

○山下先生 自分で選べるわけですね。

○田中雄二郎参考人 選べます。

○山下先生 ロンドンの人がスコットランドに行ってもいい。

○田中雄二郎参考人 行くことはできます。ただし、実際には非常に少ないようです。

○桐野班長 ほかにございますか。

○福井先生 1頁のイギリスのでは、General Medical Council が常にスーパーバイズしているから、かなり一貫性がとれたやり方が導入されるのではないかと思います。

○田中雄二郎参考人 そのとおりです。

○桐野班長 イギリスのブレア政権で、入学定員が急増しましたよね。

○田中雄二郎参考人 はい。

○桐野班長 あのときは医学部の定員増で、これを行ったのか。それとも医学校の新設で行ったのか、どちらなのですか。

○田中雄二郎参考人 両方です。

○桐野班長 両方やった。だけどイギリスは全部、言ってみれば国立大学みたいな形態で作っているわけですね。私立大学は医学部がありましたか。

○田中雄二郎参考人 フランスは全部国立大学です。

○桐野班長 EPOC と、我々がいま議論している卒後臨床研修制度の評価のあり方の関係から言うと、どうでしょうか。14頁の上に研修到達ノートというのがあり、これはたぶん自己評価をまずきちっとしなさいと。その上で、それに指導医の評価を加味しますよというところが、まず出発点で

はなかったかと思います。そういう自己評価のルーツとしては非常にわかりやすく、よくできていて、かつ WEB 上でこれができるわけですから、いろいろなコストが削減できることがあるのだと思うし、一度登録しておけばずっと残るわけですから、その個人にとってみても後で、「あの手帳、どこに行ったっけ」という話ではなくなるのだと思うと思います。そういう個人のそれぞれの自己評価の積み重ねのデータを、全体の評価に転換するときの問題点というのはどうなのか。大体、そういうふうに見えるのかという問題があると思うのですが、それについては前も先生に聞いたことがあると思いますが、どうお考えでしょうか。

○田中雄二郎参考人 それは全くそのとおりで、データの信頼性が、例えば自己評価にしても指導医の評価にしても、十分できるように努力というのは一体どこに置くのかということで、病院によって全くまちまちだとすれば、それを例えば 7,000 人集積したとしてどうなるかというのはあると思います。ですからデータベースとしてどの程度使えるかという、例えば経験症例というのは経験したか、していないかの二択なので、それはかなり使えるのではないかと思います、行動目標については今の方法では限界があると思います。

○桐野班長 何かほかにご意見、ございますか。現にこういうものが動いていて、6 割の研修医がこれを使っていること自体、事実としては大変大きいと私は感じます。もしご意見、ご質問がなければ、次に齋藤先生からお話をいただいた上で、もう一度戻って今日の研修評価の件について議論いただいた後に、全体的なディスカッションをしたいと思います。齋藤先生、お願いします。

○齋藤先生 齋藤でございます。私たちの研究班の役目というのは、いまの臨床研修目標に対して、研修医がどのくらい到達しているであろうか。それをまず評価しようではないかというところですが、目標に到達していなければ一体どこに問題があるのかを指摘できれば、今後検討していくときの資料になるはずだと考えています。いまの段階で、仮定で申し上げることは僭越かもしれませんが、もし研修医が目標に到達できていなければ、次に申し上げる 6 つのポイントに問題があったことになるということがいえると思います。

第 1 は、初期臨床研修のニーズをきちっと把握していなかったのではないかと。第 2 は、目標設定そのものに無理があったのではないかと。第 3 は、研修医そのものが力不足だった場合もあるでしょう。第 4 は、特にここが心配なのですが、研修病院の施設と指導体制が十分であったか。田中教授がおっしゃったように、EPOC をやっている病院は、しっかりしているかもしれませんが、していない病院のほうが心配です。指導医が本当にいるかいらないか。第 5 は、研修標に合っている方略を選んで効率的にやっているかどうか。第 6 は、評価しましたとおっしゃる病院があったとしても、

その評価方法は適切な方法だったかどうか。このあたりをきちっと検証して、今後の改善の資料にしなければならないということになると思います。

研修医の目標達成度の評価の実態調査というのは、正確さが要求されますが、それを正確に調べることは大層難しいことです。実は全国の臨床研修指導医養成講習会に伺って、指導医の候補者の方々と直接お話をしてみますと、これがまた千差万別であり、ずいぶん凸凹があります。つまり直接面談をして伺うということと、紙で出していただくことの間には大きな開きがある。ですから現場を知ることの重要性があると思います。

1,400もあるプログラムを全部 on-site で調べることは現時点では不可能です。それで第1段階として、各施設の研修プログラムの責任者を対象として、まずはアンケート調査をやってみようということです。どうやって研修医の到達目標の達成度を測っているか。そこがわかっていないと、それから先に話が進まないということで、今日、お目にかける資料5ですが、これはほんのまだたたき台です。

1059 病院があって、1424 のプログラムがある。「平成 21 年 3 月に研修を修了した研修医が在籍していた研修プログラム」の研修プログラム責任者に伺うということで、これは紙でやるしかありません。もちろんプログラム責任者のほかに研修管理委員長等、事務局担当者の方にも、こういことをやりますということをお話申し上げて、タイムスケジュールとしては来年 1 月末あたりに集計できれば間に合うと思います。本来は on-site でやらなければいけないのですが、先ほど申し上げたような理由から、なかなか難しい。場合によってはご回答いただいた病院の中からいくつか選んで、on-site でやることも考えに入れなければならないと思っています。

2 頁ですが、これがアンケートの文案のたたき台です。調査の目的は達成度の評価に特化したというところで、目標がどうのこうのということはい出しと切りがないと言っては何ですが、研究の目標がずれてしまいます。1 月 29 日末日で締切りとしましょうというところ です。

