

○桐野班長 「初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究」第 4 回研究会議を始めさせていただきます。最初に資料がたくさんありますので確認だけお願いします。

○村岡臨床研修審査専門官 確認させていただきます。資料 1 が研究者名簿、資料 2 が座席表、資料 3 が第 3 回研究会議の議事録です。資料 4 が 2 月 3 日に行われた医道審議会医師分科会臨床研修部会の資料です。資料 5 は「医師の初期臨床研修到達目標達成度評価に関する研究」(齋藤宣彦主任研究者)のアンケート調査を行った資料です。資料 6 は今回の研究会で行っている臨床研修を行う病院との間の情報システムの構築についてです。資料 7 は山下先生からのご提案の内容です。資料 8 は第 150 回国会参議院国民福祉委員会附帯決議、資料 9 が医師法のいわゆる臨床研修省令ですが、この 2 つの資料とも、プライマリ・ケアという言葉がどのように使われているか事例を挙げたものです。資料 10 は今回の研究会取りまとめの方針、たたき台です。資料 11 は今後の日程及び来年度の体制等についての資料です。以上です。

○桐野班長 それでは早速、時間も限られていますし、遠くからお出でいただいて貴重な時間ですから、有効に使わせていただければと思います。1.の第 3 回議事録の確認等ですが、もうご覧になっていただいていると思いますけれども、結構分厚いので、もしお読みになって問題がまだあるようであれば、ご指摘をお願いします。これは一度、先生方の目に触れているものですね。

○村岡臨床研修審査専門官 そのとおりです。

○桐野班長 それでは順番にいきますが、2.の情報提供ということで3つ項目がありますので、順番をお願いします。1つ目は医道審議会医師分科会医師臨床研修部会の報告で、田原室長がご都合が悪いので、ごく簡単をお願いします。

○村岡臨床研修審査専門官 これは後ほどさせていただきます。飛ばしていただいて結構です。

○桐野班長 これは小川先生が出ておられるので、小川先生から伺ったほうがいいかもしれません。

○小川先生 私も山下先生も出ているのですが、今回に関しては、研修プログラムの状況と、産科・小児科のプログラムが新しく入りましたけれども、これがあまりうまく機能していないということで、この状況のデータがあります。激変緩和措置で指定を継続しているところがあるのですが、そこをどこまでやるかという基幹型臨床研修病院の状況、平成 22 年度に研修医の募集をしていない基幹型研修病院のリスト、研修医の給与がとんでもなくて、いちばん高いのが 1,800 万でしたか。

○桐野班長 そんな所があるのですか。それはすごいね。

○小川先生 要するに教授や科長よりもいっぱいもらっている人もいて、給与のことが問題になっています。あとは資料 8 が 15 頁にあります。今後のこの審議会としての方向性をどうするか議論しているのが現状です。その中でマッチング協議会の方に来ていただき、病院単位あるいは現在はプログラム単位で定員を作っている。それに対して病院単位あるいは病院群単位で募集定員を作ると、受験生というか研修医に不都合が生じることが報告されました。別添のマッチングの組合せ決定アルゴリズム図解というもので、マッチング協議会から出たものですが、これはやり方次第だと思います。この辺がいま議論されています。ここの部会としては、臨床研修の評価に関しては桐野班で研究が行われているので、それを参照してやることになっています。簡単ですが以上です。

○桐野班長 そういうことで、当班でのあり方の審議がある程度影響力がありますので良い素案を作らないといけないのです。ただ、これから少し議論していただきますが、物事を判断するための資料、情報が、あまりしっかりしていないことが 1 つの結論だと思います。ちょっと馬鹿な結論ですが、その中でどういうデータ情報を、どういう方法でやれば、次年度以降のあり方の検討に意味のあることになるかということは、今後、検討しないといけない。この間に 3 回やっていただきましたけれども、議事録を拝読すると、それぞれの先生によって若干のニュアンスの違いはありますが、問題点はほとんど出ていると言ってもいいと思います。そういうことで医道審議会については以上で、最も重要なのは当研究班の研究内容が、ある程度参照されるであろうということが、たぶん重要ではないかと思えますし、私もそのように話がされたと伺っています。追加があればお願いします。

○山下先生 いいえ、もうこれで。

○桐野班長 2 つ目、「医師の初期臨床研修到達目標達成度評価に関する研究」で、齋藤班の行っているアンケート調査の状況について、齋藤先生、よろしくお願いします。

○齋藤先生 前回の議事録の 13 頁目にあるように、どんなことをするか申し上げました。その時に実は桐野班の動きを伺ってからとって思っていたのですが、時間が足りなくなりました。第 1 段階としては、基幹型 1,059 病院に対して臨床研修の到達目標の具合、どのくらいしているかを、まず調べるところからスタートしなければならないだろうとなりました。先般、お目にかけてアンケートを少し手直しして、今日配布の資料 5 をご覧いただくと、1,059 のプログラムの責任者にお送り申し上げました。それはプログラムですと 1,400 あるのですが、病院で代表を 1 人に絞って 1,059 としました。それは基幹病院の数です。2 月 12 日までに回収率が 65.5%ですが、今度は集めたものの解析を進めていかなければなりません。数が多くて大変ですが、業者をお願いしてそれを進めていくというのが現状です。

先般も申し上げましたが、例えば経験目標みたいなものについては、伺うことをわざと控えました。「経験しましたか」「はい、経験しました」みたいな返事をいただいてもしょうがないということです。今までにご回答いただいた 60 何パーセントかの回答の中で見ると、評価者として指導医がかなり動員されてしまって、指導医の先生方が大変であろうということ。もう少し医療職全体、あるいは自己評価、あるいはピアレビューがあつていいと思います。これはまとめてみなければまだわかりませんが、あちこちからの回答としては、常に指導医が評価をしているというのが多すぎて、これが指導医を忙しくしている原因かもしれないと思っています。まだデータがまとまりませんので、今日はこのくらいにしておきます。

