

(5) 総合討論

5. 総合討論

【コーディネーター】

東京大学医学教育国際研究センター教授 北村 聖氏

新潟大学歯学部長 前田 健康氏

テーマ1：アドミッションポリシーを踏まえた入学者選抜の在り方

グループ①

テーマ①：アドミッションポリシーを踏まえた 入学者選抜の在り方		【医学教育】
グループ	：①	
モデレーター	：相馬 仁（札幌医科大学）	
司会	：今井田 克己（香川大学）	
書記	：村上 学（弘前大学）	
発表資料作成者	：泉崎 雅彦（昭和大学）	
発表者	：住本 英樹（九州大学）	
質問対応者	：羽野 卓三（和歌山県立医科大学）	
	秋山 真治（山梨大学）	
	岡田 尚志郎（愛知医科大学）	
	中西 憲司（兵庫医科大学）	

アドミッションポリシーと 入学者選抜方法の役割						
AP	個人面接	集団面接	小論文	学科試験	内申	AO 推薦 地域枠
倫理性	△	△	○		○	
医師としての 適性	○ negative	○ positive	○	○	◎	○
学力			○	◎	○	
地域	○	△			○	◎
国際性		○		○	△	
大学独自						◎

今後の課題

- 選抜方法とアドミッションポリシーの対応
- 面接や小論文の課題の工夫
- 受験生の事前対策の影響を受けない評価方法
- 学士編入学制度の今後について
- 入学後の教育（初年次教育）

3

【住本】 それでは、第1グループから発表させていただきます。

モデレーターが相馬先生、司会が今井田先生、書記が村上先生、資料作成、泉崎先生、質問対応、羽野先生、秋山先生、岡田先生、中西先生と討論をやりまして、その内容を私、住本が発表させていただきます。

お手元の資料にもあるかと思いますが、各大学の機能、特色を踏まえたアドミッションポリシーの下で、それぞれの大学が養成すべき医師像、あるいは、歯科医師像を明確化した上で、地域医療、研究及びグローバル化などへの対応を、それぞれに対応した人材をいかに養成するか、そのための入学者選抜をどのように行うかということにつきまして、それぞれの大学の実情を踏まえた上で、どういうふうな選抜の在り方がどういう効果がある

だろうかということを検討いたしました。

それをまとめたのがこの表であります。私どもがポイントとしたのは、医師として、あるいは、医学研究者としての倫理性、あるいは、医師としての適性、あるいは、学力、あるいは、地域にいかに関与できる人材であるか、あるいは、グローバル化にいかに応える人材であるか、あるいは、それぞれの大学が持った独自性をどうやって担保するかというふうなことから、個人面接、集団面接、小論文、学科試験、内申書、A0入試、推薦入試地域枠などを含めた方法がそれぞれどういうふうなことがあるかというものをまとめたのがこれでございます。

それで、学力等はある意味では評価しやすいのですが、私どもが特に問題視したのは、医師としての適性でありますとか倫理性をいかに入学者選抜の時点で検討できるかということをお話ししましたが、一言で申しますと、なかなか簡単な答えはございません。多くありましたのが、面接とか小論文とか内申書をうまく加味して、少しでも測ろうというものであります。

一方で、もう一つ現在の医療が抱えている大きな問題としまして、地域における医師の偏在の問題であります。これにつきましては、例えばA0入試と地域枠をうまく使った形で、今回、私どものグループの中では弘前大学から、ここでは地域枠が60名ほどあって、それとA0入試を組み合わせ、特に地元の方から地域の医師として働こうという人材をいかに選抜しているかというすごく興味深い発表をしていただきました。

それから、面接につきましては、愛知医科大学の先生の方から、1人当たり30分かけて非常に濃厚な面接をやっていて、それが非常に効果的であるというお話を頂きました。

なかなか解決のないまま、今後の問題だけ残ったのですが、選抜方法とアドミッションポリシーの対応はやっぱりこれから追求し続けなければいけない問題であると。面接や小論文をやるときのポイントとして、受験生側も、予備校等を通じていろいろ策を練ってまいりますので、そういうふうなラインに乗らないような本当の本音を聞けるような面接、小論文をどういうふうに工夫するかということがすごい問題であるということが出てきました。

もう一つ出た問題は、一般選抜で選ばれて学士入学された方の場合にはむしろ成績のいい方が多いんですけれども、いわゆる学士編入学制度の場合は、必ずしもうまく機能していない大学が幾つかあるようでして、今後の大きな問題ではないかと我々は考えております。

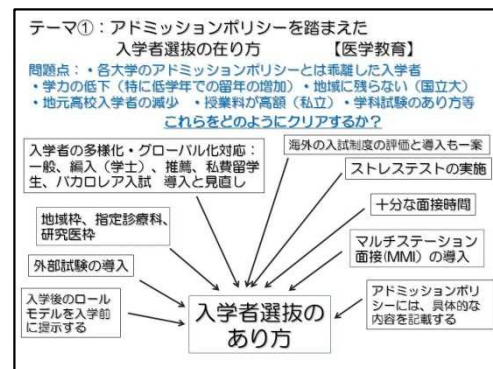
最後に一言。これは入学後なんですけれども、昭和大学の例ですが、教養部の1年生の

間に全寮制で、医学部だけじゃなくて、ほかの学部の学生も交じっていろいろ一緒に教育をやっているという発表がございました。これは医師の倫理性とかそういうふうなことを養っていく上では、あるいは、それを我々教員が見ていく上では非常にいい方法ではないかと思いましたので、一言追加させていただきます。

どうもありがとうございました。

グループ②

テーマ①：アドミッションポリシーを踏まえた 入学者選抜の在り方 【医学教育】	
グループ	②
モデレーター	藤本 真一（奈良県立医科大学）
司会	上野 義之（山形大学）
書記	高橋 智（筑波大学）
書記	大内淑代（岡山大学）
発表資料作成者	坂部 貢（東海大学）
発表者	齋藤 知行（横浜市立大学）
質問対応者	池田 修一（信州大学） 澁谷 和俊（東邦大学）



グローバル化他に対応する人材の育成： 具体的な実施例：	
・	TOEFL 500点以上を義務化（1年生→2年生への進級要件）
・	低学年からのモラル教育
・	チューター教育の充実
・	人間性教育の強化
・	早期体験学習
・	研究室研修（見学）・・・各研究室の研究内容を学ぶ、課題学習の一環としてカリキュラムへの組み込み
・	リサーチ・マインドの醸成

【齋藤】 それでは、第2グループ、発表させていただきます。モデレーターは藤本先生で、司会は上野先生の下で、アドミッションポリシーを踏まえた入学者選抜の在り方について検討をさせていただきました。

アドミッションポリシーに関して、入学を期待する学生像ですけれども、全ての大学がそういった期待する学生像を持っていまして、例えば学習、自己学習能力があって、そして、生涯学習能力が高い学生というようなものが持っているということがありました。特に私立においては建学の精神に十分のつとめた学生像を求めているというようなことがありました。

入学者については、一般選抜、また、地域枠というようなことで、それぞれの学生の枠

が増えたわけですが、入試の方法としては依然、学力重視ということで、なかなかその医師の適性に合ったような選抜をするのは難しいというようなお話がありました。

選抜の中でも、そのほかに学士入学がありますが、学士入学は10年以上やられていて、どうも大学が求めている医師像とはちょっと異なるような形があつて、ネガティブな意見が多いようでありました。理想的な学生像を求めるにはやはり面接というような手段がありますが、一般的な10分程度の面接では十分学生の資格を評価することができないであろうというような意見が大部分でありました。

そこで、学生にストレステストを掛けて、そういったような反応を見るとか、あるいは、新たな方法として、MMI, Multiple Mini Interviewで幾つかの複数のステーションをもって学生の質を十分に評価する必要があるんじゃないかというような話がありました。

そういうようなことで、今後、こういった学生をいかに入学させるかということでは、高大連携とか、あるいは、アドミッションオフィスを充実させるような仕組みが必要なのではないかなというような意見がありました。

ただ、大学、それぞれ医学部が学生に対する様々な入学後の対応は十分しておりまして、グローバル化に対しては進級要件として、1年から2年の進級要件としてTOEFL500点以上を義務化しているところもありますし、あるいは、専門教育の中で医学英語を取り入れるというようなこともありました。

そして、医師としてのモラル教育を充実させる、あるいは、医師としてのプロフェッショナルリズムをしっかり持たせるというようなことも重要であるということで、早期体験学習等も行っているというような仕組みもあるということをおっしゃっていました。

また、リサーチ・マインドを涵養するというような取組も行われていますので、入学後には何とか医師としてカリキュラムにのっとなって育成することができるというようなお話だったのですが、やはりいかにいい学生を入学させるかという問題は現在いろいろ残っていますし、例えば海外で1年生に300名ぐらい入学させて、そして、各進級ごとに絞っていくというような競争原理を働かせるようなことが社会的に認められるようになれば、よりいい医師が育成できるんじゃないかなというような考えで意見をまとめました。

以上です。どうもありがとうございました。

グループ⑪

**テーマ①：アドミッションポリシーを踏まえた
入学選抜の在り方** 【歯学教育】

グループ：⑪

モデレーター：東 みゆき（東京医科歯科大学）

司会：宮崎 隆（昭和大学）

書記：佐藤 利英（日本歯科大学新潟生命歯学部）

発表資料作成者：松口 徹也（鹿児島大学）

発表者：天野 敦雄（大阪大学）

質問対応者：草間 薫（明海大学）
千田 彰（愛知学院大学）

テーマ①：アドミッションポリシー（AP）を踏まえた入学選抜の在り方

I 入学選抜の現状

1. 入学者の問題点
モチベーションの少ない学生が増えている
必ずしも入学時と卒業時の成績の間に相関が見られない
日本の学生の英語コミュニケーション力の不足
入学後の初年時教育の大切さ → モチベーションを向上できる？
2. 現在の入試制度とAP
APは募集要項やHP等で公開している。
APを意識した入試面接評価を行う
志願書類中の「志願理由」を参考にした書類審査
建学の精神を取り入れたAPの設定（私大の場合）
3. 特別な入試選抜
AO入試
地域枠、帰国子女入試枠、
海外指定校からの入試枠（スーパーグローバル大学）

テーマ①：アドミッションポリシー（AP）を踏まえた入学選抜の在り方

II 新たな展望

1. わかりやすいAP
大学評価のためだけでなく、受験生の視点にたったものを
歯学をよく知ってもらうための高大連携の活用
2. 多様な人材を選抜するための入学選抜
各大学独自の多面的な入学試験が必要
→ 大学入試希望者学力評価テスト（H32）導入後の個別選抜に期待
小論文、プレゼンテーション、集団討論など
グローバル化への対応

【天野】 歯学部の入試について御報告いたします。大阪大学の天野でございます。

歯学部の入試の現状について、まず解析いたしました。国公立大学ではセンター試験、そして、前期、後期の個別学力試験、私立大学ではいろいろな工夫が凝らされておりますが、受験生が少ないため、清濁併せ飲むような入試になっているのが現状だということで、モチベーションの少ない学生がいる。入試についてちょっと問題なのかなと思うのは、入学試験の成績と卒業試験の成績で全く相関がないという結果が各大学から報告されております。また、英語のコミュニケーションの問題、このような問題は今後の初年次教育の改善で改良されるかもしれません。

それから、アドミッションポリシーですが、各大学、アドミッションポリシーは明確に規定されております。ただ、求める人材像がややもすれば、品良し、顔良し、頭良しということで、求めるポイントが余りに多過ぎ、なおかつ、難解で抽象的な表現であるために、受験生の心に響いてないということもあります。また、このアドミッションポリシーと受験生との対応は現在のところ、主に面接を中心になっておりますので、短い時間での評価は困難であると。

ですから、当然、いろいろな入試の方法が考えられております。多様な入試、また、現

在のところ、A0入試、地域枠、帰国子女、それから、海外からの特別入試枠というものが考えられておりますが、まだ十分に機能しているとは思われません。

そこで、新たな展望としては、まず、アドミッションポリシーを分かりやすくする。我々の言葉ではなくて、受験生がなるほどと膝をたたいて理解できるような言葉で書くと。そして、歯学とはどういうものか、これは高大連携等のシステムを通じて、広く中高生にまで歯学の現状、また、その意義を理解していただく。また、多様な人材を選抜するため、これは平成32年度から日本の入試制度は大きく変わろうとしています。ですから、学力を担保するという現在の入試制度から、生きる力、個人の力、これを評価するようなシステムを採用していかなければいけません。

ただ、我々の人を見る目利きの力にも限界がありますし、また、18歳、まだまだ生きる力、薄っぺらくて、そして、我々が評価するには余りに脆弱なのかもしれません。人を見るためのシステム、これを更に勘案して、より良い人材を多様な入試方法で採用する、これが現在の歯科の課題かと思っています。

