

齋藤 齋藤でございます。ご参集いただきましてまことにありがとうございます。

まず、資料の確認をお願いいたします。

森 それでは資料の確認をさせていただきます。配付資料、大変多くなっておりますが過不足がありましたらご連絡をください。

最初はこの1枚書きの議事次第です。続きまして、冊子になっております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がございます。そのほかお手元に、例年書いていただいております評価シート、そのほか参考資料として、臨床実習ポートフォリオ、選択臨床実習、シラバス、150 通りの選択肢からなる参加型臨床実習、臨床実習修了後 OSCE 実施マニュアル、mid-term OSCE 実施マニュアルがあります。もし不足等があるようでしたらご連絡ください。

また、本日ご議論いただく項目数が大変多いため個々の項目ごとにご議論をお願いしようと思っております。以上です。

齋藤 ありがとうございます。それでは、事業報告をこの資料、冊子体に沿ってお願いを申し上げます。

多田 医学教育研修センター長の多田です。本日はお集まりいただきまして大変ありがとうございます。前年の中間報告は我々としたら非常にうまくいっているつもりが、文科省の評価はC評価でがっかりしておりました。それで今年の報告書は力を入れてつくったところ、今回の評価は非常に良かったということで安心しておるところです。しかし、その分、報告書が分厚くなり、なかなかわかりにくいと存じます。それで、その1項1項について担当者からご説明させていただきます。

森 それでは、①の項目から始めていきたいと思えます。初年度に文科省に出した計画として教育協力病院への出張FDを実施することがありました。平成27年度の目標は医学教育センター主催のFDを開催するとともに、大学でのFDに参加できない遠方の教育協力病院の医師のために出張形式のFDを継続することでした。平成27年度は33協力教育病院で出張FDを開催し、医学教育の現状について、臨床実習、特に150通りの計画について、学生へのフィードバックの方法とレポートについて、同意書の取得についてをご説明をさせていただきました。今年度の受講者は延べ921名でした。今年度のFDでは特に同意書に関する質問と、実施時期にもよりますがポートフォリオの中に入れる実習レポートについての質問が多かったと認識しております。特に同意書につきましては今後ますます重要になってくる可能性があるものですから、今後のFDの課題と考えております。

また、これまで延べ2,536人に対して出張FDを行ってきたということを踏まえて、平成28年度以降は教育協力病院で臨床実習をご担当いただく先生方に臨床教授の称号を付与する際に、5年以内に医学教育もしくは臨床研修に関するFDを受けることを条件とさせていただきます。また、これまで医学教育FDを受ける機会がなかった先生のために平成28年3月7日に医学教育FDを臨時で行いました。これらの取り組みは平成27年度の医学教育学会でも発表しております。資料のほうは①をご覧ください。

齋藤 ありがとうございます。何かご質問ございますか。私のほうからちょっと確認させていただきます。まず、学外の病院で指導的立場になる人が、分母が何人くらいいて、それでなかつそこでそのFDをお受けになった人がどのくらい、何人くらいいらっしゃるか。

多田 病院の主導的な立場の先生だけにご説明しても学生はいろんな診療科にまいます。

そこで、私どもは学外の医師全員にご説明するという作戦で各病院に行って、36 病院あるのですけれど、常勤医は全員で大体 1,900 名ぐらいです。そのうちで毎回 800 人前後が説明を聞いてくれたと理解していただければ結構です。

齋藤 約 1,900 分の 800。

多田 そうです。出張医学教育 FD は 3 回実施して、毎回それぐらいです。

森 実際に臨床教授を付与している人が少なくとも 1 つの病院の診療科に 1 名以上になるように今後もしていきたいと思っております。

齋藤 で、その人たちには、FD を受けることで何かインセンティブはあるんですか。例えば、お金が高くなるとか。

多田 何もありません。ただ、先ほど申しましたけれど、臨床教授という称号が与えられます。

齋藤 なるほど。それからその FD のプログラムのモデルはこの報告書に入っていないですね。どんな教育をしたのですか。

森 失礼しました。30 分のコースを前提にしております。そのうち 20 分ぐらいを必要事項の説明とし、10 分程度を質疑応答にしています。病院によってはそのまま質疑を延長する形でやっておりました。

齋藤 そこで、僕らが指導医講習会へ行って常に思うのは、病院の先生方は今の卒前の教育がどうなっているかをご存知ない。その辺はプログラムに入っていますか？

多田 入れております。

齋藤 それで、病院に学生さんを出す以上、その病院の医師には学内の教員と同じような情報の共有をしてほしいと思いますが、例えばモデルコアカリキュラムは病院の医師に配っていますか。

多田 病院には配っていますが、全員には配っていません。

齋藤 なるほど。それから共用試験の冊子は。

多田 共用試験の冊子は配っていません。

齋藤 それから国家試験ガイドライン。今度、昨年改定今回って、パブリックで回っていますね。

森 はい、回っています。

多田 国家試験に関しては、清水が、今の国家試験ではこういう問題を出していますというダイジェスト版つくって各病院に配付しています。

齋藤 それからもう一つ忘れていました。国家試験へいく前に、医学部長病院長会議から診療参加型臨床実習のための医学生の医行為水準策定出ていますね。去年の暮れに改定されました。あれは各病院にはいっていますか。

森 全く同じものではなくて、あれをもとに信州大学及び教育協力病院の先生方と話し合ったものを配るとともに全ての学生に必ず携帯するようにしています。

齋藤 学生さんは知っているんですよ。問題は先生方のほうで、「今そんな様子なの」みたいな反応の先生が多いですね。

森 必ず全ての病院には配付させていただいておりますが、各診療科まで回るようにという形でお渡しはしていないというのが現実です。

齋藤 それは院長室で寝てないかと心配ですね。

大和 僕らの病院は教育研修推進室という研修医のための組織があって、そこで学生教育もやっています。いろんな資料はそこで共有して、臨床研修のための指導医会というのがあるので、そのレベルまでは共有しています。一応受け入れて1カ月つつがなく過ごさせてお返ししていますが、確かに齋藤先生が心配されるように、学生さんの教育をどこまでどういうふうにやろうとみんなが思っているのかはとても心配はしております。実際学生さんのほうは、自分が5年生としてそれなりの教育を受けたと思ってきているかというところは今日お伺いしたいと思っております。

齋藤 教育病院長会というのは年に1回ぐらいですか。

多田 年に2回です。

齋藤 そこではそういうアナウンスメントはしていますか？

多田 残念ながらしていません。

齋藤 それをそれぞれの学生の面倒見る先生方にちゃんと伝えてほしいですね。

多田 やるようにいたします。

齋藤 ほかにいかがでしょうか。

金子 このFDは今後も毎年教育協力病院で必ず行う予定ですか。去年の9月から学生が自分の病院に来ていますが、実習をしているといろいろなポイントで、変えたらいいところがあります。それらについて学生さんからフィードバックされた情報を教えてくれると非常にありがたい。

森 学生から集まった情報のフィードバック法については僕らも大きな課題だと思っております。もちろん連絡会議で報告したり、集まった情報を年度末に病院にお届けするということは考えていますが、それだと少し回数が足りない印象です。もう少し頻回に先生方に情報を共有できる時間を持ちたいと思っております。それから、出張FDについては、とりあえず27年度までにして28年度は集中開催という形でやってみようと考えています。