○桐野班長 いまのアンケートに関して、何かご意見、ご質問はございますか。評価はランキング付けではないのですが、ランキング付けだと上のほうが気になるわけですが、トップ 10 とか、上のほうがどれくらいよくやっておられるかがすごく気になるのですが、ランキング付けではなく、一種の認証的意味合いが強ければ下のほうが気になるわけです。お答えいただいた 65%の所が、1,059 の大体の平均像なのか、熱心な所だけお答えいただいたのか、それともあまり熱心ではない所もお答えいただいているのかは、わかりませんよね。

○齋藤先生 まだわかりません。その病院がどのくらい熱心かというのも、なかなか難しいことだと思います。

○桐野班長 そういう意味では、もうちょっと回収率が高ければいいと思いますけれども、難しいのでしょうか。

○齋藤先生 もう少し高いといいです。それから研修医の 2 年目に OSCE をやっている病院がぼつぼつ出てきたというのは、大変素晴らしいことだと思って拝見しています。あとはレポート、OJT の観察記録あたりが多いと思います。

○桐野班長 齋藤班で行っているアンケートを、今後、まとめていただくことにはなりますが、どういうふうにとまとまるか、もう少し期待をして待ちたいと思います。次に医師臨床研修制度の評価・改善等に関連した情報収集・伝達網について、事務局からお願いします。

○村岡臨床研修審査専門官 資料 6 で説明させていただきます。実は私ども厚生労働省では、各臨床研修病院の事務担当窓口との連絡手段はあるのですが、実際に基幹型臨床研修病院で、プログラムの中心になっているプログラム責任者の方々と、直にやり取りする方策がないことから、今回、この研究班の活動を機にプログラム内容についても深い情報が得られるようにということで、この紙にありますようにプログラム責任者、臨床研修管理委員長、院長、事務窓口責任者の方々に、直接、情報の授受ができるようにしたいと思います。メールアドレスも事務担当窓口ではなく、直接メールでやり取りができるように、また電話番号を聞き取ってデータベースを作

ろうとしています。

これができるのと、今後、オンラインで一斉調査をしたり連絡をしたり、または意見を募集したり、または研究班の中で、ここについて特に深く聞きたいという場合には一斉にいろいろ聞いたりできますから、プログラム責任者から直接、臨床研修を行っている病院内部の確度の高い情報を収集できるようになることが期待されます。

次の頁で、これが臨床研修病院の省令で定められている組織です。ご覧のようにプログラム責任者というのは、この中心にいて指導医を総括する立場であり、かつ研修医一人ひとりにもすべて目配りをする。一方、院長などトップのマネジメントに対してもコミュニケーションできる立場ですので、そういう意味からもプログラム責任者を窓口としていろいろな情報を得ることについては、かなり有益な情報を収集できるようになることが期待されます。

次の頁は個人情報等にかかなり配慮し、この連絡先を一旦、研究班でいただくのですが、業者が集めた後は医師臨床研修推進室のほうに保存し、責任を持って管理いたします。ただ、皆様のアイデアでいろいろな目的に使っていただければと存じます。以上です。

○桐野班長 こういうのは今まであまりなかったと思いますが、すごく強力ですね。もし皆さんがこれに納得していただければ連絡網ができて、コストがほとんどかからないわけですから、変に言えば大変なことになりますけれども、有効に使えば大変結構ではないかと思えます。まだ始めて15分しか経っていないのにここまで来てしまったので、少しペースが早すぎるのではないかと思います。今期についてはもう1回、最後にやっていただいたところでおしまいですが、今期は今期である程度の取りまとめをしないといけなわけです。今まで検討していただいた内容について当研究班のスタンスを確認し、次年度以降、どういうことをやるか。

おそらく次年度については、具体的に調査というか、情報収集を何点かにわたって行うことになると思えます。それについては小川先生からも山下先生からもご提案が出ていて、それを実際に班としてやるためには、どのような方針でやるか合意をしてスタートしないとイケない。今回は割に早く4月1日からスタートできますので、年度内に準備さえすれば実際の調査が仮に夏休み以降になっても、かなり充実したことができるのではないかと思います。資料7にありますように、山下先生がご提案をしておられますので、簡単に説明していただけますか。内容については、いま申しましたように今年度の最後のときに少し検討し、具体的には次年度にやりたいと思えます。

○山下先生 機会を与えていただいてありがとうございます。最初に桐野先生がおまとめになった、いわゆるいま動いている評価システムと制度自体を評価するのと、2つに大きく分けます。評価に関しては、いま齋藤先生がおやりになっていますので、それを意識して全部抜いてあります。もう1つは先ほど小川先生も言われましたが、いわゆる医師臨床研修部会で何がいちばん議論になったかという、検証をするためにはデータがないから、良いのか悪いのかよくわからない。

そのところで議論してもしょうがないということがあったので、私なりにその場にいた者の責任として、こういうようなことがあればということで、例えば研修部会でいまの制度なりプログラムなり、到達目標に関して、ある程度の提言ができるのではないかとということ。

ただ、そこで問題だと思ったのが、いま桐野先生がおっしゃったことなのですが、要するに医道審が、どういうスタンスで、どこまでこの研究班のことを考えているのか。ここで言ったことが、どれぐらいの重みを持つかわからなかったのです。研修部会の中の位置づけとしてはものすごく重いと、これを待って検討しましょうという話になったので、根本のあり方に関する研究班の重みは、ものすごく大きいように思いました。そういう意味で、こういうのがあったほうがいいのではないかと考えて提案しました。以上です。

○桐野班長 ご提案いただいております内容は、いずれもこれまで何度も出てきた内容ですので、これを具体的にどうするかというのはひとつのステートメントですね。例えば1)の初期臨床研修が専門医研修に従事する医師に役に立っているのかどうかは、「役立っているか？」ですから、最終的に答えは「イエス」「ノー」しかないわけで、これを言うためには相当いろいろなことをやらないといけないし、「イエス」「ノー」について多くの方に納得してもらって「そうだな」と思わせるためには、相当なことをやらないといけない。「イエス」であっても「ノー」であっても、ではどうすればいいかという話はまた別です。

