1日目　アイスブレイキング

アイス・ブレーキング

1．アイス・ブレーキングの必要性

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・ブレー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、○○先生ではなくて、「○○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
Problem-based leaning	↳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
Andoragogy

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

Ⅱ：体験・経験重視

- 多くの経験（学習経験、学習スタイル、社会経験）がある
- 参加体験型教育が望ましい
- 学習が役立つ経験が学習を刺激する
- 自己体験を振り返り、学び方を学ぶための支援が必要

7

Ⅲ：ニードに基づく学習が効果的

- 教育機関のニードより学習者のニードに応える
- 学習者のレディネスを重視。（同質、異質）

8

Ⅳ：問題中心的、作業中心的学習を好む

- 一人一人の関心にあった学習展開
- 科目ではなく課題領域によるシステム化

9

小児教育と成人教育との比較

	小児教育	成人教育
自己概念	依存的	自律的
経験	重視しない	貴重な資源
レディネス	社会的圧力	役割課題
時間軸	将来役に立つ	すぐに役立つ
学習の方向付け	課目中心	問題中心
環境	権威的、形式的、競争的	相互的、協力的、非公式
学習計画	教員が立てる	学習者と教員の協同
評価	教員が行う	自己(相互)評価

10

臨床研修のゴール

- 単元（ユニット）ごとのゴール
- 全体を通じてのゴール

11

単元（ユニット）ごとのゴール

- 学習者の動機付け
  なぜ学ぶのか
  どんな意義があるのか
- 領域全体のオリエンテーションと学び方を学ぶ

↓

あとはGIO、SBOにもとづく自己学習

12

全体を通じてのゴール

- 自己学習能力
  調べ方、学び方、データの集め方、検討の仕方
- 問題解決能力
  学生の問題(学習課題)解決と臨床の問題解決は異なる
- クリティカル・シンキングの能力(批判的検討能力)
- グループダイナミクスのスキル
- 臨床的推論スキル
- 疾病ではない病いに対する理解とまなざし
- 医師としてのプロフェッショナリズム

13

表 地域保健・医療、予防医療(保健所)分野におけるにおける臨床研修の到達目標(案)「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」

I 行動目標 (医療人として必要な基本姿勢・態度)	到達目標
<患者-医師関係> 患者を全人的に理解し、患者・家族と良好な人間関係を確立する。	患者、家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握できる。
<チーム医療> 医療チームの構成員としての役割を理解し、保健・医療・福祉の幅広い職種からなる他のメンバーと協調する。	指導医や専門医に適切なタイミングでコンサルテーションができる。 上級および同僚医師、他の医療従事者と適切なコミュニケーションがとれる。 関係機関や職団体の担当者とコミュニケーションがとれる。
<安全管理> 患者及び医療従事者にとって安全な医療を遂行し、安全管理の方策を身に付け、危機管理に参画する。	医療を行う際の安全確認の考え方を理解し、実施できる。
<症例呈示> チーム医療の実践と自己の臨床能力向上に不可欠な、症例呈示と意見交換を行う。	症例呈示と討論ができる。
<医療の社会性> 医療の持つ社会的側面の重要性を理解し、社会に貢献する。	保健医療法規・制度を理解し、適切に行動できる。 医療保険、公費負担医療を理解し、適切に診療できる。 医薬品や医療用具による健康被害の発生防止について理解し、適切に行動できる。

II 経験目標(A 経験すべき診察法・検査・手技)	到達目標
<医療記録> チーム医療や法規との関連で重要な医療記録を適切に作成し、管理する。	診断書、死亡診断書(死体検案書を含む)、その他の証明書を作成し管理できる。
<診療計画> 保健・医療・福祉の各側面に配慮しつつ、診療計画を作成し、評価する。	QOL(Quality of Life)を考慮にいれた総合的な管理計画(リハビリテーション、社会復帰、在宅医療、介護を含む)へ参画する。

