短報

地域医療学実習における多職種模擬 カンファレンスカリキュラムの開発とその改変プロセス

玉井 杏奈*¹ 大西 弘高*² 野口麻衣子*³ 土屋瑠見子*⁴ 弘田 義人*⁵ 山中 崇*⁶ 飯島 勝矢*⁷

*1 台東区立台東病院総合診療科 *2 東京大学医学系研究科医学教育国際研究センター
*3 東京大学医学系研究科健康科学・看護学専攻高齢者在宅長期ケア看護学/緩和ケア看護学
*4 公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団 *5 京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻医療経済学分野
*6 東京大学大学院医学系研究科在宅医療学講座 *7 東京大学高齢社会総合研究機構

抄録

背景:超高齢化社会を迎え,卒前教育における在宅医療や多職種連携の必要性は増している一方,確立した教育方略はまだないと言える.本稿では,医学生の地域医療学実習における多職種模擬カンファレンスの導入とその改変の過程について分析し,記述する.

方法:2013年度に東京大学医学部にて導入された地域医療学実習(医学部5-6年生対象)において、多職種の職能の違い、地域包括ケア、多職種連携に関して説明できるという実習目標に対し、在宅でのサービス担当者会議を想定した多職種模擬カンファレンスをカリキュラム(以下、本カリキュラム)として開発し、2014年4月から導入した。フロリダ大学から提唱された Geriatric Swiss Cheese Model (GSCM)をフレームワークとして使用し、教員間での検討や学生からのフィードバックを基に修正を繰り返した。更にのべ36名の学生を対象に施行時の様子を録画・録音し、内容分析を行った。

結果:学生同士での実施には、シナリオの単純化や運用方法の細かい修正が必要であった。学生の発言からは、各職種の職能の違いや連携における権威勾配への気づきが窺われた。

考察:地域医療学実習における多職種模擬カンファレンスは,職能の違いや高齢者ケアの複雑性についての能動的な学習機会となり,多職種での意思決定プロセスを疑似体験する機会となったと考えられる。今後,様々な多職種連携の教育現場への応用が期待される.

キーワード: 地域医療、多職種連携教育、臨床実習、カリキュラム開発、Geriatric Swiss Cheese Model

A Simulated Interprofessional Team Conference; Implementation and Modification of the new curriculum in the Community Medicine Clerkship

Anna Tamai*¹ Hirotaka Onishi*² Maiko Noguchi*³ Rumiko Tsuchiya*⁴ Yoshito Hirota*⁵ Takashi Yamanaka*⁶ Katsuya Ijjima*⁷

*1Department of General Medicine, Taito Municipal Hospital

*2Department of Medical Education for International Cooperation, International Research Center for Medical Education, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

*3Department of Gerontological Home Care and Long-term Care Nursing / Palliative Nursing, The University of Tokyo
*4Dia foundation for research on Ageing Societies

*5Department of Healthcare Economics, Kyoto University School of Public Health
*6Department of Home Care Medicine, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo
*7Institute of Gerontology (IOG), The University of Tokyo

【連絡先】台東区立台東病院総合診療科〒111-0031 東京都台東区千東3-20-5

受理日:2017年8月31日 採録決定日:2018年6月20日

Abstract

Background: With the emergence of Japan's super-aging society, the need for home care by medical professionals is increasing, as is the need for interprofessional collaboration in undergraduate training. However, no established educational strategy has been developed. In this report we analyze and describe the process of implementation and modification of the simulated interprofessional team conference in a community medicine clerkship curriculum.

Methods: A community medicine clinical clerkship curriculum for 5th- and 6th-year medical students was implemented at Tokyo University in the school year 2013-2014, with the objectives of explaining community-based integrated care, the roles of other professionals, and the interprofessional team approach. Since April 2014, we added the simulated interprofessional team conference in home care setting to this curriculum, using as a framework the Geriatric Swiss Cheese Model proposed by University of Florida. This was further modified based on the faculty debriefings and feedback from the students. We also videotaped or audio-recorded the simulated team conferences of 36 students and conducted content analysis.

Results: The role-play required simplifying case scenarios and several modifications of the instruction process. Students seemed to develop from their scripts an awareness of differences among health professionals and of the potential presence of an authority gradient within the team.

Discussion: This simulated interprofessional team conference curriculum provided active learning opportunities for various roles of health professionals and of the complexity of geriatric patient care. The curriculum was an opportunity to simulate experiences of clinical decision making by interprofessional team members. We recommend that this curriculum be applied to various educational settings for interprofessional collaboration.

Key words: community medicine, interprofessional education, clinical clerkship, curriculum development, Geriatric Swiss Cheese Model

背景と目的

超高齢社会への移行に伴い、厚生労働省は在宅医療連携拠点事業などを通じて在宅医療を推進してきた¹⁾. 在宅現場で行われる医療には、患者・家族との関係構築や患者を取り巻く環境への視点の拡大等が求められる。また、多職種連携が必要となり、医師の育成においても従来の病院実習中心の教育だけでなく、在宅医療現場での経験を積む必要が生じている。

わが国の医学教育は、2001年に文部科学省から出された医学教育モデル・コア・カリキュラムによって内容の精選が行われた²⁾、2007年度の改訂においては、上述のような状況を踏まえ、地域医療やその臨床実習に関する項目の記述が増えた³⁾、また、2010年度の改訂では、地域医療臨床実習に学外地域病院、社会福祉施設などの協力も得ることも加筆されている⁴⁾、2016年度の改訂では、「社会における医療の実践」の項目に「地域医療への貢献」の節が設けられ、「地域包括ケアシステムの概念を理解し、地域における、保健(母子

保健,学校保健,成人・高齢者保健,地域保健,精神保健)・医療・福祉・介護の分野間及び多職種間(行政を含む)の連携の必要性を説明できる.」という学修目標も盛り込まれた⁵⁾.また,2015年度より行われている分野別外部評価の基準においても,地域医療,地域行政などとの関わりが重視されている⁶⁾.