2)の医学教育(病院での教育)での到達点と初期臨床研修の到達との比較は、前から問題になっていることです。3)の専門医研修を指導している医師の評価はどうなのか。こういうことをやるということで、たぶんこの中のいくつかをポイントにして調査を計画し、やることになると思います。これはまた検討させていただくということです。資料8、資料9は関係があるのですが、資料10の検討でいいですか。

○小川先生 先ほどのメールをやるというのはすごいです。厚生労働省としては、例えば2枚目の指導医のところまでは把握されているのでしょうか。たぶんプログラムを出すときに院長はわかります。研修管理委員長もわかるしプログラム責任者の名前もちゃんと出さないと、たぶんいけないと思います。そのほかに、この病院で例えば指導医にはどういう方々がいるというのは把握されているのでしょうか。

○村岡臨床研修審査専門官 そのとおりです。

○小川先生 データとしてはあるわけですね。

○田原医師臨床研修推進室長 指導医の名簿というのは、申請書に付けて出していただいています。それとREISというホームページにも各病院で載せていますので、そういう意味合いでは把

握していますけれども、連絡先という形では把握はできていませんので、それを見れば把握できるという範囲です。

○小川先生 わかりました。

○桐野班長 今まで議論していただいた内容は議事録に全部書いてありますし、それを読みさえすれば皆さんがどういうお考えで、どういう発言をされたというのは大体わかりますから、それを読んで、私と村岡先生で箇条書きをした上で私がまずそれを並べて、村岡先生がそれを入替えをして書いたものに、私が今日の朝、手を入れて書き替えたものが、資料10の「初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究」班取りまとめ方針(案)です。今期については、こういうことでまとめたいかということをお伺いします。

ただ、総論と各論に分けてあるのですが、まだ十分練れていないと思うところがありますし、この表現は問題ではないかということもあるかもしれません。ただ、これは皆さんが発言されたものを、そのまま率直に私としては取り上げたつもりなのですが、ぶれている可能性もあるのでご検討いただきたいと思います。

まず総論については全部で6項目あります。1.は、前に私は何度も言ったつもりなのですが、医道審議会医師分科会医師臨床研修部会という、これは初期臨床研修制度の全体について権限も責任もある部会ですけれども、ここ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することを、当研究班としてはやりたいと。したがって直接的に研修制度が良いとか悪いと言うのは、部会のほうでご判断いただくことであって、それはこの役割ではありませんということ。これは何度も申し上げたことです。

2.は、これまで検討されてそれなりに取りまとめられたものを、一応前提にしなければ話が進まないで、厚生労働省の医道審議会医師分科会医師臨床研修部会報告書、臨床研修のあり方に関する検討会の「臨床研修制度等に関する意見のとりまとめ」、これは小川先生も出ておられた検討会のとりまとめです。文部科学省の「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」、医学教育カリキュラム検討会意見のとりまとめ、という文書があります。このようなものを踏まえて行いたい。

3.は重要なことですが、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します。「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についての検討を行う。これは基本理念自体の検討も必要であるという意見もあって、それも確かにそのとおりなのですが、それをここでやっているとならぬと收拾がつかないことになるので、ここでは一応それを前提に制度の評価を行って、それ自体の検討については、もう少し大きなところでやっていただく必要があるだろうと、そういう考えに立ってはどうかと

ということです。

4.は、現状では、いろいろな情報・資料が十分に蓄積されているとは言えないので、評価の対象、基本方針とともに、どのような情報・資料が必要となるかも重要な検討項目であるということで、当研究班は評価のあり方というより、評価をするための基本的資料は何で、それをどう集めればいいのかも検討しなければいけないということです。

5.は、評価の対象として、1)が研修医の達成度評価、2)が研修プログラムの評価、これはごくオーソドックスな評価事項だと思います。3)が制度それ自体の評価で、これは制度が及ぼす影響等に関する評価についても含めることになります。

6.は、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、以下のような条件の整備が必要であるとして、これは結構大事なことだと思いますが、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)既存データの活用に留意すること。

このような原則に基づいて、今年度及び来年度以降、この研究班において、評価の具体的な面に関して、継続して検討を行う、こういうことでどうかということです。まずレビューを全部見ていただいて、今日は順にご意見をいただき、それで今年度については大体まとめていきたいと思いません。

各論ですが、1.は研修医の到達目標達成度評価です。（齋藤分担研究者が主任研究者を務める研究班でも担当）ということで、1)は現制度の理念と到達目標に沿って、医師が養成されているか否かについて、まず検証する。これは齋藤班が、臨床研修を行う全病院を対象として、「臨床研修目標到達度評価アンケート」を実施し、研修到達目標の達成度をどのように評価しているかについて調査していますので、それを参考にする。

2)の EPOC、これは田中先生にお話いただいたものですが、（オンライン臨床研修評価システム）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する。また、EPOC と質的評価手法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。

3)は、「新医師臨床研修制度の評価に関する調査研究」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。

4)は、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、現行の到達目標等についてヒアリングを行い、制度を評価するための基礎資料とする。

5)は、研修指導医レベルに対する調査を行い、指導者から見た研修医の目標到達状況についての調査を行う。

6)は、研修の中断、休止、未修了について、その事由も含め、評価が可能になるようなデータ収集システムが必要である。

次は各論の2の研修プログラム(研修病院)の評価です。1)は、基幹型臨床研修病院に関する外形基準の適切な設定について、厚労省が既に把握している臨床研修を行う病院のデータに加え、病院の病床規模等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客観的データの収集を行い、評価を行う。

2)は、臨床研修プログラム(臨床研修を行う病院)の評価に関しては、外形基準、プロセス評価、アウトカム評価を組み合わせ、具体的にどのような手法を用いて評価すべきかを検討する。

3)は、現存の第三者評価機構である卒後臨床研修評価機構(JCEP)を始め、複数の第三者評価主体があることを念頭に、臨床研修プログラムの悉皆的評価、外形基準のみならず、on-site visit など臨床研修の質を担保するための評価制度をすべての臨床研修を行う病院に義務づける事を念頭に、人員や予算を含め具体的な評価・検討を行う。これが病院評価です。