14

C 特定の医療現場の経験	到達目標
<予防医療>	食事・運動・禁煙指導とストレスマネージメントができる。
予防医療の理念を理解し、地域や臨床の場での実践に参画する。	性感染症予防、家族計画指導に参画できる。 地域・職場・学校検診に参画できる。 予防接種に参画できる。
<地域保健・医療> 地域保健・医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応する。	必修項目: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・健診の実施施設等の地域保健・医療の現場を経験すること 保健所の役割(地域保健・健康増進への理解を含む)について理解し、実践する。 診療所の役割(病診連携への理解を含む)について理解し、実践する。
<小児・成育医療> 周産・小児・成育医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応する。	周産期や小児の各発達段階に応じて心理社会的側面への配慮ができる。 虐待について説明できる。 学校、家庭、職場環境に配慮し、地域との連携に参画できる。 母子健康手帳を理解し活用できる。
<精神保健・医療> 精神保健・医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応する。	デイケアなどの社会復帰や地域支援体制を理解する。

15

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. 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。

2. 研修到達度の評価
- 学習原理(学習理論、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。

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。

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。

16

総じて
研修医に学習者としての責任が一定与えられ、
自分自身の関心による自由な学習が奨励され、
生き生きのびのびと自己学習できる
環境が確保されていない
↓
まずは成人学習者として
学生の能力と意欲を
信じることから始める必要があるのでは、

17

＜医学教育モデル・コア・カリキュラム（公衆衛生分野）＞

F　医学・医療と社会

（1）社会・環境と健康

一般目標：　社会と健康・疾病との関係や地域医療について理解し、個体および集団をとりまく環境諸要因の変化による個人の健康と社会生活への影響について学ぶ。

到達目標：
1 ）健康、障害と疾病の概念を説明できる。
2 ）社会構造（家族、コミュニティ、地域社会、国際化）と健康・疾病との関係を概説できる。
3 ）地域医療の機能と体制（地域保健医療計画、救急医療、災害医療、へき地医療、在宅ターミナル）を説明できる。
4 ）環境と健康・疾病との関係（環境と適応、主体環境系、原因と保健行動、環境基準と環境影響評価、公害と環境保全）を概説できる。
5 ）生態系の変化が健康と生活に与える影響（有害物質、環境発癌物質、内分泌攪乱物質）を概説できる。
△6 ）地域保健と医師の役割を説明できる。
△7 ）病診連携と病病連携を説明できる。
△8 ）地球環境の変化、生態循環、生物濃縮と健康との関係を説明できる。
△9 ）各ライフステージの健康問題について説明できる。
△10 ）シックハウス症候群を概説できる。
△11 ）災害救急医療におけるトリアージを説明できる。

（2）疫学と予防医学

一般目標：　保健統計の意義と現状、疫学とその応用、疾病の予防について学ぶ。

到達目標：
1 ）人口静態統計と人口動態統計を説明できる。
2 ）疾病の定義、分類と国際疾病分類（ICD）を説明できる。
3 ）疾病・有病・障害統計、年齢調整率と標準化死亡比 SMR を説明できる。
4 ）疫学の概念と疫学の諸指標について説明できる。
5 ）予防医学（一、二、三次予防）を概説できる。
△6 ）生命関数表（平均余命と平均寿命）を説明できる。
△7 ）健康管理、健康診断とその事後指導を説明できる。

（3）生活習慣と疾病

一般目標：　生活習慣に関連した疾病の種類、病態と予防治療について学ぶ。

到達目標：
1 ）生活習慣に関連した疾病を列挙できる。
2 ）生活習慣と肥満・高脂血症・動脈硬化の関係を説明できる。
3 ）生活習慣と糖尿病の関係を説明できる。
4 ）生活習慣と高血圧の関係を説明できる。
5 ）生活習慣とがんの関係を説明できる。
6 ）喫煙と疾病の関係と禁煙指導を説明できる。

(4)保健、医療、福祉と介護の制度
一般目標: 保健、医療、福祉と介護の制度の内容を学ぶ。

到達目標:
1)日本における社会保障制度を説明できる。
2)医療保険と公費医療や介護保険を説明できる。
3)高齢者福祉と高齢者医療の特徴を説明できる。
4)地域保健(母子保健、老人保健、精神保健、学校保健)を概説できる。
5)産業保健を概説できる。
6)医療の質の評価(質の定義、クリティカル・パス)を説明できる。
7)国民医療費の収支と将来予測を概説できる。
8)医師法と医療法を概説できる。
9)医療関連法規に定められた医師の義務を列挙できる。
△10)医療資源と医療サービスの価格形成を説明できる。
△11)医療従事者の資格免許、現状と役割、連携とチーム医療を説明できる。
△12)感染症予防医療法・食品衛生法の概要と届け出義務を説明できる。
△13)予防接種の意義と現状を説明できる。
△14)医師法と医療法以外の医療関係法規を概説できる。

