

医道審議会医師分科会医師臨床研修部会 報告書（平成25年12月19日）
（抜粋）

1. 基本理念と到達目標について

2) 到達目標とその評価

<現状>

（到達目標）

- 施行通知において、「臨床研修の目標」は、「臨床研修の到達目標」を参考にして、研修病院が当該研修プログラムにおいて研修医の到達すべき目標として作成するものであり、「臨床研修の到達目標」を達成できる内容であることとされている。
- 「臨床研修の到達目標」は、Ⅰ行動目標（医療人として必要な基本姿勢・態度）、Ⅱ経験目標（A 経験すべき診察法・検査・手技、B 経験すべき症状・病態・疾患、C 特定の医療現場の経験）により構成されている。

（評価方法）

- 大学病院及び研修病院において、採用している研修医の評価方法は様々であり、「指導医による評価」「症例レポート」「コメディカルによる評価」の順に多く、「口頭試問」「実技試験（OSCE）」「患者による評価」等は少ない。
- 米国、英国、仏国の臨床研修制度においては、研修医、指導医、研修プログラムに対する評価が多角的に行われており、特に英国はインターネット（e-ポートフォリオ等）の活用が進んでいる。

<課題>

- 到達目標は、臨床研修制度必修化以降、基本的にその内容は変更されていないが、
 - ・ 急速な高齢化等による人口動態や疾病構造の変化、卒前教育や新たな専門医の仕組み等の医師養成全体の動向等に配慮すべきである
 - ・ 症例レポートは入院患者について提出することとなっているが、化学療法や手術等は外来での対応が増加していること等の状況があることから、入院医療から外来医療への移行をはじめとした医療提供体制の変化等について、適切に踏まえるべきである
 - ・ 「経験すべき症状・病態・疾患」等については、当該項目を「経験する」ことが基本となっているが、診療能力の評価をさらに重視すべきである
 - ・ 項目が細分化されており、何らかの簡素化が必要である
- 等の指摘がある。

- 評価手法が各研修病院によって異なっていることにより、臨床研修修了者の到達度に差異が生じる可能性がある。

＜見直しの方向＞

- 到達目標については、臨床研修制度施行以降、基本的にその内容は変更されていないが、人口動態や疾病構造の変化、医療提供体制の変化、診療能力の評価、項目の簡素化等の観点から、その内容を見直す必要がある。
- 臨床研修の評価の在り方についても、各研修病院において採用している研修医の評価方法は様々であるため、何らかの標準化が必要である。
- なお、到達目標や評価手法については、どのような医師を育成すべきかを踏まえた上で、医師養成全体の動向の中で、卒前教育のモデル・コア・カリキュラム、医師国家試験、新たな専門医の仕組みにおける各専門領域の目標等との連続性にも考慮しつつ、今次見直しではなく、次回見直しに向け、別途、臨床研修部会の下に検討の場を設けて見直すこととする。

4. その他

2) 医師養成全体との関係

＜現状＞

(卒前教育)

- 卒前教育に関しては、文部科学省において、平成 12 年度に学生が卒業までに最低限履修すべき実践的診療能力（知識・技能・態度）に関する指針（モデル・コア・カリキュラム）が定められ、平成 19 年度及び平成 22 年度の改訂を経て、全ての大学において利用されている。
- 平成 17 年度より、学生が臨床実習開始前に備えるべき能力を測定する共通の標準的評価試験である共用試験（CBT（知識）、OSCE（技能））が全面導入され、全大学において実施されている。大半の大学において共用試験を進級要件として利用しているが、合格基準は大学により異なることが課題である。
- 現状では、大部分の大学において、臨床実習は 5 年次から 6 年次の夏頃まで実施されているものの、その実施期間は大学により幅があり、学生が診療に参加する診療参加型臨床実習（クリニカル・クラークシップ）、学外の病院での実習等、臨床実習の内容の充実についても課題であるが、量・質ともに改善していく動きがある。
- 全ての大学で診療参加型臨床実習が行われているが、国際的な質保証の動きも踏まえつつ、質的により充実した実習を実施していくことが課題となっている。
- 各大学で、地域医療に関する講座等を活用し、地域医療に関する教育が行われている。

- 卒業前 OSCE を実施する大学も増加する傾向であり、現在、半数以上の大学が卒業前に実施しており、全体の 4 分の 1 程度が卒業認定に用いている。

(医師国家試験)

- 医師国家試験については、医師国家試験改善検討部会報告書（平成 23 年 6 月）を踏まえ、卒前教育・臨床研修を含めた一連の医師養成課程に配慮しつつ、出題の検討が行われているところである。

(新たな専門医に関する仕組み)

- 臨床研修修了後の医師の専門研修については、平成 25 年 4 月に、厚生労働省の「専門医の在り方に関する検討会」が報告書を取りまとめたところであり、専門医の質を高め、良質な医療が提供されることを目的に、新たな専門医の仕組みが構築され、学会から独立した中立的な第三者機関により専門医の認定・更新や養成プログラムの評価・認定を統一的に行い、平成 29 年度を目途に、新たな養成プログラムに基づき専門医の養成が開始される予定である。

