

イントロダクション

東京慈恵会医科大学教育センター長
福島 統

それでは、グループセッションのイントロダクションということでお話をさせていただきます。

実は、この文部科学省のワークショップは去年も同じテーマで「卒前・卒後の一貫した医師・歯科医師養成について」ということで、去年に続けてやっております。ただ、去年の反省点といたしまして、診療参加型臨床実習というのが人によって考え方や定義が違うとなかなか議論にならないということでしたので、特に今回は、医科の場合には診療参加型臨床実習の定義というのは、平成28年度版の診療参加型臨床実習実施ガイドラインというもので定義させていただいて、そしてそれに基づいて、その定義に合うものについて議論させていただくという形でやらせていただきますということにいたしました。

この臨床実習のガイドラインには、まさに今日のテーマであります。診療参加型臨床実習での組織体制のこととか、学修目標・方略、それから臨床実習開始前までの学修履歴ということも書かれておりますので、これを参考にとということにいたしました。

一番重要なのは診療参加型臨床実習というものの定義ですけれど、ここに青字で書きましたが、「指導医の指導の下に医師としての第一歩を踏み出すことができるよう」という準備教育だと。つまり、もっと簡単に言うと、臨床研修のための準備教育であるという意味合いをちゃんと目的として持ちましょうということによって統一させていただきたいと考えています。

医師・歯科医師養成を卒前・卒後研修との一体で、よく医学の話では6足す2という言い方をするわけですが、卒後研修と一体として考えていく、そのときの診療参加型臨床実習というものが持つべき学修環境、それから学修目標というものを、そのコンピテンスを考えていかないといけないと考えていますし、その診療参加型臨床実習をやる上でいろいろな困難があるわけですが、その困難だとか工夫とかということは、いろいろな大学の医学部、歯学部がいろいろな苦勞をしていると思います。その苦勞を共有して、そして、言ってしまうと他人の苦勞を糧として、自分の中で更に自分の取組を進めるための参考事例とか共有財産とか、そういう形で経験共有していただいて診療参加型臨床実習を医学でも歯学でも進めていく。そのためには、別に画一的なものを求めるのではなくて、やはり自分のところで自分の資源を使って自分なりのものができていく、そのためにもいろいろな人の苦勞を、血と汗と涙を知りましょうと、そういうワークショップになればと思っています。

実は、文部科学省のワークショップでは毎年このスライドを出すのでありますが、亡く

なった認知心理学の波多野誼余夫先生のスライドですけれど、「仲間同士の共同活動は」と、まさにワークショップですが、「仲間同士の共同活動は互いの違いを認めることから始まり」ますと。だから、それぞれの大学がそれぞれの資源を持っていて、それぞれのスクールミッションを持っていますので、それぞれが違うわけです。それぞれの違いというものをしっかりと知った上で、そしてその違いの中で努力している、若しくはいろいろ失敗もするでしょうけれど、成功もするでしょうし、そういったものをお互いの違いとしてちゃんと認めた上で、そしてその努力も、一つずつの努力の違いというものを認めた上で共有しましょうということが大事だと。共同活動を通じてメンバー全員が必ずしも一つの共通の理解に到達するとか、同じ知識を共有し合うということだけが仲間との共同活動を考えていくときに重要なのではないと。「それぞれのメンバーが持っている『発達の最近接領域』にお互いに刺激を与え合い、理解を促進させていくということが仲間との共同活動が持っている機能的意味なのである」と、こう書いてあります。というのは、やはり自分の中でできる経験というのは自分の中だけのものであります。でも、ほかの人がやった経験というのはなぞることができます。なぞることによって、自分のした経験とか自分が持っている考え方というのをもう一度自分の中で見返して、そして自分自身をもう一回見つめ直すと自分自身をトランスフォームすることができるでしょうと。そういう他者を見て自分自身をトランスフォームしていくというのを学修と呼びましょうというのが波多野先生の言っていることだろうと思います。

そういう意味で、是非グループワークというのを、自分の努力を発表し、人の努力を聞き、そして自分の中の問題を更に深めていく、そして改善策を自分の中で見つけていくという、そういう学修活動になればなと思っています。

グループセッションは、今年は10時50分から13時50分の3時間の予定。申し訳ありませんが何と昼食時間を含めてということなので、昼食時間は独立しておりませんので、お許しいただければと思います。

その3時間の中でグループメンバーから、それぞれ四つのテーマがございまして、その四つのテーマついて、1番目の現状、2番目の課題、3番目の改善のための提言ということで、大体スライド4枚程度で作っていただくという形になります。

グループ討論は、各グループにモデレーターが1人付きます。モデレーターが付きますので、まずモデレーターが、「私がモデレーターです」と自己紹介します。その次に、モデレーターが各グループメンバーに、「こちらから自己紹介をお願いします」という形でモデレーターの指示に従ってグループメンバーの自己紹介をしていただいたら、今度はグループメンバー内で三役を決めていただきます。司会と記録係、記録係というのはパワーポイントを作る人で、それから発表者です。これはもうそこで時間を食っていると時間がもったいないので、もうじゃんけんでいいと思いますから、勝ち抜き戦をやっていただいて、序列1番から序列3番をつけていただいて、序列1番が司会者、序列2番が記録係、序列3番が発表者という形で、そこで三役を決めていただいたら、それでも司会役の方にモ

デレーターから「あとをお願いします」と申し上げますので、是非グループ討論を進めていただきたいと思います。

司会者の方をお願いしたいのは、グループ討論が始まったら、まずそれぞれの経験値を共有しなければいけないので、それぞれのテーマについて10分以内で、御自身の大学の取組というのを紹介していただいて、大体7～8人いるのでここで1時間ぐらい使ってしまうかもしれませんが、それで10分以内で各メンバーの取組というのを共有してください。その上で、一応課題が出ていますから、そのテーマについての現状、課題、改善のための提言というのをおまとめいただくという形をお願いしたいと思います。

申し訳ないですが、昼御飯もグループ討論の時間となっていますので、その時間も使っておまとめいただきたいと思います。大体の目安ですけど、13時ぐらいになったらもうまとめが始まっているのが理想的だと思っています。13時を過ぎたらパワーポイント作成者の方を皆さんでサポートしていただいて、そして発表用のパワーポイントをみんなで作っていただくと、そういう形になります。

そして、13時35分ぐらいに文部科学省のスタッフが発表用のデータをいただきに参りますので、それをいただいて14時からここで全体討論があるということです。是非14時までには必ずここにお戻りいただいて、今座っているところに座っていただきたいと思います。

これがひな形でありまして、ひな形でグループナンバーがあって、司会者、記録係、発表者があって、その他のメンバーも、一応これは記録になりますから書いておいてください。出席証拠になりますので。次はセッションテーマで、一つが現状で、もう一つが課題で、そして改善のための提言ということでおまとめいただければ、それぞれ1枚以内におまとめいただくと、全部で4枚ということになりますのでお願いいたします。

グループ別セッションのテーマですが、もうこれは十分御理解いただけていると思いますが、御自身のテーマをしっかりと一度確認していただきたいのですが、テーマ1が割り振られているグループは「診療参加型臨床実習の組織体制について」ということでございます。診療参加型臨床実習をより効果的な実習に改善していくには、学生の診療参加に対応できる組織体制を整備して取り組む必要がある。具体的には実習の管理体制の整備や水準の管理、診療科間や学外協力施設との連携、教育機能を持った診療体制の構築や教職員の教育能力の向上などが重要と。こうした点についての各大学の取組と、全体を見たときの特徴とか課題、それを御議論いただくのですが、実は事前に参加者にはアンケートを書いていただいております。事前質問という形で、この事前質問は、今回からそれぞれ議論をするのに必要な事前アンケート、つまり予習項目となっております。この予習項目になっていることにお気づきになったと思いますので、テーマ1の事前質問というのは、読み上げませんけどこのような形の事前質問をしております。参加者の方は事前にもう予習は済んでいると思いますので、この観点に従って、是非自分の取組を御紹介いただいて、全体でまとめていただくという形にさせていただきたいと思います。

テーマ2が「診療参加型臨床実習の学修目標・方略について」ということで、学生が効果的に学修できる診療参加型臨床実習を実施するためには、最低限必要とされる必修学修目標や診療科間で共通する学修目標の設定、それから指導法やローテーション、評価方法等の工夫というものが become 必要になると、こうした点についての取組をお願いしますということで、テーマ2に関する事前質問もここに四つ掲げてありますけど、この内容で事前にお伺いしておりますので、それこそこの事前質問のデータは既にもう参加者には文部科学省からお送りしていると思いますので、それを参考にしていただいてグループ討論をお願いしたいと思います。

テーマ3は今回初めて取り入れましたが、「医科歯科連携教育について」。これは2グループだけですが、地域包括ケアシステムの推進ということを踏まえて、卒前教育においても多職種連携・多職種協働やチーム医療を具体的にイメージできるカリキュラムが求められていると。2016年度の医学教育・歯学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂の際には、両モデル・コア・カリキュラムの一部共有を図っております。そういう意味で、今回は医科・歯科の連携に関する教育について、診療参加型臨床実習を含めいろいろな取組を、実はこれ、医科歯科連携を診療参加型臨床実習だけに限ってしまうと話すことがないということ懸念したので、ここだけは診療参加型臨床実習を含めた上で、もうちょっと広い範囲で教育プログラムについて話し合っ結構ですということで但し書きが付いているということになります。テーマ3の事前質問も四つ書いていただいておりますので、これを参考をお願いしたいと思います。

テーマ4は「診療参加型臨床実習を効果的に実施するための準備について」ということで、これは診療参加型臨床実習に入る前の準備教育という課題であります。臨床現場に立ったときに必要とされる診断及び治療に関する思考・対応力等を十分養えるよう、診療参加型臨床実習を効果的に実施するためには、早期体験実習やシミュレーション教育、見学型臨床実習など、診療参加型臨床実習を見据えた段階的な準備を行うことが必要だろうと考えていますので、このグループは診療参加型臨床実習に入る前までの準備をどう整えるかということを是非御議論いただきたいと思います。実は、去年まで診療参加型臨床実習というと、見学型も含めて、1週間、2週間の臨床実習を含めて、それも参加型だと言いつ張る参加者がいらっちゃって、それでは議論になりません。実際にやっぱり一つの診療科が4週以上ということで、一つの職場の中に4週入って活動するということ考えた上で診療参加型臨床実習というものを推進したいので、それを推進するための準備教育というためには何があるのかということを考えていただきたいし、1週、2週の見学型とか、模擬診療型とは違う診療参加型臨床実習の意味も考えていただいた上で、それに対する準備をどうするかということをお考えいただきたいと思います。これも四つ、事前に予習項目が挙げてございますので、これに沿ってお話し合いをいただければと思っています。

ちょっと余計な説明させていただきますけれど、臨床実習から臨床研修、そして専門医修練、生涯学習へという流れが当然のことながらあるわけで、そうしますと、医学部でも

医学部での臨床実習前教育、つまり臨床実習に入る前の教育があつて、そして臨床実習がありますが、臨床実習もはっきり言うと見学型だったり、模擬診療型の臨床実習も、もちろんそういう臨床実習もあるでしょう。やらないという人もいるかもしれませんが、そういう臨床実習も存在する。それから診療参加型臨床実習があると。診療参加型臨床実習を終えて卒業するわけで、卒業すると、これは法に基づく臨床研修が歯科でも医科でもあるので、ここでお給金をもらって職場の中で学ぶということをするわけだし、その後には、ちょっと混乱していますが専門医修練もあるわけで、そして生涯学習につながっていくという中での診療参加型臨床実習、つまりはっきり言うとお給金をもらって職場の中で学び続けるという力をどこで付けるのだという、診療参加型臨床実習で付けるのだという考え方が必要だと思います。

私ども慈恵医大の姉妹校のことしか、私は外国の教育で知っているのはキングス大学だけですが、キングス大学の場合には5年制の医学部として、Year 1とYear 2は臨床実習前教育をするわけでありまして。Year 3とYear 4は主に大学附属病院でクリニカルローテーションと、それからオンキャンパスの授業を組み合わせるといふ、私が昔行ったときは13週の臨床実習をやつて、2週のオンキャンパスをやつて、13週の臨床実習をやつての組み合わせをずっと2年間続けていましたけど、こういう形の臨床実習をして、どちらかという教科書を持って病棟に上がろうというような類いです。ところがYear 5になると、イギリスはクラークシップとは決して口が裂けても言わないので、アシスタントシップと言いますが、クラークシップのことですが、クラークシップをやります。ただ、ここのところ、2015年以降はイギリスのこのアシスタントシップはちょっと変化しています。どういふ変化をしているかという、こういう変化をしています。

最終学年の1年間はアシスタントシップ、いわゆる日本で言う診療参加型、クラークシップですけど、その最後の何週間かは、最後の2週とか4週はシャドーイングのピリオドを持ちなさいとGMCは言っています。シャドーイングの時期を持ちなさいというのはどういふことかという、実は学生は臨床研修をする病院に行つて、臨床研修と同じ環境で大学が責任を持って最後のクラークシップの総仕上げをきなさいと。つまり、まさに臨床実習というものは6月で彼らは終わつて、9月から臨床研修するわけですけど、その最後の6月のファイナル試験の前に必ず臨床研修病院で大学が責任を持って、そしてシャドーイングというんですけど、そこで9月から始まるファウンデーションコースが円滑に進むようにという、そういう工夫をきなさいといふことが言われているわけでありまして。それは、職場の中で学ぶということを非常に大事にしているのだなと思います。そうすると、「学ぶこと」とは「まねること」といふのは有名な言葉ですけど、大和言葉で「学ぶ」は「まねる」でありますし、本来は、スライドのところを書いてありますけれど、労働をまねるといふのが学修になるわけで、その労働をまねるといふことで、その次に臨床研修に進んだときに、本当に職場の中で学べるか、それを診療参加型臨床実習でどのように学生に労働をまねることを学んでもらうのかといふのは非常に大事な要素だろうと思つていま

す。

臨床研修がうまくいかなければその後はうまくいかないわけですから、卒直後のトレーニングがいかに重要な、医師養成とか歯科医師養成にいかに重要な時期かということは、ここにいらっしゃる全ての方は知っていることだと思います。私は、卒業して臨床研修をしませんでした。大学院に行ってしまいましたが、私の父親には私が卒業するときに卒後の5年間がいかに大事かということを目にたこができるくらい言われまして、「卒後の5年が医者としての価値を決めるのだ」みたいなことさんざん言われましたけど、確かに研究者になったとき、そうだなと思いました。卒直後のこの一番重要な時期に何を学ぶのか、どうやって学ぶのか、これは非常に重要なことだと思います、医師養成・歯科医師養成に関して。そういう意味で、労働をまねるといふ学びということをどうやって、ただまねればいいといっても、職場の中にはいい子、悪い子、普通の子がいるので、悪い子をまねると困るので、そういう意味では批判的に見て、そして正しくまねて学ぶという能力、しかも職場の中には多職種がいますし、職場の中にはいろいろな理不尽が存在するわけで、そういう中で自分のキャリアをどうやって作っていくのかということ、まさに職業教育だと思うわけですが、そういう職業教育の一環として診療参加型臨床実習ということ、職場の中での立ち居振る舞いを多職種連携の中で、それは実は職業倫理につながる教育だと考えるわけですので、そういう意味で臨床研修でよく学ぶためにどうしますかという観点を一つ持っていていただければと思います。

これは、小関さんというのは旋盤工です。痛くない針を作ったことで有名な人ですけど、NC旋盤の旋盤工の人です。この人はいろいろな本を書いているのですが、「人は働きながらその人となっていく。人格を形成すると言ってはあげさだけれども、その人がどんな仕事をして働いてきたかと、その人がどんな人であるかを、切り離して考えることができない」というわけで、ここに力点を置きたい理由は、ACGMEが言っていますけど、Practice based learning and improvement というのはこういうことなのだろうと。つまり、職場の中での臨床実践というものを通じて、そこで学んでいって、そしてしかもそこで improvement ですから学修していく、その能力を高めていくという能力を作っていかなければいけないし、それができればそれは非常に意味のある臨床研修になっていくし、そういう意味では卒前教育として非常に大事なところではないかと考えます。そういう意味で診療参加型臨床実習ということをお考えいただければと思いますので、今日1日、是非診療参加型臨床実習のことについて経験共有と、それから自分の大学に持ち帰っていただくものをたくさん持ち帰っていただければと思います。よろしくお願ひしたいと思います。

グループ別セッション： イントロダクション

東京慈恵会医科大学
教育センター
福島 統

2019年7月24日 医学・歯学教育指導者のためのWS

2019年の文科省WSの主眼は、

- 「卒前・卒後の一貫した医師・歯科医師養成について」です。
- 特に、診療参加型臨床実習について考えます。「診療参加型臨床実習」の定義は、診療参加型臨床実習実施ガイドライン平成28年度改定版に従います。
- 臨床実習実施ガイドラインには、診療参加型臨床実習での、①組織体制、②学修目標・方略、④臨床実習開始までの学修履歴が書かれています。

診療参加型臨床実習の目的は、

(診療参加型臨床実習ガイドライン平成28年度改定版より)

- 「臨床実習では、**指導医の指導の下に医師としての第一歩を踏み出すことができるよう**、医学教育6年間の最終段階における臨床実習では、学生は診療チームに参加し、その一員として診療業務を分担しながら医師将来どの診療科の医師になるにしても最低限必要な、以下の4項目の医学知識・臨床推論・臨床判断・技能・態度等の能力を実践的に身に付けることを目標とする。」
①情報収集、②評価と診療計画の立案、③診療計画の実施、④診療・学修行動の基盤となる能力

医師・歯科医師養成を卒後研修と一体で考えて、

- 卒前臨床実習教育、特に卒後研修の直前に行われる「診療参加型臨床実習」、について考えてみてください。
- 他大学での取組やその特徴(多様性)を知ること、自大学のカリキュラム改善を省察、促進することが今回のワークショップの目的です。

仲間同士の共同作業による問題解決とその効果

- 仲間同士の共同活動は**お互いの違いを認める**ことから始まり、自分にはないところを補完しあうものとして位置づけ、知識を共有しあう契機になっている。
- 共同活動を通じてメンバー全員が必ずしも1つの共通の理解に到達するとか、同じ知識を共有しあうということだけが仲間との共同活動を考えていくときに重要なのではない。**それぞれのメンバーが持っている「発達の最近接領域」**にお互いに**刺激を与え合い**、理解を促進させていくということが仲間との共同活動が持っている機能的意味なのである。

(波多野誼余夫編: 認知心理学5 学習と発達 東京大学出版会 1995年より)

グループ別セッションの内容

- グループ討議の時間は、10:50～13:50(なんと、昼食時間を含む、です)の3時間です。この3時間の間に、
 1. 司会者を決め、
 2. グループメンバーからの発表と質疑応答を行い、
 3. それぞれのテーマについて、発表用ひな形に沿って、①現状、②課題、③改善のための提言をスライド4枚程度にまとめ、
 4. 発表準備をしてください。

グループ討論の進め方

1. モデレーターから自己紹介があります。
2. モデレーターの指示に従って、グループメンバーは簡単な自己紹介をしてください。
3. グループメンバーの互選により三役、司会者、記録係(パワーポイント作成者)、発表者を決めて下さい(ジャンケンが早いかもしれません)。
4. 各グループは7~8校がメンバーです。グループセッションの時間は全部で3時間です。

5. 司会者のもと、グループメンバーから各大学での取り組みについて説明をお願いします。1大学10分以内程度で、自校での取り組みの説明をお願いします。確認のための質疑応答は行って結構です。
6. 司会者のご判断で昼食をお取りください(昼食時間もグループ討論となっています、すみません)。
7. メンバーからの説明+質疑応答をすべて終えたら、テーマについて①現状、②課題、③改善のための提言について討論を始めてください。

8. 13時頃から、まとめに入ってください。記録係（パワーポイント作成者）が発表用資料を作るためにグループメンバーは協力してください。発表者はグループの代表として、グループ内での討論内容を全体発表でお話しいただきます。
9. 発表用ひな形を参考に、発表用データをお作り下さい。
10. 13:35には発表用データをスタッフが回収しに各グループに伺いますので、データの準備を記録係はよろしく願いいたします。
11. 14:00から全体発表会がありますので、14:00までには全員、3階講堂にお集まりください。

発表のためのスライド

グループナンバー: ○

- 司会者 :
- 記録係 :
- 発表者 :
- グループメンバー:

セッションテーマ:

- ① 現状:

② 課題

③ 改善のための提言

グループ別セッションテーマ

テーマ1：診療参加型臨床実習の組織体制について

- 診療参加型臨床実習をより効果的な実習に改善していくには、学生の診療参加に対応できる組織体制を整備して取り組む必要がある。具体的には、実習の管理体制の整備や水準の管理、診療科間や学外協力施設との連携、教育機能をもった診療体制の構築や教職員等の教育能力の向上などが重要である。こうした点について、各大学における取組の現状や特徴、課題やその解決策について議論する。

テーマ1の事前質問

1. 全体として一定の水準が保てるよう実習を管理するため、医学部長、教授会、教務委員会等の教育組織は、それぞれどのような役割を果たしたら良いと考えますか？
2. 医学部・歯学部として統一する事柄と、各診療科や学外協力施設の決定に委ねられる事柄をどのように分けたら良いと考えますか？
3. 学生が担う役割をどのように考え、学生を診療チームに組み込んだら良いと考えますか？
4. 指導医等の教育能力を向上させるためには、学内や学外協力施設の関係者を対象としたFD・SDをどのように実施（回数や内容等）したら良いと考えますか？

テーマ2: 診療参加型臨床実習の学修目標・方略について

- 学生が効果的に学修できる診療参加型臨床実習を実施するためには、最低限必要とされる必修の学修目標や診療科間で共通する学修目標を設定し、指導法やローテーション、評価方法等を工夫する必要がある。こうした点について、各大学における取組の現状や特徴、課題やその解決策について議論する。

テーマ2の事前質問

1. 必修の学修目標と達成することが望ましい学修目標をそれぞれどのように考えて設定していますか？また複数の診療科で共通する学修目標を設定していますか？
2. 学修目標のうち複数の診療科で共通するものについて、学生が継続的に学ぶことができるよう、指導法の工夫としてどのようなものが考えられますか？
3. 学修目標のうち複数の診療科で共通するものについて、学生が継続的に学ぶことができるよう、診療科ローテーションの工夫としてどのようなものが考えられますか？
4. 学修目標のうち複数の診療科で共通するものについて、学生の継続的な学修に対する評価方法の工夫としてどのようなものが考えられますか？

テーマ3: 医科歯科連携教育について

- 地域包括ケアシステム構築の推進等を踏まえ、卒前教育においても多職種連携・多職種協働やチーム医療を具体的にイメージできるカリキュラムが求められている。2016年度の医学教育及び歯学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂の際には、両モデル・コア・カリキュラムの一部共有化を図ったところであり、今回は特に医科と歯科の連携に関する教育について、診療参加型臨床実習を含め、各大学における取組の現状や特徴、課題やその解決策について議論する。

テーマ3の事前質問

1. 多職種連携教育の必要性や課題についてどのように考えていますか？
2. 医科歯科連携教育を実施していますか？実施している場合は現状についてお答えください。(実施している大学のみ回答)
3. 医科歯科連携教育を実施する場合、どのような題材が考えられますか？
4. 医科歯科連携教育を実施する場合、望ましい実施時期や方略、教育体制などについて、どのように考えますか？

テーマ4: 診療参加型臨床実習を効果的に実施するための準備について

- 医療現場に立った時に必要とされる診断及び治療等に関する思考・対応力等を十分養えるよう、診療参加型臨床実習を効果的に実施するためには、早期体験実習やシミュレーション教育、見学型臨床実習など、診療参加型臨床実習を見据えた段階的な準備を行うことが考えられる。こうした点について、各大学における取組の現状や特徴、課題やその解決策について議論する。

テーマ4の事前質問

1. 診療参加型臨床実習を見据えた早期体験実習としてどのようなものが良いと考えますか？
2. 診療参加型臨床実習を見据えたシミュレーション教育としてどのようなものが良いと考えますか？
3. 診療参加型臨床実習を見据えた見学型臨床実習としてどのようなものが良いと考えますか？
4. 上記の方略やCBT・OSCEによる評価以外に、学生の知識・技能の準備としてどのようなものを実施すると良いと考えますか？

余計な説明

臨床実習から臨床研修、そして専門医修練、生涯学習へ

- 医学部での臨床実習前教育
- 見学型(模擬診療型)臨床実習
- 診療参加型臨床実習
- 臨床研修(卒後の2年間)
- 専門医修練(3年間)
- 生涯学習

→ この流れの中で、診療参加型臨床実習を定義していく必要がある。

英国医学部での臨床実習(キングス大学の例)

- Y1+Y2: 臨床実習前教育
- Y3+Y4: 主に大学附属病院でのClinical RotationとOn-campus 授業
- Y5: Assistantship (ほぼ1年間)と最後の数週間のShadowing

Promoting excellence: standards for medical education and training (GMC 2015)

- R3.6 When learners progress from medical school to foundation training they must be supported by a period of shadowing that is separate from, and follows, the student assistantship. This should take place as close to the point of employment as possible, ideally in the same placement that the medical student will start work as a doctor.

