

初期研修2年間のEBM教育カリキュラム開発 平成17年度報告

厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業(H17-医療-039)

「臨床研修医が初期研修の2年間に修得すべき

EBM教育カリキュラムの開発に関する研究」

研究報告書

(平成18年4月10日)

主任研究者

小泉俊三(佐賀大学医学部教授 附属病院総合診療部長)

平成 17 年度 研究報告書 目次

研究目的と方法および成果の概略	i
研究組織	ii
平成 17 年度研究報告研究成果の概要	1
付: 研究計画の概要	19
研修医向けの EBM 教材とその短期的効果の評価	23
臨床研修医が初期研修の2年間に修得すべきEBM教育カリキュラムの開発に関する研究班の方向性について	24
研究分担者平成 17 年度業績	27

資料編

平成 17 年度研修指導者講習会の概要	51
平成 17 年度研修指導者講習会グループ発表の概要	69
平成 17 年度研修指導者講習会講師資料	89

研究目的と方法および成果の概略

研究目的：

患者の安全をはじめとする医療の質が鋭く問われている今日、医師には、その専門領域を問わず、患者中心の臨床アウトカムを重視するEBM(根拠に基づく医療)を実践することが強く求められている。EBMとは、手に入る最新最良の医学情報を吟味し、患者に特有の臨床状況と患者の価値観に配慮して患者の問題を解決しようとする診療態度を指すが、コミュニケーション能力と共に医療人としての基本的コンピテンシーの一つである。新医師臨床研修制度の中でも、「行動目標 - 問題対応能力」として取り上げられているものの、現実の研修プログラム立案においては、診療科ローテーション期間や順序に議論が集中し、EBMの教育方略はなおざりにされている。臨床研修医の多くは日常診療業務に忙殺される中で、診療態度としてのEBMを身に付け、文献検索・吟味の手法に習熟することなく、2年間の研修期間を終えてしまうことが懸念される。本研究では2年間の初期研修期間を通じて診療態度としてのEBMを修得するための教育カリキュラム開発を目指した。

研究方法：

先行研究では臨床判断上の特性に従って、定型患者(85%)、複雑患者(15%)、例外患者(5%)に患者を類型化し、それぞれの類型に適合したエビデンスの活用を目指して、研修医や指導医を対象としたEBM講習会の開催を通じて教材の開発を行うとともに、研修病院におけるEBM教育の機会としての、1. 早朝(申し送り)カンファレンス、2. 症例検討会、3. 文献抄読会、4. 退院時サマリー記載、5. 学会等での症例発表、等を念頭に置いて、教育現場で応用可能なEBM教育手法上の工夫を抽出することを目指したが、本研究では、多様な学習方略を、どのように2年間の初期研修期間の中に有機的に組み込めば研修医のEBMマインド(診療態度)の育成に役立つかを、ワークショップの試行や研修医に対する聞き取り調査等を通じて評価する。

結果と考察：

平成17年度は、2年間の研究の1年目として、平成17年11月に「臨床研修指導医のためのEBM講習会(東京都)」を開催し、EBM教育の模範例やワークショップ形式のEBM演習を紹介すると共に、レクチャー用教材の洗練を図った。参加者(現場の指導医)からは時間の活用法、文献の選び方、研修医との接し方等について示唆に富む工夫が紹介された。また、主任研究者および分担研究者は、新医師臨床研修制度にかかる指導ガイドライン(平成17年4月、国立保健医療科学院ホームページに掲載)作りに積極的に参加し、EBM教育や医療安全教育の項目に関して多くの寄与を行った。

結論：

講習会等の開催により、EBM教育は学習方略の工夫によって研修医に受け入れ易い形で実施できることが検証されたが、本研究の2年目となる平成18年度にはこれらの成果を初期臨床研修2年間のカリキュラムの中に有機的に位置づけ、個々の研修プログラムで応用可能なEBM教育カリキュラム模範例を提示する予定である。

研究組織 ①研究者名	②分担する 研究項目	③最終卒業学校・ 卒業年次・学位 及び専攻科目	④所属機関及び 現在の専門 (研究実施場所)	⑤所属機関 における 職名
小泉 俊三 2040274584 E7フォート 5%	総括 研修医の実地指導	京都大学医学部 (昭和46年) 総合診療	佐賀大学医学部附属病院総合 診療部	副病院長
長谷川敏彦 20111100002 E7フォート 5%	医療行政とEBMにつ いての教材作成	ハーバード大学公衆衛生大学院 (昭和56年) 公衆衛生学修士 医療政策	国立保健医療科学院・ 政策科学部	部長
葛西 龍樹 E7フォート 5%	家庭医養成のための教 育セッション企画 研修医実地指導	北海道大学大学院(平成11年)医 学博士 家庭医療学	日鋼記念病院北海道家庭医療 学センター	所長
名郷 直樹 E7フォート 5%	地域医療症例シナリオ 作成と文献の選択 研修医の実地指導	自治医科大学大学院(昭和61年) 地域医療学	地域医療振興会 横須賀市立うまち病院臨床 研修センター	センター長
吉村 学 E7フォート 5%	内科系症例シナリオ作 成と文献の選択、研修医 の実地指導	宮崎医科大学(平成3年)内科学	岐阜県揖斐郡地域医療センタ ー	センター長
武藤 正樹 20112200023 E7フォート 5%	外科系症例シナリオ作 成と文献の選択、研修医 の実地指導	新潟大学医学部(昭59年) 医学博士 外科学	国立長野病院	副院長
津谷喜一郎 2080142040 E7フォート 5%	EBMの基本について 教材作成、研修医の実地 指導	東京医科歯科大学大学院(昭和58 年)薬学博士 臨床薬理学	東京大学大学院薬学系研究科	客員教授
長谷川友紀 2010198723 E7フォート 5%	EBMとガイドライン についての教材作成	東京大学医学部大学院(昭和60 年)医学博士 公衆衛生学	東邦大学医学部社会医学講座 医療政策・経営科学分野	教授
武澤 純 20116057 E7フォート 5%	ICU症例シナリオ作成と 文献の選択、研修医の実 地指導	大阪大学大学院(平成元年)医学 博士 救急医学 慶應義塾大学医学部大学院(昭和 56年)医学博士	名古屋大学大学院 医学研究科機能構築医学専攻 救急・集中治療医学 埼玉社会保険病院	教授
北井 啓勝 2030118939 E7フォート 10%	産婦人科症例シナリオ 作成と文献の選択、研修 医の実地指導	生殖医学・医学判断学		部長
多治見公高 20101727 E7フォート 10%	救急外来症例シナリオ 作成と文献の選択、研修 医の実地指導	福島県立医科大学大学院(平成6 年)医学博士 救急医学	秋田大学医学部 救急部	教授
上野 文昭 E7フォート 5%	内科系症例シナリオ作 成	慶應義塾大学医学部(昭和48年)	大船中央病院 内科・消化器科	内科部長
鎌江伊三夫 2070252905 E7フォート 5%	EBMガイドラインについ て	ハーバード大学公衆衛生大学院 (平成7年)医学博士	神戸大学大学院都市安全医学 研究分野	教授
福岡 敏雄 E7フォート 5%	教育プログラム作成お よび収集	大阪大学医学部 (昭和63年)	国立名古屋病院診療部心臓血 管外科、 ICU	副室長
山城 清二 E7フォート 5%	教育プログラム作成お よび収集	ハーバード大学公衆衛生大学院 (平成10年)	富山医科薬科大学 総合診療部	教授

