

Provides the reasons for and methods of establishing trust in patient safety teaching sessions

Alternative Education Formats

- Case Conference - Provides various formats of case conferences and how to implement them as a part of patient safety curriculum.
- Homework - Projects (Outcomes Card) - Guidelines on integrating homework in patient safety curriculum.
- Doc-U-Drama - Illustrates the use of scripted and enacted drama as an alternative format for understanding how adverse events happen.
- Integrating Patient Safety into Teaching Rounds - Provides several examples of presentations that can be used in work rounds to illustrate patient safety concepts.

Selling Patient Safety

Talking points aimed at expanding your program to include patient safety.

Assessment Tools

From quizzes to change in patient outcomes: choosing assessment types and using results to sustain motivation.

Capstone Planning Session

Mentoring session aimed at completion of a plan for implementing patient safety curriculum.

4. 医師臨床研修制度・研修管理委員会・委員長研修からみた臨床研修の課題

分担研究者 石川 雅彦 国立保健医療科学院 政策科学部 安全科学室 室長

研究要旨：国立保健医療科学院にて、平成17年度施行された、医師臨床研修制度・研修管理委員会・委員長研修（4回施行）に関連して得られた結果から、臨床研修の課題を検討した。

同研修施行前に、事前アンケートとして、臨床研修病院927施設に、臨床研修における研修システム、経営メリット、法規遵守、医療安全対応、指導体制、研修医のメンタルヘルス、および研修の評価・修了基準に関して質問紙を郵送し、このうち469施設（回収率50.6%）から回答を得た。

また、同研修が行われた際に、受講者参加型の「バズ・セッション」の時間を設け、医師臨床研修の現状を課題に関して、研修医獲得、研修実施上の問題点、研修医の処遇、研修医の評価、ならびに研修後の評価に関して、グループディスカッションを行って、その課題の現状と工夫に関して議論と意見交換を行った。

両検討の結果から、特に、優秀な研修医を獲得するための方策や指導医の負担増大に起因したモチベーションとインセンティブの課題、ならびに処遇の差や研修評価の困難性、さらには研修修了後の対応に関して、様々な課題の浮き彫りとそれに対する施設独自の対応が示された。

同研修におけるこれらの検討から、医師臨床研修制度の様々な課題と対応策が得られ、その結果は、対応に苦慮する研修病院の取り組みに資すると考える。

キーワード：新医師臨床研修制度、研修指導、研修評価、医療安全

A. 目的

国立保健医療科学院で施行された、平成17年度医師臨床研修制度・研修管理委員会・委員長研修（以下、委員長研修）に関連して、研修に先立ち、事前調査による研修課題の整理を行った。今回、この事前調査で得られたアンケート結果、ならびに委員長研修における実際の参加者の議論から得られた結果から、今回の新医師臨床研修制度の課題に関して検討する。

B. 研究方法

1. 研究デザイン：研究1：質問紙郵送による回収と単純集計、研究2：委員長研修参加者の議論内容集約
2. 対象：研究1：臨床研修病院927病院に

質問紙を発送した。研究2：国立保健医療科学院にて、平成17年度の委員長研修（表1）を受講した計553名を対象とした。なお、受講者（研修修了書授与者）の内訳は、第1回目：平成17年7月21～22日（70名）、第2回目：同10月25～26日（160名）、第3回目：同12月14～15日（173名）、第4回目平成18年2月17～18日（150名）の4回の参加者を対象とした。

3. 調査内容：研究1：質問紙の内容は、研修体制・研修における経営上のメリット、医療・労働法規運用、医療安全、指導体制、メンタルヘルス、研修評価・修了基準、および研修終了後の体制に関して調査した。

研究2：委員長研修で参加者主体で行われた「バズ・セッション」の議論内容を集約し

て検討した。

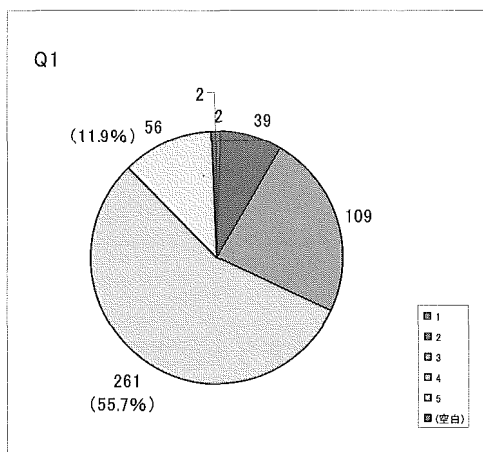
議論の課題は、研修の獲得、研修実施、研修医に対する処遇、研修の評価、および研修後の進路に関して、研修病院が抱えている課題を、座席周囲の参加者で互いにグループディスカッションしてもらい、一定時間後に発表をしてもらって、他の受講者と意見交換をして、そこで議論された現状と解決策に関しての意見を集約した。

C. 研究結果

【研究1：臨床研修病院に対する事前アンケート】

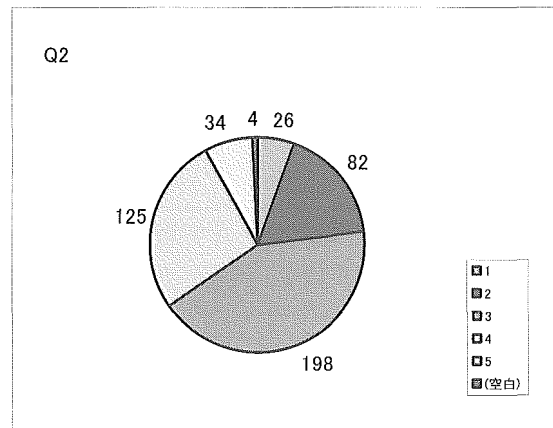
アンケートの配布数 927 施設で、回収は、第1回目（7月21～22日）直前で、469 施設から回答があり、回収率は、50.6%であり、夫々の研修病院における現状を回答してもらった。

1) 研修体制・システムが十分に整備されているか？



全くそう思わない 2 (0.4%)、あまりそう思わない 39 (8.3%)、どちらともいえない 109 (23.2) %、少しそう思う 261 (55.7%)、とてもそう思う 56 (11.9%) であった。全体の 67.6% が十分に整備されていると答えており、研修システムに対しては、各施設の対応の充実が伺えた。

