

初期のオリエンテーションから始まり、2年間全体の計画を考える。初期は臨床経験が乏しいことから基本的な考え方を学習することに重点を置き、2年間継続的に学習し続けることが有用である。さらに必要な事項は講師や研修医の時間を考慮し、週日の夜間や休日の半日を使ってテーマを決め、短時間で補助的に学習効果を増幅するセミナーやワークショップのような形で提供することが望ましい。テーマについてはスタンダード・プレコーションを含む院内感染対策や事故原因分析法等の医療安全対策などが考えられる。

(資料編 IV カリキュラム (案) 参照)

#### ④どのように評価するか

##### 1. 評価法

- 1) 評価表を作成し(表2)、指導医による評価と、研修医自身の自己評価を同時に行って、突き合わせ総合評価を行う。
- 2) 医療安全に必要な他職種との協力という観点から、可能であれば、職場をともにする看護師など医師以外の評価も取り入れることが望ましい(360度評価)。
- 3) 具体的な評価表を提示することで、コンピテンシーに基づいた教育が目指す、到達目標(コンピテンシー、行動特性)が理解しやすくなる。
- 4) 評価結果を研修医のみならず、指導医にも提示することによって研修改善を計る。

(評価表の本体は資料編を参照)

表2 学習目標2.2(リスクを管理する)についての評価表

到達水準	コンピテンシーの説明	補足説明	該当水準をチェック
0	患者に結果的に被害を与えることのなかったミスまたはニアミスだけでなく、被害を与えた場合でさえも、指導医に報告・相談せず、自分の判断で対処している。		
0.5	有害事象を起こした場合は指導医に報告するが、患者に被害を与えることのなかったミスまたはニアミスは指導医に報告・相談せず、自分の判断で対処している。		
1	職場における有害事象、ミスまたはニアミスについて、指導医に報告する。		
2	職場における有害事象、ミスまたはニアミスを経験した場合は指導医に報告するだけでなく、積極的に危険や潜在するリスクを同定、評価、そして報告する。	侵襲的な検査や治療の際にはとくに重要	

## 2. 評価の時期

- 1) 研修開始時のコンピテンシーの把握
- 2) 研修中も特定の項目について評価
- 3) 研修終了時に最終評価
- 4) 一部追跡して数年後に評価

## 資料編

### I 背景 目的 資料集 (未完)

- 1) 医療安全の国際動向
- 2) 研修医による事故の実証

### II 教育理論資料集 (未完)

- 1) コンピテンシーに基づく教育 (CBT) とは
- 2) 専門職種間教育とは
- 3) ケースメソッド
- 4) 教育者の教育とは

### III. 医療安全コンピテンシーと6つの行動目標の対比

コンピテンシーに基づく教育は医学教育の場合比較的長い歴史を持っているが安全教育への応用は近年の試みである。特に、オーストラリアでは国家プロジェクトとして1億円に近い研究費を投入して、職種特異的ではなく、職種横断的な核コンピテンシー (Core Competency) のリストを開発しつつある。

コンピテンシーは第1から第4水準まで進化的にリストされている。第1水準は初級グループ、例えば患者と医療的接触の比較的少ない窓口受付者、清掃者などが想定され、第2水準は中級 (研修医や新人看護師など)、第3水準は上級で指導医、専門医、看護師長などのベテランが想定されており、第4水準は病院長など病院経営者や安全管理者などの経営管理に携わる者が想定されている。6つの核コンピテンシーはさらに22の下位コンピテンシーにわけられている。さらにそれぞれのコンピテンシーは知識 (Knowledge)、技能 (Skill)、行動・態度 (Behavior, Attitude) の3つに分けられる。従って、コンピテンシー項目は  $22 \times 4 \times 3 = 264$  のマトリックスとなりかなり膨大なものとなっている。

ここでは研修医用に第1および第2水準のみを抜き出したがそれでも134項目となり、今後これらの整理と重点化が必要と考えられる。表1はシドニー大学で開発されたコンピテンシーをもとに院内感染の項目を付け加えたものである。文化を超えて有用と考えられるので、これらをたたき台に発達させることとした。

これらのコンピテンシーを医療人としての基本姿勢6項目との対応をマトリックス化してみた。実際にリストアップすると安全管理以外の項目の多くが安全のためのコンピテンシーと共通していることがわかり、安全管理に関しては他の5項目についての研修が必要であることがわかる。