以上です。

<質疑・応答>

【北村】 ありがとうございました。

アドミッションポリシーを踏まえた入試に関して、3題、御発表を頂きました。

何かコメント、あるいは、御質問等ございますでしょうか。

では、私の方から、第1グループが一番項目が多い評価項目が内申書と書いてあったんですが、内申書というのはそんなに信頼できるものですかね。すごい違和感を持ったんですが。

【住本】 我々の議論の中では、確かに入試とか面接とか小論文とか、今言われているものというのは当然評価の対象になると。ただ、その人となりというのを長い時間で見ると、そういうふうなものの評価にはやはり内申書も非常に重要ではないかと。

例えば、高校の先生方が3年間掛けてその学生を見ている。あるいは、その学生の日頃の態度とか、あるいは、その学生の高校時代の例えばボランティアであるとか、あるいは、スポーツとか、学生の中のリーダーシップというか、そういうふうなものを見るには比較的いい指標ではないかということで、内申書を入れさせていただいたということになります。

【北村】 かつて高校入試に中学校の内申書を重視するという時代がありましたが、そうしたら何が起こったかという、中学生は先生の前でいい顔をして、学校が終わって机の下で蹴飛ばし合うみたいな。それと、ずっと評価を受けているというのはすごいストレスであると。試験のときだけポンと評価を受けた方がいいと。毎日内申書で評価されるとなると、友達同士で何かいたずらすると、あ、内申書に傷つくぞという会話が飛び交った時代があって、今は高校入試にそんなに内申書を重視しない、伸び伸び育てようというところがあるんですが、これがもし本当になってしまったら、高校3年生は、特に医学部を受ける人たちは、内申書に傷つかないような高校3年生の生活になるような気がしたのですが。

【住本】 内申書の話をしたとき、二つ問題があって、一つは、いわゆる内申書の評価が受験というものを意識して書かれている高校、要するに受験を目標にしている中高一環のような高校と、いわゆる一般のと言ったらいいいんでしょうか、高校、県立高校とか、そういうふうなものとの評価は少し注意して見る必要があるということ。

ただ、確かに先生の前だけでいい顔という面もというか、そういうふうな項目も内申書の中にはあるかもしれないですけども、もっと試験では表せない日頃の学生の顔というか態度なり、意欲なりというものを測るには、それも十分参考にはなるのではないかと、うふうに我々は評価をいたしました。

【北村】 ありがとうございます。

ほか、第2グループの発表では、高大連携という言葉に変わっていましたが、高大連携というのはまだ文科省が言い出ただけで、具体的には何も出てないので、本当に高校をそんなに信頼していいんだろうかという気持ちはありますが。

最後に、競争原理という言葉で、ドイツなんか、300人入学させて、各学年で落として、最後、卒業するのは100人以下というようなシステムを取っているんですが、それを肯定したんですかね。紹介しただけだったのでしょうか、2グループの人は。これを日本でもやるべきだという御意見だったのでしょうか。

【齋藤】 現状では恐らく無理だろうという意見が大部分だったと思います。というのは、落とされた人間たちが今後どうするかというのは、入学させた者としてやっぱり責任があるということもありますし、現状では無理かもしれないけれども、ただ、例えば1年生が入学して、少し伸びきったような状態で緊張感が余りにもなさ過ぎるので、やはり緊張感を持たせてやっていくためには、そういった仕掛けを作る必要もあるのかなという感

じがいたしまして、今回こういう形で提案させていただきました。

【北村】 ミュンヘンに行ったときに、昔、ミュンヘン大学の医学部に入ったんだよというのを自慢にしているタクシーの運転手さんがいて、そういう文化ができればいいですね。落とされた人も、過去の自分の勲章だみたいになればいいと思います。

逆に今現在、18歳で医学部に入った人の98%以上が留年や国試浪人やいろいろなことがあっても、結局は医者になっているんですね。この率は高過ぎるんじゃないかという意見もありますが、それはいかがですか。

【齋藤】 確かに日本の医学部っておかしいですよ。だんだん話せば話すほど、世界と比較すると、少し何か変かなというような話がありまして、そういった意味で、入り口でしっかり学生を選抜するのが重要なことなんじゃないかなという先生方が多かったです、意見としては。ただ、現状としてはそういった落としていくというようなことは恐らく日本の社会的な風土を考えると無理だろうというふうな結論でした。

【北村】 11班は、アドミッションポリシーは面接で、そして、アドミッションポリシーを分かりやすくすると。ここも高大連携に期待するということでしたが、生きる力、それを評価したいということなんですが。

前やっていた高校のゆとり教育、あれは生きる力を付ける教育ということだったので、その多くはゆとり教育はうまくいかなかったという評価ではないかと思うのですが、それと、先生がおっしゃった生きる力というのは別のものですか。それとも、ゆとり教育世代がいいなという話でしょうか。

【天野】 ゆとり教育は私どもも決して肯定的ではありません。もうゆとり教育が終わった学年と、そのゆとり教育の真っただ中と全く違いますので。

ここで私たちが生きる力というのは、絶えず自分でこの問題を、そして、前向きに歩いていく、結局は自分の人生にどれだけ責任を持って前向きに向かっていくかということなんですが。ですから、人生を前向きに生きる、こういう力。学力だけではなくて、その個性、存在自体が我々がこの歯学の領域において輝ける人間。これはもう人と人との面接ですよ。これでしか評価できないなと思っているのですが。

ただ、18歳の個性というのはまだまだ薄っぺらくて、それを十分に評価するのは容易ではないなというところで問題点を感じたところです。

【北村】 ありがとうございます。面接もいろいろあって、東大なんかは一時やって、やっぱりやめて、またやるという、揺れているんですけど、その効果もなかなか難しいで

すし、先ほどの御発表だと、30分やったらいいと、10分じゃ物足りない。そうすると、何百人も受けるとどれだけのエネルギーが掛かるのかと思いますし、逆に、アメリカの大学を見ていると、インタビューは物すごいエネルギー掛けてますね。半年以上掛けてインタビューしたりしていますし、その辺りも議論になるんじゃないかと思いますね。

テーマ2：統合教育を行うための入学時から卒業時までのトータルカリキュラムデザインの の在り方・実践

グループ③

テーマ②：統合教育を行うための入学時から卒業時までのトータルカリキュラムデザインの在り方・実践 【医学教育】

グループ：③

モデレーター：鈴木 康之（岐阜大学）

司会：長谷川 仁志（秋田大学）

書記：安元 佐和（福岡大学）

発表資料作成者：佐藤 洋一（岩手医科大学）

発表者：渡邊 能行（京都府立医科大学）

質問対応者：高田 淳（高知大学）

○ 水平統合・垂直統合

取組

- ・ 各大学がそれぞれの特色を生かすこと。

課題

- ・ 教員の意識改革（温度差）
- ・ 横断的統合法による学生の理解
- ・ 縦断的統合法による学生の理解
- ・ 教員デザインとの関係性
- ・ 形骸化したPBLの要素から、PBL-Tutorialシナリオの基礎知識の構築
- ・ 縦断的統合法に対する不安払拭、評価の確立
- ・ 基礎・臨床・社会医学・医療行動科学の統合

対策

- ・ 統合を意図したOPに沿った医学部長直轄の機構（センター）を作る（模回しも必要）
- ・ カリキュラムポリシー
 - ・ 基本症例・症候・手技をベースにした統合化（入学時から卒業時のアウトカムを見据える）
 - ・ 卒業時アウトカムを明示したカリキュラム
 - ・ 縦断的統合法カリキュラム
 - ・ 評価（統合的な評価や中間のプログレスが明確になる段階的評価を加える）
 - ・ システムのPDCAサイクルを意図したカリキュラム評価、教員評価

具休策

- ・ 統合化を意図した授業デザイン
- ・ 基礎授業実習に臨床の先生が参画（OJT、シミュレーターの利用）
- ・ 臨床と基礎の統合（授業デザイン、教員評価のインセンティブ）
- ・ カリキュラムはセンターが作り、各科はそれに従う
- ・ 医学英語の基盤統合（基礎単語、用語集作成）
- ・ センター構成員の養成（広い視野、熱意を持った教員の養成、インセンティブの付与）

○ 教養教育のありかた

- ・ 社会のニーズに沿って準備教育とリベラルアーツの内容を充実→リテラシー教育へ
- ・ 学生のバックグラウンドにあわせて選択科目の設定
- ・ 英語教育の充実化（医学のツールとしての英語教育）
- ・ アクティブラーニングの習慣をつけさせる

○ 学修支援

- ・ 問題学生の情報共有（特に、臨床実習において）
- ・ 学生情報の共有化（教務・学生部の情報を統合、ルール作成、個人情報管理）
- ・ 医師としての適性に欠ける学生への支援（含、進路変更指導）
- ・ 話題：性同一障害

○ 水平統合・垂直統合

取組

- ・ IPE、医療倫理、行動科学（岩手医大）
- ・ モデルコアカリキュラム単位の統合科目（女子医大）
- ・ 初年時から症例ベースの勉強をスタート、県内医療機関とのコラボレーション、行動科学（秋田大）
- ・ 教養教育課程を積み上げ型から模範へ、京都府の3大学教養教育を統合、座学講義数削減、講座中心能動型→基礎臨床の統合を目指す（京都府立医大）
- ・ 基礎・臨床が統合したチュートリアル→削減、英語教育を全学年を通して（大分大学）
- ・ PBL-Tutorial（教員参画）→TBL、充実した医療倫理教育（高知大学）
- ・ 模範的な大講座制→専門委員会が分野横断的にカリキュラムをデザイン、星橋五方式の定着、文化人類学的観点からの地域医療教育、IPE（三重大学）
- ・ 初年時から症候学、シミュレーター教育、多職種評価（福岡大学）

課題

- ・ 教員の意識改革（温度差）
- ・ 医学生の負担軽減
- ・ 横断的統合法による学生の理解
- ・ 授業デザインFD
- ・ PBL-Tutorialシナリオの基礎知識の連携、形骸化したPBLの改革
- ・ 縦断的統合法に対する不安払拭、評価の確立
- ・ 基礎・臨床の統合

対策

- ・ 統合を意図したOPに沿った機構を作る（模回しも必要）

【渡邊】ここに掲げていますグループとして討論させていただきました。発表は京都府立医科大学の渡邊からさせていただきます。

それぞれの大学で、水平なり垂直統合、カリキュラム、いろんなことをやっているんですが、その現状、その中で非常に苦労して、課題も多々あるということをまず最初に確認をしまして、我々のその統合の中身として、基礎、臨床、社会学、さらには、その医療行動科学も含めて、さらには、この前には教養教育もあるかと思いますが、その全般的な統合ということ話を、対策として、やはり一番大事なのは、統合を意識したこのカリキュラムポリシーを作っていく。そのためには、今、文科省の方では学長のガバナンスということをお願いしておりますけど、そういったものをベースにした医学部長直轄の権限を持ったセンターを作ってやることが必要なのではないかというような論議になりました。

具体的には、その基本症例をベースにして、症候・手技等を統合していき、入学時から、さらには、最終的にはその卒業時にどういう能力なり、態度なり、技能を身に付けていく

のかというアウトカムを見据えて、その段階、段階できちとした評価をしていく、そういう従属的なカリキュラムでないといけないのではないかということで、そのためには、その評価、もちろん学生評価もそうですけれども、カリキュラム自体の評価、さらには、それを実施している教員もまた評価されなければならないという論議がございました。

具体的には、そのような論議の中で、授業デザインですとか、実際にその臨床の先生が基礎の方まで一緒に参画していただいて、その中で、例えば解剖学実習の中でシミュレーターを使った医療技術を学ぶですとか、いろんなやり方があるんだろうという。

要は、そのカリキュラムをセンターが中心になって指導し、各科が従っていただくなり、また、特に今、語学は大事ですので、医学英語については垂直的な統合も今後きちっとやっていく必要があるだろうと。最終的にはそのセンターの教員がきちとした視野を持って熱意を持ってやるわけですけど、そういった教員養成に対するインセンティブ等も必要になろうかと思います。

また、入り口にあります教養教育ですけど、これはもう医学、医療が社会のためにあるものですから、社会のニーズに沿った準備教育なり、リベラルアーツ教育というものをしていけないといけないわけですし、この医学部に入ってきた最初の段階でどうやって6年間勉強していくのかというそのリテラシー教育も重要だろうというふうに考えました。

個々の学生も、例えば生物を受験していないとか、そういう学生に選択必修できちっと準備教育をすることも必要でしょうし、英語についてはもう大学の附属病院におけば、外国人の患者さんもいっぱい来られる時代ですから、きちとした英語教育を6年間一貫してやっていく必要もあるかと。

要は、学生が受け身に勉強するのではなくて、アクティブに一生勉強、生涯教育まで含めてやっていく、そういうようなことを教養教育の入り口としてやるべきであって、その中で、先ほど論議がありましたけど、落ちこぼれがあるようなそういう学生については、きちとした支援をその時々においてもやっていく。そういうことが重要ですので、そのための情報の共有化ですとか、個人情報と関わることも多々あるわけですけど、そういったルールを作っていく必要があろうかと思います。

