

イギリスで起こっている問題は先生がご指摘のとおりで、定員を増やしたから教員を増やさざるを得ないわけです。それで何が起こったかというと、准教授に相当する講師を教授にどんどん上げていきましたので、教授の数は増えたのですけれども、講師の数は減っていったので、結局のところ教育システムの質は低下しました。イギリスでは臨床実習を普通は病院でやりますので、そこで少し負担が希釈されていることはあると思います。

○大滝先生 研修医の評価についてはこの前も申しましたけれども、一言で言うと形骸化していると思います。先日、私はプログラム責任者講習会に受講者としても参加しましたが、そのグループワークで数人の先生が、研修医の評価について「こんなのどこもやっていないですよ」と言っていました。うちを含めてやっている所からの参加者もあったのですが、あまりのギャップに議論が噛み合いませんでした。

一般病院で研修して大学に戻ってきた人に聞くと、レポートは 1 枚も書いたことがないという人がかなりいるということで、実態として違法とか脱法というのではなくて、法律がないに等しいという状況になっているのが実態だと思います。一方で一般論から言うと私もそうでしたけれども、試験があると試験対策をしますので、評価はより効果的な学習を促すのにとっても有効であると思うのです。せっかくですから、これまでの経験を活かして、より妥当性が高く、しかもやりやすい評価に今後改変していく、ここまでいろいろやった内容を活かす大事な時期だと思っています。

具体的には評価の項目が多すぎるようであれば、各大学でこの領域は全員に研修させるのはかなり難しいといったデータをきちんと集めて、そのところは選択必修等に変えることは、重要だと思います。研修記録もEPOCも含めて、簡素化と標準化といいますか、それを提出しなさいと言われたら自分でも出せる、病院からも出せるような形式を整えて、より負担の減る方向に作り変えていける時期だと思っています。

病院の評価についても前に申し上げましたが、いまは研修についてはほとんど病院で評価が行われていないので、すべての所に第三者機関が入るのは難しいと思います。基本は Peer Review のような形で、例えば隣の病院から見に来てもらって、こちらからも見に行くようなことを年に 1 回ぐらいやってくださいと。その中のいくつかはサンプリングのような形で、さらに別な所から見に行くぐらいであれば運用できるのではないかと思います。

制度評価についてはすごく難しいのですが、いままでの議論にもあったように、一体これからどういう方向に行こうとしているのかということと組み合わせての制度評価、ですから目標と組み合

わせた評価を、もう一度ここで作ることが大切だと思います。具体的にはどの領域の専門医が、どれぐらいの人数が必要なのかということきちんとデータを出して、それがいまの医師の数の3倍ぐらいになっても仕方ないと思うのです。それを踏まえていまの段階でどうするかということをお話し合っていく必要があると思うのが1つです。

制度についての2点目は、大学病院の大きな問題点の1つとして、大学病院をなぜ研修医が嫌うかということですが、やはり働きづらいということだと思います。雑用が良い悪いという議論はあるにしても、急患を非常に受け入れにくいようなシステムになっているとか、診療以外のいろいろな業務が多いところを是正すれば、もっと大学病院を希望する人も増えるのではないかと思います。

最後の1点は国家試験の話とか、卒前教育との連動という話が出ていますが、私も賛成です。アメリカでは、医学部卒業と国家試験のタイミングが連動してなくて、段階的に国家試験が組まれています。極端なことを言えば、ペーパーテストの国家試験は臨床実習開始前だけにしてもいいのではないかと思います。それで臨床実習が終わったところで実技試験の国家試験をやるのであれば、医行為の問題についても国家試験の第1段階は済んでいるので、ある程度は説明できるのではないかと思います。卒業の段階で文部科学省から厚生労働省に全部受け渡すといったシステムではなくて、そのところを重ねてやるというのが、実際には効果的ではないかと個人的には思っています。以上です。

○桐野班長 皆さんが抑制して短くされたのだと思いますけれども一応終わりました。確かに道遠しという感じもするけれども、初期臨床研修制度というのは相当な苦勞をして、いまの財務省から百何十億というお金を教育のために取ってきて、それを2年間研修医の給与の一部に充てるというような、かなり難しいことをして始まったわけです。

いま急にそれを超えるようなお金を医師の教育に充てろと言っても、もう非常に難しい。ある意味ではこの制度を大事にしながら、かつ、いい方向にもし変える点があれば変えればいいのです。きちんと維持していくものは何なのかを考えてやっていく必要があります。いろいろなご指摘を伺うと底上げというか、悪い所は相当問題があるという感じがします。それをどうするかということ。やはり長期的に大学を中心とした医師養成課程、大学だけではないけれども、大学はこの間相当きつい状態にありますので、これは文部科学省に言わなければいけないのですけれども、いくらなんでもあまりひどくひっぱたくのもやめないと、ちょっと問題ではないかと思います。もちろん病院もきついわけで、それもなんとかしないといけないのです。

現在までの3回ご議論いただいた内容の議事録も作っていただきますので、それを基に研修医評価についてのある程度のテキストを書いていただく、研修病院評価についてもテキストを書いていただく、制度自体の評価についてもテキストを書いていただくという作業が必要です。研修医評価については齋藤先生に、研修病院については北村先生にお願いし、制度自体の評価については私が責任を持って書かせていただきます。それを先生になるべく早い時期にお送りしてご批判をいただいてまとめていく。ただ幸か不幸かもう1年やることになりましたし、そこでいろいろな調査の提案のある先生について、事実の調査についてはやるということで続けていけるようですから、そういう形でやらせていただきたいと思います。次回はどうなっていましたか。

○村岡臨床研修審査専門官 資料6をご覧ください。次回は2月15日(月)になります。1枚めくりますとアンケート調査等のたたき台がありますが大体こんなところで今後進めていかせていただければと思います。

