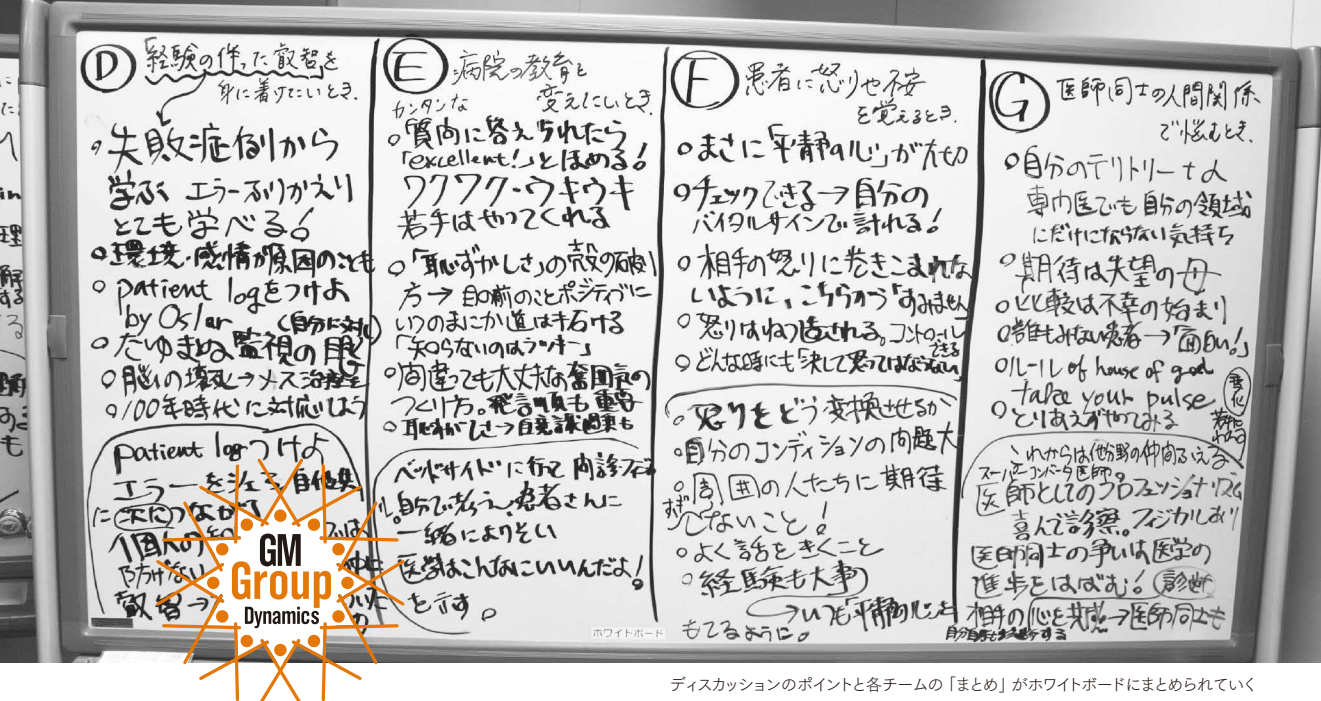




ディスカッションのポイントと各チームの「まとめ」がホワイトボードにまとめられていく

『総合診療』プレゼンツ「平静の心」塾

「こんなときオスラー」 ワークショップ②

テーマ① 経験の伴った叡智を身に着けたいとき
② 病院の教育を変えたいとき

平島 修・山中克郎・矢吹 拓・徳田安春・継 仁・田村謙太郎・
森川 暢・瀬戸雅美・中野弘康（発言順）

3月2日に開催された『総合診療』プレゼンツ「平静の心」塾「こんなときオスラー」にて、『総合診療』誌初の試みとなるワークショップが開催された。参加者は、新刊『こんなときオスラー—『平静の心』を求めて』¹⁾をテキストとし、その目次から7テーマが、各7グループ(A~G)に割り当てられた(表1)。前回(本誌29巻6号pp709-718)のA、B、Cチームに続いて、今回はD、Eチームの「発表&全体ディスカッション」の模様をお届けする。