やはり98%が必ず医師になるというその我々のこの業界ですけれども、その医師としての適性に欠ける学生をどうしていくのかということは、そのそれぞれの大学だけではなくて、やはり我々のこの業界全体としてのきちとした考え方も要るんだろうと思いますけれども、基本、冷たく切り離すんじゃなくて、きちとした支援なり進路変更も必要かと思

います。

最後に少し、このことと関係しまして、7%はいると言われています性同一性障害の医学生も実は最近出てきているということで、そのことが少し話題になりました。

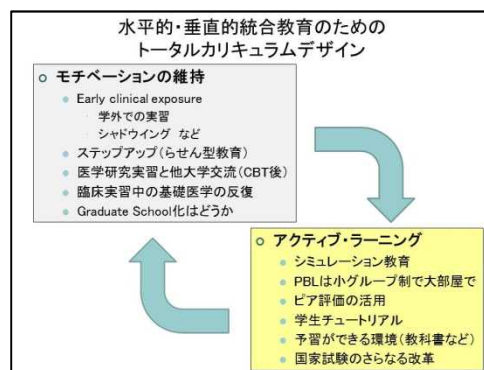
以上です。

グループ④

テーマ②：統合教育を行うための入学時から卒業時までのトータルカリキュラムデザインの在り方・実践 【医学教育】

グループ : ④
モデレーター : 泉 美貴 (東京医科大学)
司会 : 木原 康樹 (広島大学)
書記 : 石井 榮一 (愛媛大学)
発表資料作成者: 伊藤 保彦 (日医大学)
発表者 : 木原 康樹 (広島大学)

大脇哲洋 (鹿児島大)、車谷典男 (奈良医大)、三枝 信 (北里大)、神田芳郎 (久留米大)、興梠征典 (産業医大)



【木原】 広島大学の木原と申します。我々の4班では、東京医科大学の泉先生をモデレーターとして、8人でディスカッションを行いました。

さて、私たちはモチベーションの維持ということとアクティブ・ラーニングを行うということは、ある意味で両方が正のスパイラルになって初めて完成すること、あるいは、PDCAサイクルを回すことと同じようなことではないかというふうに考えました。

モチベーションの維持ということに関しては、入ってくる学生たちが、先ほど、アドミッションポリシーの話もございましたけれども、基本的には成績が良いから医学部に行くという流れは少しも変わっていないわけで、そういう意味で、医師になるということのモチベーションに関しては希薄な学生たちが入ってくる。最初からモチベーションが余り高くない人たちをどうするかということでもあります。

アクティブ・ラーニングに関しては、医学教育におけるアウトカムが国家試験に合格することという比較的是っきりしたアウトカムが設定されているということで、パッシブ・ラーニングになりやすいというか、ならざるを得ないようなところがあって、そういうところの入り口、出口の大きな問題というものを、現実を見据えながら、こういうモチベーションの維持とアクティブ・ラーニングをどういうふうにしていくかということを考えました。

それで、モチベーションの希薄な学生たちが入ってくるわけですので、最初からモチベ

ーションを上げていくと、医学生になるということ、あるいは、医学者になるということがどういうことかということを理解していただくためには、早くからやはりEarly Clinical Exposureということをしていく必要があるだろうということでございます。

また、ステップアップと書きましたけれども、例えば最初から医療の上でのトラブルのような倫理の問題を掲げて難しいわけでありまして、最初は例えば患者からお金をもらったかどうかみたいな格好で、倫理の問題もそれぞれのレベルに合わせてらせん型に何度も繰り返しながら、それぞれのレベルで出していったらよいのではないかとということでございます。

医学研究実習と他大学の交流というのは、広島大学で実施しているCBT前倒しとその後4か月間の研究実習をモデルケースとして討論しました。その研究実習では、学内、国内、更には、国外の学生との交流ということもでき、かなり学生が自信を持って帰って参ります。

それから、ポリクリですね。臨床実習の時間が長くなったわけでございますけれども、基礎医学の先生方にもその臨床実習に参加してもらって、基礎医学との反復ということでこれを垂直方向の関係をしっかりとするというところでございます。

アクティブ・ラーニングに関しては、大きな問題としては、教員の数が少ない中において、どういうふうにやっていくかということでございます。そのためには、早くからシミュレーション教育ということを取り入れる、あるいは、学生の間でのピアの評価をさせて、学生たちにも責任を持たせる。それから、高学年の学生にチュートリアルを任せることによって、下の学生を教えたりして、屋根瓦的なことをやっていく。それから、反転学習などの準備として、しっかりした学習のベースとなるものを、ここでは教科書と書きましたけれども、そういうものを準備した中での学習というものを確立していくということでございます。

望むらくは、韓国では失敗したGraduate Schoolのようなものを日本でもう1回やってみる、あるいは、国家試験というものを更に改革してもらって、入り口、出口のもうちょっと風通しを良くした環境の中で、トータルカリキュラムデザインというものを考えていかないといけないのかなということが我々のグループのディスカッションであります。

ありがとうございました。

グループ⑫

テーマ②：統合教育を行うための入学時から卒業時までのトータルカリキュラムデザインの在り方・実践 【歯学教育】	
グループ	：⑫
モデレーター	：小野 和宏（新潟大学）
司会	：河野 文昭（徳島大学）
書記	：河相 安彦（日本大学）
発表資料作成者	：高橋 一郎（九州大学）
発表者	：窪木 拓男（岡山大学）
質問対応者	：菅井 基行（広島大学）

統合教育を行うための入学時から卒業時までのトータルカリキュラムデザインのあり方・実践	
○	カリキュラムデザインの基本的考え方
	コンピテンシ・コンピテンシーからアウトカム基盤型のカリキュラム設計（逆向き設計、カリキュラムマップ、デプロマポリシーへ）
	・文理統合教育（地域包括ケア、倫理、法学、建築、ロボット、心理、社会） ・基礎・臨床の統合教育（基礎と臨床の融合よりも、基礎と臨床の有機的連携） ・多職種共同・連携（医歯薬・保健・介護など）教育 ・プロフェッショナルナリズム教育（シャドーイング、コミュニケーション含む） ・でも、国家試験の合格率が低下したという例もある！
○	実践法（各要素の確立とそれを繋ぐ連結要素）
	・教養教育、専門教育における座談室等の活用 ・研究コース・臨床コース ・グループ学習（TBL、PBL、チュートリアル） ・垂直的（初年次教育から専門科目、2年生と6年生）・水平的統合（屋根瓦方式・分野横断） ・卒業試験でアウトカムの達成度の評価
○	継続的カリキュラムの改変（WG会議→教務委員会→教授会）

【窪木】 それでは、歯科から発表させていただきます。モデレーターは新潟大学の小野先生でございました。岡山大学の窪木が発表させていただきます。

我々はこのカリキュラム、トータルカリキュラムデザインの在り方ということで三つほど考えてみました。

一つは、やはり、今のカリキュラムが細切れで考慮されてい過ぎるということもありまして、どういう能力を開発するかというコンピテンシ・コンピテンシーからアウトカム、基盤型のカリキュラム設計に、向きとしては逆向きの設計を、トライをするいいタイミングではないかということになりました。その結果として、カリキュラムマップができ、そして、最終的にはディプロマポリシーにそれを昇華していくということであります。

この中で、コンピテンシーの中にはここへ書かれたものに加えて、たくさんのものが考えられるわけですが、我々が議論したものをここへリストしております。例えば、最初の部分、文理統合教育ということであります。これは教養教育で大きくこの文理統合教育を進めるべきというふうに考えているわけでありまして、

医療界においては、例えば地域包括ケアでありますとか、医療倫理の問題、それから、医療法学の問題、建築、それから、ロボット技術の問題、心理、それから、社会学の問題、こういうものが本当に大切になってきているわけでありまして、どうしても医学部と歯学部の中の人的資源にこのようなものが十分含まれていない。ですので、総合大学においては是非、この文系の方々の協力を得て、この文理統合教育に駒を進めるべきであろうというふうに思っております。

それから、同じような議論で、基礎と臨床の統合教育を進めるべきであろうというふうにお話が出ました。ただ、日本の基礎が大変すぐれた業績と研究力をサポートしているということを考えますと、これをやみくもに基礎と臨床を融合してしまうというよりも、基

礎と臨床の連結をよりスムーズに良くするということに注力をすべきであると思われます。例えば臨床の人たちは、基礎の分野で何が教育されているかということをほとんど知らないわけですね。そうやって基礎と臨床をいかにつなぐかということにもっと注力すべきであらうというふうに思っております。

それから、今、医歯薬・保健・介護を含めまして多職種連携が非常に重要になってまいりました。また、プロフェッショナルリズムの教育も重要になってきております。ただ、こういうことを一生懸命やりますと、国家試験の合格率が低下したというような例もありますので、コア・カリキュラムや教授要項の改革が同時に行われる必要があるということも強調しておきたいと思っております。

各要素を確立をしまして、それをつなぐ連結要素としまして、先ほど出ておりましたアクティブ・ラーニングがあります。また、研究コースと臨床コースを分けたり、TBL, PBL, チュートリアルでありますとか、垂直的、水平的な統合をする。そして、最終的に卒業試験でアウトカムの達成度の評価をするということ、そして、3点目といたしまして、このカリキュラムが出来上がったとしても、この目まぐるしい社会情勢でありますので、継続的にこのカリキュラムを改変し続けるということが重要であると思っております。ワーキンググループ会議、教務委員会、教授会を通して、これを大きくサイクルを回していくことが重要であらうと思っています。

以上です。

<質疑・応答>

【前田】 ありがとうございます。

それでは、まずは質問をお受けいたしたいと思っておりますけれども、まず、3グループはいかがでございましょうか。

【齋藤】 横浜市大の齋藤ですけれども、今、授業時間の短縮というのがありまして、90分から60分化という方向に動いていると思うんですね。そういった意味で、縦のフュージョン、横のフュージョン授業がますます重要になってくると思うのですが、その辺に関して、どういうお考えがあるのでしょうか。

【渡邊】 基本は、全てを教える必要はないのだという、6年間にわたって、最終的な卒業時点で、基本的に医師国家試験でどのようなリクワイアメントがされているかというのは既に明らかになっているわけですので、そこに到達することができるカリキュラム、

その基本は最終的には自分で勉強してもらわなければいけないわけですので、きちっとした症例をベースにして、それで、症候を取って、その基礎に基礎医学があるとか、そういうやり方でいけば、全てを教える必要はないと、我々はそういう論議をしておりました。

【前田】 なかなか基礎の先生は全て教えたがるというので、オロジーをどうするかというのは大きな問題になっているかと思います。

それでは、菅井先生、どうぞ。

【菅井】 広島大学の菅井です。我々の班では、実際もう60分授業になっているところもあるし、まだ90分のままのところもあるということで、それぞれのメリット、デメリットという話がありまして、いわゆる普通の教科を教える場合には60分ということも可能ですけれども、例えばグループ学習をして、その中で何か成果を求めるということになると、例えば90分を2コマ続けてやるぐらいで、やっという感じの授業が成り立つのかなということで、それぞれ長所、短所があるので、一概に全部60分にするのもどうなのかということが話としてはございました。

【前田】 私も110分授業を受けてきたクラスですけれども、先生方、60分授業の長所、短所みたいなことで事例を報告していただける方、どなたかいらっしゃいませんか。

【菅井】 もう一つ追加しますと、60分授業で、要するにクォーター制に移行するということで、そうすると、そのクォーター一つを丸々完全にのかせてしまって、そこを例えば海外に学生さんを派遣するとかいう形に使うこともできるので、そういう使い方もあるなというお話は出ていました。

【大内】 岡山大学の医学部医学科では、昨年より60分の授業になっております。来年度からは教養の方も60分で、さらにクォーター制が導入されるということです。

昨年、大変いろいろな改革を求められて大変困惑いたしました。例えば私どもの解剖学3講座ございますが、1、2、3講座が集まりまして、改めてコア・カリキュラムというものを検討いたしまして、先ほど、全てを教える必要はないんだというふうなこともおっしゃられましたが、やはり最低限、コア・カリキュラムというのがありますので、それをどういうふうに割り振るかというのを三つの解剖学の講座で再検討いたしまして、そのミニマム・リクワイアメントを入れた形で60分で、大体9割に、臨床実習の時間を確保ということもございましたので、9割に解剖学の講義時間は短くなったのですが、しかも、それは60分でということ。

しかし、60分の講義が例えば午前中に3コマございますので、それを、1、2、3コマ

を全部同じ教員が担当することもございますし、2コマということもございますが、2限目は少しアクティブ・ラーニングのような課題を提供したりというようなことで、60分でどういうふうにその内容をコンパクトにまとめるかということを考えまして、非常に良かったというふうには思っております。