III 医療安全のための臨床研修医のコンピテンシー参考表

コアコンピテンシー	コンピテンシー	学習目標	評価方法		
1 効果的な コミュニケーション を行う	1.1 患者とその家族を、パートナーとして参画させる(患者参加)	研修開始時に研修目標、研修期間中に達成すべき目標、患者・家族に必要な情報を必要に応じて提供すること	研修の進捗を定期的に評価し、研修目標を達成しているかどうかを確認する		
	1.2 リスクを伝える	患者・家族に、彼らの選択にリスクがないかどうか伝える	研修の進捗を定期的に評価し、研修目標を達成しているかどうかを確認する		
	1.3 患者と家族に同意取得を促す	患者・家族が同意取得の重要性を理解し、同意取得を促す	研修の進捗を定期的に評価し、研修目標を達成しているかどうかを確認する		
	1.4 同意を得る	患者・家族の同意を得る	研修の進捗を定期的に評価し、研修目標を達成しているかどうかを確認する		
	1.5 文化的(敬虔性、社会性、宗教性)などについて配慮する	患者・家族の文化的背景を理解し、適切な対応を行う	研修の進捗を定期的に評価し、研修目標を達成しているかどうかを確認する		
	2 過誤を防止し、管理する	2.1 患者の安全を確保し、報告し、管理する	患者・家族の安全を確保し、報告し、管理する	研修の進捗を定期的に評価し、研修目標を達成しているかどうかを確認する	
		2.2 リスク(危険)を管理する	患者・家族の安全を確保し、報告し、管理する	研修の進捗を定期的に評価し、研修目標を達成しているかどうかを確認する	
		2.3 医療過誤を管理する	患者・家族の安全を確保し、報告し、管理する	研修の進捗を定期的に評価し、研修目標を達成しているかどうかを確認する	
		2.4 情報に対応する	患者・家族の安全を確保し、報告し、管理する	研修の進捗を定期的に評価し、研修目標を達成しているかどうかを確認する	
	3 エビデンス(科学的根拠)と情報を活用する	3.1 利用可能な最新のエビデンスに基づいて医療を提供する	患者・家族の安全を確保し、報告し、管理する	研修の進捗を定期的に評価し、研修目標を達成しているかどうかを確認する	
		3.2 安全強化のために、ITを活用する	患者・家族の安全を確保し、報告し、管理する	研修の進捗を定期的に評価し、研修目標を達成しているかどうかを確認する	
		4 安全に働く	4.1 チーム医療を実践し、リーダーシップを発揮する	患者・家族の安全を確保し、報告し、管理する	研修の進捗を定期的に評価し、研修目標を達成しているかどうかを確認する
			4.2 ヒューマンファクター(人間工学的)を理解する	患者・家族の安全を確保し、報告し、管理する	研修の進捗を定期的に評価し、研修目標を達成しているかどうかを確認する
	5 医療人としての職業倫理を実践する	5.1 倫理的な判断および医療行為を行う	患者・家族の安全を確保し、報告し、管理する	研修の進捗を定期的に評価し、研修目標を達成しているかどうかを確認する	
5.2 倫理的な判断および医療行為を行う		患者・家族の安全を確保し、報告し、管理する	研修の進捗を定期的に評価し、研修目標を達成しているかどうかを確認する		
6 継続的に学習する		6.1 学習する	患者・家族の安全を確保し、報告し、管理する	研修の進捗を定期的に評価し、研修目標を達成しているかどうかを確認する	
		6.2 教養する	患者・家族の安全を確保し、報告し、管理する	研修の進捗を定期的に評価し、研修目標を達成しているかどうかを確認する	
7 特に配慮すべき事項	7.1 能力不足、おぼろげな知識を補正する	患者・家族の安全を確保し、報告し、管理する	研修の進捗を定期的に評価し、研修目標を達成しているかどうかを確認する		
	7.2 安全な与薬を行う	患者・家族の安全を確保し、報告し、管理する	研修の進捗を定期的に評価し、研修目標を達成しているかどうかを確認する		
7.3 院内感染対策を実施する	患者・家族の安全を確保し、報告し、管理する	研修の進捗を定期的に評価し、研修目標を達成しているかどうかを確認する			

(1) 患者評価	(2) チーム医療	(3) 問題対応能力	(4) 安全管理	(5) 役割提示	(6) 医療の社会性
1) 患者評価のスキル 2) チーム医療のスキル 3) 問題対応のスキル 4) 安全管理のスキル 5) 役割提示のスキル 6) 医療の社会性のスキル	1) 適切なコミュニケーション 2) 医療チームの適切なコミュニケーション 3) 患者の安全を確保するための適切なコミュニケーション 4) チーム医療の向上 5) チーム医療の向上 6) チーム医療の向上	1) 情報収集とEBMの実践 2) 情報収集とEBMの実践 3) 情報収集とEBMの実践 4) 情報収集とEBMの実践 5) 情報収集とEBMの実践 6) 情報収集とEBMの実践	1) 安全確保の考え方を理解・実施 2) 安全確保の考え方を理解・実施 3) 安全確保の考え方を理解・実施 4) 安全確保の考え方を理解・実施 5) 安全確保の考え方を理解・実施 6) 安全確保の考え方を理解・実施	1) チーム医療の向上 2) チーム医療の向上 3) チーム医療の向上 4) チーム医療の向上 5) チーム医療の向上 6) チーム医療の向上	1) 医療の社会性の向上 2) 医療の社会性の向上 3) 医療の社会性の向上 4) 医療の社会性の向上 5) 医療の社会性の向上 6) 医療の社会性の向上

#### IV カリキュラム (案)

##### 1. 初期プログラム (研修開始時オリエンテーション時)

初期臨床研修の開始にあたって、研修医の知識や技能、態度を確認し、有効な医療安全対策を行えるように、まずは第1水準に挙げられた基本的なコンピテンシーを身につける。

医療安全に関わるオリエンテーションのテーマとして、問題対応能力 (EBM に基づいた実践)、医療安全、院内感染症対策の3つが想定され、後者2つに関しては本ガイドラインの中で紹介する。

