

2021年度
第1号

医学教育センターニュース



編集・発行 愛知医科大学医学部医学教育センター ~May. 2021

◆With COVID-19 における医学教育のこれから

2020 年年明けより感染が拡大した新型コロナウイルス感染症は、本学のみならず、世界中の教育機関に大きな影響を与えた。2020 年度は、急遽対応した Web 講義で何とか講義を継続し、教育を止めないということに注力をした。そのような状況でも、少しでも良い教育を提供するための各教員の努力・新たな挑戦により、従来の講義では気づかなかった Web 講義のメリットを感じることもあった。またこれらの新たな知見を FD やワークショップで共有してきた。

一方、実習・演習に関しては、特に低学年の実習は代替案を見いだすのが困難であった。今年度は、昨年度の経験を活かし、規模を縮小してでも実施出来るよう各講座で工夫をして行っていきたい。高学年の臨床実習は、臨床の現場での実習になるため、従来以上に感染に配慮して実習を継続していきたい。昨年は一時的に実習を座学に振り替えたりしていたが、このような状況下だからこそ現場で学べることも多いと思われる。また患者と接することが制限される代わりにシミュレーターを活用する場面も多くなり、新たな実習方法の一つとして今後も積極的に活用されることが期待される。

臨床実習や OSCE の重要性は、今までも随所に触れてきた。昨年度は、臨床実習を開始するにあたっての Pre-CC OSCE や臨床実習終了後に実施する Post-CC OSCE も、新型コロナウイルス感染症の影響を受けた。現在、Pre-CC OSCE は公的試験に向け国会で議論されており、2023 年より医師法が改正され、OSCE の公的化、つまり Student doctor による医業が法の下に行えるようになる。そのうえでも、OSCE の位置づけは益々重要なものとなる。昨年度の OSCE は、感染対策の一貫で、医療面接は Web 会議システムを用いて実施、身体診察はシミュレーターを用いて実施した。そのため、従来の OSCE とは異なり、医療面接ではモニターを通しての視線のあわせ方、表情の読み取りにくさなどがあった。診察する上でも、シミュレーターでは様々な制限があった。共用試験実施評価機構は、この厳しい状況下で OSCE を実施するための様々な特例措置を認めているが、臨床実習に望むにあたり必要な診療技能を可能な限り評価できる OSCE を今年度は目指したいと思う。

昨年は新型コロナウイルス感染症の影響を受けた 1 年であったが、様々な新たな知見を経験できた 1 年でもあった。今年は、これらの知見をどのように従来の仕組みに取り入れ、新たな形態を造り出すかのみならず、更に進化させるために様々なことに大学としても講座としても取り組む必要があると思われる。今年も皆様のご協力とご支援をよろしくお願い致します。



医学教育センター センター長
教授 早稲田 勝久

◆With COVID-19 で必要とされる初年次教育

新型コロナウイルス感染拡大の影響で対面授業が制限された結果、昨年は全国的に留年・休学・退学が増加したと聞きますが、残念ながら本学医学部においても例外ではなく、1年生ではこれまでに最多の17名が留年する結果となりました。With COVID-19 の現在、今年度の新入生も分散登校を余儀なくされ、授業の半分は自宅で遠隔受講しています。ただ、何もかもが突然で初めてだった昨年度とは違い、今年は新入生ガイダンスや ICT 支援も円滑に行われ、昨年は中止となった新入生研修も実施されました。6 月半ば過ぎまで全て遠隔、部活動も自粛だった昨年と比べれば、今年の新入生は制限のある中でも、新入生同士の横のつながり、先輩との縦のつながり、さらには教員とのつながりを、昨年よりは作りやすい環境にあると言えるでしょう。

それでもやはり、セミナー室や学生ホールに集まってグループで勉強するといったことはできません。また自宅での遠隔受講だとどうしても生活のリズムが乱れることも分かっています。特に一人暮らしの場合は狭い空間に閉じ込められ、気持ちの維持も課題となります。分散登校・遠隔授業でうまく学修していくには、生活面・学習面の両方における自己管理能力や責任能力、離れた環境でも誰かと一緒に勉強する機会を自ら作り出す自主性が重要です。しかしこれらは、ついこの間まで受験生だった1年生にとっては必ずしも馴染みのあることではありません。大学に入って親元を離れて初めて一人暮らしする学生も多いし、予備校はややもすると勉強の内容だけでなくペース管理まで行ってくれるからです。

