

第1回名古屋市立大学医学部カリキュラム評価委員会議事録

日時 : 2019年4月20日 14:00~16:00

場所 : 医学研究科・医学部研究棟 1階 非常勤講師室

参加者: 道川医学部長、酒々井委員長(副医学部長)、早野教授、加藤教授(以上2名、カリキュラム企画・運営委員)、谷脇誠(医学部5年生)、大槻教授(藤田医科大学)、宮田教授(愛知医科大学)、城卓志(蒲郡市民病院)、加藤敬(東京国立近代美術館)、磯谷俊太郎(卒業生)
杉浦カリキュラム企画・運営委員長、柿崎医療人育成学講師(以上2名、オブザーバー)

1. 医学部長挨拶

道川医学部長より第1回の委員会を開催する旨の挨拶を行った。

2. 出席者の紹介

道川医学部長より、参加委員及びオブザーバーとして参加する杉浦カリキュラム企画・運営委員長、柿崎医療人育成学講師が紹介された。

3. 委員長代理の選出

カリキュラム評価委員会規程第2条第4項に基づき、加藤教授を委員長代理に指名した。

4. 報告事項

(1) カリキュラム評価委員会設立の経緯

道川医学部長より、評価委員会設立の経緯について教育プログラムの改善を他の教育関係者等多様な意見を適切に反映しながら継続的に実施することが求められており、そのための委員会として本委員会が設立された旨の説明があった。

(2) カリキュラムの概要・資料の説明

早野カリキュラム企画・運営委員より、医学部カリキュラムの概要及び資料について説明を行った。その概要は以下のとおりである。

・自己点検評価について

- ・領域1: 本学の使命と学修成果について、「理念と目的」「ディプロマポリシー」「卒業時コンピテンシー」を定め、卒業時コンピテンシーにある4領域17項目の能力を取得することを医学教育の最終目標としている。
- ・領域2: 4領域17項目の能力を6年間で少しずつ巡回しながら修得するカリキュラムを構成している、これまでの教育改革の歴史、行動科学教育は様々な科目を組み合わせる体制となっている、74週の臨床実習を行なう新カリキュラムとなっている。
- ・領域3: 4領域の能力について知識・技能・態度それぞれ適切な方法を選択し評価

している。

- ・領域4：入学試験について、3種類の選抜を行っており、特に推薦入試Bでは優秀な学生を選抜できている。
- ・領域5：教員について、医学部及び附属病院の教員が適切に選考され、医学教育に従事している
- ・領域6：臨床実習施設について、名古屋市立病院（東部医療センター・西部医療センター）との連携を強化している、ICT環境について無線LAN環境等教育環境、研究環境ともに不足している。
- ・領域7：教育プログラム企画・運営組織に、医療人育成センターIR部門によるモニタリング結果、カリキュラム評価委員会による評価結果をフィードバックすることにより、プログラム改革を継続的に行っていく構造となっている。
- ・領域8：教育関連予算についてカリキュラム遂行に必要な経費確保に苦慮している現状がある

本学の教育成果に関するその他の資料について

- ・CBT、OSCEについて、医師国家試験合格率との相関がある。
- ・留年者について、2年生が多い傾向がある
- ・国家試験合格率は、95%以上を保っていたが、30年度に約93%となった。
- ・学生からのカリキュラム評価について、基礎自主研修、臨床医学、臨床実習について満足と答えている学生が多いが教養教育については満足度が低い。
- ・学生への支援体制について、概ね8割以上の満足が得られている。
- ・卒業後の進路については、ほとんどの学生が名古屋市・愛知県内となっている。
- ・博士の学位については、取得希望者が約4割
- ・将来の附属病院及び関連病院での勤務を考えている者は約5割
- ・へき地医療従事希望者は、期間限定での従事を含め約3割
- ・卒業時コンピテンシーの達成度について、学生に自己評価させた。卒業時に身に付けておくべき水準を十分に提示しなかったため、回答にバラツキが生じているが、1-b「臨床データや文献等の情報を吟味し、その妥当性や適用の有無を決定することができる。」、1-c「重要な医学的知見や医療情報を、さまざまな立場の人に対し適切に説明、発表することができる。」、3-a「様々な生活環境や国および世界の健康、疾病の動向を評価し、対処できる。」については約7割、その他の項目は8割以上となっている。課題として卒業時コンピテンシーについては、各項目に対する水準を示す必要がある。

5. 検討事項

本学カリキュラムについて下記のとおり意見交換・検討を行った。

外部委員A：本学でも、従来のプロセス基盤型教育からアウトカム基盤型教育に転換する際は苦勞した。本学でも同様の悩みを抱えているが、コンピテンシーの修得をどのように

測るかが難しい。例えば「患者・医師関係の意義を理解し、良好な関係を築くことができる。」という項目をどのように計測するか。本学ではコンピテンシーの各項目をもう少し細分化している。また、Millerの三角形のような評価指標もあるが、細分化しすぎるとそれはシラバスそのものになってしまうので、コンピテンシーは50以下が適切ではないかと考えている。

