

福井 次矢先生

臨床研修制度の到達目標・方略・評価：発足時からの経緯

1. 臨床研修の必修化まで
2. 必修化後から第3回目(2020年度施行)の見直しまで
3. 2025年度予定の第4回目の見直しに向けて

東京医科大学茨城医療センター 病院長
文部科学省科学技術政策研究所 客員研究官
NPO法人卒後臨床研修評価機構 理事
京都大学名誉教授

福井次矢

Nov. 30, 2021

FUKUI Tsuguya, MD, MPH, PhD

1

臨床研修制度の到達目標・方略・評価：発足時からの経緯

1. 臨床研修の必修化まで
2. 必修化後から第3回目(2020年度施行)の見直しまで
3. 2025年度予定の第4回目の見直しに向けて

Nov. 30, 2021

FUKUI Tsuguya, MD, MPH, PhD

2

臨床研修の必修化まで

1948年(昭和23年)

卒後1年間のインターン制度開始

1968年(昭和43年)

「努力規定」による臨床研修制度創設

2004年(平成16年)

臨床研修必修化

Nov. 30, 2021

FUKUI Tsuguya, MD, MPH, PhD

3

「努力規定」臨床研修制度の問題点

1. 研修はあくまで「努力」
2. 研修プログラムが不明確
3. 専門医志向のストレート研修が大部分
4. 施設間格差が著しい
5. 指導体制が不十分
6. 研修成果の評価が不十分
7. 身分・処遇が不安定 → アルバイト
8. 都市部の大病院に研修医が集中

Nov. 30, 2021

FUKUI Tsuguya, MD, MPH, PhD

4

第150回国会 参議院国民福祉委員会附帯決議 (平成12年11月)

「医師及び歯科医師の臨床研修については、インフォームドコンセントなどの取り組みや人権教育を通じて医療倫理の確立を図るとともに、精神障害や感染症への理解を進め、更にプライマリ・ケアやへき地医療への理解を深めることなど全人的、総合的な制度へと充実すること。その際、臨床研修を効果的に進めるために指導体制の充実、研修医の身分の安定及び労働条件の向上に努めること」

Nov. 30, 2021

FUKUI Tsuguya, MD, MPH, PhD

5

医師法等の一部改正

—平成12年改正、平成16年4月施行—

1. 診療に従事しようとする医師は、2年以上臨床研修を受けなければならない。
2. 臨床研修に専念しなければならない。
3. 臨床研修修了を医籍に登録、修了登録証を交付する
4. 臨床研修未修了者の診療所開設は知事の許可を要する。
5. 病院・診療所の管理は臨床研修修了者に限定する。

Nov. 30, 2021

FUKUI Tsuguya, MD, MPH, PhD

6

到達目標(3)

• 経験目標

B 経験すべき症状・病態・疾患

1. 頻度の高い症状:35項目
2. 緊急を要する症状・病態:17項目
3. 経験が求められる疾患・病態:88項目

Nov. 30, 2021

FUKUI Tsuguya, MD, MPH, PhD

13

頻度の高い症状(1)

- | | |
|------------|---------------|
| 1. 全身倦怠感 | 11. めまい |
| 2. 不眠 | 12. 失神 |
| 3. 食欲不振 | 13. けいれん発作 |
| 4. 体重減少・増加 | 14. 視力障害、視野狭窄 |
| 5. 浮腫 | 15. 結膜の充血 |
| 6. リンパ節腫脹 | 16. 聴覚障害 |
| 7. 発疹 | 17. 鼻出血 |
| 8. 黄疸 | 18. 嘔声 |
| 9. 発熱 | 19. 胸痛 |
| 10. 頭痛 | 20. 動悸 |

Nov. 30, 2021

FUKUI Tsuguya, MD, MPH, PhD

14

頻度の高い症状(2)

- | | |
|-----------|------------|
| 21. 呼吸困難 | 29. 関節痛 |
| 22. 咳・痰 | 30. 歩行障害 |
| 23. 嘔気・嘔吐 | 31. 四肢のしびれ |
| 24. 胸やけ | 32. 血尿 |
| 25. 嚥下困難 | 33. 排尿障害 |
| 26. 腹痛 | 34. 尿量異常 |
| 27. 便通異常 | 35. 不安・抑うつ |
| 28. 腰痛 | |

Nov. 30, 2021

FUKUI Tsuguya, MD, MPH, PhD

15

緊急を要する症状・病態

- | | |
|------------|---------------|
| 1. 心肺停止 | 10. 急性腎不全 |
| 2. ショック | 11. 流・早産及び満期産 |
| 3. 意識障害 | 12. 急性感染症 |
| 4. 脳血管障害 | 13. 外傷 |
| 5. 急性呼吸不全 | 14. 急性中毒 |
| 6. 急性心不全 | 15. 誤飲、誤嚥 |
| 7. 急性冠症候群 | 16. 熱傷 |
| 8. 急性腹症 | 17. 精神科領域の救急 |
| 9. 急性消化管出血 | |

Nov. 30, 2021

FUKUI Tsuguya, MD, MPH, PhD

16

研修の到達目標(4)

• 経験目標

C 特定の医療現場の経験

1. 救急医療
2. 予防医療
3. 地域保健・医療
4. 周産・小児・成育医療
5. 精神保健・医療
6. 緩和・終末期医療

Nov. 30, 2021

FUKUI Tsuguya, MD, MPH, PhD

17

研修目標を達成するための方略

➤ 複数の診療科ローテーション

- | | |
|---------|-----|
| 内科 | 6ヶ月 |
| 外科 | 3ヶ月 |
| 救急・麻酔科 | 3ヶ月 |
| 小児科 | 1ヶ月 |
| 産婦人科 | 1ヶ月 |
| 精神科 | 1ヶ月 |
| 地域保健・医療 | 1ヶ月 |

➤ 自由選択:最長 8ヶ月

Nov. 30, 2021

FUKUI Tsuguya, MD, MPH, PhD

18

臨床研修制度の到達目標・方略・評価：発足時からの経緯

1. 臨床研修の必修化まで
2. 必修化後から第3回目(2020年度施行)の見直しまで
3. 2025年度予定の第4回目の見直しに向けて

Nov. 30, 2021

FUKUI Tsuguya, MD, MPH, PhD

19

2010年 第1回目の見直し

研修プログラムの弾力化

- 必須ローテーション科を3科、最短10か月に
内科 6か月、救急 3か月、地域医療 1か月
- 選択必修ローテーション科
外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科の5科
から2科を選んで研修(期間は規定されていない)
- 従来のローテーション方式も可
- 到達目標はそのまま、評価をより厳密に
- 小児科・産科重点プログラムの設定
研修医募集定員>20名の小児科、産科(それぞれ
2名以上の募集定員)重点プログラムを設けること

