

(4) 周産・小児・成育医療

周産・小児・成育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、

	卒前実習		卒後研修
	MCC	研究班案	研究班案
1) 周産期や小児の各発達段階に応じて適切な医療が提供できる。	△	○	◎
2) 周産期や小児の各発達段階に応じて心理社会的側面への配慮ができる。		△	○
3) 虐待について説明できる。		△	○
4) 学校、家庭、職場環境に配慮し、地域との連携に参画できる。		△	○
5) 母子健康手帳を理解し活用できる。	△	○	◎
(必修項目) 周産・小児・成育医療の現場を経験すること	△	○	◎

医学教育モデル・コア・カリキュラムにおける項目(項目番号)

C 人体各器官の正常構造と機能、病態、診断、治療 10 妊娠と分娩

一般目標:

妊娠、分娩と産褥期の管理に必要な基礎知識とともに、母性保健、生殖医療のあり方を学ぶ。

(1) 診断と検査の基本

到達目標:

(身体診察はE3参照)

- 1) 妊娠の診断法を説明できる。
- 2) 妊娠に伴う身体的変化を概説できる。
- 3) 胎児・胎盤検査法(超音波検査法、分娩監視装置による)の意義を説明できる。
- △4) 羊水検査法の意義と異常所見を説明できる。

(2) 症候

(【悪心・嘔吐】【腹部膨隆(腹水を含む)・腫瘤】【浮腫】【腹痛】はE1参照)

(3) 正常妊娠・分娩・産褥

到達目標:

- 1) 妊娠・分娩・産褥での母体の解剖学的と生理学的変化を説明できる。
- 2) 胎児・胎盤系の発達過程での機能・形態的变化を説明できる。
- 3) 正常妊娠の経過を説明できる。
- 4) 正常分娩の経過を説明できる。

5)産褥の過程を説明できる。

△6)母性保健の意義を医学的に説明できる。

(4)疾患

到達目標:

1)主な異常妊娠(流産、切迫流産、子宮外妊娠、妊娠高血圧症、多胎妊娠、骨盤位)の病態を説明できる。

2)主な異常分娩(早産、微弱陣痛、遷延分娩、回旋異常、前置胎盤、常位胎盤早期剥離、弛緩出血、分娩損傷)の病態を説明できる。

3)主な異常産褥(子宮復古不全、産褥熱、乳腺炎)の病態を説明できる。

△4)産科救急[産科出血、播種性血管内凝固(症候群)(DIC)]の病態と治療を説明できる。

△5)主な妊娠合併症(耐糖能異常、血小板減少症、甲状腺疾患)の病態を説明できる。

(5)産科手術

到達目標:

1)人工妊娠中絶の適応を説明できる。

2)帝王切開術の適応を説明できる。

△3)鉗子・吸引分娩術の適応を説明できる。

△4)骨盤位牽出術の方法と合併症を説明できる。

△5)産科麻酔の特徴を概説できる。

D 全身におよぶ生理的变化、病態、診断、治療 5 成長と発達

一般目標:

胎児・新生児・乳幼児・小児期から思春期にかけての生理的成長・発達とその異常の特徴および精神・社会的な問題を理解する。

(1)胎児・新生児

到達目標:

1)胎児の循環・呼吸の生理的特徴と出生時の変化を説明できる。

2)胎内発育の程度を在胎期間と出生体重を加味して評価できる。

3)主な先天性疾患を列挙できる。

4)新生児の生理的特徴を説明できる。

5)胎児・新生児仮死の分類を説明できる。

6)新生児マスキリーニングを説明できる。

7)新生児黄疸の鑑別と治療を説明できる。

8)新生児期の呼吸困難の病因を列挙できる。

△9)正常児・低出生体重児・病児の保育の基本を説明できる。

△10)低出生体重児固有の疾患を概説できる。

△11)救急を要する新生児疾患(新生児けいれん性疾患を含む)を概説できる。

(2)乳幼児

到達目標:

