

グループ⑫（歯学）：朝日大学

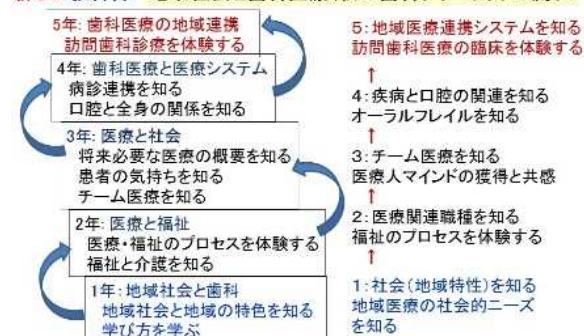
新モデル・コア・カリキュラムを踏まえた朝日大学歯学部における新たな取り組みについて



新モデル・コア・カリキュラムの基本理念と背景

- (1) 多様なニーズに対応できる歯科医師の養成
- (2) 社会の変遷への対応
- (3) 医療提供体制の地域包括ケアシステムにおけるチーム医療・多職種連携

新しい教科目：地域社会と歯科医療(私の歯科クリニック)の流れ



近未来の自分を想像した教科 地域社会と歯科医療(私の歯科クリニック)

*：将来何をしたいか、社会の中でどんな役割を果たせるかを考え、将来に向けて自分がすべきこと、学ぶ必要があるものに気づききっかけとする。働く(歯科医)自分を想像したこのようなキャリア教育が入り口となり、学業に広がりをもたらすことを目指す。

*：グループ(TBL)で協力しながら課題解決に取り組む中でファシリテーション力や創造力、情報活用能力などを培うと共に、医療観、人生観を醸成し、学生生活で自ら取り組むべきことを明確にする。

*：主体的な姿勢を養い、社会との接点をもった体験や少人数での議論を通して学ぶ教科内容で構成し、社会で必要とされる正解のない課題に対して考え、行動する力を養う。

GIO(一般目標)：

将来の地域医療を担当する歯科医師として、各自が仮想診療所(私の歯科クリニック)を想定して、具体的にそのプロセスについて必要な諸条件を学年縦断で他教科と関連させながら段階的に学び、得られた知識、技能、態度を基に地域社会で求められる仮想診療所を構築するために、自ら学ぶ力と地域で活躍できる医療人に必要な能力を身につける。

地域社会と歯科医療(私の歯科クリニック) 教育手法



統合講義

1年次

- 担当講座、分野など
- ・包括支援歯科医療センター
- ・歯科医学教育推進センター
- ・社会口腔保健学分野(社会歯科学・公衆衛生・口腔衛生)
- ・障害者歯科学
- ・ファシリテーター所属講座
- ・地域の歯科診療所

一般目標(GIO)

私の歯科クリニック(仮想)を立ちあげる(開設する)ために、地域社会と地域に必要な歯科医療の特徴を知る。

到達目標(SBOs)

- ①「私の歯科クリニック(仮想)」の立地する地域の特色(人口構成、医療・福祉の状況、経済規模、産業構造)の情報を得ることができる。
- ②「私の歯科クリニック(仮想)」に必要な情報をまとめて発表できる。
- ③ 将来担当する医療領域である歯と口の役割を、体験を通して理解できる
- ④ 口腔と全身との関連について説明できる。
- ⑤ 地域の歯科診療所の診療システムの概要を説明できる。
- ⑥ 振り返りシート、凝縮ポートフォリオ、成長報告書を作成できる。

「地域社会と歯科医療Ⅰ(私の歯科クリニック)」(1年生)



AB・CDグループのチームへの課題

- ①大都市における歯科クリニック(3チーム)
- ②地方都市(県庁所在地)における歯科クリニック(3チーム)
- ③地方の市町村における歯科クリニック(3チーム)

- 講義：**(A)地域歯科医療の現状と将来(少子高齢化社会における歯科医療の役割)
(B)地域医療における訪問診療(医療の多様化と在宅医療の必要性)
(C)生涯にわたって口から食えることを支援する医療
(D)口腔ケアと全身の病気(チーム医療の必要性と歯科に果たす役割)
(E)地域歯科クリニックの現状と課題(同窓生(開業歯科医2名))

- 実習：**・PCを使用して情報の収集と整理
・チーム実習「食べ方、食べさせ方」
・チーム実習「口腔ケア」

統合講義 2年次

担当講座、分野など
 ・包括支援歯科医療センター
 ・歯科医学教育推進センター
 ・社会口腔保健学分野(社会歯科学・公衆衛生・口腔衛生)
 ・障害者歯科学
 ・地域の歯科診療所
 ・村上記念病院リハビリテーション科
 ・医療・福祉連携職種(看護師、薬剤師、管理栄養士、社会福祉士)

一般目標(GIO)
 医療・福祉のプロセスを体験する。福祉と介護を知る。

到達目標(SBOs)
 ① 社会保障の仕組みを理解し福祉と歯科医療の関わりを知る。
 ② 歯科医療と関連する医療職・福祉職の職内容を知る。
 ③ トランスファー・体位変換等の介助ができる。
 ④ 口腔ケア、摂食嚥下リハの基礎を学ぶ。
 ⑤ 地域の福祉施設を見学する(夏休み)。
 ⑥ 1年次に開設した仮想診療所(私の診療所)をブラッシュアップして修正する。
 ⑦ 振り返りシート、成長報告書を提出する。



統合講義 3年次

担当(案)
 ・包括支援歯科医療センター
 ・歯科口腔外科
 ・村上記念病院歯科口腔外科
 ・PDI 岐阜歯科診療所
 ・障害者歯科
 ・社会口腔保健学(社会歯科学・公衆衛生・口腔衛生)

一般目標(GIO)
 将来必要な医療の概要を知る。患者の気持ちを知る。
 チーム医療を知る。

到達目標(SBOs)
 ① 朝日大学病院、PDI、村上記念病院において外来患者付き添い実習を行う。
 ② 医科歯科連携医療を学ぶ。
 ③ 周術期口腔管理を理解する。
 ④ アウトリーチとしての2次、3次医療機関との連携方法とチーム医療を学ぶ。
 ⑤ 2年次に開設した仮想診療所(私の診療所)をブラッシュアップして修正する。
 ⑥ 振り返りシート、成長報告書を提出する。



統合講義 4年次

担当(案)
 ・朝日大学附属病院内科
 ・包括支援歯科医療センター
 ・村上記念病院歯科包括支援歯科医療センター
 ・社会口腔保健学(社会歯科学・公衆衛生・口腔衛生)
 ・PDI 岐阜歯科診療所

一般目標(GIO)
 病診連携を知る。
 口腔と全身の関係を知る。

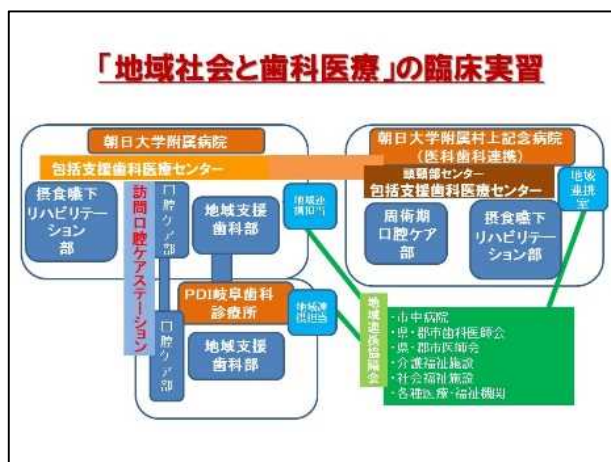
到達目標(SBOs)
 ① 総合内科の講義を基に口腔と全身の関連を知る。
 ② 地域の2次医療機関、高次医療機関と仮想の「私の診療所」との病診連携について仮想患者(課題として与える)を想定して具体的内容を構築する。
 ③ 3年次に開設した仮想診療所(私の診療所)をブラッシュアップして修正する。
 ④ 振り返りシート、成長報告書を提出する。

統合講義 5年次

担当(案)
 ・朝日大学附属病院包括支援歯科医療センター
 ・村上記念病院歯科包括支援歯科医療センター
 ・PDI 岐阜歯科診療所

一般目標(GIO)
 地域医療連携システムを知る
 訪問歯科医療の臨床を体験する。

到達目標(SBOs)
 ① 臨床実習の訪問歯科治療に同行して患者の医療情報に基づいた治療計画を立てることができる
 ② 個人情報に配慮して歯科医療を行うために必要な適正な情報を訪問先で得ることができる。
 ③ 訪問診療における医療安全について説明できる。
 ④ 訪問診療において医療人としての態度をとることができる。

【江尻】 よろしくお願ひいたします。

私どもは、ここに平成28年度改訂版の新モデル・コア・カリキュラムを示してありますけれども、この丸を付けたプロフェッショナリズム、社会と歯学、診療参加型の臨床実習、それから、臨床医学ということで、高齢者、障害者、医療と連携するために必要な医学的知識とか、こういう丸を付けたところに関連する新しい教科を作りましたので、その点を評価

されたと思います。

この新モデル・コア・カリキュラムでは、多様なニーズに対応できる歯科医師の養成、社会の変遷への対応、医療提供体制の地域包括ケアシステムにおけるチーム医療、多職種連携などが、その基本理念と背景にあります。これらを含めた形で、新しい教科として、1年から2年、3年、4年、5年とスパイラルでずっと続く、地域社会と歯科医療（私の歯科クリニック）というものを一応設定いたしました。今現在、朝日大学歯学部では、1年と2年まで進んでおります。1年は昨年行いました。

まず1年で、地域社会と歯科ということで、地域社会と地域の特徴を知るという学びをおこないます。2年で、医療・福祉のプロセスを体験する、福祉と介護を知る。3年になりますと、将来必要な医療の概要を知る、患者の気持ちを知る、チーム医療を知るということをやって、4年で病診連携を知る、口腔と全身の関係を知る。そして、5年では臨床実習になりますので、訪問歯科診療を体験するというふうな形のプログラムになっております。

目標としては、将来の地域医療を担当する歯科医師として、各自が仮想診療所、私の歯科クリニックを想定して、具体的にそのプロセスについて必要な諸条件を学年縦断で他教科と関連させながら段階的に学び、得られた知識、技能、態度を基に、地域社会で求められる仮想診療所を構築するために、自ら学ぶ力と地域で活躍できる医療人に必要な能力を身に付けるということを目指しています。教育手法としては、TBL、ポートフォリオを使って行っております。

このスライドは1年の実際に行った総合講義ですけれども、担当分野は、包括支援歯科医療センター、歯科医学教育推進センター、社会口腔保健学分野、障害者歯科学、それから、ファシリテーターもいろんな講座から取ってきますので、その所属講座、そして、地域の歯科診療所というふうな形で、これらで実際にやってまいりました。歯科クリニックを立ち上げるために、地域社会と地域に必要な歯科の特徴を知るということで、立地する地域の特徴、人口構成、医療・福祉の状態、経済規模、産業構造などを勉強して、クリニックを作るのに必要な情報をどういうふうに得るのかということ、あるいは、将来担当する医療領域である歯と口の役割を、体験を通して理解します。口腔と全身との関連について説明できる、そして地域の歯科医療の診療システムの概要を説明できるということで、実際に自分の理想とする歯科医院を作っていくというふうな形で、それがこのような授業の内容で行っていきます。グループを分けて、大都市における歯科クリニック、それから、地方都市における歯科クリニック、地方の市町村における歯科クリニックというふうな形でチームを分けて、講

義を、少子高齢化における歯科医療の役割や、あるいは、医療の対応と在宅医療の必要性、生涯にわたって口から食べることを支援する医療、チーム医療の必要性と歯科の果たす役割、地域歯科医療の現状と課題ということで、OB の開業医に講義をしてもらい、そのあとで実習をするという形で、1 年生は終わりました。

今現在、2 年生が始まっていますけれども、今度は、医療・福祉関連職種として、看護師、薬剤師、栄養士、社会福祉士の参加のもと、口腔ケア、摂食リハを学んでいきます。

やがて 3 年になったら、今度は病院に口腔外科とか PDI 歯科診療所がありますので、ここに行って、実際の患者付き添い、あるいは、周術期口腔管理を学ぶという形でやっていきます。

4 年は、病診連携と口腔と全身の関係を知るということで、地域の 2 次医療、高次医療機関との病診連携について学んでいきます。

5 年は、実際に臨床実習になりますので、朝日大学附属の包括支援センター、それから、村上記念病院歯科包括支援センター、PDI 歯科診療所という大学附属の 3 つの診療所をまとめて、このように附属病院における訪問口腔ケアセンターと、総合病院の村上記念病院での各地域連携を行っている共同のシステムの中で 5 年生が実際に学んでいきます。朝日大学には、看護科と衛生士学校がありますので、この訪問口腔ステーションは、将来、看護科の学生、衛生士学校の学生、そして、歯学部が実際に訪問診療現場を回って、それを体験しながら、将来の自分が地域に戻ってどういうふうにやっていくかというのを考えながら体験するというシステムで、この教育を構築していきたいと思っております。

どうもありがとうございました。

【前田】 ありがとうございました。

どなたか、フロアから御質問等はございませんか。

歯科のモデル・コア・カリキュラムの改訂で、やはり医科との連携ということで、こういうことに取り組んでいるんですけども、この発表を見せていただきますと、いろんなことが盛りだくさんに入っていて、ラーニングストラテジーがなかなか大変だなということを感じました。あと評価の点ですが、1 年生のときはパフォーマンス評価でルーブリックとかを使うということになっていましたけれども、学年が進行していったときの評価と、臨床実習の中での地域医療といいますか、その取扱いに関して、何か先生方、アイデアがありましたらお願いしたいと思います。

【江尻】 正直な話を申し上げますと、この附属病院における訪問口腔ケアステーション、

あるいは、大学からの訪問診療も今始まったばかりのような状況です。そこに、将来、3年後ですけれども、5年生が参加して、実際にどういうふうになるかというのは、まだはっきり絵が描けてはいないのです。今、臨床実習では、一応参加して、課題ができたならそのポイントをもらうというふうな形になっていますので、そのようなシステムであることは確実なんですけれども、アウトカムにおいてどういうふうになるかに関しては、受け入れ側のシステムもこれからしっかりやっていかないと、アウトカムの方もうまく検証できないとは思っております。

【前田】 もう一つは、これ、国家試験の出題基準の改定のときにも少し問題になりましたが、高齢者有病歯科ということだと、摂食嚥下リハだけに限局していて、もう少し高齢者に対する症候だとか病態をきちっと捉えるのが歯科には欠けているのではないかという議論がございました。そういうことに関して、先生、何かアイデアとか、こういうふうにして教育していきたいというようなことはございますか。

【江尻】 朝日大学歯学部では、高齢者歯科と障害者歯科があります。そして、今、このように地域包括と、附属村上記念病院での周術期の方も学びますので、教えるチャンスはあります。そういう全身の管理の状況も、これからもっとしっかり連携して教えていけるというふうに思っております。

【前田】 あと、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、江尻先生、どうもありがとうございました。

グループ⑤（医学）：福井大学

(文部科学省)平成29年度医学・歯学教育指導者のためのワークショップ
平成29年7月26日 東京慈恵会医科大学

創造力・実践力
福井大学
UNIVERSITY OF FUKUI

福井大学における教育改革 改訂モデル・コア・カリキュラムと 分野別認証評価への対応

福井大学医学部・副学部長(教育担当)
医学部附属教育支援センター長
行動科学分野・教授
安倍 博



新旧コア・カリの照合と実施科目見直しの検討

- ・ 本学ではコア・カリ到達目標の実施項目を各科目シラバスに記載している
- ・ 改訂版到達目標と照合し、削除・追加項目について科目内外の見直しを検討中

H22年度版	照合	H28年度改訂版	反映	科目配当
追加項目の科目をどうするか？ 「国際医療」「医療人観学」など				？
削除項目の科目をどうするか？ 「物理」「化学」など				？

改訂コア・カリ検討ワーキング・グループ
を立ち上げた＝科目振り案作成

附属教育支援センターでブラッシュアップ
科目コーディネーターによる確認
教授会で承認後、H30年度カリキュラムに反映

福井大学医学部・教育プログラム

理念「愛と医療で人と社会を健やかに」

アウトカム基盤型教育へのパラダイムシフト

態度 技能・知識 地域性・国際性

改訂コア・カリ対応科目見直し中

学生個々の実習評価
大量のペーパーが必要
記入・集計が大変！
臨床系教員の不安・戸惑い

卒業時アウトカム評価
単位取得状況 臨床実習評価 卒業時臨床科目試験 Post-CC-OSCE

福井大学独自の臨床実習ICTシステムを開発
Bed Side - Learning Management System

改訂コアカリ・分野別評価基準対応 産学連携による臨床実習管理・評価ICTシステム開発 Bed Side - Learning Management System (BS-LMS) との共同開発

オンライン上での教員・学生双方による診療参加型臨床実習一括管理と評価

計画 実施

患者割振り 診療科間情報共有 A科 B科 C科 D科 E科 F科 G科 H科

医行為確認 症例提供 資料提供 学生評価 医行為評価 レポート・小テスト

包括的同意 電子カルテ直結 学生用電子カルテ記載 症例報告 学生記載参照 病名確認 個人書庫 ポートフォリオ提出

BS-LMS

教員・学生間コミュニケーション

協力企業：東芝メディカルシステムズ株式会社

BS-LMSによる臨床実習PDCA

計画

電子カルテ 包括同意 BS-LMS BS-LMSログイン 学生実習患者計画 包括同意が取れた患者のみを学生電子カルテから記載制御する

実施

学生用電子カルテ 学生によるカルテ記載 教員・学生コミュニケーション 教員は学生記載を評価しながら指導

評価

本学コンピテンシーに基づく評価項目での学生個別・科別・学年別評価が可能

改善

評価結果を指導改善へフィードバック

学生評価・個別 学生評価・科別集計 学生評価・学年集計

BS-LMSのメリット

1. 現場の医師による学生への症例の割り振り業務が容易にできる
2. 割り振られた学生の症例に対する医療情報(カルテ、検査、看護等)がリアルタイムに確認できる
3. 電子カルテへの記載方法を習得できる
4. 記載した情報を指導医が即時に確認できる
5. 学生の臨床に関する医療行為と実際に行われた医療行為の対比が可能
6. 学生の診療にあたる悩みの相談が可能
7. 客観的な評価がシステム上に蓄積できる

