっては両論併記みたいなこと、つまりこれもあるし、あれもあるということになるかもしれません。ここで判断をしないわけですから、こういう資料が必要であるということに終わるかもしれませんが、是非、その辺をよろしくお願ひしたいと思います。私が長々とやるのは本意ではありませんので、早速、まず今日お出でいただいた東京医科歯科大学附属病院総合診療部長で、臨床教育研究センター長をしておられる田中雄二郎教授より、EPOC(オンライン臨床研修評価)システムを含む臨床研修の評価について、プレゼンテーションをお願いします。よろしくお願ひします。

○田中雄二郎参考人 東京医科歯科大学の田中でございます。よろしくお願ひします。私、東京医科歯科大学で卒前教育の教育委員長もやっていて、卒前教育と卒後の初期教育までが守備範囲ということになっています。国立大学附属病院で開発した「オンライン卒後臨床研修評価システム」の運営委員会の委員長も兼ねていますので、そういった立場から資料4に基づいてお話をさせていただきます。

資料4の「はじめに」のところですが、医科歯科大学でもご多分に洩れず外部評価を受けているわけですが。卒前教育についてはハーバード大学に評価を依頼してやっているのですが、彼らが日本に来て3日間ぐらいしかいないのですけれども、あちこち見て回り、学生や教員のヒアリングをして外部評価をするわけですが。その時にいつも言われるのは、カリキュラムとは本来、作る時からカリキュラムがうまくいっているかどうかのチェックポイントも決めて、教員の評価をどうするか、学生の成績評価をどうするか、すべてそういうことをセットにして考えるものだと言われるわけですが。臨床研修も同じことが言えるのだと思います。ですから、こういう研究班が立ち上がっているのだと思います。

それでは評価の制度設計となると、私も現場にいますけれども、臨床現場は本当に疲弊しているのが現状です。他方、日本の医療制度は日本固有のものでありますから、海外のものをそのまま持って来ることはできないことも明らかなことです。財政が逼迫化していることも事業仕分け等で明らかなことですが、そういう中で、ではどういう評価システムを作るかということになるわけですが。評価をするのに、負担が増えないというのは無理な話だと思うので、それが増えるとしても、最小限度にすべきだろうというのが1つあると思います。

いま、医療崩壊ということで内向きになっていますが、こういうシステム自体は国際標準を意識したものであるべきだろうと思います。アジアも中国、韓国はヨーロッパやアメリカの動向を見ながら、いろいろな教育システムを作っていますので、例えば日本で初期研修を受けたけれども、それは海外に行った場合に互換性がないとみなされるのは、ちょっとまずいのではないかと思います。予算というのも、評価にお金がかかることは当たり前のことなのですが、しかし、日本では評価にお金をかけることはしない文化があります。それでもお金がかかることを理解していただいた上で最低限の予算でやる。そういう評価方法を確立すべきだろうと思います。

次の頁は国際標準という考え方ですが、ここ10年ぐらい、理念から出発するというアメリカ型のやり方ですけれども、理念があって目標を定め、それに合うような教育内容を決めて評価項目を決めていくという考え方から、出来上がった医師がどんな医師かをまず決めて、それから目標を決めて、教育内容を決めて、評価項目を決める。一見似ているようですが、右側がどちらかというそれぞれの大学、あるいはそれぞれの病院の理念に基づいて決めていくという考え方に対して、左側は、社会がどんな医師を求めているかというところから出発する。理念をあまり意識しない日本人にとっては、この2つはそんなに違わないというイメージですが、理念を意識した上で動かす欧米は、これがずいぶん大きなパラダイムの転換と言われています。

今日は、EPOCというオンライン評価システムと、それに関連するポートフォリオ評価についてお話をさせていただくということで、具体例としてイギリスの例を持ってきました。最初にお話したように、制度の一部として評価があるわけですので、英国の研修制度について簡単に説明をさせていただきます。もちろん、私は英国の研修制度の専門家ではありませんので、知り得ていることはわずかですけれども、その範囲でお話をさせていただきます。