医療安全：半日 (約4時間) コース 例

症例を提示した後、その症例を発展させるかたちで、下記項目について学ぶ：

- 1) 危険管理・安全管理体制の理解
  - (ア) 有害事象発生時の対応
  - (イ) ヒヤリ・ハット発生時の対応
  - (ウ) 報告書 (事故、ヒヤリハット) の書き方
- 2) 医療安全に関する疫学等事実把握
- 3) ヒューマンファクターなど事故の理論
- 4) 原因根本分析 (RCA: Root Cause Analysis) などの手法の紹介
- 5) 具体的安全方策

(スケジュールの具体例)

13:00	導入 (コースの概略紹介)
13:20	シナリオ・ビデオ等による症例提示
13:40	医療事故の疫学 (定義、頻度など)
14:10	報告書 (事故、インシデント) の意義と書き方
14:30	患者さんへの対応
14:40	休憩
14:50	要因分析手法 (ヒューマンファクター、RCAなど) (60分)
15:50	シナリオ・ビデオ等による症例提示 “訴えられました” (10分)
16:00	医療訴訟と法律 (事例紹介含む)
16:30	質疑応答と評価
16:50	(終了)

##### 1. 各個別課題パッケージ (週日の半日か夜、週末半日)

研修開始期は臨床経験が乏しいことから、基本的な考え方を学習することにとどめる。半年程度の経験を積んだ上で、3時間程度の個別パッケージを研修医のプログラムにあわせて週日の夜か週末に提供すると安全の考え方や手法がさらに身に付くと考えられる。パッケージとしては最も優先順位が高い「院内感染予防」や「RCAの具体的手法」、「医療過誤の説明の方法」などが考えられる。

優先順位の高い院内感染については安全管理の導入プログラム半日と同じ日に午前感染症予防、午後安全管理と1日費やす研修も考えられる。

院内感染症対策：半日（3時間）コース（案）

時間	項目・内容	担当者
5分	イントロ：コースの概略紹介	研修担当者
20分	講義：院内感染の実情と院内感染対策（感染予防策と適切な抗菌薬使用）の重要性	感染対策チームと感染症専門医
15分	プレコーションと接触、飛沫、空気感染予防策について：手技の提示	感染対策チーム
15分	手指消毒、手洗い、手袋装着の実習	感染対策チーム
15分	院内の部署とマニュアル（消毒、滅菌方法含む）についての講義	感染対策チーム
40分	グループワーク 以下の3つのテーマに分かれる。それぞれにシナリオに従って、各グループでどのように対応するかまとめ発表する。発表にあたっては指導医が連絡先の部署の担当者となり、ロールプレイを併用する。 1) 救急外来で診ていた患者の結核の疑いが強くなった 2) 自分の担当患者から MRSA が分離された 3) HCV 陽性の患者の輸液針を誤って自分に刺した	研修担当者、感染対策チーム、さらに2年次研修医からも数名参加させる。
10分	休憩	
40分	発表：各グループ発表5分、質疑5分 まとめ10分	指導担当者が聴衆となる。
20分	院内感染を予防するための抗菌薬の使い方	感染症専門医

3. 継続的医療安全研修（2年間通して）

2年間の研修期間中に下記のような研修を行い、継続的、定期的に安全な医療を提供できるように、第2水準に挙げられたコンピテンシーを身につける。

- 1) 回診（日常の回診の中で、医療安全に関わるテーマを取り上げて、討論する）
- 2) Morbidity and Mortality (M&M)カンファレンス症例検討会（他職種とともに2月に1回の頻度で、医療安全または院内感染対策に関連する症例について検討する）
- 3) 雑誌抄読会(安全対策に関するテーマでEBMの学習を2月に1回行う)
- 4) 自らのヒヤリ・ハット事例や作成したレポート等について検討する。
- 5) その他 実際の根本原因分析等に、他の職種と共に参加して行う。

V 評価の具体的方法

評価の手法としては、自記式アンケート、口頭試問、実地テストなどがあり、評価内容に応じて選択する。また自らのヒヤリ・ハット事例や作成したレポート等を提出する。さらに一部のコンピテンシーについては数年後に追跡評価する必要がある。

（具体例）学習目標 2.2（リスクを管理する）の評価表

到達水準	コンピテンシーの説明	補足説明	該当水準をチェック
0	患者に結果的に被害を与えることのなかったミスまたはニアミスだけでなく、被害を与えた場合でさえも、指導医に報告・相談せず、自分の判断で対処している。		
0.5	有害事象を起こした場合は指導医に報告するが、患者に被害を与えることのなかったミスまたはニアミスは指導医に報告・相談せず、自分の判断で対処している。		
1	職場における有害事象、ミスまたはニアミスについて、指導医に報告する。		
2	職場における有害事象、ミスまたはニアミスを指導医に報告するだけでなく、積極的に危険や潜在するリスクを同定、評価、そして報告する。	侵襲的な検査や治療の際にはとくに重要	