齋藤 集中開催というのは皆さんに大学に集まっていただくということですか。

森 はい。例年集まってやっていたFDが年に1回ありますが、その回数を4回に増やすことを今考えています。それから、全てを松本でやるかどうかということについても、大きい県なので、北で1回、南で1回みたいなことも考えています。

齋藤 話を整理させてください。学生さんには到達目標はきちっと示されていますね。

森 はい。

齋藤 それを指導医がちゃんと知っているかはどうですか。

(15分経過)

森 情報提供はしていますが、知らない先生が多いのも現実です。各病院の先生方にそういうことを十分に知らしめてくださいというよりも、事前に学生の資料を送るときにもう一度アナウンスをする、あるいは学生が行ったときに最初にそういったことを担当の教員と相談していただく形で、より学生主体で担当してくださる先生方に情報をお渡しできるようなことを今は考えています。

齋藤 今は学生さんからのフィードバックですが、指導医からのフィードバックのほうはどうですか。

森 指導医から私どもへのフィードバックはこれまではこの出張FDの時間とそれから年に1回各病院を回って行っているヒアリングの時間、加えて教育協力病院の先生方に皆さ

ん集まっていたり連絡協議会というのを使っておりました。それだけでは足りないので、つい先日2月にいろいろなご要望等があればというのを来年度のカリキュラムをつくる過程の中で質問させていただいているというところです。

齋藤 それは紙媒体ですね。

森 はい。

齋藤 電子媒体でも良い気もしますが、それはできませんか。

多田 考えてみます。

齋藤 それからそのアウトカムは、かなり詳しくつくってあったと思うんですけども、例えば少なくとも実際に指導員の先生方というのはこういう細かいところをご覧になるのは非常に大変でしょう。例えば、プレゼンテーションのシックスコンピテンシーズみたいな非常に大きな大枠なんかをしっかりと発信をしているということはやっていらっしゃる？

清水 カナダのシックスコンピテンシーみたいなものということですよ。

齋藤 米国でもありますし。

清水 今後そういったものは必要であるとは認識しております。

齋藤 ACGMEのシックスコンピテンシーズというのは北米でも発信しておりますね。

森 これまではどうしてもアドミッションポリシーで代用する部分があったので、少しちゃんとたてなきゃいけないという認識ではあります。

齋藤 ありがとうございます。では、次をいってください。

森 続きまして②2学年合同授業です。

2学年合同授業は当初の事業計画に盛り込み、実際に平成27年度から開催しています。平成27年度の目標では、開催するだけではなく各診療科に配属された上級生が下級生を教える2学年講義の普及を図るとしておりました。具体的には平成27年前期に5年生と6年生の2学年授業というのを開催しました。具体的なテーマはCPCであったり、血液に関する授業であったり、心電図の読み方であったり、それから技術的なこととして縫合で行いました。資料ナンバーの②の1に、縫合時の資料をつけました。連続した2学年ではありませんが、低年次から到達目標を見据えた主体的学習姿勢を確立するため、わずか1時間半ではありますが5年生に1年生の面倒を見てもらう授業を数年前から始めました。また平成26年度からは医学科、保健学科の合同授業を行っています。こちらのほうは同じ4年次生の医学科と保健学科の学生が学習するのですが、保健学科は最高学年で既に臨床実習が修了しているのに対し、医学科は臨床実習開始直後ですので、学年は同じですが、ある意味屋根瓦がかかるような形で実習しています。

そのほか臨床実習中に幾つかの診療科で150通りや選択臨床実習で回っている学生がベシックスクラークシップの学生を指導するというような体制を少しずつ進めているというところになっております。以上です。

齋藤 ありがとうございます。それについていかがでございましょうか。何かご意見出してもらえますか。はい、お願いします。

吉澤 2学年の合同授業では、具体的にどういう授業をしていますか。

森 多くの場合グループ学習をしています。その場に出された課題を上級生が下級生を引っ張るような形で解いていくという形です。

齋藤 そのグループは2学年一緒のグループという意味ですね。それは素晴らしいことだと思います。ほかにはいかがでしょうか。

久保 保健学科には看護などいろんな職種がありますよね。それは各職種の人をある程度確保して一緒にやるわけですか。

森 保健学科の全て専攻が入れるということではないんですけども、看護学専攻が2名程度、作業か理学で1人、検査が1人です。

久保 看護学専攻は必ず2名入るわけですね。

森 はい。できるだけ均等に混じるように配慮しています。

齋藤 そのことは、今回のいただいた報告書には入ってないですね。そこをしっかりと書き込んでもらったほうがいいと思います。それでは次に進んでください。

森 ③に移ります。医学教育についての国際認証を受けることを念頭にカリキュラムの点検を行うというのが当初の計画です。平成 27 年度は特にベーシッククラークシップを変更しようと考えておりました。具体的な成果としては、平成 28 年度のベーシッククラークシップのスケジュールをこれまでから大きく変更し、内科は4週間を2回、外科は4週間を1回、救急蘇生は4週間を1回と原則4週間以上連続になるように変更しました。また、眼科、皮膚科などのいわゆる専門診療科は原則1週間の実習とし、学生が希望する専門診療科2科目2教科については2週間実習できるように変更しました。資料は③の1です。非常にわかりにくい表ですが、この1本の軸ごとに学生が2人ないし3人ずつぐらい入るというイメージです。一番上に週が書いてありますので、最初内科の1というところで内科に分散する学生が何名か、精神科にまた何名かというような形になっております。

久保 これは何年生が対象ですか。

森 4年の後期から5年の前期になります。加えましてベーシッククラークシップにおいても参加型臨床実習を実現するために到達目標を意識したカリキュラム改革というのを今行っているところです。具体的には平成 27 年度は整形外科のカリキュラムについて関わり計画を立てました。平成 28 年度のカリキュラムについてもまた一定程度僕らのほうで関与しながらベーシッククラークシップの実習計画を立てていきたいと考えております。以上です。

齋藤 ベーシッククラークシップという言葉はよろしくないでしょう。

森 この書き方は当初の事業計画の中で使った言葉です。

齋藤 うっかりすると introduction to clinical medicine (ICM) という意味にとられる。既にベーシッククラークシップなるもので実際に実診療に参加しているのであれば、それはベーシックではない。クラークシップですから。

森 はい。クラークシップです。

齋藤 そうするとベーシックに対応するものとしてはアドバンストクラークシップもあるんですか。

森 あります。この 150 通りの方をアドバンストクラークシップとしています。

齋藤 トータルで 72 週ぐらいになるんでしょう？その前半をベーシックと言うべきなのか、実際に身体診察法の最初のところを学ぶんだったらば ICM になる。報告書を読む方が理解しやすいようにする必要があります。

森 呼称をどうするかについてはまた考えさせていただきます。

吉澤 もう一つよろしいですか。28年度は27年度とどこが変わったのですか。

森 27年度までは内科5科のうち2科、内科5科と総合診療科の全部で6科のうち3科を回っていたことと、例えば外科は2週間別々に回っていたのを、外科として4週間連続で回るようにしたのが大きなところですよ。

