

「基礎・臨床を両輪とした医学教育改革によるグローバルな医師養成」
～150通りの選択肢からなる参加型臨床実習～
外部評価委員会

平成28年度外部評価委員会議事録
開催日 平成28年11月18日（金）

【出席者】

▼外部評価委員（50音順・敬称略）

- ・井上 憲昭（富士見高原病院 統括院長）
- ・大和 眞史（諏訪赤十字病院 病院長）
- ・金子 源吾（飯田市立病院 病院長）
- ・久保 恵嗣（長野県立病院機構 理事長）
- ・齋藤 宣彦（医療系大学間共用試験実施評価機構 副理事長） ※委員長
- ・藤井 秀樹（山梨大学医学部附属病院 病院長）
- ・吉澤 要（信州上田医療センター 院長）

▼本学担当者

- ・田中 榮司（医学部長）
- ・多田 剛（医学教育研修センター長）
- ・森 淳一郎（医学教育研修センター 医学教育部門長）
- ・清水 郁夫（医学教育研修センター 助教）

齋藤 先生方にはお忙しいところお集まりくださりまして、ありがとうございます。信州大学医学部医学科の「基礎・臨床を両輪とした医学教育改革によるグローバルな医師養成」の、今回は最終評価の会議です。

まずは医学部長の田中先生からご挨拶を頂戴します。

田中 10月1日から新しく医学部長に就任しました田中と申します。今までは副学部長として出席させてもらいましたが、今日は医学部長ということで出席させていただきます。齋藤先生には東京からわざわざ来ていただいてありがとうございます。藤井先生も山梨からありがとうございます。ほかの関連病院の先生方におかれましては大変お忙しいところ御出席ありがとうございます。今年はこのプロジェクトの最終年度と言うことで、150通りの臨床実習を行った学生が今年卒業するということでございます。で、先日山梨大学とのシンポジウムをやって、学生さんの意見なんかを聞くと、このプロジェクト自身が目標としているところをよく理解してちゃんと実習できてる人が少なくとも沢山いると

いうことでした。実は違うかもしれないですけど、よく浸透して、メリットを最大限に活かすということをしている人が確認できたということで、大変に素晴らしいというふうに思っています。

もう一つ、予想外と言ってはあれかもしれないですけど、いろんな地域の病院で実施することによって今までマッチングの対象として選ばれていなかった病院にも、けっこう学生さんが、今年はマッチングであっているようです。そういう意味でも、地域をよく知って病院を選ぶという点では効果があるのかなというふうに思っております。本日はよろしくお願ひいたします。

齋藤 ありがとうございます。それでは、お配りしてある資料の確認をお願いいたします。

森 はい。資料の確認をさせていただきます。議事次第のほかに資料としまして「基礎・臨床を両輪とした医学教育改革によるグローバルな医師養成 150通りの選択肢からなる参加型臨床実習報告書2014」、それから外部評価シートとしまして、A3で少し横長の用紙があるかと思ひます。もしないようであればお申し出ください。そのほかに参考資料といたしまして、先ほど田中学部長から話がありました山梨との合同シンポジウムで使用した事業報告書、それからクリニカルクラークシップⅠ、昔はポリクリって呼んでいた1年目の学内のローテーションの冊子。クリニカルクラークシップⅡ、今度は青色の本になりますが、150通りの選択肢からなる臨床実習、その後の選択臨床の実習で使っている冊子をこういう形で配っています。

清水 それでは外部評価シートの順番に見ていきます。このシートですけれども、右側の3分の1くらいの所で、評価というような欄を設けてございます。もしよろしければ先生方には会議の進行しながら、評価について書き込んでいただければと思ひます。よろしくお願ひします。

それでは順番に、①から始めさせていただきます。①はFDです。今回のこの臨床実習に関しまして、昨年度までは出張FDということで各教育協力病院を巡回して、この実習の趣旨等々について説明をさせていただき、昨年度までで一定の成果を得ました。十分な指導員の数があれば今後も行いたいと考えていますが、今後は指導員のFDを中心に年に4回実施するというような形に変更いたしました。それで今年度につきましては四つテーマを、学生へのフィードバックとか、学生の学びの士気を高めるための重要項、あとカリキュラム、あと臨床実習で効果的な教え方というようなことを考えました。それぞれ、第1回と2回は8月と10月に実施しました。第3回につきましては齋藤先生をお招きしています。④番は3月に行う予定です。1, 2回で実施した分につきましては、それぞれ参加者からの良い返答を得られたと考えています。また教育協力病院さんからの追加での依頼を受けて、出張医学FDを実施いたしました。以上です。

齋藤 委員の先生方には評価をご記入いただけると時間が早くできるかもしれません。よろしくお願ひいたします。

藤井 20名とか10何名とかというのは、想定した人数ですか、参加者ですか、もっと少ない感じがしますが。想定している参加者の数というのは何名ぐらいで、それに対してFDに来た参加者というのはどうなんですか。

清水 事業内容のほうに少し説明させていただきましたけれども、5年に1回、生涯教育というような形で受けていただくというような形にしました。ですので、これまでに必要な数的には、必要な数の先生方、指導員というようになっていただけたかと思いますので、5年間のあいだに順次受けていただいたということで、お願いをしていきたいと考えています。そういう点ではこのぐらいの数が考えられると思っています。

森 ここに書いてあるFDは、比較的長時間をかけてやるFDというふうになっておりまして、どうしてもスタッフが割と濃密に参加者に関わる関係から20名ぐらいが1回の限度かなと思っています。25人ぐらいまで出してくると、申し訳ないですけども選抜をやらせていただくこともあると、そういうことでやらせていただいています。

藤井 この事業の5年間で、どれぐらいのFDをできるかという想定があって、それを5年で割るとこういう感じになると。

森 はい。で、そちらにつきましては報告書の105ページあたりを見ていただくと総数が載っております。短い、15分ぐらいのFDを含めると、実際には2500名という数字になっております。実質的にはそちらで稼いでいると、興味ある人についてはより深くやるという、2段階でやらせていただいております。

久保 FDを受け付けてないと、この教育協力病院にはなれないということですね。

森 なれないということではないのですが、極力、学生を送らせていただいている診療科に一人ずつ、やはりこういう資格を持っている方がいるというのが望ましいと今はしております。もうちょっと安定してくると、必ずいるという状態にできると思っています。

久保 実際にはFDを受けていなくて、150通りの臨床実習の学生さんを受け入れている病院もあるわけですね？

森 今はないですね。

久保 今はない？

森 今はないです。ただ、学生を直接担当している人が必ずしもこの資格を持っているとは限らなくて、その診療科には必ず一人いるというところまで今行っている状況です。

斎藤 時期が来ると先生方は異動が入っちゃうんですね。ですから、何回も同じことをやらなきゃならないということはいかがでございましたか。

森 そこが、2段階に分ける最大のメリットだと考えております。1段階目の比較的短時間のFDは少しずつ趣向を変えているが、比較的同じ話をさせていただいて、1年に4回やるほうは、そこから何かその年の中心とした話をするということをやっておりますので、毎回、毎回、同じ話を聞かなきゃいけないということには、積極的に参加するほうに関してはなりにくいと考えております。

吉澤 それはどのぐらいの時間やっていたのですか？

森 こちらは一日コースから 1 時間半コースです。一日コースというのは明日やる分で、カリキュラムプランニングを中心にするコースです。1 時間半コースという、今度は逆に例えば学生が来たときにそれに対してどういうふうにフィードバックをかけたらいいかとか、どういうふうにやるとより参加型臨床実習になるかとか、実際の現場に役立つようなものに絞ってやらせていただいているという感じになっております。

井上 指導医の FD への派遣はね、忙しくても予定がきちっと決まっていれば出せるんですよ。出そうと思えばね。だけど、基本的きちっと予定が決まって、例えば我々が教育病院であるとしたら、ころころ変わる先生は別として、A の先生は ABC とやっていて、B の先生はどこまでの教育を受けている、というのがきちっとそちらで管理してもらって、この先生にはここを覚えていただきたいとか、そういうの出してくれたって思うんですよ。毎回は困りますよ、年に 3 回だというぐらいだったら予定して出すこともできるんですよ。そういうシステムをとってくれたほうが、こちら、この人に来てもらいたいとか言ってくれたほうが、ありがたい。だれかというよりは。ただし 1 人の診療科は困るので、事前にだれそれにしてくださいとか、言ってもらえればそれはそれでできますからね。