○桐野班長 お忙しい委員の先生にお願いしてやっていますけれども、研修医評価と研修病院評価について、制度評価の問題も重要ですしけれども、極々地味ですけれども、やはりきちんとした研修医評価、きちんとした研修病院評価をしない限り制度の改定とか、今後の改革ということとはまた別に、いま動いているものの評価を今後どのようにしていくかも重要だと思いますので、今後ご意見をお願いいたします。

○田原医師臨床研修推進室長 明日、医道審議会の臨床研修部会が開催される予定です。そのときには研修プログラムのことについて少し詳しく整理したものがありますので、その関係の資料については委員の先生にはメール等でお送りしたいと思いますので、参考にいただければと思います。

○桐野班長 医道審議会でどのようなご意見が出ているかも教えていただければ参考になると思いますのでよろしく願いいたします。

○田原医師臨床研修推進室長 はい、わかりました。そのようにいたします。

○桐野班長 それでは、これで終了させていただきます。どうもありがとうございました。

臨床研修の評価と オンライン卒後臨床研修評価システム EPOC

(Evaluation system of Postgraduate Clinical Training System)

2009/12/17

国立大学附属病院長会議
オンライン卒後臨床研修評価システム運営委員会委員長
田中雄二郎₁

はじめに

制度評価、プログラム評価、指導体制評価 (Evaluation)、研修医評価 (assessment) が制度設計の段階で十分考慮される必要がある

評価の制度設計が必要

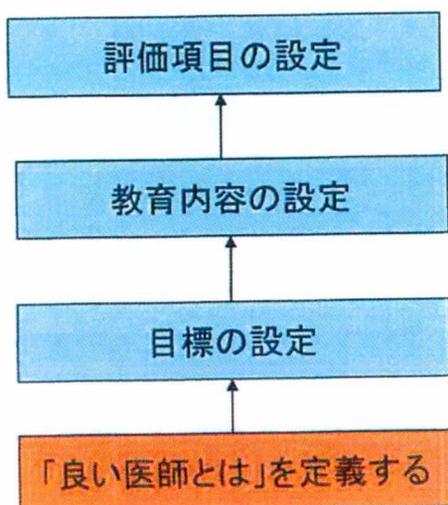
- 臨床現場は疲弊している
- 医療制度は日本固有
- 財政の逼迫化



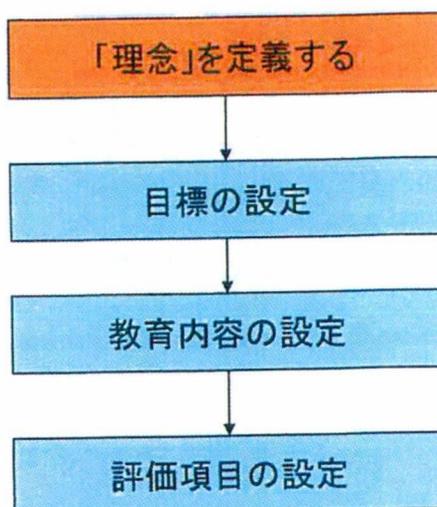
- 負担増は最小限に
- 国際標準に則った
- 予算も最低限の
評価方法を確立する

医学教育 アウトカムモデルへ

Outcome-based model (Planning backward)



Objectives model (Planning forwards)



Scottish doctor (2003), ACGME (2003), CanMEDs (2005)では
卒前・卒後・生涯カリキュラム・プログラムの認定に使用

3

英国



- 国民皆保険
- 総合医+専門医の2段階制
- 入学定員増(1.5倍)
- 基本研修1年+専門準備研修1年
- 地域マッチング
- 大学と病院の連携研修

人口 6,000万人、医師 2.4/人口1,000人¹²⁷ 看護師 9.1/人口1,000人
 人口 127,300万人、医師 2.0/人口1,000人 看護師 9.0/人口1,000人

4

英国臨床研修プログラム実例

2年通しの例(OXFORD)

番号	F1			F2		
	36	外科:大腸、血管、乳腺、泌尿器(B)	内科:リウマチ、消化器(B)		家庭医	精神 (Warneford)
37	内科:リウマチ、消化器(B)		外科:大腸、血管、乳腺、泌尿器(B)	心臓外科 (JRH)	家庭医	精神 (Warneford)
38	外科 (JRH)	内科 (JRH)	小児 外科 (JRH)	救急	外傷外科	老年内科
39	小児外科 (JRH)	外科 (JRH)	内科 (JRH)	外傷外科	老年内科	救急

- 原則 4ヶ月を単位として年間 3ローテ
- F1: 内科+外科+選択(65種類) が一般的
- F2: 将来の専門を視野に選択 (家庭医、不足分野、アカデミックを推奨)
- 10日以上30日以内の勉強目的の休止期間をとり、蘇生講習、他の専門等研修

5

英国臨床研修の評価

目的

1. 社会に対する質の保証 (Public accountability)
2. 個人の成長を促す (Personal development)

方法

多様な評価方法を組み合わせて総合評価(ポートフォリオ評価)

- ▲ Case-based Discussion (CbD) 受け持ち症例について 指導医と討論し評価を受ける
- ▲ Multi-Source Feedback (MSF) コメディカルも含め、指導医、同僚、後輩等から評価を受ける
- ▲ Mini-Clinical Evaluation Exercise (mini-CEX) 受け持ちでない患者を診察し診断、治療方針を述べる試験
- ▲ Direct Observation of Procedural Skills (DOPS) 指導医の観察下で現場で受け持ち患者に手技を行い評価を受ける

研修目標

8. Practical Procedures

Competence

Assessment tools

F1 Procedures that F1 doctors should be competent and confident to do and teach to undergraduates:

- venepuncture and IV cannulation
- local anaesthetics
- arterial puncture in an adult
- blood cultures from peripheral and central sites
- subcutaneous, intradermal, intramuscular and intravenous injections
- IV medications
- intravenous infusions, including the prescription of fluids, blood and blood products
- ECG
- spirometry and peak flow
- urethral catheterisation
- airway care, including simple adjuncts
- nasogastric tube insertion.