(注:SBO 到達目標の中で△印付きは、卒業時までの到達目標であり、それ以外は臨床実習前に到達しておくべき項目とされている。)

＜医学教育関連用語集＞

OSCE（objective structural clinical examination）
：客観的臨床能力試験。学習者がそれまでに身につけた臨床実技を客観的に評価するもの。学習者がそれまでどれだけ基本的な臨床能力を身につけているかが OSCE の対象となる。もっとも基本的な技能や患者さんへの態度が身についていない学習者を振るい落とすか、あるいはフィードバックして再学習させ、より良くすることを目的としている。

SP：（Simulated Patient、Standardized Patient）
：【Simulated Patient】（模擬患者）模擬患者（Simulated Patient）は、医学生、歯学生、薬学生、看護学生、研修医等の医療面接実習の相手役をつとめます。一定の訓練を受け、実際の患者と同じような症状や心情を再現します。
：【Standardized Patient】（標準模擬患者）評価や試験に利用できるように、一定のレベルで標準化されています。総合的な能力評価の一手段として、共用試験（臨床実習開始前の仮免許試験）や認定医試験における OSCE などに用いられています。

クリニカルクラークシップ（clinical clerkship）
：学生が指導医や研修医で構成される診療チームに、責任をもった一員（クラーク）として加わり、（指導医の指示・監視のもとに）実際に患者を診療することを通じて、臨床能力を身につける臨床実習方式のこと。これは、知識や技術の習得のみが目的ではなく、医療のあり方を実際の診療場面で自ら体験的に学ぶことに意義がある。近年では日本でも、従来行なわれていた「知識伝授型」の臨床実習（BST）から、「問題解決型」の臨床実習（クラークシップ）への転換が徐々に図られ、一定の評価が得られてきている。
　しかし、現在各大学で行なわれているクラークシップには課題が多く、問題点として
・患者の信頼を得ることよりも「医行為」の習得が重視される傾向がある
・実習の場が病棟に限られがちである
・今後必要とされるプライマリケアに十分対応できていない
などがあげられます。

メディカルインタビュー（Medical Interview）
：医療面接。最も基本的な診察方法の一つであり、最も優れた検査法であるとも言える。
詳細な身体診察とあわせれば、ほとんどの場合で診断の方向性をつかむことが出来る。そこで得られた臨床情報に基づいて適切な検査を選択すれば、正確な診断が可能になる。しかし、インタビューには、面接者の技能や態度によって得られる情報の量や質が大きく左右されるという特徴があり、これが他の検査法とは大きく異なる点である。

Tutorial

:日本語では、テュトーリアル、テュートリアル、チュートリアル、いろいろな表記がされている。英語では、PBL(problem base learning)と呼ばれることが多い。

実態を表すキーワードは、問題解決型学習、自学自習、少人数グループ学習、能動学習である。

すなわち、問題をグループの力を利用して解決しつつ学ぶ学習方法である。与えられた事例で何が問題なのか？それを解決するには何を、どう学ぶべきか？グループで議論し、自分で勉強し、発表する。

従来の講義型教育が teaching なら、これは learning である。教育の主体が教官から、学生に移ったのである。

テュトーリアル・システムは、テューターを交えた議論の時間（コア・タイム）、自習時間、実習、講義を有機的に組み合わせて、学習効果の促進を狙ったものである。

コアカリキュラム

:文部科学省が医学部教育について到達目標や具体的内容を示したもの。従来の解剖学や生理学という垣根を取り払い、器官、臓器別に構造・機能、疾患までを統一した、総合カリキュラムのこと。

CBT（computer-based testing）

:コンピューターの画面上で解答する形式の試験。CBT 導入後は、紙と鉛筆を使った従来のマークシート試験は廃止される。難易度は従来のマークシート試験と変わることがないように配慮されている。

