

2019年度
第2号

医学教育センターニュース



編集・発行 愛知医科大学医学教育センター ～Oct. 2019～

◆医学教育センター組織改編について

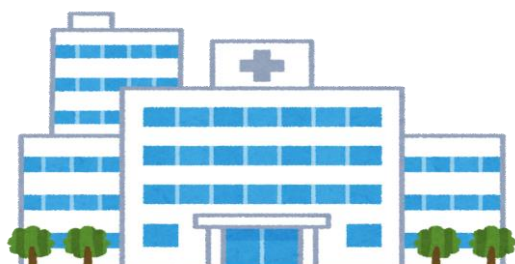
本年度4月より教育センターの部門編成が変更となりました。

1つ目はFD部門をなくしました。ここ数年FD（ワークショップ・講演会）を盛んに実施してきました。「アクティブラーニング」「医学教育分野別評価」などテーマを毎年決め、それに応じて講師を選定してきました。今後はFD部門でテーマを決めるのではなく、医学教育センターの全部門員より広くFDのテーマを募集し、本学の現状に見合った内容で、ワークショップ・講演会を実施していく予定です。勿論、部門員以外の教員からもアイデアを受け付けています。本学にとってプラスとなるようなテーマ・取り組みなどがありましたら医学教育センターまでご連絡ください。

2つ目は、カリキュラム検討部門の構成の改編です。従来、低学年の基礎科学・基礎医学・社会医学、高学年の臨床医学と、それぞれでカリキュラムの見直し・検討を行い、それらの統合・すりあわせは、一部のメンバーで行ってきました。昨年度よりカリキュラム評価部門が本格的に活動を開始し、カリキュラムに関するフィードバックが出来る体制が整いました。そこで、それらの評価・フィードバックの反映方法を鑑み、カリキュラム検討部門をカリキュラムの大枠を検討する部門として改め位置づけをし、医学教育センターの各部門の長またはリーダーの先生方全員に参加して頂くこととしました。また教員・学生の他に、外部有識者・外部委員として、今井先生（多治見市民病院院長）、浅井先生（同窓会理事長）、加藤さん（長久手市教育委員会委員）にも参加してもらい、議論を重ねていく予定です。カリキュラム検討部門で議論した大枠に沿って、各学年・各部門でコマ数の調整など具体的な作業を行う予定です。

9月初旬に受審した「医学教育分野別評価」において、様々な講評を頂きました（正式な講評は未）。今後数年間にわたり、改善計画をもとに、カリキュラムを改善していく必要があります。変化には苦痛が伴うことが多いですが、より良い医学教育、良い人材育成のために、ご協力のほどよろしくお願いします。

医学教育センター 副センター長
教授（特任） 早稲田 勝久



◆Post-CC OSCE

2019年7月20日、Post-CC OSCEが行われました。Post-CC OSCEは、2020年度に共用試験として正式導入され、全国の全ての医学部にて実施される予定です。本学では、2017年度より正式実施に向けてトライアルに参加し、準備を進めてきました。本年度のPost-CC OSCEは、受験生110人に対して、評価者58人、模擬患者47人に協力して頂き、5課題（共用試験実施機構から提供されたシナリオ課題：3課題、大学独自課題：2課題）で実施されました。

また今回のOSCEは、7月にオープンしたばかりのOSCEセンター（仮称）とシミュレーションセンター3（C病棟8階）を使用し、従来の大学本館で実施していたものをC病棟・D病棟を利用して実施する初めてのOSCEとなりました。OSCEセンターには、試験室を36部屋有し、各部屋にビデオカメラが2台常設され、コントロール室で集中管理可能となりました。アナウンスもコントロール室から一斉放送または試験室を個別に選択し放送することが可能となり、異なる時間帯で実施している複数の課題を同一フロアで並行し実施できるようになり、運用面における自由度が増しました。その結果、複数の課題を1日で実施可能という恵まれた環境となりました（2日間にわたり実施したり、早朝から18時過ぎまで実施したりする大学も少なくありません）。

