

コア・コンピテンス教育に関する調査報告書

平成 27 年 12 月

日本医学教育学会コア・コンピテンス教育委員会

平成 27 年 12 月

医科大学長・医学部長殿

この度はコア・コンピテンス教育に関する調査にご協力いただき、ありがとうございます。昨年度に行った調査の結果がまとまりましたので、お送りいたします。

お蔭様で、我が国の医学教育におけるコンピテンス(コンピテンシー)についての最新情報を得ることができました。これらの情報は全国の医科大学・医学部における成果基盤型教育、コンピテンス(コンピテンシー)の状況を反映しており、医科大学長・医学部長の皆様の今後の道標として活用していただけるものと考えます。

日本医学教育学会理事長 伴 信太郎

日本医学教育学会コア・コンピテンス教育委員会

委員長 高木 康

副委員長 瀬尾宏美

委 員 石井誠一

委 員 泉 美貴

委 員 大久保由美子

委 員 小田康友

委 員 長谷川仁志

委 員 藤倉輝道

委 員 藤本真一

コア・コンピテンス教育に関する調査のお願い

卒業時のコンピテンス(コンピテンシー、学習成果(「アウトカム」))の提示が大学教育で求められ、医科大学・医学部では HP などコンピテンスが公表され始めています。コンピテンスは学習成果基盤型教育(outcome-based education; OBE)における学習アウトカムであり、従来の教育目標(GIO、SBOs)を基盤とした教育とは一線を画するとの考えがあります。そして、前者がプロダクト重視であるのに対して後者はプロセス重視な教育とされています。欧米ではこの OBE のモデルが認知され始め、各国の医学教育ではコンピテンスが提案されています。我が国でも OBE やコンピテンスが一部の医科大学・医学部で導入され始めていますが、我が国としてのコンピテンスは提示されていません。

***コンピテンス:**文部科学省では「キー・コンピテンシー(主要能力)」を掲げ、コンピテンシーとは、単なる知識や技能だけでなく、技能や態度を含む様々な心理的・社会的なリソースを活用して、特定の文脈のなかで複雑な要求(課題)に対応できる能力と定義しています

医師像としては、平成 22 年改訂版モデル・コア・カリキュラムに「医師の資質」として、①医師としての職責、② 患者中心の視点、③ コミュニケーション能力、④ チーム医療、⑤ 総合的診療能力、⑥ 地域医療、⑦ 医学研究への志向、⑧ 自己研鑽、が提言されています。これを(コア・)コンピテンスと考えることも可能ですが、「資質」は生まれ持った能力であり、これをコンピテンスとすることの適確性や検証が必要と考えられます。

このようなことから、日本医学教育学会に設置されています“コア・コンピテンス教育委員会”では、我が国の医科大学・医学部におけるコンピテンスの設定や導入の現状、これに基づく OBE への反映、コア・コンピテンスに関するお考え、さらに平成 22 年度版モデル・コア・カリキュラムに設定された「医師の資質」についてアンケート調査を行いたいと思いますので、ご協力のほど、よろしくお願いいたします。

***コア・コンピテンス:**医療系大学間共用試験実施・評価機構で設定されている「モデル・コア・カリキュラム」のように医療系大学間で共通するコンピテンスをコア・コンピテンスと考えています。

次の質問にお答えください。□に☑してください。また、自由表記の欄にはご自由にご記入してください。

A. コンピテンスについて

1. コンピテンスを設定していますか。

- ☐ 設定している →設問 2 へお進みください。
- ☐ 設定していない →設問 3 へお進みください。

2. 設問 1 で「設定している」と回答の医科大学・医学部にお尋ねします。

2-1 設定されたコンピテンスは公開していますか。

- ☐ 公開している →設問 2-2 にお進みください。
- ☐ 公開していない →設問 2-3 にお進みください。

2-2 設問 2-1 で「公開している」と回答の医科大学・医学部にお尋ねします。

2-2-1 「公開している」手段はどれですか(複数回答可)

- ☐ HP ☐ 学生便覧 ☐ その他()

2-2-2 コンピテンスを設定した組織はどこですか。

- ☐ 教育委員会(学務委員会) ☐ このために設置された専門委員会
- ☐ その他(医学部教育職員で構成された委員会(ワークショップ)で設定し、教授会で承認した)

2-2-3 設定されたコンピテンスの中に以下の項目は入っていますか。(複数回答可)

- ☐ 医師としての職責(プロフェッショナリズム) ☐ 患者中心の視点
- ☐ コミュニケーション能力
- ☐ チーム医療 ☐ 総合的診療能力 ☐ 地域医療
- ☐ 医学研究への志向 ☐ 自己研鑽

2-3 「設定していない」と回答の医科大学・医学部にお尋ねします。

2-3-1 設定する予定はありますか。

- ☐ ある →設問 2-3-2 にお進みください。
- ☐ ない

2-3-2 「ある」とお答えの医科大学・医学部ではいつごろの予定ですか。

- ☐ 2014 年中 ☐ 2015 年中 ☐ 2016 年中 ☐ 2017 年以降

B. 平成 22 年改訂版モデル・コア・カリキュラムでの「医師の資質」について

1. 「医師の資質」の 8 項目についてご承知ですか。

- ☐ はい →設問 2 にお進みください。

☐ いいえ

2. 設問 1 で「はい」と回答の医科大学・医学部にお尋ねします。

2-1 「医師の資質の 8 項目」のうち同意できる事項はどれですか。(複数回答可)

- ☐ 医師としての職責 ☐ 患者中心の視点 ☐ コミュニケーション能力
- ☐ チーム医療 ☐ 総合的診療能力 ☐ 地域医療
- ☐ 医学研究への志向 ☐ 自己研鑽

2-2 「その他」に必要と考える項目がありましたら、記載してください。

C. カリキュラムについて

1. 現在のカリキュラムはどちらですか。

- 教育目標(GIO、SBOs)を基盤としてカリキュラム →設問 2、3 にお進みください。
□ 学習成果基盤型カリキュラム →設問 2、4 にお進みください。

2. カリキュラムの設定の組織をお尋ねします。

- ☐ 教育委員会(学務委員会) ☐ そのために設置された専門委員会
☐ その他 (各教室・診療科での委員会で検討した後、教育員会で討議した)

3. 「教育目標を基盤としたカリキュラム」と回答した医科大学・医学部にお尋ねします。

3-1 「学習成果基盤型カリキュラム」への移行をお考えですか。

- ☐ はい →設問 3-2 へお進みください。
- ☐ いいえ →設問 3-3 へお進みください。(現時点では)

3-2 「はい」と回答の医科大学・医学部にお尋ねします。

3-2-1 「学習成果基盤型カリキュラム」の設定の時期はいつごろですか

- ☐ 2014 年 ☐ 2015 年 ☐ 2016 年 ☐ 2017 年以降

3-2-2 設定した「学習成果基盤型カリキュラム」を1年生に導入するのはいつごろですか。

- ☐ 2014 年 ☐ 2015 年 ☐ 2016 年 ☐ 2017 年以降

3-3 「いいえ」と回答の医科大学・医学部にお尋ねします。

3-3-1 「学習成果基盤型カリキュラム」への移行を行わない理由はどれですか。

(複数回答可)

- ☐ 「教育目標を基盤としたカリキュラム」で十分である
- ☐ 「学習成果基盤型カリキュラム」を理解していない
- ☐ 「学習成果基盤型カリキュラム」の設定が難しい
- ☐ 「教育目標を基盤としたカリキュラム」と「学習成果基盤型カリキュラム」の違いは少ない
- ☐ 学内の見解が一致しない
- ☐ その他(現時点では学習成果型カリキュラムの作成を担当できる教員が育成されていない。)

4. 「学習成果基盤型カリキュラム」と回答した医科大学・医学部にお尋ねします。

4-1 設定した時期はいつですか。

- ☐ 2011 年以前 ☐ 2012 年 ☐ 2013 年 ☐ 2014 年

4-2 設定する際に指導的立場の方・組織はどれですか。(複数回答可)

- ☐ 学長・医学部長 ☐ 教育(学務)委員長
- ☐ 設置された教育専門部門 (具体的は _____)
- ☐ その他 (_____)

4-3 設定にはどのくらいかかりましたか。

- ☐ 1 年 ☐ 2 年 ☐ 3 年 ☐ 4 年以上

D. ディプロマ・ポリシーについて

1. ディプロマ・ポリシーを設定していますか。

- ☐ はい →設問 2 にお進みください。
- ☐ いいえ

2. 「はい」とお答えの医科大学・医学部にお尋ねします。

2-1:設定された時期はいつですか。

- ☐ 2011 年以前 ☐ 2012 年 ☐ 2013 年 ☐ 2014 年

2-2:設定した組織はどれですか。

- ☐ 教育(教務)委員会 ☐ このために設置された委員会
- ☐ その他(_____)

2-3:設定されたディプロマ・ポリシーを記載してください。

(① _____)

- (②)
- (③)
- (④)
- (⑤)
- (⑥)
- (⑦)

E. コア・コンピテンスについて

1. モデル・コア・カリキュラムと同様に、全国の医科大学・医学部で共通するコア・コンピテンスを設定することに対してのご意見はいかがですか。

- ☐ 賛成 →設問 2 にお進みください。
- ☐ 反対 →設問 3 にお進みください。

2. 設問 1 で「賛成」と回答の医科大学・医学部にお尋ねします。

2-1 コア・コンピテンスとして適切と考える項目はどれですか。(複数回答可)

- ☐ プロフェッショナリズム ☐ 患者中心のケア ☐ 医学知識
- ☐ 診療の質管理と改善 ☐ 対人・コミュニケーションスキル
- ☐ 情報の有効活用 ☐ エビデンスに基づいた診療
- ☐ その他

- (①)
- (②)
- (③)
- (④)
- (⑤)

3. 設問 1 で「反対」と回答の医科大学・医学部にお尋ねします。

3-1 「反対」される理由はどれですか。(複数回答可)

- ☐ 各大学で独自に作成するものだから
- ☐ 学習成果基盤型教育を理解していないから
- ☐ 設定する委員会を組織することが困難であるから
- ☐ その他

- (①)
- (②)
- (③)

以上です。ご協力ありがとうございました。

調査結果

全般

1. 調査期間:平成 26 年 9 月 18 日～10 月 20 日
2. 対象:全国 80 校にアンケート調査を依頼した。
3. 回答校:
 - 1) 合計:57 校(71.3%)
 - 2) 国立:29 校(69.0%)
 - 3) 公立:3 校(37.5%)
 - 4) 私立:25 校(83.3%)
4. 主な調査項目
 - 1) コンピテンス
 - 2) 医師の資質
 - 3) カリキュラムの型(学習目標基盤型か学習成果型か)
 - 4) ディプロマ・ポリシー
 - 5) コア・コンピテンス

全国 80 の医科大学・医学部に調査を依頼したところ、57 校(71.3%)から回答があった。その内訳は、国立 29 校(全 42 校の 69.0%)、公立は 3 校(全 8 校の 37.5%)、私立は 25 校(全 29 校に防衛医科大学校を含めた 30 校の 83.3%)であった。

A. コンピテンス

1. 設定の有無

- ① 設定している:20 校(35.1%)[国立:7 校、公立:2 校、私立:11 校]
- ② 設定していない:37 校(64.9%)[国立:22 校、公立:1 校、私立:14 校]

2. 設定している:20 校

1) 公開している:16 校(80.0%)

- ① ホームページ:12 校(75.0%)
- ② 学生便覧:9 校(56.3%)
- ③ その他:2 校(12.5%)

2) 公開手段

- ① ホームページ:12 校(75.0%)
- ② 学生便覧:9 校(56.3%)
- ③ その他:2 校(12.5%)

3) 設定機関

- ① 教育委員会(学務委員会):11 校(55%)
- ② 専門委員会:4 校(20%)
- ③ カリキュラム改編実行委員会:1 校(5%)
- ④ 未記入:4 校(20%)

3. 設定していない

1) 設定の予定

- ① ある:28 校(75.7%)
- ② ない:9 校(24.3%)

2) 設定のある施設の予定年

- ① 2014 年:3 校(10.7%)
- ② 2015 年:12 校(42.9%)
- ③ 2016 年:4 校(14.3%)
- ④ 2017 年以降:7 校(25.0%)
- ⑤ 未記入:2 校(7.1%)

コンピテンスに関しては、設定している施設は 20 校(35.1%)で、設定していない施設が 37 校(64.9%)と、設定していない施設が多いことが確認された。国立では設定していない施設が多く(75.9%)、私立では設定している施設が多い(56.0%)。そして、設定している施設ではその内容を公開しているのが 16 校(80%)で、ホームページや学生便覧に公開している。

また、設定した学内の機関では、教育(学務)委員会が11校(55.0%)で最多であり、専門委員会を設置している施設も多く(4校 20.0%)、これは私立(3校)で多かった。

設定していない施設では設定の予定がある施設が28校(75.7%)と多く、私立では13校(92.9%)が設定の予定であるとの回答であった。設定予定の年では、2015年が12校(42.9%)で最も多く、2016年までに19校(73.1%)が設定予定との回答であった。

B. 医師の資質

1) 医師の資質

- ① 医師としての職責
- ② 患者中心の視点
- ③ コミュニケーション能力
- ④ チーム医療
- ⑤ 総合的診療能力
- ⑥ 地域医療
- ⑦ 医学研究への志向
- ⑧ 自己研鑽

2) 認知度

- ① 知っている:54校(94.7%)[国立:28、公立:3、私立:28]
- ② 知らない:3校(5.3%)[国立:1校、公立:0、私立:2]

3) 同意できる項目

- ① チーム医療:54校[国立:28校、公立:3校、私立:23校]
- ② コミュニケーション能力/総合診療能力:53校[国立:28/27校、公立:3/3校、私立:22/23校]
- ③ 医師の職責/患者中心の視点/地域医療:52校[国立:28/28/27校、公立:2/3/3校、私立:22/21/22校]
- ④ 医学研究への志向/自己研鑽:49校[国立:26/26校、公立:2/2校、私立:21/21校]

4) 追加項目

- ① 倫理観:3校
- ② 国際交流:2校
- ③ 医師としての人格の涵養(マナー接遇など)
- ④ 疾病予防・健康増進に貢献できる
- ⑤ 文化・芸術の素養と品格
- ⑥ 人間力・人間性、着眼力・読解力
- ⑦ 語学力
- ⑧ 自己の健康管理能力、社会保障制度と医療経済の理解、医療と疾病のボーダレス化の理解

平成 22 年度版でのモデル・コア・カリキュラムで、医師の資質として 8 項目が提示された。「資質」には先天的・天性の意味も含まれているが、この「資質」を設定した公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構ではコンピテンスの意味と我が国では未だコア・コンピテンスが設定されていないことから「資質」として提示したものと考えられる。

これらの「医師の資質」を 54 校(94.7%)が知っており、同意できる項目としては、チーム医療が 54 校(100%)と最多であり、コミュニケーションの能力と総合診療能力が 53 校(98.1%)、医師の職責、患者中心の視点、地域医療が 52 校と続き、最低の医学研究への志向と自己研鑽でも 49 校(90.7%)であった。これら 8 項目は多くの医学部・医科大学で認知されている結果であった。

また、これらに追加する項目としては、倫理観が 3 校で最も多く、交際交流も 2 校、そのほかに人格の涵養、人間力・人間性、文化・芸術の素養と品格など医師としての人格に関する項目が追加項目と回答していた。

C. カリキュラムの種類

1. カリキュラムの型

1. 教育目標を基盤としたカリキュラム:48 校(84.2%)[国立:25 校、公立:3 校、私立:20 校]
2. 学習成果を基盤としたカリキュラム:9 校(15.8%)[国立:4 校、公立:0 校、5 校]

2. 教育目標を基盤としたカリキュラム

1) 学習成果型への移行の有無

- ① 移行を考慮中:37 校(77.1%)[国立:17 校、公立:3 校、私立:17 校]
- ② 移行を考えていない:11 校(24.4%)[国立:8 校、公立:0 校、私立:3 校]

2) 学習成果型への移行を考えておりその年度

- ① 2014 年:2 校[国立:1 校、公立:0 校、私立:1 校]
- ② 2015 年:17 校[国立:8 校、公立:2 校、私立:7 校]
- ③ 2016 年:7 校[国立:3 校、公立:0 校、私立:4 校]
- ④ 2017 年以降:10 校[国立 5 校、公立:0 校、私立:5 校]
- ⑤ 未記入:1 校

3) 学習成果型への移行を考えていない理由

- ① 設定が難しい:5 校[国立:4 校、公立:0 校、私立:1 校]
- ② 理解していない、違いが少ない、見解が一致しない:4 校[国立:2/3/2 校、公立:0/0/0 校、私立:2/1/2 校]
- ③ 教育目標基盤型で十分:3 校[国立:1 校、公立:0 校、私立:2 校]
- ④ その他:4 校(OBE 作成教員が育成されていない、など)

3. 学習成果型カリキュラム

1) 設定した時期

- ① 2011 年以前:6 校[国立:5 校、公立:0 校、私立:1 校]
 - ② 2012 年:0 校
 - ③ 2013 年:1 校[国立:0 校、公立:0 校、私立:1 校]
 - ④ 2014 年:3 校[国立:0 校、公立:0 校、私立:3 校]
 - ⑤ 未記入:1 校
- 3) 学習成果型カリキュラム設定の指導者・組織
- ① 教育(学務)委員長:7 校[国立:4 校、公立:1 校、私立:2 校]
 - ② 教育専門部門:6 校[国立:3 校、公立:1 校、私立:2 校]
 - ③ 学長・医学部長:4 校[国立:0 校、公立:1 校、私立:3 校]
- 4) 設定に要した年数
- ① 1 年:3 校(33.3%)
 - ② 2 年:2 校(22.2%)
 - ③ 3 年:2 校(22.2%)
 - ④ 4 年:2 校(22.2%)

カリキュラムの型としては、学習目標を基盤としたカリキュラムが依然として 48 校(84.2%)であり、学習成果型カリキュラムはわずかに 9 校(15.8%)であった。学習目標基盤型カリキュラムの施設では、学習成果型への移行を考慮している施設が 37 校(77.1%)であり、考慮していない施設も 11 校(24.4%)であった。考慮中の施設では国立が 17 校(68%)であるのに対して、公立は 3 校(100%)、私立も 17 校(85%)と高率であった。そして、移行時期については、2015 年が 17 校(47.2%)と最多であり、2016 年までに意向を考えている施設が 72.2%)であったが、2017 年以降も 10 校(27.8%)あり、移行には時間が必要であることが推測できる。

また、学習成果型への移行を考えていない施設では設定が難しいが 5 校で最多であり、理解していない、違いが少ない、見解が一致しないがそれぞれ 4 校、学習目標型で十分も 3 校であった。

一方、学習成果型カリキュラムでは、2011 年以前に設定した施設が 6 校(60%)と最多であり、次に 2014 年が 3 校(30%)であった。国立はすべてが 2011 年以前に設定しており、私立は 2014 年が 3 校と最近設定されたことが確認できた。そして、設定に要した年数は 1 年が 3 校、2、3、4 年が 2 校と施設によりかなり差があった。設定の指導者・組織は、教育(学務)委員会が 7 校(41.2%)、教育専門部門が 6 校(35.3%)であり、学長・医学部長が 4 校であり、私立は学長・医学部長が指導的立場で学習成果型への移行を指導していたことが推測できる。

D. ディプロマ・ポリシー

- 1) 設定の有無
- ① 設定している:51 校(89.5%)[国立:25 校、公立:3 校、私立:23 校]
 - ② 設定していない:6 校(10.5%)[国立:4 校、公立:0 校、私立:2 校]
- 2) 設定の時期

- ① 2011 年以前:31 校(60.8%)[国立:15 校、公立 1 校、私立:15 校]
 - ② 2012 年:6 校(11.8%)[国立:5 校、公立:0 校、私立:1 校]
 - ③ 2013 年:12 校(23.5%)[国立:4 校、公立:1 校、私立:7 校]
 - ④ 2014 年:0 校
 - ⑤ 未記入:2 校(3.9%)
- 3) 設定した組織・委員会
- ① 教育(学務・教務)委員会:28 校(54.9%)[国立:15 校、公立:1 校、私立:12 校]
 - ② 設置された委員会:8 校(15.7%)[国立:3 校、公立:1 校、私立:4 校]
 - ③ 教授会:5 校(9.8%)[国立:2 校、私立:4 校]
 - ④ 教育担当講座(室):2 校(3.9%)[国立:2 校]
 - ⑤ その他:5 校(9.8%)
 - ⑥ 未記入:3 校(5.9%)

ディプロマ・ポリシーは、設定している施設が51校(89.5%)とコンピテンス(コンピテンシー)よりも多数の施設で設定されていた。これは、文部科学省が学士課程教育のユニバーサル化への基本認識として、アドミッションポリシー、カリキュラムポリシー、ディプロマ・ポリシーを明確にすることを求めたためと考える。2014 年時点で設定していない施設でも現在では設定している施設も多いと考える。

