

## 「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

**森** まず委員のご紹介をさせていただきます。五十音順に、井上先生、大和先生、勝山先生、金子先生、齋藤先生、藤井先生です。吉澤先生も委員になっていらっしゃいますが、本日はご欠席という連絡を承っております。続きまして、会議資料のご確認をお願いいたします。お手元に議事次第のほかに「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報告書」が一つ。それから委員の皆様には評価シートを配布させていただいております。

それでは議事に入ります。最初は評価委員長が決まるまで私の方で議事を進行させていただきます。議題1は委員長選出です。選出方法については、委員の互選という形が望ましいと思っております。どなたかご推薦があったらお願いいたします。

**大和** はい。僭越ですけれども、齋藤先生にぜひお願いしたいと思えます。

**森** 只今大和先生から齋藤先生というご推薦がありましたが、ご異存はありませんでしょうか。それでは齋藤先生に委員長をお願いしたいと思えます。これ以降の議事については齋藤先生、どうぞよろしくをお願いいたします。

**齋藤** かしこまりました。先生方にはお忙しいところありがとうございます。私は慈恵医大に20年おりました、それから聖マリアンナ医大に20年、そこで定年となり、そのあと2年間国際医療福祉大学におりました、今は日本歯科大学におります。かつて日本医学教育学会で責任者をさせていただいたということと、全国医学部長病院長会議のカリキュラム専門委員長を仰せつかっていた関係で、本職は内科医ですけれども、医学教育に首を突っ込み、CBTの責任者も務めていました。今日はよろしくどうぞお願いいたします。先生方、軽く自己紹介をしていただいたほうがいいですね。はい、それじゃあ勝山先生、お願いします。

**勝山** 今、長野県立病院機構の理事長をさせていただいております勝山です。今日、機構の看護部長会がありまして、看護部長ら8名から、医者についての苦情を聞かされてきました。大変なことだなと思えました。精一杯努めさせていただきますのでよろしくをお願いいたします。

**金子** 飯田市立病院長の金子と申します。2002年ですけれども、富士研で医学教育の指導医講習に参加しました。そのときの齋藤先生に再会できました。そのときに洗脳された名残がずっと残っています。学生あるいは研修医の教育というのは非常に大事だと認識しています。幸いに当病院には信州大学の学生さん、あるいは研修医がたくさん来ていただいております。しっかり教育しないといけないという思いがしております。

**森** 信州大学の医学教育センターで副センター長をしております森と申します。富士研は2009年に参加しました。

**多田** 医学教育センター長の多田と申します。私は脳外科医です。学生がいろいろ不祥事を起こしたりしないように頑張って指導していきたいと思っています。

**福嶋** 信州大学医学部長の福嶋でございます。私はもともと小児科医です。18年ほど前に信州大学に赴任して以来、教育には力を入れてきました。これからのグローバル化では、臨床実習をさらに充実させるということが重要になります。診療参加型ですので、チームの一員としていろんなことを学ぶ、それには大学だけでは不十分です。長野県のとてもありがたいところは、関連病院に熱心な方がたくさんおられて、大学の取り組みに積極的に関与していただけるということです。新しい臨床実習はまだスタートしておりませんが、正式スタートの時にはよりよいものになるように、本日は委員より忌憚のないご意見をお願いいたします。

**大和** 諏訪赤十字病院副院長の大和と申します。この10年ほどはこの病院で卒後研修にたずさわっております。専門は循環器内科です。その前は大学にいました。当時教員になるとティーチャーズトレーニングがあつて、そのときに初めて医学教育って面白いなあと思えました。平成10年から信大の卒後研修をお手伝いさせていただいています。

**井上** 私は富士見高原病院で院長をもう20年務めております。医学教育からは一番遠い存在かもしれませんが、以前から学生の研修は積極的に受け入れてきました。今の医学教育でいろんな取り組みがなされて、研修制度も変わり、その意味ではレベルを高めているということもあるんですけども、いざそれが、地域の医療への教育の貢献はというとまだ非常に薄いと思います。私に関与できるとすれば、特に地域医療という面での人間作りじゃないかと思います。教育の基本的なものはどうしても大病院中心の教育になって、地方の中小病院が欠けたような感じもしますので、そういうところで我々の果たす役割があるというふうに思っております。

**藤井** 山梨大学医学部の消化器外科教授をしている藤井です。今山梨で教務委員会の委員長をしています。私は消化器外科医で、教育にどっぷり浸かるわけにいきませんので、不十分な教育制度のままです。臨床研修は、2年前に私の主張で専任教員を付けて臨床教育センターという形にしたんですけど、まだ学生のほうの教育センターはありません。早急にそれを仕上げようと思っています。やはり私共のところでも、72週の臨床実習をしたいと考えているんですけども、実現するにはなかなか難しい問題もあります。少しでも見習って、しっかり山梨大学の教育に反映できればと思っています。

**齋藤** それでは早速議事に入らせていただきますが、お手元の式次第に沿ってまいりたいと思います。まず多田先生からご報告をお願いいたしますが、分厚い資料でございますので、途中で区切って先生方からのご意見を賜りたいというふうにさせていただきますので、よろしく願いいたします。では多田先生、よろしく願いいたします。

**多田** 資料1-1をご覧ください。プログラムの名前は「150通りの選択肢からなる参加型臨床実習」です。150通りの意味は、学生が1学年に120人入りますので、120番目の学生でも何十通りかの中から選べる、十分な選択肢を持つというつもりで、名付けま

した。今は51週の臨床実習ですけど、26年度から72週になる予定です。2ページをご覧ください。ここに我々の目的を示します。屋根瓦式の教育を根付かせたいということで、学生のうちから上級生が下級生を教えるような習慣を付けて、彼らが医師になったときには上級の医師が下級の医師を教えるというようなことが自然にできるような体制を作りたいと考えています。いろんな病院をお願いして、学生を教えていただかなくてはならないということが想定されますので、各病院の先生方にも、FDというにはあまりに時間が短いのですが、ご説明して何とかこの教育体制を病院のほうでも築くように頑張りたいと思っております。学生のローテーションの仕方につきましてはあとで説明いたします。各診療科の一診療チームに一人の学生を配属するというを基本としてこの計画を立てています。

