

厚生労働科学研究費補助金

政策科学総合研究事業（臨床研究等 ICT 基盤構築・人工知能実装研究事業）

ICT を基盤とした卒前卒後のシームレスな医師の臨床教育評価システム

構築のための研究

令和5年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 田中 雄二郎

令和6（2024）年 5月

目 次

I. 総括研究報告

- ICT を基盤とした卒前卒後のシームレスな医師の臨床教育評価システム構築の
ための研究 ----- 1
田中 雄二郎

II. 分担研究報告

1. 臨床実習における侵襲的医行為の評価方法の確立および手技の連続的な習得
度評価の具現化 ----- 8
高橋 誠、岡田 英理子、那波 伸敏
(研究協力) 木内 貴弘、奥原 剛、岡田 宏子
2. ICT を活用した卒前卒後のシームレスな評価が可能な卒後臨床教育評価システ
ムの構築 ----- 12
木内 貴弘
(研究協力) 奥原 剛、岡田 宏子
3. 評価に影響を与えうる要因の分析 ----- 15
田中 雄二郎、山脇 正永、岡田 英理子、那波 伸敏
(研究協力) 木内 貴弘、奥原 剛、岡田 宏子
4. 到達目標や評価の信頼性、妥当性の分析 ----- 19
福井 次矢、大出 幸子、木内 貴弘、岡田 英理子、那波 伸敏、高橋 誠
(研究協力) 森田 貴子、奥原 剛、岡田 宏子
5. 海外のシステムや教育効果との国際比較 ----- 109
田中 雄二郎、山脇 正永、岡田 英理子、那波 伸敏

- III. 研究成果の刊行に関する一覧表 ----- 119

ICT を基盤とした卒前卒後のシームレスな医師の臨床教育評価システム構築のための研究

令和 5 年度 総括研究報告書

研究代表者

田中 雄二郎 東京医科歯科大学 学長

研究分担者

山脇正永 東京医科歯科大学 臨床医学教育開発学分野 教授
岡田 英理子 東京医科歯科大学 臨床医学教育開発学分野 講師
大学病院総合教育研修センター長
那波 伸敏 東京医科歯科大学 国際健康推進医学 准教授
木内 貴弘 東京大学医学部附属病院 大学病院医療情報ネットワーク
(UMIN) センター 教授
高橋 誠 北海道大学 大学院医学研究院 医学教育・国際交流
推進センター 教授
福井 次矢 聖路加国際大学 聖路加国際病院 院長
大出 幸子 聖路加国際大学 公衆衛生大学院 教授

研究協力者

奥原 剛 東京大学医学部附属病院 大学病院医療情報ネットワーク
(UMIN) センター 准教授
岡田 宏子 東京大学医学部附属病院 大学病院医療情報ネットワーク
(UMIN) センター 特任助教
森田 貴子 聖路加国際大学 公衆衛生大学院 研究補助員

研究要旨

我々はこれまでに ICT を活用した卒前卒後のシームレスな評価システム (EPOC2) の開発を進めてきた。EPOC2 は令和 5 年 1 月に PG-EPOC (PostGraduate-EPOC) と改名した。PG-EPOC の利用施設・研修医数は、800 施設、8000 名を超えており、臨床研修医の全国データが PG-EPOC システムに入力されている。令和 5 年度はデータ抽出プログラムの R4 年度からの改善と利用者らからの PG-EPOC の機能の改修をさらに実施した。それにより得られた全国データは増加し、2020 年開始の臨床研修医の 93% のデータを解析し、臨床研修医の悉皆調査となった。改めて 93% の臨床研修医の解析から、基本的臨床手技の習得には、手技の難易度や機会の頻度により習得までにかかる時間に差があること、また評価票 I II III のデータでの trajectory analysis では、研修医の学修プロセスに項目特有のパターンがあることが明らかとなった。また評価票の信頼性、再現性の検討では、評価票の全項目で指導医間でのばらつきが存在していた。これらの信頼性妥当性を高めるためには、複数の指導医による複数回の入力が必要であり、評価を実施できる運用を進める必要がある。

ると考えられた。さらに PG-EPOC のシステムと教育効果の国際比較では、米国、英国の知見との国際比較、企業が展開する ePortfolio との比較を行った。その結果、PG-EPOC 及び CC-EPOC（卒前 EPOC システム）のような国レベルでのデータベース及び、卒前・卒後をシームレスにつなげる e-portfolio システムは日本独自の試みであるということが明らかとなった。これらの研究により、臨床研修医の悉皆調査となる臨床教育評価システムの教育効果と、運用の課題について明らかとなった。

A. 研究目的

卒前臨床実習・卒後臨床研修をシームレスに評価できる ICT の基盤構築を進めることが喫緊の課題となっている。我々はこれまでに ICT を活用した卒前卒後のシームレスな評価システム (EPOC2 (現在は PG-EPOC に改名)) の開発を進めてきた。PG-EPOC の卒後評価システムは 2020 年から運用を開始しており、利用施設・研修医数は、800 施設、8000 名を超えており、臨床研修医の全国データが PG-EPOC システムに入力されている。令和 5 年度の本研究の目的は、1) 臨床実習における侵襲的医行為の評価方法の確立、および臨床実習から臨床研修までの手技の連続的な習得度評価を具現化する仕組みを構築すること、2) 研究班の統計解析に用いる全国データの抽出フォーマットの新たな開発と、適切に加工して提供すること。全国の利用者からのフィードバックをもとに PG-EPOC 評価システムの機能追加と改修を行うこと、3) PG-EPOC データと外部データとの紐付けを行い、医育機関、地域、病院種類・規模・研修プログラムの種類等が評価に与える影響を分析を行うこと、4) 2020 年に改訂された医師臨床研修の評価票を多角的に評価し、信頼性、再現性を検討すること及び、指導医による評価と研修医による自己評価の差異をもたらす項目の検討を行うこと、5) 米国の Milestone Project、英国の UK Foundation Programme 等をはじめとする海外での電子 Portfolio (ePortfolio) の使用状況について、国レベル、大学群地域での実施状況、実施している ePortfolio の分析方法及びユーザビリティの国際比較を行うことである。

B. 研究方法

令和 5 年度は、分担研究 2 では、大出、那波より、追加の抽出データ、抽出データフォーマットの改修についての要望を聴取して、全体共通データセットの定義書、出力フォーマット、データ抽出プログラムの改修を行った。その結果にもとついて、新たな抽出プログラムの開発と運用を行った。プログラミング言語は、Python 3.6 を利用した。続いて、本研究班の研究分担者や利用者の意見をもとに PG-EPOC の機能の追加、改修をプログラミング言語の Perl 5 を用いて行った。

全国の臨床研修病院で 2020 年 4 月から 2022 年 3 月まで (研修開始から 24 ヶ月間) 臨床研修を行なった臨床研修医のデータの解析を各分担班で実施しているが、令和 5 年度は、臨床研修医の全国データに関して、追加でデータを入手できた (n=6,826 から 8,592 に増加) ことから、改めて再解析を実施し完了した。本年度解析できたデータは 2020 年度臨床研修医採用数 9,279 人の 93% にあたる。

解析方法は令和 4 年度と同様に、1) 基本的臨床手技の経験に関して、医師臨床研修ガイドラインにもとづき、臨床研修修了時に到達すべき望ましいレベルを「ほぼ単独でできる」と定義し、このレベルに初めて到達するまでに要した月数を用いて Kaplan-Meier 法を用いた分析を行った。3) 評価に影響を与えうる要因の分析班では、研修医の評価票の data を用いて、研修の進行具合に関する trajectory analysis を検討した。4) 到達目標や評価の信頼性、妥当性の分析の分担研究班では、信頼性は研修医評価票の項目毎に

Cronbach's alpha を算出し、再現性は2名の評価者間の一致率を計算し、級内相関係数 (ICC) を算出した。また指導医による評価と研修医による自己評価の差異では、従属変数として指導医評価から自己評価の差分とし、研修年度、病院種別、年齢などを共編として、多変量ロジスティック回帰分析を行った。さらに令和4年に実施したインタビューからの意見を thematic coding を実施した。

5) 海外のシステムや教育効果との国際比較研究班では、海外における ePortfolio の運用、評価に関する文献的検索をもとに、海外における運用・データ分析に関するインタビューを実施した。ePortfolio システムの調査では公的と商用システムについて実施した。

C. 研究結果

木内分担研究者による PG-EPOC のデータ抽出結果を示す。(1)「評価票 I/II/III を研修ブロック毎の研修医の自己評価と、担当指導医の他者評価を対にして出力した、自己評価と他者評価比較表」(大出分担研究者)

(2)「指導医・上級医毎の研修プログラム開始時の年齢、性別、所属診療科一覧」(大出分担研究者)(3)「研修プログラム 2021 年度東京医科歯科大学」の評価票 I/II/III、基本的臨床手技の月毎の入力値等の出力(那波分担研究者)、その他には基幹施設数での PG-EPOC の利用状況の問い合わせ等に対応した。PG-EPOC への機能追加、回収の内容は分担報告書に記載する。

1) 臨床実習における侵襲的医行為の評価方法の確立分担班では、解析の対象人数が 6,826 人から 8,592 人に増加したことから、改めて基本的臨床手技の各手技において、Kaplan-Meier 法を用いて、縦軸を手技が未習得の研修医の割合、横軸を研修開始時からの月数として plot を行った。その結果は昨年度同様、人工呼吸、気管挿管、末梢静脈確保と中心静脈確保など、手技の実施頻度や難

易度により習得までの時間が異なっていた。また、研修医の自己入力と上級医や指導医の入力の解析結果を比較すると、入力者の違いにより手技の習得までにかかる時間が異なっていた。3) の評価に影響を与えうる要因の分析班では、評価票 A, B, C の自己評価、上級医・指導医評価の trajectory analysis の再解析を実施した。再解析結果においても、評価項目により、初めから評価が高く、高いまま推移する群、一度下がってまた上昇する群、低値から上昇していく群など、特有のパターンがあることが示された。また評価項目によっても上級医・指導医の評価は特徴がみられていた。特に一般外来診療に関しては、自己評価で高い評価をつける群と低い評価から開始する 2 群が存在するが、指導医・上級医評価は低値から出発し、「ほぼできる」以下の評価が最も多かった。4) 大出らの分担研究班では、評価の全項目において指導医間の再現性が高いとは言えず、ばらつきが存在していた。また指導医による評価と研修医による自己評価の差異をもたらす項目の検討では、研修医の年齢、男女の指導医研修医の組み合わせ、病院施設による差が明らかとなった。さらに 8 名の指導医に対するインタビューでは、インタビューを下に評価票 I II III の課題・問題点・改善要望を明らかにした。5) 山脇らの海外のシステムや教育効果との国際比較研究班では、国レベルで評価システムを実施しているのは英国、カナダの卒後教育、スイスの卒前教育があり、複数の大学/病院で使用されているものとしては、米国、カナダ、台湾、オランダで存在していた。CC-EPOC 及び EPOC2 のような全国の研修医が卒前・卒後をシームレスにつなげて評価を記録していく national level の e-portfolio システムは日本独自の貴重な試みであるということが明らかになった。また、海外のステークホルダー及び商用 Portfolio システム会社へのインタビュー調査の結果、いわゆる Logbook としての使用が種であり、データベ

ースとしての利用については各組織内での活用にとどまっていた。いずれも EPOC システムはその規模と時間的連結性において、これまでにないものであるとの意見をいただいた。

D. 考察

全国の臨床研修医の悉皆調査となる PG-EPOC のデータ項目数、データ量は莫大である。データ解析中にもその容量は増大する。各研究分担者の要望により、計算処理が必要となり、データ抽出速度を向上させることは、研究の円滑な遂行のために、必須の作業であった。また国際比較調査でも指摘されているように、インターフェースや入力の利便性は評価システム継続の重要な要因であり、フィードバックに基づいて PG-EPOC を逐次改善していくことは、利用者向上のため不可欠の作業といえる。令和 5 年度は多くの機能追加、改修作業が実現された。

臨床手技の習得に関する解析結果では、大幅に解析対象研修医が増加した今回でも同様の結果となり、手技が行われる頻度や難易度により、手技の習得までにかかる時間に差が認められた。また、入力者の違いによる手技の習得までにかかる時間の差についても、同様の傾向がみられたことは、研修医の自己評価入力後と指導医の入力のタイムラグによる可能性がある。上級医・指導医が入力しやすいようなシステムの改善は今後も検討が必要と考えられた。

評価に影響を与えうる要因の分析では、追加データを加えて評価票 I II III の trajectory analysis の再評価結果からも、令和 4 年度の解析結果と同様の結果であった。特有の研修医の成長パターンの違いがあるものの、コロナ禍と PG-EPOC の導入初年度であったことから入力の混乱もあったものと考えられる。今後これらパターンの違いを規定する因子を探索していく。

大出らによる評価の信頼性・再現性の検討では研修医がローテーションで 1 度のみしか評価されていないことが明らかとなり、全項目で指導医間での評価の再現性が高いとは言えず、ばらつきが存在していた。これらには指導医の評価能力の差、評価票のわかりにくさなども影響している可能性が示唆される。複数の評価者による複数回の評価を実施する運用を進める必要があると考えられた。また小規模病院での基本的臨床業務の評価では 1 年間の傾きが高く、小規模病院での研修内容の違いが評価に影響している可能性が示唆された。

また指導医インタビューの thematic coding による評価票への意見の解析では、評価者の主観が反映される、評価の一貫性を高める、地域特有のニーズに対応した評価項目の追加や評価者のさらなるトレーニングが必要、地域間での連携と情報共有を強化し、研修の質の均一化を図ることが重要である。

海外における ePortfolio の運用・データ分析に関するインタビュー調査からは、卒前教育あるいは初期研修教育の現場で、国レベルで用いられている ePortfolio は認められなかった。さらに、卒前から卒業教育までの継続的な ePortfolio システムも認められなかった。

ePortfolio システムの今後の課題として、以下があげられた。

- ①EPOC データを用いた WBA の評価方法の確立 (図 2)
- ②EPOC システムを用いた卒前臨床教育から医師臨床研修のシームレスな評価方法の確立
- ③EPOC 分析結果を教学 IR 活動、研修プログラム改善等に活用するシステム・方法の開発
- ④我が国からの情報発信

E. 結論

全国研修医の big data を研究に用いるため、統計解析用データ抽出プログラムの改訂

と PG-EPOC システムの機能追加を実施した。また、基本的臨床手技の習得時間に差があり、評価のタイムラグが認められた。評価票の trajectory 解析からは研修医の学修プロセスに特有のパターンが存在した。評価票については、信頼性と妥当性を向上させるため、複数の評価者による評価が必要であった。日本の e-Portfolio システムの国際的な価値が確認され、今後の活用が期待された。今後この貴重な全国レベルの研修医のデータを用いて引続き検討を行っていく予定である。

文献

1. モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会, モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究委員会: 臨床実習の到達目標. 医学教育モデル・コア・カリキュラム 平成 28 年度改訂版. p134-176.
2. 厚生労働省: 臨床研修の到達目標、方略及び評価. 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(平成 30 年 7 月 3 日付医政発 0703 第 2 号)(別添).
3. 医学部の臨床実習において実施可能な医行為の研究報告書(平成 30 年 7 月). <https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000341168.pdf>
4. 厚生労働省: 医師臨床研修ガイドライン—2020 年度版—(平成 31 年 3 月). <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000496242.pdf>
5. Sánchez Gómez S, Ostos EM, Solano JM, Salado TF. An electronic portfolio for quantitative assessment of surgical skills in undergraduate medical education. BMC Med Educ. 2013;13(65).
6. Duque G, Finkelstein A, Roberts A, Tabatabai D, Gold SL, Winer LR. Learning while evaluating: the use of an electronic evaluation portfolio in a geriatric medicine clerkship. BMC Med Educ. 2006;6(4):4.
7. Chiu YT, Lee KL, Ho MJ. Effects of feedback from near-peers and non-medical professionals on portfolio use. Med Educ. 2014;48(5):539 - 540.
8. Friedman Ben David M, Davis MH, Harden RM, Howie PW, Ker J, Pippard MJ. AMEE Medical education guide No. 24: portfolios as a method of student assessment. Med Teach. 2001;23(6):535 - 551.
9. Franco RS, dos Santos Franco CAG, Pestana O, Severo M, Ferreira MA. The use of portfolios to foster professionalism: attributes, outcomes, and recommendations. Assessment & Evaluation in Higher Education. 2017;42(5):737 - 755.
10. Franco R, Ament Giuliani Franco C, de Carvalho Filho MA, Severo M, Amelia Ferreira M. Use of portfolios in teaching communication skills and professionalism for Portuguese-speaking medical students. Int J Med Educ. 2020;11:37 - 46.
11. Avila J, Sostmann K, Breckwoldt J, Peters H. Evaluation of the free, open source software WordPress as electronic portfolio system in undergraduate medical education. BMC Med Educ. 2016;16:157.
12. Chae SJ, Lee YW. Exploring the strategies for successfully building e-portfolios in medical schools. Korean J Med Educ. 2021;33(2):133 - 137.
13. O'Sullivan AJ, Harris P, Hughes CS, et al. Linking assessment to undergraduate student capabilities through portfolio examination.

- Assessment & Evaluation in Higher Education. 2012;37(3):379 - 391.
14. Arntfield S, Parlett B, Meston CN, Apramian T, Lingard L. A model of engagement in reflective writing-based portfolios: interactions between points of vulnerability and acts of adaptability. *Med Teach*. 2016;38(2):196 - 205.
 15. Bashook P, Gelula M, Joshi M, Sandlow L. Impact of student reflective e-portfolio on medical student advisors. *Teach Learn Med*. 2008;20(1):26 - 30.
 16. Belcher R, Jones A, Smith LJ, et al. Qualitative study of the impact of an authentic electronic portfolio in undergraduate medical education. *BMC Med Educ*. 2014;14(265).
 17. Chertoff J, Wright A, Novak M, et al. Status of portfolios in undergraduate medical education in the LCME accredited US medical school Status of portfolios in undergraduate medical education in the LCME accredited US medical school. *Med Teach*. 2016;38(9):886 - 896.
 18. Moores A, Parks M. Twelve tips for introducing E-portfolios with undergraduate students. *Med Teach*. 2010;32(1):46 - 49.
 19. Babovic M, Fu RH, Monrouxe LV. Understanding how to enhance efficacy and effectiveness of feedback via e-portfolio: a realist synthesis protocol. *BMJ Open*. 2019;9(5).
 20. Carney PA, Mejicano GC, Bumsted T, Quirk M. Assessing learning in the adaptive curriculum. *Med Teach*. 2018;40(8):813 - 819.
 21. Chu A, Biancarelli D, Drainoni ML, et al. Usability of learning moment: features of an E-learning tool that maximize adoption by students. *West J Emerg Med*. 2019;21(1):78 - 84.
 22. Désilets V, Graillon A, Ouellet K, Xhignesse M, St-Onge C. Reflecting on professional identity in undergraduate medical education: implementation of a novel longitudinal course. *Perspectives on medical education*. 2021.
 23. Heeneman S, Driessen E, Durning SJ, Torre D. Use of an e-portfolio mapping tool: connecting experiences, analysis and action by learners. *Perspect Med Educ*. 2019;8(3):197 - 200.
 24. Kanfi A, Faykus MW, Tobler J, Dallaghan GLB, England E, Jordan SG. The early bird gets the work: maintaining a longitudinal learner portfolio From medical school to physician practice. *Acad Radiol*. 2021;S1076-6332(20)30705-4.
 25. Mejicano GC, Bumsted TN. Describing the journey and lessons learned implementing a competency-based, time-Variable undergraduate medical education curriculum. *Acad Med*. 2018;93:S42 - S48.
 26. Byszewski A, Fraser A, Lochnan H. East meets west: shadow coaching to support online reflective practice. *Perspect Med Educ*. 2018;7(6):412 - 416.
 27. O'Sullivan AJ, Howe AC, Miles S, et al. Does a summative portfolio foster the development of capabilities such as reflective practice and understanding ethics? An evaluation from two medical schools. *Med Teach*. 2012;34(1):e21 - e28.
 28. Mason G, Langendyk V, Wang S. "The game is in the tutorial": an evaluation

of the use of an e-portfolio for personal and professional development in a medical school. 2014. <https://ascilite2014.otago.ac.nz/files/fullpapers/43-Mason.pdf>

F. 研究発表

論文発表:

- 1) Haruta J, Urushibara-Miyachi Y, ITO S, Takamura A, Nitta Y, Moriya R, Yamawaki M. The Impact of Core Curriculum Revisions on Japanese Medical Schools. *Medical Teacher*. (in press)
- 2) Morimoto M, Nawa N, Okada E, Itsui Y, Kashimada A, Yamamoto K, Akaishi Y, Yamawaki M. Elucidation of the needs for telecritical care services in Japan: a qualitative study. *BMJ Open*. 2023 13:e072065. doi: 10.1136/bmjopen-2023-072065.
- 3) Akaishi Y, Nawa N, Kashimada A, Itsui Y, Okada E, Yamawaki M. Association between Grit and depressive symptoms at the timing of job start among medical residents during the COVID-19 pandemic in Japan: a cross-sectional study. *Med Educ Online*. 2023. doi: 10.1080/10872981.2023.2225886.
- 4) 鹿島田彩子, 赤石雄, 井津井康浩, 岡田英理子, 山脇正永. コロナ禍の模索から生まれたブレンド型臨床研修指導医講習会. *医学教育*. (in press)
- 5) 小松 弘幸, 山脇 正永, 生坂 政臣, 江頭 正人, 小西 靖彦, 鈴木 敬一郎, 島田 昌一, 野村 理, 松山 泰, 矢野 晴美, 山本 憲, 尾上 剛史, 長谷川 仁志, 高見 秀樹, 岡崎 仁昭. Making of 医学教育モデル・コア・カリキュラム: 医学教育モデル・コア・カリキュラム(令和4年度改訂版)と医師国家試験出題基準との整合. *医学教育*. 54:157-163, 2023.

- 6) 鈴木 敬一郎, 島田 昌一, 中山 健夫, 山脇 正永, 鯉沼 代造, 山口 久美子. Making of 医学教育モデル・コア・カリキュラム: 研究者育成の視点. *医学教育*. 54:171-176, 2023.
- 7) 伊藤 彰一, 岡崎 仁昭, 小松 弘幸, 錦織 宏, 松山 泰, 山脇 正永, 菊川 誠, 清水 郁夫, 中村 真理子, 三谷 昌平. Making of 医学教育モデル・コア・カリキュラム: 学修評価と Good Practice 2. *医学教育*. 54:182-186, 2023.
- 8) 森田、大出 他、2020年度全国で開始した臨床研修医評価票の信頼性・再現性の検討ー全国の研修医評価データを用いてー. *医学教育* submitted

国際学会発表:

- 1) Masanaga Yamawaki. Future trend in medical curriculum. *Siriraj International in Medicine and Public Health*. June 23, 2023. Bangkok, Thailand.
- 2) Masanaga Yamawaki, Eriko Okada, Nobutoshi Nawa, Makoto Takahashi, Ayako Kashimada, Yu Akaishi, Shouko Yoshida, Yujiro Tanaka. Development of evaluation system from undergraduate to postgraduate clinical training : a nationwide EPOC (E-PORTfolio of Clinical training) in Japan. *AMEE 2023*. August 28, 2023. Glasgow, UK.

国内学会発表:

- 1) 岡田英理子, 高橋誠, 山脇正永 CC-EPOCの導入 プレスカンファレンスワークショップ 第55回医学教育学会大会 長崎 2023. 7. 27

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

ICT を基盤とした卒前卒後のシームレスな医師の臨床教育評価システム構築のための
研究
臨床実習における侵襲的医行為の評価方法の確立および手技の連続的な習得度評価の具
現化

研究分担者

高橋 誠 北海道大学 大学院医学研究院 医学教育・国際交流
推進センター 教授
岡田 英理子 東京医科歯科大学 臨床医学教育開発学分野 講師・
大学病院総合教育研修センター長
那波 伸敏 東京医科歯科大学 国際健康推進医学 准教授

研究協力者

木内 貴弘 東京大学医学部附属病院 大学病院医療情報ネットワーク
(UMIN) センター 教授
奥原 剛 東京大学医学部附属病院 大学病院医療情報ネットワーク
(UMIN) センター 准教授
岡田 宏子 東京大学医学部附属病院 大学病院医療情報ネットワーク
(UMIN) センター 特任助教

研究要旨

我々はこれまでに ICT を活用した卒前卒後のシームレスな評価システム (EPOC2) の開発を進めてきた。EPOC2 の卒後評価システムは 2020 年から運用を開始しており、利用施設・研修医数は、800 施設、8000 名を超えており、臨床研修医の全国データが EPOC2 システムに入力されている。本分担研究の 2023 年度は、臨床研修医の全国データに関して、追加でデータを入手できた (n=6,826 から 8,592 に増加) ことから、改めて再解析を実施し完了した。本年度解析できたデータは 2020 年度臨床研修医採用数 9,279 人の 93% にあたる。結果の解釈に関しては、これまでと変わりなく、手技の難易度や機会の頻度の差などにより、手技の習得までにかかる時間に差が認められた。また、入力者の違いにより手技の習得までにかかる時間に差が認められた。

A. 研究目的

卒前臨床実習・卒後臨床研修をシームレスに評価できる ICT の基盤構築を進めることが喫緊の課題となっている。我々はこれまでに ICT を活用した卒前卒後のシームレスな評価システム (EPOC2) の開発を進めてきた。EPOC2 の卒後評価システムは 2020 年から運用を開

始しており、利用施設・研修医数は、800 施設、8000 名を超えており、臨床研修医の全国データが EPOC2 システムに入力されている。本研究の目的は、臨床実習における侵襲的医行為の評価方法の確立、および臨床実習から臨床研修までの手技の連続的な習得度評価を具現化する仕組みを構築することである。

B. 研究方法

EPOC2 のデータはデータ構造が複雑かつデータ量も膨大であるため、2021 年度はデータクリーニングを実施した。2022 年度は、そのデータクリーニングされたデータを用いて、全国の臨床研修病院で 2020 年 4 月から 2022 年 3 月まで（研修開始から 24 ヶ月間）臨床研修を行なった臨床研修医のデータの解析を行った。2023 年度は、臨床研修医の全国データに関して、追加でデータを入手できた（n=6,826 から 8,592 に増加）ことから、改めて再解析を実施し完了した。本年度解析できたデータは 2020 年度臨床研修医採用数 9,279 人の 93%にあたる。

2020 年度より臨床研修医および上級医・指導医は、EPOC2 を用いて、基本的臨床手技の経験に関して、評価を行なっている。評価の尺度は、介助ができる:0、指導医の直接の監督下でできる:1、指導医がすぐに対応できる状況下でできる:2、ほぼ単独でできる:3、後進を指導できる:4 となっている。

医師臨床研修ガイドラインにもとづき、臨床研修修了時に到達すべき望ましいレベルを「ほぼ単独でできる」と定義し、このレベルに初めて到達するまでに要した月数を用いて Kaplan-Meier 法を用いた分析を行った。

C. 研究結果

Kaplan-Meier 法を用いて、縦軸を手技を未習得の研修医の割合、横軸を研修開始時からの月数として plot を行った(図 1-4)。末梢静脈確保の自己評価(図 1)と中心静脈確保の自己評価(図 2)を比較すると、手技が行われる頻度が相対的に低く難易度が相対的に高い中心静脈確保の自己評価のほうが、習得までに時間をより要していた。この結果は、指導医・上級医評価に関して、末梢静脈確保の(図 3)と中心静脈確保の自己評価(図 4)を比較した場合も同様であった。次に、研修医の自己評価の解析結果(図 1、2)と指導医・上

級医評価の解析結果(図 3、4)を比較すると、入力者の違いにより手技の習得までにかかる時間が異なっていた。

D. 考察

手技が行われる頻度や難易度により、手技の習得までにかかる時間に差が認められた。また、入力者の違いによる手技の習得までにかかる時間の差については、評価入力の際は、通常、まず研修医が評価を入力し、その後、研修医が上級医・指導医に評価の入力を依頼し、上級医または指導医が評価を入力するという流れになっている。そのため、入力作業にタイムラグが生じる可能性がある。

多忙な臨床現場では、上級医や指導医への入力支援や、上級医や指導医が評価を入力しやすいようなシステムの改善（評価入力画面へのアクセスステップを減らすなど）を検討することは有用であると考えられた。

E. 結論

全国研修医の data を用いて基本的臨床手技の習得に関する解析を行ったところ、手技の難易度や機会の頻度の差などにより、手技の習得までにかかる時間に差が認められた。また、入力者の違いにより手技の習得までにかかる時間に差が認められた。

文献

1. モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会、モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究委員会：臨床実習の到達目標。医学教育モデル・コア・カリキュラム 平成 28 年度改訂版. p134-176.
2. 厚生労働省：臨床研修の到達目標、方略及び評価。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(平成 30 年 7 月 3 日付医政発 0703 第 2 号)(別添)。
3. 医学部の臨床実習において実施可能な医行為の研究報告書(平成 30 年 7 月)。

<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000341168.pdf>

4. 厚生労働省:医師臨床研修ガイドライン—2020年度版—(平成31年3月).
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000496242.pdf>

F. 研究発表

論文発表: なし

学会発表:

1. Masanaga Yamawaki, Eriko Okada, Nobutoshi Nawa, Makoto Takahashi, Ayako Kashimada, Yu Akaishi, Shouko Yoshida, Yujiro Tanaka. Development of evaluation system from undergraduate to postgraduate clinical training : a nation wide EPOC (E Portfolio of Clinical training) in Japan. AMEE(the International association for Health Professions Education)2023.08.28 Glasgow

国内学会発表:

- 1) 岡田英理子、高橋誠、山脇正永 CC-EPOCの導入 プレスカンファレンスワークショップ 第55回医学教育学会大会 長崎 2023.7.27

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

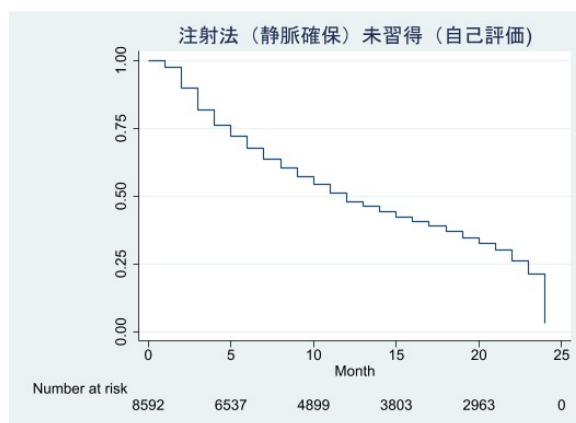


図1 末梢静脈確保を未習得の研修医の割合 (自己評価)

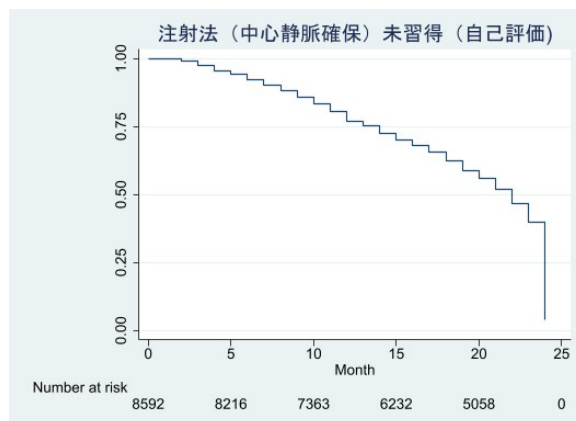


図2 中心静脈確保を未習得の研修医の割合 (自己評価)