E. コア・コンピテンス

- 1) 共通するコア・コンピテンスの設定について
- ① 賛成:42 校(73.7%)[国立:22 校、公立:3 校、私立:17 校]
 - ② 反対:11 校(19.3%)[国立:4 校、私立 7 校]
 - ③ 未記入:4 校(7.0%)[国立:3 校、私立:1 校]
- 2) 「賛成」でのコア・コンピテンスの内容
- ① プロフェッショナリズム/対人・コミュニケーション:41 校(97.6%)[国立:22/22 校、公立:3/3 校、私立:16/16 校]
 - ② 医学知識:40 校(95.2%)[国立:21 校、公立:3 校、私立:16 校]
 - ③ 患者中心のケア:38 校(90.5%)[国立:22 校、公立 3 校、私立:13 校]
 - ④ 診療に質管理と改善/エビデンスに基づいた診療:31 校(73.8%)[国立:19/18 校、公立:1/1 校、私立:12/12 校]
 - ⑤ 情報の有効活用:28 校(66.7%)[国立:16 校、公立:2 校、私立:10 校]
- 3) コア・コンピテンスの追加事項
- ① 自己の健康管理能力、社会保障制度と医療経済の理解、医療と疾病のボーダレス化の理解
 - ② リサーチマインドの涵養、倫理観の修得

- ③ 科学的医学的探究
 - ④ 社会地域に対する責任
 - ⑤ 学識・自己研鑽、リーダーシップ、メンバーシップ
 - ⑥ 医学教育、地域・社会への理解、生命倫理
 - ⑦ 自己研鑽、未知の問題を明らかにし解決する研究志向
 - ⑧ 地域中心の医療、学識・研究
 - ⑨ 倫理観の基づく判断
 - ⑩ チーム医療の実践
 - ⑪ 国際性への対応、医師としての人格の涵養、問題解決能力(特に研究志向)、人材交流
 - ⑫ 自己研鑽、国際性(日本独自の項目かもされないが・・・)
 - ⑬ 語学力
 - ⑭ チーム医療、自己研鑽
 - ⑮ モデル・コア・カリキュラムの整理統合および簡素化が先決
- 自己研鑽:4校、倫理関連:3校、地域・社会への理解:3校

4) 「反対」の理由

- ① 独自に設定するものだから:10校(90.9%)
- ② 設定委員会の構築が困難:1校(9.0%)
- ③ 未記入:1校(9.0%)

共通するコア・コンピテンスの設定に関しては、賛成が 42 校(73.7%)と多いが、反対も 11 校(19.3%)と多く、特に私立は7校が反対であった。この反対の理由として、独自に設定するもので、私立では設立趣旨・建学の精神がそれぞれ異なるので、それに準じたコンピテンスを設定すべきであるとの意見と推察できる。

共通のコンピテンス項目としては、現在モデル・コア・カリキュラムに提示されている「医師の資質」が多く施設で認識されており、プロフェッショナリズム、対人・コミュニケーション、医学知識、患者中心のケアは 90%以上の施設で賛同されていた。また、自己研鑽、倫理関連、地域・社会への理解などは多くの施設で共通項目として設定することが望まれていた。

謝辞

コア・コンピテンス教育に関するアンケートにご協力いただきまして、誠にありがとうございました。
我が国の医学教育におけるコンピテンス(コンピテンシー)の現状を反映している結果と考えます。
付録に、今年(2015 年)7 月に開催された第 47 回日本医学教育学会大会のシンポジウム 2「医学部のコンピテンシーとは」とシンポジウム 9「日本医学教育学会による卒前教育・卒後研修 8 年間の基本的医学教育コンピテンスの提案」でのシンポジストの pdf をシンポジストのご厚意により掲載しました。ご参考にしていただければ幸甚です。

調査をお願いしてから、報告まで長い時間がかかりましたことをお詫びいたします。今後も日本医学教育学会へのご協力のほど、よろしくお願いいたします。

【付録】

第 47 回日本医学教育学会（新潟）でのコンピテンス・コンピテンシーに関するシンポジウムの講演スライド

シンポジウム 2 医学部のコンピテンシーとは

1. 高木 康（昭和大学）：コア・コンピテンス教育に関する現状調査.
2. 大西弘高（東京大学）：欧米の医学教育におけるコンピテンスとは？
3. 田川まさみ（鹿児島大学）：医学部カリキュラムの期待される教育効果としてのコンピテンシーの設定.
4. 吉岡俊正（東京女子医科大学）：コンピテンスを設定して.
5. 藤倉輝道（日本医科大学）：コンピテンス作成の試行：日本医科大学における取り組みから.

シンポジウム 9 日本医学教育学会による卒前・卒後研修 8 年間の基本的医学教育コンピテンスの提案

1. 田辺政治（千葉県立保健医療大学）：オープニング・リマークス・アウトカム基盤型教育、コンピテンス、コンピテンシーについて.
2. 大滝純司（北海道大学）：卒後初期臨床研修制度の見直しに関する検討の状況と調査研究の報告.
3. 高木康（昭和大学）：日本医学教育学会コア・コンピテンス教育委員会からの提言.
4. 吉村仁志（沖縄県立南部医療センター）：アウトカム（コンピテンシー）にもとづいたカリキュラム～Dundee、沖縄、富士研 WS～.
5. 福島統（慈恵医科大学）：基本的臨床能力養成期間での Learning outcomes.

シンポ2：医学部のコンピテンシーとは
July/24/2015、日本医学教育学会

コア・コンピテンス教育に 関する現状調査

昭和大学医学部医学教育
(日本医学教育学会・コアコンピテンス教育委員会)
高木 康

日本医学教育学会大会
COI 開示
演者名：高木 康

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある
企業などはありません。

2

シンポジウムの趣旨

医学教育の世界基準から我が国でも医学部卒業時のコンピテンシーの設定が叫ばれ、多くの医科大学・医学部で検討されている。この学習成果基盤型教育：OBE（outcome-based education）については、我が国ですでに定着している教育目標（GIO、SBOs）を基盤とした教育との関連が必ずしもはっきりせず、導入をためらっている医科大学・医学部も少なくない。このような観点から、今回医学部のコンピテンシーについてシンポジウムを企画した。

医学教育学会コア・コンピテンス教育委員会で、昨年10月に行ったアンケートから明らかとなったこと、諸外国での（コア・）コンピテンスの現状、我が国で先進的にコンピテンスを設定してOBEを実践されている千葉大学と東京女子医科大学、現在OBE案を作成して導入に向けて検討を行っている日本医科大学に「医学部のコンピテンシー」についての現状をお話ししていただく。この後、医学教育に携わる会員と討論を行い、明日の「医学部のコンピテンシー」について理解を深めたい。

3

「医学部のコンピテンシーとは」

1. コア・コンピテンス教育に関する現状調査 -アンケートで明らかとなったこと- 高木 康
2. 欧米の医学教育におけるコンピテンスとは？ 大西弘高（東京大学）
3. 我が国の医学部コンピテンスの現状
 - 1) 医学部カリキュラムの期待される教育効果としてのコンピテンシーの設定 田川まさみ（鹿児島大学）
 - 2) コンピテンスを設定して 吉岡俊正（東京女子医科大学）
 - 3) コンピテンス作成の試行：日本医科大学における取組から 藤倉輝道（日本医科大学）
4. 総合討論

4

コア・コンピテンス教育に関する調査のお願い

卒業時のコンピテンス（コンピテンシー、学習成果「アウトカム」）の提示が大学教育で求められ、医科大学・医学部ではHPなどでコンピテンスが公表され始めています。コンピテンスは**学習成果基盤型教育**（outcome-based education；OBE）における**学習アウトカム**であり、従来の**教育目標**（GIO、SBOs）を基盤とした教育とは一線を画するとの考えがあります。そして、前者が**プロダクト重視**であるのに対して後者は**プロセス重視**な教育とされています。

欧米ではこのOBEのモデルが認知され始め、各国の医学教育ではコンピテンスが提案されています。我が国でもOBEやコンピテンスが一部の医科大学・医学部で導入され始めていますが、我が国としてのコンピテンスは提示されていません。

このようなことから、日本医学教育学会に設置されています“コア・コンピテンス教育委員会”では、我が国の医科大学・医学部におけるコンピテンスの設定や導入の現状、これに基づくOBEへの反映、コア・コンピテンスに関するお考え、さらに平成22年度版モデル・コア・カリキュラムに設定された「**医師の資質**」についてアンケート調査を行いたいと思いますので、ご協力のほど、よろしくお願いいたします。

5

A. コンピテンスについて

1. コンピテンスを設定していますか。

- ☒ 設定している → 設問2へお進みください。
☐ 設定していない → 設問3へお進みください。

2. 設問1で「設定している」と回答の医科大学・医学部にお尋ねします。

設定されたコンピテンスは公開していますか。

- ☒ 公開している → 設問2-2にお進みください。
☐ 公開していない → 設問2-3にお進みください。

2-2 設問2-1で「公開している」と回答の医科大学・医学部にお尋ねします。

2-2-1「公開している」手段はどれですか（複数回答可）

- ☒ HP ☒ 学生便覧 ☐ その他（ ）

2-2-2 コンピテンスを設定した組織はどこですか。

- ☐ 教育委員会（学務委員会） ☒ このために設置された専門委員会
 その他（医学部教育職員で構成された委員会（ワークショップ）で設定し、教授会で承認した）

2-2-3 設定されたコンピテンスの中に以下の項目は入っていますか。（複数回答可）

- ☒ 医師としての職責（プロフェッショナリズム） ☐ 患者中心の視点
☒ コミュニケーション能力 ☒ チーム医療 ☐ 総合的診療能力 ☒ 地域医療
☐ 医学研究への志向 ☒ 自己研鑽

2-3 「設定していない」と回答の医科大学・医学部にお尋ねします。

2-3-1 設定する予定はありますか。

- ☐ ある → 設問2-3-2にお進みください。
☐ ない

2-3-2 「ある」とお答えの医科大学・医学部ではいつごろの予定ですか。

- ☐ 2014年中 ☐ 2015年中 ☐ 2016年中 ☐ 2017年以降

6

B 平成22年改訂版モデル・コア・カリキュラムでの「医師の資質」について

1. 「医師の資質」の8項目についてご承知ですか。
☒ はい →設問2にお進みください。
☐ いいえ
2. 設問1で「はい」と回答の医科大学・医学部にお尋ねします。
 2-1 「医師の資質の8項目」のうち同意できる事項はどれですか。（複数回答可）
☒ 医師としての職責 ☒ 患者中心の視点 ☒ コミュニケーション能力
☒ チーム医療 ☒ 総合的診療能力 ☒ 地域医療
☒ 医学研究への志向 ☒ 自己研鑽
 2-2 「その他」に必要と考える項目がありましたら、記載してください。
 (国際性)
 ()
 ()

7

C. カリキュラムについて

1. 現在のカリキュラムはどちらですか。
☒ 教育目標（GIO、SBO）を基盤としたカリキュラム →設問2、3にお進みください。
☐ 成果基盤型カリキュラム →設問2、4にお進みください。
2. カリキュラムの設定の組織をお尋ねします。
☒ 教育委員会（学務委員会） ☐ その他（各教室・診療科での委員会を検討した後、教育委員会で討議した）
3. 「教育目標を基盤としたカリキュラム」と回答した医科大学・医学部にお尋ねします。
 3-1 「学習成果基盤型カリキュラム」への移行をお考えですか。
☐ はい →設問3-2へお進みください。
☒ いいえ →設問3-3へお進みください。（現時点では）
 3-2 「はい」と回答の医科大学・医学部にお尋ねします。
 3-2-1 「学習成果基盤型カリキュラム」の設定の時期はいつごろですか
☐ 2014年 ☐ 2015年 ☐ 2016年 ☐ 2017年以降
 3-2-2 設定した「学習成果基盤型カリキュラム」を1年生に導入するのはいつごろですか。
☐ 2014年 ☐ 2015年 ☐ 2016年 ☐ 2017年以降
 3-3 「いいえ」と回答の医科大学・医学部にお尋ねします。
 3-3-1 「学習成果基盤型カリキュラム」への移行を行わない理由は何ですか。（複数回答可）
☒ 「教育目標を基盤としたカリキュラム」で十分である
☒ 「学習成果基盤型カリキュラム」を理解していない
☒ 「学習成果基盤型カリキュラム」の設定が難しい
☒ 「教育目標を基盤としたカリキュラム」と「学習成果基盤型カリキュラム」の違いは少ない
☒ 学内の見解が一致しない
☒ その他（現時点では学習成果型カリキュラムの作成を担当できる教員が育成されていない。）
4. 「学習成果基盤型カリキュラム」と回答した医科大学・医学部にお尋ねします。
 4-1 設定した時期はいつですか。
☐ 2011年以前 ☐ 2012年 ☐ 2013年 ☐ 2014年
 4-2 設定する際に指導的立場の方・組織はどれですか。（複数回答可）
☐ 学長・医学部長 ☐ 教育（学務）委員長
☐ 設置された教育専門部門（具体的には ） ☐ その他（ ）
 4-3 設定にはどのくらいかかりましたか。
☐ 1年 ☐ 2年 ☐ 3年 ☐ 4年以上

8

D. ディプロマ・ポリシーについて

- 1 ディプロマ・ポリシーを設定していますか。
☒ はい →設問2にお進みください。
☐ いいえ

- 2 「はい」とお答えの医科大学・医学部にお尋ねします。

2-1：設定された時期はいつですか。

- ☒ 2011年以前 ☐ 2012年 ☐ 2013年 ☐ 2014年

2-2：設定した組織はどれですか。

- ☐ 教育（教務）委員会 ☒ このために設置された委員会

その他（

）

2-3：設定されたディプロマ・ポリシーを記載してください。

- ① 知識：自然科学を基盤として、基礎医学、社会医学、臨床医学の幅広い知識を修得する。）
 ② 技能：生命科学の基本的な研究手技並びに臨床医学の基本的な診察と診断の技法および非療法を修得する。）
 ③ 問題解決能力：生涯にわたって自らの課題を探究し、主体的に問題を解決する能力を育む。）
 ④ 態度：常に専門職としての良識、倫理観及び強い責任感を持って行動する態度を身に付ける。）
 ⑤ コミュニケーション：豊かな人間性とコミュニケーション能力を身につけ、患者本位のチーム医療を実践できる能力を培う。）

- ⑥
⑦
⑧
⑨
⑩

）

9

E. コア・コンピテンスについて

- 1 モデル・コア・カリキュラムと同様に、全国の医科大学・医学部で共通するコア・コンピテンスを設定することに対してのご意見はいかがですか。

- ☒ 賛成 →設問2にお進みください。
☐ 反対 →設問3にお進みください。

- 2 設問1で「賛成」と回答の医科大学・医学部にお尋ねします。

2-1 コア・コンピテンスとして適切と考える項目はどれですか。（複数回答可）

- ☒ プロフェッショナリズム ☒ 患者中心のケア ☒ 医学知識
☒ 診療の質管理と改善 ☒ 対人・コミュニケーションスキル
☐ 情報の有効活用 ☐ エビデンスに基づいた診療
☐ その他
 (① 自己研鑽)
 (② 国際性（日本独自の項目かもしれないが・・・)
 (③)
 (④)
 (⑤)

- 3 設問1で「反対」と回答の医科大学・医学部にお尋ねします。

3-1 「反対」される理由はどれですか。（複数回答可）

- ☐ 各大学で独自に作成するものだから
☐ 学習成果基盤型教育を理解していないから
☐ 設定する委員会を組織することが困難であるから
☐ その他
 (①)
 (②)
 (③)

10

コア・コンピテンス教育に関する調査

- 期間：平成26年9月18日～10月20日
- 対象：全国80校にアンケート調査を依頼した。
- 回答校：57校（71.3%）から回答があった。
 - ✓ 国立：29校（69.0%）
 - ✓ 公立：3校（37.5%）
 - ✓ 私立：25校（83.3%）
- 主な調査項目
 - ✓ コンピテンス
 - ✓ 医師の資質
 - ✓ カリキュラム
 - ✓ コア・コンピテンス

11

「コンピテンス」について

- 設定している：20校（35.1%）
- 公開している：16校（80%；全体の20%）
- 公開手段（複数回答可）
 - ✓ HP；12校（75%）
 - ✓ 学生便覧；9校（56.3%）
 - ✓ その他；2校（12.5%）
- 設定機関
 - ✓ 教育委員会（学務委員会）；11校（55%）
 - ✓ 専門委員会；4校（20%）
 - ✓ カリキュラム改編実行委員会；1校（5%）
 - ✓ 未記入；4校（20%）
- 設定していない大学（37校）の設定予定
 - ✓ ある；28校（75.7%）
 - ✓ ない；9校（24.3%）
- 設定の意向あり（28校）の設定年予定
 - ✓ 2014年；3校（10.7%）
 - ✓ 2015年；12校（42.9%）
 - ✓ 2016年；4校（14.3%）
 - ✓ 2017以降；7校（25.0%）
 - ✓ 未記入；2校（7.1%）

12

「医師の資質(コア・カリキュラム)」について

- モデル・コア・カリキュラムで設定の医師の資質（平成22年版）
 - ✓ 医師としての職責
 - ✓ 患者中心の視点
 - ✓ コミュニケーション能力
 - ✓ チーム医療
 - ✓ 総合的診療能力
 - ✓ 地域医療
 - ✓ 医学研究への志向
 - ✓ 自己研鑽
- 認知度
 - ✓ 知っている： 54校（94.7%）
 - ✓ 知らない： 3校（ 5.3%）
- 同意できる項目

✓ チーム医療；	54校
✓ コミュニケーション能力、総合診療能力；	53校
✓ 医師の職責、患者中心の視点、地域医療；	52校
✓ 医学研究への志向、自己研鑽；	49校
✓ すべてが85%以上の同意であった	

13

「医師の資質」への追加項目

- 自己の健康管理能力、社会保障制度と医療経済の理解、医療と疾病のボーダーレス化の理解
- 倫理観（3校）
- 国際交流（2校）
- 医学生としての人格の涵養（マナー接遇など）
- 疾病予防・健康の増進に貢献できる。
- 文化・芸術の素養と品格
- 人間力・人間性、着眼力・読解力
- 語学力

14

「カリキュラムの型」について

- 学習成果型を基盤としたカリキュラム：9校（15.8%）
- 教育目標を基盤としたカリキュラム：48校（84.2%）
- 学習成果型への移行を考慮中：37校（77.1%）
 - 移行の年度
 - ✓ 2014年：2校
 - ✓ 2015年：17校
 - ✓ 2016年：7校
 - ✓ 2017以降：10校
 - ✓ 記入なし：1校
- 学習成果型への移行を考えていない：11校（24.4%）
 - 考えていない理由（複数回答可）
 - ✓ 教育目標基盤型で十分：3校
 - ✓ 理解していない：4校
 - ✓ 設定が難しい：5校
 - ✓ 違いが少ない：4校
 - ✓ 見解が一致しない：4校
 - ✓ その他：4校（OBE作成教員育成されていない、など）

15

「カリキュラムの型」について(2)

- 学習成果型を基盤としたカリキュラム（9校）
- 設定した時期
 - ✓ 2011年以前：6校
 - ✓ 2012年：0校
 - ✓ 2013年：1校
 - ✓ 2014年：3校
 - ✓ 記入なし：1校
- 学習成果型設定の指導者・組織（複数回答可）
 - ✓ 学長・医学部長：4校
 - ✓ 教育委員長：7校
 - ✓ 教育専門部門：6校
- 設定に要した年数
 - ✓ 1年：3校（33.3%）
 - ✓ 2年：2校（22.2%）
 - ✓ 3年：2校（22.2%）
 - ✓ 4年：2校（22.2%）

16

「ディプロマポリシー」について

- ディプロマポリシーを**設定している**：51校（89.5%）
- **設定していない**：6校（10.5%）
- 設定の時期
 - ✓ 2011年以前：31校（60.8%）
 - ✓ 2012年：6校（11.8%）
 - ✓ 2013年：12校（23.5%）
 - ✓ 2014年：0校
 - ✓ 記入なし：2校（3.9%）
- 設定した組織
 - ✓ 教育（教務）委員会：28校（54.9%）
 - ✓ 設置された委員会：8校（15.7%）
 - ✓ 教授会：5校（9.8%）
 - ✓ 教育担当講座（室）：2校（3.9%）
 - ✓ 未記入：3校（5.9%）
 - ✓ その他：5校（9.8%）

17

「共通コア・コンピテンス」について

- 共通するコア・コンピテンスの設定
 - ✓ **賛成**：42校（73.7%）
 - ✓ **反対**：11校（19.3%）
 - ✓ 未記入：4校（7.0%）
- コア・コンピテンスの内容
 - ✓ プロフェッショナリズム（41校：97.6%）
 - ✓ 対人・コミュニケーション（41校：97.6%）
 - ✓ 医学知識（40校：95.2%）
 - ✓ 患者中心のケア（38校：90.5%）
 - ✓ 診療の質管理と改善（31校：73.8%）
 - ✓ エビデンスに基づいた診療（31校：73.8%）
 - ✓ 情報の有効活用（28校：66.7%）
- 「**反対**」の理由（複数回答可）
 - ✓ 独自に設定するものだから：10校（90.9%）
 - ✓ 設定委員会の構築が困難：1校（9.0%）
 - ✓ 未記入：1校

18

「コア・コンピテンス」として追加項目

- ✓ 自己の健康管理能力、社会保障制度と医療経済の理解、医療と疾病のボーダーレス化の理解
- ✓ ①リサーチマインドの涵養、②倫理観の修得
- ✓ 科学的医学的探究
- ✓ 社会地域に対する責任
- ✓ ①学識・自己研鑽②リーダーシップ、メンバーシップ
- ✓ ①医学教育②地域・社会への理解③生命倫理
- ✓ 自己研鑽、未知の問題を明らかにし解決する研究志向
- ✓ 地域中心の医療、学識・研究
- ✓ 倫理観に基づく判断
- ✓ チーム医療の実践
- ✓ ①国際性への対応、②医師としての人格の涵養、③問題解決能力、とくに研究志向、④人材交流
- ✓ ①自己研鑽、②国際性（日本独自の項目かもしれないが・・・
- ✓ 語学力
- ✓ チーム医療、自己研鑽
- ✓ モデル・コアカリキュラムとの整理統合及び簡素化が先決

