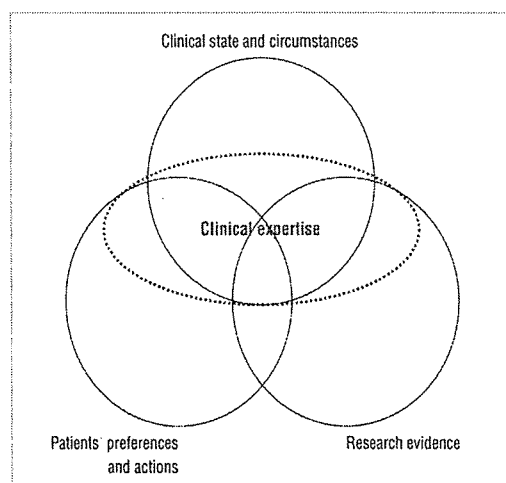


- 専門家集団内での（規範としての）影響力を持つ。
- 専門家の生涯教育のレベルであり情報源となり得る。
- 専門家集団が社会的発言・政策提言という対外的な“Professional advocacy”を行う際の足場となる。
- 一般社会に対しても一定の影響力を持つ（受療行動への影響、法的判断での参照）。

### 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<sup>4)</sup>。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<sup>5)</sup>。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<sup>6)</sup>。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<sup>7)</sup>。

### 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<sup>8,9)</sup>。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・組織上の障害が論じられている。
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 :

あなたはこれらのガイドラインを診療に用いることを推奨しますか？

#### 6. 利害の衝突 (conflict of interest)

相反利益 (competing interest) とも言う。

医学雑誌編集者委員会 (International Committee of Medical Journal Editors: ICMJE) による「生物医学雑誌の統一投稿規程」では、「著者、査読者、及び編集者といったピア・レビュー (査読) 及び出版過程に関わる関係者が、自らの判断に不適切な影響を与え得る活動に関わっている場合、それが現実に影響を与えるかどうかは別として、寄稿された原稿に関する『利害の衝突』が存在する」としている。企業との財政上の関係 (例えば雇用、コンサルタント業、株式の所有、謝礼、専門家の立場での証言などを通じた関係) は、通常最も重大な「利害の衝突」としてみなされる。診療ガイドラインやその関連資料の利用に際しては、作成者・執筆者と特定の製薬企業との関係について注意する必要がある<sup>10,11)</sup>。

#### 7. 患者・介護者とのコミュニケーションの基点としての診療ガイドライン

稲葉は法律家の立場から、医療者と患者・介護者が共にガイドラインの限界と役割を理解し、医療者は責任と倫理を踏まえて患者の陥りやすい問題を把握し、診療ガイドラインを用いてインフォームド・コンセントを行ない、対話の中で治療方針を共に決めていく

(shared decision making) 調和的な医療モデルを提案している。診療ガイドラインが患者の視点を取り入れて作られ、個々の臨床場面で適切に用いられれば、インフォームド・コンセントを巡るトラブルの回避だけでなく、インフォームド・コンセント自体を充実させ、医療の質・安全性、そして患者満足度を高めるための重要な手段となり得る<sup>12)</sup>。

#### 8. エビデンスが明確でない場合の意思決定の基準

予防医学に関するカナダ・タスクフォースは、以下の基準を提案している。

- 意思決定における患者自身の参加を促す
- 害を最小化する
- 強い必要性が明らかな場合に関してのみ、大きな変化を主張する
- 不要な「ラベリング（病気であるとレッテルを貼ること）」を避ける
- 益の不確かな高価な手技を避ける
- 疾病負担が大きい状況に焦点を当てる
- ハイリスクグループの特別のニーズに配慮する

#### 9. 診療ガイドラインと訴訟

エビデンスとの関連がいかにか明確な診療ガイドラインであっても、個々の臨床場面での判断は慎重な解釈と医療者の経験に基づいた専門的判断を踏まえた上での適用が不可欠である。診療ガイドラインに書いてある通りのことをすれば良い、書いてないことをすることは許されず訴訟の対象になるというものではない。

