

「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

齋藤 本日はお忙しいところお運びをいただきましてありがとうございます。この外部評価委員会の委員長をしております齋藤でございます。

事務 (手元の資料確認と事務連絡)

齋藤 それでは簡単に自己紹介をお願いします。私は、本職は内科医で、今は医療系大学間共用試験実施評価機構で、医学部の学生さんの共用試験を担当しております齋藤宣彦と申します。

久保 昨年4月に大学を辞しまして、長野県立病院機構理事長を務めます久保恵嗣です。久しぶりに医学教育のことを話すので楽しみにしています。

井上 長野県の厚生連の富士見高原病院の統括院長をしております井上です。

吉澤 国立病院機構信州上田医療センターの地域医療教育センター、研修医や学生の教育を主に担当している吉澤です。

金子 飯田市立病院の金子と申します。うちの病院には信州大学の学生さんが5年6年ということで来ていただいております。いろいろ知識を逆に教えてもらっているような所も多々あります。元々医学教育というのは大事なものだと思っております。病院挙げて学生の教育をしていきたいと思っております。

藤井 山梨大学の消化器外科の藤井と申します。もう十数年前に教育委員会の委員長をずっとやっておりました。その時から多田先生に引っ張り出されています。やはり山梨でも72週問題があり、やはり真剣に取り組まなければならない。長野県といろいろ事情が違うので非常に苦しんでいるところです。いいカリキュラムを作ってもらって参考にさせていただきたい。

福嶋 信州大学医学部長の福嶋です。新カリキュラムとなって、いよいよ3年生がこれで終了して、4年生、臨床実習が始まる学年がこの26年度でございます。そのために多田先生、森先生、清水先生中心に準備を重ねてきていただいたところです。本日は忌憚のないご意見をいただいて、さらにブラッシュアップしていきたいと思えます。

田中 信州大学の内科の田中と申します。この150通りについては最初からいろいろ関わらせていただいて、学内のシステム作りに参加してきました。おそらく教育熱心ということでここに呼んでいただいたのではないかと思うのですが。(一同笑)

多田 医学教育センター長の多田です。150通りという名前は、学生が120人いて最後の120番目の学生でも30通りの十分な選択肢の中から自分の行きたい、勉強したいコースが選べるようにということで書かせていただきました。それに向かって今後も努力していきたいと思えます。

森 信州大学医学教育センターの森です。正直、1年間やってきたことの総まとめという場で忌憚のないご意見をいただければたいへん嬉しいです。

清水 医学教育センターの清水と申します。150通りの予算で本年度から助教として臨床実習にたずさわっています。

齋藤 ご承知のように今度は仙台にも一つ医学部ができます。今ある大学が一生懸命動いて、いくつもの他の大学も動いています。それから1月27日に文科省が発表しましたが、この4月からの医学部の定員がまた20名ばかり、去年の12月16日にもあったんですけども、また20名ばかり確か増えて、日本の歴史が始まって以来の医学生の数になります。全国医学部長病院長会議ではご承知のように、18歳人口が減ってくるわけですから、レベルの低下を非常に危惧しています。そうなってくると、やはり医育機関はどれも大変になってくる。それから病院の先生方はいかがでいらっしやいませ

うか、今は、医学部の、臨床実習開始前の共用試験、コンピュータの6時間試験とOSCEをやりまして、それをうまくクリアできない学生は残念ながら臨床実習に行けないということが始まりました。これは実は去年の7月1日に医学長病院長会議が通達を出しまして、合格ラインの目安をお決めになりました。ただこれが、今まではもっと難しい、高い点数の所で線を引いていた大学も多ございます。ですから「易しくしちゃっていいのか」、そういう大学はそうおっしゃっています。いずれにしても、それをクリアした学生にはスチューデントドクターという、学生医という日本語があてられていますけれども、そういうプラスチックのカードがもう出来上がっておりまして、医学長病院長会議の名前でもって、それを学生に与えるというシステムを25年度はトライアルで26年度から本格的に実施されるということです。

それから、あとは卒業してからの話、あるいは国家試験の話というのはちょっと省略いたしますが、ECFMGの受験資格の点で、今日本中の大学で実習時間数が足りずにECFMGを受けられない状態です。各大学が実習時間数を増やそうという努力をなさっていらっしゃいますけれども、本当は、5年生と6年生でじっくりクリニカルクラークシップができれば問題ないんでしょうけれども、残念ながら国家試験というものがございませう関係で、6年生の後半部分はまたベッドサイドから離れてしまう。そこでせっかくやってきた臨床研修へとつながる臨床医学教育が、そこでまた半年間くらい教室で講義を聞くなんてことになる、その辺が現状ではないかと思えます。そういう中で、信州大学さんでは非常にユニークな取組みをやっておられます。その辺りを含めまして、事業報告を、まず多田教授からお願いします。

多田 はい。それでは資料をご説明申し上げます。まず資料1の1の4ページをご覧ください。ここに25年度実施計画として挙げたことを5つ挙げてあります。1が、「新カリキュラムの対象となる3年次生の授業時間を60分とする。」、2が、「臨床医学の講義を3年次生後期から始める。」、臨床医学というのは臨床診療科を持っている所という意味で申し上げております。3が、「診療参加型実習の充実化を図るために新カリキュラム対象外の学生に対してadvanced OSCEを必修化する。」、今の4年生5年生に当たりますけれども、彼らにadvanced OSCEを実施する。4が、「advanced OSCEに外部評価者を招聘する。」、藤井先生に来ていただいております。5として「教育協力病院への出張FDを実施する」という計画を立てておりました。資料ナンバーの2は今年度文科省に提出した調書でございます。今年は何をやるかというのがそこに出ております。2ページをご覧ください。(2)ですけれども「本年度の目的は教育協力病院にて参加型臨床実習ができる環境を整備するために、既に協力を得ている30の病院を中心に教育協力病院を制定することにある。このために各病院での受け入れ体制について聞き取り調査を実施し、教育協力病院を決定の上、信州大学・教育協力病院連絡協議会を組織し開催する。また、聞き取り調査をもとに150通りのレディーマイド診療参加型臨床実習プログラム案を作成する。出張での医学教育FDを継続し、教育協力病院における教育水準を確保する。外部評価委員会を開催し、本事業の評価を実施する。」ということで、今日お集まりいただいたわけでございます。その9、10につきましても、個々書かれておりますが、説明しやすいのは次の資料ナンバー3の1を見ていただいて、今読み上げました本年度の目標について全部ここで網羅させていただいておりますので、これで説明させていただきます。

「臨床実習案の調整を行う。カリキュラムWGで、74週間の臨床実習案を調整し確定する。」ということで、これだったらいけそうだという案が資料ナンバー3の2と3の3にございます。3の2というのは、今年の4年生は2年間の臨床実習になりますので、2年間の1年目の臨床実習をこの3の2に従って行くと。これは従来と変わりありません。一つ違うのは、内科系、内科1、内科2、それから神経内科、それから循環器内科、それから糖尿病内分泌内科の時間を、2つの内科を二つ合わせて2週間に

して、内科の分量をちょっと減らして、それで1年間に落とし込んだというのが、以前の臨床実習と違う所です。一見しますと、なんだか内科が圧縮されてちょっと悲しいような気もするんですけど、そうではございませんで、1年目に全診療科を回らせて、内科では呼吸器内科とかそういう専門を習わせるんじゃないで、内科の診療としてどこの診療科に行っても2週間しっかり臨床実習させるということで、内科医としてのトレーニングをしっかりとここでしていただくということを3コースやる。それで2年目にしっかり内科は全コース回れるようにプランを立てるということで、1年目はとにかく全診療科を2週間から1週間で回らせるということを主眼にして計画したのが、この1年目、4年次生のローテーション表でございます。で、3の3にありますのが、これが各病院に聞き取り調査を行いまして、これだったら自分の所の病院に来た時に学生実習をやってやれるよという連絡をいただいた診療科だとか、そういうものをシャッフルして、どの診療科を取っても、どのコースを取っても、それなりに実習ができるのではないかとというふうに考えて現時点で作成している150通りの案でございます。

たとえばコース001を見ていただくと、4月に第2内科に行つて10月は長野市民病院の神経内科に行つて、11月は丸の内病院に行つて、内科1と書いてありますが呼吸器の先生だと思ひますが、12月には大学で泌尿器科、で1月は産婦人科に行つて、2月はまた大学に戻つて来て癌センターに行くということで、できるだけ学生たちにいるんな所を見せてやりたいということで組んだのがこのコースでございます。だいたい内科を6コースのうち3コース、あるいは4コースとる。それからその他内科以外のコア診療科を1、2取れるようにする。それからいわゆるマイナー専門診療科についても一つくらいは取れるようにするというようなことで、いろんなコースを考えています。このコースの作り方についてはまだ時間がありますので今後にいじることは可能なんですけど、とりあえずこれでも今実施できるというものを作つてございます。後で見ていただければ幸ひに思ひます。