- 1)乳幼児の生理機能の発達を説明できる。
 - 2)乳幼児の精神運動発達の異常を説明できる。
 - 3)乳幼児の保育法・栄養法の基本を概説できる。
- △4)乳児突然死症候群を説明できる。

(3)小児期全般

到達目標:

- 1)小児の精神運動発達を説明できる。
 - 2)小児の栄養上の問題点を挙げる。
 - 3)小児の免疫発達と感染症の関係を概説できる。
 - 4)小児保健における予防接種の意義を説明できる。
 - 5)成長に関わる主な異常を挙げる。
- △6)児童虐待を概説できる。
- △7)小児の診断法と治療法における特徴を概説できる。
- △8)小児行動異常(注意欠陥多動障害〈ADHD〉、自閉症、学習障害、チック)を挙げる。

(4)思春期

到達目標:

- 1)思春期発現の機序と特徴を説明できる。
- △2)思春期と関連した精神保健上の問題を挙げる。

F 医学・医療と社会

(2)地域医療

一般目標:

地域医療の在り方と現状および課題を理解し、地域医療に貢献するための能力を身に付ける。

到達目標:

- 4)地域における、保健(母子保健、老人保健、精神保健、学校保健)・医療・福祉・介護の分野間の連携及び多職種間の連携の必要性について説明できる。

G 臨床実習 2 内科系臨床実習

(3)小児科

一般目標:

基本的な小児科疾患を受け持ち、症候、診断、初期治療を学ぶ。

到達目標:

- 1) 新生児、乳・幼児期、学童期、思春期の患者およびその家族と良好な関係を築いて、漏れのない正確な情報を取ることができる。
- 2) 小児の身体診察を適切に実施できる。

実習形態:小児科病棟・外来

症 例:てんかん・けいれん

発疹性疾患

上気道感染・肺炎

気管支喘息

先天性心疾患

白血病・悪性腫瘍

運動・精神発達の遅れ

成長障害・低身長

脱水・下痢・嘔吐

G 臨床実習 3 外科系臨床実習

(2)産科婦人科

一般目標:

基本的産婦人科疾患を受け持ち、女性の健康問題、疫学、予防、病態、診断、治療と予後を学ぶ。

到達目標:

- 1) 正常の妊娠、出産と産褥の基本的な管理ができる。
- 2) 主な疾患、症候や病態を診察し、診断と治療計画の立案・実施に参加できる。

実習形態:産科婦人科病棟・外来・手術室・分娩室

症例:【産 科】正常妊娠・分娩・産褥

流産

早産

異常分娩

妊娠高血圧症

【婦人科】子宮・卵巣の腫瘍

骨盤内炎症性疾患

性行為感染症

子宮内膜症

子宮筋腫

更年期障害・不正性器出血

月経異常

不妊症

避妊指導

コメント

周産・小児・成育医療は社会的にも重要であり、医学生は卒前教育からその現場を経験することが望ましい。

(5)精神保健・医療

精神保健・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、

	卒前実習		卒後研修
	MCC	研究班案	研究班案
1)精神症状の捉え方の基本を身につける。	△	○	◎
2)精神疾患に対する初期的対応と治療の実際を学ぶ。	△	○	◎
3)デイケアなどの社会復帰や地域支援体制を理解する。	△	○	◎
(必修項目)精神保健福祉センター、精神病院等の精神保健・医療の現場を経験すること	△	○	◎

医学教育モデル・コア・カリキュラムにおける項目(項目番号)

C 人体各器官の正常構造と機能、病態、診断、治療 15 精神系

一般目標:

精神と行動の障害に対して、全人的な立場から、病態生理、診断、治療を理解し、良好な患者と医師の信頼関係にもとづいた全人的医療を学ぶ。

(1)診断と検査の基本

到達目標:

(身体診察はE3参照)

- 1)患者-医師の良好な信頼関係にもとづく精神科面接の基本を説明できる。
- 2)精神科診断分類法(多軸診断システムを含む)を説明できる。
- 3)精神科医療の法と倫理に関する必須項目(精神保健福祉法、心神喪失者等医療観察法、インフォームドコンセント)を説明できる。
- 4)コンサルテーション・リエゾン精神医学を説明できる。
- △5)心理検査法の種類と概要を説明できる。