DOPS

During F2, doctors are expected to maintain and improve their skills in the above procedures. By the end of the year they should be able to help others with difficult procedures and guide F1 doctors in teaching others.

Foundation doctors will be able to extend the range of procedures they can do. Each specialty will specify an appropriate range of procedures in which foundation doctors will be expected to become proficient, e.g.

- aspiration of pleural fluid or air
- skin suturing
- lumbar puncture
- insertion of a central venous pressure line
- aspiration of joint effusion.

DOPS

1. Good Clinical Care (cont.)

Competence

- (i) Educating patients about disease prevention, investigations and therapy
- (ii) Environmental, biological and lifestyle risk factors
- (iii) Smoking
- (iv) Alcohol
- (v) Epidemiology and screening

Assessment tool

- Mini-CEX/CbD
- Mini-CEX/CbD
- Mini-CEX/CbD
- Mini-CEX/CbD
- Mini-CEX/CbD

喫煙指導、禁酒指導などの(行動)目標が主体

基本手技もF1とF2に分かれている

例 F1 局所麻酔
F2 中心静脈穿刺

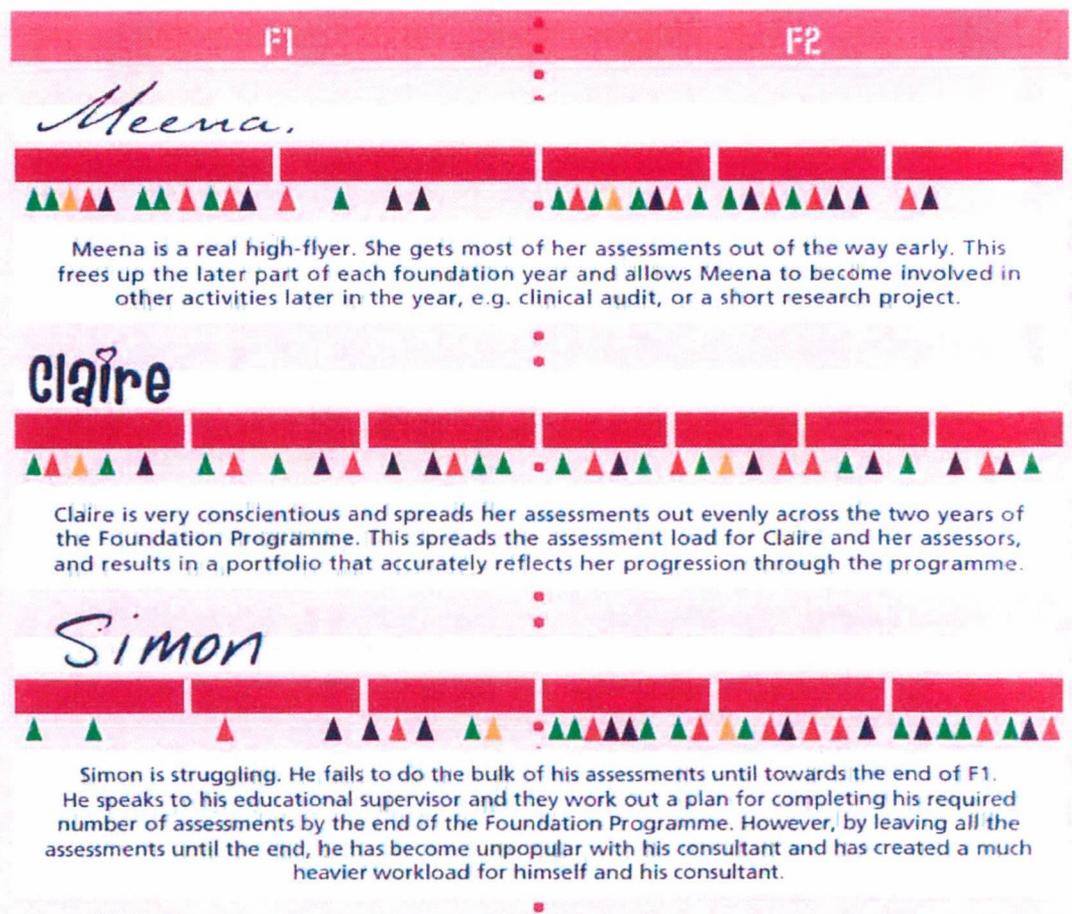
経験すべき疾患は定められていない

項目ごとに評価方法が定められている

7

評価

研修医が指導医にローテーション毎に評価を求め、ポートフォリオをつくり、F1修了時に地区責任者に提出する



Outcome-Based Educationに関する誤解

- 評価はアウトカムでのみ行うという誤解
 - プロセス評価も含め総合的に
- アウトカムは社会によってのみ規定されるという誤解
 - 機関ごとのアウトカムも付加されてよい

9

臨床研修に求められるアウトカム(結果)

(厚生労働省令158号)

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関わらず、

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付けること

アウトカム達成のための方策

(厚生労働省令)

プログラム基準

内科(1年目6ヶ月)、救急、地域(2年目1か月)、
小児科、産婦人科、外科、精神科、麻酔科から2科

研修目標

行動目標 21

経験目標 手技 64 症状 52 疾患 88 現場 28

目標達成の担保

必修疾患・項目の設定

手技38 症状31 疾患(入院)10 (外来)38

達成線の設定 (経験疾患88のうちの7割 62)

