

公的病院	7	1.3%	1	0.2%	53	9.9%
大学	3	2.7%	0		3	2.7%
民間病院	8	2.2%	1	0.3%	27	7.3%
病院数	24	2.1%	2	0.2%	86	7.5%

ただし、研修期間4ヵ月以上の病院は、ほとんど内科または外科に含めて救急(麻酔を含む)研修を実施

表6 精神科臨床研修に参画している病院・施設数(平成16年度5月末現在)

単独型、管理型病院	457	41.0%
協力型病院	496	44.5%
協力施設	162	14.5%
総計	1115	100.0%

協力施設の内訳は、病院118、診療所または施設44

表7をみると、精神科臨床研修の研修期間は1ヵ月がほとんどで約80%、次いで2ヵ月が約34%という実績であった。3ヵ月は理想とする期間であるが約5%という実績であった。3ヵ月へのシフトが望まれるところである。

協力施設については、臨床研修病院と共同して臨床研修を行う施設であって、臨床研修病院及び大学、大学の医学部又は大学附置の研究所の附属施設である病院以外のものをいうものである。なお、臨床研修協力施設としては、例えば、へき地・離島診療所、中小病院・診療所、保健所、介護老人保健施設、社会福祉施設、赤十字社血液センター、各種検診・健診の実施施設等が考えられる。

表8をみると、精神科臨床研修に参画している病

院・施設数のうち、大学病院はほとんど少なく約10%に対して、民間病院・施設が約50%、公的病院が約40%を占め、精神疾患患者の入院施設の整った病院・施設に集中していることが考えられる。

表9をみると、研修期間は、1ヵ月がほとんどで約80%、次いで2ヵ月が約34%という実績であった。3ヵ月は理想とする期間であるが約5%という実績であった。3ヵ月へのシフトが望まれるところである。特に公的病院で1ヵ月の割合が高く、2ヵ月または3ヵ月へのシフトが望まれるところである。

表9で研修期間が7ヵ月という病院が1カ所あったが、それは表10にみられる東京都立松沢病院ということで例示した。精神科を特徴とする病院として独自性の高い研修スケジュールであることがみてとれる。

表7 研修期間(複数選択)

研修期間	単独型、管理型病院		協力型病院		協力施設		総計	
1ヵ月	384	84.0%	374	75.4%	138	85.2%	896	80.4%
2	132	28.9%	212	42.7%	39	24.1%	383	34.3%
3	19	4.2%	30	6.0%	2	1.2%	51	4.6%
7	1	0.2%		0.0%		0.0%	1	0.1%
病院・施設数	457	100.0%	496	100.0%	162	100.0%	1115	100.0%

ただし、研修期間別の病院施設数は複数プログラムを含み、複数回答

表8 精神科臨床研修に参画している病院・施設数(平成16年度5月末現在)

公的病院	405	36.3%
大学病院	105	9.4%
民間病院・施設	605	54.3%
総計	1115	100.0%

表9 研修期間(複数選択)

研修期間	公的病院		大学病院		民間病院・施設		総計	
1ヵ月	352	86.9%	80	76.2%	464	76.7%	896	80.4%

2	129	31.9%	36	34.3%	218	36.0%	383	34.3%
3	21	5.2%	3	2.9%	27	4.5%	51	4.6%
7	1	0.2%		0.0%		0.0%	1	0.1%
総計	405	100.0%	105	100.0%	605	100.0%	1115	100.0%

ただし、研修期間別の病院施設数は複数プログラムを含み、複数回答

表10 東京都立松沢病院(東京都立松沢病院臨床研修医研修プログラム)

期間	研修分野	病院・施設
4ヶ月	内科	東京都立松沢病院
2ヶ月	内科	東京都立墨東病院
4ヶ月	外科	東京都立松沢病院
1ヶ月	外科	東京都立広尾病院
1ヶ月	救急部門	東京都立広尾病院
1ヶ月	小児科	東京都立墨東病院
1ヶ月	産婦人科	東京都立墨東病院
7ヶ月	精神科	東京都立松沢病院
1ヶ月	地域保健・医療	世田谷保健所
2ヶ月	選択	東京都立松沢病院

表11をみると、精神科研修のスケジュールの約70%は2年目前半に実施されており、他の約30%は2年目後半に実施されている現状である。

表12をみると、二次医療圏単位で研修に参加していない病院のある医療圏が67みられ、できれば精神科研修に参加するよう望まれる。

表11 各臨床研修プログラムにおける精神科臨床研修スケジュール(平成16年度5月末現在)

研修スケジュール	プログラム数	
1年目	0	
2年目前半	861	74.2%
2年目後半	299	25.8%
総計	1160	100.0%

表12 精神科臨床研修に参加していない病院・施設の二次医療圏における状況(平成16年度5月末現在)

