

## 臨床科目講義と病院実習の

## 橋渡しとしての

## シミュレーション教育

シミュレーションが模擬患者を

活用し、OSCEで評価する



宮下 次廣

日本医科大学  
医学部教授

ました。

私の報告題は、「臨床科目講義と病院実習の橋渡しとしてのシミュレーション教育」でありますけれども、パナーポイントの画像に、まず橋がありますけれども、橋の手前には臨床科目講義という科目群、例えば外科学、内科学という理論教育というものがあります。それから橋の向こう側には、病院実習ということがあります。最近非常に病院の実習も整備されてきて、長い時間病院実習ができるようになってきたわけですけれども、その間にシミュレーション教育というものが介在します。ただ、それが本当に橋渡しのためのものなのかどうかというのは、これからのお話でご理解いただけるかと思えます。

**司会** それでは、第2報告者の日本医科大学医学部教授の宮下次廣先生にご報告をいただきます。

**宮下** ただ今ご紹介いただきました日本医科大学の宮下でございます。菅原先生の法学教育についての御講演拝聴しまして、非常にうらやましい思いをいたしました。と申し上げますのは、医学部での教育というのは、専任の、本当に教育に専念できる人間がほぼゼロに等しいというのが現実であるからです。我々の大学にも教育推進室という部署がありまして、3名の専任教員がおります。しかし、一般の臨床教育を担っている大多数の教員の実質的な活動現場は診療と研究であり、その片手間に教育というようなことで、今日お話しするのは、本当に私の片手間のお話ということで、誠に申し訳ない思いがするのですけれども、その点ご容赦していただきたく思います。それでも、少しでも法学の教育にお役に立てればという気持ちで今日はまいり

〈第1部 第2報告 資料(その1)〉

臨床科目講義と病院実習の橋渡しとしてのシミュレーション教育  
—シミュレーション・ラボと模擬患者を活用し、OSCEで評価する—

日本医科大学医学部  
宮下 次廣

◆はじめに

医学部のカリキュラムはリベラル・アーツから始まり、解剖学や生理学といった基礎医学、内科学や眼科学などの臨床医学の講義、そして臨床実習で仕上げを行うというのが一般的である。臨床実習は主として大学付属病院で行われるが、事前のトレーニングとその評価が重要である。その為のツールとして各種シミュレーターや模擬患者が用いられる。トレーニングの成果は試験で評価されるがその1つにOSCEがある。

支援として、必要を感じた時に随時活用できるように準備されるべきである。医学生が最初に利用する場合は、オリエンテーションを兼ねた講義の後に実施される。5、6人の少人数グループに指導者がついて、各種シミュレーターを使って実習が行われる。

◆模擬患者について

模擬患者には2通りの役割がある。1つはシミュレーターで習得した身体診察技能を生の人体で行うことである。練習にも試験にも用いられる。学生がお互いに診察し合うのも広義にはそれ

に含まれる。2つ目はコミュニケーション技能習得である。これも練習と試験の両方に用いられる。一般常識としての礼儀や他人への配慮も含めたコミュニケーション技能は人形では練習できない。医師が最初に患者と接するのが医療面接(従来の問診の発展したものであるが、そこで患者・医師関係が確立されるため非常に重視されている。学生が家で母親相手にする練習も、授業で行うロールプレーも役立つが、初対面の訓練された模擬患者を相手に行うことがどうしても必要である。我々の大学ではボランティアを募り独自の

◆シミュレーション・ラボについて

実技を習得するための模型や人形がシミュレーターであるが、それらを中央管理するのがシミュレーション・ラボあるいはシミュレーション実習室である。本学では「ケリニカル・シミュレーション・ラボ」と名付けて、教育推進室という組織で管理している。血液採取や眼底の観察を学ぶ局所模型から蘇生術の技能を習得する全身模型まで数多くのモデルがある。ここで医学部学生のみならず、研修医や看護師もリッスンジャー・コースの一環として利用可能である。後者の場合は自己学習の

独自の大学ではボランティアを募り独自の

教育プログラムにより育成した模擬患者集団を組織している。一定レベルに達した者に認定書を発行し、実習や試験の場のみならず公式の試験である共用試験のオスキーにも参加していただいている。現在、約50名が登録され、その中には数名の外国人も含まれている。

#### ◆ オスキー (OSCE) について

最終的な実習達成度を確認するのがオスキー—OSCE (Objective Structured Clinical Examination) である。客観的臨床能力試験と訳され、診察技能と態度の評価を行う。4年次のOSCEでは6種類の試験を、卒業間際のOSCE (advanced OSCE と呼ばれる) では10～20種類の試験が課せられる。OSCEは試験ツールとしては優れたものであるが、準備・施行・評価に手間がかかり、数多くの試験ができない。また、試験を行わない分野に対する学生の取り組みは不良との指摘もある。OSCEで重要なのは試験のシステムである。すなわち (1) 試験の設計、(2) 予備試験の実施・評価、(3) 本試験の設計、(4) 評価表の作成、(5) 評価者の育成、(6) 当該領域のOSCE内容に即した実習教育の計画、(7) 実習の実施、(8) OSCE本試験の実施、(9) 本試験の評価、(10) 試験結果の被検者と評価者へのフィードバック、(11) 次期試験内容の修正と、延々と続くのである。従って、医療の全分野にわたり試験することは困難である。また試験官と被評価者、試験協力者が

一同に介して行われるため、再試験や追試験は極めて困難である等の問題はらんでいる。

#### ◆ そして病院実習へ

知識と技能および礼儀が一定水準に達した後、病院で患者に対峙することになる。医学生の立場からみると、将来自立した医師として活躍するために大学病院の患者を究極の模擬患者として利用するわけである。もちろん、学生であることを明らかにして患者の同意を得て、特に侵襲的ではない手技について、指導医の監督下でのみ実施されなければならない。各種医療行為は侵襲度でランク付けされている。消化器や呼吸器の内視鏡検査などの肉体的に特に侵襲的なもの、患者家族への病状の説明など精神的、社会的侵襲性を有するものは、指導医と一緒にでも許可されない。見学するだけである。医師免許所得後に研修医として、さらにシニア・レジデントとして段階的に難易度の高い行為に挑戦してゆくことにな

