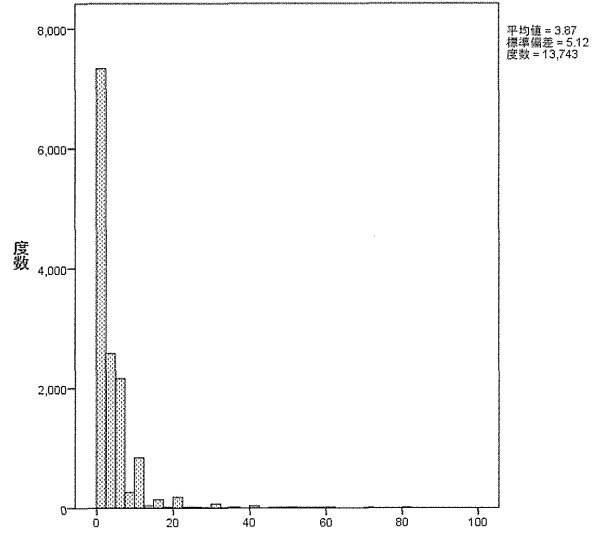
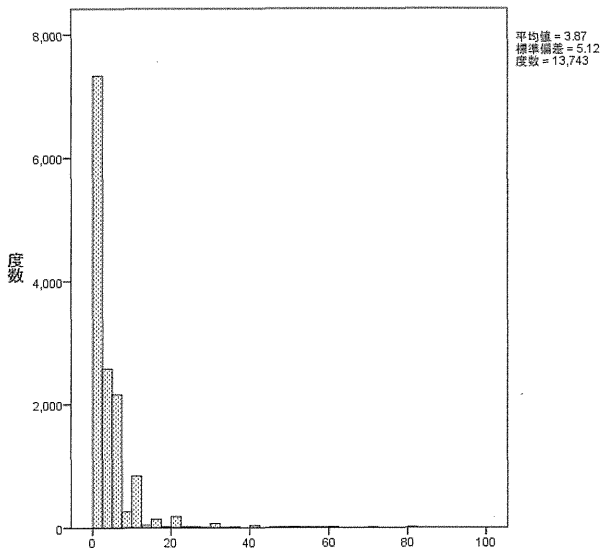


研修医と共に指導にあたる時間



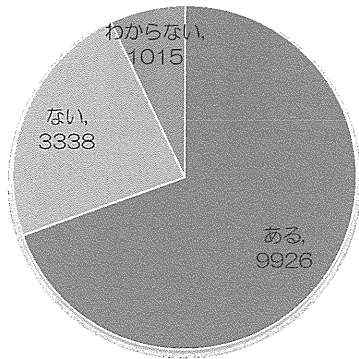
指導専念時間



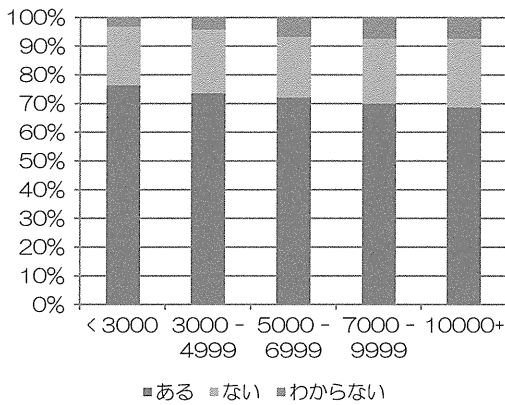
指導の準備時間

5) 研修医指導に関わる際の疑問・戸惑い、満足度

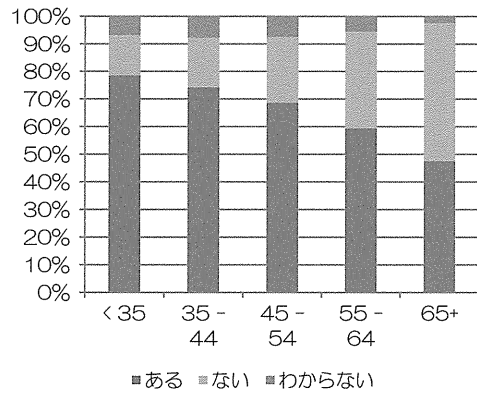
① 研修医指導にあたり、疑問や戸惑いを感じるか(n=14279)



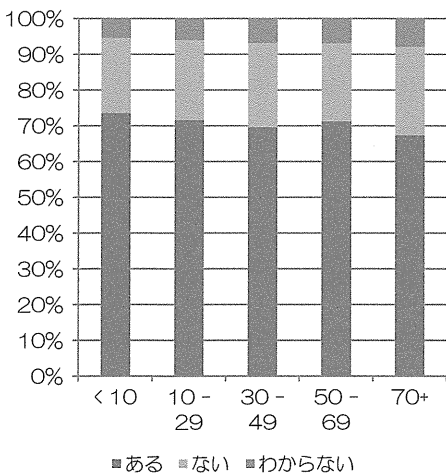
(ア) 年間入院患者数別の回答割合



(イ) 回答者の年齢別回答割合



(ウ) 所属病院の指導医数別回答割合



(エ) 研修医指導にあたっている期間別回答割合

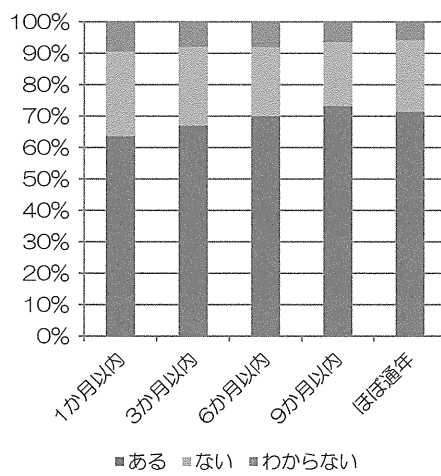
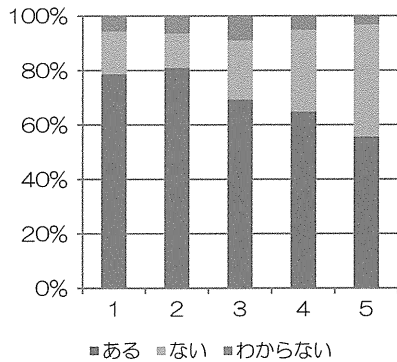


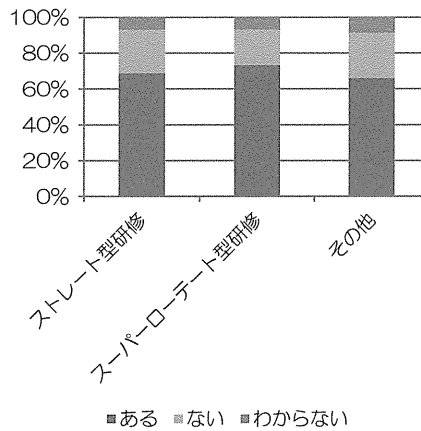
図 2-18

(オ) 指導にかかわる満足度別回答割合

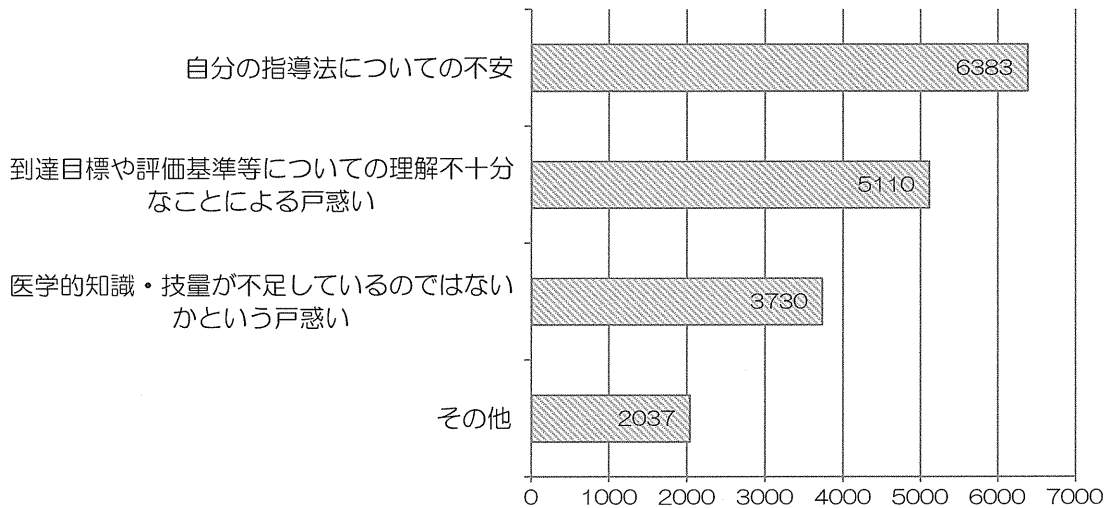
(1満足していない→5大変満足している)