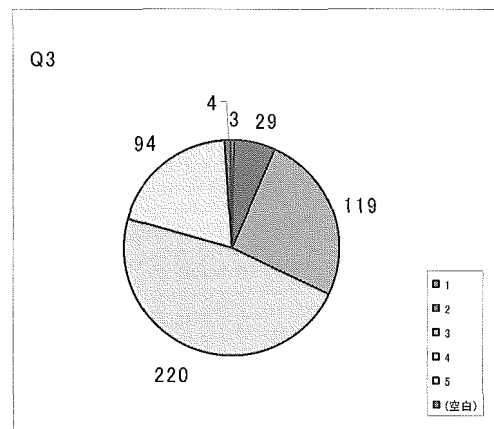
2) 臨床研修が経営上のメリットになっているか？



全くそう思わない 26 (5.5%)、あまりそう思わない 82 (17.5%)、どちらともいえない 198 (42.2%)、少しそう思う 125 (26.7%)、とてもそう思う 34 (7.2%) であった。

研修医の参画と医療経営上メリットは重要な課題である。具体的なメリットに関しては記載がなかったが、メリットありとの回答が約3割に留まり、病院経営に対する寄与に関しては、判断しかねる状況が多いにあることが示唆された。

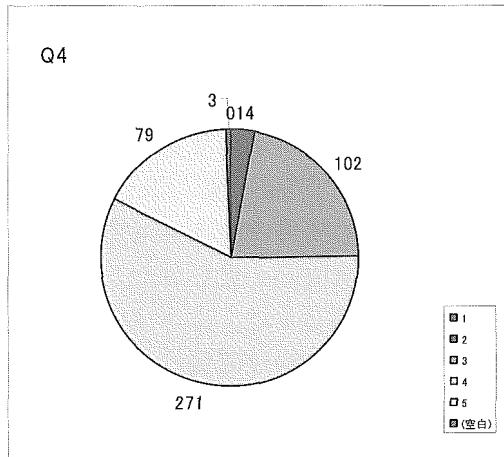
3) 臨床研修に医療・労働法規が適切に運用されているか？



全くそう思わない 3 (0.6%)、あまりそう思わない 29 (6.2%)、どちらともいえない 119 (25.4%)、少しそう思う 220 (46.9%)、とてもそう思う 94 (20.0%) であった。

法規遵守に関しては、66.9%が適切運用に心がけているという結果であり、多くの医療機関での適切な遵法対応の取り組みが伺えた。

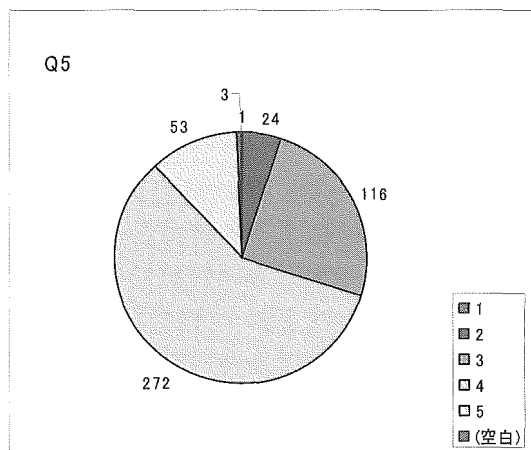
4) 病院として、研修医に対する医療安全対応は十分か？



全くそう思わない0 (0.0%)、あまりそう思わない14 (3.0%)、どちらともいえない102 (21.7%)、少しそう思う271 (57.8%)、とてもそう思う79 (16.8%)であった。

医療安全対応では、新人である研修医に対して、74.6%が対応十分としており、研修医が当事者となることを防止するようなシステムが考慮されていると考えられ、比較的充実した対応がなされていた。

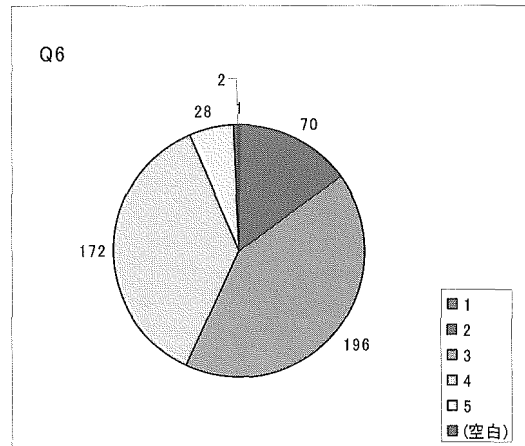
5) 研修医の指導体制の整備は十分か？



全くそう思わない1 (0.2%)、あまりそう思わない24 (5.1%)、どちらともいえない116 (24.7%)、少しそう思う272 (58.0%)、とてもそう思う53 (11.3%)であった。

69.3%が、研修指導が充実しているとの回答であり、研修指導に対する研修病院の充実度が示唆された。

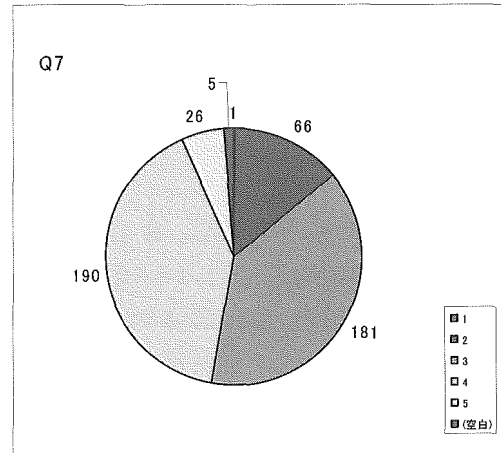
6) 研修医のメンタルヘルス対応は十分か？



全くそう思わない1 (0.2%)、あまりそう思わない70 (14.9%)、どちらともいえない196 (41.8%)、少しそう思う172 (36.7%)、とてもそう思う28 (6.0%)であった。

対応が十分と回答したのは、42.7%に留まっていて、研修中断や離職等にも深い関係を示すと思われる研修医のメンタルヘルス対応の難しさが浮き彫りにされた。研修医の精神面でのフォローアップは極めて重要な課題であり、病的な場合における対応も重要である。