なければ、非常に重要な位置付けが与えられています。それを通過した者が実際の病院実習に配属されていくわけですね。それがベッソードサイロワーニングということになります。医学部での教育はここで終了となり、卒業してゆきます。

そして、医師国家試験を受けて合格した者が、研修医として2年間いるような研修病院に配属されていくわけですね。このようなことですけれども、本当におおざっぱな流れでありまして、実際のシミュレーション教育というのは、第1学年入学すぐでも行われます。最近ではシヨック療法といいますが、early exposure と呼ばれるようなもので、とにかく医学生としての自覚を持たせるような教育を行おうとしています。

多少わき道にそれますが、臨床という言葉がどのような意味合いで使われているのかということを確認したいと思います。臨床医学、基礎医学という言葉を使いましたが、これはあくまでも領域の名前でありまして、臨床だからすべて患者さんを診る、患者さんと対面するものではありません。内科学でもあっても、体の中のいろんな現象を調べたり、病的なものを調べたりもしますし、全く患者さんと接しない内科専門医などというものの中には存在します。

それから、医学に対する臨床医学という言葉い方もあり、その場合は系統講義あるいは理論教育に対する実地教育、すなわち実習に近い意味合いと考えていただいてもよろしいかと思えます。このように臨床という言葉は、使い方によっていろいろあります。本題に戻りましょう。臨床実習の前段階

### 〈第1部 第2報告 資料(その2)〉

**臨床法学教育プログラム**  
**法曹技能の鍛錬とシミュレーション**  
一法学と医学における臨床教育の課題—  
 第一部：理論教育と臨床教育の統合としてのシミュレーション  
 臨床科目講義と病歴実習の橋渡しとしてのシミュレーション教育—シミュレーションラボと模擬患者を活用し、OSCEで評価する—  
 日本医科大学医学部 宮下次廣

1/28

**医学(部)教育の流れ**

1. リベラル・アーツ講義
2. 基礎医学科目講義
3. 臨床医学科目講義
4. シミュレーションSim教育
5. 共用試験
6. ベッソードサイロワーニング
7. 医師国家試験
8. 研修医としての研修

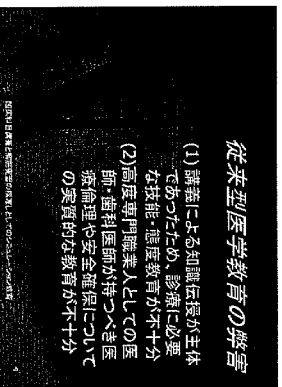
2/28

**“臨床”の指す意味**

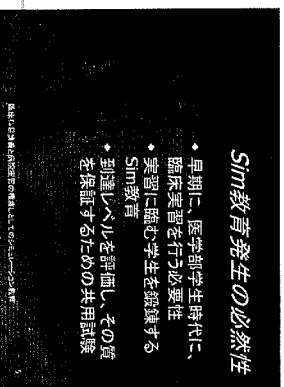
- 臨床医学 vs 基礎医学
- 領域の名称
- 臨床教育 vs 医学
- 実習の意味

臨床の講義という言葉もありうる

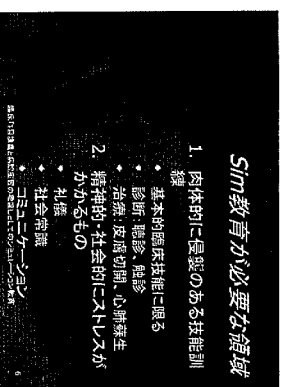
3/28



4/28



5/28



6/28

としてのシミュレーション教育、それを踏まえての実際の臨床実習教育が行われてくるようになっていきます。座学中心の従来型医学教育というのが、過去長い間行われてきたと思います。その期間というのは相当長く、本当にこれがあるいろいろな影響を生んできたわけですね。理論重視、理論偏重の教育ですね、法学のほうでも問題になっていくかと思えますけれども、実際の診療に必要な技能、態度というものが全く教育されずに国家試験を受けて、そして研修医として入るんな病院に行くということが有り得るんですね。それではいけないだろうという反省が次第に出てきました。

さらには、高度専門職としての医師、歯科医師というものが持つべき医療倫理、あるいは安全確保といったものも含めて実質的な教育が不十分であるという認識もが生まれてきました。

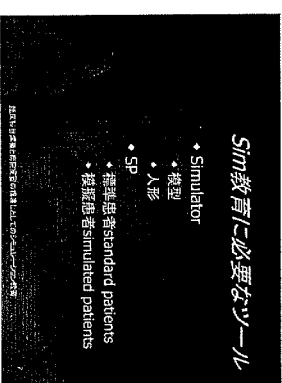
そうしますと、当然病院の実習というものを重視しなければいけないわけですが、でも、ただ、すぐにそういったものを行うには、全く医学部の教育というのではありませんでした。先ほどの流れにありますけれども、病院への配属というのは、大体第5学年に行います。それまで座学でいろいろ理論教育は受けてきてはいるのですが、それが直ぐに手足を動かさなければならぬ実習現場に動かせるかという点、当然無理が生じてくるわけですね。そこで、早期に医学部学生時代に入らな体験を積み重ねる必要性が生じてきました。シミュレーション教育の発生の必然性ということが出ています。ちよつとこちらを説明したいと思います。

医学部学生時代の早期に臨床実習を行う

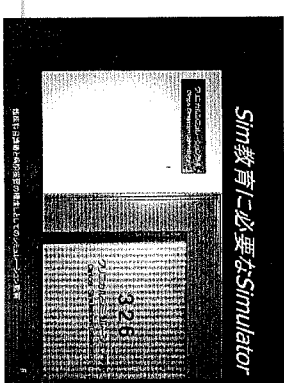
必要性があるわけです。これなしでは医学部を卒業した人間が全く役に立たないだろうという反省が行われているんですね。もう少し臨床実習を前倒しにして行わなくてはいけないということです。しかし、それを医学部に入ってからといってすぐにはできないものではありますし、いくら理論教育をしても行えるものではありません。その前段階としてのシミュレーション教育が必要になってくるわけです。そして、それが適切に行われて一定のレベルに到着することが必要なわけです。そして、患者さんに対面する前に共用試験というのがありまして、これがその質を担保するものとして課されるわけですね。共用試験のひとつにOSCEがあります。オスケーと発音します。Objective Structured Clinical Examinationの略です。客観的臨床能力試験とよばれるものです。これによって患者さんに接する臨床の基本的技能と態度が修得されているかを確かめるわけです。

