

報告

家庭医療学研修医の総合評価とフィードバック法について : ミシガン大学家庭医療科研修プログラムにおける評価ツール

マイク・D・フェターズ^{*1} 玉木千里^{*2} ジェームス・M・クック^{*1}

^{*1} ミシガン大学家庭医療学教室

^{*2} 京都協立病院

キーワード 評価 フィードバック 研修医 家庭医療

要旨

目的：ミシガン大学家庭医療科において研修医がどのように評価され、またそれをどのようにフィードバックしているかを詳細に例示し、日本の家庭医療後期研修プログラムの参考にすること。

方法：30年に及ぶ家庭医療研修プログラムでの教育経験をもとに、ミシガン大学家庭医療科における研修医の評価方法とフィードバック例を示し、これらをどのように日本に適用できるかを提案する。

結果：ミシガン大学家庭医療科では MedHub と呼ばれる研修医評価のためのオンラインシステムを利用している。指導医、教育役研修医 (supervising residents)、スタッフは、MedHub を通じて配信されるいくつかの評価表を用いて研修医を評価する。これらの評価表は、Accreditation Council for Graduate Medical Education の定める基準に準じており、臨床場面に応じて使い分けられる。ミシガン大学ではこのシステムによって収集された情報を基に、各研修医に対し毎年集中的な総括的評価を行っており、その内容は研修医にフィードバックされる。このフィードバックを基に、研修プログラム終了時までに研修医が備えるべき家庭医の能力を身につけるための計画が作

成される。

結論：ミシガン大学のモデルは米国のセッティングに即しているため、改変なしに日本に取り入れることはできないだろう。しかし、臨床場面に応じた評価表を利用した研修医へのフィードバック法は日本の家庭医療後期研修医の評価においてきっと参考になるであろう。また、日本家庭医療学会がサポートする研修医評価のための標準化オンラインシステムの可能性に期待したい。

背景

日本において家庭医療学は、日本家庭医療学会 (以下 JAFM と略す) の会員数の増加にも見られるように近年急速に人気を増している。2008年4月30日の時点で、会員数1701名で、内、医師が1603名、学生会員が98名で、JAFM が2006年に後期研修プログラムの認定を開始して以来、すでに81の家庭医療学後期研修プログラムが認定されるにいたっている (個人通信, 2009年3月23日)。

2004年から運用されている初期研修制度は新卒医師がローテート方式によって幅広い臨床技能を身につけることを意図している一方で^{1, 2)}、この2年間のトレーニングですべての初期研修医がプライマリケアの能力を獲得するのに十分であ

報告

る、という誤解がある。家庭医療学の専門性の正当性を立証する上で重要なことは、到達目標について明確に言及することで、これについてはかなりの部分まで決定されてきた³⁾。しかし、もう一つの重要な問題は研修医の能力をいかに評価するかを具体的に示すことであろう。

米国において家庭医療学が40年前の1969年に専門科として承認されたことは良く知られている⁴⁾。実質、家庭医療学の研修内容は他の全ての専門科と重複しかねないため、家庭医療学の教育者の中には、研修医の能力を証明する基準を設定しなければならないという認識が早くからあったように思われる。結果的に、家庭医療学会は学会認定制度を発展させた。この過程において、家庭医療学教育者は研修内容と獲得目標に対する研修医の到達度の評価法を注意深く見直すことになった。研修医の評価法は経験の中で見直され、徐々に進化した。

すでに日本でも、後期研修カリキュラムについてのコンセンサスを得るためにかなりの労力が費やされてきた³⁾。このカリキュラムは北海道で開発されたガイドラインを基本にしており、American Academy of Family Physicians (米国家家庭医療学会:以下 AAFP と略す) と Accreditation Council for Graduate Medical Education (卒後医学教育認定委員会:以下 ACGME と略す) の基準を取り入れて作られた (個人通信, 山田康介, 研修医評価のワーキンググループ責任者, 2008年3月30日)。しかし、概念的な評価基準と、その基準の実際の解釈や運用との間にはまだまだ大きな隔りがある³⁾。Biggs やその同僚が研修医指導における原則について議論してきたが、「評価」についての具体的な情報は提供されていない⁵⁾。医学中央雑誌 Web (医中誌 Web) 上で「家庭医療」, 「評価」, 「研修医」という用語で検索したところ、6論文のみヒットしたが、そのうち関連があると思われたのは2論

文のみであった。葛西は家庭医療学が正当に専門家と認められるために、研修医の能力を評価する基準の重要性について論議している⁶⁾。津田は21世紀の家庭医の役割について述べており、アウトカムを重視した教育の重要性を主張し、試験に通ることだけに評価を委ねた教育制度を批判しているが、それを実現するための具体的な方法については言及していない⁷⁾。以上のことから、到達目標を達成するために、研修医をどのように評価し、どのようにフィードバックしているかについてのミシガン大学の事例を紹介することが日本の大多数の家庭医療後期研修プログラムにとって有益と思われる。ここでの目的はミシガン大学において研修医の評価とフィードバックがどのように実施されているかを詳しく例示することである。また、ミシガン大学の家庭医療プログラムでは教授⁸⁻¹¹⁾ や指導医¹²⁻¹⁶⁾ が教育開発に積極的に取り組んでおり、その点においてもモデルとして適切であろう。

