

○星臨床研修指導官 定刻より少し早いですが、皆さんお揃いになりましたので、ただ今から「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。

委員の欠席についてですが、本日、神野委員及び河野委員から御欠席との連絡をいただいております。

また、本日は議題3「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からの報告」に関し、同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、部会長をお願いいたします。

また、撮影はここまでとさせていただきます。

桐野先生、よろしくをお願いいたします。

○桐野部会長 それでは、いつものとおり、資料の確認をお願いします。

○星臨床研修指導官 それでは、資料の確認をお願いいたします。お手元の資料をご覧ください。

クリップを外していただきまして、議事次第、その下に座席表、資料1、資料2、資料3-1、3-2、3-3、3-4、3-5、3-6、3-7、3-8、資料4、参考資料1、2-1、2-2、2-3、3-1、3-2、3-3、4、そのほかに机上配布の資料が1部ございます。

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。

よろしいでしょうか。

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、議事に入りたいと思います。

本日の議題は、議事次第にありますように、

1. 臨床研修の中断・未修了について
2. 研究医養成との関係について
3. 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からの報告
4. 医師臨床研修部会報告書（素案）について

です。

まず議題1「臨床研修の中断・未修了について」、及び議題2「研究医養成との関係について」、まとめて説明をいただいた後に、御意見をお伺いしたいと思います。

まず、説明をお願いいたします。

○櫻本医師臨床研修専門官 事務局でございます。資料1と2をまとめて最初に説明をさせていただきます。

まず資料1「臨床研修の中断・未修了について」をごらんください。こちらにつきましては、最近のデータを集めさせていただきましたので、それも含めて提示させていただきます。

まず、2枚目にございますとおり、中断については、先生方御存じのとおり、現在、90日までは休止ができるということで、その中断というシステムがございます。これにつきましては、院内でもう一度再開するパターンもあれば、他病院で再開するというものもございますので、システムについては、こちらのスライドをごらんいただければと思います。

ページをおめくりいただいて、3ページ目で、中断者に対する配慮ということで、平成28年、27年に、赤字のような対応をさせていただいております、上のところですがけれども、臨床研修中断証を交付するような場合においても、管理者は研修医に対し、適切な進路指導を行うことにございますとか、臨床研修を再開する場所（同一の病院で研修を再開予定か、病院を変更して研修を再開予定か。）について併せて検討していただくといったことですか、下にありますとおり、臨床研修中断証の内容、すなわち、今までどういった研修をしてきたかということも考慮して再開をしますと、各地方厚生局では、臨床研修を長期にわたり休止または中止する場合の手続きに関する問い合わせや研修医からの相談を受け付けていただいて、適宜、情報提供等を行っている、こういった配慮をいただいております。

4ページ、5ページ目をセットで見たいのですが、5枚目が、約10年前の中断の状況で、4ページ目が最近の平成27年から29年7月までの状況を示したものです。これを見てくださいと、最近の平成27年から29年までの研修医の1.2%が中断を経験しております、10年程度前の平均1.3%と大体同じぐらいの中断数です。

6枚目を見てくださいと、中断理由を聞いてみますと、これは6ページ目と7ページ目が対応しておりますけれども、従前どおり、病气療養が多くなります。これは下に※で書いておりますけれども、「メンタルヘルス上の事情を有する研修医が多い」というようなデータですが、病气療養の方が一番多くなっております。

もう1点が、7ページ目と比べると、研修内容等は余り変わらないのですが、「その他」の割合がふえておまして、「その他」の内容としては、「プログラム変更、自己都合及び研修医同士のトラブル」ということで、病气療養にはならないけれども、人間関係等を理由に中断をされているというようなことがデータ上はございました。

それから、ページをおめくりいただきまして、再開状況は8ページ目と9ページ目をごらんください。8ページ目のほうが最近ですが、中断した研修医は、8割近くが再開をしております。これを比べますと、前は、10年程度前は、62%ぐらいが再開だったので、再開率に関しては上がっております。

理由については、「研修内容の不満」からの研修再開が最も高い割合で、ほかの理由でも比較的高い割合ということでございます。

以上が中断でして、10ページ以降が修了条件です。修了基準につきましては、10枚目に

あります1、2、3にありますとおり、研修期間、基本は2年間で90日まで休止可能ということと、到達目標の達成度、それから、適性の評価、安心・安全な医療の提供ができない場合や法令等が遵守できない場合、この3つの全てを達成すると修了で、1要件でも不相当と認められた場合には未修了という規定になっております。

11、12を見ていただきますと、未修了者の状況につきましては、最近の11ページでは、0.8%が未修了。以前は、大体1.0%ですので、大体同じぐらいと。

13枚目を見ていただきますと、未修了の理由については、従前どおり、実施期間の評価、つまり2年間やったかどうかというところの割合が8割強ということで一番多いのですが、10年前と比べて、達成度の評価で未修了となった方の割合がふえておまして、逆に、適性の評価で未修了となった方の割合は10%から約1%と減っております。

以上を踏まえまして、現状につきましては、今までのデータをお示ししたような状況でして、「論点」について、中断者の割合が増加せず、再開者が一定程度増加していることから、引き続き、適切な進路指導、同一の病院での研修再開等の柔軟な対応、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中断者に対する配慮を続けることについてどう考えるかということ。修了基準につきましては、今回、到達目標の見直しもあり、その影響を踏まえる必要があることから、現行のこの3つの評価については継続することとしてはどうかということで、論点を挙げさせていただいております。

以上が資料1です。

続いて、資料2の「研究医養成との関係」をごらんください。こちらにつきましては、本年度では初めての議論になりますけれども、2枚目にございますとおり、平成25年度の報告書で、「研究医養成との関係」ということで御議論いただいております。現状の下線部を引いてあるところのように、基礎系の大学院博士課程入学者に占めるMD、医師免許取得者の割合が低下でありますとか、博士号取得の志向は低調であると。2つ目のところで、研究志向のある研修医に対して、自助努力による臨床研修とともに時間外を利用した大学院における研究を並行して行う特別なコースの設置等を行っています。3つ目が、医師免許取得後、臨床研修をやらずに、まず大学院へ進学した後に臨床研修をやるというキャリアパスも可能となっております。

こういったことで、課題としては、研究医の養成は喫緊の課題ということで、早期に研究に従事できるような対応も必要であるという指摘がある一方で、課題の後段ですけれども、臨床研修の目的は基本的診療能力の修得でありますとかいろいろな理由がございまして、指摘があったということで、見直しの方向性としては、「さらに、」からですけれども、研修を一旦休み、一定期間は基礎研究を行い再び臨床研修を行う等、臨床研修と研究をより円滑な形で行き来できる仕組みを構築することが必要ということでおまとめいただいているというのが今までの経緯です。

ページの3ページ目4ページ目を見ていただきますと、研究者養成、これは25年度の報告書の参考資料ですけれども、見ていただいたとおり、基礎医学系の大学院MD率は減って

きておりまして、医学博士の取得希望も4割程度で低調だったということです。

4枚目にございますとおり、「研究医養成のための大学・大学院を一貫した教育プログラムの例」がございまして、上が従来の学年ですけれども、例えばMD-PhDコースのように、医学部4年の後に大学院をとって、5年生、6年生で臨床実習、それから、研修医1～2年を大学院課程の後にやるようなパターンでありますとか、東京大学のように、3年生から6年生のときに特別教育をするでありますとか、岡山のARTプログラムのように、臨床研修と大学院のD1、D2を同時にやるような、こういったプログラムをやっているというのがございます。

5枚目が現在の医学博士等の取得希望ですけれども、こちらが従前と余り変わらず、43.6%ということで、博士号取得の志向は低い傾向でございます。

6枚目が文部科学省から出している資料ですけれども、基礎・臨床を両輪とした医師養成ということで、「対応策」の上のほうですけれども、卒後臨床研修のときに研究の空白期間が出てしまうことから、魅力ある教育プログラムの例として、例えば卒後臨床研修と大学院博士課程を両立してやると、こういった例を出していただいております。

それから、7ページ目をごらんいただきますと、こちらが医学系大学病院における基礎系のMDの割合ということで、平成20年以降、若干の割合の下がりや横ばいになってきてはおりますけれども、まだまだその割合を高めることが必要ということと。

8枚目にございますとおり、論文の数ですけれども、基礎医学論文数は、右側のグラフを見ていただくと、米国や中国はかなり伸びておりますけれども、赤い四角の日本の部分に関しましては低調さみといいますか横ばいになっていると。例えば割合で言うと、2005年で十数カ国ある合計の中の日本の割合は、大体2005年のときには10%ぐらいあったのですけれども、2014年の割合ですと6%ぐらいまで減っているというところがございます。

それから、ページをおめくりいただいて、9と10ですけれども、こちらが、研究を今後やる方であっても、診療も従事する場合には、当然臨床研修を行う義務があるというところを示させていただいております、その診療には、健診または検診の場において医業を行う場合も含まれるということを示しております。

それから、10枚目は募集定員の話ですけれども、赤で囲っておりますように、臨床研修病院の募集定員は現在決めておりますけれども、これは臨床をやる方だけではなくて、基礎医学に従事する予定の医師も含めて設定しておりますので、例えばある県で、基礎医学に従事する方をたくさん採った場合、その分、臨床に従事する方の数が当然減ってくるというような現状でございます。

こういった背景を踏まえまして11枚目にございますけれども、「基礎医育成・研修コース（仮称）のイメージ（案）」ということで、現状と課題のことにつきましては、今、私が申し上げたとおりでして、こういった現状を踏まえまして、対応案については、基礎医学に従事する医師を対象に、臨床研修と基礎研究を両立するためのコースの設置ということと、この基礎医育成・研修コースの定員については、一般のマッチング枠募集定員とは別