英国はバックグラウンドとして、医師が OECD の先進国の中では日本に次いで少ない国ですから、比較的似ているところがあります。看護師の数もほぼ同じです。国民皆保険である点も同じで、高校を卒業してすぐ医学部に進む点も同じです。総合医と専門医の 2 段階制をとっている点は、日本がこれから目指す方向なのかもしれません。入学定員増は過去 10 年間で 1.5 倍にきていますので、それはこれから日本が取ろうとしている方向なのかもしれません。2 年間の卒後臨床研修が必修化されていますが、最初の 1 年は基本研修で、次の 1 年は専門準備研修と明確に位置づけられています。マッチングも地域ごとのマッチングという形をとっていますので、これも、いま日本で議論されている課題を既に向こうでは実践している形です。研修プログラムは大学と病院が連携する形で義務づけられていますので、それも 1 つのモデルかもしれません。

次の頁で、英国の臨床研修プログラムの実例を挙げています。これはオックスフォード大学のプログラムですが、F1 と書いてあるのが 1 年目で、F2 と書いてあるのが 2 年目です。F1 が先ほどお話しした一般研修で、F2 は専門準備研修になりますが、そもそも英国の臨床研修プログラムは、英国の医療制度の中で果たす専門医、一般医(GP)にかかわらず、すべての医師が必要な技能、態度、適性を獲得するための研修と位置づけられています。4ヶ月を単位として、年間 3 つの部門をローテーションする形になっていますが、F1 は内科と外科をまず回ることが義務づけられていて、あとは 65 種類の選択の中から選ぶことになっています。F2 は将来の専門を視野に入れて選ぶことになっていて、家庭医と診療が不足している分野と、英国も大学人が非常に減ってきているので、大学の医療人に関係するコースを取ることが推奨されています。

その評価システムですが、何のために評価するかというと、社会に対する質の保証をする(Public accountability)と、研修医個人の成長を促す(Personal development)の 2 つの目標が掲げられていて、次の 4 つの方法が推奨されています。この 4 つの方法を組み合わせると総合評価をする。F1 の 1 年目が終わったところで full registration、いわゆる医師免許に相当するものが与えられる形になっています。

4 つの方法ですが、1 は Case-based Discussion(CbD)です。これは自分が受け持った症例につ

いて指導医と討論して評価を受ける。2の Multi-Source Feedback(MSF)は、別名 360 度評価と言いますが、コメディカルも含め、指導医、同僚、後輩から評価を受ける。3の Mini-Clinical Evaluation Exercise は、mini-CEXと呼ばれますが、Case-based Discussionが受持ち症例だったのに対して、こっちはわざわざ受持ち症例でない患者の所に行き、そこで診察して診断、治療方針を、戻って来て指導医に述べる、一種の試験です。4は Direct Observation of Procedural Skills(DOPS)ですが、指導医の観察下で、現場で受持ち患者に手技を行って評価を受ける。この4つを組み合わせて評価をすることになっています。

次の頁ですが、一つひとつの研修目標をどういう評価方法で評価するかが一応決められています。例えば評価項目で、喫煙指導ではどの程度節煙するか、禁煙するか、あるいは禁酒の指導など、そういうことができるかという行動目標が主体です。基本手技も非常に限られています。例えば1年目でやるものと2年目でやるものに分けられていて、1年目は局所麻酔をし、2年目は中心静脈穿刺をすることが決められています。

下に書いてある評価ですが、これは Meena、Claire、Simon という3人の例が出ています。要は研修医は自分で指導医に依頼して評価をしてもらおうということで、この評価が Simon といういちばん下の研修のように、最初はやらずに、後のほうに固まるときつくなることが警告として出ていて、要は自分の責任で評価をしてもらおうことになっています。

次の頁で Outcome-Based Education ですが、アウトカムを重視した教育はいくつか誤解があって、評価をアウトカムだけで行うという意味ではもちろんありません。ですから、プロセスを見ながら評価するやり方も含めて総合的にやるということです。アウトカムは、もちろん社会の要請によって大きく規定されますが、それぞれの大学あるいは病院によって、独自の付加価値を持たせることは構わないという発想です。