(カ) 受けた研修別の回答割合



② あると回答した者の不安や戸惑いについて(n=17,260、複数回答可)



(ア) 年齢による不安・戸惑いの割合

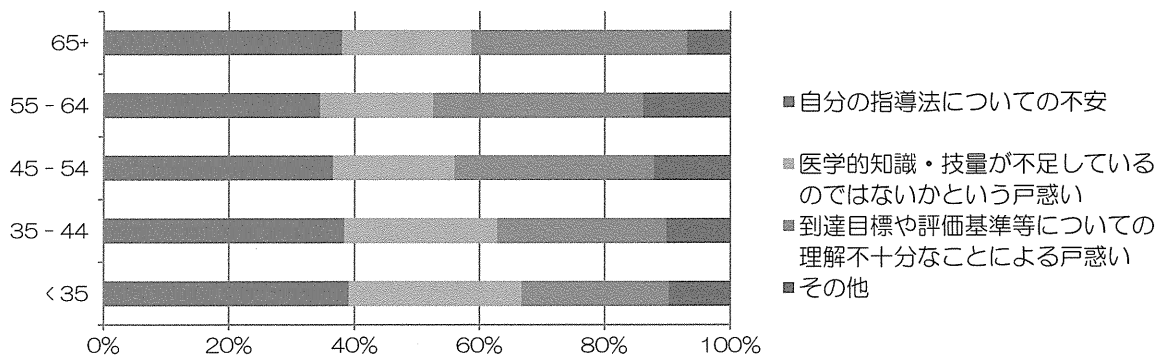
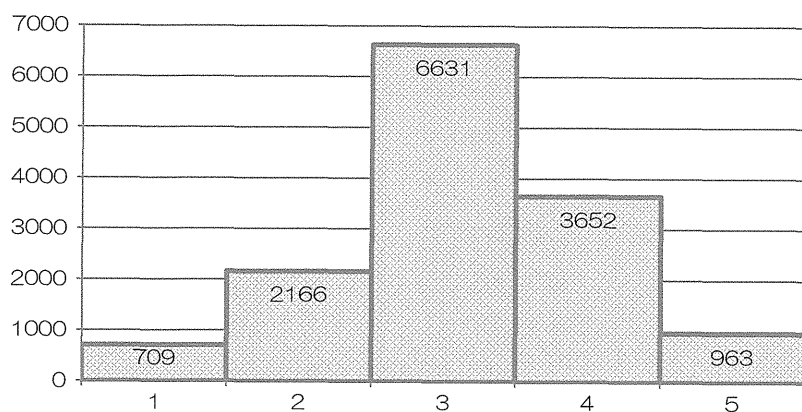
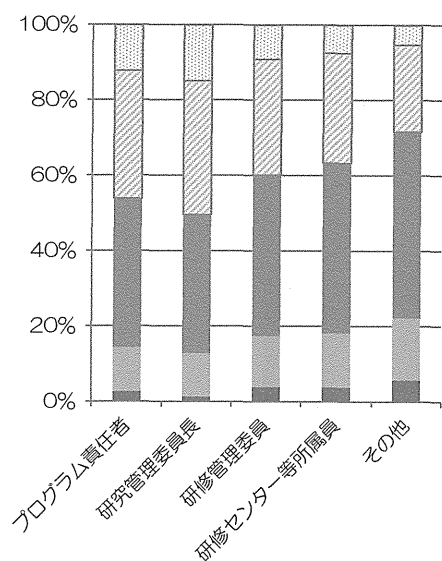


図 2-19

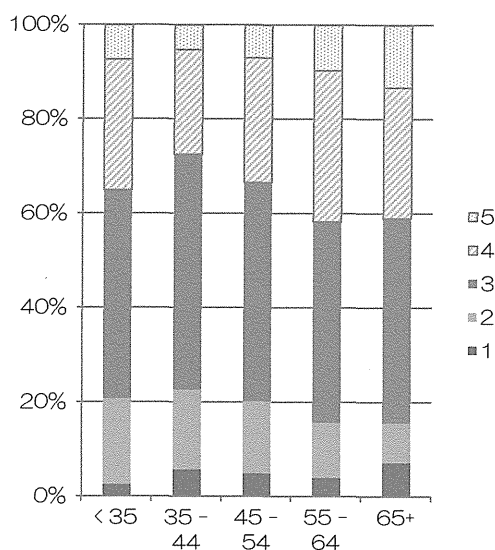
③ 研修指導にかかわる満足度（1満足していない→5大変満足している）



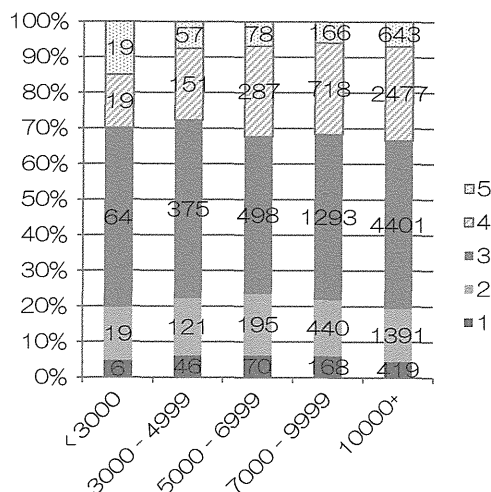
(ア) 院内体制での役割別の満足度



(イ) 回答者年齢別の満足度



(ウ) 所属病院年間入院患者数別満足度



(エ) 受けた研修別満足度 (Kruskal-Wallis検定にて p=0.049)

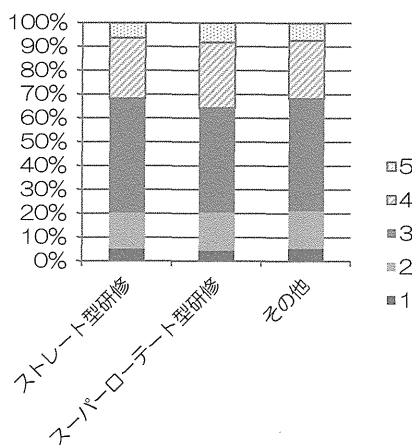
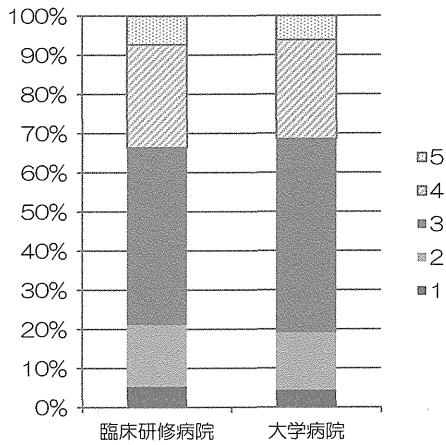
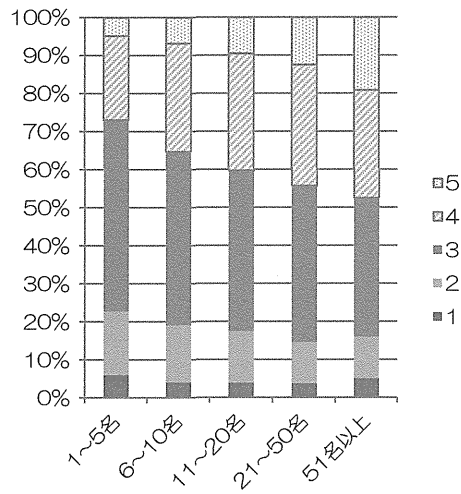


図 2-20

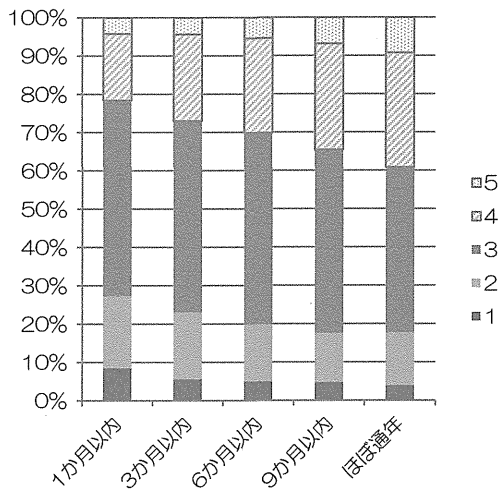
(オ) 病院の種類満足度 (Mann-Whitney検定にて $p=0.204$)