卒前教育レベルでの地域医療実習に関する報告はいくつかみられる。場は病院や診療所、訪問診療や訪問看護、福祉施設などで、方略は見学、患者との対話、significant event analysis が用いられている⁷⁻⁹⁾。医薬看護学生教育に対して事例シナリオを作成し、多職種連携教育(interprofessional education:IPE)に関し地域医療を含めて学べる試みも報告されている¹⁰⁾.

地域医療現場の教育としては、2011年頃から八森が 展開している「見える事例検討会®」がある. 多職種 がマインドマップ¹¹⁾ を用いて情報共有する方法であ り、認知症の事例なら、①プロフィール、②生活(手 段的日常生活動作 [instrumental activities of daily living: IADL] など)、③経済、④地域、⑤環境、⑥介

		月	火	水	木	金
1 週 目	午前	オリエンテーション	訪問診療・ 外来実習	訪問診療・ 外来実習	訪問診療・ 外来実習	自己学習
	午後	自己学習				中間振り返り 模擬サービス担当者会議
2 週目	午前	訪問看護同行	訪問診療・ 外来実習	病院地域連携緩和 ケアスタッフ同行	ケアマネジャー 同行	市民向け発表会
	午後					最終振り返り

表 1 地域医療学実習の全体スケジュール

護者,⑦日常生活動作 [activities of daily living: ADL],⑧医学的情報の8項目で情報を整理して提示するのが特徴である¹²⁾.

東京大学では、2013年度の「文部科学省未来医療研究人材養成拠点形成事業」において「新しい大学 - 地域間連携での研究人材育成」の事業が採択された。その結果、在宅医療学拠点が設立され、2013年度後半より5年次生が柏市で実習する2週間のプログラムが開始された。訪問医、訪問看護師、ケアマネジャーなどが現場で働く様子を見学し、各週の金曜に振り返りや地域住民との対話の場があるなど、非常に多面的な内容となっていた。しかし、多職種の価値観や業務内容を理解しきれない学生もおり、これらの経験を有機的に統合するプログラムの導入が検討された。

本論文の目的は、上記のような経緯で作成された東京大学医学部の地域医療学実習における多職種模擬カンファレンスの導入時の工夫と改変の過程について、分析し、記述することである。

方法

・地域医療学実習について

多職種模擬カンファレンスは、地域医療学実習の振り返りの一部として開発された。地域医療学実習は、東京大学医学部5・6年生の臨床実習の一部として、2013~2014年度に開始された。当初は総合内科実習との選択制で半数の学生が履修、2016年度からは必修となった。学習目標は、①在宅医療、訪問診療について説明できる、②診療外来と大学病院における診療の違いについて列挙できる、③地域における医師、歯科医師、薬剤師、看護師、療法士(理学・作業・言語聴覚)、歯科衛生士、ケアマネジャー、医療ソーシャルワーカー(MSW)の業務について説明できる、④地域包括ケアと地域での多職種協働について説明できる、⑤高齢者総合機能評価(comprehensive geriatric assess-

ment: CGA) を経験すると共に、その意義を述べることができる、であった。 2週間のスケジュールを**表1** に示す

1週目は訪問診療・外来実習が中心で、2週目には 多職種同行実習(訪問看護・MSW・ケアマネジャー等) を行った、学生は原則6名1グループであり、地域の 医療・福祉施設に各1~2人の学生が赴く体制を組ん だ、学生毎にそれぞれ異なる場での学びを、中間振り 返りと最終振り返りで共有し、意見交換を行った。

・カリキュラム評価

地域医療学実習に関わる複数の医療現場に対しては 詳細な評価を行ったが、多職種模擬カンファレンスだ けに対する評価は学生への負担増を懸念して控えた. よって、学生の感想や実習を担当した教員の協議(表 2~4)によって、形成的に評価が行われた.表4は 別研究でまとめられたが、本カリキュラムの改変に有 用であったため、引用する.

多職種模擬カンファレンスの模様は、2014年4~10 月に実施したのべ36名を対象とし、録画、録音を基に 逐語録を作成し、内容分析の手法でまとめた¹³⁾.

・多職種模擬カンファレンス開発のプロセス

当時在宅医療学拠点の客員研究員として実習を担当した第一著者が、ハワイ大学老年内科での勤務経験に基づき、老年医学多職種チームトレーニングとして学生~多職種に行われている多職種模擬会議の方式を参考にした。ハワイ大学医学部では4年次に4週間の老年医学・緩和医学の実習が必修であり、前半2週の間に多職種協働導入として各職種にインタビューをする課題が与えられた。インタビュー内容は、資格を得るまでの教育課程、医師に対する感想や期待などである。また、一症例に関する Geriatric Swiss Cheese Model (GSCM) を用いたケアプランの提出も要求される。GSCM はフロリダ大学で提唱され、複雑な高齢者の