これがイギリスのやり方ですが、我が国に当てはめると、我が国はどちらかというとアウトカムから入る発想のほうが多いので、日本人にとっては、むしろ馴染みやすい考え方かもしれません。臨床研修に求められるアウトカムは既に決まっています、ここに「一般的な診療において頻繁に関わる負傷または疾病に適切に対応できる」と書いてあるとおりです。

次の頁で、本当はアメリカやイギリスはもう少し中間的な、例えば患者のケアができるとか、倫理観の高い診療ができるといった項目が並ぶわけですが、日本の場合は細かな行動目標がいろいろ定められ、経験目標が定められていますし、内科は原則として1年目に6ヶ月行うとか、そ

ういう形になっています。

日本の場合に、どうやってアウトカムを評価するかですが、例えば 2 年間の研修が終わった時点で国家試験みたいな試験をやるのが、ひとつのやり方ですけども、イギリスもそういうことはやっていないわけです。イギリスも結局プロセス評価をしていて、一つひとつの段階でどれぐらい進歩したかを、いろいろな方法を組み合わせてデータを集積していき、最終的にまとめる形ですので、そういうことになると記録が必要になります。

次の頁で、記録というと、紙に書いた研修手帳ほど便利なものではなくて、これが何と云ってもいちばん軽くて、いちばん便利なことは疑う余地はないのですが、この問題点は紛失するということです。イギリスでも電子ポートフォリオという形が非常に普及していて、そちらが主体です。日本版電子ポートフォリオというか、そういうデータベースが冒頭にお話したオンライン卒後臨床研修評価システム(EPOC)です。EPOC は何の略かと言うと、1 頁に戻って、Evaluation system of Postgraduate Clinical Training System です。命名者はこちらにいらっしゃる大滝先生です。

そもそもこの EPOC は、臨床研修必修化に合わせて国立大学の病院長会議の下にある委員会で検討されたもので、そのときの委員長は福井先生でいらっしゃいます。こちらにいらっしゃる北村先生や大滝先生も、EPOC 委員会の委員になっていただいていますし、EPOC 委員会のメンバーには、公立大学の先生や、地域の病院(赤十字)の先生にも入っていただいています。データベースは東大の UMIN のサーバーにあって、そのデータベースにインターネットを介してプログラム管理者や指導医、研修医がアクセスするという形です。「臨床研修の到達目標」はすべて厚生労働省のものをそのまま使っていて、使用料金は研修費として大体 2,000 円です。つまり研修医が 5 人いる病院は 1 万円払うことになります。

次の頁は EPOC の利用状況ですが、大体、いま 5,000 人弱が使用しています。黄色い線が使用数で、研修医の約 6 割が使用しているという形です。使用施設は、国立大学で開発したと言っても国立大学に限定してなくて、私立大学も多数使っていただいていますし、一般病院はもっとたくさん使っていただいていますから、かなりの病院に使っていただいています。

EPOC は、どのようにして研修医を評価するかというと、ここにありますように行動目標、つまり患者、家族のニーズを社会的側面から把握できるみたいなものは、「十分できる」「できる」「要努力」の 3 段階でやっています。それをまた指導医が再評価するという形になっています。

次の 17 番のスライドを見ていただくと、それがどの程度達成されたかというのは、いろいろなローテーションごとに評価されますので出てきます。この頁の「医療面接」というところを見ていただくと、コミュニケーションの意義を理解し、コミュニケーションスキルを身に付けてといったことが書いてありますが、青が自己評価です。赤が指導医評価です。これをご覧いただくと、いみじくも研修医は自分ですべて入れているけれども、指導医はなかなか入れてくれない現実も明らかになるわけです。その中で最高値が右側にありますが、一応、両方とも a/a になればいいということが出ていますが、必ずしもそうになっていないということもあります。

厚生労働省の指針で、32 種類のレポートを提出することになっていますが、このレポートはオンラインで提出しますので、UMIN のデータベースにそのレポートが保存される形になります。そして、それぞれの指導医がちゃんと監査したかどうかが見られる形になります。

次の頁で Multi-Source Feedback とありますが、コメディカルによる研修医評価も、簡単なものですが、いろいろな議論して項目を作っていて、これが入力できる。師長などはインターネットが難しい場合もありますので、代行入力もできる形になっています。