(2) 症候

到達目標:

- 1) 不安・そううつをきたす精神障害を列挙し、その鑑別診断を説明できる。
- 2) 不眠と幻覚・妄想をきたす精神障害を列挙し、その鑑別診断と治療を説明できる。

(3) 疾患・障害

到達目標:

- 1) 症状精神病の概念と診断を概説できる。
- 2) 認知症の診断と治療を説明できる。
- 3) 薬物の乱用、依存、離脱の病態と症候を説明できる。
- 4) アルコール依存症の病態、診断と合併症を説明できる。
- 5) 統合失調症の急性期の診断と救急治療を説明できる。
- 6) 統合失調症の慢性期の症候と診断を説明できる。
- 7) うつ病の症候と診断を説明できる。
- 8) そううつ病(双極性障害)の症候と診断を説明できる。
- 9) 不安障害(パニック、恐怖症性あるいは全般性不安障害)の症候と診断を説明できる。
- 10) ストレス関連疾病の症候と診断を説明できる。
- 11) 心身症(摂食障害を含む)の症候と診断を説明できる。
- △12) 主な精神疾患・障害の治療を概説できる。
- △13) 解離性障害(ヒステリー)の症候、診断と治療を説明できる。
- △14) 身体表現性障害の症候、診断と治療を説明できる。
- △15) 人格障害を概説できる。
- △16) 精神遅滞(知的障害)と広汎性発達障害(自閉症)を概説できる。
- △17) 多動性障害と行為障害を概説できる。

F 医学・医療と社会

(2) 地域医療

一般目標:

地域医療の在り方と現状および課題を理解し、地域医療に貢献するための能力を身に付ける。

到達目標:

- 4) 地域における、保健(母子保健、老人保健、精神保健、学校保健)・医療・福祉・介護の分野間の連携及び多職種間の連携の必要性について説明できる。

G 臨床実習 2 内科系臨床実習

(2) 精神科

一般目標:

基本的な精神症状の評価の仕方、面接法を学ぶ。

到達目標:

- 1)精神科以外の一般診療科においても診療機会が多い精神障害に対する診断と治療の初期対応ができる。
- 2)精神症状をもつ患者の診療を行う上での、法と倫理の必須項目を列挙できる。
- 3)精神症状・精神障害の初期症状と、どのような場合に専門医へのコンサルテーションが必要か判断できる。

実習形態:精神科外来・病棟

(一般診療科においても診療機会が多い精神障害を学ぶために、外来、あるいは他科からのリエゾン・コンサルテーションを中心とするなど、実習形態を考慮することが望ましい)

症例(症候):気分障害

ストレス関連疾病・身体表現性障害

症状性・器質性精神障害

統合失調症

抑うつ・不安

睡眠障害(不眠)

せん妄

コメント

精神保健・医療を必要とする患者は増加しており、全医療ができる医師を育成するために、精神保健・医療の現場を経験する機会を学生のうちから与えることが望ましい。

(6)緩和・終末期医療

緩和・終末期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、

	卒前実習		卒後研修
	MCC	研究班案	研究班案
1)心理社会的側面への配慮ができる。	△	○	◎
2)基本的な緩和ケア(WHO方式がん疼痛治療法を含む。)ができる。		△	○
3)告知をめぐる諸問題への配慮ができる。	△	○	◎
4)死生観・宗教観などへの配慮ができる。	△	○	◎
(必修項目)臨終の立ち会いを経験すること		△	○

医学教育モデル・コア・カリキュラムにおける項目(項目番号)

E 診療の基本 2 基本的診療知識

(13)緩和医療

一般目標:

緩和医療の基本を学ぶ。

到達目標:

- 1)緩和医療を概説できる。
- 2)癌性疼痛コントロールの適応と問題点を説明できる。
- △3)緩和医療における患者・家族の心理を説明できる。

コメント

緩和医療の基本のなかで心理的側面に配慮する点などは、経験を積みながら習得できることであり、卒前実習でも緩和ケア現場で経験できることが望ましい。

9. 医師国家試験における実施試験導入について

(東京医科大学：大滝純司)

○医療の質を保証する必要性の高まり

医学・医療の高度化や医療倫理意識の向上に伴い、医療の質を保証する必要性が高まってきている。医学教育においても、医師、特に臨床医の養成に関して、その質を保証することが、今まで以上に求められるようになってきている。

○医師国家試験で評価している内容

教育した学習者の質を保証する方法のひとつが、能力の評価(試験)である。能力は「知識(認知領域)」「態度(情意領域)」「技能(精神・運動領域)」の3領域に区分されることが多い。医師法(第9条)には、これらの中で知識と技術を医師国家試験で評価すると明記されている。しかし、現在行われている医師国家試験の形式は多肢選択問題による筆記試験のみであり、実技試験は行われていない。臨床実習開始前に行われている「共用試験」では実技試験(共用試験 OSCE：後述)が行われているが、医療面接や身体診察などの基本的な手順や手つき、そして礼儀作法などを評価する内容に留まっている。

○海外での医師国家試験への実技試験の導入

一方、海外では、医師の資格を認定する際に実技試験を行う例が広がりつつある。全国統一的な方式の国家試験として実技試験を行っているのがカナダと米国であり、韓国も間もなく導入する予定になっている。米国では、国外の医学校の卒業生が米国で臨床研修を始めることを審査する Educational Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG) が 1998 年度から、また医師の資格を認定する National Board of Medical Examiners (NBME) が 2004 年度から実技試験を行っている。

○医師国家試験での実技試験に対する非医療者の認識

2006年に筆者らが我が国で、医療従事者を除く20歳～69歳までの成人を対象に行ったインターネット調査(有効回答数3093)によれば、回答者の34.7%が「医師国家試験に実技試験が含まれていると思う」と答え、「医師国家試験に実技試験は必要だと思うか」との質問に対して、「必ず行う必要がある」あるいは「どちらかといえば行う必要がある」と答えた人の割合は90.5%と圧倒的多数であった。その実技試験による医師国家試験で重要と思われる項目として選択した人の割合を表1に示す。

表1 医師国家試験で重要と思われる実技試験

患者さんに対して適切な説明や指導ができる	70.4
身体を診察して異常を見つけられる	64.1
診断に役立つ面接（問診）ができる	53.8
指導医に対して適切な報告や相談ができる	29.2
心臓マッサージなどの救急処置を正しく行える	26.0
注射や採血を安全に行える	23.3
親切に礼儀正しく振る舞うことができる	15.7
カルテを適切に書くことができる	10.3

○OSCEについて

臨床的な技能に関する能力を評価するための実技試験の方法として、近年、我が国を含む世界中に急速に普及してきているのが、客観的臨床能力試験：OSCE（Objective Structured Clinical Examination）である。OSCEは英国で開発されたが、同様の内容を米国などではCSA（Clinical Skills Assessment）と呼ぶこともある。

OSCEの一般的な特徴を表2に示す。

表2 OSCEの特徴

- ①stationと呼ばれる小部屋を数個ないし数十個連続的に配置し、各stationに課題を設定する。
- ②筆記試験や口頭試問など色々な形式の課題を設定できるが、医療面接や身体診察など「技能」や「態度」領域の能力を測定するための実地試験(practical examination)が中心になる。休憩するためのstation(rest stationと呼ばれる)を所々に配置することもできる。
- ③実地試験を行うために、本物の患者同様の演技とその患者役の立場からの評価ができるように訓練を受けた標準模擬患者(standardized patient：SP)という人材や、模型(simulator)を利用する課題が多い。
- ④実地試験のstationには評価者が配置され、評価(測定)マニュアルにしたがって所定の評価用紙に測定結果を記入する。SPからの評価も必要に応じて加味される。
- ⑤受験者は各stationに一人ずつ入り、進行係の合図(全体に聞こえるベルや放送などによる)にしたがって、あらかじめ決められた一定の時間(通常は数分間～数十分間)毎に隣のstationに移動しながら、一連の課題に対応しstationを一巡する。
- ⑥必要に応じて、各ステーションの評価者やSPが、受験者に対して指導(feed back)を行うことも可能である。

