

後期研修のための指導医養成 はどうやればよくなるか？

特定非営利活動法人 日本家庭医学会 主催
第5回 家庭医療後期研修プログラム認定と指導医養成のためのワークショップ

平成19年6月9日（土）～10日（日）
8:30～12:00

執事会 池田ファミリークリニック館山
家庭医療後期専門研修プログラム
岡田 唯男



1

注意

- このスライドを利用される際は以下の点を了承、遵守の上、ご利用下さい。
- 当日のスライドから一部図や画像が抜けています。それらはwebから無断で借用したもので、一部の限定された参加者での営利目的でない講習会では許容されると考えますが、不特定多数へのwebでの公開は不適切と考え、削除してあります。ただしそれらは、キーワードから画像検索する事で、類似した画像を簡単に見つける事ができます
- このスライドの著作権について。
- 原典を引用してあるものについては、著作権は原典の著作権所有者に属します。ただし、原典が英語であるものについては、日本語化、およびどの部分もどれだけ抽出して、どのように広げるかについて（翻案）はその著作権は開出に属します。
- また、それぞれの引用された内容を、どの範囲でどれだけ抽出して、どのような経路で最終的に現在の形式のスライドにするかの過程は岡田独自のものであり、その著作権を主張します。ただし、内容や数字を変更する事なく、営利目的以外で使用する事については許可は不要ですが、連絡を頂けると幸いです。

2

本日の流れ

- ◆ グループ討議 「なぜ教育をするのか」
 - ◆ 提案 教育の意味の捉え直し
 - ◆ グループ討議 「本当に効果的な教育」
 - ◆ 休憩
 - ◆ WS 「?????スキル」
 - ◆ 提案 「家庭医療指導医に必要な能力」
 - ◆ 質問
- ◆ 前半は教育と関係ないややこしい話ですが、最後はまとめます
- ◆ interactiveにやりますので、質問には間違っても良いのでお答えください。

3

よいことさがし

望ましい会議 の始め方

プログラム認定、後発研修医の受け入れのためにこれまでやって来たこととともうまくいった（できている）こと、よかったことを各部署2つ（できれば3つくらい）挙げてみましょう。（3分）

3-4人のグループで今の結果を共有しましょう、そしてグループの発表に共通している事は何か考えましょう。（5分）



4

良い事探しから始める効能

- グループの雰囲気をよくする
- 良い、発展的なアイデアが出やすくなる
- いつも否定的な意見ばかり言う人を封じ込める



5

議題（タイトル）も重要

- 「~について」「~の問題」ではなく
- 「どうすれば~か」「~できるようになるために」



6

グループ討議

- なぜ今自分の施設で家庭医の後期研修をわざわざ立ち上げて家庭医の育成をする必要があるのか
- Five Why?を使って考えてみましょう



7

Five Whys (5つのなぜ)

「知恵は必ず出てくる。ただし、残念ながら、知恵は困らない限り出てこない。」

大野耐一 氏 トヨタ自動車副社長 (故人)

5分間でやってみてください
その後周りも5分間で共有



8

教育をする目的とそのため に必要な事

- efficacy, effectiveness, fidelity
- the evidence pipeline
- Kirkpatrick's four level of evaluation
- 本当に効果的な教育
- ????



9

Efficacy, Effectiveness & Fidelity

- **efficacy**
 - 介入によるインパクトの強さ。コントロールされ、最適化された条件での介入がもたらす最大の効果を測定する。内的妥当性が最優先される。
- **effectiveness**
 - 現実に近い状態での介入プログラム全体のインパクト。介入が現場で使用された場合に最も近い、しばしば、効果の程度の下限を測定する。外的妥当性が高い。
- **fidelity (忠実度)**
 - 概念として effectiveness/efficacy。どれだけ現場の効果が、理想的な環境に近い/忠実か



© 2008 Carl Schreyer et al. Technical Review Number 12: Criteria for Designing Effectiveness
From: <http://www.eric.org/FullTextFullView.aspx?id=EJ7000000>

10

The Break-Even Point: When Medical Advances Are Less Important Than Improving the Fidelity With Which They Are Delivered (SH Woolf and RE Johnson. Annals of Family Medicine 3:545-552 (2005))

わかんない

11

医療における2つの大きな問題

- 現在存在する医療のアウトカムを向上するケアが適切に提供されていない (effectivenessが不十分)
 - アクセス、地域格差、無保険者など
- 患者が受けるケアの全てが医療のアウトカムを向上する訳ではない (efficacyが保障されていない)
 - 新しい治療法や、薬の開発の必要性
- どちらに優先順位を置くのか

12

Fidelity (忠実度)

- the extent to which the system provides, precisely when they need them
- (ケアが) 必要な時にどれだけ確実に、正確に提供が出来るかの程度
- fidelityを喪失させる要素
 - 患者がそのニーズを伝えられない (アクセス、コミュニケーション)
 - 臨床家が介入の必要性を認識しない (時間、知識、注意などの欠如)
 - 適切にケアが提供されない (システム、インフラ、手順、安全性その他の問題)
 - Evidence Pipeline
- 介入そのものの性質ではなくヘルスケアシステムそのものの性質と関連

13

現場 (患者サイド) の医療レベル (effectiveness)向上には2つの方法

- Efficacyの向上
 - 新薬の開発、新しい診断技術の開発など
 - 製薬会社が\$32bil, NIHが\$29bil
- Fidelityの向上
 - あまり意識されていない
 - AHRQ \$300 mil, 1:100
- 本当にそのウエイト配分で良いのか?