枠で設置という対応案でございます。

下の絵を見ていただきますと、大学病院が基礎医ということで対象になりますけれども、こちらの基礎医育成・研修コースの例えば基準の例としましては、基礎系の大学院、要するに研究と臨床研修を両立できる環境とか、選択研修時に基礎医学の研修を行うことができるとか、研究医となった際のキャリア支援体制の確保、あるいは修了者に魅力あるキャリアパス。例えばポストとかそういったことも含めて提示しているとか、論文指導等々、あるいは一定の基礎医学論文数など、こういった基準の例ですけれども、こういった基準を満たしたところがこのコースを設置し、対象となる研修医につきましては、基礎医学に意欲があり、下に10個程度書いてありますけれども、基礎系の大学院に入学する方であるとか、先ほどお示した過去に基礎系の大学院に入っているようなMD-PhDコースなども含んだ形で対象として、これは従前のマッチングとは別で基礎枠限定選考というものにして、下にある黄色の枠ですけれども、マッチング枠の募集定員とは別枠として、例えば1大学につき原則1名、基準に応じて変更ということも案としては出ささせていただいておりますけれども、こういった枠を基礎医学を、特に大学院に入るような人たちについてはこちらのほうで募集をしていただいて、その後は初期研修と基礎研究、大学院入学というものを同時に進めていくと。

ただ、これにつきましても、臨床研修につきましても、到達目標をほかの方と同じように満たすことは当然のことながら条件になると、こういった案でございます。

以上でございます。

○桐野部会長 では、議題1と議題2に分けて議論をお願いいたします。

まず議題1「臨床研修の中断・未修了について」皆様の御意見、御質問があればお願いいたします。

岡村委員どうぞ。

○岡村委員 中断のことで少し教えていただきたいのですが、中断をした人が2年間の研修を90日以内だと認められたということですが、その方たちが3年目以降、そういう就業中に休職するとかそういった方が多いのか、3年目になると、何事もなかったかのようにいるのか。それは何か資料があるのでしょうか。

○桐野部会長 事務局お願いします。

○櫻本医師臨床研修専門官 すみません。これは3年目まではデータを追っていないので、状況としてはわからない状況であります。

再開しか、臨床研修をその後どういったプログラムでやるかまではわかるのですが、3年目になると国の制度からちょっと外れてしまいますので、そういった方が、例えば妊娠とかで休むとかだったら同じ状況でない限りはないと思うのですが、病気療養、その他の方がどうだったかまではちょっとわからない状況です。

○桐野部会長 どうぞ、岡村委員。

○岡村委員 先ほども言われましたけれど、18年度から21年度のときの中断の理由の「そ

の他」のほとんどが精神的な理由ではないなと思うのですが、例えば妊娠とか家族の都合とか、そういうのは一定数いつもあまり変わらないと思うのですが、精神的に弱い人たちがふえているような気がします。その人たちが研修中は必修なので精神的な問題を理由にして中断しておいて、3年目以降になると縛りがなくなるので、問題なく働けるということはあるのか、とあって質問しました。

○桐野部会長 そのほかは、何かございますでしょうか。

羽鳥委員どうぞ。

○羽鳥委員 今度データベースができるようになったら、そういう3年目4年目も追うことができるのでしょうか。それとも、あくまでも臨床研修の話だけなので、それ以降は追わないということなのでしょうか。

キャリアパスとかでもずっと追跡できるということになったら、どういう理由で休止され、どういう理由で復帰され、どのようなことでパスを完成していつているのかわかるようになる可能性はあるのでしょうか。

○桐野部会長 事務局お願いします。

○櫻本医師臨床研修専門官 御指摘ありがとうございます。

今、羽鳥委員から御指摘いただいたデータベースと、今回こちらで出させていただいているそのソースがちよっと別のものとして。実際に、これはどこからとっているかということ、中断したときに厚生局にその理由とか今後の対応みたいなものを出していただく、紙ベースでやっているのですけれども、そういったものを出しております。

データベースに関しましては、臨床研修のデータベースというよりは、ほかの医籍とかそういったもののことを想定しておりますので、今いただいた御指摘について、そのままひもづけできるということはちょっとお答えできない状況でございます。

○羽鳥委員 よろしいでしょうか。

○桐野部会長 どうぞ。

○羽鳥委員 診療科偏在、へき地における医師不足を永続的に解釈するためにはひもづけできるよう設計も考えていただきたいなと思います。

○桐野部会長 いかがでしょうか。

どうぞ、相原委員。

○相原委員 未修了者における実質上の不利益というのは、今後どういうことになるのでしょうか。

○桐野部会長 事務局どうぞ。

○櫻本医師臨床研修専門官 基本的に、未修了者の場合は、その後、未修了であるものを満たす必要がございますので、例えば期間であれば臨床研修を延長させる必要がございます。それをデメリットというのかはわかりませんが、そういったところはございますが、それ以外のところにおいては、特段、制度上のデメリットはございません。

○桐野部会長 よろしいですか。

未修了であれば診療には従事できないということですから、それはあって、修了してちゃんと登録をすれば他のものと大きな違いはないということですね。

○櫻本医師臨床研修専門官 そのとおりでございます。

○桐野部会長 そのほかはいかがでしょうか。

岡村委員どうぞ。

○岡村委員 修了・未修了ですが、その90日間の間に必修の診療科は含まれてはいないのですか。

○桐野部会長 事務局どうぞ。

○星臨床研修指導官 2年間のうちに90日休止ということはできますが、それとは別に、必修の期間についてはちゃんと満たしていただく必要がありますので、そういうのが満たされて初めて修了できるということでございます。

○岡村委員 そうすると、90日以内であっても、必修がない場合は3年目以降で追加でやらないといけないというふうになっているのですか。

○星臨床研修指導官 3年目なり2年間のうちの休みの日とかを使うとかそういったことでカバーするということになります。

○岡村委員 必ず修了を得るためには、必修は満たしているということになっているのですね。

○星臨床研修指導官 はい。

○桐野部会長 そのほかはいかがでしょうか。

今回は、中断・未修了について厚労省がデータを示したということで、これに対して何か具体的にどうするというだけでもないのですが、それに、当初のころに比べてどんどんふえているということでもなく、全く未修了で終わっている人が0.8%と、その数だと全国で60~70人が未修了のままになるのですが、これが多いかどうかということのいろいろ問題があるとは思いますが、少なくともメンタルな問題が非常に大きい場合は、それはそれなりに何らかのことを考えなければいけないのかなとは思いますがね。

何か御意見がございましたら、お願いします。

中島先生どうぞ。

○中島委員 13ページですけれども、達成度の評価の割合が上がって適性の評価が非常に下がっている評価する側が後で批判されないようにということでこんなふうになったのでしょうかね。

○桐野部会長 わかれば教えてください。

○櫻本医師臨床研修専門官 ちょっとそこまではわからなかったのですが、御指摘のように、10枚目を見ていただきますと、到達目標の達成度の評価は、これができるできないというのが当然明確に書いてありますので、そういったところはございますが、3番目のところは、一般常識を逸脱するとか、患者に被害を及ぼすおそれがある場合といったような、こういった内容でありまして。かつ、下の※にあるように、「臨床医としての適

性の評価は、著しい場合を除いて、複数の病院の研修を経た上で判定」ということがございますので、こういった違いについては影響している可能性はあるかとは思いますが。

○桐野部会長 よろしいですか。

それでは、議題の2に移らせていただきます。議題2は「研究医養成との関係について」これは以前にも議論していただいたことがあります。御意見や御質問があれば、お願いいたします。

清水委員どうぞ。

○清水委員 事務局へお尋ねですけれども、スライド4枚目の東京大学MD研究者育成プログラムや岡山大学ARTプログラムにどのぐらいの方が在籍しているかわかるようなデータがありましたら、教えてください。

○桐野部会長 お願いします。

○櫻本医師臨床研修専門官 済みません。今、手元にはないのですが、別の数字としまして、今、研究医枠というものが大学入学定員にございまして、そちらに関しましては、全国で40名程度と聞いております。

○桐野部会長 お願いします。

○清水委員 その40名の方は、今のところ全国に均等かというと、東京大学とか岡山大学だけではなくて、ほかの大学さんにもいらっちゃって、今までは通常の臨床研修のマッチングシステムに載って研修されているということでしょうか。

○桐野部会長 お願いします。

○櫻本医師臨床研修専門官 御指摘のとおりです。

○清水委員 済みません、連続で。その40名の方たちは臨床研修修了後、必ず大学院に入られて研究者になられているということでしょうか。

○堀岡医師養成等企画調整室長 各大学によって大分違いますけれども、研究者になるという約束というか、そういう枠で入っていますけれども、その後、大学院に入っているかどうかとかそういうことはちょっと我々としては現時点ではお持ち合わせておりません。

○桐野部会長 文科省では、要望はないですか。

○真鍋文部科学省企画官 そこに関しても、持っているデータは同じでございまして、私どもは今データは持ち合わせておりません。

○桐野部会長 新井委員どうぞ。

○新井委員 私も全国的なしっかりしたデータを把握しているわけでもありませんし、一大学人としての印象ですけれども、一定数は一定数、それがちょうど今、研究医学が設けられて、大学院の4年を卒業するかしないかぐらいのところだと思いますが、この制度が導入されて。中には、非常に少ないですけれども、臨床研修をスキップして、大学を卒業してすぐ大学院に行かれるという方もいると聞いています。ですから、実際に、ある程度機能はしていると思いますし、大学によっては大学院卒業に助教の有給枠を定員の枠外で設けたりとか、そういう試みも今は行われていると聞いています。

以上です。

○桐野部会長 いかがですか。

医学部長病院長会議としては、医学部、つまりMDであり、かつ研究者になる人の数がどれぐらいであればよかろうというような、estimateというかそういうものをされたことはありますか。

○新井委員 正直申し上げて、それはしておりませんが、きょうデータで示されましたように、MDで基礎に行く者がだんだん減ってきているのは事実ですし、あと、これも数字では明確に出ておりませんが、基礎系の教授を募集する際に、MDの出身者ではなかなか該当する者がいなくて、結局、PhDを充てざるを得ない。もちろんそれでいいのかもしれないし悪いのかもしれない。それは議論はあると思うのですが、そういう現実がありますので、十分にMDをバックグラウンドに持つ基礎研究者がいるかと言えば、それは十分ではないと言えらると思います。

○桐野部会長 福井参考人どうぞ。

○福井参考人 参考人ですけれども、よろしいでしょうか。

○桐野部会長 どうぞ。

○福井参考人 資料2の右下のページの3枚目のスライドの左側の折れ線グラフです。いろいろなところで多くの先生方が、研修が必修化されて、基礎医学系の分野に進む人が少なくなったという発言をされていますけれども、このグラフを素直に読むと、1988年から研修制度が始まった2004年にかけて下がっていて、必修化され2004年からは下がり止まっています。同じデータを見ていて、研修制度必修化、そのせいで基礎医学系に行く人が減ったと皆さんおっしゃいますが。

