

○櫻本医師臨床研修専門官 それでは、定刻になりましたので、ただいまから第15回「医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するワーキンググループ」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、まことにありがとうございます。

マスコミの方々の撮影は、ここまでとさせていただきます。

続きまして、本日の出欠について御連絡させていただきます。

欠席はございません。途中退席に関しまして神野構成員におかれましては、所用により途中で御退席されると伺っております。また、伴構成員に関しましては、今いらしておりませんが、特に御連絡ありませんのでもうじきいらっしゃるかと思います。

以降の議事運営につきましては、座長をお願いいたします。福井先生、よろしく願いいたします。

○福井座長 お忙しいところ御参集いただき、ありがとうございます。

それでは、議事を進めてまいります。最初に事務局より資料の確認をお願いいたします。

○櫻本医師臨床研修専門官 資料の確認をいたします。お手元の資料をごらんください。

1枚目は記事次第、ページをおめくりいただきまして座席表、次に資料1「臨床研修の到達目標、方略及び評価」で合計6ページでございます。

資料2「研修医評価票Ⅰ（案）」。

資料3「研修医評価票Ⅱ（案）」。

資料4「研修医評価票Ⅲ（案）」。

以降が参考資料で、これまでに出示させていただいた資料と同じものになりまして、1～9でございます。

不足する資料、乱丁・落丁がございましたら事務局にお申しつけください。

○福井座長 よろしいですか。

それでは、本日の議題は記事次第でございますように「医師臨床研修制度の新たな到達目標・方略・評価の在り方について」と「その他」となっております。

ただいま説明していただいた資料1から資料4についての御意見を伺いたいと思います。本日は特にこの中の評価の部分でして、資料2から資料4にかけてですけれども、この部分についての御意見を1つずつ伺っていきたくと思います。

まず私から、到達目標を作成する研究班として作成しております評価にかかわる案について説明をさせていただきます。その後、構成員の皆様から御意見、御質問をいただければと思います。時間をかなりとっていただけていますけれども、項目が多いものですから一つ一つ十分最後までいけるかどうか、正直のところよくわかりません。

最初に資料1をごらんいただけますでしょうか。これは到達目標、一番上の点線で囲んだ基本理念が4行書かれております。その下の真ん中に書かれている到達目標というのは、ひょっとして必要でないのかもわかりません。といいますのは、「Ⅰ 到達目標」があっ

て、4ページ目に「II 実務研修の方略（案）」があって、5ページ目に「III 到達目標の達成度評価（案）」がございます。到達目標が1～3ページにかけてA、B、Cに分かれていて、Aがいわゆるプロフェッショナルリズムの4項目です。Bの資質・能力のところで、2ページ目をごらんいただきますと赤字で訂正が入っておりますが、これは実は評価をつくるプロセスで、目標の文言も変えないと整合性がとれなくなっているものですから、微妙に訂正が入りつつあります。そのうちの1つが2ページの上から4行目ですけれども、「利益相反を認識し、適切に管理する」というのがもともとの文言でありましたが、研修医のレベルを考えますと「適切な管理方針に準拠する」くらいが適切な内容ではないかということで、このような変更が入っております。同じように「3. 診療技能と患者ケア」は「患者の状態に合わせた、最善の治療」という文言でしたけれども、「最適な」という言葉に変えてはどうかという案です。「4. コミュニケーション能力」のマル2は「分かりやすい言葉で説明して、主体的な意思決定を支援する」という文章でしたが、「主体的な意思決定」というのがわかりにくいと思ひまして「患者の」という言葉を明らかにするために入れました。「5. チーム医療の実践」はマル1とマル2で同じようなことを言っていて、目的が違うだけなものですから、1つの文章にしてはどうかという案です。

3ページに行きまして、「9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢」のマル3、括弧の中に「医療等を含む」という文章にしてはどうかという案です。

方略のところでは4ページ目ですけれども、「依存症」という言葉をそれぞれに入れてはどうかということです。それから「ギャンブル依存症」ではなくて、国家試験の問題作成のガイドラインでは、たしか「病的賭博」になっているということでして、一応、整合性をとるためにここではこの言葉にしましたが、適切な言葉は何なのか。より適切な言葉にするということであれば、どちらかを変えろということでもいいとは思いますが、とりあえずの案としてはこのような形にしております。

本日は、その次のページからのところについて、いろいろ御意見をいただければと思います。

最初に評価の大まかなプロセスのところですが、5ページの上のほうの8行に書いてある文章からまず始めたいと思います。

各分野・診療科のローテーション終了時に、医師及び医師以外の医療職が下記の項目からなる研修評価票I、II、IIIというのが資料2～4になりますけれども、それらを用いて、到達目標の達成度を評価し、研修管理委員会でまず保管してもらおう。

到達目標の達成度については、少なくとも年2回、プログラム責任者・研修管理委員会委員による形成的評価（フィードバック）を行う。

その次の文章は少し内容を変更させていただきたいと思っておりますけれども、当初の案が到達目標C. 基本的診療業務、これは3ページの「C. 基本的診療業務」で、2年間終わるところで4つの場面で診療を任せられることができるという目標ですけれども、この4つの単独での診療を任せられることができるかどうかについては、2年間の研修終了時に、研

研修管理委員会において判定するという案を出させていただきましたが、研究班でコンセンサスをとっていかなくて申しわけないのですが、私の案としましては、2年次終了に近い2月とか3月の研修管理委員会で、別個の判定票をつくったほうがいいのではないかと考えています。特に到達目標C. 基本的診療業務については、外来のローテーションは2年次の研修が終わる3月よりも随分前にローテーションするかもしれません。それから、地域医療も随分前にローテーションしているかもしれませんので、その後いろいろな診療分野のローテーションに加わって、それで最後に任せることができるかどうかを研修管理委員会で判定することになります。

実はそれと同じことがAのプロフェッショナルリズムについても、Bの資質・能力についてもローテーションのたび、終わるごとに評価してもらったものをポートフォリオ的に研修管理委員会で集めているわけですが、それらを全部見た上で、最後に研修管理委員会でそれを到達したと判断するかどうかということをお話し合ってもらった上で、その評価票を判定した結果を残す必要があるのではないかと考えて、本日その判定票みたいなものを示しておりますが、最終的に使う判定票を作成してつけ加えたほうがいいのではないかと考えています。

研修評価票I、II、IIIについて資料2から説明をさせていただきます。あとで御意見は全部まとめてさまざまな点について伺いたいと思います。

資料2は評価票Iの案でございます。これはAの医師としての基本的価値観（プロフェッショナルリズム）と、Bの資質・能力の中の1. 医学・医療における倫理性、4. コミュニケーション能力、5. チーム医療の実践の3項目につきましては、これは医師だけではなくてほかの医療職も観察して評価できる項目と考えまして、このプロフェッショナルリズムの4項目に加えて、資質・能力の1、4、5もここで同時に評価してもらってはどうか。それで上のところから行きますと、研修医の名前、研修分野、診療科、ローテーションしているところです。それから研修期間、評価者名のところが医師か他職種指導者のどの職種なのかをチェックしてもらおうという形にしてはどうかという案です。それから記載日です。

表のほうにいきますと、観察した結果、なかなか言葉が思いつかなくて、今のところはみんなでの言葉でいこうという案ではあります。どうもこのことについては「心配」あるいは「ふつう」、「安心」というのは任せられるというか、そういう状況。それから、観察する機会がなかったから、この項目については「評価できない」というのが4つ目のボックスです。そして印象に残ったエピソードがあれば右のところに記載してもらおう。そういうつくりになっています。

「A-1. 社会的使命と公衆衛生への寄与」「A-2. 利他的な態度」「A-3. 人間性の尊重」「A-4. 自らを高める姿勢」「B-1. 医学・医療における倫理性」「B-4. コミュニケーション能力」「B-5. チーム医療の実践」というつくりになっています。これも資料2～4は今のところ考えておりますのは、ワンセットでローテーション終了ごとにチェックしてもら

うことを考えております。当然、評価できない部分もございますので、その部分を中心に組み入れられています。

資料3をごらんいただきますと、「B. 資質・能力に関するマイルストーン」です。評価を4段階でしたいと思っています。レベル1が臨床研修の開始時点で期待されるレベルで、卒前教育のモデルコア・カリキュラムの到達目標のレベルを想定しています。レベル2が臨床研修の中間時点で期待されるレベル。レベル3が臨床研修の終了時点で期待されるレベル。たがって、レベル3まで2年かけて最低限到達してほしい。レベル4は終了時点をさらに超えて上級医として後進を監督、指導できるようなレベルに既に達しているというのがレベル4になっています。