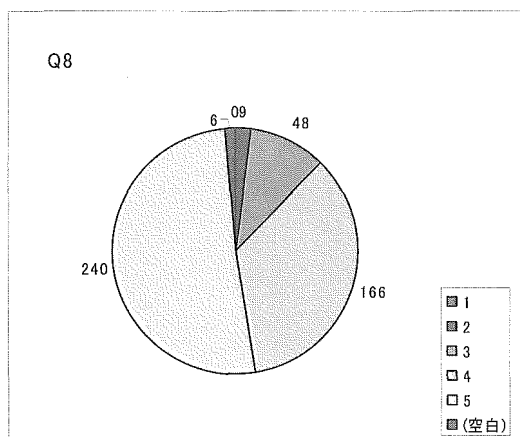
7) 研修医の評価・修了基準整備は十分か？



全くそう思わない1 (0.2%)、あまりそう思わない66 (14.1%)、どちらともいえない181 (38.6%)、少しそう思う190 (40.5%)、とてもそう思う26 (5.5%)であった。

研修修了の要件や、対応に関して、十分との回答が46.0%であった。半数以上は、いまだ判断が困難または、十分ではないとの回答であった。

8) 臨床研修終了後の研修医対応が必要か？



全くそう思わない 0 (0.0%)、あまりそう思わない 9 (1.9%)、どちらともいえない 48 (10.2%)、少しそう思う 166 (35.4%)、とてもそう思う 240 (51.2%) であった。

研修終了後の後期研修の対応は、86.6%が必要と回答しており、非常に重要な課題であり、危機感があることが伺われた。

【研究2：委員長研修における、医師臨床研修の課題に関するバズ・セッションの結果】

研修システムに関する議論の課題として、6題（よい研修医の獲得、教育・指導の実施、研修医の処遇や評価、および研修後の進路）に対して議論が行われ、様々な課題と、実際に行っている工夫に関して意見が得られたので、結果をまとめた（資料2）。

D. 考察

今回、事前アンケートとして、8課題に関して平成17年度開始時点における（新臨床研修制度発足後1年経過）臨床研修病院での取り組みを調査したが、この自由意見記載の内容と、4回施行された委員長研修における「バズ・セッション」で実際に得られた現場での意見を考慮して、考察する。

研修医の獲得に関しては、様々な工夫がなされているが、ホームページの充実に加えて、研修医が学生を勧誘する方策や、より早い時期での説明会開催などが行われているが、苦勞している病院と学生が集まってきて（獲得に）苦勞していない病院とで、対応が異なることが浮き彫りにされた。後者では、いかに優秀な研修医を獲得するかということが考え

られ、この点に関しては、いかに魅力的な研修プログラムを提供するかということで、施設のニーズと研修医の期待がマッチングするような種々の工夫がなされていた。

研修体制・システム整備に関しては、後期研修との整合性のあるプログラム必要性が指摘されている。さらに地域医療や救急医療（特に小児救急など）の研修を充実させることを重点化している医療機関も見られた。

研修医の処遇に関しては、インターネット環境の充実、宿舎の低料金確保などに様々な工夫が見られていた。

臨床研修における医療・労働関係法規遵守に関しては、時間外勤務の賃金の件や、当直研修明け後の勤務の是非に関する議論が多かったが、指導医の勤務とのバランスも考慮にいたした診療システムの構築も必要かと考えられる。

研修医の研修指導体制に関しては、指導医の負担が大きいことが数多く指摘された。これは指導医の情熱に対する、何らかのインセンティブが必要との議論が多くなされた。また、指導医の質を向上させるべく、指導研修会の参加や指導医の公募、米国の研修システムの見学などワークショップも含めた指導医の教育への対応も盛んに行われていた。研修医自身の問題としては、やる気のある研修医への対応、逆にモチベーションの低い研修医に対する対応も重要で、研修医と1対1の指導体制や、グループによる指導体制、さらには研修医・指導医の表彰や研修医を各種委員会に参画させる方法などの工夫により、医療施設の一員としての自覚を持った勤務を期待している。また、プライマリ・ケアの充実や総合診療部門の活動などを通して、研修医の医療レベルを向上させる試みも紹介されていた。

研修医のメンタルヘルスに関しては、十分な対応がとられている施設が少なかったが、研修中の講師からの指摘もあるとおり、うつ状態の早期発見と対応（要治療の場合もあり）は、必須の課題であると認識された。また、女性研修医への対応も考慮すべき重要な課題と考えられた。

研修医の評価・修了基準に関しては、EPOCと施設独自の評価を行っている施設もあるが、修了時の評価の困難さが浮き彫りにされた。今後は、研修に関連した360度評価の必要性も言及されていた。どのような研修医に対して修了証書を出さないのか、研修医が他の科でどのような評価を受けたのかが不明な点も指摘されていたが、今回の委員長研修では、厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室の宇都宮啓室長から、これらの点を踏まえた詳細な説明があり、受講者との活発な議論がなされていた。

研修終了後の研修医への対応に関しては、初期研修とあわせての研修プログラムの作成がなされている施設があったが、研修医の残留の条件などまだ、不明な点が数多くあることが指摘された。

E. 結論

今回、国立保健医療科学院で4回施行された、平成17年度医師臨床研修制度・研修管理委員会・委員長研修の事前アンケートならびに、研修中に行われた、臨床研修に関する参加者主体の議論「バズ・セッション」に関して、結果をまとめた。

医師臨床研修に関わる、研修医獲得、指導システムや研修評価、研修修了から後期研修までの様々な課題とそれに対する取り組みの一部が明らかとなった。今後、さらに検討を加え、この臨床研修に対して提言を重ねて生きたい。

F. 研究危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし、2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

平成 17 年度
医師臨床研修制度・研修管理委員会・委員長研修プログラム

【1日目】

- 1) 新医師臨床研修制度の歴史・経過について
- 2) 新医師臨床研修制度に望むもの
- 3) シンポジウム「卒後臨床教育の展望」
- 4) バズ・セッション「医師臨床研修の現状と課題」

【2日目】

- 1) 研修医教育のあり方
- 2) 研修医のメンタルヘルス
- 3) 研修体制の課題
- 4) 臨床研修における医療安全の課題
- 5) 経営管理の観点からみた臨床研修
- 6) 現在の臨床研修制度について：医療・労働関係の法規適用、修了基準
(講師の都合により、若干の日程変更あり)