(編集部)



ワークショップの司会は、山中克郎先生（福島県立医科大学会津医療センター）（左）。平島修先生（徳洲会奄美ブロック総合診療研修センター）（中央）、徳田安春先生（右）もコメントします。

（前号からのつづき）

平島 すでに発表を終えられたA、B、Cチームは医学生がメンバーでした。ここから、世代が少しずつ上がっていきますね。

山中（司会） 楽しみです！ では次は、Dの研修医チームの皆さんです。テーマは「経験の伴った叡智を身に着けたいとき」です。

Dチーム（研修医メンバー）のテーマ 「経験の伴った叡智を身に着けたいとき」

発表者D Dチームは上記のテーマで、自分が経験した症例から何を学び、それをどう身に着けるか、について話し合いました。

結論から申し上げると、「ラベリング」という一言です。具体的に言いますと、たとえば救急外来で自分が誤診してしまった症例、またうまく診断がついた症例に関しても、「なぜその診断に至ったか」、「なぜ誤診してしまったか」ということを、漠然とですが振り返っているという話が、僕たち7人の研修医全員から出てきました。

そのなかで、うまくいった症例の共通点と、自分たちが失敗してしまった原因を探るべく、そうした状況やバイアスを表2を元に話し合いました（文献1、p.22）。こういったバイアスが誤診に

表1 | 各チームメンバー、ファシリテータ、テーマ一覧

	メンバー	ファシリテータ	テーマ
A	医学生	田村謙太郎先生 （ナショナルメディカルクリニック、内科）	「本を強力な武器にしたいとき」
B	医学生	森川暢先生 （市立奈良病院総合診療科）	「医師として進むべき道に迷ったとき」&「進路に悩むとき」
C	医学生 研修医	中野弘康先生 （大船中央病院内科）	「医師という職業に挫折しそうになったとき」
D	研修医	継 仁先生 （継醫院院長）	「経験の伴った叡智を身に着けたいとき」
E	医師	瀬戸雅美先生 （湘南鎌倉総合病院）	「病院の教育を変えたいとき」
F	医師	坂本壮先生 （国保旭中央病院救急救命科）	「患者に怒りや不安を覚えるとき」
G	医師	徳田安春先生 （臨床研修病院群プロジェクト群星沖縄）	「医師同士の人間関係で悩むとき」

表2 | 診断推論における認知的バイアス¹⁾

- ▶アンカリング・バイアス：最初に考えた仮説に固執すること
- ▶アベイラビリティ・バイアス：すぐに思いつく仮説のみを考えること
- ▶オーバーコンフィデンス・バイアス：前医の仮説を鵜呑みにすること
- ▶コンファーマーション・バイアス：自分の立てた仮説に合わない所見を無視すること
- ▶ハッスル・バイアス：精神的プレッシャーのなかで、楽に処理してしまうこと
- ▶ルール・バイアス：通常は正しい臨床ルールを、機械的に利用すること

つながることを認識しつつ、とすれば振り返りのときに名前をつけてあげることによって（「ラベリング」していけば）、抽象的だったものが具体的になる。また、自分の診断がどのような傾向に陥りやすいかも客観的にわかるので、これからのより良い診断につながります。ということで、私たちの結論は「ラベリング」に行き着きました。

山中 ありがとうございます。診断のお話ですね。ここは矢吹拓先生（栃木医療センター内科）、ぜひお願いします。



中央のファシリテータ継先生を囲んで、D チームの皆さん



「皆でエラー症例から学ぼう!」とコメントする矢吹拓先生

◎ エラー症例から学ぼう! — “経験の伴った叡智” とは？

矢吹 ちょうど先ほどまで、『medicina』4月号の特集「しまった! 日常のリアルから学ぶ エラー症例問題集 (企画: 矢吹 拓)」²⁾ の原稿をチェックしていたところです (笑)。