次のページを見ていただきますと、ここから9項目それぞれこのようなつくりになっています。1が「医学・医療における倫理性」でして、この中に下位項目として5つあります。「人間の尊厳と生命の不可侵性を尊重する」につきまして、レベル1は、この文章はモデルコア・カリキュラムの中にある文章で、ほぼこれに相当すると思われる文章を抜き書きしています。レベル2が尊重の念を示すことができる。レベル3は人間の尊厳と生命の不可侵性を十分に尊重し、それに基づく行動ができる。レベル4はモデルとなる行動を他者に示すことができる。教えることができるというか、そういうレベル。

それから、「患者のプライバシーに配慮し、守秘義務を果たす」。レベル2が基本的な配慮と義務を果たすことができ、レベル3は十分な配慮と義務を果たすことができる。レベル4がモデルとなる行動を他者に示すことができるなど、それぞれについて段階を考えた文章を書いて、一つ一つにボックスがついています。できることならこれら进行评估して、どれに相当するかというところをつけてもらえればと思いますが、必ずしもこれは必須としなくてもいいのではないかということで、その下に「総合評価（必須）」と書いてあるところがございまして、最終的にはこのどれかチェックしてもらおうということなのですけれども、これをつけるに当たって下位基準の1～5それぞれについてチェックしてもらえれば、それに越したことはないと思っていますけれども、必ずしもそうしなくてもいいのではないかという意見が我々研究班の中にもございまして、今のところ最低限、総合評価（必須）のチェックは必ずお願いしたいということで、レベル1と2の間にあるチェックというのは、その中間レベルだということを意味します。レベル2と3の間、レベル3と4の間です。一番左側には観察機会がなかったというところにチェックしてもらうことになっています。

同じようなつくりで3ページの「医学知識と問題対応能力」です。下位基準が3項目ございまして、「主な症候について、鑑別診断と初期対応ができる」。そのレベル2が指導医のもとで基本的な鑑別診断と初期対応ができる。レベル3が独立して基本的な鑑別診断と初期対応ができる。レベル4が鑑別診断と初期対応について後進を指導できる。

2番目の「患者に関する情報を収集し、最新の医学的知見に基づいて、患者の意向や生活の質に配慮して臨床決断を行う」。レベル2が指導医のもとで患者に関する情報を収集

し、患者の意向に配慮した臨床決断ができる。レベル3が独立して患者に関する情報を収集し、患者の意向に配慮した臨床決断ができる。レベル4が患者に関する情報の収集と患者の意向に配慮した臨床決断について後進を指導できるというふうな、似たような文章になっています。

同じように次のページ、一つ一つ読むことは時間がないので控えたいと思いますが、「診療技能と患者ケア」についても下位基準が3項目ございまして、それぞれにレベル1～4になっています。随分、研究班では話し合いをした上で、例えばレベル2は指導医の下で〇〇ができる、レベル3は独立して基本的なところができるというふうな内容で、レベル4がかなり難しい患者についても〇〇ができるというふうなつくりになっていますけれども、言葉の適切性といいますか、これにつきましてはまだディスカッションを続けているところございまして、これが最終的な案というつもりではございませんので、ぜひ御意見をいただければと思います。

5ページが「コミュニケーション能力」、6ページが「チーム医療の実践」、7ページが「医療の質と安全の管理」、8ページが「社会における医療の実践」、9ページが「科学的探究」、10ページが「生涯にわたって共に学ぶ姿勢」となっています。

資料4をごらんいただきたいと思います。この4項目につきましては、コンサルテーションや医療連携が可能な状況下で単独での診療を任すことができるという項目についてでありまして、この表を見ていただきますと、任せられるレベルというのがレベル1～4、観察機会なしとなっています。

レベル1が「指導医の直接の監督の下でできる」、レベル2が「指導医が求めに応じて対応できる状況下でできる」。つまり指導医がすぐそばにいなくてもいい状況下で、ただ、求められたらすぐに対応できる状況下では任せられる。レベル3が「ほぼ単独でできる」、レベル4が「後進を指導できる」というつくりになっていまして、「C-1. 一般外来」「C-2. 病棟」、病棟も入院患者の一般的な全身的診療とケア。「C-3. 初期救急」「C-4. 地域医療」で、現在研究班で話し合ったところでは、このような文言でレベル1～4の区別をして評価をしてもらってはどうか。そのような案になっております。

資料3については項目がかなり多くて恐縮ですけれども、また一つ一つ見ていただいて、御意見いただければと思います。今から1時間以上は時間をとりたいと思いますので、いかがでしょうか。またもとに戻っていただいても結構ですけれども、資料1の5ページの大まかな評価のプロセスのところの案について、まず御意見をいただければと思います。

今、説明いたしました評価票のI、II、IIIをセットでローテーションが終わるたびに評価してもらって、そのローテーションの場所によっては評価票IIIの一般外来は評価できないところがたくさんあるかもしれません。初期救急のところは評価できないところがあるかもしれませんので、評価票I、II、IIIのうち、IIIについては観察機会なしというところはかなりある可能性はありますけれども、観察できる範囲内で1項目でもローテーションが終わるたびに評価をしてもらえればどうかというつくりになっています。

それから、年2回のフィードバックを一人一人の研修医に必ずしていただけないか。それから、3番目のパラグラフが、評価票を集めた上で研修管理委員会として最終的な判定票を用いて、2年間の修了が認められるかどうかということを行ってはどうかという案です。いかがでしょうか。神野構成員、どうぞ。

○神野構成員 資料2とか3はおっしゃったようにローテーションが終わったごとにチェックして行って、それでフィードバックをしていく。だから劣っていれば改善の余地ありということなのですが、資料4は最後にチェックするわけですね。このときに観察機会がなかったり、レベル1とかだったときに、既に終わりなのでフィードバックする機会がなくなったときにやることになるのでしょうか。今まではローテーションごとの評価の積み上げで最後は総合評価していたと思うのですが、もう一回改めて資料4にあるような2年終わった時点でこれをやるということは、ここで低い点数が出たときにどうしますかということだけお聞きしたいと思います。

○福井座長 地域医療は例えば2年目の夏ごろ終わっている。でも最終的には2年が終わる2月、3月に最終的には判定しなくてはならないということですね。恐らく地域医療のローテーションが終わった例えば夏なら夏のころの評価票は上がってきているのですけれども、その後のいろいろな研修がまだ続いているものですから、最終的に研修管理委員会としては2月か3月の時点で、それを加味して地域医療がレベル3以上になっているかどうかを評価してはどうかというのが案なのですけれども、したがって、夏にローテーションした時点ではひょっとしてレベル2だったかもわからないのですが、その後のローテーションの期間のパフォーマンスを勘案すると3になっていると判断されるかもしれませんので、そういうタイミングを考えて判定票をつくってはどうか。もしそこでだめな場合には、当然ですけれども、研修期間がさらに延長されるのではないのでしょうかということになるのではないかと思います。

○神野構成員 そういうことですね。わかりました。

○福井座長 いかがでしょうか。ですからこれがレベル3以上になるように頑張っていたかと思うのです。したがって、途中でフィードバックをかけながら、これがまだレベル3に到達していないことが、2年目の夏のローテーションのときにそういう評価をもしされたならば、そこから先は研修管理委員会としてはかなりその部分を補うためのローテーションの変更なり何かを考えてもらうことになるかもしれません。

○神野構成員 研修管理委員会の責任も重くなるということですね。

○福井座長 そう思います。

高橋構成員、どうぞ。

○高橋構成員 個別のお話の前に、この評価票をつくる意味は、これをミニマムリクワイアメントにして、各研修病院、大学でこれにのっとった評価は必ずしてほしいという意味表示と捉えてよろしいですか。

○福井座長 一応そのつもりでつくっております。できるだけ簡便にしたいということも

ございまして、評価票IIにつきましては下位基準の一つ一つのボックスをつけなくてもいいのではないかとこの案もございまして、現在の案では少なくとも9項目それぞれについて最低限チェックしてもらえればいいというつくりになっています。

