

# 東京医科大学 カリキュラム委員会（学外部会） 議事要旨

日 時：2024年3月7日（木）17：30～19：30

場 所：教育研究棟 3F 会議室 B

出席者：山口 育子（認定 NPO 法人ささえあい医療人権センター-COML）、福井 みどり（一般財団法人ライフ・プランニング・センター）、高橋 次郎（高橋眼科医院）、木島 富士雄（新宿区医師会）、福島 統（東京慈恵会医科大学）、平形 道人（慶應義塾大学）、川島 美由紀（東京医科大学病院）、林 由起子、三苫 博、伊藤 正裕、増淵 伸一、横須賀 忠、後藤 浩、小野 高史、河合 隆、菅野 義彦（Zoom）、原田 芳巳（Zoom）、山崎 由花、野平 知良、内田 康太郎（Zoom）、五十嵐 涼子、瀬戸山 陽子、小西 真人、伊藤 秀子、岡田 芳博、倉田 誠、山口 佳子、鳥居 知史、西木 由希子、小野寺 光

欠席者：塩尻 俊明（地方独立行政法人総合病院 国保旭中央病院）、高城 由紀（東京医科大学病院）

（順不同・敬称略）

## カリキュラム委員会 外部委員のご紹介

本委員会座長の河合 隆 先生（医学教育推進センター長）より、外部委員の先生方のご紹介がされた。

## 開会のご挨拶

林 由起子 先生（学長）より開会のご挨拶がされた。

本日はお忙しいところ、また大変寒い中お越しいただきましてどうもありがとうございます。コロナ渦でこれまでは Zoom 開催が多く、本日初めて直接お目にかかる先生もいらっしゃるの嬉しく思っております。

医学教育のモデル・コア・カリキュラムが変更になったことで、医学教育のあり方自体が少しずつ進歩していることを実感しているところで、特に患者さんということではなく個人お一人お一人を生活者の視点から、あるいは全人的な視点から見ていくことが求められていくようになっておりますので、知識だけではなく内面の深さもしっかりと教育していかなければいけないと日々感じているところです。本日は医学教育学分野から発表をさせていただき、本学の取り組みについてご紹介させていただいた上で、ぜひ厳しいご意見を頂戴できればと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

## 委員会テーマの概要のご説明

三苫 博 先生（副学長・医学科長）より、本委員会テーマの概要が説明された。

今回は令和4年度モデル・コア・カリキュラムの改定に伴いまして、私たちのカリキュラムも微調整し

ておりますので、その部分を4つの演題で説明させていただいて、ぜひ厳しいご意見を賜りたいと思います。

まず、本委員会の位置付けになります。本学の場合は、階層性を持った自己点検・改善の仕組みを導入しております。これは福島先生から3つのレベルに分けて、授業・実習改善レベル、プログラムの改善レベル、プログラムの改編レベルとしたほうが課題を特定しやすいという示唆をいただきましてこのような組織運営をしております。

授業実習改善、一番下のレベルでは教育委員会だけではなく、毎月行われます教授懇談会、臨床は2カ月に1回の臨床教育医長会でPDCAを回しております。

真ん中のプログラム改善レベルでは、CheckとActをカリキュラム評価・改善委員会が、PlanとDoをカリキュラム委員会が担っております。

一番上位のプログラムの改編では、学長・副学長会議を中心として問題提起を行っております。議論はなるべく教育IRセンターの定量的なデータを基にした議論をするように心がけております。学外部会では、プログラムの改編・プログラムの改善の様々なご意見をいただく形になっております。この学外部会を非常に重要視しております、本日は臨床実習ですとか、あるいは主体的な学習ということも出てきますが、例えば過去におきましては入学者選抜につきましてもテーマとさせていただきます。平形先生にアドバンスワークショップでご講演をいただき、本学の場合は入試の問題がありましたので、かなり力を入れて林学長のご指示の下に改善をしてきております。