D チームのテーマの“経験の伴った叡智”って何だろうと考えてみました。現在いろいろな学会、書籍、雑誌などで報告されている症例は、すごくうまくいったものや珍しい症例報告が多いです。もちろん、それらを通じて「おお!」と学びになるのも事実です。しかし一方で、「経験の伴った叡智とは?」「さらに深い学びは何か?」と考えると、それは実はうまくいかなかった、失敗してしまった症例について、丁寧に振り返ることからこそ得られるのではないかと考えています。これらの診断がうまくいかなかった“エラー症例”には、さまざまなバイアスが関係し、単なる医学的知識だけでなく、診療する医師の思考過程や環境などの振り返りも重要になります。現在は、こういった内容のカンファレンスはまだまだ少なく、もし振り返ったとしても、それこそ「M (マジで) & M (むかつく) カンファレンス」(笑) になってしまうこともあります。「なぜ間違えたんだ?」みたいな吊し上げカンファになってしまうと、そこから学ぶというより、^{きず}疵しか残らないカンファになってしまいます。

現在の日本は、エラーに対して決して寛容な社会ではなく、一度大きなミスをした結果、社会的に袋だたきにあってしまうような傾向があります。そのような社会背景の中で、診断エラーを開示し、皆で話し合い、改善点を探すことは、すごく難しいことです。でも、そこを乗り越えて、失敗症例から学べるカンファレンスを多くの場所で行って、医師として“経験の伴った叡智”を身に着けることができるのではないかと思います。

宣伝ばかりで恐縮ですが、日本内科学会でも診断エラーのワークショップなどを行っています。もちろん、正確な医学的知識も大事ですが、エラーの原因になるのは、医師の認知バイアスや感情、職場環境や勤務状況などのシステム的な要因もあり、それらについていかに振り返ることができるか、という点も重要ではないかと思います。ぜひこういったワークショップを通して学びを深めていただければと思います。

山中 貴重なご意見をありがとうございます。

◎ オスラー式! たゆまぬ監視の眼を持て

平島 オスラー先生も、いわゆる誤診や診断エラーについて、『平静の心』³⁾ でかなり深く話をされていますね。

徳田 そうですね。オスラー先生は「Patient log」をつけることを強く勧めています。そして

資料 1 | たゆまぬ監視の眼^{1,3)}

その際、公明正大にやるよう心がけていただきたい。自己を偽ったり、真実から尻込みしたりしてはならない。他人には慈悲と思いやりを示さねばならないが、自分には決してそれを許してはならず、たゆまぬ監視の眼を自己に向けていただきたい。
終始あらゆる人を欺き続けることができない、というリンカーンの言葉を諸君は覚えておられるであろう。だが、終始心ゆくまで自らを欺くことができる者には、この言葉は当てはまらない。必要とあらば、非情に身を処していただきたい。
「学究生活」の章⁴⁾

恐ろしいことを書いてるんですね (笑)。というのは、先ほどの D チームの発表資料に「incessant watch」という言葉がありました。この意味は、「たゆまぬ監視の眼」(資料 1)^{1,3)} です。これは、恐ろしい。何を監視しているのか? 『平静の心』³⁾ を読んでいくと、「自分が、自分自身を監視する」ということなのです。だから、先ほどの M&M カンファでの吊し上げというのは、自分は他者に対して監視しているわけですが、そうではなく、常に自分自身のプラクティスに対して自分で「監視の眼」を持ち続け、そして自分で自分の Patient log を作る。そしてもしフォローができなかった患者には、「電話をください」ということなのだと私は思います。

たとえば市中肺炎で外来治療できると判断して患者さんを家に帰した。ところが 2 日後の外来に、その患者さんは来なかった。担当医師として気になりますか? もしかしたら、他の病院の ICU に入院しているかもしれない。つまり「そういう患者さんには、電話をください」ということなのです。電話をして、さらに真実を追究していく。それを「re-calibration サイクル (校正サイクル、図 1)^{4,5)}」を回す」と言います。それが、診断エラー予防のための「たゆまぬ監視の眼」なのです。オスラー先生はすでにそういったことを、もう 100 年前におっしゃっていました。