- ・ 今年度の臨床実習(一部)で試行
- ・ 今年の日本医学教育学会(札幌8月)で発表(2題)
- ・ 国立大学医学部長会議(福井10月開催)でデモ展示

【安倍】 福井大学の安倍です。どうぞよろしくお願いします。

第5班では、様々な大学が特徴的なことを御紹介していただきましたが、私ども福井大学では、臨床実習に関して、ICTを使った管理システムを開発しているという視点から選んで

いただきました。

まず改訂コアカリへの対応ですが、これは先生方の大学と同じようなことをやっております。平成 22 年度版と 28 年度版とで到達目標を比較し、照合して、それで、追加された項目については、どこの科目で誰が担当するのかということ、それから、なくなった科目についてはどのようにするか、特に物理や化学などについてはどうするかといったようなことを、ワーキンググループを立ち上げまして、科目の配当の割り振り案を作成し、それをこういったところでブラッシュアップをした後、教授会で承認後、平成 30 年度にカリキュラムに反映しようとしております。

本学の教育プログラムですが、本学においても、アウトカム基盤型教育へのパラダイムシフトを行っており、奈良先生、山脇先生に御指導いただきまして、全教授によるワークショップを開催し、理念、アウトカム、コンピテンシーを作成いたしました。それに基づいて、コア・カリキュラムを平成 28 年度から新しく変えております。その中で、やはりクリニカル・クラークシップ（診療参加型臨床実習）が長くなるということ、それから、二段構えになるということで、非常に臨床系の先生方への負担が増えるということから、どうしたらいいのだろうということをまず考えました。

それと、もう一つ、アウトカム基盤型教育では、卒業時のアウトカム評価が一番重要になってくるわけですが、その中での臨床実習評価に関しまして、改訂版のモデル・コア・カリキュラムの最後の方にあります様々な評価ペーパー、あれを学生 1 人に対して、どこの科にも提出させるということになると、ペーパーが千の単位では足りない、万の単位になる。それを一体誰が集めて集計するのかということになってこようかと思います。それを現実化させるために、私たちのところでは、独自の臨床実習 ICT システムを開発しております。Bed Side-Learning Management System、略して BS-LMS と呼んでおります。本学の電子カルテは IBM ですので、IBM との共同開発で行っております。

実習におきましては、まず教員側によって計画を立てなければいけません。包括的同意を取って、取られた患者さんのみを学生にどのように配分しなければいけないか、そして、どういう医行為をやらせなければいけないかといったような実習計画を立てなければいけません。そして実施です。電子カルテに直結させ、学生用電子カルテに記載させるといったような様々な実施、ポートフォリオを提出させるといったことをやらなければいけません。そして、一番大事なのは、やはり評価です。学生評価、医行為評価、レポート・小テストといったようなものも出させる必要があります。これを一括してオンライン上でできるように、

学生と指導医との間でコミュニケーションを取りながら、さらには、診療科間でも情報共有ができるように、この学生はどういう医行為をもう既にやってきたかということをオンライン上で見られるようにするといったようなシステムを開発しております。

これが実際の画面ですが、まずは電子カルテ上の包括同意後、BS-LMS にログインして、計画を立てます。包括同意が取れた患者さんのみを学生実習計画に載せます。実施では、学生によるカルテを記載させます。ここでは本番のカルテを見ることはできます。見ることはできますが、本番の電子カルテには記載することはできません。学生用電子カルテに記載させて、それを、こちら側にありますが、ここはLINE のようになっておりまして、学生と教員との間でコミュニケーションが取れるようになっています。学生が学生用電子カルテに記入すれば、それがそのままこのLINE 上に反映されて、教員がそれを見て、ここはこうだよというようなコメントをするといったことをします。そして、評価ですが、学生の個別評価を本学コンピテンシーに基づく評価項目でのルーブリック評価で行い、それらを科別集計、学年集計できるようにしてあります。それを基にして臨床実習を改善していくというようなPDCA サイクルに乗せるということが出来ます。

メリットとしましては、こういったメリットがあります。その中で最も重要なのが、客観的な評価がシステム上に蓄積できるということです。ということは、研修医になってからでも、この評価を見ることができるということになります。このBS-LMS につきましては、今年度の臨床実習で一部試行し、日本医学教育学会で発表し、10 月に福井で行われます国立大学医学部長会議でデモ展示をさせていただく予定です。

以上です。ありがとうございました。

【北村】 どうもありがとうございました。

どうぞ、御質問をお願いします。どうぞ、吉田先生。

【吉田】 後で国試のことでお話をします、第111回医師国家試験委員長の吉田といいます。

大変興味深い御発表ありがとうございます。診療参加型にしていくということに当たり、電子カルテを臨床実習にどのように導入するのかということ、ということで、もともと紙のカルテのときには、学生がカルテを書いていた大学と書いていなかった大学がありました。以前、私、九大で同じように、学生用の機能をどのように大学病院の電子カルテシステムに取り込むのかという議論のときに、先ほどおっしゃられた、学生が電子カルテに書いたことを、教員が見ることができる機能について検討しました。例えば、診療参加型だと、学生が

患者さんの診察をして、医療面接の内容や身体所見を全部 SOAP で書いていくわけですが、その記載した情報を、教員が利用できるようにすると、診療参加の意味が生きてくるのではないかという議論がありました。先生方のところでは、先ほど LINE のように参照できてコメントできるとおっしゃられたんですが、そういう学生が得た情報を診療に利用するということはされていらっしゃるのでしょうか。

【安倍】 それを念頭に置いております。

【吉田】 ありがとうございます。

【北村】 LINE みたいなので来た記述をコピーして、本当のカルテに教員が写せば本物になるということですか。

【安倍】 そうです。実際のオーダーは研修医しかできませんので、オーダーをもし学生がやりたいということであれば、それが合っていれば、担当教員が本番のカルテの方に記載するというようになっております。

【北村】 ほかに御質問はありますでしょうか。

学生の経験症例の集計は、リアルタイムにできるのでしょうか。

【安倍】 できます。

【北村】 今どんな感じのを経験して、今までにというのも。

【安倍】 そうでございます。

【北村】 ほかに御質問はありますでしょうか。よろしいでしょうか。

大変いい試みで面白いと思います。どうもありがとうございました。

【安倍】 ありがとうございます。

グループ⑥（医学）：自治医科大学

ミッションとカリキュラムポリシー

自治医科大学医学部のミッション「医療の谷間に灯をともし」

1. 医の倫理に徹し、医師としての**プロフェッショナルリズム**と**豊かな人間性**をもった人格の形成に力を注ぐ。
2. 高度な**医学知識**と**総合的な臨床能力**を備え、常に進歩しつづける医学の様々な分野に対応できるように**生涯にわたり精励**する医師を育てる。
3. 医療にのみまねない地域で進んで**医療に挺身し、地域のリーダー**として必要な**教養と資質**を備え、社会に貢献する気概を持った医師を育てる。

カリキュラムポリシー

- 1 総合教育、基礎医学、臨床医学、地域医療学の相互連携のうえで、**全人教育としての倫理教育、プロフェッショナル教育として行動科学**を全学年に配置する。
- 2 6年間の一貫的教育により、段階的に総合的な**医学知識および技能の習得**をめざす。
- 3 実践的な臨床能力を身につけるために、早期から基礎医学・臨床医学講義を行い、**長期間の充実した臨床実習期間**を設ける。
- 4 必修科目のみならず**選択科目を数多く設ける**ことで、幅広い興味に対応する多彩な学習機会を提供する。
- 5 全学年にわたり地域医療に関する様々な講義と実習を配置し、地域医療に關して広く理解し、**地域医療において指指の役割をはたす能力を段階的に習得**する。

2013年時点の課題と新カリキュラムの要点

課題	新カリキュラム(2013年から)での対応
学力・学習意欲低下群の増加 ・ 医学士定員の増加 ・ 他大学の地域校との統合 ・ 本学の入学選抜システム	・ キャリアパスの明示し、明確なアウトカムを提示 ・ 統合カリキュラム(生命科学1, 2)による動機付け ・ 統合カリキュラム(生命科学1, 2)での協働学習の導入
過密なカリキュラム ・ 3年次末にCBT, OSCE	・ 段階的な学びやすいカリキュラム配置 ・ 科目実施期間の調査、試験数数の削減(科目数は3まで) ・ 2, 3年生のカリキュラムの一部を1, 2年生へ移行
人間性や社会性が養えていない学生の増加 ・ 対人関係うまく構築できない ・ 自立できない ・ 学力格差に依存した学生の人間関係構築	・ 導入教育(医学概論、思考のシステム)の実施 ・ 総合教育の拡充と組織的必修化(行動科学の充実)
増大する臨床教育のニーズ ・ 総合的な診断力の強化 ・ 臨床実習の枠増大と内容の充実 ・ 医療安全とプロフェッショナルリウム教育	・ 臨床診断学(オリエンテーション)と総合診断学II(虚候学 総合推論, PBL)の導入 ・ 臨床実習改革(最大84週の臨床実習を実現) ・ 臨床講義改革(高齢者医療等の導入など)
地域医療学の段階的な学習および全学的な体系化の試み(総合医育成教育)	・ 地域医療系学(総合医療系を含む)カリキュラムの再配置 ・ 総合教育、総合診断学、社会医学との連動
アウトカム基盤教育の充実 ・ 明確な到達目標の設定 ・ コンピテンシーの評価	・ BSL改革(到達目標の適正化と評価の標準化を導入) ・ 総合判定試験(M4、M5、M6)の導入 (M4: multi-media adapted CBT) ・ PCC-OSCEを10ステーションで実施

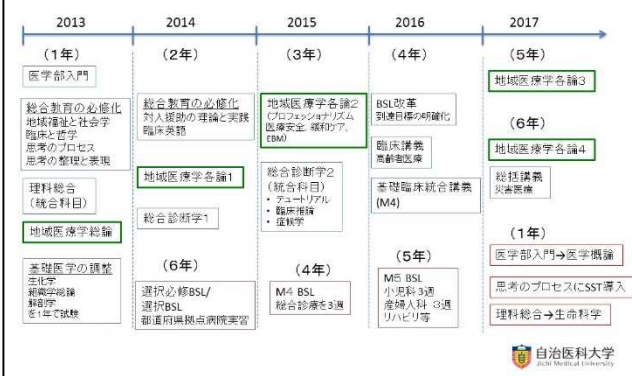
プログラムの構造、構成と教育期間

- ・ 地域医療学系(総合医療系を含む)カリキュラムの再配置
- ・ 総合教育、総合診断学、社会医学との運動
- ・ 水平的統合・垂直的(連続的)統合



吉林医药学院
 Jilin Medical University

2013年カリキュラム改定のタイムライン



 自治医科大学
Jichi Medical University

地域医療学の全学的な教育カリキュラム一覧

*医学部ミッションに基づく要素: ①人間教育、②医学知識と臨床技能、③地域医療貢献

[illegible]

早期に始まり長期にわたる実践的臨床医学カリキュラム

- | ③ 臨床前教育(1～3年次) | | | |
|--|---------------------|----------------|---|
| 1年次 | 「早期体験実習」 | 実習(1回) | 患者とのコミュニケーションを体験する。 |
| 2年次 | 「地産地消体験実習」 | 実習(3回) | 介護施設での体験活動を通じて高齢者の人間関係や福祉制度の実態を学ぶ。 |
| 2年次 | 「総合診断学Ⅰ」 | 講義 | 医療面接の基礎と患者対応について学ぶ。 |
| 2-3
年次 | 「基礎臨床システム構築」
コース | 講義 | 3年次まですべての知識を講義形式で学習する。
経理・管理・消化・呼吸・神経・内分分泌・代謝・アレルギー・リウマチ・皮膚・泌尿・外科・産科・小児科・看護・生活・栄養・耳鼻咽喉・眼・聴覚・眼科 |
| 3年次 | 「総合診断学Ⅱ」 | 講義・演習 | 「臨床検査」「チームリアル」「臨床推論」で、知識の活用方法について学ぶ。 |
| 3年次 | 「臨床実習Ⅰ」 | 実習(2回) | 医療面接技法を学ぶ。 |
| ③ 3年次末にCBT、OSCEを実施。その後シュートデントカード認証式を行い、臨床実習へ。 | | | |
| 4年次 | 「診断学実習Ⅱ」 | 実習(2回) | 臨床および専門的技術を習得する。 |
| 4～6
年次 | 臨床実習 | 実習
(76-80回) | ④ 4～6年次にそれぞれ32週、32週、8週、合計12週(週別により76週)。
都道府県の地域医療院外実習コース、シェンジャー実習コース、地産地消実習1回を加算。
⑤ 学生ごとに臨床実習の概要、予定、各科目実習、科目目標について、モジュールAからモジュールDまでの4つの実習に必要となる事項について事前に共有し、事前学習を促す。
⑥ モジュールごとに中間、レポート、症例検討セッションの形で、習熟度を評価される。 |
| 4～6
年次 | 臨床実習
総括講義 | 講義 | ⑦ 基礎臨床系統の講義内容と各臨床実習講義をとりこむ。
⑧ 高難関臨床事件などを学ぶ。 |
| ④ 2016年から Moodle上での学生の実習態度評価を導入。→ 形成的評価 | | | |
| ④ 4～6年次にM4-M6総合判定試験により、総合的な医学知識の確認。→ 総括的評価 | | | |
| ④ 6年次臨床実習終了時(7月)にCBC-OSCEにて臨床技能評価卒業要件として評価。→ 総括的評価 | | | |

「Free course-student doctor 制度」について

目的	5年生終了時において、既に医師国家試験合格レベルの知識を有し、かつ志の高い優秀な学生に対して、能力を最大限に研鑽する機会を与えることを目的とする。
概要	1. 5年生で、M5,6共通総合判定試験を受験した結果、6年生の平均点以上(通常75点以上)を獲得した学生に対し、教務委員会においてBSLや面接試験などの多面的な評価を加え、選考された学生を対象とする。 2. 選出された学生は、6年時の総括講義の出席、卒業試験(M5,6共通総合判定試験は除く)の受験が免除される。 3. この学生は、5月から11月までの7か月間において、希望する研修や実習等プログラムを自主的に作成し、責任学内指導教員(Mentor)の指導のもとに受講する。 4. 研修先等は、学内の臨床、基礎講座をはじめ、国内の卒業生の勤務先(へき地診療所、中核病院)や海外での研修などを対象とする。
学資 資金 補助	学生が、5月から11月までの7か月間において、学内の臨床、基礎講座をはじめ、国内の卒業生の勤務先(へき地診療所、中核病院)や海外での希望する研修や実習等プログラムを受けるに当たり、それに係る学資資金を補助する。 1. 海外の場合 1人300,000円 2. 国内の場合 1人100,000円



【水田】 自治医科大学、水田と申します。よろしくお願いいたします。

本学は、地域医療を担う高度医療技術、医療能力を持った総合医を育成するという大きなミッションがございます。3つのポリシーも、それを基に全て構成されております。今回、第6グループから評価していただきましたのは、カリキュラム・ポリシーでございますと、3つ目の臨床能力を身に付けるために、早期から基礎医学・臨床医学講義を行い、長期間の充実したクリニカル・クラークシップの期間を設けていること、また、5番目の地域医療に関する様々な講義と実習を全学年にわたり配置しまして、地域医療において指導的役割を果たす能力を段階的に習得していること、また、本学が行っているフリーコース・スチューデントドクター制度を評価していただきました。

本学のカリキュラム、2013年に一度改訂を行っております。要点としましては、低学年での協働学習の導入、また、導入教育の実施、症候学、臨床実習、PBLの導入。臨床実習は、最大84週を実施しております。また、BSL改革では、到達目標の適正化と評価の標準化を行い、卒業要件、進級要件に総合判定試験、それと、PCC-OSCE、10ステーションで実施しております。

プログラムですけれども、まず1学年から基礎医学として、解剖学、組織学、発生学が入ります。2学年から臨床医学がスタートしまして、3学年修了時に臨床前講義が全て修了する形となります。したがって、CBT、OSCEは3学年修了時に行っておりまして、4学年の初めにスチューデントドクターの認証試験を行い、4学年の5月からクリニカル・クラークシップに出ていくということになります。

総括的評価に関しましては、4学年、5学年、6学年で総合判定試験というものを行っておりまして、これは国家試験に準じる内容のものでございます。4学年の総合判定試験には、マルチメディア型のアドバンスドCBT方式を採用しております。また、本学のミッションで

ある地域医療学に関しましては、1 学年から 6 学年まで連動して配置しております。クリニカル・クラークシップは、4 学年が内科系を中心に 32 週、5 学年で 32 週、その他、選択 BSL は 4 週 1 クールを行い、確保しているのが 74 週で、最大 78 週のクリニカル・クラークシップを現在行っております。

地域医療学に関しましては、1 学年では総論的な講義、これは地域医療学の概観を俯瞰的に見るような話になりますが、2 学年から地域医療学の各論が入ってきます。2 学年では、家庭医学の基礎、地域医療学の基礎、3 学年の地域医療学各論では、プロフェッショナルリズム、医療安全、緩和ケア、EBM、また、人の死、臓器移植などの講義も入ります。5 学年の地域医療学各論に関しましては、本学の学生はもともと各都道府県から集まってくるので、将来戻る病院での臨床実習を行い、そこでは、地域包括ケアの講習も行っております。6 学年では、リーダー論や行政の仕組み、また、多職種連携などの講義が入ります。

