

## (参考) 医師臨床研修の評価に関するワーキンググループ における主な意見

### 1. 基本理念と到達目標について

#### 1) 基本理念

- ・「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」「プライマリ・ケアの基本的な診療能力を身に付ける」等が盛り込まれた現在の基本理念は重要であり、変更する必要はないのではないか。

#### 2) 到達目標とその評価

(到達目標の内容)

- ・到達目標については、諸外国の状況も踏まえ、単に経験したか否かではなく、状況に応じて適切な行動がとれるかどうかを評価するという「コンピテンシー」が重要であり、その考え方にあわせ現在の到達目標を見直す必要があるのではないか。
- ・経験目標については、例えば発熱はその原因疾患が多様であることを踏まえ、目標の設定を工夫してもよいのではないか。
- ・到達目標は、卒前教育との連続性に配慮し、例えば分娩は卒前の臨床実習のうちに経験する等、医学部5, 6年生の診療参加型臨床実習を促進することによって、卒前卒後の4年間で考える必要があるのではないか。
- ・急速な高齢化に向け、例えば認知症への対応などを考慮した到達目標の見直しが求められるのではないか。
- ・男女共同参画の観点から、医学教育モデル・コア・カリキュラム(平成22年改訂)において、医学・医療・科学技術の進歩と社会の変化やワーク・ライフ・バランスに留意して、医師としてのキャリアを継続させる生涯学習者としての能力を身に付けること等が盛り込まれたことを踏まえ、臨床研修の到達目標にも、同様の趣旨の目標を入れるべきではないか。

(評価手法)

- ・症例の経験、レポート作成などの評価が形骸化している恐れもあるため、レポートを構造化して、研修医の経験に対する省察が評価できるものとし、病院同士のレポートの相互チェックなどにより

客観的に評価した上で、例えば必修科目で不足する内容は選択科目において補完的な研修を行うなどの工夫が必要ではないか。

- ・研修修了時だけでなく、形成的評価を途中で挟みながら、望ましい研修としていくことが必要ではないか。
- ・臨床研修病院間で到達目標の評価基準にばらつきが見られるため、EPOC や E-ポートフォリオ（インターネット上で研修の記録・管理等を行うデータベースシステム）等のインターネットを利用したシステムを促進すること等により、標準化を図ることが必要ではないか。
- ・諸外国の例を踏まえ、指導医、プログラム責任者、病院等による評価だけではなく、様々な職種や第三者的な評価機関による評価が必要ではないか。
- ・EPOC の入力上の負担は、到達目標の項目が多岐に亘ることと直結しており、到達目標をよりシンプルなものに見直すことで、負担は軽減するのではないか。また、近年、タブレット端末やスマートフォン（多機能携帯電話）の普及により、リアルタイムの入力が容易になりつつあり、負担の軽減にも効果が期待できるのではないか。
- ・EPOC 等の利用を制度上義務化し、また、例えば事務員の代行入力等の工夫により利用を促進するとともに、研究者や臨床研修病院がベンチマークに使えるよう情報公開を行ってもよいのではないか。

### **3) 臨床研修全体の研修期間**

- ・卒前教育とも関係してくるが、現状では、臨床研修の期間は、基本理念等に照らすと2年間で適当ではないか。
- ・将来的には、卒前教育が充実すれば、研修期間を例えば1年に短縮することもあり得るのではないか。

## **2 . 基幹型臨床研修病院の指定基準について**

### **1) 研修プログラム**

#### **研修診療科**

- ・臨床研修医の意見を踏まえると、7科目から3科目必修となったプログラムについて、7科目必修に戻す必要はないのではないか。
- ・3科目必修のプログラムは、プログラム選択の自由度は上がったが、幅広い分野での基本的な診療能力という観点からは弊害も考えられるため、7科目必修に戻すことも含めて必修科目を見直す必要があるのではないか。
- ・例えば、産婦人科において、臨床研修中に出産を何回か経験することが、将来的に産婦人科以外の分野で役に立つか否かは疑義があり、現実には出産の際の単なる労働力確保のような形になって

いるのではないか。

- ・産科や小児科は卒前の診療参加型臨床実習などで行っていれば十分との意見があるが、国民の視点からは、医師免許の取得の前後で大きく異なるものと考えられ、臨床研修においても適切に経験すべきではないか。
- ・外科、産婦人科、小児科、精神科などは、必修という形でなくとも、それらの研修を行うことが望ましいというように推奨する形でよいのではないか。

