UHC 達成の要因としての医療安全の世界の動向把握
及び
我が国の強みの戦略的な訴求に資する研究

分担研究報告書・別添資料

田中和美

群馬大学

令和 5 年 3 月

（2023 年）

目次

1 モデル・コア・カリキュラムの策定と改訂について 3
2 令和 4 年度改訂版医学教育モデル・コア・カリキュラム 4
3 国立大学附属病院医療安全管理協議会卒前研修委員会 4
4 第 54 回日本医学教育学会大会 5
5 諸外国における医療安全教育 7
6 多職種連携教育 11
7 医師国家試験における医療安全関連の出題 12

図表一覧

図 1　医学、歯学、薬学、看護学のコアカリ策定・改訂の変遷 3
図 2　医師として求められる基本的な資質・能力 4

表 1　諸外国のコンピテンンシーとコアカリの医療安全に係る項目の比較 9
表 2　諸外国のコンピテンシーでコアカリに含まれなかった項目 10
表 3 諸外国の教科書とコアカリの医療安全教育の比較 11
表 4　医師国家試験における医療安全関連の出題 12

1 モデル・コア・カリキュラムの策定と改訂について

医師、歯科医師、薬剤師、看護師の卒前教育においては、各医療職の教育カリキュラムの基準となる「モデル・コア・カリキュラム（以下、コアカリ）」を文部科学省が策定し、定期的に改訂している。図 1 に示すように、医学、歯学は平成 13 年に策定され、平成 29 年までに 3 回改訂が行われた。薬学は平成 14 年に専門教育部分が、平成 15 年に実習部分がそれぞれ策定され、平成 25 年に改訂が行われた。看護学については、平成 29 年に策定されたところである [1]。

今回、令和 4 年度に医学・歯学・薬学のコアカリの同時改訂が行われた。

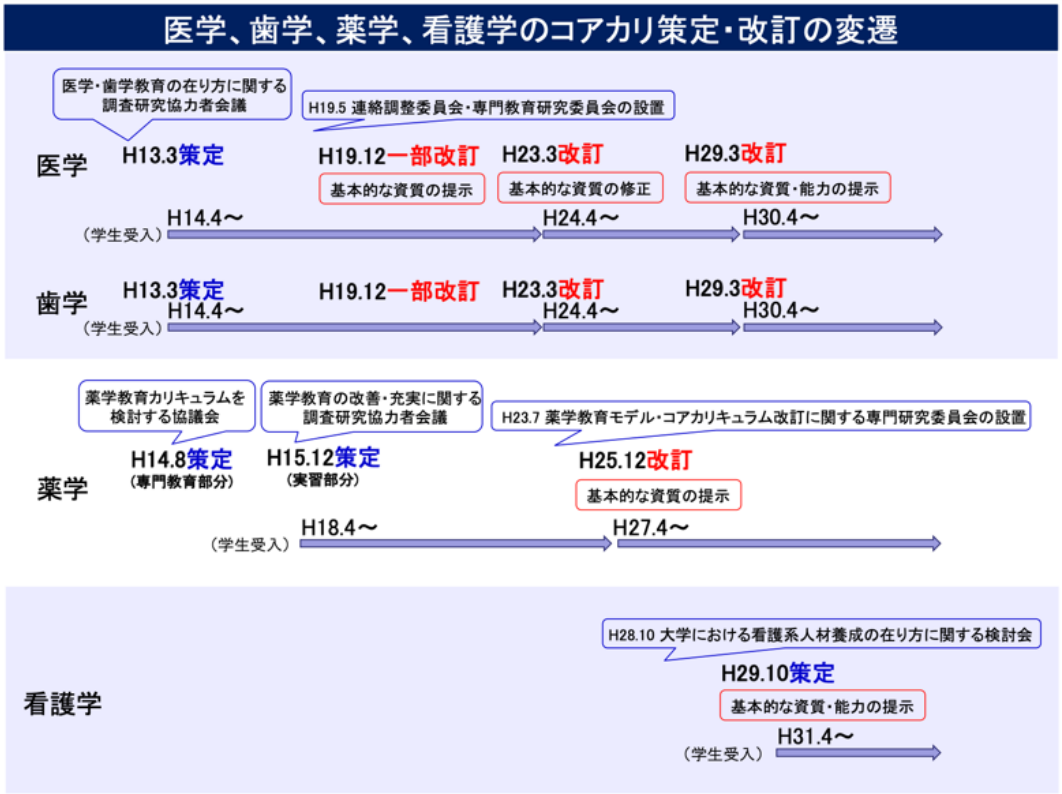


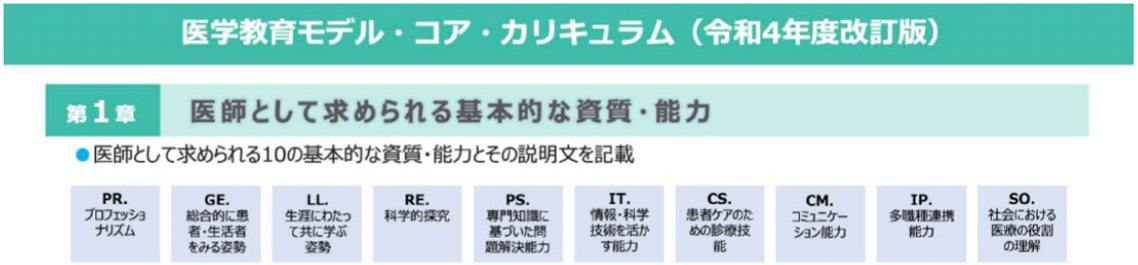
図 1　医学、歯学、薬学、看護学のコアカリ策定・改訂の変遷

[1] 「医学教育モデル・コア・カリキュラム改訂について」文部科学省高等教育局医学教育課．https://iryou-kinmukankyou.mhlw.go.jp/files/Attachment/452/２%20【文部科学省】医学教育モデル・コア・カリキュラム改訂について.pdf_safe.pdf

2 令和 4 年度改訂版医学教育モデル・コア・カリキュラム

令和 4 年度に医学・歯学・薬学で同時に改訂が行われた最新版のコアカリでは、医師／歯科医師／薬剤師に求められる資質・能力が原則共通化された。この中で医療安全に関しては、求められる資質・能力の一つとしてではなく、その前文の中に全資質・能力の究極的目標として掲げられた。