こちらは先ほど述べましたクリニカル・クラークシップですが、最大 78 週、臨床前教育が入ると、最大 84 週が確保されています。Moodle 評価で、2016 年から学生の態度評価を導入しております、6 学年のクリニカル・クラークシップが終わるのは 7 月なのですが、ここで PCC-OSCE を実施し、卒業要件として評価しております。

最後に、「Free course-student doctor 制度」ですが、これは 6 学年の 5 月から 11 月の約 6～7 か月にわたる期間に、5 学年修了時において、既に医師国家試験レベルの知識を持って、かつ志の高い優秀な学生に対しまして、能力を最大限に研鑽する機会を与えることを目的に、2011 年から導入しております。具体的には、5 学年で国家試験と同等の総合判定試験を受験しますが、1 つ上の 6 学年の平均点を上回り、さらに、優秀者、通常 75 点以上を獲得した学生がこのコースに応募してきた場合に、教務委員会において BSL や面接評価を行いまして、選定いたします。選出された学生は、大体 10～15 名ぐらいですが、彼らは、その後の講義の出席や卒業試験も免除されるという特権がございます。また、全てカリキュラムを彼らが作りますので、国内・国外の臨床病院、あるいは、基礎、行政に行って勉強する学生もございます。過去には、ER の有名な病院をはしごして研修したり、あるいは、基礎で大学院生と一緒に研究をしたり、学会発表だけでなく、論文まで書くという学生もおりました。

これまでの学生たちは、もちろん非常に優秀で、能力だけでなく、人間的にも非常に優秀な学生なので、もちろん国家試験に落ちた人もおりませんし、国試前には、同じグループの勉強会室のやや成績が落ちる学生にも勉強を積極的に教えるような、そういうことも行っ

ております。学資補助もございますので、学生にとっては非常に高いモチベーションの一つになっている制度でございます。

以上です。

【北村】 どうもありがとうございました。

御質問等ありますでしょうか。奈良先生。

【奈良】 臨床医学の教育では、ほとんどが基礎医学と臨床医学との統合講義というように伺いましたが、全ての臨床教育に基礎医学の教員が関係されているのでしょうか。

【水田】 臨床の教員が基礎の方に行って、統合する形での講義も導入しているということでございます。

【奈良】 例えば、内科とか外科学の講義では基礎-臨床統合型だとは思いますが、眼科とか耳鼻科などの教育にも基礎医学の先生が加わっていたりするのでしょうか。

【水田】 いや、マイナーな科は、そこは入っていないです。

【奈良】 基礎-臨床統合型教育は臨床医学の教育において効果的ではありますが、全てではないということですね。

【水田】 全てではありません。

【北村】 ほかに御質問ありますでしょうか。

3年生の終わりに共用試験を受けているということなんですが、最近、前倒しが多いように思いますが、大滝先生、何校くらいが3年生で受けていますでしょうか。御存じですか。

【大滝】 北海道大学の大滝ですが。私が把握しているのは、自治医大だけだったと思いますけれども、更に前倒ししているところがあれば、今、教えていただきたいです。

【北村】 先ほどの東邦大学も、3年生の終わりでないとできないんじゃないですかね。

失礼ですが、3年生の終わりに共用試験、CBT、OSCEを計画している、あるいは、実際されているという大学の先生、手を挙げていただけますか。

1校、2校、3校。先生を入れて4校ですね。4つございます。CBTも早くやればやるほど点数が低いと言われているんですが、大丈夫ですか。

【水田】 そういう御心配も先ほどのグループディスカッションでございましたが、本学の成績は、前回も平均点を上回っておりまして、決してそういうことはないのかなと思います。

【北村】 齋藤先生。

【齋藤】 共用試験のCBTの責任者です。

決して早ければ点が低いという傾向はありません。御心配なく。だけど、あんまり早くなさることがいいことかどうか。むしろ臨床実習の期間を確保するんだったら、さっき私、ちょっと申し上げましたけれども、6年生の尻尾の方まで臨床実習を持っていった方がいいんじゃないかというふうに思っていますので、それは、この81か2の医科大学でコンセンサスが得られればよろしいのではないかというふうに思っています。

【北村】 ありがとうございます。

もう一つ質問があるんですが、全国の大学で地域枠というのが随分増えました。ただ、地域枠の子たちをどのように教育したら地域に根付いてくれるかというのはなかなか難しく、極端に言えば、自治医大のカリキュラムを地域枠の人に導入すればいいんじゃないかみたいと思うんですが、先生のお立場から、地域枠の学生がモチベーション高く地域に残るようになるためには、どういう教育をすればいいとお考えでしょうか。

【水田】 大変難しい御質問でございますが。やはり地域枠といいましても、割と県とか大学によっては縛りが緩いところもあるのかなとも思いますが。実際に、内野学生が、地域枠と地元の臨床実習で会うこともございますし。ただ、卒後に同じ勤務先に行くかというのは、まだちょっと分からないのですが、自治医大に関しては、地域枠で、本当に県の地域枠の人が行かないような、更に僻地に行く覚悟で入ってきておりますので、その辺で、今までの40数年間の先輩とのつながりもありますし、遂行率が非常に高うございますのは、そういう地元のつながりとか、そういうのもモチベーションになっているのかなと思うのですが、ちょっとお答えになっているかどうか分かりません。

【北村】 覚悟が違うということですか。

【水田】 そう思います。

【北村】 ほかに御質問とか。岡崎先生、コメントはありますか。

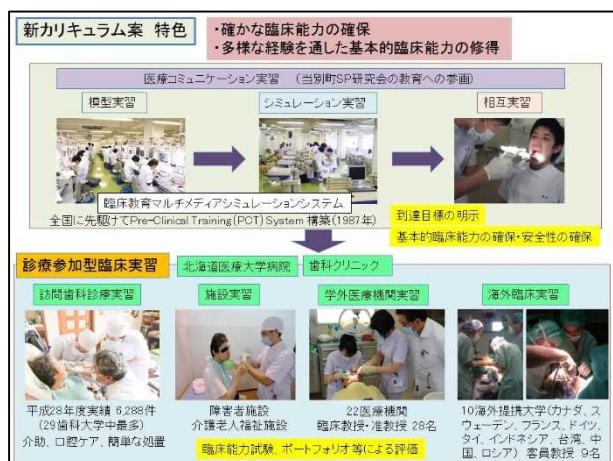
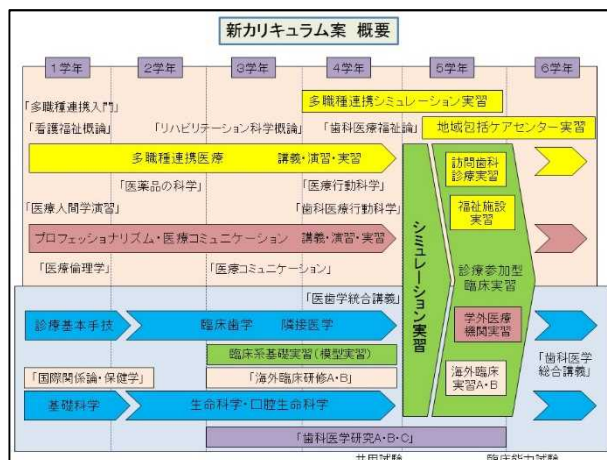
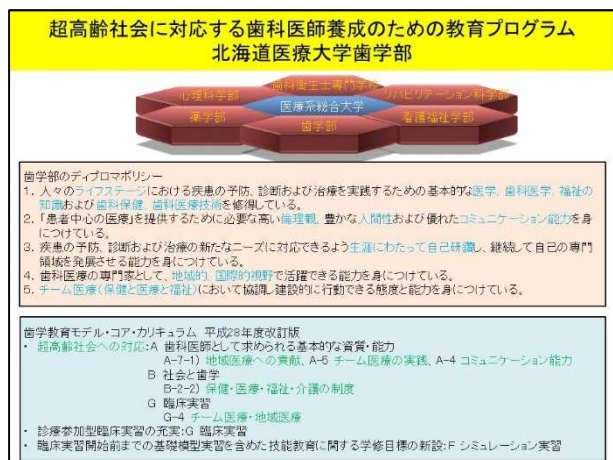
【岡崎】 自治医大は、やっぱり All or None で、全員が地域枠と考えていいと思いますので、学生も教員も一丸となって学修・教育に当たっている。

あと、CBT に関して言いますと、もう自治医大では8年前から、3年生の最後に共用試験を受けておりますけれども、点数に関しては、大体全国平均レベル、最近の2年は全国の平均よりも上回る得点を挙げています。ということで、ちょっと前倒しにしても、きちっと教育すれば十分クリアできるというように考えています。

【北村】 ほかに御質問ありますでしょうか。

時間を過ぎましたが、どうもありがとうございました。

グループ⑬（歯学）：北海道医療大学



【遠藤】 北海道医療大学の遠藤でございます。タイトルにありますように、超高齢社会に対応する歯科医師養成のための教育プログラムと題しまして、私どもが新しいカリキュラムの改訂に取り組んでいる試みについて説明させていただきます。

まず、なぜこれがグループの中で選ばれたかということなんですけれども、このブルーの下のコラムに、モデル・コア・カリキュラムの改訂に際しまして、私どもが3つ重要な点を抽出いたしました。超高齢社会への対応ということで、チーム医療、地域医療ということがキーワードになっておりますけれども、それから、診療参加型実習の充実、あと臨床実習開始までの技能教育の向上と、この3点を挙げてございますけれども、特に超高齢社会への対応ということに関しましては、私どもが教育の柱として今まで取り組んでまいりました。これを更に発展させるようなプログラムが評価されたものというふうに思います。

これが新しいカリキュラムの概要でございますけれども、下の方から、生命科学・口腔生

命科学,それから,臨床歯学,隣接医学の知識とか技能,これを基盤としまして,その上に,プロフェッショナルリズム・医療コミュニケーション,多職種連携医療というものを積み上げていきたいと考えております。特に黄色で示しております多職種連携医療に関してなんですけれども,4年生から始まる多職種連携シミュレーション実習,これは新たに組み込みたいと考えております。あと臨床実習では,地域包括ケアセンターを実習の場とした新しい実習も構築しようと試みております。

それから,これは選択科目になるわけですが,海外臨床実習ということで,国際的な視野に立って活躍できる歯科医師の養成,あるいは,一番下に紫で書いてありますけれども,歯科医学研究 A・B・C ということで,3年から5年まで学生が研究室に配属になって,放課後,土日,夏休み,冬休みを利用して,教官と一緒に研究に取り組むというようなプログラムを通して,研究マインドを有する歯科医師の養成,あるいは,EBMを実践できる歯科医師の養成に努めてまいりたいと考えております。

それから,新カリキュラムの特色でございますけれども,本学ではSPさんの育成に力を入れておりまして,大学がごございます当別町のSP研究会の皆さんの御協力によって,医療コミュニケーション実習を行っております。これを通して,医療面接に必要な技能とか態度を習得させるようにしております。

それから,3年生・4年生の基礎実習,それから,5年生では,シミュレーション実習と相互実習を通して,到達目標を明示するとともに,基本的臨床能力を確保,あるいは,安全性の確保に努めまして,その後の診療参加型臨床実習につなげるようなプログラムとなっております。

自験を中心とした診療参加型臨床実習ですが,これは本学の学術キャンパスと臨床キャンパスにある2つの病院を中心として行いますけれども,それ以外に,地域の特殊性を生かして,訪問歯科診療実習,それから,施設実習,これらを通して,高齢者あるいは有病者に対する対応を学ばせるような仕組みになっております。あと,学外医療機関での実習,それから,海外臨床実習,こういった多様な経験を通した基本的臨床能力の修得を目指したカリキュラムとなっております。

あと,これが一番新しいところなんですけれども,他の4学部との連携講義・演習・実習ということなんです,1年生のときから,講義としては多職種連携入門という形で,各学部の学生を,歯科衛生士専門学校の学生も含めまして,ごちゃ混ぜにしましてグループ学習をさせるような科目,あるいは,看護福祉,それから,医薬品の科学,リハビリテーション

科学、医療行動科学、これは歯学部 of 学生を対象とした講義中心のプログラムになりますけれども、これを各学部の先生にお願いしまして、歯科医師にとって重要なところを講義していただいております。

多職種連携シミュレーション実習、ここからが非常に力を入れて取り組んでいるところなんですけれども、高齢者ロボット、あるいは、高齢者マネキンを利用し、高齢者の生活環境をシミュレートした環境下での実習、しかも、他学のリハビリテーション科学の教員、あるいは、看護福祉学部の教員との連携を通して、こういった実習を進めていきたいと考えています。

最後に、地域包括ケアセンター、これはできたばかりなんですけれども、これは全学的に教育の場としても活用することを視野に設立されておりますけれども、これを是非有効に利用して、臨床実習に組み込みたいと考えております。

まだまだどのような実習を行うのか、あるいは、評価をどういうふうにするのかということに関しては、これからいろいろと検討して構築し、実践的な多職種連携医療の実習を進め、それをもって超高齢社会に対する歯科医師の養成に努めてまいりたいと考えております。

以上です。

【前田】 遠藤先生、ありがとうございました。

フロアの方、御質問等ございますでしょうか。それじゃ、関本先生、どうぞ。

【関本】 関本です。貴重な御発表、ありがとうございました。

医療大で非常に画期的なのは、学外の診療所で臨床実習をされているというところは、前からすごくすばらしいなと思っていたんですけれども。診療所でやる場合と、それから、附属病院でやる場合の、例えば、到達目標であったり、何か診療所に特化しているものというのがあるのでしょうか。

【遠藤】 一番重要なところは、大学や病院による縦割りの診療ではなくて、広く一般的な診療を学ばせるというのが1点と、それから、評価などに関しては、やはりFDを開催して、臨床教授、准教授になっていただく先生にどういうふうに臨床実習を進めていただくのか、あるいは、評価していただくのかということに関しては、かなり綿密に打ち合せをして実施するようにはしております。

【関本】 先生のところは、総合診療部とか総合診療科というのは、病院にはなかったんです付け。

【遠藤】 病院には特別設けていないと思います。

【関本】　そうですね。それだと、その部分は診療所という、そういうお考えということですね。

【遠藤】　はい。

【関本】　分かりました。

【遠藤】　どうもありがとうございます。

【前田】　それでは、齋藤先生。

【齋藤】　医の方の関与というのは、どのくらい先生の大学でおありになるか。例えば、地域包括ケアセンターでもそうなんですけど、それから、さっきの朝日大学の御発表を聞いていても、学生さんを外へ出しますね。ここでも恐らく在宅ケアでお出しになる。そのときに、都市では難しいんですけど、やっぱりコミュニティベースという考え方をすれば、例えば、医の方のかかりつけ医のドクターの往診に一緒に行くとか、それから、地域包括ケアでもって、医の方の関与があれば、そこにも歯の方の学生さんが一緒にいらっしゃる。そういうふうなトライアルとしてのプログラムというのは、お考えはございますか？

【遠藤】　具体的にはこれからなんですけれども、残念ながら、本学には医学部がないんですけれども、大学病院には各診療科がございます。それから、この地域包括センター、これは運営委員会で、これからどう機能させていくかということが今検討されているんですけれども、その中に医師も入っておりますので、各学部からも当然運営委員が出ておりますけれども、医師も入った形で、そのかかりつけ医とどういうふうな連携を取るかということも含めて、このセンターが運営、機能されていくものと思っています。

【齋藤】　ありがとうございます。羽鳥先生、お帰りになっちゃったんで、例えば、日本医師会という規模ではなくて、地域の医師会のかかりつけ医の先生、あるいは、地域の歯科医師会の先生方、そういう学外での臨床実習に際しても、医師会・歯科医師会の先生方とのコラボレーションができるとすばらしいのではないかと思います。是非お試しいただきたいと思います。

【遠藤】　はい。どうも有益はサジェスション、ありがとうございました。

【前田】　あと、よろしいでしょうか。

それでは、遠藤先生、どうもありがとうございました。

グループ⑦（医学）：岡山大学

新モデル・コア・カリキュラムを踏まえた 岡山大学のカリキュラム

新モデル・コア・カリキュラム

医師として求められる基本的な資質・能力の実質化
プロフェッショナリズム、問題対応能力、診療技能、患者ケア、コミュニケーション能力、チーム医療、医療の質と安全、科学的探求心（リサーチマインド）、生涯学習

多様なニーズに対応できる医師の養成
倫理教育、医療安全、地域包括ケア、健康長寿社会

社会の変遷や国民の医療に対する意識の変化への対応

卒前医学教育から卒後研修への一貫性
卒前医学教育（臨床実習）→国家試験→臨床研修→専門研修→生涯学習

岡山大学のカリキュラム

優れた医師・医療人育成を目指した意識涵養のためのプロフェッショナリズム教育
プロフェッショナリズムを涵養する学年進行キャリアプログラム「プロフェッショナリズム」「行動科学」

多様な学生と社会の要請に対応した能動学習（アクティブラーニング）
国際化、地域医療に対応する課題解決型能動学習「基礎演習」「医学研究インターンシップ（海外、国内、学内研究室配属）」「臨床病態演習」

学年進行地域医療基盤型の医学教育
地域医療現場での実践型社会連携教育プログラム「早期地域医療体験実習」「地域医療体験実習」「医療政策・地域医療学」「選択制臨床実習（学外コース）」

全学横断型シミュレーション実習と診療参加型臨床実習
リサーチマインドの醸成と大学院教育接続
課題解決型能動学習プログラム、大学院科目の履修「医学研究インターンシップ」「Pre-ARTプログラム（大学院特別聴講学生として大学院教養教育科目履修）」