森 わかりました。現状 5 年間に一度更新ということになっておりまして、4 年ぐらい経った段階でそろそろという御案内は出させていただく予定にしておりますが、先生おっしゃるように本当に一人だと何かあったときに大変ということなので、少しその辺を考慮して御案内を差し上げたいと思います。

齋藤 ほかにはどうぞございましょう。それでは次。

森 はい。項目の②番と⑥番と⑯番は、文科省に届け出るときはばらばらなんですけれども、比較的似たような形になっているので、まとめてご説明させていただきます。②番と⑥番と⑯番は、主に学生教員あるいは病院から意見を聞いて授業に取り込むという内容が様々な形から書いてございます。実際に私共としては、まずは臨床実習教育協力病院運営会議で先生方のご意見をいただくというのが一番オフィシャルな形になっておりますが、そのほかに特に春を中心に全ての病院に実際に実地ヒアリングに伺って、担当している先生方あるいはそこにいる学生方から話を聞くということをさせていただいております。ただ学生について言えば実習、一つのクール終了時に必ずちょっとした記載をさせているのと同時に、1 年間の最後にアンケートを取らせていただいて改善点というのを図っております。今年度につきましては、少しヒアリングの回数を増やそうということで、秋にも幾つかの病院をお邪魔させていただいて、これまで春 6 年生を対象にヒアリングを行っていたのを、その話を 5 年生まで広げて話を聞かせていただいているということをやっております。で、実際にそのヒアリングの結果、これまで、去年のこの会議でもお話が出ましたが、内科が学内に 5 科あるうち最大取って 3 科だったという問題を、4 科に増やすという対応をすることにしました。

それからポータルサイトにつきましては、ヒアリングをもとに適宜改善をするとともに、

例えばレポートの提出時期等につきましては、関連病院の先生方から外科では非常に不便だという意見が出ましたので、それに合わせて変更させていただいたりしております。

それから、これは必ずしも直接的なヒアリングとは関係ないんですけど、信州大学に関係しない病院の先生方の話も時々聞くに及んで、やはり臨床に対してはある程度内科は長い期間、それから腫瘍科についても2週間ずつのコマ切れにならないほうが良いというご意見もいただきましたので、その辺も今年少しずつ反映させていただきました。

そのほかに個別で各先生から、例えばまとめの日が予定の日と変わっているんだけどどうにか対応できないかとか、症例が思ったような症例と違ったんだけどどうすればいいかとか、そういったご質問等にも一つ一つ対応させていただいているという状況になっております。資料とかではなくばらばらにご説明させていただきましたが、基本的にはそういった形で学生あるいは先生方、病院の意見を取り込みながら事業を推進させていただいておりますということになっております。以上です。

齋藤 ありがとうございます。②番と⑥番と⑩番が内容的につながりのあることだろうと思います。ご質問・ご意見あるでしょうか。

金子 この項目を三つに分けたという何か特別な理由があるのでしょうか。説明を受けて、一つにまとめてやればというふうに、今話を聞いていて思ったのですが。

森 おっしゃるとおりなのですが、文科省の申請書に分けて出していて、長い年月のところに段々同じ所に終着してきたと、最終年度なので非常に似通った所に集まって来たということで、大変恐縮なんですけどこの文科省番号のまま今日の資料は用意させていただいているということになります。

齋藤 県内の病院以外では上越総合が入っていますね。

森 はい。

齋藤 あそこは副院長の先生が頑張っていますね。そういう方々からヒアリングのご意見が非常に貴重だと思うのですが、いかがでしょうか。

森 上越総合病院は今年については循環器内科に送らせていただきました。本学はシステムとして非常に高いレベルで実習が確立しているのではないかというご意見をいただいております。一方で、そのシステムに関わる学生の作業量が多いというのも他大学に比べて新しいというか、そういうことになっているので、そういった点を少し考えたらどうかというご意見もいただきました。

また、システムが整って実習をさせているので、ぽつと学生が行っても受け入れる側の心構えがあまり要らないということもございまして、来年度からは循環器内科以外にもできれば送ってほしいというご意見もいただいております。実際に来年の6年生につきましては少し診療科を拡大して学生を送ることを検討しているという状況になっております。

多田 今年はそうだったんですけど、来年度につきましては調整をしながら少し送る枠を拡大したいと思います。上越からは全ての科に送ってほしいと言ってもらっています。

久保 ちゃんとFDを送っていただいて。

森 はい。

久保 資格をしっかりとしたほうがいいと思うね。

多田 上越総合病院にもFDに行っています。で、甲府市立病院にも2回くらい行っています。

藤井 これは究極の形です。県外の病院にも協力していただいてやるというのは、本来一番やらなきゃいけないんだという形だと思います。で、信州大学は本当にいい病院いくらでも持っていますよ。県内に。だけど私たち山梨にはないので、3年前にお聞きしたときに、私たちにはできないと申し上げたんです。それは何かと言うと、県内で完結できないんですね。今、その上越とかに行かれています、その半数に我々も送りたい。今、信州大学のご出身の先生が、ということで聞いているけれども、本来の姿は信州大学の出身でなくても、そういう所へどんどん広げて行くというのが、最終的には姿だと思うんですね。それから、そこがどんなふうにもうまくいっているのかなって思うんですけど、私たちの所もやりたいんです。大きな病院もないし。

多田 大きな病院がないのは同じです。ぼくらのところも毎月一人二人ずつ送って、それでやってもらっています。おそらく、山梨は甲府市が県の真ん中であって、患者が甲府市に行きやすいからですかね。

藤井 ぱっと考えるだけでも公立の病院は七つしかない。たった七つですよ。それではもうちょっと無理なんで、逆に言うと長野県に入れたい。おそらく根本的に違う。私の所と信州は全然違うと思う。にもかかわらず外へ出しているわけじゃないですか、新潟とかね。それが我々にとっては必要だということです。

森 こうやってまとめると非常に順風満帆なのですが、個別の話でいくと例えばどこどこ病院のどこどこ科は全く信州大学と無関係なのに学生を本当に送るのかみたいな議論というのは時々大学内でも起こったりしております。例えば、具体的に言うと精神科病院でスタッフも医者が5人ぐらいしかいない所に、本当にどこまでお願いするかというのも、常に先方の病院との調整対象にはなっているという状況ではあります。

藤井 私たちも地域医療で出しているんですけど、先生言われたように、FDをしっかりとって本当に教育しておかないと出来ませんよね。

多田 よろしいですか？ それに関して申し上げますと、我々もポートフォリオというのを始めて、学生にポートフォリオ書かせて、それを見て評価するという態勢を取ったんです。そのポートフォリオを読めば、どれだけ診療に関与していたかというのが手に取るように分かるんですよ、本当に。これはいいなと思っています。僕も感慨ひとしおなんです。この方法を続けると、学生がだんだん先輩のを見て慣れてきますからどんなふうにもやればいいのかも分かってくるし、うまく回転できるんじゃないかなと思っています。

藤井 ポートフォリオには二つあるでしょ。

多田 はい。

藤井 ポートフォリオが逆に嘘だったりして。

多田 実は同じポートフォリオを何回も別の病院に出していた学生がいるんですよ。それは重ねるようにすると分かるんです。で、建前だけしか書いてないのは、これはだめだっ
て行って、もう不可にしています。だんだんすると、

藤井 もう嘘が書けない。

多田 書けない。

齋藤 今後に向けて、やっぱり大学の枠、そういうものはどんどん取り外して、例えば山梨の学生さんが長野県の病院に臨床実習に来られる、そういうことによってコンペティションがなくなるから、それは僕は大変かもしれないけれど信州大学さんが音頭をとって、例えば新潟の人が来てもいいでしょうし、群馬の人が来てもいいでしょうと、そういう考え方を推し進めていかれたらいかがであろうかと。

藤井 長野県としてはもう、そういう考えをしていただければ… (笑)。

齋藤 あそこの理事長は何何大学だとか、そういう考えは、もうどんどん崩していかなきゃいけない。特に地域医療をやろうとした各大学にみんないるわけですよ。いろんな所を知っているということはいいわけ。それを進められたらいかがでございましょうか。

井上 一つ、医師の少ない病院に来て、ほったらかしにされるというけれど、決してほったらかしにするつもりはないんですよ。基本的に。聞かれたら、きちっとこたえている。病院の医師らも来てくれることを非常に喜んでいるし、指導することによって自分のモチベーションも、もうお年寄りばかりになってきているから若い人のモチベーションが高まるんです。けれども、現実の仕事があるために、やっぱりその忙しい時間を外して来るとい
う相手側の姿勢がないとね。その一つ一つ、大きい病院のように付いてやるということが難しいんですよ。そこらの所の了解というか、どういうふうな形で学生たちが先生方との接点を持つとかいう、そこらが小さい病院としては難しい所だと思います。