レポート 32項目

11

どうやってアウトカムを評価するか？

プロセス評価が主体

プログラム通り研修したか → 必修分野と期間

目標に沿って研修したか → 必修疾患・項目の経験
レポートの提出

修了認定は研修管理委員会の判断に応じて責任者がプログラムごとに行う

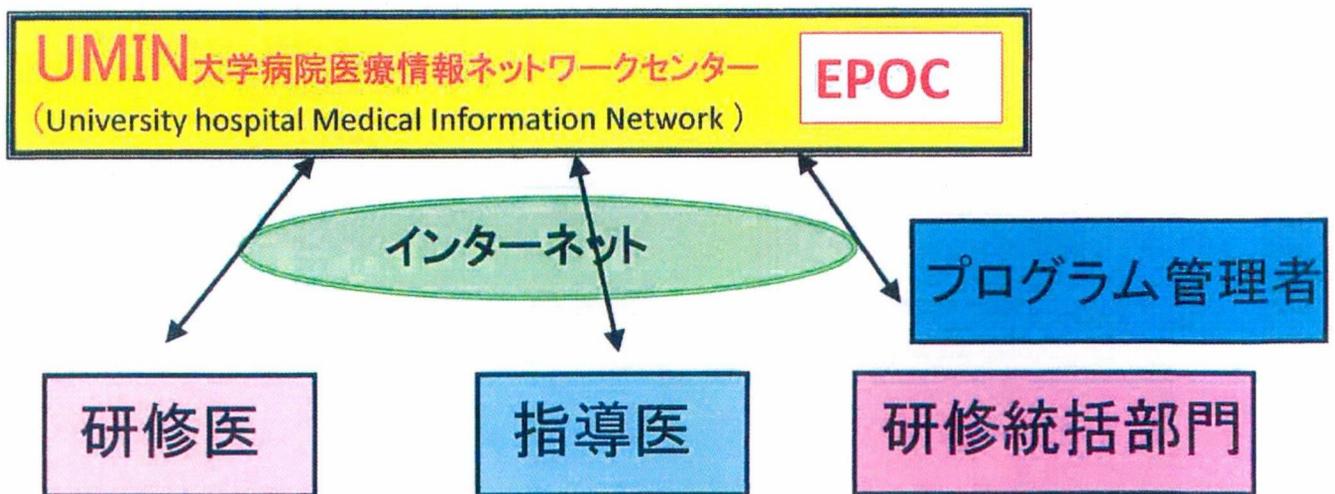
プロセス評価では記録が重要

従来の研修手帳

研修到達ノート

研修到達表		3. 問題対応能力		行動目標
1. 行動目標項目		内	外	
<p>医療人として必要な基本姿勢・態度</p> <p>項目の右側に達成度を記入する空間があるので、各研修先の評価(a:十分できる, b:できる, c:要努力, ?:評価不能)に該当する診療科に記入する。</p>				
1-1 医師関係		内	外	<p>1) 臨床上の疑問点を解決するための情報を収集して評価し、当該患者への適応を判断できる (EBM=Evidence Based Medicineの実践ができる)。</p> <p>2) 自己評価及び第三者による評価を踏まえた問題対応能力の改善ができる。</p> <p>3) 臨床研究や岩瀬の意義を理解し、研究や学会活動に関心を持つ。</p> <p>4) 自己管理能力を身に付け、生涯にわたり基本的診療能力の向上に努める。</p>
<p>家族のニーズを身振り・社会的側面が定できる。 患者・家族がともみ得できる医療を行うのインフォームド・コンセントが実施できる。 職務を果たし、フラスターへの配慮ができる。</p>				
1-2 ム医療		内	外	<p>4 安全管理</p> <p>1) 医療を行う際の安全確認の考え方を理解し、実施できる。</p> <p>2) 医療事故防止及び事故後の対応について、マニュアルなどに沿って行動できる。</p> <p>3) 院内感染対策(Standard Precautionsを含む)を理解し、実施できる。</p>
<p>医や専門医に適切イミグでコンサルションができる。 及び同僚医師や他の従事者と適切なコミュニケーションがとれる。 及び後輩へ教育的ができる。 の転入・転出に当た情報交換ができる。 機関や団体の担とコミュニケーションがとれる。</p>				

