

35 卒後臨床研修評価機構の活動^{*1}渡邊 直^{*2}**はじめに (医療の質の評価・監査の沿革)**

医療・ケアの質を評価することでその向上を図ろうとする姿勢が打ち出されたのは決して最近ではない。19 世紀中頃、クリミア戦争中従軍看護師であった英国の Florence Nightingale によって初めて医療施設における死亡率調査が行われた。彼女は、各施設の死亡率を比較することが生存率向上にとって重要であると訴えたのである。医療の質改善では先鞭を付けたのは医師ではなく看護師であった^{1, 2)}。Nightingale の取り組みは実に epoch-making であり、その派生により死因統計の国際的な標準化の検討が始まり、これが現在の世界保健機関 (WHO) 疾病分類 (ICD) の礎ともなるのだが、医療・ケアの質の監査の方向性は、ボストンの外科医、Ernest A. Codman に受け継がれた。彼は患者データ、診断、治療内容およびその結果 (アウトカム) を記述整理 (“End-Result Cards”) し、アウトカムから医療の質を検討することを提唱した最初の医師と言われる。彼が中心となって設立した米国外科学会内の「病院標準化委員会」においてこの “End-Result system” が 1917 年に正式採用され、以後その礎の上に現在の第三者評価機構である、Joint Commission (米国医療施設認定合同機構) が形成されてきたのである^{3, 4)}。

米国においては、医療施設の監査機構の確立と並行して、医療施設での臨床医学教育における評価・標準化機構が関連医学会の合同委員会として 1971 年に生まれ、これが独立した非営利法人として 1981 年に Accreditation Council

for Graduate Medical Education (ACGME)⁵⁾ となり今日に至っている。

振り返って本邦における動向を見ると、Joint Commission の活動を睨みつつ、日本医療機能評価機構 (Japan Council for Quality Health Care)⁶⁾ が 1995 年に設立され、医療機関の機能を学術的観点から中立的な立場で評価し、その結果明らかとなった問題点の改善を支援する第三者機関として活動している (病院機能評価事業)。卒後教育施設としての研修病院を評価する第三者機関についても米国の ACGME の活動を参考にしつつその設立の努力がなされ、2007 年に特定非営利活動法人卒後臨床研修評価機構 (JCEP: Japan Council for Evaluation of Postgraduate Clinical Training) が発足した⁷⁾。

本稿では医学教育の見地から、この卒後臨床研修評価機構 (JCEP) の活動について述べる。

1. 卒後臨床研修評価機構 (JCEP) のあゆみ

卒後の医師を育てる、いわゆるインターン制度 (1946 年～) が 1960 年代後半の学生紛争によって崩れ、国家試験に合格した医師は法的規制や定まった制度のない中で初期修行をする、という曖昧な教育制度が長らく続いたが、2000 年の医師法の一部改正によってようやくこれが整備され、診療に従事しようとする医師は 2 年以上、研修医として診療に従事しつつ修練を積むことを義務化する、いわゆる新臨床研修制度が 2004 年から実施された (医師法第 16 条の 2 第 1 項)。これを受け、2003 年 6 月には「医師法 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令」(臨床研修省令)⁸⁾ が発布され、初期臨床研修のあり方の具体的な定めとされた。全国どの臨床研修病院においても、臨床研修省令に従って有効・確実に研修を授け得るべく、第三者的評価機関を確立することが急がれ、これが 2007 年 8 月

^{*1} Japan Council for Evaluation of Postgraduate Clinical Training

^{*2} Sunao Watanabe 医療情報システム開発センター

のJCEP設立につながったのである。以後今日にいたるまで、一貫してJCEPは研修病院の評価・認定活動を継続している。

2. 卒後臨床研修制度の変遷とJCEPの対応

2004年から実施された臨床研修制度であるが、概ね5年で見直しがなされることとされており、これに沿って研修制度の詳細について厚生労働省医政局長通達（「医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」）が発出されている。