森 先生がおっしゃるとおりだと思います。今年のFDのテーマの一つに、ものすごく分かりやすく言うと、医者が学生をほっぽり出しておいても学生がほっぽり出されていると感じないようにするにはどうしたらよいかみたいなテーマを持って、少しずつ皆様方のご負担が大きくなるような形で学生が積極的にやれるような方略を考えています。

藤井 だって井上先生が主張されているのは、山梨もそうだけど、小さな病院というのは忙しいんですよ。だからさっきのFDもそうですけど、我々とその病院の感覚は違うんだよということ、相当しっかり認識してやらないといけない。負担になりますから、地域の小さな病院はね。

井上 そういうことですね。来てくれるとモチベーション上がるんですよ、病院の先生の皆さん。

齋藤 そうしますと、“Entrustable”つまり学生が一人でできることを明らかにした上で学生さんをいろんな病院に出せば、もっともっと効果が上がるかもしれないということなんです。

それから僕は、外の病院の先生方というのは、本当にじつはご自分に時間があつたら学生

さんの面倒をみたいと思っていらっしゃる方がけっこう多いというふうに感じています。ただ、物理的になかなかそれができない。その対応策として何が一番いいのかということも、まとめてご覧になるといいと思いますね。その出張FDのときに、そういうこともじっくりお話し合いをしていただくということ。それからもう一つは、これは出張FDをお受けになるというと、なんか名前を差し上げるようなことになっているのかな？

清水 はい。臨床教授の称号を差し上げています。

斎藤 臨床教授なら臨床教授でもいいけれども、やっぱりそういうふうなこともしっかり押さえいかれるとよろしいんじゃないかと思えますね。トップだけ臨床教授になって、実際に学生さんの面倒をみてくださるような先生方がご奉仕ではいけない。

森 はい。

斎藤 よろしいでしょうか。②番⑥番⑯番、まとめてですけれども。例えば臨床実習の学生にどこまでやらせてよいか。全国医学長病院長会議で、確か去年改訂版出しましたよね、学生さんの臨床実習でどこまでやらせてよいか、あれは、学生さんをお願いする先生方にちゃんと周知していただいていますでしょうか？

清水 はい。この150通りの実習にあたりまして、医行為に関しましても、このような学生に指導医のマニュアルということで段階分けした医行為の目標につきまして作成しております。青冊子ですと17ページです。

斎藤 信州大学医学部における臨床実習の目標という所ですね。

森 はい。到達目標と一緒に合わせて…。

斎藤 これ一応AJMCのほうと整合性を備えておかれたほうがいいと。

森 その報告を受けまして、大学内ではなくて各加盟病院の先生方にもお集まりいただきまして、基本的にどの辺までだったら長野県内でやっていけるか、大学だったらどの辺までやっていけるかというのを加味して表を作りました。見た目、少しオリジナルと変わっているのは、そこでの議論が反映された結果ということで、そのときに一緒に作っていただいたという形でのことが最初にありまして、その後いろいろな形で思い出させていただいています。

斎藤 これについて臨床実習で何か聞かれましたか。

森 これ自体についてのご意見というのは、じつはそんなに今は多くございません。作る段階で臨床、そういう所でいろんなことをおっしゃってくれそうな先生をお呼びしたという所もあって、現状はあまり多くこれに対してのご意見はいただけていないという所です。

大和 学生の交代で、来るたびにタームが進んでいる学生もいれば今まで何をしていたんだろう、これからっていう子もいます。たぶん経験していると思うんですけど、ただ、どこかまとまって抜けてる所があるのかしらというチェックはあまりしていないと思うから、そこを見ていただきたい。学生からこれはやったとか、言ってもらうと指導しやすい。

森 はい。

金子 最初はまあ一般的にということなんだけど、やっぱり学生がここをやりたいとかい

う目標を挙げてくれると、まずそれを優先的に、やれるものはやるということがお互いにありがたい。FDで僕らも聞いてはいるんですけど、こちらから思い出してやろうというよりは、こういうのがありますという表を見せてもらえると、ぱっとみて、じゃあこれやろうとかいうのがその日に決まって、できることはあつという間にできるということもあるんですね。

藤井 学生のレベルが十分わかって、これだけの経験値がある、それが分かると、ポートフォリオもそんなふうにしないと。ポートフォリオに入れてほしい。

金子 今はプロフィールみたいのものを前もって送っていただいているが、やった所でそれを追加して持ってきてくれると尚いいかなと思います。

森 分かりました。じつは5年ぐらい前までそれをやっていて、一度挫折したという経験があるんです。今ぐらいポートフォリオに学生が慣れてくると復活できる気がするので、検討させてもらいたいと思います。

藤井 ポートフォリオは僕から言うとも見るほうが慣れてない。僕が見ても、なんかこう趣味的に見て、こいつはこういう奴だという所で終わっちゃう(笑)。ポートフォリオも、なんか工夫が必要かなという気は最近しているんですけど、もっと我々から見たときポイントがぱっとわかるようなものが欲しい。

森 学生のポートフォリオにはいろんなものが付いているのですが、それが目立つように今年は配慮しています。

森 冊子の各クールの出席票というページの下半分くらいですね、実際に担当した先生から学生に対してアドバイスを書く欄があります。フィードバックと、その下に学生がその実習でどんなことを感じたか書くようにしています。

金子 全部できるとは限らないけど、例えば実習に来ている学生さんに、あなた全部やりましたかって質問してもぱっと答えるぐらいだといいな。

森 見せてハンコをもらうよう学生に指示していますので、全く見せないということはないと思うのですが。でも見にくいのは確かですね。

藤井 我々が、これを見てね。この子がどんな実習をやってきたかって、我々がチェックして、この子は少ないんだなって、これ見てやる気がしない。

森 本当に5年ぐらい前まではチェック欄があったんです。けれども、全く誰も使わないので廃止したっていう経緯があります。ちょっと復活させて、一覧で見えるようにします。

斎藤 mini-CEXの上半分のようなものだけでも載せてみては。その場合は、学生さんも了解サインをつけるわけでしょ。だから、あれを見れば、あの子はこういう症例を病棟で経験したって、それに対するこういう評価をした、というのがぱっと見て分かる、そこがmini-CEXの良いところなので。

森 ちょっと逆にお伺いしたいんですけど、チェックリストぐらいでA4・2枚ぐらいでいくのがいいか、もうちょっと分厚くてもよろしいですかね、それに対してどんなことやってどうだったみたいにと書くと、きっとちょっと厚みが出てくるかと思うのですが。

久保 A4の一枚でできない？

森 一枚。はい、かしこまりました。

藤井 報告書とかそういうのではなくて、到達目標の大事な所だけ書いてあるみたいに。

森 分かりました。A4・一枚ぐらいで、一目で分かるようなものに。ちょっと最初の1～2年はうまくいかないかもしれないですが、来年から使わせていただこうと思います。

斎藤 ありがとうございます。そういたしますと、②番⑥番⑯番は終了と考えます。では③番。

清水 ③番は私からお話しします。先ほどこちょっと先輩の話も聞いてって話もありましたけれども、複学年での授業あるいは多職種連携の授業について、昨年に引き続きまして臨床実習学年の5・6年を対象にしたプラクティカルな合同のTBL授業を行ったほか、4年生で医学科と保健学科の学生が合同でTBLを行うというような取り組みを行いました。また、臨床実習の上級学年に低年次生と一緒にくっついて見学を行うような授業というものを、昨年度から導入しておりまして、今年も12月に行います。複学年でのTBL授業につきましては二次性高血圧、レントゲン写真の読み方、臨床治療の考え方について、保健学科との多職種連携合同授業ではALSの症例経過を追いながら、各職種が患者さんのために出来ることを考えるというような授業を行いました。また、そのようなものを引き続き行えるようにするために、臨床研修の指導講習会で学生を含めて教育することを考えるセッションを実施いたしました。

斎藤 これもユニークな取り組みだと思います。上級生はどのくらい1学年につくんですか。

清水 実際に付いていたのは5年生ですね。まさにちょうどこの150通りの実習を行っている最中の学年に、1年生がearly exposureとしてつくというような感じで行っています。

