

○司会 それでは続きまして、平成 24 年度文部省公募事業における信州大学医学部と山梨大学医学部の取り組みの紹介とその成果発表に移りたいと思います。

発表者は 4 名いらっしゃいまして、4 名続けての発表となります。この 4 名の発表者の皆さんは、次のパネルディスカッションのパネリストとして再びご登壇いただきますので、その際に発表に関します質疑応答の機会を設けたいと思います。会場の皆さま、ご理解のほどお願いいたします。

では初めに信州大学医学部医学教育研修センター長、多田剛より発表いたします。

○多田 よろしく申し上げます。

信州大学はテーマ B の「グローバルな医学教育認証に対応した診療参加型臨床実習の充実」というタイトルの事業に応募して、採択されたところでございます。タイトルは「150 通りの選択肢からなる参加型臨床実習」です。

さて、臨床実習を見学型から診療参加型にするということに関しては、どなたにも異論はないところだと思います。けれども、実際にはなかなかできないという現実がございます。それをよく考えてみると、ソフト面とハード面に分けることができると私は思っています。ソフト面で言いますと、教員とか医師は今までずっと、明治からこの方、見学型で育ってきたものですから、いきなり診療参加型臨床実習をやってくれてと言われても、理念は分かってもやり方が分からないという大きな問題がございます。それから、もしそれが何か分かったとしても、今度はハード面ですけれど、大学病院自体がアメリカの何分の 1 の大きさしかありません。教員の数はもう 10 分の 1 以下、十数分の 1 しかないという状況で、彼らと同じことをやれと言われてもできるわけがございません。都会の大学だったら近くの病院に頼むことで、可能かもしれませんけれど、長野県は 10 医療圏に分かれていまして、学生が日帰りできるところっていうと、松本医療圏のみになってしまいます。

こういう状況でどうしたらいいのかということのを十数年前に考えまして、今日来てくださっています前医学教育センター長の相澤徹先生とも一緒に考えまして、私たちとしてはこういうことを考えました。

今までですと指導する先生がいて、学生たちは後ろにいてその先生の診療を見せていただく。学生たちに後で「君、ああだったけど、どうだね」って聞いて聞くと、大体学生は何も答えられない。それじゃ困るからと、実習中に系統講義のときに行ったような講義内容をもう 1 回レクチャーしてやると、学生は目の前にデマンドがあるもんですからこの時は一生懸命勉強します。今までの医師国家試験に合格するだけだったら、こういう方法の勉強で何も問題なかったわけですけれども、学生に診察する力をつけるためには、これだけでは到底足りないわけです。

どうしたらいいかっていうのを私たちも考えました。学生をばらばらにして、学生と医師が 1 対 1 だったら、このとき先生が学生に、「君だったらどう思うか」とか、「君だったらどういうふうに治療したらいいと思うか」と必ずきくと聞いてくれるだろうということで、信州大学では、学生と医療チームを

1対1でくっつけようという作戦を立てて進めました。

それで、平成19年ですけれど、1年半の臨床実習をやっていたときに、6年の3カ月間だけ従来と変えて、1コースを4週間に延ばしまして、1診療チームに1名だけで、実習先も、従来は大学病院中心だったんですけれど、それを、大学病院を含めて33病院に、1つの病院に1人とか、多いところは6人ぐらいとお願いして何とか病院に泊めていただいて、それで実習に行かせるというやり方で、1診療チーム1名という原則でこの実習を行いました。実習先は学生に自由に選ばせる作戦にしました。

これをやりましたら開始時からすごく評判よかったです。これは無記名のアンケートなんです。学生は記名で書かせると、うんとお利口さんなこと書くんですけど、無記名だと非常に辛辣なことも書いてくることあって、非常に正直に答えてくれるところなんです。これで、指導医と交流できたかという質問をしますと、ほぼ全員、うまくいったと言う。病棟実習もかなり満足高いものが得られました。外来実習に関しましてはまだ不十分などころはあるんですけれど、学生にいろいろ聞いてみたり、あるいはアンケートの自由記載の欄見てみますと、実際には実習中に外来では診療しなかったという学生が多くてこういうふうになっているようでございます。こういうふうに学生からの評判は非常にこの選択制臨床実習は良かったというふうに考えています。

かつ、地域病院の先生方にとってはどうかっていうと、病院長先生とそれから実際に教えてくれる先生ちょっと違うんですけれど、病院長先生から言わせると、院内の職員の意識が変わると。病院の職員がシャキンとすると行って、うんと喜んでいただいております。

