

は全部北海道の平均を下回っています。しかも、10 医療圏は 6 割ぐらいということで、そのいちばん少ないのは根室であり、次は宗谷なのです。

宗谷と根室の病院だけに調査をかけて、病院の医師だけの調査をしたことがあるのです。そうすると面白い傾向が出ました。北海道病院協会の理事長は脳外科の先生なのですが、地域医療でいちばん救急が大事だと。救急は事故は抜きにすれば、頭と心臓だろうということで、その地域での脳外科、胸部外科、循環器の医師だけを拾ってみると、面白い傾向が出ました。医者がいちばん少ない根室と宗谷の中で、根室はそれぞれの専門医が 0 だったのです。宗谷は胸部外科はいなかったのですが、脳外科、循環器の医者がいるということでした。ほとんど医者の数が同じで。

何が言えるか、似たような医療圏だけれども、根室地方は全く救急体制は取れていないけれども、稚内は取れていると出たのです。そういうことであれば、例えば北海道で派遣事業をしたときに、どの医療圏も足りないけれども、優先的に脳外科を、やはり根室だとか。宗谷は医者全体は足りないけれども、派遣しようとした場合脳外科医はいるからいいとか、そういう議論がこれからは大事だと思うのです。

将来そういうことをするために、臨床研修のためだけではなくて、今後の医療計画等も含めて、データベースはあったほうがいいと思います。ただ、あまりにギチギチになって、これを基にして強制的に医者を動かすのは、やりすぎだと思っています。

○桐野班長 実際には多くのところでは、医師の自律的団体が制御しているのです。アメリカのように、医療の提供体制を市場的に解決しているところは、医師の需給及び技量、トレーニングの必要な期間などを勘案し、市場的な価値が付けられているわけです。市場的競争の中で行われているので、ある所が極端に少なくなれば市場価値が上がるので、制御が利いてくるのです。

ドイツ、フランス、イギリスなどは、反対で公的に制御していますから、すべての医師は国家公務員ですので、すぐに制御できるわけです。こっちは減らす、こっちは増やすということです。いいかどうかは別です。

日本の場合は、半分公的で、半分私的ですから、日本がいちばん制御が難しいです。制御などはできないに近いです。できないまま、将来の困難な 2050 年までの期間を凌げるかという、私は大変だと思います。

これは専門医制度のようなもので制御していかない限り、つまり医師自身が制御をしない限り、非常に困難なのではないかと思います。特に外科系です。脳外科はまだ何とかかなるかなと思うけれども、外科系は厳しいです。下手をすると、地域によっては外科手術は外国に行ってくださいということになるかもしれないですね。

○福井先生 何週間か前か忘れましたが、厚生労働省から医師不足のことで予算か何かを請求したのですかね、財務省かどこかに。新聞に書いてあったのですが、どれくらい、どういう医者が足りないのか、そういうデータもなしに要求は飲めませんと言われたということでした。

○桐野班長 社会の側、何も医療のことを知らない人たちから言わせれば、それがいかに難しかろうとも、医療界、誰が医療界を代表するかは別にして、医療界がこれに対する答えを持っていないというのは、私は問題は難しいと思うけれども、難しいけれども、お金が必要だといくら言われても、出すほうはどうすればいいのかわからないという問題はありませんかね。

このままの言葉、つまり医籍番号に基づいた個人ごとの情報が経時的に把握できるということは、ここまではいかないだろうと私は予想していますが、これに近いような、ID を含めた医師の総数管理を日本は全然やらないのか。やらないでいいのかということ。それは多いからお前のところは減らせとか、少ないから増やせということが、これと言えぬわけがないです。それは別の人がやることです。

○福井先生 それは価値判断の問題ですから、価値判断するためのこういうデータを入手できるように、または責任を持てる人がわかるようにしておかないと、話が進まないのではないかと思います。

○桐野班長 例えば 10 年ぐらい前から脳外科で話題になりましたが、脳外科は多すぎるのではないかという議論がありました。確かに、脳神経外科医だけをグラフで出すと、日本だけが突出していて、おかしいのではないかという議論は、外からはたくさんあるわけです。しかし、実際は脳外科医は全国で一生懸命働いているわけです。何をやっているのかと言われれば、外国で脳神経外科の専門医が必ずしもやっていない、かなり広い範囲をカバーしていて、それが撤退してしまえば大変困るわけです。