Nov. 30, 2021

FUKUI Tsuguya, MD, MPH, PhD

20

研修医の臨床知識・技術・態度の習得状況と経験症例数について	【別添1】 第7回臨床研修導入委員会(後援)
医師臨床研修制度の評価と医師のキャリアパスの動向に関する調査研究 平成32年度厚生労働科学研究費助成事業『分業研究』分業研究費、現代次次、研究費助成費、書庫費、出張費等」 【対象】平成24年3月末に臨床研修を修了する研修医 回答者:5052名 (大学病院:2424名、研修病院:2628名) 【調査期間】平成24年3月～4月 【調査手法・対象】研修医に對し、到達目標に定められた98項目の臨床知識等の習得状況及び85項目の経験症例数について、自己質問票を送付、回収した。 【解析】大学病院と研修病院、継続プログラム*1と弾力プログラム*2、それぞれの比較を記述統計的に行った。 *1:継続プログラム (全プログラムにおける継続プログラムの割合:23.9%(大学病院:14.3%、研修病院:32.7%)) *2:弾力プログラム (上記以外のローテーション)	
【主な結果】 1. 基本的臨床知識・技術・態度の習得状況 ○ 基本的臨床知識・技術・態度に関する98項目のうち、「自信をもってできる」「できる」と答えた研修医の割合 ① 大学病院と研修病院の比較(表1) 23項目が研修病院 > 大学病院 22項目が大学病院 > 研修病院 ② 継続プログラムと弾力プログラムの比較(表2) 12項目が継続プログラム > 弾力プログラム 0項目が弾力プログラム > 継続プログラム	
2. 経験症例数 ○ 経験症例に関する85項目について、研修医が回答した経験症例数 ① 大学病院と研修病院の比較(表3) 13項目が研修病院 > 大学病院 6項目が大学病院 > 研修病院 ② 継続プログラムと弾力プログラムの比較(表4) 11項目が継続プログラム > 弾力プログラム 1項目が弾力プログラム > 継続プログラム	

第2回目(2015年度導入)の「見直し」

医道審議会医師分科会医師臨床研修部会(桐野高明部会長)

- ・ 必修診療科、選択必修診療科および到達目標は現状のまま
- ・ 次回「見直し」時(平成32年度)には、到達目標自体を見直す

到達目標「見直し」のための研究班

医師臨床研修の到達目標とその評価の在り方に関する研究

(福井次矢、大滝純司、高橋理、野村英樹、奈良信雄、前野哲博)平成26年～27年

- ・ 診療能力、研修方略、評価との関係、諸外国の状況
- ・ 人口動態、疾病構造、医療提供体制の変化
- ・ 医師のプロフェッショナリズム
- ・ 卒前教育、国家試験、新たな専門医制度との関係
- ・ 評価手法

Nov. 30, 2021

FUKUI Tsuguya, MD, MPH, PhD

22

2020年 第3回目の見直し

医道審議会医師分科会医師臨床研修部会
報告書

一医師臨床研修制度の見直しについて一

平成30年3月30日

Nov. 30, 2021

FUKUI Tsuguya, MD, MPH, PhD

23

目次

はじめに

1. 卒前・卒後の一貫した医師養成について
2. 到達目標・方略・評価について
 - (1)臨床研修の到達目標
 - (2)方略
 - (3)評価
3. 臨床研修病院の在り方について
 - (1)必要な症例
 - (2)指導・管理体制
 - (3)基幹型臨床研修病院等の在り方
 - (4)第三者評価
4. 地域医療の安定的確保について
 - (1)募集定員の設定
 - (2)地域枠への対応
 - (3)都道府県の役割
5. その他
 - (1)中断・未修了
 - (2)研究医養成との関係

おわりに

Nov. 30, 2021

FUKUI Tsuguya, MD, MPH, PhD

24

医師臨床研修指導ガイドライン ー2020年度版ー	＜目次＞ はじめに 序章 第1章 到達目標 第2章 実務研修の方略 第3章 到達目標の達成度評価 第4章 指導体制・指導環境 第5章 研修員の労務環境 第6章 医師臨床研修に関するQ&A
Nov. 30, 2021	FUKUI Tsuguya, MD, MPH, PhD 25

卒前・卒後の一貫した医師養成に向けて	
医学教育モデル・コア・カリキュラム(卒前)	臨床研修の到達目標(卒後)
医師として求められる基本的な資質・能力	医師としての基本的価値観(プロフェッショナリズム)
1 プロフェッショナリズム	1 社会的使命と公衆衛生への寄与
	2 利他的な態度
	3 人間性の尊重
	4 自らを高める姿勢
	資質・能力
2 医学知識と問題対応能力	1 医学・医療における倫理性
3 診療技能と患者ケア	2 医学知識と問題対応能力
4 コミュニケーション能力	3 診療技能と患者ケア
5 チーム医療の実践	4 コミュニケーション能力
6 医療の質と安全管理	5 チーム医療の実践
7 社会における医療の実践	6 医療の質と安全管理
8 科学的探求	7 社会における医療の実践
9 生涯にわたって共に学ぶ姿勢	8 科学的探求
	9 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

臨床研修の基本理念

(医師法第16条の2第1項に規定する医師臨床研修に関する省令)

臨床研修は、医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学および医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない。

Nov. 30, 2021 FUKUI Tsuguya, MD, MPH, PhD 27

到達目標

医師は、病める人の尊厳を守り、医療の提供と公衆衛生の向上に寄与する職業の重大性を深く認識し、医師としての基本的価値観(プロフェッショナリズム)及び医師としての使命の遂行に必要な資質・能力を身に付けてはならない。医師としての基盤形成の段階にある研修医は、基本的価値観を自らのものとし、基本的診療業務ができるレベルの資質・能力を修得する。

Nov. 30, 2021 FUKUI Tsuguya, MD, MPH, PhD 28

到達目標

A. 医師としての基本的価値観(プロフェッショナリズム)

- 1. 社会的使命と公衆衛生への寄与**
社会的使命を自覚し、説明責任を果たしつつ、限りある資源や社会の変遷に配慮した公正な医療の提供及び公衆衛生の向上に努める。
- 2. 利他的な態度**
患者の苦痛や不安の軽減と福利の向上を最優先し、患者の価値観や自己決定権を尊重する。
- 3. 人間性の尊重**
患者や家族の多様な価値観、感情、知識に配慮し、尊敬の念と思いやりの心を持って接する。
- 4. 自らを高める姿勢**
自らの言動及び医療の内容を省察し、常に資質・能力の向上に努める。

Nov. 30, 2021 FUKUI Tsuguya, MD, MPH, PhD 29

なぜ、今、プロフェッショナリズムなのか？

理想から乖離する方向への社会の変化

医師患者関係の変遷: 決定権・自律性
ワークライフバランス感覚: 世代間の相違
グローバリゼーション、異なる文化・伝統、異なる価値観への配慮
自由経済下の医療提供: 利益相反
医療技術の急速な進歩・高度化: 自己研鑽
患者のニーズと医療提供体制の不一致: ジレンマ
バイオテロリズム: 犯罪に走る医師 等

Nov. 30, 2021 FUKUI Tsuguya, MD, MPH, PhD 30

教育目標における＜新しい能力＞

- 基本的な認知能力
 - ・ 読み書き計算、基本的な知識・スキルなど
- 高次の認知能力
 - ・ 問題解決、創造性、意思決定、学習の仕方の学習
- 対人関係能力
 - ・ コミュニケーション、チームワーク、リーダーシップなど
- 人格特性・態度
 - ・ 自尊心、責任感、忍耐力、意欲、関心など