早野：良好な関係の構築を測定するとしたら、観察記録しかないかと思う。それをABCDと評価するとしたら、どのような水準にするのが難しいと感じている。それが卒業時コンピテンシーの達成度を卒業生に自己評価させた際に、できないと回答する学生がいてしまう結果につながっている。

外部委員B：本学でも同様に卒業時コンピテンシーの自己評価を行っているが、あくまで自己評価なので十分なものではない。マイルストーンを現在作成中であり、各学年でコンピテンシーの各項目をどの段階まで達成していればよいかを示す取り組みを行っている。マイルストーンを設定していると教員も教育水準を認識することができる。

外部委員C：現在研修医・臨床医が活躍してくれている。コンピテンシーの各項目は、ベテランの医師でもできていない、難しいと感じるものもある。例えば、臨床技術なら具体的に身に付けておくべき技能を示すことが必要ではないか。

外部委員B：アウトカム基盤型教育におけるコンピテンシーとしてはある程度ざっくりした概念でよい。CVができる、心電図が読めるといった細部の項目ではなく、基本的臨床手技を実施できるといったレベルの記述にしておくことが多い。コンピテンシーにすべてを記述しようとするとう医師に求められるものをすべて羅列することになってしまうので、4~6程度の大きな項目をあげて、その中で50前後の項目に分割する。本学は47項目を設定している。その目標を段階的に身につける水準を示すのがマイルストーンである。

外部委員C：医学教育を考えると、大学では、「バッターボックスに立って基本的な球を打ち返せる」ようになってほしいがそのような実践的な能力を身につけた人材はいない。具体的に言えば、内科でなら「心電図、胸部レントゲン、心エコー、腹部エコー、最初の診察とカルテ記載、救急対応」の6つだと思う。これに取り組む活動として、現在特に意欲のある学生を対象に「BRJ活動」が行われている。この活動は今年度から正式な活動として承認していただいたが、理想的にはそのような実践的な能力を医学部生のうちに身につけさせる、その修得を評価する教育を行っていただきたい。

外部委員B：現在、モデルコアカリキュラムにEPA (entrustable professional activity) = 遂行可能業務という考え方が示されている。すなわち、「初期臨床研修の初日にできなければならない業務は何か」という観点からプレゼンテーションができることを最も重視している。プレゼンテーションができるということは患者の状態をすべて把握できているということであるからである。その研修初日にできるかという観点から評価することはできる。ただ、人間的な部分、コミュニケーションができるかといった部分も評価しなければいけない。心電図が読めても患者と話せない医師はアンプロフェッショナルな医師になってしまう。技能と態度両面が重要であると思う。

外部委員 C: 技術を習得していれば、上級医がまかせて患者に触れさせることができるので、そこから態度が身につくという面もあるのではないかと思う。心電図なら 200 例読ませればできるようになるので難しいことではない。野球の素振りのように繰り返し練習させて基本技能を修得すれば、研修医としての入り口にスムーズに立てると考えている。

谷脇: 現役の学生の立場からコメントすると、卒業時コンピテンシーの達成を自己評価せよと言われても難しい。日々の講義・実習では、卒業時コンピテンシーを意識して取り組む機会は少ないのが実情で、卒業時アンケートの際にその場で考えているのだろうと思う。

外部委員 A: 2 年前、ある意味突貫工事のようにアウトカム基盤型教育に変更した。その際には学生も教員もコンピテンシーを知らない状況だった。コンピテンシーについて浸透させ、それを身に着けているかを評価することは必要であるが、やはり概念的なものである。実際には各科目の到達目標を示すすべての科目で各学年の最後に身につけているかどうかを評価するという 2 本立てで行っている。昔の SBO のように「心電図がとれる」といった細かい指標は評価しやすい。コンピテンシーと、SBO 指標の二本立てにして現在 3 年目である。

加藤 (洋): アメリカでは、シラバスに到達目標が設定されていて、授業の最初に必ず到達目標を示し、試験もすべてどの問題がどの到達目標にリンクしているかをコンピューターで設定している。試験で正解すると自動的にどの到達目標を達成しているかがわかるシステムになっている。そうすれば、学生が何を身につけるべきか、教員が何を身に着けさせるべきかが明らかになる。

外部委員 C: 海外では、アウトカムの到達が一目瞭然なので、卒業できない学生も多い。日本は入学した者はほとんど全員卒業させているが、本来はやる気と能力がある者をいかに育てるかにシフトしていくべきではないかと考えている。

外部委員 B: 医学教育だけでなく、大学教育全体で、大学教育の可視化に取り組んでいる。例えば基本的臨床手技を行なうことができるという項目なら、それをもう少し細分化し、その一つ一つに水準を設定する、そうするとルーブリックができあがるので、それを最初に学生と教員で共有しておくという方向になっている。そして、自己評価と客観的評価(試験、レポート、ポートフォリオ等)を組み合わせて分析していくことが必要である。

外部委員 C: 現在、関連病院でも学外実習を積極的に行っている。学外病院の指導医にも評価をさせたらよいと思う。

磯谷: 卒業生、研修医の立場としては、現状一番やりやすいのは、「研修医手帳」であると思う。各診療科で何を学ぶかが示され、必ず自己評価と他己評価を行なう。研修医手帳のような形で学部でも実践するのがよいのではないか。