それで、具体的な3の1で申し上げますと2番目ですね、「TBL (Team based leaning) と e-learning のシステムの利用の拡大を図る」。これは授業時間を90分から60分に短縮したために、各教員から「これじゃ困るぞ」という声が非常に多く寄せられています。そのために、授業時間を減らしても学生たちが能動的に勉強するよということ、TBLを基礎医学に対しましても臨床医学に対しましても医学教育センターを中心にして実施しております。その成果は一応われわれとしては実感しております、その理由としてはTBLが終わった時には、基礎医学については3科目、それから臨床医学については全内科診療科5科で勉強してるんですけども、最後の発表会の時の質疑応答を聞いてもらつと、各診療科の先生も驚くぐらい充実したものになってきておりまして、TBLがしっかり機能してきているなあということを実感しているところです。

それから3番目。「院内診療科および教育協力病院での受け入れ体制の調整を行う」ということで、先ほど説明したように150通りの現時点での案を作らせていただきました。

4番目。「教育協力病院への出張FDを実施」ということについては、これ、実施しております。資料ナンバーの3の4をご覧いただきたいと思ひます。平成24年度から25年度に、希望があつた全ての病院にお伺ひしました。一番最初に行きましたのは県立こども病院でございます。私と齋藤先生で行きまして、最初3時間やらせてくれと言つたら「長すぎる。1時間半を2回でやってくれ」と言われて「じゃあ1時間半でやりましょう」ということで行つたんですけど、最初は聞いている医師は2名だけで始めたというような、ちょっと悲惨な状況だったんですけど、そのあと人が来てくれて、最終的には13人になりました。で、病院の先生方が忙しい、診療が終わつたあとだからとか、いろいろ考えて、その後はもう時間は30分とし、忘年会の前とか、そういう人が集まる時を狙つて行くようにいたしました。その後は、その25年度の所を見ていただくと分かつていただけると思ひんですけど、けっこうな人数の方がどんどん来ていただけるようになりまして、かなり充実したものになりました。聞いていただい

た方は合計で739名、県内の病院の739人の方に聞いていただけたということで、30分ではあるんですけども、かなり良かったなと思っております。これが出張教育FDの説明です。内容は、その次のページから、どんなことを話したかというのが大きなプリントになっておりますので参考にさせていただきたいと思います。これで話をして、皆さん「それじゃあ困る」というような文句があったのが、平成14年度損害賠償請求の話で、もしも学生が、ここに書いてありますような、看護師が採血に失敗して痺れが出てきて損害賠償を請求されたというような話で、もしもこういうことになった場合には、病院の先生方で、病院でなんとかやってもらわないといけないんだと、大学からはなんの金銭的な補償ができないというお話を申し上げて、それはちょっとまずいんじゃないかというような、これが一番皆さん、納得しかねるような話でございました。ま、そんな話も含めて、いろいろと実習についての説明をさせていただいております。

それから5番目。「ハワイ大学のSimTikiシミュレーション」。これは特に4年次、臨床実習1年目の学生については大学病院の中でできるだけシミュレーターを使って実習してからベッドサイドに赴いてもらおうという意図から、ハワイ大学のSimTikiシミュレーションセンターのベンジャミン・バーグ先生をお願いして、それで大学の教員12名でSimTikiのトレーニングの仕方を学んできたということで、その資料については3の5にございますのでご覧ください。

それからシミュレーションルームの常設ということについては、本学はシミュレーションルームを持つてたんですけど、耐震改修でちょっと使えなくなってきました。それで福嶋学部長のご配慮をいただきまして、別の所にシミュレーションルームを開設しております。それが資料ナンバーの3の6にございます。平成25年10月10日にスキルズラボの移転記念式典・説明会というような、このような写真のように実施させていただきました。

それから清水助教が中心になりまして、いろんな新聞を出したり、なんか面白い学生のクラブを作ったりして、学生を巻き込んで、シミュレーションルームをいつでも使えるような配慮をしながら発展させていっている所です。その甲斐もございまして、いろんな診療科がスキルズラボを使って今臨床実習を行って来ている状況が増えつつある状況でございます。

それから「外部評価者を招いてアドバンストオスキーを実施する」ということで、昨年のアドバンストオスキーについては藤井先生に来ていただいて見ていただきました。厳正にやったというふうに自負をしております。

次に「新カリキュラムの対象となる3年次生の臨床医学講義の実施」。新カリキュラムにおいては臨床講義を3年次に実施。今までは3年次は基礎医学講義だけだったんですけど、臨床医学講義も開始しております。

次「臨床実習マニュアルポートフォリオの再改訂」ということで、臨床実習に行った時に学生たちが何を勉強するのか分からないようでは困るので、この際ポートフォリオをしっかり作らせるように仕向けようということで、第一弾としまして、お手元にもしあれば見てもらいたいんですけど、臨床実習の手引きというものの中に、モデルコアカリキュラムの後半なんですけど、モデルコアカリキュラムは診療科別になっていないんです。それで、本来は診療科別にしないというのがモデルコアカリキュラムのいい所なんですけれども、それだと診療科に行った時に使いにくいものですから、診療科ごとにぶつ切りにして、行った時にはどんなことを勉強すればいいのかということ、これを持って行って自分のやってきたのをここに挟んでいきなさいと、どこを勉強したかということ、ここにチェックしていきなさいというふうに仕向けるように、ポートフォリオが作りやすいような指南書としての臨床実習のマニュアルを再改定したということでございます。

それから「2学年合同臨床講義の制定」ということにつきましては、2学年合同で臨床講義をやろうと

いうことについては今のところ計画を立てたんですが、どのように行っていくかについてはちょっとまだ現在調整中でございます。今のところの案では2週に1回金曜日の午後に学生を大学に集める、あるいは遠くにいる学生についてはインターネットで大学の講義が双方向で見られるところの病院に集めて、昔の臨床講義に代わるようなものをやりたいというふうに考えております。これについては具体的な案はまだ持っておりません。やるということを決めただけです。

最後に卒研センター、「卒後研修管理委員会の時に教育協力病院と信州大学教育協力病院連絡協議会を開催する」というものです。これは卒研センターの研修医が行ってる病院と学生が臨床実習に伺う病院はほとんど一致しているんですけど、大学のほうの受け皿が卒研センターと医学教育センターとに分かれて、いちいち医学教育センターの学生のためにまた県内の病院の先生方にお集まりいただくというのは非常に申し訳ないということもあるものですから、卒研センターで臨床研修医の会議がある時には一緒に学生の臨床実習の会議もさせていただくということです。簡単ですが以上です。

齋藤 ありがとうございます。この資料の3の1というのは一覧できて非常に分かりやすいと存じますが、これに沿って議論を進めていくということでもよろしゅうございましょうか。ただ、僕が心配しているのは、例えばフォートポーリオというような言葉がひょっと出てきますけれども、はたして先生方がポートフォリオという言葉をご存じでいらっしゃいますかどうかという所とか、それからコアカリの話が出てきました。それからオスキーでもアドバンスオスキーという言葉が出てきました。そういうことも含めて、どんどんご意見を賜ればよろしいかと存じます。一応この3の1の表に沿って質疑を進めていくということでもよろしゅうございますか。ありがとうございます。

まず最初に臨床実習についてでございますが、これについては何かご質問がございますでしょうか。実は学生さんの臨床実習でどこまでやったらよろしいやというのは、このFD用のハンドアウトの3枚目になりますか、「医学生が臨床実習において、一定条件下で許容される基本的医行為の例示」という、群馬の前川先生がお作りになったものがございますが、実はこれについては、昨年10月だったと思いますが医学長病院長会議で神保さんが座長になって今新しく作りかけて、まだ完成品ではないですけども、それが作られて、おそらくそれがこの前川レポートの水準1、2、3に取って代わられる時代が来るだろうと思われま。つまり学生さんにここまでやらせたらいかがでしょうかということでございます。それから、一つ教えていただきたいのは、内科以外のコアとおっしゃいましたけれども、それは何科と何科ですか。

多田 外科、小児科、産婦人科、救急、精神科も。

齋藤 その五つが内科以外のコアということですね。

井上 ちょっとこれいいですか？ 74週間て、これにもうその150通りが入ってるわけ？

森 資料2の1の上の所を見ていただくとよろしいのですが、大学内で行うのをベーシッククラークシップと言いまして、この図の段階では20+16で36の予定でしたがちょっと延びて38週を大学で行います。その後、アドバンストクラークシップ150セットという所が150通りということで、そのあと6年生でまたもうちょっとやるという感じになっています。

