

(3) 指導者からの意見・要望を反映

研修医を指導する際に現場の指導医等が必要としている事項や、現場での指導が混乱しがちな事項について、作業班の各メンバーを通して情報収集と検討をおこない、以下の事項へ対応する必要性が高いと判断した。

①指導の具体例

到達目標は提示されているものの、それらの疾患名などが簡潔に記されているにすぎず、個々の到達目標について具体的に何をどのように指導することが求められているのか、情報が不足している。

②専門とする領域以外の指導方法

ある領域を専門とする指導医が研修施設にいない場合、その領域についてどのように指導することが適切なのか、参考になる情報が不足している。

③各専門領域でのプライマリ・ケア能力

到達目標では初期研修医に習得させるべき「プライマリ・ケア能力」の範囲に関する指針が具体的にわかりにくい。このため、ある領域を専門とする指導者が研修施設にいる場合、指導内容が専門的な領域に偏りかねない。

④研修スケジュールの具体例

研修スケジュールについて、手本となる具体的な例示が求められている。

⑤評価の具体的基準

研修中の指導や、研修後の修了認定では、到達目標がどの程度達成されているかを評価する必要がある。到達目標は、「行動目標」の場合は「～ができる」、「経験目標」の場合は「～を経験する」という文で示されているものが多いが、具体的な評価の基準や例は示されていない。評価する場合には、たとえば「心電図をどの程度読めるようになれば『心電図が読める』と評価していいのか」「ある症例の患者が退院した後に外来でその患者の診療を担当しただけで『経験した』としていいのか」といった疑問が生じている。

(4) 科目横断的に

全人的な医療に基づいた指導を支援するために、科目別あるいは臓器別の構成はできるだけ避け、科目横断的な構成を重視する。

○全体構成

臨床研修現場における指導の支援を目的としているため、当初は指導方法に関する内容が大半を占める構成にすることを考えたが、前述のように、指導医等からの意見・要望を参考に検討を重ねた結果、評価に関する内容を大幅に取り入れるに至った。

また、項目によっては資料がかなりの量になるため、利用しやすく、また今後も各種資料を追加しやすくなるよう、核となる指針としての本編と付録的な資料とを分ける構成とした。更に、必要な内容に短時間でたどり着けるよう、検索機能を付けた。

以下に全体構成の概要を目次に従って示す。なお、詳細については、本報告書の資料と成果物を参照されたい。

(1) はじめに

臨床研修の基本理念や第 150 回国会参議院国民福祉委員会附帯決議、そして本ガイドラインの特徴の解説などを掲載した。

(2) 本編

本編は四章から成る。目次の概要を以下に示す。

第 1 章 指導体制・指導環境

- I 指導体制
- II 各種研修スケジュール例
- III オリエンテーション
- IV 指導医
- V 指導調整
- VI 学習環境整備

第 2 章 指導方法

- I 理論編
- II 実践編

第 3 章 評価方法

- I 評価の理論と方法
- II コンピテンシーモデルを用いた「行動目標」の評価

第 4 章 到達目標の解説

- I 行動目標の解説
- II 経験目標の解説
 - A. 経験すべき診察法・検査・手技
 - B. 経験すべき症状・病態・疾患
 - C. 特定の医療現場の経験

(3) 資料編

資料編には、新医師臨床研修関連の通知、安全管理や EBM などの領域の参考資料を掲載した。

(4) その他

「医学医療教育用語辞典」より引用した用語解説、各種関連リンクを掲載すると共に、検索機能(Google)を搭載した。

○構成の具体的内容

構成の詳細については、本報告書の資料と成果物を参照されたい。ここでは、本ガイドラインを作成するにあたり、独自に検討・開発した諸点を中心に解説する。

(1) 学習環境整備(第1章VI)

労働研修時間の問題や研修医のストレスの問題、研修医に関するトラブルが生じた場合の対応などをまとめた。

(2) 指導方法理論編(第2章I)

指導方法の理論面の資料を編集し掲載した。現在行われている臨床研修指導医講習会の資料から提供していただいたものが多く含まれている。

(3) 指導方法実践編(第2章II)

実際に現場でおこなう指導のポイントについて、論文やワークショップの成果を参考に作成した。

(4) 評価の理論と方法(第3章I)

各種評価の理論と具体的な方法に関する資料を編集し掲載した。これらにも臨床研修指導医講習会の資料を提供していただいたものが多く含まれている。

(5) コンピテンシー(第3章II、ほか)

人の能力やその評価に関する新しい考え方として注目されている「コンピテンシー」について紹介し、医療面接、身体診察、治療、医療記録、診療計画などの評価で利用することを勧めた。また、実際にコンピテンシー評価を実施している具体例を引用した。

(6) 行動目標の解説(第4章I)

到達目標の中でも行動目標には、「患者・医師関係」など重要だが概念的・総論的になりがちで、どのように指導や評価すべきか、具体的にはわかりにくい項目が多い。本ガイドラインでは、これらの行動目標について、より詳しく解説を加えた。なお、前述したように、一部についてはコンピテンシー評価の利用を勧めた。

(7) 経験目標Aの解説(第4章II)

「経験目標A 経験すべき診察法・検査・手技」には、以下の7項目が含まれる。

- 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

今回の指導ガイドラインでは、③と④については卒後初期臨床研修としての到達度の具体的な目安を、プライマリ・ケア能力を研修するという視点から、それぞれの領域の専門学会

