

## 科学研究費助成事業（科学研究費補助金）研究成果報告書

平成24年 5月29日現在

機関番号：12601

研究種目：基盤研究(C)

研究期間：2009～2011

課題番号：21590757

研究課題名（和文） 症例プレゼンテーションを用いた臨床推論評価方法の確立に関する研究

研究課題名（英文） Research for Establishing a Clinical Reasoning Assessment Method Using Case Presentations

研究代表者

大西 弘高 (ONISHI HIROTAKA)

東京大学・医学教育国際協力研究センター・講師

研究者番号：90401314

研究成果の概要（和文）：臨床推論能力を評価するために、症例カンファレンスなどで日常的に利用されている症例プレゼンテーションをシステマティックに評価する方法を考案した。医学生、研修医に対して実際に指導医に利用してもらうと、指導の質が改善した。また、研修医の方が医学生よりも高い評価を得ており、妥当性も一部示された。各研修医が30人程度の患者を診療してもらうと、測定誤差がかなり小さくなることが明らかとなった。

研究成果の概要（英文）：We developed a systematic assessment method for clinical reasoning ability using case presentation used in case conferences every day. After teachers used this method to medical students and residents, they felt training quality was improved. Validity is partly proved because residents marked higher score than medical students. If a resident is assessed by approximately 30 teachers, measurement error becomes small enough to make summative decision.

交付決定額

（金額単位：円）

	直接経費	間接経費	合計
2009年度	1,100,000	330,000	1,430,000
2010年度	1,200,000	360,000	1,560,000
2011年度	1,100,000	330,000	1,430,000
年度			
年度			
総計	3,400,000	1,020,000	4,420,000

研究分野：医学教育学

科研費の分科・細目：内科学一般（含心身医学）

キーワード：総合診療，臨床推論，学習者評価，臨床実習，卒後研修，症例提示，信頼性，妥当性

## 1. 研究開始当初の背景

個々の医学生や研修医の臨床推論を伸ばすためには、臨床現場での経験が必須であることは間違いない。また、回診やカンファレンスが学習の場となり、症例プレゼンテーションが学習の活動となることも自明のことだろう。2004年に必修化された初期臨床研修においても、症例提示は重要な目標の一つと

位置づけられており、その重要性は十分認識されていると思われる。

ただ、症例プレゼンテーションが臨床推論の学習になぜ重要なのかについては、明確に記載されたのは大西（2008）の総説が最初である。それまでは、症例プレゼンテーションの目的はチーム内での情報共有であるとされていた。ただ、現場において指導医に対し「医学生や研修医の臨床推論能力を判断す

るにはどのようにされていますか」という質問をすると、どのように判断しているのかについて学問的な裏付けを持って議論はされていないものの、多くの場合「症例プレゼンテーションを聞けば判断できる」という回答が返ってくる。大西（2008）は、このような現状を踏まえて臨床推論の評価のために、症例プレゼンテーションを用いる方法の試案を示しており、本研究は、その試案の検証を目的とするものである。

臨床推論に関しては、海外において40年にも及ぶ研究実績がある。Elstein & Schwarz（2002）は、臨床推論の研究に関し、臨床疫学やevidence-based medicineの規範を用いて議論したものを臨床決断（clinical decision making）、それ以外の現実に行われている認知活動や学習に関して議論したものを臨床問題解決（clinical problem solving）と分類している。わが国では、臨床決断に関する研究では、福井（1988）、野口&福原（2008）などが知られている。一方で、臨床問題解決に関する研究は、わが国では大西が2005年より様々な総説をまとめているに過ぎない。