実際の文案は 3 頁からです。これはまず、総括的評価をどういう方法でなされたのか。これについてデータがない状態です。ですから質問 1 ではポートフォリオ、その他の方法に至るまでをまず伺います。おそらくこれはいろいろな方法を組み合わせるとい回答が出てくるでしょう。

質問 2 では、いつ、それを評価しているか。評価の原則というのは 5W1H と言われますが、そのうちの「いつですか」ということ。

質問 3 は、どういう方が測定したのか。自己を含めて 360 度評価ということは実際にどの程度なされたのか。

質問 4 は、中断ではなくて総括評価をした結果、修了認定が出せなかった研修医はどのくらいいて、その理由はどうしてかということ伺います。

質問 5 は、修了認定されたとして、その結果を各病院はどのようにお使いになったのか。おそらく「修了」という判子をポンと押して、そのままおしまいにした所もあるでしょうし、あるいは次の専門研修の病院のほうから問合せがあったかもしれません。そういうことの実態もわかっていません。

質問 6 は、ちゃんと修了した研修医が研修を開始する前に、あなたはこういう目標があって、この到達度を測りますよ、それによって意思決定をしますよということを示していたかどうか。それと同じことは指導医に対しても、それが示されていたかどうか。指導医講習会を実際にやってみますと、実は何と「臨床研修の到達目標」すら知らないで講習会に出て来る指導医がたくさんいます。非常に残念なことです。現実ですから、こういうレベルの低いところから、話を持ち上げていかなければならないということです。

6 頁ですが、実際に「臨床研修の到達目標」の頁を、回答する方々にもう 1 回開いていただいて、行動目標の中でも特に知識の部分は測りやすいのですが、スキルの部分やアティチュードの部分を、いつ、どうやって、誰が評価しているかということを確認しなければなりません。

ですから、到達目標の 1 の行動目標の(1)患者-医師関係、(2)チーム医療、(3)問題対応能力、(4)安全管理、(5)症例提示、(6)医療の社会性と、このあたりは、それぞれの病院がどのように評価をしているのかを調べます。

到達目標のⅡの経験目標では、「経験をしましたか」と聞くと「はい、経験しました」という答えしか出てきません。ですから、そういうところは意識的に省き、例えば共通のテーマであるところの医療面接などは、どうやって評価をしたのか。あるいは、Ⅱ 経験目標-A 経験すべき診察方・検査・手技-(6)の「診療記録」とか、この番号は例の臨床研修の到達目標の番号ですけども、そういうところをどうやって評価したのか。実は直接現場で指導医の方に伺ってみると、「レポートをいくつ出したらいいの」という質問すら挙がってきます。そういうようなところが研修病院に認められ

ていることのほうが不思議と言えませんが、それが現実ですから、その辺もしっかりすくつていかなければならない。予防医療や地域医療も実際、そうなると思います。そういうことを全部、とにかいたたき台として、こういう資料を集めるところから始めなければならないというのが現実です。

田中先生の EPOC のように、ピシッとやっている所はいいのですが、私が心配しているのは、ボトムの方の病院をこれで知ることができれば、実際、そこに on-site をして行って、やはりこれが現実なんだというところから、話を起こしていかなければならないと思っている次第です。私からの説明は以上です。

○桐野班長 齋藤先生のお話に対して、何か質問やご意見はございますか。よろしいですか。またこの後のディスカッションでもご意見をいただきますが、比較的コンパクトに両先生にご説明いただいたので、あとは先生方から自由にご意見を述べていただきたいと思います。ちょうど1時間ちょっとありますし十分とは言えないですが、それぞれの先生からご意見をいただく時間があると思います。

その前に、これまで先生方から出された意見を、一応、中間まとめみたいにまとめますと、この研究は「初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究」と題されていて、もともとは平成 21 年 4 月に実施された、いわゆる省令の改正に伴う研修制度の見直しに伴い、「研修医の診療能力の向上の面、地域医療の確保の面で、どのような効果や影響があったかを評価する方法を確立すること」と書いてあり、範囲が、研修医の診療能力の向上という初期臨床研修の本来のところと、それが与えた影響と同時にやらなければいけないというので、易しい評価ではないのです。それを目標として、どういうことができるかをまとめるということですが、教育ですからこれには一定のプログラムがあって、そのプログラムの過程でどれだけ進捗しているかを判定し、最後に修了認定をして、卒業証書のようなものか資格の認定証のようなものを与えるというのが、一般的な学校教育の基本ですが、この卒後臨床研修というのは、それだけでは全部言えないような面があります。

もともと医療制度の中で初期臨床研修制度はあるわけですから、医療制度自体が非常に複雑な制度である以上、研修制度の影響というのはいろいろな効果を生み、極端な場合、複雑系の場合は、良くすれば良くするほど悪くなるという効果が出る場合もありますし、予測できない面もあります。目標が良い医師を育成することにあるとしても、その意味するところは非常に多義であり、場合によっては、それぞれの研修施設によって良い医師の考え方が、大いに違っていること

もあるかもしれない。それを一義的に計量的な評価ができるようにするのはなかなか難しいのですが、ただ、卒後臨床研修ということに限定する限りは、医師国家試験の認定が全国押し並べて一定の基準で行われている以上は、ある程度計量的な評価をすることを目指さなければいけない面もあると思います。

そもそも初期臨床研修制度そのものは、医師としての人格の涵養と、プライマリ・ケアの基本的な診療能力の確保を基本理念として始まったものですが、この会議でも、その基本理念自体について相当ディスカッションがありました。ただ、その基本理念の全般的な議論をするというのは、ちょっとここでスコープが拡大することになりますし、今回の省令改正の基になった「臨床研修制度のあり方等に関する検討会」の議論、およびそこから出された「臨床研修制度等に関する意見の取りまとめ」という文書の中でも、当面はこの初期臨床研修制度の基本理念を前提として、いろいろなことを考えていこうとなっていましたので、もちろん、理念そのものの議論がここであったこと、いろいろな意見があったことは付記するとしても、そういう前提で進めてはどうかと思います。