○高橋構成員 そうしますと、先ほど神野先生からの質問があった内容に少し触れることになるのですけれども、一般外来とか病棟は2年間の間、常に経験をしながら研修を進めていくというスタイル。それに対して地域医療はある一定の期間、1カ月ないしは2カ月、1カ月以上経験する。2年目の4月かもしれないし、2月かもしれない。それを同列の評価票で評価するというのは、多分現場は少し混乱すると思いますので、今お話があったようなことであれば、それなりの文章が必要と感じました。

それは実は初期救急に関しても言えて、初期救急も当直とか救急外来の勤務、当直業務を行っている場合は2年間の間にスキルアップ、レベルアップが観察可能なのですが、1年目の3カ月に救急という形でやっている病院、大学ですと、このあたりも地域医療と同じような考え方が必要と思います。

○福井座長 田中構成員、どうぞ。

○田中構成員 こういうミニマムリクワイアメントの評価方法を明示するというのは、すごく共通化という点ではいいと思います。ただ、心配とか普通とか安心あるいはレベル1～4というのは結構主観的な要素もあるので、前々から申し上げておりますけれども、オンラインでデータを集めて、全国的にはこの時期では大体これぐらいのところに研修医の評価が集中しているんだということがわかるような形にすると、大体こんなところが判断しては普通なんだというのがわかって、主観的とは言いながらある程度客観性が担保されるのではないかと思います。

ですから今、スマートフォンとかいろいろユーザーインターフェースがふえていますので、そういったものからオンラインでデータが集約できて、しかもそれがある程度随時、全国の病院から見るような形に、多分、今の時代だとそういうことができると思いますので、そういう仕組みをぜひ考えていただいたら非常に有効なものになるのではないかと思います。

○福井座長 例えばEPOCで行っているテクノロジーというか、あれをベースにこれを組み込んだものを。

○田中構成員 あれは大幅に手直しをしないとこのプラットフォームには合わないと思いますので、みんなで知恵を出して新しいものをつくれればよろしいのではないかと思いますので、セキュリティとかそういうEPOCのプラットフォームはぜひ使っていただいたほうが、一から設計するよりは安心だと思います。

あとは今コメントとかも音声入力で結構できるようになってきていますので、忙しい臨床現場で指導医なんかがコメントを入れるときも、そういったスマートフォンなどで活用すれば、もっと実のあるコメントが入ったりするようになるのではないかと思います。そういった細かいことは全て機械の進歩に依存しますけれども、プラットフォームとしてそ

ういうものを考えていかれたらいいのではないかと思います。

○福井座長 ありがとうございます。

金丸構成員、どうぞ。

○金丸構成員 素朴な質問になって申しわけないのですが、例えば研修評価Ⅰの案で他職種というところの評価があるのですが、例えばいろいろな場でこれだけの要件の他職種がセットされて評価が要るとか、そういう明示が何かあるのでしょうか。

○福井座長 余りそこまでは詰めておりませんが、多くの場合、看護師が一番鋭く観察していると思います。ただ、それ以外のコメディカルの方々を含めて、できるだけたくさんの方が観察したほうがいいと思っています。何かほかに御意見がこの点につきましてありましたら。

○金丸構成員 私もそう思うのです。ただ、要するに最小限度という捉え方で、職種で何か決め事があったほうがいいのか、あるいは基本的にはこれだけという必須があって、それ以外にできるところはプラスということ。方法論になるのかもしれませんが、そうすると例えば資料1の5ページのIIIで「各分野・診療科のローテーション終了時に、医師および医師以外の医療職」と書いてあるのですが。他職種が医療職種に限定される場面も多いと思うのですが、例えば研修評価票Ⅰ（案）にあるようなところというのは、意外と福祉職、例えばケアマネの皆さん方とかが、この辺も見られるというか、いろいろな方の価値観がそろったほうが、先ほどもありましたけれども、かなり主観的な部分が評価として入ってくる要素があるので、その辺でそういう広がりがあるといいのかなと思ったりもしたところでした。

○福井座長 できるだけ多くの方々の観察評価をお願いしたいという文言は、どこかに入れる必要があると思います。例えば最低限3人とか、そのようなことを書き入れたほうがよろしいでしょうか。医師だけではないほうがいいですね。特にこういうプロフェッショナルリズム的なところにつきましては。

○金丸構成員 そうですね。現場の立場とすると、何か明示があったほうが最低限はこの職域であって、それ以外はその場所場所という何かそういう決め事としてできれば、もしかしたらあったほうがいいのかなどと思っています。

○福井座長 なかなか何人が適切かというのはエビデンスがなくて、私たちのグループが以前行ったプロフェッショナルリズムについての評価ですと、カナダのグループは8人の評価で、その評価が妥当なものになるという論文があって、それを日本でやったら10人だったのです。10人が評価するとかなり妥当性のある評価になったということがあって、今回これをやる上では、なかなか10人をお願いしますというわけにもいきませんし、余りエビデンスのないところですので、えいやとプロポーザルはしていいのではないかと思います。少なくとも3つの職種とか2つの職種とか、医師以外というふうな。

○高橋構成員 評価者の話になったので、評価者についてお伺いしたいのですが、これは自己評価が入っていないのはなぜでしょうか。というのはコンピテンシーと言ったらいい

のか、あるいは態度・技能と言ったらいいのか、その領域を見るには自己評価と指導者の評価の相違・ズレを見るのが非常に指導上、役に立つので、同じ項目で自己評価をしてもいいのではないかと思うのですが、そういうディスカッションはなかったのでしょうか。

○福井座長 大滝先生、覚えていますか。

○大滝構成員 今までそのことは具体的に話していませんでした。

○福井座長 前野先生いかがですか。

○前野構成員 余り意識がなかったです。

○福井座長 Bは医師でないと評価できないのではないかとことです。Aについては医師以外の職種も十分わかる。Cについても医師でないと評価できないのではないかとこの議論は行われました。自己評価は確かに今まで行ってきませんでした。

羽鳥構成員、どうぞ。

○羽鳥構成員 別の話で、資料2で今の評価者の医師の話ですけれども、これは屋根瓦方式で研修されると思うのですが、同僚でいいのか、いわゆる研修医でいいのか、それとも上級医なのか、指導医なのか、明示があった方がいいのかなということが1つです。「評価できない」という項目がとか、一番左にあったり右にあったりするもので、それはどこかで統一された方がいいのではないのでしょうか？それが2点目です。

もう一つ、神野先生から御指摘があった専門医との関係で、2年目の2月ごろに「あなたはまだ不十分です。」と言われるのは、その人の人生が大分変わってしまいます。専門医機構では前年の10月ごろから登録を始めます。ことしは10月、11月に登録をすることもありますので、それで登録して、専攻医としての行先が決まったのに、2月の段階であなただめです。もう一年初期研修医をやりたいということになったら大分影響も大きいと思うので、その辺の担保は何かあるのでしょうか。

○福井座長 3点、先生おっしゃいましたので、最初の上級医なのか指導医なのかというお話ですけれども、その苦労した結果が資料2の評価者名のところのボックスが2つありまして、医師という、ここに上級医なのか指導医なのかとか、誰が適切なのか。言葉自体が上級医がいいのか、指導医がいいのかいろいろディスカッションがございまして、簡単に言うと、どのような肩書きの人でもいいのではないかとということで、そういうディスカッションの結果、医師というふうにならざるを得ないかとしております。

2つ目の評価できない、観察できないというところですが、確かに資料2と資料4は、一番右側に観察機会なしあるいは評価できないというのが来ております。資料3のBについては一番左側に来ておりますので、これは一番右側に移せるかなと思います。

3つ目の最後のところで評価されるタイミングについてですけれども、そのことにつきましては6カ月ごとにフィードバックを具体的に個別にするということで、特に2年目の最初の6カ月目でやったところから、後の6カ月でどういうことをしなくてはならないかというところを本人とも十分話し合っていて、微調整が必要になるというプロアクティブな評価と対応ができるのではないかと考えています。

○羽鳥構成員 ある意味で補講みたいなものがあるって、何とか2年で99%はいけるということによろしいでしょうか？

○福井座長 6カ月前に問題点が把握できれば、ちゃんと2年間で終わられるような個別対応が、それぞれの病院でできるのではないかと考えています。

○羽鳥構成員 わかりました。

○福井座長 片岡構成員、どうぞ。

○片岡構成員 質問なのですけれども、研修評価票IIIに関してなのですが、これもローテーション終了時に毎回出てくるということなのですよね。それが集積したものを最後に2年間の研修終了時に研修管理委員会において判定するというので、そうした場合に先ほど救急と地域医療は分けたほうがということがあったと思うのですけれども、それは恐らくほかの一般外来の病棟に関してはたくさんの評価が集まってきて、平均値をとったりできると思うのですが、地域医療に関しては1つだけ、地域医療の医療機関、複数ローテーションすることが余り想定できないので、そうすると地域医療に関して評価しているシートは1枚しか多分出てこない形になるので、地域医療に関してはもう少し別のものがあったほうが正しく評価できるのではないかと考えました。