<課題>

- 臨床研修制度のあり方については、卒前教育や、新たな専門医の仕組みの動向を踏まえ、検討していく必要がある。
- 卒前教育において、診療参加型臨床実習（クリニカル・クラークシップ）が充実され、大学間の取組内容の標準化等がさらに進めば、臨床研修に関する期間も含めて所要の見直しもあり得るといふ指摘がある一方、医師免許の取得前後では医療現場における責任が異なるため、卒前教育の充実と臨床研修の見直しについては慎重な対応が必要であるという指摘もある。

<見直しの方向>

- 臨床研修制度のあり方については、どのような医師を育成すべきかを踏まえた上で、卒前教育における診療参加型臨床実習（クリニカル・クラークシップ）の充実や大学間の取組内容の標準化等の状況や、新たな専門医の仕組みの検討状況を踏まえつつ、卒前教育、国家試験、専門研修、生涯教育との連続性の観点から、総合的に検討を続けていくべきである。
- 特に、卒前教育の充実に伴う臨床研修制度の見直しについては、今後も卒前教育の動向等を注視し、十分な検討が望まれる。
- また、国家試験についても、上記の動向を踏まえつつ、今後の検討がなされることが望まれる。

おわりに

- 今後、本報告書をもとに、制度の一層の向上が図られることを期待したい。

- あわせて、引き続き、臨床研修制度の在り方については、基本理念に照らし、関係の状況を十分に踏まえつつ、必要な検討を行っていく必要があり、今回の制度見直しの施行後5年以内に所要の見直しを行うことが求められる。
- 検討に際しては、どのような医師を育成すべきかを踏まえた上で、卒前教育、国家試験、専門研修、生涯教育との連続性の観点を十分に考慮すべきである。
- なお、次回の制度見直しに向けての検討事項とした到達目標及び評価の在り方等については、本報告書をもとに速やかな検討が望まれる。

(別添1)

医道審議会医師分科会医師臨床研修部会委員名簿

氏名	所属・役職
おがわ 小川	あきら 彰 岩手医科大学理事長・学長
おしづち 押淵	とおる 徹 国民健康保険平戸市民病院長
かんの 神野	まさひろ 正博 社会医療法人財団董仙会理事長
○ きりの 桐野	たかあき 高明 独立行政法人国立病院機構理事長
こうの 河野	よういち 陽一 独立行政法人労働者健康福祉機構千葉労災病院長
こもり 小森	たかし 貴 日本医師会常任理事
しみず 清水	たかこ 貴子 社会福祉法人聖隷浜松病院副院長
なかしま 中島	とよじ 豊爾 岡山県精神科医療センター理事長
やました 山下	ひでとし 英俊 山形大学医学部長
よしおか 吉岡	あきら 章 奈良県立医科大学長

○印は部会長

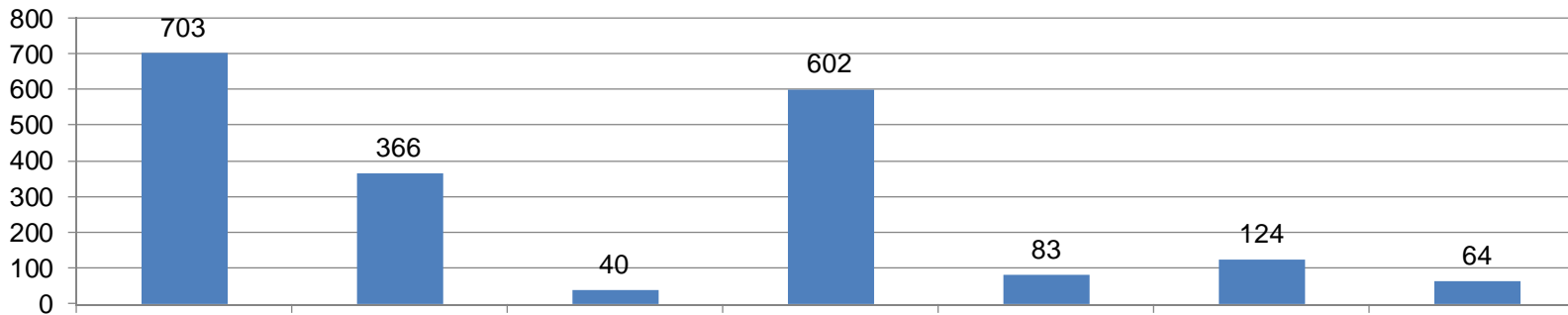
(五十音順)

各病院で採用している研修医の評価方法

出典：平成24年度厚生労働科学研究「医師臨床研修制度の評価と医師のキャリアパスの動向に関する調査研究」
分担研究者 片岡 仁美（岡山大学教授）

【臨床研修の評価について】

採用している評価方法(n=1,982 複数回答可)



