



医学・看護学教育通信

第7号
発行 2007.6.25

佐賀大学医学部 教育広報部会

はじめに

先日、本「通信」を読まれた外部の方から、メールをいただきました。面識のない方でしたが、記事の意図を十分に理解したうえでの応援でした。本通信が学外に対する影響力をも持っていることを自覚し、今後も責任ある情報発信をしていきたいと思えます。(小田康友)

第24回医学教育セミナーとワークショップ参加報告

4月28日～29日 東京大学 山の上会館において行われた MEDC 第24回医学教育セミナーとワークショップの「医学教育専任部署の役割」に関するワークショップに参加しました。徳島大学の寺嶋吉保先生、岐阜大学の鈴木康之先生をタスクフォースとして、医学教育専任ユニットに期待される役割、現状の問題点と課題が議論されました。

多くの医学教育専任ユニットでは専任スタッフは1名のみでありながら、期待されている役割は教育カリキュラムの検討からシステム整備、共用試験、FD、学生や教員・大学事務側との modulator としての役割や、医学教育に関する評価・研究部署としての役割など非常に多岐にわたっている現実がありました。

また講座・診療科ごとに教育を主たる業務とするスタッフを設置している施設もありました。現実的にはまだ困難かと思われそうですが、教育が専門性と責任を要する領域として認知されてきたものと評価できます。

今後、本学においても全体の企画・運営部門と、各専門部署の教育責任者、そして現場の教育担当者というネットワークを強固にしていくべきと認識しました。

なお、MEDCのセミナーとワークショップは年4回開催されています。詳細は下記をご覧ください。(吉田和代)

- <http://www1.gifu-u.ac.jp/~medc/>

Greene 博士、佐賀大 PBL を視察

ハワイ大学医学部 JABSOM の医学教育室・東アジア医学教育プログラムディレクターであり、本学の PBL 導入以来、尽力いただいていた Gordon Greene 博士を、5/16～18 の日程で佐賀に招聘しました。H20 年度入学生からの導入を目指している新カリキュラムでは PBL の拡充が大きな柱になっているだけに、現時点での本学 PBL 評価と新カリ

キュラ案に指導をいただくことが目的でした。

本学4年次 PBL step1 及び step3 を視察された博士は、4年前と比較して格段に向上している点をいくつも挙げられつつも、「Textbook PBL」であると指摘されました。

これは、本学 PBL が臨床医学の教科書的知識の習得が目標になっていて、PBL を特徴付ける重要な一面である、臨床推論の訓練が不活発であるということです。

とはいえ、本学はシナリオの1ページ目(場面設定と患者プロフィール、主訴)を事前に配布し、予習を課しているために、症状から診断仮説の列挙はスムーズです。その後、得られた FACT に基づく仮説の再評価の方法も定着しています。それだけに臨床推論、つまり、診断・方針にいたる医師の思考プロセスを辿る訓練としても充分機能しているはずだが...というご意見もあるかもしれません。

グリーン博士の指摘は、FACTの検討(症状や所見の抽出)、仮説形成・検証において、「何故」を問う議論が少ないことを示しています。たとえば、「湿性咳」から「気管支炎」という仮説を挙げることは容易です。しかし、「気管支炎では何故咳が出るのか、そのメカニズムは?」、さらに「気管支喘息の場合の咳とは何が同じで何が違うのか」と問われれば、ドキッとする人も多いはずで

このように、症候のメカニズム(病態生理)の検討、さらに深く基礎医学的知識と結びつけ学習することが PBL の柱ですし、そのような学習を促すための出発点である、「何故?」を問う討論が佐賀では弱い、という指摘なのです。

このような問題を解決するにはいくつかの改革が必要です。チューターの介入方法はもちろん、評価が筆記試験だけであること、ユニットと並行した臨床現場への暴露、技能訓練が不足していることなどは、早急に改善すべき課題です。PBLの形式を借りた、症候から疾患名の連想ゲームにならないよう、取り組んでいかねばなりません。

また、5/17に開催した senior FD でも活発な議論が行われました。これらの成果はカリキュラム策定ワーキンググループに報告し、新カリキュラムに反映させていきたいと思えます。(小田康友)

教育広報部会

小田康友、池田豊子、市場正良、吉田和代、
江村正、藤田君支、田崎法人

ご意見をお待ちしています (oday@cc.saga-u.ac.jp)。