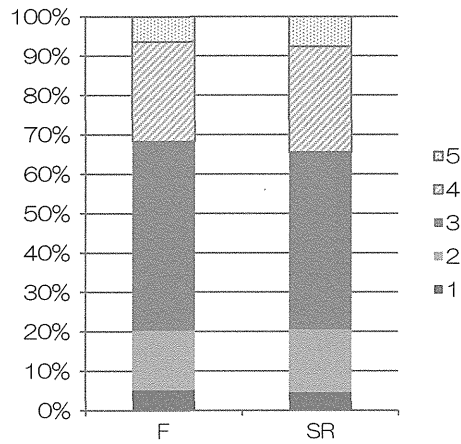
(カ) 一年間に指導した研修医数別満足度



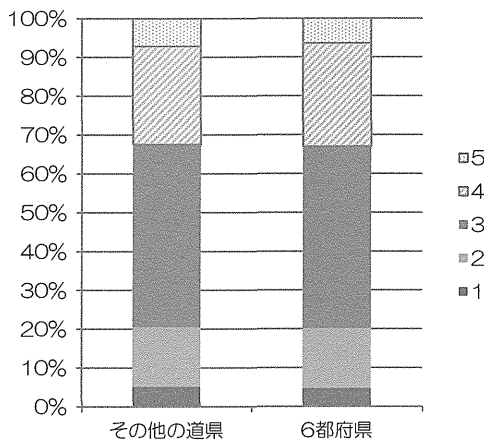
(キ) 一年間に指導に携わった期間別満足度



(ク) 所属病院のプログラム種類満足度 (Mann-Whitney検定にて $p=0.01$)



(ケ) 都道府県別満足度 (Mann-Whitney検定にて $p=0.578$)



(コ) 年間救急取扱い研修別満足度 (Kruskal-Wallis検定にて $p=0.06$)

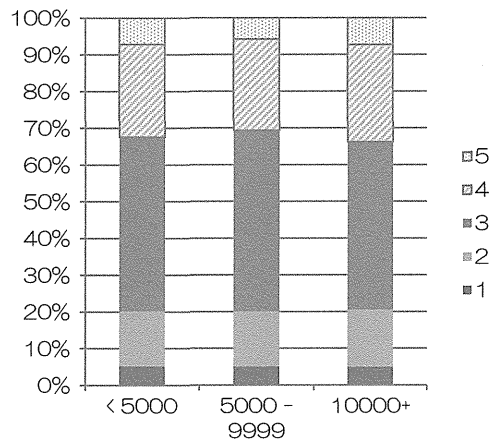
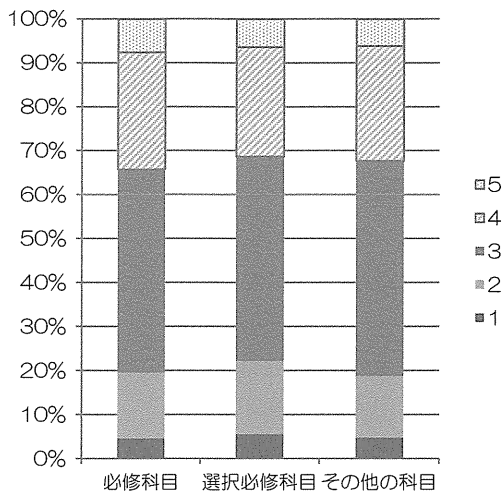


図 2-21

(サ) 専門科目別の満足度(Kruskal-Wallis検定にてp=0.002)



(シ) 研修指導に関わることへの満足度が高い(4、または5と回答したもの) 場合を1とする従属変数とし、各カテゴリ変数にて多変量二項ロジスティック分析を実施した。また指導に関する疑問や戸惑いを感じたことがある場合を1として同様に分析した。

	満足度					疑問・戸惑い				
	オッズ比	オッズ比の95%信頼区間		有意確率	p<0.05	オッズ比	オッズ比の95%信頼区間		有意確率	p<0.05
		下限	上限				下限	上限		
年間入院患者数 5 分割*1	1.048	.985	1.116	.141		.914	.857	.975	.006	○
総病床数 5 分割*2	.957	.909	1.008	.096		.992	.942	1.044	.754	
救急件数 3 分割*3	1.007	.944	1.075	.822		1.028	.963	1.096	.410	
指導医数 5 分割*4	1.001	.953	1.052	.960		.971	.923	1.022	.257	
人口 10 万対医師数 5 分割*5	.997	.972	1.022	.814		1.003	.978	1.030	.798	
年齢 5 分割*6	1.298	1.236	1.364	.000	○	.682	.648	.717	.000	○
大学病院	.997	.883	1.126	.966		.835	.739	.944	.004	○
プログラム種別 SR	1.064	.977	1.159	.155		1.012	.927	1.104	.792	
6 都府県	.960	.885	1.041	.321		.896	.826	.972	.008	○
SR 研修受けた	1.124	1.022	1.236	.016	○	1.128	1.022	1.246	.017	○
指導した研修医数*7	1.193	1.143	1.245	.000	○	1.053	1.008	1.101	.022	○
指導にあたった期間*8	1.145	1.112	1.179	.000	○	1.065	1.035	1.096	.000	○

満足度に関しては、有意差がある変数のうち、オッズ比が1以上の年齢、指導した研修医数、指導にあたった期間についてはカテゴリが上がるにつれ満足と考える傾向を示している。SR研修を受けた指導医の方が満足度は高いといえる。

疑問・戸惑いに関しては、有意差がある変数のうち、オッズ比が1未満のもの(年間入院患者数、年齢)はカテゴリが上がるにつれ、疑問・戸惑いが少なくなる傾向を示している。大学病院や6都府県の指導医の方が疑問・戸惑いが少ないともいえる。オッズ比が1以上となっている指導した研修医数や指導にあたった期間については

図 2-22

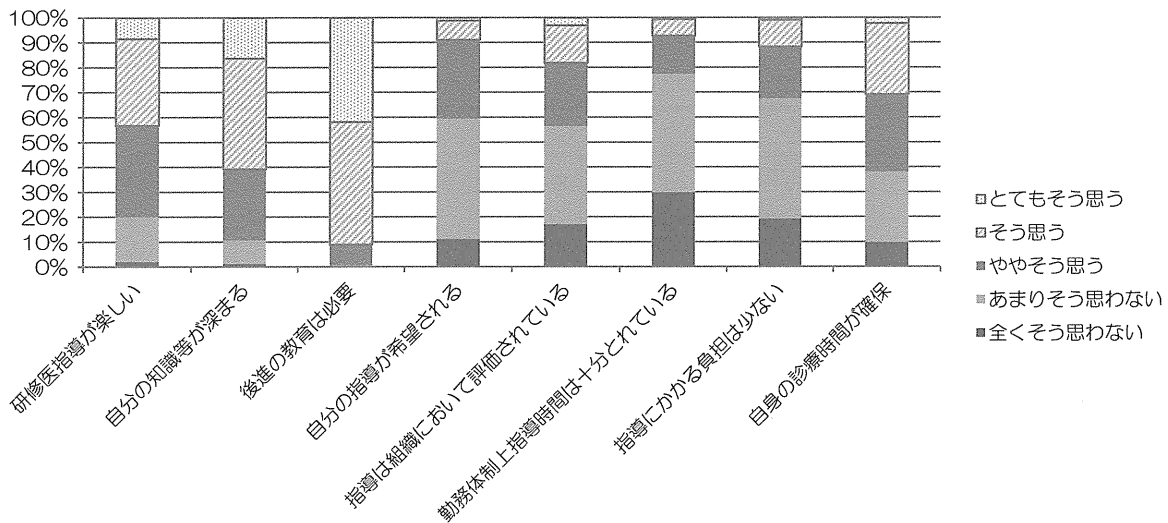
カテゴリが上がるにつれ疑問・戸惑いを感じるものが微増する傾向を示している。またSR研修を受けた指導医は疑問・戸惑いが多い結果となっている。

説明変数のカテゴリわけは様々であるので、示されたオッズ比同士の単純比較はできない。

- *1 年間新規入院患者数を～3000人、～5000人、～7000人、～10000人、それ以上に分割した。
- *2 総病床数を～300床、～500床、～700床、～900床、それ以上に分割した。
- *3 年間救急取扱い件数を～5000件、～10000件、それ以上に分割した。
- *4 指導医数を～10名、～30名、～50名、～70名、それ以上に分割した。
- *5 2次医療圏別人口10万対診療従事医師数を、～190、～221、～250、～280、それ以上に分割した。
- *6 回答者の年齢を～35歳、～45歳、～55歳、～65歳、それ以上に分割した。
- *7 最近一年間に指導した研修医数を～5名、～10名、～20名、～50名、それ以上にて回答したもの。
- *8 研修医指導に当たる年間の期間を～1か月、～3か月、～6か月、～9か月以内と、ほぼ通年で回答したもの。

(上記の項目は以下の二項ロジスティック分析でも同様である。)