19

「コア・コンピテンス教育」に関する調査

- コンピテンスに関係する4項目について全国80医学部に調査を行った。
 - ✓ 「コンピテンス」はすでに20校35.1％）で設定されており、未設定の37校のうち28校は設定を考えている。
 - ✓ モデルコア・カリキュラム記載のある「医師の資質」については、8項目すべてが85％以上の同意であった。
 - ・ 倫理観、国際交流などが追加項目として提言された。
 - ✓ 「カリキュラムの型」については、わずか9校が「学習成果型」であるが、37校が移行を考えている。
 - ・ 移行を考えていない11校では、教育目標基盤型で十分、理解していない、設定が難しいなどが理由であった。
 - ✓ 「ディプロマポリシー」は51校で設定されていた。
 - ✓ 「共通コア・コンピテンシー」の設定については42校が賛成であった。
 - ・ 独自設定が望ましく、創設意義・ミッションが異なることが反対の理由であった。
- ✓ 今後、さらなる討議が必要と考える。

20

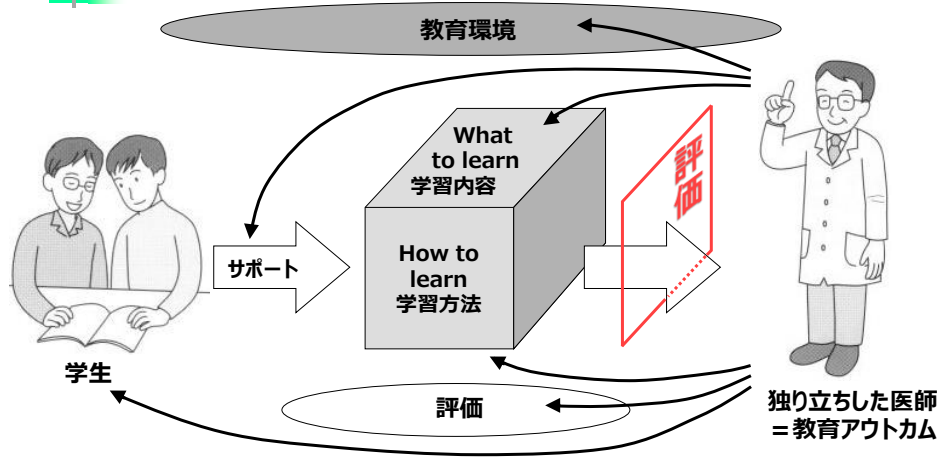
欧米の医学教育における コンピテンスとは？



大西弘高

東京大学大学院医学系研究科
医学教育国際研究センター

アウトカム基盤型教育の考え方 → 製造責任，品質保証



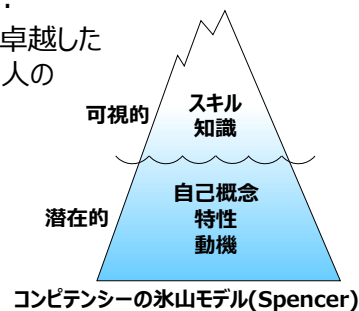
(Harden, 1999より改編)



用語について

- コンピテンス*1：生体がその環境と効果的に交渉する能力ならびにその意欲（有能感や動機づけも含む）
- コンピテンシー*2：達成動機の測定方法，職務上の業績を予測できる変数やテスト手法を見出そうとして，コンピテンスよりも集合的な概念としてコンピテンシーを提唱。
- コンピテンシー*3：ある職務において卓越した業績を生み出す要因となっている個人の基盤的特徴

1. White. Psychol Rev 66: 297-333, 1959
2. McClelland. Am Psychol 28:1-14, 1973
3. Spencer & Spencer. Competence at work. 1993



用語について

Frank. Med Teach 32: 638-645, 2010

- アウトカム，コンピテンシー，コンピテンス
- OBE → CBME (competency-based medical education)
- コンピテンス：医師の能力全体
- コンピテンス領域：従来のアウトカム領域
- コンピテンシー：アウトカム領域の下位項目として細分化した能力で，評価可能なもの

※米国の先生方の見解は決して一致していなかったが…



CBMEの要点

Frank. Med Teach 32: 638–645, 2010

アウトカムに
焦点をおく

どういう能力を
身に付けるかを
重視する

履修時間重視の
風潮を打破する

学習者中心性を
促す



履修主義と修得主義

- 履修主義
 - 学習時間や単位, 出席で学習を規定
 - 修得(習得)主義
 - あくまでも修得・習得されたかどうかで評価
- 管理上ある程度履修主義的な側面も必要だが,
本質的には修得主義の方が重要



単位制

- 1869年Harvard大で選択制開始
- 1892年Michigan大で単位制開始
- 医学部では必修が多く選択の余地少ない
- 学習(学修)時間でアウトカムを想定するシステム。履修主義と直接関連
- 米国医学部では単位制廃止の動きも
 - 例：サウスカロライナ医科大学医学部



OBEの実施

Frank. Med Teach 32: 638–645, 2010

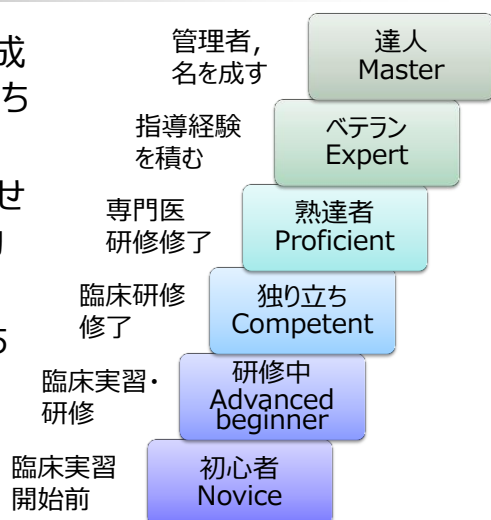
1. 卒業生に必要な能力の同定
 2. コンピテンシーやその要素の明確な定義
 3. 進度に従ったマイルストーン(一里塚)の設定
 4. 教育活動, 経験, 指導方法の選定
 5. マイルストーンを測定する評価手法の選定
 6. アウトカムが達成できたかのプログラム評価
- 1はアウトカム領域の設定。個人的には5を優先して, 1を見直したりするプロセスも重要なように思う。5→2の順が上手く行くという人もいる

臨床スキルとDreyfusモデル Carraccio. Acad Med 83: 761-767, 2008

レベル	解説
初心者 Novice	理論やルールに従って対応。分析的に考え、理論と実践を関連づけようとする。情報の優先順位を付けること、全体を見渡すことは難しい。
研修中 Advanced beginner	ルールや情報を通じ、過去の経験に基づいて何が妥当かを決定できる。問題解決に直感的思考も利用し始める。具体的情報からより抽象化することもできるようになる。
独り立ち Competent	責任を持って行動し、全体像も見渡せるようになる。直感的思考も使えるようになるが、複雑・珍しい事例には分析的思考を用いる
熟達者 Proficient	十分な経験によって直感的思考が駆使できる。初めての状況にも経験から一般化した持論を適用できるようになる。曖昧さに耐えられる。
ベテラン Expert	直感的な問題の認識、状況への対応ができるようになる。予期しない状況にも常に素早く、賢い対応ができる。
達人 Master	全体像をさらに広い視野で捉えることができ、振り返り、感情や動機づけの統制、倫理観、システム全体の改善なども含めて対応できる

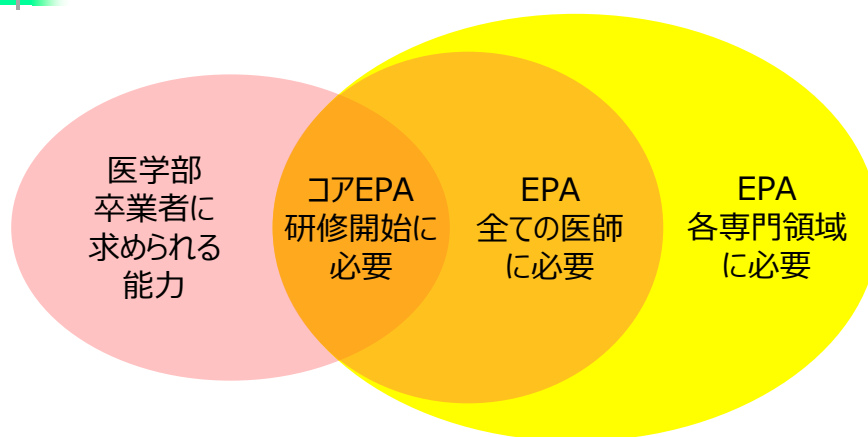
Entrustable Professional Activity (EPA)

- コンピテンシーが達成されるとは、独り立ちできること
- 仕事を信頼して任せられるレベルの活動 = EPA
- 右図でいう独り立ちはEPAを表すマイルストーン



EPAのレベル

AAMC. Core Entrustable Professional Activities for Entering Residency. 2014



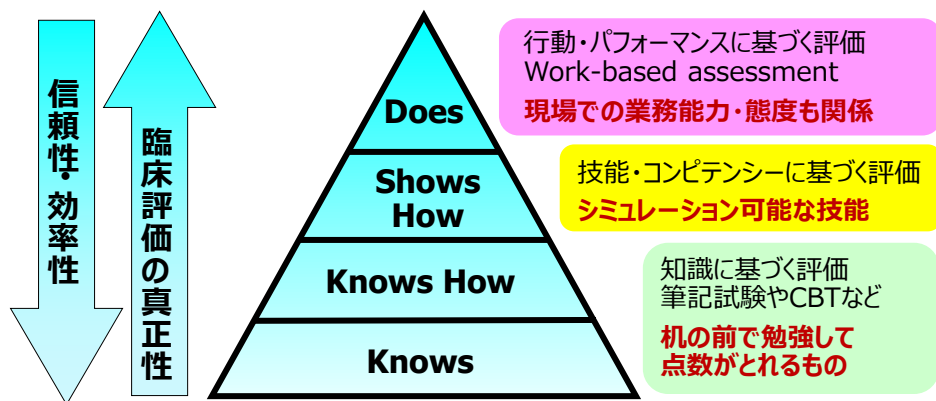
13のコアEPA

AAMC. Core Entrustable Professional Activities for Entering Residency. 2014

- 病歴と診察
- 鑑別診断と優先順位
- 検査の解釈と提案
- 指示と処方の方合議・実施
- 診察の記録
- 症例提示
- 患者ケア改善に向けた EBMの実施
- 責任あるケアの引継ぎ
- 多職種チームのメンバーとしての協働
- 緊急対応が必要な患者の同定とマネジメント
- 検査や処置におけるインフォームド・コンセント
- 一般的な処置の実施
- システムの問題を同定し、安全や改善に貢献



臨床評価の真正性レベル



(Miller GE. Acad Med 1990; 65: S63-7.)



まとめ

- 高等教育機関の社会貢献，学習者中心性，修得主義重視などの側面からOBEへと移行
- Dreyfusモデル，EPAなどに概念は拡大中
- コンピテンシーの厳選と，修了時の学習者評価が重要．学習者評価は業務に基づくべき
- competence, competencyの用語はまだ不確定な部分あり

医学部カリキュラムの 期待される教育成果としての コンピテンシーの設定

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科
医歯学教育開発センター
田川 まさみ

日本医学教育学会シンポジウム2

1

日本医学教育学会大会 COI 開示

筆頭演者名: 田川 まさみ

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある
企業などはありません。

2

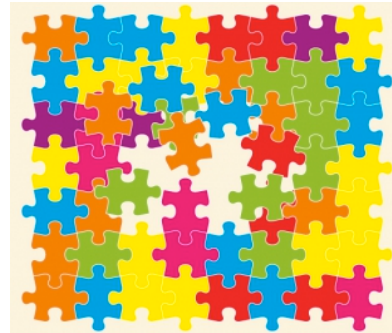
‘Objectives-oriented’

GIO, SBOsの記載を中心とする
カリキュラム開発

能力の分析→分解・分類→再構築
一定の教育→同じ成果

教員は**各科目**で何を指導すべきかを
考え、学習目標の一覧を作成する

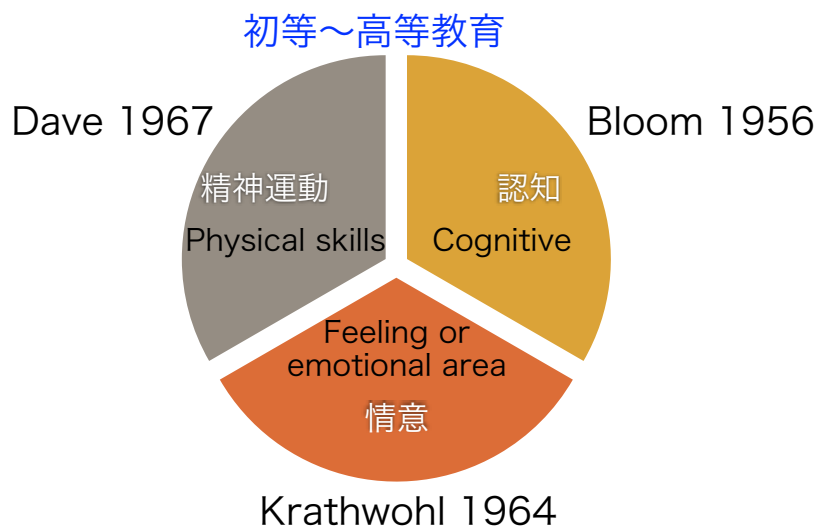
- 多数の学習項目の列挙
- 教員が計画通りに最良の教育を提供することにより、期待した成果が得られる
- 授業科目：一定期間→習得→総括的評価