14

例題

- 年間10万人の命を奪う病気X
- RRR 20%の薬D
- 理想的には2万人の命が助かる (efficacy)
- もしその病気を持った人の80%しか薬Dを飲めないとする (20% loss)と1万8千人しか助からない (effectiveness)
- 新薬の開発ではなく fidelityの向上により、100%の患者が薬Dをのめるようになったとすれば4千人の追加



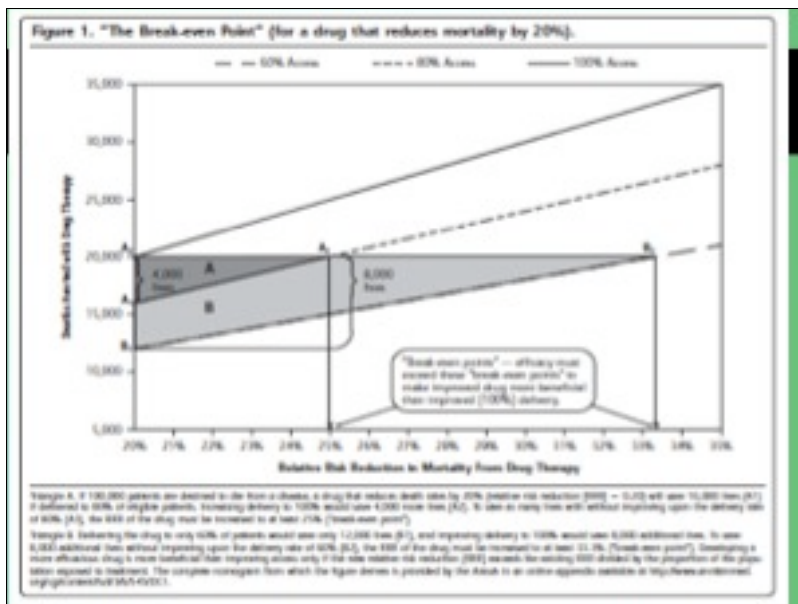
15

例題

- もし社会がこの20% lossを気にせず、新薬の開発にて同じだけの追加 (4千人) を得ようとする、新薬の必要なRRRは?
- $10万 \times ? \times 0.8 = 2万$ $? = 0.25(25\%)$
- fidelityの低下(loss) が大きいほど、それを無視して同じ結果を得るには、新薬の効果が高くなる必要がある
- lossが40% (60%だけが薬を飲める) なら、新薬の効果は RRR=33.3%必要。



16



17

新しい治療法開発(efficacy向上)の問題

- 開発中の1万の薬のうち1つだけが新薬となる
- その内20%だけが治験を経てFDAに承認される
- さらにその内22%だけが「既存の治療よりも明らかに効果が高い」。(他は'me-too' drug)
- 結果的に約100万の開発の一つ



18

fidelity向上のevidence

- 適切なケアが提供される確率は
 - 患者教育と啓蒙により68%
 - 臨床家のperformanceにfeedbackをすることで250%
 - リマインダーシステムの導入で420%
- 向上する



19

実例 1

- 脳梗塞の2次予防についての抗血小板薬
- 脳梗塞やTIAを経験した患者にアスピリンを使用すると致死的でない脳梗塞を23%減少
- 10万人のこのような患者がアスピリンを飲むと23000のイベントが回避される
- 実際の研究ではeligibleな患者の58%しかアスピリンを飲んでいない(計算上13340のイベント回避、9660の機会損失)



20

実例 1

- fidelityを無視して、新薬の開発によって理想的な回避(9660)を達成しようとする¹とするとRRR=40%が必要 (ASA=23%、ASAよりも効果74%の向上が必要)
- clopidogrelやticlopidineの研究では (N=22976)せいぜい10-12%の効果向上
- この新薬開発の費用をシステムの改善/fidelityの向上に当てた場合とどちらがイベント回避の効果が高いだろうか



21

実例 2

- CADの予防
- simvastatin/pravastatinで5年間のCAD死亡率を24%減少
- 実際にはeligibleな患者の33%にしか投与されていない(McGlynn, NEJM)
- fidelityを無視するなら3倍強力な薬 (RRR=72%) の開発が必要
- rosuvastatinのアウトカム研究はまだだがLDLの低下ではせいぜいpravastatinより26%、simvastatinより12-18%プラス



22

実例2

- 一方、eligibleな患者の33%しかstatinを飲んでいない状況でごく簡単なreminder systemの導入で処方率94%の改善
- カルテに赤い印をつける、ガイドラインのようやくはさむ、改善のための提案を書き込むなど
- 10万人の仮想集団でstatinをrosuに変更することで2000人の追加benefit
 - 新薬1つの開発に\$800mil (患者1人当たり\$28)
- reminder systemの導入で14640人の追加benefit
 - それほど費用はかからない

23

まとめ1

- Efficacyの向上は必要だが、その努力に比べfidelityの改善の努力はあまりにも少ない
- 費用対効果はfidelityの改善の方がずっと良い

24

ではどうすれば良いのか

The paths from research to improved health outcomes.

P. Glasziou and B. Haynes. Evidence-Based Medicine 2005; 10:4-7



25

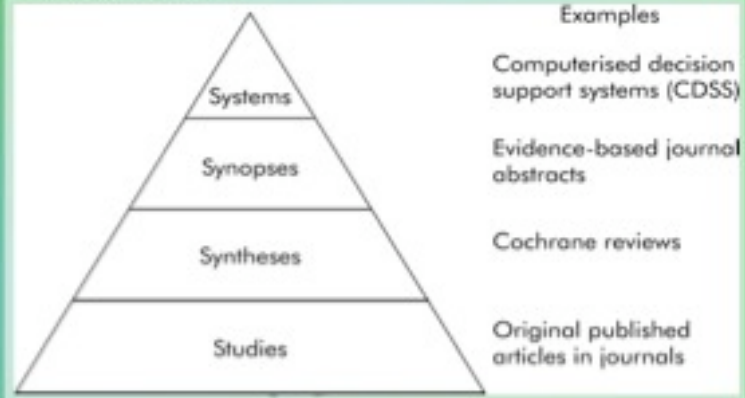
The Evidence Pipeline (7As)