等に作成していただいた。

①②⑤⑥⑦については、既に多くの良質な参考書などを利用可能であることから、具体的な資料の作成はおこなわず、評価方法としてコンピテンシー評価の利用を勧めた。

(8) 経験目標 B の解説(第 4 章 II)

「経験目標 B 経験すべき症状・病態・疾患」は、以下の 3 項目からなる。

- ①頻度の高い症状
- ②緊急を要する症状・病態
- ③経験が求められる疾患・病態

これらはいずれも重要かつ広範な領域であるが、今回のガイドラインでは、指導する側の要望が特に多い③について、具体的で有用な、そして他では入手困難な参考資料を提供することを目指した。

作業班で検討した結果、「経験が求められる疾患・病態」の各項目について、

ア) 症例の選択

イ) 指導のポイントと研修されるべき具体的目標

ウ) 典型症例の時系列表

の 3 種類の資料を、卒後初期臨床研修としてプライマリ・ケア能力を研修するという視点から、それぞれの領域の専門学会等に作成していただいた。以下に、それぞれの内容の概略を示す。

ア) 症例の選択

各疾患・病態について、卒後初期臨床研修として研修医が担当することが「望ましい症例」と「望ましくない症例」の選択基準の例を作成した。

イ) 指導のポイントと研修されるべき具体的目標

各疾患・病態について、具体的な指導のポイントを例示した。また、より具体的な学習目標を、面接・診察→検査・診断→治療→患者教育に区分して例示した。執筆依頼時に執筆者に提示した(仮の)参考例を資料 1 に示す。

ウ) 典型症例の時系列表

この資料は、臓器別の縦割りではない研修を促進する狙いで作成した。ひとつの症例を通して、社会的側面、心理的側面、そして救急からリハビリまで幅広く研修できる可能性があることを具体例を通して示すことを目指した。

各疾患・病態について、典型的な症例をベースにして、実施される医療の内容や指導のポイントが時間経過に応じて変化する様子を示すと共に、どの時期にどの到達目標(行動目標と経験目標)に関する学習ができるかを示した。

この資料は、指導医に同様の資料を作ることを求めるためのものではない。また、1 人の指導医にこれらの領域をすべて教えるよう求めるものでもない。個々の症例のごく一部の健康問題に、短期間だけ接することの繰り返しになりかねない研修に対して、幅広い視野を持ちつつ指導することが可能になるよう支援する目的で例示するものである。

執筆依頼時に執筆者に提示した(仮の)参考例を資料 2 に示す。

(9) 特定の医療現場の経験(第4章Ⅱ)

この目標には、行動目標や経験目標ではカバーしきれない、研修すべき項目が含まれている。関連する各学会等にご協力いただき、具体的なモデルを示した。

D. 考察

新医師臨床研修制度にて必修とされている7分野について、指導医あるいは上級医が研修医を指導する際の指導方法について研究をおこない、新制度の基本的考え方の実現、研修指導体制の充実、研修医の診療能力の向上、指導医の教育能力の向上に資することを目的とした指導ガイドラインの構成および国立保健医療科学院のHPにて掲載し、必要に応じて改良を加える公開方法を検討した。今後、「新医師臨床研修制度における研修指導ガイドライン(試行版)」の利用者からのフィードバックなどを参考に、必要な改善及び修正を行なっていくことが重要である。

E. 結論

臨床研修指導に資する「新医師臨床研修制度における研修指導ガイドライン(試行版)」の効果的な構成および国立保健医療科学院のHP上に掲載し公開する方法を整備した。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

参考資料1

「指導のポイントと研修されるべき具体的目標」執筆依頼時に執筆者に提示した参考例

呼吸器感染症（急性上気道炎、気管支炎、肺炎）

(1) 指導のポイント

このような急性呼吸器感染症は外来診療、救急外来で多
 医は、急性上気道炎(急性鼻炎・副鼻腔炎、咽頭炎を含む)、気管支炎の患者に対して、研
 修医が適正な抗生剤使用を行っているか確認する。

患者の解釈モデルと異なるため、十分な療養指導を行っているか確認する。

指導医は、肺炎の患者に関して、研修医の病歴・診察、胸部

pneumonia severity index を用いた重症度評価をしているかを確認する。入院の決定、
 細菌学的検査などに基づいた抗生剤の選択に関して十分研修医と議論するが、この決定は
 指導医が行なう。喀痰のグラム染色は重要な手技であるが、研修医のレベルでの達成が必要
 かについては議論が分かれることが予想される。

「経験が求められる疾患・病態」
 の中から原稿作成をご担当いた
 だく項目をお書きください。

各疾患・病態の患者を診
 療する場合の指導のポイ
 ントをお示しください。

(2) 研修されるべき具体的な目標

経験が求められる症例、および

急性上気道炎

より細かな疾患・病態毎に分けてお書きいた
 だく必要がある場合には、それぞれの具体的
 な疾患・病態名をお示しください。

	面接・診察	検査・診断	治療	患者教育
目標	●鼻炎・副鼻腔炎、咽頭炎、気管支炎、肺炎との鑑別に必要な所見をとる	●不必要な胸部X線を撮影して	●適切な対症療法を行	●治療に関する解釈モデ

