

○桐野班長 始めさせていただきます。第5回の班会議、「初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究」ということです。今回、本年度で予定されている最後ですので、できましたら報告書(案)に対する十分な意見を言っていただき、その意見を基に最終案を作成して、それをもう一度見ていただいた上で、今年度はそれでまとめる。次年度どういことをやるかのほうがもう既に重要になっていますので、その件についてご検討いただきたいと思います。議事次第が書いてありますので、そのとおりにいきます。

第1は、第4回、前回の議事録を確認させていただきます。これは既に先生方のお手元に行っていると思いますし、もし問題がありましたら、ご指摘をいただきたいのです。前回については、議事録を全部とっていただいているので、この班においてどのような議論があったか、すべて残っておりますので、大変心強いと思います。この件についてはよろしいですね。

2番目、「医師臨床研修制度の現状等に関して」、田原室長のほうからお願いします。

○田原医師臨床研修推進室長 私のほうから、臨床研修制度の見直し後の対応状況についてお話いたします。2月18日に医道審議会の研修部会があり、ここで平成23年度の臨床研修への対応等について、意見を取りまとめていただきました。お手元の資料では、資料5に黄色い付箋をしておりますが、その付箋をしている所の全体が医道審議会の意見の取りまとめです。現在、激変緩和措置の取扱い、募集定員や臨床研修病院の基準ですが、それについて意見を求めて、3月19日が締切りになっております。今月中に方針を出したいと思っております。その審議会での意見の取りまとめの中に、付箋に「次回の制度見直しに向けた取組みについて」という所があって、臨床研修に関するさまざまな評価を行うということを明記しております。

この研究班においては、医道審議会での議論の素材、あるいはいろいろな情報をしっかりと整理をしていただくというように考えております。この研究班での研究結果が、評価のあり方の方向性について大変大きな役割を持つのではないかと考えております。したがって、来年度の医道審議会においては、どこか前半のほうで今年度のこの研究班の報告の内容、そして平成22年度の研究の計画について、少しお話をいただくような機会を設けたほうがいいのではないかと考えております。そのように考えておりますので、研究のほうを精力的にお願いしたいと思います。

内容については、先生方のご議論でやっていただくことになるのですが、私のほうから2点ほど申し上げます。1つは小さい臨床研修病院について、もう少し評価をしたほうがいいのではないかというお話がありました。桐野先生も、前回の研究班のときに少し触れていたように思いますが、

実際に訪問して、どういう研修が行われているのかということをし、しっかりと見たほうがいいのではないだろうかと思っております。いまは来年度のことだと思えますし、また今年度そういう項目をこの研究班の報告書の中に盛り込んでいただければ、我々としては助かるなと思っております。もう 1 つは、山下先生のほうからかねてからご議論がありました、いろいろなアンケート調査ですが、できれば調査項目もある程度、今年度の報告書の中に盛り込んでいただければ、来年度スムーズに研究、あるいは医道審での議論ができるのではないかとと思っております。

いま申し上げたのが、この研究班の今後の医道審議会での位置づけになるかと思えます。平成 22 年度の研究については、指定研究ですので採択の見通しになっております。研究費は、いま大変厳しい状況になっておりますので、できるだけ確保したいと思っておりますが、なかなか意に添えないところがあるかもしれません。研究班の状況については、いま申し上げた 2 点です。

そのほか、2 点ほど申し上げたいと思えます。前回のこの研究班の中で、後期研修のことと医師不足の実態についてお話がありました。いわゆる後期研修、専門医制度については我々のほうも高い関心を持っており、質の向上、診療科偏在の是正、地域偏在の是正にも少し関連して行くのではないかとと思えます。報道を見ると、専門医制評価・認定機構で、あり方の検討状況を会員の方に報告をされているということがありましたので、来年度はいろいろな動きが出てくるのではないかなと思えます。

もう 1 つは、医師不足の実態ですが、福井先生のほうからお話がありました網羅的に全部、必要医師数を含めてどうこうということまで、すぐにできるかどうかはまだ分からないのですが、医師不足の実態がどのようになっているのかということは、しっかりと調査をしたいと思っております。粗々のところでは、夏ぐらいまでに何か結果というか、実態を少し公表するのだということ国会でも答弁をしておりますので、そういうスケジュール間で進めていこうと思っております。以上です。

○桐野班長 現在、「医師の初期臨床研修到達目標達成度評価に関する研究」を進めておられますが、そのアンケート調査の進捗状況について、齋藤先生のほうからお願いいたします。

○齋藤先生 1,059 の病院に、先回お示したような 10 項目からなる質問のアンケートをお願いしました。3 月 1 日で解析に至る数が 785 集まりました。どういう切り口で切り分けたいだろうかということですが、とりあえず大学病院と大学以外の病院で切ってみてくださいと申し上げました。

残念ながら、その切り口はあまり有意差のあるようなことは出ませんでした。1 つ言えるのは、やはり大学病院のほうがレポートの形式などがきちんと事前にされている。それから、指導に対する研修の評価についての事前アナウンスメントなども、しっかりやっていました。

それではということで、この前会議をして、今度は先般のこの会議でもお話がありましたが、病床数ごとに分けてみたらどうなるだろうかということで、それを現在やって進行中です。例えば200床未満、200～400、400～600、600以上ぐらいの間隔で、病床数ごとにやってみるということがよろしいかもしれません。それから、フリーコメントとして随分いろいろ書いてくださっているのですが、その集計がまだ済んでおりませんので、それを今後足していくというところになっております。

あとはまだ進行中ですので、最終的なものが出ましたら、また書面等で報告を申し上げるつもりですが、1 つは臨床研修の到達目標のところ、非常に測りにくい部分。例えば患者・医師関係をどうやって測定しているか、チーム医療についてはどうだろうか、問題対応能力はどうだろうか、安全管理はどうだろうか、書類提示はどうだろうか、医療の社会性はどうだろうか、医療面接や医療記録はどうだろうかということ。あるいは、予防医療のこと、地域医療のこと。この辺については、むしろいままでになかったような結果を、正しい数値が出てくれることを信じております。