「学ぶこと」とは「まねること」

- 大和言葉としての「学ぶ」の生成過程を考えると興味深い。すなわち、「学ぶ」とは、「まねる」が発達した言葉だったのである。「まねる」が「まなぶ」となり、中国から来た「学」が当てられ、「学ぶ」となったのである。
- 大和言葉としての「真似る」とは何だったのか、ということになる。文字が生まれていなければ、今日のような知識の学習ではないことになる。それはヒトとしての生命を維持するための労働をまねることであつたはずである。

(田中萬年.「教育」という過ち. 批評社. 2017年. p59-60.)

診療参加型臨床実習

- 労働を「まねる」から学ぶのです。
- だから、臨床実習は指導者について、研修医、指導者をまねることから始めます。
- その時、研修医や指導者の思想までまねてしまいます(批判的に)。
- さらに、職場の中での立ち居振る舞いを学びます。多職種連携の中で。
- そして、職業倫理を学びます。
- 臨床研修でよく学べるようになるために。

職業による人間形成

- 「人は働きながら、その人となっていく。人格を形成すると言ってはあげさだけれども、その人がどんな仕事をして働いてきたかと、その人がどんな人であるのかを、切り離して考えることができない。」

(小関智弘. 仕事が人を作る. 岩波新書750. 岩波書店. 2001年. p193)

ACGMEが求める医師としての能力

General competencies (ACGME 2003)

1. Medical knowledge
2. Patient care
3. Practice based learning and improvement
4. System based practice
5. Interpersonal and communications skills
6. Professionalism

グループ討論です。指定された
8階演習室に移動してください。

14:00には、ここ(3階講堂:大学1号館講堂)に戻ってきてください。

2019年度 医学・歯学教育指導者のためのワークショップ グループ別名簿

◆テーマ1: 診療参加型臨床実習の組織体制について

グループ①【医学】

No.	区分	大 学 名	氏 名
1	国立	北 海 道 大 学	畠 山 鎮 次
2	国立	群 馬 大 学	小 山 徹 也
3	国立	山 口 大 学	桂 春 作
4	国立	熊 本 大 学	西 谷 陽 子
5	公立	名 古 屋 市 立 大 学	杉 浦 真 弓
6	私立	杏 林 大 学	赤 木 美 智 男
7	私立	帝 京 大 学	塚 本 和 久
8	私立	愛 知 医 科 大 学	早 稲 田 勝 久

モデレーター: 泉 美 貴 (昭和大学)

グループ②【医学】

No.	区分	大 学 名	氏 名
1	国立	弘 前 大 学	鬼 島 宏
2	国立	金 沢 大 学	山 本 靖 彦
3	国立	大 分 大 学	中 川 幹 子
4	国立	宮 崎 大 学	澤 口 朗
5	公立	奈 良 県 立 医 科 大 学	藤 本 真 一
6	私立	東 海 大 学	濱 田 昌 史
7	私立	大 阪 医 科 大 学	梶 本 宜 永
8	私立	久 留 米 大 学	福 本 義 弘

モデレーター: 辻 美 隆 (埼玉医科大学)

グループ③【医学】

No.	区分	大 学 名	氏 名
1	国立	山 形 大 学	土 谷 順 彦
2	国立	大 阪 大 学	和 佐 勝 史
3	国立	愛 媛 大 学	浅 野 水 辺
4	国立	長 崎 大 学	柳 原 克 紀
5	私立	昭 和 大 学	土 屋 静 馬
6	私立	順 天 堂 大 学	服 部 信 孝
7	私立	関 西 医 科 大 学	野 村 昌 作
8	国立	防 衛 医 科 大 学 校	櫻 井 裕

モデレーター: 廣 井 直 樹 (東邦大学)

グループ④【歯学】

No.	区分	大 学 名	氏 名
1	国立	北 海 道 大 学	八 若 保 孝
2	国立	広 島 大 学	柴 秀 樹
3	国立	徳 島 大 学	湯 本 浩 通
4	国立	長 崎 大 学	鮎 瀬 卓 郎
5	私立	日 本 歯 科 大 学 (生 命 歯 学 部)	柳 下 寿 郎
6	私立	神 奈 川 歯 科 大 学	二 瓶 智 太 郎
7	私立	福 岡 歯 科 大 学	稲 井 哲 一 朗

モデレーター: 藤 井 一 維 (新潟歯科大学生命歯学部)

◆テーマ2: 診療参加型臨床実習の学修目標・方略について

グループ⑤【医学】

No.	区分	大 学 名	氏 名
1	国立	旭 川 医 科 大 学	牧 野 雄 一
2	国立	鳥 取 大 学	中 野 俊 也
3	国立	徳 島 大 学	西 村 明 儒
4	私立	自 治 医 科 大 学	今 井 靖
5	私立	埼 玉 医 科 大 学	小 山 政 史
6	私立	東 京 医 科 大 学	三 苫 博
7	私立	日 本 医 科 大 学	佐 伯 秀 久
8	私立	近 畿 大 学	松 村 到

モデレーター: 石 原 慎 (藤田医科大学)

グループ⑥【医学】

No.	区分	大 学 名	氏 名
1	国立	東 北 大 学	齊 木 由 利 子
2	国立	広 島 大 学	蓮 沼 直 子
3	国立	九 州 大 学	新 納 宏 昭
4	公立	横 浜 市 立 大 学	太 田 光 泰
5	私立	北 里 大 学	鈴 木 隆 浩
6	私立	東 京 女 子 医 科 大 学	西 井 明 子
7	私立	聖 マリアンナ 医 科 大 学	川 畑 仁 人
8	私立	産 業 医 科 大 学	浦 野 元

モデレーター: 清 水 貴 子 (聖隷福祉事業団)

グループ⑦【医学】

No.	区分	大 学 名	氏 名
1	国立	岡 山 大 学	伊 野 英 男
2	国立	高 知 大 学	関 安 孝
3	国立	鹿 児 島 大 学	井 戸 章 雄
4	私立	東 北 医 科 薬 科 大 学	中 村 豊
5	私立	獨 協 医 科 大 学	楯 靖
6	私立	慶 應 義 塾 大 学	門 川 俊 明
7	私立	兵 庫 医 科 大 学	木 島 貴 志
8	私立	川 崎 医 科 大 学	上 野 富 雄

モデレーター: 高 橋 弘 明 (岩手県立中央病院副院長)

グループ⑧【歯学】

No.	区分	大 学 名	氏 名
1	国立	大 阪 大 学	長 島 正
2	国立	九 州 大 学	築 山 能 大
3	国立	鹿 児 島 大 学	宮 脇 正 一
4	私立	北 海 道 医 療 大 学	長 澤 敏 行
5	私立	日 本 大 学 (歯 学 部)	高 津 匡 樹
6	私立	鶴 見 大 学	大 久 保 力 廣
7	私立	愛 知 学 院 大 学	中 田 和 彦

モデレーター: 田 口 則 宏 (鹿児島大学)

◆テーマ3: 医科歯科連携教育について

グループ⑨【医学・歯学】

No.	区分	大 学 名	氏 名
		【医学】	
1	国立	筑 波 大 学	武 井 陽 介
2	国立	新 潟 大 学	河 内 泉
3	公立	福 島 県 立 医 科 大 学	木 村 隆
		【歯学】	
4	国立	東 京 医 科 歯 科 大 学	渡 部 徹 郎
5	公立	九 州 歯 科 大 学	栗 野 秀 慈
6	私立	昭 和 大 学	片 岡 竜 太
7	私立	日 本 歯 科 大 学 新 潟 生 命 歯 学 部	山 口 晃

モデレーター: 山口 久美子(文部科学省医学教育課アドバイザー)

グループ⑩【医学・歯学】

No.	区分	大 学 名	氏 名
		【医学】	
1	国立	東 京 医 科 歯 科 大 学	秋 田 恵 一
2	国立	富 山 大 学	岸 裕 幸
3	公立	京 都 府 立 医 科 大 学	丹 羽 文 俊
		【歯学】	
4	国立	岡 山 大 学	浅 海 淳 一
5	私立	東 京 歯 科 大 学	山 本 仁
6	私立	日 本 大 学 松 戸 歯 学 部	小 見 山 道
7	私立	大 阪 歯 科 大 学	益 野 一 哉

モデレーター: 上田 貴之(文部科学省医学教育課アドバイザー)

◆テーマ4: 診療参加型臨床実習を効果的に実施するための準備について

グループ⑪【医学】

No.	区分	大 学 名	氏 名
1	国立	秋 田 大 学	後 藤 明 輝
2	国立	浜 松 医 科 大 学	梅 村 和 夫
3	国立	三 重 大 学	堀 浩 樹
4	国立	京 都 大 学	種 村 文 孝
5	国立	島 根 大 学	磯 部 威
6	国立	琉 球 大 学	屋 良 さ と み
7	私立	金 沢 医 科 大 学	米 倉 秀 人
8	私立	東 京 慈 恵 会 医 科 大 学	常 喜 達 裕

モデレーター: 青木 昭子(東京医科大学)

グループ⑫【医学】

No.	区分	大 学 名	氏 名
1	国立	東 京 大 学	吉 川 雅 英
2	国立	山 梨 大 学	鈴 木 章 司
3	国立	岐 阜 大 学	森 田 浩 之
4	国立	信 州 大 学	菅 野 祐 幸
5	国立	香 川 大 学	岡 田 宏 基
6	公立	大 阪 市 立 大 学	柴 田 利 彦
7	私立	国 際 医 療 福 祉 大 学	倉 橋 清 泰
8	私立	福 岡 大 学	安 元 佐 和

モデレーター: 中川 美奈(東京医科歯科大学)

グループ⑬【医学】

No.	区分	大 学 名	氏 名
1	国立	福 井 大 学	濱 野 忠 則
2	国立	神 戸 大 学	河 野 誠 司
3	国立	名 古 屋 大 学	錦 織 宏
4	国立	滋 賀 医 科 大 学	丸 尾 良 浩
5	国立	佐 賀 大 学	原 英 夫
6	私立	岩 手 医 科 大 学	伊 藤 薫 樹
7	私立	東 邦 大 学	船 橋 公 彦
8	私立	日 本 大 学	日 台 智 明

モデレーター: 野村 英樹(金沢大学)

グループ⑭【歯学】

No.	区分	大 学 名	氏 名
1	国立	東 北 大 学	江 草 宏
2	国立	新 潟 大 学	多 部 田 康 一
3	私立	岩 手 医 科 大 学	佐 藤 健 一
4	私立	奥 羽 大 学	金 秀 樹
5	私立	明 海 大 学	須 田 直 人
6	私立	松 本 歯 科 大 学	羽 鳥 弘 毅
7	私立	朝 日 大 学	友 藤 孝 明

モデレーター: 平田 創一郎(東京歯科大学)

グループ別セッション

－ 全体報告会 －

【コーディネーター】

順天堂大学客員教授 奈良 信雄

新潟大学歯学部長 前田 健康

【奈良】 それでは、これから全体報告会を始めさせていただきます。

先生方、活発な御議論ありがとうございました。先生方のプロダクトをこれから御発表
いただいて、全員で討議したいと思っています。コーディネーターは新潟大学の前田歯学
部長と、私、順天堂大学の奈良が担当させていただきます。よろしくお願いします。

それでは、グループ①からの御発表をお願いしたいと思います。よろしくお願いします。

(テーマ1)

診療参加型臨床実習の組織体制について

■ グループ①

グループナンバー: ①

- 司会者 : 早稲田 勝久(愛知医科大)
- 記録係 : 赤木 美智男(杏林大)
- 発表者 : 西谷 陽子(熊本大)
- グループメンバー: 畠山 鎮次(北海道大)
小山 徹也(群馬大)
桂 春作(山口大)
杉浦 真弓(名古屋市立大)
塚本 和久(帝京大)
- モデレーター : 泉 美貴(昭和)

セッションテーマ: 組織体制について

- ① 現状:
- 総責任者: 医学部長
承認: 教授会
企画、審議: 教務委員会または教育センター
実働組織: 教育センターの臨床実習部門など
各診療科: 全大学が臨床実習を統括する教員を決めている
カリキュラム評価: カリキュラム委員会または教育評価委員会

② 課題

- 事務作業が多い、事務職員が不足している
- 事務職員の配置換えのため専任者がいない
- 全科ローテーションをどう位置づけるか?
- 診療科ごとのばらつきが大きい
- 大学の特色を生かした評価をどうするか?
全大学共通の評価システム導入との折り合い
- 学外施設とどう連携するか? 実習の質の保証は?
- 費用(謝金、交通費、宿泊費)は誰が負担するか?
- 患者の同意をどう得るか? 包括/個別

③ 改善のための提言

- 事務職員を増やす
- 事務作業を減らす→汎用性の高いソフトウェアの導入
- 「Student Doctor」を与えた後は見学型にはしない
- 診療参加型実習で回る科は選択(コア科+自由選択する)
- 全科ローテーションは「早期臨床体験」と位置付ける
- 学内の診療科間の情報共有システムを作る(ネットで)
- 学外施設の指導医にもFDは必要(臨床研修指導医講習会はある程度代用できる)
- Eラーニングも利用する

【西谷】 グループ①の発表を務めさせていただきます、熊本大学法医学講座の西谷でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

グループ①はテーマ1、「診療参加型臨床実習の組織体制について」というテーマでございました。各大学の組織体制というのを見ていきましたけど、おおむねオーソドックスに同じような組織体制、全体の会議体などは組んでおりました。総責任者として医学部長、そしてその承認として教授会、企画・審議といったところ、カリキュラムの企画や、それを審議するところということで教務委員会又は教育センターが行っておりました。

実働部隊は教育センターの臨床実習部門などがやっています。

各大学、実際に参加型臨床実習をしようとする、各診療科にどのように情報を落とし、情報をもどのように吸収していくかということが問題になっていました。当然教授会で全教員は、全教授はいるわけなのですが、実際には各診療科においては、全大学において臨床実習を実際に統括している教員、名称はいろいろではございましたけれども教員を決めて、その教員が実働部隊として会議体を開き、情報共有するということが行われていました。

評価につきましては、カリキュラム委員会又は教育評価委員会といったものを設置している大学が多くございました。

その中で、多くの課題が挙げられました。各大学の課題を挙げている中で、圧倒的に当グループで盛り上がったと言いますか、問題になりましたのが、とにかく参加型臨床実習を行っていく上では、その実習のコーディネート、学生の評価の回収、学生との連絡、各診療科との連絡、あるいは学外との連絡、そういったものに対して事務作業がすさまじく多いと。それに対して事務職員というのが分量いるのかと言いますと、例えば正規の事務職員などが、ある大学においては3人しかいない、茫然、というような話もございました、非常に不足しているということがありました。

さらに、様々な医学教育における事務というものが増えているにも関わらず、国公立だけでなく、私学におきましても事務職員の配置替えというのが定期的に起こってくると。非常に医学教育に詳しくなった事務職員が、配置替えのためにすぐにまた新しい、全く違う分野から来た事務の方になっていくといったことで、スキルが継続されていないというような、まず事務に関することが大きな課題として挙げられました。

その次には、全科ローテーションと言うものをやっている、いわゆる診療参加型と言われて、診療参加型を4週以上と設定いたしますと、72週間では全診療科を全部回すことは不可能ではあるのですが、どうしても全科でローテーションするというシステムをとっていることが、ほとんどの大学がそのようにしていたと。そうなったときに、どうしても参加型にならないような1～2週になると、これをどう位置付けたらいいのかということもディスカッションになりました。

さらに、診療科ごとにおいて、非常に熱意あるいは中身といったところですごくやってくださるところもあれば、余りきちんとしていただけないこともあるということで、そう

いったばらつきをどのように考えるかというのが問題になりました。

さらに、これはどういうことかと言いますと、この大学の特徴を生かした評価をどうするかというのは、実は学外の施設とどう連携するかというところから出てきた話ではあるのですが、学外の施設と連携して臨床実習をしていったときに、実習の質の保証自体も問題になりますが、評価をしていただくとなったときに評価システム、そうすると、大学のみの評価システムでは学外の先生が使っていただけない。そうなってくると、そういった大学を超えた評価システムというものがあつた方がいいと。さらに、このときにモデレーターの先生からの情報として、今後卒前・卒後を連携した全大学共通の評価システムの導入というのが起こってくるという話になりました。そこで最も問題になったのは、今現在、各大学が特徴を生かした評価システムをしていて、それとは別に大学共通評価システムが来たときにダブルスタンダードになってしまって、かえって仕事が増えてしまうのではないかということが問題になりました。

さらに、参加型臨床実習ということで地域医療に根差したというキーワードになったときに、その費用というものをどうしているか。これが各大学によってかなりばらばらでありまして、費用といいましても学外の先生方への謝金、あるいは学生自身の交通費、宿泊費、こういったものを一体大学が負担するのか、各学生に負担させるのか、どのようにしていくのかといったことも問題になりました。

さらに、診療参加型臨床実習ということで患者の同意をどのように得ていくのか。包括でいいのか、それとも個別、特に外来実習などでちょっと見学を一部している場合に、どこまで同意を取るべきなのか。あるいは、大学などのシステムであればそういった同意システムを作りやすいのですが、学外の各医療機関においては、そんなシステムはうちにはないといったときに、学外のそういった患者の同意を得ながらの臨床実習というのをどのようにやっていくのか、もう包括的にやった方がいいのではないかとすることが課題として挙げられました。

これらの課題に対しまして、私どもの改善のための提言ということで、まず1点目としましては、何といても事務作業の話で、これを言っても増えないかなという話は多少はしていたのですが、とにかく事務職員は増やしていただかないと、どんどんむしろ国公立大学では事務の人間も減らされて、教員も減らされていますけど、事務職員も減らされてということですが、ますます今後事務職員の担う力というのは大きいものですので、事務職員を増やしていただきたい。せめて事務作業を減らすためにソフトウェアの導入というのを積極的にすると。

そうなったときに、先ほどのように全大学共通のソフトを作っていただくというのはとてもありがたい反面、非常に困ると。なぜならば、全学のソフトというのが、全国共通というのは比較的汎用性が低い場合が多いというのが一番問題になりました。もしも全国共通でソフト、全大学共通のソフトを作っていただくときには非常に汎用性の高いもの、各大学が独自の、例えば評価システム一つをとっても各大学独自の項目を追加したり、各大

学独自のそういった判断基準などを追加したりというカスタマイズができるようなソフトウェアだと非常に我々は助かるよねという話はとでもしておりました。

2点目の課題といたしましてはローテーションです。全科ローテーションのところなのですけれども、全科ローテーションの在り方というのは非常に問題になりました。なぜならば、Student Doctor というものを与えた後に、見学型にもなり得るローテーションというのを入れるべきなのかと。本来ならば Student Doctor になった後は、そういったローテーションは入れるべきではないのではないかと。Student Doctor になる前に見学型をやった方がいいのではないかという話が出ております。

私ども、目から鱗と申しますが、CBT、OSCE が終わってからでないといふ全ての臨床実習を始めてはいけないといふかなりの強い固定概念を持っていたところもありまして、確かに見学型などを中心に前倒しといふのは一つの選択肢としてあったのかもしれないといふことも話題になりました。

やはり情報の共有といふところもそういったシステムを作っていただきたいといふことと、学外施設の指導医にどのようにスキルアップしていくかといふことで、FD が必要と。ただ、現在は厚生労働省がやっているようなワークショップを使ったり、e ラーニングの利用がいいといふような話になりました。

以上でございます。

【奈良】 西谷先生、御発表どうもありがとうございました。

このグループの課題は組織体制ということでありましたが、方略だとか、評価についてもかなり踏み込んでいただきました。貴重な御提言を頂いたと思います。

フロアからまず御質問、あるいは同じグループからの御追加とかはございませんでしょうか。特にないでしょうか。

先ほども課題にございましたが、診療科あるいは教員間によって臨床実習の指導に温度差があるとのことでした。それは教員の姿勢の問題かもしれませんし、あるいは診療科の特性ということもあるかと思われまふ。そういった診療間での交流を良くするためにどういふことを行えば良いか議論はなかつたでしょうか。

【西谷】 やはり一番大きく良であろうといふのが、最初のところの現状でも少し申し上げましたけれども、最近では各診療科の実働部隊の代表者での会議といふのを設けている大学といふのが増えていて、そういった会議体をするこゝで情報共有といふのができるようになってきたと。一番は下から三つ目の黒丸なのです。診療科間で、今では顔を合わせた情報共有だと一月に1回がせいぜいになりますけれども、例えばこの学生をもうちょっと気を付けて見てくれますかといふのを、例えば情報共有システムが IT でできるようになれば、もっと情報共有ができるのではないかといふ話は出ておりました。

【奈良】 ありがとうございます。そういった共有システムだとか、あるいは FD を活発化する、さらには e ラーニングも利用するといふような御提言かと思ひます。

ほかにはいかがでしょうか。はい、どうぞ。御所属とお名前をお願いします。

【濱田】 東海大学の濱田と申します。

私は、専門は耳鼻咽喉科なのですが、その4番目、「診療参加方実習で回る科は選択（コア科+自由選択する）」とありますけれども、これは多分テーマが組織構築なので、そうすると、そのコア科をどれだけ回るか、それから自由選択する科をどれにするのかというのは、先生、誰が決めるのでしょうか。

【西谷】 そのあたりまでのところは、コア科につきましてはある程度、正直申しますと我々のグループでも多くが認証を受けたとか、認証を受けるという話は大分盛り上がりはしたのですが、そこで提示されているような診療科というのはコアに入ってくるかと思いません。

自由選択は比較的学生の意思に任せている、学生の希望に沿った選択というところが大学としては多かったです。ただ、実際はどういうふうに戻らせるかというのは、もう少し意思決定した方がいいかもしれないといった議論まででとどまっていたかと思えます。お答えになっているかどうか分からないのですが。

【奈良】 よろしいでしょうか。コアの診療科をどう決めるかという御質問だと思いますが、学内で決めることになると思いますので、教務委員会等で御議論いただくことになりかと思えます。

では、時間です。どうもありがとうございました。

続きまして、グループ②、よろしくお願いいたします。

■グループ②

<p>グループナンバー:②</p> <ul style="list-style-type: none">■ 司会者 : 藤本真一■ 記録係 : 福本義弘■ 発表者 : 鬼島 宏■ グループメンバー: 中川幹子(大分)、鬼島 宏(弘前)、濱田昌史(東海) 梶本宣永(大医大)、澤口 朗(宮崎)、山本靖彦(金沢) 藤本真一(奈良)、福本義弘(久留米)	<p>セッションテーマ:診療参加型臨床実習の組織体制について</p> <p><現状> 組織図 教授会</p> <p>↓ ↑</p> <p>教育委員会、教務委員会</p> <p>↓ ↑</p> <p>下部組織(教育医長会議、教育担当会議、カリキュラムWGなど)</p> <p>↓ ↑</p> <p>現場(各科)の裁量に任せている</p>
<p><課題></p> <ul style="list-style-type: none">■ 診療参加型実習の期間が1科4週間もしくは2週間が単位となる<ul style="list-style-type: none">□ 内科と外科を併せて4週間、減らせる科がないか、内科大講座として回るか、専門内科で回るか、多種多様なパターンがあるが、どれを選択するか?■ 実習内容を担保するための各科レポートが学生の負担になっている■ 学外実習の滞在費・交通費(大学あるいは学生)の負担が大きい	<p><課題>の続き</p> <ul style="list-style-type: none">■ 教務委員会・教育センターで決めた内容が、教授会などで承認されない場合や、うまく実践されない場合がある。■ 教育担当の医局員のやる気(?)が不安定、クリニック内容が現場任せで温度差がある。■ 学生を教務委員会にどう参加させるか■ 学生が電子カルテに記載できない(指導医の認証問題)

<改善のための提言>

1. 卒前臨床実習センターを国のサポートで設置する。
 - a. 大学間・診療科間のばらつきを小さくする(均てん化)。
 - b. 卒後臨床研修センターと緊密に連携しつつ、5、6年生の診療参加型臨床実習を充実させる。
 - c. 初期臨床研修医の目標・評価に学生指導を組み込む。
2. 学外実習の充実のため、国および自治体に経済的負担を求める。
3. 医師の働き方をさらに検討する。
 - a. 医師負担を減らし教育に時間を割ける環境を整備する。
 - b. 医学教育を行う病院の診療報酬を上げるよう求める。

【鬼島】 グループ②です。グループ②も同じテーマで行いました。

グループのメンバーはスライドにあるとおりであります。

まず、診療参加型実習の組織体制ということですが、グループ①と同様で、一番上に学部長をはじめとする教授会があり、2番目に、その下には教育委員会、教務委員会、さらには医学教育センター等の組織があつて、実際にはここで実習の体制を組んでいるということで、全体的に同じような意見でありました。

さらに、下部組織としてそれを実践する、実行するグループがありまして、ここには教育医長会議や教育担当会議、カリキュラムワーキンググループなどがありました。ただし、これらの決めた内容をどのように各科で実践していくかというのは、現実には各科に任されているということでありまして、一応上から下までこのような形で、ヒエラルキーの下で体制が組まれているということでありまして。

さて、これに対しまして課題が幾つか挙げられました。まずは診療参加型実習の期間ということですが、原則4週間、短い科では2週間ということで、これをどのように組むかということですが、ある大学におきましては、例えば臓器別にして循環器として内科と外科で4週間ということで、循環器内科、循環器外科を回る、また神経は神経で、脳神経内科と脳神経外科ということがありました。

一方で、長い期間こういった科をとりますと、もちろん回せない科が出てくるのですが、そのあたりをどうするかということもあります。また、内科自体、分野がかなり大きくなりますので、これを全部4週間となると、本当にほかの科を回ることができなくなるというので、このあたりをどのようにして分担するのか、そのあたりで多種多様のパターンがあるのをどのように選択していくのかというのは、大学の中においてもジレンマがありますし、これを決めてもなかなか教授会等で承認されないということもあるようでありました。