吉澤 学生に聞くと、消化器は回らなかったとかどこかを回らなかったというのをよく聞く。今度はどうですか。全部は回らないのですか。

森 今までよりは回る科を増やすことになります。

吉澤 全部は回らないのですね。

森 全部は。ただ、この選択実習ですとか150通りで回っていただくことで最終的には全部回れます。

大和 諏訪の大和ですが、参加型という部分は、どういうふうに変更するのですか。

森 現段階ではどういう形にしていくかはまだ、決めていません。実際に始まるのが今年28年度の秋からなので、これから決めます。今まで病棟実習というような形で記載されていたことをどういうふうな形でやっていくのか、担当者は誰になるのかみたいなことを僕らのほうで少しずつ確認して、名称だけ患者さんと接している形になっている現状を、実際に患者と触れられる形に変えていきたいと考えています。

(30分経過)

大和 今伺ったのは、5年後半で来られている学生と昼飯を一緒にして、話を聞いているんですけども、人によっては積極的に患者を診ようとするんですけど、中には学生用の部屋にいる時間が半分ぐらいという学生もいます。いろんな病院に出ていくときに参加型とはこういう感じというイメージを持ってきてもらいたいと思うところを、このベーシックの時期にどういうふうに植えつけていただいているのかというところがお聞きしたかったんです。学生によるとは思いますが。

森 言葉を選ばないといけないですが、課題を与えられて自習ならばいいと思うんですけども、課題がなくてとりあえず病棟でいろいろ見ておいでという形だと、どうしても自分で国試勉強に走るという学生が増えてきてしまいます。そういったところを少しずつ減らしていきたいと考えております。

齋藤 クリクラになっていますか、ちゃんと。

森 正直、現状は教室によります。

齋藤 あるいはまだクルズスやっているとか、そういうところまだありますか？

森 あります。

齋藤 実際に実診療のチームの一員として学生さんが実診療に携わっているかという検証、それはどうでしょう。

多田 できていません。臨床実習の前半は、大学の中だけです。でも、臨床実習を激変させることはできません。今までの臨床実習を圧縮しつつ変えようとは思っていますが、前半は今までどおりここでやって、後半にしっかりクラークシップということに改革の第一段階にしたのです。現在後半のクラークシップがうまくいきた段階ですので、今度は前半をしっかりしたクラークシップにするという作戦の、途中だというふうにご理解いただきたい。

齋藤 それを阻害している因子というのは学生側にありや教員側にありや。

多田 言いにくいのですが、教員側だと僕は思っています。学生のほうにも悲しいかな、受動的な学習態度しか身につけてない学生もまだいるんです。4年生の段階ですと。6年ぐらいになるとかなり違うんですけど。だからそういう学生にしっかり自分が課題、自分で勉強するところを見つけてというところまでなかなかいってないというのが現状だと思います。

齋藤 課題という言葉がいいのか、症例という言葉がいいのか難しいんですけども、例えばクリニカルクラークシップだったらば若い先生の下に学生さんをくっつけて一緒に患者さんを診るという、それはもうやっているんでしょう？

森 つくということに関していえば、おおむね全診療科に近いと思っています。

大和 全部でやらなくても、この形をしていこうねっていうものが一部ででもできていて、それが大事なんだっていうことを伝えてもらってれば、僕らのところでしつけるわけにもいかないので、そこはぜひこれがいい形っていうのを。

久保 これは要するに学生さんが初めて臨床実習に入る第一歩ですよ。

多田 そうです。

久保 これ見ると、整形が2週間のところと1週間のところとあります。また内科、外科は3つぐらい選ぶのですか、そこちょっとばらつきがあるじゃないですか、学生さんにとっては。その不公平さというのは出てこないですか。

森 最終的に卒業するまでには150通りや、その後の選択臨床実習で、やりたいところを重点的にやることはできるという体制になっています。それから外科は第一外科、第二外科の両方回れるようになっております。ただ、先ほどもありましたように第五内科まであるうちの学生によって2つの内科もしくは3つの内科しか回らないということについては、学生側からの要望もかなりありましたので、今後は内科5診療科のうちの4つは必ず回るということに変更したところです。

齋藤 いかがでございましょうか。それでは次に、進んでください。

清水 ④番、助教の雇用を継続です。今年度も私ですけれども、助教の雇用を継続していただきました。仕事の内容といたしましては実習のこのFDですね。先ほど①番で出てまいりましたけれども、企画及び成果の報告と、⑤番ホームページの更新、⑥番シミュレーション学習会、OSCEです。それぞれ追ってご説明させていただきます。そのほか、クルズスをちょっと減らしていくということで、PBL形式の学習会を導入しました。本学ではいったんPBLは途絶えておりました。今の先生方の中には経験のない先生方もいらっしゃいます。もう一度それをうまくやるようにフォーマットをつくって提案させていただくというようなことをやって、今現在、内科3科で進めています。

齋藤 それについてはいかがでございましょうか。

久保 この項目は助教を継続したということが目的であって、何をやるかということはいいですよね。

清水 各番号のところで説明させていただきます。

久保 助教を継続したということは意味があるということですね。

森 はい。

井上 これができない何か特別な理由ってありますか。ここへ上げなきゃいけないのはなぜですか。

多田 それはですね、今大学というのは文科省から来るお金がどんどん減っているんです。この中で教員数を維持していくというのは大変なことなのです。

井上 これ恒久財源ではないのですか。この補助金によって150通りを、これ厚生省？文部省？

多田 文部省。

井上 文部省から認められた予算の範囲だからできるんで、こういうの始めていくけれども、続けてやれるというわけではないのね。

多田 それを何とか続けてやるようにしてくださいよっていうことです。

井上 恒久的な財源にはなっていないわけね、これは。

多田 ないです。5年間の時限GPです。

井上 これだけの仕事をするには恒久財源が必須のものと思って聞いていた。それでなぜ議題に出るのかと思っていましたが、そういう事情ですか。

齋藤 これはちょっと困りますね、本当に。先生のところは厚生連から来ている寄附講座をこういうのに使っているんじゃないですか。

多田 それは今は私のところじゃないんです。

齋藤 地域医療か何かに入っているんですか。

多田 そうです。

井上 地域医療じゃなくなった、今度。ほかのところへいったって。僕はもう関与してない。だから、もうこれ以上言わない。僕は納得してないけれども。

久保 これはぜひ寄附講座をとる努力をしていただいで、教員を確保してもらいたいと思います。記録として残してください。

多田 わかりました。

齋藤 今の④のところよろしゅうございますね。それからホームページの件はいかがでしょうか。

清水 本事業では、かねてよりホームページで情報発信を努めてまいりました。ホームページで、ちょっとわかりづらいというような指摘がありましたものですから、27年3月にホームページを一新して、150通りの実習の説明をもう少し詳しくするとか、全体的に見やすくするとか、情報をアップデートするというような改編を行わせていただきました。そのほかにも診療参加型実習のためのFDをどのようなことを行ったかですとか、シミュレーション教育をどのように活用しているかというようなページを新たに設けて情報発信してきました。

また、28年4月に、事業報告書をトップページからきちんと見れるようにするとか、そのような改編を行っていく予定です。27年度はそれで合計75回更新させていただきました。また、教育協力病院の先生方から、実践的な知識を何か継続的に提供できないかっていうようなことも指摘を受けたものですから、医学生の豆知識というような形でコンテンツを今順次、補強しているようなところですよ。以上です。

