

看護技術を支える要素

- 1 医療安全の確保
 - 1 安全確保対策の適用の判断と実施
 - 2 事故防止に向けた、チーム医療に必要なコミュニケーション
 - 3 適切な感染管理に基づいた感染防止
- 2 患者及び家族への説明と助言
 - 1 看護ケアに関する患者への十分な説明と患者の選択を支援するための働きかけ
 - 2 家族への配慮や助言
- 3 的確な看護判断と適切な看護技術の提供
 - 1 科学的根拠(知識)と観察に基づいた看護技術の必要性の判断
 - 2 看護技術の正確な方法の熟知と実施によるリスクの予測
 - 3 患者の特性や状況に応じた看護技術の選択と応用
 - 4 患者にとって安楽な方法での看護技術の実施(5)看護計画の立案と実施した看護ケアの正確な記録と評価

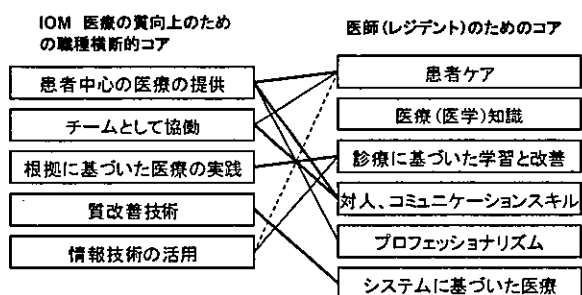
参考：<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/03/s0310-6.html#h1>

各国・各団体のコア・コンピテンシーの比較

各国・各団体のコア・コンピテンシー項目の関係を見たところ、共通部分として“医療の倫理”、“チーム医療”、“コミュニケーション”、“EBM”、“安全・質管理”が抽出された。しかし各領域は互いに重複しており、ほぼ同じ内容であることが確認された。

まとめ	IOM (米国)	ACGME (米国)	卒後臨床研修 (日本)
	患者中心の医療の提供		
		患者ケア	
倫理		プロフェッショナリズム	患者医師関係
チーム医療、コミュニケーション	チームとして協働	対人・コミュニケーション	チーム医療
		医学知識	
EBM	根拠に基づいた医療の実践	診療に基づいた学習と改善	問題対応力
社会的			医療の社会性
安全・質管理	質改善技術	システムに基づいた医療	安全管理
	ITの活用		
			症例提示

IOMとACGMEの関係



参考資料

- ・ Carraccio C et al. Educating the Pediatrician of the 21st Century: Defining and Implementing a Competency-Based System. *Pediatrics* 113:252-258, 2004.
- ・ Whitcomb ME. More on Competency-Based Education. *Acad Med* 79:493-494, 2004.
- ・ Smith SR. Assessing Students' Performances in a Competency-based Curriculum. 78:97-107, 2003.
- ・ Carraccio C et al. Shifting paradigms: from flexner to competencies. *Acad Med* 77: 361-367, 2002.
- ・ Epstein RM et al. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 287: 226-235, 2002.
- ・ The Pew Health Professions Commission. <http://futurehealth.ucsf.edu/pewcomm.html>
- ・ 廣瀬輝夫. 米国の医学教育から何を学ぶか. 篠原出版新社 2003
- ・ GL ノエル. 変貌する日本の医学教育. 金原出版 2004
- ・ IOM. Improving Medical Education. National Academy Press Washington 2004

わが国のコア・コンピテンシー(案)

コンピテンシーの概念、諸外国における医療のコンピテンシーを参考に、医療の質の確保のためのわが国におけるコア・コンピテンシー(案)を作成した。作成は専門家からなる数回の小グループミーティングで行い意見の集約を図った。

医療の質の確保のためのコンピテンシーの構造(案)

諸外国およびわが国の事例をもとに、必要とされる資質の領域を決定しグループ化を行った。ここでは“医療人としてのプロフェッショナルリズム”、“コア技術・知識”、“コア能力”、“患者中心の医療の提供”、の4つのコンポーネントに整理された。

患者中心の医療の提供

ここで言う“患者中心の医療の提供”とは、“良質の医療サービスを、時間的、空間的に切れ目無く提供する”ことである。これは医療システムの最終的な目標であり、すべての資質の頂点となるべきものである。

医療人としてのプロフェッショナルリズム

いわゆる心構えに近いもので、“患者の幸福の優先”、“自律性の尊重”、“倫理・規範・責任の遵守”等の道徳的、倫理的な部分、“誠実、優しさ、他者の尊重”等の基本的な人間性の部分、“継続的学習、自己開発・探究心・振り返り”等の自己啓発的な部分からなる。個々の内容を行動で定義することは可能であるが、その測定や教育は容易ではない。

コア技術・知識

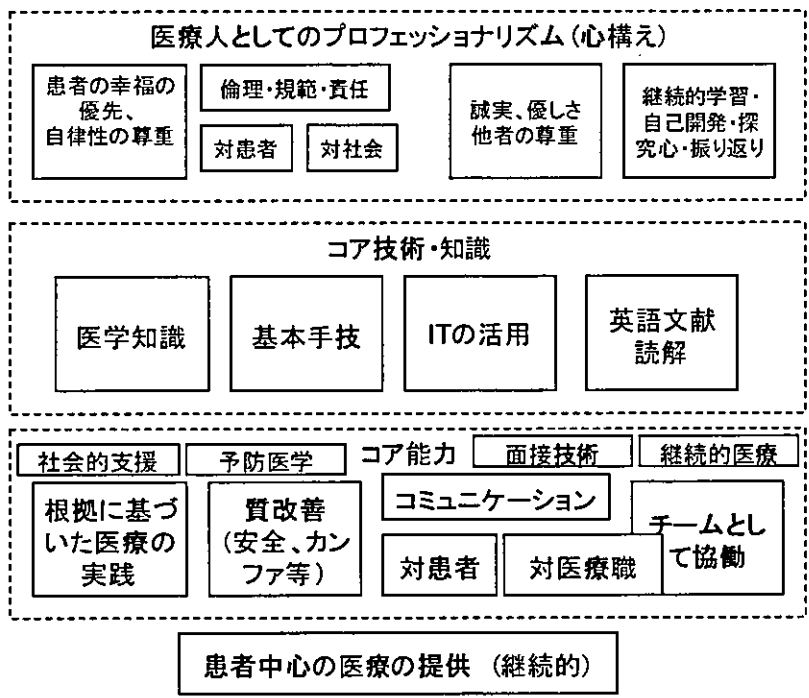
“医学知識”、“基本手技”、“ITの活用”、“英語文献読解”からなる。特に前2者については従来の医学教育の中心となっていたもので、測定が容易で学習者、教育者とも到達レベルがやすく確認できることから固執しすぎる嫌いがある。“医学知識”、“基本手技”ともに医療人にとって重要なものであるが、それのみでは良質の医療の提供にはつながらない。

