

れた者が以下に該当するときは抹消される。

- 1 専門職実施にあたって非常に不適格であったあるいは別途専門職実施には明らかに適していないことが立証されたとき
- 2 疾病その他類似の状況により、専門職を十分実施できないとき
- 3 登録の抹消を申請し、一般的見地からみて抹消に対する障害がないとき
- 4 第 6 条第 1 項により試用期間を課され、試用期間中にその専門職実施において再度不適格であったまたは別途不適切であることが立証されたとき

特別な理由があれば、第 4 項にかかわる場合は抹消を行わないことがあり、その場合試用期間についての規則を再び規定されることがある。

欧州経済圏 (European Economic Area-EEA) 内の国またはスイスで許可を得た者がヘルスケアと医療の分野で登録を得た場合、その許可が抹消された場合には登録も抹消されなければならない。法 (2001 年度第 64 号法)

第 8 条 第 7 条第 1 項または第 4 項による場合は、抹消に蓋然性ある理由があり、これが一般的見地から必要である場合には、抹消された事項を審査し、最終決定が下されるまでの期間登録を抹消できる。

第 1 項による決定は、最長 6 ヶ月間にわたって適用される。特別の理由があるときは、決定の有効期間を最長 6 ヶ月間さらに延長できる。

第 9 条 第 7 条第 2 項により登録抹消を推定する信頼すべき理由があるときは、登録を受けた専門家は、そのために指名された医師の診察を受けるよう命令されることがある。

診察に関する命令が決定された場合には、登録抹消の事項についての審査が終わり最終決定がなされるまでの期間登録を抹消することがある。

登録を受けた専門家が、診察に関する命令の通知を受領後、これに 1 年以内に従わない場合は、登録が抹消されることがある。

他の許可の抹消

第 10 条 第 3 章により通知される登録以外の、ヘルスケアと医療の分野において専門職に従事する他の許可は、許可を受けた者が以下に該当する場合は抹消されることがある。

- 1 その専門職実施に不適合であるまたは専門職実施を行うのが不相当だと立証されたとき
2. 疾病あるいは同様の状況のためにその専門職を満足のゆくように実施できないとき。

許可を取消すべきと考える信頼できる理由があるときは、取消事項を審査し、最終決定が行われるまでの期間これを取消することがある。

処方権の権利制限

第 11 条 医師または歯科医師が麻薬、アルコール含有医薬品、変性アルコール処方の許可を濫用する場合は、この許可を抹消または制限することがある。許可は、医師または歯科医師本人がその旨要請した場合も、抹消または制限することができる。

第 12 条 第 11 条に言及した濫用を疑う十分な理由があるときは、許可の取消または制限について審査が行われ、最終決定が行われるまでの期間これを取消または制限することがある。

第 1 項による決定は、最長 6 ヶ月間適用される。特別の理由があるときは、決定の有効期間を最長 6 ヶ月間さらに延長できる。

新規登録、その他

第 13 条 登録が抹消された場合、あるいは麻薬またはアルコール含有薬物または変性アルコールを処方する許可が抹消または制限された場合、状況が許せば新規登録または許可を申請に基づき行うものとする。

第 6 章：スウェーデン国立保健福祉委員会 (the Swedish National Board of Health and Welfare) による監督

一般規定

第 1 条 ヘルスサービスとそのスタッフは、スウェーデン国立保健福祉委員会の監督下におかれる。

防衛軍のヘルスケアと医療の監督については、特別の条項がある。

第 2 条 ヘルスケアと医療を提供せずに患者の健康状態または治療の評価の一部を構成するサンプリング、分析、その他の調査に関する発注をヘルスサービスから受ける者は、その活動に関してスウェーデン国立保健福祉委員会の監督をも受ける。

第 3 条 スウェーデン国立保健福祉委員会による監督は、ヘルスケアと医療における傷害を予防し、危険を無くすことを主たる目的とする。その監督を通じてスウェーデン国立保健福祉委員会はヘルスサービス・スタッフの活動と措置を支援し、審査するものとする。

第 4 条 ヘルスケアと医療に関して患者が重篤な傷害又は疾病に罹患したり、その危険に曝されたときは、ケアの提供者はこれを可能な限り迅速にスウェーデン国立保健福祉委員会へ報告する。第 2 条に言及したかかる活動の結果患者が重度の傷害を負いまたは重篤な疾病に罹患し、またはその危険に曝された場

合は、かかる活動を行う者は、これをスウェーデン国立保健福祉委員会へ報告するものとする。

第 2 章第 7 条には、患者が重度の傷害を負いまたは疾病に罹患し、またはその危険に曝された場合に、これをケア提供者に報告するスタッフの義務についての規定を含む。