あとは、これは理想論かもしれないのですけれども、本当はMini-CEXみたいな形で、実際に任せられそうかどうかという指導医の具体的な評価があれば、より資料としては最終判定のときにはいいのではないかと考えたのですが、それはちょっと難しいのかもしれないので、一応意見だけということで、以上です。

○福井座長 確かに地域医療についてはなかなか難しく、多くのところで1回あるいは2回のところはかなりあるとは聞いていますけれども、つまり1カ所なのか2カ所なのかによって、評価票が1枚なのか2枚なのかというのが決まってくると思いますが、確かに1回なり2回の地域医療研修が終わった後、2年の終わりまで何もないというのがほとんどのところですので、そここのところの評価は悩んでいるところなのですけれども、何回も6カ月ごとのフィードバックの話を持ち出して申しわけないのですが、半年ごとの評価をする中で地域医療がどうも評価が全然よくないということがわかれば、そこでもう一回、何かの形でレベル3に到達するまで、当該研修についてのローテーションのプログラムを微調整して、レベル3になるまでやってもらう必要があるのではないかと考えますけれども、どうでしょう。高橋構成員、どうぞ。

○高橋構成員 私自身はC-1からC-4まで中身は確かに研修時期がばらばらなのですが、時期が違うからという理由で評価票を幾つにも分割しないほうが現場は混乱が少ないと思います。このままの形で使っていただいて、今お話に出たような特に地域医療に関しては、ただし書きでこの時点で評価して、最終的にはほかの状態も加味して地域医療はどうであるかということ想像して書くということで、そのほうが現場は混乱が少ないかなと感じました。

○福井座長 清水構成員、どうぞ。

○清水構成員 今回の点で、私も確認を含めてなのですけれども、資料4の評価票も全部I、II、IIIセットで回っていくということなのですよ。

○福井座長 今のところはそう考えています。

○清水構成員 そうしますと、例えば一般外来で資料3の3ページの主な症候について、鑑別診断と初期対応ができるという項目について一般外来ではできるけれども、病棟だけは難しいとか、初期救急では難しくなった場合に、その診療科での評価をレベル2にすればいいのか、3にすればいいのか、評価しにくいと私は思うので、私は逆に評価票IIIの左側の項目は資料3の評価項目とし、それを一般外来や病棟に分けて評価するというような形にしたほうが全体を通してやりやすいのではないかと思ったのです。これから一般外来のローテーションが必要となった場合にも、そのような形にすれば一般外来でも地域医療について評価できると思います。麻酔科をローテーションではなかなか全部つけられないかもしれないけれども、資料3にあるような全ての目標について、どこかのローテーションで評価ができることになるので、そのように分けたほうがいいのではないかと思います。

○福井座長 済みません、もう一回言ってもらっていいですか。

○清水構成員 わかりにくくて済みません。

資料4を1枚ですませるのではなく、例えばC-1の一般外来について資料3の全てにこの項目をつける。病棟について、左側の縦項目については資料3の項目にするという格好にしたらどうかなと思いました。

というのは、例えば資料3の3ページ目の医学知識と問題対応能力のマル1は、レベル2が「指導医の下で」になって、レベル3も「独立して」というふうに、資料4のレベル2、3と呼応するわけです。きっとこのような評価をしなければいけない項目もあり、そうでない到達目標もあると思うのです。だから資料4と資料3を合体したような評価票として一緒にすれば、その両方が解決できるのではないかと思います。

○福井座長 考えてみたいと思いますけれども、いかがですか。

○大滝構成員 私の把握している範囲では、研究班でも資質・能力と基本的診療業務の意味づけについて、詳しい方からレクチャーを受けたり、いろいろしてきました。私の理解では、資料4、評価票で言うとIIIというのは実際の現場で複合的な業務ができるかということで、そのひとまとまりの業務が4つあり、それぞれに資料3の資質・能力のかなりの項目が関係します。ですから、その関連をマトリックスで示して理解を深めていただくことが必要になるかもしれません。もともと縦軸と横軸のような関係に、この資質・能力と基本的診療業務があるということです。今、清水先生から御指摘いただいたように両者は一見すると似ています。レベルの表現も、もう少し工夫をという意見もあったのですが、余りつくり込むと今度は使う方への説明がまた複雑になるかなということもあります。今までそのような議論をしました。

○福井座長 前野先生、何かありますか。

○前野構成員 私も大滝先生と同じ考えで、これは基本的にはその場における総合的な能力を見ているものなので、逆に1対1対応をしていいなら、逆にこちらだけでいいというような認識で、いわゆる概略評価とは違いますけれども、その場でどれぐらいできるかということで丸をつけるもので、やはり診療科によっては難しいと思うので、それは素直に観察機会なしと書いていただく。2年間の中でこれが全部チェックできるように、プログラム責任者が目配りをするというのが一番いいのかなと思っています。

○福井座長 どうぞ。

○清水構成員 先ほど大滝先生に指摘されて、逆に資料4の評価票IIIの任せられるレベルの判断基準が評価票IIと似ているものがあったりなかったりするので、かえってわかりにくいのかなと私は思いました。もしそれが概略評価的に例えば整形外科のローテーションで一般外来は難しいけれども、病棟はオーケーだねということがわかったりとか、そのようなことがわかる範囲でいいのであれば、それでいいと思いますが、そのレベルの書き方が、逆に評価票IIが変わったほうがいいのかもわからないのですけれども、文言が変わればもう少しわかりやすくなるかもしれないと思いました。

○前野構成員 この場合、もともとEPAという言葉は医学教育学的に厳密ではないということで、あえてそういう言葉は使っていないわけですが、概念としてはそういうつもりでいます。ですけれども、今、清水先生がまさにおっしゃったように、全国の指導医が混乱してしまうような書き方にはしないようにということで、そこは意図を、EPAは使えないのですけれども、しっかりとしたインストラクションは必要なのかなと思います。

○福井座長 伴先生、この点についてどうですか。

○伴構成員 まだ議論についていっていないところがありますが、多分、今、言われているのは、評価票IIIが評価票IIの個々の項目を当然のことながら複数含んでくるということなので、1～9の各項目をつけるということが、参考みたいな形で見とくというのがいかかもしれないけれども、多分それを全部つけることがすごくリアルにできるかという、多分できないだろうということだと思っております。

○福井座長 御意見は伺って、また話し合いはしてみたいと思いますけれども、何となく私自身も簡単に片方に組み込むとか、なかなか難しいかなと感じてはいます。

それから、レベルの言葉につきましてもずっと議論が続いていまして、現在のところはこの言葉ですけれども、恐らくファイナルなものにしていく過程でまだまだ微妙に文言は変わっていく可能性があると思いますので、よりよいものに変えていきたいと思っています。

古谷構成員、どうぞ。

○古谷構成員 フリーコメント欄があるものとないものがあるのですけれども、最後の資料4にもフリーコメント欄を入れて、コメント記載ができるほうがいいのかと思います。意外とチェックを入れるというよりは、そういうコメントでの詳細な内容というのは参考になることが多いので。

○福井座長 印象に残ったエピソード以外のコメントということですね。

○古谷構成員 エピソードはあくまでもエピソードですので、そうではなくて研修医へのコメントということになると思います。

○福井座長 では、ここをコメントに変えてもいいかもしれないですね。

○古谷構成員 エピソードは事件とか事例ということになると思うのです。

○大滝構成員 今の点についてです。これも私が参加した研究班の会合での議論に限定した記憶で、ほかの議論までは正確には把握していませんが、資料4の「印象に残ったエピソード」については、特に問題のある研修医について、問題事例を積み上げて最後の評価に生かすかという意味で、エピソードも大事ではないかという考えからエピソードになったと記憶しています。コメントも重要ということにも同意できますが、エピソードも何かの形で残して、これだけありましたというのを記録することも重要と思いました。

