

○森 それでは、26年度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150通りの選択肢からなる参加型臨床実習の外部評価委員会を始めさせていただきます。

最初に資料の確認をさせていただきます。まず、A4の議事次第が1枚ございます。そのほかに、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の報告書がございます。また、A3サイズの評価シートが皆様のお手元にあるかと思えます。ご確認いただければと思います。そのほかに、臨床実習の実際使っているポートフォリオを、それからシラバス、それから臨床実習教員の手引き及び臨床実習終了後OSCEの実習マニュアルをまた机の上に置かせていただいております。そちらのほうも適宜御参照いただければと思います。

それでは、齋藤先生よろしく申し上げます。

○齋藤 齋藤でございます。本年もよろしく、どうぞお願いを申し上げます。この報告書、大変立派な報告書をおつくりいただきまして、本日はこれに沿ってお話を進めさせていただければよろしいかと存じます。

○森 その前に学部長の挨拶を入れさせていただきます。

○森 まずは、池田先生、ごあいさつをお願いします。

○池田 学部長の池田でございます。今日はお忙しいところ、先生方には、お集まりいただきましてありがとうございます。この150通りという医学部の新しい試みは医学教育センター長の多田教授を中心に非常に綿密に計画されているものでございます。先生方の御意見をお聞かせ願えればと思います。どうぞよろしく、よろしく申し上げます。

○多田 それでは、この冊子を見ながら御説明させていただきます。

1枚目は名簿です。目次がございます。資料ナンバーの1の1は、この企画を立てまして、申請したときの申請書でございます。このポンチ絵までが、それでございます。

平成26年度の大学改革推進補助金調書を昨年出しております。これに基づいて今年度の事業を行ってまいりました。資料ナンバーの3の1をご覧ください。平成26年度実施計画内容と成果という表です。平成26年度大学改革補助金調書の今年やる事業内容の当初の計画と具体的な成果をここに対比して載せてありますので、これを順次説明させていただきます。

①は双方向学習及びeラーニングシステムの環境整備を図るということです。この計画では、大学病院のみならず県内の37病院と協定を結んでおりまして、それらの病院には学生が何人か、各診療科に一人ずつ派遣される予定でございます。そのために、学生たちがいつもインターネット上で学内のACSU（握手）というeラーニングシステムの中の一つなのですけれども、そのACSU（握手）に接続いたしまして、それから学習の材料を手に入れるとか、あるいは送るとかということを行っております、今年度もそのコンテンツを学生に公開しているところです。

②です。学内外の教員の教育の質を高める活動を行うという項目です。大学病院はもちろんなのですが、実習する学生の約3分の1は常時学外の病院で実習させていただくこととなりますので、これらの病院の先生方に対しても従来の見学型の実習ではなくて、診療参加型の臨床実習をやっていかなければなりません。そのために私どもとしましては、出張医学教育FDというものを開催しております。それは個々の病院に伺って先生方にその説明をしているということなのですけれども、それが現時点で延べ1,500名以上の先生方に対して御説明させていただいております。各病院1回か2回、始まりましてはもう1回、3回は行ってですね、何とか皆さんの御理解を高めようと努力をしているところです。

それから、9月13日、12月7日に、信州大学及び教育協力病院の学生指導員による参加型臨床実習を推進するための信州大学医学教育ワークショップを開かせていただきました。これは、大学だけでなく関係教育協力病院の先生方にも参加していただいて、各診療科において学生がどのような実習が修

了した時点で、どのようなものが得られるかということ、つまり到達目標を示して、その目標に向かっていろいろな学生も教員も指導教員も向かうということで、資料ナンバーの3の3を御覧いただきたいのですけれども、それはこのスケジュールで、この写真のような雰囲気、いろいろな先生に集まっていたいて、次のページ見ていただくといいのですけれども、内科臨床実習を受ける学習目標として、内科共通だったらこんなもの、呼吸器内科だったらこれくらいできるようになる、循環器内科だったらこれくらいできるようになるということで、全ての診療科において2週間実習したとき、あるいは4週間実習したときには、ここまでできるようになっておくという目標をつくりました。それから最後のページにありますけれども、モデル・コア・カリキュラムにも、臨床実習の学生がやってよいというか、学生が実施してもよい行為というのは決まっているのですけれども、信州大学としてはどのようにするかというものを、決めたものを、ここに決めてですね、掲載させていただいております。この目標に向かって、しっかりみんなで学生を教えていこうというふうな計画を立てております。

それから、ポートフォリオの見直しを行い、評価方法を確立したというのは、資料ナンバーの3の5を御覧ください。これは学内の先生方に御説明申し上げているところなのですけれども、本学でポートフォリオを導入するというのは初めての経験でございます。ポートフォリオって一体何だっというところから始まりまして、ポートフォリオと、それからショーケースポートフォリオ、本学では提出用のレポートという名前をつけていますが、それをどういうふうに作成するのか、どうしてこれをつくらないといけないのかということの説明するという講習会を今現在行っているところで、ここに掲げておりますのがこの資料でございます。

いちいち読み上げることはいたしません、7ページ見ていただきますと、これは各学生が持っている実習の冊子に折り込んであるものなのですけれども、出席表で午前、午後でサインをいただくとか、実習中に何を学んだとか、そういうことを書いて出す。

次のページ見ていただきますと、学習レポートの作成例がございます。これは、学生に「ショーケースポートフォリオを書きなさい」と言っても、「はい」と言ってすぐに書けるわけでもございませんので、実は私が、母がちょっと具合悪くなって入院したときのことを、学生になったつもりで書いて、それを森講師以下に採点してもらったものでございます。行動レポートは学生の意欲を測るために非常に大事なもので、どんなふうかというのを推しはかる資料なのです。こういうものを学生に書かせて、それで学生がしっかり1カ月間、学習しているかどうかというのを、しっかりここで見とどけようということでございます。

12ページには、学生にはどういうものを勉強したかというリストを書かせました。どんな資料で勉強したかというのをしっかり確認するために、レポートフォリオ自身も提出させようと思います。

13ページでございますのは、実習評価表です。従来は学生に、学生の持っている冊子にとじこんであり、先生方が学生の面前で丸つけて、学生に渡すというふうにしていたのですけれども、いろいろな先生から、学生が見ている目の前で評価を書くとなると、「不可」とかを書きにくいというような御指摘がございました。そこで、これからは用紙を切り取って、学内の診療科では学生に見せずに、5から1の段階がありますけれども、どれかに丸つけて、そのことで最終的に評価をいただいたら、学生の目に届かないようにして学務係に届かせることになっていきます。教育協力病院でも、これに封をさせていただいて、それを学生に渡す。あるいは郵送していただくということで、学生には触れさせないで、この学生の評価を、こちらがしっかり判定するというふうに改善することといたしました。

14ページは、外来でどういう実習をやったかということを書かせております。これを下の学年に見せて実習先の選択に用いるものですから、これは従来どおり書かせようと思っております。

15、16、17ページはどういうふうにするのかという流れを書いたものでございます。

19 ページには、提出用レポート、ショーケースポートフォリオのルーブリックを示します。この基準に基づいて最終の評価者には評価していただくということにしております。

そのようにして、150 通りの参加型臨床実習というのは9月からなのですけれども、今の6年生にもこのやり方でしっかりとした評価をするということで、4月1日から前倒して行うことを計画しております。

④の、もとに戻っていただきまして、②のところの小さい項目の④。臨床実習中のチュートリアル手法を内科系診療科に提供し、その成果を日本医学教育学会でも報告させていただいた、5 番も学会で報告させていただいたということでございます。

③はシミュレーションツールの利用の拡大を図る。これは参加型臨床実習に進む前の段階をベーシッククリニカルクラークシップと呼んでおります。1 年目の学生についてはしっかり臨床実習ができるように、シミュレーション教育を教育に取り込んでいただくというために、今、学務係の中に専用の人を配置していただいております。シミュレーション教育をやるとなったら、その方の援助を得て、学生さんとか先生が滞りなくできるようなシステムをとっております。現在のところ9科と、こういうシミュレーション教育を取り入れる講座が増えてきたということで、資料ナンバーの6を見ていただきますと、その様子が写真になって出ております。腰椎穿刺とか、いろんなことをやっていて、その成果でございます。