④ 研修指導に関する考え、状況(n=13260～13400)



(ア) 8つの質問に対し、因子分析(最尤法、プロマックス法にて因子を回転)を実施した。固有値が1以上となる因子まで求めた。第1因子は指導自体が楽しい、また教育は必要、自身の知識等が深まる、自分の指導が希望されているなど指導に対する前向きなモチベーションに関係する因子と考えられた。第2因子は勤務体制上指導時間や診療時間が確保されていることや、指導にかかる負担が少ないなど指導にかかる環境面の状況に関する因子と考えられた。

	因子	
	1	2
研修医指導が楽しい	.815	-.004
自分の知識等が深まる	.480	.011
後進の教育は必要	.551	-.075
自分の指導が希望される	.485	.058
指導は組織において評価されている	.233	.299
勤務体制上指導時間は十分とれている	.015	.732
指導にかかる負担は少ない	-.008	.595
自身の診療時間が確保	-.062	.673
因子間相関	.390	

(イ) 自身が専門とする診療科ごとに、考え・状況に寄与する因子が変化するかを必修科目、選択必修科目、およびその他の科目にわけ、因子分析(最尤法、プロマックス法にて因子を回転)を実施した。固有値が1以上

図 2-23

となる因子まで求めた。

必修科目には内科、救急科、総合診療、および地域医療を、選択必修科目には外科、小児科、精神科、産婦人科、および麻酔科を、その他の科目には皮膚科、泌尿器科、脳神経外科、整形外科、形成外科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、病理・病理診断科、臨床検査科、基礎医学、およびその他を専門とすると回答したものを含む。

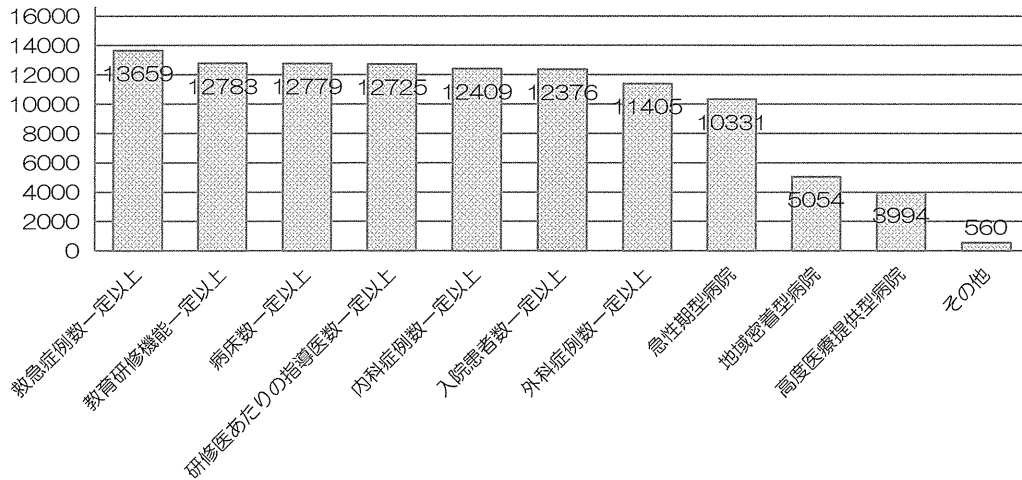
必修科目、選択必修科目で抽出された因子は全体のものと同様の傾向が認められたが、その他の科目では、環境面の状況に関係する共通因子が、次いで指導に対するモチベーションに関する因子が描出され、指導にかかる時間、負担と自身の診療業務とのバランスが必修、選択必修科目とは異なり、指導の負担が少ないことが推測される。

	必修科目		選択必修科目		その他の科目	
	因子		因子		因子	
	1	2	1	2	1	2
研修医指導が楽しい	.835	-.018	.811	.013	-.004	.796
自分の知識等が深まる	.497	.040	.469	-.004	.005	.450
後進の教育は必要	.568	-.069	.542	-.088	-.066	.538
自分の指導が希望される	.525	.046	.464	.061	.091	.427
指導は組織において評価されている	.236	.322	.244	.277	.311	.192
勤務体制上指導時間は十分とれている	.006	.755	-.005	.740	.717	.022
指導にかかる負担は少ない	-.001	.583	.003	.594	.608	-.020
自身の診療時間が確保	-.059	.680	-.054	.662	.663	-.056
因子間相関		.389		.393		.390

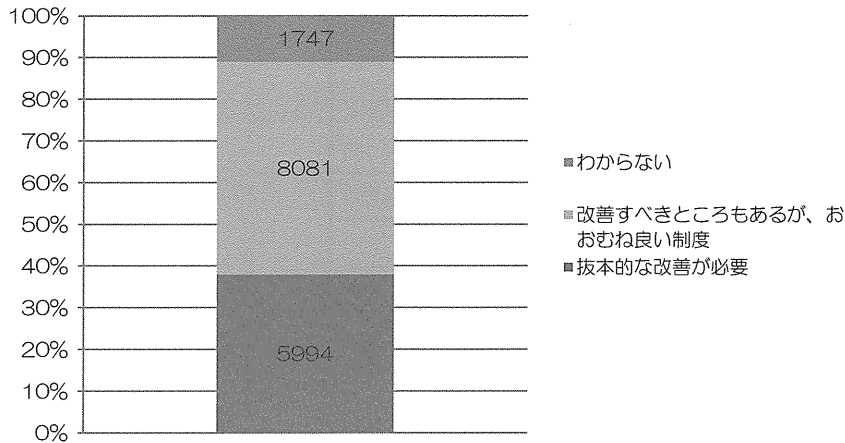
図 2-24

6) 臨床研修制度について

① 臨床研修を行うのに適した環境として必要だと思う条件(n=108,075、重複回答可)



② 自身の経験を踏まえて現在の臨床研修制度をどう思うか(n=15822)