特徴

- ① 認知的な能力から意欲や関心、人格の深部にまで及ぶ人間の全体的な能力を含むこと
- ② そうした能力が教育目標や評価対象となること

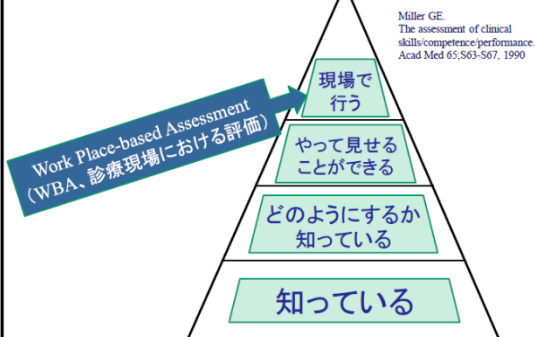
松下佳代(編著)、『＜新しい能力＞は教育を変えられるか』ミネルヴァ書房、2010年
立田慶裕、キーン・コンピテンシーの実践、明石書店、2014年

Nov. 30, 2021

FUKUI Tsuguya, MD, MPH, PhD

31

Framework for Clinical Assessment

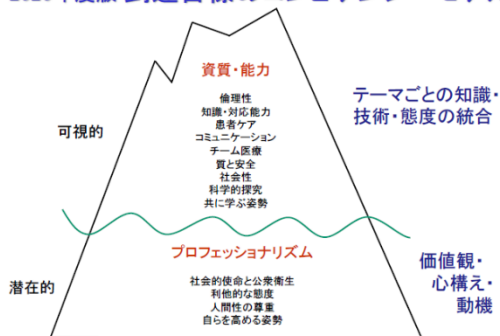


Nov. 30, 2021

FUKUI Tsuguya, MD, MPH, PhD

32

2020年度版 到達目標のコンピテンシーモデル



Nov. 30, 2021

FUKUI Tsuguya, MD, MPH, PhD

33

到達目標

A. 医師としての基本的価値観(プロフェッショナリズム)

1. 社会的使命と公衆衛生への寄与
社会的使命を自覚し、説明責任を果たしつつ、限りある資源や社会の変遷に配慮した公正な医療の提供及び公衆衛生の向上に努める。
2. 利他的な態度
患者の苦痛や不安の軽減と福利の向上を最優先し、患者の価値観や自己決定権を尊重する。
3. 人間性の尊重
患者や家族の多様な価値観、感情、知識に配慮し、尊敬の念と思いやりの心を持って接する。
4. 自らを高める姿勢
自らの言動及び医療の内容を省察し、常に資質・能力の向上に努める。

Nov. 30, 2021

FUKUI Tsuguya, MD, MPH, PhD

34

到達目標

B. 資質・能力

1. 医学・医療における倫理性

診療、研究、教育に関する倫理的な問題を認識し、適切に行動する。

- ① 人間の尊厳を守り、生命の不可侵性を尊重する。
- ② 患者のプライバシーに配慮し、守秘義務を果たす。
- ③ 倫理的ジレンマを認識し、相互尊重に基づき対応する。
- ④ 利益相反を認識し、管理方針に準拠して対応する。
- ⑤ 診療、研究、教育の透明性を確保し、不法行為の防止に努める。

Nov. 30, 2021

FUKUI Tsuguya, MD, MPH, PhD

35

到達目標

B. 資質・能力

2. 医学知識と問題対応能力

最新の医学及び医療に関する知識を獲得し、自らが直面する診療上の問題に対して、科学的根拠に経験を加味して解決を図る。

- ① 頻度の高い症候について、適切な臨床推論のプロセスを経て、鑑別診断と初期対応を行う。
- ② 患者情報を収集し、最新の医学的知見に基づいて、患者の意向や生活の質に配慮した臨床判断を行う。
- ③ 保健・医療・福祉の各側面に配慮した診療計画を立案し、実行する。

Nov. 30, 2021

FUKUI Tsuguya, MD, MPH, PhD

36

到達目標

B. 資質・能力

3. 診療技能と患者ケア

臨床技能を磨き、患者の苦痛や不安、考え・意向に配慮した診療を行う。

- ① 患者の健康状態に関する情報を、心理・社会的側面を含めて、効果的かつ安全に収集する。
- ② 患者の状態に合わせた、最適な治療を安全に実施する。
- ③ 診療内容とその根拠に関する医療記録や文書を、適切かつ遅滞なく作成する。

Nov. 30, 2021

FUKUT Tsuguya, MD, MPH, PhD

37

到達目標

B. 資質・能力

4. コミュニケーション能力

患者の心理・社会的背景を踏まえて、患者や家族と良好な関係を築く。

- ① 適切な言葉遣い、礼儀正しい態度、身だしなみで患者や家族に接する。
- ② 患者や家族にとって必要な情報を整理し、分かりやすい言葉で説明して、患者の主体的な意思決定を支援する。
- ③ 患者や家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握する。

Nov. 30, 2021

FUKUT Tsuguya, MD, MPH, PhD

38

到達目標

B. 資質・能力

5. チーム医療の実践

医療従事者をはじめ、患者や家族に関わる全ての人の役割を理解し、連携を図る。

- ① 医療を提供する組織やチームの目的、チームの各構成員の役割を理解する。
- ② チームの構成員と情報を共有し、連携を図る。

Nov. 30, 2021

FUKUT Tsuguya, MD, MPH, PhD

39

到達目標

B. 資質・能力

6. 医療の質と安全管理

患者にとって良質かつ安全な医療を提供し、医療従事者の安全性にも配慮する。

- ① 医療の質と患者安全の重要性を理解し、それらの評価・改善に努める。
- ② 日常業務の一環として、報告・連絡・相談を実践する。
- ③ 医療事故等の予防と事後の対応を行う。
- ④ 医療従事者の健康管理(予防接種や針刺し事故への対応を含む。)を理解し、自らの健康管理に努める。

Nov. 30, 2021

FUKUT Tsuguya, MD, MPH, PhD

40

到達目標

B. 資質・能力

7. 社会における医療の実践

医療の持つ社会的側面の重要性を踏まえ、各種医療制度・システムを理解し、地域社会と国際社会に貢献する。

- ① 保健医療に関する法規・制度の目的と仕組みを理解する。
- ② 医療費の患者負担に配慮しつつ、健康保険、公費負担医療を適切に活用する。
- ③ 地域の健康問題やニーズを把握し、必要な対策を提案する。
- ④ 予防医療・保健・健康増進に努める。
- ⑤ 地域包括ケアシステムを理解し、その推進に貢献する。
- ⑥ 災害や感染症・パンデミックなどの非日常的な医療需要に備える。