ジグソーパズル

3

学習目標の分類学Taxonomy



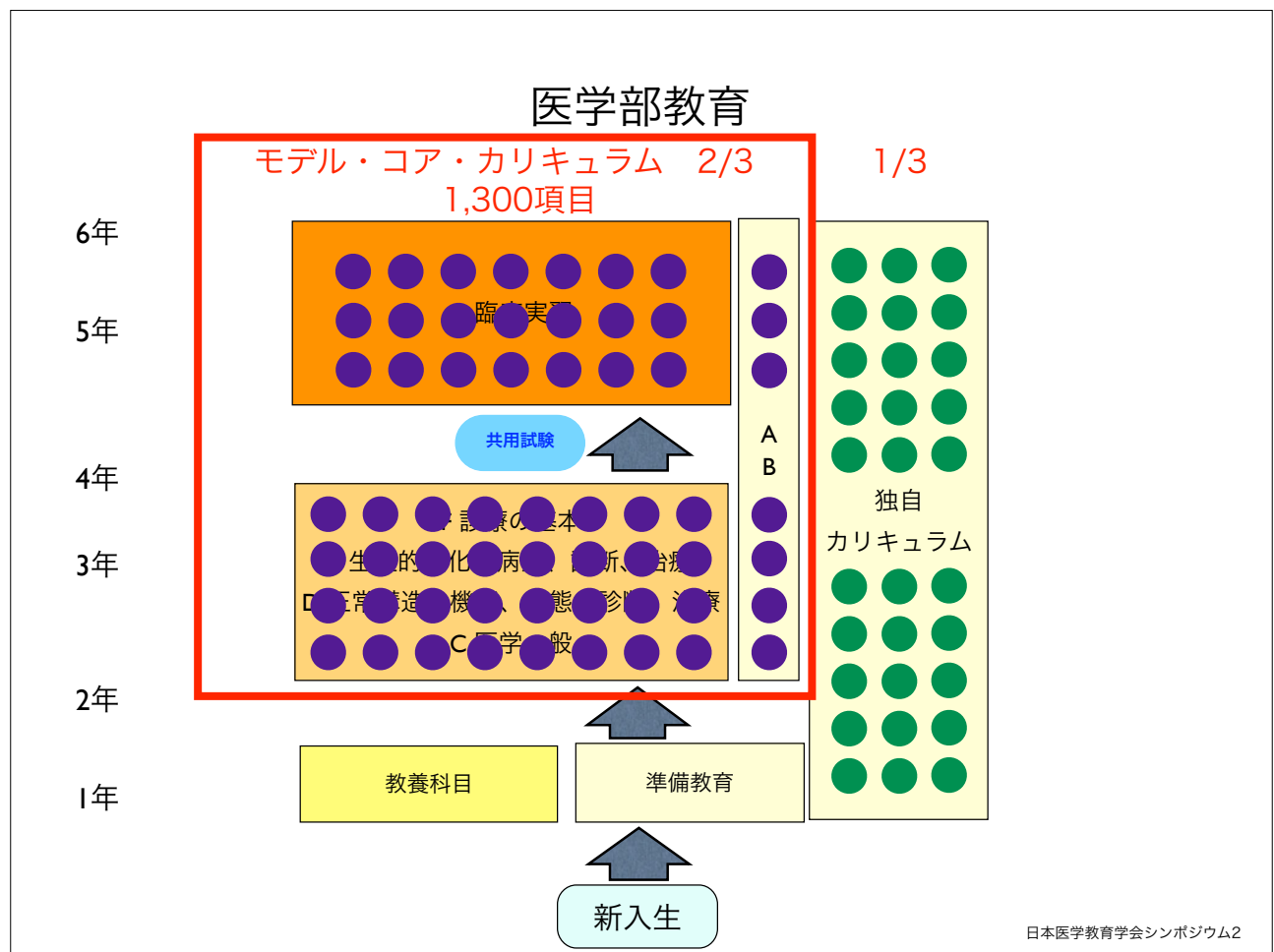
医療専門職の能力は分けることができない
これで表記できない能力がある

日本医学教育学会シンポジウム2

4

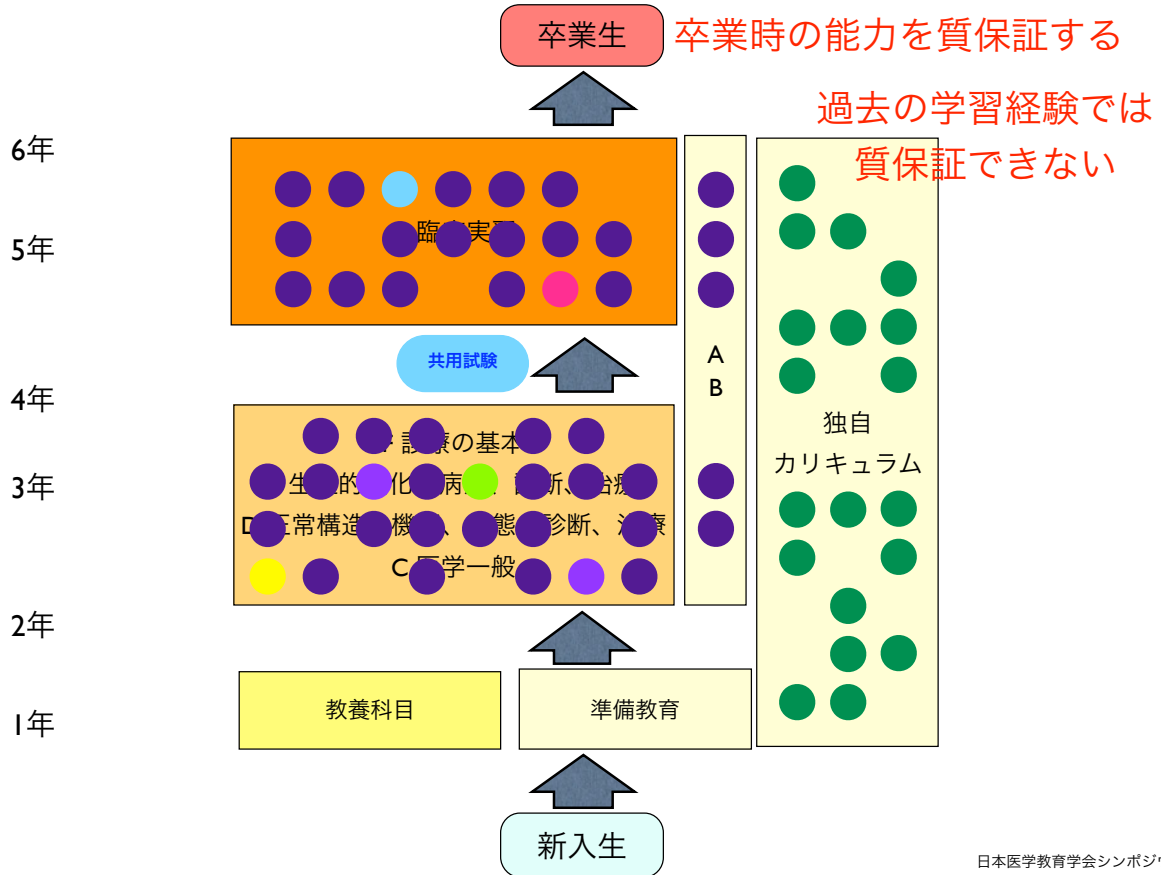


日本医学教育学会シンポジウム2



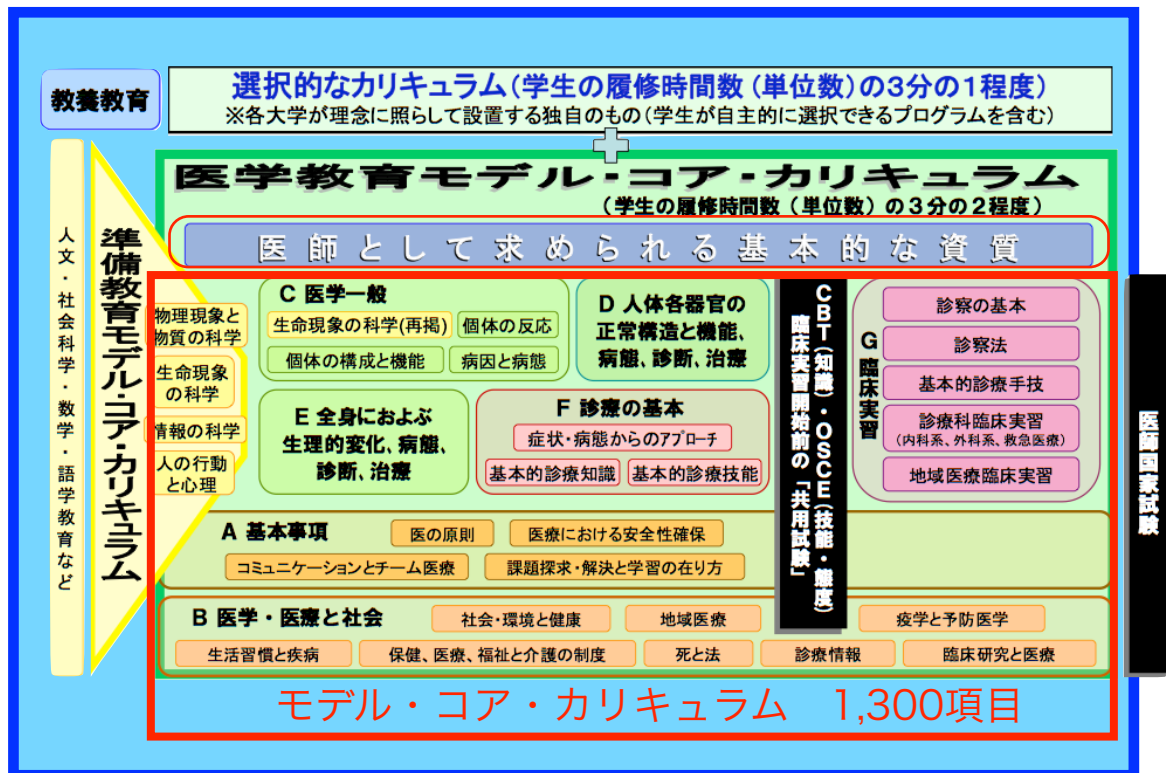
日本医学教育学会シンポジウム2

卒業生の有している能力・特性



7

医学部教育



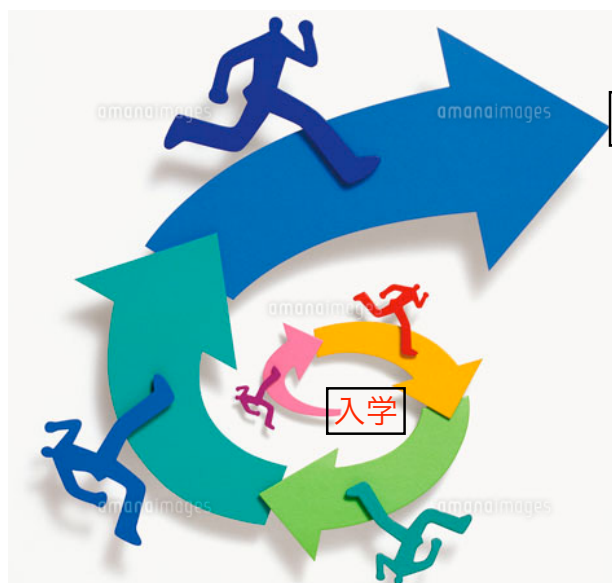
8

医学生の成長

経験⇒振り返り⇒理解・学習⇒次の学習の基盤

経験によって学習者は変化する

学習者の成長をデザインする



卒業

プログラム修了時に備えているべき能力を到達目標として記述する

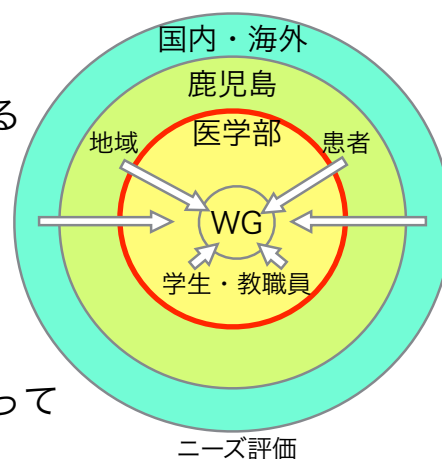
- 学生は自分に必要なものを、自分の方法で学ぼうとする
- 個々の学生が理解し、自ら発見していく過程が学習
- 教員は学生の目標達成の支援

日本医学教育学会シンポジウム2

9

鹿児島大学医学部 教育到達目標 検討事項 2008

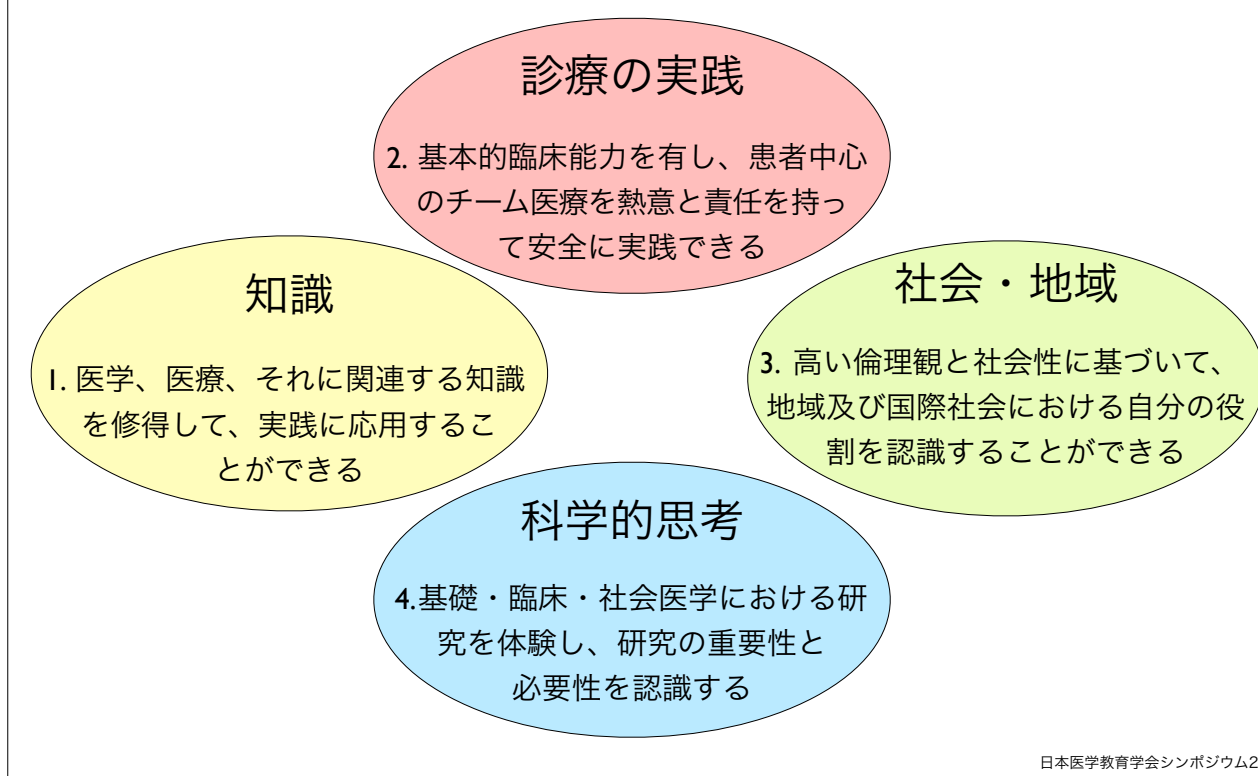
- 鹿児島大学医学部の**ミッション**を明確にし、それに適合する
- 鹿児島大学の教育の**特色**を示す
- 医学部卒業生に**必要な能力**を包括している
- 適切な**レベル**の能力が設定されている
 - どのような**状況**で発揮する能力か
 - 習得することが**可能**か
- 意図する内容が、十分に伝わる**記述**となっている



日本医学教育学会シンポジウム2

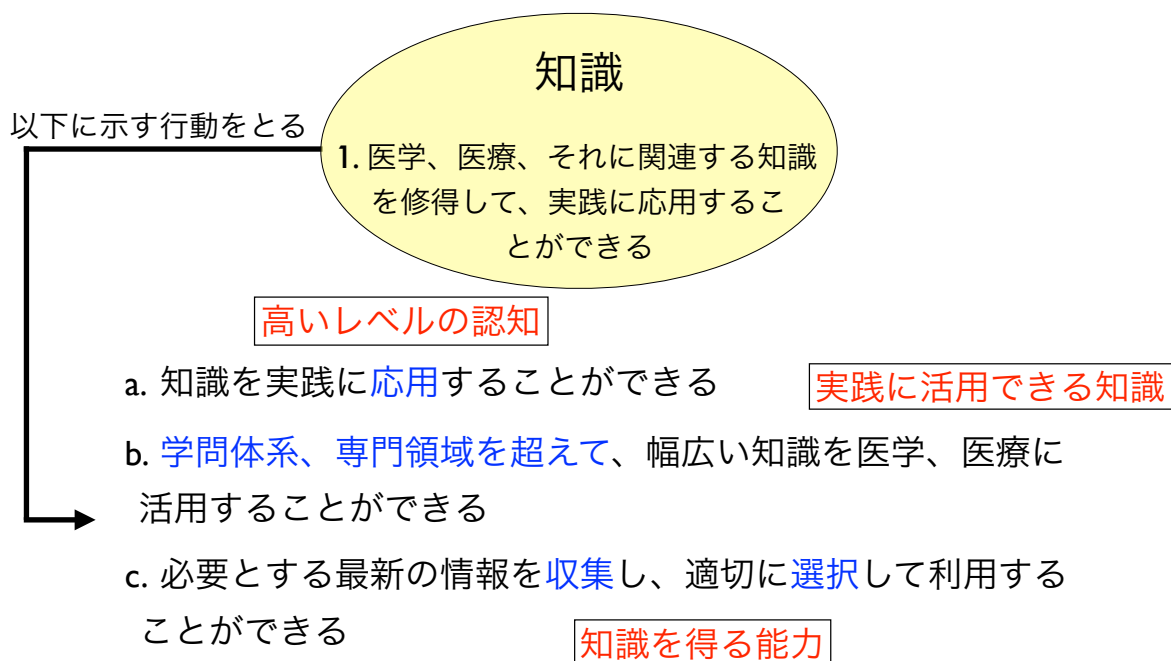
10

鹿児島大学 教育到達目標 2009.4



11

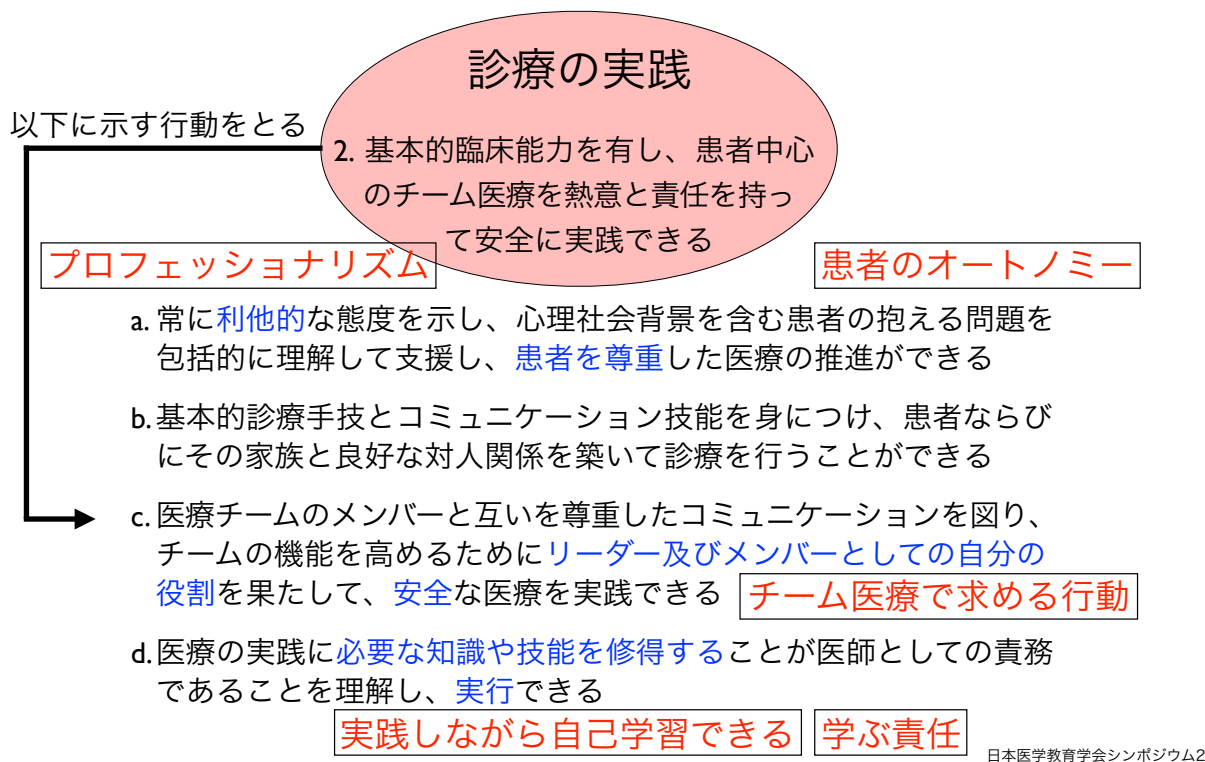
教育到達目標



日本医学教育学会シンポジウム2

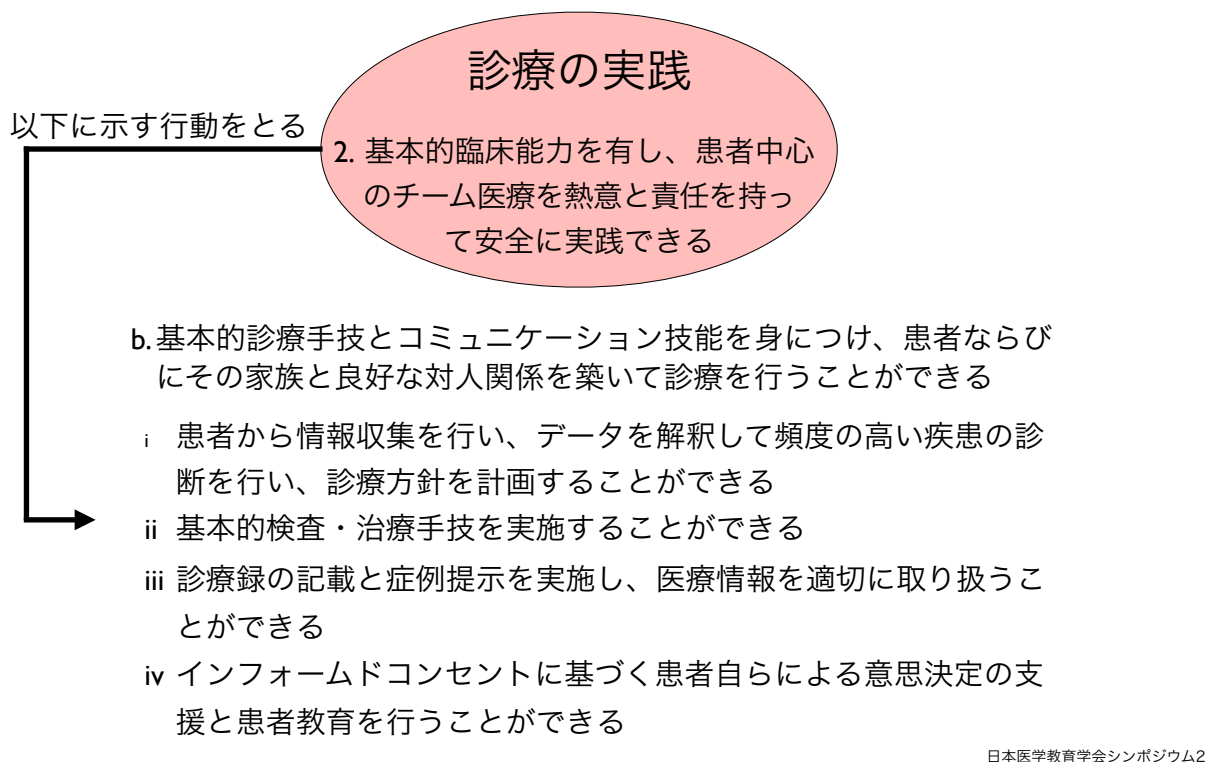
12

教育到達目標



13

教育到達目標



14

教育到達目標

社会・地域

以下に示す行動をとる

3. 高い倫理観と社会性に基づいて、地域及び国際社会における自分の役割を認識することができる

地域医療への責務と行動する能力

- a. 地域医療に参加し、基本的な初期診療を**実施**できる
- b. 離島・へき地を含む地域医療、先端医療、保健・福祉制度のそれぞれの機能と連携を理解し、医師の果たす役割を**自覚し、行動**できる
- c. **医療資源の適切な分配**をふまえた倫理的な最善の医療の選択ができる
- d. 個人、家族、地域、文化圏、国際社会における疾患と医療の**多様性**を理解し、**最新の情報**に基づく適切な対応ができる

鹿児島に存在する多様な文化を学習＝グローバルな医学教育に共通

日本医学教育学会シンポジウム2

15

教育到達目標

科学的思考

以下に示す行動をとる

4. 基礎・臨床・社会医学における研究を体験し、研究の重要性と必要性を認識する

自立した生涯学習者の基盤となる能力

- a. 課題を発見して、論理的、批判的に考え、探求し、問題解決する**自己主導型学習**を行うことができる
- b. **研究**の計画と実施、結果の解析とまとめ、発表、倫理的対応を理解する

研究者の基盤となる能力、行動

日本医学教育学会シンポジウム2

16

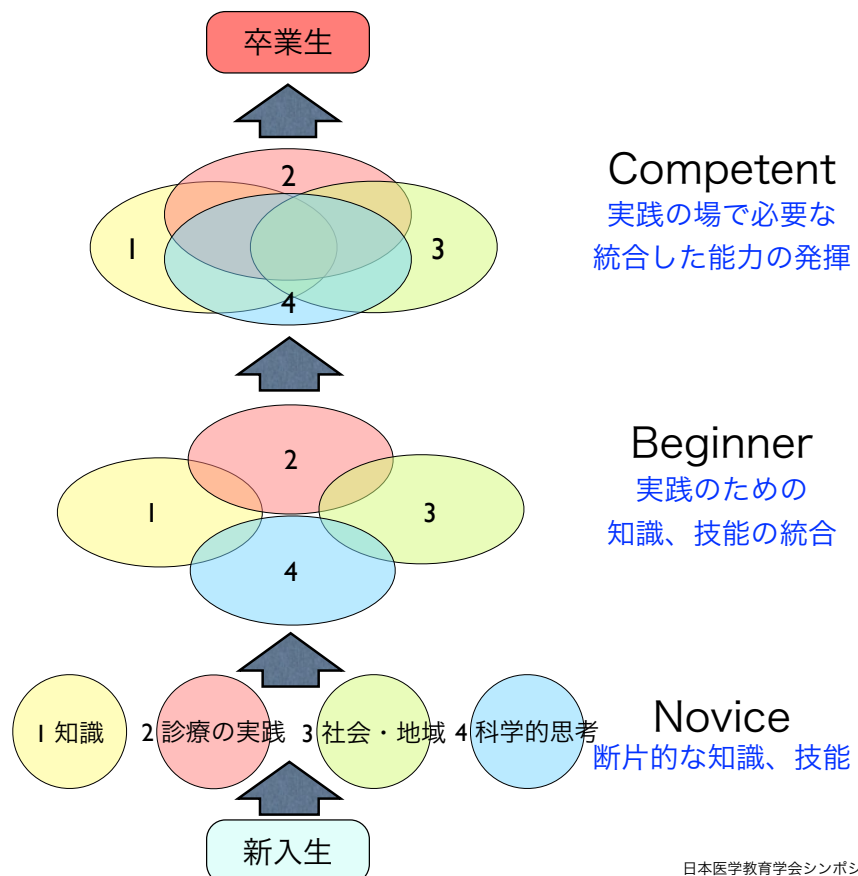
専門職技能修得の段階

Dreyfus 1986

Novice 新人	1.知識は断片的な個々の事実
Beginner 初心者	2.統合された知識、スーパーバイズが必要
Competent	3.実践の場で応用できる知識、信頼できる
Proficient 専門家	4.社会性、専門性
Expert 一流、達人	5.内面化、患者中心、自己学習、自己評価