しかし一方では、診療行為が診療ガイドラインから著しく異なっている場合は、その事実と理由を診療記録に記載する必要性が高まっていくと予想される<sup>13)</sup>。

#### 10. 診療ガイドラインの情報源

各種の診療ガイドラインは出版物として利用できる他、インターネット上でも公開が進んでいる<sup>14)</sup>。

\*インターネット上から利用できる診療ガイドライン

- 各学会ホームページ
- 財団法人日本医療機能評価機構・医療情報サービス事業による”Minds” (Medical Information Network Distribution Service)。  
<http://minds.jcqh.or.jp/to/index.aspx>
- 東邦大学医学メディアセンター <http://www.mnc.toho-u.ac.jp/mmc/guideline/>
- 医学中央雑誌 Web <http://www.jamas.gr.jp/>

#### 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の指導ガイドラインでは、特に第4章到達目標の解説において、関連した疾病に関する診療ガイドラインを活用する頻度が高いと考えられる。

指導医あるいは上級医は、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を

参考にして、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。

#### E. 結論

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は、診療ガイドラインの特性と限界を理解して適切に利用することが望まれる。

#### 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

#### 参考文献

1. Institute of Medicine. Guidelines for clinical practice: from development to use. Washington DC, National Academy Press, 1992.
2. 中山健夫. EBM を用いた診療ガイドライン:作成・活用ガイド. 金原出版, 東京, 2004
3. 福井次矢, 丹後俊郎. 診療ガイドラインの作成の手順. EBM ジャーナル 2003;4:28-37.
4. 津谷喜一郎, 長澤道行. 医師と診療ガイドライン:” professional autonomy” の視点から. 日本医師会雑誌 129:1793-803, 2003
5. J. Last. A Dictionary of Epidemiology (4<sup>th</sup> edition), Oxford University Press, Oxford, 2000
6. Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Physicians' and patients' choices in evidence based practice. BMJ 2002;324:1350.
7. Eddy DM. Clinical decision making: from theory to practice. Designing a practice policy. Standards, guidelines, and options. JAMA 1990; 263: 3077, 3081, 3084.
8. Appraisal of Guidelines, Research, and Evaluation in Europe (AGREE) Collaborative Group. Guideline development in Europe: An international comparison. Int J Technol Assess Health Care. 2000;16:1039-49.
9. 長谷川友紀. 診療ガイドラインを取り巻く状況: AGREE Collaboration の動向. EBM ジャーナル 2003;4:294-7.
10. Lenzer J. Alteplase for stroke: money and optimistic claims buttress the “brain attack” campaign. BMJ 2002;324:723-9.

11. Choudhry NK, Stelfox HT, Detsky AS. Relationships between authors of clinical practice guidelines and the pharmaceutical industry. JAMA 2002;287:612-7.
12. 稲葉一人. インフォームド・コンセントを充実させるためのガイドライン. 厚生労働科学 EBM を指向した「診療ガイドライン」と医学データベースに利用される「構造化抄録」作成の方法論の開発とそれらの受容性に関する研究(主任研究者・中山健夫) 2002年度報告書, p50-58
13. Hurwitz B. Legal and political considerations of clinical practice guidelines. BMJ 318:661-664, 1999.
14. 特集 Minds 入門: インターネットによる診療ガイドライン活用方法. 医事新報 2004;4184:1-15.