収穫としてあったことは、現段階では、とにかくいまの1,059病院の責任者の方々のメーリングアドレスがしっかりと出たと。そうすると、今度はそれに一斉にいろいろなことの間合せができるというシステムができますので、それを今後役立てることができるのではないだろうかと思っております。というわけで、いまのところは現在進行形の報告でした。

○桐野班長 何かご意見、ご質問はありますか。もう少し進行したら、またご報告をお願いしたいと思えます。

ご意見をいただく項目については、報告書の取りまとめについて、大きく変えたほうがいいのかという意見があるかもしれません。これは一応いままでの意見を拾って、主観的フィルターに通していますから合っているかどうかわかりませんので、ご意見をいただいた上で、後半については大筋でこのような評価ということであれば、実際の活動方針についてご相談をしたいと思います。最後に資料が付いておりますように、平成22年度、次年度の指定研究についても新規申請が出ております。その中に班員の名前を書かせていただいているのですが、お忙しいでしょうけれども、できれば班員として活動をお願いしたいと思います。もし難しいようであれば、お知らせいただければまた考えさせていただきます。

ぎりぎりになって申し訳なかったと思うのですが、一応 1 日半ぐらい前にこの文章をお届けしているので、ざっとお読みいただいたという前提で、1 つは医道審議会の医師臨床研修部会での審議に役に立つということも大きな目標にしており、その進行具合を見ると、やはり来年度のできるだけ早い時期に可能な調査研究であれば行って、結果を出していったほうがいいのではないかと思います。そうすると、具体的にいままで検討いただいた内容に基づいて、どのような調査をするかということも議論になると思います。今日は大滝先生のほうから回って、「総括報告書(案)」に対するご意見を、まずお願いいたします。

○大滝先生 私からは、気が付いたことは 2 点あります。全体的に具体的かつ包括的におまとめいただいて、大変ありがたいと思えました。ただ、気になった点が 2 点あります。1 つは後ろのほう、9 頁の 3)「制度それ自体に対する評価」の(2)の「地域医療計画と医師人材育成との連携に対する評価のあり方」です。記憶が正確ではないのですが、例えば東京都の中での救急病院の位置などについて、都市工学の研究として取り組んでいる研究室が工学系にいくつかあったと認識しています。少なくとも方法論については、かなり検討しているところがあると思えました。

ただ、ここにお示しいただいたような内容をやるとなると、単なる人口とか年齢だけではなくて、疾病などについてもある程度、発生状況をプロットすることが提案されています。この方針ですと、疾病登録が行われていないと、データとしてすぐには把握しにくいと思います。それから、それぞれの患者さんの住所のデータなども必要になると思うので、モデル的、こんな形で評価することができるということは提示できるにしても、悉皆的なデータを出すのは短期的にはかなり難しい、という印象を持ちました。それが 1 点目です。

2 点目は、10 頁の(3)の「医師の地域別、専門分野別分布が明確となるような人材データベースの構築」です。これも方針としては賛成です。他の施設でもそうだと思うのですが、個人情報保護法が制定されてから、いま大学も卒業生のフォローすら、かなり困難な状況になってきています。いちばん最後の所でもお書きいただいているように、こういったデータベースを作るには、何か法的な裏付けのようなものが必要になると思います。方針としては賛成なのですが、実際のデータを取ることを、来年度の中に組み込むのはかなり困難だと思います。こういう整備をするために必要なものは何かということ进行调查する、という程度が妥当であると思えました。一通り読ませていただいて気が付いたのは、以上 2 点です。

○桐野班長 それぞれの先生のご意見に対するご意見はあると思いますが、全部が終わったあ

とでもいいのですが、いまおっしゃられたことに特に何かコメントなどありますか。

○大滝先生 いかがでしょうか。前、早稲田かどこかの都市工学の方たちが、救命センターの都内での配置について、GIS を使ったりして試験的に発表しているのは見たことがあるのです。最終的に 9 頁の(2)のようなことを目指したものでした。

○桐野班長 それは研究者を同定できるのですか。

○大滝先生 いろいろデータベースなど調べて、そういうテーマでやっている研究室を探すことになると思います。

○桐野班長 そういう観点でやれば大変面白いと思うので、比較的次年度の早い時期に、そういう先生に来ていただくということは可能かなとは思いますが。

○大滝先生 参考にお示しいただくと。

○村岡臨床研修審査専門官 事務局として把握している類の報告書なのですが、これは平成 20 年度の厚生労働科学研究費補助金で、医科歯科大学の河原和夫教授がやっている研究の報告書があります。「東京都における第三次救急医療機関の集約についての GIS を用いた分析」というものが手元にあります。そこには、東京の中だけですが、そのような配置等に対する分析が載っております。

○桐野班長 それは、こういう配置を測定するための 1 つのメソッドを提案しておられるということですね。

○村岡臨床研修審査専門官 そういうものを用いて、モデル的に東京でやっているところです。

○福井先生 救急のケースだと、例えば脳卒中だとか、心筋梗塞だとか、大体そういうことについての話なのでしょうか。

○村岡臨床研修審査専門官 これは三次救急全般です。

○福井先生 いま奈良県でやっているのは、もともと厚生労働省にいた武末先生と、私の所にい

た大学院生で青木則明というのが、いろいろな病気の発生率を地域ごとにプロットして、何分以内にとどの医療施設に行けるかということです。非常にマッチしている所と、全然アンマッチの所と、地図上に全部出して、それぞれの病院のクオリティとも連動させた仕事をかなり大々的にやっているの、何億円かお金を投入して。

○桐野班長 それは参考になるな。

○福井先生 やっていますので、その方法論が少し参考になるのではないかなと思います。武末先生は、今度あそこの局長になりました。奈良県の局長になって、かなりやりたいことができるみたいな状況ですので、モデル的に本当に使わせてもらえればいいのではないかと。

