

○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17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。

それでは、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。

伊野構成員、大滝構成員、神野構成員、清水構成員及び古谷構成員から御欠席との連絡をいただいております。田中構成員におかれましては、所用により途中から御出席されると伺っております。

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、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 御多忙のところ、出席ありがとうございます。

本日は、議事は実質的に1つです。「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」の御議論をお願いしたいと思います。

初めに、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 それでは、資料の確認をいたします。

まず、お手元の資料、第17回ワーキンググループと書かれたものでございます。

最初は議事次第。ページをおめくりいただきまして座席表。それから、資料1-1から資料1-5までが本日の議論の内容になりますけれども、「臨床研修の到達目標、方略及び評価」が1-1。1-2から1-4までが「研修医評価票」のI、II、III。それから、資料1-5が「臨床研修の目標の達成度判定票（案）」。それから、資料2が「臨床研修制度に関する経緯」でございまして、あとは、参考資料1から7がございまして、

資料の落丁等がございましたら、事務局まで御連絡ください。

あと、机上配付資料をお手元に置かせていただいております。

以上です。

○福井座長 ありがとうございます。

前回まで、医師臨床研修制度の「到達目標・方略・評価について」、構成員の先生方には御議論いただいたところでありまして。また、先日開催されました臨床研修部会において、前回まで御議論いただきました内容について報告させていただいて、その方向性につきましては承諾いただきました。

本日は、「方略」と「評価」の細部についての議論を深めていただきたいと思いますと考えております。「方略」と「評価」の2つの部分に分けて御議論をお願いしたいと思います。

最初に、「方略」の案について、私から説明させていただいて、その後、事務局から資料2について説明していただくことになっています。

それでは、最初に「方略」のところをごらんいただきたいと思います。資料1-1の4

ページからになります。1ページからおさらい簡単にさせていただきたいと思っております。

到達目標は、資料1-1の1ページをごらんいただきますと、「I 到達目標」の下に5行にわたって前文に相当する文章がございます。「A. 医師としての基本的価値観（プロフェッショナルリズム）」で4項目。

「B. 資質・能力」として、3ページ目にわたって9項目ございます。

そして、「C. 基本的診療業務」では、コンサルテーションや医療連携が可能な状況下で、単独で診療ができる。前回は単独で診療を任すことができるという文章でしたが、素直に研修医が主語で、これこれができるという文章に微調整いたしました。つまりコンサルテーションや医療連携が可能な状況下で、単独で診療ができる。そして、その4つの場所を書いています。一般外来、病棟、初期救急、地域医療のそれぞれについて、このようなことが2年次、修了時にはできるという目標となっています。

4ページ目に行きまして「実務研修の方略」についての御議論をお願いしたいと思っておりますが、最初にこの部分の説明を私から。

研修期間は原則として2年間以上。協力型臨床研修病院又は臨床研修協力施設と共同して臨床研修を行う場合にあっては、原則として、1年以上は基幹型臨床研修病院で研修を行う。なお、地域医療等における研修期間を、12週を上限として、基幹型臨床研修病院で研修を行ったものとみなすことができる。

これは、前回は案として出した内容のままです。たすき掛けで2年目に、大学病院のようなどころから地域医療研修で研修医を出す場合、12週を上限として基幹型臨床研修病院で研修を行ったものとみなすということです。

「臨床研修を行う分野・診療科」につきまして、次のページにかけて13項目ございます。

1. 内科、外科、小児科、産婦人科、精神科、救急、地域医療を必修分野とする。また、一般外来での研修を含めること。

2. 原則として、内科24週以上、救急12週以上、外科、小児科、産婦人科、精神科及び地域医療それぞれ4週以上の研修を行う。なお、外科、小児科、産婦人科、精神科及び地域医療については、8週以上の研修を行うことが望ましい。

3. 原則として、各分野は一定のまとまった期間に研修（ブロック研修）を行うことを基本とする。ただし、救急については、4週以上のまとまった期間に研修（ブロック研修）を行った上で、週1回の研修を通年で実施するなど特定の期間一定の頻度により行う研修（並行研修）を行うことも可能である。なお、特定の必修分野を研修中に、救急の並行研修を行う場合、並行研修を行う日数は当該特定の必修分野の研修期間に含めないこととする。

前回は説明しましたが、例えば内科の研修を行っている間、週1日、救急の研修を行った場合、内科の研修はその1週間については0.8週とカウントするという意味です。

4. 内科については、入院患者の一般的・全身的な診療とケア、および一般診療で頻繁に関わる症候や疾患に対応できるようになるために、幅広い疾病に対する診療を行う病棟

研修を含むこと。

5. 外来については、一般診療において頻繁に関わる外科的疾患への対応、基本的な外科手技の習得、周術期の全身管理などに対応できるようになるために、幅広い外科的疾患に対する診療を行う病棟研修を含むこと。

6. 小児科については、新生児期から思春期までの各発達段階に応じた総合的な診療、心理社会的側面に配慮した診療、予防接種の実施、および虐待への対応等を習得するために、幅広い小児科領域に対する診療を行う外来又は病棟研修を含むこと。

7. 産婦人科については、妊娠・出産、産科疾患や婦人科疾患、思春期や更年期における医学的対応などを含む一般診療において頻繁に遭遇する女性の健康問題への対応等を習得するために、幅広い産婦人科領域に対する診療を行う病棟研修を含むこと。

8. 精神科については、精神保健・医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応できるようになるために、精神科専門外来又は精神科リエゾンチームでの研修を含むこと。なお、急性期入院患者の診療を行うことが望ましい。

9. 救急については、麻酔科における研修内容が救急における研修内容と同等の内容を含むときには、麻酔科における研修期間を、4週を上限として、救急の研修期間とすることができる。

10. 一般外来での研修については、ブロック研修又は並行研修により、4週以上の研修を行うこと。なお、受入状況に配慮しつつ、8週以上の研修を行うことが望ましい。また、症候などの臨床問題を適切な認知プロセスを経て解決に導き、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の継続診療を含む研修を行うこと。

11. 地域医療については、原則として2年次に行うこと。また、へき地・離島の医療機関、許可病床数が200床未満の病院又は診療所を適宜選択して研修を行うとともに、一般外来での研修と在宅医療の研修を含めること。ただし、地域医療以外で在宅医療の研修を行う場合に限り、必ずしも在宅医療の研修を行う必要はない。さらに、病棟研修を行う場合は慢性期・回復期病棟での研修を含めること。加えて、保健や福祉との連携を含む、地域包括ケアの実際について学ぶ機会を十分に含めること。

12. 選択研修として、保健・医療行政の研修を行う場合、研修施設としては、保健所、介護老人保健施設、社会福祉施設、赤十字社血液センター、検診・健診の実施施設、国際機関、行政機関、矯正施設、産業保健等が考えられる。

13. 研修全体において、院内感染や性感染症を含む感染対策、予防接種を含む予防医療、社会復帰支援、緩和ケア、臨床病理検討会（CPC）等、基本的な診療において必要な分野・領域等に関する研修を含むこと。また、感染制御チーム、緩和ケアチーム、栄養サポートチーム、認知症ケアチーム、退院支援チーム等、診療領域・職種横断的なチームの活動に参加することや、児童・思春期精神科領域、薬剤耐性菌、ゲノム医療等、社会的要請の強い分野・領域等に関する研修を含むことが望ましい。

経験症候については、前回と同じ29症候になっています。

6 ページ目につきましては、経験疾病として25疾病。これも前回と同じだったと思います。経験症候及び経験疾病については、日常業務において作成する病歴要約で確認を行うこととし、病歴、身体所見、アセスメント／プラン、検査所見、治療方針、当該患者に対する考察等を含むこととしています。

それでは、まず資料2について、事務局から説明をお願いできますか。

○櫻本医師臨床研修専門官 続きまして、資料2をごらんください。

「臨床研修制度に関する経緯」ということで、今までの経緯と、今回、特に必修項目に対する変更点について御説明させていただきます。

2枚目、3枚目、先生方、御存じのことかと思いますが、昭和23年にインターン制度を開始。

43年度から臨床研修制度創設ということで、2年以上の努力義務がございました。当時指摘された問題として、例えば専門医志向のストレート研修中心で、プライマリ・ケアの基本的な診療能力の修得が不十分といった指摘から、平成16年度に現在の臨床研修の必修化というものが医師法の改正とともに行われております。

ページをおめくりいただきまして、3枚目でございますけれども、平成16年度の新制度の施行後、制度の見直しを検討ということで、当時指摘された問題点として、1つ目の専門医等のキャリアパスへの円滑な接続が妨げられるといった御指摘をいただきまして、平成22年度に臨床研修制度の見直しとして、特に研修プログラムの弾力化（7科目必修から3科目必修＋2科目選択必修へ）といった見直し等が行われました。