臨床研修の基本理念は、「臨床研修は、医師が、医師としての人格を涵養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない」というものであり、これは制度発布以降修正なく受け継がれている。しかるに、2010年の見直しにおいて、必修科目を巡って、主として大学病院での専門教育や旧来の医局卒後教育のあり方との相違等に由来する新臨床研修制度への異論から、「多

様なキャリアパスへの円滑な接続を図り、各病院で特色あるプログラムが組めるよう弾力化する」という名目のもと、必修科目は内科、救急部門、地域医療の3科目に減じられ、外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科は「選択必修科目」として、各研修医がそのうち2科目を選ぶことに変更された⁹⁾。初期研修の時期に幅広いプライマリ・ケアの能力、患者を全人的に把握するノウハウを学ぶとする基本理念とは乖離する変更であったため、その基準のもとに研修病院において研修のあり方を実地評価するJCEPのサーベイでもしばしば苦慮する「ねじれ」と受けとめられた。

以後、2018年までの検討において比較的大幅な研修指導ガイドラインの見直しが行われ、2020年度からこの改定に沿った臨床研修実践がなされることとなった^{10, 11)}。その骨子は、①臨床研修の到達目標が初めて見直され、理念に沿った具体的な到達目標（competencies）が示された（表1）。この到達目標については、卒前教育のモデル・コア・カリキュラム¹²⁾との統一性、一貫性が確立され、大学教育から初期臨床研修にシームレスに繋がるものとされたこと

も特筆されるべき点である。②この到達目標を目指すべく、方略（learning strategy；LS）としてsuper-rotation法への復帰（上記選択必修をもとに戻し3科目から7科目必修とする）に加え、一般外来研修を必修とする（臨床推論の鍛錬の場であり、患者の全人的把握や慢性期における管理の実際を学ぶ場をもつ）ことが明記された。③でできる限り座学を避け、日常診療の場の中で成果物を出す。このために診療現場での記録と独立して記載提出する必要があった経験すべき症状・病態・疾患に関するレポートを廃し、29症候、26疾病・病態について、退院時サマリーなどの日常診療記

表1 臨床研修の到達目標項目*

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（プロフェッショナリズム）および医師としての使命の遂行に必要な資質・能力を身に付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。	
A. 医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）	C. 基本的診療業務
1. 社会的使命と公衆衛生への寄与 2. 利他的な態度 3. 人間性の尊重 4. 自らを高める姿勢	1. 一般外来診療 2. 病棟診療 3. 初期救急対応 4. 地域医療
B. 資質・能力（卒前教育での「医学教育モデル・コア・カリキュラム」 ¹²⁾ の到達目標項目と同じ）	
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. 医療の質と安全管理 7. 社会における医療の実践 8. 科学的探究 9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

* 従来は一般目標（GIO）、行動目標（SBO）と表現された到達目標であるが、近年のアウトカム基盤教育¹³⁾の概念での名辞としてcompetenciesが用いられるようになっている。

表2 臨床研修調査票 October 2020⁷⁾

表紙. 記入要領	1 頁
1. 基本情報、病床数	2 頁
2. 臨床研修指定区分・体制	2～8 頁
3. 医師数および患者数	9～10 頁
4. 職員数	11～12 頁
5. 労働時間	13 頁
6. 研修医の状況と環境整備状況	14～20 頁
7. 医療安全管理の状況	21～23 頁
8. 各部門の活動状況	24～29 頁
9. 研修の評価	30～32 頁
10. 研修施設のQI	33 頁
11. 医師臨床研修プログラムの研修分野別マトリックス表	34～39 頁

録を活用し（ここに考察を加えて）病歴要約とすることとなった。④研修到達の評価について、診療科ごと、プログラム責任者ないし研修管理委員会委員による半年に一度以上の形成的評価を実施することが求められ、指導医のみならず、医師以外の指導者による評価も行われることが推奨される¹¹⁾。⑤この他、地域医療重点の別枠募集コースや大学病院での基礎医学研究医養成枠の確立も示された^{10, 14)}。

JCEP による研修病院評価においては研修理念の定着とそのもとに展開される各施設での研修プログラムの内容と実践を見定めることとなるが、上記の①～④の内容を十分に理解した上で、均質で的確な評価を行う努力がなされている。