各論の3は制度それ自体に対する評価で、ここが特徴があるところだと思います。1)初期研修2年修了後の後期研修およびそれ以降にわたって、卒後3年目以降の医師の地域分布、専門分野別研修状況について、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構築が必要である。

2)制度の正確な評価を行うため、プログラム責任者等、研修を行っている病院の実務担当者からの正確な情報がリアルタイムで収集できるような、情報収集ならびに情報伝達方法の構築を目指す。

3)卒前臨床研修と卒後初期臨床研修の円滑な接続について、両者の到達目標の重複等の比較検討を具体的に行う機会を設け、両者を併せて到達目標の達成度評価を行えるようなシステム構築を目指す。この際、共用試験や国家試験のあり方についても配慮する。

4)初期臨床研修と後期研修が円滑に接続できるよう、到達目標の設定や経験症例・手技等を統合的に評価できる方法を工夫する。

5)研修を行う病院における臨床研修指導医の現状について評価を行うため、人数および資質についてより確度の高いデータの収集を行う。

6)地域医療に従事する医師が減少している問題、基礎医学者の問題等、複合的な原因に基づく事象については、その根本的な原因が明確となるような評価項目、手法を用いて評価を行う。また、医師の人材育成に関連して対策を行う場合、卒前教育、初期臨床研修、後期研修レベル等のいずれの段階で効果的介入可能であるのかが明確になるようなデータ収集および調査を行う。

7)医学部学年定員数に対して適正な初期研修医の定員について、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。

8)臨床研修を行う病院の数についても、上記と同様の検討を行う。

9)「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、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。議論を行う際に語義の解釈について関係者の中で一定の合意形成を図る必要がある。

10)本研究班で評価に関連した調査を行う場合、目的によっては、現場への負担を軽減することも配慮し、全国医学部長病院長会議等との連携や事前打合せを行う事も検討する。

11)研修制度の見直しに伴う研修プログラムの弾力化について、その効果を検証・評価し、今後の制度改善につなげることが必要である。

12)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。

13)制度評価に当たっては、研修システムの国際標準や互換性を意識し、諸外国との比較を行うことが可能な項目や方法を用いる。

今まで出てきたご意見を全部並べたようなところがあって、順番に問題があるのではないかと思います。一応、こういう意見があって、これを基本に、今期については取りまとめることをしたいと思います。ただ、先生方のご意見をよく伺った上で、次回までに文章をもう少し分厚くして、全体としては、これの倍ぐらいの量の報告書にしたいと考えています。どうでしょうか。一応、ここに書いてある基本は、先生方の意見の中で主なものを拾ったつもりなのですが、足りないのでは

ないかとか、問題ではないかというご意見もあるかもしれませんので、ご意見を伺いたいと思います。

私が先生方のご意見を伺って思ったことは、表現が難しいのですが、医療制度全体が非常にタイトな状態になっているところですから、いろいろな制度改革が独立事象でなくなっているのです。初期臨床研修の制度をいじれば、ほかのところが大きく影響を受けるというのは、いっぱい物をしまい込んだ押し入れと、割にゆったりスペースのある収納との違いのようなもので、余裕のある収納から壺を取り出すのは簡単ですが、物がいっぱい入っている押し入れのいちばん奥から壺を取り出すのは大変です。そういう側面があるのではないかと思うので、Aをいじれば、BもCもDも変わってくるというところがあって、それを予め予測するのは非常に難しいのではないかと思います。

ただ、できる限りそれを予測して、本来の初期臨床研修制度の目標にきちっと到達しつつ、他に対する副作用をいろいろ制御していくことができれば、本当はいちばんいいのですが、できないですから、あとはチェック・アンド・バランスをきちっと取っていくことだろうと私は思いました。そういうことができるような評価をきちっとやっていたらいいのではないかと思います。まだ十分に時間がありますし、1人10分ぐらい話していただいてもいいですから、ご意見をいただけますか。

○大滝先生 今までの内容を幅広く、またわかりやすくまとめていただけたと思って感謝申し上げます。一通り拝見して特に今後重要になると思うことの1つは、1ページの終わりから2ページの初めにある条件の整備の中で、4)の簡素で効率的、評価疲れに陥ることがないところで、では具体的にどうやったらいいかを今後、具体的に詰めていく必要が当然あるかと思えます。先ほどご紹介いただいた、プログラム責任者全員の連絡網を作るといったこととも関連していると思えますが、できるだけ自分のちょっとした空き時間を使ってオンラインで何かデータを入力できるとか、あるいはそれを解析できるといったように、制度側が評価をするだけでなく、実際の指導をしている、あるいはプログラムを動かしている人たちにとっても、それを使うことが、ほかのやり方でやるよりも簡単で便利だという評価方法が提供できれば、先ほどおっしゃったタイトな中でよりいい方向に、この評価が働くのかなという印象を受けました。漠然としていますが、そのあたりのところが受け入れられるひとつの鍵になるのではないかと思います。

前回も申しましたが、現在の評価システムが、かなり形骸化していることについて危機感を持っています。内容もちろん重要だと思いますが、それを実際に使ってもらえるということも、今回の見直し作業の中で調査をした上で、ではどうしたらいいか提案していく上で是非、重視していただけたらありがたいと思いました。

卒前と卒後の円滑な接続についての目標の比較については、今回、まとめていただいた中にもありますし、山下先生からご提案があった資料7の2)にもありますが、これについて、いますぐ正

確に名前が出てきませんけれども、今まで研究班の調査なり学会の報告がいくつかあったかと思しますので、それも含めて参考にして進めていくと、より効率的に進むかなと思いました。いま拝見して気がついたところは以上です。

○桐野班長 また一巡した後に気づいたことがありましたら、お願いします。

○小川先生 今までの議論をきっちりとまとめていただき、ありがとうございました。総論に関して議論は出尽くしているのかなという感じはします。各論の 1.ですが、先ほどの山下先生の資料 7にある 1)~3)を、各論の 1.の中に入れ込む作業が必要なのかなと感じました。山下先生の資料の2)に関しては、3頁の3.制度それ自体に対する評価の3)に大体網羅されていると思いますので、これはこれでいいと思います。ただ、各論に入りすぎるかもしれませんが、この中に卒前臨床実習だけでなく、CBT のことも入れていただければありがたいと感じました。