久保 資料ナンバー3の2ですが、内科・外科って、複数科がある所があるじゃないですか。その場合の内科・外科のやってもらう内容というのは、教育センターからこういうことをやりなさいという指令を出すのですか。でない内科は五つあって、専門領域が違う。この時点では内科としてほしいという所を教えるというふうな案は出すのですか。

多田 これが具体的にどのようなことを意図しているかと言いますと、内科はもうこの時点から診療参加型にしたいというふうに考えていまして、だいたい通常は1グループ6人から7人で入れる予定なんですけど、それを呼吸器内科に3人、循環器内科のほうに3人というふうに振り分けて、この3人

はこの年、呼吸器内科に行った者は循環器に取らない、循環器に行った者は呼吸器に取らないというふうにして、その2週間をしっかりと参加型にして訓練して、で、その時にしっかりと内科の研修をやっていくと。

久保 では、3の2のベーシッククラークシップでも、各内科にまいますけども、その内科に合わせて特化してやるわけですね。

多田 そうです。で、各診療科、実際にどうなるかということ考えた場合に、各診療科、そんなに劇的に変えられないんじゃないかというふうには思って、せめて内科のほうだけでもしっかりと参加型にして、人数が少ないですから、見学だけにはならないであろうという期待をして、こういうふうに田中教授と計画させていただきました。

久保 そうすると、最悪4年生の後期と150通りと同時に来る可能性があるわけですね。

福嶋 4年後期と5年後期が一緒になります。

久保 5年生の前期と6年生の前期と。そうだね。

多田 はい。

久保 それでもせいぜい3人か4人ということですね。

多田 3人か4人です。

藤井 ちょっと理解が難しいけれど、久保先生が言われたように、最初に先生が内科のベーシックな所を勉強すると言ったけれども。

多田 いや、ベーシックな所も教えつつ、(一同笑) すみません。この1年目で内科の3診療科はここで済ませてしまう。臨床実習2年間で内科を全部回らせたいとふうに考えていて、呼吸器内科、循環器内科、そういうのを考えています。

久保 回るわけ？

多田 全部回れるように。

久保 4年生は？

多田 4年生は3つしか回れないんです。

久保 でしょう？ 今おっしゃったように。全部回るといのはどういうことなの？

多田 その150通りの中で。

藤井 ああ、残った所を回るのか。

多田 そういうことです。

藤井 そうすると、2年間できっちりしたアドバンストの教育をするわけで、決してベーシックなあれではないんですよ。

多田 内科はね。(一同笑)

藤井 最初に先生がおっしゃったのは、内科の本当に要約的な所をしっかりと見てもらって、2年目に…。

多田 それも1年目に…。(笑・雑談)

森 ちょっと端折りが出ているんですけども、一番最初に内科に回った時にはどうしても聴診器の当て方とか採血がなんだとか、どこに行ってもおそらく共通だという考えなので、その部分はベーシックだということでございます。

齋藤 そうしますと、昔で言う診断学実習みたいなものは、臨床実習開始前には入ってないのですか。

森 実習という形ではないんですが、診断学という講義は今年からやらせていただいています。

齋藤 フィジカルファインディングスとか、そういうの？

森 はい。

久保 一応そこで聴診器の当て方とか…。

森 一応教えてはございます。

藤井 そうすると、ちょっと私が考えるにはたとえば最初に呼吸器に行って、初めて聴診器の聴き方を習うというレベルではないんですね。

森 ではないです。

藤井 そういうこともありうるわけですね？

森 使い方を知らない学生は基本的にいないです。そういうことではなくて、たとえばクラックルみたいなものを、実際の患者さんに聞くのはおそらく初めてだと思います。

藤井 とにかく最初に内科として呼吸器に行った方は、何回かいろんな症例で、外科でも当然肺をしつかり勉強した方はいますから、そういうのをいっぱい聞いてきた方が呼吸器に行った時と、終わった時のレベルが全然違ってくるという心配があると思うんですね、常に。そうすると、ベーシックの時には、本当にそういう基本的なことだけ教えて、150通りのほうにもう少し時間を持ってきたほうが良いのでは。

多田 いや、それがなかなかうまくいかないですよ（一同笑）。

田中 いや、最初それで計画したんですよ。

藤井 やっぱりそういうことは考えられたわけですね。

田中 ベーシックは20週でいいと、アドバンストを伸ばそうというふうにしたんですが、教授会で猛反対に遭って。（一同笑）ただ内科だけはアドバンストをとにかく増やしたいということでこのパターンにしたんです。内科は全員の意見が一致して、これでやろうということになりました。

久保 結局、内科を全部回ろうとすると、物理的に無理だから、そうしたのですね？

田中 そう、先生、おられたんですものね。（一同笑）

福嶋 基本的に臨床実習の始まる前に、臨床実習前教育を充実させて、そのためにスキルズラボをきちっとして、規約決めて、学生が自主的にできるように態勢は整えています。

久保 内科、外科、みんな違う専門科の所に行くので、可能だったら基本的にはここだけは、たとえば内科に行ってもどこ行っても、こういう所は教えてほしいというようなことを希望してもいいのでは…。

多田 あとで議論になると思うんですけど、病院ごとに違う教育をされても困りますので、そのすり合わせは、最初に学生が来た時にはこういうふうにしよう、呼吸器内科に来た学生にはこれぐらいまで教えようというすり合わせは、県下の病院の皆さんに集まっていたいただいてほしいのラインを決めようと思っています。

久保 病院の内科医として、医療面接を最低この程度までやってほしいとか、あるいは血圧の測定だとか神経の診かただとか、ベーシックの所だけはおさえてほしい。

多田 それはオスキーのレベルとは違うのですか。

森 あの、基本的に内科を、全ての科を回らない学生が出るということはあるということは全ての内科の先生方にお話をして回っていますし、なので内科の基本的なことを押さえることを一義的に置いてほしいという話もさせていただいています。ただ、それが何なのかという所について、まだ説明していない。

久保 それはある程度具体的にチェックできるようにしておかないと、ただ一般論で言ってもよく分からないと思うんですよ。

井上 今最初に聴診器のこととか血圧のこととか言いましたけど、シミュレーターを使って、音とか聴いたりするのは、どこらへんでどうなんですか。そういうのはないわけ？

多田 いえ、それはこの臨床実習に入る前に、試験をするんですけど、その試験にパスさせるためなんですけど、しっかりと3年の段階で今年から彼らが中心になって、基本的な診療手技とかに関して、あるいはカルテの書き方とか問診の仕方とか、そういうものをかなり充実させて今年の4年生には行なっ

ています。

井上 それから送り出すということね。

多田 はい。で、その成果というか、オスキーの成績はけっこう良くて、不合格者が去年に比べますと半数以下になりました。非常にいいのではないかというふうに考えています。

藤井 先生おっしゃっている、オスキーの事前教育4週間というのは、同時にベーシックのほうに入っていくための準備でもあると？

多田 そういうことです。

森 オスキー前教育という名前をやめて、臨床実習前教育という名前を改めさせていただいて、内容もちよっと一段階高い所に目標を置いてやっています。

藤井 そのほうがいいですね。

森 先ほどのシミュレーターの件ですけれども、もちろん臨床実習前でもやっているんですけども、清水が中心になりまして、極力臨床実習中でも使ってもらえるように働きかけています。

清水 資料の3の6の所に書いてあるんですけども、私が定期的に身体所見を取る練習をしています。あとは臨床実習の中でも、現在7科でシミュレーターを使ってもらおうということをやっています。利用数としては上々ではないかと思っています。

齋藤 ありがとうございます。その次のマスの所に授業時間数の短縮の問題がございます。それをTBLで補っているというお話でございましたが、それについてはいかがでございましょう。90分を60分にされたのはいつからでしょうか。

森 今の3年生が2年生の時です。

齋藤 ああ、そうですか。これは今まで90分やっていたことについての、あまりエビデンスはないのですが、今の学生さんの力から行くと60分で十分であると思いますし、ただ教授会で90分を60分にするとすると猛反対を喰らうのはどこの大学でもそうでありますね。私も慈恵から聖マリに行った時に90分を60分にしましたらたいして叩かれまして。しかし、試験してみると変わらないんですね。もうそれ10年、20年やりましたけれども。今、実は医学教育関係のスタッフのメールでは、ある大学が90分から60分にしようと思うけどどうだろうかというメーリングリストが出回っておりますが、まだまだ90分をやる大学がございまして。学習効率はあまり変わらないという所で、どういうふうに伝えるか、あるいはそれをe-learningで補うというたいへん素晴らしいアイデアがございます。これについてはいかがでございましょうか。