○桐野班長 それでは、小川先生お願いします。

○小川先生 大変上手におまとめいただき、それから来年度の研究計画書もお作りいただきまして、ありがとうございました。先ほどの医道審議会の取りまとめの黄色い所の「次回の制度見直しに向けた取組みについて」ということで、臨床研修病院の指定基準を含め、全般に向けた検討に着手する、という黄色のタグの付いている所です。この辺が将来的には非常に大事になるのではないかなと思っています。

私は前からこの班会議で、厚生労働省でやっている医療施設調査と研修病院の調査が、いまマッチされていないので、全国の医療施設、要するに病院の状況と研修病院の調査をマッチさせてやらせていただきたいということを前から申し上げていたのです。医療施設調査によれば、全国に病院と名の付く所が8,000某あって、そのうち千数百が精神科病院の単科病院ですから、普通の病院というと7,000数百。その中で、1,000をちょっと超えるぐらいの病院が、実際には臨床研修の基幹病院になっているというのは実態で、7つの病院に対して1つずつあるような格好になっていて、これをマッチをさせてデータを集めたいなと思いました。

医療施設調査の概要版は、ネット上にももちろんもう既に公表はされているのですが、個々の病院が特定をされておられませんので、「これを使わせてもらえませんか」ということで、一応内々にお話をしてみました。そうしたら、「できます」という話なのですが、厚生労働大臣宛に〇〇調査にかかる調査票情報の提供を統計法の第33条の規定に基づいて申出をしなければならぬと。これを出しますと、そんなに面倒くさくはないのですが、どういうものを使うか、利用目的は何なのだ、利用者は誰なのだということと、その中の何を使いたいなどなど、11項目について出せば可能で

すというお話をいただきました。ただ、内容審査にはおよそ 2、3 カ月ぐらいかかるので、あらかじめご了承くださいということと、早めに申出書を出していただきたいということです。

ですから、来年度、今度、別途、科研費でやるのであれば、厚生労働省科学研究補助金を受けた研究の中でこれを使うのであれば、この研究班の委員全員のご承認も必要であるということです。承認についてはあとで判子を押したものが必要になるのですが、それはいますぐは必要ないということです。いずれ誓約書、科研費の申請書並びに通知決定書が必要になるというので、それは適時依頼をするから、まず情報提供の申出書を法律第 33 条、統計法の規定に基づいて厚生労働大臣宛に出してほしいというお話です。是非その辺を、この班会議としてお認めいただいで準備をさせていただければなと思っておりますが、いかがでしょうか。

○桐野班長 厚生労働関係のデータの中で、かなり基本的なデータについては、本当は一般公開は必要ないと思うけれども、フェーズサイエンスの研究をやっているセクターにはダウンロードさせるべきなのですね。それについて、いろいろな医療経済をやっている先生方が、他の諸国に比べて日本はそのサービスがよくないと、かなり言っています。たぶん統計課の人数などが関係しているのだと思いますが。当研究で使う必要のあるものについては、できれば研究班全体で申請をして、早く申請をして、できる限りデータを共有しながら分析していったほうが良いと思いますので、そういうのがあればなるべく早くスタートするように、是非お願いしたいと思います。

小川先生がそういう形で取り組みたいとおっしゃっているので、次回の話になってしまうかもしれないけれども、いくつか調査を切り分けて、担当を考えながらデータを出していくということと、データが出てきたところで、最後の抽出データだけで良い悪いとか、どうだこうだと言うと、ちょっと問題があるので、全データを全メンバーに公開した上で、論証していただくことが必要ではないかと私は思います。是非お願いします。北村先生お願いします。

○北村先生 報告書に関しては、特に言うことはないです。私の担当は 8 頁 2)の研修病院の評価ということを考えてまいりました。ここでお話申し上げたことがちゃんと書いてあるので、初年度としてはいいと思います。次年度に向けては、極めて近い将来に JCEP プラスいくつかのことが、特に大学病院がこぞって参加できる制度ですね。ピアレビューか何か、大学病院を押さえられれば研修医の半分が押さえられるわけなので、来年度は喜んで受けたいような評価制度の実現に向けていけばいいのではないかと思います。本年度としては、大変いいかなと思います。

○桐野班長 研修プログラムのところでは、医道審議会の議論などは小川先生や山下先生は出

ておられると思うのですが、研修病院の評価の議論は結構たくさんやられておりますので、これを冷静なデータでものが言えるようにしておくというのが我々の役割だと思います。あと、どっちの方向に行くか決めるのは上の会ですので、そこをきちんとやったらどうかと思います。齋藤先生、いかがですか。

○齋藤先生 私にはとてもできないぐらい、びしっとまとめてくださっているの、誠にありがたいことだと思います。拝見して4つほど、ちょっとこれをやらなければいけないと思うことを申し上げます。1つは7頁の目標の所です。北村先生も私も、例の共用試験機構のほうで一緒にお仕事をさせていただいておりますが、卒前のモデル・コアカリキュラムと国家試験のガイドラインと臨床研修目標、ここの整合性をきちんと取るという作業を、いったい誰がやるべきなのだろうかというところ。これはやらなければならないのですが、卒前の話は文部科学省のほうになっていまして、どういう組織でやっていくかということを考えなければならないだろうというのが1つです。

2つ目は、8頁の岩崎先生のJCEPのことなのです。私もサーベイヤーをさせていただいて、極めて良いシステムなのですが、ここにも書いてありますが、手を挙げてくださるような病院は問題ないと。あれをもう少し簡易型にして、例えば各厚生局管内辺りぐらいの地域性でピアレビューをやるような方法を考えていかないと、いまのJCEPのやり方ですと、なかなか終わらないだろうと思っています。