各疾患・病態の患者を診療する中で
 学ぶべき具体的な目標を①面接・診察
 →②検査・診断→③治療→④患者教育
 という診療の時間経過に分けてお示し
 ください。

急性鼻炎・副鼻腔炎

	面接・診察	検査・診断	治療	患者教育
目標	●上気道炎、咽頭炎、気管支炎、肺炎との鑑別に必要な所見をとる ●症状の持続期間・膿性鼻汁の有無、副鼻腔の圧痛を診察する	●副鼻腔X線撮影をオーダーできる ●重症副鼻腔炎の合併症を知っている	●細菌性副鼻腔炎の原因菌を推定する ●適応例に限定して抗生剤を処方する ●重症患者を耳鼻咽喉科にコンサルトする	●治療に関する解釈モデルを開き、治療選択について患者と討論する

咽頭炎（ウイルス性あるいは溶血連鎖球菌 GAS による咽頭炎を含む）

	面接・診察	検査・診断	治療	患者教育
目標	●上気道炎、鼻炎・副鼻腔炎、気管支炎、肺炎と	●GAS 迅速検査を施行できる	●GAS 感染の合併症を知っている	●治療に関する解釈モデルを開き、治療選択につ

の鑑別に必要な所見をとる ●リンパ節を触診できる ●伝染性単核症が疑われる患者の肝脾腫を診る ●Centor 基準に関連した所見を得る	●伝染性単核症が疑われる患者に血液検査をする	●Centor 基準に基づいて治療方針を決定できる ●咽頭炎に抗生剤を使う得失を知っている ●GAS 咽頭炎に抗生剤を適切に処方する。 ●ウイルス性咽頭炎に抗生剤を処方しない	いて患者と討論する
--	------------------------	--	-----------

急性気管支炎

	面接・診察	検査・診断	治療	患者教育
目標	●上気道炎、鼻炎・副鼻腔炎、咽頭炎、肺炎との鑑別に必要な所見をとる	●肺炎の疑われる患者に胸部 x 線を施行する	●気管支炎に抗生剤を使う得失を知っている。 ●気管支炎に盲目的に抗生剤を処方しない	●治療に関する解釈モデルを開き、治療選択について患者と討論する

肺炎

	面接・診察	検査・診断	治療	患者教育
目標	●気管支炎と肺炎を鑑別するためにバイタルサイン、胸部の診察をする ●病原菌と関連した病歴を聴取する	●胸部 X 線の読影ができ、病変部位を指摘できる ●胸部 X 線による胸水の確認ができる ●血液培養を実施する ●超音波による胸水の確認ができる ●胸水穿刺による膿胸の判定基準を知っている	●肺炎の原因菌を推定する ●肺炎ガイドラインによる治療指針を知っている ●喀痰のグラム染色、細菌培養結果を踏まえて治療方針を検討する ●受診後 6 時間以内に抗生物質を開始する	●退院後の経過観察方針を患者に説明する

