

平成29年度第5回医道審議会医師分科会医師臨床研修部会

日時 平成30年3月7日(水)

15:00～

場所 厚生労働省省議室9階

○星臨床研修指導官 定刻になりましたので、ただいまから医道審議会医師分科会医師臨床研修部会を開催いたします。本日は先生方には御多忙のところ御出席を賜り、誠にありがとうございます。

委員の欠席等についてですが、本日、御欠席の方はございません。羽鳥委員からは、所用により若干遅れて御出席との連絡を頂いております。また本日は、議題2「医師臨床研修部会報告書(案)について」に関し、医師臨床研修制度の新たな到達目標・評価の在り方に関するワーキンググループの座長の福井先生に参考人として御出席いただいております。また、文部科学省医学教育課からは眞鍋企画官にオブザーバーとしてお越しいただいております。

以降の議事運営につきましては、部会長にお願いいたします。また、撮影はここまでとさせていただきます。桐野先生、よろしくお願いいたします。

○桐野部会長 それではまず、資料の確認をお願いします。

○星臨床研修指導官 お手元の資料を御覧ください。上から議事次第、座席表、資料 1-1 として「平成 31 年度都道府県別募集定員の上限について」、資料 1-2 として「研修医の募集定員・受入実績等の推移」、資料 1-3 として「都道府県別募集定員上限(試算方法)」、資料 1-4 として「平成 31 年度研修 都道府県別募集定員の上限(案)」、資料 2-1 として「医師臨床研修部会報告書(案)」、資料 2-2 として「臨床研修制度に関する経緯」、参考資料 1 として本部会の委員名簿、参考資料 2-1 として「臨床研修到達目標と医学教育モデル・コア・カリキュラムの関係について」、参考資料 2-2 として「臨床研修の到達目標」、参考資料 2-3 として「医学教育モデル・コア・カリキュラム」、参考資料 3-1 として、平成 19 年の医師臨床研修部会の報告書、参考資料 3-2 として「臨床研修制度等に関する意見のとりまとめ」、参考資料 3-3 として、平成 25 年の医師臨床研修部会の報告書、その下に参考資料 4 となっております。また、このほか、机上配布資料といたしまして、資料 2-1 の見え消しのものが置かれております。不足する資料がございましたら、事務局にお申し付けください。それでは部会長、引き続きお願いいたします。

○桐野部会長 それでは議事に入らせていただきます。本日の議題は、議事次第で書いてございますように、1. 平成 31 年度都道府県別募集定員上限について、2. 医師臨床研修部会報告書(案)についてです。まずは議題 1、平成 31 年度都道府県別募集定員上限について、説明を頂いた後で御意見をお伺いしたいと思います。事務局より説明をお願いいたします。

○星臨床研修指導官 それでは御説明いたします。資料 1-1、「平成 31 年度都道府県別募集定員の上限について」です。1 番の所ですが、平成 31 年度の日本全体の募集定員上限の設定ですが、全体の募集定員につきましては、平成 27 年度に研修希望者の 1.2 倍とした後、段階的に縮小して、平成 32 年度に約 1.1 倍にすることとしております。これまで、平成 29 年度は 1.16 倍、平成 30 年度は 1.14 倍と下げてきて、平成 32 年度に 1.1 倍を目指すということになっておりまして、平成 31 年度はその間の、全体の募集定員が研修希望者の 1.12 倍となるように設定するというところで考えております。また、平成 31 年度の研修希望者の

推計と全体の募集定員の上限は、従前の取扱いのとおり試算すると、別紙、資料 1-2 のとおりとなっております。

資料 1-2 を御覧ください。上から 3 番目の系列です。このオレンジ色の所が研修希望者の数で、こちらを前年度の実績等を基に推計いたしますと、平成 31 年度研修に参加する研修希望者が 1 万 458 人、これの 1.12 倍で、募集定員は 1 万 1,713 人ということになります。そして、その前年度に募集定員の上限を配りきれなかった分を加算して、平成 31 年度の研修の募集定員の上限は 1 万 2,228 人と設定するというようになります。

続いて、資料 1-1 の 2. に戻ります。平成 31 年度の都道府県別募集定員上限の設定です。資料 1-3 を御覧ください。都道府県別の募集定員の上限の計算方法は、全国の研修医の総数を人口か医学部の入学定員の割合で按分して、その多いほうの割合で更に研修医の総数を按分したものに、地理的条件等の加算を加えたものを都道府県別の基礎数とし、それに募集定員上限とその基礎数の差を前年度の採用実績で按分したものを都道府県の調整枠として加えたもの、その基礎数と調整枠を加えたものが都道府県別の募集定員の上限となるという計算を、これまでしております。具体的に計算すると、資料 1-4 のとおりとなっております。細かいデータを出させていただきますとこのとおりになり、平成 31 年度の都道府県の上限の合計は 1 万 2,228 人となるように計算されていて、平成 30 年度の上限との差は、469 人増えるというものとなっております。

資料 1-1 にお戻りいただいて、3. の御報告です。医学部の新設に伴って、先ほど都道府県別の定員の計算の中で医学部の定員も使うということをお説明しておりますが、医学部の定員の中で新設の医学部については、6 年間にわたって定員を漸増させていくと計算すると、これまでの部会で御議論いただいております、それを踏まえて今回も計算しています。以上です。御意見を頂ければと思います。

○桐野部会長 今、御説明がありました平成 31 年度都道府県別募集定員上限について御質問や御意見がございましたら、お願いいたします。

○中島委員 この数は国家試験の合格者数とは関係なく決めているのですよね、卒業生で決めている。

○星臨床研修指導官 マッチングに参加される方と防衛医大と自治医大の方を加えた数になっております。

○中島委員 マッチングに参加する人は国家試験を通過している人でしょうか。通っていないでもいいのか。

○櫻本医師臨床研修専門官 補足をさせていただきます。先生がおっしゃっていただいていることは、国家試験の合格率、合格者数を加味したもので、計算をしているかどうかというような御趣旨かと思いますが、ちょうど我々が今この数字を出させていただいているとおり、この時点では、例えば今年の合格率はまだ分かっていない状態ですので、推計に基づいてやらせていただいております。昨年、1.14 倍という数字で計算させていただいた際には、まだ平成 29 年度の合格率が出ていない状態でしたので、その時点での推計に基づ

いてやらせていただいて 1.14 倍という数字でした。ただ、現実的には国家試験の合格率が出た後の実数がこちらの黄色と紫の所の実数となりまして、結果的に 1.103 倍というような形になったという経緯です。

○中島委員 ありがとうございます。

○桐野部会長 この算定方式は前から同じようにずっとやっているものですが、いろいろなテクニックがあって簡単ではないのです。その式さえ飲み込めば後は機械的に決まるようになってはいるのですけれども。何か御質問があればお願いいたします。

○河野委員 国家試験の関係で結果的に 1.103 倍になったということなのですが。そうすると実質的には、その前の 1.17、1.16 から急に 1.103 倍になったわけですが、現実、何か、1.103 倍になることよっての問題点といいますか、何か起こったということはないですか。

○桐野部会長 いかがでしょうか。

○星臨床研修指導官 現実的な問題といいますと、懸念されているものはアンマッチ率の増加ということかと思えます。昨年、一昨年と比べて、今年のマッチングのアンマッチ率は多少上がっております。が、それがこのことと直接の因果関係があるかどうかはまだ分からないというところです。

○河野委員 実際、アンマッチ率が以前より上がったということでしょうか。

○星臨床研修指導官 そうですね、多少は上がって、5%台だったものが 7.2%になっております。

○河野委員 大体それが、今後、1.1 倍に持っていくことが 1 つのシミュレーションみたいになっていることにもなると思うのですが、余り現場での混乱はなかったということでしょうか。

○星臨床研修指導官 現場での混乱があったようには聞いていないのですが、その数字だけを見ると、アンマッチ率が 1%ちょっと上がったということにはなっておりました。

○桐野部会長 以前にこのマッチングの倍率を議論するときに、その当時はアンマッチが大体 5%以下だったのです。5%以下程度であればアクセプタブルであろうという議論をしたように思うのです。それが 7、8、9 とアンマッチが余りにも上がっていくようであると、やはりちょっと考えないといけないということは言えるかもしれませんね。ほかにいかがでしょうか。