齋藤 ありがとうございます。一つ伺いたい。このホームページをどういう人たちに見



てもらいたいという姿勢で発信していらっしゃるのでしょうか。なぜかという、どうしても学生さん対象になりがちですが、本来地域医療や何かやるのであればコミュニティに対する、コミュニティの人々に見てもらおうという姿勢のホームページになっているかどうか。そこはどうか。

清水 そうですね、基本的にはそのコミュニティを、県の方々も含めた広い意味でのコミュニティの方々に見ていただくというようなものにはなっていたかと思うんですけども、その一方で、中間評価では、この事業を評価する側の方々から事業報告書がどこにあるかわかりづらいという指摘をいただきました。ですので、そのあたりは指導医や学生やコミュニティというようなところだけではなくて、実際に事業をどのようなことをやっているかというようなことについてもきちんとわかるような形にはしてかばければいけないと考えております。

齋藤 例えば、飯田市民の方々にとしてみると、私たちの飯田市立病院はという考えがあるんですよ。そうすると信大の学生さんがいらしているんだ、それは飯田市立病院のほうのホームページのほうにアップされちゃうものなのか、あとすべきものなのか、あるいは大学から飯田にも行っています、諏訪にも行っています、富士見にも行っていますというふうな、そういうふうな情報発信というのは必要じゃないかと思うんですけども、その点はどうか。

森 その点につきましては、飯田市立病院ですと病院のほうにそういったことを掲示するようにお願いをしているとともに、信州大学のホームページのほうで多田先生のほうから県民の皆さんへというようなことで臨床実習のお願いを出したりとか、必ずしもホームページではないんですけども、そういう紙媒体で県民に配られるようなものにちょっとした寄稿をしていくとか、そういった対応をしているというところです。

金子 実習生はどこから来ているっていうのは、多職種それぞれの施設から来ていますので特定の大学ということではないんですけども。

金子 学生実習は主に実際の診療をしている、病棟でしていますがここにもう周知してご協力くださいっていう文書を掲示している。ホームページでは多分していないかもしれない。実際、病棟と外来の掲示板では学生実習にご協力くださいと掲示している。

齋藤 それは学生さん出している病院、医療機関には全て同じように。

森 はい、お願いしているところです。

金子 もしそういうことであれば、ホームページに載せることは全く問題ないと思うんです。実際やっていることです。

齋藤 それは確認されたほうが良いと思います。

多田 はい、ありがとうございます。

齋藤 学生さんがお世話になっている医療機関でどういう方法でも構わないけれども、地域に対してして学生さんがちゃんと来て勉強しているんだということをお知らせいただきたい。ただホームページに載けるとなにかパブリックに発信したような気になっちゃうけれども、実際どのくらい見ているのでしょうか。

吉澤 その点、実際にアクセスがどのくらいあるとか、どの程度ホームページのことを皆さんが知っているのか、僕も余りよく知らなかったんです。2年ぐらい前かな、この評価のこともたしか載っていたような気がするんですよ。

清水 そうですね、閲覧件数自体は確かにそれほど驚異的な数ではないというのは事実です。ただ、どのようなところからアクセスをしているかということについては、アクセスを受けているかということについては定期的に見ておりまして、ですのでできるだけ閲覧回数を増やせるようなコンテンツをつくるというようなことについても心がけています。

吉澤 閲覧というよりも、むしろまずホームページあるんだということをそれぞれの病院の指導医とかそういう人たちがどれだけ知っているか、それをどれだけ知らせるかというのが大事かと思います。うちの病院でも「みんなホームページを見て」というのはやっていない。

齋藤 よろしゅうございましょうか。⑥にいきましょう。

清水 では続けて説明させていただきます。シミュレーションによる教育というのも診療参加型臨床実習には大変重要と考えています。シミュレーション教育を導入する支援ですね。それから指導医の養成と、さらに今年度からはそのフォローアップを実施してきました。まず、シミュレーション教育を取り入れるための支援としては、引き続き指導医の養成に取り組んでいます。今年度もハワイの SimTiki に指導医を派遣しました。また、取り入れるためのお手伝いをこちらでも行っておりまして、現在8科行っております。資料の⑥番の1をご覧ください。とりあえず3診療科での具体的な実例を示します。そのほかにも学生向けの勉強会を継続しております。今回482名です。さらにこれで SimTiki に派遣して養成してきた指導医が教育協力病院も含めて大分増えてまいりましたのでフォローアップ研修も必要と考えています。今回は県立病院機構にご協力いただきまして10月に研修会を実施しました。これは⑥の2と3をそれぞれご覧ください。以上です。

齋藤 どこでも困っていることはスキルスラボを運営するに当たっての、それをサポートする人的資源に対する費用ですけれども、こちらはいかがですか。

清水 事務方に1名、ほぼ専任のような形で非常に献身的に行ってくれている方が1名おりまして、その方にかなり管理をお願いしているような状況です。

齋藤 その人が辞めてしまうとつぶれちゃうというようなところが結構あるんですけれども、それは大丈夫？

多田 大丈夫じゃないです。でもそういう人を雇えたことだけはよかったかなと思っています。今まではそれすらなくて買っぱなしだったんです。

齋藤 ランニングコスト結構かかりますからね。

多田 かかっています。

井上 シミュレーターは医学部共通なんですか？ 看護学部と医学部とが。

多田 共通じゃないんですけれど、医学科で管理しているものはいろいろ文句言わずに保健学科にも貸しています。

井上 それぞれ別個にあるわけ？

多田 別々です。病院と医学科と保健学科と別々で持っていて、お互いに融通し合っているというふうに考えていただければと思います。

齋藤 今の井上先生のご発言を伺っていて、どうして一緒にしないの？ そのほうが安上がりで済むんじゃないかと思うんですけれども。

多田 私どももそう考えています。しかし、今集める場所がないんです。器具をそれぞれ

持っていますでしょう。

齋藤 だからスキルスラボ、医学部で1つ。

森 こういう説明が余り適切でないのは承知でお話すると、最初のスキルスラボはこの部屋ぐらいの大きさだったのが、このたびこの部屋の4倍ぐらいのところに引っ越して、もう一段階広いところに引っ越すことができれば先生方のおっしゃるようなことが可能になってくるという、今ステップを少しずつ上がっているという段階です。

多田 場所がとれない。

井上 僕、京都の医師会に行ったら、医師会会館に在宅医療とかでポートをつけたりとか、在宅での人工肛門とか、そのための設備が全部あって、医師会で管理していました。長野県と全然違うなと思った。それは在宅医療のために医師会が全部準備して、そこへ行って看護師たちが研修するんです。大学なんかもそういうふうな形があれば結構だと思うんです。

久保 場所を1カ所にして医学部全体が共同でできるようにしないと、あちこちにあるというのは不便です。

井上 管理する人も1人で、それとか2人でするんだらうけど、ばらばらだったら中途半端に働く人を3人とか5人とか置かないといけないんだから。

齋藤 それから、例えば研修医も使えるようになるよ。

久保 そうですね。

齋藤 場合によっては、例えば近隣の研修病院とか教育関連病院の共同使用ということも考えて、近隣の病院から来るときには何がしかの実費をいただくということだってあっていいのかもしれない。そうしないと幾つかの大学に何うという、やっぱり全く同じような傾向があるんです。それで、結局は最初の初期投資で高い物を買った、だけど動いていないという。そういう轍を踏まないようにしようというふうにお考えになったほうがいい。