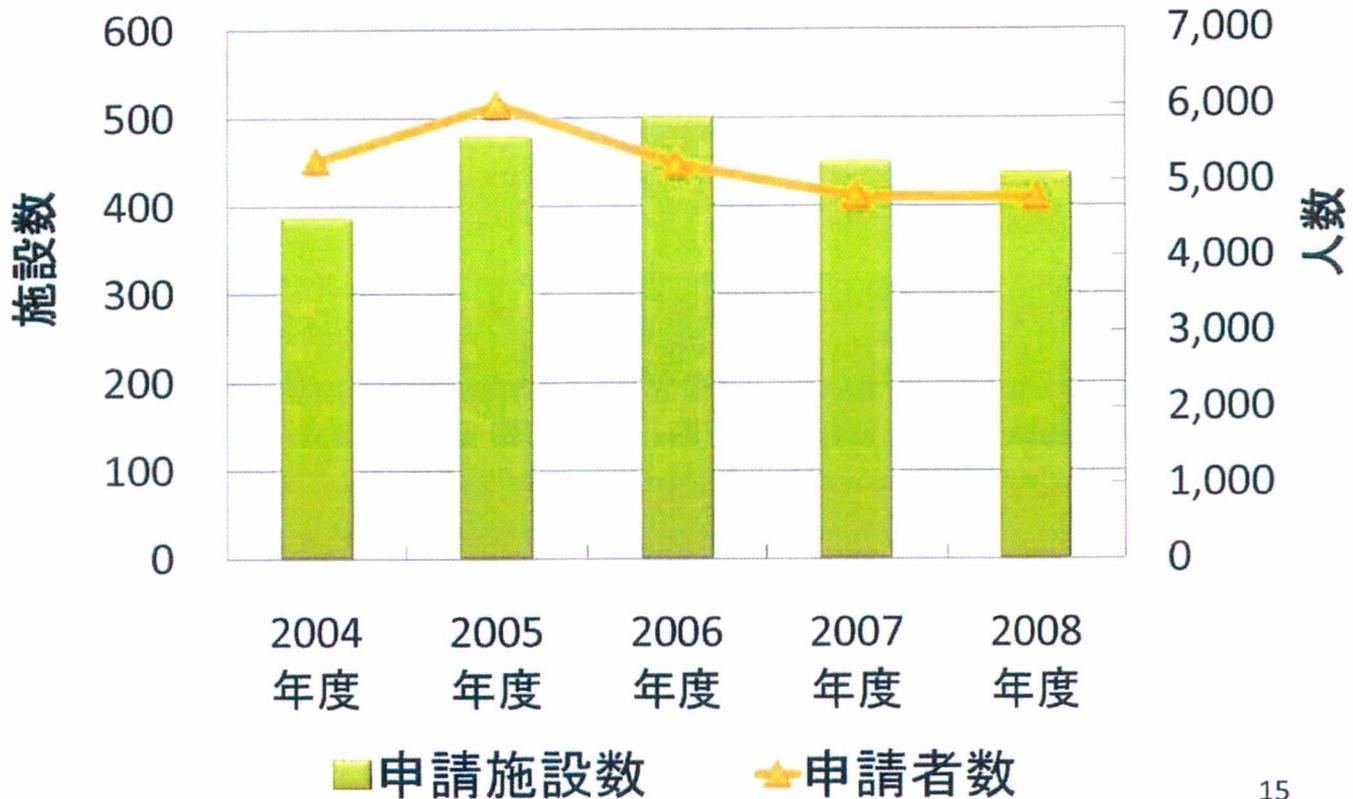
EPOCとはインターネットを利用した研修評価システム



- 国立大学医学部附属病院長会議で開発・運用
- 全国共通研修目標に準拠
- 協力病院・施設からもリアルタイムアクセス
- データは無期限保存
- 使用料金: 2年間で2000円/研修医

EPOC利用状況

全国約6割の研修医が利用



15

EPOCでは 自己評価と指導医による評価の二本建て



研修医評価表

I. 行動目標項目 > 医療者として必要な基本姿勢・態度

● a=十分できる b=できる, c=要努力(3段階評価) / ? =評価不能

1. 患者-医師関係	b(できる)以上の項目数: 研修医評価 (3/3), 指導医による評価 (3/3)	
	研修医の自己評価	指導医による評価
1) 患者、家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握できる。	b	Oa ●b Oc ○ 評価不能 ○ 未入力
2) 医師、患者・家族がともに納得できる医療を行うためのインフォームド・コンセントが実施できる。	b	Oa ●b Oc ○ 評価不能 ○ 未入力
3) 守秘義務を果たし、プライバシーへの配慮ができる。	a	●a Ob Oc ○ 評価不能 ○ 未入力

● a=十分できる b=できる, c=要努力(3段階評価) / ? =評価不能

2. チーム医療	b(できる)以上の項目数: 研修医評価 (5/5), 指導医による評価 (5/5)	
	研修医の自己評価	指導医による評価
1) 指導医や専門医に適切なタイミングでコンサルテーションができる。	a	●a Ob Oc ○ 評価不能 ○ 未入力
2) 上級及び同僚医師や他の医療従事者と適切なコミュニケーションがとれる。	a	●a Ob Oc ○ 評価不能 ○ 未入力

アウトカム達成の目標

研修履歴	行動目標	経験目標			コメディカル評価
一覧	I	II-A	II-B-1, 2, 3	II-C	参照

<< 研修履歴 >>

II. 経験目標項目 > A) 経験すべき診察法・検査・手技

1. 医療面接	● a=十分できる, b=できる, c=要努力, ?=評価不能 ● (青字: 研修医自己評価 / 赤字: 指導医評価)																			最高値
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	
1) 医療面接におけるコミュニケーションの持つ意義を理解し、コミュニケーションスキルを身に付け、患者の解釈モデル、受診動機、受療行動を把握できる。	a/a	a/-	a/-	a/a	a/-	a/-	a/-	a/-	a/-	a/-	a/b	a/-	a/a	a/-	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-	a/a
2) 患者の病歴(主訴、現病歴、既往歴、家族歴、生活・職業歴、系統的レビュー)の聴取と記録ができる。	a/a	a/-	a/-	a/a	a/-	a/-	a/-	a/-	a/-	a/-	a/b	a/-	a/a	a/-	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-	a/a
3) 患者・家族への適切な指示、指導ができる。	b/b	b/-	b/-	b/a	b/-	b/-	b/-	b/-	b/-	b/-	b/b	b/-	b/a	b/-	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-	b/a

17

レポートはオンラインで承認可能

レポート提出状況の一覧

研修医氏名	全研修期間	入力期間	参照期間
山脇 正永	2007/04/01 2009/03/31	2007/04/01 無制限 入力期間中	2007/04/01 無制限 参照期間中

[レポートファイルのダウンロード](#)

- 研修医が承認依頼を行い、承認者による承認を行ってください。
- 承認者による承認が行われた場合は、研修医による取り消しは行えません。

レポートの名称	提出状況		承認	取り消し
	研修医	承認者		
1 外科症例レポート	○	山脇 正永		<input type="button" value="削除"/>
2 CPO(臨床病理検討会)レポート(剖検報告)	○	×	<input type="button" value="登録"/>	
頻度の高い症状				
3 不眠	○	山脇 正永		<input type="button" value="削除"/>
4 浮腫	○	山脇 正永		<input type="button" value="削除"/>
5 リンパ節腫脹	○	×	<input type="button" value="登録"/>	
6 発疹	○	×	<input type="button" value="登録"/>	
7 発熱	○	山脇 正永		<input type="button" value="削除"/>
8 頭痛	○	山脇 正永		<input type="button" value="削除"/>
9 めまい	○	山脇 正永		<input type="button" value="削除"/>
10 視力障害、視野狭窄	○	山脇 正永		<input type="button" value="削除"/>

