

○桐野班長 電子的に運営していますから、当然入力してしかるべき時期に、電子メールを機械が送るのは簡単ですよ。そういう工夫をすれば、少しはよくなるのではないかと思います。

○齋藤先生 実は規模の大きな病院ほど大変で、研修医 5 人ぐらいの所ですと 1 人の事務方が非常にエキスパートになって、指導医に何時何分に来てくださいと。月に各指導医が 15 分ずつ来て、要するに事務方が口で聞いて返事をしたのも入れて、それでできてしまっている所もあります。素晴らしいのですが、規模が大きくなるに従って大変になっていくというのが本当ではないかと思っています。

○桐野班長 小川先生、よろしいですか。

○小川先生 先ほど申し上げたとおりなのですが、臨床研修病院の指定基準のエビデンスを出すためには、全国にどういう病院があって、それとマッチさせて、臨床研修の基幹病院がどういう病院になっていて、全国の 7,000 いくらかある病院の中でどういう病院が基幹病院になっているの、というデータがないと、どういう病院が基幹病院であるべきかということそのもののエビデンスのディスカッションの基ができないということで、病院の施設調査と厚生労働省の臨床研修担当の部所が持っている臨床研修病院のあれとマッチさせて、データを作りたいと。来年度の、資料 6 にある研究組織の先生方のお名前を、申請書で使わせていただいてよろしいわけですね。

○桐野班長 私は是非そうしてほしいと思いますが、それは困るという先生はいらっしゃいますか。逆に言えば、そのデータを小川先生が中心で解析するにせよ、一応共有しながら。

○小川先生 はい、共有しないと駄目だという。

○桐野班長 だけど、それは電子データになっているものではないでしょう。誰かが入れなければいけないのではないですか。

○小川先生 たぶん、電子データになっていると思うのです。聞いてみないとわからないのですが、概要版は既に出ていますので。

○桐野班長 概要版では駄目でしょう。

○小川先生 概要版では駄目なのです。要するに病院が特定されませんので、例えば村岡さん

が持っている臨床研修病院のデータとリンクできないわけです。

○村岡臨床研修審査専門官 いまはそうです。

○小川先生 いまはそうなので、それをいただいていちいちリンクしていけば、1,000 ぐらいですから大したことはないと思います。基のデータさえいただければ可能であると、そんなに面倒くさくはないのではないかと考えています。

それと、これはすぐというわけではないのですが、いま医道審議会でいろいろ議論されている中で非常に重要なポイント、臨床研修病院群の形成ということが 1 つ挙げられています。この実態調査を来年やるほうがいいのか、まだ時期が早いのか、この辺は問題ですが、そういうことも 1 つアイデアとしてはあるかなと思います。

もう一つ、ついでに申し上げたいのは、先ほど齋藤先生がお話になったことは非常に重要で、総括報告書の 7 頁の(3)の到達目標が 3 つあると。初期臨床研修の到達目標と、卒前のコアカリキュラムの到達目標と、卒後の国家試験の到達目標の 3 つの問題なのですが、ついこの間お話を伺ったのですが、「臨床研修制度のあり方に関する検討会」で方向性が示されて、そのあと文部科学省の中に、臨床研修制度の見直しを踏まえたカリキュラムのあり方検討会ができて、その報告書まではできたのです。これからは中教審で、中教審の中に下部組織として連携調整委員会を作ってやるのだという話までは行っているのですが、全然これが進んでいないと。ここで止まってしまっているものですから。

○桐野班長 その委員会に、誰か入っているのではないですか。

○小川先生 ですが、委員会ができていない。カリキュラム検討会が終わってしまったわけです。誰も委員がいなくなって、そのあとに連絡調整委員会を作って、これから検討を始めますよと言っていたはずなのだけれど、それが立ち上がっていない中で、班会議の問題ではないと思うのですが、これはどうすればいいのでしょうか。

○齋藤先生 私も、先生と同じことをある人と話しました。5 月の報告書では出ているけれど、あれから先動かないね、というところで止まってしまったのです。結局、どこかそういう組織がキックオフしないと回っていかないですね。この 7 頁のこともそうなのですが、「重複」という言葉で書いてあるけれど、重複はしていいので、むしろその深さとか幅とか、そういうものをしっかり目に見え

るようにしていくための方略を考えていかなければいけないと思います。

○桐野班長 初期臨床研修制度の見直し等を踏まえた医学教育の改善というのは、中央教育審議会を待っているとか、そんなことはないのですか。アイドリング状態になっているとか。

○齋藤先生 5月の報告が紙になっただけで、そのまま止まっていると思います。それを待っているのがいいのか、そうではなくて、重複はあってもいいので、深さとか幅とかそういうもののイメージをここで出して、たたき台にして差し上げると。少し荷が重いですが。