都道府県名	医療圏数	精神科臨床研修施設・病院のない医療圏数	精神科病院のない医療圏数	都道府県名	医療圏数	精神科臨床研修施設・病院のない医療圏数	精神科病院のない医療圏数
北海道	21	4		京都	6	1	1
青森	6			大阪	8		
岩手	9			兵庫	10	1	
宮城	5			奈良	3	1	
秋田	8	1		和歌山	7	1	
山形	4			鳥取	3		
福島	7	1	1	島根	7	1	
茨城	9	3		岡山	5	2	
栃木	5			広島	7	1	
群馬	10	1		山口	9	2	
埼玉	9	3		徳島	6	3	
千葉	8			香川	5		
東京	13	1	1	愛媛	6		
神奈川	11			高知	4	1	
新潟	13	3		福岡	13	2	
富山	4			佐賀	5	3	
石川	4	1		長崎	9	4	
福井	4	1		熊本	11		
山梨	8	4	2	大分	10	7	1

長野	10			宮崎	7	1	
岐阜	5			鹿児島	12	8	
静岡	10	2	1	沖縄	5	2	
愛知	8	1		計	360	67	7
三重	4						
滋賀	7						

67(精神科臨床研修病院のない医療圏数)÷360(二次医療圏総数)=19%
 二次医療圏については平成14年度現在

表13をみると、二次医療圏単位で研修に参画していない病院のある医療圏が、救急であれば60であり、精神科の67に比べると少ない。できれば救急研修に参画するよう望まれる。

表13 救急研修に参画していない病院の二次医療圏における状況

救急臨床研修病院のない医療圏数	都道府県数(救急研修)		都道府県数(精神科研修)	
0	20	43%	16	34%
1-3	22	47%	26	55%
4-6	5	11%	3	6%
7-9	0		2	4%
合計	47	100%	47	100%

二次医療圏については平成14年度現在

60(救急臨床研修病院のない医療圏数)÷360(二次医療圏総数)=17%

67(精神科臨床研修病院のない医療圏数)÷360(二次医療圏総数)=19%

D. 結論

ガイドライン作成の基盤データとして、各臨床研修プログラムの二次医療圏における実施状況、具体的には各臨床研修分野ごと(特に精神科、救急)の二次医療圏単位における病院及び施設数、研修医数、管理型および協力型(施設)区分、評価方法等を本省への申請書類に基づいて調査検討した結果、

1) 救急(麻酔を含む)の割合が最も高いのは救命救急センターで96%、次いで大学病院で、民間病院、公的病院は比較的少ない状況であり、研修期間については、3ヵ月が最も多く64%であり、その中で最も多いのは救命救急センター、次いで大学病院、公的病院であった。二次医療圏単位で研修に参画していない病院のある医療圏

が 60(救急臨床研修病院のない医療圏数)÷360(二次医療圏総数)=17%みられた。

2) 精神科については、大学病院はほとんど少なく約10%に対して、民間病院・施設が約50%、公的病院が約40%を占め、精神疾患患者の入院施設の整った病院・施設に集中していることが考えられる。研修期間については、1ヵ月がほとんどで約80%、次いで2ヵ月が約34%という実績であった。3ヵ月は理想とする期間であるが約5%という実績であった。特に公的病院で1ヵ月の割合が高く、2ヵ月または3ヵ月へのシフトが望まれるところである。二次医療圏単位で研修に参画していない病院のある医療圏が 67(精神科臨床研修病院のない医療圏数)÷360(二次医療圏総数)=19%みられた。

分担研究報告

医師国家試験のあり方に関する質的研究

分担研究報告書

医師国家試験のあり方に関する質的研究

林謙治(国立保健医療科学院)、原野悟(日本大学医学部社会医学講座公衆衛生学部門)

研究要旨

医師国家試験の今後のあり方を検討するために、大学病院において構造化面接による質的研究を実施した。立場により異なった意見もあるものの、国家試験の構成よりも問題内容そのものにまだ検討を要する要素が多く存在することが明らかとなった。さらに、OSCEの導入や研修後評価試験の必要性も示唆された。これらを推進していくためには中心となる試験センターの設置も考慮する必要があることが明らかとなった。今日すでに、医師国家試験は卒後の一時点のみを見据えて出題されるものではない。卒前教育からの段階を配慮し、さらに卒後研修に引き続いていく橋渡しとして適切な能力を保証するためのものとして存在していくことになる。それに合わせて適切なガイドラインと問題作成がなされなければならないが、それらを常にモニターしていくためには専任者のいる試験センターも必要となってくる。今後は医師養成の一環にある医師国家試験という在り方を明確にしつつ、整合性と一貫性をもった試験としていくべきであろう。