現在は、一般選抜、共通テスト利用、学校選抜型の推薦として一般公募、また地域枠が茨城県8名、新潟県3名、埼玉県2名となっております。

今年から全国ブロック別学校推薦型選抜を開始いたしまして、全国を6つのブロックに分けて、各ブロック1名を募集しております。出身地域の多様性の確保、また将来の地域医療を担う人材の育成、義務ではありませんが地域医療を担ってほしいという希望で実施しております。

面接方式としましても、MMIの全国ブロック別で導入いたしました。従来の面接よりも多角的・客観的に評価することが可能になったと実感しております。

また来年の入学者選抜では、さらに英語検定利用、学士選抜など、多様性のある学生の確保に向けて様々な取り組みを行っております。

態度領域、プロフェッショナリズムを非常に重要視しております。本学の態度教育は、高橋眼科の高橋先生にきっかけがございまして、地域医療実習で非常に学生の態度が悪く、高橋先生から様々なご示唆をいただきました。それをきっかけにしてアンプロフェッショナルな事例についての登録制度が各大学で始まり、本学も開始いたしました。その際に、福島先生からFitness to Practice、行動規範を明確にしたほうが良いということで、本学も「アンプロフェッショナル、なぜいけないのか？」の冊子を作成し授業で活用しております。実際にアンプロフェッショナルな事例が出た場合には登録していく制度となっており、1年生から4年生の臨床実習が始まる前まではフィードバックを中心としております。5・6年生になりますと、総括的評価ということで、過去に1名留年しております。このフィードバックの重要性を感じたのは、3月に卒業した6年生のある1名の学生が、1・2年生時は問題行動が多かったのですが、臨床実習に入ると大きく変化し、すごく大人になりました。父母会の際に母親とお話ししたところ、臨床実習に入るとかなり変わってきたと仰っていました。そのことから、フィードバックの重要性を感じた次第です。

このように、この委員会を積極的に活用させていただいて様々な取り組みを行っております。臨床実習は診療参加型を進めなければいけないということで、本学は様々な試みをしてまいりました。

1年生から3年生ではシミュレーション実習の内容を改善し、特に2年生では基礎医学と連携したシミュレーション実習を行っております。

また、臨床実習改善のために教育医長会を行っていますが、昨年より各診療科が行っている事例を発表しており全体の意識が変わってきた印象があります。他診療科やっているのであれば自診療科も少しやらなくてはまずいかな、というような雰囲気が出てきていると思います。

入院患者の医療面接・身体診察・電子カルテ記載・プレゼンテーションを必須にしておりますし、クリニカルクラークシップ、ローテーション実施をCC1、選択型の4週間をCC2としております。CC1ではレポートがありますが、文献記載を必須化しております。CC1では技能実習もかなり行っていますが、123項目を設定して各診療科に割り当てています。CC2ではmini CEX、これは平形先生からこの会でもmini CEXを入れなければいけませんよというご指摘をいただきまして、当時は1診療科しかやっておりませんでした、今年から内科系を中心に12診療科で導入しております。各科によって濃淡差はありますが、実習期間を通して評価の蓄積をしていきたいと思っております。

また、本学は独自評価システムでしたが、今年度よりCC-EPOCに完全移行し学生入力義務化しており、それを活用してフィードバックを徹底していきたいと考えております。

臨床実習後OSCEでも、学内課題は教育到達目標をとにかく幅広くカバーするようにしております。

本学は教育IRセンターが学習成果の指標として、卒業時の4月時点で初期研修開始時の能力評価を行っております。当初は学内3病院だけでしたが今年度から一般病院まで広げております。

これを見ますと、卒業生の何ができないのかということがかなり明確になってきます。プロフェッショナルリズム・技能・臨床推論と調査していきますが、少しずつ改善傾向にあるかと考えております。

一方、主体的な学修であるアクティブラーニング、特に1・2年生の時にアクティブラーニングをかなり拡充しております。先生方にも確実に実施するようにお願いしております。1・2年生の時には「自己と他者」の関係性を考える力、そのために人間科学系の科目もありますし、協働して課題を解決する力では1・2年生で多職種実習を入れております。