○桐野班長 こちらから投げてしまおう。

○齋藤先生 どこかで何かやらないと、転がり出さない。

○桐野班長 そうですね。

○小川先生 ある機会があって、文部科学大臣とお会いする機会があったときに、文部科学省で出したカリキュラム検討委員会のあれを持って行って、「こうなっていますから、大臣としても進めてください」とお願いをしたのです。それを受けて、医学教育課長は「やります」とは言っているのですが、全然進んでいないというのがいまの現状です。私がそれを持っていったのが去年の10月ですから、もう5カ月も経つのですが、何も進んでいない状態だと思います。

○桐野班長 医学教育課長というのは新木さんですか。

○小川先生 そうです。新木さんの所の担当が、樋口さんです。そこの担当の。

○桐野班長 それは進めてもらったほうがいいと思うのですが。

○小川先生 どうやれば進むのか、あるいはこれは班会議だけれど、班会議で齋藤先生がおっしゃったような何かしらのたたき台を作って、ドンと持っていったほうが進むのか、その辺の問題だと思うのです。

○桐野班長 大学側と卒後の最後のすり合わせは、文科省とか厚労省とか言っていると二進も三進もいかないの、何らかの組織を作って。それは何でやればいいのか、私もわからないので

すが。

○小川先生 この前は連絡調整委員会を作って、例えば全国医学部長病院長会議とかマッチング協議会とか、そういう関連の所を合わせて、CBTをやっている所、OSCEをやっている所、大学の教育をやっている所を合わせて調整委員会を作って、始めますよと言ったのはいいのだけれど、その先の委員会すらできていないのです。

○桐野班長 それは委員会組織を何らかの形で作ってしまって、責任者を決めてしまえば動き出すはずなのですが。

○小川先生 どうですか、厚労省で少しプッシュしてくれませんか。

○桐野班長 いまの話は田原さんに言っておいてください。

○北村先生 追加すると、OSCEは大滝先生と私で担当して、CBTは齋藤先生がやられていて。整備以前に、コアカリキュラムの改訂ですが、コアカリキュラムは作って10年経ちますね。現代風にして、またいままでの経験を踏まえて改訂しなければならない。それを先にしたいのですが、それしか動いていない。コアカリキュラムがスタンダードではないですが、そこからの距離感で国家試験も決まるだろうし、卒後教育も決まってくるのだろうと思いますが、もとからして動いていないので、まさに小川先生がおっしゃるように止まっています。

○桐野班長 そういうものは、本当はスタンディングのものがないと駄目ですね。10年に1回の改訂というのは、いかがなものかという言い方はあれですが。

○北村先生 国家試験がいちばんまめに改定しています。国家試験は3年ですよ。

○桐野班長 国家試験のそれに準じて、どう見ても3~5年に1回は改訂していかないと、outdatedで何だか。だけど、それはここで議論することではないですね。

○北村先生 そうですね。

○桐野班長 厚労省にお願いすると。齋藤先生、もういろいろ言われていますが、お願いします。

○齋藤先生 いま申し上げたことで、最初にどういう組織がいいのだろうかと申し上げたのは、実はそのことがバックにあったのです。到達目標の評価をやるということは、それに基づいて到達目標をどう変えていったらいいだろうか、というところまで提言をしなければいけないはずなのですが、とてもそこまでは、相手が大きすぎて動けないでいるのが現状です。少なくとも、今年の調査で病院のサイズ別のいろいろなことがもう少し出てくると、また新しい解析方法が求められるだろうと思っています。いまのところはまだ最終的な結果が出ませんから、申し上げるタネがありません。

○桐野班長 先ほど、EPOC が煩雑であるというご意見が結構あると。ただ、EPOC をお作りになった先生方からすれば、到達目標自体が結構あるので、それをきちんと評価するためにあんならざるを得ないと。逆に言えば、到達目標を精選して、どちらかというと徐々に簡素にしていけることが求められているのですかね。

○齋藤先生 それは大いにあると思います。もう少し病院、あるいは研修機関としてのオートノミーみたいなものを前に出してあげれば、もっとそういう方向で利用者も増えていく。ただ、そのときこわいのは、今回の調査でもそうですが、レポートを出しなさいと言いながら、レポートの書式すら決まっていない病院がたくさんあるのです。

○桐野班長 そこは本当に全然うまく動いていないという感じがしますね。

○齋藤先生 大学病院レベルですと、内科学会の書式とかケースレポートの書式が大体あるのですが、それすらない所がかなりありますから、そういう調査を二次調査でかけていけると思っています。

○北村先生 雑談になりますが、最近偶然に書式が一定化してきているのです。電子カルテが入っていった、富士通バージョンとか、NEC バージョンとか。そのできたものを見ると「お宅の電子カルテは富士通ですね」と。ごく自然に、レポートまでいかないですが、退院サマリーが書けるシステムになってきているのです。ひょんなことから標準化されてきてはいます。

