

ハワイ大学医学部 John A. Burns School of Medicine

Learning Clinical Reasoning Woekshop 2004

報 告

1 : Observer faculty からのワークショップ観察記 p 2 - 8

2 : 参加医学生による Workshop Report p 9 - 2 4

3 : ワークショップに参加して (学生印象記) p 2 5 - 3 6

佐賀大学医学部地域包括医療教育部門

佐賀大学医学部・ハワイ大学医学部国際交流事業推進部会

2004年ハワイ大学医学部 John A. Burns School of Medicine 主催
- Learning Clinical Reasoning Workshop 観察記 -

2004年8月にハワイ大学医学部 John A. Burns School of Medicine 医学教育部門の主催で日本の医学部生を対象とした上記ワークショップが開催されました。本学医学部からは自ら参加希望を表明した伊東千絵子，草場万貴，貞方里奈子，西村泰亮，藤村陽都，南千尋，(当時5年生)の6名がこの2週間のワークショップに参加し，問題立脚型学習を中心とする Clinical Reasoning (臨床推論)のエッセンスを体得する機会を得ました。佐賀大学医学部以外にも，大阪医科大学，浜松医科大学，自治医科大学からの医学生が参加し，臨床医の道を目指す者同士として交流を育む機会にも恵まれたようです。2週間のワークショップの前半は青木が，後半は小泉俊三先生が observer として参加しました。



PBL step1の風景(1)

手前(背中)は本学にも馴染みの深い Gorodon Greene 先生(tutor)。本学のPBL導入前から-1999年より-ご指導を頂いています。正面の白い用紙を手にはしているのは2004年に本学に3週間滞在した Jayme Takahashi 君です。

日本の医学生は初日ということもあり，やや緊張している様子です。



PBL step 1 の風景 (2)

左で腕組みをし、tutor をしているのが JABSOM の Dr. Seiji Yamada です。彼も 1999 年、2003 年の二回にわたり本学を訪問してくれました。この写真ではこわそうに見えますが、実はとても教育熱心な優しい人柄で、Family Practice の助教授を務める優秀な臨床医でもあります。彼はハワイの地域医療全体に Public Health という観点から幅広く取り組んでおり、この background を基に JABSOM での臨床医育成に情熱的貢献を果しています。写真やや右、正面を向いているのは本学の草場万貴君。PBL の case を読んでいるところでしょうか・・・。

ちなみに今回のワークショップの会場は Queens Medical Center 敷地内の Conference Center です。どの部屋も小ぢんまりとしていながらきれいな装飾が施してありました。



PBL 学習風景 - CHALLENGE -

手前(背中)は2004年に本学に3週間滞在したJABSOM2年のKelly Kawaoka君です。本学滞在期間の最後には、同僚のJayme, Cody, Jason, Spencer, Lanaと一緒にHulaを披露してくれました。今回はワークショップにtutor役として参加してくれていました。

どの程度の知識基盤があれば問題立脚型学習を行うことができるのでしょうか。

医師になり、何と何を知っていれば、何と何を知らなくとも患者さんの問題解決に着手することができるのでしょうか。

正面の二人は医学部生・・・ではありません。向かって左はGreene先生の次男Sam君(小学校4年生)、向かって右は長女Lauraさん(大学生)です。当然ながら、臨床医学に関しては基礎知識がありません。問題解決の基礎となる専門的知識が無い状態でもPBL型の学習を行うことができる、という、ある意味で究極的な事例をGreene先生は日本の医学生に示してくれました。

誤解のないように・・・、知識基盤が必要ないということでは決してありません、いや、非常に大切だと思います、「その知識が活用されるcontextの中で学習させる: obtain and integrate the knowledge in the context where it is to be used」ことと等しく・・・。



一休み・・・

左，正面向き，は Spencer Chun 君，2004年に佐賀を訪問した JABSOM 学生6名のリーダー的存在でした。奥様は日本人，日本語も上手でした - ボクハ，コノ，ロクニンノナカデ，イチバン，ベンキョウシナイ，ヒトダトオモウケド，ソレデモ，イチニチ，ロクジカン，クライハ，ベンキョウシマス - と，うちの医学部3年生を集めた集会で言っていました。

その右側は JABSOM 医学教育部門 visiting scholar の斎藤中哉先生（東京女子医大・腎臓部門）です。今回のワークショップの organizer を務めていらっしゃいました。斎藤先生は2005年7月に本学医学部にお見えになります。医学部2年次学生の医療英語の講義，および医学教育に関する特別講演を行ってもらう予定です。

右端，正面向き，は本学の伊東千絵子君です。ちょっと一休み？

その奥，reading 中，が Seiji Yamada，シナリオのチェック中でしょうか・・・。



One on One

学生と tutor が 1 対 1 で case について step 1 を行っています (写真は Greene 先生と本学の西村泰亮君)。通常の PBL とは異なり , 1 対 1 のディスカッションで hypothesis を挙げ , need to know と考えた事項を tutor に質問し . . . , という形式で行われます。Tutor は case writer の意図する , case の鑑別疾患として取り上げられるべき疾患 , および need to know として学生が挙げるべき事項のリストを手で学生の学習到達度をチェックします。

現在の本学 P B L では , この One on One のような「PBL 形式による学生個人評価」は行われていません。JABSOM の医学教育部門は専任・兼任を合わせたスタッフ (秘書さんを含む) の数が 1 0 名を越えますが , 通常の PBL およびユニット別の筆記試験に加え , このような評価法を取り入れるには , やはり臨床医育成学部教育の益々のインフラ整備も必要でしょう。



本学から参加した学生さんの写真です。

次ページから参加した6名の学生諸君に Workshop Report および体験談を述べてもらいます。

文責 地域包括医療教育部門
佐賀大学医学部・ハワイ大学医学部国際交流事業推進部会長
青木洋介

WORKSHOP REPORT

- 南千尋，貞方里奈子，草場万貴，藤村陽都，西村泰亮，伊東千絵子 -

{Day 1 : Monday, August 9, 2004}

- 8:15 a.m. Depart EWC by carpool for Queen's Conference Center
- 8:45 a.m. Opening Remarks (Dr. Gordon Greene)
- 9:00 a.m. Introductions and team formation (Dr. Gordon Greene, Dr. Nakaya Saito, Dr. Seiji Yamada, MSIs)
- 11:00 a.m. Overview of Workshop (Dr. Nakaya Saito)
- 12:00 noon Lunch (on own)
- 1:30 p.m. Depart QCC for University of Hawaii
- 2:00 p.m. Introduction to UH Learning Resource Center (6 MSIs), John A. Burns School of Medicine
- 3:30 p.m. Pau Hana (*adjourn for the day*)
- 6:00 p.m. Depart EWC by carpool to Waikiki
- 6:30 p.m. Welcome Dinner (*Trellisses Restaurant, Ilima Room, Radisson Waikiki Prince Kuhio Hotel*)
- 9:00 p.m. Depart Prince Kuhio by carpool to East-West Center

(Day 2: Tuesday, August 10, 2004 (Queen's Conference Center))

- 8:45 a.m. Daily Briefing (QCC 200 - lobby)
9:00 a.m. *Demonstration of Group Clinical Problem Solving [CPS] (QCC 200)*
10:00 a.m. CPS Practice I (3 groups)
Group A: Dr. Saito and one MSII (QCC 200)
Group B: Dr. Greene and one MSII (QCC 201)
Group C: Dr. Yamada and one MSII (QCC 202)
12:00 noon Pau Hana and return to EWC