臨床問題解決は、患者の状況、症状、所見をどのように問題表象に結びつけるか、予めどのような知識構造を構築すべきか、情報収集はどう進めるべきかといったプロセスに関連している。一方、臨床決断は問題表象をどのように評価すべきか、治療やマネジメントに移ってよいかを吟味するプロセスである。「問題表象」という概念は、「患者の情報から大まかに問題点を把握し、頭の中に浮かんだ像」というような意味だが、Bordage（1999）などによって近年理解が進むようになった。医学生や研修医の頭の中でどのように問題表象がなされているかを分析することで、臨床問題解決の能力向上の方法が明らかになることが期待される。

問題表象を評価するためには、臨床推論のプロセスについて医学生や研修医に話してもらう必要がある。症例プレゼンテーションは、日常的に行われている診療活動兼教育活動であり、指導医はこれを評価に使えるとも感じているため、後は明快な方法論が開発できれば実施に移せるだろう。

以下の表は、症例プレゼンテーションによって臨床推論能力を評価し、指導医からフィードバックするためのモデルである。これは、臨床経験や教育学的理論を基に大西が開発したものであり、本研究の目的は、このモデルを検証することにある。特に、第1～3段階においては、内容をきちんと網羅することに重きを置いているが、第4段階以降では、その内容を要約する方向に進む。従来は、医学生は網羅的なプレゼンテーション、研修医も2年目ぐらいになれば要約してよいとい

うような曖昧な基準で指導していたが、このモデルを利用することにより、個別にプレゼンテーションの方法を段階的に指導できるようになるだろう。

表. 医学生や研修医の臨床推論能力に応じた症例プレゼンテーション向上の段階モデル

	プレゼンテーションの状況	プレゼンターの臨床レベル
第1段階	症例プレゼンテーションを構成している症状や所見の情報自体の定義や信頼性に問題がある。	医療面接や身体診察の基本ができていないため、症例プレゼンテーションを聞いていると整合性のない部分がある。
第2段階	症例プレゼンテーションに不可欠な臨床情報が列挙されていない、情報の順序がばらばらであるなどの理由で、聴衆に症例の全体像が十分に伝わらない。	現場の指導医に要求されている臨床情報が把握できていない、型通りに臨床情報をまとめられない。
第3段階	症例プレゼンテーションに不可欠な情報は網羅されているが、鑑別診断を十分考慮した構成にはなっていない。	患者の情報の連絡役は果たしているが、自ら問題点の全体像を把握し、解釈することはできていない。
第4段階	鑑別診断はある程度できているが、その鑑別診断に必要な陽性・陰性の症状・所見が十分には盛り込まれていない。	症状や所見の情報を得る際に、患者の全体像や鑑別診断との十分な関連づけができていない。
第5段階	鑑別診断と共に、必要な陽性・陰性の症状・所見が盛り込まれている。	症状や所見の情報を得る際に、患者の全体像や鑑別診断との関連づけができていない。

## 2. 研究の目的

上の表で示した、医学生や研修医の臨床推論能力に応じた症例プレゼンテーション向上の段階モデルに関して、(1)現場での受け入れ、利用、有用性、(2)評価法の信頼性・妥当性はあるのか、の2点に分けて検証すること。

## 3. 研究の方法

### (1) 医学生に関して

佐賀大学医学部附属病院総合外来にて、医学部医学科5年次生に対して実施されている2週間の実習中に、看護師によるトリアージの後に医学生が初診患者に医療面接、病歴聴取を実施する。その後、医学生は10分ほど情報を取りまとめ、それぞれの外来指導医に対して症例プレゼンテーションを行う。

外来指導医は、症例プレゼンテーションを聴き、医学生の理解度を確認すると共に、評価をし、評価のレベルに応じたフィードバックを行う。評価の仕方については、主任、または分担研究者が指導医に対して標準化さ

れたプロトコルを説明すると共に、ワークショップにて練習してもらう。

## (2) 研修医に関して

佐賀大学医学部附属病院と、石川県にある城北病院の2年目研修医が、それぞれ総合外来、内科外来において初診患者に医療面接、病歴聴取を実施する。その後、研修医は情報を取りまとめ、それぞれの外来指導医に対して症例プレゼンテーションを行う。評価やフィードバックについては、医学生と同じ。