新たな人員が必要になりますので、助教を一人雇用しました。次をおめぐりください。150通りの選択肢からなる参加型臨床実習の計画です。4年次後期からベーシッククリニカルクラークシップを始めます。5年次前期末に、共用試験と同じように学内で中間試験とmidterm OSCEを行って、学力の不十分な学生はもう1度ベーシッククリニカルクラークシップをやらせます。ここではシミュレーション教育を充実させて、学内中心に教育するつもりです。このベーシッククリニカルクラークシップを修了した学生は5年次後期にどのコースを選んでも満足できる実習ができる150通りの選択肢から選ばせて、6年次前期の4・5・6月は学生が自分の選びたいところを選び、勉強するというようなシステムで、全部で4週×9クルールの臨床実習を行いたいというように考えております。

12ページの整理番号2の2をご覧くださいますと、推進委員会のコメントがあります。

①ベーシックとアドバンスに分けた企画がよい、②各診療チームに一人ずつ配属するのがよい、③それからできるだけ診療参加型にしようとしているところがよい、④この評価委員会を開いたのがよいというお褒めの言葉をいただいております。問題点としては、⑤受け持ち患者数が少ないというのがあります。これはそんなに少ないとは思っていません。⑥それからポートフォリオがないというご指摘もありました。これは大切なご指摘で、早速モデル・コア・カリキュラムを、診療科ごとに分けて、学生がポートフォリオを作れるようにしました。お手元の資料として配布させていただきました。⑦それから最後の学生の送り先の教育体制につきましても、しっかりと対策を立てたつもりですのであとでご紹介します。

資料の4の1「平成24年度事業の計画・内容・成果」をご覧ください。一つは、今の2年生ですけれども、授業時間を90分から60分に短縮して新しいカリキュラムが始まるように実施いたしました。それからEラーニング自習システムを利用してできるだけ学生たちが自主勉強できるような環境を整え、分からないところはEラーニングでできるように、現在Eラーニング委員会で検討していただいております。

150通りの臨床実習コースにつきましては、素案を作成いたしましたので、ご覧ください。

これまでの医学教育FDは大学内で新任の教員等を対象にしてきたのですが、それだけでは実習先の病院の教育体制が不十分なので、実習先の病院に我々がお邪魔して説明をさせていただいています。その例はあとでお示しいたします。今まで6病院を回りました。それから信州大学の学生教育を支援していただく連絡協議会を作りたいと思っております。これはまだ始めていません。近々に計画します。

それから他大学への見学は千葉大学、琉球大学とハワイ大学に行きました。

**齋藤** ありがとうございます。ここまでのご報告で先生方からご質問等ございましたらよろしくお願いいたします。

**井上** この150通りの選択肢は大学が決めるということですね。あとは個人が決めるんですね。これを大学が決めるというのは非常に難しいと思うんですが、これはどういう形で決めるのでしょうか。

**齋藤** それではここで一番最後の資料をご紹介します。

**多田** それでは資料ナンバーの4の6をご覧ください。これは実際に学生がどれを選んでもいいよということ、私が仮に作った学生配置計画です。1から150まで学生が選べる番号をうっています。横軸は9月から2月まで1ヶ月ごとに区切ったということです。たとえばナンバー1を見ていただきますと、まず大学の第一内科に行き呼吸器内科を勉強し、次に飯山赤十字病院に行ってプライマリケアの勉強をする、次は大学に戻ってきて脳外科に配属されて、12月はこども病院に行って外科、1月には北信総合病院に行って内科、2月には大学の第三内科で神経内科の勉強をしに行く、というコースになります。濃い黄色は内科群で、薄い黄色はプライマリケア群です。また、外科とか精神科とか小児科もコア科になっておりますが、そういうところもうすい黄色を変えてそれらを重点的に回らせようと思っております。色の塗ってないところはいわゆるマイナーの専門診療科です。マイナーの診療科を1コース150コマで、1科で4コマとると内科の選択肢がたいへん少なくなって、プライマリケアの経験できなくなってしまいますので、マイナー科は150通りのうち各科毎月3コマだけ、つまり脳外科は1月3人しか取れないというように制限しています。こうすると、6回のうち内科が2回か3回、プライマリケアあるいはコア科が2回か3回、マイナー科が1回か2回選べるというようになります。

次のページには150通りの内訳がございます。これは150人が6コース動きますので全部で900ポストを用意しないとだめだということです。900ポストのうちの414ポストは信大病院です。たとえば一番上の第一内科に18人と書いてありますが、これは第一内科の3診療チームに3人が配属されて3かける6か月で18人ということです。第二内科の血液チームには一人配属されて、それが6か月ですから6人と、そんな勘定です。たとえばその下の病院のところにプライマリケアと書いてありますが、ここでは病院の規模とか現在お願いしている学生の数とかを勘案して、たとえば飯田市立病院ですとプライマリケアで、できれば2人ずつ、12人お願いしたいとか、富士見高原病院は現在もたくさんお願いしていますので18人とか、諏訪日赤は内科中心に配分しています。右の

ほうの列は相澤病院から丸の内病院までありますが、これは内科中心です。マイナー診療科の実習まで関係病院にお願いしてしまうと、内科の実習が少なくなるということがあって、右の列に掲げてある病院は主に内科を中心に実習させていただきたいと考えている病院です。

長野赤十字病院と長野市民病院は2人ずつお願いする予定です。これらの病院は充実していて推薦していただいている先生方はたくさんいらっしゃるんですけど、松本から遠いので同時の実習は2人が限界です。松本市内とか、松本から通えるところはたくさんお願いするようにして、あとは実現可能な方法ということでこういう実習コースを考えました。これを叩き台にしてさらにより良いものにしていこうと考えています。