○桐野部会長 私は、この初期臨床研修制度が始まる前ぐらいの時期に学部長だったことがあるのですが、医学部出身の基礎系の教員の不足は既にそれ以前から始まっているというのはもうわかっていることでありまして、基礎医学が初期臨床研修制度が始まってから来なくなったということではないということは、多くの基礎の先生はわかっているはずですが、事実としてはおっしゃるとおりです。

どうぞ。

○相原委員 4枚目のスライドの岡山大学のプログラムが載っていますが、臨床研修と大学院と一緒に行うのですけれども、臨床研修は今かなり厳しくて、なかなか研究時間はとりにくいものだと思うのですが、実際にどのように運用を行っているのか。または、想定して今後こういうのを進めていこうと思っているのか聞かせていただければと思います。

○桐野部会長 これは何かデータがありますか。

どうぞ。

○櫻本医師臨床研修専門官 済みません。データがあるわけではないのですが、制度上どういう仕組みになっているかと申しますと、2ページ目の平成25年の報告書の2番

目の黒と下線部ですかね。これどういうことかという、時間外については大学院でも研究していいということを明確に出しておりますので、何時まで働くという就業規則はあるかとは思いますが、例えばそれが仮に6時だとしたら、6時以降大学院のほうをやられたり、休日研究されたりということを重ねながら両立させていくというのが現状のパターンでございます。

○桐野部会長 いかがでしょうか。

多分、言葉の上ではこのようなコースをとるから臨床研修のレベルを下げてもよしいというようなことはない。少なくとも言うてはいないということだと思います。

○相原委員 働き方改革と言われているときに、このコースに行く人たちは本当に休みなく働き続けかつ勉強し続けるのだなと思ったので、ちょっと質問してみました。

○桐野部会長 おっしゃるとおりだと思います。

どうぞ。

○櫻本医師臨床研修専門官 それにつきましては、日夜全部、夜は研究、朝は臨床研修みたいなものを想定しているわけではなく、11枚目をごらんいただきますと、基準（例）のところを見ていただきますと、「選択研修時に基礎医学の研修を行うことができる」というような案を出させていただいております、別に、現時点でそれを否定しているわけではないのですけれども、あくまで、到達目標を満たすことが前提で、それができる前提で選択研修時に、例えば生化学とかそういったところの基礎も同時にやっていただくというコースを準備していただくと。そうすることによって、基礎もやりながら臨床研修もやるというような研修医に対する支援といいますか、やりやすい環境をつくっていく、そういう考え方でございます。

○桐野部会長 新井先生どうぞ。

○新井委員 先ほど福井先生がおっしゃられましたように、この研修制度があるがゆえに基礎系に行くMDが減ったということではなくて、その前からそういう傾向があったということで、それはもう十分に私も理解しておりますが、一方では、こういう制度が導入されますれば、少なくとも少し基礎系のほうに行くモチベーションを持った医学部の学生をそちらのほうに誘導できるのではないかと。ある意味歯止めをかけるというか、これは以前からあった傾向に歯止めをかけるといった意味合いでも、この制度は、その効果がどれぐらいあるのかというのは、また、何年かしての検証が必要だとは思いますが、そういう意味では意義があるのかなと思っております。

○桐野部会長 今、新井委員から、最後のページに書いてある「基礎医育成・研修コース（仮称）」についての御意見がございましたが、この制度設計の問題まで含めて御意見をいただければありがたいと思います。恐らく、ちょっとエクセプショナルですが、こういうものも考えるべき時期かなという感じがします。

岡村委員どうぞ。

○岡村委員 今、櫻本専門官が言われた選択研修時に基礎医学の研修を行うことができる

のは大変大事な一つの要件ではないかなと思うのですね。というのは、せっかく基礎を志している人が2年間まるまる研修ばかりやっていると、だんだん最初の卒業時の意欲がちょっと薄れてしまう可能性があるのです、この2年間の間に、やはり自分の目指している基礎の教室に行くことができるのはすごくいい案だと思います。

○桐野部会長 賛成の意見ということで。

福井先生どうぞ。

○福井参考人 新井先生がおっしゃったことは、それはそれで当然やるべきことだと思います。でも、もっと大きな潮流は、先ほどの3ページの図で言いますと、1988年から2004年までに起こった変化であって、その説明の背後にある原因についてもアタックしないとだめだと思いますね。もっと大きな原因が研修制度以外にあるのではないかというふうに、このグラフからは読み取れるのではないかと思います。

○桐野部会長 清水委員どうぞ。

○清水委員 私も以前のこの会議で同じことを申し上げたと思うのですが、グラフにある限りは1988年からですが、そのあたりから下がり続けている理由をちゃんと突きとめないと、日本における基礎医学者や論文数の上昇はないかなと思います。

一つ目は7ページのスライドで拝見しますと、むしろ、平成15年まで下がり続けていた人数が、これは多分掛け算すればいいと思うのですけれども、絶対数としては、平成20年から28年にかけてふえているように見えますので、例え臨床研修に専念する今までと同じような制度であったとしても、ふえるまたは10%前後のところで落ち着いたと見るべきかもしれませんけれども、一定数になっていると考えれば、今あえて、先ほどの岡山や東京での人数がそれほど際立って多いのでなければ、研修医たちにそういうニーズがあんまりないのではないのかなと思います。

それから、臨床研修制度の理念から申し上げて、2年間はどんな分野に行っても必要な臨床能力を身につけましょうという理念で行われておりますので、彼らが例え基礎に行かれたとしても、アルバイトでほかの病院の外来とか検診とかをなさるのであれば、やはりその2年間はずっと臨床能力を身につけていただきたいと思っております。

○桐野部会長 羽鳥委員どうぞ。

○羽鳥委員 僕もそういうふうに思いますけれども、先ほどの福井先生の指摘される研究者の減少の理由の1つは、例えば理科系理学部、工学部、理論学科のところでもやはり研究論文が減ったり、将来のノーベル賞候補の数が減ってくるのではないかとされています。身分保障や研究費の予算が減っていることが一番大きな問題なのだろうと思います。これは文科省の問題だと思いますけれども、それが一番大きなことで基礎系に行く人も減っているのだろうと思います。

11ページ目の研修コースについて、ここで1大学につき原則1名と書いていますけれども、あんまり数にこだわらず5名でももっとたくさん育てたいというところがあったら、それはそれでもいいのではないかと思います。

質問ですけれども、4ページ目のこの3つ目の棒のMD-PhDコースは、4年間医学部へ行って、4年間大学院へ行って、もう一度5年6年で、国家試験を受けて、また、臨床研修をやるということですが、実際にこれは存在するのでしょうか。そして、実際やっているところもあるのでしょうか。

○桐野部会長 真鍋企画官どうぞ。

○真鍋文部科学省企画官 文科省の企画官でございます。

4ページの真ん中のMD-PhDコースですが、私どもが把握しているところでも、ホームページにも出ていますけれども、東北大とか京大ではこういうコースがあると承知しております。

○羽鳥委員 過去に大体何人ぐらいいらっしゃるのでしょうか。

○真鍋文部科学省企画官 済みません。手元に今はちょっと数はございません。

○福井参考人 済みません、私はかつて京大にいましたのでコメントしますと、コースを始めて最初の年がたしか1名で、その次の年がいなくて、その次の年が、また、1名とか2名という人数でした。その後、最近の10年間はわかりません。

○相原委員 先ほどの人数の問題ですが、臨床研修と一緒に大学院に入るコースがあれば入りたいという希望者はそれなりにいるようです。早いうちからで両方やりたいという積極性のある学生たちは希望するのだと思います。

○桐野部会長 基礎医育成・研修コースのイメージ（案）について、これを具体的に導入するとすれば、いつからですか。見直しの時期からでしょうか。

○櫻本医師臨床研修専門官 基本的には、見直しの32年のことを考えております。

○桐野部会長 これは数も少ないですから、例外的にこういう方々の多様なコースも認めるよということだろうと理解してはいるのですが、一方では最低限の到達目標は達成していただかなければだめだという、ちょっとある意味では折衷案、今、清水委員がおっしゃったように、全て2年間びっしりやらなければならないという、これは正論だとは思いますが、それを最低できるところで妥協したという例外的な案だと思いますが、このような案を導入してもよいと。つまり、結構縛りがあって、実際このプログラムを行う大学の条件もあれば、それに応募するほうの条件もあるということで、限られた人数でやるということですが、何か御意見があれば。

福井参考人、それから、清水委員どうぞ。

○福井参考人 先ほど櫻本専門官がおっしゃった11ページのところで、「選択研修時に基礎医学の研修を行う」これは選択研修が1年近くありますけれども、その期間もし全部基礎医学をやる90日間の期間には引っかけられないのでしょうか。90日間以上、臨床研修をしない期間があるということですね。

○桐野部会長 専門官どうぞ。

○櫻本医師臨床研修専門官 今の福井参考人より御指摘いただいたのは、例えば今の状況ですと、90日の休暇を使って研究をするというパターンがあり得ると。それとの関係だと

思うのですけれども、こちらで提示させていただいているのはあくまで選択研修で。ですから、今、例えば眼科とかそういうものをとるところで生化学の研究などができる案ということで出させていただいております。

例えば1年間研究をやり続けるというような極端な例に関しては、これはちょっと常識の話になってしまいますけれども、到達目標をそれで満たせるかというところがございませぬ。もちろん1年間で満たせるという場合があるのかどうかはちょっとわかりませんが、あくまで到達目標を満たすほどは選択研修で臨床をやっていただく必要はございませぬし、それと並行できる範囲で研究をやっていただくということでございませぬので、そういった極端な例が横行するかというよりは、あくまで臨床的な到達目標はやっていただく必要があると、そういうふうに考えております。

○桐野部会長 ちなみに、これはこの後で議論するのですが、新しい見直し以降は、内科、外科、小児科、産婦人科、精神科、救急、地域医療をそれぞれ決められた期間行うということになると、残された期間は7カ月でしたか。

○櫻本医師臨床研修専門官 約1年程度残ります。

○福井参考人 48週残ります。

○桐野部会長 これは、きょうの時点で一応これでよろしかろうとかいうようなことの御意見をいただくということですか。それとも、次回の見直し時に実施するものとして、今後ちょっと検討をするということで、今日はここまでということではよろしいのですか。