清水 近隣の医療機関への貸し出し等については今現在積極的に対応しております。

齋藤 ただで？

清水 現状ではただです。

齋藤 それはしょうがないな。

久保 8科というのはためしにどこらですか。教育採用する科が8科ということですが。

清水 第一内科、第五内科、循環器、小児科、救急、外科二科、産婦人科、総合診療科、泌尿器科です。今順次増えているところです。今8以上になっていると思います。

金子 できれば早い段階でほとんどの科でやるのがいいのだけれども、シミュレーション教育の重要性というのは誰ももう反対する人はいない。僕も以前はそれほど重要視せず、ただの教育かなと思っていましたけれども、実際学生さんが来るとやっぱり危険を伴う手技というのを直接させることはなかなかできないんですけれども見せることはできる。それでその復習で実際自分でという非常に身につくというか臨場感があり、それを考えてうちではいろいろ機械買って直接患者さんにできないような手技を何とか指導しようというふうみんな考えるようになったもんですから、シミュレーション教育も何とか充実させていただきたいという感じがします。

齋藤 それに対するティーチャーのほうの教育は十分にやっつけらっしゃるわけでしょう。

清水 そうですね。

齋藤 例えば、CV 入れるときのその指導医というのは。

清水 そうですね、CV の挿入ということに関しましては病院のほうです。

齋藤 卒後に入っていますよね。

清水 そうですね。

齋藤 それから 482 名というのは中身はどうなんです？

清水 多くは恐らく OSCE 前後での利用というような形になってきます。

森 4 年生が多いです。

齋藤 恐らく来る人は何回でも来るけれども、来ない人は全然来ないという傾向がどこにもありますか。

清水 そうですね。確実に絶対にカリキュラムとして使ってもらいたいという、今集中講義の話を出しましたけれども、そこでは必ず 3 回は行くようにという形でスタンプラリーのようなものをやって半強制的にそこで学習させるようにしています。

齋藤 ありがとうございます。よろしければ⑦にってください。

森 ⑦についてです。当初の計画では各教育協力病院を巡回し、病院長担当、教育担当医師及び配属先の学生と面談を行うという形で平成 27 年度も学生実習中に医学教育センター教員が各実習病院を訪問して指導医と学生との面談を行ってきました。基本的には臨床実習中に施設単位で私どもが訪問して、学生やその学生の指導医の先生方からヒアリングを行ってきました。また、その場において指導医もしくは病院長から質問があった場合にはお答えしてきました。また、その場で学生からいろいろ問題提起がされている場合には、それに対して指導医の先生と解消法について話し合ってきました。今年度は学生が例えば外来実習や病棟実習をどれくらいやりたいということをうまく指導医に伝えられないところに問題が多く散見されました。来年度はその辺を解消するつもりです。

この面談からは離れてしまうんですが、各実習後に学生による臨床実習評価ということと紙媒体で学生がその実習に対して思ったよい点、悪い点などについて集めております。先ほどお話しましたが、この紙は現状は 6 カ月に 1 回程度まとめさせていただいて各病院のほうに送付しておりました。それではやはりフィードバックとして適切ではないと考えています。フィードバックの回数を増やすとともに、僕らがこうやって訪問する機会をこれまでの年 1 回よりは増やしていきたいと考えています。また、直接学生は関わりませんが連絡協議会で自分のところの実習を確認してほしい、相談したいというご意見を承った場合には、別途訪問しようと思っております。具体的には富士見高原病院には今月中に訪問させていただきます。

あと、指導医と直接面談したときに学生の態度面や実習前に身につけておくべき事項について十分ではない学生がいるというようなことを言われることもありましたので、こちらについては学生のほうにフィードバックを行っているところです。それから、例えば精神的に変調を来した学生、もしくは態度が悪い学生については個別に電話等で相談させていただきながら対応しているという段階になっております。以上です。

齋藤 ありがとうございます。わざわざその病院にいらっしゃるけれども、実際に学生さんが診療をしているところはご覧になっていらっしゃる？

森 現在のところはそれはやっていません。

齋藤 これは私の経験にもあるんですけども、例えば臨床研修を必修化するかしらないかというときに、病院に実際にうかがうんですね、それで指導医の人に面談したり研修医に面談したりすると、やれ指導医の人は、うちは大変よくやっています、それから研修医の人は、いやいまいちですみたいなことを言うんですが、実際に病棟に行ってどのように診療に参加しているか、それからメディカルレコードをちゃんとご覧になるというようなことはやってらっしゃらない？

森 やってないです。

齋藤 それちょっと大変かもしれないけれども、そこまでしないと無理かなというふうに思います。それから評価のことですけども、mini-CEX みたいなものは導入されていないですか。

森 mini-mini という形で現状は2項目だけのものをやっております。昔、mini-CEX を導入していたときにうまくいかなかったのが、現状で2項目まで落として、先生方が2項目だと非常によくつけてくれているので、今後また3、4と増やしていこうというふうに思っております。

齋藤 何でつけてくれなかったんだろう。miniなのに。

森 どうしても縦に丸が一ついて終わるとか。

齋藤 それは学生さんのサインと評価者のサインと両方入りますか。

森 今は評価者のほうです。学生には学生用に別のフィードバックを文章でかけていただいているということです。

齋藤 コピーにしておいて、1枚は学生に、1枚はセンターにということにはしてないですか。

多田 それは以前やっていました。それだと担当医の先生が正直なこと書けないというふういろいろな病院で言われまして。

齋藤 正直なこととは、その学生さんがよくないよって書くとか。

多田 そうです。学生が前にいるところで、よくできていないところに丸をするのが大変だというご意見が多いんです。それで、評価表は学生には見せるなということにしました。それですと、皆さん結構正確に書いてくれます。今まではほとんど評価の5に丸がついていたのですが、今は2とか1にも〇があるようになって、そこは進歩したかなと思っているところですよ。

齋藤 それから、態度のよくない学生さんがいると書いているのが出ていましたけれども、例えば医療面接やなんかがうまくできないという意味ですか。

多田 いや、そうじゃないと思います。その実習の態度自身が積極的でないとかっていうことだと思います。ずっと引っ込んでいるとか。

齋藤 掘り下げてほしいのは、入門の4年生のときのOSCEで医療面接やなんか一応やるわけですよ。自己紹介をするんだとか、患者さんの羞恥心に配慮するだとかいうようなことはやるわけですけども、それでパスしているわけでしょう、学生さんは。

森 多くの場合は技術面よりも積極性の問題です。

井上 気になっているのは、待遇の問題です。宿泊と食事について、その基本ルールをきちんとみんなに伝えておいてほしい。ここではただで食事を出してくれたのにこちらではとか、そういうのが学生同士で話し合われているというのがあります。

それからもう一つ、我らのところで研修を受けた学生がほかのところで、こちらでの待遇について苦情をいっているようだ。問題点があればそのところで改善するので、苦情があるのならその時に話し合えるという状況をつくってもらいたい。この150通りでは我々みたいな小さな病院では学生に完全についてやれるとか、最初そのつもりでいても急に急患が増えたりすると全く対応してやれないというようなこともある。そこらのところをちょっと考えてほしい。大きい病院だと教育担当がいるが、我々はそのまでの人はいない。そういうところはよろしく願います。