**齋藤** ありがとうございます。

**井上** 今の続きなんですが、一人一人が選ぶんでしょ。希望が重なった場合は抽選とかくじ引きとかになるんですか。

**多田** その場合は成績順に選ばせようと思っています。

**齋藤** ほかに、いかがでしょうか。

**金子** 内容が、たとえばプライマリケアといってもいろいろ広範囲ですよ。それは各病院のプログラムなのですか。

**多田** それは各病院とご相談させていただいて、病院ができることをと考えています。

**藤井** 長野県の地域性がよく把握できてないのですが、たとえば山梨では富士吉田の病院で選択実習というのがあります。行くのに1時間もかかるんです。遠いところはどのようにですか。

**多田** ありがたいことに病院で宿舎を用意していただいています。時々不届き者が出て、冷や汗かいているんですけど、本当によくやっていただいています。

**藤井** 宿舎はもう確保されているんですか。

**多田** はい。大学からも何がしかのお礼をしているんです。

**井上** え、大学からですか、個人じゃなくて。

**多田** はい、大学からです。とにかく学生の行ったところには必ず私達で行って、担当の先生にはお礼を差し上げているんですよという話はしています。私共としては、学生一人教えていただくと、1時間今1000円、病院にお支払いしています。

**藤井** 屋根瓦方式はどうなりますか。

**多田** 今考えていますのは、一つは、6年生は4週間、5年生はたぶん1～2週間の実習になります。6年生の1週目、2週目は無理かもしれませんが、3週目、4週目になれば5年生を教えられるんじゃないかと期待しています。で、そういうふうに使われるように先生方に指導していただいて、6年生は先生が教えるけれども、5年生は6年生が教えるというような体制を作りたいと考えています。二つ目、これはまだ具体的には考えてないんですけど、以前の臨床講義をなんとか復活させて5年生と6年生と一緒に勉強させて、6年生のやっているのを5年生に見せる、そういうふうにして6年生にそのときに5年生

に教えさせようというのを考えています。

**藤井** 5年生が6年生よりできたりするんですが(笑)。ものすごく良い学年とそうでない学年がありますよね。だからたとえば屋根瓦方式でも6年生に対する評価と5年の評価でなかなかむずかしいのでは。

**多田** ただ、やっぱり6年生と5年生の臨床実習を見ていると、力の差は歴然としているんじゃないかと思っています。

**藤井** それはそうですね。妙に偉そうにしていますね(笑)。

**齋藤** 今の話の延長として初期研修医が6年生の学習を見るというのもいいんじゃないかと思うんですが、それは考えていらっしゃるでしょうか。

**多田** もちろん考えています。研修医と一緒にさせるとすごく勉強になるということは実感しています。できれば研修医のいる病院にたくさん配置させたいということで、各講座の教授から研修医が教えられるところをリストアップした資料をいただいております、そういう病院に学生を送るようにしています。あ、ちょっと説明をし忘れましたが、各病院でどんな先生がいらっしゃるってどんな指導ができるかということ、学内の教授から推薦をいただいて、その一部にこの病院では若い先生がいる、研修医がいるということも教えていただいたということです。

**齋藤** それは別に講座の教授に限る必要はないんじゃないかなと思いますが。

**多田** ええ、そうですね。

**勝山** 今の研修医のことはすごく重要と思いますね。ちょうど須坂病院とこども病院でシミュレーショントレーニングをしていたんですけど、やっぱり研修医や後期研修医の諸君は、すごくできるようになっていて、教育に向いていると思いました。年寄りほとんどだめです(笑)。部長クラスより上は、今のコーチングというようなことになかなか身に付いていない。研修医や後期研修医を大いに活用していただきたい。

もう一つ、今後のことですが、これは本当に素晴らしくて、これを進行していくと、全病院の医療の質が変わってくると僕は思います。教育の質だけじゃなくて。全病院の質が上がるという意味で大変大きなことだと思います。それで、将来的に考えていただきたいのは、たとえば内科の研修のときに、循環器内科、消化器内科、全部回ったからといって内科総合医的な発想ができるかということとできないんですよ。それで、こちらにプライマイケアというのもあるんですが、これにはフィロソフィを含めていかないと難しいかなと思います。つい最近、プライマイケア連合学会というところで新しい専門医制度のところにプライマイケアの総合診療専門医という名称でできるということになっていますよね。それでまだ検討段階だと思いますが、ああいうフィロソフィを各病院でも学んでいただいて、そういう教育のほうにだんだん行けるといいなというふうに思います。

**齋藤** ありがとうございます。

**齋藤** あの、多田先生、ちょっと伺いたいのは、このプライマイケアを学習する浅間総合から松本医療センターまでの病院には、たとえば総合診療内科みたいな部門はあるんです

か。

**多田** あるところもありますが、だいたいこういう病院というのは外科なり内科なりの方がほとんど全部網羅してくれていてくれますので、むしろそういう先生に教えていただきたいなと思っています。

**藤井** 今の勝山先生のご提案も非常に重要なことで、そうしますとプライマリケアをやる病院というのを、ある時期にどこかに集中して持ってこない、プライマリケアを最初にやるコース、それから一番最後にやるコースというのが、非常にバランスが悪いと思うんですよね。