以上です。

○福井座長 わかりました。

ほかにはいかがでしょうか。清水構成員、どうぞ。

○清水構成員 資料2に戻らせていただいて、先ほどの評価者名のところですけども、必ず医師以外の方の評価もいただくのであれば、これは医師と他職種、ほかの職種を分けずに、多いほうの多職種で職種名だけ書くようにしたらいいのではないかと思います。医師は必ず評価をいただいて、それ以外にほかの方々からもいただくというのであれば、わざわざ医師を分ける必要はないのかなと思ったのです。

ローテーションではどなたが評価者であるかというのは、研修医が周知していかなければなりませんので、評価者も周知されているわけですので、ここで医師とほかの職種を分ける必要はないのではないかと思います。いかがでしょうか。

○福井座長 医師は必ず評価してもらわないと困ると思っています。

○清水構成員 必ず医師が入るわけですね。ほかの職種の方は看護師さんでも、そのローテーションの科によってはほかの職種の、医師以外の方の評価者は決まっているはずなので、わざわざ分ける必要はないのではないかと思います。

○福井座長 部署によって、病院によって職種は決まっていないと思うのですけれども。

○清水構成員 ローテーションする分野や診療科で、誰が評価者であるかということは研修医も指導者たちも周知されていることになっているかと思いますが、違いますか。

○福井座長 ここの書き方をどうしたらいいかという話ですよ。先生の案は、他職種を多い職種。

○清水構成員 そうではなくて、単なる職種名だけでいいのではないか。評価者名が左側にありますね。評価者の名前が書かれているのであれば、それがどんな職種なのかということだけでいいのではないかと思います。

○福井座長 こういうデータから何を知りたいかということになるのですけれども、データとしては医師か、そのほかの職種かというのを、先生、同じことを言っているのですけ

れども、この書き方よりも手書きで職種名を書いてもらったほうがよりよいという意味ですか。

○清水構成員 医師か他職種かが一目でわかるという点では、ボックスがあったほうがわかりやすいかもしれませんが、医師以外の方が職種名を書くのであれば、医師も職種に医師と書けばいいだけの話ではないかなと思ったわけです。なので評価者名の後は職種名だけでいいのではないのでしょうか。

○羽鳥構成員 ここは医師1名多職種の方が2名の3人で書くのですよね。

○福井座長 それもまだ決めていないのですけれども、何名が適切かということももし決められるのであれば、それはそれでいいと思うのですが。

○大滝構成員 関連してのコメントです。1つは例えば今、半分ぐらいのところの研修施設が使っているEPOCであれば画面入力になるので、恐らくチェックボックスを幾つか並べておいて、そこから選んでいただく形になるでしょう。手入力で職種名を入れてもらうといろいろな名称が入るので集計が困難になります。「その他」の選択肢は残すにしても、そういう形の運用になる可能性があると思います。

それから、清水先生からのお話で、誰が評価するかわかっているかどうかです。そこはまだ余り議論していなくて、360度評価は学生実習では、その実習での自分の様子をよく知っている人。学習者が自分で持って行って書いてもらう。つまり実習を通して誰に評価してもらうかが見えてくるという運用をしているところもあります。もちろん、あらかじめ決めておくのも当然ありだと思っておりますが、途中でそれが変わったり、また新たな人をお願いすることもあり得ると認識しています。

以上です。

○清水構成員 プログラム責任者講習会で研修病院評価についてのセッションがあるので、そこではプログラムにはローテーションする診療科の評価者は誰であるかということに記載しておいて、それを周知するという項目がございますので、そのようにアナウンスするのです。それで先ほどのような発言になったのですけれども、全ての研修医がそのようにされているかどうかは別として、一応それが評価項目にありますので申し上げました。

○福井座長 皆さんのところではやっていますでしょうか。特に医師以外の職種については誰が評価するかというのは、実際の現場ではかなり曖昧なところがあるのが実情ではないかと思うのです。

ほかにはいかがでしょうか。高橋構成員、どうぞ。

○高橋構成員 今、評価票Iが出ましたので、Iについてお伺いしたいと思うのですけれども、この評価をする場合に3段階プラス、評価できないの4段階、3段階評価になっていますね。2年間を通じてのローテーションごとに評価が上がったり下がったり、徐々にいい方向に進んでいくところを見るためには、3段階ではなくて5段階とか7段階とかこちらのほうがいいのかなど。特に資料3、研修医評価票IIですと結局は7段階で総合評価

をされているので、こういった評価のほうがマッチするかなと思うのですが、これはいかがでしょうか。

○福井座長 段階を具体的に考えるところが大変難しいのです。細かく分ければ分けるほどクライテリアを具体的に書き込むという作業が思っている以上に大変で、今のところ3段階とか、評価票IIの資質・能力についてはレベル4だけでも結構大変で、これをさらに分割するとなると大変難しい作業になるというのが実情であります。

田中構成員、どうぞ。

○田中構成員 私も360度評価は、なるべくいろいろな人に評価してもらおうというコンセプトがあるとすれば、評価書講習会とか受けていない人がいっぱい評価することになるので、なるべくシンプルなほうがよくて、3段階のほうがいいのかと思います。

ただ、心配というのは結構患者さんが心配かもしれないので、表現は少し考えたほうがいいかもしれない。だからといってかわりを提案せよと言われても、要努力ぐらいかなと思ったりしますけれども。

○福井座長 ずっとそう思っています。もっといい言葉がないかなと思っているのですけれども、何となくみんなでいい言葉が思いつかないのです。

○田中構成員 すごく評価する気持ちとしてはよくわかるし、個人的には納得するのですけれども、患者さんから見ると余り心配がたくさんつく研修医が担当になると心配みたいなふうに思います。

○福井座長 いい言葉がないかなと思っているのですけれども、中島先生、言葉を使うスペシャリストですので。

○中島構成員 心配と言うと評価する側の主観的な表現ですので、不足とかいう言い方のほうがましかなと思うけれども、まだよく考えたわけではありませんから。

○福井座長 片岡構成員、どうぞ。

○片岡構成員 それに関しては、そういう案が出たことかわからないのですけれども、評価票IIIみたいにレベル1、2、3という形にして、文章でどういうものであると書かれてもいいのではないかと思います。

○中島構成員 360度評価ということで、いろいろな職種の人からの評価も受けるわけですが、ここに患者からの評価は入らないのですか。患者からの評価は最終的な評価をするときにはいろいろ勘案しないといけませんけれども、非常に重要な情報だし、この病院は研修施設としてやっている病院だなということも分かりますし。そんな評価なんかするゆとりのない方もいらっしゃるから、できる場合にはしていただくということがあってもいいかなと思ったのです。

○福井座長 患者さんに評価していただく場合に、こういう文言で理解していただけるかどうか。

○中島構成員 理解できる人にだけつけていただいたらいいのではないですか。

○前野構成員 今の中島先生のお伺いは確かにそのとおりでと思うのですけれども、それ

は各研修病院でやるのをとめるものではないのですが、いわゆる国からミニマムとして出すには非常にハードルが高いですし、例えば放射線科とか病理とか、患者さんがいない科もありますので、なかなかそういう形で共通のものをやるのは難しいので、もし出すとすれば、これプラス患者評価もやれるところはぜひやってくださいみたいなレコメンドぐらいがちょうどいいぐらいのところなのかなと思っています。

○中島構成員 そうですね。

○福井座長 自己評価と患者さんの評価、またディスカッションしていきたいと思います。ほかにはいかがでしょうか。古谷構成員、どうぞ。

○古谷構成員 今回の全体の項目の中で、前回もお話したのですけれども、今レポートの評価なんかをやっているのですが、レポートは方略には入っているような入っていないような感じなのですけれども、レポート評価という部分は今回はしていかないという方向なのでしょうか。

○福井座長 実は今から時間が余ればディスカッションしていただきたいと思っていましたのが、方略のところについての御意見を伺いたいと思っています。今、行っているレポートは次回からはなくすとか、そういう議論はまだしておりませんので、それは考えていきたい、ディスカッションしていきたいと思っています。

とりあえず評価票につきましては、この方向でさらに文言を本日いただいた御意見も含めまして、また、考慮してかなりの調整が入るかもわかりませんが、次回のワーキングにはさらにブラッシュアップしたものを提示したいと思いますが、その方向でよろしいでしょうか。どうぞ。