さらに読み進めると、また恐ろしいことが書いてあります (笑)。Patient log で自分が間違ったことを、きちんと re-calibration や訂正をし

資料 2 | 道徳的壊死^{1,3)}

もし大脳 (中略) に腫れ物や道徳的壊死を見つけたなら、つまり、誤診後、そこに腫れ物ができていることに気づいたなら、メスや焼却用具を用いてそれを治療していただきたい。諸君の得た症例をこのように三つの範疇 (註: 「はっきりした症例」「曖昧な徴候を示す症例」「誤診」) に分けて、初めて卒後教育に真の進歩が見られる。このようにして、諸君は経験の伴った叡知を身につけることができるのだ。
「学究生活」の章⁴⁾

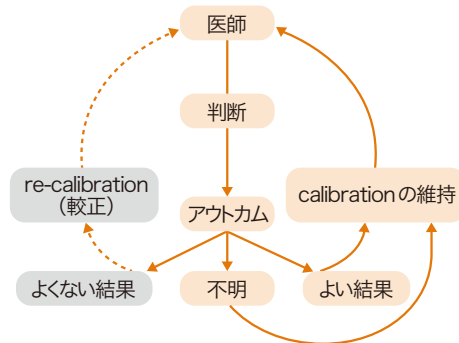


図 1 | re-calibration cycle (校正サイクル) または feedback sanction (フィードバック制裁)^{4, 5)}

なかった自分の脳の一部分というのは、壊死している (necrotic brain) のだと。「それを摘出しないといけない」、「メスで、治療していただきたい」と言うのです! (資料 2)^{1,3)}。それくらいオスラー先生は、自分自身のプラクティスに、自分自身で厳しくフィードバックをかけていたということです。それがすごいな、と本当に思うのです。

◎ 長い医師人生、どんどんチャレンジを!

徳田 オスラー先生は、最初は生理学者で、その後病理学者となり、その後内科医になった。実は「診断の神様」と呼ばれるローレンス・ティアニー先生 (カリフォルニア大学サンフランシスコ校内科教授) も、もともと病理のご出身です。というふうに、スタートは全く違う分野にいても、自分の興味のある分野に、どんどんチャレンジしていくといいですね。

今「人生 100 年時代」と言われています。おそらく医師も 1 度だけの専門診療科で終わる時



まとめの発表をするDチームのファシリテータ
継先生

代ではないと思います。たとえば外科医も、60～70歳までメスを握っていたとしても、おそらく80歳までは何か他のことをやるでしょう。あるいは故・日野原重明先生のように105歳まで現役医師をやる！（笑）。もし105歳まで生きるのなら、自分の好きなことに、60代からでも、70代からでも、皆さんどんどんチャレンジしていただきたいと思います。

山中 ありがとうございます。今のお話は先ほど（註：前回）須藤博先生（大船中央病院内科）がおっしゃっていた、「ドットがつながる人生(connecting the dots)」という意味が含まれますね。

それはそうと、患者さんに電話をすると、とても感謝されます。僕は元気かどうか知りたいだけなのですが、患者さんには「エーッ、先生にお電話までしていただいて！」と、毎回すごく喜ばれます。ぜひ研修医の先生、このことを覚えておいってください。

それではファシリテータの継 仁先生、そろそろまとめをお願いします。

Dチームのまとめ

継 まずDチームの研修医の皆さんの話を聞いていて思ったのは、外来をやりながら、しっかりと患者さんの記録を「EverNote」や「Excel」で取っていて、その後の経過もカルテで追ってお