金子 いいですか。まず60分にしたというのはトータルの時間というのは同じという、それとも短くなった分を実習にということですか。

森 3分の2になりましたね。

金子 だからその分を実習時間にとったということですね。

齋藤 それに参考として申し上げておきますけれども、今年の夏だったでしょうか、世界医学教育連盟の方が東京のある大学に行きまして、講義時間数が多すぎるとチェックを受けまして、それで、その大学もかなり昔よりは減らしたつもりではあったんですけども、どんどん講義なり didactic teaching というのは減る傾向にあるということです。

福嶋 講義数は3分の2なんですけれども、実習は極力そのままという形ですか。これ、平等性がとても大事だと…。事前のきめの細かい説明、趣旨を医学教育センターの先生方にはお願いして、あとはもう平等にという、臨床実習の時間を確保するためにということで、教授会ではご理解いただきました。

齋藤 素晴らしいことで、教授会では抵抗はなかったということでした。

福嶋 (笑) いやあ、あったんですけども。

金子 90分から60分と言うと、勉強時間を減らしたというふうにとられる可能性が高いということですね。

福嶋 森先生が調査をされて、居眠り率というのも調べました。

森 齋藤先生と同じ結果なんですけれども、うちの大学の1年間の結果ですけれども、少なくとも試験に関しては成績は下がっていないという、多くの科ではかえって上がるという結果が出ております。これが授業時間が減ったことによって焦りを生んで、自分から学習したのではないかというようなことで、今まだ調査をしている段階です。

齋藤 TBLの時間が増えたというようなことはないんですか。

森 残念なことにトータルでは変わってはいないです。ただ、ほかが減ってそこが変わっていないのに総体的にウェイトが増えているということです。

井上 これすみません、e-learningはどこでやるんですか。自分の家でできる？ それとも病院のどこか、医学部のどこかの部屋でやるわけ？

清水 コンピュータがあればどこでもできます。自宅でも、スマホでも。

井上 このチームベースラーニングのチームというのはどういうチームのことを言っているわけ？

森 内容によって違うんですけど、だいたい8人から10人ちょっとくらいのグループ分けをして、その中で課題を解いていくというスタイルです。

井上 ああ、チームというのはその学生たちのチームということですか。教授たちのチームかと思った。学生たちのチームを、ポリクリの一つの枠みみたいなものをベースにしたラーニングというのと、そしたらコンピュータで自分の抜けているところを学んでいく、したかどうかの確認はどこがやるんです？

森 e-learningについては、一元的にやっている部分と各課において行っている部分があるんです。各課において行っているものについてはその担当の教授ないしスタッフが全ての学生がアクセスしたかどうか確認されている教授もいらっしゃいます。

井上 してない人もいるんだ。

多田 確認は試験なんです。

井上 試験が確認の意味になっているんだ。

多田 はい。それで今回は5年生から6年生に上がる時にも、オスキーとCBTに類似した学内の試験を行って、それに合格しなかった者はもう6年にしないというふうにするつもりで計画を立てています。試験でしっかりと判別します。

福嶋 e-learningで最も利用されているものは講義資料ですね。パワーポイントなどをアップしておくというようなものを一番多く利用していますね。中にはプレテスト、ポストテストというものもできるんですよ。次にこういう授業があるというのと、プレでテストしておいて、授業を受けてポストテストをやるという、そういうこともできる。授業の準備に十分時間が取れる方はそういうシステムも利用しているということです。

金子 e-learningというのは外病院にいても利用可能ですよね。ですけど、個人の学生さんができるようにはなっているんですね？ 病院で何かしなきゃいけないということはないんですね？

井上 もう一つね、e-learningの、90分のものが60分、それ以上のものを入れてあるんだけど、それを作るのはそれぞれの診療科でしょう？ 教員だから、その科によってはものすごくきちっとした、教育の、ラーニングのある所と全然ない所との、そういうのはないんですか？

多田 それはありますよ。

福嶋 e-learningだけというのはないので、本体のものがあっての補助として、そういうシステムも使うということです。

藤井 山梨大学で教養部の時に英語の e-learning を取り入れたんですよ。e-learning の一番の欠点はやれる学生とやらない学生がいるということです。(一同笑) どんどん差がついていく。だからその辺がどこかで監視といいますか、それが必要だし、われわれはチュートリアルでやったんですけど、チューターがいないと全くチュートリアルの意味がないんですね。TBLも、なんらかの形でいつも誰か監視するような、グループですから、教官が隣にいて監視するようなことは必要ないのですか。

多田 それは先生、山梨の先生に言いたいんですけど、PBL チュートリアルというと監視役の先生がたいへんでしょ。先生方よりももっと年下の連中が泣いているんですよ。実際に行く連中が。

藤井 そうでしょ？ 僕らは教室の半分は行きますよ。それぐらいやらないとだめですよ。

多田 私どもの所は、もう来てくれないんで、それはやめて、ホールで学生に島を作らせて、一人の教員で全部監視してやれる態勢を作ったんですよ。

藤井 おっしゃる通り、よその教授なんて医員に行かしている。それは間違っている。

多田 僕らはできなかつたからなんですけど、それで今のTBL方式に変えてから明らかに学生の学習態度は良くなりました。で、同じ部屋でたくさん島を作らせてやると、自分たちだけ先に帰るわけにいかなくなって、却っていいふうに引きずられるというか。授業開始前には、授業開始前に5分間だけミニテストを毎回やるんですけど、それも成績に加味して、それをやると試験終了時には全学生びたっと全部出てきます。この授業時間中に寝ている者は誰もいない。で、友だち同士で勉強し合っていますので、一人だけ浮いている学生というのはすごくよく分かるんですよ、見回しても。それは私どもとしては非常にうまくいってるかなあと思っています。

森 いわゆるネットとか教科書に載ってるTBL方式とはちょっと違って、少しワークショップに近いような形のTBLをやっているというか。

齋藤 結局昔のPBL チュートリアルというのは、非常にモチベーションの高い集団だったわけで、そうでないとチューターにたいする負担が非常に増えてしまう、それで教員の数が足りないという現状があって、それでTBLでやると、今おっしゃったようにうまくいくという例ですね。むしろ、よく知っている大学だと、ここは、そういう点では素晴らしいと拝聴しました。一時、PBLチュートリアルがやったんですよ。やっぱり教員の数、負担ということから考えると、少し引いている大学がございませうが、その成果を、非常にいい方向にしているというふうに受けとめていいんじゃないでしょうか。ありがとうございました。

次に第3問目ですけれども、この150通りのことについては、何かいかがでございましょうか。

井上 これを作られた努力はものすごいものだと思うんですけど、これを選択する学生(一同笑)、どういう基準で選ぶのですか。それも、一つの所に二人はだめでしょ。だから全部ばらばらでしょ。このグループは何かを意図したものとか、何かちょこっと書かないとわからないのでは。

多田 今後その作業をすることになっています。

森 資料という形で、この4枚5枚があるんですけども、呼吸器内科を志望する人はこういうコースがありますよという個別の表は全部用意されているんです。ただそれを全部つけるとこんな厚みになるものですから、本日は抜粋で出しています。

福嶋 この後半部分に少しそれに近いような、内科コースとかプライマリケアコースとかで出しています。

森 その次の段階は呼吸器内科コースとか、なんとかコースみたいな感じでやっていきます。

齋藤 実習病院にはそれぞれ特徴がおありになるし、それはプラスである場合もあるし、逆にプラスでない場合もありかもしれない。そうすると、ある所で足並みを揃えなければならないと思うんです。そのためのカリキュラムプランニングといいますか、その辺は各臨床実習の病院の先生方、教員としての

トレーニングというのはさっきのFDにつながっていくわけですね。

多田 今後、たとえば呼吸器内科なら呼吸器内科の各病院の先生に集まっていただいて、ワークショップ形式で、どの程度教えたらいいかというような作業をやって、大学でやるのと変わらない所をやっていただけるような工夫をしないとイケないかなと考えています。

齋藤 外の病院の先生からは学生なんだから大学でやってよという感想が出てくるんじゃないか。

多田 行くと必ず言われます。

金子 話し合いの中では、到達度をどこまでにしていいかという、共通の目標というか、みんな分かっているかということが心配しているところです。

多田 今日は発熱でご欠席なんですけれども、大和先生からもそのことは強く言われています。なんとかしたいと思っています。

齋藤 結局、GIO、SBOがびしっと整っていれば、どこの病院でやってもOKというふうにいけばいいわけですよね？そこはまだ成文化されたものというのはいないわけですね？