134

18

コメディカルによる研修医評価

Multi-Source Feedback

研修医名 勇明 蒼海
 研修部署 総合内科(内科)
 記入者名 勇明 恭二
 記入年月日 2009/01/07

1 = 問題が多い 2 = やや問題がある 3 = 合格水準にある 4 = 比較的優れている 5 = きわめて優れている

項目	望ましい行動の例	評価記入欄
服装・身だしなみ	いつも清潔で大変好ましい	○5 ○4 ○3 ○2 ○1
挨拶・報告・連絡・相談	いつも適切に行っている	○5 ○4 ○3 ○2 ○1
時間やルールの遵守	いつも正確に守っている	○5 ○4 ○3 ○2 ○1
協調・親切・思いやり	いつも配慮し行動している	○5 ○4 ○3 ○2 ○1
学習意欲・向上心	いつも意欲的に学んでいる	○5 ○4 ○3 ○2 ○1
責任感・リーダーシップ	いつも責任感をもち必要時にリーダーとなっている	○5 ○4 ○3 ○2 ○1
節度・謙虚・慎重・忍耐	いつも適切に行動している	○5 ○4 ○3 ○2 ○1
事務処理・記録	いつも遅滞なく行っている	○5 ○4 ○3 ○2 ○1

※コメントは、全角で500文字まで入力可能です

コメント ※個人が特定できる情報(具体的な患者情報)は絶対に記入しないでください

19

研修記録(抜粋)

◀◀ 研修履歴 ▶▶					
研修期間	研修日数	研修部署	研修科名	医療機関等	担当指導医
A 2006/04/01 2006/06/30	91日	内科	循環器内科	国家公務員共済組合連合会 神奈川第二病院	指導医
B 2006/07/01 2006/08/15	46日	救急部門(麻酔科を含む)	救急科	国家公務員共済組合連合会 神奈川第二病院	指導医
C 2006/08/16 2006/09/30	46日	救急部門(麻酔科を含む)	麻酔科	国家公務員共済組合連合会 神奈川第二病院	指導医
D 2006/10/01 2006/12/31	92日	内科	腎臓内科	国家公務員共済組合連合会 神奈川第二病院	指導医
E 2007/01/01 2007/03/31	90日	外科	外科	国家公務員共済組合連合会 神奈川第二病院	指導医
F 2007/04/01 2007/05/13	43日	精神科	精神科	東京医科歯科大学医学部附 属病院	指導医
G 2007/05/14 2007/06/10	28日	小児科	小児科	東京医科歯科大学医学部附 属病院	指導医
H 2007/06/11 2007/07/08	28日	地域保健・医療	診療所	東京医科歯科大学医学部附 属病院	指導医
I 2007/07/09 2007/08/05	28日	産婦人科	産婦人科	東京医科歯科大学医学部附 属病院	指導医
J 2007/08/06 2007/12/02	119日	選抜科	病理部	東京医科歯科大学医学部附 属病院	指導医
K 2007/12/03 2008/03/30	119日	選抜科	皮膚科	東京医科歯科大学医学部附 属病院	指導医

● レポートの提出						
	0	25	50	75	100	達成率
全項目: 30 / 31	<div style="width: 96.8%;"></div>					96.8%
● レポート専用システムでの評価						
指導医の確認済み項目: / 32	<div style="width: 0%;"></div>					0%
研修医の自己評価項目: / 32	<div style="width: 0%;"></div>					0%
◆ 総計						
	0	25	50	75	100	達成率
指導医の確認あり: 128 / 140 (35+17+88)	<div style="width: 91.4%;"></div>					91.4%
研修医の自己評価: 140 / 140 (35+17+88)	<div style="width: 100%;"></div>					100%

未経験項目リスト・未経験疾患リスト

(指導医の確認が行われていない項目は、未経験項目・未経験疾患扱いとなります)

- 頻度の高い症状 (※は必修項目)
 未経験項目無し
 緊急を要する症状・病態 (※は必修項目)
 未経験項目無し
 経験が求められる疾患・病態

A=入院患者と受け持ち、診断、検査、治療方針について症例レポートを提出
 B=外来診療または受け持ち入院患者(合併症を含む)で自ら経験する

(1) 血液・造血器・リンパ系疾患
[2] 胃腸病
[3] 慢性リンパ腫
(9) 妊娠分娩と生殖系疾患
[1] 妊娠分娩(正常妊娠、流産、早産、正常分娩、産科出血、乳房炎、産褥)
(11) 眼・視覚系疾患
[2] 角膜炎(B)

◀◀ ブロック別研修期間日数 ▶▶

研修ブロック	日数	研修ブロック	日数	研修ブロック	日数
1 内科	183日	4 小児科	28日	7 地域保健・医療	28日
2 外科	90日	5 産婦人科	28日	8 選抜科	238日
3 救急部門(麻酔科を含む)	92日	6 精神科	43日	9 その他	0日

135

70

全ての研修医の研修管理



21

指導体制評価(研修医による)

【指導評価集計】(環境評価集計)

指導評価項目 (A:満足 B:どちらかといえば満足 C:どちらかといえば不満 D:不満)	A	B	C	D	未
1) 医療面接・基本手技の指導	(14名)	(6名)	(2名)		(7名)
2) 考え方の指導	(16名)	(6名)			(7名)
3) 研修意欲の高め方* (*やる気を出させた、自分の指導に責任を持ったなど)	(17名)	(4名)	(1名)		(7名)
4) 研修医の状況への配慮	(15名)	(4名)	(2名)	(1名)	(7名)
5) 指導を受けた医療の水準* (*診断・治療の水準)	(20名)	(2名)			(7名)
6) 安全管理の指導	(14名)	(6名)	(2名)		(7名)
7) 患者・家族に対する態度の指導	(18名)	(3名)	(1名)		(7名)
8) コメディカルに対する態度の指導	(16名)	(5名)	(1名)		(7名)
総合評価	(18名) 136	(3名)	(1名)		(7名)