り、自分の臨床経験をきちんと身に付けようとしておられる姿勢はすごいなと思いました。

今、徳田先生もお話しされましたが、「Patient log」は大切だと思います。僕は、発熱で来院した20代男性が、翌々日も来て紅斑があり、その翌日に多臓器不全で亡くなったという劇症型溶連菌感染症を経験しました。自分のその時の症例経験はつらいことで忘れたいとも思ったのですが、過日「適々斎塾」という勉強会で喋らせてもらう機会を得ました。もう一度自分でその症例を振り返ってみると、たくさん学びがありますし、「次には絶対に見逃さないぞ！」という気持ちになります。また人に話すことによって、他の医師にも見逃さないように啓発できる。そのような症例がもしあれば、皆さんもぜひどこかで発表できると、自分も他の医師も大いに勉強になるのではと思います。

僕は元々小児科医です。子どもではいろいろな事故が起こり、日本小児科学会のホームページで「Injury Alert」⁶⁾を見ることができます。子どもは、0.5秒で事故を起こす。たとえば一瞬目を離れたすきに、テーブルの下にぶら下がっているコードを引っ張ってポットの熱湯を浴びてしまう。たとえば子どもが腸閉塞で、何度調べても原因がわからない。胃腸炎としてスルーされていて、最後に開腹したらそこに樹脂が詰まっていた（註：吸湿性の樹脂で、仁丹みたいに小さいが、それを飲み込んだため樹脂が水を含んで膨らみ、直径2～3mmが2～3cmになって腸に詰まっていた）。さらに最近の知育玩具で、2～3mmの磁石があり、それが腸の中に入って腸閉塞を起こした症例。レントゲンを撮ると、その子はそれを37個飲み、それが腸の中でくっついてしまった。以上の症例はどれも「Injury Alert」⁶⁾に掲載されています。

徳田先生が、「診断エラー学のすすめ」⁴⁾でも書いておられますが、やはり診断エラーは、これからの時代は皆で防ぐようにしていかないと、個人の

努力や知識だけではもう防げないと思うんですね。

そして最後に、今回いただいたDチームのタイトル「経験の伴った叡智を身に着けたいとき」、矢吹先生もおっしゃっていましたが、この中に「叡智」という言葉があります。『平静の心』³⁾(本書p.370)を読むと、「叡智と知識は別のもので」と書いてあります。わかる人いますか？僕は、読んで初めてわかったのですが、知識が宿るのは他人の考えが詰まった頭の中。知識を知っている人は皆、「俺はこんなに知ってるぜ」と威張って自慢するんです(笑)。一方で叡智というのは、身をもって自分で身に着けた知識なので、「僕はこれしか知りません」という奥ゆかしい態度で謙遜するものだそうです。

だから、単に本などを読んで頭デッカチになるのではなく、医師として身をもって経験して、今後は叡智を身に着けていかなければいけないと感じました。以上です。

山中 ありがとうございます。Dグループの皆さんに、大きな拍手をお願いします。(拍手)

では次はEグループの皆さん、お願いします。

Eチーム(医師メンバー)のテーマ

「病院の教育を変えたいとき」

発表者 E 僕は今の病院に5年いて、ちょっとbrainがdustingしています(笑)。オスラー先生のおっしゃる「5年毎の脳の塵払い」が必要です(笑)。今回「病院の教育をどうしたらいいか」というテーマで、かなり幅広かったです。病院の教育にはいろいろなシチュエーションがあるので、ちょっと限定できなくて漠然とした議論になってしまった中で、問題点として挙げた点を発表します。

1つは、「意見の出ないカンファレンス」です。たとえば、研修医たちに質問しても、全く意見が

出てこないときがあります。また、診断推論の思考の流れが見えないカンファになってしまっているときもある。その2つのシチュエーションが挙がりました。

1つのソリューションとしては、若手のモチベーションを上げる方法として、どうやったら面白いと思ってもらえるか？それは、指導医自身が面白がったほうがいいと。有名な指導医の先生たちを見ていると、皆さん本当に面白そうに喋っておられ、これは自分ではできてなくて、ぜひこれからやりたいなと思っているところです。