その他に追加すべき事項があればお示しください。

その他：

口腔粘膜を~~ていねい~~に確認する習慣が、麻疹を見落とさないために必要である。また、頭痛患者で項部硬直を確認する習慣が重要である。

診断名	診断名を記載する。	診療場所	外来	一般病棟	慢性期病棟	再来
合併症	肺炎 診断名を記載する。 「主疾患と病態的に関連性のあるものが望ましい。」	診療場所 「主疾患と病態的に関連性のあるものが望ましい。」	現病歴 1週間前から発熱、咳・喘・膿性痰あり、様急激強し、2日間食事とれず、近医受診歴あり。7月7日、近医を内服、既往歴は肺結核で肺炎切除を施行している。最近の旅行歴なし、ベトナム、インドネシア、環風品なし	検査所見 WBC9200, Neutro.80%, T-bili 1.4, GPT56, BUN30, CRP132, AST152, ALP132, LDH1020, PaO2 65, pH7.37, 喀痰塗抹では陰性	一般病棟 血液培養陰性、喀痰培養、喀痰経路菌塗抹陰性、胸部CTでも肺炎。アモキシシリン、メイシリン開始、次第に軽快。経口薬に変更後退院。禁煙指導を行之につき報告した。	再来 1週後、1か月後に再受診。1か月後の胸部線影は明らか改善傾向があり、その他の異常陰影はみえず。以後、高血圧など紹介医のもとで加療を受けることになった。
患者背景	64歳男性、会社員、夫、大学生、高校生、息子と4人暮らし、喫煙20本、飲酒なし。	診療場所 「患者の年齢、性別や医療に関連性のあると思われる家族歴や家歴状況などを記載する。」	現病歴 1週間前から発熱、咳・喘・膿性痰あり、様急激強し、2日間食事とれず、近医受診歴あり。7月7日、近医を内服、既往歴は肺結核で肺炎切除を施行している。最近の旅行歴なし、ベトナム、インドネシア、環風品なし	検査所見 WBC9200, Neutro.80%, T-bili 1.4, GPT56, BUN30, CRP132, AST152, ALP132, LDH1020, PaO2 65, pH7.37, 喀痰塗抹では陰性	一般病棟 血液培養陰性、喀痰培養、喀痰経路菌塗抹陰性、胸部CTでも肺炎。アモキシシリン、メイシリン開始、次第に軽快。経口薬に変更後退院。禁煙指導を行之につき報告した。	再来 1週後、1か月後に再受診。1か月後の胸部線影は明らか改善傾向があり、その他の異常陰影はみえず。以後、高血圧など紹介医のもとで加療を受けることになった。
経過の概要	1週前から咳が強かった。5日前から発熱、膿性痰があり、近医を受診したが軽微な改善が認められ、近医紹介で入院した。抗生物質の使用により軽快し、退院	診療場所 「患者の年齢、性別や医療に関連性のあると思われる家族歴や家歴状況などを記載する。」	現病歴 1週間前から発熱、咳・喘・膿性痰あり、様急激強し、2日間食事とれず、近医受診歴あり。7月7日、近医を内服、既往歴は肺結核で肺炎切除を施行している。最近の旅行歴なし、ベトナム、インドネシア、環風品なし	検査所見 WBC9200, Neutro.80%, T-bili 1.4, GPT56, BUN30, CRP132, AST152, ALP132, LDH1020, PaO2 65, pH7.37, 喀痰塗抹では陰性	一般病棟 血液培養陰性、喀痰培養、喀痰経路菌塗抹陰性、胸部CTでも肺炎。アモキシシリン、メイシリン開始、次第に軽快。経口薬に変更後退院。禁煙指導を行之につき報告した。	再来 1週後、1か月後に再受診。1か月後の胸部線影は明らか改善傾向があり、その他の異常陰影はみえず。以後、高血圧など紹介医のもとで加療を受けることになった。
指導の概要	指導のポイント 「当該領域固有の事項を中心に記載し、どのような症例にも共通する一般的な事項は除く。診察から検査・治療などを中心とするが、特に関連する事項は、行動目標に関連する事項も可。」	診療場所 「患者の年齢、性別や医療に関連性のあると思われる家族歴や家歴状況などを記載する。」	現病歴 1週間前から発熱、咳・喘・膿性痰あり、様急激強し、2日間食事とれず、近医受診歴あり。7月7日、近医を内服、既往歴は肺結核で肺炎切除を施行している。最近の旅行歴なし、ベトナム、インドネシア、環風品なし	検査所見 WBC9200, Neutro.80%, T-bili 1.4, GPT56, BUN30, CRP132, AST152, ALP132, LDH1020, PaO2 65, pH7.37, 喀痰塗抹では陰性	一般病棟 血液培養陰性、喀痰培養、喀痰経路菌塗抹陰性、胸部CTでも肺炎。アモキシシリン、メイシリン開始、次第に軽快。経口薬に変更後退院。禁煙指導を行之につき報告した。	再来 1週後、1か月後に再受診。1か月後の胸部線影は明らか改善傾向があり、その他の異常陰影はみえず。以後、高血圧など紹介医のもとで加療を受けることになった。
治療	治療 「外来治療、外来治療の概要、あるいは外来で緊急的な治療を受ける場合などの治療の要点を記載する。」	診療場所 「患者の年齢、性別や医療に関連性のあると思われる家族歴や家歴状況などを記載する。」	現病歴 1週間前から発熱、咳・喘・膿性痰あり、様急激強し、2日間食事とれず、近医受診歴あり。7月7日、近医を内服、既往歴は肺結核で肺炎切除を施行している。最近の旅行歴なし、ベトナム、インドネシア、環風品なし	検査所見 WBC9200, Neutro.80%, T-bili 1.4, GPT56, BUN30, CRP132, AST152, ALP132, LDH1020, PaO2 65, pH7.37, 喀痰塗抹では陰性	一般病棟 血液培養陰性、喀痰培養、喀痰経路菌塗抹陰性、胸部CTでも肺炎。アモキシシリン、メイシリン開始、次第に軽快。経口薬に変更後退院。禁煙指導を行之につき報告した。	再来 1週後、1か月後に再受診。1か月後の胸部線影は明らか改善傾向があり、その他の異常陰影はみえず。以後、高血圧など紹介医のもとで加療を受けることになった。
外来検査	外来検査 「外来検査、動脈血ガス分析、喀痰塗抹グラム染色、血液培養」	診療場所 「患者の年齢、性別や医療に関連性のあると思われる家族歴や家歴状況などを記載する。」	現病歴 1週間前から発熱、咳・喘・膿性痰あり、様急激強し、2日間食事とれず、近医受診歴あり。7月7日、近医を内服、既往歴は肺結核で肺炎切除を施行している。最近の旅行歴なし、ベトナム、インドネシア、環風品なし	検査所見 WBC9200, Neutro.80%, T-bili 1.4, GPT56, BUN30, CRP132, AST152, ALP132, LDH1020, PaO2 65, pH7.37, 喀痰塗抹では陰性	一般病棟 血液培養陰性、喀痰培養、喀痰経路菌塗抹陰性、胸部CTでも肺炎。アモキシシリン、メイシリン開始、次第に軽快。経口薬に変更後退院。禁煙指導を行之につき報告した。	再来 1週後、1か月後に再受診。1か月後の胸部線影は明らか改善傾向があり、その他の異常陰影はみえず。以後、高血圧など紹介医のもとで加療を受けることになった。
治療	治療 「外来治療、外来治療の概要、あるいは外来で緊急的な治療を受ける場合などの治療の要点を記載する。」	診療場所 「患者の年齢、性別や医療に関連性のあると思われる家族歴や家歴状況などを記載する。」	現病歴 1週間前から発熱、咳・喘・膿性痰あり、様急激強し、2日間食事とれず、近医受診歴あり。7月7日、近医を内服、既往歴は肺結核で肺炎切除を施行している。最近の旅行歴なし、ベトナム、インドネシア、環風品なし	検査所見 WBC9200, Neutro.80%, T-bili 1.4, GPT56, BUN30, CRP132, AST152, ALP132, LDH1020, PaO2 65, pH7.37, 喀痰塗抹では陰性	一般病棟 血液培養陰性、喀痰培養、喀痰経路菌塗抹陰性、胸部CTでも肺炎。アモキシシリン、メイシリン開始、次第に軽快。経口薬に変更後退院。禁煙指導を行之につき報告した。	再来 1週後、1か月後に再受診。1か月後の胸部線影は明らか改善傾向があり、その他の異常陰影はみえず。以後、高血圧など紹介医のもとで加療を受けることになった。
慢性期治療	慢性期治療 「慢性期治療での治療の要点と留意点を記載する。」	診療場所 「患者の年齢、性別や医療に関連性のあると思われる家族歴や家歴状況などを記載する。」	現病歴 1週間前から発熱、咳・喘・膿性痰あり、様急激強し、2日間食事とれず、近医受診歴あり。7月7日、近医を内服、既往歴は肺結核で肺炎切除を施行している。最近の旅行歴なし、ベトナム、インドネシア、環風品なし	検査所見 WBC9200, Neutro.80%, T-bili 1.4, GPT56, BUN30, CRP132, AST152, ALP132, LDH1020, PaO2 65, pH7.37, 喀痰塗抹では陰性	一般病棟 血液培養陰性、喀痰培養、喀痰経路菌塗抹陰性、胸部CTでも肺炎。アモキシシリン、メイシリン開始、次第に軽快。経口薬に変更後退院。禁煙指導を行之につき報告した。	再来 1週後、1か月後に再受診。1か月後の胸部線影は明らか改善傾向があり、その他の異常陰影はみえず。以後、高血圧など紹介医のもとで加療を受けることになった。
再発予防・療養状況	再発予防・療養状況 「再発予防・療養状況など在宅療養での指導の要点を記載する。」	診療場所 「患者の年齢、性別や医療に関連性のあると思われる家族歴や家歴状況などを記載する。」	現病歴 1週間前から発熱、咳・喘・膿性痰あり、様急激強し、2日間食事とれず、近医受診歴あり。7月7日、近医を内服、既往歴は肺結核で肺炎切除を施行している。最近の旅行歴なし、ベトナム、インドネシア、環風品なし	検査所見 WBC9200, Neutro.80%, T-bili 1.4, GPT56, BUN30, CRP132, AST152, ALP132, LDH1020, PaO2 65, pH7.37, 喀痰塗抹では陰性	一般病棟 血液培養陰性、喀痰培養、喀痰経路菌塗抹陰性、胸部CTでも肺炎。アモキシシリン、メイシリン開始、次第に軽快。経口薬に変更後退院。禁煙指導を行之につき報告した。	再来 1週後、1か月後に再受診。1か月後の胸部線影は明らか改善傾向があり、その他の異常陰影はみえず。以後、高血圧など紹介医のもとで加療を受けることになった。

