

○出雲臨床研修指導官 それでは、定刻になりましたので、ただいまから令和5年度第1回「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。

委員の皆様方におかれましては、お忙しい中御出席を賜り、誠にありがとうございます。

本日は、谷口委員は御欠席、釜范委員、岡村委員、横手委員、木戸委員、森委員、伊野委員、花角委員、宮地委員はオンラインで御出席いただいております。

また、本日は参考人としてNPO法人卒後臨床研修評価機構 福井専務理事、昭和大学病院相良病院長及び矢嶋医師臨床研修センター長、社会医療法人社団健生会立川相互病院 山田副院長及び赤野様に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、オンラインにて掘岡企画官にオブザーバーとして御参加いただいております。

マスクの方の撮影はここまでとさせていただきます。

それでは、以降の議事運営につきましては、国土部会長をお願いいたします。

○国土部会長 皆さん、おはようございます。お忙しい中、お集まりいただきましてありがとうございます。

まず、資料確認をお願いしたいと思います。

○出雲臨床研修指導官 それでは、資料の確認をお願いいたします。

事前に議事次第

資料1、令和4年度第3回医師臨床研修部会における主な意見

資料2-1、福井参考人提出資料

資料2-2、相良参考人提出資料

資料2-3、山田参考人提出資料

参考資料1、委員名簿

参考資料2、参考人一覧

参考資料3、NPO法人卒後臨床研修評価機構パンフレット

を御用意しております。

また、このほか、机上配付資料といたしまして、NPO法人卒後臨床研修評価機構事業報告書を配付させていただいておりますので、お手元に御準備いただきますようお願いいたします。不足する資料がございましたら、事務局までお知らせ願います。

本日、オンラインで御参加いただいている委員及び参考人の皆様は、御発言時以外はマイクをミュートにさせていただきますようお願いいたします。御発言の際は、Zoomサービス内の手を挙げるボタンをクリックいただき、部会長の指名を受けた後にマイクのミュートを解除して御発言をお願いいたします。また、御発言終了後は再度マイクをミュートにさせていただきますようお願いいたします。

それでは、部会長、引き続きお願いいたします。

○国土部会長 それでは、議事を進めたいと思います。

本日の議題は1「医師臨床研修制度の見直し（第三者評価の在り方）の検討について」、2は「その他」ということになっております。

議題1に関しましては、各参考人から提出資料を説明いただきます。

まず、本日御参加の各参考人から順次説明いただいた後、まとめて参考人の方への質疑応答を行い、その後、参考人の方に御退室いただいた後に、委員間で議論を行いたいと思います。御説明は福井参考人25分以内、相良参考人及び山田参考人は各10分以内でお願いします。

それでは、福井参考人、NPO法人卒後臨床研修評価機構から説明をお願いいたします。

○福井参考人 NPO法人卒後臨床研修評価機構の専務理事を務めております福井と申します。当機構の活動状況について、そして、本日の会議のテーマについて行ったアンケート調査の結果について説明させていただきます。

スライドの2枚目をお願いします。当団体名は卒後臨床研修評価機構で略称をJCEPとしております。どうぞよろしくをお願いします。

実はこのJCEPを立ち上げるとき、そのさらに25年前に、米国で臨床研修病院の評価機構であるACGMEが既に立ち上がっておりまして、実はそこをかなり意識した命名になっております。

JCEPの会員につきましては現在536名となっております。会費を払っていただいて、当機構の活動をサポートしていただいております。それ以外に当機構の目的に賛同していろいろサポートしていただいております機関会員、特別会員、賛助会員がございます。特に特別会員の4つの病院団体ー日本病院会、全国自治体病院協議会、国立病院機構、保険診療施設協議会ーが強くサポートしてくださっております。この4つの団体に属する病院の数をトータルすると4,300を超えますので、全国に8,200ほどある病院の半分を超える病院が所属している病院団体のサポートをいただいているということになります。

当機構は2005年に有志らによって研究会として発足しました。その後、2007年に民間の第三者評価機関としてNPO法人の法人格を取得して、現在に至っております。NPO法人自体についてはあまり細かい説明はできませんが、その次のスライドの4つ目のパラグラフが主ですけれども、NPOは法人格の有無を問わず様々な分野で、社会の多様化したニーズに応える重要な役割を果たすことが期待されております。収益を上げても構いませんが、会員に分配するのではなくて、あくまでも社会貢献活動に充てることが求められております。

当法人の目的はここに書いておりますように、国民に対する医療の質の改善と向上を目指し、臨床研修病院における研修プログラム及び研修状況の評価を行って、臨床研修病院のプログラムの改善、より優れた医師の養成に寄与することを目的としております。

現在、様々な病院団体、機構、国の機関との連携を取って活動を行っております。一番上の臨床研修病院については、評価の申請を受けて、当機構が評価を行います。現在、臨床研修病院は1,028病院ございますが、そのうちの280ぐらいの病院が当機構の認定を取っ

ておられます。

次のラインに記載のとおり、厚生労働省の皆さまにはJCEPの講習会での講師等、様々な場面で御協力・御支援をいただいております。

そして、3つ目のラインのところですが、臨床研修に関わる様々な団体がございます。臨床研修協議会とかマッチング協議会などがございまして、講習会などにおいていろいろ御協力いただいております。そして、先ほど述べましたように、ほとんどの臨床研修病院が加入しています4つの病院団体には様々な意味でサポートをしていただいております。

NPO法人はあくまでも東京都に設立の認証を受けた法人でございまして、所管庁は東京都になりますので、毎年度、事業報告書を提出しております。このようなところからアクセスできますので、もし御興味がございましたら見ていただければと思います。

当機構の決算についてです。2022年度の経常収益の計が7198万円で、この程度のお金を現在扱っています。そして、経常費用の事業費の内訳のところを見ていただきますと、人件費と評価事業、特に調査関連、会議、人材育成などにお金を使って活動しております。

当機構以外に臨床研修病院の外部評価をする団体はあるのかどうかについてですが、現在、我が国において臨床研修病院の外部評価、第三者評価を行っているのは当機構のみでございます。ただ、国際的に見ますと、アメリカにはJCEPより25年以上前にできているACGMEというところがございまして、これはつい最近までアメリカの国内の病院のみを対象に外部評価、第三者評価を行っていたのですけれども、つい先ごろ、錦室長からお声をかけていただいて、ACGMEのほうは数年前から米国以外の臨床研修病院の評価も始めたとのことで、その担当者が日本に来られて、たまたま私も直接話を伺う機会がございました。

米国では、病院全体の評価はジョイント・コミッション (JC) という組織が行っていて、米国外の病院の評価はJCI、ジョイント・コミッション・インターナショナルという組織が行っています。日本でもこれまでに30を超える病院がJCIを受審していますし、世界の中でいろいろな国のかなりの数の病院がJCIを受けています。それと恐らく同じフォーマットで、臨床研修病院につきましてもアメリカのACGMEIが米国外の臨床研修病院についての認定といたしますか、外部評価を始めたようです。現在、国内では臨床研修病院の外部評価は当機構のみが行っていますが、病院全体の評価におけるJCとJCIと似たような形の外部評価が我が国でも可能のようです。

評価の実施方法について簡単にお話しさせていただきます。JCEPでは、書面調査を行った上で、訪問調査を丸1日行わせていただいております。そして、訪問調査当日は受審証、受審されたという証明書を交付しております。

書面調査では、あらかじめ臨床研修調査票の記載によって関連データの御提出をお願いしております。ここに挙げましたような11項目に分かれていますけれども、いろいろなデータを出していただいております。

実際のところ、この調査票の中にはPG1からPG8、PGはポストグラデュエートという意味のPGなのですが、8つの大きな分野に分かれていて、それぞれの分野に中項目がいくつあって、合計すると27になります。そして、中項目のそれぞれのところに複数の小項目があって、合計すると86項目になります。

このような評価の項目はどこから出ているのかということですが、臨床研修に関する省令に書かれている内容、そして、医師臨床研修指導ガイドラインの中に書かれている内容を踏襲した評価項目になっています。加えて、全部合わせると中項目は5項目になりますけれども、JCEP固有の項目もございます。例えば事務担当者の配置などは省令とかガイドラインのところにはあまり書いておりません。

サーベイヤーや臨床研修病院の事務担当者・実務担当者が必要とされる知識としては、講習会でこのような項目を扱って、できるだけ身につけていただくようお願いしてまいります。

この表の概略をご覧ください。表の左側のところの1回目、2回目、3回目と書いてあるところです。初めてJCEPを受けて小項目の80%以上がA、Aというのは一番右を見ていただければわかりますように、適切に行われている、適切な形で存在するなどのいわゆる合格点なのですが、1回目に受けたときに80%以上の小項目がAだった病院が115ありました。全部で224病院のうち、2回目でA判定が80%以上だった病院が76、3回目で27病院だったということで、必ずしも1回目で高いレベルに達しているわけではなくて、外部評価を続けて受けることで、3回目にはかなり高いレベルに達しているという状況を示しています。