シナリオ課題は、与えられた症候に対して、医療面接を行い、また必要な身体診察を行います。そして、医療面接と身体診察から得られた情報をもとに臨床推論をし、最後に、評価者へ患者の情報をプレゼンテーションするという形式です。今後も様々な形式の課題が実施されると予想されます。本学のOSCEの現状を鑑み、学生・教員とも約2年間72週間にわたる臨床実習をどのように過ごすのか考えていく必要があると考えます。

医学教育センター 副センター長
教授（特任） 早稲田 勝久

◆医学部 IR 室報告

2019年9月3日から6日にわたり、医学教育分野別評価を受審しました。プログラム評価の領域のなかで、医学部IR室に関するコメントも多く、改善する内容が指摘されました。

今後の課題として以下のことが挙げられました。

1. 定期的かつ総括的に教学データを収集・解析すること
2. 学修成果について、学生と卒業生の実績を客観的に分析すること
3. 学生の実績の分析を行い、責任ある委員会へのフィードバックすること
4. 卒業生の実績に対するフィードバックを得て、教育プログラムに反映させること

2の学修成果に関しては、卒業時コンピテンシー（47項目）に対するマイルストーン（2学年次終了時および臨床実習開始時）が策定されたのに伴い、今後実施していく予定です。

マイルストーンはそれぞれの卒業時コンピテンシーに対して2学年次終了時、臨床実習開始時までに修得すべき内容となっています。このマイルストーン作成は、全教授が案を作成し、医学教育センターカリキュラム評価部門でブラッシュアップを行い、策定されました。

卒業生に関しては、本学に在籍する研修医を対象として、卒業時コンピテンシーの達成度調査を実施しております。

医学教育分野別評価を終えて、さまざまな指摘がありましたが、その中でも卒業生のフォローは難しいと感じています。今後、課題は多くありますが、少しずつクリアできるよう努めていきたいと思っています。

医学部 IR 室
講師 佐藤 麻紀

◆3 医師会で学外実習説明会を開催しました

近年の卒前医学教育では、入学早期からの地域での臨床体験を積み重ねることを求められています。本学では 4 年前からこのことについて整備を始め、現在、以下のような地域での臨床実習が実施されています。

- 1 年 次：早期体験実習（1 日 地域のクリニック）
- 2 年 次：地域社会学実習（2 日 産業保健関連施設・介護施設など）
- 3 年 次：地域包括ケア実習（4 日 訪問診療、地域包括支援センターなど）
- 4 年 次：地域早期体験実習（3 日 地域の病院）
- 4-5 年次：地域医療クリニカル・クラークシップ A（5 日 主に地域のクリニック）
- 5-6 年次：地域医療クリニカル・クラークシップ B（4 週間 地域の中小病院 <選択制>）

これらは地域の臨床医の先生の多大なるご協力により実施可能となっています。指導医の先生には感謝の念が尽きません。実習での学びが効果的なものとなるためには、ご協力いただく先生方への丁寧な事前説明が重要です。このために、特に、1 年次の早期体験実習、4 年次の地域医療クリニカル・クラークシップ A の協力施設の先生方を対象として、医師会にて毎年事前説明会を実施しています。3 年前までは名古屋医師会のご協力だけでしたので同医師会のみでの説明会実施でしたが、昨年は瀬戸旭医師会にも拡大し、今年からは東名古屋医師会にも拡大され、3 医師会の先生方に実習の内容をご説明しています。

説明会には、本学から若槻医学部長、伴医学教育センター長、早稲田副センター長、宮田、近藤教務課長、伊藤教務課主事、およびその他の教務課職員が参加しています。写真は名古屋市医会での開催の様子です。平日の夜 20 時からの開催にもかかわらず、大勢の先生方が参加され、本学の地域での臨床実習について理解を深めて下さり、ますますのご協力を約束していただきました。

このような丁寧な準備を医学教育センターでは実施し、地域の先生方との協力関係を強固なものにしてきています。超高齢化社会の日本での今後の医療ニーズに対応する医師を育成するためには、今後ますます地域での実習の重要性は高まってきます。効果的な地域での実習のために様々な工夫を重ねていきたいと思っています。