○日本での医師国家試験への実技試験の導入

我が国でも、1994年から厚労省の科学研究費補助金による研究班が、国家試験レベルのOSCEの導入について研究活動を展開している。その後、共用試験OSCEが全国に普及したことにより、医師国家試験への実技試験の導入を、具体的に検討する段階に入っている。

○医師国家試験への実技試験導入による効果

"assessment drives curriculum"、とは、評価がカリキュラムや学習行動に強い影響を及ぼすという意味である。OSCE はあくまでも模擬的な状況における能力試験である。本当に評価したい能力を測定しているのではなく、シミュレーションで評価をしているのである。そのため、受験者の試験対策は、真の能力を身に付けるというよりも、シミュレーションでの評価を上げようとする方向に向かいかねない。

しかし、課題の範囲や内容を吟味することにより、現在の医師国家試験である筆記試験よりも、望ましい学習行動を促すことは、大いに期待できる。筆記試験による医師国家試験は、合否判定の評価基準に一部が絶対評価ではなく相対評価的になっており、その影響で試験対策が、年々、エスカレートしている。既に大半の医学部・医科大学では、最終学年である第6学年の1年間の大半を、この筆記試験対策のための座学による学習に当てているのが現状である。筆記試験で問うことのできる知識面の能力の試験は主に共用試験で行い、医師国家試験では臨床実習で身につけた能力をOSCEにより評価するようになれば、第6学年での座学を臨床実習に変えることが可能になる。この変化が生じることで、卒前教育と卒後教育の一貫性を高めると共に、卒前・卒後両面の臨床教育の効果が飛躍的に高まることが期待できる。

<参考文献>

- 1) 大滝純司. 医学教育における評価と OSCE. OSCE の理論と実際、大滝純司編、東京：篠原出版新社;2007、p. 2-9
- 2) 高屋敷明由美, 福土元春, 大野每子, 大滝純司. 研修医による診療に関する一般市民調査. プラメド社ウェブサイト <http://www.plamed.co.jp/activity/research/r060008/>

10. 考察

(聖路加国際病院：徳田安春 福井次夫)

大きく変化しつつある医療ニーズに対応できる優れた臨床医を養成するため、縦断的で一貫性のある卒前卒後の医師養成カリキュラムを作成することが本研究班の目標である。そのために本研究班ではまず、英国および米国における医師養成の在り方について調査を行った。このうち、卒前臨床実習のあり方に関しての特徴を以下に整理した。

英国における卒前臨床実習は3年間であり、臨床実習に入ってからOSCEはより高度な内容とレベルになっており、採血、静脈路確保、尿道カテーテル挿入、皮膚縫合などの手技をマスターすることも求められる。臨床実習が始まる時には、Log Book と呼ばれる、習得すべき手技のリストに挙げられているすべての項目について合格した学生のみが年度末の最終試験を受けることができる。臨床実習の3年目に卒業試験があり、この試験に合格すると医師免許が与えられる。卒業試験の内容は各大学に任せられており、日本のような医師国家試験は存在しない。

米国の医学校では、入学後早い段階で臨床教育が始まり、講義と同時進行で臨床教育が行われている。学生は臨床現場で「医療チームの一員」としてみなされ、医学生は患者の心理社会的な情報などを収集するなどを通して、医療チームにおいて重要な役割を果たしている。また、医学生は、診断や治療等についてチームの中で最初に自分の意見や考えを述べるのが求められている。米国の医師免許試験は United States Medical Licensure Examination (USMLE) と称され、3段階のステップからなる。Step 1 は医学校の二年度終了時に受験資格が与えられ、Step 2 は医学校卒業時に受験する。Step 2 は知識問題だけでなく、模擬患者を用いた実技試験、Clinical Skill Assessment (CSA) もあわせて実施されることが特徴である。Step 3 は、Accreditation Council of Graduate Medical Education (ACGME) に認定されたプログラムを終了した段階で受験が可能となり、症例問題に基づいている。Step 1-3 ともに知識問題はコンピュータを用いて行われる Computer-adaptive Test (CAT) 形式である。