その後、平成27年度に関しましては、募集定員の割合の縮小といった見直しを行っております。

こういった経緯も加えまして、ページが抜けておりますけれども、次のページの必修診療科の見直しで、先ほど座長のほうから御説明いただいた方略の部分の絵にあらわしたものですけれども、一番下の平成32年度の7科目必修（案）というところをごらんいただきますと、赤字のところは特にポイントですけれども、まず1つ目は、今まで月数で決めていたところを週数に変えているところ。

2つ目が、外科、小児科、産婦人科、精神科につきましては、選択必修から必修ということ。あと、麻酔科におかれましては、救急の中に4週まで研修を可能という形にしているということ。一方で、選択科目につきましては、平成22年度からの約12月程度というものとはほぼ同等の約1年相当の48週を確保してございまして、当時指摘されました専門医等のキャリアパスへの円滑な接続という意味でも、選択期間に対しては約1年相当の確保がされているところでございます。

あと、※のところですが、4週といえども、8週以上、あるいはもう少し長期にやる必要があるのではないかといった御意見もございましたので、上の※のところ、外科、小児科、産婦人科、精神科、地域医療は8週以上が望ましいということ。あとは、

外来について、今まで特段の規定がございませんでしたので、一般外来については4週以上を含む。これにつきましては、別というよりは、例えば内科などをやっている際に一般外来を含んでいただいて、合計4週以上は確保していただくといった形で案を出させてもらっています。

あと、違いとしましては、全ての科、外科、小児科等を含めまして、どういった研修をするかといった大まかな方向性を方略のところに記載させていただいているところがございます。

以上でございます。

○福井座長 ありがとうございます。

それでは、40分程度、方略について御議論をいただければと思います。先ほどの資料1-1ですと、4ページから5ページの大部分が対象になると思います。読んでみて、文言はもうちょっとブラッシュアップするところがあるように感じておりますけれども、内容的に先生方の御意見を伺えればと思います。

最初の期間のところはよろしいでしょうか。2年間で、地域医療を2年目に行うということになっているものですが、たすき掛けの場合を考えると、12週を上限として、地域医療については基幹型臨床研修病院で研修を行ったものとみなすことができるという内容です。これについて、よろしいですか。

もし問題がないようでしたら、臨床研修を行う分野・診療科の13項目についての御意見をいただければと思います。

金丸先生から。

○金丸構成員 4ページの6番、小児科のところ。これは確認ですが、3行目、「幅広い小児科領域に対する診療を行う外来又は病棟研修」。これは、内科に関しては病棟研修、外科も病棟研修と書いてありますが、これは外来でもいいということに位置づけられているのでしょうか。

○福井座長 外来の研修でも構わない。外来あるいは病棟で行うという意味ですね。

○金丸構成員 小児科は、内科とか外科と同じように病棟研修を含むという表現にはならないということですか。

○福井座長 確かに書き方は統一したほうがいいですね。書き方としては、病棟研修を含むことだけでいいかもわからないですね。どうでしょう。

○櫻本医師臨床研修専門官 この書き方ですと、先生、御指摘のように、外来だけとか病棟だけとか、外来も病棟もといういろいろな読み方ができるかと思うのですが、むしろ中身をちょっと御指摘いただけたらと思います。科によっては病棟だけでいいところもあれば、外来もやったほうがいいところもあれば、外来でも病棟だけでもいい科というのがひょっとしたらあるかもしれないので、そういった点も含めて内科、外科、小児科、産婦人科、精神科というものの書きぶりを単に統一するというよりは、例えば外来を絶対含めたほうがいいのかような科があれば、病棟及び外来を含むという書き方になるかと思いま

すので、そういった点から御意見をいただければ幸いです。

○金丸構成員 わかりにくいと感じたことが中心で、今、先生がおっしゃったとおりとは思いますが、わかりやすさというのもあったほうがいいのではないかと。例えば、内科が「病棟研修を含むこと」とか、わかりやすい表現になっているかなと思ったりしたのですが。

○福井座長 先に田中先生。

○田中構成員 今のところについては、例えば研修病院の中には小児科病棟がない病院もあります。今は研修病院には多分手を挙げていないと思うのですが、この書き方だと、論理上は外来さえやればよいということになるので、そういう病院が手を上げる資格があるかどうかというのは、はっきりさせておいたほうがいいのではないかと思います。

それから、もう一つ、私がお伺いしたいと思ったのは、6で、虐待への対応というものがあるのですが、虐待はむしろ救急で診ることのほうが多いような気もするのですね。だから、小児科でも診るのだけれども、ここで診られなくても救急で診ればいいのか、これは原則だけれども、この診療科に限定されない。とにかく2年間で経験すればよいという書きぶりをどこかで加えたほうがいいのではないかなと思いました。

以上です。

○福井座長 確かに虐待は、救急、小児科、最近は高齢者の虐待もあって、内科系も。我々の病院ではチームをつくって、いろいろな診療科の先生たちとMSWがグループで対応するとなっています。したがって、どの診療科にいても、ローテーションしていてもかかわることができる体制になっています。どのように書くか、また戻るかもわかりません。

中島先生。

○中島構成員 今の問題で、特に虐待のことは、小児科に限らず、こじれたケースについては全て精神科で対応していますので、そのあたりのことも配慮すると、特段ここへ書き出すと、かえて変ではないかなと思ったのです。

○福井座長 例えば13番に虐待の問題などを書き出したほうが。

○中島構成員 そのほうがいい。

○福井座長 かもしれませんね。

伴先生。

○伴構成員 1つは、内容的な質問、2つ目は疑問、コメントが1つ。それから、言葉の問題について、ちょっと提案したいと思います。

質問は、先ほどの一般外来というのは、例えば地域医療で一般外来することはよくあると思います。それはそこでやっても外来診療としてカウントされるのですか、というのが一つ目。

それから、例えば地域医療を3カ月やったら、それで一般外来も全部クリアしてしまうと考えていいのかというのが二つ目の質問です。

それから、疑問は経験疾病のときの依存症ですが、薬物依存・病的賭博依存という、

頻度的には特殊ではないのかもしれませんが、通常、私たちが診療していても、どこに紹介したらいいのかわからないという病態も含まれている。ニチコン依存・アルコール依存というのはコモンな病態だと思うのですけれども、これは書き過ぎではないかと思いました。

それから、最後の※印、いわゆるレポートを病歴要約でいいというのは、これは本当にプラクティカルな、本来、研修のあるべき形になって、これは今までとは違って、良いやり方だと思います。

それから、言葉の問題は、経験症例とか経験症候というのは、経験した症候なのか、経験すべき症候なのか。多分、言葉として経験症候という使い方は日常しないと思いますので、それなら経験すべき症候と「すべき」というものを入れておいたほうがわかりやすいのではないかと思います。

以上です。

○福井座長 ありがとうございます。

「すべき」は入れる方向で考えたいと思います。

最初の先生の御質問の一般外来につきましては、たしか地域医療で行った場合もカウントするようになったように思います。

○櫻本医師臨床研修専門官 事務局でございます。

基本的には、カウントする方向でこの案では考えております。もともと地域医療でも外来をやることになっていきますので、それだったら全部入るのではないかというのもあると思いますが、例えば外来を中心にやられたり、病棟もやられる方も当然いらっしゃるんで、そういうことを踏まえることが1つと。

あとは、到達目標を達するというのも重要ですので、到達目標の外来の部分が達成できる範囲でやっていただきますので、例えば、基本的には一般外来の4週を地域医療でやっていただく、プラス、ほかの部分でも必要に応じてやっていただく必要があるのかなと考えております。

○福井座長 依存症については書き過ぎではないかということですが、これにつきましては、余り我々が経験してこなかった病的賭博がぽんとここに出てきていることについて、事務局から説明していただけますか。

○伴構成員 ちょっとつけ加えていいですか。薬物依存も、実際、診療をやっていると紹介するのに非常に困るのです。どこも引き受けてくれない。特定のところに紹介してくださいという話になるので、研修医が経験すべき疾病の中に入っているというのは非常に違和感があります。

○福井座長 中島先生。

○中島構成員 これは、依存症の中のニコチン・アルコール・薬物・病的賭博、全てを経験すべきと言っているか、どれかを経験すべきと言っているかで全然変わらなうと思うのです。特に、先生は名古屋だから、都会部で紹介するところが本当になくて困るというのは大変