医学教育コアカリにおいては、「医師は、医師としての基本的な価値観を備えたうえ、安全で質の高い医療を提供し、また、医学に新たな知見を積み重ねることができるよう、以下の資質・能力について、生涯にわたって研鑽していくことが求められる。」と



前文に記載されている[2]。

図 2　医師として求められる基本的な資質・能力

3 国立大学附属病院医療安全管理協議会卒前研修委員会

分担研究者自身も委員を務める令和 4 年度国立大学附属病院医療安全管理協議会卒前研修委員会が 10 月 20 日に開催された。本委員会の活動としては、以下の 3 点が掲げられている。

- 専門資格を持たない医療系学生や事務職員を対象とした卒前医療安全教育・研修について、職種を限定せず取り扱う。
- 卒前医療安全教育の現状調査を行う。
- 卒前医療安全教育において、最低限何をどのように教育するか、ミニマムエッセンシャルを明確化・具体化する。

令和 4 年度の委員会活動として、令和 4 年度改訂版医学教育コアカリが上市されたことを踏まえ、その内容から考える卒前医療安全教育のミニマムエッセンシャルについて委員会内でアンケート調査が行われ、コアカリをベースとしてどのように卒前医療安全教育を推進して行くべきかについて議論が行われた。

---

[2] 医学教育モデル・コア・カリキュラム令和4年度改訂版．モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会, 2022

4 第 54 回日本医学教育学会大会

第 54 回日本医学教育学会大会が令和 4 年 8 月 5、6 日に高崎市の G メッセ群馬で開催され、分担研究者は大会プログラム委員長を務めた。本大会では、「まもる ささえる 医学教育:文化の醸成～時代のニーズに応える医療のために～」をスローガンとし、医療安全教育をテーマとして掲げ、数多くの医療安全教育に関する演題が取り上げられた。

図 3　第 54 回日本医学教育学会大会

招請講演では、医療安全の世界的権威であるジョンスホプキンス公衆衛生大学院の Albert W. Wu 教授により「Battling the invisible: Confronting the hidden curriculum that masks the problem of medical error」と題した講演があり、医療安全教育プログラムの充実とともに、隠れたカリキュラム（Hidden Curriculum）と言って、公式なカリキュラムの中では教えられていない、知識、行動の様式や意識、メンタリティなどが意図しないままに教員から学生に教えられていることに注意しなければならないことについて言及された。さらに、Albert W. Wu 教授には「日本の医療安全教育が国際的にはどのように見られているのか、国際的に見た日本の医療安全教育の強みは何だと思うか」という点について、短時間ではあるが直接インタビューする機会をいただけた。Albert W. Wu 教授からは、「国際的には日本がどのような医療安全教育を行っているのかについて詳細が伝わってきていない。しかし、日本には国が関与する医療事故情報収集等制度や産科医療保証制度などがあることはよく耳にしており、おそらく国を挙げて取り組んでいるのではないかということが想像できる。世界各国でもこのように国がしっかりとサポートしているところはそれほど多くなく、これは日本の強みであると感じている」との回答を得た。

同じく招請講演で元早稲田大学ラグビー部監督の中竹竜二氏により「学習する組織文化への挑戦」と題した講演もあった。この中では医療現場にも必要とされるリーダーシップやフォロワーシップ、チームワークの構築などについて、ラグビーでの経験も交えて言及された。

また、特別シンポジウムとして、「医療安全の潮流と今後の医学教育」と題し、医療の質・安全学会との合同シンポジウムも開催された。この中では、医学教育の専門家と

医療安全の専門家による、今後の医療安全教育のあり方について活発な議論が展開された。
さらに、分担研究者自身も「医療安全教育カリキュラムを考える」と題したワークショップを企画し、医療安全教育に携わる医学教育者らとともに令和 4 年度改訂版コア

R4 コアカリ案　パブリックコメント

第 54 回日本医学教育学会大会内企画「医療安全教育カリキュラムを考える」にて、医療の質と安全の向上を図る上で本コアカリ(案)にはどのような問題があるかを、ワークショップ形式で検討した。その結果、本案は以下の点について不足があると考えられたので意見として提出する。

1.「社会人基礎力」「ジェネリックスキル」の獲得について言及がない。わが国では大学教育として医学教育がなされるため、これらの能力を備えることも医学部教育の使命となる。従って、これらの能力について収載すべきと考えるが、もし本コアカリの対象外とするのであれば、その旨を明記すべきである。
2. あらゆる医療場面は必ず何らかのリスクを孕んでおり、それぞれに特有の患者安全的注意事項を教えることが求められるが、そのためには、各場面に存在している患者安全上の問題を認識できなければならないはずであり、そのことを明記すべきではないか。
3. 医療事故の予防策（CS-05-05-01）や分析方法（CS-05-05-02）については言及があるが、その根拠となる、エラーをきたす人間の行動特性や心理学的知見、及び人間工学的知識の習得の必要性について言及がない。予防策や分析を適切に実践するためには、それらの背景理論についても修得する必要があり、収載を希望する。
4. インシデント報告について、CS-05-06-04 では、あくまでも事故対応の一環として記載されている。しかし、それは目的の一部分にすぎず、WHO 患者安全カリキュラムガイドでも指摘されているように、LL-01-01-02 にあるような改善にむけた省察の起点としての役割も大きい。本改訂では生涯学習を一つの資質・能力と掲げたのであれば、そのような失敗から学ぼうとする姿勢を身につけることについても、言及していただきたかった。
5. コアカリの性質上、医学の体系に基づいて涵養される学習者個人の能力について言及しているが、現在の医療現場では、医療機関の複雑なシステムの中で、それらの機能を用いて医療専門職としての職分を全うする事になる。根本には「医療におけるチームの意義とその種類、要素を説明できる」といった能力が必要になるはずであるが、各論的能力の記述にとどまっている。
さらに、具体的には、「所属先の医療機関のルールを守って行動できる」といったコンプライアンスの視点や、「システムとしての診療機能を理解している」（RRS,当直制など）といった、医療機関の職員として求められる能力についての言及が乏しくなっている。
6. 質改善手法の言及（CS-05-01-01）はあるものの、そのためには、システム思考を修得し、活用できることが前提となる。従って、「システム思考を用いて医療のさまざまな現場を解釈できる」ことを求める必要がある。