○岡村委員 医学部新設に係る募集定員の上限については既に議論されたということですが、ちょっと頭を整理するために教えていただきたいのです。東北医科薬科大学、国際医療福祉大学で、それぞれ、6 年間で毎年、例えば東北医科薬科大学だと 17 名ずつというようになっていますが、これは結局、卒業生は 6 年後にポンと出るわけですが、それに対して毎年それを 6 で割った数字で増やしていくというのは、どういう考えの下でやっているか教えてください。

○桐野部会長 事務局、お願いします。

○星臨床研修指導官 突然、100 人とか増えるという影響が大きいので、漸次増やすとい

う形だったかと思います。

○桐野部会長 研修のキャパシティがあるとき突然 1 校分ドーンと増えるのは、恐らくその地域としては耐えられないだろうということで、じわじわと増やしていけるようにしてはどうかという議論があってこのようになったように思います。私もそのように思います。

○岡村委員 その場合に卒業生が、例えば東北医科薬科大学の最初の卒業生が出るときに全員が宮城県に残らないかと思うのですが、その辺に関してはいかがなのでしょう。

○星臨床研修指導官 そこはほかの医学部でも同じで、医学部定員全てが残るわけでもないわけですが、この都道府県上限を決める計算上はその医学部定員全体を使って計算されていますので、その考え方は変わらないと思っております。

○桐野部会長 よろしいでしょうか。ほかにいかがですか。

○新井委員 今のことに関連するのですが。例えば千葉の国際医療福祉大学は、今は研修指定病院にはなっているのでしょうか。

○星臨床研修指導官 まだその本院は、本院というか、成田の病院はまだ開設されておられませんので、病院はない状態です。

○新井委員 東北福祉大学はいかがですか。

○星臨床研修指導官 東北薬科大学には、病院はございます。

○新井委員 それで、されているのですか。

○櫻本医師臨床研修専門官 補足をさせていただきます。東北に関しましては、昨年、非公開ではありましたが御議論いただいたかと思いますが、大学病院として、指定と申しますか、臨床研修をされる施設としてある状態ではございます。

○新井委員 そうすると、例えば東北福祉大学の附属病院を想定して増やすというわけではなくて、全体的なパイを増やして 6 年後ないしは 5 年後に備えるという、そのようなイメージでよろしいのですか。

○櫻本医師臨床研修専門官 はい、御指摘のとおりです。先ほど桐野先生からも御指摘がございましたが、これをどうやって対応させるかというように考えたときに幾つかパターンがあります。今の段階から 100 人とか 140 人分入れてしまうパターン、6 年後にいきなり 100 人から 140 人分入れてしまうパターン、漸増させていくというパターン、幾つか考えられる中で、当然、激変ということをしていくと、なかなか問題があるのではないかと申すことと、あとは、卒業するまでも研修病院というものは存在しますので、そういった病院も含めて県内のキャパシティをどう考えていくかと、そういったことを総合的に考えて今の形になっているものと理解しております。以上です。

○桐野部会長 よろしいでしょうか。そのほか。

○清水委員 平成 30 年の時点で 1.103 倍で既に目標の 1.1 に近づいているのですが、もう一度 1.12 倍に戻す理由がちょっと分かりにくいので、もう一度教えていただけますでしょうか。

○櫻本医師臨床研修専門官 医事課です。基本的には、資料 1-1 にございますとおり、1 つ目の○で、平成 32 年度までに約 1.1 倍にすることとするという方針につきましては、特に変わっていないというような前提の下で、我々は平成 31 年は 1.12 倍、平成 32 年は 1.1 倍というような形をさせていただいているという、あくまでこの方針にのっとってやらせていただいているというところです。

○桐野部会長 ただ、その年度のいろいろな、国試の状況などで多少、上下動をするというように理解すればよろしいですか。

○櫻本医師臨床研修専門官 おっしゃるとおりです。

○桐野部会長 いかがでしょうか。清水先生、よろしいですか。

○清水委員 今年、1.103 倍になったのは恐らく国家試験の結果だと思いますが、昨年、不合格だった方が今年、どのような形で上乘せられるかが分からないので、それは未確定の部分ですから、今年その結果を見てから来年再度考え直すのもいいかなと思います。

○桐野部会長 そのほか、いかがでしょうか。

○神野委員 資料 1-4 の都道府県別の募集定員の上限で、今回、▲が付いているのが京都と佐賀ということですよ。京都を見ると、平成 29 年度採用実績 245 で平成 30 年度募集が 265 で 250 になるというので、結構きつくなるというのは否めないわけですが、以前から申し上げておりますように、京都は研究医の方がたくさんいらっしゃるようにも思うわけです。今、医療法改正等のほうで研究医研修制度でしたか、あれの発効はいつから、この時期はまだ関係ないのでしたか。ちょっと確認したいと思います。

○櫻本医師臨床研修専門官 今の点、医師法、医療法の改正とは特に関係がないところですが、この臨床研修部会で御議論いただいた研究医枠を別途、この通常の枠とは別に作るかという議論を前回までに頂いて、今回も議論を頂く予定ではございますが、それにつきましては、平成 32 年にほかの改正と同時にやる予定です。これは平成 31 年の募集定員ですので、御指摘の点という意味では、1 年ずれがあるというところはございます。

○桐野部会長 よろしいでしょうか。そのほか、いかがですか。

○岡村委員 ちょっと説明を聞き逃したかもしれませんが、資料 1-2 のグラフですが、先ほどから研修希望者のオレンジラインと紫とか赤が出てくるのですが、緑と黒との関係がよく分からないのです。マッチング内定者というのはいつの時点の内定なのですか。それから、研修受入実績の黒はどういうことなのでしょうか。

○桐野部会長 これは大事なグラフなので、詳しく説明をお願いします。

○櫻本医師臨床研修専門官 グラフについて説明をさせていただきます。資料 1-2 で上から順番に言いますと、赤につきましては、今回出させていただいている国が示している上限と、紫の所に関しましては、その上限の内で実際に都道府県が募集定員として配ったと申しますか、使用した所です。場合によっては上限全てを配っていない都道府県もございまして、そういう意味で、ここはまず乖離があります。

黄色に関しましては研修希望者ということで、これは推定値になりますが、それまでの

実績等を踏まえまして、あるいは医学部の定員等を踏まえまして、このぐらいになるのではないかということです。例えば昨年で言うと、9,940人、今年で言うと、1万458人を研修希望者として推定しているというものです。

緑と黒に関しましては、これは実績値になります。緑のマッチング内定者につきましてはちょうど夏前後ぐらいに、夏、秋に掛けてマッチングがあると思いますが、そこで実際にマッチングが内定した数です。これはマッチングされないで、例えば海外に行かれたり、臨床研修をしないで基礎に行かれたりという方もいらっしゃるの、そういう意味では若干の差が出ているというところです。

あとは、黒に関しましては、これは受入実績になりまして、マッチングした後に辞退されたり、あるいは、国家試験不合格ということで採用されなかった方がいらっしゃいますので、そういった意味で乖離があるというようなグラフになります。以上です。

○桐野部会長 よろしいでしょうか。そのほか、都道府県別募集定員上限について何か御意見や御質問はございますか。よろしいでしょうか。どうもありがとうございました。それでは、ただいまの平成31年度都道府県別募集定員上限につきましては、以上で審議を終了させていただきます。

続きまして、議題2「医師臨床研修部会報告書(案)について」、事務局と福井先生から御説明をお願いいたします。

○岡部医師臨床研修推進室長 まず、私から研修部会の報告書(案)の本文部分について説明します。制度見直しの部会報告書については、1月の部会で素案について御議論いただきました。本日は1月の部会での御議論、御意見、それから、1月以降に委員から頂いた御意見を事務局で集約して、本日、報告書(案)ということでお示しさせていただいております。資料2-1を御覧ください。また、机上配布のみですが、1月の素案からどのように変わったのかという部分を朱書きで示した机上配布資料もありますので、こちらも併せて御覧ください。1月の素案からの変更点を中心に説明します。

