

初期研修2年間のEBM教育カリキュラム開発 平成18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19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 18 年度 研究報告書 目次

平成 18 年度研究報告研究成果の概要	1
医療のプロフェッショナリズムに関する論点整理	3
第 6 回臨床研修指導医のための講習会（ワークショップ）	7
フォーラム「わが国の EBM 卒前教育の現状」	13
第 1 回 generalist をめざす若手医師のためのセミナー	14

資料編

平成 18 年度 generalist をめざす若手医師のためのセミナー講師資料	17
平成 18 年度「わが国の EBM 卒前教育の現状」フォーラム講師資料	25

平成18年度研究報告(第1部):

研究成果の概要

序論—研修医の「行動目標」とEBM教育の今日的意義

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嘗てないほど強く求められている。より具体的にいえば、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(Evidence-Based Medicine; 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といえよう。

EBMとは、改めていうまでもなく、“手に入る最新・最良の医学情報を吟味し、個々の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”とする臨床医の診療態度(行動規範ないしは行動様式)を指すが、平成16年4月から実施に移された新医師臨床研修制度においても、EBMの実践は、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として、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」の一つ、「問題対応能力」の項目の中に明記されている。

本来、臨床研修医を対象とした研修プログラムの立案に当たっては、上記の「問題対応能力」を含む、基本的コンピテンシーとしての行動目標を、如何に「個別目標」、「方略」、「評価」の形で具体的に明示し、研修医にこれらの目標を達成させるのかが問われているはずである。

しかし、現実には、多くの場合、研修管理者や研修指導医の間では既存の診療科をどのようにローテートさせるか(研修医の人数、期間、順序など)に議論が集中し、核となる(基本的)コンピテンシーを如何に研修医に身に付けさせるか、との視点がなおざりにされている。また、研修医も、その多くは日常診療業務に忙殺される中で、臨床医の診療態度(行動規範)としてのEBMをはじめ、臨床場面での「問題対応能力」を十分身に付けることなく、徒に多くの症例を経験すること、手技を多く実施してスキルを身に付けること、検体検査や画像診断に関する多くの知識(情報)を得ることに時間を費やし、瞬く間に2年間の研修期間を終えてしまっている現実がある。

2年計画の本研究の2年目となる平成18年度では、これまでの臨床研修指導医層を対象とした講習会試行の経験等を基盤に、臨床研修医に2年間の初期研修期間を通じて診療態度としてのEBMを身に付けさせるためのカリキュラム案を策定するとともに指導医の能力開発(ファカルティ・デベロップメント)をも念頭に置いたEBM普及のための視聴覚教材の開発に取り組んだ。

付:コンピテンシー概念とプロフェッショナリズム(再録)

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实际的である。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こともここに含まれる。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

医療のプロフェッショナリズムに関する論点整理

平成17年度には、わが国においてEBMが一定程度定着したものの、EBMへの関心が沈静化しつつあるかに見える現状を踏まえていくつかの論考を著した(本項末尾参照)が、平成18年度には、医師の基本コンピテンシーと表裏一体の関係にある医療のプロフェッショナリズムについての論点整理を試みた。

(医療の)プロフェッショナリズム

(この理念の定義)

一般に定着している「プロ意識」という言葉は、スポーツも含め、技術的専門性における自負を指すことが多いが、プロフェッショナリズムとは、高度の専門的知識、特殊な訓練、高い倫理性を要求される特別な職能を担う者が、個人であれ、団体であれ、社会に奉仕する自らの職務に対する誇りや責任感を自覚するとともに、それを行動や言動を通じて社会に示すことを指す。職業倫理と言い換えて理解されることも多い。

元来、Professという言葉は、神の前で厳粛に誓う(信仰を明言する)ことに由来し、そこから、公衆の前で誓う(公言する)ことを意味するようになった。したがってプロフェッショナリズムには、自らの職分において公共の利益を最優先して利他的(altruistic)に行動するだけでなく、自らの使命(mission)について“公に言明する”ことも含まれる。今日では、更にもう一步踏み込んで、価値の実現に向かって辛抱強く社会に働きかける(negotiateする)役割も期待されている(Wynia, MK, Latham, SR, et al. 「社会におけるメディカル・プロフェッショナリズム」 “New England Journal of Medicine” 1999、Vol.341 pp1612～1616)。医療の専門職についていえば、高度の医学知識や診療技術、患者・家族の信頼に応えることの出来る豊かな人間性や高い倫理性に加えて、医療の果たすべき使命を実現するために社会の中でリーダーシップを発揮する積極的な姿勢が求められている。