26

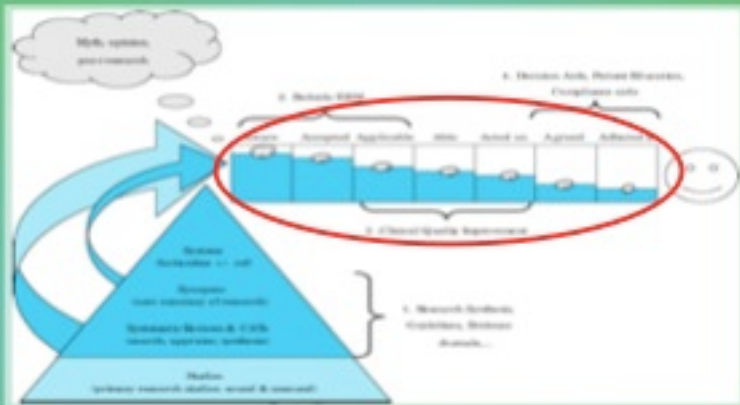
"4S" levels of organisation of evidence from research

CDSS, evidence synthesis, and systems: the "4S" evolution of services for linking research to evidence
© West Essex Evidence-Based Practice 2005, 2006



27

The Evidence Pipeline (7As)

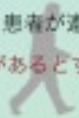


28

The Evidence Pipeline 理想(efficacy)と現実(effectiveness)のGap (fidelityの低下) を説明する7つのA

1. Aware 存在の認識
2. Accepted 事実の受け入れ
3. Applicable 適応がある
4. Available & Able すぐに利用出来る、能力的にも可能
5. Acted on 実際に行動に移す
6. Agreed to 患者が同意する
7. Adhered to 患者が遵守する

各段階で20%の減衰があるとすると患者に届くのは21%



29

「臨床現場におけるエビデンス不適応の 決定に寄与した要因の調査」報告書

研究論文: 2007年4月
東京大学医学部附属病院 臨床現場でのエビデンス適用に関する調査の現状と改善に関する報告書 (主要研究員: 藤田 隆)

表2 エビデンス不適応の理由としての経験があった回答者数(n=108、複数回答)

理由	人数	割合*
当該の論文が信頼できなかった	47	44.4%
当該のRCTで示された効果が小さかった	69	63.9%
当該のRCTで示された害が大きかった	41	38.0%
自分の診療環境では、その薬物治療を行うことが難しかった	99	74.1%
自分の経験では、その薬物治療を行う自信が持てなかった	98	63.0%
自分がその薬物治療を好まなかった	50	46.3%
自分の患者と当該RCTの患者とでは、年齢の違いが大きかった	41	38.0%
自分の患者と当該RCTの患者とでは、疾患の重症度の違いが大きかった	47	44.4%
自分の患者と当該RCTの患者とでは、合併症の違いが大きかった	47	44.4%
自分の患者と当該RCTの患者とでは、コンプライアンスの違いが大きかった	41	38.0%
当該RCTの患者が日本人ではなかった	57	52.8%
自分の患者がその薬物治療を好まなかった	66	61.1%
当該の薬物治療に伴う費用負担が大きかった	45	41.7%
当該の薬物治療が保険診療で認められていなかった	67	62.0%
当該の薬物治療より望ましい別の治療方法があった	56	51.9%

*全体(108名)に対する経験者の割合

30

The Evidence Pipeline 理想(efficacy)と現実(effectiveness)のGap (fidelityの低下) を説明する7つのA

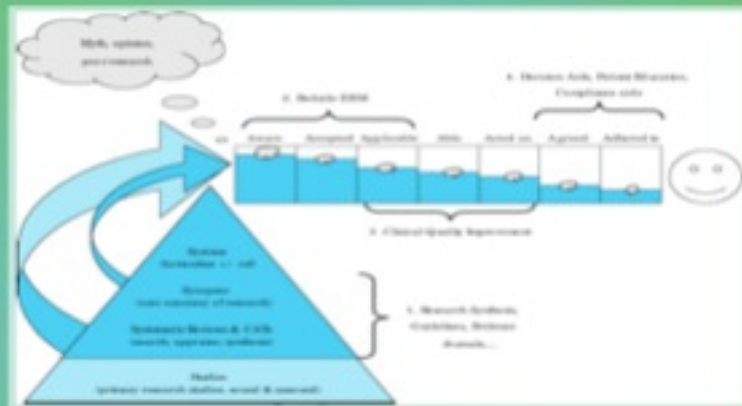
1. Aware 存在の認識
2. Accepted 事実の受け入れ
3. Applicable 適応がある
4. Available & Able すぐに利用出来る、能力的にも可能
5. Acted on 実際に行動に移す
6. Agreed to 患者が同意する
7. Adhered to 患者が遵守する

改善(fidelity向上)には

1. 1-3. 臨床家の行動変容 (bedside EBM)
2. 3-5. 現場のシステム (COI)
3. 6-7. 患者サポート (意思決定、行動変容、維持)

31

The Evidence Pipeline (7As)