森 1年生と5年生というものと、6年生と5年生という授業と、二つやっております。

清水 6年生と5年生は一緒のテーブルで、TBL形式で臨床的な実践的な内容を学びます。

藤井 これは上からやられる授業とは違うんですか？ 要するに集めて、我々が講義するとかね。

森 基本的にTBLスタイルなので、グループごとに座らせて、課題をやらせ、解説を教員がするという感じです。

藤井 私は3年前に聞いたのは、4年生と5年生が授業を受けるという形だったんですよ。そうするとまったく理解度が全然違うので、だからそれは合わないじゃないんですかという話をした。今回は、チュートリアル的な形になっているので、それは素晴らしい事だと思いますよ。よく分かっている学生が、あんまり分かっていない学生に、うちのチュートリアルは4年生なんですけど、全く分かってないんです。だからもう、なんか言葉いっぱい選んで書いて、これを調べましょうというようなね。その5年生と4年生、あるいは

は6年生と5年生が、チュートリアル的な形でやるというのは素晴らしいと思います。3年前は確か4年生と5年生が同じ講義を受けるという形だったんで、それは無理があるんじゃないですかって申し上げたが、これはすごくいい方法だと思います。

森 当初は、講義形式でやっていました。実際にはTBLに落ち着いたという感じです。

藤井 それじゃないと無駄ですよ。

斎藤 5年と6年というのは、聞いているとすんなりいくと思うんですけども、1年5年というのは、1年生からのフィードバックはどうですか。

森 1年生はもう、そういう授業ではなくて、比較的大学生活をどう送るかみたいなワールドカフェをやっています。でも話を聞いていると、どの試験は大変だったとかどの先生は怒らせちゃいけないよとかから始まって、延々と、サークルも大事であるとか、そういういわゆる学業以外の話が非常に盛んに行われているというのが実情です。

藤井 5年生・1年生のものは、ここに書いてありますか？

森 ポツでいくと2番目の所にあるものです。屋根瓦という意味も含まれます。

金子 昔はクラブ活動で行われる部分でもあったんですよ。

藤井 信州大学に学生が残る、マッチングのときに、それにつながるかもしれない。

藤井 5年生が1年生に、学生時代はこうだとかね。

久保 すごく素晴らしい取り組みだ。具体的な、2タイプに分けて書いてもらったほうがいいね。これをぱっと見ると、5年生も1年生も同じことやっているように見えて、到達目標がどこにあるか分からないので。

金子 5年と6年と、5年と1年とでは、意味が違う。

大和 保健学科との合同演習で4年生っていうのはどういう理由ですか。医学部の4年生と、保健学科の4年生。

清水 多職種とは言いながらどちらかという屋根瓦的な要素も多少医学科側としては期待しています。

藤井 医学科のほうが教えを請う側？

森 当初は臨床実習を回った5年生とのペアという考えもあったんです。5年生を送るか4年生を送るか議論をしたときに、5年生を送ると医者でございませぬ的なになられても困るので、チーム医療ということを考えると、少し先方にアドバンテージがあるぐらいでやるほうが効果的ではないかという議論があって、4年生にしました。

藤井 僕ら病院で見ると医者が一番鼻持ちならない。本当に実のある効果を、アウトカムを考えて付けないとだめだという。

森 はい。

斎藤 じゃあこの部分は三つのパートに分けて、まとめていこうと思います。ありがとうございます。次、④番にまいりましょう。

森 はい。④番は基礎と臨床の教育の連続性を意識した授業改革を進めるということで、従前よりの学体系の授業に加えて、TBL形式、例えば基礎医学TBLというのは臨床を

少し意識したような基礎系の講義、それから臨床医学T B Lは臨床の症例をもとにしながら基礎系の知識を呼び起こすような授業をしてきました。今後は、田中学部長の下で基礎の講座の見直しを進めたいというふうに考えているところです。具体的な進捗は今基礎系教授の先生方がどうしたらいいかを検討されているという状況ですが。多田先生から。

多田 オロジーを大事にする先生が多いもんですから、ちょっと話がなかなか進みにくいという現実はあります。まあ努力しているというところです。

斎藤 まだまだ学体系で育ってきた人が教員でいらっしゃいますから、そのあたりはかなり時間がかかるであろうということですね。これは今後の宿題でもあり、異論がけっこうあるかもしれません。

藤井 ちょっとすみません。この件に関してはちょっとね、山梨大学が進んでいる。今はもうがちゃがちゃになっています。基礎と、臨床と、各臓器別と、何も抵抗がない。だから、たとえば消化管で、胃となると、胃の病理、それから手術、診断、そういうのがある週に全部集中するんですね。それで全然問題ない。

多田 そうですか。

藤井 解剖、生理、全部そう。基礎も臨床も全部そう。

田中 今すごい抵抗にあっています。

藤井 なんでですかねえ。

田中 やっぱり思い入れがあるんですよ。オロジーのほうに。ぼくは、自分がこのオロジーをしっかり学生に教えたいんだという。

藤井 私たちの大学は新しいので、伝統がない、その教室が何をやってきたというものが。自分の分野だけが自分の思いであって、それが授業のどこに入ろうが構わない。おそらく信州大学は歴史のある大学だから、その教室の一つの流れというものがあって、それを自分の代では曲げられないのでしょう。

田中 そうですね。あと授業時間減らしてくれって言っても、もっと増やせという逆に意見が来るぐらいの状態です。

斎藤 やはりその辺りは田中学部長の英断をもってやっていただきたい。系統的な、これはもう10年も前から全国の医学部病院長会議で調査をしていたんですけど、なかなか変わっていかない。それでは次に5番をお願いします。

清水 ⑤番、シミュレーション教育について。学内外でシミュレーション教育の普及を図る定期的な学習会を開催していました。また昨年度まで教員をハワイ大学へ派遣する形で指導医自体を養成しておりましたが、十分なスタッフ数が得られたので、今後は指導医の指導力を維持向上させていく機会を設けて行くことにスイッチしていくことにしました。その結果としましてはスキルスラボの利用者が、統計を取り始めた25年度が月あたり74人でしたが、今年度は4月～9月までで179.8人と大変増加をしております。また、クリニカルクラークシップ I の期間では昨年度に引き続きまして8科がシミュレーションを実習に採用していただきました。また県立病院機構との共催でハワイ大学の Ben Berg 先

生をお招きして初心者向けのシミュレーション教育講習会を開催したんですけど、ここにハワイへの派遣歴のある指導医をファシリテータにして、指導力の維持に努めていただきました。

斎藤 スキルラボを利用できる学年というのは限られていますか？

清水 いいえ、限っていません。

斎藤 それから臨床研修医と学生さんとの連携はまだですか。

清水 現時点ではまだ実行に移していません。

久保 これ、前回も言ったんですけど、看護師さん、保健学科と先生方と、シミュレーションセンターを統一して、一か所に集めてやってもらうと有用かなと思います。時間的にも費用的に良いと思う。看護師さんたちは看護師さんたちで独自にやりたいのかな。

森 そうですね。

久保 看護師さんは看護師さんで、自分たち中心でやりたいという意向が強いですね。

多田 医学部と病院のセンターをくっつけまして、今8人所帯になったんです。地域医療推進学と、卒後研修センターと医学教育センターと、三つ合わせて、所帯を合わせましたので、これからそういう面に努力していきたいと思います。

斎藤 看護学科の方々も、シミュレーションセンターを利用されているんでしょう？

多田 もう沢山利用しています。

斎藤 だから、問題はそこの融合をどういうふうに持っていくかということだろうと思います。看護学のほうのコアカリがこの1～2年のあいだに出来てきます。そこに私呼ばれています。今のお話を聞いて、やっぱり一緒にやるべきだと思いました。

大和 看護師さんは余裕もありますので、シミュレーションは任せられるものは全部まかそうという感じです。あと医師でないといけない所は医師がやるべきですけど、あとは任せればいいですね。

金子 このカリキュラムが、みんなで理解できるような形でまとめていただきたい。いろんな内容があるじゃないですか、看護師さんが主導してやると非常に有効とか、やっぱりCVとかいうのはある程度経験者でないとできないし、その辺のカリキュラムと、指導要領というんですか、まとめて作ってもらえると非常にありがたい。