それから、ホームページにつきましては、毎年、更新しております。更新はここに書いておりますようにかなり頻繁に行っているところです。

⑤です。臨床実習後 OSCE を実施するということに関しましては、公明性を担保するために山梨大学の藤井先生に来ていただいて、6月28日に実施していたところでございます。

⑥の学内外指導員に対する意見聴取を行って、学習の最終調整を行うというところですが、これはですね、出張医学教育FDで私どもが病院様のところにまいったときに、いろいろな病院様と懇談して、どういうふうな診療科を学外実習にあてるかというようなことを相談させていただいております。

⑦、新カリキュラムの対象となる4年時の新臨床実習、ベーシッククラークシップを開始するという事は、これは予定通り実施しております。これは従来型の臨床実習、いわゆるポリクリというのを、そのまま圧縮して1年間でやるというふうなことで、激変を避けるといえますか、急に変わったことをやってしまうわけにはいきませんので、今までの臨床実習を1年目に行うということを行いました。

⑧です。シミュレーション教育を行うには、どうしても指導者がしっかり分かっていないと困るということで、毎年ハワイのSimTikiに教員を送っているのですが、今年も9月23日から10名ほど派遣して実習を行ってきました。

⑨、2 学年合同臨床講義のカリキュラムを策定する。これにつきましては、資料ナンバーの3の10を御覧ください。医学部で保健学科と医学科の合同のチーム医療演習というのを行ったり、来年度は資料ナンバーの3の11にございますけれども、電解質とかCPCとか、心電図とかについての2 学年合同講義を実施して、下の学年には上の学年の優秀さを見てもらって、勉強のばねにしてもらおうつもりでございます。

⑩は、150 通りの実習案で、一番大事なものです。資料ナンバーの3の8を御覧ください。これは各病院あるいは学内の診療科と調整いたしまして、各コースに1から150番まで順番をつけて、この中から学生に一人ずつ選ばせる作業をこれから行うことになっていきます。内科重点コースというのは内科中心で、6コースのうち4コースは内科というものです。同じようにプライマリーケアとかコア科重点とか、あるいは専門科ローテートコースとかがあります。最後にありますのは、基礎コースです。信州大学はこの学生時代からe-Medという名前で大学院に進むことを前提としたコースを設けておりまして、

その学生たちで基礎医学教室に行きたいという者が出た場合には、こういうコースをとらせて、しっかりと大学院コースを充実させようという企画でこれをつくっているところでございます。

最後になりましたが、卒後研修管理委員会で信州大学教育協力病院協議会を共同開催することにしました。これは、卒研センターが開催している会議と我々が開催する会議を別々にもちますと、教育協力病院の先生方が何度も大学に来ないといけないということになっても困るからです。今年度から合同で実施しています。

○齋藤 ありがとうございます。

この資料ナンバーの3の1の表がメインでございますけれども、これを一つちょっと御質問、御意見を委員から承ります。まず、第1番目。双方向的学習、eラーニングシステム。これは実際の運営状況は、もう既にスタートしていらっしゃるんですね。

○多田 はい。

○齋藤 学生さんたちは、これをどんどん使ってやっていらっしゃると言ってもいいでしょうか。

○清水 でき上がったところから順次。

○齋藤 現在で何パーセントぐらいの学生さんが利用されているのですか。

○清水 パーセントですか。

○齋藤 例えば1学年この学年は120名ですね。

○森 およそ120名です。

○齋藤 それで大体何人ぐらいが、きちっと皆さん見ていらっしゃるかどうかというのは、分かりますか。

○清水 統計はとっていないんですが、臨床実習中に情報提供しています。開始が今年度の秋からとなって、そこを回ったところから順次おこないます。

○齋藤 回ったところから。

○清水 そうですね。現在進行中です、来年度以降は100%を目指します。

○齋藤 よく見なければならなくなっちゃうでしょ、もう、全員が将来的には。そうしないと自分がどこ行くかわからなくなっちゃう。と、いうふうに考えていいのですね。

○森 eラーニングを診療科ごとにつくってもらっている部分がありますので、そこの兼ね合いで進んでいくことになると思います。

○齋藤 教員の方々が大変だという声はないかしら？そのeラーニングのコンテンツをつくるという。

○清水 順次、手上げと申しますか、関心を持っていただいている先生のところから導入しています。

○齋藤 すばらしいですね。

○清水 医学教育センター側も、できるだけコンテンツの作成にかかわる形で行っております。

○齋藤 教育センターは熱心である。でも、各診療科の先生はレスポンスをしてくださらないというような大学がときどきあります。「何でこんなことをやらなきゃならないの」みたいな声が出ますから、その辺を、注意していただきながら、進めていかれるのがいいかもしれないですね。

ほかの委員の方、よろしゅうございますか、①。

○大和 著作権フリーのコンテンツということで、僕ら授業で実際にやっている中でも、いろいろ、どこかからとってきたのとかあったりして、なかなか全部載せられるとまずいなというのがあったりするんですけども、その辺は何かいろいろ言われることはないのですか。

○清水 最近では学会で著作権フリーのデータベースがあります。そういったものから、画像等は引っ張ってきています。

○大和 ああ。

○森 先生がおっしゃったように授業のプリントをできる限り、これはeラーニングという意味ではなくて、ネット上でとれるようにしていくという取り組みもしているのですが、そちらのほうについて、どうしても教科書のコピーですとか、載せにくいものがあるというのが実情で、載せて大きなトラブルになるよりは、自粛していただくという方針でやっております。

○齋藤 なるほど。

よろしゅうございますか。

○藤井 前回、eラーニングの、やる人はやりますけれども、やらない人はやらないというのが問題になったじゃないですか。今は、そういう部分というのは、今先生がおっしゃったように完全に皆が見ないといけない、ついていけないと？

○森 それもつくっている人単位というところがあるんですけども、そこを見ていない学生は進級させないぐらいのことをおっしゃる教員もいるので、そういったところはかなりの率で使われているということになります。

○藤井 ああ、そう。ちょっと心配なのですけども、見たか、見ないかというのは分かるんですか。

○森 ID、ログを拾うことによって分かります。

○藤井 でも、開いたままで、ほかのことをしているかも。

○森 それは、おっしゃるとおりです。

○井上 実習中に「パソコンを読んだらどう」というふうに我々からアドバイスする意味でも、どんなコンテンツがあるかということ、現場の教員達に知らせてはどうか。

○森 それはeラーニングとは別に、学生お役立ち情報みたいな形で、例えば検査値表や、小児科的な数値で、ぱっと見られるようなものについては、今年度からそういうコーナーを設けて載せていこうと思っています。先生方にもまた改めて御案内させていただこうと思います。

○井上 そうじゃなくて、eラーニングにはどのようなコンテンツがあるということ、それらを全部開かないから、外の病院の先生にも、どんなコンテンツがあるのかということを知るようにした方が良いのではないかと。

○大和 ショーケースポートフォリオ上でのいろんな資料を参照したか書かせるわけで、それ以外にも何かを引用して書いたり論じたりしているのかということ、実習中にも利用可能な学習資材というふうに書いてらっしゃる。これね、ときに、どういうふうに利用させたらいいかということでは考えているのですか。

○森 はい、リスト化はしています。

○清水 現状ですと、いわゆるベーシッククラークシップの学生を対象にしている部分がありまして、今後、恐らく学内の興味を持っていただいている教員の先生方と150通り等のアドバンストクラークシップに適応するようなコンテンツが作成され次第、ぜひ情報提供させていただきたいと思います。

○大和 それと、ここの教育協力病院というのは、アドバンスクリニカルクラークシップですね。ベーシックなほうは、たまにちょっと見るときの話ですね。

○森 どちらかということ協力病院では、eラーニングよりは先ほどのデータ表であったりとか、基準値表であったりとか、そういったものはもう、ぱっと開けば見られるというような感じで、使わせているという感じです。