次は地域の話でしたが、9頁から10頁の所です。東京都辺りはあまり問題にならないのですが、地方で臨床研修指導医養成講習会に伺うと、決して都道府県という括りでは話ができない。患者さんの移動のことを考えると、どうしても地域医療圏というのがいいのか、あるいはそれ以外の交通を考えたほうがいいのかもかもしれませんが、患者さんの移送の問題から考えると、都道府県よりはもう少し細かい区分けで、研修医の定員を定めるというわけにはいかないのだろうかと思います。

4番目は、実はこれも東北の厚生局で医師臨床研修指導医養成をやりましたら、あそこの医事課長が何と新臨床研修制度の経験者なのです。彼が地区で三師調査をやってくださったデータを拝見して、これはモディファイすると、何かもう少し使いそうだなと思っています。そういう年齢層がこうやって上がってきて、自分で調査をしてくださるというのは素晴らしいことだと思いますので、ああいう方法をモディファイして、全国的に広めていけないものだろうかと考えています。以上です。



○北村先生 コメントに対するコメントで恐縮なのですが、随分前から卒前の共用試験のコアカリキュラムと、国家試験の出題基準と、研修の到達目標、その整合性とか、用語が違うとか、あるいは同じことを何で3回もやるんだみたいな議論があります。全部一齐にピタッと同じであれば、それはそれに越したことはないのかもしれませんが。まず第1点は、学生のときに学ぶこと、実習なしで黒板の前で学ぶとき、それから実習で学ぶとき、そして医師免許を持って学ぶとき、当然たとえば同じ糖尿病を学ぶと書いてあっても、そのレベルとか責任の重さは違うと思いますし、そのときの重点が違うので、無理に整合性を合わせる必要はない。

あるいは、一部はもちろん卒前の参加型臨床実習が必要なもので、そこで学んだことは、もう研修で学ばなくてよくなることもあるように思っておりますが、かといって2度、3度学ぶことが大事なこともたくさんあるわけです。そういうことも含めて議論をしたらいいのではないかなと。字面だけでこれは終わったと、卒前に終わったから卒後は要らないのだという問題でもないのではないかなと、常々思っております。

○山下先生 基本的におまとめいただいたことに、もちろん異存は。

○桐野班長 先生から赤が入ったのをいただいているのですが、あれは配付しなくていいのですか。

○山下先生 いまから言います。基本的に何かを変えているわけではなくて、質問点も入っております。最初に目的の所です。3頁の下から4頁に関してですが、先ほど来、桐野先生もおっしゃいましたが、要するにこの班の位置づけというのが、医道審でいろいろな議論を行うための、いわばデータを提供するのであるということが書いてあります。少なくとも位置づけというのを、もちろんこれでもいいのですが、もう少しはっきりと書いていただいてもいいのかなという気はいたしました。要するに医道審ははっきりといろいろなことを、こちらの制度の評価、それから先ほど来問題になっている研修プログラムはこれでいいのかどうか。到達目標が今度改定したことと少しずれて、非常にやりにくくなっていることは確かですので、その辺のこととかいろいろなことで、医道審との関連をはっきりと。

特に今後、田原先生のお話ですと早い機会にヒアリングという形で、おそらく桐野班長がお話をされると思いますが、それに向けての位置づけをもっとはっきりと書いていただいてもいいかなという気がします。実際問題として、ここは執行機関ではないですが、決定機関でもないのですが、そういう意味ではかなり重要な位置づけ。ただ単なる研究というのではなくて、いわばデータを供

給するという意味だということです。

あとは、これは中にも文章で書いてあるのですが、6 頁に基本的な方法論、原則、評価のあり方ということで、実際問題としてはいろいろな機関、大学、組織、協会、そういう所との協力関係がどうしても必要になると思いますので、そういう所と評価の研究方法ということですが、書いていただいてもいいかなという気がいたしました、書かなくてもいいのですけれども。

実際にこの前から、早い機会に、例えば来年度の上半期に何かすぐにでもやれることを考えなさいという桐野先生からの宿題がありました。それに関して言うと、ちょっと議論もありましたが、7 頁の(3)の『臨床研修の到達目標』の設定に関する調査ということで、いろいろな考え方があると思います。いま北村先生もおっしゃいましたが、卒前のいろいろなカリキュラムと卒後。もう 1 つ大事なものは、そこまでやるかどうかは別として、1 つのディスカッションとしては専門教育に今後進んでいく、そういう場合に臨床研修のプログラムをどのようにするかということに関しては、ある程度のいままでの例えば大学での検討とか、医学教育の専門の学会での検討とか、いろいろなデータがありますので、それを収集することによってディスカッションできるのではないかと。

特にこれに関しては、今後、早急に到達目標を検討していくという意味では、桐野先生がおまとめになった(3)のいろいろなコアカリキュラムとか卒前卒後のプログラムとの整合性をきちんと見るというのは、すぐにでもやらなければいけないと思うし、あまり大きな調査をしなくても、ある程度のディスカッションはできると思います。それでもし必要な調査があれば、私はやったほうがいいと思います。

9 頁ですが、3)制度それ自体に対する評価。これが非常に難しいと思いますが、(1)に関しては、私はこれは実は外してほしいのです。要するにこの書き方だと、「都道府県別定員上限を決定する根拠となる指標」、これは最初からあるものであると。いま根拠がないから、それを少ししましよというのですが、これに関して本当にこの制度でいいのかどうかと、私は非常に疑問に思っております。それを検討するのだということであればいいのですが、やはり都道府県の上限を決めるというよりは、先ほど来のご議論がありますように、どういう専門家が、どういう地区に、どういう配置をしているかという議論の中から、あとで出てくるものであって、これが最初にあるというのは私は少なくとも違和感を感じました。後ろのほうに、例えば地域医療計画とか、医師の育成とか、グランドデザインの中で、例えばこのような配置をするという意見が出てくるのであればいいのですが、これが何か目的化しているのは、私としてはちょっと違和感がありました。