○櫻本医師臨床研修専門官 本日いただいた御意見を踏まえまして、後でちょっと出てくる報告書があるのですけれども、そちらのほうに、今日の議論を踏まえた書き込みをさせていただいて、報告書は別にきょうで全部閉じるわけではございませぬので、そこを踏まえて、次回以降、中身について御議論をいただければと考えております。

○桐野部会長 報告書ということになると、恐らく3月末には大体ファイナルバージョンを出すかと理解してよろしいですか。

○櫻本医師臨床研修専門官 そのように考えております。

○桐野部会長 ということは、3月までにはこの案についてもまあまあしっかりした結論的なものをいただきたいとおっしゃっているのだと思います。

清水委員どうぞ。

○清水委員 今、桐野先生がおっしゃったことは私もお聞きしたかったのですけれども、例えば48週全部が基礎に割り当てられたら到達目標は達成できないだろうと思いますが、現実的にそういうプログラムは可能なわけですね。そういうプログラムが実際に厚生局に出てきたら厚生局は通さざるを得ないことになると思うのですけれども、到達目標が達成できるプログラムになっているのかをチェックしていただきたいというのと、実際に2年修了するときに到達目標がきちんと達成できていることをどうやって担保するのかということを示していただきたいと思います。

それから、5年ごとの見直しがあるので、例えばこれが通ったとして、5年後にこうい

うコースをとられた方がどれぐらいおられて、その方たちの目標達成度がどうだったかということは何も示していただきたいと思います。

○桐野部会長 ありがとうございます。

そのほかはございますか。

中島先生どうぞ。

○中島委員 清水委員がおっしゃったことはそのままいいと思うのですが、これ、もともとは医師法において、診療には医療機関で医療を行う場合のほか、健診または検診の場において医業を行う場合も含まれると。ここへ引っかかってくるからやりにくかったと思うのです。こっちを変えたほうがいいのではないですか。臨床を行う場合には、別途、きちんと研修を受けないといけないように規定するというのとは一つの方法としてあると。ただ、それはすぐにはできませんから、暫定的なやり方として、今回のようなやり方というものを、これをやったからといって僕は基礎の研究者を目指す人がふえるとは到底思いませんけれども、そのためにも清水委員が言ったような検証が必要だということが1つ。

もう一つは、医学部に入学して来られる人たちの性質というかその母集団の問題が随分あって、ある程度裕福とまでは言えませんが、まあまあのお家の子供で、しかも、偏差値がまあまあ高いと、そういう一群の方々を考えた場合は、やはり豊かな保証された生活を送っていきたいということですよ。ただIQが高く偏差値が高いということは、ASDの方もかなり入ると思うのですが、その人たちは非常に基礎的な研究にも興味を持つ人々だと思うのです。その人たちにあんまり無理しなくても通れるようなルートは考えてあげておいてもいいのではないかと。ただ、それが有効かどうかという検証はしないと、意味がないのではないかなと思います。

○桐野部会長 羽鳥委員どうぞ。

○羽鳥委員 すごい話を聞いて、びっくりしました。

スライド11で、清水先生の話に続きますけれども、48週余るということは、最短で言うと56週で研修2年の必修科目を終えたことにもなる。要するに、残りの48週を基礎医学の例えば生化学とかそういうところに進んでもいいよということ、56週やっておけば、初期臨床の必修科目は終了したと考えるとよいですか？

○桐野部会長 専門官どうぞ。

○櫻本医師臨床研修専門官 ちょっと例を挙げますと、実は今でも、選択研修のときに、例えば臨床以外にはとれるというと地域保健があると思うのですが、地域保健で臨床以外の道を選択研修で全てとるとするのは、制度上は一応可能になっています。ただ、それをとるかということ、当然、到達目標の臨床的なこと、それこそ腰椎穿刺とかいろいろありますけれども、そういったことができるようにならないといけないので、全ての病院はそういったことも踏まえて、極端な例ですと、地域保健を1年以上やるとか、そういったものは基本的にはない状況ではございます。

そういったことも踏まえると、制度上、地域保健と同じように選択研修として基礎医学

の研修をやるということはあるのかもしれませんが、そこは各プログラムのほうで、今後、到達目標の評価についても既達というところも全て細かく明示することになりますので、それが全て既達になるようなプログラムを組んでいただく中で考えていただく必要があるかなというところではございます。

○桐野部会長 いかがでしょうか。

研究者になる道は医学部だけの悩みではなくて、理学部なんかも非常に悩みが深くて、やはり雇用が非常に不安定になっているということが大きいということは言われていますね。

新井先生どうぞ。

○新井委員 清水委員のおっしゃることはそのとおりだと思いますし、今、櫻本専門官からお話があったように極端な例は生じ得ないと思うのですね。到達目標をいかにちゃんとチェックしてこの2年間の研修で定められたものを修得できるか。これはある意味研究者の枠に限らずこの制度自体の間われているところだと思いますので、そこさえしっかりしていれば、余りにも法外な1年間丸々基礎をやるなんていうようなことは起きないのではないかと私は思うのですけれども、いかがでしょうか。

○桐野部会長 そのほかいいですか。

大体満遍なく意見をいただいたように思いますので、今の御意見を参考に、もし書き加えられるのだったら、お願いをしたいと思います。

次に進んでよろしいですか。

それではありがとうございました。

続いて、議題3「「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からの報告」について、福井参考人からお願いしたいと思います。よろしく願います。

○福井参考人 それでは、お手元の資料の3-1から3-5、そして、机上配布の資料を手元に置いていただければと思います。

最初に資料3-1「臨床研修の到達目標、方略及び評価」につきまして、机上配布では、赤の部分が随分あって訂正してありますけれども、内容的にはほとんど同じでございます。文言をよりわかりやすく、単純化できるところは単純化するという目的で全体を見直して、このような変更をさせていただきました。それが資料3-1になっております。

「到達目標」は、前文に相当する5行の文章がございまして、その後、A.B.C.から成り立っています。少し文言を変えましたので、前文に当たるところを読ませていただきます。

医師は、病める人の尊厳を守り、医療の提供と公衆衛生の向上に寄与する職業の重大性を深く認識し、医師としての基本的価値観（プロフェッショナルリズム）及び医師としての使命の遂行に必要な資質・能力を身につけなくてはならない。医師としての基盤形成の段階にある研修医は、基本的価値観を自らのものとし、基本的診療業務ができるレベルの資質・能力を修得する。

というふうにいたしました。

A. が「医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）」で、これは前回までの会議で提出させていただいたものと同じ4項目です。その説明文をこうしたほうがわかりやすくなるのではないかと思います、微妙に変えました。

1. 社会的使命と公衆衛生への寄与

社会的使命を自覚し、説明責任を果たしつつ、限りある資源や社会の変遷に配慮した公正な医療の提供及び公衆衛生の向上に努める。

2. 利他的な態度

患者の苦痛や不安の軽減と福利の向上を最優先し、患者の価値観や自己決定権を尊重する。

3. 人間性の尊重

患者や家族の多様な価値観、感情、知識に配慮し、尊敬の念と思いやりの心を持って接する。

4. 自らを高める姿勢

自らの言動及び医療の内容を省察し、常に資質・能力の向上に努める。

といたしました。

B. の「資質・能力」の9項目はこれまでと同じでございます。それぞれ何項目か丸で囲った数字で書き出した項目がございますが、少し文言を変えていますけれども、内容的には今まで提出させていただいたものとほとんど同じですので、項目だけ読み上げます。

1. 医学・医療における倫理性

2. 医学知識と問題対応能力

3. 診療技能と患者ケア

4. コミュニケーション能力

5. チーム医療の実践

6. 医療の質と安全の管理

7. 社会における医療の実践

8. 科学的探求

9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

これらにつきましては、モデル・コア・カリキュラムと整合性をできるだけとることになっておりまして、前回お示ししたものと同じでございます。

C. 基本的診療業務

コンサルテーションや医療連携が可能な状況下で、以下の各領域において、単独で診療ができる。

ここに4項目ございます。前回の会議よりも内容を少し加えております。よりわかりやすくなったのではないかと思います。

1. 一般外来診療

頻度の高い症候・病態について、適切な臨床推論プロセスを経て診断・治療を行い、主な慢性疾患についてはフォローアップができる。

2. 病棟診療

急性期の患者を含む入院患者について、入院診療計画を作成し、患者の一般的・全身的な診療とケアを行い、地域連携に配慮した退院調整ができる。

3. 初期救急対応

緊急性の高い病態を有する患者の状態や緊急度を速やかに把握・診断し、必要時には応急処置や院内外の専門部門と連携ができる。

4. 地域医療

地域医療の特性及び地域包括ケアの概念と枠組みを理解し、医療・介護・保健に関わる種々の施設や組織と連携できる。

IIの「実務研修の方略（案）」につきましては、

研修期間は原則として2年間以上とする。

その後の文章も前回と同じでございます。

「臨床研修を行う分野・診療科」におきましては、

- 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して、今回の見直しでは、一般外来での研修を含めてもらう。
- 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。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。

としております。

ローテーションするそれぞれの部署についての説明を3～13にかけて説明しております。これらについては省略をさせていただきます。

6ページをごらんいただきますと、

「経験すべき症候」

外来または病棟において、下記の29症候について、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う。

「経験すべき疾病・病態」

これは、下から4行目の（26疾病）は、（26疾病・病態）としたほうがいいですね。外来または病棟において、下記の疾病・病態を有する患者の診療にあたる。

最後の3行ですけれども、

経験すべき症候及び経験すべき疾病・病態の研修を行ったことの確認は、以前のようにレポートを一つ一つ書いてもらうのではなくて、日常業務において作成する病歴要約に基づいて、ここに書かれていますような病歴、身体所見、検査所見、アセスメント、プラン、考察等が書かれていますことを確認するという手続にしてはどうかという案でございます。

7 ページが「到達目標の達成度評価（案）」でございます。

研修医が到達目標を達成しているかどうかは、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は、下記の研修評価票（後ほど、資料3-2から3-5までについて説明させていただきます）I、II、IIIを用いて評価し、評価票は研修管理委員会で保管する。ローテーション終了時の評価者には、医師以外の職種を含むことが望ましい。

2行目にも、「医師及び医師以外の医療職が」ということを書いておきながら、あえて、この文章が必要かどうか、また、考えたいと思いますけれども、医師以外の職種からの評価もぜひお願いしたい。できることなら360度評価でお願いしたいというつもりで、この文章を書き加えております。

