

平成 23 年度 第 1 回医学教育 FD/ICT 活用研究委員会 議事概要

I. 日 時：平成 23 年 8 月 11 日（木）18：00～20：00

II. 場 所： 私立大学情報教育協会 事務局 会議室

III. 出席者： 内山委員長、松本、福島、吉岡、高松、渡辺（ネット） 各委員
（事務局 井端事務局長、森下主幹、平田職員）

IV. 検討事項

本委員会では、医学のコアカリキュラムに求められる教育改善モデルについて、アンケート調査のための簡潔なモデル案を作成するという観点から、昨年度の案を改めて見直し、特に、授業のねらいに医学教育の背景や問題点を明記すること、項目の統一、全体的な分量の圧縮（A4 版 2 枚程度）を中心に検討した。

まず、これまで医学分野では、振り返り学習、講義形式における **Team Based Learning**、多職種連携の 3 つのモデル案をまとめることにしていたが、改めてこの 3 つのテーマでよいかどうか、以下のような医学教育を取り巻く世界や国内の大学での状況について委員からの意見を踏まえて検討した結果、これまで通り 3 つのモデルを進めることにした。

- ・ 5 年先を見据えた大学教育を考えた場合、現在、出されているモデルを白紙に戻して考えなおしたほうがよいのではないか。グローバルスタンダードなどを見据えた教育を考えるべきではないか。
- ・ 医学教育のグローバルスタンダードは、途上国、先進国の両方のレベルになるため、日本はグローバルスタンダードよりも上のレベルで上位の国の中でのスタンダードを目指すことになる。
- ・ ドイツでの卒業試験は口頭試験があり、様々な課題を解決できる能力があるかどうか判断できる。基礎・基本の能力をその場に応じて発揮できる能力が必要で、現場で体験することが必要。（臨床の数を踏む必要がある）。
- ・ バーチャルを利用した教材などでは、人間が死ぬということがないため、リアルと重ならないよう配慮すべき。
- ・ 卒後にすぐ救急に入って身に付くということは無理なので、最初の 1 年は内科から始め、その後に救急に行くというステップがよく、余裕を持たないと意味がない。また研修医の教育体制のほうがもっとも重要と思われる。
- ・ 患者情報が漏洩する可能性があるため、医師はソーシャルネットワークに入ってはいけない方針になっている。臨床試験についての ICT による共有は可能性がある。
- ・ 基礎教育はよいが臨床、体験での ICT は難しいのではないか。
- ・ 情報の取り扱いについて基礎、専門レベル 4 年間などを通じて学ばせる必要がある。学生が早期臨床体験を行うことが特に必要。

1. 各モデルについて

(1) 多職種連携について

- ・ 特殊な大学では実施しやすいが単科系大学や場所が離れている場合なども実施が難しい。多職種連携は医療系だけでなく、保育、栄養などもあり、よけい連携しにくくなる。5 年先でようやく実施のレベルではないか。

- ・医師と看護師がボーダレスになってきており、職種や人によってタイプが様々になるので、連携体験が必要になってくる。
- ・インディペンデントコントラクター（IC）
ネット上で優秀な人材を集め、ネット上でプロジェクトチームを組むので、会社の組織としてなく、世界中の優秀な人材の千恵で解決できればよいという考えがある。
- ・チーム医療も最適医療と追求するための多職種連携の仕組みを利用する。様々な人々と連携して、能力を交ぜてみることをモジュール教材で体験させることで、新しい教育の提案になるのではないかな。

(2) 講義形式における Team Based Learning

- ・臨床での実施や外来での活用を本来は行うべきであるが、教員の教えるトレーニングができていないと実施できない。
 - ・この方法により、論理性が身に付いているかどうかを確認できる。
 - ・回答パターンで論理の欠陥があるということを、教員でなくともシステムで判断できる。
- eポートフォリオまで発展させることにした。

(3) 振り返り学習

- ・自分のビデオを見ることで、実際にモチベーションがあがった。悪い点だけでなく、良い点もディスカッションするため、結果としてよい方向に進んでいる。
- 自分の姿を見て学びを深めていくことが趣旨で、技能は題材とする。
ICT授業のシナリオ以降に救急の例に出す。
冒頭の到達度の能力を簡略化する。
到達度として身につける能力（4）初期救処置の実施能力は削除する。

2. 次回委員会と課題

次回委員会は、9月2日（金）18:00から開催し、今回の議論やモデルの統一したまとめ方に沿って担当委員が修正し、事前にメールで送付し、委員会で確認、まとめを行うことにした。