1枚めくっていただき目次を御覧ください。1月の部会での御議論を踏まえ制度見直しの項目として追加したのは、3の(3)(4)です。(3)は基幹型臨床研修病院の在り方、(4)は第三者評価です。5.その他で、(1)中断・未修了、(2)研究医養成との関係を新たに追記しております。

本文に入ります。1ページ、はじめにです。内容の変更はありません。1月の部会で委員から1点ありました。年号の表記の仕方について、平成は31年までと決まっておりますので、ここの部分を工夫してはどうかという御指摘を頂きました。平成31年までは元号と西暦を併記し、31年より先は西暦で表記するという形の修正をしております。以下、本文は同じような修正をしております。次に、1、卒前卒後の一貫した医師養成についてです。こちらも内容の修正はありません。下にあるモデル・コア・カリキュラムや卒前の医学教育という部分について、より正確な記載の修正のみを行いました。

2ページです。2、到達目標・方略・評価についてです。こちらも(1)は技術的な修正のみ

です。(2) 方略の(2-2)、臨床研修を行う分野・診療科(必修診療科等)の部分については、研修期間を柔軟な研修が可能となるように、今回、従来の月単位から週単位に変更しておりますので、その旨を5ページの最初の○の文末に追記しております。

6 ページです。(3)の(3-2)、研修評価方法については、7ページの最初の○です。今回、新たに標準化した評価をするということで、素案では、これらの評価については、「可能な限り電子媒体にてインターネットを活用して実施するシステム化を図るべき」としておりました。委員からは、「可能な限りシステム化を図るべき」というよりも「システム化を図るべき」ではないかという御意見、そのシステム化を図る趣旨についても追記すべきという御意見を頂きました。これらの評価については、後に趣旨を追記して「可能な限り」を削るという修正をしております。

3、臨床研修病院の在り方についてです。こちら(1)(2)は技術的修正のみです。9 ページです。1月の部会での御意見を踏まえ、(3) 基幹型臨床研修病院の在り方、(4) 第三者評価を丸ごと追記しております。まず、(3) 基幹型臨床研修病院の在り方の1つ目の○です。こちらは、現行の基幹型病院の指定基準で、「年間入院患者数が3,000人以上」という要件があります。1月の部会でも御指摘がありましたが、年間の入院患者数が3,000人を下回った場合、訪問調査という手続があります。ただし、3,000人を少しでも超えた病院については訪問調査等の手続は全くないという御指摘がありました。

そこで、今回、制度見直しの案として、1つ目の○のような形で入院患者数が3,000人以上のうち、指導・管理等に課題があると考えられる基幹病院については、訪問調査と同様の仕組みを取り入れるべきという形で追記しております。この制度見直し部分については、今回、部会で初めてお示しするものですので、後ほど御意見等を頂ければと思っております。

2つ目の○です。こちら(1)も現行の基幹型の指定の基準で、2年間研修医を受け入れた実績を求めております。2月の基幹型の指定の審査の非公開の部会のときに委員から頂いた御意見を基に、今回作っております。2年間の研修医の受入実績ということで、研修医1人当たり、期間が1か月程度であっても認められるという状況です。これでは少し短いのではないかという御意見もありましたので、今回、箇条書の1つ目のポツのように、研修を行った実績として研修医1人当たりの研修期間が8週以上となることを必須とするとともに、2つ目のポツですが、複数の必修分野を担当することが望ましいとしております。こちら(1)も部会では初めてお示しするものですので、後ほど御意見等を頂ければと思っております。

(4) 第三者評価です。平成25年の部会の報告書では、第三者評価については、何らかの第三者評価は必要であると考えられ、研修病院の努力目標として位置付けを強化すべきという記載になっております。今回は1つ目の○のように、基幹型病院については、年間入院患者数にかかわらず、第三者からの評価を受けることを強く推奨すると一段強めた言い方しております。また、2つ目の○にあるように、次回以降の見直しの際に、第三者評価を義務化することを前提とした検討を行うべきとしております。



4、地域医療の安定的確保についてです。(1)募集定員の設定については技術的修正のみです。11 ページです。(2)地域枠への対応についてです。1月の部会で委員から特に地域枠の学生への対応については、より踏み込んだ記載にすべきではないか等との御意見を頂いております。今回は12ページの1つ目の○の文末の部分を追記しております。

具体的には、少なくとも臨床研修病院が荷担することがないようにすべきである。このため、以下のように臨床研修病院等が適切な対応を取る仕組みとするという言い方に修正しております。また、部会でお諮りいただいた地域枠学生への対応の手続については、この箇条書のとおり記載しております。さらに、一番下の段にある、また以下ですが、従事要件等に違反した地域枠の学生については、厳しい対応が必要との御意見もありましたので、その旨も記載しております。また、箇条書のような手続をすることによって、その実態把握を今後やっていく予定ですので、速やかにその実態を把握すべきということも記載しております。

(3)都道府県の役割です。12ページの一番下にあるように、臨床研修病院の指定・募集定員設定を都道府県が行うという仕組みを構築すべきという記載です。こういう仕組みを構築する場合には、研修の質の確保等の観点から、国が臨床研修病院の指定・募集定員設定の状況を把握し必要な対応を行うべきという御意見を頂いておりますので、その旨を追加しております。

13 ページです。5.その他です。こちらも1月の部会での御議論に基づき、(1)(2)と追記しております。(1)の中断・未修了については、1月の部会で新たな到達目標の見直しの影響を踏まえる必要があることから、現行の「研修実施期間の評価」、「臨床研修の目標の達成度の評価」、「臨床医としての適性の評価」、この3つは継続するということでしたので、その旨を追記しております。

(2)研究医養成等の関係は、1月の部会で制度について説明して御議論いただきました。(2)の最初の4つの○は、新たな制度について記載しております。部会の中では、(2)の最後の○ですが、委員からは、基礎医育成・研修コースに関して研修医の到達目標の達成度を示すべき等々の御意見を頂いております。本文に研修医の到達目標が確実に達成されるよう研修管理委員会で定期的に確認を行うとともに、次回の見直しに向けて研修医の到達目標の達成度を追跡調査するという記載にしております。報告書(案)の本文の説明は以上です。

今後のスケジュールなのですが、この制度見直しについて、2020年度からの適用ということを考え、関係機関への周知という作業もありますので、可能ならば部会報告書について本年度中に取りまとめまで行けたらと事務局としては考えておりますので、御審議のほどよろしくお願い申し上げます。説明は以上です。

○桐野部会長 それでは、福井先生、お願いいたします。

○福井参考人 それでは、資料2-1と机上配布資料の別添1の見え消しを御覧ください。1ページです。今回、私から説明させていただくものは、内容として前回の会議から変わっ

た所 3 点です。それ以外として見え消しで赤の部分が少々ありますが、それは文言の整理なので内容的にはほとんど変わっておりません。

資料 2-1 別添の 5 ページを御覧ください。⑩は一般外来で研修をする場についての説明です。頻度の高い慢性疾患のフォローアップを行うために、特定の症候や疾病に偏ることなく、原則として初診患者の診療及び慢性疾患患者の継続診療を含む研修を行うことが 5 行にわたって書かれており、それ以降の所が付け加えられています。例えば、総合診療、一般内科、一般外科、小児科、地域医療等における研修が想定され、特定の症候や疾病のみを診察する専門外来や、慢性疾患患者の継続診療を行わない救急外来、予防接種や健診・検診などの特定診療のみを目的とした外来は含まれない。一般外来研修においては、他の必修分野等との同時研修を行うことも可能である。一般外来についてはダブルカウンティングができるということです。

2 点目は、⑬アドバンス・ケア・プランニング(ACP)です。全研修機関を通じて横断的な学習テーマの中にアドバンス・ケア・プランニングを加えております。3 点目は 7 ページです。Ⅲ到達目標の達成度評価の 3 行目です。これは、原則的には 360 度評価をお願いしたいのですが、その中でも、医師以外の医療職として、看護師を含むことが望ましいという文言を加えております。それ以外の所は、評価表Ⅰ、Ⅱ、Ⅲとも到達目標の文言と合わせた変更になっておりますので、省略いたします。以上です。