22

フリーコメントも自動集積

この他、意見があれば下の欄に記述して下さい

<p>特に良いと思われる点 (全角1000文字以内)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・診療チームの一員として信頼されていると強く感じられ、疾病や治療方針に対する研修医の考えや疑問に対し丁寧な対応をしていただき、とても勉強になった。 また特に重症の患者が多い時期があり、2ヶ月で4人を看取ることとなったが、ひとつひとつの死に際して医師が何ができるか(できたか)/何をすべきかにつき、baseとすべき考え方を提示して頂けたように思う。 ・ディスカッションをする場が多く、グループの上級医をはじめ、あらゆる先生から直接指導を受けさせていただけたことが、とても勉強になりました。出来の悪い研修医でしたが、厳しくも可愛がっていただき、充実した研修期間を送ることができました。循環器内科での研修がなければ、心電図をはじめと未だに身につけられていなかったことが多かったように思います。 ・豊富なカテーテル症例が経験でき大変勉強になったこと。 ・平日、休日ともにチームの先生はもちろん、それ以外の様々な先生方にもたくさん質問・相談させていただきました。どの先生も非常に親切に教えてくださって、勉強になりました。 ・指導が充実している。 患者さんのために土日を問わず睡眠をけずり全力をそそぐ先生たちの姿が心に響く。 ・先生方のやる気があふれていて、指導も非常に親切でとても勉強になりました！！とても感謝しています。 ・チーム制で、オーベン、チューベンが固定されているのがすごく良かった。また他チームのオーベンともコミュニケーションがとりやすく、良かったと思う。手技もたくさん指導して貰えたと思う。 カンファレンスもかなり教育的だったので、参加が苦ではなかったのも良かったと思う。 毎日チームカンファがあるのも、方針を確認できてよかったと思う。 ・非常にやりやすい環境で、診療参加の配慮もなされていてよかった
<p>改善して欲しい点 (全角1000文字以内)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・特になし ・特にありません。本当にいい研修をさせていただきました。ありがとうございました。 ・研修医内で症例数にばらつきがあり、私のチームには予定入院が後半の1ヶ月に2人しか入らなかったこと。(逆に、その分時間に余裕があって、他の研修医の興味深い患者さんのカテーテルを見学したり、日直の先生の呼ばれた他科の患者さんを見に行ったりと、いい点もありました) ・ローテート人数を増やしてほしい！！ 緊急入院が多いと体力的に限界です。 ・なし

リアルタイムに集計結果がでる 2008年11月現在の ○○大学の研修医の状況

【環境評価集計：診療科別】

診療科： 救急部門(麻酔科を含む) : 救急部 施設別の集計を表示

福利厚生									
1) 休暇・休養	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">B (16名)</td> <td style="text-align: center;">C (8名)</td> <td style="text-align: center;">未 (18)</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="font-size: small;">A:満足 B:許容範囲内 C:不満 D:評価不能</td> </tr> </table>	B (16名)	C (8名)	未 (18)	A:満足 B:許容範囲内 C:不満 D:評価不能				
B (16名)	C (8名)	未 (18)							
A:満足 B:許容範囲内 C:不満 D:評価不能									
研修内容									
2) 経験症例数	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">A (21名)</td> <td style="text-align: center;">B (1名)</td> <td style="text-align: center;">C (2名)</td> <td style="text-align: center;">未 (18)</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="font-size: small;">A:適切 B:多すぎる C:少なすぎる D:評価不能</td> </tr> </table>	A (21名)	B (1名)	C (2名)	未 (18)	A:適切 B:多すぎる C:少なすぎる D:評価不能			
A (21名)	B (1名)	C (2名)	未 (18)						
A:適切 B:多すぎる C:少なすぎる D:評価不能									

充実しているが休養に不満も

【環境評価集計：診療科別】

診療科： 救急部門(麻酔科を含む) : 麻酔科 施設別の集計を表示

福利厚生							
1) 休暇・休養	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">A (18名)</td> <td style="text-align: center;">B (4名)</td> <td style="text-align: center;">未 (21)</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="font-size: small;">A:満足 B:許容範囲内 C:不満 D:評価不能</td> </tr> </table>	A (18名)	B (4名)	未 (21)	A:満足 B:許容範囲内 C:不満 D:評価不能		
A (18名)	B (4名)	未 (21)					
A:満足 B:許容範囲内 C:不満 D:評価不能							
研修内容							
2) 経験症例数	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">A (13/0名)</td> <td style="text-align: center;">C (12名)</td> <td style="text-align: center;">未 (21)</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="font-size: small;">A:適切 B:多すぎる C:少なすぎる D:評価不能</td> </tr> </table>	A (13/0名)	C (12名)	未 (21)	A:適切 B:多すぎる C:少なすぎる D:評価不能		
A (13/0名)	C (12名)	未 (21)					
A:適切 B:多すぎる C:少なすぎる D:評価不能							

休養はとれるが内容に不満も

病院ごとの環境評価(研修医による)

【環境評価(施設別)集計】

福利厚生				
1) 食事	A (4名)	B (1名)	C (1名)	未 (4)
A: 満足 B: 許容範囲内 C: 不満 D: 評価不能				
2) 宿舎	A (6名)			未 (4)
A: 満足 B: 許容範囲内 C: 不満 D: 評価不能				
設備				
3) 机・ロッカー	A (4名)	B (1名)	C (1名)	未 (4)
A: 満足 B: 許容範囲内 C: 不満 D: 評価不能				
4) 宿直室	A (3名)	B (1名)	C (1名)	D (1名)
A: 満足 B: 許容範囲内 C: 不満 D: 評価不能				
5) 図書・「医療情報検索の設備状況(インターネットなど)」	A (2名)	B (1名)	C (3名)	未 (4)
A: 満足 B: 許容範囲内 C: 不満 D: 評価不能				
6) 技術研修用設備	A (2名)	B (2名)	C (2名)	未 (4)
A: 満足 B: 許容範囲内 C: 不満 D: 評価不能				

25

プログラム評価(研修医による)