### Ⅲ 研究成果の刊行物・別刷及び成果物

新医師臨床研修制度における指導ガイドライン（試行版）

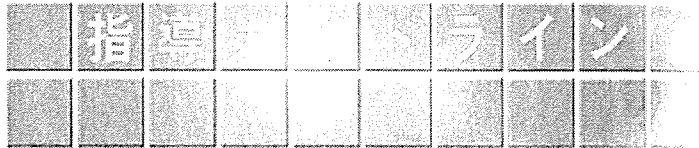
「クリニカルプラクティス」2006年10月（Vol.25 No.10）別刷

# 新医師臨床研修制度における指導ガイドライン（試行版）

国立保健医療科学院のホームページ上で公開

URL <http://www.niph.go.jp/soshiki/kenshu-gl/>

## 新医師臨床研修制度における



Google

検索

WWW を検索  新医師臨床研修制度における指導ガイドラインを検索



### 【お知らせ】

本ガイドラインは、新医師臨床研修制度に則った研修をすすめる上で、各臨床研修施設で研修医の指導にあたる方々を支援する目的で作成されました。平成17(2005)年度は試行版を作成いたしましたので、皆様方に実際にご活用いただきたくお願いいたします。今後、皆様方からご意見を頂戴しながら、順次内容の改善、更新をホームページ上で重ねていき、最終的には平成19(2007)年度に完成版を作成する予定です。

尚、第4章 到達目標の解説、I 行動目標の解説、4.安全管理の詳細版はこちらをご覧ください。

<http://www.niph.go.jp/soshiki/seisaku/anzen/resident.htm>

### 【ご意見の募集】

本ガイドラインに対するご意見、ご要望を是非 [kenshu-gl@niph.go.jp](mailto:kenshu-gl@niph.go.jp) までメールでお寄せください。また、ご質問も合わせてお受けしております。



●目次とリンク

(はじめに (全体PDFファイル 105KB)

臨床研修の基本理念 | 第150回国会参議院国民福祉委員会附帯決議 | 新医師臨床研修制度における指導ガイドライン試行版の公表にあたって | 本ガイドラインの特徴 | 本ガイドライン作成関係者 | 本ガイドライン執筆者及び執筆協力者

本 編 (総項目数 208項目/総執筆者数 142名/総ページ数 649ページ)

目次 (目次PDFファイル)

第1章 指導体制・指導環境 (第1章全体PDFファイル 1,275KB)

**I 指導体制**

1. 管理者 | 2. 研修管理委員会 | 3. プログラム責任者 | 4. 研修実施責任者 | 5. 臨床研修指導医 | 6. 研修医の指導における医師以外の医療スタッフの役割

**II 各種研修スケジュール例**

1. 研修期間全体 | 2. 研修科単位(月間・週間単位でのスケジュールを含む)