齋藤 ありがとうございます。それじゃ、⑧番、⑨番、一緒にOSCE関連ですから願います。

清水 清水から説明します。まず、⑧番 Advanced OSCE、いわゆる臨床実習修了後 OSCE です。平成22年から本学で実施しており、25年度からは正式に卒業要件として行っておりまして、本年度も実施いたしました。大きな変更点は26年度に臨床実習の到達目標が策定されましたので、それに沿った形で出題するというように問題を作成いたしました。具体的には虚血性心疾患が疑われる共通の患者さんやインフルエンザの患者さんに対して治療方針を選択して、さらに患者さんへの説明までも問う形にしました。6月27日に大和先生にいらしていただきまして実施しております。その際にフィードバックとして予診表を今後導入するといいいのではないかとというようなことをいただきましたので、今後検討させていただきます。

続きまして、Midterm OSCE。⑨番です。この診療参加型臨床実習は2年間に及ぶということで、初めに共用試験 OSCE と修了時に臨床実習修了後 OSCE が入っているんですけども、その2年間の間に技能面の評価というのが総括的に行われたいというようなことがありますので、中間試験というような形で Midterm OSCE を実施するというのが今回事業の一つとして初めから盛り込まれておりまして、今回これを開発実施いたしました。目標としましては共用試験 OSCE で問われるような基本事項に加えて、異常所見を解釈してさらにそれと医療面接の事項を統合して臨床推論の基礎を行えるというようなところを目指し、具体的には病的所見を認識してそれを説明できるとか、異常な心電図の所見を判読できるとか、医療面接に基づいて必要な診察項目を行うというようなことを要求するというようなことを行いました。27年2月に試行試験を実施して、その結果をもとに27年7月30日に4つの課題を出して実施させていただきました。以上です。

齋藤 ありがとうございます。OSCEについては特に問題はないと思いますが、先生方のご意見いかがでございましょうか。

久保 ぜひこの外部評価者をもっと積極的に使っていただいて、できれば指導医師クラスの方にも、当然忙しいですけども来れる方にやっていただいてこの Advanced OSCE に参加してもらおうと、各病院でどのぐらいまで教えれば良いのかが分かりますので非常に有用じゃないかと思えます。

齋藤 それでは⑩番のポートフォリオをお願いします。

清水 診療参加型臨床実習で多面的な評価を実現するというので以前からポートフォリ

オを学生には作成させていたんですけども、さらにこの各チームが長くなるということで、実習レポートというような形式を導入いたしました。行動面と学習面の2項目を用意しております。資料ナンバー⑩をご覧ください。これが実際の体裁になっております。これを2週間したタイミングで学生に書かせて、彼らに省察させた上で後半2週間に向かわせる形にしています。またこの⑩の2にあるような評価基準表、ループリックを作成して、これをもって各月の臨床実習を総括しているというような形にしています。なおこのループリックは学生にも公開しております。

齋藤 評価者はどなた？

清水 各教室の最終評価者が基本的には評価しています。具体的には教授の先生です。

齋藤 教授の先生でループリックってちょっと心配はありますけれども。

齋藤 実はポートフォリオを書かせるのはいいんですけども、それを評価することが非常に大変でしょう。それで、大そう教員の負担になるということが一つあります。

多田 それで、それに関しては教授だけが全部するんじゃなくて数人ずつに分けてたくさんの教員でやってくれという説明は説明会でさせていただいたところです。

森 加えて特に問題がありそうな学生のレポートにつきましては医学教育センターのほうでお預かりして対応するというをやっております。

金子 評価基準表とループリックはやる前にもう学生に公開しているんですか。

清水 そういことです。こういうことを書いてほしいという。

齋藤 資料ナンバーの10の2と同じですね、これは。

清水 はい。

大和 医学部や研修医を通じてものを書いて人に評価されて、それを直してというクリティカルシンキングというか、ものをまとめて書くという教育が難しい中でこの材料を使うというのはとても大事なことだと思うんですけども、そういう書き直してやってやり取りをしてってということが、ほんの一部でもできればとてもいい教育になると思うんです。なので、単にもらって評価して終わりっていうんじゃなくて、ぜひ何人かの方とやり取りをする、リバイスをするというんですかね、それがあるととてもいいんじゃないかなというふうに僕は思っています。

齋藤 ポートフォリオを書いて出しておしまいってうだけじゃない。

金子 やりっぱなしにならないように。

森 僕のほうから質問させていただきますけれども、やはり書き直しということになると、実際にこのレポートに関する症例をともに共有している先生方っていうのも一つの候補になると思うんですが、そういったことを先生方のところに勤めていらっしゃる指導医の先生方をお願いするとご負担ではないのですか。

大和 臨床研修は31本書かなきゃいけないし、それはもう必ず第1版では合格させない、第3版、第4版と書き直しをさせて初めて合格というふうにしているので、じゃ、学生がたくさん来てそれもやるんだというと、それなりの対価がないと難しいかもしれません。しかし、できるとは思います。

吉澤 僕は実際に全部を見えています。本当は指導医に見せなくてもいいなんて学生は言っているけれど、一応見てどのくらいちゃんと学習しているのかというのをやってはいます。そうしないと実際に自分たちが教えたことがどうなのかということがわからない。

森 ありがとうございます。

齋藤 指導医に対するフィードバックにもなりますから。きちんとできればやってほしい。

吉澤 まだ病院各指導医に対してフィードバックみたいなものはないですね。

森 はい。今月の終わりぐらいには。

齋藤 よろしゅうございましょうか。それでは⑪、⑫番。

森 ⑪番の150通りの臨床実習のコースの見直しについてです。1年目150中およそ100のコースが選択されました。選択されなかった50通りを中心に大学内の先生方のご意見及び関連病院の先生方のご意見を受けつつ今調整中です。3月中に素案をつくった上で、できれば4月の終わりぐらいには先生方にご意見を伺い学生に提示します。

⑫番は学生及び指導医に対するアンケートをもとに医学教育センター会議で臨床実習の評価を行うということです。本日は外部評価ということで教員だけが参加しておりますが、基本的に多くのもの、特に人事にかかわらないものについては、できるだけ学生を入れて調整をしています。具体的には関連病院の先生方と話をする際は連絡協議会を使っておりますし、医学教育会議などでは学生の意見などを取り入れつつやっているということになっております。以上です。

齋藤 連絡協議会には学生さんは来ないんですか。

森 今のところ連絡協議会は学生が入っておりません。

齋藤 入れるつもりは今のところない？

多田 連絡協議会にも入れた方がよろしいでしょうか。

齋藤 いやそれは先生方のフィロソフィの問題と思うんですけれども。

多田 とりあえず学内の会議には入れているんですが、連絡協議会までというと時間的にもなかなか難しいです。

齋藤 各大学の卒前のカリキュラム委員会に学生を参加させる大学もぼつぼつ出てきましたから、そういう方向性も視野に入れて、いつか一緒にディスカッションするというのをやらせてもいいかもしれない。⑬番にいつてよろしゅうございましょうか。