事例提示

ミシガン大学家庭医療科研修プログラムの研修医評価

事例を検討する上で、ミシガン大学家庭医療科と研修プログラムについて簡単に背景を知ることがその土台となる。1979年6月、4名の最初の研修医が受け入れられて以来ほぼ30年後、ミシガン大学家庭医療学教室は US News and World Report [http://www.usnews.com/usnews/edu/grad/rankings/med/brief/mdrrank_brief.php; <http://www.med.umich.edu/opm/newspage/2007/usnewsmedschool.htm>] によれば、全米の家庭医療学科プログラムの第3位にランクされた。これは研修医の累積数、成績優秀な医学部卒業生のマッチ数、そして教育開発分野における国家的リーダーの育成における功績が評価された結果である。外来診療は家庭医療の研修には不可欠と考えられているので¹⁷⁾、立地条件の異なる2つの外来教育施設がある。一つは地方型施

報告

設の Chelsea Family Medicine で、もう一つは都市型施設の Ypsilanti Family Medicine である。研修医は家庭医療科の指導医により指導されて Chelsea Community Hospital（地域の成人入院患者と重症疾患のケア）と University of Michigan Hospital（成人疾患と産科疾患のケア）の両方で病棟ローテーションを行う。

現在、家庭医療科には全 28 名の研修医がいる。卒後 1 年目研修医は研修開始時に「Block Month」と呼ばれる集中的なオリエンテーションを受け、ここで家庭医療の一般原則について学ぶ。そして、卒後 1 年目の特徴である病院ローテーションを開始する前に、受け持ち患者を確保するために診療所で半日診療を多数行う。周産期、分娩、産後期管理を学ぶために妊産婦を受け持つのもこの最初の月である。この月は家庭医療学教室の同僚と友情を深める時期でもある。

この最初の月に新しい家庭医療学科の研修医はみっちりプリセプティングを受けるが、その中でコミュニケーション技術、構造化、基本的な心理社会的アプローチがより上達するように心理学者や経験豊かな教育者によって念入りな指導を受ける。Pap スメアと乳房診察についても評価される。研修医はウェブ上の研修管理システム（MedHub については後述）に手技記録を残す。これにより指導医は研修医のパフォーマンスを評価し、能力を保証することができる。その後、研修医は監督なしで手技を行うことを許可されるのである。家庭医療学センターにおけるこの濃厚な最初の 1 ヶ月は日常の評価やフィードバックを受ける前に設定される。

2 ヶ月目から卒後 1 年目の研修医は様々な診療科の病棟、すなわち成人病棟、循環器科病棟、小児科病棟、新生児病棟、産科病棟、一般外科病棟、救急病棟に配置される。このように広範な診療科

のほとんどにおいて家庭医療指導医が研修指導を行う。どの診療科にも各科の研修医のための明確な研修目標があり、それらはどの科にいても MedHub システムで確認できる。目標の詳細はこの事例提示の範疇を超えるが、家庭医療科の研修医にとって、たとえ臨床経験が同じでも他の専門科の研修医とは学習すべき内容と習得すべき能力が異なるのである¹⁸⁾。

たとえば、一般外科を回っている家庭医療科研修医が学ぶのは次のようなことである。入院時症例提示、鑑別診断、診断的検査、術前評価と手術時の解剖学的所見との比較、手術時に起こりうる合併症、術後管理、入院後の流れの説明、ステープル除去や術創の治癒経過などの退院後の管理、など。一方、外科研修医は外科医としての能力、すなわち解剖の理解や手術技術、縫合技術の向上、などに重点をおいた目標が設定される。実際に臨床で経験する内容は外科医と家庭医でそれほど差はないが、各プログラムの教育哲学から派生する獲得目標はかなり異なっているのである。

ミシガン大学家庭医療科で使用されている評価表

設定によって研修目標が異なるので、研修医の評価内容もそれぞれ異なる。結果として、ミシガン大学家庭医療科は 4 つの評価表を開発した（表 1）。1）詳細な評価（付録 1）、これは研修医が病棟ローテーションなど長期にわたって研修を行った場合に使用される。2）簡略な評価、これはクリニックでの半日診療でプリセプティングを行った場合、もしくは病棟で指導医が研修医に短期間指導した場合などに使用される。3）手技の評価表、4）スタッフによる評価（付録 2）、である。「詳細な評価」と「簡略な評価」は ACGME が規定する 6 つの標準能力に基づいている点が共通している。すなわち、1）患者ケア、2）医学知識、3）診療の現場で問題を見つけ、改善すること、4）対人コミュニケーションスキル、5）プロフ