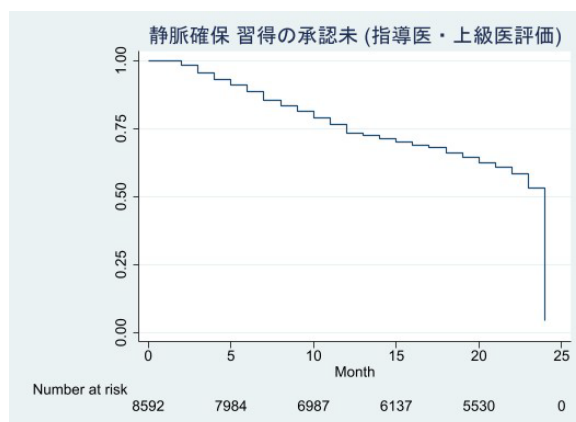


図3 末梢静脈確保を未習得の研修医の割合 (指導医・上級医評価)

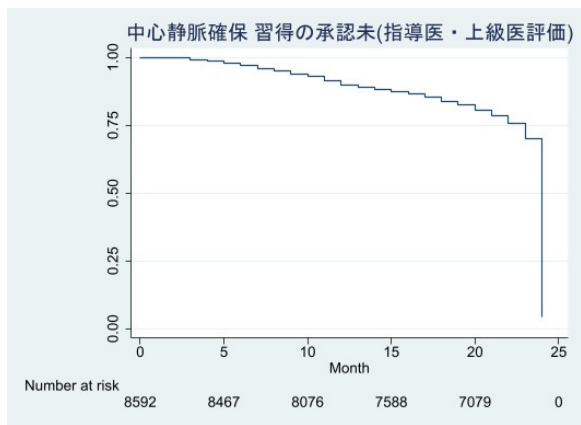


図 4 中心静脈確保を未習得の研修医の割合 (指導医・上級医評価)

ICT を基盤とした卒前卒後のシームレスな医師の臨床教育評価システム構築のための研究(21AC1004)

ICT を活用した卒前卒後のシームレスな評価が可能な卒後臨床教育評価システムの構築

研究分担者	木内 貴弘	東京大学医学部附属病院大学病院医療情報ネットワーク(UMIN)センター
研究協力者	奥原 剛	東京大学医学部附属病院大学病院医療情報ネットワーク(UMIN)センター
	岡田 宏子	東京大学医学部附属病院大学病院医療情報ネットワーク(UMIN)センター

研究要旨

令和5年度は、令和3～4年度に作成した統計解析のための全体共通データセットの定義書、出力フォーマット、データ抽出プログラムを、統計解析を担当する分担研究者からのフィードバックによって、適宜修正を行った。また 1) 自己評価と他者評価の比較表の作成、2) 指導医・上級医毎の研修プログラム開始時の年齢、性別、所属診療科一覧の作成、3) 「研修プログラム 2021 年度東京医科歯科大学」の評価票 I/II/III、基本的臨床手技の月毎の入力値等の抽出、4) 前年度に抽出分のデータについて、抽出時期の違いによるデータの不整合の確認、5) PG-EPOC を使っていない医療機関の抽出等を行った。更に 1) 独自評価票の複数帳票対応、2) 評価票、独自評価票で設問の説明表示欄の追加、3) 研修プログラム独自の臨床手技評価機能の追加、4) 基本的臨床手技、EPA で同じ評価値を複数回登録できるように改修、5) 指導医権限の研修医のスケジュール選択画面で、「本日を含むスケジュール」、「担当指導医となっているスケジュール」の絞り込み機能の追加、6) 指導医権限で承認済症例の、承認取消機能の追加、7) 症例登録、WBA の「診療の場」の選択肢追加等の PG-EPOC システムへの機能追加を実施した。

A. 研究目的

臨床研修制度改定後の現在、臨床研修医の臨床教育の評価及び経験した症候・手技の経験の状況を全国集計することは、個々の研修医の研修の状況の把握に役立つだけでなく、臨床研修制度の在り方、制度設計のために不可欠の重要な資料となる。このため、円滑な厚生労働行政の実施のための非常に有用である[1,2]。

本研究の第 1 の目的は、研究班の他の分担者が統計解析に用いるデータを円滑に抽出し、適切に加工して、提供することである。本研究の第 2 の目的は、分担研究者や PG-EPOC 利用

者からのフィードバックをもとに PG-EPOC への機能追加、改修を行うことである。

全体で 3 年間の研究期間の 3 年目である令和 5 年度は、第 1 の目的のために新たなデータ抽出プログラムの開発とデータの抽出等を行い、第 2 の目的のためのシステムの機能の追加、改修を実施した。

B. 研究方法

研究班の分担研究者で統計解析を担当している大出、那波より、追加の抽出データ、抽出データフォーマットの改修についての要望を聴取して、全体共通データセットの定義書、出力フォーマット、データ抽出プログラムの改修を行った。そ

の結果にもとついて、新たな抽出プログラムの開発と運用を行った。プログラミング言語は、Python 3.6 を利用した。

続いて、本研究班の研究分担者や利用者の意見をもとに PG-EPOC の機能の追加、改修を実施した。プログラミング言語には、Perl 5 を用いた。

C. 研究結果

データ抽出には、分担研究者より、以下の要望があり、全てに対応した。

1. 「評価票 I/II/III を研修ブロック毎の研修医の自己評価と、担当指導医の他者評価を対にして出力した、自己評価と他者評価比較表」(大出分担研究者)
- (2) 「指導医・上級医毎の研修プログラム開始時の年齢、性別、所属診療科一覧」(大出分担研究者)
- (3) 「研修プログラム2021年度東京医科歯科大学」の評価票 I/II/III、基本的臨床手技の月毎の入力値等の出力(那波分担研究者)
- (4) 前年度に2020年度の評価票 I/II/III、基本的臨床手技を東京医科歯科大学、および聖路加国際大学について、各分担研究者から指示いただいた方式で抽出を行った。抽出を行った時期が半年程度離れていたため、研修医数、評価値ともに差異が発生していた。そのため、研修医が別年度、別施設の研修プログラムに移動した、評価値が編集されていたなどの原因を調査し、報告した。(那波、大出先生両分担研究者)
- (5) PG-EPOC を利用している基幹施設数と、PG-EPOC を利用していない基幹施設数について問い合わせをいただいたため、調査し、回答を行った。医師臨床研修マッチング協議会が公開している「大学病院」「臨床研修病院」が全基幹施設数であると判断し、PG-EPOC の基幹施設として登録されている施設を「PG-EPOC 利用基幹施設」、以外の施設を「PG-EPOC を利用しな

い基幹施設」と判断し回答を行った。(大出分担研究者)

PG-EPOC への機能追加、改修の具体的な内容は、以下のとおりである。

1. 独自評価票の複数帳票対応
2. 評価票、独自評価票で設問の説明表示欄の追加
3. 研修プログラム独自の臨床手技評価機能の追加
4. 基本的臨床手技、EPA で同じ評価値を複数回登録できるように改修
5. 指導医権限の研修医のスケジュール選択画面で、「本日を含むスケジュール」、「担当指導医となっているスケジュール」の絞り込み機能の追加
6. 指導医権限で承認済症例の、承認取消機能の追加
7. 症例登録、WBA の「診療の場」の選択肢追加

D. 考察

PG-EPOC のデータ項目数、データ量は莫大である。このため、統計解析を行っているうちに新たに必要な変数の追加や変数同士の計算処理が必要となってくるのは充分に予想されていたことであり、本年度も分担研究者による実際の統計解析によるフィードバックを受けて、データ抽出プログラムを新規開発、改造していくこととなった。

分担研究者や利用者からのフィードバックに基づいて、PG-EPOC を逐次改善していくことは、利用者数を向上させるために不可欠の作業である。今年度は、本研究によって、多くの機能追加、改修が実現できた。

E. 結論

統計解析用の全体共通データセットの内容の追加、改訂を行い、対応するデータ抽出プログラ

ムの追加、改訂を行った。また分担研究者、利用者からの要望をもとに多くの機能追加、改良を行った。

文献

1. 厚生労働省：臨床研修の到達目標、方略及び評価. 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(平成 30 年 7 月 3 日付医政発 0703 第 2 号)(別添).
2. 厚生労働省:医師臨床研修ガイドライン—2020 年度版—(平成 31 年 3 月).
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000496242.pdf>

F. 研究発表

論文発表

なし

学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

ICT を基盤とした卒前卒後のシームレスな医師の臨床教育評価システム構築のための研究

評価に影響を与えうる要因の分析

研究分担者

田中 雄二郎	東京医科歯科大学 学長
山脇正永	東京医科歯科大学 臨床医学教育開発学分野 教授
岡田 英理子	東京医科歯科大学 臨床医学教育開発学分野 講師・ 大学病院総合教育研修センター長
那波 伸敏	東京医科歯科大学 国際健康推進医学 准教授

研究協力者

木内 貴弘	東京大学医学部附属病院 大学病院医療情報ネットワーク (UMIN) センター 教授
奥原 剛	東京大学医学部附属病院 大学病院医療情報ネットワーク (UMIN) センター 准教授
岡田 宏子	東京大学医学部附属病院 大学病院医療情報ネットワーク (UMIN) センター 特任助教

研究要旨

我々はこれまでに ICT を活用した卒前卒後のシームレスな評価システム (EPOC2) の開発を進めてきた。EPOC2 の卒後評価システムは 2020 年から運用を開始しており、利用施設・研修医数は、800 施設、8000 名を超えており、臨床研修医の全国データが EPOC2 システムに入力されている。本分担研究の 2023 年度は、臨床研修医の全国データに関して、追加でデータを手に入れたことから、改めて **trajectory analysis** の再解析を実施し完了した。結果の解釈はこれまでと同様で、評価の **trajectory** に差が認められ、研修医の学修のプロセスは、項目によりそれぞれ特有のパターンがあることが明らかとなった。

A. 研究目的

卒前臨床実習・卒後臨床研修をシームレスに評価できる ICT の基盤構築を進めることが喫緊の課題となっている。我々はこれまでに ICT を活用した卒前卒後のシームレスな評価システム (EPOC2) の開発を進めてきた。EPOC2 の卒後評価システムは 2020 年から運用を開始しており、臨床研修医の全国データが EPOC2 システムに入力されている。本研究の目的は、EPOC2 データと外部データとの紐付

けを行い、医育機関、地域、病院種類・規模・研修プログラムの種類等が評価に与える影響を分析することである。

B. 研究方法

EPOC2 のデータはデータ構造が複雑かつデータ量も膨大であるため、2021 年度はデータクリーニングを実施した。2022 年度は、そのデータクリーニングを行ったデータを用いて、全国の臨床研修病院で 2020 年 4 月か

ら2022年3月まで(研修開始から24ヶ月間)臨床研修を行なった臨床研修医を対象とした。2023年度は、臨床研修医の全国データに関して、追加でデータを入手できたことから、改めてtrajectory analysisの再解析を実施し完了した。解析は、研修医の評価票のdataを用いて、研修の進捗具合に関するtrajectory analysisを実施した。欠損値に関しては、評価項目のどれか一つでも自己評価、上級医・指導医評価のいずれかに全く入力がない研修医は解析から除去を行った上で解析した。

C. 研究結果

下図に代表的な評価票(A-1(社会的使命と公衆衛生への寄与)、B-5(チーム医療の実践)、C-1(一般外来診療))の自己評価、上級医・指導医評価のtrajectoryを示す。評価項目A-1(社会的使命と公衆衛生への寄与)のtrajectoryでは、自己評価に関しては(図1)、初めから高いままの群(5.6%)や初めから高め(3:期待通り)の評価だが、研修が進むにつれてさらに上昇する群(8.7%)、初めは高いが研修が進むにつれて低下してくる群(7.3%)、初めから3(期待通り)で推移する群(70.0%)、初めは低いが、緩やかに上昇してくる群(5.3%)や低めで経過する群(3.1%)などに分類された。上級医・指導医評価では(図2)、1.2%は3(期待通り)の下から経過し、研修が進むにつれて3(期待通り)の値近くに到達する群であったが、それ以外の98.8%はすべて初めから3(期待通り)以上で経過していた。

B-5(チーム医療の実践)に関しては、自己評価では(図3)、初めから3(臨床研修の終了時点で期待されるレベル)の値近くやそれ以上で最後まで高いままで経過する3群(計42.9%)に加えて、低値から研修が進むにつれて上昇し、3(臨床研修の終了時点で期待されるレベル)の値に近づく3群に分かれた。上

級医・指導医評価では(図4)、初めは約90%が3(臨床研修の終了時点で期待されるレベル)より下のレベルから始まるが、研修の終了時点ではほぼ全て3(臨床研修の終了時点で期待されるレベル)以上に到達していた。

C-1(一般外来診療)に関しては、自己評価では(図5)、初めから3(ほぼ単独でできる)の値近くやそれ以上で最後まで高いままで経過する2群(計22.4%)に加えて、低値から研修が進むにつれて上昇し、3(ほぼ単独でできる)の値に近づく1群(18.4%)、低値から出発し、最終的に2(指導医がすぐに対応できる状況下でできる)値近くに到達する3群(59.3%)に分かれた。上級医・指導医評価では(図6)、初めは皆、3(ほぼ単独でできる)の値より下の各レベルから始まり、最終的には、2(指導医がすぐに対応できる状況下でできる)よりは高いが、3(ほぼ単独でできる)以下である4群(85.5%)と3(ほぼ単独でできる)以上である2群(14.5%)に分かれた。

D. 考察

評価票の項目毎に、評価のtrajectoryに特有のパターンが認められ、臨床研修医の研修過程には、項目によりそれぞれ特有のパターンがあることが明らかとなった。これらのパターンは、初めから高い評価を得る研修医や、後から評価が伸びて成長が見られる研修医などの違いによるもの、コロナ禍であったこと、EPOC2が導入された初めての研修医であったため、入力に関する一部混乱もあったものと思われる。今後はこれらのパターンの違いを規定する因子を探索していく予定である。

E. 結論

全国研修医の評価票のdataを用いて解析を行ったところ、評価のtrajectoryに差が認められ、研修医の学修のプロセスは、項目によりそれぞれ特有のパターンがあることが明らかとなった。

文献

1. モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会, モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究委員会: 臨床実習の到達目標. 医学教育モデル・コア・カリキュラム 平成 28 年度改訂版. p134-176.
2. 厚生労働省: 臨床研修の到達目標、方略及び評価. 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(平成 30 年 7 月 3 日付医政発 0703 第 2 号)(別添).
3. 医学部の臨床実習において実施可能な医行為の研究報告書(平成 30 年 7 月). <https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000341168.pdf>
4. 厚生労働省: 医師臨床研修ガイドライン—2020 年度版—(平成 31 年 3 月). <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000496242.pdf>

F. 研究発表

論文発表: なし

学会発表:

1. Masanaga Yamawaki, Eriko Okada, Nobutoshi Nawa, Makoto Takahashi, Ayako Kashimada, Yu Akaishi, Shouko Yoshida, Yujiro Tanaka. Development of evaluation system from undergraduate to postgraduate clinical training : a nation wide EPOC (EPortfolio of Clinical training) in Japan. AMEE(the International association for Health Professions Education)2023 2023.08.28 Glasgow

国内学会発表:

- 1) 岡田英理子、高橋誠、山脇正永 CC-EPOC の導入 プレスカンファレンスワークショップ

プ 第 55 回医学教育学会大会 長崎
2023. 7. 27

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

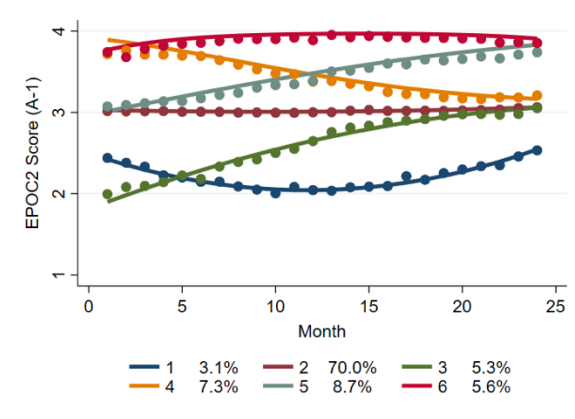


図1: 評価項目 A-1(社会的使命と公衆衛生への寄与)の trajectory (自己評価)

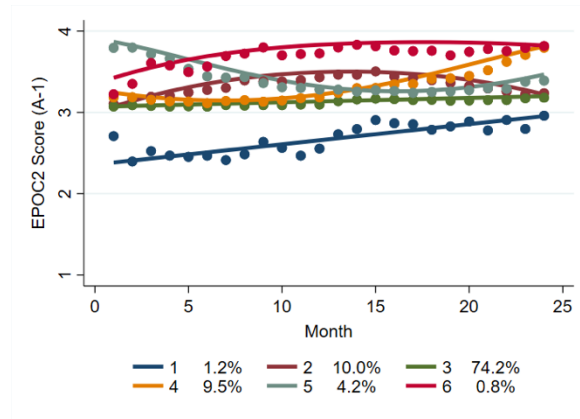


図2: 評価項目 A-1(社会的使命と公衆衛生への寄与)の trajectory (上級医・指導医評価)

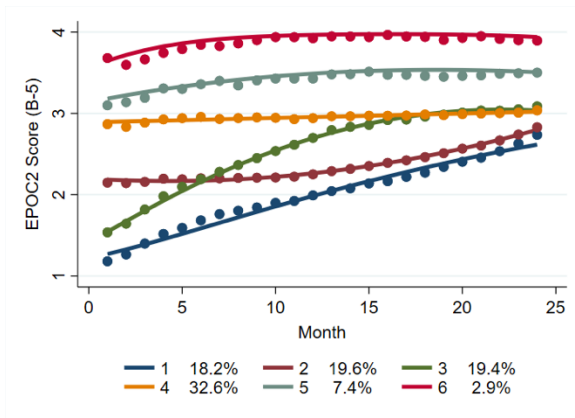


図3: 評価項目 B-5(チーム医療の実践)の trajectory (自己評価)

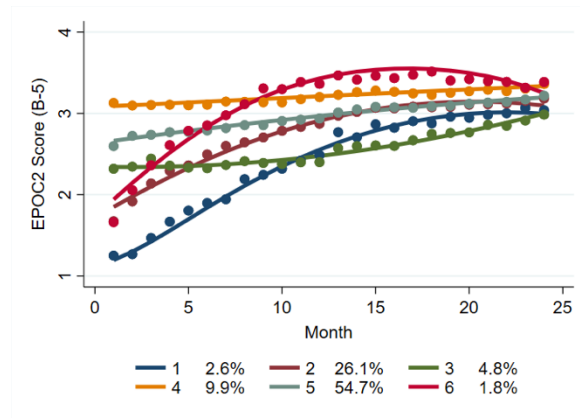


図4: 評価項目 B-5(チーム医療の実践)の trajectory (上級医・指導医評価)

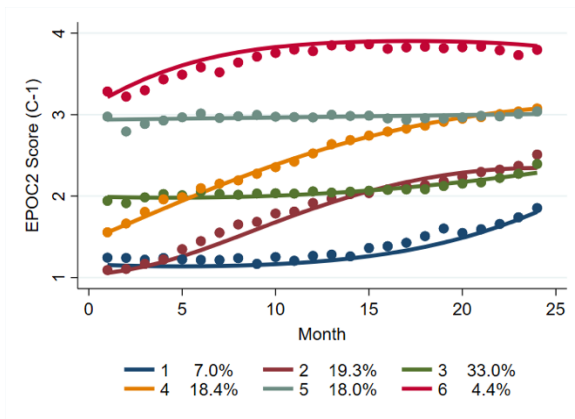


図5: 評価項目 C-1(一般外来診療)の trajectory (自己評価)

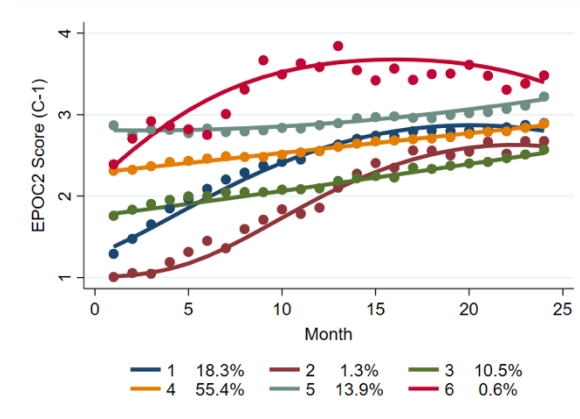


図6: 評価項目 C-1(一般外来診療)の trajectory (上級医・指導医評価)

A. 研究目的

我が国の医師臨床研修制度はおよそ5年に1度見直しが行われ、直近では2020年度の大規模改定時に、研修医の評価方法も全国で標準化された。本研究では、改訂された医師臨床研修の評価票を多角的に評価するため、1)EPOC2の全国データを利用して、評価票の信頼性、再現性の検討すること、2)指導医による評価と研修医による自己評価の差異をもたらす項目の検討すること、3)研修医の経時的な評価の上昇に寄与する項目を検討することとした。また、次回の医師臨床研修制度の見直しにより具体的に資する情報を得るために、日常的に医師臨床研修に従事している指導医を対象に、4)インタビュー調査を行った。

B. 研究方法

1) 2020年度に全国標準化された評価票の信頼性、再現性の検討

研修医評価票の信頼性および再現性を検討するために、Evaluation system of Postgraduate Clinical training 2 (EPOC2、東京大学医学部附属病院 UMIN センター)上に登録された、研修医評価データを分析した。評価票は、A項目4種類、B項目9種類、C項目4種類の合計17項目で構成され、これら17項目は、A及びC項目は4段階(レベル1~4)、B項目は7段階(1~4、及び1-2、2-3、3-4の中間点)で評価される。レベル3が臨床研修修了時点で求められるレベルとされている。(別添1)

信頼性は、評価票のA~C項目毎、Cronbach's alphaを算出した。再現性は、同一診療科ローテーション中に2名の評価者から評価を受けた研修医のデータを抽出し、2名の評価者間の一致率を計算した。また、Bland-Altman Plotを用いて評価者間の差異をJitterで作図し、級内相関係数(ICC)を算出した。ICCは0から1の値をとり、0.5未満は信頼性が低く、0.5から0.75は中程度の信頼、0.75以上を高い信頼性ありとした。Bland-Altman PlotでY軸は両者の評価点数の差分(絶対値)、X軸は両者の平均値とした。

2) 指導医による評価と研修医による自己評価の差異をもたらす項目の検討

2020年及び2021年度に臨床研修を修了した研修医を対象に、指導医による評価と研修医による自己評価の差異をもたらすと考えられる項目を明らかにするため、EPOC2に登録された13,184名(全研修医の71.7%)の評価データを用いて分析した。A項目4種類、B項目9種類、C項目4種類の合計17項目すべての評価項目について分析を行った。

従属変数として、指導医評価から自己評価の差分をとり、差分が-3以上0未満の自己評価が指導医評価に比べて高い群と、差分が0以上3以下自己評価が指導医評価に比べて低い群の2グループに分類した。

共変量としては、研修年度(1年目と2年目の2群)、病院種別(大学病院と一般病院の2群)、研修医の年齢(25歳未満、25歳から30歳未満、30歳以上の3群)、研修医と指導医の年齢差(12年以下と13年以上の2群)、病院が所在する地域の人口(20万人未満と20万人以上の2群)、評価者種別(評価入力時の自式による指導医または

上級医 2 群) を投入した。

統計解析には、従属変数に対して上記の共変量を投入し、多変量ロジスティック回帰分析を行った。

3) 研修医の経時的な評価の上昇に寄与する項目の検討

2020 年及び 2021 年度に臨床研修を修了した研修医を対象に、研修医が到達目標を達成するまでに要する時間に寄与する変数を明らかにするため、EPOC2 に登録された 13,184 名の評価データを用い、個人に時間をネストした線形混合モデルを用いて分析した。

$$Y_{ij} = \alpha_{ij} + \beta_{ij} * T \text{ with covariates}$$

Observed assessment results: Y_{ij}

i: individual

j: time

時間変数は、ベースライン時点で 0、半年後は 0.5、1 年後は 1 のように、初回評価日を 0 として、その後の経過時間を小数点で表した。

共変量には、研修医の性別、年齢 (25 歳未満、25 歳から 30 未満、30 以上の 3 群)、病院が所在する地域の人口 (20 万人未満と 20 万人以上の 2 群) を投入した。

分析では、共変量 (性別、年齢、病院所在地) を含め、各個人の年単位の評価の傾き (random slope) と切片 (random intercept) の平均を算出した。また、性別、年齢、地域の交互作用の有無を検証した後、層別化分析を行った。

4) 医師臨床研修制度の見直しにより具体的に資する情報を得るための指導医対象インタビュー調査

医師臨床研修に従事している指導医を対象に、医師臨床研修における研修医評価票のつけやすさや項目の網羅性、理解しにくい箇所などの課題を抽出することを目的に、Web 面談によるフォーカスグループインタビュー調査を実施した。指導医とは、厚生労働省指定 医師の臨床研修に係る指導医講習会を受講済で、臨床研修医の指導的立場にある医師とした。インタビューでは、厚生労働省のガイドラインに基づいた研修医評価票 A、B、C について (https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_03924.html) 実施した。(別添 1)

また、一定の成果を得るために、あらかじめインタビューガイドを作成した。(別添 2) インタビュー参加者は、NPO 法人卒後臨床研修評価機構 (JCEP) に登録されている臨床研修病院や大学付属病院の指導医で、JCEP を通して募集を行った。

分析は、インタビュー内容をテキスト化し、メンバーチェックング (発言者によるデータ確認) を行った後、thematic coding を実施した。発言は、①肯定的意見、②課題・問題点、③改善要望、④現場で試みている工夫、苦勞などの 4 分野に分類を行った。

(倫理面への配慮)

研究実施に先立ち、聖路加国際大学研究審査委員会で、1)~3)の量的分析については、EPOC2 ホームページで研修医に研究概要を周知し、インタビュー調査については説明文書(別添3)を用いて指導医に説明・承認を得た上で実施した。(承認番号:1)21R162、2)22RC070、3)23-RC011、4)22-RC070)

C. 研究結果

1) 2020年度に全国標準化された評価票の信頼性、再現性の検討

信頼性は、研修医13,144名のデータを分析し、それぞれ0.803、0.949、0.797と高値であった。(表1)

再現性は、同一診療科ローテーション中、指導医2名によって評価された研修医2,074名のデータを分析した。指導医2名の一致率は、A、B、C項目それぞれ68.8%、43.8%、56.9%であった。(表2)

A項目は、評価が3~4点に評価が集中し、指導医2名の評価の平均一致率は68.6%であり、指導医間のばらつきは最も小さかった。Bland-Altman Plotでは、データの集合箇所が右側に見られ、評価が高いことが示された。ICCは、0.33~0.37の間であった。(表2、図1)

B項目の指導医2名の評価の平均一致率は43.8%であり、AあるいはC項目と比較して評価者間のばらつきが大きく、2から4点の評価が多かった。項目別でみると、B-4コミュニケーション能力とB-9生涯にわたって共に学ぶ姿勢の項目は、Bland-Altman Plotの集合箇所が右側に位置し、他項目と比較して4点をつける評価が目立った一方で、B-2医学知識と問題対応能力では、Bland-Altman Plotの集合箇所が左側にあり、他項目より低い評価であることが示された。ICCは、0.43~0.47の間であった。(表2、図1)

C項目(基本的診療業務)では、評価者2名の一致率は57.6%であり、Bland-Altman Plotの集合箇所が2点あるいは3点に集中していた。(表2、図1)新たに評価項目と追加されたC-1一般外来診療やC-3初期救急対応は、Bland-Altman Plot集合箇所が左側に位置し、評価が低いことがわかった。ICCは0.38~0.48の間であった。(図1)

また、A、B、C項目の全ての項目において、一定の割合で指導医間の評価に大きな乖離(1点と4点など)が確認された。(図1)

2) 指導医による評価と研修医による自己評価の差異をもたらす項目の検討

I. 評価票A(プロフェッショナリズム)の分析(表3-1)

すべての項目において、研修医の2年目は、1年目に比べると、より指導医の評価が自己評価を上回る傾向にあることがわかった。研修医の年齢が高くなるにつれ、指導医の評価が研修医の自己評価を下回る傾向が見られた。指導医と研修医の年齢差が12歳以上離れると、指導医の評価が自己評価を下回る傾向にあり、同じく女性指導医・男性研修医の組

み合わせだと指導医の評価が自己評価を下回る傾向にあり、女性研修医は指導医の性別にかかわらず、指導医の評価が自己評価を上回る傾向であった。大学病院や人口 20 万人以上の地域では、指導医の評価が研修医の自己評価を下回っていた。

II. 評価票 B (医師の資質能力) の分析(表 3-2)

研修医の 2 年目は、1 年目よりも指導医の評価が自己評価を上回る傾向がみられるが、25 歳から 30 歳未満の研修医は、指導医からの評価が自己評価より下回る傾向が見られた。A 項目と異なり、指導医と研修医の 12 歳以上の年齢差には有意な差は見られなかった。性別については、A 項目と同様、女性指導医・男性研修医の組み合わせだと指導医の評価が自己評価を下回る傾向に、女性研修医は指導医の性別にかかわらず、指導医の評価が自己評価を上回る傾向であった。さらに、大学病院や人口 20 万人以上の地域では、指導医の評価が研修医の自己評価を下回っていた。

III. 評価票 C (基本的臨床業務) の分析(表 3-3)

一般外来では明確な差は見られないが、その他の項目で研修医 2 年目は、1 年目に比べてより指導医の評価が自己評価を上回る傾向にあり、25 歳以上 30 歳未満の研修医では、指導医の評価が自己評価を下回っていた。C 項目においては、研修医と指導医の年齢に有意な差は見られなかった。性別については、A、B 項目と同様、女性指導医・男性研修医の組み合わせだと指導医の評価が自己評価を下回る傾向に、女性研修医は指導医の性別にかかわらず、指導医の評価が自己評価を上回る傾向であった。

3) 研修医の経時的な評価の上昇に寄与する項目の検討

I. 評価票 A (プロフェッショナリズム) の分析(表 4-1)

A 項目では、切片がおよそ 3 点で、これは研修医が基本的な評価基準で一定の水準にあることを示している。また、1 年ごとの平均的な傾きは 0.08 点と比較的緩やかで、時間の経過に伴う評価の向上がゆるやかであることが確認された。

II. 評価票 B (医師の資質能力) の分析(表 4-2)

B 項目では、切片が 2.5 点となり、専門的な能力の評価は評価 A のプロフェッショナリズムと比べると低い値からのスタートとなっていた。低い値からの開始となり、1 年あたりの平均的な傾きは、約 0.4 点と他の項目よりも上昇幅が大きかった。

III. 評価票 C (基本的臨床業務) の分析(表 4-3)

C 項目では、切片は B 項目よりもさらに低い 2.0 点であり、項目の中で最も低く、1 年あたりの傾きは約 0.35 点と最も高かった。病棟診療、初期救急対応、一般外来診療、地域医療の順に切片が高値となっていた。ローテーションのタイミングとして、病棟診療が入職まもなくから開始され、一般外来や地域医療は後半に予定されることが多いと考えられるため、切片の値が異なっていたと考えられる。地域別の分析においては、人口 20 万人未満の地域では、全項目において 1 年間の傾きが高くことが示された。また、男性の傾きが女性よりも高値であることが確認された。