**III オリエンテーション**

1. 意義 | 2. オリエンテーション例

**IV 指導医**

1. 指導医の選任と契約 | 2. 指導医の研修 | 3. 指導医間の関係 | 4. 指導体制に対する財政的支援

**V 指導調整**

1. 研修内容の確認と調整 | 2. 各科・施設間での指導の調整 | 3. 臨床研修の中断及び未修了

**VI 学習環境整備**

1. 労働・研修時間 | 2. 研修に係る各種手続き | 3. トラブルへの対応 | 4. 研修医の福利厚生 | 5. 研修の充実

## 第2章 指導方法 (第2章全体PDFファイル 335KB)

### I 理論編

#### 学習の目標と方略

1. 望ましい学習活動の特徴 | 2. 教育目標の分類 | 3. 学習方略 | 4. SPICES model |

#### 臨床教育の特徴

5. 臨床教育の7つのポイント | 6. 臨床教育の6つの技法 |

7. 指導医の役割 | 8. 医療における過誤可能性 |

#### フィードバック

9. 望ましいフィードバック技法 | 10. 「事実」と「意味づな」と「一般論」 |

#### 医療面接

11. 面接技法を学習する必要性 | 12. 患者に対する医療者の態度類型 |

13. 共感の伝え方 | 14. 人的資源としての標準模擬患者 |

#### プライマリ・ケア

15. プライマリ・ケアの概念整理(日本) |

16. わが国の一般住民における健康問題の発生頻度と対処法

### II 実践編

1. 指導方法の実際 | 2. 研修医向けカンファレンスの実際 |

3. シミュレーションを利用した教育 | 4. 臨床現場での教育方法 | 5. 指導の実例

## 第3章 評価方法 (第3章全体PDFファイル 403KB)

### I 評価の理論と方法

1. 教育評価 | 2. 教育評価の原則 | 3. 教育評価の方法 | 4. 評価が持つ属性(5条件) |

5. 測定しようとする行動と評価方法 | 6. 形成的評価と総括的評価 |

7. 客観的臨床能力試験(OSCE) | 8. 態度・習慣・技能の評価 |

9. 臨床研修における情意領域(態度)の評価 | 10. 360度評価 | 11. ポートフォリオ評価

### II コンピテンシーモデルを用いた「行動目標」の評価

1. コンピテンシーについて | 2. 医療人として必要な基本姿勢・態度 |

3. 評価項目作成の実際

## 第4章 到達目標の解説

### I 行動目標の解説

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

### II 経験目標の解説

#### A. 経験すべき診察法・検査・手技

- 1) 経験目標の達成度に関する判断基準の考え方
- 2) 医療記録:臨床病理検討会(CPC)レポート
- 3) 基本的な臨床検査
- 4) 基本的手技

#### B. 経験すべき症状・病態・疾患

- 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
- 3) 経験が求められる疾患・病態(疾患別詳細) (第4章 II B-3)全体ファイル 1,999KB)
  - (1) 血液・造血器・リンパ系疾患
  - (2) 神経系疾患
  - (3) 皮膚系疾患
  - (4) 運動器(筋骨格)系疾患
  - (5) 循環器系疾患
  - (6) 呼吸器系疾患
  - (7) 消化器系疾患
  - (8) 腎・尿路系疾患
  - (9) 妊娠分娩と生殖器疾患
  - (10) 内分泌・栄養・代謝系疾患
  - (11) 眼・視覚系疾患
  - (12) 耳鼻・咽喉・口腔系疾患
  - (13) 精神・神経系疾患
  - (14) 感染症
  - (15) 免疫・アレルギー疾患
  - (16) 物理・科学的因子による疾患
  - (17) 小児疾患
  - (18) 加齢と老化

#### C. 特定の医療現場の経験 (第4章 II C全体ファイル 344KB)

- 1) 救急医療
- 2) 予防医療
- 3) 地域保健・医療
  - ① 保健所 | ② 介護老人保健施設・社会福祉施設 |
  - ③-1 中小病院・診療所:中小病院プログラム例 |
  - ③-2 中小病院・診療所:診療所プログラム例 | ④ へぎ地・離島診療所 |
  - ⑤ 各種検診・健診の実施設 | ⑥ 赤十字社血液センター |
- 4) 周産・小児・成育医療
- 5) 精神保健・医療
- 6) 緩和・終末期医療

## 資料編

### 新医師臨床研修関連の通知

1. [省令施行通知改正通知](#) <平成18年3月22日 一部改正>
2. [新旧対照表](#)
3. [省令施行通知本文](#)
4. [臨床研修の到達目標](#)
5. [医師の臨床研修における修了等の基準に関する提言](#)
6. [省令改正要点](#)
7. [指導医講習会開催指針](#)
8. [子どもの心の診療医の養成に関する検討会 平成17年度 報告書](#) <平成18年3月>  
([報告書全文](#) / [報告書概要版](#))

[学習環境整備](#) | [安全管理](#) | [救急医療](#) |

[研修医\(1年次\)向けEBM\(Evidence based Medicine\)講習会資料](#) |

[診療ガイドラインの考え方と活用のポイント](#) |

[新臨床研修医オリエンテーションプログラム](#) -特にコ・メディカル研修について-

[武蔵野赤十字病院 人事考課評価表\(コンピテンシー編\)](#) |

[新医師臨床研修制度における指導ガイドライン\(試行版\)リーフレット](#) -NEW!  
([リーフレット\(表面\)](#) / [リーフレット\(裏面\)](#))

## 用語解説

[「医学医療教育用語辞典」より引用](#)

## 関連リンク

1. [厚生労働省のホームページ](#)
2. [新たな医師臨床研修制度のホームページ\(厚生労働省ホームページより\)](#)
3. [臨床研修プログラム検索サイト\(REIS\)のホームページ](#)
4. [医師臨床研修マッチング協議会のホームページ](#)
5. [\(財\)医療研修推進財団\(PMET\)のホームページ](#)
6. [国立保健医療科学院のホームページ](#)