JCEPの評価基準自体は毎年改訂してきていて、ホームページにも公開しております。会員の皆様には冊子として送付しています。また、実際に調査を担当するサーベイヤーには四半期ごとにZoom説明会にて改訂内容や最近の動向をお伝えしております。

これまで当機構にご意見とかご要望を積極的に寄せるように促すことはして来なかったのですが、問い合わせやご意見を伺うことはありました。そこで、2022年度からサーベイヤー研究会にて臨床研修病院に積極的にご意見を伺う仕組みも組み入れております。

サーベイヤーにつきましては、このグラフの右下に記載しておりますように、現在、登録者が447名となっております。医師が62%、医師以外の方々が38%となっております。実は50歳代から65歳までの方が全体の40%を占めております。そして、46歳から55歳までが全体の26%、40代半ばから60代半ばまでの方々が66%を占めるようなサーベイヤーの構成になっております。

サーベイヤーの養成事業を毎年1回やっておりまして、丸1日のレクチャー、ディスカッションも含めまして講習会を受けていただいた後、オン・ザ・ジョブ・トレーニング(OJT)として1回は現場に行って、サーベイヤーの訪問調査の実態を観察していただき、その後、一人前のサーベイヤーとして派遣するという形になっております。現在までOJTを含めて現場に行った方々は300名を超しております。様々な職種の方々にサーベイヤーになっていた

できればありがたく存じます。

これは都道府県別に現在の認定病院を示したものでございます。県内の臨床研修病院の半分以上がJCEPの評価を受けている県が愛知県、三重県、大阪府、島根県、香川県でございます。一方で、残念ながら栃木県、福井県、滋賀県、大分県には当機構の評価を受けられた病院はございません。

これは大学病院等の認定状況でございます。国立大学42大学のうち6病院が受けていただいておりますし、公立大学でも6病院が受けられております。それら以外の学校法人の病院としましては22病院が受けておられます。

JCEPは訪問調査の当日には受審証というのを交付しまして、その後、サーベイヤーチームは報告書をJCEPの事務局に提出し、会議体で認定するかどうかを評価・決定した上で病院にフィードバックをしております。

評価の中に、エクセレント賞というのがございます。ここに書きましたように、現在23病院がエクセレント賞を受けておられます。基準として3項目ございます。適切と評価された小項目が80%以上で要改善と判定された項目がないこと、PGの幾つかの部分につきましては適切と評価された小項目が90%以上であること、そして、評価委員会で特に優れていると認証されること、という3つの項目を満たした23病院が、現在エクセレント賞を獲得されております。本日、プレゼンテーションいただく立川相互病院もエクセレント賞を得られております。

次は受審件数でございます。認定証をこれまでに発行した病院は316ほどございますが、それを維持されている病院は現時点で282です。取得された後、いろいろな理由で4年ごとの受審をやめられる病院もございます。そのため、現在のところはこのような状況になっております。

申し込みをされてから認定を受けられた施設としての病院名の公表までに約5か月間かかっていて、評価料としまして、ここに挙げました額を現在いただいております。

今後、万が一第三者評価が義務化された場合、現在のところ、外部評価をしておりますのは当機構だけですので、当機構で全研修病院をカバーできるかどうかについてのお話ですけれども、実績として1日に4病院の評価を行ってきています。特に下半期は連日調査を行ってしています。上半期は申し込みが少なく、どうしても下半期にかなり集中して評価を行っているというのが実情でございます。サーベイヤーはあくまでも自主的な手挙げ方式で調査に参加していただいておりますので、必要に応じて今後さらに増やしていくことが必要になってくるかもしれません。

それから、サーベイは現在1チーム3名で行ってありますが、場合によれば、例えば3回目、4回目以降は2名でカバーすることもできるのではないかと考えています。私はたまたまアメリカの病院にいる頃、1980年代のことですが、病院がACGMEのサーベイを受けたことがあり、そのサーベイヤーに丸1日ついて観察したことがあります。アメリカでは、少なくとも当時は、サーベイヤーは1人でした。非常によく研修医の話を聞いていたとい

う印象を持ちました。特に1回目はちゃんと見なくてはならないという意味でサーベイヤ  
ーは3名のままでいいのかもしれませんが、3回目、4回目になったところではサー  
ベイヤーは少なくともいいかもしれないという、あくまでも私の個人的な印象です。

受審を希望される病院が増加した場合も、これまでどおりのやり方で恐らくカバーでき  
るのではないかと考えております。現在もスリーピング・サーベイヤーといえますか、せ  
っかく資格は取られたのですけれども、現場にまだ行かれていないサーベイヤーが100名近  
くおられますので、そのような方々にも参加をお願いしたいと思っております。

調査実施件数のシミュレーションも行ったことがございます。月に28件の調査は可能で  
すし、評価体系を見直したり、いろいろな工夫で十分対応できるのではないかと考えてお  
ります。これがシミュレーションの1であって、その次がシミュレーションの2で、いろ  
んな条件を設定して考えることができると考えています。

現在認定されている病院が5月2日の時点で286病院を数えますが、それらの病院を対象  
に、第三者評価を義務化することについてのアンケート調査を行わせていただきました。  
286病院のうち142病院から回答が得られました。アンケートは6つの質問から成り立って  
いて、回答者は142名、医師以外の方々も43名が回答されています。

卒後臨床研修評価機構による外部評価を受けることによって貴院の卒後臨床研修の質が  
向上したなどのメリットがあったと思いますかという質問に対して、左側の円グラフに示  
しますように、「はい」と答えた方々が124名、87%でございました。その内訳ですが、真  
ん中付近の90とか57、66とブルーで、棒グラフのところを見ていただきますと、研修水準  
の確認と目指すべき方針が認識できたと答えた方が142名中90名、自院の研修の特色を再構  
築できた、臨床研修の質が向上した、さらに下のほうに行きますと、指導体制が改善した、  
医療安全への意識が向上したなどのポジティブなご意見をいただいております。

国の制度として全ての臨床研修病院が第三者評価を受審しなくてはならない、いわゆる  
義務化したほうがよいと思われませんかという質問に対しては、63%の方が「はい」と答  
えられております。

卒後臨床研修評価機構の第三者評価を受審された経験から、改善の余地があると考えら  
れる点がありましたら御指摘をお願いしますという質問に対しましては、そこに挙げまし  
たように、評価のプロセスについては142名中27名、当日のサーベイのプロセスについて13  
名、評価項目48名、評価結果の妥当性について35名の方が改善の余地があると答えられて  
おります。具体的に話を伺った上で、私たちも毎年改善の努力をしておりますので、その  
都度、できることについては今後ともやっていきたいと思っております。

最後のスライドでございます。現在は、4年に1回の訪問調査と2年間隔での書面調査  
を行っておりますが、この訪問インターバルについてはいかがでしょうかと伺ったところ、  
適当と答えられた方が81%でありました。実はこれまでに何回か、2年から6年の間で間  
隔を変えたことがございます。その結果としても、現在のところ、4年が最も適切ではな  
いかと考えております。

以上でございます。御清聴ありがとうございました。

○国土部会長 福井先生、詳細な御説明をありがとうございました。

当初、3人の方からお話をいただいた後で質疑と思ったのですが、制度に関わるのがかなりありますので、ここで一旦、福井参考人への質疑ということにさせていただきたいと思えます。委員のほうから御質問がありましたら挙手をお願いしたいと思えますが、いかがでしょうか。

森委員、どうぞ御発言ください。

○森委員 森と申します。ありがとうございました。よく分かりました。

前回、この会で申し上げたのですが、会費についての考え方がしっかりきていないものですから、その辺りのことを御質問いたします。義務化をもしするということになると、この会員制というのと義務化というのがどうもしっくりこないというのが1点ございまして、というのは、決算内容を今日拝見させていただいて、恐らく事業費が5200万かかっている、事業は5500万で黒字になっていて、恐らく会費の1700万は管理費の1400万に充当しているのではないかと思われるのです。事業費がぐっと増えてきて、事業費用は恐らくもう少し比率的には下がってくると思えますので、管理費もそこから出てしまうと、会費を集める必要があるのかなと、どのように考えておられるかということでございます。

例えばたくさんの方に参入をしていただいて会費を広く浅く取るというやり方もあるかと思えますし、ただ、その会費を会員の方だけが安く受けられるというのは、少しピンとこないところもあるものですから、義務化するときには会費をどのように考えるかという点について教えていただければと思えます。