Nov. 30, 2021

FUKUT Tsuguya, MD, MPH, PhD

41

到達目標

B. 資質・能力

8. 科学的探究

医学及び医療における科学的アプローチを理解し、学術活動を通じて、医学及び医療の発展に寄与する。

- ① 医療上の疑問点を研究課題に変換する。
- ② 科学的研究方法を理解し、活用する。
- ③ 臨床研究や治験の意義を理解し、協力する。

Nov. 30, 2021

FUKUT Tsuguya, MD, MPH, PhD

42

到達目標

B. 資質・能力

9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

医療の質の向上のために省察し、他の医師・医療者と共に研鑽しながら、後進の育成にも携わり、生涯にわたって自律的に学び続ける。

- ① 急速に変化・発展する医学知識・技術の吸収に努める。
- ② 同僚、後輩、医師以外の医療職と互いに教え、学びあう。
- ③ 国内外の政策や医学及び医療の最新動向(薬剤耐性菌やゲノム医療を含む。)を把握する。

Nov. 30, 2021

FUKUI Tsuguya, MD, MPH, PhD

43

2020年度版 到達目標



Nov. 30, 2021

FUKUI Tsuguya, MD, MPH, PhD

44

到達目標

C. 基本的診療業務

コンサルテーションや医療連携が可能な状況下で、以下の各領域において、単独で診療ができる。

1. 一般外来診療

頻度の高い症候・病態について、適切な臨床推論プロセスを経て診断・治療を行い、主な慢性疾患については継続診療ができる。

2. 病棟診療

急性期の患者を含む入院患者について、入院診療計画を作成し、患者の一般的・全体的な診療とケアを行い、地域医療に配慮した退院調整ができる。

3. 初期救急対応

緊急性の高い病態を有する患者の状態や緊急度を速やかに把握・診断し、必要時には応急処置や院内外の専門部門と連携ができる。

4. 地域医療

地域医療の特性及び地域包括ケアの概念と枠組みを理解し、医療・介護・保健・福祉に関わる種々の施設や組織と連携ができる。

Nov. 30, 2021

FUKUI Tsuguya, MD, MPH, PhD

45

C. 基本的診療業務

1. 一般外来診療
2. 病棟診療
3. 初期救急対応
4. 地域医療

B. 資質・能力

1. 医学・医療における倫理性
2. 医学知識と問題対応能力
3. 診療能力と患者ケア
4. コミュニケーション能力
5. チーム医療の実践
6. 医療の質と安全管理
7. 社会における医療の実践
8. 科学的探究
9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

A. 医師としての基本的価値観(プロフェッショナリズム)

1. 社会的使命と公衆衛生への寄与
2. 利他的な態度
3. 人間性の尊重
4. 自らを高める姿勢

Nov. 30, 2021

FUKUI Tsuguya, MD, MPH, PhD

46

2020年度版 方略

研修期間 2年間

臨床研修を行う分野・診療科

内科、外科、小児科、産婦人科、
精神科、救急、地域医療、一般外来

経験すべき症候 29症候

経験すべき疾病・病態 26疾病・病態

Nov. 30, 2021

FUKUI Tsuguya, MD, MPH, PhD

47

研修を行う分野・診療科

内科 24週以上
救急 12週以上
外科
小児科
産婦人科
精神科
地域医療
一般外来

4週以上(8週以上が望ましい)

Nov. 30, 2021

FUKUI Tsuguya, MD, MPH, PhD

48

一般外来

- ・ブロック研修又は並行研修
- ・ダブルカウント可(内科、外科、小児科、地域医療)

選択研修:保健・医療行政

- ・保健所
- ・介護老人保健施設
- ・社会福祉施設
- ・赤十字社血液センター
- ・健診・検診の実施施設
- ・国際機関
- ・行政機関
- ・矯正機関
- ・産業保健等

Nov. 30, 2021

FUKUI Tsuguya, MD, MPH, PhD

49

必須

- ・感染対策(院内感染や性感染症等)
- ・予防医療(予防接種等)
- ・虐待への対応
- ・社会復帰支援
- ・緩和ケア
- ・アドバンス・ケア・プランニング(ACP)
- ・臨床病理検討会(CPC)
- ・基本的な診療において必要な分野・領域に関する研修

Nov. 30, 2021

FUKUI Tsuguya, MD, MPH, PhD

50

選択

- ・診療領域・職種横断的なチーム(感染制御、緩和ケア、栄養サポート、認知症ケア、退院支援等)の活動に参加
- ・児童・思春期精神科領域(発達障害等)
- ・薬剤耐性
- ・ゲノム医療等
- ・社会的要請の強い分野・領域等に関する研修

Nov. 30, 2021

FUKUI Tsuguya, MD, MPH, PhD

51

経験すべき症候:29症候

外来又は病棟において、下記の症候を呈する患者について、病歴、身体所見、簡単な検査所見に基づく臨床推論と、病態を考慮した初期対応を行う。

ショック、体重減少・るい瘦、発疹、黄疸、発熱、もの忘れ、頭痛、めまい、意識障害・失神、けいれん発作、視力障害、胸痛、心停止、呼吸困難、吐血・喀血、下血・血便、嘔気・嘔吐、腹痛、便通異常(下痢・便秘)、熱傷・外傷、腰・背部痛、関節痛、運動麻痺・筋力低下、排尿障害(尿失禁・排尿困難)、興奮・せん妄、抑うつ、成長・発達の障害、妊娠・出産、終末期の症候

Nov. 30, 2021

FUKUI Tsuguya, MD, MPH, PhD

52

経験疾病:26疾病・病態

外来又は病棟において、下記の疾病・病態を有する患者の診療にあたる。

脳血管障害、認知症、急性冠症候群、心不全、大動脈瘤、高血圧、肺癌、肺炎、急性上気道炎、気管支喘息、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、急性胃腸炎、胃癌、消化性潰瘍、肝炎・肝硬変、胆石症、大腸癌、腎盂腎炎、尿路結石、腎不全、高エネルギー外傷・骨折、糖尿病、脂質異常症、うつ病、統合失調症、依存症(ニコチン・アルコール・薬物・病的賭博)

症候および疾病・病態の研修を行ったことの確認は、日常診療において作成する病歴要約に基づくこととする。

Nov. 30, 2021

FUKUI Tsuguya, MD, MPH, PhD

53

29症候と26疾病・病態の経験

- 医療面接
- 身体診察
- 臨床推論
- 臨床手技
- 地域包括ケア・社会的視点
- 診療録

Nov. 30, 2021

FUKUI Tsuguya, MD, MPH, PhD

54

2020年度版
評価

●共通の評価票

●少なくとも半年に1回の
形成的評価
(フィードバック)

Nov. 30, 2021

55

評価票評価票 2

「知識・能力」に関する評価

Nov. 30, 2021

56

1. 医学・医療における倫理性

評価、研究、教育に関する倫理的な問題を認識し、適切に行動する。

Nov. 30, 2021

57

2. 医学知識と問題対応能力

最新の医学及び医療に関する知識を確し、自らが必要な診療上の問題について、科学的根拠に基拠して解決を図る。

Nov. 30, 2021

58

3. 診療技能と患者ケア

診療技能を磨き、患者の健康や安全、希望・権利に配慮した診療を行う。

Nov. 30, 2021

59

4. コミュニケーション能力

患者の心構・社会的背景を踏まえて、患者や家族と良好な関係性を築く。

Nov. 30, 2021

60

[illegible][illegible][illegible]