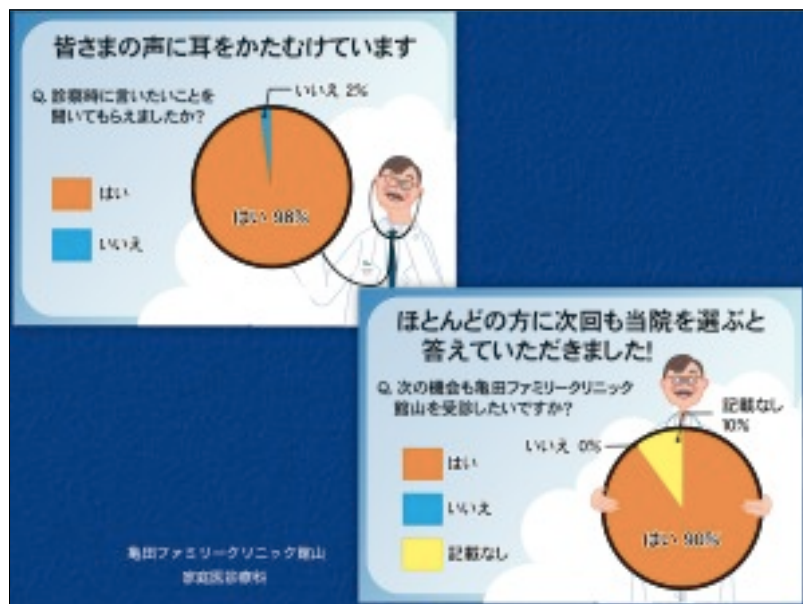


32

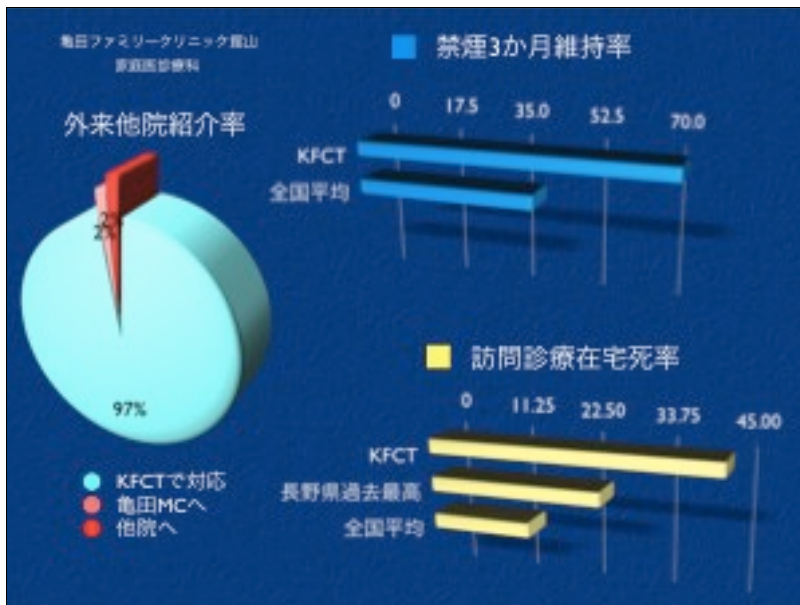
fidelityの改善が臨床家の仕事

- 1-3. 臨床家の行動変容 (bedside EBM)
- 3-5. 現場のシステム (CQI)
- 6-7. 患者サポート (意思決定、行動変容、維持)
- fidelityを喪失させる要素
 - 患者がそのニーズを伝えられない (アクセス、コミュニケーション)
 - 臨床家が介入の必要性を認識しない (時間、知識、注意などの欠如)
 - 適切にケアが提供されない (システム、インフラ、手順、安全性その他の問題)

33



34



35

Diabetes Physician Recognition Programのスコアリング(1) 亀田クリニック 家庭医診療科

評価項目	基準値	当科の値	スコア
HbA1c Poor Control >9.0%	20%	2%	+10.0
HbA1c Control <7.0%	40%	70%	+5.0
Blood Pressure Control <140/90 mm Hg	70%	64%	(+10.0)
Blood Pressure Control <130/80 mm Hg	35%	36%	+5.0
Eye Examination	60%	77%	+10.0
Smoking Status and Cessation Advice or Treatment	80%	78%	(+5.0)

36

Diabetes Physician Recognition Programのスコアリング(2)

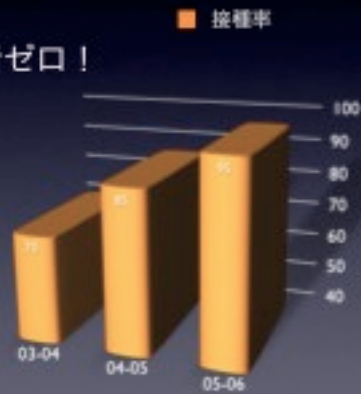
亀田クリニック
家庭医診療科

評価項目	基準値	当科の値	スコア
Complete Lipid Profile	85%	98%	+5.0
LDL Control <130 mg/dl	63%	73%	+7.5
LDL Control <100 mg/dl	36%	33%	(+2.5)
Nephropathy Assessment	80%	88%	+10.0
Foot Examination	80%	32%	(+10.0)
total	60/80		45/80