それから実習に関しましては、実際には各科に任されてはいるのですが、実習内容を担保するためには各科でローテーションした学生がレポートを書いて、それを学務委員会等に上げてもらうようなシステムもあるのですが、こういったことをやればやるほど実際には学生がレポートを書くということに対しての負担があつて、診療参加に対しては多少負担になるということもありました。

それから、学外の実習に関しましてはグループ①と同様でありまして、滞在費、交通費が負担になるということで、特に県の範囲の大きな県においては移動費が高い場合、それから宿泊費が掛かる場合には誰が負担するかということもありまして、大学が負担する場合には、それ相応の重大な負担になるということでもあります。

教育体制ができていく割には、教務委員会、教育センターで決められた内容が教授会などで無理ということで承認されない場合や、実際にはそれがうまく現場で実践されない場合というのが大きな課題であるという話が出ました。

それから、あとは教育担当の医局員のやる気が診療参加型臨床実習に大きく左右されるということでありまして、教務委員会の方が非常に熱心であったとしても、各科のクリクラの内容が現場任せであると、どうしても温度差、実習内容の差が出てくるということでもあります。

それから、組織体制の中では、認証評価の中では学生を入れるということもあるので、これをどのような形で入れるかという具体的なことに関して悩まれている大学もありました。また、診療参加型臨床実習の中で学生が実際に患者カルテに直接記載できないような現状の体制においては、学生カルテを作るということで独立させることももちろん可能なのですが、それがうまく実際のカルテとの連動ができないようなことになっていて、二重となっていることが指導医の負担などにもつながっているということでもあります。

ということで、今まで挙げました課題プラスアルファということで、改善のための提言をさせていただきます。

まず第一、我々が最も強く押していただきたいのは、卒後臨床研修センターに相当するような卒前の診療参加型臨床実習に対する仮称卒前臨床実習センターを、国のサポートの下で均一的に設置していただきたいということでもあります。このようなセンターができれば大学間のばらつきもなくなるでしょうし、一定の法律の下でこのセンターが運用されれば、診療科間のばらつきを少なくし、全国それから各科の均てん化が図られるのではないかと考えております。

そして、また卒前教育だけを担当するわけではなくて、現在存在する卒後臨床研修センターと緊密に連携して5年、6年時の診療参加型臨床実習を充実させるということが非常に大きくなりますし、そういたしますと臨床研修とのシームレスも実践できる。また、臨床研修医の目標の中に、逆にこの診療参加型臨床実習の学生を指導するという内容を組み込むのも一案ではないかと思いました。

それから、学外で行う診療参加型臨床実習を充実させるためには、やはり一大学での努力だけではこれも無理がありますので、卒前臨床実習センターと同様に、国若しくは自治体にできるだけ応援していただき、特に経済的な負担に関しましても求めることによって、学外でのより実践的な診療参加型臨床実習ができるのではないかという意見が出されました。

それ以外には、医師の働き方改革をさらに検討するというところで、実際の診療に関する

医師の負担を減らして、できるだけ教育に時間を割けるような環境を整備する。それから、大学病院だけではなくて、診療参加型臨床実習を行う一般病院におきましても、医学教育を行う病院におきましては、例えば診療報酬などのインセンティブをつけるようなことを求めるということも、一つ大事な方策として挙げられるのではないかと考えました。

グループ②の発表は以上であります。

【奈良】 鬼島先生、どうも御発表ありがとうございました。

最初にフロアから御意見、御追加、あるいは同じグループから追加発言はございませんでしょうか。どうぞ。御所属とお名前をお願いします。

【磯部】 島根大学の呼吸器・臨床腫瘍学の磯部といいます。

この最後のスライドは非常にすばらしいなと思って聞いていたのですが、1行目のそういったセンターを国のサポートで設置するというのは非常にいいとは思いますが、国のサポートというとなかなか実現性が低いような感じがするので、以前にがん診療の均てん化のときに、大学間連携のがん均てん化プロジェクトを文部科学省がやったと思うのですが、医学教育ということになると文部科学省、そして卒後ともつなげるのであれば厚生労働省と、そういったところが医学教育養成プランみたいなものを立ち上げて、それに全国の医学部のある大学が参加し、連携して、医学教育をお互いにチェックしながら高めていくというのは非常にいいのではないかと思うので、是非検討していただきたいと思います。

【奈良】 いかがでしょうか。

【鬼島】 御意見ありがとうございます。我々も、結局どういう形であれ、国のサポートということであれば早く実践できるのではないか。もちろん、我々、各大学はたくさん努力はしておりますが、各大学の努力、それからお互いの相互チェックだけではどうしても歩むスピードが遅くなるのではないか、むしろトップダウンでこういったシステムを作っていただいて、多少なりとも予算を付けていただければこのシステムが一気に進むし、それから学外での診療参加型臨床実習も、より現実的な充実した実習ができるのではないかということがグループの中で意見が出されました。

【奈良】 ありがとうございます。どうぞ。

【泉】 昭和大学の泉と申します。すばらしい改善のための提案で、大変感動しました。

これを拝見すると、結局今は卒後臨床研修センターがやっていて、卒後の臨床研修をマネジしていることが、もう実際に卒前に下りてきたということですよ。

【鬼島】 はい、先生、そのとおりであります。

【泉】 そういうことですよ。

【鬼島】 それが、恐らく管轄が厚生労働省と文部科学省と一緒にやっていくということで、5年、6年から初期研修までを一括してと……。

【泉】 そういうことですよ。結局もう以前の卒後臨床研修ローテーションの歴史的役割が終わりつつあるというようなイメージさえ受けました。ありがとうございました。

【奈良】 ありがとうございます。新たなセンターを作るといのはなかなか難しいと思われませんが、運用等で改善する手立てがあるかと思えます。

それから、先ほど教務委員会あるいは教育委員会で議論したことが教授会で通らないというのがございましたが、それは十分な御議論をいただきたいと思えます。よろしく願いいたします。

【鬼島】 ありがとうございます。

【奈良】 では、時間です。どうもありがとうございました。

それでは、グループ③、よろしく願いいたします。

■グループ③

<p>グループナンバー：③</p> <p>セッションテーマ：診療参加型臨床実習の組織体制について</p> <ul style="list-style-type: none">■ 司会者 : 和佐順彦 (大阪大学)■ 記録係 : 土屋静馬 (昭和大学)■ 発表者 : 柳原克紀 (長崎大学)■ グループメンバー: 土谷順彦 (山形大学)、浅野水辺 (愛媛大学) 服部信孝 (順天堂大学)、野村昌作 (関西医科大学) 櫻井裕 (防衛医科大学)	<p>診療参加型臨床実習の各大学の現状</p> <ol style="list-style-type: none">1. 管理体制 ・教務委員会、医学教育センターが主導でカリキュラムの立案・実行をしている。 ・カリキュラムの質の評価の体制はあるが、どの程度機能しているかは明確でない。 ・教授会の役割が以前より低下している。2. 診療科間、学外協力施設との連携の工夫や問題 ・複数の附属病院(それぞれに特徴がある)で実習の機会は提供できている。 ・地域の病院に協力依頼はできているが、質の保証の確認は十分でない。 ・学内では、臨床・教育・研究で忙しいなか、非協力的な教員が多い。 ・学内では、外来実習(予診)を行う機会がかなり減少している。3. 学生が臨床実習中にStudent Doctorとして担う役割 ・4～6年の学生が大人数で病棟におり、指導できていない。ほとんど見学に終始している。 ・診療録は、「学生用カルテ」に記載している。4. FD、SDについて ・各大学で年間数回のFDは行われている。
<p>診療参加型臨床実習の課題</p> <ol style="list-style-type: none">1. 管理体制 ・医学教育センターがどの程度、カリキュラムの立案・運営・評価に関われるか。 ・学生・患者からのフィードバックをどのように活かせるか。2. 診療科間、学外協力施設との連携の工夫や問題 ・中小病院、クリニックとの連携・情報共有が十分でない。 ・診療・教育・研究が忙しいなか、どのように教育の動機づけをするか。 ・学外施設での実習について、指導教員・学生に費用をどこまで出すか。3. 学生が臨床実習中にStudent Doctorとして担う役割 ・診療録を学生に記載させることについての課題 (医療訴訟への危惧、カウンターサインの質の維持) ・学生の医行為の基準が、学内で未整備である。医行為リストがあっても実施できているかの確認が十分にできていない。4. FD、SDについて ・実施しているが、必要な教員に教育情報が届いていない。	<p>改善のための提言</p> <ol style="list-style-type: none">① 診療科間の連携のために「学生－教員間連絡帳」を作製し、共有(成功例あり)② 各大学の取り組みで良いものを全国で「共有フォルダ」でシェアできる仕組み作り③ 教育・評価における患者・メディカルスタッフの活用④ メンター制度の充実。⑤ 学外研修施設の教育の質の保証(FD、Post-CC OSCEの内部評価者の依頼)⑥ 教育センターの学内の権限の強化

【柳原】 グループ③ですけども、グループ③はこういったメンバーの先生方で議論いたしました。発表は、長崎大学の私、柳原が行います。よろしく願いいたします。同じテーマです。

まず、臨床実習の各大学の現状というところですけども、今二つのグループからお話がありましたように教務委員会、あるいは医学教育センター等が主導で行っている、ここは変わらないです。これは医学部長が関わっているというところなんです。

カリキュラムの質の評価というのが最近言われていますが、これはどのくらい機能するのかが明確ではないということでした。先ほど教授会の話が出ましたけども、私たちの班では、むしろ教育に関しては教授会の力が低下していると。低下しているというのは、教務委員会で通ったことは報告事項になっていて、教授会ではまず通るという施設が多かつ

たです。

診療科間、学外施設の連携の工夫ですが、これはいろいろな特色がありますけれども、実習の機会は提供できているのかなということでした。ただ先ほどもございましたが、地域の病院に依頼してできるのですけれども、質の保証、評価がなかなか難しいというのが現状かなと思います。

学内では皆さん、臨床・教育・研究でお忙しいので、非協力的な教員もおられるということですが。

最近の傾向として、外来の患者さんの待ち時間も昔ほどではなくなってきていますから、それが難しいというのもありました。

また、学生の臨床実習中に Student Doctor として担う役割ですけれども、最近4年生、5年生、6年生と多数が来ますので、指導ができていないことはないのですけれども少し難しくなっていることがあると、数が多いということです。

診療録の学生用カルテ、これは学生用カルテに記載しているところもありますけれども、記載はしていないところも幾つかあったということも分かりました。

FD (Faculty Development) に関しましては、年に数回行われているというのが現状です。

課題ですが、医学教育センターのいろいろな施設の差がありますから、どのくらいカリキュラムの立案・運営に関われるかというところですが。

それと、学生・患者からのフィードバックを生かせるかというところが課題になっています。

診療科間、学外協力施設との連絡ですが、ここも情報共有が難しいというところと、先ほどもありましたが、皆さん診療・教育・研究に忙しいので、教育にそれほど時間が割けないというところも問題ではないかということです。

先ほど二つのグループでもありましたが、学外施設は大体遠方にあることが多いので、その経済的なサポートをどうするかというところですが。

学生が臨床実習中に Student Doctor として担う役割ですけれども、これは診療録のことはたくさん議論したのですけれども、診療参加型ということなので学生が診療録を書くことは望ましいことですが、それがそこに残ってしまうと訴訟に使われるのではないかということや、あるいは指導教員の承認の問題等がありますので、そこが課題ではないかということです。

学生の医行為というのはいろいろ今広がってきておりますけれども、学内でまだ未整備ということで、医行為リストがあってもこの方ができている、できていないという確認が難しいのではないかともしも言われていました。

FD, SD (Staff Development) ですが、これは実施していても、実際教員に情報が届いているかどうかというところが少し疑問として挙げられていました。

改善のための提言ですが、診療科間の連携のための「学生－教員間連絡帳」というのは、メンバーの1人の先生から出されたものですが、学生がその手帳を持っていて、手

帳には CBT ですとか OSCE の点数がみんな書いてあるのです。それを指導教員に見せて、指導教員がその学生のレベルを知ることでもできますし、その手帳にどういう手技をやったか、どういう症例をやったかということを示すことで、診療科の情報の共有ができるということで、これは非常にいいことかなと思って提言として含めています。

提言としてもう一つ提案したいのは、各大学での取組にはたくさんいいものがございますので、それがただ各大学だけでやっていると全国に広まりませんので、先ほど卒前臨床実習センターという話もありましたけれども、それに少し関連して、いい情報を各大学で共有できるような共有フォルダみたいなものがあると有効ではないかということも提案されました。

教育・評価における患者・メディカルスタッフの活用というのは、患者さんにも学生を評価してもらいますし、メディカルスタッフも評価するわけですが、その評価の情報をしっかりフィードバックできる仕組みも大切だろうということです。

メンター制度というのは、それぞれの学生に教員、教授等を付けることですが、それを付けて、やはり個別の学生の指導に役立てたいということもありますし、また、学生には優秀な学生もいれば、そうでもない学生もいますので、そうでもない学生には、よりマンツーマンの指導があると望ましいのではないかとということも提案されました。

5番目の学外研修施設の教育の質の保証。ここは少し難しいところですが、学外は病院から離れてしまいますが、ここは診療科間、あるいは病院間で情報を共有することで教育の質の保証をすべきだということになります。それには、例えば学外施設の方にも FD を行うとか、Post CC OSCE が始まっておりますけれども、この内部評価者を学外の先生方をお願いすることで教育において理解を深めてもらおうということも提案としてありました。

6番目といたしましては、教育センターの、先ほど事務職員のお話も出ておりましたが、もう少し教育センターに事務職員ですとか、あるいは教員の人を増やす、あるいは予算を増やして学内の権限を強化することで、教育マネジメントするところを強化してはどうかということが出されています。

以上です。どうもありがとうございました。

【奈良】 柳原先生、どうもありがとうございました。

まず、フロアから御質問等はございませんでしょうか。先ほどのグループと同じような課題が幾つか出ました。例えば全国で共有フォルダを作ることも一つのいい御提案かと思いますが、まさしくこういったワークショップでいろいろな大学の先生と意見を交換することによって、より良いものができるということになろうかと思います。それを形として表していければ良いのではといった内容のお話かと思います。

それから、学外病院の実習の在り方についてもお話がありました。これもグループ①、グループ②、グループ③とありましたけど、経費の問題が絡んできたということと、学外の実習病院の指導医の教育能力の関与など、幾つかの問題があったかと思います。それら

についてはかなり議論されましたでしょうか。

【柳原】 費用のことに関しては、やはり大学のカリキュラムで臨床実習を行うのであれば、大学で費用は負担すべきではないかという意見が大勢を占めていました。もう一つの学外の教育の質の評価というのはまた難しく、学内においても教育に対する温度差は大きいのですが、学外だともっと差が出てくることがありますので、そこはなかなか難しいところですが、先ほど御提示しましたように学外の先生方にもいろいろな勉強をするFDなどの受講の機会を作るとか、あるいはPost CC OSCEの内部評価者などをお願いすることで医学教育の現状を知ってもらおうというのが私たちのグループでは議論されました。

【奈良】 ありがとうございます。学内の教員の間でも指導能力を高めるためのFDは非常に大事ですが、学外の指導者についても臨床実習の成果を高めるためには重要です。例えば大学病院以外で臨床実習が多く行われるアメリカでも、臨床実習の教育の質を担保するために、FDを行うのは当然として、必要に応じて医学部長とか教務委員長が出向いて行って臨床実習の在り方を伝えることを行っているようです。そういった工夫も必要かなと思いました。

では、時間がまいりました。どうもありがとうございました。

【柳原】 ありがとうございます。

■グループ④

<p>グループナンバー: ④</p> <ul style="list-style-type: none">■ 司会者 : 柳下寿郎■ 記録係 : 柴 秀樹■ 発表者 : 八若保孝■ グループメンバー: 鮎瀬卓郎、湯本浩通 二瓶智太郎、稲井哲一郎	<p>セッションテーマ: 診療参加型臨床実習の組織体制について</p> <p>① 現状: 大学ごと、組織体制は様々であるが、診療参加型臨床実習を実施できる体制は基本的に整っている。従来から、診療参加型臨床実習を行っている。</p> <p>しかし、実施が困難になってきている。</p> <p>→</p> <ul style="list-style-type: none">・環境(法的な同意の問題、教育担当の教員に対する評価)・人的問題(教員数の減少、教員の質の確保)・協力患者数の減少・シームレス教育(大学間のカリキュラムの共有)
<p>② 課題</p> <ul style="list-style-type: none">・環境 法的な同意の問題(包括から個別へ移行した場合の影響) 教育担当の教員に対する評価・人的問題 教員数の減少 教員の質の確保・協力患者数の減少・シームレス教育 研修施設間のカリキュラムの共有(学内、学外)	<p>③ 改善のための提言</p> <p>基本的な組織体制は整っているのので、各部署の問題点を抽出し、対応していく。</p> <ul style="list-style-type: none">・環境 法的な同意の問題(包括から個別へ移行した場合の影響) → 個別同意になった場合、コアカリキュラムの水準をどう維持するか。 教育担当の教員に対する評価→教育評価の明文化・人的問題 教員数の減少→シミュレーション教育 教員の質の確保 → FDの開催・協力患者数の減少→ 周術期を含めた医科歯科連携、教員の質の向上・シームレス教育 研修施設間のカリキュラムの共有(学内、学外) → 各大学共通のポートフォリオ作成

【前田】 それでは、次は歯科からの御発表で、新潟大学の前田が司会をさせていただきます。

グループ④で、発表者は北海道大学の八若先生です。どうぞよろしくお願いいたします。

【八若】 グループ④，歯科です。グループメンバー等はスライドのとおりです。発表は北大の八若がさせていただきます。

診療参加型臨床実習の組織体制ということで、我々のグループはいろいろと時間を使って議論させていただきました。歯科というのは、もともと診療参加型臨床実習をずっと昔から行っております。ということで、いろいろと各大学の現状とかを話し合いましたけど、組織体制に関しては、大学間で多少のずれはあるにしろ、診療参加型臨床実習を実施できる体制は基本的には整っており、それをベースにして実施を行っているということが分かりました。

ただ、いろいろな問題がやはり生じてきておまして、その体制だけで十分できているかどうかというのは難しいところがあるというような現状もあります。この下に環境、人的問題、協力患者数の減少、シームレス教育等々と書いています。これは後で課題のところでも詳しく説明しますが、こういうような現状で、きちっとやっているけども、まだまだうまくいってないところもあるというような形が現状でした。

課題ですが、先ほど言ったところを大きくしましたが、まず、環境として法的な同意の問題とあって、歯科はかなりの診療参加をします。ですので、患者さんの同意が非常に大事になります。一般的な包括同意で、あとは診療内容については個別同意という形で今は対応しておりますが、医科で個別同意が主体となるというような話も聞いておりますので、これに関しては患者さんに負担がまた掛かってしまうのかなということで、今後の対応を考えなければいけないかなというところ です。

それから、教育担当の教員に対する評価ということで、教育・診療・研究となりますが、どうしても教育に対する評価というのが数値化されてないとか、具体化されてないとかということで、教員自体が教育を担当すること自体にどうしても温度差が出てきているということで、今は任期制をとっている大学が多いですから、例えば5年間なら5年間の中の2年間を教育にもう没頭してやれるような、そういうような環境とかも必要ではないかということで、後ほどの提言でまたお話しさせていただきたいと思っております。

それから人的問題ですが、特に国立は人件費の削減等々で教員数が減っております。それから、教育に関する診療をベースにした教育になりますけど、どうしても教員のパーソナリティだとか、技術だとか、経験で差が出てきているということで、質を確保することがなかなか難しくなっているのが今の課題として挙げられました。

それから、協力患者数の減少ですが、患者さんも今はいろいろなところで知識を持って病院に来ます。特に大学病院に来る患者さんというのはそういう方が多いです。まして、国立は特定機能病院になっていますので、何らかの問題、全身的な問題とかいろいろなものを持って来ますので、学生に診療参加としてどの程度まで参加していただけるかどうか

というのも難しくなってきたりもしています。

なので、患者数を増やす努力は各大学がやっていますが、なかなか功を奏していないということで、議論の中では、昔は歯学部附属病院、医学部附属病院とかという形で分かれていたりして、附属病院ですから教育のためにということが言えたのですが、何とか大学病院という形になっていますので、なかなか患者さんにもそれは、いろいろとチラシを作ったりはしていますが、できたら国の方からも言っていただければ患者数が増えるのではないかなという形です。

シームレス教育ですが、個々の大学で臨床実習を行い、卒業して今度は研修医ということになるのですが、その部分のシームレス、それから大学の中でのシームレス、やはり学生がオーバーラップしないようにとかいろいろなことを苦勞して今やっていますが、なかなかこの部分が十分まだいっていないのではないかなというような課題が出ました。

そういう課題に対しての提言ということになります。基本的な組織体制は先ほどお話ししたように整っているということをもとにして各部署の問題点を抽出し、対応していきましょうということで、大きな問題というよりは個々の問題というのが結構出てきますので、そういうのを抽出して対応していく。その中で、必要に応じて大学だけではなくて大学間でも情報共有していくということで、それが基本、ベースです。

先ほど出てきた環境に関してですけど、個別同意がどの症例にもなった場合には、もう我々の対応はかなり厳しくなりますので、コア・カリキュラムの水準をどう維持するかとか、そういうことまで含めて考えなければいけませんし、ここに関しては、教育としては文部科学省ですし、同意とかこちらに関しては厚生労働省になるのかな、なので、省庁間でもいろいろと情報共有して、医学・歯学教育がスムーズにいけるような体制を整えていただければということをお願いしたいと思います。

それから、教育担当の教員に対する評価ということですけど、教育評価に関して明文化し、教育をやっているということが研究、臨床とかと同じようなレベルできちっと評価されるということをしていくことによって、教員が教育にある程度熱心になれるのではないかなということなんです。

人的問題に関しては、教員数の減少もあり、いろいろ指導体制もありますので、総合実習だけでは十分対応できない部分はシミュレーション教育を取り入れていきたいと思います。ただ、歯科のシミュレーション教育に必要なロボットとかというのは結構高額なので、その点はいろいろとフォローしていただければと思います。

それから、教員の質の確保に関しては、先ほどやはり各教員の温度差というのがありますので、FDの開催等で質を上げていきたいと思います。

協力患者数の減少に関しては、医科歯科連携で周術期の患者さんを歯科医が口腔ケアをしたりということで、医科歯科連携で患者数が確保できてきていますので、こういうところをうまく利用して患者数を増やす努力をしましょう。それから、やはり教員の質が上がれば患者数も上がるでしょうということで、先ほどとオーバーラップするのですが、

教員の質の向上を図っていきましょうということです。

シームレス教育に関しては、各大学共通の、どこまで共通にできるか分かりませんが、ポートフォリオを作成して、学内でどれだけやったか、違う研修施設に行ったときに、自分はここの大学でこういうことをやってきましたということが提示できるような形にして、できるだけシームレスに臨床実習から研修医までをやるような形のことを構築していけばというような形の提言にさせていただきました。

以上です。

【前田】 ありがとうございます。

四つの課題を挙げていただいて、それに対応する解決策を示していただきました。フロアから何か御追加、御質問等がございますでしょうか。はい、どうぞ。

【廣井】 東邦大学の廣井です。すばらしい発表、ありがとうございます。

シームレス教育は、医科も歯科もすごく大事かと思うのですが、この大学共通のポートフォリオというのはどこが主導で、どんな形でこれを運用していけばいいか。あと、さらに臨床前教育もポートフォリオと言われていますよね。その部分をどういうふうに一貫して管理していくかというのは、どのような御議論があったでしょうか。

【八若】 ありがとうございます。そこまで確固としたものはないですが、今、何種類かのそういう学生実習でどういうことをやったかというような電子データというのを管理できるようなシステムが走っています。それを完全に一緒にすることはできないにしろ、ある程度そういう、僕が知っているだけで3種類ですけど、そういうものを活用しながら情報交換していくというのは大事ではないかということです。

もう一つは、基本的にはモデル・コア・カリキュラムがありますので、それに関しては当然やっていなければいけないということを前提として、プラスアルファのところをポートフォリオとかで、こういうことを自分はやってきたとかということをアピールできるような形にして、それが研修医に行ったときに有効に使えるというか、利用できるような形にできればと考えています。ただ、それをどうコントロールするかという、そこまでは、申し訳ありません、議論では出ませんでした。

【前田】 どなたか、ほかにございますでしょうか。

歯科の臨床実習は医科とちょっと異なりまして、モデル・コア・カリキュラムでも自験ということがあって、なかなか協力患者さんの確保というのは難しいということと、同意の問題というのがいろいろな歯学部で困っているかと思います。後ほどまた御議論をお願いしたいと思います。

どうもありがとうございました。

【八若】 ありがとうございます。

(テーマ2)

診療参加型臨床実習の学修目標・方略について

【奈良】 続きまして、学修目標と方略に進みたいと思います。

グループ⑤の御発表をよろしく申し上げます。

■グループ⑤

グループナンバー:⑤

- 司会者 :鳥取大学 中野
- 記録係 :埼玉医科大学 小山
- 発表者 :東京医科大学 三苫
- グループメンバー:
旭川医科大学 牧野
徳島大学 西村
自治医科大学 今井
日本医科大学 佐伯
近畿大学 松村