多田 これからです。

齋藤 学内の場合には、シラバスの所でもってやっているのですよね？

多田 はい。すみません、まだ1年半ありますので、それまでにはなんとかします。

藤井 150通りのコースとお聞きした時に一番気になったのが、それぞれの病院の質の均展化というか、それが気になったんですね。さっきのFDの出席率、あれ、母集団が書いてないので何%くらいになるか分かりませんが、非常にパーセンテージの少ない病院もあれば、ほぼ全部出て来るような病院もあるということですね？もうここからして、すでにバイアスがかかっちゃって、学生に担保するものとして、どのコースを選んでもある部分は完璧に情熱を持って教えてもらえるよということがないと、なかなかこの150通りというのは非常に難しくなってくるのではないかな。去年もそう思った。

多田 おっしゃる通りだと思います。限界があるのは確かだと。

井上 本当に忙しい中でも、教育の担当になる人の認識が高いことは事実ですよ。われわれみたいに24人のなかで18人と書いてあるけどね。そうでないとローテーションして病院の存在とかを知ってもらえないという意識があるんで、かなり忙しい中でも、という意識はものすごく強いんですね。ただ、その自分の教えてるレベルがどのレベルかということの、その要求しているレベルがどの程度かということが分からないので、その意味では、教育のためにはどこまでのレベルが要求されているかということがある程度分かるような何かがあればありがたい。

多田 その一つの取組みとして、今日は出席していませんけど、卒研センターの森田先生が中心にやってくれているんですけど、各病院の先生方にちょっと大学までお越しいただいて、大学でどの程度教えるかというのを昔の臨床講義みたいな感じでやっていただいて、それを皆さんに配信して見ていただくということをやるといって、飯田市立の白旗先生にお願いして内諾を得ているというようなことも聞いています。

金子 そうですか。ちょっと確認してみます。

森 実習の実際の姿ではなくて、こういったことも教えているということです。

藤井 もう一つ、気になったのが、たとえば病院の規模によって違うとは思いますが、呼吸器の先生でも、炎症性の呼吸器疾患がものすごくご専門の方と、肺ガンがご専門の方と来られた時に、同じ疾患を教えるのでも、違うと思いますね。そのへんはどうなるのかな。

多田 それはもう、学生の運じゃないですか（笑）。

久保 それこそ、ある程度、各病院の呼吸器内科とか循環器内科でも最低限の線はやっぱり決めておいた方が良いでしょう。

森 おそらくその最低限の線の上に、その炎症が強い人はどうだということはいい。

金子 その辺はもう病院の独自性にお任せして、少なくとも60点の所はやるということですね。

齋藤 結局今後の方針としては、そうすると、やっぱりミニマムリクアイアメントをどこにして、それに対するゴールを明示するということが病院に対して必要になるということですね。

藤井 あとのほうにつながっていくんですけど、そうするとそのチェック等とかを考えると、ポートフォリオは本当にたくさんの情報が入ることになります。するとコアカリの達成度だけを検討するポートフォリオはもう無理だと思うんです。だから、教育者、教えるほうもこのポートフォリオにどんどん参加してこない、本当に先生方がチェックする時に、どこまで達成されてるかとか、そういうようなことがなかなか掴みにくいと思うので、コアカリでどこまで達成されているかを確認するためのポートフォリオというのはポートフォリオじゃないと思うんですよね。それから教えるほうもこのポートフォリオに参加して、それを先生方がチェックすれば、どこまでどういふようなことが達成されているかとか、教育の質とかが分かると思うんですよね。

森 今は拠る所がないのでこれでやっていますけど、先生がおっしゃるのは、たとえばミニマムリクアイアメントが決まってきたら、そういったものを明示して、そこにこれはここに当たりますよ、これはトッピングですよと、分かるようにポートフォリオ化していくのがいいですよということですか。

藤井 と同時に、教えておられる先生方がこのポートフォリオの中に、自分たちの評価、自己評価も学生の評価も入れていくという形にしないと、なかなか本当のポートフォリオになってこないと思います。

齋藤 外の病院の先生方は、なかなかポートフォリオってどういうものっていうのはご存じでしょうかね。

井上 株ぐらいのことしか考えないですね。(一同笑)

金子 調べると、クリップでとめるというような意味らしいんですけど。

齋藤 結局それは、さっきの外の先生方に対するFDとかにからんでくるんじゃないでしょうかね。学習評価の程度の調べ方として、ここではポートフォリオというものを使うだけけれども、ポートフォリオっていったい何で、どれくらい乗っけたらいいんですかということ、外の先生方に知っておいてただかなきゃだめだということかもしれませんね。

金子 たくさん入れるのはいいことだと思うんですけど、やりきれない。その辺を考えて欲しい。

齋藤 それを、評価者もやっぱり、どういうふうな評価者、どなたが見られるかというような問題が出てくると思います。

久保 いいですか？ 資料の3の4の、7ページの「学生用 mini-Clinical Evaluation Exercise 短縮版臨床評価表」、これはちょっと変えたほうがいいんじゃないかと思います。

齋藤 7ページの mini-CEX。本来の mini-CEX というのは9段階のレーティングスケールになってまして、左側の項目というのは mini-CEX のオリジナルというのはやっぱりかなりよく考えられているわけですけど、もう少し詳しくてもいいかもしれませんし、たとえばここで問題になるのはプロフェッショナルリズムってかたかなで書いてあるけれども、いったいそれはなんじゃということがございます。

久保 臨床判断とかプロフェッショナルリズムとかはもう少し具体的に書いてやらないと分からないですよ。

多田 ああ、分かりました。それは可能です。

齋藤 それから mini-CEX のオリジナルというのは、評価を受けた人が納得するサインが入っているね。もちろん評価者のサインがあつて、それから評価を受けた人もサインする。フィードバックがそこでかかる。

多田 はい。

齋藤 で、なるだけ評価者の負担を少なくするために、mini にしてある。(一同笑) ただ、これ各病院、30分でなさっていらっしゃるから、30分でこれは無理ですね。

多田 できない。こういうのが将来配るからお願いねって言うだけなんですけど。もう1回、今度は3人で回ってこようと思います。すみません。もっと詳しく。

齋藤 というわけで、4マス目の「教育協力病院のFD」、これについてはたいへん素晴らしいんですけど、FDに参加してくださった教員の方々に、たとえば学生指導医というような名称を差し上げるとか、あるいは臨床講師とか臨床准教授とかいうお名前を差し上げていらっしゃいますか？

多田 まだ制度化はしていませんが、臨床教授、あるいは臨床准教授、臨床講師の名称を今後差し上げるに際しては、これを一つ聞いておいてくださいねというようにしたくて、まずは全県下の病院を回って、一旦皆さんに受けておいていただいてから、そういう制度を発足させたいなと考えています。

久保 出張FDを受けないとなれないということ？

多田 臨床教授にはしませんよというふうに来年的にはしたいと考えています。

多田 来年的にはそうしたいんですけど、いきなりやるわけにはいきませんので。

齋藤 それはたいへんいいんですけど、30分じゃねえ。(一同笑)

多田 そうなんですよ。

藤井 この30分というのは、FDの本来の姿というのは、この他にディスカッションするんだけど、ディスカッションは全然なし？

多田 いや、講演を最初の20分ぐらいでやって、あと質疑応答をしています。文句ばかり言われるんですけど、それが一応ディスカッションです。

井上 これ、こんなことしますよというような説明があったというぐらいの説明しか意識してないですよね。その次の日にスタッフが、そういう形で来るとなれば、われわれの所でも誰かが、担当者が絶対いますから、その人には、出るのに当たっての勉強会開いたら、その時間に担当者に時間を与えて行かせるということはしますよ。どこでも、おそらくそう思うんですよ。来ると分かって、その人らに最低限こうだという時に、何人かが関係したって、その責任者は一人おきますから、その一人は必ず行くか来てもらって話をするか、そういうことは必ずすると思いますよ。そうしないと、受ける側もちょっと不安になりますからね。

藤井 CBTの試験問題を作成する時に、齋藤先生の所へ各大学から一人行きますよね。そこで2時間講義をして、それを大学に帰ってみんなに講義するわけですよね。それと同じように、各病院、30病院ですよね。30病院の代表者を決めていただいて、で、2時間か3時間大学でやって、その人たちが各病院へ帰ってFDをやるという、これものすごく機能的だと思うんですよ。それくらいのことと思うし、1日だけだったら困るけれども、2回か3回の、どこかに行ってくればいいというふうにしてくれば、非常にありがたい。

森 内容はまだ未定ですけど、来年度のFDは、大学で数回と、あとは地方地方で南のほうとか東のほうとか幾つかに分けて複数回開催をする予定とはしております。

藤井 最終的に各病院で自主的にFDを何回かやっていって質を高めていかないといけないと思いますよね。少なくとも30病院を割り振り、参加すると協力するとおっしゃっていただいていますから、それだけの覚悟をしてもらわないと。