# ACGME Core Competencies

© 2004 Medical College of Wisconsin  
Page updated: 09.28.04

**Medical College of Wisconsin**  
8701 Watertown Plank Road, Milwaukee, WI 53226  
414.456.8296

## ACGME Core Competencies

In 1999, the Accreditation for Medical Education (ACGME) endorsed competencies for all residents in the following six (6) areas:

- Patient Care
- Medical Knowledge
- Practice-based Learning and Improvement
- Interpersonal and Communication Skills
- Professionalism
- Systems-based Practice

## PATIENT CARE

Residents must be able to provide patient care that is compassionate, appropriate, and effective for the treatment of health problems and the promotion of health. Residents are expected to:

- communicate effectively and demonstrate caring and respectful behaviors when interacting with patients and their families
- gather essential and accurate information about their patients
- make informed decisions about diagnostic and therapeutic interventions based on patient information and preferences, up-to-date scientific evidence, and clinical judgment
- develop and carry out patient management plans

## PATIENT CARE

- counsel and educate patients and their families
- use information technology to support patient care decisions and patient education
- perform competently all medical and invasive procedures considered essential for the area of practice
- provide health care services aimed at preventing health problems or maintaining health
- work with health care professionals, including those from other disciplines, to provide patient-focused care



## **MEDICAL KNOWLEDGE**

**Residents must demonstrate knowledge about established and evolving biomedical, clinical, and cognate (e.g. epidemiological and social-behavioral) sciences and the application of this knowledge to patient care. Residents are expected to:**

- **demonstrate an investigatory and analytic thinking approach to clinical situations**
- **know and apply the basic and clinically supportive sciences which are appropriate to their discipline**

## **PRACTICE-BASED LEARNING AND IMPROVEMENT**

**Residents must be able to investigate and evaluate their patient care practices, appraise and assimilate scientific evidence, and improve their patient care practices. Residents are expected to:**

- **analyze practice experience and perform practice-based improvement activities using a systematic methodology**
- **locate, appraise, and assimilate evidence from scientific studies related to their patients' health problems**
- **obtain and use information about their own population of patients and the larger population from which their patients are drawn**

## **PRACTICE-BASED LEARNING AND IMPROVEMENT**

**Residents must be able to investigate and evaluate their patient care practices, appraise and assimilate scientific evidence, and improve their patient care practices. Residents are expected to:**

- apply knowledge of study designs and statistical methods to the appraisal of clinical studies and other information on diagnostic and therapeutic effectiveness
- use information technology to manage information, access on-line medical information; and support their own education
- facilitate the learning of students and other health care professionals

## **INTERPERSONAL AND COMMUNICATION SKILLS**

**Residents must be able to demonstrate interpersonal and communication skills that result in effective information exchange and teaming with patients, their patients families, and professional associates. Residents are expected to:**

- create and sustain a therapeutic and ethically sound relationship with patients
- use effective listening skills and elicit and provide information using effective nonverbal, explanatory, questioning, and writing skills
- work effectively with others as a member or leader of a health care team or other professional group

## **PROFESSIONALISM**

**Residents must demonstrate a commitment to carrying out professional responsibilities, adherence to ethical principles, and sensitivity to a diverse patient population. Residents are expected to:**

- demonstrate respect, compassion, and integrity; a responsiveness to the needs of patients and society that supercede self-interest; accountability to patients, society, and the profession; and a commitment to excellence and on-going professional development
- demonstrate a commitment to ethical principles pertaining to provision or withholding of clinical care, confidentiality of patient information, informed consent, and business practices
- demonstrate sensitivity and responsiveness to patients' culture, age, gender, and disabilities

## **SYSTEMS-BASED PRACTICE**

**Residents must demonstrate an awareness of and responsiveness to the larger context and system of health care and the ability to effectively call on system resources to provide care that is of optimal value. Residents are expected to:**

- understand how their patient care and other professional practices affect other health care professionals, the health care organization, and the larger society and how these elements of the system affect their own practice
- know how types of medical practice and delivery systems differ from one another, including methods of controlling health care costs and allocating resources
- practice cost-effective health care and resource allocation that does not compromise quality of care
- advocate for quality patient care and assist patients in dealing with system complexities
- know how to partner with health care managers and health care providers to assess, coordinate, and improve health care and know how these activities can affect system performance

関係者各位

## 「第4回 臨床研修指導医のためのEBM講習会」のお知らせ

全国の臨床研修指導医の皆さん！EBM教育に関心をお持ちの皆さん！

平成16年4月から卒後臨床研修が必修化され、医療の現場に新しい風が吹きつつあります。

新制度では医師の基本的臨床能力の一つとして、2年間の初期臨床研修期間中に、研修医がEBMの考え方と実践法を身につけることを特に重視しています。EBMの普及を目指す研究に関しては、これまで厚生労働省技術開発室が重点的に支援してきましたが、厚生労働科学研究「臨床研修病院における患者の安全向上に寄与するEBM教育企画の開発に関する研究」班では、平成12年度以来の先行研究班の成果を受け継ぎ、臨床研修病院においてEBMを普及させるための研究活動を展開しています。