セッションテーマ:診療参加型実習の学修目標・方略について

- ① 現状:
1. 共通の学修目標はモデル・コア・カリキュラムやPost CC OSCEの学修評価項目に準じて設定されている。
 2. 4週以上の実習はどの大学も実施できているが、大学により期間・診療科数などの差がある。

セッションテーマ:診療参加型実習の学修目標・方略について

3. 講座別の臨床実習が実践されている。
4. ポートフォリオ、ログブック、ルーブリックといった形成的評価のためのツールは多くの大学で導入されている。

② 課題:

1. 求められる重要な診療科(内科、外科、小児科、産婦人科、精神科、総合診療科)の中では小児科、産婦人科、精神科での実施が困難。理由として、受け入れ先のキャパシティの問題がある。
2. 講座別の臨床実習が実践されているが、アウトカム基盤型の臨床実習体系になっていない。
3. ポートフォリオ、ログブック、ルーブリックといったツールは導入されているが、十分に活用されていない。診療科によっても活用状況が異なっている。

③ 改善のための提言

1. 強いガバナンスが必須
2. 既存の講座枠に基づいた臨床実習ではなく、アウトカム達成に必要な臨床実習ローテーションシステムに改変する。
3. キャパシティの低い診療科の臨床実習に関しては、分院や関連病院との連携体制を強化する。
4. 臨床実習を2階建てにして、全診療科必須の臨床実習(見学型を含む)と選択制の診療参加型実習とで構成し、後者の期間を長くすることで重要な診療科の実習を実現する。

③ 改善のための提言

5. 教育エフォートに対するインセンティブを可視化する。

【三苫】 よろしくお願ひいたします。グループ⑤でございます。グループ⑤のテーマは診療参加型臨床実習の学修目標・方略についてです。

スライドがグループ⑤のメンバーでございます。

まず、現状でございますけれども、メンバーの大学におきましては、共通の学修目標はモデル・コア・カリキュラム、あるいはPost CC OSCEの学修評価項目に準じて設定されて

おりました。これは、Post CC OSCE の影響といたしますか、Post CC OSCE をにらんだ臨床実習が行われていることを示唆していると思います。

さらに、主要な診療科における実習は、どの大学でも4週以上実施できておりますが、大学によりまして期間あるいは診療科数などの差も見られました。

ただ、臨床実習は、どうしても診療科別に行われますので、アウトカム達成に向けた臨床実習が実践されていないのではないかという指摘もございました。

一方、ポートフォリオ、ログブック、あるいはルーブリックといった形成的評価のためのツールは多くの大学で導入されており、学修目標に向かって継続的に学ばせる仕組みは整っていると感じられました。また、多くは電子媒体でのシステムになっておりました。

次に、課題でございますけれども、重要な診療科としまして、内科、外科、小児科、産婦人科、精神科、総合診療科、これらの診療科での4週間での診療参加型の実習が求められていますが、実際にはやはり小児科、産婦人科、精神科での実施がちょっとなかなか難しいという意見も出ました。理由といたしましては、その受け入れ先のキャパシティの問題、マンパワーの問題が挙げられました。

それから、2番目でございますけれども、先ほども申しましたが、講座別の臨床実習が実施されておまして、アウトカム基盤型の臨床実習体系に真の意味ではなっていないのではないか、この問題点がかなり討議されました。

それから、3番目でございますが、ポートフォリオ、ログブック、ルーブリックといったツールは、導入はされていますが、必ずしも十分に活用されていない、要するに診療科によって活用状況が異なっている。ログブックは、御存じのように学生の学修意欲を非常に向上させるツールであり、指導医のコメントがあれば学生も更に書き込んでいくわけですが、グループの先生の大学では、指導医のコメントの記載率は概ね50～60%ということでした。ただ、中には80%、90%の診療科で指導医がコメントを寄せているという例もございました。

改善のための提言でございますが、まず、やはり強いガバナンスが必須ではないかと。これからの課題は幾つもあるわけですが、それらを全て克服するには教育のガバナンスが必須ではないかということが強調されました。

2番目でございますが、既存の講座枠に基づいた臨床実習ではなく、アウトカムを達成するのに必要な臨床実習ローテーションのシステムに改変すべきではないかと。要するに到達目標がこれであるから、これを達成するにはこの診療科は適しているけれども、この診療科は今までの実績から考えてちょっと無理ではないか、そういったことも判断して学生の割り振りをすべきではないか。従来、今までこの科とこの科とこの診療科に回すというように、どちらかという機械的に行われている側面もなきにしもあらずだったわけですが、アウトカム達成に必須、必要なローテーションシステム、これに改変すべきではないかと。

それから、3番目でございますが、キャパシティの低い診療科の臨床実習に関しては、

分院ですとか関連病院との連携体制を強化する。特に連携というところが強調されたわけでありませぬけれども、やはり連携がないとなかなか学外、特に学外病院の場合は十分に担保もできない、あるいは受けていただけないということもありましたので、連携体制を強化する必要がある。

それから、4番目でございますが、臨床実習は2階建てになっておりますが、全診療科必須の臨床実習、見学型も含まれますけれども、やや見学型に傾きがちな全診療科必須の実習と、それから選択制の診療参加型実習、特にこの後半の期間を長くして、そうすることによって重要診療科の実習を十分時間を持ってできるような形にしていく必要があるのではないかとということが提言されております。どうしても現在は前半の期間が若干長くなっておりますけれども、後半の期間を長くする必要があるということでございます。

それから5番目ですが、どうしても温度差、個人差が指導教官によって出てくるわけでございますが、その教育エフォートに対するインセンティブを可視化すべきではないかと。インセンティブというのは、もうこれは古くから言われていることでございます。しかし、なかなかやはり効果が出ないわけです。ですから、インセンティブの可視化、ちょっとこのスライドに書くのがはばかられて書いておりませんが、議論で出ましたのが、例えばボーナスを高くするとか、ある大学では実際に行われている例があったそうです。あるいは、その任用期間を3年の例を5年にするとか、もう目の前にすぐ見えやすい形でインセンティブを出さなければ、なかなか効果が得られないのではないかとございます。

したがって、今までの問題点としましては大きく分けて三つございまして、一つはどうしても診療科あるいは病院別などの縦割りの構造でございます。

それから、2番目はキャパシティーでございます。

そして3番目は、指導教官による個人差、意欲の差ということでございまして、それをらんで改善していかなければいけないという意見でございました。

どうもありがとうございます。

【奈良】 三苦先生、御発表ありがとうございます。

先ほどのテーマ1でも話題に出ましたが、講座間、診療科間によって方略、教え方、あるいは評価が違うという問題があり、これを解消するにはガバナンスが重要であるということ御提言いただいたと思います。

それから、むしろ各講座のエゴではなくて、学生が臨床実習の後に何を身に付けているか、つまりアウトカムは何かという観点から臨床実習を組んでほしいというようなことを御発表いただき、非常に貴重な御提言だったと思います。

フロアから何か御質問とか御追加とかはございませんでしょうか。いかがでしょうか。

【濱田】 すいません、東海大学の濱田です。貴重な発表、ありがとうございます。

さっき産婦人科とか小児科の問題が出ましたが、多分マンパワーの問題もあるかもしれないけれども、例えば我々の大学だったら、基本的には小児科は1次を診ないというような体制で基本的にやっていますので、どうしても診る疾患に限られるという問題

があります。ですから、あと産婦人科も多分似たようなことで、正常な分娩は診ないですよ、大学病院にいても。ですから、それはやはりもともと学外病院に多分求めるべきであって、ですから、そういう診療は皆さんの大学では、診療というか実習は、そういうのはまだ構築されていないという、そういう捉え方でよろしいのでしょうか。

【三苦】 ありがとうございます。

産婦人科、小児科の実習に関しましては、やはり私たちのグループでもうまく成功している大学の例では学外病院実習を、学外の病院を積極的に活用して、そして足りない症例を補っていくという報告がなされました。

【奈良】 小児科など、高度先進医療を主に担当する大学病院では、悪性腫瘍や先天性疾患などを対象にしていることが多く、コモンディジーズを診る機会が少ないかも知れません。その場合は大学病院以外の教育病院をうまく活用することが重要かと思います。

御質問がありましたね。

【廣井】 東邦大学の廣井です。すばらしい発表をありがとうございました。

教員のアウトカム基盤への考え方のシフトというのは、すごく大事なポイントなんだろうなと思って伺っていたのですが、アウトカム基盤の考え方にシフトしていくために、かなりの労力を割かないとなかなか難しいポイントがあるのではないかなと思いますが、アウトカム基盤に、全ての教員とは言いませんが、7割の教員がそっちに思考をパラダイムシフトさせていくためにはどうするかみたいな御議論はあったのでしょうか。

【三苦】 おっしゃるとおりで、私たちのグループでも問題になりましたのが、例えば大学の中で3病院やったときに、その到達目標さえもちょっとなかなか異なってしまう、そのすり合わせが非常に大変だということになりました。そして、それに関してはもうとにかくいろいろ話して、話せる機会を作って、そしてすり合わせをやっぱりしていく努力、それとやはり学修者の視点から考えるということが議論されました。

【奈良】 よろしいでしょうか。それでは、時間のようです。どうもありがとうございました。

では、続きましてグループ⑥、よろしく申し上げます。

■グループ⑥

グループナンバー:⑥

- 司会者 : 鈴木 隆浩
- 記録係 : 川畑 仁人
- 発表者 : 浦野 元
- グループメンバー: 斎木由利子、蓮沼 直子
新納 宏昭、太田 光泰
鈴木 隆浩、西井 明子
川畑 仁人、浦野 元

セッションテーマ:

- ① 現状:
 - ・各診療科に任せられた部分が多い実習内容
 - ・共通の学習目標設定、各科設定の学習目標設定
 - ・実習ノートの作成とそれに基づく指導教官へのフィードバック
 - ・臨床前の症候のシナリオを用いたシミュレーション教育
 - ・eポートフォリオ導入している大学あり(多くは紙ベースでのポートフォリオもしくは導入なし)
 - ・mini-CEX導入施設あり
 - ・地域医療実習、多職種連携実習、early exposure
 - ・実習期間中の振り返りとフィードバック

② 課題

- ・学習目標共有のコーディネート
- ・“診療参加型”の浸透
- ・学生の学習目標到達度の把握
- ・技能の学習方法
- ・診療録作成手段と評価
- ・ポートフォリオの構築
- ・効果的なローテーション作成
- ・外来実習

③ 改善のための提言

- ・教育専門の人材の拡充
- ・教育担当者への評価・インセンティブ
- ・eポートフォリオの導入
- ・“診療参加型”の意識付け
- ・医学教育の効率化

【浦野】 産業医科大学の浦野と申します。グループ⑥の議論について御報告させていただきます。メンバーはこのようになっております。

セッションテーマは先ほどと同じ「学修目標・方略について」です。

現状ですが、一番多かったのは各診療科に任せられた部分が多い、これは評価にしろ、実習内容にしろ、各診療科に任せられている部分が多いということでした。その中で各大学はいろいろ工夫しているわけですが、共通の学修目標設定、大きな学修目標、それから各科設定の学修目標はある程度各大学でされているというような御報告でした。

実習ノートの作成と、それに基づく指導教官へのフィードバックをやっているような大学もあります。この実習ノートというのはログブックのような形です。

それから、臨床前の症候のシナリオを用いたシミュレーション、臨床実習に入る前に症候別にシナリオを作って、それをシミュレーションさせるというような事前の教育をされている大学もありました。

e ポートフォリオを導入している大学もありますが、先ほどのグループと違って8大学中、2大学ほどでした。あとはログブックのようなものが1校、ログブックと、eポートフォリオを併せてもグループ⑥では8校中3校ぐらしか導入されていないようでした。

それから、mini-CEX は導入されている施設もありますが、組織的に行っている大学はまだ少ないようです。

地域医療実習、多職種連携実習、early exposure を行っている大学、実習期間中の振り返りとフィードバックをしている大学など、各大学でいろいろ知恵を絞ってこのようなことをされているという現状が報告されました。

これに関して課題を抽出しますと、学修目標共有のためのコーディネート、すなわち、各診療科にある程度任されているわけですが、例えば重複や、不足の調整をコーディネートする者が必要で、オーガナイズしなければならないという意見が出ました。

診療参加型の浸透、これは指導に当たる各教員に、診療参加型にするという意識の浸透がまだまだ不足しているのではないかという議論がありました。

学生についても同様で、診療参加型という意識をもう少し持たせなければいけないという意見が出ました。

学修目標到達度の把握についても、各学生でそれぞれの手技等がどこまでできるかを把

握できるような体制になっていない。各診療科で評価の仕方もばらばらなので、それを総合的に把握はできない、難しいという話が出ました。

技能の学修評価も各診療科で手技が異なるので評価を統一することが難しいのですが、どのように教えるか、採血一つにしろ、何科で教えるか、何科でどのように教えたか、何ができるかというようなことが見えないので、技能の学修方法や評価についてもある程度オーガナイズする必要があるという意見です。

診療録の作成手段と評価も大学によってまちまちで、カルテに色違いで学生が記載して指導医が承認する大学もあれば、カルテ自体には記載できない大学もあります。これは、一つは、導入されているカルテのシステムの違いにも原因があると思いますが、診療参加型の臨床実習にするための一つの要件なので、学生による診療録の作成の手段については、議論が必要ということでした。

ポートフォリオについては、まだ導入されていない大学もあり、また導入されている大学でも運用がうまくいっていない大学もあります。ポートフォリオを作った上で、どういふふうの評価につなげるのかということも今後議論が必要です。

ローテーションに関しましては、各グループが異なる診療科に分かれて同時に始まりますから、順番は組みにくいということでした。学修目標が共通する科をまとめたければ、パズルのような形なので、例えば実習期間が2週間と1週間というような診療科が交ざっていると組み合わせが非常に難しくなるので、これも工夫が必要です。

それから、外来実習が不足していて、ファーストタッチの患者さんに当たるチャンスが少ないという課題も提出されました。

それらについての提言ですが、まず、全てにおいて教育専門の人材の拡充が必要であり、指導に当たる教員、臨床医が絶対数として足りないということです。

教育担当者への評価、インセンティブが不足しているために、教育者のモチベーションが保てない、得られないというような意見も出ました。

e ポートフォリオは、やはり導入しなければなりません。

診療参加型の意識付けは、先ほど申しましたが、教員、それも助教に至るまでの実際に指導に当たる教員が診療参加型にさせるという意識付けがないと、なかなか形として診療参加型臨床実習になりません。

医学教育の効率化。これも究極の課題ですが、限られたリソースであればやらなくてはいけない、これもやらなくてはいけないということがありますので、何が必要か、何は切っているのかということをもう一度全てにおいて議論することが必要ではないかという意見も出されました。

以上です。

【奈良】 浦野先生、御発表ありがとうございました。

先生のグループで診療参加型の浸透が十分ではなく、さらに推進する必要があるとの御議論でした。事前アンケートによれば、診療参加型臨床実習はほとんどの大学で導入され

ていると答えられていますが、よく見ると1週間の実習で、それで診療参加型とチェックされている大学がごまいます。その一方では4週間かけて実習されている大学もあり、これですと診療参加型だろうと思われまます。診療参加型の意味というのは、ただ単に期間が長いということだけではなく、実習内容が重要でまます。実習内容も含めて、診療参加型臨床実習の定義について、先生のグループ中ではどのような議論があつたでましようか。

【浦野】 定義については突っ込んだ議論はありませんでしたが、多少私見を交えて言わせてもらいまますと、できることは制限されているが、研修医と同様の実習をするというのが診療参加型だと思つていまます。カルテの記載を含めた医行為についてもそうです。ただし、診療チームの一員とするということですが、研修医は仕事であり、学生は学修だということの厳然とした違いはあるのではないかとと思いまます。

【奈良】 ありがとうございます。

いかがでましようか、何かほかに御質問とか御追加とかございませんでましようか。どうぞ。

【磯部】 島根大学の磯部でまます。

診療参加型の実習というのはOSCEをクリアしてから始まつていくと思いまますけども、実際には医療面接とか、患者さんの診察というのは、必ずしも僕は入院の出来事ではないと思つていままして、より外来に強く求められていくのではないかとと思ふのでまます。そういう中で、全体の流れがほとんど入院患者さんを中心にとどうやっていくのかという話になつているので、外来のことについても今後検討が必要だと思いまます。先生のスライドに外来というのがちょっとあつたので、先生方のグループでは外来実習における診療参加型についてはどのような協議が行われたのかということをお聞かせいただきたいのですが。

【浦野】 外来実習が足りないという議論がありました。主に実習している大学病院は特定機能病院になつていて、診断も何も分からないという患者さんは余り来ないので、ファーストタッチの患者さんに当たる機会を増やさなければいけない、そのためには関連病院なり、協力してくれるクリニックなりに学生を出さないとできないのではないかとというような意見でまます。

【磯部】 ありがとうございます。それは非常に重要なポイントだと思ふのですが、やはり外来実習をいかに充実させるかについて。診療参加型教育において、大学病院で実践しないと次のステップには進んで行けないと思いまます。診療参加型の教育現場は、今は入院から外来に移行していると思ふのでまます。学生の教育をする場としては。そこを全体的にもう少しそうシフトしているというのをもっとみんなが理解していかないと、よりよい教育というのはちょっと難しいのではないかなと思つていまます。

一方で、外来実習は日本で十分に体制が整っていないというのがアメリカと比べると明白でまますので、今後の議論ではその点を十分に考える必要があると思つていまます。

【奈良】 ありがとうございます。先ほどのグループでも、外来診療のことが話題に出ていまました。確かに現在の臨床実習は病院に入院している患者さん中心の教育になつていまます。外来診療の実習も極めて大切だと思いまます。今後は更に外来実習を進める必要が

あろうかと思えます。

続きまして、グループ⑦の先生、よろしくお願いいたします。

■グループ⑦

<p>グループナンバー: ⑦</p> <ul style="list-style-type: none">■ 司会者 : 上野■ 記録係 : 楫■ 発表者 : 木島■ グループメンバー: 伊野 関 井戸 中村 門川	<p>セッションテーマ: 学修目標 方略</p> <p>⑦ 現状:</p> <ul style="list-style-type: none">・学修目標 「必修」と「望ましい」目標についてはほとんど区別なし 共通目標なしのところ「ほとんど(コアカリを貼っているが) 科ごとに決めているところが多い コンピテンシー作成し、利用しているところもある・ローテーション 臓器の近い科を隣接させてローテーションをさせている大学はあるが、真にミックスさせているところは少ない・参加型 or 見学型 現場が十分に参加型の必要性を認識できていない、区別もあいまい
<p>⑦ 課題</p> <ul style="list-style-type: none">・共通の学修目標・方略がなぜ作れないか? (現場に即した)参加型の臨床実習の解釈が異なる 科や大学ごとに実習形態異なる 診療との関係(いつも同じように対応難しい・患者優先) 学生・教員の間でも温度差(考え方に差、医師としての人事異動も関係) 大病院の一般病院化、収益重視、教育の負担が増・ローテーション 科を横断する統括責任者(コーディネーター)がいらない?・継続的(シームレス)な評価 ポートフォリオ全大学で使える使いやすいものがない 学生評価の情報をうまく引き継げない・参加型 or 見学型 現場が十分に参加型の必要性を認識できていない、区別もあいまい	<p>⑦ 改善のための提言</p> <ul style="list-style-type: none">初期研修につながる(シームレス)コンピテンシーの中のコミュニケーション能力、チーム医療の実践などを共通の学修目標にする医学生の医行為を法整備して、国民に理解協力を求める電子媒体(ポートフォリオ、mini-CEX等)による全国共通のプラットフォーム作成権限ある責任をもった専任の統括責任者の配置財源と人材の確保

【木島】 グループ⑦です。グループ⑦を代表しまして、私、兵庫医科大学の木島が発表させていただきます。

まず、セッションテーマは学修目標・方略ですが、現状ですけれども、大きくこの三つに分けて、まず共通の学修目標は、「必修」と「望ましい」目標についての区別というのが余り明確ではないというのが現状です。割とこれは、私たちのグループのどこの大学もそのような感じでした。

共通目標なしというところがほとんどで、コア・カリキュラムを貼ってはいるのですが、明確にこれが共通の目標ですよというところが余り明確ではない。先ほどから御意見が出ていますけれども、やはり科ごとに決めているところが多いというのが現状です。

それから、中にはコンピテンシーを作成して利用しているところもあります。

それから、次はローテーションの問題です。これはいわゆる臓器の近い科、例えば循環器内科と心臓血管外科であったりとか、あるいは外科同士でも心臓血管外科と呼吸器外科であったりとか、そういうところを隣接させてローテーションさせている大学はありますけれども、真にミックスしてうまくいっているようなところというのは余りなさそうな感じだということです。

それから、あとは診療参加型と見学型という、これは現場が十分に参加型の必要性を認

識できていない、皆さんの御意見もありましたけれども、そういう現状がありまして、見学型と参加型の区別も現時点では何か曖昧なのかなというような施設が多かったということでもあります。

続きまして、課題であります。課題ですが、まず1番目の学修目標・方略がなぜ作れないかということに関してですが、現場に即した参加型臨床実習の解釈がやっぱり異なっているということです。大学間、あるいは同じ大学の中でも科ごとに、科の間で実習形態が異なっているということです。

それから、診療との関係です。患者さんを我々は受け持っているわけですので、いつも時間がきっちりとれるというわけではないので、いつも同じように学生に対応するというのもなかなか難しい。どうしても、これは大義名分になるかも分かりませんが、患者さん優先ということがまず来ますので、そうなってくると学生に十分時間を割けないような場合も生じてくると。

それから、学生とか教員の間でも、学生の間でもやっぱり能力の高い子もいれば、そうでない子もいて、あるいは教員でも、さっきから出ていますけど意識の高い人もいれば低い人もいるということで温度差があって、教育に対する考え方にも差がありますし、そういう非常に良い先生も、結構医師としての人事異動で学外に出たりとか、後任の人でなかなか良い人がいないとか、そういう問題もあります。

それから、大学病院が、最近はまだ独立行政法人化したり、特に私立の病院などでは一般病院化して、収入をある程度上げていかないと、教育とか研究だけをやっていけばいいよというような時代ではなくなってきているのです。収益重視になってきている。となると、教育の負担というのがますます増えてきているという現状があります。

それから、ローテーションの問題ですが、先ほども言いましたけども、科をまたいだ、横断するような試みはされているのですが、そこをきっちりと統括、コーディネートするような責任者というのがいないので、なかなかうまくいっていないという現状です。

それから、継続的、いわゆるシームレスな評価ということになりますと、ポートフォリオを全大学で使えるような使いやすいものが、全国统一されたようなものが、先ほどもありましたけども、そういうものがないのが問題だろうと。

それから、学生の評価の情報を、例えば次の科に行ったときとか、学外に行ったときに、その評価をうまく引き継いでいないのではないかとというようなところがあります。

それから、参加型、見学型のところですが、現場が十分に参加型に必要な性を、先ほどと同じですか、認識できていない、それからその区別が曖昧であるという、そういう課題が挙がっております。

改善のための提言であります。そもそも学生の教育をどうするかというところで、これが学生、医学生の教育を終えて初期研修につながっていったら、これをずっとシームレス考えていった場合に、コンピテンシーの中の、学生にとって大事な今は医行為とかという問題もありますが、手技をある程度やらせるのですがどこまでやらせるか。そんなに

手技とかそういうことにこだわるというよりも、むしろチーム医療の実践、コミュニケーション能力であるとか、そういうものを身に付けさせるということが学生時代にはもっと必要なことではないかと。医師免許を取ってから技術的なことをやっても十分ではないかという、だから長期的に見た場合に、そういうことがもっと議論されていくべきではないかと。

それから、各大学で医行為についてのガイダンスみたいなものを出しているところもありますが、これをもっと国全体として医行為をきっちりと法整備して、国民にも、大学病院というのは教育病院であるので、そういうことを理解していただいて患者さんに協力を求めると。特に婦人科領域などだとお産とか、例えば乳房の触診であるとか、そういうことは拒否される患者さんがいて、そうなるともう実習自体ができなくなってしまうという現実もありますので、こういうことは法整備して国民に理解を求めていくということが非常に重要ではないかということでもあります。

それから、これも先ほども意見がありました電子媒体、例えばポートフォリオとか、mini-CEX などによる全国共通のプラットフォームの作成を、まず国を挙げてやっていただきたいなというところと、それから、権限のあるような責任を持った専任の統括責任者、こういうのがなかなか、名ばかりに兼任みたいな形で配置されている大学はありますが、実際に機能しているかということとそれがなかなか難しいので、そういうのが必要だと。そのためには、やっぱり財源と人材の確保が必要で、我々は大学の教員といいましても、いわゆる中学、高校の教師のような教育学部を出た者ではないので、そういうところも問題ではないかという、そういう議論でありました。

以上であります。

【奈良】 木島先生、御発表ありがとうございました。

先生のグループでは、先ほどともかなり重なっているところがありますが、アウトカムを明示しておかないと臨床実習がなかなかうまくいかないということでもございました。医行為の水準については、モデル・コア・カリキュラム、あるいは門田レポートで提言されていますが、先生たちのグループではコンピテンシーをどのように定めていくかについての議論はあったのでしょうか。大事なところだと思います。