“ITの活用”は近年急激に進行している医療サービスの電子化への対応や、“EBM”実践のための基礎技術として必要なもので、今後良質の医療の提供のために不可欠のものである。“英語文献読解”は、近年の情報のグローバル化に対応するためのもので、例えば“EBM”の実践においてすばやい英語論文解釈は必須のものである。英語能力にはリーディング、リスニング、スピーキング、ライティングがあり、それぞれ重要ではあるが、良質の医療の提供のためには古典的な英文読解力が不可欠のものである。

コア能力

“根拠に基づいた医療の実践”、“質改善”、“コミュニケーション”、“チームとして協働”等、実際の診療において良質な医療を提供する為に必要なものであり、諸外国やわが国の事例でコンピテンシーとして挙げられているものが入る。

以上述べた各パーツ(特にコア能力)は決して独立したものではなく互いにオーバーラップしており、医療人はそれぞれの場面において、これらのパーツと経験を組み合わせて具体的な行動を行っている。また個々のパーツは、職種(横断的)、卒前、卒後初期、生涯(縦断的)に同じものであり、職種や状況、ポジションにより求められる到達レベルは異なる。



医療人が患者に対して行う行為

- ・ 患者の現状把握・課題が把握できる (面接技術、コミュニケーション)
- ・ 最新の知見を得る (EBM)
- ・ 価値と併せて執行できる (EBM)
- ・ 他の人と協働できる (チームとして協働)
- ・ 評価・改善ができる (質改善)
- ・ 患者に継続的医療が提供できる (継続的医療)
- ・ 患者に予防医学的支援ができる (予防医学)
- ・ 患者に心理的な支援ができる (コミュニケーション)
- ・ 患者に社会的な支援ができる (社会的支援)

各ドメインの縦断的学習のイメージ

ドメイン	患者中心の医療 (継続的)	コミュニケーション	チームとして協働	質改善	根拠に基づいた医療の実践	IT	英語論文読解
卒前							
卒後初期							
生涯							

職種横断的、卒前・卒後初期・生涯横断的であり、学習段階により到達レベルを設定する。到達レベルは行動の組み合わせで測定する (心構え、気合は測れない)。

患者中心の医療をゴールとする。

医療人としてのプロフェッショナリズム(参考資料)

1. the Medical Professionalism Project 1999- the Charter on Medical Professionalism
the ABIM Foundation (American board of internal medicine)
the ACP-ASIM Foundation(American college of physician-American society of internal medicine)
the European Federation of Internal Medicine

基本原則

- ・患者の幸福優先の原則
患者の利益に仕えることに専念することで、利他主義 (altruism) が患者医師関係の中心である信頼 (委託) 関係に寄与する。この原則は、市場・社会・管理的圧力に妥協しない。
- ・患者の自主性の原則
医師は患者の自主性を尊重しなければならない。医師は患者に誠実であり、患者が治療についてインフォームドデシジョンを行なえるようにする。そしてその意思決定が、倫理にかない不適切なものでない限り、中心にすえられなければならない。
- ・社会的公正の原則
医療専門家は医療システムにおける公正性 (医療資源の配分を含む) を進めなければならない。医師は医療における差別 (人種、性別、社会経済的状态、民族、宗教などのすべての社会的カテゴリー) を積極的に排除しなければならない。

専門家の責務

- ・専門家としてのコンピテンス
医師は良質の医療を提供するために、生涯を通じた学習を行い、医学的知識、臨床的スキル、チームスキルの維持に責任を持たなければならない。さらに専門家全体としてすべてのメンバーが有能であるように努力し、それを達成するために適切なメカニズムが利用できるようにするべきである。
 - ・患者に対して誠実である
 - ・患者の秘密を守る
 - ・患者との適切な関係を維持する
 - ・医療の質の向上
 - ・医療へのアクセスの向上
 - ・医療資源の適正配置
 - ・科学的知識
 - ・利害の衝突に適切に対処し信託を得る
 - ・専門家としての責任

医師は患者のケアが最善のものとなるように、協働し、互いに尊重し、自己規制プロセスへ参加すること期待される。医師には個人として、集団としてこのプロセスにかかわる義務がある。この義務には、専門家としてのパフォーマンスに関する内部アセスメントへの取り組み、外部査察の受け入れが含まれる

参考

- ・ Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med.* 2002 Feb 5;136(3):243-6.
- ・ 新ミレニアムにおける医療倫理と医師のプロフェッショナリズム. 李啓充 Source : 日本外科学会雑誌 105 巻臨増 Page40(2004.03)

A SET OF PROFESSIONAL RESPONSIBILITIES

Commitment to professional competence.

Physicians must be committed to lifelong learning and be responsible for maintaining the medical knowledge and clinical and team skills necessary for the provision of quality care. More broadly, the profession as a whole must strive to see that all of its members are competent and must ensure that appropriate mechanisms are available for physicians to accomplish this goal.

Commitment to honesty with patients.

Physicians must ensure that patients are completely and honestly informed before the patient has consented to treatment and after treatment has occurred. This expectation does not mean that patients should be involved in every minute decision about medical care; rather, they must be empowered to decide on the course of therapy. Physicians should also acknowledge that in health care, medical errors that injure patients do sometimes occur. Whenever patients are injured as a consequence of medical care, patients should be informed promptly because failure to do so seriously compromises patient and societal trust. Reporting and analyzing medical mistakes provide the basis for appropriate prevention and improvement strategies and for appropriate compensation to injured parties.

Commitment to patient confidentiality.

Earning the trust and confidence of patients requires that appropriate confidentiality safeguards be applied to disclosure of patient information. This commitment extends to discussions with persons acting on a patient's behalf when obtaining the patient's own consent is not feasible. Fulfilling the commitment to confidentiality is more pressing now than ever before, given the widespread use of electronic information systems for compiling patient data and an increasing availability of genetic information. Physicians recognize, however, that their commitment to patient confidentiality must occasionally yield to overriding considerations in the public interest (for example, when patients endanger others).

