

(4) 総合討論

IRについて補足説明

【平子】 医学教育課企画官の平子です。

IR、先ほど奈良先生の方からも御説明ありましたが、インスティテューショナル・リサーチということで、機関全体をどういうふうにマネジメントしていくかといったときに、そういった在り方であるとか運営方法といったところを検討していくものになります。そういった中に、もともとやはりそういった教育の質の保証といった観点で、教育力の向上であるとか、あるいはそういったものをどういうふうに情報開示を学生さん、対外的には社会にやっていくのか、あるいはそういった内部の情報の分析に基づいて、競争力じゃないですけども、どういうふうな特徴を出していくのかといった観点が重要になってくると思います。そういった意味ではIRを考える場合には2つ大きくあって、やはり大学の運営をしていくという観点、これは学部の運営にもつながると思いますけれども、もう1つは、やはり教学的な情報といったところになるかと思えます。簡単な、学生数とかそういった情報もあるんですけども、例えばこれは一例として考えるのに1つ参考になるかなと思えますのは、学生さんが卒業した後のフォローアップをどういうふうにやっていくのかといったことを考える際に、そういったものを継続的にフォローする、あるいはそれを分析していくといったことも1つ大きな機能として考えられていくと思いますので、そういったことを1つイメージしながら、単純に、いわゆる大学ポートレートと申しますか、数値が並んでいて、ポートレートも進化したものがいろいろあると思うのですけれども、単なる情報開示だけではなく、自らの教育力の向上に対してどういうふうな分析・評価を行い改善していくのかということに対する不可欠なものということを考えていく必要があるのではないかとこのように思っています。

簡単ですが、以上です。

【北村】 奈良先生、医学教育におけるIRをちょっと御説明いただけますか。

【奈良】 午前中に私の資料の中でIRという言葉がありました。ただ、まだIRそのものが十分にお伝えできなかったことをおわびしたいと思います。ただ今、平子企画官が御説明になったように、主として大学の施設としてのデータ集積、それから解釈を主な目的としてIRという言葉が使われていますが、それを医学部に適用していただいて、医学部における教学関係を中心に、医学教育の評価のために是非活用いただきたいと思えます。大学によってはもう既にIRの専任の人がいるところと、そうでもないところがあるかと思えます。継続的な医学教育の改良のためには、重要なポストですので、是非IRの設置並びに

充実ということをむしろお願いしたいと思います。よろしく申し上げます。

【北村】 よろしいでしょうか。学生の入学前から卒業後まで、全ての成績の点数をデータとして持っているとか、全ての授業の学生評価のデータを持っているとか、そういう教育関係のデータを収集し、そして分析する部門という御理解です。ただ、分析まではしますが、それをどのようにカリキュラム改革、あるいは教育改革につなげるかは別の組織であって、IRはあくまでも情報を収集しそれを分析し、それをそういう改革を考える機関、委員会等に提供する、そういう位置付けだろうと理解しております。

4. 総合討論

【コーディネーター】

医学教育：北村 聖
歯学教育：前田 健康

医学教育

テーマ①：臨床実習の改善・充実

グループ①

- 実習期間の確保だけで消費せず、臨床実習の質的向上に向けての努力を
- アウトカム基盤型教育での教育設計
 - 全診療科に共通する目的にしたがって教育しうる
 - 独自のアウトカムとコアカリとの整合性が煩雑
 - 多職種連携教育、医療安全
- 教育体制・場
 - 教育専任教員を全診療科におく
 - 学外施設の確保
 - 経験できない事例・技能をシミュレーションで
- 実習評価の工夫
 - ポートフォリオ、ログブックの導入
 - Advanced OSCE、mini CEXの実施
 - 360度評価：医師、看護師、患者、模擬患者

電子カルテ

テーマ①：臨床実習の改善・充実 【医学教育】

グループ : ①

モデレーター : 大滝 純司 (北海道大学)
司会 : 大槻 真嗣 (藤田保健衛生大学)
書記 : 和泉 俊一郎 (東海大学)
書記 : 橋本 優子 (福島県立医科大学)
発表資料作成者 : 小田 康友 (佐賀大学)
発表者 : 植村 和正 (名古屋大学)
質問対応者 : 櫻井 裕 (防衛医科大学)

【植村】 それでは、グループ1の名古屋大学の植村でございますが、臨床実習の改善・充実というテーマで話し合いました。広く臨床実習に関するいろいろな部分を討論したんですけれども、ほかのテーマと重なるところをできるだけ省きまして、ポイントを、うちのグループの特徴を申し上げたいと思います。

まず、どうしても認証を控えて実習期間の確保といいますが、なかんずく72週という点に耳目が集まっているんだけれども、本当に診療参加型の臨床実習の質向上に向けた努力がなされているかどうかというのが我々にとって大きな課題ではないかというところからスタートいたしました。

それで、アウトカム基盤型の参加型臨床実習という点で、いろいろなバリアの話がよく出てくるんですけれども、私が知る範囲では、例えば千葉大学などが先行しているように、病院収益で教育専任の教員を雇用するというやり方を、今度名古屋大学でも導入するんですけれども、大体助教の雇用費用を考えると、診療のアクティビティーがほかの研究に頑張っている教員と比べて落ちるわけではないので、十分ペイするんですよ。ですから、病院収益による臨床教育専任教員の確保というのが、人的な資源が不足しているというこれまでのエクスキューズに対する1つの回答かなというふうに思いました。

それからあとは、そのようにして臨床実習が充実したならば余計になんですけれども、

いわゆるシミュレーション、今いろいろな機器が各大学で導入されているんですが、より有効に使えるんじゃないか、使うべきじゃないかと。ここで言うシミュレーションは、先ほど北大の話など、あるいは名古屋大学の話などもありましたが、いわゆるタスクトレーニングにとどまらない、いわゆるノンテクニカルスキルのトレーニングを多職種連携で行うということが将来医療安全にもつながりますし、診療参加型臨床実習の本意につながるんじゃないかという話がありました。

それからあと、卒業前OSCEあるいは臨床実習終了時OSCEの話とポートフォリオの話があったんですが、藤田保健衛生大学の経験なんですけれども、臨床実習中のポートフォリオ、症例をパイルアップしておいて、1年ぐらいためた症例レポートの中から、OSCEのときに教員がアットランダムに指定して、その症例のプレゼンテーション、それからアセスメントなどをOSCEで評価するという形で、テーマで言うとPDCAサイクルにもつながると思うんですが、有効な臨床実習が評価につながっている事例の紹介がありました。

大体以上です。

【北村】 ありがとうございます。

先ほど申し遅れたんですが、ディスカッションの前に、医学教育特有の用語が分からないという声がありまして、実はこのスライドに幾つか出ているので。

まず、アウトカム基盤型教育ですが、アウトカムを先に決めて、そのアウトカムを達成するためにどういうカリキュラムを作るかという教育方法です。今までのプロセス基盤型というか、単位を集めていったら卒業ということで、どういう人間ができるのではなくて、目の前の単位をジグソーパズルのピースのようにただ集めていけばきっと絵ができるだろうと思っていたんですが、絵を見ていないので、その組み合わせ方が分からない。まあ深い話なのでこんなところでやめますが。

ポートフォリオ、ログブックは植村先生、教えていただけますか。

【植村】 教えると言われるとなかなかあれなんですけれども、いわゆる学習者の主観的な感想なども含めて、実習の過程でいろいろ蓄えられたレポートや、その実習に使ったツールなどをずっと積み上げた、要するに集積したものみたいなものなんですけれども、それがフィードバックに使われて、あるいは最終的には自己フィードバックに使われるような形で生かされるときに非常に有効なんですけれども、それをいわゆる卒業前OSCEというシステムに導入したという藤田の経験を紹介させていただいたということです。

【北村】 ありがとうございます。ということで、フィードバックあるいはリフレク

ションと言われる自省に使うものだそうです。それからAdvanced OSCE、これは和製英語です。共用試験OSCEがあったために、それとの区別をつけるために、卒業時OSCEあるいは実習後OSCEを日本ではAdvanced OSCEということで流布したんですが、和製英語で将来混乱を来すことは間違いないので、海外でOSCEといえばAdvanced OSCEのレベルです。それで、提言は実習後OSCEです。卒業時にやっていない大学も結構あって、5年生のときやる大学もあるので、卒業時ではないので、実習中にやる大学もあるんですが、とりあえず一番共通しているタイミングが実習後ということなので、どうでしょう、今後Advanced OSCEをやめて実習後OSCEあるいはポストクラークシップOSCE、略するとpc OSCEになりますが、実習後OSCEということで。

それからもう1つの評価方法、mini CEX、植村先生、説明していただけますか。

【植村】 もう勘弁してください。

【北村】 じゃあ、mini CEXは僕もよく知らないんですが。

福島先生、お願いします。

【福島】 mini CEXは、例えば臨床実習の場で、入院患者さんでも外来の患者さんでもいいんですけども、指導者が学生に、この患者さんをhistory takingしてphysical examinationしてくださいねと言って・チェック表を見ながら学生が実際にmedical interviewしたり身体診察したりするのを観察して記録してフィードバックするというやり方です。ですから、実際にはそんな難しい問題ではなくて、日常にやっていることということになります。ただし、それをチェックリストを使ってそれをずっと集めて、さっきのポートフォリオになりますけれども、臨床実習中に何回もやって、その向上という能力がどういうふうに変化していくかということを見ていくということが重要です。

【北村】 総括評価にも使えるものですか。

【福島】 これはどう使うかはやり方で、例えば、1回ずつは評価者がいるのでこうですよ、どう思いますかということでフィードバックして、それを年に大体4回から6回やりますから、それをずっと積み重ねていって、ちゃんと向上しているというような状態を見極めれば、それはポートフォリオと同じように総括的に使えると言われてます。

【北村】 観察評価の一部だと思います。主観的ですが、主観もたくさん集まれば客観になるだろうと、そういう考えかなと思っています。

360度評価、これは書いてあるとおりですね。いろいろな人から評価を受けるという方法ということです。

【植村】 そうですね、これはもう幾つかの大学が導入していたんですが、たまたまうちでは、さっきも言いましたシナリオ・シミュレーションでノンテクニカルスキルのトレーニングを兼ねた多職種連携教育に模擬患者さんに参加していただくんですね。協力していただいて、その模擬患者さんから各いろいろな学生にフィードバック評価をしてもらう、そういうことが例に挙がりました。

【北村】 どうもありがとうございました。

では、第2班、お願いいたします。

グループ②

- 【臨床実習の改善・充実】
- 【物的】
- ・病院施設のスペースの不足
- ・電子カルテの問題：学生権限、端末不足の問題→カルテ記載の訓練法
- 【人的】
- ・教員不足→意識改革、FD、インセンティブ、屋根互方式の充実、
- 教員組織の編成方針、多職種連携の重要性(共同実習等)
- ・大学の患者担当数・疾患内容不足→学外病院にて経験
- ・関連病院について：
- 内容充実問題、病院確保
- ・評価法：教授面接、レポート
- →ログブック、ポートフォリオ(教員の負担大、全国での統一化・電子化)
- Advanced OSCE、mini-CEX(学生観察のため)、360度評価(態度評価)
- 【その他】
- ・CBT、OSCEの問題：(今後10-11月の実施が可能か?)
- 時期の集中の可能性、早期学習未達成問題
- ・臨床実習期間延長(座学・教養講義減少)による知識力低下問題
- ・他科の内容を知る→teaching skillの共有化

テーマ①：臨床実習の改善・充実 【医学教育】

- グループ : ②
- モデレーター : 鈴木 康之 (岐阜大学)
- 司会 : 佐藤 洋一 (岩手医科大学)
- 書記 : 古川 昇 (熊本大学)
- 発表資料作成者 : 屋良さとみ (琉球大学)
- 発表者 : 千石 一雄 (旭川医科大学)
- 質問対応者 : 斎藤 知行 (横浜市立大学)
- 清水 渉 (日本医科大)
- 上野 義之 (山形大学)

【千石】 旭川医大の千石と申します。グループ2で話題となりましたことを話題提供という形で御報告させていただきます。

こちらのグループでは、一応、臨床実習を改善・充実させるための制約という観点からディスカッションを始めました。ここにありますように、物的な制約として、実習学生が増えるについて病院のスペースがかなり足りなくなるというようなお話が出ておりました。また、電子カルテの端末の問題、そしてカルテの記載方法について話題が出ました。

また、人的な制約という意味で、かなり教員の不足、負担が増えていると。これを直すには、要するに教育に対する意識改革を学生も教員もしなければいけないと。今のところ、教育に対するエフォートの評価が低いのではないかとのお話でした。また、大学ではどうしても疾病の偏りとか担当数の制約がございますので、ある程度は学外施設に頼らなければならない。ただ、学外に出した場合に、その教育をきちっとやっていただけるのかどうか、そういう問題をどのように確保するべきか。もちろん教員のFDも必要ですし、また先ほど出ましたように、アセスメントをしっかりと共有化するとかなりこの辺は改善される

可能性がある。また、出ましたが、ポートフォリオとかmini CEX、Advanced OSCEというお話、それからちょっと余談になりますが、どうも臨床実習の充実の前に、学生の態度とか倫理観を更に教育することがもっと重要じゃないかというお話が出まして、360度評価という話題も上がりました。