3. 科学的探究 医学及び医療における科学的アプローチを理解し、学術活動を通じて、医学及び医療の発展に寄与する。				
レベル1	レベル2	レベル3	レベル4	
医学及び医療の基礎的な知識を習得する。 基礎的な実験技術の習得。 基礎的な研究手法の習得。 基礎的な研究手法の習得。 基礎的な研究手法の習得。	基礎的な実験技術の習得。 基礎的な研究手法の習得。 基礎的な研究手法の習得。 基礎的な研究手法の習得。	基礎的な実験技術の習得。 基礎的な研究手法の習得。 基礎的な研究手法の習得。 基礎的な研究手法の習得。	基礎的な実験技術の習得。 基礎的な研究手法の習得。 基礎的な研究手法の習得。 基礎的な研究手法の習得。	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
□ 観察する機会がなかった				
コメント:				

[illegible]

事業評価書 Ⅱ

凡、基本的事項を(Ⅰ)に記すものとする

事業名 _____
 事業主管・部長氏 _____
 報告者 氏名 _____ 課長 〇 課長補佐 〇 係長 〇
 報告所属 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 報告日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

レポート	計画性		実行性		評価性		評価 結果
	進捗率	達成率	達成率	達成率	達成率	達成率	
1-1 一般的事務管理 業務計画・進捗・管理について、適切な記録管理がなされていることと、業務上の 改善を行い、効率改善を図っていることとを評価する。	□	□	□	□	□	□	
1-2 業務管理 業務計画・進捗・管理が適切に行われていること、業務上の改善を行い、効率改善 を図っていることとを評価する。	□	□	□	□	□	□	
1-3 業務改善計画 業務計画・進捗・管理が適切に行われていることと、業務上の改善を行い、効率改善 を図っていることとを評価する。	□	□	□	□	□	□	
1-4 業務改善 業務計画・進捗・管理が適切に行われていることと、業務上の改善を行い、効率改善 を図っていることとを評価する。	□	□	□	□	□	□	

評価結果を基に、今後の業務改善の方向性を検討し、改善計画を立て、実施する。

Nov. 30, 2021

66

臨床研修の目標の達成度判定表

研修医氏名: _____

① 医師としての基本的修養(プロフェッショナリズム)		
到達目標	到達・未達	備 考
1. 社会的責任と職業性への奉仕	☐ 既達 ☐ 未達	
2. 倫理的な態度	☐ 既達 ☐ 未達	
3. 人間的な態度	☐ 既達 ☐ 未達	
4. 自ら学ぶ姿勢	☐ 既達 ☐ 未達	
② 基礎医科		
到達目標	到達・未達	備 考
1. 臨床・診療における基礎的知識	☐ 既達 ☐ 未達	
2. 臨床診療と基礎的知識の応用	☐ 既達 ☐ 未達	
3. 診断能力と検査スキル	☐ 既達 ☐ 未達	
4. 病状の観察・能力	☐ 既達 ☐ 未達	
5. チーム医療の理解	☐ 既達 ☐ 未達	
6. 医療の進歩と安全の確保	☐ 既達 ☐ 未達	
7. 医療における医療の発展	☐ 既達 ☐ 未達	
8. 科学的探究心	☐ 既達 ☐ 未達	
9. 医療の進歩と安全の確保	☐ 既達 ☐ 未達	
③ 臨床的診療能力		
到達目標	到達・未達	備 考
1. 一般診療能力	☐ 既達 ☐ 未達	
2. 診療計画	☐ 既達 ☐ 未達	
3. 診療計画の立案	☐ 既達 ☐ 未達	
4. 診療計画	☐ 既達 ☐ 未達	

臨床研修の目標の達成状況 (臨床研修の目標の達成(必要なら条件等))

年 月 日 ☐既達 ☐未達

〇〇プログラム・プログラム責任者

Nov. 30, 2021

67

臨床研修制度の到達目標・方略・評価:発足時からの経緯

1. 臨床研修の必修化まで
2. 必修化後から第3回目(2020年度施行)の見直しまで
3. 2025年度予定の第4回目の見直しに向けて

Nov. 30, 2021

FUKUI Tsuguyasu, MD, MPH, PhD

68

令和3年度 地域医療基盤開発推進研究事業 臨床研修の到達目標・方略・評価等の見直し に向けた研究(21IA2003)(3年間の予定)

研究者 福井次矢 野村英樹
大滝純司 前野哲博
片岡仁美 村岡 亮
高橋 理 大出幸子
高橋 誠 有岡宏子
高村昭輝 大谷典生

目的 2020年度の見直し・施行された到達目標・方略・評価を次回の見直し時(2025年度)に改定する必要があるかどうか、改訂する必要があるとすればどのような内容とすべきかを提言する。

Nov. 30, 2021

FUKUI Tsuguyasu, MD, MPH, PhD

69

H28年度版コアカリにおける【G-2:臨床推論】の検証

宮地由佳

適切な鑑別診断を想起できることが臨床推論には重要

- Contrastive learning 対照学習
 - ✓ 疾患に関する知識の想起に有用 (Cooper et al, 2021)
 - ✓ 臨床経験が浅い医学生の illness script の形成に有用 (Bowen & ten Cate, 2018)

対照学習の例: 「慢性の非対称性関節腫脹」

	変形性関節症	関節リウマチ
年齢、性別、人種	50歳以上、性差なし	30-60歳、女:男=3:1
嗜好	なし	喫煙
併存症	なし	冠動脈疾患
病理	機械的、変性:軟骨の破壊とそれに続く骨の肥大化	炎症性、免疫性:滑膜炎、パンススおよびそれに続く関節周囲の骨の硬化
部位	少関節から大関節、多関節:DPを含む	少関節から大関節、多関節:通常DPを除く
身体所見	骨肥大、あっても軽度の圧痛	熱感、紅斑、圧痛、腫脹、時折見られるリウマチ性結節

Principles and Practice of Case-based Clinical Reasoning Education: A Method for Preclinical Students, ten Cate D, Cutler EPM, Turing SJ, editors. Cham (CH): Springer; 2018. pp. 59.