カリにおいてさらに我が国の医療安全教育に不足していている項目があることを明らかにし、コアカリのパブリックコメントとして提出した。

図 4 令和 4 年度改訂版コアカリに対する医療安全教育についてのパブリックコメント

5 諸外国における医療安全教育

医療安全教育に関し、米国、カナダ、オーストラリア、イギリスそれぞれの医学部の卒業時コンピテンシーに相当するものについて、その内容を比較した。米国においては Quality Improvement and Patient Safety Competencies Across the Learning Continuum[3]、カナダにおいては CanMEDS 2015 Physician Competency Framework[4]、オーストラリアにおいては National Patient Safety Education Framework[5]、イギリスにおいては Outcomes for graduates[6]をそれぞれ参照した。これらのコンピテンシーの中に含まれる医療安全にかかる項目数は、それぞれ米国 43 項目、カナダ 37 項目、オーストラリア 18 項目、イギリス 32 項目であった。このうち、平成 28 年度改訂版コアカリに記載されていない項目が 26 項目、記載はされているが医療の質と安全の管理に係る項目以外の場所へ記載されていたものが 67 項目あった（表１）。表２には平成 28 年度改訂版コアカリに記載されていなかった具体的内容が示されているが、その内容は非常に多岐にわたり、特に「質改善」、ヒューマンファクターズや隠れたカリキュラムを含む「ロールモデリング」、「患者参加」といった項目に多く見られた。これらの内容については、本研究の先駆的調査として清水らとともに論文に発表した[7]。

表 3 には、ワシントンマニュアル、Wachter、Vincent といった諸外国で用いられる

---

[3] Association of American Medical Colleges: Quality Improvement and Patient Safety Competencies Across the Learning Continuum. Association of American Medical Colleges, 2019.

[4] Frank JR, Snell L, Sherbino J, eds： CanMEDS 2015 Physician Competency Framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015.

[5] The Australian Council for Safety and Quality in Health Care: National Patient Safety Education Framework. [https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/framework0705.pdf]

[6] The General Medical Council：Outcomes for graduates . [https://www.gmc-uk.org/education/standards-guidance-and-curricula/standards-and-outcomes/outcomes-for-graduates/outcomes-for-graduates]

[7] 清水郁夫、田中和美、岸美紀子、高村昭輝、小松康宏. 医学教育モデル・コア・カリキュラム（平成 28 年度版）における「医療の質と安全の管理」領域コンピテンシーの検討. 医療の質 ・ 安全学会誌 17(3): 277-284, 2022

教科書と WHO 患者安全カリキュラムガイド、平成 28 年度改訂版医学教育コアカリにおける医療安全教育として掲載されている内容を比較した。平成 28 年度改訂版医学教育コアカリには含まれていない内容として、ヒューマンファクターズ、システム思考、質改善が挙げられた。

表 1　諸外国のコンピテンンシーとコアカリの医療安全に係る項目の比較

表1　各国の患者安全にかかるコンピテンシーの大項目ごとの収載数と，医学教育モデル・コア・カリキュラム（平成 28 年度改訂版）の A-6（医療の質と安全の管理）ないし他の項目への収載状況

		A-6（医療の質と安全の管理）に記載	A-6 以外に記載	記載なし
米国（全43項目）	Domain I: Patient Safety	7	2	0
	Domain II: Quality Improvement	3	3	6
	Domain III: Health Equity in QIPS	1	6	3
	Domain IV: Patients and Families as QIPS Partners	0	2	4
	Domain V: Teamwork, Collaboration, and Coordination	0	6	0
カナダ（全37項目）	Medical Expert	2	2	0
	Communicator	2	2	0
	Collaborator	0	5	0
	Leader	3	4	1
	Health Advocate	0	2	0
	Scholar	0	3	3
	Professional	3	3	2
英国（全32項目）	Outcomes 1 : Professional values and behaviours	7	6	4
	Outcomes 2 : Professional skills	3	11	0
	Outcomes 3 : Professional knowledge	0	0	1
オーストラリア（全18項目）	1: Communicating effectively	0	3	1
	2: Identifying, preventing & managing adverse events & near misses	3	0	1
	3: Using evidence & information	0	1	0
	4: Working safely	3	2	0
	5: Being ethical	0	2	0
	6: Continuing learning	0	2	0

表 2　諸外国のコンピテンシーでコアカリに含まれなかった項目

分類	コンピテンシー	国
質改善	Demonstrates knowledge of basic QI methodologies and quality measures .	米国
	Describes basic principles and approaches for making and sustaining change in QI.	米国
	Describes ethical principles that govern QI, including confidentiality of patient information.	米国
	Uses quality measures to identify gaps between local and best practice.	米国
	Describes strengths, weaknesses, and appropriate uses of measurement and analytic approaches relevant to QI (e.g., run charts, process-control charts).	米国
	Recognizes the importance of engaging and partnering with patient, family, and community in developing effective QI interventions to reduce disparities.	米国
	Participates in patient safety and QI educational programs that are planned or taught in part by patients or family members.	米国
	Implement processes to ensure personal practice improvement - Manage a personal schedule using tools and technologies	カナダ
	Raise and escalate concerns through informal communication with colleagues and through formal clinical governance and monitoring systems 5 about: - patient safety and quality of care	英国
	Apply the principles and methods of quality improvement to improve practice (for example, plan, do, study, act or action research), including seeking ways to continually improve the use and prioritisation of resources	英国
	Describe the value of national surveys and audits for measuring the quality of care.	英国
ロール モデリング	Recognize the influence of role-modelling and the impact of the formal, informal, and hidden curriculum on learners - Describe the link between role-modelling and the hidden curriculum	カナダ
	Promote a safe learning environment - Describe factors that can positively or negatively affect the learning environment - Describe strategies for reporting and managing witnessed or experienced mistreatment	カナダ
	Ensure patient safety is maintained when learners are involved - Speak up in situations in the clinical training environment where patient safety may be at risk because of learner involvement	カナダ
	Participate in peer assessment and standard-setting - Describe the principles of peer assessment	カナダ
	Promote a culture that recognizes, supports, and responds effectively to colleagues in need - Describe the multiple ways in which poor physician health can present, including disruptive behaviour, and offer support to peers when needed - Describe the importance of early intervention for colleagues in need of assistance, identify available resources, and describe professional and ethical obligations and options for intervention	カナダ
	Promote and maintain health and safety in all care settings and escalate concerns to colleagues where appropriate, including when providing treatment and advice remotely	英国
事故対応	Participates in disclosure of a patient- safety event to patients and families (simulated or actual) .	米国
	Communicating honestly with patients after an adverse event (open disclosure) - Know the processes and your role in fully informing patients or carers after an adverse event or near miss.	オーストラリア
	Managing complaints - Understand the components of an effective consumer-focused complaint-management system and the value of complaints to an organisation.	オーストラリア
患者参加	Identifies opportunities to engage patients and families in improving quality and safety at both the individual and organizational levels.	米国
	Elicits information from patients and families to identify patient safety hazards or barriers to effective care delivery.	米国
医療者の 心理的側面	Demonstrates knowledge about the role of explicit and implicit bias in delivery of high-quality care.	米国
	Explain how psychological aspects of behaviour, such as response to error, can influence behaviour in the workplace in a way that can affect health and safety and apply this understanding to their personal behaviours and those of colleagues.	英国
適切な診療の提供	Recognizes uncoordinated, wasteful, and unnecessary health care delivery.	米国
診療現場の多様性	Describes how stratification (e.g., by race/ethnicity, primary language, socioeconomic status, LGBTQ identification) of quality measures can allow for the identification of health care disparities.	米国