4) 医師臨床研修制度の見直しにより具体的に資する情報を得るための指導医対象インタビュー調査

インタビューは、令和4（2022）年11月1日から令和4（2022）年12月15日の期間の4回、計8名の指導医が対象に実施した(表5)。

I. 評価票 A（プロフェッショナリズム）について(表 6-8、表 16)

肯定的な意見として、2名の指導医それぞれが、自ら高める姿勢がわかりやすい、評価票 A の項目の設定は理解できると述べた。課題・改善点では、6名が表現が抽象的である、4名が文言が抽象的でコメディカルによる評価が困難であると指摘した。改善要望として、2名の指導医から具体例を挙げて質問出来るほうがよい、評価レベルはシンプルな方が望ましいという意見があった。現場での工夫、苦労などに関しては、3名の指導医がコメント欄を活用していると報告があった。特徴的に意見として、評価者の主観による評価になっている点が課題・問題点として挙げられた。

II. 評価票 B（医師の資質能力）について（表 9-11、表 16）

肯定的な意見として、8名の指導医中5名が評価票 B に肯定的であり、その中で3名が項目・範囲は適切であると述べた。課題・問題点については、5名の指導医が観察できない項目があること、中間のレベルは不要であること、2名が評価者によって評価がばらつきを問題視した。改善要望については、8名の指導医中3名が項目の整理について挙げた。現場での工夫、苦労などについて、評価者向けの解説動画作成や研修医から指導体制を評価する仕組みとして EPOC を活用しているなどが挙げられた。特徴的な意見として、「臨床研究や治験の意義を理解し、協力する」について、市中病院では協力する機会が少ないという指摘があった。

III. 評価票 C（基本的臨床業務）について(表 12-14、表 16)

肯定的な意見として、8名の指導医中7名が評価票Ⅲの内容が分かりやすいと述べ、評価票 C は現状の構成で十分であり、コメディカルでも評価可能との意見があった。課題・問題点について、8名の指導医中3名が地域研修の研修先によって研修内容にばらつきがあることや「ほぼ単独でできる」基準に違和感があるとの指摘があった。改善要望として、8名の指導医中6名が改善要望をあげており、具体的な内容として、小児科・外科・産婦人科に対応した項目追加や評価基準を明確にするなどが挙げられた。現場での工夫、苦労などについては、2名の医師から地域医療では、協力病院と密に連携し、研修先の指導医から報告を受けていると述べた。

IV. 研修医評価票の改善に向けた見直しについて(表 15、表 16)

研修医評価票に対する改善要望として、研修評価票のデータを全研修医に対して一括でエクスポートできる機能の追加が求められており、これにより研修医全員の進捗状況や評価項目のデータを一覧で確認できるようになり、臨床現場での活用が容易になるとされる。また、侵襲的手技については、研修医が中心静脈カテーテル（CV）を実施する前に安全講習を義務付けることで、CVを行うときに注意すべきことや準備すべきものを事前学習した上で実施できるという意見があった。さらに、現在の指導

医に対する評価システムが一方的であると指摘があり、研修医から病院や指導医に対して直接フィードバックを提供する機会の提案があった。最後に、ポートフォリオに関しては、意識の高い研修医からの肯定的なフィードバックがあり、個人情報を保護しつつデータを一元管理できれば、研修医の成長を効果的に追跡し、継続的な評価と自己反省を促すことが期待されているとの意見があった。

D. 考察

1) 2020 年度に全国標準化された評価票の信頼性、再現性の検討

本調査の結果から、ほとんどの研修医がローテーション中に1度のみしか評価されていないことが明らかとなった。全項目において指導医間での評価の再現性が高いとは言えず、ばらつきが存在することが明らかになった。また、Jitter を用いた Bland-Altman Plot の分析から、目標レベルの3前後にデータポイントが集中していることが確認された。

A 項目（プロフェッショナリズム）は、B と C 項目（専門的医学知識やスキル）と比較して Bland-Altman Plot の集合箇所のばらつきが少ないものの、ICC は低値を示した。これは、医師倫理観という基盤的な項目であるため専門的な医学知識やスキルが問われる B、C 項目よりは一致しやすい可能性が示唆された。B、C 項目は、Bland-Altman の集合箇所のばらつきが大きく ICC も低値を示した。特に医学知識や問題対応能力の具体的な診療業務に関する評価では、実際の臨床状況で要求される判断力やスキルによるため、指導医間の評価の再現性が低く生じた可能性がある。さらに、診療科の特徴や指導医の評価能力の差異が評価の再現性に影響を与えている可能性が示唆された。評価の再現性を高めるためには、ローテーション中に医師臨床研修ガイドラインが推奨するように、研修医を取り巻く他の医師や医療スタッフからの評価も積極的に行われるべきである。さらに、評価票に関する課題として、「抽象的で理解しにくい評価基準」、「長文の項目記述の読みづらさ」などの意見が聞かれている。これらの課題は、各医療施設で評価者向けワークショップ実施に反映されているが、更なる指導医講習会などでの強化が望まれる。

2) 指導医による評価と研修医による自己評価の差異をもたらす項目の検討

A、B、C の各項目には、指導医による評価と研修医による自己評価の差異について、特段大きな違いは見られなかった。研修医2年目は1年目に比べ、指導医による評価が研修医の自己評価を上回る傾向が見られたが、これは2年目の研修医に対する指導医の期待も上昇していることが示唆される。また、評価される研修医の年齢が高いと、年齢が低い研修医に比べ、指導医による評価が研修医の自己評価を下回っていた。これは、研修医が自身のスキルを過大評価している可能性や、指導医が年齢によって研修医が経験豊富であると期待値を高く設定している可能性が示唆される。今回の分析で、研修医と指導医の性別の組み合わせによって指導医と研修医の評価に差異が生じる可能性が示唆された。2020 年度臨床研修ガイドラインでは、「臨床現場での評価は主として指導医が行うが、複数の評価者による複数回の評価によって信頼性と妥当性を高めることができることから、より多く

の評価者に評価票を記載してもらうことが望ましい。」と記載されているが、前述の通り、ほとんどの研修医がローテーション中に1度のみしか評価されていない現状にある。今回の分析で明らかとなった通り、研修医と指導医の性別の組み合わせや指導医・上級医によって、評価にばらつきが生じるため、積極的に複数の評価者による複数回の評価を実施し、1名指導医による評価結果にとらわれすぎないように運用を進める必要があると考えられる。また、大学病院や臨床研修病院などの病院種別や、病院の所在地をとりまく環境でも、評価にはばらつきが生じている可能性が示唆された。

3) 研修医の経時的な評価の上昇に寄与する項目の検討

I. 評価票 I (A.プロフェッショナリズム) について

評価票 I の結果から、研修医が基本的なプロフェッショナリズムについて一定の水準を保っていることが示された。切片が約3点であることは、研修の初期段階から適切な基準を満たしている研修医が多いと解釈できる。このため、傾きが0.08点と緩やかであることは、研修開始から早い段階で研修医がプロフェッショナリズムの向上については、最高点に達している可能性が考えられる。

II. 評価票 II (B.医師の資質能力) について

一方で、B項目の傾きは、A項目に比して2.5点と低く始まり、専門的な能力に関しては、研修の初期段階では低得点であることを示しており、1年間の平均的な傾きかが0.4点と他の項目に比べて高く研修期間中の向上が確認された。

III. 評価票 III (C.基本的臨床業務) について

地域別の分析においては、人口20万人未満の地域では、全項目において平均的な1年間の傾きが高く、小規模な地域の病院における研修内容の違いによって研修医の評価にも影響している可能性が示された。小規模病院での密接な指導関係や多様な臨床経験が研修医の成長に寄与している可能性がある。

4) 医師臨床研修制度の見直しにより具体的に資する情報を得るための指導医対象インタビュー調査

I. 評価票 I (A.プロフェッショナリズム) について

評価票 I の項目は、多くが項目の表現が抽象的であるという意見が多かった。特に、コメディカルが評価を行う際に困難を感じていることが明らかになった。評価文言の具体化やシンプルにする必要があると思われる。また、評価者の主観が強く反映されると感じられているため、評価者のさらなるトレーニングが必要であると思われる。

II. 評価票 II (B.医師の資質能力) について

評価票 II に関しては、指導医のうち多数が肯定的な意見を持ちつつも、研修施設によっては「臨床研究や治験の意義を理解し、協力する」の項目のような観察できない項目が存在するという課題が浮上した。さらに、評価者によるばらつきも指摘されており、評価の一貫性を高めるための指導者研修の強化が望まれる。

III. 評価票Ⅲ（C.基本的臨床業務）について

評価票Ⅲは、その内容が多く指導医にとって分かりやすいと評価されているが、地域研修では、研修施設による研修内容のばらつきが指摘された。独立して業務を行う能力の評価基準に対する違和感が指摘された。これにより、地域特有のニーズに対応した評価項目の追加や、より明確な評価基準の設定が必要とされる。また、地域間での連携と情報共有を強化することで、研修の質の均一化を図ることも重要である。

E. 結論

- 評価票の全項目において指導医間での再現性が高いとは言えず、ばらつきが存在しており、指導医講習会などでの研修機会が重要である。
- 複数の評価者による複数回の評価によって信頼性と妥当性を高めるため、より多くの評価者に評価票を記載する運用が望ましい。

F. 研究発表

- 第54回日本医学教育学会大会 オンデマンドシンポジウム4「ICTを用いた卒前卒後のシームレスな医師の臨床教育評価システム EPCO2の開発・運用から明らかとなった知見・課題と今後に期待されること」「令和2年度施行の新たな臨床研修評価票 信頼性・再現性の検討」
- 森田、大出 他、2020年度全国で開始した臨床研修医評価票の信頼性・再現性の検討ー全国の研修医評価データを用いてー。医学教育 submitted

G. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

・ 表1 Cronbach's alpha

	A項目 (n=91949)	B項目 (n=92159)	C項目 (n=87163)
有効率	98.5% (91949/93387)	98.7% (92159/93387)	93.3% (87163/93387)
クロンバック α 係数	0.803	0.949	0.797

・ 表2 評価者間の一致率

A項目

	A-1 社会的使命と公衆衛生への寄与	A-2 利他的な態度	A-3 人間性の尊重	A-4 自らを高める姿勢
一致率	2669/3622 (73.7%)	2622/3791 (68.2%)	2601/3795 (68.5%)	2444/3815 (64.1%)

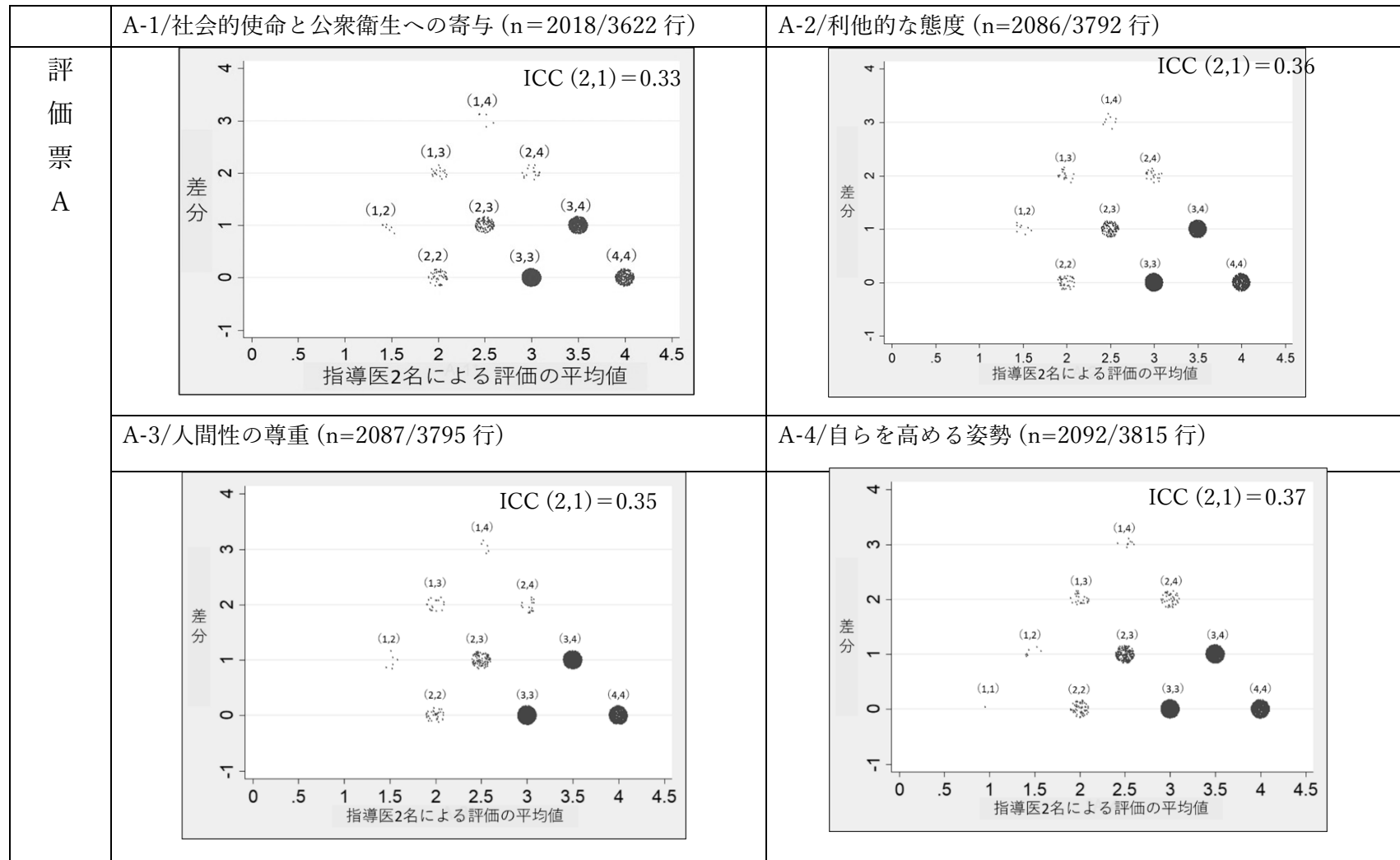
B項目

	B-1 医学・医療における倫理性	B-2 医学知識と問題対応能力	B-3 診療技能と患者ケア	B-4 コミュニケーション能力	B-5 チーム医療の実践
一致率	1725/3717 (46.4%)	1591/3777 (42.1%)	1607/3762 (42.7%)	1602/3779 (42.4%)	1617/3734 (43.3%)
	B-6 医療の質と安全管理	B-7 社会における医療の実践	B-8 科学的探究	B-9 生涯にわたって共に学ぶ姿勢	
一致率	1669/3677 (45.4%)	1443/3189 (45.3%)	1478/3340 (44.3%)	1541/3611 (42.7%)	

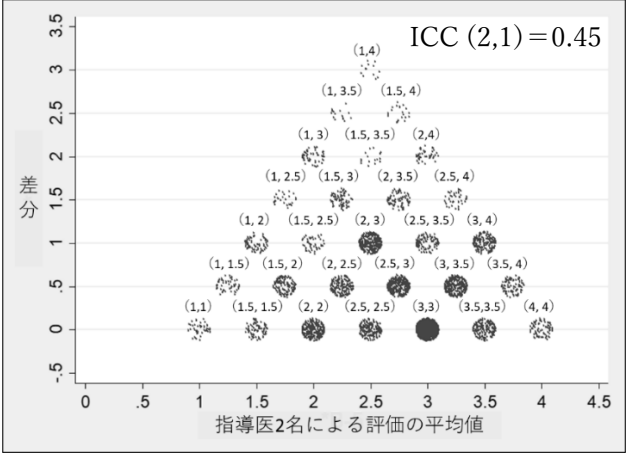
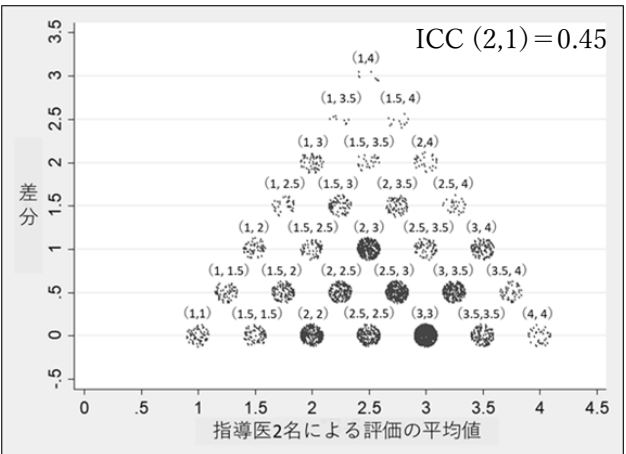
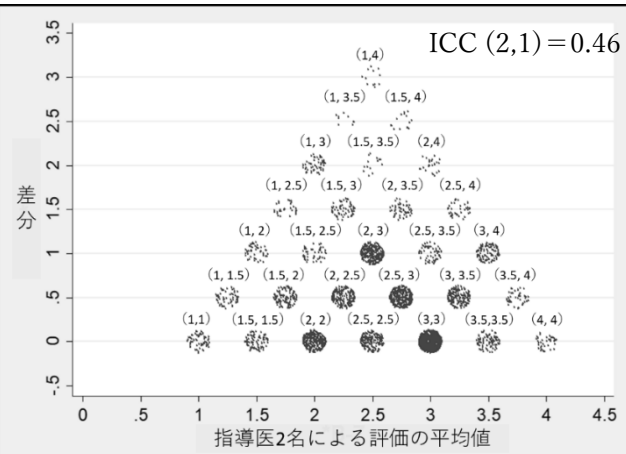
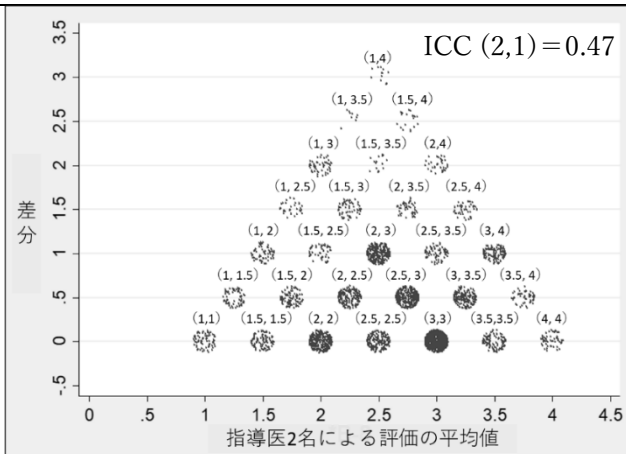
C項目

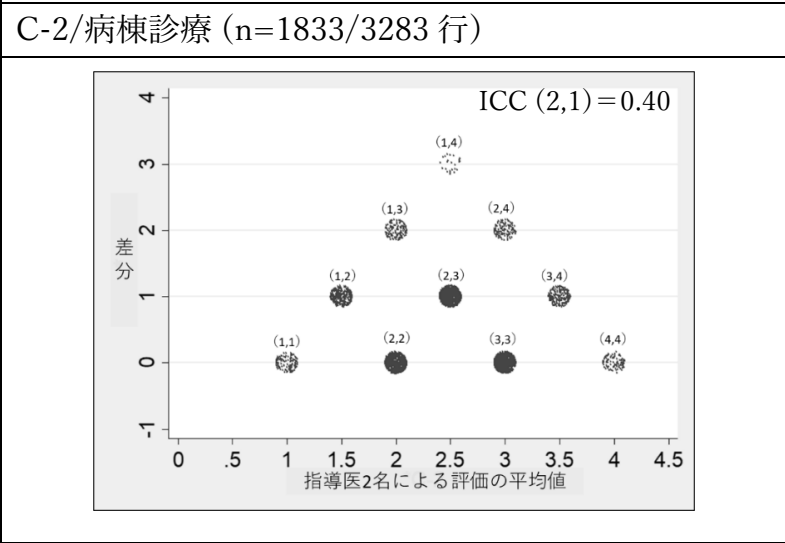
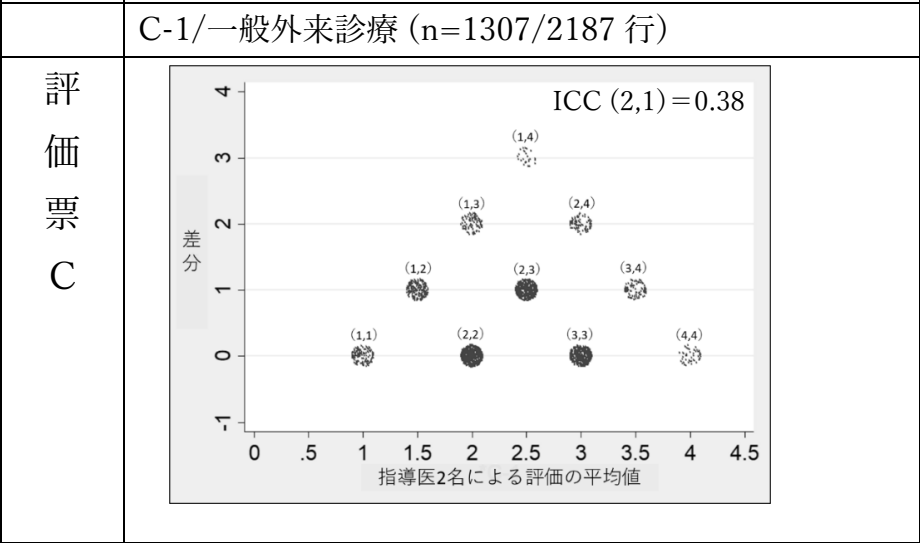
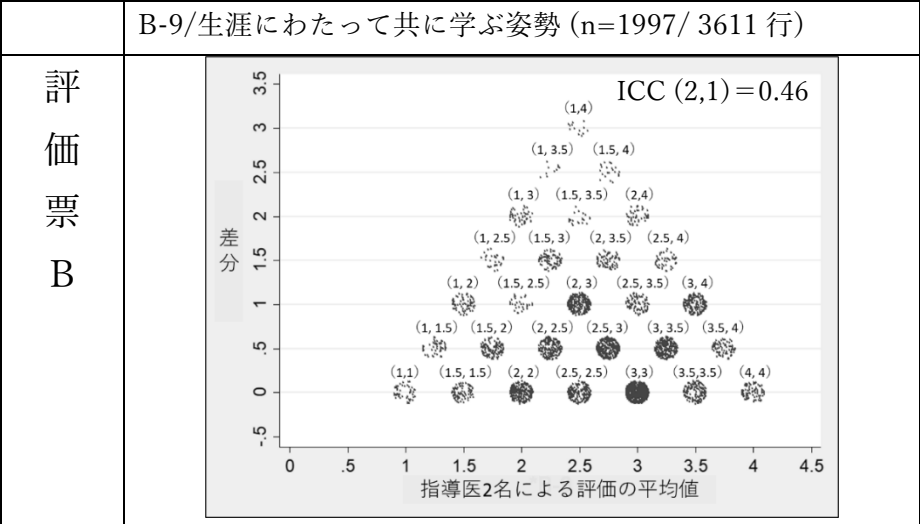
	C-1 一般外来診療	C-2 病棟診療	C-3 初期救急対応	C-4 地域医療
一致率	1233/2187 (56.4%)	1810/3283 (55.1%)	1554/2735 (56.8%)	881/1423 (61.9%)

• 図1 Bland-Altman Plot

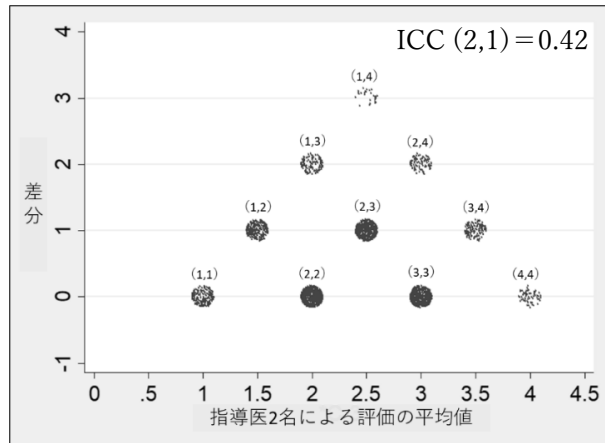


評価票 B	<p>B-1/医学・医療における倫理性 (n=2049/3717 行)</p>	<p>B-2/医学知識と問題対応能力 (n=2070/3777 行)</p>
	<p>B-3/診療技能と患者ケア (n=2068/3762 行)</p>	<p>B-4/コミュニケーション能力 (n=2074/ 3779 行)</p>

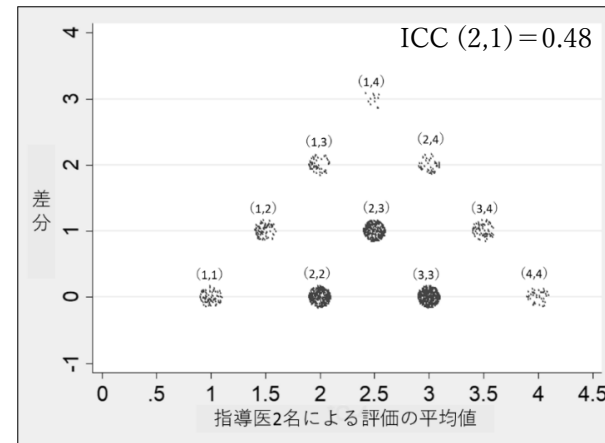
評価票 B	<p>B-5/チーム医療の実践 (n=2046/ 3734 行)</p> 	<p>B-6/医療の質と安全管理 (n=2014/ 3677 行)</p> 
	<p>B-7/社会における医療の実践 (n=1818/3189 行)</p> 	<p>B-8/科学的探究 (n=1895/3340 行)</p> 



C-3/初期救急対応 (n=1597/2735 行)



C-4/地域医療 (n=953/1423 行)



・ 表3 多変量ロジスティック回帰分析

・ 表3-1 A項目

		A-1. 社会的使命と公衆衛生への寄与			A-2. 利他的な態度			A-3. 人間性の尊重			A-4. 自らを高める姿勢		
		AOR	95%CI		AOR	95%CI		AOR	95%CI		AOR	95%CI	
研修年度（1年目）		1.00	0.96	1.05	1.07	1.02	1.12	1.09	1.05	1.15	1.11	1.06	1.16
研修医/年齢	25歳未満	1.00			1.00			1.00			1.00		
	25歳以上30歳未満	0.87	0.83	0.91	0.86	0.82	0.90	0.87	0.83	0.91	0.85	0.81	0.89
	30歳以上	0.96	0.88	1.05	0.91	0.84	1.00	0.92	0.85	1.01	0.91	0.84	1.00
指導医/上級医		1.40	1.22	1.61	1.47	1.27	1.70	1.46	1.27	1.69	1.40	1.22	1.62
研修医と指導医の年齢差(12歳)		0.92	0.86	0.98	0.92	0.86	0.99	0.90	0.84	0.96	0.99	0.92	1.05
研修医と指導医の性別													
男性研修医×男性指導医		1.00			1.00			1.00			1.00		
女性研修医×女性指導医		1.47	1.28	1.69	1.37	1.19	1.58	1.41	1.23	1.63	1.47	1.28	1.70
女性研修医×男性指導医		1.44	1.37	1.52	1.41	1.34	1.49	1.42	1.35	1.50	1.39	1.32	1.47
男性研修医×女性指導医		0.95	0.87	1.03	0.92	0.84	1.00	0.96	0.88	1.04	0.92	0.85	1.01
病院の種類（大学病院/研修病院）		0.85	0.81	0.89	0.88	0.83	0.92	0.87	0.83	0.92	0.85	0.81	0.89
人口（医療計画）		0.93	0.86	1.00	0.88	0.81	0.94	0.89	0.82	0.96	0.90	0.83	0.97

表 3-2 B 項目

		B-1.医学・医療における倫理性			B-2.医学知識と問題対応能力			B-3.診療技能と患者ケア			B-4.コミュニケーション能力		
		AOR	95%CI		AOR	95%CI		AOR	95%CI		AOR	95%CI	
研修年度(1年目)		1.51	1.44	1.57	1.45	1.39	1.51	1.49	1.43	1.55	1.38	1.33	1.44
研修医/年齢	25歳未満	1.00			1.00			1.00			1.00		
	25歳以上30歳未満	0.88	0.85	0.92	0.87	0.83	0.91	0.88	0.84	0.92	0.89	0.85	0.93
	30歳以上	1.00	0.93	1.08	0.98	0.91	1.06	0.95	0.88	1.02	0.92	0.85	0.99
指導医/上級医		1.35	1.20	1.52	1.39	1.23	1.57	1.41	1.25	1.59	1.41	1.25	1.60
研修医と指導医の年齢差(12歳)		0.95	0.90	1.01	1.01	0.96	1.07	0.95	0.90	1.01	1.00	0.94	1.06
研修医と指導医の性別													
男性研修医×男性指導医		1.00			1.00			1.00			1.00		
女性研修医×女性指導医		1.28	1.14	1.43	1.20	1.07	1.34	1.21	1.08	1.36	1.31	1.16	1.47
女性研修医×男性指導医		1.42	1.36	1.49	1.45	1.38	1.51	1.45	1.38	1.52	1.41	1.35	1.48
男性研修医×女性指導医		0.92	0.86	1.00	0.90	0.84	0.97	0.89	0.83	0.96	0.89	0.82	0.96
病院の種類(大学病院/研修病院)		0.87	0.83	0.91	0.88	0.84	0.92	0.89	0.85	0.93	0.89	0.85	0.93
人口(医療計画)		0.85	0.79	0.90	0.81	0.76	0.87	0.84	0.78	0.90	0.81	0.76	0.87

	B-5.チーム医療の実践			B-6.医療の質と安全の管理			B-7.社会における医療の実践			B-8.科学的探究			B-9.生涯にわたって共に学ぶ姿勢					
	AOR	95%CI		AOR	95%CI		AOR	95%CI		AOR	95%CI		AOR	95%CI				
研修年度(1年目:1)	1.40	1.34	1.46	1.48	1.42	1.54	1.47	1.41	1.53	1.42	1.37	1.48	1.41	1.35	1.47			
研修医/年齢	25歳未満			1.00			1.00			1.00			1.00					
	25歳以上30歳未満			0.88	0.84	0.92	0.88	0.85	0.92	0.88	0.85	0.92	0.89	0.86	0.93	0.89	0.85	0.93
	30歳以上			0.93	0.86	1.00	0.97	0.89	1.04	0.98	0.91	1.06	0.98	0.91	1.06	0.93	0.86	1.00
指導医/上級医	1.36	1.20	1.53	1.38	1.23	1.56	1.30	1.16	1.46	1.31	1.16	1.47	1.38	1.22	1.55			
研修医と指導医との年齢差(12歳)	1.00	0.94	1.06	0.98	0.93	1.04	0.96	0.91	1.01	1.00	0.94	1.06	1.01	0.96	1.07			
研修医と指導医の性別																		
男性研修医×男性指導医	1.00			1.00			1.00			1.00			1.00					
女性研修医×女性指導医	1.24	1.10	1.39	1.31	1.16	1.47	1.22	1.09	1.37	1.28	1.14	1.44	1.28	1.14	1.44			
女性研修医×男性指導医	1.41	1.35	1.48	1.46	1.39	1.52	1.46	1.40	1.53	1.50	1.44	1.57	1.47	1.40	1.54			
男性研修医×女性指導医	0.90	0.83	0.97	0.92	0.85	0.99	0.91	0.85	0.98	0.88	0.81	0.94	0.89	0.83	0.96			
病院の種類(大学病院/研修病院)	0.91	0.87	0.95	0.90	0.86	0.94	0.89	0.85	0.93	0.89	0.85	0.93	0.90	0.86	0.94			
人口(医療計画)	0.84	0.78	0.90	0.83	0.78	0.88	0.88	0.82	0.94	0.83	0.77	0.88	0.82	0.77	0.87			