③ 現在の研修制度についての考え方別、臨床研修に必要な環境

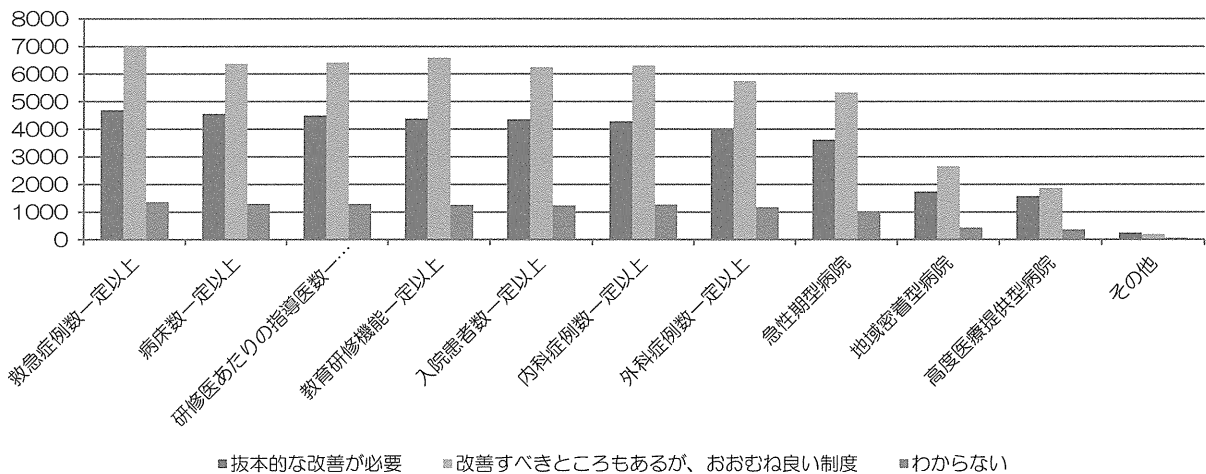


図 2-25

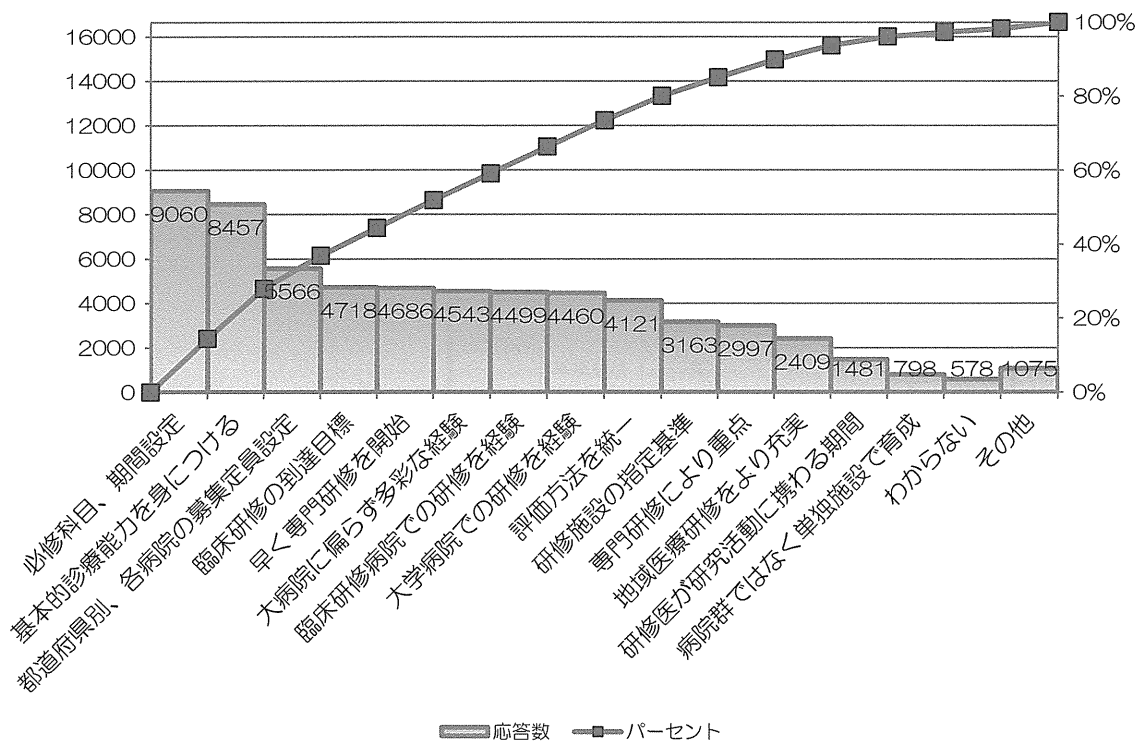
④ 現在の臨床研修制度について抜本的改善が必要と考える場合を従属変数として多変量二項ロジスティック分析を実施した。

有意差があったもののうち、オッズ比が1以上の病院の指導医数についてはカテゴリが上がるにつれ抜本的改善が必要と考える傾向にあることを示し、大学病院の指導医は抜本的改善が必要と考えていることを示している。オッズ比が1未満の救急取扱い件数や指導した研修医数についてはカテゴリが上がるにつれ、抜本的改善が必要と考える傾向が減ることを示している。病院がSR型を採用している、もしくは自身がSR研修を受けた指導医についても抜本的改善が必要と考えるものは有意に少ないことを示している。

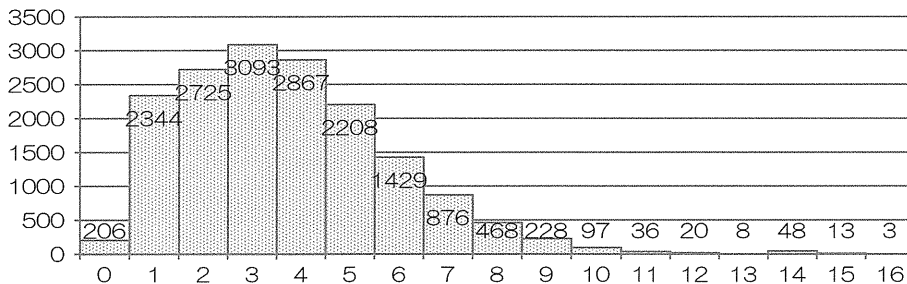
	抜本的改善が必要				
	オッズ比	オッズ比の95%信頼区間		有意確率	p<0.05
		下限	上限		
年間入院患者数5分割	.962	.902	1.026	.238	
総病床数5分割	1.007	.956	1.061	.789	
救急取扱い件数3分割	.887	.831	.946	.000	○
指導医数5分割	1.072	1.018	1.129	.009	○
人口10万対医師数5分割	.995	.970	1.022	.727	
年齢5分割	.994	.945	1.045	.808	
大学病院	1.751	1.546	1.984	.000	○
プログラム種別SR	.891	.815	.973	.010	○
6都府県	.936	.862	1.017	.119	
SR研修を受けた	.698	.630	.772	.000	○
指導した研修医数	.895	.855	.938	.000	○
指導にあたった期間	1.029	.939	1.128	.543	

図 2-26

⑤ どのような改善が必要か（複数回答可、n=62,611）



(ア) 回答者の回答選択肢数



(イ) 病院の種別累積回答者数

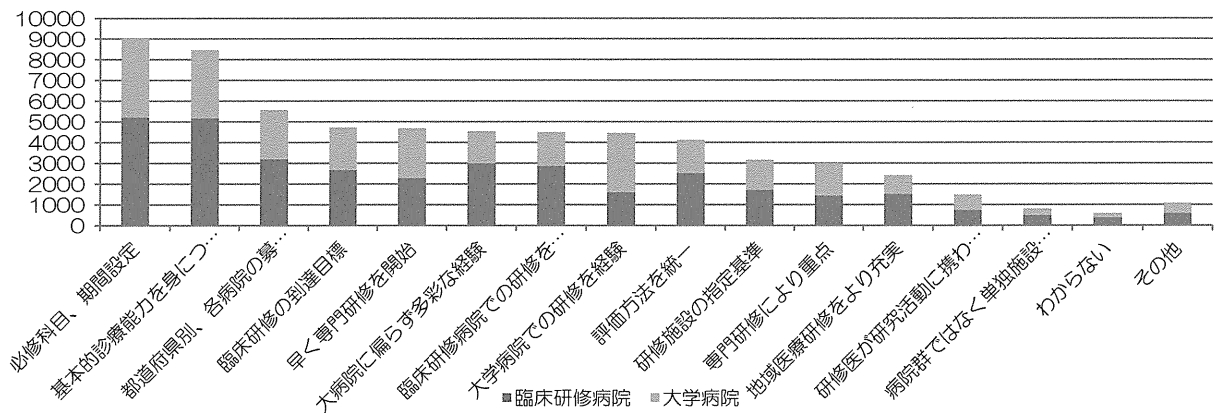


図 2-27

(ウ) どのような改善が必要かの選択肢のうち、15.わからない、16.その他を除く14項目につき因子分析（最尤法、プロマックス法にて因子を回転）を実施した。固有値が1以上となる因子まで求めた。

第1因子は専門研修を重視し、早く専門研修を開始すべきと考える因子、第2因子は大病院に偏らず、地域医療研修などにより基本的診療能力を研修病院の中で身につけることに重きを置く因子、第3因子は研修制度のルール（到達目標、必修科目、期間、評価等）を改善すべきとする因子、第4因子は国全体としての臨床研修病院のありかた（指定基準、募集定員）について改善が必要と考える因子と考えられた。

因子分析				
	因子			
	1	2	3	4
基本的診療能力を身につける	-.144	.367	.186	-.080
専門研修により重点	.656	.013	.058	-.054
臨床研修の到達目標	.052	-.055	.648	-.036
必修科目、期間設定	.102	-.004	.365	.044
早く専門研修を開始	.689	-.024	.021	-.020
研修医が研究活動に携わる期間	.214	.131	.032	.100
地域医療研修をより充実	.061	.485	-.061	.058
評価方法を統一	-.089	.072	.373	.072
大学病院での研修を経験	.235	.018	-.080	.262
臨床研修病院での研修を経験	.043	.366	-.011	.133
大病院に偏らず多彩な経験	.013	.574	-.031	-.074
病院群ではなく単独施設で育成	.106	.056	.036	.196
研修施設の指定基準	-.039	-.068	.147	.498
都道府県別、各病院の募集定員設定	-.046	.029	-.047	.461

因子相関行列

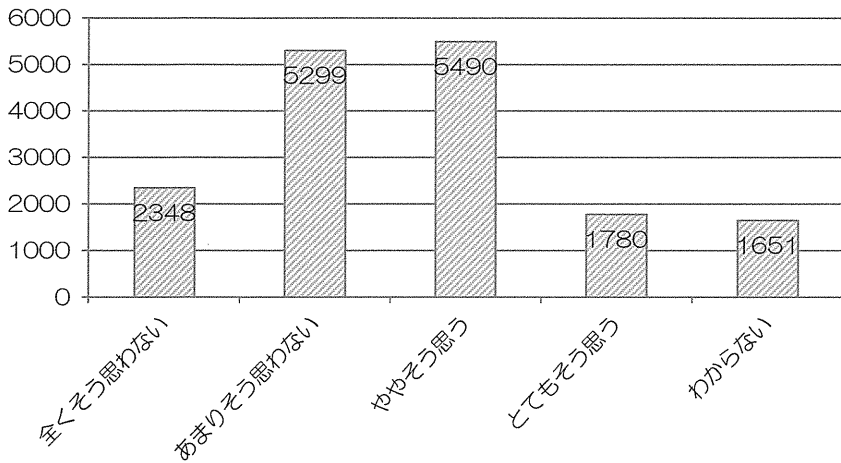
因子	1	2	3	4
1	1.000	-.240	-.060	.164
2	-.240	1.000	.461	.316
3	-.060	.461	1.000	.458
4	.164	.316	.458	1.000