(この理念の生まれた背景)

ルネサンス期から近代に入って欧州で古典ギリシャ世界が見直されるとともに、医学の領域では、ヒポクラテスの「誓詞」が、プロフェッショナリズムの象徴として医学校の宣

誓式などで用いられるようになった。「誓詞」は、コス島の医聖ヒポクラテスに率いられ、医神アスクレピウスに拠って実学的な医術を行っていたギルド的医師集団の掟とでも言うべき文書であるが、師匠に忠誠を誓う、師匠や自分の子弟を無償で教育する、膀胱結石の手術は自分達では行わない、死期を早める薬物は使わないなどの同業組合的な規則に止まらず、患者の福利を第一にする、患者に害を為さない、患者の秘密を守る、貴賤の別なく医療を施すなど、時代を超えて医療者の遵守すべき普遍的な規範が簡潔に示されている。

ところが、20世紀の後半、特にバイオエシックスの勃興した1970～80年代の米国では、既成の価値観に疑義を呈し、伝統的な専門家の権威をパターンリズムとして批判することが時代の潮流となり、患者の自律性を尊重する自己決定権の考え方が倫理規範の柱とされるようになった。医療現場にはインフォームドコンセントの考え方が定着し、カルテ開示など情報公開と透明性の確保は当然のこととされ、医療機関には組織としての説明責任が日常的に問われるようになった。

一方、1980年代以降、先端医療技術の進化はますます加速し、高価な機器が日常診療に不可欠となる一方、少子高齢化と生活習慣病、社会の情報化と価値観の多様化、地域社会の変質と医療費の高騰、医療事故の社会問題化、医師需給の偏りなど、医療を取り巻く環境は激変し、昨今は良心的な勤務医がもの言わぬまま病院を離れてゆくという深刻な事態も生じ始めている。新しいプロフェッショナルリズム確立への強い関心は、このような医療界の激動と無縁ではない。

(この理念の実践)

では、わが国の臨床医はプロフェッショナルリズムをどう実践してきたであろうか。日本医師会は「医の倫理綱領」を制定して会員の倫理向上を図ってきたが、具体的な場面での行動規範は必ずしも明確でなかった。マスメディアは、これまで医療費の不正請求や破廉恥行為など、衆目を集めやすい一部の悪徳病院の事例を大きく取り上げる傾向があったが、最近の医療事故報道においても医療ミスの当事者(医師・看護師)の不注意・不手際、更には職業倫理の欠如を責めることが多い。しかし、医療の現場をつぶさに見れば、大多数の臨床医、特に地域の勤務医が、薄給と長時間の過酷な労働も厭わず、営々と自らの信じる職業規範に基づいて診療に従事してきたことは多くの関係者の認めるところである。残念なのは、多忙な臨床医は社会に向かって情報発信する余裕もなく、医療界の実情が一般国民に伝わっていないことである。

(この理念の海外での趨勢と日本の原状)

米国では、1990年代に入って、HMO(Health Maintenance Organization; 直訳すれば健康維持機関; 医療費の高騰に歯止めを掛ける目論見で比較的廉価な前払い加入方式の民間医療保険として導入されたが、指定された一部の医療機関しか受診できない、利用できる医療サービスに過度の制限が設けられている(例えば保険会社の許可がなければ救急外来も受診できない)、医療機関側は安上がりな医療を行えば行うほど多くの収入を得られる、保険会社の経営者が莫大な収入を得ている、など、全国民の怨嗟の的となった)に象徴される市場原理の行き過ぎがプロフェッショナリズムに対する関心を高めることとなった。

2002年には「新千年紀の医療プロフェッショナリズム憲章」(Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter: 2002 Annals of Internal Medicine, Vol. 136, pp243-246)が、米欧で同時に公表され、米国医療を批判してきた李啓充氏によっていち早く紹介されたが、2005年になって、ようやく“General Medicine”(日本総合診療医学会の英文学会誌)に憲章の全文が再録された。この憲章の特徴は、患者の福利に加え、患者の自律と社会正義の3項目が基本原理とされていることである。

更に、2005年の日本医学教育学会総会で東京大学教育学部の佐藤学教授が専門職教育に関して講演し、Donald Schonが唱えた“内省(省察)的实践者”としての専門職像を紹介したことも、わが国でプロフェッショナリズムに対する関心が高まる契機となった。Schonによれば専門職能団体(プロフェッション)自体が変貌する社会に呼応して“学ぶ組織”としての柔軟性を持つべきであるとされる。