## (3) 対応患者数について

医学生に関しては、佐賀大学医学部附属病院での実習の都合上、1名の医学生が1~10名程度の患者に対応する。研修医においては、数ヶ月程度の研修期間に応じて、各研修医が数十名を目標に患者に対応する。

## (4) 解析について

それぞれの医学生、研修医に対する評価に関して、信頼性係数を求める。その際、一般化可能性理論 (generalizability theory) を用いる。

統計解析に関しては、SPSS ver 20.0 を用いる。

## 4. 研究成果

### 平成 21 年度

佐賀大学医学部附属病院総合外来にて2009年6月~2010年2月に医学部医学科5年次生71名が受けた初診患者診療実習にて、指導医が研究対象としている評価手法を使って学生を評価した。各学生は、2週間の実習期間において1~10名の初診患者と医療面接を行い、メモに簡単にまとめた後、担当プリセプターに症例プレゼンテーションするよう指示された。担当プリセプターは佐賀大学医学部附属病院総合診療部の教員か所属医師であり、発表者が実施した評価方法に関するワークショップを受けた。学生のプレゼンテーションを聞いた直後、担当プリセプターは5段階のスコアを付け、学生にスコアを伝えることなくフィードバックした。信頼性は5人以上の患者を診た学生52名のみを対象とし、一般化可能性係数によって求めた。研究計画は佐賀大学医学部の倫理審査にて承認を受けた。延べ396症例のプレゼンテーションが行われ、平均は3.21で、3(情報は網羅されるが鑑別診断は考慮されていない)の評価が71.7%になされた。1週目と2週目ではそれぞれの評価の平均に差はみられな

かった (U-test,  $p=0.14$ )。一般化可能性係数は0.64、学生による分散は全体の4.6%、教員による分散は全体の31.8%であった。教員によるバラツキの要因として、訓練不足、評価者に内在するstringency and leniency、患者を診る直前のワンポイント指導の差異が指摘された。

### 平成 22 年度

医学生や研修医の臨床推論能力に応じた症例プレゼンテーション向上の段階モデルは、佐賀大学附属病院総合外来における医学部5年次生に対する臨床実習において平成21~22年度に実際の指導に利用された。医学生は、実際の患者に対し指導医の監督の下で病歴聴取を行った。その後、医学生はメモに簡単にまとめた後、指導医に対して1~2分で症例プレゼンテーションする。これを予め決めた評価基準により指導医が5段階に評価した。評価法に一定の信頼性があることは平成21年度に確認されたため、平成22年度は現場で指導医がどのようにこのツールを受け入れるか、評価として妥当かの2点について、指導医に対するインタビューによって確認した。

まず、この評価法により、鑑別診断と病歴聴取・症例プレゼンテーションが連動し、総合外来での鑑別診断に関する学習が促進されることが明確となった。このことから指導医はいずれも、この評価法は妥当と受け止めていた。一方、既診例、診断が目標でない例(健診異常など)では評価がしにくいことこの評価から除外した方がよいこと、評価に伴う指導手順の標準化をすべきこと、評価による学生の心的外傷の防止策が必要なことも示された。さらに、評価の観点に残る曖昧さ、学生間の差の際立たせ方は、検討が必要である。さらに、今回の研究は、大学病院でのみ実施されたが、この場の特殊性から生じる限界が大きい点にも注意が必要である。

### 平成 23 年度

継続して、佐賀大学附属病院総合診療部にて、医学部6年次生に対する、外来症例の症例プレゼンテーションを用いた臨床推論評価が行われた。その際、指導医がこの方法を用いることで様々な利点を感じていることが分かったため、指導医に対する深層インタビューを行い、評価、指導の二つのカテゴリーに関して、ポイントが明確となった。評価については、「観点の難しさ」、「学生間の差を表せないスケール」、「臨床推論以外の評価」、「症例の難しさによる除外規定」といった今後の課題が明らかとなった。また、指導については、「手順の明確化の必要性」、「実習の