森 ⑬番についてご説明させていただきます。⑬番というのが本当に平成27年度の後半に先生方にご協力いただいてやってきたこの150通りの実習です。具体的には1診療チーム当たり1人の学生という方針で、さまざまな病院、診療科のご協力を得ましてちょうど開始したところです。先ほども多少お話しさせていただきましたが、そんな中で学習態度がよくない、特に態度面が積極的でない学生につきましては医学教育センターのほうで指導しました。以上です。

齋藤 ありがとうございます。いかがでございましょうか。井上先生、⑬のところ何か。

井上 これ、逆に学生から見て、150通りに適さない医療機関というか、協力しようと思っ  
てやっているんだけど不十分だというときの対応というのが全然ないんだけど、そこらはどうなんですか。

森 少なくとも現状でどここの病院が非常に不十分だったという病院単位での学生の意見というのはございません。今年度は本当にリストを見ながら学生が選んだということが



あるんですけども、恐らく上級生から下級生への申し送りみたいなところが存在すると思いますので、来年度の選択を見て、例えばどこかの病院だけが著しく学生の選択数が減るようなことがあれば、また改めてちょっとかまをかけつつヒアリングをしてその辺を学生から聞いていきたいというふうに思っています。

齋藤 ほかにはよろしゅうございますか。

久保 問題事のある学生さんて大体何人ぐらいいました？

森 100人中、言い方にもよりますが3名程度です。これまでにセンターで1回だけ面談したという学生はおりますが、2回、3回と面談している学生は3名という感じになっています。

久保 100名中3名。これは先生、多いのですか少ないのですか。

齋藤 難しいですね、どれをもって問題とするか。

久保 病院のほうは大分気をつかって余地だめ出しはしないと思うのですけれども、そこでだめだっていうふうに言われる方はよほどだめなのかなとは思っています。

齋藤 共用試験の OSCE の面接やなんかでもっておかしな人というのは確かにいるんです。それを進路変更まで持っていったっていうのは全国で何人あるのか、9,900人受ける中で何人いるかというデータはないんです。それは大学の医育機関としての責任というスタンスになっていますから。そういう人っていうのをどこで見抜くかという方法ですね。それについて積極的に考えれば、例えばメンター、メンター制をとっている大学ってありますね。こちらはいかがでございましょうか。

森 成績不良者についてのメンターはあります。

齋藤 なるほど。いかがでございましょう。よろしゅうございますか。では次に、⑭番のポートフォリオのお話は⑩番とドッキングしますが、ここでは何かありますか。

清水 半年間のこの150通り実習を踏まえて来年度に向けて改善を行いました。これです。学習面に関しては、この6カ月間の実習でのレポートを見る限りはかなり良好に書けているというふうに判断しましたが、一方で行動面ですね、行動面についてはまだ記載が浅いようです。そこで、もう少し構造化をきちっとして記載を誘導していくというような形で改編しました。これにつきましては来年度の6年生の実習での経過を見て、またさらに改定していきたいと思えます。以上です。

齋藤 ありがとうございます。非常に前向きにやっていたらして SEA 的なところが随分入っていますね、これには。

清水 まさに SEA を拝見しています。

齋藤 よろしければ、⑮お願いいたします。⑮は僕の名前が出てくるんですけども。

森 こちらにつきましては非常に端的に。いろいろな関連の病院の先生方に来ていただきまして 27 年度の医学教育ワークショップを開催させていただいたということだけでございます。

齋藤 参考までに申し上げますと、某私立の医科大学では助教から講師になるときか、あるいは助教になってから、全員とにかく教育ワークショップを受けろというところがあります。それから外から招聘された教授の方々もそれは義務になっています。そのくらいや

っていらっしゃるところもあります。

森 本学でも昇進された方は必ず招待状が届くようにはなっております。

久保 招待状は送っても来るのは？

森 それだけに。

久保 ワークショップというかFDはしっかりと受けてもらわないと意味がないと思います。

森 受けていただかなかった場合は翌年もご招待させていただくという形で対応しております。

齋藤 それから、学内と学外の先生方が一堂に会してディスカッションするということは非常に有効ではないかと思うんですが。ですから例えば40でやるんだったら今幾つぐらい外の先生かっていうと、外の先生やっばりお忙しいから少ないでしょう。

森 そうですね。

齋藤 どのくらいの比率がいいのかってなかなかわからないんですけども、とにかく外の先生方と一緒にやるというスタンスでやってはいかがだろうかというところです。⑩番お願いします。

森 ⑩番、先ほどから何回か出てきておりますが、卒後臨床研修管理委員会と同時期に教育協力病院との連絡協議会というのを開催しています。それにつきましては以前この場で同時開催が望ましいとご意見をいただきました。今年度につきましては平成27年1月14日に開催しました。先ほどお話ししましたように学生は参加していませんが、各病院の先生方に一言ずつご意見を頂戴しています。以上です。

齋藤 ありがとうございます。ここで委員に私のほうからご提案申し上げます。ただ今のお話を伺っていると、今の記録をもう一回起こして、それでもう既に先生方のご意見をいただいたというふうに解釈をしてもいいかなというふうにちょっと思っています。それで講評については実は各委員の先生からお一方ずついただくというアイデアはいかがでしょうか。

久保 それでいい。

森 それでしたら少しお時間をいただきますが、テープ起こしをさせていただいて、全体の先生方からいただいたご意見をまとめさせていただいた上で先生方にご連絡をさせていただくという形にしようと思います。

齋藤 これは電子媒体でも結構でございますし、お忙しい先生方でいらっしゃいますので。

森 そうということですね、こちらではめ込むのではなく、また送り返していただくという。

齋藤 いかがですか、それで。

森 結構です。

齋藤 ありがとうございます。それでは現段階での講評をそれぞれの委員から承る。

森 先生、その前に3つだけ宿題返しをさせていただきたいです。

齋藤 下の3つ。

森 はい、時間も押しておりますので簡単にご説明いたします。数年前からまず授業改革を先に行った時に授業が短くなることに対して、学生の学力はどうなんだということをご

質問されておりました。それにつきまして資料ナンバーの⑰のところがございますが、担当する教員がかわらない授業におきまして学生の成績はどうかというのを確認し、学生の成績は少なくとも下がらないということを確認させていただいております。それから⑱番、これも以前いただいたものですが、成績不良者に対応して各月の実習先からの評価をセンターで把握してできるだけ早めに対応してほしいということですが、こちら先ほどご説明させていただいたようにお電話等いただいた場合には極力私たちのほうで対応させていただきました。それから、たびたび昨年までホームページについてご意見をいただいておりますが、それは先ほど清水がご説明したとおり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。そういうことで、委員からもご講評を承っていくということで先生よろしくお願ひします。

多田 ありがとうございます。

齋藤 それでは、大和先生から。

大和 この150通りは当初から非常に実験的なことで、デザインの時期からようやくリザルトが出てくる時期になりました。これを今後どう評価していいものにしていくかという仕掛けを今日幾つか聞かせていただいたような気がしました。ただ教育病院の連絡協議会は、私もたまたま参加したけれども、学生を送っていただいてありがとうございます。みたいな、まだそういうご挨拶の段階でした。今後その辺をより具体的なリザルトに応じてどうしていったらいいかという意見交換が行われて、非常に短い期間、5年でいいものに仕上げていかなきゃいけないので大変だと思います。ぜひ教員を利用して学生が成長できるような仕組みを上手につくりかえていただくといいかなと思っております。