Hypothesis-driven physical examination (HDPE)

- 鑑別診断を考えながら行う身体診察
- 東京医大の大滝純司先生と名古屋大学の錦織宏先生が、イリノイ大学のBordage先生らとの共同研究で開発された教育法

A model teaching session for the hypothesis-driven physical examination

HIROSHI NISHIGORI¹, KOZO MASUDA², MAKOTO KIKUKAWA³, ATSUSHI KAWASHIMA⁴, RACHEL YUDKOWSKY⁵, GEORGES BORDAGE⁶ & JUNJI OTANI¹
¹The University of Tokyo, Japan, ²Tohoku Medical University Hospital, Japan, ³Kyushu University, Japan, ⁴Fukushima Municipal Hospital, Japan, ⁵University of Illinois at Chicago, USA, ⁶Tohoku Medical University, Japan

現病歴: 33 歳男性が右腹部痛と発熱を訴えて、一般病棟の内科の午前外来を受診した。痛みは前日の夜から徐々に増悪してきている。寒気も伴っているが、下痢・嘔吐・嘔気・嘔吐はない。痛みの性状はよくわからない。

- 1) 上記の症例の鑑別診断として、あなたは虫垂炎・右腎盂腎炎・急性胆嚢炎を考えました。まずそれぞれの診断の可能性(事前確率)を全部で 100%になるように数値化してください。
- 2) 次に、この症例においてとるべき身体診察を列挙してください。この際、患者さんに配慮すべき診察のマナーについても言及してください。
- 3) さらに、各疾患において予想される所見を記入してください。その際、どれが鑑別診断に役に立つかを考えてみてください。
- 4) 記入した所見を参考にしながら、実際に身体診察を行ってください。
- 5) 身体診察を終えた段階でのそれぞれの診断の可能性(事後確率)を、1)と同様に数値化してください。

予想所見シート

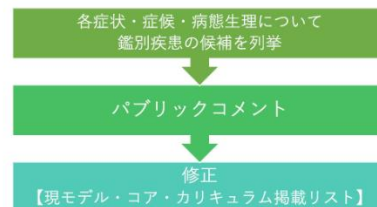
	虫垂炎	右腎盂腎炎	急性胆嚢炎
診察前/診察後	/	/	/
とるべき身体診察	予想される所見		

医学生の仮説生成と検証の学習を促す上で、モデル・コア・カリキュラムの役割とは？

- 適切な鑑別診断を複数自力で立てられない初学者には、例えばどのような疾患同士を比べ合わせるべきかが、指導者から提供される必要がある (Bowen & ten Cate, 2018)
- 鑑別疾患の候補を列挙した資料は卒後の医師を対象としたものであり、
 1. 医学生のレベル(卒前教育)を想定した
 2. 将来の専門性に関わらず全ての医学生が想起すべき(=特定の臓器別専門分野に限られない)
 鑑別疾患候補をリストアップした研究はなかった

H28年度改訂 G 臨床実習 [2 診察法] 調査研究班での作業

- F 「卒業までに経験すべき症状・症候・病態生理」の改訂作業で選定された項目に関し、鑑別疾患の候補リストを作成



1) 発熱	13) 咳・痰	25) 腹部膨隆（腹水を含む）・腫痛
2) 全身倦怠感	14) 血痰・咯血	26) 貧血
3) 食思(欲)不振	15) 呼吸困難	27) リンパ節腫脹
4) 体重減少・体重増加	16) 胸痛	28) 尿量・排尿の異常
5) ショック	17) 動悸	29) 血尿・タンパク尿
6) 心停止	18) 胸水	30) 月経異常
7) 意識障害・失神	19) 嚥下困難・障害	31) 不安・抑うつ
8) けいれん	20) 腹痛	32) もの忘れ
9) めまい	21) 悪心・嘔吐	33) 頭痛
10) 脱水	22) 吐血・下痢	34) 運動麻痺・筋力低下
11) 浮腫	23) 便秘・下痢	35) 腰部痛
12) 発疹	24) 黄疸	36) 関節痛・関節腫 37) 外傷・熱傷

医学教育モデル・コア・カリキュラム 平成28年度改訂版
http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shing/houshin/_ic_files/fieldfile/2017/06/28/1383961_01.pdf

経験すべき症状・病態の対応表(案)		参考資料4	
経験すべき症状・病態の対応表(案)		(参考) 日医生活学習	(参考) モデル・コア・カリキュラム
1	1. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	1. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	1. 経験すべき症状・病態の対応表(案)
2	2. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	2. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	2. 経験すべき症状・病態の対応表(案)
3	3. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	3. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	3. 経験すべき症状・病態の対応表(案)
4	4. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	4. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	4. 経験すべき症状・病態の対応表(案)
5	5. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	5. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	5. 経験すべき症状・病態の対応表(案)
6	6. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	6. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	6. 経験すべき症状・病態の対応表(案)
7	7. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	7. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	7. 経験すべき症状・病態の対応表(案)
8	8. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	8. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	8. 経験すべき症状・病態の対応表(案)
9	9. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	9. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	9. 経験すべき症状・病態の対応表(案)
10	10. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	10. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	10. 経験すべき症状・病態の対応表(案)
11	11. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	11. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	11. 経験すべき症状・病態の対応表(案)
12	12. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	12. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	12. 経験すべき症状・病態の対応表(案)
13	13. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	13. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	13. 経験すべき症状・病態の対応表(案)
14	14. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	14. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	14. 経験すべき症状・病態の対応表(案)
15	15. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	15. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	15. 経験すべき症状・病態の対応表(案)
16	16. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	16. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	16. 経験すべき症状・病態の対応表(案)
17	17. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	17. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	17. 経験すべき症状・病態の対応表(案)
18	18. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	18. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	18. 経験すべき症状・病態の対応表(案)
19	19. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	19. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	19. 経験すべき症状・病態の対応表(案)
20	20. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	20. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	20. 経験すべき症状・病態の対応表(案)
21	21. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	21. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	21. 経験すべき症状・病態の対応表(案)
22	22. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	22. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	22. 経験すべき症状・病態の対応表(案)
23	23. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	23. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	23. 経験すべき症状・病態の対応表(案)
24	24. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	24. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	24. 経験すべき症状・病態の対応表(案)
25	25. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	25. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	25. 経験すべき症状・病態の対応表(案)
26	26. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	26. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	26. 経験すべき症状・病態の対応表(案)
27	27. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	27. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	27. 経験すべき症状・病態の対応表(案)
28	28. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	28. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	28. 経験すべき症状・病態の対応表(案)
29	29. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	29. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	29. 経験すべき症状・病態の対応表(案)
30	30. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	30. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	30. 経験すべき症状・病態の対応表(案)
31	31. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	31. 経験すべき症状・病態の対応表(案)	31. 経験すべき症状・病態の対応表(案)

<https://www.mhlw.go.jp/files/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumouka/1000028772.pdf>