ただ、いままでマッチング方式で全国混ざり合うような、しかも2年間でいろいろな所を動いていくという教育システムに対して、1つの教育的コミュニティにあって、腰を落ち着けてマンツーマンで修行をするような教育、あるいは恩師のいるような教育、ロールモデルのいる教育環境、短期間のローテーションでは構ってもらえない、適当に時間を潰しているということもあるのではないかという意見もありました。ただ、それは簡単には制度を1つに妥協で持っていくことはできないご意見だと思いますので、そういう意見も加味しつつ、どのようにするかを考えないといけないと思います。

いままでの議論では研修医評価、研修病院評価、制度自体の評価と分けて考えるということでしたので、それぞれのご意見を本日伺った上でまとめる方向にいきたいと思います。研修医評価については、研修には到達目標があって、仮にそれが訂正すべきものであるとか、学部教育とのredundancyみたいなものをきちんと考えるべきであるとしたとしても、なおかつ目標が達成されているか否かを正確に評価することができるか。それを基に価値判断のできる調査方法があるかということは、どうしても研修医評価については基本的課題として残ると思います。

研修病院評価についてもいろいろ言われていますけれども、平たく言うと、いまの研修病院評価というのはごく一部の病院では結構よくやっていて、あまり問題がないというか、大変よくやっておられるような所の評価は行われているけれども、問題があるのではないかとと思われる所がア

ンダーグラウンドになっているところに問題があるので、その点について今後どうするか、それはどう評価していくのか。例えば、外形標準でまず評価をしておいて、そこで基幹型病院を認証するというようなご意見もありました。現状の研修病院を押しなべてある認証評価を一定期間やって、認証評価の結果に基づいて、現状の研修病院の数について考えてはどうかというご意見もありました。

制度自体の評価についてはいろいろな問題があるのですが、これまでに出了た意見の内容としては、研修期間 2 年間のうち 1 年間はかなりきちんとプログラムを立て、2 年目についてはやや弾力化したということになっておりますがその問題。プログラムについては、学部教育との整合性や、その後の専門医教育への接続の問題があります。マッチング制度の定員、地域別枠の設定については、これをどのように評価するかを考えなければならないという意見がありました。

研修施設の質と量については、研修施設の適格性は現状でよいのか、施設の外形標準で判断できるのか、研修の質の判定をどうするのかというご意見がありました。第三者的評価機関については岩崎先生からお話をいただいておりますが、指導体制、研修体制、研修医の到達度などを評価する第三者機関はどうあるべきか。研修医の処遇については、研修医と病院との雇用契約のみに委ねるといことで果たしてよいのか。研修終了後のキャリアについて、大学病院などの中核病院を中心とした臨床研修病院群でのキャリアパス形成への影響がどう出たのか。医師不足の診療科の医師確保、例えば外科、内科にも問題があると言われておりますがこれはどうなのか。地域医療への影響、基礎医学への影響があったのではないかと。いろいろな制度自体の問題が指摘されていて、それについては、当研究ではこれが良かったとか悪かったというのではなく、それぞれの問題点について、どういう事実を出せばこれを判断できるのかを考える必要があるのではないかとご意見でした。

これは、いままでに出たご意見と、これまでの臨床研修制度等に関する意見の取りまとめを参考にして概略を申し上げたのですが、以上のようなことが、いままでの議論の内容であります。これ以上長い議論をしていって、さらに新しいご意見を先生方からいただくというよりは、たぶんこれから長い時間をかけてやっても同じことの繰り返しになる可能性があるのと、とりあえずここでひとまとめをして、そして 3 月までに文章を作ることがいいのではないかとというのが私の考えたことです。以上のことにかかわらず、先生方のご意見をお願いいたします。

○西澤先生 いままでの議論をまとめてくださいましたが、その中にこの委員会での臨床研修制度のいろいろな問題点といいましょうか、やはり考えなければならないことが全部入っているので

はないかと思います。いまおっしゃったように、ここはそれを評価する場ではなくて、評価のあり方を検討するのだとすれば、いまの意見の中でかなり評価すべき項目が出ていたので、それをうまく分類しながら、それを浮かび出させるような調査方法はどうか、そのようなことを考えてまとめていくことが必要かと思います。

あとはお話のとおり、大きく分ければ研修自体の評価と、病院プログラムの評価と制度の評価ということですので、そこにそれぞれ分けて整理していけばいいのか。大体意見は出尽くしたので、あとは具体的なまとめはいま言ったような観点で十分ではないかと思います。あとはどういう形になるかわかりませんが、できるだけいろいろなことが表に出てくるような調査方法をどうするかというのはこれからの課題かと思います。

○福井先生 研修医の評価について、研修修了認定に連動させる目的で、悉皆性を担保するような評価を行うのか、それとも研修制度そのものを今後どうするかという意味で、研修医の能力を評価するためにサンプリング調査でいいと考えるのかが、議論の入口のところでの大きな判断ポイントだと思います。

研修医の評価、特に診療能力の評価は、来年4月からのプログラムになれば、2年後の評価は不可能になります。2年目はみんなバラバラの研修を行うということですので、結局は1年目が終了したところで評価しないと、同じことをやった人たちのグループが対象とはなくなってきます。違う目的で評価するのであれば2年後でも別に構わないと思います。臨床能力の評価をしようとすると、2年が終わった時点ではローテーション診療科が全然異なるグループになります。その点も考える必要があると思います。

田中先生のEPOCの評価項目は、ABCで大雑把なのですが、どれだけ一生懸命考えても、評価段階が少し変わるぐらいで、なかなか難しいのではないかと。観察記録なり、自己評価なものですから、一人ひとりの判断がどの辺にあるかはなかなか難しい。もしこのような曖昧な評価に耐えられないとすると、現場に行って実技試験、しかも複数の人が評価するという形まで持っていけないと、納得できるものにならないのではないのでしょうか。