研修医の間に診療態度としてのEBMを定着させるには、何よりも指導医の先生方にEBMの考え方と実践法、さらには教育技法を身につけていただくことが最重要であり、今年度も臨床研修指導医のための講習会(Training of Trainers)を企画しました。講師陣には現在EBM普及の第一線で活躍中の方々ばかりをお願いしています。

また、この講習会は、ワークショップ形式で、医療安全、カリキュラム・プランニング等の内容も網羅し、前回(第3回)から厚生労働省医政局より臨床研修指導医講習会としての認定を受けております。

EBM教育に関心をお持ちの臨床研修指導医の先生方は是非ふるってご参加ください。

小泉俊三(主任研究者)

佐賀大学医学部附属病院総合診療部教授

長谷川敏彦

国立保健医療科学院政策科学部長

記

### 第4回 臨床研修指導医のためのEBM講習会 (ワークショップ)

日時：平成16年11月27日(土)午前11時～平成16年11月28日(日)午後5時

場所：健保会館「はあといん乃木坂」 東京都港区南青山1-24-4 電話 03-3403-0531

受講料：無料(但し、資料代 5,000円を申し受けます。)

申込み方法：事務局までFAXまたはe-mail(氏名、所属、医師及び指導医としての経験年数、連絡先(住所、電話、FAX、eメール)をお知らせください)にてお申し込みください。(約40名まで：先着順)。講習会(ワークショップ)のスケジュールと内容については裏面を参照ください。

事務局：佐賀大学医学部附属病院総合診療部 (担当：吉村)

〒849-8501 佐賀市鍋島5丁目1-1

電話：0952-34-3238

FAX：0952-34-2029

参加申し込み用eメールアドレス：yoshimuy@med.saga-u.ac.jp

#### 第4回臨床研修指導医のためのEBM講習会日程

目的 新任の研修医が臨床研修の場でEBMを実践出来るように、EBM基礎コースのカリキュラムを自分の病院で作成し、その内容を教えることが出来る。

対象：研修指導者 人数：約40名 講師：6～8名 期間：2日間(実質16時間)

第1日(平成16年11月27日(土曜日))

時間	内容	講師
11:00-11:30	アイスブレイキング——新医師臨床研修制度とEBM (付: Micro-Teaching (U. of Hawaii))	小泉(佐賀大学総合診療部)
11:30-12:45	EBM——今何故必要か——医療における安全管理とEBM	長谷川(敏)(国立保健医療科学院)
12:45-13:30	昼食	
13:30-16:00	院内症例検討会でのEBM ——解説と演習(指導医の役割を中心に) ——グループ討論(体験の交換) ——グループ発表と全体討論	名郷(横須賀市立うわまち病院) 吉村(揖斐郡北西部地域医療C) ファシリテータ 名郷・吉村
16:00-16:40	UpToDateとPubMed Ovid製品 クリニカルエビデンス Cochrane Collaboration (コクラン共同計画)	ユサコ他、日経 Medical JANCO代表
16:40-17:00	操作演習	ファシリテータ
17:00-18:15	医学判断学	長谷川(敏)
18:15-19:15	夕食	
19:15-19:45	臨床疫学	平尾(香川大学医療管理学)
19:45-20:00	休憩	
20:00-20:45	生物統計学	鎌江(神戸大学都市安全医学)
20:45-21:00	第1日目まとめ	ファシリテータ

第2日(平成16年11月28日(日曜日))

時間	内容	講師
08:00-08:20	「教え方を教える」——EBMの5ステップ: 応用編 ステップ1: 疑問の定式化——解説	福岡(名古屋大学救急部) 山城(富山医薬大学総合診療部)
08:20-09:00	グループ実習①(症例シナリオの検討と疑問の定式化)	ファシリテータ
09:00-09:30	グループ発表と全体討論①	福岡・山城
09:30-09:40	ステップ2: エビデンスの収集——解説	福岡・山城
09:40-10:30	グループ実習②(文献検索——コンピュータ操作他)	ファシリテータ
10:30-11:00	グループ発表と全体討論②	福岡・山城
11:00-11:20	ステップ3: 文献の批判的読み方——解説	山城・福岡
11:20-12:00	グループ実習③(文献の批判的読み方)	ファシリテータ
12:00-13:00	昼食	
13:00-13:45	グループ発表と全体討論③	山城・福岡
13:45-15:00	NBMとは——「病気」体験と患者中心の医療——講演	葛西(北海道家庭医療学C)
15:00-15:15	EBM基礎コース開発—カリキュラム開発と教材作成	小泉
15:15-16:00	グループ実習(目標(GIO, SBO)・方略・評価の作成)	ファシリテータ
16:00-16:30	グループ発表と全体討論	小泉
16:30-17:00	質疑応答と全体のまとめ(振り返り)	長谷川(敏)、小泉