(工) 抜本的な改善が必要と考える場合を1とする従属変数としてどのような改善が必要と考えるかについて多変量二項ロジスティック分析を実施。有意差がみられる変数のうちオッズ比が高い項目ほど、抜本的な改善が必要と考える回答者が選択している。

	オッズ比	オッズ比の 95% 信頼区間		有意確率	P<0.05
		下限	上限		
基本的診療能力を身につける	.804	.747	.866	.000	○
専門研修により重点	1.820	1.653	2.005	.000	○
臨床研修の到達目標	1.463	1.349	1.586	.000	○
必修科目、期間設定	1.395	1.298	1.499	.000	○
早く専門研修を開始	1.859	1.711	2.019	.000	○
研修医が研究活動に携わる期間	.858	.757	.971	.015	○
地域医療研修をより充実	.935	.841	1.039	.210	
評価方法を統一	.725	.665	.791	.000	○
大学病院での研修を経験	1.573	1.453	1.703	.000	○
臨床研修病院での研修を経験	.610	.561	.663	.000	○
大病院に偏らず多彩な経験	.760	.699	.826	.000	○
病院群ではなく単独施設で育成	.994	.845	1.169	.943	
研修施設の指定基準	1.529	1.396	1.674	.000	○
都道府県別、各病院の募集定員設定	1.385	1.286	1.493	.000	○

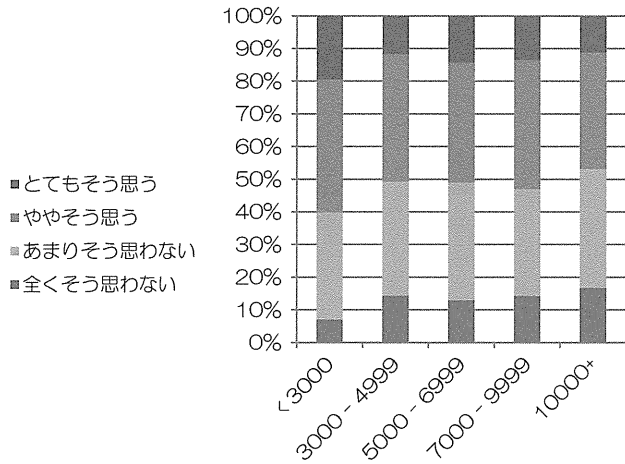
図 2-29

⑥ 研修制度導入により初期研修修了した医師の総合的な診療能力は導入以前より高くなったか(n=16570)

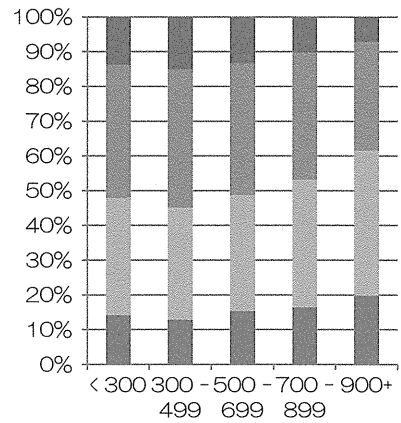


わからないと回答したものを除き、カテゴリ別の評価を検討

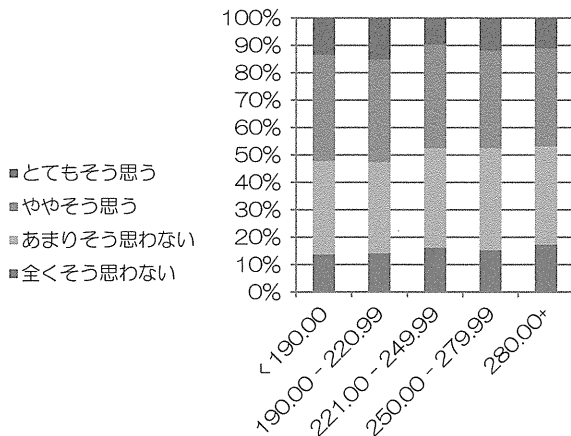
(ア) 所属病院の年間入院患者数別



(イ) 所属病院の総病床数別



(ウ) 所属病院二次医療圏の人口10万対医師数別



(エ) 所属病院の救急件数別

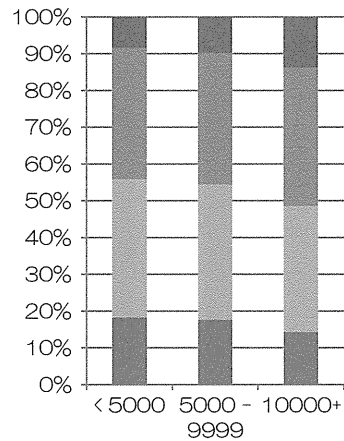
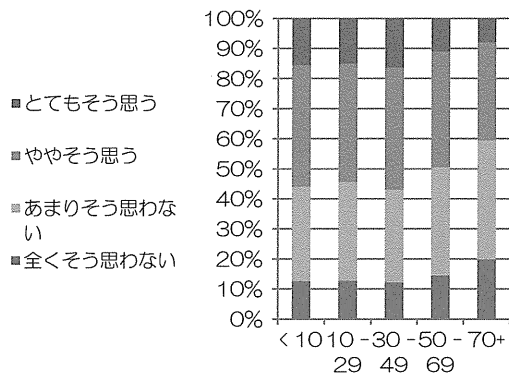
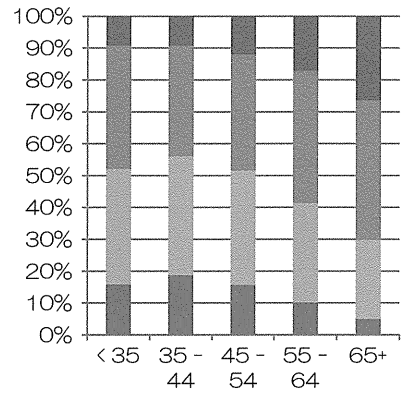


図 2-30

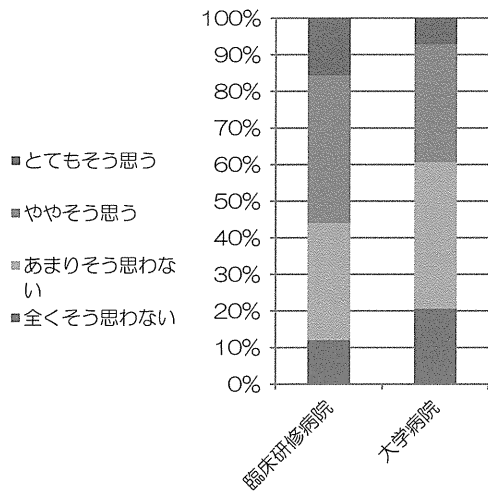
(オ) 所属病院の指導医数別



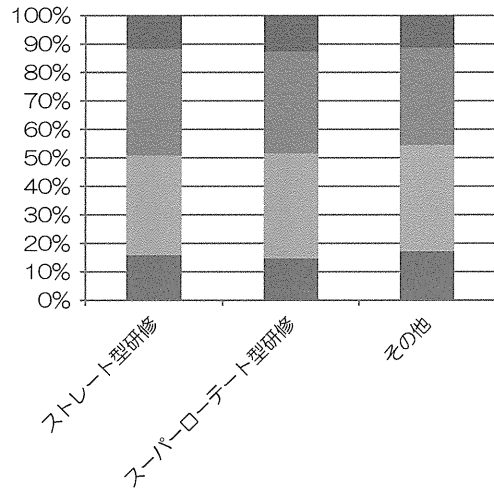
(カ) 回答者の年齢別



(キ) 研修病院の種別



(ク) 自身の受けた研修別



(ケ) 専門とする診療科別

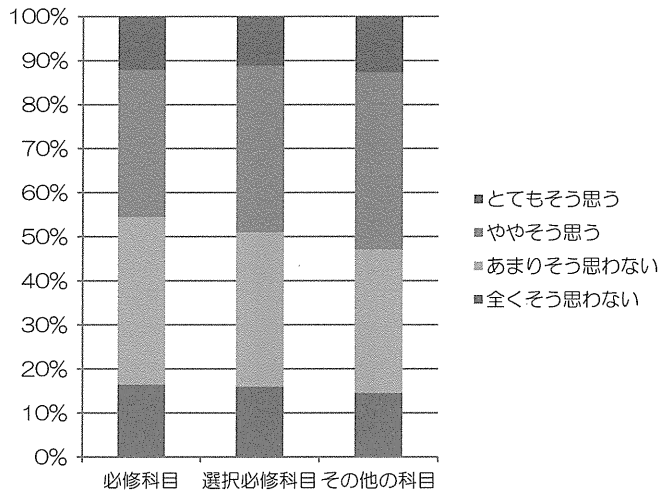


図 2-31

(コ) 初期研修を修了した医師の総合的な診療能力が導入以前よりやや、もしくはとても高くなったと思うと回答する場合を1とする従属変数として多変量二項ロジスティック分析を実施した。有意差が認められた変数のうち、オッズ比が1以上の年間入院患者数、救急取扱い件数、人口10万対医師数、指導医の年齢、指導した研修医数についてはカテゴリが上がるにつれ評価がよくなる傾向を示している。オッズ比が1未満の総病床数、指導医数の場合カテゴリが上がるにつれ、評価が下がる傾向を示している。大学病院、6都府県の指導医についても総合的な診療能力が以前より高くなったとする評価が有意に少ない。