表 3-3 C 項目

	C-1. 一般外来診療			C-2. 病棟診療			C-3. 初期救急対応			C-4. 地域医療		
	AOR	95%CI		AOR	95%CI		AOR	95%CI		AOR	95%CI	
研修年度（1 年目）	1.04	1.00	1.08	1.19	1.14	1.24	1.23	1.17	1.28	1.15	1.11	1.20
研修医 年齢												
25 歳未満	1.00			1.00			1.00			1.00		
25 歳以上 30 歳未満	0.90	0.86	0.94	0.89	0.85	0.93	0.90	0.87	0.94	0.90	0.86	0.94
30 歳以上	1.06	0.98	1.14	1.00	0.92	1.09	1.00	0.92	1.08	1.05	0.97	1.14
指導医/上級医	1.25	1.11	1.41	1.26	1.12	1.43	1.22	1.08	1.38	1.19	1.06	1.35
研修医と指導医との年齢差（12 歳）	1.02	0.97	1.08	1.04	0.98	1.10	0.99	0.93	1.05	0.96	0.90	1.02
研修医と指導医の性別												
男性研修医×男性指導医	1.00			1.00			1.00			1.00		
女性研修医×女性指導医	1.15	1.02	1.28	1.18	1.04	1.32	1.20	1.07	1.35	1.11	0.99	1.25
女性研修医×男性指導医	1.55	1.48	1.62	1.54	1.47	1.62	1.55	1.47	1.62	1.56	1.49	1.64
男性研修医×女性指導医	0.74	0.68	0.79	0.78	0.72	0.84	0.80	0.74	0.86	0.76	0.70	0.82
病院の種類（大学病院/研修病院）	0.73	0.70	0.76	0.77	0.74	0.81	0.72	0.69	0.75	0.76	0.73	0.80
人口（医療計画）	0.73	0.68	0.79	0.78	0.73	0.84	0.78	0.73	0.84	0.77	0.72	0.83

・ 表4 線形混合モデル

表 4-1 A 項目

	A-1. 社会的使命と公衆衛生への寄与										
	β	95%CI			β (years)	95%CI			β (years)	95%CI	
years	0.088(2.97)	0.078	0.098								
研修医 性別	0.02	0.012	0.028								
研修医 年齢	-0.024	-0.03	-0.018								
研修年度	-0.005	-0.017	0.006	1 年目	0.102(2.93)	0.09	0.115	2 年目	0.05(3.06)	0.03	0.07
指導医/上級医の性別	-0.071	-0.081	-0.062								
指導医/上級医	0.051	0.031	0.072								
病院の種類	0.039	0.031	0.046	一般病院	0.101(2.98)	0.088	0.113	大学病院	0.064(2.75)	0.046	0.082
人口 (医療計画)	-0.045	-0.059	-0.031								

Slope (intercept)

	A-2. 利他的な態度														
	β	95%CI			β (years)	95%CI			β (years)	95%CI			β (years)	95%CI	
years	0.085 (3.10)	0.077	0.094												
研修医 性別	0.033	0.026	0.04												
研修医 年齢	-0.018	-0.023	-0.013	25 歳未 満	0.09 (3.11)	0.076	0.104	25 歳か ら 30 歳未満	0.083 (3.08)	0.072	0.094	30 歳以 上	0.084 (3.06)	0.055	0.112
研修年度	-0.006	-0.016	0.003	1 年目	0.102	0.092	0.112	2 年目	0.04	0.024	0.057				
指導医/上級医の性別	-0.041	-0.049	-0.034												
指導医/上級医	0.04	0.023	0.057												
病院の種類	0.056	0.05	0.063	一般病 院	0.096 (3.12)	0.086	0.106	大学病 院	0.064 (2.89)	0.05	0.078				
人口 (医療計画)	-0.019	-0.031	-0.007												

Slope (intercept)

	A-3. 人間性の尊重														
	β	95%CI			β (years)	95%CI			β (years)	95%CI			β (years)	95%CI	
years	0.076 (3.11)	0.068	0.084												
研修医 性別	0.039	0.032	0.045												
研修医 年齢	-0.012	-0.017	-0.007	25 歳未満	0.081 (3.11)	0.066	0.095	25 歳か ら 30 歳未満	0.074 (3.10)	0.063	0.085	30 歳以 上	0.073 (3.08)	0.044	0.102
研修年度	0.003	-0.007	0.012	1 年目	0.095 (3.10)	0.085	0.105	2 年目	0.024 (3.21)	0.008	0.04				
指導医/上級医の性別	-0.029	-0.036	-0.021												
指導医/上級医	0.053	0.036	0.07												
病院の種類	0.048	0.042	0.054	一般病院	0.086 (3.12)	0.076	0.096	大学病 院	0.058 (2.91)	0.044	0.072				
人口 (医療計画)	-0.026	-0.037	-0.014												

Slope (intercept)

	A-4.自らを高める姿勢														
	β	95%CI			β (years)	95%CI			β (years)	95%CI			β (years)	95%CI	
years	0.068 (3.14)	0.06	0.077												
研修医 性別	0.031	0.023	0.038												
研修医 年齢	-0.032	-0.037	-0.026	25歳未満	0.066(3.17)	0.052	0.081	25歳から30歳未満	0.074 (3.10)	0.062	0.085	30歳以上	0.041 (3.05)	0.011	0.071
研修年度	0.024	0.015	0.034	1年目	0.088 (3.15)	0.077	0.098	2年目	0.017 (3.29)	0.001	0.033				
指導医/上級医の性別	-0.021	-0.028	-0.013												
指導医/上級医	0.046	0.028	0.064												
病院の種類	0.017	0.011	0.024	一般病院	0.087 (3.16)	0.077	0.097	大学病院	0.032 (2.98)	0.016	0.047				
人口 (医療計画)	-0.008	-0.02	0.004												

Slope (intercept)

表 4-2 B 項目

	B-1.医学・医療における倫理性											
	β	95%CI			β (years)	95%CI			β (years)	95%CI		
years	0.424(2.50)	0.415	0.433									
研修医 性別	0.018	0.011	0.025	男性	0.422(2.50)	0.412	0.433	女性	0.42(2.57)	0.407	0.433	
研修医 年齢	-0.014	-0.02	-0.008									
研修年度	-0.082	-0.092	-0.073	1年目	0.524(2.32)	0.512	0.535	2年目	0.156(2.79)	0.141	0.171	
指導医/上級医の性別	-0.089	-0.097	-0.082	女性	0.411 (2.52)	0.393	0.429	男性	0.409(2.51)	0.4	0.418	
指導医/上級医	0.07	0.052	0.088	指導医	0.426(2.57)	0.417	0.435	上級医	0.319(2.63)	0.26	0.379	
病院の種類	0.031	0.025	0.038	一般病院	0.439(2.50)	0.428	0.45	大学病院	0.388(2.44)	0.374	0.403	
人口 (医療計画)	-0.026	-0.038	-0.014	20万未満	0.436(2.60)	0.401	0.471	20万以上	0.423(2.47)	0.413	0.432	

Slope (intercept)

	B-2.医学知識と問題対応能力													
	β	95%CI			β (years)	95%CI			β (years)	95%CI			β (years)	95%CI
years	0.47 (2.53)	0.461	0.478											
研修医 性別	0.001	-0.006	0.008											
研修医 年齢	-0.034	-0.04	-0.029											
研修年度	-0.084	-0.093	-0.075	1年目	0.58 (2.34)	0.569	0.591	2年目	0.173 (2.85)	0.16	0.186			
指導医/上級医の性別	-0.105	-0.113	-0.098	女性	0.464 (2.52)	0.447	0.48	男性	0.456 (2.53)	0.447	0.464			
指導医/上級医	0.047	0.03	0.064											
病院の種類	0.014	0.008	0.021											
人口 (医療計画)	-0.024	-0.036	-0.012	20万未満	0.46 (2.60)	0.427	0.493	20万以上	0.47 (2.51)	0.461	0.478			

Slope (intercept)

	B-3.診療技能と患者ケア													
	β	95%CI			β (years)	95%CI			β (years)	95%CI			β (years)	95%CI
years	0.453 (2.52)	0.444	0.463											
研修医 性別	0.012	0.005	0.02	男性	0.454 (2.52)	0.443	0.465	女性	0.446 (2.57)	0.432	0.46			
研修医 年齢	-0.027	-0.033	-0.021											
研修年度	-0.106	-0.116	-0.096	1年目	0.567 (2.30)	0.555	0.579	2年目	0.143 (2.82)	0.127	0.16			
指導医/上級医の性別	-0.122	-0.13	-0.114	女性	0.446 (2.52)	0.427	0.464	男性	0.439 (2.52)	0.43	0.448			
指導医/上級医	0.08	0.061	0.099	指導医	0.456	0.446	0.465	上級医	0.355	0.296	0.414			

					(2.60)				(2.67)					
病院の種類	0.015	0.008	0.022	一般病院	0.469 (2.52)	0.458	0.48	大学病院	0.419 (2.45)	0.403	0.435			
人口 (医療計画)	-0.035	-0.048	-0.022	20万未満	0.444 (2.54)	0.409	0.48	20万以上	0.454 (2.49)	0.444	0.463			

Slope (intercept)

	B-4. コミュニケーション能力														
	β	95%CI			β (years)	95%CI			β (years)	95%CI			β (years)	95%CI	
years	0.41 (2.62)	0.401	0.418												
研修医 性別	0.036	0.029	0.043	男性	0.411 (2.61)	0.401	0.42	女性	0.403 (2.70)	0.39	0.416				
研修医 年齢	-0.022	-0.027	-0.016												
研修年度	-0.079	-0.088	-0.07	1年目	0.514 (2.44)	0.503	0.525	2年目	0.13 (2.93)	0.116	0.144				
指導医/上級医の性別	-0.074	-0.082	-0.067	女性	0.415 (2.66)	0.398	0.432	男性	0.396 (2.63)	0.387	0.404				
指導医/上級医	0.074	0.057	0.092	指導医	0.411 (2.69)	0.403	0.42	上級医	0.327 (2.77)	0.271	0.384				
病院の種類	0.02	0.013	0.027	一般病院	0.424 (2.61)	0.413	0.434	大学病院	0.376 (2.58)	0.361	0.39				
人口 (医療計画)	-0.015	-0.028	-0.003	20万未満	0.408 (2.67)	0.374	0.442	20万以上	0.409 (2.61)	0.401	0.418				

Slope (intercept)

	B-5.チーム医療の実践														
	β	95%CI			β (years)	95%CI			β (years)	95%CI			β (years)	95%CI	
years	0.428 (2.61)	0.419	0.437												
研修医 性別	0.026	0.019	0.034	男性	0.428 (2.60)	0.418	0.439	女性	0.423 (2.67)	0.409	0.436				
研修医 年齢	-0.025	-0.03	-0.019												
研修年度	-0.099	-0.109	-0.089	1年目	0.536 (2.40)	0.524	0.547	2年目	0.135 (2.89)	0.119	0.151				
指導医/上級医の性別	-0.083	-0.091	-0.075	女性	0.426 (2.61)	0.408	0.444	男性	0.413 (2.61)	0.404	0.422				
指導医/上級医	0.061	0.043	0.08	指導医	0.429 (2.66)	0.42	0.438	上級医	0.359 (2.73)	0.299	0.419				
病院の種類	0.041	0.034	0.048	一般病院	0.443 (2.61)	0.431	0.454	大学病院	0.392 (2.48)	0.376	0.407				
人口 (医療計画)	-0.023	-0.036	-0.01	20万未満	0.419 (2.64)	0.384	0.455	20万以上	0.428 (2.58)	0.419	0.437				

Slope (intercept)

	B-6.医療の質と安全の管理														
	β	95%CI			β (years)	95%CI			β (years)	95%CI			β (years)	95%CI	
years	0.448 (2.51)	0.439	0.457												
研修医 性別	0.016	0.008	0.023	男性	0.444 (2.51)	0.433	0.455	女性	0.45 (2.59)	0.436	0.463				
研修医 年齢	-0.021	-0.027	-0.015	25歳未満	0.446 (2.50)	0.43	0.461	25歳から30歳未満	0.455 (2.49)	0.443	0.468	30歳以上	0.405 (2.46)	0.373	0.437

研修年度	-0.101	-0.111	-0.091	1年目	0.556 (2.29)	0.545	0.568	2年目	0.154 (2.80)	0.138	0.17				
指導医/上級医の性別	-0.09	-0.098	-0.082	女性	0.446 (2.53)	0.428	0.465	男性	0.432 (2.52)	0.422	0.441				
指導医/上級医	0.056	0.038	0.075	指導医	0.45 (2.56)	0.44	0.459	上級医	0.355 (2.65)	0.29	0.419				
病院の種類	0.042	0.035	0.049	一般病院	0.46 (2.51)	0.449	0.472	大学病院	0.418 (2.38)	0.402	0.433				
人口（医療計画）	-0.022	-0.035	-0.009	20万未満	0.433 (2.55)	0.396	0.47	20万以上	0.449 (2.48)	0.439	0.458				

Slope (intercept)

	B-7.社会における医療の実践														
	β	95%CI			β (years)	95%CI			β (years)	95%CI			β (years)	95%CI	
years	0.431 (2.42)	0.417	0.444												
研修医 性別	0.011	0	0.023												
研修医 年齢	-0.021	-0.03	-0.012												
研修年度	-0.086	-0.102	-0.071	1年目	0.518 (2.22)	0.502	0.535	2年目	0.193 (2.69)	0.167	0.219				
指導医/上級医の性別	-0.196	-0.209	-0.184	女性	0.426 (2.42)	0.399	0.454	男性	0.418 (2.42)	0.404	0.431				
指導医/上級医	-0.057	-0.085	-0.029	指導医	0.434 (2.36)	0.42	0.448	上級医	0.274 (2.35)	0.174	0.373				
病院の種類	0.049	0.038	0.059	一般病院	0.45 (2.39)	0.434	0.467	大学病院	0.388 (2.30)	0.365	0.412				
人口（医療計画）	-0.077	-0.096	-0.057	20万未満	0.46 (2.35)	0.409	0.511	20万以上	0.429 (2.35)	0.415	0.443				

Slope (intercept)

	B-8.科学的探究														
	B	95%CI			β (years)	95%CI			β (years)	95%CI			β (years)	95%CI	
years	0.427 (2.53)	0.415	0.439												
研修医 性別	-0.004	-0.014	0.007	男性	0.427 (2.53)	0.413	0.441	女性	0.438 (2.59)	0.42	0.456				
研修医 年齢	-0.035	-0.043	-0.027												
研修年度	-0.115	-0.128	-0.101	1年目	0.508 (2.31)	0.493	0.523	2年目	0.206 (2.71)	0.182	0.229				
指導医/上級医の性別	-0.184	-0.195	-0.173	女性	0.43 (2.46)	0.404	0.457	男性	0.415 (2.54)	0.402	0.427				
指導医/上級医	-0.084	-0.109	-0.059	指導医	0.431 (2.44)	0.418	0.443	上級医	0.262 (2.39)	0.17	0.355				
病院の種類	0.062	0.052	0.071	一般病院	0.439 (2.56)	0.424	0.454	大学病院	0.399 (2.43)	0.378	0.419				
人口 (医療計画)	0.012	-0.006	0.03	20万未満	0.427 (2.50)	0.377	0.477	20万以上	0.427 (2.54)	0.415	0.44				

Slope (intercept)

	B-9.生涯にわたって共に学ぶ姿勢														
	β	95%CI			β (years)	95%CI			β (years)	95%CI			β (years)	95%CI	
years	0.409 (2.60)	0.399	0.419												
研修医 性別	0.009	0.001	0.018	男性	0.413 (2.60)	0.401	0.424	女性	0.407 (2.65)	0.391	0.422				
研修医 年齢	-0.028	-0.035	-0.021	25歳未満	0.406 (2.58)	0.388	0.424	25歳から30歳	0.419 (2.59)	0.405	0.433	30歳以上	0.355 (2.57)	0.319	0.39

								未満							
研修年度	-0.078	-0.089	-0.067	1年目	0.501 (2.40)	0.488	0.514	2年目	0.163 (2.91)	0.145	0.181				
指導医/上級医の性別	-0.096	-0.105	-0.087	女性	0.408 (2.66)	0.387	0.428	男性	0.388 (2.63)	0.409					
指導医/上級医	0.005	-0.016	0.026	指導医	0.412 (2.61)	0.401	0.422	上級医	0.295 (2.72)	0.221	0.368				
病院の種類	0.028	0.02	0.036	一般病院	0.431 (2.61)	0.418	0.443	大学病院	0.361 (2.56)	0.343	0.378				
人口 (医療計画)	-0.025	-0.04	-0.011	20万未満	0.426 (2.61)	0.386	0.466	20万以上	0.408 (2.58)	0.397	0.418				

Slope (intercept)

表 4-3 C 項目

	C-1. 一般外来診療														
	β	95%CI			β (years)	95%CI			β (years)	95%CI			β (years)	95%CI	
years	0.367 (1.842)	0.35	0.384												
研修医 性別	-0.014	-0.03	0.001	男性	0.388 (1.84)	0.369	0.407	女性	0.368 (1.86)	0.343	0.392				
研修医 年齢	0.006	-0.006	0.018												
研修年度	-0.025	-0.044	-0.006	1年目	0.451 (1.65)	0.432	0.471	2年目	0.135 (2.23)	0.102	0.169				
指導医/上級医の性別	-0.286	-0.301	-0.271	女性	0.405 (1.66)	0.373	0.437	男性	0.371 (1.79)	0.355	0.388				
指導医/上級医	0.127	0.091	0.163	指導医	0.37 (1.97)	0.353	0.387	上級医	0.236 (1.93)	0.123	0.35				
病院の種類	-0.352	-0.366	-0.338	一般病院	0.42 (1.80)	0.399	0.44	大学病院	0.26 (1.67)	0.229	0.291				

人口 (医療計画)	-0.288	-0.313	-0.262	20 万 未満	0.45 (1.78)	0.389	0.511	20 万 以上	0.363 (1.56)	0.345	0.38				
-----------	--------	--------	--------	------------	----------------	-------	-------	------------	-----------------	-------	------	--	--	--	--

Slope (intercept)

C-2. 病棟診療															
	β	95%CI			β (years)	95%CI			β (years)	95%CI			β (years)	95%CI	
years	0.329 (2.30)	0.314	0.343												
研修医 性別	0.002	-0.009	0.013	男性	0.346 (2.31)	0.329	0.362	女性	0.314 (2.40)	0.292	0.335				
研修医 年齢	-0.023	-0.032	-0.014	25 歳 未満	0.34 (2.24)	0.314	0.365	25 歳 から 30 歳 未満	0.33 (2.32)	0.31	0.349	30 歳 以上	0.275 (2.20)	0.225	0.325
研修年度	-0.104	-0.121	-0.088	1 年目	0.384 (2.06)	0.367	0.401	2 年目	0.175 (2.49)	0.145	0.205				
指導医/上級医の性別	-0.245	-0.258	-0.232	女性	0.329 (2.34)	0.3	0.358	男性	0.324 (2.33)	0.31	0.339				
指導医/上級医	0.061	0.031	0.091	指導医	0.334 (2.36)	0.319	0.348	上級医	0.12 (2.55)	0.022	0.217				
病院の種類	0.056	0.045	0.067	一般病 院	0.354 (2.34)	0.336	0.372	大学病 院	0.275 (2.15)	0.25	0.3				
人口 (医療計画)	-0.134	-0.154	-0.114	20 万 未満	0.354 (2.17)	0.3	0.408	20 万 以上	0.328 (2.18)	0.313	0.344				

Slope (intercept)

C-3. 初期救急対応															
	β	95%CI			β (years)	95%CI			β (years)	95%CI			β (years)	95%CI	

years	0.395 (2.29)	0.379	0.411												
研修医 性別	-0.035	-0.048	-0.021	男性	0.417 (2.28)	0.399	0.436	女性	0.381 (2.33)	0.357	0.406				
研修医 年齢	-0.028	-0.039	-0.017	25歳 未満	0.394 (2.25)	0.366	0.423	25歳 から 30歳 未満	0.401 (2.30)	0.379	0.422	30歳 以上	0.359 (2.24)	0.302	0.416
研修年度	-0.131	-0.149	-0.112	1年目	0.484 (2.01)	0.465	0.502	2年目	0.153 (2.52)	0.12	0.186				
指導医/上級医の性別	-0.406	-0.421	-0.391	女性				男性							
指導医/上級医	0.054	0.02	0.088	指導医	0.399 (2.34)	0.382	0.416	上級医	0.217 (2.52)	0.109	0.326				
病院の種類	-0.367	-0.38	-0.355	一般病 院	0.457 (2.29)	0.437	0.476	大学病 院	0.265 (2.10)	0.234	0.295				
人口 (医療計画)	-0.185	-0.208	-0.162	20万 未満	0.501 (2.12)	0.443	0.559	20万 以上	0.389 (2.12)	0.372	0.406				

Slope (intercept)

	C-4. 地域医療														
	β	95%CI			β (years)	95%CI			β (years)	95%CI			β (years)	95%CI	
years	0.282 (1.55)	0.263	0.3												
研修医 性別	-0.029	-0.045	-0.012	男性	0.300 (1.55)	0.279	0.321	女性	0.273 (1.57)	0.246	0.3				
研修医 年齢	0.025	0.011	0.038												
研修年度	0.051	0.03	0.072	1年目	0.342 (1.42)	0.32	0.363	2年目	0.115 (2.01)	0.078	0.152				
指導医/上級医の性別	-0.402	-0.418	-0.385	女性	0.29	0.256	0.324	男性	0.297	0.279	0.315				

					(1.34)				(1.48)						
指導医/上級医	0.209	0.17	0.248	指導医				上級医							
病院の種類 (大学 病院/研修病院)	-0.372	-0.387	-0.356	一般病 院	0.337 (1.47)	0.315	0.359	大学病 院	0.173 (1.49)	0.14	0.205				
人口 (医療計画)	-0.459	-0.487	-0.432	20万 未満	0.416 (1.33)	0.349	0.484	20万以 上	0.275 (1.11)	0.256	0.295				

Slope (intercept)

・ 別添1 研修医評価票 I (A 項目)

研修医評価票 I

「A. 医師としての基本的価値観(プロフェッショナリズム)」に関する評価

研修医名

研修分野・診療科

観察者氏名 _____ 区分 医師 医師以外 (職種名 _____) 観察期間 __年__月__日 ~ __年__月__日

記載日 __年__月__日

	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4	観察機会なし
	期待を大きく下回る	期待を下回る	期待通り	期待を大きく上回る	
A-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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※「期待」とは、「研修修了時に期待される状態」とする。

印象に残るエピソードがあれば記述して下さい。特に、「期待を大きく下回る」とした場合は必ず記入をお願いします。

[_____]

別添1 研修医評価票Ⅱ (B項目)

研修医評価票Ⅱ

「B. 資質・能力」に関する評価

研修医名： _____

研修分野・診療科： _____

観察者 氏名 _____ 区分 医師 医師以外 (職種名 _____)

観察期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

レベルの説明

レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
臨床研修の開始時点で期待されるレベル (モデル・コア・カリキュラム相当)	臨床研修の中間時点で期待されるレベル	臨床研修の終了時点で期待されるレベル (到達目標相当)	上級医として期待されるレベル

別添1 研修医評価票Ⅱ (1.医学・医療における倫理性)

1. 医学・医療における倫理性： 診療、研究、教育に関する倫理的な問題を認識し、適切に行動する。			
レベル1 モデル・コア・カリキュラム	レベル2	レベル3 研修終了時で期待されるレベル	レベル4
<p>■医学・医療の歴史的な流れ、臨床倫理や生と死に係る倫理的問題、各種倫理に関する規範を概説できる。</p> <p>■患者の基本的権利、自己決定権の意義、患者の価値観、インフォームドコンセントとインフォームドアセントなどの意義と必要性を説明できる。</p> <p>■患者のプライバシーに配慮し、守秘義務の重要性を理解した上で適切な取り扱いができる。</p>	人間の尊厳と生命の不可侵性に関して尊重の念を示す。	人間の尊厳を守り、生命の不可侵性を尊重する。	モデルとなる行動を他者に示す。
	患者のプライバシーに最低限配慮し、守秘義務を果たす。	患者のプライバシーに配慮し、守秘義務を果たす。	モデルとなる行動を他者に示す。
	倫理的ジレンマの存在を認識する。	倫理的ジレンマを認識し、相互尊重に基づき対応する。	倫理的ジレンマを認識し、相互尊重に基づいて多面的に判断し、対応する。
	利益相反の存在を認識する。	利益相反を認識し、管理方針に準拠して対応する。	モデルとなる行動を他者に示す。
	診療、研究、教育に必要な透明性確保と不正行為の防止を認識する。	診療、研究、教育の透明性を確保し、不正行為の防止に努める。	モデルとなる行動を他者に示す。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 観察する機会が無かった			
コメント：			

別添1 研修医評価票Ⅱ (2.医学知識と問題対応能力)

2. 医学知識と問題対応能力： 最新の医学及び医療に関する知識を獲得し、自らが直面する診療上の問題について、科学的根拠に経験を加味して解決を図る。			
レベル1 モデル・コア・カリキュラム	レベル2	レベル3 研修終了時で期待されるレベル	レベル4
<p>■必要な課題を発見し、重要性・必要性に照らし、順位付けをし、解決にあたり、他の学習者や教員と協力してより良い具体的な方法を見出すことができる。適切な自己評価と改善のための方策を立てることができる。</p> <p>■講義、教科書、検索情報などを統合し、自らの考えを示すことができる。</p>	頻度の高い症候について、基本的な鑑別診断を挙げ、初期対応を計画する。	頻度の高い症候について、適切な臨床推論のプロセスを経て、鑑別診断と初期対応を行う。	主な症候について、十分な鑑別診断と初期対応をする。
	基本的な情報を収集し、医学的知見に基づいて臨床診断を検討する。	患者情報を収集し、最新の医学的知見に基づいて、患者の意向や生活の質に配慮した臨床判断を行う。	患者に関する詳細な情報を収集し、最新の医学的知見と患者の意向や生活の質への配慮を統合した臨床判断をする。
	保健・医療・福祉の各側面に配慮した診療計画を立案する。	保健・医療・福祉の各側面に配慮した診療計画を立案し、実行する。	保健・医療・福祉の各側面に配慮した診療計画を立案し、患者背景、多職種連携も勘案して実行する。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 観察する機会が無かった			
コメント：			

別添1 研修医評価票Ⅱ (3.診療技能と患者ケア)

3. 診療技能と患者ケア：						
臨床技能を磨ぎ、患者の苦痛や不安、考え・意向に配慮した診療を行う。						
レベル1 モデル・コア・カリキュラム	レベル2		レベル3 研修終了時で期待されるレベル		レベル4	
<ul style="list-style-type: none"> ■必要最低限の病歴を聴取し、網羅的に系統立てて、身体診療を行うことができる。 ■基本的な臨床技能を理解し、適切な態度で診断治療を行うことができる。 ■問題志向型医療記録形式で診療録を作成し、必要に応じて医療文書を作成できる。 ■緊急を要する病態、慢性疾患、に関して説明ができる。 	必要最低限の患者の健康状態に関する情報を心理・社会的側面を含めて、安全に収集する。		患者の健康状態に関する情報を、心理・社会的側面を含めて、効果的かつ安全に収集する。		複雑な症例において、患者の健康に関する情報を心理・社会的側面を含めて、効果的かつ安全に収集する。	
	基本的な疾患の最適な治療を安全に実施する。		患者の状態に合わせた、最適な治療を安全に実施する。		複雑な疾患の最適な治療を患者の状態に合わせて安全に実施する。	
	最低限必要な情報を含んだ診療内容とその根拠に関する医療記録や文書を、適切に作成する。		診療内容とその根拠に関する医療記録や文書を、適切かつ遅滞なく作成する。		必要かつ十分な診療内容とその根拠に関する医療記録や文書を、適切かつ遅滞なく作成でき、記載の模範を示せる。	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 観察する機会が無かった						
コメント：						

別添1 研修医評価票Ⅱ (4.コミュニケーション能力)

4. コミュニケーション能力：						
患者の心理・社会的背景を踏まえて、患者や家族と良好な関係性を築く。						
レベル1 モデル・コア・カリキュラム	レベル2		レベル3 研修終了時で期待されるレベル		レベル4	
<ul style="list-style-type: none"> ■コミュニケーションの方法と技能、及ぼす影響を概説できる。 ■良好な人間関係を築くことができ、患者・家族に共感できる。 ■患者・家族の苦痛に配慮し、分かりやすい言葉で心理的社会的課題を把握し、整理できる。 ■患者の要望への対処の仕方を説明できる。 	最低限の言葉遣い、態度、身だしなみで患者や家族に接する。		適切な言葉遣い、礼儀正しい態度、身だしなみで患者や家族に接する。		適切な言葉遣い、礼儀正しい態度、身だしなみで、状況や患者家族の思いに合わせた態度で患者や家族に接する。	
	患者や家族にとって必要最低限の情報を整理し、説明できる。指導医とともに患者の主体的な意思決定を支援する。		患者や家族にとって必要な情報を整理し、分かりやすい言葉で説明して、患者の主体的な意思決定を支援する。		患者や家族にとって必要かつ十分な情報を適切に整理し、分かりやすい言葉で説明し、医学的判断を加味した上で患者の主体的な意思決定を支援する。	
	患者や家族の主要なニーズを把握する。		患者や家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握する。		患者や家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握し、統合する。	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 観察する機会が無かった						
コメント：						

別添1 研修医評価票Ⅱ (5.チーム医療の実践)

5. チーム医療の実践：						
医療従事者をはじめ、患者や家族に関わる全ての人々の役割を理解し、連携を図る。						
レベル1 モデル・コア・カリキュラム	レベル2		レベル3 研修終了時で期待されるレベル		レベル4	
<ul style="list-style-type: none"> ■ チーム医療の意義を説明でき（学生として）チームの一員として診療に参加できる。 ■ 自分の限界を認識し、他の医療従事者の援助を求めることができる。 ■ チーム医療における医師の役割を説明できる。 	単純な事例において、医療を提供する組織やチームの目的等を理解する。		医療を提供する組織やチームの目的、チームの各構成員の役割を理解する。		複雑な事例において、医療を提供する組織やチームの目的とチームの目的等を理解したうえで実践する。	
	単純な事例において、チームの各構成員と情報を共有し、連携を図る。		チームの各構成員と情報を共有し、連携を図る。		チームの各構成員と情報を積極的に共有し、連携して最善のチーム医療を実践する。	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 観察する機会が無かった						
コメント：						

別添1 研修医評価票Ⅱ (6.医療の質と安全の管理)