齋藤 ありがとうございます。次にハワイ大学にお越しの先生のお話。これについては思ったより参加者が少なかったなという印象はありますけれども…。

多田 まあ、ちょっと予算にも限りがありまして。

齋藤 シミュレーション関係、2コマまとめてやろうと思います。何かご質問ございますでしょうか。

一番問題になっているのはどうでしょう、ハコは作った、それから道具を買った、Mr.Lung は入れた、イチローは入れたという所はあるんですけども、それをどうやって運営していくかって所が一番たいへんで、面倒を見る先生は清水先生なんですか？これが一番たいへんじゃないかと思うんですけども。学生にしてみたら好きな勉強をしたい、あるいは研修医も使いますけれども、そのお守役というのが一番たいへんじゃないかと思うのですけれども、その辺りはどのようにされているのですか。大したご苦労をされているんじゃないかと。

清水 いやいや。私もそうなんですけれども、一番ありがたいのは学務に一人担当の方がいらっしゃいます。学務の方の時間帯でということになるんですけども…。

齋藤 そうするとビジネスタイムだけですね？

清水 基本的には。ただ5時とか6時ぐらいになれば私が鍵を管理しています。

福嶋 医学部として、担当を置いて、その方が、どうしても、使い終わった時に次使えるようにしなきゃいけないんですね、その方をお願いしてやっていただくと。

齋藤 それから消耗品がけっこうありますから、ランニングコストが出てくるんですね。

森 消耗品につきましては、今まで医学部で購入していましたが、病院のシミュレーションシステムでまとめて購入できるように調整はしているところです。

齋藤 病院のシミュレーションシステムって医学部と2本建てなんですか？

森 現状。それは近く一本化される予定です。

齋藤 それはもったいない話ですね。

福嶋 非常にアドバンストの内視鏡のオペの練習というのは、病院のほうに場所があって、そこに常勤の看護師さんがいるんです。こちらのほうは、診断とかベーシックな所です。二つに分かれていて、それは大きい場所1か所に取れないものですから、将来的には文科省にも要求しようとしているところです、今はこれしか方法がない。

井上 シミュレーターの数是十分足りていると？ それだけのシミュレーターがあるということですか？希望者が来た時に。そのことが一つと、もう一つ、シミュレーターを使って聞いても、自分が何か分からんということがないようにその所で指導者がいる時間帯が決まってて、呼吸器のなんとかとか、この時間に来れば毎週何曜日の何時、この時間帯は何先生が指導してくれるとか…。

多田 そんなうまい具合にはいかないんです（笑）。

井上 それはない？

清水 まずは、そのチューターとグループ、たとえば1対120で一斉にやるというのではそもそもシミュレーション教育に向いてないと思います。

井上 そりゃもちろん1対120なんて考えていないですよ。曜日が決まっていて10人ぐらいが、その時間帯に来ればということを言っている。

清水 一般的には、少人数のグループ学習とチューターというような形では現状の対応はしています。確かに今後の課題ではあるんですけども、いつは自分がフリーで、この時間だったら必ず対応できますというようなことは掲示しています。毎月こちらから情報を定期的に発信するようにしておりますので、そこの所にこの日の予定はどうですという情報は出しています。

森 教員の手当てが付かなくても、この3の1の上から3列目のコマにあるように、臨床手技動画をシミュレーションラボで学生が自由に見ることができるとなっております。必ずしもそれで十分だとは言わないですけども、デモンストレーションは常にシミュレーションセンターで見ることができます。

齋藤 いずれは、たとえばCVのシミュレーターは研修医さんもどんどんやるようになると思うんですけども、一つの単位としておいたほうが経済的には楽かもしれませんね。

よろしければ次のアドバンストオスキーのお話に移ります。

齋藤 そもそもアドバンストオスキーという言葉はないんですが、臨床実習後の評価としてアドバンストオスキーとするのが現状でございます。ただいろんなタイプがありまして、クリニカルプロブレムソルビングみたいなことをやるところもありますが、こちらの OSCE についてはどういうふうになすっているんですか？

多田 一人の症例の患者を診察させて、分析させて、治療方針を考え、それらを患者に説明することになっています。

齋藤 ああ、なるほどなるほど。ステーションの数は幾つ？

多田 二つ。2 症例。ステーションは医療面接、診察、それから検査計画、その資料の分析というように分けて、一つの症例で4つに分けて、それを2 症例です。

藤井 そうすると、けっこう自由になるね？

清水 そうですね、1 シナリオを15分で行ないます。

久保 15分で。じゃあ2人同時進行ですか？

清水 実際の運営という形でしたらシナリオAとBを交互に行なっています。

多田 1日で終わります。

久保 1日で終わる？

森 ええ、4・4で8学生が同時進行しています。

齋藤 ここに、これは藤井先生がモニターで参加されました。いかがですか。

藤井 もう、本当に教授の先生がたも来られていて、非常に真剣にやっておられました。あの時、僕いくつか問題点をお聞きしましたがけれども、ほぼクリアに納得しました。

久保 じゃあ、共用試験のオスキーは准講師けれど、アドバンストオスキーは教授がやるよということで…。

久保 あまり反対はなかったですか。

多田 どっちかに必ず出てくれということにしました（笑）。

齋藤 実は、本来は国家試験の改定検討委員会でしたっけ、ずいぶん前ですね、国家試験で OSCE をするとうことが答申されておまして、東京医大にいた当時の大滝教授がまとめられました。パブリックの方は、当然医学部の卒業試験には知識を習うんだらうと信じてですね、ですからこれからどんどん進んでいこうと思っていただけです。ありがとうございました。

次に3年次生の臨床医学講義についてですけれども、これはあくまでも講義ですか、昔のスタイルの、たとえばケーススタディみたいなタイプの講義ではなくて、始めに診断名ありきですか。

森 混じっています。圧倒的に始めに診断名ありきが今も多いですが、ケーススタディみたいなものもあります。

齋藤 それは一つにはやっぱり先生方にケーススタディしっかりやってくださいと伝えることですね。それだと学生さんも聞いてくれるんじゃないですかね。

福嶋 4年生の初めからスタートしてたのを半年前倒して3年後期になったと、そのまま中身としては同じものの前倒しってことです。

森 中身については少しずつ僕らで授業を拝聴させていただいて、今少しずつコメントを返しているところですよ。

福嶋 ユニット講義ですと循環器、呼吸器というので、固まりで行なっています。

齋藤 それはかなりインテグレートされて、ベーシックサイエンスの方も、たとえば循環器の講義ですと、一等最初に解剖の先生がお見えになって心臓の解剖を話すという、そういうスタイルではない？

福嶋 ではないです。

森 そこまで全てがいていけばいいんですが、免疫だとか幾つかのものについてはそういったことも行われる。

福嶋 これからの課題としては病理学の各論というのは並行なんですよね。ですから病理とか薬理とか3年後期にやっているんです。それでいいんですよね。本来だと循環器で、病気の人がいて診断があって、診断の中に病理があって、治療の中に薬理があればいい、理想的にはそう考えられていて、病理総論・薬理総論というのは前期でやっているんですけれども、各論がユニットの中に入れていくのがいいのではないかとということで、今準備をしているんです。

齋藤 それは素晴らしいんですけども、実は教員の数が足りなくなるんですね。各ユニットの所に、病理は人を派遣しなきゃならないじゃないですか。その辺をどうやってのり越えていくかですね。ですから病理学教室の先生じゃなくて、外科の先生で病理に詳しい人がここへ出て来て病理をしゃべるといようなことをしないと、なかなか難しいですね。

吉澤 ユニット講義に関して、まだでも具体的なことはやってないですね。僕もユニット講義やってますけど。あまりこうしてくれとかいうのはないです。(笑)

森 少しずつやります、すみません(笑)。

齋藤 それから3年の後期から始めますと、どうしてもベーシックサイエンスのほうの先生方が圧迫されるというご感想があるんじゃないかと。その辺はいかがでございましょう。

多田 全くおっしゃる通りでございます。いろいろ文句を受けています。今は1年生、2年生にだんだん専門科目を落としていくという作業をせざるをえない状況です。できればもう2年間の教養教育みたいなものはやめて、1年間にしたいなんて考えて、皆さんそれでいいかとおはかりしている段階です。

齋藤 それはやっぱりきわめて難しい問題があって、研究者育成ということが大学の使命にありますから、そこをどうやって乗り越えるかですね。

福嶋 3年生の前期の夏休み前に自主研究演習の、フリーで、全く授業なしというのが、最低6週間は授業なしで、研究に取り組めるように枠は作っています。

齋藤 ユニット講義の中にやっぱり、免疫なんかもそうでしょうけれども、いわゆる昔言葉で言うと基礎系の先生がご登場いただくような工夫をしていかないと、なかなか難しいですね。ありがとうございました。