	オッズ比	オッズ比の95%信頼区間		有意確率	p<0.05
		下限	上限		
年間入院患者数5分割	1.097	1.033	1.164	.002	○
総病床数5分割	.928	.882	.975	.003	○
救急取扱い件数3分割	1.145	1.074	1.219	.000	○
指導医数5分割	.932	.888	.978	.004	○
人口10万対医師数5分割	1.026	1.001	1.052	.039	○
年齢5分割	1.200	1.144	1.259	.000	○
大学病院	.726	.645	.816	.000	○
プログラム種別SR	1.124	1.035	1.221	.006	○
6都府県	.785	.725	.849	.000	○
スーパーローテート研修を受けた	.924	.842	1.014	.097	
指導した研修医数	1.103	1.055	1.152	.000	○
指導にあたった期間	1.054	.966	1.150	.239	

⑦ 最適な研修期間、履修内容についての考え(n=16518)

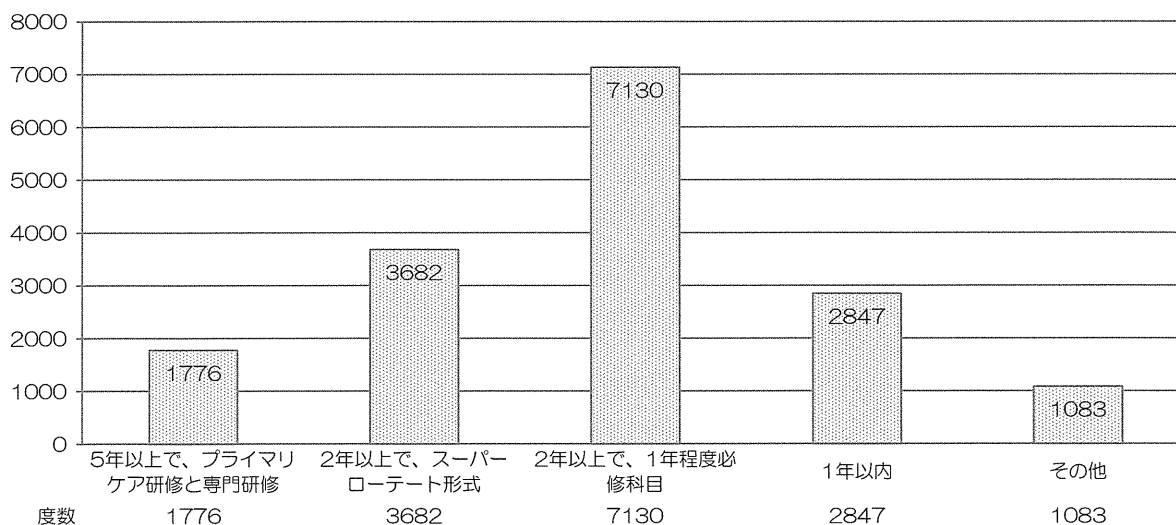
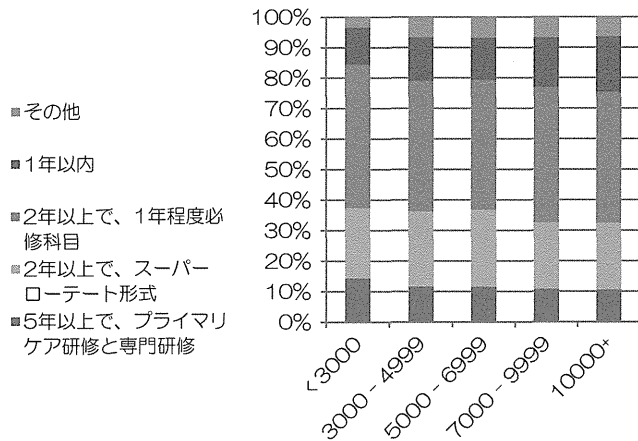
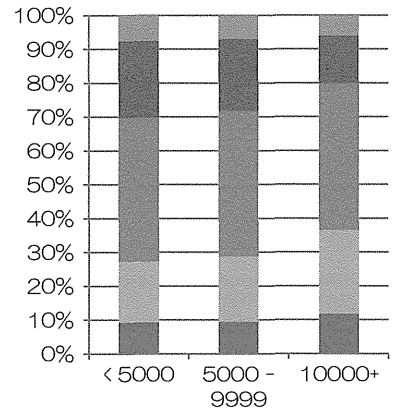


図 2-32

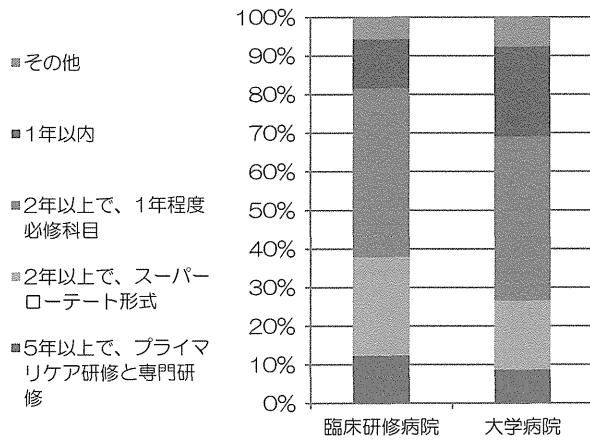
(ア) 所属病院の年間入院患者別研修期間・内容



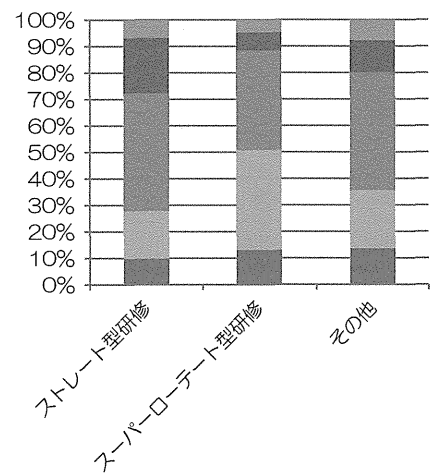
(イ) 所属病院の救急件数別研修期間・内容



(ウ) 病院種別研修期間・内容



(エ) 受けた研修別研修期間・内容



(オ) 自身の担当する研修科目別研修期間・内容

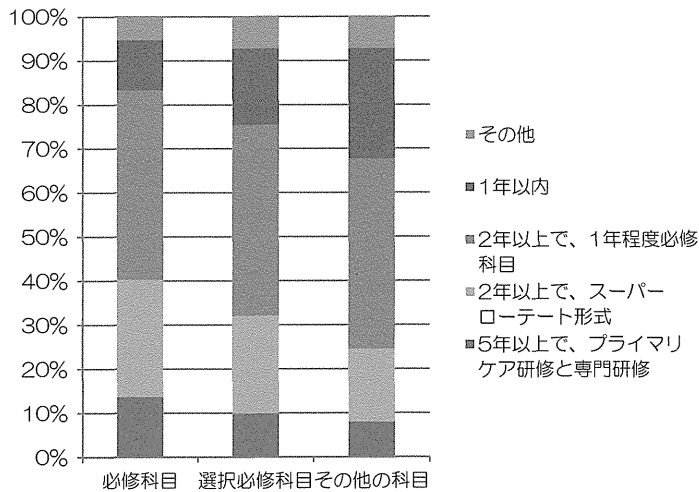


図 2-33

(カ) 最適な臨床研修期間、履修内容についてのそれぞれの考えの項を回答する場合を1とする従属変数として二項ロジスティック分析を実施した。有意差が認められた変数のうち、オッズ比が1以上のものはカテゴリが上がるにつれ従属変数のように考える傾向を示している。オッズ比が1未満の場合カテゴリが上がるにつれ、従属変数のように考えるものは低下する傾向を示している。