資料2

「バス・セッション」における議論内容

	課題	工夫
1. 獲得(募集)に関して		
よい研修医をとりたい	多くの希望者からよい研修医をどう選抜するか よい研修医を短時間で見極めるのが困難 地域医療をめざす研修医を掘り出す方法	複数の目、議論をさせる、誰がリードするか、 いろいろ評価する 課外活動：6年間きちんとやっていたか？も参考になる
募集、広報	研修医のニーズにあった研修の提示 (いかに魅力を出すか?) 説明会も単独市中病院では困難か? 定員の3倍の応募がある(先輩が後輩を連れてくる) 研修定員も満たすまでに至らない 地域医療の研修プログラムは? いかに優秀な研修医がきてくれるか、が問題	HPの充実 どんな研修医でもよい医師に育てると、断言 個別に地域開業医に電話 進学塾に頼んで、医学部にいった者の名簿を作成する 県が主催する説明会 ブロック地区の説明会 研修説明のブース作る ロコミ、耳コミで、クラブ先輩、研修医が次年度の研修医を勧誘する PTAを通じて、宣伝周知して獲得する ポスターを全大学に発送したが、効果少ない 救急をしながら、プライマリケアをする、などとプログラムを紹介する
マッチング	マッチングしても、逃げられる場合あり 給料で選ぶ研修医が、研修後に変更した例あり 研修医のニーズと施設とのアンマッチがある マッチングの中間発表が不合理?実際は多くが別の病院に行った(志望変更続出、大都市へ流出か?)	来た研修医にきちんと指導する(ロコミ期待) 目玉となるプログラム、国内外留学の可能性 魅力のあるプログラムを作成する 研修内容のバリエーションを考える
マッチング後対応	人(研修医)をみる目がない よい研修医とはどんな研修医か?が問題になった 医療のニーズ(医師少ない)と研修医の応募がマッチしない キャリアアップをめざす研修医が大都市に集中する? HP内容を誤解する 国試失敗、卒業できない、病気で予定の研修医来ない 学生から、2年後の質問がでてくる(後期研修)	早い時期に説明会(6年生の5、6月では決定、4年生で行う) 説明会を研修医に語らせる
選抜対応	面接でよい研修医を選抜できるかどうか疑問 どういう選抜がもっとも適しているか、国試浪人をどう見抜くか? 短い時間の選抜ではよい研修医を選べない	学外実習で学生を受け入れ、質をみている 病院見学时以外に実習を取り入れる 紹介状システム(本人と長くつきあっている人の紹介システム) 臨床研修部の秘書の意見：研修医の医師、事務に対する態度
研修医が来る	都会で研修医を集めるのに苦勞していない HPみて見学にくる、苦勞していない 多い研修医の試験の手間が大変	
研修医が来ない	HPのみでは集まらない 募集会を開いても、学生が聞きに来ない 研修医確保のために大学訪問など時間がとられる 大都市周辺に研修医が集中、地方病院に来ない だんだん応募者がへっている、なぜ?	
指導医	よい指導医の獲得 指導医の資質、モチベーション 指導医の中でも熱心・不熱心あり、どう動機づけるか? 内科の垣根(総合内科が打ち破れるか?) 「縦割り」では困難か	
その他	地域連携として、研修医の多いところが少ないところをフォローしてもよいのでは? 去年より研修医増えた40%、同じ、40%、減った20%(受講者挙手)	

	課題	工夫
2. 研修医の教育の実施に関して		
目標	到達目標とどこまで達成しているのか？ チェック漏れがなかったか。(研修終了に際して) 研修医の求めるものと、カリキュラムのギャップをどう埋めるか？	
教材		UP-TO-DATE (教材) を導入する
指導医	指導医の質の問題、指導医の温度差 指導医の指導はどうか？ 指導医の人数と研修医の人数のミスマッチ (人手不足、指導医が日常業務で多忙) 研修医が甘えて、勉強せず、指導医のモチベーションがあがらない 指導医の負担増加 実際には指導医以外の上級医が指導していることがある 内科division化、専門医はいるが総合的に指導する人がいない 良質な指導医の確保が難しい	指導医の選考をする (指導医と研修医のマッチング) 地元で指導医のワークショップをして、研修医に魅力あるものにする 指導医を米国の研修医システム見学にいかせる 指導医の教育体制を確立する 指導医の手当てを出す (指導医にどんな指導をしたか、提出させることを義務付け) 指導医にインセンティブを与える 指導医の資質は2泊3日の研修をできるだけ参加 指導医の動機づけ: 研修講義をする30~40 (研修医から書き出してもらう) 指導医の選考には、各科部長が参加して行う 指導医を公募する 指導医講習会を病院単位ではなく、団体単位で行って、行動変容が見られた
教育体制	2年目の研修医が進む専門以外に興味なくなる 院内の理解が乏しい、事務官が動かない	指導体制強化 (処遇充実) で魅力的な研修を提供できるようにする 指導体制を構造化して、研修修了者が新卒を指導するシステム確立 内科で総合的にみるようにする、そこに各科の医師がくる 専門医、認定医ととれるように、施設認定もできるだけとる コメディカルを医療安全の教育に。 研修医1人に対して、1年間指導医をつける (他科移動後もフォロー、相談事を引き受けるなど) グループで指導する (なかなか相性のよい悪いは判断難しい) 指導医-レジデント-研修医の3名でやる。6ヶ月でスタッフとして活躍可能 レジデントが研修医を指導する (プレゼンなど) 院内で科の枠を超えた指導をするシステム 総合内科構想・構築 特定科がいなくても、別の科がフォローする ベスト・レジデント・オブ・ザ・イヤーを表彰 ベスト・ティーチャー・オブ・ザ・イヤーを表彰
カリキュラム		残るのは地元なので、地元の大学、行政と連携、後期研修の充実を提言 統合内科: 患者さんに必要な医療の提供を研修してもらおう 総合講座 (どこの科でもできないことを座学で、病院管理や医療保険など) 研修医にアンケート (研修医の希望をカリキュラムに反映) 研修医にカリキュラムを作成させる 研修医会に研修医の代表をいれる、プログラムの策定、変更に参画させる 後期研修、その後のポストも明示できたらよい (初期・後期、ワンパッケージで情報提供) カリキュラム (小児救急) を重点的にしたら、多くの研修医がきた 地域医療の研修に特化した (大学病院) 産業医活動参画
症例確保	症例数にばらつきあり	