上記評価の結果を踏まえて、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が、研修医に対して形成的評価（フィードバック）を行う。

2年間の研修終了時に、研修管理委員会において「到達目標の達成度判定票」（資料3-5）を用いて、到達目標の達成状況について評価する。というつくりになっております。

資料3-2をごらんいただきますと、これが到達目標の「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）」についての評価票でございます。A-1からA-4、それから、レベルにつきましては、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「期待どおり」、レベル4が「期待を大きく上回る」、それから「観察機会なし」のいずれかをチェックしてもらおう。

下の欄に、印象に残るエピソードがあれば記述してもらおう。特に、「期待を大きく下回る」ようなエピソードがあった場合には必ず記載をお願いしますというつくりになっています。

資料3-3が「B. 資質・能力」は9項目ございますが、それぞれについて、レベル1からレベル4。レベル1が大学を卒業した時点、つまりモデル・コア・カリキュラム相当のレベル。レベル3が、臨床研修の終了時点で達成してほしいレベル。到達目標の文章そのものになっております。レベル2がその中間時点。レベル4が、上級医として期待されるレベルに達している。こういう4つのレベルで評価をお願いするということです。

そのページの裏側が、「医学・医療における倫理性」についての評価票になっています。チェックボックスが下のほうにございます。これはレベル1とレベル2の間、中間ぐらいというところにもボックスを設けています。そして10ページの9の「生涯にわたって共に学ぶ姿勢」まで、同じつくりになっています。

資料3-4が、「基本的診療業務」に関する評価です。恐らく、これも文言を統一していただく必要があると思いますが、C-1が一般外来診療、C-2が病棟診療、C-3が初期救急対応、C-4が地域医療で、それぞれについてレベル1～4。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、指導医が離れていても、恐らく2～3分以内で来れる

距離を想定されると思いますが、直ちに対応できる状況下でできる。レベル3が「ほぼ単独でできる」、レベル4「後進を指導できる」、そして、「観察機会なし」のいずれかのチェックボックスをチェックしてもらおうというつくりになっています。

最後に、資料3-5。ローテーションごとに、できるだけ医師及び医師以外の職種の方々に、今説明させていただいた資料の3-2から3-4がたくさん集められていることになりませんが、2年間の研修の最後に近いところで、臨床研修管理委員会でこの資料3-5の達成度判定票を用いて、A.B.C.それぞれの項目について目標を達成したと認められるかどうか、既達なのか未達なのかをチェックして、最後に臨床研修の目標の達成状況としては、全体として既達なのか未達なのかをチェックしてもらって、これを用いて研修のためには3つの項目を満たさなくてはならないということ、櫻本専門官が資料1の10枚目のスライドを用いてお話しされましたけれども、このうちの真ん中の「到達目標の達成度の評価」にこの判定票を用いてもらってはどうかというつくりになっております。

以上でございます。

○桐野部会長 どうもありがとうございました。

ただいま御説明のあった「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からの報告」ですが、これに関しまして、御質問あるいは御意見はございましたら、お願いいたします。

これまで、もう何度も御報告いただいていることですので。

金丸委員どうぞ。

○金丸委員 福井先生のほうで最終的な最後の文言の変更点も含めて御説明いただいたとおり、今の説明によってさらに整理できたのかなと思ったところです。全体的にこれで、また評価して決めていただければありがたいというのが1点です。

細かいことで大変恐縮ですが、多職種評価で360度評価は期待される方向かなと思うのです。しかし、現実には360度は場所により中身によりなかなか難しいという中で、こういう評価の資料3-2で、医師あるいは医師以外（職種名）ということで具体的に落とし込んでいただいているのですが、ちなみに、多職種評価で一番評価してほしいのは、医師以外で一番多い団体は、現場は看護職、ここを含めてとか、何かもう一步踏み込んだ多職種評価の何か表現ができるのかどうかというのがちょっとわからないのですけれども、そこが気になったというのが1点。

それと、もう一つ、これ現実問題として、先ほどの研究者のことで議論があったように、いわゆる選択研修の期間をほぼ1年残すということで48週が確保できて、さまざまにここはまた有効に意味が増してくるだろうと思うのですが、ただその一方で、これは気になるということですが、4週とか週単位ですること、今までは月単位ということ、いろいろな機関が動いているのですね。例えば週単位のとくに、ちなみに、ゴールデンウィークとか年末年始の週はどうするのかとかその辺の細かいことで大変恐縮ですが、わかりやすさをもって準備できるものであれば準備していただいたほうがいいのかというのが1点。

在籍出向という形で協力型病院等で研修する場合は問題になりませんが、必修でも地域の現場はそうなのですが、在籍が基幹病院のままでそのままでない時は、1カ月単位に雇用保険から給与から全て新しくやらないといけません、このような姿が現実に今どれぐらいの割合であるのかというのは把握はしてないのですが、今回月単位でなく週単位でこれをするときその辺りがさらに煩雑にならないのかどうかと。

もう一つ、そうしたときに、例え週単位でこのことが決まったとしても、現場の大学等の研修機関病院が従来どおり1カ月という現実問題としてくくりでやっていくことが可能になってくるのか。あるいは、それは現場の範囲になるのか。その辺がちょっと気になったのですが、いかがでしょうか。

○桐野部会長 事務局お願いします。

○櫻本医師臨床研修専門官 御質問ありがとうございます。

まず後段の月単位から週単位になることに対する弊害と申しますか、変化に対する対応で、まず1カ月単位でやってもいいのかということに関しましては、例えば4週間と1カ月という範囲ですと、当然1カ月のほうが長くなりますので、そういった意味ではそういうことも可能になるかと考えております。ただ、例えば今御指摘いただいたゴールデンウィークとか年末年始とかそういったところの整理については、今での取扱いの仕方との整合性も含めて、今後しっかりと整理をさせていただいて、そもそも1週間とは何ぞやというところは整理をさせていただきたいと考えております。

それから、雇用保険等の給与等、月単位のほうがやりやすいということは御指摘あるかとは思いますが、例えば現状でも1月15日に採用とか2月15日に退職とかというのはございまして、技術的には可能でございますので、そういったところをお願いをするのかなということを考えております。

以上でございます。

○桐野部会長 福井先生どうぞ。

○福井参考人 医師以外の職種の中で、先生がおっしゃるとおり看護師による観察が一番多く行われますし、一番厳しく評価されているのも現実だと思います。看護師以外のコ・メディカル、場合によれば事務の方々にも評価してもらえればと思っています。看護師という職種をここにあって書き出すかどうか、また、相談させていただきたいと思います。

○金丸委員 なかなか難しい書き込みとなるとと思いますが、現実には実際に動く場面において看護職を含めた多職種が評価できるような何か踏み込んだ表現があるといいのかなと。なかなか難しいですね。今、福井先生がおっしゃったとおりで、現実には表現は難しいと思うのですが、いかがでしょうか。

○桐野部会長 何か具体的な表現の方法で御提案がありますか。

○金丸委員 提案ができるともったいいのですが、そこはイメージだけで、何か文言の落とし込みはわからないものですから。

○桐野部会長 どうぞ。

○福井参考人 ローテーションで例えば国際機関に行く人が出てきたり、国立保健医療科学院に行かれたりというような場合には、看護師でない方の評価になる可能性もございませぬので、必ず看護師によるというふうにもできませんし、もし看護師のボックスを別個につくるとなると、それ以外のところはどお書けばいいのかちょっと難しいような気もします。また、みんなで相談させていただきたいと思ひます。

○桐野部会長 この評価は形成的評価であるところにはちゃんと書いてあって、ただ形成的評価を冷静にあらゆる職種にお願いするといつても、それなりにトレーニングが必要なので、その辺のところはどおいうふうにお考えですか。

○福井参考人 今回、もしこの方向で到達目標と評価の仕方が認められましたら、32年の実施に向かつて、非常に多くの方々に観察記録に基づく評価の仕方、細かい点についてどお評価するのか、勉強会をかなり行う必要があると思ひます。

○桐野部会長 そのほかございませぬか。

中島委員どおぞ。

○中島委員 ワーキンググループでは、あとは座長一任になってしまったので、今さら言うのもどおかと思ひますのですけれども、以前から言っていたのですが、2ページの4の「コミュニケーション能力」の1で、いきなり「適切な身だしなみ、言葉遣い」と出てくる。これは、僕は学生の話だと思ひますよね。医者になってからこれが乱れる人もいるかもしれませぬけれども、少なくともこの1番はに回していただきたいと思ひます。何となくコミュニケーション能力は外見から入るのかというふうにはどおしても読めてしまうので。「ひどい格好で来る人がいるのですよ」とか言われたら、そうかなとかつい思ひて黙っていたのですけれども、あるいは、「礼儀正しい態度で患者や家族に接する」だけでもいいのではないかなと思ひます。「患者の心理・社会的背景を踏まえて」と前段に書いてありますので、身だしなみ、言葉遣いまで書かないといけぬのかなと。余りに幼稚なのではないかという気がするのですけれども、いかがでしょう。

○桐野部会長 福井先生。

○福井参考人 私は日常的に乱れた身だしなみの人を観察しているものですから、どおしてもこれを放っておけなくて、少なくとも外来とか受付は公道ですので、ちゃんとした身なりで歩くように、病院の中で言い続けなくてはならない状況が続いていますので、このようにしました。委員の先生方の御意見を伺えればと思ひます。

○桐野部会長 相原委員どおぞ。

○相原委員 福井先生のおっしゃるとおり、今の若い医師はぎよつとするような格好でかなりあらわれますので、現場としては、この記載は最初に持ってきてほしいと私は強く思ひております。

○桐野部会長 岡村委員どおぞ。

○岡村委員 相原委員と全く同じです。福井先生のところの聖路加などはまだいいほうだと思ひます。本当は中島先生が言われるように、そんなのは当たり前じゃないかと言いた

いのですが、現実にはできてない人が多いですよ。清潔感とかそういったことも含めて大変大事なことで、できてない人が多いからあえて書かないといけないと思います。

○桐野部会長 中島委員どうぞ。

○中島委員 こういうふうと言われるから引いてしまうのですけれども、それでいいですよと言うのですが、実際はコミュニケーション能力というものは、相手の方がひどい格好、金髪で髪を前にたらし目もほとんど見えないような格好で来て、そういう人とのコミュニケーションをとる、これが能力なのです。だから、外見を整えることが能力ではないのですよ。これを見たらそれが抜けているなという気がしてしまうから、ずっとこだわって、でも、言われたら仕方ないかなと思うのですけれども、ぜひ御再考をよろしく願いいたします。