だから、10 年、20 年かけて、このままでいくのか、それとも少し変えるのかということは議論が必要であって、それは小川先生に叱られたこともあります。

○小川先生 例えば 1 つの指標として、入院受療から見ると、脳卒中と神経系疾患と認知症で、すべての病気の大体 26.4%なのです。ですから、4 分の 1 の病気は中枢神経系の病気だと。これを日本の総医師数が 26 万名だとして、脳外科医と神経内科医だけで 3.6%です。3.6%の医者が、26%の病気を診ている。

これを一般内科と称している先生方に、半分お手伝いしてもらったとして、3.6%にプラスしても 18%のお医者さんですから、一般内科の先生に、半分神経系の疾患を診ていただいたとして、

18%です。18%のお医者さんが26.4%の病気を診なければいけない。

これが現実ですから、決して脳外科医は手術だけをやっている脳外科医ではなくて、手術はやらなくて診断だけをやっている、あるいはリハビリテーションまでやっている脳外科医はいるわけで、ただ、手術だけをする脳外科医の適正数を決めるのだったら簡単なのですが、その辺は社会的な問題があって難しいというのが1つあるわけです。

○桐野班長 各学会とも、自分のところのデータが出されて、それにいろいろなことを言われることを恐れる必要はないと思うのです。私は、それぞれの専門家はそれぞれの日本的な、ある意味では日本の特有ないろいろなバックグラウンドがあって養成されていて、それでみんな飯を食っているわけですから、恐れる必要はないのです。

ただ、それは将来を見据えた場合、特に普通の外科の先生方はこのままでいいのですか。私は相当危険だと思います。そういう意味では、各専門領域の専門家の数を出して、それに基づいて、やたらとどこかが多いとか少ないという議論はわからない、確かにわからない。

例えば脳外科医は、私は多いと思うけれども、減らしていいのかという議論をすると、それをやったら大変なことになります。それをやるためには、それを減らしても大丈夫な体制を一方でつくるという担保がなければ、できないです。

確かに手術を中心として行う脳外科医が育ってくるということでもいいと思うけれども、その他の大部分の神経内科医が診ていない世界を、我々が担当してきたことをどうするのか。これからますます大変ですよ。ストロークは山のように増えます。

そういう議論があるので、各領域とも恐れる必要は何もないのです。何で出すことを恐れるのかわからない。

○小川先生 いや、私は3の1)のデータベースは基礎データとして極めて重要だと思うのです。これを調査するのは、どこが主体となるのが妥当なのかという問題です。例えば厚生労働省に任せれば、いろいろな思惑があって、問題になる可能性は大いにあります。先生が先ほどおっしゃったように、海外で適正数などを出しているのは、自主的に医師の団体が決めているわけで、いまの現状では、例えば医師会にその力があるかといったら、いまの医師会にはその力はない。そうすると、どこが主体になって、こういう全国調査をやるのが妥当なのか。

○桐野班長 私は1階建ての基幹診療科の各学会がデータを提供すべきだと思うし、そのときに個人情報と絶対的に守るという条件で、医籍番号を付けるべきだと。つまり、1人を2つ登録しないという。

○小川先生 学会はそのデータを持っていないのです。例えば脳外科の専門医で、神経内科の専門医でもあるという方を。

○桐野班長 1階建てと2階建てと違うのではないですか。

○小川先生 いや、でも把握されていないのです。ですから、日本には26万名の医師がいて、専門医の数は30何万名だと言われているのと同じで、ダブルライセンスを持っている方がたくさんいらっしゃるから、そういうことになるわけです。

ですから、1つは大学が卒業生を把握するというのも方法です。ただ、全国医学部長病院長会議で、いろいろと話をされていて、自分の大学の卒業生をフォローアップしているような大学は極めて少ないです。ごく一部の大学は、40歳、50歳になるまで、きちんとフォローアップできているところもあれば、卒業してしまったら、どこへ行ったか知らないという大学もあります。その辺の問題もあって、どこが主体になってやればいいのかということと。

○桐野班長 最後は学会しかないと思います。

○北村先生 保険医の登録をしていると、それは都道府県別ですよ。保険医の登録からもうちょっと専門をやればもらえるのではないかと思うし、レセプトに医者名前を書いたら、毎月あれだけのデータが出てきていて、オペがどこで何件やられているかはあつという間にわかりますよね。動脈瘤のオペは日本中で、今月何人やったかというのは出ているはずなのです。それを見れば、何人どこにいるかはわかるわけです。