表2 初回(2014年4月11日)施行後のカリキュラム評価と修正

検討 項目	検討事項	その根拠	変更内容	結果
内容	シナリオの薬剤名に商品名 と一般名が混在、用法・用 量の情報が不足	直接観察した教員同士の直 後の振り返りから	一般名に統一し、用法・用 量の情報を追加	同様の指摘はその後なし
内容	内服薬中止の決断に迷う様 子がある	直接観察した教員同士の直 後の振り返りから	模擬患者の血圧・HbA1C 値の設定を更に低くした (資料2. [B-1・2]斜体部分)	
内容	理学療法士役が発言できる 機会が少なく、議論に加わ りにくい	介入直後の学生からの指摘	「身体機能・リハビリ」以外 にも他の職種の持たない情 報を追加した(資料 2. [D] 斜体部分)	
設定	薬剤整理に必要な知識の不 足		薬剤師役の学生に薬剤に関する書籍及び Beers criteria 日本語版 ¹⁵⁾ を資料として提 供	て、模擬会議の場で回答す
設定	模擬会議の現場が在宅か病 院かが不明瞭	介入直後の学生からの指摘	冒頭に口頭にて再確認	同様の指摘は繰り返されず
運用	時間に追われる現場の緊張 感を再現したい	直接観察した教員同士の直 後の振り返りから	タブレット端末に制限時間 を表示、学生に見える位置 に置く	
運用	薬剤整理が論点になる機会 が多く、薬剤師役が書記を 遂行するのに苦戦	直接観察した教員同士の直 後の振り返りと介入直後の 学生からの指摘	書記を薬剤師から理学療法士に変更	薬剤師役がより関連する議 論に集中できるようになっ た
運用	GSCM を埋めることに気を 取られ、時間がかかり過ぎ る	直接観察した教員同士の直 後の振り返りから	論点を3つに限定し、GSCM の一部は埋めた状態で配布 (資料3)	GSCM を埋める作業に躊躇 する様子が減った
運用	カリキュラム実施の意義が 学生にとり不明瞭	施行時の学生の非言語的コ ミュニケーション (腕組み、 脚組みなど)	冒頭で目的と学習目標を提示、口頭確認(資料 2. [A] 斜体部分)	
運用	担当教員が都度異なるため、介入が不均一になる危 険性あり	一貫して担当する教育補助 職員からの指摘	留意事項や具体的指摘箇所 などの明文化と教員内での 共有(資料 1. ④)	継続実施に際して不安が減ったと教官及び教育補助職員が実感
運用	多職種から学ぶ意味合いを 実感してもらい、実習への 目的意識を強化したい	直接観察した教員同士の直 後の振り返りから直接観察 した教員同士の直後の振り 返りから		最終振り返りの際の学生の 見学実習に関するコメント がより深みを増した

問題点を8つのドメイン(身体機能とリハビリテーション、認知、感情、内科・外科、栄養、環境、社会的側面・ケア提供者、経済)に大別して整理するものである。老年医学の教育ツールである共有サイト、老年医学オンライン教育ポータル(Portal of Geriatrics Online Education: POGOe)にて公開されている¹⁴.3週目の振り返りで、高齢者の症例をめぐる各職種とのやりとりや、医療現場での職種間コミュニケーションの現状が共有される。さらに、模擬症例を用いた多職種退院前カンファレンスを20~30分程度で行い、医師、MSW、理学療法士、看護師、患者、患者の子供

たちの各役割を演じつつ、GSCM を用いたプランを 作成する.

東京大学の地域医療学実習では、当初、学生が実際の多職種カンファレンスを見学した後に多職種模擬カンファレンスを行うことが理想的と考えた。しかし、実習開始直後の2013年11月~12月の2グループ12名の実習内容を確認し、2週間の間に多職種カンファレンス見学の機会は稀であった。そこで概要を理解するために、多職種カンファレンスの様子が描かれているDVD¹⁶⁾を教材として使用することとした。

本研究では、2014年4~10月、東京大学医学部6年

表3 2回目(2014年4月18日)施行後のカリキュラム評価と修正

検討 項目	検討事項	その根拠	変更内容	考察
内容	妻役のシナリオに ADL 情 報が足りない	介入直後の学生からの指摘	ADL 情報を追加(資料 2. [C]斜体部分)	妻役が参加できる機会が増 えた
運用	議論が熟し始める頃に会議の 制限時間 20 分が終了する	直接観察した教員同士の直 後の振り返りから	状況により 30 分まで延長 可能とした(資料 1. ⑨)	一部学生は設定は 20 分の ままが緊張感を伴ってよい と発言
運用	シナリオ読み時間の不足	介入直後の学生からの指摘	3~4分を確保(資料1.⑦)	シナリオ内容の理解度が改 変した

表4 カリキュラム実施後の学生の発言

多職種連携の意義	・患者さんの現状を多職種で共有することで、問題点に対してそれぞれの職種の強みを生かした議論ができる ・各職種の視点で家族の思いを引き出してくれるので、家族の負担が減っていくように感じた			
	・各職種の税点で多族の思いを引き出してくれるので、多族の負担が減っていくように感した			
多職種連携のため	・チーム全体として上手く機能するためには、コミュニケーションが大切			
の心得 	・人間関係に問題があると上手くいかないので、職種以前に人間関係が大切			
	・色々な領域の基礎知識が不足していると議論が上手くできないと思った			
	・専門職同士の議論になりがちだが、家族の意見をよく聞くことが大切だと思った			
各職種の役割、強み	ケアマネジャー	・まとめ役がいることで、家族が納得でき、今後チームで相談しやすい環境を作れる ・できるだけ多くの人にできるだけ多く発言してもらうことが大切		
	医師	・医師が持っている情報は少なく、他職種や家族から上手く情報を引き出すことが 大切		
	看護師	・患者の生活に関してよく知っている		
	薬剤師	・夜間尿に関する議論など、薬に関する専門的な知識を発信することで貢献できる		
	理学療法士	・色々な提案をできるのでチームに貢献できる		
		・どんな領域にどこまで関係しているのか分かった		
	家族(妻)	・患者の好みなどをよく分かっている		
プロフェッショナ	・薬の副作用など	は医師が気付いていないと話題にも挙がってこないので、そこは薬剤師として責任を		
リズム	持って情報提供しないといけないと思った			
	・薬剤師が提案しても医師が聞いてくれないと何も変わらないので、他職種の意見をよく聞く医師にな			
	ることが大切だと思った			
	・発言力が強いだけに医師に知識がないとプラスどころかマイナスになってしまうため、プライドを持			
	ってしっかりや	らないとダメだと思った		