\* 日程は講師の都合で若干変更されることがあります。

第4回臨床研修指導医のためのEBM講習会参加者

氏名	所属機関	所属部門・専門	役職	医師歴	指導医歴	氏名	所属機関	所属部門・専門	役職	医師歴	指導医歴
1 青木 昭子 あおき あきこ	横浜市立大学医学部 附属病院	臨床研修センター (リウマチ膠原病専門)		21年目	10年	小林 朋子 こばやしとみこ	日本大学医学部	内科学講座 呼吸器内科		16年目	3年
2 伊藤 純子 いとう じゆんこ	虎の門病院	小児科		20年	5年目	筋浦 立成 すじうら たつなり	福岡徳洲会病院	内科		20年	5年
3 薄井 勲 うすい いさお	富山医科薬科大学	総合診療部		12年	5年目	瀬崎 ひとみ せざきひとみ	虎の門病院分院	消化器科		7年目	
4 片山 真文 かたやま まこと	健康保険人吉総合病院	消化器科		8年	14	高原 野草 たかはらのぐさ	東京医療センター	総合診療科		6年目	
5 勝連 英雄 かつれん えいゆう	ハートライフ病院	内科	副部長	17年	12年	武田 明 たけだ あきら	岡山協立病院	麻酔科		17年目	11年目
6 加藤 博之 かとう ひろゆき	弘前大学医学部附属病院	総合診療部	教授	20年	13年	津村 和夫 つむら かずひろ	川崎市立川崎病院	内科		8年目	4年目
7 狩野 俊和 かのう としかず	国立国際医療センター	膠原病科		9年目	3年	戸城 仁一 としろ じんいち	洛和会 音羽病院	総合診療科		10年目	6年目
8 川畑 雅照 かわはた まさてる	虎の門病院	呼吸器科 医学教育部		13年目	8年目	西浦 香保里 にしうら かおり	天理よろづ相談所病院	総合内科		6年	1年
9 菅野 義彦 かんの よしひこ	埼玉医科大学	腎臓内科 医学教育部 研修センター卒業後教育部門 臨床研究運営委員長		13年目	8年目	長谷川 有史 はせがわ ありふみ	秋田大学医学部	集中治療部 救急部		11年目	4年目
10 小沼 由治 こぬま ゆうじ	札幌徳洲会病院	外科		10年目	5年目	東野 克巳 ひがしの かつみ	湖東総合診療センター (滋賀県)	小児科	滋賀医科大学 臨床教授	15年目	2年

第4回臨床研修指導医のためのEBM講習会参加者

氏名	所属機関	所属部門・専門	役職	医師歴	指導医歴
21 樹井 良裕 ますい よしひろ	聖マリアンナ医科大学	救急医学教室		18年	2年
22 皆川 夏樹 みながわ なつき	いわき市立常磐病院	内科・老年科・ リハビリテーション科		8年目	
23 若林 秀隆 わかばやし ひでたか	済生会横浜市南部病院	リハビリテーション科		10年目	3年目
24 渋谷 克彦 しぶや かつひこ	厚生労働省 健康局総務課	生活習慣病対策室		3年	
25 竹本 毅 たけもと つよし	東京医療センター	総合診療科		4年目	1年
26 榎田 憲一郎 たねだ けんいちろう	国立保健医療科学院	政策科学部		13年目	
27 宮本 理金 みやもと りえ	佐賀大学医学部	総合診療部		6年目	
28 鈴木 瑞恵 すずき みずえ	北海道家庭医療学センター		シニアレジデント		
29 助川 隆士 すけがわ りゅうじ	北海道家庭医療学センター		シニアレジデント		
30 次橋 幸男 つぎはし ゆきお	天理よろづ相談所病院	総合診療教育部	ジュニアレジデント		

## 第4回臨床研修指導医のためのEBM講習会参加者グループ別名簿

グループ	氏名	所属機関	所属部門・専門
A	東野 克巳 助川 隆士 青木 昭子 鈴木 瑞恵 西浦 香保里	湖東町診療センター 北海道家庭医療学センター 横浜市立大学医学部附属病院 北海道家庭医療学センター 天理よろづ相談所病院	臨床研修センター 総合内科
B	竹本 毅 小林 朋子 若林 秀隆 川畑 雅照 長谷川 有史	東京医療センター 日本大学医学部 済生会横浜市南部病院 虎の門病院 秋田大学医学部	総合診療科 呼吸器内科 リハビリテーション科 呼吸器センター内科 救急集中治療部
C	高原 野草 菅野 義彦 狩野 俊和 小沼 由治 宮本 理会	東京医療センター 埼玉医科大学 国立国際医療センター 札幌徳洲会病院 佐賀大学医学部	総合診療科 医学教育センター卒後教育部門 膠原病科 外科 総合診療部
D	武田 明 片山 貴文 種田 憲一郎 勝連 英雄 渋谷 克彦	岡山協立病院 熊本県人吉総合病院 国立保健医療科学院 沖縄ハートライフ病院 厚生労働省	麻酔科 消化器科 政策科学部 内科 生活習慣病対策室
E	戸城 仁一 筋浦 立成 薄井 勲 伊藤 純子 次橋 幸男	洛和会音羽病院 福岡徳洲会病院 富山医科薬科大学 虎の門病院 天理よろづ相談所病院	総合診療科 内科 総合診療科 小児科 総合診療教育部
F	瀬崎 ひとみ 皆川 夏樹 加藤 博之 榭井 良裕 津村 和大	虎の門病院 いわき市立常磐病院 弘前大学病院 聖マリアンナ医科大学 川崎市立川崎病院	消化器科 内科・老年科・リハビリテーション科 総合診療部 救急医学 内科