LGBTQ = lesbian, gay, bisexual, transgender and queer or questioning.

表 3 諸外国の教科書とコアカリの医療安全教育の比較

WHO患者安全カリキュラムガイド	ワシントンマニュアル	Wachter	Vincent	平成28年度版コアカリ
患者安全とは	患者安全と医療の質改善	有害事象、エラー	患者安全の進化	A-6 医療の質と安全の管理 A-6-1 安全性の確保
	患者安全序論	患者安全の基本原則	エラー、害の性質と規模	
	安全文化	安全、質、価値		
		安全文化の創造		
ヒューマンファクターズの重要性	ヒューマンファクター	人的要因とマン・マシンインターフェースのエラー	ヒューマン・エラーとシステム思考	
	認知と意思決定			
システム思考	医療システムに高い信頼性を築く			
			間違いが起きる過程を理解	
有能なチームの一員であること	チームワークとコミュニケーション	移動および引継ぎエラー	チームで安全を創る	A-5-1) 患者中心のチーム医療
	コーディングと診療録記載	チームワークとコミュニケーションエラー		A-4-1) コミュニケーション
エラーに学び害を予防する	責任性と報告	報告システム、RCA	報告と学習システム	A-6-2) 医療上の事故等への対処と予防
	事象分析	医療過誤システム	安全性を測定する	インシデントが発生した場合の対処の仕方
	有害事象と医療エラー開示	説明責任	手順と違反、迷走	
リスクの理解とマネジメント		労働力、教育、認定、安全プログラム	安全に関する技能	A-6-1組織的なリスク管理
品質改善手法	医療の質改善とは		臨床的介入とプロセス改善	
	質改善と患者安全のツール		患者安全のためのデザイン	
	医療の質のモデル		情報技術活用とエラー防止	
患者と協働する	有害事象と医療エラー開示	患者の役割	患者安全への患者の関与	A-4-2) 患者と医師の関係 A-5-1) 患者中心のチーム医療

6 多職種連携教育

我が国の多職種連携教育に関しては、平成 25 年に発表された髙橋の報告によると、その時点で先進的に取り組んでいる大学として、千葉大学、埼玉県立大学、昭和大学、新潟医療福祉大学が紹介されている。さらに、多職種連携教育（Interprofessional Education; IPE）に関する大学関連携として、群馬大学が代表校として、札幌医科大学、新潟医療福祉大学、筑波大学、埼玉県立大学、首都大学東京、東京慈恵会医科大学、慶應義塾大学、北里大学、千葉大学、神戸大学の 11 大学によるネットワークである日本インタープロフェッショナル教育機関ネットワーク（Japan Interprofessional Working and Education Network, JIPWEN）についても紹介されている[8]。多職種連携教育の専門家へのインタビューにより、現在では、チーム医療、多職種連携の重要性がますます高まっており、より多くの大学が IPE プログラムを導入しつつあることもわかった。

[8] 髙橋榮明．日本における専門職連携教育と JAIPE の役割， その将来展望．日本保健医療福祉連携教育学会学術誌・保健医療福祉連携 5(2)：101-112, 2013

7 医師国家試験における医療安全関連の出題

平成 23 年（第 104 回）から令和 4 年（第 115 回）までの医師国家試験に出題された医療安全に関連する問題を表 4 にまとめた。多くは、医療事故やインシデントに関する出題であるが、コミュニケーション手法に関する問題（【42】）や、質指標（【43】【44】【45】）や患者参加型医療推進（【14】）に関する問題も散見される。

表 4　医師国家試験における医療安全関連の出題

【1】 113B	インフォームド・コンセントいついて正しいのはどれか。 a同意後は撤回できない。 b医師法に定められている。 c文書で意思を確認すればよい。 d医療従事者の責任回避が目的である。 e患者の主体性を重んじて行う行為である。
【2】 113E	50歳の男性。肺腺癌のため通院中である。1年前に咳嗽が出現し、6カ月前に精査を行い、切除不能のⅢ期肺腺癌と診断された。放射線治療と抗癌化学療法による標準治療を行った。新たな転移は認めないが、腫瘍の大きさが増大している。治験参加施設して治験への参加を提案することになった。 患者への説明として適切でないのはどれか。 a「ご家族と相談されても結構です」 b「途中で同意の撤回はできません」 c「参加されるか、されないかは自由です」 d「十分理解し、納得されてから参加してください」 e「参加されなくても不利益が生じることはありません」
【3】 111C	70歳の男性。胃癌の手術について説明し同意を得ることとなった。適切でないのはどれか。 a看護師が同席する。 bイラストを使用する。 c手術以外の治療法も説明する。 d予想される術後経過を説明する。 e軽い合併症を選択して説明する。