学修レベルに応じた専門職業人教育プログラム

特徴的な教育プログラム

科目区分

- ①キャリア教育
- ②課題解決型教育
- ③実践型教育
- ④地域医療教育
- ⑤教養教育

プロフェッショナリズムI～V

医師に求められる基礎的資質を「患者中心の視点」「自己成長」と定義し、患者や家族の声に直接耳を傾けたり、先輩医師の体験を聞いたりし、医師に必要な資質とは何か、を主体的に育めるプログラムを学年進行で設定

1年次

医学概論
プロフェッショナリズムI
医学セミナー
早期体験実習
超早期地域医療体験実習I
行動科学I（社会コミュニケーション）
教養教育科目履修

2年次

医学史
プロフェッショナリズムII
地域医療体験実習II
教養教育科目履修
H29年度より行動科学として履修

3年次

プロフェッショナリズムIII
基礎病態演習
医学研究インターンシップ（研究室配属）
行動科学II（研究行動計画、研究倫理）
H29年度より
地域医療体験実習III
高年次教養科目（レギュラトリーサイエンス（生命、材料、環境）、バイオメディカルデータサイエンス）
行動科学

4年次

プロフェッショナリズムIV
臨床病態演習
シミュレーション演習
臨床実入門
臨床実習
行動科学III（チーム医療・医療安全）

5年次

プロフェッショナリズムV
臨床実習
診療参加型臨床実習
クリニカルワークショップ
SD臨床実習72週（基本臨床実習54週＋選択制臨床実習18週）

6年次

臨床実習
地域医療実習（選択制臨床実習）

pre-ART→ARTプログラムへ
SD臨床実習履修学生として大学院特別聴講学生として大学院教養教育科目履修

医師に不可欠な他職種理解、状況認識力、行動規範、研究倫理、行動規範の確立とチーム医療の意義について、学外環境研修、講義ならびにSGDを通して修得する学年進行プログラム
行動科学I（社会コミュニケーション）
社会でのボランティア活動を通してコミュニケーション能力の向上を図る。社会の現場（60施設に学生派遣）に2回X2～4回出て、主体的に自己、他者、将来に向き合う力を育成する。

社会貢献への意識が芽生える社会コミュニケーション実習 行動科学 I

—入学直後に実践型社会連携教育を行い、学生の行動変容を導く—

これまでの知識に頼った、一方性の授業ではなく、アクティブラーニングによる態度教育を重視したカリキュラムを開発する

学内発表

学内発表：第1、2回
社会的学習・社会貢献
・ストリートコーピング（内服、外用）
・セキヤクシヨウ：動機づけ（内部、外部）
・個人学習～生涯学習（リテラシー）
・市民参加型（個人、集団）
・リーダーシップ・チームワーク

目標1：行動科学の基本的な理解を深める
目標2：グループワークによるプロジェクト達成に必要な集団コミュニケーション、チームワークを体験できる
目標3：講義で学んだ行動科学の基本的な理解を、より深い良好な人間関係を構築できる。経験を通して、自らに期待する行動を模索し、グループワークで解決への道をディスカッションする

学外社会貢献：第3、4、6、7回
第1回は学内で実施

目標4：最前線の最前線が抱えていることを新鮮なアイデアを出す

まとめ：第8回

社会貢献
・問題発見
・問題解決
・社会貢献
・問題発見
・問題解決
・社会貢献

地域医療教育

急性期病院 慢性期病院 介護・看護

Cure 急性期病院 慢性期病院 Care 介護・看護

治療 訪問看護・在宅・療養型施設

1年生 早期体験実習
2年生 社会貢献実習
3年生 社会貢献実習
4年生 社会貢献実習
5年生 社会貢献実習
6年生 社会貢献実習

早期地域医療体験実習I、II
地域医療実習
医学概論

1年生 早期体験実習
2年生 社会貢献実習
3年生 社会貢献実習
4年生 社会貢献実習
5年生 社会貢献実習
6年生 社会貢献実習

医学研究インターンシップ

医学科3年次の研究体験型授業（平成13年度～）

医学科3年生

配属（3ヶ月）

研究準備
研究打合せ
配属（3ヶ月）

早期研究体験

学内研究室（学外派遣窓口）

協力

海外の研究室（計269名）
国内の学外研究室

学内研究室（学外派遣窓口）

海外の研究室（計269名）
国内の学外研究室

学内研究室（学外派遣窓口）

海外の研究室（計269名）
国内の学外研究室

【浅沼】 岡山大学の浅沼です。

我々、7班で選んでいただいたのは、岡山大学がここに挙げております医師養成を目指した意識涵養のためのプロフェッショナリズム教育、特に行動科学に対しての科目を既に現

に行っているということで、参考にしたいということで選んでいただいたと、そのように思っております。

我々岡山大学は、既に新モデル・コア・カリキュラムに対応した幾つかのカリキュラム、それから、去年及び今年から行っておりますカリキュラムを作っておりますので、ここに挙げております。

ここで、学年進行のステップを、各教育科目の種類に応じて色分けして示してございます。最初に、キャリア教育に関しましては、プロフェッショナリズムということで、医師に求められる基礎資質を、特に「患者中心の視点」や「自己研鑽」と定義いたしまして、それらを研鑽する教育プログラム、具体的には、患者の心理、あるいは、チーム医療でのコミュニケーションスキル、それから、対患者の言語及び非言語のコミュニケーションスキルを養成するための講義でありますとか、スモールグループディスカッション、それから、ケーススタディのプログラムを、各学年、1年から5年まで用意してございます。

それから、課題解決型のアクティブラーニングとしましては、特に3年次に、基礎病態演習というもので、PBL及びスモールグループディスカッションのアクティブラーニングのプログラムを用意しております。この学年の半分の学生が英語班に所属して、英語によるディスカッションと発表を行っていく。そこには、ネイティブスピーカーの交換留学生なども入ってもらってディスカッション及び発表を行っていくというプログラムを設けております。それから、3か月間にわたる医学研究インターンシップ（教室配属）、学内、それから、学外国内外の教室に丸々3か月間配属するというプログラムも用意してございます。

それから、実践型の教育としましては、特に行動科学としまして、医療人に不可欠な他者理解でございますとか、状況認識、行動規範、研究倫理、行動変容の理論などを、チーム医療での実践を通して、スモールディスカッション、あるいは、ケーススタディで学んでいくという学年進行制のプログラムを用意しております。特にこれは1年次に行うプログラムでございますが、実社会、一般企業でありますとか、ホテル、幼稚園、小学校、薬局、福祉施設等に実際に2日間、それぞれ2施設派遣されまして、実社会の体験をして、その中での問題を自分で見出して、その問題を解決するにはどうしたらいいかということを学生に考えさせるというようなプログラムを用意してございます。

地域医療に関しましては、このように、1年次から6年次まで、学年進行制の地域医療教育の実習プログラムを用意してございます。それから、高年次教養といたしまして、3年次のところに書いてあります、医療に必要な法令、規制、指針やガイドラインなどに関するレ

ギュラトリーサイエンスの科目、それから、膨大な医療データをどのように処理、解析していくかを学ぶバイオメディカルデータサイエンスといったような科目も用意してございます。

最後、医学研究インターンシップという教室配属のプログラムですけれども、学内ですと約 40 の教室、それから、国内学外ですと約 10 の施設、それから、国外ですと約 20 の施設に、それぞれどっぴり 3 か月間配属されるというようなプログラムを、平成 13 年から行ってきております。

以上です。

【北村】 ありがとうございました。

御質問、御討議ございますでしょうか。よろしく願います。どうぞ。

【木尾】 九州歯科大学の木尾と申します。

大変すばらしいカリキュラムを見せていただき、ありがとうございます。

プロフェッショナリズムが 5 個段階的にありまして、それと、高度科学と社会コミュニケーションというのが入っていきまして、うちも似たような形で、プロフェッショナリズム 5 ぐらいまで入れているんですけれども、2 つお伺いしたいのは、1 つは、どれくらいの単位数で、それぞれの 5 個のプロフェッショナリズムとコミュニケーションと行動科学のあたりが入っているのかということと、その順次性を踏まえて、どこか気を付けている点とか、こういうところは内容的にこういうふうに変えていっているとかいうスパイラルの部分があれば、教えていただきたいなと思います。

【浅沼】 ありがとうございます。

実際にプロフェッショナリズムについては、0.5 単位から 1 単位、時間にして 7 時間あるいは 15 時間のものを用意しています。そして、特にプロフェッショナリズムに関しては、低学年の場合には、患者の心理ですとか、あるいは、人の尊厳、そういった割とジェネラルなことを学習させますけれども、高学年では、例えば、チーム医療におけるコミュニケーション能力とか、現場の経験を踏まえて学生に考えさせるようなプログラムを組むようにしています。

それから、下の行動科学に関しても、0.5 単位から 1 単位のプログラムです。比較的短いプログラムで、これは外部の先生に来ていただいたり、あるいは、医療教育統合開発センターの教員が実際に必要なスキルを研修してきて、学生に教えるといったようなことをやっております。

【木尾】 ありがとうございます。

【北村】 ほか、ございますでしょうか。

先生のところ、予防注射を学生がやっていませんでしたっけ。

【浅沼】 そうですね。ここではお示ししていませんが、実際に CBT が終了して、臨床に上がった学生、臨床実習に上がった学生に、低学年（および職員）の予防注射をさせるということを行っております。

学生にさせて問題ないのかという御指摘も多く頂くんですけども、概ね打たれた方にとっても、特に問題なく、多少痛かったとかというようなアンケート結果はあるんですけども、大きな事故もなく、もちろん、（あらかじめトレーニングをして）指導医が横におりまして見ているわけですけども、問題なく行われております。

【北村】 ほか、御質問ございますでしょうか。どうぞ。

【松坂】 東北医科薬科大学の松坂と申します。きょうは、大変興味深いお話、ありがとうございました。

1 つ質問ですけども、先生のところでは、医学研究インターンシップには3 か月を配られておられますけれども、ただ最近、早期医療体験であるとか、あるいは、臨床実習2 年間必修化等の影響で、非常に講義、実習等、圧迫を受けている状況なんですね。そういう状況で、3 か月間ものインターンシップというのは、どういうふうにしてやり繰りすればいいのか、その点、教えていただければと思います。

【浅沼】 ありがとうございます。

そういったプログラムを設けておりますので、例えば、基礎の専門科目ですとか、それから、3 年次の後半に行われる基礎の専門科目、それから、3 年次の後半から4 年次にかけて行われるガイダンス科目等は、かなりコンパクトにまとめるように編成されております。

【北村】 ここに書いてある ART プログラムは、先生方御存じと思うんですが、学生のうちに大学院の単位の幾つかを取ってしまって、研修医と大学院を一緒に終わらせるというプログラムです。普通は研修2 年終わってから大学院へ入るんですが、岡山大学の ART は、僕が行ったときは非常に少なかったんですが、どうなんでしょうか。

【浅沼】 そうですね。実際に研修をやりながら、大学院の研究活動も行って、早期に学位を取るというプログラムを、我々、ART と呼んでおりますが、実際には、（毎年）5 名程度の学生さんになります。その前段階の Pre-ART というプログラムを我々は用意してまして、学部学生のうちから、大学院の教養科目の単位を特別聴講学生として取得するというプ

プログラムを用意して、できるだけ早くに単位だけは取ってもらって、あとの研究の時間をできるだけ多く取るというプログラムです。この Pre-ART に関しては、学部学生のうち十数名が、実際にそのプログラムに参加してくれております。

【北村】 よろしいでしょうか。

浅沼先生，どうもありがとうございました。

グループ⑧（医学）：群馬大学

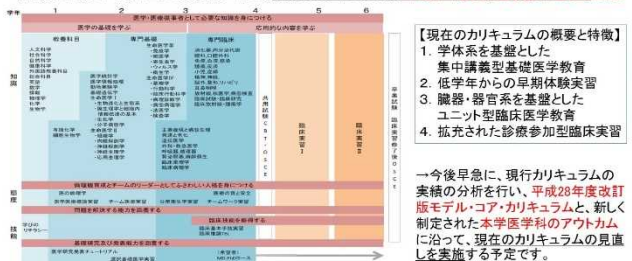
群馬大学医学部医学科における 特色ある教育内容について

平成28年度改訂版モデル・コア・カリキュラムとの 関係から

平成29年度 医学・歯学教育指導者のためのワークショップ
平成29年7月26日（水）
群馬大学医学部長・医学科長 石崎泰樹

現在のカリキュラム（平成24年度カリキュラム）

群馬大学医学部医学科では、モデル・コア・カリキュラムに沿ったカリキュラム改訂を継続的に実施してきました。
（平成22年度コアカリキュラム改訂版に沿った現在のカリキュラムは、平成24年度入学生、現6年生から実施）



カリキュラム改革 アウトカムの設定

群馬大学医学部医学科のアウトカム 平成28年9月制定

卒業時に目指すべき学生像

医学・医療が自然科学の上に成り立ち、かつ社会の中で人を対象として行われるものであることを理解し、

科学的知 (Science)
倫理 (Ethics)
技能 (Skill)

の3つの面にわたって生涯自己研鑽を続けることができる学生。



卒業時に身につけるべき能力

- A/自己省察力
- B/知識の獲得と知識を応用する力
- C/コミュニケーション能力
- D/チーム医療の中で協働する力
- E/基本的な総合診療能力
- F/地域医療の向上に貢献する能力
- G/医学研究を遂行する能力
- H/自己研鑽

→アウトカムに基づいた新カリキュラムは、平成30年度から段階的な開始を予定しています。

群馬大学医学部医学科のアウトカムと 平成28年度改定モデル・コア・カリキュラム

卒業時に身につけるべき能力

- A/自己省察力
→新モデル・コア・カリキュラム A-1, A-9に対応
- B/知識の獲得と知識を応用する力 (→A-2)
- C/コミュニケーション能力 (→A-3, A-4)
- D/チーム医療の中で協働する力
(→A-3, A-5, A-6)
- E/基本的な総合診療能力
(→A-3, A-4, A-5, A-6)
- F/地域医療の向上に貢献する能力
(→A-7)
- G/医学研究を遂行する能力 (→A-8)
- H/自己研鑽 (→A-1, A-9)

新モデル・コア・カリキュラム

A-8 科学的探究
医学・医療の発展のための医学研究の必要性を十分に理解し、**批判的思考**も身につけながら、**学術・研究活動**に関与する。

- G/医学研究を遂行する能力**
医学・医療の発展に資する研究を遂行する意欲と資質を備える。
- 1 医学研究につながる課題を発見することができる。
 - 2 医学研究の持つ社会的意義を理解している。
 - 3 関係する法ならびに研究倫理指針を遵守できる。
 - 4 医学研究に必要な基礎的な技術を身につけている。
 - 5 研究発表や論文作成を行なうことができる。
- (本学医学科のアウトカムより抜粋)

* 旧モデル・コア・カリキュラム
(医学研究の志向) 医学・医療の進歩と改善に資するために研究を遂行する意欲と基礎的素養を有する。

教養・基礎医学教育において科学的探究・問題解決能力の涵養を図るカリキュラム



【石崎】 群大の石崎です。よろしくお願いいたします。

第8グループで群馬大学が選ばれた理由は、新モデル・コア・カリキュラムのA-8、科学的探究というところで、「科学的探究を遂行する能力を育むカリキュラム」に特徴があるということだと思っております。

それで、まず現在のカリキュラム、これは平成24年度制定のカリキュラムでございますけれども、これについてまず御説明いたします。

本学では、モデル・コア・カリキュラムに沿ったカリキュラム改訂を継続的に実施してき

ました。現在のカリキュラムは、平成 22 年度のコア・カリキュラム改訂版に沿ったものでございまして、平成 24 年度入学生、現 6 年生から実施しております。

この現行のカリキュラムの概要と特徴は、この右側にブルーのラインで囲った中に書いてありますけれども、①学体系を基盤とした集中講義型基礎医学教育、②低学年からの早期体験実習、③臓器・器官系を基盤としたユニット型臨床医学教育、④拡充された診療参加型臨床実習ということで、現在、早急に現行カリキュラムの実績の分析を行って、平成 28 年度改訂版モデル・コア・カリキュラムと、次に御説明いたします、新しく制定されました本学医学科のアウトカムに沿って、現在のカリキュラムの見直しを実施しているところでございます。

28 年 9 月にアウトカムを設定したわけですがございますけれども、これは、これまでのプロセス基盤型教育からアウトカム基盤型教育への転換ということを目指して設定したものでございます。卒業時に目指すべき学生像として、医学・医療が自然科学の上に成り立ち、かつ社会の中で人を対象として行われるものであることを理解し、科学的知 (Science)、倫理 (Ethics)、技能 (Skill) の 3 つの面にわたって生涯自己研鑽を続けることができる学生を育てるということでございます。このとき、卒業時に身に付けるべき能力として、A/自己省察力、B/知識の獲得と知識を応用する力、C/コミュニケーション能力、D/チーム医療の中で協働する力、E/基本的な総合診療能力、F/地域医療の向上に貢献する能力、G/医学研究を遂行する能力、H/自己研鑽という、この能力を設定しているわけでございます。

それで、現在、平成 28 年に設定しましたアウトカムと平成 28 年度改訂モデル・コア・カリキュラムの対応でございますけれども、群大の卒業時に身に付けるべき能力は、それぞれ、このブルーの字で書いておりますように、新モデル・コア・カリキュラムに対応するものであるというふうに、検討の結果分析されました。

今回御紹介するのは、G/医学研究を遂行する能力ということで、新モデル・コア・カリキュラム、先ほど申し上げましたように、A-8 の「科学的探究、医学・医療の発展のための医学研究の必要性を十分に理解し、批判的思考も身に付けながら、学術・研究活動に関与する」というところでございます。この部分を現行のカリキュラムでどうなっているかということをお説明いたします。

まず、教養科目で学びのリテラシーという科目を設定してございまして、この中で、医学・医療・生命科学に関するテーマについて情報を集め、吟味し、得た情報を体系化して自分の考えを確立するという過程を経験する、グループ演習中心の授業を設定しております。