11 頁の辺りですが、今後の評価のあり方に関して、全国医学部長病院長会議卒後臨床研修調整委員会等と連動して、先ほど齋藤先生もおっしゃいましたが、臨床研修を終わった人たちがいったいどう考えて、それは彼らはいまの時点でもう次のステップに進んでいますから、ある程度振り返って、臨床研修をいま自分がやっていること、またこれからやろうとしていることがかなりはっきりした時点で評価をします。アンケートも、実際には北村先生が委員長の時代からプランを立てていただいておりますので、その辺とのすり合わせをすれば、上半期で答えが出るかどうかはわかりませんが、これに関してはかなり早い機会にデータを収集して、最終的な決定というか、最終答申みたいなものではないにしても、かなり大きなディスカッションというか、データを出して、この研究班のアウトプットにできるのではないかと。

実際問題として医道審に行っていますと、この中にも書いてありますが、病院の指定基準を決めようとか、プログラムを決めようなどというときに、この制度に関しての評価が全然出ていない状況では、ディスカッションになりませんと、グルグル、グルグル回っているので、この研究班で出されるいろいろなプログラムに関してとか、研修病院に関してなどというものの評価の方法であるとか、現時点でのある程度の評価というものは、かなり大きな意味合いを持つと思います。見切り発車的なデータをどんどん出すというのが正しいとは思いませんが、ある程度やれることはどんどん出して、アウトプットを出していくというのが望まれているように思います。以上です。

○桐野班長 私は山下先生から赤の入ったのをあらかじめもらったので、赤の所をちょっと見てみたのですが、いま最初に言われた医道審議会医師分科会の臨床研修部会との関係ですが、形式的にはこの研究は研究であって、医道審議会からの諮問ではないのですね。医道審議会が諮問をしてきたものに対して、我々が「じゃあ、やってあげましょうか」という形でやっているのとちょっと違うので。私はもちろん医道審議会ですら十分参考にしていただければありがたいとは思いますが、この程度にしておくのが適当ではないかなと、その点は思います。もちろん先生がおっしゃるように、もっとこのデータをよく参考にしてもらいたいということを強く言うことも、あり得ないとは思いませんけれども、私はこの程度でいいのではないかなと思いますね。

それから、医学教育関連の組織に連携した解析は当然重要で、お気付きとは思いますが、何度もご意見があったので、今後の調査方法についての留意事項を、11 頁の(2)に一応入れているのです。これでは弱いということであれば、また考えます。これはちょっと考えます。

9 頁に継続を前提としてと書いてあるのですが、ここは継続をするか、しないかの判断をすると

か、そんなことは言っていないので、いずれにせよそれを考える指標を出すということなのです。ですから、あまりにもそのニュアンスが強いというのであれば、修正するのは構わないですが、マッチング制度自体がもともといろいろな複雑な状況の中で作られたものなので、例えば米国のマッチングなどとは随分違ってきます。米国のマッチングというのは、教育する施設の評価はまずあって、その前提で次にどういうマッチングをするかというのが、こういう順番になっているのですね。それが十分準備もできなかったということもあって、我が国のマッチングは、どちらかという研修医をまず評価するという。

つまり、トレーナーの評価ではなくて、トレーニーの評価をするというようになってしまっているのですね。それはやむを得なかった事情もあったとは思いますが、だから、今度はトレーニーだけではなくて、トレーナーの評価も含めていこうという方向なので、これ自体は内容的には中性のものではないかと思えますけれども。

卒前卒後の連携については、先ほどもお話がありましたが、7頁の到達目標の所に、コアカリキュラムなどで書いてあるので、一応こちらでもうちょっと書き替えるとか何かでよろしいかなと思えますけれども、細かいことはまたディスカッションすることにして。では福井先生。

○小川先生 先ほどの医道審議会の参考の意見の取りまとめの中にあるのですが、この間、医道審議会医師分科会の医師臨床研修部会の際に、ちょっと違和感を感じたのは、9頁の黄色いタグの付いている所、「次回の制度見直しに向けた取組みについて」ということです。評価研究については、実は医道審議会の中に評価研究できるような組織はないのですね。ですから、これをもうちょっと医道審議会の中で方向性を示すのかなという気持ちがあったのですが、そのときは発言はしなかったのです。例えば評価研究に関しては、桐野班会議は常にディスカッションの中には出てくるわけですよ。桐野班会議でやっているのだから、そのデータを参照して、調査研究の結果を基に、今後の方向性を決めるという格好にすれば整合性がつくのですが、医道審議会の中に調査研究をする組織がないのです。そういう意味ではここでやっていただいて、これを参照して、医道審議会のほうで方向性を決めるというような物語を作ったほうが、すごくすっきりすると思うのですが、いかがですか。

○田原医師臨床研修推進室長 医道審で評価体制をどうするのかというのは、これから部会長とも相談をして考えていくのですが、大きくは2つあると思うのです。1つはいま小川先生が言われたように、ここでのいろいろなデータ、あるいは我々のほうでもデータをいろいろ出して、臨床研修部会そのものがある程度評価をするという形。もう1つは、これも本質的にはあまり変わらない

のですが、研修部会の下にワーキンググループみたいなものを作って、そこで審議会の委員の先生だけではなくて、ほかの先生方もたくさん入れて、そこで議論をします。そのときに、ここでの研究結果を活かしていくという考え方があって、どちらにするのか、あるいはまた別の方法にするのか、最終的には来年度の頭のほうで決まってくると思いますが、イメージとしては頻度もおそらくかなり開催しないといけないと思いますので、何かワーキンググループみたいなものでやっていったほうがいいのかなどは漠然と思ってはおります。その中で、議論する際に、ここでの研究班のデータは、かなり大きな位置を占めるのではないかと考えております。