キーワード；医師国家試験、構造化面接、質的研究

A. 研究目的

わが国の医師国家試験は、それまでは医育機関により個別に資格授与をしていた医師の質を標準化し保証するために、第二次世界大戦後の学制改革とともに現在のようにすべての医科大学および大学医学部卒業生を対象に実施されてきた。その後も実地試験の廃止、ガイドラインの制定など様々な変遷をたどり、さらに実技試験(OSCE)の導入が検討されている。このような経過の中で、国家試験は時には卒前医学教育へも影響を与え、あるいは卒後研修の内容も左右することがある。しかし、医師国試に関わる立場により医師養成段階におけるその位置づけについて多様な受け止め方が見られる可能性がある。さらに、文部科学省のコアカリキュラムに基づいた共用試験と臨床実習評価のための実技試験が主な医育機関に試験的に導入されてきている。そこで、利害関係者が抱えている医師国家試験についての認識から、医師養成過程における医師国家試験の今後の位置づけを明らかにし、そのあり方を検討することを研究の目的とした。

B. 研究方法

医学部・医科大学が多数存在する首都圏の私立大学2校および地方も含めた国公立大学2校を対象として選んだ。各校において医学教育に主として関わっている教員、および義務化になった初期臨床研修を受けている研修医、臨床実習を受けている高学年の医学生に対して構造化面接による聞き取り調査を実施した。質問内容としては、①初期臨床研修義務化により教育環

境が変化したか、②初期臨床研修義務化が医師国家試験(以下、国試と記す)へ影響を与えているか、③国試で試された内容が初期臨床研修に活かされ役立っているか、④初期臨床研修の内容がプライマリケアの観点から適切か、⑤国試ガイドライン(出題基準)の内容がプライマリケアの観点から適切か、⑥モデル・コア・カリキュラムと国試ガイドライン、初期臨床研修到達目標が整合性を持っているか、⑦国試のカテゴリー区分(必修、総論、各論など)や出題形式は適切か、⑧国試で多枝選択(MCQ)による態度の評価は適切か、⑨国試は何を目標に出題されるべきか、⑩国試は卒業試験の代替となりうるか、⑪アメリカのUSMLE(U.S. Medical Licensing Examination)のStep3のような試験を研修医評価に導入すべきか、⑫8年制医学部やmedical school方式に医師養成が移行したら国試はどのような位置づけとなると考えられるか、である。各質問に対して対象者の印象や意見などを自由回答してもらい音声で記録した。その結果を整理統合し、それに若干の文献的資料を加えて国試に対するニーズや方向性などについて検討した。

C. 研究結果

1. 対象者

対象とした医学部・医科大学は国立1、公立1、私立2であった。対象者のうち教員は国試対策担当者の教室員1、医学教育学専任2、学務担当1であり、学生はすべて第5学年在籍者であった。医学教育専任教員はいずれも何らかの形でモデル・コア・カリキュラムないし国試

ガイドラインの策定に関係していた。また、いずれの大学も半年ないし1年の国試準備期間を設けていた。

2. 初期臨床研修義務化による教育環境の変化

初期臨床研修義務化施行1年をまだ経過していない段階でそれほど大きな変化は卒前教育では認められないという意見がほとんどであった。しかし、教員サイドでは卒後教育については大きな変動が意識され、「新しい学校ができたようである」という意見も見られた。その反面、研修医にとって今までのフルローテート形式の研修とどこが変化したか自覚できないという意見が大半であり、2年の研修が終了した時点での評価が待たれる。学生にとっては研修先選択の範囲が広がったとの認識が多かった。

3. 初期臨床研修義務化の国試への影響

影響はあまり見られないという意見と研修に役立つプライマリケアに関する出題が増えたとする意見に分かれた。概して教員は前者であり、研修医は後者の意見であった。

4. 国試内容の初期臨床研修への活用

これも意見の分かれるところであったが、知識と実態が別とするのが大半であった。しかし、昨年受験している研修医からは年々研修に利用できる知識が出題される傾向になってきた、臨床手技で研修をして理解できる内容があった、という意見も見られた。

5. プライマリケアの観点からの初期臨床研修

初期臨床研修の主眼はプライマリケアであることは共通の認識であるが、実態としては病院によりかなり異なるという認識がほとんどを占めた。特に大学病院は専門性が強く困難であるという指摘が多かった。そもそもプライマリケアが何であるかを理解していない指導医が大学には多いという厳しい意見も見られている。紹介状もないような初診患者を外来で診察する機会を増やすべきであるという意見もあった。その反面、生死にかかわる疾患や病態を経験する機会が少ないのでプライマリケアとしては不十分であるという意見も聞かれ、初期臨床研修が目標とするプライマリケアが何であるか浸透していないと思われる発言もあった。