	5年以上で専門研修も履修					2年以上でスーパーローテート形式				
	オッズ比	オッズ比の 95% 信頼区間		有意確率	p<0.05	オッズ比	オッズ比の 95% 信頼区間		有意確率	p<0.05
		下限	上限				下限	上限		
年間入院患者数 5 分割	.927	.846	1.017	.108		1.042	.972	1.118	.247	
総病床数 5 分割	1.062	.981	1.150	.137		.955	.900	1.014	.131	
救急取扱い件数 3 分割	1.072	.967	1.187	.185		1.135	1.050	1.227	.001	○
指導医数 5 分割	1.038	.963	1.118	.329		.962	.910	1.018	.183	
人口対医師数 5 分割	.983	.947	1.021	.385		.983	.956	1.012	.249	
年齢 5 分割	1.033	.958	1.112	.400		1.017	.961	1.075	.564	
大学病院	.661	.549	.796	.000	○	.762	.663	.875	.000	○
プログラム種別 SR	1.102	.969	1.253	.138		1.097	.996	1.208	.060	
6 都府県	.990	.876	1.120	.875		1.029	.938	1.129	.545	
スーパーローテート研修を受けた	1.162	1.009	1.337	.037	○	2.544	2.302	2.810	.000	○
指導した研修医数	1.037	.967	1.112	.307		1.095	1.040	1.154	.001	○
指導にあたった期間	1.029	.896	1.180	.687		1.062	.957	1.178	.258	
	2年以上で1年程度必修科目を履修					1年以内				
	オッズ比	オッズ比の 95% 信頼区間		有意確率	p<0.05	オッズ比	オッズ比の 95% 信頼区間		有意確率	p<0.05
		下限	上限				下限	上限		
年間入院患者数 5 分割	.958	.903	1.017	.162		1.053	.967	1.147	.235	
総病床数 5 分割	1.037	.987	1.089	.149		.982	.920	1.049	.597	
救急取扱い件数 3 分割	1.034	.972	1.100	.294		.796	.737	.861	.000	○
指導医数 5 分割	1.009	.962	1.059	.712		.993	.927	1.064	.839	
人口対医師数 5 分割	1.006	.982	1.031	.625		1.029	.994	1.065	.107	
年齢 5 分割	.939	.896	.985	.010	○	1.051	.985	1.123	.134	
大学病院	.853	.758	.959	.008	○	2.089	1.769	2.468	.000	○
プログラム種別 SR	.943	.868	1.024	.163		.942	.839	1.059	.319	
6 都府県	1.049	.971	1.134	.225		.943	.848	1.049	.278	
スーパーローテート研修を受けた	.698	.635	.767	.000	○	.358	.303	.423	.000	○
指導した研修医数	1.009	.966	1.054	.699		.845	.795	.898	.000	○
指導にあたった期間	1.012	.928	1.103	.788		.882	.784	.992	.037	

図 2-34

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
分担研究報告書

海外の臨床研修制度に関する調査研究

研究分担者 大滝純司（北海道大学 教授）

研究分担者 田中雄二郎（東京医科歯科大学 附属病院副院長）

研究協力者 武富貴久子（九州大学 大学院生）

研究要旨：臨床研修制度の見直しの参考とするために、欧米やアジア等諸外国における卒業臨床研修制度の現状を調査した。特に、研修プログラムの運用状況の確認、研修中の形成的評価、研修の修了認定、問題のある研修医への対応、研修医からのクレームへの対応、研修医によるプログラム評価等について、各国における具体的な状況を把握した。日本の制度と比較して、研修医が習得した能力や研修プログラムに対する評価が多角的に行われている国が多く、中でも英国の制度は、評価方法の妥当性が高く、またインターネットを利用したオンラインシステムが定着しており、参考になると思われた。

A. 研究目的

わが国の臨床研修制度の見直しの資料となりうる海外の臨床研修制度に関する具体的な状況を把握する。

B. 研究方法

1) 聞き取り調査

米国、英国、韓国、台湾、オーストラリアの大学や医療機関所属の臨床研修プログラム管理者、および米国、英国、フランス、ドイツ、韓国、オーストラリアの各制度下で臨床研修を修了した医師を対象（添付資料1参照）に、聞き取り調査を実施した。

調査方法は、質問紙票への回答を依頼した上で、電話やインターネット電話（Skype）によるインタビューあるいはe-mailによる調査を、対象者の状況に応じて選択して実施した。

調査した主な項目は以下の4群である。（詳細は添付資料2参照）

- (1) 臨床研修プログラム概要
- (2) 研修医に対する評価
- (3) 指導医に対する評価
- (4) プログラムに対する評価

2) 文献やホームページ情報等の資料収集

論文等文書化されている関連文献を主に図書館を通じて検索し収集した。また関係機関のWebsiteを検索し、公開されている関連情報や資料を入手した。

（倫理面への配慮）

特に問題なし。

C. 研究結果

臨床研修プログラムの概要に関する情報が米国、英国、フランス、台湾、韓国、オーストラリア、ドイツの計7か国から得られた。その他の項目に関する情報はドイツを除く6か国から得られた。その詳細を国別の比較表にしたものを添付資料3に示す。

1) 臨床研修プログラム概要

米国の医学部の大半は学士入学の、いわゆるメディカルスクール型であり、卒業後の臨床研修制度はACGMEと呼ばれるNPOが中心になって管理運営している。

英国は、高校卒業後5年ないし6年の医学教育を受けた後に臨床研修制度に入る。卒業後1年目の研修が必修化されており、内科や外科を中心に幅

広くローテーションして研修するなど日本の卒後初期研修に似ている点が多い。

フランスは、高校卒業後6年間の医学教育を受けた後に臨床研修に進むが、一般医と専門医の研修が分かれている点で現在の日本の制度とは大きく異なる。

ドイツは、卒後すぐに専門医の研修が始まる点が日本の現行の制度とは異なっている。

台湾は高校卒業後7年間の学部教育であり、その最後の1年間はインターンである。日本の卒後研修に近い形の卒前教育がある。

韓国は高校卒業後に入学するコースとメディカルスクール型のコースの2本立てである。

2) 研修医に対する評価

各国で多様な評価を行っている。米国、英国などでは、教育学の新たな理論を取り入れて、研修終了時点での成果（アウトカム）をコンピテンシー（行動に結びつく核となる能力）として設定し、それを測定することを目指した評価を行っている。（添付資料4参照、6）で詳述）

評価の具体的な方法については、英国が充実しており、特に参考になる（後に5）で詳述）。日本とは異なり、経験した疾患について網羅的にリストをチェックすることは行われていない。英国では研修に関する記録や評価の大半がインターネット経由のオンラインで行われ、そのシステムは「e-portfolio」と呼ばれている。portfolioの語源は資料の束やそれを入れる文具やその管理を表す名詞であるが、教育では、学習した履歴を振り返りなども含めて蓄積していくシステムを指す用語である。米国での評価もオンラインで行われている。

3) 指導医に対する評価

これも添付資料に示すように各国で多様である。米国、英国、フランスではインターネット経由のオンラインで行われている。指導医の認定要件も国により大きく異なり、事前の訓練を義務づ

けていない国も多い。

4) プログラムに対する評価

米国と英国が特に組織的な評価とフィードバックを行っている。例えば英国の場合は、ジェネラル・メディカル・カウンシル(GMC)による外部評価に相当する視察と、e-portfolioとの2種類の評価行われている。その評価で問題があると判断された場合は再視察や改善要求が出される。

5) 英国の研修医評価（添付資料5参照）

特に参考になると思われた英国の研修医評価の具体的方法について紹介する。

英国の研修評価システムは、日本とかなり異なり、「何を経験したか」より「何ができるようになったか」を現場で確認することを重視している。その評価方法は大きく3種類に分かれている。いずれも指導医が直接観察して評価するもので、それぞれ評価する内容と回数が規定されている。

(1) 指導医による直接観察

指導医が、実際に研修医の診療能力などを確認して記録を残す。Mini-CEX (Mini-Clinical Evaluation Exercise 短縮版臨床評価テスト) と DOPS(Direct Observation Procedure Skill)の2つの方法で構成されている。前者は主に診療活動を、後者は手技の能力を評価する。

(2) 構造化された事例検討

事例検討会での能力を評価する方法で、CbD (Case-based Discussion)と呼ばれる。

(3) 臨床指導能力(Developing the clinical teacher)

指導とプレゼンテーションのスキルを観察して評価する。

6) コンピテンシー評価（添付資料4参照）

教育学の新たな理論を導入した学習目標や評価の考え方である、コンピテンシー評価を用いている国が増えており、今回の調査では米国、英国、カナダで、その詳細が確認できた。

コンピテンシーに基づいた学習目標とは、実際