(今後、診療に与える影響)

現在では、新医師臨床研修制度において明示された研修医の行動目標、医療安全に関連した医療人の基本的コンピテンシーに関する議論などを通じて、医療のプロフェッショナリズムへの関心が更に広がりつつある。また、東京大学の客員教授でもあったトマス・イヌイ教授(ハーバード大学)らにより、「関係性中心の医療」との表現で、医師中心か、患者中心かという対立軸を超えた新しい医師患者関係のモデルが示されている。また、専門職能団体(プロフェッション)のあり方に関しては学会専門医制度の見直しなどを通じて議論が始まっているが、専門職能団体が社会的信認を得るには、その職域における強制加入制とし、メンバーに対しては、処罰規定も含め、規律を求める仕組みを持つべきであるとする議論には傾聴すべきところが多い。医療の質向上を推進するに当たっては医療職者自身のプロフェッショナリズムへの関心が不可欠の大前提となる。

(日本医師会雑誌:連載シリーズ「知っておくべき新しい診療理念」に収載)

参考：平成17年度に著した論考

(1) EBM新時代とEBM教育のあり方についての一考察

概要：EBM新時代を特徴付ける動向として以下の6つの論点を提示した。

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

その2：医療安全と質改善運動の立場から見たEBM

その3：新しい医療プロフェッショナルリズムのコアにあるEBM

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

その5：臨床家による臨床家のためのエビデンス作り

その6：EBMの示す“統計的”真理にどう向き合うか？

(2) 論考：EBMを実践できる医師を育てる環境は進んだか？

概要：EBMはツールか、行動規範かを皮切りに、曲がり角に来たEBM教育について新医師臨床研修制度との関連で論じた。特に、新しいカリキュラムにEBMの考え方は反映されているか？研修医はEBMに関心を持っているか？研修医は何を求めているか？今の臨床研修制度でEBMを実践できるか？EBMを普及させるために臨床研修で何をすればよいか？等の論点について論じ、大学病院における研修医のための教育企画、指導医研修(ファカルティ・デベロップメント)、EBM普及支援のための講習会(厚生労働省研究班の活動)、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)等の事例を紹介し、EBM教育の今後の課題についてもコメントした。

(3) 医療のグローバルスタンダードに開眼させるEBM教育

概要：同様の観点から、佐賀大学の事例を中心に卒前のEBM教育実践例を紹介した。

参考：新医師臨床研修行動目標抜粋：

(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。

(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会に参加する。

研修医のための教育企画：大学病院の場合

研究成果：その2

第6回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18年11月18日(土)午前11時~平成18年11月19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

講演会(ワークショップ)の内容

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、「教える方を教える」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、NBM(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教育に重点を置きつつ、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。

第5回の講習会(平成17年11月)では、第3回、第4回と同様、臨床研修指導医のEBM教育における総合的な資質向上を図る中で、特に医療の質・安全の向上とEBMに焦点を当てて講習会を企画するとともに、研修病院での内科研修におけるEBM教育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。

今回(第6回)も第5回と同様、臨床研修指導医を対象に、医療の質・安全の向上を視野に入れたEBM教育のあり方を強調し、研修病院での実践例も紹介した。また、これまでと同様に、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を取って紹介しつつ、「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て、EBM学習にあたっての、「目標」、「方略」、「評価」を明確にするためのグループワークを行い、更に、現場の指導医の立場から、研修医にEBMマインドを身に付けさせるための工夫についての議論にも時間を割いた。

昨年同様、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んだ特色のある企画となったと自負している。

今回の参加者は27名(うち8名は臨床経験5年未満)であったが、最終的には、2日間を通じて出席した18名の参加者に厚生労働省医政局長名の修了証を発行した。

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

アイスブレイキング／新臨床研修制度とEBM教育カリキュラム

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自己紹介を司会した。今年度も北海道(手稲溪仁会病院)から沖縄(沖縄中部病院)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、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、ディレクターによる導入的な解説が行われた。特に医療人教育におけるコア・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、医師の教育を一連の医療改革運動に結びつける鍵であることが強調された。

第1日目 その2

EBM---今、何故必要か---医療における安全管理とEBM

次いで、国立保健医療科学院の種田憲一郎氏による「EBM---今、何故必要か---医療における安全管理とEBM」と題した講義(全体セッション)が行われた。この講義は、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同科学院の長谷川敏彦氏が、日程の都合上、参加できなかったことから、種田憲一