Clinical Problem Solving

佐賀大学で行われている PBL (Problem Based Learning) がこれに当たる。

まず、司会、reader、boarder、time keeper の役を決める。

資料は 6 枚。

1 枚目: 患者の名前、年齢、職業、救急車か・外来か、chief complain、が書いてある。1 枚目を reader が読み、みんなで Fact をあげる。あげた fact の中でも大事だと思うものに * をつけた。次に hypothesis をあげる。チューターはなぜそう考えるの? とか、こう考えられるねとか、他に胸部には (1 週目は chest pain の週だった) どんな臓器があるか考えてとか、討論を円滑に進めてくれた。

2 枚目: history of present illness、past medical history、social history

3 枚目: physical examination (general appearance、vital signs、HEENT、cardiac、lungs abdomen、extreme ties)

4 枚目: laboratory studies, chest X-ray, ECG

2 枚目からは reader が読む前に、チューターに患者役をしてもらった。Hypothesis を頭に入れて、必要なこと (need to know) を患者役であるチューターに質問する。チューターは資料を見ながら答えてくれた。例えば、何をしているときにその痛みはひどくなりますか? のような質問をする。チューターが必要な情報はほとんど得られたと判断したら、資料を配り、reader が読んだ。議論を進める中で hypothesis がより確からしい ()、確からしくない () と印をつけて仮説を再検討した。

4 枚目からは、治療と経過だが、討論するというよりは、物語を読むという感じだった。私は 5 年生で、臨床実習が始まっているからかもしれないが、光景が思い描けるような臨床的なシナリオだった。

長所

司会、書記以外にタイムキーパー、reader と役割分担したこと

fact をただあげるのではなく、あげた fact の中でも大事だと思うものに * をつけること

議論を進める中で仮説がより確からしい ()、確からしくない () と印をつけて仮説を再検

討すること

チューターが、患者役となり学生があげる need to know に答えること

常に自分が考えた仮説を検討しながら、チューターに need to know を質問し、情報を得る形式は非常に興味深かった。思考の訓練になるし、議論ももっと活発になる。さらに、チューターになぜそういう質問をするのかと問われ、考えることで理解が深まったと思う。

チューターの発言が多いこと

佐賀ではチューターの先生が発言されることはほとんどない。学生だけでは、よくわかっていないままに、次に進んでいるところを突っ込んでもらったり、チューターも一緒に仮説や Need to know を上げてもらったりすると、学生だけでは気づけなかったことや、臨床の考え方・知識を得ることができるのでチューターはもっと議論に参加していただきたいと思った。

宿題があったこと

今回は1週目「胸痛」、2週目「腹痛」とテーマが決まっており、それぞれ症候学の text を読む宿題があった。症候学の教科書を読んでおくことで、胸痛・腹痛の症状や、診察・検査・治療に関すること(今回に限れば医学英語)を頭に入れることができる。仮説を抜けなくあげることができる。など、予習した知識が生かすことができるし、CPS で繰り返し学習する・症例に沿って学習することで知識が整理され、理解を深めることができる。佐賀のPBLでは、テーマが提示されず、何も知らない状態で Step1 をしていた。しかし予習したほうが、議論も活発にできるし、何だかわからない L.I. がいっぱいということはなくなると思った。

短所

Especially nothing

文責 南千尋

(Day 3: Wednesday, August 11, 2004 (Queen's Conference Center)

8:45 Daily Briefing

9:00 “One on one” CPS practice session 1 (Dr. Saito , Dr.Greene, Dr. Yamada, Students:
Cody Takenaka, Jason Merchant , Lana Aralaki)

12:00 Lunch Break

13:30 PBL

9:00 Triple Jump “One on one” CPS practice session 1

学生が3人ずつ、6グループに分かれ、チューターが一人ずつついた。

One on one について:

One on one はPBLをチューターと一対一で行う。最初に患者の年齢や主訴を教えてもらう。そこからFactを上げ、まず、それだけの情報から鑑別診断を考え、チューターに告げる。次にそれらの鑑別診断から診断を確定するために、チューターに対して患者に質問するように問診を行い、必要な情報を聞く。問診の順番はComplaints and Present History・Past History・Family History・Patient Profile・Review of systems となっており、それぞれの項目ごとに聞き漏らさないことを確認し、チューターに次の項目に進むことを告げる。この問診を終えると診察と検査について考えるが、診察したいこと・検査したい内容を先ほどと同じようにチューターに聞く。以上の情報から最終的な診断を確定し、チューターに告げてone on oneは終了し、チューターからフィードバックを受ける。

One on one の長所:

- ・チューターと一対一なのでグループで行うPBLと異なり、自分一人で問診から診断までの全ての過程を網羅しなければならないので緊張感と、実際に自分が患者に向かい合っているような臨場感のあるセッションであること。
- ・聞きたい情報を患者に問診する形でチューターに尋ねるので、模擬患者に対面するときに練習になること。
- ・尋ね方が適切でない場合は即座に正しい言い方に訂正してもらえること。
- ・一対一の緊張感で聞かないといけない情報を忘れたり、鑑別診断を上げ損ねたりするが、フィードバックの際に指摘してもらえるのでone on one中に忘れていたことも、その場で即座に納得し、身につけることができること。

One on one を通して学んだこと(1グループに三人の学生がいるので3ケース用意されているが、私のone on one のケースについて)

< present situation >

34歳女性が突然の、左前胸部痛を訴え、救急外来を受診。2週間前に交通事故で脛骨の中央部分を骨折している。

- ・One on one では、チューター用にガイドがあり、present situation を聞いて、

hypotheses を挙げ、clinical date base ・present history・past history・family history・patient history・patient profile・rebiew of systems ・physical examinations・investigations を患者さんに尋ねているような口調でチューターに聞くが、そのとき、想定される質問を確実に尋ねることができたかどうかをチューターがチェックしてくれている。そのガイドを one on one の評価・アドバイスの際に見せてもらったが、聞き逃している点、考えきれていない点が多々あったことが認識でき、どの点を自分はよく身につけられていないのかがよく分かった。

13:30 PBL

PBL の内容について

この症例はデング熱についてであった。数日間にわたる医師の行動と考えに沿って作られており、患者は一人だけでなく、三人登場した。後半のページでは、病理学者・CDC も登場し、舞台は診療所から公衆衛生の機関やフィールドにも広がった。公衆衛生的観点から行動すべき疾患に出会ったとき、医師がとる行動に沿って作ってあり、興味深かった。

感想

この症例ではデング熱が扱われたが、2001 年にハワイでも実際にデング熱の発生し、現実に起こりうる事態についての PBL だった。日本でも西ナイルウィルスやマラリア、SARS などの輸入感染症が懸念されているが、実際に日本国内で患者が発生した場合、どのような行動したらいいのかを PBL のケースで学んでおくことはシュミレーションにもなるので PBL のケースに加えて欲しいと思った。

文責： 貞方里奈子

(Day 4 :Thursday, August 12, 2004(UH campus))

8:45 Agriculcure science bill に集合

9:00 Video viewing session

10:00 Preprering for the Standardized Patient Encounter physical examintion exercise
(Biomed T-210,clinical skills lab)

12:00 noon

次の日からの Standardized patient Encounter に備えるための、身体診察の練習日であった。

Video viewing session について

30分間の身体診察のビデオを見た。ハワイ大学の医学部出身の医師がハワイ式の身体診察をおこなっているビデオである。

もちろんだが、全て英語による身体診察のビデオだった。(しかし、日系の医師であったため英語の発音は日本人が聞き取り安いものであった)