研修病院の評価のところですが、私が前に提案したこともあり、いま実はここに平成 20 年版の「医療施設調査・病院報告の概況」を持っていますけれども、これは厚生労働省からつい先日公表されたものです。これを見ると、いま現在、日本の病院は 8,794 であり、精神病院が 1,079 ありますので、一般病院が 7,714 施設です。これに基幹臨床研修施設が 1,059 もあるわけです。この 7,714 の中には実は療養病床を有する病院が 4,067 含まれていて、療養病床を含む病院がすべて療養だけやっているわけではないので、このデータは引いただけでは駄目なのですが、ただ、これを見ると、一般病院 7,714 のうち 100 床未満の病院が 3,500 病院あるのです。7,700 の病院があり、そのうち 4,000 の病院が療養型病床を有する病院ですから、これを単純に引くと 3,700 病院が急性期病院です。3,700 しかないですね。3,700 のうち 3,000 が 100 床未満の病院であり、その中で 1,059 病院が基幹病院になっているとなれば、一体どういうことなのかとなります。

医療施設(静態・動態)調査というデータがあります。これは厚生労働省でちゃんとデータとして持っていると思いますが、これと臨床研修病院のデータをマッチさせると、研修病院に関してはかなりのことがわかってくると思いますので、この辺を突ついたらほうがいいのかなと感じています。以上、いま現在感じたところだけ申し上げます。

○桐野班長 また後ほど。

○北村先生 遅れてきて申し訳ありません。総論の 6.でいい条件が書かれています。年度を越えて比較ができることというのは当然ですが、「悉皆性のあること」とあります。この「悉皆性」という言葉に理解が十分及ばないのですが、どういうことでしょうか。

○桐野班長 悉皆性と言っても、100%は現実的に絶対無理ですから。

○北村先生 病院ですか個人ですか。すべての研修医なのか、すべての病院を指しているのか。

○桐野班長 要するにデータが、全体の母集団を反映したものであればいいのです。

○北村先生 そしたらサンプルでもいいと。

○桐野班長 サンプルでもいいと思います。母集団を正確に反映するものでサンプリングが適正に行われて、たぶん10分の1ぐらいの所がきちっと答えれば、ある程度のことはわかると思います。悉皆性のあるデータというのは更にそれより強力ですから、悉皆というのはどれぐらいのことを指すのかというと、85%以上とかそんなものらしいです。脳動脈瘤悉皆調査というのをやって、悉皆なんかできるわけがないと言われ、統計の先生に聞いたら、悉皆というのは、8割5分ぐらいがエントリーしていれば悉皆にかなり近いのではないかと言われました。私はそれ以上の知識はありません。

○北村先生 悉皆性の解釈にもよるといことで、このところが非常に難しいなと思います。

○桐野班長 文章を書き替えたほうがいいのかも说不定。悉皆性と言うとちょっとね。

○北村先生 山下先生のアンケート調査ですが、一緒に協力してアンケートをやろうということもあって、アンケート調査に非常に重きを置くのですが、逆にプログラム責任者としてアンケートを何遍か書いています。最初は真面目に書いていたのですが、アンケート疲れという言葉がどこかに出てきましたけれども、ものすごい数のアンケートが来ます。真面目に書こうとはするのですが、どうしても手抜きになる。最近思うのですが、1つのアンケートを1つのリンゴとすれば、腐ったリンゴをどんなに集めてもおいしいジャムはできないような気がするのです。だからアンケート調査というより数値で表せるデータを拾ってこない、現場を反映しないアンケート調査になります。「うちはやっています、間違いなくやっています」みたいなものをどんなに集めても、この制度がよくなるような気が実はしています。やることはいいのですが、それにどれだけの重きを置くかというのは結構難しいのではないかという気がしました。

各論では、自分も発言したのですが3頁の2の病院評価です。大変いいことが書かれていて、特に3)ですが、JCEPを始めとして複数の所でやる必要があると思います。JCEPの評価はそれなりにいいのですが、大学病院の評価ではちょっと違うかなという気がするところもあって、今度国立大学病院では相互評価しようと言ってそうすることにしたのですが、一部の意見で、「相互評価は外部評価ではない、お互いに誉め合ってどうするんだ」というシュールな意見もあったのです。少なくともここにあるような何種類かの評価が必要であるということは、本当にそう思います。

○齋藤先生 総論については大変素晴らしく、特に私が申し上げるべきことはありません。各論についてですが、1つは臨床研修の到達目標のところ(2頁の4)、5)、同じく3頁の3の3)というのは、すべて到達目標に関する問題です。これを常に見直しをしていくための基礎資料を作ろうということが素晴らしいことで、結構大変なことだろうと思います。それぞれ、いま新制度で研修を修了した人、あるいは指導医から見た視点、あるいは卒前との関連ということで、目標についてはそういう料理の仕方ができるだろうと思います。

2頁のいちばん下で、6)の中断、休止、未修了が、実は残念ながら全国レベルでどのくらいの方が、どうなっているかというのがありませんので、これは知っておく必要がありますし大切なことだろうと思います。

いま北村先生がおっしゃった研修病院の評価のところ、JCEPはたしかまだ80病院ぐらしか済んでなくて、それで更新が始まってきているのが現状だったように記憶しています。大変いい評価をやっていますけれども、いまの病院数からいくと、あれを全部やるのに何年かかるか。そのうちに更新が出てきてしまうことになりますから、道州制ではないですが、地域をまたがって、ピア・エバリュエーションが病院ごとにできないだろうかと考えます。もちろん、なあなあになってしまふことを恐れますけれども、それをやっていかないと評価しきれないのではないかと考えています。