3. 卒後臨床研修評価機構による研修病院評価の実際

JCEP では2007年10月から臨床研修病院の評価認定事業を開始している。その評価は書面調査と訪問調査で行われる。書面調査には、臨床研修調査票とJCEP 評価調査票が利用される。この2種の調査票はJCEP のホームページ⁷⁾に公開されている。受審病院はこれらの調査票を記載し、関連資料とともに、訪問調査（「サーベイ」と呼ばれる）の事前にJCEP に提出する。訪問調査者（「サーベイヤー」と呼ばれる）は臨床研修担当の指導層医師や事務職員等からなり、JCEP の行うサーベイヤー講習会を修了した者であり、各訪問調査においては、概ね医師

サーベイヤーと医師以外のサーベイヤーで構成される。サーベイヤーは事前に渡された資料を確認した上で、サーベイ日における現場での書面調査、病院幹部・研修に関わる指導層・安全管理や感染管理担当・研修事務担当を対象とする合同面接、研修の場の部署訪問、研修医インタビュー、指導医インタビューを経て、合議によって評点を行う。サーベイは新規申請病院で午前9時～午後4時45分、更新申請病院で午前10時～午後4時45分、いずれも一日で行われている。

(1) 臨床研修調査票

表2に示す項目からなる調査票であり、この票から得られる、病院の診療実態を含めた研修環境、研修プログラムや研修医選考方法、待遇、労務状況、健康管理の状況、研修評価のあり方などの情報をもとに、関連事前資料やサーベイ当日の検討を踏まえ、以下に示すJCEP 評価調査票に従って、訪問調査が行われる形となる。

(2) JCEP 評価調査票（従来自己評価調査票と呼ばれていたが2020年度版から新名称となった）

JCEP 評価調査票（表3）は8つの大項目（Pg.1～Pg.8；Pg. はPostGraduate のアクリニム）からなり、これが中項目（例：Pg.3.3）、小項目（例：Pg.4.6.1）と細分化され呈示される。大項目は主に対象領域の枠組みを示し、中項目には直接評価の対象となる項目、小項目には中項目を判定するための着眼点が挙げられている。さらに小

表3 JCEP 評価調査票 October 2020⁷⁾

大項目		中項目	小項目
Pg.1	臨床研修病院としての役割と理念・基本方針	2	6
Pg.2	臨床研修病院としての研修体制の確立	2	6
Pg.3	臨床研修病院としての教育研修環境の整備	4	15
Pg.4	研修医の採用・修了と組織的な位置付け	6	17
Pg.5	研修プログラムの確立	5	25
Pg.6	研修医の評価	2	6
Pg.7	研修医の指導体制の確立	3	9
Pg.8	修了後の進路	3	4
8		27	88

項目には確認が必要な事項の説明が記載されている(表4)。事前書面資料およびサーベイ当日の資料調査、面接、部署訪問、インタビューを通じてこのJCEP 評価調査票に従って評価判定をしてゆくが、小項目にて、基準に満ちていればa評価、不足がある場合b評価、基準に満たない場合c評価となる。評価判定の考え方としては、原則として、小項目がすべて「a」であれば中項目は「適切」、「b」があれば「要検討」、「c」があれば「要改善」と評価される。要改善が20%未満で「JCEP 認定病院」として認定する。更新のための訪問調査は4年後であるが、その間、2年ごとに中間の更新書面調査により継続評価が行われる。なお、「適切」が80%以上かつ「a」が80%以上で「要改善」がなく、Pg.4.5(研修修了の手続き)が「適切」かつPg.5(研修プログラム)の小項目25個中「a」が90%以上である優れた研修病院には「エクセレント賞」が発行される。

この評価票については事前に受審病院において自己評価の実施、提出を課しているのも、共通の尺度でサーベイヤ側と受審病院側が検討でき、サーベイ日最終時点で行われる「講評」で意見交換が行われることもあり、必要事項があればJCEP 本部に報告される。サーベイヤ合議による評価判定結果は毎月開催のJCEP 本