6. 医療の質と安全の管理：						
患者にとって良質かつ安全な医療を提供し、医療従事者の安全性にも配慮する。						
レベル1 モデル・コア・カリキュラム	レベル2		レベル3 研修終了時で期待されるレベル		レベル4	
<ul style="list-style-type: none"> ■ 医療事故の防止において個人の注意、組織的なリスク管理の重要性を説明できる ■ 医療現場における報告・連絡・相談の重要性、医療文書の改ざんの違法性を説明できる ■ 医療安全管理体制の在り方、医療関連感染症の原因と防止に関して概説できる 	医療の質と患者安全の重要性を理解する。		医療の質と患者安全の重要性を理解し、それらの評価・改善に努める。		医療の質と患者安全について、日常的に認識・評価し、改善を提言する。	
	日常業務において、適切な頻度で報告、連絡、相談ができる。		日常業務の一環として、報告・連絡・相談を実践する。		報告・連絡・相談を <u>実践</u> するとともに、報告・連絡・相談に対応する。	
	一般的な医療事故等の予防と事後対応の必要性を理解する。		医療事故等の予防と事後対応を行う。		非典型的な医療事故等を個別に分析し、予防と事後対応を行う。	
	医療従事者の健康管理と自らの健康管理の必要性を理解する。		医療従事者の健康管理（予防接種や針刺し事故への対応を含む。）を理解し、 <u>自らの健康管理</u> に努める。		自らの健康管理、他の医療従事者の健康管理に努める。	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 観察する機会が無かった						
コメント：						

別添1 研修医評価票Ⅱ (7.社会における医療の実践)

7. 社会における医療の実践：						
医療の持つ社会的側面の重要性を踏まえ、各種医療制度・システムを理解し、地域社会と国際社会に貢献する。						
レベル1 モデル・コア・カリキュラム	レベル2	レベル3 研修終了時に期待されるレベル	レベル4			
■離島・へき地を含む地域社会における医療の状況、医師偏在の現状を概説できる。 ■医療計画及び地域医療構想、地域包括ケア、地域保健などを説明できる。 ■災害医療を説明できる ■(学生として)地域医療に積極的に参加・貢献する	保健医療に関する法規・制度を理解する。	保健医療に関する法規・制度の目的と仕組みを理解する。	保健医療に関する法規・制度の目的と仕組みを理解し、実臨床に適用する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	健康保険、公費負担医療の制度を理解する。	医療費の患者負担に配慮しつつ、健康保険、公費負担医療を適切に活用する。	健康保険、公費負担医療の適用の可否を判断し、適切に活用する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	地域の健康問題やニーズを把握する重要性を理解する。	地域の健康問題やニーズを把握し、必要な対策を提案する。	地域の健康問題やニーズを把握し、必要な対策を提案・実行する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	予防医療・保健・健康増進の必要性を理解する。	予防医療・保健・健康増進に努める。	予防医療・保健・健康増進について具体的な改善案などを提示する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	地域包括ケアシステムを理解する。	地域包括ケアシステムを理解し、その推進に貢献する。	地域包括ケアシステムを理解し、その推進に積極的に参画する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
災害や感染症パンデミックなどの非日常的な医療需要が起こりうることを理解する。	災害や感染症パンデミックなどの非日常的な医療需要に備える。	災害や感染症パンデミックなどの非日常的な医療需要を想定し、組織的な対応を主導する実際に対応する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 観察する機会が無かった						
コメント：						

別添1 研修医評価票Ⅱ (8.科学的探究)

8. 科学的探究：						
医学及び医療における科学的アプローチを理解し、学術活動を通じて、医学及び医療の発展に寄与する。						
レベル1 モデル・コア・カリキュラム	レベル2	レベル3 研修終了時に期待されるレベル	レベル4			
■研究は医学・医療の発展や患者の利益の増進のために行われることを説明できる。 ■生命科学の講義、実習、患者や疾患の分析から得られた情報や知識を基に疾患の理解・診断・治療の深化につなげることができる。	医療上の疑問点を認識する。	医療上の疑問点を研究課題に変換する。	医療上の疑問点を研究課題に変換し、研究計画を立案する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	科学的研究方法を理解する。 臨床研究や治験の意義を理解する。	科学的研究方法を理解し、活用する。 臨床研究や治験の意義を理解し、協力する。	科学的研究方法を目的に合わせて活用実践する。 臨床研究や治験の意義を理解し、実臨床で協力・実施する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 観察する機会が無かった						
コメント：						

別添1 研修医評価票Ⅱ (9.生涯にわたって共に学ぶ姿勢)

<p>9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢：</p> <p>医療の質の向上のために省察し、他の医師・医療者と共に研鑽しながら、後進の育成にも携わり、生涯にわたって自律的に学び続ける。</p>						
<p>レベル1 モデル・コア・カリキュラム</p>		<p>レベル2</p>		<p>レベル3 研修終了時で期待されるレベル</p>		<p>レベル4</p>
<p>■生涯学習の重要性を説明でき、継続的学習に必要な情報を収集できる。</p>		<p>急速に変化・発展する医学知識・技術の吸収の必要性を認識する。</p>		<p>急速に変化・発展する医学知識・技術の吸収に努める。</p>		<p>急速に変化・発展する医学知識・技術の吸収のために、常に自己省察し、自己研鑽のために努力する。</p>
		<p>同僚、後輩、医師以外の医療職から学ぶ姿勢を維持する。</p>		<p>同僚、後輩、医師以外の医療職と互いに教え、学びあう。</p>		<p>同僚、後輩、医師以外の医療職と共に研鑽しながら、後進を育成する。</p>
		<p>国内外の政策や医学及び医療の最新動向（薬剤耐性菌やゲノム医療等を含む。）の重要性を認識する。</p>		<p>国内外の政策や医学及び医療の最新動向（薬剤耐性菌やゲノム医療等を含む。）を把握する。</p>		<p>国内外の政策や医学及び医療の最新動向（薬剤耐性菌やゲノム医療等を含む。）を把握し、実臨床に活用する。</p>
<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p><input type="checkbox"/> 観察する機会が無かった</p>						
<p>コメント：</p>						

別添1 研修医評価票Ⅲ (C項目)

研修医評価票Ⅲ					
「C. 基本的診療業務」に関する評価					
研修医名 _____					
研修分野・診療科 _____					
観察者 氏名 _____ 区分 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 医師以外 (職種名 _____)					
観察期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日					
記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日					
レベル	レベル1 指等医の 直接の監 督の下で できる	レベル2 指等医が すぐに対 応できる 状況下で できる	レベル3 ほぼ単独 でできる	レベル4 後進を指 導できる	観察 機会 なし
C-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継続診療ができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C-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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C-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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C-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・福祉に関わる種々の施設や組織と連携できる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>印象に残るエピソードがあれば記述して下さい。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>					

- ・ (別添 2)

ファシリテーター台本

0. はじめに

本日はお忙しい中、厚生労働省科学研究班「ICT を基盤とした卒前卒後のシームレスな医師の臨床教育評価システム構築のための研究」によるインタビュー調査にお時間を頂戴し、誠にありがとうございます。私は本研究班分担研究者で、本日ファシリテーターを務めさせて頂く、〇〇大学の〇〇〇〇と申します。もう 1 名、ファシリテーターを務める先生をご紹介します。〇〇大学の〇〇〇〇先生です。

1. 本人確認

まず、ご本人の確認ですが、〇〇大学の〇〇〇〇先生と〇〇大学の〇〇〇〇先生でお間違えないでしょうか。

2. 研究の趣旨

本日のインタビュー調査ですが、

3. 説明と同意の確認

実施に先立ちまして、同意書を事務局よりお送りさせていただき、ご同意いただいたと報告を受けておりますが、このまま、引き続きインタビュー調査をさせて頂いてよろしいでしょうか？

4. 録画開始

説明文書にありました通り、研究の分析のため、このインタビューを録画する必要があります。今から録画を開始してよろしいでしょうか。

5. 研究対象者の属性

この研究の結果は個人を特定できないような処理をして報告しますが、どのようなバックグラウンドの先生方にお話を伺ったかの記述統計を報告するため、性別、卒後年数の N 数、平均、中央値、標準偏差値を予定しております。ご了解ください。ここまでで、何かご質問はございますか？

インタビュー項目一覧

- 研修医評価票 I (A 項目) について
- 研修医評価票 II (B 項目) について
- 研修医評価票 III (C 項目) について

ファシリテーター資料

現行の制度では、初めて研修医の評価票が標準化され、A:医師のプロフェッショナリズム 4 項目、B:医師の資質能力 9 項目)、C:医師の基本的臨床業務 4 項目に構成されました。A、C 項目は 1~4 の 4 段階、B 項目は 1~4 に加え、1-2、2-3、3-4 の 3 中間点が加わった 7 段階となりました。

6. インタビュー1：研修医評価票 I (A 項目)について

- 実際に評価をされていて、お気づきの点や使い勝手についてお聞かせください。実際の研修医のエピソード等も交え、ぜひ、ご共有ください。
- A 項目は、どのような事象に遭遇した時に評価可能だと思いますか？

ファシリテーター資料

研修医評価票 I：A 項目 プロフェッショナリズム

現行の制度では、医師のプロフェッショナリズムを最重要として取り扱い、卒前のモデルコアカリキュラムとの整合性に配慮した到達目標となっています。A-1. 社会的使命と公衆衛生への寄与、A-2. 利他的な態度、A-3. 人間性の尊重、A-4. 自らを高める姿勢について、レベル 1：期待を大きく下回る、レベル 2：期待を下回る、レベル 3：期待通り、レベル 4：期待を大きく上回ると評価することになっております。

A 項目の内容は、

- A-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。
- A-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。
- A-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。
- A-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。

です。

7. インタビュー2：研修医評価票 II（B項目）について

- 実際に評価をされていて、お気づきの点や使い勝手についてお聞かせください。実際の研修医のエピソード等も交え、ぜひ、ご共有ください。
- 下記の項目は、どのような事象に遭遇した時に評価可能だと思いますか？

ファシリテーター資料

研修医評価票 II：B項目 医師の資質能力

医師の資質能力では、研修医が修得すべき包括的な資質・能力9領域について評価することとなっており、レベル1：臨床研修の開始時点で期待されるレベル(モデル・コア・カリキュラム相当)、レベル2：臨床研修の中間時点で期待されるレベル、レベル3：臨床研修の終了時点で期待されるレベル（到達目標相当）、レベル4：上級医として期待されるレベルとなっていますが、この研修医評価票 II の特徴として、B項目はレベル1～4に加え、1-2、2-3、3-4の3中間点加わった7段階となっています。研修医の修得過程を記録できるように、アメリカACGMEで定められている評価票を参考に作成されました。

B項目の内容は、

1. 医学・医療における倫理性：診療、研究、教育に関する倫理的な問題を認識し、適切に行動する。
 - ◇ 人間の尊厳を守り、生命の不可侵性を尊重する。
 - ◇ 患者のプライバシーに配慮し、守秘義務を果たす。
 - ◇ 倫理的ジレンマを認識し、相互尊重に基づき対応する。
 - ◇ 利益相反を認識し、管理方針に準拠して対応する。
 - ◇ 診療、研究、教育の透明性を確保し、不正行為の防止に努める。
2. 医学知識と問題対応能力：最新の医学及び医療に関する知識を獲得し、自らが直面する診療上の問題について、科学的根拠に経験を加味して解決を図る。
 - ◇ 頻度の高い症候について、適切な臨床推論のプロセスを経て、鑑別診断と初期対応を行う。
 - ◇ 患者情報を収集し、最新の医学的知見に基づいて、患者の意向や生活の質に配慮した臨床決断を行う。
 - ◇ 保健・医療・福祉の各側面に配慮した診療計画を立案し、実行する。
3. 診療技能と患者ケア：臨床技能を磨き、患者の苦痛や不安、考え・意向に配慮した診療を行う。
 - ◇ 患者の健康状態に関する情報を、心理・社会的側面を含めて、効果的かつ安

全に収集する。

- ◇ 患者の状態に合わせた、最適な治療を安全に実施する。
- ◇ 診療内容とその根拠に関する医療記録や文書を、適切かつ遅滞なく作成する。

4. コミュニケーション能力：患者の心理・社会的背景を踏まえて、患者や家族と良好な関係性を築く。

- ◇ 適切な言葉遣い、礼儀正しい態度、身だしなみで患者や家族に接する。
- ◇ 患者や家族にとって必要な情報を整理し、分かりやすい言葉で説明して、患者の主体的な意思決定を支援する。
- ◇ 患者や家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握する。

5. チーム医療の実践：医療従事者をはじめ、患者や家族に関わる全ての人々の役割を理解し、連携を図る。

- ◇ 医療を提供する組織やチームの目的、チームの各構成員の役割を理解する。
- ◇ チームの各構成員と情報を共有し、連携を図る。

6. 医療の質と安全の管理：患者にとって良質かつ安全な医療を提供し、医療従事者の安全性にも配慮する。

- ◇ 医療の質と患者安全の重要性を理解し、それらの評価・改善に努める。
- ◇ 日常業務の一環として、報告・連絡・相談を実践する。
- ◇ 医療事故等の予防と事後の対応を行う。
- ◇ 医療従事者の健康管理（予防接種や針刺し事故への対応を含む。）を理解し、自らの健康管理に努める。

7. 社会における医療の実践：医療の持つ社会的側面の重要性を踏まえ、各種医療制度・システムを理解し、地域社会と国際社会に貢献する。

- ◇ 保健医療に関する法規・制度の目的と仕組みを理解する。
- ◇ 医療費の患者負担に配慮しつつ、健康保険、公費負担医療を適切に活用する。
- ◇ 地域の健康問題やニーズを把握し、必要な対策を提案する。
- ◇ 予防医療・保健・健康増進に努める。
- ◇ 地域包括ケアシステムを理解し、その推進に貢献する。
- ◇ 災害や感染症パンデミックなどの非日常的な医療需要に備える。

8. 科学的探究：医学及び医療における科学的アプローチを理解し、学術活動を通じて、医学及び医療の発展に寄与する。

- ◇ 医療上の疑問点を研究課題に変換する。
- ◇ 科学的研究方法を理解し、活用する。
- ◇ 臨床研究や治験の意義を理解し、協力する。

9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢：医療の質の向上のために省察し、他の医師・医療者と共に研鑽しながら、後進の育成にも携わり、生涯にわたって自律的に学び続ける。

- ◇ 急速に変化・発展する医学知識・技術の吸収に努める。
- ◇ 同僚、後輩、医師以外の医療職と互いに教え、学びあう。
- ◇ 国内外の政策や医学及び医療の最新動向（薬剤耐性菌やゲノム医療等を含む。）を把握する。

です。

8. インタビュー3：研修医評価票 IIIについて

- 実際に評価をされていて、お気づきの点や使い勝手についてお聞かせください。実際の研修医のエピソード等も交え、ぜひ、ご共有ください。
- 下記の項目は、どのような事象に遭遇した時に評価可能だと思いますか？

ファシリテーター資料

研修医評価票 III：C項目 基本的臨床業務

研修医評価票 III：C項目 基本的臨床業務は、研修修了時に身に付けておくべき4つの診療場面、一般外来診療、病棟診療、初期救急対応、地域医療の研修医による診療能力について、研修医の日々の診療行動を観察して評価することになっており、レベル1：指導医の直接監督下で遂行可能、レベル2：指導医がすぐに対応できる状況下で遂行可能、レベル3：ほぼ単独で遂行可能、レベル4：後進を指導できる、となっています。

C項目の内容は

1. C-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継続診療ができる。
2. C-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. C-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. C-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・福祉に関わる種々の施設や組織と連携できる。

です。

9. 補足情報

最後に、今後、どのような評価票が理想であると思われますか、入れるべき項目などについて、お考えをお聞かせください。

10. 補足情報

事前に準備した質問は以上となります。途中でお答えになるタイミングがなかったことなど、何か補足いただけることはありますか。

それでは、録画を終了いたします。

11. クロージング

今後、解析をすすめる中で、追加でお聞きしたいことがでてきた際にまたご連絡させて頂くことをご許可頂けますでしょうか。本日〇名の先生方にインタビューをさせて頂いておりますが、テープ起こしをする際にどちらの先生の発言であるかについて、チェック作業の際、ご確認頂くこともあります。引き続きご協力をよろしくお願い申し上げます。結果がある程度まとまった際にも、他の先生のご意見も含め、分析結果がご納得頂けるものかどうかを機会があればご確認頂ければと考えております。

本日は貴重なお時間をいただき誠にありがとうございました。

表5 インタビュー対象者の属性

ID	性別	所属医療機関種別	病床数	診療科	役職・立場	都道府県	調査 グループ
A-1	男性	一般病院	500床	総合診療科、糖尿病科、内分泌内科	部長 / 臨床研修部 副部長	京都府	A
A-2	男性	公的医療機関	552床	腎臓内科	医務局長 主任部長	愛知県	A
B-1	男性	一般病院	416床	循環器内科	部長	愛知県	B
B-2	男性	公的医療機関	313床	糖尿病内科 一般内科	部長	大阪府	B
C-1	女性	公的医療機関	313床	循環器内科	医長	大阪府	C
C-2	男性	公的医療機関	313床	総合診療科	部長	大阪府	C
D-1	男性	公的医療機関	562床	内科 神経内科	副院長	神奈川県	D
D-2	男性	大学病院	1376床	外科	臨床医学総論 教授	愛知県	D

1. 研修医評価票 I (A 項目) の評価について

表 6 研修医評価票 I の評価について：主な意見別人数、詳細・理由

カテゴリー	主な意見	人数	詳細・理由
肯定的意見	「自らを高める姿勢」はわかりやすい	1名	項目が抽象的なので根拠に悩みつつも、「特別悪い研修医でないから」という理由で評価して
	評価項目の設定は理解できる	1名	評価項目を策定する側の目線に立っても、表現が抽象的になるのはやむを得ない。
課題・問題点	表現が抽象的	6名	評価のレベル設定の根拠となる定義づけがない。
	コメディカルによる評価が困難	4名	文言が抽象的で医師でも理解が難しい。
	評価の根拠に困る	2名	具体的にどの場面、状況、行為に当てはめて評価すべきか判断に迷う。
	各項目の類似性が高い	1名	大きく捉えると同じことを評価していると感じることがある。
	説明文の視認性が低い	1名	スマホでは説明文がすべて表示されない。
	項目の妥当性の根拠がない	1名	項目内容が概念的すぎる。
	評価が研修医の育成に良いと思わない	1名	評価票を使うと研修医がよく育つと考える指導医はいないと思う。
	レベルの定義がない	3名	当院の期待レベルで評価して良いか迷う。
	絶対評価なのか相対評価なのか不明瞭	1名	評価目的がどちらを志向しているのかわからない。
	「期待」を評価基準にすることの妥当性	2名	元々問題のない研修医は、期待通りに研修が進むので高得点を得られにくい。
	コメント欄にネガティブなFBを記載できない	2名	悪いことを書くことで研修医の将来に影響が出るのではないかとためらってしまう。
コメント欄の活用レベルの低下	1名	数値的な評価が増えたので、コメントで残す内容が減った。	
改善要望	具体例を挙げて質問できるほうが良い	2名	研修医に求める資質を、具体例を交えて細かく質問できたほうが良い。

	「研修医に求める価値観」を率直に記載すべき	1名	医師免許を使って、楽にお金儲けする医師を増やさないために、初期研修で求める価値観は明確に記載したほうが良い。
	評価レベルはシンプルなのが望ましい	2名	レベル分けは可・不可くらいに簡単にしたほうが良い。
現場での工夫、苦勞など	コメント欄を活用している	3名	指導医にはなるべくコメント欄を活用するようにお願いをしている。
	評価が低い研修医には個別指導を行う	1名	なるべく本人のプライドを傷つけないように留意している。
	コメント欄の内容は面談時に活用	2名	コメントを研修管理室が集計し、指導医による面談の際にプリントアウトして持たせている。

表7 研修医評価票Iの評価について： インタビュー対象者と主な意見の対応関係

インタビュー対象者	肯定的意見		課題・問題点											
	わかりやすい	「自らを高める姿勢」は	さる	評価項目の設定は理解でき	表現が抽象的	が困難	コメディカルによる評価	評価の根拠に困る	各項目の類似性が高い	説明文の視認性が低い	い	項目の妥当性の根拠がない	評価が研修医の育成に良いと思わない	レベルの定義がない
A-1				○	○									
A-2	○			○			○		○					
B-1				○	○						○			○
B-2				○	○							○		○
C-1							○	○						
C-2			○											
D-1				○										○
D-2				○	○									

インタビュー対象者	課題・問題点				改善要望			現場での工夫、苦勞など		
	絶対評価なのか相対評価なのか不明瞭	「期待」を評価基準にすることの妥当性	コメント欄にネガティブなFBを記載できない	コメント欄の活用レベルの低下	具体例を挙げて質問できるほうが良い	「研修医に求める価値観」を率直に記載すべき	評価レベルはシンプルなほうが望ましい	コメント欄を活用している	評価が低い研修医には個別指導を行う	コメント欄の内容は面談時に活用
A-1					○					
A-2								○	○	○
B-1	○					○		○		
B-2					○					
C-1			○				○			
C-2		○					○	○		
D-1		○	○							○
D-2				○						

表8 研修医評価票 I の評価について： 調査対象者より得られた特徴的な意見一部抜粋

<p>課題・問題点</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● 評価項目が抽象的
<ul style="list-style-type: none"> ・ 期待値を基準に研修医を評価することになる。当院が考える理想に基づいて、当院の基準で期待レベルを設定して評価しているが、当院の基準のみで良いか迷う。<D-1>
<ul style="list-style-type: none"> ● 評価者の主観による評価になる
<ul style="list-style-type: none"> ・ 評価のレベルが設定されているが、その定義がないため、個人の勘で評価している。こういうやり方では評価したことにならない。<B-1>
<ul style="list-style-type: none"> ・ あくまでも私自身のものさしで、当院が考える「できるべきこと」ができる状態をレベル3にして評価している。非常に曖昧であり、評価者によってバラつきがある。<B-2>
<ul style="list-style-type: none"> ● コメント欄を活用できていない
<ul style="list-style-type: none"> ・ 評価者である自分の恣意的な価値観で悪いコメントを書くと、研修医の評価が下がり、まだ若い研修医の将来に影響が出てしまうことを懸念する。<C-1>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 様々な数値的な評価の数字を付ける項目が増えた分だけ、逆に現場の、特に多職種とかコメディカルスタッフからの熱心なコメントが短くなってしまったり、細かく言語化しないとわからないものが従来拾えていたが、ちょっと拾いにくくなってしまったりしているという現場の声がある。<D-2>
<p>改善要望</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● 具体的な項目案への見直し
<ul style="list-style-type: none"> ・ 「利他的な態度」の意味を明確にしようとする、例えば時間が過ぎても残って患者を一生懸命診ること、となる。「人間性の尊重」に関しては、患者とコミュニケーション、コメディカルとのやりとりについてである、となる。このようにイメージがわく内容にしたほうが評価を付けやすい。<B-2>

2. 研修医評価票Ⅱ（B項目）の評価について

表9 研修医評価票Ⅱの評価について：主な意見別人数、詳細・理由

カテゴリー	主な意見	人数	詳細・理由
肯定的意見	項目・範囲は適切	3名	指導医が臨床の合間に評価することを考えると、現状の範囲がベスト。
	コンピテンスのおかげで評価に困らない	1名	明確なコンピテンスが複数記載されているので評価に困らない。
	中間のレベルはあったほうが良い	2名	評価に悩むときにつけやすいので、あったほうが良い。
課題・問題点	観察できない項目がある	5名	研修先の特性によって、実施する機会がない項目がある。
	項目別に分けた評価が困難	1名	何となくの出来具合、その程度の感覚で評価している。
	評価者によって評価がばらつく	2名	着目する点が、評価者によって異なる。
	中間のレベルは不要	5名	中間の評価を付けたことがない。
	行動と評価が結びつかない	1名	どういう状態になれば評価に値するかを判断することが難しい。
	十分な活用・運用ができていない	2名	研修医の個別の事情に応じた活用・運用はできていない。
改善要望	項目は最低限に絞ったほうが良い	1名	項目を絞ったほうがより深く研修医を見ることが出来る。
	項目数は5項目以内が良い	1名	実態を評価に完璧に反映できないのであれば、項目はもっと大雑把でも良い。
	学習プログラムを定めてテストを受けたほうが良い	1名	評価者による主観的な評価に頼るのは望ましくない。
現場での工夫、苦勞など	コメント欄の活用	1名	本音を聞きたいので、指導医に対する評価だけは紙で、かつ匿名で提出させている。
	面談時の指導	1名	半年に1回、全員面談をしている。
	評価者向けの解説動画作成	1名	評価票に記載された文言だけでは評価が難しい。
	自己評価の評価方法の解説	1名	研修医のやる気を向上させるための意識づけの側面もある。

	研修医から指導体制を評価してもらう仕組み	2名	EPOCを活用している。
	講習会の履修やレポート提出状況の確認	1名	ただし、確認結果を評価で活用しているわけではない。

表 10 研修医評価票Ⅱの評価について：インタビュー対象者と主な意見の対応関係

インタビュー対象者	肯定的意見			課題・問題点							
	項目・範囲は適切	評価に困らない	中間のレベルはあったほうが良い コンピテンスのおかげで	観察できない項目がある	難	項目別に分けた評価が困らつく	評価者によって評価がば	中間のレベルは不要	い	行動と評価が結びつかない	十分な活用・運用ができない
A-1			○	○							○
A-2			○	○							○
B-1					○		○				
B-2							○				
C-1				○		○	○				
C-2	○			○							
D-1	○	○		○			○	○	○		
D-2	○					○	○				

インタビュー対象者	改善要望			現場での工夫、苦勞など					
	項目は最低限に絞ったほうが良い	項目数は5項目以内が良い	学習プログラムを定めてテストを受けたほうが良い	コメント欄の活用	面談時の指導	成 評価者向けの解説動画作成	説 自己評価の評価方法の解説	評価してもらおう仕組み 研修医から指導体制を評価	講習会の履修やレポート 提出状況の確認
A-1								○	○
A-2				○				○	
B-1			○						
B-2	○								
C-1		○							
C-2									
D-1					○	○	○		
D-2									

表 11 研修医評価票Ⅱの評価について：調査対象者より得られた特徴的な意見一部抜粋

肯定的意見
<ul style="list-style-type: none"> ● 評価項目・範囲は適切
<ul style="list-style-type: none"> ・ 項目的には必要十分である。卒前からの連続性が考えられているので、こうでなければいけないと考える。<D-1>
課題・問題点
<ul style="list-style-type: none"> ● 観察できない項目が存在する
<ul style="list-style-type: none"> ・ 「臨床研究を理解する」などは、市中病院では機会があまりないということがあり、そういう項目をどのように評価するかが課題となる。評価機会がない、とすることが多くなる。そうすると、その項目はやっていないことになるのでどうしようと悩む。<A-2>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 「臨床研究や治験の意義を理解し、協力する」については、臨床研究、治験の意義を理解することはできても、協力する機会はなかなかない。大学病院であれば達成できる研修医はある程度いると思うが、大学病院以外の基幹型で達成できるかどうかは疑問である。<D-1>
改善要望
<ul style="list-style-type: none"> ● 項目の整理
<ul style="list-style-type: none"> ・ 現在、医療はリーズナブルな方向に向かおうとしているとしたら、細かく評価するのではなく大雑把に評価すべきである。<B-1>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 項目数自体、9項目ではなく5項目以内ぐらいに整理した方が良い。細々と評価するより大雑把に可か不可ぐらいの評価にしたほうが公正という気がする。<C-1>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 項目を絞った方がより深く研修医を見ることができる。この9項目に基づいて網羅的に研修医を評価できる指導医はなかなかいない。<B-2>

3. 研修医評価票Ⅲ（C項目）の評価について

表 12 研修医評価票Ⅲの評価について：主な意見別人数、詳細・理由

カテゴリー	主な意見	人数	詳細・理由
肯定的意見	内容が分かりやすい	7	指導医としては評価しやすい内容。
	現状の構成で十分	2	現状のほうがシンプルで使いやすい。
	コメディカルでも評価可能	2名	コメディカルの立場からでも比較的客観的に評価しやすい。
課題・問題点	地域医療の研修先によって内容にばらつきがある	1名	研修先によって研修内容は大きく異なる。
	「ほぼ単独でできる」に違和感	1名	そもそも研修医1人でやってはいけないはずであり、違和感。
	初期研修の段階での地域医療に疑問	1名	まずは自施設内をカバーできるようにならないといけない。
	評価票だけで評価を決めて良いのか疑問	1名	低い評価の研修医が、将来的に大先生になる可能性もある。
改善要望	具体的な評価項目にすべき	1名	必要なスキルを具体的に評価し、FB に活用したほうが良い。
	評価基準を明確にすべき	1名	項目数を減らし、評価の精度を向上させたほうが良い。
	項目の設定意図を明確にすべき	1名	国の方針として、どのような状態が良いのか具体的に記載してほしい。
	地域医療は別の評価票にしたほうが良い	1名	評価票Ⅳという位置付けでも良い。
	小児科・外科・産婦人科に対応した項目追加	2名	必須の科での到達目標としての EPA があっても良い。
現場での工夫、苦勞など	電子カルテと研修の連動	1名	研修のサマリーをカルテ上に残し、研修医がいつでも確認・評価できるようにしている。
	地域医療は協力病院と密に連携	2名	研修先の指導医からは、毎日 FB 報告がある。

表 13 研修医評価票Ⅲの評価について：インタビュー対象者と主な意見の対応関係

インタビュー対象者	肯定的意見			課題・問題点				改善要望	
	内容が分かりやすい	現状の構成で十分	コメディカルでも評価可能	地域医療の研修先によって内容にばらつきがある	「ほぼ単独でできる」に違和感	初期研修の段階での地域医療に疑問	評価票だけで評価を決めて良いのか疑問	具体的な評価項目にすべき	評価基準を明確にすべき
A-1	○			○				○	
A-2	○								
B-1	○		○						○
B-2					○				
C-1	○	○				○	○		
C-2	○		○						
D-1	○								
D-2	○	○							

	改善要望			現場での工夫、苦勞など	
	項目の設定意図を明確にすべき	地域医療は別の評価票にしたほうが良い	小児科・外科・産婦人科に対応した項目追加	電子カルテと研修の連動	地域医療は協力病院と密に連携
インタビュー対象者					
A-1					
A-2				○	
B-1					
B-2	○				
C-1		○			
C-2					
D-1			○		○
D-2			○		○