### 各研修診療科の研修期間

- ・現在のプログラムは、2年間を通じ基本的な診療能力の育成を重視するものと、2年目には専門研修の準備となっているものが混在しており、どちらを軸とするかの整理が必要ではないか。
- ・2年間のプログラムにおいて多くの診療科を経験するが、例えば小児科でも3ヶ月程度は必要ではないか。

## 2) 必要な症例

(年間入院患者数)

- ・年間入院患者が3,000人未満の基幹型臨床研修病院については、訪問調査等を踏まえつつ、臨床研修病院群での状況も考慮して、柔軟に評価すべきではないか。
- ・訪問調査は入院患者数にかかわらず有効であり、3,000人以上の大規模な病院にも適用を広げてはどうか。

(その他の症例数)

- ・必要な症例については、研修医1人当たりの症例数(入院患者数、救急症例数、手術件数等)についても考慮が必要ではないか。
- ・研修医1人当たりの症例数は、基幹型臨床研修病院のみではなく協力型臨床研修病院を含めた病院群全体で考える必要があるのではないか。また、どのような数値目標が適切かは議論が必要ではないか。
- ・救急患者数の少ない病院においても、一律に基準を設けるのではなく、外来や地域医療等の視点から包括的に評価する必要があるのではないか。

### 3) 指導・管理体制

・研修先には指導医がいることが原則であり、少なくとも必修（病院独自に必修としているものを含む。）科目の診療科には指導医が必要ではないか。

### 4) 募集定員の設定

#### 募集定員の設定方法

（各都道府県の募集定員）

- ・募集定員と研修希望者数のギャップは問題であり、これらの数を概ね一致させることが望ましいのではないか。
- ・募集定員と研修希望者数をほぼ一致させた場合、良い意味での研修病院間の競争がなくなり、研修の質という点で、問題が出てくるのではないか。
- ・都道府県の募集定員については、単なる人口ではなく、医療ニーズをより有する高齢者人口にも配慮する必要があるのではないか。
- ・都道府県ごとだと人口が違いすぎるので、ブロックごとに大枠の定員を決めてもいいのではないか。
- ・都道府県の定員については、他県への医師派遣、他県の医師育成を担っている都道府県もあるため、定員設定に際し何らかの考慮が必要ではないか。
- ・他都道府県も含んだ病院群を形成している場合、募集定員の上限が、基幹型臨床研修病院の所在する都道府県に限定されるのは必ずしも妥当ではないのではないか。
- ・激変緩和措置の廃止については、軟着陸が可能となるような措置の検討も必要ではないか。

（各研修病院の募集定員）

- ・現在、医師不足地域の協力型臨床研修病院に研修医を出している都市部の基幹型臨床研修病院が多いが、激変緩和措置の廃止に伴い、医師不足地域から研修医を引き上げることも想定されるため、医師不足地域にも研修医が行くことを促進するような制度設計が必要ではないか。
- ・各病院の募集定員については、DPC データなども活用し、救急や重篤な疾患などの指標を定め、患者数や罹患状況から割り当てていくという設定方法も考えられるのではないか。
- ・小児科・産科特例プログラムは、定員に対してマッチ者数が半分強程度であり、研修修了後に7割程度しか小児科・産科を希望しておらず、また、小児科・産科を必ずしも希望していない者がマッチしている可能性もあることから、今後は病院に義務付ける必要はないのではないか。

#### 地域枠への対応

（地域枠と都道府県の募集定員）

- ・医学部定員増に基づく、地域での従事義務がある地域枠の学生は、当該地域で研修を行うことに

配慮した制度設計が必要ではないか。

- ・地域医療の安定的確保は重要であり、臨床研修においても、地域・診療科偏在を是正する効果を十分考慮する必要があるのではないか。

(地域枠とマッチング)

- ・マッチングシステム自体の公平性等の観点を踏まえると、地域枠をマッチングの別枠にすることについては慎重に考えるべきではないか。
- ・地域枠をマッチングの枠内とした上で、仮にアンマッチなどの問題が生じた場合には、例外的に定員を上乗せするなどの弾力的な運用により対処すべきではないか。ただし、その場合は、該当者の能力を確認し、研修を開始する上で問題がないと判断できる場合に限るべきではないか。
- ・アンマッチの場合等に例外的な運用を行ったり、後で救済措置を講じたりすることは、かえって公平性を損ねることになるのではないか。
- ・医学部定員増に伴う地域枠については、マッチングの枠内で、研修希望者と各病院との間に、都道府県の地域医療支援センター等が入って調整すればよいのではないか。
- ・地域枠には様々な形態があるため、その全てではなくとも、例えば医学部定員増に伴い奨学金の貸与を受けた地域枠等の範囲を定めた上で、マッチングとは別枠で考えるべきではないか。
- ・現在の自治医科大学卒業生の取り扱いとの公平性も考える必要があるのではないか。また、その数が多く、定員枠が地域枠で埋まってしまうような場合は何らかの対応が必要ではないか。