それからもう一つは、病院に受診する患者の見る目が違ってくるんだというふうな声もよく聞きました。大学から来ている学生さんを教えている先生だということになると、今までと同じ先生なんですけれどそれまでよりもワンランク上がるというか、これがちょっと先生方には心地良いようなところがございます。

それから3つ目、これが一番の動力になっているんじゃないかなと思うんですけれど、実習してその病院とか医師とかが好きになるっていうか、自分の間尺に合うとそこに研修医師として行ってくれるということがあって、研修医として来てくれるならちょっと頑張ろうかということやってくれるということがございます。

こういう意識を生む原動力は、学生も嫌々行っているんじゃなくて、自分の将来の就職先の一つでもいいかなというような病院を選んで行くもんですから、すごく一生懸命やってくるというのが随分いいふうに回ったんじゃないかと思っています。

この話を医学教育学会なんかですると、「お前何言っているんだよ、そんなことないよ、それは信州大学が強くて、地域の病院を牛耳っているからだ。」っていうふうに言われるんですけれども、そんなことないんです。僕なんかもう相手の病院長は知っている先生、先輩ばかりで、お前何やってんだとよく怒

られてばかりなんですけれど、これは本当にこれうまくいっているんだなっていうのは実感しているところです。

その証拠の一つに、発足時 32 病院が受け入れてやるって言ってくれていたんですけど、今は 36 病院に増えている。うわさを聞いて、じゃあうちもやってやるっていうふうに言ってくれている病院が増えてきまして、県外の病院でもやってやる、山梨からも 1 病院がやってやるということで言っています。市立甲府病院です。新潟県の病院でも厚生連上越病院が加わってくださっているところ

です。

学生を診療に参加させる一丁目一番地は学生にカルテを書かせるということなんですけれど、これも結構反対があったんです。二、三年かかったんですけど、信州大学病院ではこういうふうに電子カルテ上で、学生が書いたところはこういう黄色地に記述を書くというふうなシステムにして、学生が書いた記述は全員で注意して、もし間違っているようなことがあったならば、そこで注意して直させるというふうにするっていうことで納得していただいて、かなり反対はあったんですけど、何とか大学病院ではカルテを書かせられるという環境を整えています。

それから、患者の同意をとらないといけないということもございます。全国医学部長病院長会議が示した提案ですと、あれは訴訟的には完璧ですけど、あれをそのままやっていたら大学病院も地域病院も診療が回らないという状況になります。それで私どもは、外来では口頭で同意を得る。救急では緊急だから、そんなことする暇はないということで必要ない。入院のときだけは、やり方は各科に任せているんですけど、全員に包括同意書をほかの同意書と一緒に事務の人に配ってもらって、5 日以上入院の人に限っては個別同意書っていうのをいただくことにして、それは主治医がちゃんと手術のときとか検査するときには、学生入りますよっていうのをそのときに承認をとっておくということで、統一した基準を作りました。

守秘義務という問題も有ります。学生に権限を与えて、患者のカルテを自由に見せるようにすると、以前は紙カルテの時代は全然そんなことなかったんですけど、今は ID とパスワードさえあれば、いろんな人のデータが全部自分のところで見えてしまうものですから、ちょっとここでは申し上げられないような困った事例もございまして、しっかり学生を教えないとまずいっていうことで、今かなり一生懸命、臨床実習前に教育しているところです。プライバシーを守ることに関しましては、誓約書を書かせまして、かつ臨床実習 1 回やるごとに病院のアクセスログを自分で取らせて、自分が変なことはしていない証拠を、ちゃんと証明した紙を自己申告で出させて、それでしっかりと学生の守秘義務を病院の職員と同じようにやるというふうなシステムを整えています。

平成 24 年に採択されて、27 年から始めますという約束でやっています。年次進行でやっています、今までの選択臨床実習の 3 コースのほかに、6 コース、5 年次の後期からということで、6 コースだけ

150通りの実習という、この150の意味は120人学生がいますので、最後の1人でも後の30から自由に選ぶようにということで「150通り」という名前をつけたんですけど、そういうコースを設けました。2年間のクラークシップを前半と後半に分けまして、後半はしっかりした国際水準の実習をやりましょ、前半は従来型、突然急に変えるわけにいきませんので、従来型を行いまして、さらにこっちはこっちになりにもた参加型臨床実習に変えていくっていう作戦で信州では進めております。