○藤井 ただ、関連病院の先生も、ベーシックでのコンテンツをお知りになっているほうが、実際に自分のところに来られたときに、君はベーシックで、あれがあるでしょと、もう一度勉強し直してと。そういう情報あり得るんじゃないですか。そんないに大変なことでもなさそうなので、やっぱり管理面の先生方にベーシックのコンテンツもお知らせしたほうがいいのではないですか。

○森 はい。

○金子 関連病院のほうからeラーニングにアクセスするというのは、どういう方法があるんですか。ホームページの中に入るとか、IDをもらえとかなんですか。

○清水 現状は本学の学習サポートシステムの中に、それを作成しておりますので、大学のIDを持っている先生、もちろん学生もですけど、アクセスできるという形にはなっております。

○大和 アメリカの大学なんかは、結構自分ところの教材を一般に公表していますけれども、いいものが見つければ、自由にインターネットでアクセスできるようなこと、公開できるようなもの。

○金子 せっかくだいいホームページがあるので、僕も時々見ているのですけれども、そこへ載せてもらえれば(いいのですが)、載せられる範囲の情報ですけどね。

○森 はい、そういったのは、そっちに載っています。

○清水 学習のお役立ち情報みたいなものに関しましてはオープンで載せていきます。

○齋藤 次のステップとしてはね、協力病院の指導医も、大学のIDを持っていなくても、見られるようにしていかなければいけないですね。学生さんたちだけが見て、指導医が見ていないということになってしまうのはもったいないことですね。

②にまいりましょう。FDでございます。これは資料を拝見しますと、3の2でもって、非常に多くの33回のFDをやってらっしゃるんですが、時間を見るとそう長いことはやらないで、30分単位ぐらいのところが多くなっていますかね。このFDの中身はどんなことをやっていらっしゃるのでしょうか。

○多田 具体的に申しますと、なぜ今までのやり方を変えないといけないかという意義と、参加型臨床実習って実際にどういうふうにするのかという、一番簡単に見せる方法は東京医科歯科大学で撮ったビデオがございまして、そのビデオを、一部分見せてですね、こんなふうにするのが参加型臨床実習なんですという御説明をさせていただきます。

30分の理由は、どの病院でもそうですけれども、皆さん聞いておられる時間は20分から25分限度。それ以上になると、急激にみんな嫌になるのがよく分かるということで、20分に全精力を込めて圧縮してお伝えしています。それで1回で足りないものですから、これからもう1回やって、3回でやろうという計画を立てております。

○齋藤 おっしゃるとおり、協力病院の先生も御多忙でいらっしゃるし、30分以上というのは、かなりきついことですね。だから、内容で何をやるかというときのものですけれども、例えば臨床実習ですから、モデル・コアカリのG項目、あれは少なくとも学生を預かる先生は知っておいてもらわないと、ということが一つありますね。

○多田 それも、もちろん説明しています。

○齋藤 それは、だから確実にやってらっしゃる。それから、もう一つは、学生にどこまで医行為をさせていいかということで、全国医学部長病院長会議の委員会でもって出されたのがありますが、あれなんか資料として。

○多田 それも出しております。

○齋藤 出していらっしゃる、すばらしいですね。

そうすると、今度はその評価を指導員の方々になるたけばらつきを少なくしてやっていただくためには、mini-CEXはどうでしょう。

○多田 それは、やっていません。

○齋藤 mini-CEXのよさはね、日本人は慣れていないかもしれないけれども、あれは評価者がサインすると同時に、学習者も納得のサインをやるわけですね。だから、あれをその場でぱっと学生さんに見せて、「君はこうなんだけど、この次の実習に行ったら、ここをしっかりとやりなさいよ」というふう

フォーマティブにやって、今日は別に、ひそひそ封をして返す必要もなくなるかもしれない。

○森 そこが難しいですね。

○齋藤 そこが難しいですか。

○多田 やってくださる先生もいらっしゃるんですけども、やっていただけない先生も多数いらっしゃるものですから、成績の評価ができなくなってしまいます。

○齋藤 だから、そこが結局評価者としてのトレーニングというか、FDというか、そこをどういうふうにやっていくのかいいだろうか。これ、なかなか浸透しにくいことだろうと思います。

○多田 そこが私どもも一番苦労しているところです。

○齋藤 mini-CEX のよさは、やっぱりあれはプロフェッショナルリズムがぼっと入っていますけれども、極めて短い時間でできるというところだと思います。トライアルでもって、まずは学内でやってごらんになるというのもいいかもしれない。それで、なるほどということになれば、学生さんがああいうことに慣れてくれば、逆に広がっていくかもしれない。

○森 項目数については、mini-CEX も確かに、本当にミニではあるんですけども、ゼロからあそこというの少しギャップがあるというのが、ヒヤリングのところでありましたので、まずは2項目でやろうと。で、次の段階として5項目、6項目みたいなふうにいこうという感じで、最初のステップは少し少なめからやろうというふうに考えています。

○齋藤 なるほど。

○森 ただ、どうしても学生の前で学生の評価をつけるというところが、難易度が高いので、まずはちゃんと評価をつけるというところから始めて、それとは別にアドバイスという形は残しておいて、やはり次の段階で、そういったところがトレーニングされてきてから、学生とそういうことを共有するというほうが、恐らく日本人のメンタリティー的な、いきなりよりはいいのかなというふうに考えています。

○齋藤 特に、外の病院の先生は、あれを学生さんの前でつけるということに抵抗をお感じになるかもしれない。だから、それをFDで、まずはこういうのがありますよというところからやっていかないと、なかなか浸透していかない。だけど、一たび浸透すると、あれはフォーマティブに使えるのでいいかもしれない。要はやっぱり学生さんよりも、行った先の先生にしっかりそこを御説明するというところかもしれないですね。

○森 まずはちょっと、直接返しはしないのですけれども、評価をするというところから始めようという企画でもあるので、そこがうまくいったら、また次の段階で考えていきたい。

○齋藤 これはね、ちょっと次元の低い話だけでも、学生が行った先の先生の負担を、なるだけ軽減してさしあげないといけないということがやっぱりあると思います。

○大和 そこは、今朝僕らのところも、臨床研修の指導医会というので、この150通りが次年度からありますよと言うときに、やはりただでさえ研修医が2人来ているところにまた学生が来たら、ちょっと面倒見切れませんよというみたいな反応があったですね。この最初の申請のときの資料ナンバー1の1の2ページの④のところに、指導医の負担軽減ということで書いていただいている。上級生、下級生とか、先ほどの2学年合同講義というのは、そういう準備をいただいていると思いますが、研修医に学生を指導する習慣をつけさせるということがあって、我々も研修医が屋根瓦になるから、一人の人がそんなにみんな自分の周りに金魚のふんがついて大変になるということはないですよというふうに言うんですが、なかなか研修医は僕らのところも2年目が1年目をということを繰り返し言っているけども、結局自分の勉強が優先して、下の面倒をみないという、そういうのも結構いて、やっぱり言うは易く、なかなか屋根瓦にならないというところがあって、このところは具体的にどういうふうに今後進めていけるのかなというのが、ちょっと、朝、意見としてありましたけれどね。

○多田 学生時代から、学生に屋根瓦というやり方を浸透させていくというのが大事だと思います。急には変えられないと思うのですが、徐々にそういう世代が育ちつつありますので、割と年若い先生は、教え上手だというふうにはいろんな病院で聞くのですが、そうでもないですか。

○大和 教えるということの中身がですね、こうやって採血するんだよとかね、非常に自分がつい最近身につけて経験として伝えていきたいというところは、割とシンプルにできると思うんですけども、要求される内容によっては、とてもそんなことはできませんよという状況です。結構、自分が上の医者についていろいろ学びたいので、そこにさらについてくると、自分の時間をとられるという意識を持つ子もいますから、どういう形で研修医に動機づけをしたり、それは君の仕事なんだよと言っていかというのを、自分の病院の課題としては、今、挙がっています。

○多田 私どもとしたら、学生時代からそういう意識を持たせるということはできますので、それは、今後努力していきたいと思います。

○森 先ほどの2学年合同授業みたいなのも、ただ漫然と5年生と6年生を一つの部屋に集めるのではなくて、5年生と6年生でチームをつくって学習するような形を極力入れていくことによって、ちょっと下を少し面倒見るという習慣を学内のうちから、極力つけていきたいなというふうには思っています。