Commitment to maintaining appropriate relations with patients.

Given the inherent vulnerability and dependency of patients, certain relationships between physicians and patients must be avoided. In particular, physicians should never exploit patients for any sexual advantage, personal financial gain, or other private purpose.

Commitment to improving quality of care.

Physicians must be dedicated to continuous improvement in the quality of health care. This commitment entails not only maintaining clinical competence but also working collaboratively with other professionals to reduce medical error, increase patient safety, minimize overuse of health care resources, and optimize the outcomes of care. Physicians must actively participate in the development of better measures of quality of care and the application of quality measures to assess routinely the performance of all individuals, institutions, and systems responsible for health care delivery. Physicians, both individually and through their professional associations, must take responsibility for assisting in the creation and implementation of mechanisms designed to encourage continuous improvement in the quality of care.

Commitment to improving access to care.

Medical professionalism demands that the objective of all health care systems be the availability of a uniform and adequate standard of care. Physicians must individually and collectively strive to reduce barriers to equitable health care. Within each system, the physician should work to eliminate barriers to access based on education, laws, finances, geography, and social discrimination. A commitment to equity entails the promotion of public health and preventive medicine, as well as public advocacy on the part of each physician, without concern for the self-interest of the physician or the profession.

Commitment to a just distribution of finite resources.

While meeting the needs of individual patients, physicians are required to provide health care that is based on the wise and cost-effective management of limited clinical resources. They should be committed to working with other physicians, hospitals, and payers to develop guidelines for cost-effective care. The physician's professional responsibility for appropriate allocation of resources requires scrupulous avoidance of superfluous tests and procedures. The provision of unnecessary services not only exposes one's patients to avoidable harm and expense but also diminishes the resources available for others.

Commitment to scientific knowledge.

Much of medicine's contract with society is based on the integrity and appropriate use of scientific knowledge and technology. Physicians have a duty to uphold scientific standards, to promote research, and to create new knowledge and ensure its appropriate use. The profession is responsible for the integrity of this knowledge, which is based on scientific evidence and physician experience.

Commitment to maintaining trust by managing conflicts of interest.

Medical professionals and their organizations have many opportunities to compromise their professional responsibilities by pursuing private gain or personal advantage. Such compromises are especially threatening in the pursuit of personal or organizational interactions with for-profit industries, including medical equipment manufacturers, insurance companies, and pharmaceutical firms. Physicians have an obligation to recognize, disclose to the general public, and deal with conflicts of interest that arise in the course of their professional duties and activities. Relationships between industry and opinion leaders should be disclosed, especially when the latter determine the criteria for conducting and reporting clinical trials, writing editorials or therapeutic guidelines, or serving as editors of scientific journals. **Commitment to professional responsibilities.**

As members of a profession, physicians are expected to work collaboratively to maximize patient care, be respectful of one another, and participate in the processes of self-regulation, including remediation and discipline of members who have failed to meet professional standards. The profession should also define and organize the educational and standard-setting process for current and future members. Physicians have both individual and collective obligations to participate in these processes. These obligations include engaging in internal assessment and accepting external scrutiny of all aspects of their professional performance.

FUNDAMENTAL PRINCIPLES**Principle of primacy of patient welfare.**

This principle is based on a dedication to serving the interest of the patient. Altruism contributes to the trust that is central to the physician-patient relationship. Market forces, societal pressures, and administrative exigencies must not compromise this principle.

Principle of patient autonomy.

Physicians must have respect for patient autonomy. Physicians must be honest with their patients and empower them to make informed decisions about their treatment. Patients' decisions about their care must be paramount, as long as those decisions are in keeping with ethical practice and do not lead to demands for inappropriate care.

Principle of social justice.

The medical profession must promote justice in the health care system, including the fair distribution of health care resources. Physicians should work actively to eliminate discrimination in health care, whether based on race, gender, socioeconomic status, ethnicity, religion, or any other social category.

2. Good Medical Practice (General Medical Council 2001)

医師として、特に以下のことを守らなければならない。

1. 患者のケアを第一の関心事とする。
2. すべての患者に礼儀正しく思いやりをもって接する。
3. 患者の尊厳とプライバシーを尊重する。
4. 患者の話をよく聞きその意見を尊重する。
5. 患者に理解しやすいように情報を伝える。
6. 患者がケアの意思決定に参画する権利を尊重する。
7. 常に最新の医学知識や技術を維持する。
8. 自分のプロとしての能力の限界を認識する。
9. 正直で信頼されるようにする。
10. 患者の秘匿情報を保護し尊重する。
11. 自分の個人的信条により患者のケアに偏見をきたさないようにする。
12. 自分や同僚がケアに適さないと判断したときは、速やかに患者をリスクから保護する。
13. 医師としての地位を乱用しない。
14. 他の医療者と協力して患者の利益を最優先させる。

良質のケア

良質の標準のケアの提供、医療の必要性の決定、緊急時の処置

良質の診療の維持

最新の知識、技術の維持、パフォーマンスの維持

教育と訓練、吟味と評価

評価、評価資料の提出、教育と訓練

患者との関係

患者の同意、秘密の尊重、信用の維持、良いコミュニケーション、患者-医師関係の終了
診療における問題の取り扱い（同僚の行為やパフォーマンス、苦情と調査、賠償保険）

同僚との関係

同僚に対する公正な扱い、チームで働く、チームリード、引継ぎ（継続的ケア）、情報の共有、権限委譲と紹介

誠実

情報の提供、研究、財政的で商業関係、利害の対立、病院、療養所と他の医学組織の財政的利権

健康

自分の健康

出典：<http://www.gmc-uk.org/>

The duties of a doctor registered with the General Medical Council

Patients must be able to trust doctors with their lives and well-being. To justify that trust, we as a profession have a duty to maintain a good standard of practice and care and to show respect for human life.

In particular as a doctor you must:

- make the care of your patient your first concern;

- treat every patient politely and considerately;
- respect patients' dignity and privacy;
- listen to patients and respect their views;
- give patients information in a way they can understand;
- respect the rights of patients to be fully involved in decisions about their care;
- keep your professional knowledge and skills up to date;
- recognise the limits of your professional competence;
- be honest and trustworthy
- respect and protect confidential information;
- make sure that your personal beliefs do not prejudice your patients' care;
- act quickly to protect patients from risk if you have good reason to believe that you or a colleague may not be fit to practise;
- avoid abusing your position as a doctor; and
- work with colleagues in the ways that best serve patients' interests.