教育技法	やるきのない研修医にどう、アプローチするか？	施設でFD（1泊2日） 早朝、週1回、研修医にワンポイントレッスン 研修医のケースカンファレンスを研修医の自主運営をさせている、毎週2～3例、この時指導医が助言する 30回位にわけて、プライマリレクチャーをする（心電図、他）、1人に1ヶ月の予定立てる ポケットにはいる研修医ノート：それをみて、研修内容もきめる、ニーズを知る スーパー講師を呼んで、講演してもらう
教育環境 (EBM、情報、IT環境、図書館)		PHSをもたせて、指導内容の連絡先（専門内容）を研修医に教える
研修支援 (カンファレンス、グラウンドラウンド)		研修管理者が月1度研修医と面談し、意見をきく

	課題	工夫
3. 処遇		
処遇改善	説明会と実態が違う、その差は？どうする？訴えられる？	
給与/賞与		時間外すべて支払う 指導医が指導内容・目標を提出してもらう。これを給与に反映させる（360度評価） 総額そのまま、当直代値下げ、他 時間外は上限決めて出す 当直料はフルに出す。翌日は午後は帰らせる 当直：週1回、サブでやっても1万円出す
労働時間 休暇、当直	当直明けの交代の問題（これは指導医も同じ） 労働時間：適切なのはどれくらいか 1日8時間で、あとは自主研修としているが、十分な研修ができないのではないかと 休暇：1年目：1週間	当直は、1年目は12時すぎでかえりたかったら帰ってよい（自主研修）
住居	寮の確保困難 宿舎の提供（拳手、7割くらい）	アパート借受、その他家賃補助（一部） 宿舎家賃が5,000円が人気
机、ロッカー 当直室		机、ロッカーを個人占有
白衣、教材		研修医が独自に欲しがる図書を買ってもよい（1人、月1万円まで病院が出す）
学会参加等		
相談体制		
メンタルヘルス	相談体制とメンタルヘルスが問題 女医のメンタルヘルスが難しい	チューター制とっているが、女性研修医の指導医も女性を考えればよい 事務系職員が観察し、元気ない場合には声かけ、指導医報告 学年近いものが、よくコミュニケーションとる（食事など）
その他	妊産婦の処遇（90日をクリアできるか？） 2年目研修医：ひとり立ちしたい、という申し出 研修する科によって、研修医の帰る時間が違う 説明会で聞いた話と違う、と研修医にいわれる 早く帰る研修医をどう抑えるかが問題 精神科の指導が、難しい	前1ヶ月、後2ヶ月（後2月、子供をみてくれる施設ない、育児の家族負担大きい）

	課題	工夫
4. 評価		
うまく評価したい	大学とのたすきがけで、細かいところにいきたらない	
研修プログラムの評価	評価が難しい 独自の評価表を利用	最近では360度評価が他の企業である。 独自の評価表を使う 評価を中間に1回やって、足りない症例を明らかにして、実施するようにする 研修手帳を持たせている
研修生の評価	どれが足りてないかわからない、CPCレポート記載に工夫	
評価者	採用した研修医に、研修後に残留を話す。 各科だけの評価になり、経時的にみれない(大学) 評価する人(指導医)の評価 EPOC利用している	指導医、研修医と面接してEPOCで評価 2年間通じて、メンターを一人きめて、通して評価(大学) 2人の研修医に1人の指導医(2年間)、指導医と本人との評価(本人の評価甘い)
フィードバック	研修医が他の科でどんな評価をうけたかわからない	
修了判断基準	どんな研修医に修了証書をださないか? 全国公募では、(病歴などの)事前情報よくわからない	
継続プログラム設計	後期研修とあわせて、研修プログラムを作成している	
採用判断	自信なくなって辞めた	
キャリアパスとネットワーク	妊娠・出産2名：中断とした。 うつ、になった研修医(他の診療科ではよかったのが、だめになっていく) 研修の中断(精神的疾患、面接でわからなかったが、治療歴あり) 指導医とあわず辞めた 研修の課題は病院の経営の課題か?	
進路	研修医の意見：3年目からが心配 もう、2年後に何をやるかを決めてきている	

5. 「地域保健・医療」研修プログラムの開発

分担研究者 曾根 智史 国立保健医療科学院公衆衛生政策部 部長

研究要旨：

より効果的な「地域保健・医療」研修を目指して、国立保健医療科学院（以下、科学院と略す）での試行結果をもとに、「地域保健・医療」研修に必要な要素を分析し、科学院で実施可能な「地域保健・医療」研修プログラムを開発した。

平成 17 年 10 月に 4 週間、A 臨床研修病院の 2 名の研修医の協力を得て、「地域保健・医療」研修を試行した。

研修医に対する意見調査結果および平成 17 年度地域保健総合推進事業地域保健研究事業の調査結果等に基づき、以下の点が、科学院での「地域保健・医療」研修プログラムにおいて重要だと考えられた。

- (1) 第一線の地域保健活動を知るための保健所実習があること。
- (2) 実際の事例を補う形でのケースメソッド演習が導入されていること。
- (3) 幅広い見地から政策を見る能力を養うため厚生労働省での実習を盛り込むこと。
- (4) 今後の政策課題としては、感染症をはじめとする健康危機管理とがんや糖尿病を含む生活習慣病の二つを特に強調すること。
- (5) 何らかの形で、国際的な経験をさせること。

以上の検討をもとに、平成 18 年度より科学院で実施可能な「地域保健・医療」研修プログラムを開発した。

A. 研究目的

新医師臨床研修制度の基本的な考え方である、患者を全人的に診療できる基本的能力の習得のためには患者の住むあるいは住むべき家庭、地域、職場、法制度、仕組みなどの社会環境を理解することが不可欠である。

そのため、研修 2 年目に「地域保健・医療」の履修が必修化された。その到達目標には、保健所の役割（地域保健・健康増進への理解を含む）についての理解と実践も含まれている。新体制は平成 16 年 4 月から開始されたが、17 年 4 月には 2 年目のプログラムに入り「地域保健・医療」の研修が

本格的に始まった。

「地域保健・医療」研修をどのように進めていくべきかは、保健所をはじめとする公衆衛生関連機関にとって大きな課題といえる。インターン制度下で実施されていた 1 ヶ月の保健所修練に対しては、不十分な指導者、不明確なプログラム、事務的な書類の取り扱い業務や見学主体の研修などと厳しい評価が残っている。