もうちょっと言わせてもらえば、医者不足のところは、国民当たりの医療費が少ないかということ、そんなことはないのです。誰が診療しているのだらうと思うのですが、診療費は個人当たりは大体一緒で、長野県がいちばん安いのです。長野県は医者不足ではないです。この医師不足という感覚そのものも、かなり難しいところなのかなと。

○山下先生 実際何かの答えを出さなければいけないと思うので、そのためには桐野先生がおっしゃったように、データはどこから出てくる、それに質の検討ができるのは学会と大学だと思うのです。縦系と横系で、学会は例えば眼科だったら、どこに何人いるというのは把握できていますが、本当に足りているかどうかに関しては、意外と学会はわからないのです。大学はわかっているのです。トレースはできなくても、その地域において脳外科はどうだ、外科はどうだということは、生涯教育をやっているからわかっているということなのです。

何を言いたいかというと、保険医にしても医籍登録にしても、データに関しては集めやすい方法

で集める、それに対しての解釈なり評価なりは、どこかに加えてやらないと、この地域に脳外科の医者が何人いるからいいでしょと言われると、地域としてはすごく困るのです。しかも、それを2次医療圏なり、細かいところに区切ってやっていただかなければなりません。県単位でやれば、要するに北海道のような話になってくるのです。しかも、大学しか医者の質の検証はできていないのです。学会でもできていないのです。眼科会の理事長が、鹿児島県の白内障の手術のレベルなどはわかりません。鹿児島大学の教授はわかっているのです。その辺をうまく組み合わせた形で、ここそ大学の医学部を使うべきだと思います。

○桐野班長 3の1)は、その情報を誰が持っているかは別として、医療政策を策定する上で、こういうデータに基づいていることが重要であるということについて、反対意見はなかったです。なかったけれども、難しいという意見が出てくると、典型的な表現としては、非常に重要だけれども難しいということでおしまいになってしまうのです。できないのです。

しかし、こういうことをできないで、これから医療費を増やすと言っていて、増やしていただければありがたいけれども、本当に国の財源が増えるまでは増えない。現実的には増えないのです。そういう状況下でやっていかなければいけない医療について、もっとシビアな感覚でいろいろなことをやっていかないと、難しいのではないかと思います。

○小川先生 ですから、先生のお書きになった「必要である」というのは、この班の先生方の総意だと思うのです。必要でないと思っている人はどなたもいらっしやらない。

必要なのだから、データベース構築が必要だから、作るのだというところまで踏み込まないと、どこでどのような形で作るのが妥当なのかということを検討しなければいけないでしょうけれども、必要なので作りましょうというところまでいかないと、踏み込まないと駄目ではないでしょうか。

○桐野班長 これがなければ将来、少なくとも10年後ぐらいを考えると、非常に困難であって、それぞれの領域については、例えば脳外科などの場合、国際比較でいろいろと言われる可能性はあるのです。それは何ら恐れることはないというのが、私の感じです。つまり、それだけちゃんとした仕事をやっていないとおっしゃるのですかと言えばいいわけで、現実にはやっているわけです。ただ、それが将来20年後ぐらいを見据えたときに、いまのままでいくのか、それともこっちは縮小しながら別の領域を育てていくのかは、私にはどうなるかはわからない。

○小川先生 そのとおりです。3師調査はどのくらいの捕捉率なのですかね。そこに専門医の資格、専門領域を書き込んでもらうのが、いちばん抵抗なく始められると思います。ただ、3師調査そのものが6割か7割ですか。

○北村先生 数字は持ち合わせていません。

○桐野班長 私は厚生労働省が一元的に、法的規制をもってやるということでもいいけれども、本当は学会、医師会がもう少ししっかりしていれば、医師会が全部押しなべてやる。つまり、医師の自律組織でやるのがいちばんいいのです。

○北村先生 そう思います。

○桐野班長 だから、逆に言えば、そういう組織をつくらないといけないというように最近思うのです。つくるしかほかに方法はないのではないかと思います。

○西澤先生 医師会は本来の医師会の役目を果たしていないので、そういう役目を果たせるような医師会になることが第一です。医師会さえそうなれば、そこにいろいろな学会が協力すれば、こんなものは問題なくできると思います。

私は別に行政がこのようなことをやってもいいと思うのです。ただ、データを行政が持って、それを自分たちしか使えないようにするのがよくないのであって、データ収集は行政がやって、いかにそれを使うかという辺りは、研究者に、個人情報をもとめさせた上で出すとか。あるいはどう使うかは、例えばの話ですが、都道府県ごとに行政、大学、医師会、病院団体の協議の場所をつくって、そこでいろいろなデータの利用方法等のルールを作り、その上で使えばいいと思います。そのような仕組みさえ作ればいいと思います。ルールさえしっかりすれば、データベースを作るのは国であって問題ないと思います。