【前田】 ありがとうございます。

それでは、4グループに対する御質問、御意見等ございますでしょうか。

【細川】 九州歯科大学の細川でございます。

分野別臨床評価を受けた立場から、ちょっと気になったところが1点ありまして、発表の中に、研究者コースと臨床コースというのがあって、日本の大学、歯学部、医学部の独自性としてPh.D.を育てるという方向性は私はありだと思っているのですが、ただし、グローバルな認証評価を受けるということになったときに、基本的な臨床コースしかあり得ないということになるんじゃないかと。そこら辺のことを、もしよろしかったら、コメントいただければと。

【菅井】 ありがとうございます。それは実は広島大学の例でして、いわゆるコア・カリキュラムの外側に作っているもので、臨床コース、研究コースというのは何も臨床医になる、研究者になるということではなくて、研究コースというのは基本的に研究を通してロジックを学んでもらうということをアウトカムとして求めています。ですので、できれば本当はほとんどの人に研究コースを取ってもらって臨床に上がってからも必要になるロジックをちゃんと学んでもらうことを目指してほしいなと思っています。

それは基本的なコア・カリキュラムの外側に作っていますので、コア・カリキュラムの方ではちゃんと担保しているということでございます。

以上です。

【前田】 4グループのところでちょっと私の方から御質問したいんですけども。

こういうアクティブ・ラーニングを使った水平的、垂直的なカリキュラム、カリキュラム評価というのについて、どのようなディスカッションがございましたでしょうか。

【会場】 学生にもそのカリキュラムの評価に参加させるべきではないかということの意見が出ておりました。アクティブ・ラーニングをするということでたくさんの教員が必要になってくるという状況が考えられるわけですが、現実的にはそれだけの教員を確保することに大変大きな問題があるということでございます。

そうすると、やはり学生の間での評価というものを尊重したり、あるいは、ピアレビュー

一をさせることによって、誰がいい意見を述べた、誰が寝ていたみたいな、そういうことも、そういうところから上げることによって、さらに、学生の評価をすると同時に、これから先のカリキュラムの改革ということにもつながるのではないかという意見が出ておりました。

【前田】 それと、最後の歯科の方のところ、教養教育におけるアクティブ・ラーニングという問題が出ていたんですけども、これは総合大学でも非常に教養教育に対しての要望というのとアクティブ・ラーニングの導入は難しいかと思いますが、何かその成功事例等々がありましたら、教えていただきたいと思います。

【窪木】 成功事例というわけではないんですが、まず、マンパワーがない中で、教養教育を今、大綱化の中で充実することが求められています。そういう中で、今一番重要なのは、アクティブに自分自身でその問題を見つけて、その問題を解決する能力をつけてもらうということが、教育のマンパワーを改善しながら、かつ、学生たちの生涯教育にまでつなげていくということに繋がるのではないかと、そういう議論になっております。

【会場】 医学部の立場から言うと、先ほどから申しているように、非常にモチベーションに問題があるというのか、もともとモチベーションというものが明確でない人たちが入ってくるわけで、それが1年目にがくと自分の学業ということの意味を失ってしまうというところがございますので、そこへやはりアクティブ・ラーニングしてもらわないといけないと。

どうするかといえば、やはり自分たちになる医者の方というものを早く見せることが一番ではないかと。教員が少ない中においてどうするかといえば、地域の先生方とか、そういうことも上手に使いながら、シャドーイングであるとか、あるいは、そういう地域を見て歩くことみたいなことは彼らにとってのアクティブ・ラーニングになるのではないかと意見が出ておりました。

【前田】 ありがとうございます。

第3グループのところだけで、学習支援という問題を議論していただいたと思いますが、最近、うちの大学でもそうですが、学習障害という、いわゆる面接等で分からずに入ってくる学生等々の人がいますが、そういうことに対する対応みたいなことは何かございますか、会場の先生方の。一応、専門家を呼んでやっている、我々の大学も対応しても、なかなか実効が上がっていないんですが。3グループの先生方、何かそういう議論はございましたか。

【高田】 3グループの高知大学の高田ですけれども、多分、その学生の障害といえますか、その程度によるのだと思います。それで、学生同士でそういうのをかなり入学時から見ていて、それを指摘したりとかいう話で、どんどん逆に落ちていくような学生もおりますので、教員に対しては学習障害といえますか、発達障害学生への対応というわけではなくて、学生との付き合い方というようなFDをやったりはします。

ただ、結局、担任制であるとかアドバイザー教員制というのは余り実際には機能していませんので、学務委員会の下にそういう特別な対応をするグループを作るとか、最終的には保健管理センターとそういうグループで対応して、非常に厳しい学生は途中でドロップアウトというのもあると思います。

ただ、学内では臨床教育中心にかなり厳しい意見も多くて、早期の方向転換というのを勧告すべきじゃないかという意見もありますが、特に医学部の場合は父兄も含んでの話になりますので、そう簡単な話じゃなくて、実際は限られた教員がその父兄への対応も含めて対応しているというのが現実のところですよ。

【前田】 ありがとうございます。なかなか今、親御さんの問題が出てくると、我々も非常に対応に苦勞して、医学部、歯学部へ入ったんで、やめさせたくないということで、ずるずる行っているというのが現状かと思います。

テーマ3：臨床実習の改善・充実

グループ⑤

テーマ③：臨床実習の改善・充実

【医学教育】

グループ：⑤
モデレーター：山脇 正永（京都府立医科大学）
司会：和佐 勝史（大阪大学）
書記：吉田 篤博（名古屋市立大学）
発表資料作成者：小田 康友（佐賀大学）
発表者：赤木 美智男（杏林大学）
質問対応者：木下 洋（関西医科大学）

○ 実習の形式は定まってきた

- 共用試験後の実習期間60～66w＋実習前教育実習で72w
- 短期・見学型＋長期・診療参加型の二層式
- 電子カルテは普及、学生の権限・使用実態はさまざま
- 形成的評価：ポートフォリオ（予定）、ログブック
- 総括評価：卒業試験、PCC-OSCE

○ 今後の課題

- 参加型実習の基本線を守り：面接・診察・報告・討論
- 実習のゴール設定の再検討
 - ・ 学内外の教員に対するFD、目的・方法の共有
- 形成的・継続的評価（学習者評価、プログラム評価）
 - ・ レポートによる各科評価の見直し：カルテ記載、プレゼンで
 - ・ ポートフォリオ、360度評価：昔ながらの指導の見直し
 - ・ 双方向性評価、診療科へのFB

○ その他

- 定期的な全体への臨床講義
 - ・ 各科クルーズの削減
- 実習中のシミュレーショントレーニングの功罪
- 屋根瓦式教育体制に学生・研修医が参加
- ICTを用いた教育セッション：地域連携

【赤木】 発表係の杏林大学の赤木でございます。

まず、参加者で情報交換を行いました。ここに書いてあるのは、今現状ではかなりいろんなばらつきがありますが、分野別評価に対応したこれからの実習のカリキュラムということではおおむね共通点が多くて、まず、狭義の臨床実習期間としては60ないし66週で、それに卒前のいろんな患者さんに触れるものを含めて70とか72週ぐらいにしよう。

それから、やはり一応全部の科の臨床現場を見てほしいという、そういう気持ちがある。科の教員にも強いので、短期の見学型、短期というのは一、二週ですね、それから、長期の本当の意味の診療参加型の二層式を計画しているところが多かったです。長期というのは大体4週間です。

例えば3か月とか、そういうのをどこか外部の病院に行って、オーストラリアでやっているような、そういうことを計画しているところは今のところありません。

電子カルテはどの病院も導入されていました。学生の権限とか使用実態については様々でした。

形成的評価は後で申し上げますが、ポートフォリオを予定しているところとか、ログブ

ックを書かせるとか、いろんなことがあります、まだ十分定着してない感じがありました。

評価に関しては、総括評価は従来型の卒業試験をやるところ、それから、総合試験、国家試験に近いような総合試験をやるところ、それから、多くの大学で臨床実習後のOSCEを実施していました。

今後の課題についてですけれども、この参加型実習は基本線を遵守と書いてありますが、要するに、どういうことを実習を通じて学生に身に付けてもらいたいのかということを非常に明確にしないといけない。これは要するに面接と身体診察と、それをプレゼンテーションして、そして、討論に参加できるという、そういうことではないかというのは大体一致しています。

それを学内外とありますが、教員、あるいは、学生に十分周知して、全体がゴールを意識した実習をする必要があると。外を赤で書いたのは、学生数の増加と臨床実習期間の増加によって、臨床現場の負担は非常に大きくなっていますので、今後はますます学外の施設にいろいろお願いすることが増えてくるだろうという、そういう意味です。

形成的評価に関しては、レポートを書かせるのとみんな図書館に学生が行ってしまいますので、ちゃんと参加型でカルテを書いたり、プレゼンテーションでしっかりと評価をする。それから、ポートフォリオとか360度評価とかは新しい方法として考えているというところがあります。それから、もちろん、指導医の方が評価をされるということも必要になってくるということです。

その他で言いますと、クルズスを学生も歓迎しますし、どうしてもクルズスをやる科が多いんですけれども、やはりもっとベッドサイドにいてもらいたいということで、クルズスはできるだけ削減して、その代わりに、定期的に講義を入れて、学生さんの非常にニーズに合うようなところを、臨床実習中であっても、例えば月に1回とか2回とか、そういうことがやればいいんじゃないかと。

それから、シミュレーションは実習中にやるのはちょっと問題があるかもしれない。これもシミュレーションの方ばかり面白いので行ってしまうと、本末転倒ということです。

それから、教員の応分はいわゆる屋根瓦方式で、学生さんとか研修医が参加するような方向にという、そういうようなことであります。

以上です。

グループ⑥

テーマ③：臨床実習の改善・充実	
【医学教育】	
グループ	：⑥
モデレーター	：大滝 純司（北海道大学）
司会	：東原 正明（北里大学）
書記	：白澤 文吾（山口大学）
書記	：野田 泰子（自治医科大学）
発表資料作成者	：伊藤 八次（岐阜大学）
発表者	：川杉 和夫（帝京大学）
質問対応者	：峯岸 敬（群馬大学）

テーマ③：臨床実習の改善・充実	
○ 週数の確保による影響	
● 実習前のカリキュラムの圧迫	
● 教養課程の削減	
● 国家試験を志向する学生との軋轢	
○ 疾患カテゴリーの確保	
● Common diseases(虫垂炎、肺炎)	
● 慢性期の疾患	
○ 学生が行う医行為	
● 患者の同意書	
○ 教育担当スタッフ	
● 教育専任？教育業績の評価	

テーマ③：臨床実習の改善・充実	
○ 学外実習	
● 学生の希望との調整	
● 実習先の確保	
● 宿泊の設備や費用	
○ 評価方法	
● 到達度を保証できる評価方法とは	
● 360度評価(特に患者から)は可能か	
● (e-)ポートフォリオへの移行のむずかしさ	
● mini-CEXの可能性	
● 診療科間の温度差	

【川杉】 帝京大学の川杉です。第6グループの発表をさせていただきます。残念ながら、お2人の先生が体調不良ということで御欠席になりまして、6名のディスカッションになりました。モデレーターとして大滝先生に指導していただきました。

まず、週数、2023年問題で週数を確保しなければいけないということになっておりまして、それによってどういうことが起こったかというようなことを少しディスカッションいたしました。まず、実習前のカリキュラムが圧迫されてきております。例えば、1年生、2年生で臨床の科目を前倒しにしていけないと、なかなか実習時間が確保できないというようなことで、カリキュラムがかなり圧迫されてきており、その結果、例えば、教養課程の削減の問題、教養課程がかなりいろんな意味で圧縮、削減される方向になっており、そういったことに問題はないかという議論がありました。それから、6年生のどの時期まで実習をやっているかという問題点、6年生の多くの学生さんは国家試験の勉強を志向する傾向にあり、実習と国試勉強との兼ね合い等が問題になっている、ことなどが話題になりました。

それから、疾患カテゴリーの確保といたしまして、Common diseasesをどのように学生に

教えるかということことが議論されました。例えば大学病院に虫垂炎がいっぱいいるわけではありません。しかし、やはりCommon diseasesとして虫垂炎をしっかりと学んでもらう必要性がありますし、あるいは、大学病院には少ない市中肺炎とか比較的簡単な肺炎とか、そういったCommon diseasesをどのように確保するかということが話題になりました。また、昨日も議論になっていましたが、慢性疾患の患者さんをどうやって確保して、どのようにして学生さんに学んでいただくかというようなことも話題になりました。

それから、学生さんが行ういろんな医行為について話題が出ております。学生さんの医行為に関しては全国の医学部長会議でもその範囲をどうするかという問題が議論されておりますが、そのときに、患者さんの確保をどのようにして取っていくかということも考えておく必要があるということになりました。