## 索引

Google

WWW を検索  新医師臨床研修制度における指導ガイドラインを検索

●ご意見・お問い合わせ

平成18年度厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業

新医師臨床研修制度における研修医指導に関する研究班

(主任研究者:水嶋春朝、国立保健医療科学院人材育成部長)

問合せ先: [kenshu-gl@niph.go.jp](mailto:kenshu-gl@niph.go.jp)

〒351-0197 埼玉県和光市南2-3-6 国立保健医療科学院 人材育成部

特集

新医師臨床研修制度の評価——地域保健・医療研修プログラムを中心に

トピックス

# 新医師臨床研修制度における 指導ガイドライン

水嶋 春朔<sup>1)</sup>

1) みずしま しゅんさく / 国立保健医療科学院人材育成部 部長

エルゼビア・ジャパン

# 新医師臨床研修制度における 指導ガイドライン

水嶋 春朔<sup>1)</sup>

1) みずしま しゅんさく／国立保健医療科学院人材育成部 部長

- ◇平成17年度に、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、指導医などが研修医を指導する際の指導方法などに関する「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)」を作成し、国立保健医療科学院のHPに掲載した。
- ◇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ている。
- ◇同ガイドラインの構成は、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、資料編の全208項目から成る。
- ◇平成18年度には、関係者からのフィードバックなどを参考に必要な改善および修正を行い、平成19年度に完成版を公開する予定である。

## KeyWords

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)  
指導体制・指導環境  
指導方法  
評価方法  
到達目標

### 【連絡先】

〒351-0197 埼玉県和光市南2-3-6  
国立保健医療科学院人材育成部

## はじめに

新医師臨床研修制度がスタートし、平成16年度7,372人、17年度7,526人、18年度7,717人の研修医が、2年間の研修プログラムに参加し、平成16年度に研修を開始した第1期生が研修を修了したところである。

平成17年9月14日現在、臨床研修病院として2,163施設(単独・管理型および協力型)が指定されており、指導医の数は2万人以上とされているが、これまで研修の実施および研修医の指導に関する標準的なマニュアルや資料が体系立って整備されてこなかった。

厚生労働省医政局医事課が所掌する検討会である「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・前聖マリアンナ医科大学教授)は、作業班(班長:大滝純司・東京医科大学病院総合診療科教授)(表1)および厚生労働科学研究班(平成17年度厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業「新医師臨床研修制度における研修医指導に関する研究班」、主任研究者:水嶋春朔・国立保健医療科学院人材育成部長)の協力の下に、平成17年度に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)(以下、本ガイドライン)を作成し、国立保健医療科学院のHP(<http://www.niph.go.jp>)に公開した。

本ガイドラインは、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などが研修医を指導する際の指導方法について研究を行い、それぞれの診療科において指導ガイドラインを整備し、新制度の基本的考え方の実

表1 医師臨床研修指導ガイドライン作成検討会作業班

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
社団法人地域医療振興協会地域医療研修センター 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
(五十音順)

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。

関係各学会・団体の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項目から成るガイドライン(全649ページ、6MB)を作成した。

アクセスカウンターを設置した平成17年8月以来、平成18年8月17日12時現在まで4万994件のアクセスがあり、多くの関係者に活用されている。

本稿では、本ガイドラインの特徴、意義、今後の改善、修正に当たっての視点などについて紹介する。

## 本ガイドラインの特徴と意義

### 1. 研修指導ガイドラインの構成の基本方針

本ガイドラインは、次に挙げる4項目を構成の基本方針としている。

#### (1)「臨床研修の到達目標」に準拠

厚生労働省の「臨床研修の到達目標」に沿って、その目標に到達するために有用な指導方法および評価について記述することを主な内容とする。

#### (2)利用者として指導医などを想定

①研修医の指導に当たる指導医や医療チームのスタッフが主たる利用者

②研修医や医学生、あるいは患者やその家族など、臨床研修に関心のある人が誰でも利用可能

#### (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など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行い、以下の事項へ対応する必要性が高いと判断した。