な事態なのです。うちの病院では全てを受けます。自助組織も既にちゃんとでき上がっている。そういうふうに全部展開していかないとはいけませんから、今は全てを経験すべき、あるいは1つは経験すべきというのがちょっとわかるようにしておいたらいいのではないかと思います。

○福井座長 ニコチン依存症だけ経験してもいいのか、ニコチン依存症・アルコール依存症・薬物依存症・病的賭博、全てを経験しなくてはならないのかというところは明確にしておかないとまずいですね。

○中島構成員 全てではなくて、アルコールか薬物か病気賭博がないと、依存の激しさというものは多分わからないのではないかなと思います。

○福井座長 この全てをとすることはなかなか難しいのではないかと思います。

○中島構成員 全ては難しいと思います。特に1カ月では無理です。

○福井座長 この4つに「等」をつけたまま、いずれかをという意味にすることでよろしいですか。

○中島構成員 ええ、そういう考え方だと。

○羽鳥構成員 今の依存症のニコチン依存もアルコールも絶対診てほしいし、薬物依存も、シビアな例ではなくて、例えば眠剤とかジアゼパムの依存だってあるわけですので、そんなに難しくないのではないかと思います。病的な賭博のほうは、確かにパチンコにずっと行っている人ならわかりますけれども、お金をかけてとか、麻雀とか、その辺はわかりにくい。それが1つ。

もう一つ、いいですか。先ほどの小児科のところですけども、小児科にぜひ入院は入れてほしいなと思います。入院していないと、子供の発育とかお母さんの依存度もわからないことがあるので、入院かつ外来であってほしいなと思います。

○福井座長 「病棟研修を含むこと」としておけば、外来はほとんどのところはやっていると思いますので、これで意味が通じるのではないかと思います。

先ほどの羽鳥先生の御意見では、依存症は。

○羽鳥構成員 最初の3つは経験すべきではないかなと思います。

○福井座長 最初の3つは経験すべき。

はい。

○前野構成員 前野です。

多分、いろいろな御意見があると思いますが、実現可能性を考えると難しい部分もあるので、ここは「等」でとめたらどうですか。「を含む」だと、アンドのようになってしまいますけれども、「等」でとめると、依存症という用語を説明した意味合いになるので、ちょっとニュアンスが和らぐ。そうしたら、別に病的賭博が入っていても、「等」でとまっていれば、ジャンルの説明なので、余り問題はないかなと思います。

○福井座長 結果的には、ニコチン依存症・アルコール依存症・薬物依存症・病的賭博等で括弧して、実質的にはいずれでもいいという形にしないと、このうちの3つはマストで、

1つだけはどちらでもいいという書き方はなかなか難しいのではないかと思います。

○前野構成員 ですので、「等」でとめればそういうニュアンスになりますし、もし、これをアンドにしたら、全体のバランスとしてどうかなと思います。

○福井座長 ほかにはいかがでしょうか。

片岡先生。

○片岡構成員 ありがとうございます。

依存症については、私も前野先生の意見に賛成です。

私もコメントを1つ。マル10についてですけれども、先ほど地域医療での一般外来研修も含むという御回答をいただいたのですけれども、それ以外の現場でこれも含むのかという疑問は、多分いろいろと出てくると思います。例えば総合診療部という形で、内科でもなくて救急と一緒にしているところもあると思いますけれども、そこは救急なのか、それとも一般外来なのかということがあるかもしれない。

小児科、先ほど6番は病棟研修も含むということでもいいと思いますけれども、小児科の研修で病棟がメインになって、むしろ外来を診るチャンスが少ないということもあるので、例えばこの一般外来は、小児の経験もしたほうがいいのかとか、そういった診療科の例示をもうちょっとしたほうがいいのかどうかということと。

もう一つは、指導体制をある程度書く必要がある。ここに書くか、別のところかわからないのですけれども、バックアップが少ない状態で外来ということだと余りよくないと思いますし、どういう体制があって、例えば、一緒に診るとか、カルテをチェックするといった、しっかり指導できる体制をどこかに書いておいたほうがいいのかと思いました。

以上です。

○福井座長 一般外来に相当する研修を、小児科外来でできるかどうかについては、研究班でも話し合いました。内科系でも構わないし、小児科系でもいいというつもりで書いたのですけれども、確かに小児科とか内科とか、個別的にどの診療科の外来が一般外来に相当するのか、それを明示したほうがいいのかという先生の御意見ですね。

○片岡構成員 現場で、これはいいのですかという質問がいろいろ出そうかなと思います。

それから、救急部と総合診療部と一緒にしているところだと、そこもこれも含むと考えるのかどうかというのはいかがでしょう。

○福井座長 救急と一般外来は分けられるのではないかと考えていました。救急は、確かに昼間の救急もあるかもしれないですけれども、救急に所属して診る時間帯のも大部分が時間外というのが実際だと思います。似たような患者さんを、総合診療と救急の時間帯で診ることもあると思いますけれども、一応、分けて時間配分をしてもらえないかなと思っています。

○片岡構成員 ありがとうございます。

○福井座長 先に、事務局から今の点について。

○櫻本医師臨床研修専門官 片岡構成員から御質問いただいた点を補足させていただきます。

まず、外来の診療科に関しましては、福井先生がおっしゃっていただいたように、ポイントは10番の4行目にある「特定の症候や疾病に偏ることなく」というところでして、イメージで言えば、経験症候とか経験疾患の1つだけをやるような、簡単に言うと、専門外来というのはやめていただきたい。ただ、その他の部分で、例えば小児科を含むか、総合診療を含むかというのは、それは到達目標ができる範囲であれば、そこは柔軟な運用も可能ではないかということで、運用の段階で最終的な決定をさせていただきたいということは考えております。

あと、最後の3番目の質問の指導体制ですけれども、指導体制については、到達目標とは別の通知のところできろいろと書かせていただこうと思っていまして、今でも何人かの指導医が必要ということを書かせていただいておりますので、今日いただいた御意見などを踏まえまして通知を作成させていただきたいと考えております。

以上です。

○福井座長 高橋先生。

○高橋構成員 ありがとうございます。

確認ですけれども、一般外来をダブルカウントしないということでお話が進んで、大体コンセンサスが得られていると思います。となりますと、地域医療で一般外来をやった場合に、地域医療は現在は1カ月でやっている施設が結構多いですが、4週という地域医療はなくなる。外来が抜けた分だけ4週以上ですので、地域医療4週というプログラムがあったとして、実際、地域に出ている研修医は、5週ぐらいは一般外来をやっている分をカウントしないで削除する。あるいは、外科も小児科も産婦人科もそうですが、という考え方をするということがよろしいですか。

○福井座長 外科についてはダブルカウントをしません。当該診療科からは引きます。一般外来はダブルカウントします。

○高橋構成員 そうですか。それは勘違いしていました。

○福井座長 そのつもりで書いています。

どうぞ。

○金丸構成員 先ほどの6番とも関連するのですが、羽鳥先生から御意見いただいて、病棟というのは大事だと思いました。福井先生も「病棟研修を含むこと」とまとめていただいたのですが、同じように11番の地域医療の4行目、「さらに、病棟研修を行う場合は」という文言の誤解の要素を除くという意味では、「病棟研修は慢性期・回復期での研修を含めること」とか、誤解の要素が減ればというのがちょっと気になって、いかがでしょうかというのが1点目です。

○福井座長 病棟研修を行わない場合もあるものですから、「病棟研修を行う場合は慢性期・回復期病棟での研修」を主としてやってほしいわけですが、実は急性期の患者さんを

診ている人もいます。地域医療で、その地域のかなり大きな病院で。ですから、急性期の人を診てはだめだというメッセージが伝わらないように。それで、慢性期・回復期病棟の研修を含んでいけばいいという言い方になっているのです。

○金丸構成員　　というのは、先ほどの小児科の例というのは、地域医療でも病棟研修は限りなく大切だと思っているわけです。だから、病棟研修は必須という認識での発言のつもりです。

○福井座長　　「病棟研修を行う場合は」ではなくて、「病棟研修は」。

○金丸構成員　　急性期も含めて、急性期だけではだめで、慢性期・回復期の研修を含めること。通常、病棟研修というと、さっき先生がおっしゃったように急性期病棟で終わってしまうことになりかねないので、まさに、慢性期・回復期病棟での研修を含めるということまで踏み込んでいただいたのかなと思ったのですが、こういう表現はいかがでしょう。

○福井座長　　必ずしも地域医療で病棟を診なくてはならないというつもりで書いた文章ではございません。

○金丸構成員　　現場に行って、いろいろな事情で入院して、そこから退院するときに退院支援等で、まさにそこでの包括ケアシステムの理解を深めて実践していく。まさに、地域医療における到達目標の研修項目がそこに落とし込んでいる部分が結構大きいかなと思ったので、小児科の領域が病棟研修で必須と同じように、地域医療研修も病棟研修は必須ではないかと思うのですが、いかがでしょうか。