平成17年度研究報告(第1部):

研究成果の概要

はじめに——新医師臨床研修制度下のEBM教育

患者の安全をはじめとする医療の質が鋭く問われている今日、医療従事者、特に医師には、その専門領域を問わず、自ら提供する医療の有効性と安全性、更には効率性についての説明責任と透明性をかつてないほど強く求められている。具体的には、日々の臨床において患者中心の臨床アウトカムを重視するEBM(根拠に基づく医療)を実践することが強く求められている。

EBMとは、手に入る最新最良の医学情報を吟味し、患者に特有の臨床状況と患者の価値観に配慮して患者の問題を解決しようとする診療態度を指すが、コミュニケーション能力と共に医療人に求められる基本的コンピテンシーの一つである。特に平成16年4月から実施に移された新医師臨床研修制度の中では、理念としての「人格の涵養」および「基本的臨床能力の修得」に続く「行動目標」のなかで「問題対応能力」としてEBMの実践が取り上げられている。

しかし、現実の研修プログラム立案においては、診療科ローテーション期間や順序に議論が集中し、EBMの教育方略はなおざりにされている。臨床研修医の多くは日常診療業務に忙殺される中で、診療態度としてのEBMを身に付け、文献検索・吟味の手法に習熟することなく、2年間の研修期間を終えてしまうことが懸念される。

本研究では、臨床研修医が2年間の初期研修期間を通じて診療態度としてのEBMを身に付けることが出来るよう、研修医を対象とした教育カリキュラムを開発するとともに、EBM普及のための支援ツールの開発を目指した。

また一方で、大学附属病院や主要な研修病院の指導医層に今なお残存する慣習墨守の傾向、即ち患者中心の臨床アウトカムや予防医学を重視する疫学的方法論になじめないまま、EBMの実践を最初から忌避する自己防衛的心理傾向の克服を促すべく、指導医の能力開発(ファカルティ・デベロップメント)のための教育モジュールの開発も目指したが、現場の指導医が利用しやすいことを特に念頭に置いた。

コンピテンシー概念とプロフェッショナリズムの重要性

先行研究で行ったEBMに関する概念整理(脚注：参照)によって、診療の標準化による医療の質および患者安全の確保と、臨床判断の個別化による患者ニーズへのきめ細かい対応とのバランスを分かりやすく説明することが可能となり、また、実践的な成人教育の軸となるべきコンピテンシー概念に基づいた患者安全とEBMに関する教育目標の定式化が可能になった(「臨床研修病院における患者安全向上に寄与するEBM教育企画の開発に関する研究」平成16年度研究報告書参照)。

結論から先に言えば、EBM教育の土台となるべき教育理念とは、コンピテンシー概念を軸に医療職全体としての社会的責任を明確にすること、即ち、新たな職業倫理(プロフェッショナリズム)を確立するとともに、それを如何に次世代に伝えてゆくか、との観点から、「EBM」を、「患者安全」、「患者中心」、「チーム医療」等の概念と共に包括的に捉えることであるといえる。

コンピテンシー概念は、従来から組織開発、組織管理などの経営管理領域で重視されてきたが、近年、医療安全および医学教育改革の双方の観点から、専門職業人の「行動様式」としての実践能力を測定する概念的な指標として注目されている。今日では、医療人としてのコア(核)となるべきコンピテンシーの具体的内容が様々の形で提案されているが、本研究班では、医療安全教育をテーマとする関連研究班と連携して討論を重ね、米国医学研究所(IOM)が医療安全に関連して上梓した「医療人教育」に関する最新の著作を参照しつつ概念整理を行った。特にこの過程で、医師が合理的に検証された有効な診断・治療法を選択することとそれを安全に実施するための医療機関としてのシステム作りが医療の受け手に最良の結果(アウトカム)をもたらすためには欠かせないこと、すなわち、医療の安全とEBMが不即不離の関係にあることが明らかになった。(医療安全・コンピテンシーに関する参考資料(資料編)を参照のこと)

脚注；**定型患者・複雑患者・例外患者**：臨床医にとって、標準的な診断・治療法が確立している大多数の場面(**定型患者**：約80%)では、標準教科書やそのダイジェスト版としての診療マニュアル、あるいは個々の疾患・病態については公表されている診療ガイドラインを利用するのが実際的である。したがって、最新・最良の医学情報に基づくというEBMの基本理念に即していえば、これらの標準的情報媒体の内容がどれだけ包括的に最新の医学情報を網羅しているかを検証することが課題となる。ついで、残り20%のやや特殊な場面のうち、その多く(**複雑患者**：約15%)では、標準教科書による情報だけでは不十分と感じられても上記の診療ガイドライン、さらにEBMの二次資料と総称されている様々の情報源を利用することで問題の解決を図ることが出来る。勿論、検索ツールを利用して、当該問題に関する最新の一次情報を得ようとするのもここに含まれる。最も例外的な患者(**例外患者**：約5%)については二次情報からヒントを得ることもできるが、多くは一次情報に直接当たり、さらに医学判断学(臨床決断分析)を用いた臨床判断を迫られる。