【木島】 これはやっぱり大学間でばらばらだったり、大学の中でも、先ほど言いましたように科の中でばらばらだったりするので、これは文部科学省になるのですか、学生だと、そういうところできっちりとある程度のミニマムリクワイアメントというか、そういうところは明言していただいて、それに基づいてやっぱり教員も意識付けですよ、診療参加型という、そういう教員の教育もやっぱり必要ですが、その基になるようないわゆる明文化されたものというのが必要なのではないかなと思います。こういうアウトカムは最低限出してくれというようなどころが必要ではないかと思います。

【奈良】 現在医学部で履修すべき最低限の事項が明文化されているのは医学教育モデル・コア・カリキュラムですね。学生時代に経験すべき症候、疾患、さらに手技が記載さ

れています。それを肉付けなり、検討が必要ということでしょうか。

【木島】 なかなかそれは現場とちょっと懸け離れている部分大きいかなというところ
です。

【奈良】 そうですね。現場もよく考えていただいて、そこは診療科間で差があるという
のも御議論いただきましたが、その辺も十分に御議論しなければいけないかなと思います。

フロアの方から何か御質問とか御追加はございませんでしょうか。とても大事な問題を
提起していただきましたけれども。はい、どうぞ。

【磯部】 島根大学の磯部です。ありがとうございます。

三つ目の全国共通のプラットフォームというのは非常に重要だと思っているのですが、
これは先生、具体的にどこが主導で、どのような格好で作っていけばいいというディ
スカッションが行われたのでしょうか。

【木島】 これも我々のグループでは文部科学省が主導ということですかね、という話
になっていたと思います。

【磯部】 分かりました。ちょっとそれは難しいかなと思っていて、恐らくやってい
くのであれば日本医学教育学会が中心だとは思いますが、さらに各診療科の特異性もあ
ると思うので、関連する学会も加わって、専門医の資格だけでなく、専門医を取るとき
の資格として医学教育もインセンティブにインクルードしてもらうとかという、そういう
働き掛けをしていかないと、なかなか難しいかなと思っています。

【木島】 ありがとうございます。

【奈良】 ありがとうございます。それでは、御発表どうもありがとうございました。

【木島】 ありがとうございます。

【前田】 それでは、続いてグループ⑧で、歯科からの御発表です。発表者は鶴見大学の
大久保先生、よろしくお願いします。

■グループ⑧

<p>グループナンバー: ⑧</p> <ul style="list-style-type: none">■ 司会者 : 中田和彦■ 記録係 : 長島 正■ 発表者 : 大久保力廣■ グループメンバー : 築山能大、宮脇正一、長澤敏行、高津匡樹	<p>セッションテーマ: 診療参加型臨床実習の学習目標・方略について</p> <p>① 現状: 学習目標 コアカリ水準1: 必須の項目 コアカリ水準2: 学習が望ましい項目、シミュレーションも併用する ※ それぞれにミタムリクワイアメントを設定</p> <p>継続的に学ぶ工夫 配当実習とローテーションを組み合わせた実習 全科ローテーションを中心とした実習 例外対応のローテーションを認めることで、継続的に学ぶチャンスを付与 配当ケースを毎月集計して、学生間の差を解消する 複数の診療科でブロックを組み、配当を調整する 共通ポータルサイトを活用</p> <p>診療科ローテーションの工夫 診療科によってローテーションの期間、順番を調整している 臨床実習中にセミナーを組み合わせて、必要な基礎科目の知識を再確認する</p> <p>評価方法の工夫 評価は各科に任せているが、ルーブリックを作成し、確認している オンラインシステムを使って症例数、進捗状況を把握(事務員が入力する大学もある) 指導者会議を頻回(毎週)行い、評価のすり合わせを行う(学生も参加)</p> <p>その他 学生にとって必ずしも臨床実習に専念できる環境となっていない。</p>
--	---

<p>② 課題</p> <p>学修目標 コアが水準1;必須の項目 コアが水準2;学修が望ましい項目、シミュレーションも併用する ※ それぞれミニマムリクワイアメントを設定</p> <p>継続的に学ぶ工夫 配当実習とローテーションを組み合わせ実習 全科ローテーションを中心とした実習 例外的なローテーションを認めることで、継続的に学ぶチャンスを作る 配当ケースを毎月集計し、学生間の差を解消する 複数の診療科でブロックを組み、配当を調整する 指導者・アドバイザーを指名</p> <p>診療科ローテーションの工夫 診療科によってローテーションの期間、順番を調整している 臨床実習中にセミナーを組み合わせてコンプライントを伝える</p> <p>評価方法の工夫 評価は各科に任せているが、ルーブリックを作成し調整している</p> <p>オンラインシステムを駆使して症例数、進捗状況を把握(事務員が入力する大学もある) 指導者会議を頻回(毎週)行い、評価のすり合わせを行う(学生も参加)</p> <p>その他 学生にとって必ずしも臨床実習に専念できる環境になっていない</p>	<p>学修目標 ミニマムリクワイアメントをどのように設定するか 患者の確保が困難 単純抜歯のケースが口腔外科ではほとんどない</p> <p>継続的に学ぶ工夫 ローテーション実習では患者配当が難しい、例外的なローテーションを認めることで、個別のフォローアップのための教員の負担が増える、ケースの集計にかかるタスクが特定の教員に集中する。</p> <p>診療科ローテーションの工夫 実習後に講義・セミナーを設定すると、居眠りする学生が多くなる。</p> <p>評価方法の工夫 自験の経験(学生による差、教員による差が認められる)</p> <p>その他 海外のように臨床実習に専念できる環境を整える</p>	<p>③ 改善のための提言</p> <p>学修目標 ミニマムリクワイアメントをどのように設定するか 患者の確保が困難 単純抜歯のケースが口腔外科ではほとんどない</p> <p>継続的に学ぶ工夫 ローテーション実習では患者配当が難しい、例外的なローテーションを認めることで、個別のフォローアップのための教員の負担が増える、ケースの集計にかかるタスクが特定の教員に集中する。</p> <p>診療科ローテーションの工夫 実習後に講義・セミナーを設定すると、居眠りする学生が多くなる。</p> <p>評価方法の工夫 自験の経験(学生による差、教員による差が認められる)</p> <p>その他 海外のように臨床実習に専念できる環境を整える</p>	<p>学修目標 学修に必要な症例数を検討したうえで、過去の実績を参考として現場の声を聴きながら他の診療科と調整して現実的な症例数を設定する</p> <p>継続的に学ぶ工夫 ローテーションの組み方を調整し、例えば曜日ごとに診療科を指定することによって、全体の実習期間を確保する 臨床実地試験のように、評価項目を診療科間で共有する</p> <p>診療科ローテーションの工夫 セミナー・講義を実施する時間帯を調整する</p> <p>評価方法の工夫 各科共通のルーブリックを設定する</p> <p>その他 国家試験の在り方について検討する</p>
--	--	---	---

【大久保】 グループ⑧です。発表は大久保がさせていただきます。

私たちのグループのテーマは「歯科の診療参加型臨床実習の学修目標・方略について」ですけれども、その現状といたしましては、学修目標はモデル・コア・カリキュラムの水準を参考にして、必須、学修が望ましい項目、あるいはシミュレーションも併用しているということでございます。

また、各大学によってそれぞれミニマムリクワイアメントを設定しております。

継続的に学ぶ工夫としましては、患者担当実習という患者さんを実際に配当する実習とローテーションを組み合わせ全科ローテーションとするシステムや、配当があったときにはローテーションに出なくていいとかという例外を認めたり、また配当ケースを毎月集計し、複数の診療科でブロックを組んで配当を調整する、あるいは共通のポートフォリオを活用するなどして、できるだけ学生間の差を解消するといったシステムの紹介がありました。

また、ローテーションの工夫ですけれども、診療科によってその期間、順番を調整しているということ、さらには臨床実習中にセミナーを組み合わせて、例えば口腔外科の実習中に病理学のセミナーを組み合わせたたり、補綴の実習中に歯科理工学の講義を組み合わせたたりして、必要な基礎科目の知識を再確認する場とするというような提案もございました。

さらに評価方法の工夫ですけれども、評価は各科に任せているのですが、ルーブリックを作成し調整している。あるいは、オンラインにより学生の患者数、症例数、あるいは進捗状況を学生と指導者が共有し、把握できるシステムを使っている。また、できるだけ指導者会議を頻繁に行って評価のすり合わせを行っているというような御発言もございました。しかし、学生にとって現状は必ずしも臨床実習に専念できる環境になっていないということが確認できたわけでございます。

このような現状における課題といたしましては、まずは学修目標としてはミニマムリクワイアメントをどのように設定したらいいのか。実際には患者さんの確保が困難であり、例えば単純抜歯のケースが口腔外科ではほとんどないというような問題点もあるわけです。

また、継続的に学ぶ工夫としましては、ローテーション実習では患者配当が難しいということもございまして、例外的なローテーションを認めてしまうことで個別のフォローアップのための教員に大きな負担が生じてしまう。さらには、ケースの集計においても負担

が特定の教員に集中してしまうというような問題もあるわけです。

さらに、実習後に講義、セミナーを設定すると、実際には学生は臨床実習には大きなストレスを感じて疲れている場合も多くて、居眠りをする学生も多いということも問題になります。

また、評価方法ですけれども、実際には自験の経験数、これが学生によって、あるいは教員によって、又は患者さんによって差があるという歯科の臨床実習特有な問題点もあるということが再確認されました。

さらには、臨床実習に専念できる環境になっていないということに関しては、臨床実習に専念できる環境を整えるべきだという話になったわけでございます。

このような課題を改善するための提言といたしましては、ミニマムリクワイアメントに関しては、学修に必要な症例数をまず検討した上で、過去の実績を参考として実際の教育の現場の指導者の声をよく聞きながら、複数の診療科と調整しつつ現実的な症例数を設定すべきだという結論になりました。要するに、理想的な症例数を設定しても、実際にはその大学の患者数、教員数あるいは診療室などの実情があるわけですから、実施できない場合も多いわけで、現実的な症例数を設定すべきだということになったわけです。

また、ローテーションの問題に関しては、ローテーションの組み方を調整し、例えば1週ごとにローテーションするのではなくて、曜日ごと、月曜日は補綴科、火曜日は保存科、水曜日は口腔外科などの曜日ごとに診療科を設定することによって全体の実習期間を確保するという案。あるいは、臨床実地試験のように評価項目を診療科間で共有することがよいのではないかという御提案もございました。

また、実習後の講義、セミナーで居眠りする学生が多くなるという問題点に関しては、セミナー、講義する時間を実習前のむしろ早朝に行くなど時間帯を調整したらいいのではないかという改善案もございました。

評価方法の工夫に関しては、各科共通のルーブリックを設定するべきではないかという御意見がございました。

総じて、臨床実習に専念できる環境を整えなくてはいけないということに関しては、国家試験の在り方、現在、歯科の国家試験は資格試験というよりは選抜試験になっておりますので、学生は臨床実習に専念できない、あるいは教員が集中できないというような現状にあるわけで、だとすれば、国家試験の在り方を検討することが臨床実習の充実につながるのではないかということをご謙んで提言させていただきたいと思っております。

以上でございます。

【前田】 ありがとうございます。

フロアの方から御追加、御質問等はございますか。いかがですか。

では、私の方からですけれども、学修方略ということでもありますけれども、モデル・コア・カリキュラムの改訂で、歯科の場合は臨床実習の内容と分類で大幅に見直してきたわけです。理想的な症例数というのは書き込まなかったわけですが、各大学での患者数によ

ってバランスがいろいろ診療科ごとによって変わりますよね。それで学生個人によっても変わってきます。それを統一するような仕組みというものは何かありますでしょうか。先生とか、各班のところで。

【大久保】 統一しよう、あるいは統一するにはどうしたらいいかという議論はございませんでしたけれども、やはり目標数というものは設定するべきだと。ただ、その目標数に関しては、先生がおっしゃいましたようにいろいろな大学の実情があるわけですので、理想的な数というものを掲げるのではなくて、実際に学生が少し頑張れば手が届く、そういうミニマムリクワイアメントを設定するべきではないかという話し合いがございました。

【前田】 モデレーターの先生、御追加はございますか。

【田口】 いえ、特にはございません。

【前田】 そうですか。

あともう一つは、歯科の場合、各科によって診療技術が自験の場合は違ってくると思います。先生の評価方法の工夫の解決策で各科共通のルーブリックを設定するというので、確かに態度とかそういうところは大丈夫かもしれないですけども、臨床技能のところのルーブリックというのは作成可能なのでしょうか。

【大久保】 そこまでの詳細な議論がなかったのですけれども、個人的な意見としては、例えば補綴と保存でも、クラウン・ブリッジとレストの印象採得ですとか、咬合採得ですとか、各科で似たようなところもあるのではないかなと思います。その辺は十分調整が可能ではないかなと思っております。

【前田】 あとはいかがでございましょうか。フロアの歯科の先生方、いつも御発言が少ないので。はい、どうぞ。

【鮎瀬】 長崎大学の鮎瀬です。

僕らの班ではモデル・コア・カリキュラムの内容について、6年生と研修医の間的一部分受け渡しというか、そういうものもシームレスなつくりの中で可能なのかなという話をしていたのですが、例えばコア・カリキュラムをもうちょっと研修医のカリキュラムとリンクするようなことについては、先生のグループで何か議論はありましたでしょうか。

【大久保】 その項目を研修医とどのようにつなげるかという議論はなかったように思います。ただ、一部の大学で屋根瓦方式を取り入れている大学がありまして、しかもその期間を少しずらすことによって、臨床実習の間においても学生ができるだけ自験例をできるような、そういった方策を取り入れているという発言はあったように思います。

【前田】 先生、モデル・コア・カリキュラムの臨床実習の内容と分類を作るときに、1のところはアンダーグラデュエートでやってほしい、2以降のところは、できれば研修医、それよりも早く到達していればアンダーグラデュエートでもやっていいというようなことになっていますので、一応シームレスな感じはできているのですが、実際はそれが運用されているかどうかというのは大きな問題になるかと思えます。

それでは、時間になりましたので、先生、どうもありがとうございました。

(テーマ3)

医科歯科連携教育について

【奈良】 ありがとうございます。

それでは、続きましてグループ⑨、このテーマは「医科歯科連携教育について」で、今年の新しいテーマになります。どうぞよろしくをお願いします。

■グループ⑨

グループナンバー: ⑨

- 司会者 : 栗野秀慈
- 記録係 : 木村 隆
- 発表者 : 山口 晃
- グループメンバー:
武井陽介、河内 泉、渡部徹郎、片岡竜太

セッションテーマ: 医科歯科連携教育について

① 現状:

医学部の実施状況

多くの大学で実施されていない。

実施されている大学では低学年と臨床実習の2段階でなされている。

歯学部の実施状況

地域包括ケア、チーム医療の観点からニーズが高まっている。ほとんどの大学で実施されている。

(必須で実施と選択で実施の大学がある。)

② 課題

- 医科と歯科の意識の違い(診療科間のニーズの違い)
- 医療現場の受け入れ態勢が整っていない。負担
- 医学部・歯学部が併存する大学でも連携が不十分
- 地方の単科大学では連携が難しい。
- 学部間の人数のバランスが悪い。
- 学習者の意識の差
- 教員の意識の差

③ 改善のための提言

- 医学歯学連携を行っている現場を活用する。
学外施設(病院、介護施設)
情報共有とコーディネートができる体制の整備
低学年からの成功例の提示
- 地域包括ケアにおける口腔ケアの重要性
- コアカリに明記
医科歯科連携の役割、周術期管理、化学療法
生活習慣病と口腔ケア、摂食・嚥下、小児(虐待、口蓋裂)
- FDと教員評価
- 医学部、歯学部で情報共有できる場を設ける
- 単位の互換
- 医学部歯学合同のカリキュラムの作成
学生が教え合うアクティブラーニングの活用

【山口】 グループ⑨、発表の山口です。よろしくをお願いします。

グループメンバーはスライドに示すとおりです。

テーマは医科歯科連携教育ということで、各大学から実際の現状報告がありました。医学系の実施状況としては、多くの大学では医科歯科連携教育というのはまだ実施されていないところが多いと。実施されている大学では、低学年と臨床実習の2段階でなされていると、これは医学部、歯学部あるいはほかの学部のある大学ということになるかもしれません。

歯学部の状況としては、どちらかという歯学部の方は医科歯科連携の必要性を切実に感じておりますので、何とかそこを頑張っているというところですが、地域包括ケア、あるいはチーム医療の観点からニーズが高まっているのでやっているのですが、実際実施する場合は単科の大学だとなかなか難しい。学内施設あるいは関連病院と連携してやっていますけれども、学生全員に必ずしも行われていないというのが現状だという報告があ

りました。

課題ですが、今ほどお話しした現状を踏まえますと、医学系と歯学系で意識の違いがある。特に医学系の場合は診療科，特に歯科との連携を必要とするというか，例えば摂食・嚥下，あるいは周術期の口腔ケア，あるいはがん関連の化学療法，放射線，そういった直接結び付いて関心のあるところはかなりニーズもありますし，積極的ですがけれども，余り関係ないところは積極性がないということで，かなり温度差があるということです。

もう一つは医療現場の受け入れ態勢が整ってない。例えば医学系，歯学系の両学部の学生全員を対象として受け入れるということになりますとかなりの人数になりますので，そういうのを受け入れられるかというところがあります。現場でかなり負担が大きくなってしまうと，やはり難しいのではないかとということです。

また，医学部，歯学部両学部がある大学でも，大学によっては連携が不十分なところもあると。さらに，地方の単科大学では特に連携が難しい。

それから，学部間の人数のバランスが悪い。例えば，うまくいっているところでは医学部と歯学部の学生がペアを組んで臨床実習のときに患者さんを一緒に統合的に診るところもありましたけれども，実質的に医学部の学生数と歯学部の学生数が異なる場合はどういう組み合わせにするかと，そういうところも議論として出ました。

さらに，学修者の意識の差，教員の意識の差，こういったところが課題として挙げられました。

改善のための提言ですがけれども，医学・歯学連携を行っている現場を活用するというところで，実際にそういったところは一番が周術期口腔ケア，それから摂食・嚥下，こういうように実際に現場でもう既に行われているところ，そういったところから始めると，そうするとうまくいくのではないかと。

特に，学外施設，関連病院，介護施設，こういったところを利用するために情報の共有と，こういったところをコーディネートできる体制の整備が必要なのではないかということです。

例えば，受け入れ可能な病院，施設あるいは学部，そういったところの情報公開がなされると，例えば単科の大学あるいは地方でもうまく連携をとっていくことができるのではないかとということでした。

また，これはうまくいっているところの大学の成功例，それから実際に臨床でうまくいっている例，こういったところを提示してその必要性，それからエビデンス，そういったものを公開してく必要があるだろうということです。

それから，地域包括ケアにおいては口腔ケアの重要性というのはもう既に皆さん御存じだと思いますけども，これを十分にもっと啓蒙していくということです。

それで，我々の班では特にここを提言として挙げたいと思うのですが，医科歯科連携教育の場にも2段階あるのではないかとということです。まず，最初は医学系であれば歯学，歯科の疾患あるいは治療，そういったものを知る。歯科においては医学系の疾患，治療あ

るいはターミナルケア，そういうものを知る，そういう知識の部分で，まず低学年での教育が必要だろうと。

これについてコア・カリキュラムを見ますと，歯学系では顎・口腔領域に症状を来す細かな医科，医学系の疾患の具体例が結構出ています。それから，歯科治療で注意を要する医科疾患の具体例も出ています。それから，臨床実習において，医科歯科連携についての記載もあります。ところが，医学系のコア・カリキュラムは歯科の疾患の概説をすると，そういうような大まかなことしか出ていないので，是非医科歯科連携の役割，周術期管理，化学療法，生活習慣病と口腔ケア，摂食・嚥下，小児，この部分は虐待とか口蓋裂ですが，こういうような具体的な項目を是非医学系のコア・カリキュラムに明記していただけると，医科歯科連携の最初のところになるのではないかとということで，これは是非次の改訂のときに考えていただきたいなと思って提言したいと思います。

それから，診療科間，あるいは教員間で結構温度差がありますので，これに関してはFDと教員評価で対応すると。

また，医学部，歯学部で情報共有できる場を設ける。これは先ほどお話したように必ずしも併設している大学ばかりではないので，こういったところを公開していただくと。

さらに，単位の互換，医学・歯学合同のカリキュラムの作成ということです。

一つ大学の例として臨床実習のときに学生同士がそれぞれの領域の治療あるいは疾患について相互に教示し合うと，教え合うという，これがむしろ教員が教えるよりも非常に有効であるというところがありましたので，こういうものも活用していったらどうかということでした。

以上です。

【奈良】 御発表，ありがとうございました。

今，幾つかの課題を御提示いただきました。学修環境によっては連携が難しいというのは現実としてあるかなと思います。それから，歯科の方ではコア・カリキュラムには医学領域について何を学ぶかが明記されていますが，医科の方には必ずしも歯科領域のことが明記されていないと御指摘いただきました。この点について，医学部の教員の方から何か議論がありましたでしょうか。

【山口】 それはここに書いてありますけれども，一番としては周術期管理，それから化学療法あるいは放射線，そういったときの口腔管理，それから生活習慣病と口腔ケア，あとは摂食・嚥下，小児の場合は虐待が意外と歯科で見つかることもありますので，そういうような臨床の場で今一番ホットなところとか，具体的なところをまず入れていただければいいのではないかなという議論になりました。

【奈良】 フロアの方から御質問なり，御追加等はございませんでしょうか。

【廣井】 東邦大学の廣井です。ありがとうございました。

医科歯科連携を教えるような場で連携というところごくイメージしやすいですが，医科歯科連携教育となるとちょっと全体的なイメージがぼんやりしてしまっていて，ちょっと不勉強

なので理解しにくいところがあるのですが、実際どんなイメージとしての医科歯科連携教育という、医科歯科連携教育の定義といってもいいと思いますが、それはどんなイメージでディスカッションになったのでしょうか。

【山口】 事前アンケートを読んでも、先生がおっしゃるように、例えば医科歯科連携の最初のところはやっぱり互いの領域の知識を持つところですので講義、そういったことは必要ですけども、もう一つは実際に臨床の場で連携するためのその教育という二つがあると。そうすると、まず初年次というか、低学年では講義を主体とした教育が必要であろうと。それから、例えば高学年で臨床実習の場では実際に患者さんとかと連携しているところ、そういうところに学生が参加して、実際は医科歯科連携だけでなく多職種連携になると思いますけれどもそういう場を体験する、あるいは多職種の学部同士のTBLとかワークショップみたいものができれば学生間で結構活発な討議ができますが、これもなかなか実際は、やっているところは全員参加でなくて例えば選択だったりというようなところなので、そういったところは今後の課題だと思います。

お互いを知って、お互いをリスペクトすると、今度はリスペクトされた方がプロフェッショナルリズムが出て本当のチーム医療にいくだろうということで、そういう相互理解というのが大事ななと思います。

【廣井】 ありがとうございます。

【奈良】 ありがとうございました。御発表どうもありがとうございました。

■グループ⑩

<p>グループナンバー: ⑩</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 司会者 : 岸 裕幸 ■ 記録係 : 秋田 恵一 ■ 発表者 : 益野 一哉 ■ グループメンバー: 丹羽 文俊 浅海 淳一 山本 仁 小見山 道 モデレーター : 上田 貴之 	<p>医科歯科連携教育について</p> <p>① 現状:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・超高齢社会における教育の中でニーズがあることが明らかであるが、十分に共有・蓄積されていない。 システマティックな理解がされていない。 教育者がそもそも知らなかったり関心がなかったりする ・講義はおこなわれているが、それがニーズにあったものでないものも含まれている。 ・一方、臨床実習の中ではそれほど連携されていない。 ・医科と歯科が物理的に近いところと近いところがある ・お互いのカリキュラムの中身に対する共通認識が作りにくい。 ・医科歯科連携と多職種連携(チーム医療教育)と同じように考えていることが多い。 連携ということの意味が医科と歯科との間で違いがあるのではないか。
<p>② 課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・お互いのニーズや、お互いの強みをアピールすることが必要 ニーズを掘り起こしていく場があまりない。 お互いがお互いに何をできるか、したらよいか、どのようにするか ・どのようなカリキュラムを作っていくかのイメージがわかりにくい。 ⇒ 治療を基にした必要となるカリキュラム 現場を経験することが重要なのはわかるが、 臨床実習の中でどのように行うかわかりにくい。 ・教員や学生にその必要性を理解させることが難しい。 ・マンパワーの不足がある。特にどちらかしかないような場合。 	<p>③ 改善のための提言</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医科と歯科のニーズの共有し、各科で必要な部分を意識して授業・実習を行うようにする ・ここは注意してほしいということを出しあって作られた症例の蓄積 全国で共有できるモデル症例のデータベース化 e-learningのコンテンツの配信 ・お互いに何がほしいのか。ニーズのプレゼンテーションを行い、必要なものをつくっていく 先進事例、成功事例の紹介ならびに症例コンテストなどによる蓄積 <ul style="list-style-type: none"> 「食」の支援 ・有病者の歯科口腔ケア ・嚥下機能 ・緩和ケア・ターミナルケア