○福井座長　　前野先生。

○前野構成員　　ということは、地域医療研修は診療所ではできなくなりますが、そういう理解でよろしいでしょうか。

○福井座長　　そのことを考えて、地域医療では病床のないところでも研修を行っている人が結構多いものですから、そういう意味で、「病棟研修を行う場合は」という書き方になっております。

どうぞ、田中先生。

○田中構成員　　地域包括ケアでは、慢性期・回復期は重要ですがけれども、そこは見学型でも対応できているので、これを一定期間、研修医が回るというのは、かなりゆったりした時間が流れている中で研修するというのが2年間の中であるのはいいのかもしれないですがけれども、ほかに勉強することもあるのかなと。ですから、卒前でもできることではないかなと思います。

ちょっと違う観点の質問ですがけれども、よろしいでしょうか。5番です。外科で「基本的な外科手技の習得」と書いてあるのですがけれども、「基本的な外科手技」というのはどういうことを意味するのか、教えてください。

○福井座長　　私も読んでいて、物議を醸すだろうかと、正直なところ思いました。単なる消毒、清潔関連、縫合とか、そのレベルのことをこういう言葉が適切に表現しているかどうかということになると思います。外科の先生とも相談して文言を詰める必要があると思

いました。申しわけありません。

意図しているところは、清潔の手順といいますか、手術場に入ることによって、実際のやり方を身につけることができますし、最低限、術前術後のマネジメントと、基本的なちよつとした縫合はできるように。頭にあるのはそのレベルのことですから、外科の先生が「基本的な外科手技」という言葉で、どの程度と考えるかによりますので、これはさらに詰めていきたいと思います。

金丸先生。

○金丸構成員 先ほど田中先生がおっしゃったことを少し補足といいますか、病棟での回復期・慢性期の実習、学生実習と考えられるのではないかというお話がありましたが、学生はあくまでも学生であって、実習であって、医師として本当に患者さんに向き合って、そこに当たるという意味では違いがあるのではないかと思います。確かに時間的な流れが緩やかか緩やかでないかというのは、全国を見るとそのばらつきはあるのかもしれませんが、この場面で地域での慢性期・回復期病棟を、医師として、地域でその資源に照らして当たっていく。これは、医師としての大事な研修ということで、学生の実習とは違いがそこにあるのではないかと思います。いかがでしょうか。

○福井座長 伴先生。

○伴構成員 今の地域医療の続きですけれども、私は先ほどの議論で、地域医療に関しては病棟を持たないといけないという話は、この臨床研修に沿わないと思います。それが1点。

もう一点は、今の田中先生の御意見に関して、病棟研修がへき地あるいは地域の基幹病院、200床以下でやっている病院に行つて臨床研修をするときは、もちろん急性期もやるでしょうけれども、急性期だけに終わらないで、慢性期・回復期の患者診療も行ってください。ある程度役割分担をして診療を行ってくださいよということで、ある期間、回復期病棟あるいは慢性期の病棟だけにいるというイメージはないですね。だから、急性期診療もやりながら、朝あるいは夕方に回復期・慢性期の患者さんのマネジメントにも当たるということにするのであれば問題ないかなと思います。

○福井座長 前野先生。

○前野構成員 私も同じような意見で、私の知る得る限り、卒前で計画的に慢性期病棟で実習している大学のほうが少ないように思います。なので、大学で経験できる院内の研修というのは大抵急性期が中心なので、ここでこういう機会を設定するのは非常にいいかなと思いますし。

あと、今回は200床という、ある程度目安がついたわけですが、今までそれが明示されていなかった。ただ、それが地域の病院だったから地域研修と読みかえていたところもあったように聞いていますので、本来のさっき金丸先生がおっしゃったような趣旨を地域でちゃんと経験してもらうためには、病棟を持つなら、ほかの期間はもちろん急性期でしっかりやるべきだと思うのですが、この期間で地域を学ぶという目的で行くなら、こう

いう病棟をしっかりと診るということを明記するのはいいことではないかなと思います。

○福井座長 ありがとうございます。

これは病棟という書き方でいいのでしょうか。つまり、病棟ではないのだけれども、慢性期・回復期の患者さんの診療をするという書き方が一方ではあるかもしれない。もし、病棟という書き方でほとんどの研修ができるということであれば、これはこれでいいと思います。

ほかにはいかがでしょうか。もっとたくさん項目がございまして、中島先生、マル8については、急性期の患者さんは先生の御意見、このままでよろしいですか。

○中島構成員 実情を踏まえられて、よく書いていただいたと思います。

○福井座長 それから、13番はかなり横断的な切り口の研修ということになりますけれども、これについては、この方向でよろしいですか。虐待とか、少し微調整が入るかもわかりませんが、もしよろしければ。

中島先生。

○中島構成員 こだわりますけれども、依存症にニコチン依存症が入っていると、内科でも禁煙外来をやっていると、それでいいということになってしまうので、本当はもっと強い依存心理にどう対応しながら、それを治療していくかというのが、恐らく羽鳥先生がおっしゃったのもそういう意味ではないかと思うので、禁煙外来は13番に入れてもいいかなと、ちょっと思ったので、御検討いただきたいと思います。

○福井座長 禁煙外来を13番に入れる。考えさせていただきたいと思います。よろしいでしょうか。

○中島構成員 もう一つ、恐らく精神科という立場で診ていらっしゃらないので、抜けているのだと思うのですけれども、実際に困っているのは、子供から大人になっても続く発達障害の問題です。この発達障害には、ADHD、多動型もありますし、学習障害も一部ありますけれども、一番数的にも多いのはADHDとASD、自閉性障害を両方含んだようなグループですね。そこを必ず経験せよというのはちょっと無理があるので、それも13番に入れていただいたらどうかと。

○福井座長 「児童・思春期精神科領域」という言葉では、カバーできないでしょうか。

○中島構成員 いろいろなことをイメージする方がいらっしゃいますので、これだけではわかる人は入ると思いますけれども、入らないと考える人もたくさんいらっしゃるのではないかなと思います。

○福井座長 経験すべき症候の成長・発達の障害。

○中島構成員 前、そのことを僕、申し上げましたけれども、そこを変えていただけないので、別の形にしたほうがいいかなと思ったのです。

○福井座長 先生、済みません、もう一回。これをどういうふうに変えたほうがいいのかという御意見ですか。

○中島構成員 発達障害とはっきり書いたほうがいいのかと思います。

成長の障害、それから発達障害。

○福井座長 済みません、もし前回、先生がそうおっしゃっていたとすると、私の理解が不十分だったものですから。

○中島構成員 普通の体の先生方はわからないと思いますけれどもね。

○前野構成員 済みません、それは「児童・思春期精神科領域」の後ろに、「（発達障害等）」というイメージでしょうか。

○福井座長 今、経験症候のところが。

○前野構成員 それなら文字がしっかり出るので。

○中島構成員 それで。

○福井座長 「児童・思春期精神科領域」のところに括弧して発達障害。

○中島構成員 発達障害等。

○福井座長 では、先ほどの経験すべき症候のところの「成長・発達の障害」はこのままでいいということになりますか。

○中島構成員 そのままにされるのであれば、13番の「児童・思春期精神科領域」のところへ括弧書きで。

○福井座長 発達障害等。

○中島構成員 虐待を受ける子供たちの半数以上が発達障害を持った子供たちですから、本当に注目してきちんと医者がわかっておくことがとても大切です。

○福井座長 伴先生。

○伴構成員 今の議論に関しては、13番の括弧の中に入れるのが、多分一番いいだろうと思います。成長・発達障害というのは、慣用的には小児科領域の言葉ですね。

○福井座長 では、そういう方向でお願いします。

どうぞ。

○金丸構成員 6ページの経験すべき疾病ですけれども、相当削ぎ落として25疾病にした。例えば、この中から貧血が消えているとか、あるいは肝疾患に関して、肝機能障害なのかですが消えています。この2つは日常的に臨床の現場でよく遭遇しています。貧血の確認から原因を探っていきます。あるいは、肝機能障害の確認から、それが薬剤性なのか、あるいは腫瘍が絡むのかとか探っていきます。本当に日常的にふだんから見る疾病ですが、削ぎ落とされています。理由があって落とされたのでしょうか。