もう1つは、参加者を萎縮させないことです。カンファレンスでは若手の意見を尊重して、批判をしない。皆のディスカッションの雰囲気づくりが大事で、その雰囲気をつくるために萎縮させない空間をつくってほしいという意見が出ました。

また雰囲気づくりという意味では、つねに話している人の考えを共有できるよう、誰かが意見を言ったとしたら、その意見はなぜ出てきたのかということを、その人にもう1度問うてみる。そしてその思考を、皆に共有してもらう。そういうアプローチもいいのではという意見もありました。

最後に、これは自分の考えですが、病院の教育ではなく、自分自身を変えることからでもアプローチできるのではと思いました。オスラー先生の言葉にも出てきましたが、「自分を変える」というと少し漠然としますが、つまり、どういうふうに変えるかということ、ルーチンワークをシステム化し、毎日それを自分でどう実践していくか、ということなのだと思います。だから自分を変えて、自分が実践できることを日々行っていけば、そのうち病院の教育が変わるという流れがつけられるのでは、と思いました。

山中 ありがとうございます。この辺、悩みますよね。病院の教育をどういうふうに盛り上げればいいのか。何かご意見ありますか？田村謙太郎先生、お願いします。



中央にファシリテータ瀬戸先生を囲んで、E チームの皆さん

◎「Excellent!」の素晴らしい効果

田村 僕は（医学部）卒後1年目に横須賀の米海軍でアメリカ人医師から習いました。すごく驚いたのは、彼らは教えるのがすごく上手なんです。何が日本と違うのかなと考えたときに、先ほどの「誰も意見を言わないカンファレンス」ですが、日本のカンファレンスって難しい質問が多いような気がします。その専門の先生が知っているような最先端のナンチャラとか。

ところが、アメリカ人は、誰でも答えられることをよく聞いてくれるんです。それがすごくいいなあと思っていて。今でも忘れられないのは、僕は1年間、週に1回当直をして、胸痛の患者さんが来ると、一緒に働いているアメリカ人の救急の先生が、僕が患者さんのところへ行く前に「Dr. タムラ、killer chest painを4つ言え」と言うんですよ。「心筋梗塞、大動脈解離、肺塞栓症、緊張型気胸ですよ」と答えると、「Excellent! 行ってこい」と。いや、Excellentって……(笑)。

これがすごいのは、毎週、同じように質問されて、3月の最後の当直でも、やはり同じことを聞かれたんです。「Dr. タムラ、胸が痛いといってすぐ死んでしまう病気を4つ言え」。そんなことはわかってる。「心筋梗塞、大動脈解離、肺塞栓症、緊張型気胸ですよ」「Excellent!」「そんなの当たり前ですよ。1年間やったからわかってますよ」と言いながらも、褒められて、嫌な気はしないんですね。

次の年から、日本の初期研修の病院に移ると、そのアメリカ人の先生はそばにいないのですが、僕は自分でつぶやいているんです。「ああ、胸痛の患者さん。心筋梗塞、大動脈解離、肺塞栓症、緊張型気胸。Excellent!」って(笑)。こういう教育を、もう少し日本に広めてもいいのではと思います。

僕は、母校の総合診療科に月に2回ほど外来の研修医指導に行きますが、学生や研修医に最初に言うのは、「僕らはたくさん質問するけど、答えられないことを心配しないでいいですよ」ということです。なぜかというと、「それはあなたができないからではなくて、あなたを今まで教えていた指導医が悪い、ということだからです」。それを、僕は海軍でいつも言われていて、だからいつも、安心して間違えることができたんですね。