また、その他の話題としましては、CBT、OSCEの実地の期間、どうしてもこれから臨床実習を長くするととなると、4年生の12月から1月頃から実習を始めたい。どうしても9月から11月にCBTなどをやらなければいけないということで、この辺がどのように解決されるか。それから、もし臨床実習期間を延長すると、どうも座学が少なくなって知識が低下するんじゃないか、その辺をどのように評価していかなければいけないのか。また、いろいろな意味で臨床実習を充実するためには、いろいろな他科の内容を皆さんで共有化して、いわゆるteaching skillの共有化、これを図ることも必要じゃないかということです。

以上です。

【北村】 ありがとうございます。

ここで1点、共用試験のタイミングが変わるそうなのですが、共用試験の副理事長の齋藤先生、タイミングはいつから変わるんでしたっけ。

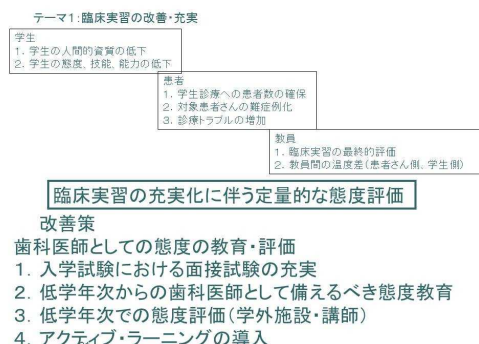
【齋藤】 齋藤でございます。

各大学からの御希望で、例の臨床実習期間を長くしたいと。だけれども、今の国家試験では6年の後半のところというのは、またそこで座学に戻っちゃうというところが問題あるんですけれども、とりあえずは、まだ期間はいつからそうするというところまで決定に至っておりませんが、共用試験は9月スタートで3月までと。その半年間でもってやっていただくという方向で話を進めております。

【北村】 ありがとうございます。まあ、来年からというわけでもないとは思いますが、恐らく再来年からなるかもしれませんが、9月から3月までということで、原則OSCEとCBTは同じタイミングでやっていただくということになっています。ということで、ありがとうございました。

続いて11班、よろしくお願いします。

グループ⑪



テーマ①：臨床実習の改善・充実 【歯学教育】

グループ	：⑪
モデレーター	：関本 恒夫（日本歯科大学）
司会	：佐藤 和朗（岩手医科大学）
書記	：山本 一世（大阪歯科大学）
発表資料作成者	：小川 匠（鶴見大学）
発表者	：高橋 一郎（九州大学）
質問対応者	：横山 敦郎（北海道大学） 松香 芳三（徳島大学） 富田 美穂子（松本歯科大学） 内田 竜二（福岡歯科大学）

【高橋】 11班の九州大学の高橋でございます。

私どものテーマも臨床実習の改善・充実ということではありますが、まず、課題を幾つか考えて、それに対する解決のための論点、それから私どもで議論のネタとして提供できる改善策というような形でこのスライドはまとめてございます。課題としましては、いろいろな課題が挙がったんですが、基本的には、このスライドの上の方に書かれていますように、学生それから患者そして教員と、3つのカテゴリーに分けてどんな課題があるかということを考えて上でまとめました。

学生の部分が一番実は議論が長かったんですが、学生の人間的な資質の低下とか、それから学生の態度、技能、能力の低下というのが最近は何か多いんじゃないだろうかということ、これが大きな課題であろうと。

それから患者さんに関して言えば、やはり診療参加型の学生診療への患者さんの参加というのが非常に減ってきていると。それから同時に、大学病院で診療をお受けになる、その対象となり得る患者さんというのは、最近是非常に難症例化していて、なかなか学生さんには向いていない。それからそれに伴って学生診療に伴うトラブルも増加していると。

それとまた、教員のレベルで見ると、1つは教員間の診療型臨床実習に対する気持ちといいますか、そういったものの温度差が大きいだろうということで、なかなか系統的な診療参加形の臨床実習が難しいということと、それからやはり臨床実習の最終的な学生さんの評価というのが、これもまた難しいというようなことで、幾つもの課題が出てきたわけですが、その中で特に大事なものは、臨床実習の充実に向けて態度評価というのを定量的にする、そのところがやはり非常に大事になってきているだろうと。特に、せっかく臨床実習に上がっても余り積極的でなくて診療参加しない学生さんとか、結果的になかなか

か卒業できないとか、そういったことに陥ってしまう、これが非常に問題であると。結局これは臨床実習に上がってから何とかすればいいというものではなくて、多分、臨床実習に上がる前に歯科医師としての態度教育、学習とか、それに対する評価をきちっとしていかなければいけないのではないかという議論になりました。で、入学試験までさかのぼってしまうんですが、入学試験における面接試験の充実であったりとか、低年次からの歯科医師として備えるべき態度の教育、アーリー・エクスポージャーとかそういったもの、それからアクティブ・ラーニングの導入などが考えられると思いますが、具体的にどういふふうにしていくかということがこれからみんなで議論していかなければいけないポイントだろうというふうにまとまりました。

以上でございます。

【北村】 ありがとうございます。

これで同じ話題の3つのグループの発表が終わりました。臨床実習の改善・充実についてです。ちょっと明かりを明るくしていただいて、どうぞ御質問とか、同じ班の方の追加等がございましたらお願いいたします。

【河本】 広島大学の河本といいます。お二人の発表の中にあつたかと思いますが、電子カルテという言葉が出てきました。これは、私の認識では、学生が書いていいものではないと考えております。カルテに学生が書いたことが、公的な記録として残ると病院の診療にとってその後に大きな混乱を来し、場合によっては訴訟等のときに非常に病院に不利益をもたらす可能性があることにもなるので、電子カルテの記載を学生がすることを公的に認めること、つまり学生の身分でログインして記載するということに関しては、本当にそれでいいのかという議論を十分に尽くしておく必要があるのではないかと考えています。

ちなみに、私どもの大学では、学生用実習記録システムという別システムを電子カルテとは別のサーバーで立ち上げて動くようにしておりまして、電子カルテの記載というのは認めていないという現実がございます。

【北村】 大変大事な問題を指摘していただいたと思います。学生が電子カルテそのものに直接書くというのは、それは法的にも問題があるだろうということで、いろいろな取組がされています。今のように広島大学では別システムで学生が書いています。まあこれは本物のカルテではないので、模擬記録になると思います、分類すれば。それから大学によっては、学生が書くんだけどそのままでは載らなくて、指導員がカウンターサインなりチェックをしてオーケーと出せば、その学生の書いたものが指導員のサインなり訂正

を交えて載るというシステムもあるやに思います。

それから海外では、教員、指導員にカルテ内容をメールのようなもので送るといふか出すと、指導員がそれをコピーして指導員の名前でカルテを書いて、学生の何々が原案であるというふうに書く大学もあったというふうに聞いていますが、何かお考えはありますでしょうか。

逆にここで聞いた方がいいと思いますね。学生がそのままカルテを書いているという施設の方、手を挙げてください。さすがないですね。あ、そのまま書かせていますか。

それでは、指導員のチェックの後に学生が本物のカルテに書くという施設、手を挙げていただけますか。十四、五です。

では、別のシステムを作って、学生が書いたものが別のシステムに載って、本物のカルテには反映されないという施設、手を挙げていただけますか。ここが一番多いかもしれないです。25くらいです。

それで、学生には紙カルテ等で対応させて、本物のカルテには書かせないという施設は手を挙げていただけますか。五、六施設です。

カルテそのもの、紙の本物のカルテに学生が本物の紙を書いているという施設はありますでしょうか。1人です。

大体そんなところなんです、先生、いかがでしょうか。

【河本】 学生の記録システムを別に持っていらっしゃるというところが多いというのは少し安心いたしました。ただ、先ほど北村先生がおっしゃった、メールで承認をもらってやるというのは、患者の個人情報が入る別の媒体に漏れてしまうことにもなるので非常に危険性が高く、我が国ではこれはなかなか実施しづらいと思いますし、やるのであれば、病院情報の中で限定的にメールのやりとりをする仕掛けが要ることになりますし、承認をするということになれば、そのカルテの中に学生が書いて指導医が承認するという機能を別につけなきゃいけないんですが、多くのベンダーさんの出来合いのものにはそんなものはありませんので、かなりカスタマイズが必要になってくるということです。いずれにしても、その部分の経費をある程度見込んだ上でのシステムの構築というのが必要だというふうに思います。

【北村】 ありがとうございます。余分なシステムを付けるのでお金が掛かるということはあるわけですね。

ほかに御質問、御意見等ありますでしょうか。はい、神津先生。

【神津】 女子医大の神津でございます。この問題は大学関係者の中だけで話すだけでは不十分ではないかと思えます。臨床実習に直接関係する人間の間の議論はもちろん必要ですが、例えば文部科学省や厚生労働省としてはどういうふうに考えるのか、それから社会や患者はこの問題をどう考えるのかなど、もう少し広い範囲へむけての、どう申しませうか、一種のコンセンサス形成みたいなものへ動きを進めていくことができればこの議論が生きるような気がいたします。そういう動きは何か既にあるのでしょうか。私の聞くところでは、医学教育の先進諸国ではそういう問題がほとんど出ていないように思えますので、更なる方向づけのための議論をどうぞよろしくお願いいたします。

【北村】 国としてこうあるべきというのが決まれば楽は楽ですが、といってもシステムがいろいろ違いますので、例えば東大だと自分のところで開発するので、そういう新しい機能を付けることが願いをすれば割と楽であるし、ベンダーのものを使う場合は割とそういう機能が付いていないので、その機能を付けるために膨大なお金が掛かってしまうとか。もちろん教育上は本物に書かせることに意義があるんですが、さっき申し上げたミシガン大学のように、指導医に送ることでチェックをして、そして自分の文章が残ることで学生の達成感もあり、安全も確保できる。ただ、そうしたら今度は個人情報が出た可能性もあるとかいろいろなことがあるので、なかなか国としてこうあるべしというのは難しいように思いますが。

【神津】 私が申し上げたかったのは、むしろ法的に問題を整備することができないのかと言うことです。個別な問題を一つひとつ考えることはもちろん必要ですが、それ以上に医学生が診療録を記載する行為は果たして違法となるのか、あるいは違法性が阻却されるとみなされるのかという点が、最もクリティカルな問題ではないかと思えます。それは医師法とも絡みますし、質の担保という点で特に診療参加型臨床実習の意義や在り方に根底から絡みますので、この問題を解決するためのドライビング・フォースになればと考えて発言をいたしました。

【北村】 ありがとうございます。法律で認めてもらえれば確かに安全ですが、逆に法律で拒否されると止まってしまうので、余り触らない方がいいかなという気もしないでもないんですが。まあ、確かに法律で認めてもらうということが一番大事なんですが、なかなかそうでないと言う人もいそうですね。はい、分かりました、ありがとうございます。

時間もありますので、第2テーマに行きたいと思えます。

テーマ②：「卒業時までの段階的な臨床能力の評価」

グループ③

卒業時までの段階的な臨床能力の評価

時期	学習領域	方法	評価者
実習前	コミュニケーション プロフェッショナリズム ①医療面接 ②シミュレーション実習 ③早期体験実習(地域など) ④PBL(ロールプレイ)	観察記録	360度 教員、SP、学生、他 職種
臨床実習前共用試験 CBT, OSCE			
実習中	知識、技能、態度 コミュニケーション プロフェッショナリズム 医療面接 診察技能 臨床推論 チーム医療	e-ポートフォリオ ログブック miniCEX 観察記録 実地試験	360度 教員、SP、学生、患 者、他職種
卒業時	同上	臨床実習 終了時 OSCE	

問題点

1. 各科のアウトカムと評価の見える化と統一 (IRの導入・利用)
 2. 問題学生の評価と対応
 3. IT利用の問題点 (評価用共通電子プラットフォームの導入)
 4. 学生への適切な評価とフィードバック

グループ3

テーマ②：卒業時までの段階的な臨床能力の評価 【医学教育】

グループ : ③
 モデレーター : 石川 和信 (福島県立医科大学)
 司会 (午前) : 熊倉 俊一 (島根大学)
 司会 (午後) : 安倍 博 (福井大学)
 書記 (午前) : 木下 洋 (関西医科大学)
 書記 (午後) : 安元 佐和 (福岡大学)
 発表資料作成者 : 北野 敬明 (大分大学)
 発表者 : 建部 一夫 (順天堂大学)
 質問対応者 : 金子 英司 (東京医科歯科大学)
 : 松川 昭博 (岡山大学)

【建部】 テーマ2のグループ3です。順天堂大学の建部が発表させていただきます。

卒業時までの段階的な臨床能力の評価ということで、簡単に、実習前、実習中と卒業時、そういう3つに分けました。いろいろ大学で取組はあると思いますが、例えば1年生からもう医療面接するとか、そうでないところは看護実習とか、コミュニケーションとかを中心にやっているところもあります。臨床実習前はやはりコミュニケーション能力、プロフェッショナリズムということを中心に医療面接をやらせたりシミュレーション実習、早期体験実習ほかPBL (ロールプレイ) で医者役・患者役など、そういう領域があるでしょう。方法としてはやはり観察記録になると思います。評価者としては、やはりさっきも出てきましたが360度でやって、教員、SP、学生、他職種、そういう方からの評価になると思います。

臨床実習開始前は共用試験のCBT、OSCEという形式がありまして、その後、臨床実習開始になりますと、同じような内容ですけれども、やはり知識、技能、態度、コミュニケーション、プロフェッショナリズム、この辺はやはり重要ですし、もちろん医療面接、診察技能、更に重要になってくるのは、今度は臨床推論やチーム医療というのものが関わってくると思います。更にもう少し要求するのであれば、患者さんに病態を伝えるとか、教育をするとか、そういうのもあるかと思えます。方法としてはe-ポートフォリオ、ログブック、先ほども出てきましたがmini CEX、あとは観察記録、実地試験などがあります。評価の方法としては360度や、mini CEXであればもちろん教員が見ていますし、そういう方の評価方法になります。