6. プライマリケアの観点からの国試ガイドライン

総括すると、最近の改訂によりかなりプライマリケアを意識していると理解されるが出題される問題に難があるとする意見が大半である。特に、稀な疾患について出題されているので common diseases に限るべきだとする意見も多かった。ガイドラインは百花繚乱的な項目の羅列にすぎないという批判があった反面、プライマリケアとしては不足しているという意見もかなり認められた。また、プライマリケアを first visit 患者の診療や生活支援の要素を重視すると

必修では満足していないという意見も見られた。逆に広く浅い知識を求めるものとしてガイドラインの再考を求める声もあった。その他に、項目だけでなく、出題のねらいがわかりやすく提示されるべきであるという意見もあった。

7. 3基準の整合性

現在のところ整合性が取れていなく、調整していく必要があるという意見が大半である。その際には、各時期に応じたステップアップを配慮する必要があるという指摘が多かった。具体的には、モデル・コア・カリキュラムに基づいた共用試験は USMLE の Step 1 に対応させ基礎医学に重きを置き知識を問うものとし、国試は USMLE の Step 2 に対応させ臨床実習により身につけた臨床推論が試され、研修ではより実践的で問題解決に導くことを目標にするというものである。

8. 国試のカテゴリー区分や出題形式

カテゴリー区分については現状の形がわかりやすくよいという意見がほとんどであった。特に受験する立場からはどのようなものが問われているのかが明確で助かるという意見が見られた。しかし、一部ではカテゴリー区分が異なるにもかかわらず同一問題が出題されているなどの混乱も指摘された。また、必修や総論では臨床問題を作成しづらい項目もあり、不自然な問題が出題されているという指摘もあった。出題形式についてはほぼ現在の形式で問題ないという意見が多かったが、Xタイプは諸外国ではむしろ減少傾向にあり、正誤選択というより最も適切な答え、one best を選ばせるAタイプに重きをおくべきであるという意見もあった。問題量については総じて多すぎて負担が大きすぎるという意見が大半を占めた。解決策として共用試験との重複を避けることで問題数が減らせるという意見があった。

9. MCQ による態度の評価

態度を正誤で試験することは適切ではないが、他に方法がなければしかたがないという意見が多数を占めた。その一方で、態度評価にこそ OSCE の導入をすべきであるという意見も強かった。しかし、その場合には客観性に欠ける、採点にばらつきが出る、全国統一に行うのは困難である、といった意見が聞かれた。さらに、態度は必ずしもひとつの正解しかないというものではないので不適切な態度のみをチェックすべきだという意見や、入試の面接対策のように表面だけ取り繕うこともできるので無意味だという意見もあった。同様な意見は倫理についても聞かれた。

10. 国試出題の目標

当然、国試は6年間の医学教育の成果を試すものではあるが、すべてを計ることは不可能である。したがって、特に直前の臨床実習の成果

を測定評価するものであるべきという意見や引き続き臨床研修に不可欠な知識や思考能力を試すべきであるという意見が多かった。最近の医師としての態度や倫理などの在り方を問う問題を歓迎する意見がある一方で、国試とは知識の確認にすぎず人格などを確かめるものではないとする意見もあった。医師としての完成を保証するものという意見はまったくなく、あくまでも国試は始まりであって終わりではないという主旨ではほぼ全員一致しているように思われる。

1 1. 卒業試験の代替としての国試

ほとんどの意見では国試が卒業試験に代わるということも将来あり得る、あるいはそのほうが適切であるというものであった。しかし、国試が医師としての最低基準 *minimum requirement* を示しているとする、大学独自の教育目標としての医師像に到達したかを試す付加的な卒業試験は必要という意見や、大学は学問の場であるから、学問を修得したということと専門職の資格は別であるという旧来的な意見も聞かれた。しかし、いくつかの大学では国試様式の試験で卒業判定を行うなど医学教育の中にすでに国試が取り込まれているのが現状であった。

1 2. Step 3 の導入

USMLE の Step 3 は国試の H 問題と同じ形式で研修医の期間に受験するものであるが、これを我が国の研修医評価にも導入することについては教員側は研修の成果が評価されるべきであるという点よりほとんどが賛成とする意見であった。これに対して受験側である研修医や学生は、ローテートした科や研修内容などにより差ができる、ペーパー試験対策をしまして研修が疎かになる、うからなかった場合の処遇が不安、医籍登録してあるのにさらに試験するならば医師としての立場が不明確といった反対意見が多く聞かれた。しかし中には受験側にもかかわらず、研修中に不確かとなった知識を再確認するには有用であるという意見もあった。