研究成果：その1

EBM新時代とEBM教育のあり方についての一考察

我が国のEBM普及については、ここ1、2年、さまざまな評価がある。

確かにEBMのジャーナリスティックな新奇性は失われつつあるとはいえ、昨年2月に「EBMが遺したもの」と題する特集を組んだ某医療情報誌のインタビューに答えて、名郷直樹氏(うわまち病院、地域医療研修センター)が、“若い医師の間にEBMは根付きつつある”、と話していたように、わざわざEBMの旗印を大仰に掲げなくとも、エビデンスに基づく診療姿勢が当たり前のこととして受け入れられる時代に入りつつあると見てよい。診療手技の匠を自認するいわゆる“専門医”の人達が、“門外漢に自分達の技術を評価(批判)されたくない”、とEBMを毛嫌いする一方、EBM推進派を自認する人達が、“金科玉条の如くツール(道具)としてのエビデンス(=最新の医学文献)を振り回す”、といった情景は確かに少なくなった。では、EBMは、本当に果たすべき役割を果たしつつ普及しているのであろうか？

EBM新時代その1：文献検索/吟味のツールから行動様式(規範)としてのEBMへ

1992年、Guyattらによって提言され、臨床疫学の基本的立場を簡潔に表現する「標語」として世界の医療界を席卷したEBMは、本来、「文献的エビデンスを把握した上で、個々の患者に特有の臨床状況と価値観に配慮した医療を行うための行動指針」(福井次矢「EBM実践ガイド」、1999)であったはずである。然るに、これまでは文献検索・吟味のツールとしての側面が注目されすぎてきた。2005年の米国総合内科学会でも「ステップ4=患者への適用」がEBMワークショップの焦点になっていたが、改めてEBMが新時代の医療人が身に付けるべき「行動様式(規範)」であることを機会のあるごとにEBM普及活動の中で強調していくべきである。

EBM新時代その2：医療安全と質改善運動の立場から見たEBM

医療事故報道をきっかけとする医療安全の問題が医療界の大きな関心事となったこともEBMの注目度低下の一因といえよう。しかし、当然のことながら科学的根拠に基づく合理的な診療(EBM)は“安全で質の高い”医療の大前提である。医療の質改善の立場からは、「EBMとは、医師が医学知識・医療技術の領域で行う質改善のための努力」であり、病院の“全職員”が協力して行う“安全で質の高い医療を提供するためのシステム作り”が、組織としての質改善運動、ということになる。医療安全推進の立場からもEBMの実践がますます期待されている。

EBM新時代その3：新しい医療プロフェッショナリズムのコアにあるEBM

今日ではプロフェッショナリズム重視の立場から、期待される医師像をコンピテンシー概念に基づく教育目標として示すこと(例：米国卒後研修協議会(ACGME)の6つのCore Competency、我が国の新医師臨床研修制度の6つの「行動目標」など)が医学教育界のグロ

ーバルスタンダードとなっている。

2005年になってようやく、Annals of Internal Medicine と The Lancet に同時掲載(2002年2月)された「新千年紀の医療プロフェッショナルリズム憲章」が日本総合診療医学会機関誌“General Medicine”最新号に再録されたが、この中でも専門職としてのコンピテンシーの維持、最良の患者アウトカムを目指す医療の実践等が医師の責務として列挙されている。これからの医療職教育では次世代の医師にこのようなコンピテンシーを如何に身に付けさせるかが問われているが、応用教育学理論の立場からも医療分野に限らず専門職業人が専門職業人であるためには、そのコアに、「Reflection(省察ないしは反省)」という契機がなければならない(Schon, D.: Educating the Reflective Practitioner (1987))とされているのは示唆に富む。

付記：古いプロフェッショナルリズムと新しいプロフェッショナルリズム

Sackett らが活躍した臨床疫学の揺籃期には、専門家の欺瞞を暴き、異議申し立てをすることが時代を象徴していた。当時は自立した市民の連帯と工夫さえあれば専門家なしでなにごとも解決できるとの熱気が支配していたが、近年ではマックス・ウェーバーやタルコット・パーソンズの社会学理論に基づき、社会発展と共に分業や社会階層の分化が生じることを前提に、専門職の社会的役割やその教育のあり方を議論する時代に入っている。

専門職能団体の要件には、高度の系統的専門的修練、専門領域の内容・基準を決定するに当たっての自律性、学術内容・基準を示す学術雑誌の刊行、国家の規制や市場原理からの一定の独立性などがあるが、専門職業人の社会的責務として、社会に向かって発言すること(Pro-fessの本来の語源は、公言する declare publicly)、更には発言したことを実現すべく社会に働き掛ける(Negotiate)ことが挙げられている。

この観点から見ると、先に紹介した「新千年紀の医療プロフェッショナルリズム憲章」で、患者の福利を第一に考えるヒポクラテス以来の伝統的職業倫理(古い professionalism)に加えて、患者の自律(autonomy)＝自己決定権を根幹に据える患者中心主義を強調すると共に、社会正義(Social Justice)の立場を基本原則に加えていることが納得できる。

今日、医療現場で透明性と説明責任が最も重視される所以は、この「患者の自律」と「社会正義」の原理にあるが、医療サービスの賢い消費者としての患者像の広がり軌を一にするこのような新しい“社会的“医療観と、診察室というプライベートな空間における医師と患者のエンカウンター及びそこで展開される人間的コミュニケーションから出発する“個人主義的”医療観との整合性についての議論はまだ不十分である。

EBM新時代その4：医療“標準化”への流れと臨床医の“決断” - EBMの役割とは

少子高齢化社会を迎え、医療や年金を従来の国民国家の枠組みで支えきれなくなった現実を前に、小さな政府や競争原理の導入を旗印とする医療制度改革が急速に進みつつある。医療機関は、効率化を求められる中で、説明責任を果たし、安全と質改善にも取り組まなければならない。医療界としてこの隘路を切り抜け、安全で質の高い医療を提供するための唯一とも言うべき方策が医療の“標準化”である。

一方、EBMのルーツは、臨床現場の不確実性、将来予測の困難に直面し、“決断”を迫られた臨床医が、最善のアウトカムを求めようと疫学的思考を診療行為の評価に取り入れたところにある。ところが、近年、メタアナリシスや構造化総説などEBMの手法が成熟し、臨床医には、エビデンスの詳細な吟味は専門家に任せ、EBMの二次資料や“Up To Date”に代表される電子教科書を活用することが推奨されている。更に、このような二次資料に示された診療情報がEBMに基づく診療ガイドラインや研修医用ポケット・マニュアルに反映される等々、医療の標準化が、“決断”を迫られた臨床医の“悩み”を“解消”しつつあるかのようである。また看護職を中心にクリニカル・パスの活用が急速に普及しているが、このような標準化を通じて医療政策の立案だけでなくその客観的評価も容易となり、社会全体としての医療の質向上に寄与することは大いに期待できる。