中には日本の方法とは異なるやり方で見たことのない身体診察もいくつかあり、勉強になった。

(例)心臓の触診・・・大動脈弁領域、肺動脈領域さらに三尖弁領域、僧房弁領域を右手の尺側部分を使って触診するというもの。

また患者に安心感を与えるように、今何の身体診察をしているのか説明していた。その声かけのフレーズをメモし、後の Standardized patient との身体診察に備えた。

Preprering for the Standardized Patient Encounter physical examintion exercise について

ハワイの学生や医師、計6名による指導を受けながら、自分達で身体診察の練習を行った。

また身体診察と同時に患者さんへの声かけのフレーズも同時に確認していった。

自分なりの身体診察法、言葉かけの方法をつくりあげた時間であった。

長所 自分なりの診察法や言葉かけの方法を模索することができた。日本では OSCE があり、身体診察法も細かく決まっているが、実際の臨床では先生ごとの身体診察法があることを知ることができた。

短所 指導者の数が不足しており、先生から十分指導をうけたメンバーとそうでないメンバーが出てきてしまっていた。

文責： 草場万貴

(Day 5: Friday, August 13, 2004 (Center for Clinical Skills))

- 7:45 出発。Clinical Skills Center へ
- 8:15 挨拶。
- 8:30 Standard Patient Encounter 1 “Helen Clean” case
- 12:15 昼食
- 13:45 一週目を終えての感想 (斉藤先生と)
- 15:00 終わり

Standard Patient Encounter 1 の内容

同じ設定のブースが3つあり、一度に3人の学生がそれぞれのブースに別れて入る。ブースに入る前に、主訴とバイタル、状況設定などの記載されたペーパーを各自で黙読し、読み終えたら入室。今回の制限時間は30分。その間に問診と、必要と考える身体所見をとる。制限時間になり次第、または必要と考えられる診察を終了し次第、退室。その際自分の受験番号をSPに提出。退出後、各自で行なった問診と身体診察を確認するアンケートに記入して終了。

Helen Clean の症例

入室前のペーパーに記載されていた内容

Helen Clean 60歳 女性
左胸痛を訴えて救急部に(運ばれて)来た。
Vitals: BP 180/90 T 37.3 P 90bpm RR 20

終了後のアンケートの内容

問診について以下のことを聞いた(それぞれに yes/no で答える)

痛みの性状は？ 放散する痛みか？ 呼吸困難があったか？ 嘔気・嘔吐があったか？ 動悸があるか？ 痛みの寛解・増悪因子があるか？ 過去に胸痛があったか？ 心疾患の家族歴があるか？ 高血圧・高脂血症などの既往歴があるか？ 薬は何か飲んでいるか？

身体診察について以下の所見を確認した (yes/no で答える)

血圧を測定したか？ 頸静脈の観察を行なったか？ 肺野聴診を行なったか？ 心音の聴診を4箇所行なったか？ Thrill を触診したか？ 下肢浮腫の確認をしたか？

感想

SP(模擬患者:仰臥位、声も絶え絶え)の演技にとっても驚きました。拙い英語で悠長に挨拶を

している場合ではなかったと反省してしまうほど、全身状態の悪そうな雰囲気部屋中に醸し出していた。評価者もブースに同席せず、カメラを通して別室での観察となっており、4年次に受けた OSCE とは比較にならない程の臨場感と評価者に目の前で見られている緊張感とは違った緊張感があった。症例自体の難易度はそれほど高くなく、過去に運動によって惹起される左胸痛(拘扼感)があり、既往歴、家族歴、生活歴のそれぞれが、狭心痛を疑わせるものだった。

良かった点

SPの演技力。狭心症・心筋梗塞の典型的な症状について、肌で感じる事が出来た。
SPとの接し方や、話し方の態度についてのフィードバックをペーパーで渡してもらえた。

×悪かった点

第一印象・問診の内容から心筋梗塞が強く疑われ、その場合は初期治療が肝要。問診と診察に時間をかける設定に違和感があり。問診では決定的な病歴を与えず、原因を絞れないようにし、診察でそれを絞り込めるようにした方が良かったと思う。

文責:藤村 陽都

Day 8 Monday August16, 2004(QQC)

- 8:15 a.m. Depart EWC by carpool for QCC
8:45 a.m. Daily Briefing (QCC 204)
9:00 a.m. Group CPS Practicell“ReikoYamasa” (Drs. Saito, Greene, and 4 MSIs):
Group A: (QCC 201)
Group B: (QCC 202)
Group C: (QCC 204)
12:00 noon Pau Hana and depart for EWC dfsa
7:00 p.m. Open evening

2回目の Group Clinical Problem Solving の説明

2週間目は「PriorStudy PBL TripleJump SP Encounter」という流れを腹部の症候を題材にもう1Cycle やり、ClinicalReasoning の定着と更なる発展にかかった。

先週と同じ Group A~C の3つのグループ(各6名程)に別れ、チューターを交えて行う。やり方自体は先週と一緒に Case の Situation は、日本から娘に会いにハワイへ来た母親が吐気、右下腹部痛を訴えて救急外来に来院してきたというものだった。

今回の Case が一周目の Case と大きく違ったのは、Social Issues に重点が置かれており医学的な問題に加えて実際の診療の場面に出てくる問題を取り上げていることであった。

Case に出てくる右下腹部痛、55歳の母親は先ず(1pg目)、英語が話せなく、娘に通訳してもらっているという、U.S.ならではの展開(実際自分もこのような場面に遭遇していたので印象深かった)で始まる。医者であるあなたが FIFE 方式(下記参照)で患者の全体像捕らえようと Interview したところ、母親は出来れば英語で日本語で話したいと言いつつ、ちょっといつもと違った食べものを食べた上におなかを冷やしたために痛くなったと思っており 診療の費用が心配で、輸液だけでもらって帰りたいという。

診察・肩鎖を行い保存的治療を試み、Laparotomy を行った結果(5pg目)、母親は ColonicCancer であることになったため、告知するべきか・しないべきかが問題となった。ここで面白かったのは、Group で告知するかしないかを決めて、Group の決断によって Tutor に渡される紙(紙は2種類用意されており、告知した場合、告知なかった場合の家族の反応がそれぞれ記されている)が変わるということだった。

Case の最後の一枚は同じで、患者の(癌の)治療前評価とケモ1Cycle を終わったということが書かれており、患者が日本で残りの治療をしたいと希望したため、日本にいる同僚の医者に治療をお願いしたところで Case は終わっている。

2週目の GroupCPS の意義

“ReikoYamasa Case”

2週目にもう一度 GroupCPS をすることで、を通して、患者の情報から Hypothesis を上げ、これを加味して順序だてて情報を集め、Hypothesis を検討して、また情報を集め診断・治療を下し、これと平行して LI をあげてゆくというながれを参加者のなかで定着できたとおもう。また、今回は2

Cycle 目ということもあり、より ThinkAloud を実行して、Discussion を活性化させて診断・治療上・主な病態生理に関して自分たちがどこまで知っているか、いないかをより明確化でき Hypothesis にあげた疾患一つ一つの Possibility (High/Low/unknown)を吟味できたようにもった。