スウェーデン国立保健福祉委員会の権限

第 9 条 スウェーデン国立保健福祉委員会の依頼があれば、本章にもとづく監督下で活動を行う者ならびにヘルスサービス・スタッフのメンバーはいずれも委員会がその監督に必要とする活動に関する書類、サンプル、その他資料と活動に関する情報を提出する。

スウェーデン国立保健福祉委員会は、活動を行う者あるいはヘルスサービス・スタッフの一員に対して、要請した物を提出するよう命令できる。命令は罰金を含むこともある。

第 10 条 スウェーデン国立保健福祉委員会または委員会が任命した者は、本章にもとづき監督下におく活動やヘルスサービス・スタッフの専門的活動を検査する権利をもつ。検査を行う者は、活動に使用する敷地とその他の地域に立ち入る権利を有するが、居住用施設に立ち入る権利はない。検査を行うものは、活動に関する書類、サンプル、その他の資料の一時的保管の権利を有する。その活動や専門家としての業務の検査を受ける者は、検査に必要な支援を与える義務を有する。

第 11 条 第 10 条に記載された検査に関して、検査を行う者は検査実施に必要な警察当局の支援を得る権利を有する。

ケア提供者に対する措置、その他

第 12 条 スウェーデン国立保健福祉委員会がその監督下にある活動に適用される規定に違反する者について知るときは、委員会はこれを是正する手段をとり、必要があれば法的手段が適用される。

第 13 条 スウェーデン国立保健福祉委員会が、ケア提供者が良いケアについての要件を満たさないことを見出し、不満足な状況が患者の安全のために重大な意味を持つときは、委員会はケア提供者に対してこの状況是正を命令できる。命令は罰金を含むことがある。これらが患者の安全に危険をもたらす場合は、本条は第 2 条に言及した活動にも適用される。

第 14 条 第 13 条による命令は、報告された不満足な状況を是正するためにスウェーデン国立保健福祉委員会が必要と見なす措置についての情報をも含む。

第 15 条 第 13 条による命令に従わず、不満足な状況が重大な意味を持つ場合には、スウェーデン国立保健福祉委員会は問題とされる活動を全面的または部分的に禁止することがある。

第 16 条 患者の生命、健康、または一般的身の安全に対する危険があるときは、スウェーデン国立保健福祉委員会は事前の命令なしに、問題の活動を全面的または部分的に禁止できる。

第 17 条 第 15 条又は第 16 条により活動が全面的または部分的に禁止するに足る理由があり、かかる決定を待つのが不可能な場合は、スウェーデン国立保健福祉委員会は暫定的に該活動を全面的または部分的に禁止することができる。

第 1 項による決定は、最長 6 ヶ月の期間適用される。特段の理由があるときは、決定の有効期間を更に 6 ヶ月延長することかできる。

ヘルスサービス・スタッフに対する措置

第 18 条・ スウェーデン国立保健福祉委員会が懲戒的制裁、試用期間についての指示、登録の取消、ヘルスケアと医療の分野においてその他の専門職業に従事する許可の取消、第 5 章による処方権の制限などについて理由があると見なす場合は、委員会はこれをヘルスサービスの懲戒委員会に報告する。

第 19 条 第 7 章第 20 条に別途規定がある場合を除いて、懲戒的制裁が検討されている専門的職業に従事する者が禁錮刑が命じられる犯罪を犯したという妥当な疑いがある場合は、スウェーデン国立保健福祉委員会は法的手続を開始する。

特別な規則は、法（1991 年第 115 号法）の第 6 条に基づくヒトの受精卵に関する研究または治療目的のための措置に関する犯罪についての手続に適用される。

登録

第 20 条・ スウェーデン国立保健福祉委員会は、本章により報告された活動について自動的に登録を行う。登録は、監督、研究、統計を得るため利用される。

第 21 条 登録簿は以下に関する情報を含むことができる。

1. 事業を行っている会社の名称と ID 番号または事業担当者の社内 ID
2. 事業を行っている場所
3. 事業の内容
4. 事業の範囲
5. 事業に従事している専門家の人数とその肩書
6. ビジネス・マネージャーの氏名、住所、電話番号
7. 患者保険

8 検査が行われた日時

9 事業に関するスウェーデン国立保健福祉委員会の決定の日付

10. 第4条による申請の日付

第22条 第21条第8-10項による情報で登録簿に記入されたものは、5年後あるいは事業停止の際に削除される。登録簿に記入された他の情報は、新規情報を記入したときあるいは事業停止の報告があったときに削除される。

第7章：ヘルスサービスの懲戒委員会の活動

ヘルスサービスの懲戒委員会

第1条 本法に基づく懲戒的制裁に関する事項はヘルスサービスの懲戒委員会による審査を受ける。

懲戒委員会は、第5章第6-13条が適用される事項についても審査を行う。

第2条 懲戒委員会は委員長とそのほかに8名の委員から構成される。委員は政府により3年間の任期で任命される。委員長は終身判事の経歴を有しなければならない。他の委員はヘルスケアと医療について格段の識見を持つていなければならない。