久保 看護学の方も本当にやっているのですか。いかがですか。

大和 あまりシミュレーションが活発になると、資金がかなりいる。そのへんは大丈夫ですか。

多田 お金はかなり苦しい所があります。でも、医学科でだいぶ揃えて保健学科にも使わせるというように、配慮しています。

藤井 そんな必要ありますか？

多田 あります。もう、人工の腕の血管なんかは皆でブスブス刺しますから、すぐにダメになります。

斎藤 シミュレーションセンターは設置したけれども、要員と、それから消耗品の問題と

いうのは、かなり負担になって、そのためにうまく回ってないという所もあります。

多田 うちには専任の人がいるんです。

斎藤 素晴らしい事ですね。なかなかできませんから、そうことは、もっと大きな声で言っていた方がいいと思います。

多田 ありがとうございます。

井上 そういうシミュレーションセンターは、今、外郭の訪問診療とかの訓練にも使われている。医師会でもやっている。

久保 文科省のほうからは、ある程度お金は出るの。

斎藤 教育を前に出してもそのようなお金は出ませんよ。

井上 京都府なんかは、医師会が仕切っていて補助金が全部出るらしい。そういう方向を取らないと、これからはお金が集まらない。

斎藤 ありがとうございます。⑦番をお願いいたします。

森 これはお金の話ですので、学部長お願い致します。

田中 これは絶対なんとかしなければいけないと思っています。

斎藤 ありがとうございます。これはなかなか難しい問題です。それでは⑧番。

清水 ⑧番、ホームページは、今年度は4月から9月まで48回更新し、コンテンツの見直しを行いました。もともとこのホームページは、遠方に学生が出向いている時の学習を補填するために使うこと、教育協力病院で地域の皆さんに臨床実習について理解を求める場所、この事業について説明をする場所、という3点を考えていました。学生の教育については先述のように、別の枠組みが順調に機能しておりますので、そちらではなく、むしろ事業の告知を行うというふうに思っています。地域で言うと、あと教育協力病院についての情報公開につきましては、改めて教育協力病院の連絡会議の方で周知させていただきたいと思います。また他大学さんへの情報提供につきましては、定期的にアクセスログを見させてもらっているんですけども、今年は国内で22大学から閲覧されていました。また情報提供ということにつきましては先週シンポジウムを開きました。以上です。

斎藤 ありがとうございます。ホームページも更新をしていくことはけっこうなご負担になると思うんですが、48回、なかなかできない。これで e-learning は考えられてはいない？

清水 最初はそういうような方法も考えてはいたんですけども、先ほど紹介したように TBLなどで人が実際に集まってきて、屋根瓦の中で勉強できるというのが上手くいっているの、そちらのほうを中心にしようと思っています。

森 いわゆる e-learning ではないですが、やはり学内サーバーのほうが画像も含めて使いやすく、いろんな形で学生に提供されておりますので、ここのホームページをそれに使うというのは、現状では二重という感じなので考えていません。

斎藤 なるほど。ありがとうございます。それから、これは信州大学あるいは長野県内の病院で臨床研修を考えようかという方々、つまり、よその大学の5年生ぐらいの方々と

っては参考になる内容ですか、それともターゲットが違ってくるのですか。

森 正直ターゲットが違っております。そちらにつきましては臨床研修センター、今一緒に仕事はしているんですけども、ホームページが入口一緒、中身別、という形で、分かれている状況です。

斎藤 今後の方針としては、臨床医学の継続性という視点からいったら、そういう視点もあっていいかもしれないですね。

多田 他大学の学生さんも、信州大学のこの実習の期間でしたら、実習枠を与えて、他大学の学生であっても、枠の中に入れてやっています。

斎藤 その話はすごく貴重だと思います。もっともっとプロパガンダして、いいことじゃないですか。例えば松本の高等学校を卒業して、関東のほかの大学の医学部に通って、夏休みになると、あるいは実習がその大学同士でもって単位として認められれば、こっちでできる。

多田 ええ。都内の何大学かと、そういうことをやっています。

斎藤 それはもっともっと大きな声で言っていね。

吉澤 直接本院とある大学と契約して、その学生を何人か受け入れたことはありますけどね。信大とは関係なく。ちゃんと単位がもらえるということで、評価もしました。

田中 あと、そういうふうに頼んだこともあるよね、ほかの大学にね。それをシステムティックにすればということですね。

斎藤 おっしゃる通りです。これだけの、基礎ができていますから、学生さんにとっても、例えば大学の夏休みに病院見学に来た時にしても、面倒をみてくださっている指導医の方にとっては慣れたものでしょうね。

多田 そうですね。

斎藤 その次は⑨番。

森 本事業を今後も継続するための運営体制を整えるということで、基本的に医学教育研修センターがこれまでどおりこの事業を引き継いで続けていきたいと思っております。会議についてですが、教育協力病院連絡会議につきましてもこれまでどおり卒後研修管理委員会の時に合わせて開催しようと思っております。またそのほかに大学内のカリキュラムワーキンググループと、それから本日開催しているこの外部評価委員会につきましては、全く同じ形ではないにしろ何らかの形で外部の先生にお話を伺ったりする機会、ご批判をいただく機会を持ちながら継続したいと考えております。

斎藤 ありがとうございます。もちろん今後、これは当然やっていただけると考えてよろしゅうございますね。

大和 FDに関して言うと今までは学部教育は学部でやってきた。看護師は看護師でやっている。今後また専門制度の中で新しい制度が必要になる。今後、どのようにやるかという検討をしているんだったら、折角今度一緒になってやるので、省力化というんですかね、無駄を省く、看護師の教育でだんだん段階が上がって行くように、医師についてもこの段

階にいる人ですねみたいな、その人の研修歴とか、そういうのをだんだん成長してやって行く中で、段階を踏むみたいな、イメージを描きながらながらやればいいですね。

斎藤 指導者、指導医、これは医師とは限らないかもしれませんが、その方々の教育業績的な評価ということも必要かもしれない。それはもうやっているのですか。

多田 大学としての教育業績はありますが、それはどうかな。

井上 キャリアアップした時に、キャリアアップしたというやっぱり報いるものがないとなあ。海外出張でもいいし、そういうがあると喜ぶ、そんなのなくても、やる人はやるだけどさ。

大和 自己申告で、こういう書式で出してくださいね、出してくれたら、あとは認めるというような制度を作ってもいいですね。こんなこというと嫌がって誰も出さないかもしれないけど（笑）。

井上 そういうのをぼつんぼつんとでも出していくとか。

大和 僕らの病院は人事考査を今年から始めている。そういう中でそういうのを採り入れるというのもいいですね。

田中 まあ海外旅行は無理ですけど、何か称号みたいなものをね。

藤井 そうですね。称号を与えたら。

田中 なんとか准教授とか。

藤井 大学とは全然関係のない一つの称号みたいなのを作って、それをステップアップFDの称号にすれば。そういう一つのコースを終えたことを証明するね。

斎藤 宿題が増えましたね。それでは今度は⑩番、ベーシッククリニカルクラークシップについて。

森 ベーシッククリニカルクラークシップにおける診療参加度を高めるために実習プログラムへの改良を行っています。今までポリクリと呼ばれていた臨床実習はどうしても集団で学生が一つの診療科に回る体制となっておりますので、見ているだけになりやすいという現状がございました。で、これからまた臨床のことを考えて行くと、やはりそういった時間をより学生が積極的に参加もしくは診療に直接触れられる機会を増やしていきたいと考えております。150通り、選択臨床実習につきましては、教員一人に対して学生が一人で、非常に参加しやすいのですが、どうしても集団の方は遅れ気味という状態が続いております。今年度につきましては一足飛びに参加型までいくのではなく、まず少しずつ変えていこうということをテーマにやらせていただきました。具体的には一つ目に書かれておりますように、学生の気持ちを変えて、より気持ちから参加できるよう、見ているだけでなく気持ちから参加したくなるように仕向けるにはどうしたらいいかというようなFDを開催しました。このFDは近年のFDの中で最も高評価で、手前味噌ですけども今後も続けていきたいと思うような内容となっております。クリニカルクラークシップIのカリキュラム、この白い冊子のほうをご覧ください。これまでは担当教員が明示されていない授業が非常に多く、学生が何をやったらいいか分からない、もしくは学生が分からない

時に誰に聞いていいかも分からないというような現状がございました。それを改善するために今年度はこの臨床実習スケジュール表をちょっとずつでもいいから詳しく書くように指導させていただきました。そのほか、今年度から、また後ほども出てきますが、診療科によっては1週間しかいない学生、2週間いる学生、それから上級生で4週間回る学生と、さまざまな期間で学生が来るようになりましたので、そういった教室に対してどうしたらいいかという相談を個別にやらせていただいたという状況になっております。以上です。