さらに、教育担当のスタッフの問題、これはどこの大学も共通している問題だと思いますが、教育担当の熱心な先生をどのように確保していくかという問題になってくる訳です。一般的にはかなりの程度で、各科やあるいは各教員ごとにその熱意度に違いがあります。そういった中で、教育に熱心な先生を例えば教育専任の担当者として人材を確保してしまうといった提案もありましたが、しかし、その給料をどこから持ってくるのかという、そういった実際の具体的な問題点も議論となりました。それから、教育業績をどう評価していただけるのかということも議論になりました。例えば、教員の採用の際などにインパクト・ファクターというようなことがよく話題になるわけですが、是非、そのようなときにも、教育業績をしっかりと、あるいは、具体的に評価していただけるようなことがもう少しははっきりすれば人材確保が楽になるという意見がありました。

また、学内実習ですけれども、学生さんの希望をどこまで尊重するかということも話題になりました。さらに実習先の確保、やはりこれは全国医学部80ありますので、都会にある医学部、あるいは、地方にある医学部で確保の仕方も違いますし、また地方の大学ですと宿泊の設備がなかったりすると、宿泊の費用も掛かるということを含めて、そういう問題をどうするかということが議論になりました。

最後に評価の方法ですが、臨床実習で到達度をどのように評価してゆくかが議論されました。さらに先ほども出ていましたが、360度評価において、患者さんの評価をどうそこに盛り込んでいくのかということや、また、eポートフォリオの問題も話題にのぼりました。すでに幾つかの大学ではeポートフォリオの導入をしているわけですが、それをどのように生かしていくのかということで、例えばmini-CEXを取り入れて、そういうものを活用した

らどうかという意見がありました。しかし、診療各科でその導入や評価方法等に関しまして、温度差が存在しているというような問題点も討論されました。

以上です。ありがとうございました。

グループ⑬

テーマ③：臨床実習の改善・充実 【歯学教育】 グループ：⑬ モデレーター：近藤 尚知（岩手医科大学） 司会：横山 敦郎（北海道大学） 書記：小宮 正道（日本大学松戸） 発表資料作成者：山崎 信也（奥羽大学） 発表者：羽村 章（日本歯科大学） 質問対応者：小林 正治（新潟大学） 質問対応者：有田 憲司（大阪歯科大学） 質問対応者：長澤 敏行（北海道医療大学）	臨床実習の問題点 1. 自験数：患者数/患者の同意が少ない 自験させられない症例や学生が存在 →リーフレット、同意書、シミュレーター （技能系Post-CC OSCEには不足） 2. システム：バランスよく1口腔単位が困難 →各科ローテートMinReq併用 3. 指導者：診療科/個人の温度差（介助のみの科） →FD、WS、全科で構成される委員会 指導可能教員数が少ない →資格基準の緩和検討 （技能系Post-CC OSCEには不足）
能力の担保→臨床実習中形成評価 1. ポートフォリオ、MinReqケース数、ログブック 2. 患者からの評価＋外部第三者（客観）評価 3. 技能系のPost-CC OSCEには期間や経験数が不足 能力の担保→学外研修、学内他職種連携 1. 歯科診療所、病院 →見学/介助が目的 2. 施設（老健、障害者）→義歯/口腔清掃、経口摂取 →摂食嚥下リハ 3. 進まない大学もある →外部への積極的働きかけ	

【羽村】 13グループの臨床実習の改善・充実です。発表者は日本歯科大学の羽村です。

臨床実習の問題点を抽出した中で、臨床実習の時間数については特に問題点は出てきていませんでした。今回のメンバーの大学ではほぼ1年以上実習しているということで、十分ではないかという意見が多かったです。

自験数については、十分に患者数を確保できているというところと、十分ではないというところに二極化をしております。十分な患者さんがいないというところでは患者さんの同意がとても少ないと。それから、自験をさせられない症例や学生の存在がいるということが問題点として挙げられました。

この解決には、何とか患者さんに対して協力してもらおうということで、リーフレットの作成とか、同意書の策定、シミュレーターを使った実習等で技能を上げてということが対策として上げられました。

ただし、Post-CC OSCEを1年以上の臨床実習、自験をした臨床実習の後に模型実習をさせるわけにはいかないということで、となると、技能系のPost-CC OSCEに対しては、これはもう患者数、完全に不足するのではないかという予測が立てられました。

システムについては、特に患者さんが少ないところの学校についてはバランスよく1口腔単位での実習が困難であるということで、この対策としては、各科のローテートの研修等々でミニマム・リクワイアメントを併用したらどうかというアイデアが出ています。

また、指導者については、特に診療科を回るような実習を多くしている大学では、その教員の個人差、温度差があつて、なかなか診療をさせてもらえないという教員もいて困っているという話も出てきております。この場合ではFD、ワークショップ、それから、全科で構成される委員会等で対応していったらどうかというアイデアが出ております。

それから、特に国立大学では、助教以上の先生方が指導教官になると、指導教員になるということでありましたので、そうすると、教員数が少ないという問題点が出てきています。その場合、資格基準の緩和を検討したらどうですかということがアイデアとして出てきました。ただ、これも臨床実習、参加型の臨床実習後にPost-CC OSCEを行う、特に技術系のOSCEを行うということになると、指導者は絶対的に不足するのではないかというような問題点が上げられました。

次に、能力の担保ということになりますけれども、臨床実習中については形成的評価をもう積み上げていくというのが最もいいというふうにアイデアが出ております。これはもう今やられているポートフォリオとかケース数とかログブック等々を積み上げていくということになります。

また、患者さんからの評価は絶対に必要だろうということ。そして、なおかつ、歯科医の90%は第1次医療者ですので、近隣の1次医療の先生方に第三者の評価として入ってもらうというのも必要ではないかと。ただ、これも何度も言うように、技能系のPost-CC OSCEに要するには期間とか経験数が絶対に不足するのではないかというふうに考えられました。

また、学外の研修とか、これは在宅等々では大学の中ではできませんので、学外研修とか学内の他職種との連携というのはもう絶対必要だと。そのためには、近隣の歯科診療室とか病院での参加をすると、また、施設等でいろいろなところにまた参加しに行くということですが、なかなかこういうことが進まない大学もあったということで、外部への積極的な働き掛けが望まれているという状況でございます。

以上です。

<質疑・応答>

【北村】 ありがとうございました。

それでは、討議に移りたいと思いますが、御質問等ございますでしょうか。

【泉】 東京医科大学の泉と申します。現在の診療参加型臨床実習では、医療面接と臨床推論が非常に強調されているのですけれども、余りにもそこを過度に強調すると、本来の意味での診療参加型臨床実習にはなり得ないのではないかと感じてしまいます。

もちろん患者に理解を求めるとともに、医学生教育者としては、やはり学生にもっともっと医行為をさせる、あるいは、カルテに直接書かせる、それから、ちゃんと指示が出せるという医者としては最低限当然の能力、仕事というものを身に付けさせて卒業させることも十分大事だと思います。ですので、我々は教育者としてそういうことをもっともっと主張していくべきではないのかなと思っています。

【北村】 ありがとうございました。

歯科の先生、あるいは、まだ御理解ない先生のために、少し今までの臨床実習の議論を総括してみますと、実は、医学部の臨床実習の期間ですが、そんなことは日本版には書いてはいないのですが、教育期間の3分の1とは書いてあります。ただ、それがカリフォルニア州が72週間というのを要求しているということで、72週という数字が独り歩きをして、臨床実習、あるいは、患者さんと触れ合う時間が72週なければいけないというようなことも言われ、これはデマと言えらると思うのですが、それに対して大学がすごい対応しているという現状があります。

歯科の方はその何週という問題はないと思います。

それから、質に関しては、数年前までは診療参加型臨床実習というものを取り入れると、見学型や模擬診療型は実習とは呼ばないんだというような議論が随分ありましたが、今日の御発表にあったように、それらをうまくバランスよく取り入れた上で、もちろん診療参加型をメインにはしますけれども、出だしからそういうものではないというような考えになり、今、泉先生がお話しになったように、必要な技術をしっかりと下からちゃんと積み上げると、何でもかんでも参加型がいいというものではないというような風潮、風潮というかトレンドにあると思います。

さらに、昨日、医学教育振興財団がまさにこの場所でシンポジウムを開き、学内実習、

それも地域、地域基盤、オーストラリアの人がおっしゃったのは、地域基盤型ロングティデュナールのインテグレート、LI型臨床実習、統合型臨床実習が世界のトレンドのように言われ、確かに統合教育がしやすいなど。僻地とか田舎の診療所などに、オーストラリアの場合、1年近く行くと。同じ発表で、三重大学、筑波大学も一番長い人で4か月行くというような御発表があり、実習の質も大学だけでは十分でないだろうというのがコンセンサスであり、トレンドになってきていると思います。

評価もかなり混沌としたところがあり、この後の発表にもあると思いますが、卒業生の質評価、それには臨床実習の評価が必要であろうということで、どんな方法があるんだろうか、その単一的な方法でも難しいだろうと。あるいは、最終的な総括評価ではなくて、実習は形成評価がむしろ大事だろうというようなのがトレンドだろうと思います。

そのいろんな点に関して、三つのグループでお話しいただきましたが、これを、誤解もあると思いますが。

【木下】 質問対応者の5グループの関西医科大学の木下でございます。

先ほどの泉先生の御質問でございますけど、もう少し実際の臨床的なものをやらせたいという意味でいいんでございますか。そうですね。

実はそのことについて、この班でディスカッションいたしました。やはり基本に戻って、今後の課題というところに書いてございますが、先ほども説明がございましたが、参加型臨床実習の基本線を遵守しよう。この面接・診察・報告・討論、ちょっと日本語で書いてしまうと分かりにくいんですが、例の平成23年の先導的大学改革のときに配布されましたDVD、北村先生が御出演なさっているやつですが、「北村さん、いかがでしたか」と、「熱があって大変だったんですよ」というやつから始まるやつです。

まず、朝一番に病室へ行く。そして、プロブレムをゲットする。それを詰所へ持って帰って、先輩とディスカッションする。そして、どうすればいいんだろうねということで鑑別診断を五つ上げる。そして、ディスカッションしてプランを作るというのがやっぱり参加型臨床実習の基本ではないか。

昔、我々が習ってきた、先輩方から教えてもらって、とっても人気の良かったところというのは、血を見るとか、ナートかけたとか、腹開けたとか、鉤を引っ張ったとかいうところがすごく人気良かったのですが、それはやはり昔のやり方であって、基本的な臨床実習というのはまず基本の、患者さんのところへ行って、それをちゃんと先輩にプレゼンテーションができて、鑑別診断ができて、プランまで行くという基本トレーニングを行うこ

とではないかと。そこのところをもう少し強調しようということがうちの班ではディスカッションになりました。

でありますから、血を見るとか感激を与えるというのを一切やめようと申し上げているわけではないのですが、その代わりに、シミュレーション、シミュレーターを使って、できるだけ学生さんにゲーム感覚でも喜んでもらってということが示されているのではないかとこのように受け取っております。

【泉】 もちろん十分そこが大事だというのは理解しているつもりですが、例えば実習期間が72週に延びたときに、学生にとって医行為ができない期間がそれだけ長くなった教育を、本当にやりがいがあると感じるだろうかということです。先生がさっき、今、いみじくもおっしゃったように、やっぱり自分で印象に残っていたり、楽しかった、やりがいがあった、医者になるということを心に感じたのは、ある程度、別に血は見なくてもいいですけども、カルテを実際に自分で書くなり、先生たちがやっている診療に本当に参加するということがもっともっと必要なのではないかと、提起させていただきました。

例えば海外に行かせた学生は、言葉のハンディがあれだけあって、能力のハンディがあれだけあるというのに、海外では、全員が全員、すごくやらせてもらったと言うんですね。じゃあ、どうして日本にいて、日本の教育者は、させてやれないのかとずっと残念に思っています。学生はできるんです。英語でさえ学生はやらせればできて、非常にそれが楽しかったといって帰ってくるというのを見るにつけ、日本は今、一端に振れている非常にコンサバティブな内容から、揺り戻す必要もあるのではないかと、という提案です。

先生がおっしゃったことはもちろんよく分かりました。

【木下】 海外の学生、3年生、4年生になると手術に入ってやっていますので、日本の研修医、初年度、あるいは、後期にかかる研修医と、海外、アメリカの場合ですけど、の3年生と同じぐらいのレベルですので、日本の場合は、卒前教育、プラス、2年間の初期研修というものをセットにした医師の育て方で全体像をつかんでいくのがいいのではないかと考えます。

先ほど来、泉先生がおっしゃいましたが、血ばかりではないですけど、カルテの書き方もそうなんですけど、日本でPOMRでちゃんと書かせて、本当にPOMRでちゃんと教えることのできる教員がどれだけいるんだと、ちゃんと添削、毎日学生のためにやっているのかということになると、その辺からもちょっとがたがたではないかという気もいたしまして、

そういうことを教えるのも実際の臨床実習ではないかと思っております。

【北村】 ありがとうございます。

御紹介があったビデオは、文科省の班会議で大滝先生が中心になって作っていただいたもので、もし御覧になっていただいてない人がいらっしゃったら、大変よく参加型臨床実習というのはどういうものかというのが短くまとめられているので、大変いいと思います。