1 3. 8 年制医学部や *medical school* 方式での国試の位置づけ

8 年制医学部や *medical school* 方式についてはかなり批判的な意見も多かった。もしも制度が変更になっても今と変わらないか、アメリカの USMLE の方式になるとの見方がほとんどであった。

D. 考察

医師国家試験というのはある意味では我が国に特異的なものである。多くの国では、我が国の戦前と同じように、大学卒業認定、つまり学位取得を以て医師資格を与えている。アメリカにおいては USMLE が実施されているが、これは資格というより開業免許という性格があり、

州あるいは大学によっては USMLE の受験を求めている場合もある。このような背景には諸外国においては各大学の医育養成課程が定期的に審査されることや、医学部入試共通試験などの存在があり、一概に我が国と比較することはできない。むしろ、医師としての質を国民に保証するという役割としてはすでに定着し、国民の期待もその事にあると言える。ところが、医学情報の膨大化や多様化によりもはや国試のみにその機能を期待するのは困難な状況となっているのではなかろうか。国試の質を向上させるということは難易度を上げることでなく、範囲を拡大するのでもなく的確な出題により明確な目標達成を測定するものでなければならぬとするのは今回の調査においても共通の認識であると考えられる。それにはまず国試で測定する目標を設定するところから明確にしていく必要があるだろう。

まず、国試の目標を考えるには、医師としての能力として何が必要かを検討することが重要である。どのような能力を身につけさせるかということの主眼においた *competency-based* の教育や研修はすでにアメリカにおいては導入されてきている。それらがどの程度身に付いたかを評価するものとして試験が存在するならば、はたして項目一覧的な国試ガイドラインで十分であろうか。アメリカではこの *competency* について国家レベルで議論され、最近では医学教育カリキュラムに行動科学、社会科学的項目をもっと増加させるべきであるという提言が国立科学アカデミーの医学研究所より出されている。これらは医師に単なる医療技術ではなく、患者に対する社会支援、生活支援あるいは包括的支援という役割が期待されていることの反映である。国試においてはプライマリケアを主眼としていとされつつも、それがどのような能力によって保証されるかが漠然としている。これについてはさらに検討が必要であるが、現在導入されつつある共用試験が USMLE の Step 1 に相当する役割を担うものとして確立されるならば、今後は Step 2 に相当する臨床中心のもので国試はよいのかもしれない。その際には臨床実習で学んだことが直接反映するような、想起よりも解釈や問題解決を中心とした出題が多くを占めなければ、現在ほとんどの大学でなされているような国試対策期間を設けるための臨床実習の圧縮といったねじれ現象が解消されないであろう。さらには技能や態度の評価には卒業時の段階としての OSCE の導入も必要であろう。これは当然共用試験とともになされる臨床実習参加への評価としての OSCE とはレベル的に変える必要があるだろう。態度の評価については賛否様々な意見が聞かれたが、教育の情意領域の評価としては避けることができないものであるか

らには、不適格者の抽出などその方法や目的に工夫を要する。少なくとも「正解」を選ぶという問題ではないであろう。また、この段階での試験は臨床実習の成果を踏まえて合格者が卒後臨床研修を受ける能力を有していることを保証するものである必要があるだろう。

卒業試験との関係ではかなりの意見が国試の役割を重視しているものと考えられる。旧来的な学問の習熟と職業教育は別とする意見もあったが、国民の大多数が医学部・医科大学に期待しているのは質の高い医師養成であって学問の向上ではない。そのために多大な税金が投入されていることを省みれば、医学部・医科大学の第一の目的はやはり医師の養成である。そのためには国試は全国共通試験としての意義も大きい。ただ、大学としての独自性も損なわれてはならないので、国試がすべてとなることはできないであろう。しかし、国試に合格しなかった者を卒業させているのは医師養成機関としての役割を全うしていると言えるだろうか。むしろ責任を持って再教育することが重要であろう。その意味では国試は卒業の最低条件であるべきである。

国試の範囲として必修の基本事項はプライマリケアを主題とし、医学総論と医学各論は原則として我が国のどの医療機関であっても対応できる内容に限定するという基本的考え方がブループリントにより示されている。にもかかわらず、今回の調査でみられたように稀な疾患や医師として障害遭遇する可能性の低い状況も出題されているという批判がある。もしそうならば、はたしてガイドラインの項目が基本的考え方に則しているのか検討が必要である。しかし、多くの批判は問題作成が大学病院中心であるためにそのような傾向が出るというものであり、今後は広く市中の臨床研修病院などからも出題委員を求めることが示唆される。さらにプライマリケアとはどういうものを考えるのか国試としての立場を明確にする必要もある。プライマリケアが一次救急と同じものにとらえている場合もまだ存在していることも今回の調査で明らかになった。