以上です。

○福井参考人 会費はあくまでも個人的に入っていて、当機構の活動をサポートしていただいているというものであります。先ほどのスライドの中にもありましたように、評価を受ける病院からは評価料をいただいておりますので、そのお金で当機構のほとんどの活動が行われております。確かに一部、事務局経費等、いろいろなものも会費でカバーしております。実は評価料も必ずしも十分ではなくて、サーベイヤーの方がどこの受審される病院を訪問するかによって、交通費も全然違いますし、赤字になるケースもあります。それら全部をトータルして、どうにかプラスになるかならないかぐらいでやってきているということになります。研修病院に会員になっていただくということは想定しておりません。

○国土部会長 会員のほとんどがサーベイヤーでいらっしゃるということですね。536人中438人はサーベイヤーと。

○福井参考人 はい。

○国土部会長 よろしいでしょうか。

伊野委員、どうぞ御発言ください。

○伊野委員 最後のところで、4年から6年のインターバルを施行されたということなの

ですが、その中で4年が一番妥当だという御説明がありましたが、その理由を教えてください。また、グローバルスタンダードでは何年ごとになっているか、もし御存じでしたら教えてください。

以上です。

○福井参考人 サーベイの結果、認証はするものの、CやBと評価された項目が多くて改善の余地がかなりあると考えられた病院に対しては、ある時期、2年後に伺うという体制をとったことがあります。また、あまりにもレベルが低いと判断された場合、もう1回サーベイヤを送って、最低限の項目について改善してもらったことを確かめて、その上で認証するということがありました。

反対に、非常に成績がいい、A評価を受けている項目が非常に多いところは、次回の評価が6年後という体制で、最初の頃何年かやったことがあります。そうしますと、臨床研修病院のほうからも6年というのは間隔が空きすぎて、緊張感と言いますか、外部評価されることによる改善するための意欲みたいなものが何となく薄れるという意見も伺ったことがございまして、それで4年というところに落ち着いているのが現状です。

間隔が2年のグループ、4年のグループ、6年のグループで何か特定の指標について科学的な方法で比較したということではなくて、いろいろな方々の意見を伺いながら、現在のところに落ち着いてきているというのが実情です。

実はアメリカも成績が非常にいいところは、今でも一番長いところは7年というところがあるように理解しております。駄目なところには翌年も来ます。ですから、成績によってサーベイの間隔を変えるというのは重要な視点とは思っていますが、過去の経緯を考えると、現在のところは4年でもいいのかなと、主観的なものが入って恐縮ですが、そのように考えております。

すみません、2つ目は何でしたか。

○国土部会長 グローバルスタンダードとしてはどのぐらいかと、今おっしゃったもので回答になっていると思います。

関連してどうでしょうか。2年ごとの書面審査というのも最後にあって、2年ごとに書面審査やる意味というのはどういう効果があるのでしょうか。

○福井参考人 パーフェクトな病院、つまり全項目についてA評価という病院はございません。ほとんどの病院は、かなりの数の項目についてB評価を受けていて、C評価を受けている病院も少なくありません。そういったB評価、C評価を受けた項目について改善の進行具合を報告していただくのが主目的となっています。

○国土部会長 そういう趣旨なわけですね。ありがとうございます。

それでは、宮地委員、どうぞ御発言ください。

○宮地委員 今のグローバルスタンダードと個別性に関して御質問させていただきます。

資料を拝見いたしまして、14ページの評価基準の策定方法に関しての御質問です。世界医学教育連盟（WFME）が卒前の基礎的な医学教育、卒後教育、そして、生涯教育の質保障



に関するグローバルスタンダードを出しておりますけれども、このWFMEの卒後教育の国際的スタンダードは、現時点でJCEPの基準の項目や方法の根拠資料には含まれていないという理解でよろしいでしょうか。また、含まれていない場合は、その理由と今後それを改訂の際に視野に入れられる可能性があるかについて、併せてお伺いさせていただきます。

以上です。

○福井参考人 現在までのところ、WFMEを意識してこの内容を考えたとか、そういう形跡はどうもないようです。私自身、専務理事になったのは昨年なものですから、そのように理解しておりますし、どちらかというところ、ACGMEのほうを参考にして行っておりますので、WFMEにつきましては、今まであまり注意を払ってこなかったというのが実情と想われます。今後調べて、もし、WFMEを参考にするほうがよいところがあるようでしたら、対応していきたいと思っております。

○国土部会長 ありがとうございます。

それでは、岡村委員、どうぞ御発言ください。

○岡村委員 福井先生、ありがとうございました。

この調査結果についてなのですが、結果を受審病院に報告されるのは当然だと思うのですが、これはホームページとかでその病院の結果は公表されていませんか。

○福井参考人 評価結果を全てオープンにするかどうかは、病院に任せられておりますので、私たちのほうから個別の病院のデータをオープンにするということにはございません。たしか病院によっては評価結果をオンラインで見られるようにしているところもあったように思いますが、すみません、確認が必要です。

○岡村委員 先ほどから話題になりました卒前教育はいろいろあると思っておりますけれども、受審大学の卒前教育については公表しているということ、それから、病院機能についても公表されているのですけれども、JCEPに関しては今のところは公表することはないということですか。

○国土部会長 認定病院はホームページで公表されていますよね。

○福井参考人 認定病院の名前自体は公表されています。

○国土部会長 そうですね。それに関して私から、マッチングのときに、希望者はそれぞれ病院を選ぶわけですが、そのときに、研修医にこれからなる人たちは、これを判断基準にしているのでしょうか。あるいは彼らは情報を得られているのかという疑問については、何か情報はありますでしょうか。

○福井参考人 恐らく研修医への情報提供のときに、JCEPを受けて認証を受けているかどうかというのは、各病院に任せられているものですから、私としてもぜひ入れていただきたいと思っております。

○国土部会長 今のところシステムティックに公表されてはいないということですね。ありがとうございます。

木戸委員、どうぞ御発言ください。

○木戸委員 先ほど一度認定されたけれども、その後、維持しない病院があるというお話がありましたけれども、その理由について、機構のほうでお調べになっているかどうか、もし調査している場合は、その理由を教えてくださいと思います。

例えば一度受けて、基本的なところができたので、もう2回目はいいかなと考えているのか、あるいは費用とか手間が負担と考えているのか、いろいろなことが考えられると思いますけれども、いかがでしょうか。

○福井参考人 幾つか理由を今まで伺ってきておまして、確かに病院長が交代されたところで次回からは受けないとか、それから、確かに評価料のこともございまして、今回はスキップするとか、いろいろな理由があったようです。資料が今ちょっと見つからないのですけれども、確かに先生が今おっしゃったような理由が非常に大きかったと思います。もう一つが、義務化されていないからやめたということも、私としては非常に印象に残っている理由ではあります。

○国土部会長 ありがとうございます。

次のお二人の参考人のお話の後にも追加で御質疑もありかと思えます。

最後に、私から非常に単純な質問ですが、米国での受審率というのはどのぐらいなのでしょう。日本では30%ぐらいですよ。

○福井参考人 米国は全部受けないとやっていけませんので。

○国土部会長 つまり100%ですか。

○福井参考人 はい。

○国土部会長 ありがとうございます。

それでは、一旦ここで質疑を打ち切らせていただいて、続きまして、昭和大学病院の相良参考人から御説明をお願いしたいと思います。よろしく願いいたします。

○相良参考人 昭和大学の相良でございます。本日は、医師臨床研修センター長の矢嶋と参加させていただきます。よろしく願いします。

それでは、説明させていただきます。

昭和大学病院につきましては現在815床、それから、隣にあります附属東病院は199床、常勤医師663名、臨床研修医70名ということですので9対1の比になっています。

当院では厚生労働省の認定の指導員が2023年4月1日現在で227名在籍しております。そういう面では適正レベルにあろうかと思えます。

また、本学では指導医講習会は年2回やっていますので、毎年72名の新しい指導員が出来上がってきているということでもあります。

昭和大学病院の研修プログラムの特徴を少し上げさせていただきます。2年次の選択科目ですけれども、これは採用病院に限定されずに幅広い選択肢から選ぶことができるということでもあります。昭和大学病院は7つの附属病院がありますので、そこをローテーションするということもありますけれども、保健・医療行政施設から地域医療施設、これだと100施設以上ありますけれども、そこから選ぶことができるということでもあります。地域医

療施設なのですけれども、全国20か所以上ありまして、そこで地域医療研修を行うことができます。

あと、他大学の出身者の割合が非常に多いということで、これは昭和大学の中だけではなくて、ほかからも来ることができる魅力的なプログラムになっているのではないのかなと思っています。

21年度採用者ですと97名のうちで他大学の出身者が46名、2022年につきましては96名のうち他大学46名、それから、2023年度採用者に関しましては93名中47名が他大学出身者という割合になっているということでもあります。