次に臨床実習のポートフォリオの件ですが、これは先ほどご討議ございました。臨床実習の評価の難しさですね、ポートフォリオというものを、まず外の病院の先生にも知っていただかなきゃならないし、今度はそれを学生が自己評価にももちろんお使いになるだろうし、総括評価の資料としてよくポートフォリオが使われるということも先生方に知っておいていただかなきゃならない。

福嶋 先ほど藤井先生の言われた、評価する方の意見もポートフォリオに反映するという、少し具体的に教えていただけますでしょうか。

藤井 山梨大学では1年生の時からポートフォリオを作らせている。入試の順位、クラブはどこに所属しているか、などを全部ポートフォリオに入れていきます。そうすると、その人全体をまず見れるということなんです。ですから決して成績、それだけを入れるのがポートフォリオじゃないということですね。

福嶋 紙ベースですか。

藤井 紙ベースです。これからはおそらく電子媒体しないと大変ですね。そういうものも入れてトータルに評価しないと、ホントの意味のポートフォリオではないんじゃないかという意見があります。そうすると、たとえば、学生がたとえばA病院に行く、次に別の学生が行く、人間性も全部較べられるので、

対応がものすごく個別にできるので、非常に有用なんですね、教えるほうも。いろんな情報が入って来るので。そういう意味で、教える方に情報を教えるという意味でもポートフォリオは重要なんです。

多田 入試の成績までというと、個人情報全部入るわけですか。

藤井 そうです。だからそのポートフォリオは大事に管理しなければならない。もちろん絶対に隠さないといけないところもあるでしょう。全部入れろと言ってるわけじゃなくて、その人個人個人の教える方がもう少し知っておけば良い情報を、たとえばどこのクラブに入っているくらいはあってもいいと思います。

福嶋 評価する人、指導者も何か書いてそこに挟んでいるんですか。

藤井 各病院もポートフォリオの作成に参加して、その病院に行った時のポートフォリオを作る、それからずっとその学生がそのポートフォリオをどこの病院に行っても使って、その病院に行けばその病院で少し修飾されたポートフォリオになる。

齋藤 まず、先ほどお話のあったある病院の教育担当責任者の方にお集まりいただいた勉強会なんかでポートフォリオというのはこういうんだよという所から始めなければならないと思います。

井上 この前も1回僕質問したと思うんだけど、ここで。まだ理解できていないな。

久保 これ、ここには参考資料とあるけれどもこのことね。

森 それです。

井上 これね、日本語にはできないんですかね。(一同笑) いつまでも、横文字ばかり出てくるんだけど。なんか変えようとしたらと全部横文字になるんだけど、ポートフォリオじゃなくて何とかできないんですかね。ポートフォリオというと株になるんですね。

齋藤 信州大学教育センター型ポートフォリオというのを、解説書をお付けいただくと良いですね。まあ、入れてはいけないものは何もないわけでしょう。患者さんから感謝のお手紙をいただいた、それもポートフォリオに入るでしょう。

藤井 今、入学した時に「あなたはどのような医者になりたい」と書いてあるんですね。そうすると2年3年経った時、たとえば自分がそれを見た時にどんなふうに変わってくるかと、そういうのも分かる。

藤井 それが本当のポートフォリオだ。

森 今年からですけれども、来年再来年ぐらいになってきますと2年生とか3年生の時に将来こんな医者を目指すみたいなレポートを出したものがみんな取ってありますので、返す時にそういったものは挟んで渡すように変えるつもりではおります。

齋藤 それはたとえば臨床実習においてもそうなんです。この方は自分はこちらまでやりたいんだ、こうなりたいんだというのも入れておきまして、それで自分で開く、つまり自己へのフィードバックがかかると、ずいぶん有効ではありましたね。ただ、たいへんな量になります。こんな厚いファイルになってしまう。その管理なんかも難しゅうございます。それから、それはたとえば本来は外へ実習にお出になった時に、そこの教育担当の先生がこの学生さんはああこうなんだというふうにお分かりいただくためには、やっぱり電子化しなきゃちょっと無理なんじゃないですかね。

森 本質的な問題とは違うんですが、この紙ばさみのために、重くなると大事な所を持って回るというのが大きな問題にはなってくると思っています。

福嶋 いいポートフォリオの開発は難しいようですね。うまくいってないようですね、どこも。

齋藤 ただ外の先生方に見ていただく、そのエッセンスみたいな所をいただければ。この学生さんどんな人？今まで何してきた？というのが知りたいことですよ。

多田 一番簡単なのは成績を見せるということですかね、今までの。(一同笑)

齋藤 多田先生の成績をみて、僕は多田先生がどんな人かって分からないですよ。(一同笑)

多田 さぼる人か、そうでないかとか、それはだめなんですか？

藤井 学生時代にもものすごくできたやつが、全部良い医者になっているとは限らない。

多田 何を出せばいいんですかね。

齋藤 次に、2学年合同講義という話にいきたいと思います。これは中身がよくわからない。

多田 意図しているのは昔の臨床講義みたいなもので、なんとか臨床推論力を付けようと。それからもう一つは、関係先の病院の先生から言われることも多いんですけども、臨床実習だけだと学力を保てるのかという心配もしています。お互いの、どれくらい臨床推論能力があるか、学生同士が見せ合うことができれば、自分も勉強しないといけないという意欲が湧くかなあ、下級生にそういう真剣みがでるかなあということに期待しているんです。具体的にはまだ決めていません。

福嶋 26年度からいよいよ新カリキュラムが4年後期から臨床実習が始まりますので、先ほどからも話があるように4年後期と5年後期が将来的には2学年同時に臨床実習になるんでしょうし、5年前期と6年前期が一緒になる。その、今年度は時間枠を確保したという意味なんです。4年後期の臨床実習、ずっと臨床実習ですよというんじゃなくて、2週間に1回、だいたいベーシッククリニカルクラークシップは2週間ごとにぐるぐる回るので、2週目の金曜日は午後4講目5講目、ですから2週目の金曜日は2時半までに終わってくださいということを各指導科にお願いしたということが教授会を通っているんです。それで一つはその2学年合同ということと、あと保健学科も同じ時に4年生、そろそろ卒業という時なんですけれども、同じ枠を確保していただいて、チーム医療実習といいますか、4年生の時にはそういうチーム実習、実習というかグループワークになると思うんですけど、看護師、OT、PT、検査とか、あと医学科の学生と一緒に何か共同作業をさせてみよう。そのあとですね、6月以降は2学年で何か合同授業的なことをということで、まずは手始めに枠を確保したい。具体的に何をするかというのはこれから考えていきたい。

久保 遠くに言っても行っても、金曜日には帰って来るんですか。

多田 それも含めて、まだちょっと未定です。私の考えで言えば、たとえば須坂病院にいるんだったら、須坂でインターネットでそれに双方向で参加できる、あの研修システムありますよね、あれでやらせてもらおうかなと思って考えています。で、たとえば須坂病院の近くの病院の人は須坂病院に行けば一緒に参加できるというふうにしたほうがいいかなというふうに考えています。

久保 聞かないよね。

井上 聞かない。こういう時に、今までの医学倫理とか、たとえば胃瘻を作るとか、いろいろ最近いっぱい問題があるじゃないですか。こんな人らを生かしておくのかどうかとか。現実の問題、言い方悪かったかしらないけど、そういう問題を現場に入ったらすぐ関係するんだけど、そういうものをどこかで教育の場所があるわけ？ 本当に現実にあるんだけど、そういうのこそこういう所でしてもらえないかな。

多田 それって先生、その場でこういう人がいてこう困っているんだと教えるということではだめなんですか？

井上 それはね、一つ目の前から僕の方針は出るけれども、今どういうところが問題になって大きく、だいぶ胃瘻は減ったけど、胃瘻は最初の頃は全部作ったでしょ、最近はほとんど作らない方向ですよ。だから、教育実習では、自分たちで何人かでグループで話して、いろんな意見が出るけれども、ここはこうあるべきだとやらないと勉強しないと。あるAという先生はその方針でパーっといく、Bという先生は別というパターンでは望ましいことではないでしょ？

多田 でも、ある先生はこうやっている、別の所に行ったら別の先生はこうやっているというのを聞けるのが一番いい臨床実習ではないかとも言える。

井上 それはその人らはいるけれども、考えとしてやっぱり倫理的な考えを、ある意味チームの中でこういう考えがあったとか歴史的な流れはこうだったとか、学ぶということは必要なんじゃないかと思うけどなあ。