卒業時は、臨床実習中とほとんど変わりませんが、更にレベルをアップしてという形式になっていくかと思えます。方法としては、臨床実習の終了時のOSCEということになるか

と思います。

我々が話した点で問題点や提言として出たのは、臨床実習中の各科のアウトカムと評価が見えるようにする方法がやはり必要じゃないかということです。あとは学生の問題ですね、例えば1年生のときでコミュニケーション、人の顔も見て話すことができないとか、そういう学生を見つけた場合にどうやって対応していけばいいか、評価すればいいかという問題点が大きくして挙がってきました。あとはIT利用の問題点ですね。例えばログブックとかe-ポートフォリオですけれども、作ったとしても、学生もそういうのは好きですけれども、教員の方としては面倒くさいだけでやらないというふうになってしまいますので、それも問題だよねということがありました。あとは学生への適切な評価とフィードバックです。プロフェッショナリズムと言っているながら、教員自身が確かにプロフェッショナリズムを満たして評価をしているのかということも問題としてありますので、この点も考えなきゃいけないかと思います。

以上です。

グループ④

- 教育内容・評価方法は卒業時のコンピテンシー次第
- 教育内容: 低学年から実習(診断・治療のOSCE的なものから人間として患者さんに向かい合うものまで)をしている施設から知識重視教育の施設も
 - 段階的教育プログラム 複数科での教育の統合
 - 6年間切れ目ない・継続した学生への対応(組織、担当者)
 - e-Portfolioの活用
 - 学生の資質(Portfolioが機能しない学生)
- 評価方法: 実習の評価(共用試験、DOPS、OSCEの複数回施行)、知識評価、実習的ペーパーテスト(臨床現場の写真等の試験)
 - 多職種による教育・評価
 - 地域と共同で教育・評価
 - 患者さんからの評価
 - 医学教育の最大の評価は国試
 - (国試改革が教育改革の最大のポイント)
 - (国試対策と臨床能力育成・実習が相反しないか?)

テーマ②: 卒業時までの段階的な臨床能力の評価 【医学教育】

- グループ : ④
- モデレーター : 山脇 正永(京都府立医科大学)
- 司会 : 西屋克己(香川大学)
- 書記 : 小川良雄(昭科大学)
- 発表資料作成者: 尾辻 豊(産業医科大学)
- 発表者 : 鳥井晋三(北里大学)
- 質問対応者 : 田川まさみ(鹿児島大学)
- 蓮沼直子(秋田大学)

【鳥井】 北里大学の鳥井です。よろしくお願いいたします。

グループ4では、この課題が与えられたときに、アウトカム、コンピテンシーが決まっていなくて、それが明らかでない中でどうやって評価するのだという意見が出ましたけれども、それはあるものとしていろいろ考えさせていただきました。低学年、1年生から実際に医療面接をやっている秋田大学や鹿児島大学の話ですが、秋田大学では医療者の立場として面接をする。鹿児島大学では寄り添うような形で面接をして、それをもう一度臨床実習が始まる前に医療面接をやって、経時的な人間の成長を評価する、縦の評価ですね、そういう

切れ目のない継続した学生への対応をやっていきましょう、ただそれは簡単ではない。また、同じ実習期間中でも、ある科でできなかったことを次の科で実現させるためには、複数科で教育の内容を統合して学生に与えていく必要がある。そのためにはe-ポートフォリオの活用がいいのではないか。同時に学生の評価をいろいろな各科の教育担当が見てこうやっていきましょうというような内容ですね。

あとの問題として、例えば地域医療に対して非常にいいポートフォリオを書いているのですが、実際その医療機関に問い合わせてみると評価が非常に悪い。じゃあその評価を正しくするためにはどうすれば良いか。次の評価方法に入っていきますが、いろいろ書きましたけれども、要するに360度評価ですね。いろいろなところから、多職種による評価、評価も横に広げて縦と横の評価をすることによって、この臨床能力の評価が出来上がってくるのではないかというような話になってきました。

ただ、それでいい評価が出ました、じゃあそれでいいのか。でも最終的に我々がやはり最も気にするのは国家試験の合格率ですよね。いい教育ができました、でもそれで国家試験の成績がさんざんでしたとなれば、そのかい離が起きたときどうするのか。その場合は逆に国家試験の方から近寄っていただいて、いい教育内容であれば受かるような問題、そういうふうな改革に取り組んでいただけると、よりいいのではないかというような話が出ました。それはまた討論していただければと思います。

ありがとうございました。

【前田】 ありがとうございました。歯科の先生、DOPSとかってお分かりでしょうか。もし、福島先生。

【福島】 さっきから出ているのは全部workplace-based assessmentsで、DOPSというのは直接観察法ですから、例えば学生に、私見ているからこの患者さんの静脈採血しなさいという形になって、評価者の方はちゃんとチェックリストを持っていて、それでチェックしていくという形です。これも年間4回から6回行って、例えば1年なり2年なりをずっとポートフォリオで集めていくというやり方で管理するというやり方です。

グループ⑫

- 臨床実習前の評価
プロフェッショナリズム, 態度, 技能の評価
→ 共用試験では十分担保しきれない
- 臨床実習中の評価
形成的評価 – ポートフォリオ, 観察記録,
MINI-CEX/生きた臨床推論能力
歯科以外, 老/障施設, 他職種の実験
360度評価 – 患者, 学生間, 衛生士etc
※1口腔単位/症例ベース化(患者/学生/指導医)
※自験例をevidenceに基づいて分析 – 段階的経験
- 臨床実習後の評価
臨床実習終了時OSCE問題点 また模型?
各大学でまちまちで良いのか? 統一なら共用試験か?
他施設や卒後まで一貫化したログブック
OSCE+MINI-CEX/臨床推論能力

テーマ②: 卒業時までの段階的な臨床能力の評価 【歯学教育】

グループ	: ⑫
モデレーター	: 葛西 一貴 (日本大学)
司会	: 窪木 拓男 (岡山大学)
書記	: 角 忠輝 (長崎大学)
発表資料作成者	: 山崎 信也 (奥羽大学)
発表者	: 齋藤 隆史 (北海道医療大学)
質問対応者	: 飯沼 光生 (朝日大学)
質問対応者	: 栗野 秀慈 (九州歯科大学)
質問対応者	: 佐藤 利英 (日本歯科大学新潟)

【齋藤】 12グループの北海道医療大学の齋藤です。よろしくお願いたします。

12グループでは臨床実習前の評価、実習中の評価、更に臨床実習後の評価について議論いたしました。各大学で1年次からアーリー・エクスポージャーですとか医療面接ですとか、そういったところで態度教育やプロフェッショナリズムに関する教育を十分行っていると思うんですが、臨床実習に上がってからそういったところが徹底されていないといえますか、例えば患者さんの情報を学外で学生同士で話してしまうというようなことがあった大学もありました。したがって、プロフェッショナリズムの評価については非常に難しいということで、共用試験OSCEでは十分に担保し切れていないのではないかとというような意見がありました。つまり、プロフェッショナリズムの評価について各大学でよく議論が必要なのではないかということでございました。

それから臨床実習中の評価に関しましては、当然形成的評価を行っていくわけなのですが、ポートフォリオ、ログブックの利用、それから観察記録等を用いて形成的評価を行う必要があります。また、臨床推論能力、問題解決能力を身に付けることが臨床実習では非常に重要であるということから、これに関してもmini CEXといったような試験を導入して、常にフィードバックを学生に行っていく、それによって臨床推論能力を付けていくというようなことが求められるのではないかとということでございました。また、その方法といたしましては、360度評価、先ほどからも出ておりますけれども、患者さん、学生間、歯科衛生士ですとか他の事務職等の評価を加えて客観性を高めていく必要があるのではないかとということでございました。

それから臨床実習後の評価に関してなんですが、臨床実習終了時OSCEを各大学個々で行っているわけですが、臨床実習中では自実験を中心とした診療参加型臨床実習を行ってお

りますので、そこでOSCEに戻る、また模型での評価に戻るのが適切なのかというような意見がございました。また、各大学で評価が統一されてないため、共用試験のような統一試験が必要なのではないかというようなこともございました。それから、卒後臨床研修まで一貫したログブックを各大学でまだ十分に活用し切れていないというようなことから、やはりこれを統一して、全大学でログブックを使用するようにした方がいいのではないかと思います。さらに、終了時OSCEでは技能・態度は評価できるのですが、先ほども申しましたように、臨床推論能力に関しましては、mini CEX等を用いてOSCEとミックスしたような試験を実施して、臨床実習後の評価を行っていくべきではないかという意見がございました。

以上でございます。

【前田】 ありがとうございます。それでは明かりをつけていただけますでしょうか。

今3つの御発表がございました。段階的な臨床能力の評価ということで、昼間の打合せ会でも評価ということがいろいろ出てきて、いろいろな御意見を伺ったわけでございますけれども、会場の方から御質問、御追加等々ございませんでしょうか。

どうぞ。

【多田】 信州大学の多田と申します。

今の御発表にもあって本当にそうだなと思ったんですけども、倫理教育といいますか、最近私の大学で問題になったのは、電子カルテになりまして、患者の名前とかそういうものをちょこちょこっと入れればたちどころに全科のカルテが分かってしまうというシステムがございます。そうしますと、私どもが習った時代と違って、学生が興味本位で同級生のカルテを見たりとか、そういうちょっと予想していなかったような問題が出てきて大問題になったことがあって、そういうものというのは、共用試験の問題で見ちゃいけないかというのは問題としたら当然で誰でも選べるんですけども、本当にそういう人間に育っているかどうかというの評価が非常に難しいなと思っておりまして、そこをどうしたらいいのかというのをちょっとまた聞いていただければ有り難いと私は思っております。

【前田】 倫理教育のことでどなたか御追加等々ございますでしょうか。

どうぞ、先生。

【福島】 慈恵医大の福島ですけれども、道徳性発達という問題があって、要は、これをしていいのかいけないのかという葛藤の中で人は育つわけですね。そうすると、こういうことをしていいんですか、いけないんですかということ判断するためには、まず知

識が必要です。知識が必要だし、それから事例の経験が必要です。そういったものでどう
いう判断をするのか、しかもその判断には自分の価値観があって、自分の知識がベースに
なってその行動に出て、そしてその行動をするわけですから、そういう意味では低学年か
ら、要はこういうことをしていいのかいけないのかというそういうジレンマをしっかり教
育していくという、その道徳性発達を担保していくという教育が本来の倫理の教育であっ
て、大講義して731部隊がありましたねとか、らい予防法がありましたねという講義だけし
ていてもしょうがない。そうではなくて、実際に判断するためのグループディスカッショ
ンとか、そしてその行動を見ていく。例えば問題行動というのは、学生のグループ活動の
中で出やすいとか、学外実習という異文化のところで出やすいというエビデンスはもうあ
るわけですから、そういうグループディスカッションの学習での行動、それは多分チュウ
タイがいれば観察しているはずです。そういったところでちゃんとそれを記録に取ってお
く、むしろポートフォリオですけれども、そういうものをフィードバックした記録を取っ
てその子の成長をずっと見ていくという、そういう教育をしていかないと、高学年になっ
てソーシャル・ネットワーク・サービスに気を付けようでは、もう手遅れなんじゃないか
っていうふうに思います。それこそソーシャル・ネットワーク・サービスに関しては低学
年からどんどんどんどん言っていかなきゃいけないし、どういう使い方がどう悪いのか
って、それを学生自身がやはり考えていかなきゃいけないと思います。

それからもう1つは態度の問題で、例えば授業中の態度が悪かったら、やはり怒鳴らな
きゃいけないわけです。出ていけてやらなきゃいけないし、これはいかにということ
をちゃんとやっていかなきゃいけないし、その延長線上で臨床実習での行動評価と
その行動の是正という教育がなされていかないと、この問題は解決しないのではない
かというふうに考えます。

【前田】 ありがとうございます。私は歯科なのでちょっと医科のことは分かりませ
んが、俣木先生、教育学会で倫理教育の事例集みたいなものを作ったというのをちょ
っと御紹介いただけますでしょうか。

【俣木】 日本歯科医学教育学会の倫理プロフェッショナリズム委員会というもの
がありまして、その委員会活動の一環として、低学年から利用できる事例集を作成
しました。20個ぐらいテーマ別にいろいろなことを討議できるようなものが用意
されています。それは各低学年から高学年に合うようなエピソードが書いてあり
まして、それを中心に進めていくときに使う資料です。多くの大学で使われる
ようになりまして、比較的好評で、改訂

バージョンを出そうと学会の方では予定しております。

以上です。

【前田】 歯科の場合は低学年の方から高学年までできる事例集といいましょうか、教材みたいなものを作って全国の大学に配ったということでございます。

【北村】 ちょっとよろしいですか。多田先生の御指摘の、学生が余分なカルテを見るというようなそういう行動ですね、こういう行動を教えるのが私は行動科学の教育だと思っています。行動科学の中には倫理とか心理学とか精神医学に近いものまでありますが、普通我々が教えているのは知識であったり、行動の規範というか、どうやって行動するのかという、臨床実習そのものも行動の在り方を教えているわけで、まさにそこを教えるのが行動科学であり、臨床実習だと思います。

