

(別添1)

# 診療能力を踏まえた到達目標設定の 在り方に関する研究

分担研究者： 大滝 純司（北海道大学）

研究協力者： 川畑 秀伸（北海道大学）

研究協力者： 武富貴久子（北海道大学）

## 研究の概要①

### 目的:

診療能力を踏まえた診療目標の具体的な在り方と適用の妥当性について検討

- 研修医の診療能力の実態
- 現在の目標の過不足
- 目標の構成に関する問題点を把握する

→ 臨床研修指導医を対象とするインタビュー調査

### 研究デザイン:

観察研究: フォーカスグループインタビュー(Focus Group Interview: FGI)

←グループダイナミクスを活用し多様な意見を集める

- 司会: 参加者と利害関係のない研究者
- グループ内構成: 若手3-4名+ベテラン3-4名/グループ
- グループ数: 3-4グループ(予定)
- 参加者数: 20名程度(予定)
- 所要時間: 1時間程度/グループ

## 研究の概要②

### 参加者のリクルート:

- 若手指導医: 卒後3年～10年目 ← 新医師臨床研修制度で研修
- ベテラン指導医: 卒後15年前後 ← 同制度と旧制度の双方で研修を指導

### インタビューの進め方:

#### 半構造化面接

- IC, 基本情報の確認, 進行予定, インタビューの目的などを確認
- 質問: 目標について, 評価について, よい点と改善すべき点について
- まとめ

### 内容の分析過程:

- 三人の研究者が分担
- 会話の要点を抽出→抽象化などの言い換えによりコード化
- コード(小項目)を類型化→テーマ(大項目)別に整理
- コードとテーマの内容を三人の研究者で合議し再検討

## 分析結果(案)を基にした論点整理①

### 目標の内容の範囲と項目数

現状に対して「網羅的で妥当」「必要十分である」「到達可能である」という意見がある一方で、「項目数が多すぎる」という意見も多い。

### 目標を設定する効果

「リマインダー」「標準化」「コア」「プログラム作成」等の効果を指摘する意見がある一方で、「行動目標は評価しにくく形骸化」「経験ができないまま終わる目標あり」という意見もある。

### 研修理念と目標の関係

「プライマリケア能力の涵養は重要」と評価する意見が多い一方で、「研修理念と目標の乖離」「研修医が目指す姿とのズレ」「社会的役割に関する具体的目標の欠如」等の問題点が指摘されている。

### 目標項目の選定

「現実との乖離」「研修する診療科の基準(必修/選択)との不整合」「AB設定の意味や根拠が不明」「経験困難な項目の存在」等の問題点が指摘されている。

## 分析結果(案)を基にした論点整理②

### 目標の到達レベル

「到達したと判断する基準が不明」との意見が多い。

### 評価方法の偏り

「経験目標のチェックに終始」「レポート提出で妥当な評価が可能か疑問」「行動目標の評価が困難」「外部施設での研修の評価が困難」「頻繁かつ継続的に評価することが困難」等の問題点が指摘されている。

### 評価方法の工夫

「研修手帳」「EPOC」「レポート」「ポートフォリオ」「評価者の拡大(患者、他職者)」「振り返りとフィードバック」「Mini-CEX」「ACGMEの評価システム導入」等の工夫が行われている。

### 研修制度

「全国共通の方針、コアとなる目標が明示」「研修支援体制が整備」と評価する意見がある一方で、「研修を運営するインセンティブが理念と異なる」等の問題点が指摘されている。また、「制度やプログラムに対す評価の必要性」も指摘されている。

## 分析結果(案)を基にした論点整理③

### 考慮すべき関連事項

「社会背景の変化」「専門医制度導入」「卒前卒後研修の連動」を考慮する必要性の指摘がある。また、「改定に伴う影響への配慮」が必要とする意見もある。

# 到達目標に関する研究班での議論から

- アウトカム評価の重視
  - 研修修了時に到達すべき能力(コンピテンシー)として整理してはどうか
  - 目標と評価方法の整合性を高めることが望ましい
- 医道審議会分科会報告書の方針の継承
  - 行動特性の一部に外来での診療能力も組み込んでどうか
  - 従来の「経験目標」は能力(コンピテンシー)を担保する根拠として組み込めるのではないか
  - 能力(コンピテンシー)の大枠は卒前教育等との一貫性を保つことが望ましい
- 到達目標としての能力(コンピテンシー)の構造化
  - 上位目標(仮)を数～十数項目に整理してはどうか
    - 各上位目標に数項目の下位目標(仮)を設定
    - これらに経験目標を組み込めるのではないか
  - 項目ごとに達成度を判断する基準(ルーブリック)を定めてはどうか
- 経験目標の構造化
  - 経験のレベルを具体的に設定することが求められているのではないか
  - 「経験した」とみなすのに最低限必要なレベルと望ましいレベルの二段階にしてはどうか