○桐野部会長 ありがとうございます。それでは、今、説明のありました医師臨床研修部会報告書(案)及び、福井先生から御説明いただいた別添の部分を含めて御審議をお願いいたします。先ほど事務局からの説明のように、この報告書(案)については、この間ずっと議論してきたわけですが、できれば、この年度中に御採用いただき報告書としたいということです。もちろん、これは先生方の御意見と審議の経過によります。

まず、前回の部会以降の修正部分の入っている見え消しのほうが議論しやすいのかもしれませんが、是非、御意見ををお願いしたいと思います。

○神野委員 資料の 9 ページ、見え消しも 9 ページだと思います。まず、(3)の今回新たに追加になった基幹型臨床研修病院の在り方の所の上から 3 行目にあるように、指導管理体制に課題があると考えられる基幹型病院というのは、いつ誰が考えるのかということが明確になっていないのかと思われまます。ということは、もし厚労省がということであるならば、何らかの継続的な評価基準、そういう報告に対して継続的に評価していくような仕組みがあるようでしたら、またそれを示していただきたいと思えます。

それと関係するのですが、その次の(4)第三者評価です。前回の議論に参加しなかったのですが、2 つ目の○の第三者評価を受けていない理由うんぬんと、第三者評価を受けている病院の割合は基幹型病院の 4 割弱にとどまっているということが書いてあります。ということは、この第三者評価は特定の評価団体を意味してしまうのではないかとと思われまます。この第三者評価は特定の団体でなくても、例えば、多くの病院が受けている日本医療機能評価機構による病院評価には研修の部分も入っています。それから、前に書いてあるよう

に疑いのあるものをチェックするわけですから、本来ならば研修病院は厚労省もチェックしている。あとは、医療安全体制やガバナンス等、病院の体制を第三者としてきちんと評価するならば、これは特定の団体にとどまるべきではないと思います。そうすると、この4割弱にとどまっているという文言に違和感を覚えます。以上です。

○桐野部会長 これは事務局からお願いしたいのですが、まず、最初の課題があると考えられるというのは誰が考えるのかという問題です。

○櫻本医師臨床研修専門官 1点目、課題があると考えられる基幹病院は、いつ誰がどのような基準、方法論でやるのかという御指摘についてです。運用の細かいところは今後お示しさせていただきたいと思いますが、現状、毎年、各臨床研修病院から、項目は限られておりますが、一定程度の実績等について報告を頂いております。例えば、CPCが何回開かれているのかというときに、それが0回となったときに、そういう所は場合によって研修体制に問題があるのではないかという懸念がありますし、あるいは、厚労省で救急の人数を定期的に見て、報告を勘案しながら訪問調査をする仕組みを作ってはどうかという考え方です。

2点目、10ページの第三者評価についてです。まず、データの出所から説明します。参考資料4の20ページです。参考資料4は、これまでも全て一度はお示ししているデータ集です。「第三者による評価及び評価結果の公表の有無」という聞き方で大学、臨床研修病院、プログラム責任者に対して出しております。これは平成29年度のアンケートで、出典を書いておらず恐縮です。これに関しては、確かに委員から御指摘いただいたように、日本医療機能評価機構等も入っているのかというと、必ずしも入っていないデータかもしれないのですが、いずれにしても、今後の普及状況や第三者評価を行う実施機関の運用状況等に基づきと書いてありますので、例えば、具体的に言えば、今、厚労省のQAで、卒後臨床研修評価機構等ということで第三者機関を例示しておりますが、どういう実施機関でどういう基準に基づいて第三者評価を行ったことに対して義務化するかということも含めて、次回以降に御議論いただきたいと思いますと考えております。以上です。

○神野委員 これは気になったので調べてきたのですが、病院機能評価は臨床研修病院の80%が受けていました。なので、それなりの病院が受けているのかと思いました。以上です。

○福井参考人 研修について、日本医療機能評価機構が評価している項目と、現在、卒後臨床研修評価機構で行っている評価の項目というのはかなり違いますので、それを同等に論じるのはなかなか難しいのではないかと思います。その場合には、少なくともこれこれの項目について評価していなければならないということまできちんと議論した上で、複数の組織・機構による評価を認めると手順を踏んでいただければと思います。

○桐野部会長 ここには次回以降の見直しの際にという文言が入っているので、今、神野委員がおっしゃられたようなことも含めて、今後、多分、検討されることになるというニュアンスだと思います。そのほかに何かございますか。

○河野委員 基幹病院の在り方等を含めてのことです。基幹病院の1つの大きな規定に年間入院患者数3,000人以上があります。ただ、いつもこの話が出ていて3,000人の根拠は今まで余り明確になかったと認識しています。まず、3,000人の定義は、延べ人数なのか新入院なのか、あるいは、新入院といっても再来の方もいらっしゃるのでは、今更という気もするのですが、その辺りの定義をお聞きしたい。

それから、もう1つ、年間入院患者数3,000人ということと併せて、それに対応して研修医の人数が何人という規定がどのようになっているのか。よく3,000人以下の病院のサイトビジットのデータを見ていると、3人とか何人かの研修医が、結構ベッド数の少ない、患者数の少ない所でもいられるのです。そうすると、患者数との関わり合いは、何人と考えるときには研修医に対して十分な研修ができるのかという面から、適正な患者数だろうかと考えるのが1つの道筋だと思います。その辺りの決まりがあったら教えていただきたいと思います。

○櫻本医師臨床研修専門官 御質問ありがとうございます。2点、御質問いただきました。1点目の3,000人の定義についてです。年間入院患者実数として、2つの足し算になるのですが、前年度中における新入院患者数の合計と、申請年度の前々年度の繰越患者数ということで、ある時点において、まだ入院が継続している人は新入院患者数になりませんので、そこも足し算した数が3,000人以上ということで評価しております。

2点目の研修医の数の規定はどういうものがあるのかです。特に、今、委員から御指摘がありました。病床数との関係等も含めてということで御指摘いただきました。今、厚労省で決めている受け入れる研修医の数の規定について、大きなもので申し上げますと、まず、指導医1人が指導を受け持つ研修医は5人までという規定、もう1つ、病床数に関しては、原則として病床数を10で除した数、又は年間の入院患者数を100で除した数を超えないものであることとなっております。

例えば、病床数を10で除した数で言うと、100床割る10だと当然10になるのですが、この10人自体は1年次及び2年次の研修医の数を合計したものであるということになりますので、それを2で割ると1年当たりの人数が出ます。したがって、例えば、病床数が100だと10割って10、それを2で割ると5なので1学年5名程度になるという形です。入院患者数に関しては100で割るので3,000人を100で割ると30人、1学年で言うと2で割った15人程度というイメージです。以上です。

○河野委員 入院患者数の3,000人の定義は分かりました。そうすると、例えば、100床だと5人、3,000人ということだとマックス1学年15名ということになると、現実的にはかなり多い人数だと思います。まず、現実、今の規定に抵触するような病院があったのかということはいかがでしょうか。

○櫻本医師臨床研修専門官 今、手元で全ての病院を調べたわけではないのですが、基本的には、これに抵触する例はないように認識しております。

○河野委員 ただ、抵触するまではいかなかったとしても、現実的に見るとこの上限は余

り意味がない。先ほど、冒頭で申し上げたように患者数や病床等の考え方は、研修医に対しての割合ということになりますので、考え方としては、いきなり病床数や患者数と言うよりは、何人に対してということでも求めたほうが現場では分かりやすいと思います。

○桐野部会長 今の御意見について、コメントはございますか。

○中島委員 何も分からないので、教えてほしいのです。前年度の期末時の繰越しの人数を加えたものなのですね。

○櫻本医師臨床研修専門官 そのとおりです。

○中島委員 それは、適当なのだろうかと思いました。どうして新入院の人だけで考えられなかったのですか。

○櫻本医師臨床研修専門官 この計算式については、かなり長い間これでやらせていただいております。考え方として、確かに委員のおっしゃるように新入院のみである、例えば、4月1日から3月末までという考え方もあるかと思いますが、そうしたときに、3月からずっと入院されていた方も4月の中旬では入院されており、その人たちも患者さんとして研修医は受け持ちますので、そういうものが含まれないのではないかという懸念もあるのではないかということで、あくまで、これは計算の仕方ですので、抜いても抜かなくても最終的な数字で判断することになると思います。現時点では、私が申し上げたような計算式でやらせていただいております。