ステップ1

:臨床実習前の全国共通試験のこと。医学生による医行為の実施を導入する前提として文科省が仮免認定を行おうというもの。国試をステップ2と捉えてこう呼ばれる。

1日目　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（保健所）」でのニーズとディマンド

目的：自らの経験を踏まえて指導医という立場を念頭におきながら、地域保健医療分野（保健所）における研修医のディマンドと指導医としてのニーズを列挙し、それらを分類・整理する。

スケジュール：

１５分	オリエンテーション
２０分	研修医のディマンドと指導医としてのニーズの列挙：個人（下記１～２）
３０分	研修医のディマンドと指導医としてのニーズの整理、テーマの抽出（下記３～６）
１５分	グループ（発表５分）による発表
１０分	全体討論・総括

方法：

１．グループに分かれる。司会進行係、書記係、全体発表における発表係を決める。
※各プログラムごとに原則的にグループワークをする。
その際に司会進行係、書記係、全体発表における発表係の３係（一人１係）を決める。
そして、各プログラムごとに係をかえる。

２．各個人が自らの研修医時代の経験、現在の現場の状況から、地域保健医療分野（保健所）における研修医のディマンドと指導医としてのニーズについて、思いつく限り、できるだけたくさんポスト・イットにマジックペンで記入する。

３．グループ内で話し合いながら、各自が書いたポストイットを、模造紙のフォーマット（下記）で適切と思われる場所に貼る。同じ内容は重ねて貼る。

	研修医のディマンド	指導医としてのニーズ
臨床研修「地域保健・医療（保健所）」について		

４．グループ内で話し合いながら、似たものをまとめてグルーピングする。

５．グルーピングしたものにそれぞれタイトルを付ける（キーワードの抽出）。

６．キーワードに優先順位をつける。

【付録】

カードづくりの５つのルール

・１枚の紙にはひとつの問題点を書く
・主語をはっきり書く（例えば「上が」ではなく、「●●が」）
・具体的に書く（例えば「理解がない」ではなく、「～という理由で反対された」）
・「書いたら恥ずかしいこと、いけないこと」は何もない
・大きな字で、わかりやすく書く

貼るとき、話し合うときの５つのルール

・メンバーの合意で貼る
・人の意見を否定しない（批評家にならない）
・ノートをとらない（傍観者にならない）
・少数意見もどこかに残す（怪しげな意見も認める）
・沈黙は罪

1日目　新医師臨床研修制度と保健所指導医

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

1

医師臨床研修の現状と問題点

- 研修は努力義務
- ストレート研修中心
- プログラムが不明確、施設間格差が著しい
- 指導体制、研修成果の評価が不充分
- 処遇、身分が不明確、不充分（→アルバイト）
- 研修施設が都市部に集中

2

臨床研修制度の変遷

- 昭和23年:インターン制度
  - 不安定な身分
  - 無給
  - 研修プログラムの不在(質の保証の欠如)
- 昭和43年:現行の努力規程
- 平成6年:厚生省医療関係者審議会
- 平成9年以降:医療制度抜本改革の議論
- 平成12年:「医療法等の一部を改正する法律案」が国会において成立

3

医師法等の一部改正

（平成12年改正、平成16年4月施行）

1. 診療に従事しようとする医師は、２年以上臨床研修を受けなければならない
2. 臨床研修に専念しなければならない
3. 臨床研修の修了を医籍に登録、修了登録証を交付
4. 実費手数料規定
5. 臨床研修未修了者の診療所開設は要許可
6. 臨床研修修了者による病院等の管理

4

卒後臨床研修の義務化

- 2年間
- 平成16年度から開始
- 厚生労働省の指定する研修指定病院または大学附属病院で行う
- 修了したことを医籍に登録する
- 修了しない場合は、
  - 病院長になれない
  - 開業する時に知事の許可を必要とする

5

第150回国会 参議院国民福祉委員会附帯決議（平成12年11月）

「　医師及び歯科医師の臨床研修については、
インフォームドコンセントなどの取り組みや
人権教育を通じて医療倫理の確立を図るとともに、
精神障害や感染症への理解を進め、
更にプライマリ・ケアやへき地医療への理解を
深めることなど全人的、総合的な制度へと
充実すること。
　その際、臨床研修を効果的に進めるために
指導体制の充実、研修医の身分の安定及び労働条件
の向上に努めること。」