齋藤 ありがとうございます。これはまだ作成中、調整中ですね。ただ、今お話を伺っていると、素晴らしい点が二つありました。一つは多職種連携を視野に入れた内容であることが一つ。それからもう一つは、屋根瓦になっているんですね、1学年違う学年、上の学年と下の学年と。だから、その考え方はいいとして、そのストラテジーとして、講義という座考がいいかどうかという所の検討だと思います。さっきの多職種の所は先ほど医学部長おっしゃいましたようにグループワークのようなものでなざる、そうなってくると今度は医学部の2学年の屋根瓦を、どういうストラテジーを使うかという所がやっぱりポイントになるんじゃないかと思います。かなり実験的な面があります。できることなら *didactic teaching* というのはなるだけ避けられたほうがよろしいかもしれません。

森 たとえば6年生3人、5年生3人でグループを組むということですか。

齋藤 3人3人の6人ではグループが多くなりすぎちゃいますけれども、そういう学習の仕方というのは、6年生が5年生を教えるのは、かなり効率としては、よいですね。6年生のためには研修医ですね。それでは一等下の枠にまいます。臨床研修とのコラボの話でございますが、これは研修指導医の先生方が、指導医の資格を持ってらっしゃる先生方というのはだいたいカリキュラムプランニングあるいはプログラムプランニングのあれをやってらっしゃるわけですよ。

多田 そうです。

齋藤 だから、そこをやっぱり卒前教育に活かしていただいてというスタンスでいければいいと思います。やっぱり臨床教育の継続性から考えると、この150通りの、先生方、学生さん方を見てくださる先生は、指導医の資格を持ってらっしゃる先生とオーバーラップしていますか。

多田 ほとんどオーバーラップしています。

齋藤 それは素晴らしいですね。そうすると、そこに対するレコメンデーションとしては、指導医、これは研修医も学生さんも見るということですし、それから研修医がいて、その下に回っていった学生さんがいると、こういうチームが組めますね。

多田 ええ。多くの病院でそれをされることを期待しています。

齋藤 医学生に許容される医行為の範囲の所でも問題になるかと思えます。医学生が実カルテを書きま、それに対してやっぱりカウンターサインが必要になります。そうしないと、先ほどの損害賠償の問題がでてきます。そこを各臨床実習病院の先生方に認識していただかなければならない。ついでに、医学生用の損害保険は皆さん入ってますかね？

多田 はい。予防注射と損害賠償はきちっとやっていないと臨床実習は受けさせません。

齋藤 いかがでございましょうか。逐一的にこの実施計画あるいは具体的な成果についてご議論をいただきましてありがとうございます。何かおっしゃることはございますか？

久保 TBLのことですけれども、臨床実習をやってると、できる人とできない人が、よりはっきり分かってくるんですね。できない人をどうするかというのが、いつも悩ましい問題ですけれども、それについては何か考えているのでしょうか。

森 直接これとは関係してないんですけども、CBTで進級した人下位5人に関しては准講会のほうにお願いしてチューターをつけています。必ずしもそれが万全であるかどうかは別として、そういうようなことをしています。

多田 概念的な話になって恐縮ですけども、できない人に私どもがこれをやるから出ておいでと言っても出てこないんですよ。よその大学で聞いて一番いいなと思うのは、学生に学生、お互いに協力させ

るというか、学生にできない学生を教えさせるのが一番いいみたいに思っていて、その方向でいろいろ努力したいなと思っているんですけど…。

井上 おちこぼれってどれくらいいるんですか？

多田 100人いるとすると数人…。10人。

森 うち5人ぐらいは進級できない。

福嶋 一度臨床に入っちゃると、もうささってノーチェックでいくことが多いんですね。

井上 その5人というのはどちらかと言うと、いわゆる試験的な能力が低いのか、メンタル的な問題なのか、そういうのはどうか。

森 両方。

福嶋 メンタルが多いですね。

久保 臨床実習に入ると、それがもう分からなくなっちゃうんですね。できの悪い人はじーっとしていれば時は流れて行くんで。

藤井 5年から6年になるのにチェックはないんですか。5年6年でチェックしないとダメですね。2年間まるまるほったらかしになる。

福嶋 同じ学年で2年間留年すると退学勧告、3年目もだめだと除籍しますということで決めています。

齋藤 まあ、実習の評価、各大学が、皆さん悩んでいらっしゃることではないかと。ですから、それは外の先生方、実習病院の先生方にやっぱり学生の評価についてよく知っておいていただいて、それを教育センターのほうにフィードバックするシステムをあるとよろしいですね。

金子 それはお互いの情報交換が必要だと思います。

多田 それが、情報交換といっても、やっぱり学生のプライバシーじゃないですか。なかなか言いにくいことがありますね、なかなか難しい。

井上 受けるのは、そういう人がいるともものすごいストレスになっちゃうからね。まあ、大学の先生は苦しんでくれて結構だが、こっちは困る。

齋藤 ありがとうございます。別室で評価をやりませんか？

評価のために別室に移動

齋藤 それぞれの委員の先生から一言ずついただけますか？

久保 はい。発表させていただいたことでほとんど同じです。150通りで、一応うちの病院にも受入を指示はしてはいるんですけども、逆に病院のほうで評価されることにもなり、かなり各病院がプレッシャーになると思います。各病院に対するFDをしっかりとってもらって、どのぐらいまでのレベルをやってほしいかという共通のものを持ったほうがいいのかと思います。

井上 やっぱり150通りという、これが一番のポイントだと思いますので、実習コースの特性が分かるように、学生が選択しやすいような取組みをしていただきたい。初めてやることですので、やった上で修正ということになりますが、コースコースによって、学生さんのほうも、病院のほうの活性というんですか、そういうものも高まるような、両方にとってプラスのあるような状況にしていただければありがたいと思います。

吉澤 大学の中でも外の病院でもかなり温度差があって、一生懸命やりたいという、病院をアピールするためにはそういうのも大事だと思うんですけど、病院全体がそうになっていません。これから具体化していく中で、もう少し浸透させていきたいなと思います。

金子 準備をお互いにしっかりとっていきたくと思っています。特に到達目標というのを、共通のものをしっかりとっていただきたいと思っています。

藤井 私、山梨の教育委員長はもう辞めているんですけども、去年このシステムを山梨でなんとか取り込めないかと考えたんです。けれども、やはり地域性があるって、300床以上の病院なんてそんなにはないんです。これはありえないんですね。このやり方というのは、おそらく長野県の医療レベル、病院のレベル、それが一番大きな原動力になると思うんです。このシステムが。そういう意味では非常に羨ましい。まだまだできていませんけれども、今日いろいろ言わせていただいたのは、本当に羨ましくて、うまく行ってほしいので、いろいろ言わせていただきました。まだ道半ばですが、きっといいシステムができるんじゃないかと思います。

齋藤 私から申し上げることは、日本が80医科大学の中で、これだけの150通り、ほかにありませんけれども、ぜひ国家でこのことを公にする、信州大学はこれだけやっていますよということを公表することをお願いしたい。もう一つは、これで大学の先生は忙しいのは当たり前なんですけれども、外の先生方を益々お忙しくさせているわけです。ですから、そのことをどうやってむくいるか、お名前を差し上げるとか、現在の、何か機会あるごとにご苦勞いただいている先生に、公にするとしたら変ですけども、なんかそういうシステムが必要です。それは、対象は僕はパブリックだと思うんです。お医者さんたち同士だけが知っているだけじゃなくて、信濃毎日でもなんでもいいんですけども、そういう格好でチャンスがあれば、ぜひ公表してほしいなと思います。それでそれなりの肩書きを差し上げるということが一つの大事なことと思います。以上です。

藤井 来年呼んでいただけるか分からないので。(笑) シミュレーションセンターですけど、早く大きな一つにして、それで県外の医療機関の方々に開放するというにすると、県がサポートしてくれますから。そうすると、県が雇った職員で、外からの先生は夜の8時とか9時とかに来れませんから、そうすると県が職員さんをサポートしてやってくれると思うんですね。ある病院から何人か来たら、少し費用をいただいて、そしてシミュレーションの機械を整備してく。

久保 県のほうにもちゃんとシミュレーションセンターはあるんです。それは小さな車に乗って、どこへでも行けるようなものがありますので。

藤井 ああ、そういうのがあるんですか。(一同笑～雑談)

齋藤 長野県は大きいですから、やっぱりそういうことをしていただく…。あと、岩手は、私しょっちゅう行くんですが、岩手は県立病院26あるんです。で、これはたいへんなことになっています、やっぱり。それから香川は、一番小さい県ですけども、これは真ん中だけで全部仕事ができている。香川も年に1回行きますけれども。ですから長野県モデル、やっぱり、そうやって、あちこちで、今うかがったら、県はやってる、何はやってる。(一同笑) それを一つにならんかなと。余計なことを申し上げました。今日はどうもありがとうございました。