○福井座長 貧血は、個別の疾病のようでもあり、全体をあらわす言葉でもあります。つまり、いろいろな病気がそこに入っていて、あえて言うと症候に近いのではないかと我々は捉えてきました。なぜカットしたのかというとお答えするのが難しいのですけれども、下血とか血便とか吐血、喀血、めまいとか、いろいろところで貧血についてはアプローチするのではないかと考えていたのではないかと思います。

いかがでしょうか。貧血というのはどこかに出てきたほうがよろしいですか。そして、先生がおっしゃった肝機能障害も疾病名ではありませんのですが。

○金丸構成員 ただ、腎臓に関しては、それなりに疾病が出てきている。とはいえ、肝臓も貧血と同じように日常的によくあるので、何らかの形でここに落とし込めるといいのかなど。疾病名に合わせる形で入れていただけないでしょうかと思ったものですから。

○福井座長 ここに書いていないのは経験しないしてほしいという意味ではありません。頻度の高い問題は、黙っていても皆さん、経験することと思います。では、なぜここにわざわざ29とか25を出しているのかという疑問も出てくるとは思いますけれども、どうでしょうか。

○金丸構成員 例えば、今の現状は肝疾患で括ってあります。現状にある貧血も、肝疾患も消えています。そこは、素朴にどうしてかなと思って気になったのです。

○福井座長 どうぞ。

○田中構成員 確かに肝臓がないというのは、ほかの臓器がずらずら並んでいることを考えると、ちょっと違和感はあるし。肝疾患と捉えることは重要なので、25が26になってもいいのではないかと。

○福井座長 肝疾患、入れましょうか。高い薬を使わなくてはならない病気ですので、きっちりと学んでおく必要があると思います。では、その方向で。

ほかにはよろしいですか。

それでは、残りの時間、評価票関係についての御意見をぜひ伺いたいと思います。資料1-2から1-5までの説明を簡単にさせていただきたいと思います。前回までに出していた資料と基本的な内容は同様ですけれども、使い方を考えた結果、このような案となりました。

最初に、資料1-2につきましては、到達目標Aのプロフェッショナルリズムに関するもので、4項目だけです。以前出した案では、最初の評価票Iには、B-1と4と5が入って、医師だけではなくて、いわゆる360度評価をお願いするという案で、A-1、2、3、4、B-1、4、5が入ったものになっていましたけれども、Bについては削除しました。到達目標そのものとの整合性をとるということもございまして、これはAの4項目だけ。

それから、評価のスケールですけれども、レベル1、2、3、4と名前をあえてつけています。これは、最後の達成度判定をするときなどもレベルという言葉で整合性をとったほうがいいのではないかと考えました。レベル1が期待を大きく下回る、レベル2が期待を下回る、レベル3が期待通り、レベル4、期待を大きく上回る。それから、観察機会なしとなっています。

次に、資料1-3が資質・能力に関する評価となっています。これは、前回はマイルストーンという言葉が入っていましたが、研究班でいろいろ議論した結果、言葉自体が片仮名というか、英語から借用していて、理解してもらうことが難しいのではないかと意見もございまして、あえてそういう言葉をここに出さなくても、単に4つの段階での評価をしてもらえばいいということで、資質・能力に関する評価としました。

観察者のところに、観察者氏名、区分、チェックボックス医師、チェックボックス医師

以外（職種名）となっています。このBの資質・能力に関しましても、項目によっては医師以外の職種の方、特に当初から言われていますB-1とか4のコミュニケーション、5のチーム医療につきましては、医師以外の職種による評価も十分お願いできるのではないかと、医師以外というチェックボックスも設けています。

それから、資料1-4につきましても、C-1、2、3、4について、ずっと指導医がついていなくても診療ができるレベルのレベル3、ほぼ単独でできる、というのが修了の目標になるわけですが、これもレベル1、2、3、4というものをあえてつけています。

ここでも観察者のところは、医師以外の方々からの評価も、もしやってもらえるのだしたらお願いしたいということでつけています。

資料1-2と3、4は、ローテーションが終わるたびに提出していただく項目によっては観察機会なしというところがあると思いますが、指導医は全ての項目についてチェックしてもらう。チェックする指導医もたった1人だけの場合もあるかもしれませんし、2人3人から出てくることもあるかもしれません。

加えて、医師以外の職種の方々にも、評価案をワンセットにして渡して、できる範囲内の評価をしてもらう。できないところは当然あると思います。例えば診療技能と患者ケアとか、医学知識と問題対応能力は、医師以外の職種の方々にとってはかなり難しいと思います。チェックできないところも少なくないと思います。ただ、チェックできる項目については出してもらうという360度評価に、医師が使う評価票と全く同じものを配って、できる範囲内のチェックをしてもらったものを集めるとしてはどうかという案です。

これらの使い方につきましては、資料1-1の7ページにもう一回戻っていただいて、前回の会議でお話した内容と基本的には同じですけれども、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研修評価票I、II、IIIを用いて、到達目標の達成度を評価し、研修管理委員会で保管する。

そして、到達目標の達成度については、毎月行ってもいいですし、数カ月置きに行ってもいいと思いますけれども、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。

そして、2年間の研修終了時に、研修管理委員会において臨床研修の目標の到達度判定票を用いて、修了認定の可否について評価する。つまり、資料1-2、1-3、1-4が2年間にわたっていろいろな部署から、いろいろな職種からたくさん集められ、これらをベースに資料1-5のような判定票を用いて、2年の最終段階のところまで到達目標を達成している、あるいはしていないという判断を、研修管理委員会で下し、記録を残すという案です。

これは、あくまでも臨床研修の到達目標の達成度についての判定票でありまして、研修を修了したかどうかという最終判定は、この到達目標の達成度の判定票に加えて、恐らく現在と同じ90日以内の中断期間、それから、医師として安全な医療を提供できる、あるいは

は法律を守れるという、2つの項目を組み合わせて、2年間の修了を認めるかどうかという判定を行ってもらうことになるのではないかと思います。

残り50分近くございますけれども、こういう判定票の使い方、評価票Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、そして達成度判定票、資料1-5までの内容につきまして御意見いただければと思います。

羽鳥先生。

○羽鳥構成員 大変わかりやすくなって、よいと思います。

1-2、1-3など、医師以外とありますけれども、医師もかなり入っていてほしいと思うので。これを複数出すのですね。例えば、1-2だったら医師2人、あるいは医師以外の人が1人とか、3つ出てくるわけですね。そういう意味ですね。

○福井座長 評価票Ⅰ、Ⅱ、Ⅲにつきましては、医師は必ずワンセットは。

○羽鳥構成員 そうすると、医師以外は含まなくてもいいということになりますか。

○福井座長 できるだけ医師以外にもお願いするということで。

○羽鳥構成員 必ずしもマストではない。わかりました。

もう一つ、1-4、基本的診療業務ですけれども、初期救急が全くできないという人もいるかもしれない。レベル0。いてはいけないのですけれども、そういう評価はなくてもいいですか。あり得ないですか。

○福井座長 指導医が直接目の前にいて、医学部を出た医師が全くできないというのは、ちょっと想定しにくいのではないかと個人的には思います。

○羽鳥構成員 わかりました。

○福井座長 ほかにはいかがでしょうか。

先に田中先生。

○田中構成員 資料1-3の例えば2ページを見ると、これはどういうふうにチェックボックスにチェックを入れたらいいかということは、なかなかわからないので、ちょっと教えていただきたいのです。例えば、プライバシーに配慮し、守秘義務は果たすは十分できているけれども、利益相反についてはどうも怪しい場合は、どこの場所にチェックするというのを想定されているのでしょうか。

○福井座長 そこは曖昧ですけれども、5項目のうち、よいレベルに合わせて総合的に評価するのか、または最低ラインのものが一個でもあったら、そこに合わせるのか。それで、あえてそのために中間点もつくってはいます。

○田中構成員 ですから、そのルールを決めておかないと。

○福井座長 これのつけ方は結構難しく、勉強会がいろいろなところで必要になるのではないかと思います。指導医のレベルでのプロフェッショナリズムとか資質・能力、物の考え方も含めて、チェックの仕方についても勉強会がかなり行われる必要があるのではないかと思います。

高橋先生。

○高橋構成員 田中先生と同じ内容だったのですけれども、ほかの項目がレベル1、2、

3、4と観察機会なしの5段階、プラス1つになっているのに対して、Bの部分は中間がついている。それもちょっとわかりにくいなと思ったのと。

あとは、Bの資質・能力の1から最後の9までの部分は、概略評価。つまり、チェック項目は幾つかあるけれども、これらの概略評価をつけてくださいという意味合いと理解してよろしいですか。