ところで、このような傾向が極端に走ると、現場の医師には個別の判断が許されなくなるのではないか、研修医が患者を目の前にして、考え、悩み、判断することがなくなってしまふのでは(いわゆる“マニュアル医療”)、との不安がよぎる。コンピテンシー概念については先に述べたが、研修医に、患者の個別の状況や価値観に配慮して“総合的な判断”を行う習慣＝行動様式としてのEBMを身に付けさせるためには、最初に述べたように、ワークショップの運営の仕方も含め、「EBMのステップ4＝患者への適用」を中心に、EBM教育方略を更に工夫する必要がある。

EBM新時代その5：臨床家による臨床家のためのエビデンス作り——「生きた」診療ガイドラインを目指して

また患者の個別性への配慮と並行して、上述の診療ガイドラインやマニュアルがドグマ化することを避けるにはEBMの手法によるガイドライン内容の検証と定期的な改訂作業が必要である。診療ガイドラインの見直しに当たっては、ITの活用によって、EBMのユーザーである臨床医が日々の臨床実践を通じてエビデンスの作り手としても寄与できる双方向的な臨床研究のネットワーク作りが課題となろう。そのためにも臨床医自身が臨床現場で生起するさまざまな“臨床上の疑問”を暖め続けるとともに、エビデンス作りに寄与しようとするリサーチ・マインドを持つことが求められる。

EBM新時代その6：EBMの示す“統計的”真理にどう向き合うか？

更にEBMをめぐるのは、その先に、どうしても避けて通れない臨床現場の不確実性、特に臨床行為によって生じるアウトカムの不確実性にどう向き合うのかという問いが横たわっている。患者は医師に確かな答えを求め、臨床医も自らの診療を裏付ける確かなエビデンスを求めている。しかし、将来の事象については、臨床研究のエビデンスは統計的な表現をとらざるを得ない。このジレンマがともすればさまざまなバイアス(Bias)を生み出し、最悪の場合はEBMに対する否定的な感情に結びつく。患者の立場からも、臨床医の立場からも、臨床現場における将来予測の不確実性にどう向き合うかをもう一度原点に帰って問い直す時期が来ているように思われる。

研究成果:その2

論考：EBMを実践できる医師を育てる環境は進んだか？

はじめに：

EBMはツールか、行動規範か？ 曲がり角にきたEBM教育：

1992年、Guyattらによって提唱されたEBMは、臨床疫学の基本的立場を簡潔に表現する「標語」として瞬く間に世界中の医療界を席卷した。然るに昨今、EBMが一頃ほど話題となくなってきたことを取り上げて、「EBMブームは過ぎ去った」とする論調が我が国医療ジャーナリズムの一部に見られる。その背景には、EBMが、本来、「入手可能で最良の科学的根拠を把握した上で、個々の患者に特有の臨床状況と価値観に配慮した医療を行うための一連の行動指針（福井次矢「EBM実践ガイド」、1999）」と定義されているにも拘らず、これまでの普及過程で文献検索と吟味のためのツール（=道具）としての側面が強調され過ぎたことや、時には“エビデンス（=最新の医学文献）を金科玉条の如く振り回す医療”と誤解されてきたこと、忙しい臨床医のためのEBM2次資料が普及し始め、ツールとしてのEBMにそれほどこだわる必要がなくなったことなどがあると思われる。

更に、医療事故報道をきっかけとする医療安全の問題が医療界の大きな関心事となったこともキーワードとしてのEBMの注目度が下がった一因かもしれない。しかし、当然のことながら科学的根拠に基づく合理的な診療は“安全で質の高い”医療の必須要件である。医療の質改善の立場からは、EBMとは、医師が医学知識・医療技術の領域で行う質改善のための努力であり、“安全で質の高い”医療を提供するために病院の全職員が協力して行うシステム作りが組織としての質改善運動、ということになる。医療安全推進の立場からも、臨床医には、臨床研究のエビデンスに基づき、患者の期待と現場の状況にも配慮した臨床判断を行うことがますます期待されている。

新しいカリキュラムにEBMの考え方は反映されているか？

新医師臨床研修制度では、EBMは研修カリキュラムの骨格部分に位置づけられている。医師のプロフェッショナリズムは「人格の涵養」との表現で2大理念の一つに位置づけられ、EBMは、コンピテンシー概念に基づく行動規範（行動様式）を明文化した6つの「行動目標」の3つ目、「問題対応能力」の中に以下のように表現されている。

（3）問題対応能力

患者の問題を把握し、問題対応型の思考を行い、生涯にわたる自己学習の習慣を身に付けるために、

- 1) 臨床上の疑問点を解決するための情報を収集して評価し、当該患者への適応を判断できる（EBM=Evidence Based Medicineの実践ができる。）。
- 2) 自己評価及び第三者による評価を踏まえた問題対応能力の改善ができる。
- 3) 臨床研究や治験の意義を理解し、研究や学会活動に関心を持つ。

4) 自己管理能力を身に付け、生涯にわたり基本的診療能力の向上に努める。

このように、全ての医師に必要とされる「基本的臨床能力」の支柱としてのEBMは、制度的にも明確になったといえよう。

また、行動目標(5)「症例呈示」は診療上の行動規範としては不釣り合いな印象を与えるが、研修医にとって重要なコミュニケーション能力の一つであるだけでなく、EBM教育にとっても重要なポイントである。

(5) 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ために、

1) 症例呈示と討論ができる。

2) 臨床症例に関するカンファレンスや学術集會に参加する。

「症例呈示」能力は、Bordageの強調する”Key feature”や”Semantic Qualifier”を抽出する能力、McMaster大学の新しい”Compass Curriculum”で強調されている”Conceptual thinking”などと同様に、患者の問題を概念化して把握する能力でもあり、EBMの「ステップ1=問題の定式化」に直結している。

米国卒後医学教育協議会も研修医の修得すべきコンピテンシー(行動規範)を同様の形で示しているが、成人教育原理に基づくこのようなアプローチは、コンピテンシー基盤型医学教育とも呼ばれ、現在、医学教育のグローバルスタンダードとなっている。

一方、患者安全と医療の質改善を推進する立場からも医療専門職(プロフェッション)教育における「コンピテンシー(行動様式としての実践能力)」概念が重要視されている。例えば、米国IOM(Institute of Medicine)が医療安全教育に関連して取り上げたコンピテンシーは、①患者中心の医療、②チーム・アプローチ、③EBM、④患者安全と医療の質、⑤情報技術の活用、の5つである。若干の異動はあるが、いずれの例でも、医師のコンピテンシーは対人関係(コミュニケーション)に関する内容と科学技術・管理面での質の確保(EBMや安全)に関する内容とに大別できる。