○桐野班長 こういうものができるかどうかというのは、1次組織がしっかりしているかどうかの問題であって、曲がりながらも、戦前は設置法のある全員加盟型の医師会だったのです。私はよく知らないのですが、本によれば医師会の戦争協力の責任を問われて、GHQにより解体されたと書いてあります。本当かどうかはわかりません。それで任意加盟型になってしまったのです。そこがそもそものボタンの掛け違いです。

その任意加盟型の医師会は、他はともあれ、とにかく我がほうは予算が必要だということをやらずぎてしまったのです。その結果、あの人たちは全体のことなどは考えずに自分のことばかりを考えているという評価になってしまったので、いまはものすごく損をしていると思います。

○山下先生 そういう意味では、先生がおっしゃったように学会だと思います。悉皆性のあるものすごいデータベースを作るというのは国の施策だと思いますが、いま議論しているのは、どこに何人、どれだけいて、それが足りているか足りていないかという検証まで付けなければいけないわけで、それができるのは先生がおっしゃるように学会しかないのです。

○桐野班長 眼科とか脳外科、特に眼科は日本の眼科のちゃんとした腕を持っている人は、ほとんど掌握しているわけですね、よほど特殊な人以外は。

○山下先生 そうですね。

○桐野班長 そうすると、その人たちがこういう趣旨についていいのではないかということであれば、データを毎年集めて出すことは何ら問題はないです。

○山下先生 問題ないです。しかも、それに質の担保が全部出てきますから。

○桐野班長 1階建ての各学会に、そういうことをお考えになることは可能かどうかを聞いてみるのは1つの手かもしれません。

○小川先生 そうですね。

○桐野班長 例えば先生だったら、脳外科学会でこれがやってきたら、何と答えますか。冗談ではないと答えますか。

○小川先生 その全体像ではないでしょうか。全体像として、こういうことを明らかにするためにやっているのだ、その目的そのものだと思うのです。

○桐野班長 日本の学会は真面目な学会が結構多いから、ちゃんとしたシステムティックな投げ掛けをすれば、答えてくれるのではないかと私は思います。その学会にとって、あまりにも損になるようなことは難しいけれども。

○北村先生 内科系は学会に入っていない人が多いと思うのですが、そういう人は把握できません。

○桐野班長 それはちょっと難しいですね。

○北村先生 地域医療をやっている人、ご高齢の人。

○小川先生 大学で、例えば東京大学で卒業生の管理というのはできますか。

○北村先生 全然駄目です。

○桐野班長 同窓会名簿をきちんと調べれば一応わかります。

○北村先生 あれは見たとおりで、連絡は付かないし、△印が半分です。

○小川先生 最近増えたのです。昔は全部わかりました。

○北村先生 教務課にいったのですが、教務課は卒業までの仕事だから、卒業したら絶対に調べないです。

○小川先生 国立大学はやらないですね。

○桐野班長 いまこれに追加する意見をいただいたのは記録に残っていますから、それを加えた上で、この取りまとめを 10 頁ぐらいの報告案にして、できればなるべく早い時期に先生方にメールで問います。それと同時に、次回を開催するときには、この問題はさらっと終わって、次年度以降の活動について検討したいと思いますのですが、それでよろしいですか。

(異議なし)

○桐野班長 山下先生には出していただいているのですが、次年度に実際何をやるかというのは、例えば到達度評価、それぞれの病院評価については、一応は形式と枠があるわけです。病院評価については、研修制度評価機構は、1,000 の中のまだ 100 しかやっていません。

○齋藤先生 80 いくつではないですか。

○桐野班長 見込みまでを含めて 100 ぐらいですか。それでは、どういうことになるかということ、熱心な、優れたところだけが評価を受けて、どうしようもないところはわからないということになってしまうわけです。そうすると、非常に高いレベルの評価をきちんとやっているところに加えて、あるところは外形標準で切ってしまうか、もし残念ながら外形標準のみの理由で切られてしまったところで、かつ非常によくやっているようなところは、きちんと評価を受ければ、それでいいですという仕組みにするとか、いろいろなことが考えられると思うのです。