○齋藤先生 あのサマリーで済ませてしまうと。

○北村先生 そうなのです。ディスカッションがないのです。

○桐野班長 山下先生、よろしいですか。

○山下先生 すぐやれることという意味で、いままでの先生方のお話と違うものを言うとしたら、初期臨床研修を終わった人たちがいま 4 年経ちましたから、その人たちにアンケートをしてみたい。それを全国医学部長病院長会議とこの会で連携をしてやってみたいというのがありました。プランはそれだけです。

最終的なアウトプットをどのように設定するか、どういうアンケートがいいかですが、北村先生が作られたものがありますので、それがベースになります。もう 1 つのポイントは、北村先生がこの前おっしゃいましたが、あまりにもアンケートが多すぎるので、みんなうんざりしていると。それをどのようにしてクリアするか、簡潔でスツといくようなもので、1 回目で 100 点は取れないと思います。ある程度の流れがわかればいいかなと。臨床研修の最終的な目的は、良い医者がたくさんできて、いろいろな科にもたくさん行って、私は眼科ですが、眼科の医者でもそこそこ全身管理がわかりますという医者を作りましょうというのがあるわけですから、1 つは彼らがどのようなレベルに到達しているかどうかという評価をしなければいけないのですが、そこまではまだ手が回らないと思うので、まずアンケートをやりたい。これはショートタームでのことです。

さらにそこから進んで、医療制度とか地域による分布とか、先ほどの三師調査もそういったトレスがその基礎、淵底になって、今回だけではなくて今後何年かやっていくと、例えば 3 年経ち、5 年経ったときに、いまの制度をもう 1 回見直してみようというときの布石になるような提言はできるのではないかと。これは教育ですから、5 年、10 年のタームでゆっくり変わっていくわけで、それをどう評価するか。

要するに、最終的なアウトプットは良い医者がたくさんいるという極めて漠然としたエンドポイントしかあり得ないので、評価は難しいですが、先ほどからのご議論の三師調査を用いた日本の医療の状況で、必要な医者が必要な所にきちんと分布していることを検証するシステムというか、その候補をこの研究班で提言できて、1 年間である程度方向性まで示されれば、将来に向かっては非常に良いのかなと。

というのは、医道審でそういう議論が生まれて、結局そういうデータなしには検証のしようがないから、議論がグルグル回ると。だから、それを検証というか、データがほしいと。いま、日本の医療はこういう制度を入れたことによって良くなっているのか悪くなっているのかという議論が、見方によってだいぶ違う。すごく良くなっているとはみんな思わないかもしれないけれど、何かを入れ

たことによって、この部分は良くなって、この部分は悪くなっているということがどこかで言えないと、最終的にこの制度をどのように進化させていっていいかは、5年先、10年先に評価ができない。

ショートタームでの評価とロングタームでの評価の後ろのほうに関することは、先ほどからの三師調査に基づくいろいろな動向とか、医療全体の状態の把握ができれば、提言していただければと思います。少なくとも、後ろのほうはそうですが、前のほうのやりたいこと、この1年間でやれることは、いま専門医研修をやっている先生方に、悉皆性が担保できるかどうかわかりませんが、なるべくたくさんの人に応募して答えていただけるような調査をしてみたいと思っております。

○桐野班長 結局、教育の効果は長期追跡をしない限りわからないわけです。前、大学にいたときに、医学教育とは関係ないですが、教養教育の問題がかなり議論になって、いまは少し様相が違いますが、4年制で卒業する人たちは最後の1年間は就職活動などいろいろあって、ほとんど上の空で専門教育をする時間がない。2年間ぱっちり教養教育をすると東京大学は決めているのです。そうすると、専門教育の期間は1年しかないということになって、工学部などは危機感があるわけです。教養教育をいい加減にして前倒しさせてくれという意見もあり、一方で多少なりとも東大の良さがあるとすれば、頑として教養教育だという主張もあって、それはどうやってわかるのかという議論があったのです。結論は、いろいろな人がいろいろなことを言ったのですが、印象として教育学部の先生、工学部の先生、法学部の先生、いろいろな先生の話聞いて思ったことは、結局わからないというのが結論です。しかも、20年かかると言うのです。

したがって、こういうやり方、つまりリベラルアーツというか、教養的な教育をきちんと高等教育などに含めていくのは、少なくともヨーロッパの大学教育の伝統であって、これをよしとする確信でもって進んでいく以外ないということなのです。だから、初期臨床研修制度はそこまで極端でないにせよ、医師となるためのリベラルアーツみたいなもので、どうしても持っていないと将来身に付けることができないような、例えば脳外科医になってしまったらもう経験できないようなものを、1年か2年かけて、しかも学生のときにはできなかった経験をするということで、それをどう評価するかはなかなか難しい。