In all these matters you must never discriminate unfairly against your patients or colleagues. And you must always be prepared to justify your actions to them.

Good Medical Practice

Good clinical care

Providing a good standard of practice and care; Decisions about access to medical care; Treatment in emergencies

Maintaining good medical practice

Keeping up to date; Maintaining your performance

Teaching and training, appraising and assessing

Making assessments and providing references; Teaching and training

Relationships with patients

Obtaining consent; Respecting confidentiality; Maintaining trust; Good communication; Ending professional relationships with patients; Dealing with problems in professional practice (Conduct or performance of colleagues; Complaints and formal inquiries; Indemnity insurance)

Working with colleagues

Treating colleagues fairly; Working in teams; Leading teams; Arranging cover; Taking up appointments; Sharing information with colleagues; Delegation and referral

Probity

Providing information about your services; Writing reports, giving evidence and signing documents; Research; Financial and commercial dealings; Conflicts of interest; Financial interests in hospitals, nursing homes and other medical organisations

Health

If your health may put patients at risk

3. 医の倫理綱領（日本医師会 2000）

医学および医療は、病める人の治療はもとより、人びとの健康の維持もしくは増進を図るもので、医師は責任の重大性を認識し、人類愛を基にすべての人に奉仕するものである。

1. 医師は生涯学習の精神を保ち、つねに医学の知識と技術の習得に努めるとともに、その進歩・発展に尽くす。
2. 医師はこの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける。
3. 医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。
4. 医師は互いに尊敬し、医療関係者と協力して医療に尽くす。
5. 医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める。
6. 医師は医業にあたって営利を目的としない。

4. 看護者の倫理綱領（日本看護協会 2003）

1. 看護者は、人間の生命、人間としての尊厳及び権利を尊重する。
2. 看護者は、国籍、人種・民族、宗教、信条、年齢、性別及び性的指向、社会的地位、経済的状态、ライフスタイル、健康問題の性質にかかわらず、対象となる人々に平等に看護を提供する。
3. 看護者は、対象となる人々との間に信頼関係を築き、その信頼関係に基づいて看護を提供する。
4. 看護者は、人々の知る権利及び自己決定の権利を尊重し、その権利を擁護する。
5. 看護者は、守秘義務を遵守し、個人情報の保護に努めるとともに、これを他者と共有する場合は適切な判断のもとに行う。
6. 看護者は、対象となる人々への看護が阻害されているときや危険にさらされているときは、人々を保護し安全を確保する。
7. 看護者は、自己の責任と能力を的確に認識し、実施した看護について個人としての責任をもつ。
8. 看護者は、常に、個人の責任として継続学習による能力の維持・開発に努める。
9. 看護者は、他の看護者及び保健医療福祉関係者とともに協働して看護を提供する。
10. 看護者は、より質の高い看護を行うために、看護実践、看護管理、看護教育、看護研究の望ましい基準を設定し、実施する。
11. 看護者は、研究や実践を通して、専門的知識・技術の創造と開発に努め、看護学の発展に寄与する。
12. 看護者は、より質の高い看護を行うために、看護者自身の心身の健康の保持増進に努める。
13. 看護者は、社会の人々の信頼を得るように、個人としての品行を常に高く維持する。
14. 看護者は、人々がよりよい健康を獲得していくために、環境の問題について社会と責任を共有する。
15. 看護者は、専門職組織を通じて、看護の質を高めるための制度の確立に参画し、よりよい社会づくりに貢献する

分担研究報告

厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）
分担研究報告書

医師としてのコンピテンシーに関する研究

分担研究者 長谷川 敏彦（国立保健医療科学院政策科学部長）

研究要旨

1. 医師のサービス生産過程、2. 医師の教育課程、3. 医師としてのコンピテンシー、について、関連機関の提案をレビューし考察を行った。その結果、医師のコンピテンシーとして、①患者中心の医療、②チーム医療、③問題解決能力としてのEBM、④質・安全管理、⑤医者の社会的役割、⑥コミュニケーション能力、の6つが浮かび上がった。

A. 研究目的

今日、国民の意識、社会経済状況、医療技術革新、医療供給体制が変動するなか、医療の質・安全性に関する期待が国内外を問わず高まってきている。そのような環境変化のなか、今後の医師のあるべき姿を追求し養成を行う必要がある。本研究では1. 医師のサービス生産過程、2. 医師の教育課程、3. 医師としてのコンピテンシー、についてレビューし考察を行った。

B. 研究方法

外部環境の変化や医療制度の変化、さらに近年の医学教育関連機関からの提案をレビュー、比較検討し、医師のコンピテンシーモデルについて考察を行った。

C. 結果および考察

1. 医師のサービス生産過程

医師のサービス生産過程をレビューすると、医師はチームの中のキャプテン・代表として、患者からのデータを取得し解釈し、最新の科学的根拠とつき合わせることによって患者の抱える問題を判断し、それに基づく最新・最良の治療を選択し、患者もしくは家族を説得し、同意を得て診療行為を行い、それを評価する、というサイクルからなる。これまで医師は勘と経験に基づいて患者の価値を顧みることなく意思決定、診療を執行することがみられたが、近年、科学的根拠に基づく医療（EBM）が推奨され、執行については複数の専門家（職種横断的）とチームとして診療すること、

そして何よりも患者を中心の診療を患者の参加の中で行うことが必要とされている。また、社会の高齢化とともに、財源は極めて厳しく、この過程をできる限り効率的に行うことが求められている。

2. 医師教育課程

医師を教育するにはまず、診療行為によって生み出す結果と直接関連した能力、即ちコンピテンシーの育成が極めて重要であり、そのための研修やその研修のためのシステムの確立をしていく必要がある。また、同時にそのための指導者を教育するいわゆる Training of Trainer (TOT)が必須とされている。