**福嶋** それは6年生の自分で選択できる場所がありますので、それをやりたい方はそこで選べるということは出てきます。

**勝山** そうですね。ただ病院側もまだ準備が整っていませんので、何年間かの目標でそういう計画を立てて、医学部のほうで準備していただくということが重要じゃないでしょうかね。

**齋藤** 総合診療の専門医制度も、やっこの前名前が決まったぐらいですから。去年の8月31日ですかね、総合診療部門だけまだ未定になって残っているんです。それで出てきましたから、これで日本中がそういう方向になっていくんじゃないかと思います。

**齋藤** ありがとうございます。はい、どうぞ。

**大和** 私共のところでは今6年生を4月、5月、6月と受け入れています。10年近く受け入れてきた中で、やっこの1か月間で、どんなふうにもその子に実習させて、結果をまとめさせて帰してやるかという、イメージが、ようやく何年もかかってできてきたんです。それをあまり学生を受け入れたことのない病院で、1か月学生を受け入れて、何を見せてどう到達させればいいのかという、その辺の中身はどうなるのですか。初期研修ですと、コンテンツがはっきりして、それなりに2年間あるいは1年間お預かりしているあいだに、でこぼこありながらも軌道修正しながらできるんですが、1か月だと短くて、かなり当たりはずれが出るだろうと思うんです。その子がのんびりした子だと、1か月の終わり頃になってようやくという子もいますし、すごく賢い子ですと、あっというまに馴れて2週間目からうちのスタッフと同じように動いている子もいます。実際に行なうべき実習がなかなか思い描けなくて、その辺も含めてFDをやるっていうと、僕らの心の健全も含めてけっこう大変だなと思うんです。(笑) 実際もし学生をプライマリケアに送り込んでみようとおっしゃるならば、じゃあアドクリの段階で、1か月いるとこんな感じですよとか、あらかじめ助走をつけないと、その学年から突然スタートですと言われても、多くの病院はけっこう困ると思うんです。その辺の準備段階は、大変難しい気がします。

**齋藤** まず臨床実習の到達目標の話と、それにリンクするところの教員養成という観点から、さっきの出張医学教育FD、4の3ですね、その辺りがリンクしてくると思います。まず一つは、学生さんが行った病院の先生方に対して例のコア・カリキュラムから由来したところの到達目標のお話。それから、そのためにFDを一生懸命なさっていらっしゃる

わけですから、そのことについてちょっとお話をいただくとありがたいと思います。その、最初の部分についてはポートフォリオのところに入れたとおっしゃっていましたね。だからそれを先生方にご覧いただければどうですか。

**多田** 臨床実習の手引きですね。それがまだ出来上がってないのです。従来のものは出席を取るだけに利用されていたのですが、それですと不十分です。今、全国の医学生はモデル・コア・カリキュラムに従って、勉強の到達目標を定めています。そこで、それを診療科ごとにぶつ切りにしたものを後ろに挟んだ新しい臨床実習の手引きを準備しています。たとえば循環器内科に行ったら、これができるようになりなさいというのがまとめてあります。そこに自分が勉強したものを挟み込んで、2年間で自分の教科書を作るというふうに学生には指導しております。それから、4週間ずっと各病院にすべてをお願いしようとは、今のところ考えておりません。1ヶ月のうちに何回かは大学病院に戻して、臨床講義をやって、大学からも私共が目を見離さないようにしようと考えております。それからちょっと後先になるかもしれませんが、各病院で先生方に学生をお願いする場合には指導の方法といたしまして、学生用のミニCEX、つまり短縮版の臨床評価表を作って、4週間いるうちの2週目と4週目に評価をやっていただいて、お前こんな感じだぞということをご指導いただくようなことを考えております。

**齋藤** 結局今使えるものとして、モデル・コア・カリキュラムは、研修医でいうと研修到達目標と同じようなものでしょう。それからもう一つは、前川レポートでの学生に許容される医行為、それが言ってみれば到達目標と、その細分化された状態であって、その評価をミニCEXと、それからOSCEが入りますか、それで評価しようということですね。

**多田** はい。

**大和** このモデル・コア・カリキュラムは、たとえば自分の専門の循環器を見ると、なにが説明できると、要するに知識の領域だけですよ、書いてあるのは。ところが屋根瓦で病院に行ってやるのは技能だったり態度だったり、そういうものの要求されているものは何かというのは、ほとんどここには書かれていない。4週間、ほとんど屋根瓦みたいな上にいるものからお前働けよと言われて身に付けることは、なかなか概説できる、説明できるものではないわけですね。だけど、普通どおり国家試験も6年の終わりにはあって、大丈夫ですかね。

**多田** すみません。それを作ったときには、こちらも国家試験がひらひらしていて(笑)、そういう手引きにしたらかどうかということは考えていたんですけど…。

**大和** あまり4週間ずっと追い回していると、国家試験も心配ですし、午後は自宅学習をやらせてくださいと言われて、いや、そうですねという話になるのも困るんでね。これこれを、その4週間で身に付けてこいよというのを学生にしっかり言っておいてもらわないと。なんか病院に行ったら朝から晩まで研修で振り回されて勉強している暇がないんですという苦情ばかり行くようになると困りますよね。

**多田** いや、ご指摘のとおりだと思います。

齋藤 多田先生ね。コアカリのG臨床実習は入っているのでしょうか。

多田 いや、それが入れてなかったです。

齋藤 コアカリというのはご承知のように診療科別じゃないんですけど、その中で22年度改訂版のコアカリですと、G臨床実習という項目がございまして、そこには診療の基本、あるいは診察法であるとか基本的臨床手技であるとか、内科系や外科系の診療実習、あるいは地域医療臨床実習という言葉が入っていますから…。

多田 それ、知っていたのですが、ちょっと総論的かなと思ったものですから止めたんです。各科の臨床実習のときにはあまり使えないように思いました。

齋藤 おっしゃるようにね、研修医の到達目標のほうにしてもそうですけど、このモデルコアカリにしても、項目はあるんです、だけどその細分化されたところ、深さ、あるいはストラテジー、あるいは評価、その辺はないわけですよ。だからそれは各大学でやっぱりそこまで書き込んでいただくと素晴らしいものができるんじゃないかと思っています。

多田 分かりました。

齋藤 初期臨床研修のほうは研修指導ガイドラインという、こんな厚いのを作らされたんですけども、何人かのお医者さんに書いていただいたんですけど、あれも死んでいます、実は。こんな厚い本を誰が読むだろうというようなことになっちゃっています。