37

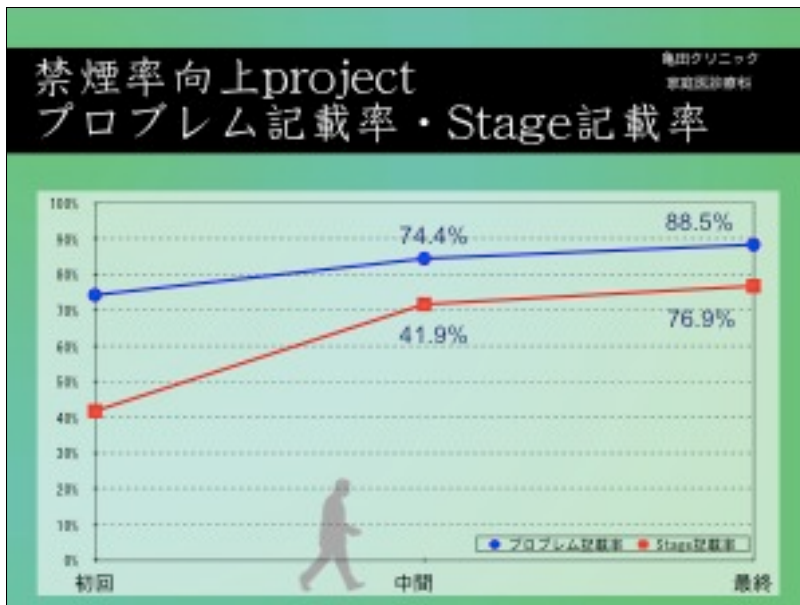
看護学校 flu shot

- 05-06シーズン発症者ゼロ！

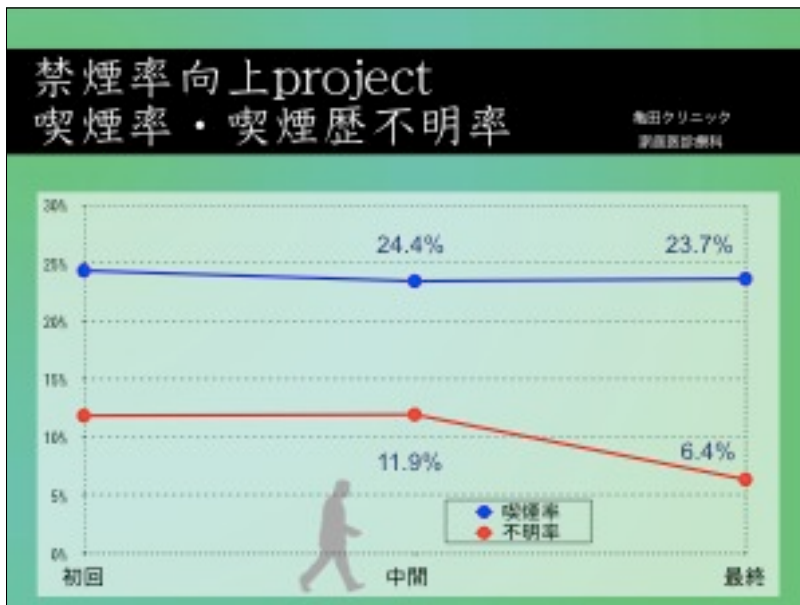


亀田クリニック
家庭医診療科

38



39

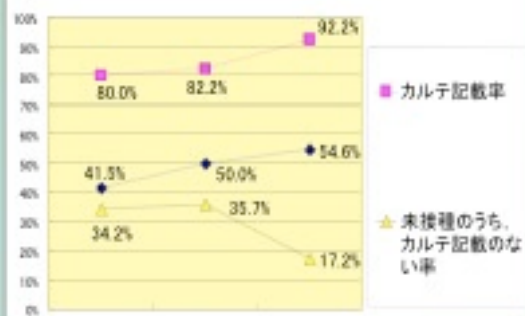


40

肺炎球菌ワクチン

亀田クリニック
家庭医診療科

介入前・中・後での率推移



41

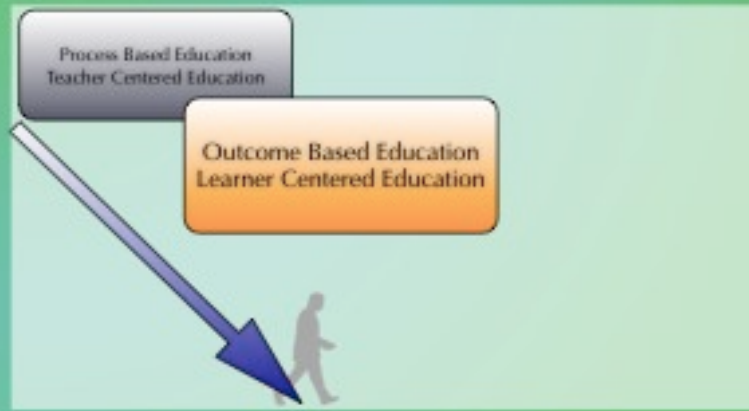
まとめ 2

- 実際のfidelity向上へもっと資源（時間、カネ、人、意識）を
- そのための介入の方法、ポイントはたくさんあります



42

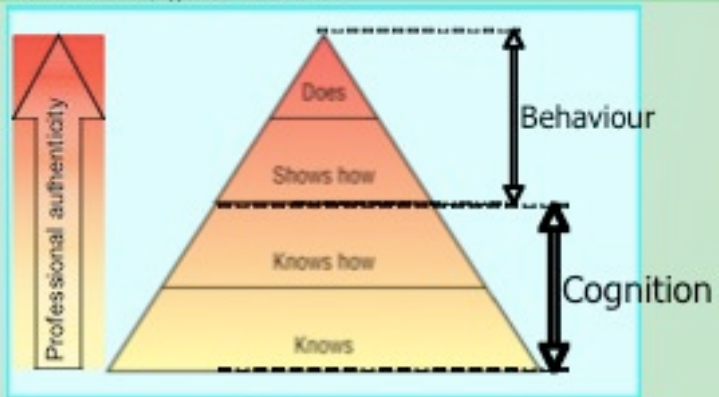
教育のトレンド



43

Miller's pyramid of competence

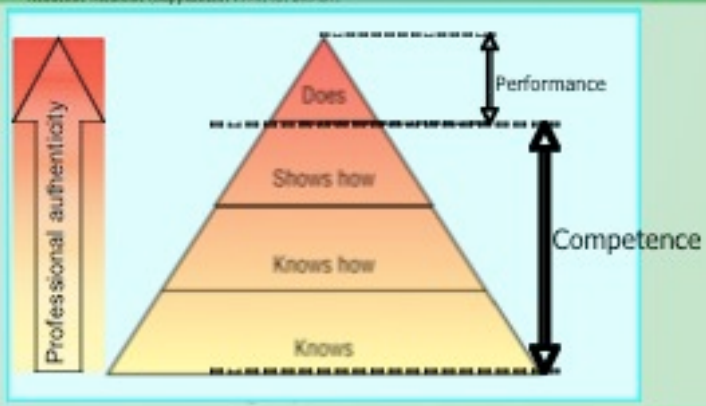
Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Academic Medicine (Supplement) 1990; 65: S83-S87.