ただ、すべての領域でシミュレーション教育というものが、必要あるいは行えるものであるとは限りません。基本的にはここに書いているような領域でシミュレーション教育が必要であり、そしてその次のステップとして実際の患者さんに対面するということが必要になってくるかと思えます。

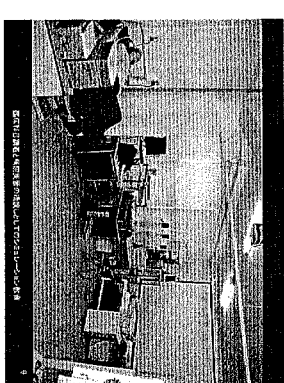
その第1として、侵襲的なもの、肉体的に患者さんに危害を及ぼす可能性があるもの。適切に行わないと命に関わったり、あるいは重篤な後遺症を残してしまうようなものであります。そんな大げさなものではなくても、本当、医学はこういう聴診とか触診といったもの、突然やれといつてもで



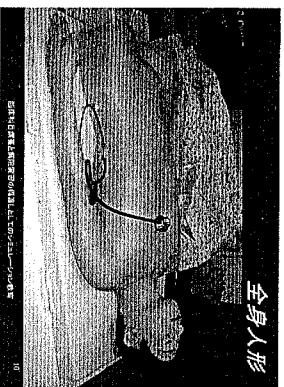
7/28



8/28

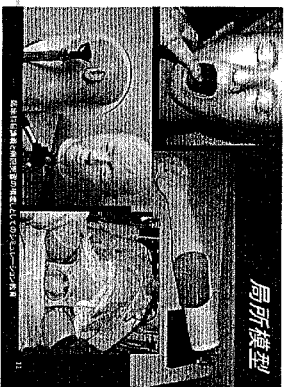


9/28



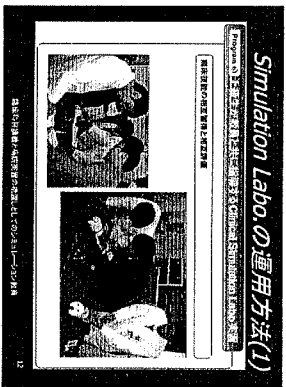
10/28

きるものではありません。また、患者さんに対して非常に失礼なことになってしまいます。現実には昔はそんなことが行われていたのだと思いますけれども、いまはそんなことは当然許されるものではありませんので、シミュレーション教育を十分行ってから、実施されるべきでしょう。直接患者さんに危害のおよぼさない手技でもそうですから、皮膚切開や、心肺蘇生のような侵襲的あるいは生命に直接かわるものもシミュレーション教育で十分鍛えなくちゃいけない領域です。



11/28

それから第2に、これも非常に重要なことですね。1番下にコミュニケーションとありますけれども、コミュニケーションが全く取れない学生が増えてきておりまして、あまり目的意識なしに偏差値からだけで入学してくる学生が増えてきているからでしょうか。この能力の欠落に気が付き、この段階で脱落していく人も何人が中にはあります。それから、一般的な礼儀や社会常識というもの。この場合は実際に人（これは家族でもかまいませんけれども）人間と接して行うということですね。ここにもシミュレーションというものが可能であります。



12/28

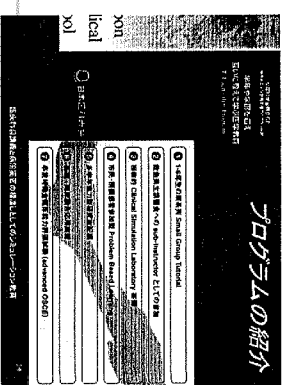
そのツールとしてのシミュレーターにはSPというものがあります。第1の技能訓練のためには、こういったシミュレーター、模型や人形というものが使われるわけですが、コミュニケーション能力の訓練にはSPが用いられます。直接患者さんと面接するという方法もあります。これとて学生・患者双方に精神的ストレスという侵襲があるわけですから、シミュレーションは必要となるのです。このSPには2つあり

まして、よく使われるのは、模擬患者である Simulated Patient です。これが普通言う SP でありませけれども、それ以外に標準患者。これは全く誰でもいいんです。Standardized Patient の略でありますけれども、こういったみんなが人形を使ってシミュレーション教育を行うことができます。

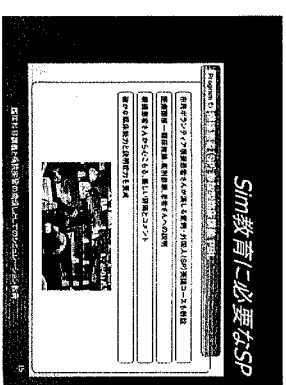
本学ではシミュレーターを1か所に集めたシミュレーション・ラボというのがあります。そんな大きなものではありませんけれども、パワーポイントに示すような部屋でいろんな模型があります。このようないくつかの模型が並んでおります。模型の種類というのは、全身の人形であったり、あるいは局所のこというものですね。この全身のものであれば、触診を行ったり、心臓の音を聴いたり、呼吸音を聴いたりというもの。非常に精巧につくられたもので、1つ何百万とするものなんですけれども、いろんな正常、あるいは異常の音を再現できる。そして部分的なものとしては局所模型として、そこにありますものはこれは探血のためのものです。あそこに静脈が実際下のほうに管があります。血液の色をした液体を通して採血をします。これは舌ガンの触診をするためのモデルになります。そして耳をのぞいたり、目の眼底をのぞいたりです。こちらはお産のモデルです。まさに思頭が出てきているというような、そのような模型です。かなり精巧にできています。これを繰り返し、ほとんど実際の人間を診ていたりするのと近い、リアルな体験ができますし、繰り返しやることによって教育効果が得られるはず。繰り返し練習させることはとても大切なことで



13/28



14/28



15/28



20/28

（数日後） A子さん、あなたはまだ小さいから上手にできないよ。私のするのをよく見ていなさい。

（数日後） いやあ、あなたやってこらなさい。...オオオオ、私がしたのをよく見てたの？ そんなんじや、手を切っちゃわいわよ、それに、お父様のおみおつけに小石が入っちゃってしまっしょ。