医学教育センター 副センター長
地域総合診療医学寄附講座
教授（特任） 宮田 靖志



◆2019 年度医学教育学会報告

日本医学教育学会は、第 1 回大会が 1969 年に開催された歴史ある学会です。医学教育学会では「医学教育専門家」の育成、認定の他、学習方略、学習者評価、プロフェッショナリズム・行動科学、教育研究・利益相反、卒前、卒後、専門医教育、生涯・キャリア教育、地域医療教育などの委員会があり、それぞれの質の維持、向上に努めている専門学術団体です。

その年次大会において、当学でも、多くの教員や、学生が発表しています。

今年度は、医学部 IR 室佐藤麻紀先生が、「学修意欲と生活習慣の関連性第 2 報」早稲田勝久先生が、「コンピテンシー達成度の自己評価：卒業時と卒業 6 か月後の比較調査」を発表しました。学生の生活傾向とモチベーション、成績との関連を睡眠や食事との関連から検討する試みは他大学からの発表もあり、学生の学習支援の方法の検討に利用されているようです。当学での結果は、睡眠時間の確保、生活リズムの朝型化が重要ということでした。

また、医学教育分野別評価が始まって、各大学で「コンピテンシー」を定め、カリキュラムを改善していますが、このコンピテンシーがどのくらい備わったのかの評価は、まだあまり行われていません。当学では、このたび、卒業時と卒業 6 か月後に到達度の自己評価を調査したところ、いくつかの変化をとらえることができました。学生と医師の立場の違いによって、学生の時に身についたと思ったものも、いざ医師になるとできないことに気づき変化することが考えられました。これらの結果をもとに、さらなるカリキュラムの改善に努めたいと考えています。

現在の医学教育モデル・コア・カリキュラムの目的は、「多様なニーズに対応できる医師の養成」であり、当学の学是である「具眼考究」や経済産業省の示す「社会人基礎力」を備えた医師の養成のためには、知識の詰め込みだけではなく、いかに人間性豊かで患者さんに誠実かつ真摯なチーム医療の要となる医療人を育成するために、様々な新しいカリキュラムの導入、実習のらせん型カリキュラム（各学年で目標を積み上げていくような内容）への改編などを行っています。今回の、発表の結果も活かして、今後もさらなる検討を重ねていきたいと考えています。

最後に、この数年、カリキュラムの改革が急ピッチに進められているため、多くの教員、学生の皆様に多大なるご協力をいただいていると思います。これは当学に限ったものではなく、現在日本のほとんどの医学部が、直面している課題であることは、この医学教育学会での各大学の発表からも、十分理解できます。近年開始したコミュニケーション演習や症候学など新しい内容の科目や、様々な形態の実習に戸惑われる先生方も少なくはないと思います。しかし、今までの医学教育と少しだけ違うのは、いかに 6 年間系統立てた教育を提供し、卒前卒後のシームレス化を目指しているということです。大学病院の教員にとって、教育は達成すべき業務の 1 つですので、なにとぞ協力のほどよろしくお願いします。

シミュレーションセンター

講師 川原 千香子



◆FD を開催しました

この数年、本学では幾つかの教科でアクティブラーニングを意識した教育手法が取り入れられてきました。主体的、能動的な課題解決能力を涵養するものとして更なる導入が期待されていますが、一方、医学医療の進歩に伴い 6 年間で学ぶべき事項が飛躍的に増加している昨今において、学生がその多くの時間を費やす従来型講義の充実も避けては通れない課題です。



そこで去る 5 月 10 日の FD では、愛媛大学教育・学生支援機構教育企画室副室長の中井俊樹教授に「効果的な学修のための教材の作成と活用」についてご講演いただきました。ご自身の多くのご著書の中から「授業方法の基礎」（看護教育実践シリーズ 医学書院）に沿った形で、授業の組み立て方からスライドフォントのサイズや色への配慮といった細かな側面まで、従来型講義の改善法について幅広く解説していただきました。特に授業 1 コマ当たりの情報量をあえて制限し、また「発問」の取り入れに留意することにより、従来型講義であっても学生に能動的学修態度を十分喚起できるとのご指摘には大きな刺激を受けました。