報告

表 1. ミシガン大学家庭医療学科で使用されている評価表

評価の目標	利用される頻度	仕 様
病棟ローテーション用の 詳細な評価	ローテーション中3-5回	研修医が長期にわたって研修を行った場合
簡略な評価	月に5-10回	クリニックでの半日診療でプリセプティングを行った際、 もしくは病棟で主治医が研修医と短期間接触した場合
手技の評価	年次によるが、1年目はおよそ 57 回	研修期間中に習得すべき手技を行った場合
スタッフによる評価	年に1回	家庭医療クリニックの診療スタッフによる評価

ェッションナリズム, 6) システムの中で診療するということ, である。

MedHub オンライン評価システム

ミシガン大学は MedHub と呼ばれるインターネットを使った評価システムを用いている。パスワード管理されたこの情報管理システムは、研修医評価のすべての過程で有効に機能している。評価表は電子メールで指導医に配信され、簡便かつ迅速に完成される。そして研修医はただちにそれらを閲覧することができる。指導医に提出の遅滞があれば、アラートシステムが作動する。この評価完成までの追跡システムにより高い提出率が実現可能となるのである。以前は紙システムが利用されていたが、評価表未提出の指導医を特定し、評価を完成するよう促すのはしばしば困難であった。このような評価を回収する際に生じる問題は大きなプログラムにおいて特に顕著である。たとえば研修医が診療所における複数の診療科の外来ローテートだけでなく、2つの病院をローテートするような場合である。

研修医が病棟をローテートし始めると研修管理事務局 (Residency Director's Office) から病棟指導医宛に詳細な評価表が自動的に配信される。もし、評価表が定められた期限内に完成しなければ、それらが提出されるまでリマインダー電子メールが配信される。研修医、研修プログラム管理者、教育役研修医はこれらの評価表を web 上で

閲覧できる。このシステムの特に大きな利点は、各評価項目の平均値とパーセンタイルを見ることができる点で、これにより 5, 6 部署からの評価でも容易に全容を把握することができるのである。

詳細な評価

既に述べたように MedHub は評価を回収する上で根幹をなす。研修医がある診療科を回っているとき、研修指導医とその科の教育役研修医は家庭医療科研修医の評価に必要な項目を電子メールで通知される。詳細な評価表には研修医を評価する上で必要な詳細な内容が含まれている (付録 1)。そして、卒後 1 年目研修医が CCU を回っているとき、研修指導医と教育役研修医 (たいてい卒後 3 年目) はそれを完成するよう要求される。

簡略な評価

簡略な評価表は短期間の指導場面で使われる評価表で、それに応じて短い。この評価表は、例えば病棟での家庭医療的産科で指導医がコンサルトを受けたときに使われる。一例を挙げてみよう。指導医のフェターズは 1 年目研修医が出産に関する説明や指導を患者に行ったとき自信がなさそうだったと指摘した。しかし、一方で縫合技術を非常に早く習得し、片手結びも習得した。このような場合、患者とのコミュニケーションにもっと自信をもつことの必要性と、高度な縫合技術をとても早く習得する能力の両方が簡略な評価表に記載される。

報告

手技の評価

ミシガン大学家庭医療科の研修医は研修開始時に、研修期間中に習得すべき手技のリストを与えられる。1年目研修医には4項目が義務化されている。すなわち2回の往診、15人の重症患者管理、30件の経膈分娩、そして自分の受け持ち患者の中から少なくとも10件の分娩に立ち会うこと、である。MedHub上には手技の記録欄が設けられており、手技をすれば研修医は手技名と施行日、監督した指導医名を記入する。そして、これらの手技記録は指導医たちに電子メールで送られる。このように手技記録を残すことは日本では不思議に思われるかもしれないが、米国においては、病院特権システム (hospital privileging system) があるため、これには必然的理由がある。研修医が研修を修了し、別の病院で働くとき、特定の治療と手技を行うことのできる特権を申請するよう要求される。この研修期間中の手技記録は、研修卒業後、病棟での仕事を探す際に非常に重要になるのである。

家庭医療センターのスタッフによる評価

米国の研修医評価には医療スタッフによる評価も含まれる。家庭医療クリニックでは、チーム制をとっているため、この評価は非常に重要となる¹⁹⁾。結果的に、この評価表(付録2)は研修医と共に働くクリニックのスタッフによって利用しやすい形に改良された。通常、看護師、メディカルアシスタント、クラーク、ソーシャルワーカーを含んだおよそ4、5人のスタッフが評価を担当する。研修医と接した各スタッフがLikertスケールで各項目の評価を行うとそれらの平均の合計が算出され、質的コメントがまとめられる。指導医は看護師とスタッフによるコメントを特に重視するが、その理由はその評価が研修医のベッドサイドマナーやコミュニケーション技術についての直接の評価であり、看護師やメディカルアシスタント