部の評価委員会に提出され、ここで最終評価が決定されて、概ね1カ月ほどで受審病院に報告、認定証の発行がなされることとなる。なお、「要改善」が20%以上あった場合は、「条件付認定」(3カ月間あるいは6カ月間)とされ、この期間

表4 JCEP 評価調査票 小項目の例
(October 2020 版⁷⁾)

Pg.3.2.2

診療に関する諸記録の管理がなされている。

- ①特定の責任者の下で管理されている。
- ②1患者IID番号1診療録の考え方により患者情報の一元化がなされている。
- ③中央管理システムであり、記録の請求に対し、タイムリーに対応できる。
- ④研修医が全科の診療上の諸記録を容易に見ることができる。
- ⑤退院時サマリーが速やかに作成されている。

⇒

- ◇プライバシーとセキュリティへの配慮がなされている(研修医による経験記録等の保管・管理を含む)。
- ◇レントゲン、看護記録の他、諸種検査記録の診療録への一元化とその管理がなされている。
- ◇退院時サマリーの作成率は、退院後1週間以内100%を常に目指すことが必要である。
- ◇退院時サマリーは厚労省標準規格に則って作成し、運用できるよう図られている。
- ◇診断名・手術名がコード化され(ICD-10、ICD-9-CMなど)検索可能となっている。

内に再調査申請し、あらためてのサーベイを受けた上で認定基準を満たせば、認定証の発行がなされる。この場合は更新のための訪問調査を2年後に実施する。

4. 卒後臨床研修評価機構のその他の活動

JCEPでは発足以来、研修病院評価の他、訪問調査者養成のためのサーベイヤーク講習会を原則毎年開催している。臨床研修事務手続きの流れや研修に関わる事務業務の重要性の認識を深めるため、臨床研修病院事務担当者講習会を、さらに、臨床研修実務者コース（応用編））として臨床研修評価の活用や研修病院のあるべき姿など模範的事例の認識を深めて研修体制の充実に努める取り組みを、原則毎年行っている⁷⁾。

他に毎年サーベイヤールによる研究会を開催し、各3回程度の集合会議を行って評価項目の修正検討や臨床研修を取り巻く話題に関する検討を実施し、その結果を発信している。

研修病院の認定に関する評価票（前項に上げた臨床研修評価票、JCEP評価調査票）については評価の基準となる主要文書であり、2項に示したごとくの卒後臨床研修のあり方に関する変遷に応じつつ、毎年JCEP内のworking groupによって検討され、サーベイヤールによる研究会の成果も取り込みながら改定を重ねてきている。特に、2020年度研修指導ガイドラインの見直しでは到達目標の改訂洗練、必修科の是正やレポートの廃止、評価のあり方の変更が大幅になされ、JCEPでもこの変更に従って段階的に評価基準の改訂を行い、調査票2019→2020版⁷⁾の公開につなげた。

5. 卒後臨床研修評価機構による 第三者評価の意義と課題

JCEPは現状では実質的に唯一の臨床研修病院評価に与る第三者機関である。厚生労働省令⁸⁾に基づく医政局長通達（2020年）^{10, 11)}では、基幹型臨床研修病院の指定の基準として、研修体制と実践に関して第三者による評価を受け、その結果を公表することを強く推奨しており、次回の見直し（概ね5年後を予定）では義務化の

方向で検討されている¹⁴⁾。全国どの臨床研修病院においても、厚生労働省令に従った不足のない研修を受け得るという理想に向かう望ましい方向性であるが、2021年6月現在、JCEP認定病院は291であり⁷⁾、一方で全国の臨床研修病院は1,037カ所（2019年統計）¹⁵⁾、外部評価義務化になれば現在の3倍以上のサーベイ作業を要することとなるわけで、サーベイヤールの数を含めた体制の強化や評価法に関する洗練省力化の努力が課題となる。