そういうことで、いちばん難しいのは、制度自体に対する評価を、どのようなデータを集めておけば、それなりにできるのかということです。

例えば今度見直しによって、2 年間の研修が、1 年間は基本的診療科、2 年目は比較的それぞれの研修場所によって工夫できるという仕組みになったのですが、これがどうだったのかというのはよくわからない。それから、私はどうしても基礎系のことは気になります。先生のところは、例えば基礎の先生方が今度退官されるようになったときに、大丈夫ですか。

○小川先生 大丈夫ではないです。

○桐野班長 例えば生化学などだったら、理学部出身の先生でも、かなりいい人がいますよね。山形などはどうですか。

○山下先生 皆無です。前から減っていましたが、臨床をやりながら、内科から基礎へ行って、学位を取ってという人は、以前はいたから、そこで研究のレベルが保てていたのです。いまはなくなっています。

○桐野班長 それはある意味では副作用なのです。ただ、昔はそのような形で、学位というものに価値があったし、学位を取らないと気持ちが悪いというか、この辺も非常に複雑で、非常に日本的なのです。どうすればいいのかと言われても、今度は、あるところで基礎の先生方がいろいろな報告書をお書きになるというので拝読したのですが、まるですごいことが書いてあるので、これは断定しすぎではないですかと言ったのですが、それぐらい彼らは危機意識が強いです。

○小川先生 no MD の基礎研究者は増えています。どちらかという、文部科学省の失政で、大学院はあれして、ポストドックもやっているけれども、家庭もあるのに飯が食えない。正規なポジションがないというのが、いまの現状です。ですから、no MD で職がない人たちは、ものすごくいます。

実はこの前びっくりしたのが、旧教養部の理科の助教を全国公募したら、40 倍です。みんなキャリアはすごいのです。それも 40 歳ぐらいになって、助教で来ますかというので、40 歳ぐらいになっていま現在ポストドックなのです。正規の職員になっていない。是非雇ってほしいと。

○桐野班長 かつての高度成長時代真っ盛りであれば、そのような形で大学院を充足化して、理系の人材を大量につくっても吸収できたと思うのです。それが全くできない状態で大学院の数を増やしてしまったのです。では、どうすればいいのかという、予測を誤ったとしか言いようがないのですが。

○小川先生 ですから、例えば解剖や生理、生化学で、MD で教授になってくれれば、何が医師に必要なかをよくわかっているの、ちゃんとした教育ができるのだからけれども、研究者としては no MD の方々は非常にレベルが高いのですが、教育者となるといろいろと問題があって、投げやりになっているところもあります。その辺が非常に問題です。

○桐野班長 例えば生化学的なものを中心とした世界は広いですが、そこはだんだん PhD が主になっていくのだなという感じは、私にも何とも言いようがないのだけれども。

○小川先生 それは違います。例えば解剖、生理、生化学、細菌も、いま細菌は研究の領域では

ボーダーレスなのです。だから、肉眼解剖をやったり、顕微鏡解剖をやっても、いまさら「ネイチャー」も「サイエンス」もないです。ですから、仕事としてはバイオロジーで、テクニックそのものは生化学も解剖も同じです。

○桐野班長 基礎医学というのは、もう解剖も名前は要らないのだと。「基礎医学 1」「基礎医学 2」「基礎医学 3」でいいと、京都の某偉い先生が言ったことです。

○北村先生 京都のほうもわりと縦割りのことで、例えば心臓であれば、心臓の解剖、生理、生化学があって、臨床の心臓という教え方をしているので、それもボーダーレスに、心臓外科医が心臓の解剖を教えたり、心臓の内科医が心臓の心筋の生化学を教えたりということではできると思うのです。オロジーが壊れて、本当に基礎 1、基礎 2 になっても構わないのかもしれませんが。

○桐野班長 基礎医学教育というのは、ものすごく組替えをせざるを得ないのかもしれませんがね。そこは範囲を完全に超えているのであまり言いませんが、文部科学省と厚生労働省の接続は、随分意思の疎通はできてきたと言っても、まだ十分ではないです。これは厚生労働省の皆様方にとっては、耳の痛い話でしょうけれども、大変いいところにお出でになっています。

そろそろ時間ですが、これを議論して、いろいろな意見が出ました。いろいろな信頼できるデータを集めないと、いろいろなことが言えない。特に、医師の専門性を含めたそれぞれの分布の全国データがない。厚生労働省も必ずしもそれを把握できる状況ではないということから、これをやれるような仕組みを考えるだけは考えたかどうかという意見があります。ただ、ここがそれを考えるのは、いくら何でも無理ですが、提言はできると思うのです。つまり、初期臨床研修制度を含めて、医師の養成課程を考える上においては、確度の高い医師人材データベースが構築されることは必須であるということぐらいまでは言えるかなと思います。