44

Miller's pyramid of competence

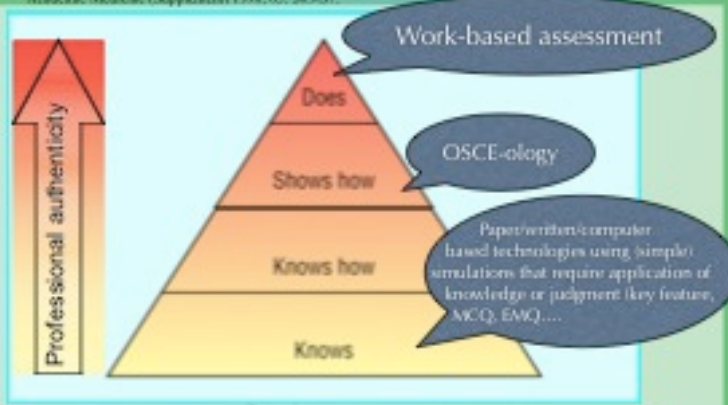
Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance.
Academic Medicine (Supplement) 1990; 65: S83-S7.



45

Miller's pyramid of competence

Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance.
Academic Medicine (Supplement) 1990; 65: S83-S7.



46

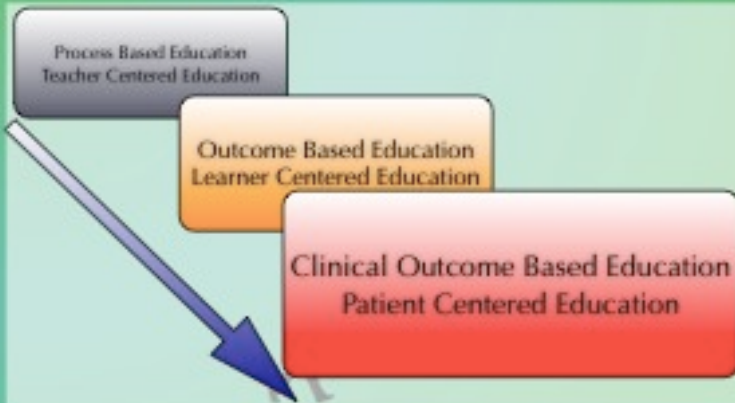
Kirkpatrick's Four Levels of Evaluation




- Level 4b Benefits to patients or clients (ROI)
 - Level 4a Change in organisational practice
 - Level 3 Change in behaviour
 - Level 2b Acquisition of knowledge and skills
 - Level 2a Modification of attitudes and perceptions
 - Level 1 Learner's reactions
- J. Morrison. ABC of learning and teaching in medicine : Evaluation. BMJ 2003;326:385-387

47

Clinical Outcome Based Education Patient Centered Education (Okada, 2005)



48



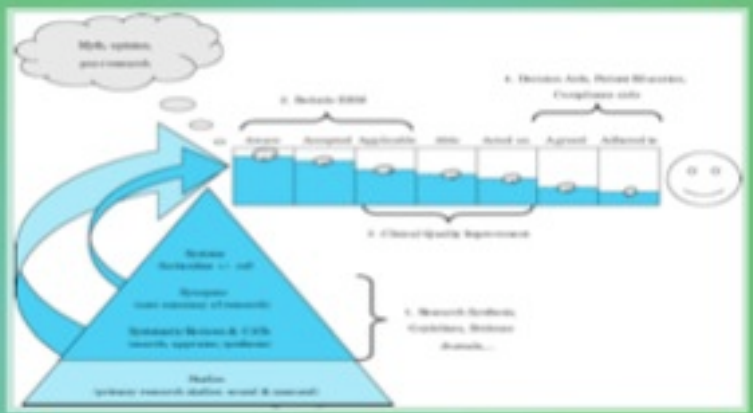
効果10倍の
「教える」技術
SHIN-ICHIRO YOSHIDA
吉田 新一郎

効果10倍の“教える”技術—授業から企業研修まで

吉田 新一郎
2006-02
PHP研究所

49

The Evidence Pipeline (7As)



The diagram illustrates the Evidence Pipeline (7As) as a funnel of evidence. At the top, a cloud contains 'Meta-analyses, government'. Below this, a horizontal bar represents the pipeline, divided into stages: 'Research synthesis', 'Research synthesis', 'Research synthesis', 'Research synthesis', 'Research synthesis', 'Research synthesis', and 'Research synthesis'. A large blue arrow on the left points from the 'Research synthesis' stage towards the right. A smiley face is at the end of the pipeline. Below the pipeline, a triangle is labeled 'Practice' and contains 'Practice: research synthesis, research synthesis, research synthesis'. The text 'The Evidence Pipeline (7As)' is written in a large font at the top of the slide.