本研究では、より効果的な「地域保健・医療」研修を目指して、国立保健医療科学院（以下、科学院と略す）での試行結果をもとに、「地域保健・医療」研修に必要な要素を分析し、科学院で実施可能な「地域

保健・医療」研修プログラムを開発することを目的とする。

B. 研究方法

平成 17 年 10 月に 4 週間、A 臨床研修病院の 2 名の研修医の協力を得て、科学院での「地域保健・医療」研修を試行した。

研修内容は、科学院では、以下の通りである。

- (1) 海外からの研修員に対して、わが国の保健所制度について英語で講義
- (2) リスクコミュニケーションセミナー受講
- (3) 感染症セミナー受講（感染症研究所）
- (4) 保健所幹部職員向けの健康危機管理研修にスタッフとして参加
- (5) 臨床研修管理委員会委員長研修にスタッフとして参加
- (6) 具体的な事例をケースメソッド演習によって体験
- (6) 「健やか親子 21 中間評価検討会」を傍聴
- (7) JICA プロジェクトの TV 会議を傍聴

この他、院外研修として、厚生労働省での見学も行い、主として、鳥インフルエンザ対策等健康問題に関する検討会の傍聴や資料整理を行った。

研修終了時に、研修医 2 名に対して、自由記載の形で、よかった点、改善が必要な点を調査した。その結果を分析し、課題を整理した。さらに、平成 18 年度実施に向けてのモデル研修案を作成した。

（倫理面への配慮）

研修医に対する調査については、記名式で実施したが、個人が特定できない形での結果公表とした。

C. 研究結果

1. 研修医の意見

（科学院での研修について）

- (1) 科学院での研修では、適宜課題を与えて下さったため、主体的に学ぶことができた。
- (2) 決められたプログラムに乗るのではなく、こちらの希望を気にかけて下さったため、比較的自由度の高いプログラムであった。
- (3) 科学院で催される各種のセミナーや講習などにも参加させて頂き、それらのテーマは感染症対策、危機管理、臨床研修など興味の尽きない議題であった。病院で勤務してはなかなか見えてこない世界観がそこにはあり、病院とは狭い世界であることを実感した。
- (4) 他国での感染対策や保健対策がどのように行われているか学べた。
- (5) 日本から他国への援助がいかに行われ、どのように医師が携わるのかを知った。
- (6) 行政が住民に対して担う責任の重さ、他職種との連携、複雑な利害関係の調整、法律と個との調整等、行政の仕事が多様であること、住民の生活に直結していること、病院内に範囲を狭められない影響力があることを知った。
- (7) 責任者の研修がどのように行われているかを見て、意見交換の場となっていることやロールプレイングの重要性を知った。
- (8) 住民に対する公衆衛生的なものごとの考え方、日本の世界における役割、英語の重要性を身にしみて感じた。

（科学院外での研修について）

- (1) 医系技官の仕事が実感できるようにとの観点から、いくつかの課題を与えて下さり、以前よりも格段に技官の仕事内容が実感できるものとなった。
- (2) 省の中で議題に上っていることが普段目にするニュースと連動する様子を垣間見ることができ大変刺激を受けた。

- (3) 実践的な課題を与えられたことで、短期間にしては主体的に取り組むことができたと思う。
- (4) 国の向かうべき方向性がどのように決められ、進められていくのか、法整備後の末端である国民にどのような形で伝えられていくのかをみることが出来た。
- (5) 省庁で決まることがいかに国民を動かすことになるのか、自分たちが省庁で働く人々により動かされていること、法律の重み、検討会の運び方等を見ることが出来た。
- (6) 自分のしていることが末端であり、スケールの小ささに気づかされた。何かを変えようとするならば、行政に携わる必要があることを知った。
- (7) 感染症研究所、JICA 等で催されるセミナーや会議にも参加させて頂き、感染症、危機管理、国際協力に関して興味深い話を多く聞くことができた。日本の公衆衛生のみならず、国際的な公衆衛生問題についても多く触れ、英語を使う機会も多かった。様々な人物に行く先々でお会いし、見聞を広めることができた。

(全体的感想)

- (1) 公衆衛生という分野には普段なじみが薄いのが、知るにつけ面白みを感じられる分野であると感じた。
- (2) 公衆衛生という広い視野で考える経験となったため、大変有意義であり、今後の進路の参考になるであろうと思う。これからまだ臨床研修が 5 ヶ月あるが、個々の患者様に臨床医として接する際にもこの経験を忘れずにいたい。
- (3) 見学出来るものは見学し、テーマを持ち考え方を学ぶ。講演等に参加し、自己研鑽に励み、機会があれば実務にも携わる。人を動かす人達向けの講演に

参加するなど、病院では学べない、大切なことを多々教えていただきました。

D. 考察

1. 研修医の意見について

意見調査の結果からは、それまでの臨床医療とは異なる公衆衛生活動や行政の仕事・役割の重要性を認識できた様子がうかがえた。

科学院で実施した研修会においても、スタッフとして関わってもらったため、主体的に参加でき、かつ参加者の様子や研修会全体を客観的に見ることができたのではないかと考えられる。特に、臨床研修管理委員長研修への参加は、自ら経験している臨床研修が多くの人々の努力で運営されていることに気づく機会になったという点で有用であった。

研修期間が短かったため、精神保健活動、結核発生、災害対応など地域保健の現場での事例は、ケースメソッドという形で補完したが、自分たちで図書館の文献などを調べて解決策を探り、指導教官とのディスカッションによって問題意識を深めることができたと考えられる。

また、海外からの研修生の前で、わが国の保健所システムについて英語でプレゼンテーションをしたり、JICA プロジェクトの現地との TV 会議を傍聴したりすることによって、国際協力への関心も増した。

また、将来的なキャリアとして、行政を選択する可能性も示唆され、長い目で見れば公衆衛生医師確保に寄与することも考えられる。

2. 保健所への調査結果、公衆衛生学会シンポジウムより

平成 17 年度地域保健総合推進事業地域保健研究事業「新医師臨床研修『地域保健・医療』の実践的な研修方策に関する研究(分担事業者 伊藤善信)」が全国の臨床研修

実施保健所 352 ヶ所に対して実施した調査によれば（回答 292 ヶ所、回答率 83%）、保健所が実施する研修内容のうち、主体的に実施させたものとして、

- ①家庭訪問（50.0%）
- ②健康教育（48.3%）
- ③フィルム読影（45.2%）
- ④結核審査会の説明（43.2%）
- ⑤HIV 検査（37.3%）
- ⑥研究・発表（34.2%）
- ⑦立ち入り検査（31.9%）
- ⑧資料の集計・分析（31.5%）