もう一つ、このセッションで話題にしたいのは歯科です。医の方は随分臨床実習が参加型になっているんですが、歯の方は患者さんがいないというか、なかなか手を挙げてくれない。患者さんをリクルートするのも大変だし、患者さんの安全を確保しながら参加型にするというのも大変だし、いろいろ医と違う問題があると思うのですが、この点に関して、どなたかコメントございますでしょうか。

【羽村】 日本歯科大学の羽村です。先ほど発表させていただいたように、二極化なんですね。もう十分に患者さんが確保できているという学校と、十分でないという学校の二極化ですので、一概に患者さんがいないということはないですね。

ですから、ないところをどうするか、また、先ほど泉先生がおっしゃったいわゆる医行為のところですけど、歯科医行為については、歯科の場合はコアカリの第1水準でもう既に歯科医行為が入っておりますので、それを十分にできるかどうかということを考えると、これは、患者さんの確保というのは絶対必要ということになりますけれども、じゃあ、その後の終了時の評価をどうするかとなると、そのコアカリの歯科医行為の部分があって全部評価するとなると、一体どういうことができるのだろうというのは非常に大きな問題かなというふうに思います。

【北村】 歯科の方も学外実習ですね、在宅診療とか、クリニックでの実習は随分増えたんですか。

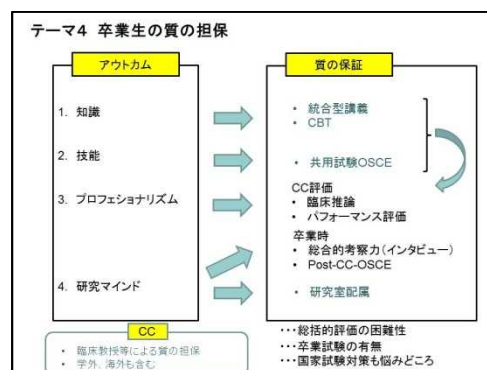
【羽村】 今回のメンバーの中の学校では、ほとんどの学校で外に学生を出しているという事例を出しております。また、私どもの大学では拠点の病院、診療室を外部にも作ったという例もございます。

【北村】 在宅診療のときには、医師も歯科医師も一緒になってそのチーム医療をやるみたいなのが昭和大学がされているみたいですけども、是非、歯科と医科が併存している大学では、多職種連携などができればいいなとは思っています。

テーマ4：卒業生の質の確保

グループ⑦

テーマ④：卒業生の質の確保	
【医学教育】	
グループ	：⑦
モデレーター	：田川 まさみ（鹿児島大学）
司会	：大谷 浩（島根大学）
書記	：檀原 高（順天堂大学）
発表資料作成者	：安武 亨（長崎大学）
発表者	：栗原 裕基（東京大学）
質問対応者	：苅田 典生（神戸大学）
	塩谷 彰浩（防衛医科大学校）
	和田 秀穂（川崎医科大学）



【栗原】 グループ7におきましては、鹿児島大学の田川まさみ先生をモデレーターとしまして、8人の先生方で、テーマ4、卒業生の質の確保ということで議論を行いました。東京大学の栗原から発表させていただきます。

最近では、アウトカムベースの評価、あるいは、質の確保ということが非常に重要視されておりますけれども、このアウトカムとしては大きく4つにカテゴライズして議論をいたしました。従来型の知識あるいは技能に比べて、どこの大学でも非常に評価が難しいプロフェッショナリズム、あるいは、研究マインド、こういったものをどういうふうに評価し、質を確保するかということが今回の議論の中心になりました。

特にこのプロフェッショナリズムですけれども、これはテーマ3で議論されましたように、この臨床実習、Clinical Clerkshipの評価というのが中心になるということで議論はいたしましたが、この中で、やはり臨床推論はもちろんのこと、ベッドサイドにおける様々なパフォーマンス、患者さんとの面接、あるいは、コ・メディカルとの協力関係を含めて、本当に医療に対する姿勢というのがちゃんと育っていつている、こういうことを評価する。

特に目標を明確に設定しながら、学生にもポートフォリオのような形で振り返りを行いながら、目標を明確にして、常にベッドサイドでの評価を行うことをもって、卒業時の卒業要件、あるいは、進級要件の整理、やっぱりこの臨床実習の評価というのが今後一番の重要なポイントであろうということで合意、意見が一致しておりました。

それに加えて、卒業時にどのような評価を行うかということが大変大きな問題がありましたが、恐らくこれまでは従来はかなり個別の筆記試験で行われていたところが多いと思いますが、今後は恐らくこうした知識についても、このもっと早い段階で、統合型講義、あるいは、CBT、それから、技能に関しても、共用試験のOSCEなどでこういうところで評価

されておりますので、これを確認、あるいは、発展しながら、この卒業時に、Post-CC型のOSCE、あるいは、それに加えて、例えば病態の理解ですとか、それから、社会での問題、公衆衛生的な問題と、こういったことを含めた卒業時の面接試験を行うことによって、より大学としてふさわしい卒業認定を行うということが重要ではないかというふうに議論が進みました。

こういったことから、プロフェッショナリズムとともに研究マインドを評価し、どういった研究が必要であろうかという、未来に向けた志向もトップオフで評価をしたいと。

さらに、研究室配属の中でこの研究マインドがどのように育っているか、このパフォーマンスについても評価することで、大学としても質保証を行いたいという、そういうふうな議論になりました。

特に臨床実習においては、やはり学内だけではなくて、学外の臨床教授等による質の担保を行いながら、海外も含めた臨床経験の拡充というのが大変重要であろうと考えられました。

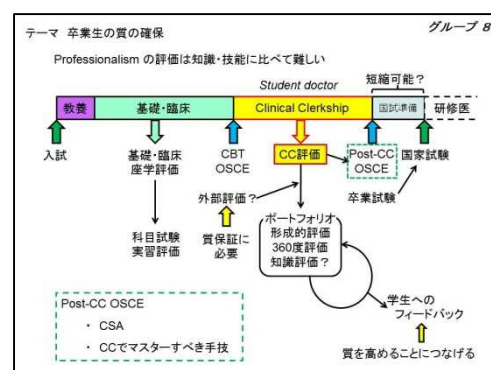
問題点は幾つかあります。こうした総括的評価というのはなかなか困難で、特に卒業時にこのようなOSCE型の試験を行うと、これでなかなか落とすことが難しいと。ですから、やはりこの臨床実習における評価というのが非常に重要なポイントになってまいりますし、そこに重きを置いた卒業認定である必要があると。それから、筆記試験型の卒業試験の有無というのはどうするべきか。それから、国家試験に対するというのもあると。こういうことが議論になってきました。

これ、一つ一つ非常に難しい問題ですけれども、今後検討が必要かと思われました。

以上です。

グループ⑧

テーマ④：卒業生の質の確保	
【医学教育】	
グループ	：⑧
モデレーター	：瀬尾 宏美（高知大学）
司会	：伊藤俊之（滋賀医科大学）
書記	：向山政志（熊本大学）
発表資料作成者	：秋田 恵一（東京医科歯科大学）
発表者	：長崎 弘（藤田保健衛生大学）
質問対応者	：平山陽示（東京医科大学）
アドバイザー	：小西靖彦（京都大学）
アドバイザー	：池上雅博（東京慈恵会医科大学）



【長崎】 第8グループでは、モデレーターの瀬尾先生はじめ、8名で議論を行いました。

た。藤田大の長崎が発表いたします。

我々もさっきのグループと大体似たような話になりますが、卒業生の質の保証ということとして、我々はアウトカムを知識と、それから、技能と、それから、プロフェッショナルリズム、この三つに絞ることとしました。リサーチ・マインドですとかグローバル化は大学によって力点が違いますので、まず、この三つがミニマム・リクワイアメントということとで考えました。

結論を先に申しますと、このStudent doctorを養成すると、下のClinical Clerkshipの期間が最も重要であろうということでございます。

この学生の6年間の中で、受動的、それから、能動的な学生の評価が可能なのわけですが、この知識と、それから、技能については、このCBT、OSCEでPost-CC OSCE、それから、卒業試験、国試と、これらで可能であろうということですが、このプロフェッショナルリズムですね、態度というのはやっぱり一番評価が難しい。これで学生を落とすことができるのかとか、そういうことが一番のテーマになりました。

この中で、Clinical Clerkshipはまずはポートフォリオをやって、全体的な入れ物として学生の何をやっているかを確かむわけですが、特にここで今、学生が、個々の学生が何をやっているかで、その個々の学生の状況を把握しているような専任の教官を置くことによって、まず、それが質を高めることができる。また、その学生のモラルですとか、プロフェッショナルリズム、態度といったもの、患者さんの応対といったものは、形成的評価、360度評価ができる。ここで口頭試問などで知識の評価も可能であると。こういうことで、学生のフィードバックを行いながら、質を高めることにつなげることができると思います。

これだけではモチベーションの低い学生がいたりする場合もあるわけですが、東京医大の先生の方から、例えばこのClinical Clerkshipを幾つかのブロックに分ける。例えば循環器内科、心臓内科、胸部外科、血管外科と、そういうようなブロックにして、2か月ごとに、例えば小さなOSCEをやって、それで評価につなげていくと。しかも、そこでかなり問題のあった学生については、Post-CC OSCEを受けさせないなどの、そういうような要件化すれば、うまくいくということの事例を御紹介いただきました。

これらについては、また、大学ごとにその価値、評価基準がばらばらになりそうなのですが、ここは外部評価を受けて、それで、質の保証をすると、こういうことができるのではないかと。

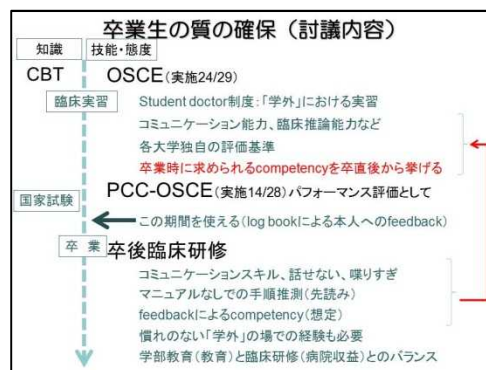
最後のPost-CC OSCEにつきましては、これを評価することで、CSAですとか、それから、

Clinical Clerkshipで最低限マスターすべき手技、これをチェックするようなものにすればいいということでございます。

以上です。ありがとうございました。

グループ⑭

テーマ④：卒業生の質の確保	
【歯学教育】	
グループ	：⑭
モデレーター	：角舘 直樹（九州歯科大学）
司会	：二川 浩樹（広島大学）
書記	：磯川 桂太郎（日本大学）
発表資料作成者	：永山 元彦（朝日大学）
発表者	：片倉 朗（東京歯科大学）
質問対応者	：石川 博之（福岡歯科大学）
	：森山 啓司（東京医科歯科大学）



【片倉】 14グループです。東京歯科大学の片倉が発表させていただきます。

この問題を私どもで検討する前に、歯科医師国家試験の問題が非常に大きな問題になってくるのですが、今回はそれを除外した形で考えました。

また、知識、技能、態度の部分ですけれども、歯科の場合には特に開業医の先生方で活躍することが多いですし、また、どちらかという技能教育が非常に重要ですが、そこに問題があるということです。今回は特に技能の部分について検討いたしました。

結論から言いますと、PCC-OSCEをなるべく導入して、卒業時の技能教育の標準化を図るということがよろしいのではないかと結論なのですが、実際、事前のアンケートですと、OSCEはほとんど大学で実施していますが、PCC-OSCEは歯学部では約半分になっております。

では、このPCC-OSCEをどのようにしたらいいかということですが、歯科医師臨床研修が始まって10年たちましたけれども、この現場教育で臨床研修でどういった問題点があるかということが実際吸い上げられてきておりません。ですので、逆の思考回路で行きまして、現在、卒業後臨床研修でどんな問題点が出ているかということをもとに、特に研修医を指導している先生方、学外の協力施設で指導している先生方を中心にお話をまず吸い上げると。

その中できっと上がってくるものは、特にこのコミュニケーションスキルと、それから、マニュアルなしの手順の推測と書いてありますけれども、患者さんから情報を引き出す、特に場を読んだコミュニケーションですね。インタラクティブなコミュニケーションスキル

が不足しているということと、それから、もう一つは、特に歯科の場合には現場で手順が大事になってまいります。もちろん、臨床推論もそうですが、技術的な手順も大事になってまいります。そういったものが不足している学生が多いということが多くの先生方から言われてまいります。そういったものが多分上がってくるのではないかなというふうに思っております。

こういったものをフィードバックをしまして、卒業時に求められるcompetencyを現在の卒業後教育の方から吸い上げます。また、私立歯科大学もたくさんありまして、それぞれの大学の特色もございますので、そういったものを加味した上で、このPCC-OSCEの内容を決めていったらどうだということに考えております。

このプレOSCEをそのままここでもう一度確認するというのではなくて、全く新しい形の内容のもの、特にこういったものについての評価基準を作るということが大事じゃないかなという意見が出ております。