群大では、チューター制度という、担任制度のようなものを設けておりまして、大体1人の教授が1学年4～5人の学生の面倒を見るということになっております。1年生の後期から医学研究発表テュートリアルという科目を設定しておりまして、週に半日チューターの教室で研究指導を受けまして、それを最後にポスターにまとめるということをしております。この写真はポスター発表会の写真でございまして、学生同士の相互評価で優秀ポスターを選んで、優秀なポスターを作成した学生は表彰されるということになっております。

それから、選択基礎医学実習、これは3年次に4週間、短い時間でありましてけれども、研究室に配属され研究指導を受けるという科目を設定しております。この写真は、それぞれの研究室を紹介するブースの様子でございまして、4週間と短いのですが、ちょうど今まさにやっているところでございまして、7月いっぱい終わるのですが、その後、学生の希望によっては、夏休みもその教室で指導を受けるということになります。

また、群馬大学にはMD-PhDプログラムというものがございまして。これは先ほど御紹介いただいた岡山大学のARTプログラムによく似たプログラムでございまして、平成14年から設定されていまして、学生時代から大学院の共通科目、これは医学基礎技術実習という実習と、基礎連続講義という座学形式の講義があるのですが、それらの先行履修を認めていまして、この医学科の学生が大学院に入学した暁には、その履修単位を認定するということになっています。

また、平成24年度には、更に卒前・卒後一貫コースを設置しまして、従来のコースですと、大学院に入るときは臨床系の教室でもよかったのですが、こちらのコースの場合は、必ず基礎の教室に入ってもらって、しかも、大学院の1年目が初期研修の1年目、大学院の2年目が初期研修の2年目というふうに設定しまして、卒後大体3年間で医学博士の学位を取ると同時に、初期研修も終わるというコースに設定しております。

こういうふうにして、研究マインドを持つ臨床医及び基礎研究医を育成するというプログラムになっております。本学の特色であるこれらのカリキュラムの実績を、今後のカリキュラムの見直しや新カリキュラムの作成にも反映していく予定でございまして、また、本日勉強させていただきました東邦大学の医学部様の「卒業論文を単位化する」というような試みも是非積極的に取り入れて、このカリキュラムをますます充実させていきたいと考えております。

以上です。御清聴ありがとうございました。

【北村】 ありがとうございました。

御質問，コメント， よろしく願いいたします。

今，このコースは，何人くらいの学生が取っていますか。

【石崎】 従来型のものは，学年によって多少増減はありますが，大体 10 名程度は在籍しております。その中で，卒前・卒後一貫コースに入る学生は，年に 1 人か 2 人というところでございます。

【北村】 昨日もありましたけれども，基礎医学へ行くというモチベーションって，なかなか高まりませんけれども。

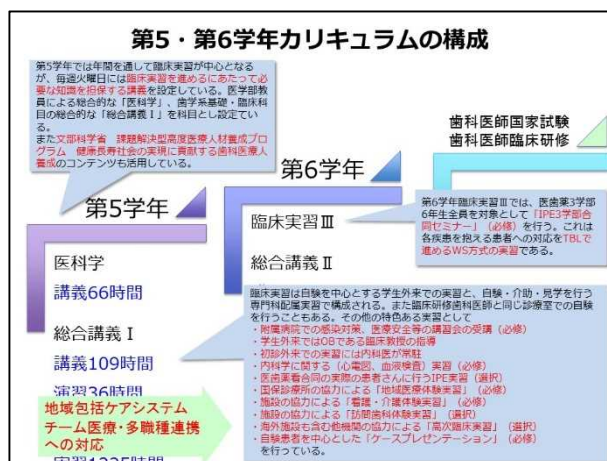
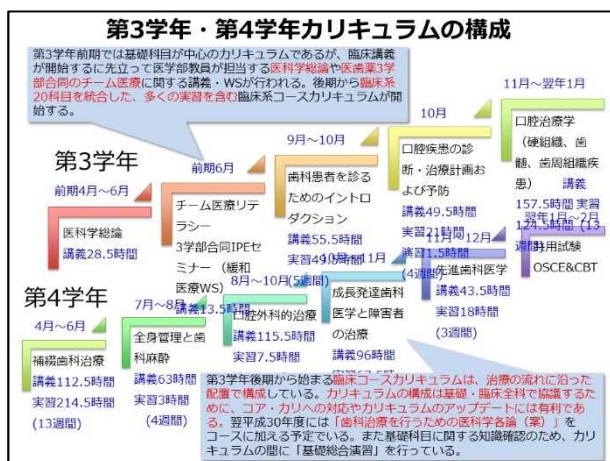
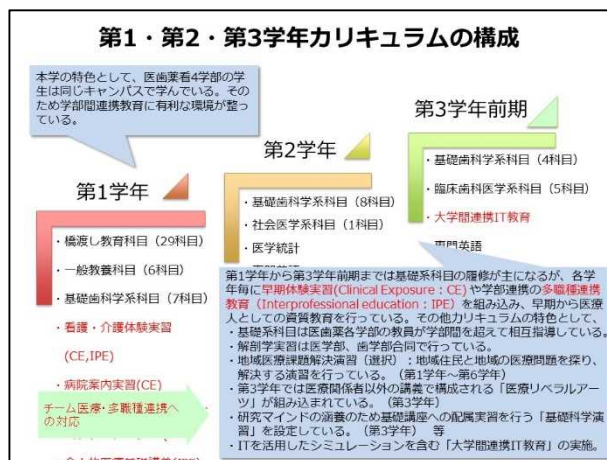
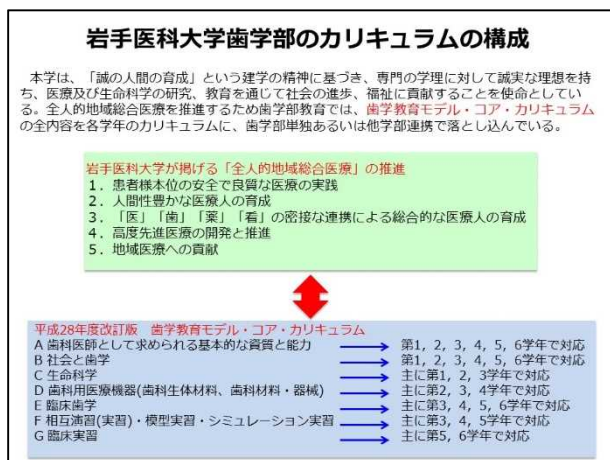
【石崎】 そもそも基礎医学に進む人を養成したいということで，卒前・卒後一貫コースを設置したわけでございますけれども，昨今の状況ですと，そもそも大学にも残ってくれないということもありまして，なるべく群大の大学院に入ってもらいたいということで，従来の MD-PhD コースの方を学生さんに推奨しているというところでございます。そうしますと，大体 3 年で学位を取れるということになっておりますので。

【北村】 御質問ありませんでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは，先生，どうもありがとうございました。

【石崎】 ありがとうございました。

グループ⑭（歯学）：岩手医科大学



【佐藤】 岩手医科大学歯学部の佐藤でございます。よろしくお願いいたします。

14 班から本学が選ばれた理由としましては、医・歯・薬・看のチーム医療とか、多職種連携の教育の仕方、あとは臨床科目の運び方、コース制というふうに我々と呼んでおるんですけども、そのカリキュラムが珍しいということで、第 14 班から選ばれました。

本学の歯学部は、大学としましては、ディプロマ・ポリシーのほか、岩手医大が掲げる「全人的地域総合医療」の推進というふうな目標がホームページにも書いてありまして、患者本位の安全で良質な医療の実践とか、人間性豊かな医療人の育成、「医」「歯」「薬」「看」の密接な連携による総合的な医療人の育成、高度先進医療の開発と推進、地域医療への貢献と、地域密着型の医療人の育成というところがポイントで、そこを目標としまして、モデル・カリキュラムを各学年の方に落とし込んでいるということでございます。

まず、本学の非常に特徴的というか、1 つの特色なんですけれども、医・歯・薬・看が同

じキャンパス、同じ建物の中でまず学んでいるということで、学部間連携教育がしやすいということでございます。そして、今日、医学部の方からも医学教育学分野の田島教授が来られているんですけども、そこがいわゆる1年生、3年生、6年生と、学部連携で全員が参加する講義、演習、ワークショップというのを、具体的にカリキュラムの方に落とし込んでいるということでございます。そうなりますと、早期から Interprofessional education や Clinical Exposure という、こういうふうなものを落とし込んでいけるというところが特徴でございます。それと、あとは基礎科目が始まっていくのでございますけれども、本学は、学部の基礎講座というのがなくて、統合基礎講座といいまして、歯学部・医学部の枠のない基礎講座でございますので、基礎の段階では、例えば、解剖ですと、医学部と歯部部の学生が同じ教室で講義を受けて実習をする、教員の方も相互乗り入れでやっている、そういうふうな連携教育をやっているということでございます。

連携教育の方は、全学教育推進機構とか、医学部の田島教授がいらっしゃる医学教育学分野とかと連携を取りましてやっていくんでございますけれども、3年の後期から始まる臨床科目、20数科目あるんでございますけれども、これを一旦一つにまとめて、患者さんの治療に沿った流れで再構築しようということを6年前にやりました。このきっかけとなりましたのは、6年前、22年度版コアカリを、各科目の方でどこを担当して教えているんでしょうというふうにアンケートというか、調査をしたときに、結構穴があるということと、そうすると、穴があったままそのまま進めないということと、あとは、6年前に歯学部では診療参加型臨床実習を、学生外来を作って、もう一度学生の実技といいますか、実践的な臨床実習をやらせるということを考えましたので、そのために、患者さんをきちっと診る順番をまず覚えながら、臨床の座学を進めていくというふうにやりました。

この2つの目的のために、現在は、まず歯科の臨床科目が始まる前に、医科学総論というのがございます。歯学部の方にも内科の教授がおりますので、この内科の教授がいろいろコーディネートしてくれてやります。そして、あとは、診療の流れに沿って患者を診るためのイントロダクションとか、医療面接とか、高頻度治療というのがこういうふうに流れていきます。それぞれ集中でございますので、学生の方も教員の方もかなり疲労するんですけども、学生は、まとまった期間に同じことを学ぶということで、履修はしやすいですけれども、やっぱり終わった科目に関しての復習をどういうふうに振り返りやっていくかと、そういうところも多少問題になっておるところで、そこら辺は、ポイントポイントで演習なり自己学習をさせるようなシステムを今考えているところでございます。

そして、このカリキュラムを組んだ最大の理由が、5年生での臨床実習でございます。臨床実習、学生外来を今作ってまして、大体1人の学生が1口腔単位で年間3人ぐらい、実際に自分が担当して患者さんを治療していく。それだけでは、実際は臨床実習は十分でございませんので、各科のローテーション実習を組み合わせるということでございます。あとは、その中で、外部の連携とか学部間の連携のチーム医療とかの内容を組み込んで、6年間でトータルコア・カリの内容を網羅するようなカリキュラムにしているというのが現状でございます。

以上です。

【前田】 それでは、フロアの方から御質問、御追加でございますでしょうか。いかがでございますでしょうか。

ざっと見た感じ、モデル・コアは6割ぐらいを念頭に置いたりするのに、すごくぎちぎちに詰まっているようなカリキュラムに見えるんですけども、実際はいかがでしょうか。

【佐藤】 先生おっしゃるとおりに、実際、カリキュラムの中には、コース、自主学習とか振り返り学習という余裕を作りたいという最初目的があって、やって、大分シェイプアップしたんですけども、それでもやっぱりぎちぎちというのが現状で、もうちょっとまとまるところはまとめていくというようなことを、毎年シェイプアップ、ブラッシュアップしております。

そこが、新しいことを入れるのも割と簡単なんですけれども、そこら辺の対応のしやすさというのは1つあるんですけども、ぎちぎちになりやすいという欠点もあるということだと思います。

【前田】 実は発表を伺っていて、先生のところのカリキュラム・ポリシーとコンピテンシーがよく分からなくて、どういうふうにしてこういうようなカリキュラム構成になっているのかなというのがちょっと理解できませんでした。鹿児島大学の御発表であったように、アウトカムベースでやっていくときに、モデル・コアがコンテンツ・ベースになっていて、そのギャップを埋めるための工夫が必要だと思うんですけども、それはどういうふうになっているのかなというのが分からなかったんですけど。

【佐藤】 コンピテンス・コンピテンシーをどういうふうに置くかということだと思うんですけども、それぞれ、この一個一個のところがパーツになってございますので、そうしますと、3年後期から4年の終わりまでのところで、1つの座学、あとは基礎臨床実習、これ、トータルすると1つのコンピテンス・コンピテンシーが担保できるというふうには一応

考えております。

【前田】 いかがでございますでしょうか。

あともう 1 点は、ぱっと見た感じ、講義の割合がすごく多いなという感じはするんですが、そうでもないんでしょうかね。例えば、6 年生に 1,000 時間ぐらいの講義があったり。

【佐藤】 これは、時間としまして、6 年生の 5 月までは臨床実習をやらせるんですけども、実時間として、6 年生は 1 時間半の 1 コマということではなくて、1 時間区切りで今のところ講義を組んでいて、それを大体 1 日 6 コマということで講義しているのが、この現状でございます。

【前田】 いかがでございますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、佐藤先生、ありがとうございました。

グループ⑨（医学）：琉球大学

琉球大学の新医学教育カリキュラム

1年次	2年次	3年次	4年次	5年次	6年次
共通教育 人文科学 社会科学 情報科学 経済学 法学 経営学 など	基礎医学 基礎医学 (医学一般) 基礎生物学 基礎化学 基礎物理学 基礎数学 など	特色科目 臨床基礎 臨床医学 (社会) 研究実習 など	臨床実習前中 ボリク (11月～) 臨床実習前中 (11月～) など	臨床実習後半 クリニカルローテーション (海外実習) (含 海外研修)	卒業論文 卒業論文 など

海外 CBT/OSCE 総合試験！ 海外 総合試験 II 日

- ・生物医学未履修者にも対応した初期教育（分子細胞生物学）
- ・3ステップ 基礎医学→臨床基礎医学→臨床医学
- ・統合講義による横断的なプログラム
- ・能動的学習を促進 e-learning, TBL
- ・長期間の研究室配属と参加型臨床実習
- ・海外での研修を盛り込んだプログラム

シミュレーション演習 1年次

- ・ コミュニケーション能力の涵養
- ・ 医学入門(体験)
- ・ 多職種(医保)連携
- ・ 医療倫理入門

回数	日程	シミュレーション
1	4月13日	オリエンテーション、コミュニケーション
2	4月20日	エスコト体験①: 目の不自由な患者
3	4月27日	見る・聴く・触る体験①: 動作を訴える患者
4	5月11日	エスコト体験②: 耳が聞こえない患者
5	5月18日	コミュニケーション演習(体験と連携)
6	5月25日	コミュニケーション演習(関係構築)
7	6月1日	見る・聴く・触る体験②: 医療を訴える患者

地域医療教育の充実

- ・離島地域病院実習 3年次学生全員
 - ・地域完結型医療とプライマリケアを体験
 - ・在宅医療・介護支援を体験
 - ・病院における社会人としての規律を心得
- ・地域医療を学ぶための学生セミナー 希望学生
 - ・離島・へき地での地域医療を学ぶ実習・小グループ学習をサポート
- ・県外地域医療実習 地域枠1年次
 - ・他県における地域・へき地医療の取り組みを学ぶ



The collage includes several key elements:

- Top Left:** A photo of three students and a faculty member standing together.
- Top Right:** A map of Japan with Okinawa highlighted, and a diagram showing the flow of medical education from basic sciences to clinical practice.
- Middle Left:** A photo of a student in a white coat, likely during a clinical rotation.
- Middle Right:** A diagram showing the flow of medical education from basic sciences to clinical practice, with a red arrow pointing to the 'Clinical Practice' stage.
- Bottom Left:** A photo of a group of students and faculty members standing in front of a building, likely a medical facility.
- Bottom Center:** A photo of a group of students and faculty members standing in front of a building, likely a medical facility.
- Bottom Right:** A circular diagram showing the flow of medical education from basic sciences to clinical practice, with a red arrow pointing to the 'Clinical Practice' stage.