又、患者の精神状態、生活、医療上の期待を不足なく捉えるための FiFe というものを学んだ。FiFe とは Feeling,Ideas,Function,Expectations、と患者の現在何についてしんばいしているのか(診療費)、何が起きていると思うのか(食中毒などによるちょっとした腹痛)、疾患がどう自分の行動に影響を与えていると思うのか、また医療者に何を期待しているのか(初期治療をしてなるべく早く帰してほしい)、とより患者を個人として把握するための Interview 時に用いる方式の一つである。これも、診療において解決すべき問題を提示してくれる重要な作業で、SP さんに対しても聞くべきことがらであり、又あとにでてくる BadNewsTelling も同様である。

今回の TJ の長所 & 短所

長所: ・2 Cycle やることにより CPS を定着させることが出来ることがよかった。

- ・SocialAspect も入っていて外来・SP Encounter などで診断・治療に目が目がいって忘れがちになりそうな Problem を捕らえていてよかった。
- ・Reality があり心に残りやすい Case だった。

短所(よりよく出来た点):

- ・2回目ということもあり、今回 Step2,3 をやって、実際 ProblemSolving を行ったほうが CPS を完結できたと思われる。
- ・Fife の方式を実際、事前に教わって、1枚目を見る前に試せたほうが、定着させられたと思われる。
- ・最後、患者の治療に関する具体的な記述にかけていた。個人的には、化学療法 の引継ぎを如何にしてるのか、実際行われているのか etc.について知りたかった。

文責: 西村泰亮

Day 9 Tuesday August 17, 2004 (QCC)

- 8:15 a.m. Depart EWC by carpool for QCC
- 8:45 a.m. Daily Briefing (QCC 203)
- 9:00 a.m. "One-on-one" CPS Practice II (Drs. Saito, Greene, Yamada, and 3 MSIs):
- Group A: (QCC 201)
 - Group B: (QCC 201)
 - Group C: (QCC 202)
 - Group D: (QCC 202)
 - Group E: (QCC 204)
 - Group F: (QCC 204)
- 12:00 noon Pau Hana and return by carpool to EWC

2回目の Triple Jump (one-on-one Clinical Problem Solving) の説明

今回は今週のテーマである Abdominal Pain だ。先週と同じ Group A~G の6つのグループ (各2 - 3名) に別れ、1人1Case ずつチューターと一対一で行う。やり方は PBL のように Problem・Fact をあげ、Hypothesis を考え、問診・身体診察・検査 (やる順番も考える) を答えチューターに所見を尋ね、その回答からより相応しい Hypothesis を絞っていき Diagnosis に至る。時間は一人 35 分間だったが、Hawaii の学生は 15 分で行っていると言う。前回先生がチューターだったグループは学生がチューターに、前回学生がチューターだったグループは先生がチューターになることによって、全員が両方を体験することができた。先生による Triple Jump はより Hawaii の学生が体験している医学教育に近いだろうし、学生によるものは同じ年齢層の Hawaii の医学生と Case を通じて知る機会となり、両者とも有意義だった。

各々3つケースの紹介とそこから学んだこと

私のグループは Lana Arakaki (JABSOM の学生) がチューターだった。

1 つ目は 23 歳女性の Low Abdominal Pain (2days) で ER 受診した症例だった。Hypothesis には Appendicitis Small Bowel Obstruction などの他に Ectopic pregnancy など妊娠によるものを考える必要があった。また、妊娠を疑ったときの問診事項 (・Sexual activity ・Contraception・Last period) についても チューターから Advice があった。結局 CT や X-ray の所見から Appendicitis が診断されたが、若い女性の下腹部痛は Pregnancy も視野にいれなさいと注意を喚起された症例だった。

2 つ目は 58 歳男性で Upper Abdominal Pain (2days) で ER 受診した症例だった。黄緑色の液体を吐いたと言う。Hypothesis には Cholecystitis や Pancreatitis があがった。画像診断などから結果的に Pancreatitis が診断となったが、Sit Forward で軽快することや 日常的な飲酒歴があり一昨日の晩に大量に飲酒したことがヒントになった。生活歴を聞くときは・Smoke・Alcohol・Drug を忘れてはならないと チューターが強調していた。ちなみに Drag は麻薬など

の薬物のことでアメリカ社会では必須の問診事項だという。

3つ目は40歳男性で Right Flank Abdominal Pain(2days)で ER 受診した症例だった。私の番だった。Urinary tract obstruction by Stone や Cholecystitis Pancreatitis TraumaなどをHypothesis にあげた。「Think aloud」と思いながらもその場になると挙げられないものだった。痛みが Too severe になったり Moderate になったりしていたので 尿路結石を疑ったものの決定的ではなかった。Radiation について問診しておきながら、Radiate to Penis を聞き取れないまま先に進んでしまい、尿路系の問診(尿の色・排尿頻度・排尿痛の有無)を忘れてしまい、問診から得られる情報に大きな口スガでた。文字を見て理解できる英単語も発音されると全く解らなくなることを痛感した。そして解った振りをして聞き流してしまうことの恐ろしさを知った。結局 画像所見などから尿路結石の診断に落ち着いた。前回に比べれば慣れたものの、Triple Jump は1対1で逃げられない為 緊張感があった。今日の TJ で学んだことを明日の SP につなげたい。

今回の TJ の長所 & 短所

長所: ・流れとしては PBL と大体同じであるが、1対1で Interview し判断していく過程は SP や臨床現場に近い。逃げられないので緊張感も PBL よりはるかに高い。よって PBL から順調に SP 導入するのに役立つと思った。

- ・鑑別診断を挙げ情報収集から診断に至るまでの臨床の過程を 口頭で容易に疑似体験できる。問診の練習にもなる。
- ・ケースに基づくので 記憶に残りやすい。

短所: ・1対1なので実際に行うにはチューターの確保や、多数の症例のプールが必要。

- ・ヒントの出し方や進め方など チューターによって違いが出てくるだろう。より良いものを見つけていくためには 多様なやり方を試していくのは有用であると思うが、一方で統一はしにくく評価に使うには何らかの工夫が必要になるかもしれないと思う。

文責: 伊東千絵子

(Day 10: Friday, August 18, 2004 (Center for Clinical Skills))

7:45 出発。Clinical Skills Center へ

8:15 挨拶。

8:30 Standard Patient Encounter 2 “Brian Case” case

12:15 終わり

Standard Patient Encounter 2 の内容

Standard Patient Encounter 1 と同様。

Brian Case の症例

Brian Case 49 歳 男性
三ヶ月前からの腹痛

終了後のアンケートの内容

問診について以下のことを聞いた(それぞれに yes/no で答える)

どのような痛みか？ どこが痛むのか？ 放散する痛みか？ どのくらいの期間か？ 同様の痛みの経験があるか？ 嘔気・嘔吐があったか？ 便秘・下痢はあったか？ 黒色便があったか？ 痛みはいつ起こるか？ 痛みの持続時間はどのくらいか？ 痛みの寛解・増悪因子があるか？

身体診察について以下の所見を確認した (yes/no で答える)

聴診 触診の順で診察を行なったか？ 最初は浅く、次に深く腹部の4つの quadrants を触診したか？ 反跳痛を確認したか？

感想

「Standard Patient Encounter 1」の時ほど緊急性は無いようで、表情もそれほど苦しい様子は無し。(動けないほど痛いとは言っていたが…) おかげで慌てることなく問診、診察を行うことが出来た。3ヶ月前からの腹痛との事で、問診からは胃・十二指腸潰瘍が疑わしいと思ったが、体重減少もあり悪性疾患の可能性も匂わせており、本人も叔母が40歳の時癌で亡くなっているので「不安」との事。診断を目的にしつつも、SP の不安に対するケアも考えなければならず、考えること、話すことの多い症例だった。