また、ここで充実した内容を行いますには、やはり臨床、卒前の臨床実習教育が必要になりますが、患者さんはいても、なかなか手を下すことができないと。それから、学外の施設も使わなきゃいけないということになりますと、先ほどもありましたけれども、このStudent doctor制度を導入していただくことで、大学病院、あるいは、学外においてもより参加型の教育がしやすくなるのではないかなというふうに考えております。

また、このPCC-OSCEをやる時期ですけれども、評価内容については、総括的評価でこれを卒業に影響させるのではなくて、形成的評価をすることによって、シームレスになるべく卒後研修のときに、本人が弱点を形成的評価によって理解した上で、それを、他施設に行く卒業生もたくさんおりますので、次の研修指導医にその学生の弱点を引き渡して、なるべくこのシームレスにそういったことが行われるようにしたいというふうに考えております。

以上です。

<質疑・応答>

【前田】 ありがとうございました。

それでは、卒業生の質の確保ということで、会場の方から何か御質問等ございますでしょうか。

【羽野】 和歌山医大の羽野といいます。

先ほどの臨床実習のこととも関連しますが、Post-CC OSCEとかということが今後導入されるにしても、現場での学生の能力というのを一番評価できるのはやはり診療参加型になった臨床実習での現場での評価というのが一番大事だというふうに私自身は思っています。

そこで、今のグループへの質問ですが、その際、一つは、評価の仕方はいろいろ、360度評価もパフォーマンス評価も書いておられますが、その評価をいかに標準化するか、それから、評価する人間、評価者をいかに教育するかというのが前提としてあるというのが一つ。

それから、もう一つは、現在の臨床実習ではやはり学生というか、学生が見る患者さんの数がやはりかなり少ないのではないかと。そうすると、そういうふうな質、要するに評価の質と、それから、学生が見ている患者の量も含めてなんでしょうが、そういうふうな質と量をいかに担保するかというのが今後非常に重要な課題ではないかというふうに思うのですが、その点について議論をされているグループがあれば、お教えいただきたいというふうに思います。

【前田】 いかがでしょうか。コンピテンシーが大体あっても、それに到達する評価の質等々の問題と方略の方の問題になるかと思えますけれども。

【栗原】 東京大学の栗原でございます。

第7グループでの議論では、やはり今の前半の問題は大変重要な論点になりまして、まず、評価者になるべき教員のFDというのはかなり重要になる。ですから、やはりどのような基準でどのようにより客観的にどういう項目で評価できるかという、その評価の体系として作るとともに、それを周知するようなFDを開催するべきだという議論がございました。

それから、次の論点ですけど、実際は、患者さんの量としてはたくさんの患者さんを経験することはなかなか難しいと思いますが、プロフェッショナリズムを遵守するという観点でいえば、必ずしも多くの症例を見なくても、できるだけベッドサイドの診療活動の中で共通して学べるものというのがある。例えば、外科ですと、術前の管理、あるいは、術後の管理といったところで、共通にどうしても身に付けなければいけないものというのがありますが、そういったところはきちんと症例がいろいろ多く経験できなくても、学ぶことは十分できるのではないかと。

そういうことから、少ない症例ながらも、プロフェッショナリズムをきちんと教えていくことは可能ではないかというふうに考えました。

【長谷川】 秋田大学の長谷川です。多分、患者さんの量に資するには、今ちょっと日

本で問題になっているのは外来の診療をもっともっと、各科が卒業させるときに学生が将来どんな分野になっても、その科の、例えば耳鼻科を回ったら必ず眼振をマスターさせるとか、そういうふうな外来をもっと見せなきゃいけない。

今問題になっているのは、各科を回ったときに、楽なもんですから、検査を見せていたり、それから、ずっと病棟の張り付き状態になっていて、各科の専門医研修になってる部分は、これを直していかないと、ちょっと非常に問題が大きくなってくる。

それから、先ほどお話がありましたように、秋田大、14年ぐらい前からAdvanced OSCE、16ステーションでやっていますが、結局最後のアウトカムだけ設定しても、質が上がってくるにはなかなか問題で、できる学生はどんなやり方してもできるので心配ないですけども、我々見逃しがちなのが、できない方の、態度も勉強もなかなか身に入っていない下の層を、卒業させるのであれば、どのぐらいのレベルをしっかり維持するかということを考えなければいけません。

ちょっとだけ東京医大のお話、ありましたけど、何回も繰り返して、形成的にパフォーマンスを評価していくということが重要で、先生がおっしゃいましたように、臨床現場で実際に外来患者さんを診ているところ、あるいは、朝の回診、あるいは、採血状況、その臨床現場における評価のセッティングを我々はその都度考えていかなきゃいけないし、それはまだまだ多分多くのところで、私たちもできてないのですが、それは各科の実習で考えていかなきゃいけないと思われるのが1点あります。

そうなりますと、どうしても全員のそのような質を上げるためには、やはり最後のセッティングだけではなくて、入学直後から、筆記試験はずっとやって段階的に評価はするのですが、パフォーマンスの評価というのがなかなか、4年生に1回と、それから、6年生の最後の2回だけになっているのを、どうにかそこを直して、やはり入学直後からいろんな部分のパフォーマンス評価を段階的に形成的に入れることによって、全体の質を上げていくということが非常に重要だなというふうに考えております。

多分それは今後、72週、3分の1以上実習するとき、外の先生たちもそれを共有する必要がありますので、今、秋田では卒業時のOSCEに必ず外の研修病院の先生たちに来ていただいて、実際にどういうふうにアウトカムを設定してやっているのかというのを3年ぐらい前からやって、今年の学生はどうだったねということで各科の実習に、病院にお世話になったときに、1年、3年とお世話になったときに、そのような基本的な部分をしっかり行ってくれるような方向に転換していると。

それから、先ほど歯科の先生のお話がありましたが、恐らく歯科の先生の完全な診療参加型となりますと、最後、例えば私、循環器なんですけど、循環器でやると、カテーテル入れてバルーン広げるまでの話になってしまいますので、そうではなくて、各科を回ったときに、例えば消毒させたり、それから、最初の穿刺を一緒にやらせたりということはありますので、そういう部分の診療参加、実際の手技ですね。それを考えていただいて展開しないといけないのかなというふうに感じました。

以上です。

【前田】 第8グループの方、次、どうぞ。

【平山】 第8グループの東京医科大学の平山です。

長谷川先生がいろいろと一生懸命やっているので、言ってくさったのですが、我々のところも、Clinical Clerkshipの評価で例に出ていましたが、東京医科大学で幾つかの診療科がグループになってOSCEをやっていることもあります。ただし、それは全科にまたがっているわけではないので、やはりPCC-OSCEという形で一斉にやらなければいけないんです。また、Clinical Clerkshipの評価ではポートフォリオ、できればeポートフォリオで行うと良いのですが、そこに関して、何かしらの保証というんでしょうか、そこは少し議論になって、なかなかポートフォリオは大事なんだけど、ポートフォリオをどう評価するということでは問題点があるだろうという議論でした。

ちょっとお答えにはなっていないかもしれないのですが、そういう議論が第8グループであったということです。

【前田】 それでは、歯科の方ですけれども、歯学教育は医学教育と比べて精神運動領域、技能教育の占める割合が非常に多いというのは一つの特徴になっているんですけども、先ほどの臨床実習の改善・充実のところでも自験の症例が少ないとか、自験させられる学生、自験させられない学生がいるとかというような問題がやっぱり出ているんですけども、医科に比べて、Student doctorの問題の導入にも非常に遅れていますし、PCC-OSCEの問題もまだこれ、全国歯科大学、29歯科大学でなかなか前に進まないという状況にあります。

できれば、どなたか、医科におけるStudent doctorとかの取組とかPCC-OSCEの導入の状況について御説明いただければ。

【齋藤】 共用試験機構におります齋藤でございますけれども、今、私どもが考えているのは、やはり臨床実習修了時のOSCEをきちっとやらなければならないということが基本なんです、それ以前に考えておかなければならないのは、Clinical Clerkshipの評価、

これを各大学でしっかりやると、これが基本だと思います。

それで、Post-Clinical Clerkship-OSCEというのはその卒業時点でのパフォーマンス評価のある一部分であるという捉え方をしております。共用試験機構では、今、座長をしていらっしゃる北村先生に委員長になっていただいて、2020年に全国的なPost-Clinical Clerkship-OSCEをやろうということが転がり始めました。

そこでやはり問題になるのは、じゃあ、どういうシステムでやるか、どうやるか。全国調査をしましたら、今80大学中54大学でPost-Clerkshipといいですか、Advanced OSCEという和製英語でやっていますけれども、Advanced OSCEをやっているということが判明いたしました。

ただ、その内容を見ますと、各大学でいろいろ工夫をされておりますから、全体的に統一した状態ではない。それでは共用試験機構としてはどういうふうにやっていけばいいのか、どういうシステムを作っていけばいいのか、そこにおける評価者はどうしたらいいのだろうかということを今やり始めたところであるということを御報告をしておきますが、何か北村先生、御追加ありますか。

【北村】 おっしゃるとおりですね。Student doctorはその前の実習前のOSCEで、医学はもちろん100%で、恐らくCBTの点数が規定の点数というので、全ての大学が一定の基準でやると。それもこの3月に公表された国家試験改善委員会の報告書にも高く評価されて、国家試験を問題数を少なくし、日程を短くする根拠の一つにもしていただきました。

そういう意味では、実習前の基準が大分できていると思います。今、歯科の方を、前田先生とここで聞いていたのですが、まだなかなか100%Student doctorの称号が出てないように思いますし、そのPost-CC OSCEもまだまだかなと思って、今後一緒にやっていきたいなと思っています。

【前田】 歯科の場合はプラクティスの方が多いということで、オーストラリアなんかでは、やはりOSCEという言葉は使わなくて、プラクティカル、プラクティスという言葉でOSPEというふうにして名前を付けていて、やはりきちんと統一的な技能評価をしてやっているというのが現状です。

アメリカでも、開業試験だけではなくて、卒業後にリージョナルボードで五つぐらいの州に分けて、そこできちっとやはり技能評価をして、技能の担保というようなことをやっている。そこでまた同じようにまたステップ1、ステップ2に加えて、またCBTでやっているというような質の保証をしているようでございます。

テーマ5：分野別評価を通じたPDCAサイクルの確立

グループ⑨

テーマ⑤：分野別評価を通じた PDCAサイクルの確立	
【医学教育】	
グループ	：⑨
モデレーター	：高松 研（東邦大学）
司会	：河合 康明（鳥取大学）
書記	：関根 道和（富山大学）
発表資料作成者	：安井 浩樹（名古屋大学）
発表者	：加賀谷 豊（東北大学）
質問対応者	：永福 智志（福島県立医科大学） 加藤 智啓（聖マリアンナ医科大学） 栗林 太（川崎医科大学）



【加賀谷】 我々のグループでは、高松先生にモデレーターをお務めいただき、7人で、分野別評価を通じたPDCAサイクルの確立に関してディスカッションをしました。東北大学の加賀谷が発表させていただきます。

まずは、医学教育分野別認証評価を受審することによって、それぞれの大学の医学教育を改善できる可能性があること、その際にPDCAサイクルを活用することが非常に重要であろうというのが我々の共通した認識であります。

初めに結論を申し述べますと、特に二つのことが特に重要であろうと考えました。この二つに関しては我々の大学では、まだ十分機能しているとは言えないということでありまして、一つは、institutional research (IR) に関するオフィスなりセンターが十分充実していること。もう一つが、そのPDCAサイクルに受益者である学生を参画させることです。学生の参画が必要ということは頭では分かっているけれども、なかなかそれが現実的にうまくいってない、あるいは、まだそういうことをやっていないというのが現状でした。

細かく見ていきますと、まずPLANに関しては、各大学においていろいろな組織がこれを担当しているわけですが、ここで学生委員の参加が重要であり、そしてその位置付けをどうするかということが問題になりました。その際、その学生委員の意見が本当に多くの学生の意見を代表しているか、もう一つは、コア・カリキュラムの他に、全体の3分の1を大学の特色を出すためにコア・カリキュラム以外にすることが重要であるけれども、現実問題として、そういった余裕がないといった声も聞かれました。

次にDOのところですが。各大学では医学教育センターを始めとして、様々な組織がここを担当しておりますけれども、シミュレーションセンターを活用することが一つ重要ではないかといったこと、それから、問題点もありますが、統合型のカリキュラムをどう実践し

ていくかということに関しても色々な議論がありました。なかなか統一した見解は得られませんでした。特にいわゆるオロジーと臓器別、この二つの間でどうバランスを取るかということが特に議論になりました。