先生がおっしゃった追跡を一定の方式で時間をかけてやって、何年か経ったところでこのデータが生きてくるというようなものだと思うのです。いまこの時点でパット切って、初期臨床研修制度はあまり役に立っていないとか、立っているとかいう結論は、いずれを取るにしてもデビエートした結論になってしまいます。先生がこういう方法でいけば、しかも割に簡素で長期間見ていけばかな

り言えるということであれば、それはものすごく良いと思います。

○山下先生 外れるかもしれないのですが、何かやっておかないと当たりも外れもないので、まず始めないといけないと思います。

○桐野班長 それは言えます。福井先生、お願いします。

○福井先生 難しいのですが、いま思いつくことは、ここにも引用していただいています。平成17年度から平成19年度の厚生労働科研でやった調査を、同じフォーマットを用いてやるかどうかだと思います。そうすれば、研修が始まる前のデータと、始まってから1期生が2年終わるところ、2期生が2年終わるところ、3期生が2年終わるところを取っていますので、もし来年の2月、3月にやらせていただければ、その後3年経ったところのデータが見られることは見られます。非常に一面的だという話もありますが。

○桐野班長 時間的に移り変わっていくものを調査するためには、同じ項目を調査しないとわからないわけです。しかし、同じ項目と言っても、その項目自体が陳腐化している可能性もある。それは難しく、私もわからないのですが、その辺を勘案して、あまり大幅に変えないまでも、それなりに工夫をして調べるということだろうと思うのです。これは齋藤先生がおやりになっている研究と近いので、たぶん協力してやっていただくことになるのかなと思います。

○福井先生 ただ、今回のは到達目標の項目にはなっていないのです。私たちは20年前から項目をだいたい考えてきてやっているものですから、作り方が違います。

○桐野班長 できれば、それをこうすれば、例えば毎年やっていって、10年経ったときにそれなりの、要するにトレンドがわかればいいわけですから、それですべてのことはわからないと思います。それと、もし山下先生の長期的な変化が、終わったあとの変化がわかれば、ある程度のことと言えらと思います。西澤先生、よろしいでしょうか。

○西澤先生 いくつかやりたいことがあるのですが、いちばんやりたいのは、9頁にある地域医療計画との絡みです。臨床研修制度では、臨床研修病院はどういう病院にするかということで病院自体を考えていますが、地域というキーワードで考えなければならぬと思います。いま、基幹型はある程度の規模になっていますが、都道府県単位だといいいのですが、これを医療圏に落とした途端に、また違う考えが出てくると。特に北海道などを見ると、21医療圏があつて、医療圏の中に



は基幹型の基準に合う病院がない医療圏があるわけです。だとしたら、地域で医師を育てるといったときに、その医療圏はどうしたらいいのかということも考えなければならない。そういう地域は、この基準を満たさなくても認める、あるいは認めないけれど、ほかの医療圏とこういう協力してやったらいいとか、そういうものが出せるような調査というか、そういうものが何かないのかなと思っています。

○桐野班長 医療圏についてはいろいろな意見があって、だいぶ時間も経っているし、二次医療圏については改定したほうがいいという意見もあるのです。私は全然知らないのですが、どうなっているのですか。

○村岡臨床研修審査専門官 そういう話もあるのですが、私も詳しくは存じ上げません。

○桐野班長 変えるとなると、それはなかなか難しいでしょうね。

○西澤先生 変えなければならないという議論は起きているのですが、議論する根拠となるデータが、いま日本には何もないと思います。ですから、データ取りから始めなければならないと。そうすれば、私はいま臨床研修制度と言ったけれど、これは実はいま医療法等々でできている地域医療計画とこれと絡ませて、両方の制度をどうするかという話にいくのだろうという気がしています。

○桐野班長 先生としては、地域を加味した医療圏、あるいは県単位の研修プログラム、研修病院の問題は、やるとすれば、まず北海道でおやりになりますか。

○西澤先生 先ほどから発言に困っていたのですが、言ったら私がやることになるのかなと、若干躊躇していました。

○桐野班長 先生が言い出したら全部やらなければいけないと、それはいいですよ。ただ、まずアイデアを出していただくところまではお願いしたいと思うのです。

○西澤先生 やるとしたら、北海道であれば1つの道という県単位で見た考えと、それを医療圏毎の考え方と両方出して、それをどうすり合わせをしていくかという順番かなと。

○桐野班長 調査である以上は、調査の目的があって、先生の場合は都道府県単位でやったほ

うがいいのか、医療圏単位でやったほうがいいのかなという仮説で。結論として、間の仮説が結論になるのかもしれないけれど、この県については医療圏でいいと、この県については医療圏では難しく、県単位でやったほうがいいという結論になるのではないかと思います。