なお、一言付言すると、コンピテンシー概念をめぐる議論の背景には、専門家(プロフェッション)集団をどう捉えるかについての時代の変遷が見て取れる。即ち、1970~80年代、EBMは専門家の権威や存在そのものに疑義を呈することから始まったが、今日の議論は、専門家集団の存在を前提として“新しい”プロフェッショナリズムを如何に育ててゆくかという問題意識から出発している(医療のプロフェッショナリズム憲章2002年)。

このように、大筋ではEBMの考え方は新しいカリキュラムに反映されているといえるが、実際の研修現場でこれがどの程度浸透しているかは別問題である。以下、大学病院の実情に沿ってEBM教育の現状とあるべき姿を略述する。

研修医はEBMに関心を持っているか？

研修医を含む最近の若手医師は、指導医との人間的(情緒的)な絆(きづな)を重視する従来の徒弟制的な関係から、学習者とそれを支援する援助者としての指導医という比較的

淡泊な関係を好む傾向がある。メソポタミア時代から、近頃の若い者は、という年長者の愚痴はあったようであるが、新しい臨床研修制度の導入と非入局のローテート研修はこの傾向に拍車をかけている。

研修医は何を求めているか？

研修医は、言うまでもないことであるが、一日も早く患者から信頼を得られる臨床医になりたいと望んでいる。手技の習得が優先される診療科では、特定の優れた指導医との個人的な紐帯を求める場合もあるが、研修医の多くは、経験症例、指導体制、更には待遇など研修環境の整った研修病院に関心を示している。その根底には、どこでも通用する普遍的な医学知識、診療能力を身に付けたいとの考えがある。また、透明性と説明責任を医療の受け手から求められる医療環境の中では、患者・家族とのコミュニケーションにおいても、行おうとする診療行為にどれくらいの科学的根拠があるかを問われることがますます多くなる。これらの条件を考慮すると、研修医の EBM への潜在的関心はますます高まっているといえよう。

受身の研修医：マニュアル類と EBM

しかし、一方で研修医の間に EBM への強い興味が見られないとすれば、それは、研修医が、特に研修開始早々は、既存の(標準化された)医学知識や診療手順(「ルーチン」)の習得に躍起とならざるを得ないからではなかろうか？

EBM の最近の動向として 2 次資料や診療ガイドラインの役割が注目されているが、ワシントンマニュアルに代表される研修医用マニュアル類には実用的な医学知識、診療のスタンダード、診療ガイドラインなどが凝縮した形で収載されていて、EBM の 2 次資料と相通じるところがある。その内容が科学的根拠(エビデンス)に基づいている限り、マニュアル自体を否定する必要はないが、マニュアル類に依存した医療は、しばしば、安直で平板な「マニュアル医療」と指弾される。実際は、研修医の経験不足または怠惰からマニュアルに示された指針(ガイドライン)を、目の前の患者が置かれている個別の状況、患者の価値観に配慮せずに適用している場合が問題となっているのである。このような時にこそ、マニュアルに記述された診療ガイドラインがどのようなエビデンスに基づいているのか、エビデンスの患者への適応(=EBM のステップ 4)では、どのようなことを考慮すべきか、等 EBM についての関心が研修医自身の中で顕在化する。

今の臨床研修制度で EBM を実践できるか？

前項で述べたように、制度上も研修医のニーズからも EBM を実践できる素地は整っているのであるが、大学病院での研修にはまだまだ問題が多い。専門診療科の壁、いわゆる「雑用」の多さ、症例の少なさと偏り、指導医の問題、等々枚挙に暇がない。しかし、創意と工夫によって研修医に EBM マインドを植えつけることは不可能ではないと考える。

EBM を普及させるために臨床研修で何をすればよいか？

研修医のための教育企画：大学病院の場合

大学病院も含め、研修病院で EBM の普及を図るには、通常、実施されている日々の教育企画の中で EBM の重要性を強調してゆくことが基本となる。その例を表 1 に示した。

指導医研修(ファカルティ・デベロップメント)

研修医の診療姿勢はさまざまな形で指導医の影響を受ける。古いタイプの指導医は、パターンリスティックな医師と同様、研修医思いの気持ちからとはいえ、自分の経験を研修医に押し付けがちである。このような指導スタイルは EBM に馴染まないが、大学病院に多いタイプといえる。一方、診療的介入のもたらす利益と不利益を常に斟酌し、研修医と共に問題解決をしようという姿勢を、指導医自身が示すことによって、研修医は患者中心の問題解決のための羅針盤としての EBM に目を開かされることになる。

また、EBM は単なる文献検索と吟味ではなく、あくまでも臨床判断を行うに当たっての診療姿勢の問題であり、従って、そのエッセンスは「ステップ 4=エビデンスの患者への適用」にあることを強調すべきである。実際の指導に当たっては、

- ① 患者の「語り」の文脈に付き従って共感的且つ治療的な関係の構築を目指す NBM
- ② 患者の価値観や医療への満足度を QOL 指標等で定量的に解析する QOL 研究

の方法論を参照することが出来る。

これらのことも含め、EBM の指導に当たる指導医の資質向上のためには、以下に述べるような指導医講習会(ワークショップ)を各病院単位でも開催する必要がある。

EBM 普及支援のための講習会(厚生労働省研究班の活動) (略)

指導ガイドラインの策定(厚生労働省/国立保健医療科学院)

平成 17 年に入って、厚生労働省のリーダーシップによる現場の指導医向けの臨床研修指導ガイドライン策定が進んでいる。その内容の一部はすでに国立保健医療科学院ホームページ(www.niph.go.jp)上に公開されている。

おわりに—EBM 教育の今後の課題

(1) “標準化” への流れと患者の個別性

EBM の 2 次資料、診療マニュアル、診療ガイドライン、クリニカル・パス等の医療標準化の流れの中で患者の個別性への対応能力を身に付けさせるための方略を具体化する必要がある。また一方で、診療ガイドライン等がドグマ化することを避けるには EBM の手法による内容の検証と定期的な改訂作業が必要である。診療ガイドラインの見直しに当たっては、IT の活用によって、EBM のユーザーである臨床医が日々の臨床実践を通じてエビデンスの作り手としても寄与できる双方向的な臨床研究のネットワーク作りが課題でとなろう。そのためにも臨床医自身が臨床現場で生起するさまざまな疑問を暖め続けるとともに、エビデンス作りに寄与しようとするリサーチ・マインドを持つことが求められる。

(2) 統計的“真理”にどう向き合うか? (略)