プログラムとしまして、我々は3つのプログラムを用意しておりまして、自主性尊重型プログラム、それから、小児キャリアパス支援型プログラム、それから、産婦人科プログラムの3つであります。

こちらが自主性尊重型プログラムでありますけれども、これは内科、全9診療科の中から3科を8週間ずつ選択していただいて回るということでもあります。外科に関しましては呼吸器外科、心臓血管外科、消化器一般医科、脳神経外科から1つを選択する。あと、一般外来研修ですけれども、内科、小児科、地域研修のところでも並行で研修を行うことになっております。

2年次ですけれども、選択科目が32週間ありますけれども、4週間単位で選択をすることが可能ということもあって、自由度が高いプログラムになっているというのが特徴かと思えます。その中で、どういう科を選ぶかに関しましては、各研修医に任せていますけれども、そこに関しましては、我々も含めてどういう選択の仕方があるというのは、面接を行いながらやっているというのが現状でございます。

これは小児科キャリアパス支援型プログラムということで、こちらのほうは今の自主性尊重型プログラムに加えて小児の選択が多くなっているということでもあります。1年次ですけれども、小児科は16週間、それから、2年次に関しましては8週間ということでもありますけれども、そういう面では、小児科をより長く研修できる支援型プログラムになっているということでもあります。

こちらが産婦人科プログラムということですので、こちらのほうは当然ながら産婦人科が多い。あとは小児科でも特にNICUを8週間回るというプログラムになっています。したがって小児科、それから、産婦人科をより多く回るプログラムになっております。

こちらのほうは今御説明がありましたけれども、JCEPの認定病院ということで受審状況をお示ししています。初回認定が2013年の1月1日ということで、認定としては2年、それから、15年で認定4年、それから、2019年で認定4年ということでもあります。今回、2022年の12月5日に訪問調査実施を受けまして、これで4年の交付をいただいているということでもあります。

こちらのほうが認定証であります。先ほど言われていましたけれども、いわゆる各項目の評価はどうしているのかですけれども、我々のところでは、こちらのほうは病院の正面

玄関等で掲示していて、このJCEPの認定を受けていますという認定証を公表しているということでございます。ただ、細かいところ、全ての評価に関しましては公表していませんので、もし問い合わせ等があれば、そこでお話をするということになっております。

こちらのほうは、いわゆる受審時の主な対象者、あるいは対応者ということでありまして、実際にはどれぐらいの数で対応しているかという人数であります。2022年12月5日の訪問調査受審時ですけれども、約40名が参加して対応しております。当然私、副院長、それから、各プログラム責任者等々、それから、薬局、臨床検査等々です。あと、ラウンドがありますので、ラウンドを含めると大体50名以上が当日の受審に関わっているということになります。

受審に向けての対応に関してですけれども、こちらに関しましては昭和大学全附属病院をJCEP等の評価に準じた対応を指標として取り組んでいますので、そういう面ではしっかりとした形で病院を活性化させようという面に取り組んでいるということでありまして。

あとは2年ごとの書面調査、それから、訪問調査ということになりますけれども、各指摘事項を対応できるように、研修管理委員会等々で協議をして、それから、対応に対しての報告を行っております。指摘事項等があったときにどう対応するかですけれども、そこに関してはいろいろな年数が関わってくるとは思いますけれども、ごく短期でできる改善、あとはある程度長期にしなければいけないようなところに関しましては2年、あるいは4年というのは妥当なラインではないのかなと個人的には思っております。

こちらは業務量ですけれども、業務量に関しましてはJCEPの評価項目を指標として取り組んでいますので、それほど過度な業務量にはならないだろうと思っております。逆にそれが活性化になりますので、我々としてはそこに準じてやっていますので、多少担当者に負担がかかるということあるかもしれませんが、それほど大きな負担にはならないだろうと思っております。そういう面では先ほどと重複しますけれども、2年、あるいは4年という面では妥当なラインではないかと考えております。

公表に関しましては、先ほどお話しいたしましたように、正面玄関で認定証を掲示しておりますし、あとは病院のホームページ、受審しましたということ、あるいは認定を受けたということに関しては公表しております。それから、院内に関しましては病院内の広報誌では報告していますし、職員向けの掲示板でも報告いたしております。

サーベイヤーに関してどうなのかということですが、これは先ほどJCEPのほうからの報告もございましたけれども、適切な形でやられていると思います。そこには各個人の資質、あるいは教育体制がどうなのかということに関して、いろいろな講習会をやってらっしゃるということで適切な形でやられていると思います。一つは、粗探しと云っていいかどうか分かりませんが、指摘事項を探すような形でサーベイをされる方がいらっしゃると思いますので、それに関しましては適切にやっていただきたいと思っております。あとは公正、あるいは公平な考え方・指導というのは当然重要であると思っておりますので、病院の規模に応じた形で運用をやっていく必要があるかなと思っておりますので、柔軟な考え方ができる方が必要では

ないかなと思います。

あと、医学部における評価制度に関しては実習、あるいは実地研修が中心となっています。研修の評価を多少変わるだろうと思いますので、それはカリキュラム等を理解した上で、サーベイをなされる方がいいのではないのかなと思います。

最後になりますけれども、第三者評価というのは、よりよい病院運営、あるいは環境を整えるためにはJCEP、あるいは病院機能評価、これを当院では受審しているわけです。やはり病院を活性化していかなければいけないと思いますし、取組としてはかなりいいだろうと思います。そういう面では、病院運営の一つの指標として取り組んでいくということは当然重要であると思っています。同一の指針でやっていくということ自体は重要ではないのかなと思いますので、いわゆる日本医療全体の指針、あるいは共通の認識が必要ではないのかなと思います。

あと、義務化に向けてですけれども、これは病院の規模感によって多少違ってくることがありますので、評価項目等のどういうところで違いを出すのかということも考えていく必要があるかなと思います。段階的な評価等の慎重な議論が必要ではないかなと思います。

昭和大学としては以上でございます。ありがとうございました。

○国土部会長 相良先生、ありがとうございました。

質疑応答は後でやりたいと思いますので、ぜひよろしく願いいたします。

続いて、社会医療法人立川相互病院から山田参考人、御説明をよろしく願いいたします。

○山田参考人 御紹介ありがとうございます。山田と申します。

本日は、臨床研修センター担当事務の赤野も同行しておりますので、事務上の御質問があれば、後ほど承りたいと思います。それでは、報告させていただきます。

当院は287床の急性期病院です。JCEPの初回受審の際は350床でしたけれども、新築移転に当たって回復期リハビリ病棟を切り離して、287床で現在運営をさせていただいております。医師数は御覧ください。

1973年から臨床研修を取り組んでおりますけれども、当初は研修医自ら声を上げて研修づくりをしてきたということでございます。2000年代に入りまして、臨床研修の必修化に向けて基本的なプログラムを作成し、スーパーローテーションや多職種連携教育の位置づけ、それから、屋根瓦方式の採用、総合診療科の立ち上げと、標準化を目指した取組を進めてまいりました。

ビジーな図で申し訳ありませんけれども、当院のスケジュールです。当院の特徴の一つは、導入期研修と称して統合的な内科研修を研修医全員で取り組むというのが特徴です。それから、救急研修を6月、当直研修を8月という形で、単位研修になりますけれども、ステップアップして慣れたところで次の業務を取り入れていくというような形になっております。それから、訪問診療を4か月以上、週1回で継続するという形にしております。

地域の病院ですので、救急、それから、地域医療研修、訪問診療、一般外来といったようなところを特に重視して、地域を知ることが重視して取り組んでまいっております。

オリジナルのカリキュラムということで保健予防活動やアドボカシー研修、それから、地域診断という地域の調査活動、それから、医の倫理等を位置づけておりますけれども、JCEPの初回受審の際に、これをきちんとプログラムに落とし込んでいないのではないかと、御指導をいただきまして、改善を図ることができたということもございました。

受審の流れです。2008年、全国で29番目に認定を受けております。このときは手探りで大変だった覚えがございますけれども、以後、更新調査を繰り返すことで大分手馴れてきたということがございまして、エクセレント賞を受賞させていただいております。

書面調査、それから、訪問調査の対応ということですが、書面調査は事務、医師のところに対応させていただく、小ちんまりとやっていくということですが、訪問調査に関しては御覧のメンバーで対応するというようにしております。それから、研修医インタビューについては、研修医の生の声を反映させたほうがよからうということで、院外に出ている者を除いて全員参加するようにお願いをしております。

書面調査の状況ですが、大体準備期間が1か月半ぐらいで、作業時間、作業量等については御覧ください。

訪問調査の準備は2つのチームを組織して準備をしております。一つはワーキングチーム、それから、プロジェクトチームは先ほどの訪問調査の際の合同面接の参加メンバーが全て参加するという形で執り行っております。