#### 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。

#### 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。

#### 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分かりにくい。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。

#### 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。

#### 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、例えば「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。

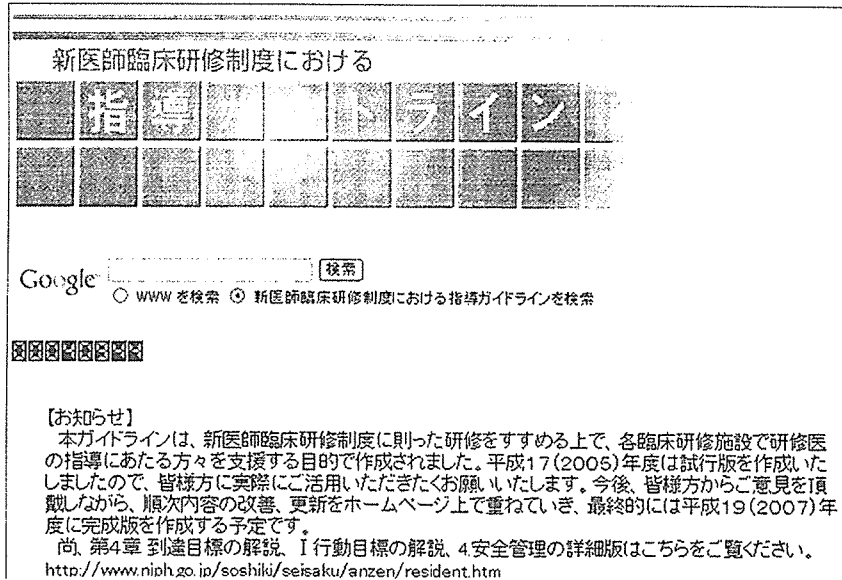
#### (4)科目横断的に

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。

### 2. 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、指導方法に関する内容のみならず、評価に関する内容を大幅に取り入れるに至った。

図1 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HP



(<http://www.niph.go.jp/soshiki/jinzai/kenshu-gl/index.html>)

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、国立保健医療科学院のHPに公開している本ガイドライン（試行版：<http://www.niph.go.jp/soshiki/jinzai/kenshu-gl/index.html>）（図1）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

本編は次の4章から成る(表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、第4章 到達目標の解説

(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」(編集：日本医学教育学会医学医療教育用語辞典編集委員会、照林社)より編者と出版社の許諾を得て引用した用語解説、各種関連リンクを掲載するとともに、検索機能

表2 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
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
・資料編

(Google)を搭載した。

3. 構成の具体的特徴

本ガイドラインを作成するに当たり、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)**

実際に現場で行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)**

到達目標のなかでも行動目標には、「患者・医師関係」など、重要ではあるが概念的・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分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い解説を加え、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

**(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項目から成る。

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

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、「症例の選択」「指導のポイントと研修されるべき具体的目標」「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などに作成していただいた。

**(9) 経験目標Cの解説(第4章Ⅱ)**

「経験目標C 特定の医療現場の経験」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。関連する各学会などにご協力いただき、具体的なモデルを示した。

**おわりに**

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、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を作成し、国立保健医療科学院のHPにて公開した。今後、本ガイドラインの多くの利用者からのフィードバックなどを参考に、必要な改善および修正を行っていくので、多くの関係者のご高見をいただきたい。

**文 献**

- 1) 水嶋春朔, 他:平成17年度厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業:新医師臨床研修制度における研修医指導に関する研究;総括・分担研究報告書, 国立保健医療科学院, 埼玉, 2006.
- 2) 水嶋春朔:指導GLへの期待, *Attending Eye*, 2(1): 36-37, 2006.
- 3) 大滝純司:新医師臨床研修制度における指導ガイドライン(試行版)の活用(連載);第1回疾患・病態別の指導におけるポイント;症例ベースの時系列表等の活用について, *Attending Eye*, 2(3): 34-39, 2006.