

臨床研修における臨床能力評価体系について

臨床研修の評価の現状と課題

現状

- 平成25年12月にとりまとめられた医師臨床研修部会報告書において、臨床研修医の評価に関しては、明確な評価基準がないため評価の程度には大きなばらつきがあること等が指摘された。
- それを踏まえ、平成30年3月にとりまとめられた医師臨床研修部会報告書では、各分野・診療科のローテーション終了時に医師および医師以外の医療従事者が評価を行うための研修医評価票を提示し、全国的な標準化を進めたところである。
- また、同報告書内で基幹型臨床研修病院に関し、年間入院患者数にかかわらず指導・管理体制については第三者評価を受けることが強く推奨されており、本部会においても第1回に都道府県が行う実地調査における第三者評価機関による評価の活用等について議論を行ったところである。

課題

- 臨床研修病院の訪問調査や実地調査による指導・管理体制の評価と、研修プログラムの実際の有効性（研修医の臨床能力を伸ばしているか）の評価が必ずしも一致しない可能性がある。
- 研修プログラム内で、少なくとも年2回、評価のフィードバックを行うこととなっているが、研修済みの診療科に限定した評価のみでは、研修が不十分な分野・領域の把握が困難である可能性がある。
- 研修修了を認定するにあたり、主観的な評価が中心である評価表に加え、単独で診療行為を行うに足る知識・技能を有していることを担保する客観的な評価等も臨床研修医の評価に有用ではないか。

第二条

政府は、医療の分野における国民の需要が高度化し、かつ、多様化している状況においても、医師がその任務を十分に果たすことができるよう、学校教育法（昭和二十二年法律第二十六号）第一条に規定する大学（附則第八条第一項において単に「大学」という。）が行う臨床実習をはじめとする医学に係る教育の状況を勘案し、医師の資質の向上を図る観点から、医師法の規定について検討を加え、その結果に基づき、この法律の公布後三年以内に法制上の措置その他の必要な措置を講ずるものとする。

2 政府は、臨床研修の評価に関する調査研究を行うものとし、当該調査研究の結果を勘案し、臨床研修と医師が臨床研修を修了した後に受ける医療に関する専門的な知識及び技能に関する研修とが整合性のとれたものとすること等により、医師の資質の向上がより実効的に図られるよう、臨床研修の在り方について検討を加え、その結果に基づき、この法律の公布後三年以内に法制上の措置その他の必要な措置を講ずるものとする。

3 政府は、前二項に定める事項のほか、この法律の施行後五年を目途として、この法律（前条各号に掲げる規定にあっては、当該各規定。附則第四条において同じ。）による改正後のそれぞれの法律（以下この項において「改正後の各法律」という。）の施行の状況等を勘案し、必要があると認めるときは、改正後の各法律の規定について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。（医療法の一部改正に伴う経過措置）

ICTを活用した卒前・卒後のシームレスな医学教育の 支援方策の策定のための研究(研究代表者:日本医学会 門田守人) 分担研究:「臨床研修の評価体系の構築」の成果と今後の計画(分担研究者:福井 次矢)

1) 客観指標による評価(既存データ): JAMEP(日本医療教育プログラム推進機構)の基本的臨床能力評価試験利用

対象: 研修修了時点の研修医(2014年度と2018年)

比較: 継続プログラムVS弾力プログラム(仮想導入前)

評価: 合計点・各サブグループ得点

結果: 2014年度

合計平均点数 **継続 63点** 弾力 61点 (100点満点: p 値 <0.001)

各サブグループも同様の結果

2018年度

合計平均点数 **継続 32.2点** 弾力 31.4点 (59点満点: p 値 <0.001)

各サブグループは疾病各論以外は同様の結果

(継続プログラム) 内科、外科、産婦人科、小児科、救急、精神科、地域医療、すべてが必修としてローテーション先に含まれる臨床研修プログラム
(弾力プログラム) 内科、救急、地域医療、のみが必修としてローテーション先に含まれる臨床研修プログラム

2) 客観指標による評価(前向き)

2-1: JAMEP利用:

対象: 卒後3-5年目医師

比較: 継続プログラムVS弾力プログラム(仮想導入前)

方法: 医師パネルを利用・インターネットを利用し試験時間を明確に設定

2-2: 英国医学協議会(GMC)のPLAB利用について検討

3) 新評価表を利用したコンピテンシー評価

4) 10年間の新医師臨床研修制度アンケート結果と論文のまとめ

論文のまとめのフォーマット: タイトル・目的・結果・デザイン・エビデンスレベル

2018年試験平均得点のプログラム別比較(卒後2年研修医のみ)

プログラム	継続プログラム		弾力プログラム		有意確率
N (%)	872	(32.3)	1825	(67.7)	
総論, 平均(SD)	<u>3.2 (1.1)</u>		3.0 (1.1)		0.009
症候学・ 臨床推論, 平均 (SD)	<u>10.5 (2.2)</u>		10.3 (2.2)		0.002
身体診察法・ 臨床手技, 平均 (SD)	<u>9.7 (2.4)</u>		9.5 (2.4)		0.006
疾病各論, 平均 (SD)	9.3 (2.6)		9.1 (2.7)		0.061
総得点, 平均 (SD) ※ (59点満点)	<u>32.2(6.0)</u>		31.4(6.1)		<0.001

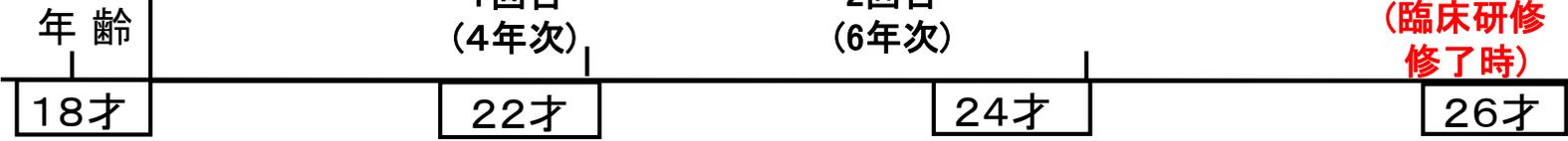
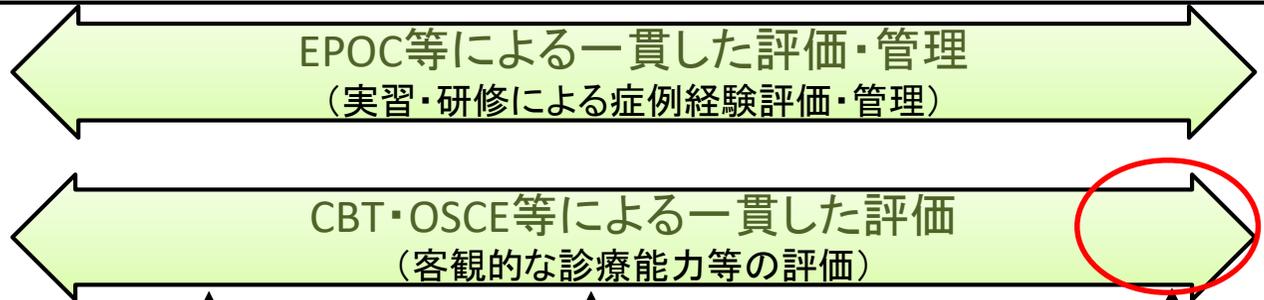
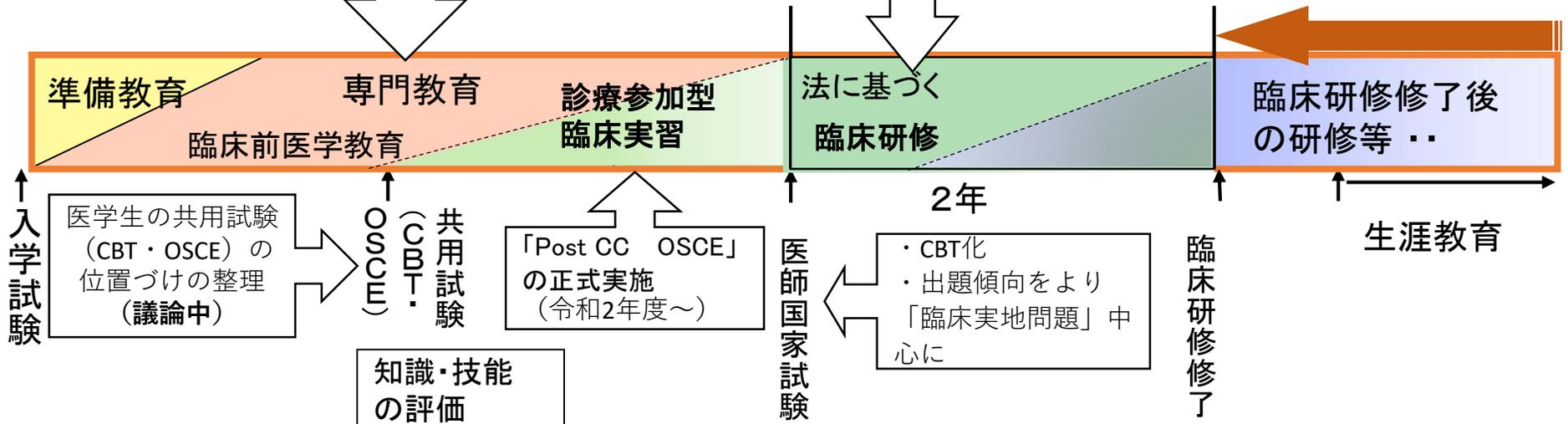
(継続プログラム) 内科、外科、産婦人科、小児科、救急、精神科、地域医療、すべてが必修としてローテーション先に含まれる臨床研修プログラム
 (弾力プログラム) 内科、救急、地域医療、のみが必修としてローテーション先に含まれる臨床研修プログラム