場としての大学病院の限界」、「内科領域以外の診断」といった課題が明らかとなった。

城北病院では、初期研修中の研修医に対し、定量的な評価を行った。研修医数は3名、指導医が7名、延べ111症例に対し、5段階の5が41%、4が48%であり、平均は4.17であった。一般化可能性係数が0.71と、一定の信頼性を示す値となった。症例の難易度は指導医によって容易、普通、難の3段階に分けられ、有意差はなかったものの、難易度が簡単な方が症例プレゼンテーションの評価点が高くなっていった。佐賀大学医学部6年次生のデータは、3.21であったため、研修医の方がはるかに高い値を示すことも示された。

症例難易度とスコアの関係、医学生と研修医のスコアの違い、スコアの一般化可能性係数といった諸条件において、症例プレゼンテーションによる評価の概念モデルは妥当な変化をとっている。各研修医が30名程度の初診患者を診て、その症例プレゼンテーションを指導医が評価することで、一定の妥当性のある評価が可能と言える。

#### 5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[雑誌論文] (計18件)

1. Lambert Schuwirth, Jerry Colliver, Larry Gruppen, Clarence Kreiter, Stewart Mennin, Hiroataka Onishi, Louis Pangaro, Charlotte Ringsted, David Swanson, Cees Van Der Vleuten, et al. Research in assessment: consensus statement and recommendations from the Ottawa 2010 Conference. *Medical Teacher*, 査読有り, 33巻, 2011, p. 224-233, DOI: 10.3109/0142159X.2011.551558
2. Marita Fadhilah, Yasutomo Oda, Sei Emura, Tsuneaki Yoshioka, Shunzo Koizumi, Hiroataka Onishi, Takanobu Sakemi. Patient Satisfaction Questionnaire for Medical Students' Performance in a Hospital Outpatient Clinic: A Cross-Sectional Study. *Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 査読有り, 225巻, 2011, p. 249-254, [https://www.jstage.jst.go.jp/article/tjem/225/4/225\\_4\\_249/\\_pdf](https://www.jstage.jst.go.jp/article/tjem/225/4/225_4_249/_pdf)
3. Risahmawati, Sei Emura, Tomoko Nishi, Shunzo Koizumi. Japanese Resident Physicians' Attitudes, Knowledge, and Perceived Barriers on the Practice of Evidence Based Medicine: a Survey. *BMC Research Notes*, 査読有り, 4巻, 2011, p. 374-378, <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/4/374>
4. 内海美保, 大西弘高, 山岡由美子. 6年制薬学教育における初年次教育の新しいカテゴリ: 振り返りシートを用いたライフスキルの解析. *医療職の能力開発*, 査読有り, 1巻, 2011, p. 27-34, [http://www.asas.or.jp/jsish/11\\_img/jjohpd01\\_01g.pdf](http://www.asas.or.jp/jsish/11_img/jjohpd01_01g.pdf)
5. 大西弘高. 臨床実習の改善に向けた枠組み. *言語聴覚研究*, 査読有り, 8巻, 2011, p. 22-30, HP無し
6. 大西弘高, 渡邊淳, 石川ひろの, 小田康友, 杉本なおみ, 守屋利佳, 吉田素文, 森本剛, 吉村明修, 阿曾亮子, 志村俊郎. 医学教育領域におけるランダム化比較試験の実施上の課題. *医学教育*, 査読有り, 41巻, 2010, p. 65-71, [https://www.jstage.jst.go.jp/article/mededjapan/41/1/41\\_1\\_65/\\_pdf](https://www.jstage.jst.go.jp/article/mededjapan/41/1/41_1_65/_pdf)
7. 大西弘高, 片山亜弥, 北村聖. インドネシアにおける医師の質改善に向けた改革: 卒前コアカリキュラムの改訂と医師免許制度の変更を通して. *医学教育*, 査読有り, 40巻, 2009, p. 279-284, [https://www.jstage.jst.go.jp/article/mededjapan/40/4/40\\_4\\_279/\\_pdf](https://www.jstage.jst.go.jp/article/mededjapan/40/4/40_4_279/_pdf)
8. 大西弘高. 聞き慣れない手法の解説: Clinical Jazz, Significant Event Analysis, ポートフォリオ. *総合診療医学会誌*, 査読有り, 13巻, 2009, p. 204-208, HP無し
9. 大西弘高, 飯岡緒美, 高田和秀. 患者教育に関する医療者教育をどう改善すべきか. *家庭医療*, 査読有り, 15巻, 2009, p. 46-53, [http://plaza.umin.ac.jp/jafm/journal/pdf/vol15no2/15\\_2\\_46.pdf](http://plaza.umin.ac.jp/jafm/journal/pdf/vol15no2/15_2_46.pdf)
10. 横林賢一, 大西弘高, 斉木啓子, 渡邊隆将, 錦織宏. ポートフォリオおよびショーケースポートフォリオとは. *家庭医療*, 査読有り, 15巻, 2009, p. 32-45, [http://plaza.umin.ac.jp/jafm/journal/pdf/vol15no2/15\\_2\\_32.pdf](http://plaza.umin.ac.jp/jafm/journal/pdf/vol15no2/15_2_32.pdf)
11. 大西弘高. 外来現場に役立つ臨床推論の考え方. *Modern Physician*, 査読無し, 29巻, 2009, p. 1338-1339, HP無し