次生42名に対して実施された地域医療学実習で行った 多職種模擬カンファレンスの改変プロセスを扱っている. 2週間の実習が終了した後に、関係した教員が協議し、少しずつ内容をブラッシュアップしていった. 特に、最初の2グループについては、学生への聴取も含め、詳細な検討によって改変を図った.

結果

設計/プロトタイプの作成:カリキュラムの実際

1) 実習の振り返り

学生たちは,グループ内で実習中の経験を共有し,

教員は各職種の業務内容や視点の違いなどに関する気 づきを共有するように促した.

2) サービス担当者会議の DVD 閲覧

次に多職種模擬カンファレンスと同様の模擬サービス担当者会議の様子が演じられている国立長寿医療研究センターの資料 DVD¹⁶⁾ を閲覧した. 症例は嚥下障害のある認知症の在宅女性患者に対するケアプランを多職種で検討するもので,同じ場面につき,①医師主導で多職種連携が円滑でない,②ケアマネジャー主導で連携が円滑,の2パターンに分かれている. 視聴後に見学した実際の診療現場に照らして感じたことなど

—35— Volume 6 | No 1

を議論した.

3) 多職種模擬カンファレンス

参照: **資料1** スタッフ用 模擬担当者会議の進め方 **資料2** 共通シナリオ + 職種別シナリオ **資料3** GSCM

介護サービス利用者の家族とサービス提供者が方向性を話し合う模擬サービス担当者会議の形式で行った。医師、看護師、理学療法士、薬剤師、ケアマネジャー、患者の妻、の6種のシナリオが準備され、メンバーは担当の役柄を心理的背景も含めて考えながら演じるように促された。職種毎に異なるシナリオを用意する手法は、柏市での在宅医療推進のための多職種連携研修会にて用いられていたものを踏襲した¹⁷⁾. また、情報を網羅し、とりまとめやすいように GSCM を利用し、その意味や利用法について 5 分間説明が行われた。

次に全員に患者の退院時サマリーと、退院後の現状、及び話し合うべき問題点3つの記された共通シナリオの他、GSCMの表が配布された(資料3)。ケアマネジャー役は司会を、理学療法士役は書記をそれぞれ行った。書記はGSCMの表を埋める形でグループ全体のケアプランをまとめた。

4)模擬サービス担当者会議の振り返り

最後に、①各職種を演じての感想、②チームに貢献できたか、③チームに意見を尊重してもらえた実感、を各自に述べてもらった。さらに退院時サマリーに記載されていれば役立ったはずの内容があるか話し合った。主に、医師以外の職種が患者について求めている情報を考えるきっかけとした。

実習中に多職種会議を見学する機会があった学生には、その経験を共有してもらい、臨床現場で効果的に職種間のコミュニケーションを取り、意義のあるチーム会議に繋げるための方策を考察した.

カリキュラムの評価と修正

カリキュラムの初回,2回目の施行の際に,学生に本カリキュラムが新規に作成されたものであると伝え,感想や改変点を聴取した.更に学生の様子を直接観察した教員同士で直後に振り返りを行い,それらを基に様々な修正を加えた.(表2,3).初回は2週目の金曜に実施されたが,1週目金曜に行った方がよいという意見が教員,学生の双方から出たため,2回目

には実施時期を1週目金曜に移動した.

学生がシナリオや資料を読み込んで事例を理解することには、想定以上に時間がかかったため、シナリオ内容において臨床的判断をより単純化する、シナリオの読み時間や議論の時間を延長するなどの修正を加えた.

カリキュラムの教育効果の検討

次にカリキュラム実施後の学生の発言をまとめた¹⁸⁾. カリキュラムから学生が何をどのように学んだかが理解できる. 具体的には, 多職種連携の意義, 多職種連携のための心得, 各職種の役割・強み, プロフェッショナリズムに分類された(**表4**).

なお、これらの学生からの感想を踏まえて、本カリキュラムは実習の学習目標の「地域における医師、歯科医師、薬剤師、看護師、療法士、歯科衛生士、ケアマネジャー、ソーシャルワーカーの業務について説明できる」、及び「地域包括ケアと地域での多職種協働について説明できる」、に寄与していると担当教員らに認識され、2017年現在も継続使用されている。

考察

現在も東京大学医学部で実施している,地域医療学 実習における多職種模擬カンファレンスの開発とその 初期における改変プロセスを示した.具体的には,主 に職能による視点の違いを実感し情報共有を経てチームとしてプランを作成すること自体に重点を置いて, 運用方法や内容を工夫した.医学生は地域医療現場に 出る機会が少なく,多職種連携の現場を見ることも2 週間の期間中にはかなり困難であったが,カリキュラム実施後の学生の発言からは,模擬会議という別のア プローチで現場の様子を多少感じ取り,将来の参考に なるような経験を積むことができたと思われる.