知識レベルでは、症候・疾患を基礎医学の概念で考えるということの本学のテーマにしており、臨床系と基礎医学を平行に動かしています。そして、これらの授業をスモールグループ・シミュレーション・反転授業などを行い、少しでも毎年レベルが上がるように現在調整しております。

ご存じのように医学教育モデル・コア・カリキュラムが令和4年度に改定され、これをカリキュラムに取り入れていかなければいけない。特に私たちにとって衝撃的だったのが、総合的に患者・生活者を見る姿勢ということです。これにつきましては、生活者まではなかなか思い付かなかったため、改善していきたいとカリキュラムを改編しております。

それから患者ケアのための診療技能です。診療参加型の充実が強調されております。そういう中で、社会における医療の役割の理解ということも今まで以上にカリキュラムの中に入れていかなければならないと考えております。

そのような試みの中で、福島先生から導入するようにとご示唆をいただきましたのが、Longitudinal integrated clerkship(LLC)、長期滞在型の臨床実習です。来年4月から実施ということで現在準備をしております。長期間12週間にわたりまして、総合診療科あるいは総合内科に所属して、疾患と

病気を統合する。すなわち、さまざまな疾患を診て病気のステージも急性期から慢性期まで経験していくことを目標とする CC です。新潟県と協働して、4つの病院をご推薦いただいています。診療参加型の阻害要因としては、学生がどうしても大学病院の中で役割が見つけられないということがあります。そういう中で100床から200床の病院で、ほぼ主治医の役割を与えていただいて、それによって質の高い診療参加型、あるいは実際的な多職種連携を経験させようということで、願わくば知識の習得・知識の活用のレベルから知識の発見・プロジェクトベースドラニングができればと願っております。

本学の場合、どうしても関連病院の数が少ないため、地域枠で縁ができました新潟県と協働して行うようにしています。その中で感じたのが、今まで大学医学部と県との関係は県が医療体制の依頼をして大学医学部が提供していくという、依頼と提供の関係があったと思いますが、県と大学医学部が協働して新しい価値を作るという様々な取り組みをしていきたいと思っております。

このようなアウトラインの中で現在いろいろ行っておりますので、4つの演題につきましてぜひ厳しいご意見を賜ればと思います。

#### 発表 1

倉田 誠 先生(人間学・准教授)より、「総合的に患者・生活者を見る姿勢」を育むカリキュラム編成に向けて」の発表がされた。以下、質疑応答。

(山口 育子先生)

フィールドワークに関して、まさに最初の社会を知るというか、社会でどういう人がいるのかというような、生活者に目を向ける一番のスタートラインという気がします。全員の学生が参加されているのか、一部であるような気がしたので全員に展開ができていないということを感じたことと、段階的に事例などを通して対話を重ねていくというお話でしたが、例えば実習にどうつないでいくのかという構想があれば教えていただきたいと思っております。

(倉田 誠 先生)

少人数ということは確かにそのとおりで、今回は私が1年生のゼミで持っている7名になります。例えば20名ぐらいであれば良いのですけれども、120名でやれるかという相当なマンパワーがかかると思っておりますので、そこはご指摘のとおり考えなくては行けない。

これをどうつなげていくかということは、後で野平先生から発表があると思っておりますけれども、地域医療実習の一番入口のところ一度やろう。LICという話が出ていましたが、その対象者がたぶん20名ぐらいで、実際にどこかを歩いて医療というものを見てから、医療の現場である地域の臨床に入ってもらおうと考えております。

(福井 みどり 先生)

フィールドワークを少人数でされているということは、とてもいいかと思っております。私も他職種研修の模擬患者のところで、体験をさせることがいかに学生の想像力を高めるかということを感じておりますので、山口先生が仰ったように多くの学生がこのフィールドワークに参加できることを希望いたします。