それから倫理に関しては、ちょっと余分な話なんですけど、不正論文のことで携わっている関係上、医学者全員が今倫理に関してもっと真剣に考え、若い人を教えないといけないと思っています。他者のこととか困った学生の話ではなくて、医学者全員が、今社会からあの人たちはうそをつきやすい人たちと思われているこの現状を、もっと危機感を持ってやらないといけないと思っています。姉齒事件があったときに建築士の会はものすごい危機感がありました。医師あるいは医学者は今それだけの危機感を持っているかどうかというと、他者のことと思っているような気がして、医学教育の世界の人だけでなく、研究者も含めてもっとこの倫理に関して自分たちの襟も正さなきゃいけないけれども、どうやって教えるか、そしてどうやって評価するか、そういうようなことも考えていいとは思いますが、すけれども。

テーマ③：「卒業時アウトカムの作成」

グループ⑤

テーマ③：卒業時アウトカムの作成

- #1 人間性(倫理観・プロフェッショナリズム)
- #2 知識の理解・習得・応用
- #3 診療能力(臨床推論能力・
基本的臨床手技・多職種連携)
- #4 地域医療(福祉・介護・総合診療)
- #5 社会医学(公衆衛生・医療保険)
- #6 コミュニケーション能力
- #7 自己主導型学習能力
- #8 研究マインド
- #9 大学のミッション

テーマ③：卒業時アウトカムの作成

【医学教育】

グループ	: ⑤
モデレーター	: 田邊 政裕 (千葉大学)
司会	: 黒沢 洋一 (鳥取大学)
書記	: 松浦 博 (滋賀医科大学) 鈴木 拓 (札幌医科大学)
発表資料作成者	: 尾上 尚志 (東京慈恵会医科大学)
発表者	: 若林 孝一 (弘前大学)
質問対応者	: 荒木 信夫 (埼玉医科大学) 義江 修 (近畿大学)

【若林】 弘前大学の若林です。グループ5を代表して発表いたします。

我々のグループは7つの大学から成っておりますけれども、実際に卒業時のアウトカムを作成しておりますのは東京慈恵会医科大学だけでありまして、ほかの6大学はまだ作成していないという現状にあります。そこで、その7大学でアウトカムを実際作ってみようということでき上がってきた大項目がこの9つであります。

まず挙げられたのが人間性で、どなたも一番大事なものということで一番に挙げさせていただきました。そこには医師としての倫理観やプロフェッショナリズムも含まれます。

それから2番目は知識でありまして、これは既にコアカリに定められているところでありますけれども、その理解・習得だけではなくて、それを応用して実際に問題を解決していくところまで求められます。

それから3が診療能力であります。これには臨床推論能力、それから卒業時ですので基本的と付けましたけれども、基本的な診療手技といったスキル、更に多職種連携やチーム医療といったことも含まれます。

それから4に挙げたのが地域医療、これはもちろん東京にある大学と、私のおります青森県というようなところでは当然そのウエートが異なってくるかもしれませんが、一応みんな学ぶことだろうと。で、ここには福祉や介護あるいは総合診療といったことも含まれてくると思います。

それから5として挙げたのが社会医学でありまして、ここには公衆衛生的なことや医療保険といった医療経済的なことも含まれます。

それから6のコミュニケーション能力は、これは全ての項目に関係することですけれども、

やはり大事な能力なので別項目として挙げました。ここには英語によるコミュニケーション能力ということも含まれると思います。

それから7が自己主導型学習能力でありますけれども、今後座学といったようなことも多分時間的には減っていくと思われまますので、自分で学習していく能力あるいはさらには生涯学習修といったことにもつながっていくと思います。

8番として挙げたのは研究マインド、これも各大学によってそれぞれウエートが違うかもしれない。そしてこれらを全て総合して最終的に各大学のミッションに基づいて順番付けたりあるいはウエート付けたりをしていく必要があるだろうというのが我々第5グループのまとめであります。

発表は以上です。

【北村】 ありがとうございます。

9番目の大学のミッションというのは、個々の大学が書き入れる空白の部分という理解でよろしいですか。

【若林】 そういう意味でもありますし、1から8を例えば重み付けするというような意味で、あえて9番として挙げさせていただきました。

グループ⑥

- ディプロマ・ポリシーと卒業時アウトカムの違いは？
- 卒業時アウトカムは可能な限り評価可能で、それに至るプロセスがカリキュラムに反映されるべき
- コアカリの「医師として求められる基本的な資質」を参考に作成→national outcome にできる？
- 大学の特殊性も加味する
 - 学生の親からのニーズを考慮(杏林、金沢医大)
 - 地域に貢献でき、かつ地域性を加味した医師(名市大、高知)
 - 研究志向、国際的に活躍する(京大)

テーマ③：卒業時アウトカムの作成

【医学教育】

グループ : ⑥
モデレーター : 岡村 吉隆 (和歌山県立医科大学)
司会 : 多久和 陽 (金沢大学)
書記 : 小西 靖彦 (京都大学)
発表資料作成者 : 五十嵐 寛 (浜松医科大学)
発表者 : 平形 明人 (杏林大学)
質問対応者 : 飯塚 成志 (名古屋市立大学)
質問対応者 : 古谷 博和 (高知大学)
質問対応者 : 望月 隆 (金沢医科大学)

【平形】 卒業時アウトカムの作成ということで話し合いいたしました。各大学のアウトカムの作成状況あるいは現状についてお話しいただいたところ、きちんとアウトカムを作成している大学もありますが、目標という形で掲げているところが幾つかあり、その話し合いの中で、ディプロマ・ポリシーと卒業時アウトカムの表現の違いはということが話し合いの話題になりました。そして卒業時アウトカムは、可能な限り評価可能で、それに至る

プロセスがカリキュラムに反映されるべきものであるということ、例えば先ほどのコミュニケーション能力の向上ということであれば、臨床実習あるいはOSCEを通じての評価、それに向上するためのいわゆるカリキュラムの作成、そういうふうに擬似的であっても評価できるものであるべきであるということに皆さんの話がまとまってきました。また、コアカリに掲げてある医師として求められる基本的な資質というのが8項目挙げられております。これがそれぞれのアウトカムの総論として非常にいいものであって、これをナショナルアウトカムとして基本にして、それに大学の特殊性を加味することが実際的ではないでしょうか。この特殊性にはいろいろあって、例えば私立大学の多くの大学では、やはり親からとにかく医師国家試験に通ってください、これはもう現実的な医学部の目標です。どんな医者になりたいですか、まず試験に通るということが大きい問題であり、これが参加型臨床実習が増加したときにそれを評価できるような国家試験であってほしいということも話に出ました。また、地域においては地域に貢献でき、地域性を加味した医師を作る、それを重要視した卒業時アウトカムの表現にする。また、伝統ある大学においては研究志向、国際的に活躍するというところに重きを置いたアウトカムの作成がいいのではないかと、というお話がありました。

以上であります。

グループ⑬

○ テーマ③:卒業時アウトカムの作成

➢ 国民の健康を担う歯科医師として必要なアウトカムベースの生涯学修が必要ではないか？

- ✓ 生涯学修アウトカムの作成および達成度評価は、大学・学会・歯科医師会・文科省・厚労省・国民の代表などで構成された専門の機構が行う(1階部分)。
- ✓ 各ステージで達成すべきアウトカムを設定する。
 - ex: 臨床実習前⇒卒業時⇒臨床研修終了時⇒生涯研修
 - ・ 卒業時アウトカムはそのステージの1つ
 - ・ 国家試験は卒業時アウトカムの一部
 - * 卒業時のアウトカムを達成するカリキュラム設定は各大学で行う←外部評価の必要性
- ✓ 各大学・学会・歯科医師会が独自に設定する地域性、専門医制などのアウトカムも作成する(2階部分)。

テーマ③:卒業時アウトカムの作成

【歯学教育】

グループ	: ⑬
モデレーター	: 西原 達次 (九州歯科大学)
司会	: 鶴田 潤 (東京医科歯科大学)
書記	: 河相 安彦 (日本大学松戸歯学部)
	: 前野 正夫 (日本大学歯学部)
発表資料作成者	: 松野 智宣 (日本歯科大学生命歯)
発表者	: 山本 仁 (東京歯科大学)
質問対応者	: 竹重 文雄 (大阪大学歯学部)
	: 菅井 基行 (広島大学歯学部)

【山本】 13班、東京歯科大学の山本です。よろしくお願いたします。

私どものグループでは、各大学で卒業時のアウトカムが作られたり、あるいは、既にあると思うのですが、そうすると、余りにきれい事になり過ぎるのではないか、余りに高い理想になり過ぎるのではないか。それを達成できないと卒業できないのか、というような

問題が出るのではないかという議論が最初でありまして、本質的なところとして、歯科医師は歯科医療を通じて世の中に貢献するということを考えると、やはり歯科医師として持つべきアウトカムというアウトカムベースの生涯学修というものが必要であるという意見になりました。そしてその一部として卒業時のアウトカムがあるという考え方で進めていきました。この生涯学修アウトカムの作成、それからその達成度の評価については、大学、学会、歯科医師会、文科省、厚労省、これに加えて国民の代表などで構成された専門の機関が行うのが良いのではないかと考えました。ただこれはあくまで1階部分、ベースの部分であり、それぞれの大学あるいは学会、歯科医師会等が独自に設定する地域性、あるいは専門性などを考慮したアウトカム、これを2階の部分というふうに考えましたけれども、その1階建て、2階建ての部分から成るアウトカムがあって、卒業時アウトカムはそのステージのあくまで1つであり、その後に行われる国家試験も、その卒業時のアウトカムの一部として位置付けられるものとして考えました。

この卒業時のアウトカムについてですが、1階部分のところだけで考えると、午前中の話でありましたが、どこを切っても金太郎になってしまう恐れが出てしまうということですが、2階部分があるということ、それからその卒業時のアウトカムを達成するカリキュラムの設定というのは各大学で行うということにすれば、全ての歯科大学が画一的なものではなくなると考えました。

では実際に卒業時のアウトカムはどのようなものにするかですが、最終ゴールというべき目標のアウトカムベースの生涯学修が決まっていないところで決めるのは難しいですけれども、具体的なものとして、モデルコアカリキュラムに記載されている歯科医師として必要な資質の8項目をメインにして、それにドメインを下部に付けたもの、あるいは臨床実習内容、これもコアカリの中にありますが、その水準1あるいは水準2の一部が相当するのではないかという意見が出されました。

以上です。

【北村】 どうもありがとうございます。斬新なアイデアですね。

このグループ、同じテーマなんですが、随分違う発表で、最初のグループは、7つ、8つの大学として共通のアウトカムを提示していただきました。2つ目のグループは、ディプロマ・ポリシーとどう違うんだろうとか、いろいろな面で今のアウトカムの持つ問題点を指摘していただき、コアカリの中の医師として基本的な資質をナショナル・アウトカムにし、そこに大学の特殊性、何としても国家試験に通るみたいなものを入れるという御意見

で、歯科の方は生涯アウトカム、生涯アウトカムっていつ達成するのかちょっと難しいんですが、それより上位のものがあって、それを達成するために大学を卒業した時点におけるアウトカムを設定し、それに達しているか達していないかは、国家レベルで、イギリスでいうGMCとかそういうものでチェックすればいいとか、日本の国家試験のブループリントはこれに相当しないとは思いますが、国家レベルで各大学の1階部分のアウトカムをチェックしようという御提案です。どのところでも結構です、どうぞ御意見とか御質問とか。はい、どうぞ。

【西屋】 香川大の西屋と申します。国家的なアウトカムを策定するというのは非常に大事なことだと思いますが、先ほどの御発表であったように、コアカリの8つの基本的な医師の資質は、文科省はACGMEとかCanMEDSで提示されているような国家的アウトカムレベルに相当するようなものとして位置付けられているのか、どのような位置づけかをお教えいただきたいのですが。

【北村】 平子さん、お願いします。

【平子】 これはいろいろなところで議論になりやすく、端的に言うとコアカリのところに示されているものなんですが、結局そこに書かれている内容自体が、例えば卒業時点でも卒後でもみんな同じじゃないかという話があると思うんですね。そういう意味では、その言葉だけを見れば、なかなかイメージができないものなのかもしれませんけれども、卒業時点で求められているものということ、あるいは目指しているものというところに若干多分幅があると思うんですね。そういった見方で、決して登る山が大きく違うというわけではなく、登っている山のどの段階にあるのかという観点で医師に求められている資質といったこと、あるいは歯科医師に求められている資質といったものが示されているというふうに捉えていただいたらいいのかなと思います。

【北村】 よろしいでしょうか。ただ、コアカリ自体が最初にできたときは、GIOがあって、そしてSB0があって、こういうものを授業でやっていって、そして5年生を過ぎたら星印のあるものもやって、そしてあれを全部やりましょうというのがコアカリでした。そして6割、7割のエネルギーでやって、3割、4割は大学固有の教育をやろうと。それをやったらあそこに書いてある基本的資質が備わるかということ、そういうものでもなくて、基本的資質は後付けしたものですので、基本的資質を達成するためにこれとこれをやりましょうという形で作ったものではないので、よくよく読むと、矛盾というか方向の違うものもあるので、将来改訂するときにあれば、またそっちの方で改訂すべきものと私は理解して