○井上 協力病院もね、今の研修指定病院のところと、例えば我々のところに来る場合は全然違うんですよね。指導するのが、先生がプロで一人でも、むしろ今は若い研修医が来ない中での、沈滞化している中で、自分も勉強して、忙しいんですけどね。そういう意味でのモチベーションは持って、大分その考え方が違うようなんです。ただ、一番気になるのが、評価のときなんですけれども、順番に丸を打つのはそれは簡単ですけども、その根拠というんですか。そこにどの程度の時間がね。教えているのは一緒にやっていくのはいいんですけども、評価のところに、あの丸だけでいいんですかね。その根拠とか、何か書かなくて。

○多田 それが問題です。

○井上 そこらがね、それで、そのことがあると大分時間がとられるんじゃないかとか、あの丸だけだったらいいんですけども。

○森 実は2つやっただけで評価があつて。文章があるほうがあります。

○井上 ああ、そうですか。

○森 それは、出席表のほうの一番下のところに書く欄がございまして、こちらは学生に見せる前提で書くという形になっていますね。そこは、もう本当に学生とともにやってきて、こんなのがよかったよねとか、アドバイスをしてもらって、もちろんそこに必ずしも言葉をたくさん残さなくても、そのときにできるだけたくさん声をかけていただければ、それでまた学生は励みになると思います。先生がおっしゃったようなことは、そちらに記述していただいた上で、どちらかという評価の部分については丸つけも、本当に簡単な丸つけですけども、それは次の病院に行ったときに、例えばですね、非常に評価が悪い学生であった場合は、次の病院に行ったとき、僕らがやはり行く前に多少指導したりだとか、そういったのに使っていくということなので、どちらかという、もうざっくりとつけていただくという前提で今のところはいます。

○齋藤 実は研修医に学生を教えさせるというのは、理想ですけども、全国回ってみますとね、随分何ていうの、いろんなところから研修医が来ている病院がおもしろいのは、その彼らが育った大学によってカラーがちょっと違う。

○大和 おっしゃるとおりですね。

○齋藤 うん。卒前から6年生が5年生の面倒を見るみたいなことをやってこられたところは、研修医が学生を見ることに余り抵抗がない。ところが、そうじゃない場合には、どうしても何で俺たちが学生

の面倒を見なきゃならないのという意見が研修医から出てきてしまう。それは上の先生が見ればいいじゃないのということになってしまって。やっぱり卒前からそういう習慣をつけていけば、だんだんよくなっていくんじゃないかと思えますね。

③にまいりましょう。シミュレーション。これは、スキルズラボはかなり活用度が高いですか。9科でやっている。

○清水 そうですね。スキルズラボに限らず、各教室の医局の各部屋等で行っているものを見れば、少し増えて、11になるかと思えます。

○齋藤 スキルズラボで問題になっているのは、スキルズラボの面倒を見る人員がちゃんといないと、そこが一番人件費問題等で大変になりますけれども、こちらの大学ではいかがですか。

○清水 本学には幸い学務の方でラボ担当の方がついていただいております、大変献身的に対応していただいています。

○齋藤 その方を非常に大切にしてください。

○多田 去年ですか、一昨年から、そのために確保した人です。

○齋藤 それは、ある大学では看護師さんだったりもしますけれども、どういう資格でもいいんですけども、とにかくラボをつくりました。だけど、利用率が悪いのは、結局はそういう道具を面倒見る人、管理する人がいないということで、非常に利用率が伸びない。もう一つは背景としてあるのは、彼らは夕方、要するにオフィスタimeじゃないときに行きたいという声があります。それはいかがですか。

○清水 6時ぐらいまででしたら、その日によって事務の方が残っていただいたりですとか、ラボ担当の医学教育センター教員が、できるだけ対応するようにしております。

○齋藤 むしろ午前中はラボの利用率少ないでしょ？

○多田 ベーシッククリニカルクラークシップで使っていますので、結構デイトimeで使っております。

○齋藤 なるほどね。ある大学では、研修医も使いたいし学生も使いたい。そうなってくると、面倒見る人には11時出勤にして、少しずらしてやっていらっしゃるところはありましたね。その辺にいくと難しいんで、あとはランニングコストが結構かかりますから、消耗品。

○多田 それは、アメリカ行って学んできたところで、それを実践しているというところですか。

○齋藤 それは嬉しいですね。

④にまいりましょう。ホームページ。これは何か問題がありますか。

○森 先ほど御意見いただきましたように、極力載せられるものは学内にとどまらず、こちらのほうにも載せていきたいと思えます。

○齋藤 そのときに、やっぱりちょっと話が出ましたけれども、教育資源の著作権、あれにうるさい人が世の中にはいますから、その辺はちょっと気を配ってらしたほうがいいでしょうね。試験問題なんかでは、文化庁だったと思いますが、著作権科がコメントを出しています。つまり、入試に例えば小説家の文章なんかを出す。これ、本当は著作権法に、勝手に使っちゃいけないわけですけども、そういう教育についてはオーケーだということが、文化庁から出ています。その辺との兼ね合いの難しさです。

○森 そこですけども、紙にするのはオーケーなものでも、電子媒体はだめというのが、現在非常に強くて、その辺との兼ね合いが一番大きいかと。

○齋藤 とめどなく拡散していつちゃうような。

○森 はい。

○齋藤 それから、先ほど画像の話をおっしゃいましたけれども、米国の病理の画像はかなりフリーになっていますよね。

○森 はい。

○齋藤 あれは絵が綺麗なのもありますから、そういうのは使わせていただいてもいいかもしれない。ただ、難しいのは日本の病理の先生、ここに病理の先生いらっしやらなかった、いらっしやいませんね。

○多田 いません。

○齋藤 この絵はだめだ、もっと鮮明な絵にしろということをおっしゃったりする方が時々いらっしやる。そういうことに配慮していただければ、これから恐らく何年か先には、国家試験でもコンピュータベースドになってくれば、そこに画像がどんどん出てくるはずですね。今の在學生はまだ大丈夫かもしれません。それから、外部評価者を、藤井先生がいらしてくださって、OSCE をチェックしてくださった。

○藤井 2回やっています。

○齋藤 いかがでございましたか。

○藤井 一番大事なのは、教授ですね、全員参加型でやって、本当に細かい。プロですから、若い先生よりはるかに。そういう意味でもものすごく充実した OSCE だと思います。やっぱり教授クラスの先生方が興味を持って徹底的に協力しないと、いい OSCE ができないと思いました。

○齋藤 それから、例えばこの市立病院だ、赤十字だ、こういうところの先生方というのは、OSCE を御覧になるチャンスというのはあるんですか。

○大和 大学の医師の4分の1ぐらいは年々入れ替わっています。それは大体若い層で、年とってくると大体動かなくなります。病院で異動しない医師はほとんど4年生がやる OSCE も多分経験ないのかなと思いますし、臨床実習終了後 OSCE になるとほとんど経験ないと思います。やっぱりその辺ある程度軌道に乗ってきたら、見ていただく機会をつくらないと、全然想定外のことが行われていることになるんじゃないかと思います。

○齋藤 それはトライアルとしてね、やって御覧になったらいい。基幹型病院の院長、副院長クラスの先生に伺いますと、「今、そんなこと卒前にやっているの？」というお話しが出てきます。ですから、許される範囲でもって、そういう先生に臨床実習終了後 OSCE を見ていただいたほうがいいと思います。それは、その先生が御自分の病院にお帰りになったときに、学生に教えるときに、非常に細やかに教えてくださるようになります。

○齋藤 その次、6番ですね。学内外指導医に対する意見聴取。これ、いかがでございましょうか。御提案申し上げますけれども、この信州大学の学生さんの指導をしてくださった方に対するお金は出せないかもしれないけれども、肩書的なものはどんどん出してらっしやいますか。

○多田 はい。臨床教授という名前で、称号は差し上げております。

○齋藤 なるほどね。

○多田 今、計画中なのは、もうこれでFDと称して何度も各病院に行って来たものですから、今後は臨床教授という称号を差し上げる際には、FDを受講した方になっていただくというふうに少し枠をはめようかなとは思っているところなんですけれども、まだ実施はしていません。その方向でちょっと検討させていただいています。