自律や自立は誰かに管理されている状況では育ちません。また、どう評価されるかが分からなければ自らの学修に責任を持てるようになりません。さらに、間違いが許されなくては自らの考えを試すことはできず、自主性は育ちません。With COVID-19 で必要とされる初年次教育、特に結果が求められる医学部初年次教育だからこそ、成果を出せるようになるために必要な資質—学生の自律・自立、責任感や自主性—を育くむような環境をいかに担保できるかが重要だと感じます。



臨床前教育部門

基礎科学・初年次教育部門グループ長

准教授 久留 友紀子

◆With COVID-19 での、学修支援のための勉強会

昨年度は、COVID-19 により講義はオンライン、またはオンライン中心のハイブリッドとなり、登校する学生が少なくなったことから、グループ学習を目的とした学修支援のための勉強会を実施することはできませんでした。勉強会の大きな目的は、お互いの勉強方法や知識の確認、さらに試験などについての情報交換、さらには自分たちの状況を共有することであり、オンラインで実施することは困難だと考えたからです。

今年度は、新学期当初より 1/2 ずつの対面講義が始まっていますので、感染対策を行った上で、可能な範囲で勉強会を開催する予定です。

COVID-19 流行下で感じたのは、大学がただ講義を受ける、知識を得る、というだけの場ではなく、周囲の学生の様子を見たり、コミュニケーションを取ったりしながら、自らの学習を含めた生活を客観的に見つめる場になっている、ということです。

これまでの経験から、特に、学修支援の対象となる学生にとっては、自分の状況を理解することや、他の学生がどのように生活しているか、勉強しているかを知ることがとても重要であり、そのことで、それぞれ

の得手不得手を理解して、お互いの学習を助け合うことにつながっていたと思います。

そのような視点から、今年度も、回数は少なくなりますが、対面での勉強会を実施し、特に留年した学生に対する支援を実施したいと考えています。特に昨年度から導入を予定していた、各学生の担当する講義の図表を用いたグループ学習を開始し、これまで以上に、学生内でのディスカッションを大切にしていこうと予定しています。月曜日の6時限に101講義室で実施する予定ですので、興味のある方はぜひ見学にお越しいただき、ご意見をいただければと思います。今後も、ご支援のほど、よろしくお願いいたします。

学修支援部門長

教授 鈴木 孝太

◆With COVID-19 で実行すべき臨床実習

COVID-19 感染は予想以上に手強く、この1年はクリクラ実施において、感染まん延防止に振り回されました。昨年5月の初の緊急事態宣言の際は、8週間に亘り、学内・学外クリクラが全面中止になりました。その後も、再度の緊急事態宣言、まん延防止等重点措置の時期には学外実習が中止となり、学内実習に振替となりました。

感染まん延当初は感染防御手段が手探りで、閉鎖空間での病歴聴取・診察、長時間のカンファレンス、エアロゾルが発生する処置の見学などを避けた実習をお願いしてきました。しかし、適切な防御手段（マスク、手洗い、3密回避など）を取ることによって、これまでクリクラ学生に感染発生はなく、院内クラスターも発生していません。これに対して皆様へ感謝申し上げるとともに、防御に自信を持っていただきたいと考えています。

血管外科では適切な防御手段を取りながら、実習範囲を緩和してきました。ドアを開けた空間での病歴聴取・診察（15分以内、四肢限定）、カンファレンスでプレゼン（60分以内、席間を空ける）、創傷処置・外科手術の助手だけでなく、診療科の範囲を超えた、手術室での麻酔導入見学（特に気管挿管）、尿道バルーン留置などを積極的に行わせています。

昨年の卒業生は全国的に、医師、看護師ともに臨床実習を十分に行うことができず、臨床研修開始時に不安があったと云われています。研修初日に、信頼して任せられる研修医としての能力（EPAs：Entrustable Professional Activities）を有した卒業生を、一人でも多く送り出せるようにしたいと考えています。病院職員のワクチン接種は順調に進んでいます。クリクラ学生への接種も予定されています。入院患者は全員PCRスクリーニングされています。いたずらに感染を恐れることなく、適切な感染防御を継続して、実りあるクリクラを実施していきましょう。

臨床教育部門・臨床実習グループ長

教授 石橋 宏之



◆With COVID-19 で必要とされる医学教育におけるアクティブラーニング

医学教育におけるアクティブラーニング（AL）の重要性が高まるにつれ、本学においても AL をテーマとした FD などが頻回に開催されてきました。2018 年度まで科目として PBL（単位数：2 単位）を行っていましたが、2019 年度から科目としての PBL はなくなり、各科目の中で、CBL、TBL などの AL が行われるようになりました。2021 年度の臨床系科目でも半数以上の科目で AL が行われる予定となっており、今後も講義のみでなく積極的に AL に取り組む科目が増えるものと思われます。