研修病院の評価については、私自身、最初から病院の評価をもっと厳しくして、卒業生の数に合わせるぐらいの採用人数のところまで絞るべきだと思っていました。岩崎先生の第三者評価機構のことで site visit してみますと、実際はものすごく差があります。外形基準ではそれなりにクリアしているかもしれませんが、実状を聞いてみますと、正直なところかわいそうな状況で研修をし



ている人たちもいるようです。ディストリビューションはどうするかというのはまた別として、クオリティからいっても、卒業生の数に近づけるまでカットしてもいいぐらいのバリエーションは大きいと思っています。

制度については、どのようにやるべきかあまりにも多岐にわたっていて、よくわかりません。判断基準がない話ですので、どういうデータを提供すれば、例えば2年を1年にするべきだとみんなが思うのか、又は1年を2年に戻すべきだと思うのかというのはよくわかりません。

○桐野班長 2年間の研修期間を最初でスタートしたのですが、それを1年間にしてあとは弾力化したというのは、よく言えば多様性を認めたということです。それぞれのプログラムが多様な提案をして、言ってみれば競争をして、良い言葉で言えばどこが良い医師を育てられるかという競争になったと理解することもできるし、すぐばらけてしまったということも言えます。その辺のところはどちらがよかったのかという問題もありますし、なかなか一筋縄ではいかないです。

○福井先生 でも、弾力化するかしらないかの議論のときに、そうしたほうが良い医師ができるからという議論では決してありませんでした。現在までの2年のプログラムのほうが良い医師ができるのか、2年目以降は弾力化したほうが良い医師ができるのか、そういう視点での議論ではなくて、あくまで弾力化すれば人が来るに違いないという話で、最終的な目標のところはほとんど議論に上がっていなかったと思います。

○桐野班長 なるほど。

○山下先生 この班会議の位置づけです。桐野先生がおっしゃったことに全然反論はないのですが、少なくとも公的な1つの機関だと考えると、それがいまの研修制度についても申すというのは初めてではないかと思うのです。そういう意味では非常に位置づけが大きい。ここが全員一致で1つの方向を見通しているのであれば、もちろんそれを書けばいいですけども、ここにいらっしゃる先生方は錚々たるメンバーで、オピニオンリーダーですので、無理矢理まとめないほうがいいと思います。先ほど先生がおっしゃいました両論併記で、いろいろな考え方があるのだということをもまず言うぐらいでもいいのではないかと思います。

1つの統一的な意見を出すにはエビデンスが必要なのですが、我々はエビデンスを持っていません。それぞれが、いろいろな立場のデータを持っているだけです。それをもって1つの方向を無理矢理出すというのはかなり厳しいし、反対するところ、賛成できるところが斑に皆

さん出てくると思うのです。まとめ方に関してはそのように思います。だから提言をする、それにはいろいろな考え方があるのだという multifactorial に考えなければいけないのだということをもの申すというようなことでもいいのではないかと。本来は 1 つの方向を提言するのがいいと思います。

もう1つは最終的な目標として、基本理念を変えることは必要ないのですけれども、解釈がおかしいと思うのです。基本理念に「人格のかん養」と書いてありますし、「診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応する」と書いてあって、どこにもプライマリ・ケアとは書いていないのです。ですから、脳卒中であっても、心筋梗塞であっても、糖尿病であってもそれが頻繁に関わる病気であって、これは common disease ではありますけれども、言わば易しい病気とはどこにも書いていないし、プライマリ・ケアという言葉もどこにも書いていません。私は、この基本理念をどのように制度に乗せていくかということをごどこかで必ず言わないと、全部プライマリ・ケアというのは、これを機会にもう一度読み直してみたのですが、プライマリ・ケアとは書いていません。だから、私はそのように思います。

3 つのポイントを非常にわかりやすくまとめていただいたのでこれも異存はないのですが、まず研修医のプログラムに関して、それから病院の評価に関しての最終目標は、やはり制度設計にフィードバックできる。短期的にはその人その人が良い医師になる、これを外しては如何にもなりません。「良い医師」の定義は非常にたくさんあるというのはそのとおりだと思います。ただ、それを積み重ねていって、これを 5 年、10 年積み重ねたときに、一切何も評価できなくて、一切何も次のステップに行けないような評価の仕方、又は制度を挙げていくことは結局無駄になってしまいます。

そういうことを前提に言いますと、研修医のプログラムに関して、いまあるプログラムをどう実行していくか、指導医がきちんと指導しているかという評価が 1 つあるのと同時に、先ほどの基本理念は変わらないにしても、いろいろな医学の進歩によってそのプログラムは当然変わらざるを得ないですし、それから制度を変える以上は今回も非常に中途半端に終わっているわけですが、プログラムを変えたのに到達目標は一切変わっていないということで現場が混乱している。こういうのは変えていかないと評価のしようがないと思います。

もう 1 つは臨床能力をどう評価するか。これは最終的な目標ではありますけれども、田中先生にお聞きしたかったのは、措置のことをやって、ロングタームにこの制度で良い医師がちゃんと育て、日本の医療はいままで世界一というのが、さらにこの状況を伸ばしていけるかどうかという

ことに関しての評価は、桐野先生がおっしゃったのと同じように非常に難しいと思います。難しいと思いますが、少なくともプログラムに関してのフレキシビリティなり目標をもう少しはっきりして、プログラム自体をこうやって変えていくという提言はどこかでしておかないと。