また 7 月 31 日には千葉大学大学院医学研究院薬理学の安西尚彦教授にお越しいただき、「カリキュラム水平・垂直統合を目指して：千葉大学における統合講義の経験」、2 回目の医学教育分野別評価受審を来年に控えた千葉大学で現在進めている統合講義の実情についてご紹介いただきました。本学でも 2 学年次で水平垂直型統合講義を開講していますが、安西先生には統合講義に対する疑問や意見など様々な質問にお答えいただき、改めて統合講義の意義と、一方でその難しさも感じさせていただきました。



医学教育センターでは今度とも本学の実情に合わせた様々な FD を開催し、広く教員相互の気付きの場を提供したいと考えております。皆さまのご意見、ご感想を頂ければ幸甚です。

医学教育センター 副センター長
病理学講座 教授 笠井 謙次



◆第 23 回へき地離島救急医療学会での発表のバックアップを終えて

令和元年 9 月 28 日、第 23 回へき地離島救急医療学会が北海道札幌市にて開催されました。演題募集以前から今期学会長である札幌東徳洲会病院 瀧健治先生から自身に直接連絡を頂き、「昨年に引き続き、「地域枠学生」を対象にしたセッションを行うので是非演題を依頼したい」と要望をいただきました。

今回の内容は「地域枠学生として様々な地域で病院・医院実習を行い感じたこと」と題し、コミュニケーション能力の種類やその大切さ、取得方法などを学んだ内容を報告しました。今回の学会当日、自身は当大学 Pre-CC OSCE と同日であったため、学会前日送り出しまでのバックアップとなりました。梶浦君は 3 年という試験に追われる学年では有りながら、前日まで発表原稿を調整し、予演会もこなし努力を続けて 1 人で学会の舞台に立つという勇気も持って挑んでくれました。

梶浦君自身からの報告は以下の通りです（一部抜粋）。

今回の学会発表は、自分にとって 3 回目のへき地離島救急医療学会での発表であり、様々な方との面識を持つことができていたことを実感しました。1、2 回目の学会の際は、他地域から来た先生と話す機会は、青木先生の紹介なしでは全くなかったのに対し、今回の学会では自ら積極的に知り合いの先生に話しかけたり、自分が知らない先生に話しかけていただいたりすることができました。その中で、札幌東徳洲会病院の院長である瀧先生とお話をして、来年の 3 月に実習をお願いすることができました。

そして、今回は指導医不在の中、一人で学会に参加したことで度胸がついたと実感しています。これまでであれば、会場の先生から質問を受けた際、自分ではなく共同演者に答えていただく場面が多かったですが、今回は一人で堂々と返答ができ、とても良かったと感じました。

（以上）

発表後、函館新都市病院 浅井先生や司会していただいた島根県立中央病院 松原先生からお褒めの言葉をいただいたと報告を受けました。また、会場の先生から「感動しました」と声をかけられたようです。彼はまた来年への発表意欲も示しているため、ぜひ、そんなやる気のある彼のバックアップを継続していきたいと考えています。皆様からの応援もよろしくお願いいたします。



医学教育センター
講師 青木 瑠里

◆2019 年度 愛知医科大学オープンキャンパス

1 回目：7 月 27 日（土） 2 回目：8 月 10 日（日）



また、ドクターヘリ見学も対応し、多くの高校生、中学生に何かを感じ取ってもらえたのではないかと考えています。

参加者の中から、「愛知医科大学に入りたいと思っています」「夢で終わるかもしれないけど、入りたいと強く感じる事ができました」「将来の姿を夢に、頑張ってみます」とコメントをいただく事が年々増えてきています。卒業生としても、いち愛知医科大学職員として、我々が伝えられ



る想いを伝え続けることの大切さを逆に参加者から教えてもらう事が多い日でも有ります。是非、来年再来年と続けて、当大学を目指してくれる学生さんが 1 人でも多く出てきてくれるよう紹介し続けて行きたいと感じています。

https://www.aichi-med-u.ac.jp/su11/su1103/index.html



医学教育センター
講師 青木 瑠里

◆医学教育センターからのご案内

「医学教育者のためのワークショップ」の開催のお知らせ～

日程：2019 年 12 月 20（金）9 時～21 日（土）16 時 50 分（予定）1 泊 2 日

会場：サンプラザシーズンズ（愛知県名古屋市名東区藤里町 1601）



◆医学教育一コマ⑧

医学教育における評価をめぐって

医学教育センター長／特命教授 伴 信太郎

医学教育では、ともすれば「どのようなことを教えるか（学習目標）」「どのように教えるか（学習方略）」が重視されがちですが、学習者の学習行動に最も大きな影響を与えるのは「評価」です。そのために、評価（法）は「隠れたカリキュラム（hidden curriculum）」と呼ばれています。