Q1:						
新たに臨床研修を受ける人に対してあなたはこのプログラムでの研修を勧めますか。	<table border="1"> <tr> <td>A (18名)</td> <td>B (42名)</td> <td>C (8名)</td> <td>D (4名)</td> <td>未 (39名)</td> </tr> </table> <p>A: 勧められる B: おおむね勧められる C: あまり勧められない D: 勧められない</p>	A (18名)	B (42名)	C (8名)	D (4名)	未 (39名)
A (18名)	B (42名)	C (8名)	D (4名)	未 (39名)		
Q2: 次の項目について、コメントしてください。	<p>1. プログラムの問題ではありませんが、CPCに出席しているのが当該科の医師に限られることが多かったのが残念です。</p> <p>2. 大学病院の看護師がカンファカリしていて医師の業務に非協力的な面。大学病院の夜間のオーダーした薬剤を医師が取りに行くのはおかしい。患者急病時にもっと看護師に協力してほしい。大学病院の書類の多さ。特に東京医科歯科大学病院のシステムの古さは全国最低レベルだと思う。</p> <p>3. 大学病院の研修にいいことだが、余計な書類仕事が多い。簡単な点滴オーダーもまともに入られず煩雑である。症例が少なく傷っている。</p> <p>4. 点でもっと大学での研修は短くてよいと思う。選択希望科もしくは内科・外科一方のみ半年など。</p> <p>5. 研修医の個性や意志を尊重して科の選択をできるようにしたほうがいい。外科選択では全く選択権を与えられなかった。大学では勤務時間外労働が月平均50時間以上と多く、研修医の負担を考えるとほしかった。給料は東京の家賃を考えると22万程度ではかたつた。</p> <p>6. 特になし。</p> <p>7. 麻酔科1.5ヶ月は短すぎると思いました。</p> <p>8. 選択期間の希望のとり方をもう少し工夫していただきたい。科目だけでなく、回る順番の希望もあっていただきたい。また、5ヶ月目、9ヶ月目で、選択科の変更の希望を受け付けていただきたい。</p> <p>9. EPOCで評価をしているが、意味がないと思う。</p> <p>10. *各レポートを提出した(は)いが、現時点でどのレポートを提出しているか確認する方法がわからない。</p> <p>11. *自分は希望する科を概ねまわったが、そうでない者も多く、特に外科研修において希望がかなうようになると思いのでは</p> <p>12. 2年間大学の給料では生活できない。住居手当がないので病院に近い部屋を借りると給料の半分は家賃になってしまい、少し離れると交通費が負担になる。</p> <p>13. 全く飲み会もいらず、食事もコンビニ生活。無駄なものを一切買わない状態だった内科ローテーションの時期ですら、終電を逃すことが多かったのでタクシー代がかさんで、親の仕送りがないと本も買えなかった。</p> <p>14. 当直手当すら出ない。生活を2年続けるのは、精神的にも経済的にも困難だった。</p> <p>15. 後輩には1年は外病院で貯金をするように勧めている。</p> <p>16. 大学だけの給料では転居の際に敷金、礼金を払うことすら出来ない。</p> <p>17. 11. 福利厚生が充実していない。</p> <p>18. 12. 説明会、書類の提出等が多く、しかも直前に言われるのでわすれてしまうことが多い。</p> <p>19. 市中病院に配属されて感じたのは大学のコンディショナルはやはり動きが鈍い。互いに新人であるのかもしれないと思うが...</p> <p>20. 大学では回る部署・期間にかなり前後があると思われる。(大人数だからしょうがないとは思いますが)</p> <p>21. 13. EPOC制度について認識が薄く、指導医(特に外科系)もいるため、入力を何度もお願しなければならぬ状態もあった。</p> <p>22. 必須レポートの形式(サマリーformat、指導医サインの有無)、提出方法などについて、医科歯科のほうが全くアナウンスがなかった。</p>					

26

今後の展望

EPOC ver 1.0

ログブック(データベース)

EPOC ver2.0

ポートフォリオ



1. 研修医評価
 - ・自己評価
 - ・指導医による評価
 - ・レポート
2. 指導体制評価
3. 環境評価
4. プログラム評価

1. 研修医個人別データ収集機能(研修医評価)
2. プログラム別データ収集機能(プログラム評価)
3. 全国データ収集機能(制度評価)

29

要約

- 負担増は最小限に
 - 国際標準に則った
 - 予算も最低限の
- 評価方法を確立する



EPOC ver2.0を

- 研修医個人の評価
- プログラム評価
- 制度評価

の研修ポートフォリオとして活用する

活用の基準を国が定め、社会に研修の質を保証する

平成21年度厚生労働科学特別研究

初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究

第4回研究会議

平成22年2月15日(月)

15:00-17:00

厚生労働省専用第12会議室

平成21年度厚生労働科学特別研究

「初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究」

第4回研究会議

日時：平成22年2月15日(月)15時00分～17時00分

場所：厚生労働省5階 専用第12会議室

議事次第

1. 議事経過確認：第3回議事録の確認等（桐野主任研究者）： 10分
2. 情報提供
 - ・ 医道審議会医師分科会医師臨床研修部会（平成22年2月3日）の報告
（発表者：田原克志医師臨床研修推進室長） 10分
 - ・ 「医師の初期臨床研修到達目標達成度評価に関する研究」（齋藤宣彦班）
で行っているアンケート調査の進捗状況
（発表者：前日本医学教育学会会長 齋藤宣彦教授） 10分
 - ・ 医師臨床研修制度の評価・改善等に関連した情報収集・伝達網（事務局） 5分
3. 報告書とりまとめの方針についての討議（主任研究者）： 80分
4. 今後のスケジュールおよび平成22年度の予定等（主任研究者、推進室長） 5分

目次

- 資料1. 研究者名簿
- 資料2. 第4回研究会議座席表
- 資料3. 第3回研究会議議事録
- 資料4. 医道審議会医師分科会医師臨床研修部会（平成22年2月3日）資料
- 資料5. 「医師の初期臨床研修到達目標達成度評価に関する研究」
（齋藤宣彦主任研究者：アンケート調査質問票、中間集計等）
- 資料6. 臨床研修を行う病院と研究会議・推進室との間の情報交換システム
- 資料7. 山下分担研究者からのご提案
- 資料8. 第150回国会参議院国民福祉委員会附帯決議
- 資料9. 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（抄）
- 資料10. 取りまとめ方針（案）
- 資料11. 今後の研究会議日程、平成22年度の体制等