「臨床研修の到達目標」の中から達成可能な項目を示す。
 ○: 達成可能な項目がある
 △: 症例によっては達成可能な項目がある
 なお、具体的に「リンパ節腫脹のレポート提出」「CPCLレポートの作成」「ACLSの習得」などを記載するの也可。

(資料 2)

医師臨床研修指導ガイドライン試行版作成の手順

主任研究者 水嶋 春朔 国立保健医療科学院 人材育成部長

分担研究者 大滝 純司 東京医科大学病院 総合診療科教授

研究要旨：

新医師臨床研修制度にて必修とされている7分野について、指導医あるいは上級医が研修医を指導する際に参考となる「新医師臨床研修制度における研修指導ガイドライン（試行版）」の構成（第1章指導体制・指導環境、第2章指導方法、第3章評価方法、第4章到達目標の解説、資料編）に基づいて、関連学会・団体の代表者の推薦を得た担当者との作成方針会議を分野ごとに開催し、標準的な執筆書式に関する合意、項目執筆者の選定、執筆、編集の段階を経て、作成することとした。

A. 研究目的

新医師臨床研修制度にて必修とされている7分野について、指導医あるいは上級医が研修医を指導する際に参考となる「新医師臨床研修制度における研修指導ガイドライン（試行版）」の構成（第1章指導体制・指導環境、第2章指導方法、第3章評価方法、第4章到達目標の解説、資料編）に基づいて、同ガイドラインを作成していくための手順を検討する。

本研究では、「医師臨床研修指導ガイドライン作成検討会」（座長：齋藤宣彦聖マリアンナ医科大学教授）の下に「医師臨床研修指導ガイドライン作成検討会作業班」が設置された。

大滝 純司（班長）

東京医科大学病院総合診療科 教授

川南 勝彦

国立保健医療科学院 公衆衛生政策部

主任研究官

朔 義亮

雪ノ聖母会 聖マリア病院健康科学センター診療部長

新保 卓郎

国立国際医療センター研究所 医療生態学研究部長

名郷 直樹

（社）地域医療振興協会地域医療研修センター長

前野 哲博

筑波大学附属病院総合臨床教育センター 助教授

作業班メンバーは、本研究分担研究者（大滝、川南）あるいは研究協力者（朔、新保、名郷、前野）として本研究をすすめた。

B. 研究方法

「新医師臨床研修制度における研修指導ガイドライン（試行版）」の構成（第1章指導体制・指導環境、第2章指導方法、第3章評価方法、第4章到達目標の解説、資料編）に対して、新医師臨床研修制度の趣旨を踏まえた内容およびわかりやすい書式フォーマットに則った執筆を担当する協力者を得るために、関係学会・団体と検討した。

C. 研究結果

「新医師臨床研修制度における研修指導ガイドライン（試行版）」の構成ごと（はじめに、第1章指導体制・指導環境、第2章指導方法、第3章評価方法、第4章到達目標の解説、資料編）にすすめ方を検討し、次のような手順で実施した。