○福井座長 はい。

○高橋構成員 ありがとうございます。

○福井座長 片岡先生。

○片岡構成員 私もほぼ一緒なのですけれども、この下の四角は概略評価なのだろうと思ったのですけれども、その概略評価をするために、上のそれぞれの項目があるのだと思うので、煩雑になり過ぎないという判断であれば、Aの項目のように、それぞれをチェックを入れて、それで概略評価をするということはいかがでしょうか。

○福井座長 最初の案では全部のサブ項目にチェックボックスを付けていましたが、余りにもチェックする項目が多くなり、簡略化するという大きな方針とは違った結果になるように思って、私の意向で一つ一つのサブ項目についてのチェックボックスをとったという経緯はあります。入れたほうがよいということであれば、それは御意見を伺ってフレキシブルに考えたいと思います。

○片岡構成員 ありがとうございます。

入れるというやり方と、あとは入れないで、先ほど先生がおっしゃったように、概略評価をどのように考えて評価するべきかという説明があるか、どちらかがいいのかなと思います。

○福井座長 実際にこれを使うときには、それぞれの項目について、これはレベル3、これはレベル2、これはレベル4とチェックしながら、一番下のチェックボックスにチェックを入れることになるのではないかは思います。

伴先生。

○伴構成員 私も全部のつけ方を説明した上で、ここに書いてあるとおりのほうが、実際には使われると思います。それぞれのチェックボックスをやっていたら、一々チェックしないといけない。本当にそれぞれの項目がしっかり観察されて評価されないのではないかと思います。ですから、多くの研修医の評価は、これを全部見て概略評価で片づくのですけれども、どこかの項目が少し極端にずれている人が中に出てきて、その場合は、上に書いてある説明を参考に、そのことをコメント欄に書くというのが多分実際の使われ方かなと思います。

○福井座長 高橋先生。

○高橋構成員 同じ意見です。

全体の概略評価でつけたほうが、その研修医の能力を余りぶれないで客観的につかみやすいという経験がありますので、それぞれの項目に対してチェックをつけるのではなくて、

提案いただいたような概略評価がよろしいと感じます。

○福井座長 ありがとうございます。

ほかには。

これに何回も目を通すたびに、先ほどのお話ではないですけれども、指導医の勉強が大変になるなというので、そこをどうやって具体的にやっていくかというのを、また厚生労働省とも相談して、これを使いこなすだけの指導医集団にする必要があるということは、かなり大きな今後の仕事になるのではないかなと思います。

では、中島先生。

○中島構成員 わからないのは、最後の臨床研修の目標の達成度判定票ですけれども、これが最終的な評価になるわけですね。

○福井座長 研修管理委員会で、それまでに集積されている評価票を全部を見ながら。

○中島構成員 見て評価する。どうなったら未達になるのですか。

○福井座長 済みません、書くのを忘れたようです。実は、評価票の I、II、III、全てについてレベル 3 以上であることを既達。書くのを忘れてしまいました。申しわけないです。

レベル 3 以上が必須と明示すると、形式的に指導医はレベル 3 をつけないと研修医が修了できなくなるというプレッシャーがかかって、形だけでもレベル 3 にしてしまうという行動を誘発するのではないかという意見も、実は中に入ったのですけれども、多くの場合は形成的評価で使ってほしいのですけれども、最後はレベル 3 をクリアしていることを研修管理委員会で認める必要があるのではないかということになって、レベル 3 以上を既達と。

○中島構成員 そうすると、それは今やっていることをきちんとしたというだけで、余り変わらないわけですね。

○福井座長 今、どの程度きちんとやっているかというのはわからないところがあります。現在の省令では、先ほど言った、期間が90日以内の中断、安全な医療を提供できる、法律を破らない。そして、到達目標を達成していることという3項目が修了に必須とされていて、それを今回はもっと明確な形でやっていただきたいということになります。

先に事務局。

○櫻本医師臨床研修専門官 すみません、2点説明させていただきます。

まず1点目、先ほどあった指導医につきましては、先生方、御存じのとおり、7年目以上の医師の方に対して指導医講習会をやらせていただいております。今回、到達目標を変えますと、中身についてもある程度変えなければいけないと我々も認識しております。特に、この評価票につきましては、2点目とつながるのですけれども、今回、初めて出すものですので、これは丁寧な説明等が必要かと思っておりますので、そちらのほうで対応させていただきたいと思います。

それから、2点目、達成度判定票の使い方とか、今までとの違いというところがございますけれども、基本的には座長がおっしゃられたように、レベル 3 以上で到達目標を達成

したかどうかということで確認していただくことが必要です。

新規性は2つありまして、まず判定票を国が示したということ。

2つ目は、下に臨床研修の目標の達成に必要な条件等というものを書かせていただいているのですけれども、どこか1つでも未達の項目があった研修医をどうするかというところで、幾つかパターンがありまして、何らかのその後の研修で、こういったプログラムを組んで、達成の見込みになるようにフィードバックをかけていくというやり方もございます。

あとは、備考の欄にあるのですけれども、中には、例えば何らかの障害を持たれている医師でありますとか、いずれにしても何かできない項目ができてしまって未達になるような例が想定され得る場合には、そういった方に対しては未達の場合でも何らかの条件つきで到達目標達成という判断をするという判断もあり得るのかなと考えておりまして、今回、このような形式をお示ししているところでございます。

○福井座長 この中の1項目でも未達だと、修了を認めないとするかどうかは難しい点だと思います。確かに、どれだけ教えても患者さんに危険な診療しかできないということがわかっていれば、修了を認めないということで誰もが納得すると思いますが、例えばコミュニケーション能力がちょっとだめで、同じ医療職の間でしょっちゅう物議を醸し出しているからといって、2年間の研修修了と認めないかというのは、少しレベルの違う話ではないかという気がしますね。

○中島構成員 コミュニケーション能力についても、程度がいろいろあるのです。相当ひどい程度であれば、ほかのところにも影響を及ぼしていきますから、単なるコミュニケーション能力としては、そこだけにとどまらない問題になってくるということです。ただ、それが未達であった場合は、今後の目標達成した条件を追加で、これは補修をやるのですか。

○福井座長 修了認定ができない場合には、どうすれば修了できるか研修病院で考えることになると思います。期間については明確ですね。それは延ばしているところはたくさんあると思います。内容についても同じような扱いになるのではないかと思います。

事務局のほうから、何かございますか。

○櫻本医師臨床研修専門官 例えば、一番わかりやすいのはCの基本的診療業務ですけれども、まだ地域医療の研修をやっていないので未達ですけれども、今後、地域医療をやるとか。あとは、初期救急も現時点では全然できないけれども、最後の1カ月で救急の重点的なコースを組むとか。あるいは、先ほど先生がおっしゃっていただいた、途中休まれたりして、少し期間を延ばしてやるということがCでは考えられるかと思います。

Bの部分は、確かに難しい部分がございます。例えばコミュニケーション能力ということを、評価票2の5ページを見ていただくと、レベル2、3、4ということになっていて、これがレベル2になってしまった方はどうするかという取り扱いはあるかと思います。基本的な考え方としては、コミュニケーション能力に1と2を数多くの方がつけられたよ

うな研修医に関しましては、到達目標は達成していないという判断になりますので、それは修了要件の書き方にもよりますけれども、到達目標は達成していないという判断にならざるを得ないのかなと考えております。

その状況の際に、研修管理委員会のほうで、この方のコミュニケーション能力の向上に向けて、どういったやり方があるかというものを御検討いただいてプログラムをつくっていただくのかなと。それが最終的に達成にならない場合は、延長ということも選択肢としてあり得るのかなと考えております。

○福井座長 中島先生。

○中島構成員 言っても仕方がないことを言っているかもしれませんが、そういう方にもっと早く自分の進むべき方向を示してあげることが大切であるにもかかわらず、数年かかるような治療的なことを続けたいいけないことになるのです。そういう人を今は既達としてどんどん出している。こういう人が専門医になっている。おかしい。これを防ぐ手だてを我々は考えなければいけないのではないかと思います。

○福井座長 半年に1回のフィードバックをかけましょうというのは、実はそのところでして、少なくとも1年ぐらいたてば、どこにどういう問題があって、修了判定時に問題になりそうかどうかはわかるのではないかと思います。そうすると、残りの半年とか1年間、どういうふうにしなくてはならないかについて内部で話し合う機会が持っているのではないかと思います。

先に前野先生。

○前野構成員 2つあって、1つは、この判定票の扱いですが、これは公式な記録として、例えば厚生局に提出するのか、それとも研修委員会で管理するのか。管理するのも、外部からサイトビジットなり提出なり、何かのきっかけがないとやらなくなる可能性があるもので、まずこの判定票の扱いを1つお伺いしたいと思います。