（さらに数日後） A子さん、すいぶん上手になつたわね。それじゃ、B夫君を呼んで、ご馳走を食べてもらいましょ。

21/28

### 基本的臨床技能の会得

- ある技能の目的を知る
- 方法を学ぶ
- 他人の技能を見る
- そして自ら行ってみる
- 指導者のフィードバック
- 再度、実施
- 習熟
- 試験

22/28

### 臨床技能の会得：自ら行う

- 手順
- 理論の学習
- 熟練者が行うのを見学
- シミュレータで実施・習熟
- 必要に応じて模擬患者で実施
- 共用試験でcertificationを与える
- 臨床実習で実際に患者で実施

いろんなものがあります。中にはこれから出てきます市民参加型のもの、模擬患者として市民の人にお願ひするようなプログラムもあります。そして最後に、アドバンス・オアスキーというもので卒業時に臨床能力を総合的に判定していく、そういうようなプログラムで構成されています。

さて、これからSPについて少し詳しくお話したいと思います。人間を対象としたシミュレーションは限られた場面で行えないわけですが、我々の大学では、SPすなわち Simulated Patient、模擬患者を養成するSP養成講座というのがあります。これは市民参加型の1つであります。このSPという人たちは、どんな市民の方かといえますと、割合高齢の方です。既に仕事をリタイアされた方で、ある程度余裕がある方になります。ボランティアとしては非常にいいと思うんですが、そういう方の協力を得て、中には学生の父兄の方であったり、あるいは大学の旧職員であって、少し本学のために貢献したいというような方もいます。全くそれとは関係ない近くの住民の方、あるいは一連の患者会の方々というものも含まれております。

そういういろいろな方に来ていただいて、中には外国人もいます、英語コースというものもつくっていますが、現在50名を少し超える方に登録していただいています。随時研修に参加していただいているわけです。その1つに、医療面接があります。これは従来は問診と呼ばれたものです。患者さんが最初にいらして、まず病状を聞いたり、いろんな心理的背景、いろんなものを伺ったりするコミュニケーションのための教育なんですけれども、そ

こに参加していただけます。ただ、これを随時、何回もやるわけにはいきませんので、授業としてやることになりました。いろんなシナリオというのをつくりまして、それを演じていただくわけです。そういう教育を十分行ってから学生が診療に同席することになります。余談になりますが、日本大学には芸術学部がありまして、演劇学科の学生や院生がSPになっているということ聞いております。

そして、こういう教育にはフィードバックということが非常に重要です。やりっ放しではいけないということを先ほど申し上げました。そこで、模擬患者さんから心のもも、また厳しい評価とコメントというものをお願いしたいこととです。これが非常に学生のやる気を増進させています。それによって、確かな臨床能力と説明能力を養成するわけです。

次にSPの1つ、標準患者についてお話したいと思ひます。これは例えば身体診察と呼ばれる触診とか聴診、打診といったようなもの、神経診察、頸部診察、胸部、腹部と分類されますが、これのためのSPには下級生がその役割を果たします。正常の人間でももちろん問題ないわけです。特に第1学年です。これもアーリー・インクスボージャヤの1つなんですけれども、先輩がどんな教育を受けているのかということを実感してもらおう。そして、健康な学生というのは標準患者に非常に適している。病的なものというのは特殊ですから、一般の正常を見えるためにはあまり役に立たないということになります。ただし、患者さんというものは高齢者が多くそのモデルとしては多少問題はありますが、これも相互に教える、

23/28

### シミュレータの種類

- 模型
- 同意は不要
- 繰り返しで行える
- 製品の品質に依存
- 緊張感を持って行い難い
- 人間
- 仲間、お互いやりあう
- 家庭、同僚が容易、深見医師
- 他人、ボランティア、興味昂揚

24/28

### 試験の目的

- 達成度の評価
- 学習者のモチベーションを高める（最も重要???)
- 学習者へのフィードバックの資料（再学習に役立つ）
- 品質評価のツール（教育プログラムの良否、社会へのアピール）

25/28

### 臨床実習への仮免許・共用試験

全知能学生大学  
2階臨床実習センター

臨床実習への仮免許・共用試験

臨床実習への仮免許・共用試験

臨床実習への仮免許・共用試験

## 共用試験はなぜ必要なのか

- 臨床実習では、医学生・看護学生であっても診療チームの一員として、患者さんの同意を得て、患者さんの診療に参加しながら学習の上に求められています。これを診療参加型実習とよみます。
- 学生が臨床実習で患者さんに接する場合には、必ず求められる「技術・技能・態度が備わっていることが求められます。また、学生の知識・技能・態度のレベルを全国的にも一定水準以上に保つことも必要です。

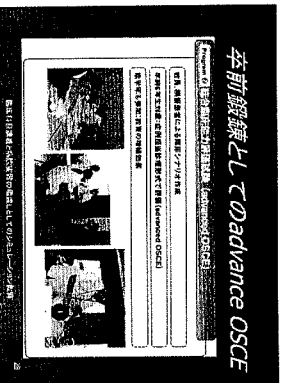
26 / 28

## OSCEの評価項目

1. 診察に際して患者の病歴、主訴項目、主訴、既往歴、現在の病状、生活習慣、家族歴、アレルギー、社会生活史、嗜好品、喫煙、飲酒、薬物使用、アレルギー、検査結果、検査結果の解釈、検査結果の臨床的意義、検査結果の臨床的意義、検査結果の臨床的意義、検査結果の臨床的意義
2. 医師としての基本的態度、医師としての基本的態度、医師としての基本的態度、医師としての基本的態度
3. 全身状態の観察、第一視診、聴診、触診、叩診、臭い、パルス、バイタルサイン、身体格
4. 外科的検査、内科的検査、神経学的検査、皮膚科的検査、泌尿科的検査、婦科的検査、小児科的検査、老年科的検査、産科的検査、小児科の検査、産科の検査、小児科の検査、産科の検査
5. 医師としての基本的態度、医師としての基本的態度、医師としての基本的態度、医師としての基本的態度