これまでは、講義室などで学生が 5 人程度に分かれて集まり AL が行われてきましたが、コロナ禍では、講義室などに集まり対面による AL が行うことができず、Zoom を活用した AL が行われました。さらに、AIDLE-K を活用して、レポート提出、小テストなども行われていましたが、学生同士が Zoom でグループ討論を行う場合、積極性の乏しいグループにおいては討論が進まないなどの問題があり、事前に各グループ内にリーダー的役割の学生を決めておく必要性がより高いものと考えられました。また、そういったグループに対しては、AL 担当教員が頻回にそのグループに入り討論を促すなどといった対応が必要になりますので、Zoom による AL では、学生同士が Zoom を通していかにコミュニケーションをとるかが重要な鍵となります。講義室などで行う AL では、教員は全グループの状況を一度に把握することもできますが、これまでの対面で行ったように円滑に AL を行うことは難しく、教員にとっては、より一層の労力とスキルが必要になりますし、Zoom 画面の切り替え操作など AL をサポートする人員の確保も必要となります。

AL は、自ら能動的に学びに向かうよう設計された学習法で、問題解決能力の向上や育成を目指すものであり、今後ますます重要視されるため、コロナ禍においても AL を継続的に行うべきではありますが、学生の自主的、自立的思考をいかに確保するか、モチベーションや意識の必ずしも高くない学生にどのように対応するのか、Zoom により孤立感や疎外感をもたらさないように対策をすることも AL を行う上で重要な課題です。

医学教育センターとしましても、AL に携わる先生方のご意見やご要望を伺い、コロナ禍においてもよりよい AL が円滑に行われるよう精一杯取り組んでいきたいと考えております。今後とも忌憚のないご意見をいただきますようお願いいたします。

臨床前教育部門・アクティブラーニンググループ長
教授（特任） 小笠原 尚高



◆COVID-19で見える、より必要な臨床前実習

文科省・厚生省・医療系大学間共用試験実施評価機構からの通知（2020年6月）では、大学等における新型コロナウイルス感染症への対応ガイドラインとして（文科省）「学修機会の確保（5）医療関係職の実習及び獣医師関係 新型コロナウイルス感染症の影響を受け、資格取得のための実習等の実施に支障が生じやすいと考えられる医療関係職の養成に当たっては、次に掲げる事項等に留意すること。① 実習施設等の代替が困難である場合は、実状を踏まえ実習に代えて演習又は学内実習等を実施することにより、必要な知識及び技能を修得することとして差し支えないこと。② 各資格の本旨に鑑み、可能な限り必要な科目（課目・教育内容）が受講できるよう実習や講義の実施方法を工夫されること。例えば、実習を行うに際しては、受講人数を分散させる、受講会場には一度に入れる人数を当該会場の規模に応じた適切な人数のみに絞るなど、感染リスクに配慮すること」とある。これはクリニカルクラークシップ即ち「参加型」臨床実習をターゲットとしていると思われるが、実は、臨床前の実習にも大きく影響している。昨年度は、1年生の早期体験実習も日程変更、標準予防策訓練の実施など、急遽様々な工夫を凝らして実施したが、臨床実習の準備教育として位置付けているシミュレーション実習は行えず、地域の先生方から「少し技術演習をしてきてほしかった」と意見をいただいた。また、2年生、3年生で行っている社会医学実習や包括ケア実習も地域に出ることが難しく、「実体験」を得ることが困難であった。では、この状況はどうやって代替えることができるのでしょうか？ 他学では、オンラインで実習施設とつなぎ、ディスカッションをするなどの工夫が行われていたようだ。

医学教育における臨床前教育としては、4年生のCBT,OSCEが大きな関門であるため、そこまで膨大な知識を学習する必要があるが、同時に6年間で身につけておくべきコンピテンシーに準じたスキルや態度を学習する必要がある。学内だけでこのスキルや態度を身につけることが可能なのか、可能にするにはどうすればよいかを、熟慮することが求められる。オンライン学習では、主に認知領域即ち知識学習は、各々が自分のスタイルで学習することが可能となるため、有効であることが推測されるが、プロフェッショナリズム、コミュニケーションの面を強化する方法について、当学はまだ模索中なのではないだろうか。