1. はじめに

新医師臨床研修制度の趣旨および臨床研修の基本理念や第150回国会参議院国民福祉委員会附帯決議、そして本ガイドラインの特徴の解説などに関して掲載するため、厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室担当者と連携して、執筆した。

2. 第1章指導体制・指導環境、第2章指導方法、第3章評価方法

日本医学教育学会などの有識者、臨床研修指導者養成研修の担当者などからヒヤリングを行い、本研究班メンバーおよび関係者が執筆し、構成の検討、編集を研究班において行った。

3. 第4章到達目標の解説

I 行動目標の解説

II 経験目標の解説

- A. 経験すべき診察法・検査・手技
- B. 経験すべき症状・病態・疾患
- C. 特定の医療現場の経験

関連する学会・団体の代表者にガイドライン作成担当者の推薦を依頼し、分野ごとに説明および執筆方針に関する会議を開催した。

(1) 小児科及び産婦人科の研修指導ガイドラインに関する会議

日時：平成17年5月17日（火）

場所：国立保健医療科学院

出席者：小児科、産婦人科関係学会

中畑龍俊 京都大学大学院・発達小児科学教授（日本小児科学会）

赤木美智男 杏林大学医学教育学教授（日本小児科医会）代理

羽鳥文麿 千葉県こども病院麻酔科集中治療科部長（日本小児救急医学会）

田村正徳 埼玉医科大学総合医療センター総合周産期母子医療センター長
（日本未熟児新生児学会、日本周産期・新生児医学会）

平原史樹 横浜市立大学大学院医学研究科産婦人科教授（日本産科婦人科学会）

是澤光彦 三楽病院産婦人科部長（日本産婦人科医会）

（2）外科の研修指導ガイドラインに関する会議

日時：平成17年6月1日（水）

場所：国立保健医療科学院

出席者：外科系関係学会

廣橋一裕 大阪市立大学附属病院総合診療センター長・医学教育学教授（日本外科学会）

万代恭嗣 社会保険中央総合病院外科 副院長（日本臨床外科学会）

大久保憲 東京医療保健大学医療情報学科感染制御学 教授（日本手術医学会）

箕輪良行 聖マリアンナ大学救急救命センター長・教授（プライマリケア教育連絡協議会）

鈴木倫保 山口大学脳神経外科教授（日本脳神経外科学会）

川口 浩 東京大学整形外科学 助教授（日本整形外科学会）

齋藤史郎 独立法人国立病院機構東京医療センター泌尿器科医長（日本泌尿器科学会）

大久保公裕 日本医科大学耳鼻咽喉科助教授（日本耳鼻咽喉科学会）

天野史郎 東京大学医学部眼科学助教授（日本眼科学会）

半田 誠 慶応大学医学部輸血・細胞療法部助教授（日本輸血学会）

（3）内科の研修指導ガイドラインに関する会議

日時：平成17年6月2日（木）

場所：国立保健医療科学院

出席者：内科系関係学会

石橋大海 独立国立病院機構長崎医療センター 臨床研究センター長（日本内科学会）

小松寛治 本荘第一病院院長（日本臨床内科医会）

江村 正 佐賀大学医学部付属病院卒後臨床研修センター 専任副センター長
（プライマリ・ケア教育連絡協議会）

三木哲郎 愛媛大学医学部老年医学講座 教授（日本老年医学会）

尹 浩信 東京大学医学部皮膚科学講座 助教授（日本皮膚科学会）

(4) 画像診断に関する研修指導ガイドラインに関する会議

日時：平成17年10月19日（水）

場所：国立保健医療科学院

出席者：画像診断関連学会

油野民雄 旭川医科大学放射線科（日本核医学会）

大久保敏之 東京大学医科学研究所附属病院放射線科（日本医学放射線学会）

竹中 克 東京大学医学部附属病院検査部（日本超音波医学会）

執筆担当者の選定は、各領域ごとに調整を依頼し、執筆者への執筆依頼、執筆原稿の標準書式の送付、原稿受け取りなどは、研究班事務局においておこなった。

計142人の執筆者の協力を得て、第1章指導体制・指導環境、第2章指導方法、第3章評価方法、第4章到達目標の解説、資料編から構成される臨床研修に関する208項目の原稿の作成を依頼した。

提出された原稿については、作業班ならびに研究班にて精読し、研修指導の趣旨に則っているかなどを確認して、レイアウトの調整作業を経たものを編集し、「新医師臨床研修制度における研修指導ガイドライン（試行版）」（案）とした。試行版案については、「医師臨床研修指導ガイドライン作成検討会」（座長：齋藤宣彦聖マリアンナ医科大学教授）によって検討され、承認されたものを国立保健医療科学院のHP上に掲載した。

D. 考察

新医師臨床研修制度にて必修とされている7分野について、指導医あるいは上級医が研修医を指導する際の指導方法について指導ガイドラインを整備するために、関係各学会・団体の代表者による検討を加え、142人の執筆者の協力を得て、第1章指導体制・指導環境、第2章指導方法、第3章評価方法、第4章到達目標の解説、資料編から構成される臨床研修に関する208項目からなる「新医師臨床研修制度における研修指導ガイドライン（試行版）」（全649ページ、6MB）を作成し、国立保健医療科学院のHPに掲載した。

E. 結論

新医師臨床研修制度にて必修とされている7分野について、指導医あるいは上級医が研修医を指導する際の指導方法について構成を確定し、関係学会・団体の協力を得て「新医師臨床研修制度における研修指導ガイドライン（試行版）」を作成した。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