27 / 28

## 卒前記録としてのadvance OSCE



28 / 28

テーマ・アザーの1つになります。

もう1つのSPである模擬患者は、学生にとっては全く他人ということでは非常に緊張感のある場面設定になるわけです。模擬患者というのはどういうものなのかというのが、本学のSP養成講座のリクルートのためのホームページがあるのでぜひ見てください。授業の医療面接時の患者役がSPです。医療者、すなわち学生に症状を話したり、質問に答えたりします。模擬患者用の台本が用意される。例えば患者田中花子さん、63歳、女性、胸が苦しいなどというような異常な状態ですね。病院を訪れた経緯、きっかけというものがあって、そういう細かいシナリオがあります。このような学生が質問をしたときには、このように答えてください。聞かれなければ重要なことは何も話さない。そういう取り決めになっております。そのようなシナリオに従って演じていただく。事前の準備というのは非常にSPの方は大変なんですけれども、そういったトレーニングを受けた方が場面に出てくるわけですね。それで、そのSPの人もフュードバックをさせていただくことで、医療者の態度、学生の態度や言葉遣い、あるいは話した内容のよかった点、悪い点ということを指摘していただくわけです。そのSPにとってはいい医者を育てるという目的意識がある方が多いです。

第1学年のときにSPと対面した、授業を受けた1年生の感想文をメモしてあります。1年生ですから「アニー・イクスプローサー」ということで、割合真剣に受け止めています。ちよつと的はずれな感想文が書いてあるようなこともありますけれども、

これはいいと思いますので、ご覧になっていただきたいと思います。

そして、シミュレーションというのは一体どういうことなのかということですが、これはマネをする、あるいは疑似体験、バーチャルですね。日本では昔からままだとというのがありまして、これが非常にシミュレーションに似ていると思います。ままだ、ままだは1人でやる場合もありますけれども、多くの場合は相手がいるんですね。役割分担をして行う、ロールプレイだということですね。そして、モデルがあります。何をマネするかというお父さん、お母さん。それぞれ役割分担をして行うわけですね。そして繰り返し繰り返し、毎日毎日それを行います。現在ではこういうままだとというのは、少なくなつたのではないかと思いますけれども、昔行われていたものを思い浮かべていただくと、非常に役に立つと思うんですけれども、繰り返し行うことによって自然にできるようになつてくるわけですね。そして、指導者、評価者がいる。これは年長者ですね。新しくままだとの場所にデビューした小さな子ども、「そうじゃないわよ」というようなことで、あるいは「最初は見てなさいよ」というようなことで始めるわけですね。そして、「そうじゃない」、「どうしようふうにしたらどうかいい」というようなことを教えていくわけですね。

その場面をちよつとリアルに表現したんですけれども、例えばA子さん、「あんたはまだ小さいんだから上手にできないのよ。私のするのをよく見ていなさいね。」そして、数日後、「じゃああんたは何回も見たからできるかもしれないね。じゃああ

んたやってごらんないさい。」「だめだめ、そんなんじや。私がしたのをよく見ていたの。そんなんじや。手を切っちゃうでしょう。それにお父さんのおみおつけに小石が入つてしまふ。それを繰り返しそう言われて「アニー」が受けたA子さん、少し頑張りました。そしてさらに数日後、「A子さん、上手になつたわね。それじゃあB男君を呼んでごちそう食べてもらいましょうね」ということで、これは実際のSPに対して対峙するような場面ということになります。

このようなことは昔から行われてきて、それがうまく教育の中でプログラムとして行えれば非常に有効になるのではないかなということですね。その中に互いに教えるというところが、テーマアザーというプログラムができてきた1つのきっかけではあります。

そして、基本的臨床技能という言葉がありますが、これは例えば触診とか打診とか、先ほどの医療面接というのがこれに入りまます。とにかくこういうものは基本的なものです。病院の実習、臨床実習に行く前にちゃんと細かいところまで覚えて、実行できるようにしておかなくちゃいけないという技能の1つですね。これを会得するためには、まず、どうしてそんなことをしなくちゃいけないのかという目的を知らなくてはいいけない。そして、そのための方策を考える。ここまでは講義でいいわけですね。そしてその後、他人の技能をみることで、ままだとデビューしたA子ちゃんがまず最初に行った段階ですね。そして自ら行っていく。ここが非常に大事なところですね。たいていそこには指導者がいなくちゃいけない。

ただやるだけではいけない。その指導者のフイードバックを受けて、いろいろな再チャレンジをしながら習熟していく。そして試験を行う。この試験もちゃんとした系統だった試験でなくてはいけない。すべてを知っている人が行う。それはずっと繰り返し繰り返し行ってきたわけですから、試験は当然通るはずなんですけれども、ただ、その環境においては適切な教育が行われていないかもしれない。そして、その教育が正しいものかどうかというのを確認するために、他人が試験をしなければいけないというのが、このプログラムのまた1つの考えです。この試験はもちろん受験者自身の試験でもあり、また教育システムの受験者が受けた教育がいいのかどうかというシステムの試験でもあるわけですね。

繰り返しになりますけれども、臨床技能を会得するためには自ら実習を行うということが大事であります。そのためには理論をまず学習するという事。そして、熟練者の実技を見学すること。そしてシミュレーターで自ら行い、また繰り返し行い、時にはフイードバックを受けながら悪い点を直していくこと。そして、場面に応じては模擬患者の協力を得て、それがいちものかどうかを確認する試験も含めて訓練を行い、共用試験というもので評価を与えて、そして臨床実習に入っていくわけですね。共用試験というものについて興味がある方は、インターネットで全部見ることが出来ます。それからいろいろんな冊子がありまして、共用試験という全国共通の試験の仕組みをご理解いただくことができます。

まとめになります。いままで申し上げましたような流れの中で、臨床実習で実際に

患者さんと対峙するための技能を会得していくわけですね。これらの繰り返しです。さらに、シミュレーターの種類には模型と人間があるということをお話ししました。模型はは同意というものが不要なく、繰り返しで行える。しかし、製品の品質にかなり依存しており、実際の場面とは多少違うものも有り得る。それから、緊張感をもつて行いたいという欠点もあります。(改行なし)人間を使うシミュレーション、SPを使うようなもの、これはお互いまず仲間でやり合うというようなこともあります。簡単には打診、聴診というのは全部これで行えるわけですね。それから、例えばコミュニケーションの仕方などというのは、まず家庭でお父さん、お母さんというものを使って行う。これは同意を取るのが容易でありますけれども、緊張感はありません。本当のボランテニアであるSPという、全くの他人に対するということで、これは緊張感のある教育ができるということになるでしょう。以上がシミュレーターの分類ですね。