本カリキュラムの独自性は3点ある. 1点目は, 共通シナリオの他に職種別のシナリオを与えてロールプレイを行うことにより, 職種毎に持ちうる情報や役割が異なることを体感できることが挙げられる. 成人学習の原則に則って, より能動的な学習が可能になったと推測される.

2点目は、2パターンのカンファレンスの教材 DVD 視聴を通じ、従来の医師主導型ではなく、多職 種が持つ情報を引き出すことが良いプランに繋がると 実感した上でロールプレイに取組めたことである. また、参加者が同学年の学生であるという公平性を生か

して、ヒエラルキーのないチームを再現できたとも言える。その中で、医師以外の職種が医師に意見することの困難や、患者家族がチームの方針に介入する難しさも感じ、権威勾配の存在を改めて認識する機会となったようである。

3点目は、複雑な高齢者の健康問題に関する意思決定において、GSCMという枠組みを埋めていく協働作業を通じて、多職種で意思決定をしていく過程を再現した点である。多職種による系統的なケアの教育は老年医学教育には必須とされ、高齢者の複雑性に対する苦手意識の解消にもつながることが期待できる¹⁹⁾. GSCM は検討すべきドメインが予め明示されており、共同で情報を埋める作業を進めるうちに徐々に論点が浮かび上がる形になっている。途中からは一部を埋めた状態で配布することで、作業の方向性を想像しやすくした。この対応は、対象者の学習進度により変更可能であろう。

本研究では、卒前教育において多職種カンファレンスのロールプレイを行うカリキュラムを開発し、教育目標の達成を見据え、実践と微修正を繰り返した事例を報告した。カリキュラム評価という観点では、量的データの解析がない、長期フォロー後のデータがないという点が本研究の限界である。ただ、IPE は新しい分野であり、このような教育実践事例の積み重ねが広く役立つことが期待される。

今後、長期的教育効果の検証を加えつつ、継続的な 改変が必要である。また、より経験レベルの高い学習 者を対象として、家族間あるいは医療者間にコンフリ クトが存在する複雑かつ臨床現場に即したシナリオを 用いたカリキュラムの開発も推進したい。今回は医学 生のみが参加しており、考え方や経験の多様性を持た せることが難しい面があったが、実務者同士、あるい は看護学生、薬学部学生など他の学生を巻き込んだ、 多職種協働トレーニングのツールとしての汎用性も模 索したい。

文 献

- 厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室. 平成24年度在宅医療連携拠点事業総括報告書. http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000119379.pdf (2016年12月16日アクセス)
- 2) 文部科学省. 21世紀における医学・歯学教育の改善方策 について一学部教育の再構築のために一(別冊). 医学・ 歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議報告.

2001年3月.

- 3) 文部科学省モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会、モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究委員会、医学教育モデル・コア・カリキュラム一教育内容ガイドライン―平成19年度改訂版、平成19年12月、
- 4) 文部科学省モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会、モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究委員会、医学教育モデル・コア・カリキュラム一教育内容ガイドライン―平成22年度改訂版、平成23年3月.
- 5) 文部科学省モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会、モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究委員会、医学教育モデル・コア・カリキュラム―平成28年度改訂版、平成29年3月.
- 6) 一般社団法人日本医学教育評価機構. 医学教育分野別評価基準日本版 (Ver.2.1): 世界医学教育連盟 (WFME) グローバルスタンダード 2015 年版準拠. 2016. https://www.jacme.or.jp/pdf/wfmf-jp20160624_3.pdf (2016年12月16日アクセス)
- 7) 岡山雅信, 梶井英治. 大学外卒前医学教育の場としての 地域医療実習. 医学教育 34(3):171-176, 2003.
- 8) 石川雅彦, 前沢政次. 卒前医学教育におけるプライマリケア実習. 医学教育 35(5): 327-330, 2004.
- 9) 宮田靖志, 八木田一雄, 森崎龍郎, 山本和利. 地域医療 必修実習における "Significant Event Analysis (SEA)を 用いた振り返り"の検討. 医学教育 39 (3):153-159, 2008
- 10) 安井浩樹, 野呂瀬崇彦, 網岡克雄, 櫻井しのぶ, 青松棟吉, 阿部恵子, 平川仁尚, 植村和正. 多学部教員協働による 医薬看護学生教育用シナリオ開発のこころみ. 医学教育 44(4): 253-257, 2013.
- 11) トニー・ブザン, バリー・ブザン著, 近田美季子訳. 新版ザ・マインドマップ®. ダイヤモンド社. 2013
- 12) 八森淳.「見える事例検討会®」を通じた認知症ケアの質 を高める取り組み. Nursing BUSINESS 9 (5):64-66,
- Berelson, B.: Content analysis in communication research. New York, NY, US: Free Press, 1952.
- 14) Bautista M, Meuleman J. "Swiss Cheese Model" approach to clinical geriatrics-Geriatric Interdisciplinary Care Summary (GICS), 2009. https://www.pogoe.org/productid/20570(2017年7月14日アクセス)
- 15) 国立保健医療科学院疫学部 Beers criteria 日本版. http://www.mypha.or.jp/images/file/BeersCriteriaJapan.pdf (2017年7月14日アクセス)
- 16) 国立長寿医療研究センター在宅連携医療部. ほほえみをたやさない生活を支えるために:多職種協働と連携が拓く在宅医療・ケアの未来. 国立長寿医療センター教材 DVD, 2012. http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/suisin/jinzaiikusei/h24/video_kyozai.html (2017年7月14日アクセス)
- 17) 在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会. http://chcm.umin.jp/education/ipw/(2017年8月24日アクセス)

- 18) 弘田義人,山中崇,玉井杏奈,江頭正人,孫大輔,大西 弘高,飯島勝矢,秋下雅弘. 医学生を対象とした模擬サ ービス担当者会議の意義. 2016 Jul 16. 第18回日本在宅 医学会大会,東京.
- 19) Bensadon BA. Attitude adjustment: Shaping medical students' perceptions of older patients with a geriatric curriculum. Acad Med. 2013 Nov; 88 (11): 1630-1634.