(倉田 誠 先生)

やり方等を工夫して、なるべく希望する学生に本当に楽しんでもらうということが一番大切なので、地域の人も嫌々やっている学生を見ても良くないと思うので、希望する学生は全員受けられるような形

で出来るようやっています。ありがとうございます。

## 発表 2

山崎 由花 先生(医学教育学・准教授)より、「医学科3年生の地域医療実習の改善点と今後の展望」の発表がされた。以下、質疑応答。

(山口 育子先生)

このような地域医療を学ぶときに、受け身ではなくて主体的な関わりが学習につながるのではないと思います。そういった中で主体的に学ぶことの工夫というか、どのようなことをされているのかが気になりました。

(山崎 由花 先生)

この教育はこの夏に始まりますが、健康部の先生と考えたのはインタラクティブレクチャーで事例を通して、ここまではこのような問題があって、利用できる資源がこうで、皆さんはどう思いますか、というような対話型の授業をやっていこうかと思っています。

(山口 育子先生)

生活とか地域がイメージできない若い方がとても増えていると思いますので、どうしても質問だけになって自分で課題を見つけたりという主体性を引き出すことが難しい分野かと思いますけれども、そういったものをぜひ取り入れていただきたいと思います。

(福島 統 先生)

今までやってきたものがあって、これがそれを改良する形でやるのですね。そうすると、去年までやっていたものがどういうもので、それを学生がどれだけ受け入れることができるというか、何をどれくらい学んだかという調査をされていますでしょうか。つまり、今までやったものに対してのデータがあって、それでどのように改善するとともに学生がこちらの方向性を学ぶとか、学びやすくなるという検討をされたのでしょうか。

3年生の地域医療というものに対して、その中で何が足りないから、新宿区とどのように関連して、そのためにどういう講義を持ってきて、その講義で一体学生がどこまで理解するだろうかという予想を立ててカリキュラムを作りますよね。今までやっているものに対する課題は、どのようなものがあったのでしょうかということです。

(山崎 由花 先生)

コースが終わった後にコース評価で何を学んだかとか、印象に残ったことを聞いていたのですが、行った先の医院で学んだことや印象に残ったこと、今後の課題みたいなのところあったのですが、将来的に新宿区でどのような問題が起きてくるかを、人口だったり、統計指標から割り出して、そのニーズに応えたり、その課題を解決できる医師を育てることも地域医療なのですが、そのへんの視点はあまり出てこなかったということと、前年度の2023年度は、新宿区の先生たちとのコラボレーションはしていないのですが、統計指標からどのような地域医療の課題が将来的に出てくるのか、医師としてはどのように対処する必要があるのか、どういう能力が必要かということは、レポートで書いてもらったことはあるのですが、現実的なところの視点が無い、実際問題どういうことが起きているのか、どのような資源を利用すればいいかということが出てきていないので、その点が補えるのではないかと思います。ただ、データとしては私が行っているコース評価の学生のアンケートの意見だけが指

標になっています。

(平形 道人 先生)

内容とか目指すものは大変すばらしくて、何が問題かということは提起できないのですが、この授業予定は前期後期で1週間ずつの間の数日という感じですか。

(山崎 由花 先生)

前期後期で同じものを1日ずつで、学生には出られるほうに出てもらおう予定です。

(平形 道人 先生)

それまでの関連科目もありますが、先生が目指されていることを達成するのに、盛りだくさんですけれども、短時間で東京医大の学生が優秀だったら吸収できるかもしれないですが、教育資源的にそれを消化できるのかということが、やや私の懸念だったように思います。

あと、前の人間学・行動学もそうですし、これもすばらしいところですが、東京医大のカリキュラム中心は、最終的には東京医大のコンピテンシー、アウトカムを到達すると、今日の議題はモデル・コア・カリキュラムに到達するというでしょうけれども、モデル・コア・カリキュラムは到達しなくてはいけないけれども、結局は東京医大のコンピテンシーをこのモデル・コアと合わせてというか、本来は東京医大の学習成果を到達すれば、そういったことが学べるような形で、何が足りないとか、どういう方法をしなくてはいけないとか、そういう観点も必要かと思えます。モデル・コア・カリキュラムをクリアすればというよりは、東京医大の最終的なアウトカムを達成することが、私は重要かと思えます。