○中島構成員 きょうは黙っておくつもりだったのですけれども、言い出したら長くなるのですが、今までの議論をひっくり返すことになるかもしれないのですけれども、評価という点で考えていくと、資料2ではAとBの1、4、5が360度評価をすべきだということですよ。ですから最初の到達目標として挙げたことのA項目、B項目は、組みかえをしておいたほうがかえって評価する先生方もわかりやすいのではないかと思うのです。そうすると医師としての基本的価値観と倫理性及び最低限の資質、そこまで入れてしまって、Bの1、4、5もそこに入れ込む。Bのところは資質・能力でも結構だと思いますけれども、残りを入れるということのほうがわかりやすい。到達目標と評価のこれが別々になってくると非常にわかりにくくて、かえって混乱しやすいのではないかと思ったのですが、これは私だけかもしれません。

○福井座長 先制おっしゃることも一理あると思いますが、Bの1、4、5につきましては医療者でないと評価できない部分もあり、医師以外の職種も評価できる場所があり、医師でないと評価できないところも入っている。そういう項目ではないかということで、こういうつくりになりました。もし整合性をとるのであれば、評価票Iというか資料2からB-1からB-5を外して、Aだけにしたほうが私は個人的にはいいのではないかと思います。

といいますのは、せっかく医学教育モデルコア・カリキュラムとの整合性もとりましたので、ここまでまた外してしまうといろいろ混乱が起きますので、こちらは維持したほうがいいのではないかと考えています。

○中島構成員 モデルコア・カリキュラムとそこまで整合性をきちんととってしまわないとならないのですか。内容の整合性がきちんととれていればいいのではないかと考えるのです。評価するに当たっては99%は通すということではなくて、将来、臨床医としてふさわしいかどうか。ふさわしい人として育てられるかどうか。ここに最大の力点があるわけですから、それがまずいという場合は落とさないといけない。基礎医学なりどこなり患者と直接会わないですむ分野へ回っていただく、ということが早いうちに決断できるように支援することが大切なのではないかと思えます。

○福井座長 それはそのとおりだと思いますが、いかがいたしましょうか。評価票 I に A の 4 項目と B の 3 項目が入っていることについての整合性のことになりますが、伊野構成員、どうぞ。

○伊野構成員 私はこのままでよろしいと思います。理由は、B の 1、4、5 は医師以外の他職種の目が入った方が望ましいと思うからです。それ故、評価の際には誰が評価したかが明確になるこの作りが良いと思います。

以上です。

○福井座長 前野構成員、どうぞ。

○前野構成員 この混乱のものは、恐らく評価票 I にタイトルがないからだと思うのです。タイトルが A と B の 1、4、5 に関するところ、なぜこの飛び飛びの項目が 1 枚になっているのかという趣旨がわからないからで、例えばここは 360 度評価が必要だとか、他職種からの評価が必要な項目というふうにすれば、そのように飛び飛びでも違和感がない。

○福井座長 ありがとうございます。

ほかにはいかがでしょうか。古谷構成員、どうぞ。

○古谷構成員 資料 1 に戻るのですけれども、2 枚目の上のほうに訂正した場所がありますが、「適切な管理指針に準拠する」というのですけれども、「適切な」が「管理指針」にかかっているので、管理指針そのものが不適切な場合を想定されているような文章になってしまっているので、「適切に管理指針に準拠する」のほうがいいのではないのでしょうか。もしくは「管理指針に準拠する」でも「適切な」とか「適切に」がなくてもいいのかなと思います。

○福井座長 その方向でよろしいでしょうか。

それでは残りの時間、本日のワーキングでは資料としては出しませんが、資料 1 の 4 ページ、方略についてのディスカッションをかなり具体的にやる時期になってまいりまして、到達目標をつくって、それを達成するために、時間的な関係もあると思えますけれども、どのような方法でもって 2 年間、研修してもらおうのかということで、どうしても

ローテーションする分野とか診療科について、ワーキングとしての意思をどこかで明示していく必要があると思っております。

特に経験してもらふ必要のある症候とか疾病を考えると、最低限このような分野、診療科をどれくらいの期間ローテーションしてもらふ必要があるということも明示していくことが必要になると思います。特にこれは1回目の見直しの際に、それまでは7つの診療科を必須としたのが、随分数を減らしたといういきさつがあつて、もし今後またローテーションを必須と考える分野、診療科をふやすとなると、いろいろなところでの大きな議論を巻き起こす可能性もございますので、慎重に考えた上で提言していきたいと思っておりますけれども、現在のところ何かこの点につきまして、構成員の皆様から御意見がございましたら伺いたいと思います。

中島構成員、どうでしょうか。

○中島構成員 選択必修という変な日本語になったのは、何々でしたかね。精神科はもちろんそうでしたけれども。

○福井座長 小児科、産婦人科、麻酔科の4つでしたっけ。

○羽鳥構成員 あと外科です。

○中島構成員 これはもとの7つを必修科目としてしまう。それに尽きると私は思っております。

○福井座長 大変クリアな御意見ありがとうございます。

ほかにはいかがでしょうか。金丸構成員、どうぞ。

○金丸構成員 私も今、中島先生がおっしゃったように、もともとの姿に戻るといふか、それが本当に今まさに新たな専門医制度が始まる時期において、そこに立ち戻ることが整合性といふか、必要ではないかと思ひます。中島構成員と同じ意見です。

○福井座長 ありがとうございます。

ほかにはいかがでしょうか。高橋構成員、どうぞ。

○高橋構成員 うちの病院は7科目必修でやっておりますけれども、その根拠としては幅広いプライマリケア能力を身につけるためには、どうしても外科を回らないとか、小児科を回らない、産婦人科を回らないということが、精神科もですけれども、あり得ないと判断してやっております。結局、選択必修が導入された後と導入される前の比較検討がなされていないので何とも言えませんが、7科目必修でやっている立場としては有効であるなという自覚があります。

○福井座長 では2年次研修が終わる時点での毎年の調査の結果がございまして、このディスカッションをするときにはデータをまた出してもらいたいと思ひますけれども、見直しが行われて7つの診療科以外といひますか、3カ所だけであとは自由にしたところと、7つの診療科をずっと続けているグループと、たしか30%、30%、30%ぐらいだったのです。それぞれについて当然、小児科、産婦人科はローテーションしていないところは、小児科あるいは産婦人科関係の経験はがくっと少なくなつてきていますので、そ

ういうデータはありますけれども、そのことがどういう影響を与えるかというのは、なかなか難しい問題ではありますが、今までのいろいろなデータがございますので、それは次回、このディスカッションをする場合には出してもらいたいと思っています。

ほかにはいかがでしょうか。羽鳥構成員、どうぞ。

○羽鳥構成員 今、専門医機構で総合診療領域のディスカッションを金丸先生、前野先生も出られてやっているのですけれども、その中で議論ではやはり外科領域、小児科領域、産婦人科、精神科もそうですが、7つあるのも1つの方法だろうという議論はありましたが、そのために初期臨床研修が2年から3年へ延長になるということだと困るという意見もあります。

○福井座長 でも最初のころは2年間でちゃんとやれていたと思います。

大滝構成員、どうぞ。

○大滝構成員 研修する診療科とリンクするのは、目標、方略で症候などが既に設定されていますし、評価では先ほど話題になった一般外来とか、初期救急云々の内容です。それらをどの程度厳密に全てやらないといけないのか、例えば7割、8割でいいとするのか、と関連するので、そこも同時に考えなければならないという印象を持ちました。私としては100%というのはかなりきついと思います。経験疾病だけを見ても、かなり幅広い研修をしなければ、例えば残り半年の段階でどれくらいやったかを見て、その後の研修を決めるといったなことが必要になる可能性はあるという印象です。

以上です。

○福井座長 でも以前は88疾患あったのを25まで減らしたのです。できたらこれは100%経験してもらえそうな方略にしたほうがいいのではないかと個人的には思っています。

伊野構成員、どうぞ。

○伊野構成員 私も賛成です。WFMEの国際基準でも、卒前の臨床実習で重要な診療科で学習する時間を定めなくてはいけないという頃がございまして、その重要な診療科というのは内科、外科、精神科、総合診療科、産婦人科及び小児科となっております。卒前もそういったところにフォーカスが当たって来ておりますので、私は卒後も同様でよろしいのではないかと思います。

○福井座長 そのような考え方の先生方がたくさん構成員になっていただいているということで、私としては議論がスムーズにこのワーキングではいくのではないかと思いますけれども、反対意見を持たれている方がどこにいるのかということになるのですが。