6

新医師臨床研修制度の基本的考え方

①医師としての人格を涵養
②プライマリ・ケアへの理解を高め、患者を全人的に診ることができる基本的な診療能力を修得
③アルバイトせずに研修に専念できる環境を整備

7

新医師臨床研修制度（1）
－厚生労働省－

研修時間割
- 研修目標
  国立大学附属病院長会議の案＋地域医療など
- 基本研修科目
  最初の1年：内科6ヶ月、外科＋救急（麻酔科を含む）6ヶ月
- 必修科目
  小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療をそれぞれ1ヶ月以上（それぞれ3ヶ月が"目安"）
- マッチング
  研修医と研修時間割との組み合わせ決定制度
  採用決定の効率化、公平性、透明性、出身校による偏りの是正

8

新医師臨床研修制度（2）
－厚生労働省－

施設基準
- 定員
  10床に1人または入院患者100人（年間）に1人
  指導医1人当たり5人まで
- 指導医
  臨床経験5-7年以上、初期治療を中心とした指導を行える
  指導時間を十分に取れる者
- 管理型施設（全体としての研修時間管理と研修医の評価）も協力型施設になることができる

9

新医師臨床研修制度（3）
－厚生労働省－

処遇
- アルバイトを禁止する
- 研修手当て（詳細は未定）
  労働者性と研修性の両側面を勘案する
  各研修病院の初任給を勘案して設定する
- 指導医手当て

第三者的な臨床研修評価機関の設置
実施後5年以内

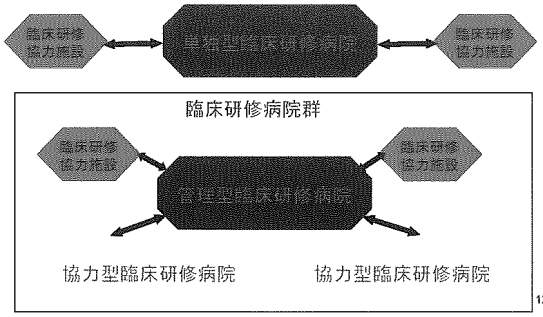
10

臨床研修を行う病院

- 臨床研修病院
  1．単独型：（＋臨床研修協力施設）
  2．病院群：管理型（研修管理委員会）＋協力型＋臨床研修協力施設
  原則として管理型臨床研修病院での研修期間は８ヶ月以上、研修協力施設での研修期間は３ヶ月以内。
  ＊ 研修目標、基本・必修診療科　→　施設基準の合理化
  病床　　３００床以上　→　必要な症例の確保
  指導医　　臨床経験１０年前後　→　原則７年以上
  剖検　　剖検率３０％以上　→　臨床病理検討会開催
- 臨床研修協力施設：
  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、赤十字社血液センター、各種検診・健診の実施施設等
- 国に直接申請　→　厚生労働大臣による指定

11

臨床研修病院のイメージ



12

指導体制（１）

研修管理委員会

研修プログラムの作成、研修プログラム相互間の調整、研修医の管理及び採用・中断・修了の際の評価など、臨床研修の統括管理。

プログラム責任者

研修プログラムの企画・立案及び実施の管理並びに研修医に対する助言、指導。原則として研修医２０人に１人、臨床経験７年以上でプライマリ・ケアの指導能力を有する者。

[redacted]

指導体制（２）

- 適切な指導体制を有していること。ただし、臨床研修協力施設と共同して臨床研修を行う場合にあっては、当該病院と臨床研修協力施設とを合わせて、その指導体制が適切なものであること。
- 指導医が、原則として、内科、外科、小児科、産婦人科及び精神科の診療科に配置されていること。
- 指導医は、勤務体制上指導時間を十分に確保できること。
- 研修医手帳を作成し、研修医が研修内容を記入するよう指導すること。
- 指導医は、担当する分野における研修期間中、研修医ごとに臨床研修の目標の達成状況を把握し、研修医に対する指導を行い、担当する分野における研修期間の終了後に、研修医の評価をプログラム責任者に報告すること。

14

研修の到達目標(1)

- 研修理念
  - 臨床研修は、医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない。
- 行動目標