参加者 30名    うち、厚生労働省認定の修了証書授与者24名



## 新医師臨床研修制度と EBM—患者安全のために

Postgraduate Clinical Training and  
Evidence-Based Medicine  
-----for Patient Safety

厚生労働科学研究:  
「臨床研修病院に於ける患者の安全向上に寄与する  
EBM教育企画の開発に関する研究」班  
佐賀大学医学部附属病院総合診療部 小泉俊三

## 医師養成の全体像:卒前・卒後の連携

- ◆ 卒前:
  - ◆ 早期体験教育
  - ◆ 問題基盤型学習
  - ◆ 診療参加型実習
- ◆ 卒後:
  - ◆ 初期臨床研修
  - ◆ 後期(専門)研修
  - ◆ 生涯教育
- ◆ 選抜(入学試験)
- ◆ 進級試験(バリアー制)
- ◆ 共用試験(CBT OSCE)
- ◆ 卒業試験
- ◆ 医師国家試験
- ◆ 研修終了時の評価
- ◆ 認定医・専門医制度
- ◆ 再認定制度

## 最近の卒前医学教育改革のキーワード:

早期体験学習  
(Early Exposure)

PBL(Problem-Based Learning)

コア・カリキュラムと共用試験  
CBT (Computer-Based Testing)  
OSCE (Objective Structured Clinical Examination)

診療参加型臨床実習(クラークシップ)  
地域(学外)での実習:



DALE CARNEGIE  
TRAINING

Copyright 1996-99 © Dale Carnegie & Associates, Inc.

## 日本の卒後研修—1948~68

- ◆ 1948年: GHQ の勧告によるインターン制度と医師国家試験の導入
- ◆ インターン制度のTrias(三徴)
  - ◆ 給与:無給
  - ◆ 身分:医師でもなく学生でもなく
  - ◆ 研修:指導体制の不在
- ◆ 「研修の名による労働の収奪」

## 日本の卒後臨床研修—1968~70頃

- ◆ 登録医制度
- ◆ 報告医制度
- ◆ 2年間の研修=努力規定
- ◆ 国会付帯決議

- ◆ 青医連・医学連
- ◆ 医師国家試験ボイコット!
- ◆ 医局解体!
- ◆ インターン制度完全廃止!

## 米国の卒後研修100年史

- ◆ 1901: Johns Hopkins: Osler & Halsted  
◆ Cushing
- ◆ 1911: Flexner Report
- ◆ 1913: American College of Surgeons
- ◆ 1930代: 小児科から当直制始まる
- ◆ 1952: Matching始まる
- ◆ 1960~70代: FMGの流入
- ◆ 1990代: Resident労働時間制限

### 新医師臨床研修制度の発足-2004年4月

- ◆ 未研修医師に対する資格上の制限:
  - ◆ 保険医登録→医療機関の開設者
- ◆ 研修中の医師に対する制限:
  - ◆ 研修専念義務(アルバイトの禁止)
- ◆ 研修医の生活保障:
  - ◆ 予算措置・・・初年度は不十分(国立大学病院)
- ◆ マッチング方式の導入
  - ◆ 米国の例を参考に
- ◆ 地域医療計画:
  - ◆ 二次医療圏ごとに研修プログラム
- ◆ 初期研修は大学病院以外で(!)

### 初期研修のコア診療科とプライマリ・ケア診療科

- ◆ 卒後研修指定病院
- ◆ ストレート方式・ローテート方式・総合診療方式(スーパーローテート方式)
- ◆ 卒後研修プログラムによる指定方式
- ◆ 内科・外科・小児科・救急医療のブロックローテーション
- ◆ 新医師臨床研修制度
- ◆ 内科・外科・救急医療(麻酔科)・小児科・産婦人科・精神科・地域保健・地域医療・CPC(剖検検討会)

### 新制度の基本理念

- ◆ 人格の涵養……Professionalism  
新千年紀の医療プロフェッショナリズム憲章  
Medical Professionalism Project  
(www.professionalism.org) 1999
- ◆ 基本的臨床能力の修得  
**基本的臨床能力 ≠ プライマリ・ケア**

### 人格の涵養: Professionalism

- ◆ 新千年紀の医療プロフェッショナリズム憲章

### 人格の涵養: Professionalism

21世紀プロフェッショナリズム憲章  
Charter of Medical Professionalism  
(www.professionalism.org) 1999

- ◆ **primacy of patient welfare** 患者中心
- ◆ **patient autonomy** 患者の自立
- ◆ **social justice** 社会正義

説明責任と透明性  
Accountability & Transparency

医療変革の世界潮流  
Global Health (Healthcare) Transition

### 医療変革の世界潮流—歴史と背景

- ◆ 米国民権運動……市民運動
- ◆ 自立・自律
- ◆ 専門化支配への「否」
- ◆ minorityの自己主張と社会正義
- ◆ Autonomy、自己決定権
- ◆ QOL: 権利としてのより良い生活
- ◆ 先進国型ライフスタイルの実現と定着
- ◆ 情報化(ポスト産業)社会 メディア権力
- ◆ 社会の隅々まで行き届いた管理システム
- ◆ 社会インフラの整備と少子高齢社会