どのコースを選んでも学生に魅力あるようにということを念頭に置きまして、例えば、松本平中心のコースとか、県内病院を広く渡り歩くコースとか、内科全科を実習したい勉強したいんだっていう学生がデマンド多いものですから、内科の専門診療科を重点的に回るコースとか、あるいは数カ月間、今ヨーロッパのある大学と4カ月間学生交換して4カ月間研究実習で行ってくるというようなシステムをスタートしたところなんですけれど、そういうニーズにも応えられるような、あるいは基礎研究もできるようなというようなコースも設けて、自分がやりたいと思うコースを選べるっていうものを成績順に選ばせるということにいたしました。

成績の悪い学生に奨学金を出してやれという非常に難しい奨学寄付金がございます、その奨学金もここに使わせていただいて、経済的に苦学生に対しては、優先順位が低くなって県内のあちこち行かないといけない学生で、松本でアルバイトができなくなるっていう学生に関しましては、修学資金援助を設けるというようなシステムを作りまして、何とか学生に楽しんで臨床実習をやってくれるようにというふうなことを考えています。

ただ、ここに書きましたけれど、これまでよりもはるかに多くの病院のはるかに多くの指導医の先生から指導されるわけでございまして、てんでばらばらに指導されると学生も混乱してしまいます。そこで、評価を統一しないといけないということで、私どもで病院の先生方にも加わっていただいて大学から60名、各病院から60名の先生方に来ていただいて、28診療科、学生が行く診療科全ての到達目標を決めました。そこでどういう医行為が必要かということも確認して、それで全部で5回行なったんですけども、こういうワークショップで新たな信州大学の基準を設けました。

こうやって大学医学部と、それから病院と協働で作業するわけですから、やはり協定書が必要だろうということで、病院長と学部長との間で協定書を締結していただきました。これが一番嫌がられたってどうか、診療科独自で学生派遣していただくっていうことは、もうやめるということにして、全て医学部のコントロール下にやっていただくというようなシステムにしました。

謝金についても、これは病院の先生方が来られていてちょっと本当に申しわけないんですけど、このシステムを作って、地域病院に行く学生の数が増えたものですから、で、大学の持ち金は変わらないもんだから、謝金の額は3分の1に減らさせていただいて非常に申しわけないところなんですけれど、そういうふうになっております。

こういう仕組みに参加してくださる先生、医学教育に興味のある先生っていうのは、いろんな勉強会を設けましたら、そこに参加してくださるのでいいわけですけど、学生たちが行く病院にはたくさんの先生方がいらっしゃいます。学生に余り興味ないけれど、でも教えることになったっていう先生方にしっかりお願いしないとまずいだろうということで、医学教育センターでは出張医学教育FDという名前をつけて、この4年間で数えましたら95回病院にお邪魔して、大体36病院、大学病院を入れると37ですけど、36病院中に常勤の医師は1937名いるんですけど、1回目で889名参加、2回目も865名、3回目が748名と、大体全勤務医の4割ぐらいの先生方にお話聞いていただいて、今、大学っていうふうにやっているんだ、医学教育をこういうふうにやらないといけないんだ、ぜひお願いすると一生懸命お願いしてしまっていて、これも一つ、うまくいく原因になっているのではないかとこのように考えています。

先ほど申し上げたように、どうしても評価を一定にしないとまずいということで、この採択受ける时候にもポートフォリオを用いて評価したほうが良いというアドバイスいただいたものですから、私たちも評価のためのポートフォリオというのを作ることにしました。ただ、ポートフォリオという字を前面に出しますとみんな引いてしまうものですから、私どもが考えたのは2つの方法で、学習レポートという名前の、自分がその症例で何を勉強したかっていうのを書かせるというレポートと、それから行動レポートという名前をつけたんですけど、自分がその診療チームに入って患者さんとか家族とか、あるいはチームの人から何を学んだかっていう、この2つのことをレポートで書かせる。A4で二、三枚なんですけれど、そういうものを書かせるというシステムをとっております。

例えば、評価基準ですね、たくさんの先生が大学で評価しますので評価基準を一定にするということで、それはルーブリックという名前ついているんですけど、提出レポートの評価基準票を作っております。先ほどの学習面の基準でいうと5つぐらいあるんですけど一つご紹介すると、根拠に基づいて正確な考え方で書いてあるか、ほぼ正確だけど本当にこいつわかっているのかなっていう感じ、それから、これは完全にこれカルテ写したなという、それぐらいの判断基準だったら皆さん統一できるんじゃないかというようなことで学習面の基準を作っております。