齋藤 はい。ありがとうございます。そうすると、自習してしまう学生さんが多かったんですかね。

森 はい。

齋藤 それをやっぱり実際の現場に出てくるように推進していただければよろしいかと思えます。よろしゅうございますか？

久保 この対象は何年生ですか。

森 4年後期から5年前期の学生です。

齋藤 クリニカルクラークシップⅠですね。

森 そうですね。

久保 こういった医学教育FDの感触はどうですか。そういったために変わったことはありますか。クリニカルクラークシップⅠを参加型にするにはどうするかということでしょう。

森 はい。そのとおりです。

久保 教員のその感触はどうなんですか。

多田 まだ1回しかやってない。そんなにまだ沢山の人がご披露しているわけではないが。

久保 そういう所から見て行かないと。

多田 はい。

井上 この主体的に学ぶってあるんだけど、学生は患者さんのベッドサイドになかなかいかないんだよね。そこから学ぶ姿勢とかは乏しい。ほかの先生の方が忙しくやっていて、だけど彼らは十分時間あるんだけど、やっぱり患者さんのそばにいて、話を聞いたりする時間は本当に少ない。

多田 いや、今後そこをしっかりとやっぱりやりたいんです。それはポートフォリオ見るとすごくよく分かります。

藤井 一つの原因は電子カルテだと思う。僕らが習った頃は全部紙カルテで、そうすると行って、昔僕たちが訓練されたようにアナムネをとって、身体所見を取ってとなるが、今は電子カルテになっちゃっているから。

井上 みんな電子カルテで見てしまうんだ。

藤井 彼らのためには紙カルテでやったほうがいい。そういうふうになると患者からちゃんと話を聞いて来る。

齋藤 だからクリニカルクラークシップという4年の後半の辺りでそれができるようなシステムをしてやっていくという。

森 ご指摘のとおりだと思います。4年生の時にその空いた時間は自習するという習慣が付いてしまいますと、先生が今おっしゃったようなことが難しくなってしまう。

藤井 上から全部そういうことになっているんです。もうずっとそういうことで来ているので、どこかでブレークアップしないと。私は紙カルテで、全部書かせ、その事は3時間ぐらい患者のそばにいますからね。

大和 昔ドイツから来ている学生が信大にいて、聞いたんだけど、ドイツではいっぱい落第させるんだそうだけれど、最初の頃は学生は看護師のレベル、次はクラークで、だんだんステップアップして行くって。それでこういう形だと、まずお医者さんとして現場に置いて、カルテを書くとかいうふうになるので、はじめにもっと看護学生のように患者さんにびたっとくっついて、患者のそばへ足を踏み出せるようなことサポートしてやらないといけない。患者の横に椅子を置いて座って、なんでもいいから話を聞くでもいいからしてくるみたいな習慣づけができてないままに病院へ出して来られると、やっぱり自分の部屋へこもって自習というようなことになる。

大和 人によって違うんですけどね。できるのもいれば、なかなかいかれない子もいる。それをどうやってベッドサイドに歩み出せるかみたいなことを、個別に考えてやらないと。

斎藤 クリニカルクラークシップの導入として、やっぱり医療面接と身体所見をしっかり押さえるっていう所が、4年生の後半の最初の課題でしょう。

清水 身体所見につきましては次の⑬というところでも報告させていただきますけれども、クラークシップⅡに上がる前に、ある程度状況的な所見について対処できるようなアセスメントを置くことで学習を促すことにしています。

斎藤 じゃ次、⑬番のポートフォリオについて。

清水 クラークシップⅡで、ポートフォリオを導入させていただきました。順調に学生のほうにも浸透して、書けるようになってきましたので、今年度はその運用について改善いたしました。具体的には指導医の先生からのご意見を参考にして、これまでポートフォリオにしたレポートを実習の開始時にその指導医に提出して、どの程度のことを経験してきたかというようなことを理解してもらうように学生に指示をしました。また、学習レポートと行動レポートの二つがありますが、学習レポートは、特に外科の先生から、1か月の間に、今までは2週間終わった時点で両方を出させていたんですけども、学習レポート書けるほどの経験は2週間ではできないという指摘がありまして、3週間経った所で学習レポートを提出するようにしました。また行動レポートは、従来面談で行ってきたことを、具体的に細かく分けるようにして、振り返りだとかもっと具体的な取り組みを強調して書くというようなことを、書けるような形の形態にちょっと変えてみました。あと、ループリックでレポートを評価してもらっていたんですけども、ループリック、元々学生には提示はしていたんですけども、評価者がどのように評価したのかということについてもちょっと選択をもらうようにして、今後につなげて行こうと思います。

斎藤 ループリックについて説明してください。

清水 はい、実際のルーブリックをちょっと見てもらうと一番説明がしやすいので、青冊子でいうと32ページを御覧ください。医学教育の領域だとカタカナ語で表示しますけれども、本学では評価基準表というような日本語をあてて、運用をしております。それで、その学習レポートと行動レポートについて、3段階で評価をしてほしい項目につきまして、どこに当てはまるかチェックを付けていただいて、それぞれ学習レポートと行動レポートで最終的に優か可か不可かというようなことを付けていただくというような形になっております。例えば学習レポートの方を見ていただきますと、それぞれ1、2、3と入っているんですけども、これが学習レポートの評価項目ですね、39ページに学習レポートの実際の例が書いてあるんですけども、それぞれ1は病歴、2が考察、3が今後の取り組みということになっておりまして、で、例えばこの学習レポートの1でしたら、病歴についてこういう項目が書いていけば可ですよ、書いてないのは落ちているよ、それが多ければ不可ですよというような形です。考察は2番の所ですと正確な考察が入っていて、理論的に自分の考えが書いてあれば可ですよ、で、考察までしていれば優をいただくというような、一覧表、これを指導医だけでなく学生をも示しております、これを示すことによって学生は、ああ、じゃあこういう所に気を付けなければいいんだというようなことを察してもらうという形でやっています。

斎藤 はい。よくわかりました。こういうものができている。それで、一応SEAと省察もやってらっしゃる。はい、⑫番をお願いいたします。

清水 ⑫番と⑬番をまとめて、OSCEについて、説明させていただきます。2年間の臨床実習が終了した段階での技能態度面の評価ということで、臨床実習終了後に advanced OSCE というのを実施しておりましたけれども、それをポストクリニカルクラークシップ OSCE (PCC-OSCE) という名称に変更しております。今年度は飯田市立病院の白旗先生が外部評価者としていらしてしていただきまして6月に実施いたしました。このPCC-OSCEは、共用試験機構主催での実施というのが今後検討されているということで、現在その情報収集を行っております。

斎藤 僕が責任者をしています。

清水 斎藤先生にぜひお話を伺いたしたいと思います。

斎藤 その話をしましょう。2020年からこのPCC-OSCEを大学ごとに卒業要件して全国的に正式実施する予定です。医師法9条では医師国家試験は知識と技能と態度を調べることになっています。いよいよ卒業生が初年度研修にそのまま移行できるような能力を持っているか測ろうということです。トライアルの課題を各大学に三つぐらいお願いするつもりです。そのほかにももちろん各大学の課題をお付けになっていただいて結構です。ということで、今年度3大学でトライアルを実施しました。一つのシナリオの中で医療面接をして、身体診察をして、今年のトライアルの項目では、それをまとめる時間が4分あって、評価者を指導医と見立てて、報告をする、そういうのをやってみているということです。これは今度のコアカリ改定とつながってくるものですから、ブループリントをどうするか

ということを検討中です。これは **Minimum requirement** にしなければならない。近いうちに 80 医科大学の先生方と、こういうことに関係している先生方にお集まりいただいて、例えばある大学ではべらぼうに **OSCE** をやっている所があるんですけども、それに合わせるわけにもいかないの、日本の中で最大公約数みたいなものを得たい。ですから、この⑫番については、これを今度信州でもやるということによろしいんじゃないでしょうか。

森 あ、来年のトライアルで立候補させていただく予定です。

斎藤 どうなるかわかりませんが、こちらからお願いすることになるかもしれません。それからもう一つは、評価者に臨床実習教員の先生方に評価者講習会を受けてもらって、そういう方々にも評価者になっていただいてという事を考えている。それができると非常に面白いと思う。というわけで⑫番は以上でおわります。