次に3頁の3の1)で、研修医、あるいはそれを終わった人の専門別、地域分布というのは大変に大切なことで、4頁の7)と12)と関連してくる問題だろうと思います。1つは地域性ということを考えていかなければならない。例えば山梨県の臨床研修指導医養成講習会に行くときに、あそこは県内の病院に車なら1時間で全部行けるので、あまり問題はないのですが、大きな県になると都道府県別が本当にいいかどうか問題になってきます。文化圏みたいなものを考えて括っていかないと、ただ単に都道府県でもって括るだけでは無理が生じるし、地域の方々のニーズに対応できないだろうと思っています。そういうわけで数と地域性ということは大切なことだろうと思います。

4頁のいちばん上に研修指導医のことが書かれています。いま、たしか3万4,000人ぐらいの方が指導医の資格をお持ちだろうと思いますが、その方々のご意見がよくわかりません。実際に研修指導医養成講習会で伺ってみると、言葉は悪いですが、「いまの研修医の諸君は、あちこち回って来る関係で便利になったね」という表現をされます。いろいろなことも知っているしコミュニケーションもよくなったと。ただ、それは個々の感想であり、ちゃんとした信頼に足るだけのデータかどうかというのが、まだわかりません。実際に研修医が指導を仰ぐのは、そんなに上の先生ではない。すぐ上のお兄さんみたいなレベルの方々に指導を受けます。既に新制度で研修を修了した人たちが、そろそろ指導医になってくるわけですから、その人たちの意見を伺うことが必要になってくると思っています。以上です。

○北村委員 ちょっといいですか。「便利になったね」というのは、どういうことですか。ちょっと理解できない。

○齋藤先生 指導医の方々が、いま研修が終わって自分の所へ入って来た人たちというのは、よその科のことも一通り知っているし、ちょいとしたことをわざわざよその科に依頼しないでも、彼らはやってくれるというわけです。

○北村委員 肯定的にということ。

○齋藤先生 そうです。非常に肯定的でした。

○北村委員 便利に使える存在になったと。

○齋藤先生 そういうことです。なおかつ困ったときによその科に依頼をしようというときに、その研修医を通じると、自分が回ってきたときの指導医の先生に伺ってみることができるようになってきたことが、たいそうフィードバックされてきました。

○山下先生 いままで先生方のおっしゃったことで、ほとんど尽きているのですが、総論的には桐野先生がおまとめになったもので賛成です。これは入れ込むのは難しいのですが、各論でこれだけの項目になりますと、プライオリティを決めて並べていかないと、一遍に全部は完成しません。

インプレッション的な話ですが、医師の国家試験が国民に支持されなくなって、国家試験を通過しても何もできないではないかというようなところがあります。そうすると、研修が終わると何かできるようになったのですかという視点は、いままでもいろいろな先生がいろいろなところで指摘になったところですが、国民の視点というもの、これをどのようにこれから反映していくのかは私はよくわからないのですが、1つ言えることは、これは医道審の議論の中にも出てきたのですが、いまの齋藤先生のお話もそこに引っかかってきます。このような新制度を経ることによって、医師の質がどう変わっていったかを、何らかの方法で検証できないか。そんなにすぐにはできないと思いますが、これを長期的にやっていくと、だんだん変わっていく。医学部の学生の数も増えてきますし、教育の内容も変わってきますから、どこで検証するかというと、専門医のレベル、質、そういうものの検証にどうしてもならざるを得なくて、そこがしっかりしていれば研修はどうでもいいという話にはならないわけで、やはり初期研修はきちんとやらなければいけません。

そういうようなことから、これはもう小川先生と北村先生がおっしゃいましたが、客観的なデータで定点観測をして、医者、質、レベル、医療制度というものを反映するような、アンケートによらない部分が何かないかと感じています。

ただ、桐野先生がおまとめになったものはわかりやすく、よくおまとめになっているので、ここに何かを足すというよりは、プライオリティとしてどこからやっていくか。それをどのようにして、国民に対してわかりやすく、いまの研修制度でよくなったところ、悪くなったところがありますから、それを正直に出して、イノベートしていく。

1 つはいろいろなことができるようになりました。それはポジティブだと思いますが、地域医療の問題、基礎研究をやる人が少なくなったというのは、ネガティブなところなので、それを出した上で、日本の医療というものがどう変わっていくか。ここに書いておられるので、そこは大事だと思います。

というような漠然とした話のほかに、もし来年度にかけて考えるとすると、なるべく早くにいろいろなところで使えるようなデータを出していくということであれば、アンケートが非常に難しいので、それはやるとしても、今後ソフィスティケートしていく必要はあると思いますが、どのようなデータを集めて、いままでそういう意味で客観的なデータ、小川先生がお示しになったような、病院の質、外形基準なども含めた形で検証するデータを早めに集めていく。これは客観的なデータですので、ある程度時間的にも早い時期に集められて、検証ができる。

その間に、そのようなものを見ながら、どのようなところがアンケートとして必要かということを含めていくということで、整理できたらいいと思います。

○桐野班長 福井先生、お願いします。

○福井先生 3頁の制度それ自体に対する評価のところです。1)と2)とも、医師のデータベースが必要で、リアルタイムで収集できるようなシステムづくりが必要だということが書かれています。私は、これこそまず手を着けるべきことだと思っています。というのは、私も一昨年9月から昨年2月まで参加した臨床研修制度のあり方等に関する検討会で、たしか最初の日には私が発言して、データの提出をお願いしたのですが、最後まで出てこなかったのが、どこにどのような専門を持った医師が、どれくらい足りないのかというデータです。そのデータがないのに、医師を増やすべきだとのディスカッションはできないということを言いました。医師養成に関する制度を考える際に、グランドビジョンが全くなく、どのような専門を持った人をどれくらい、どのように分布している状態を目指すのかということがわからない。それなのに、医師養成のあるべき姿を考えるよう言われても、それは難しいのではないかと思います。もし実時間で、どのような専門を持った人が、どこに、どれくらいいるのかについてのデータ収集システムがつくられれば、客観的なディカッションができるはずで。