資料 1 中間振り返り スタッフ用 模擬サービス担当者会議の進め方

- ① Geriatric Swiss Cheese Model のフォームを配り、 その内容について簡潔に説明する。特に「フォローアップ」に関して質問が多いので、例を挙げて 説明をする。例えば、転倒という問題に関して理 学療法士(職種)が手すりの設置を勧め(アクション)、その後に転倒が減ったのか2週間後に家 族に聞く(フォローアップ)など。
- ② 参加学生全員に、共通シナリオ、及び退院時サマリーを配る.
- ③ 職種毎のシナリオ(各1枚)を裏にしてテーブル に置き、学生に1枚ずつ取ってもらう形で役割を 決める.
- ④ 一般的ルールの確認.
 - ・白けさせないこと.
 - ・シナリオには敢えて最低限の情報しか含まれていないため、シナリオに無い情報は各々想像力を働かせて発言すること.
 - ・シナリオに関して回答があるわけでは必ずしも無く、チームとして知恵を絞って最善のプランを導くことが目的であること.
 - ・互いを批判することは避け、建設的な意見を言う こと.
 - ・全員の発言のバランスをある程度配慮し合うこと.
 - ・分からないことは積極的に質問してもらうこと.
- ⑤ 理学療法士役に Geriatric Swiss Cheese Model のフォームを渡して、書記をしてもらうように伝える。薬剤師役には薬の本を渡す.
- ⑥ ケアマネ役にファシリテーターをお願いする.
- ⑦ 各学生にシナリオ読みと役作りをしてもらう.(3 分半程度)
- ⑧ ケアマネ役から順に自己紹介をしてもらい開始.
- ⑨ 3つの問題点について話し合う。全員の意見としてコンセンサスが得られたものを薬剤師役が記録していく。この部分に20分を使うと伝える。実際には30分程度までは延長可。
- ⑩ 終了を伝えてフィードバックへ. まず薬剤師役から順に「チームに貢献出来たかと思うか」「意見を尊重してもらえた実感はあったか」などの感想を言ってもらう. その後,全体に関して質疑応答.
- ① チームとして効果的であったかについて、感想を 各々に述べてもらい、話し合いを行う.

- ② 退院時サマリーにどんな情報が記載されていたら良かったかについて話し合う.
- (3) 実習中に担当者会議や、チーム会議の場に立ち会った学生については、その経験をシェアしてもらう。効果的であったチーム会議と、そうでなかったものがあるとしたらどこが問題点であったか、等。

オプション

- ・この患者さんに関して、シナリオ終了後に全員で介 護保険主治医意見書を作成してみる.
- ・不足している情報については、その情報を誰からど のようにして得たらよいか検討する.

必要物品

- ・共通シナリオ1~3ページと閲覧用にA4サイズのGeriatric Swiss Cheese Model を綴じたものを学生6人+教員人数分。
- ・職種毎シナリオ4~9ページを, 学生1人分+教員 人数分.
- ・教員用手引き10~11ページを教員人数分.
- ・A3にプリントアウトした Geriatric Swiss Cheese Model のフォーム×1.
- ・薬の本があれば1冊.
- · 筆記用具人数分.
- ・A4の白紙をメモ用紙として2枚程度.
- ・主治医意見書の白紙のもの,及び障害老人の日常生活自立度,認知症高齢者の日常生活自立度の表を学生6人+教員人数分.

資料2 多職種模擬カンファレンス 教材

模擬サービス担当者会議の目的

- ① 身体的問題のみならず、精神的・社会的等、複数のドメインに問題を抱える高齢者のケースに多職種で取り組むことの意義を体感し、後半の地域医療実習で多職種の視点を学ぶ際のモチベーションに繋げ、積極的に質問・ディスカッションをするきっかけとする.
- ② 今後の高齢者診療の場において、多職種の診療 記録を読む、電話や対面で情報共有をするなど の行動が増える.

模擬担当者会議の学習目標

- ① Geriatric Swiss Cheese Model の使い方を他の 学生に説明出来る。
- ② 他職種チームで在宅医療に関わる意義を説明出来る. [A]

共通シナリオ

本郷太郎さん(78歳)はもともと中等度の認知症のある方で、奥様と都内マンションの 3F(エレベーターあり)で 2 人暮らしされています. 5年ほど前から車の運転を辞め、最近は公共交通機関を利用すると落ち着きが無くなり混乱するようになっています. 1カ月前に尿路感染症で入院を余儀なくされたのをきっかけに、在宅医療を受け始めました. 退院して 1 週間経ったところです.