3. 医師としてのコアコンピテンシー

2002年の米国の Institute of Medicine(IOM)によるコンピテンシーは、“患者中心”、“チーム医療”、“EBM”、“質の改善”、“IT 技術の利用”の5項目、また Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) の1999年の定義では、“コミュニケーション能力”、“システムベースの診療”、“医学の知識”、“実践的学習”、“患者のケア”、“Professionalism”の6項目が挙げられ、最近のオーストラリアのニューサウスウェルズ州では、この2つを併せた“コミュニケーション”、“チーム活動”、“アカデミックな活動”、“質と安全性”、“患者のマネジメント”、“社会的役割”、“Professionalism”、“実技の能力”と8項目が挙げられている。わが国では、臨床研修ガイドラインの中で“チーム医療”、“問題対応能力”、“安全管理”、“症例提示”、“医師の社

会性”の6項目が掲げられているが、これらをメタ分析し取りまとめると、6つのコアコンピテンシーが浮かび上がった。

① 患者中心の医療

患者参加による、時間、空間的に継続的な医療の提供。

② チーム医療

複数の職種横断的専門家が、チームとして一人の患者のケアを行う。

③ 問題解決能力としてEBM

④ 質・安全管理

いわゆる結果マネジメントを主体とする能力。

⑤ 医者の社会的役割

当該患者のみならず、社会全体に対する説明責任や資源の効率的使用ができる能力。

⑥ コミュニケーション能力

患者とのコミュニケーション能力を出発点に、チーム間のコミュニケーション、さらには社会とのコミュニケーション。

3. その他
なし

D. 結論

1. 激変する社会のなか、医師に求められるコンピテンシーも変化しており
2. 従来知識、技術習得中心の教育ではなく、コンピテンシーに基づいた教育が必要である。
3. 医師の持つべきコア・コンピテンシーとして、患者中心の医療、チーム医療、EBM、質・安全管理、社会的役割、コミュニケーションが挙げられる。

E. 健康危機情報

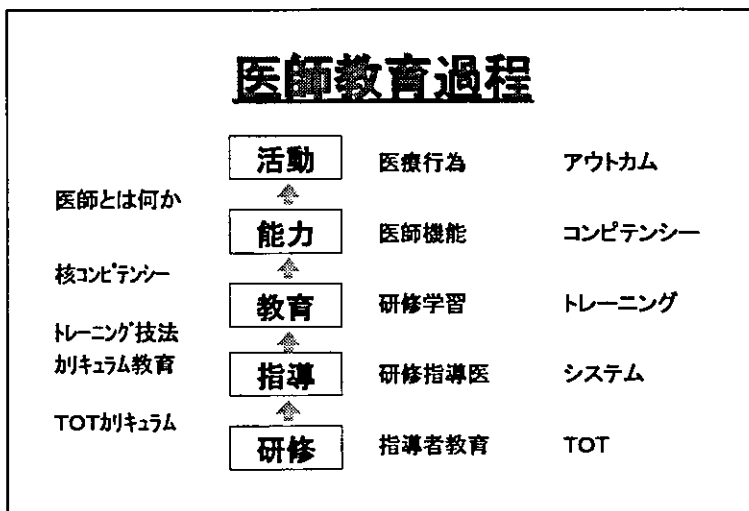
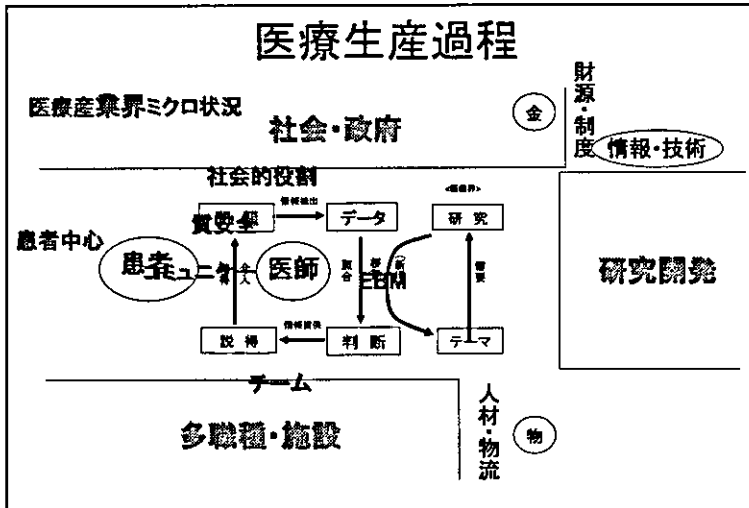
なし

F. 研究発表

1. 論文発表
2. 学会発表

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし



医師としてのコアコンピテンシー メタ分析

総括(6) 2004	日本(6) 2003	10M(5) 2002	ACGME(6) 1999	NSW州(8) 2004
患者中心 (継続医療)	患者医師関係	患者中心	コミュニケーション能力	コミュニケーション
チーム医療 (医療者・患者)	チーム医療	チーム	システムに基づく臨床	チーム活動
EBM (問題解決能力)	問題対応力	EBM	医学知識	学者的活動
質安全管理 (結果マネジメント)	安全管理	質改善	実践の学習	安全と質
医師の社会的役割 (説明責任、効率性)	症例呈示	IT	患者ケア	患者マネジメント
コミュニケーション能力 (患者、チーム、社会)	医師の社会性		プロフェッショナリズム	社会的役割
				プロフェッショナリズム
				実技能力

厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）
分担研究報告書

わが国のコンピテンシーに基づいた医師教育の現状

主任研究者 平尾 智広（香川大学医学部医療管理学）

研究要旨

先行事例を参考に作成したコア・コンピテンシー（案）：「プロフェッショナリズム」、「コア技術・知識」、「コア能力」を用いて、わが国におけるコンピテンシーに基づいた医師教育の現状の把握を行った。卒前、卒後初期、生涯教育についてカリキュラムを取り寄せ、あらかじめ設定したキーワードで検索を行ったところ、卒前教育ではキーワードは概ねカバーされていたが、IT、質改善技術、チームについての内容が少なく、最近の医学教育のポイントである多職種合同教育はなされていなかった。生涯教育では、コンピテンシー領域はカバーされているものの、具体的実施内容の多くは医学知識・技術に関するものであった。

A. 研究目的

現在わが国の医師教育は変革期にある、卒前教育については、モデルコアカリキュラムと共用試験（CBTとOSCE）の導入により教育内容のコアが設定され、各大学は独自性を追及しながらも教育内容の標準化が進んでいる。また卒後初期教育については、初期研修の必修化に伴い卒後臨床研修の到達目標が公開され、これまで病院独自で行ってきた研修内容の標準化への取り組みが始まったところである。本稿では本研究で明らかになった“医療の質向上のためにコア・コンピテンシー（案）”を基に、わが国の卒前教育、卒後初期教育、生涯教育におけるコンピテンシーに基づいた教育の現状について調査、考察を行った。