があげられていた。これらの事項の多くは、地域保健活動を理解するのに重要な事項であり、また保健所でなければ経験できないことであると考えられ、「地域保健・医療」研修には保健所研修を組み込むことが必要であると考えられる。

また、平成 17 年 9 月 16 日に開催された日本公衆衛生学会総会シンポジウム 8「医師臨床研修『地域保健・医療』と保健所の役割」では、北海道の先進的な取り組みとして、道独自の研修テキストの開発と様々な公衆衛生活動を取り入れた研修プログラムが紹介された。やはり、単なる見学や講義だけではなく、自ら考え、実践する形式の研修が主体であった。

3. 到達目標との関連

厚生労働省の「臨床研修の到達目標」の「C 特定の医療現場の経験」の「(3) 地域保健・医療」には、

- 「地域保健・医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、
- 1) 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。
 - 2) 社会福祉施設等の役割について理解し、実践する。
 - 3) 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。

4) へき地・離島医療について理解し、実践する。」

とあり、これらのうち 1 項目以上経験することが求められている。そして、その現場として、保健所をはじめとして、様々な地域保健・医療のリソースがあげられている。「地域保健・医療」研修においては、その趣旨に鑑みて、この最低基準を満たすだけではなく、できるだけ幅広い経験を積ませることが、臨床研修の基本理念「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。」を達成するために不可欠であると考えられる。そのためには、「地域保健・医療」研修プログラムは、様々なリソースを活用した多彩なものが望ましいと考えられる。

4. 新たな研修プログラムの開発と今後の方向性

前述の研修医に対する意見調査結果および平成 17 年度地域保健総合推進事業地域保健研究事業の調査結果等を参考にし、以下の点が、「地域保健・医療」研修プログラムにおいて重要だと考えられた。

- (1) 第一線の地域保健活動を知るための保健所実習があること。
- (2) 実際の事例を補う形でのケースメソッド演習が導入されていること。
- (3) 幅広い見地から政策を見る能力を養うため、厚生労働省での実習を盛り込むこと。
- (4) 今後の政策課題としては、感染症をはじめとする健康危機管理とがんや糖尿病を含む生活習慣病の二つを特に強調すること。

(5) 何らかの形で、国際的な経験をさせること。

以上の検討をもとに、平成 18 年度より科学院で実施可能な「地域保健・医療」研修プログラムを以下の通り開発した。

国立保健医療科学院 医師臨床研修「地域保健・医療」研修プログラム

(臨床研修協力施設として)

1. 期間 10～12 月 (3 ヶ月間)
2. 受入定員 2 年目の研修医約 15 名
3. 内容 (例)
 - (1) 国立保健医療科学院における研修
 - 1) 公衆衛生行政に関する基礎講義
 - 2) 健康危機管理研修等の短期研修
 - (2) 関連施設との協力による研修
 - 1) 近隣の保健所における実習
 - 2) 国立感染症研究所、国立がんセンター等における実習
 - 3) 厚生労働省における実習
 - 4) WHO 関連研修：感染症対策、生活習慣病対策
4. 上記の研修を修了した者については、翌年度以降、国立保健医療科学院の専門課程 I「保健福祉行政管理分野」(いわゆる保健所長コース)に入学した場合、遡って一定の単位を認定する。入学より 3 年以内に、遠隔教育を含む研修で全 35 単位を履修した者に、MPH (Master of Public Health) を授与する。

本プログラムは、平成 18 年度は数施設からの研修医を対象に試行した後、平成 19 年度より本格実施の予定である。

参考文献

日本公衆衛生協会：平成 17 年度地域保健総合推進事業発表会抄録集。2006 年。

E. 結論

より効果的な「地域保健・医療」研修を目指して、国立保健医療科学院(以下、科学院と略す)での試行結果をもとに、「地

域保健・医療」研修に必要な要素を分析し、科学院で実施可能な「地域保健・医療」研修プログラムを開発した。

平成 17 年 10 月に 4 週間、A 臨床研修病院の 2 名の研修医の協力を得て、科学院での「地域保健・医療」研修を試行した。

研修医に対する意見調査結果および平成 17 年度地域保健総合推進事業地域保健研究事業の調査結果等を参考にし、以下の点が、科学院での「地域保健・医療」研修プログラムにおいて重要だと考えられた。

- (1) 第一線の地域保健活動を知るための保健所実習があること。
- (2) 実際の事例を補う形でのケースメソッド演習が導入されていること。
- (3) 幅広い見地から政策を見る能力を養うため、厚生労働省での実習を盛り込むこと。
- (4) 今後の政策課題としては、感染症をはじめとする健康危機管理とがんや糖尿病を含む生活習慣病の二つを特に強調すること。
- (5) 何らかの形で、国際的な経験をさせること。

以上の検討をもとに、平成 18 年度より科学院で実施可能な「地域保健・医療」研修プログラムを開発した。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

別紙

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

6. 臨床研修指導における診療ガイドラインの活用に関する検討

研究協力者 中山 健夫 京都大学大学院医学研究科

社会健康医学系専攻健康情報学分野 助教授

主任研究者 水嶋 春朔 国立保健医療科学院 人材育成部長

研究要旨：

新医師臨床研修制度にて指導医あるいは上級医が研修医を指導する際に、診療ガイドラインの効果的な活用方法について検討した。診療ガイドラインの評価については、AGREE 共同計画（“Appraisal of Guidelines Research and Evaluation”）が開発した6領域23項目と総合評価、合計24項目から成る評価手法がある。無批判に診療ガイドラインを利用するのではなく、その限界を理解して適切に利用することが望まれる。