外部委員 A: 千葉大学では、臨床実習で手帳を使用している。9 段階の評価をローテートする診療科で自己評価と指導医による評価を積み重ねており、それを参考に本学も臨床実習で導入する予定である。メンターも合わせて手帳を見る。そうすると、教員側の評

価値能力も重要になってくるので、500 人の教員にその趣旨を理解してもらうことが課題だ。

杉浦：現在、臨床実習のポートフォリオを導入したところだ。学生の自己評価と各診療科の指導医とメンターの評価を開始している。ポケット版のポートフォリオも用意している。学生・教員にその制度趣旨を理解してもらい実践してもらうことは同じく課題と認識している。

磯谷：研修医では、各科で経験すべきものと全体で修得すべきものの2つがあり、それを分けてもよいと思う。

外部委員 B：ポートフォリオとログブックの2種類があり2つの概念は区別すべき。ポートフォリオは学生の振り返りと教員からの評価・フィードバックがあるもの、ログブックは各科の診療症例リストである。本学では、電子ログブックを導入し、電子ポートフォリオは現在導入をめざしている。

コンピテンシーは、大学がどんな人材を育成するかという根幹なので非常に重要。コンピテンシーは小冊子にして、名札の中に入れておいている。折に触れて確認し常に最終目標を意識させるようにしているが、現実的に浸透しているかはまた課題である。

加藤（洋）：各学年のオリエンテーション等で地道に説明していくことが必要である。

外部委員 C：正規の授業・実習だけでは、本当に実践的な能力を修得することは難しい。学生の資質と意欲も重要だ。アメリカのように朝早くから夜遅くまで学生同士で練習しているような姿を見ると、新しい制度・教育方法の導入や教員だけの意識の改革だけでは不十分だ。学生の意識改革も含めて教育する必要がある。

外部委員 B：名市大では授業時間は現在 90 分授業でやられている。本学では 70 分授業で他の大学で授業をすると 60 分授業が多いので短縮するのが主流のように思うがどうか。また行動科学については本学でも苦労して行動科学ⅠⅡⅢというように体系化したのが今後どのようにしていくのか。

杉浦：授業時間についてはどのようにしていくべきかぜひご教示いただきたい。また行動科学は様々な科目で取り上げているので、それをまとめて学生にわかりやすく示すことからではないかと現在は考えている。

外部委員 A：70 分授業でおこなっている。専門家によるとそれでも長いと言われる。自学自習の時間もとる必要がある。

外部委員 B：現在は、授業ではすべてを教えず、コアの部分のみを教えて、しかし試験では教えなかった部分も問うというやり方がよいと言われている。行動科学については、社会医学の教員を中心にディベート等も取り入れて実施している。

外部委員 D：文部科学省的には、トータルの時間が変わらなければ一回当りの授業時間を短縮することは大学の自主性で行って問題ない。現在は、授業以外の時間でいかに自学自習の時間をとらせるかに取り組んでいる。

酒々井：国家試験の結果について、30 年度については残念ながら低下してしまったが、この点はどうか。

早野：国家試験対策委員の学生と面接をした結果、本学では学生の互助が非常に優れており

これまではその互助機能がよく機能していたが、今回不合格になった学生は、国試対策委員に自分の学習の進捗状況を話さずコミュニケーション不足であったことがわかった。対策としては、これまで本学では国家試験対策予備校の成績も取得していなかったため、それを取得して教員からのサポートと国試対策委員の学生と情報共有を行っていくこと、また総合客観試験の識別機能を高めて本当に知識が十分でない学生は卒業させないことも重要であると考えている。

道川：また、各科の卒業試験は行っているか。

外部委員 A：本学では、国家試験対策を教員がやりすぎた経緯がある。対策を教員側から押し付けてもうまく行かなかったため、学生の自治を取り入れた。現在は卒業試験の日程等も学生に決めさせている。ただ、まかせすぎると危険なので、予備校の成績等でチェックを行なうことが重要だ。各科の卒業試験も行っているが、医学教育センターの方でかなりブラッシュアップして、識別機能を高めている。

外部委員 B：本学では、現在も大学がかなり厳しく介入している。5年生と6年生に3回ずつ同じ試験を課して常に国試対策の勉強を行う体制にしている。すべてクリアしないと進級・卒業できない。各科の卒業試験は現在行っていない。

磯谷：今振り返れば、各科の卒業試験では問われるが、国試対策では勉強できないようなものも今の診療で役に立っているため、両方実施するのが理想であると思う。

谷脇：新カリキュラムの6年生では総合客観試験のみになる予定であると聞いている。ただし臨床実習も9月まで延長し、Post-CC OSCEも始まるので、国家試験対策と実習の充実を両立させることが重要だと思う。

酒々井：充実した意見交換ができたと思う。ありがとうございました。

道川：本学医学部教育で不足している部分を多くご指摘いただき、医学教育の改善に役立っていきたい。分野別評価に向けて、またよりよい医師の育成に向けて改善を続けていきたいと思う。ありがとうございました。

以上