○西澤先生 おっしゃるとおりだと思います。

○桐野班長 そういう仮説で調査をすればどうなるかという計画ではないかと、私は思ったのですが。

○齋藤先生 参考までに、私も地方の臨床研修指導医をやっていますので、山梨県は1つの県単位でOKなのです。ピカピカ救急車で運べば1時間なんぼでみんな着いてしまいますから良いのです。今年1月に青森に行きました。陸奥小川原・八戸側と弘前側は、一緒には絶対ならない。

○桐野班長 地理的バリアですか。山か何か。

○齋藤先生 山もあるし雪も降りますし、人の動きですね、患者の。患者がどちらへ行くだろうかと。あそこの場合、南部藩と津軽藩というのはあるかもしれませんが。それは別としても、例えばいま西澤先生がおっしゃったように、研修病院に基幹病院もこちらに置く、こちら側にも2つぐらい置くと、そういう考え方をしていかなければならないだろうと思うのです。その調査はどのようにしたらいいのか、非常に難しいと思います。

○桐野班長 割に医療圏がすっきりいって、そこにしっかりした基幹病院があって、連携がしっかりしている地域もあるのではないかと思います。岩手県はどうですか。

○小川先生 岩手県は全県で大体まとまっているから問題ないです。ただ、いま先生がおっしゃったように、東北地方であれば、いちばんかわいそうなのは青森県です。なぜかわいそうかというと、旧南部藩と旧津軽藩があって、青森市は江戸時代は寒魚村だったのです。青函連絡船ができたおかげであそこは町になっただけで。いま医療圏が3つに分かれているわけです。大学のあつる所は津軽地方だし、医師会が中心になつてやつている所は青森市だし、東側の南部藩はどこを見ているかというつ、盛岡を見ているわけです。

○桐野班長 八戸はどうですか。

○小川先生 八戸はもともと八戸南部ですから、南部八戸です。ですから、県そのものが全然連携が取れていない。行政と医師会と大学が連携が取れていない。そういう中でやっていますから、先生がおっしゃっているように、臨床研修の制度そのものも津軽と青森市の地域と南部の地域とでは全然温度差があって、連携が取れないと。ですから、廃藩置県をしたときに、東北は長州にバサッとやられてしまったのです。

○桐野班長 どうもありがとうございました。まだ 10 分ありますが、おっしゃっていただけることは大体すべて出たと思うので、研究の報告書案自体は今日取りまとめをして、ご意見を取り入れた上で書き直しお送りしますので、見てください。

次年度は、もし自分でこういうことを積極的にやりたいとおっしゃる方には、当然必要な費用が発生するでしょう。それは足りるかどうかわかりませんが、必要な分をおっしゃっていただいて、使いにくいのではないかと思いますので、それは上手に使っていただいて。

○小川先生 たぶん、データ解析の女の子を雇って。

○桐野班長 データの入力の補助をする謝金みたいなものは使えますか。

○村岡臨床研修審査専門官 おそらく大丈夫だと思います。

○小川先生 それは使えると思います。

○桐野班長 ではそういうことで、できましたら次年度に第 1 回をどこかでやりますね、日程調整をしますが。そのときにこういうことをやったほうが良いというアイデアを A41 枚ぐらいで、もちろんお忙しいでしょうから口頭でもいいのですが、書いていただいて。全部やるのは無理なので、例えば厚労省が主にやるつもりになっていることもあるかもしれませんが。それについては、こういうことをやったらどうかというアイデアを出すだけでも随分違うだろうと思うのです。

ということで、次年度はどんどん調査をして、夏休み明けぐらいにその調査結果が途中でいいからある程度集まってきたら、それを調査した方を中心にもし医道審議会ですし言ってくれと言われたら言っていただいて、使っていただくということでどうでしょうか。役に立つデータになれば大変結構だと思いますので。少し時間は早いですが、早く始めたので。事務局から何かあります

か。

○村岡臨床研修審査専門官 いまお配りしたこの資料なのですが、田原のほうから説明申し上げたことで、三師調査のデータを用いて書かれた論文です。もともとの研究の名前が「医師のキャリアパスを踏まえた地域偏在等の動態分析および医師需給の適正化に関する研究」。

○桐野班長 これは先ほど東大でやったと言われていた研究ですね。

○村岡臨床研修審査専門官 そうです。小池先生が今村教授の指導の下にやった研究です。

○桐野班長 これは参考資料としてお読みいただければということですね。

○村岡臨床研修審査専門官 そうです。田原室長からの提供です。

○桐野班長 それでは、次年度に入ったら別途日程調整をしますので、遠くからおいでいただいて申し訳ないと思うのですが、是非よろしく願います。どうもありがとうございました。

2010.03.10 Version

平成21年度厚生労働科学研究費補助金  
行政政策研究分野 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

総括報告書(案)