1 指導医による評価 (観察記録、面談、チェックリスト等)

2 コメディカルによる評価 (観察記録、チェックリスト等)

3 患者による評価

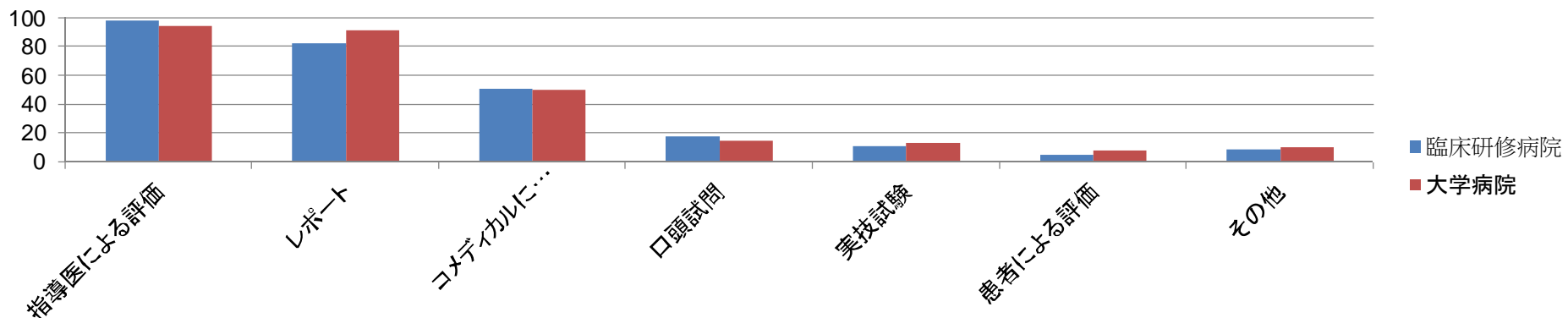
4 レポート

5 実技試験 (OSCE)

6 口頭試問

7 その他

(参考)採用している評価方法についてカテゴリ別に評価<研修病院の種別(臨床研修病院n=612 大学病院n=91)>



諸外国の臨床研修制度について(概要)

出典：平成24年度厚生労働科学研究「医師臨床研修制度の評価と医師のキャリアパスの

※指導医、研修プログラムに対する評価も同様に存在。 動向に関する調査研究」分担研究者 大滝 純司（北海道大学教授）

		米国	英国	仏国
研修医に対する評価	時期・頻度	毎月 ローテーション終了時	ローテーション開始時・終了時 1年目終了時	研修期間終了時(6ヶ月毎)
	項目	コンピテンシー： 患者ケア・医学的知識・臨床に即した学習 & 向上・対人 & コミュニケーションスキル・プロフェッショナルリズム・システムに基づいた診療	問診・診察能力・診断・治療に関するアウトカム評価 コンピテンシー到達度(診療、安全管理・最善の医療の提供・教育・医師患者関係の構築・コミュニケーション・チーム医療・プロフェッショナルリズム) 試験無	勤務状況、態度の他、基本知識、診断能力、治療能力、コミュニケーション、患者教育、知的好奇心等
	方法	Web上で9段階評価 コメント欄には必ず何かを記載しないと保存送信できない	Supervised learning event(「指導医による直接観察(診察技能および手技)」「事例検討」「指導と症例提示」の三項目について指導医が立ち会い評価)	評価用紙
	評価担当者	アテンディング(上級指導医)/同僚/ シニアレジデント	指導医とプログラム責任者	科のチーフが評価担当者、シニアドクター、チーフ看護師と話し合っ
	FB(フィードバック)や判定の仕組み	プログラムディレクターが評価点をもとに、2回/年の面接時にフィードバック	指導医からの直接フィードバック 到達程度が不十分の場合、追加のトレーニングの提供	記入済評価用紙を研修医の大学、健康省の地方自治体へ送る
	指導や介入	プログラムディレクターやチーフレジデントによる個別面談時に指導	直接指導や追加トレーニングの提供	問題により、研修医組合、健康省の地方自治体へ報告
	罰則や不利益処分	評価が悪い場合 2年目から3年目へ進めない	1年間の評価が低いと留年/2年目の研修先選択に不利に。2年間で必要条件が不十分では研修修了とならず、専門プログラムへ進めない。	研修の無効(再チャンスのあるとは限らない)
	苦情や意見の匿名受付	内科研修プログラムHP上研修医が匿名で意見や苦情投稿可。プログラムディレクターとチーフレジデントが1回/週見直して会議を行っている。	E-portfolio上でのプログラムに対しての評価は指導医に見られず、研修施設の責任者へメールされる仕組み 患者からの苦情も受ける	無 1部署に最高6名の研修医のため匿名性は保てない
	実施可能な医療行為	指導医の監督下 施設や州により特定の制限有	指導医の監督下 研修を受けた範囲でのみ診療可能	