研究成果:その3

論考:医療のグローバルスタンダードに開眼させる EBM 教育

EBMについて教える、とは?—道具としてのEBM vs 行動規範としてのEBM

EBMは臨床疫学の基本的立場を簡潔に表現する「標語」として、1992年、Guyattらによって提唱され、提唱者の意図した通り、瞬く間に世界中の医療界に広まった。臨床疫学 Clinical Epidemiology そのものは、1980年代初め、Sackettらが、日々の臨床で患者の問題に対してその都度判断を迫られる臨床医の立場から、疫学的アプローチの重要性を、病理解剖学や病態生理学などの身体の構造と機能に基づくアプローチと並ぶもう一つの理論的支柱として説いたことに始まるが、その主張とは、「臨床の現場で、目の前の患者の問題解決のために、患者アウトカムを重視する立場から、入手可能な最新・最良の臨床研究の成果(エビデンス)を積極的に活用し、患者の価値観に配慮すると共に医療提供側の条件を考慮しつつ、実際的な臨床判断を行う」ことである。

上記のように、EBMは、臨床医が診療現場で患者の問題を解決するために取る一連の行動規範(指針)として定義されるが、これまでのEBM教育では、文献の検索と吟味に注目が集まり、最新の診療情報を手に入れるためのツール(道具)としての側面が強調され過ぎてきた嫌いがある。教えられる側も、文献検索に習熟したい、との考え方から入る傾向があり、講習会でもツールの使い方を指南することに力点が置かれがちであった。近年、文献検索も比較的簡単になり、忙しい臨床医のためのEBM2次資料も普及し始めたが、これらのことが“ツールとしてのEBM”ブームがやや遠のいた感を抱かせる一因かも知れない。

EBM教育の望ましいあり方としては、まず導入部分で、EBMがあくまでも臨床医の診療姿勢(行動様式ないしは行動規範)を問うていること、従って、そのエッセンスは「ステップ1=問題の定式化」と「ステップ4=エビデンスの患者への適用」にあることを学習者に強調する必要があるだろう。とりわけ、「ステップ4=患者への適用」のあり方を問うに当たっては、患者の「語り」の文脈に付き従って共感的且つ治療的な関係の構築を目指すEBMの立場と共に、患者の価値観や患者が医療に期待していることを、患者アウトカムを示すQOL指標(インディケータ)等の形で実体的に定義し、可能な範囲で定量的に表現する努力も必要であろう。

EBM教育の実践例

卒前教育

佐賀大学医学部で行っているEBM教育の例を高学年から低学年の順に紹介する。これは、EBMが本来“臨床家が臨床の現場で目の前の患者さんの問題を解決するに当たっての診療態度ないしは行動様式”として提唱されてきたので、臨床現場に立ち会う機会も少なく臨床教科になじみの薄い低学年の医学生を対象とすることに躊躇があったため、高学年の教科

から順次導入していった経緯を反映している。しかし、後述するように、低学年の学生たちであっても、彼らに関心を抱かせる工夫さえすれば、EBMのエッセンスを会得させることは十分可能である。

1. 臨床実習(5年生)

PBL型症例カンファレンス

医学科5年生を対象とする総合診療部実習では2週間毎に約6名の5学生が回ってくる。総合外来での患者面接と診察が実習の中心であるが、担当医による直接の指導/評価に加えて、学生たちによる小グループ討論(PBL型症例カンファレンス)を実施している。このカンファレンスでは、患者を担当した学生が患者役、それ以外の学生が医師役となってその日外来で体験した症例の診察風景を再現しながら、外来診療での情報収集のポイント、鑑別診断の進め方、検査計画や治療計画の立て方についてチューターも加わって討論する。このセッションを通じて学生たちは臨床的な問題解決の流れを体験すると共に、医学知識の再構築を行い、EBMの「ステップ1=問題の定式化」につながる診断推論や臨床判断の枠組みについての理解を深める。

EBM演習

上記に加え、総合診療部実習では、学生同士の医療面接ロールプレイをビデオ録画・再生して患者代表も交えた討論を行うコミュニケーショントレーニングと共に、学生一人一人が、EBMのステップ1からステップ4までを順序を追って実際に試みるEBM演習を実施している。

第1週目にEBMの基本と演習の手順についてのオリエンテーションを受けた学生は、実習中に体験した症例のなかから関心のある問題を取り上げ、総合診療部医師の指導を受けながら、「ステップ1=問題の定式化」のPICOに始まり、「ステップ4=患者への適用」に至るまでを逐次実践する。EBM関連の書籍・雑誌、文献検索のためのコンピュータ環境はOvid社のMedlineも含めて総合診療部や医学図書館に完備しているのでいつでも利用可能である。第2週目金曜日の朝に各自の実践結果を発表・討論する学生EBMカンファレンスを行い、評価・コメントの機会としている。学生の多くは、文献検索の流れが理解できたこと等について肯定的な感想を述べている。英語が難しかったとの感想も多いが、英語はグローバル時代には必要不可欠なツールであることを毎回強調している。

2. 臨床入門(4年生)

臨床入門は、年度の最後、毎年1月から2月にかけて集中的に実施される約40コマの教科で、5年生の臨床実習開始前のオリエンテーションと位置づけられている。この中で、病院各診療部門の紹介、医療面接と身体診察等の実技と並んで、EBMについての講義を行っている。高脂血症の薬物療法と心血管リスク等との関連を論じた論文を用いてNNTの概念について考えさせたり、実際の検索画面を示して症例シナリオに沿った文献検索法を紹介したりするほか、演習では、2X2表から感度、特異度、陽性的中率などを計算さ

せ、的中率が有病率に左右されることを理解させている。最近では EBM と安全管理をも含むプロフェッショナリズム涵養の重要性についても力説するようにしている。

3. PBL (フェイズⅢ (臨床教科) : 3～4年生)

PBLは、症例シナリオを中心に小グループ討論を通じて学生自身に学習課題を発見させ、自己学習によって知識を得させる学習法で、学生の主体性と自発性を信頼する成人教育理論に基づいている。佐賀大学医学部では平成13年秋からこの方式に移行し、従来の講義のコマ数は大幅に減らした。PBLは臨床医の問題解決プロセスをシミュレートしているので、この学習法自体がEBMのプロセスを疑似体験できるEBM基礎教育の機会となっている。実際、学生たちには、知識の源として、標準教科書だけでなく、インターネットからも情報を集めることを強く勧めている。今年度は3週間のPBLオリエンテーション期間を設け、姉妹校のハワイ大学学生によるPBL討論のデモンストレーションに加え、図書館スタッフの協力を得てEBMの基本についての講義とコンピュータ実習室での情報検索演習を行った。