B. 研究方法

各施設が公表しているカリキュラムに対し、あらかじめ設定したコンピテンシーに関するキーワ

ードを検索し、コンピテンシーに基づく教育内容の評価を行った。具体的には以下のBoxに示すキーワードで検索を行い、記載されていた場合には“あり”、記載が明らかではなかった場合には“なしまたは不明”とした。これはあくまで外形のみの評価で具体的内容については明らかではなく、またカリキュラムに記載がなくても実際の教育が行われている場合、類似キーワードはあるが検索されなかった場合にはカウントされないので注意を要する。

検索に用いた資料は、卒前教育については医科系大学のシラバス、卒後初期教育については大学病院の研修カリキュラム、生涯教育については日本医師会生涯学習カリキュラム、主要学会専門医精度カリキュラムである。このうち卒前教育については内容の有無のみならず、何年次に教育が行われているか、最初に教育が行われるのは何年次かについても評価を行った。

Box.検索に用いたキーワード

- ・ 医師としての心得・心構え
- ・ 医師としての倫理（倫理学）
- ・ 患者医師関係
- ・ 情報処理関連授業

医療情報学、コンピューターの操作、モバイル機器の操作、インターネット検索、電子メール
ワープロ、表計算ソフト、電子カルテ、ホームページ作成、プレゼンソフト

- ・ 英語授業
英語文献読解（文献詳読）、速読

- ・ EBM
問題の定式化、文献検索法、批判的吟味、疫学（臨床疫学）、統計学、診療ガイドライン
- ・ 質の改善
医療の質、感染症対策、医療安全、インシデントレポートの書き方、グループワークの技法等
TQM（QC）、RCA（根本原因分析）、患者満足、カルテの書き方（POMR）
- ・ チーム医療
他学科（看護、薬学等）との合同授業
- ・ コミュニケーション
医療面接、症例提示の方法、カウンセリング
- ・ 患者中心の医療
- ・ PBL（チュートリアル）
- ・ クリニカルクラークシップ

C. 結果および考察

1. 卒前教育

各項目のカバー率

全 80 医科系大学のうち入手可能であった 62 大学のシラバスについてキーワード検索を行った。ほとんどの項目は概ねカバーされていたが、“質改善”のうち“TQM”と“RCA（根本原因分析）”、“チーム医療”のうち“他学科との合同授業”では“記載あり”が少なかった（表 1）。

教育を行う年次（最初に教育を行っている年次）

“医師としての心得・心構え”、“医師としての倫理（倫理学）”、“患者医師関係”については 1-5 年次に渡って教育が行われており、最初に教育を行うのは 1 年次が最も多かった（表 2-4）。“情報処理関連授業”は 1-2 年次を中心に行われており、特にソフト操作などのスキルのほとんどは 1 年次に行われていた（表 5-15）。“英語”教育は 1-2 年次に行われることが多いが、一部の大学では 3-4 年次にも教育が行われていた（表 16-18）。“EBM”関連教育は全学年において行われており、“統計”に関しては 1-2 年次、“疫学”に関しては 3-4 年次、具体的なステップについては 3-5 年次に行われているものが多かった（表 19-25）。“質の改善”、“医療安全”では 3-5 年次に行われることが多かった（表 26-35）。“チーム医療”は 1 年次と 4 年次に行われることが多いが、チーム医療教育のキーポイントである“他学科との合同授業（職種横断的）”

は 1 年次のみであった（表 36-37）。“コミュニケーション”はほぼ全学年にわたって行われ、“PBL(チュートリアル)”は 1-3 年次、“クリニカルクラークシップ”は 5-6 年次に多かった（表 38-44）。

2. 卒後初期教育

80 大学のうち 57 大学のカリキュラムを入手したが、そのほとんどが卒後臨床研修の到達目標をそのまま採用していた。カリキュラムの細部についての記載はほとんどなかったが、オリエンテーション（数日から 2 週間）期間中に、“医師としての心得・心構え”、“情報処理（オーダーリング）”、“EBM”、“感染症対策”、“医療安全”、“カルテ記載”、“チーム医療”、“コミュニケーション”等を行っている施設が多かった。また研究期間中に複数回の講義・セミナーを開き、その中で上述した内容を行う施設も見られた。

3. 生涯教育

生涯教育は医師のキャリアの大部分をカバーするもので、医療の質の確保のために非常に重要な位置を占めている。医師はその所属により大学、病院等の勤務医と開業医に分けることができるが、それぞれを重点的にカバーしていると考えられる日本医師会生涯教育（開業医）と専門医制度（病院勤務医）についてカリキュラム内容を調査した。日本医師会生涯教育

日本医師会で行われている生涯教育カリキュラ

ムは、基本的医療課題と医学的課題に分かれており、それぞれカテゴリー（大項目）とテーマ（小項目）からなっている。医学的課題はいわゆる診療に関わる知識、技術が主で、テーマとして個々の疾病や検査法が挙げられている。

基本的課題は医療全体に関わる問題を扱い、その中で“医の倫理”、“チーム医療”、“医療の質の評価”、“EBM”、“医療情報”が含まれている。しかし実際に開催されるのは医学的問題がほとんどで、全体として知識、技術に偏ったものであった。

日本医師会（生涯教育の経緯）

S37 日本医師会医学講座

開業医師の卒後教育支援プログラム 5年を1期として日本医師会から通達した必須項目について都道府県医師会単位で実施

S59 生涯教育推進会議発足

S62 日本医師会生涯教育制度開始

学習は医学的課題のみでなく、病診連携による体験学習や医療的課題を重視する。

各自の行う生涯教育活動の評価は自己申告制とし、評価基準に達した申告者に対し、生涯教育修了証を発行する。

S62 日本医師会生涯教育制度における病診連携についての提言

国立大学における研修医登録制創設

S63 病院勤務医の生涯教育の在り方に関する見解

専門医志向の勤務医に対して、自己の専門性を高めるとともに、人間性理解を深めるための医療的課題の必要性 学会認定医制度 24学会との単位互換

H元 家庭医機能の生涯教育に関する意見

すべての臨床医が修めるべき基本として「日本医師会生涯教育カリキュラム」

参考資料

・日本医師会創立記念誌 戦後50年の歩み 1997 日本醫事新報社 日本医師会編

282-293 6 学術・生涯教育の推進

・国民医療年鑑 平成 春秋社 日本医師会編

り、経験症例数、経験手技数が規定されている。また質の担保のため、更新制度が導入されているのが特徴的であった。

D. 結論

1. わが国においては CBE の概念に基づいて作成された医師教育カリキュラムはほとんどなかった。しかし卒前、卒後カリキュラムの外形評価では、具体的内容は明らかでないものの、その内容は先進事例のコア・コンピテンシー領域をほぼカバーしていた。
2. 本調査はカリキュラムの外形評価であるため、具体的内容については定かではない。今後具体的カリキュラムの把握とともに、卒前、卒後初期、生涯教育に共通のコンピテンシーの提示とカリキュラム開発が急務と考えられる。