良かった点

「Standard Patient Encounter 1」と同様、個室でSPと1対1で行なえる点、SPも評価者であり、彼らにも責任があるという点は良いと思う。

症例も適度に悩まされ、勉強になる内容だった。

× 悪かった点

n.p

Day 11 Thursday August20, 2004 (Center for Clinical Skills)

- 7:45 a.m. Depart EWC by carpool for CCS
8:15 a.m. Daily Briefing
8:30 a.m. Standardized Patient EncounterIII(20minutes/2patients,videotaping)
"Greg Lock" "Christine Hino" cases
12:30 noon Pau Hana and depart for EWC
6:30 p.m. Carpool from EWC to Oceans Club,Resturant Row

2回目の Standardized Patient Encounter の説明

今日はこの2週間かけて学んだ胸痛、腹痛に対してSPさん2人を通し、実際試して見るというものであり、この2週間の集大成を示す場であった。やり方は先週と同じだが、2人続けて診ることがあり、こころの整理がつけ難いところがあった。この方式は、次から次へと患者がやってくる、外来に似ていて、さまざまな症例に対して、すばやく必要な知識を整理し引き出す練習になってよかったと思われる。

1)Case1 :Greg locke

このCaseは59歳男性、高脂血症・高血圧持ちの患者さんで狭心症様の胸痛を主訴に来院された患者という設定だった。しかし、来院時点、痛みがあったわけではなく、胸痛が反復性に出てきているために、不安になって来院されたという設定である。ここで、少し、意表を突かれた。

それでも、前回のSP Encounterと違い、来院時痛がなかったことと2回目ということもあって結果的には落ち着いて問診できた。痛みは6ヶ月前 Golf中に痛みが出現し、週2~3回くらいでくるといふもので、5~10分で収まる締め付けるような性状の痛みであるということ、制酸剤は効かなかったとの事で、既往歴としては5年間高血圧、高脂血症があり、父親が心臓病で死んだというものだった。生活歴としては、一日1パック30年間吸っており、酒は日に3杯飲み、卵をたくさん食べるということだった。身体所見には特に異常はなかった。

個人的には、問診をのんびりやりすぎて、身体診察・アセスメント&プランが十分に出来なく、時間配分が大切であると感じさせたCaseであった。特に時間がハワイの学生が普段与えられているものより長いので、出来れば、患者の(SmokingCessation,LifestyleChangeなど)までできるようにしたいとやり終わったときおもった。現在、日本に帰ってきて街中の循環器内科を回っているが、短い時間で問診から検査・診断・指導と治療までを他の多数の患者診察を間に交えながら行っていて、短い時間で問診から診断までもって行くのを練習するのは大切なトレーニングだと思った。

2)Case2:Christine Hino

次のCaseはChristineHino 22歳女性でバイタルとしては微熱があり、痛みとしては、下腹部痛で右側の鼠径部に放散するようなものを訴えてきた。

一時間前ジョギングをしていたら痛み出したらしく、痛みは今回が初めてで、持続的で鋭く、また筋肉痛のような感じであるという。うずくまると楽らしく、ベッドに横たわった状態で診察した。痛みに効くような薬剤はなく、本人家族ともに健康で、5週間半前くらいに前に最終月経があったということである。

月経の問題を含めた婦人科特有の質問なども含めて、この Case では聞かないといけなかったものでよかったと思った。

今回の SP Encounter の長所 & 短所

長所:

- ・SPさんを通して、情報収集～診断までの過程を試せたのがよかった。
- ・特に Interview の情報は患者さんが述べる順序が整理されてないので、自分の中で整理する勉強になる

短所:

- ・SPさん、あるいはビデオ室で見られている先生から Feedback がその場でもらえない
このてん PBL 型式の方が、学びという点で有利であると思った。
- ・待ち時間の差が人によって出てきたりすること
- ・最終的な、疾患名・見られた筈の所見をいただけたほうがよかった。

文責: 西村泰亮

(Day 12 : Friday, August 20, 2004 (Queen's Conference Center))

8:45 QCC 203に集合

9:00 Video Viewing Session (Drs Saito,Green,Yamada)

11:00 Evaluation and Feedback

12:00 Concluding remarks

12:15 noon

Video Viewing Session について

前日の Standardized patient Encounter で腹痛で一例、胸痛で一例ずつ患者を身体診察したがそのとき撮ったビデオを鑑賞し、Mr. 山田と Mr. GREEN にフィードバックしてもらった。

客観的に自分のとった身体診察が確認できた。Mr 山田のセッションでは医師の立場からのコメントをいただいた。何の鑑別疾患を思い浮かべながら問診、身体診察をとったのか随時ビデオをとめ、本人に質問をしていく。また医学英語を患者に使っている場面があれば、簡単な言い回しを指導していただいた。また Mr.GREEN のセッションでは医学教育者の立場からのコメントをもらった。いくつか問題を提起され、自分達で思考するように促された。その中の一つが問診の質問事項が頭に浮かんでこないときどうするか？であった。問診した内容をまとめてみると、頭の中が整理されるというアドバイスをもらった。

長所

・ビデオを見て、自分では気づかなかった問診、身体診察の穴を先生に指摘してもらえたのはよかった。

・また人の身体診察のビデオを見ることでも、勉強になった。英語の言い回しや質問内容などよいと思った表現を盗む良いチャンスであった。

短所

・始め二つの班に分けたのだが、もう一つの班のメンバーの身体診察のビデオが再生され、一回一回そのメンバーを呼びにいったりした。このように録画されている順番が予想していたものと異なり、途中混乱を招いた。結果として一人二本とったビデオのうち一本ずつだけ見ることにし、最初とはまた別の二つの班にわけなおした。

・Dr. GREEN と Dr. 山田の二人からアドバイスがもらえればさらによかったと思う。

文責：草場万貴

ワークショップに参加して

Workshop ” Learning Clinical Reasoning ” の 感想

医学科5年 2000007 伊東 千絵子

「診断し、Planを立て、患者に説明し Co medical の方々に指示を出す」というのは、他の業種に代わってもらえない、医者の仕事の中でもっとも大切な部分の一つである。特に米国では co medical の細分化・専門化が進み、上記のような医者の役割が顕著になったと聞いた。

この2週間で印象深かったのは、上記のような医者の能力を育てる 系統だった学習法を体験したことだ。

臨床科目の講義に変わるものとして PBL を、OSCE の一環として SP (模擬患者に対する医療面接) を それぞれ佐賀大学で体験してはいた。別個の物として捉えていたが、それぞれ良い勉強になったと思う。しかしそれに一対一版 PBL のような TJ をいれ 症候学ごとに (text book ” Primary Care Medicine ” の通読) PBL TJ (身体診察の練習) SP の順に体験すると、一貫性があり スムーズに SP までたどり着き、その先に臨床現場での医者の診断・計画・説明能力が見えていたように思えた。

PBL は佐賀大学で経験していたものと 大体同じであった。Fact・Problem をあげ、Hypothesis を列挙し、勉強すべき点と思われるものを Learning Issue として書き出す。新鮮であったのは、患者について知りたいと思うもの (Need To Know) をただ書き出すだけでなく、問診・身体診察・検査 (低侵襲なものから) を必要な場面でチューターに聞き出す点だ。患者さんへの Interview、必要箇所を注意しながらとる身体所見、検査のオーダー出し を疑似体験しているようだ。そして 聞き出すことによって、もしくは配られた Page によって、新しく得られた情報をもとに、最初にあげた Hypothesis を吟味していき、Diagnosis に到る過程を 体験する。