主任研究者 桐野高明

平成22年3月

## 1. はじめに

新医師臨床研修制度は、「努力義務」に過ぎなかった旧医師臨床研修制度における諸問題を解決すべく、高齢化社会に伴う医療ニーズの変化を背景として、基本的な診療能力を幅広く修得することを目的に、第150回国会参議院国民福祉委員会附帯決議(1)を受け、平成12年に医師法等の一部改正し、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(以下「臨床研修省令」)を定めて(2),(3),(4)、平成16年から導入された(5)。

新制度では、全国の臨床研修プログラムの情報公開がさらに進み、医学部卒業生が、研修施設を選択する際の自由度がさらに高まった。多くの研修医が出身大学以外の研修病院で研修を行うようになり、大学附属病院と臨床研修病院の研修医数割合が、旧制度で7:3であったのが、新制度施行後、大学附属病院に在籍する研修医の割合が5:5(平成21年度は46.8:53.2)を下回る状態が続いている(6)。

研修医の減少は大学病院の医師労働力減少に直結し、残された若手医師は過重労働を余儀なくされた。スタッフ確保が困難となった大学は関連病院から中堅医師を引き上げた。これによって地域の病院の空洞化が進行したことより、新医師臨床研修制度は医師の地域偏在や地域医療崩壊など、医療における諸問題の顕在化を促進したとも言われている。

新制度導入に伴う研修医に対する指導医の負担増加とほぼ時期を同じくして、医療費等を含む社会保障費の削減政策を背景に、法人化された国立大学大学病院にも経営指標達成に向けた努力が求められたことなどから、他にも多くの複合的要因が重なり、大学、特に地方大学の附属病院を取り巻く医療環境はますます厳しさを増し、大学で働く若手医師の労働環境が悪化した。

このような背景のもと、厚生労働省医師分科会医師臨床研修部会では、平成18年12月から1年間にわたるヒアリングと討議に基づいて平成19年12月に取りまとめた報告書(7)の中で、臨床研修の質の改善を重視しつつも、地域医療や医師偏在への影響等、新研修制度の「副作用」についても言及しており、この内容に基づき平成20年3月、臨床研修省令の改正が行われた(8)。

次いで平成20年に入り、救急患者のたらい回しや、小児科・産科医の不足問題がマスコミで地域医療崩壊の象徴として取りあげられたことも契機となり、舛添厚生労働大臣は平成20

年6月18日に「安心と希望の医療確保ビジョン」(9)を取りまとめた。その中の「1. 医療従事者の数と役割」において、臨床研修制度の見直しについて言及した。

上記ビジョンの具体化に関する検討会を経て、平成20年9月、厚生労働省・文部科学省合同の「臨床研修制度のあり方等に関する検討会」が立ち上がった。この検討会は計6回の会合を開き、有識者8名からのヒアリングを行い、平成21年2月18日に「臨床研修制度等に関する意見のとりまとめ」と題する報告書を公表した(10)。この報告書の内容に沿った形で、臨床研修制度見直しに基づく厚生労働省令の改正案が作成され、パブリックコメント募集を経た後、平成21年5月11日に省令施行通知を改正、平成22年4月開始の臨床研修に適用される運びとなった(11)。

文部科学省でも、卒後臨床研修制度見直しの動きを受けて、医師の卒前医学教育、卒後臨床研修、いわゆる後期研修(専門研修)、大学院教育、生涯教育を担う大学が、これらを一貫して見直し改善を図っていくため、「医学教育カリキュラム検討会」を立ち上げ、平成21年2月から4月にかけて計7回の会合を行い、その結果を平成21年5月1日に「医師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」と題する報告書に取りまとめた(12)。

以上のように、新医師臨床研修制度が開始されて以来、医療をめぐる世論や医療を取り巻く環境の変化に影響され、制度は数回にわたり部分的な手直しを受けてきた。しかしながら、本制度によって、①臨床研修の基本理念に提示しているような医師人材を養成できているのか否か、②医療の現状や将来の医療や医学教育のあるべき姿に即した医師人材の養成を行っているか否かについて、データの蓄積はいまだ十分とは言えない。したがって、制度を系統的に評価・検証するための客観的なデータを蓄積し、その改善に結びつけることが重要である。(13),(14),(15)

以上より、医師臨床研修制度が担うべき将来の良質な医療を支える医師人材育成の原点に立ち戻り、現行制度を客観的に評価するためのあり方について考察したうえで、持続的改善を目的とした評価のための指標と評価のための方法論を確立することが喫緊の課題となっている。

## 2. 目的

本研究班は、医師臨床研修制度の基本理念および厚生労働省や文部科学省における医師臨床研修に関する報告書等の内容を踏まえた上で、法で定める卒後2年間の医師臨床研修制度について、省令で定められた5年毎の見直し(16)や年度毎の検証を行うための基礎資料、

