

会場： 今中先生のご発表で会場からコメントされましたけれども、私は医学教育の機関でこういうスキルラボみたいなものの普及がないため、それらが一般の病院、特に臨床研修病院にも必要だと思えます。

相変わらず日本の医学教育の中では、生体モデルが教育モデルみたいなことが相当あるのではないかと思います。解剖実習にしてもそうです。そういうところから脱却をして、スキルラボを実際に医学教育の中で低学年から取り上げていくという習慣を付けた人たちがだんだん指導者になっていくと、今の研修病院でもキチンとしたスキルが作られるようになるだろうという予測を、私はしています。

今、実際に臨床研修病院の評価を始めましたけれども、何とスキルラボを持っているのは半分くらいです。持っても宝の持ち腐れで、ただ部屋に置いてあるだけで、「使ったことがありますか」というと「全然」と。梱包したままで、まだ封も開けていないという病院もありました。東大病院も見せていただきましたけれども、東大病院は医師の利用度が非常に低くて、看護師の利用度が非常に高いところがネックだと言っておりました。そういう意味で、大きな病院に1つ持つか、あるいは、センターは既に出来ておりますけれども、そういうセンターで共同利用をしていくというような方法をやっていくなどして、もっとこういうものを上手に利用しないと、会場からのコメントもありましたが、安全と質の向上に寄与できるようなものにならないのではないかと思います。

私は、評価項目の中では臨床研修病院はスキルラボを持つことが必致としておりますけれども、そういうことで普及させていければいいのではないかと思います。

座長： 先ほど、今中先生のご発表の際に会場からご発言された医療安全の方のご意見、それから今の会場からのご意見の通り、例えば色々な設備に関しても、共同で運営するといったような工夫もあると思うのです。私も慶応大学で財務を担当していたものですから、シミュレータの購入はものすごくコストが掛かることはわかりますし、ほとんどの場合、頭を下げて寄付をしていただくというようなことで何とか賄った経験があります。今会場からご指摘のように、共同で利用したり、あるいは先ほど教えるボランティアの先生がいらっしゃるというお話もありましたけれども、それも皆さん共同でそういった教育プログラムを作っていくといったことも、我々サイドでの工夫の一つかもしれませんね。

会場： 一点だけ追加させてください。私も先ほど会場の先生がおっしゃられた通り

だと思うのですが、スキルラボとかシミュレーションセンターも色々なレベルがありまして、地域の臨床研修病院にあるような、採血とか挿管のテクニックとかといったレベルのものに関しましては、きちんと各病院が整備して、看護師さんだけではなくて医師も積極的に活用することが大切だと思うのですが、今先生がおっしゃられたような比較のお金のある、例えば内視鏡のコンピュータシミュレーションラボとかになりますと、これは大学病院でも現在日本でも数件くらいしか入っておりませんで、かなりの設備投資が必要であります。そういったものは、地域にセンターのようなものがあれば、教える人たちも負担がないように交替でいける。

それからもう一つ大切なことは、どうしてもトレーニングをするのは日常の診療が終わった後の時間帯になってしまうことです。そうすると、夜中も24時間開けておくから自由に練習しなさいとやりますと、高いシミュレータが全部盗まれてしまうということにもなるので、設備の管理という点では結構シリアスな問題があります。そのように病院ローカルでやるものと地域で先端化してやるものがある程度区別しながら、両方発展させていくということが必要かと思います。医学教育では是非コアカリキュラムをもう少し変更していただいて、生体の解剖だけではなくて、そういう教育も実際に医学教育に盛り込まれる仕組みが必要だと思います。

座長：例えば、コンピュータをベースにしたシミュレータであれば、物理的な部分だけはそれぞれローカルに必要でしょうけれども、お金の掛かるノウハウが一番詰まっている部分というのは、ネットで共有することもできますよね。ですからそういった工夫を、各病院あるいは大学だけで考えるのではなくて、1つのネットワークを作って考えていくということをやらないと、なかなか普及しにくいですね。

ちょっと例が良くないかもしれませんが、私どもマネジメントの教育をやっている場合に失敗例が一番勉強になるのです。ところが、失敗例というのはなかなか出してくださらない。医療の現場であればあるほど失敗を実際にするわけにはいきませんから、その意味でシミュレータというのが非常に重要ではないかという気がするのですが、どうなのでしょう。医療の現場でも失敗から学ぶということは結構あるのでしょうか。

会場： 失敗してはならないのです。

座長： ならないのですが、実は学ぶ情報量というのは結構多いのではないかなという気がしますね。その意味でのシミュレータの重要性ということですよ。

会場： 最近いろいろな教育トレーニングシミュレータが導入されるようになって、皆、買いたい、使いたい。無い所は「どうなっているのだ」という風潮があるのですが、今日の今中先生のご研究の1つの大切なポイントだったと思う部分は、そういう色々なものがあるけれども、果たして実際の患者さんに対する医療の質が上がったか、安全性が上がったかという評価をしないで、何もかも取り入れましょうということではいけないということです。「やっていない所はけしからん」ということになると、それはそれで問題なので、普及しながらも評価の仕掛けを作って、より効果と効率と、リソースが投入できるものに特化してやっていくという、そういうヘルスリサーチというのがとても大切だと思いながら、今日の今中先生のお話を聞かせていただきました。

座長： 先ほど会場の別の方からのご指摘で、「アメリカでは内科分野でも」とおっしゃられたけれども、私の周りでは若いお医者さん達も、既に内科関係でシミュレータ方式をやっているのです。評価も、ベテランの先生達が診断したらこうなるということを1つの評価基準にして、研修医なんかに実際に使ってかなり効果を挙げています。シミュレータに今の評価のプログラムを組み合わせておくと、自動的にそういったものが結果として出てくる。それは医工連携すればすぐに出来そうな話なのですけれど、何故あまり出来ていないのか。私は素人で恐縮なのですが。

今中： シミュレータ関係は、先ほど話がありましたように、マネキンレベルで色々な病院で持てるようなものと、もう一方で、センター化する必要があるようなものがあります。センター化するようなものについては、一大学レベルではなくて全国レベルで1つなり、2つなり、3つなりセンターを共同して作るようにしないとないと思います。それなりの資源も必要ですし、先ほど会場から「教える人の確保が難しい」という話もありましたが、人的資源の確保も重要です。さらに、評価になりますと、一方で、件数をそれなりに多くとらないといけないし、評価する体制を作らないといけないので、余計に手間暇がかかると思います。そういう点で、大学の枠組みを越えて国レベルで何か集中してやるようなセンターを作る。海外の先進の取り組みを凌ぐような仕組みを作っていくという意気込みで集中化して、たくさんの人が利用していくことが必要です。バラバラにやっていたのでは難しいのです。

座長： 有り難うございました。

今日は4人の先生方に、大変チャレンジングと言いましょうか、意欲的なご研究の発表をしていただきました。