○齋藤 藤井先生の大学はどうですか。そういうのは、どうやってらっしやいますか。

○藤井 いや、ほとんどないです。

○齋藤 そうですか。

○藤井 内部の方でも、まだ歴史が浅いので、トップのほうの方というのは、ほとんどが他大学に。

○齋藤 なるほど。

○藤井 今50才ちょっと位が1期生で、それぞれの病院で外科部長レベルでやっているというレベルなんで、なかなか難しいところがあります。

○齋藤 臨床教授じゃなくても、臨床講師でも臨床准教授でもいいのかもしれない。

○多田 その方もいらっしゃいます。

○藤井 この話、恐らく前回出ましたよね。

○多田 はい。

○藤井 FDを受け入れていただいたときには、そういう称号をね。

○森 それから、まだこれは企画段階なので、絶対そうなりますよというお話はできないんですけども、卒後研修のほうの指導医資格は8年目からとれるようになっていきますので、それに該当するような卒前教育の資格というのをつくれなかなということ、事務と調整しております。

○齋藤 それは、何か名前を考えてもいいのかもしれないですね。ただ、一応そういう名前をつくりまよと、文科省には一言言っておいたほうがいいのかもしいです。

そういうわけで、指導医については、これもここで言うべきことかな。その指導医の評価というのが非常に難しいですが、学生さんが行きますね、そうすると、学生による指導医評価という話があちこちで出てくるんですけども、それはどうでしょう？フィードバックはしていますか。

○森 基本的にですね、1年ないし2年、今、臨床実習、学生回っていますが、最後の3カ月に回るところ、要するに6年生になってから回るところについては、学生から評価をしてもらってフィードバックをかけております。ちょっと全学年でやったほうがいいのか、迷うところではあるんですが、いろいろなところを見てきた学生が、最後の3つを評価するというのを今はスタイルにしております。

○齋藤 それを、指導医の先生方にフィードバックしてらっしゃるんですか。

○森 教室単位でフィードバックしています。

○齋藤 ああ、教室単位でね。

○森 教室というか、教育協力病院については、その診療科単位、もしくは病院単位でお返ししております。

○齋藤 そのときに、やっぱり注意しなければならないのは、どうしても学生さんは気がついたところで、よろしくないことばかり言うてくる、でしょう、往々にして。

○森 はい。

○齋藤 もっと、よかったことをちゃんと書いてほしい。

○森 学生の特性もあるかと思うんですけども、多くの学生はかなりいいことを中心に、過去いろいろなところがあつたけれども、ここが一番勉強になったみたいなことを中心に書いてはくれているので。

○齋藤 ああ、すばらしいですね。

○森 シートを1枚単位で見っていくと、先生がおっしゃるように悪いことばかり書いてあって、いいことが書いてないのがありますが、揃えると比較的いろんな意見が出るというような感じにはなっております。

○齋藤 そのシートは、よかった点という表題をつけてあります？

○森 どんなタイトルだっけ？

○齋藤 フリーコメントだけだと、よかったことを書いてもらう。それから悪かったことと言っちゃだめなんです。改善が見込まれるとかね、そういう文面にして学生に振ったほうががいいかもしれない。

○森 はい。

○金子 メールで送ってくれるときに、大変申しわけないんですけども、いろんな意見もございました。みたいな注釈がついていると、こちらが傷つかないように大分配慮してもらっている（気がする）んです。

○齋藤 ありがとうございます。

それでは⑦にまいりましょう。 ポートフォリオが始まると。

○大和 これ、素晴らしいと思いますね。評価、どういうふうにするのかなあと気になっていましたので、ポートフォリオでいきましょうというのは、とても。ただ、今朝の指導医会でポートフォリオでいきましょうと、たまたまそういう話が出たのですが、ほとんどぴんとこないというか、実際どういうふうにするかについては、逆に学生さんのほうから意識変えてもらわないといけないんですけども、これも研修医にずっとこれを使おうとしたり、いろいろしてきますけれども、なかなかこう定着しなくて、苦労しているところです。

○森 その意味では、本格的なポートフォリオ1本でいくのではなくて、先ほど話がありましたようにショーケースという形で、レポートとポートフォリオの中間みたいなもので、まずは評価していくというところで、評価する側も書く側も慣れていって、本格的なポートフォリオでどんと評価するのは、恐らくその後できればという感じがいいのかなというふうには今は思っております。

○齋藤 ポートフォリオも一生懸命ですと大変だし、それから、それを見るほうの教員も大変ですわね。むしろ将来の初期臨床研修とのシームレスなつながりを考えておくと、ひょっとしたら臨床研修の場合には33のレポート出さなければならぬでしょ。ああいうののトレーニングにという視点でもいいかもしれない。

○多田 いや、そのつもりで学内の講習を始めて、将来皆さん書かないといけないですよという話で、今から練習しましょうという話にしています。

○森 多分、先生のほうがお詳しいと思うんですけども、専門医もひょっとすると、こういった形のショーケース化していく可能性があるのかなというふうに考えていますので、やはり多田が申し上げたように、とにかく学生のうちからこういうトレーニングするというスタンスで、これを丸ごと評価というのが本当に将来的にやれば、また考えますが、今はちょっとここでという感じです。

○齋藤 それで、入っていきやすいのは自分が担当した症例のケースレポート的なクリニカルビネットみたいなのでいいんですけども、そういうところから入っていくと、割に入っていきやすい感じ。それは、何となればポートフォリオという言葉自体が、それこそ病院の院長先生レベルは、「何じゃ、それは」というふうにおっしゃる可能性がある。

○井上 「いや、株式のあれじゃないか」とかね。

○森 今回もショーケースポートフォリオという名前ではなくて、あくまで学習レポートと行動レポートという形にしました。やることは同じですけども、ギャップを感じさせないようにしています。

○齋藤 そのやり方が素晴らしいなと思って、拝見して。そういう言葉で入っていくと受け入れられやすいということがあるでしょう。

○金子 それから、あと、もちろん質も大事ですけども、量の大まかな基準とか、そういうのはつくらないんですか。

○多田 A4の用紙で3枚以内にまとめなさいということで。

○金子 それも書いてあるんですけども、いくつぐらい作るとかね。その辺は、何か。

○森 1セットです。

○金子 そうですか。

○森 はい。ただし、4週間の実習ですけども、原則2週間で出してもらって、残り2週間そこで自分で学んだことをもとに、もう一段階やってもらうということになりますので、出していただくのは学習レポート1本と行動レポート1本ですが、4週の実習のうちの2週目のところで作成を終えるという感じで計画しております。

○大和 そのときにね、資料ナンバー1の1の実習の期間と、1ページの一番下のところに実習期間中にかかわる概ねの患者数って、こちらにしてみればびっくりするぐらい少ない量の患者さんの数が書い

てあります。どのぐらいの数の患者さんが関わって、その中からどのぐらいのものを成果物として出せというふうに要求するのか、そこがまだ僕らは理解できていないですけれども。

○多田 診療科によって全く違います。私どもも、何人ぐらい経験するかというのは全く読めないんです。

○大和 それは、そうかもしれませんけれども、臨床研修だったら、さっき齋藤先生がおっしゃったように、33本書きなさい。それが例えば1単位で実習の間に1本でいいとなると、君、この患者さんずっともっていてねと、4週間その患者さん一人でいいよみたいなところも出てくるかもしれないですね。

○多田 そうならないように到達目標というのを決めて、これ、できるようになってくださいよというのを決めて、私どもとしたら、そうならないように、だけど1本はちゃんと書いてねというところで、作戦を立てたのすけれども。

○藤井 そこは自由度が高いわけですね。

○多田 はい。

○森 ただ基本的に、基礎症例をずっと持っただけでは到達目標は達成しにくいようにつくってはあります。ただ、今後その人数を決めるかっていうことになると思うと非常に難しいと思います。