すなわち医道審議会医師分科会医師臨床研修部会等で、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し、評価を含む制度のあり方について提言を行うことを目的とする。したがって、制度に対する価値判断を行う事は本研究班の直接的な役割ではない。

#### 研究班の構成

##### ○主任研究者

桐野高明 国立国際医療センター総長

##### ○分担研究者

大滝純司 東京医科大学総合診療部教授

小川 彰 岩手医科大学学長

北村 聖 東京大学医学教育国際協力研究センター教授

斎藤宣彦 日本歯科大学附属病院内科客員教授、前医学教育学会会長

西澤寛俊 特別医療法人恵和会西岡病院理事長

福井次矢 聖路加国際病院院長

山下英俊 山形大学医学部附属病院院長

### 3. 方法

平成21年9月より平成22年3月に班会議を5回開催し、参考人からの情報提供を交えつつ、本研究の内容について討議を行い、制度評価の方向性を確認すると同時に、試行的な調査等を行った。

#### 第1回班会議(平成21年9月14日):

- ・医師臨床研修制度の現状と本研究班の目的確認(田原克志室長)
- ・研究班のあり方についてのブレインストーミング

#### 第2回班会議(平成21年11月4日)

- ・平成21年度研修医マッチングの結果(田原克志医師臨床研修室長)
- ・研修病院・研修プログラムの評価(医師臨床研修評価機構:岩崎榮専務理事)
- ・大学病院からみた医師臨床研修制度の要改善点(小川・山下分担研究者)

#### 第3回班会議(平成21年12月17日)

- ・オンライン臨床研修評価システム(EPOC)を含む臨床研修の評価について  
(東京医科歯科大学臨床教育研修センター長田中雄二郎教授)
- ・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」アンケート調査素案



(主任研究者:前日本医学教育学会会長、日本歯科大学内科齋藤宣彦教授)

第4回班会議(平成22年2月15日)

- ・「医師の初期臨床研修到達目標達成度評価に関する研究」アンケート調査中間報告
- ・医師臨床研修制度の評価改善等に関連した情報収集・連絡網について
- ・報告書取りまとめ骨子についての討議

第5回班会議(平成22年3月12日:予定)

- ・「医師の初期臨床研修到達目標達成度評価に関する研究」アンケート調査最終報告
- ・報告書取りまとめ(案)についての討議

評価のあり方を検討するにあたって、最初に以下の方針について確認しコンセンサスを得た。

#### 1) 現行医師臨床研修制度の基本理念に基づく検討:

現行医師臨床研修制度の基本理念、すなわち「臨床研修は、医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない。」は、しかるべき手続きを踏んで慎重な議論を尽くした上で定められた制度の根幹をなす部分であり、これに対する評価を行うことは本研究班のスコープ外であると考えられる。したがって、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する。「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の評価を可能にする方法についての検討を行う。

#### 2) 評価の対象について:

評価のあり方について検討を行うに際の「評価」については、対象を便宜上以下の3領域に分けて行い、取りまとめ役は以下の通りである。

- |                           |           |
|---------------------------|-----------|
| (1) 研修医の到達目標達成度評価:        | 齋藤宣彦分担研究者 |
| (2) 研修プログラム(研修病院)の評価:     | 北村 聖分担研究者 |
| (3) 制度それ自体の評価(制度が及ぼす影響等): | 桐野高明主任研究者 |

なお、上記の(1)については、当研究班の齋藤宣彦分担研究者が主任研究者を務める、「医師の初期臨床研修到達目標達成度評価に関する研究」(厚生労働科学研究費補助金

健康安全確保総合研究分野 地域医療基盤開発推進研究)が研究の詳細について担当することとした。

### 3) 評価のあり方に関する基本的な原則:

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、評価のあり方を検討するに当たっては以下のような条件に留意すべきである。

- (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) 既存データおよび研究成果の活用に留意すること
- (6) 諸外国との比較も想定し、評価指標や手法の国際標準やデータ互換を考慮すること

また、特別の配慮を要することとして、「プライマリ・ケア」という言葉の持つ意味の多様性が挙げられる。「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(平成12年11月)、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。議論を行う際には、あらかじめ語義の解釈について関係者の中で確認しておくことが必要である。

以上の原則に基づいて、評価のあり方についての班会議における討議内容、および参考人として情報提供をして頂いた有識者の方々との意見交換を通じて、評価のあり方に関して以下の結果(選択肢)および提言内容を得た。

## 4. 結果

### 1) 研修医の到達目標達成度評価

#### (1) 研修到達目標の達成度の評価方法の実態把握:

現制度の「基本理念」と「臨床研修の到達目標」に沿って2年間の研修成果が適正に評価された上で修了認定が行われているか否かについて、臨床研修を行う全ての基幹型病院1059カ所のプログラム責任者を対象とした「臨床研修目標到達度評価アン