50

過度の期待は禁物

講義、セミナーは必要ではあるが、最も効果の上がりにくい方法の一つである

(Aware, Accept, Ableの一部まで)



51

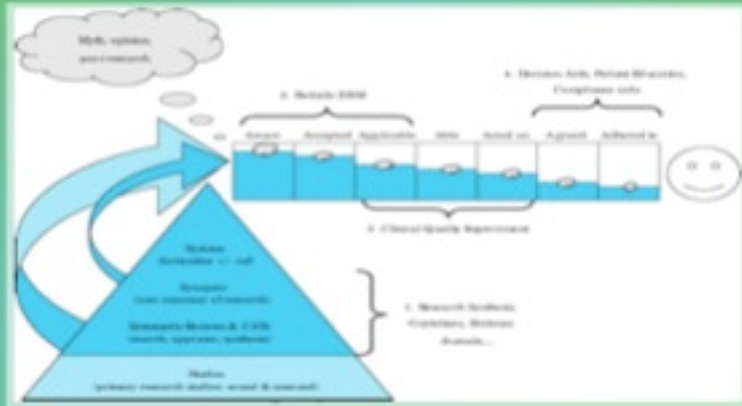
サポートなしに現場での行動変容は生じない

要素	理解	技能の習得	仕事への応用
理論	85%	15%	5~10%
理論+事例紹介	85%	18%	5~10%
理論+事例紹介+練習	85%	80%	10~15%
理論+事例紹介+練習+サポート	90%	90%	80~90%

adapted from the research of Bruce Joyce, Standards for Staff Development, NSDC, 1995

52

サポートとは教育のfidelityを向上させる事である



53

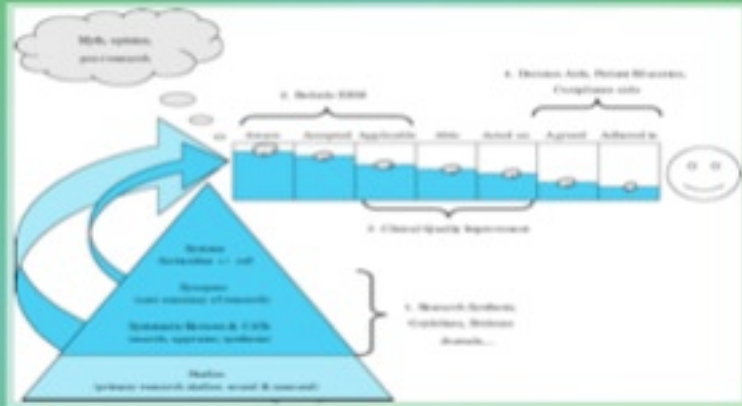
まとめ

- 臨床教育の目的を忘れない（患者中心の教育：教育の成果は患者の利用アウトカムで判定する）
- 患者アウトカム(fidelity)の向上は臨床家のサポート（教育だけではない）、患者のサポート、システムの改革、改善
- サポート無くして変化なし（様々なサポートの方法と役割を身につけるべし）
- 教育現場にカリスマはいらない



54

1人でどこまで出来る？



55

集団の力

- 「1人が1日で仕事に使えるのはせいぜい15時間、もしわたしと意思を共有し、同じベクトルで仕事に取り組んでくれる人が10人いれば1日が150時間になります」伊藤忠商事 小林栄三 社長
- 「1人から1億円を借りるのは難しいが、1億人から1円を借りるのはそれほど難しい事ではない。」「すごく少ない x 無限大=なにか」梅田 望夫 ウェブ進化論
- 既存の開業医の力が借りれたら—

56

diffusion of innovation theory

エベレット・ロジャース教授「Diffusion of Innovations」『イノベーション普及学』

- 意欲的採用者 innovators (venturesome) 2.5%
- 初期採用者 early adopters (respectable) 13.5%
- 前期多数採用者 early majority (deliberate) 34.8%
- 後期採用者 late majority (skeptical) 34.8%
- 採用遅滞者 laggards (traditional) 16.8%



57

家庭医療が広がるには

医師36万人 → 57600人
開業医7万人 → 11200人
家庭医療学会会員 1371人
PC学会 3115人

皆さんの施設ではいかがですか？



58

managing complex change

Quality Improvement Toolkit: Health Quality Council

Managing Complex Change

Vision	+	Skills	+	Incentives	+	Resources	+	Action Plan	-	Change	
		+	Skills	+	Incentives	+	Resources	+	Action Plan	-	Confusion
Vision	+			+	Incentives	+	Resources	+	Action Plan	-	Anxiety
Vision	+	Skills	+			+	Resources	+	Action Plan	-	Gradual Change
Vision	+	Skills	+	Incentives	+			+	Action Plan	-	Frustration
Vision	+	Skills	+	Incentives	+	Resources	+			-	False Starts

59

交渉力を身につける

ハーバード流交渉術

ロジャー フィッシャー, ウィリアム ユーリー

三笠書房

プレジデント

【2007年6.18号】

特集: 「板ばさみ」の心理学



60

良くある交渉の誤解

- Hard Negotiator (強制スタイル)
 - 交渉相手は敵である
 - 目的は勝利する事
 - 関係の維持のために譲歩を要求する
 - 人にも問題にも厳しい
 - 立場/メンツに固執する
 - 同意の条件として一方的な利益を望む
 - 答えは一つ：自分の希望が通る事



61

良くある交渉の誤解

- Soft Negotiator (受け入れスタイル)
 - 交渉相手は友人である
 - 目的は同意する事
 - 関係の維持のために譲歩をする
 - 人にも問題にも優しい
 - 立場/メンツを簡単に変える
 - 同意の条件として一方的な損失を受け入れる
 - 答えは一つ：相手の希望を飲むこと



62

必ずWin-Loseの関係となる



63

原則立脚型交渉

- Principled
- 交渉相手は問題解決の同志である
- 目的は効果的に友好的に達成される賢明な結果
- 人にも優しく、問題に厳しい
- 立場ではなく、利害に注目
- 双方が得をする選択肢をできるだけ探し、決断はその後
- 原則に忠実で圧力には負けない



64

交渉の7要素

- 関心利益 interest
- 選択肢 options
- 代替案 alternatives
- 正当性 legitimacy
- コミュニケーション communication
- 関係 relationship
- 遂行義務 commitment
- 10分でも良いので事前に考えておくことが重要