今日は在宅医療チームのサービス担当者会議で、本郷太郎さんのことを御自宅で話し合う手筈になっていて、あなたは他の仕事の合間に本郷太郎さんのお宅にやってきました。あなたは患者さんや奥様とは面識がありますが、本郷太郎さんに関わる他職種のサービス担当者とは電話でやり取りをしたことがある程度です。

これから簡単な自己紹介の後、ケアマネージャーを中心に20分程度で以下の3つの問題点とその考察、考えられる解決法について、情報を共有し、話し合いを行って下さい。具体的解決法については、可能な限り、各職種が明日から何をするかを明確にして下さい。PTの方には書記をお願いします。渡されたシートにチームで決定したプランを書き込んでいって下さい。

なお,話し合いには主介護者である奥様が同席されることになりました. 奥様は高血圧,高脂血症,骨粗

鬆症と手足の変形性関節症があり、近くのクリニックに通院しています。ご本人は、「なるべく自宅での生活を続けたい、施設には行きたくない。あとは皆さんに任せます」と話して、ベッドに寝ています。部屋の中は散らかっていて、古新聞やタオルなどが転がっています。

問題点

- 1 繰り返す転倒
- 2 体重減少
- 3 奥様の介護負担

本郷太郎さん退院サマリー

都立谷根千病院総合内科研修医記載

入院期間 ○年×月3日~○年×月21日

主診断名 腎盂腎炎 敗血症

現病歴

78歳男性,入院の2日前から言動がおかしくなり,食欲低下がみられた.入院当日に38度の発熱と悪寒戦慄あり,体動困難が出現.ご本人は受診を嫌がったが 奥様が 救急 搬送を要請.来院時血圧102/50mmHg,脈拍110/分の心房細動,体温38.9度,SpO2 97%(RA),呼吸数30/分であった.尿路感染及び敗血症の診断で入院となった.

既往歴

#1:高血圧

#2:認知症

#3:糖尿病

#4:高脂血症

#5:前立腺肥大症

#6:陳旧性脳梗塞とそれによる左不全麻痺

薬剤

- ・ドネペジル塩酸塩 (認知症治療薬) 10mg 1 錠 1 × 朝 食後
- ・ニフェジピン(カルシウムチャンネル阻害薬) 5 mg1錠1× 朝食後
- ・ワルファリンカリウム (抗凝固薬) 1 mg 3 錠 1 × 夕 食後
- ・グリメピリド(SU剤) 1 mg 2 錠 2×朝夕食後
- ・ゾルピデム (睡眠導入薬) 5 mg 1 錠 1× 眠前

アレルギー なし

喫煙歴 18歳~28歳まで1箱/日 子供が生まれたので禁煙した

飲酒歴 ビール1缶/日

教育歴 6歳~15歳まで

家族歴 特記すべき事なし

2007年に脳梗塞を起こすまではゴルフが趣味だった 60歳までは中規模企業の経理を担当 企業年金あり ゲートボール, 自宅ベランダでの野菜作りが趣味だった

横浜に嫁いだ娘が1人いて、週末には様子をみに来 ている 孫3人

システムレビュー

尿失禁・食欲低下・体重減少・便秘あり 疼痛・うつ症状なし

退院時身体所見

血 圧115/77mmHg, 脈 拍70/分 整, 体 温35.8度, SpO 2 98%, 呼吸数12/分, 体重48kg [B-1] 簡単な従命はとれるが見当識障害あり 自分の名前は言える

眼瞼結膜 貧血なし 口腔粘膜湿潤

心音 正常

肺音 清

腹部 膨隆なし 腸蠕動音低下あり 圧痛なし 下腿浮腫なし

左不全麻痺 MMT 左半身で 4/5 程度 右正常 歩行 失調なし 緩徐で左の歩幅が小さい 長谷川式 10点/30点

検査所見・画像所見:略

アセスメント・プラン

#1:腎盂腎炎·敗血症

抗生剤経静脈投与14日間で軽快.

#2:高血圧

入院後, 抗生剤投与と点滴で脱水が補正されたの を確認した後にニフェジピンを再開した.

#3: 発作性心房細動

入院時, 感染が契機とみられる発作性心房細動を 認めた. ワーファリン開始. 退院時 INR は2.8で あった. 退院時は洞調律.

#4:認知症

ドネペジル継続. 簡単なコミュニケーションは可能.

#5:糖尿病

グリメピリド, 糖尿病食を継続. 入院時の HbA 1 C は5.7% とコントロール良好. 低血糖発作を入院中に 2 回認めたが, ブドウ糖10g を内服してもらい改善した. [B-2]

#6:その他

DNR. 退院後は自宅で訪問リハビリを継続. かかりつけは \bigcirc ×診療所.

往診医シナリオ

2週間ぶりに本郷太郎さんの診察に来たが、やはりここ1カ月で3kg程体重が減ったようだ。食事を奥様が準備すれば自力で食べられる状態で、食欲には大きな問題はないようだが、食事に随分時間がかかり、口に食べ物をいれたまま寝てしまうこともあるらしい。食事の形態はどうしているのだったかな?何とかもっと栄養を摂ってもらう方法はないだろうか。この間、何気なく冷蔵庫をのぞかせてもらったら、パンや漬物くらいしかなくて、野菜や果物はなかったなあ。

そうだ、入院中に心房細動になったということでワーファリンが始まっていたけれど、続けた方が良いかなあ. 転倒や出血のリスクはどうだろうか. 確か胃潰瘍などになったことはないと聞いているけれど. INRの正常値は1.0で、通常は2.0~3.0位でコントロールすることが多いけれど、本郷さんに2.8は少々抗凝固しすぎなのかもしれない.