こういったデータを全部記録して要約される頁があって、それが 20 番のスライドです。ここには履歴、つまりどこで何日間研修したかが出ます。下にはそのブロック、例えば内科のブロックは何日間になっているかが出ます。それからレポートの提出状況が出て、最後に未経験項目のリストが上がってきます。これは 2 年間の終わった時点で出なくても、その都度開いたときの最新状態が更新されて出てきますので、研修医はどこまで自分の研修が進んでいるかを見ることができます。

次の頁で、今までは個々の研修医の立場に立ってでしたが、管理者の立場から、これはすべての研修医の達成状況を一覧で見える方法です。「松」とか「青」と書いてあるのは研修医の最初の 1 文字ですが、こうして見ていただくと、上から 4 人目の「朝」と書いてある人とか、いちばん下の「白」と書いてある人は、まだだいぶ研修が進んでいないということで、これは 2 年目の研修医ですから、「白」という人はだいぶ問題だということがわかります。

以上が研修医の評価ですが、EPOC はそれ以外にいくつかの機能を持っていますので、それも簡単に紹介します。まず指導体制評価です。特定の指導医が評価する仕組みにはなっていないのですが、例えばある内科を終わった場合に、その内科の指導体制全般を評価できます。22 番のスライドですが、いちばん下の総合評価のところを見ていただくと、A が 18 名、B が 3 名、C が

1名とあります。つまり「どちらかといえば不満」が1名、「どちらかといえば満足」が3名ですが、「未」と書いてあるのはこれから回る予定の人たちです。ですから中間的に状況も把握できて、非常に悪ければ介入する。プログラム管理部門が、例えばある内科なら内科に問題があるようだと言え介入することができます。ただ、介入しようにも何が悪いかわかりませんので、次の頁を見てください。

実はこの指導体制評価にはフリーコメント欄があって、フリーコメントが自動集積される形になっていますので、これを見て介入します。例えば改善して欲しい点を見ると、「ローテート人数を増やしてほしい」「体力的に限界です」と書いてありますが、こういったことがあると言うことができます。

次の頁ですが、リアルタイムに集計結果がでる項目が、まだほかにもあって、これは医科歯科大学の例です。去年の11月ですから研修が始まったその年度の真ん中辺りですが、医科歯科大学は救急部を1.5カ月、麻酔科を1.5カ月回ることになっていて、救急部を見ていただくと、休暇・休養で「満足」はゼロで、「不満」が8名です。経験症例数は「適切」が21名いるわけです。ところが麻酔は、休暇・休養で「満足」は18名いますが、経験症例数は「少なすぎる」が12名です。これは当たり前みたいな話ですが、こういったことも数値データとして出てきます。

次の頁ですが、例えば大学とか、あるいは研修プログラムによっていろいろな病院と組んでいるプログラムがあります。そういう場合もインターネットの特徴を生かして、それぞれの病院ごとの評価がこのように出てきます。ですから病院のアメニティといったものも、研修管理部門では把握することができます。

プログラムに対する評価も、研修医による非常に主観的な評価ですが、そもそもあなたの受けたものは人に勧められるプログラムなのかどうか。簡単な聞き方ですけども、それを聞くことができます。実際に具体的なコメントも出てきますし集積されてきますので、いろいろな問題点が浮き彫りになってくるということがあります。

次に、EPOCの1つの取柄として全国集計ができます。全国集計は大体3カ月に一遍、ホームページに公開していて、EPOCを利用している医療機関であれば、すべての医療機関が全国データをダウンロードすることができます。自分の病院のデータもダウンロードできます。それはエクセルファイルのような形ですが、自分たちで解析すると下のグラフのようになります。

これは医科歯科大学と全国平均を比較したのですが、頻度の高い症状の経験率を全国平均と医科歯科大学で比べてみて、もしある部分が劣っていれば、それは非常に問題があるということになって改善を考えることができます。