### 医療変革の世界潮流－医療技術と社会

- ◆ 医療技術……高度化→社会の期待
- ◆ 不完全性
- ◆ (1) 医療に伴う危険→医療事故多発!
- ◆ (2) 医療に伴うコスト→医療費高騰!
- ◆ 変貌する社会:
  - ◆ 高度情報社会(ポスト産業社会)・少子高齢社会
  - ◆ 完治の困難な慢性(悪性)疾患(生活習慣病)の増加
  - ◆ 市民としての権利意識→「自立」、「自律」、「自己決定」
- ◆ 医療の担い手(医療機関)に対する信頼感の低下

### 医療変革の世界潮流－安全と質改善

- ◆ (或いは)
- ◆ TQM: Total Quality Management
- ◆ CQI: Continuous Quality Improvement
- ◆ 安全なシステムを組織に根付かせる
- ◆ 個人を責めない職場のCulture

### 医療変革の世界潮流－EBMの普及

- ◆ **EBM: Evidence Based Medicine**
- ◆ 患者のQOLなどの臨床アウトカムを指標に用いた臨床研究のデータを重視
- ◆ **EBM: 5つのステップとPECO**
- ◆ エビデンスの質に留意する
- ◆ 患者の価値観に沿った合理的な臨床判断を行う

Overlap of Core Competencies for Health Professionals

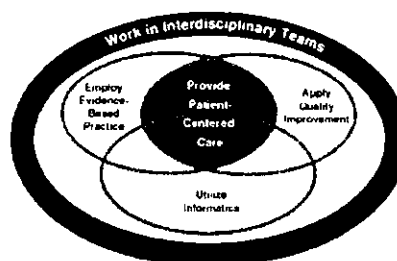


Figure 1-1. Relationships among core competencies for health professionals

### 基本的臨床能力の修得

- ◆ 全ての臨床医が身に付けるべき能力
- ◆ **基本的臨床能力 ≠ プライマリ・ケア**
- ◆ 地域の一次医療(=プライマリ・ケア)を担う医師には基本的臨床能力だけでなく、地域医療特有の能力(Competency)が求められる

### 医師としての基本: 態度・技能・知識

- ◆ 人格の涵養(プロフェッショナルとしての態度)
- ◆ 基本的臨床能力(医療提供者としての技能)
- ◆ 医療面接(インタビュー、問診)
  - ◆ (1) 患者からの情報収集と吟味、応用、評価
  - ◆ (2) 患者とのコミュニケーション(会話)
- ◆ 身体診察(physical examination)
- ◆ 診断推論と医学知識:
  - ◆ 症状から疾患へ(問題解決型アプローチ)
  - ◆ 診療現場で役に立たなければ意味がない

## EBM: 5つのステップ

- ◆ Step 1.: 問題(プロブレム)の定式化
- ◆ Step 2.: 文献(根拠)の検索
- ◆ Step 3.: 文献の批判的吟味
- ◆ Step 4.: 「目の前の」患者への適用
- ◆ Step 5.: 診療(ステップ1~4)の振り返り

## EBM: Step 1 の PECO

- ◆ プロブレム(問題)の定式化
- ◆ Patient: どんな患者に
- ◆ Exposure: どのような治療、検査をしたら
- ◆ Comparison: どんな治療、検査と比べて
- ◆ Outcome: どうなるか

(名郷直樹氏による)

医療変革の世界潮流: その3  
「患者の話に耳を傾ける」: NBMまたは臨床倫理

### ◆ NBM: Narrative Based Medicine

- ◆ 患者の紡ぎ出す「物語」に「意味」を読み取る
- ◆ 医師患者関係
- ◆ 医療現場におけるコミュニケーション
- ◆ **Bio-Psycho-Social Model**
- ◆ 患者の心理
- ◆ 社会関係の中の患者

### 医学教育改革: 知識の組み換え (Reorganization)

- ◆ これまでの詰め込み型の医学教育
- ◆ 知識: 想起 > 解釈 > 問題解決
- ◆ PBL (Problem Based Learning: 問題基盤型学習)
- ◆ 課題発見能力……………Step 1
- ◆ 情報収集・吟味能力……………Step 2, 3
- ◆ 問題解決能力……………Step 4
- ◆ 一人一人の自発性に依拠・自己学習
- ◆ 成人教育の基本! ……………ADULT LEARNING

## EBM, PBL, と POS

- ◆ EBM: 最新最良の臨床情報 (= 医学文献) を目の前の患者の問題解決のために役立てようとする臨床医の態度
- ◆ PBL: 臨床現場における問題解決の流れに模して行うグループ学習
- ◆ POS: 患者の問題解決が行われてゆく過程を明示する診療録記載法

## 共通のキーワード: 問題解決

- ◆ 課題(問題)発見と問題解決
- ◆ 臨床過程の合理(論理)性を重視
- ◆ 患者中心の全人的理解を促進
- ◆ 医療職の教育ツールとしての役割がある