ケート」(17)を実施し、現状の把握を行う。この結果より、現在、全国の臨床研修を行っている病院における研修医評価の方法ならびに修了認定プロセスの実態が明らかになり、研修医の到達目標の達成度評価の方法、およびそれに基づく2年間の修了認定のための評価方法(総括的評価)について、改善のための示唆が得られ、一定のモデル的基準を示すことも可能となる。

(2) 研修医の基本的診療能力(知識、技術、態度)に関する自己評価:

「新医師臨床研修制度の評価に関する調査研究」(平成17～19年度厚生労働科学研究費補助金)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。

(3) 「臨床研修の到達目標」の設定に関する調査:

臨床研修制度の「基本理念」のもと、制度導入後の医療の変化や研修の実態に応じて、「臨床研修の到達目標」の設定が妥当なものであるか否か、定期的な検証を行うべきである。新医師臨床研修制度導入から今までの実績に基づいて、現場からの声に耳を傾けつつ、卒前教育—卒後初期研修—卒後後期研修(専門医研修)—生涯教育を一連の流れの中で、初期臨床研修の到達目標の設定が行われているかについて調査を行うべきである。例えば、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、自分の経験した初期臨床研修の内容や到達目標の妥当性等についての調査を行い、制度を評価するための基礎資料とすることや、卒前臨床実習と卒後初期臨床研修の円滑な接続について、卒前のコアカリキュラムの到達目標と、卒後臨床研修の到達目標との間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か否か、検討を行うべきである。この際、共用試験(CBT, OSCE)や国家試験の到達目標設定や評価のあり方についても配慮することが必要である。例えば、経験した症例・手技等について、医師のキャリアを通して記録が保存され、研修の結果が統合的に評価できる方法について調査および検討を行うべきである。

(4) オンライン臨床研修評価システム(EPOC)の活用(18):

EPOCを活用することによって、研修医や研修プログラムについての全国規模での客観データ収集が可能であるが(理論上、悉皆性の担保が可能)、平成20年度における普及率は全研修医の約60%(約5000人)にとどまる。入力操作が煩雑であるとの評

価もあり、普及率が伸び悩んでいたが、年々インターフェースの改良が進み、使い勝手が良くなってきた。今後、「臨床研修の到達目標」の見直しによって項目数が整理され、一方でEPOCの持続的改良が行われれば、普及率が飛躍的に向上する可能性を秘めている。EPOC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し、EPOCと質的評価手法(ポートフォリオやサンプリング等)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。また、EPOC等、全国すべての臨床研修を行う病院が使用する研修目標到達度評価ツールの普及を前提に、現行の「臨床研修の到達目標」の見直しと同時に制度評価のための客観的データの収集を可能とするシステムを構築する事など、到達目標設定と評価システムとをあらかじめ機能的に一体化した制度設計も考えられる。

## 2) 研修プログラム(研修病院)の評価

### (1) 臨床研修を行う病院(研修プログラム)の認証制度と第三者評価:

現在、基幹型臨床研修病院指定のための外形基準は定められているものの、臨床研修の質の保証を目的として、外形基準、プロセス評価、アウトカム評価とを組み合わせた包括的プログラム評価に基づく、臨床研修を行う全病院を対象とした認証制度は存在していない。一方、第三者評価機構である卒後臨床研修評価機構(JCEP)は、on-site visit(訪問調査)を含む包括的評価を基本とした臨床研修病院の認定を行っているが、管理型の全病院数1,059(平成22年3月現在)に対して、平成17年開始以来現在まで、76病院の認定を行ったに過ぎない(19)。また、JCEPは手挙げ方式で評価受審の病院を募っているため、申請病院は臨床研修について比較的意識の高い病院であるという偏りが生じている。以上の現状を踏まえた上で、まず、臨床研修を行う病院(プログラム)の最低限の質担保のために、認証制度の導入が必要か否か、必要であるとすればどのようなステップを踏んで導入すべきか、について検討を加える必要がある。現実的な選択肢として、現在JCEPが行っている臨床研修病院の評価システムをプロトタイプとして、将来、複数の第三者評価機構のあることを前提にして、全ての臨床研修を行う病院が、一定期間内に受審できるような評価内容や評価体制の具体的な検討が必要である。例えばJCEPの訪問調査を行うサーベイヤーは平成22年3月現在で284名が登録されており、JCEPの現体制で年間約200件の訪問調査が可能とのことであるが、基幹型全病院(1059病院)の訪問調査を行うためには、再評価(評価点数に応じて、2年、4年、6年間隔)の頻度を含めてどのくらいの期間が必要なのか、サーベイヤーの数はどの程度が必要なのか、いくつかの仮定を設けてシミュレーションを行う事が必要である。