奥様シナリオ

旦那が退院してきてからもう1カ月になるけれど、 正直疲れてきた. 入院前は、確かにふらふらしていて 目は離せなかったけれど、一人で杖で歩いていた. な のに退院してきてからは殆どベッドの中にいて、座ら せるのも一苦労. 着替えにも手を貸さないといけなく なってしまって.

おむつに用を済ませるのを嫌がるから、夜おしっこに起きる度に起こされるし、寝た気がしない。食事も自分とは別にお粥をつくって、おかずは刻んでいるから手間がかかる。食べさせるのもその都度1時間くらいかかるし、あまり食が進まないのも心配。私だって手や膝が痛くって買い物に行くのも一苦労。でも旦那は私が頼りだから、私が頑張らないといけないのよね?施設に入るのは嫌だって言うし、娘には迷惑はかけられないわ。

以前は近所のお友達と歌舞伎を観に行くのが何より 楽しみだったんだけど、最近は誘われても断ってばか りで、声がかかることも少なくなって寂しいわ. [C]

訪問理学療法士シナリオ

奥様によれば、入院前の本郷太郎さんはT字杖で 歩行していたものの、ふらつきが強く、特に手すりの ない寝室やリビングでの移動の際は見守りが欠かせなかったと言うことだった. 入院中には一旦ほぼ寝たきりになってしまったが, 院内でのリハビリで車椅子への移乗は簡単に行えるようになって退院出来た. 現在も体幹の筋力低下と耐用性の低下(疲れやすい)があり. ベッドから寝たり起きたりの生活だ.

リハビリで徐々に改善はしてきているが、意欲の欠如もみられるし、現実的にはゴールはせいぜいピックアップ歩行器歩行とつかまり歩きくらいだと思う。廊下に手すりを設置した方が良さそうだ。自宅では電動ベッドと車椅子を使っているが、夜のトイレに奥様が付き合うのが大変のようだ。このままでは奥様の介護疲れが心配で、何か良い手がないだろうか。

本郷さんは、「家内には面と向かっては言えないけれど、本当はとても感謝しているし、申し訳ないと思っている」とおっしゃっていたなあ。本郷さんにも、家庭で役割を担っている実感が必要なのかもしれない。 リハビリのゴールに、野菜の世話をしにベランダまで歩行することも入れたらどうだろう. [D]

注:訪問理学療法士さんには書記をお願いします.会議の進行と並行して,チームとして決定した内容をシートに記載して下さい.

ケアマネージャーシナリオ

要介護1で電動ベッド,車椅子をレンタルしているが,入院前のようにデイサービスに行くことが出来れば入浴も済ませられるし,奥様にも楽なのではないだろうか.このところの奥様は以前のように身なりに気を遣う余裕もないようにみえて、少し心配だ.

入院した後に身体的機能が随分落ちたようだし、介護保険の区分変更が必要なんじゃないかと先生に提案してみようかな. ヘルパーを導入出来れば、買い物や調理をお願い出来るだろう

横浜の娘さん夫婦は今日の会議には忙しくて同席出来ないということだったけど,現状をどの程度ご存知だろうか?

ケアマネージャー用 担当者会議の進め方

- ① 自己紹介:各職種に名前と職種を言ってもらう. PT役が書記を務める.
- ② シートにある太字の問題点に関して、まず最も情報を持っていそうな職種に話を振ってみる。それから意見のあるメンバーに自由に発言してもら

い, ディスカッションの後, チームとしてプラン をまとめる.

訪問薬剤師

服薬カレンダーをセットしているが、奥様の話だと、薬の数が多いのを負担に感じているらしい. ただでさえ食事を摂る量が少ないのに、食後に薬を飲ませるのは一苦労だそうだ.

奥様の手の痛みもここのところ強くなっているようで、薬の袋を一つずつ開けるのは大変だ. 一包化すべきだと思うから、先生にそう伝えよう.

アリセプトは食欲を抑制することがあるから,この 際止めてみるのも選択肢ではないだろうか.

入院中に発作性心房細動があったため、新たに開始されたワーファリンについても先生と相談しよう. INR の正常値は1.0で、通常は2.0~3.0位でコントロールすることが多いけれど、転倒の多い本郷さんの場合は2.0前後でも良いかもしれない、ワーファリンの減

量か中止はどうだろうか.

訪問看護師

夜間尿が多くて大変みたいだけど、尿器を使ってみ るのはどうかしら?

前立腺肥大症らしいけど,薬は飲んでいないのね? でも薬が沢山あって大変と奥様が言っていたから,増 やすのは嫌がるかしらね?奥様,食事の準備が大変と よくこぼしているけど,デイサービスや配食サービス はどうかしら?

昨日血圧を測ったら、膝や腕にあざや擦過傷が沢山あったなあ。きっとワーファリンを飲んでいるせいね。そういえば便が硬くて、排便時に出血したとも言ってたわ。

御本人に何かリハビリの目標のようなものを設定してあげたらどうかしら.何かお好きなこととか,会いたい人はいるかな.

資料 3 Geriatric Swiss Cheese Model

下記は実習の際に用いたものであり、いくつかの項目は予め記入済み.

	問題点	関わるべき職種	現時点のプラン	フォローアップ
身体機能・リハビリ				
認知機能	認知症あり	医師		
	長谷川式 10 点			
精神的問題	うつの兆候はなし	医師	特になし	2~3カ月毎に再評価
		看護師		
身体疾患				
栄養				
環境要因	EV 付き都内マンション の 3F			
家族・介護者				
経済的状況	現時点では特に問題なし	ケアマネージャー		