一方でわが国の卒前診療参加型臨床実習の実施体制はいまだ脆弱であり、実習内容も不十分であるとの指摘が多い。平成19年に発表された文部科学省「医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議」の報告でも、診療参加型臨床実習の趣旨を、学生が診療チームに参加し、その一員として診療業務を分担しながら、「単なる知識・技能の習得や診療の経験にとどまらず、実際の患者を相手にした診療業務を通じて、医療現場に立った時に必要とされる診断及び治療等に関する思考力(臨床推論)・対応力等を養うことにある」とし、再び診療参加型臨床実習を充実させるよう提言がなされているが、実際には、診療参加型臨床実習が定着しているとは言い難い。

実際、本研究班調査における、1年次研修医対象の卒前学習環境および臨床研修準備度の調査結果でも、診療参加型卒前臨床実習が充分でないことを示している。すなわち、有

効回答者中、臨床実習全期間における受け持ち総入院患者数は少なく、「受け持ち総入院患者数は10人未満であった」とする回答者は57%に上り、逆に「受け持ち総入院患者数は30人以上であった」とした回答者は8%のみであった。また、全体で72%の回答者が、外来研修期間（注：診療科の実習の一部では無く、ある一定期間外来のみの実習を行ったもの）は「無かった」としており、入院診療実習のみならず外来診療実習経験の乏しさも明らかになった。

さらには、本研究班調査における、「初期研修を始めるのに必要な臨床能力を身に付けていたか」という質問に対して「すごくそう思う」または「そう思う」と回答した者は24%のみであった。同様の質問を用いた英国医学部卒業生対象の報告では36%（文献1）、米国では92%（AAMC-GQ 2006年データ）であったことから、わが国の医学部卒業生の臨床能力は英国や米国と比較して低く、その一因として、診療参加型卒前臨床実習が充分でないことが挙げられる。この質問に対して「すごくそう思う」または「そう思う」と回答した者の割合については、出身大学別に大きな差を認めており、学習目的の達成度に大学間で大きな差があることを示唆している。「基本的疾患の知識」、「コミュニケーション能力」、「EBMの臨床応用力」、「医師に求められる倫理的職業的価値観」、「基本的な身体診察能力」などの各臨床スキルにおいても、大学間で大きな差を認めており、この差を説明する要因についての検討が今後望まれる。

わが国で診療参加型臨床実習が定着しにくい理由としては、全診療科をローテーションするため各診療科の実習期間が短くなっていることなどの実施体制の不備がまず挙げられる。大学病院における臨床実習は先進医療に接する機会が多いという点では良いが、地域における医療を担う上で必須となるプライマリ・ケア能力や救急診療を習得する場としては必ずしも相応しいとはいえない。また、実習の具体的な到達目標が不明確であることや習得した技能や態度を適切に評価するシステムが確立していないことも挙げられる。現行の医師国家試験は知識の評価に限られ、かつ年々出題内容が細部に及ぶようになり、学生が習得すべき知識量は増えつつある。一方では、研修を受ける病院を探したり採用試験の準備に追われたりするようになり、最終学年の学生が医学実習を行う時間は減っている。このような状況では、十分に臨床実習を実施する余裕がないとも考えられる。