Donabedianは医療の質の評価に3段階を提起した。構造（structure）、過程（process）、ならびに結果（outcome）である¹⁶⁾。構造が過程を規定し、過程の善し悪しが結果となって出るという階層であり、当然のことながらアウトカムが良質となることが最終目的であるが、良質のアウトカムを時間の経過や構成員の変化にかかわらずに維持、さらには向上させるためには基盤としての構造、それに基づくプロセスが機能していることが求められるのも事実である。たまたま優秀な研修医が揃い、その時点での指導医も秀逸で研修成果として立派なアウトカムが得られたとしても、基礎としての構造、それに伴うプロセスがしっかり継承されなければ、いつのまにか質が低下してしまうことになりかねない。とはいえ、JCEPの調査票や書面、面接での評価基準が主として構造ならびにプロセスにとどまったものである点はしばしば指摘される。少しでもアウトカムの評価を入れ込むべく、臨床研修調査票内に研修医の手技達成の経験数の提出を盛り込んだ改訂を行ったり⁷⁾、Pg5「研修プログラムの確立」（表3）を「研修プログラムの確立とその実践」という評価項目に改訂し、できる限りアウトカム評価をそこに入れ込める検討（2021年度サーベイヤール研究会）が行われたりしている。

全国の研修医について統一的なアウトカム評価を行う取り組みとして、「日本医療教育プログラム推進機構（JAMEP）」が基本的臨床能力評価試験を実施している¹⁷⁾。客観性をもってアウトカムを測り、研修医や施設にフィードバックできる仕組みとして注目される。

■文 献

- 1) Kudzma E C. Florence Nightingale and healthcare reform. *Nurs Sci Q* 2006 ; **19** : 61-4.
- 2) プライアン卿ジャーマン教授特別講演. 英国における改善の指標－標準化病院死亡比について－. 医療の質・安全学会誌 2011 ; **6** : 48-60.
- 3) Donabedian A The end results of health care : Ernest Codman's contribution to quality assessment and beyond *Milbank Q* 1989 ; **67** : 233-56 ; discussion 257-67.
- 4) Chun J, Bafford AC. History and Background of Quality Measurement, *Clin Colon Rectal Surg* 2014 ; **27** : 5-9.
- 5) Accreditation Council for Graduate Medical Education. <https://www.acgme.org/> (最終閲覧日 : 2021.9.25)
- 6) 公益財団法人日本医療機能評価機構. <https://jcqhc.or.jp/> (最終閲覧日 : 2021.9.25)
- 7) NPO 法人卒後臨床研修評価機構 (略称 JCEP). <https://www.jcep.jp/> (最終閲覧日 : 2021.9.25)
- 8) 厚生労働省. 医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令. 2002 年 12 月. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000129288.html> (最終閲覧日 : 2021.9.25)
- 9) 厚生労働省医政局長通達. 医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令の施行について. 2013 年 6 月. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/455.pdf> (最終閲覧日 : 2021.9.25)
- 10) 厚生労働省医政局長通達. 医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令の施行について. 2020 年 12 月. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000714051.pdf> (最終閲覧日 : 2021.9.25)
- 11) 厚生労働省. 医師臨床研修指導ガイドライン — 2020 年度版—. https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/ishirinsyokensyu_guideline_2020.pdf (最終閲覧日 : 2021.9.25)
- 12) 文部科学省. 医学教育モデル・コア・カリキュラム (平成 28 年度改訂版) https://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afie/ldfile/2017/06/28/1383961_01.pdf (最終閲覧日 : 2021.9.25)
- 13) 田邊政裕. アウトカム基盤型教育の理論と実践. 篠原出版新社. 2013 年.
- 14) 厚生労働省. 医師臨床研修制度について. 2020 年 10 月. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000683716.pdf> (最終閲覧日 : 2021.9.25)
- 15) 厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室. 令和元年度の医師の臨床研修の実施体制. <https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000536692.pdf> (最終閲覧日 : 2021.9.25)
- 16) Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care, *The Milbank Quarterly* 2005 ; **83** : 691-729.
- 17) 日本医療教育プログラム推進機構 (JAMEP). <https://jamep.or.jp/> (最終閲覧日 : 2021.9.25)