表 14 研修医評価票Ⅲの評価について：調査対象者より得られた特徴的な意見一部抜粋

肯定的意見
<ul style="list-style-type: none"> ● 評価項目がわかりやすい
<ul style="list-style-type: none"> ・ 評価票Ⅲの内容は、比較的わかりやすい日常の診療態度と能力であるため、指導医としては評価しやすいと思われる。<A-2>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 評価票Ⅰ、Ⅱと比べると評価票Ⅲは具体的内容が含まれるので評価しやすいと感じており、現状のままで良い。評価票Ⅲはコメディカルの立場からでも比較的客観的に評価しやすいという印象がある。<C-2>
課題・問題点
<ul style="list-style-type: none"> ● 地域研修の内容に問題がある
<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院によってどのような地域医療を研修させているか、違いは大きいと思われる。小規模クリニック、中小規模、保健系、学校検診中心など、研修先によって研修内容は大きく異なる。よって、評価は現状の評価項目でまとめて評価せざるを得ず、全体で使う評価にはならないという感触を持っている。<A-1>
改善要望
<ul style="list-style-type: none"> ● 評価基準や設定意図
<ul style="list-style-type: none"> ・ 卒前 OSCE (Objective Structured Clinical Examination；客観的臨床能力試験) は、評価方法についての解説 DVD があり、評価者は講習を受ける。評価者自身、評価が厳しい傾向にあるのか、甘い傾向があるのかフィードバックを受ける。卒前 OSCE については、そこまでしてすり合わせがなされている。他方、この評価票は、項目が多いが評価者がバラバラの基準で評価している。わかりやすくしてほしい。<B-1>
現場での工夫、苦勞など
<ul style="list-style-type: none"> ● 電子カルテとの連動
<ul style="list-style-type: none"> ・ 経験すべき症候・病態を電子カルテ上でテンプレートとして表現し、研修医がその症候・病態を経験すればそこに入力させ、研修のサマリーとしてカルテ上に残す仕組みにしている。研修医はカルテを見ながらいつでも確認・評価ができる。そこに考察がしっかり書いてあれば、研修医に対する評価が高くなるので、この情報はある程度の判断材料になっている。<A-2>

4. 研修医評価票の改善に向けた見直しについて

表 15 研修医評価票の改善に向けた見直しについて：調査対象者より得られた特徴的な意見一部抜粋

改善要望
<ul style="list-style-type: none"> ● 集計機能
<ul style="list-style-type: none"> ・ 研修評価票の集計機能の中に、全研修医のデータを一括でエクスポートするようなフィードバック機能があれば臨床に活用しやすくなる。<A-1>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 研修医ごとの研修進捗状況、評価項目の入力数、平均値などが施設に属する研修医全員分、一括（一枚）で確認できるような機能があると大変助かる。<A-1>
<ul style="list-style-type: none"> ● 侵襲的手技
<ul style="list-style-type: none"> ・ CVを研修医に対応させる場合、実際にやらせる前にしっかりとエポックで安全講習を受けさせて、その講習に合格していない場合、現場ではやらせないといったルールがあったほうが良い。そうすればCVを行うときに注意すべきことや準備すべきものを事前学習した上で実施できる。<B-1>
<ul style="list-style-type: none"> ● 指導医に対する評価
<ul style="list-style-type: none"> ・ 人柄が優れた指導医が集まっているとは限らない病院の中で、一方的に指導医が研修医を評価し、落としたり、合格させたりするシステムは、研修医を弱者という立場においていることになると思う。研修医は立派な大人であり、当院で立派なスタッフとして働いている。そんな研修医から、病院や指導医に対して評価やコメントがもらえたら面白い。<C-2>
<ul style="list-style-type: none"> ● ポートフォリオ
<ul style="list-style-type: none"> ・ 意識が高い研修医に意見を求めると、本当にポートフォリオであるならばとても良いという反応があった。個人情報保護に気を付けつつ、全部のデータが連動し、ポートフォリオという形で整備できれば、将来に向けた自分の成長のログになる。そういうイメージを持てると、おそらく研修医も評価を付けておきたいという気持ちが強くなるかもしれないし、指導者もうかうかしてられないという感じになるだろう。<D-2>

表 16 インタビュー発言録

表 16-1 インタビュー A

インタビュー1：研修医評価票 I に対する意見		
<p>質問 研修医評価票 I の使い勝手、また使ってみて気づいた点等をお聞きしたい。</p>		
N 先生 A-1	<p>研修医評価票 I の項目は、レベル 3（期待通り）と評価されていることが多い。レベル 1、レベル 2 といった、期待を下回ると評価されているのは見たことがない。理由としては、人間性に問題がある方や、アンプロフェッショナルな方がたまにまたま出てきていないということだと思う。指導医、またはコメディカルから見て特段問題がない人物であればレベル 3（期待通り）という評価になる。この方針で、特に大きな問題が起きたということはない。過去には問題がある研修医がいたが、そういう問題がある研修医が今後出てくれば、レベル 2、レベル 1 と評価されることになるだろう。</p>	実態報告
S 先生 A-2	<p>評価票 II にも多少共通するが、およそ 3 か 4 にチェックが付き、評価がそれほどばらつくことはない。ただ、例えば「A-1.社会的使命と公衆衛生への寄与」の「社会的使命」と「公衆衛生の寄与」とは具体的に何が該当するのだろうか、という考えは持っている。少し抽象的であるため評価しにくい。そこで通常は、「この研修医はそれほど変なことはしてないので、普通に医者としてやっていけば公衆衛生に寄与するだろう」ということで 3 の評価を付けている、という実態はある。ちなみに「A-4.自らを高める姿勢」はわかりやすい。こうした事情があり、評価項目が抽象的であるために、評価する際に何を根拠に評価したら良いか悩みつつ、「特別悪い研修医ではないから」という観点で、3 か 4 にチェックしているというケースは多い。</p>	課題・問題点
	<p>指導医には、なるべくコメント欄を活用して何らかに記載できるようお願いしている。良かった点や改善すべき点をコメント欄になるべく書いてほしいと伝えている。</p>	現場で試みている工夫、苦労など
<p>質問 研修医評価票上では、各評価項目の下に説明文が記載されている。評価のしやすさを向上させるため、この文章をどのように修正すれば良いか。</p>		
N 先生 A-1	<p>現状の抽象的な表現では詳細な評価は難しい。看護師のようなコメディカルにとっても、研修医に求められる資質をレベル分けして評価するのは難しいと想像される。</p>	課題・問題点
	<p>研修医に求める資質を、具体例を挙げて細かく質問できれば良いと思う。そうすれば指導にも活用できる。細分化の方向</p>	改善要望

	性が良いと考えるが、細分化しすぎると評価負担が大きくなる。	
S先生 A-2	そもそも各評価項目の下に記載されている説明文を見た上で評価している指導医がいないのかもしれない。スマホで評価をしていると、その文章が表示されていない可能性がある。	課題・問題点
質問 レベル2「期待を下回る」の評価が付いた研修医に対して、どのような指導をしているか。		
S先生 A-2	個別面談による指導を行っている。なるべく本人のプライドを傷つけないように留意して行っている。 レベル2の評価が付いた研修医がいたとして、指導医全員がその研修医を低く評価しているということはない。その研修医の未熟な一側面が少し目立ったというケースが多い。したがって、指導することによって、ただちに評価票上での評価が高まるということはない。病院内での噂話のような形で、その研修医が少し良くなったといった話を耳にする程度である。	現場で試みている工夫、苦勞など
質問 フリーコメントの活用状況を教えて欲しい。		
N先生 A-1	毎月、指導医連絡会を開催しており、その会議で入力状況等の確認・共有はしているが、フリーコメントが記載されているケースが少ないように思う。	実態報告
S先生 A-2	コメントに関しては研修管理室が集計している。半年に1回、各研修医に対して担当指導医が面談をするが、その時にコメントをプリントアウトして渡している。どんな評価を受けているか、面談時に参考にしてもらっている。私から指導医へしつこくお願いしているということも背景にあるが、それなりにコメントは入力されている。	現場で試みている工夫、苦勞など

インタビュー2：研修医評価票Ⅱに対する意見		
<p>質問</p> <p>研修医評価票Ⅱの使い勝手、また使ってみて気づいた点等をお聞きしたい。</p>		
N先生 A-1	研修医の自己評価、指導医の評価ともに、1年目の研修医はレベル2が多い。2年目の研修医はレベル3が多い。	実態報告
	集計された結果を確認しているが、ローテーションが終わっても評価が未記載の研修医がいたので、まずは記載してもらったところからやっていることが多い。診療の場で評価票Ⅱを活用できているかという点、十分とは言えない。この研修医はここが弱いから、こういう指導をしようといった活用・運用はできていない。	課題・問題点
S先生 A-2	十分な活用はできていない。Bの項目は文章があり、内容もそれほど難しいことはなく解釈しにくいということはないが、例えば「臨床研究を理解する」などは、市中病院では機会があまりないということがあり、そういう項目をどのように評価するかが課題となる。評価機会がない、とすることが多くなる。そうすると、その項目はやっていないことになるのでどうしようと悩む。評価票の前半に記載されている、例えば身だしなみの項目などは比較的わかりやすいので評価に困らない。後半に記載されている項目の一部は、「実際にやっていないが、どう評価すべきか」という悩みが出てくる。コメント欄は活用している。	課題・問題点
<p>質問</p> <p>9つの資質能力をどのような場面で評価をするかが課題で、項目によっては観察機会なしとならざるを得ないことがある、という主旨で理解した。例えば、「医療の質、安全の管理」はどのような場面で評価をしているのか教えてほしい。</p>		
N先生 A-1	医療安全研修会、講習会を年に1回2回、最近はオンラインで実施している。こうした研修会、講習会の履修状況を確認している。また、インシデントレポートの提出状況も確認する。ただし現状では、これらの確認結果を評価で活用しているわけではない。指導医が「この研修医は特に問題なさそう」と思えば期待通りと判断し、研修の中間時点、終了時点でチェックがなされている。	現場で試みている工夫、苦勞など
S先生 A-2	責任者、各科主任部長は研修医の全てを見ているわけではない。安全のことについては、研修医に近い上級医の方がよく見ている。上級医の意見を全て拾い上げているわけではないが、少し問題がある研修医がいれば研修管理室に直接相談してもらっている。	実態報告
	問題がある研修医を評価する際、研修医への確認なしに直接	実態報告

	評価票に低い評価を記載することはない。研修医を研修管理室等に呼び、個別に話し合う。記録として残る評価票上で、いきなり低評価を下すということにはなかなか至らない。	
質問 研修医へフィードバックをする際、この研修医評価をどのように活用しているか。コメント欄の活用に重きが置かれているのか。		
N先生 A-1	問題がうかがえるコメントがあれば面接時に研修医と共有して指導することになるが、そういう状況は今のところない。研修医を褒めるコメントは、研修医のやる気に繋がるのでフィードバックで活用しているが、指導という観点ではコメント欄を十分に生かせていない。面接は年4回実施しているが、研修医評価票については入力状況の確認という視点でしか見ていない。細かく点数を出しているが、フィードバックはできていない。	課題・問題点
S先生 A-2	1つ1つの個別の評価では研修医の特徴が見えにくく、指導医との相性によって評価が影響を受けることもある。しかし、複数項目の平均でみると少し傾向が見えてくる。割と優秀な研修医であれば、全体で見たときに少し評価が高くなる。その結果を研修医にフィードバックするまでは至らないが、管理者としては傾向を把握することができている。	実態報告
質問 研修医評価票Ⅱでは、例えばレベル2と3の間のチェックボックスのように、レベル間を跨いだ中間にチェックボックスが設定されている。このチェックボックスの活用状況について教えて欲しい。		
N先生 A-1	この中間のチェックボックスは、研修医が自分の評価に自信がないとき、この中間のチェックボックスにつけてくるので、あった方が良い。	肯定的意見
S先生 A-2	2と3の間にあるチェックボックスの場合、3寄りの2という位置としては良いと思う。もう少し頑張れば3になる、という意味が多少あると思う。	肯定的意見
質問 9つの資質・能力があり、それぞれについて4つのレベルが設定されている。評価としては例えば2と3の中間があったりするので、全部で7段階評価となっている。どのようにして評価を決定しているのか教えて欲しい。		
N先生 A-1	評価時には、研修医評価票と共にEPOC2も入力することになっている。EPOC2に比べて、研修医評価票の文章は細かいため、読み込めておらず、期待通りかどうか、という観点で評価をしている。評価基準の文章がEPOC2にも記載されていると使いやすい。	実態報告

	総合レベルでの評価を行う際は、下位項目の評価の平均を（EPOC 2 の）自動計算機能で算出している。	
S 先生 A-2	下位項目を評価し、それらの点数の平均値を算出して総合レベルの評価としている。指導医にもそのようにお願いしている。ただし、全員が確実にそのやり方を行っているかはわからない。	実態把握
質問 評価票 II は、9 つの資質・能力それぞれに下位項目が設定されている。この下位項目の数、または内容について、何か意見があれば教えて欲しい。		
N 先生 A-1	例えば、7 つめの資質・能力に関して「社会における」という表現があるが、実際のところ研修医はまだ社会に出ていないので、評価が難しい。病院の中だけのことでいいのか、わからない。8 つめの科学的探究は、例えば「調べる」といった内容であれば、日ごろから文献検索を行っているか、などを評価基準にすることで評価できるが、こういう内容を超えた上位の内容を評価しようとするのが難しい。	課題・問題点
S 先生 A-2	記載されている資質・能力のうち、前半の内容は割と臨床研修で目にする機会が多いので、比較的評価しやすい。後半の内容は、評価する機会が少し減る。例えば当院では、保健医療の仕組みを系統立てて教育する機会があまりない。これは当院の問題でもあると思うが、これに関する評価が少し曖昧になっている。	課題・問題点
質問 評価者によって評価が異なる場合はどのように対応しているか教えて欲しい。		
N 先生 A-1	大きく評価が異なるということはこれまであまりなかった。3が多く、一部 2、3、4 が付く。低い評価を付ける評価者がいると、この研修医は何か問題があったと認識する。ただし、当院の研修医は 5、6 名と多くないため、何か問題があれば早いタイミングで直接情報が入ってくる。よって、大きく評価が異なって困るということはない。	実態報告
S 先生 A-2	市中病院クラスでは研修医がとて多いということはないため、何かあれば良い噂も悪い噂もすぐに広まってくる。悪い噂に関する内容を EPOC 2 に記録として残すということは、ちょっとどうだろうという感覚がある。そういう事態にならないように、口頭で必要な指導・調整を行うことの方が多い。	実態報告
質問 最終的な評価の根拠となり得る情報を記録として残しているか（例えばコメント欄のコメント、病院独自の記録など）。		

N 先生 A-1	研修医には最低でも年間 10 件程度はインシデントレポートを提出するように指導している。インシデントレポートには、研修医が気づいた事故や上級医のミスイクなど様々な内容が記載され、残っている。	実態報告
S 先生 A-2	指導医が研修医を評価するだけじゃなくて、研修医が指導体制を評価する方向もある。EPOC 上で、それを研修医に記載させている。ただし、研修医が書く内容が指導医から見られていると思うのか、「お世話になりました」といったことしか書いていない。本音を聞きたいので、指導医に対する評価だけは紙で、かつ匿名で提出させている。すると、結構意見が出てくる。	現場で試みている工夫、苦労など
N 先生 A-1	当院でも指導医に対する評価は入力されたことがない。面談時に直接研修医から意見が上がってくる。Google フォームのアンケートを作っており、研修室に QR コードを張り出して、各研修医がプログラム責任者、指導医に対する評価が入力できるようになっているが、あまり利用されていない。	現場で試みている工夫、苦労など

インタビュー3：研修医評価票Ⅲに対する意見		
質問 研修医評価票Ⅲの使い勝手、また使ってみて気づいた点等をお聞きしたい。		
N先生 A-1	地域医療に関しては私自身直接見ていないのでわからないが、外来や救急をしたり、病棟を持ったりといった領域は、研修医が最もやる気を持って取り組んでいる領域なので比較的評価はしやすい。研修医は、まだ自信がない部分が多いが、それなりに自己評価しているようである。	肯定的意見
	ただし、EPOC2の項目は抽象的な内容である。ガイドラインを見てもレベル評価についてはレベル1～4の4段階になっており、（例えば複数の外来で研修しても）評価は1つになるため、全体的に曖昧な評価になる。その意味では評価票Ⅰと同じである。	課題・問題点
S先生 A-2	評価票Ⅲの内容は、比較的わかりやすい日常の診療態度と能力であるため、指導医としては評価しやすいと思われる。	肯定的意見
	地域医療に関しては、協力病院の先生に評価をお願いしている。外来は、一般外来をやっていない診療科をローテートしたときに判断に迷うことがあるが、感覚的に評価している。	実態報告
質問 評価項目が4つしかないことに関して意見があればお聞きしたい。		
N先生 A-1	例えば外来については、医療面談から身体診察、検査の解釈、患者への説明など様々なスキルが必要となる。そういったスキルをもう少し具体的に評価し、フィードバックに活用するほうが望ましい。	改善要望
S先生 A-2	基本的臨床手技の確認は別途評価・担保するとして、評価票Ⅲでは、個別の手技というよりも全体的な一連の流れが適切にできているか、という観点から評価している。適切に診察して、臨床診療上大きく外れたことをしてなければ、ある程度単独で任せている。また、2年目の研修医が1年目の研修医に色々と教えていけば後輩指導ができていると見なす。	実態報告
質問 評価票Ⅲに基づいて複数評価者が評価する際、評価がばらつくなど、問題は発生していないか。		
N先生 A-1	多少のばらつきはあるが、大きな乖離はない。評価者の多くは、満点よりはやや劣るレベル、すなわち単独ではできないが指導医が付いてればできる程度の評価を付けることが多い。	実態報告
S先生 A-2	多少のばらつきはある。高い点を付けがちな評価者と、低い点数を付けがちな評価者がいる。結局、平均してどこにたど	実態報告

	り着くかという観点で判断していることになる。	
<p>質問 地域医療に関しては地域医療研修先の先生にお任せしていると認識したが、地域医療の項目に関して何か意見があればお聞きしたい。</p>		
N先生 A-1	病院によってどのような地域医療を研修させているか、違いは大きいと思われる。小規模クリニック、中小規模、保健系、学校検診中心など、研修先によって研修内容は大きく異なる。よって、評価は現状の評価項目でまとめて評価せざるを得ず、全体で使う評価にはならないという感触を持っている。	課題・問題点
S先生 A-2	地域医療に関する評価は、地域医療教育分野の先生にお任せしている。例えば「地域包括ケアシステムを理解し、その推進に積極的に参画する（評価票Ⅱの7に含まれる項目）」といった点は、地域包括ケアを実際に実践して指導している先生がどのように評価するか、ということになる。評価項目にある内容を研修・指導してほしい、とお願いすることもある。いずれにせよ、評価自体は地域医療教育分野の先生に委ねている。	実態報告
<p>質問 一般外来診療研修の評価において、何か判断材料にしている情報があれば教えて欲しい。</p>		
N先生 A-1	カルテを確認することはあるが、評価に直接活用することを目的として記録しているものはない。 ただし、外来研修評価では Mini-CEX（簡易版臨床能力評価法）を EPOC2 で記入し、活用している。	実態報告
S先生 A-2	経験すべき症候・病態を電子カルテ上でテンプレートとして表現し、研修医がその症候・病態を経験すればそこに入力させ、研修のサマリーとしてカルテ上に残す仕組みにしている。研修医はカルテを見ながらいつでも確認・評価ができる。そこに考察がしっかり書いてあれば、研修医に対する評価が高くなるので、この情報はある程度の判断材料になっている。	現場で試みている工夫、苦労など

インタビュー4：追加質問		
質問 研修医評価票を理想の状態に近づけるために、どのような改善が必要か意見をうかがいたい。		
N先生 A-1	現状の研修医評価票を十分に活用できていない。それは利用しにくいという側面があるためと思われる。特に、メディカルスタッフで UMIN ID を持ってない人には、全員に QR コードを配布しているが、なかなか入力が進まない。リマインドをどのように行っていくかが課題となる。	課題・問題点
	また、集計も結構大変である。研修評価票の集計機能の中に、全研修医のデータを一括でエクスポートするようなフィードバック機能があれば臨床に活用しやすくなる。どう発展させていくかという視点も必要ではあるが、まだ現状の運用に関する課題が大きい。	改善要望
S先生 A-2	評価項目が多くなると、評価が雑になってしまう懸念がある。項目数は増やさず、現状の項目をわかりやすくする方が良い。また、コメント欄をより有効活用できれば良い。	改善要望
質問 かつて存在していた研修医評価制度と現行制度を比較して感じることをうかがいたい。		
N先生 A-1	従来の評価制度に比べると、現在の研修医評価制度はしっかり確認ができるシステムになっており、大きな進歩。スマホ対応は非常に助かる。電子カルテがネットワークから遮断されているため、パソコンを持っていくのではなく、スマホでその場でカルテを見ながら評価できるのは非常に助かる。	肯定的意見
S先生 A-2	以前の EPOC は使いにくく、当時は院内で独自にシステムを作り、院内の通信環境で評価できるようにしていた。EPOC2 はガイドラインによりインターネット通信経由で評価できる仕様になったため、入力しやすくなった。最初は指導医の先生から少し抵抗があったが、やってみると入力しやすいという評価を得ている。	肯定的意見
質問 他に何かご意見があればお聞きしたい。		
N先生 A-1	研修医ごとの研修進捗状況、評価項目の入力数、平均値などが施設に属する研修医全員分、一括（一枚）で確認できるような機能があると大変助かる。現状は個別で出力してチェックしており、大変である。 また、当院では臨床研修評価機構（JCEP）の受審を受けているが、JCEP が推奨するものの EPOC では評価できていない以下の推奨項目があり、対応をお願いしたい。	改善要望

	<ol style="list-style-type: none"> 1. 研修医によるプログラム責任者の評価 2. 指導医によるプログラム責任者の評価 3. 指導者による指導医・診療科の評価 4. 指導者によるプログラム責任者の評価 5. 指導者による研修プログラムの評価 <p>また、指導者はローテート診療科に所属する指導者のみが評価可能であるが、ローテート診療科に所属しない指導者（薬局長、検査科長、放射線科長、地域連携室長、医局秘書など）が評価を行えるシステムになっていないため、改善を要望する。</p> <p>さらに、基本的臨床手技の評価については、技能の評価は可能だが、どの技能を何例くらい経験したかについては入力する機能がないため、入力・集計機能を備えてほしい。</p> <p>同じく、外来研修においてもどのような症例を何例見たのかは全く登録できず、経験数が評価できていない。詳細なレポートの記載は不要だが、最低限、どのような主訴や診断名の症例を診たのか、確認できる機能を付けてほしい。</p>	
S 先生 A-2	<p>研修医が一覧になっており、到達度の差が確認できる表が出力できると良い。この表が出力できれば、特定の研修医に対して、他の研修医よりも遅れている、といったことを言いやすい。現状は、事務局が集計・グラフ作成を行っている。</p>	改善要望

表 16-2 インタビュー B

インタビュー1：研修医評価票 I に対する意見		
<p>質問 研修医評価票 I の使い勝手、また使ってみて気づいた点等をお聞きしたい。</p>		
<p>K 先生 B-1</p>	<p>文言が非常に抽象的である。医師でもわからないため、コメディカルは何を聞かれているか、そもそもわからない。評価のレベルが設定されているが、その定義がないため、個人の勘で評価している。こういうやり方では評価したことにならない。</p> <p>項目内容は、医者とはこうあるべきもの、と概念的に導き出されたものになっている。現実の調査からこういうことをしている人は良い医者になる、といったデータ、事実から導き出されたものではない。よって評価項目としてはよくない。</p> <p>データに基づいて望ましい行動を特定し、それが実践できているかを評価する。言わば外形的に、形から入る評価方法の方が客観的に良い結果を出せるという他業種の事例は多い。</p> <p>翻って現在の研修医評価票は理念ばかり先行していて、役に立っていない。</p>	<p>課題・問題点</p>
<p>S 先生 B-2</p>	<p>この評価票で研修医を評価するのは難しい。なおかつ、コメディカルからの採点が極めて低くなる傾向がある。今年から責任者になったので見直すつもりであるが、評価の仕方を説明しないと難しいだろうと感じている。</p> <p>当院はコロナ禍でクラスターが発生するなどしたため様々な制限が発生し、医療現場に研修医が赴きづらい状況があった。その影響で、看護師やコメディカルの方は評価がしづらかったという事情がある。</p> <p>1 つ 1 つの項目の内容が重たかったり、具体的に何を伝えたいのかわかりにくかったりという状態のまま、ここまで運用してきた。</p> <p>この評価票を付けている指導医の中で、これを使うと研修医がすごく育つと考えている指導医はいないのではないか。何らかの考え方をうまく評価票に落とし込むといった努力が必要。</p>	<p>課題・問題点</p>
<p>質問 コメント欄の活用状況を教えて欲しい。</p>		
<p>K 先生 B-1</p>	<p>臨床研修を終えた研修医に対して、餞別の言葉を書いている。広い意味ではフィードバックではあるが、必ずしも研修に対する評価とは限らない。</p>	<p>現場での工夫、苦労など</p>
<p>S 先生</p>	<p>コメント欄はほとんど活用していない。別の手段でフィード</p>	<p>実態報告</p>

B-2	バックしている。	
<p>質問 評価する際にレベルを決めることになるが、どのようにして基準設定をしているか。</p>		
K先生 B-1	<p>絶対評価と相対評価、どちらで考えるかによる。教育現場では絶対評価が難しいため相対評価を採用してきたと認識している。高い評価を付ける対象者は上位1割というふうに決まっている。この相対評価のやり方は、研修医がたくさん所属する施設では非常にわかりやすい。ただし、医者として不適切な人を何とかそのまま前に進ませずにフィードバックの機会を作って、それで自己反省の機会を作り、それでも救えない人は臨床初期研修を修了させないという目的ならば、絶対評価であるべき。どちらを狙っているのかがわからなければ、本来的には決められないはずである。そもそも評価の目的としてどちらを志向しているのかわからない。</p>	課題・問題点
	<p>ただし結局は、仮に1学年に2人くらいしかいない小規模施設であっても、長く臨床研修に携わっていると、これまで指導してきた研修医の平均が何となく基準として形成され、相対評価をしていることになる。</p> <p>よって、よほどその研修医が悪くなければ最低点をつけることにはならない。</p>	実態報告
S先生 B-2	あくまでも私自身のものさしで、当院が考える「できるべきこと」ができる状態をレベル3にして評価している。非常に曖昧であり、評価者によってバラつきがある。	課題・問題点
<p>質問 プロフェッショナリズムの下位項目として「社会的使命と公衆衛生の寄与」「利他的な態度」「人間性の尊重」「自らを高める姿勢」が挙げられているが、4項目に対する意見があれば教えて欲しい。</p>		
K先生 B-1	<p>例えば、初期研修が終わったらすぐに美容整形行きたいという研修医がいる。この研修医の「公衆衛生の寄与」は0点にすれば良いのか、という問題がある。</p> <p>このような抽象的なことを記載するのではなく、例えば公衆衛生の寄与については「バイトでたくさん稼げる方がいい、しんどい基幹病院の勤務は嫌、救急は嫌」といった考えに傾いてはいけない、こういうこと以外の領域で医師として頑張りたいということを伝えたいのであれば、最初からそう書いた方がよい。この項目が設定されている背景には、いわゆるフリーター医師になり、医師免許をうまく活用して楽にお金を稼いで生きようという生き方をすべきではない、という意図があると理解している。医師免許を持っているなら</p>	改善要望

	<p>ば、少々給料が安くてもちゃんと救急もやり、働きなさいと書いた方が良い。もし、そういう志向がないのであれば初期研修が修了したとは見なさない、といったことを言う必要がある。そうしないと、初期研修修了後は、眼科、皮膚科、麻酔科、放射線科、美容整形といったところばかり行く。メジャーな科、救急に行かない。一番医師が必要なところには行かない。楽しんで儲かるところばかり行く。それで日本中困っている。だから、それを叩き直したいのであれば、そう書いた方が良い。研修医がわかるように、こうしてほしいと書く必要がある。こういうことを求めていると明確に書き、もし研修医がそれに対して同意しなければ初期研修をしなければ良い。その人は他の仕事をすれば良い。それくらいはっきり言った方が良い。</p>	
S先生 B-2	<p>おそらく採点する側も現場の研修医の動作をイメージできる文言の方が、評価しやすい。</p> <p>「利他的な態度」の意味を明確にしようとする、例えば時間が過ぎても残って患者を一生懸命診ること、となる。「人間性の尊重」に関しては、患者とコミュニケーション、コメディカルとのやりとりについてである、となる。このようにイメージがわく内容にしたほうが評価を付けやすい。</p> <p>ただし、評価項目が増えてしまう懸念はある。</p>	改善要望

インタビュー2：研修医評価票Ⅱに対する意見		
<p>質問</p> <p>研修医評価票Ⅱの使い勝手、また使ってみて気づいた点等をお聞きしたい。</p>		
<p>K先生 B-1</p>	<p>資質・能力についても（評価票Ⅰと同様に）よくわからない。大体できている、という感覚で評価している。項目がわざわざ別々になっていることがよく理解できない。レベル3の研修医は全部レベル3になるし、レベル4の研修医は全部レベル4になる。</p> <p>項目別に分けて評価すること自体ができない。何となくの出来具合、その程度の感覚で評価している。</p> <p>そもそも、評価票ⅠとⅡとⅢに分かれていること自体が理解できない。結局同じようなことを評価している。</p> <p>その研修医の医師としての第一段階評価を（信号の赤、黄、青のように）三択で評価すれば良い。自動車教習所を例にとると、第一段階から第二段階に上がるときのように、あまりに酷ければ検定中止といった具合。それで十分ではないか。</p> <p>この方法であれば看護師でも評価できる。</p>	<p>課題・問題点</p>
<p>S先生 B-2</p>	<p>資質・能力の項目は最低限の項目にしたほうが良い。知識は現場で必ず求められるので、あえて評価する必要はない。</p> <p>チーム医療は、国としてこういう方針を持っているのであれば確認する必要がある。基礎的な研究に関しても同様である。</p> <p>「生涯にわたって学ぶ姿勢」を研修中に感じ取るのは困難であるため集約（削除）対象として良い。</p>	<p>改善要望</p>
<p>質問</p> <p>評価票Ⅱは9つの評価項目が設定されているが、項目数や項目内容についてご意見をうかがいたい。</p>		
<p>K先生 B-1</p>	<p>医療安全は最も重要である。医療安全は厚生労働省が学習プログラムを定めて、その内容に関するテストを受けさせる方法が良い。外形的に点数で評価して、一定以上の点数を取らなければ研修が先に進まないようにする。評価者による主観的な評価に頼るのは望ましくない。この方法のほうが勉強になる。</p> <p>医療安全とコミュニケーションは、特に医療安全説明義務をしっかりと押さえれば、他の事柄はついてくる。全部を評価しようとするからしんどい。一番大事なことを徹底的に教え込んで、かつ、それをエポックの中で勉強できるように作り込む。そうすれば、タームごとにエポックのなかで学習しないといけなくなる。</p>	<p>改善要望</p>

	<p>研修医が医療安全について一定の理解を得た上で、例えば現場で上級医から研修医に対して「この場でどうするのが医療安全か」を質問する。その質問項目も例示しておくべきだ。</p> <p>例えば、救急現場ではこのような質問をする、CV 取るときにはこのように質問する。こういう具体的な質問内容を定めておかないと中身のある評価にならない。</p> <p>研修医の全部を測ろうとせず、測れるものを測り、測れないものは測らない。測れないものを測ろうとしているので無理が生じている。</p>	
S 先生 B-2	<p>項目を絞った方がより深く研修医を見ることができる。この 9 項目に基づいて網羅的に研修医を評価できる指導医はなかなかいない。評価票にある文言を見ながら評価したとしても大変である。よって、項目を絞った方が良い。</p>	改善要望
<p>質問</p> <p>レベル評価には中間の評価が可能となるように設定されており、実質的に 7 段階で評価できる。この中間の評価の必要性についてご意見をうかがいたい。</p>		
K 先生 B-1	<p>必要ない。</p>	課題・問題点
S 先生 B-2	<p>7 段階で付けるのは難しい。</p>	課題・問題点
<p>質問</p> <p>細かく段階を付けて評価をしたいという意見もあるようだが、本当に必要ないか。</p>		
K 先生 B-1	<p>多くの研修医を抱えた施設では、細かい点はつけやすいだろう。もし同学年に 10 人いるならば、確かに評価できるだろう。</p> <p>ただし、そもそも必要かどうかは評価の目的による。評価をする以上、GIO (General Instructional Objective : 一般目標) があるはずだ。現在、医療はリーズナブルな方向に向かおうとしているとしたら、細かく評価するのではなく大雑把に評価すべきである。医療の付加価値を高めようとしているならば評価は細かくした方が良い。</p>	改善要望
S 先生 B-2	<p>研修医の人数が多ければ、点数の刻みが小さいと差がつけやすいだろう。当院では 7 段階は難しい。</p>	課題・問題点