これを基に報告を書いて、できれば通信事務でご意見をいただいた上で、次回はそれについては、さっと終わらして、次年度以降もこの研究を継続させていただけるようであれば、次年度に具体的に何をするかを決めたい。調査をすることになると思うのですが、それは山のようにできないので、メールシステムで基本的な調査が可能なものを、現在作っていただきつつあるので、それも利用しつつ、齋藤先生のデータをまとめてきますので、それを基に次年度に何をするかを決めます。次年度以降は、かなり实际的にやるということで、例えば山下先生が、この件については私がやると言われれば、それをやっていただくようにして、どんどん進めていただくこととしてはどうかと思います。どうでしょうか。

○田原医師臨床研修推進室長 是非よろしくお願いします。

○桐野班長 何かございますか。

○齋藤先生 質問ですが、先ほどの問題は、専門医認定協議会はどのように動いているのかは知らないのです。

○小川先生 あそこはまとめる力はありません。

○桐野班長 あそこは無理ではないですか。本当はあのようなところがもっと強力で、専門医制度は各学会がやるしかないと思いますが、その認証評価をきちんとやれば、ものすごくよくなると思います。

○北村先生 専門医の試験を横並びにするということが。

○齋藤先生 そこまでは知っているのですが、そこから先は。

○北村先生 っていないのです。

○桐野班長 専門医のほうは、基本的には試験は大事なのですが、むしろ難しいのは教育機関の評価なのです。それをやらなければいけないのです。今後について何かありますか。

○田原医師臨床研修推進室長 次回は3月12日に第5回の最終回の班会議を予定しています。平成22年度については指定研究ということで、桐野先生から計画書をいただいていますので、それに沿って研究を進めていただくことになろうかと思います。成果が出次第、医道審議会医師臨床研修部会でご議論いただいて、制度全般の見直しにつなげていくことになろうかと思います。よろしく願いいたします。

○桐野班長 どうもありがとうございました。次年度以降もご多忙ではございまいしょうが、できればよろしく願いします。



重要

「平成21年度 医師臨床研修制度に関する調査」 在中

調査主体

厚生労働科学研究費補助金

厚生労働科学特別研究事業

「初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究」
(研究代表者) 国立国際医療センター総長 桐野高明

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」
(研究代表者) 前医学教育学会会長 齋藤宣彦

厚生労働省 医政局 医事課
医師臨床研修推進室

調査委託先

〒101-8201

東京都千代田区神田練塀町3番地 インテージ秋葉原ビル
ティー・エム マーケティング株式会社 (担当: 生田)
TEL 03-5294-8393、FAX 03-5294-8399

〒203-8686

東京都東久留米市本町1-4-1
株式会社インテージリサーチ (担当: 小熊)
TEL 042-476-6303、FAX 042-476-6306

医師臨床研修の到達目標達成度評価に関する調査

この調査は、「医師の初期臨床研修到達目標達成度評価に関する研究」(H21-医療-指定-008)として平成21年度厚生労働科学研究費補助金により行う研究の一環として行う調査です。わが国における望ましい初期臨床研修制度はどうあるべきかを検討するうえで、まず、現在、各臨床研修病院において初期臨床研修医の到達目標の達成度評価がどのように行われているか、現状を知る必要があると考えました。そして、将来的には、効率的で妥当性があり各施設で受け入れられやすい研修到達目標の達成度の評価法をお示しすることができれば、と思っています。ご多忙のところ誠に恐縮ですが、国民のためにわが国の医師臨床研修制度をより良きものにしていくという観点から、本調査によるしくご協力賜りますようお願いいたします。

I. 調査の目的

この調査は、初期臨床研修医（平成20年度の研修修了者（平成21年3月に研修を修了した研修医）に対し、到達目標の達成度の評価がどのように行われたか（達成度の評価に特化した）を調査することが目的です。

II. 調査の対象

この調査用紙は、全国の研修病院のプログラム責任者の方にお送り申し上げました。

「臨床研修目標達成度評価アンケート」:

平成20年度修了のプログラムにおける責任者の方がご回答ください。（プログラム責任者が複数名の場合には、代表者1名がご回答ください。）

回答時間は20分程度です。ご協力をお願いいたします。

「メールアドレス・電話番号 ご登録のお願い」:

この用紙は、平成21年度現在の 院長先生、臨床研修管理委員長 様、臨床研修プログラム責任者 様、事務窓口ご担当者 様 がご記入ください。

III. 回答用紙の送付期限および送付先

今年度内に研究を修了させる必要から、
平成22年1月29日（金）を締め切り
とさせていただきます。

同封の返送用封筒にてご返送くださいますようお願いいたします。

以上、調査の趣旨をご理解いただき、下記のアンケート用紙にご記入いただきますよう、
よろしくお願いいたします。

本状以外の同封書類

1. 「臨床研修目標達成度評価アンケート」（記入後ご返送ください）
2. 「臨床研修の到達目標」（返却不要です）
3. 「メールアドレス・電話番号 ご登録のお願い」（記入後ご返送ください）
4. 返送用封筒

以上

記入日 ____年__月__日

臨床研修目標到達度評価アンケート

このアンケート調査は、貴研修プログラムにより平成 20 年度末に研修を修了した研修医（平成 21 年 3 月に修了）に対し、貴施設では研修到達目標の達成度をどのように評価されたかを把握するための調査です。今後の改善の資料として役立つために、よろしくご協力のほどをお願いいたします。

病院名： _____

研修プログラム名： _____
(複数プログラムを有する病院においては、代表的なプログラム1つのみの名称を記載)

上記の研修プログラムによる研修医数：平成 19 年 4 月の採用数 _____ 名
(うち平成 21 年 3 月の修了者数 _____ 名)

研修プログラム責任者名： _____
(プログラムが複数あってプログラム責任者が複数名の場合には、代表者 1 名のみを記載)

連絡先：(内容について確認のご連絡をさせていただく場合があります。
記載者の E-mail のアドレスおよび電話番号をお願いいたします。)

E-mail： _____ @ _____

電話番号： _____ - _____ - _____

質問1 (平成21年3月の研修修了者に対し) どのような方法で到達目標の達成度の総括的評価(総括的評価とは、入学試験や国家試験の合否や、研修修了認定可否などのように、成果に対する意思決定のことで、貴施設に記録として保存されるものです)が行われたかをお示してください。

(該当項目の数字を○で囲んでください。複数回答可)

1. 論述試験
2. 口頭試験
3. 客観試験
4. OSCE
5. 実地試験
6. 観察記録
7. レポート
8. ポートフォリオ
9. その他 (具体的にどのように評価したかをお書きください。また、貴プログラムの未記入の評価表を添付していただいても結構です。)

質問2 (平成21年3月の研修修了者に対し) 総括的評価がいつ行われたかをお示してください。(該当項目の数字を○で囲んでください。複数回答可)

1. 各分野の終了時
2. 半年ごと
3. 1年ごと
4. 2年目終了時
5. その他 (具体的にいつ評価したかをお書きください)

質問3 (平成21年3月の研修修了者の) 総括的評価に携わったり、総括的評価に際して参考にした人的資源は、どのような方ですか。

(該当項目の数字を○で囲んでください。複数回答可)

1. 指導医 (指導医講習会受講歴のある医師)
→ このプログラムに携わっている
指導医講習会受講歴のある指導医数： _____名
2. 上級医
3. 看護師長
4. 看護師
5. プログラム責任者
6. 病院長あるいは研修管理委員長
7. 看護師以外の医療人 (事務職を含む) → 職種： _____
8. 同僚の研修医
9. 後輩の研修医
10. 臨床実習に来た医学生
11. 患者・患者家族
12. 研修医自身 (自己評価)
13. 地域の住民代表・自治体関係者
14. その他 (具体的にどのような方かをお書きください)

質問4 (平成21年3月の時点で) 評価対象研修医のうち、研修を中断したのではなく、修了予定であったにもかかわらず、総括的評価の結果、研修修了と認定されなかった研修医はいましたか。(該当項目の数字を○で囲んでください。)

1. いる
→ 修了予定者 _____名中、未修了者 _____名
評価対象の研修医であったにもかかわらず、総括的評価の結果、研修修了認定ができなかった主たる理由を示してください。

2. いない

質問5 (平成21年3月の研修修了者の) 総括的評価は修了判定以外にどのように利用しましたか。(該当項目の数字を○で囲んでください。複数回答可)

1. 自病院の後期研修医採用の参考にした
2. 他病院の後期研修医採用者から問い合わせがあったので、評価結果を知らせた
3. その他 (具体的にどのように利用したかをお書きください)

質問6 平成21年3月の研修修了者が研修を開始する前に、研修医に対して、「臨床研修の到達目標」の到達度を、どのように評価するかを前もって示しましたか。(該当項目の数字を○で囲んでください。)

