

オンライン医師臨床研修評価システムEPOCについて

国立大学附属病院長会議
オンライン卒後臨床研修評価システム運営委員会委員長
東京医科歯科大学医歯学総合研究科教授

田中 雄二郎

1. はじめに

EPOC（エポック）をご存知だろうか。EPOCはEvaluation system of Postgraduate Clinical Trainingの略であり、UMINをベースにしたオンラインによる医師臨床研修評価システムである。新医師臨床研修制度に関わる医師なら知らないという人は極く少数というほど普及しているこのシステムの経緯および概要とUMINの関わりについて述べたい。

2. 発足までの経緯

平成16年4月より発足した新医師臨床研修制度は、「診療に従事しようとする医師は、二年以上、医学を履修する課程を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院において臨床研修を受けなければならない」とする医療法等の一部改正（H12.11.30）に基づき実施された。プライマリケアへの対応能力向上を目指し、全国共通の研修目標が掲げられ、内科、外科、救急（麻酔）、精神科、産婦人科、地域医療の研修が必修となり、その実現のため、複数の病院・施設からなる研修プログラムが認められ、H16年度以来、医師国家試験の合格者のほぼ全てがこの研修を受けている（因みにこの制度は、大学病院の医師離れとそれに伴う医療崩壊の要因として早くも短縮が議論されている）。

臨床研修制度発足に備え、平成14年9月、国立大学医学部附属病院長会議の常置委員会に「制度設計を検討する部会」（部会長 京都大学福井次矢教授）が設置され、共通の評価方式を開発するということが決まった。従来はそれぞれの施設が独自の評価基準を定め研修手帳として配布し、しかも余り活用されていない場合がほとんどであった。これは、日常臨床の最前線にいる研修医にとっては、そもそも必要性が感じられない上、携帯することは稀で、携帯しても、汚れて、結局紛失してしまうことが多かった。しかし、新制度では「研修を評価した上で臨床研修修了証を発行する」ことが求められていたため（厚労省令158号17条）研修記録としての手帳の存在は必須となり、かつ紛失は深刻な問題となることが懸念された。修了後5年間の研修記録保存義務が病院に求められ、しかもその「記録には研修プログラム、研修を行った診療科ごとの期間と研修医の評価を含むこと」（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）となっていたからである。また、必修化後は複数の協力病院や診療所等の施設からなるプログラムが主流となるので、施設間で緊密な連携をとり、管理・指導する側は遠隔地での研修状況を把握する必要がある。

これらのニーズを満たすため、当初からインターネットを活用することは議論の余地なく決まった。そこで、現状で望みうる最高のセキュリティ環境が整備されているUMINと共同

作業を行うこととなったわけである。

浅香正博北海道大学教授、前川剛志山口大学教授と筆者で開発を担当することとなり、新たに国立大学附属病院長会議のもとにオンライン卒後臨床研修評価システム運営委員会が組織された。基本方針を決めた後の実際の開発部隊はUMINセンター長の木内貴弘教授、東京大学医学教育国際協力研究センターの大滝純司助教授（以下肩書きは当時）、東京医科歯科大学総合診療部の増田美香子講師、大川淳助教授、筆者とシステムエンジニアがメンバーだった。このチームで、平成15年1月より月に1～2回のペースで協議を重ね開発を進めていった。全国共用の評価システムを目指すということで評価項目は、必修化にあたって提示された原案との調整を厚生省とも行い、平成15年7月17日に衛星中継を用いて第一回全国説明会を開催し概要を公開した。その後、シミュレーション、全国説明会を経て、平成16年4月より運用を開始し、初年度は研修医の5,090名、大学病院プログラム81、一般病院プログラム306となり、研修医の2/3が使用し、大学附属病院のみならず一般研修病院においても広く採用され我が国の研修評価システムのデファクトスタンダードとなった。

3. 現状と課題

発足後もユーザーアンケートなどを踏まえて改良を加えて現在に至っている。しかしながら、17年度は使用者は5,358人と増加したが、18年度は4,784人、19年度は4,414人と減少傾向にある。競合する評価システムが存在しない、費用は一人当たり2年間で2,000円（発足当初は1,000円）と安価であるに関わらず、利用者が減っている理由については、運営委員会でヒアリングを実施するなど分析を行ったが、“使いにくい”という声がほとんどである。その理由は 入力項目が多過ぎる、インターネット環境が研修現場である病棟にないということである。は厚生労働省が新制度の終了要件として定めた項目が253項目もあり、それをローテイト診療科毎に評価するという煩雑さが不可避である。はセキュリティ管理が年々厳しくなり病棟におけるインターネット環境が排除される状況がある。しかし、この評価の必然性が実感されないところにより本質的な問題があると考えられる。厚生労働省は、臨床研修を修了しない医師は臨床に従事することはできないと指導しているが、他方、研修内容の評価は研修病院に委ねている。研修病院のプログラム評価に研修医の評価を実施しているかを精査することは全くない。研修病院は第三者評価を受けることとされているが（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）、公的な評価機関はなく、準公的なものとしてNPO 法人の卒後臨床研修評価機構があるが受審病院は47機関（平成20年10月現在）と研修医受け入れ病院のごく一部に留まっている。これでは自己評価する研修医も監査する指導医も、管理する研修統括部門もモチベーションが挙がらない。

そのような状況下、医師臨床研修制度は、大学病院の医師離れとそれに伴う医療崩壊の要因として早くも短縮が議論されている。今回の見直しで、研修内容も整理され、評価の位置づけも問われることとなる。UMINの基盤の上に構築された本システムは、臨床研修履修状況に関する客観的な全国集計を提供するシステムでもあり、そのデータを活用し有意義な議

論がなされることを切望して止まない。

4 . EPOCとUMIN

研修の評価というセキュリティレベルの高い、しかも保管義務のある個人情報を10,000人分以上管理するデータベースは、前述の通りUMIN以外しか考えられなかった。民間企業への外注という選択肢もあったが、ひとり2年間2,000円という低コスト（当初は1,000円）での運用は到底実現し得なかった。文部科学省の財政的支援とEPOCの運営事務局でもあるUMINの献身的な支えに深謝したい。