久保 **OSCE** は臨床実習の前と中間と終わりと 3 回やるのね。**Mid-term** は必要なの？

清水 先ほど教育病院での実習に入る前に、ある程度の身体診察ができるよというご意見が先生方からありましたが、それは必要かと思っています。

森 先生方がおっしゃったように、本当に本気で 3 回はしんどいので、2 回目は基本的に医療面接なしで、シミュレーターを使いカルテが書けるかとかとそういうような、割と人的にも簡単な形でやっていきたいと思っています。

金子 大変だったら、これは教育病院にお願いするとかすればどうか。

森 お言葉に甘えて、来年は何人かご協力いただければと思います。

多田 これで今年は学生をしっかり評価して、ダメな者は留年させました。

久保 病院としては、身体所見の取り方とかカルテの書き方を身につけてきて貰えると助かる。

斎藤 **PCC-OSCE** は、少なくとも共用試験課題は、二方向から記録することになっています。それはどうしてかというと、ストレスの人に対しての判定で、もう一回、例えば別の方向から見るということです。

森 **Midterm OSCE** は評価者が一人なので落とす学生は再度ビデオ判定をしています。

斎藤 ⑫番⑬番についてはよろしゅうございますね。じゃあ⑭番をお願いします。

森 ⑭番が 150 通りで、⑮番がベーシッククラークシップになっておりますが、一緒でもよろしければ、今日はあまり使ってないですけども、この資料の 15 の 2 をご覧ください。15 の 1 と 15 の 2 になります。先ほどもお話したように、学生がやはり内科をもう少し回りたいということを書いてきましたが、同時にこの日程的な問題からなかなか難しいということで、今年度につきましては 5 内科のうち 4 内科を回るという方針でやらせていただきました。学生の希望を聞いた希望調査表がこの資料の中の 15 の 1 と、それを元に作ったコース表が 15 の 2 ということになっております。もう目がちかちかして見られたものじゃないんですけども、基本的に今年度につきましては、学生が二人ずつくらいが組になってぐるぐると回るという形でやらせていただきました。で、学生の希望を最大限叶えた結果、人数バランスが幾つか問題が生じたのも事実で、来年度は少し学生の希

望、大変恐縮ですけれども、ある程度学内の枠にはめさせていただいて、同じようなローテーション表を作ってやっていきたいというふうに考えております。こういった形で、クリニカルクラークシップIのほうで少し内科を増やしましたので、来年度の150通りにつきましては今年度も調査をさせていただきましたが、より内科以外の診療科につきましても選択できるような形に変更することを考えております。昨年度も一度調査をさせていただきましたが、今年度も確認をさせていただいた上で、少し内科の割合を下げて、当初の特長がより強調されるような形のコースを提案したいというふうに考えております。以上です。

斎藤 ありがとうございます。これについてはいかがでございましょう。大変、事務方のサポートが大変なことだろうと思いますけど。その辺りについて苦労話というのはありますか？

森 事務方がなかなか帰れないのが大変です。

大和 卒業するまでに皮膚科に行っていないとか、そういうのは出てこない？

森 出てこないです。必ず皮膚科には一度行っています。

森 皮膚科等の専門科につきましては1週間回るか2週間回るかが選択ということになります。行かないという選択は取ってなくて、学生が2週間を希望した場合には2週間、2週間はいやだった場合には1週間で回るという感じになっています。

藤井 学生にも希望を聞いて、学生が自分で判断して、それでやればいいんじゃない？

多田 それはですね、各診療科が「俺んところは2週間やったる」って言ってくれるんです。減らすのも怒るんだけど増やすのも怒る。従来どおりやりたい、全員同じようにやりたいのです。

藤井 だから、山梨でも、外科に4週間いるよりも楽な科にしようとする。見直す必要はないんじゃないんですか？

森 学生が選べるのは皮膚科か眼科か耳鼻科か泌尿器科か、だけです。

藤井 そういう選択にすると、信州大学にも楽な診療科あると思うんですよね。そこへ4週間入ってゆっくりする学生が出てくる。

森 先生、なので外科とか全部決まった上で、あくまで皮膚科か眼科か耳鼻科か泌尿器科を選ぶだけなんです。

藤井 そうするとそれらの診療科に失礼ですね。

森 いえいえ、最初から…。そういう話では失礼ではあるんです。

藤井 なんかちょっと違うと思うけど、また考える。

多田 本当にね、苦肉の策なんですよ。

藤井 聞いててなんかちょっと違うなという気がする。

斎藤 どこの大学でも同じ悩みがあります。期間の設定というのは非常に難しい所なんです。大学によっては全部やりなさいっていう大学もあるし、選択でいいだろうとおっしゃる大学もある。

多田 第二内科なんかはもっと見てくれと言うと、嫌がるんですよ。(笑)

井上 だけど考えてみたら、皮膚科とか眼科とかは、出てしまったらほとんど行けないんだからさ。学生時代の時に見ておくほうがいい。

多田 時間が限られていますので、そのためにはやっぱりミニマムにしたい。だって2週間行かせてても、さっきの話じゃないですけど、学生はけっこうぶらぶらそこら辺でしているんですよ。圧縮すればいいのに、いろいろおっしゃる。

藤井 学ぶべきことは、本当にその科の真髓を学ぶという、それはあるかもしれない。自分を振り返った時に、例えばどこかの科でその先生の生き方とかね。

齋藤 ありがとうございます。その次、⑩番。これはもう今日の話ですね？

森 はい。

齋藤 はい。これだけ活発な議論、ご討議をいただいているということでもいいですね。⑪番。合同シンポジウムのご報告をお願いします。

森 先日になりますが11月の19日に山梨大学と信州大学の合同シンポジウムを行わせていただきました。また文部科学省からは佐々木企画官にも来ていただきまして、山梨大学と信州大学の所だけはきっちりメモをとって帰っていただきました。会は残念ながら必ずしも参加者が多かったということではないのですが、双方の学生も参加しておりまして、活発な議論が行われたという状況でございました。以上です。

齋藤 はい。ありがとうございます。佐々木企画官というのは、たしか秋田大学のご出身ですね。だから地域医療のことは一生懸命されるでしょう。⑫番。お願いします。

森 はい。⑬番は卒後研修管理委員会と教育協力病院の連絡協議会を12月の16日に開催させていただくというご案内になってしまいます。例年ですと外部評価委員会を1年の最後にやっておりますが、今年は最終年度ということで先にやらせていただきました。また、その場で先生方から活発なご意見をいただければと思っております。以上です。

齋藤 はい。ありがとうございました。⑭番については先ほどの所で包含されておりますので省略します。あと、この27年度までに云々というのは、これはどうしましょう？

森 非常に簡単にご説明させていただきます。まず名称につきまして、今日も僕さまさまざまな名称を使わせていただきましたが、今年度からは臨床実習の最初の半分、昔のポリクリの部分、グループで回っている部分につきましてはクリニカルクラークシップⅠと、それから150通りの選択臨床実習、学生が一人で行く所につきましてはクリニカルクラークシップのⅡという名称で統一します。また、ホームページは毎回先生方からいろいろご意見をいただいて少しずつ改定を進めている所ですが、まだ必ずしも見やすい状況にはなっていないかと思えます。今後も更に改善をしていきたいというふうに考えております。

齋藤 はい。ありがとうございます。だいたいこれで終わりますして、あと10分ぐらいのあいだに先生方が、この評価表の右のマスの中にいろいろお書きいただいていると思えますけれども、すべてご記入いただいて、そののちに委員の先生方からのご高評をお願いしますとうございます。

久保 各教育協力病院で問題というようなことはないですか。

多田 過去の例で言うと、学生の意見と指導医の患者に対する意見が全く真っ向食い違って、学生も折れなくて、対立したというような話があります。

藤井 病院のほうにも教えていただかないといけない。

多田 しております。

藤井 そういう意見が出たら、そういうシステムがありますっていうのを、きっちり周知おかないと。その学生は言ってきたけれども、言えない学生というのがいると困る。

森 基本的に窓口が決まっております、メール・電話等で対応できるようになっております。あそこにいる高地が受ける立場ということになっております。

藤井 それは周知されている？

森 されています。

清水 学生に持たせている小冊子がありそこにトラブルシューティングの対応を書いています。

森 他にも至る所に連絡先を書いています。

藤井 それはいい。

森 極力一つの病院に、診療科は一つですけれども、2名ずつ送りたいというふうに思っております。

多田 このあいだ父母会があつて聞いたら、例えば諏訪地方の病院に一人しか行ってないんだけど、その近くの病院に行っている学生たちでファミレスみたいな所に集まって一緒に勉強しているとか、そういうふうな、工夫もしているようです。