それは、ここでは完璧にはできないまでも、方向性はこの研究班が是非示すべきである。それと同時に、当然病院に関しても、ある1つのプログラム、ある1つの目標があれば、それをどうやって実現するかという場所が病院ですから、その病院に関してもどう評価するか。現在、どういう人たちが、どう頑張っているというのも評価しなくてははいけませんけれども、それを積み重ねていて、結局ロングタームに制度設計に対して提言をしていくような、要するに自己でイノベートしていけるようなシステムを作らないと、外から言われて変えていくのではこの制度自体がいまいちであって、未熟なものとして潰れていってしまう。自分で自分のことを壊してしまうような気がいたしますので、病院の評価にしてもそれが必要であります。

これは議論のあるところだと思いますけれども、外形基準は絶対に上げなければ駄目だと思っています。その議論は、エビデンスをいろいろな人が、いろいろなことを言っていますので、これに関してははっきりしたことを言えるかどうかわかりませんが、その際にこの病院では何ができたからこれでいいのだという議論では駄目だと思います。桐野先生のまとめの中で、こういう意見もあつたとおっしゃっていただきましたけれども、やはり医学教育があつて、初期臨床研修があつて、最終的には総合医という、家庭医というのはものすごい専門性のあるものですから、その専門家をつくるわけです。その専門家をどうやってつくって、本当にそれは成功したのかということで、病院のどこで、どういうふうにして人を育ててきたのか。

いままではかなり問題はあつたかもしれませんが、大学というかなり固定した組織、1つの責任を持つ組織が長期にわたってロングターム、こんなに人に対して責任を持ってきた組織は医療界の中にはないと思っています。大学の医局というのは、入ったときから、その人がどこかへ行ったときまで、これはオフレコですが、結局はみんな医局に変な先生が来れば、その人に文句を言うのではなくて、医局へ来て「なんであんなのを派遣したんだ」と言われる。これは語弊があるかもしれませんが、要するに世間はそのように見るわけです。しかも、大学はそれを責任としてやってきました。

そのような組織と、代替えの組織が全くない所でガラッとひっくり返したらコケるのは当たり前なので、それを含めてある病院がちゃんとやっていますということの評価するだけでは駄目だと思っています。制度の中の流れの中で、どのようにこの研修病院を位置づけるかという議論を是非ど

こかでやっていただきたい。そういう流れの中で制度設計に関してのこと、これはいますぐこういう問題点があるということも出てくるでしょうし、もう1つはそれを基にして、将来にわたってこの制度自体を大きく変えなければいけないときには変えなければいけないわけです。平成16年に導入したというのは大きな変化なわけですから、どこかで始めたものは、どこかで終わってもいいわけですから、本当にこれが日本のためにならないのだったらやめればいいわけです。

それを、ダラダラと訳のわからない状況でつなげること自体が国民に対して、医療費という形で国民の負託を受けているわけですから、それをきちんと責任を果たすためには、絶対に制度自体に対しての提言ができる、少なくとも制度に対して踏み込みますよと、絶対にどこかで踏み込みますよというような、それが結論になるかどうかわかりませんが、これは班長のご意向次第だと思えますが、私はこういうプログラムなり制度設計なり、長期にわたるフォローアップなりというようなものの中で、制度に対しての基本的な設計とか提言まで目指す。誰が何と言っても、平成16年以降に地域の医療は崩壊していますし、医学の基礎研究に東京大学でも大学院に基礎系は1人も行かない年が出てきたりというのは明らかなのです。だから、それに目をつぶってはいけないのです。だからといって後ろ向きになるわけではなくて、前に向かわなければいけないと思います。以上です。

○桐野班長 この制度は、言ってみれば60年の長い、長い検討の後に、制度自体は昔からこういうものが必要だと言われていながら、言い方は悪いかもしれないけれども、最悪のタイミングで導入されました。この制度の非常にポジティブな面もありますから、簡単な評価はなかなか難しいです。

○山下先生 難しいと思います。

○桐野班長 それから、福井先生と山下先生の意見が、例えば相矛盾するものかというところに関しては、全然そうは思いません。福井先生がより強調しているのは、良い医師をつくるためには卒後教育の底上げが必要だと。非常に卒後教育がうまくいっていないような所を、こういう制度で一斉に上げておいて、その上で良い医師をつくろうではないかというご意見なのです。山下先生のご意見は、ただそれがあまり過ぎると、非常に優れた医師の育成を障害する可能性があるというニュアンスをちょっと感じるのです。

○山下先生 そしたらそれは違います。先生がおっしゃるように、福井先生がおっしゃったことに関して反対しているわけではなくて、もう少し広く広げて考えてくださいということをお願いしている

のです。要するに医学教育があって、臨床研修があって、その後の初期臨床研修に関しては一切何も言っていないわけです。しかし、若い人に聞いてみると、終わったらそれで終わりではないのです。そこからまた30年とか40年、むしろそちらのほうのためにこれをどう利用するかという議論を彼らのためにしてやらなければいけないのです。

○桐野班長 それについてはたぶん異論はないと思います。後期臨床研修のシステムは、はっきり言ってよくできていないというのが日本の現状ですからその議論は易しくはないけれども、ある程度それを見据えた議論を始めていただかないといけないのではないかと思います、ここにはちょっと限界があります。

○山下先生 ここに入れるかどうか。実際問題として、例えば制度を作って、何とかでこういう基準を作って、こういう資格を取ってくださいというような制度設計ではなくて、システムをどうするかということなのです。いままでは大学というのがかなりやっていました。もちろん大学のみとは言いませんが、大学がかなりやっていました。それが崩壊しそうになっている状態で、それでは誰がどういうふうにするかということに関しては、もちろんここで議論するものではないと思いますけれども、それに対するスコープを持って提言しないといけないと思います。

福井先生がおっしゃった、非常にひどいレベルで、教育とは言えないような、労働力として使っているような病院があることも存じ上げています。存じ上げていますから、これをとにかく上に上げたいたいということに関しては全く異論はありませんし、そのためのいろいろな方法論や基準の設定ということは議論があると思います。それに関してはいいのです。それがずっと流れの中に入っていくのであれば、例えば1つの病院に行ったとしても、それは指導医がいて、「何を習っておいで」と言って、1年経ったら帰ってくるという、誰かがレギュレートしていましたが、いまはレギュレーションがなくなっているそこが問題なのです。