E. 健康危機情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表
2. 学会発表

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

各種専門医制度

それぞれの専門領域の知識、技術に特化してお

表1.キーワード検索結果

N=62

	記載あり	記載なし/不明	記載あり	記載なし/不明
医師としての心得・心構え	39	23	62.9%	37.1%
医師としての倫理(倫理学)	57	5	91.9%	8.1%
患者医師関係	53	9	85.5%	14.5%
情報処理関連授業	58	4	93.5%	6.5%
医療情報学	45	17	72.6%	27.4%
コンピューターの操作	34	28	54.8%	45.2%
モバイル機器の操作	1	60	1.6%	98.4%
インターネット検索	37	25	59.7%	40.3%
電子メール	24	38	38.7%	61.3%
ワープロ	24	38	38.7%	61.3%
表計算ソフト	27	35	43.5%	56.5%
電子カルテ	19	42	30.6%	69.4%
ホームページ作成	15	47	24.2%	75.8%
プレゼンテーションソフト	36	26	58.1%	41.9%
英語授業	62	0	100.0%	0.0%
英語文献読解(外国文献詳読)	13	49	21.0%	79.0%
速読	1	61	1.6%	98.4%
EBM	61	1	98.4%	1.6%
問題の定式化	3	59	4.8%	95.2%
文献検索法	23	39	37.1%	62.9%
批判的吟味	5	57	8.1%	91.9%
疫学(臨床疫学)	53	9	85.5%	14.5%
統計学	56	6	90.3%	9.7%
診療ガイドライン	6	55	9.7%	90.3%
質の改善	58	2	93.5%	6.5%
医療の質	13	49	21.0%	79.0%
感染症対策	52	10	83.9%	16.1%
医療安全	51	11	82.3%	17.7%
インシデントレポートの書き方	4	58	6.5%	93.5%
グループワークの技法(プレスト等)	3	59	4.8%	95.2%
TQM(QC)	1	61	1.6%	98.4%
RCA(根本原因分析)	0	62	0.0%	100.0%
患者満足	3	59	4.8%	95.2%
カルテの書き方(POMR)	45	17	72.6%	27.4%
チーム医療	50	12	80.6%	19.4%
他学科(看護、薬学等)との合同授	7	55	11.3%	88.7%
コミュニケーション	62	0	100.0%	0.0%
医療面接	57	5	91.9%	8.1%
症例提示の方法	8	54	12.9%	87.1%
カウンセリング	25	37	40.3%	59.7%
患者中心の医療	30	32	48.4%	51.6%
PBL(チュートリアル)	52	10	83.9%	16.1%
クリニカルクラークシップ	26	36	41.9%	58.1%

表2 医師としての心得・心構え

年次	最初に教育を行う年次		教育を行う年次	
1学年	31	79.5%	31	79.5%
2学年	2	5.1%	8	20.5%
3学年	0	0.0%	7	17.9%
4学年	3	7.7%	9	23.1%
5学年	1	2.6%	3	7.7%
6学年	2	5.1%	4	10.3%
合計	39	100.0%		

表8 モバイル機器の操作

年次	最初に教育を行う年次		教育を行う年次	
1学年	1	100.0%	1	100.0%
2学年	0	0.0%	0	0.0%
3学年	0	0.0%	0	0.0%
4学年	0	0.0%	0	0.0%
5学年	0	0.0%	0	0.0%
6学年	0	0.0%	0	0.0%
合計	1	100.0%	1	

表3 医師としての倫理(倫理学)

年次	最初に教育を行う年次		教育を行う年次	
1学年	27	47.4%	27	47.4%
2学年	16	28.1%	19	33.3%
3学年	3	5.3%	13	22.8%
4学年	8	14.0%	30	52.6%
5学年	1	1.8%	4	7.0%
6学年	2	3.5%	12	21.1%
合計	57	100.0%		

表9 インターネット検索

年次	最初に教育を行う年次		教育を行う年次	
1学年	29	78.4%	29	78.4%
2学年	4	10.8%	7	18.9%
3学年	1	2.7%	3	8.1%
4学年	3	8.1%	4	10.8%
5学年	0	0.0%	1	2.7%
6学年	0	0.0%	1	2.7%
合計	37	100.0%	45	

表4 患者医師関係

年次	最初に教育を行う年次		教育を行う年次	
1学年	17	32.7%	17	32.7%
2学年	10	19.2%	15	28.8%
3学年	7	13.5%	15	28.8%
4学年	12	23.1%	28	53.8%
5学年	5	9.6%	11	21.2%
6学年	1	1.9%	10	19.2%
合計	52	100.0%		

表10 電子メール

年次	最初に教育を行う年次		教育を行う年次	
1学年	24	100.0%	24	100.0%
2学年	0	0.0%	1	4.2%
3学年	0	0.0%	2	8.3%
4学年	0	0.0%	1	4.2%
5学年	0	0.0%	0	0.0%
6学年	0	0.0%	0	0.0%
合計	24	100.0%	28	

表5 情報処理関連授業

年次	最初に教育を行う年次		教育を行う年次	
1学年	39	68.4%	39	68.4%
2学年	6	10.5%	20	35.1%
3学年	4	7.0%	16	28.1%
4学年	5	8.8%	16	28.1%
5学年	2	3.5%	14	24.6%
6学年	0	0.0%	9	15.8%
合計	57	100.0%		