(山崎 由花 先生)

貴重なご意見をありがとうございます。時代の流れに合わせて、学校のカリキュラムも変えていかないといけないところですね。

(平形 道人 先生)

そうです。それを変えていくのかということを質問したかったのです。

(山崎 由花 先生)

私が実習を受け持った印象では、新宿区の地域でどのような問題が起きているかとか、医師としてどういう能力が必要かということがカリキュラムに入っていないのかと思います。また、将来の人口推計と合わせた部分がないのかと思うので、そのところは今後カリキュラムと到達目標にも入れないといけないと思っています。

(高橋 次郎 先生)

地域医療実習を担当させていただいております。3年生と5年生を担当させていただいておりますが、このような地域医療実習に臨むに当たって臨床的な知識があったほうが良いであるとか、そのようなことがよく言われていますが、私はどちらでも良いと申し上げています。

今の先生方のお話のように、地域医療実習の目的が、そもそも医療者としてどのように自分が歩んでいくのかということを実感していただくことが一番だと思います。あるいは、他者との関わりという言葉が先ほども出ておりましたけれども、他者との関わりを通して、自分の先々のことを考えてくれるきっかけになってくだされば一番いいと思っております。

その中で、非常に優秀な学生の方がいる一方で、3年生ですから、まだやむを得ないとはいえ、何か違うなど、本当に毎年毎年カリキュラムがこれだけ変わっていて、すごくすばらしいカリキュラムだ

と思いますけれども、何か学生は変わっていないぞと思うことがあります。

何が足りないのかと思うと、医師になる自覚というか、冒頭で三苦先生が仰ったように、臨床になったら目つきが変わって、そういう方もいらっしゃると思いますけれども、医師になるという自覚の乏しさ。それと、精神的な成長がまだまだという方が多いのはやむを得ないにしても、このような事例もあります。

こういうカリキュラムを改編することで、これがどうなるかということですが、私は眼科ですから、診療しているときに白内障の方がいて、目薬を出したということです。そうしたら、手術が簡単だと見る向きもありますけれども、非常に怖がる方もおられます。そのときに、横で見ていた学生の方に、こういう方がいるんだよと、どう思いますかと聞くわけですが。そうすると、医療費の無駄だから薬なんか出さないでさっさと手術すればいいと、そういうことを言います。本当にそういうことがあるわけですが。見方によっては確かにそうなのかもしれませんが、こういう方たちがこれから臨床科目を頑張ってやっていただいて、そういう発想が変わるかということです。

別の方は、午前中が終わって午後にもまた実習が始まるときに、午前中のことを振り返ってどうでしたと聞くと、自分はコンタクトレンズをしているから、いつも行っているようなクリニックと一緒に、あとは興味ないから、もうこれで十分と言うわけですが。

そのときに、叱ることはいくらでもできるのですけれども、そうではなくて、お預かりした学生の方ですので、もちろんそれも意見だけれども、いろいろな見方があるんだよと。例えば患者からの見方もあるし、あるいはスタッフの見方もあるし、その方がこのように思っているということもあるから、いろいろな視点で見たら勉強になると思いますけれどもと言うと、そうしなくていけないのかと言うわけですが。

そう言われてしまうと、それも一つの方法だねということで話は終わりますけれども、そういう方たちに何が必要なのかというと、先ほど倉田先生が仰っていましたけれども、思考の豊かさであるとか、いろいろな人への対しての思いやりだとか、むしろ低学年でやらなければいけないと思います。