【前田】 それでは、次にグループ⑩、同じテーマでございます。発表者は大阪歯科大学の益野先生です。どうぞよろしくお願ひします。

【益野】 大阪歯科大学の益野と申します。同じテーマで議論させていただきました、グループ⑩です。

グループに関していうと、御覧のと通りのグループでさせていただきました。

我々、現状に関しましては、超高齢化社会を迎えまして、実際に現場で医師の担当患者さんがすごく有病者で、しかも歯が痛い、歯茎が痛いということで歯科医師にその治療を依頼することがありますし、歯科医師の方も自分の担当患者さんが例えば糖尿病とか高血圧など有病者であることが多くて、その患者さんの担当の医師に相談するという現場ケースが明らかに増えてきていると。ただ、そういうケースが恐らく10年前、20年前、30年前にもあったと思うのですが、それが非常にレアだったので、恐らくそういう場合は昔は医師、歯科医師がそれぞれのネットワークなどで患者さんのケアをしていた。だけど、超高齢化社会になってきてそのニーズがどんどん増えてきているにも関わらず、いまだに医師、歯科医師がそれぞれそういう情報を共有していない、若しくはケースを蓄積すればそれぞれ医師、歯科医師に有用なのに、そういうシステムがなされていないということがあるのではないかという現状があると。教育者自身がそもそもそういうニーズがあるということすら気付いていない、若しくは関心がなかったりしているのではないかと感じました。

講義に関しては、当然医学部の中で例えば歯科、口腔外科がある附属病院が多いと思いますので、その先生方が歯科医学について講義されていますし、医科の、医学部のプログラムの中にも当然内科とか外科とか耳鼻咽喉科、眼科などの講義はなされているのですが、余りにもそれが医学生、歯学生に必要とされている現場とちょっとマッチしていないのではないかと、若しくは学生が余り深く必要としていない講義が行われているのではないかとこの現状があります。

臨床実習に関して言えば、先ほど言いましたような患者さんが現存しているにも関わらず、医師も歯科医師も、もっと言うと医学生、歯学生もそういう現場に遭遇するチャンスが余りないのではないかと感じています。

医科と歯科、総合大学では医学部、歯学部があるところというのは連携しやすいのですが、例えば私ども大阪歯科大学、単科大学になると医科歯科連携しようと思うと他大学と協働でしないといけないので、そういう物理的な問題がある大学があるということです。

お互いのカリキュラムの中味に対する共通認識が作りにくいというのは、やはり医科歯科連携教育に対してのプログラムを作るに関しても、まずその議論の前にお互い医科のプログラム、歯科のプログラムということを知らないと議論がかみ合わないのではないかと、それを議論する場も、議論する時も、若しくはそれを全体的に俯瞰してコーディネートする人物なり部署なりも今のところはないのではないかと考えました。

医科歯科連携と多職種連携（チーム医療教育）と同じように考えていることが多いとい

うことなのですけれども、医科歯科連携という、よく言われる多職種連携、歯学部からの立場からいうと連携教育というものはチーム医療の中でのそれぞれの役割を認識するとか学ぶというイメージなのですけれども、医科の方から言うと、要は医師、歯科医師というのは自分の担当患者さんを検査、診断、治療ということをジャッジするとかしないといけないので、医師が知っておくべき歯科医学知識、歯科医師が知っておくべき医科知識ということをどれぐらいの深さ、広さで定めるかということが医師・歯科医師連携教育というそれぞれの立場の違いかもしれないですけれども、連携ということの意味が医科と歯科との間で違いがあるのではないかという現状です。

課題としましては、お互いのニーズやお互いの強みをアピールすることが必要ということとは、先ほど申しましたように現場からの、臨床現場で実際に医師が歯科医師に依頼する、歯科医師が医師に依頼するということのニーズをお互いが余り感じていない、それが蓄積されていくことが非常に大事だということを感じていないのではないかということです。

どのようなカリキュラムを作っていくのかというイメージが湧きにくいということなのですけれど、先ほど質問にありましたように医科歯科連携教育ということの厳密な定義がまだなされてなくて、結局それがはっきり決まらないうと、例えば臨床参加型実習というのと同じように議論が前に進まないのではないかと。だから、どっちかというとその定義をより厳密にしていくことの方が、結局議論が進むのではないかということです。

教員や学生にその必要性を理解させることは難しい。特にきょうびの学生は国家試験に出る、出ないということがすごく関心若しくはモチベーションになりますので、医学・歯学連携教育が必要ということは教員も学生も恐らく総論は賛成だと思うのですが、それでは各論としてどこの部署が担当するとか、学生が勉強するかというと、なかなかそのところは国家試験に出なければ勉強しないのではないかということです。

マンパワーの不足があるということは、今医学部でも歯学部でもそれぞれ非常にカリキュラムが積んでいますし、教員も非常に忙しいので、新しいこういうことを始めるときに自らやろうという人は少ないのではないかということです。

先ほどの繰り返しになりますけれども、医科と歯科のニーズを共有しというのは、結局それぞれ自分が臨床の現場で困ったときに知っておきたかった、医師にとっては歯科医学知識、歯科医師にとっては医学的知識というものをそれぞれ共有した方が結局話は先に進むのではないかということです。

そういう症例をどんどん蓄積していくこと、若しくは全国で共有できるモデル症例のデータベース化をすることによって全国的に展開できるのではないかということです。

トピックによっては、例えば食の支援、有病者の口腔ケア、嚥下機能、緩和ケア・ターミナルケアなど、各トピックによっては既に幾つかの大学で非常に掘り下げられて医学・歯学連携教育が進んでいるところもあるので、それをより国主導でやった方がいいのではないかということです。

以上です。

【前田】 ありがとうございます。

フロアの方、どなたか御質問、御追加はございますか。どうぞ。

【濱田】 東海大学の濱田です。

私は医師なので非常にレベルの低い質問かもしれないですけど、先生は単科の歯学部だということですが、今後先生たちが求めるのは大学間の垣根を越えた医師連携ということでしょうか。例えば私が思うのは、ちょっと的外れだったらごめんなさい、歯学部で単科であっても、恐らく病院はお持ちですよ。

【益野】 はい。

【濱田】 そこでMDは診療をされていますよね。

【益野】 はい。

【濱田】 ですから、大学の中での連携だけではだめなのか。

【益野】 歯科単科大学でもほとんどの大学は内科を持っていますし、外科とか、大学によっては耳鼻咽喉科、眼科も持っているということで、しかも講義もそれぞれ……。

【濱田】 していますよね、恐らく。

【益野】 していますよね。だけど、それが果たして医学・歯学連携教育になっているのかという疑問がうちのグループでは出ました。実際は、恐らくそもそもこの医学・歯学連携教育というのが声高に叫ばれるようになったのは、先ほど申しましたように現場でそれぞれ医師、歯科医師の人が困っている、若しくは患者さんにいい治療をするときにチームでやるのがいいということで、そうなったときに医学生、歯学生が卒前にそういう症例を実際の現場で経験することが、学生がいずれ自分の現場に行ったときに、医師が歯科で患者さんが困ったときにどうする、若しくは医師が本来自分の範疇で自分の担当患者さんの歯科部門のアドバイスができる、そういうことのコンテンツというか、医学教育、歯学教育でもっとそこを掘り下げ、明確化した方が、医学教育でというのは眼科授業で、例えば歯科医師がそれを受けたときに、例えば白内障の治療と言われると、その時点で歯学部生はその実際を聞かなくなるということなので、より現場に即した、現場から逆算したカリキュラムを作った方がいいのではないかとことです。

【濱田】 結局、大学の中で不十分だと、もし先生方がこう言うのだったらほかの大学に求めると、そういう方向で今後考えていらっしゃると、そういうことですか。

【益野】 うちの大学でいうと、内科の患者さんの入院患者さんはいらっしゃらないです。眼科の患者さんもいらっしゃらないのです。

【濱田】 なるほど、そういうことなのですね。

【益野】 つまり、先ほど言いましたように実際に一般の医科大学で入院患者さんが歯科で困っているケースというのはうちの大学ではないので。

【濱田】 なるほど、分かりました。ありがとうございます。

【前田】 要は医科のニーズと歯科のニーズが合致していないということで、言葉の定義もはっきりしてないと、そういうところでカリキュラムはだから作れないと。今日のテー

マである臨床実習に関しては全くそれがなされてなくて、チームの中でのディスカッションというところに収まっている。歯科は必ずいつも口腔ケアとか周術期とかと言うけれども、医科の方としては、それが学生教育には必要というように今のところは考えられていないということなのではないでしょうか。はっきりとした定義をしっかりと、歯科としてはこういうことも求めているということを言わないとだめだし、医科からのニーズもくみ上げて、そしてカリキュラムを作っていくということだと思っております。

【益野】 それを議論する場がないので……。

【前田】 モデル・コア・カリキュラムの改訂のときに、医科と歯科の連携をやっていくといったときに、歯科からは全身疾患を持っている人が来たときに、研修医に上がったときに、医科としてはどういう知識を持ってほしいのですかというような議論をしたのですが、医科からは歯科にどういうことを求めるかというのは議論がなかったので、モデル・コア・カリキュラムの中に書き込まれていないということでした。

よろしいでしょうか。ほかに何もなければこれで終わりたいと思います。ありがとうございました。

【益野】 ありがとうございました。

(テーマ4)

診療参加型臨床実習を効果的に実施するための準備について

【奈良】 それでは、四つ目のテーマ「診療参加型臨床実習を効果的に実施するための準備について」に移ります。グループ⑩から御発表をお願いしたいと思います。よろしくお願いします。

■グループ⑩

グループナンバー：⑩

- 司会者：磯部 威(島根大学)
- 記録係：堀 浩樹(三重大学)
- 発表者：梅村和夫(浜松医科大学)
- グループメンバー：後藤明輝(秋田大学)、種村文隆(京都大学)、屋良さとみ(琉球大学)、米倉秀人(金沢医科大学)、常喜達裕(東京慈恵会医科大学)、青木昭子(東京医科大学、モデレーター)

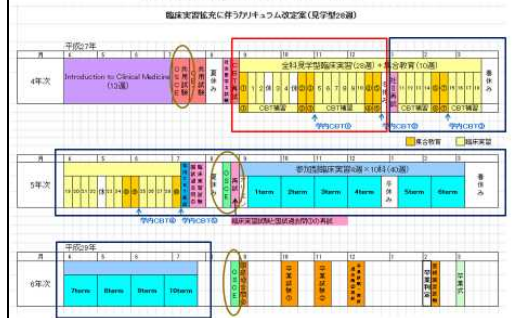
セッションテーマ：診療参加型臨床実習を効果的に実施するための準備について

- ① 現状：
早期体験実習：①第1学年から3学年次での実施が多い。②地域医療実習、多職種連携教育、患者体験実習、看護体験実習、附属病院実習、外来実習、救急車同乗実習、地域保健所実習を実施。離島実習、介護福祉・障がい者実習などが実施されている。③1から数日での実施が多い。④臨床実習に直接つながる実習ではないことが多い。
- シミュレーション教育：①臨床実習前、基本的臨床技能教育として実施。②スキルズラボが活用されている。③介助者、患者体験実習としての実施例もある。
- 見学型臨床実習：①臨床実習のなかで診療科事情、実習期間により実施。②診療参加型実習でもローテーション開始時と終了時での学生の能力の差があり見学型にならざるを得ない場合もある③診療所実習においては参加型と見学型が混合。④臨床実習の最初の数週間を見学型にする。⑤コア診療科、選択必修では参加型が基本である。⑥OSCE/CBT前に短期間の実習見学(先輩の実習を見学)⑦基本的臨床技能実習としてOSCE前に見学型実習を実施。臨床実習の途中に形成的OSCEを実施。⑧見学型実習の後、市中病院での診療参加型実習を実施。

② 課題と改善の提言

- 早期体験実習：①継続的な体験実習の実習になっていない。②到達目標の設定と学生の理解に課題。③モチベーションの維持だけでなく臨床実習への運動する実習になっていない。④社会的経験に応じた適切な暴露の課題。⑤協力者への謝金などの予算の確保。
→ ①到達目標の明確化。②視聴覚教材、地域にある教育リソースの活用。③他職種の業務の理解を促進させる(看護師シャドーイングなど)。④毎年次、継続した早期体験を導入する。⑤プロフェッショナリズムに関する評価を導入する。
- シミュレーション教育：診療参加型実習に必要な(実際に実習中に機会が提供される)ベーシックな技術を教育する(異常所見をとるための基本手技)、指導医の確保(マンパワーの課題)、教育の場の確保 → 見学型実習でのシミュレーション教育の活用
- 見学型臨床実習：①CBT/OSCE前の見学型実習とCBT/OSCE後のローテーション実習での見学型実習の二つの形式がある。②見学型実習の実施により学生の能力を高めてから参加型実習に移行することが望ましいが、時間確保が難しい。→ ①臨床実習開始時期を早める。②診療型実習の前に見学型実習を配置する。③見学型実習にシミュレーション教育を組み込む。

③ 提言するカリキュラムの1例 J医科大学のカリキュラム



【梅村】 グループ⑩から発表させていただきます。スライドのようなメンバーで議論させていただきました。発表は梅村が担当させていただきます。

まず、最初にテーマですけれども、「診療参加型臨床実習を効果的に実施するための準備について」ということで、診療参加型臨床実習に入る前のことについて議論を進めさせていただきました。

現状ですが、早期体験実習は各大学から現状が報告され、大体1年生から3年生での実施が多く、特に1年生、2年生で実施している大学が多かったです。

内容としましては地域医療実習、多職種連携実習など、その大学が持っていますリソースを使って実習を実施しているということが報告されました。

日数に関しても1から数日で、それほど長い期間ではないということでした。

これはあとの課題でも出ますが、臨床実習に直接つながる実習でないことが多いというので、カリキュラムの組み方が臨床実習へつながるような意識がされていないというの

が現状ではないかというような議論がされております。

シミュレーション教育についても、診療参加型実習に入る前のシミュレーション教育としてどのようなことが行われているかということですが、臨床実習前に基本的臨床技能教育として実施し、スキルラボが活用されており、介助者、患者体験実習としての実施例もあるという現状であります。

見学型臨床実習ですが、臨床実習の中で診療科の事情とか実習期間によって見学型臨床実習がされているということで、診療参加型実習でもローテーションの開始時と終了時での学生の能力の差があり、見学型にならざるを得ない場合もあるということでした。1年あるいは1年半掛けて臨床実習を行っていますので、最初に来た学生に関してはなかなかすぐに参加型臨床実習という形では入れないということで、その場合は見学型になってしまうというようなことの議論もありました。

先ほども議論がありましたように、診療参加型実習と見学型実習というのはどういう区別あるいは定義をしているか、大学としてはそのあたりはどのようにしているかという議論がかなりありました。なかなか認識というものが学内で統一されているかというのは疑問があるというところも現状であります。

診療所の実習においては参加型と見学型が混合されているという報告がされております。

臨床実習の最初の数週間を見学型にすると、これはもう見学型ということに定義して最初に持ってくるという大学も幾つかありました。

コアの診療科あるいは選択実習の場合は参加型を基本に行っていること、これは各大学がそういう認識でありました。

Pre CC OSCE あるいは CBT 前に短期間に見学型を入れて、先輩たちがどのような実習をしているか見学するというカリキュラムを組んでいる大学もありました。

基本的臨床技能実習として Pre CC OSCE 前に見学型実習を実施していることや臨床実習の途中で形成的 OSCE を実施して、より質を上げているという大学もありました。

見学型実習の後に市中病院での診療参加型実習を実施しているという大学もありました。

課題と改善の提言ですけれども、早期体験実習においては、やはり低学年、1年、2年で主に行われていることが多く、3年生、4年生の臨床実習に入るまで継続的に体験実習が行われていないというのが現状ですので、その点が一つ課題だろうと思います。

もう一つは、早期体験実習の到達目標が意外と明確化されていないことがあるのではないかという議論がありました。また学生にも、なぜ、何のためにこれを行っているかというところをなかなか周知できていないのではないかという課題がありました。

学生にとっては医学部に入ってモチベーションを維持していくということも大事なわけですけれども、そのためにこのような早期の体験実習を入れていることが多く、臨床実習へ連動する実習というカリキュラムであることを少し強く出さなければいけないのではないかと思います。

早期体験実習にはいろいろな実習がありますが、まだまだ18歳、19歳の学生に重症

の患者さん、あるいは障害者等の体験実習というのは、少ない学生ですけれども少し刺激的になるというケースも報告され、入れるタイミングというのも課題ではないかと議論されました。

あとは、協力者への謝金とか、その予算の確保というものが課題であろうと議論しました。

改善の提言ですが、到達目標をまず明確化すべきであり、それを可視化するべきであろうということが議論されました。

他職種の業務の理解を促進させるために、看護師のシャドーイングなどがいいのではないかと提案がありました。毎年次、継続的に導入していくということが必要であることと、あとは評価をどうしていくかということを考える必要があるということでした。

参加型実習に参加する前のシミュレーション教育としては、診療参加型実習に必要な(実際に実習中に機会が提供される)ベーシックな技能を教育する、そういうものが必要ではないかと考えています。

異常所見をとるための基本手技とか指導医の確保、そういうものが課題であろうと考えています。

教育の場の確保、そういうことで見学型実習を設けて、その中でシミュレーション教育を活用していくということも必要ではないかというような議論がありました。

見学型臨床実習に関しては、先ほどの議論にもありますように参加型と見学型ということで、今回は我々のところではあくまでも参加型臨床実習を始める前に見学型臨床実習はどうかというような議論をしました。

その中で、参加型臨床実習を始める前に見学型を設けるということと、その中にシミュレーション教育を入れてよりスムーズに参加型臨床実習に進めるようなものがないかというような議論になりました。

最後に、ここに提案するカリキュラムの一例ということで、J 医科大学のカリキュラムを例にとっていますが、最初に見学型が入って、その後参加型臨床実習が入っているというようなカリキュラムになっています。この期間、2年間ですが、ほかの大学ではなかなかこの期間をとれないので通常は1月ぐらいから臨床実習が始まるわけですが、この前に週に数回の見学型を入れながらシミュレーションを入れ、座学も入れて、参加型臨床実習に入る前の準備期間を設けるのがいいのではないかというような結論になりました。

以上です。

【奈良】 梅村先生、御発表ありがとうございました。

早期体験実習から始まって、三つのテーマについて御議論いただきました。まずフロアから何か御質問等はございませんでしょうか。どうぞ。

【西谷】 熊本大学の西谷でございます。

私たちグループ①でもお話にあったのですが、見学型実習をCBT、OSCEの前にやるということについて、どれぐらいの大学が実際に取り組んでいるという実績があったか、教え

ていただけたらと思います。

【梅村】 基本、ここに出している例としましては OSCE, CBT を行ってから見学型ですけども、ほかの大学ではこの前に見学型をやっている大学もありました。

【西谷】 結構その割合は多い感じでしょうか。

【梅村】 見学型というこういう形でやっている大学自体が少ないので、1校か2校だったと思います。

【西谷】 ありがとうございます。

【奈良】 ほかにはいかがでしょうか。

【濱田】 よろしいですか。

【奈良】 どうぞ。

【濱田】 東海大学の濱田です。

純粋な質問なのですが、この J 医科大学、先生は J 医科大学ではなかったのかもしれませんが、J 医科大学のことで教えてほしいのは、私たちも最初これを導入しようとしたのですが、実際 5 年生の途中でがらっと変わっちゃうという形になってしまって、そのときに単位認定をどうするかという問題が出ました。ちょっと先生方の本論とは違うのですが、ですから、これはどうされているのですかね。もう自動的に 2 年間継続で、5 年生では全然留年することなしに 6 年生まで行くということなのでしょうか。

【梅村】 私は、詳細は分からないのですが、議論の中にあっただよどこかで単位を修得できないと 1 年半ですか、2 年遅れるというようなことだったような気がします。J 医科大学の先生お願いします。

【常喜】 J 医科大学の常喜と申します。

今まで留年した学生がいませんが、5 年生から 6 年生の間に形成的 OSCE が設定されています。毎年、全科臨床実習で成績が悪い大体 20 名から 25 名ぐらいの学生に対して形成的 OSCE を行っております。形成的 OSCE でも評価が低い場合は、先生がおっしゃるようになりかなり前まで戻ってしまう形に相なります。

【濱田】 途中で留年すると。

【常喜】 そういうことになります。

【奈良】 せっかく早期体験実習を活性化しようとしても、なかなかそれが臨床実習にうまくつながらない。まず、ここで学ぶことはプロフェッショナリズムだと思うのですが、それを重視しようということですね。

【梅村】 そうです。できるだけ目標をはっきりして、それで継続的に。ただ、どうしても基礎系、臨床系の座学が多いものですから、なかなか時間を十分とれないということで、やはりその座学をどう減らして、そこへ入れていくかというのがこれからの議論になると思います。

【奈良】 カリキュラムが過密になっているのは間違いありませんが、何とか工夫が必要ということだと思います。ありがとうございました。

では、続きまして、グループ⑫の御発表をお願いします。

■グループ⑫

<p>グループナンバー：⑫</p> <ul style="list-style-type: none">■ 司会者 : 岡田宏基(香川大学)■ 記録係 : 菅野祐幸(信州大学)■ 発表者 : 鈴木章司(山梨大学)■ グループメンバー: 吉川雅英(東京大学) 森田浩之(岐阜大学) 柴田利彦(大阪市立大学) 倉橋清泰(国際医療福祉大学) 安元佐和(福岡大学)	<p>セッションテーマ：診療参加型臨床実習を効果的に実施するための準備について</p> <p>① 現状:</p> <ul style="list-style-type: none">・早期体験(介護、看護、病院見学、外来患者エスコート、地域医療)・シミュレーション実習(早期体験の場合も)・医療面接(ロールプレイ、模擬患者)・倫理、プロフェッショナリズム教育・基本的な診療手技(低学年、OSCE前)・見学型臨床実習(全科を見たいとの学生のニーズ、多職種の業務の経験)
<p>② 課題</p> <ul style="list-style-type: none">・早期体験(時間、教員側の理解、協力体制、教養課程・キャンパス分離が障害、student doctor前の学生をどこまでinvolveするか?)・早期体験後臨床実習前までの期間(2、3年生で患者に接する機会を如何に設定するか? motivationを如何に保つか?)・シミュレーション実習(費用、教育における評価が低い?)・医療面接(模擬患者の確保)・倫理、プロフェッショナリズム教育(入試のありかた、より低学年から、充実が必要、態度評価のシステムがない?)・基本的な診療手技(OSCEをパスするだけ?)・見学型臨床実習(全科を回れるか? 主要科を参加型にすると時間が取れない)・卒前臨床実習と卒後研修がシームレスになっていない	<p>③ 改善のための提言</p> <ul style="list-style-type: none">・早期体験実習時間の確保(座学を減らす、休暇期間の活用など)・Faculty developmentの推進・態度・技能教育の推進(グループワークの活用)・シミュレーター購入のための予算確保・プロフェッショナリズム教育における形成的評価の導入・入試のあり方を検討・診療手技の継続的教育(見学型実習のあり方)・卒前教育での屋根瓦式教育の推進・国家試験のあり方(分割、廃止?)