います。

ほかに。どうぞ。

【田川】 鹿児島大学の田川です。

今の議論とも若干関連するんですけども、最初のグループは項目を挙げていただきました。ただこれは具体的に記述がないので、どのレベルまでできるべきなのか、コミュニケーション能力もどこまでできたら卒業時レベルに合格したという測定可能な能力として明示されていく必要があるだろうなというように思います。要するに、今のコアカリで提示されている「医師に求められる資質」は誰も納得できるんですけども、到達しているかどうかの測定判断ができる記述こそがアウトカムとして今求められているのではないかと考えています。

もう1点なんですけれども、卒業生が別の地域に行って、その大学ではない別の研修プログラムを受けるといふ今の教育研修制度を踏まえたときに、どこまでをできたときに医師という資格を得て患者さんに対して医行為をやっていかというところこそがしっかりと明示されていけば、学生が大学を離れてどこの研修病院に行ったとしても問題なく研修が開始でき、安心して患者さんに対して卒後研修ができるということになるんじゃないかと思うんです。それに対して2番目のグループの先生方、余り明示はされていなかったと思うんですけども、何か御議論されたのか、この辺について御意見いただければと思います。

【北村】 1つ目のことに関しては、コメントというか、医学教育の専門家として、この領域だけで済んじやいけませんよというようなサゼスションということで、2つ目のお話、地域に貢献でき、かつ地域性を加味した医師を創るというアウトカムを作った場合、その人たちが異動してしまったらどうなんだというようなことなんです、高知大学の古谷先生、どうぞ。マイクをお願いします。

【古谷】 もちろん今質問されたことに対する議論というのは当然ありまして、それに対して具体的に目標を定めるべきなのか、それともコアカリを作るときの大きな方針というのを決めるのかという議論になってこういうふうな表示になったわけです。どういう資質をどこまで求めるか、異動したときに学生がどこまで医療レベルを求められるかということにつきましては、それも議論になりまして、例えば私のような結構地域振興型の医師を目標としている大学の立場から言えば、たった1人で当直しているときにどのような救急の方が来られても、それをすぐ搬送するべきか、それともここで処置をするべきか、次の日まで待つて上の先生が日中出てくるときにすぐ診療できるように情報を提供できるよう

にするのか。具体的に言えばそういう対応ができるようになることが一応医師としての最低のレベルだろうという議論になっております。

【北村】 もう1つ、名古屋市立大学の先生の御意見を聞いてから、特に公立大学はタックスペイヤーが限られているからミッションを作る、あるいはアウトカムを作るには大変御苦労があると思いますが、どうぞ。

【飯塚】 自分の大学の 카테고리 からというのは、実は余りその部分に関しては地域性の部分のみだったというふうに記憶しています。議論の中であったのは、まずは基本的には、国家としてどのような医師をといる先ほど先生おっしゃったとおりで、もうそれが先にできていない限りは、やはりこれは作るの難しいなという印象は否めません。それがあつた上でそれぞれの大学が、例えば本学であつたとすると、地域に密着した形の医師というのがどうしても必要になってまいります。と申しますのは、もう地元志向が非常に強くて、本学を卒業した学生が基本的には東海三県に散らばっていくというような形で、その中でのチームとして動いていくといったことも出てきます。あるいは、その中での高齢化地域に対しての対応というものも本学が中心になって考えていく部分というのが当然に出てきます。そういったことが当然盛り込まれていくことにはなるわけなんですけれども、やはり国家としてのというようなスタンスは必要なのではないかというふうには考えるところでございます。

【北村】 ありがとうございます。もちろん国立大学も地域を考えなければいけないので、全ての大学に共通した問題と思います。

どうぞ、田川先生。

【田川】 こういうふうに議論すると、やはり患者さんをしっかり診ることができるという共通項が出てきて、うちは研究ができればいいからと言っている大学にとつても、地域医療を担うだけの能力は共通のこととして皆さんで全国の医学部で育てていきましょうというような形にまとまってくるんじゃないかと思ひますし、そうしていただかないと、100人のうちの1人でも地域に来て何もできなくて困るということになつては、やはり問題があるかなというように思ひます。

【北村】 ありがとうございます。金太郎あめの医者でいいのか、大学によつてあめの色が違つた方がいいのか、何か深い問題とは思ひますが。

どうぞ。

【増田】 獨協医科大学の増田でございます。

私自身は基礎医学の人間なんですけれども、医学部卒業生のキャリアトラックという部分で考えると、非常に多様性を求められる部分もあるのかなとは思っております。もちろん、地域医療で活躍する臨床医あるいはそこで最低限の能力を発揮する臨床医も必要だと思いますが、実際には行政に行く人が十分いない、あるいはもちろん基礎の方で人材が足りないという状況も出ています。そういう意味で言うと、少しテイラーメイド的な要素でアウトカムを決める、これは大学の特性がこうだからということで決められてしまうと、多分学生自身にすごく負担が生じたりとか、あるいはジレンマを生じたりするという部分が出てきて、それは学習効果にも影響する部分があるのかなということをちょっと考えたりします。特に受験生の受験行動を考えると、ここの大学のアウトカムがこれだからここを受験するという判断は恐らく高校生のレベルでは余りないのかな、入れるところにとりあえず入ってということが多いような気がしますので、そういう意味では設定したアウトカムと学生の意識とのマッチングをどういうふうに進めるかということも検討する余地があるのかなという気がいたしました。

以上です。

【北村】 特殊な大学というか、産業医科大学、防衛医科大学、自治医科大学のように卒業生のトラックがある程度決まっているところは決めやすいですが、その他の大学はみんな卒業生は研究者から社会医学者、あるいは行政、そして臨床医といろいろなものになるので、それを考えたら最低限の共通項は金太郎あめでいいという考えもあるとは思いますが、また時間を持ってディスカッションしたいと思います。

ちょっと時間が過ぎていきますので、次へ行かせていただきます。

テーマ④：統合教育の在り方・実践 グループ⑦

統合教育の在り方・実践__グループ⑦

- 統合教育と学問体系別(ology)の教育についてはologyへの回帰傾向(統合型の問題点:教科書や学生の理解の差が出る。コーディネーター依存。)
- 統合型の組合せ:他学部(看護、薬学、歯学)との統合(多職種連携教育)、基礎と臨床の統合、臓器別、臨床と病理各論の組み合わせが多い。
- 教養教育と専門教育の統合(総合大学で乖離):医師養成に必要な教養教育の認識の共有が必要。医学・留学に向けた英語教育。医療倫理・行動科学の専門家の不足。
- アクティブラーニング導入:基礎系ではマンパワーの問題。基礎配属、TBL、e-learningの導入。

テーマ④：統合教育の在り方・実践

【医学教育】

グループ	: ⑦
モデレーター	: 中谷 晴昭 (千葉大学)
司会	: 飛松 省三 (九州大学)
書記	: 藤本 眞一 (奈良県立医科大学)
	: 和佐 勝史 (大阪大学)
発表資料作成者	: 岩崎 賢一 (日本大学)
発表者	: 黒田 雅彦 (東京医科大学)
質問対応者	: 白木 公康 (富山大学)
	: 神田 芳郎 (久留米大学)

【黒田】 グループ7の東京医科大学の黒田が発表させていただきます。

我々のグループは、統合教育の在り方という非常に難しい議論に尽くせないようなテーマだったんですけども、一定の時間内である程度の方向が見えたので、それをスライドにまとめてみました。

統合教育ということを考えて、一番やはり問題なのは、学問体系別(ology)をどういうふうに捉えていくかということが一番大事になってくると思うんですけども、我々の議論の中では、ologyを回帰傾向というかologyを残したままやっていくのが一番いいのではないというふうな考え方にしました。ologyを残していく、統合型ologyをなくしてしまうという問題点に関しましては、特に教科書や学生の理解の差が出るということが問題であろう。それから、実際に完全にologyをのけてしまうと、コーディネーターに依存した問題が出てくるんじゃないかなということが問題点としてありました。

実際に現実的な統合型の組合せということに関しましては、他学部、看護、薬学、歯学との統合、多職種連携教育といったものが現実的な組合せである。あるいは基礎と臨床の統合、あるいは臓器別臨床と、その今のコアカリキュラムと病理各論なんかでやっている学校がかなり多いと思うんですけども、そういう組合せが現実的ではないかなということを考えました。

それからもう1つの問題である教養と基礎医学教育の統合、これは1年次、2年次に問題になってくるものですが、特に教養学部を有するような総合大学でのかい離が問題になっていて、教養の先生の考え方と、基礎医学に移る中での移行が非常に問題になってくるということがあるんですけども、その問題に関しては、医師の育成にとって必要な教養教育

(リベラルアーツ)の認識を、教養の先生と医学部の先生との間での共有することが必要なんじゃないかなというふうに議論しました。

特に基礎の教養の、英語に関しては医学留学に向けた英語教育、あるいは医療倫理や行動科学の専門家が不足していますので、そういうことを考えてもらった学部での教育というのをやってもらえば、いいのではないかなと考えました。

それから能動学習についての議論もしたんですけども、基礎系ではマンパワーが不足している現状の中では基礎配属を導入する、あるいはTBL、e-learningを導入することによって能動学習をしていけばいいかなということを議論いたしました。

以上です。

グループ⑧

統合教育の問題点

- 国際認証で統合型が推奨されている背景は？
- ✓ BSL72週についてはハーバードでのコントロール実験がある
- ✓ 統合型については学習効果に関する根拠はあるのか？
- メリット
- ✓ 知識の統合を促す
- ✓ 高学年で統合型にすれば繰り返しによる記憶の「ブースター効果」が得られる。
- ✓ 特定の教員の成績への過剰な介入の抑止
- デメリット
- ✓ BSL期間確保のためのカリキュラムの短縮の方便・方略になるリスク
- ✓ 特定の講座・教員への負担
- ✓ 統合にフィットする教科書がない(一冊の本を通して読まなくなる)
- カリキュラムデザインにおける統合の在り方は？
- ✓ 基礎の分野から統合するか、高学年で統合するか？
- ✓ 基礎・臨床の適正な重みづけは？
- ✓ 学修法を通じた統合の具体的方略は？
- マンパワーやリソースの問題
- ✓ 他国・大学間との教員数の違い
- ✓ 他学部・他学科とのカリキュラム構造の違い(多職種連携に課題)
- ✓ 講座間の壁

グループ8

テーマ④：統合教育の在り方・実践

【医学教育】

グループ : ⑧
モデレーター : 高松 研 (東邦大学)
司会 : 小林 直人 (愛媛大学)
書記 : 藤宮 龍也 (山口大学)
書記 : 増田 道明 (獨協医科大学)
発表資料作成者 : 金子 幸弘 (大阪市立大学)
発表者 : 中西 憲司 (兵庫医科大学)
質問対応者 : 田代 啓 (京都府立医科大学)
質問対応者 : 栗林 太 (川崎医科大学)

【中西】 グループ8に関しましては、兵庫医大の中西が発表させていただきます。

まず、統合教育ということではありますが、私たちの体は部分が統合されたものであるから、医学も統合した形で学習するというのが非常に効果的じゃないかというふうな考え方に対して、どういう問題点があるか、それを教える者の立場あるいは学ぶ者の立場、そういった点から考えて、メリット・デメリット等についてここにお示ししたいと思います。

まず、国際認証を得るには統合型が推奨されている、その理論的背景はどこにあるかという問題から話を始めました。例えばBSL72週に関しては、少なくともハーバード大学でコントロールを得た実験でこれは効果があるということがありますが、この統合型学習に関してはそういう根拠はあるのかということ、そのことについて話をしました。

次はメリット、医学の知識を統合した形で獲得する、それを促すという意味で非常にメリットがありますが、また、低学年のときにologyで勉強したものを高学年でこういう統合

型であることによって記憶のブースター効果が得られるとか、また、特定の教員が成績を付けるときに過剰な介入を抑止できるとか、こういったメリットがある一方、デメリットとしまして、もしかこの方法がいわゆるBSL期間確保のために用いられるならば問題であると。また、特定の講座、教員への負担が大きい。また、こういった形にフィットした教科書がなく、1冊の本を通して読まなくなる、そういうくせが付くのではないかと。

それから、カリキュラムデザインにおける統合の在り方としまして、いつからこの統合学習ができたか、基礎からか、高学年からか。それと基礎と臨床の重み付け、割合をどうするか。それから、この学修法を通じた統合の意義、これは統合した知識を得るのか、統合した物の考え方をマスターするためのものであるか。また、様々な問題としまして、マンパワーの問題あるいはリソースの問題もあると。諸外国と比べて、あるいは他の大学と比べて大学にあつては教員数が少ない場合もあります。また、多職種連携との課題で、他学部・他学科とのカリキュラムの構造の違いをどう克服するか、また講座間の壁がある、このことに対してどう克服するか、そのような点について議論いたしました。

以上です。

グループ⑭

○ 統合教育の在り方

教養教育と専門教育の統合教育:倫理観・基礎学力・一般教養
 歯科の中の分野間の統合教育:成長発育歯科学・咬合学・
 基礎=臨床融合歯科学・Case-based learning
 多職種間(医科・介護職・行政)の統合教育:社会・地域のニーズを
 踏まえた教育(高齢者歯科学・摂食嚥下・在宅歯科医療学)

○ 統合教育の問題・実践

実施時期:歯科専門系統教育の進行に合わせて実施
 倫理教育については一貫して実施
 コーディネーターの役割:スタッフ編成・シラバス作成・評価基準
 教材・テキスト:現在は十分に整備されていない