【4】 104F	インフォームドコンセントで最も重要なのはどれか。 a文書による説明。 b医師による説明。 c患者による意思決定。 d医療従事者のサポート。 e医事訴訟での責任回避。
【5】 111F	インフォームド・コンセントについて誤っているのはどれか。 a患者の理解が同意の前提になる。 b自己決定尊重の倫理原則に基づく。 c医療行為に対する承諾書のことである。 d患者の主体性を重んじて行う行為である。 e臨床研究に参加してもらう場合に必要になる。
【6】 109C	1. 治療方針の検討段階における医師のパターナリズムに該当するのはどれか。 a患者の治療に対する価値観や感情を尊重する。 b患者の家庭・社会生活に関する背景を尊重する。 c患者の状態に対する医学的な適切性を優先する。 d治療が患者に与える影響を患者とともに検討する。 e治療に対する患者の希望や解釈モデルを尊重する。 2. 新たな治療法の臨床試験への参加を打診する場合の医師の発言として適切でないのはどれか。 a「ご家族と相談されても結構です」 b「参加されるか、されないかは自由意志です」 c「参加後は途中でやめることはできません」 d「十分理解し、納得されてから参加してください」 e「参加されなくても不利益が生じることはありません」
【7】 107F	インフォームド・コンセントについて正しいのはどれか。 a看護師も情報提供することができる。 b新薬の臨床試験においては必要ない。 c病名告知には親族の了解が必要である。 d未成年の患者では本人の承諾は必要ない。 e事前の意思が不明な意識障害の患者には救命処置をしてはならない。
【8】 106F	インフォームド・コンセントについて正しいのはどれか。 a3歳児から取得できる。 b医師による病状説明を指す。

	c一度同意すると撤回できない。 dセカンドオピニオンと同義である。 e目的は患者の人権を尊重することである。
【9】 115B	セカンドオピニオンについて正しいのはどれか。 a患者の権利に基づく。 b保険診療内で行われる。 c悪性腫瘍だけが対象になる。 d主治医の変更が目的である。 e受け持ち患者からの依頼を拒否できる。
【10】 115B	終末期における意思決定のプロセスについて正しいのはどれか。 a対象は癌患者である。 b意思決定は変化することはない。 c積極的安楽死が選択肢の一つになる。 d可能な限り生命を維持したいと希望する患者は対象とならない。 e本人の意思が確認できない場合、家族等による推定意思が尊重される。
【11】 115B	検査の結果は陰性であったが、担当医は病歴や症状から急性冠症候群である可能性が否定できないと判断し、患者にここまでの状況を説明することにした。担当医が患者にかける言葉の中で、説明内容に対する患者の理解を確認しているものはどれか。 a「治療法について何かご希望はありますか」 b「今までの説明で分らないことはありますか」 c「今後についてご家族に話したほうが良いですか」 d「なぜこの病気になってしまったとお考えですか」 e「こちらの病院で検査と治療を受けるのでよろしいでしょうか」
【12】 115E	14歳の女子。採血を伴う研究に参加してもらいたい。患者には知的障害や認知機能障害はない。誤っているのはどれか。 a患者への説明は理解ができるように行う。 bインフォームド・アセントを得る必要がある。 c同意書は記名・捺印もしくは自署名が必要である。 d採血行為による侵襲の程度は倫理審査委員会で判断する。 e 保護者が同意しなくても当人が同意すれば研究参加は可能である。
【13】 115E	成人を対象としたインフォームド・コンセントについて正しいのはどれか。 a本人と家族の同意が必要である。 b患者は同意をいつでも撤回できる。

	c予後についての説明は必要ない。 d医師の過失責任を回避する目的で行う。 e 最新の治療法を推奨しなければならない。
【14】 111C	患者の自己決定を支援するための医師の行為として適切でないのはどれか。 a患者の意向を聴く。 b患者の質問を受ける。 c複数の選択肢を提案する。 d患者の感情に注意を向ける。 e患者が不安になる情報提供は控える。
【15】 108F	51歳の男性。突然の右上腹部痛のため搬入された。救急外来で急性胆嚢炎と診断された。特に大きな合併症は認められなかった。生来健康でこれまでほとんど医療機関を受診したことがない。救急外来担当医から挨拶、病名告知に続いて次のような説明が行われた。 医師：「胆嚢炎で抗菌薬の点滴が必要です」① 患者：「分かりました」 医師：「入院が必要な状態ですが良いですか」② 患者：「しょうがないですね」 医師：「胆嚢内にたくさんの石と1.5㎝くらいの大きさの腫瘍がありました」③ 患者：「胆石と癌ですか」 医師：「胆嚢の腫瘍が悪性かどうかは分かりません」④ 患者：「どうしたらよいでしょうか」 医師：「明日、腹腔鏡下胆嚢摘出術をすることに決めました」⑤ 患者：「えっ、明日ですか」 インフォームド・コンセントを得る過程における医師の説明として適切でないのはどれか。 a① b② c③ d④ e⑤
【16】 107F	72歳の男性。病期Ⅳの胃癌で緩和ケアのため入院中である。在宅ホスピスへの移行に際し、患者本人と家族との間で療養環境について意見の対立が起こったため担当医師が患者本人と家族の意見をそれぞれ十分に聞いた。