郎氏に急遽依頼したものである。講義では、同科学院の紹介の後、医療安全とEBMの今日的意義、特に医療安全は緊急かつ深刻な課題であり、初期研修医の到達目標の一つでもあること、EBMの実践は医療の質・安全の向上のためにも必須のコンピテンシーの一つであることが示され、コンピテンシーに基づいた学習計画、職種横断的な教育、症例を通して学習すること、最も有効な学習方法は、研修医に教えさせること、即ち、See one, (simulate one), do one, teach oneが医療安全教育において最も重要であることが強調された。

第1日目 その3

「教え方を教える」—EBMの5ステップ:応用編

第1日目昼食後は、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」のセッションに充てた。担当の研究班員、福岡敏雄氏(名古屋大学救急部)自身が、これまでのEBMワークショップ指導体験を通じて作成した小冊子を用いて、EBMの各ステップに対応したグループ討論の進め方が紹介された。午後1時30分から始まった全体セッションとグループワークは次のように進行した。

これらのセッションでは、EBMの各ステップを参加者全員が辿りながら、研修医に如何にEBMの有用性と面白みを理解させるかについて、グループワークを上手に運営するためのコツまでも含めたさまざまな工夫が示され、参加者と講師の間で活発な討論が行われた。

全体セッション① ステップ1:疑問の定式化——解説

グループ実習①〈症例シナリオの検討と疑問の定式化〉

グループ発表①と全体討論①

全体セッション② ステップ2:エビデンスの収集——解説

《EBMリソースの紹介》(後述)

グループ実習②〈文献検索——コンピュータ操作他〉

グループ発表②と全体討論②

全体セッション③ ステップ3:文献の批判的読み方——解説

グループ実習③〈文献の批判的読み方〉

グループ発表③と全体討論③

第1日目 その4

EBMリソースの紹介:

今年度は、会場のIT環境が改善され、配線等の特別の事前準備なしにインターネット接続が可能であった。会場の各グループのテーブル毎にパソコンを配置し、EBMリソースに直接アクセスできる環境を整えた。上述の如く、EBMリソースの紹介は福岡敏雄氏のセッション、「ステップ2:エビデンスの蒐集——解説(全体セッション)」の直後に

行った。

以下の5氏から約1時間に亘ってEBMリソースに関して講義と解説があった。

- ① 津谷喜一郎氏(東京大学医薬経済学)による、「コクラン共同計画」、特にシステムティック・レビューの意義と現状に関する包括的な解説。
- ② 大原寿人氏(ワイリー・ジャパン)によるコクラン・ライブラリーの購入と使用に関するガイダンス。
- ③ 八重ゆかり氏(日本医療機能評価機構医療情報サービスセンター(M i n d s))によるコクラン・ライブラリーをはじめとするEBMリソースについての解説と「M i n d s」ホームページからアクセスできるEBMリソースについての紹介。
- ④ 南郷栄秀氏(虎ノ門病院分院 内科総合診療科)による「UpToDate使用法」と題した講演。UpToDateに関して、日常診療で必要な情報の全体像を把握するためにまず調べる情報源としては最適であることが紹介されたが、一方、日本で使用できない薬剤がある、検査の特性や薬剤投与量の記載の詳しさに執筆者間のムラがあること、疾病構造の異なる日本での診療にそのまま当てはめることができない場合があることなどが指摘された。
- ⑤ 大神宏治氏(UpToDate 日本事務所)によるUpToDateの利点及び契約(購入)方法についての説明。

実際の文献検索操作については、グループワークの時間を使って参加者が試み、必要に応じてファシリテータ、解説者が個別に指導を行った。

第1日目 その5、6、7

EBMとクリティカル・パス

第1日目夕食後は、まず、わが国におけるクリティカル・パス普及のリーダーで研究班員の武藤正樹氏(国際医療福祉大学附属三田病院副院長・国際医療福祉総合研究所長・同大学大学院教授)による「EBMとクリティカル・パス」についての講義が行われた。DPCで明らかになった診療のバリエーションが紹介され、“意味不明のばらつき”を少なくすることが医療の質の向上につながり、診療手順の標準化は医療の安全にも貢献することが紹介された。まとめとして、診療ガイドラインと一緒に使うべきこと、根拠に基づいたクリティカル・パス作りとクリティカル・パスから根拠を生み出すこと、更に、連携パス作りの必要性が提言された。