福嶋 大変重要なお指摘をいただきました。幸いなことにまだ時間が十分にあるということで…。到達目標というのをやっぱり考えてやってまいります。

齋藤 特に学内の先生はご存じかもしれないけど、学生さんをこれだけ外に出しますから、それを先生方にやっぱり知っておいていただかなければ、ということで、そのFDの話に行きます。

多田 それでは資料4の3、出張医学教育FDをご覧ください。勝山先生のお計らいもあって、最初に県立こども病院で出張医学教育FDをやらせていただきました。本当は3時間はやりたかったんですが、それは長いということで1時間半で、やらせていただきました。病院の先生にとっては一日働いたあとに講義を聞いても面白くないということもあって、あまりご参会いただけませんでした。そこで、次からは30分、短いと思われるかもしれませんが30分やるのが限度でございました。それで、ここに掲げてありますような内容を講習してきました。成果を一番簡単に見ていただけるのは総合アンケートというところです。クリニカルクラークシップとは何か、学生にカルテ書かせることができるかとか、講演したいろんな内容をアンケートで問いまして、事前と事後で同じ問題で調べて各病院のレーダーチャートにしたものがあります。これを見ていただきますと、面白い傾向がありました。病院によって先生方の理解度がずいぶん違うということが分かったのと、それから、各病院の先生方は、教えることは分かるんだけど、評価ができないというか、評価に関する項目に関してはあまりご理解いただけてないというのがよく分かって、学生をどう評価したらいいのかというところを、これから一生懸命やらないといけないということがよく分かったという次第です。

**齋藤** ありがとうございます。これで報告事項が済みました。大変ご苦労されたことがよく分かりました。一応これで事業報告が全て終わりましたけれども、何か先生方、これまでのところで追加してお話しただければありがたいです。いかがでしょう。

**井上** ちょっと、いいですか。僕も全然気にしてなかったが、大和先生の言われた、学生に対する国試対策、学問的なものとは別な部分があるでしょう。そういうものは今信大にあるんですか。そうじゃないと、浮き足立ったような学生を相手にするというのは非常に困る。

**多田** 国試対策というような授業はやっていません。

**福嶋** 一昨年から11月のテコムの模擬試験を父母会の経費で全員受けさせるようにしています。その時点での信州大学の成績はきわめて悪いです。昨年の11月にやったのは、ビリから2番でした。あと、国試対策は、大学でやってもみんな付いて来ないんですね。プロとか自助努力で頑張っているということで。今の国試では単なる知識だけではなくて、臨床実習が活かされるような問題が出てきております。大学の教授は試験対策のプロではないんですね、残念ながら。一時期、特別講義の国試対策の授業をしたのですが、あまり高い評価は得られませんでした。

**齋藤** 実は全国調査では、国民は、医師国家試験に実技試験が入っているのを信じている。で、国家試験検討委員会でもう何年も前に国試に実技試験をちゃんと入れましょうという話はあるのですが、それは実際できない。結局各大学が卒業試験でもってそれをチェックしなきゃならんということになって、アドバンスト OSCE が行われるようになった。そのことは、この4の2の資料をご覧になると分かると思うのですが、6年生の卒業試験のあとがどうしても真っ白になっちゃう。国試対策の勉強がここに入ってくる。これは非常に残念なことで、本来、クリニカルクラークシップから初期研修までは、一貫した臨床教育が行われなければならないんですけれども、今の国家試験のためにここが数か月無駄になってしまっているのが現状だと思います。

**藤井** 選択臨床実習というのは、全く学生たちが、独自に診療科を選ぶということですか。

**多田** そうです。

**藤井** 山梨大学の消化器外科だと、朝7時半から手術です。帰るのは夜9時くらいです。一方、他の科ではみんな時間通り帰れて、家で国試の勉強ができるので、かなり学生が偏ってしまうんです。たとえば放射線科は8人になる。消化器外科はゼロです。これはちょっと困るということで、少し制限をかけた。だから、何らかの形で制限をかけないと比較的余裕のある診療科に集中する傾向が生まれるかもしれない。

**多田** 選択臨床実習はすでに実施しています。同じような学生がいるのは事実です。人数を制限させてやっていると、それほど困るという状況にはないと思っています。

**森** あと、人数制限をかけると同時に、内科系から一つ、外科系から一つという形で、科に関するハードルをかけているので、たとえば、言葉は悪いですが、耳鼻科、眼科、皮膚科の3科みたいな選択はできない仕組みになっています。

**藤井** それはどうやってやるのか。うちでそれをやろうとすると、うまくいかないです。うちはまだ51週ですから。

**多田** 先日の教授会で、現在5年次に各講座を2週間ずつ回らせている臨床実習を10日に圧縮したいと言ったら臨床の教授たちから強く反対されました。なんとか合意する作業を今やっているところです。

**藤井** 分かりました。この6年次の選択臨床実習はもうすでにやっていて、そういう規制がかかっているのですね。

**多田** ええ。私共も気にしているんですけど、大体の学生は喜んでやってきているので、いいかなと思っています。

**勝山** さっき、先生にコア・カリキュラムを見せていただいたら、最後のところにチーム医療という言葉が出てきましたのでちょっと安心いたしました。たとえば今日県立病院機構の看護部長会議で出てきたという例を見ますと、ある医師が「子ども連れの患者は気が散って診察に困る」というような発言を患者さんの前でするのでそうです。しょうがないので赤ちゃんは看護師がだっこしたのですが、それで赤ちゃんが泣き出したら、「聴診器が聞こえないからこんな患者は診れない」と言い出したそうです。これが例外だといいますが、実はそういうレベルの人が増えつつある。それで、チーム医療というときに、コメディカルの人とちゃんと付き合えないという人も多い。僕は、OSCE 開始以来、臨床医は変わってきたと思います。そういう点はすごく改善されてきているなということは思いますが、学生には是非チーム医療を現場の病院でしっかり学んでいただきたい。