にしかできないからである。さらに会計係は患者からの「今度も同じ研修医に見てもらいたい」という要求や、仮に不満があった場合にはしばしばコメントすることがある。チーム医療¹⁹⁾を円滑にするために、指導医は研修医がスタッフと対等な関係でかつ尊敬した態度で接することを期待しており、スタッフはこの判定に適任である。

年間総括的評価

研修医が指導医と教育担当研修医による評価をすぐに入手できる一方、家庭医療学科は全ての研修医の年間総括評価をせねばならない。これは大変集中的で質の高い過程であるので、その詳細をここに示す。各指導医は研修医1名を担当し、総括的に評価を行う。総括的評価のために、指導医は前年からの全ての評価資料、米国家庭医療学会 (American Board of Family Medicine: 以下ABFMと略す) の試験(毎年秋に行われる知識テスト)の点数、過去12カ月以内のスタッフからの評価とコメントが提供され、それらの情報を個人の能力の評価にまとめる(付録3)。特定の日にすべての指導医が評価の草稿を閲覧し、研修医への提案と推奨事項を議論して作成された総括的評価は各研修医に配布され、研修医たちは指導医と一緒にその評価内容を吟味し、今後の計画について議論するよう推奨される。

特定された問題を扱う

評価表において(「下限」や「不適切」といった)警告があったり、年間評価の過程で問題点が特定された場合、プログラム責任者はその研修医に対し教育計画を作成する。すなわち補足講義、苦手領域の見学、模擬訓練、読書、といった問題領域に的を絞った効果的な教育計画である。研修医はその計画に則り、新たに設定された目標を適当な期間内(1~3ヶ月)に達成しなければならない。このように、評価は研修のプロセスの一部で、理想的には能力を評価するというよりは、研修医の

報告

成長を促進するために用いられる。

討論

ミシガン大学の家庭医療研修プログラムは AAFP の定めるコアの能力をいかに評価するかの一例にすぎない。しかし、このモデルから得られる詳細な情報は、応用する上で有用であろう。ミシガン大学のアプローチを改変することなしにそのままの形で日本の現場に応用することは難しいだろう。米国と日本では、家庭医療教育に必要なとされる内容や評価項目に違いがあることは明らかである。たとえば、在宅での医療が強調される日本の家庭医療の現場では、研修医は地域資源である各サービスに精通し、それらと上手く連携して在宅チーム医療を行う必要がある。手技の観点からいえば、日本の研修医は腹部エコーができたほうがいだろうし、胃がんのスクリーニングのための上部消化管造影、もしくは上部消化管内視鏡の必要性も広く認識されている。他の問題としては評価項目の問題がある。米国で利用される ACGME の基準と JAFM の基準はどちらもコンピテンシーに基づいているが、JAFM の基準は ACGME の基準を用いたものではない。

さらなる問題として、指導医の評価能力が挙げられる。以前より日本では指導医養成プログラムが不足していると批判されてきた²⁾。ミシガン大学のすべての研修指導医は指導医養成コースへの参加または研修医の評価とフィードバック法についての受講を前提としている。さらに、この一連の評価プロセスには多大な時間を費やす。フェクターズは総括的評価の報告書作成だけでも約4時間費やしたと見積もる。これには各研修医につき10～15分かけて行う指導医同士によるグループ討論の時間が含まれていない。また、各スタッフは指導医が適切な評価とまとめができるように、情報収集の上で重要なサポートをする。

日本で応用する場合は、神保等により、日本の家庭医療の発展に不可欠と指摘されている領域

²¹⁾ や JAFM によって言及されている領域²²⁾ だけでなく、指導医養成も同時に行うのが最も効果的であろう。評価を成功させる上で特に重要なのは研修医へのフィードバックである。ミシガンでの経験で言えば、指導医は弱点を指摘するだけでなく、むしろ長所を見つけることに最も労力を費やすべきである。決して人格を否定するように弱点を指摘すべきでない。むしろ、評価とは、研修医の行為を「患者ケア」や「プロフェッショナリズム」という観点に照らしてみたときに最もうまく行うことが出来る。すなわち、もし研修医がだらしなない格好をしていれば、「患者ケア」の観点からは「患者はその医師を信用しないだろう」となるし、患者に自信なさそうに説明するなら、「患者ケア」の観点からは「患者はその医師を信用するのが難しいだろう」ということになる。研修医に「悪」というレッテルを貼るのではなく、「よくない行為」または「不適切な行動」として捉え、建設的な提案をすることが大切なのである。

興味深いことに、米国の医学教育では、お互いに評価し合うことがシステムとして体系化されており、公正が保たれている。指導医は学生を評価し、模擬患者は学生を評価し、研修医は学生を評価し、学生は研修医や指導医を評価する。OSCE ならびに模擬患者の利用件数の増加は、医学生の評価にこれらが利用されていることを示している。評価し、フィードバックすることは、米国の医学教育に浸透しているのである。日本でもこれらの利用が徐々に増えているとはいえ、まだまだ米国の比ではない。医学生教育現場で OSCE や模擬患者を医学生の評価として利用した最初の経験が報告されているが、研修医の教育現場ではまだ報告がない^{29,32)}。EPOC (Evaluation system of Postgraduate Clinical training; <http://www.umin.ac.jp/epoc/>) は研修医の評価のためのオンライン臨床研修評価システムで、重要な先行ツールである。後発ツールは日本医療教育プログラム推進機構 (JAMEP; <http://www.jamep.jp/>) によって管理さ