○中島委員 特段、異論があるわけではないですが、特に精神病院のことを考えると、例えば、年間の新入院患者がゼロであっても500床の病院であれば500人になってしまうのです。それはおかしいと思ったので、少し申し上げただけです。

○桐野部会長 そのほかに何かございますか。

○新井委員 先ほどの第三者評価です。義務化することを前提に検討を行うべきであるということで、これは、正しい方向性だと思います。実際、第三者評価を受けると、病院の負担がどのくらいあるのか、その辺りはいかがなのでしょう。

○櫻本医師臨床研修専門官 第三者評価は国で行っているものではないので、それぞれまちまちで特定の基準はありません。例えば、今、話題に出ましたJCEP、日本医療機能評価機構については、日程については1日でできるものもあると聞いております。また、費用について、聞いているところではJCEPでは1回数十数万円程度、日本医療機能評価は病院の規模によって、一般病院の1、2等いろいろな区分があるなかで、100万単位の費用は掛かると聞き及んでおります。

○新井委員 先ほど福井先生がおっしゃったように、義務化した場合には評価する機関の認定や基準をしっかりと統一化するということがないと、いろいろ問題が生じるのではないかと思うので、是非、その辺りも併せて御検討いただきたいと思います。

○桐野部会長 これは、ある一定の評価機関を想定しているものではないというニュアンスが入るようなことを言うておけば、その後でどのようになっているのだという懸念を呼ばないので工夫されたほうがいいのでは。ただ、これは、まだ全く前提として検討を行う

のであるので、前提は駄目となる可能性も含んでいます。これは、これまでも何回も見直しの度にこの議論をされてきて、少しずつグレードアップしているのかと思います。

ほかに何か御意見ございますか。

○相原委員 9ページの第三者評価の上の行に、複数の必修分野を担当することが望ましいと書いてあります。複数と言うと2つでも複数ですので、産婦人科と小児科だけの病院でも基幹病院になることができるということでしょうか。

○櫻本医師臨床研修専門官 御質問ありがとうございます。結論はそのとおりです。ただ、小児科と産婦人科だけで、ほかの外形基準を全部満たすのかということ、なかなか難しいところもあるかもしれないということ、あと、群として必修分野を研修できる体制は当然整えなければいけませんので、本当にそこしかないのであれば、協力型等の在り方を十分、吟味した上で作っていただく必要があるかと考えております。

○桐野部会長 ほかに何かございますか。

○新井委員 今の第三者評価とは関係ないことです。7ページに、今回、可能な限り電子媒体にてインターネットを活用してうんぬんとあり、可能な限りが取れて大変よろしいことだと思います。この場で議論することがどうかはともかく、こういう電子媒体での評価を卒前と卒後がつながるような形で構築するということ、もう少し大きな視点で考えていただきたいと思います。さらに、今、専門医研修もいろいろな形での評価の必要性が言われておりますので、1人の医学生が研修医、専門医になるという過程をずっとフォローできるようなシステムを、是非、構築していただきたいと思います。

○桐野部会長 ほかに何かございますか。

○神野委員 本当に、全般的には大きな異議はないのですが、もう1回、先ほどの第三評価の前の基幹型の臨床研修病院の在り方の所と、今度は12ページの下で、都道府県の役割です。今回、新しい、今までになかった視点として、都道府県が臨床研修病院の指定とか募集定員設定を行うというのが新たに出てきたわけです。その下に、今回新たに追加して、それを今度、国が状況を把握して必要な対応を行うという文脈はよく分かったのですが、そうすると、先ほどの基幹型臨床研修病院の在り方等での課題があると疑われるとか、考えられるとかで、もう1回聞きますが、チェックするのは今度は都道府県になってしまうのですか、でしょうか。それとも、やはり最終的な、この12ページの下、国がということになるのでしょうか。ここら辺のちょっと文脈の整合性をお伺いしたいと思います。

○桐野部会長 お願いします。

○武井医事課長 この部分は、細かくはこれから決めていくことになろうかと思うのですが、今、想定していますのは、大きな外形基準のようなものは国でお示しすることを考えています。全国いろいろな都道府県で臨床研修を受けられると思いますので、研修の質の担保というのが非常に大きな課題になるかと思っています。その一定の大きな方向性、枠組みを国で示した上で、県のほうで実際に指定をしていく。その指定の段階で、候補となる病

院を国に伝えていただいて、その確認をしていく予定です。この指定が大きなテーマの 1 つであると同時に、定員の数についても都道府県の側からすると関心事項になってくるかと思えます。

そのため、定員については、研修の質と直接的にリンクしてくることになると思えますので、先ほど 3,000 人という数値が出ておりましたが、こうした数値等については細かく踏み込んで検討を行う必要があると考えます。診療科のそれぞれの実績、それから指導医の体制、適切に指導が受けられるように、例えばガイドラインなどを国で示していくことが望ましいと考えます。それを守っていただくことによって、県の方でも実務がスムーズに回るように、国と県が協力関係にありながら、実効性を担保していくような仕組みを今後構築していきたいと思っております。

○神野委員 分かりました。ただ、先ほど前半の資料で、募集定員と実際に入ってくるので、例えば、ある県は募集定員はいっぱいあるのだけれど、ほとんどいないという県もあって、そういった県が、例えば勇み足をして、この外形基準から外れたところをどんどん指定するとか、そういうことがあったら研修の質が落ちてしまいますので、その辺のところの、都道府県にいろいろなことを任せるのと、国の関係をやはり明らかにすべき、より具体的にすべきかと思いました。以上です。

○桐野部会長 ありがとうございます。そのほか。

○新井委員 今回の都道府県と国の関係なのですが、先ほど 9 ページで、指導・管理体制等に課題があると考えられる施設というのがありました。これは厚労省への報告で、一応チェックするということなのですが、実際には、やはり都道府県の現場の方が、この病院が本当に適正なのかどうかというのは、内情が一番分かるのだと思うのです。現場の情報が厚労省にしっかり伝わり、国と地方が一体となるような体制の整備が必要ではないかと思えます。

○桐野部会長 そのほか御意見ございますでしょうか。では、福井先生、中島先生でお願いします。

○福井参考人 この見え消し報告書(案)の 14 ページ、おわりの所に、この研修制度が研修医自身に与えたアウトカムと言いますか、もたらしたアウトカム、それから患者さんにどういう影響をもたらしたのか、医療制度、国全体としてどういう影響をもたらしたのかという、評価ったほうがよいのではないかと思っております。そういう方向性を書いていただければ有り難く思います。

○桐野部会長 今回の御意見についていかがでしょうか。

○櫻本臨床研修専門官 御指摘いただきありがとうございます。今の全般的な評価、研究と言いますかレビューと言いますか、そういったものに対して御意見を頂いたことにつきまして、我々としても非常に重要なことだと考えますので、前向きに検討させていただきたいと思えます。

○中島委員 毎回似たようなことばかり言うのですが、この 9、10 ページで、今後、検討

の課題にすることも書かれているわけですね。基幹型の病院については3,000人という、そのことについていろいろ書いていらっしゃると思いますが、協力型病院についての基準というものも今後検討するのか、よく分かりませんが、その辺のことを一言入れていただきたいと思うのです。特に7科必修に帰した以上は、そういうことが必要なのではないかと思います。

○桐野部会長 今の御意見についていかがでしょうか。

○櫻本臨床研修専門官 御指摘いただきありがとうございます。確かに今、中島先生より御指摘がありましたように、この報告書内では基幹型の在り方、つまり基幹型の基準しか議論しないような形にも読めますので、先生がおっしゃられたような協力型自体も今、現時点でも一定の基準がありますので、その在り方をどう考えるかというものを今後、検討すべきだという趣旨について検討したいと思います。その上で、例えば、こういったことという点がありましたら御指摘いただけますと、書き方として参考になりますので、御意見を頂けたらと思います。