# 関連情報

- 臨床実習後OSCEの開発
  - 全国医学部長病院長会議が共用試験実施評価機構に要請
- 医学教育モデル・コア・カリキュラム
  - 22年度に目標も含めて改訂 → 卒業時までの到達目標が明確に
- 日本内科学会の新たな専門医制度
  - 経験すべき疾患を13領域の「疾患群」に整理
  - 評価は指導医によるアウトカム評価, 症例リスト, 症例レポート等
- 富士研ワークショップ
  - ー昨年度からカリキュラム作成でアウトカム基盤型を紹介
- 新医師臨床研修における指導ガイドライン <http://www.niph.go.jp/soshiki/jinzai/kenshu-gl/>
- 米国 ACGME: 6つのコア・コンピテンシーと The Internal Medicine Milestone Project
- 米国 AAMC: Core Entrustable Professional Activities (EPA) for Entering Residency
- カナダ CanMEDS: Physician Competency Framework



インタビュー分析結果 (案)		2015.2.4 現在
大分類	中分類	小分類
目標設定	ポジティブ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 目標リストは網羅的で妥当 必要十分である 積極的に取り組めば到達可能である</li> <li>・ 行動目標、経験目標は有効 リストによるリマインダー効果あり</li> <li>・ 標準化のために重要 共通の目標、コアの目標として</li> <li>・ 詳細な目標の有用性 プログラム作成時に参照する</li> </ul>
	ネガティブ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 目標数多すぎる 必要な経験ができないまま終わる場合あり</li> <li>・ 行動目標は形骸化 評価する機会少ない</li> <li>・ 研修理念と目標の乖離 研修医が目指す姿とのズレを感じる</li> <li>・ 目標項目への疑問 現実との乖離あり 研修する診療科の基準（必修/選択）との不整合あり A B 設定の意味や根拠が不明 経験困難な項目が存在する 社会的役割に関する具体的目標が欠如している</li> <li>・ 到達レベルが不明瞭 個々の目標に到達したと判断する基準が不明</li> </ul>
	その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 10 年経過したことによる慣れ 制度が導入された当初に比べて使い慣れた</li> </ul>
評価	ポジティブ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 各施設やプログラムによる評価の工夫 ポートフォリオは生涯学習として有効 成長過程を評価することを重視している</li> </ul>

	ネガティブ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価方法の偏り 経験目標のチェックに終始する傾向あり</li> <li>・評価基準の不明確さ 目標達成の習得度（到達レベル・評価基準）を明示する必要性あり レポート提出数で目標に到達したと評価可能か疑問 主観的になりがち（特に行動目標）</li> <li>・評価が困難な領域 地域医療研修の評価が困難（現場依存） 行動目標は評価が困難</li> <li>・評価する時期の問題 学習場面での形成評価が困難（節目や終了時に集中しがち） 研修期間中の2年間継続的に評価する方法の模索</li> </ul>
	その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価方法の工夫 研修手帳、EPOC、レポート、ポートフォリオ、 評価者の拡大（患者、他職者）、振り返りとフィードバック、Mini-CEX、 ACGME の評価システム導入</li> </ul>
研修制度	ポジティブ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・制度導入自体は良かった 全国共通の方針、コアとなる目標の明示</li> <li>・協力体制がある（研修部の存在）</li> </ul>
	ネガティブ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・研修目標と研修運営のかい離</li> <li>・運営のインセンティブが理念と異なる 研修医獲得が目的、育てた研修医を残したい</li> <li>・見直しが必要 社会背景の変化 専門医制度導入を想定した初期研修のあり方</li> <li>・研修施設の負担 へき地の施設、地域医療研修先など 制度変更に伴う体制整備は大変</li> <li>・卒前卒後研修の連動がない 特に行動目標は統一を</li> </ul>

	その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・制度やプログラムに対する評価の必要性 各施設のプログラム評価必要 第三者による制度評価の必要性</li> <li>・カリキュラム標準化の必要性</li> </ul>
研修病院別の特性	ポジティブ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・研修医の数によるメリットの違い 少数なら指導が充実/多数なら相互に刺激</li> <li>・大学病院では目標のすべてを経験可能</li> <li>・大病院研修を補完する地域医療研修の重要性</li> </ul>
	ネガティブ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院別に経験できる量と質のばらつきは問題</li> <li>・病院別の違いの検討が不十分 特に外部評価を受けていない病院が問題</li> <li>・外来や救急診療機能の差が研修に影響</li> </ul>
プライマリケア導入	ポジティブ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プライマリケア能力の研修の重要性 初期研修でのプライマリケア能力の涵養は重要 将来は専門医になったとしても役立つ</li> </ul>
	ネガティブ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「プライマリケア」の定義が不明確</li> <li>・プライマリケア能力のしぼりこみ（目標が増加）</li> </ul>