そのときに大学に入られた方ですので、当然そこで育てていただかなければいけない。その部分は、特に低学年が担う部分だと思いますし、しかも6年間を通して人間学を勉強させることはとてもいいと思います。その中で、どこかで臨床体験実習もそうですし、フィードバックでもそうですけれども、自分で気付いてくれればいい。それは待つしかないところもあると思います。そういうところはお手伝いしていく中で、他者との関わりが本当に見えてくる。そういうものが少しずつ育ってくればということが感想でございます。

(河合 隆 先生)

私どもも頭の痛い問題もありますけれども、先ほどの倉田先生もお話しいただいたとおり、人間学的に育てないと、これからAIとか、いろいろなものが出てきて、普通の診療の知識はそちら任して、患者をどう診ていくかということが本当に必要になってくると思いますので、その点はまた気を付けていきたいと思います。ありがとうございます。

### 発表3

野平 知良 先生(医学教育学・講師)より、「I. 地域医療リーダー・コース概要」・「II. 長期滞在型臨床実習(LIC: Longitudinal Integrated Clerkship)」の発表がされた。以下、質疑応答。

(河合 隆 先生)

この LIC、私のところにも 1 カ月来てくれていますけれども、1 カ月よりも長期で臨床実習したほうがより医者に近い感覚でやれたり、本当に参加型としてやって、それが医者として今の初期研修制度でいろいろ問題点もありますけれども、内容も改善してくれたり、働き方改革で時間がないところも一緒に学生がやってくれるに対して、いろいろなところでいい面が出てくるといいかと思います。

(平形 道人 先生)

長期で臨床実習をすることはすばらしいことだと思います。最後に到達すべきことを掲げていただいている、この視点は今お話に出たいいわゆる臨床研修のことと非常に重なっているというか、先取りして東京医大はそれをやって、学生のモチベーションを高めしていく、診療参加型を実践するということは分かるのですが、これといわゆる臨床研修の到達目標との差はなく、むしろ希望する者は学生のうちからを進めて、臨床研修と区別できないようなことを考えていらっしゃるのか、学生はまた少し違う目標を設定しているのか、そこを教えていただきたいです。

(野平 知良 先生)

私個人の話になってしまいますが、初期研修医と学生に差を付けることは考えておりません。正しい処方と診断はできませんから、それ以外は同じようにやってもらって結構ですと実習先に言っております。

(河合 隆 先生)

いろいろとまだ問題点があると思いますけれども、学生も 3 カ月間臨床だけになると、少し勉強のほうがおろそかになって、国家試験も合格してもらわなくてはいけないので、その点も含めてどういう学生を選ぶか検討しているところでございます。またいろいろご指導いただければと思います。

#### 発表 4

山口 佳子 先生(総合診療科・臨床講師)より、「学外病院実習 目標設定・フィードバック面談の導入について」の発表がされた。以下、質疑応答。

(河合 隆 先生)

学外の先生に実習をお願いしていますが、学内の場合は各診療科に教育部長がいるのでフィードバックできているのですが、学外の場合は今までできていなかったのこれから新しい取り組みでスタートさせていただきたいと思っています。

本日の 4 つの発表に関して外部委員の先生方のご意見・ご感想

(山口 育子 先生)

全体通して、コア・カリの改定を受けてこれから変えていかれるというお話でしたので、実際に 1 年後、2 年後にどのように実りを見せていくのかということ、期待を込めてお待ちしたいと思いました。いろいろなところで大学に関わらせていただいているのですが、自発的に自分で学ぼうというカリキュラムにすると目を見張るような成長を見せる学生さんが多いと感じていますので、ぜひそういったところを大事にして取り組んでいただきたいと改めて思いました。ありがとうございました。

(高橋 次郎 先生)

本日お話を伺わせていただき、いろいろカリキュラム改編の中で実際に取り組まなければいけない



ことが少しずつ明確化するのではないかと思います、最終目標は最初に書いてある東京医大の教育目標・到達目標への改定ということになると思いますので、そこに向けてのいろいろなアプローチがあっていいと思います。試行錯誤の中で、皆さんが育てていかれることは本当に素晴らしいと思いますので、また教えていただければと思います。地域医療実習でも活かさせていただきたいと思っております。