17

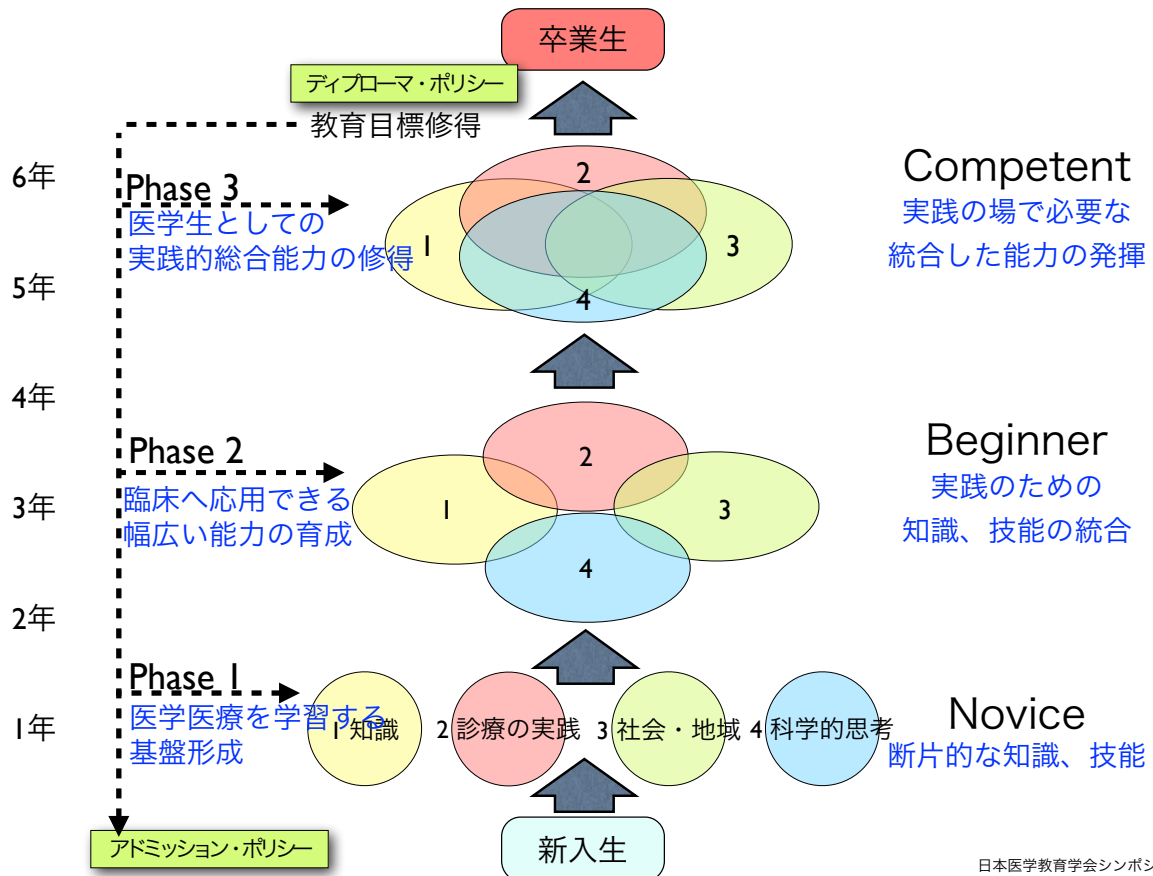
教育到達目標修得の過程



日本医学教育学会シンポジウム2

18

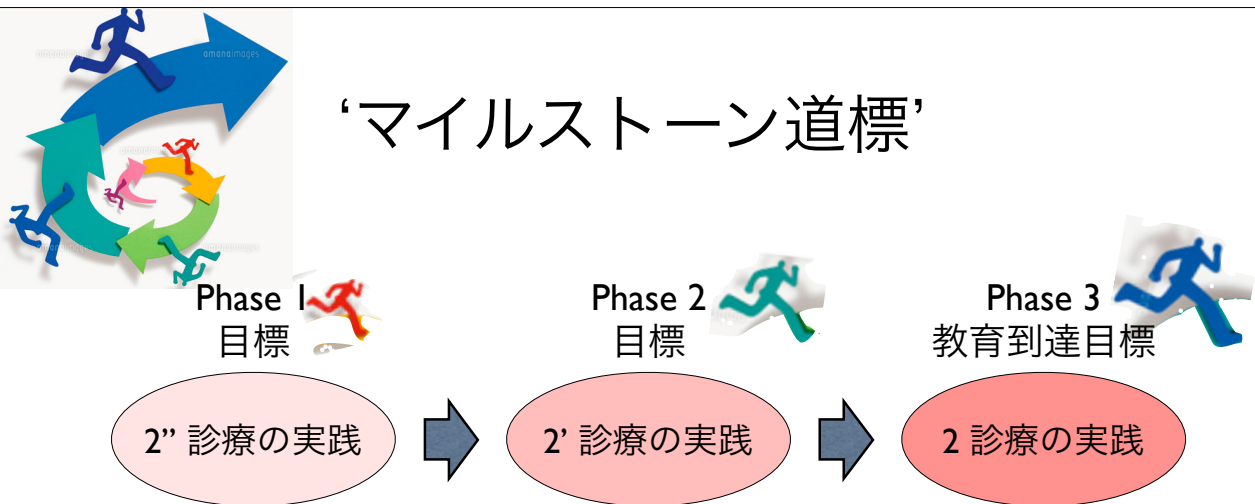
教育到達目標修得の過程



日本医学教育学会シンポジウム2

19

‘マイルストーン道標’



1. グループ学習において、同僚を尊重し、配慮した行動とコミュニケーションを図る
2. グループ学習において、リーダー及びメンバーとしての自分の役割を果たして、グループとしての機能を高めるために貢献する
3. . . .

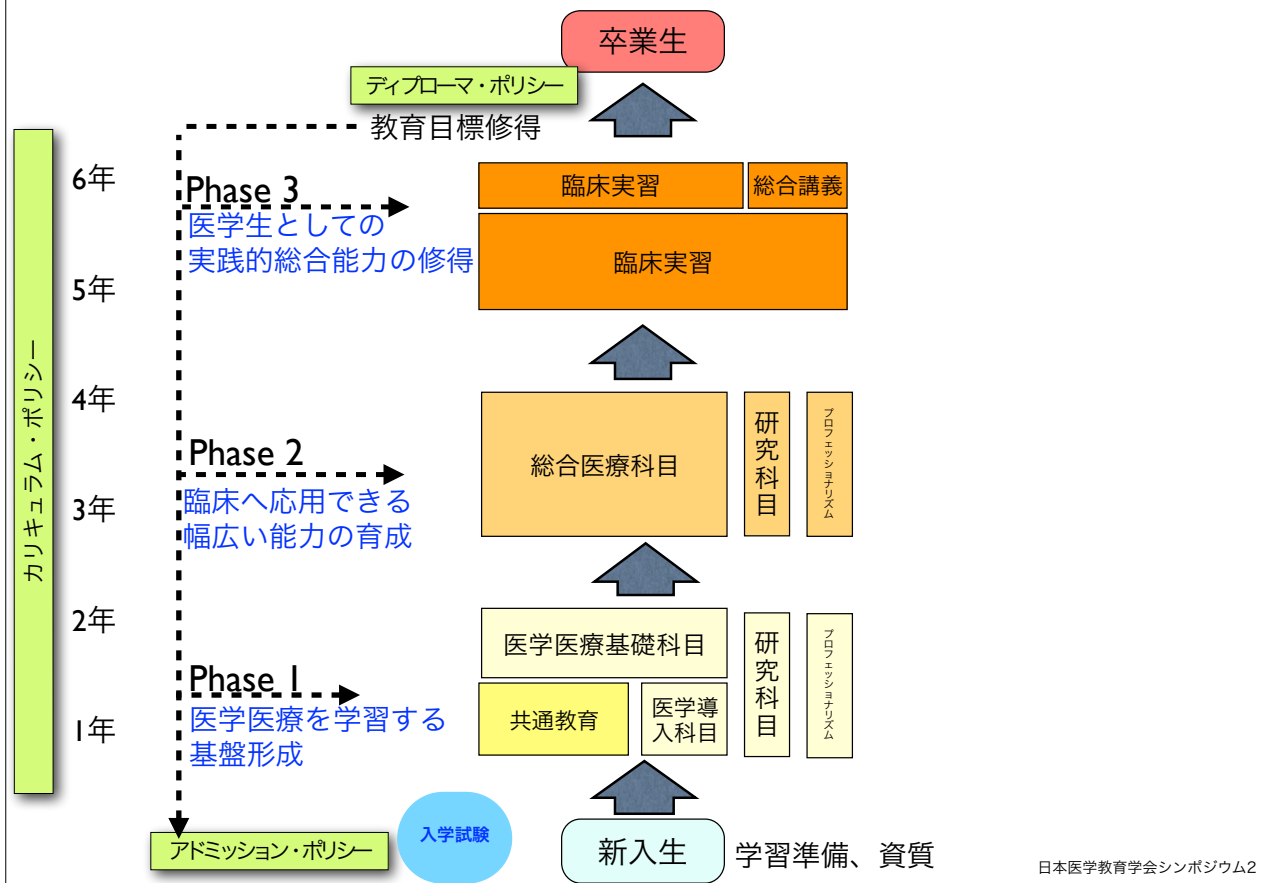
1. チームによる医療を事例を用いて検討することができる
2. 医療の安全性に関する情報を共有し、防止に役立てる分析の重要性を説明できる
3. . . .

- c. 医療チームのメンバーと互いを尊重したコミュニケーションを図り、チームの機能を高めるためにリーダー及びメンバーとしての自分の役割を果たして、安全な医療を実践できる

日本医学教育学会シンポジウム2

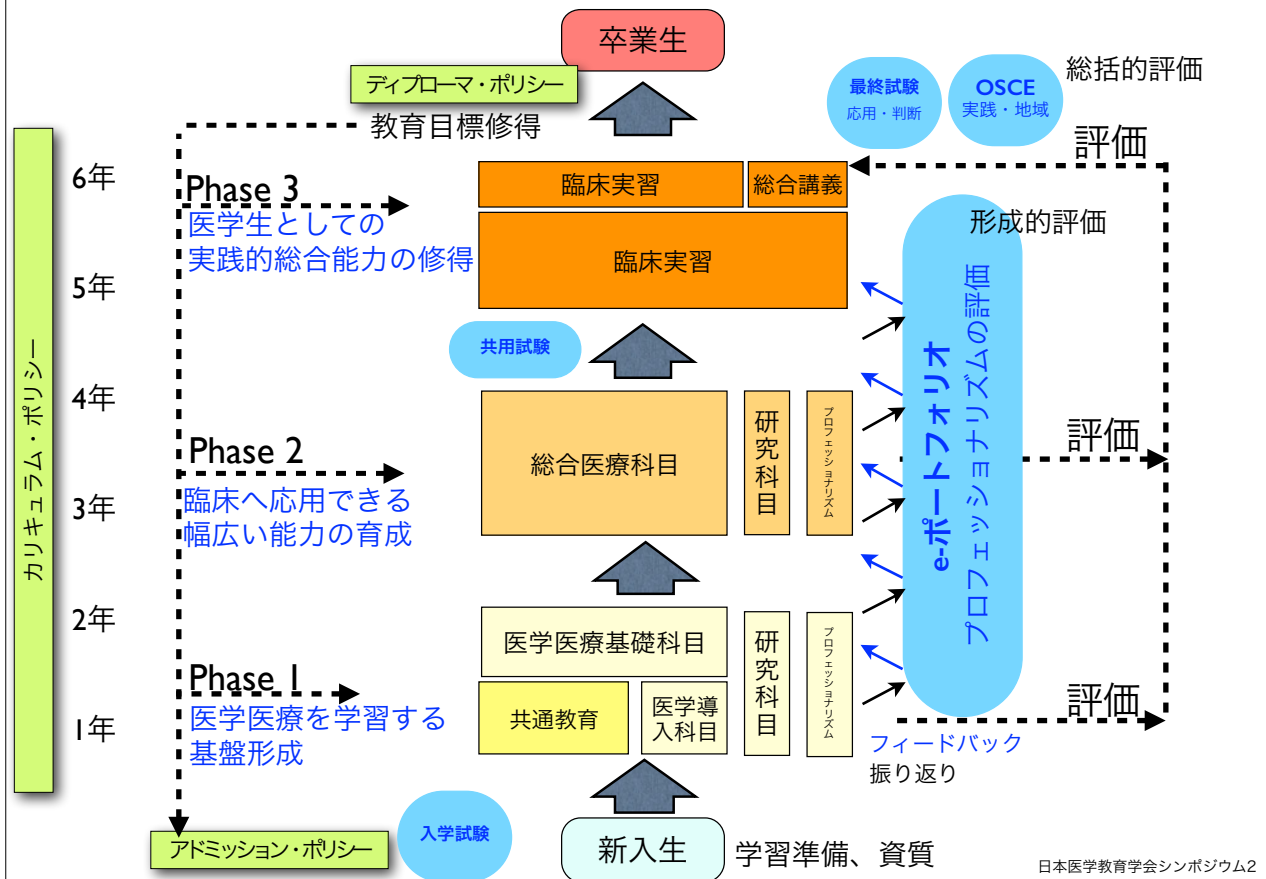
20

教育到達目標修得の過程



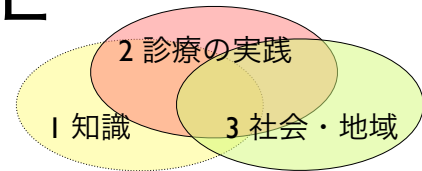
21

教育到達目標修得の評価



22

6年次OSCE



- 全ての臨床実習終了時の実践的臨床能力の評価
 - シミュレーション学習の評価ではなく、臨床実習で修得した能力の評価
- 統合して発揮する診療能力
 - 患者中心の医療の実践
 - 地域医療（離島・へき地を含む）における頻度の高い疾患の診療
 - 判断、実施
- USMLE step2 CSを参考に、日本の診療形態と鹿児島大学の教育に合わせたオリジナルの試験を開発
 - 模擬患者の診療 + 診断・計画
 - OSCEのための体制整備、人材育成
- 参加教員の意識の変化：臨床実習改善の必要性を認識

日本医学教育学会シンポジウム2

23

鹿児島大学における コンピテンシーを基盤とした教育

- アウトカム基盤型教育の到達目標として、自大学の卒業生が修得しているべきコンピテンシーを明記する
 - 統合して発揮する実践的能力
 - 患者中心、チーム医療、プロフェッショナリズム、研究、地域医療などを網羅
- 到達目標を確実に修得できる教育計画（マイルストーン、カリキュラムモデル）、運営、学生の支援体制を構築する
- 卒業時コンピテンシーの修得を評価する
- 国内外、地域、学生のニーズ評価を行うことにより、制度に追われることなく教育を計画、運営することが可能となる

日本医学教育学会シンポジウム2

24

コンピテンスを設定して

東京女子医科大学理事長・学長 吉岡俊正

- ・ カリキュラム改革の背景
- ・ コンピテンス設定の過程
- ・ 新カリキュラム実施と評価

話題

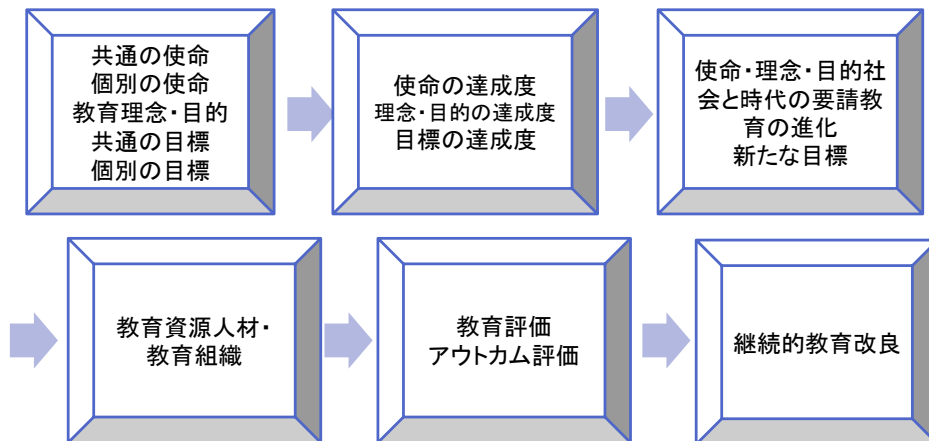
大学の使命

- 共通の使命
 - 学校教育法第83条
 - 大学は、学術の中心として、広く知識を授けるとともに、深く専門の学芸を教授研究し、知的、道德的及び応用的能力を展開させる事を目的とする。
- 個別の使命
 - 使命・目的・目標
 - 建学の精神、大学理念に基づく人材育成の理想像

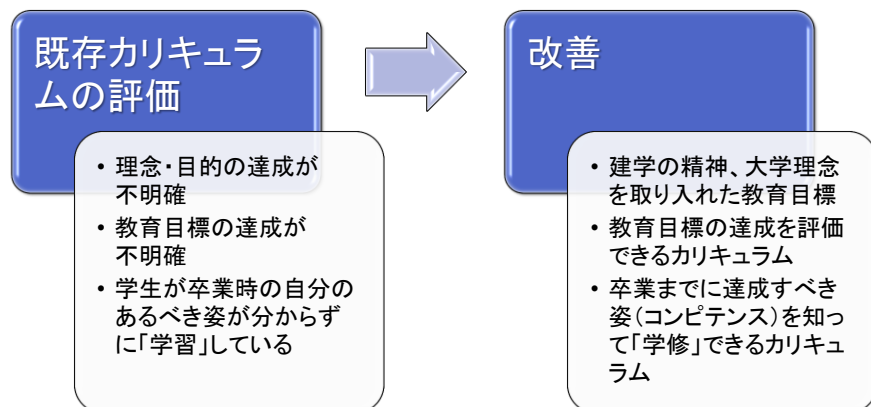
医学教育の目標

- 共通の目標
 - 法律
 - 社会の要請
 - 医科大学の共通認識
- 個別の目標
 - 建学の精神、大学理念
 - 学部の目的

カリキュラム改善の過程



コンピテンスの設定



アウトカムの設定 (建学理念から教育の柱へ)

至誠

I. 医の実践力

1. 知識と技能を正しく使う力
2. 問題を見つけ追求する力
3. 問題解決に向け考え実行する力
4. 情報を伝える力
5. 根拠に基づいた判断を行う力
6. 法と倫理に基づいて医療を行う力

愛

II. 慈しむこころの姿勢

1. 患者を理解し支持する姿勢
2. 生涯を通じて研鑽する姿勢
3. 社会に奉仕する姿勢
4. 先導と協働する姿勢
5. ひとの人生へ貢献する姿勢

教育の柱から目標へ

至誠

I. 医の実践力

1. 知識と技能を正しく使う力
2. 問題を見つけ追求する力
3. 問題解決に向け考え実行する力
4. 情報を伝える力
5. 根拠に基づいた判断を行う力
6. 法と倫理に基づいて医療を行う力

愛

II. 慈しむこころの姿勢

1. 患者を理解し支持する姿勢
2. 生涯を通じて研鑽する姿勢
3. 社会に奉仕する姿勢
4. 先導と協働する姿勢
5. ひとの人生へ貢献する姿勢

目標からのアウトカム設定

I 医の実践力

1. 知識と技能を正しく使う力
 - A. 医学知識を医療に活用できる。
 - B. 診断・治療・予防を実践できる。
 - C. 基本的技能を実践できる。
2. 問題を見つけ追求する力
 - A. 解決すべき問題を発見できる。
 - B. 問題を深く追求できる。
 - C. 未知の問題に取り組むことができる。
3. 問題解決に向け考え実行する力
 - A. 適切な情報を集め有効に活用できる。
 - B. 解決方法を選び実行できる。
 - C. 結果を評価できる。
4. 情報を伝える力
 - A. 患者に情報を伝えることができる。
 - B. 医療情報を記録できる。
 - C. 医療者と情報交換ができる。
5. 根拠に基づいた判断を行う力
 - A. 臨床・基礎医学の根拠を発見できる。
 - B. 根拠に基づいて診療を行える。
6. 法と倫理に基づいて医療を行う力
 - A. 医療者としての法的義務を理解し守れる。
 - B. 医療倫理を理解し実践できる。
 - C. 研究倫理を理解し実践できる。
 - D. 社会の制度に沿った診療を行える。

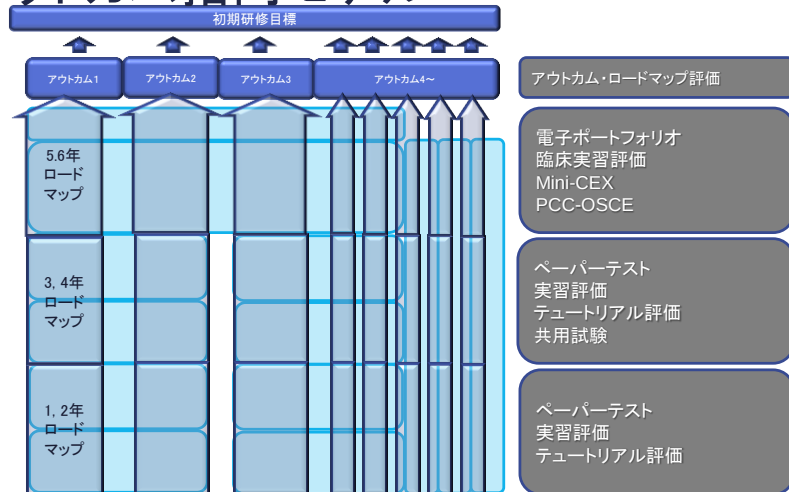
II 慈しむ心の姿勢

1. 患者を理解し支持する姿勢
 - A. 患者の意志と尊厳に配慮できる。
 - B. 家族・患者周囲に配慮できる。
 - C. 社会の患者支援機構を活用できる。
2. 生涯を通じて研鑽する姿勢
 - A. 目標を設定し達成するために行動できる。
 - B. 社会のニーズに応じて研鑽できる。
 - C. 自分のライフサイクルのなかでキャリアを構築できる。
 - D. 自分の特性を生かした医療を行うために研鑽する。
 - E. 専門職として目標を持つ。
3. 社会に奉仕する姿勢
 - A. 社会・地域で求められる医療を実践できる。
 - B. 医学研究を通じた社会貢献ができる。
4. 先導と協働する姿勢
 - A. 分の判断を説明できる。
 - B. グループを先導できる。
 - C. 医療チームのなかで協働できる。
5. ひとの人生へ貢献する姿勢
 - A. 患者に希望を与えられる。
 - B. 後輩を育てることができる。