1. 経歴の無い場合	1. 経歴の無い場合	1. 経歴の無い場合	1. 経歴の無い場合
2. 経歴の無い場合	2. 経歴の無い場合	2. 経歴の無い場合	2. 経歴の無い場合
3. 経歴の無い場合	3. 経歴の無い場合	3. 経歴の無い場合	3. 経歴の無い場合
4. 経歴の無い場合	4. 経歴の無い場合	4. 経歴の無い場合	4. 経歴の無い場合
5. 経歴の無い場合	5. 経歴の無い場合	5. 経歴の無い場合	5. 経歴の無い場合
6. 経歴の無い場合	6. 経歴の無い場合	6. 経歴の無い場合	6. 経歴の無い場合
7. 経歴の無い場合	7. 経歴の無い場合	7. 経歴の無い場合	7. 経歴の無い場合
8. 経歴の無い場合	8. 経歴の無い場合	8. 経歴の無い場合	8. 経歴の無い場合
9. 経歴の無い場合	9. 経歴の無い場合	9. 経歴の無い場合	9. 経歴の無い場合
10. 経歴の無い場合	10. 経歴の無い場合	10. 経歴の無い場合	10. 経歴の無い場合
11. 経歴の無い場合	11. 経歴の無い場合	11. 経歴の無い場合	11. 経歴の無い場合
12. 経歴の無い場合	12. 経歴の無い場合	12. 経歴の無い場合	12. 経歴の無い場合
13. 経歴の無い場合	13. 経歴の無い場合	13. 経歴の無い場合	13. 経歴の無い場合
14. 経歴の無い場合	14. 経歴の無い場合	14. 経歴の無い場合	14. 経歴の無い場合
15. 経歴の無い場合	15. 経歴の無い場合	15. 経歴の無い場合	15. 経歴の無い場合
16. 経歴の無い場合	16. 経歴の無い場合	16. 経歴の無い場合	16. 経歴の無い場合
17. 経歴の無い場合	17. 経歴の無い場合	17. 経歴の無い場合	17. 経歴の無い場合
18. 経歴の無い場合	18. 経歴の無い場合	18. 経歴の無い場合	18. 経歴の無い場合
19. 経歴の無い場合	19. 経歴の無い場合	19. 経歴の無い場合	19. 経歴の無い場合
20. 経歴の無い場合	20. 経歴の無い場合	20. 経歴の無い場合	20. 経歴の無い場合
21. 経歴の無い場合	21. 経歴の無い場合	21. 経歴の無い場合	21. 経歴の無い場合
22. 経歴の無い場合	22. 経歴の無い場合	22. 経歴の無い場合	22. 経歴の無い場合
23. 経歴の無い場合	23. 経歴の無い場合	23. 経歴の無い場合	23. 経歴の無い場合
24. 経歴の無い場合	24. 経歴の無い場合	24. 経歴の無い場合	24. 経歴の無い場合
25. 経歴の無い場合	25. 経歴の無い場合	25. 経歴の無い場合	25. 経歴の無い場合
26. 経歴の無い場合	26. 経歴の無い場合	26. 経歴の無い場合	26. 経歴の無い場合
27. 経歴の無い場合	27. 経歴の無い場合	27. 経歴の無い場合	27. 経歴の無い場合
28. 経歴の無い場合	28. 経歴の無い場合	28. 経歴の無い場合	28. 経歴の無い場合
29. 経歴の無い場合	29. 経歴の無い場合	29. 経歴の無い場合	29. 経歴の無い場合
30. 経歴の無い場合	30. 経歴の無い場合	30. 経歴の無い場合	30. 経歴の無い場合
31. 経歴の無い場合	31. 経歴の無い場合	31. 経歴の無い場合	31. 経歴の無い場合

https://www.mext.go.jp/component/b_menu/shing/houshin/_ic_files/fieldfile/2017/06/28/1383961_01.pdf

鑑別疾患候補の列挙

- 根拠資料
 - 福井次矢, 奈良信雄 編著 (2016). 内科診断学. 第3版, 医学書院
 - 金城光代, 金城紀与史, 岸田直樹 編集 (2013). ジェネラリストのための内科外来マニュアル. 医学書院
 - McGee S. Evidence-based physical diagnosis. 3rd ed. Philadelphia: Saunders; 2012.
 - Simel DL, Drummond R. The rational clinical examination: evidence-based clinical diagnosis. New York: McGraw Hill Professional; 2008.
 - Post TW, ed. UpToDate [Internet]. Waltham, MA: Wolters Kluwer; 2021. Available from: <https://www.uptodate.com/home>.
 - DynaMed [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services; 1995. Available from: <http://www.dynamed.com>.
- 選択基準：頻度および臨床的重要性
- 平成30年版医師国家試験出題基準の「必修の基本的事項」に掲載された疾患名
- 整合性
 - 臨床研修の到達目標」中の「経験すべき症状・病態・疾患」の改訂版
 - 日本医師会生涯教育プログラム2016疾患候補リスト

G-2-1) 発熱

感染症：肺炎、結核、尿路感染症
 腫瘍：悪性リンパ腫、腎細胞癌
 自己免疫：全身性エリテマトーデス<SLE>、炎症性腸疾患
 環境：熱中症

G-2-2) 全身倦怠感

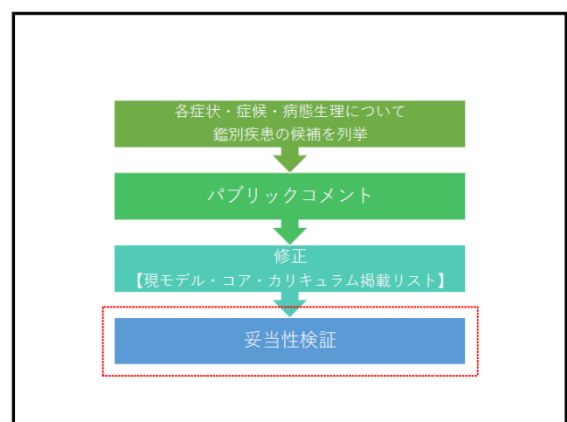
感染症・炎症性：結核、肝炎
 精神：うつ病、双極性障害
 中毒性：アルコール依存症、薬物依存症
 内分泌・代謝：甲状腺機能亢進症、甲状腺機能低下症、更年期障害
 腫瘍：悪性腫瘍全般

G-2-3) 食思(欲)不振

腫瘍：悪性腫瘍全般
 消化器：機能性ディスペプシア<FD>
 呼吸器：慢性閉塞性肺疾患<COPD>
 循環器：心不全
 精神：うつ病

G-2-4) 体重増加・体重減少 (体重増加)

https://www.mext.go.jp/component/b_menu/shing/houshin/_ic_files/fieldfile/2017/06/28/1325989_28.pdf

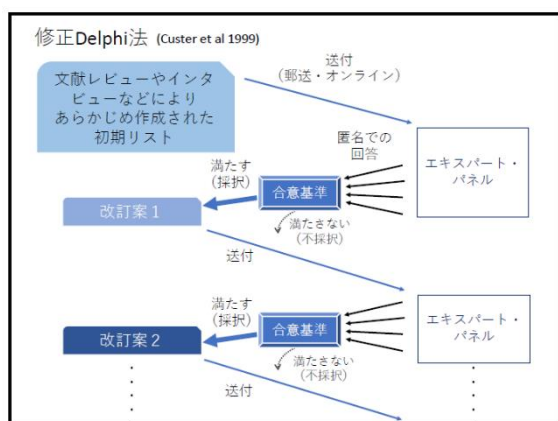




Delphi法の選択根拠

- 既存の根拠資料（エビデンス）がない問題である
 - 臓器別専門分野に関わらず、今の日本の医学生や卒業直後の研修医がよく出会い、かつ見落としではない疾患を同定した先行文献は見あたらない
- 主観的な集団的判断が有効と思われる問題である
 - 全国の現場で医学生や研修医に実際に推論を教えている教員や指導医の経験として蓄積されている
- 問題の解決のために、**合意の構築**が必要である
 - 限られた社会的権威の個人的見解ではなく、多様な専門家たる実践者がそろって重要だと考える疾患の同定が必要である

(Green 2014 ; Junger et al. 2017)