医学判断学(ステップ4)

次いで、今回は、南郷栄秀氏による「医学判断学(EBMステップ4)」についての解説があった。EBMステップ4に相当する臨床判断が、EBMの中で最も重要であること、同じエビデンスを用いても医療者の経験、患者の希望やおかれている環境を総合評価すれば、患者一人一人についての医学判断が異なることが具体的な判断樹の事例を用いて示された。

診療ガイドラインについて

第1日目最後のセッションでは、研究班員の長谷川友紀氏(東邦大学教授)による診療ガイドラインについての講義があった。診療ガイドラインについての説明とともに、欧州で開発されたガイドライン評価法(AGREE)も紹介され、参加者は、診療ガイドラインの役割だけでなく、臨床指標を始め、医療評価全般についての理解を深めることができた。

上述の如く、第1日目夕食後のセッションでは、EBMと関連の深いクリティカル・パス、医療判断学、診療ガイドラインの3つのテーマ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、指導医としては是非理解しておく必要のある内容であり、参加者はやや受動的にならざるを得なかったが、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。

第2日目 その1、2、3、4、5

臨床疫学をどう学ぶか

2日目午前は、「臨床疫学をどう学ぶか」についての平尾智広氏(香川大学医療管理学助教授)の講義で始まった。EBMの過程そのものが臨床疫学であり、その基礎としての疫学をどう学ぶか、更に、生物統計学をどう学ぶか、が問われるとの観点から、臨床疫学の基本概念についての解説が行われた。

EBM理解のための生物統計学のヒント

次いで、「EBM理解のための生物統計学のヒント」について、鎌江伊三夫氏(神戸大学都市安全医学教授)の講義があった。生物統計学の基本を含め、疫学研究のデザインについての概説とNNT(治療必要数)を用いることの利点と問題点についての解説があった。

ステップ4:エビデンスの患者への適用 —— NBM

引き続き、NBMについてのセッションが行われたが、例年担当していただいていた葛西龍樹氏(福島県立医科大学総合診療部教授)が参加できないため、今回は、北啓次郎氏(富山大学総合診療部)に講演をお願いした。従来の医師患者関係を問い直す医療者の診療姿勢・態度としてのNBM(Narrative Based Medicine ; 「語り」に基づく医療)の実践について、分かり易い解説をしていただいた。講演の中では、患者の観点を尊重し、相対主義的視点に立って患者の言葉(患者の語る物語)に耳を傾けることの重要性、関係性と非言語的コミュニケーションの意義について力説された。

内科臨床研修におけるEBM

次いで、臨床現場におけるEBM普及の現状について、研究班員の上野文昭氏(大船中央病院)から「内科臨床研修におけるEBM」と題した講義をしていただいた。研修現場でのEBM普及を図る上でのさまざまなアプローチを紹介していただいたが、特にACP(米国内科学会)の提供している「Peer」というEBM支援ツールの優れた点について解説していただいた。臨床医の遭遇する問題(クリニカル・クエスチョン)ごとに問題の定義や関

連情報が提示され、臨床現場の問題解決に役立てている、とのことであった。

産婦人科臨床研修における EBM

同じく研究班員の北井啓勝氏(埼玉社会保険病院)には、「産婦人科臨床研修における EBM」と題して、産婦人科領域での EBM 活用の実際について解説していただいた。特に、手術、処置の RCT は難しく、日本での RCT が無いこと、患者・家族への説明時間の制約、医療事故、診療施設の人的資源の制約などが現場の大きな課題となっていることが強調された。

第2日目 その6、7

EBM 基礎コース開発——カリキュラム開発と教材作成

次いで、教育カリキュラム作成のグループワークのセッションを行った。(1)各研修病院で EBM を根付かせるための工夫と(2)個別の環境で実際に実施可能な教育企画を開発すること、を題材に、学習ニーズの同定に始まり、「一般学習目標(GIO)と個別行動目標(SBO)」、「方略」、「評価」と進むカリキュラムプランニングの基本をたどりながら、参加者は5グループに分かれて演習を行った。具体的には福岡氏の提案で、“新人研修医のオリエンテーションで3時間の枠を EBM 教育に与えられた”、との想定で教育カリキュラムを作成する課題が与えられた。各グループからは創意に溢れたプロダクトが提出された(資料参照)。