○前野構成員 反対ではないのですけれども、実際に私は筑波大学で毎年約70人のプログラム管理を行っています。さまざまな人がいる中で、本当にぎりぎりよたよた休みになったり戻ったりしながら最低限をクリアしていくという人も一定数おります。

そのときに今の必修科が終わっているかというのはすごく大きな問題で、特にまた産婦人科とか外科とか必修に戻ってくると、施設を移っていかなければ研修できないケースがすごくたくさんありますし、ローテーションの期間も非常に短くなってくるという部分が

あります。これは私は反対か賛成かと言え、それはもちろん多様なローテーションがいいという意味ではもちろんそうなのですけれども、どこまで厳格に縛るのか。あまり厳しくしすぎると、それができないためだけに終われない人たちも出てきます。今回のいわゆる研修システムは、多分9割5分の人が終わればいいというのだと余り問題はないのです。でもそれが99%になると物すごくハードルが上がる。要するに研修管理はわずかな人のためにすごい労力を割いてサポートしておりますので、そういう意味では一気にハードルが上がるというのがプログラム責任者の実感です。

○福井座長 田中構成員、どうぞ。

○田中構成員 7診療科でやっていたときも臨床研修の責任者をしていましたし、その後もやっていたので、その前後は承知しているとは思いますがけれども、EPOCレベルの分析では経験症例はほとんど変わっていないのです。

もう一つは、7から5に減らしたときのメリットというのは、選択できる期間が確保できたということがあったのです。それが専門に移行するときの円滑な移行ということもあったのですけれども、もう一つは結構専門を決めるときに2つぐらいの選択をやって、それから専門を決めたという研修医が多かったように思いますので、そういうマイナス面も7診療科に戻す場合には考えたほうがいいのではないかと思います。

もう一つは、この制度が始まった平成16年に比べると、診療参加型臨床実習は大分充実してきているので、基本的な部分の今、伊野先生がおっしゃったような診療科の研修は前よりは進んでいるのではないかと思いますので、その時代の変化も加味して考えたほうがいいのではないかと思います。

○福井座長 当初も結構イレクティブの期間はあったのです。8カ月間はもともとイレクティブの期間を設定したはずではあります。そここのところの期間をどう考えるかということもあると思います。

もう一点、実は今回、到達目標のCでコンサルテーションや医療連携が可能な状況下で単独での診療を任すことができるという項目として入れましたので、一般外来のローテーションはどこかの時点でやってもらう必要があると思いますので、その組み込み方なのですけれども、内科のローテーション中に必ずやってくださいという形にするのか、また、別出しで一般外来を書き込むかによってもローテーションの項目が違ってくる可能性はありますけれども、でも一般外来を組み込む必要があると思いますが、それについては何か御意見ございますでしょうか。大滝構成員、どうぞ。

○大滝構成員 一般外来については、恐らくプログラムによって、何をそのような一般外来とみなすのか、について相当幅があるので、一般外来の何か条件というか説明が必要だと思います。

先ほどの議論とも関係しますが、例えば経験症候、経験疾病の研修を100%あるいはそれに近いものを求めると一般外来等が重要になりますが、今の方略の文言ですと経験症候は「初期対応を行う」のですね。経験疾病は「診療に当たる」となっています。これは例え

ばその一般外来や救急などで、ファーストタッチをするだけでもクリアできるのか、それとも診療チームの一員として患者さんの入院診療に当たるところまでを求めるのでしょうか。か一般外来の条件と同時並行で、ここの定義というか説明も今後詰めていく必要があると考えました。今日はフリーディスカッションということでコメントさせていただきました。

○福井座長 ありがとうございます。

ほかにはいかがでしょうか。高橋構成員、どうぞ。

○高橋構成員 経験症候と経験疾病に関して、個人的には数が少なくなっている分、深く研修してほしいと思いますので、外来で一度診たことがあるというレベルではなくて、もう少し深い、病棟で担当するとか、あるいは場合によっては全てレポートにする必要はないかと思えますけれども、レポートの枠をはめて深く経験して考える機会を設けたほうがいいと思います。

○福井座長 ありがとうございます。

田中構成員、どうぞ。

○田中構成員 レポートについては私も賛成で、レポートというのは考えをまとめるという意味があるので、全部29レポートと言う必要はないと思えますけれども、その中で幾つかのものはレポートを出すことは重要なことではないかと思えますし、多分、量的な部分というのは経験症候とか経験疾病のところである程度担保しないと、形骸化した2年間になる可能性だってありますので、経験症候とか経験疾病はチェックボックスでもいいのですけれども、最低限は全部やったということを指導医が確認するようなシステムは残したほうがいいのではないかと私は思います。

○福井座長 ありがとうございます。

伴構成員、どうぞ。

○伴構成員 私はレポートには反対で、レポートを書いていると本当に学生実習の延長みたいになっているものが多いのです。退院サマリーはいいと思うのです。退院サマリーをこのような形で出すというのはいいと思えますけれども、特に直接そのプラクティスの中に入っていないレポートを書くというのは非常にまずいと思います。

○福井座長 ありがとうございます。

アメリカは一切そういうものはないですからね。つまり実際の診療の流れからはみ出て何かやれというのは全くない。そういうオン・ザ・ジョブ・トレーニングではありますけれども、実は私自身もレポートを出すということに違和感をずっと持っているので、ただ、十分ディスカッションした上でそれは決めていきたいと思えます。

片岡構成員、どうぞ。

○片岡構成員 アメリカの話がちらっと出たので、一般外来をどこに持っていくかということですが、アメリカだったら確かに内科の中に、この日は外来日というのを確実に確保するようになっていて、そこで経験を積むということだったのだと思うのですが、それは全ての病院の内科でと決める必要があるかどうかは別として、どこかに組み込まな

くて外来のローテーションというふうにすると、ますます選択期間が短くなるので、組み込むほうが現実的にいいのではないかと思います。それが1点。

それから、7科目必修と今の柔軟な形と賛否両論あると思うのですが、多分、7科目のときに出ていた否定的な意見としては、クリクラの延長ではないかとか、あるいは興味がないのに無理やりやらなければいけないとか、細切れになるとか、そういった意見は確かにあったと思いますので、ただ、やはりどなたかもおっしゃったかと思うのですが、時代は変わっているし、これから先はより一層、専門分野だけを診られたらいいということではなくて、もっとゼネラルにということがこれまでよりもより求められていると思うので、ですのだからこそ幅広い経験が必要なんだということを、クリクラで大分深くするようになっているので、では初期研修では学生のときにコア科目としてやったことと、初期研修で7科目を必須と課すのであれば、それがどう違って、どのように深く学ぶ必要があるから、だからするのだということが認識でき、しっかり腑に落ちるような説明といいますか、それは必要なのではないかと思います。

岡山大学の場合はかなり柔軟なローテーションになっているのですが、結局のところ自分で選択して、かなりたくさんローテーションする研修が多くありまして、彼らにとっては結果的には7科目必修であるローテーションと一緒になのですが、自分で選んで、自分でそこに意味を見出して多彩な経験をするということにすごく意義を持ってやっているのだからそこにどういう意義を見出して取り組むかということが共通理解できることは大事なのではないかと思います。

済みません、少し長くなりました。

○福井座長 金丸構成員、どうぞ。

○金丸構成員 今の片岡先生のことに関連するのですが、確かに参加型実習で学生としてこれからもっと充実していく方向に行くとしても、あくまでも日本の中で、スチューデントドクターというのがまだまだ根づかない状況があると考えたら、限りなく学生の間というのは三人称の医療でしかかなりにくいという現実はあると思うのです。医療は二人称の医療で、私とあなたの医療という経験の中に医師として深まっていくことこそが、よりそこをわかりやすくしていくというか、姿ではないのかなと思うと、先ほどのことに戻るので、今こそ片岡先生もおっしゃったゼネラルということ、つまり二人称としての医療を医師として経験して、成長を遂げるというところは大事なのかなと思っています。

○福井座長 清水構成員、どうぞ。

○清水構成員 ほぼ同意見なのですが、卒前から卒後への一貫性ということが少しずつ積み重なって、目標を同一にして、医師免許証を持たないで卒前で実習としてやることから、卒後に医師免許証を持って内容を深めるという点では網羅的かもしれませんが、ゼネラルに研修することが大事だと私も思います。