そして、簡単な質問をたくさんしてあげることが大切です。簡単なことをどんどん聞くと、そのうちに彼らは、楽しく答えるようになるんです。もし「答えられないな」と思ったら、こちらから答えをサッサと言ってしまうんですね。「ああ、これは知らないんですね。こうこう、こうなんですよ」と。そうやって1日、何度も簡単な質問をしていると、学生や研修医は本当に喜んで帰ってくれて、あとでアンケートを見せてもらうと、「他の科では、毎日毎日、『できない』『知らない』というつらい思いをして、一生懸命勉強して次の日に行くと、また知らないことを怒られてつらかった、そういう毎日だった」と。ところが、僕が総合診療科で、毎日答えられるようなことばかりたくさん聞いてあげると、彼らは自信をつけてくれて、「毎日すごく楽しく勉強できた。いろいろなことを教わった」と言ってくれるんです。

日本のカンファレンスでもったいないと思うのは、何か間違ったら叩かれるカンファレンスで(笑)、それは悪しき風習で、アメリカ人は皆とは言いませんが、後輩を教えることもエンターテイ

ンメントにしているんですね。これは僕らが見習いたいと思うことで、それは難しいことではないんです。学生や研修医が答えられる質問をいっぱいあげると、彼らは本当にワクワク、ウキウキしてくれるんじゃないかと思います。

山中 素晴らしいお話でした。ありがとうございます。

平島 田村先生と働きたい！

◎ 恥ずかしさの殻から、どう脱する？

フロア 私は今医学部の6年生です。学生側としても、受動的ではなく、能動的にカンファレンスに参加していかなければと思っているのですが、皆が「シーン」としている中で、自分の発表を聞かれているのがすごく恥ずかしいし、間違えたら自分の知識不足を露呈してしまい、それもまた恥ずかしいし。勉強すればいいのですが、正直どうやって勉強すればいいのかもわかっていない段階で、その恥の気持ちといいますか、その殻をどう破っていけばいいのか、先生方はどう改善されてその殻を打ち破っていったのかについて、ぜひ教えてください。

山中 ありがとうございます。どういうふうにやればいいでしょうか？ 森川暢先生、お願いします。

森川 恥ずかしいということは、次第に何とかなっていくというか……。

僕は医者1年目のある診療科をローテーションしているときに、適応障害のような状態になりました。上司の先生から言われた通りにやるのがどうしてもできず、やたらと遅くまで残ったりしていました。1年目の最初は本当につらいですが、それでも何とかやっていると道が拓けてくるというか。自分も今もまだ知識も全然ないのですが、それでも目の前のことをやっていくうちに、それをポジティブに捉えて、もし知らなかったら、「自分が知らないのはラッキー！」と、「新しい知識を得ることができた」と、ポジティブに考

えて対応していくと、いつの間にか道が拓けるのかなと思います。

山中 ありがとうございます。

僕は、注意していることがあるのです。やはり雰囲気づくりが大事と思うので、「間違えても大丈夫！」みたいな感じで、カンファレンスではお菓子や飲み物を用意しています。そして当てる順番も大事で、学生だったら低学年から、4、5、6年生、そして研修医の1年目、最後に研修医の2年目という順番で、手を挙げて意見を言ってもらい、それ以上の先生には当てない（笑）。たとえば研修医が間違えたことを言って、そのあとで出来のいい学生が正しい意見を言うと、次から研修医は来ないですね（笑）。そういうことが起こるので、雰囲気づくりと当てる順番には注意しています。その他、どなたかありますか？

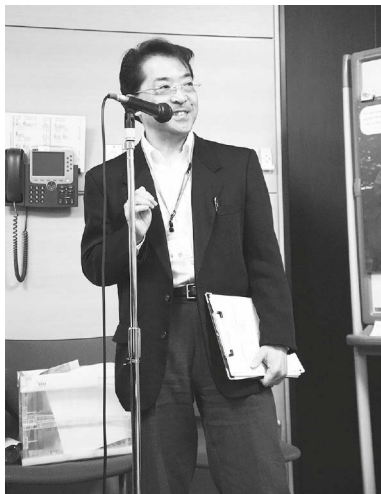
フロア 先ほどの「恥の殻を打ち破る方法」ですが、僕もすごく関心があって。実際自分も経験し、その中から2点お伝えします。1つ目は練習です。何回もやると慣れるということです。2つ目は、もし「恥ずかしい」と思って意見したとしても、次の日になったら、そんなことは皆全く憶えていないものです（笑）。それは自意識過剰なだけで、いつでも遠慮なく手を挙げ、質問していったらいいと思います。