1名ないし2名が委員長代理として同じ任期で任命される。これら代理のうち1名は現在または過去において終身判事でなければならない。他の委員についても、同じ人数を委員と同任期について代理として任命する。

第3条 委員長と他の6名とが懲戒委員会の定足数を構成する。委員会には全員を招集しなければならない。一人が支障がある旨を報告するときは、代理を召集しなければならない。

第4条 委員長は以下について、自身で決定をすることができる。

1 ある事項について最終決定を伴わないもの、但し第5章第9条第一項

による診察を行う命令についての決定は含まれず、第5章第8項と第9項第2号、第10条第2項、または第12条による暫定的取消または本章第10条による罰金に関する決定は含まれない。

- 2 懲戒的制裁に関する事件が、懲戒的制裁を行わないと推定する信頼すべき理由によって事件が解決するとき、および決定が基本的性質の事項に適用されないとき
3. 登録または許可の取消が、本人の申請によるもので取消に際して支障がないとき
4. 登録の取消が第5章第9条第3項によるもので、登録を受けた者が診察に関する命令に従わないとき

第1項により解決した事件は、次回の委員会で報告される。

第5条 懲戒委員会で事件を扱う委員に対する異議があるときは、訴訟手続法第4章の裁判官に対する異議に関する規定が適用される。

第6条 懲戒委員会の採決に関する事項については、訴訟手続法第29章の法廷における採決規定が、法に通曉する委員のみについて適用される。委員長がまずその意見を述べるものとする。

懲戒委員会での取扱い

第7条 懲戒的制裁に関する事項は、スウェーデン国立保健福祉委員会または関連患者の報告、または患者自身が報告ができないときは、患者に近い者の報告によって取り上げられる。

第5章第6-13条が適用される事項は、スウェーデン国立保健福祉委員会による報告または事項が適用される者の依頼により取り上げられる。

R1ksdagの代理人または司法長官の第1項または第2項が適用される事件に

関する報告を行う権利に関する規定は、Riksdag の代理人に指示を与える法 (1968 年第 765 号法) 第 6 条第 3 項ならびに司法長官による監督に関する法 (1975 年第 1339 号法) の第 6 条第 1 項に記載されている。

第 8 条 懲戒委員会に対する報告または申請は、書面で本人が署名をし、以下の情報を含むものとする。

- 1 報告者個人又は申請人の氏名、生年月日、郵便住所
- 2 代理人又は代表が事件を扱う場合は、かかる代理人又は代表の氏名と住所
- 3 報告又は申請が適用される者の職業、住所、就業の場所などについての情報で特別に調査することなしにわかるもの
- 4 報告が適用された者に対する意見
- 5 報告または申請を支持するとして引用される状況

当事者が代表により代理される場合は、委任を行う。

第 9 条 報告または申請が非常に不完全で、事項を調査する理由として提出できない場合は、懲戒委員会は報告者または申請人に対して一定の期間内に追加の情報を提出するよう命令するものとし、提出かない場合は事件は調査のため取り上げないという罰則を課す。

第 10 条 懲戒委員会は各事件が十分に調査される旨を保証する。必要以上の調査は拒否される。

委員会はヘルスサービス・スタッフのメンバーに対して患者のカルテその他調査に必要な書類を提出するよう命令することがある。命令は罰金を含むことがある。罰金は委員会が課する。

第 11 条 手続は書面で行うか、口頭による審理か調査に有用だと見なされるときは、これを行うこともある。

第 12 条 第 7 条による報告または申請ならびにその他の書類は、できるだけ早急に報告又は申請に係わる者に提出されるものとする。受領者はこれについて一定期間内に応答するよう命令される。

かかる情報は、報告または申請の承認が受けられないことが明らかなき、または情報が必要でないときは必要とされない。

第 13 条 応答を命じられたものは、懲罰委員会が口頭審問で応答を行うべきと決定した場合を除いて、書面で応答をしなければならない。

質問は、被告が問題とされる措置を受け入れるか反対するかを明らかにする。後者の場合は、被告はその意見の理由と指摘された状況について述べなければならない。

第 14 条 事項が専門家の知識を必要とするときは、懲戒委員会は政府当局、役人、その他当該主題について意見提出の義務がある者から意見を集めることができる。委員会は、当該事項に関する他の専門家を雇用することができる。

第 1 項において言及した専門家については、訴訟手続法の第 40 章第 2-7 条、第 12 条の適切な部分が適用される。

政府当局、役人、その他意見を提出する義務を有する者の意見に対する報酬は、これが特に規定されたときにのみ支払われる。

他の専門家は、その任務について一般基金から報酬を得る権利を有する。委員会はかかる報酬について、前渡を許可することがある。

第 15 条 懲戒委員会が、法廷で証人または専門家の証言が必要であるとしたとき、または証拠として書面または物品を提出することを何者かに命ずる必要があるとしたとき、委員会はこれを証言を求められている者または別途この措置に関係がある者が居住する地域内の地方裁判所にこれを要請しなければならない。