**多田** はい、ご意見ありがとうございました。

**齋藤** それではここで、この外部評価シートのご記入をそれぞれお願いしたいと存じます。  
(記入)

**齋藤** よろしゅうございますか。それぞれについて各先生から講評を承りたいと存じます。まず、新カリの作成で授業時間を60分としたカリキュラムを作ったということについて、先生方の評価はいかがでございましょうか。

**井上** 今までこれだけの時間が必要だったものを短縮したら、いろんなマイナス効果もあると思うんだけど、そこらについての検討はなされた上のことだったのかな。それが分からなくて。それなら今まで何のために90分していたのだということになる。

**多田** 日本の医学教育でいろいろ問題ある中、日本は講義が多すぎると言われています。なるべくレクチャー方式の講義は減らそうという方向で、今動いています。その一環として60分に縮める。臨床実習を増やして講義の時間を減らすという方向に動いています。

**齋藤** 1番目と7番目がほとんどかぶった内容ですね。

**森** 90分を60分にした結果、すぐ対応された先生と、いつものペースで話し始めて後ろがギュッと詰まってしまった先生が今年はいたようで、学生のほうからも多少の苦情がきています。ただ、内容的には十分補えるものだと思っておりますし、足りないものに関しては極力Eラーニングで補うというふうに考えております。

齋藤 これはティーチャーズイリュージョンなんですよ。90分の講義を60分にすると、教員が、講義時間が長いとこれだけしゃべろうと思っていたことがしゃべれないということが大体出てまいりますけど、実際そのあとで学生に試験してみると、実は90分でも60分でも同じことなんです。

藤井 それには私も同感です。実はチュートリアル教育を60分にするのと90分のままでこま数は減らすので学生に試験をすると、結局同じなんです。

森 一見60分と書いてありますが、実際は60分3こま連続で使えます。90分2こま連続と同じです。

齋藤 そういう柔軟性がある。私も過去に90分を60分にしました。そうすると教授会でそんなに減らすななどと言われたんですけども、強引に60分にしました。教員のほうはそれだけ講義したと思ってるだけの話でありまして、学生はそんなに、まあ変わらないのであります。

多田 山梨はPBLチュートリアル教育をやっているから、素晴らしい。

齋藤 だいたい学会の教育講演なんていうのは、短いのは20分とか、せいぜい40分ですから。はい。ありがとうございました。ほかにご意見など…。

金子 教える量が決まると、どうしても短い時間になっちゃうと教えきれない部分があるというのが、この主題だったんですけど。そこだけ確認できれば良いと思います。

齋藤 では次にEラーニング。これはまだ始まらないんですよね。

森 そうです。

藤井 Eラーニングなんですけど、それを使っているというのはチェックできるんですか。

多田 いや、それができるんです。

齋藤 問題は、Eラーニングを単位として認める場合に難しいのは、Eラーニングは本当は代返が効いちゃうということです。(一同笑)。

藤井 だからうちの英語は単位として認めている。それで少し問題がある。

齋藤 結局到達度評価のところでもってしっかり評価しないと、どこが…。

金子 講義の代わりにはなるけど、テストの代わりにはならないね。

森 現状ではEラーニングで単位を与えるということは考えていなくて、あくまで短くなった分を補うということで少し使ってもらおうということを考えています。

齋藤 結局、Eラーニングというものは一方向性になってしまうというところで、Eラーニングを双方向性にする事の難しさなんですよ。

勝山 もう一つ、ちょっと検討をお願いしたいのは、このカリキュラム、今度たくさん病院が参加するわけですけど、そちらの指導者の人たちがこれをなんとか見ることができると良いですね。医学部で、先生方どんなことを教えているのか。特に医学部を離れて久しい人は、どういうレベルまで教えられているのかが全く分からない。

齋藤 協力病院の先生がEラーニングのこれにアクセスできればいいと言うことですね。

勝山 そうです。

齋藤 分かりました。次に3こま目です。この受け入れ体制はいかがでございましょうか。ですが、まだ実は始まっていないですね。

多田 ですけど、6年生のクリニカルクラークシップは診療参加型で、原型になるものは今やっています。

井上 これ、ぱっと見て分からないんですね。それぞれのコースのおおまかな説明が横に付いていると、学生も分かりやすいんじゃないかと。決めた狙いというかな。

森 分かりました。内科が3回あるコースはここですよとか、そういうことですね。

齋藤 それだけでかなり厚いブックレットになってしまう可能性はありますが、電子媒体でやったらどうですか。

井上 もっと簡単でいいんですが。

齋藤 SBO 的なことというのがちょっとあったほうが、教員のために…。どこまでやった方がいいのって…。それは電子媒体で作るのは簡単ですね。だけどやっぱり、150通り作りましてって言って、この予定表だけになっていますでしょ。そうすると残念ですね。

金子 あと、学生が来るのはいつごろ分かるのですか。どこの病院も学生がどの診療科をやるかということが、受け入れ先も例年事前に全くわからないんですね。

齋藤 だから始める前に、そういう SBO 集を作って、たとえば飯田の病院の先生にこういうことをお願いできますかっていうのが大変重要な作業なんです。

金子 やっぱり準備というものがあるので。その辺、分かり次第早めをお願いします。

齋藤 そうしないと、学生は行きました、向こうの先生が受け取りました、しかし、どこまで何をやればいいのかということが出てくるんじゃないでしょうか。僕はただ、やっぱり走りながら考えなければ部分もずいぶんあるだろうと思います。それから学生さんよりも、ひょっとしたら行った先の先生方に対するフィードバックがかなり重要になると思うんです。そのときにやっぱり、アプリシティブインキャワリーというようなことを書いてありましたね、いい点をどうのと、あれがやっぱり非常に大切なことだと思いますね。