山中 貴重なご意見、ありがとうございます。

それではファシリテータの瀬戸雅美先生、Eチームのまとめをお願いします。

Eチームのまとめ

瀬戸 今日はオスラー先生の勉強会ですので、オスラー先生のおっしゃるように、医学生も研修医も、まずはベッドサイドで患者さんの病歴を聴いて、自分で考えて、指導医はそれを決して批判しないで、よい雰囲気の中でディスカッションする。一緒に患者さんに寄り添い、興味をもって面白がって、「医学はこんなに素晴らしいんだよ！」



まとめの発表をする E チームのファシリテータ
瀬戸先生

という医の神髄を伝えることが、一番根本の重要なことかと思います。

山中 ありがとうございます。

中野 今のお話を受けて感じたことですが、研修病院や大学などの教育病院では、指導医が好奇心をもって、診た症例に対して、「楽しい！」とか「面白い！」ということを、学生さんや研修医と共有するのが大事だと思います。

たとえば、この前診た患者さんは、非代償期の肝硬変でした。足はむくんでいるし、羽ばたき振戦がある。手掌紅斑や vascular spider もある。学生は、教科書ではこういう所見があるというのは知っているけど、実際の患者さんを診たことがないので、実感が湧かないのです。ベッドサイドで患者さんの話を聞き、所見を 1 つ 1 つ取りながら、「あ、こんな所見がある！」と感動することが大切です。たった 1 人の患者さんから、ものすごく多くを学ぶことができる。この“感動”を指導医が学生や研修医と共有することが、病院の教育のカルチャーを変える力になるのだと思います。

山中 中野弘康先生、ありがとうございました。他はよろしいですか？

フロア 僕は医学部 5 年生で、医学生からのお

願いです。ここにいらっしゃる先生方は、「改善しよう」とか、「取り入れよう」という非常にポジティブなマインドをお持ちです。ぜひ、他科の先生方にも働きかけていただきたいのです。実際に、先程の吊し上げみたいなことがあったりして、「答えはなぜ、それだけなの？」と責められるように言われることもあります。僕自身も、学生側がもっと切磋琢磨して変えていかなければならないと思うのですが、しかしそのハードルはとても高いです。この会場には、管理職の先生方も多いと思うので、今後学生がより参加をして楽しい実習になるよう、ぜひ、他科の先生への働きかけをお願いします！

平島 全国いろいろな病院で、「Excellent!」って言い合う文化、ぜひこれから広めていきたいですね！（大拍手）

山中 ありがとうございます。E チームの皆さんに、大きな拍手をお願いします。（拍手）

* 次回は F、G チームのディスカッション内容を掲載予定です。どうぞお楽しみに！

文献

- 1) 平島修, 徳田安春, 山中克郎: こんなときオスラー『平静の心』を求めて. 医学書院, 2019.
- 2) 矢吹拓 (編): 特集「しまった! 日常診療のリアルから学ぶエラー症例問題集」. medicina 56(5): 575-731, 2009.
- 3) William Osler (著), 日野原重明他 (訳): 平静の心—オスラー博士講演集 (新訂増補版). 医学書院, 2003.
- 4) 徳田安春: 「診断エラー学」のすすめ. 徳田安春 (編): 症候別 見逃してはならない疾患の除外ポイント—The 診断エラー学. pp2-17, 医学書院, 2016.
- 5) Croskerry P: The feedback sanction. Acad Emerg Med 7(11): 1232-1238, 2000. PMID 11073471
- 6) 公益社団法人 日本小児科学会ホームページ: Injury Alert
<http://www.jpeds.or.jp/modules/injuryalert/>
※ URL は 2019 年 5 月 11 日閲覧