具体的な事務の作業量を少し振り返って測定してみますと、概算で120時間ぐらいということになっているようです。

訪問調査のほうですが、こちらも会議を月1回行いながらということで、あと、部門ごとに進捗状況の確認等もさせていただくということで、概算で100時間程度ということになります。今、コロナ禍で中止をしておりますけれども、定例の全職員集会というのが年2回ほどございまして、ここでも準備の状況等を報告して意識を高めるということにしております。多職種による準備のプロセスそのものが研修システムの改善や質の向上にもつながるかなと思っております。

公表についてですが、この認定証、それから、エクセレント賞の表彰については掲示させていただいております。先ほどございました評価票そのものについては、当院は公表しておりません。検討課題かとお話を聞いて思いました。あと、年報等にも取組については記載をさせていただくようにしております。

4度の評価を経て感じることでありますが、当初は手探りで、特にストラクチャーの部分で準備が大変だったと思っております。ただ、病院機能評価、それから、受審を繰り返すことで負担感は随分減ってきたかなと思っております。それから、調査票の評価項目については適宜、福井先生のお話にもありましたがバージョンアップされていて、実態に即した改訂や解説が加えられていると感じております。

訪問調査はタイトなスケジュールなのですけれども、形成的な評価として研修医や若手の指導医のインタビューには時間をかけていただいてもいいのかなと思っております。

サーベイヤーの質に関してはおおむね良好と感じております。当院でも新任の臨床研修センターの担当事務にはJCEPサーベイヤー講習会、それから、実務担当者講習会を受講させて理解を促すようにしております。

臨床研修制度そのものの見直しというのは5年ごとと承知をしております。それから、病院機能評価が5年ごとということで、当院は病院機能評価とセットでJCEPの準備を行うことにしておりますので、4年に1回の訪問調査については少し延長していただくと、病院側としてはありがたいというような思いがございます。

費用については、病院機能評価等を考えれば妥当な金額とっております。

受審をすることの意義でございますけれども、標準化された統一基準に基づいて研修カリキュラム、プログラム等が構築・運用されることで研修の質が担保されますし、研修環境の整備が促進されると考えてございます。医師研修について職員全体に周知されること、病院全体で医師を養成するという意識が向上することにも役立っております。他職種の教育システムの改善や多職種連携教育の推進にも役立つと思っております。

患者様には時々アンケートを採りますけれども、あるいは患者さん自ら投書をされる投書箱もございますが、当院が多職種を教育する病院であるということが認識されていて、信頼を寄せられているなどアンケートや投書を見ます。結果として、医療の安全性の確保や質の向上にも寄与する取組だと考えております。

第三者評価受審は義務化が望ましいと思っております。問題意識として、客観的な評価のない教育というのが学習者にとってよい学びといえるのかという思いがございます。それから、少し話が違うかもしれませんが、入院件数が3,000件に満たない病院については、今、都道府県主体に定期訪問調査が実施されていて、総括的な評価をされております。研修の質を担保することについては、これは全ての基幹型病院に求められるべきことだと思いますので、評価を受けることは積極的な意義を持つとも考えております。医師研修のみならず、職員同士が学び合う病院文化、職場づくりの構築にも寄与し、医療の質の向上にも資する取組と考えております。

私からは以上になります。

○国土部会長 山田先生、ありがとうございました。

2つの病院施設の参考人から御説明がございました。

それでは、福井参考人の御発言まで含めて全体の質疑をお願いしたいと思います。参考人の先生方には本当にお忙しい中、御協力いただきましてありがとうございます。

挙手をまたお願いしたいと思います。

○福井参考人 よろしいですか。先ほど私が答えられなかった認定を受けた病院が更新をしない理由につきまして、私は先ほど書いてあるところを探せなかったものですから、申し訳ありません。先ほど私は病院長と申し上げましたけれども、管理者が交代して、病院

の方針が変わったということを明言された病院がございます。コロナの関係で感染防止上、しばらくは受けないという判断をされたところもあるようです。それから、病院の移転、または改修のため、の時期に更新を差し当たってはやめているというところもあるようです。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

それでは、伊野委員、どうぞ御発言ください。

○伊野委員 昭和大学の御発表について質問させていただきます。

最後のスライドにありました第三者評価の受審についての最後のパラグラフで、義務化に向けては病院の規模によって評価項目の高いハードルとなる可能性もあると考えられるとのご報告でしたが、具体的にどういった点か、教えていただければと思います。

○相良参考人 ありがとうございます。

一つは、病院の中でできる医行為も含めてなのですけれども、かなり違いはあると思います。そういう中で、例えば我々のような大学病院でできるところというのは、全てのところを網羅できていますので大丈夫だと思いますけれども、病院の規模に応じて、ある程度温度差はあると思います。そのところを含めてなのですけれども、例えば大学病院、あるいは指定病院、そこである程度違いがあれば、よりいいのかなと考えております。

○国土部会長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょうか。

横手委員、どうぞ御発言ください。

○横手委員 千葉大学の横手と申します。臨床研修病院の質の担保、あるいは標準化は極めて重要なことだと思いますし、今日お話しいただいたJCEPの取組、本当に素晴らしいことが皆さんの努力でされている。また、2つの最も優れた病院の例を挙げていただいて、我々も頑張らなくてはと改めて気持ちを新たにしたいところでございます。

一方で、今日の臨床研修制度の見直し、検討について、あるいはその義務化ということ論じるには、やはり様々な他の多くのファクターを考えながら慎重に議論していく必要があるのではないかと感じました。

質問というよりもコメントさせていただきますけれども、JCEPが2005年に設置されたと、18年にわたって運営されてきて、この間に多くの外部環境の変化があったと思うのです。コロナは何とか乗り切りましたが、働き方改革があり、そして、様々な認証を病院、あるいは医学部が受けているという中で、どうしても限られた、あるいは減少していくヒューマンリソースの制限の中で、数多くの認証のエフォートをどうバランスを取ってこなしていくかということが今後さらに重要になってくると思います。

その中で、例えば義務化というところに関しての責任ある意思決定をするには、少し情報が不足しているのではないかと私は思いました。本日、ポジティブな面というのは様々お聞かせいただきましたけれども、先ほどの非更新の例、福井先生からも御説明いただき



ましたが、316病院のうち34病院、10%以上が非更新というのは、これはその理由を少し慎重に、先ほどのアンケートと同じぐらい精査する必要があるのではないかと。あとはアンケートの結果が286病院のうち142病院、過半数の144はアンケートに回答されていない、その結果というのが今回の回答のあった方と同等以上の結果を示しているのか、あるいはそうではないのか、その部分も無視できないのではないかと思います。

また、サーベイヤーが450人いらっしゃるうちの100人、もっと少ないのか分かりませんが、スリーピングサーベイヤーがいらっしゃるというようなこともおっしゃっていたと思います。現在すでにその状態だと、今後もっと人が少なくなり忙しくなる中で、持続可能性がどうなのかというようなことも懸念いたします。意思決定を責任を持ってするためには、当然のことながら、ポジティブな面とネガティブな面を比較し、ポジティブな面が上回ることを確信を持った上で進めるべきだと思いますので、その辺りの十分な評価が必要なのではないかと感じました。

もう1点ですけれども、本当にこれから10年、20年、劇的に人口が減少していき少子化が進む中で、医療を支える人材も地域によっては大変なことになっていく可能性がある。そうすると、日本に今、医療も含めて求められるのは、高いところをみんなで目指すというのはもちろん今後も続けなくてははいけません、できるだけ手間をかけずに、より質の高い状態をどう維持していくかという良い意味での効率化・省力化がすごく重要なのではないかと。そうすると、これは荒唐無稽なことを言っているのかもしれませんが、例えば複数の評価の機構が手を取り合って、もう少し統合的な評価、例えば病院機能評価は今本当にみんな受けていますけれども、その中で臨床研修に携わっている病院は項目を増やして、研修の評価も併せて行う。そういうところにこのJCEPさんが協力していくとか、何か新しい枠組みを検討する余地もあるのではないかなと感ぜまして、一言だけコメントさせていただきました。

以上でございます。

○国土部会長 ありがとうございます。

かなり核心に迫るコメントをいただいたと思いますが、また後半で、それについても御議論いただきたいと思います。

病院機能評価という話がありました。これは私の病院も受けましたが、病院にとってかなり負担感があります。全病院を挙げて対応しなくてはいけない評価制度ですけれども、それについて、お二人方とも少し述べられたと思います。まず、山田参考人のほうは、病院機能評価と一緒に考えられればいいのかと発言されたと思います。ただ、評価項目が当然違うわけですけれども、それについて、もう一度御発言をお願いできますでしょうか。