シームレスな医師養成に向けた改革全体案

医学生が行うことができる医行為を整理し、臨床実習の充実
 (門田レポートによる医行為の整理(済)とStudent Doctorの公的化による医学生の医行為の法的な担保(議論中))

基本的な診療能力を身に付けるため、外科、産婦人科、小児科、精神科を必修化(令和2年度~)

臨床実習と臨床研修の充実を通じ、**基本的な診療能力の修得が早期に可能になるよう取り組みを推進**



今回の議論の対象

論点

- 臨床研修医の評価は、あくまで臨床中でなされる指導医による到達目標に基づく評価と、2020年度から導入される評価票を用いた360度評価等によってなされるべきではあるが、プログラム自体の評価およびプログラム間の比較、制度変更の評価、専門研修との連動性評価等を主な目途として、臨床研修プログラム評価・客観的な研修医の能力評価のためにJAMEPの基本的臨床能力評価試験等の客観的能力試験の活用を推奨することとしてはどうか。

活用により見込まれる効果

- 臨床研修プログラムごとの研修効果を客観的指標で評価することが可能となり、研修プログラムの改善に有効。
- 研修途中（臨床研修1年目の最期に行った場合等）において、到達目標の達成に必要な知識・技能が明らかになることで、最終的な到達目標の達成に向けた研修計画の立案が可能となる。
- 臨床研修修了時における臨床研修医の能力が客観的かつ体系的に評価されることにより、専門研修のプログラム作成においても、より効率的なプログラムが作成されうる。

懸念点

- 評価試験の対策により、ベッドサイドでの臨床研修が阻害されるのではないかと
→ 研修医個人の臨床研修修了の可否を決めるものではなく、臨床研修を阻害することないように運用されるべきである。また、臨床業務と筆記試験の両立は、専門研修においても求められることであり、医師の資質向上にも資するともいえるのではないかと。
- 知識のみの評価は不十分ではないかと
→ 各臨床研修医の評価は、2020年度以降用いられる評価票などを中心に行われることが前提。今回の提案はプログラムの評価等が主目的であり、研修の進捗確認なども研修医評価の補完として活用するものとして位置付けるべきではないかと。