  医療人として必要な基本姿勢・態度

  1. 患者-医師関係　2. チーム医療
  3. 問題対応能力　4. 安全管理
  5. 症例呈示　6. 医療の社会性

15

研修の到達目標(2)

- 経験目標

  A 経験すべき診察法・検査・手技

  1. 医療面接
  2. 基本的な身体診察法
  3. 基本的な臨床検査
  4. 基本的手技
  5. 基本的治療法
  6. 医療記録
  7. 診療計画

16

研修の到達目標(3)

- 経験目標

  B 経験すべき症状・病態・疾患

  1. 頻度の高い症状：35項目
  2. 緊急を要する症状・病態：17項目
  3. 経験が求められる疾患・病態：88項目

17

研修の到達目標(4)

- 経験目標

  C 特定の医療現場の経験

  1. 救急医療
  2. 予防医療
  3. 地域保健・医療
  4. 周産・小児・成育医療
  5. 精神保健・医療
  6. 緩和・終末期医療

18

表　地域保健・医療、予防医療（保健所）分野におけるにおける臨床研修の到達目標（案）「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」

Ⅰ 行動目標（医療人として必要な基本姿勢・態度）	到達目標
＜患者－医師関係＞ 患者を全人的に理解し、患者・家族と良好な人間関係を確立する。	患者、家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握できる。
＜チーム医療＞ 医療チームの構成員としての役割を理解し、保健・医療・福祉の幅広い職種からなる他のメンバーと協調する。	指導医や専門医に適切なタイミングでコンサルテーションができる。 上級および同僚医師、他の医療従事者と適切なコミュニケーションがとれる。 関係機関や諸団体の担当者とコミュニケーションがとれる。
＜安全管理＞ 患者及び医療従事者にとって安全な医療を遂行し、安全管理の方策を身に付け、危機管理に参画する。	医療を行う際の安全確認の考え方を理解し、実施できる。
＜症例提示＞ チーム医療の実践と自己の臨床能力向上に不可欠な、症例提示と意見交換を行う。	症例提示と討論ができる。
＜医療の社会性＞ 医療の持つ社会的側面の重要性を理解し、社会に貢献する。	保健医療法規・制度を理解し、適切に行動できる。 医療保険、公費負担医療を理解し、適切に診療できる。 医薬品や医療用具による健康被害の発生防止について理解し、適切に行動できる。

Ⅱ 経験目標（A 経験すべき診察法・検査・手技）	到達目標
＜医療記録＞ チーム医療や法規との関連で重要な医療記録を適切に作成し、管理する。	診断書、死亡診断書(死体検案書を含む)、その他の証明書を作成し管理できる。
＜診療計画＞ 保健・医療・福祉の各側面に配慮しつつ、診療計画を作成し、評価する。	QOL(Quality of Life)を考慮にいれた総合的な管理計画(リハビリテーション、社会復帰、在宅医療、介護を含む)へ参画する。

19

C 特定の医療現場の経験	到達目標
＜予防医療＞ 予防医療の理念を理解し、地域や臨床の場での実践に参画する。	食事・運動・禁煙指導とストレスマネージメントができる。 性感染症予防、家族計画指導に参画できる。 地域・職場・学校検診に参画できる。 予防接種に参画できる。
＜地域保健・医療＞ 地域保健・医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応する。	必修項目：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・健診の実施施設等の地域保健・医療の現場を経験すること 保健所の役割(地域保健・健康増進への理解を含む)について理解し、実践する。 診療所の役割(病診連携への理解を含む)について理解し、実践する。
＜小児・成育医療＞ 周産・小児・成育医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応する。	周産期や小児の各発達段階に応じて心理社会的側面への配慮ができる。 虐待について説明できる。 学校、家庭、職場環境に配慮し、地域との連携に参画できる。 母子健康手帳を理解し活用できる。
＜精神保健・医療＞ 精神保健・医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応する。	デイケアなどの社会復帰や地域支援体制を理解する。

20

不安と期待

- 短期的な問題
  - 専門診療能力を獲得する期間の短縮
  - 医局関連人事の停滞
  - マッチングの影響
- 長期的な効果
  - 医師の流動化
  - 健康度指標、患者満足感の向上
  - 医学教育への学術的アカデミックな取組み