(資料 3)

医療安全ガイドラインの作成

分担研究者 種田憲一郎 国立保健医療科学院 政策科学部 主任研究官

研究要旨：

研修医に安全管理を指導する際のガイドライン（案）を作成した。そして病院で医療安全教育を担当する安全管理者 39 人を対象に「医療安全教育指導者研修」（3 日間）を行い、医療安全教育の方法について研修を行い、その中でガイドラインを紹介した。とくに医療安全を教育する際に重要なポイントの一つであるコンピテンシーに基づいた教育について詳細な解説を行った。参加者からの評価は、未記入 2 名を除いて全員が「大変よかった」または「よかった」、そして今後職場において業務等に役立つかどうかについては、1 名の「何ともいえない」を除いて、他の全員は「大変役立つ」または「役立つ」であった。現時点でのガイドラインが、今回のような研修に参加せずに理解が得られるような工夫が必要である。また医療安全活動において国際的に評価の高い米国退役軍人病院が主催する「研修医への医療安全教育ワーク・ショップ(Learning How to Teach Patient Safety)」に参加した。Doc-U-Drama などの教育ツールを利用した小グループによる討論・演習などが行われた。日本における一般的な医療安全教育は講演を聴講するのにとどまっていることが多いが、今回の研修では参加型の様々な教育ツールが紹介された。これらを日本でも応用できるような形で、今後ガイドラインの一部として紹介していくことは現場で研修医に医療安全教育を行っていく上で役立つのではないと思われる。

A. 研究目的

研修医への医療安全を指導する際のガイドライン（案）を作成し、今年度はとくに以下のような研究活動を行った：

1. 病院において医療安全教育に携わる医療安全管理者を主な対象として、医療安全教育についての検討を行う。
2. 海外とくに米国における研修医への医療安全教育を調査する。

B. 研究方法

1. 国立保健医療科学院において、医療安全教育に関わっている医療安全管理者を対象に「医療安全教育指導者研修」を3日間にわたって行った（参考資料 1：研修内容）。グループ学習を中心にして、参加型の研修を行うため定員を40名とし、一グループ当たり6～7名とした。研修内容の一部として研修医のための医療安全教育指導ガイドラインについて理解を促すとともに、様々な教育ツールを使って演習を行い、各人の病院において行う医療安全教育のカリキュラム案をグループ毎に作成した。

2. 国際的に医療安全活動に定評のある米国退役軍人病院の主催による「研修医への医療安全教育ワーク・ショップ(Learning How to Teach Patient Safety)」へ参加した。また米国厚生省人材局および(HRSA)米国医学校協会(AAMC)も訪問し、卒後の医学教育等に関して話を伺った。

C. 研究結果

1. 「医療安全教育指導者研修」

- 応募者総数 128名、定員 40名、受講者総数 39名
- 受講生の職種等：都道府県・市町村 3名、公的 5名、公益法人 16名、国 6名、独法 6名、日本郵政公社 1名、その他 2名
- 役職別：安全管理室長 2名、安全管理課長 2名、安全管理者 7名、専任 6名、主任 3名、看護師長 8名、副看護師長 4名、看護師 2名、病院長・副院長 3名、その他 2名
- 研修内容の評価：
 - ① 研修に参加しての感想：大変良かった18名(48%)、良かった18名(47%)、普通 0名(0%)、良くなかった0名(0%)、期待はずれ0名(0%)、未記入2名(5%)
 - ② 研修講義等が今後職場において業務等に役立つ(活かせる)と思いますか?： 大変役立つ15名(39%)、役立つ22名(58%)、何とも言えない1名(3%)、役立たない0名(0%)、全然役立たない0名(0%)

2. 「研修医への医療安全教育ワーク・ショップ(Learning How to Teach Patient Safety)」 (参考資料2)

- 講義の他に小グループによる討論・演習を含む2日間の研修であった。
- 研修の目的： 1. ヒューマンファクター工学や「信頼される組織」などの重要な患者安全に関する知識の整理、2. 研修医が患者安全活動において積極的な役割を果たし、他の研修医や医学生に教えることができるように、研修医に対して患者安全について学ばせられるようなスキルを学ぶ、3. 患者安全教育のカリキュラムを研修医や医学生に対して既に行っている退役軍人病院や大学から、その学んだ経験や手法を同定する、4. 患者安全カリキュラムを開始する原動力となるような法律、ガイドラインなどを同定する(例：ACGMEコアコンピテンシーシステムに基づいた医療)、5. フォローアップの電子ニュースレターやウェブサイト、そしてカンファレンス・コールによって継続して学ぶ機会を得る。
- 主な講義のトピックと教育ツールは以下のような内容であった：
 - ヒューマンファクター工学
 - RCA(Root Case Analysis)
 - 医療安全教育における信頼関係を確立することの重要性と方法

- ▶ その他の教育方法
 - ◇ 症例カンファレンス
 - ◇ ホームワーク・プロジェクト
 - ◇ Doc-U-Drama
 - ◇ 教育的回診への導入
- ▶ 患者安全の重要性を受け入れてもらうためには
- ▶ 医療安全教育を実施するためのカリキュラム
- 米国厚生省人材局(HRSA)および米国医学校協会(AAMC)においては、医療安全教育等を含むカリキュラム開発への研究資金が提供されており、比較的新しい試みとしてコンピテンシーに基づいた医学教育が推奨されており、卒前・卒後そして既に独立して臨床に携わっている医師の生涯教育においてもそのような教育が受け入れられているということであった。