○中島委員 ちょっとすみません。奥歯に物が挟まったような言い方をしているのですが、精神病院ですね、精神科が必修になった以上は、本当に、慢性期の方を長々と入院させている病院が協力型になっている所が結構多い。これでは、やはり研修医が勉強にならなかったということに対する答えを出していないように思うのです。それで私は急性期の人をと言ってきてはいたのですが、これは数が足りないだろうということで、一旦引っ込めていますが、そういう点についても評価を検討すると。それが一言あるかどうかで、各精神病院の取組方は変わってくると思うのです。やはりもう少し頑張らないと思ってほしい。ですから是非、やんわり入れていただけたらと思います。

○桐野部会長 よろしくお願ひします。何かありますか。

○櫻本臨床研修専門官 正に先生がおっしゃられたように、今、到達目標で、急性期の入院医療を精神科で診ることが望ましいといった書き方もさせていただいて、また必修が7科目になる中で、ほかにもいろいろなことを含むことという規定がありますので、そういうものができるような協力病院の規定にすべきといった意見と承知しましたので、そういう趣旨のことを入れることを検討したいと思います。

○清水委員 今の協力病院のことでよろしいですか。今の点に関して、見え消しの9ページの協力病院の基準で、今まで研修医1人当たりの研修期間が8週以上ということと、それから複数の必修分野を担当することが望ましいことは議論になったことがなくて、いきなり数字だけがここに出てきています。それ以外のことも協力型病院についてはいろいろ問題があったかと思いますが、議論もしていなかったことがいきなり数字として出てきてしまうと、それが一人歩きしてしまう気がしますので、協力型病院についての基準は次回の検討事項にするなどとしてはいかがかと思いますが、どうでしょうか。

○櫻本臨床研修専門官 今、清水先生から御指摘があった点、整理としては、これは協力型病院ではあるのですが、基幹型病院になるための基準ですので、そういう意味では、中



島先生のおっしゃっていた協力型病院そのものの基準とは若干違うのかというところがありまして、今回、基幹型病院の在り方、つまり基幹型になるための前提の条件として入れさせていただいたところです。先生の御指摘の、8週以上ですとか、複数の必修分野を担当することが望ましいといったことが、今まで余り議論がなかったのではないかという御指摘に関しては、事務局として、数字は一応、例として出しているのですが、これがふさわしいかどうかについても、先生方に御議論を頂けたらと考えております。

○清水委員 では、今現在協力型病院の場合は別として、今までの協力型から基幹型病院への変更の条件として議論しなかったけれども、平成32年以降はこれを実績としたいということよろしいですか。

○櫻本臨床研修専門官 はい、御指摘のとおりです。

○清水委員 そうしますと、先ほど相原先生が御指摘になったようなことも今後あるかもしれないので、やはり8週というのと、複数の必修分野というのはもう少し何か検討したほうが良いような気がします。

○岡村委員 先生、よろしいですか。これ、協力型病院でやっていたときに1か月だけしかやっていないのを、そういう病院を基幹型に申請していいのかということを出したわけなのですが、今回、盛り込んでいただいたのでいいかと思っていたのですが、今、清水先生とか相原先生が言われるので、本当はもう少しやはり、基幹型になる前に協力型としての実績はもう少し長い期間を受け入れていただいたほうがいいのかと本心では思っています。

○桐野部会長 いかがでしょうか。

○羽鳥委員 7ページの、先ほど新井先生が御指摘された、「研修の質の確保で電子媒体でインターネット活用」、厚労省では、医師のキャリア形成のデータベースを本気で作るとはまだ明言されていないのですが、地域枠の方がやめてしまった、あるいは、基幹病院、関連病院での研修履歴、専攻医のときの研修履歴、1人1人のデータベースをこれから構築する準備をするという、電子媒体で保存していくというのはその第一歩と考えてよろしいのでしょうか。要望として、それを是非やってほしいと思います。

○櫻本臨床研修専門官 今、大きく2点ありました。まず、羽鳥委員より御指摘を頂いた、あと新井先生からも御指摘を頂いた、インターネットを活用するシステムについての御意見についてお答えしたいと思います。御要望として、卒前から卒後のシームレスという話と、データベースとして使えるようなもの、専門研修も含めてといったような御要望かと認識しております。まずこの文書につきましては、前提として、臨床研修の評価が今回標準化されるに当たって、幾つか紙がⅠ、Ⅱ、Ⅲ等いろいろ出てきて、それをローテートごとに1つ1つやって、しかも360度評価もやるとなると、かなりの紙の量になってきます。管理や評価というものがなかなか難しくなってくるのが想定されます。そういった意味で、まずこれらの評価については、負担軽減ですとか、次回の制度の見直しについて、この制度の見直しがどういった効果が出たのかということを見えるようにするために、ま

ずはインターネットを活用してやっていきたい、これは臨床研修についてやらせていただきたいと考えているところでございます。

プラスで、新井委員よりも御指摘がありました卒前と卒後に対しても、これもシームレスにやっていくべきではないかということ、これは非常に重要な御指摘だと考えております。学生時代の臨床実習から、CBT 国試もあります、この臨床研修、そして羽鳥委員から御指摘もありました専門研修等に、データベースと言いますか、同じプラットフォームでどういったものができるかということも含めて、検討させていただきたいと考えております。

○相原委員 すみません、話がまた違うほうなのです。13 ページの、中断・未修了者のお話なのです。その前のページはいろいろ県の役割とか書いてあるのですが、この中断・未修了者の所に、そういう方々が「各地方厚生局における研修医からの相談の受け付け等の配慮を続ける」と書いてあるのです。今、実際に中断とか未修了者というのはどこが管轄しているのか教えていただければと思うのです。中断する前にいた所なのか、県なのか、各厚生局なのか、これは何か変わったのか、それとも前のままのことが書いてあるのか、ちょっと分からなかったのです。

○櫻本臨床研修専門官 中断・未修了につきましては、前々回の臨床研修部会で資料を出しております。今、資料がないので口頭で御説明いたします。ここに書いてあること自体は、現状を書かせていただいております。結論としては、こういったことを続けていくことでどうかという意味で書いております。どういったことで把握しているかということですが、中断については、まず病院に中断届を提出されて、それは厚生局に行くことになります。厚生局が、その中断の理由書ですとか、再開はどうなるという話がありまして、それについて、国でも情報提供を頂いて把握をしているところです。数的には、前々回の部会で出させていただいているという結論です。以上です。

○相原委員 はい。

○桐野部会長 先ほどの清水先生の議論がちょっと尻切れになってしまったのですが、あれはあそこでよろしいですか。事務局どうぞ。

○櫻本臨床研修専門官 9 ページの清水先生から御指摘を頂いた、8 週以上の話と望ましい話なのですが、書き方ということでもう一度確認をしたいと思います。現時点で、8 週以上をもっと延ばすといったことや、望ましいを変えるとかというのを、今の時点でもう少し何か変えるということなのか、これはこういう議論があったので、今後検討するということが今回はやらないということで意味されているのか、そちらを確認させていただけたらと思います。その上で、結論を。

○清水委員 私が答えるべきかどうか分からないところですが、少なくとも、協力病院が基幹型研修病院に申請するときの基準が実績としか書かれていなくて、その実績の内容については不明確であるという点は確かだと思いますので、その実績の内容について、もう少し議論が必要であるという意味で私は申し上げました。

○桐野部会長 具体的な数値でガチッと書くよりは、今、清水先生がおっしゃったような表現でいいのではないかということですね、御意見は。

○清水委員 私はそうです。

○桐野部会長 いかがでしょうか。

○神野委員 でも、実際、認定する場である程度外形基準がないと、恐らくここへ上がってきて私たちが分からない。これは結構、今までよりも随分厳しくなっているのかと思うのですが、これをもう少し厳しくするか、ここでいいかという議論ですよ、今。恐らく、年度内にこれを作るならここでやらなくてはいけないのかと思うのですが。私はこれでいいと思うのです。

○清水委員 個人的な感想ですが、先ほど相原先生もおっしゃいましたが、今までも、循環器系の単科の病院で12か月とかいうのはあったと思うのですが、そういうことが問題なのではないかと思うのです。ですので、もしかしたら、8週とか複数かという書き方ではなくて、1つ1つの病院の内容についてきちんと議論するほうがいいということなのかもしれないと思っています。確かに基準がないと議論の叩き台がないので難しいかもしれませんが、では3科ならいいかとか、12週で2科ならいいのかとか、そういう議論になってしまうかという気がします。