○山田参考人 2つの評価を実際に受審させていただいて思うことは、この2つを同時にやるというのはかなり大変な作業量になるかなと思いますし、評価項目をもう少し整理をすとか、コンパクトにするのであれば実現可能かなと思います、現状ではかなり厳し

いのではないかなと思います。

ただ、病院としては質の向上のために評価を受けるという、機運を高めてというところがございまして、そういう意味では同時期、5年ごととかにさせていただいたほうが、病院としてはよりコンパクトに対応できるかなと思っております。

○国土部会長 ありがとうございます。

相良参考人、この件について何か御発言はございますでしょうか。

○相良参考人 ありがとうございます。

病院機能評価に関しましては、かなり項目も多いですし、例えば組織運営も含めてガバナンス等々も入ってきますので、かなり膨大な量ということになります。現在、例えば3年ごとになったとしても1年1年取り組んでいますし、その中でも例えば月1の会議を持つたりとかという形で取り組んでいます。JCEPの問題に関しましては、先ほど横手先生が非常に核心的なお話をされてらっしゃいました。研修等々も含めてなのですけども、一緒に盛り込んでいくということが重要かと思いますが、病院機能評価を含めた中で、JCEPの方をしっかりと見極めていくということも重要だと思います。

実際に、その2つを同時にということは厳しいと思いますけれども、両方、お互いのいいところというのがあると思いますので、そういう面では研修という形での評価というJCEPは非常にいいと思いますし、我々はどういうところを見て取り組んでいかなければいけないのかということに関しては、義務化していくことも重要かなと思います。

○国土部会長 ありがとうございます。

福井参考人、今、病院機能評価との関係の話がありましたが、それについて何かお考えがありましたらお願いします。

○福井参考人 視点の違う評価ですので、そういう意味では、私としては一緒にするのは難しいように思います。アメリカでの経験の話で申し訳ないのですが、アメリカでも、JCとACGMEは全く別個に行われてきています。それだけ別個にやる価値と、評価内容について根本的な違いがあるように思っています。私個人としては、別個のほうがいいのではないかと考えております。

○国土部会長 ありがとうございます。

もう1点、サーベイヤーについて、いろいろコメントがあったと思います。昭和大学からは一部粗探的なやり方をするサーベイヤーがいたので困惑した、というご発言がありました。一方、立川相互病院は割と高い評価をされておりました。

それから、細かい質問で恐縮ですけども、職種についてはドクター以外の方もいらっしゃるのかということと、それから、今後、必修になって本当に全病院をカバーするようになると、どのぐらいサーベイヤーを増やさなくてはいけないのかななどの疑問について、御発言をお願いできますでしょうか。

○福井参考人 職種につきましては、医師以外の方では、たしか30%近くいたと思うのですが、事務の方と看護師さんが多いです。できるだけ医師だけにならないような編

成で必ず行ってもらっています。それから、数としましても結局は何人の体制でずっといくのかということとも関連しますけれども、恐らくやりくりはできると思っています。それに義務化されると、サーベイヤーになろうという方も増えてくると思います。毎年講習会をやっており、毎年のように何十人も新たに受けてくれておりますので、その方々が定期的にサーベイに行ってくれるようになると、今よりも維持率は十分高くなるのではないかと考えています。

○国土部会長 サーベイヤーの方は手弁当ではないのでしょうか、謝金はそれなりにいただいているのでしょうか。

○福井参考人 謝金は実は物すごく安いのです。申し上げるのを憚るくらいです。

○国土部会長 どうなのでしょう。モチベーションの維持というか、もっと増やそうというときに、それでいいのかという気もします。プロのサーベイヤーがいても、それはそれで問題になると思いますが、制度として、その点についてはいかがでしょう。

○福井参考人 私としては、もうちょっと謝礼は増やすべきだと思っていますけれども、サーベイヤーの先生方は謝礼のことは本当に何もおっしゃいません。私は大したものだと思うのですが、謝礼のことが話題になることはほとんどございません。

それから、サーベイヤーのクオリティーの話ですけれども、失礼な言い方をして受審された病院の先生方に不快感を与えるような事例がゼロではないのも事実でして、そこところはフィードバックをいただいた上で、丹念に御本人へのフィードバックもしています。今後とも、できるだけそのような事例がないように責任を持ってやっていきたいと思っています。

○国土部会長 ありがとうございます。

木戸委員、御発言がありますか。

○木戸委員 認定を受けたことで、どのくらい医学生の応募に影響したかをちゃんとアセスメントするのは実際に難しいと思いますが、認定を受けることで研修の質が高まって、それによって以前と比べて応募が増えたと実感しているかどうかをぜひお伺いしたいと思います。また、実際に応募してくる医学生が認定を取得していることをホームページなどでどのくらい認識して応募してくるのか、あとは病院を選ぶ上でそれを参考にしたかにも興味がありますが、実際に応募してくる医学生や就職した研修医などから何か声がありましたら、教えていただきたいと思います。

以上です。

○国土部会長 それでは、これは昭和大学の相良先生のほうから回答をお願いしたいと思います。

○相良参考人 ありがとうございます。

そこに関しては、当然ながらJCEPを受審しているということで、教育体制はしっかりとした形で我々もプログラミングしていきますので、研修の質自体は上がるだろうと思います。そういう面でJCEPの位置づけというのは非常に重要だと思います。

また、そこに関して例えばJCEPを受審して認定を受けているから、応募者がたくさん出てくるかという、そこはよく分かりませんが、我々のところでいつもフルマッチしていますので、そこも見ておられるのかもしれませんが。そういう面では公表していますので、それを見て来てくれるのかなと考えております。

○国土部会長 卒業生の半分以上は外部の病院に行かれるわけですが、自身の大学病院での研修を勧める際に、うちはJCEPを受けているのだから良い研修ができるよ、とかいうようなことをアピールすることあるのでしょうか。

○相良参考人 そこに関しましては、もちろん公表していますので、JCEPを受審して認定を受けているということに関してはお話を申し上げます。

○国土部会長 ありがとうございます。

山田参考人、よろしくお願いします。

○山田参考人 ありがとうございます。

実際にホームページに公表していることを見て来られたとおっしゃる学生さんもおられます。こちらに見学に来られる際に、必ずJCEPのことについてお話をしますけれども、知らない方も当然おられる。お話をする中で、そういうものがあってということで、改めて自分で調べられて、それを見て当院の受験につながるというようなことも実際にはございます。当院も5年フルマッチをしておりますけれども、それは継続したこういう取組により質が向上しているということもあると思いますし、先ほど申し上げましたように公表して、それを見てということの相乗効果であると思っております。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

大分時間が来てしまいましたが、最後に、立川相互病院から事務担当の赤野さんにいらしていただいています。今日はありがとうございます。事務の仕事量について、実感として、この受審について御負担感はどうだったかということだけ最後に御質問したいと思いますが、いかがでしょうか。

○赤野参考人 ありがとうございます。立川相互病院で事務をしております赤野と申します。よろしくお願いたします。

当院では3名ほど臨床研修担当事務がおりまして、作業量としましては、かなり負担としては大きいかなという実感があります。今年の12月に当院は更新訪問調査を受審予定なのですが、もう既に5月から準備を事務のところを中心に始めました。これまで指摘されていなかった事項も含め、PGの1から8まで全ての項目を3人で一つ一つ総点検しまして、今までできていたところでも、例えば病棟の掲示物がはがれてしまったりいたりと、物品がなくなってしまうと、そういった部分もありますので、他職種の方や研修医、指導医の先生を含め、もう1回確認していただいたりですとか、周知徹底、あと、レクチャーを含めさせていただいて準備をしているので、かなり準備期間も時間がかかってしまいます。

私自身が担当者になりましたのが2013年で、そのときには既に当院は受審をしていました、更新もしていた状況でしたので、私自身、JCEPを受審していなかったらということ考えたこともなかったのですけれども、もし受審していなければできていない部分がどこなのか、研修環境が整っていないところはどこなのかということも認識することもできなかったですし、日常的にそういったことを意識して研修環境の整備ですとか、研修に関わるということもできなかったのかなと思います。作業量としてははすごく多いですが、取り組む意義というのは非常に感じております。

以上になります。

○国土部会長 貴重な御発言ありがとうございます。

それでは、時間になってきましたので参考人の方の質疑はこれで終わりたいと思います。参考人として御協力いただいた皆様におかれましては、改めましてお忙しい中お時間をいただき、貴重なお話を聞かせていただきましてありがとうございます。いただいた御意見などについて、今後の議論で大いに参考にさせていただきたいと思います。

それでは、参考人の皆様は御退席をよろしくお願いいたします。ありがとうございました。

(参考人退出)