実施アウトカム:社会・学生・教員の立場からメリットが求められる

テーマ④: 統合教育の在り方・実践

【歯学教育】

グループ : ⑭
 モデレーター : 平田創一郎(東京歯科大学)
 司会 : 大川 周治(明海大学)
 書記 : 福本 敏(東北大学)
 発表資料作成者: 寺尾 豊(新潟大学)
 発表者 : 中村 典史(鹿児島大学)
 質問対応者 : 櫻井 孝(神奈川歯科大学)
 宮崎 隆(昭和大学)
 服部 正巳(愛知学院大学)

【中村】 14班、鹿児島大学の中村が発表いたします。

我々のグループでは、歯学に関連した統合教育の在り方・実践について話をしました。様々な意見が出ましたけれども、少し整理して考えた方がいいだろうということで、3つの柱に分けて考えました。

1つは、教養教育と専門教育の統合教育。それから歯科の中での分野間の統合教育、そして多職種間の統合教育であります。

まず、その教養教育と専門教育の統合教育では、プロフェッショナルリズムの重要であるとか倫理教育、それから入学前の基礎学力の違いをどうすり合わせるのか、一般教育、こういうものが入ります。

それから歯科の中での分野間の統合教育は、今までの系統教育において複数の講座がそれぞれの観点から、講座のテーマはたくさんありますけれども、それが学生に分かりにくい、それを少し統合して教育をすると。それから基礎・臨床を融合した歯学教育をすることによって、より実用的なCase-based-learningにつながる教育ができるだろうと。

多職種間の統合教育については、今、高齢者社会あるいは有病者が増えるこの社会に中であって、社会のニーズを踏まえた教育ということで、医科、介護職、行政なんかと協力しながら、高齢者歯科学あるいは摂食えん下の教育をする、また将来的には在宅歯科医療学といったことも教育の中に入れていく必要があるだろうというふうに話をしました。

問題点としては、今までの経験から幾つか大事なポイントがあるというふうに思います。1つは実施時期でありますけれども、全く基礎知識がないときに統合教育をしても理解できないということで、ある程度専門的な系統教育の進行に合わせて行う必要があるだろう。それから一方で、倫理教育に関しては、エクスポージャーを早いうちに行って、そして臨床実習をしながら、また医療倫理学の教育をするといったことも、一貫した教育も必要だろうということ。また、コーディネーターの選択と役割、一番これが大きいんじゃないか、これがもうキーになるんじゃないかというふうに。で、スタッフの選定であると。それぞれの異なった分野のスタッフが話す内容のすり合わせであるとか評価基準、こういったことをコーディネーターがしていかなきゃいけないのですけれども、各施設にそういう適任がない場合には、その教育であるとか、あるいは組織としてそういう人材を獲得するという努力が必要であろうと。そのほか、統合教育に関する適切な教材がないので、今後はこれが整備されていかなきゃいけないだろうということ。最終的に実質的なアウトカムとして、ただ統合系の教育をしたからというのではなくて、社会、学生、教員それぞれの立場にメリットがあるような結果になればというふうに話をしました。

以上です。

【前田】 ありがとうございます。それでは、電気をつけていただけますでしょうか。

今、3つの班のグループから統合教育についてのお話がありましたけれども、何か全て問題点ばかりで、課題を解決するということにまだ行っていないと思うのですけれども、何か御追加等、御質問等ございますでしょうか。

どうぞ。

【増田】 獨協医科大学の増田です。

8グループで議論に出た答えがここで得られるかどうか分からないのですけれども統合型が国際認証において評価の対象になっているという背景が何なのかということ。それから例えば統合、特に垂直型の統合の定義について。例えば臨床医を経験した基礎の教員が生理学や微生物学を教える場合、所属が基礎医学だと統合型に恐らくカウントされないんじゃないかと思うんですね。逆に基礎医学的素養のある臨床医が循環器の講義で循環の生理を指導する、これも恐らくカリキュラム上は統合というふうに捉えられないんじゃないかと思うんです。ただ内容的には十分統合しているのかなという気もするんですね。ですから、どこを統合と言うのか、それからその統合型がなぜ評価として対象にあるのか、それらについて、もしお分かりでしたら教えていただければと思います。

【前田】 一番初めは奈良先生ですかね。

【奈良】 統合型教育にメリットがあるかどうか、エビデンスがあるかという御質問がございました。実は1999年に、ドイツのシャリテ大学で大規模な実験が行われました。それは従来型の基礎医学をまず履修してから臨床医学を学習するグループ540名と、統合型教育として臓器ブロック別教育をPBLで行うグループ63名に分けて、教育効果を同時に比較したスタディです。教育効果を客観的に評価するのは難しいのですが、国家試験成績で見たところ、両群には有意差のないことが確認され、教育技法の違いは見られませんでした。ただ、学生に聞いたところ、統合型教育の方が分かりやすく、ベガ区へのモチベーションの高まったとの意見でした。客観的なエビデンスではないかもしれませんが、このスタディの成果に基づき、シャリテ大学では学年進行で全て統合型教育に切り替えています。これが1つの指標になるかなと思います。(追加としての資料：奈良信雄、鈴木利哉「ドイツにおける医学教育と医師国家試験」医学教育45：193～200、2014)

医学教育認証評価の際に統合型教育でなければならないというわけではございません。少なくとも学生にとってより効果的な教育ができればいいわけです。こういった形の教育が一番いいのか、各医学部で御検討いただき、各医学部でもっとも効果的と考えられる教育を実施されることが肝要だと思います。ですから、認証評価で統合型教育でなければいけないということはないかと思います。

【前田】 じゃあ2番目は、それは福島先生ですかね、統合型は。どうでしょうか。

【福島】 統合で水平とか垂直というお話がありましたけれども、水平とか垂直の統合

というのは、実際にはコンピテンスの問題で、アウトカムを達成しましょう、そこにもっていく教育のときに、別に科目ごとに、コンピテンスを科目に落とし込むわけではなくて、実際の科目の中でどういうコンピテンスを、例えば1年生でどう育てていって、2年生でどう育てていってというのが縦の統合ですよね。で、学年間では、それこそ解剖学はこれを教えていて、生理学はこれを教えていて、生化学がこういうことをやっていて、そうしたらそこで共通のいろいろな、例えばレポートの書き方みたいな文章能力は別に解剖学が担当するわけではないので、全部の科目でやりますよね。そうすると、例えば科学的な記載ができるという能力をアウトカムに選ぶとするならば、それは科目間の、学年間の統合、一緒にみんなでやりましょう。で、解剖生理が終わってそれこそ伝統的なカリキュラムで申し訳ありませんけれども、それで臨床に行ったとしたら、その解剖生理学がやってきたことをちゃんと臨床医学のところで利用して、そしてそれが臨床実習で使われていけば、それは垂直の統合になるわけです。だから、垂直の統合とか水平の統合というのは、本来はいろいろな科目や人々が集まって大学が全体でこの卒業時アウトカムに達成するカリキュラムを実施していきましようというのが垂直の統合とか水平の統合という意味だと理解しております。

【前田】 ほか、いかがでしょうか。

どうぞ。

【安倍】 福井大学の安倍と申します。

ここで一般教養、行動科学の話題が出てきていますので、発言あるいは質問させていただきたくします。私は福井大学医学部の専任の行動科学の教員です。一般教養のかい離とか、一般教養の先生方の医学教育に対する認識の違いといったようなことが指摘されておりますが、現段階では他学部の先生に医学部の一般教養の授業を任せているという状況から、かい離は当然のことと思います。そこで国際認証ですが、アメリカの国際認証の中に行動科学が入っているのは、USMLEのステップ1の試験科目の中に行動科学が入っているからと私は理解しています。そうすると当然、医学部での授業に行動科学を含めなければならないことになるのですが、日本の場合は国家試験に行動科学、倫理学あるいは社会学などの一般教養が入っていない。だから力を入れないというのは、仕方がないことだと私は思っています。もし日本版国際認証にも行動科学などを入れるのであるならば、国家試験にもそういった問題が今後入れられるのかどうかということをお伺いしたいと思います。

【前田】 これは伴先生ですけど、お帰りになったんですかね。

どなたか、私は歯科なので医師の国家試験のことでなかなか。情報をお持ちの方はいらっしやいますでしょうか。

【平子】 文科省の平子ですけれども、国家試験のことが私の方で御説明するのがいいのか分かりませんが、在り方自体は当然議論の対象にはなると思います。入るか入らないかという意味では、それは議論次第ということなんですが、ただ、よくお考えいただきたいのは、試験に出なければ教える必要がない、学生がやらないということではなく、大学で医学教育を行うことといったことの根本的な問題をやはり考えていただく必要があるんだと思うんですね。だから、テスト、国家試験だけで全てのことを評価するのではなくて、制度上は国家試験の受験資格は大学を卒業したということが要件として懸かっているわけです。これは大学できちっとした教育がなされているということが前提なんです。したがって、全てのことを国家試験のペーパーのみで見ているというわけでは制度上ないので、どういった教育をするのか、先ほどのコアカリの議論でもありましたけれども、大学の共通でおおむねやらないといけない領域というのはコアカリの中でおおむね示されていますけれども、それ以外の部分の幅、大学それぞれの独自の教育であったりというのはあると思いますので、そういったことを念頭にいただけたらいいのかなと思います。

【前田】 ありがとうございます。

ほか、いかがでしょうか。

どうぞ。

【田川】 鹿児島大学の田川です。

統合教育ということで、どのグループも臨床実習前のところを主に議論されたようなんですけれども、今国際的には臨床実習の統合というようなことも議論され、幾つか報告もあります。臨床実習そのものを統合した診療科や統合した内容でやることによって学生が必要とする診療能力をしっかりと教育していこう、あるいは患者さんとの長期の関わり合いを持つことを計画することによって目的とする能力を習得しようというような報告もありますが、そういった臨床実習の統合については議論されたのかどうか、お伺いしたいと思います。

【前田】 どうぞ。

【小林】 第8グループの司会をさせていただきました愛媛大学の小林でございます。たまたまかもしれませんが、第8グループ全て基礎医学系の教員だったので、今御指摘のような指摘、ディスカッションはちょっと能力の域外かなというふうに思いました、失礼です

が。

【前田】 第7はいかがでしょう。

【神田】 済みません、第7グループの久留米大学の神田と申します。

第7グループでも臨床実習の統合に関しては話題には出なかったというふうに記憶しております。

【前田】 歯科の場合は、一応学生の総合診療室で1口腔単位というのがメリットで、それでも統合型といえば統合型の臨床実習をずっとやっているという感じになっておりますが。

あといかがでしょうか。どうぞ。

【石川】 モデレーターの石川でございます。

統合教育の目的を考えたときに、学生に求められているのは、リアルワールドの問題解決力、いわゆる患者さんが抱えるベッドサイドの問題を解決する力ではないかと思っております、そのために統合教育が有効ではないかという議論があるかと思えます。研究テーマでは、From Bedside To Benchとも唱えられますが、教育では、From Bedside To Classroomのような観点で、実際の患者さんの抱えるいろいろな複雑な問題を分解をしていったときに、どういうケアやキューが必要かというようなことを考えることが必要だと思います。やはり1人の専門家の縦割りの講義だけでは見るポイントが限られますので、いろいろな観点からディスカッションを強化して、多様性を持ったアドバイスを入れていくというのが統合型の授業ではないのかというふうに思っています。

また、教員がお互い忙しい中で、統合型の教育をデザインしたり、そのための準備をしたり、あるいは評価をすることは、非常に手の込んだ作業が必要になってくることを理解しなければならないと思います。統合型教育の在り方を考えたときには、それが何を目指しているのか、患者さんのメリットはどこにあるのか、医療者に求められていることは何なのかということを考えて、これらの問題点を教室に持ち込むとことが大事ではないかと感じております。

【前田】 ありがとうございます。統合型の教育を推進していきたいということで、今日この課題が挙げられたと思うんですけども、今日は問題点の抽出みたいな感じになってきて、その課題の解決をどういうふうにしていこうかというのがこれからの問題かと思えます。

籍登録などにもあるだろうということです。で、国家試験の情報についても医学部へお返しいただきたいということがございます。これは特に領域別の個別の小さな、例えば循環器内科のこの大学の卒業生の試験の結果はこうですというような意味でのフィードバックが欲しいということがございました。

小さいPDCAとしては、自己点検をやはりある一定の期間にはしなきゃいけない、それは最長でも5年ごとでしょうということです。参加型実習の検証というのは、先ほどありました電子カルテのチェックをということであれば、電子カルテそのものをチェックの対象にするというのは難しいだろうというようなこともあります。残りは、学内のそういった体制をどうやって強化するかということで、これはみんなDに分類されるものですが、幾つかここに書いてあるようなことが議論として出てまいりました。

以上です。

グループ⑩

分野別評価を通じたPDCAサイクルの確立

- PDCAサイクルを回すための組織のあり方はどうすればよいか。教育ユニット、教務委員会などのPDCAサイクルにおける役割を確立。
- 一方で、全教員がPDCAサイクルに参加するための工夫が必要。
- 学生のPDCAサイクルへの参加方法については工夫が必要。
- Checkは第三者的な観点でおこなうことも必要。Checkで必要なIRのデータをどのような組織で集めていくか。
- 卒業生の評価の一つとして、卒業生の進路などのデータは社会資本であるので、厚生労働省で把握して、各大学にフィードバックしてほしい。