	次に行う対応として最も適切なものはどれか。 a弁護士に相談する。 b看護部長に相談する。 c福祉事務所に相談する。 d多職種からなるチームで話し合う。 e担当医師が単独で方針を決定する。
【17】 110C	55歳の女性。飛び降りによる腹部外傷のため救急車で搬入された。1カ月前に胃癌と診断され、ここ数日は絶望して気持ちが不安定になっていた。今朝、自宅マンションの8階から飛び降りて受傷した。大量の腹腔内出血があり救命のためには速やかな開腹止血術が必要である。ショック状態で患者の意識はなく、意思の表示はできない。患者本人は以前から癌に対する手術治療を拒否していたが、救急車で付き添って来た夫は開腹止血術や救命治療を希望している。 リスボン宣言に基づく対応はどれか。 a速やかに開腹止血を行う。 b開腹止血術以外の方法で経過をみる。 c院内倫理委員会を開催するよう要請する。 d本人と配偶者の意見が異なるため、他の家族の意見を待つ。 e多職種カンファレンスで方針を決定するまで治療を行わない。
【18】 110E	76歳の女性。腋窩のしこりを主訴に来院した。初診時、右腋窩に痛みを伴わない直径２㎝のリンパ節1個を蝕知した。経過観察の方針となり1か月後に再診したところリンパ節腫大の増悪を認めたため、担当医はリンパ節生検を行うことが望ましいと判断した。担当医は患者に対して、鑑別すべき疾患、生検の必要性、生検の方法および生検で予想される利益や不利益などについて丁寧に説明した。説明を聞いて患者は「よくわかりました」と答え、生検の同意書に署名した。説明から10日後に生検が予定された。生検の前日に患者が予定外で外来を受診したため、担当医が対応した。患者は担当医に対して、「申し訳ないのですが、やはり検査は受けたくありません」と申し出た。担当医は「明日の検査を受けたくないのですね」確認した。 次に担当医が患者にかける言葉として適切なのはどれか。 a「十分に説明させていただいたつもりなので残念です」 b「すでに同意をいただいていますので予定は変更できません」 c「明日の生検は中止にしますので今後は他院で相談してください」 d「すぐに終わる検査ですし痛みを少ないですからご安心ください」 e「受けたくないというお気持ちになった理由を伺ってもよろしいで

	すか」
【19】 111F	56歳の男性。健康診断で高血圧を指摘されて来院した。これまでの健康診断では異常を指摘されたことはなかった。喫煙は15本/日を35年間。初診時の血圧は162/102mmHg。精密検査の結果、本態性高血圧症と診断された。担当医は患者に選択できる治療法とそれぞれの利益と不利益とについて説明した後、降圧薬による治療が望ましいと説明した。患者は担当医の説明を十分に理解したようであったが、「先生の言われたことは理解できましたし、薬による治療が必要であることについてもよくわかりました。しかいｓ、現時点で薬を飲むことには抵抗があり、「今すぐ決めることは難しいです」と述べた。医師は「そうですか、決めるのは難しいのですね」と患者の考えを受けとめた。 それに続く医師の言葉として最も適切なのはどれか。 a「それでは薬は使わないようにします」 b「飲みたくない理由を教えてください」 c「あなた自身で決めなくてはなりません」 d「従ってもらえないなら、今後診察はできません」 e「高血圧のリスクについて十分理解していないようです」
【20】 109H	34歳の女性。月経が遅れ妊娠の可能性があるため、慢性糸球体腎炎で長く通院中の主治医の外来を受診した。28歳から慢性糸球体腎炎に罹患しており、妊娠・出産により透析になる可能性があるため避妊を指導されていた。妊娠反応は陽性であった。夫とともに面談を繰り返したが、本人の「透析になってもよいから子どもを産みたい」という強い希望は変わらない。 対応として正しいのはどれか。 a弁護士に連絡する。 b産科医を含めたチームで対応する。 c指示に従わないことを理由に診療しない。 d透析になったら医療保険の適用にならないと説明する。 e夫に人工妊娠中絶のための内服薬の入手方法を紹介する。
【21】 109H	51歳の男性。血痰の精査のため入院中である。精査の結果、病期Ⅳの肺腺癌と診断され余命は数か月であると考えられた。病状と今後の治療計画について改めて患者に説明することになった。これまで患者本人以外の家族や関係者と面談したことはない。患者は現職の市長で2か月後の市長選挙への出馬に強い意欲を持っており、後援会長がその

	準備にあたっている。市長が入院したことは報道機関も含め地元で話題となっている。 この時点での対応として適切なのはどれか。 a早期肺癌であると患者本人に説明する。 b市長は肺炎であると記者会見で発表する。 c市長選への出馬は困難であると後援会長に伝える。 d病期Ⅳの肺癌であると患者の家族から本人に伝えてもらう。 e悪い知らせを詳しく聞く意思があるかを患者本人に確認する。
【22】 108F	89歳の女性。1年前からParkinson病のため療養病床に入院中である。71歳でParkinson病を発症し、86歳でHoehn & Yahrの臨床重症度分類５度となり、ベッド上の生活となった。87歳で家族とのコミュニケーションも困難になった。3が月前から食事量が減り誤嚥性肺炎を2回起こしている。意思表示は困難であるが、家族の声かけにわずかに表情が緩むこともある。家族は献身的な介護を続けており、1日でも長く生きて欲しいと願っている。家族と今後の方針を話し合うことになった。胃癌を含む経管栄養や中心静脈栄養など人工的栄養補給の選択肢を説明した。 家族が方針を決めるのを支援する際に、意思が伝える内容として適切なのはどれか。 a「一旦方針を決定すると変更できません」 b「これまでの本人の価値観を十分尊重してください」 c「人工的栄養補給を行わないと安楽死とみなされます」 d「最終的な方針決定には病院の倫理委員会の許可が必要です」 e「いずれに死亡するので無駄な人工的栄養補給は行うべきではありません」
【23】 113B	診療ガイドラインに示されている「推奨」について正しいのはどれか。 a推奨の内容は5年間変更されない。 b弱い推奨は診療には用いてはならない。 c推奨の内容はすべての患者に適用される。 d強い推奨に反する診療は行ってはならない。 e「～は行わない方がよい」という推奨がある。
【24】 112E	診療ガイドラインについて正しいのはどれか。 a症例報告を新たに集積して作成される。 b併存疾患が多い患者ほど推奨を適用しやすい。 c推奨と異なる治療を行うと患者に危険が及ぶ。