海外の大学医学部での臨床実習

海外派遣（アジア中心）

台北医学大学 タムサート大学
南洋理工大学 上海交通大学(予定)
ミシガン州立大学 ハワイ大学 各2名

研究マインド&国際性

卒業

5・6年次

3年次

1年次

研究室への勧誘

入学

医科学研究

3か月

大発表会

海外

県外

【高山】 沖縄から参りました高山です。

私のグループで選ばれた理由というのは、恐らくこうだと思うんですけど、今までのすばらしいお話を聞くと、特別うちだけがということはないんですけど、ただ、いろいろ頑張っていて、なかなか変えにくいところを変えたということが非常に評価されたんだと思っています。その変えたところを、これから説明させていただきます。

まず、1年の共通教育がとても少ないというのをお感じになるかと思いますが、共通教育の中身を全部、私、一人ずつ面談をして決めまして、それで、もうこれくらいでいいだろうということで、必要最小限のものにしました。特に理科系の科目につきまして、選択肢がいろいろあるので、問題があったら、もう全部医学科で引き受けて、分子細胞生物学というところで、リメディアル教育を含めてもうやっつけてしまおうということでやりました。

それから、基礎医学の方を統合科目にしました。これに関しては、まだオンゴーイングの

状態で、現在2年生のカリキュラムが進んでいるところなんですけれども、来年以降もまた毎年変えなければいけないなとは思っています。

それから、以前、北村先生がどこかの会でおっしゃっていたんですけど、GPが当たると非常に改革が進むよと言って、まさにそのとおりで、うちは臨床実習に関してGPを頂きまして、臨床実習の実質化、それから、参加型臨床実習の長期にわたる導入が成功いたしました。4年次の後半から臨床実習を始めるんですけれども、全20科ございますので、そこは各2週間ごとで、全ての科を一応回った後で、あとは学生によるドラフトをしまして、自分は、例えば、第1内科にいつ回りたいとか、県立中央病院にいつ回りたいかということ、ドラフトをして決めさせて、そして、文句を言わせないようにするというのと、あと各科において参加型臨床実習というのは、扱う疾患は違うけれども、コンセプトは同じなんだよということで、4週間単位で回らせるようにしております。

それから、先ほどから話が出ておりますけれども、研究室配属というのを3か月間、間で設けました。そのために、前倒しをしてやっているということです。

それから、新しいコアカリに対応する内容として、特に臨床推論のところを充実させる目的で、3年次まででほぼ座学を修了し、4年次は、それをTBLという形で各科に入れて、そして、最低2科の先生でもってコーディネートしてやっていただくようなカリキュラムを組んでおります。

あと、取組について説明させていただきます。

まず、1年、高校から入ったばかりの学生に対して、いきなりなんですけど、シミュレーション演習ということで、非常に広い、国のお金で作らせていただいた3階建てのシミュレーションセンターがあるんですけど、そこを最大限に活用して、ここで保健学科の学生と医学科の学生が、合わせて180名ぐらいなんですけど、一緒にいろんな体験をする。例えば、右上ですと、目が見えない人のエスコートはどういうふうにするかとか、あとは患者さんの診察はどういうふうにするかということ、医療入門ということと、それから、お互いの連携ということを進めています。ここは医学部の先生だと大変なので、保健学科の先生に主にコーディネートしていただいてやっているところです。

それから、7つ我々はコンピテンシーを決めたんですけど、前回からコアカリ改訂になって外れてしまった地域医療なんですけど、沖縄県はもう地域医療は絶対外せません。特に離島の数としては全国で3番目なんですけれども、県庁所在地から離れた距離が非常に大きい島が多いということで、そこにまで地域医療を根付かせなければいけないということで、

学生たち全員に地域医療実習を体験させています。あと、17名の地域枠の学生に関しましては、特に手厚く、大学の方がお金を手当てして、離島北部の僻地に行つて実習をするようにしています。

それから、昨日の話もありましたけど、研究マインドの醸成と、それから、国際性という問題で、1年から研究室へ誘導しています。それから、3年次の3か月間の実習は、特に我々は、南に開かれたという枕詞が琉球大学には付くんですけれども、特に東南アジア、東アジアの中心として働くべく、そちらとMOUを積極的に進めておりまして、3年次の研究、また、6年次の臨床実習も、その地域に行つて、そして、国際性を身に付けてもらうようにしています。まだまだ始まったばかりで、それぞれ10名くらいずつしか行っていないんですけど、今後、数を増やすようにしていきたいと思います。

それから、医科学研究に関しましては、この図のように、体育館を借り切りまして、学会のポスター会場のような雰囲気にしてやると、非常に学生が一所懸命来て、それぞれ評価して、学生の評価によって一番いいものを、学部長賞とか同窓会長賞とかを出すようにしています。

以上です。

【北村】 ありがとうございました。

御討議、御質問、お願いいたします。

日本一のシミュレーションセンターですね。

【高山】 はい。

【北村】 もちろん、1年生以外にも、もっとたくさん活用されているんですね。

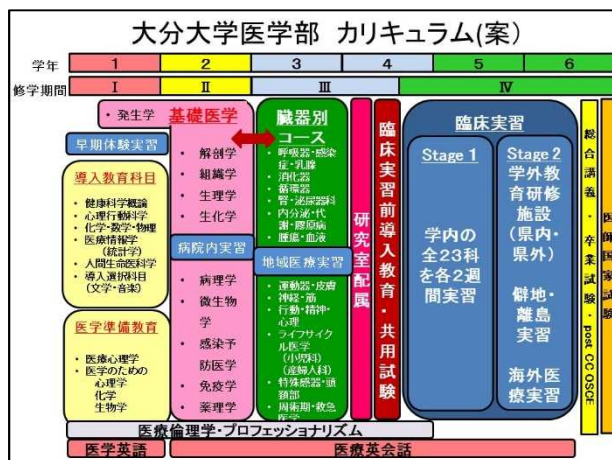
【高山】 すみません、時間の関係で割愛させていただいたんですけど、基本的に、臨床実習の間に、クルズスのある一定の割合はシミュレーションセンターに行ってもらって、例えば、麻酔科ですとか外科ですとかというのは、シミュレーションセンターを極力使うようにしてもらっています。

それから、現在計画中なんですけれども、2年次の後半に、解剖学とか生理学とかが終わった段階で、シミュレータを使った実習が何かできないかなというんで、今ちょうどカリキュラムを組んでいるところです。ありがとうございます。

【北村】 御質問ないでしょうか。

じゃ、どうも、先生、ありがとうございました。

グループ⑩（医学）：大分大学



改訂医学教育モデル・コア・カリキュラムの考え方に基づいた大分大学のカリキュラム改革

多様なニーズに対応できる医師の養成

【医師としての基本的な資質・能力】

- 1. プロフェッショナリズム**
1～4年次に医療倫理学講座による医療倫理・プロフェッショナリズム教育を継続して実施。
- 2. 医学知識と問題対応能力**
PBLやTBLを用いたアクティブラーニング、e-learningの推奨。
- 3. 診療技能と患者ケア**
臨床実習では診療チームの一員として診療に参画し、電子カルテ(学生カルテ)に診療録を記載。
- 4. コミュニケーション能力**
1年、4年で心理行動科学、医療心理学を学ぶ。多職種連携教育を通して職種間のコミュニケーション能力を養う。

5. チーム医療の実践

早期体験実習(1年)、病院内実習(2年)、多職種連携教育(看護師、理学療法士、臨床心理士、社会福祉士等)(4年)。

6. 医療の質と安全管理

医療安全学講座による医療事故の実例を用いたPBL。

7. 社会における医療の実践

早期体験実習(1年)、地域医療実習(3年)、地域、僻地・離島実習(4～6年)を通じて地域医療、地域包括ケアシステムを学ぶ。海外医療教育支援プロジェクトに参加し、国際医療を学ぶ。

8. 科学的探究

2か月間の研究室配属(4年)で基礎・臨床研究に従事し発表会を開催、成果の学会・論文発表を推奨。

9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

1年次よりキャリア教育を行い、卒業後のキャリアを意識した学習法を身につける。

大分大学医学部 カリキュラムの特徴

- ・ **教養教育と準備教育の融合**
1年次は導入教育科目と医学準備教育。「生命現象の科学」「人の行動と心理」「情報の科学」を学ぶ専門医学準備教育とする。
- ・ **医学英語教育の充実**
「医学英語」、「医療英会話」の英語教育を1～6年を通じて継続し、英語による医療面接やコミュニケーション能力、プレゼンテーション能力の向上を図る。
- ・ **臓器別コースでの統合教育**
臓器別に基礎、臨床(小児から成人、老年)、社会医学までの統合した教育を行う。
- ・ **アクティブラーニング**
従来から導入しているPBL、TBL、e-learningを改善しさらに普及。
- ・ **国際医学への貢献**
アジア諸国、ロシア等海外諸国への医療教育プロジェクトに参加。

【中川】 大分大学の中川です。よろしくお願いします。

私たちのところも特に目新しいものはないんですけども、医療倫理学、プロフェッショナリズム、それから、英語教育を通年で行うということ、患者さんに接する実習が各学年であるということ、それから、この臓器別コースが臨床のみでなく、基礎から臨床、そして、社会医学まで含めた統合的な教育になっているということが評価されたのだと思います。

この新しいカリキュラムは、昨年度開始になりました。

まず1年生では、早期体験実習で、これは県内の主にリハビリを主体としている病院で3日間、そして、学内で2日間研修しまして、多職種連携教育の学びにもなっていると思います。

それから、いわゆる教養教育の方ですが、うちは以前単科大学でありましたので、教養の

先生も外国語の先生も全て医学部の中にいるということで、非常にうまくいっております。どちらかと言いますと、医学のためのいろいろな準備教育をお願いしております。この人間生命医科学論というのは、トートラの人体解剖生理学の教科書を全員に買わせまして、臨床の教授が1コマずつ、自身の専門領域の話をするというようなことで、1年生のモチベーションの維持にも役に立っているのではないかなと思っております。

1年生の後半から基礎医学が入りまして、2年次は全て基礎医学です。そして、この病院内実習といいますのは、病院の中の検査部、放射線部、それから、薬剤部、医事課とか、材料部とか、そういうところをスモールグループで回るということで、ここでも多職種連携教育を行っております。

それから、3年次は臓器別コースになりますけれども、各コースが2週間から3週間で完結いたしますが、臨床におきましては、内科、外科、小児、成人、老年、そこに基礎医学と社会医学が全て入りまして、コースごとにカリキュラムを作っております。この中にも2週間の地域医療実習があります。やはり地方の医科大学はどうしても地域医療の充実がミッションになりますので、ここでは、地域の中核病院と開業医のクリニックの2か所を必ず1人は回るようにしております。

4年の最初に2か月間の研究室配属があります。これはもう10年以上前からやっていますが、学内の臨床、基礎教室及び国内外の研究施設において2か月間研究を行ってまいりまして、その後、発表会を行います。配属先の決定とか、発表会の準備、抄録集の作成、全て学生主導で行わせております。前もって先行配属で1年次から入ってくる学生もおりますし、やはり2か月ではとても足りないということで、その後も続けたいということで、後半も残ってやっている学生もおります。こちら教員による審査を行いまして、優秀な学生には表彰を行っております。

その後、臨床実習前導入教育、この辺は症候学、臨床推論あたりをPBLで中心的にやりたいなと考えております。共用試験を終えまして、4年生の10月から臨床実習を開始することになります。ステージ1では、学内の全科を2週間必修で回ります。ステージ2では、学外の教育研修施設、それから、僻地・離島実習を行います。また、希望する学生には、海外の医療実習を用意しておきたいと思っております。それが終わりますと、総合講義があつて卒業試験、Post-CC OSCEになります。

先ほども申しましたが、この医療倫理学とプロフェッショナリズムは1年から4年、そして、うちは医学英語の先生が3人おられますので、この医療英会話は充実して行え

と考えております。

改訂モデル・コア・カリキュラムの考え方に基づいた大分大学のカリキュラム改革ですけれども、キャッチフレーズが、「多様なニーズに対応できる医師の養成」ということで、一番重要な「医師としての基本的な資質・能力」について考えてみました。今いろいろ話しましたけれども、以前から PBL はうちはよくやっておりましたので、更にそれを、ちょっと簡略化するかもしれませんが、アクティブラーニングを推進していきたいと考えております。

それから、今年度より電子カルテに学生カルテが記入できるようになりましたので、ここですっかりと診療録の記載を教育しまして、上級医の指導を受けさせたいと思います。

あとは、今お話ししたところですが、医療の質と安全のところでは、医療安全学講座が今年できましたので、医療事故の実例を用いた PBL の教育を行いたいと思っております。

大体今お話ししたようなところです。

それから、国際医学への貢献で、ちょっとスライドが切れちゃいましたけれども、先ほどの琉球大学と同じように、私たちも、東南アジアの大学、国と非常に協力しておりまして、フィリピンとかタイ、そして、今年度、ロシアとの腹腔鏡手術の技術指導の面でプロジェクトが採択されましたので、そういうところにクリクラのステージ2の学生を行かせて、国際医学への貢献も学ばせたいなと思っております。

以上です。

【北村】 ありがとうございました。

御質問とかコメント、よろしくお願いします。

【山脇】 この 10 班のモデレーターの山脇でございます。京都府立医大でございます。

今、中川先生から御発表がありましたように、大体皆さんの大学、この 10 班のメンバーの大学では、共通して、垂直に統合するのはどうするかとか、そういう意見がかなり多く出て、そこで中川先生のところでは非常にアクティブな取組をされているということが印象的だったと思います。

これ以外にも、共通の課題として、インタープロフェッショナルエデュケーション、多職種連携教育をどうするか、それから、地域医療、在宅医療などの教育をどうするかということ、それから、e ポートフォリオなどの評価システムをどういうふうにするかということも意見が出ておりました。

そこで、あと、チューターを全ての学生に二重に付けるとかというような取組をされている大学もございましたので、追加とさせていただきます。詳しくは、それぞれの資料に書いてございます。

【北村】 ありがとうございました。

先生、何か追加ありますか。

【中川】 特にございません。

【北村】 何か、よろしいですか。ほか、御質問は。

この中ではないんですが、去年の熊本とか、先般の九州の豪雨とか、大変なことがありましたよね。大分も被災があったんですが。誤解を恐れずに、そういう災害があったときは、医学部の学生にとっても、自分が何をすべきかとか、何かをしたいとか、そういうような学習のチャンスでもあると思うんですが、大分大学医学部としては、何かされたんでしょうか。

【中川】 医学部としましては、DMAT ですね。それから、全科がほとんど熊本の方にローテーションで行きました。

学生の方も、ボランティア活動したいという申し出がたくさんございまして、一応私たちも認めて、そういうので経験させております。

【北村】 感想とか、学生のマインドの変化とかはありましたでしょうか。

【中川】 すみません、そこまでちょっと詳しく検討しておりませんが、また今後検討してみたいと思います。

【北村】 ほか、御質問とかございますでしょうか。

じゃ、先生、どうもありがとうございました。

グループ⑮（歯学）：長崎大学

平成29年度 医学・歯学教育指導者のためのワークショップ

長崎大学歯学部のカリキュラム

歯学部



病院



長崎大学歯学部教育カリキュラムの改革

「健常型歯科治療」＝「治す歯科医療」から「高齢者型歯科医療」＝「治し支える医療」への転換とともに、**健康長寿に貢献する**新たな歯科医師のフィールドを求めて抜本的な教育・研究カリキュラムの改革を行う。

①「高齢者型歯科医療」科目の拡充ならびに新設

- 統合科目「高齢者歯科学」を拡充し、新たに**高齢者歯科医療実習**（老人シミュレーターを用いた車いす移乗等の実習、高齢者疑似体験、舌圧測定、往診用ポータブルユニットの使用法等の説明）を導入。
- 大学病院看護部の全面協力のもと、1年次において「早期体験実習」の中で**病棟見学実習**を取り入れることで、有病者に対する多職種連携に触れさせる。
- 口腔生理学を基盤とした抗加齢歯科臨床への取り組みが重要となつてくるため、「**加齢口腔生理学**」担当教授を採用した。
- 離島歯科医療・地域保健・福祉実習を医学部（医学科、保健学科）、歯学部、薬学部と共修で実施。
- クォーター制導入
- LACSを利用した教育PDCAサイクルの展開による効率化
- スキルスラボ活用による臨床参加型実習に向けた技能教育
- 歯科法医学人材育成
- 臨床実習生全員に「死因究明医成センター実習」を必修とする。

離島歯科医療実習



長崎大学歯学部のカリキュラム・ポリシー

【一般コース】

- 入門科目で歯科口腔医学の概論を学び、**歯学生としての自覚**を涵養します。
- 専門基礎科目で歯科医師として必要な全身の医学および歯科口腔医学の基礎的知識と技能を学びます。
- 専門科目で歯科医師として必要な歯科口腔医学に関する臨床的知識と基本的技能を学びます。
- 発展的専門科目では、先進的な歯科口腔医療に対応できる幅広い知識と基本的技能を修得すべく**診療参加型臨床実習**を行います。さらにこの臨床実習を通じて歯科医師として豊かな人間性と倫理観、責任感、社会性ならびにコミュニケーション能力を涵養します。
- アクティブ・ラーニングを取り入れた科目により、問題発見・解決能力そしてリサーチマインドを養います。
- 離島歯科医療・地域保健・福祉実習**により、保健・医療・福祉の側面から総合的に実践する地域歯科医療と多職種連携によるチーム医療を学びます。
- 英語に関連する科目により、**英語によるコミュニケーション能力**と国際社会に貢献できる意志を涵養します。

【歯学研究コース】

上記1～7に以下を加える。

- 基礎歯学研究の基礎知識・基本技能を学びます。
- 臨床歯学研究の基礎知識・基本技能を学びます。
- 研究者倫理を学びます。

医学部（医学科、保健学科）学生・薬学部学生との離島医療・保健実習の共修プログラム

チーム連携での医療に必須の医療系多職種連携教育（医学部 未来医療研究人材養成拠点形成事業 文部科学省）

1年生

医学部（医学科、保健学科）、歯学部、薬学部学生で教養ゼミナールを共修（**多職種連携**）：クラスは10名（または11名）の35クラス

3年あるいは4年

高学年年次にも1年生と同様の教養ゼミナールを実施

5～6年次

医学部（医学科、保健学科）学生、薬学部学生との離島医療・保健実習の共修プログラムを実施

- 五島市に約1週間滞在し、以下の実習を行う
- 五島市健康政策課／長寿介護課で実施される「わくわくスリム教室」において、3学部学生による講話や、体重、血圧、腹囲などの測定を実施
- 五島保健所での3学部生共同の机上シミュレーション
- 特別養護老人ホームでの入所者の口腔ケアや食事の介助、デイサービス利用者との交流などの福祉実習（**治し、支える歯科医療**）
- 地域歯科クリニックでの見学実習等
- 3学部合同のディスカッション（**多職種協働の重要性**）

歯学研究・教育者の育成



【村田】 歯学部の教務委員長をしております村田と申します。よろしくお願いします。

これが選ばれたのは、おそらく医・歯・薬・保健学科で離島実習をしているので、それが興味深いということで、選択していただいたかなと思います。

これは長崎大学歯学部のカリキュラム・ポリシーですが、本学は一般コースと歯学研究コースがありまして、一般コースでは、1, 2, 3, 4は一般的な内容ですけれども、特に長崎大