テーマ⑤：分野別評価を通じたPDCAサイクルの確立 【医学教育】

グループ : ⑩
モデレーター : 中村真理子 (東京慈恵会医科大学)
司会 : 中木 敏夫 (帝京大学)
書記 : 石井 誠一 (東北大学)
発表資料作成者 : 門川 俊明 (慶應義塾大学)
発表者 : 多田 剛 (信州大学)
質問対応者 : 小山 徹也 (群馬大学)
林 克裕 (宮崎大学)

【多田】 信州大学の多田です。10グループの発表をします。

私どももPDCAサイクルを回すのをどうしたらいいかということで議論いたしました。分野別評価を受けるのに対してということにしてしまいますと、7年に1回になってしまう。そうすると、一所懸命頑張っていた人がもうなくなってしまふから、そういうことでは駄目で、毎年毎年サイクルが回るように頑張らないといけないということが大事だということがまず言われました。

その中で、じゃあ誰が、どういう組織がどうすればいいのかということで、教育ユニット、教務委員会などがどういうふうに関わればいいのかということを考えたのですが、個人に任せてしまいますと、あるいは委員会に任せてしまいますと、ほかの教員がみんな

引いてしまって、個人あるいは委員会に所属していない人はもうみんな逃げてしまうということがあるので、2番目のポツなんですけれども、全教員がPDCAサイクルに参加するための工夫が必要なんだろうということで、それには1つは、FDを一生懸命やることが大事だろうなということはみんな話したんですけれども、それ以上の話はちょっと難しかったです。

それから学生をこの中に取り込むのも大事だろうということで、私の大学では、ここで見聞きしたことですけれども、学生も医学教育センター会議の委員にして、学生の意見も取り入れるというのも大事じゃないかということを紹介させていただきました。

それから、チェックするにはIRが必要だということで、確かにIRのデータをどういうふうにご利用するかということを考えるに当たりまして、立案するところとチェックするところが同じじゃまずいんじゃないかとかという話で、そのチェックをするのにどういった人たちがやるのがいいのか。立案した人たちだけでやったらまずいだろうという意見と、内部だからそれでもいいんだらうという、2つの意見が出ました。立案した人も加えて、あるいは第三者的な人も学内から入れて検討すればいいのではないかというふうな結論になりました。

それからこれは厚生労働省の方の目を見て言えと言われたところなんですけれども、先ほどのグループと同じですけれども、大学が卒業者のトレースをするというのはもう大変なこととして、正直言ってできないところです。それで、厚労省には医師がどこの病院でどういう人が働いているかということがもう分かっているはずですので、そのデータを我々にフィードバックしていただければ非常に有り難いというふうに考えております。

以上でございます。

【北村】 ありがとうございます。明かりをお願いします。

このテーマは歯科はありませんので、この2つのグループだけです。御討議いただく前に、やはり共通して言われたこの厚生労働省なり国の関与を本当に皆さん認めていいんでしょうか。最初のチームは、医師は半ば公人である、あるいは後のグループは社会的資本であるから教えろということのようではありますが、もしその論理を認めると、逆に国が医師の地方への強制配置や診療科への強制配置ということを同じ論理で言ってきます。医師は半ば公人であるので、麻酔科が少ない場合は麻酔科に行きなさいとか、医師は社会的資本であるので、田舎の患者もいないところへ行けとか、そういうようなことが当然来ます。それがこの医師集団の中で合意として言えるんでしょうか。9チーム、10チーム、いかがでし

ようか。司会の方でお願いします。第9チームの司会の方。はい。

【廣井】 司会を務めておりました東邦大学の廣井ですけれども、先生がおっしゃるようなところには議論は進みませんで、やはり我々が自分たちの教育成果を評価するためには、ある程度の情報が我々の下に集まってくる状況がないと、我々の教育成果は5年先、10年先を見ていかなければいけないのでというところでこの意見になったと記憶しております。

【北村】 はい。10チームは。

【中木】 10チームの司会をさせていただきました帝京の中木ですけれども、我々も今、北村先生がおっしゃったような点での議論は全くございませんでした。ただ、私たちはただひたすらに卒業生のパフォーマンスがどうなっているかを把握するということが認証のマストの項目になっておりますので、ただ愚直にそれを追求したというだけでございまして、そこまでは頭が回りませんでした。

【北村】 ありがとうございます。

幾つかの認証のトライアルに参加してコメント、特に一番最初、外国の先生が言ったのは、自分の大学で努力をしていないと、しつ皆的に1人も漏らさずそのデータを持ってという、そういう無理なことは言わないけれども、自分の大学で卒業生のデータを集める努力をしていますかということなんですが、例えば私がいる東大ですと、学務課は卒業した時点で全く知らなくて、卒業生のデータは同窓会に聞いてくれです。同窓会は当然任意団体ですから大したデータも持っていません。そういう意味で、この認証のところに言われているのは、同窓会でなくて大学としてしかるべく努力をしてほしいというようなことだと私は理解しているんですが。

神津先生。

【神津】 20年近く前の話ですが、1996年に米国で医学部卒業生の追跡調査について少し調べたことがあります。ジェファーソン医科大学ではPhDのHojatという方が積極的に取り組んでおられまして、その時点でたしか既に25年間の追跡データがあるということでした。卒業の時点で大学が学生と契約を結び、生涯にわたって勤務状況や収入まで調査をしているということでした。卒業生のおよそ75%が同意して契約書に署名するという話です。去年のことでしたか、奈良信雄先生に招かれてHojat先生が来日されたときに伺いますと、今でも契約してくれるのは75%前後だということです。ここで私が申し上げたいのは、生涯にわたる追跡調査は卒業生の自発的な同意を前提とするわけですが、各医学部・医科

大学が努力すれば卒業時に卒業生と契約を結ぶことができるのではないかということです。

一方同じ年に訪れたハーバード医学校では、Dean Federmanが、卒業生のトラッキングを行うのは個人のプライバシーの問題を超えて、大学が社会に対して責任を持つための調査なので、ハーバード医学校は契約書を作ることなしに追跡調査をしているのだという言い方をしていました。この二つの事例は先生方がこの問題をお考えになる材料になるのではないかと考えて御紹介申し上げました。

【北村】　　でも、自分の人生が自分が納得できなければ、この社会からそういう情報を消したいと思うのは当たり前だから、100%の人が喜んでそういうことを書くわけではなくて、書く人はやはり自分なりに納得したとか、自分なりに成功者だと思っている人が書くので、みんないい成績になるのではないですか。

神津】　　それは分かりません。けれども、大学によってはそういう努力を続けていることも事実です。

【北村】　　そうですね、各大学がその努力をトレースする努力というのは絶対大事ですよ。

【神津】　　つけ加えますと、認証評価のプロセスの中で、例えば大学がそういう自助努力を行っているかどうかの評価されるポイントの一つではないかと私は考えます。調査方法やその結果についての分析や解釈は別のカテゴリーの問題で、一連の緻密な研究報告がありますが、ここでは申し上げません。

【北村】　　ありがとうございました。急にディベートになりまして済みませんでした。

それではほかの話題でいかがでしょうか。司会の間で共通の言葉で言うと、後の総合討論にも行くんですけども、温度差があるなということですが、このPDCAを回すというところでも、進んでいる大学と、それって何というくらいの大学とがあるかなと思うんですが、そういうところにディスカッションはありましたでしょうか。

はい、どうぞ。

【中木】　　帝京の中木でございます。グループ10ですけども、PDCAサイクルの中にはCのチェックが入っておりますよね。そのチェックするためには、例えば、名称はともかく、自己点検委員会であるとか自己評価委員会というのがどうしても何らかの形で必要じゃないかと思いますが、大学によってはまだそれが設置されていないということもございまして、具体的にどういうふうに戻すかというところまでは深い議論ができなかったんです。かなり我々のチームの中で大学間の差が著しいということを感じました。1つの大学で

は、もう既にアメリカの外部評価者を入れて評価を受けたという大学もございましたし、あるいは一方では、まだ学内で自己点検委員会あるいは評価委員会が設置されていないと。今後すぐ作るというような状況の大学もございまして、このPDCAサイクルについてはまだかなり大学間の温度差があるなという印象を受けました。

【北村】 第9グループはいかがでしたでしょうか。

【廣井】 東邦大学の廣井ですけれども、9グループでは、PDCAサイクルを回すということに関しては全くもって異論がないところだったんですけれども、実際そのPDCAサイクルを回す仕組みができていないかという、ほとんどの大学でやはりできていないということ。あともう1つ、回さなければいけないのは分かっているんですが、結局何を評価したらいいのか、どうやって評価したらいいのかというものが雲をつかむようなお話で、そこのお話になると話が急にとんざしてしまうような状況で、それをどうやって考えていこうかということが出ていました。

あともう1つは人的資源の問題で、やはり評価をする場合に、カリキュラムの策定であるとか、そういうものに関与していない人間が評価をしなければいけないんだとしたら、そのような人材が内部には存在するだろうかというところで、その人材の確保というのが大きな課題ではないかというふうになりました。

【北村】 カリキュラムを作った人が自分でそれを評価するのはどうもおかしいからという、内部ではカリキュラムのことを詳しく知っている人は誰もいないという感じになってしまうという、なかなか難しいところがありますが。

PDCAサイクルに関して何かほかに御質問とか御意見とかございますか。

それでは、時間も少ないんですが、ちょっと総合討論したいと思います。今日あった中で何でも結構ですが、御意見とか、こういうことを話し合っしてほしいとかございましたら、どうぞ挙手をお願いします。

このことも、PDCAに限らず、大学間の温度差という表現がキーワードとしていろいろなグループから出てきたんですが、温度差ということではいかがでしょうか。何をもって温度が高いと言うか分かりませんが、なかなか……。

はい、どうぞ。

【植村】 名古屋大学の植村ですが、大学間の温度差というときに背景がありまして、ここ何年来、ずっと教育予算が全体的に非常にひっ迫して、我々は国立大学なんですけれども、法人改革と称して運営交付金の減額が続く中で、各大学が何かを選ばなきゃいけな

いという、そういう後ろ向きな選択の結果という面がかなりあるように思うんですね。ですから、大学の教員として研究、診療、教育のいずれが大事である、ないとかいうのは、かつてそんなふうな切迫した環境に置かれていなかった中で、これをやらざるを得ない、うちの大学の場合はこれを優先的にやらなきゃいけないというので、結果的に教育というのが非常に後ろに置かれる、まあ私の大学の場合特にそうなんですけれども。かなり、東大とか一部の大学のように、まだいずれにも力を入れられるというのはもう今ほとんどの大学がなくなってきちゃったんじゃないかなと思うんですよ。そうすると、ちょっと言葉は悪いですけども、うちは診療に特化して頑張るしかないのか、もう研究の論文数を下げないためには教育を犠牲にしなきゃいけないのか、今全体が大学の特徴、特別に長い方を生かすというよりも、要するに最後の生き残りを懸けてやむを得ない選択をしているかのような、そういうつらい感じを覚えています。

済みません、感想ですけども。

【北村】 確かに教育のお金と人、そこが欠けているとどうしても教育の温度を上げたくてもなかなか上げられないと。あるいはGPですね、教育予算が最近GPで配られるので、温度の高いところはGPを取ってまた温度が高くなるけれども、GPが取れないとなかなか温度は上げにくい、そういうシステムができていると思うんですが、教育に関しては、GPというのは研究と違ってみんなに平等に配るという考えもあると思うんですが、そういう考えはないんですか。

【平子】 たびたび、平子です。

GPの場合、特徴的には、その名のおりグッド・プラクティスなので、均等に配るといふ考えはなかなか持ちにくいかなと思います。ただ、そのトップといたらあれですけども、一生懸命やられる大学の効果が全国に波及するような形で取り組んでいただけるよう、あるいはその成果を還元していただくようなことは我々としてはお願いしているということです。

また、先ほど国立大学の例でおっしゃっていただきましたけれども、これは交付金という形で教育研究などの基盤的なものについては国立大学の場合は措置されていると思いますが、例えばそれがミッションの再定義という形で各大学で作っていただいたものと意見交換させていただいて、できてきたものがありますけれども、その中で、我々がやっぱり意見交換している中で感じたことというのは、教育、研究、診療という形で、3つだけじゃないですけども、大きく考えたときに、どの大学もどれかが欠けて何も要らない

と言う大学は多分ないんでしょうということなんです。ただ、そのグラデーションとい
いますか、重み付けは各大学によって、各大学の置かれている特徴あるいは目指すもの
によって変わってくるでしょう。そういったことをやはり意識しながらやっていく必要が
あるのではないかと思います。

一方で、ちょっと気になったのが、例えば教育がどんどんどんどん減ってきて、ある意
味最低ラインを切りましたというようなところであれば、それは学部を閉鎖していただ
くんだと思うんですね。学部教育として対応ができないレベルに来ている、それはやはり学
部としての体をなしていなくて、一方で研究に特化したいという大学がもしあれば、研究
の大学院大学として生きていくというやり方もあれば、多様な取り方があると思います。
そういったことも含めて各大学でどういうふうな特徴を出し、どういうふうな、ある意味
教育を提供しなければ学部として、大学院もそうですけれども、意味がないので、そう
いった点についてはやはりベースのところとしてお考えいただくことが非常に重要では
ないかと思っています。

【北村】 結構むちゃ振りしたのにありがとうございます。本当にそういうことです。
また、GPを取った大学はその成果をほかの大学にしっかり還元するまでミッションがある
ということですので、是非よろしくをお願いします。