65

関心利益 interests

- 「人」と「問題」を分ける
- 立場ではなく関心、利害に注目
- しばしば利害とは安全、承認、経済的インセンティブ、自己決定権/尊厳の維持、集団への帰属意識など
- 専門医vs家庭医（立場）ではなく、患者の利益など


66

選択肢 options

- ZOPA Zone of Possible Agreement
 - 最も望む結果（夢のようなシナリオ）
 - これ以上譲るぐらいなら頼まない方がましだというポイント(bottom line)
 - その間がZOPA. この領域でできるだけ多くの選択肢を用意する。（できるだけ相手に利益があるものを）
 - Bottom lineは早くに開示しない
- 

67

代替案 alternatives

- BATNA Best Alternative to Negotiated Agreement
 - こちらのbottom lineを向こうが受け入れられずに交渉が決裂したとしたら自分はどうな選択肢があるか
 - これがある方が交渉に有利
- 

68

正当性 legitimacy

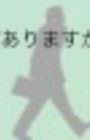
- 「俺に対しては～するのが当然だろう」
(立場による圧力)ではなく、
- 原則論、合理的基準や双方が納得する基準、普通とすべき手順をさぐる



69

コミュニケーション communication 関係 relationship 遂行義務 commitment

- 最終的には良好な人間関係が前提
- 'the most powerful negotiator is the best listener'
- 「この人に何かしてやりたい」「この人と一緒に仕事がしたい」と思われる人間に。
- 合意に至った場合もそうでない場合も次回までの役割と期日を
- ゲーム理論とかいろいろテクニクがありますが基本はこの7つ



70

何かに似ていると思いませんか？



71

患者中心の医療の方法

患者中心の医療 マイラ・スチュワート (著)、山本 和利 (監訳) 日経文芸社 (2006/2004)



72

家庭医療指導医に必要なスキル

Academic Competencies for Medical Faculty.
Dona L. Harris et al. Fam Med 2007;39(5):343-50.

<http://tinyurl.com/2nvvah>



73

FD (faculty development) 定義 (岡田,2005)

組織の視点からは、

「教育機関において、組織全体、およびその構成員が臨床、教育、研究を効果的に行うことでその組織価値を高めるために必要な能力を学び、高め、維持して行くための組織的および個人的な活動。」

個人にとっては、

「所属する組織の価値観、方向性を踏まえた上でその組織内における自らの価値を高め、かつ自己実現を行なうことで自らも組織も利する(win-win)結果を得るための自己能力獲得、向上のための活動」

藤原康樹、和木なおみ、岡田孝男、木村琢磨（共著） 臨床指導医養成必修
文芸春秋、www.chunshu.co.jp 東京、2006年10月。
<http://c1e99eiu>



74

サポートなしに現場での行動変容は生じない

要素	理解	技能の習得	仕事への応用
理論	85%	15%	5~10%
理論+実例紹介	85%	18%	5~10%
理論+実例紹介+練習	85%	80%	10~15%
理論+実例紹介+練習+サポート	90%	90%	80~90%

adapted from the research of Bruce Joyce, Standards for Staff Development, NSDC, 1995

75

HANDS-FDFについて

<http://handsfdf.mywiki.biz/>



76

開発のコンセプト、プロセス

- Home/Away modelを採用
 - ミシガン州立大学OMERADの7 2日on-campus / home FDF(1979-)
 - トロント大学の5 Weekend National Family Medicine Fellowship Program (1995-)
 - ウィズコンシン大学の5 Weekend FD (1996-)
- BlandらによるFDの5つの領域から4つに焦点
 - Clinical Teaching Improvement(CTI)
 - Managing and Communicating Information(MCI)
 - Leadership and Organizational Skills(LOS)
 - Acquiring Professional Academic Skills(APAS)
- Clinician - Educatorの養成が主眼
- 最新の学習理論を採用しKemp Modelによる開発
- Visiting Professorの活用
- 模擬学習者を利用して教育実践の場を設定、参加者からのフィードバックと評価を得る（実際の観察の機会も）

77

全体のカリキュラムと方略

継続的なグループ学習、サポート、相談

Term	所属施設 (Home)	3月 川崎 (Home)	5月 所属施設 (Home)	7月* NTCFM (Home)	9月 所属施設 (Home)	12月 所属施設 (Home)
CTI	所属施設	LD	LD	LD	LD	LD
カリキュラム	所属施設	WS	実践, F	実践, F	実践, F	実践, F
スキル	所属施設	LD, RP	現場での実践と課題, OP	現場での実践と課題, OP	現場での実践と課題, OP	現場での実践と課題, OP
MCI	所属施設	LD, RP	LD, RP	LD, RP	LD, RP	LD, WS, RP
LOS	所属施設		LD, RP			LD, WS, RP
APAS	所属施設				LD	

78

本日のまとめ

- 教育の目的は1人でも多くの市民が質の高い医療を受けられるようにするためである
- そのためには医療供給のfidelity、教育のfidelityを高める必要がある、かつ、それらが大人数で行なわれる必要がある
- そのための方法論、必要なスキルセットの習得活動をFD (Faculty Development) と呼び
- それぞれのスタッフのレベル、役割、ニーズに合わせて、計画的、体系的に行なわれるべきである
- それにも多くの人の関わりとサポートなしには実現不可能であるが
- みんなが同じ夢を共有する事で実現可能性が高まる。

79

ご協力ありがとうございました。 質問をどうぞ

"If you want to build a ship, don't drum up the men to gather wood, divide the work and give orders. Instead, teach them to yearn for the vast and endless sea."

「もしも船を作りたいのなら、群集をはやし立てて、木を集め、仕事の分担をし、命令を与えてはいけない。そのかわりに、広大で終わりなき海に思いこがれることを教えなさい。」

Antoine Saint-Exupery,
Citadelle (The Wisdom of the Sands), posthumous
サンテグジュペリ

80