それから、試験というのがどうしても評価するためには必要であることとをきょうちようしたいと重々あります。その目的は達成度の評価というのがあります。学習者のモチベーションを高める。何のために勉強するのか、試験のために勉強する。これは必ずしも正しいことではありませんけれども、学生のモチベーションをアップさせるには1番いい方法ですね。それから、学習者へのフイードバックに使えと。何ができなかつたのかということを明らかにすることが出来るわけですね。

これも先ほど申し上げましたことですが、品質評価のツールとして、まず学生の質が、これだけのものはちゃんと担保できましたということが、試験の役割の1つです。社会へのアピールというのはそういう意味です。それから、学習のシステムは本当にいいものか、どうなのかという、各大学で教育してきたことについて、全国統一の共用試験というもので評価する。各大学で行っている教育が本当に良いのか悪いのかということ、大学間で比較するための教育システムの評価にも使えるわけです。

最後に、共用試験というのはどういうものなのかですけれども、パワーポイント画面のアドレスにありますCATOというのを、インターネットで検索できます。医療系大学間共用試験実施機構、評価機構というのがありまして、これは全国の80医科大学、そして28の歯学部が共同で出資して設立した社団法人です。そこで共用試験というのを行います。これは、もちろん知識もですが、技能というものがちゃんとしているのかどうかというのを評価するわけですね。知識、技能、態度というものを評価していく。そして、臨床実習開始前の学生にそれを行う。これで一定の水準に達しているという評価したならば、病院で臨床実習を受けるということになります。

これは、共用の試験ですから、これをどう使うかというのは、各大学に任ざれているわけですね。したがって、共用試験を受けられないということもあるわけですが、その場合の取り扱いについては、いくつか問題点がありますけれども、各大学でよしとすれば、病院実習に進むということになります。共用試験はシミュレーション教育が適切に行

われたかどうかの1つの評価として使われています。

もう1つありました。ちょっと時間がすぎますが、共用試験はなぜ必要なのかということに触れておきます。臨床実習では、医学学生、歯学生であっても診療チームの一員として、患者さんの同意を得て患者さんの診療に参加しながら学ぶことが求められています。これはクリニカル・クラークシップとよばれています。実際の診療にグループとして参加するという事ですね。それをお互いに上級生、あるいは指導医から教育を受けながらやっていくということになるわけですね。学生が臨床実習で患者さんに接する場合には、必要不可欠な知識、技能、態度ということが備わっていることが求められます。その学生の知識、技能、態度のレベルが一定水準以上に達していることが必要であって、その担保するのが共用試験であるということになります。

アドバンス・オスキーという試験があります。これもプログラムの一環として行われるものですけれども、卒業間際の学生がこういった模擬患者、シミュレーターといったものを使って一連の病的なものがちゃんと理解できるか、あるいは診察、治療までのことが円滑にできるかどうかというのをいろいろんなシナリオに従って試験を行います。

以上でございます。  
**司会** どうもありがとうございます。宮下先生のご報告につきまして、早稲田大学法務研究科教授の甲斐先生からコメントをいただきます。

**甲斐** ただいまご紹介いただきました、早稲田大学で刑法と医事法を担当しており



まず甲斐と申します。

今日のシンポジウムの副題が「法学と医学における臨床教育の課題」ということで、宮川先生は、非常に興味深い設定をされたと思ってコメントターをお引き受けした次第であります。

私は、体験上、理論と実務の架橋というのは3つほど体験してきたわけです。若い頃赴任したところは、海上保安大学校という幹部海上保安官の養成教育機関でしたので、法理論を使って海の犯罪捜査ができる人材を育てるということと、船に乗って海難救助ができる人材を育てることが目的でした。海難救助は、ご承知のとおり、映画であった「海猿」の世界で、パート1、パート2の映画がありましたので記憶の方もあるかと思いますが、そこでは、とにかく船舶に関する理論を学び、かつ目の前の溺れている人をいかに救うか、という内容の教育が要請されたところでありましたし、他方、犯罪捜査を行うことのできる法理論を教育することも要請されました。

その後、広島大学に移りまして、法学部で刑法と医事法を教えたわけですが、同時に医学部でも医事法をかなり教えました。医学部では学部学生と大学院生の両方に教えました。それから、近辺の看護学校とかリハビリ学院とかでも教えました。医療現場にもいろいろ講演に行ったり、会議に参加したり、相談にのったりしました。そういうところで行っているのと尋ねられました。例えば、学生の美容をどうやって考えたらいいか、限界はどこだろうか、と。実習をしない、と、医師にしても、助産師にしても、看護師にしても育たないわけですか。ところが、「あまり空理空論ばかりやっていて

もしようがない。そこあたりの法的な裏付けはあるのでしょうか」と尋ねられました。これは非常にきわどい問題で、今日でもまだまだ詰められていない部分があるわけですが。しかし、人材は育てなければいけない。いかにすればよいか、今日までずっとそういう問題意識を持ってきておりました。

日本大学医学部に押田茂實教授という方がおられまして、法医学の先生です。この先生が10年ぐらい前でしようか、日大でチュートリアル教育を始めるので、1回見に来ませんかと言って下さいました。結局、行っていないんですけど、それはおもしろいということと、ビデオでは拝見いたしました。宮下先生も先ほど少しお話しされましたけれども、医学部の授業が変わったのはあの頃からはではないですかね。たしか、10年ぐらい前に、座学だけではだめだ、学生にどこにかくいる体感させようという動きが出てきました。そのためには、模擬臨床授業、つまり模擬患者などを設定して対応しようということになりました。そして、押田先生の話の中で、法学の分野もそういう授業がいるのではないかと、という議論をしたことがあります。

ちょうど10年前と8年前に2度にわたりました。ハコイ大学のローヌクールに調査に行ったことがあります。これは、別途陪審裁判の調査も行ったときでもあったものですから、この「臨床 (Clinical)」というのは一体どういうもので、ローヌクールではどうやってやるのかも併せて調べに行ったわけです。そこで、はじめて「リーガル・クリニック」という言葉を聞いて、衝撃を受けたのを覚えています。カリキュラムの

中を見たら、ずらりとそういう科目がありまして、「日本の法学教育はどうなっているんだ」と、先方から聞かれました。いまのローンスクールの話が出るもつと前でしたので、「こういう教育はやっていませんね」という回答をして、ずいぶんギョッとした感じが記憶があります。