法律上の障害がないときには、裁判所は口頭審問を開催するか、命令を発する。かかる措置に関しては主要手続以外の訴訟手続での証言を得る際に決定されたことが適用される。

第16条 当事者らを口頭審問に召喚しなければならない。個人は自身で出廷することを命じられることがあるが、これはかかる個人が出廷しない場合に事件のさらなる手続ならびに解決に障害を構成しないことを条件とする。

懲戒委員会は口頭審問に出頭した個人に対して一般基金から旅費・日当として妥当な額を支払うことがある。委員会はこの支払の前渡を許可することがある。支払と前渡についての更なる詳細規定は政府が通知する。

NDP公開シンポジウム～医療の質安全の向上をめざして～

パネルディスカッション

「臨床研修の安全管理のあり方を考える」

日時 平成16年3月21日(日) 9:30-17:00

場所 早稲田大学理工学部(大久保キャンパス) 57号館 201教室

主催 NDP(医療のTQM実証プロジェクト)実行委員会

協力 「医療提供システムの総合的質管理手法に関する研究」

「医療事故リピーターの特徴及びその把握と再教育・処分制度のあり方についての研究」

安全を考慮した標準手順の作成、手技の訓練と研修計画、シミュレーターの活用、技能評価、指導要領と指導医研修、安全教育、事故発生時の院内救急体制、など、安全管理の観点から臨床研修の課題と対策について検討した。

(以下敬称略)

<パネリスト>

- 1) 麻生飯塚病院 総合診療科部長 井村 洋 「標準手順作りと技能評価」
(臨床研修教育室室長/総合診療科部長)
- 2) 沖縄県立中部病院 副院長の平安山英盛 「手技習得に関する研修計画と評価」
- 3) 佐久総合病院 総合診療科医長 川尻 宏昭 「指導要領と指導医研修」
(研修医教育委員会副委員長/総合診療科医長)
- 4) 東北大学 総合診療部部長 本郷 道夫 「シミュレーターの有効活用」
(卒後研修センター長/総合診療部部長)
- 5) 名古屋大学 ICU救急医学助教授 高橋 英夫 「院内緊急時の対応体制づくり」
(シネラル・リスク・マネジャー/ICU救急医学助教授)
- 6) 東京電力技術開発研究所 主管研究員 河野 龍太郎 「トレーニング途上の安全管理」

<コメンテーター>

三宅 祥三 (武蔵野赤十字病院 院長)

大川 禎子 (国立仙台病院 シネラル・リスク・マネジャー)

飯塚 悦功 (東京大学大学院工学系研究科教授)

<司会>

東北大学大学院医学系研究科教授 上原 鳴夫

佐久総合病院 診療部長 伊澤 敏

発表と討議の記録

上原 まず、それぞれの先生方から話題提供をしていたとき、その後東京電力技術開発研究所の河野さんから15分から20分、こういう研修風土のあり方をどう考えるべきかという産業界の経験に基づくご発言をいただく予定です。

今日のパネリストは、麻生飯塚病院の井村洋先生、沖縄県立中部病院の平安山英盛先生、佐久総合病院の川尻宏昭先生、東北大学医学部附属病院の本郷道夫先生、名古屋大学医学部の高橋英夫先生、そして河野さんをお願いしています。また、コメンテーターとして病院の管理の立場から武蔵野日赤の三宅祥三先生、臨床研修といいますがと医師対医師だけの問題ではありません。とくに、看護師と研修医は切っても切れない関係にあります。看護師の立場から臨床研修のあり方にコメントをいただくとともに、研修途上の処置の安全管理は看護師さんも同様に必要な課題でありまして、また、看護師さんのシステムから学ぶということもあるということから国立仙台病院の大川禎子先生をお願いしました。そして、安全管理の立場から、東京大学の飯塚悦功先生にコメントをお願いしています。

臨床研修の安全管理の課題は、沢山のシステムを作っていかなければならないということがあります。われわれは、リスク因子の予知分析をするなかで具体的に作っていかなければならないものを見つけ出していきました。とくに今回は、以下の6つプラスアルファ問題についてそれぞれの先生方の教え、これからの考え方をお聞きしたいと思います。

ひとつは、(1)安全を考慮した標準手順の作成、(2)手技の訓練の方法、およびどのような段階を経て習得していくかという研修計画のあり方(3)技能評価の方法(4)模型型シミュレーターやインシデント疑似体験型シミュレーターの活用および運営の方法(5)指導医の研修と指導要領(6)事故発生時の院内救急体制、そして(7)研修医の安全教育です。