21

指導医の役割

要件：臨床経験7年以上、初期治療を中心とした指導能力と初期治療の指導方法に関する講習会受講、研修医5人以内の受け持ち

1. 知識とその検索方法
2. 診療の原理・原則
3. 臨床手技（スキル）
4. 精神心理面への配慮
5. 研修到達度の評価
6. ロールモデル(医師としての手本)

22

指導医の役割（1） 知識とその検索方法

- 自ら伝える知識
  - 実際の診療で頻繁に活用される知識
  - 救急処置に必要な知識
- EBM(根拠のある医療）の手順
  - 臨床上の疑問の定式化
  - 文献の検索方法：MEDLINE、Cochrane Library、UpToDate、Clinical Evidence
  - 文献の批判的吟味：研究計画、偏り、根拠の基準、勧告の強さ、
  - 眼前の患者への適用性判断

23

指導医の役割（2） 臨床手技（スキル）

- 医療面接のスキル
- 身体診察のスキル
- 基本的な検査のスキル
- 基本的な治療のスキル
- 診療記録の書き方

24

指導医の役割(3) 診療の原理・原則

- 経験則
  - 薬を変更するときは一種類ずつ行うこと
  - 50歳未満の患者では、まず一元的に病態を考える
- 臨床判断・決断の根拠
  - 病態生理学の論理("first principle")
  - 過去の患者集団でのデータ(臨床疫学的データ)
  - 患者個人の意向・価値観(インフォームドコンセント)
  - 社会的規範(倫理、道徳、経済、法律)
- 臨床判断・決断の論理
  - 決断分析(イベントの確率、イベントに対する価値観／効用値、指標の重要性)

25

指導医の役割(4) 精神面への配慮

- 認知面での"負担"
  - 受け持ち患者数
  - 初めて経験する病気、手技
  - 煩雑な手技、手続きが必要な患者数
  - 症例呈示の準備
- 身体面での"負担"
  - 当直回数:睡眠時間
  - 重症患者数
- 情動面での"負担"、個人差

26

指導医の役割(5) 研修医の評価

- 学習原理(目標、方略、評価)の理解
  - 学習とは"学習者に価値ある変化を起こすこと"
- 評価の種類
  - 形成的評価(フィードバック:指導的な介入)
  - 総括的評価
- 評価の対象:知識、技量、態度
- 評価の方略:妥当性、信頼性

27

フィードバックのし方

持続させるべき、または向上させるべき行動は、多くの人の面前で(in public)褒める

悪い点、改善点については、1対1で個人的に(in person)指摘する

自ら観察した決断や行為について具体的に指摘する⇒性格を非難したり、人格を否定したり、一般化しない

行動の背後にある論理、思考・認知過程を述べてもらう⇒問答無用に非難されたとの反発心を起こさない

28

望ましいフィードバックの技法(Hewson)

1. 指導医の直接観察に基づく
2. 学習者に対して敬意ある雰囲気で行われる
3. 価値判断はしない
4. 具体的で焦点が絞られている
5. 指摘する量が多すぎず少なすぎない
6. 行為に焦点を当て、人格や人間性に焦点を当てない
7. 研修目標に基づく
8. 研修医の行為の背後にある思考や感情も確認する
9. 改善のための示唆を含む

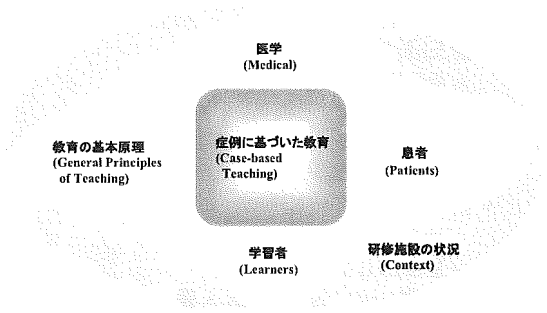
29

指導医の役割(6) ロールモデル

- 医師としての振る舞い、生き方
  - 献身的態度、社会的責任
  - 倫理的態度:患者の自己決定権尊重
  - 望ましい人間関係の構築
  - チーム医療の模範
  - 診療や教育、研究への情熱
  - 生涯学習の態度
- 人としての生き方
  - 生きがい、生き方のモデル

30

臨床指導医に求められる知識ドメイン（領域・分野）



31