いま、日本でもローンスクールができておりました。人材育成をどうするかということで、今日、宮下先生のお話をお聞きしまして、医学部を出て、医師になるという人材育成と、法学部、あるいはさらに学部だけではなくて、ローンスクールでは、特に臨床科目というのが入ってきますので、まさに実務家になるための教育機関ですので、医学教育と法学教育との共通の話題がやっとならざるを得ないか、と思って興味深く拝聴しました。

時間も限られています。私は、3つの観点からコメントしたいと思えます。1番目は、「医の倫理」と「法曹倫理」という観点です。2番目は、「医の論理」と「法の論理」という観点です。3番目は、「医の技術」と「法の技術」という観点です。その3つのフックターを中心にコメントさせていただきます。

まず1番目は、「医の倫理」と「法曹の倫理」です。ローンスクールでは、「法曹倫理」という科目があります。この科目の担当の先生もおられますが、私は東京第二弁護士会の懲戒委員もやっている関係もあって、どういふ場合に「法曹倫理」が問題になるかという審議を月に2回ほど体験しているわけがあります。具体的な内容は言えませんが、いろいろなレベルの問題がもちろんあるのですが、やはりこれは医

療の場合もそうでしょうけれど、クライアントの心、気持ちを踏みにじるような行為があった場合、いかに法廷での技術が優れているにしても、当然問題があるわけです。したがって、そのどこをどう汲み取るかという、これはもう法曹以前の人間のありようにもかかわる問題でもあるのですが、それはさておいたとしても、最低限の「医の倫理」や「法曹倫理」というのは共通ではないか、と思いつつ宮下先生のお話を拝聴し、ずいぶん私は共感した次第であります。

医療現場にはいろいろな患者さんがいるわけですが、法の分野でもいろいろなクライアントがいて、それに応える必要があるわけですが、しかし、応えるということも限界がありますから、どういうふうにするか。これが2番目の「医の論理」や「法の論理」という問題だろと思うわけです。この論理をきっちり習得していないと、医の実務家、法の実務家が無謀なことを言っていて、とんでもないことをけしかけてクライアントを善き添えにしてしまうということになります。そういうことはできないわけですが、やはりきちんとした基本的な素養がないといけないという点で、まさにこの基礎理論というのは非常に重要であるというふうには思っています。行き当たりばったりの解決では矛盾を来すし、全体として不安を与えるだろうと思います。これは、お聞きしたところ、宮下先生の先ほどの基礎理論といろいろなコミュニケーション授業との関係も、何かそういうことを意識されておられるのかな、と思えました。専門用語で言いますと、医学的適応性とかいふ問題です。やはりこれは、「医の

論理」をきっちり習得しておかないと、どういふ場合にどういふものをあてはめていふかという判断ができなくなると思います。法の世界も、やはりそうだろうと思われはります。ある事件があった場合に、これはどうやって解決の方向へ導くかという「論理」がないといけないと思います。

しかし、3番目に、「論理」だけでよいかという点、そうではなくて、「技術」もいふわけです。「技術」は、もちろん、だんだんと体験で蓄積していけば磨かれるわけでありすけれども、最低限の「技術」といふのはいるわけでありす。このころは、医学と法学では、それを習得する場面が若干違ふかも知れませんが、例えば、医療事故の問題がずいぶんと叫ばれておりすけれども、その中でやはり圧倒的に多いのが、初歩的なミスだと言われています。この前も、第37回日本医事法学会のシンポジウムで、「医療事故と刑事責任」を取り上げて議論してきたのですが、その準備をしていたり、学会での討論を聞いていまして、やはり初歩的なミスというのがあるわけはす。人間だからエラーはあるわけはす。しかし、それを差し引いても、プロとしてやってはいけないミスというのがあるだろうと思ひます。そういうことを考えますと、そういう「技術」をどの場面で習得するか、あるいは「技術」をすべて習得できなくとも、「基本的な心構え」、「技術的な基本的な心構え」、これが医療の世界でも法の世界でもできていふといふべきなところだと思います。そうでないと、医療過誤、あるいは弁護過誤という問題が起きるだろうと思ひます。これは、お

そらく段階を追って、医学教育で言えば、学部教育、それから大学院、法学教育で言えば、学部教育の後、ロースクールでの2年次、3年次です。さらにはそれらを出た後の卒業教育も重要だと思います。宮下先生の言葉で「フイードバック」といふ言葉、それから「繰り返し」といふ言葉もあつたと思ひますけれども、私も同感でありまして、これは、1回やそこらではなかなか習得できないので、繰り返しやる必要がありす。これは最後の課題のところになるのですけれども、そういうことを感じた次第であります。

いづれにしても、そういう「質の確保」、あるいは「安全性の確保」といふものは、そういうところがプロとしてやはり要求されているわけで、これを教育機関でどこまで教えておくべきか、そして残った課題がどこまで、これはどこでやるか、この点は、やはり今後いろいろなるところで検討していく必要があると思ひます。ロースクールでも全部を教えることができないうわけはす。そういう段階を踏んだトータルな教育体制というのを今後構築していく必要があるのではないかと、いふように思ひました。

それから最後に、国家試験のお話が出ました。ロースクールでも目の前には当然国家試験があるわけで、特に技術的な科目を教える時、学生が、「どうせ試験に出ないから受講しなくてもよいではないか」といふふうな懸念するかも知れないですね。医学部でも、例えば、「医の倫理」とか「医事法」教育は、医学部でも大事だと言われているから、国家試験に出る割合が少なからずあり受けたいという「ばやき」を聞

いたりすけれども、ロースクールでは、新司法試験で科目の比重というのがある、やはり基本科目にどうしてもいきまますから、「どうせ試験に出ないから臨床科目は軽くしてよいではないか」といふふうな思ひます。学生がやはりいふと思ひます。しかし、もちろん、そうでない学生もいます。私は、そのころはいろいろ工夫をして、国家試験だけがすべてではないといふことをいろいろ必要な機会にやはり学生に知ってもらふ必要があると思ひます。つまり、何が大事かというのを長期的な視点から教えるといふのも重要な課題ではなからうかという気がするわけはす。