TJ (Triple Jump) は一対一で PBL をしているようなものだ。一人で Fact・Problem をあげ、Hypothesis を列挙し、問診・身体所見・検査所見を チューターから聞き出しながら、診断していく。ただ、より SP や臨床での患者診察に近いと思われるのは、一対一であるため 自分の分からない点から逃げられないこと と 15 - 30 分程度に時間が限られていることと思う。医者として大切な決断力も培われる気がする。この新しい手法を体得すれば、PBL よりも気軽に (PBL は 5 - 6 名で 2 時間くらいかかるし、意思疎通のためホワイトボードも必要になる) 診断とその為の情報収集をトレーニング出来ると思う。仲間内の勉強会で試してみたいと個人的に思っている。

SP では挨拶・手洗いやから始まり、Interview・身体診察・Plan の患者説明 まで一貫して行われる。PBL や TJ のように Fact を挙げたり、Hypothesis を口に出したりは決してしない。しかし それらを頭に描くことの大切さを ここで痛感する。Fact があるから

Hypothesis があがり、Hypothesis があるから 鑑別のために知りたい情報が明確になり、漫然とではなく 適切な Interview&PE を初めて行うことができるのだ。SP に対して構える必要はない。TJ と同じように思考できれば、あとは、患者さんに直接問診して、自分で所見を取って、チューターに聞く代わりに情報を集められれば、SP が自然と出来てしまう。もちろん、SP は生身の人間である。よって接し方が紙上の人間と同じでいいはずがない。胸を押さえ苦しそうに横たわり「Can You Help Me? 」とかぼそい声で助けを求める SP (皆さん名優でした) と 狭い診察室で向き合わされる緊張感は 何とも言葉にし難い。動揺していてもそんな様子を見せられないし、必要に応じて励ましの言葉も掛けなければならぬ。話し易い問診の持って行き方や 配慮の行き届いた PE も 情報収集のひとつだ。実際の患者診察により近い形で学べる SP はとても有意義で、まだまだ学ばねばならないことの多さを痛感させた。

今回は叶わなかったが、この流れで Hawaii の診療現場を少しでも見学させてもらえたら、よりよかったと私は思う。そのほうがこの Workshop の Goal である Solving clinical problems in our clinical clerkship and future training のイメージが湧きやすかったと思うからである。というのも、米国の診療現場のほうが、キレイに頭の中で Hypothesis をあげ、Need to Know のように理由付けしながら問診&Exam をし、Hypothesis を吟味しながら診断しているように 私が勝手に想像していたからに過ぎない。きっと、教育が臨床現場を作り、臨床現場がそこに至る教育を形作っている ように思うからである。

必ずしも日本の臨床現場で このような思考が見られない訳ではない。研修医との会話の中で鑑別診断を尋ねられることは多々あるし、SOAP のカルテの中に垣間見ることもしょっちゅうある。しかし実習の中で珍しい手技の見学に奔走していた感も否めない。折角 Hawaii まで行ったのだから Problem を明確にし、Hypothesis を挙げ、考えながら行う問診&PE で Hypothesis を吟味しながら診断し Plan を立てる “Clinical Reasoning” を心がけるようにしたいと思う。

あとこの Workshop で有意義であったのは Hawaii の学生や日本の他大学の学生と一緒に学べたことだった。Hawaii のリソースセンターには教科書が充実し、学生が常に立ち代り勉強していた。週に 2 ケース進むので、週末も勉強にあてているという。ハワイの学生に何度かチューターしてもらったが、知識の多さだけでなく、グループを導くのにも長けていた。日本の学生も 各々高いモチベーションを持っていて十分に刺激をうけた。「Study Hard! Play Hard! 」のメリハリの利いた毎日と一緒に過ごせて幸運だった。忙しい中 私たちを多方面でサポートしてくれたハワイの学生たちに感謝している。

Workshop を作って下さった先生方、Hawaii でお世話になった全ての方々、このような機会を与えてくださった佐賀大学の先生方 本当に有り難うございました。

青い海、青い空のもとで勉強できたこの二週間は私にとってとても貴重で素敵な体験であった。

そもそもこの WORKSHOP に参加した目的は英語に対する自分の恐怖心を打破することだった。正直な話、英語で楽しくおしゃべりするのは好きだが、それも中学生の英会話止まり。医学を英語で勉強するには抵抗があったし、病院実習で強いられない限り論文を英語で読むなんてことはしたことがなかった。

大阪医科大学、自治医科大学、浜松医科大学、佐賀大学四つの大学から 17 名の学生が集まった。まずは ice breaking として、英語での自己紹介。いきなりの英語での自己紹介に内心緊張した。名前、所属大学、趣味、WORK SHOP に参加した目的、将来進みたい科などを簡単にひとりずつ自己紹介して私たちの WORK SHOP は始まったのであった。

期待と不安で入り混じっていた初日。まわりの学生の英語力も気になった。それくらい英語の恐怖心が大きかったのか。

その後三人の先生方のお話。ハワイの教育は実際に体験させてみる。見てるだけでなくまず自分でやってみる。そして考えたことを口に出していってみる。これがハワイ式なのであるということだった。見てるだけ聞いているだけの日本の教育とは違うと思った。また Dr. Yamada からユニークな提案があった。「WORK SHOP 中だけは先生と呼ぶのはやめて名前で言い合おう」という提案である。それから私たちは三人の先生方を名前で呼ぶこととなった。これは日本ではありえないことである。(もしかしたらハワイでもないことかもしれないが。) 三人のスタッフを「Nakaya」、「Gordon」、「Seiji」とフランク呼ぶだけで、距離もグンと縮まるような気がした。そして実際とても心地よい距離感であった。それは慣れなれしいのとも、友達というのとも違う、心地よい関係である。肩でもぽんっと叩けるようなそんな感じの関係だ。WORK SHOP ではそんな雰囲気を作ってもらって嬉しかったし、その雰囲気がとても好きだった。

三人のスタッフのお話の中でも印象的だったのが「Gordon」の「Study a lot, Play a lot, Think aloud」この言葉は衝撃的であった。そして私はこれをこの WORKSHOP の目標にした。

そして目標の一つである Think aloud を大いに体験できたのが One - on - one である。One - on - one とは その名のとおりに一対一で患者の情報を伝える役、医師役の二人で行う

ものである。医師役（学生）が患者の情報を伝える役（スタッフ）に質問して情報を引き出す。質問しないと情報を教えてもらえないことになっている。頭を使って質問を考え情報が集めないと、最後の診断に辿りつかないのである。

日本語ではなく英語だったので、つまったりもした、なかなか思うように情報を引き出せなかったときもあった。しかしスタッフの上手な誘導で、自分で思考作業を行い診断をつけることができた。しかも実際の臨床の場で使える思考回路であるので、臨場感もあり、ゲーム感覚でとても楽しく真剣に勉強できたように思う。私たちの体験した One - on - one は実際のハワイ大学で行われているものとは少し違って、より簡略化されてはいるらしいが本当にこれは頭を使うよい訓練となった。

オリエンテーション、PBL、ONE ON ONE+PBL、身体診察の練習、SP さんとの身体診察という順で一週目を終え、二週目は一週目と同じような流れで進んでいく。PBL、ONE ON ONE、SP の身体診察、そして最後にビデオ撮影をおこなったの SP の身体診察という流れである。