EBM スタイルクリニカルカンファレンス—慢性咳の患者を例に—

ついで、名郷直樹氏(横須賀市立うわまち病院・地域医療振興協会地域医療研修センター)に、「EBM スタイルクリニカルカンファレンス—慢性咳の患者を例に—」と題したセッションを主宰していただいた。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していただいた。慢性咳の患者を例にとり、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コツを、リアルタイムに課題に取り組むことによって参加者全員が共有できた。参加者は、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、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大きな示唆を与えられた。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。

さいごに

今回は、講習会の基本構成は昨年を踏襲したものの、新しい講師を迎え、また、講義のテーマを変更し、新鮮な内容となった面もある。参加者は、元々、モチベーションが高く、連日、長時間の知的集中を強いられたにもかかわらず、非常に充実した講習会となった。今回の講習会参加者が次の機会には全国各地の EBM 講習会(ワークショップ)のファシリテータとして活躍していただくことを要請して講習会を締め括った。

研究成果：その3

フォーラム「わが国のEBM卒前教育の現状」開催

事前の広報が不十分であったが、平成19年1月21日(日曜日)、神戸大学都市安全工学講座の鎌江伊三夫教授と関係者の方々の尽力により神戸大学医学部同窓会館でフォーラム「わが国のEBM卒前教育の現状」を開催した。参加者(約20名)一同、いくつかの大学におけるEBM教育の体験を共有することが出来た。

フォーラムでは、まずEBM教育推進の立場から佐賀大学総合診療部小泉俊三教授(主任研究者)が、①今日の医学教育が病理解剖学・病態生理学(応用生物学)に偏っていること、②医学科の教育カリキュラムを、臨床家の行動規範として必要な疫学的方法論との間でバランスの取れた形に抜本的に改編すべきこと、③問題解決の技法としての判断科学をもっと取り入れる必要があることを提唱し、医学教育ワークショップで引用される Bloom の Taxonomy のオリジナルが手短に紹介された。

次いで、他の用務と重なったため出席できなかった長谷川敏彦班員からの、今日の医療及び医学教育をめぐる危機的状況についての基調講演内容は、小泉主任研究者が PPT を用いて紹介したが、医療が直面している大きな変革の潮流を目の当たりにして、これまでの医学教育のあり方が根本から問われていることが、さまざまなデータに基づいて示され、医療現場の不意確実性についての教育が必要であることと、Shared Decision Making の考え方が強調された。

引き続き名古屋大学と東北大学の事例について福岡敏雄班員(倉敷中央病院)から、東邦大学の事例について城川美佳氏から、佐賀の事例について小泉主任研究者から、神戸の体験について鎌江伊三夫班員から順に発表があり、各大学での多様な試みの体験を参加者全体で共有することが出来た。また神戸大学の医学生からは、より系統的なEBM教育プログラム開発についての要望が述べられ、北井班員からは、卒後の忙しい環境下でのEBM教育の難しさについて、上野班員からは卒前EBM教育の重要性についてコメントがあった。

また、PBLとの関連でEBM教育を試みた大学からは一様にPBL教育におけるチューターの意識の低さが問題となっていることが指摘され、今後の課題としては、卒前、卒後(初期研修、後期研修)の各レベルで学生・研修医のニーズが異なることから、それぞれに対応した教育カリキュラムの整備が必要ことが確認された。

研究成果：その4

第1回 generalist をめざす若手医師のためのセミナー開催

日時：2007年1月13日（土）13時～14日（日）12時

場所：東京大学医学部総合中央館（医学部図書館）

若手総合診療医へのEBM普及を図る目的で、第1回 generalist をめざす若手医師のためのセミナーを開催した。このセミナーでは、総合診療の若いリーダー達が、初期～後期研修医レベルの研修中の医師を対象に、総合診療の将来像について語るとともに、①検査前確率を上げるための身体所見の取り方、②ジェネラリストのためのEBM講座、③EBMとNBMを統合した患者中心の医療の3テーマを取り上げ、ワークショップ形式の講習会として開催したものである。全国から約40名の熱心な参加者があり（多くは総合診療部或いは臨床研修病院での研修中の医師）、②には名郷直樹班員の参加も得て、活発な討論が行われた。主任研究者は、プライマリ・ケア教育連絡協議会世話人、日本総合診療医学会運営委員長としての立場も含め、基調講演（テーマ：「プライマリ・ケア教育のおかれている現状」）をセミナーの冒頭に行った。地域医療の崩壊が進む中、総合診療医に求められている役割について概説するとともに、エビデンスに基づく診療を実践することの重要性を説いた。