私は川崎医科大学で教員をしていた（1989 年～1998 年）時にこのことを思い知らされました。臨床入門実習（医療面接・身体診察・基本的外科手技）を行う際、獲得すべき手技を詳細かつ明確に定め、実習場所も確保して必要な道具立てを揃えても、最終評価を口頭試問（知識の評価法）で行っていたのは、学生は実技を身につけようとはしません。口頭試問で問われそうな情報を共有して知識の獲得に勤めます。1990 年、1991 年度は、実習後に口頭試問はしていましたが手ごたえは今一でした。それが、1992 年度からの OSCE（Objective Structured Clinical Examination）による臨床入門実習の評価法の開発に繋がりました¹。1992 年度に臨床入門実習の評価を OSCE で行うことをアナウンスし実施したところ、それまで約 50%の学生しか復習をしていなかったのが、90%の学生が復習（≒OSCE の準備）をするようになりました。初年度は数人の学生が不合格になりました。すると翌年（1993 年度）は 99%の学生が OSCE の準備をするようになったのです。

さて、現在愛知医科大学では臨床実習期間が 72 週に拡大され、4 年生の後期～6 年生の前期までクリニカル・クラークシップ A（40 週）及びクリニカル・クラークシップ B（32 週）が実施されています。一方で、この期間、総合試験 4C～総合試験 6B までが課せられています。十分な臨床能力として知識は必要条件ではありますので、この試験制度は学生にとって非常に有用だと思います。しかし、臨床能力によって知識は必要条件ではありますが十分条件ではありません。態度・技能の獲得が無ければ十分な臨床能力が獲得されたことにはなりません。

そこで、態度・技能の獲得への学習行動を促進する評価法をクリニカル・クラークシップに導入する必要があります。それでは、どのような評価法がそのような目的を果たすでしょうか？

- ① **臨床実習中の学生の観察**：これは、これまでも臨床実習について行われてきている評価票にコメントがついた評価（ループリック評価）で、1 週間～4 週間に渡る継続的な学生のパフォーマンスを評価できます。知識や技能の評価も含めてもよいのですが、真価は主に態度評価にあると言ってよいでしょう。
- ② **診療現場における患者に対する学生の臨床能力評価（mini-CEX）**：これは、学生に実際の患者さんの診療に従事させて、その出来具合を「医療面接技能」「身体診察技能」「ヒューマニティー/プロフェッショナリズム」「臨床判断的的確性」「カウンセリングの対応能力」「段取り/手際の良さ」「臨床能力の総括的評価（概略評価）」の 7 つの項目を 9 段階評価（必ずしも 9 段階でなくてもよい）で評価するものです。評価票は Google 画像で容易に得られますし、医学教育センターに問い合わせただけで提供いたします。
- ③ **各臨床科における Post-CC OSCE 形式の最終評価**：これは、各臨床科でよく遭遇する症候についてシミュレーションで評価する方法です。一応患者シナリオを作成することは勧められますが、一人あるいは限定した数の指導医が評価する場合は、必ずしも模擬患者シナリオや評価マニュアルは作成する必要はありません。

来年度（2020 年度）から共用試験 Post-CC OSCE が正式実施されるようになります。これは卒業時の技能・態度の評価の一部を担うことが期待されますが、Post-CC OSCE に過剰な配点をしないことが極めて重要だと私は考えています。総合試験の配点 50 点、技能・態度の配点 50 点で、後者の内の 20～30%の配点を Post-CC OSCE に当て、70～80%の配点はクリニカル・クラークシップにおける評価とすべきでしょう。さもないと、学生の足は、患者さんのベッドサイドではなく、総合試験の受験勉強や Post-CC OSCE の準備のためにシミュレーションセンターに向かうことを過去の経験は教えてくれています。

参考文献

1. 伴信太郎, 他: OSCE による「臨床入門」実習の評価. 医学教育 25: 327-335, 1994