(木島 富士雄 先生)

私は実際にこのような教育に携わって、40年ぐらい前までそういう教育をしておりましたけれども、最近のいわゆる働き方改革という問題がありますね。特に医師に関して、それを心配しております、特に医学部のある大学においては診療・教育・研究という三つの柱があるわけですから、それを今厚労省の労働基準の中で、医学教育をいかに良くしていくかは非常に大変な問題だろうと思います。

だからといって医学部は特別だとか、医学の世界は特別だというわけにはいかないと思います。私自身が実際に自分の医師会の中を改革するときには、そんな規制があつたらとてもできなかったわけです。本当に自分の本業を、ある意味で犠牲にしなかったらできなかった。そういうことを考えると、今のお話を聞いて、それぞれ本当にいいことだなと感じますけれども、労働基準法が大きな壁になるのではないかと。そういうことも声を上げて、もっと社会に知ってもらう必要があると思います。医師として一人前になるには、それなりの社会経験とか専門の先生方の貴重な体験だとか、そういうことを身に付けないと、後になって問題になるわけですから十分検討していただきたいと思えます。理論の上だけではなかなか難しいことが多いということが、今日のお話で私は感じました。

(福島 統 先生)

最初の人間学ユニットの話のところからですが、例えばアメリカは実際に症例検討会の中に哲学の人だとか、倫理の人が入ってくるのはごく当たり前なので、それが無いのが日本の特徴です。臨床医学が独自にやっていて、ヒューマンサイエンスだとか、ソーシャルサイエンスという形にならない。ぜひとも欧米でやられているようなM&Mカンファレンスと言いますけれども、重大な問題を持っているケースに関してはいろいろな専門の人たちが入って、そのときに教養の先生たちの本当の力が出てくるし、その事例が学生教育をよくするだけではなくて大学教育をよくしていくし、それこそ人の生活というか、社会というものにつながる医学になっていくのだと思うので、ぜひ臨床の先生方がそういうM&Mカンファレンスというものをやることと、さらに人文社会系の基盤を大事にする考え方が必要ではないかと思います。

それから最後のお話のところ、学外に学生を出すにあたってそれが本当にカリキュラムというか、クオリティーコントロールできているかという問題があります。クオリティーコントロールできているかと言ったときに、イギリスでよくやっていたのはエデュケーショナルアドバイザーという人が病院に行って、実際の臨床実習を観察して、学生と話して、研修医と話して、病院のアドミニストレーターたちと話をして、記録を残していくということをするわけです。私の知っているキングス大学のエデュケーショナルアドバイザーは、1年中ぐるぐる病院を回っているのよと言っていましたけれども、それでクオリティーコントロールをすると同時に、そこからいろいろな人の教育上の問題を導き出していくことをやっていたと思います。

そういうものが経験値として世界の医学教育のレベルではあるということと、それにスチューデントエ

ンゲージメント、学生をどう入れるかということに関しては非常に大事なことです。さらにスチューデントエンゲージメントに関して言うと、JACME が学生がどんどん入っていかなくてはいけないという、どうしてそのような哲学があるのかということを考えていかなくてはいけなくて、実は学生はサービスユーザーではなくて、税金を食っている人間なので、彼らは医者にならねばならないし医者になって仕事をしなくてはいけない。そういう責任があるということ、医学教育はしっかりと学生に教えていくことが職業教育として極めて重要なことだと思います。

ですから、スチューデントエンゲージメントは、そういう面では学生にかなりきついことを責めていく。それはなぜかという、医療の質をキープしていくとか、向上させていくのが医学部の責任である。その中に学生も入っているということが、パートナーとしての学生という位置付けではないのかと思います。ぜひそういう検討していただければと思いました。

(平形 道人 先生)