2日目は、「プライマリ・ケアの後期研修で目標とする医師像とは：救急から在宅まで」と題した全体ワークショップが行われ、エビデンスに基づく診療の重要性が再び強調された。

おわりに——今後への期待

2年間の本研究班の活動全般に関する報告書は、「臨床研修医のためのEBM教育カリキュラム(案)」とともに別冊で刊行されるが、臨床研修医を対象としたEBM教育は、(1)研修開始(オリエンテーション)時の教育企画(入門コース)、(2)研修が進捗した段階での研修医を対象とした「ワークショップ(講習会)」(中級コース)、(3)指導医ワークショップ(講習会)の3種類の教育企画を軸に、臨床研修医がそれぞれの研修病院における日々の診療のなかでEBM教育の機会となる①早朝(申し送り)カンファレンス(毎日)、②症例検討会(毎週)、③文献抄読会(1~2回/月)、④退院時サマリーの記載、⑤学会地方会での症例発表やセミナー、ワークショップへの参加(1~3回/年)等の機会に際して、適切な指導を行うことが中心となる。

本研究においては、これらの各研修病院における多様な教育的企画に直ちに適用できるようなEBM教育支援パッケージを企画・開発したが、開発された教材には、実際の症例に基づくシナリオ集、現場指導医のための研修医指導用ガイドブックや研修医が自己学習するためのシラバスが含まれ、指導医が自信を持ってEBMの実践を指導し、EBMに不慣れな研修医が興味を持って活きたEBMを段階的に学べる機能を備えている。

本研究により開発された研修医のためのEBM支援パッケージが普及すれば、研修医の間に根拠に基づいて臨床判断を行う習慣が身につき、伝習的傾向が強かった旧来のわが国の医療界の風潮を改革し、将来の医療を担う若い医師の医療者としての行動パターンに生涯良い影響を与え続けることが期待できる。

また、医療安全の確保や医療費の適正化は現在大きな政策課題となっているが、安心・安全で無駄のない医療を実践する習慣が医師としての生涯の早い時期に身につけば、医療費の削減が期待できるだけでなく、患者のQOLに着目するEBMの実践は、医師の職業人としての自覚を高め、医療提供の究極の目標とも言うべき医療の質改善にも直結する効果が期待できる。

Generalist をめざす若手医師のためのセミナー

【プログラム】

1月13日(土)

13:00-13:30 開会挨拶 自己紹介(アイスブレイク)

木村琢磨 国立病院機構東埼玉病院 総合診療科

13:30-13:50 基調講演「プライマリ・ケア教育のおかれている現状」

小泉俊三 プライマリ・ケア教育連絡協議会世話人・佐賀大学総合診療部

13:50-15:50

シンポジウム「各領域におけるプライマリ・ケア、その臨床・教育の現状と課題」

家庭医療 草場 鉄周 北海道家庭医療センター

総合診療 川尻 宏昭 名古屋大学在宅管理医療部・地域医療センター

プライマリ・ケア 小谷 和彦 鳥取大学医学部 健康政策医学

在宅診療 山中 崇 東京女子医科大学東医療センター 在宅医療部

川越 正平 あおぞら診療所

地域医療 福士 元春 地域医療振興協会

救急・ER 小田 浩之 飯塚病院総合診療科

女性医師と Generalist 井上真智子 北部東京家庭医療学センター

司会： 北西史直 相澤病院

谷亀光則 東海大学病院患者支援センター

15:50-16:00 休憩

16:00-18:00 課題別ワークショップ(ひとつへご参加いただきます)

検査前確率を上げるための身体所見

川島 篤志 市立堺病院 総合内科

ジェネラリストのための EBM 講座

福士 元春 地域医療振興協会

名郷 直樹 地域医療振興協会

EBM と NBM を統合した患者中心の医療

草場 鉄周 北海道家庭医療センター

川尻 宏昭 名古屋大学在宅管理医療部・地域医療センター

18:15- 懇親会(約2時間、会費制：3000円程度)

1月14日(日)

9:00-11:50 全体ワークショップ

「プライマリ・ケアの後期研修で目標とする医師像とは：救急から在宅まで」

司会：本村 和久 王子生協病院

三瀬 順一 自治医科大学地域医療学・総合診療部

11:50-12:00

閉会挨拶 大西 弘高 東京大学医学教育国際協力研究センター

第1回 Generalistをめざす若手医師のためのセミナー

日時: 2007年1月13日(土)13時~14日(日)12時
場所: 東京大学医学部総合中央館(医学部図書館)

基調講演:

プライマリ・ケア教育のおかれている現状

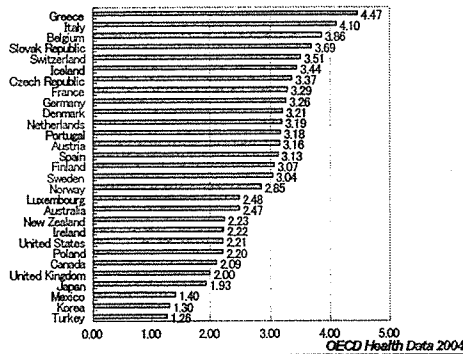
プライマリ・ケア教育連絡協議会世話人
日本総合診療医学会運営委員長
佐賀大学医学部附属病院総合診療部
小泉俊三

主催: プライマリ・ケア教育連絡協議会
後期研修ワーキング・グループ

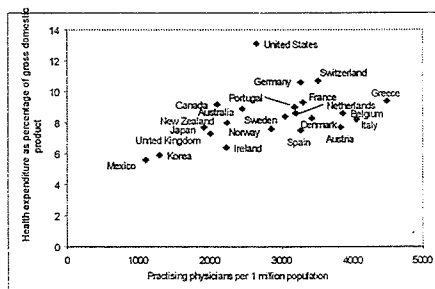
プライマリ・ケアをめぐる動向:

- 臨床研修必修化: プライマリ・ケア能力重視のローテート研修と「地域保健・地域医療」ローテーション必修化
- 「名義貸し」問題(東北・北海道)に端を発する医師需給のアンバランス・医師不足問題の露呈(医師数: OECD 下位第4位)
- 医療安全に対する国民の不信感の醸成と福島大野病院医師逮捕を契機とする現場医師の危機感の高まり
- 「立ち去り型サボタージュ」(小松秀樹)

2000年の1000人当たり医師数



Physician density and health expenditure, 2000



Source: OECD human resources for health care project and OECD Health Data 2003, 3rd edition.

「医療崩壊」:
何が壊れつつあるのか?

- 地域密着型中小病院勤務医の過酷な勤務実態とモチベーション
- 都市集中/競争原理/「格差社会」
- 国民皆保険: 無保険者の増加
- 地域コミュニティの空洞化
- 地方自治体の財政悪化
- 旧来の医師派遣システムの解体
- 自由な契約関係による医師の就業

地域医療再生への期待:

- 医師の「配置」/「再配置」:
- システム化? インセンティブ?
- 地域医療の担い手:
- 「家庭医」(地域[基盤型]総合診療医)
 - 一般社会における「認知」(専門医志向の修正)
 - 育成のための教育プログラム構築
 - 資格(研修終了に伴う)認証
- 「総合診療部」(病院[基盤型]総合診療医)
 - 地域医療と専門診療の連携役
 - 地域医療教育への方向付け(医学生・研修医)

医学教育の改善充実に関する
調査研究協力者会議
第1次報告

(平成18年11月28日)

医学教育の改善充実に関する
調査研究協力者会議
第1次報告(平成18年11月28日)

- 1 地域医療を担う医師の養成及び確保について
- (5) 卒後教育における地域医療を担う医師養成の在り方
- ②新医師臨床研修後の研修における総合診療医の育成

医学教育の改善充実に関する
調査研究協力者会議
第1次報告(平成18年11月28日)

- d) 地域医療を担う医師を養成する観点からは、卒後3年目以降の医師には、専門的診療能力、チーム医療を行うためのリーダーシップに加えて、地域医療を担うための全人的な診療能力を高めさせることが必要である。

医学教育の改善充実に関する
調査研究協力者会議
第1次報告(平成18年11月28日)

- e) このため、地域社会で特にニーズの高い総合的なケアを修め、プライマリ・ケアを極める医師も、高度な専門性を持った臨床医であるとの認識に立って、専門医研修における総合診療医の養成システムを構築していくことが重要である。

医学教育の改善充実に関する
調査研究協力者会議
第1次報告(平成18年11月28日)

- f) 大学病院においては、地域の医療機関との連携を図りながら、プライマリ・ケアのための研修を行うことのできる体制を整備することについて検討する必要がある。

医学教育の改善充実に関する
調査研究協力者会議
第1次報告(平成18年11月28日)

- g) その際、関係学会が総合診療医の標準的な研修プログラムの設定も含めた認定医制度を設けるなど、総合診療医の専門性が社会的にも認知されるような仕組みを設けることが望まれる。