報告

れているオンラインツールで、WARP (Web-based Assessment of Resident Proficiency: <http://www.jamepjp/?module=WarpMain&action=Top>) と呼ばれている。これは、他の研修医との比較によって自己の能力を研修医自身によって評価できる。

研修医の評価には時間と資源を必要とする。ミシガン大学の MedHub や、EPOC、WARP などのシステムはオンラインツールの例である。このシステムには紙システムを凌ぐ明らかな利点がある。ひとつの可能性として、JAFM が認定研修プログラムで利用できるオンライン研修評価システムを開発することができないものだろうか。JAFM がシステムを構築、維持していくためには、財源として各プログラムから少額の使用料が必要になるかもしれない。しかし、プログラム側にとればコストの削減になり、プログラムの存続を可能にする JAFM の重要なサービスになるだろう。最後に、JAFM は、得られたデータを解析することで、研修プログラムの傾向を調査することが可能になるだろう。このようにして、JAFM は研修医の教育をいかに真剣に考え、研修の質を改善する為に熱心に取り組んでいることを示すことができるだろう。

文献

- 1) Kozu T. Medical Education in Japan. *Acad Med*. Dec 2006;81(12):1069-1075.
- 2) Teo A. The current state of medical education in Japan: a system under reform. *Med Educ*. Mar 2007;41(3):302-308.
- 3) 特定非営利活動法人 日本家庭医療学会 認定後期研修プログラム (バージョン 1.0) 家庭医療学会編 平成 18 年 2 月 18 日
- 4) マイク・D・フェッターズ, 清田礼乃, 佐野潔. 地域に置ける家庭医療の社会的役割: 家庭医を専門医として理解するために. *プライマリ・ケア*. 2004;27(1):29-35.
- 5) Biggs WS, Kitamura K, Fettaers MD. Developing a general medicine residency curriculum: Lessons learned from family practice residency training in the United States. *Medical Education (Japan)*. 2003;34(4):239-244.
- 6) 葛西龍樹. 臨床研修後の進路 研修必修化2年を経て: 家庭医療レジデンシー・トレーニング・プログラム. *医学教育*. 2005;36(5):291-296.
- 7) 津田司. プライマリ・ケアと地域社会 21世紀型社会へのプライマリ・ケアの役割: 21世紀型プライマリ・ケア医養成教育のあり方. *プライマリ・ケア*. 2007 30(2):144-148
- 8) Schwenk T, Whitman N. *Residents as Teachers. A guide to Educational Practice*. 2nd ed. Salt Lake City, Utah: University of Utah School of Medicine; 1984.
- 9) Whitman N, Schwenk T. *Preceptors as Teachers. A Guide to Clinical Teaching*. 2nd ed. Salt Lake City, Utah: University of Utah School of Medicine; 1984.
- 10) Schwenk T, Whitman N. *The physician as teachers*. 2nd ed. New York, NY: Williams and Wilkins Company; 1987.
- 11) Schwenk T. Family Medicine as an academic discipline: The educational and scholarly contributions of family physicians. *Japanese Journal of Family Practice*. 2000;7(1):3-9.
- 12) マイク・D・フェッターズ, 吉岡哲也, 佐野潔. 家庭医療外来実習を最大限に活かすコツ STFM プリセプター教育プロジェクトに基づく方略. *家庭医療*. 2003;10(1):9-16.
- 13) マイク・フェッターズ, マーク・ザモルスキー, 佐野潔, 他. クリニカルクラークシップ: 米国における経験と提言. *医学教育*. 2001;32(2):77-81.
- 14) マイク・D・フェッターズ, 吉岡哲也, 佐野潔, ケント・J・シーツ. プライマリ・ケア医の外来診療教育への参加: 米国・家庭医療学教師会プリセプター