1. 示してあった
2. 示してなかった

質問7 平成21年3月の研修修了者が研修を開始する前に、指導医に対して、「臨床研修の到達目標」の到達度を、どのように評価するかを前もって示しましたか。(該当項目の数字を○で囲んでください。)

1. 示してあった
2. 示してなかった

以下の質問は、同封の「臨床研修の到達目標」の項目をご参照いただきご回答く

質問8 臨床研修の到達目標のⅠの行動目標（医療人として必要な基本姿勢・態度）の総合的評価について伺います（以下にいう「指導医」とは、厚生労働省の指針に則って定められた指導医講習会の受講歴のある指導医のことを指します）。
それぞれの該当項目の数字を○で囲んでください（複数可）。

I - (1) 患者-医師関係

① いつ評価していますか：

1. 各分野終了時	3. 研修終了時
2. 1年次終了時	4. 研修中随時

② 誰が評価していますか：

1. 指導医	3. 同僚	5. 患者・家族
2. 上級医	4. 看護師	6. その他 ()

③ どのように評価していますか（評価表があれば添付）：

--

I - (2) チーム医療

① いつ評価していますか：

1. 各分野終了時	3. 研修終了時
2. 1年次終了時	4. 研修中随時

② 誰が評価していますか：

1. 指導医	3. 同僚	5. プログラム責任者・管理者
2. 上級医	4. 看護師	6. その他 ()

③ どのように評価していますか（評価表があれば添付）：

--

I - (3) 問題対応能力

① いつ評価していますか：

1. 各分野終了時	3. 研修終了時
2. 1年次終了時	4. 研修中随時

② 誰が評価していますか：

1. 指導医	3. 同僚	5. プログラム責任者・管理者
2. 上級医	4. 看護師	6. その他 ()

③ どのように評価していますか（評価表があれば添付）：

--

I - (4) 安全管理

① いつ評価していますか：

1. 各分野終了時	3. 研修修了時
2. 1年次終了時	4. 研修中随時

② 誰が評価していますか：

1. 指導医	3. 同僚	5. プログラム責任者・管理者
2. 上級医	4. 看護師	6. リスクマネージャー
7. その他 ()		

③ どのように評価していますか (評価表があれば添付)：

--

I - (5) 症例提示

① いつ評価していますか：

1. 各分野終了時	3. 研修修了時
2. 1年次終了時	4. 研修中随時

② 誰が評価していますか：

1. 指導医	3. 同僚	5. プログラム責任者・管理者
2. 上級医	4. 看護師	6. その他 ()

③ どのように評価していますか (評価表があれば添付)：

--

I - (6) 医療の社会性

① いつ評価していますか：

1. 各分野終了時	3. 研修修了時
2. 1年次終了時	4. 研修中随時

② 誰が評価していますか：

1. 指導医	3. 同僚	5. プログラム責任者・管理者
2. 上級医	4. 看護師	6. その他 ()

③ どのように評価していますか (評価表があれば添付)：

--

質問9 臨床研修の到達目標のⅡの経験目標の中のいくつかの総括的評価について伺います（以下にいう「指導医」とは、厚生労働省の指針に則って定められた指導医講習会の受講歴のある指導医のことを指します）。

それぞれの該当項目の数字を○で囲んでください（複数可）。

Ⅱ-A-(1) 医療面接

① いつ評価していますか：

- | | |
|-----------|----------|
| 1. 各分野終了時 | 3. 研修修了時 |
| 2. 1年次終了時 | 4. 研修中随時 |

② 誰が評価していますか：

- | | | |
|--------|--------|----------------------|
| 1. 指導医 | 3. 同僚 | 5. 患者・家族 |
| 2. 上級医 | 4. 看護師 | 6. その他（ ） |

③ どのように評価していますか（評価表があれば添付）：

--

Ⅱ-A-(6) 医療記録

① いつ評価していますか：

- | | |
|-----------|----------|
| 1. 各分野終了時 | 3. 研修修了時 |
| 2. 1年次終了時 | 4. 研修中随時 |

② 誰が評価していますか：

- | | | |
|-----------------------|--------|-----------|
| 1. 指導医 | 4. 薬剤師 | 7. 理学療法士 |
| 2. 上級医 | 5. 看護師 | 8. 診療録管理士 |
| 3. 病理医 | 6. 栄養士 | 9. 紹介先の医師 |
| 10. その他（ ） | | |

③ どのように評価していますか（評価表があれば添付）：

--