D. 考察

1. 「医療安全教育指導者研修」

- 医療安全の教育について日々問題意識をもつ多くの熱心な参加者から、「大変役立つ」「役立つ」の評価が得られたことは、今回の研修の目的がほぼ達成されたと思う。
- 残念ながら科目によっては「もう少しの感じがした」という評価があった(1～3人)。その理由の多くは時間の制約により、十分に質疑応答等ができなかったことにあると思われる。
- 研修医指導ガイドラインにおける医療安全を実践するためのコンピテンシーについては、少し時間をかけて解説したこともあり、参加者から理解が深まったというような意見がみられたことは良かったと思われる。

2. 「研修医への医療安全教育ワーク・ショップ(Learning How to Teach Patient Safety)」

- 今回の研修の中で様々な参加型の教育ツール・手法などが紹介された。昨年度のうちに既に紹介されていたツールの一つである「Doc-U-Drama」は、日本での「医療安全教育指導者研修」で紹介し現場での教育に役立つと好評を得た。日本での一般的な医療安全の研修に比較して、米国退役軍人病院でのワーク・ショップは、参加者が学んだことを各自の病院へ持ち帰り、実践できるようなツールや手法が紹介され、より実効性があるような工夫が多くなされていたと思われる。

E. 結論

- 研修医に対する医療安全教育のガイドラインの中で、重要な指導のポイントの一つが、コンピテンシーに基づく教育である。今回の研修を通して、ようやくコンピテンシーの理解が深まったという意見もみられ、その理解を助けるためには現在のガイドライン案にさらに詳細な解説等の工夫が必要であるように思われた。

- 米国退役軍人病院では開発されて、そのワーク・ショップで紹介されている教育ツールを一部研修の中で用いたが大変好評であった。ガイドラインを実際に各病院の研修の場で使って頂き、役に立つためには、今回の米国での研修で用いられているような教育ツールを日本でも使えるように開発し、ガイドラインの一部として公開し利用して頂けるような工夫が必要と思われる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

医療安全教育指導者 研修

2006年2月13日(月)～15日(水)

日	時間	(分)	テーマ
第一日目	10:00-11:30	90	アイスブレイキング 自己紹介(現状と課題、研修の目的)
	11:40-12:40	60	医療安全教育の要点(1) 医療安全の新概念
	13:40-15:10	90	成人教育概論と演習
	15:20-16:50	90	教育ツール(1): Doc-U-drama
	17:00-19:00	180	懇親会
第二日目	9:30-11:00	90	医療安全教育の要点(2) 医療安全教育ガイドライン
	11:10-12:40	90	教育ツール(2): RCA(根本原因分析)
	13:40-15:10	90	教育ツール(3): 過誤の開示
	15:20-16:50	90	教育ツール(4): HFE
第三日目	9:30-11:00	90	教育ツール(5): 他のツール紹介
	11:10-12:40	90	年間カリキュラム作成: グループ毎に作成
	13:40-15:10	90	発表とまとめ

Patient Safety Curriculum Workshop

Residency (GME) Patient Safety Curriculum: Developing Faculty Leaders and Pioneers

Objectives: At the conclusion participants will be able to:

1. Formulate knowledge of key patient safety principles, such as human factors engineering and high reliability organizations
2. Demonstrate the skill of engaging residents to learn about patient safety so that residents take an active role in safety activities, and can, in turn, teach other residents and students
3. Identify lessons learned and best methods from several VA' s and universities where patient safety curriculum has been pilot tested with residents and students
4. Identify key laws, guidelines, and standards that might serve as leverage to initiate patient safety curriculum (e.g., ACGME core competency – Systems-Based Practice – Florida legislation)
5. Apply opportunities for continued learning via follow-up e-newsletters, web site, and conference calls on this topic.

Background: In March 2004 the first regional Patient Safety Curriculum Workshop was held in Atlanta, GA; the second was in July in Minneapolis. Most of those attending the workshop were physicians – faculty from various VAs with university affiliates. However, there were others who attended with an interest in curriculum from non-VA residency programs – and others who teach patient safety in other venues.

At the conclusion of these Patient Safety Curriculum Workshops, many express enthusiasm for this approach to patient safety with grounding in human factors engineering and cognitive science. Faculty leaders urged us to include Chief Residents and rising Chief Residents as well as Dean and ACOS for Education in invitations to future workshops.

Workshop attendees gain access to the curriculum development website and are urged to continue collaboration as faculty and curriculum are developed and implemented across the country.

We feel that the VA is an excellent locus for introducing patient safety curriculum because of the existence of a strong patient safety organization (www.patientsafety.gov) and because thousands of residents train at VA medical centers.

Syllabus for 2-Day Workshop

Background

Rationale, history of development, and assessment summaries for the Patient Safety Toolkit presented at the workshop

Patient Safety Introduction

Introduces basic patient safety concepts. (ex: adverse events, systems approach, close calls, high reliability organizations)

Human Factors Engineering

Presents the role of HFE as the *basic science* for patient safety and key HFE methods for more effective patient safety programs

Root Cause Analysis

Provides the basics of the RCA process and its importance in patient safety curriculum

Healthcare Failure Mode and Effect Analysis

Provides the basics of the HFMEA process and its importance in patient safety curriculum

Patient Safety Interventions

Conceptual framework for developing, judging, and choosing patient safety interventions

Establishing Swift and Long Term Trust