○桐野部会長 これは、足切りの基準みたいなもので、これでは十分でないのではないかという議論は、こういうのはいつも出てくるのです。こういうところで、一定の基準をまず据えて考えてはどうかということなので、あり得るかとは思いますが。

○櫻本臨床研修専門官 御指摘いただいてありがとうございます。おっしゃるとおり、8週以上とか、複数以外にも何か検討すべき項目があるのではないかという意味で、もう少し包括的に考えるべきではないかという御指摘かと理解しております。正にそのとおりでと思います。一方で、なぜこういう議論が出てきたかということ、ちょっと復習と言いますか、もう一度させていただきます。これは、例えば研修医1人当たりと真ん中に書いてある所が一番の所として、研修期間が1人当たり1か月であっても、例えばですが、地域医療でも産婦人科でも何でもいいのですが、1つの科を1か月に24人診たりとか、あるいは24年間やれば、それでも一応、実績として認められるという外形基準があつて、それ以上、別に切るということは特にルールはないという中で、今、基幹病院になりますと、今度からは少なくとも原則1年はその病院で研修をやることになりすし、当然その病院である程度の研修ができるようなものがないといけません。そういったバランスの中でどうするかという議論が前提としてありました。

一方で、8週以上という根拠につきましては、例えばこれを1年とか8か月とか非常に長くしてしまうというのも選択肢かと思うのですが、そうしますと、これはこの時点では協力型病院ですので、基幹型病院がどれだけ出してくれるということに依存してしまうというものもあります。この協力型自体は、例えば全科が診れるのですが、基幹型が、例えば1年半全部基幹型で行い半年しか出さないとか、そういうことはあり得るといふバランスの

中で、こういった案を出させていただいておりますので、御指摘はごもっともではありますが、最低基準としてどこまでを入れるかという視点で御議論を頂きますと幸いです。以上です。

○桐野部会長 よろしいですか。

○清水委員 すみません、NO と私も申し上げているわけではなくて、数字が出てしまうと数字が一人歩きすることを心配しているので、この数字があっても、今後、この部会できちんと議論をされていくことが担保できるのであれば、その最低基準があることについては異論があるわけではありません。

○神野委員 これは最低基準であって、かつ、包括的にほかの基準等を見るわけですよ。その辺のことを入れるとよろしいのではないですか。

○桐野部会長 さて、そのほかいかがでしょうか。

○新井委員 先ほど福井先生が「おわりに」で、この研修制度が医学・医療にどんな影響を与えたかを、やはり評価すべきだということを御指摘されました。私が不勉強なせいもあるかもしれませんが、初期研修の評価を見るときにほとんどが初期研修を経験した若い先生方のアンケート調査的なもので、これが良かったとか悪かったと評価することがほとんどではないかと思っています。ですから、やはりそこはそういうもの以外の、もうちょっと違う切り口でより客観的な方法について、ただ実際に考えてみると非常に難しいのではないかと思うのですが、本当にこの研修制度がどういった影響を及ぼしたのかを評価する仕組みを是非御検討いただきたいと思いました。

○桐野部会長 ありがとうございます。そのほか何かございますか。

○福井参考人 新井先生がおっしゃったことについてですが、私も評価をしたいと思っていますが、2年次研修医の終わるところでのアンケート調査に頼っているというのが、実際のところ。外国では、特にレジデンストレーニングにおいて全米で2003年に毎週80時間という枠が作られて以降、どういった影響をもたらしたかということも随分研究されてきており、研修レジデント自身の臨床能力の獲得状況プラス患者さんにどういった影響を与えたかということも評価されてきているようですので、評価の指標をどうするかを十分考えた上で、国全体としてできれば大掛りな調査をしていただいたほうが、今後のこの臨床研修制度自体どうするかという議論にも絶対に役に立つと思います。十分スタディデザインを考えた上で、調査をしていただければありがたいと思います。

○桐野部会長 そのほかいかがですか。以前にも研修の評価の在り方なんていうのもやったことがあるのですが、結局ワンスポットで、今、先生がおっしゃったように、ある評価基準でやることのほかに何か常に一定のところを観測して、推移を見ない限りは分からないような面もあるので、これは相当専門家がきちんとデザインしないと、なかなか難しいものかと思っています。だけど、確かにやる価値があると思います。

○金丸委員 別添のほうでもよろしいのですか。今の議論から外れてもよろしいのですか。

○桐野部会長 はい、どうぞ。

○金丸委員 福井先生のところの説明の部分ですが、よろしいですか。本当によく字句を丁寧にもとめて整理いただいて、出来上がった段階で大変恐縮に思うのですが 2 点だけ。字句のことだけで、本質的なことではないのですが、資料 2-1 の見え消し版の別添の「臨床研修の到達目標・方略・評価について」の 3 ページです。小さいことですが、ずっと気になっていたのですが、基本的診察診療業務、一般外来診療の 2 行目、慢性疾患についてはフォローアップができる。この「フォローアップ」という言葉なのですが、次の 5 ページに今回赤字で、例えば⑩の説明の補足を追加した部分の 3 行目「慢性疾患患者の継続診療を行い、救急外来」、つまり何か日本語はないかと思っていたところ、こうして例示をいただいたので「フォローアップ」を「継続診療」に置き替えるということはどうなのか。素朴でどうなのかというのが、些細なことでも申し訳ないですが、それが 1 点です。

もう一箇所は改めて見落としていたのかと思うのですが、同じ別添の 4 ページ、「地域医療」のところ。地域医療の特性うんぬんの最後の「医療・介護・保健に関わる種々の施設や組織と連携できる」の文言があります。次の 5 ページの⑪の地域医療の説明の 3)「保健や福祉との連携を含む」と福祉の言葉が入っています。介護はもちろん福祉を含むのですが、もう少し広い概念で福祉はありますので、別添の 4 ページ、「地域医療」のところを「医療・介護・保健・福祉に関わる種々の施設や組織と連携できる」に修正していただくと 5 ページでの説明と、整合性があるのかなと思います。大変字句的なことで恐縮なのですが、いかがですか。

○桐野部会長 福井先生、いかがですか。

○福井参考人 おっしゃったとおりで、その方向で。特に、2 点目は文言の整合性を取ったほうがいいと思いますので、その方向で事務局と相談したいと思います。

それから「フォローアップ」についてはほかのところにも何箇所か使われておりますので、「継続診療」でおかしくなければ変える方向で考えてもよろしいですか。

○金丸委員 すみません。ほかの所で何箇所も出ていましたので、もし整合性があれば検討いただいて。

○桐野部会長 よろしく申し上げます。そのほかいかがですか。また若干時間がございしますが。事務局どうぞ。

○櫻本医師臨床研修専門官 お答えしきれていなかった部分について。戻りますが先ほど御指摘いただいた 9 ページについては、臨床研修病院の在り方の要件については御議論いただいた結論をまとめまして、8 週以上とか必修分野を担当するのが望ましいということは 1 つ例示として挙げた上で、総合的にか包括的に基幹病院として、ふさわしいかを評価するといったような形でまとめさせていただきたいと考えております。

もう 1 つが、最後のおわりにに評価といいますか、スタディを組む必要があるということについて、現状どういったスタディをやられているかが参考資料の 4 にございます。参考資料の 4 の 1 ページ目からずっと続いており、こういったものが、今福井先生からもお話ありましたが、臨床研修アンケートでやられております。7 ページ以降のアンケートは、

実は臨床研修修了者の若い人のみではなく、指導医にも聞いたものです。平成 15 年以前と平成 16 年以降の臨床研修修了者に分けてそれぞれの何 10 項目かありますが、こういったものを修得する機会があったかどうかを聞き、かつ 11 枚目以降は修得した機会があった者に対して、今役に立っているかを当時ではなくて、今の診療に役に立っているかを聞いたものです。こういったものがあり、結論としては平成 16 年度以降の臨床研修修了者のほうが全般的に修得する機会があったという回答が多く、全部ではないのですが、多くの項目でそれらが今でも役に立っている、あるいは少し役立っているといったような回答が多く見られた経緯がございます。こういったものも踏まえつつ、こういったことを調べることによって、今日御指摘いただいたようなアウトカムの評価ができるのかを、また検討させていただきたいのと同時に、この「おわりに」のところでもそういった文言を含めることを検討させていただきたいと思います。