アウトカムに対するロードマップ例

	2. 問題を見つけ追求する力.		1. 患者を理解し支持する姿勢
アウトカム	A. 解決すべき問題を発見できる。	アウトカム	A. 患者の意志と尊厳に配慮できる。
1、2年 ロードマップ	・ 現象・事例から学ぶべきことを発見できる。	1、2年 ロードマップ	・ 他者の意志を聞き出すことができる。 ・ 他者を尊重して対話ができる。 ・ 他者の自己決定を理解できる。
3、4年 ロードマップ	・ 問題の優先度および重要度を判断できる。 ・ 事例で診療上の心理的・社会的問題を明らかにできる。	3、4年 ロードマップ	・ 傾聴できる。 ・ 患者の人権・尊厳を説明できる。
5、6年 ロードマップ	・ 患者・家族が抱える心理的・社会的問題・不安を明らかにできる。 ・ 患者の診療上の問題を明らかにできる。	5、6年 ロードマップ	・ 患者の自己決定を支援し、必要な情報が提供できる。 ・ 患者の意志を聞き出すことができる。 ・ 患者の尊厳に配慮した診療が行える。

アウトカム指向モデル



新カリキュラム導入後の課題

- Formal Curriculum
 - アウトカム・ロードマップの理解
 - アウトカム・ロードマップ評価
- Informal Curriculum
 - 教員の新カリキュラムの理解
 - 学生の新カリキュラムの理解
- Hidden Curriculum
 - さらに高いActive Learning(個別の目標)
 - 見学型臨床実習の風土

第47回日本医学教育学会大会

2015年7月24日 新潟

シンポジウム2
医学部のコンピテンシーとは

コンピテンス作成の試行：
日本医科大学における取り組みから

日本医科大学医学教育センター 藤倉輝道



各大学がどのようにアウトカム基盤型教育カリキュラム（OBE）の構築に取り組んでいるのか？

その情報共有を図るために

日本医学教育学会、コア・コンピテンス教育委員会委員の一人として自大学の取り組みをご報告いたします。

我々の試行錯誤の経験が、どこの大学でも起こり得るものか否かはわかりませんが、何らかのご参考になれば幸いです。



本日の講演内容

1. OBE構築に関わる一連の組織
教授会
教務部委員会
カリキュラム委員会
カリキュラム委員会コア・メンバー
2. FDワークショップの開催
3. 医学教育センター(教育ユニット)の役割
4. 今後の取り組み



本学におけるOBE構築への経緯

- 2011年 教務部委員会^で国内外の現状報告
- 2012年 富士研でOBEに関するWS開催(藤倉が参加)
- 2013年 FDで国際認証評価に関するWS開催(OBEの必要性)
カリキュラム委員会発足
- 2014年 FDでOBEに関するWS開催
WS参加者の中のコア・メンバーによる小委員会
カリキュラム委員会内の審議
教務部委員会審議開始
- 2015年 教務部委員会(6月)、教授会(7月)
コンピテンス承認、
第2期カリキュラム委員会発足



カリキュラム委員会

本学ではカリキュラムに関する案件はすべて教務部
委員会で審議してきた

2013年10月に新カリキュラム運用、OBE構築のために
アドホックとしてのカリキュラム委員会が設置された
教務部長が委員長を務め、24名の委員を選出、これを
学長が任命した

教授8名

准教授10名

講師6名

基礎科学系 4名

基礎医学(社会医学含む)系 6名

臨床医学系 14名



カリキュラム委員会:コアメンバーによる小委員会

カリキュラム委員会メンバーで、後述のOBEに関するFD
に参加した准教授3名、講師1名(臨床医学3名、基礎医学
1名)から成る小委員会を発足

フットワークを活かし、会合は全員が参加できる夜間、
始業前に開催し、メール審議も多用し突貫作業！

FDにおけるプロダクツをもとにコンピテンスの素案を作成
しFD終了から約2か月後これを教務部長に提出した



本学におけるOBE構築への経緯

2013年 新カリキュラム導入を控えた激動期
～2014年

教務部委員会での審議事項は山積
関連組織の複雑化

2015年 任期満了による教務部委員会委員の改選
カリキュラム委員も改選

教務部委員会(6月)、教授会(7月)
コンピテンスがようやく承認

コンピテンス制定だけで足掛け2年



組織の各階層の中でも、OBEの理解はまちまち

学長、副学長クラス

教授会

教務部委員会

カリキュラム委員会

学生
レイパーソン

コア・
メンバー

医学教育センター



本学におけるOBE構築上の問題点

アウトカム基盤型教育カリキュラムとその必要性
の学内理解が不十分(一部の主導では問題あり)

「学習者中心:履修主義から修得主義への視点の転換」

「基本的なカリキュラムプランニングの理論と実践:
目標、方略、評価、タクソノミーの考え方の理解も不十分」

これを全学で図るのは容易ではない
現状ではFD開催に頼らざるを得ない状況



今回のテーマに関連したFD

少なくとも本学では国際認証とOBEは表裏一体

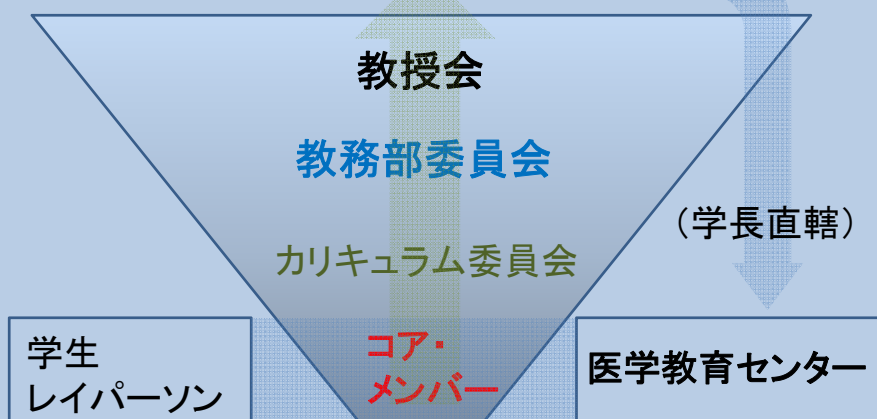
回数	西暦	日時(開始日)	テーマ	講師(敬称略)
第20回	2012	2012/4/21	クリニカルクラークシップ	岡崎仁昭
第22回	2013	2013/6/8	医学教育国際認証評価	奈良信雄
第23回	2013	2013/10/5	クリニカルクラークシップ	大西弘高
第24回	2014	2014/6/28	アウトカム基盤型教育	田邊政裕

全てにおいて学部学生、時に臨床研修医も参加
学長、医学部長以下幹部教職員も参加は必須



本学におけるOBE構築に関する組織と医学教育センター

学長、副学長クラス



医学教育センターは、学長直轄の組織であると同時に、学生、SPなどのレイパーソンとも繋がる窓口など各種調整役を果たす

卒前、卒後教育、生涯教育のシームレス化

2014年

- ・医学教育センター設置 (旧教育推進室を改変)
センター長 (兼任)
副センター長: 医学教育研究開発部門長 (専任)
副センター長: 医学教育支援部門長 (兼任)



卒後研修委員会委員長が務める

- ・医学教育関連委員会設置
教務関係の要職者に加え
各付属病院の院長、卒後研修責任者が参加



臨床研修指導医講習会との整合性

卒前、卒後の教育のシームレス化は近年常に話題に上る

臨床研修のスタート時のコンピテンシーが明示されていた方がその後の2年間の継続を図り、研修終了時のアウトカムを設定しカリキュラムプランニングを行う方上で理に適っている。 [Entrustable Professional Activity](#)

卒後研修統括部門との連携が重要となる



本学において卒業時に求められるコンピテンス8項目

(各項目の詳細は「本学の学生は卒業時に・・・という形式で明文化されている」)

1. 克己殉公(学是)の精神を受け継ぐプロフェッショナリズム
2. コミュニケーション能力
3. 統合された医学知識
4. 実践的診療能力
5. 科学的研究心と思考能力
6. 人々の健康の維持、増進を通じた社会貢献
7. 次世代の育成、教育能力
8. 豊かな人間性と国際性



本学において卒業時に求められるコンピテンス8項目
借り物ではない、自分たちのコンピテンス設定を目指した議論

これははずせないよ
ね、ミッションだもん

1. 克己殉公（克己の精神を受け継ぐ）プロフェッショナリズム
2. コミュニケーション能力
3. 統合された医学知識
4. 実践的診療能力 **「愛と研究心を有する医師と医学者の育成」がうちの教育理念だものね**
5. 科学的研究心と思考能力
6. 人々の健康の維持、増進 **教育って意外に 貢献 大切じゃない**
7. 次世代の育成、教育能力 **国際性を入れて下さい**
8. 豊かな人間性と国際性



OBEに関してよく耳にするご意見への対策

「今までやってきたこと（教育目標基盤型）で何か問題あるの？ ちゃんと教育できて来たでしょうが」

「また欧米の教育理論を鵜呑みにして従うつもり？」

「GIOとSBOsでやってるカリキュラムプランニングとどこがちがうの？」

「なんだか画一的で小さくまとまった卒業生になってしまうんじゃないの？」



OBEに関してよく耳にするご意見

「今までFDを通じてある程度は理解が得られたと考える」

「目標基盤型で何か問題が来ただしょうが」

「また欧米の教育理論を鵜呑みにしているのでは？」

「GIOとSBOsでやってるカリキュラムとどこがちがうの？」

「なんだか画一的で小規模になってしまふんじゃないの？」

学習者中心の視点への転換は文化の変革、時間が必要

これらを普及させてきた卒後教育部門との連携で克服

これもまた卒後教育部門との連携で



今後の取り組み

- コンピテンス毎にコンピテンシーの作成
- 現行カリキュラムのOBEへの落とし込み
- 再度FDを施行しアドホック委員会編成
- 学科目責任者にも必ず何かの作業をお願いする
テンプレート作成し、それに入力など明確かつ
簡便な作業を割り振る



一気呵成に行うか

医学教育の分野別認証評価

はよいきっかけである

しかし、反発と何より形骸化の恐れ

地道に変化を促すか

どのみち時間のかかるものを

地道にやっていたらちが明かない

場面と相手によって使い分ける



結論

自学なりの、借り物ではない

コンピテンスの設定とOBEの構築には

医学教育ユニットの管理・統括能力の

発揮が不可欠、まさに腕の見せ所である

学内での綿密なNegotiationと

学内外からの助言も必要あり

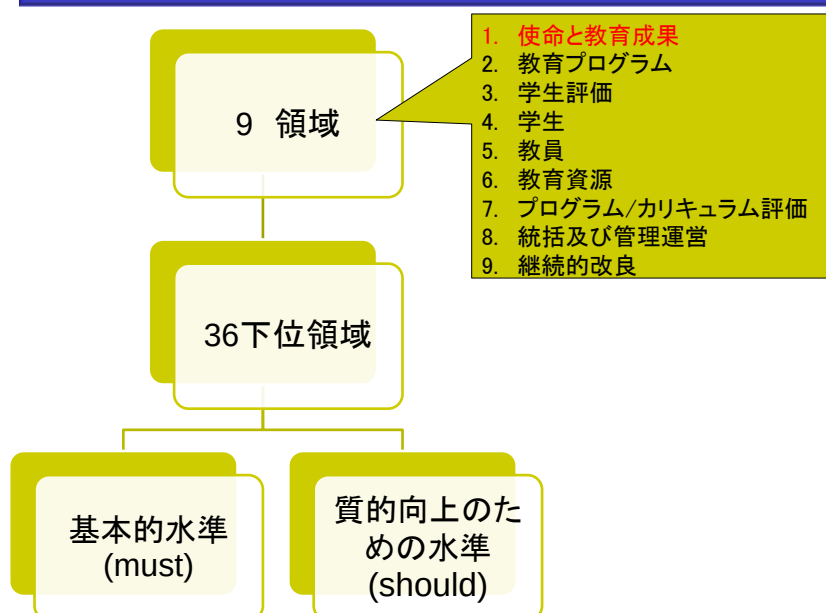


オープニング・リマークス ーアウトカム基盤型教育、コンピテンス、 コンピテンシーについてー

千葉県立保健医療大学
田邊政裕

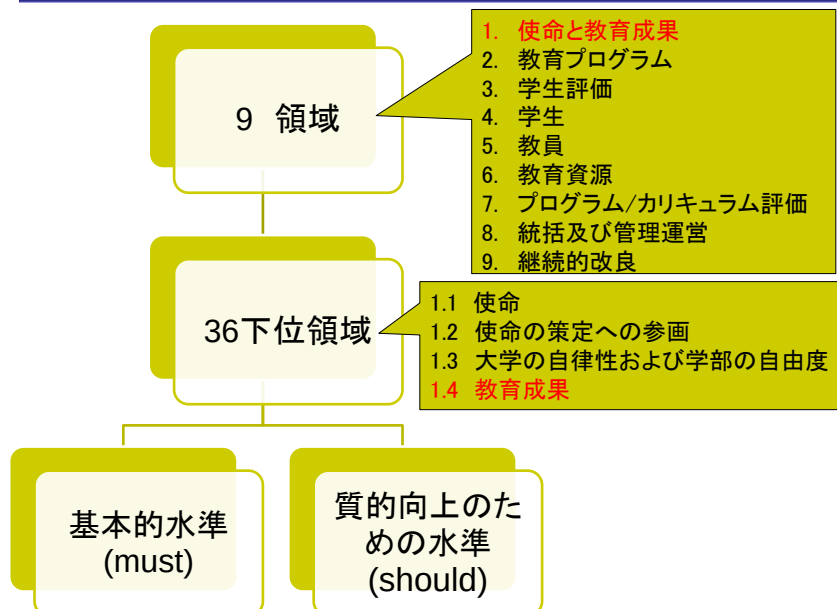
1

医学教育分野別評価基準とアウトカム基盤型教育



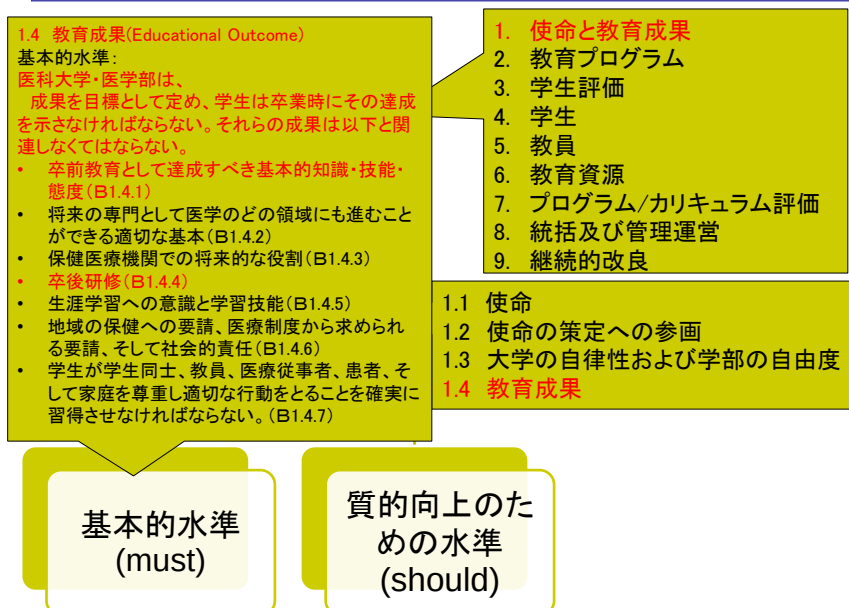
2

医学教育分野別評価基準とアウトカム基盤型教育



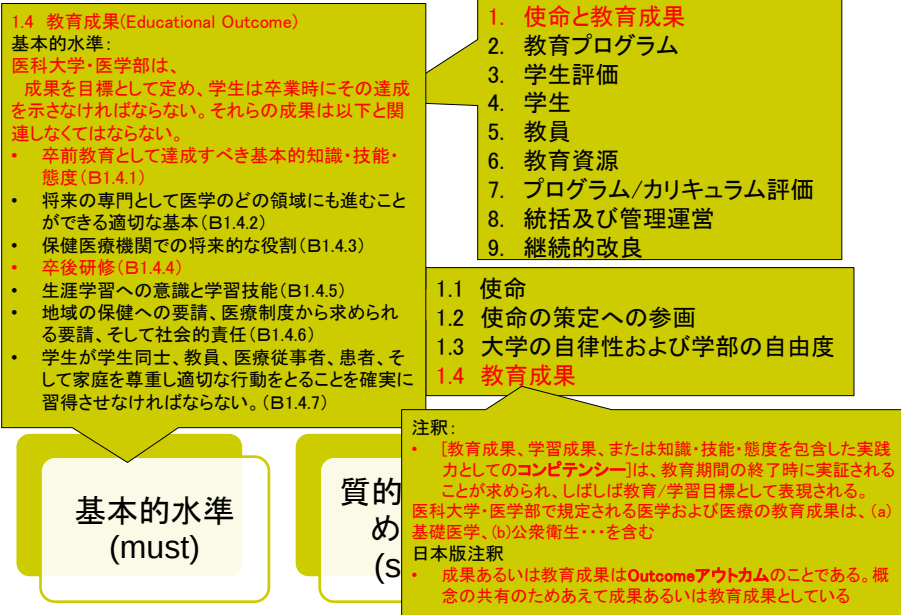
3

医学教育分野別評価基準とアウトカム基盤型教育

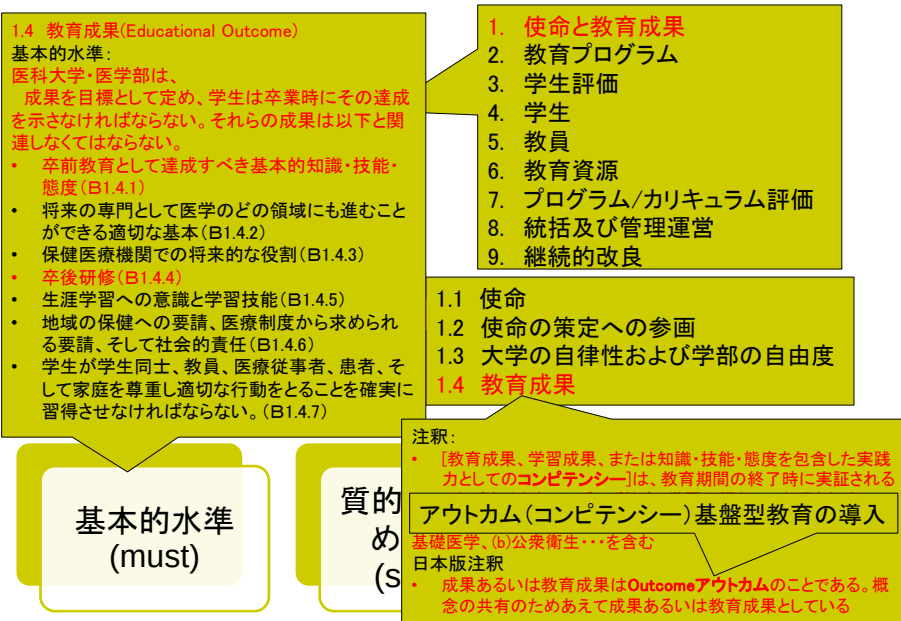


4

医学教育分野別評価基準とアウトカム基盤型教育



医学教育分野別評価基準とアウトカム基盤型教育



医療専門職のコンピテンスとは？

Norman 1985, Epstein & Hundert 2002, Frank 2010, Englander 2013

“コミュニケーション、知識、技能、臨床推論、感情、価値観、振り返りを日々の実践（診療）において個人（患者）と社会のために習慣的かつ賢明に活用すること”

“時間、経験、状況により変化（発展）する”

➡ コンピテンスの領域(Domain of Competence)として上記の項目が該当する

- ✓ 医療専門職の属性、特性、枠組み
- ✓ ディプロマ・ポリシー(医学部、医科大学)に相当する

➡ コンピテンスは具体的で観察・評価可能な能力(コンピテンシー)から構成される

7

コンピテンスの領域：医師の属性を多面的にとらえる

- 1) 診療技術・患者ケア
コミュニケーション、知識、技能、臨床推論、感情、価値観、振り返り
- 3) 医療安全
コミュニケーション、知識、技能、感情、価値観、振り返り
- 4) チーム医療
コミュニケーション、知識、技能、感情、価値観、振り返り
- 6) 医療の社会性
コミュニケーション、知識、技能、感情、価値観、振り返り