また、臨床医としての適正も研修期間中にみえてくるということ、研修医としての適正の判断や不適格医師への対処はどうしているかというご経験を聞きたいですし、また、米国でもヨーロッパでもレントンの連続勤務や1週間の勤務時間を軽減するということが繰り返し言われています。そうした勤務時間の問題について、患者さんか安全管理に重要な役割を果たしておられますので、患者さんへの説明や説明に役立つツールについてどう考えるか、モータリティ&モービリティ(MM)カンファレンスということ、事例から学び教育するということがどう取り組んでおられるかについてもお聞きしたいと思います。それでは、麻生飯塚病院の井村先生からお願いします。

<麻生飯塚病院 井村洋氏の発表>

井村氏 標準手順の作成というテーマをいただきましたが、私たちこれまで作成しているということではなく、むしろこれから作っていくという状況であることをまずお断りし

ておきたいと思います。

標準手順は作って終わりではなくて、作ってからが大切です。そういう意味では、すでにある標準手順が、院内でやっと文化として定着させてきたということについて報告させていただきます。

今日は主に、心肺蘇生の手順について取り組んできた歴史をご紹介します。救急外来での研修医の診療でどうしても標準手順を考えなければならないということに直面しておりますので、この点についても少しお話しします。

●心肺蘇生

心肺蘇生は皆さんご存知の通り国際的にも有名な標準手順が以前からありました。しかし、ほとんど使われていなかったというのが日本の病院の問題の現状ではないでしょうか。当然研修医はそうしたいわばカオスの状態に入ってくるわけですから、心肺停止があってもいつも違うやり方を見ながら、手伝いながらやっているという状況でした。

実際6年前の実情は、ACLSがあるのは知っているけれども使用するということはほとんどないという状況でした。研修医は上をみて動くわけですか、その都度違う、同じ医師でも場所によって違うということでどうしていいか、いくら経験を積んでも標準の手順にはなりません。

そのような現状に疑問をもった研修医がいて、卒後3年次の研修医がいて、これはおかしいではないかということで心肺蘇生の学習会をはじめました。研修医を全員集めて、毎週土曜日の午前中2時間か3時間はシミュレーションを繰り返しました。人形を置いてゲーム感覚で心電図を出したり、なりきっているようなシナリオを作ってライフをやっているような感じで学習するというのをやりました。

それを一年間やってきて、研修医だけでやっても、上のトクターやナースが知らなかったり、認めてもらえないという現実がありました。そうなると、医師とやるよりもナースとやろうということになりました。ACLSナースというちょっとかっこうのいい名前をつけてやったわけです。当然、看護部長、全婦長 主任にもトレーニングをしてもらいました。それが約5年前のことです。

そして4年前からは、ACLSの講習会が院内の公式な事業として認められるようになりました。資料とか教材は備品として認めていただき、研修にかかった時間は働いているものとして認めるということにさせていただきました。研修医はトレーニングへの参加は義務ということで、年に2回参加するというにしています。1年次の研修医は受講ということで、2年次はインストラクター見習いとして教えていくことを担当しています。よその病院での講習会を手伝ったり、学校など一般の方たちにはよりヘーンクなBLSを行っています。

初期研修医には、ローテーション開始前に基本的な心肺蘇生(BLS)を受講しています。これには、院長も受けていますし、技師、看護師や一般職員の参加も最低限の義務としています。研修医に関しては、初期の1年間を終えたときにはACLS講習を受講している

ということになります。

ACLS講習会への院内のバックアップとしては、研修医だけでは困るのでヘルプのコールを流せば、救急部から医師や看護婦が機械と一緒にやってくるような形はつくってあります。

何を講習会の目的にするかということ、実際心肺蘇生に直面した最初の10分間の初動だけです。その10分間だけやるべきことに限定してそれを徹底して練習します。方法は、まずレクチャーを1時間。シミュレーションを8時間で約1日のコースです。シミュレーションは基本に4時間、これは自分向けの手技についてです。次のチーム医療の4時間は、ナースがいたり、いろんな救急外来であり患者さんをみてそこから人を集めて組織立ってリーダーをしていくという部分を4時間、全部シミュレートしてやります。

最後にテストとしていろんなシミュレーション内容のチェックポイントを体験して、フィードバックして終わるとのことです。

現在のリソースは、シミュレーション用蘇生人形が10体、院内に自動除細動器が13台、除細動器30台が全フロアーに設置されています。ある程度インストラクターができるACLSナースが約50人くらいいます。

実際に患者さんがどれくらいいるかということ、心肺停止で救急車で来る患者が約170名くらいで、研修医はだいたい2年間のあいだに少なくとも携わるというのが研修医1人につき10回以上経験しているというのが現状です。

これからの課題では、教育もあり、経験もあります。これについては成熟してきていると思います。けれども、それによってできているかどうかということについては確認していません。いままでできなかったのは、教育、経験が充実していないとできなかったからです。