## **5) 研修医の処遇等の確保**

- ・病院経営上の戦略により、比較的高額な給与で研修医に過酷な労働を強いている病院があるようであり、臨床研修制度の理念に照らし、このような状況に留意が必要ではないか。
- ・研修医に過酷な労働を強いている病院がある場合、院内に研修医がみずから申し出てその状況を改善できるような仕組みが求められるとともに、国としてもそのような病院に指導できるような仕組みが必要ではないか。
- ・処遇の目安として、司法修習生等に準じて考えれば良いのではないか。
- ・諸外国でも、研修医の処遇は日本円に換算して300万円台程度であることを踏まえ、極端な処遇をしている病院に対しては、指導ができる仕組みがあるといいのではないか。また、第三者評価の際に調査することも一つの方法ではないか。
- ・給与のみならず時間外手当、住宅手当なども含めた処遇の悪い病院はマッチ率が低い傾向があり、処遇条件が悪すぎるというのも問題ではないか。

## 6) その他

### 臨床研修病院群の形成

- ・病院群においては、基幹型臨床研修病院で研修の相当程度は経験できることが望ましく、基幹型臨床研修病院が、ある程度の定員数を持ち研修医を育てた方が効率的ではないか。
- ・卒前、臨床研修、専門研修との連続性、研究医の確保、離島・へき地医療の確保の観点から、大学病院について、病院群の中に基幹型臨床研修病院又は協力型臨床研修病院として必ず入ることが望ましいのではないか。
- ・大学病院を必ず入れることについては、複数の大学出身者を受け入れている臨床研修病院にとっては、各大学との調整に相当の手間がかかり、また、あえて大学以外の場を望んで臨床研修病院を希望している研修医もいることから、現実的ではないのではないか。
- ・病院群においては、研修の質が確保できるよう十分な指導体制が備わっていることが前提となるのではないか。
- ・病院群の地理的範囲については、例えば同法人内で派遣や被災地支援など必要に応じ全国的にも展開できるよう、過度に縛りが無いことが適切ではないか。

### 第三者評価

- ・現在、病院の質を評価する仕組みがいくつかあるので、これらを活用して何らかの評価を受けることがよいのではないか。
- ・例えば感染症対策では複数の病院間で相互チェックを行う仕組みがあり、臨床研修でも同様の評価手法があってもいいのではないか。
- ・研修管理委員会には外部の医師、有識者も入ることとなっているので、研修管理委員会を適切に運営すれば、実質的なクオリティコントロールが期待できるのではないか。
- ・全ての病院が第三者評価を受けることは物理的に難しい可能性があり、無作為抽出での訪問調査などが現実的ではないか。

### 都道府県の役割

- ・現状では、各都道府県で体制が大きく異なるが、主体的に調整を行っている先進的な都道府県も参考としつつ、都道府県における調整などの役割を明確に示すことにより、全体的な調整能力を底上げする必要があるのではないか。
- ・医療計画においても二次医療圏ごとに医師の確保等について目標設定し評価することになるので、臨床研修についても、このような二次医療圏ごとの取り組みが進められるべきではないか。

- ・都道府県の地域医療支援センターなどの役割を強化しつつ、調整がうまくいっている都道府県などの好事例も参考として共有してはどうか。
- ・研修プログラム等について、有識者や県民代表などが参加し地域の実情を踏まえ調整していくための医師研修機構などの仕組みを各都道府県に設けることが考えられるのではないかな。

## 制度運用上の問題

( 基幹型臨床研修病院の指定に係る再申請 )

- ・受入実績がないことによる指定の取消直後の再申請については、一定期間認めないというより、協力型臨床研修病院として実績を積んでから基幹型臨床研修病院へ再申請するという運用も考えられるのではないかな。

( 指導医講習会 )

- ・指導医が指導医講習会の受講済みであることは重要であり、指定申請に際しては受講済みであることが必要条件となるのではないかな。

## 3 . 中断及び再開、修了について

- ・研修を中断するという判断は難しいが、例えばメンタルヘルス上の問題により療養が長期にわたった場合、研修医は中途半端な状態で留め置かれることとなるため、そのような研修医のためにも、研修を中断する時期についての一定のルールを定めた方がよいのではないかな。
- ・中断に際しては、特に女性の結婚や出産を考慮すると、一律のルールを設けるよりも、柔軟に対応できることが望ましいのではないかな。
- ・中断者の受入は非常に大変であり、研修医のみならず、病院側からのクレームも含め、裁定委員会のようなものが必要ではないかな。
- ・臨床研修期間中の海外留学等の取り扱いも検討してはどうか。
- ・マッチ率の高い病院は、出産育児への支援体制が整っている印象があり、女性医師を中心とした出産育児の支援体制の整備をさらに進めるべきではないかな。