○国土部会長 今日は3人の参考人の方から非常に重要な情報をいただきました。その上で、今日はまだ結論を出す必要はないと思っておりますが、議論の方向性について、既に横手先生からかなり重要な御指摘をいただいておりますけれども、ここでいろいろディスカッションをお願いしたいと思います。

森委員、どうぞ御発言ください。

○森委員 先ほど横手委員のほうから御説明がございましたけれども、私も今日の話聞いていて、義務化等は置いておいてもJCEPの目的には賛同できますし、やっておられることも十分理解させていただきました。

実際に義務化ということと、これがすぐに結びつくかというとなかなか難しいなという印象でございます。というのは、最近医療DX、いわゆるマイナンバーカードもそうなんですけれども、義務化が先行していて、その後で何かいろいろな問題が起こってばたばたするということが続いておまして、義務化をするときには相当慎重に義務化という話をしなくてはいけないだろうと思います。

特に今回の問題ですと、費用負担の問題が一つあるでしょうし、それから、人的負担の問題、そういった問題はきちんと全ての基幹施設がクリアできるのかどうなのかということの検証が恐らく必要だと思いますし、そもそもこの研修制度ができたのは地域医療を担っている病院なども基幹施設になっていただくということになったはずなので、そういったところは決して人が余っているわけではなくて、いっぱいいっぱいやっておられるところもたくさんあると思うのです。そういうところにこれが本当にいい形で提供できるのかどうなのかというのは、先ほど申し上げた費用負担と人的負担の問題をきちんとクリア

した上で義務化という議論をすべきではないかと感じました。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

それでは、宮地委員、御発言ください。

○宮地委員 私からは3点発言させていただきます。

1点目は評価項目についてですけれども、重要な外部根拠資料を踏まえておられることとはいえ、研修医の学習成果といった学習のアウトカムの評価の項目が相対的に少ないという点は気にかかりました。

2点目は方法についてです。先ほど福井参考人にWFMEの質問をさせていただきましたけれども、御存じの方もおられると思いますが、WFMEの卒後の教育のスタンダードは今年改定されています。何が変わったかと言いますと、これまでの画一化された規定を漏れなく要求するという姿勢から、原則を示した上で、それぞれの地域性や研修病院の組織構造などのローカルなコンテキストの違いを踏まえて、何が適切か、何がその病院の教育や診療をより改善する可能性があるかを自ら検討させるという方針へと転換しました。

この背景には、特に卒前教育と比べて卒後教育は社会状況の変化などによって影響を受けやすいこと、診療機関としての特性や地理的な条件、物的・人的資源の違いによってよい教育の在り方は様々であり、一つの施設によってよい教育が、ほかの施設によってよい教育とは限らないという多様性を配慮する必要性が増しているということがあります。

本検討会での議論にその視座を借りるならばですが、働き方改革やCOVID-19などの様々な未曾有の変化を受けながら、今、臨床研修病院もその教育機関としての在り方を模索されている中で、従来の画一的な基準に到達しているかどうかを評価するというやり方が、果たして本当にその施設の教育の質や改善すべき点を酌み取れるものになるのかについては、検討の余地があるのではないかと思います。

3点目は先ほどほかの委員からも御発言がありましたけれども、義務化の議論において、この方式を1,000以上の臨床研修病院に実施できるかという、実現可能性の問題が大きいと思います。今回、受審された病院の方々のお話を伺う限り、これだけの組織立ったマンパワーと時間を投じなければできない内容であるという点で、全ての臨床研修病院の受審を求めるのは難しいのではないかと懸念があります。

また、実施を増やすにはサーベイヤーを増やす必要があると思いますが、そのサーベイヤーの派遣や準備などのために診療時間を削るということや人件費などの支出が、受審費用以外にさらに病院側の負担になるかと思えます。これはインセンティブがどれほどあったとしても、福井参考人のおっしゃるように、自然にサーベイヤーが増えるというものでもないと思えますし、大きな問題になるかと思えます。

これらの点を踏まえた学習成果に重点を置いたスリム化ですとか、先ほど横手先生がおっしゃったように、病院評価機能など、ほかの評価に対して提出した資料を転用してもよいといったような労力を減らすような形で、どうしたら実現ができるかといったところを

議論した上での義務化の議論になるかと思いました。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

釜菴先生、どうぞ御発言ください。

○釜菴委員 今日のいろいろな御発表は非常に参考になりました。

ただ、この問題を考えていく上で、卒後の臨床研修というのは、平成16年ですから2004年から新たな形でスタートして、今日まで大分年数もたったわけですけれども、この大きな改革後の臨床研修は非常に効果が上がってきた部分がたくさんあるし、身分保障がしっかりできたということは画期的なことなのですが、それ以前に比べてよかったことのほかに、失われてしまったものもあったような気もするので、その辺りのところも含めて常に評価をしていく。今回の臨床研修の成果がどうなのかということ判断する上で、JCEPをどう利用していくかということが必要になってくるだろうと考えます。

その点で、既に皆様からいろいろ御意見が出ましたが、義務化というのはとてもすぐにはなじまないと感じます。理由は既に出ているとおりであります。義務化ということではなくて、このJCEPを今後どのように利用して臨床研修の実を担保していくのかという辺りのところが、しっかり議論されるべきことだろうと思います。

今日はJCEPを利用している優等生の病院の御発表がありましたけれども、千幾つの臨床研修の病院の中には、とてもこの評価まではいかないということもあるだろうと思います。その中で、今後、人口も減少していく中で、臨床研修を引き受けてくれる病院を減らさないようにしたほうがよいのだろうと思います。もちろん質の担保は必要ですけれども、臨床研修の機会をなるべく確保しながら、いかに質を担保するのかということを中心に模索しなければいけない厳しい時代に入ってくるだろうと思います。

その場合には、あまり完璧を求めすぎて高みを目指しすぎると、ひずみが出てくるように感じますので、常にそのバランスを考えながら、制度を少しずつ手直ししていくということが極めて現実的には重要になるのではないかなと感じました。意見を申し述べます。

○国土部会長 ありがとうございます。

清水委員、お願いします。

○清水委員 清水でございます。私はぜひ義務化をしていただきたいという立場で申し上げます。現行の臨床研修制度が始まりまして20年を迎えようとしている現在、いろいろな問題は多々あると存じます。確かにコロナ禍とか、働き方改革が始まってからとか、いろいろな点で臨床研修病院にとっても、それから、大学附属病院さんにとっても困難なことが山ほどあるとは承知しております。でも、先ほど福井参考人がおっしゃったように、義務化でないからやめてしまうといったような病院さんがおありになるとか、それから、私もサーベイヤーでもありますけれども、以前にも申し上げましたように、サーベイを行うことで臨床研修の質を担保するために、全病院の職員に対して臨床件数について周知していただく手段とすることができるというメリットがあると思うのです。

といいますのも、サーベイに伺いますと、臨床研修の目標が変わったことも御存じのない指導医の先生方がおられたりしますが、そういうこともサーベイを行うことによって病院全体に周知することができると思うのです。指導医講習会が生涯資格になっておりますので、制度が変わっても、それに対して学習する機会というのがあまりないものですから、その点が難しいところかなと思っています。そういう意味で研修病院全体の質を担保する臨床研修の第三者評価は、病院の評価ではありますけれども、プログラム評価でございますので、当該病院の臨床研修のプログラムを評価します。そういう意味で、今の制度のこれからの成熟のためには全てのプログラムに受審していただいて、自院のプログラムの内容を評価していただくのがいいのではないかなと思っています。

皆様がおっしゃるとおり、とても大変なことは山ほどありますので、プログラム責任者の講習会への受講が期限を限って猶予期間があったように、一定の猶予期間をおいて、その間に、皆様がおっしゃったような内容、改善が必要な事項を精査して、どういう点を改善していくか検討するとしたらいいのではないかなと思っています。

今はできない、では、どうすれば義務化できるようになるのかという点について、御意見を収集し検討していけばよいのではないかなと思っています。

長くなりましたが以上でございます。

○国土部会長 ありがとうございます。

まだ御発言のない委員の方、もしよろしければ、あと2～3分で今日のところの議論は終わりたいと思いますが、いかがでしょうか。

伊野委員、御発言はありますか。

○伊野委員 私は、すぐに義務化が現実的に困難だとしても、方向性としては米国がそうであるように、そちらの方向に向いていくのが正しい道だと思います。

ただ、おっしゃるように、いろいろ整備しなければならないこと、考えなければならないこと、費用、人的な資源などを考慮しつつ、方向性としては質の担保を目指すべきではないかと考えております。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

岡村先生、何か御発言はありますか。

○岡村委員 先ほども言ったのですが、調査結果の報告は病院名の公表だけではなくて、どういう内容であったかということ公表しないと、受審の病院とJCEPとのやり取りだけでは、何かいいところだけが前に出てしまうような気がします。ですから、もし今後義務化というときにJCEPを使っていくということになれば、その辺は透明性というか、ホームページで調査結果の内容について公表されることが大事かなと思っています。