今年からやっついこうとしているのは、評価者として救命センターのナースと救急の担当医、それから研修医の自己評価により、6段階評価で総合的によいか悪いかをみてフィードバックをうまくやっていくということです。

このあたりの経験を踏まえて、救急外来の診療の手順の構築ができないかということか考えているところです。研修医にとっては救急外来の実践は重要なポイントとして必修化になったら入ってくるので、手先の手技だけでやってもその手技が適切に使えるか使えないか、手順を決める必要があります。これほど沢山の救急外来で働いているわけですから、何らかのことはしていかなければならないと思います。

いままでできたことは、救急センター内の研修医以外の医師数をかなり充実させました。研修医の当直時間をオールナイトではなく細切れにした。研修医が困ったときに相談できるスタッフを置く。ここまでは整えました。

まだまだ足りないのか、救急センターのなかの診療の標準手順が出来ていないということ。複数の患者さんかきたときに同じようにできているかということできていない。ACLSのように手順があるものはやってきたか、手順のないものをどうするかということか

今の大きな課題です。

実際どういうふうに行うかという内容は、共通して最低限行うべきことを確認しておく。それから、共通して行うべきでないことを明確にしておくということです。この二つから始めようということでは作っています。

標準手順はつくるだけでは終わらない。作る過程で、院内の組織文化を共有しなければならないし、作る過程をみせていながら全体を巻き込んでいかなければならない。研修医だけがやっているだけで、上の先生がやらなければ誰もやらなくなります。医師だけでなく、ナースを巻き込んでいくというのは非常に有効だったということです。ACLSの結果を踏まえて標準手順をやっていくには、こういう形でやっていこうと考えています。

<佐久総合病院 川尻宏昭氏の発表>

私は卒後 11 年目ということで、指導要領や指導医を育成するということ話せる立場ではありませんが、一応現場で研修医の先生を相手にしているということでお話したいと思います。

指導要領が佐久総合病院にあるかといったら、ありません。指導医の資格もありません。私の臨床経験では、私が CVライン、中心静脈を手技的に教えていたのは研修医の 1 年目の時でした。その時期が妥当かどうかということもありますか、外科を回っているときに 4 年目くらいの先生に「CVラインを知っているか」と聞かれまして、何回か見学させていただきました。その先生が試験穿刺をしてその後本穿刺をするということをやったと思います。一応手順はこうだと説明されて、勉強して置いてくださいといわれました。

ただ、何を勉強していいのかわからない。とりあえず、基本的な手技の本を読みると、みんなのやり方と違うんですね。今度実習にいったときに勉強したということで、「やってみる」といわれて「やります」と答えました。

次に、はじめてしたのは術後の患者さんで麻酔が醒めきっていない状態でセントラルヘインのラインをとって病室に帰るというケースでした。何とかうまくいきました。

もう一度問題点を洗いなおしてみると、初期臨床研修で 1 年目に外科を回っているときは習得すべき手技とかどの時期にとんな手技を習得すべきかということは全くなかったです。上級医の先生に知っているかと聞かれたわけですか、知っているかという意味かわからなかったですね。名前を知っているのか、やり方を知っているのか。見学では手順を説明されて、勉強しておくようにということですか、見学のときにどういうことを見たらいいのか、何をしたらいいのか、目的が何かはあまり与えられていない。それから、どれくらいの回数見学するか、実際に手順がどこまで統一されているかかはっきりわからない。手技の本を参照しても、統一した手技はない。本当に統一できるのか。医師か経験したコツみたいなものがあります。医師にしる看護師にしる、自分のくせを意識しなから安全性の高い手技を確立しているの、標準化かどこまでできるかということはありませんか、最

低限伝えるべきものというのかない。

私の場合は「やってみる」と聞かれて、「やります」といったわけですか、実際に手技に移行する基準がどこにあるか。麻酔の醒めていない患者さんに手術室で実施したわけですか、患者さんへのインフォメーションがほとんどされていない。これは問題です。

それから、フィートハックの方法。どういう形でフィードバックするか。ヘッドサイトでのフィートバックの方法にはいろいろと気を使います。

うまくいかなかったらどうするか。トラブルが発生したらどう解決するか。

わたしの経験のなかでもいろんな問題点が含まれています。整理すると、まず初期研修で習得すべき手技が決まっていない。習得時期もはっきりしていない。それから、統一された手技の標準化がされていない。あるいは、どこまで標準化するか、どういう形にするか、それを全国や世界に広められるか。

見学しているときに研修医、指導医がすべきこと。あるいは、患者さんに対してすべきことかあるのかもしれない。手技に移行するときの基準がわからない。ひとり立ちできるという基準がわからない。患者さんへのインフォメーションは非常に重要なことで、安全管理は事故を起こさないことだけか目的ではなくて、起こしたときの対応、マニュアルでできるもの、患者さんとの関係が必ず出てくるので、事前のインフォメーションをどうしていくのか。そして、フィートハック、評価の方法です。