インタビュー3：研修医評価票Ⅲに対する意見		
<p>質問 研修医評価票Ⅲの使い勝手、また使ってみて気づいた点等をお聞きしたい。</p>		
K先生 B-1	<p>評価票Ⅲはわかりやすい。記載されている内容は日頃やっていることそのままなので、コメディカルであっても何となくわかる。7段階で評価することもできる。研修医を見ていれば、その項目について、できているかどうか判断できる。研修医がある業務にどれだけの時間を要しているかを確認するだけで、どのような評価水準にあるかわかる。</p>	肯定的意見
S先生 B-2	<p>評価の水準として「自分ひとりのできる」という内容があるが、そもそも研修医1人でやってはいけなはずであり、違和感がある。</p>	課題・問題点
<p>質問 研修が修了する直前であれば3が付く場合はあると想像するが、それまでは3は付かないという理解で良いか。</p>		
S先生 B-2	<p>様々な指導医がいるため、3が付けられているケースがある。ただし、自分自身は3を付けていない。</p>	実態報告
<p>質問 評価の根拠となるような何らかの情報を残しているか。</p>		
K先生 B-1	<p>何も書き留めたりしていない。研修医が実際に業務を行っているところを見て、評価時にそのイメージを思いだしている。毎日観察するのであれば、タブレットでも持ち歩いて記録を付けるということをやる必要があるが、医療現場はコストをかけないわけで、人員も少ないということもあり、そんなことはできない。それをやるならばもう1名人員が必要となるがそういう経営資源はない。</p>	実態報告
S先生 B-2	<p>特別な記録はない。ただし、カルテチェックは行っている。</p>	実態報告
<p>質問 評価票Ⅲは現状4つの評価項目が設定されているが、過不足等についてご意見をうかがいたい。</p>		
K先生 B-1	<p>項目は増やすべきではない。複雑にするのは簡単で、誰でもできる。評価票Ⅰ～Ⅲをまとめて項目を半分に減らし、かつ、評価の精度は同等か向上させる、そういう方向で物事を考えないと使い物にならない。シンプルな方が絶対に良い。項目をシンプルにし、評価基準を明確にするべき。卒前OSCE（Objective Structured Clinical Examination；客観的臨床能力試験）は、評価方法についての解説DVDがあり、評価者は講習を受ける。評価者自身、評価が厳しい傾向にある</p>	改善要望

	<p>のか、甘い傾向があるのかフィードバックを受ける。卒前 OSCE については、そこまでしてすり合わせがなされている。他方、この評価票は、項目が多いが評価者がバラバラの基準で評価している。わかりやすくしてほしい。</p> <p>当院では、フィードバック評価票を作成している。これは、各評価項目を因数分解して、それに紐づくクリニカルシーンを複数想定したものである。クリニカルシーンをひとつおり経験して適切に対応できたかどうかで評価ができるようにしている。</p>	
S 先生 B-2	<p>項目は現状のままで良い。それぞれの項目の意図が明示されると望ましい。例えば、一般外来について、指導医によって研修医に求める内容が異なる可能性があるが、それによって指導内容や評価がばらつくのは望ましくない。よって、国の方針として、どういうことができたいかを具体的に記載し、それについてできる、できないがはっきり評価できる形にしたほうが良い。</p>	改善要望
<p>質問状況</p> <p>評価票Ⅲのコメント欄の活用状況について教えてほしい。</p>		
K 先生 B-1	<p>勝手な使い方をしている。必ずしもフィードバックに限らない、メッセージ欄として活用している。</p>	実態報告
S 先生 B-2	<p>活用していない。</p>	実態報告

インタビュー4：追加質問

<p>質問 研修医評価票の改善に向けて、他に検討すべきことがあれば教えて欲しい。</p>		
<p>K先生 B-1</p>	<p>侵襲的手技として、例えば CV を例にとると、CV を研修医に対応させる場合、実際にやらせる前にしっかりとエポックで安全講習を受けさせて、その講習に合格していない場合、現場ではやらせないといったルールがあったほうが良い。そうすれば CV を行うときに注意すべきことや準備すべきものを事前学習した上で実施できる。CV を行うという機会は臨床現場でいつ起きるかわからないし、患者を用意してあげるわけにいかないの、やらないといけない場面は突然やってくる。そのときに、すぐできるように研修医が準備できていないといけない。もし、それができていない研修医であれば、CV をやらせなくて良い。そういうルールにしておけば、研修医も一生懸命勉強するはずである。</p> <p>つまり、エポックで適切に事前学習できているかと、実際に侵襲的処置を正しく行い、患者に説明して説明同意書文書を取得し、それを WEB にアップロードしたら合格と見なす、という二段階で評価すると良い。</p>	<p>改善要望</p>
<p>S先生 B-2</p>	<p>研修医は、病院にとって宝物であり、指導医が指導し、評価すべき対象である。一方で、指導医は臨床現場を受け持っているため、指導医の仕事がどんどん増えている実態がある。働き方改革に逆行しているイメージがある。仕事が増えすぎて大変な状態の自分を見て、研修医が「ああはなりたくない」と思ってしまうと、ネガティブキャンペーンになってしまう。こういう背景もあり、評価票はシンプルなほうが望ましい。そのほうが、より余裕をもって評価できる。</p> <p>また、評価票はコメディカルを巻き込むことになるが、医師である我々と同じ考え方とは限らないため、考えを共通化できるわかりやすい言葉で評価できると良い。</p>	<p>改善要望</p>

表 16-3 インタビュー C

インタビュー1：研修医評価票 I に対する意見		
<p>質問 研修医評価票 I の使い勝手、また使ってみて気づいた点等をお聞きしたい。</p>		
K 先生 C-1	<p>評価が難しいケースが多い。評価項目が複数設定されているが、具体的にどの場面、状況、行為を当てはめて評価すれば良いかわかりづらく、判断に迷う。結果、大体真ん中か、真ん中より一つ上ぐらい、言わば無難な評価にしているのが実情である。</p>	課題・問題点
	<p>評価票 I、II、III は、それに含まれる評価項目が互いに関連し合っていると思うが、大きく捉えるとほぼ同じことを評価していると感じることがある。正直、実情を反映しているのかどうか疑問を抱きながら評価を付けている。</p>	課題・問題点
	<p>しかし、最終的に評価を数値へと落とし込んでいく必要があるため、デジタルに評価する場合は、現状の方法で仕方がないという思いもある。全部文章で具体的に「こんなことがありました」と書きなさいと言われてたらかなり手間であるため、現状のやり方でも仕方がない。とは言うものの、研修医も様々であるため実際の状況を反映しているかどうか戸惑いはある。</p>	課題・問題点
M 先生 C-2	<p>研修医が当院に来た段階からどこまで伸びたかという、元々のポテンシャルからの成長具合を評価するのはやりにくいと感じている。レベル 1 から 4 まであり、元々社会的に問題がない研修医は、期待通りと言えれば期待通りに研修が進むため、高得点が付きにくい。逆に、元々社会的・人間的に少し課題があって、当院での研修によって成長した研修医は（当初の期待が必ずしも高くないことにより）点数が高くなってしまう。結局、研修医全員に良い評価を与えたいので「期待を大きく上回る」という評価をしている。</p>	課題・問題点
<p>質問 コメント欄の活用状況を教えて欲しい。</p>		
K 先生 C-1	<p>非常に良いことであれば書いてあげれば良いと思うが、悪いことを書くのはためらいがある。自分自身は書いたことがない。評価者である自分の恣意的な価値観で悪いコメントを書くと、研修医の評価が下がり、まだ若い研修医の将来に影響が出てしまうことを懸念する。</p>	課題・問題点
M 先生 C-2	<p>毎回、相当のボリュームでコメントを書く。レベル 1 から 4 で評価しにくい分、研修医が自らの成長をしっかり理解できるように、また、喜びを感じられるように、という意図で書</p>	現場で試みている工夫、苦勞など

	<p>いている。コメント欄の存在は非常にありがたく、全ての研修医のコメント欄を埋めるようにしている。</p> <p>救急外来で普段、研修医の指導をしている。普段から毎日コミュニケーションをとる。救急外来の現場で観察して悪かった点はその場で指摘・修正して、その後、改善されれば倍褒めるという状況ができています。1ヶ月間の救急外来研修の中で研修医としっかりコミュニケーションを取った上でのコメント欄記入となる。私自身は比較的、記入しやすい立場にいると感じる。</p>	実態報告
<p>質問</p> <p>評価項目をどのように変更・修正すれば、より実情を反映した評価票へと改善できるか。</p>		
K先生 C-1	<p>評価の段階を、レベル1から4ではなく、「可」「不可」ぐらいに簡単にした方が、評価者も気楽になるというのはある。レベル1と2についての判断も迷う。</p>	改善要望
M先生 C-2	<p>レベル1、2は不要と感じる。この選択肢が設けられた意図をはかりかねている。「可」「不可」の2つだと評価する際に難しいかもしれない。ただし、評価基準がシンプルになることを望む。</p>	改善要望
	<p>項目内容については、結局、このような内容になるということで理解している。先日、臨床研修医の育成する側のプログラムに参加し、評価シートを実際に作成する経験をした。具体的な目的を書き出しはじめると項目が増えてしまう。やはり比較的抽象的な表現になるのはやむを得ないと理解した。</p>	肯定的意見

インタビュー2：研修医評価票Ⅱに対する意見		
<p>質問 研修医評価票Ⅱの使い勝手、また使ってみて気づいた点等をお聞きしたい。</p>		
K先生 C-1	基本的にレベル3と4の間にあるチェックボックスは使っていない。おそらくレベル2、3、4のいずれかを付けている。2と3の間のチェックボックスは使いにくい場合がある。	課題・問題点
	例えば「生涯にわたって共に学ぶ姿勢」は評価票Ⅰの「自らを高める姿勢」と同じ感覚があるので、評価の段階が食い違ふと良くないと考えており、注意している。	実態報告
	評価に困ったら「観察機会なし」を時々選ぶ。	実態報告
M先生 C-2	K先生がおっしゃったことについては同意見である。	実態報告
	項目の内容については、指導医が臨床の時間を使って評価することを考慮すると、現状の範囲にとどめる方がベストと考える。現場にいる立場からすれば、追加項目が浮かんでくるが、評価する側の負担を考えると現在の形態がベスト。	肯定的意見
<p>質問 各項目について評価を付けようとする場合、具体的にどのような行動が見られたらどのレベルに相当するかを判断することになる。その指針として各レベルに説明文が記載されているがこの情報は活用しているか。</p>		
K先生 C-1	大きく雰囲気で評価している。評価を付ける時点まで、具体的な行動を細かく覚えていられない。	実態報告
	項目数自体、9項目ではなく5項目以内ぐらいに整理した方が良い。いずれにせよ実態を完璧に評価へ反映できないのであれば、もっと大雑把でも良い。細々と評価するより大雑把に可か不可ぐらいの評価にしたほうが公正という気がする。	改善要望
<p>質問 9つの項目を評価する場合、評価者自身が属する診療科との関連性が深い項目が、より評価上の比重が大きいという感覚を抱くことはあり得るか。</p>		
M先生 C-2	救急外来は様々な科との連絡、コミュニケーションが多い。幅広く様々な科と連携をとる科である。救急外来特有の評価項目が必要ということではなく、他の科であればこういう評価をするであろうという視点で、抽象的に広く浅くという感覚で評価を行っている。救急外来からは全体の科を見渡すようにはしているので、救急外来特有の評価の比重を増やしたいということはない。	実態報告
K先生 C-1	総合診療科に属しているが、その立場から見ると、いずれの項目も大事である。診療科というよりも、研修医が向き合っている個々の患者の状態により、その研修医にとって重要な項目が変わる。例えば、この患者に関しては科学的探究の関連	実態報告

	性が低いが、倫理性を発揮する場面である、といったことがある。他方で、診断を突き詰めないといけない患者と向かっている場合は、科学的探求の比重が大きくなる。このように、診療科というより研修医が向き合っている個々の患者の病状・背景による。	
質問 9項目のうち、最も「観察する機会が無かった」にチェックが入りやすい項目はどれか。		
K先生 C-1	例えば「9.生涯にわたって共に学ぶ姿勢」は、1~2ヶ月しか見ない研修医の生涯にわたる傾向を、私が決めていいのかと考える。また、「4.コミュニケーション能力」については個人の相性があるので、例えば私とは相性が悪くても他の医師とはうまくやって学んでいる場合もあり、一元的に決められない。こういう項目について「観察する機会が無かった」としている。	課題・問題点
M先生 C-2	「8.科学的探究」の探究心・研究の部分は、臨床の中では評価しにくい。	課題・問題点
質問 9項目それぞれに複数の下位項目があるが、下位項目ごとに点数を付けて最後に平均値を算出して上位項目の評価とするのか、それとも下位項目ごとの点数化はしていないのか、教えて欲しい。		
K先生 C-1	下位項目ごとに細かく評価していない。細かく考え出すと混乱する。上位項目の内容に即して評価している。	実態報告
M先生 C-2	下位項目ごとに細かく評価していない。上位項目の内容に即して評価している。点数としては大きく差をつけず、個々人に対して伝えたいことは全てコメント欄に記載している。	実態報告

インタビュー3：研修医評価票Ⅲに対する意見		
<p>質問 研修医評価票Ⅲの使い勝手、また使ってみて気づいた点等をお聞きしたい。</p>		
K先生 C-1	一般外来診療、病棟診療、初期救急対応は研修医を指導・観察する機会があるが、地域医療はほぼ「観察機会なし」になる。	実態報告
	初期研修の段階としては「C-4. 地域医療」まで要求すること自体が酷、現実的ではないと感じている。まずは自施設の院内で収まる範囲のことをカバーできるようになり、次の段階で地域医療まで思いが至るという流れの方が望ましい。	課題・問題点
M先生 C-2	C-1～4 全ての項目について、レベル2が1年目の到達目標で、レベル3が2年目の初期研修医の到達目標、レベル4が後期研修以降の目標で良いと考える。実際、地域医療を経験するのは2年目になるため、地域医療の評価は、研修1年目の途中であればレベル2のイメージ、研修2年目を修了すればレベル3のイメージという前提で評価している。	実態報告
<p>質問 研修医評価票Ⅲは、Ⅱと異なり下位項目がない。下位項目の必要性について意見をお聞きしたい。</p>		
K先生 C-1	下位項目は必要ない。現状のほうがシンプルで使いやすい。細かい点を言えば、例えば「C-1. 一般外来診療」と「C-3. 初期救急対応」は、軽症の患者であれば重症度や病状がほとんど変わらない、ということが当院では多い。「C-2. 病棟診療」では、入院患者を一定期間、10日から1週間程度は経過を適切に観察する必要がある。その意味で診療の方法論、やり方が「C-1. 一般外来診療」と「C-3. 初期救急対応」の外來レベルで済ますレベルとは異なる。こうしたことを細かく言い出すときりがないので、現状の区分けで良い。	肯定的意見
	地域医療は、別途「評価票Ⅳ」という位置づけでも良いという感覚がある。	改善要望
M先生 C-2	評価票Ⅰ、Ⅱと比べると評価票Ⅲは具体的内容が含まれるので評価しやすいと感じており、現状のままで良い。逆に評価票Ⅰ、Ⅱは抽象的で、評価者の主観の部分が大きく、評価が煩雑で迷う。評価票Ⅲはコメディカルの立場からでも比較的客観的に評価しやすいという印象がある。	肯定的意見
<p>質問 研修医評価票Ⅲに限らないが、評価の結果を研修医の教育に活かすことのメリット、大変さなどがあれば教えて欲しい。</p>		
M先生	研修医評価票のⅠ、Ⅱでは評価者によって評価が大きく分か	実態報告

C-2	<p>れる点が興味深い。当院は基幹型の研修医以外に、たすき掛けの研修医を大学病院から受け入れている。大学において正しいと見なされている風習、マインドとマッチしなかった研修医が、市中病院である当院では大いにマッチし、良い研修成果を得ることがある。その際、大学病院側の評価と、市中病院である当院の評価は、特に研修医評価票Ⅰ、Ⅱで大きく差がつく。その評価の差に大学病院の医師が驚いたということがあった。このことを踏まえると、評価票の意味自体に疑問が出てくる。</p>	
K先生 C-1	<p>現状の評価票は、優秀かつ品行方正な研修医が集まる病院では正当に機能するかもしれないが、必ずしもそうではない研修医が多い施設ではあまり機能しないという感覚がある。</p> <p>この評価票で低い評価を受ける研修医が長期的に見れば大先生になることもあるだろう。この評価票の内容のみが正当性を持つということはないので、この評価票の評価のみで研修医の評価が決まるのはやや可哀想であり、正しいかどうか疑問を持っている。</p>	<p>実態報告</p> <p>課題・問題点</p>

インタビュー4：追加質問		
<p>質問</p> <p>研修医評価票をどのように改善していけば良いかご意見をうかがいたい。</p>		
K 先生 C-1	<p>日常診療で忙しい中、評価という業務に追加で対応していくことになるため、じっくり腰据えて評価できていない部分がある。</p>	課題・問題点
	<p>医師より、研修医の挙動をよく見ている主任クラスの看護師やコメディカルスタッフが評価に参入するシステムが望ましいだろう。</p>	改善要望
	<p>研修医と共に業務し、患者と接する程度を踏まえると、評価者の人数は比率的には医師 1 名に対して看護師 2、3 名が良いと考える。研修医の中には、指導医に対していい顔して、看護師に対しては偉そうに振舞う人がいるだろう。</p>	改善要望
M 先生 C-2	<p>実現するかはわからないが、研修医を評価する指導医も評価されるべきである。評価票の内容をよりシンプルにし、研修医自身の自己評価、研修医に対する指導医からの評価、そして病院および指導医に対する研修医からの評価を並べる。研修医が病院および指導医をどのように見ているかを評価に含めると面白い。</p> <p>人柄が優れた指導医が集まっているとは限らない病院の中で、一方的に指導医が研修医を評価し、落としたり、合格させたりするシステムは、研修医を弱者という立場においていることになると思う。研修医は立派な大人であり、当院で立派なスタッフとして働いている。そんな研修医から、病院や指導医に対して評価やコメントがもらえたら面白い。</p> <p>エポック 2 自体のあり方については、エポック 2 の情報を誰がみるか、エポック 2 は誰のためのものかという点をはっきりさせると面白い。自然に上級医と研修医がそういった意見交換を交わすことが、最終的なトップの評価に自然に繋がる、そういったシステムであると面白い。</p>	改善要望
<p>質問</p> <p>評価を入力する際の機器を教えて欲しい。また、忙しい中で評価を付ける時間を確保するために工夫していることがあれば教えて欲しい。</p>		
M 先生 C-2	<p>PC で統一している。コメントを書きやすい。また、人を評価するという行為であるため、スマホで手早く済ませるといよりは、自宅で自分自身の精神状態も落ち着いている状態でしっかり考えて評価したいため PC を使用している。</p>	実態報告
K 先生 C-1	<p>スマホは画面が小さくて見にくいいため、基本的に PC を使って評価を入力している。</p>	実態報告

<p>質問 最後に何かご意見があればお聞きしたい。</p>		
<p>K 先生 C-1</p>	<p>研修医のことをすべて評価することが難しいのであれば、もっと大雑把でシンプルな方が、作業が楽である。現在の評価制度では、評価時点の恣意的な評価者の判断だけで、若い研修医の将来を悪い方向に持って行ってしまう可能性がある。大雑把でシンプルな方がそのような罪悪感が少ないし、気が楽である。</p>	<p>改善要望</p>
<p>M 先生 C-2</p>	<p>コメント欄に詳しく書こうとすると、その分、評価者である指導医の負担が大きくなる。それが難しいのであれば、下位項目をシンプルにして、項目ごとに可、不可にした方が公平かもしれない。</p> <p>エポック 2 を作成していて、これは誰が見るのか、何にとって有効なのかと疑問を持つ。このエポック 2 の内容を詳しく見る人はいないと思われるが、よほど悪い言動があった研修医には不可、低い点が付けられがちであり、そういった事象が日々起こっている。そうであるならば、全ての総合項目で、可、不可にしてしまえば研修医にも良い意味でプレッシャーがかかるかもしれない。総合評価として 1 回の評価になるので、その分、コメント欄に個々人へ向けたメッセージを適切に記載する。また、可、不可の判断の重荷が 1 人の評価者にかからないように研修医側からの評価も交えていく。このようにバランスのとれたものにし、関係者全員が評価を確定させる（クリックする）際に、その重みを適切に感じるようにした方が良い。実際に不可を付ける指導医はよほどの状況じゃない限りいないと想像する。良い意味での緊張感が評価シートの中に生まれると良い。評価を付ければ良い、提出すれば良い、といった部分が改善されると望ましい。</p>	<p>改善要望</p>

表 16-4 インタビュー D

インタビュー1：研修医評価票 I に対する意見		
<p>質問 研修医評価票 I の使い勝手、また使ってみて気づいた点等をお聞きしたい。</p>		
I 先生 D-1	期待値を基準に研修医を評価することになる。当院が考える理想に基づいて、当院の基準で期待レベルを設定して評価しているが、当院の基準のみで良いか迷う。複数名で評価をすれば最終的には評価が合ってくるかもしれないが、難しい。	課題・問題点
G 先生 D-2	プロフェッショナリズムは難しく抽象的で、評価する指導医によっても捉え方が違う。難なくこなせている研修医が、何か 1 つ何か引っかかることをした場合、どのように評価すべきか判断に迷う、という話を聞く。	課題・問題点
	ただし、多くの人が評価することで上記の課題は乗り越えることはできる。プロフェッショナリズムの評価は難しいが、実施できたほうが良い。改善すべき点はあるかもしれないが、現状、最低ラインで評価できていると感じている。	肯定的意見
<p>質問 研修医 1 名に対して何名が評価しているか？</p>		
I 先生 D-1	医師だけで考えると 24～25 名。	実態報告
G 先生 D-2	当院も同様（つまり、医師だけで考えると 24～25 名）。なお、医師からの評価は高いが、他の職種からの評価が低いことがある、研修管理委員会で悩むことがある。	課題・問題点
<p>質問 コメント欄の活用状況を教えて欲しい。</p>		
I 先生 D-1	フィードバックに使っている。ただし、指導医はあまり悪いことを書いてくれない。悪いことよりも良いことがたくさん書かれている。よくやってくれたとか、患者への素晴らしい気遣いといった内容が多い。	課題・問題点
	両方を半年に 1 回の面談のときにフィードバックをしている。	現場での工夫、苦勞など
G 先生 D-2	コメント欄はすごく重視しているが、当院の現場では、エポック 2 になってから、それ以前と比べてコメント等の内容がすごく減ってしまった。様々な数値的な評価の数字を付ける項目が増えた分だけ、逆に現場の、特に多職種とかコメディカルスタッフからの熱心なコメントが短くなってしまったり、細かく言語化しないとわからないものが従来拾っていたが、ちょっと拾いにくくなってしまったりしているという現場の声がある。	課題・問題点

<p>質問</p> <p>1 回の評価のタイミングで複数の評価者からの評価票が提出される、ということで良いか。</p>		
I 先生 D-1	ノルマが 1 つなので、4 週だからその分掛ける 1 年というか、2 年分が最終的に出てくる。よって、1 回の評価のタイミングで提出される評価票は 1 つである。	実態報告
G 先生 D-2	当院も同様であり、1 回の評価のタイミングで提出される評価票は 1 つである。	実態報告
<p>質問</p> <p>特に評価がばらつきやすい項目があれば教えて欲しい。</p>		
I 先生 D-1	「A-1. 社会的使命と公衆衛生への寄与」は評価がばらつく。この背景には評価が難しく、「最初からできている」と評価する人と、「実際やらせてみて、できていない」と評価する人、それから「観察機会なし」を付ける人がおり、ばらつきが大きくなる。	課題・問題点
	この項目の「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」はどうやって評価するのだろうかという難しさがある。	課題・問題点
G 先生 D-2	他職種の方の中には、研修医が臨床研修している日勤帯以外の、例えば病院の外や周りでの研修医の態度などを観察している方がいる。師長や主任に相当する方は、研修医に老婆心をかけて見てくれており、何行にもわたるフィードバックをくれる方もいた。	実態報告
	あとは、コロナの感染と研修期間がかぶってしまったので、感染の中での日常生活といった状態になり、その影響で評価がばらついたということはある。	実態報告

インタビュー3：研修医評価票Ⅲに対する意見		
<p>質問 研修医評価票Ⅲの使い勝手、また使ってみて気づいた点等をお聞きしたい。</p>		
I 先生	評価票どおりに評価を付けられることが多い。	肯定的意見
D-1	評価の根拠をしっかりと出してほしいとよくお願いをしている。それはやはり Mini-CEX（短縮版臨床評価法）であろう、ということで、そちらもしっかりつけてほしいと伝えている。	実態報告
	<p>当院は研修医に対する Mini-CEX がなかなか付けられない傾向がある。学生は全員つけてくれるが、なぜか研修医はつけてくれない。CC エポックを入れて、CC エポックで Mini-CEX をつけることを必須にしたので、この状態からエポック 2 でも評価をつけてもらえるんじゃないかなと考えている。</p> <p>紙ベースだと評価を付けてくれるが、評価を入力する、という行為は現場ではなかなかしてくれない。</p> <p>（話を本筋に戻すと）評価票Ⅲで評価することは可能だが、根拠をしっかりとりたいということで Mini-CEX をうまく活用できれば良いと考えている。</p>	実態報告
G 先生	評価票Ⅲは EPA のような感じなので、現場でも非常に理解しやすい。	肯定的意見
D-2	<p>妥当な評価かどうかについては、確かに Mini-CEX でと書いてあるがおそらく全然やられていない。ただし、当院の場合は研修 2 年間を通じて漸次型の救急外来を使って研修医が各科を回るので、何度か回るうちに（指導医からすると）研修医の成長を評価できる。成長の具合を瞬間的に切り取ることは難しいが、その研修医が成長しているかどうかについて、指導医側がコンセンサスをつくることはできている。</p>	実態報告
<p>質問 地域医療についてはどのように評価をしているか。</p>		
I 先生	地域医療の協力病院があるが、そちらの病院に当院の寄附講座が入っているので、指導医も当院の教育に合わせて評価を付けている。ただし、協力施設の方には研修管理委員会に来ていただいているが、施設の方からの評価は口頭で頂く程度。これは望ましくないということで、協力型施設で地域研修をやっているときに、その協力型施設の指導医が評価を入力する体制をとっている。	現場で試みている工夫、苦勞など
D-1		
G 先生	地域医療研修はある病院の指導医に指導を頂いているが、毎日フィードバックがある。私も共有させてもらっているメールでフィードバックがなされる。1 日ごとの成長がフィード	現場で試みている工夫、苦勞など
D-2		

	<p>バックとして記録され、評価されるという形。おそらく当院の中で一番評価が確実な外部指導医である。</p> <p>このように指導ができれば、実際のログとして残るため、研修医も自分の成長の記録となり、研修医からの評判が良い。</p> <p>その指導医も、「自分がここはこうすれば良かった」といったことを書いてくるので、本当に生きた教科書みたいになっている。当院の地域医療研修先で多分一番充実しており、本当はこれを目指すべきであろうと考える。</p> <p>この先生は、評価票Ⅲをご自身で付けてくださっている。また、研修管理委員会にもWEB会議形式で参加して頂き、直接コメントを頂いている。</p>	
<p>質問</p> <p>コロナ禍の影響があったかどうか、また、あった場合はどのような対応をしたのか教えて欲しい。</p>		
I先生 D-1	研修は全く変更していない。特に影響はなかった。	実態報告
G先生 D-2	研修で出向いた施設に迷惑をかけないように、ということは意識したが、特段の影響はなかった。	実態報告
<p>質問</p> <p>現状の4項目に追加したほうが良い項目案があれば教えて欲しい。</p>		
I先生 D-1	せっかく小児科、外科、産婦人科が必須になっているので、そういった科で到達するEPAのようなものがあれば良い。出産や小児のワクチンに関連することなど。	改善要望
G先生 D-2	基本は現状の通りで良い。	肯定的意見
	I先生がご指摘された内容もあった方が良い。	改善要望

インタビュー4：追加質問

<p>質問 理想の評価票に向けてどのような改修があり得るか、教えて欲しい。</p>		
<p>I先生 D-1</p>	<p>評価項目は現状どおりで良いと思うが、評価基準をどうすべきか悩む。病院によって基準が同一かどうか分からない。医師の最低レベルの研修医到達目標はどういう状態を指すか、みんなでディスカッションして、レベル設定をした方が良い。全国のどの臨床研修病院で研修修了しても到達しているべき状態を決めた方が良い。</p>	<p>課題・問題点</p>
<p>G先生 D-2</p>	<p>eポートフォリオという観点で考えたとき、誰のためのeポートフォリオなのかと問われれば、研修医のためだと答える。意識が高い研修医に意見を求めると、本当にポートフォリオであるならばとても良いという反応があった。個人情報保護に気を付けつつ、全部のデータが連動し、ポートフォリオという形で整備できれば、将来に向けた自分の成長のログになる。そういうイメージを持てると、おそらく研修医も評価を付けておきたいという気持ちが強くなるかもしれないし、指導者もうかうかしてられないっていう感じになるだろう。</p>	<p>改善要望</p>

ICT を基盤とした卒前卒後のシームレスな医師の臨床教育評価システム構築のための研究

海外のシステムや教育効果との国際比較

研究分担者

田中 雄二郎	東京医科歯科大学 学長
山脇正永	東京医科歯科大学 臨床医学教育開発学分野 教授
岡田 英理子	東京医科歯科大学 臨床医学教育開発学分野 講師・医学部 附属病院総合教育研修センター長
那波 伸敏	東京医科歯科大学 国際健康推進医学分野 准教授

研究要旨

我々はこれまでに ICT を活用した卒前卒後のシームレスな評価システム (EPOC2) の開発を進めてきた。EPOC2 の卒後評価システムは 2020 年から運用を開始しており、利用施設・研修医数は、800 施設、8000 名を超えており、臨床研修医の全国データが EPOC2 システムに入力されている。本分担研究では、2023 年度は、EPOC2 データから得られる知見をもとに、米国の Milestone Project、英国の UK Foundation Programme 等の知見との国際比較、企業が展開する ePortfolio との比較を行った。その結果、PG-EPOC 及び CC-EPOC のような国レベルでのデータベース及び、卒前・卒後をシームレスにつなげる e-portfolio システムは日本独自の試みであるということが明らかとなった。