途中でもお話ししましたが、今日ご説明をいただいたそれぞれの分野の改善といいますか、これからの計画は、いずれも医学教育というか教育の議論の上ではそれぞれの先生方がよく考えられて、僕らが考えるよりもはるかに申し分ない議論だと思います。

ただ、医学教育を私自身もやっていて一番困るのは、理論どおりにいかないし、それを実現することが難しい。理論と実践です。そこがまだ今考えられたところなので、これを本当に実践に向けていくときに一番問題になるのは、方略と言ったり指導の仕方ということがありますが、それと評価法が気になって、それは東京医大さんだけではなくて我々もいつもそこで固まってしまうのですけれども、実際こういった目標を達成するための方略と評価法、今日いろいろポートフォリオをやるとか、グループワークの方法を使って、ルーブリックでやるとか、ところどころ出てきますけれども、実際にそれやってみてどうなるかという方法を導き出してほしいというところが考えられました。理論で実践できないのは、実現可能性のネックになるところがあるので、そこを一つ一つつぶしていく。

もう一つは、今日感じたのは、これもどこの大学もそうだと思いますけれども、ある学年でうまく低学年でやっても、継続性を持って6年間でという今の医学部はそういう観点ですから、あるいはそれ以上に医者というものは、卒後もあれば、生涯教育もあるので、そこを見通して、今回新しいモデル・コア・カリキュラムだと、そこも理念としては、これから20年、30年後の医師の能力の達成が今回の大きなテーマだと伺っていますから、そこを踏まえて、東京医大さんはせっかく考えられているのでと思いました。

具体的には、先ほど指導者、最後の地域医療もすばらしい計画だとは思いますが、一番困るのが、大学の教員がそう思っている、地域の医療の指導者に1カ月とかお世話になるわけで、そちらも地域医療は忙しいですね。そこで大学の先生が面談をして、細かく相談してもなかなかそのとおりにいかなかったりします。従って、FD、ファカルティー・デベロップメントをいかにやって情報を共有して、指導法や評価法を充実させていくということが重要かと思いました。

あと、福島先生の言われたことに全く賛成で、地域医療に行っても、いい学生さんとか、もう身に付けている学生さんが、例えば1年生で積極的に参加した人はうまくいくというのは、うまくいくような学生さんがたぶん希望しているのです。

問題は、うまくいかない学生さんも中にはいて、そういう人が取り残される可能性もあって、それが大きな問題を生むこともあるということで、今、JACME でカリキュラム委員会、場合によっては学務委

員会とか、教育の中心の会に参加しましょう。我々の大学も、最初はあまり学生が発言しなくて、我々が促していたのですが、今は自分からいろいろな提案をしてくる学生さんも増えてきています。ということで、ぜひ学生さんからのフィードバックを活かしたカリキュラムを作っていっていただきたいと思いました。

(川島 美由紀 副看護部長)

看護部では1年生の初期の看護実習で関わらせていただいているのですが、特に倉田先生のお話などをお聞きして、総合的に見るアプローチの中で、看護実習は全人的にも見られますし、人生の視点でも見られますし、社会の視点でも、特に今は多職種でカンファレンスをやっていくところを、相当患者さん個々に焦点を当てて、倫理的に問題にならないぐらいは情報を取って、1人の患者さんを見つめておりますので、看護実習ではそういうところはすごく有意義な時間であるかと思っております。

今年度は時間が1日から2日に延びましたが、1年生に限らず、ほかの学年でも実習していただければ、学びは深められるかと思っております。できることは協力いたしますので、よろしく願いいたします。

まとめ・閉会のご挨拶

河合 隆 先生(医学教育推進センター長)より、本日のまとめ・閉会のご挨拶がされた。

外部委員の先生方にはたくさんのご意見をいただきまして、本当にありがとうございました。先生方からいただいたご意見をまとめまして、少しでもよりよい学生の教育に結び付けて良いカリキュラムを作りたいと思っておりますので、今後とも何卒ご指導のほどよろしくお願いいたします。

以上