小さい中小の病院でも、とても一生懸命やっている先生がいます。ただ、ここに基幹型は無理でしょうというようなことを、ここできちんと提言できればいいわけです。それは大きな基幹型の病院の中の、ネットワークの病院の協力型の病院になってもらえば十分にその能力を発揮してもらえますよと、いまはレギュレーションが全然できていませんから、それをどこかが提言する。この会というのは、そういう意味ではその嚆矢となるものではないかと思います。先生がおっしゃったことに反対しているということではありません。

○齋藤先生 大風呂敷を広げますけれども、2年間の臨床研修だけをだるま落としみたいに抜い

で語っても、ちょっと不十分のような気がするのです。卒前のクリニカル・クラークシップを、いまだにポリクリなどと言ってやっているような大学が山ほどある中で、しっかりとしたクリニカル・クラークシップをやる。5月の答申でも時間を増やさないということが出ましたけれども、逆に大学の先生方のほうがビクビクしてクリニカル・クラークシップになっていない、それから人が足りない。人が足らなければ、大学の関連病院に学生を出して、どんどん学外臨床実習を増やせばよろしいではないかと、そういう具体的な方策がないというのは非常に悲しいことであります。残念ながら、私も大学に何十年もいましたけれども、それをわかってくれない人たちが教員になってしまっていると聞いたほうが正しいかもしれません。

2番目は、2年間の臨床研修ですけれども、これはいまから思うと、臨床研修病院になりますということで手を挙げた所を全部そうしてしまったところが問題であります。そのときに病院の数、定員は卒業生の1.3倍ぐらいの数になっています、これは全くの失敗でした。地域医療をやるのだったら、地域医療の、その施設の先生にしっかり指導医になってもらわなければいけないわけですが、そういう裏打ちがありません。そういうこともしないで、ただ単に手を挙げた所を全部してしまったから、とんでもない病院が臨床研修病院になってしまった。これはベッドの数が多ければいいというものでもないし、少なければいいという問題でもない。地域医療は協力施設の先生に指導医になっていただければ、非常に良い地域医療研修ができるはずだと思っています。

3番目は、医師育成という考え方をすると、2年間の初期臨床研修でちょん切ってしまうと、それから先のディスカッションが遅れているというのも大層心配なことであります。初期臨床研修は外の小さな病院でやっていただいたほうがいいかもしれないのですが、問題はその後であります。臨床研修で疑問に思ったことを持ち帰って、「まだこんなことがわかっていないのだ、俺はこれを研究しよう」というような研修医を育てる努力を私たちはしなければならぬのです。

そうなってくると、これについてはどこの大学がいいだろうか、日本には80医科大学あるけれども、「私はこれを研究したい、これはどこだろう」といって、あたかも臨床研修のマッチングのように、そこでもう一回自分の行く場所が選べてもいいのではないかと。別にそれは自分が卒業した大学である必要は全くありません。裏返して言えば、大学がいかにかチャームな研究、あるいは後期研修のプログラムを持ち得るか。そこで逆に研修医から評価を受けることにはなりますが、そういうことがないといけないのです。

臨床研修は暖かい島の病院でやりましょう、それが終わったら今度自分はこういうことの研究をしたいので北海道の大学へ行きましょう、というような長い目でのプログラムができないことには

良い医師は育ってこないです。ベーシックサイエンスの方々が非常に心配されているように、大学というものが成り立たなくなってしまうような事態が来るかも知れずと思います。ですから、2年間だけの話ではなくなるというので、ちょっと大風呂敷だと申し上げた次第です。以上です。

○桐野班長 基礎医学の参入者とか研究者の減少は、初期臨床研修制度が相当影響を及ぼしたことも事実ですけれども、一方で初期臨床研修制度が始まる前から、かなり深刻に基礎医学に来る人が減っていたのです。それは1990年代ぐらいから徐々にそういう傾向がはっきりしていました。

あるいは小川先生がよく指摘されますけれども外科、場合によっては内科、そのような基幹的な科にも参入が減っています。そのようなことについて、もちろんこの研修制度が与り知るところではないのですけれども、初期研修が終わった後のシステムについて何かお考えはありますか。易しくはないですけれども。

○齋藤先生 これが非常に難しいのは、私たちが入試の面接をやっているときに、「あなたはどういうお医者さんになりますか」と聞くと、いまの人たちははっきりしています。まあ3Kでない所を選びます。昔のように情熱を持って、これに取り組もうという風潮がなくなってきたと思います。私は内科講座を担当していましたが、内科で糖尿病の講座というのは、こう申し上げてはいま糖尿病をやっている方々に悪いのだけれども、そんなにきつくないかもしれない講座なのですが、それでも来ないのが現状でした。

ひょっとすると、その採用の時点で既にそういう気概のある人を採用しなかったということに誤りがあるのかもしれませんが。また、我々がやっていた卒前の講義なり臨床実習が、彼らに魅力的でなかったのかもしれませんが。ただ基礎の先生方もそれは同じことが言えて、彼らにリサーチがいかに楽しいかということ、本当に言ってこられたか。それは臨床の人でも、臨床研究も立派な研究ですし、そういうリサーチマインドを育ててこなかった我々のツケが回ってきたのかという問題が1つあります。もう1つは、分子生物学やら何やらが非常に進歩したために、医師では歯が立たなくなった部分もあると思います。そういうものの複合ではないでしょうか。

○北村先生 桐野先生がおまとめになったのが非常によくできているので、その後に何か付け足すのは非常に難しいのですが、あえて2、3点発言させていただきます。研修医の評価ですが、2年間が終わったところの評価はそれなりに大事ですけれども、研修では途中の形成評価、「この1カ月、君はこうやったので、次の1カ月はこうやったらいい」という、研修を良くする方向に行く形