[学会発表] (計48件)

1. Hiroataka Onishi. [Symposium for Research in Assessment] Types of Research. Ottawa Conference 2012. 2012. 3. 12, Kuala Lumpur, Malaysia.
2. Hiroataka Onishi, Clarence Kreiter. Inequality of concurrent OSCE flows.

- Ottawa Conference 2012. 2012. 3. 12, Kuala Lumpur, Malaysia.
3. Miho Utsumi, Hiroataka Onishi. Observation of patient-pharmacist role-plays revealing unspoken feelings: a new educational method for patient education to undergraduate students. Ottawa Conference 2012. 2012. 3. 12, Kuala Lumpur, Malaysia.
  4. 大西弘高. [シンポジウム 26] 臨床に活かす基礎教育—他職種との対話を通じた考察. 第 21 回日本医療薬学会年会. 神戸国際会議場 (兵庫県). 2011. 10. 2
  5. 大西弘高. [シンポジウム II] 今、なぜアウトカム基盤型教育? : アウトカム教育型教育の定義、および必要性. 第 43 回日本医学教育学会大会. 広島国際会議場 (広島県). 2011. 7. 22~23
  6. 大西弘高. [シンポジウム V] 教育研究開発の方向: 量的・質的混合研究: プログラム評価研究において混合法をもいた一例. 第 43 回日本医学教育学会大会. 広島国際会議場 (広島県). 2011. 7. 22~23
  7. 大西弘高, 北村聖. クリニカル・クラークシップ (臨床実習): ラオスでの臨床教育の改善: JICA による 3 年間のプロジェクトを終えて (第 2 報). 第 43 回日本医学教育学会大会. 広島国際会議場 (広島県). 2011. 7. 22~23
  8. 大西弘高, 仁田善雄, 森本剛, 田邊正裕, 北村聖, 福田康一郎. 基礎医学・生命科学教育、共用試験 (CBT・OSCE)、モデル・コア・カリキュラム: 共用試験医学系 OSCE の信頼性: 4 年間の解析. 第 43 回日本医学教育学会大会. 広島国際会議場 (広島県). 2011. 7. 22~23
  9. 大西弘高. 症例プレゼンテーションを用いた臨床推論評価方法の検証 (第 2 報). 第 2 回日本プライマリ・ケア連合学会. ロイトン札幌 (北海道). 2011. 7. 3
  10. 大西弘高. 韓国の国家試験の OSCE. 第 20 回医療コミュニケーション研究会. 愛知県産業労働センター (愛知県). 2011. 6. 5
  11. Miho Utsumi, Hiroataka Onishi, Yuichiro Sato, Yumiko Yamaoka. Status quo of laws and regulations on pharmacists for interprofessional collaboration in Japan. 6th Congress of the Asian Medical Education Association "Trends in Medical Education." Kuala Lumpur, Malaysia. 2011. 3. 23~26.