先ほどのレポートに戻りますが、経験症候のところに病歴、身体所見、簡単な検査所見に基づく臨床推論と病態を考慮した初期対応を行った、多分、医師記録は書かれると思う

ので、レポートではなくカルテ上の、診療録上の評価の方法などが入ったら、深さについても、もしかしたら疾病についてもある程度カバーできたりしていいのではないかと思います。

以上です。

○福井座長 診療録からできれば本人が無駄な作業をしなくても、病院として事務的に見たということの証拠をピックアップできればいいのではないかと個人的には思っています。清水先生おっしゃったとおりの手順が病院の中でとれればです。

知りたいのは、経験したかどうかだけなのか、確かに内容までどういうことをリフレクション、患者さんそれぞれの症候、疾病について経験したことで、どういうことを考えたかということまで評価するのであれば、そこまでしないと報告書まで、レポートまで書いてもらうというのはどうかなと個人的には思っています。

田中構成員、どうぞ。

○田中構成員 レポートというものの意味するところが人によって多分違うので、伴先生の御意見と私の意見は真っ向から対立する形に見えるかもしれませんが、私の意味するところは、鑑別診断とかそのようなことをまとめてくれればそれでいいという理解なのです。それは本来、退院サマリーの中に包含されるものだろうと思いますが、症候というふうに明示しているので、それを例えば退院サマリーとリンクさせるという形よりは、この症候について症例を経験して、鑑別診断としてはこういうものを考えたということをもとめたものを幾つか出してもらうことは意味のあることだと思います。それ自体をつくることは、新しくレポート1つ書き起こすというような作業とは違いますので、研修医にとってもそんなに負担になっているとは、私たちの提出されたレポートを見ては思いません。

○福井座長 古谷構成員、どうぞ。

○古谷構成員 疾病のレポートに関して言いますと、レポートでなくても確かに退院サマリーでも十分だったりするのですけれども、症候に関して言うと、症候の分析というのは例えば結膜癒着の患者さんを診ましたということだけでは、ほぼ何も考えていないことが多いのです。ですので症候に関してのレポートというのは、見ていると非常にやはり研修医のレベルでは稚拙なものが多くて、そこら辺は疾病のレポートとは別に退院サマリーで済むものと済まないものがあるのではないかと思います。

それから、一般外来のことに关しましては、先ほど内科に入れるかどうかということなのですけれども、それはどちらでもいいようにしていただいたほうが、やはり内科という病棟業務がどうしても中心になっていって、そこに一般外来を加えることが難しい場合もありますので、内科に加える形をとってもいいし、もちろん独立してやる形でも、とにかくどこかでしっかりと入れていくシステムがあればいいのかなと感じました。

○福井座長 前野構成員、どうぞ。

○前野構成員 レポートに戻りますけれども、多くのところはレポートを必修の症候をち

ちゃんと経験したかというチェックに使っているところが多いように思うのです。ですから大切なことは、レポートは何のために書くのかという目的ををしっかり定義づけることだと思います。もし、臨床推論の筋道をきちんと記述できるかということで書くなら、必修症候を全部出す必要はなくて、例えば3部出せばいいわけですね。そのかわり、それはしっかりとその趣旨に沿っているかをしっかりチェックする。症候を経験したかを見るのだったらレポートではなくて、ちゃんとそれは経験だけ確認すればいいと思うので、要るか要らないかというのはレポートに何の意図を込めるかというところに尽きるのではないかと思います。

○福井座長 クリニカルリーズニングは、できたらベッドサイドで、その場で指導医とやり合って、そういう能力が身についていることを確かめる作業は現場でできる話ではないかなと思っているのです。

伊野構成員、どうぞ。

○伊野構成員 今、前野先生がおっしゃったように、「何のためか」というところで皆さんと少し乖離するかもしれませんが、現在、本学の研修医は年に2回は有意事象分析というレポートを書いています。reflection、つまりその症例を診て何を学んだか、何を学ばなかったか、自分の中でどのように患者さんと向き合っているかというところに焦点を置いて書いています。そうするとどのくらい向き合っているかも含めて研修医の成長が見られるので、私としては、どのくらい振り返っているか、経験からの学びが見られるものがよいと思います。

○福井座長 ありがとうございます。

ほかにはいかがでしょうか。中島構成員、どうぞ。

○中島構成員 本当に退屈な科を回って、というときに、いつも精神科がそういうところなのかな、と私は思ってしまうのです。そうならないためには急性期の入院患者をきちんと診るということを、書きぶりはいろいろあるのでしょうかけれども、入れる必要があるだろうなど。慢性期の人を診ることも大切なのですが、本来は退院させていないといけない患者さんたちです。こういう人を診ても私は精神科のネガティブな側面を診るにすぎないと思うのです。だから急性期をきちんと診ることが重要で、外来だけで見たのではだめだという理由は前回、少し頭がまとまっていなかったのですけれども、その一番の理由は精神科の患者さんは時間の経過を見ないとわからないことが多いのです。だから一般救急の外来で診るとワンポイント、点で見えてしまう。やはり線で経過を見なければいけないということがありますから、どうしても病棟が必要だろうと私は思っています。

それと関連して、全然別のところに飛びますけれども、資料1の2ページの、いろいろなところで出てくるのですが、コミュニケーション能力のマル3で、患者や家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握する。ニーズに含まれてはいるのですけれども、深刻みがどうしても出ていない。患者や家族が直面している課題や苦しみを把握するというふうにししないと、負の苦しみをきちんと受けとめる、あるいは感じ取るということ、この能

力がコミュニケーションの能力の基本になるものです。ぜひそこをちょっと変えていただくとありがたいと思います。

○福井座長 わかりました。また話し合いたいと思います。コミュニケーション能力のところですね。

それから、症候、疾病ともかかわりますけれども、実は今の資料1の3ページにもございますが、「7. 社会における医療の実践」で地域包括ケアシステムとか、病院を出て地域医療でカバーできるかどうかわかりませんが、地域包括ケアへの配慮もぜひ今回は国の動きもその方向に向かっていますので、そこにも少し注目をしてもらえるような方略にできればいいのではないかと、個人的には思っています。

金丸構成員、どうぞ。

○金丸構成員 まさに今、福井先生おっしゃったようなところなのですが、これこそが国の政策にももちろんなっているし、今後ここを深めていくということの流れを考えると、一番近いという意味では必須になっている地域医療の現場を、これをしっかりとここに結びつけていく方略に行くことがぜひ必要だろうと改めて思っております。

○福井座長 ありがとうございます。いろいろ御意見を伺いました。また来年3月までにはほぼ完全な形で到達目標、方略、評価を作成する必要があるがございますので、これから半年間でかなりタイトになると思いますけれども、研究班でもまたブラッシュアップして、それをこのワーキングに上げて、それから医師臨床研修部会でさらにディスカッションしていただくという手順が必要ですので、今回は本日いただいた御意見を踏まえて、また案をブラッシュアップしていきたいと思います。

本日はそろそろ時間ですので、以上で終わりたいと思いますが、事務局から今後の予定等について、あるいは本日のディスカッションを踏まえて、何か事務局としてコメントがございましたらお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

○櫻本医師臨床研修専門官 まず日程につきましては、次回の日程は事務局で調整の上、改めて御連絡をさせていただきたいと思います。特にコメントということですがけれども、本日、評価について御議論をいただいて、また、方略についてもフリーディスカッションの形でいただきましたので、これを研究班でもう一度まとめさせていただいて、次回、特に評価と方略部分も含めて御提示をさせていただいて、先生方の意見をいただきたいと思います。

以上でございます。

○福井座長 評価票IIにつきましては、かなり項目が多くて一つ一つディスカッションすることができませんでしたので、できましたらどこかの時点でじっくり目を通していただいて、コメントをいただければありがたいです。

○伊野構成員 どのようにコメントをすればよろしいでしょうか。

○櫻本医師臨床研修専門官 コメントにつきましては事務局にいただきましたら、そのまま研究班にお伝えさせていただきますので、よろしく願いいたします。

○福井座長 ぜひこの評価票IIについて、特に評価票IIについてコメントをいただければありがたいです。

○清水構成員 データでいただけますでしょうか。

○櫻本医師臨床研修専門官 評価票でございますね。わかりました。先生方にまず見え消しのできるような形でお渡しいたします。

○福井座長 よろしいでしょうか。

それでは、本日はこれで終わりたいと思います。ありがとうございました。