

表1. インタビュー分析結果

大項目	中項目	小項目
目標設定	ポジティブ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 目標リストは網羅的で妥当 必要十分である、積極的に取り組みば到達可能である、A B のメリハリあり チェック項目としても機能 ・ 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 ・ 標準化のために重要 共通の目標、コアの目標として ・ 詳細な目標の有用性 プログラム作成時に参照する
	ネガティブ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 目標数多すぎる 必要な経験ができない、形式的な経験に終わる場合もある ・ 行動目標は形骸化 評価する機会少ない ・ 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 ・ 目標項目への疑問 現実との乖離あり（現在のコモンを反映しているか、使われていない検査や手技） 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 経験困難な項目がある（特定の科でしか経験できない症例） 社会的役割に関する具体的目標が欠如している 解釈に個人差がある ・ 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 卒前・卒後で目標の違いが不明確 ・ 目標の認知が不十分 研修医、指導医、医学生 広報の重要性
	その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ プライマリケアの導入 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 「プライマリケア」の定義が不明確 プライマリケア能力のしぼりこみ（目標が増加） ・ 目標経験に関する研修病院別の特性 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 大学病院では目標のすべてを経験可能 大病院研修を補完する地域医療研修の重要性 ・ 病院別に経験できる量と質のばらつきは問題 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 外来や救急診療機能の差が研修に影響する

評価	ポジティブ	<ul style="list-style-type: none"> 各施設やプログラムによる評価の工夫 <ul style="list-style-type: none"> 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 形成評価やフィードバックの教育的活用
	ネガティブ	<ul style="list-style-type: none"> 評価方法の偏り（評価の信頼性と妥当性に対する疑問） <ul style="list-style-type: none"> 経験目標のチェックに終始する傾向あり 評価基準の不明確さ <ul style="list-style-type: none"> 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、「守秘義務を果たす」の達成レベルの曖昧さ） 評価が困難な領域 <ul style="list-style-type: none"> 地域医療研修の評価が困難（現場依存） 行動目標、医師の社会的使命に関する評価 評価する時期の問題 <ul style="list-style-type: none"> 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 評価者によるバラつき、自己評価(自信と連動する)と他者評価の達成度の評価の差異 指導医の負担（複数人の研修医評価）
	その他	<ul style="list-style-type: none"> 評価方法の工夫（定期的な形成評価が繰り返し実施されている） <ul style="list-style-type: none"> 研修手帳、EPOC、レポート（内科学会サマリー形式）、ポートフォリオ等 評価者の拡大（自己評価、患者、同僚、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（6項目コンピテンシー評価） 行動観察（項目到達の裏付けとなる行動確認）
研修制度	ポジティブ	<ul style="list-style-type: none"> 制度導入自体は良かった <ul style="list-style-type: none"> 全国共通の方針、“コアとなる目標の明示”と“目標—評価がセット”であること 協力体制がある（研修部の存在） 指導医の学び（教えることで学ぶ）
	ネガティブ	<ul style="list-style-type: none"> 研修目標と研修運営のかい離（2年で習得可能か、） 運営のインセンティブが理念と異なる <ul style="list-style-type: none"> 研修医獲得が目的、育てた研修医を残したい 見直しが必要 <ul style="list-style-type: none"> 社会背景の変化に応じた見直し（地域医療へのシフト） 専門医制度導入を想定した初期研修のあり方 必修科設定（プライマリを前提に、合わない場合ドロップアウトにつながる） 研修期間（基礎力習得に十分か） 研修医療機関の負担 <ul style="list-style-type: none"> へき地の施設、地域医療研修先の指導体制、制度変更に伴う体制整備は大変 他研修との連動が不十分 <ul style="list-style-type: none"> 卒前→卒後（前期・後期）→専門医（差別化と継続性） 特に行動目標は連動が必要（倫理は卒前からの教育が必要） 修了判定の基準がない
	その他	<ul style="list-style-type: none"> 制度やプログラムに対する評価の必要性（短期的・長期的アウトカムに基づいて） <ul style="list-style-type: none"> 制度見直し後の評価の必要性（研修修了者のキャリア追跡、全国データの分析） 各研修施設のプログラム評価必要（モラルハザードの抑止力として） 第三者による制度評価の必要性 研修病院のプログラム評価の必要性 基本理念の重要性（三大理念は残す） 医学生への広報