学歯学部は、国立大学の中で（岡山大学歯学部とともに）一番新しく、設立の目的としましては、長崎には離島がたくさんありますので、離島の歯科医療を充実させるということも1つあったと思います。それで、カリキュラム・ポリシーには、6番にありますように、離島歯科医療・地域保健・福祉実習を実践する、あと多職種連携のチーム医療を学ぶということ、大きな目的としてあります。ですので、この6番についてお話しさせていただきたいと思います。

まず、現在、カリキュラムの改訂中で、まだ具体的には決まってははいないんですけれども、基本的には、これまで「健常型の歯科医療」でしたが、これからは、いわゆる「治す歯科医療」から「高齢者型の歯科医療」に、「治し支える」ということを観点とした、健康長寿に貢献する歯科医療ということを目指していきたいと思います。

そのための具体的な方法としましては、現在、本学ではまだ高齢者の歯科医療の講義・実習等が充実しておりませんので、特に高齢者の歯科医療実習、これは高齢者のシミュレータを用いた車いす実習とか、高齢者疑似体験、（重しを手に入れたりして、実際の高齢者の体験をしていただく）、摂食嚥下とか舌圧の測定とか、それと、往診にはポータブルの歯科医療機器も必要ですので、その取扱いも勉強させたいと思っております。

また、大学病院の看護部の協力の下で、「早期体験実習」においては、通常の病棟、病院の見学も取り入れております。

それと、昨年度、口腔生理学の教授選を行いました抗加齢歯科臨床ということで、特に「加齢口腔生理学」という観点より担当教授を選任いたしまして、この充実を図っております。

4番のスキルスラボ、これも結構費用を掛けていただきましたが、それによる臨床参加型実習に向けたさらなる技能教育も行っていきたいと思います。

これから述べますことが本題です。今、医学部、これは医学科と保健学科、そして、薬学科と歯学科で、離島の医療・保健実習の共修プログラムがあります。これは、医学部の全面的な協力がなければできないんですけれども、数年前に文部科学省の「未来医療研究人材養成拠点形成事業」が採択されたということで、こういったカリキュラムを行っています。

まず1年生で医・歯・薬・保健学科で教養ゼミナールを行っています。これは1グループ10名なんですけれども、4学科の学生を混在させております。そして、指導教官も、4学科の教官がそれぞれ出ております。ですので、我々歯学部の教官も、医学科、保健学科、薬学科の学生を担当しています。

あと、3・4年生にも教養ゼミナールを実施しております。

そして、5年・6年、これは、長崎には五島という離島があるんですけども、そちらに4学科の学生さんと1週間ほど行きまして、五島市の健康政策課・長寿介護課で実施される「わくわくスリム教室」で、4学科の学生による講話や身体測定などを行っています。それと、五島の保健所で机上のシミュレーションを行ったり、あと歯学部としては、特別養護老人ホームに行って、入所者の口腔ケアとか食事の介護、デイサービス、こういった実習も行っています。

そして、また、地域の歯科クリニックの見学ですけども、これは院長等が訪問診療される際に、一緒に同行しております。

それと、多職種協働の重要性ということで、4学科合同でディスカッションを行っております。

これが実際の風景で、船で行きまして、下にありますように、保健所等で、義歯のこととか、口腔の清掃のこととか、こういった指導を行っております。

以上でございます。

【前田】 ありがとうございました。

フロアの方から、御質問、御追加等ございますか。いかがでしょうか。

それでは、先生、長崎大学の設立のときから、これをやっていらっしゃるというふうなお話だったんですけども、離島での地方医療に活躍できる人材の育成ということで、どういうふうにしてカリキュラム改善を進めてきたのかということと、実際その効果として、現在、長崎大学の卒業生で、こういう離島診療に当たられて御活躍されている先生はどのぐらいの割合になるのでしょうか。

【村田】 実は、このプログラムは、数年前から行っているんですけども、実際、島出身の学生さんは結構離島に戻っているかと思いますが、そうでない学生さんは、やはり地元に戻っていく傾向ですので、座学も含めて、地域の開業医の先生に来ていただいて、地域医療の重要性をさらに説明してもらう必要があるかと思います。そういった地域の先生の講義も増やしていきたいと思っております。

【柳原】 長崎の医学部医学科の教務委員長で、村田先生と一緒にやっているの、ちょっと追加させてください。

離島は、もともと医者も歯科医師も行かないんですけども、それはやはり最初からネガティブなイメージが結構あって、行くことに対して抵抗があるんですけど、このプログラム

で行くと、学生の頃から行って、そこで現場の話を聞くと、とても興味を持つ学生もいて、今は、このカリキュラム、とても人気で、また、それに伴って、医師も、ここですと永住は難しいんですけれども、離島の病院で研修したりとか、医療に取り組むという医師・歯科医師は増えていますので、やっぱりこれで離島医療の貢献が進んでいるということは間違いないと思います。追加です。ありがとうございました。

【前田】 ありがとうございました。

長崎大学、先ほどの鹿児島大学も離島とかやっていましたけど、その大きな特色等は何かありますでしょうか。困難なことがあって、こういうことで解決したというような、何かございますか。

【村田】 一番は、多職種連携というのも、例えば、5・6年生で、他の学部の人と一回会ったというのではなかなか仲よくなれませんので、そういった観点では、1年生と3・4年生である程度顔見知りになっておくというのも、5・6年生の実習に非常に役立っているのではないかなと思います。ですので、数年後に会うということなんですけれども、ただ、留年される学生さんが少しいらっしゃいますので、ずれることはあるんですけれども、まず人間関係の形成ということから、1年生から始めております。

【前田】 いかがでございましょうか。どうぞ。

【山脇】 京都府立医大の山脇でございますけれども。

今まで歯科の先生方の御発表を聞いていますと、多職種連携教育とか地域歯科医療教育など、非常に積極的にやられて、非常に参考になります。どうもありがとうございます。

それで、ちょっとお聞きしたいんですけれども、この実際の実習の中で、例えば、PBLなどの実習で多職種連携で行うということは通常行われていると思うんですけれども、実際の臨床実習場面で、多職種の学生で行っているというようなものはございますでしょうか。

【村田】 (4番目のスライドの)一番下にありますように、五島保健所で、あるテーマに対して4学科の学生がいろいろディスカッションして、それを発表するとか、そういったことで4学科が交流を深めているということです。

【山脇】 実際、病院や患者さんのお宅に他職種の学生が一緒に行ったりとかいうことをされているんですか。

【村田】 はい。そのように聞いております。

【山脇】 ありがとうございます。

【前田】 それでは、時間ですので、村田先生、どうもありがとうございました。

総合討論

【北村】 先生方の御協力で、少し時間が余りました。せっかくですから、カリキュラムあるいはコア・カリキュラムに関して、総合討論をしたいと思います。何でもいいですから話題を提供していただければと思いますが、今までのディスカッションで出てきたのは、国家試験対策のために6年生の後半が空白になっているというような御指摘、あるいは、研究者養成、いろいろプログラムは作るんだけど、なかなか行かない、あるいは、参加型臨床実習の充実のためのいろいろな悩み、それから、実習の後、今後、共用試験でPCC-OSCEが試行され、研修もまた見直しがあり、こういうものが学部から研修までシームレスにつながるのか、それから、国際認証の話はあんまり出てこなかったんですが、国際認証の準備とコア・カリキュラム対応が、作った方としては、全く同じ方向を向いているとは思っていますが、現場では両方が同じ方向なのか、あるいは、画一的な大学がいいのか、特徴的な教育がいいのかなど、挙げたらいろんな話題がありますが、何でも結構ですが。

特に国試対策、あんまり今まで取り上げなかったんですが、国試対策のために空白のカリキュラムがあると。それを埋める対策としては、自治医科大学から1つあって、5年生で卒業レベルの成績を取った子は、もう国試対策はしなくて、自分の自由な勉強をやればいいと。逆に、できない子はしっかりしろということになるかと思いますし。

【河野】 鹿児島大学の河野と申します。

昨日も話題になりましたが、現在のカリキュラムは国家試験の合格率を下げないように、成績がよくない学生に合わせたカリキュラムになっている状況があります。単純に合格率を比較するのではなく、優秀な医学生を輩出することの評価というのがあれば、医学教育の内容が違ってくるのかなと思います。

優秀な医学生を世界に羽ばたかせる、あるいは、優秀な医学生を医療界にたくさん送り出すためのカリキュラムと、成績不振者の国家試験対策に重点を置いたカリキュラムは共存できるものかと考えておりました。その意味で、成績優秀者をさらに学ばせる自治医大の臨床実習のカリキュラムは大変参考にはなりました。ただ、同じことが地方の国立大学法人で導入できるかということになりますと、非常に難しいと感じています。国全体の方向として、優秀な学生の学習をさらに推進するカリキュラムや、彼らの育成を評価するというシステムあるいは方向性はないのでしょうか。

【北村】 優秀な学生だけがいれば、カリキュラムを作るのは楽ですが、なかなかそうも

いけないんですが。やっぱり分けた方がいいんですかね。6年生くらいになると、国家試験に問題があり得るという学生と、もう何をしても90%の合格だったら間違いなく合格するという、せめて2つくらいに分けて、違うカリキュラムでやるというのも、1つの考え方だとは思いますが。何かいい工夫はないでしょうか。どうぞ。

【中村】 鳥取大学の副学部長の中村といいます。

私たち第5班でもそのことが議論になりまして、やはり卒業試験の時間が秋にどかんとあると、そこで大きな空白になるということなんです。私たちの新しいカリキュラムでは、5年生の終わりに臨床統合試験と、これは卒試に代わるものとして、そこに入れまして、そして、臨床実習は10月の終わりから11月の頭までやる、最後にPCC-OSCEをして、卒業要件にそれを入れるという形に新カリは変えたんですね。

それが、本当はまだ結果を見ないと、国家試験の合格率にどうなるかというのは非常に怖いところではあるんですけども。ただ昨今、TECOMですか、模擬試験がもうばんばん行われていまして、学生はそれをみんな受験して、そして、自分の立ち位置も分かっていると。ですから、卒業試験も、今、全部国家試験と同じような問題を作ってやっているわけですから、それならば、臨床実習で、しっかりと国家試験対策もそれぞれの診療科がしてあげればいいんじゃないかという観点から、臨床統合試験というのを5年の終わりに入れるという形で、大幅に組み替えました。

これは各大学でこれからいろいろと検討されることだろうと思うんですけども、これも1つのやり方ではないかなと思って、お話をいたしました。

【北村】 ありがとうございます。

各科ごとの卒業試験の弊害というのは随分言われていて、今のような統合試験なんかは非常にいいと思います。もちろん、私立大学は、自前のと予備校のと幾つもされていますが、予備校にお金を払うくらいなら、先生、全国医学部長病院長会議で模擬試験というのを3つぐらいやっていただいた方が。いかがでしょうか。

【新井】 ありがとうございます。全国医学部長病院長会議は、御承知のように、資金的にはかなり厳しい状況ですので、なかなかその余裕はないように思います。

私思うに、医師育成の卒前卒後のシームレス化ですが、今、ちょうど医学教育の国際認証が正式に始まり、全国の医学部の卒前教育の質担保が整いつつあり、まさにこの時ではないかと思っております。

ただその際に3つの覚悟が必要ではないかと考えています。まずは全国全ての大学が真

剣に、本当に診療参加型の臨床実習をちゃんとやると、これはやはりいろんなデータを見ても、大学間でかなりまだ差があるということがよく分かります。クリニカル・クラークシップにしても、やっているとは言いながらも、かなり差があるということがあるのだろうと思っています。もう一点は、再三北村先生もおっしゃっておりますし、また従来から言われていることですが、国家試験を本気に変えてもらわないといけないということです。そして、今度は、卒後の方ですね。今の初期臨床を、今言った卒前の教育が変わるということを前提に、しっかりとそれを受けてもらうという、その3つが必要になってくるのではないかと強く感じております。

国家試験について言えば、理想はやっぱり12月の終わりぐらいまでしっかり臨床実習をやって、1か月ぐらい試験勉強して、2月の国家試験を受けて受かると、そんなようなぐらいの国家試験になると一番いいのではないかと、これは全く私の私見ですけど、このように思ったりしています。

【北村】 マイクを一番後ろの赤津先生にお願いできますか。アメリカのドラマで「ER」というのを見ていると、学生がERに勤めていて、明日USMLEの国家試験なんだと言って、前の日まで実習をやっているシーンを見たことがあるんですが、アメリカは何で国家試験対策をしなくて済んでいるんですか。

【赤津】 ステップ2というのが卒業前に受ける試験なんですけど、非常に臨床ベースの試験問題ですので、臨床実習をすることが試験対策になるという現実がございます。ですから、半分冗談ですが、ステップ1は、2年生、基礎が終わったときに受ける試験ですが、それは2か月勉強する、ステップ2は、卒業前に受ける試験は2週間勉強する、ステップ3は、卒業して1年間インターンをして受ける試験ですが、それは鉛筆2本持っていけばいいというのが一般論で、実際、参加型で実習をして、それが外科であれ、小児科であれ、内科であれ、そこで学ぶことがステップ2の国家試験に直結しているので、学生は臨床実習をしないと受からないという、見方を変えれば、そういうからくりになっているのではないかと思います。

【北村】 ありがとうございます。

この後の話にあると思うんですが、国家試験委員長から、そういう問題を作っていただいて、実習で2本鉛筆を持っていったら通るといって国家試験に変えるといいのではないかなとは思いますが。

ほか、御意見ございますでしょうか。

【安陪】 久留米大学の安陪といいますけれども。

国家試験は、我々が受けた頃は、すごく資格試験に近いものでした。今はもう相当に競争試験で、バースコントロールをされているように思いながら、ずっと最近見ているんですけども。この方針といいますか、将来像というのはどのようになっているのか。それが、競争試験じゃなければ、先ほどおっしゃったようなシームレスの形に変えていくことはできると思うんです。けれども、競争試験の様相を呈すると、特に国立の学生さんたちは、もう試験のプロフェッショナルのようにすばらしい能力を発揮されますから、なかなか私立としては、そこは手を抜くことはできないなというのが現実ではないかなと思っておりませんが、いかがでしょうか。

【北村】 確かに、国家試験が絶対値でやれば、プール問題から出て、ある年は100%合格であつてもいいとは思いますが、常に90%合格、現役は95%合格だと、どんなに勉強しても、みんなが勉強するから、常に新卒100人中5人は落ちる試験というのをやっているわけで、そのために国家試験対策が必要になると。そこを変えるべきだというのは、厚生省がいないときに言ってもだめなのか。どなたか、御意見ありますか。1つの考えだとは思いますが。

今、私立の大学は、国家試験の合格率のために、そういうわけでもないんですけど、なかなか100%卒業させないというような現実もあるやに思いますが、卒業と同時に、言ってみれば、国家試験を通らなくてもいいんだという制度に変わってもいいのかなという気もしないでもないんですが。今、新井先生がおっしゃったように、大学がしっかり見識を持って、うちを卒業したら医者であつていいという、そういうふうになれば一番いいのかもしれないけど。

吉田先生。

【吉田】 第111回医師国家試験委員長の吉田です。

国試の話はまた後でプレゼンテーションしますので、そのときに触れさせていただくと
して、今、北村先生からお話のありました、国家試験を通ることと卒業との兼ね合いという
のがあると思います。先ほど赤津先生がUSMLE等のお話をされました。私、以前アメリカの
National Boardを視察しに行ったことがあります。そのときのやり取りで、向こうがもの
すごく驚愕した日本の現状の話として、大学は卒業するけれども、医師国家試験に通らない
というのは、アメリカにはないと言われました。どういうことかと言いますと、USMLE Step
2の合否が、多くのメディカルスクールで卒業要件になっているということなんです。

日本では、卒業見込みが医師国家試験の受験の条件になっているので、卒業する見込みがない人は受けられないことになっていますよね。一方、アメリカでは、多くの場合、USMLE Step 2に合格することを条件として、メディカルスクールを無事に卒業すれば、マッチング先のレジデンシープログラムに入っていくんです。向こうが何に驚いたかという、日本の場合、医学部を卒業した人で、医師国家試験に落ちた人は、その人はその後どうなっているのかと聞かれて、「いや、浪人しています」と言ったら、「どうしてそんなことになっているんだ」というふうに、かなり驚かれたという、それは制度上の違いということだと思います（吉田注：アメリカではさらに、臨床研修中にStep 3を受験し、その合格者が州政府に免許申請を行う）。

【北村】 ありがとうございます。

卒業要件に医師国家試験というのをやってもいいけど、結局、同じことになるかもしれない。卒業できない人がたまるかもしれません。

そうしたら、少し話題を変えて、ほかの話題で結構です。あと時間も少ないので、どうぞ御自由にお手を挙げていただければ。どうぞ。

【安倍】 福井大学の安倍ですけれども。改訂モデル・コア・カリキュラムの今後についてちょっと質問させていただいてよろしいでしょうか。

【北村】 はい。

【安倍】 文科省の方からは、平成30年度のカリキュラムから反映させなさいというふうなことをおっしゃっておりますけれども、そうなりますと、平成30年度、その4年後のCBTにこの改訂モデル・コア・カリキュラムの内容が反映されると考えてよろしいわけでしょうか。

【齋藤】 そのとおりでございます。今使っている問題で使えなくなるのももちろん出てきますし、新しい作問をお願いして、それでまたIRTでチェックしますけれども、そういう方向で進めてまいります。

【安倍】 ありがとうございました。

【北村】 随分先ですが、学評といっている学修と評価の基準も、今から変えることになるので、準備する方も意外と時間が掛かるものなので、それくらいになります。ただ、新しいカリキュラムを導入していただくのは、もっともっと早くやっていただいて大丈夫だと思います。コンピュータと違って、新しいバージョンで育った人は、古いバージョンの問題は必ず解けますから、大丈夫だと思います。