【鈴木】 それでは、グループ⑫はこのようなメンバーで議論させていただきました。発表者は山梨大学の鈴木が担当させていただきます。

我々の議論はかなり多岐にわたりまして、十分まとめ切れていないところがあるかもしれませんが御容赦ください。テーマは同じであります。

現状、どのようなことが行われているか、早期体験実習に関しては全ての大学が実施しているとのことでした。その内容に関しては介護であったり、看護であったり、病院の見学であったり、外来患者さんのエスコートであったり、様々な工夫が行われております。

少数ではありますけれども低学年にシミュレーション実習をやっている大学がございました。

それから、これも少数ですが医療面接として学生を医師役、患者役にしてのロールプレイ、また、模擬患者さんを使っての医療面接を実施しているところもございました。

多くの大学が倫理、プロフェッショナリズムに関する講義等を組んでおられます。

基本的な診療手技、これは例えば血圧測定は、低学年から実施しているというところもございました。

あとは見学型ということですがけれども、これは全科を見たいという学生のニーズもあるとのこと。それから将来、卒業してからいろいろなチームで医療を行うに当たって、学内、病院内の全ての部署を見せておくべきだという考え方がありまして、そのために全

科ローテーションを行うという意見がありました。

一方、課題であります、早期体験実習、臨床体験に関しましては、前のグループでもありましたけれども、1年生、2年生で実施していますが、その次に患者さんに接する機会はPre CC OSCEになってしまいます。それまでの2年生、3年生というのは、なかなか患者さんに接する機会がありません。基礎系の医学を学んでいる期間中に患者さんにどのように接することができるのか、その辺のカリキュラムが課題ではないかという御指摘がありました。

あとは、教員側の理解という問題もありまして、臨床参加型実習というものを理解した教員の数がまだまだ少ないのではないかという問題もございました。

それから、シミュレーション実習、従来のシミュレーションというのはどうしても高学年あるいは卒業研修において導入されているわけですが、これを準備期間にも積極的に使うためには、やはり予算の確保というのが非常に大きな問題ではないかとの意見がありました。また、シミュレーション実習が日本の医学教育の評価の中では余り重視されていないのではないかといった議論もございました。

一方、医療面接のSPの養成は、大学によって行われているところと、そうでないところがありました。低学年のロールプレイあるいは面接実習における模擬患者さんというのは、必ずしもプロでなくても、ボランティアでもいいのではないかという意見もございました。

現在は、基本的な診療手技というのは、どうしてもPre CC OSCEをパスするために学修することになりがちなので、そのあたりをどうするかという議論もございました。

一つ飛ばしましたが、倫理プロフェッショナリズム教育というのは非常に大事なわけですが、臨床実習前に何が行われているかをさかのぼっていくと、結局入試の在り方というところに行き着くのではないかという議論もございました。

日本の医学部医学科の学生の多くが、外部のウェブ講座とか教材を使って国家試験に合格しているという現状を認識すべきであって、極論を言えばそういうところに任せられるものは任せて、そうでないもっと大事なことを医学科において教えるべきであるとの指摘がありました。そういう意味で倫理プロフェッショナリズム教育というのをもっと重視する必要があるのではないかという意見も出されました。

見学型臨床実習は全科を回ることが望ましいという中で、現状は回り切れていないというところもございまして、主要科では4週以上の臨床実習を組むことをクリアしようとしますと、見学型臨床実習を短くせざるを得ないことになります。これを解決するためには、臨床実習をさらに長くしなければいけないということが問題になるのではないかとの意見が出ました。

それから、卒前教育と卒後の研修というのがシームレスになる必要があるということは分かっているけれども、現状はまだ達成されていないという報告がありました。

次に、提言ですけれども、先ほどお話ししましたように座学を減らすカリキュラムを作

って、早期体験臨床実習の時間を確保して、それを繰り返しやることが大事であると思われます。

Faculty Development を推進しようとの意見もありました。

それから、やはりグループワークというのは非常に有効な方法なので、低学年からグループワークを積極的に活用するということが臨床参加型実習に役立つであろうとの意見も出ました。

シミュレーター購入予算については、先ほど述べたとおりです。

それから、やはり評価というのが非常に難しい問題で、教員も学生も点数による評価に慣れてしまっているとの指摘がありました。Pre CC OSCE においても数字での評価になっておりますので、スキルであったり、あるいは態度といったものをどのように評価するかをよく検討する必要があるであると思います。

入試のことは先ほど述べたとおりです。

それから、やはり教員も足りないので、マンパワーを確保するという意味で、低学年の教育を高学年の学生ができないか、屋根瓦式の教育の推進ということも課題になるのではないかと意見がありました。現実には、研修医には学生に教える余裕がないということが課題として挙げられておりました。

これは議論になるところかと思えますけれども、シームレスに参加型臨床実習をしようとするれば、現状はどうか申しますと、臨床研修前の6か月とか8か月の間は患者さんに接しておりません。国家試験の在り方をもう一度考える必要があるのではないかと議論がありました。イギリスのように廃止とまではいかないまでも、国家試験を分割する形で何回かに分けてクリアしていったらその部分の期間が空くことで、より臨床参加型実習がやりやすくなるのではないかという踏み込んだ議論もございました。

以上であります。

【奈良】 鈴木先生、御発表どうもありがとうございました。

それでは、フロアから御質問とか御追加、また、同じグループから追加発言とかございませんでしょうか。

多方面から御議論いただき、最後に国家試験の在り方が話題になり、国家試験の廃止ということもありました。イギリスには国家試験制度がなかったのですが、やはり医師養成の観点から国家試験は必要だということになり、最近行われるようになっていきます。

廃止とまではいかずとも、国家試験の分割も話題になりました。これには、ドイツの医学教育が参考になります。ドイツの医学部は日本と同じく6年制ですが、基礎医学教育が終わった後の国家試験の1部と、それから卒業時点で国家試験2部というのがございます。その2部が最近分割されました。ドイツでも6年次における臨床実習の形骸化が問題となっていたそうです。この課題を解決するために、国家試験で問うべき知識問題は5年次に行い、合格後に臨床実習をしっかりと行えるようにしました。そして、臨床実習で修得した技能・態度を6年卒業時に国家試験で評価するシステムになっています。つまり国家試

験を分割しているわけで、非常に良いシステムかなと思っています。日本でもきっと参考になると思います。

いかがでしょうか。どうぞ。

【柴田】 同じグループの大阪市立大学の柴田といいます。

医学部の教育は6年間と言いつつも、最後の半年は全く何もやっていないのですね。5年間半しか実は教育していないと。どこの病院も秋から冬にかけて教育をなされていますか？うちはほとんど何もしていないということで、この半年なり5か月というのを有効に使えないかという論議が一番最後の国家試験の在り方というところに来たということの追加発言です。

【奈良】 なかなか公式にはお答えしにくいところで、難しいですね。

ついでにアメリカの例を御紹介します。アメリカは4年制のメディカルスクールですが、実は医学を学修するには4年間も必要ないとの議論もあり、3年制の医学部が出始めているぐらいです。クリニカル・クラークシップを主軸にして、もっともっとコンデンスした教育であれば良いのではないかということです。日本の現状には合わないかもしれませんが、医学教育の在り方については、各国でさまざまな議論が行われ、改革されているようです。

よろしいでしょうか。では、どうもありがとうございました。

それでは、続きましてグループ⑬、よろしくお願いします。

■グループ⑬

グループナンバー:⑬

モデレーター:野村 英樹

- 司会者 :日台 智明
- 記録係 :河野 誠司
- 発表者 :濱野 忠則
- グループメンバー:伊藤 薫樹
- 船橋 公彦
- 錦織 宏
- 丸尾 良浩
- 原 英夫

セッションテーマ:4 診療参加型臨床実習を効果的に実施するための準備について

現状:①コミュニケーション能力の養成には、患者のエスコート、シャドウイング実習、病院見学、患者の体験談、医療面接のシミュレーション実習、多職種協同教育などが行われ、一応の効果をあげている。②技術的な準備教育として、種々のシュミレーション教育が行われている。③臨床推論教育としてのPBLはどの大学もおこなっているが、臨床参加型実習の準備としては効果不十分?④カルテ記載については、準備のための教育を行っているが、修得が不十分。

課題&改善のための提言1

- ・ 保健医療・福祉・医療安全の教育が不十分。
⇒ 医療事故を課題にしてチュートリアル教育。
- ・ コミュニケーション能力はまだ不十分。
⇒ 繰り返し・重層的な教育が必要。問題のある学生だけを教育。少人数で教育などの工夫。
- ・ 診療参加型臨床実習は、何時から何時までか? ~プロフェッショリズム教育のジレンマ~
⇒ 研修医との整合性を整理して現場で明文化。
- ・ 同意書の取得率の問題。
⇒ スチューデントドクター制度の社会的受け入れ。

課題&改善のための提言2

- ・ シミュレーション機器整備の問題
⇒ ハードウェア依存のシミュレーション教育からの脱皮をはかる。
- ・ 実習とワクチン接種、損害賠償保険の問題
⇒ 安全上の必要性認識と制度の整備が必要。
- ・ 教員のモチベーション・役割をどうするか。
⇒ 教育担当教員の役職と報酬の明確化。
- ・ 関連病院の役割
⇒ 大学と関連病院のコミュニケーション促進。

【濱野】 それでは、グループ⑬の発表を始めさせていただきたいと思います。

このようなメンバーで議論を重ねてきました。日台先生が素晴らしい司会をしてくださり、河野先生が記録をしてくださいました。福井大学の濱野が発表させていただきます。よろしくをお願いします。

我々に与えられましたテーマは、先ほどと同じく「診療参加型臨床実習を効果的に実施するための準備について」です。

診療参加型臨床実習を始める前に重要になってくるのは、見学型実習をうまく行うことです。その際に重要なのは、やはりコミュニケーション能力であろうという議論が出ております。

もともとコミュニケーション能力の高い学生もたくさんいますが、そうでない学生のために、患者さんのエスコート体験を我々福井大学でも行っております。受付してから待合室で待機し、診察を受けるまで帯同するものです。

それからシャドーイング実習をしたり、介護施設や老健施設を含めたいろいろな病院見学も行っています。

そのほか、がん患者さんの体験談を語る会やパーキンソン病患者さんの触れ合いの会への参加も、我々福井大学でも行っています。そのような活動を通して患者さんの気持ちを実感してもらえよう働きかけています。

多職種協働教育なども行われており、一定の効果を上げているようです。

そのほか、技術的な準備教育としましては、いろいろなシミュレーションが行われております。先ほど来お話が出ておりますシミュレーターを用いたような教育や模擬患者（SP）さんに協力いただく教育も行われています。

ある大学では、20年間のキャリアのあるSPさんにも御協力いただいて、成果が上がっているようです。

ただし、コミュニケーション能力や臨床手技的な能力が向上したとしても、最も重要なものは臨床推論です。鑑別診断ができる能力を身に付けるということが一番重要になってくると思います。

そのための Project Based Learning（PBL）がいろいろな大学で行われているわけですが、臨床参加型実習の準備としては、どこまで効果が上がっているかという評価は難しいのではないかという意見も出ています。実際は、臨床推論に関しては試験もなされていないため、その能力をいかに高めていくかということが今後の課題になるのではないかなという意見が出ました。

それから、もう一つの問題が、カルテ記載がうまくできない学生が多いということです。電子カルテの使い方自体は最近の若者は得意ですが、ちゃんとカルテが書けない。すなわちコピーアンドペーストだけになっているケースが非常に多いので、指導していく必要があるという意見が出ております。

それでは、課題と改善のための提言をまとめて提示していきたいと思います。

まず、我々の時代から、学生は保健医療とか福祉、医療安全の教育が不十分で、全く理解していません。具体的には生活保護の問題とか、特定疾患とか身体障害者の認定、そして医療保障に対しては全く知識がない。これに対しては、ある大学では医療事故を課題にしたチュートリアル教育を行っておられます。医療事故、訴訟となると学生のモチベーションもぐっと上がってくるため、こういう試みも一つの解決策になるのではないかなという意見が出ました。

それから、最も重要なコミュニケーション能力に関しては、まだまだ不十分であるという意見が出ております。

見学型の実習を行った場合、万一やる気がないとしても9割の学生は上手に患者さんと接することができるのですが、問題を起こして、何度か指導を受ける機会がある学生もいるということです。360度評価と言いまして、看護師さんとかクラークの方が学生の評価をする大学もあるようです。そうすると、看護師さんが結構厳しい評価を付けてくることもあるということです。そういった学生を呼び出して教育指導することによって、2回目、3回目にはちゃんと患者さんと接することができるようになるということです。繰り返しの重層的な教育が必要という意見もありました。

また、医療面接のOSCEで低評価であった学生や、対人に問題がありそうな学生をセレクトして少人数で教育するというのも、負担の軽減という意味でもいいのではないかなという意見もありました。

もう一つの問題が働き方改革です。何時から何時まで実習させていいのかというプロフェッショナルリズム教育のジレンマです。そのため、午後6時からのカンファレンスに参加させることが非常に難しいということも実際に起こっています。それに関しては、明文化して、研修医と同じような扱いで対応していく必要があるのではないかなという意見が出ました。

それから、熊本大学の先生もおっしゃっていましたが、同意書の取得率が低いという問題もあります。経験のある医師が同意書の取得を説得した場合は取得率が非常に高いのですが、若手の医師の場合は必ずしもそうではないため、行政のレベルで Student Doctor 制度を周知していただけると非常にいいのではないかなという意見が出ました。

また、テレビの医療ドラマも非常に多くなっておりますので、人気俳優さんが同意書を取る場面があると非常にいいのではないかなというマスメディアを活用するという意見もございました。

そして、シミュレーション機器の問題です。予算のある大学では非常に充実した機器が設備できるのですが、そうではない大学の方が多いわけですね。その対策として、ハードウェア依存のシミュレーション教育をそろそろ脱却してもいいのではないかなという意見が出ております。

例えばアフガニスタンでは青空シミュレーション教育ということで、機械に依存するのではなく、喘鳴の実習でも教官が「うーうー」というような声を出すということでもいい

のではないかと。SP をどんどん増やせると、予算の面でも有利ではないかという意見がありました。

そして、初期の見学型実習の際に患者さんに感染させてはいけないということで、風疹、麻疹、VZV や結核のワクチンをきちんと接種する必要があります。

保健管理センターでワクチンを接種しているのですが、1年生から実習を始めようとすると抗体がつくまでは半年ぐらいは待たないといけないため、早期からの実習の実現のためには、合格発表と同時にワクチンを接種するくらいの制度の確立が必要になってくるのではないかという意見も出ております。

それから、教員のモチベーションに関してですが、やる気のある教員とそうでない教員の差が大きいということが非常に問題になっています。意欲のない教員に多くを求めるのもお互いに不幸になるのではないかというような意見もありました。

その対策として、教育担当教員の役職を付ける、ある大学では病棟医長とか外来医長と同じように教育担当医というのを設定して、わずかながらの給与を上乗せしている。そのほか、教育担当のポストができていいる大学もあります。福井大学でも教育担当の准教授・講師のポジションもあります。そのような工夫でモチベーションを上げていくといいのではないかという意見がありました。

関連病院の協力なくして、参加型実習というのは成立が困難です。そこで、大学だけではなく関連病院とのコミュニケーションを促進していくのが非常に重要になってくると思われれます。大抵の病院の先生方は非常に熱心に指導してくださるのですが、そうではない施設もあります。そういう施設とのコミュニケーションを促進していくのが望ましいと思われれます。人事の交流が大学でうまくできている関連施設ではそういった問題は少ないと思いますが、そうでない施設の場合はこういったことも課題になってくるのではないかという意見がございました。

発表は以上になります。

【奈良】 濱野先生、御発表ありがとうございました。

少し切り口が変わって、コミュニケーション能力、臨床推論能力、あるいは医療安全の面からの準備教育ということで御紹介いただきました。

何かフロアから御質問とか御追加とかございませんでしょうか。どうぞ。

【濱田】 東海大学の濱田です。ありがとうございました。

PBL が臨床推論に十分役立っていないという御意見がありましたけれども、それは先生方の解決策を見ていると、結局はシナリオが悪いということでしょうか。多分シナリオをきっちり作って、チューターがきっちり介入すれば、それなりの効果があるのではないかなど、私たちはそう信じていますけれども、いかがでしょうか。

【濱野】 ありがとうございます。実際に効果が上がっている施設も多いと思うのですが、それを評価するすべがないので、どこまで効果が上がっているかと判断しにくいということで提示させていただいた次第です。もちろんうまくいっている施設もあると思います。

【濱田】 恐らくこれから Post CC OSCE が導入されて、臨床推論とかプレゼンテーションが大事になってきますので、もちろん臨床実習中に繰り返し、繰り返しやって、それを学んでいくというのもあるのですが、やはりその前の教育、ここがやっぱりかなり大事なと、そう思っています。

【濱野】 ありがとうございます。

【奈良】 よろしいでしょうか。それでは、どうもありがとうございました。

■グループ⑭

<p>グループナンバー：⑭</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 司会者 : 多部田 ■ 記録係 : 金 ■ 発表者 : 須田 ■ グループメンバー: 江草宏、多部田康一、佐藤健一、金秀樹、須田直人、羽鳥弘毅、友藤孝明 	<p>セッションテーマ：診療参加型臨床実習を効果的に実施するための準備について</p> <p>① 現状:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・早期臨床実習は各大学で行われている。 ・見学、フィールドワークを取り入れる傾向がある。 ・歯科個別のスキル ・シミュレーション模型実習は各大学で行っている。 ・一口腔単位の知識に関するPBL ・高齢化に伴い全身疾患を増加、疾患の認識が必要になり ・多職種連携の重要性→講義、PBL、見学(他学部と合同で) ・国立総合大学と私立歯科単科大学で違う ・ペーパーPatientを実習に利用しているも大学ある。 ・コミュニケーションスキルが重要であるが不十分である。
<p>② 課題</p> <p>①歯科個別のスキル</p> <ul style="list-style-type: none"> ・複数の専門領域にわたる歯科疾患・治療を総合的に理解する教育が困難である。 ・現在のシミュレーション模型実習では一口腔単位の教育が困難である。 <p>②多職種連携の重要性</p> <ul style="list-style-type: none"> ・教育環境が整っていない、大学格差 ・国立総合大学と私立歯科単科大学で違う <p>③コミュニケーションスキルの不足</p> <ul style="list-style-type: none"> ・教育の担い手が少ない。 	<p>③ 改善のための提言</p> <p>①歯科個別のスキル</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一口腔単位の知識に関するPBLの実施 ・統合型実習模型とシナリオを用い一連の治療の流れを習得する実習を行う。 <p>②多職種連携の重要性</p> <ul style="list-style-type: none"> ・大学間連携、他学部間連携を積極的に行う。 ・教員が医科歯科連携および地域連携の重要性を認識し向上心を持って実践する。 ・医科領域における歯科との連携の重要性の認識を共有する。 <p>③コミュニケーションスキルの不足</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療コミュニケーションワークショップに積極的に参加する。

【前田】 それでは、最後の御発表でグループ⑭になります。歯科からの発表で、発表者は明海大学の須田先生です。どうぞよろしくお願いいたします。

【須田】 よろしくお祈りします。グループ⑭です。先ほどと同じように「診療参加型臨床実習を効果的に実施するための準備について」というテーマになります。

今回のこのテーマですけれども、この本題に入る前に、まず議論しなければいけない点として、歯科における診療参加型臨床実習のあるべき姿というのは何だろうかということをし少し話し合いました。時間が3時間という限定的な時間だったので、なかなか深く議論はいかなかったのですが、歯科の臨床実習ということになりますと、自験をベースにして、そして診療チームを組んでいくと。その中で、医科との違いということになった場合は、病棟実習ではなくて、基本的に外来実習をベースにして行っていくというようなことがコンセンサスを得て、早速この準備についてという議論を始めさせていただきました。

現状としましては、早期臨床実習、このように私たちは呼ばせていただきましたけれども、

効果的に実施するための準備という内容になりますが、これは各大学でおこなわれていているということでありました。

見学、そしてフィールドワークを取り入れる傾向があると、そういった大学が多かったということになります。

そして、歯科個別のスキルを上昇させていくというようなことを初期教育として行っていくという大学が多いということも分かってまいりました。

その中で、シミュレーション模型実習というのも取り入れて行われているということになります。

また、PBL を行っていくということが比較的教育の方策としては行われているわけですが、その中で歯科全体の疾病構造の変化というのに対応した様々なPBL というのを行っていく必要が現在あるのですけども、なかなかそこが現状では難しいということも分かってまいりました。

具体的には、多職種連携の重要性としていろいろな形で行っていくということができれば理想ですけども、講義、PBL、見学といったことがなかなか一律に各大学の特色というのを生かして行うことが難しいということが分かってまいりました。

具体的には国立の総合大学、あるいは医療系の総合大学というところと、あとは歯科の単科大学ということで、かなりこれは持っているハード、ソフトというのが違ってきているということになります。例えばPBLを行うにしても、単科の歯科大学で行うと歯学生だけで行っていくということになりますけども、医療系の総合大学ということになりますと薬学部や医学部の学生も交えて、様々な形で初期教育が行えるという違いが出てくるのだということになります。

あと、ペーパーペイシエント、いわゆる様々な患者さんの情報をベースにした実習というのを初期教育に生かして実習しているという大学もあることが分かってまいりました。

先ほどの発表にもございましたけども、やはり比較的初期から考えなければいけない問題としてコミュニケーションスキルということが大きな問題となって、臨床実習を将来行うに当たって、我々が意識して向上させていかなければいけない内容だということが分かりました。

その中で、歯科個別のスキルを上げていくという点と、多職種連携の重要性と、コミュニケーションスキルの不足という3点にまとめて課題を考えていきました。

まず、1点目の歯科個別のスキルという点ですけども、複数の専門領域にわたる歯科疾患治療を総合的に理解する教育が現状では非常に難しいと。一方で、社会構造の変化というものを考えたときに少子高齢化というのがある、しかもそこに対応した教育というのがどうしても必要になっているという問題がございます。

現在のシミュレーション模型実習では、もう一つの問題としては、例えば虫歯を治すとか、入れ歯を作るということではなくて、一口腔単位の教育というのをしていかなければいけないのですけども、そういったものに対応できるようなシミュレーションの模型実習

というのは簡単ではないということが浮き彫りになりました。

2点目の多職種連携の重要性としましては、なかなかこれは教育環境というのが大きなネックになっているということになります。先ほど申し上げたような大学の格差という問題はどうしても否めないということがありまして、これは単科の歯科大学においては大きなハンディキャップを持っているということが分かってまいりました。

3点目のコミュニケーションスキルの不足ということに関しましては、これはもちろん学生の、今は例えばメールをしたりということが昔よりも非常に頻繁に行われているという中で、学生の問題もあるのですが、教育の担い手がなかなかいないという問題点があって、一体これをどうやって向上させればいいのかという課題があるということも浮き彫りになりました。

こういった点を踏まえての提言としましては、①の歯科個別のスキルという点に関しましては、一口腔単位の知識に関する PBL、なるべくこれを行っていき、きちんとした課題の与え方をして、評価も含めて行えるようなことができれば理想的だろうということでした。

そして、統合型実習模型とシナリオを用いた一連の治療の流れを習得できる実習、これは今新潟大学や東北大学で少し開発が進んでいるということをお聞きすることができたのですが、問題点としてかなり高価なものだと、なかなか購入してみんなで共有していくことが簡単ではないということも分かってまいりまして、みんなで使っていけば業者の方も安価にしてくれるのではないかなというような期待をしたということになります。

2点目の多職種連携の重要性に関しましては、これはやはり一つの大学ではなかなか難しいということで大学間の連携、特に単科の歯科大学においてはほかの大学との連携というのが重要になってくるだろうと。医療系の総合大学であったり、あるいは総合大学であったときには、他学部との連携というのを積極的に今後行う必要があるのではないかなということでした。

そして、教員が医科歯科連携及び地域連携の重要性をしっかりと認識して、向上心を持って実践していく必要性ということになります。

そして、医科領域における歯科との連携の重要性、こういった認識も共有しながら進めていく必要があるだろうということになります。

最後の3点目ですが、コミュニケーションスキルの不足に関しましては、先ほど申し上げましたようになかなかこれはマンパワーとしてこれを教えていく人がいないということになりますので、教員がこういったワークショップに積極的に参加するということや、実際問題アウトソーシングしてそういった人材確保に努めていくということも必要なのではないかという議論に至りました。

以上です。御清聴ありがとうございました。

【前田】 ありがとうございました。

まずはフロアの方、どなたか御質問、御追加はございますか。

先生、改善、課題として、歯科個別のスキルということが臨床実習へ上がったときに自験していくということだと思っけども、アンダーグラデュエートの実習だと各科、講座別の実習をやっていると。それが上がるときにどのような評価をして、今のところはOSCEしかないですね。

【須田】 ないですね、ええ。

【前田】 各大学がどのような方法で学生の技能を評価して臨床実習に上げていくというような議論はございましたか。

【須田】 先生がおっしゃるように、今現在、歯科のOSCEにおいて、なかなか選別するようなフィルターになっていないという問題があるかと思います。これに関しては、各大学の中で様々な多様性があるということを今日再認識いたしました。

その中で、臨床実習の取りまとめ役になっている方、あるいは学部長といったような方がリーダーシップを持って、一定の評価を基にきちんとした臨床実習の自験に移行できるような形の選別というのが今後必要になってくるということを考えております。

【前田】 ほかはいかがでございましょうか。

まだちょっと時間があるので、またこれも嫌な質問かも知れませんが、先ほど出てきた多職種連携の重要性ということにまた話が戻ってしまいますけども、この中でも積極的に行うといったときに、先ほども話題になったカリキュラムの開発だとか、何をやらいいのかというような議論はありましたか。歯科の場合は割と言葉が先行して、中身がないというのが僕の現状認識なのですが。

【須田】 そうですね。先ほどからお話しになっているように、そもそも定義がはっきりしない中で事を推進しなければいけないというジレンマがあると思います。

我々歯科の方から言わせていただきますと、キーワードとしては高齢化ということがありますので、その中で歯科のこれまで果たしてきた役割というのが少しずつ変わってきていると。その中で、医科の先生方に教えていただくような全身管理というのが一つのキーワードになるかと思っております。

【前田】 ほかはよろしいでしょうか。それでは、よろしければ発表を終わらせていただきたいと思います。どうもありがとうございました。

総合討論

【奈良】 先生方、活発な御議論、ありがとうございました。また、優れた、大変重要な御発表をいただいたかと思えます。

今回のテーマは診療参加型臨床実習ということで、これが医学部、歯学部の教育の中でも、最も重要なものの一つであるかと思えます。

なぜ臨床実習に診療参加型が必要かと言いますと、福島先生が午前中にお話しされたように、医学部では臨床研修につなげるような教育をしなければいけない、そのためには臨床実習が診療参加型でなければならないということに基づくと思えます。本日はいろいろ御議論いただきましたが、その中で幾つかの課題が浮かび上がったと思えます。

一つは教員側の問題です。診療科間で共有できていないとか、あるいはリーダーシップが十分ではないといった問題もありました。また、学生側の問題も提起されたかと思えます。

それから、臨床実習の期間や内容、更には教育の資源、経費の問題も含めた課題もあったかと思えます。

方略、あるいは学修目標につきましても、何を目的としてどのように臨床実習を行うのか、ゴールをどこに置くのか、アウトカムが明確ではないといったようなことも議論に出たかと思えます。

今回は評価がテーマにはありませんでしたが、幾つかのグループからは評価についても御議論、御発表いただきました。

診療参加型臨床実習を巡っては、課題はまだたくさん残されているかと思われまます。30分ぐらいお時間をいただいていますので、先生方から十分に言い尽くせなかったこと、あるいはもっともっと深く掘り下げたいようなことがあれば、どうぞ活発に御議論いただきたいと思えます。