一週目で本当に大きく成長したように思う。何よりそれが顕著に現れたのが二週目の始めの PBL。英語での議論が明らかに一週目と比較して活発になった。書記係りが紙に書ききれないほど仮説や NEED TO KNOW があがった。それを仲間同士で実感して喜んだ。

二週目に入る前くらいから皆の顔がどどんいいきいとしてきたように思う。いい顔をしていた。（だんだんと顔が真っ黒になっていく仲間もいたが）私自身初日にあった不安は、二週目ともなると消えていた。代わりにより緊張感や刺激で満ち満ちた。いつまでも英語に臆病になっては上手にならないと一週目の途中で思ってから、WORKSHOP 以外の時間にも積極的に英語を使う環境に身をおくことにした。わからないことがあってもわかったふりや、英語のできる友達に翻訳してもらうことはやめた。自分で理解してわからなかったらもう一度わかるようにいってもらおうという気持ちになっていた。うまくなりたいたら、自分でやってみないと。基本は実践型のハワイ方式と同じ。この姿勢が大事だということを身を持って実感した。

振りかえってみてこの二週間を象徴するぴったりの言葉「Study a lot, Play a lot, Think aloud」のとおり本当に二週間よく遊び、よく勉強した。そしてよく考えた。頭を使って考えることがとても大事なことを本当に痛感した。また以前より英語で教科書を読む抵抗もかなり減り、医学英語のボキャブラリーも増えたと思う。そして何よりも同じ日本の大学で医学を学び、頑張っている仲間ができてとても心強く思う。

また来年、夏暑さを感じる頃、ハワイの暑さを思い出し懐かしくなるだろう。

ハワイ式の医学教育が学べたこと、「GODON」「SEIJI」「NAKAYA」、たくさんのスタッフ、ハワイの学生たち、17名の仲間と出会えたこと、そしてこれからの自分に必要な姿勢を

多く学ぶことができたことがとても嬉しい。

ハワイで得た宝物

医学科 5 年 2000044 貞方里奈子

‘Study hard, play hard!’ この言葉を実践したハワイでの二週間は、毎日が学びとハワイを満喫することに溢れていて、寝不足な日々だけれど言葉ではいい表せない充実感に満ちた日々だった。日本に帰ってからは、今までになく、学びを楽しむ自分を実感できた。それは、先生に教えてもらうのを待つ受身の姿勢ではなく、積極的に自分から学びに向かい、周りの人と切磋琢磨を実践することの楽しさをハワイでひしひしと実感できたからだと思う。

この切磋琢磨の姿勢は、同じ学生の間で感ただけではなく、このワークショップを上げてこられたチューターとの間にもしっかりと存在していた。ハワイでの初めてのオリエンテーションで一人のチューターが ‘First-name basis is comfortable for me.’ とみんなに言われたので私たちはチューターのことを ‘Yamada Seiji 先生’ などとは呼ばず、 ‘Seiji’ と呼ぶようになった。この ‘First name basis’ は日本で教育を受けてきた私にはいくらかの抵抗があった。そんなとき、私は assignment を提出するために Nakaya にメールを送ろうとしてふと悩んだ。面と向かって話をするときは ‘Nakaya’ と話しかけていたが、メールを送るときに呼び捨てにするのはあんまりだろうと思って、私は ‘中哉先生’ と切り出してメールを書いた。 ‘Nakaya’ はいろいろな仕事で忙しいから返事がくるのは一ヵ月後くらいかな、とのんびり考えていたところに、返事が即座に返ってきた。内容は assignment についてではない。 ‘中哉先生’ と宛名に書いたことへの返事だった。そこには、 ‘もしたった一つだけしか学んで帰ることができないとするならば、この first-name basis を学んで帰ってほしい’ ということと、その精神がどのような力を発揮するのが 2 ページにわたって綴られていた。 ‘First-name basis の習慣は自己の解放と創造と成長を生み出してくれる。水平的な場で出会って形成された人間関係は生涯続く。’ と Nakaya は私にレッスンをくれたのだった。だが、そのとき私はその内容を理解できなかった。それよりも、なによりも私が宛名に ‘先生’ の二文字の漢字をくっつけただけで、こんなに熱意にあふれる返事をくれる Nakaya の、ワークショップへの意気込みを強烈に感じた。それに私たち 17 人をまとめてではなく、一人一人として大切に見てくれていることへの感謝の気持ちが私の中で湧いてきた。その Nakaya の熱意に負けないように ‘First-name basis’ の意味合いは依然理解できていなかったものの、チューターの先生を First name で呼ぶようにし、勉強に励んだ。

そうやってあっという間に 2 週間が過ぎたのだが、今振り返ってみてその ‘First-name basis’ の効力が理解できる。ハワイでの私たちの学びの姿勢は切磋琢磨だった。日本の講義のように一方的なものではない。ハワイでは学生もチューターもお互いに積極性と学びの姿勢で高めあえたように思う。

それというのも、‘ First-name basis ’ の大切さを Nakaya が伝えてくれたからだし、お互いに学びを楽しみあいながら、議論しあいながらお互いに向上しあえる仲間がいてくれたからだと思う。このハワイでのワークショップで身につけた、周囲の人と切磋琢磨しあいながら学ぶ姿勢は、生涯の宝物だと思う。

ハワイでワークショップに参加する機会を与えてくださったことに感謝してもしきれません。佐賀大学医学部の先生方、ハワイ大学の先生方、本当にありがとうございました。

今回の「Clinical Reasoning」WorkShop を通して臨床の場でどのように実際、推論しつつ診察を進めていくのかを学ばせていただき、いろいろと目を開かせていただき、とても感謝しています。

まず、「Clinical Reasoning」とは何か。何故、重要なのか。学生として医学を学んでいて、どのような形で自分の学んだことを実際使うかが分かりにくい。そのため、知識をどのように整理したらいいのかも見えてこない。

今回は、胸痛・腹痛をテーマに PBL:Group で Reasoning を行う TripleJump:個人で Reasoning を行う SPencounter ~ Real-time で Clinical-Reasoning を行う、という3ステップを实际やってみることで、主に外来・初診時で既往の比較的少ない患者を通して、症候学をベースにどのように知識を整理し用いる「Clinical Reasoning」といものを学んだ。まずステップごとにその意義を見直して見たいと思うが、ワークショップでは「Clinical Reasoning」

以外にも学ばせていただいた事柄があるので、後に述べたいと思う。

まず についてだが、ここで、順序ある程度を決めて 1) C.C., 性別・年齢・その他 Facts から Present/Impending Problem、DDx をあげ 2) PMI PMH . . . と、(患者役も兼ねているチューターに) 質問し情報を引き出すという作業がとても勉強になったと思った。このことにより、自分が患者に実際行わないといけない質問を聞き、そして得た答えにを元にまた質問をし、患者の答えにより、DDx であげた疾患の一つ一つの Probability を吟味していくことができた。

とくに の形式が特によいと思った理由は、1) もれの少ない DDx 全部を常に意識して Clinical Reasoning が行える事 2) 順序だてて聞くことにより情報収集の漏れが少なくなることだった。また、チューターの効果的な質問により、自分が挙げた DDx や患者に対する質問の妥当性を考えさせてくれた。

又 DDx の Probability のちゃんと考え吟味をするように施され、質問に漏れがあったらその場で Feedback をもらい病態についての理解があるかをチェックしてもらえることで、自分を導いてくれて、足りない部分を気づかせてくれたのがよかった。