国試のカテゴリー区分や出題形式についてはあまり異論が少ないものの、問題そのものの質についてはかなりの批判があった。特に単なる機械的に解答がなされる問題がまだ主流であるという厳しいものも聞かれた。すでにプール制となっている膨大な問題を出題委員がチェックするのはほとんど不可能であろうが、こんごは専門とする職務も必要となるであろう。そもそも試験というのは評価測定のツールであり、測定の尺度は妥当性や信頼性をはじめとして適切さが検討されていかななくてはならないものであるが、現在の国試についてはそこまでがなされ

るほどの余裕がないところであろう。そのためには、アメリカの USMLE のように、専任者のいる試験センターなどで集中して検討していく必要がある。

研修医については、教育側は何らかの評価を行う必要性を答えている。現在は EPOC で評価されるが、最終的評価はない。研修を終了して基準の質に達していることを保証する意味でも試験は必要であろう。国試終了後2年の研修で知識が乏しくなっているという意見もあったが、そもそも研修中に乏しくなるような知識ならばそれを試験していることに問題がある。ブループリントの主旨から言えば、その知識は研修を通してブラッシュアップされるものでなければならない。つまり、問題を工夫することでこの懸念は解消されると考えられる。また、研修終了前後の身分の問題であるが、そもそも国試に合格して医籍登録されても研修を修了しなければ病院・診療所の開設者となれないという規定が存在する。それならば研修評価試験を合格した段階で開設者たる資格を有する許可書か免許が発行されるほうがわかりやすいのではだろうか。もちろん最終評価に合格しない者は改めて研修を受けなくてはならないのは道理であろう。

E. 結論

今日すでに、医師国家試験は卒後の一時点のみを見据えて出題されるものではない。卒前教育からの段階を配慮し、さらに卒後研修に引き続いていく橋渡しとして適切な能力を保証するためのものとして存在していくことになる。それに合わせて適切なガイドラインと問題作成がなされなければならないが、それらを常にモニターしていくためには専任者のいる試験センターも必要となってくる。今後は医師養成の一環にある医師国家試験という在り方を明確にしつつ、整合性と一貫性をもった試験としていくべきであろう。

資料編

(プライマリケア指導医を養成する講習会のモデルカリキュラムと標準テキスト)

目次

概要	1
日程表	2
学習目標	6
＜第1日＞	
アイスブレイキング	7
学習理論	9
臨床研修「地域保健・医療」に関するニーズとダイヤモンド	17
新医師臨床研修制度と指導医	19
死亡診断・死体検案	25
＜第2日＞	
カリキュラム・プランニング	31
テーマ設定・目標設定	41
学習方法（方略）	45
＜第3日＞	
評価方法	53
ケースメソッドによる地域保健・医療研修	59
＜第4日＞	
症例カンファレンス	61
目標、学習・評価方法の設定、ケースメソッド：最終報告 グループワーク・プロダクト	67

臨床研修指導医養成講習会（地域保健・医療）：概要

1. 目的

平成16年度より医師臨床研修制度が抜本的に改革され、診療に従事しようとするすべての医師が、2年間臨床研修を受けることが義務づけられることとなった。これに併せて、臨床研修内容の検討が進められ、「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（医政発第0612004号 平成15年6月12日）」の中で、地域保健・医療を必修科目とし臨床研修2年次において研修期間1月以上とされた。

しかし、地域保健・医療の中核を担う保健所には、臨床研修を行うべき臨床研修指導医及び研修機能が整っておらず、全国的に一定水準以上の研修機能を養成する必要性が国の責務としてある。国立保健医療科学院は、厚生労働省の中で保健医療従事者に対する研修教育とその技法の開発に責任を有する国研として、これらの要請に早急に呼応する必要がある。

そこで、国立保健医療科学院が、保健所における臨床研修指導医たる保健所長あるいは保健所医師に対して、必要な知識及び指導技術等を習得させ、地域保健・医療に関して効果的な臨床研修を行えるよう図るものである。

2. 効果

本研修で養成された保健所長を含む保健所医師が、臨床研修指定病院の要請を受け2年次臨床研修医に対して、平成17年度より地域保健・医療に関する臨床研修を行うことができ、地域保健・健康増進の重要性を研修医に理解させる。

このことが、国民全体の健康増進に寄与し医療費削減への一方策となり、さらに、限られた医療費財源を国民に対して有効に最適に使うことが可能となり国民全体の幸福へとつながる。

3. 概要

(1) 対象者 保健所長、原則として3年以上の公衆衛生実務経験を有する保健所医師

(2) 受講者数 第1回20人、第2回31人

(3) 研修目標 臨床研修指導医（保健所）の研修指導能力の向上を目指す。
臨床研修指導医（保健所）が、指導医としての役割を実践し効果的な臨床研修を行えるために、新しい卒後臨床研修制度及びその理念と行動目標、経験目標を理解し、プライマリケアの修得に必要な望ましい研修プログラム（地域保健・医療）に基づき、研修医を学習原理に従って効果的に指導し評価する能力を身につける。