さらには、課題という点で最後に、2、3指摘しておきたいと思ひます。つまり、医学教育、あるいは医療の世界でも、法曹教育の場面でも、限界があるといふことで「限界」といふのは、つまり医療で言へば、例えば、学部生はまだ医師の資格を持っていませんから、侵襲性の高い治療はできないですね。ロースクールの学生もまだ国家試験に受かつていない段階です。そうかといふと、まったく具体的な事件にノータッチで臨床教育ができるかといふと、できないです。その限界をどうするかという問題です。私も、これについて長年考え、いろいろなところで質問を受けてきたところはす。

これについては、やはり新しくいろいろとルールをつくって構築していくべきではないかと思ひます。誰が責任者として関与して実習をすればどこまでできるか、という点が重要です。医療でも、例えば、採血も、本当ならば患者さんにいきなり行うといふわけはいいから、学

生同士でお互いに採血をしあつたりしてやるようです。むしろ注射器の扱いは看護師のほうで上手で、ドクターの中には注射の技術など学ぶ時間がないから苦手であるといふ方もいるやに聞いています。実際「注射は看護師にやらせてもらいなさいよ」といふふうな言うドクターもいるといふことを聞いて、私はがつくりきたことがありますが、けれども、現実はどういふところかあつたりもします。しかしながら、それではいけないわけはす。まさにそういう「臨床教育の限界」といふのをどういふふうに乗り越えて、どこまでやっていくか。これは、各大学でいろいろと連携を図って、今日のこういうシンポジウムを通じて情報交換をして、情報の共有をしていっていただきたいと思ひます。それによつて、いろいろとフイードバックをする必要がありす。これによつて、法曹教育全体の質の確保につながると思ひます。この点については医療もそういう側面があるのではないかと、いふことを、宮下先生のお話をお聞きして感

じた次第であります。時間があつたらまだまだ喋りたいのですけれども、ちょうど私のタイムリミットです。これで終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

**司会** どうもありがとうございました。宮下先生と甲斐先生のご報告について、お一人づつ質問を受けたいと思ひますが、いかがでしょうか。

**参加者** 宮下先生に質問です。ご報告の資料の先生のスライドの6ページ、我々の手元にある19ページにシミュレーション教育が必要な領域といふご説明がありまして、その1番に肉体的に侵襲のある技能

訓練の最初の星印、基本的臨床技能に限るという条件付けがありまして、これはどういう意味なのかを教えてくださいたいという質問なんです。

というのは、シミュレーション教育というものが、何かしら全体で理論的に、部分的に学ぶんじゃない、実務のケースの全体というものを志向しているのか。シミュレーションをする中で指導者が部分的、分解的に指導できるということを目指しているのかということにも関わっているように思いますので、ここで基本的臨床技能に限った理由を教えてくださいたいというのが質問です。

**宮下** 基本的臨床技能というのが一体何なのかということだと思いますけれども、それぞれ固有のものがあると思います。規準がありまして、いくつかの段階付けがしてあります。第1段階というのは、それを患者さんに行っても、それほど大きな害がないということなんです。それから第2段階は、十分な注意をして行えば、それほど問題は無いもの、あるいは指導者の監督の下であれば行っても許されるだろうというものです。最後は、指導者がついていても、学生などでは絶対やってはいけないという危険度が高いものになります。

シミュレーション教育というのは、結局はそれを行うための前段階ですから、すべてものを網羅しているわけではありませぬので、そういった第1段階、あるいは第2段階のうちのごく1部という領域に限ってシミュレーション教育が行われているという意味でここでは使ったのです。具体的に言いますと、薬剤を注入するのは医師でないといけません。看護師でもいけません。

ん。ライセンスが必要になるわけなんです。静脈から採血するのは学生にやらせてもいいだろうということになっておられます。その前段階としてのシミュレーション教育が必要になってきます。それから、動脈から採血しなければいけない場面もあります。その場合は、静脈ですと放っておいても血液止まっしてしまい、あまり被害はないのですけれども、動脈から採血したときは、ちゃんと止血をしないといけないわけです。そうすると、ちゃんと医師の監督下でないといけないということになります。それは、実際は完全なシミュレーションはできませんけれども、同じようなことはシミュレーターで訓練はできます。このように技能項目を限ってのシミュレーション教育という意味でございます。

**司会** どうもありがとうございます。第2部のパネル・ディスカッションのところで、いろいろ論点というものがあるといことが甲斐先生の大変示唆深いまどめて指摘されていたと思います。倫理、論理、技術について、法学と医学でやはり共通した課題、そして共通した学問としての、あるいは実務家としての課題というものを抱えているなというふうに思いました。ここで10分間の休憩をとりたいと思います。

第2部

## 法曹養成における 先端的シミュレーション教育の取り組み

第1報告

### 模擬依頼者（SO）の活用と バーチャル・ローチーム による法実務教育

関西学院大学の勲徳のシミュレーション

亀井尚也  
関西学院大学  
法科大学院教授



からの他の報告と比べて、字ばかりだと思ってしまう、これはいかん。字のどころはできるだけ飛ばして、途中でビデオを見ていたったり、他のものを見ていたたり、そういうものを混ぜて進めていくようにしたいと思います。

最初のほうのシミュレーション教育の意義のあたりは、菅原先生のご報告等もありましたので、簡単に済ませたいと思います。ここに書いておりますように、実務科目というのは、必ずしも知識を教えることが目的ではない。むしろアウトプット型ですね。法を使うということに意味がある。法を使いなから思考するという科目です。

**司会** それでは第2部に入ります。第2部は、「法曹養成における先端的シミュレーション教育の取り組み」というテーマ設定です。まず最初に、関西学院大学の亀井先生に、「模擬依頼者、シミュレーション・チームによる法実務教育」についてお話をいただきます。

**亀井** ただいまご紹介をいただきました。関西学院大学で実務家教員をしております亀井です。パワーポイントのレジュメを用意しておりますけれども、私のレジュメは、先ほど

ただし、その場合にフロアレム・メソッドと言われるもの、仮想事例を使った場合でも、ペーパーの形で事例を与えて、何らかのものを起案させるとか、考えさせるといふようなことは、割と一般的に行われております。法曹倫理教育でも単なる講義をするのではなくて、事例を考えさせるといふことは割合よく行われていると思います。これはもちろん理論を深めるということには大いに意味があるわけですが、限界があることは間違いのないですね。1つは、事案が次第に動いていく立体的に欠けることで、ペーパーになったものは、それに対するとりあえずの答えを考えるということに