については時間制限があり、胸痛で非常に苦しんでいる患者が目の前にて、順序どおりに質問をし DDx を考え、一つ一つ吟味するという事がなかなかできないということに戸惑った。また、例えば苦しんでる患者さんに対して、速やかな問診、と必要な身体診察をするのがなかなかだいへんだった。体位変換一つするにも SP さんが喘ぎ、戸惑ってしまった。SP さんを通して、医者として責任のある身になる前に現実に近い条件で自分が

どこまで患者をいたわりつつ、侵害をなるべく加えずにしっかりと診察できるかを試せるのはとても有意義だった。

Workshop のカリキュラムはとてもよかったが、自分にとって同じくらい大切だったのは、他大学の先生方、Resident、学生に会えたことだった。医学部に通っていて、見えないのは、ほかの学生がどこまで知識を身に付けているものが、

どのような目標を持っているのか、また先生方や Resident どのような Career を選択枝しているのかである。今回の WS

でよかったのは、このような事柄にも互いに触れられたことである。離島に行く人、外科に復帰した人、研究をしようと思っている人、といろいろな人に会えた事によって、切磋琢磨するだけでなく、自分自身の医療者としての道の選択の幅を広げ、また明確化できたと思う。

さて、WS を終えて帰ってきた今こそが、WorkShop で学んだことを活かして成果を出せる場である。今まで、実習で新しい手技とそれぞれ出会った患者の疾患の理解を深めるのに時間をかけているが、上記の process をとおして Problem の明確化、解決をしていって見たいと思う。また今回の WS で学んだ「学び方」を機会があればチームラーニングを通して実践し、伝えられること伝えたいと思っている。

最後に、WS を可能にしてくださった先生方、ハワイの学生をはじめ、WS に関ったすべての方々、この WS に参加させてくださった先生方、本当にありがとうございました。

ハワイ大学 LCRワークショップに参加して 医学科 5年 2000070 藤村陽都

8月4~20日、およそ2週間の期間でハワイ大学での「LCRワークショップ」に参加してきました。私が参加した動機は、佐賀大学のPBLのモデルとなっているハワイ大学のPBLを見てみたいという好奇心と、少なからず感じていた英語で医学を学ぶ事への必要性、そして何よりも大きかったのが今回の佐賀大学生のお世話をしていただいた青木先生の「知らないものと交われ」という言葉でした。

WSの主な内容は、5-6人グループのPBL 1on1のtriple jump SPへの問診と診察、でした。それぞれに対する私個人の感想を以下に述べていこうと思います。

PBL

「ファクトを抽出 ファクトからプロブレムを抽出 仮説を立てる Need To Know 診断」という流れは佐賀大学の場合も殆ど同じでした。違いは学生とチューターの Reasoning に対するこだわりでした。PBLに臨む前にある程度の症候学の知識があれば、鑑別診断を考えることが出来、仮説もそれなりに立つのですが、その先の Need To Know にむけての Reasoning の過程で知識を試され、また思考のプロセスを試されるのだと感じました。

1on1 TJ

ハワイ大学では、一つの試験として取り入れられているということでした。PBLはグループで症例に臨むので、各個人レベルでの学習課題がぼやけてしまいがちですが、TJはチューターと1対1という状況で、仮説からラーニングイシューまで全て自分で考えることで自己学習課題が明確になるという利点があり、他の学生がその様子を見学することによってグループ学習と似た効果をも持つと思いました。

2度のTJで、私は学生(Cody)と先生(Nakaya)の両方のチューターを経験しました。TJ前後のコメントはやはり学生よりも先生のほうが内容も豊富で分かり易かったのですが、どちらにも十分満足することが出来ました。特に学生が学生のチューターをすることはチューターをする学生にも良い刺激にもなるのではないかと感じました。

SP

実際のPTに遭遇したかのようなインパクトがあり、苦悶表情、反挑痛、さらには筋性防御まで演じる熱意に驚きました。お陰で私もその気になれたはずでしたが、自分の英会話の能力の限界と、限りなく現場に近い状況下で、頭で理解していることを要領よく行動に移すことの難しさを感じました。プログラム全体の中で、自分自身の問題点がもっとも浮

き彫りになったと同時に、学習意欲が湧く良い刺激になりました。

このWSのプログラムのように学生からのOutputを促す教育方針は、講義に比べ内容的な質は劣ると思いますが、チューターの介入によりある程度の質の維持は可能だと思います。何よりも大切なのは、講義では気付かされない、「自分の知らないこと」を知ることができ、学生が自分自身の目標を立てることが出来る点で能動的であり、それが意欲の向上につながると思いました。

最後に、私達学生の教育に対する労をいとわず情熱を傾けてくださる先生方、そして同世代でありながら、目標になるような学生との、言葉の壁を越えた出会いの機会を与えていただいたことに深く感謝します。

迷ったなら行け！ ~Learning Clinical Reasoning WSに参加して~

医学科5年 2000079 南 千尋

ハワイ研修に参加するかどうか迷っていた。そして参加しないことに決めて、諦めていた。あー・・・でもやっぱり！行くことにした。

私は英語にも医学知識にも、ほとんど自信がなかった。ハワイ大学の学生が佐賀に滞在していたときも、彼らの英語は聞き取れないし、ほとんど話せなかった。単語すら出ない！ハワイの学生がハワイに帰ってから、ハワイでのワークショップまでの1ヶ月間はかなり不安と焦りでいっぱいだった。行きたくない行きたくない・・・。英会話学校に通ったり、医学英語を勉強したり、英語で診察する練習をしてみたりして、少しずつ自信をつけ、何とか逃げ出さずにハワイへ向かった。

プログラム1日目の自己紹介の時点で、やっぱり自分が1番だめだと悟った。みんな堂々と英語で自己紹介しているし。私は何言ったかわかってもらえたのかすら怪しい・・・。でも、もう2週間、できないからってくさっていてもしょうがないし、必死についていくなさ！私が一瞬、殻を破った瞬間だった。

今回のプログラムに参加して1番よかったと思うのは、参加した16名の仲間（もちろん先生方にも、ハワイ大学の学生たちにも、支えてくれた全てのスタッフにもだけれど）出会えたことだ。（ワークショップで学んだことは、他のレポートに書いてあるのでここでは省略させていただく。）貞方さんが最後のパーティーですばらしい書道の腕前を披露してくれたのだが、そこで彼女は“切磋琢磨”という言葉を書いてくれた。わたしはこれだ！と思った。尊敬できる仲間と一緒にいたから、みんなに支えてもらったから、2週間がんばれたし、やり遂げることができたと思う。本当によく学び、よく遊ぶことができる人達で、私はついていくのに必死だった。私は体力に自信がないので遊びは控えたつもりだったが、2週間のプログラムの真ん中の日曜日には熱を出して寝込んでしまったし、夜宿題をしていたときには、寝ぼけてベッドと机を行ったりきたりして同室のあきちゃんを驚かせたりした。私は遊びを控えて勉強しているつもりでも、他のメンバーが自分より宿題の論文を読みこんでいたり、しっかり次の日の準備をしていたりするのを見て、もっとがんばらないといけないと刺激を受けた。みんないつやったのだろう。処理するスピードが全然違うのだろうな。

今回の2週間の経験は一生残る思い出のひとつになると思う。私はたくさんの刺激を受けた。これからは、日本の各地にいる（ハワイにも）仲間のことを思いながら、よく学び（よく遊び）自分の理想とする医師像に近づけるようがんばっていきたいと思う。やっぱり知識が多くて頭の中が整理されている人はかっこいいな。

今回のプログラムをお世話してくださった方々は、本当に大変だったと思います。心から感謝します。ありがとうございました。