報告

- 教育プロジェクトの放略. 医学教育. 2004;35(2):83-88.
- 15) 高山明子, 清田礼乃, 西上尚志, ケント・シート, マイク・フェターズ. ミシガン大学での家庭医療学クラークシップにおける Family Case Study の紹介. 医学教育. 2006;37(4):221-228.
- 16) Saigal P, Takemura Y, Nishiue T, Fetters MD. Factors considered by medical students when formulating their specialty preferences in Japan: Findings from a qualitative study. BMC Med Educ. Sep 11 2007;7(1):31.
- 17) マイク・D・フェターズ, 神保真人, 枠から外れた考えの勧め: 何故独立した家庭医療型診療所が必要か? 家庭医療. 2005;11(2):22-27
- 18) Fetters MD, Nishino H. World-class Family Medicine Training in Japan. Primary Care Japan. Nov 2003;1(1):41-49.
- 19) 田中夏貴, マイク・D・フェターズ, マイク・チュー, 神保真人, 西上尚志. 家庭医療学におけるチームアプローチの重要性と日本における可能性: ミシガン大学家庭医療学科における実例. 家庭医療. 2007;13(1):22-28.
- 20) Kitamura K, Fetters MD, Ban N. The experiences of Japanese generalist physicians in overseas faculty development programs. Family Medicine. Nov-Dec 2002;34(10):761-765.
- 21) 神保真人 (米国), マイク・D・フェターズ, 西上尚志, 他. 日本の家庭医療学における教育, 臨床, 研究と今後の発展に対する問題点と解決策 世界一般医家庭医学会 (WONCA) ワークショップのグループインタビューより得られた知見家庭医療. 2006;12(1):4-15.
- 22) 日本家庭医療学会. 平成 19 年度 第3回 家庭医療後期研修プログラム指導医養成のためのワークショップ. 平成 19 年 12 月 1 日~ 2 日
- 23) Barzansky B, Etzel SI. Educational programs in US medical schools, 2002-2003. JAMA. Sep 3 2003;290(9):1190-1196.
- 24) Adamo G. Simulated and standardized patients in OSCEs: achievements and challenges 1992-2003. Med Teach. May 2003;25(3):262-270.
- 25) Carraccio C, Englander R. The objective structured clinical examination: a step in the direction of competency-based evaluation. Arch Pediatr Adolesc Med. Jul 2000;154(7):736-741.
- 26) Yudkowsky R, Alseidi A, Cintron J. Beyond fulfilling the core competencies: an objective structured clinical examination to assess communication and interpersonal skills in a surgical residency. Curr Surg. Sep-Oct 2004;61(5):499-503.
- 27) Sloan DA, Donnelly MB, Schwartz RW, Vasconez HC, Plymale M, Kenady DE. Critical assessment of the head and neck clinical skills of general surgery residents. World J Surg. Mar 1998;22(3):229-233; discussion 234-225.
- 28) Dupras DM, Li JT. Use of an objective structured clinical examination to determine clinical competence. Acad Med. Nov 1995;70(11):1029-1034.
- 29) 吉井文均. 医学教育における神経学: 神経内科のアドバンス・オスキーに向けて. 臨床神経学. Nov 2007;47(11):897-899.
- 30) Suzuki A, Kurosawa A, Sasakawa T, Tampo A, Yasuda S, Iwasaki H. [OSCE improves medical student's BLS knowledge, but its long-term memory is not well maintained]. Masui. Nov 2006;55(11):1423-1427.
- 31) Mukohara K, Kitamura K, Wakabayashi H, Abe K, Sato J, Ban N. Evaluation of a

報告

- communication skills seminar for students in a Japanese medical school: a non-randomized controlled study. BMC Med Educ. Nov 18 2004;4:24.
- 32) Amano H, Sano T, Gotoh K, et al. Strategies for training standardized patient instructors for a competency exam. J Dent Educ. Oct 2004;68(10):1104-1111.
- 33) 田中雄二郎, 国立大学法人附属病院長会議 EPOC 運営委員会. クリニカルプラクティス. 2006;25(10):935-938.
- 34) 田中雄二郎, 大川淳, 山脇正永. EPOC による研修到達目標達成状況の全国調査 (会議録). 医学教育. June 2007;38(Suppl):31.

連絡先 : Michael D. Feters, MD, MPH, MA
Department of Family Medicine
1018 Fuller St
Ann Arbor, Michigan 48104-1213
TEL: 734-998-7120
FAX: 734-998-7335
Email: mfeters@umich.edu

付録 1 詳細な研修医評価表

家庭医療学教室指導医による評価

評価者

診療科

ローテーション期間

発行日

終了日

この評価表により家庭医療科研修医の基本臨床能力を評価します。あなたの専門家としての立場からの意見が重要です。

患者のケア

- 1、正確に病歴をとることができる
- 2、適切に身体診察をすることができる
- 3、完全で整理されたカルテ記録ができる
- 4、適切に治療方針が決定できる
- 5、緊急場面で適切に対応できる
- 6、問題解決能力がある
- 7、診断をつけ、治療計画をたてる能力がある
- 8、基本的な診断的手技ができる

医学知識

- 9、医学知識が十分ある
- 10、緊急場面であることを認識できる
- 11、鑑別診断を列挙できる

診療の現場で問題を見つけ、改善すること

- 12、建設的にフィードバックを受け入れ、活用できる
- 13、個人の限界が認識できる
- 14、根拠に基づいたアプローチ法を活用できる
- 15、情報を収集管理するために IT (information technology) を活用できる
- 16、学生や後輩研修医の教育ができる
- 17、独立して仕事ができる能力がある