それから行動レポートというのもあります。これが秀逸でございまして、これを読むと学生がどれくらいその病院で診療チームに参加していたかすごくよくわかるんです。例えば「優」になるようなのはどんなのがあるかという、先生はこういう考え方だった、診療チームのナースとかリハビリの技師の人はこういう考え方だった、自分はこういうふう考えた、だからどうだったというようなことを書いてくる学生もいまして、それは、よくやったなという感じがいたします。「可」というとどんなのかというと、1日1回はおしゃべり患者さんとしたんだね、先生からいろいろ話聞いたんだね、看護師さんとも話したんだねという程度のものしか書いてないと「可」っていうような感じになるかな。これには

うそは書けませんので、書いてないっていうのもあって、そういうのは「不可」だっていう。こういうふうなルーブリックというやり方で今判定をするようにしております。

4週間の実習ですので、1週目には、過去どんな勉強をしてきたかっていうのを指導員に見せて見てもらおう。2週目には、行動レポートを大学に提出しなさい。3週目には、自分がどんな症例を勉強したのかを大学に提出しなさい。最終日、大学に戻ってきたときは、担当してくださった先生方に評価票というのをお配りして、それに、この学生どうだったかというのを評価していただいているんですけど、今までは学生が渡して、その目の前で採点していたから、みんな「優」だったんです。それだとまずいっていうんで、これは病院の先生方から依頼されたことなんですけれど、見せたくないっていうふうな先生方も多いものですから、封印して封筒に入れて大学に渡すようにというふうなシステムに変えました。

それで最後に、この後どうだったかっていうことを大学で教員と振り返るといようなシステムで今やっております。そのときに、私どもは医学教育研修センターの教員も1人数人ずつ見て、対象学生は、予定外の学生、外科に行く予定が内科の患者さんだったとかっていう予定外の実習をした学生と、それから前回の評価が封印してありますので、非常にこれも正確に出てくるんですけど、CあるいはF、だめっていう学生だったっていうようなものについては、どっちかわからないようにして、ちょっと医学教育センターへおいでということで指導するようにしています。卒業間際になって、この学生はここでもだめだった、あそこもだめだった、あちこちだめだったというのが卒業判定のときに分かるんじゃないかと、実習が始まって二、三カ月したら、この学生についてはちょっと注意しないとまずいと我々のところに知らせがくるっていうようなシステムができて、これは非常によかったと思っています。

2年間の臨床実習をだらだらとやってしまうとまずということで、中間にしっかりした総括的な評価をすることにいたしました。OSCE、CBTにならしまして、5年生のときにmid-term OSCEという勝手な名前つけたんですけども、mid-term OSCEと、それから5年生の総合試験をやりまして、しっかりと評価するようにしております。実際に春に進級できなかったという学生が数人いたと思います。しっかり評価しているところでございます。

この臨床実習が終わったときにも、やはり今までの評価、各診療科でもらってきたS、A、B、C、Fを点数化しました。それを得点のヒストグラムにしてみたんですけども、これで見ると、きれいな正規分布ではないんですけど、かなりしっかりした評価ができて、ここら辺の学生はちょっとまずいぞということで総括的な評価を、臨床実習ですけれども、たくさんの教員が見るんですけども、しっかりした評価ができてきているんじゃないかなと考えているところでございます。

こういう学習制度を変えると、卒業生が残らなくなるというのが、本学の卒業研修センター長から聞いているところで、ちょっと怖かったんですけど、平成19年にこの選択臨床実習を始めまして、平成

27年から始めて8年度、初めて卒業生出たんですけど、長野県内で働く研修医の数で見ますと、そんなに変わらずというか漸増でいてよかったなと思っているところでございます。

例えば具体的な名前を挙げると大町病院さんとか木曽病院さんとか富士見高原病院さんとか、病院の規模からすると非常に小さな病院なんですけれど、学生をかわいがってくれるものですから、そういう病院には研修医が行くというような現象が出ていまして、非常に喜ばしいというふうに考えているところでございます。

まとめますと、学生時代に診療参加型臨床実習をしてない医師でも、1対1なら臨床推論をちゃんと指導して、クリニカルクラークシップ、国際水準のクリニカルクラークシップができますよっていうことと、それからポートフォリオとルーブリックを導入して、他施設にまたがる臨床実習でもしっかりした振り返りとか評価ができるようになりましたということをご報告させていただきます。

ありがとうございました。