成評価をしっかりとしないと、2 年間で終わって「君はここが悪かった」という総括評価を貰ったところで、全然痛くも痒くもなく、修了できるのですかというだけのことなのです。形成評価をいかに有効にやるか、やっているかのほうに重点を置かなければいけないと思います。

自分も EPOC の委員をしていて言うのも何ですが、東大生は EPOC をやっても、2 年目の 1 月、2 月方にあわててバツバツと入力して、2 年目の 3 月に全部揃うみたいところで、1 年目は真っ白みたいな、本来の形成評価になかなか役立たないところが問題なのです。手帳のほうがいいかなと思って手帳も作ってみたのですがそれも真っ白でした。個人の評価は形成評価であるということをもうちよつきちんと言わないといけないと思っています。

プログラムの評価ですが、アメリカの ACGME が 6 つの competency(能力)ということで掲げています。USC のオパス先生が、それを変えたいということでこの前講演で言っていました。1 番が Professionalism、2 番が Professionalism、3 番が Professionalism、4 番が Professionalism、5 番が Professionalism、6 番が Other five というぐらいに、Professionalism を重点的にやりたいと。これは、世界的流れとしてもそうだろうと思うのです。

いま目標にしている、日本では人格の涵養と、一応言葉では書かれていますが、その実態がはっきりしない。今は研修制度が新しくなって、その diversity が広がって、いろいろな研修スタイルがあるので、それを比較・評価するのは難しいのですが、修了してきた人がちゃんとした人格を持っていますかということ、それが国民がいちばん知りたいことであり、また、それさえできていればほとんどいいのではないかという気がします。

あえてなぜこういうことを言うかという、いままでの研修で人格の涵養というのはちょっとは書いてあったのですが、研修に表立って取り上げなかったのです。私自身も教育をしなかったです。それが、逆のメッセージを言っていた。人格はどうでもいい、レポートが 20 枚揃って、何々ができて、何々ができれば研修は修了なのですねという、人格の評価はないですよみたいな。要するに「人格の涵養」と書くだけで、教育をしていないことが、人格の涵養ということがそれほど重大でないというメッセージを送っていたことになっています。だから、もうちよつきちんと人格の涵養に本格的に取り組まないと、書くだけで教育の実態が伴わないと研修医たちは「どうということはない」と思ってしまうのではないかと、最近思うようになっています。

病院というか施設そのものの評価ですが、適正な数がいくつかはわかりませんが、確かに福井先生がおっしゃるように、diversity が非常にあるので、これは何らかの形で on-site で手分けしてでも見に行くとか何かしないといけないかと思っています。それが岩崎先生の組織だけでは不



十分かもしれない。これはきちんとした形で評価をしていかないといけないと思います。

余分なことですが、最近医学部の定員が増えてきました。それに対する研修の対応も早め早めにやっていかないといけない。一見地域枠ということで、地域医療に専念するというので、そういう定員数も随分増えてきましたが、本当にそれがいいのですかね。産婦人科医になる人というので定員を募集して、それでいいのですかというのと同じようなことです。地域に医師が足りないから地域枠を作る、外科に行く人がいないから外科枠を作るというのではなくて、もうちょっとおおらかにやっていけないのかという気がしています。何はともあれ地域枠で出てきた人を、どういう形で研修させるのか。地域枠で行った人は、専門医としての教育はどうなるのか。定員そのものが増えたときに、研修病院数が足りなくなるのではないかというようなこともあるので、やはり早め早めに厚生労働省なり、しかるべき所は対応していかないといけないと思います。以上です。

○桐野班長 お話を伺っていると、医学生のモチベーションを維持するのは非常に難しく、それでは何か制度を工夫すればそれがすぐ変わるかということ、時代の背景もあるしなかなか難しいのかと思います。専門領域に来た人というのは、熱中できる人がいいですよ。朝から晩までやってへっちゃらだというようにならないとなかなか難しいです。その辺は制度だけではなかなかできないという感じがします。

○小川先生 初めからそうではなくて、そのようにすり込まれるからそうなるのではないですか。

○桐野班長 そういう面もあります。

○小川先生 ですから、昔は大学を卒業して、自分の専門である例えば脳外科なら脳外科に入って、そこでいちばん初めのころにもものすごく叩かれ叩かれするから、そういう感覚が生まれるのだと思うし、それは育っているのだと思うのです。

○桐野班長 それを、今の大学が提案をして、私たちはそういう一貫した教育をやりますと。一貫した教育の中で、優れた医師を養成しますというプログラムを提案する余地はあるのではないですか。そういうプログラムを提案することに関して、非常に妨害要因があるのであればそれは何なのかということです。

○小川先生 そうすると何が問題かということ、やはりこの臨床研修制度がいちばん最初の入口のところにあるので、それがマンツーマンの精神教育も含めた初期の教育が阻害されているという

のがいちばんなのだと思うのです。

○桐野班長 それはよくわかるのだけれども、日本は医師法の縛りもあって、5年次、6年次に十分な臨床に対するエクスポージャーがなかなかできにくい。したがって、そのままパッと臨床の専門領域に行くと、ちょっと偏った医師ができるという議論が長くあって、本当に長くあって、それでいろいろ医学界の先生方が、我々の先輩が一生懸命考えたあげく、諸外国でやっているような制度を取り入れて、初期臨床研修をきちんとやって、そこから専門の世界に入れたらいいのではないかと考えたわけです。

○小川先生 それはわかります。

○桐野班長 だから、そこでの接続の問題に苦しんでいるというのがいまの問題ではないのでしょうか。小川先生、もうちょっといろいろ言ってくださいよ。

○北村先生 おっしゃるとおり、若者が熱中するというのは非常に大事なのですが、それが社会のニーズと往々にしてずれてしまう。社会のニーズは、やはり病気になったときに診てほしいというニーズがあります。今の若い人が熱中しているのは何かというと、腹腔鏡の内視鏡手術のシミュレーターがあるのです。クリップを20回落とすとゲームオーバーになります。それを、胆摘を何分何秒で出たかというのを医局で競争し合っているのです。本当に熱中しているのです。その熱中する姿は確かに素晴らしいのですが、ニーズと合っているかというと、またずれてきます。