5) コミュニケーション
コミュニケーション



- 2) 医学的知識
知識
- 7) 倫理とプロフェッショナリズム
感情、価値観、振り返り
- 8) 自律的学習能力
感情、価値観、振り返り

8

医療専門職のコンピテンシーとは？

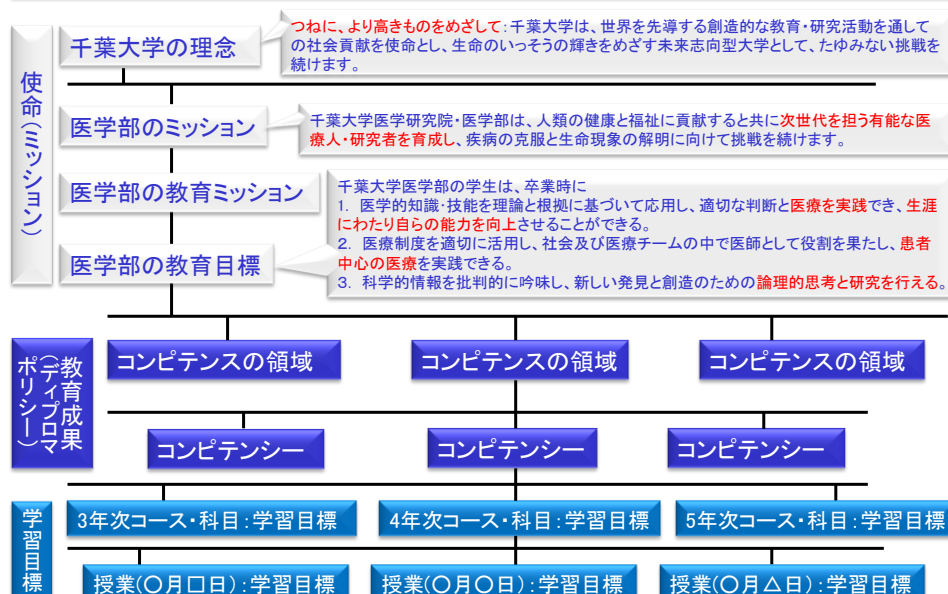
ten Gate 2007, Albanese 2008, Frank 2010

- 知識、技能、価値観、態度を包含する包括的な実践力
“The ability to do something successfully”
- 観察(測定・評価)できる専門職の能力
- 訓練により個人が獲得できる能力
- コンピテンスの構成要素

➡ General(Core) competency: 全ての医師が共通に身に付けるべき能力(卒前医学教育、卒後研修)

9

使命と教育成果(コンピテンス、コンピテンシー、学習目標) —千葉大学医学部のアウトカム基盤型教育—



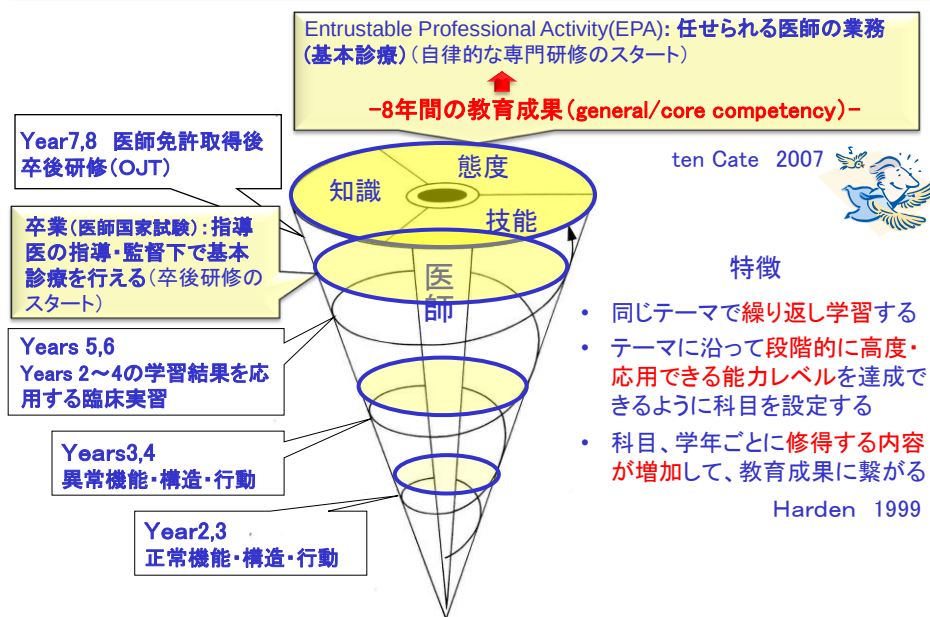
教育成果へ向けての能力の進展

Harden 2007, ten Cate 2012

1. Increased breadth $A \rightarrow A + B + C$
2. Increased difficulty(depth) $A \rightarrow A$
3. Increased utility and application to practice $A \rightarrow A$
4. Increased proficiency $A \rightarrow A$
 - More efficient performance
 - Less need for supervision

➡ EPA(Entrustable Professional Activity)

ラセン型カリキュラムによる教育成果とパフォーマンスレベル



12

2015.7.25 第47回日本医学教育学会大会シンポジウム
卒前教育・卒後研修8年間の基本的医学教育コンピテンスの提案

卒後初期臨床研修制度の見直しに関する
検討の状況と調査研究の報告

北海道大学
大滝純司

日本医学教育学会大会 COI開示

発表者名：大滝 純司

この演題発表は、厚生労働科学研究費補助金による研究事業（平成26年度「医師臨床研修の到達目標とその評価の在り方に関する研究」、27年度「臨床研修の到達目標と連動した研修診療科に関する研究」）の内容を含みます。大滝は研究分担者としてこれらの研究事業に携わりました（研究代表者：福井次矢）。

内容の概略

- 研修制度見直しのスケジュール
- 厚労科研研究班での検討
- 分担研究の概要
- 研修目標案

背景：厚労省WG

医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するワーキンググループ

医師の卒後初期臨床研修制度

- 次回の制度見直し（平成32年度から適用）に向けて

平成26年度：厚労省のワーキンググループで検討開始

卒前と卒後の間で医学教育の目標の整合性も議論

背景：厚労科研福井班

H26年度「医師臨床研修の到達目標とその評価の在り方に関する研究」
H27年度「臨床研修の到達目標と連動した研修診療科に関する研究」

ワーキンググループへ基礎資料を提供する

■研究組織

- ・福井 次矢 聖路加国際大学・聖路加国際病院（研究代表者）
- ・大滝 純司 北海道大学大学院医学研究科 医学教育推進センター
- ・高橋 理 聖ルカ・ライフサイエンス研究所・臨床疫センター
- ・野村 英樹 杏林大学・医学部 総合医療学
- ・奈良 信雄 東京医科歯科大学・医歯学教育システム研究センター
- ・前野 哲博 筑波大学・医学医療系臨床医学域

← 演者は到達目標に関する検討を担当

分担研究：目的

- ・ 臨床研修における、診療能力を踏まえた到達目標の具体的な在り方と適用の妥当性について検討
- ・ 研修医の診療能力の実態、現在の目標の過不足など、到達目標の構成に関する問題点を把握する

H26年度厚労科研「医師臨床研修の到達目標とその評価の在り方に関する研究」

分担研究：方法

対 象：現在の臨床研修を研修医あるいは指導医として
経験した医師 20名

デザイン：フォーカスグループインタビュー（質的研究）

分 析：インタビュー内容をテキスト化

➡ 記述分析＋内容分析で論点を整理

分担研究：結果 対象者の概要

- 対象者20名の属性
 - 新制度修了者：8名 新旧両制度指導医：12名
 - 平均卒後年数：18.3年（範囲4-32年）
 - 性別：女性 3名 男性 17名
- 所属病院属性（数字は人数）
 - 規模等：大学4, 大規模（500床以上）6,
中規模（200～499床）5, 小規模（199床未満）4
 - 所在地：北海道2, 東北3, 関東6, 北陸2, 近畿3, 九州4
- FGIの回数と参加人数
 - Skypeを用いたFGI：5回（2-5名/回）
 - 電話インタビュー：1回（1名）

分担研究：結果 研修制度

中項目 (便宜的分類)	小項目 (カテゴリ)
ポジティブ	・制度導入への賛同 ・現行制度の定着 ・医学教育学的視点の普及とその効果 ・基本理念の重要性 ・地域医療研修は有意義
ネガティブ	・運営上の課題 ・運営上のインセンティブが理念と異なる
その他	・初期研修の目指すべき姿 ・制度やプログラムに対する評価の必要性 ・地域医療研修の多様性

分担研究：結果 目標

中項目 (便宜的分類)	小項目 (カテゴリ)
ポジティブ	・目標リストは網羅的で妥当
ネガティブ	・目標数多すぎる ・目標の妥当性に関する疑問 ・到達レベルが不明瞭 ・目標の認知が不十分 ・行動目標は形骸化 ・他研修制度との区別と連動が不明瞭
その他	・見直しのポイント ・目標達成の工夫 ・目標経験に関する研修病院別の特性 ・プライマリケアに基づく目標

分担研究：結果 評価

中項目 (便宜的分類)	小項目 (カテゴリ)
ポジティブ	・各施設やプログラムによる評価の工夫 ・研修部による協力体制の整備 ・指導医の学び
ネガティブ	・指導医の負担 ・評価が困難な領域 ・評価方法の信頼性と妥当性に関する課題
その他	・制度やプログラムに対する評価の必要性 ・研修病院のプログラム評価の必要性 ・見直しのポイント

分担研究：結果 発言の例

- ・制度導入から10年を経たことによる『慣れ』
- ・『教育や指導に対するレベル維持』の重要性
- ・『基本理念を軸』とした研修実践
- ・学生/研修医/指導医に『理念や目標が認知されていない』
- ・医療サービス変化に伴う『目標と現実の乖離』
- ・『一般的な能力というのがどの範囲か』
- ・『卒前/卒後/生涯教育の大目標を統一したレベル設定』
- ・『地域医療研修は研修医に非常に評判が良い』
- ・『医学生の専門医志向』のニーズとは乖離
- ・『ビックデータとして』EPOCの利用可能性

注：『』内は実際の発言

分担研究：考察

- 研修制度：全国レベルの普及に肯定的意見多数
- 目 標：項目数と到達レベルに改善の要望
- 評 価：各研修病院で工夫しつつも課題の指摘

分担研究：考察

- 大規模な制度の目標の見直し

国際的な動向、理論的な根拠、わかりやすさ

+

変更の限界、現場にもたらす変化や影響 などの考慮を

- 理論と現場をつなぐ多角的な検討と議論の継続を

WG資料：研究班での議論から

- ・ アウトカム評価の重視
 - ・ 研修修了時に到達すべき能力(コンピテンシー)として整理してはどうか
 - ・ 目標と評価方法の整合性を高めることが望ましい
- ・ 医道審議会分科会報告書の方針の継承
 - ・ 行動特性の一部に外来での診療能力も組み込んでどうか
 - ・ 従来の「経験目標」は能力(コンピテンシー)を担保する根拠として組み込めるのではないか
 - ・ 能力(コンピテンシー)の大枠は卒前教育等との一貫性を保つことが望ましい

厚労省WGの資料（公開）より：第3回会議の資料1（抜粋）

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000090482.pdf>

WG資料：研究班での議論から

- ・ 到達目標としての能力(コンピテンシー)の構造化
 - ・ 上位目標(仮)を数～十数項目に整理してはどうか
 - 各上位目標に数項目の下位目標(仮)を設定
 - これらに経験目標を組み込めるのではないか
 - ・ 項目ごとに達成度を判断する基準(ルーブリック)を定めてはどうか
- ・ 経験目標の位置づけと構造の見直し
 - ・ 現行の経験目標の内容は、目標を達成するための方法(方略)として位置づけてはどうか
 - ・ 経験のレベルを具体的に設定することが求められているのではないか
 - ・ 「経験した」とみなすのに最低限必要なレベルと望ましいレベルの二段階にしてはどうか

厚労省WGの資料（公開）より：第3回会議の資料1（抜粋）

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000090482.pdf>

WG資料：参考にした他の機関等の目標

- 医学教育モデル・コア・カリキュラム
- 千葉大学医学部
- 日本医学教育学会
- CanMEDS (カナダ)
- Foundation Programme Curriculum(英国)
- AAMC: Reference List of General Physician Competencies
- ACGME: Common Program Requirements (米国)

厚労省WGの資料（公開）より：第3回会議の資料1（抜粋）

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000090482.pdf>

WG資料：目標の案

I. コミュニケーション

V. 患者へのケアと診療技術

II. チーム医療

VI. 医療の社会性

III. 医学知識と問題対応能力

VII. プロフェッショナリズム

IV. 安全管理

VIII. 科学的探究と生涯学習

厚労省WGの資料（公開）より：第3回会議の資料1（抜粋）

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000090482.pdf>

出典	草案	現行	医学教育モデル・コア・カリキュラム	千葉大学医学部	日本医学教育学会	CanMEDS (カナダ)	Foundation Programme Curriculum (英国)	AAMC: Reference List of General Physician Competencies	ACGME: Common Program Requirements (米国)
対象	初期研修医	初期研修医	医学生	医学生	医学生・初期研修医	全ての医師	初期臨床研修医	教材やカリキュラム	専門医の共通部分
構造	上位目標 ↓ 下位目標 (含経験目標) ↓ 達成度判断基準 (ルーブリックと望ましいレベルを例示)	「基本理念」を提示し「到達目標」として「行動目標」と「経験目標」を提示 ↓ 下記は「行動目標」の上位項目6項目 ↓ 下位項目	「医師として求められる基本的な資質」として8項目を提示 各項目に1-2行の説明文 ↓ 下位項目は示されていない	卒業コンピテンシと卒業コンピテンシーとして提示 上位6項目 ↓ 中位項目 ↓ 下位項目	第41回医学教育者のためのワークショップでニーズの抽出とコンピテンシを討議 ↓ FD委員会で作成 ↓ 理事会で協議し公開予定	医師に必要な7つの役割(上位項目) ↓ 定義、説明、Key Competencies(中位項目) ↓ Enabling Competencies(下位項目)	Section 1 (professional and ascholar)とSection 2 (safe and effective practitioner) 上位12項目 ↓ F1/F2 outcomes(中位項目) ↓ 下位項目	医療専門職に共通する区分構成を目指してACGMEなど既存のcompetencyとdomainをもとに網羅的に検討 domains(上位項目) ↓ 下位項目	ACGME core competenciesを全ての専門医の研修に組み込むよう求めている 上位6項目 ↓ 下位項目
上位目標	コミュニケーション	患者-医師関係	医師としての職責	倫理観とプロフェッショナリズム	診療技術・患者ケア	Medical Expert	Professionalism	Patient Care	Patient Care and Procedural Skills
	チーム医療	チーム医療	患者中心の視点	コミュニケーション	医学的知識	Communicator	Relationship and communication with patients	Knowledge for Practice	Medical Knowledge
	医学知識と問題対応能力	問題対応能力	コミュニケーション能力	医学および関連領域の知識	医療安全	Collaborator	Safety and clinical governance	Practice-Based Learning and Improvement	Practice-Based Learning and Improvement
	安全管理	安全管理	チーム医療	診療の実践	チーム医療	Manager	Ethical and legal issues	Interpersonal and Communication Skills	Interpersonal and Communication Skills
	患者へのケアと診療技術	症例提示	総合的診療能力	疾病予防と健康増進	コミュニケーション	Health Advocate	Teaching and training	Professionalism	Professionalism
	医療の社会性	医療の社会性	地域医療	科学的探究	医療の社会性	Scholar	Maintaining good medical practice	Systems-Based Practice	Systems-Based Practice
	プロフェッショナリズム		医学研究への志向		倫理とプロフェッショナリズム	Professional	Good clinical care	Interprofessional Collaboration	
	科学的探究と生涯学習		自己研鑽		生涯学習		Recognition and management of the acutely ill patient Resuscitation and end of life care Patients with long-term conditions	Personal and Professional Development	
	厚生省WGの資料（公開）より：第3回会議の資料1（抜粋）						Investigations		
							Procedures		
備考		「医療人として必要な基本姿勢・態度」の内容	平成22年度改訂版		確定前の内容であり取扱注意	上位、中位、下位の三段階になっている	研究面についての言及が少ない	論文の形で公開されている: Acad Med. 2013;88:1088-1094	Scholarly Activitiesは別項目

まとめ

- 研修制度の次の見直しが始動
- 厚労科研研究班での調査研究と検討と連動
- 分担研究としての質的研究の概要を報告
- 現時点での研修目標案を紹介

日本医学教育学会による卒前教育・卒後研修8年間の
基本的医学教育コンピテンスの提案、July/25/2015

日本医学教育学会コア・コンピテンス 教育委員会からの提言

昭和大学医学部医学教育
(日本医学教育学会・コアコンピテンス教育委員会)
高木 康

日本医学教育学会大会
COI 開示
演者名：高木 康

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある
企業などはありません。

2

コア・コンピテンス教育に関する調査

- 期間：平成26年9月18日～10月20日
- 対象：全国80校にアンケート調査を依頼した。
- 回答校：57校（71.3%）から回答があった。
 - ✓ 国立：29校（69.0%）
 - ✓ 公立：3校（37.5%）
 - ✓ 私立：25校（83.3%）
- 主な調査項目
 - ✓ **コンピテンス**
 - ✓ 医師の資質
 - ✓ カリキュラム
 - ✓ **コア・コンピテンス**

3

コア・コンピテンス教育に関する調査のお願い

卒業時のコンピテンス（コンピテンシー、学習成果「アウトカム」）の提示が大学教育で求められ、医科大学・医学部ではHPなどでコンピテンスが公表され始めています。コンピテンスは**学習成果基盤型教育**（outcome-based education；**OBE**）における**学習アウトカム**であり、従来の**教育目標**（GIO、SBOs）を基盤とした教育とは一線を画するとの考えがあります。そして、前者が**プロダクト重視**であるのに対して後者は**プロセス重視**な教育とされています。

欧米ではこの**OBE**のモデルが認知され始め、各国の医学教育ではコンピテンスが提案されています。我が国でも**OBE**やコンピテンスが一部の医科大学・医学部で導入され始めていますが、我が国としてのコンピテンスは提示されていません。

このようなことから、日本医学教育学会に設置されています“コア・コンピテンス教育委員会”では、我が国の医科大学・医学部におけるコンピテンスの設定や導入の現状、これに基づく**OBE**への反映、コア・コンピテンスに関するお考え、さらに平成22年度版モデル・コア・カリキュラムに設定された「**医師の資質**」についてアンケート調査を行いたいと思いますので、ご協力のほど、よろしくお願いいたします。

4

A. コンピテンスについて

1. コンピテンスを設定していますか。
☒ 設定している →設問2へお進みください。
☐ 設定していない →設問3へお進みください。
2. 設問1で「設定している」と回答の医科大学・医学部にお尋ねします。
 設定されたコンピテンスは公開していますか。
☒ 公開している →設問2-2にお進みください。
☐ 公開していない →設問2-3にお進みください。
- 2-2 設問2-1で「公開している」と回答の医科大学・医学部にお尋ねします。
 2-2-1「公開している」手段はどれですか（複数回答可）
☒ HP ☒ 学生便覧 ☐ その他（ ）
- 2-2-2 コンピテンスを設定した組織はどこですか。
☐ 教育委員会（学務委員会） ☒ このために設置された専門委員会
 その他（医学部教育職員で構成された委員会（ワークショップ）で設定し、教授会で承認した）
- 2-2-3 設定されたコンピテンスの中に以下の項目は入っていますか。（複数回答可）
☒ 医師としての職責（プロフェッショナリズム） ☐ 患者中心の視点
☒ コミュニケーション能力 ☒ チーム医療 ☐ 総合的診療能力 ☒ 地域医療
☐ 医学研究への志向 ☒ 自己研鑽
- 2-3 「設定していない」と回答の医科大学・医学部にお尋ねします。
 2-3-1 設定する予定はありますか。
☐ ある →設問2-3-2にお進みください。
☐ ない
- 2-3-2 「ある」とお答えの医科大学・医学部ではいつごろの予定ですか。
☐ 2014年中 ☐ 2015年中 ☐ 2016年中 ☐ 2017年以降

5

E. コア・コンピテンスについて

1. モデル・コア・カリキュラムと同様に、全国の医科大学・医学部で共通するコア・コンピテンスを設定することに対してのご意見はいかがですか。
☒ 賛成 →設問2にお進みください。
☐ 反対 →設問3にお進みください。
2. 設問1で「賛成」と回答の医科大学・医学部にお尋ねします。
 2-1 コア・コンピテンスとして適切と考える項目はどれですか。（複数回答可）
☒ プロフェッショナリズム ☒ 患者中心のケア ☒ 医学知識
☒ 診療の質管理と改善 ☒ 対人・コミュニケーションスキル
☐ 情報の有効活用 ☐ エビデンスに基づいた診療
☐ その他
 (1) 自己研鑽)
 (2) 国際性（日本独自の項目かもしれないが・・・）)
 (3) ・・・)
 (4) ・・・)
 (5) ・・・)
3. 設問1で「反対」と回答の医科大学・医学部にお尋ねします。
 3-1 「反対」される理由は何ですか。（複数回答可）
☐ 各大学で独自に作成するものだから
☐ 学習成果基盤型教育を理解していないから
☐ 設定する委員会を組織することが困難であるから
☐ その他
 (1) ・・・)
 (2) ・・・)
 (3) ・・・)