○清水委員 全然別のことでよろしいですか。見え消しのほうの 9 ページの一番上ですが、プログラム責任者のことです。経過措置として、「平成 31 年度以前にプログラム責任者となった者については、3 年間は受講しなくても差し支えない」と書いてありますが、これはプログラム責任者になってから 3 年間という意味ですか。この文章の意味がよく分からないので、お教えいただきたいと思います。

○櫻本医師臨床研修専門官 これは経過措置という意味で、プログラム責任者となったからではなくて、この制度が義務化されてからという意味になります。そうしませんと、例えば 5 年後とかにプログラム責任者になった方が、3 年間猶予ということになってしまうので、基本的には平成 30 年度以前にプログラム責任者となった方については、その人がなった時点からではなくて、これが義務になってから 3 年という趣旨です。

○清水委員 そうしましたら、2018 年度以内にプログラム責任者となった方は、2021 年までに受講しなさいという意味でいいですか。

○櫻本医師臨床研修専門官 はい、おっしゃるとおりです。

○清水委員 何か分かりにくかったので、今のところが分かるような文章に直していただけるとういことと思います。

○櫻本医師臨床研修専門官 はい、承知いたしました。

○清水委員 例えば、2021 年度までは受講を猶予するとか、そのような形のほうがいいかと思いました。

○櫻本医師臨床研修専門官 はい、そのように修正をさせていただきます。

○桐野部会長 そのほかいかがですか。

○中島委員 余りに笑われるので言いたくなかったのですが、この後の別添の後ろに付いている 2 ページです。ずっとワーキンググループのほうで私も出ていたものですから、納得しなくてはいけないのですが、4 番のコミュニケーション能力のところへ、①として「適切な身だしなみ、言葉遣い、礼義正しい態度」、これはコミュニケーション能力ではないのです。やはり読み直してみても、非常に気になります。この患者の心理・社会でも、こう

いう主体があって、客体を見てという形で書かざるを得ないのは分かりますが、そうであれば③が①になるのですよね。「患者や家族のニーズや苦しみを身体・心理、社会的側面から把握する」。②が、「患者や家族にとって必要な情報を整理し、分かりやすい言葉で説明して、患者の主体的な意思決定を支援する」。この「適切な身だしなみ」というのはどこかほかに入れるところがないかと思って探したのですが、なかなかないですね。身だしなみが悪い人が多いということに納得するとしたら、この①はやはり③に。学生の教育で徹底してやっていれば、卒後臨床研修コミュニケーション能力の①として持ってくる必要はないと思うのです。少なくとも一言触れておかななくてはいけないというのであれば、③にして、後に回していただきたい。「患者の心理、社会的背景を踏まえて患者や家族に共感し」とか、やはりこれが①にこないと、患者さんを対象として見てしまっていると読めるのです。これは全くコミュニケーションの能力を言い表していないと思う。また叱られそうですが、もう一度だけお願いいたします。事務方と御相談なさってください。あとは任せますので。

○桐野部会長 何かコメントがあれば。

○櫻本医師臨床研修専門官 分かりました。

○福井参考人 はい、相談したいと思います。ただ①には言葉遣いとか、少し本来の意味のコミュニケーションに係る部分があることはありますし、もう一回それでは相談したいと思います。例えば、順番を替える可能性についても伺ってみたいと思います。

○中島委員 よろしく願います。

○福井参考人 実際のところ、ほかの委員の先生方はこれでいいとおっしゃる方が多かったものですから、申し訳ないですけどもこのまま、今まで。

○桐野部会長 御検討をお願いいたします。そのほかいかがですか。

○新井委員 今の議論ですけれども、相原先生も私も実際大学で学生あるいは研修医を見ていると、この身だしなみうんぬんが最初に来るとするのは、ある意味異和感なく受けることができます。

○中島委員 うちにも年間 40 人から 50 人の研修医が来られますけれど、そういうふうに身だしなみがおかしい人とか見たことないのです。

○福井参考人 すみません。私たちのところでは残念ながら、毎年のように注意しなくてはならない医師がいるものですから、どうしても最初に持ってこようと思ったというバックグラウンドはございます。

○中島委員 何か社会人としての常識みたいなものがあればいいと思う。

○相原委員 よろしいですか。身だしなみに大分こだわっていらっしゃるようなのですが、その後の「言葉遣い、礼義正しい態度で患者や家族と接する」というのは、正しくコミュニケーションなので、その最初に「身だしなみ」が出て来るからどうしても異和感があるのかと思うのです。言葉の順番替えたら駄目ですか。「礼義正しい態度並びに適切な身だしなみで」と。そうすると割とインパクトはちょっと後ろに下がると。毎回この議論が出て

いるので、そう思いました。

○中島委員 いいようになさってください。

○福井参考人 それでは、相原先生の案でいかせていただければありがたいのですけれども、折衷案で。

○中島委員 納得します。

○桐野部会長 ありがとうございます。そのほかございますか。内容的には多岐にわたるのですが、これまで何度も議論をしてきたわけで、おおむねその論点というか、議論は出尽くしてはいるとは思いますが、より広く意見を聞くためには報告書をパブコメに掛けないといけないということでもあります。パブコメに掛けて、その後でそれを反映させるという作業が必要なのですが、この後パブコメに掛けるということで、いかがですか。よろしいですか。

(了承)

○桐野部会長 事務局からこの報告書案の取扱いについては、本日いただいた御意見も反映させた上で、パブコメに掛けるという手順になると考えればよろしいですか。

○櫻本医師臨床研修専門官 はい、そのように進めさせていただきたいと思います。

○桐野部会長 では、そのような手順を。これはパブコメに掛けるとすると、日程的なことはどういうことになるのですか。

○櫻本医師臨床研修専門官 日程的なものは可及的速かに、それが何日かと今申し上げられないのですが、まず文言修正をした上で、可及的速かに開始させていただきまして、一応年度内までに報告書をまとめる方向で検討させていただきたいと思いますので、それに間に合う程度、何日かまでは始める期間によるのですが、そういったレベルでの修正を考えております。以上です。

○桐野部会長 そうすると、そのパブコメの結果を取りまとめて、本当に最終的なこの報告書の案ができる。それを報告書とする手順を 3 月の末までにもう一回、例えばこの会を開催して行くと理解すればよろしいですか。

○櫻本医師臨床研修専門官 はい、よろしければそういった方向で進めさせていただきたいと思います。

○桐野部会長 そのようにさせていただきたいと思います。ありがとうございました。以上で、本日予定した議題は全て終了です。そのほか何か御意見ございましたら、お願いをいたします。

○神野委員 今の話ですが、時間的な余裕ってなかなか難しいのかなと思うのですが、最終案は部会長一任で、駄目なのですか。

○桐野部会長 そうしていただければありがたいと言えば、ありがたいのですが。まだ議論が収束していない場合は一任と言われても難しいのですが、現状ではほぼ収束しているように思います。非常に激しい意見の違いが出ているという状況ではないと思います。この辺のところは事務局でパブコメをしながらお考えいただいて、今後の取扱いについて判



断していただきたいと思うのですが。

○櫻本医師臨床研修専門官 では、そのようにさせていただきまして、桐野先生とも相談させていただきながら進めたいと思います。

○桐野部会長 よろしいですか。それでは今後の進め方、今御説明いただきましたが、もし補足があればお願いいたします。

○星臨床研修指導官 おさらいですが、まず本日いただきました御意見を踏まえた修正案を部会長に御了解いただいた上で、パブリックコメントに掛けさせていただきます。また次回の部会については、そのパブリックコメントでいただいた御意見を踏まえて、部会長とも相談して決めさせていただければと思っております。以上です。

○桐野部会長 では、そのように取り計らわせていただきます。それでは、長時間にわたりまして御審議どうもありがとうございました。以上で終了させていただきます。