○小川先生 その熱中は、先ほどの熱中とは違いますよ。

○北村先生 教員はそこをうまく、先生がおっしゃるとおり接続部分として、社会のニーズと若い気持の熱中をうまくバランスを取る、そういう制度にしていく必要があるのだと思います。

○小川先生 先ほどどなたかがおっしゃったのですが、良い医師が育っていないということで大学にも責任はあったと思います。桐野班長がおっしゃったように、最悪のタイミングで導入されたのがこういうことになっています。それでは、古い制度で良い医師が育っていなかったかというと、WHOのThe World Health Reportでは世界一の医療だと言われているし、OECDのヘルスデータでは各疾患ごとにデータが出ています。脳卒中の30日以内の院内死亡率だったら、日本はOECDの平均の10分の1です。要するに世界一のアウトカムを出しています。これは別に脳卒

中だけではなくて、大腸がんなどでもそういうデータがちゃんと出ています。

そういう中で制度をいじったことにより、WHO の世界一の医療、OECD のヘルスデータで世界一のアウトカムを誇っている医療がダウンしたら誰が責任を取るのだということもあると思います。先ほど山下先生がおっしゃったように、こういう制度を変えたときに、本当に良い医師ができて、医療がいい方向に動いているのかということの評価そのものが極めて重要なのだらうと思っています。

その中で基本理念に関しては臨床研修制度等の意見の取りまとめの段階で、時間がなくてかなり中途半端な形で決着がついたということがあります。基本理念はそのままになっていますけれども、実質的にいろいろな議論の中で、やはりプライマリ・ケア重視ではないのだということの大体のコンセンサスは得られたのではないかと思います。そういう意味では、多少基本理念のところまで戻らないとまずいのかなという感じはします。今年の 2 月に取りまとめが公表されて、それを受けて医道審議会が招集されて、制度が多少変わりました。

このときには自民党政権で、臨床研修制度そのものは法律に規定されていることがあり、当時は衆参ねじれ国会の中で法律を変えることはほとんど不可能であるという状況の中で変更されたという状況があります。それをせっかくエビデンスを持ってこういう研究が行われるのであれば、ちゃんとした制度設計まで踏み込んだエビデンスをきっちり出して、この次の変更に資する形にしないと極めて不十分になってしまうと思っています。

厚生労働省と文部科学省と一緒にやった臨床研修制度等に関する意見の取りまとめというので 2 月に出たものを、今度はそれをベースにして臨床研修制度を直すのだったら、大学の教育も直さなければならないということになって、今度は文部科学省の医学教育カリキュラムの検討委員会ができて、その中でいくつかの提言がされています。あれは極めてよくできていると思います。あれが全部実現化されれば、かなりの部分でいまの初期臨床研修制度を学部教育の中に落とし込んでくることができるし、先ほど法律の問題があってもなかなか学生は医行為ができないという話もありましたが、医行為のことに関してはずっと後退、後退、後退で来たわけです。クリニックシップの臨床実習が必要だ、必要だ、必要だと言って、必要だと言っているのにどんどん後退していくという歴史的な問題があるのですが、これもほとんど解決する可能性があるわけです。

そうすると、初期臨床研修制度そのものが今後どういう方向に行くのかということまで突っ込

まないといけないのではないかと考えています。先ほど田中先生が非常に面白いお話をされたのですが、英国で入学定員を増やしてから、こういう評価システムが導入されたということです。イギリスではなぜ導入したのかというのを後で教えていただければありがたいと思います。

もう1つは本日の議論とは噛み合わないかもしれませんが、イギリスでも入学定員を1.5倍に増員したという歴史的なことがあります。いまの民主党のマニフェストの中にも、医師を養成するのに1.5倍増ということが謳われています。これを試算して、いまの厚生労働省、文部科学省にもそのデータを持って行って説明はしてきました。

非常に怖いのは、医療崩壊があって、地域医療が壊れているから医師を増やしましょうという議論になっています。1.5倍に医師を増やすと、教員も1.5倍にしなければいけないのです。いま現在入学定員を増やして、医師養成を増やしたときに、十分な教育をするために大学の教員も増やしましょうと言ったときにどこから連れてくるのだと。そうすると、35歳から40歳台ぐらいの開業した人は駄目です。開業した人は借金を持っているから戻すことは不可能です。

35歳から40歳台といったら、地域医療を担っている病院でアクティブに働いている科長級です。この人たちを大学に戻すなり教員にしないと教員は増えないわけです。そうすると何が起るかというと、医療崩壊を直すために医師養成を増やしましょうと言っているのだけれども、その結果、教員も増やさなければいけないから、教員は地域医療を担っている人を引き剥がして持ってくるとなると、地域医療の崩壊がさらに悪化することも考えなければいけないのです。

そうすると、臨床研修制度等に対する意見の取りまとめでいろいろ議論されてきた中には、地域医療の崩壊を止めるために、大学病院の医師派遣機能を回復させるのだというのが一応文言としては入ったわけで、そういう意味での制度設計のところに戻らないとまずいのではないかと考えております。

○桐野班長 先ほど言われたことにコメントはありますか。

○田中雄二郎参考人 イギリスは、入学定員増真最中のときに、私はたまたまイギリス政府の人たちに会って話をしたことがあります。いまは足りないから増やしていくのはいいけれども、将来余ったら減らす仕組みはあるのかと聞いたら、全くないと言っていました。それに対する手当ては何も考えていないと言っていましたから、イギリスもかなり試行錯誤なのだと思います。