○福井座長 研究班では、細かいところまでは考えていませんでした。どうでしょう。この会議で相談させてもらいたいのですが、どちらがいいですか。

○前野構成員 要するに、何もチェックが入らないと、この人を終わらせるか終わらせないかを決めて、あとは適当にチェックして終わって、どうせ誰も見ないでしょうとなってしまいます。でも、全員を毎年提出させても、多分、受け取る方の厚生局も困る。ですから、例えば時々抜き打ち検査があるかもしれないとか、5年間は保存しておいてくださいとか、そういうある程度の規律があるルールがひつようではないかと。もちろん、余り労力がかからない方法がいいかなと思います。

○福井座長 そのことについて。

先に高橋先生。

○高橋構成員 各研修病院では研修管理委員会の資料、修了認定に使った資料を保存しますので、研修管理委員会の資料として、サイトビジットの際には見せていただくものになると思います。

○前野構成員 ただ、保存義務ですけれども、それが見られるかもしれないという緊張感
は、今、多分ほとんどないと思います。いわゆる評価機構にみずから手を挙げているとこ
ろはいいですけれども、それは全部ではないので。たとえば、何らかの見られる可能性が
ある診療録とかは、保健所の指導がいつ入るかわからないというのが、日ごろの診療医に
かなり緊張感を与えている部分があると思うので、何かそういう仕組みがあるといいかも
しれない。

○福井座長 事務局。

○櫻本医師臨床研修専門官 それは、今の既存の仕組みと、今後、臨床研修制度全体のサ
イトビジットとか基準といいますのは到達目標だけではありませんので、その中で検討さ
せていただきたいと思います。

判定票を厚生局に出すかどうかというところも含めて、それは通知の運用の段階で検討
いたします。

○前野構成員 あともう一点ですが、さっき議論した経験症候と経験疾病に関して、それ
を診療録で確認するのは私もそれはいいと思いますけれども、それを確認したという記録
が、この目標の達成度判定票と同じような形で何らかのフォーマットがあって、それがペ
アに残っていると非常に管理がしやすいのではないかなと。それが提案です。

○福井座長 ありがとうございます。

田中先生。

○田中構成員 であるなら、オンライン評価システムだと思います。それは間違いない。
オンラインでやって、単位サマリーもスキャナに取り込んでデータにしておけば確認もで
きますし。資料1を見るときに、各ローテーションの評価を一々参照したら大変な手間で、
リンクされていて、例えばどのぐらいのレベルに達しているかというのは、プログラム上、
見ることは今の技術ではそんなに難しいことではないし。入力も、スマホはみんな持って
いますので、もともとスマホで入れられるようなフォーマットにしておけば、かなり汎用
性のあるものができるはずだと思います。

それから、もう一つ、さっきのコミュニケーション能力の話ですけれどもね。

○福井座長 あくまでも例ですので。

○田中構成員 それは、本来は卒前教育のレベルで進路指導が行われるべきことですね。
それをやっている私が言うのも何なのですけれども、本当はそういう問題だと思います。
ですから、むしろそちらのほうで、そういう問題があったか、ないか。あるいは、コミュ
ニケーション能力は、例示としてですけれども、まだ十分に磨かれていないので、臨床研
修でさらにそこを重点的にやるべきだということが伝わるように、本当は臨床実習のログ
と臨床研修のオンライン評価がリンクするような形、あるいは相互に参照できるような形
が一番いいと思います。

○福井座長 東京医科歯科大学の高橋先生とも話をされていて、これさえ決まれば、先生が
おっしゃったような方向で、フレキシブルにつくれるのではないかと伺っています。

羽鳥先生。

○羽鳥構成員 今回のことは、学部教育、コア・カリでとても大事なことだと思うので、その情報がどう入ってくるのかということも、ここでの評価は大事だと思うので。教育の一貫性と同じように、評価の一貫性もどこかでチェックしてくれるような仕組みになっているといいなということが1つと。

それから、臨床に進むのにちょっとふさわしくない先生もいらっしゃるだろうと思うのですが、入学試験のときにもチェックされるだろうし、OSCEのときもあるだろうし、国家試験のときもあるかもしれないけれども、ここでも新たに向いていないことがわかる先生もいらっしゃるでしょうから、早く進路変更してあげないと、その人はとても不幸だと思うので、その辺の仕組みが書きぶりで何かできるといいと思います。

○福井座長 恐らく運用のところでしょうか。さらに相談したいと思います。

ほかにはいかがでしょうか。

中島先生。

○中島構成員 羽鳥先生の御意見、賛成ですけれども、レベル1、2、3、4で、1のところはコア・カリを書かれていますね。これに達していない人ももちろん入ってくるわけですね。だけれども、とりあえず達しているという前提でやるわけですね。

○福井座長 医学部を卒業している方々ですので、コア・カリキュラムの内容はクリアしているという前提で、これはつくられています。

○中島構成員 わからないことはないです。一応わかっておりますけれども、何かすっきりしない部分があって、レベル1にそれをずっと書いておられるでしょう。これは、最初に研修に入ったときのレベルですから、コア・カリはクリアしているねと。5ページのコミュニケーション能力を見ていただいたらわかるように、コア・カリができていたらほとんどレベル4ですよ。どこが違うのですか。書きぶりがやや違いますけれども、ほとんど一緒だと思います。

1番目の最低限の身だしなみ、言葉遣い、態度で患者や家族に接する。最初から僕、おかしいと言っていますけれども、どうしても書きたければ、適切な礼節をもって患者、家族に接することができる。極めて簡単な言葉で言えるのです。長ったらしくて、わけがわからない。

それから、患者や家族のニーズを身体・心理、社会的側面から把握。ニーズがわかるだけでは、とてもレベル3まで行ったとは思えないですね。患者・家族の苦痛や直面する困難を理解している、これが重要なのです。そこを抜かすから、何となく患者さん、家族の側は、マニュアル的に取り扱われたという印象を持つてしまうのです。これを持たせないような能力を身につけさせることが大切だと思います。ないものねだりをしてしまいました。

○福井座長 検討したいと思います。基本的には、大学卒業時は認知レベルで理解できればいいという考え方で、臨床現場で実践することがらの中には、医師免許がないとできな

いこともたくさんありますので、認知、プラス行動を求めるというつくりをしたいと思っています。確かに、5ページのコミュニケーション能力のところなどでは、レベル1の2つ目の四角は、既に良好な人間関係を築くことができ、患者・家族に共感できるまで求めている、認知レベルを超えたところになっていますので、少し整合性がないのが事実ではあります。

○中島構成員 ちょっとお尋ねしますが、認知レベルということは、知識のレベルですね。

○福井座長 はい。

○中島構成員 そうすると、我々が期待しているのは、大学において学ぶことは知識が中心なのです。だからこそ、卒後2年間の臨床研修で知識ではないものを本当に集中的に見るべきです。そこがどうもわかりにくくなっているような気がします。

○福井座長 いわゆるマイルストーン的なについては、医学教育学的に言っても、世界の最先端を行っていると思われているアメリカなどでも、もう一つ内容に整合性がないようでして、研究班で案をつくる上で、決定的にこうだというガイダンスがないように思います。実際、手探りでつくってきたというのが正直なところでは、これを国として毎年9,000人も研修医について使うことの妥当性といえますか、リスクといえますか、個人的には不安も正直なところありますけれども、進む方向としてはこれはいいだろうと思っています。

細かい点につきましては、まだまだ手探りでやっけていかざるを得ないというのが正直なところでは。

伴先生。

○伴構成員 中島先生がおっしゃるのはもっともですけれども、卒前教育でも、いわゆる知識偏重ではなくて、実際の実践的な振る舞いができるような教育へ、少しずつ方向転換は起こっていますので、先生に御報告。

それと、もう一つ、先生が先ほどおっしゃった言葉が回りくどい、ないしは稚拙な表現になっているということですが、評価しようと思うと、行動的に出てくるもの、あるいは見てわかる、観察できて評価できるものをある程度挙げておかないと評価できません。「礼節をもって接している」、ということ、どういう意味ですかという話になって、評価できないのです。ですから、評価票というのは、中島先生から言うと、文学的な香りのない、本当にシンプルな表現形にどうしてもならざるを得ないところがあります。

○福井座長 前野先生。

○前野構成員 例えば、最低限の身だしなみというのは大学入学レベルだと思いますが、チェックしておくという意味もあるのかなと思います。ですから、ほとんど全員がここはクリアするけれども、それを確認して記録が残っているというのは、国民に対してちゃんと医療の質を保障するという意味で、ほとんど無駄になると思いますが、そういう側面もあるのかなと私は思います。