○国土部会長 花角委員、御発言はございますでしょうか。

○花角委員 この第三者評価というところについては、知事会でも特に議論をしていないので、一言言わせていただけたら、私個人の感覚でございますけれども、一般的に



は第三者の評価、外部の目を入れるということは重要だと、意義があると思っています。

ただ、いろいろな方が御発言されておられるように、かなりの負担があるというのが現状のJCEPさんの評価のようですので、もう少し簡略化した上で、定期的に外の目を入れるという仕組みがつかれないかなというのが、感想で申し訳ありませんけれども、感じたところです。

○国土部会長 ありがとうございます。

それでは、時間が来ましたので、本日のところの議論はここまでとさせていただいて、今後の進め方については、また御相談させていただきたいと思います。

それでは、議題2の「その他」のほうに移りたいと思いますが、本日は花角委員から臨床研修医の定員配分に関する資料が提出されておりますので、5分程度で御説明をお願いしたいと思います。よろしくお願いたします。

○花角委員 ありがとうございます。説明の機会をいただきました。

医師の偏在是正と臨床研修制度の見直しにつきましては、これまでの部会で二度ほど私は発言させていただいています。

先般、国土部会長さんから地方の実情を知ることは有用だと、資料を用いてもよいので改めて委員の皆さんに説明してはどうかという御示唆をいただきましたので、今回、こうした機会をいただいたことに感謝を申し上げたいと思います。

資料の1ページ目を御覧ください。説明の全体像ですが、医師の偏在の現状と背景を確認した上で、募集定員の算定方法の見直しなど、医師の偏在是正の観点に立った臨床研修制度の見直しについて御説明させていただきたいと思います。

続いて資料の2ページ目を御覧ください。人口10万人当たりの医師数、全国的には増加傾向にあります。しかし、医師少数県と医師多数県の格差は、実は徐々に拡大をしております。平成10年に83人という差がありましたが、令和2年では95人に12人も拡大しているという状況にあります。この格差の拡大の背景には3つの構造的な問題があるように思っています。

1点目は一番左側の囲みですけれども、一県一医科大学設置推進と、昭和40年代の終わりぐらいから始められた政策によって、人口当たりの医学部定員が少ない県は影響が顕著に表れて、医師偏在が構造化したと考えております。

2点目は真ん中の上のほうの囲みですけれども、平成20年からなのですが、医学部の臨時定員増の措置が設けられまして、医師多数県でも医学部定員を臨時的に増員することで、地域枠の設定が可能になりましたので、医師少数県と多数県の差が拡大する方向に作用したと考えています。

3点目は右下の囲みですけれども、臨床研修医や専攻医の都市部への集中であります。平成16年から臨床研修制度が必修化されました。研修先病院を自ら選択できることは適切だと思うのですが、結果として都市部へ臨床研修医が集中し、格差が拡大する方向に作用したと考えています。

3 ページ目を御覧ください。これは新聞記事なのですが、新潟県の事例ですが、医師不足によりまして大学からの医師の派遣がなくなって、圏域の中では基幹的な病院であったとしても新患や入院の受入れを休止せざるを得ない。そうした危機的な、まさに政治問題になるような状況が生じているということを御理解いただきたいと思います。

医師偏在が拡大していることで、まさに地方の医師少数県では地域医療への深刻な影響が生じているということで、医師の偏在是正に向けた抜本的な制度改革を考えたいと思っています。

4 ページ目を御覧ください。医師の臨床研修の目的、これは改めての確認でありますけれども、医師の臨床研修制度は基本的な診療能力を身につけるものでなければならない。これが基本理念です。この基本理念を前提として、平成11年の臨床研修制度の在り方等に関する検討会におきまして、臨床研修制度の見直しに関する意見が取りまとめられています。その中では、医師の地域偏在対応、大学等の医師派遣機能強化、医師の質向上等の観点から募集定員などを見直すこととされています。現在の臨床研修制度が本当に医師の偏在是正に効果が働いているのかという、そこについて改めて検討が要するというものです。

5 ページ目を御覧ください。医師の偏在是正のための制度改革の一つとして、臨床研修医の募集定員の算定方法の見直しについて改めて提案したいと思います。現在、この募集定員の算定においては激変緩和措置が設けられています。これによりまして直近の採用実績まで加算をすると、直近の採用実績まで戻すということが行われていますので、大都市の定員が固定化されているということでもあります。激減緩和というのは、そもそもの意味としては徐々に減らしてソフトランディングしていくということだと思うのですが、今申し上げたとおり、大都市部においては前年の採用実績まで戻すだけの措置になっているということでもあります。

このやり方を続けると、全国の募集定員は1.05倍に近づけていくという方針がありますので、大都市部の定員が固定化されたままで地方の定員が減っていくという構造になります。この構造について、繰り返しですが、大都市部への集中を避ける趣旨で議論してきたことから考えますと、適切なのかということを検討していただきたいと思います。

6 ページ目を御覧いただきたいと思います。地域での研修機会の充実を図り、臨床研修医が地域医療にこれまで以上に関わってもらえるようにしていくために、医師の偏在是正をしていくことが重要だと考えています。臨床研修に関する厚生労働省の省令では、地域医療研修期間は原則として4週以上とされて、8週以上が望ましいとされていますので、地域での研修を充実させることで地域医療に対する関心を高める必要があると考えています。2点提案させていただきたいと思います。

1点目は、一定の要件の下で地方と大都市部の病院が都道府県を越えて連携するプログラムを柔軟に設定できるようにすることです。

2点目は、必修分野の地域医療研修期間の延長について、研修医のニーズに応じて柔軟に地域での研修期間を延長できるように前向きに検討してはいかかかと考えています。

7 ページ目を御覧ください。全国の医師の偏在解消に向けた視点といたしますか、感覚でありますけれども、国の将来の医師需給推計では、2036年の医師の過剰数、大都市が占める上位5都府県で合計5万人弱の医師の過剰が見込まれます。一方で、必要な医師数が供給指数を下回るとされる医師不足県、これは全て足しても5,000人程度です。つまり過剰数5万人弱に対して医師不足数5,000人ということですので、偏在対策といっても大きく引き伸ばすといったイメージではないということを考えていただきたい。こういった規模感についても参考としていただいて、臨床研修医の定員算定の見直しについて御検討いただきたく、提案させていただいたところです。ありがとうございます。

○国土部会長 ありがとうございます。

ただいまの御発言について御質問・コメントがありましたらお願いしたいと思います。

私のほうから一つ、先ほどの御提案の地域医療研修についてですけれども、一定の要件の下でと書いてありますが、一定の要件というのはどういうことを想定されているのでしょうか。6枚目のスライドです。

○花角委員 何でもかんでもできるという意味ではなくて、医師少数県の連携をもう少し柔軟に、あるいは広げられるようにという意味で、一定の要件というのは医師少数県に配慮したような要件を課していただければと思っています。

○国土部会長 ありがとうございます。

医師の地域偏在の問題は本当に切実だと思う一方で、医師側からは初期臨床研修制度や専門医制度で医師偏在を是正するのは本来違うのではないかという意見がかなりあると思います。つい最近ネット記事で拝見したのですが、これは専門医研修制度についてですけれども、ある学会が都市部のシーリングについて非常に強く反発していました。その根拠として、都市部でトレーニングを受けた医師のかなりの部分が、その後、地方に移動して地方の医療に貢献しているのではないかという意見があったと思います。

7 ページ目の最後の花角委員の御紹介だと10%動けばいいというようにも見えます。10%ぐらいは専門医取得後に動いているのではないかとも思えるのですが、それについてはいかがでしょうか。何かデータがありましたらお願いします。

○花角委員 ありがとうございます。

私もどのぐらい動いているのか、ある科の方がおっしゃったという根拠は分かりませんが、現実には不足県がこれだけあるというのは事実です。

○国土部会長 ありがとうございます。

委員の方から何か御発言はありますでしょうか。よろしいですか。

では、今日は一応この意見を承ったということで、一旦終了させていただきたいと思えます。ありがとうございました。

それでは、この件につきましても、事務局について花角委員の御発言を踏まえて、いろいろな対応を検討いただきたいと思います。

本日の議題は以上でございます。長時間、活発な御議論ありがとうございました。

今後の進め方について、事務局から御説明をお願いします。

○出雲臨床研修指導官 本日いただいた御意見を整理し、必要な対応を行ってまいります。

また、次回の部会開催日程については改めて調整させていただきます。

○国土部会長 今日のところはそういうことで、かなり突っ込んだ御発言をいただきましたので、もう一度、また次回にさらに議論を進めたいと思います。

本日は長時間ありがとうございました。失礼いたします。