A. 研究目的

新医師臨床研修制度における研修指導ガイドラインの効果的な活用方法について検討する。

れた診療ガイドラインは、適切に用いられれば臨床医にとって有用な情報源となり得る^{2,3)}。

B. 研究方法

診療ガイドラインの特性を明らかにし、臨床研修指導における留意点、効果的な活用方法について検討した。

2. 他の2次情報と比較した診療ガイドラインの特性

- 既存文献（エビデンス）のレビューに留まらず、専門家により一定の推奨が明示されている。
- 作成主体が一定の権威性を持つ。
- 専門家集団内での（規範としての）影響力を持つ。
- 専門家の生涯教育のレベルであり情報源となり得る。
- 専門家集団が社会的発言・政策提言という対外的な“Professional advocacy”を行う際の足場となる。
- 一般社会に対しても一定の影響力を持つ（受療行動への影響、法的判断

C. 研究結果

1. 診療ガイドラインの定義

特定の臨床状況において、適切な判断を行なため、臨床家と患者を支援する目的で（assist practitioner and patient decisions）系統的に作成された文書（米国 Institute of Medicine, 1990）¹⁾。根拠に基づく医療（Evidence-based Medicine: EBM）の手法を利用して作成さ

での参照)。

3. 「ガイドライン」の拘束力について

診療ガイドラインは、医師の経験や裁量
を無視して、個々の患者に決まった方法を
強制するものではない⁴⁾。Dictionary of
Epidemiology では、「指令 (directive)
は推奨 (recommendation) よりも強く、推
奨は指針 (guideline) よりも強い。北米で
は指針と勧告 (推奨) は同等」としている⁵⁾。
Haynes らは EBM 時代における臨床意思
決定の関連要因として「臨床的状況・環境」
「研究によるエビデンス」「患者の価値観
と行動」をあげ、それらを統合することが
「臨床家としての経験・熟練」であるとし
(図)、併せて「決めるのはエビデンスで
はなく人間である」(“Evidence does not
make decisions, people do”)ことを強調
している⁶⁾。診療ガイドラインは良質に作
られていたとしても、既存エビデンスの集
合体であり、個々の臨床場面における意思
決定に影響する要因の一つに過ぎない。そ
のような役割と限界を理解して、診療ガイ
ドラインを利用する姿勢が必要である。

(注:Recommendation の訳として以前は「勧
告」が用いられることが多かったが、「勧
告」は一定の強制力を持つ法律用語であり、
誤解を避けるためには訳語として「推奨」
を用いることが望ましい。)

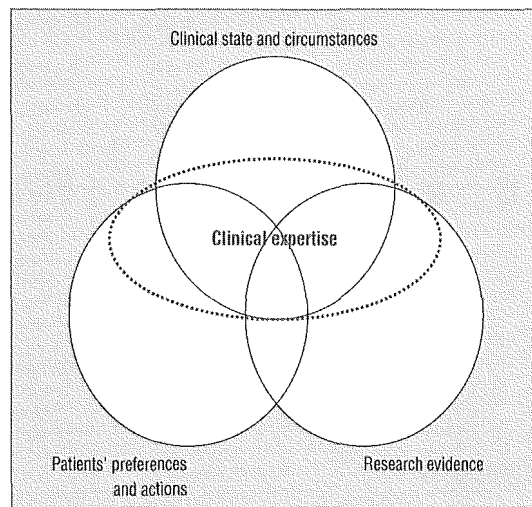


図. evidence based practice における臨床医と患者
の選択

4. 診療ガイドラインがカバーする範囲

患者の 60 - 95%とされる (Eddy)。95%以
上の患者に適応されるのは「スタンダード」、
50%ほどの患者には「オプション (選択肢)」
が適用されることもある⁷⁾。

5. 診療ガイドラインの評価法

AGREE 共同計画 (“Appraisal of
Guidelines Research and Evaluation”) が
開発した 6 領域 23 項目と総合評価、合計
24 項目から成る評価手法がある^{8,9)}。無批
判に診療ガイドラインを利用するのではな
く、その限界を理解して適切に利用するこ
とが望まれる。

* 下記の各項目を 4 段階で評価する。

利用法については下記 URL を参照。

<http://www.mnc.toho-u.ac.jp/mmc/guideline/AGREE-final.pdf>

(1) 範囲と目的 (項目 1-3) :

ガイドラインの全体的な目的、具体的な臨

床問題と対象とする患者集団に関する項目。

1. ガイドライン全体の目的が具体的に記載されている。
2. ガイドラインで取り扱う臨床上の問題が具体的に記載されている。
3. どのような患者を対象としたガイドラインであるかが具体的に記載されている。

(2) 利害関係者の関与 (項目 4-7) :
ガイドラインがそのユーザーとして意図された者の見方をどれほど代表するものであるかに関する項目。

4. ガイドライン作成グループには、関係する全ての専門家グループの代表者が加わっている。
5. 患者の価値観や好みが十分に考慮されている。
6. ガイドラインの利用者が明確に定義されている。
7. ガイドラインの想定する利用者で既に試行されたことがある。

(3) 開発の厳密さ (項目 8-14) :
根拠を集め集約するのに用いられた過程と、推奨を導き出す方法、その更新に関する項目。

8. エビデンスを検索するために系統的な方法が用いられている。
9. エビデンスの選択基準が明確に記載されている。
10. 推奨を決定する方法が明確に記載されている。
11. 推奨の決定にあたって、健康上の利益、副作用、リスクが考慮されている。
12. 推奨とそれを支持するエビデンスと

の対応関係が明確である。

13. ガイドラインの公表に先立って、外部審査がなされている。
14. ガイドラインの改訂手続きが予定されている。

(4) 明快さと提示 (項目 15-18) :
ガイドラインの言葉と形式に関する項目。

15. 推奨が具体的であり、曖昧でない。
16. 患者の状態に応じて、可能な他の選択肢が明確に示されている。
17. どれが重要な推奨か容易に見分けられる。
18. 利用のためのツールが用意されている。

(5) 適用性 (項目 19-21) :
考えられるガイドライン適用、組織的、行動的、経済的影響に関する項目。

19. 推奨の適用にあたって予想される制度・組織上の障碍が論じられている。
20. 推奨の適用に伴う付加的な費用(資源)が考慮されている。
21. ガイドラインにモニタリング・監査のための主要な基準が示されている。

(6) 編集の独立性 (項目 22-23) :
ガイドライン作成グループが利害の衝突を生じる影響力から独立していることに関する項目。

22. ガイドラインは編集に関して資金源から独立している。
23. ガイドライン作成グループの利害の衝突が記載されている。

(7) 総合評価 :