  12. 大西弘高. 医学教育と医療教授システム. 第 3 回日本医療教授システム学会. 学術総合センター (東京都). 2011. 3. 3~4
  13. Hiroataka Onishi. Quality assurance in student selection. The 3rd Jakarta Meeting in Medical Education (JAKMED). Jakarta, Indonesia. 2010. 12. 11~12
  14. 大西弘高. 医師臨床研修のあり方. 日本蘇生学会第 29 回大会. 栃木県総合文化センター (栃木県). 2010. 9. 10
  15. Hiroataka Onishi, Akiteru Takamura, Keiko Yano, Kiyoshi Kitamura, Ketsomsouk Boupavanh. Improvement of Undergraduate Clinical Education in Lao PDR: From central hospitals to provincial hospitals. Association for Medical Education in Europe (AMEE) 2010. Glasgow, UK. 2010. 9. 6~8
  16. 大西弘高. [パネル・ディスカッション IV] 医学教育におけるプログラム評価 - 新医師臨床研修制度の評価を例に. 第 42 回日本医学教育学会大会. 都市センターホテル (東京都). 2010. 7. 30~31
  17. 大西弘高, 仁田善雄, 犬塚裕樹, 森本剛, 田邊政裕, 北村聖, 福田康一郎, 医療系大学共用試験実施評価機構医学系 OSCE 実施小委員会, 医学系共用試験 OSCE に向けた学習活動と成績の関連性について. 第 42 回日本医学教育学会大会. 都市センターホテル (東京都). 2010. 7. 30~31
  18. 大西弘高, 神菊梨沙, 松岡紀之. 心臓病診察シミュレータイチロー用心音聴診独習ソフトウェアの開発 (第 1 報) 2 音の正常呼吸性分裂の聴取. 第 42 回日本医学教育学会大会. 都市センターホテル (東京都). 2010. 7. 30~31
  19. 大西弘高. [シンポジウム II] 臨床実習の考え方. 第 11 回日本言語聴覚学会. 大宮ソニックセンター (埼玉県). 2010. 6. 27
  20. 大西弘高. 診断推論を省察する. 第 23 回日本口腔診断学会. 日本大学松戸歯学部 (千葉県). 2010. 5. 29~30
  21. 大西弘高. 臨床推論と共感的コミュニケーションの関係. 第 17 回医療コミュニケーション研究会. ホテルアソシア名古屋ターミナル (愛知県). 2009. 12. 6
  22. Hiroataka Onishi. Medical education for professionalism. The 2nd Jakarta Meeting in Medical Education (JAKMED). Jakarta, Indonesia. 2009. 12. 4~6