勝山 これは学生に選ばせるわけですよ。だから関連病院も、来てほしければ競合するわけですよ。大学病院の初期研修のレベルも7~8年で格段に変わったのと同じに、各病院のレベルも各段に変わってくると思いますよ。

齋藤 先生おっしゃるように、これは、学生のレベルも上がるだろうけど、病院がコンペティションして実習のレベルが上がってくるんじゃないかという気がするんですね。でも病院としては大変です、評価されちゃうことだと…。

勝山 おっしゃる通りですね。

齋藤 そこで生きてくるのはね、学生にはモデル・コア・カリキュラムが周知されているわけですよ、これだけのことは到達しなければいけない、これだけはやってくださいなど。それは初期研修と同じなんですけれど、やっぱりそこまで、学生さんにも、それから教員の方々にも知っておいていただかなきゃならないし、そうしないと、今の臨床研修システムで問題になっているように、僕は耳鼻科に行くんだからほかの科はいいよというような

研修医が出てしまうのと同じ状況なので、学生でも出ちゃうでしょう。だから到達目標をしっかりと示しておく必要があります。

多田 分かりました。

齋藤 では4項め、FDについてはどうでしょう。大変ご苦労されていらっしゃるというのがよく分かりますが…。

大和 現場に負担をかけないように、大変短時間で、その割にはどういう問題があるかということもちゃんと把握されておられるんで、だんだんに進めていただいたらいいと思うんですけど、どこでやったというよりも、受けたところがだんだん伸びてこないといけないうのかなと思います。たぶん受け入れる側もいろいろ不安があったりします。

齋藤 これは大変だと思います。だけど、やっぱりこのプログラムを進めていく上ではご苦労しなければならない。

大和 やっぱり教えることが学ぶことだというのは常にあるので、ある程度やったら中で教えさせるとか、あるいは施設同士で交互にピアレビューをすればいろんなことが出てくるんじゃないかと思います。

藤井 かなり出前FDをやって、最終的には、FDってこういうふうにするんだというのがわかれば、各施設・各病院でやってもらえば良いですね。

齋藤 それからそこに出てきたメンバーの中に研修医はいるんですか。その屋根瓦方式の、また指導員のそういうFDには。

多田 出前FDに行くと、研修医はだあっと逃げていってしまうんです。自分たちは関係ないと思うらしくって。それがちょっと残念です。

齋藤 それと、資料としては各病院の先生にモデル・コア・カリキュラムそれから信州大学の医行為のレベル、それから最近の国家試験問題も参考資料として配っていただいたらどうでしょう。

多田 そのようにします。

井上 これ、何回かやるんでしょ、いろんなところで。それに出られない人もいるので、それこそさっき言われたように、更新したり替えたり入れたりしたのを入れておいてくれれば良いんじゃないか。次に関わる時に一度は見なければならなくなるでしょう。

齋藤 それから、長野市でやる時には市民病院と須坂と北信病院と日赤という、先生方が一か所にお集まりいただいてもできるんじゃないかと思うのですが。

多田 それは大和先生にもご提案いただいたんですけど、実際にやるとなると、皆さんの予定があいませぬ。

齋藤 そうするとやっぱり出前ですか。

大和 私が言ったのは、指導医講習会、それは2日コースなんですけれども、そこまでやらなくてもいいのですが、そういうノウハウを導入してやれば、もう少し省力化になるんじゃないかと思いました。

齋藤 それと、指導医講習会の場合、病病連携がうまくできている。先生同士の横のつな

がりがあります。

**多田** 初期研修の指導医講習会に紛れ込ませていただくという手はあると思っています。教える先生がほとんど一緒なものですから。

**齋藤** そうすると、指導医講習会の中で卒前医学教育という項目を入れて、それに最低40分ぐらいかけなきゃいけない。僕、各地の指導医講習会で回って、その時にびっくりするのは、卒前の現状をご存じないんですね。それでこの前、国際医療センターなんかでは25分でしゃべってくれと言われました。卒前を25分じゃしゃべれないですよ。40分ぐらいはかかります。

**勝山** このFDもそうですが、各病院の負担がかからないようにという心配は、必要ないと思いますよ。というのは、医師の養成というのは医師の務めで、万国共通議論の余地がないわけですね。

**金子** ここを一生懸命やっていたら研修医が来てくれるということでしょう。

**勝山** 負担があってもやるということが選別されて、それで脱落し、また新しい病院が育ってくるということで、それは先生あまり気にされないでいいと思います。

**齋藤** 意識として、日本の先生方は、やっぱり患者さんを診ることが一番上にある。ところが外国の先生方を見ると、それと同じぐらいに後輩を育てるという認識を持ってらっしゃる。そこが素晴らしいところだと思いますよね。

**齋藤** その次の5番目ですか、協力病院と信州大学の協力病院連絡協議会ですか。僕はこのプログラムを進めていくときに、これが一番ポイントじゃないかというふうに読ませていただいたんですけど。山梨大学はこういう組織というものはございますか。

**藤井** あります。山梨でも協力病院と大学とのコミュニケーションは良くしています。この150通りを充実したものにするには、本当に教育現場と大学の関係を密にする必要があります。山梨の外科は全県1区でやっていて、とてもまとまりが良いです。

**多田** 卒後研修センターが主催している研修病院の会があって、そこにほとんどの皆さんがお集まりいただいている。それと一緒に開かせていただきたいなと内心思っていたのですが、そうすると皆さん出てくるのにたいへんでない。

**齋藤** 長野県はちょっと大きいですからね。山梨は初期臨床研修指導でずっと伺っているんですけど、ある意味、山梨はかちっとまとまるんです。地理的な距離もそう遠くない。ですから、今、藤井教授がおっしゃったように、この組織作りというのがしっかりできれば、これは素晴らしいことだと思います。