いかがでしょうか、どなたでも結構ですので御発言いただきたいと思えます。どうぞ。

【濱田】 東海大学の濱田です。ありがとうございました。

今日、実は余り話が出ていなくて、幾つかのグループは少し触れていましたけれども、学生のカルテです。電子カルテをどうするのかという問題は一つ重要ななと思っていました、例えば本当に診療チームの一員として書かせるのであれば、ちゃんと指導医が承認して本来のカルテの一部として開示に堪え得るようなものにするべきなのか、あるいはそれと切り離して、あくまで指導のためのカルテにする。例えば、もし指導のためだけに純粋に医療用のカルテと分けて考えるのであれば、何回か話にも出ていましたけど、e ポート

フォリオと例えばリンクした形で、全国共通で文部科学省にお願いしてサポートしていただいて、評価システムとかカルテの内容というのは全国共通にして導入するというような案も多分できるのではないかなと思うのです。ですから、それがどちらの方向に行くべきなのかという、まず第一のスタートの議論が必要かなと思っているのですが、皆さんの御意見はいかがでしょうか。

【奈良】 診療参加型臨床実習では、学生が患者さんから得た情報等をしっかりとカルテに記載し、その記載内容を医師、その他の医療職と情報を共有することが基本的な医行為と言えます。医学教育モデル・コア・カリキュラムにも明記されていますが、診療参加型臨床実習では学生が患者さんを丁寧に診て、正確な情報として記録に残すべきです。記録はカルテとして保存されますが、現在では電子化されています。したがって、本物の電子カルテに学生が入力することが求められます。しからば、電子カルテを学生のカルテにしているのかどうかということになると、やはり本物のカルテにした方がいいのではないかなと思います。

電子カルテについて常に提起されるのが、カルテ開示の問題です。これに応えるには、学生の得た情報を正確に電子カルテに入力し、その記載を指導医がしっかりと確認することが欠かせません。

私どもは日本医学教育評価機構（JACME）として、多くの大学医学部の臨床実習現場を視察させていただいています。その結果、多くの医学部では学生が電子カルテに直接入力し、それを夕方に指導医がチェックを必ず行い、カウンターサインによってオーソライズされています。学生が書いた記載であることも判別できます。教員の負担は大きいのは間違いないのですが、これこそが診療参加型臨床実習の目指すところであろうかと思います。

意外と学生は細かなことまで書くことがあります。教員だったら診療の時間が十分でないこともあり、要点のみをカルテに記載することが多いのではないのでしょうか。それに比べ、学生は時間がふんだんにあるので、患者さんの同意を得た上で、患者さんの悩みであるとか、共感すべき態度などまで書いていることがあります。こうした情報は、ほかの医療職も利用できるもので、診療チームの一員としての学生の役割を果たしていると言えます。

【濱田】 おっしゃるとおり、本来はそうあるべきだと思うのですが、ただ、さっきも先生もおっしゃったように、その教員の負担がかなり大きくなってくると。そうすると、承認するレベルはどのレベルの医師でいいのか。例えば臨床研修医、さっきの屋根瓦方式ではないですけど臨床研修医でいいのかどうかとか、臨床研修医のカルテも結局指導医が承認しなければいけないわけですから、そうするとなかなか屋根瓦方式もうまくいかないという話になってくるのですが、先生、それはいかがでしょうか、どのレベルで学生を承認するべきでしょうか。

【奈良】 ある程度経験のある指導医が任を担うことになります。医療チームでありますので、最終的にはチームの責任者、コーディネーターがチェックすべきです。ただし、そ

ここまでできるには限界もあり、まずは学生が書いたカルテは研修医が見て、それを研修医の指導医が見るといような感じで良いかと思えます。すなわち、屋根瓦を構築するのがよろしいかと思えます。

個人的なことで恐縮ですが、私は順天堂大学に所属しており、先週の金曜日、土曜日に一泊二日でワークショップが開催されました。そこでは教職員はもちろん、学生、研修医、大学院生が参加し、ワークショップ形式で議論が行われました。その際、電子カルテ記載が話題になりました。学生がカルテを記載し、研修医がチェックする。しかし、研修医もかなり忙しくて余裕がない。そこで解決法として、1年目の研修医ではなく、2年目の研修医がチェックすれば良いとの意見がでました。2年目の研修医の方が比較的实力もついていますし、なおかつ余裕もあるので、2年目の研修医に指導役を担当してもらったらどうかという提案がございました。御参考までに。

どうぞ。

【倉橋】 国際医療福祉大学の倉橋でございます。

今の議論の中で指導医の負担という話が出てきましたが、これはカルテの記載や承認に限らないと思うのですが、果たして学生が診療参加型実習をするのが医療職の負担になるのかというところですね。多くの臨床の先生方は学生まで面倒を見るのは大変だというような意見が出るのですが、逆にこの診療参加型臨床実習を続けることによって、むしろ指導医や研修医の力になるということが大いに考えられて、それは時間だけではなくて、発想とか視点とか、今奈良先生もおっしゃったように我々では聞き取れなかったようなことを学生がきちんと聞いてくれるというようなこともありますね。それは医療者、看護師や医者が診られなかったものを診てくれるというのと同様だと思うのですが、そういうように学生を利用するという考えに基づいて学生実習を考えたらいいのかなと思っているので、一言コメントさせていただきました。

【奈良】 ありがとうございます。全く私も同感です。教員の側からすると、どうしても“教える”という感じになりがちです。けどそうではなくて、実習ですからともに学び合うという姿勢が大切だと考えます。学生が臨床の現場に来るのは足手まといとよく言われますが、そうではなく、学生は手足として使ってもらえばいいし、更に頭も使ってもらえればもっと良いと思っています。学生を医療チームの中の一員として尊重して参加してもらえれば、学生にとってもいいし、教員の負担もむしろ軽減できるのではないのでしょうか。

ドイツなど欧米では、例えば採血などは学生が結構行っています。患者の診療情報を教員に提示するとか、学生が臨床検査所見や画像所見などを読んで、それをプレゼンすることによって、指導医にとってもある程度省力化できると思えます。学生、教員にとっても共に有意義な実習になればいいかなと思えます。どうもありがとうございました。

【倉橋】 ありがとうございます。

【濱田】 いいですか。

【奈良】 どうぞ。

【濱田】 その話が出たので、反対しているわけではなくて、もしそれが充実すると、診療参加型の学生が充実すると、我々がグループ②で提言したように、多分今の初期臨床研修医とほぼ同じことが今の学生でできるのではないかと。そうすると、逆に初期臨床研修の内容を変えることによって、そうすると初期臨床研修の承認はもう要らなくなるという話になってくると、教員の負担はどんどん減っていきますから、ですから、そういう好循環に回していくようにしなければいけないのではないかなと思っております。

【倉橋】 1段落ずつ、1段階ずつ上がっていくんだと思うんですね。今の初期研修医は、我々の頃の後期研修医ぐらいの力を持っている、そして今の学生は当時の初期研修医ぐらいの力を持っている。そのためには、期間の話とか臨床前の話がありますけれども、たっぷり時間をとって参加型臨床研修をやらなければいけないだろうし、その前の段階の教育がしっかりしていないといけないということになるのだと思います。

【濱田】 そうですね。

【奈良】 朝、荒木企画官から御説明いただきましたが、2000年に入ってから医学・歯学教育はかなりの発展を遂げました。改革された医学・歯学教育を受けた人たちは、今やもう教員とか指導医の立場にあると思います。このため、今後はもっともっと臨床実習、臨床研修が良い方向に進むと考えられます。是非期待したいと思っています。

鈴木先生、何か。

【鈴木】 山梨大学の鈴木でございます。

CBT、OSCE を通って Student Doctor の認証を受けた人が診療参加するというのは、これはもう質も担保されているということで社会的に容認されるかなと思うのですが、その前の段階の学生に見学型実習をさせるとか、あるいはプロフェッショナルリズム教育の一環として、より低学年の学生を病院に行かせて見学させるということがどこまで許されるのかというのがちょっと分かりにくいので、そのあたりのところを教えていただければと思うのですけれども。

【泉】 済みません、昭和大学の泉と申します。

基本的には医学生や医師は患者から学ぶはずですから、患者から学ばないということが本来はおかしいですので、診療参加型臨床実習は Student Doctor という称号が加わってある程度の、医師と同等ではないですけれども、法律でも許されるという診療行為を、侵襲も加わったものも含んだ診療行為をできるというのが Student Doctor であって、それまででしたら、今やっているようないわゆる見学型の臨床実習全てを 1 年生から Student Doctor に受かるまでやればよいと思っています。むしろやらなくてはいけないし、例えば患者さんを診ない学年があるなどということは、本来医学生としては非常に奇異なことで、どうして Student Doctor 制度がわざわざできたかということ、診療参加する人を見極めるためにあれがあるのであって、それまでに見学型のようなものは済ませておかななくてはいけないのだと思っています。

ちなみに、昭和大学ではまだで、来年度からですけれども、1 年生で入ってきたらすぐ

にバイタルサインや医療面接はできるようになってもらって、4年生の共用試験まで毎週1回は、週に1日はどこか、2年生は水曜日、3年生は木曜日、4年生は金曜日とかして毎週毎週、毎週毎週、学生はいつも患者のところに行くということをやれば、今のような議論のほとんどのところは解決されて、使い物にならない者が Student Doctor として4年の後半から来るということはないはずですので、それはもう全くむしろ奨励されることというか、昭和大学はそうしてしまうのですけれども、そうだと思っています。

【鈴木】 私個人も先生と同じ意見で、低学年から病院に出た方が、例えば外科のカンファレンスに出た方が、解剖学の勉強は何で必要かということがよく理解できるだろうと思っているのですけれども、例えば包括同意を取るときに、Student Doctor だからというのは比較的受け入れやすいかなとは思いますが、医学科の学生ですからということで許容されるのだろうか、そうすると、というところにちょっと疑問があったものですからお伺いしたと。

【泉】 医学生ですから……。

【奈良】 法律から言いますと、医行為は医師免許を持っていないとできないと決まっています。しかし、臨床実習で患者さんからお話を聞くとか、簡単な身体診察をさせていただくとする場合、それを医行為として患者が認めないかどうかという点、おそらくは認められる行為だと思います。

医行為の許容については、厚労省門田班での医行為に関する研究の際に、法律の専門家に入ってもらって議論しました。そのときのニュアンスでは、法律は雁字搦めのように見えるかもしれないが、社会全体が是と認めれば問題ないといった感じに思われました。絶対にだめだという人が大多数であればだめでしょうが、医学部での臨床実習が医師を育成するために、医療面接や基本的な診療行為を行うことが欠かせないことを国民のほとんどが賛同さえすれば、学生には許容されない医行為にはならないと思います。事前に患者さんから同意をとり、学生が確実に知識・技能・態度を身に付けており、しっかりした指導体制の下で行われることになれば、よほどの侵襲的行為を除いては学生もある程度の医行為は許容されると解釈されます。法律に真に抵触するような行為を除き、見学型実習はむしろ早期、すなわち低学年から行った方が効率も上がるし、学生のモチベーションも上がって実力が付くと思います。

【鈴木】 ありがとうございます。

【奈良】 ほかにいかがでしょうか。評価のことが余り出てきませんでしたが、臨床実習では学生の知識は問えるとしても、技能とか態度評価が十分にはできていないという御発言もあったかと思いますが、いかがでしょうか、何か御意見は。どうぞ。

【磯部】 島根大学の磯部です。

先ほど、どこかの発表で360度評価の話があって、看護師さんが評価に加わっているということだったのですが、看護師さんに学生の評価をしてもらうというのは難しい点が

ありまして、新専門医制度で研修医に関しては360度評価を今進めているところですけども、学生さんを多職種が評価するというのはどういう方向で考えていけばいいのか、是非教えていただきたいと思うんですけども。

【奈良】 御指摘のとおり、看護師さんをお願いするというのは結構難しいと思います。というのも、看護師さんはローテーションしていますから、個々の学生を観察できるわけではないとか、あるいは、そもそも看護師は教育職ではないから評価を行う責務はないなど、いろいろ理由があろうかと思えます。

ただ、臨床実習で学生を評価するのは、指導医だけではなくて、ほかの教員も評価できますし、また学生同士でも評価し合えるかと思えます。また、患者さん、その家族、そういった方からの評価も可能だと思います。360度評価を進めるには、様々な工夫が必要と思えます。

【磯部】 ありがとうございます。

私も患者さんとか家族から評価していただけるシステムというのは、そういうものが構築できれば非常にいいなと思っていたので、また検討してみます。

あともう一ついいですか。

【奈良】 どうぞ。

【磯部】 やはり今日のディスカッションでもインセンティブの話とかもありましたけれども、医学教育というのは医学部が中心だと思うんですけども、実際の現場は大学病院なり、附属病院で行われることが大半の部分を占めると思えます。そうすると、今、附属病院というのは、あるいは大学病院は、医学部とは独立した運営が行われていると思えます。国立大学の場合は医学部からのインセンティブ資金獲得は非常に厳しいので、やはり附属病院との連携が必要と思っているのですが、そのあたりの協議とかということは進んでいるでしょうか。

【奈良】 いかがでしょうか。なかなか難しい課題ですね。どうぞ。

【錦織】 名古屋大学の錦織と言います。

おっしゃるとおりで、医学部に要求しても一切予算はないと。病院の中で、私の大学では教育専任教員みたいなポストを作っていただいています、その方たちに臨床実習、もともと研修医教育のためのポストですけども、臨床実習もちょっと一緒にやってもらえないかみたいなことをお願いしています。多分、今は過渡期というか、病院の中でも病院教員というポジションができてきていますよね。その中で、その方たちのプロモーションがどうなるのかとか、何かそういったことに関しての議論は始めています。

【鮎瀬】 今の議論をお聞きしていてすごく心配になったのですが、例えば病院にそういうインセンティブ、いろいろな経費を要求するときに、医科でさえその状況なので、歯科は、「いやいや、稼ぎが悪いのだから、何を言っているの?」という話にいつもなるのですが、そこは、今日は文部科学省主催のワークショップなので是非、さっき診療報酬に何か加算するみたいな案もありましたが、そこは是非歯科も加えていただきたいなというのが

切実な思いだったのですが、済みません。

【奈良】 どうぞ。

【倉橋】 国際医療福祉大学の倉橋です。

お金の話は疎いのですが、インセンティブの話と、あと発表の中でシミュレーション教育にもっと予算を付けてほしいという話があったと思うのですが、やっぱりお金を付けてもらうのだったら、そういう何年も使えるような形の教育のものとか、システムとかに付けてもらうのがいいのかなと思います。インセンティブは、確かにもらえるのだったらもらいたいですけれども、先ほどの話にも戻るのですが、学生を教えるからお金をもっとくれというのではなくて、逆に言うと学生が働いてくれる、我々の一部として働いてくれるから、教えるのも大変だけど助かる部分もあるので、ウィン・ウィンだなと思って働く方がハッピーかなと思うので、いかがでしょうか。

【奈良】 どうぞ、北村先生。

【北村】 北村と申します。コア・カリキュラムを作った一員です。

今日は来賓で来ておりますが、この教育を考えたときのインセンティブとかお金の問題は時々出のですが、堅いことを言えば大学では教員が教えることが本務であり、余り言ってほしくないなという気がします。インセンティブの話をするとうつあると思います。一つは教育評価をしっかりしてほしいと。先生方が学生を教えたということの評価して次のプロモーションにして、一つ上の役職に就くときには教育実績を評価してほしい、そのシステムを確立してほしいと思っています。

もう一つは、若い人が憧れるのは、そのときの指導医とかそういう人が結構多いです。学生時代にその診療科へ行ってよく教えてもらったとか、非常におもしろいことをやらせてくれたと、だからそこへ進みたいと。そういうのが実例では一番多いと思うので、数年後にフルーツができると思って、目の前のインセンティブなどは言わないでほしいかなと思いました。

【前田】 歯科の教育学会としては、今の御発言はどうお考えになりますか、関本先生。

【磯部】 島根大学の磯部です。

今一番危惧しているのは、学生が臨床上の疑問を解決するときはどういうことをしているかという、これはうちの大学だけかもしれませんが、みんなスマホとか iPad を持ってグーグルで調べているのです、キーワードを入れて。やはり今後は、医学教育のツールももう少し充実する必要があると思うのです。

私はがんの関係でアメリカの大学を幾つか回ったことがあるのですが、向こうはそういった学生とか研修医が何らかの情報を得るときのシステムが非常にしっかりしていて、そのあたりをもうちょっと変えていけないといけないのですが、そのためにはやっぱりお金が必要だなと今考えています。そのあたりの今後の充実を是非図っていただきたいのですけど、医学部だけの予算では厳しいかと、今ちょっと感じているところです。

【奈良】 先日の全国医学部長病院長会議でも、教育に掛かる費用がどんどん増えている

から何とかという議論がありました。医学部、歯学部は、国民の健康を守る医師、あるいは歯科医師を育てるという重要な使命を帯びており、それを達成するのに必要な教育予算を充当していただくよう、政府、文部科学省にお願いしたいと思います。是非よろしくお願ひします。

関本先生、いかがでしょうか。何か先ほどちょっと。

【関本】 インセンティブの話ではないのですが。

【奈良】 何でもいいです。

【関本】 僕は個人的には、今日は医科歯科連携のテーマに非常に興味があつて見ていました。予想どおりと言いますか、分かつてはいたのですが、歯科としては、今そこへ踏み込まないともう先に全然行かないと言いますか、超高齢社会になって、それで地域包括ケアの中に入っていくためには、そういうところと連携できる能力を持つ歯科医師を育てることが非常に喫緊の課題になっているのです。歯科の場合は、総合病院であれば医学部との連携とかいろいろあるのですけれども、今日のお話を聞いていると、医学部の場合は地域の問題ですね、歯学部、歯科大学がない地域、あるいは単科の医科大学等々でいろいろな問題が今日出てきて、なかなか難しいということは、改めてよく理解できました。

ただし、これはクリアしていかないといけない問題であることは間違いないと思いますので、この今日のワークショップは、そういう意味では今後に向けてすごくいいきっかけになったのかなど。我々もよく理解できたところがありますし、医学部の方もいろいろ理解できたことがあつたらうと僕は思っていますので、これをきっかけに何かそういう課題をクリアできる方略をお互いの知恵を使ってやっていると、歯学部のない地域の医学部でもそういう教育ができるということを僕は期待したいなと思います。

以上です。

【奈良】 ありがとうございます。医科と歯科との教育の指導者が一堂に会して議論するというのはなかなかなく、今回のワークショップでは様々な議論によって両者の認識が高まったと思います。

あと二、三分ですけども、ほかに何か。どうぞ、せっかくですから。

【藤井】 日本歯科新潟の藤井です。

今、関本先生がお話しされたことに関連するのですが、実はこのワークショップで過去にやっているのですよ、この医科歯科連携の話。それでそのときに、今のコア・カリキュラムの前のお話ですけども、歯科のコア・カリキュラムにはいっぱい医科の言葉が入っているけども、医科のカリキュラム中には全く歯科のことが入っていないと。それで、そのときに考えましょうという話になったので、私は実は28年度の改正のときはわくわくしていたのです。ところが、結局ふたを開けると少なかつた。つまり、永遠の歯科の片思いなのだろうなと私は解釈したのですが、結局、私が思うに、医科の解釈は、歯科の多職種連携にしても、それから地域包括にしても、歯科は例えば介護職との連携とか、こ

れと基本的には同格というか、連携という意味では同格だという認識なのかなと。となると、言ってしまうと、卒前教育にそこまで我々は要りませんと、外に出てから現場でそういうことを学んでほしいという解釈になるのかなというところの確認を実はしたいなと思っていたのですが、医科はその部分というのは、地域包括にしてもそうですし、それから周術期の口腔ケアもそうですけども、そこはもう外へ出てから考えなさいよと、卒業後に現場で学びなさいという考えなのかなというのがちょっと疑問、そういう疑問を持っているのですが、その辺はいかがでしょうか。つまり、必要であればコア・カリキュラムに入っていたのだらうと思います。

【奈良】 コア・カリキュラムの委員長だった北村先生から。

【北村】 要らぬ誤解を与えて申し訳ありません。今回のコア・カリキュラム、今回というか、28年度のコア・カリキュラムに関しては、前田先生と僕とは個人的つながりもあり、かなり意見交換をして作ってあります。

ただ、医科の場合、大前提として項目を減らそうと、コア・カリキュラムだから最低限どこの大学でもやれることで、今までよりは1割くらい減らそうという前提でやっています。そのために、歯科の言葉を十分に入れることができなかったというのが実際です。歯科の方に私も出向いて、医科との連携で医科の言葉を入れていただきました。本当に今度こそ医科に入れる道がついたと思っています。医科の方に歯科の言葉を。片思いというわけではなくて。

一つ弁解になりますが、医科のコア・カリキュラムの最終ページに、実は国家資格の資格を全部載せてあります。どこと同格という上下はないのですが、全ての医療職とネットワークを作って、国民のための医療をやろうという意志はそこに載せたつもりです。

【奈良】 ありがとうございました。まだまだ議論は尽きないかと思いますが、時間になりましたので、これで総合討論を終わりたいと思います。活発な御議論、誠にありがとうございました。有意義なワークショップになったことを、参加された先生方、また、企画の労をとられた文部科学省に心から御礼申し上げます。

閉会挨拶

公益財団法人医学教育振興財団理事長

小川 秀興

あっという間に時間がたってしまいましたが、大変ホットディスカッションが飛び交って、充実した企画、そしてその結果であったと思います。

このワークショップは医学の教育をリーディングする各大学のトップの方、あるいはそれに代わり得る人々、それから歯学部のトップ、あるいはそれに代わり得る人々が一堂に会して、文部科学省のリーディングの下にこういう問題を率直に語り合うという感じで、通常の学会ではなくて、あえてこれをワークショップという形で開催しております。たくさんの方の問題、質問、そして考えを披瀝してもらい、そして我が国における医学・歯学教育のバージョンアップを図っていくということでありました。文部科学省の企画された意図に非常に沿ったものであると思います。

実は昨日、まさに同じ会場で、全く同じぐらいの時間を掛けて、医学教育指導者フォーラムを医学教育振興財団が主催して開催いたしました。これは各大学の医学部、医科大学で医学教育に従事している方々が一堂に会してほしいということで、大変多くの方が参集されて、ホットディスカッションが展開されました。そのときの統一テーマが、我々医学の指導者がいろいろな形の医療、医学を展開しているけれども、これを患者さんの側から見て、あるいは社会から見て、世間の人々がどのような医師を評価し、あるいは医学の指導者としての像を求めているかということ率直に聞こうということでありました。それに関していろいろな話題も提供していただきました。

それは、①1グループは社会が求める医師の養成、どういう医師を社会が求めているかということ率直に述べていただきました。あるいは②患者が主人公の医療を実践してほしい、そのメンターとして自分はこういうようなことを提案したいということ率直に述べていただいた方もいました。あるいは、③市民、患者さんが参加する医学教育という題もありました。初めは「参加と云って……」と思った医学指導者もいたと思いますが、いろいろ議論をしているうちに、その方々の真剣な気持ちが大変我々に伝わってきました。医学教育に参加ではなくて参画でいいじゃないかという話まで出たぐらいお互いに盛り上がったと思います。④医療提供をする側、指導する側、そして医療を受ける側、その意見を聞いていこうということで、この会場は大変盛り上がったと思います。

そのまさに翌日、文部科学省がこの診療参加型臨床実習、これはもうここ何年来、我々にどんどんやってほしいと要請されていたものが話し合われました。この問題については、時々指針が出たり、それから参考になるものが示されますが、各大学の現状を率直に述べてほしいとされてきました。これは文部科学省の「こうしなさい、こうすべきだ」という

スタイルでこの国の行政は進むのではなくて、骨格は示すけれども、是非やってみて、そしてその成果を持ち寄ってディスカッションして、またバージョンアップして行って欲しい。そして、改善点は何か、それから提案は何か、どのようにしてやっていったらいいかということワークショップの形でやってほしいということだったと思います。

それから、医学・歯学の問題は後半で若干盛り上がりました。私は、これは若干個人的な感想ですが、もうここ数年、5年ぐらい前から愕然とするぐらい歯学部と医学部は連携してやらなければいけないと関係者は気付いてきたと思います。我々ドクターが内科的な処置をするにしても、例えば簡単な例を挙げると気管支鏡、食道鏡、あるいは肺の精査、あるいはいろいろな開胸手術、消化管の開腹手術、あるいはほかのところを行うに当たって歯の衛生、歯の状態、細菌感染、微生物管理、その他の諸々の方策を使って除菌をちゃんとしているかが問われてきています。いろいろなことを知っていて除菌・静菌をしているかどうかによって手術の結果がものすごく違うという論文が世界で相次ぎ出版されました。これには愕然とした方々が多かったと思います。今や医学と歯学の更なる連携の深化はもう不可欠のものであると思われる。本日の会は、まさに時宜を得たリーダーたちの話し合いの場であったと思います。

今日は文部科学省主催で、文部科学省の方々、それから協力団体として約10のアソシエーションがこれにコラボレートしております。このような情報が全国にまた改めて発信され、各学会がリーダーシップを執り、また幾つかの点では文部科学省に是非リーダーシップを執っていただいて、効率よく改善あるいは広報・改革していただきたいと思います。

最後に、私、本当に大変感服しましたが2人のチェアパーソンが非常によくまとめられて、そして全部言うてしまうのかなと思ったら、「私はそこは分からない」うんぬんと言われる方も出てきたりして盛り上がりました。本当に良い形の、素晴らしい形のワークショップが行われたと思います。本当に御苦労さまでした。

ちょうど時間となりましたので、これで終わります。