A. 研究目的

卒前臨床実習・卒後臨床研修をシームレスに評価できる ICT の基盤構築を進めることが喫緊の課題となっている。我々はこれまでに ICT を活用した卒前卒後のシームレスな評価システム (EPOC2) の開発を進めてきた。EPOC2 の卒後評価システムは 2020 年から運用を開始しており、臨床研修医の全国データが EPOC2 システムに入力されている。昨年度に我々が調査した EPOC2 のデータによると、現状の医行為の実施状況では EBМ の活用、医療の社会性、小児及び泌尿生殖器の診察、門田レポートの推奨項目の修得率が低いことが明らかになっている。今年度の研究の目的は、EPOC データから得られる知見をもとに、米国の Milestone Project、英国の UK Foundation

Programme 等、及び企業が展開する ePortfolio をはじめとする海外での ePortfolio の使用状況について、実施している地域、規模、分析方法及びユーザビリティの国際比較を行うことである。

B. 研究方法

2023 年度は文献調査を継続して行い、評価システムやそれに伴う教育効果に関する海外の事例について調査を行った。さらに文献調査等から ePortfolio の使用状況について、国レベルで実施している地域・実施主体の評価、使用している ePortfolio の分析方法及びユーザビリティの調査を目的として下記を行った。

1. 海外における ePortfolio の分析事例につき、下記に着目して調査を実施する。

- ・ ePortfolio の運用に関する文献的検索
- ・ ePortfolio を用いた評価に関する文献的検索
- ・ 卒前～卒後医学教育の継続的な能力評価 (分析手法、結果)
- ・ 学修者の Remediation ポイント

2. これらの文献的調査をもとに、海外における ePortfolio の運用・データ分析に関するインタビューを実施した。ePortfolio システムの調査にあたっては、公的 ePortfolio システムと商用 ePortfolio システムについて実施した。

3. 国際医学教育学会 (AMEE2023) での情報収集を行った。

C. 研究結果

1. 海外における ePortfolio の分析事例への調査

ePortfolio の運用に関する文献的検索の結果を表 1 に示す。国レベルで実施しているのは英国の卒後教育、カナダの卒後教育、スイスの卒前教育があった。また、複数の大学/病院で使用されているものとしては、米国、カナダ、台湾、オランダで存在していた。以上の文献調査の結果、CC-EPOC 及び EPOC2 のような全国の研修医が卒前・卒後をシームレスにつなげて評価を記録していく national level の e-portfolio システムは日本独自の貴重な試みであるということが明らかになった。

運用面での文献的考察では、電子ポートフォリオ (e-ポートフォリオ) は、電子プラットフォームでホストされる形式或いは、独自のソフトウェアを使用して運用している。ハードコピーのポートフォリオと比較して、耐久性が高く、ユーザーフレンドリーで、アクセスしやすく、共同作業が容易で、特定の分野での評価に優れている⁸。

動画やウェブサイトのリンクなど様々な資料を含めることができ、学生や指導者を含むユーザーのプライバシーと機密性の向上が期待でき、短時間で学生間の比較が可能になる。一方で、貧弱なインターフェース、管理サポートの不足、貧弱な IT 技術、およびアップグレードに要する時間または資金の不足¹³等が運営上の阻害要因となる。

また、臨床現場でのデバイスへの即時アクセスの欠如、貧弱なデータセキュリティ、メンターとのオンラインでのコミュニケーションの問題、またはメンターが技術に精通していないことも、それらの適用性を制限となる、などが報告されていた。

ePortfolio を用いた評価に関する文献的検索では、学修者の能力発達を可視化することが、学修者本人及び指導者にとっても有用であることが明らかになった。その表現方法としては、本研究で実施している達成度のプログラムのみならず、大多数の修了を可視化する方法等も挙げられた。

本研究でも明らかになった学修目標達成が不十分な群に対して、教育者が介入すべき時期 (remediation point) を明らかにした報告もあった。

2. 海外における ePortfolio の運用・データ分析に関するインタビュー調査

海外のステークホルダー及び商用 Portfolio システム会社へのインタビュー調査の結果を表 2 及び表 3 に示す。卒前臨床実習或いは卒後研修において、nation-wide data としてデータベースを構築している情報は得られなかった。また、卒前臨床実習から卒後研修までのシームレスに活用できる ePortfolio の存在も見られなかった。いずれのインタビュー対象者からも、EPOC システムはその規模と時間的連結性において、これまでにないものであるとの意見をいただいた。

商用 Portfolio では、MyKnoweldgeMap 社及び Risr 社へのインタビューを実施した。MyKnoweldgeMap 社の myprogress は英国、米国、オーストラリア、スウェーデン、韓国の約 40 校で卒前教育において用いられている。myprogress は、オフラインで動作するように設計された評価アプリで、教育病院のシミュレーション スイートなどの臨床環境でリアルタイムのフィードバックが可能となっている。myprogress では、独自の学修フレームワークと学修アウトカムを使用して、学生と教員がリアルタイムで進捗状況を追跡し、視覚化できる。学修者用のモバイルアプリには、学生が自分の進捗状況を振り返り、完了した評価やその他のプロダクトを学修フレームに直接マッピングできる。

Risr 社の risr/advance は、英国、カナダ、アーストラリア、いるランドの約 50 病院で、主として卒前教育で用いられている。施設ベースの評価、ミニ CEX、DOPS、EPA、ケースベースのディスカッションなどを収集している。Risr/advance では、独自のテンプレートを使用してデータを抽出し、レポートを生成することで、学生や研修生に情報を提供している。デバイスとしては、タブレット、ラップトップ、スマートフォンなどの複数のデバイスを使用して、オンラインまたはオフラインで作業し、メモや証拠を記録することができる。また、LMS として、学生の目標とコース要件を設定し、ローテーションごとにカスタマイズすることができる。ワークフローにリンクするフォームを構築すると、進捗状況を簡単に記録できる使用となっている。独自のテンプレートを使用してデータを抽出し、達成状況のレポートを表示することで、学生や研修医の学修者にとって、情報を表示提供している。

以上のように商用 Portfolio は両者とも EPAs, mini-CEX, DOPs, CBD などの WBA のポートフォリオとして活用されている。いずれのポートフォリオも大学内或いはローカルで

使用されており、多施設で後半に実施されている例はほとんどなかった。risr/advance については一部の専門医制度でも使用されていた。いずれもいわゆる Logbook としての使用が主であり、データベースとしての利用については各組織内での活用にとどまっていた。

3. 国際医学教育学会 (AMEE2023) での情報収集

国際医学教育学会 (AMEE2023) にて本研究内容について ePoster 及び口演で発表を行った (図 1)。その際に他の研究者より、nation-wide の ePortfolio システムはほとんど例がないこと、卒前から卒後のシームレスな学修者評価をシステムティックに実施している例はこの規模では他に存在しないことが確認できた。

D. 考察

海外における ePortfolio の分析事例のまとめからは、ePortfolio を用いた学修アウトカムの追跡調査には複数の方法が報告されている。また、ePortfolio を用いた WBA (workplace-based assessments) は feedback には活用されているが、総括的な分析は報告されていないのが現状であった。また、卒前～卒後医学教育の継続的でシームレスな能力評価についても報告がほとんどなかった。

海外における ePortfolio の運用・データ分析に関するインタビュー調査からは、卒前教育あるいは初期研修教育の現場で、国レベルで用いられている ePortfolio は認められなかった。さらに、卒前から卒後教育までの継続的な ePortfolio システムも認められなかった。

今後の課題として、以下があげられた。

- ①EPOC データを用いた WBA の評価方法の確立 (図 2)
- ②EPOC システムを用いた卒前臨床教育から医師臨床研修のシームレスな評価方法の確立
- ③EPOC 分析結果を教学 IR 活動、研修プログラム改善等に活用するシステム・方法の開発
- ④我が国からの情報発信

E. 結論

評価システムやそれに伴う教育効果に関する海外の事例について調査を行うために文献調査を行ったところ、EPOC システムのような全国の研修医が卒前・卒後をシームレスにつなげて評価を記録していく national level の e-portfolio システムは日本独自の試みである事が明らかとなった。今後、EPOC システムを用いた学修評価としての workplace-based assessemnt (WBA) への利活用が期待される。また、EPOC システム国際的にもユニークな取り組みであり、今後わが国からの発信が必要と考えられた。

文献

1. モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会, モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究委員会: 臨床実習の到達目標. 医学教育モデル・コア・カリキュラム 平成 28 年度改訂版. p134-176.
2. 厚生労働省: 臨床研修の到達目標、方略及び評価. 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(平成 30 年 7 月 3 日付医政発 0703 第 2 号)(別添).
3. 医学部の臨床実習において実施可能な医行為の研究報告書(平成 30 年 7 月). <https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000341168.pdf>
4. 厚生労働省: 医師臨床研修ガイドライン—2020 年度版—(平成 31 年 3 月).

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000496242.pdf>

5. Sánchez Gómez S, Ostos EM, Solano JM, Salado TF. An electronic portfolio for quantitative assessment of surgical skills in undergraduate medical education. *BMC Med Educ.* 2013;13(65).
6. Duque G, Finkelstein A, Roberts A, Tabatabai D, Gold SL, Winer LR. Learning while evaluating: the use of an electronic evaluation portfolio in a geriatric medicine clerkship. *BMC Med Educ.* 2006;6(4):4.
7. Chiu YT, Lee KL, Ho MJ. Effects of feedback from near-peers and non-medical professionals on portfolio use. *Med Educ.* 2014;48(5):539 - 540.
8. Friedman Ben David M, Davis MH, Harden RM, Howie PW, Ker J, Pippard MJ. AMEE Medical education guide No. 24: portfolios as a method of student assessment. *Med Teach.* 2001;23(6):535 - 551.
9. Franco RS, dos Santos Franco CAG, Pestana O, Severo M, Ferreira MA. The use of portfolios to foster professionalism: attributes, outcomes, and recommendations. *Assessment & Evaluation in Higher Education.* 2017;42(5):737 - 755.
10. Franco R, Ament Giuliani Franco C, de Carvalho Filho MA, Severo M, Amelia Ferreira M. Use of portfolios in teaching communication skills and professionalism for Portuguese-speaking medical students. *Int J Med Educ.* 2020;11:37 - 46.
11. Avila J, Sostmann K, Breckwoldt J, Peters H. Evaluation of the free, open

- source software WordPress as electronic portfolio system in undergraduate medical education. *BMC Med Educ.* 2016;16:157.
12. Chae SJ, Lee YW. Exploring the strategies for successfully building e-portfolios in medical schools. *Korean J Med Educ.* 2021;33(2):133 - 137.
 13. O'Sullivan AJ, Harris P, Hughes CS, et al. Linking assessment to undergraduate student capabilities through portfolio examination. *Assessment & Evaluation in Higher Education.* 2012;37(3):379 - 391.
 14. Arntfield S, Parlett B, Meston CN, Apramian T, Lingard L. A model of engagement in reflective writing-based portfolios: interactions between points of vulnerability and acts of adaptability. *Med Teach.* 2016;38(2):196 - 205.
 15. Bashook P, Gelula M, Joshi M, Sandlow L. Impact of student reflective e-portfolio on medical student advisors. *Teach Learn Med.* 2008;20(1):26 - 30.
 16. Belcher R, Jones A, Smith LJ, et al. Qualitative study of the impact of an authentic electronic portfolio in undergraduate medical education. *BMC Med Educ.* 2014;14(265).
 17. Chertoff J, Wright A, NovakM, et al. Status of portfolios in undergraduate medical education in the LCME accredited US medical school Status of portfolios in undergraduate medical education in the LCME accredited US medical school. *Med Teach.* 2016;38(9):886 - 896.
 18. Moores A, Parks M. Twelve tips for introducing E-portfolios with undergraduate students. *Med Teach.* 2010;32(1):46 - 49.
 19. Babovic M, Fu RH, Monrouxe LV. Understanding how to enhance efficacy and effectiveness of feedback via e-portfolio: a realist synthesis protocol. *BMJ Open.* 2019;9(5).
 20. Carney PA, Mejicano GC, Bumsted T, Quirk M. Assessing learning in the adaptive curriculum. *Med Teach.* 2018;40(8):813 - 819.
 21. Chu A, Biancarelli D, Drainoni ML, et al. Usability of learning moment: features of an E-learning tool that maximize adoption by students. *West J Emerg Med.* 2019;21(1):78 - 84.
 22. Désilets V, Graillon A, Ouellet K, Xhignesse M, St-Onge C. Reflecting on professional identity in undergraduate medical education: implementation of a novel longitudinal course. *Perspectives on medical education.* 2021.
 23. Heeneman S, Driessen E, Durning SJ, Torre D. Use of an e-portfolio mapping tool: connecting experiences, analysis and action by learners. *Perspect Med Educ.* 2019;8(3):197 - 200.
 24. Kanfi A, Faykus MW, Tobler J, Dallaghan GLB, England E, Jordan SG. The early bird gets the work: maintaining a longitudinal learner portfolio From medical school to physician practice. *Acad Radiol.* 2021;S1076-6332(20)30705-4.
 25. Mejicano GC, Bumsted TN. Describing the journey and lessons learned implementing a competency-based, time-Variable undergraduate

- medical education curriculum. *Acad Med*. 2018;93:S42 - S48.
26. Byszewski A, Fraser A, Lochnan H. East meets west: shadow coaching to support online reflective practice. *Perspect Med Educ*. 2018;7(6):412 - 416.
27. O'Sullivan AJ, Howe AC, Miles S, et al. Does a summative portfolio foster the development of capabilities such as reflective practice and understanding ethics? An evaluation from two medical schools. *Med Teach*. 2012;34(1):e21 - e28.
28. Mason G, Langendyk V, Wang S. "The game is in the tutorial": an evaluation of the use of an e-portfolio for personal and professional development in a medical school. 2014. <https://ascilite2014.otago.ac.nz/files/fullpapers/43-Mason.pdf>

F. 研究発表

論文発表:

- 1) Haruta J, Urushibara-Miyachi Y, ITO S, Takamura A, Nitta Y, Moriya R, Yamawaki M. The Impact of Core Curriculum Revisions on Japanese Medical Schools. *Medical Teacher*. (in press)
- 2) Morimoto M, Nawa N, Okada E, Itsui Y, Kashimada A, Yamamoto K, Akaishi Y, Yamawaki M. Elucidation of the needs for telecritical care services in Japan: a qualitative study. *BMJ Open*. 2023 13:e072065. doi: 10.1136/bmjopen-2023-072065.
- 3) Akaishi Y, Nawa N, Kashimada A, Itsui Y, Okada E, Yamawaki M. Association between Grit and depressive symptoms at the timing of job start among medical

residents during the COVID-19 pandemic in Japan: a cross-sectional study. *Med Educ Online*. 2023. doi:

10.1080/10872981.2023.2225886.

4) 鹿島田彩子, 赤石雄, 井津井康浩, 岡田英理子, 山脇正永. コロナ禍の模索から生まれたブレンド型臨床研修指導医講習会. *医学教育*. 54:654-656, 2023.

5) 小松 弘幸, 山脇 正永, 生坂 政臣, 江頭 正人, 小西 靖彦, 鈴木 敬一郎, 島田 昌一, 野村 理, 松山 泰, 矢野 晴美, 山本 憲, 尾上 剛史, 長谷川 仁志, 高見 秀樹, 岡崎 仁昭. Making of 医学教育モデル・コア・カリキュラム: 医学教育モデル・コア・カリキュラム(令和4年度改訂版)と医師国家試験出題基準との整合. *医学教育*. 54:157-163, 2023.

6) 鈴木 敬一郎, 島田 昌一, 中山 健夫, 山脇 正永, 鯉沼 代造, 山口 久美子. Making of 医学教育モデル・コア・カリキュラム: 研究者育成の視点. *医学教育*. 54:171-176, 2023.

7) 伊藤 彰一, 岡崎 仁昭, 小松 弘幸, 錦織 宏, 松山 泰, 山脇 正永, 菊川 誠, 清水 郁夫, 中村 真理子, 三谷 昌平. Making of 医学教育モデル・コア・カリキュラム: 学修評価と Good Practice 2. *医学教育*. 54:182-186, 2023.

国際学会発表:

1) Masanaga Yamawaki. Future trend in medical curriculum. *Siriraj International in Medicine and Public Health*. June 23, 2023. Bangkok, Thailand.

2) Masanaga Yamawaki, Eriko Okada, Nobutoshi Nawa, Makoto Takahashi, Ayako Kashimada, Yu Akaishi, Shouko Yoshida, Yujiro Tanaka. Development of evaluation system from undergraduate to postgraduate clinical training : a nationwide EPOC (E-POrtfolio of Clinical

training) in Japan. AMEE 2023. August 28, 2023. Glasgow, UK.

国内学会発表:

1) 岡田英理子、高橋誠、山脇正永 CC-EPOC
の導入 プレスカンファレンスワークショッ
プ 第 55 回医学教育学会大会 長崎
2023. 7. 27

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

Country	Outcomes	Under-/Post-Graduate	E-evaluation System	National /Local	reference
UK	WPA	Postgraduate	Yes (JRCPTB ePortfolio)	National	Quraishi 2019
Canada	Continuing Professional Development	Postgraduate	Yes (MAINPORT)	National	Gordon 2013
US	EPAs (ACGME)	Postgraduate	Yes	Local	Schumacher 2020
Canada	EPAs	Postgraduate	Yes (Entrada)	Local	Tomiak 2022
Canada	EPAs	Postgraduate	Yes (PASS)	Local	McEwen 2015
Taiwan	EPAs	Postgraduate	Yes	Local	Lee 2020
Switzerland	EPAs (PROFILES)	Undergraduate	Yes	National	Sohrmann 2020
Netherlands	UMC Utrecht Curriculum EPAs	Undergraduate	Yes	Local	ten Cate 2018

表 1 海外の e-portfolio システム

Interviewee	Country	Affiliation	内容
Prof. Richard Fuller	UK	NHS、AMEE	英国でのePortfolio利用状況 (postgraduate)
Prof. Roberts Trudie	UK	AMEE	英国でのePortfolio利用状況 (undergraduate)
Prof. Elizabeth Armstrong	USA	HMS	米国でのePortfolio利用状況 (undergraduate)
Prof. Catharine Boursicot	USA, Singapore	Health Professional Assessment Consultancy	米国、アジアでのePortfolio使用状況 (under- & post-graduate)
Prof. Benjamin Berg	USA	University of Hawaii	米国でのePortfolio使用状況 (under- & post graduate)

表2 海外での ePortfolio 事例に関するインタビュー調査1 (ステークホルダ)

System	Country	Implementation	Target	Subjects	Measure
MAINPORT	Canada	Royal College of Physicians & Surgeons Canada	Continuing professional development	Professional Organization	MOC(Maintenance of Certification) Program
myprogress	UK,USA Australia, Sweden, Korea	MyKnowelgdeMap (commercial)	Undergraduate	Over 40 schools	EPAs, mini-CEX, DOPs
risr/advance	UK, Canada, Australia, Ireland	Risr (commercial)	Undergraduate Continuing professional development	Over 50 schools Professional organization	EPAs, mini-CEX, DOPs, CBD

表3 海外での ePortfolio 事例に関するインタビュー調査 2(公的及び商業化 ePortfolio)

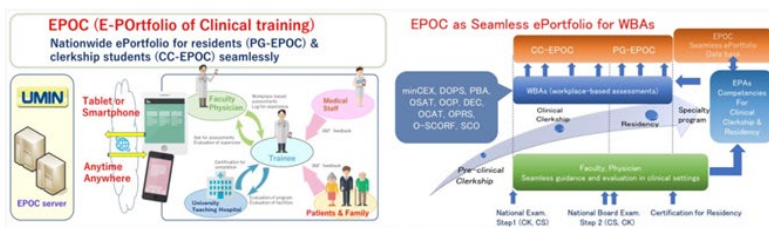
A nation-wide ePortfolio (EPOC) from undergraduate to postgraduate clinical training in Japan



AMEE 2023, Glasgow, UK, 26th - 30th August 2023

Yamawaki M1, Okada E1, Nawa N1, Takahashi M2, Kashimada A1, Akaishi Y1, Yoshida S1, Tanaka Y1
 1. Tokyo Medical & Dental University, Tokyo, Japan, 2. Hokkaido University, Sapporo, Japan

EPOC (E-Portfolio of Clinical training) is an e-portfolio system developed in Japan, and an evaluation system covered from clinical clerkship to residency period. The current version of EPOC is used at about 800 facilities and used by more than 8,000 residents, making it possible to obtain and analyze nationwide data on clinical trainees in Japan.



2130 ePoster - live presentation Assessment

Take Home Message

Big data obtained from EPOC is expected to contribute to the improvement of medical education at the national level.



created by
Kubify

<https://api.ltb.io/show/ABWXI>

図1 AMEE2023 での ePoster

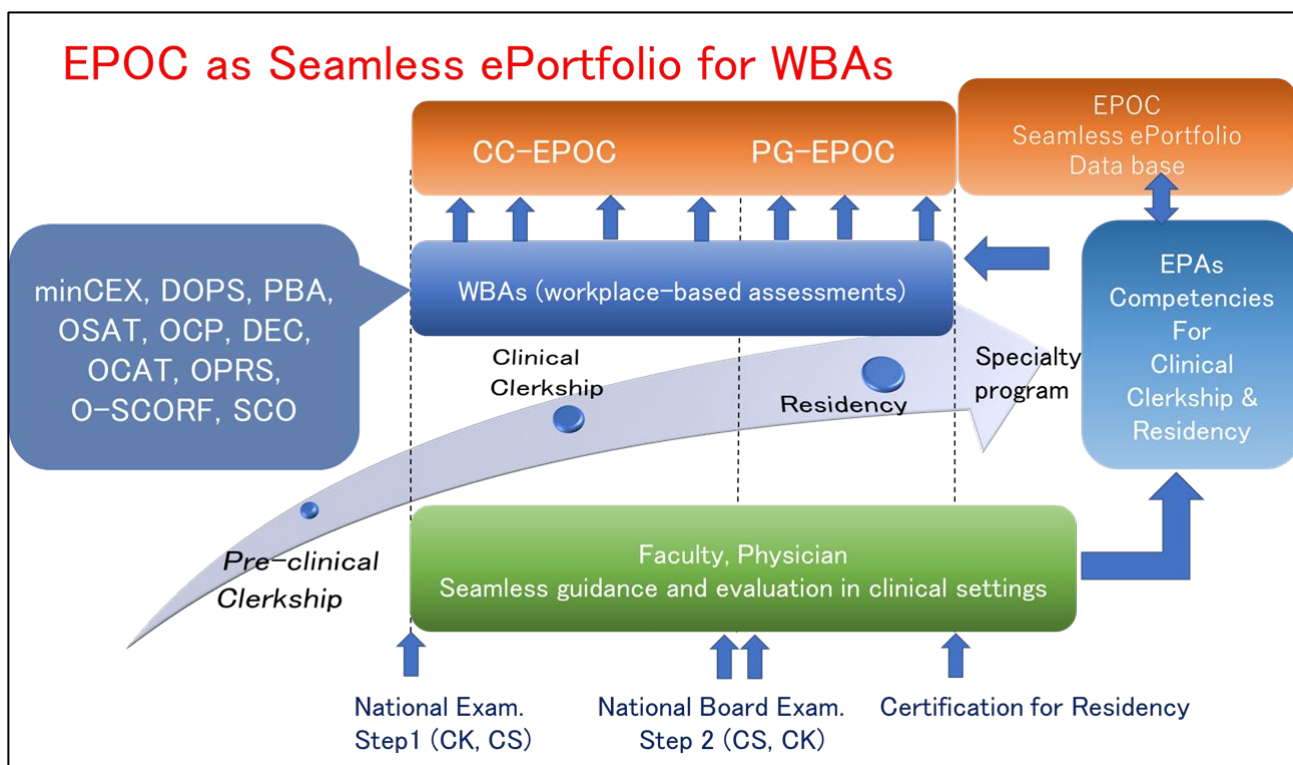


図2 EPOC を用いた経時的な学修者評価と workplace-based assessment (WBA)への利活用

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
該当なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Haruta J, Urushibara-Miyachi Y, ITO S, Takamura A, Nittai Y, Moriya R, Yamawaki M.	The Impact of Core Curriculum Revisions on Japanese Medical Schools. Medical Teacher. (in press)	Medical Teacher	(in press)		
Morimoto M, Nawa N, Okada E, Itsui Y, Kashimada A, Yamamoto K, Akaiishi Y, Yamawaki M.	Elucidation of the needs for telecritical care services in Japan: a qualitative study.	BMJ Open.	13:e072065. doi: 10.1136/bmjopen-2023-072065.		2023
Akaishi Y, Nawa N, Kashimada A, Itsui Y, Okada E, Yamawaki M.	Association between Grit and depressive symptoms at the timing of job start among medical residents during the COVID-19 pandemic in Japan: a cross-sectional study.	Med Educ Online.	doi: 10.1080/10872981.2023.2225886.		2023
鹿島田彩子, 赤石雄, 井津井康浩, 岡田英理子, 山脇正永	コロナ禍の模索から生まれたブレンド型臨床研修指導医講習会	医学教育	54	654-656	2023

小松 弘幸, 山脇 正永, 生坂 政 臣, 江頭 正人, 小西 靖彦, 鈴木 敬一郎, 島田 昌一, 野村 理, 松山 泰, 矢野 晴美, 山本 憲, 尾上 剛史, 長谷 川 仁志, 高見 秀樹, 岡崎 仁昭	Making of医学教育モ デル・コア・カリキュラ ム: 医学教育モデル・ コア・カリキュラム(令 和4年度改訂版)と医師 国家試験出題基準との 整合	医学教育	54	157-163	2023
鈴木 敬一郎, 島 田 昌一, 中山 健夫, 山脇 正 永, 鯉沼 代造, 山口 久美子	Making of医学教育モ デル・コア・カリキュラ ム: 研究者育成の視点	医学教育	54	171-176	2023
伊藤 彰一, 岡崎 仁昭, 小松 弘 幸, 錦織 宏, 松 山 泰, 山脇 正 永, 菊川 誠, 清 水 郁夫, 中村 真理子, 三谷 昌 平	Making of医学教育モ デル・コア・カリキュラ ム: 学修評価とGood P ractice 2	医学教育	54	182-186	2023

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京医科歯科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 田中 雄二郎

次の職員の令和5年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（臨床研究等 ICT 基盤構築・人工知能実装研究事業）
2. 研究課題名 ICT を基盤とした卒前卒後のシームレスな医師の臨床教育評価システム構築のための研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 学長
 （氏名・フリガナ） 田中 雄二郎 ・ タナカ ユウジロウ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	聖路加国際大学 研究倫理審査委員会	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称：本研究内の一部の分担研究は医学系研究に関する倫理指針の対象外と判断され、本学の教養部倫理審査委員会にて倫理指針対象外研究に対する、個人情報保護と対象者保護（リスク等）の観点で審査が行われ、承認された。）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京医科歯科大学 教養部倫理審査委員会	<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：_____）
--------------------------	--

当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

- (留意事項)
- ・該当する□にチェックを入れること。
 - ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京医科歯科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 田中 雄二郎

次の職員の令和5年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（臨床研究等 ICT 基盤構築・人工知能実装研究事業）
2. 研究課題名 ICT を基盤とした卒前卒後のシームレスな医師の臨床教育評価システム構築のための研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 大学院医歯学総合研究科 ・ 教授
 （氏名・フリガナ） 山脇 正永 ・ ヤマワキ マサナガ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	聖路加国際大学 研究倫理審査委員会	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： 本研究内の一部の分担研究は医学系研究に関する倫理指針の対象外と判断され、本学の教養部倫理審査委員会にて倫理指針対象外研究に対する、個人情報保護と対象者保護（リスク等）の観点で審査が行われ、承認された。）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京医科歯科大学 教養部倫理審査委員会	<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： _____）
--------------------------	---

当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

- (留意事項)
- ・該当する□にチェックを入れること。
 - ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京医科歯科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 田中 雄二郎

次の職員の令和5年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（臨床研究等 ICT 基盤構築・人工知能実装研究事業）
2. 研究課題名 ICT を基盤とした卒前卒後のシームレスな医師の臨床教育評価システム構築のための研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 大学院医歯学総合研究科 ・ 講師
 （氏名・フリガナ） 岡田 英理子 ・ オカダ エリコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	聖路加国際大学 研究倫理審査委員会	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： 本研究内の一部の分担研究は医学系研究に関する倫理指針の対象外と判断され、本学の教養部倫理審査委員会にて倫理指針対象外研究に対する、個人情報保護と対象者保護（リスク等）の観点で審査が行われ、承認された。）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京医科歯科大学 教養部倫理審査委員会	<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： _____）
--------------------------	---

当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

- (留意事項)
- ・該当する□にチェックを入れること。
 - ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京医科歯科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 田中 雄二郎

次の職員の令和5年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 政策科学総合研究事業（臨床研究等 ICT 基盤構築・人工知能実装研究事業）
- 研究課題名 ICT を基盤とした卒前卒後のシームレスな医師の臨床教育評価システム構築のための研究
- 研究者名 （所属部署・職名） 大学院医歯学総合研究科 ・ 准教授
（氏名・フリガナ） 那波 伸敏 ・ ナワ ノブトシ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	聖路加国際大学 研究倫理審査委員会	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称：本研究内の一部の分担研究は医学系研究に関する倫理指針の対象外と判断され、本学の教養部倫理審査委員会にて倫理指針対象外研究に対する、個人情報保護と対象者保護（リスク等）の観点で審査が行われ、承認された。）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京医科歯科大学 教養部倫理審査委員会	<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：）
--------------------------	---

当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

- (留意事項)
- ・該当する□にチェックを入れること。
 - ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 藤井 輝夫

次の職員の令和5年度厚生労働科学研究費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（臨床研究等 ICT 基盤構築・人工知能実装研究事業）

2. 研究課題名 ICT を基盤とした卒前卒後のシームレスな医師の臨床教育評価システム構築のための研究

3. 研究者名 （所属部署・職名） 医学部附属病院・教授

（氏名・フリガナ） 木内 貴弘・キウチ・タカヒロ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京大学医学部倫理委員会	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容：)

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 北海道大学

所属研究機関長 職名 総長

氏名 寶金 清博

次の職員の令和5年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 臨床研究等ICT基盤構築・人工知能実装研究事業

2. 研究課題名 ICTを基盤とした卒前卒後のシームレスな医師の臨床教育評価システム構築のための研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学院医学研究院・教授

(氏名・フリガナ) 高橋 誠 (タカハシ マコト)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	聖路加国際大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 東京医科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 林 由起子

次の職員の令和5年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（臨床研究等 ICT 基盤構築・人工知能実装研究事業）
2. 研究課題名 ICT を基盤とした卒前卒後のシームレスな医師の臨床教育評価システム構築のための研究
3. 研究者名（所属部署・職名） 茨城医療センター 病院長
（氏名・フリガナ） 福井 次矢（フクイ ツグヤ）

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	聖路加国際大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称：）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関：）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容：）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣

機関名 聖路加国際大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 堀内 成子

次の職員の令和 5 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業(臨床研究等 ICT 基盤構築・人工知能実装研究事業)
2. 研究課題名 ICT を基盤とした卒前卒後のシームレスな医師の臨床教育評価システム構築のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 公衆衛生大学院 ・ 教授
(氏名・フリガナ) 大出 幸子 ・ オオデ サチコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	聖路加国際大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。