**齋藤** それからさっきの、2年次の60分授業、これはよろしゅうございますね。で、海外実習の話。これからは日本中これをやっていかないといけない。例のグローバルなどこのこの問題を絡んできますから。それには英語教育の問題が一つあります。英語教育については日大が1年から6年まで英語教育、医学英語の勉強をなさっています。今、日本でたとえば英語でOSCEやっているとところはないと思います。やっぱり国際化についてはやってらっしゃるところの情報をお集めいただくのがいいと思います。女子医大や東海や

帝京も出しています。札幌医大はカナダに出しています。それを単位として認めなければいけない。単位として認めるには、実は行った先の大学との取り決め書を交わす必要があります。将来に向けての医学教育認証に非常に有効に作用すると思います。

**金子** 期間はだいたいどれくらいなんですか。

**齋藤** 女子医大の場合、最初は3週間ぐらい出していましたね。信大の予定を見ますと、3月が真っ白なんですね。あそこはもたないなと思いますね。

**勝山** 今は教員を新たに雇うことは非常に難しいが、専任シミュレーション教員がいないと、非常に難しいと思いますね。是非、専任教員を置くと良いと思います。

**齋藤** 慶應なんかは、確か男の看護師さんかな。

**勝山** ええ、看護師でいいと思いますね。

**齋藤** それから東京医大も専任じゃなかったかな。結局シミュレーションセンターを管理する人材が出てきて、一人でいいんです、違った面でランニングコストがけっこう、消耗品を使いますから、お金を使いますから、その辺りを、福嶋先生を口説かなきゃいけない。

**多田** それが実は福嶋先生が既に男性を一人確保していらっしやって、その人を当てようかなと思っています。確かにハワイ大学の教授もそういうことを言っていました。

**齋藤** それで、臨床実習入門のところで、1回シミュレーションセンターに行かせます。それからあとは、実習中に適宜学生が行けるようにしてというのが大事だと思います。

**藤井** 信大のシミュレーションセンターはどうなっているのですか。

**多田** 今は病院と医学部のセンターに別れているのですが、今度合体させようと考えています。

**勝山** シミュレーション教育の未熟な組織では、チームトレーニングができないんですよ。だから看護婦は看護婦でやっています。僕は今の県立病院機構に行って、非常にかっこよかったんですよ。せつかくシムマンとかあるんだよ、医師は全く来ません。研修医ばかりじゃなくて、後期研修医にも絶対僕はやらせるべきだと思いますよ。

**齋藤** いや、学生からでしょう、だから、二つ作ることはないんで、シミュレーションセンターは信州大学に一つあればいいんです。それでその協力病院の先生も来れるようにするということですね。

**藤井** 後期研修医のシミュレーションセンターをもっと活用するということですよ。山梨でも問題になったんですが、多くの病院で患者診ている先生は診療が終わってから来る。そうすると夜8時です。そのときに事務的にどう対応するかということがありますね。そうすると、二人雇って、昼間と夜も管理する。必ず誰かいないとだめですから。そこが一番問題で、山梨お金ないですから、それでだめというようになってちゃたんですけどね。

**多田** はああ、なるほど。

**勝山** 今、県立病院機構では、医師・看護師を付けてシムマンまで貸し出しています。出張費をいただいています。車も専用で用意してあります。そういうサービスを大学と病院機構とかと連携してもらったらどうですかね。

齋藤 宿題としては、そういった医療のための人的資源と物的資源を一元化して活用していくというようにしたらどうでしょう。ただ、先生おっしゃるように、山梨の場合は8時に来られるかもしれないけど、ここだと8時に来れないというところがありますよね。

大和 学生実習のレベルを考えると、やっぱり看護師にも協力してもらうのが大事だと思うんですね。清潔区域だの採血というのは看護師のほうがよほど教えるのがうまいので、実習の前に看護師に教えてもらうのが良いと思います。

齋藤 ありがとうございます。次に、評価のポートフォリオのことですが、これはいかがでしょうか。

大和 さっきお話に出た、SBOを付けてというのと、150通りの中身を少し紹介したらいいというのは、SBOを進める中で、各コースの施設から、せめて方略ぐらいを、ここに来て1ヶ月経ったらこうなんだよというのを、本当に簡単でいいですから作って出すようにすれば良いと思います。

森 現状でも、6年生では募集をかける前に、この診療科に来れば、こういった感じで過ごして、施設はこんな感じですよという文書をいただいているので、それを少し充実させるというようなイメージでいます。

齋藤 やっぱり到達目標をしっかりと示すということなんじゃないかな。それから、ポートフォリオというのは評価ですけども、これを指導してくださった病院にフィードバックするという。それが、特に揚げ足取りにならないように。やっぱり、良かったということや、良かったと返していただくということが、このプログラムを進めるに当たっての三つのポイントじゃないかなと思います。

大和 もう一つ、それをたとえばある病院でやるという他の病院の先生に見てもらおうことですね。ガン施設の評価がそうですね。ほかの病院が来て評価をしますので、ああ、やらなきゃいけないな、すぐ学習しますから。そういう形で、まあ全体的にやるのは無理ですけども、北信なら北信で発表会みたいなものやっていたかと良いと思います。

齋藤 ありがとうございます。だいたいそれで150通りの案の一番最後のところにくんですけども。あと、問題になるのは、この図を見ると6年の後期がなんにもなくなって、卒業試験のあとは真っ白になるということですね。あれが非常にもったいないような気がするんです。本当はあそこまでクリニカルクラークシップをする。おそらく、これ、例のグローバルな医学教育の評価を受けると問題にされます。それは日本中の大学がそうですね。結局どこへ言っても文科省と厚労省がという話になるんですけど。

金子 やっぱり対策をしないと国家試験に合格しないでしょう。

齋藤 だから臨床実習をしっかりとやった学生は、ずっと通るような国家試験でなきゃいけないわけですよ。私のお仕事はこれで終わらせていただきたいと存じます。

多田 本日はお忙しいところ貴重なご意見を賜りまして大変ありがとうございました。