	d当該疾患の患者全員に同一の推奨を適用できる。 e患者と医療者の意思決定の材料の一つとして利用する。
【25】 110A	診療ガイドラインの説明で正しいのはどれか。 a患者の価値観は重視しない。 b推奨と異なる診療は違法である。 c最新版であることを確認して利用する。 d作成母体により内容が異なることはない。 e根拠はランダム化比較試験に限定される。
【26】 106H	診療ガイドラインの説明で正しいのはどれか。 aエビデンスが系統的に検索・評価されている。 b患者とのコミュニケーションには利用できない。 c推奨に従わなければ、保険診療の対象とならない。 d症例対照研究の結果は、推奨の根拠として採用されない。 e主に専門医に対するアンケート調査に基づいて作成される。
【27】 113C	医療事故調査制度について正しいのはどれか。 a調査は院外機関のみが行う。 b診療に起因した死亡全てが対象となる。 c事故発生時は医療機関から警察に速やかに届け出る。 d調査が終了するまで、医療機関は事故の説明を遺族にしてはならない。 e医療の安全を確保するために医療事故の再発防止を目的とした制度である。
【28】 108C	医療安全支援センターの機能について正しいのはどれか。 a医師と患者の利害調整。 b医療訴訟の際の証拠保全。 cインシデントレポートの集計。 d患者からの苦情や相談への対応。 e医療過誤に対する民事責任の追及。
【29】 113E	医療安全について正しいのはどれか。 a医療従事者が過失なく行動すれば事故は起きない。 bヒヤリハット事例の報告が少ない病院は事故が少ない。 c複数の医療従事者が医療行為での確認を行うと事故が増加する。 d事故を起こした医療従事者の責任追及が再発予防に必須である。 e医療従事者間の良好なコミュニケーションは事故防止に有用である。

【30】 112B	院内の医療安全を推進する上で誤っているのはどれか。 a医療安全に関する研修を行う。 bヒヤリハット事例の検討を行う。 c誰でも間違う可能性があることを理解する。 d薬液を使用する際に声出し指差し確認を遵守する。 e医療事故調査を行う目的は責任を追及するためである。
【31】 112E	インシデントレポートについて正しいのはどれか。 a患者に実害がない場合でも提出する。 b都道府県ごとに報告様式が定められている。 c医療事故について上司に説明するためのものである。 d医療事故の責任の所在を明らかにすることが目的である。 eインシデントレポートの提出件数が少ないほど医療の質が高い。
【32】	治療日に朝から絶食で腸管洗浄液を内服して頻回の排便を行っていた。その後、病棟の廊下でうずくまっているところを看護師に発見された。 現症：呼びかけには返答がある。体温36.2℃。脈拍96/分、不整。血圧146/84mmHg。呼吸数20/分。眼瞼結膜に貧血を認めない。顔面は蒼白で発汗を認める。頸静脈の怒張を認めない。心音と呼吸音とに異常を認めない。腹部は平坦、軟。血便を認めない。四肢に麻痺や弛緩を認めない。簡易測定した血糖値が45mg/dLであり、50%ブドウ糖20mLを静注した。 看護師に確認したところ、朝は絶食だったが、医師から通常通りインスリン注射の指示が出ており実施したとのことであった。 対応として適切でないのはどれか。 aインシデントについて患者に説明した。 bインシデント発生時のモニター心電図の記録を保存した。 cインシデントの内容を薬剤師と共有した。 dインシデントの内容を診療録に記載した。 eインシデントレポートの提出を看護師に任せた。
【33】 112B	22歳の女性。腹痛、嘔吐および発熱を主訴に来院した。 現病歴：午前６時ごろから心窩部痛を自覚した。痛みは徐々に右下腹部に移動し、悪心、嘔吐及び発熱が出現したため午前9時に救急外来を受診した。 既往歴：特記すべきことはない。 生活歴：喫煙歴と飲酒歴はない。 現症：意識は清明。身長153cm、体重48kg。体温37.6℃。脈拍100/

	分、整。血圧118/62mmHg。呼吸数24/分。頸静脈の怒張は認めない。心音と呼吸音とに異常を認めない。腹部は平坦で、右下腹部に圧痛を認める。下腿に浮腫を認めない。 検査所見：血液所見：赤血球368万、Hb11.9g/dL、Ht36%、白血球9,800、血小板23万。血液生化学所見：尿素窒素22 mg/dL、クレアチニン0.9mg/dL。CRP5.2mg/dL。腹部超音波検査と腹部単純CTとで虫垂の腫大を認める。 直ちに手術は必要ないと判断し、入院して抗菌薬による治療を開始することにした。①抗菌薬投与の指示を出す際に、適切な溶解液がわからず薬剤部に問い合わせた。②末梢静脈へのカテーテルの刺入を2回失敗し、3回目で成功した。③抗菌薬投与前に、点滴ボトルに別の患者の名前が記してあることに気が付いた。④正しい抗菌薬の投与を午前11時に開始したところ、30分後に患者が全身の痒みを訴え全身に紅斑が出現した。⑤抗菌薬を中止し様子を見たところ、午後2時までに紅斑は消退した。 インシデントレポートの作成が必要なのは下線のどれか。 a① b② c③ d④ e_⑤
【34】 111H	82歳の男性。腎盂腎炎の治療のため入院中である。セフェム系抗菌薬を1日３回(毎食後)内服していたが、尿所見の改善がみられたため、昨夜、担当医は看護師に対して、「明朝からの抗菌薬を中止してください」と口頭で指示を行った。担当医は口頭で指示を行ったことを翌朝、出勤してからカルテの経過記録に記載した。ところが朝の配薬を担当する看護師は抗菌薬を患者に渡してしまい、リーダー看護師が口頭指示に気付いた時には、すでに患者は抗菌薬を服用していた。リーダー看護師から連絡を受けて担当医が患者を確認した時点では明らかな副作用は認められなかった。担当医は指示が履行されなかったことを患者に説明し、引き続き副作用の観察について看護師に指示書を渡した。 次に行う対応として適切なのはどれか。 a_病室で看護師を注意する。 b_口頭指示に関する記録を削除する。 c_患者の血液を採取し検体を保存する。