例えば、シミュレーションセンターで担当している、早期体験実習1a（シミュレーション実習）は、看護体験、臨床科体験時に、学生が少しでも実践できる技術・態度を身に着けることを目標としており、従来4日間実施していた。今年度は分散登校とし、半分の学生が1日のみ登校する形で企画した。しかし、4日間実習していたものを1日に収めるためには、オンライン学習教材を検討し、学習方法を変更し、LMSを使用したディスカッションを取り入れなくてはならない。そのうえで、1日の登校日に十分に実習できるような工夫が必要となった。また、そのアウトカムは、臨床実習でどれくらいその学習内容を実践できるかにかかっているため、今後の臨床実習の企画も連動して企画・評価する必要がある。

このように、基礎科学、基礎医学をはじめとする低学年の実習は、大きな変化を余儀なくされているため、多くの先生方のご苦勞は測りしれない。しかし、ここをおろそかにしてしまうと、知識偏重型の教育に逆戻りしないとも限らないと危機感を感じている。医学教育の目標は「多様なニーズに対応できる医師の養成」であり、これはコロナ禍であっても目指していくべき姿である。そのため、臨床前実習は学生の情意領域、精神運動領域の学習の基盤づくりの土台ともいえる。その充実には、カリキュラムを教員間で共有できるところは共有しながら、短時間でも充実した臨床前実習を積み重ねていくことが求められていると考えている。



臨床前教育部門・臨床前実習グループ長
講師 川原 千香子

◆医学教育—コラム⑮

外来診療教育

医学教育センター特命教育教授 伴 信太郎

卒後初期臨床研修では、2020年から外来診療研修が必須となりました。外来診療は、入院診療の経験を重ねて一定の臨床能力を身につければ、十分担当できるという誤解がこれまでまかり通ってきましたが、外来—特にプライマリ・ケア（以下、PC）の外来—で求められる臨床能力は、病棟診療で求められるそれとは似て非なるものと言っても過言ではありません。

そこで、今回のコラムでは、まずはPCの外来診療の特徴を考えてみたいと思います。

■PC外来の特徴

① 持ち込まれる健康問題は不明確で領域限定性もない

例えば「体がだるい」という訴えに領域限定性がないのは明らかですが、心窩部痛でも消化器疾患に限らず循環器疾患の可能性もありますし、心因性の場合もあります。PC外来を担当する医師が専門性の強い医師の場合、専門領域の見落としが無いようにという注意が（無意識に）先行し、専門領域以外の疾患の鑑別が疎かになる傾向は否めません。

② 稀に緊急を要する疾患や重篤な疾患が紛れ込んでくる

私の研修医時代から、健康問題の7割は自然に改善すると言われていました。そして1割は医療的介入でかえって悪化する（医原病、今この頻度は2-3割に上昇しています）。

その中に緊急を要する疾患や重篤な疾患が稀にまじってくるために、①とも相まってPC外来での臨床推論を難しくしています。

③ 1回の診療時間が短い

午前中（0900～1200）に30人の患者を診るとすると、単純計算で一人6分、60人の場合は一人3分しか時間はかけられません。そのような場合には問診票（初診の場合）、ないし予診記録（再診の場合）が効率的に診療を進めるためには必須となります。

しかし、注意すべきは、そのような前情報があっても、医療面接はまず『今日はどういうことで来られましたか』（初診）、『体調はいかがですか？』（再診）というopen-ended questionで始めるべきで、『頭痛でお困りなのですね』といった会話の始めかたは望ましくありません。それには2つの理由があります。

一つ目は、患者さんに自由に語ってもらうと、その語りの中に医学的に重要な手がかりが隠されていることがあること。二つ目は、良好な患者-医師関係の構築のためです。

④ 患者-医師関係では、患者の自律性・主導性が強い

この特徴のために、外来診療では患者の‘解釈モデル’と医師の関心事（‘診断’）とのすり合わせが重要となります。

⑤ すぐに結果を知ることができる検査は限られている

その為に診断のための情報としては、医療面接と身体診察が中心となります。病院での診療教育では、医療面接と身体診察の重要性がなかなか初学者には理解してもらえません。

⑥ 時間軸で患者の経過を見ることが比較的容易である（‘様子を見る’ことが正しい場合も少なくない）

病院での診療では、通常待ち時間が長く、また遠方から来院される患者さんも多く、そう簡単に『では3日後また来てください。』とは言えません。それに対して、PC外来では、時間軸で経過を見るのが最善の方法であることが少なくありません。

■PC外来診療に求められる臨床能力（クリニカル・コンピテンス）

このようにみえてくると、PCに求められるクリニカル・コンピテンスは、病棟診療はもちろん、病院での外来診療とも大きく異なるということがよく判るのではないのでしょうか。

PC外来の教育は、何も若い医師だけが対象になるものではありません。「定年退職で第二の人生を地域医療で」と考えているシニア医師にとっても外来診療教育カリキュラムを確立する意義は大きいと思います。