報告

対人コミュニケーションスキル

- 18、適切に問診できる
- 19、患者教育ができる
- 20、患者や家族への共感とラポール形成ができる
- 21、指導医や他の医師と良好な関係を築くことができる
- 22、他の専門家と良好な関係を築くことができる
- 23、簡潔な退院サマリーの記載ができる

プロフェッショナリズム

- 24、優先順位を決定できる
- 25、患者の権利と責任を尊重できる
- 26、他職種と協力して医療ができる
- 27、責任感とリーダーシップ性がある
- 28、文化的、社会的、性的、そして倫理的問題に配慮できる

システムの中で診療するということ

- 29、費用対効果比の優れた医療を行うことができる
- 30、患者の擁護者として尽くすことができる
- 31、適切に患者を他科に紹介できる
- 32、ヘルスケアシステムの中で有効にサービスを活用することができる
- 33、効果的に計画を立て、時間を有効に使うことができる

総合評価

- 34、この研修医の全体のパフォーマンスを評価してください
- 35、この研修医が特に優れている分野は何ですか（手技も含めて）
- 36、この研修医の改善が必要な分野は何ですか
- 37、この研修医のパフォーマンスを改善するために推奨されることを少なくとも一つ挙げてください。

用いられているスケール：Inadequate 不適切； Marginal 下限； Average 平均；

Above Average 平均以上； Outstanding 秀逸； N/A 評価不能

付録2 スタッフ用研修医評価表

ミシガン大学医学部
家庭医療学教室
2009 年次研修医フィードバック

研修医氏名

日付：

スタッフ氏名

以下の項目につき、5点スケールの適当な番号に丸をつけて研修医を評価してください。

5=Outstanding 秀逸 4=Above Average 平均以上 3=Average 平均
2=Marginal 下限 1=Inadequate 不適切 NA=Not applicable 評価不能

1. 患者に専門家としての態度で接している	5	4	3	2	1	NA
2. スタッフに専門家としての態度で接している	5	4	3	2	1	NA
3. 診療開始時間をきっちり守る	5	4	3	2	1	NA
4. うまく時間管理ができる	5	4	3	2	1	NA
5. 私を医療チームの一員とみなしている	5	4	3	2	1	NA
6. 要求や要望を伝えてくれる	5	4	3	2	1	NA
7. つらい検査や手技の間、患者が落ち着ける ように声かけなどの配慮ができる	5	4	3	2	1	NA
8. 全体的に患者によく好かれている	5	4	3	2	1	NA
9. 一緒に働いていて楽しい	5	4	3	2	1	NA

点数化により研修医のパフォーマンスの全体像がつかめます。しかし、特定の意見や提案はより価値があり、行動変容を促します。この研修医の特定の行為や気付いたことについてコメントしてください（必要なら裏面を用いて）。

1. この研修医の良いところは何ですか？
2. この研修医が改善すべきところは何ですか？
3. あなたがコメントしたい特定の問題がありますか？（肯定的な意見も歓迎です）

報告

付録3 年次総括的評価の例

家庭医療学教室 2008-9 評価報告 X 医師 三年次研修医

A. 患者のケア

家庭医療科の指導医によるこの領域の評価は、他の診療科と同様一貫して良好で、すべて「平均以上」から「秀逸」という評価でした。指導医たちは、「彼にはすばらしい問診技術と存在感がある」と指摘しています。彼は研修に必要な総出産数、受け持ち患者の出産数、往診回数そして重症患者数を満たしたと報告しています。

X 医師は基本的な診療手技に優れ、高度の手技でも容易にこなします。普通分娩の介助や会陰切開後の縫合、幼児の環状切除、基本的な婦人科の手技、そして重症患者をケアする能力があります。

B. 医学知識

家庭医療科と他科の指導医は一貫して X 医師の知識量と問題解決能力に「平均以上」から「秀逸」の評価をつけました。指導医は、「彼には豊富な補完医療や代替医療の知識があり、これらと従来の医療を統合して治療方針を決定している」と繰り返し称賛しています。ある評価者は「彼の女性の健康問題の管理はすばらしい」と褒めましたが、他者は「この領域にはもう少し時間が必要」とコメントしました。「豊富な知識が基礎にあり、学ぶ意欲がある」とコメントしている評価者もいます。医学文献の活用にも習熟しており、医学情報ツールを有効に活用しています。鑑別診断と治療計画についてはよく考えられています。

2008 年の米国家家庭医療学会 (ABFM) の試験点数は 610 点 (88 パーセント) で平均よりかなり上でした。外科領域は正解率 90% と高得点で、成人医療は正解率 69%、そして地域医療は正解率 79% でした。最も点数が低かったのは婦人科で正解率 33% でした。