○桐野部会長 金丸委員どうぞ。

○金丸委員 中島先生のおっしゃるとおり、僕もそれはそうだろうと思うのですね。しかし、これ少なくとも入口という意味ではせめて最低限は。というのは、その研修医がどういう思いでいるのか、どういう整理ができているのかというのは、これは必然的に身だしなみにもあらわれなければいけないことだし、あるいは言葉遣いとか礼儀正しい態度にも、そこはまずあらわれなければいけない最初だと思うので、その先の一番の肝のところは先生がおっしゃるとおりのそこまでいかないとな本来のコミュニケーション能力にならないと私も中島先生と同じです。けれど、ここの入口のドアが開かない限り、そこに行ける可能性は極めて低いのかなと考えると、福井先生がここに整理していただいた表現が1番目に来るとするのは適切ではないのかなと思ったところです。いかがでしょうか。

○中島委員 実は納得はできないのですけれども、コミュニケーションをとる能力をつきなさいというわけですから、本来はこちらもひどい格好でもいいのです。ひどい言葉遣いでも構わないです。心と心が通じるかどうか、この一点に注目しているわけですよ。しかし、そうかといって、ひどい格好をしなさいよと言うわけにはいかないから、少なくとも1番は3番へおろしていただきたい。それだけでございます。もう言っただけで結構でございます。

○桐野部会長 どうぞ。

○福井参考人 どうでしょうか。

○桐野部会長 入口であるという御意見も一方ではあったのですね。確かに突き詰めて言うと、中島委員のおっしゃるとおりではないかとは思いますが。

○中島委員 福井先生がこうされておるのは、それで結構です。

○桐野部会長 よくわかりますけれども、どうもありがとうございます。

それでは、そのほか何か御意見、御質問等ございましたらお願いをいたします。

清水委員、それから、相原委員お願いします。

○清水委員 恐れ入ります。ありがとうございます。

ワーキンググループのメンバーでありながら本当に申しわけないのですけれども、先ほ

どの資料3-1の7ページの評価表の使い方のところを確認させていただきたいのですが、評価票I、II、IIIを用いて研修医に対して少なくとも年2回形成的評価(フィードバック)を行うのはわかりました。それらは研修修了時には利用しないということですか。それとも、それも利用した上で到達度の判定票を記述するという意味でしょうか。

○福井参考人 そのつもりです。わかりにくいですかね。

確かに、上記評価の結果を踏まえて、評価票I、II、IIIを用いてフィードバックを行う。2年時の研修終了時には、形成的評価を行ってきたこと、つまり、評価票のI、II、IIIを用いた評価をトータルとしてこの判定票を用いると、そういうつもりです。そのことをもっとわかりやすく書き加える必要があるということですか。

○桐野部会長 清水委員どうぞ。

○清水委員 それで了解でございます。形成的評価の利用方法は、ちゃんと書いてないと、総括的評価で使うのはおかしいということになってしまうと困るかなと思ったので、それでちょっと伺いたかったのですが、例えば2年間の研修終了時に研修管理委員会において研修医評価票I、II、IIIを勘案してとか何かそんなような文章があればいいのかなと思いました。

○桐野部会長 どうぞ。

○福井参考人 その方向で考えたいと思います。

○清水委員 ありがとうございます。

○桐野部会長 相原委員どうぞ。

○相原委員 評価では、2年間うまいことできなかったという評価になった場合に、例えば技術とか何かですと、また、受けることはできるのですが、人間性とか何かの評価の場合も、これはどうやって次の段階にクリアーしていけばいいのかなとちょっと疑問に思ったものですから。

○桐野部会長 お願いします。

○福井参考人 難しいですね。でも、そこのところはフィードバックをかけて、あるべき態度をとってもらえるように教え続けるより仕方ないのかなとは思いますが、どうすればよくなるのかは個人によって全く違いますので、そういう意味では非常に難しいとは思いますが、努力しましょうぐらいしかこの場では言えないのではないかと思います。

○桐野部会長 これは、判定者がこの人物を診療に従事する医師として認めることは認めないと、危険であると判断した場合は、到達していないという判定をすることはあり得るということですね。

○福井参考人 結局、修了判定の3項目の中の1つとして用いるということですので、これが到達できない研修医は安全な医療の提供ができないという適性の評価にそのまま関わってくるかもしれませんので、連動している問題とは思いますが。

○相原委員 そうすると、例えばある技術が足りなければ、内科の技術が足りなければ内科で追加とかありますけれども、そういう全体的なもの場合は、何科でもいいのでまと

もな医者態度をとれるように教えるという形で例えば半年とか1年とか追加してもらおうという形になるわけですね。

○福井参考人 恐らくそうなると思います。

○桐野部会長 羽鳥委員どうぞ。

○羽鳥委員 逆の場合はどうなのでしょう。評価する側が適切でないという場合もあるでしょうから、いわゆる第三者委員会みたいな、研修の方が何かクレームを言える場もあってもいいのではないかと思います。

○福井参考人 そのことは臨床医としての適性の評価のところではしばしば起こることで、恐らく今までも起こってきていたと思います。したがって、複数の研修病院でも評価を、あえて、この3番目の適性評価のところには書かれております。1つの病院だけではわからないというのが正直なところだと思います。

○桐野部会長 よろしいでしょうか。

それでは、本日いろいろな御意見をいただきましたので、この意見を福井参考人に整理をしていただいて、引き続き議論をさせていただきたいと思います。

それでは、次の議題に移ってよろしいでしょうか。

議題4「医師臨床研修部会報告書(素案)について」事務局から御説明をお願いします。

○岡部医師臨床研修推進室長 医師臨床研修推進室長の岡部でございます。

資料4をごらんいただければと思います。「臨床研修部会報告書(素案)」ということで、今回お示しさせていただいております。この報告書(素案)につきましては、資料4の表紙にもございますように、制度の見直しについて、これまで部会での御議論、それから、御意見といったものを事務局で収集・整理いたしまして、この報告書(素案)をつくっております。

具体的な制度見直しの項目につきましては、資料4を1枚おめくりいただきまして、目次(案)のとおりとなっております。

それでは、項目ごとに順を追って説明をさせていただきます。

まず資料4の1ページ目「はじめに」についてでございます。こちらでは平成16年度の医師臨床研修制度の必修化以降、おおむね5年に1回大きな制度の見直しを行っているといった経緯、それから、○の4つ目でございますが、平成32年度研修からの適用を見込んでいる今回の制度の見直しについては、ワーキンググループ、それから、本部会において関係者からのヒアリング等を参考に議論を重ね、とりまとめたところという言い方をしております。

次に、「1 卒前卒後の一貫した医師養成について」でございます。こちらは昨年11月前回の会議で事務局から御報告をさせていただきましたけれども、「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会における議論」をもとに記載しております。

具体的には、次のページ、2ページになりますけれども、1つ目の○になりますけれども、臨床研修制度の在り方については、卒前教育、国家試験、専門研修、生涯教育等の整

合性、連続性の観点から総合的に検討を続けていくべきとしております。

また、制度の検討時期につきましても、次の○の終わりに書いてありますけれども、医学部の共用試験、医学部モデル・コア・カリキュラム、国家試験と同時期に検討を行う等、必要な対応を行うべきという記載にしております。

続きまして、「2 到達目標・方略・評価について」でございます。1つ目の○には、平成25年の本部会報告書での指摘事項を記載しております。

そして、2つ目の○では、現行の臨床研修の到達目標は、行動目標と経験目標から構成されているが、診療能力の評価をさらに重視すべきとの指摘、評価方法の標準化が必要である等の指摘を踏まえまして、新たな臨床研修の到達目標については、「目標」とそれを達成するための「方略」、及び「評価」の3つに分けて整理を行うということで、今回の考え方を記載しております。

3ページ(1)以下になりますけれども、到達目標・方略と続きますが、こちらは、先ほど福井先生から御説明あった考え方を基本的には記載しておりますので、補足的な説明にとどめさせていただきますけれども、3ページ「(1) 臨床研修の到達目標」につきましては、1つ目の○で、到達目標の基本方針、基本的な考えを記載しております。

2つ目の○では、新たな到達目標の構成要素を記載しております。そして、2つ目の○の終わりには、卒前教育のモデル・コア・カリキュラム等との連続性を考慮した臨床研修修了時に求められる修得の程度を標準化した研修評価票に示す、としております。

1枚おめくりいただきまして、4ページ「(2) 方略」でございます。方略につきましては、「(2-1) 経験すべき症候と経験すべき疾病」ということで記載しております。そして、(2-2)が「臨床研修を行う分野・診療科」ということで、いわゆる臨床研修の診療必修科等について記載しております。こちらにつきましては、前回の11月の会議におきまして、委員から、外科、小児科、産婦人科、精神科をもう一回必修科にするということで、その理由、背景をよく整理するようという御指摘をいただいておりますので、(2-2)の1つ目の○と2つ目の○に理由、背景を今回記載させていただいております。具体的には、1つ目の○で、臨床研修を行う分野・診療科については、平成22年度の臨床研修制度の見直しにおいて、専門医等の多様なキャリアパスへの円滑な接続の妨げとなる場合があることから、研修プログラムの弾力化が行われたとしております。

2つ目の○で、一方、外科、小児科、産婦人科、精神科を含む複数の診療科をローテートすることで、研修医の基本的な診療能力に一定の向上が見られたこと、それから、新たな到達目標において、診療技能と患者ケア、チーム医療の実践、コミュニケーション能力等が含まれること、それから、新たな経験すべき症候、疾病において、成長発達の障害、妊娠・出産、統合失調症等、幅広い分野の項目が含まれること等を踏まえまして、一般的な診療において頻繁に関わる負傷または疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身につけるために、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、としております。

また、次の段に、その際、研修医の将来のキャリア等への円滑な接続が妨げられないよう、選択研修については十分な期間をとる、としております。

現行、選択研修の期間は約12カ月（約1年）ということで、今回の見直しにおいても、選択研修の期間は48週（12カ月）ということで、約1年で選択研修の期間をほぼ同期間確保するという形にしております。