表11 ワープロ

年次	最初に教育を行う年次		教育を行う年次	
1学年	22	91.7%	22	91.7%
2学年	2	8.3%	4	16.7%
3学年	0	0.0%	1	4.2%
4学年	0	0.0%	2	8.3%
5学年	0	0.0%	0	0.0%
6学年	0	0.0%	0	0.0%
合計	24	100.0%	29	

表6 医療情報学

年次	最初に教育を行う年次		教育を行う年次	
1学年	16	35.6%	16	35.6%
2学年	9	20.0%	13	28.9%
3学年	7	15.6%	13	28.9%
4学年	10	22.2%	15	33.3%
5学年	2	4.4%	6	13.3%
6学年	1	2.2%	4	8.9%
合計	45	100.0%		

表12 表計算ソフト

年次	最初に教育を行う年次		教育を行う年次	
1学年	24	88.9%	24	88.9%
2学年	3	11.1%	6	22.2%
3学年	0	0.0%	2	7.4%
4学年	0	0.0%	2	7.4%
5学年	0	0.0%	0	0.0%
6学年	0	0.0%	0	0.0%
合計	27	100.0%	34	

表7 コンピューターの操作

年次	最初に教育を行う年次		教育を行う年次	
1学年	28	84.8%	28	84.8%
2学年	3	9.1%	4	12.1%
3学年	0	0.0%	2	6.1%
4学年	1	3.0%	4	12.1%
5学年	1	3.0%	1	3.0%
6学年	0	0.0%	0	0.0%
合計	33	100.0%	39	

表13 電子カルテ

年次	最初に教育を行う年次		教育を行う年次	
1学年	3	15.8%	3	15.8%
2学年	3	15.8%	3	15.8%
3学年	2	10.5%	2	10.5%
4学年	10	52.6%	11	57.9%
5学年	0	0.0%	1	5.3%
6学年	1	5.3%	2	10.5%
合計	19	100.0%	22	

表14 ホームページ作成

	最初に教育を行う年次		教育を行う年次	
1学年	13	86.7%	13	86.7%
2学年	2	13.3%	3	20.0%
3学年	0	0.0%	1	6.7%
4学年	0	0.0%	1	6.7%
5学年	0	0.0%	0	0.0%
6学年	0	0.0%	0	0.0%
合計	15	100.0%	18	

表20 問題の定式化

	最初に教育を行う年次		教育を行う年次	
1学年	0	0.0%	0	0.0%
2学年	1	25.0%	1	25.0%
3学年	1	25.0%	2	50.0%
4学年	0	0.0%	0	0.0%
5学年	1	25.0%	1	25.0%
6学年	0	0.0%	0	0.0%
合計	4	100.0%	4	

表15 プレゼンテーションソフト

	最初に教育を行う年次		教育を行う年次	
1学年	23	63.9%	23	63.9%
2学年	6	16.7%	9	25.0%
3学年	3	8.3%	6	16.7%
4学年	1	2.8%	5	13.9%
5学年	3	8.3%	10	27.8%
6学年	0	0.0%	4	11.1%
合計	36	100.0%	57	

表21 文献検索法

	最初に教育を行う年次		教育を行う年次	
1学年	9	39.1%	9	39.1%
2学年	4	17.4%	5	21.7%
3学年	2	8.7%	2	8.7%
4学年	5	21.7%	6	26.1%
5学年	2	8.7%	5	21.7%
6学年	1	4.3%	4	17.4%
合計	23	100.0%	31	

表16 英語授業

	最初に教育を行う年次		教育を行う年次	
1学年	40	80.0%	40	80.0%
2学年	4	8.0%	41	82.0%
3学年	5	10.0%	24	48.0%
4学年	1	2.0%	13	26.0%
5学年	0	0.0%	2	4.0%
6学年	0	0.0%	0	0.0%
合計	50	100.0%	118	

表22 批判的吟味

	最初に教育を行う年次		教育を行う年次	
1学年	0	0.0%	0	0.0%
2学年	0	0.0%	0	0.0%
3学年	1	16.7%	1	16.7%
4学年	3	50.0%	3	50.0%
5学年	1	16.7%	2	33.3%
6学年	0	0.0%	0	0.0%
合計	6	100.0%	6	

表17 英語文献読解(外国文献詳読)

	最初に教育を行う年次		教育を行う年次	
1学年	2	15.4%	2	15.4%
2学年	4	30.8%	5	38.5%
3学年	4	30.8%	5	38.5%
4学年	3	23.1%	3	23.1%
5学年	0	0.0%	0	0.0%
6学年	0	0.0%	0	0.0%
合計	13	100.0%	15	

表23 疫学(臨床疫学)

	最初に教育を行う年次		教育を行う年次	
1学年	4	7.5%	4	7.5%
2学年	9	17.0%	10	18.9%
3学年	24	45.3%	31	58.5%
4学年	16	30.2%	26	49.1%
5学年	0	0.0%	4	7.5%
6学年	0	0.0%	12	22.6%
合計	53	100.0%	87	

表18 速読

	最初に教育を行う年次		教育を行う年次	
1学年	1	100.0%	1	100.0%
2学年	0	0.0%	0	0.0%
3学年	0	0.0%	0	0.0%
4学年	0	0.0%	0	0.0%
5学年	0	0.0%	0	0.0%
6学年	0	0.0%	0	0.0%
合計	1	100.0%	1	

表24 統計学

	最初に教育を行う年次		教育を行う年次	
1学年	25	45.5%	25	45.5%
2学年	16	29.1%	25	45.5%
3学年	8	14.5%	17	30.9%
4学年	5	9.1%	11	20.0%
5学年	0	0.0%	2	3.6%
6学年	1	1.8%	6	10.9%
合計	55	100.0%	86	

表19 EBM

	最初に教育を行う年次		教育を行う年次	
1学年	29	47.5%	29	47.5%
2学年	16	26.2%	30	49.2%
3学年	11	18.0%	31	50.8%
4学年	5	8.2%	40	65.6%
5学年	0	0.0%	12	19.7%
6学年	0	0.0%	16	26.2%
合計	61	100.0%	158	

表25 診療ガイドライン

	最初に教育を行う年次		教育を行う年次	
1学年	0	0.0%	0	0.0%
2学年	0	0.0%	0	0.0%
3学年	1	16.7%	1	16.7%
4学年	3	50.0%	3	50.0%
5学年	2	33.3%	2	33.3%
6学年	0	0.0%	1	16.7%
合計	6	100.0%	7	