研修医に実際に安全な手技が行えるようになって欲しいので、どういう形で評価しフィートハックしていくか。これくらいになるのではないかと思います。

その中で指導医がしなければならないことは、まずカリキュラムを作ることです。実際に研修医に参加してもらうことも必要かもしれませんが、手技の場合、徒弟的なものがあるので指導医がかなり積極的に参加しなければならないと思います。

手順の統一化ですが、たいたいこういうものに抵抗するのはトクターで、外科部長や眼科部長がACLSのシミュレーションに参加している病院はすごいなと思いました。

指導医の方からどのように統一していけるかかポイントです。それから、見学とか実技など教育の中にいくつかのプロセスがあります。そのプロセスごとに何をしていくべきか、指導医としてどのようなアプローチをしていくことになるかをはっきりさせなくてはならない。実際できる人が教えることが本当によいのか、プロセスを明らかに出来てそのプロセスにどうやってアプローチできるか。そういう意味でプロセスというのは非常に重要です。

患者さんへのインフォメーション、これは指導医がすべきか、研修医がすべきか、病院がすべきかということがありますが、研修医が行うことや手技の危険性を知らせるべきこともあるでしょうし、知らせないほうが良いという議論もあるでしょう。この当たりか今後問題になってくると思いますか、ある倫理の本に書いてあるのは、米国で学生に手技をやらせて良いかというアンケートを患者さんに実施したそうです。ある手技で侵襲的な手技だったと思いますか、患者さんにとっては研修医たといって指導医がついていてくれ

ば1回は良いという人が約50%いたということです。逆にいうと、日本では隠さないとやらせてくれないという意識がこちら側にありますが、50%はやらせてくれるというデータがあるのでそこをどう捉えるか。

フィードバックは非常に重要で、手技の場合、技能的なことの場合チェックリストなどを使って、段階的にどこまでできているかということ把握することが必要で、指導医が把握するということと、研修医が把握することが必要です。

ポートフォリオ、日記のようなものですが、これを研修医につけさせる。指導医としてみれば研修医がどこで悩んでいるかがわからない。例えば、静脈から採血するときの縛り方がわからないということはほとんどないだろうと指導医が考えていたら、やった本人は私たちが気づかないところで悩んでいます。そういうことに個々に対応していくことか重要です。研修医側から能動的に自分のやったことを評価したり、記載していくことに利用できるのではないかと見ています。

フィードバックの方法、教育に手法を指導医がどう学んでいくか。どうやってもなかなか手技を習得できない、安全性を保ちながらできないという研修医が出てきます。そういう研修医にどうアプローチするか。合否判定としていますか、この手技はちょっと無理ですよといえるかどうか。

後は、トラブルが発生時にマニュアルがちゃんとできているか。トラブルが発生したときこそ、事前に患者さんが知っていたかどうかは非常に重要なことです。そのときには、研修医と患者さん、指導医と患者さんの関係が重要で、そういうところか構築できているかが重要だと思います。

解決策ですが、院内での研修、地域での指導医の講習が必要で、指導医養成の講習会は行われていますが、概念的なことが多くて実際的なことが少ないというのか問題点ではないかなと思います。そういう意味で、手順の標準化を広めていくことが必要ではないかということ。それから、指導医に対する定期的チェック、指導医に対する研修医の側からのチェック、患者さんからのチェックも必要です。患者さんが指導医をチェックするのは難しいかもしれませんが、患者さんからどのように思われたかといったことを集めてみるということも必要です。そして、教育手法の理解、指導医が出来るということと、出来ることを出来ない人に伝えていくということは、そこに一段階のプロセスが必ずあるわけて、そういうような手法、形での訓練を受けるような機会を作ったほうがよいと思います。

指導要領の作成のためには、手順が標準化していなければなりませんし、それに基づいたチェックリストを作成して段階的な評価をしていく。指導のポイントを記載していくことと、個人として悩んでいるところをうまくミノクスして研修医に伝えていかなければならない。後は、評価の方法。手技的なことになると、「あなたはやってもいいですよ」「だめですよ」といった厳しい判断をしなければなりません。トラブル時の対応では、単純なマニュアルだけではなく、いろんな意味でのトラブルが発生したときの対応を指導医か考

えていかなければならないのではないかと思います。

<東北大学附属病院 本郷道夫氏の発表>

今、学生に何を教えていくかということからお話していきます。臨床実習導入前の共用試験が平成 14 年入学者から本格的に実施されています。知識については CBT (computer based testing)、臨床技能については OSCE (Objective structured clinical examination 客観的臨床能力評価試験) を使って評価しています。研修医に関しては、大学を卒業して国家試験を受けることで知識を評価していますが、臨床技能についての評価はありません。ましてや、今回のテーマである危機管理能力についての評価は全く行われていませんし、そういった方面の教育も行われていないのが現状です。卒前の教育には、そういった教育は残念ながら入っておりません。救急蘇生は教育の中に入っていますが、リスクといったことについて、実際の現場でどのようなことが起きているかといった教育はありません。臨床研修必修化においても研修医に対するこの方面の評価はありません。