続きまして、5ページの「（2-3）研修期間」でございます。研修期間につきましては、引き続き、現行の2年以上で差し支えないとしております。

2つ目の○で、基幹型病院での研修期間につきましては、1年以上は基幹型病院で研修を行うこととする、としております。

ただし、基幹型相当の協力型臨床研修病院において研修を行った場合などは、12週を上限として基幹型病院での研修を行ったものとみなす等の配慮が必要という形にしております。

次が、「（3）評価」でございます。1枚おめくりいただきまして、6ページになります。臨床研修医の評価方法はさまざまである。何らかの標準化が必要という御指摘がありまして、今回、（3-1）（3-2）のように、研究評価票によりまして評価を行うという形にしております。

なお、（3-2）の1つ目の○の終わりにありますけれども、身体障害により達成が困難な項目がある等のやむを得ない理由がある場合には、総合的に判断して修了判定を行うべきとしております。

それから、6ページの一番下の○でございますけれども、なお、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。これは、ワーキンググループでこういった御意見がございましたので、記載させております。

続きまして、7ページ「3 臨床研修病院の在り方について」です。（1）が「必要な症例」です。現行、基幹型病院は、年間入院患者数3,000人以上が要件でございます。そして、3,000人を下回る場合、訪問調査をしまして評価することによって、臨床研修病院の指定取消の可否を判断しております。

そして、前回の会議でお諮りさせていただきましたけれども、7ページの一番下の○にございますように、基幹型病院の訪問調査に係る指定取消等について以下の見直しを行うとしております。

そして、8ページ一番上になりますけれども、現状、三段階となっている評価を四段階としまして、B-と評価された病院については、次回の調査において続けてB-とされた場合に、原則、指定取消の対象とするとしております。

それから、「（2）指導・管理体制」でございます。こちらは、プログラム責任者養成講習会、現行は受講していることが望ましいということでございますが、これも前回の会議でお諮りしましたけれども、同講習会の受講を必須とするとしております。

続きまして、9ページが一番上の○になりますけれども、今回、新たに標準化した研修医の評価が行われるということでございますので、平成32年度までの間に、指導ガイドラインがございまして、これを見直すと。それから、評価を行う指導医に対して講習会等が行われることが望ましいという言い方にしております。

「4 地域医療の安定的確保について」です。まず、(1)は「募集人員の設定」でございます。こちらは9ページの(1)の3つ目の○になりますけれども、臨床研修病院の募集定員を、平成37年度に1.05倍となるようにさらに圧縮させるとしております。

また、次の○になりますけれども、都道府県別の募集定員上限の計算式は、医学部入学定員で按分している都道府県では必要以上の定員増となることから、一定の上限を設けること、それから、地理的条件等も加算を増加させるとしております。

次が10ページです。「地域枠への対応」でございます。こちらは、本部会でかなり議論をいただきましたけれども、4つ目の○になります。地域枠の医師が診療義務が課された地域で適切に勤務できるよう、地域枠の医師や地元出身者等に対する臨床研修の選考については、一般のマッチングと分けて実施するとしております。

ただし、次の次の○になりますけれども、地域枠だけを特別扱いすると適正な競争が行われないなどの御意見がありました。そこで、当面、一般のマッチングと分けて実施する選考の都道府県ごとの募集定員の合計は、当該都道府県において従事要件が課されている者の2割以内とする。それから、地域医療を12週以上行うなど地域医療に従事することを重視するプログラムを設ける病院のみで行うと。それから、当該病院ごとの募集定員は定員の2割または5名の少ないほう以下とするという形にしております。

それから、10ページが一番下の○でございます。地域枠の学生について、地域医療への従事要件等が課されているにもかかわらず、従事要件等に反している例があるのではないかとの御指摘がございました。これにつきましては、地域枠の学生が従事要件等に違反することに臨床研修病院が加担することがないように、適切な対応を求めるとしております。

そして、11ページ「(3) 都道府県の役割」です。こちらは、医師需給分科会での御議論をもとに記載しております。4つ目の○にございます都道府県が管内の臨床研修病院の指定・募集定員設定に主体的に関わり、格差是正を進めていくために、国が一定の基準等を示した上で、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った仕組みを構築すべきとしております。

そして、「おわりに」で、2つ目の○になりますが、今回の制度見直しの施行後5年以内に所要の見直しを行うことが求められるとしております。

報告書(素案)の説明は以上となります。

○桐野部会長 ありがとうございます。

では、今、御報告があった「医師臨床研修部会報告書(素案)」について、御意見を伺いたいと思います。

羽鳥委員どうぞ。

○羽鳥委員 10ページ目の地域枠の従事要件のところですが、「臨床研修病院が加担することがないよう」という書き込みだけですけれども、この検討会の中では、そのように不実な研修医にはペナルティを加える意見もあったはずですが・・・。

○桐野部会長 これについてはいかがですか。

○岡部医師臨床研修推進室長 とりあえずこのくらいで書かせていただいておりますが、御意見をいただければ、再度、検討させていただきますので、よろしく願いいたします。

○桐野部会長 今の点についていかがでしょうか。

岡村委員どうぞ。

○岡村委員 羽鳥先生がおっしゃるように、私も踏み込んで書いていただいたほうがいいと思うのですね。厚労省としてはかなり遠慮されているような気がします。みんなの思いとしては、言うならば、少なくとも臨床研修病院が加担することがないようにすべきであるとか、何かそういうふうにしていただきたいと思います。

○桐野部会長 いかがですか。

そのときの意見も、今、岡村先生や羽鳥先生がおっしゃったように、かなり強い意見も結構あったと私も認識しています。

それは考慮に入れて、修文をしていただくということによろしいでしょうか。

そのほかはいかがですか。

岡村委員どうぞ。

○岡村委員 臨床研修病院の必要な症例のところ、年間入院患者数3,000人未満の病院であってもというところがよく出てくると思うのですが、これは、ここには臨床研修病院ということで書いてあるのですけれども、要は、下のほうには基幹型病院という言葉が出てくるのですが、今度2月に、基幹型病院の新規の申請案件を審査をしないといけないのですが、年によっては3,000人を切っている病院もあります。関連型病院であれば全く問題がないのに、なぜ背伸びをして基幹型で申請するのか。症例数が確保できない、研修医に対してそれだけの研修を提供することがしにくい病院であるという観点からすると、3,000人未満であっても適切な研修が行われている場合があることは、そのとおりですけれども、基幹型病院にはやはりそれだけの条件を課したほうがいいと私は思います。

○桐野部会長 これは前から問題で、既にもう3,000以下で、現に、その前の段階でやってきた病院が30病院ぐらいあって、その病院の中には、真面目にやっているかどうかという意味では、本当に真面目にやっておられる病院があって、それを訪問調査をした上で認めてきたという歴史があるのですね。ですから、ここをどうするかというのはなかなか難しい問題で、3,000ですっぱり切ってしまうというのも一つの案だろうとは思いますが、ただ、3,000が本当に適切かどうかという議論はさておいて、3,000というのは随分長い期間使っている数字なので、また、これを3,500人にするとか4,000人になって大騒ぎになってしまうということはありません。いかがでしょうか。

この3,000以下で訪問調査をしている病院の実情について簡単に。つまり、何病院ぐらい

であって、増加しつつあるのか、減りつつあるのかというようなことは今わかりますか。
どうぞ。

○櫻本医師臨床研修専門官 済みません。今回そのデータをお示ししてないので、データは、今、手元にないのですけれども、7ページ目の下から2番目の○とその後のところが、部分的にですがお答えになるかとは思うのですけれども、そもそもこの3,000人は非常に長い議論をいただいております、現状、訪問調査でその状況を見て判断ということになっておりました。

今回、議論になりましたのは、要するに、訪問調査をしたときに、A・B・C調査でずっとB評価が続いていると。Aほどよくはないけれども、Cほど悪くはない。ずっとBになっていて、改善傾向が見られないと。そういったものに対して、特段、何もできるような規定がないというようなところでして。その数が7ページの下から2つ目の○にあるように、「特に臨床研修病院の指導・管理体制に関する事項について、悪化や変化なしとなる項目が5割を超える状況となっている」こういったところをちょっと問題点とさせていただきます、3,000人以上の規定というよりは、そのアウトカムとしての評価の仕方を変えてはどうかと、そういう意味で4段階にして、B-が2回ついた場合には指定取消の対象とすると、そのような対応案でどうかというのが、今回の報告書の提言でございます。

○桐野部会長 以前にも、基幹病院の質の評価をきちんとするべきであるという議論は随分あって、ただ、それはなかなか導入できないので、何らかの評価することを努力目標とするということから、なるべくそれをやるようにする方向に少しずつ文言は微妙に変わっていると理解していますけれども、いかがでしょうか。

金丸委員どうぞ。

○金丸委員 今の議論は大切だと、私も同じ認識をしているのですが、3,000人に決まった歴史も、背景も、長い間かけての議論があったのは理解できるのですが、しかし、現実には、いろいろな病床機能の見直し等々で、今後、この数字に関しても微妙に抵触する可能性はもしかしたらあるかもしれない。どこかの時点でこの議論は、また、やっていただくことが必要になってくるのかなという認識は1つしています。

ただ一方で、今、櫻本専門官がおっしゃったように、例えば2,900人でやはりだめだと。一生懸命やってきた部分で、そこは何とか調査等で評価。評価もこうやって踏み込んだ評価をして、そこはより適正にと。これは大事な方向だと思うのですね。

ただ一方で、今、桐野先生がおっしゃっていただいた、そもそも3,000人を超えた訪問調査の対象にならない基幹型病院は、これは外形基準だけでクリアーしている現状だと、ここにも調査が行っているのであれば、よりわかりやすくなると思うのですけれども、いかがな状況なのでしょう。

○桐野部会長 本来、2,900だとかなり厳しい訪問調査を受け、3,100だと何もないというのは極めておかしいのです。それは本当にそのとおりののですが、そこは手がつけられて

いないというのが実情ですね。

だから、非常に大きな大規模基幹病院で真面目に研修病院としての評価を受け、それも適切に間隔を置いて評価を受けている病院もあれば、それをやっていない病院もあれば、全然意に介さない病院もあります。現在、基幹型病院の総数は1,000ぐらいですか。

○櫻本医師臨床研修専門官 1,000ぐらいです。

○桐野部会長 私の記憶に残っている限りは、3,000症例以下で、訪問調査を受けつつやっている病院が大体30弱ぐらいではないかと理解していますが、大きくは間違っていないと思います。