C. 診療の現場で問題を見つけ、改善すること

X 医師は多施設参加型研究プロジェクトを進めており、データの収集を開始しています。

彼の M & M (Morbidity and Mortality) カンファレンスは、同学年の研修医と比較して常に平均以上でした。同僚たちは彼の代替医療の知識を頼りにしています。フィードバックに対する反応も良好とコメントされています。研修医同士の勉強会にも積極的に参加しています。「私が特に言いたいのは、昨夜の X 医師の mock code (模擬心肺蘇生) は素晴らしかった、ということです。」とコメントした他科の指導医もいました。

D. 対人コミュニケーションスキル

この領域に関する指導医の評価は一貫して非常に良く、「平均以上」か「秀逸」でした。「彼は優秀で注意深い。患者の受けがいい。」「共感や患者とのラポールの形成がうまい。対人関係を形成するのがとてもうまい」「ラポール形成がうまい。気持ちよくて快適。技術が洗練されている。」

報告

「困難な患者や家族ともうまくコミュニケーションがとれている。」「自信を持って患者と接している。良いラポールを築いている。」「X 医師には心理社会的知識の基本があり、必要な行動医学的スキルをうまく利用している。」「すばらしい問診技術で患者との信頼関係を築いている。患者の視点に共感と理解を示している。」

E. プロフェッショナリズム

X 医師はこの領域において、ずば抜けて良い評価を得ています。彼の評価の大半は「秀逸」でした。「X 医師は今日、同僚医師の予約診察がかなり遅れたとき、すでに一杯であった自分の予約に患者を入れてチームを救いました。プロフェッショナリズムの顕著な例です。」「Chelsea Family Medicine (CFM) の勉強会でチームメンバーに対してすばらしい指導を行い、良い学習の機会を与えました。」

そのほか、必要会議出席数を達成し、勤務時間を守りました。また CTools module (Web 上の自習課題) のうち、一つを除いた全ての課題を完成させました。

F. システムの中で診療するという事

X 医師は患者の好みや費用対効果、健康保険の種類を考慮して治療計画を立てており、治療の選択によって患者に与える影響が変わることをよく理解しています。「問診が非常に徹底されている。診療記録のほとんどは簡潔だが、関連情報がすべて記載されている。彼は今日 CFM ですばらしい救急医だった。時間通りに部屋にあり、適切な治療をした。」「複数の複雑な潜在的問題のある患者にも十分な評価をしている。」「合理的な初期評価および初期治療ができるし、フォローアップの計画も記載されている。診療記録は簡潔だが十分である。」

G. サマリー

X 医師は指導医、スタッフ、同僚によって良い評価を受けています。診療全般において一貫して「平均以上」から「秀逸」と評価されました。米国家庭医療学会の試験点数は平均よりかなり上で、ずば抜けてすばらしい分野もあり、落第分野はありませんでした。同僚や患者からの評判も良く、すばらしい動機付けと仕事習慣を持っており、今行っている統合医療は研修医と指導医のどちらからもひとつの医療資源と見なされています。

H. 推奨

1. 代替医療だけでなく、慣習的医療においてもしっかりした基盤を作るために十分に経験を積みましょう。
2. あなたの臨床能力と手技技術は高く評価されています。ローテーション期間には限りがあるので、女性の健康問題や婦人科の勉強にもっと時間を使うと良いでしょう。
3. 研修期間内にさらなる手技の経験を積みたいなら、診療枠にできるだけ手技を予約するといいいましょう。
4. 患者の治療計画に慣習的医療と代替的医療のアプローチを取り入れることを続けましょう。

X 医師
三年次研修医

日付

Comprehensive evaluation of and feedback to family medicine residents

: Evaluation options based on experience at the University of Michigan

Michael D. Fetters ¹⁾, Chisato Tamaki ²⁾, James M. Cooke ¹⁾

¹⁾ Department of Family Medicine, University of Michigan

²⁾ Kyoto Kyoritsu Hospital

Abstract

Objectives: To examine in detail how residents are evaluated and given feedback about their performance at the University of Michigan in the United States for reference to family medicine advanced residency education programs.

Methods: Based on 30 years of residency education experience, a case presentation of the approach to resident evaluation and feedback at the University of Michigan, Department of Family Medicine and how this could be used in Japan is provided.

Results: The University of Michigan Family Medicine Residency Training Program uses on-line evaluation system called MedHub. Attending physicians, supervising residents, and staff use various evaluation forms collected on the MedHub system to evaluate residents. The evaluation forms are based on evaluation criteria set by the Accreditation Council for Graduate Medical Education, and used as appropriate for the type of setting. The Department of Family Medicine conducts an intensive annual summative evaluation used to give feedback to each resident. Based on this feedback, a plan is devised for achieving competency in family medicine by completion of residency training.

Conclusion: As the University of Michigan's approach was designed for the US setting, it could not be imported to Japan without adaptations. Still, the setting-appropriate evaluation forms and feedback approach provide a valuable reference for advanced family medicine resident evaluation in Japan, and many aspects of the evaluation approach could be useful for family medicine advanced residency training programs. The possibility of an on-line standardized evaluation system supported by the JAFM is proposed.

Key words: evaluation, feedback, residents, family medicine,

報告