4. 医療入門Ⅱ (2年生)

2002年にはEBMの考え方を低学年の学生にも紹介すべく、ほとんど臨床現場を知らない2年生を対象に、医療入門(従来の医学概論に相当)の1コマを利用してコンピュータ実習室でのEBM演習を行った。5～6人のグループを編成し、自分たちの生活で見えてくる健康関連事象から課題を選ばせ、キーワード入力の方法を含め、文献検索をする練習をさせた。肥満と食事、運動との関連を取り上げたグループが多かったが、中には疲労回復ドリンク剤の効果をタウリン含量との関連で比較調査した研究論文を見つけたグループもあった。グループレポートを見る限り、学生たちはEBMの各ステップの意義を概ね理解しており、学生ならではの視点で文献をうまく探し当てる学生も少なくなかった。また、2005年に開講された医療英語の授業でもEBMの解説とコンピュータを用いた演習を行い、医学文献の検索に親しみを持たせることが出来た。

卒業教育

佐賀大学医学部附属病院では、これまで全教職員を対象に、血液腫瘍学臨床におけるEBM実践例や小規模研修病院でのEBM実践例を講演会形式で紹介してきたが、新医師臨床研修制度下では、研修開始時のオリエンテーション期間(約1週間)中に文献検索に関するガイダンスを行っている。研修医を6～7グループに分け、卒業臨床研修センターのコンピュータを用いて約40分のハンズオン・セッションを実施している。このセッションに先立って、次節に述べるEBM普及研究班で制作した名郷直樹医師(うわまち病院)のEBM抄読会に関する講演ビデオを視聴させているが大変好評である。

EBMと臨床医のコア・コンピテンシー

医療環境の激変と共に新しい医師患者関係が求められる中、アメリカのマネージドケアが引き起こしたさまざまな混乱を背景に、患者安全と医療の質改善を推進する立場から医療プロフェッション教育についての議論が深まっている。この議論の中で、専門職教育に

における「コンピテンシー(行動様式としての実践能力)」概念が重要視されている。医療安全の観点からは、医療職教育において核となるコンピテンシーとして、①患者中心の医療、②チーム・アプローチ、③EBM、④患者安全と医療の質、⑤情報技術の活用(米国IOM)が取り上げられている。我が国の新医師臨床研修制度においても6項目の「行動目標」が示され、それぞれの目標についての具体的な指導ガイドラインも国立保健医療科学院ホームページ上に提供されている。

EBMと新しいプロフェッショナリズム

ここで、EBM教育に関連して、医療のプロフェッショナリズムについて一言触れておく必要がある。Sackettらが臨床疫学を提唱しはじめた1970~80年代には、専門家の権威に対して疑義を呈することからEBMが始まったが、最近では、上記のコンピテンシー概念を軸に新しいプロフェッショナリズムを如何に育ててゆくかが医学教育界のグローバルスタンダードとなっている。その核心部分は、透明性と説明責任を前提とする患者中心の医療であるが、米国では医療の不平等について積極的に発言することも重視されている。

EBM教育の今後の課題

EBMの普及・啓発のためには、NPO組織立ち上げも視野に入れつつ、講習会の開催と教材開発を軸に、学会や医師会、研修病院等への働きかけを続けてゆく必要がある。

“標準化”への流れと患者の個別性

一方、EBMの2次資料、診療マニュアル、診療ガイドライン、クリニカル・パス等の医療標準化の流れの中でこれらがドグマ化することを避けるにはその内容の検証と定期的な改訂作業が必要である。診療ガイドラインの見直しに当たってはEBMのユーザーである臨床家が日々の臨床実践を通じてエビデンスの作り手にもなりうる実践的な臨床研究のあり方が求められるが、今日のITはそのための素地を提供できる段階にあるといえよう。そのためにも臨床医自身が臨床現場で生起するさまざまな疑問を暖め続け、エビデンスを求める習慣を身に付けることが基本となる。

また、患者の個別性に対応して臨床医としての適切な判断を行う能力を育むには、ステップ4=患者への適用について、Narrativeなアプローチと臨床指標に基づく定量的なアプローチの両側面から議論を深める必要がある。

統計的“真理”にどう向き合うか？

更にEBMをめぐるのは、その先に、どうしても避けて通れない臨床現場の不確実性、特に、臨床行為によって生じるアウトカムの不確実性にどう向き合うのかという問いが横たわっている。患者は医師に確かな答えを求め、臨床医も自らの診療を裏付ける確かなエビデンスを求めている。しかし、将来の事象については、臨床研究のエビデンスは統計的な表現をとらざるを得ない。このジレンマがともすればEBMに対する否定的な感情に結びつく。患者の立場からも、臨床医の立場からも、臨床現場の不確実性にどう向き合うかをもう一度原点に帰って問い直す時期が来ているように思われる。

研究成果：その4

臨床研修指導医のための講習会(ワークショップ)

開催日時：平成17年11月26日(土)午前11時～平成16年11月27日(日)午後5時

開催場所：健保会館「はあといん乃木坂」 東京都港区南青山1-24-4

はじめに

本講習会の原型は平成12年度厚生科学研究課題「EBM普及支援システムの開発に関する研究」が実施した「いつでもどこでもだれでもEBM講習会」である。この歴史的な第1回EBM講習会では、英国におけるEBM普及の第一人者であり、クリニカルエビデンス原著初版の編集にかかわったこともあるアンナ・ドナルド女史に特別講演をしていただくとともに、EBMの視点で症例シナリオと関連文献を小グループで検討するワークショップ形式を取り入れた。この講習会にはEBMに関心を持つ臨床医が多く参加したものの、講習会自体は、卒後臨床研修における指導医研修を特に意図したものではなかった。

第2回目のEBM指導者講習会は、平成15年2月、上記研究班を受け継いだ「臨床研修医を対象としたEBM普及支援のためのシステム開発に関する研究」班が主催し、医師の卒後臨床研修必修化を視野に入れ、診療の現場で研修医に日々接する指導医を想定して、EBM教育を如何に推進するか、という視点を軸に据えた。講習会プログラムは、「教え方を教える」ことを中心に構成し、第1回講習会で取り入れたワークショップ形式を拡充、活用した。また、医師患者関係については、NBМ(Narrative Based Medicine ; 「語り」に基づく医療) についての講演で患者中心の医療、特に、患者の言葉(患者の語る物語)に耳を傾けることの重要性を力説した。