○福井座長 中島先生。

○中島構成員 済みません、僕ばかりしゃべって。

今のお話は、そのとおりだと思うのです。わかっているし、つくるのがとても難しいこともわかっています。その上で、とりわけコミュニケーション能力のところでは、例えばレベル1の3つ目の黒四角、患者・家族の苦痛に配慮し、わかりやすい。これでいいのです。レベル2も配慮です。3になったら、理解しないとイケない。はっきりと受けとめることができていないとイケない。ここの教育が非常にAI的教育になってしまって、このほうがいいのかもしれませんが、何か納得がいかないですね。

○福井座長 田中先生。

○田中構成員 評価方法については、指導医を対象に教育というか、ディスカッションしてコンセンサスをつくっていく必要がある。今は、指導医講習会というのを2日間がかりで、しかも1回終わると永久有効みたいな形になっているのですね。今度の新しい改定に伴って、全員がまた2日間というのは非現実的なので、例えば臨床研修の病院を認定するときに、これについての説明会を指導医たちに行うことを義務づけるみたいな形にして、1時間なり2時間でもできるものをやるという形にしたほうがいいのではないかと。

○福井座長 そうですね。既に資格を持っている人に、この新しい到達目標の評価の仕方について、また到達目標そのものも重要ですので、確かにそういう形で全国の指導医の先生方に伝える講習会は必要だと思います。

金丸先生。

○金丸構成員 私も、全く同じことだったのです。これだけ変わって、先生がおっしゃったように試行的な部分も含めて、進む方向としては大切な方向で、今、整理に向かっている。とすれば、既に講習を受けた指導医の先生方がこのことを深めて、言ってみれば田中先生がおっしゃったような何らかの形で、追加の部分の伝達研修というか、共有化を図っていただくといいのかなと。まさにこれからの研修医に、この新しい仕組みで評価ということが始まると同時に、並行して、今の指導医の先生方もこのことを共有化して、現場で指導にあたってほしいと思うのですね。だから、重なる形で指導医もスキルアップしていくことも大事なのではないかと思いました。

○福井座長 片岡先生。

○片岡構成員 私も中島先生の御発言のコミュニケーション能力のところは、すごく評価も難しい。しかし、すごく大事ということで、レベル1は卒業しているのだから、みんなできているはずと思いたいけれども、いろいろな分野で診療参加型実習が非常に進んでいる大学もあれば、まだそこまで行っていないところもあって、卒業生のバリエーションがかなりあるなと私たちも考えています。ですので、レベル1はできていてほしいのですけれども、できていないと判定された場合には、そこを補完するようなことを臨床研修の中で、教育を強化するといったこと。ここに書くべきことではないかもしれないけれども、そういうリコメンデーションがあったほうがいいのではということです。

以上です。

○福井座長 ありがとうございます。

伴先生。

○伴構成員 これは、多分今回のワーキンググループの守備範囲を超える問題だと思うのですけれども、入学してから卒業するまでの間に、臨床にちょっと向かない人たちが見つかった場合には、方向転換を勧めるというのは、大学が責任を持って、かなりの時間と労力を割いて、本人とか家族に対して説明しています。だけれども、今度は研修で未達と出す場合は、どこがどう責任を持って、どういうふうな指導をするのかというのは、ルールとして決めるというよりは、ある程度考えておかないと、未達でぽんと放り出されたら、その人はどうしたらいいのだという話になりかねないことになります。

研修の2年間を評価して未達を出すのは非常に大事だと思います。だけれども、その先をどうするかというのは、それこそ医道審議会でペナルティーを抱えた人はどうするかという研究班ができましたけれども、そういう機会は、オールジャパンでどういうことを考えているのかということ、その先を考えておかないといけないかなと思います。

○福井座長 今までも、中断あるいは未修了の場合、例えば違う施設で補ってくださいとか、同じ施設で補うようにとか、ガイダンス的なものはつくられてきましたので、恐らくそれと似たような扱いをすることになると思います。

○伴構成員 さっきの中島先生が四、五年かかるのですと言われて、多分そのとおりだと思います。半年延長して、施設を変えたから、そこでぐっと伸びるという問題ではない。ですから、その辺をちょっと考えなければいけないだろうなと思います。

○福井座長 おっしゃるとおりだと思います。手技ができる、できないというレベルの話ではなくて、その人の行動指針、価値観そのものですので、確かに難しいですね。

よろしいでしょうか。ほかにないようでしたら、本日の議論はここまでとしたいと思います。

このワーキングも本日で17回になります。平成32年度に新たに始まる臨床研修制度の大まかな方向性につきましても、医道審議会の医師分科会臨床研修部会で承諾いただいております。このワーキングでのディスカッションにつきましても、まだ、かなり詰めるべきところが残っていると思いますが、文言のこと、あるいは厚生労働省の通達とか、そういうレベルのことでございますので、今後につきましては、座長であります私に一任していただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

田中先生。

○田中構成員 お任せするのはお任せいたしますけれども、1つだけ今まで議論されていないことで申し上げたいことがあります。

それは、2年間やった。全部既達した人が、せっかく学んだことを生涯にわたって維持できるかどうかということについてです。ここで考える事項ではないかもしれませんが、どこかで議論していただきたいということです。研修した内容を維持したり、あるいは時代に合わせてアップデートしたりする仕組みを、国として何らかの方策を考えるべ

きだということで、それをどこかで議論していただきたいと思います。

○福井座長 到達目標の一貫性であり、そのモニタリングですね。となると、専門医制度や、一般的な意味での生涯教育と関わることになりますね。

羽鳥先生。

○羽鳥構成員 まさに田中先生のおっしゃることを日本医師会でもサポートしたいということで、きのうも生涯教育、金丸先生も委員ですの出ていますので出ているのですが、そこはきちんと担保していきたいということで、これからのいわゆる専門教育とその更新に当たって、日本医師会でいろいろな研修事業をできるだけ整合性をもってやっていこうということで、今、努力しております。また、うまく動くようになりましたら御報告したいと思います。

どうぞよろしくをお願いします。

○福井座長 厚生労働省にも、その点について目配りをお願いしたいと思います。

事務局、どうぞ。

○櫻本医師臨床研修専門官 貴重な御意見、ありがとうございます。

今、厚生労働省と、今日オブザーバーで出ていただいています文部科学省とも協力しまして、卒前卒後の一貫教育をどうやって進めていくかといった議論を進めさせていただいております。その中で、この臨床研修というものがございまして、本日のレベル1がコア・カリキュラムになっていて、レベル2以降は臨床研修になっているようなことで、目標も今回、整合をとらせていただいたり、かなりいろいろなリンクが出てきている中で、今、臨床研修の後についてもどうやっていくかというのを、まさにこのテーマで議論を進めさせていただきたいと思っております。

今日、先生方からいただいた御意見も、臨床研修部会の範疇ではないところもあるかと思うのですが、厚生労働省・文部科学省、協力して取り組んでいきたいと思っておりますので、今後ともその点については進めていきたいと考えております。

○福井座長 ありがとうございます。

そろそろ時間ですので、それでは先ほどお話した方向で、本日の案をベースに、さらに細かい詰めを行っていききたいと思います。

事務局のほうから何かございましたらお願いします。

○櫻本医師臨床研修専門官 事務局でございます。

構成員の先生方、また座長の先生には、大変お忙しい中、長期間にわたる、気づいたらもう17回もやっております、17回にわたる御議論に御参加いただきまして、本当にありがとうございます。

特に、今回、今までの臨床研修とは違いまして、目標と方略と評価に分けて出す。そして、評価については初めてフォーマットを出していくとか、目標等についても文部科学省と整合性をとっていくという、かなり新しい取り組みをさせていただいて、一定の方向を何とか先生方の御尽力でまとめていただけたのかなと考えております。

今後につきましては、先ほど座長より御発言ありましたように、福井座長のほうに御一任いただけるということですので、事務局としまして、福井先生と相談しながら進めていって、今後、臨床研修部会のほうで議論を進めさせていただきたいと思っております。ただ、引き続き、先生方には、臨床研修制度、厚生行政に御理解と御協力いただけましたら幸いです。

このたびは、本当に長い期間、ありがとうございました。

○福井座長 ありがとうございます。

それでは、本日の会議はこれで終了とさせていただきます。

何年間にもわたって、ゼロからディスカッションをしていただきました。到達目標が全く違ったものになりました。将来これがよりよい医師の養成につながったと評価されますことを願っています。

先生方の御協力、本当にありがとうございます。でも、恐らくまだ終わりません。今後とも先生方にはいろいろな場面で相談させていただくことが多々ありますので、引き続きよろしくお願いします。

それでは、これで閉会と致します。どうもありがとうございました。