6

「コンピテンス」について

- 設定している：20校（35.1%）
 - ✓ 国立： 7校（24.1%）
 - ✓ 公立： 2校（6.6%）
 - ✓ 私立： 11校（44.0%）
- 設定していない：37校（64.9%）
 - ✓ 国立： 22校（75.9%）
 - ✓ 公立： 1校（33.3%）
 - ✓ 私立： 13校（52.0%）
- 公開している：16校（80%；全体の20%）
 - ✓ HP； 12校（75.0%）
 - ✓ 学生便覧； 9校（56.3%）
 - ✓ その他； 2校（12.5%）

7

「コンピテンス」について

- 設定していない37校の設定予定
 - ✓ ある；28校（75.7%）
 - ✓ ない： 9校（24.3%）
- 設定の意向あり（28校）の設定年予定
 - ✓ 2014年； 3校（10.7%）
 - ✓ 2015年； 12校（42.9%）
 - ✓ 2016年； 4校（14.3%）
 - ✓ 2017以降；7校（25.0%）
 - ✓ 未記入； 2校（ 7.1%）

8

「コア・コンピテンス」について

➤ 共通するコア・コンピテンスの設定

- ✓賛成： 42校 (73.7%)
 - ・ 国立：22校 (75.9%)
 - ・ 公立： 3校 (100%)
 - ・ 私立：17校 (68.0%)
- ✓反対： 11校 (19.3%)
 - ・ 国立： 4校 (13.8%)
 - ・ 私立： 7校 (28.0%)
- ✓未記入：4校 (7.0%)
 - ・ 国立： 3校 (10.3%)
 - ・ 私立： 1校 (4.0%)

9

「コア・コンピテンス」について

➤ コア・コンピテンスの内容

- ✓ プロフェッショナリズム (41校：97.6%)
- ✓ 対人・コミュニケーション (41校：97.6%)
- ✓ 医学知識 (40校：95.2%)
- ✓ 患者中心のケア (38校：90.5%)
- ✓ 診療の質管理と改善 (31校：73.8%)
- ✓ エビデンスに基づいた診療 (31校：73.8%)
- ✓ 情報の有効活用 (28校：66.7%)

10

「コア・コンピテンス」として追加項目

- ✓ 自己の健康管理能力、社会保障制度と医療経済の理解、医療と疾病のボーダーレス化の理解
- ✓ ①リサーチマインドの涵養、②倫理観の修得
- ✓ 科学的医学的探究
- ✓ 社会地域に対する責任
- ✓ ①学識・自己研鑽②リーダーシップ、メンバーシップ
- ✓ ①医学教育②地域・社会への理解③生命倫理
- ✓ 自己研鑽、未知の問題を明らかにし解決する研究志向
- ✓ 地域中心の医療、学識・研究
- ✓ 倫理観に基づく判断
- ✓ チーム医療の実践
- ✓ ①国際性への対応、②医師としての人格の涵養、③問題解決能力、とくに研究志向、④人材交流
- ✓ ①自己研鑽、②国際性（日本独自の項目かもしれないが・・・）
- ✓ 語学力
- ✓ チーム医療、自己研鑽
- ✓ モデル・コアカリキュラムとの整理統合及び簡素化が先決

11

「コア・コンピテンス」について

➤「反対」の理由（複数回答可）

- ✓ 独自に設定するものだから：10校（90.9%）
- ✓ 設定委員会の構築が困難：1校（9.0%）
- ✓ 未記入：1校

12

「コア・コンピテンス」は独自に設定

- ✓ 大学の**ミッション**が異なるのに同一のものはありえない。
- ✓ たとえ、結果として、コア・コンピテンスの多くが医学部に共通するものになるとしても、先ずは、各大学の教育理念と目標に基づき、独自に作成・決定されるべきものと考えます。大学の画一化が進む中で、コア・コンピテンスの作成は、各**大学の創設意義**に（とくに私学においては）大きく関わるものだからです。（結果的に共通のコンピテンスが抽出され、全国の医科大学、医学部で検討され、内容を充実させていくことには賛成いたします。）
- ✓ 両意見とも私立。

13

コア・コンピテンス教育に関する調査

- **コンピテンスの設定**
 - ✓ 20校（35.1%）がすでに設定していた。
 - ✓ 未設定の37校中28校（75.7%）は設定の意向があった。
- **共通コア・コンピテンスの設定**
 - ✓ 賛成は42校（73.7%）と多くの大学が賛成であった。
 - ✓ プロフェッショナリズム、対人・コミュニケーション、医学知識、患者中心のケア は90%を超える学校で賛同が得られた。
 - ✓ 反対は私立が多く（28.0%）、大学により**ミッション、創設意義が異なる**などの意見があった。

14

第47回日本医学教育学会シンポジウム9
日本医学教育学会による
卒前教育・卒後研修8年間の基本的医学教育コンピテンスの提案
アウトカム(コンピテンシー)にもとづいたカリキュラム
~Dundee, 沖縄, 富士研WS~



沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
小児腎臓科、臨床研修センター
吉村 仁志

日本医学教育学会大会 COI 開示

筆頭演者名: 吉村 仁志

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある
企業などはありません。

本日も話すること

アウトカム (コンピテンス、コンピテンシー) [Outcomes/Competences/Competencies] (以下O/C)に基づいたカリキュラムについて、

- Dundeeのマスターのコースワーク (2007-2008)でHarden先生から学んだこと
- それに鼓舞されての沖縄での初期臨床研修・専門医研修 (後期研修)での実践 (2009~現在)
- 富士研WS(2014) C班でのグループワーク経験

→「医学教育最初の8年のO/C策定」についての個人的な提言

Hiroshi, if you go from Dundee (this book) with only one idea,
it should be the concept of
‘Outcome /Competency (O/C) based Education (O/CBE)’

- ✓ Harden (July 25 2008) One of the suggestions for Hiroshi Yoshimura just before leaving for Okinawa, Japan
- ✓ Harden (2013) The need for an outcome-based approach. In Dent and Harden, Chapter 2. Curriculum planning and development . A Practical Guide for Medical Teachers 4th Ed. Churchill Livingstone Elsevier.



‘Process’ から ‘Product’ へ



＜従来のカリキュラム＞

目標を履修科目・分野毎に決定



履修あるいは研修項目の列挙と
学ぶ順やローテーション順を決定

When



教えと学びの方法の決定・実施
講義、少人数グループ討論
(PBL)、シミュレーション、
屋根瓦、1:1の現場指導

How



学生や研修医の評価



よい医師の誕生??? (HOPE)

＜O/CBE＞

社会のニーズを満たすため、カリ
キュラム終了時に、教育の結果
(アウトカム)として持つべき医師
の能力と資質(コンピテンシー)の
策定と明示 What



履修・研修上の必須項目別に
観察でき測定できるプロの行動
の明示*とロードマップ**の明示

*EPA

**Milestone



教えと学びの方法の決定・実施



実際に表れている行動力の評価

Whether



よい医師の誕生!!! (MUST)

O/C策定と改訂は国家プロジェクト 卒後教育から卒前教育そして生涯教育へ発展

- 英国卒前・卒後 GMC Good Medical Practice 1993→2013
http://www.gmc-uk.org/static/documents/content/GMP_2013.pdf_51447599.pdf
- カナダ卒前・卒後 CanMEDS 7 competencies 1993→2015
http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/canmeds/framework/canmeds2015_framework_series_III_e.pdf
- 米国卒後 ACGME 6 competencies 1999→2015
https://www.acgme.org/acgmeweb/Portals/0/PFAssets/ProgramRequirements/CPRs_07012015.pdf
- 米国卒前 AAMC 8 competencies 2013
Englander (2013) Acad Med 88,8 p1088-1094

※残念ながら日本はまだ国家的な統一のO/C(医師像)がない。

沖縄県の医療のニーズ

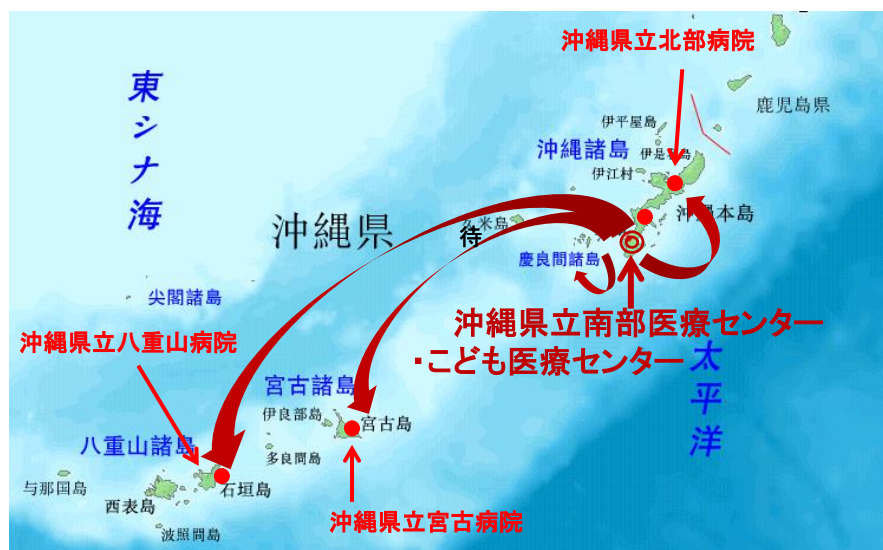


- 人口140万、16歳未満25万17.6%
(日本12.3%)、まだ人口増加県。
- 島嶼県で、本島周辺に人口500
~1000の離島、また宮古・八重山
・本島北部に5~10万の人口圏
- 離島・僻地のゲートキーパーと
して各専門科とも超専門医で
なくジェネラリストの能力と資質
が要求される。

当院における臨床研修の理念 初期研修~専門医研修の一貫性

- 理念: 「島で、最低1年、1人でやれる医師」を育てる
人口約5~10万人をカバーする離島・地域(宮古・八重山・
本島北部)の県立病院の内科・外科・小児科・産婦人科・救急科・
麻酔科、あるいはさらに規模の小さい島の1人診療所長として
最低1年常勤し、救急・空輸搬送・入院・外来・在宅連携
などのトータルケアができるジェネラリストを育成

当院から県内離島・僻地へ
専門医研修終了直後の医師を1年の義務で派遣



当院医師、そして当院で育てる医師の能力と資質
策定プロジェクト～クリティカル・インシデント分析

- 2009～2010年、院内の指導医、専攻医、初期研修医、看護師を始めとする医師以外の医療従事者(臨床心理士、MSW、放射線技師、薬剤師、臨床検査技師、PT/OT、医療事務、地域医療連携室スタッフ)の10数回の小グループ討論にてクリティカル・インシデント分析を実施(参加者のべ200人余)
- 2011～2012年 上記のたたき台をもとに、電子メールにて、当院研修修了者、離島・地域の中核病院の医師と医師以外の医療従事者、患者会、行政など院外組織の200人余に改訂を依頼

※最終的に4つの柱と16の指標を作成 (組織行動学の専門家に監修を依頼)

O/C策定のための少人数グループでの討論の風景



あなたの出会ったこれぞ医師の鏡と
思われる人の具体的な行動パター
ンを挙げてください。

あなたの出会った追放に値する医師の
具体的な行動パターンを挙げてください。



当院の医師・当院で育てたい医師4つの柱と16の指標

(400人を超える当院内外医療関係者の意見を整理分類し2012年8月策定)

診療における問題解決能力

1診断・治療・管理、2健康増進、3継続診療、4患者・家族中心

医療安全と品質保証に取り組む姿勢

5継続学習、6限界の把握と相談、7教育、8組織改革

対人関係の構築と連携力

9对患者・家族、10対チーム・院外、11リーダーシップ

人間力(プロフェSSIONAL)

12自己管理、13社会人、14倫理・責任感、15キャリアパス構築、
16社会啓発

O/CBEの当院での実践の一部紹介

- 採用における構造化面接(Multiple Mini-Interview)
 - ✓ 前述の4つの柱(ドメイン)のうち3つ選んで3ステーション設営
 - ✓ 各々のステーションのドメイン(4つの柱)下のサブドメイン(16の指標)を2つ選択
 - ✓ 選択した2つのサブドメインを「過去にどうやってきたか」と「入職後の特定の状況を設定し、どうしたいか」の2つの質問に割り付けて面接
- 年度末の多面多職種評価(360度評価)
 - ✓ 16のO/Cの指標の枠組みをすべて用いる
 - ✓ 1人の研修医を医師5人と医師以外の医療従事者5人の計10人で評価、自己評価も行う



C

課題1:コンピテンスの作成

安元国際医科大学
コンピテンスななつ星



- 倫理観とプロフェッショナリズム(感情、価値観)
- 人間力(感情、価値観、振り返り)
- 医学関連知識(知識)
- 総合的診療能力(臨床推論、技能、知識)
- コミュニケーション(コミュニケーション、技能、価値観)
- リサーチマインド(知識、技能、振り返り、価値観)
- グローバリズムと多様性(知識、感情、価値観、振り返り)

課題2:コンピテンシーの作成

● コンピテンス(領域):グローバルズムと多様性への対応

安元国際医科大学の学生は、卒業時にグローバルな視点を持ち、世界の医学・医療の多様なニーズに対応できる。

1. 日本の文化・医療制度を理解し、伝えることができる。
2. 語学に精通し、コミュニケーションをとることができる。
3. 国際貢献活動に参加できる。
4. 各国の社会状況・文化・価値観を理解し、受容できる。
5. 世界の医学・医療情報を英語で入手し、発信できる。
6. 海外で臨床活動・研究活動を行うことができる。



課題4: パフォーマンス・レベルごとに適切な評価法を設定する —ステップ 3—

学年	1			2			3			4			5			6		
科目：教授＆学習法	ブータンにおける国際医療協力（講義）	ブータン語 入門 1 講座（講義）c	国際医療協力 概論（講義）	ブータン語 入門講座Ⅱ（講義）c	公衆衛生学Ⅰ（講義）	国際医療戦略Ⅱ（講義）SGD	ブータン語 入門講座Ⅲ（講義）c	公衆衛生学Ⅱ（講義・実習）e	国際医療戦略Ⅲ（ケーススタディ）	現地実習	報告会（FB）	現地実習	報告会（FB）	現地実習				
医療の実践																		
身体診察と基本手技を適切に実施できる	C/D	C/D	E	E	C/D	D	D	D	C/D	C/D	D		A	E				
評価法	MCQ、PF	観察評価、PF	観察評価、PF	観察評価、PF	観察評価、MCQ	MCQ、口頭試験、実習レポート	MCQ、口頭試験、実習レポート	MCQ、実習レポート	観察評価、PF	MEQ、観察評価、概念マップ	MCQ	OSCE	mini CEX、CPX、PF			mini CEX、CPX、PF	PF	

O/C策定における今後の方向性への私見

- 入学から初期研修終了までの8年間でなく、**卒前・卒後・生涯教育を通して共通の、国家レベルでのO/Cが必要**
- 学会のリーダーのトップダウン→パブリックコメントの流れで草案を作ることはもちろん必要だが、**学生・研修医・研修修了者への質問紙、教育・研修センター責任者対象のDelphiなども考慮。**
AAMC/ACGMEの表現ではなく、**我が国独自の表現**を用いたい。
- シームレスな統一O/Cの共通言語の元に、各教育段階(卒前、卒後初期臨床研修、専門医研修、サブスペシャリティ研修、生涯教育)毎に、地域の特性も生かして、**各文脈での下位項目の説明・解釈を作成 Design Down**すべき。

基本的臨床能力養成期間 でのLearning outcomes

東京慈恵会医科大学
教育センター

福島 統

2015年7月25日 第47回 日本医学教育学会大会

日本医学教育学会大会 COI開示

筆頭演者名：福島 統

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある
企業などはありません。

日本医学教育学会 卒前教育・初期臨床研修 修了時点の「期待される医師像」ないし「医学 教育コンピテンス」 Ver.1(平成27年5月11日)

1. 診療技術・患者ケア (Clinical Skills and Patient Care)
2. 医学的知識 (Medical Knowledge)
3. 医療安全 (Patient Safety)
4. チーム医療 (Interprofessional Collaboration)
5. コミュニケーション (Communication)
6. 医療の社会性 (System-based Practice)
7. 倫理とプロフェッショナリズム (Ethics and Professionalism)
8. 自律的学習能力 (Continuing Professional Development)

パブリックコメントから(5件)

- 項目の順番と区分け: ①医学的知識は必要不可欠なものです、その前に医療人としての心構え、倫理観がより重要ではないかと考えます。
「7) 倫理とプロフェッショナリズム」が最も重要だと考えます。②診療技能と患者ケアは分けたほうがいい。③診療技能はスキル、患者ケアは心配りの問題と考えます。むしろコミュニケーションと同じカテゴリーではないかと考えます。

- ①「求められる医師像」には**教育を行う能力**も是非、必要ではないかと思います。教育力は「プロフェッショナリズム」の一部としてとらえることもできるかと考えます。②「**チーム医療**」は**もっと大きな項目**として強調されてもいいのではと考えました。
- **医療安全**をPatient Safety としていますが、WHOの定義する患者安全との混合を避けるために、medical-Safety、Clinical Safetyなどの訳語はいかがでしょうか。

- ①**日本語と英語のニュアンス**が少し違うものがありますが大丈夫でしょうか。技術(Skill)、医療安全(Patient Safety)、自律的学習能力(Continuing Professional Development) ②(失礼ながら)医学教育学会の片隅でパブコメを募っておられますが、**もっと卒前卒後の広い人たちに投げかけて意見を募る**方が良いのではないのでしょうか。AJMC、日医、学会、専門医機構、厚労省、患者など、多くのステークホルダーを巻き込める学会であってほしいと思います。

- 倫理とプロフェッショナリズム：医療の現場で過剰と思われる医療行為（中略）がある。医療資源に限りがあることを総合的に判断して医療を行うことが大切です。（中略）死が避けられないと判断した時にその人のQuality of death and dyingに配慮した緩和医療が必要となる。高度医療を行う際には医療資源を公平にかつ有効に使うための費用・効果という面からの配慮も必要で、倫理的な検討が不可欠となる。

医学教育学会の中の委員会から（１）

- コンピテンスの定義が一般に言われているものと異なるのではないか。
- 「倫理とプロフェッショナリズム」の項目の記載の改編案「医のプロフェッショナリズムとは、医師としての社会的使命を果たし患者中心の医療を実践するため、日々省察を重ねて、さらなる高みをめざす姿勢そのものである。その意味で、医師個人、あるいは、専門職集団の一員としての活動全般の基盤をなす概念であり、倫理的対応力も含め、医師に求められるすべての能力の源泉となる価値観である。また、高度な医療が現実のものとなり、生命の操作さえも可能となりつつある今日、医師にはそのような行為をなすものとして高い倫理観が求められる。」

医学教育学会の中の委員会から(2)

- タイトルは「卒前医学教育・初期臨床研修修了時点のコンピテンス」とする方が望ましい。
- 本文書は、「すべての医師が生涯を通して目指すべきコンピテンスの最終到達像」の「初期研修修了時点におけるマイルストーン」としての位置づけとすべきである。
- 「コンピテンス→コンピテンスのドメイン→コンピテンシー」という階層で記述するのが望ましい。
- 「患者ケア」と「診療技術」を同じドメインにまとめるのは適切であろうか。分けたほうが良い。
- 生涯学習(自律的学習能力)よりも、「自己研鑽継続能力」としたほうがわかりやすい。

- 自己研鑽継続能力(Continuing professional development): 社会的ニーズの変化や医療の進歩に対応し、自ら診療の質の継続的な向上を図るため、自らの診療パフォーマンスを振り返り、新たな学習の必要性を認知して、信頼できる情報を得て批判的に吟味し、その学びをその後の診療に活かす能力である。

学会としての今後の方針

- パブコメ、学会内委員会からのご意見を参考に「卒前教育・初期臨床研修修了時点の『期待される医師像』ないし『医学教育コンピテンズ』」の改定を行う。
- コンピテンズ → コンピテンズのドメイン → コンピテンシー の記載を整える。
- さらなる公開へ。
- そして、卒前教育と初期臨床研修の連携を具現化する。

卒前教育での「医師として求められる基本的な資質」(モデルコアカリキュラム)

1. 医師としての職責
2. 患者中心の視点
3. コミュニケーション能力
4. チーム医療
5. 総合的診療能力
6. 地域医療
7. 医学研究への志向
8. 自己研鑽

医療人として必要な基本的姿勢・ 態度(臨床研修の到達目標)

1. 患者 - 医師関係
2. チーム医療
3. 問題対応能力
4. 安全管理
5. 症例提示
6. 医療の社会性

基本的臨床能力を卒前教育と初期 臨床研修で

- 基本的臨床能力養成期間での Learning outcomes (-ology や診療科という Discipline では表現しにくい能力)
- 学修・研修成果(Outcome)の達成には、学習者を育てるカリキュラムが、**水平的連携**、**垂直的連携**を保ち、らせん型カリキュラムになっている必要がある。
- 学習者と学習支援者が「共有ビジョン」として持つべき「方向目標」と考え、**到達レベル**を学習者が認識できる(reflection)システムを作る。

卒前・卒後の時間軸でのパフォーマンス評価の必要性

- Learning portfolio : 卒前、卒後研修、生涯学習という時間軸を通しての学習の記録(ビギナー、中級者、上級者、プロ、エキスパートへの成長過程の支援)
- 研修医での評価法を卒前臨床実習にも導入: Workplace-based Assessmentsの両時期での利用
- 教育・研修体制の検討(多職種連携教育としての: 医師養成は国民的課題との認識)