○桐野班長 医道審議会が本当にシビアな判断をしなければいけないときに、その根拠となるものは、本来から言えば医道審議会の中にワーキンググループを作って、そこが判定をして。例えばこの作ったデータは使えると、客観性も担保されているし、正確である、使えるという判断をされればお使いになるだろうし、この調査はずさんであると判断されれば、お使いになれないだろうと思うのですね。ですから、本来、筋から言えば、これはそういうデータであって、医道審議会が自ら判断するための情報を是非必要と判断された場合は、やはりワーキンググループをお作りになってやられるのではないかなと私は思います。

○田原医師臨床研修推進室長 直接の調査なども、医道審議会の事務局である我々のほうに求めてくることもあると思いますので、それとこちらの情報、さらにはほかの情報も含めて、議論されることになるのではないかと思います。

○桐野班長 医道審議会が審議会として、このような判断のためにこのような調査が必要であるが、その調査というか、その判断の資料について適切な調査方法を研究せよと言って、指定研究を作るというやり方もあるのでしょうか。

○田原医師臨床研修推進室長 それもあると思います。そこも含めて、どういう体制で評価をしていくのかは考えていきたいと思います。ただ、平成 22 年度の桐野先生のこの研究班はそういう位置づけではなくて、こちらのほうから整理をして、材料を提供するという形になろうかと思います。

○桐野班長 最初に伺ったときに、もうちょっとスピードを上げて調査ができればいいという話だったのですが、やはり使えるデータをという側面、つまり客観性がある、できれば悉皆性があるというデータと、わりにスピードでやるのとは相矛盾するところがあるので。

○田原医師臨床研修推進室長 スピード感は、結果を出すスピード感というよりは、むしろ評価の体制を明らかにするのがスピード感を持ってやらないといけないのかなと思っております。ですから、あり方の部分については、ある程度スピードを持ちつつ、そして実際の調査を行うのは時間をかけて、3年経たないとわからないこともあるでしょうから、そういう全体像が見えるような形であればよろしいのかと思っております。

○桐野班長 福井先生、お願いします。

○福井先生 この報告書については、大きな流れとしては私はあまりここを変えてほしいというところはありませんが、さっと読んで何点か、本当に細かいことから大まかなことまで、気が付いた点だけ申し上げます。2頁の2つ目のパラグラフの3行目「大学附属病院と臨床研修病院の研修医数」、これは割合なのか比率なのか。比率という言葉のほうがいいのではないですかね。それで、この下の「新制度施行後、大学附属病院に在籍する研修医の割合が」という所も、「大学附属病院に在籍する研修医の割合が」は「その比率が」と言い直すことで、簡単に言えるのではないかなと思いました。

先ほどの7頁で、北村先生がコメントされたこととほぼ同じなのですが、卒前教育、国家試験、卒後研修のプログラム、整合性の所では、非常に表面的な整合性というようにならないかなと、これだけだとちょっと心配です。というのは、タキソミーといいますか、それぞれの目標の知識のことを言っているのか、技術のことを言っているのか、態度のことを言っているのかと。同じ病気について、また同じ検査などについても、深さと種類が違いますので、そここのところの整合性を考えないと、例えば同じ糖尿病についても、全然レベルの違うことを言っている可能性がありますので、卒前でやっているからいいとか、国試でクリアしているからいいということには、なかなかならないはずで、是非タキソミーを考えた整合性を考えていただきたいなと、さっと読んだときにそう思いました。

9頁では、これも読んでいて思い出したのですが、いちばん上のパラグラフです。途中から真ん中付近で「しかしながら、臨床研修病院の指定基準において病床規模または年間入院患者数を用いたカットオフ値」という言葉が出てきます。最初のころ、この制度を考えるときには、常に研修医1人当たりのベッドとか、研修医1人当たりの患者数という言葉がずっと出ていたのですが、途中から「研修医1人当たりの」という言葉が全部吹き飛んでしまってここ何年か来ていますので、1人当たりの患者数であり、1人当たりの指導医数であり、1人当たりのベッド数でありと考えたほうがいいのではないかと考えています。そうすると、大学病院なども研修医当たりの患者数とかベッ

ド数というのは、当初かなり厳しかったのです。それを柔軟に対応するという方向には来ましたが、読んでいて思い出したことです。内容的には、目的と今後やられることについては、私はこれで特に問題ないと思いました。

○桐野班長 私は初期臨床制度が出来上がるころにたまたまいまして、制度の形成そのものには関与していないのでよくわからない面もあるのですが、それぞれの医学部がそれぞれの個性を活かしつつ教育をするという側面がありますね。だけど、個性を活かすとは言っても、専門職教育である以上は判で押したような面もあるわけです。たぶん、判で押したような標準的なしっかりした臨床家になるために、どうしてもすべての医師免の取得者がクリアしなければいけないところをきちんと教えるというのが、学部教育と国家試験の目標なのだろうと思うのです。だから、初期臨床研修制度は、基本的診療能力を初期臨床研修が終わったすべての医師がちゃんと身に付けなければいけない。つまり、ミニマムリクワイアメントを定めているわけで、これ以上行っただけいけないなどとは誰も言っていないわけです。いくらでも行っていいわけですから。

そういう意味で、卒業する前と初期臨床の CBT をやる辺りでのいろいろな揃え方は、かなりノウハウがあるのではないかと思うのです。重複があるといっても、重複しなければいけない、北村先生が言われましたが、いろいろなステップを経て同じことを何回か教えなければいけない重要項目もあれば、どこかの段階で1回きちんと経験すればいい項目もあるのです。そういうものもかなりわかっていて、その調整をきちんとやっておきさえすれば、どこの大学でもどういう所でもここはミニマムで、これをやるのは臨床家として当たり前のことだよという線ですから。それを揃えるためには、たぶん教育をする大学側と研修をする研修病院側とがきちんと情報をつき合わせて、あるところで何年かに1回ラウンドテーブルをやればできてしまうのではないかと思うのです。