臨床医にとって必要な臨床能力を、どのように学習してどのように評価していくかというのを整理しました。

医学生は、実習前の CBT による評価を受けると、臨床実習を行い、医師国家試験に合格すると臨床研修、生涯教育というように学習の場が変わっていきます。診察の仕方に関する臨床技能については、共用試験 OSCE により評価しますが、国家試験の段階では臨床技能の評価の機会はありません。

臨床現場での様々な出来事に対応するためには、学生の臨床実習のうちにひとつずつ覚えていくことが必要です。見て、覚えて、そして実際の臨床研修の中でさらにそれが強化され、生涯教育の中でさらに強化されていきます。しかし、この臨床能力についてはなんとなく身につけていくということで、システムティックに教育されていくということもありませんし、その評価も確立はしていません。

臨床能力についてこのようにまとめてみました。ひとつは、カルテの書き方です。そして、プロフェッショナリズム、医療者としての自覚と責任、異常事態 緊急事態への対応、そして、医療過誤 医療訴訟への防止策などがあります。こうした内容について、東北大学では 1 週間、研修の最初の段階で講義という形で教育しています。成果についての疑問はありますが、他の有効な手段を思いつかないということで実施しています。

こうした臨床技能、臨床能力の評価をどうしたらよいかか問題であります。なんとなく先輩から教わってきたという形で、組織立って客観的判断基準をもって行われてきたものではないのだろうと思います。この臨床能力については、OSCE という評価方法があるということが広まってきています。少なくとも。卒前の臨床技能の評価では OSCE がいまや標準化されています。平成 14 年の入学者からは、OSCE によって臨床実習にいつてよいかとうかを評価しています。

この臨床能力を高めるためには、シミュレータを利用することか有効ということで、海

外では沢山のシミュレータが開発されています。これを用いることで患者さんに危害を加えることなく、臨床技能を修練することができます。具体的な手技だけではなく、実際に起こりうる場面を想定したトレーニングも可能になってきました。

平成14年度医学部入学者からは、コアカリキュラムに沿った教育が行われています。臨床実習の場合に、OSCEによって臨床技能の評価を行います。それを行うために学生に対して、診察能力、臨床技能に関する評価をシステムティックに行おうとしています。そのような状況のもとで、全国の医科大学に臨床技能習得のためのシミュレータが急速に普及しています。高価なものは別にして、比較的単純なシミュレータについては国立大学では平成14年度に各校数千万円の予算がついて大量のシミュレータが導入されました。

臨床技能習得のためのシミュレータの使い方としては、局所的な診察だけをするというのはきわめてベーシックなやりかたです。研修医になったら、もっと応用の利くトレーニングが必要になります。いろいろなシナリオを作って、インシデントを疑似体験してそれにどう対応するかということに使うシミュレータには、スクリーン型シミュレータ、実体型シミュレータ、仮想実体型シミュレータがあります。

そのほかに学生教育として行っているのは、メディカルインタビューとして、患者さんとの会話の仕方を教育しますが、これも研修の段階で継続すべきであろうと思います。コミュニケーション能力の向上ということでは必須のものでしょう。

シミュレータには、心音、呼吸音などのシミュレータ、眼底、耳鏡、乳房診察モデル、婦人科内診モデルなどがあります。

さらに診察だけでなく、もう一步踏み込んだ基本的な処置能力ということと、採血、小外科、あるいは心肺蘇生、場合によっては分娩のトレーニングを行うものもあります。私達は医学部1年の学生を対象に、人形を使った介護の練習や、新生児の人形を使った体験も行っています。

最近の高価なシミュレータとしては、超音波、内視鏡、麻酔などのモデルが出てきています。よく出来ていますが、問題は大変高価なこととあります。

シミュレータによる教育は、対象とする人によって何が必要が変わります。学生にとっては基本的な処置能力、研修医になったらもっと進んだところ、専門医になったらさらに進んだところとなります。私たちが構築しようと考えているのは、医学部の学生だけではなく、保健学科やコメディカルの学生、歯学部の学生をも含めたトレーニングのシステムです。歯学部の研修医や新人のコメディカルにもこうしたシミュレータを使ったトレーニングが必要になると思います。さらに、一般医や専門医には生涯教育として実施していく必要かあると考えています。

覚えたことを忘れてしまったときの再トレーニングという考え方もあります。シミュレータには、ほとんどのものが極めて高額です。全国の医科大学に急速な勢いで導入されており、これを大いに活用する方法を東北大学としては検討を進めています。

この3月17日に国立大学医学部病院長会議で、研修医の医療行為についてかなりの制限