○多田 多分できないんじゃないかなと思っています。

○吉澤 僕ら学生さん来て教えると、レベルが全然違います。この学生にはこれも勉強しろ、これもやられて言うとはいつて言ってやるし、そこまで言えそうもないっていう人もいるので、ある程度僕らが学生を見た感じで、このくらいはっていう最低限だけはきちっとあれば、それ以上はレベルによって違っちゃうのはしょうがないと思うんですけれども、最低限これだけはっていうのがあれば。

○森 そうですね、人数で縛るよりは、そうやって少し考え方を僕らのほうからもう少し出していったほうがいいのかというふうには思います。

○齋藤 よろしゅうございますか。

○森 先ほどちょっと戻るんですけれども、学生による評価内容、結構僕が覚えていたより項目数が多くて、学生による実習先及び担当教員の評価につきましては、実習全体としてその科がよかった点、それから改善を望みたい点、その診療科において最も自分をよく教えてくれたベストティーチャーを1人、そのほかに選択肢別で段階評価のほうの幾つか並べていくという感じになっています。

○齋藤 なるほど。

○藤井 共通のテンプレートみたいな格好でつくっていただいて、いいかもしれない。

○齋藤 それでは⑦はよろしいですね。

ハワイの問題は、これは何も言いようがないですが。

○金子 シミュレーションの教育と関連しているっていうことでしたね。

○多田 そうです。シミュレーターだけ購入して使い方とか活用方法がわかってないと、購入した人がいなくなると転勤してしまうと、本当にもう使われないままになってしまうということが多いものですから、そういうものを避けるためにも、できるだけたくさんの人にシミュレーターの使い方とか基本的な考え方を浸透させるという意味でやっているところです。

○齋藤 それ、学内の先生ですか。

○多田 学内も学外もです。

○齋藤 学外の先生もハワイいらっしゃった。

○多田 はい、一緒に。

○藤井 参加者の名簿がありましたよね。

○多田 ここにたしか、3の9ですか。3の9のところを見ていただくと、こんな感じで学外の先生方

も来ていただいています。

○森 今年度は学外の先生が半分ぐらい占めていて、飯田市立病院の白簾先生を初めいろんな方に御参加いただきました。

○金子 ただね、直前だったものですから結構大変だったんですよ。

○清水 前年度も含めて、SimTiki で勉強して来ていただいた先生が、この③のシミュレーションの実習を診療科で開始してもらっています。

○森 これまでは、どうしてもシミュレーター使うのは卒後が中心になったんですけども、2年間の成果としては、やはり臨床実習においてかなりシミュレーターを使うようになってきたということはあると思います。

○吉澤 ハワイもいいんですけども、なかなか時間も取れないんで、今度は、こういう人たちが、県内のある病院でしっかりそこからシミュレーター、シミュレーションの研修をさせてもらえると、もっと参加しやすくなると思うんですよ、なかなかハワイまで行ける環境、時間もないし。

○多田 県立病院機構と協力してやっていこうと思います。

○齋藤 財政的なバックアップですけども、それは。

○多田 バックアップは余りないです。

○金子 その問題が結構あるんですよ。

○齋藤 大学と県立病院機構だけだと、それ以外の病院の先生は。

○藤井 自腹ですかね。

○吉澤 これ、各病院の出た人です。各病院が出した人です。

○森 すみません、財政上の問題で、初年度は旅費のバックアップをさせていただいたんですけども徐々に苦しくなってきました。今回は行けたんですけど補助はありません。

○金子 どんどんどんどん減るんですよ。

○井上 よく教育してる先生がいれば、そこへの病院に次に来る人もいるから、病院だって実際お金出しますよね。そういう先生がいればね。

○森 極力自費にならないように。

○井上 自費にはしないでしょう。

○井上 こっちは病院で出しています。

○金子 全額出しているけど結構（高い）。

○藤井 よくやってる。

○金子 ありがとうございます。誰からも文句は出ないんですけども、ただ思ったより高いなといった（感想）。

○多田 すみません、ちょっと、今回のフルコースでやったんで。

○井上 具体的に幾らぐらい。

○森 幾らだっけな、受講料が20万ぐらいだったと思います。

○井上 受講料20万も取るの？

○多田 5日間だったもんだから。

○大和 それくらい取るんじゃないですか。

○井上 1人当たりでしょ。

○森 はい。

○井上 アメリカは何でもお金になるね、日本だったらそういう教育をするって言ったらあれだけど。

○多田 申しわけございません。

○大和 フルコースでしたから。

○多田 はい、今回は。

○藤井 あれ金子先生のところの白旗先生だけ感想入ってない。

○金子 そうなんですよ。見たら、書いてないもんで（書くように）言ってきたんですよ。

○井上 シミュレーション教育なんか、日本人でやるほうが向いてるような分野だよな。アメリカ人がするよりは。

○多田 いや、実は先生、向こうのほうがよっぽど進んでるんです。

○井上 進んでるのはわかっている、それを逆転させることもできる日本の、今までのいわゆる技術力の何かってというのは、そういう面はある。教育の仕方は別として、シミュレーション、シミュレーターの使い方とか教え方なんていうのは。

○森 多分、今のところそういう動きはないのかもしれないですが、本気でそういうシナリオ集みたいなのを作ったら、日本人のほうがより細かいものをつくるんだろうなという気はします。

○金子 違いは、やっぱり大学で専従でこういうふう全部考えていくというようなところが。

○森 あるかどうかというのが一番大切です。

○齋藤 医学教育センターは大変になりますね。

○齋藤 あとは、ビジュアルなものが、最近3Dやなんかでも出ないと、要するに模型じゃなくて、ああいう方法はどんどん入ってくるでしょうね。

○藤井 要は、お金ですよな。

○齋藤 ハワイ大学は終わりました。

今度は、2学年合同会議ですけれども、これはさっきからちょっと話が出ていましたけれども、一つはあれでしょう、各多職種連携なんでしょう。それからもう一つは、医学部の5年と6年が一緒になった。それはディダクティックな講義だけですか。

○森 ちょっとまだ具体的などころまでは決めていないのですけれども、先ほどお話ししたように、基本的にはグループをつくって、手を動かすことを課していこうというふうに思っています。

○齋藤 場合によっては、6年生が5年生に講義しても、講義してもいいんです。グループワークがありますけれども、それを卒前からどんどんやってらっしゃれば、その後のほうへ行ったときに、研修医でもって行ったときに後輩の面倒を見るかもしれない。

○森 昨年、2学年ではなくて、6年生の中で学生が学生を教えるというののトライアルをやったんですが、正直そんなに芳しくなかったの。

○齋藤 どういう点で。

○森 教える側は頑張って教えるんだけど、聞く側が聞かんで、教える側がすごい苦勞して、それなりに勉強するんですけども、授業として成立していない感を聞いている側が受けてしまう。それはもちろん教える側のスキルの問題とか、それをもう少し指導していくということで解消するのかもしれないですが、ただやってみようというのではなかなかうまくいかなそうなので、今回は少しトーンダウンしてはいるところです。