○福井先生 極論すると、大学ではタキシミーでいうと知識レベルを勉強しているわけで、診療参加型といっても、自分で免許を持って能動的に患者さんに侵襲的なことも含めてやるのがなかなかできませんので、大学卒業時までは知識レベルの教育であって、卒後は技術や態度のトレーニングをしてもらうという意味では、文言上は重複するのは当たり前の話なので、重複を変に取ろうとすると、かえっておかしなことになるのではないかと思います。

○桐野班長 だから、重なっていることが当然だという評価を、きちんとしさえすればいいわけで。

○福井先生 結局タキシミーを書き込まないと、表面だけではわかりにくくなるのではないかと思うのです。せめて知識、技術、態度のどのレベルを言っているのかを書き込まないと、重複して

いるからあまり必要でないということになる可能性はあります。

○西澤先生 全体的にはこれでいいと思います。これから言う何点かも、いままでほかの先生方が指摘したことの繰返しになるかもしれません。8 頁の第三者評価ですが、臨床研修を行う病院の評価、あるいは研修プログラムの評価ということではここに書いてある JCEP 等々ですが、もう 1 つ病院自体の評価ということで日本医療機能評価機構があるので、そのことも書き込んでいただければと思います。評価の仕方はいろいろあり、研修病院の評価もありますが、その大元となる病院自体の組織としての評価も、ある意味で大事なかなと思います。

9 頁で、これも各地域でのいろいろな疾患等々の発生状況のデータをどう取るかですが、いろいろ難しく、ここに書いてあるような GIS 等々を使うのは大賛成です。それ以外に、いますぐ使えるものは何かないかと考えたときに、例えば DPC の導入が一般病床の半分以上、50 万床ぐらいになっているということであれば、急性疾患はそれでデータが取れるのかなと思います。DPC 病院ではきちんとした ICD に準じたコーディングがされていて、かなりしっかりしたデータが取れるので、各地域の DPC 病院でやればかなり出るのではないかなと思います。

北海道で数年前に自治体病院の集約化の検討をしたときに、これは北海道庁で作ったのですが、国民健康保険の患者だけのセレプトを利用して、ある町から見て、その町以外の医療機関にどのぐらいの患者が行っているかというデータを出しました。そこにレセプト病名を付けると、その町のある疾患の動向ということで、町でどれぐらいのパーセントを診ているとか、ほかにどの程度行ったかが出るような仕組みになっていました。いま、レセプトも全部オンライン化とか電子化しているので、これもできるのかなと。そういうことで、少し保険者の協力を得ると良いデータができるのかなと思いました。

10 頁で、これもそうなのですが、いま厚労省で行っているもので、医師は原則登録制になっているはずで、しかも 2 年ごとに三師調査をやっているのですが、調査するのが目的のようで、調査してしまえばもう終わりに思います。調査というのは、それをどのように使うかだと思いますので、中期的にはここでの要望も含めて、調査するからには、こういう目的で使うのだからこういう調査をしてくれと申し上げてもいいのではないかなと思います。

もう 1 つ、これ以外に保険医登録をしていますから、臨床医は当然保険医を登録していないと診療できないわけですので、そのデータで調べられると思います。それを調べることによって、各地域で保険医が何人いるかというデータは出せるので、これもいま国の調査と併せてやることに



よってかなりできると思います。国で医師は登録を義務づけられているはずなので、個人情報の問題はありますが、集めることはいくらでもできると。問題は、それを使うときに個人情報が発生するので、まず必要なものを集めてもらって、使うときに考えれば、かなりの使い方ができると思います。

○桐野班長 最後におっしゃられたことですが、三師調査は一定の法的な根拠があっておやりになっているわけですね。いまは2年に1回になったのですね。

○田原医師臨床研修推進室長 そうです。

○桐野班長 ある時期まで毎年やっていましたね。

○田原医師臨床研修推進室長 すみません。

○桐野班長 あれは昭和27年ぐらいから始まって、実は連綿とデータがあって、たぶん厚生労働省の統計課の倉庫の中に、ものすごくデータが眠っているはずなのです。一応、外科とか昔風の診療科で分かれています。いまのような標榜していいという専門医の分布は、あれには書いていないのです。ですが、そこまでデータがあるのだったら、三師調査のこれまでと今後を連続させるような工夫が絶対あり得ると思うのです。あれは別に個人情報だからけしからんと言う人はいないし、そういうことが可能であれば自然にできてしまう。

保険医の登録などは県が、北海道なら北海道が管理しているわけですね。ですから、そういうものも個人情報として使うかどうかというのは、個人情報として使わないのだけれど、たぶん保護法に引っかかってくるので、それをクリアする方法を考えておかないといけません。

○福井先生 匿名性というか、個人名が出ない数値にしても、それでも引っかかってくるか。

○田原医師臨床研修推進室長 全体的な話ですが、情報の共有は非常に重要だと考えておりました。臨床研修だけでなく、医師不足対策、医師確保対策全般、あるいは医師の需給といったものに、これからしっかりとそういうデータを活用していこうと考えております。それぞれの目的に応じて集めたデータを、ある程度共有して使えるような環境を、いま整えつつあります。以前は集めた目的だけで使わないといけないことになっておりましたが、DPCのデータも、その目的が公的なものであればある程度使えるようになってきておりますので、我々のほうでそういう整理をし

て、こちらで使っていただけるものについては環境を整えた上でお示しできるのではないかと考えております。

○桐野班長 もちろん、いま我々が議論していること自体は医療の中のごく一部ですが、医療の全体のことを考えれば、いろいろ難しいけれど、保険医療に関するデータを厚生労働省が積極的に集めた上で、それをしかるべき形で公開していくことが必要だと思うのです。そうしないと、いつもこういう議論があると、厚生労働省が都合のいいデータだけ集めて何か言っているのではないかと。そうでないことを示すためには、公開しないのです。