以上のような卒前臨床実習の現状と課題に基づいて、卒後臨床研修へのシームレスな移行と研修目標の達成を可能とするためにはまず、卒前臨床実習カリキュラムの学習目標の見直しが必要であり、本報告書に卒前臨床実習の経験目標（ABC）について新たな提案を行った。学習目標の枠組みについては、卒後臨床研修経験目標の項目を利用することにより、卒後臨床研修内容の一部前倒しをどの程度実施可能であるかについて検討を行った。学生が診療チームの一員として診療業務を分担しながら、実際の患者を相手にした診療業務を通じて、卒後臨床研修時に必要とされる診断及び治療等に関する思考力や対応力等を養うための診療参加型臨床実習を導入し、現行の卒後臨床研修内容を一部前倒しに実施できるように、卒前臨床実習カリキュラム内容への新たな提案を行った。

最後に、現在の医師国家試験のあり方についても議論する必要性があるといえよう。医師

法第9条には、医学における知識と技術を医師国家試験で評価すると明記されているが、現在行われている医師国家試験の形式は多肢選択問題による筆記試験のみであり、実技試験は行われていない。診察技術を評価する客観的臨床能力試験 Objective Structured Clinical Examination(OSCE)の導入が望まれる。すなわち、「評価がカリキュラムや学習行動に強い影響を及ぼす」という観点からも、知識に関する試験は臨床実習開始前に行われている「共用試験」にて実施し、医師国家試験ではむしろ、臨床実習で身につけた能力をOSCEにより評価するようになれば、第6学年での国家試験のための知識獲得を目的とした座学を臨床実習に変えることが可能になる。この変化が生じることで、卒前教育と卒後教育の一貫性を高めると共に、卒前・卒後両面の臨床教育の効果が飛躍的に高まることが期待できる。

文献

1. Michael J Goldacre, Trevor Lambert, Julie Evans and Gill Turner. Preregistration house officers' views on whether their experience at medical school prepared them well for their jobs: national questionnaire survey. *BMJ* 2003;326:1011-1012
2. Association of American Medical Colleges. AAMC-GQ all schools final report. 2006. <http://www.aamc.org/data/gq/allschoolsreports/2006.pdf>

11. 研究発表

【学会発表】

- ① H. Obara ; Y. Tokuda ; J. D. Orlander . PERCEIVED PREPAREDNESS OF JAPANESE MEDICAL GRADUATES FOR POSTGRADUATE TRAINING: A COMPARISON TO US GRADUATES. Annual Session Poster Presentation. 2008 Society of General Internal Medicine(Pittsburgh, PA, USA).
- ② 後藤英司：横浜市立大学における医療安全教育. 医学教育学会ワークショップ「医療安全教育」, 東京, 2008. 7

【論文発表】

- ① 庄司進一, 後藤英司, 他「卒前・卒後緩和ケア・カリキュラム提言プロジェクト」: 緩和ケア・カリキュラム提言, 医学教育 39 巻 5 号, 333-339, 2008.
- ② 大滝純司：医療面接の指導. 阿部好文, 大滝純司 編集「臨床実習・臨床研修指導実践マニュアル」文光堂, 東京, pp22-33, 2008

【著書】

- ① 後藤英司, 木村一雄, 小西真人編著：「循環器系 コア・カリキュラムテキスト」, 文光堂, 2008.

12. 研究班員名簿

研究代表者：徳田 安春（聖路加国際病院）

研究分担者

1. 福井 次矢（聖路加国際病院）
2. 後藤 英司（横浜市立大学）
3. 大滝 純司（東京医科大学）
4. 小俣富美雄（聖路加国際病院）
5. 高橋 理（聖路加国際病院）
6. 大出 幸子（聖ルカ・ライフサイエンス研究所）

研究協力者

1. 石田也寸志（聖路加国際病院）
2. 副島久美子（聖路加国際病院）
3. ジョシュア・ジェイコブス（聖ルカ・ライフサイエンス研究所）
4. シャピロ美奈（聖ルカ・ライフサイエンス研究所）
5. 尾原 晴雄（沖縄県立中部病院）
6. 吉村 仁志（沖縄県立南部医療センター・こども医療センター）
7. 内藤 亮（ロンドン大学・ロンドンインペリアルカレッジ）
8. 上杉 泰隆（東京医科大学）