(4) 研修内容 新医師臨床研修制度と保健所指導医
学習理論、学習目標、学習方法（方略）、評価法
症例カンファレンス
研修カリキュラムの計画方法（カリキュラム・プランニング）
ケースメソッドによる地域保健・医療研修
死亡診断・死体検案

指導医としての役割	研修プログラムの行動目標	研修内容
1. 公衆衛生分野における原理・原則	最新の現場の知識を有し、適応する。	ケースメソッドによる地域保健・医療研修、死亡診断・死体検案
2. 研修到達度の評価	学習原理(学習の定義、学習目標、方略、評価)を理解する。 研修カリキュラムの内容を説明できる。(理念と行動目標、経験目標) 新しい卒後臨床研修制度について説明できる。 カリキュラムプランニングを理解し立案できる。 担当分野での指導内容を説明できる。	学習理論、学習目標、学習方法(方略)、評価法 新医師臨床研修制度と保健所指導医 カリキュラム・プランニング
3. 研修医への指導・評価	研修医への指導方法、評価方法を理解し立案できる。	学習方法(方略)、評価法、症例カンファレンス
4. ロールモデル	研修医のロールモデルとなることを確認し示す。	地域保健・医療分野における指導医の役割

研修1日目

時刻	プログラム	研修内容	方法	必要な時間
13:00	開講式	厚生労働省挨拶 院長挨拶 コース主任挨拶、講師紹介、その他説明		40
13:40	アイスブレーキング	アイスブレーキング 他己紹介	オリエンテーション GW,PL	10 60
14:50		休憩		10
15:00	学習理論	コアカリキュラム、卒前教育、成人教育	ML	30
15:30	臨床研修「地域保健・医療」に関するニーズとディマンド	臨床研修「地域保健・医療」でのニーズとディマンド 地域保健・医療分野における指導医の役割 テーマの提示	オリエンテーション GW PL 討論、総括	20 60 20
17:10		休憩		10
17:20	新医師臨床研修制度と保健所指導医	行動及び経験目標の提示	ML	30
17:50	死亡診断・死体検案	死亡診断・死体検案	ML グループワーク	60
18:50		明日の説明、第1日目の評価票記入		10

研修2日目

時刻	プログラム	研修内容	方法	必要な時間
9:30	ふり返り	前日の参加度を評価		10
9:40	カリキュラムプランニング	学習理論、目標設定	ML	30
10:10	テーマ設定・目標設定	テーマの設定 具体的に何を研修医に学習させるのか目標設定 テーマの具体的例示として	オリエンテーション	10
		1. 精神障害者への対応 2. 児童虐待への対応(母子保健) 3. 医療監視(医療安全) 4. 老人保健事業・介護保険	GW	80
11:40	休憩			10
11:50	テーマ設定・目標設定	テーマの設定 具体的に何を研修医に学習させるのか目標設定	PL 討論、総括	40
12:30	昼食			60
13:30	学習方法(方略)	学習方法(方略)	ML	20
13:50	学習方法(方略)	具体的な学習方法(方略)を設定	オリエンテーション GW	10 120
16:00	休憩			10
16:10	学習方法(方略)	具体的な学習方法(方略)を設定	PL 討論、総括	60
17:10	明日の説明、第2日目の評価票記入			10
17:20	意見交換会			

研修3日目

時刻	プログラム	研修内容	方法	必要な時間
9:30	ふり返り	前日の参加度を評価		10
9:40	評価方法	評価方法	ML	20
10:00	評価方法	具体的な評価方法を設定	オリエンテーション	10
			GW	70
11:20	休憩			10
11:30	評価方法	具体的な評価方法を設定	PL	60
12:30	昼食			60
13:30	ケースメソッドによる 地域保健・医療研修	ケースメソッドを使った模擬演習	ML	30
14:00	ケースメソッドによる 地域保健・医療研修 (地域保健・医療分野における 指導医の役割)	テーマ別に研修医に考えさせるケース、設問の設定	オリエンテーション	10
		各テーマ別に作成 1. 精神障害者への対応 2. 児童虐待への対応(母子保健) 3. 医療監視(医療安全) 4. 老人保健事業・介護保険	GW	140
16:30	休憩			10
16:40	ケースメソッドによる 地域保健・医療研修 (地域保健・医療分野における 指導医の役割)	テーマ別に研修医に考えさせるケース、設問の設定	PL	40
		各テーマ別に作成 1. 精神障害者への対応 2. 児童虐待への対応(母子保健) 3. 医療監視(医療安全) 4. 老人保健事業・介護保険	討論、総括	
17:20	明日の説明、第3日目の評価票記入			10