	d_院外の事故調査委員会に調査を依頼する。 e_医療安全管理部門にインシデントを報告する。
【35】 115E	医療事故の発生原因であるヒューマンエラーの防止策として適切でないのはどれか。 a医療安全を確保するための研修制度 b各種マニュアルの定期的な見直し c有能な人材への業務の集中 d危険予知トレーニング e指さし呼称確認
【36】 112C	手術入室後、皮膚切開までの間に行うべきなのはどれか。2つ選べ。 a剃毛。 b抗菌薬登用。 cタイムアウト。 d肺動脈カテーテル挿入。 eインフォームド・コンセント取得。
【37】 110F	52歳の女性。脳梗塞による意識障害でICUに入院中である。担当医が静脈路から薬剤を注入しようとしたが、その前に誤った薬剤が準備されていることに気付いた。すぐに正しい薬剤に取り換えて予定された処置を行った。 事後の対応として適切なのはどれか。 a特に何もしない。 b保健所に報告する。 c報道機関に公表する。 d家族を呼んで謝罪する。 eインシデントとして報告する。
【38】 115E	53 歳の男性。術後に意識障害を呈した。10年前に糖尿病と診断され、経口血糖降下薬を内服していた。食道癌に対する外科手術を受け、術後はインスリンの経静脈投与を開始された。術後経過は安定していたが、術後2日目に意識障害が出現し、簡易血糖測定器で血糖値32mg/dLを示した。主治医からのインスリン投与指示を確認すると、維持輸液用の点滴パッグ内に速効型インスリン10単位を混注することとなっていたが、実際には担当した病棟医が100単位を混注していた。主治医が50%ブドウ糖の静注投与を行い、患者の意識は回復し、血糖値も100mg/dLへ上昇した。 主治医から担当した病棟医への言葉として適切なのはどれか。

	a「リスクマネジャーへの報告が必要です」 b「あなたの起こしたことなので、私には関係がありません」 c「家族に余計な心配をかけたくないので、連絡は控えておきましょう」 d「診療録には、当初の指示どおり10 単位混注したと記載してください」 e「患者さんに聞かれたら意識障害の原因は不明と答えることにしましょう」
【39】 108C	72歳の女性。予診票に「熱がある」と記載されている。医師が待合室に向かって診察室への入室を促した。 医師：「27番の患者さん、こちらの診察室にお入り下さい」 患者：「はい」 医師：「おはようございます。医師のサトウタロウと申します」 患者：「よろしくお願いします」 次に医師が問いかけるべきなのはどれか。 a_「紹介状はお持ちですか」 b_「今日はどうされましたか」 c_「体温の測定は済みましたか」 d_「今日はどなたか一緒に来られましたか」 e_「確認のために、お名前をフルネームでおっしゃっていただけますか」
【40】 105C	病院内のある委員会の様子を示す。 委員長：「これから委員会を開催します。まず、MRSAの分離状況について検査部から報告をお願いします。」 検査部委員：「1_月はMRSAの感染率、罹患率とも前月までと比較して大きく上回っていました。」 委員長：「それは好ましくない状況ですね。手洗いの状況はどうですか。看護部から報告をお願いします。」 看護部委員：「先月は手洗い実施の程度を表す消毒用アルコールの消費量が少なかったようです。さっそく手洗いを各部署に徹底させたいと思います。」 委員長：「よろしくお願いいたします。抗菌薬の使用状況はどうですか。薬剤部から報告をお願いします。」 薬剤部委員：「先月はカルパペネム系抗菌薬の長期使用件数が増加していました。」 委員長：「それは好ましくない状況ですね。広域抗菌薬の使用は最小

	限にとどめ、抗菌薬を適正に使用するよう、各部署への通知をお願いします。」 この委員会の名称として考えられるのはどれか。 a_倫理審査委員会 b_病院運営委員会 c_医療安全委員会 d_環境保全委員会 e_院内感染対策委員会
【41】 104H	病院運営委員会での報告内容を以下に示す。 80歳の男性。脳梗塞後遺症のために入院中であった。上顎の義歯は装着できなくなり使用中止としていた。夕食後に口腔ケアを行ってから、下顎ブリッジ義歯を装着した。翌朝の食事介助時に義歯がないことに看護師が気付き、頸部エックス線写真と単純CTで食道部に義歯を確認し、手術室で全身麻酔下に咽頭鏡を用いて摘出した。 原因①食事以外で誤嚥する可能性を予測していなかった。 ②義歯にゆるみがあった。 対策①自己管理できない患者の義歯は訪室時毎回チェックする。状況によっては食事中のみの装着とし、その情報を共有する。 ②定期的な口腔ケアを実施する。 このような報告を行う組織〈チーム〉はどれか。 a手術部 b医療安全管理室 c感染対策チーム d栄養サポートチーム e光学診療部〈内視鏡室〉
【42】 113E	コミュニケーションツールの一つであるSBAR（Situation, Background, Assessment, Recommendation）に基づいて、研修医が指導医に担当患者の病状を報告している。 研修医：「担当の患者さんの状態について報告と相談をさせてください」 指導医：「どうぞ」 研修医：「78歳の女性で、①昨日大腿骨頸部骨折に対する手術を行い、維持輸液を継続しています。②本日明け方から息苦しさを訴えています」 指導医：「患者さんの状態はどうですか」 研修医：「③Sp02はルームエアーで92%、両側でcoarse crackles を

	聴取し、心不全発症の可能性を疑います。④まずは酸素投与を開始すべきと考えます」 指導医：「わかりました。⑤今から私と一緒に患者さんの病状を確認しましょう」 SBARの「R」に相当するのは下線のうちどれか。 a① b② c③ d④ e⑤
【43】 110A	病院の臨床機能評価指標（クリニカルインディケーター）に含まれないのはどれか。 a患者満足度 b転倒発生率 c診療の利益率 d外来待ち時間 e平均在院日数
【44】 108F	病院の質を測定する臨床機能評価指標（クリニカルインディケーター）は、①ストラクチャー（病院が有する基盤）、②プロセス（提供される医療の内容）、③アウトカム（提供された医療の成果）に分類される。 アウトカムに該当する指標はどれか。 a専門医数 b患者満足度 c年間総手術件数 d服薬指導実施率 e最寄駅からの距離
【45】 107H	臨床機能評価指導（クリニカルインディケーター）について正しいのはどれか。 a5年に一度更新が必要である。 b疾患の重症度を示す指標である。 c多職種の作業工程を一覧できる。 d医療の質の継続的な改善に利用される。 e機能検査における精度管理の指標である。
【46】 104H	PDCAサイクル（デミング・サイクル）に含まれないのはどれか。 a計画

	b実行 c熟練 d評価 e改善
【47】 104F	チーム医療で誤っているのはどれか。 a診療情報の共有 b患者中心の医療の実践 c異なる職種間の連携と協力 d患者、家族の心理面のサポート e医師を頂点とした指示体制の確立