北村先生が言われた、卒後臨床研修評価機構による評価では、利益を追及する病院が点数を

上げるということについては、私はそのような印象を持っていませんので、よくわかりません。

○桐野班長 西澤先生、お願いします。

○西澤先生 皆さんの意見をまとめたので、大体いいと思います。総論はこういう内容かと思えます。各論も、いままでほかの先生が言ったことともダブるかもしれませんが、2 頁目の研修医の到達目標達成度、あるいは研修医の評価ですが、ここではいくつかの項目で、いろいろな調査、あるいは研修病院、指導医、初期研修の終わった専門研修医から見たとなっていますが、もう一つ、例えば、年数的にはそう出ていないかもしれませんが、そういう方々が臨床医として働いていた場合、どのような医者になっているかということも、今後調査できればいいのかなと思います。それがいちばんのアウトカムではないかと思えます。

次の 3 頁の第三者評価機構は大事なのですが、ここに JEGP 等は臨床研修制度の評価ということで、もう一つ日本にあるのは、日本医療機能評価機構というもので、病院全体の評価です。評価するのも、臨床研修を評価する、あるいは病院全体を評価するなど、いろいろな評価の仕方があるので、それはいろいろ組み合わせたほうがいいのかと思っています。もともと日本医療機能評価機構のことを書いてあったのですが、そこも名前として並べておいたほうが、バランスはいいと思います。

4 頁の 6)で、地域医療に従事する医師が減少、基礎医学者の問題等々あるのですが、この文書で見ると、全部臨床研修自体と結び付けようと思ってしまうので、1 つのきっかけにはなったのですが、前回の議事録にもありますが、基礎医学が少なくなっているのは臨床研修が始まる前からその兆候はあるということで、すべてを直接結び付けるのではなくて、もう少し客観的に判断できるような、ほかの視点もここに入れていけばいいのかなと思います。

例えば産科、小児科にいく人がいないということで、今回もプログラムではできたのですが、実は地方などでは内科医がいちばん足りなくて困っているとか、いろいろなことがあります。これも地域差がありますし、どのような視点で見るとかによって、かなり変わるかなと思います。

それから、先ほど福井先生が言ったように、データとして地域ごとの医療計画というのは、日本ではうまくできていないと思います。そういうものが片方にあつて、それを睨みながら、臨床研修の問題とうまくしていくような法ができないかなと思いました。

○桐野班長 一巡しましたが、結局ここはいろいろなことが並べてあるけれども、一つひとつ、実際はどうやるのと言いつつと結構大変なことが書いてあります。軽いことも重いことも並べて書いてあるのです。

次年度以降と言っても、ものすごくリソースを使って、時間をかけてやるというわけではなく、この委員会でいえば、数点における調査をやる。そして、その調査ができるようなシステムについて提言をする程度で、最終的には終わると思うのです。

ですから、そのときに、このようにたくさんある中である程度取捨選択をしなければ何もできないと思いますので、その点については、今後よく考えておいていただきたいと思うのです。

私たちがいちばん欠けているのは、本当に信頼のできるデータを集める方法がないのです。それはどの方がやっても難しくて、現状では、厚生労働省がやるのがいちばんたくさんのデータを集められるとは思いますが、なかなか難しいのです。

それから、制度自体の評価のところでは、この初期臨床研修制度が始まったときに国立大学の法人化も始まり、医療費のかなりきつい切下げも始まり、言ってみれば DPC も数年前に始まりということで、いろいろなものが始まったのです。そういうこともあって、もともと内在する、このような制度を導入すれば起きうるような副作用が、かなり出てしまったというのが実情だと思うのです。

初期臨床研修制度自体は、私たちが研修医のときに騒ぎになって、結局最初の出発点は研修制度だったのです。できたといっても、58 年振りとかいうくらいに間が空いているのです。同じように予算措置を伴った研修システムが、10 年、15 年ぐらい前だったら、だいぶインパクトが違ったのではないかと思います、いまから言っても仕方がありません。

ただ、この制度自身は、私個人は、日本の医師法で学生がかなり侵襲的なことをするのは現実的に不可能だと思うのです。いろいろなことをサポートするとしても、最終的には難しいだろうと思うので、医師になるための基本的なトレーニングは卒後にある程度集中してやっておかないと、どうしようもない。

今後は専門医も当然重要ですが、かなり幅の広い医学に関する知識を持っている人が、高齢社会の中ではどうしても必要ですので、この制度自身はよりよいものにしていくという観点でやっていかなければしょうがないのではないかとというのが、私の感じなのです。

そのためには、どのようなことをしておけばいいのかということで、ある程度最初に考えた研修制度をがっちり守るというだけでは、特に基礎医学などの先生方は、学術会議などで同じように、初期臨床研修制度によって基礎医学は破壊されたとおっしゃるのです。それで、もちろんそれはそうかもしれないけれども、実際は基礎医学への参入者は 10 年ぐらい前から漸減しつつあって、それは日本だけの問題ではなくて、アメリカでもかなり厳しい問題なのです。だから、それをどうするかというのは、相当考えてやらなければ難しいとは思いますが、ある側面、この初期臨床研修制度ができたことによって加速された面があって、特に医師でなければなかなか難しい解剖学、

病理学、法医学の解剖 3 講座をどうするのかというのは、私はわからない。このままいけば滅亡寸前だと思いますが、本当にわからない。アメリカの制度は、非常に優秀な解剖学者がインドからやってきます。それもきわめつけに優秀な解剖学者がやって来ますから、教育できるのです。

○北村先生 1つ、福井先生の指摘されたところで、3頁の3の1)を集中審議をしていただければと思います。

○桐野班長 人材データベースですか。

○北村先生 はい。特にその後半です。「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構築が必要である」とあります。確かにおっしゃることはよくわかります。

ただ、別の面からいうと、個人情報、職業選択の自由等、西澤先生にもお聞きしたいのですが、医師会等から反対という意見は出ないのだろうか。要するに、医師が自由に、東京にいた医師が地方に行ったり、地方に行った医師が東京に来たり、あるいは内科をやめて皮膚科をやりたい、今度開業するから泌尿器科と皮膚科の両方の名前で使いたいとか、そのようなことを阻害されるのではないかという考えをする人がいて、この一文だけをもって、この報告書は危険思想だみたいなことを言われなかが少し気になったもので。