○藤井 それは同じ学年だからじゃないですか。

○森 そうかもしれないです。

○藤井 だって、同じ学年の人にも教えてもらうのなんかいいよってなっちゃう。6年生が5年生を教えれば、変わるかもしれない。

○森 はい。

○井上 1年ぐらいの差っていうのは兄弟でもね。難しいところだ、ばかにするのもいるし、逆に。

- 齋藤 だけどそれで6年生がうんと勉強したとおっしゃったでしょう。そっちが目当てかもしれない。
- 森 はい。ただ、そうするとどれぐらいの割合でどの学生に振っていくかっていう問題が生じるので、多分、今のコマ数よりもずっとしっかり用意してやっていくという体制が必要になるのかなと思います。
- 大和 技術的なものは、割と1年違って経験があれば、すぐ下のを教えられることが、看護師なんかでも入職時に点滴のつくり方とかいろんなことをスキルスラボみたいな形で教えるんですけども、それはもうすぐ上の学年でも十分教えられるので、例えば6年目のアドバンスト OSCE の子たちが下の学年に、例えば採血とか、基本的な手技を教えるみたいな形のもの取り込みやすいんじゃないかという気がします。知識だと頭のそれは、あんたに習うより教授に習いたいみたいなことを言います。
- 森 そこですね。ちょっとまだ少し、2学年合同講義は完全に決め切っていないところがあるので、1コマぐらい先生おっしゃるように、その技術を上から下に伝えるというのをトライアルでやってみる余地はあるかなというふうに思います。ここでお約束はできないんですけども、ちょっとそれをやることを検討したいと思います。
- 藤井 そのトライアルのほうには、お話しされた、それは1コマ何分の講義でやるの。
- 森 60分掛ける30回、20何回ですね。
- 藤井 60分を6年生は準備してされるということ？
- 森 基本的に、自分が経験した症例をもとに学んだことなどを講義するという感じでした。
- 藤井 60分は長過ぎるかもしれない。
- 森 ただ、1つのコマが1人でやるのではなくて。
- 藤井 なるほど。
- 清水 すみません、1人60分ではなくて大体3人で、後半は教員が担当してということですか。
- 齋藤 なるほどね。昔のスタイルの臨床講義的なものを学生さんが幾つかのパートでやってみてっていうスタイル、それを教員がサマライズ、最終的には、それは講義する諸君がすごく勉強していいですね。そうすると、5年生ももっと尊敬のまなざしで6年生を見るかもしれない。
- 森 確かに先生がおっしゃるように、同じ学年だからうまくいかなかったってところがあるかもしれない。
- 齋藤 それから多職種の保健学科との合同は、これはどういうスタイルですか。
- 森 これは、正直言うと保健学科のほうの授業に医学科をまぜてもらおうという形で行われた授業で、幾つかの比較的いろいろな要素、例えば脳梗塞で病院に入院していて今後退院が決まったけどみたいなシチュエーションを与えた上で、いろいろな職種で今後どういうふうにしていったらいいかというのをグループで検討し、最後に発表するというような形式でやっています。
- 齋藤 チーム医療という時代ですからね。それはどんどん進められているといい。保健の方は、理学療法は入るんですか。
- 森 理学療法士も入っております。看護と検査と、それから医学科と。
- 多田 保健学科はやる気満々なんですけれども、医学科は同じ学年でやってくれてと言われると4年生なものですから、臨床実習に出たところの学生で、まだ実力がないもんだからちょっと困っています。
- 齋藤 なるほど。
- 森 実力も負けているしメンタル的にも幼いしというところで、問題も大きい。
- 齋藤 それは片方は6年生、片方は4年生教育ということと一緒にするんですね。でも、もう少し、だから臨床のほうの前倒しがとれたらおきてくれば難しくもできるかもしれない。
- 多田 学生の反応を見ている、こんなものつまらないからやめてしまえという学生と、よかったという学生が真二つに分かれるような格好です。

○齋藤 つまらないと言う意味は？

○多田 あんまり意味ないよ。

○森 今年の反省点は、ちょっとあれは理学療法士さんの人数に限られているもので、グループの数が理学療法士さんの数、理学療法の学生の数しか作らなかったというところで、1つのグループの人数が少し多かったというのも、自分の役目がなくなった一つのファクターかと思っていますので、多少業種が片寄っても、少人数を徹底して来年度はやってみたらというふうに思っています。

○齋藤 卒前から多職種連携教育やるっていうのは、これは非常にいい試みだし、もっとあちこちにそれを宣伝したほうがいいのかもしいですね。

○井上 地域医療実習で日赤から何人か最近いろいろ来られているけれども、一番何かで書いてあるのを見ると、ソーシャルワーカーさんと退院の調整をすとかのところへ入ったのを見ていて一番勉強になったみたいなことを書いてくれているのが多いですよ。それも一番、日赤の人らも書いてくれているので、おおというような感じでしたね。

○森 実は、この授業の反省会のときでも、ソーシャルワーカーさんの仕事みたいなのを誰もわからずにやっているというのが明らかになって、やっぱり卒前でそういうものは余り伝わってないんだなということが、だからどうしようっていうとかじゃなくて、ああそうなんだなという感じでわかったというのがありました。

○大和 今、在院日数短くで退院指導、退院調整ということが厳しく言われるんですけども、地域実習に出る前に医療の社会性っていう組織でロールプレイをして、退院指導をやるカンファレンスみたいな役割を決めて、ソーシャルワーカーが当たると一番苦手みたいですね。

○齋藤 先生すみません、それは研修医が？

○大和 研修医ですね。

○齋藤 ですね、卒前学生はそこに入っているんですか。

○大和 いや、ない。そういうところへ入れるといいですね。

○齋藤 そうなんです。その辺というのは、卒前教育で遅れているんだと思います。

○大和 大学は多分ワーカーさんを安定して雇えなかったという長い歴史もあって、大学の中での存在感がまだまだ小さいというところも。

○井上 経営的にも大学病院の経営を考えてもそういう人をもっときちっと置いて、看護師さんの負担を軽くしてっていうところも考えてっていう、そのあたりは大学病院はまだいかないですね。

○齋藤 ありがとうございます。

それでは、次は10番。150通り云々のところですが、これは資料で言うと3の8になりますか。これだけやってらっしゃるところは、日本ではないと思っています。

○大和 最初のコミュニケーションの形成時期に、ああやって移動する人は大変だなと思います。それで、とにかく看護の、後戻りするんですが、資料ナンバー1の1の11でしたっけ、特色の中に、原則として学生の3クール連続して同一病院の3診療科に派遣することで、大分実績というか学生が病院実績の違いに戸惑うことがないようにという、たしかにこれ、その都度オリエンテーション。その都度、学生、その前のベーシックのときに来てる子はすっと入れるかもしれないんですけども、研修医の同じ病院の中のローテーションでもなじむのに苦労しているのに、全然病院が違う地域で行ってこれだけ回るっていうのは、なかなかこれ負担だと思います。

○多田 そういう意見、我々の中で話し合ったのですけれども、それができる病院とできない病院があって、3カ月も置いておける病院というのはむしろ少ないんじゃないかなというふうに考えました。

○大和 それは、いろいろ御心配いただいたんだと思うんですけども、どっちがいいかは、それは本

当に考えてみなければいけない。

○多田 ハーバード大学みたいにブランチの病院が信州大学の附属病院より大きなような病院は、それはその病院に置いておいたほうがいいのかというのは私もアグリーなんですけれども。

○森 実は、もう本当にそういう議論がこの表をつくるときにあって、比較的大きな病院、こういう言い方はとても失礼かもしれないんですけども、については2クール連続で回るコースを幾つかまぜてあります。将来的にそういったところの違いを見ていって、やっぱり連続のほうが効率がいいということになるのか、いろんな病院を経験していろんな自分の特性を探るほうが学生にとっていいのかっていうのを将来的にはもう一回考えるということで、今回は基本的にはバラバラで、幾つかの大きい病院については2回回るのがまじっていると。病院ごとの表をつけていないので恐縮なんですけれども、恐らく300床程度の病院以上のところは、2回回るコースが1つつぐらいまじっているということになると思います。

○齋藤 視点を変えて学生のほうのストレス度はどうですか。

○森 そこも幾つか解決しなきゃいけないところがあると思っていて、そのシステムとか雰囲気の違いということに慣れるのに時間がかかるのではないかとという視点と、それから将来のことを考えて幾つもの病院を見ていきたいという学生と、それからこんな話はここではすべきではないのかもしれないですけども、できるだけ松本から離れている期間がどうだとか、いろいろな、学生の中でもいろんな意見があって、やはり学生ごとにいろんなニーズが違うのかなというふうに思っているんです。なので、一度こういう形でやってみて、学生にどういうコースが人気があるのか、どういうコースが人気がないかというのを僕らが把握するというのは必要なかなと思っています。

○齋藤 ちょっとずれた質問になるかもしれないですけども、臨床研修のマッチング先に彼ら選びますか。病院見学に卒前に行きますね、5年生。それをここでさらに詳しくやってるのと同じかもしれない。