森 宿泊は、松本平以外の所についてはこちらからお願いをしています。食事は逆に出さないようお願いをしています。で、宿泊については、それでも用意できないという所について学生に予め周知をして、それでもよければという形になっております。食事については学生へは情報をこちらから一切与えてないということで、基本的には出ないものだと思っけて行けという指導をさせていただいております。

斎藤 保険は？

多田 保険は学生に必ず、その学生の実習の時にトラブルがあつた場合にはカバーできるという保険に入らせるのを確認して、行かせています。

金子 それはFDで説明してくれましたよね、各病院へ。

多田 ええ。

斎藤 例えば親御さんとか保護者とかそういう方には連絡はしてあるの？

森 いや、ないです。

斎藤 実習で行く途中で交通事故に遭つたとか、そういうふうな場合は。

森 自動車についても、基本は使わないことになってはいますが、使う場合には届け出をすることというルールで徹底しております。事故があつた場合には、正直学生から連絡があり次第ご家族にお伝えするんですが、どうしても学生によっては先にご家族にご連絡をさ

れてという順番になることも起こっているという状況です。

齋藤 先生方には、もう評価の所にお書きいただいたと思いますので、それでは委員の先生からそれぞれの仕事について一言ずつ総括をいただきたいと思います。この2016の資料の1ページ目がございますけれど、それを、井上先生、おねがいます。

井上 はい。今回一番は、先ほどもお話ししましたけれども、学生のほうが主体的に学習する姿勢というものを教えていただきたい。こちらはできる限りの協力をするけれども、こちらがじゅうたんを敷いてその上を歩いてくれというような教育の仕方はあかん。それと、上司の先生や看護師や、ほかのPT、OTとかに、自分のほうから聞きに行く姿勢を取らせていただきたい、そのためのトレーニングをしていただきたい。

齋藤 ありがとうございます。大変貴重なご意見で、これから多職種連携をもっとどんどん推し進めなければならないので、その辺りは先生方、よろしく願います。次大和先生。

大和 この事業報告書の中に書くチャンス을 いただいて、ここ何年か機会をいただいたんですけども、我々の側にしてみると、やはり学生教育が、研修医にとっても、あるいは指導医にとっても、非常に刺激的な環境でいろいろなことが行われていると思うんですけども、非常に得られるところが多いというふうに思っております。気になっているのは教育のことで、実際に学生さんがどれぐらい学習が進んでいるのかということで、なかなか評価が難しいですけど、だから我々としても心配しながら行なっています。この中では非常に移動範囲の大きい、あるいは新しい病院に来て1か月だけというような環境が、今後、学生にとってどれくらいしんどいことなのか、あるいは何か改善の余地はないのかという辺りがちょっと気になっています。そういう面でハラスメントなどの問題もありましたけれども、メンタルヘルスも含めて十分事故がないようにやっていただければなあというふうに思っている次第です。

齋藤 ありがとうございます。じゃあ金子先生、願います。

金子 先生のおっしゃったことに追加して、やっぱり僕らは地域医療をやっているのですが、教育という考え方を非常に鮮明にしてもらえたというか、そういう考える機会を与えていただいたというのが一つ大きい。あと最初僕が誤解してたのは、このグローバルな医師養成というのが、単に世界標準に合わせるような教育カリキュラムをするために実習時間を増やすというのが目標というように聞いてたものですから、それはそれでもちろん与えられた機会は活かしたいということですが、その副効果ですね、いいほうで非常に沢山経験させていただいて、病院としてもすごい活性化してきたというか、診療にも教育にもそういうことが得られたというふうに感じております。ぜひ、繰り返し改善というか、PDCAサイクルをいかに回していくかというのが大事かなというふうに思います。

齋藤 久保先生、願います。

久保 はい。先週のシンポジウムの時に、実際学生さんのアンケートがあって、おおむね好評かなというふうに思いました。このプログラムの最終的な評価は、いかに信大の学生

さんが県内にどれだけ残ってくれるかというのが一番の客観的な評価になるのだろうなというふうに思っておりますので、ぜひいい結果を残してもらいたい。

斎藤 藤井先生。

藤井 私は直接信州大学の学生を受け入れていないのですけれども、この5年間これに関わってきたのですけれども、非常に素晴らしいアイデアでやっている、こんな素晴らしい発想はないということを思って、山梨県でなんとかできないかと思いましたが、結局病院が少なくできないと。で、今日、県外の病院も使ったらどうですかという話があったので、そういう方向性でやってみたいなという気がすごくしました。結局学生はみんな東京へ帰っちゃうんだけど、これをきっちりやっていけば、おそらく信州大学の卒業生というのは多く残ると思います。私共の大学では、だいたい30人ぐらいしか残りません。おそらくこれを導入すれば、いいんじゃないかな。なぜかという、地域の先生方、たとえば富士見高原とかで本当に教えてもらった学生は、絶対にそういう所にもものすごく魅力を感じると思うんですね。で、その一人一人の、これ結局上の先生が下の学生に教育してるということですよ、それが一番大事なので。日本の医療って、割と患者は見るけれども、教育というのはものすごく軽んじる所があるので、これが本当に、屋根瓦で、上の人を下の人たちを育てる、信州大学の先輩が学生を育てるという所が非常に重要な点だというふうに思いますし、それがいろんなことをして、5年間で本当にここまできっちりできた、先がものすごく見えたような気がします。いいプログラムで、本当に私たちも勉強させていただきましたし、ぜひ山梨にも導入してやっていきたいというふうに思います。

多田 ありがとうございます。

斎藤 吉澤先生。

吉澤 やはり相当教育センターの先生方もご苦労されたと思うんですけど、毎年毎年こうやって回を重ねてだんだん素晴らしいものになってきたと思うんです。今度、教育する側の僕らの病院としては、やはり最初は慣れなかったということがあるんですけど、だんだんと学生教育と研修医の教育とうまくいくようになった。教育に対して指導医とか若い先生方もだいたいモチベーションが上がってきまして、病院自体の教育体制もだんだんレベルアップしてきていると思うんですよ、自然に。非常にいいプログラムだったと思いますし、これを今後もしっかり続けて行けば、やはり研修医にもいいし学生にもいいんだけど、その教育病院の医師やほかのスタッフもすごく勉強になるし非常にいいプログラムだなと思います。ぜひこれからも進めていただきたいと思います。

斎藤 ありがとうございます。私のほうから申し上げることは三つあります。一つは、このプログラムで実習をされた学生さんのアウトカムは就職をしていただくということです。卒業したらそれでおしまいということではなくて、これからどうなっていくかというところを見ていただきたい。それからそのデベロップを受けて、このプログラムを頑張ってお続けになるということも大事なことです。三つ目はこれだけのことをしてらっしゃる、そうすれば教育センターの先生方も大変だし、僕は事務方の諸君が大変じゃないかと思うんです

ね。そういうことのためもあって、このことを全国的にどんどん発信をしていただくというのを、ぜひお願いを申し上げたいというふうに思います。分野別認証は、これお受けになるんですか、信州大学は。

多田 ええ。もちろんです。

齋藤 実習の部分に関しては、分野別認証は問題なくいきそうですね。

齋藤 最終年度でございますので、大学側のほうからご挨拶をいただきたいと思いますが、まず田中学部長先生。

田中 はい。この150通りは僕も最初からずっと話を聞かさせてもらって、非常に面白いなと思ってました。で、やっぱり先ほど出たように、だいぶブラッシュアップして、良くなってきたのかなということで、こういうプロセスの大切さというのを一つ感じたということと、最初に申し上げたように、ただ国際認証を、金子先生も言われていましたけど国際認証を取るというだけではなくて、いろんないい点が出て来て、厚労省が、地域偏在のことでいろいろやり出すというようなことも聞いてますけども、そういうことをしなくても、こういう実習をやることによって地域に目が向くのかなというふうに非常に思っております。本当に5年間ありがとうございました。

齋藤 多田センター長。

多田 ありがとうございます。だいたい格好はできましたけれど、学生のポートフォリオを見てますと、実習内容は、先ほどご指摘いただいたようにちょっとしか患者の所へ行っていないというようなことが、よく私共にも分かるような体制ができました。今後は、格好は作ったのであとは魂を入れる仕事に全力を尽くしていきたいと思っています。どうもありがとうございました。

齋藤 ありがとうございました。この外部評価委員会の委員長をさせていただきました御礼を申し上げます。先生方に大変ご指導をいただきました。ありがとうございました。これにて散会とさせていただきます。ありがとうございました。