第3回目の講習会(平成16年2月)では、新医師臨床研修制度に基づく臨床研修の必修化が目前に迫っているのを機に、更に講習会の内容を吟味し、臨床研修指導医のための講習会として必要不可欠な要素を企画に盛り込んだ。具体的には、臨床研修指導医を対象を絞って参加者を募り、単にEBM教育にとどまらず、カリキュラムプランニングの基本、患者安全管理のあり方についての講演等を含め、臨床研修指導医の“教育者”としての総合的な資質向上を目指した。

第4回の講習会(平成16年11月)では、基本的に前年度の構成を踏襲してEBM教育に力点を置きつつ、臨床研修指導医の総合的な資質向上を目指した。特に研修病院における文献抄読会や症例検討会を通じてのEBM普及を念頭に、カリキュラムプランニングについてのグループワークではEBM普及のための方略を中心としたプロダクト作成を目指した。

今回(第5回)も、前回、前々回と同様、医療安全とEBMを中心に講習会を企画した。新時代の医療のグランドデザインにも言及する包括的な講演を皮切りに、第1日目と第2日目にそれぞれタイプのやや異なる2つのEBM教育実践例を、参加者自身が研修医役で体験

する形で紹介しつつ、「医学教育者のためのワークショップ」（いわゆる富士研）をベースとした教育ワークショップ形式を踏襲し、なかでも臨床研修に応用可能な「方略」に力点を置き、研修医に EBM マインドを身に付けさせるためのカリキュラム実施に当たって現場の指導医として工夫できることについてのグループ討論に時間を割いた。

また、今回は研修病院における EBM 教育の実践例の紹介や産婦人科領域における EBM 普及の現状についての講演も取り入れたため、昨年度にも増して非常に窮屈なスケジュールとなったが、臨床研修指導医のための講習会としてはかなり高度な内容にまで踏み込み、特色のある充実した企画となったと自負している。

今回は直前の参加辞退者が 10 名と多く、最終的な参加者は 29 名（うち 3 名は臨床経験 5 年未満で医政局長名の修了証を発行せず）であった。

以下講習会の各セッションについて実施された順に紹介する。

第 1 日目 その 1

最初のセッションでは、まず、ワークショップ(講習会)ディレクター(小泉)が、ワークショップの概要説明と共にアイスブレイキングを兼ねた参加者の「他己紹介」セッションを司会した。今年度も北海道から沖縄まで全国からの参加があったが、ある程度の基礎知識を持ち、現場の研修医教育に当たって EBM の概念を再確認したいとの希望を持った参加者が多かった。ついで、ディレクターが新医師臨床研修制度の概要とその歴史、EBM の基本概念とその本来的意義、新しい教育理念とその方法論、医療安全と医療の質について導入的な解説を行い、特に医療人のコア・コンピテンシー概念ないしは医療人のプロフェッショナルリズムがこれらの一連の医療改革運動を結びつける鍵であることを示した。

第 1 日目 その 2

ついで研究班のコア・メンバーの一人で、本講習会の第 1 回目からこの企画に中心的役割を果たしてきた国立保健医療科学院の長谷川敏彦氏による「EBM—今何故必要か—医療における安全管理と EBM」と題した講演があった。今日の医療改革の歴史的意義も含め、臨床教育改革、医療安全の歴史とこれらの領域における大きなパラダイム転換および EBM の今日的意義についての熱のこもった講演であった。膨大なテーマではあったが、ごく最近の事象も講演の中で取り上げられ、参加者は、現在、医療が世界規模で急速に変貌しつつあることを改めて理解し、大いに感銘を受けた。

第 1 日目 その 3

昼食後は約 2 時間にわたって、横須賀市立うわまち病院の名郷直樹先生が同病院の研修医を伴い、院内ジャーナルクラブ(抄読会)での EBM 実践の実際を、グループワークセッションを含む双方向講義の形で紹介された。虫垂炎が疑われる患者を例にとり、腹痛をテーマに短時間で原著論文に手早く目を通し、その中から大切なメッセージを掴み取る工

夫を参加者が共有できた。グループワークのプロダクトも参加者のレベルの高さと熱意が伝わる内容であった。講演自体もエネルギーで、アイスブレイキングの実例もいくつか示され、研修医のグループダイナミクスを高める工夫について参加者は大きな示唆を与えられ、地域医療の現場で EBM を実践してきた名郷医師の EBM に関するフィロソフィーに触れることもできた。

第1日目 その4

会場にはグループごとにパソコン1台と数回線のインターネット端末が用意され、その場でいくつかの EBM リソースにアクセスできる環境が整えられていたが、1日目の午後4時から約1時間にわたってこれらのツールの使い方についての解説があった。

Up To Date については日本事務所の担当者から使用法についての解説が、ユサコ社の担当者からは Ovid による Medline 検索や新しい EBM ツール (SKOLAR や INFOPOEM) についての解説があった。コクランライブラリーについては秋田大学の金子先生による解説と研究班員の津谷喜一郎教授からの追加発言があった。次いで短時間ではあったが参加者によるコンピュータ操作体験時間を設けた。

第1日目 その5、6

研究班員の長谷川友紀東邦大学教授による診療ガイドラインについての講義では欧州で開発されたガイドライン評価法 (AGREE) も紹介され、医療の質にかかわる診療ガイドラインの役割についての理解を深めることができた。引き続いて、研究班員の武藤正樹先生 (国立長野病院副病院長) から EBM とクリティカルパスについての講義があった。わが国のクリティカルパス普及のリーダー自身から実践例がいくつか紹介され、パス作成を通じて広がる医療の質改善運動の活発な動きを知ることができた。

第1日目 その7、8、9

夕食を挟んで EBM の基盤をなす3つの学術領域についての講義が行われた。これらの内容は研修医を対象とした初期コースの講習会では扱わない内容であるが、指導医には必要とされる内容であり、参加者はやや受動的にならざるを得なかったが、これまでの講習会で何度も取り上げられ、内容的にも洗練されていたため、参加者は集中して受講できたようであった。治療と診断に関する医学判断学についての講演は、医療経済学、技術評価論も含めて上記の長谷川敏彦先生が、「臨床疫学をどう学ぶか」については香川大学医療管理学助教授の平尾智広先生が、「EBM 理解のための生物統計学のヒント」は神戸大学都市安全医学教授の鎌江伊三夫先生が担当された。

第2日目 その1

2日目の午前中は、臨床現場の指導医にとって最もニーズの高い「教え方を教える」のセ