ほか。はい、どうぞ。

【塩入】 岐阜大学の塩入と申します。先ほど、「大学自身が考えていく、教育はやっぱ
り中心である」と言われたので、大変うれしく思いました。そこで、先ほどから分野別認証
評価基準ですが、日本語訳のものの中で、「5. 教員の評価基準」のところで、「教員比率に
は、基礎と臨床医学、大学と大学病院・関連病院、医学と他領域の併任教員の適切な調和
が含まれる」とありまして、この「教員比率」は、例えば、教員の人数についての基本的
な基準だと思うのです。

そこで、医学教育学会のお偉いさんとか、あるいは文科省の方とかにお聞きしたいん
ですけれども、例えば、米国の大学医学部のような、教員の人数からみると、日本の3倍から4
倍もいるような国の「教員比率」をグローバルスタンダードだとして、当てはめることが
可能なのかどうかという疑問です。どうも、その辺が何となく足りないような気が、私は
するんです。

しかしながら、先ほどの話ですと、「教育の体をなさなきゃ大学はなくなる」と言ってお
られる。それでちょっとビビリながらお尋ねしているのですが、この評価基準を満たすよう

な適切な「教員比率」、言い換えますと、十分な教員数が、現在の我が国の医学部にあるのかどうかということを、どなたでもいいんですが教えていただければと存じます。

【北村】 どこになるかと難しいんですが、第5というところに教員というところがあります。その質的向上のための水準というところで、カリキュラムの構成に関して教員と学生の比率を考慮すべきであるというようなことも書かれています。ここでなくてもどこかに教員は当然必要であろうというようなことが書いてあるとは思いますが、どなたが。

【塩入】 済みません、また少し岐阜大学のことを説明させていただきたくことはできませんでしょうか。

【北村】 はい。

【塩入】 岐阜大学医学部は、開部以来一貫して1学年の定員を80人でやってきております。ですから、教員の定員もその80人に対するものです。もちろん、教室等の設備も例外ではございません。しかしながら、現在では定員は107名となっており、大まかに33%以上の増となっております。にもかかわらず、教員は増えておりません。ということは、少なくとも教員1人が1.33倍ぐらいの力を教育に出さないと、その107人を以前のレベルで教えていけないという状況になっております。

それで、今回のワークショップの主旨である「世界医学教育連盟(WFME)のグローバルスタンダードである「医学教育分野別評価基準」に戻りますが、その基準の適切な「教員比率」に、現状の岐阜大学医学部の「教員比率」は適合していないのではないかと思われたので、あえて質問させていただいたわけです。

【袖山】 医学教育課長でございます。

入学定員と教員との兼ね合い等々につきましては、いろいろ社会的な要請等も踏まえて定員増をお願いしてきているというような点もございますので、なかなか難しい部分もございますが、一般論としてこの本日のテーマとの兼ね合いということで言いますと、先ほどからPDCAサイクルというような形で言っていますけれども、最初にPが来ているということに一番大きな意味があるわけでございまして、要するに各大学の目標とか理念とか、あるいはそれに基づく成果目標でございますとか、そういうものをどう掲げるかということがまず第一であるということでございます。医学部でいえば、どういう医師を養成し、どういう資質を身に付けさせたいのかということが当然まず第一の前提としてあるだろうと。そして、それを実現するためにはどういう教育をしていくことが必要で、その教育を充実

するためにはどういったスタッフの体制が必要なのかというような流れで物事というのは進むと。ただ、実際の現実問題として、そこで様々な制約等々があって、なかなかうまくいかないという部分も、それは当然出てくるだろうと思います。あるいは非常にうまく行っているということもあるかもしれませんが、そういった目標と実態とのかい離とか、そういったことについてしっかりと評価をしていくところがチェックであると。そういったことを踏まえて次のステップとしてアクションということで、目標を見直すべきなのか、さらなる体制の整備を図ることによって目標に近付けるべく体制整備あるいはカリキュラムの改革をしていくのか、そういうサイクルというのをしっかりと作っていくということが、今回のと申しますか、このPDCAサイクルというものの趣旨であると私は理解をしているところでございます。

そういった意味で医学部の教育については、これも先ほどから話が出ているように、大学の目標理念といっても、一方で最低限共通に身に付けさせなければいけない資質であるとか、そういったことはある程度定まっておりますので、そういったものと各大学が独自に目指すべきところとどのように調和を図り、それを大学としての目標に落とし込むかということがまず大きな課題であり、本日そういった議論もしていただいているところでございますし、それをどういった形で具現化するかということで、またいろいろなテーマを頂いて、それをPDCAサイクルに落とし込むという、そういう流れがあるわけでございます。そういった観点で大学教育、もちろん研究も診療もそうですけれども、それをしっかりと見直すという流れそのものを意識をしていただくことが重要なのではないかと考えております。

そういう意味では、もう一度最初の段階に立ち返り、国立大学においてはミッションの再定義というのはまさにそのための作業でもあったわけと私は理解をしておりますけれども、その中で、仮に実際に目標を達成するために資源が足りないということであれば、その資源を投入してくれという形で要望等することもあるでしょうし、あるいはどこかを見直さなければいけないというようなところも出てくると思います。その一連の作業そのものというのを繰り返しやっていくことによって、トータルとして教育の質、研究の質を高めていくというのがこの大学教育と申しますか、大学の経営の営みそのものであると。そういう位置付けになってくるのではないかと考えておりまして、ちょっと先生が望んでいらっしゃる答えとは違うかもしれませんが、答えとさせていただきたいと。私の意見も入っております。

【北村】 ありがとうございます。定員の問題に関しては非常に微妙な問題もあります。ざっくり言えば、1,000人増えたのに定員はそんなには増えていない。ただ、施設のお金は増えているとか、そういうようなことはあるかと思います。ただ、国立大学も素直な国立ではなくて、国立大学法人ですので、自分で決められる範囲もあるわけで、それを加味すると、誰に責任があるのかというのは微妙かなとは思いますが。

【前田】 最後の方になって、時間ももう少しなんですけれども、今日の皆様方のディスカッションを拝聴いたしまして、いろいろな評価があった中、あと臨床実習というキーワードの中でよく出てきた言葉が国家試験と共用試験という言葉で、国家試験対臨床実習、共用試験対臨床実習、はたまた72週問題における国家試験の在り方だとかいろいろな話が出てまいりました。ここで共用試験の実施機構の江藤先生に、共用試験と臨床実習等々について少しお話を伺いたいと思います。

【江藤】 まず申し上げたいことは、国家試験対策と臨床実習の充実の問題です。要するに、片方で臨床実習を充実しろと言いつつ、片方で、例えば医科の場合には500題の国家試験があって、臨床実習の時期に国家試験対策をしなきゃいけない、その矛盾を早いとこ解決してくれという声がいろいろなところにあるのは私も聞いております。全国医学部長会議はこの問題をもう数年検討されております。それで、国家試験改革とは、すなわち共用試験改革でもあるわけでございます。どういうことかといいますと、ステップ1、ステップ2、それからパート1、パート2というのは出題範囲が余り重複していない。ところが共用試験と国家試験は、基礎科目で言えば共用試験にも出るし国家試験にも出ると。かなりの部分重複してございます。そういった出題範囲を含めまして、共用試験と国家試験の調整をする時期に来ているというふうに認識しております。時期に来ているだけではなくて、既に全国医学部長病院長会議からはそういった働き掛けがございまして、共用試験といたしましてもそれを前向きに捉えて、今、定期的に話し合いをしているところでございます。

以上でございます。

【北村】 OSCEの改革等は、どうぞ、お願いします。

【江藤】 更にもう一つコメントをさせていただきます。総括的なことは最後に小川先生がされますので、部分的なところで私はコメントいたします。

まず、PCC（ポスト・クリニカル・クラークシップ・オスキー）、いわゆるAdvanced OSCEです。これはプロセス評価からアウトカム評価に移行したのは1990年代の中頃だろうと思います。神津先生、そういうことでいいですか。

【神津】 Outcome-based education をWilliam Spadyが定義したのは1988年でした。

【江藤】 80年代。ですから、もう30年も前からアウトカム評価ということ言われながら、日本の医学教育、歯学教育体制の最大の欠陥は、国家試験は知識と技能を試験すると言いつつ知識しか試験をやっていない。それから共用試験は臨床実習の入り口でしかいわば試験していない。卒業時の臨床能力を見るということが日本の医学教育、歯学教育の中では抜けているわけであります。ですから、これはもう可及的速やかにPCC OSCEをやらなければ、アウトカム評価ということを幾ら唱えても意味がないだろうと。そういうことで、先ほどいろいろな方が発表しましたmini CEXですか、それからログブックとか、そういったことはあくまで手段でありまして、やはり大きな目標はPCC OSCEの速やかな導入だろうと思われまます。

それからもう1つ認証制度についてです。午前中に奈良先生と俣木先生が発表されました。かなり奈良先生も俣木先生も日本の医学教育、歯学教育のいいところについては遠慮深く話をされているようでございますが、私は今、メディカル・エクセレンス・ジャパンに関わっております。日本の医療の海外展開、いわば日本の医療圏を拡大することを目的としています。先般カザフスタンに行ったわけでございます。カザフスタンというのはソ連時代の核実験場があつて、広島大学、長崎大学はもう既に放射能の影響調査等で行っております。それからカザフスタンというのは地図で見ますとアジアの中央にありますから、これはアメリカの病院もドイツの病院もフランスの病院も来ていると。日本だけが来てないじゃないかと言うわけです。保健大臣によれば、日本の医療の評価は非常に高いのであります。日本の先生は非常に診療に対して真摯だし真面目だし、それから1つの哲学を持っていると。ちょっと保健大臣、褒め過ぎじゃないかと思ったんですけども、それを支えているのが日本の医学教育でございます。ですから、そのとき感じましたことは、むしろ日本の医学教育、歯学教育も含めまして、その強い点をもっと強くすると。いつも欧米に学んで弱い点を是正しようという傾向になりがちですけども、強い点をもっと強くする。世界に胸を張っていけるような医学教育といいますか、世界をリードするといいますか、付いていくんじゃないかと、追随するんじゃないかと、世界を先導する医学教育という視点がこの認証制度を導入する場合には必要じゃないかと思ひます。

じゃあそれをどういふふうの評価するか。その1つの指標は、日本の医学部、歯学部へ行って勉強したいという留学生の数でございます。2002年には国費の医学、歯学、薬学の留学生の数が国費全体が9,000人ですが、そのうちの855人で、これは9%なんです。ところが

2012年になりますと、これが8、500人中610人で7%に下がっております。そういったことを考えますと、日本の医学教育をよくしようというのは、日本の医学部、歯学部に来て勉強したいという外国人の留学生を増やすこと、これは学部の学生だけじゃなくて研究留学生もそうであります。といいますのは、中国は、北京にしましても上海にしましても外国人留学生枠を20とか30取っております。教員は中国の学生には中国語で教えて、外国人留学生には英語で教えて、同じことを2回やっております。そういうことを考えますと、日本の医学教育、歯学教育というのがもう少し国際競争力ということをそういった形で認識してもいいのではないかというふうに思います。

それから最後に、この認証の意味でございますが、いろいろな方から質問を受けたやに聞いておりますけれども、これはやはり国民納税者に対する医学教育、歯学教育の質保証のいわば証拠の提示でございます。もちろん、この認証機関への加盟というのは強制力はありません。ただ、学校教育法の113条、公表という項目がございます。これは平成23年にこの公表というのが義務化されておまして、大学教育に関する全てのデータは公表すべしということになっておりますので、認証の結果はこの公表の義務化によって当然公表されるということでございます。そういったことが認証制度の背後にあるということを我々は認識しております。

以上でございます。

【北村】 ありがとうございます。

それでは、神津先生、最後のコメントをお願いいたします。

【神津】 国際化という観点から、ただいまの江藤先生のお話に対し少し追加をいたします。

私は今、世界110か国から3000人が参加する欧州医学教育学会のASPIREイニシアチブのボード委員をしております。このASPIREというプロジェクトは何かといいますと、まさに日本で文部科学省が2003年に開始した高等教育の特色GPに相当するもので、それを世界レベルで医学教育について遅ればせながら行おうとするものであります。2010年からスタートし、昨年2013年に最初のAwardingが行われました。そのときに気が付いたのでありますが、日本は優れた特色GPプロジェクトを世界に先駆けて10年も前から始め、多くの有用な実績を積んできましたが、この間に世界に向けてその情報を提供し共有しようとする動きが全くありませんでした。日本語では毎年分厚い立派な事例集を発行し日本中へ配布しましたが、英文による情報提供は一切見当たりませんので、国外からは全くその詳細を知る術もありません。世界は日本の貴重な経験を生かすことができないのであります。今日の一連の御

報告や討論を聞きながら思ったのでありますが、文部科学省はもちろんのこと、先生方がなさってきた様々な貴重な努力や実績を、ショートレポートでも良いのですが、世界が共有できるような形で英文として発信なされることを是非お願いしたいと思います。そうすれば、それはやがて国際認証の場でも、国外からの評価者が日本の医学教育の優れた基盤的状况をあらかじめ認識した上で評価に臨むことが可能になると考えます。単なる国内向けの自己評価書だけではなくて、その前に先生方がなさってきた御努力をまとめて国際的な場で発信していくことを心から期待いたします。

【北村】 どうもありがとうございました。司会者の不手際で時間をオーバーしました。また、内容も何かまとまりのないものでしたが、ディスカッション等、大変よかったですと思います。本日はどうもありがとうございました。