○森 まさに。そういう視点でコースを選ぶ学生も相当数おります。

○齋藤 なるほど。

○多田 偶然行って好きになって、そこを選ぶというのは結構います。

○齋藤 それは、だからハッピーなことですよ。

○多田 はい。で、私どもが思うに、それがあから県内の病院はこんなに助けてくださってるんだらうなっていることは思っています。

○井上 大きい病院は別ですけども、小さい病院はもう今若い人が回ってくる可能性がないんですよ、昔のような状況がないので。だから現実的に、だけど学生さんが最終的にどう選ぶかは別としまして、小さい病院はだいたい売りが無い、何が売りなんですかって言う人が結構いますから。だけどちょっと見るっていうことが、次への将来にいろいろ回って見たときの評価の一つに入るんだらうという感覚はあるんですね、我々みたいに小さな病院は。大きい病院のほうは、もちろんいろんなところへ呼びたいという教育のモチベーションもあるでしょうし。

○大和 僕らのところは、なかなか信大の学生が基幹型に入ってくれないので、逆に来てもらえらうほど病院の粗が目立って、避けているんじゃないかって心配しています。そこはアンビバレントなんですけれども。ただ、多田先生や先生さっきおっしゃったように、研修医も今ストレスマネジメントということが大きな課題の中で、これだけ外へ出したときに百人百様ですから、そういう面は大丈夫なかなというところが一つですね。あともう一つは、今、自分ところの研修医にも2年目の半年は自由選択なんですけれども、自由選択にすると、もうとにかくいろいろ見たいから1カ月単位にするんですが、これをやってて気がついたのは、いつまでたってもお客さんなんですよね。ただ3カ月いてくれば、

その病棟のある程度のことになって、そこで結構なじむんですけども、1カ月だともう本当にお客さんで終わって、自分たち2年間細切れに回って結局どこでも全部お客さんで終わったよねという振り返りもあって、どこかちょっと長くいるようなものでないと、少なくとも臨床研修には不適切だっているような人もいました。だからこれも非常に短い期間なので、1カ月ずつということで、学年も同じですし、それで十分成果が出ると思うんですけども、もし調査を、こういうふうに行った結果どうかっていう調査をされるときに、そういう視点の調査をしてもらえるといいかな。

○齋藤 すばらしい御意見を今出してもらいました。やっぱりストレスコーピングは重要ですから。学生さんこれだけやるのは大変だなというように思いますけれども。

○森 正直これだけあると、どれでもいいやっていう学生もきっと出てくると思うので、その辺も含めてやってみて、また次年度考えたいと思います。

○齋藤 今の話は、実は11との兼ね合いですね。ありがとうございます。大体これで一通り済みでしたですね。

そうしますと、後は評価シートへの記入に入っていくのでしょうか。

○金子 ちょっと、これ読んで質問いいですか。

○齋藤 どうぞ。

○金子 もとへ戻っちゃうような部分もあるかもしれないです。この国際認証を目指すというのがありますね。どういう手順かっていうのか。ただ72週っていうか、増やせばいいってということなんですか、これを実際やればってそういうことなんですか。

○齋藤 国際って言葉は分野にして、分野別認証という言い方をします。

○森 非常に端的な言い方をすると、病院被機能評価みたいなのを医学部として受けないといけない時代が来ていると。きっかけは国際認証であったりアメリカのECFMGだったりするんですけども、それが段々時とともに変化して、やはり医学部も機能評価みたいなものを受けなければいけないというふうになってきておまして、それが認証という言葉になっています。なので、もちろん72週にすればいいということではなくて、本来はきちり動いていることを確認するというのが大事になってきますので、中身についてもいろいろやっていくと。

○金子 とれたらでいいということですよ。いわゆる認証実証をきちりやるというふうな。

○森 なので病院に合わせていくと、とりあえず今はこの話は人を集めましたという話に近くて、やはりそれをどう動かしていくかというところは、また別個にこれからやっていかなきゃいけないというふうに思っております。

○齋藤 JACMEという医学教育のための認証組織がその準備委員会が、医学部長病院長会議にくっついてつくっちゃったものですから、今ちょっと困っているんです。本来、医学部長病院長会議っていうのはお医者さんつくるほうであって、評価する側であっちゃいけないんです。その中に認証の機構を立ち上げる委員会ができて、年度内に1回委員会が開かれるはずでしたけれども、ちょっとできないんです。理想論としては、新年度に入ったらそういう機構を立ち上げようという話にはなっています。

○金子 それとあと授業時間ですけども、90分から60分にして不変ないしは内容的に、特に知識ですか、そういう面では問題ないでいいですよ。

○森 何年分か調査させていただいたんですけども、初年度はやはり多少混乱があったものの、2年目以降は、基本的にはやはり時間ではなくてやり方ですという感じになってきております。授業時間を90分から60分に減らしたから学習能力がどうということよりも、今、僕らが問題視しているのは、2年間臨床実習で、そういったいわゆる強制的に多少入るところがなく回っているのがどうかという話になってきております。

○金子 それでちょっと関連して、学生の出先の病院によって、やっぱり到達度というかが凸凹になるという心配があって、それをどこで埋めるのですか。

○多田 それでこの到達目標をみんなで決めて、これを達成してくれと。

○金子 そういうところで調節するんですよね。わかりました。ちょっと確認させていただきました。ありがとうございました。

○齋藤 それではどうしましょう。場所を移したほうがいいですか。移さないほうがよろしいですか。

○森 一応隣に部屋は用意させていただいておりますが、ここでやっていただいても。

○齋藤 今もう大体出ちゃいましたから、この評価シート、外部評価シートにそれぞれ御記入を賜ればよろしいかと思えますけれども。

(外部評価シート記入 1:38:46~1:43:40)

○井上 これは書けたらあれですか、お出ししていいですか。散会ですか。

○多田 すみません、講評をいただかないといけない。

○齋藤 それでは、私の不備で時間が延びて申しわけございません。実は、私はこの信州大学のこの150ものこの御苦勞をどうやって日本中の行政でもいいし、それから教育学会、医学教育学会でもいい、とにかく、のろしとしてどんどん上げていただいていた方がいいだろうと思います。すばらしいことをやってらっしゃる。それは、卒前から卒論研修へのシームレスな臨床教育の連携という視点から考えても、先ほど来出ていますけれども、県内に定着してくれる研修医の方は増えていくはずですよ。

ですから、多田先生には御苦勞いただいて、これを何とかまとめてみんなの目に触れるような医学教育の世界だけではなくて、場合によってはパブリックに出してもいいと思う、県民に。そういうことをお考えになったらいかがでしょうか。すばらしいことだというふうに私は思っております。

○藤井 やはり最初の3年前にここへ初めて来たときと比べると、随分進んだなという気がします。見えてきました、先が。ただ、あのときも申しましたけれども、長野県ってやっぱり特殊だと思う。山梨県で同じことをやろうとすると病院が9つしかないんです。200……100床以上ぐらいの病院で9しかない。医者もほとんどいないというようなところで、これと同じような試みができるかというところが一番問題で、やはりそれぞれの、しかも私たちのところは山で2つに分かれます。移動に1時間半以上かかるというようなところなんです。だから本当にこういうシステムが、先生がおっしゃるように、魅力のある取り組みだと思うんですけれども、いろんなところでやっぱりできる場所とできない場所があって、私、教育委員長のときこれやりたかったんです。いろいろ考えてプログラムをつくって見たら、病院が足らんです。だから本当にここに来られている先生方も本当にすばらしいと思うんですけれども、初めに提案したときに、その病院の医院長もそんなもん無理ですと初めから相手にしてくれなかった。それはやっぱり無理なんです。実際にシミュレーションしても。だからぜひ長野県で成功させていただいて、できる場所はこういうようにやっていただければいいし、また山梨県は山梨県で別の方法を考えないといけないというふうに思っていますけれども、本当にこれに参加させていただいて非常に勉強にもなりますし、山梨県の構成ももう少しまた別の意味で考えなきゃいけないなど、とは思っていますけれども。多田先生いつもどうもありがとうございます。

○多田 ありがとうございます。

○齋藤 やっぱり多田教授を初めとする医学教育センターの先生方の御苦勞、これ実は大変だったんでしょ、と思いながら拝見しています。

○齋藤 どうもお忙しいところ先生方には本当にありがとうございました。御礼を申し上げます。ではこれにて散会といたしましょう。

○多田 どうもありがとうございました。