最後の頁です。医科歯科大学の問題点がたくさんあるわけですが、それだけではなく、全国的にもEPOCは入力に面倒だとか、いろいろな問題点が指摘されていますので、少しずつバージョンアップしてきました。ただ、いまのバージョンを 1.0 としますと、次の世代を少し考えたいという意識にきています。いまのバージョンは、言ってみるとデータベースなわけで、何でもかんでもデータとして放り込むみたいなのがあります。ver2.0 のコンセプトは、できればそこから少し抽出機能で、データをセレクトして抽出してくるようなものにしたいと考えています。例えば指導医は研修医にコメントを書く欄があるのですが、それを研修ごとにどんな指導医が、どんなコメントを、どういう時期にしたかみたいなのは抽出することができるはずですので、そういった機能を持たせることが、研修医の評価としてはできるのだろうということになります。

最後にまとめですが、要するに負担増は最小限、国際標準に則った、予算も最低限の評価方法を確立するというのが EPOC でできるかということです。いま、お話をさせていただきましたように、研修医個人の評価項目はもちろんありますし、プログラム評価、制度評価の参考になるデータも少しは入っていると思いますので、それをうまく抽出すれば、社会に研修医の質を保証するデータが得られるのではないかと考えています。以上です。

○桐野班長 ありがとうございます。EPOC について駆け足でご紹介いただきました。EPOC についてはよくご存じの先生も多いと思いますが、何かご質問等がございますか。

○山下先生 ありがとうございます。イギリスの例が非常にインプレッシブで、ああいう歴史のある国の制度というのは勉強になるのですが、2 点伺います。いわゆる評価のシステム、実際に動いているシステムではなくて、先生が書いていますけれども制度の評価とか、制度をイノベーションしていくためにどのようにするか。1つは良い医師を定義して、要するに最後のアウトカムをきちんと定義して、それによっていろいろな評価をしていくのが非常にわかりやすいのですが、実際問題として、こういう非常に long-term で動いていくようなものを、現実的にはどうやって評価し、どうやって制度設計を変えてきたのかを、もしご存じだったら聞きたいのです。要するに短いタームでは、医師が良くなったか悪くなったかは、なかなか難しいような気がします。

もう1つは、医学教育の制度がイギリスと日本ではだいぶ違うし、国家試験も全然違います。専

門医と総合医の二本建てと書いていますが、医学教育、臨床研修、専門医研修はどういうふうの流れを制御しているか。要するに個々のところでごちゃごちゃやっても、医学教育が変わったら、やることが古びたり足りなくなったりする。専門医には何が必要かグランドデザインを誰かが考えていないと、この制度は成立しないように思うのですが、その2点を教えてください。

○田中雄二郎参考人 私もそんなに詳しいわけではないのですが、私を知り得ている範囲のことはお話できます。それはまず、そもそもこの制度は日本の臨床研修よりも後に始まったのでほとんど歴史がなく、実はそんなに評判はよくないのです。評判がよくない理由は、前にやっていたことよりもやることが制限されたということで、日本でも言われている話に近いのですが、それが1つです。

もう1つは、イギリスの場合は医師の数を増やしてから、この制度を導入しているのです。要するに入学定員をどんどん増やしてから導入しているので、ある意味では専門に入る前での時間稼ぎをしているようなところが、ちょっとあるのではないかと思います。ただ、それでもこの1期生が卒業したときに専門のポストが足りないというので、専門研修をやる場所がないことが大問題になっています。ですから制度設計の評価がどのように行われて、どのように変えられていくかは、まだ全然データがないと思います。

例えば総合医と専門医の教育の仕分けみたいなことですが、医学部卒業までの段階は全く同じです。F1も同じです。F2のところ、例えば家庭医を意識する人はそういうものを取っていくという形はありますが、スライド5番を見てください。心臓外科や外傷外科がありますが、このスロットは限りがあって全員が取れるとは限らないわけです。ですから、わざわざ但し書で、F2で取らなくても専門に進むときは、それと関係ないものも取れる可能性があるとは書いてあります。ただ、もともとイギリスの場合は、それぞれの専門医の数はきっちり決まっていますので、なかなか自分が思うような所に行けないということによく言われている話です。

このF1、F2の定員も、医学部の卒業定員の5%増しぐらいですから極めて近い数になっています。地域マッチングで、まず自分の行きたい地域を決めるというマッチングをやるのですが、それは全国津々浦々に行き渡る形になります。

○山下先生 出身大学というわけではない。

○田中雄二郎参考人 違います。