○櫻本医師臨床研修専門官 3かどうかは覚えてないのですけれども、そういう単位ではありました。

○福井参考人 済みません、質問してよろしいですか。

○桐野部会長 どうぞ。

○福井参考人 3,000という数がどこから来たのか、もし教えてもらえれば。というのは、普通に考えると、基幹型病院と協力病院トータルとして、到達目標で求められる症候や病気の種類を経験できればいいのではないかというふうにも思えます。

○岡村委員 その場合は、協力型でいいのだと思います。というのは、ここに臨床研修病院の在り方について、受入実績が余り出てきてないのですけれどもね。その病院の評価をしているときに、この病院はすごくいいなと思った病院は、ある大学病院の関連型としてもかなり受入実績を積んで積んで申請してきている病院があるのですね。

一方で、関連型として、2年間に2人2カ月だけということは、要するに、1カ月だけ2人ほど受け入れて、それで、基幹型の申請をするのは、自分のところの関連施設に逆に大きな大学病院とかすごく大きな病院を指定して、そこで何とか満たそうとする、決していい研修を提供できる体制にないと思います。それは区別しないとイケないのではないかなと思います。

○桐野部会長 基幹型というのは、実際に現場でいい医療をするように指導するほかに、いい研修環境を整えるために、管理的な業務をかなりやらないとイケないので、それができる人がきちんといるということは、小さな病院だとそこはどうしてもなかなか難しいというようなこともあるだろうと思います。

ですから、恐らく、きょうでこれを全ては難しいので、今後、基幹型病院の質というか、基幹型病院の在り方について、これは32年の見直しでできるかどうかは私はわからないけれども、近い将来の見直しの中の1つのテーマとしてお考えになったらどうかと、基幹型病院は、前からずっと懸案なのです。これを3,000では全然足りないという外形標準で本当にいいのかという議論もいろいろありまして。わかりやすく言うと、えいやっと3,000に決めたというのが本当のヒストリーだと思います。

○岡村委員 私の理解では、恐らく、平均在日数を20日ぐらいに計算して、150床ぐらいという計算でやっておられるのではないかなと。そうすると、150を切っている病院が、診療

科の数が少ないだろうと思うのですね。

ですから、例えば、産科とか小児科が足りないから、それを協力型に求めるのは、まったく問題ないと思うのですが、結構専門化したような病院とかもそこで名乗りを上げてくると、ほとんど満たしてない。あるいは、内科なんかも見ていると、例えば循環器内科とか消化器内科とか持ってないような病院が結構あるのですね。それから、専門医の数が少ないなという印象を持っています。

○桐野部会長 何がどうしても協力型では承服できないものなのかということも、よく調べてみないとわからないと思いますね。ネームバリューは確かに臨床研修基幹型病院であるというふうにできれば、その格好はいいのだろうと思いますけれども、そういうところはまだ十分なデータはないのではないかと思います。

羽鳥先生、清水先生でお願いします。

○清水委員 恐れ入ります。

先ほどの3,000人未満のところは、訪問調査を行っていて、3,000人以上には訪問調査がないという話ですが、第三者評価が、前回の報告のときに必須にすべきかどうかという点が問題になっていたと思うのですけれども、それについて今回触れられていないのですが、それについては今後どうしていくのでしょうか。

○桐野部会長 この前、どういう表現に変わったかちょっと正確には言えないのですけれども、「望ましい」からワンランク表現が上がったのですよ。しかし、必ずしも評価を受けなければならないという表現ではないのです。これを今後どうするかというのは、評価機構の岩崎先生などは、ぜひできるだけ必須の方向に考えていただきたい、全病院を評価するだけの力が十分あるのだとおっしゃってはいます。ただ、大変な作業になるのではないかと思います。

羽鳥先生。

○羽鳥委員 先ほどの10ページの最後の○に戻るのですけれども、地域枠の学生さんについて、前、相原先生は、地域枠の学生さんとはいえちゃんとやっている人もいるのだから、あるいは学者になられて立派なことをしているのだから、そういうふうなことも認めていだろうと。そういう方もおられると思いますが、最初の約束と違ったことをするので、やはり何かをしなければいけないのだと思うのです。

それで、1つは、今、厚労省でデータベースをつくるということですので、前にも主張しましたキャリアパスの中に何か印をつけていくことも必要ではないかと思います。例えば、医道審議会がきょう午前中に開かれていますけれども、そこでは、医師免許停止2カ月とか、あるいは、もっと重いあれも受けている方もいらっしゃるけれども、そこまでのことではないでしょうけれども、何か印がついてないのはちょっとフェアではないような気もするので、御検討をいただければと思います。

○桐野部会長 そのほかはいかがでしょうか。

清水委員どうぞ。

○清水委員 別件でもよろしいでしょうか。

○桐野部会長 どうぞ。

○清水委員 指導医の人数ですけれども、5人に1人という記述があったかと思いますが、それは今でもそのとおりだと思うのですけれども、今、私ちょっと省令を探し切れてないので、たしか、省令において、産婦人科や精神科は、研修医の数に限らずいなければいけないというような書きぶりではなかったでしたか。

今後、例えば先ほどの基礎系に行かれるとかの場合に、その科における指導医はどういうふうに判断するのかなというのがちょっと気になったので、指導医の定義といえますか、配分というか、それはどうすればいいのかなということでお聞きいたしました。

○桐野部会長 どうぞ。

○櫻本医師臨床研修専門官 幾つか御指摘いただいたので、お答えさせていただきます。基本的には、選択研修にしる必修科目にしる、適切な指導体制は必要ですけれども、今、御指摘いただいたいいわゆる指導医、7年目以上の指導医講習会を受けた指導医と基礎系の話の指導医は確かに連動しない部分もあるかと思しますので、基礎系の適切な指導体制については先ほどの基準がちょっと近いのですけれども、そういったものも検討させていただきたいと思います。要するに、内科の指導医が指導するわけでは確かにありませんので、指導医という形にするのか、何らかの環境にするのかというところは、要件のところを考えさせていただきたいと思います。

それから、幾つか御質問のあった第三者評価につきましては、確かに、アンケートだけ出して、プログラム責任者講習会は出してあるのですけれども、第三者評価のほうはたしか今回は議論がまだなかったかとは記憶しております。

一方で、平成25年の報告書ですともう十分に書かれておまして、将来的には義務にするのが望ましいといったような報告書で、今は「望ましい」と。現状ですけれども、数字を忘れたのですが、実はプログラム責任者講習会は例えば9割ぐらいの方が受けられているのですけれども、第三者評価になると、その9割と比べるとパーセンテージが大分減っていて、たしか5割以下で、何割かはちょっと覚えてないので、そういったデータがありますので、そういった現状を踏まえつつ、マストにしますと、急に残りのところが基幹病院から落ちるということになりますので、そういったところは今日御指摘いただきましたので、検討させていただきたいと思います。

以上です。

○福井参考人 よろしいですか。

○桐野部会長 どうぞ。

○福井参考人 第三者評価では、まだ二百数十の病院しか認定できていません。ただ、応募してくれるがなかなかふえないというも事実ですので、今まで以上にプッシュしていただければ、もっと速くふえていくのではないかなというふうな感触は持っています。

○桐野部会長 多分、1,000の基幹病院のうち7割ぐらいが既に第三者評価を受けているという状況になれば、もう一段踏み込むことがいいのですが、今は、確かにおっしゃるように、僕は100台のうしろのほうだと思っていたのです。

○福井参考人 200は超えました。

○桐野部会長 ええ。非常に伸びないです。僕個人は、もちろん全部やったほうがいいのだけれども、もう少し簡素化して一日で終わるようなプログラムでできませんかと、僕は岩崎先生には随分申し上げたことがあります。非常に丁寧にきっちり評価するという仕組みで今やっておられるように思います。

○福井参考人 もう一言よろしいですか。

○桐野部会長 はい。

○福井参考人 評価しますと、やはり病院ごとの凹凸が激しくて、ちゃんとやっている病院と大丈夫かなと思われるような病院があるのも事実ですので、何らかの形の第三者評価は続けたほうがいいのではないかと考えています。

○桐野部会長 基幹型病院に対して、きちんとした第三者評価済みのものを基幹型A、そうでないものを基幹型Bとして表示するとかというような方法はあります。

これはすぐ結論が出ないのですが、基幹型病院の評価の問題は前からずっとやっているのです。それから、3,000例以下のところをどうするかというのもずっとやっているのですね。これはどこかでもうちょっとしっかりしたことにしたほうが、初期臨床研修制度は平成16年から、ある意味ではいろいろ紆余曲折あっても、少しずつ少しずつクオリティーを上げてきているというのが実情ではないかと思うので、そういうふうになんか少しずつやっていたらどうかと思います。指導医講習だって、最初のころは、これは本当にうまくいくのかなと僕は思いましたけれども、実際はほとんどの基幹型病院で十分な指導医を既に持っているという状況です。

それでは、この問題につきましては、時間もまいりましたので、事務局でいただいた意見を整理した上で、引き続き、議論していただくということで、実際は、3月の末にはある程度きちんとしたものにしたということでありますから、それまでの時間も限られているという関係上、これをお読みいただいて、どうしてもこれはちょっと言っておきたいということであれば、事務局にメールなりで連絡をいただければと思います。

どうぞ。

○岡村委員 内容のことではないのですが、この中に、平成37年度にとかというのが出てくるのですよね。今、現時点で平成32年はともかくとしても、9ページなんかは平成37年とかと出てくるのですけれども、さっきの資料で、千九百何年のグラフとかありましたよね。だから、この際、西暦にしておいたほうがいいのではないかなと思うのですけれども、いかがでしょうか。

○桐野部会長 37年はもうないことが決まっていますよね。

○櫻本医師臨床研修専門官 御指摘ありがとうございます。御指摘を踏まえて、修正した

いと思います。

○桐野部会長 そのほかはいかがでしょうか。

もしよろしければ、時間も来ましたので、以上で、本日の会議を終わらせていただきます。

事務局から何かございますか。

○星臨床研修指導官 先ほど、部会長からお話がありましたが、メールで御意見をいただく場合には、2月16日あたりまでにお送りいただければありがたいと思っております。

○桐野部会長 2月16日ということです。よろしく申し上げます。

それでは、どうもありがとうございました。以上で終わらせていただきます。

○星臨床研修指導官 次回の部会の開催につきましては、また、改めて調整させていただきますので、よろしく願いいたします。