23. 大西弘高. 「医療学習システム」の構築に関するラウンドテーブル・ディスカッション：診断推論過程で生じる過誤と、その回避に向けた医学教育. 日本医療教育システム学会. 日本橋プラザ (東京都). 2009. 11. 25
24. 大西弘高. [シンポジウムⅢ] Evidence-Based Education のための歯科医学教育研究のデザインと手法について：医学教育研究とは何か～日本医学教育学会医学教育研究開発委員会での取り組みを通じて～. 第 28 回日本歯科医学教育学会. 広島国際会議場 (広島県). 2009. 11. 6～7
25. Hirota Onishi. How does gain in medical knowledge affect rapport-building protocols medical interview? Association for Medical Education in Europe (AMEE) 2009. Short Communications: Postgraduate Education: Challenges. Málaga, Spain. 2009. 8. 29～9. 2.
26. 大西弘高, 横林賢一, 渡邊隆将, 齋木啓子, 藤沼康樹. ショーケースポートフォリオを用いた学習と評価：医療生協家庭医療学レジデンシー・東京での 3 年間の歩みの分析. 2009 年日本プライマリケア関連学会合同学術総会. 国立京都国際会館 (京都府). 2009. 8. 22～23
27. 大西弘高, 錦織宏, 北村聖. ラオス保健科学大学附属セタティラート病院でのクリニカルクラークシップの導入. 第 41 回日本医学教育学会. 大阪国際交流センター (大阪府). 2009. 7. 24～25

[図書] (計 10 件)

1. 大西弘高 (監修および編著). 病態生理学 DS (ソフトウェア ISBN 978-4-8404-3724-0). メディカ出版. 吹田. 2011
2. 大西弘高. 症例プレゼンテーションを活用した臨床推論指導の秘訣. 研修医指導の秘訣 2011: 指導医が知っておきたいポイントとよくある Q&A. pp135-144, 第一三共株式会社, 東京. 2011
3. 大西弘高. シミュレーション教育のプログラム開発. pp54-61. 日本医学教育学会教材開発・SP 小委員会編. 篠原出版新社. 東京. 2011
4. 大西弘高編集. 困りがちなあんな場面こんな場面での身体診察のコツ. 172 ページ, 羊土社. 東京. 2010
5. 大西弘高 (分担執筆). 症候診断トレーニング DS (ソフトウェア ISBN 978-4-

- 8404-3344-0). 症候診断トレーニング DS 制作委員会編. メディカ出版. 吹田. 2010
6. 大西弘高 (訳). 評価手法の選択. Dent JA, Harden RM 編著. 鈴木康之, 錦織宏監訳. 相野田紀子, 杉本なおみ, 足立拓也, 吉村仁志編. 医学教育の理論と実践 (原著第 2 版). pp358-368, 篠原出版新社. 東京. 2010
7. Sanjay Saint, Jeffrey G Wiese, Stephen Bent 著, 大西弘高訳. セイントとフランシスの病棟実習・研修ガイドー診察の仕方から業務のコツまでー. 544 ページ, 丸善株式会社. 東京. 2009
8. 大西弘高, 錦織宏, 雨森正洋. 患者に不適切な処方箋を出してしまった：自らのエラーへの対処法. 宮崎仁, 尾藤誠司, 大生定義編. 白衣のポケットの中：医師のプロフェッショナルリズムを考える. pp53-60, 医学書院. 東京. 2009
9. 大西弘高, 高橋賢史, 村井ひかる. 帰国を急ぐ海外駐在員が高熱を出して来院した：「会社の事情」というけれど. 宮崎仁, 尾藤誠司, 大生定義編. 白衣のポケットの中：医師のプロフェッショナルリズムを考える. pp116-123, 医学書院. 東京. 2009
10. 大西弘高. 臨床教育の理論における Question. 畑尾正彦編. 臨床研修指導医のための Question & Nice Answer. pp26-35, 第一三共株式会社. 東京. 2009

6. 研究組織

(1) 研究代表者

大西 弘高 (ONISHI HIROTAKA)  
 東京大学・医学教育国際協力研究センター・講師  
 研究者番号：90401314

(2) 研究分担者

江村 正 (EMURA SEI)  
 佐賀大学・医学部・准教授  
 研究者番号：90274589

小田 康友 (ODA YASUTOMO)  
 佐賀大学・医学部・准教授  
 研究者番号：60253621

(3) 連携研究者

なし