研修4日目

時刻	プログラム	研修内容	方法	必要な時間
9:30	ふり返り	前日の参加度を評価		10
9:40	症例カンファレンス	症例カンファレンスのロールプレイ 症例カンファレンスにおける研修医の 主体的学習参加について考える ⇒精神障害者の社会復帰ケースについて考え	オリエンテーション ロールプレイ 全体討論 ロールプレイ	10 30 30 30
11:20	目標・学習方法(方略)・ 評価方法の設定 ケースメソッドによる地域保健・ 医療研修	テーマ別に目標・学習方法(方略)・評価方法の設 定、ケースメソッドによる地域保健・医療研修の総合 各テーマ別に作成 1. 精神障害者への対応 2. 児童虐待への対応(母子保健) 3. 医療監視(医療安全) 4. 老人保健事業・介護保険	PL 討論、総括	60 30
12:50	WS内容の修正	発表内容の修正、提出	GW	30
13:20 13:50	閉講式	受講者の意見、各講師からの総評 最終日の評価票記入		30

学習目標

主題： 臨床研修指導医(保健所)の研修指導能力の向上を目指す。

一般目標：

臨床研修指導医(保健所)が、指導医としての役割を実践し効果的な臨床研修を行えるために、新しい卒後臨床研修制度及びその理念と行動目標、経験目標を理解し、プライマリケア(特に地域保健・医療分野)の修得に必要な望ましい研修プログラムに基づき、研修医を学習原理に従って効果的に指導し評価する能力を身につける。

行動目標＝研修目標：

1. 最新の現場の知識を有し、適用する。
2. 学習原理(学習の定義、学習目標、方略、評価)を理解する。
3. 研修カリキュラムの内容を説明できる。(理念と行動目標、経験目標)
4. 新しい卒後臨床研修制度について説明できる。
5. カリキュラムプランニングを理解し立案できる。
6. 担当分野での指導内容を説明できる。
7. 研修医への指導方法、評価方法を理解し立案できる。
8. 研修医のロールモデルとなることを確認し示す。

1日目 アイスブレイキング

アイス・ブレイキング

1. アイス・ブレイキングの必要性

グループワーク開始時には、参加者は次のような未知への不安感や緊張感をもっている。

- ①内容は理解できるだろうか。
- ②恥をかくことはないだろうか。
- ③講師や他の参加者はどのような人だろうか。
- ④他の人はどのような服装をしてくるだろうか。

同時に、参加者は受け身で、次のような潜在的なフラストレーションももっている。

- ①「なぜ私に参加（研修）する必要があるのか」という疑問
- ②「研修内容は自分には関係ない」という思い
- ③わからない言要や自分の感性にマッチしない言葉の存在
- ④講師や他人の言っていることがわからない、納得できない、という誤解や反発
- ⑤感情的に「この種の人は嫌い」「不愉快だ」「押し付けだ」という気持ち

そのため、緊張感を解除しリラックスさせる目的で、自己紹介、他己紹介、いくつかのゲームなど、多くのアイス・ブレイキング技法が取り入れられる。

2. 他己紹介

参加者全員が立ち2人1組となり、なった人から椅子に座ってください。

自己紹介を2人でします（5分）。聞く内容は所属などではなく、人柄、趣味、特技などにしてください。

次に、相手のことを、〇〇先生ではなくて、「〇〇さんは～な人です」（1分）とみんなに紹介してください。

3. もっとも印象に残った学習体験

中学生時代までで、最も印象に残った学習体験を紙にマジックで絵を書いてください（5分）。できたら、みんなの前で説明してください（1分）。

1日目 学習理論

学習理論

川南勝彦

国立保健医療科学院・公衆衛生政策部

1

卒前教育をめぐる環境の変化

- 医学知識の量↑ライフサイクル↓
- 専門分化の進行—discipline中心主義の限界
- 全人的医療—bio-psycho-social-
- 人権、コミュニケーション、患者満足
- 高齢化、介護、地域、在宅、外来へ

2

卒前教育の流れ

Student-centered	↪教師中心
<u>Problem-based leaning</u>	↪暗記主体
Integrated	↪縦割り教育
Community-based	↪大学病院
Elective	↪画一的
Systematic	↪徒弟的

3

成人教育

アンドラゴジー
Andragogy

小児教育

ペダゴジー
Pedagogy

4

成人教育の特徴

M.Knowles

- I : 自己決定的
- II : 体験・経験重視
- III : ニードに基づく学習が効果的
- IV : 問題中心的、作業中心的学習を好む

5

I : 自己決定的

- 自主性を重んじる雰囲気、教員との協同
- 学習目標、計画、評価の自己(協同)決定

6