齋藤 ありがとうございます。井上先生お願ひいたします。

井上 150通りの結果が初めて出る時期になるんですけども、病院の教育レベルや教育の姿勢にかなりの違いのあることは事実なので、そのところで大きな区別ができると思う。大きい病院との協力、初期研修の受け入れをよくやっているところとそうでないところと、現場の実習とか、いわゆる地域包括みたいなほかのソーシャルワーカーなんかとの組み合わせがうまくやっている病院がある。やはり今後は病院の規模とか性質に応じた特性と、こういうところではこういう勉強ができるという発信をしていただければありがたいかなと思ひました。

齋藤 ありがとうございます。金子先生お願ひいたします。

金子 昨年9月から実際に教育協力病院ということで学生さんを受けて、いろいろ見えますとスムーズに導入できているというのが全体的な印象であります。ただその中で個々の意見を聞いてみますと、まだやはり先ほどのポートフォリオを書いたけれども指導医にしっかり見てもらう時間がなかったというのと、あとこちらで評価結果についてちょっと指導医のほうを知りたいというようなところを聞いております。それであと全体として来年が一応の区切りの年になるでしょうから、それで一生懸命やっているつもりなんですけれども、この最終目標はやっぱり国家試験をしっかり通過するところを考えたほうがいいんでしょうか。それとも立派な医者をつくるというのはもちろん総論としてはみんな異論のないところなんですけれども、その辺がちょっと指導している側として具体的な数字というか、形というのをどの辺を考えたらいいかというのをちょっと不安に思っ

いるところがあります。というのははっきりいうと国家試験の対策の勉強というのをなかなか教えるということができないという話でした。そういうところが今の考えです。

多田 ただ、今やっているのは国家試験とはちょっと違います。齋藤先生がお答えになったほうがいいのかもかもしれませんけれども、私どもは研修医の1年目ぐらいのレベルで卒業させるというのが目標でやっております。

金子 わかりました。逆に言いますともう国家試験は大学のほうへお任せしますので、しっかりお願いしますということで指導医には言っておきます。もう研修医1年目と同じレベルで教育していくことでよろしいんですね。

多田 はい。

金子 ありがとうございます。

久保 この150通りの参加型の臨床実習ですけれども、病院のレベルに差があると思うのです。そうは言いますが、少なくとも何を教えてほしいかというのだけはしっかりと大学のほうでFD等を通して決めていただいて、あとは病院の特色とかを出してもらえばいいと思います。先ほど言いましたようにぜひアドバンストオスキーに病院の教育担当の方を呼んでいただいて、実際にどの程度までレベルが上がったかというのを実感してもらおうとすごくいいのかなと思います。ぜひ最低限何を教えてほしいかということだけはFD等を通してしっかりとやってもらいたいなと思います。

齋藤 吉澤先生お願いします。

吉澤 昨年まで私は教育センター長をしていました。実際に来た学生と話をしたり実践してきました。問題の一つは学生の間でレベルがすごく差があって、最後のほうにきてもやはりかなり差があるなということです。2つ目はやっぱり学生が本当にこの6カ月やったことがよかったのかどうかという学生の評価をもう一回聞きたいし、指導医のほうも本当にこれでいいのかというようにいろいろの意見があると思います。今年は初年度だったのでこの初年度のいろいろな結果を学生側から指導医側から全部しっかり集めてぜひきちっと評価をしてほしいなと思います。以上です。

齋藤 ありがとうございます。もう先生方から十分ご意見を頂戴いたしましたので、私から改めて申し上げることも少のうございますけれども、この今日の冊子のカラーページがございませぬ。資料①の1。そのカラーページの反対側に6というのがあります。事業の成果及び効果。ここで地域医療の問題が出てきていますし、学習のモチベーションの問題、長野県全体の医学教育レベルの向上をするというふうに大上段に振りかぶっていらっしゃいますから、そろそろこのシステムで3年ですか、初期研修ももう終わっていらっしゃるわけです。これで育ってきた人が。追跡調査をされたらいかがであろうか。大変なことなんです、これ追跡は。どこにいるかわかりませんから。ただ、県内でどのくらいの方が研修をされて、その後どのようにしていらっしゃるんだらうかという調査を今から始めないと、次年度の修了時点でそれがうまく報告できないんじゃないかというふうに思っています。ですから、そういう行動をお始めになったらいかがでしょう。150通り云々のことはこういうふうにお出しになった大学というのはないわけですから、そういう面で全国から興味を引くカリキュラムになるだらうというふうに思っておりますので、そのあたりをよろしくお願ひしたいというふうには私からはお願ひをしておきます。

さて、これで10分ばかり時間がオーバーして申しわけございませぬでしたが、いかが

でございますか、何か最後にこういうことを言うておこうという先生がいらっしゃいますでしょうか。それでは、学部長先生お願いいたします。

池田 途中ちょっと退席して申しわけありませんでした。先生方に的確な評価をしていただいてありがとうございます。そういう中で私が感じていることは、今の齋藤先生がおっしゃられたことと同じなんです、一つは地域の病院が医学生の教育に大きくかかわってくれるということで、逆に附属病院の教育という部門の役割が大きく低下してきている。私、今附属病院で言っていることは、附属病院は今までは学生教育のために必要なんだと言ったんですけども、そういう論法が今法人本部へ行って通らないんです。もう 150 通りどんどん外へ出しちゃっているから附属病院で教育スタッフ分は要らないんじゃないかという論法が出てきています。したがって逆に附属病院もそういうことで非常な危機感を持っておりまして、附属病院はもう教育じゃなくてほかの病院でできない診療をやらなきゃいけないんだというようなことを申し上げております。それと、こういう地域密着型の教育が功を奏してきているんじゃないかと思うのは、初期研修医そして後期研修医、県内枠を含めて地元で大分若いお医者さんが定着する傾向が出ていることは間違いなさそうだと、この点は先生方にご報告して国家試験の教育は大学がやりますので金子先生そんなに心配しないでください。

金子 指導医がそういう心配をしていたものですから。うちの病院へ来ている学生が国家試験できんと困るなどと言って。

池田 それは、そこまでご配慮いただかなくても大丈夫とっております。どうぞ今後とも引き続きよろしく申し上げます。本日はありがとうございました。

久保 臨床実習は盛んになって大学病院に残らなくてもいいというような学生だけにはつくらないようにお願いします。

池田 後期研修医は相対的に附属病院から戻ってきていますので、初期研修は僕らの教育の外でやっついていいんじゃないかなというふうに思うんです。

久保 信大病院や信大の医学部で良い実習をしたので信大病院に帰ってきたいという学生さんをつくっておかないと困りますので、ぜひ。

池田 そうですね。

金子 それとちょっと気がついたんですけども、今後新しい専門医制度というのができて、これとどうやって絡んでくるかということです。ここはもう別に考えますけれども、この辺もちょっとカリキュラムを考えておかないといかんのかなというふうな気がしています。

齋藤 ありがとうございます。ご苦労さまでした。

森 最後に連絡事項ですが、平成 28 年度は最終年度になります。先生方に恐らく一報はいつていると思いますが平成 28 年度の外部評価委員会は 11 月 18 日金曜日を予定しております。時間等また改めてご連絡は差し上げますが、ぜひ先生方よろしくようお願いいたします。