【松田】 山梨大学の松田兼一でございます。

先ほどの国試浪人の話とつながってくるのですけれども、今の日本の医師国家試験制度ですと、臨床実習が重要と考えられているにもかかわらず、国試浪人した人は、1年なり2年なり臨床現場から離れるわけですね。さらに臨床現場を離れるのは国試浪人だけではありません。現状では、国家試験対策のために臨床実習後かなり長期間臨床を離れざるを得ない状況があります。国試対策のために一度臨床を離れ、国家試験に合格してから再び臨床に戻るとするのは、やはり問題があるように思います。私としては、国家試験を逆にもう少し早めにして、CBT・OSCEと同じようなイメージで、CBTに類似するような形の国家試験をやっていたら、その後、PCC-OSCEを、各大学に国からの問題と大学独自の問題を課して頂いて、その両方を通らないと卒業できない、さらには医師になれない制度に変更して頂きたいと考えています。そしてこの両方を受からなかった学生はその大学で臨床実習と知識をもう一度やり直させると。それでないと、外へ出てしまった人に対して、私自身も何度も声掛けするのですが、その声がやっぱりなかなか届きません。ですので、その順序を変えるか、何かするか、パーセンテージ云々というのは、また別の問題としてあるかもしれませんが、医師国家試験に合格できなかった学生に臨床教育も含めた教育を続けていけるようなシステムを構築していただきたいと思います。

【北村】 研修制度を入れるときに、医科歯科大学の学生から同じことを言われました。実習をまじめにやりたいから、4年生か5年生で医師国家試験を受けさせてくれと、あの手の問題ならば、半年も勉強すれば通るから、通った後、ゆっくりとやりたいという申し出がありました。

だけど、もしその制度にしたら、臨床実習は、医師資格には必要でないというメッセージじゃないですか。国家試験を先にすると、卒業確定、医師になることを確定した人が臨床実習をやるということは、臨床実習は医師資格には必要ないということになったり、あるいは、医師法ですと、医学部を卒業した者が受験資格があると書かれていたと思うんですが、それとも矛盾するので、なかなか難しいかなという、その議論になりましたけど。

【松田】 そこで、臨床実習は国家試験に関係ないというふうに考えると、そうなるわけですが、臨床実習の後のPCC-OSCEも国家試験だと、両方国家試験だと、それを受ける時間が少しずれているという考えで全部まとめれば、いくような気がするのですが。

【奈良】 先ほどアメリカの例が出ましたが、ドイツの例を紹介したいと思います。ドイツも全く同じような問題があり、臨床実習が形骸化しているので何とかしなければいけな

いという課題がありました。そこで、つい最近ですが、国家試験で知識を問う試験は5年生に前倒し、6年生はすべて臨床実習期間にあて、その後、6年制の終わりに実技試験を行う2段階の試験にしました。

もともと日本はドイツの医学を参考にしたのですが、ドイツの国家試験制度も参考になると思います。

【北村】 そうすると、PCC-OSCEが大変重いものになります。

最後に、齋藤先生。

【齋藤】 まず1つは、今度、医師国家試験の問題数が500から400に減って、3日から2日になりますけれども、そうなったバックグラウンドは、やはり今の臨床実習前のCBTでもってあれだけ知識をクリアしていることになりますから、今度は、国家試験の方の問題で、もっともっと臨床推論等々の、そういった臨床実習の問題を出していただかなければならないというふうに思っていることが1つあります。

それから、もう一つは、臨床実習終了後のOSCEなんですけれども、OSCEというのは、しょせんシミュレーションテストですから、やはり一番必要なことは、臨床実習を十分にやって、臨床実習中の各大学の評価を、大学が自信を持ってやっていただかなければならないと思っています。

臨床実習後のOSCEは、今年も20数大学のトライアルをお願いしてやってまいりますけれども、しょせんOSCEなんですね。やっぱり臨床実習中の評価にもっともっと重みを付けていいんじゃないかというふうに私は思っていますが。

とにかく、医師法のところでは、医師国家試験では、技能と知識をちゃんと測れという文言が残っていますが、その技能の方が入ってなかったわけですから、とりあえず今度、2020年からは、全国規模のPost Clinical Clerkship OSCEを共用試験をいたしますが、そのあたりでしっかりできてくれないと、今度は恐らく厚労省の方からも、もっとちゃんとやれみたいな話が出てくるのではないかと思いますので、この機会に各大学にお願いを申し上げておきますが、臨床実習後のOSCEにあんまり頼ることなくというのも変な話ですけども、やっぱり臨床実習の評価をしっかりやっていただければよろしくうと。Post Clinical Clerkship OSCEというのは、ミニマムのレベルを国民に対して保証するというくらいの感じでお考えいただければよいのではないかと思います。

ありがとうございます。

【北村】 ありがとうございます。江藤先生、最後をお願いします。

【江藤】 コアカリが導入されたのは、御存じのように、2001年になります。その後、7～8年はどういうふうに言われたかといいますと、大学独自のカリキュラムがもうなくなつたんじゃないかと、金太郎飴みたいな画一的な学生しか育てないのかという批判がありました。しかし、本日の御発表を見ますと、各大学の独自のカリキュラムがかなり充実してきたことがうかがえます。コアカリ導入から16年、コアカリで提示されたコアカリと各大学独自のカリキュラムの棲み分けがされつつあると思われます。

分野別評価と機関別評価の違いは、機関別評価は、標準に達していればよろしいということですが、分野別評価は、卓越性の評価です。今後は大学独自のカリキュラムの卓越性ということが評価の対象になると思われます。

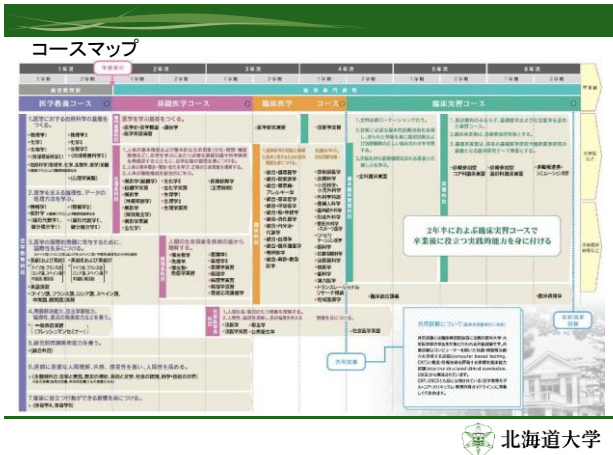
それと、もう一つは、Post-CC OSCEの導入です。先ほど赤津先生がおっしゃったように、アメリカの場合は臨床実習をきちんとやっていればstep2, step3も受かるというふうに日本でもなるには、Post-CC OSCEが軌道に乗り、共用試験(CBT, Pre-CC OSCE, Post-CC OSCE)を経て、国家試験という道筋ができたときに、初めて日本の国家試験においても臨床実習をちゃんとやっていれば受かるという状況になると思われます。因みに医学・歯学教育の質の保証は英国では分野別評価のみで国家試験制度はありません。米国は分野別評価とstep I～III, National Board等による試験制度との併用です。米国の試験制度の特徴は各試験が機能分担されて学生の負担が軽減されていることです。なぜ日本の医学・歯学の国家試験が学生に過剰な負担をかけ、臨床実習実施の阻害要因になっているかです。それは1回の国家試験で医学・歯学教育の質を保証する仕組みになっているためです。これを解決するには共用試験(CBT, Pre-CC OSCE, Post-CC OSCE)と国家試験とで機能分担を図って、学生の負担を分散させるとともに、分野別評価の導入によって医学・歯学教育全体としての質の保証をすべきであろうと思われます。

毎年新たな受験生に対応しなければならない共用試験と国家試験は、公平性の面から大胆な改革というのは無理です。小さな改善の積みかさねによってしか改革できないとすれば、この分野別評価とPost-CC OSCEの導入というのは、日本の国家試験制度改革に直につながるものであろうと考えられます。

【北村】 ありがとうございました。

大きなうねりが起こるかもしれません。期待したいと思います。

ちょっと時間をオーバーして申し訳ありません。このセッションを終わりにします。どうもありがとうございました。



コースと期間

- 医学教養コース 1年次1学期～2学期
全学教育科目
- 基礎医学コース 2年次1学期～3年次1学期
専門基礎科目、生理系科目、病理系科目、社会医学系科目
- 臨床医学コース 3年次2学期～4年次1学期
臨床科目
- 臨床実習コース 4年次2学期～6年次2学期
全科臨床実習、診療参加型コア科臨床実習、選択実習など
社会医学実習、臨床統合講義、臨床病理学
多職種連携・シミュレーション実習

新カリでの臨床実習

- 全科臨床実習
すべての診療科を全学生がローテーション
各科での実習期間は1週間(計28週間)
基本は北大病院で従来型の実習
- 診療参加型コア科臨床実習
1ヵ月(4週間)×6コマ
内科2コマ、外科、小児科、産婦人科、精神科各1コマ
北大病院あるいは学外(51病院)で実習
- 選択実習
1ヵ月(4週間)×3コマ

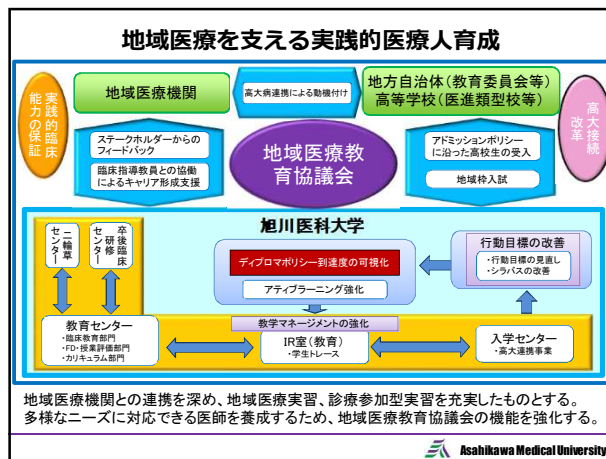
H29年度

	生理系・病理系・社会医学系講義								臨床系講義				医学研究実習	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月		
M3	臨床系講義								全科臨床実習 (全科1wずつローテーション) + 臨床統合講義 21w				全科臨床実習 (全科1wずつローテーション) + 臨床統合講義 10w	
M4	臨床系講義								全科臨床実習 (全科1wずつローテーション) + 臨床統合講義 21w				全科臨床実習 (全科1wずつローテーション) + 臨床統合講義 10w	
M5 (新カリ)	全科臨床実習 + 臨床統合講義 3w	全科臨床実習 (全科1wずつローテーション) + 臨床統合講義 6w	全科臨床実習 評価試験 臨床統合講義 6w	夏季休業	夏季休業	夏季休業	夏季休業	夏季休業	夏季休業	夏季休業	夏季休業	夏季休業	夏季休業	夏季休業
M6 (旧カリ)	全科臨床実習 1-1 3w	全科臨床実習 1-1 3w	全科臨床実習 1-1 3w	全科臨床実習 1-1 3w	全科臨床実習 1-1 3w	全科臨床実習 1-1 3w	全科臨床実習 1-1 3w	全科臨床実習 1-1 3w	全科臨床実習 1-1 3w	全科臨床実習 1-1 3w	全科臨床実習 1-1 3w	全科臨床実習 1-1 3w	全科臨床実習 1-1 3w	全科臨床実習 1-1 3w

[illegible]

- ・ 本学は、「地域医療に根ざした医療、福祉の向上」を建学の理念に掲げ、特に道北・道東の医療職者の不足を補うために、地域医療に貢献する医療人育成を行ってきた。
- ・ 平成22年には地域医療教育学講座を設置して、一貫した地域医療教育の充実を力を入れている。
- ・ 入学者選抜においては、地域枠を導入し(道北・道東特別選抜10名、北海道特別選抜40名)、平成21年度には学士編入学にも5名の地域枠を設け、地域医療に貢献する志の高い学生を受け入れてきた。
- ・ 医療職者の偏在の解消のためには、地域の医療職者は地域で育てるという発想が重要と考え、平成20年度には「高大病選抜によるふるさと医療人育成の取組」を推進し、道内各地からの学生を受け入れてきた。

- ・ 医学科ではこの取組に参加した学生が卒業を迎え、キャリア形成と地域の医療機関と共に行うことが必要な時期に入っている
- ・ 卒後研修制度や新たな専門医制度改革、奨学金制度によるキャリア形成に不安を持つ学生も増えている。
- ・ 大学が地域の医療機関と共にキャリア形成を支援することが、大学の教育機関としての役割を認識してもらう上で重要となっている。
- ・ 地域医療機関及び自治体と協働し、地域医療に貢献する医療人を送り出すという本学の地域医療教育機関としての役割をより高いものにすることを目指し、屋根瓦式の診療参加型臨床実習、地域医療実習により充実したものにしたい。





弘前大学医学部医学科

教育理念

- ・弘前大学医学部医学科は、人間の尊厳を希求し、医学の発展の一翼を担うことを目的とします。
- ・これを実現するために、豊かな人間性と高度の医学知識に富み、求められる社会的役割を的確に果たすことができ、広い視野と柔軟な思考力を持つ医師及び医学研究者を養成します。
- ・また、それぞれの専門性を生かした国際水準の基礎的かつ、応用的な医学研究を推進するとともに、高度で先進的な医療を地域社会と連携しつつ実践します。

地域枠：入学定員の半数以上を占める

- ・62名(前期 12 + AO 50)/1年次 112名
- ・67名(前期 12 + AO 50 + 学士 5)/2年次 132名

弘前大学医学部医学科入試制度・入学定員の変遷

入学年度	一般選抜制度		推薦入学制度		特別選抜制度		学士編入制度		入学定員
	前期日程	後期日程	青森県内枠	全国枠	青森県内枠	AO入試	青森県内枠	全国枠	
平成17年度	50	10		20				20	100
平成18年度	50	5	15	10				20	100(15)
平成19年度	50		20	10				20	100(20)
平成20年度	50		30	10				5	110(35)
平成21年度	50	10			25	15	5	15	120(55)
平成22年度	50	15			25	15	5	15	125(60)
平成23年度	50	15			25	15	5	15	125(60)
平成24年度	50	15			25	15	5	15	125(60)
平成25年度	50	17			25	15	5	15	127(62)
平成26年度	50	20			27	15	5	15	132(67)
平成27年度	50	15			30	17	5	15	132(67)

※青森県定着枠：出身地を問わない。卒業後は、直ちに弘前大学医学部附属病院の臨床研修プログラムにしたがって臨床研修を行い、引き続き附属病院または医学研究科関連施設で医師に従事することを確約できる者。
 ※青森県内枠：青森県内の高校（学士は大学でも可）を卒業（見込）の者。卒業後は県定着枠と同じ。
 ※AO出願要件：平成24年度まで地域指定【青森県全域、岩手県北部、秋田県北部、北海道南部】、募集人員に青森県内出身者25名含む。平成25年度から地域指定【青森、岩手、秋田、山形、宮城、福島、北海道】、募集人員に青森県内出身者30名含む。卒業後は、全員が県定着枠と同じ。
 ※一般選抜制度：平成21年度県定着枠10名増
 平成22年度県定着枠5名増
 平成25年度県定着枠2名増 → 平成26年度にAO入試（県内枠）へ移行
 平成26年度県定着枠5名増 → 平成27年度にAO入試（県内枠3名、地域枠2名）へ移行

（旧カリキュラム）

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
1年	教養教育				夏季休業				教養教育			
	専門科目(基礎人体科学演習等)								専門科目(基礎人体科学演習等)			
2年	教養教育				夏季休業				専門科目(生理学・生化学・解剖学・免疫学)			
	専門基礎科目(医用統計学等)											
3年	専門科目(神経科学・組織学・病理学・薬理学・社会医学・微生物学)				夏季休業				専門科目(薬理学・病理学)			
	専門科目(臨床講義)				夏季休業				専門科目(臨床講義)			
4年	専門科目(臨床講義)				夏季休業				専門科目(臨床講義)			
	研究室研修								PreBSL/CBT/OSCE			
5年	臨床実習(BSL) 14W				夏季休業				臨床実習(BSL) 22W			
6年	臨床実習(12W) クリニカル・クラークシップへき地診療を含む				夏季休業				卒業試験 国試対策セミナー			
									臨床実習 48週			

一般病院での地域医療・へき地医療は必須

新カリキュラム 平成26年度入学者～												
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
1年	教養教育				夏季休業				教養教育			
	専門科目(基礎人体科学演習等)								専門科目(基礎人体科学演習等)			
2年	専門基礎科目(医用統計学等)				夏季休業				専門科目(生理学・生化学・解剖学)			
	専門科目(生理学・生化学・解剖学)								専門科目(薬理学・病理学)			
3年	専門科目(組織学・病理学・薬理学・社会医学)				夏季休業				専門科目(臨床講義)			
	専門科目(臨床講義)								研究室研修			
4年	専門科目(臨床講義)				夏季休業				専門科目(臨床講義)			
									臨床実習(PreBSL/OSCE含む) 8W			
5年	臨床実習(BSL) 16W				夏季休業				臨床実習(BSL) 24W			
6年	臨床実習(16W) クリニカル・クラークシップへき地診療を含む				夏季休業				臨床実習(8W) クリニカル・クラークシップ(大学内のみ)			
									卒業試験			
									医療倫理・地域医療・コミュニケーション・スキル・総合診療医学			
									臨床実習 72週			

一般病院での地域医療・へき地医療は必須

弘前大学 新カリキュラムの特色

- ・国際基準に対応した医学教育認証に対応
 ✓4年次後期～6年次で臨床実習72週を確保
- ・地域医療を必須
 ✓一般病院で、内科・外科を重点とした臨床実習
 ✓臨床実習前のPre-BSLの充実
 医療倫理学・地域医療学・コミュニケーション・スキル・総合診療医学
- ・全学年で英語教育を導入
 ✓研究室研修の総括は、英語での口頭発表と英文レポート提出が必須
 ✓海外教育セミナーへの派遣(ハワイ大学など)