○桐野班長 この3の1)は最も危険なところですよ。

○北村先生 皆さんの合意をきちんと取って、いまあえてアンチのことを言ってみたのですが、そういうことをオーバーカムできるだけのメリットがあり、我々はそれを信念としてやるべきであるという合意があれば、私は書いていいと思います。

○桐野班長 これは書きましたが、最後のところまで生き延びるかどうかは私にはわかりません。ただ、厚生労働省も歯科医師、薬剤師と3師調査は持っていますが、それ以上の情報はないのです。だから、正確な情報がないところでいろいろなことを言わなければならない。

例えば学会はそれなりに持っているわけです。県別の専門医の分布などというものは持っておられます。ただ、脳外科などはかなり問題なのですが、どこの学会が多いのか少ないのか、そう単純な問題ではないです。それぞれの専門領域が担当する分野から考えて、実際は多いのか、実際は少ないのかというのは、簡単ではないです。

○北村先生 それぞれの個人の手術数などというのは持っていないですよ。

○山下先生 福井先生の先ほどの話が非常にインプレッシブだったのですが、グランドデザインとして、どのような医療体制、どこにどれくらいの脳外科医がいて、心臓の医師がいてというグランドデザインを、この方法を使えばできると思うのですが、いま北村先生がおっしゃったように、かなり過激な面があると。

目的としては、専門医の需給関係がどれくらいあるかをどこかで調べられればいいわけです。それをレポートできればいいわけですが、そのような方法はあるでしょうかということなのです。地域によって異なると思うので、例えば山形県と東京都ではダイヤモンドも違いますし、だいぶ違います。それができれば、例えばこの方法を全部そのままやらなくても、かなりできる。何か方法はありますでしょうかという質問なのです。

○大滝先生 具体的にどうやっているかまでは把握していませんが、アメリカは専門医の分布、場合によっては給与、性別といったことを、かなりアクセスしやすい形で、一覧表まで付けて、定期的に公開しています。女性医師問題などについては、NGO も加わって、相当具体的なデータを公開していますので、調べれば参考にはなるかと思えます。

○北村先生 ただ、定員が決められている国と、日本のように自由標榜主義の国とは、極めてそこが違うので。

○大滝先生 定員を決めているというよりも、学会からデータを出させるのだと思うのです。厳密に言うと学会ではない機構が認証を出しているのだから、認証機構が学会のデータを把握していて、それを公開することが義務づけられているのだと思います。そういう枠組みで捉えていけば、あながち全くできないことではないのではないかと思います。

○小川先生 例えば脳外科医からすると、米国あるいは米国を中心にしているのはギルドなのです。ギルドというのは、脳外科医がこれだけ必要だから何名と言っているわけではなくて、初めに給料ありきです。教授になれば、いままでレジデントだったのに比べて10倍の給料がもらえる。ですから、プロフェッサーは増やさない。

したがって、例えば脳外科医に関しても、大きな大学病院は研修医2人、小さな大学病院は研修医1人ということで、年間200しか作らない。これは何のことはなくて、専門医のニューロサージャリーになったときに、それでも教授のポストは空いていないわけです。准教授も空いていません。そうするとフェローになって、それで暫く食いつなぎます。そして、どこかの病院の正規の脳外科医がリタイアすると、そこにワッツと行くわけです。

そうすると、それになれた途端に、給与に関しては、レジデントの数倍がフェローで、フェローの10数倍が脳外科医です。あと全米から患者さんと呼べるかということで、病院との契約制です。

大リーガーと同じです。5年間の契約をして、5年経って患者さんと呼ばないようなお医者さんだったら首になるというようなことです。だから、世界中どこでも、患者さんの需給でもって医師数を決めているところはないです。不可能です。

それともう1つは、患者数そのものはわかりますが、例えば皮膚科の外来患者数などはわかりますが、それに対して何分の診療で済むのか、脳外科の患者さんを外来で診たときに、どのくらい時間がかかるかというのはありませんので、そういう意味では、医師の需給あるいは専門医の適正数を決めること自体は、極めて難しいと私は思います。

○西澤先生 10年ぐらい前にオーストラリアへ行ったとき、ビクトリア州のある小さな町の病院で整形とリハの先生と会ったとき、明日1日空いていたら往診に行かないかと誘われました。1日で、400kmぐらいを回って、何軒か回るという話なのです。

その先生と話をしたときに、その地域の医療圏では整形の医師が2人足りないという言い方をしていました。詳しくは聞かなかったのですが、あちらでは病気の発生率等で見て、例えば内科の専門医はこの地区に何人必要ということはある程度決めてやっているようでした。

もう1つは日本の話ですが、日本は皆保険で、公的保険でやっているとすれば、ある程度のそういうことはやってもいいのではないかと。自由診療であれば、どの科へ行ったら儲かるということで、医者が動いてもいいと思いますが、保険医ということでは、ある程度の縛りがあるのかなという気が個人的にはしています。ただ、あまり厳しく、ギチギチになってもよくないと思います。

今回のデータベース構築というのは、ある程度必要だと思います。どこまでのデータを入れるか。例えば給与まで入れるかどうかという問題はありますが、少なくとも、その医師の専門ぐらまでは入れたものがあって、ある地域に内科の専門医が何人いるぐらいのデータはあっていいのかなと思います。

また、私たちの協会でも言っていますが、病気の発生率というのは、人口比、地域での高齢化率など、いろいろな要因である程度つかめると思います。そうすると、ある医療圏でこういう疾病が何人発症するということになれば、それぞれにかかる資源はある程度は把握できるのではないかと。その資源というのは人的資源であるし、モノとしての要素性もあると思うのです。そういうことが、これから医療計画では必要だと思うので、それと結び付けてこういうデータがあったほうがいいのかと思っています。

もう1つは北海道ですが、北海道病院協会というのがありまして、その理事長が調査したものがあります。いま21の医療圏があります。北海道全体では全国平均より医者は若干多いのですが、21の医療圏の中の札幌、上川、西胆振の3カ所だけが北海道の平均を上回っていて、あと