○田原医師臨床研修推進室長 そうなる方向になるのではないかと思います。もう1つ、三師調査については、いま東大にいらっしゃる小池創一先生が、三師調査のデータを使って診療科の分布とか条件とか傾向とか、そういうものを調べておられて、それも厚生労働省で出しております。また機会があるときにお示ししたいと思っております。データについても、重複があるものをいろいろと整理をして、クリーニングをした上でデータを使っているので、かなり精度の高い傾向が見て取れるのではないかと思いますので、そういうものもこの研究班と一緒にディスカッションしていただいて、必要な調査あるいは解析をしていただければと思っております。

○桐野班長 三師調査の医師数には、現役をほぼリタイアしつつあるような先生方も含まれているという批判があることはあるのです。あのデータは本来ならば1歳刻みの、現在医師として働いている人の数も、総データが入っているのです。私はそれを毎年ごとに刻んで出して、フニャフニャと動いていくのを動画にしようと思ったのです。やったのですが表に出ているデータは5歳刻みなので、あまり迫力のある動画はできないのです。もし1歳刻みを入れたらすごいですよ。戦後、ちょうど国民皆保険ができたころにもすごいピークがあるのです。そのピークがずっと動いてきて、いま80歳ぐらいで消滅しつつあるのです。このピークが、日本医師会の最盛期を支えたのです。本当にそうですよ。

大体意見をいただいて、根本的に駄目だという話ではなかったように思うので、いまのご意見を加えたものをなるべく早い時期に作って配りますが、またそれに外挿していただいて、最後のものにします。問題は、次年度はいよいよ具体的にこの報告に基づいていくつかの調査をします。特に3つの局面に分けた研修医の到達目標については齋藤班で主におやりになるので、これについて、我々はもちろん希望や意見は言いますが、そちらで実際の調査をおやりになると。齋藤先生、来年もおやりになるのですか。来年は1の件に関しては一緒におやりになることもできるのですね。

○齋藤先生 一緒というか、することは可能だと思います。いまのメンバーが研究協力者になってくれればいけると思います。

○桐野班長 あとのものについては、どういうことをやるかは、ありとあらゆる調査を約6~7カ月でやるのは無理ですから、たぶん数人の先生が2人ずつぐらいで1つの調査項目を担当して、それをアンケート形式でやるか、何か別のデータソースを使ってやるかして、そのデータが十分使えるものであることを検証した上で、データに基づく一定の見解を出した上で報告するということになるのではないかと思います。

具体的にどういうことをやればいいのかとお考えなのか、もう1回だけ回りますので、後ろのほうから言うと、西澤先生が言われたような北海道に着目した調査を、モデル的に、パイロット的にやってみせて、できるではないかということは大変評価されると思うのです。福井先生が言われた卒前と卒後のいろいろな対比も、精密にきちんとやるにはどうすればいいかということも必要だと思うのです。もしそれが十分進んでいないのだったら、それはやらなくては仕方がないので、やらないで重複しているとか、重複していない、大丈夫だと言っても、わからないとしか言いようがないですね。小川先生は先ほど具体的にこういうことをやりたいとおっしゃったので、もう一度伺うことになりませんが、どういう調査に自分としては重点を置いたほうがいいかを、また自分で自らやりたいというのなら是非お願いをするということで。大滝先生からお願いします。1回グルッと回ったら内容的にも出てくるし、いい時間になります。

○大滝先生 私自身は、EPOC についてです。いま EPOC の委員会のメンバーに入っていて、どうやったら EPOC がもっと簡単に入力できて、しかも基本になるデータが取れるかも検討していますので、EPOC に関して何かさせていただきたいと思っています。ただ、EPOC についてはいま普及率が半分程度ですので、いまあるデータでどの程度のことが、上の委員会で参考になるようなものがお出しできるのかは、悉皆的なデータではないことが前提になってしまうと思うのです。いまあるデータでどの程度のことが言えるのか、今後全体に使ってもらうにはどういうところを変えることが望ましいのか、あるいは付け加えることも必要であれば、そういったことも含めて検討するという程度のことであれば、させていただけるかなと思っています。

○桐野班長 EPOC の問題は、EPOC のほかにも一生懸命やっておられる所もないわけではないということと、EPOC のもともとの調査の目標は、個々の研修医の目的評価ツールですから、それを全体に使うときの個人情報が出てくるのかわからないけれど、そういう目的外の使用について

のルールをクリアしないといけないと、その2つが問題ではないかと思うのです。その2つがクリアされて、EPOCの外でやっておられる方もある程度のデータの共有ができて、完全に一緒にする必要はないと思いますが、EPOCともある程度手をつないでいけるかということがクリアされれば、これはすごいと思うのです。福井先生、これについて何かご意見はありますか。

○福井先生 EPOCは、私の所は何しろ入力が大変だという話しかないので。

○桐野班長 それは実際問題なのです。

○福井先生 そこをクリアできれば、あれは素晴らしいデータソースになると思うのです。

○桐野班長 忙しい臨床研修医が何分かかったらいいのかと、ああいうものは次から次に聞かれるといやになってしまうのです。私は、ああいうものは10~15分が限度だと思います。

○福井先生 あと、指導医も座ってEPOCを画面に出すという操作が、なかなかモチベーションがかからないのが大変難しくて。

○桐野班長 医科歯科大学の田中雄二郎先生にも言ったのですが、「EPOCはアイデアとしては素晴らしいけれど、みんなあんなのはやる気しない」と言っていますよと言ったら、「そうなんですよ」と言っていました。

○福井先生 実は、もともとは私がやっている研究班から始まったものなので、責任はあるのですが。

○桐野班長 それはクリティカルなものに、是非ブラッシュアップするご意見を。

○北村先生 いまのEPOCの話なのですが、連日東大で見ていると、この時期、1月の末から2月にかけて、2年間を慌てて入力している状況です。入っているデータは嘘ではないですが、修了のための担保みたいなところがあって、本来個人の評価は形成的な、1カ月終わったら1カ月の評価をしていくようなもので、それにはほとんど使われていないものです。だから、ここは提言する組織ではないかもしれませんが、きちんと形成的評価が検証を通じて行われるような仕掛けを提言されるといいなと思います。