本研究のエキスパート・パネル

- 合目的サンプリングで23名のパネリストを選定
 - a. 医学部医学科の臨床系教員で、医学生を対象とし、臨床推論の教育に携わっている医師
 - b. 臨床研修病院の指導医で、過去に大学で医学生に対し、臨床推論の教育に携わった経験を有する医師
 - モデル・コア・カリキュラムを熟知していることが条件
- 基本的に総合診療を背景に持つ専門家に
 - 臓器別専門分野に限定されず、**37の幅広い症状・症候・病態全てについての臨床推論能力**を持つ教員・指導医
 - **将来の専門性の決まっていない全ての医学生に最低限必要な能力とは何かを知りうる教員・指導医**

専門家からの回答

- その疾患を含めるべきかどうかを、リッカート尺度（5検法）で評価
 - 1=絶対に除外すべきである、2=除外したほうがよい、3=どちらとも言えない、4=含めたほうがよい、5=絶対に含めるべきである
- 各症状・症候に対し、卒業時レベルの医学生が挙げられるべき疾患が他にあれば自由記載
 - 平成30年度版国家試験出題基準「必修の基本的事項」の疾患のみで構成
 - ✓ モデル・コア・カリキュラムの鑑別疾患リストの教育コンセプトを踏襲
 - ✓ 「最低限求められる疾患」に関して合意を得たい

合意基準

- 専門家たちが「ブレ」なく「重要」だと考えていると判断できる指標を組み合わせ、基準の厳しさ・緩さを調整する
- 最低限想起されるべき疾患についての合意に絞り込むため、厳しく設定したい
- 本研究における基準設定 (Dielissen et al. 2012; Heiko, 2012)

重要だと思っている	判断のブレが少ない
5段階のLikert尺度で平均4以上	標準偏差1未満
パネリストの75%以上が「含めるべき」と評価（4以上）	

結果を踏まえた提言

- F1/G2の37項目の見直し
 - ✓「症状・症候・病態」の列挙ではなく、あくまで診断推論のスタートとなる主訴となりうる「症状・症候」に限定する
 - ✓想起すべき鑑別疾患が異なる項目は別立てにする
- 国家試験出題基準「必修の基本的事項」の掲載疾患（名）以外にリストに含めるべきものの検討
 - ✓国家試験出題基準の総論・各論に掲載された疾患・病態
 - ✓表現の柔軟性（例：ナトリウム代謝異常 >> 低ナトリウム血症）
- 臨床推論の学習（・評価）への適用（「方略」の章）
 - ✓ケースを用いた推論の教育機会や外来実習の際、リストから選んだ複数の疾患どうしの臨床的特徴を比較しながら推論プロセスを学ぶためのワークシート等の導入
 - ✓ロジカルに仮説を立てるための「鍵となる問い」のサンプル
例：咳「いつからの咳か？」
例：めまい「この患者さんはどんな感覚を『めまい』と表現しているのか？」

（スコット・スターン、アダム・シーラー、ダイアン・オールドカーム 著、竹本聡 訳、考える技術、臨床的思考を分析する、第2版、日経BP社。）

3 臨床推論

診療参加型臨床実習では、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医師の職業的な知識・思考法・技能・態度の基本的な部分を学びます。以下に挙げた症候・病態と疾患名の組合せのうち、実習で臨床推論を学んだ疾患名を記録してください。

(1)発熱	臨床推論を学んだ疾患
感染症	☐ 肺炎、 ☐ 結核、 ☐ 厚膜感染症
腫瘍	☐ 悪性リンパ腫、 ☐ 胃腸癌
自己免疫	☐ 全身性エリテマトーデス<SLE>、 ☐ 炎症性腸疾患
環境	☐ 熱中症
その他	☐ （自己記載）

指導医のコメント

指導医のサイン

(2)全身倦怠感	臨床推論を学んだ疾患
感染症	☐ 結核、 ☐ 肝炎
精神	☐ うつ病、 ☐ 双極性障害
中毒性	☐ アルコール依存症、 ☐ 薬物依存症
内分泌・代謝	☐ 甲状腺機能亢進症、 ☐ 甲状腺機能低下症、 ☐ 更年期障害
腫瘍	☐ 悪性腫瘍全般
その他	☐ （自己記載）

https://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afieldfile/2017/06/28/1383961_01.pdf

主訴

鑑別疾患			
鍵となる疾患	1	2	3
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
鍵となる身体所見や検査			
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
鑑別に必要な検査			
1			
2			
3			
4			
5			

（宮地私家）

13. 咳・痰

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • 感染症 <ul style="list-style-type: none"> 上気道炎 副鼻腔炎 気管支炎 肺炎 肺結核 • 腫瘍 <ul style="list-style-type: none"> 肺癌 • 特発性 <ul style="list-style-type: none"> 間質性肺疾患 | <ul style="list-style-type: none"> • 中毒 <ul style="list-style-type: none"> 薬剤性 • 自己免疫 <ul style="list-style-type: none"> 気管支喘息 アレルギー性鼻炎 • 消化器 <ul style="list-style-type: none"> 胃食道逆流症<GERD> |
|---|---|

鍵となる問い：「いつからの咳か？」

➤ 急性/遷延性/慢性

1. スコット・スターン、アダム・シーラー、ダイアン・オールドカーム 著、竹本聡 訳、考える技術、臨床的思考を分析する、第2版、日経BP社。
2. 咳喘に関するガイドライン 第2版、日本呼吸学会。

References

- Cooper N, Bartlett M, Gay S, Hammond A, Lillicrap M, Matthan J, Singh M & On behalf of the UK Clinical Reasoning in Medical Education (CRiME) consensus statement group. Consensus statement on the content of clinical reasoning curricula in undergraduate medical education, Med Teach. 2021;43(2):152-159. DOI: 10.1080/0142159X.2020.1842343
- Bowen JL, ten Cate O. Prerequisites for learning clinical reasoning. In: ten Cate O, Custers E, Durning S, editors. Principles and practice of case-based clinical reasoning education. Innovation and change in professional education, vol. 15. Springer; 2018.
- Nishigori H, Masuda K, Kikukawa M, Kawashima A, Yudkowsky R, Bordage G & Otaki J. A model teaching session for the hypothesis-driven physical examination. Med Teach. 2011; 33(5):410-417.
- Custer RL, Scarcella JA, Stewart BR. The modified Delphi technique - A rotational modification. CTE J. 1999;15(2):50-8.
- Green, R. A. (2014). The Delphi technique in educational research. Sage Open, 4(2), 1-8.
- Jünger S, Payne SA, Brine J, Radbruch L, Brearley SG. Guidance on Conducting and Reporting Delphi Studies (CREDES) in palliative care: recommendations based on a methodological systematic review. Palliat Med. 2017;31(8): 684-706.
- Diehlissen P, Verdonk P, Bottema B, Kramer A, Lagro-Janssen T. Expert consensus on gender criteria for assessment in medical communication education. Patient Educ Couns. 2012;88(2):189-95.
- Heiko A. Consensus measurement in Delphi studies: review and implications for future quality assurance. Technol Forecast Soc Change. 2012;79(8):1525-36.