## 4 . その他

### 1 ) 地域医療の安定的確保

(再掲)

- ・ 地域医療の安定的確保は重要であり、臨床研修においても、地域・診療科偏在を是正する効果を十分考慮する必要があるのではないか。
- ・ 都道府県の募集定員については、高齢者人口等の人口構成にも配慮する必要があるのではないか。
- ・ 医学部定員増に伴う地域枠については、マッチングの枠内で、研修希望者と各病院との間に、都道府県の地域医療支援センター等が入って調整すればよいのではないか。
- ・ 病院群の地理的範囲については、例えば同法人内で派遣や被災地支援など必要に応じ全国的にも展開できるよう、過度に縛りが無いことが適切ではないか。

### 2 ) 研究医養成との関係

- ・ 臨床研修の基本理念を踏まえ、臨床研修中は臨床研修に集中するべきであり、研修期間中の大学院進学は必ずしも適切ではないのではないか。
- ・ 必修・選択必修科目は適切に行った上で、選択科目の期間に、臨床研究を中心に研究などに触れることを許容してもよいのではないか。
- ・ 臨床研修の理念は尊重すべきであるが、基礎系の研究者の確保も喫緊の課題であり、全ての卒業生が臨床研修に専念するのではなく、希望に応じて早期に研究に従事することが可能となるような弾力的な対応が必要ではないか。
- ・ 研究者としてのキャリアパスを考慮した際、大学院入学の時期が、他学部の者に比べ医学部出身者が遅れてしまうのは得策ではなく、早期から研究マインドに触れることが可能となるように、卒前教育、臨床研修において配慮すべきではないか。
- ・ 臨床研修修了後に大学院に進学することを希望する場合、事前に進学先の大学院を探すための活動が非常に難しいので、臨床研修への専念義務を過度に厳格に解するのではなく、キャリアの接続が円滑になるような取り扱いが適切ではないか。
- ・ 研究医養成については、全員に求める必要はなく、一定数の若手医師が、研究マインドを維持できるような配慮が求められるのではないか。
- ・ 研究医が減少していることは、臨床研修制度というより、処遇の改善などの環境整備の問題が大きいのではないか。
- ・ 到達目標や研修を行う時間との関係で、臨床研修の専念義務の範囲をどう捉えるかの問題ではないか。
- ・ 当大学で研修を行うと博士取得までの期間が短くて済むといったように、研究医への配慮が研修医集めの道具にならないように留意する必要があるのではないか。

- ・現在の研修プログラムは堅持した上で、それとは別に、到達目標が達成できるという前提で、研究志向のある者に対してはプラスアルファで何かできるようなコースがあっても良いのではないか。

### **3) 関連する医学教育等**

- ・卒前教育との連続性を考慮しつつ、卒後教育において、モデル・コア・カリキュラムのようにコンピテンシーの概念をさらに取り入れるべきではないか。
- ・臨床研修の動向を踏まえ、卒前教育における参加型臨床実習（クリニカル・クラークシップ）をさらに充実すべきではないか。
- ・卒前にどれほど充実した実習を行っているかが、卒後の研修の必要性に影響するため、医学生が診察を担当する上で、診療参加を意識したスチューデント・ドクターの仕組みを定着させるなどの対応が求められるのではないか。
- ・国家試験は、臨床研修の開始の許可としての一面もあるため、知識ばかりではなく、態度、技能を含めた臨床関係の設問を増やすなど臨床面の評価の充実が必要ではないか。そのような対応が難しいのであれば、国家試験の知識を問う問題数を減らし、受験生の負担を減らした上で、卒前のOSCEを充実する必要があるのではないか。
- ・卒前のOSCEは大学によって取り組みの程度にばらつきがあるため、その質を平準化する必要があるのではないか。
- ・卒前教育や国家試験の改善に伴い、臨床研修に関する所要の見直しもあり得るのではないか。
- ・臨床研修は、卒前教育や専門研修との連続性を踏まえつつ、諸外国のように第三者機関において適切に研修医の定数を調整する必要があるのではないか。
- ・卒前教育や国家試験、専門研修との連続性については、今回の見直しにかかわらず、将来的に検討を続けていくべきではないか。