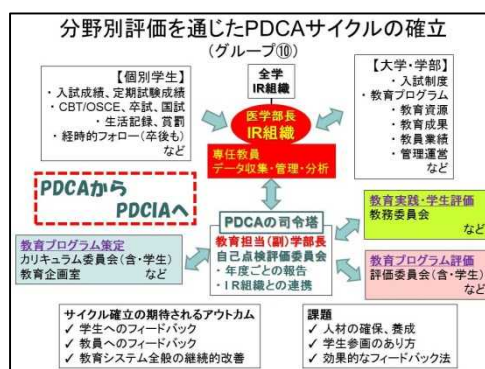
次に、CHECKでありますけれども、どこがチェックするかということに関しては、最終的には教務委員会に相当する組織がするのがいいであろうということになりました。そこにどうIRが関与していくかということに関しては、色々な議論がございました。何をチェックするかということに関して、短期的な評価と長期的な評価の両方が必要であろうということになりました。長期的な評価をする上で特に問題になるのが、卒業生から良い医師が育っているかどうか、あるいは、良い医学研究者が育っているかということですが、この追跡の困難さが各大学の共通した悩みでありました。場合によっては、在学中に同意を取って、倫理委員会にも諮らなければいけないかもしれないといった意見が聞かれました。

次に、ACTIONですけれども、これもどこが担当するかということに関しては、大学によって多少その組織には違いがありますが、例えば改善のためのFDを企画する、あるいは、余り評価の良くなかった教員も含めて様々な方面から改善策を挙げてもらうといったことが上げられました。そこにもIRが深く関与していくわけです。そういった意味で、このIRの充実と、先ほどから述べている学生のPDCAサイクルへの参加、この二つが特に重要であろうというのが我々の結論です。

以上です。ありがとうございました。

グループ⑩

テーマ⑤：分野別評価を通じた PDCAサイクルの確立 【医学教育】	
グループ	：⑩
モデレーター	：鈴木 利哉（新潟大学）
司会	：高山 千利（琉球大学）
書記	：松岡 達（福井大学）
発表資料作成者	：増田 道明（獨協医科大学）
発表者	：梅村 和夫（浜松医科大学）
質問対応者	：鰐淵 英機（大阪市立大学） ： 梶原 稔（徳島大学） ： 伊木 雅之（近畿大学） ： 土田 哲也（埼玉医科大学）



【梅村】 それでは、第10グループの発表をさせていただきます。浜松医大の梅村から御報告させていただきます。

我々のグループでは、最初に、分野別評価を通じたPDCAサイクルを回すためには、現状を知ることが第一だろうということになりました。ですので、IRの機能を持った組織を立ち上げるということが大事だろうと考えました。全学的には持っている大学もあると聞きましたが、医学部の場合、いろいろな特別なデータがありますので、医学部に作る必要があるだろうと考えました。

データはいろんな部署が持っており、個人情報ですので、医学部長という責任者の下に作ることがいいだろうと考えました。また、継続的に情報を集めなければなりませんので、専任の教員を置くということも大事だろうということを考えました。IR組織は、個別の学生、あるいは、大学、学部からデータを収集して、管理・分析をするということで、ここが一つキーだろうと思います。

もう一つのキーは、司令塔が要るだろうということです。教育担当の副学長などが責任者として、これらの情報をどのように評価していくかということを考える司令塔が必要だと思います。各大学では機関別の評価を受ける際に、自己点検をする組織があると思いますが、その組織を充足することでこの司令塔を作ることできると思います。また、特に教育に関係するものは学生を含んだ評価委員会を設けて、より詳細な評価をし、そして、カリキュラム委員会にその評価を送って、そちらで改善プランを作り、改善していくということが必要であろうと考えました。

このサイクルを回すことによって期待されるアウトカムですが、学生へのフィードバック、教員へのフィードバックによって、教育システムの全般の継続的な改善が期待できるだろうと考えました。

ただ、なかなか課題も多くあるということも委員の中から出てきました。特に人材の確保、育成であります。新しい組織を作る、あるいは、この司令塔を作ることや評価とプランを別の組織で実施することになりますと、やはり教育に興味を持ち、教育がよく分かっている人の確保、育成が必要だろうと思われれます。また、学生が組織に入っているということもいろいろな大学ではすでに整備されているところもありますが、どういう形で参画すると効果的なのか、その在り方が課題であろうと思われれます。いろいろな情報等を学生あるいは教員にフィードバックしていくということも重要ですが、どうやってフィードバックすると効果的だろうかというところを今後考えていかなければいけないと考えました。我々のグループ、最後、「PDCAからPDCIAへ」という意見が出ました。ちょっともじったのですけれども、その心は、このIR組織とPDCAの司令塔が、CIAのような、中央情報局のよう

に情報を集めて戦略を練るというぐらいの権力というか権限を持った形で運営しなければ駄目じゃないかというような、そういう意見が出ました。

以上です。

グループ⑮

テーマ⑤：分野別評価を通じた PDCAサイクルの確立【歯学教育】	
グループ	：⑮
モデレーター	：平田創一郎（東京歯科大学）
司会	：高橋 信博（東北大学）
書記	：澤瀬 隆（長崎大学）
発表資料作成者	：日高 勝美（九州歯科大学）
発表者	：八重柏 隆（岩手医科大学）
質問対応者	：菅谷 彰（神奈川歯科大学） 下田 信治（鶴見大学）

⑮PDCAサイクルの確立 【歯学教育】
◎歯学教育分野別認証評価への理解 ※評価そのものが目的ではない。教育等の改善のための手段である。 ※改善のためには、実態（現状の評価）を知ること、併せて外圧の利用も重要
I PDCAサイクル確立における課題：マンパワーの充実と教職員の理解・協力 ①学内体制の構築（全教職員の関与、専任教職員も必要） ②FD等による周知（対外的な説明責任についての理解、大学の理念の再認識、認証評価に関する情報の共有、認証評価の意義・国際標準についての理解） ③データの集積・整理（IR）及び効率的な自己評価書の作成、日常的なデータの活用
II 「A」への対応：認証評価に際しては事後対応がより重要 ①評価結果の公表と改善事項の検討 ②継続性の担保（学内組織の設置→若手教員の活用、職員の育成、一定の予算確保） ③大学による自主的・定期的なチェックの実施 （指摘事項に対する改善状況の把握→学内組織の活用）
※ 歯学教育分野別認証評価で気になる事項 ・学部に限定した評価なのか（大学院、臨床研修歯科医を含むのか？）

【八重柏】 15班の岩手医大の八重柏です。よろしくお願いします。我々のところでは、モデレーターの平田先生を中心に、7人で検討してまいりました。

まず、この分野別評価とPDCAサイクルを論じる前に、各大学の実情として分野別評価と、PDCAサイクルについて実際にどのような認識、どのような整備がされているかをまず確認しました。

もう既に九州歯科大学のように経験済みのところもあれば、まだまだ周知不足で、ごく一部の者だけがよく分かっていて、FDやワークショップをこれから開始しなければならないような大学もあります。

それから、先ほどまでのお話にありました解決のためのキーとなるのは多分IRとそれを実際に運営できるマンパワーかと思います。やはりIRについても既に設置されている大学もあれば、まだこれから検討中という大学もありました。また医学教育分野という形で対応できるような分野がある大学もあれば、ない大学もありました。

それで、そういう実情を踏まえ、そして、PDCAサイクルも既に回り始めている大学もあれば、まだこれからという大学もあるという状況の中で、何が本当に大切かについて検討しました。

まずは、この歯学教育分野別認証評価、それに対する理解がまず必要となりました。その際、評価そのものが目的ではなく、あくまで教育等の改善のための手段として認証評価をとらえることが重要であり、午前中の九州歯科大学のお話にありましてとおり、自校の

現状を見詰め、見直す良い機会ということでポジティブに捉え、そういうことを前提にしないと、なかなかPDCAサイクルの確立はうまくいかないのではないかということでした。いい意味での外圧として利用し、現状の問題を改善していくことがPDCAサイクルを動かす起点となれば良いのではないかということになりました。

その中で、特にまず一番重要なのは何であろうかということで、1番目に、PDCAサイクルの確立における一番の必要条件として出たのが「マンパワーの充実」です。そして、実際にそのPDCAサイクルを回す上では、「教職員の理解と協力」です。「僕は関係ないな」というような人が存在しないような形にしていかなないと、やっぱり難しいだろうということ、大事なことは学内体制の構築です。東大の例にありましてとおり、全教職員が関与するような組織作りと、専任の教職員も必要であろうとの結論でした。

それから、FDや、ワークショップ等による周知すべきこととして対外的な説明責任についての理解、大学の理念の再認識、認証評価に関する情報の共有、認証評価の維持、国際標準についての理解等が重要です。

それから、データの集積、整備と、先ほど医学部の二つのPDCAサイクルの確立の発表でもありましたけれども、IR、これがやはり効率的に運営されなければいけません。またIRによる自己評価書の作成や日常的なデータの活用が有効であるということでした。

特にスパイラルアップのためのActionの「A（改善）」につきましては、スライドの三つ（①～③）が特に重要であると考えました。それらのうち特に継続性は重要です。うまく継続するには、やっぱり若手教員の積極的な活用が必要です。若手教員がこれらの作業に従事しても、それが結果的に業績評価につながるような、インセンティブが得られる形で一定の永続性、継続性が担保される仕組み、それが実際に導入されることが最も重要であると結論づけました。

以上、スライドに示すようにいろいろなことを挙げました。我々のグループではこのようなことが検討されました。

以上です。

<質疑・応答>

【北村】 ありがとうございます。

それでは、御討議、御質問等ございますでしょうか。

【田川】 鹿児島大学の田川です。2点、御質問したいことがあって、どのグループで

もよろしいんですけれども。

IRという組織は情報を集めて分析をするというところですが、そういった情報に対して医学教育の立場から判定をする、あるいは、更にその上で大学としての方針をいかに決定するか、2番目のグループでは、副教育長のところというお話も若干あったんですけれども、情報を判断する仕組みの中に、いかに医学教育の専門家とか大学での方針を組織として作っていくかということについてコメントを頂けたらということが1点です。

もう1点は、認証評価は総括評価ではないというお話もありますけれども、外部からの総括評価という意味があります。まずは学内の通常の業務としての形成的なカリキュラム評価を行い、PDCAサイクルを動かしていったって、定期的な認証評価にも対応するということだと思うんですけど、学内のPDCAサイクルをいかに回すか、何かそういったことについての御議論があったかをお聞きしたいと思います。

【北村】 それでは、一つ目、IRは情報を集めるけれども、その集めた情報をどのように判断し、どのように使うかという組織は、医学教育の担当かな、そうでないかなということなんですが、絵でいうとIRが真ん中にあった10グループの先生、よろしくお願いします。

【梅村】 発表者の浜松医大の梅村です。我々のグループの中で議論はありました。IRがどのような機能までするか。先ほど質問がありました情報を集めて管理分析するまでののか、その先の方針を出すところまで機能を持つかということですが、多分現在の状態ではIR組織を持ってない大学がほとんど、あるいは、これから作ったとしても、多分専任の教員を1人、2人置くということを考えますと、今の状態では、方針まで出すというところまでは無理であろうという議論ができました。

やはり先ほどお話しさせていただきましたように、将来的にはこのIRが中核となり、方針まで出すような、戦略を練るような組織になっていくことが必要なのかなという議論もありました。

以上です。

【北村】 CIAですが、もう一つの御質問、評価を日頃やっているのと、外部評価のときの認証評価のPDCA、これをどう関連付けるかということですが、これは第9グループでお願いできますでしょうか。

【加賀谷】 確かにテーマは分野別評価を通じたPDCAサイクルとなっていますが、もちろんこのPDCAサイクルを生かすのは飽くまでも各大学の医学教育を改善するためというの

が大前提でありまして、分野別評価のためというのは本末転倒なのかもしれません。

ですから、なかなかうまくいってはいないという意見が多かったのですが、でも、日頃の、あるいは、年度のカリキュラムの改善、あるいは、もっと長期的な展望に立ったカリキュラムの改善にこのPDCAサイクルを生かしていきましょうというのが皆さんの意見でした。

【北村】 ありがとうございます。

病院評価機構で病院を評価するのはもう出来上がりで、これのチェックリストがあつて、全部チェックがそろえばオーケーで、それと同じ年が来年もあれば、もちろん全部チェックできるのがオーケーなんです、この大学教育の分野別評価は、そうではなくて、伸び代、問題点を理解して、それをこう改善する、PDCAが回っているというのををもって評価するので、詳しいことを奈良先生に聞きたいということなんです、JACMEの委員長でいらっしゃる奈良先生、この分野別評価の基準ですね。PDCAとの関わりでちょっと御説明できたら、お願いします。

【奈良】 本来のPDCAというのは各大学でやられるべきで、それがうまく回っていれば、それ以上のことはないかと思います。今回の分野別認証評価導入では、それを更に進めようということが大きな意味合いです。

分野別認証評価のための基準ということですが、国際基準に応じたものを採用しております。それはグローバル化に対応して、日本の医学を卒業した医師が外国でも活躍できる、その逆もあり得るということで、グローバル化に対応するためにはどうしてもグローバルスタンダードを使うことが要求されているからであります。

ただ、全く国際基準にすべからく沿うべきかという、日本には日本の独自の事情がありますので、日本の実情に応じた基準に改変し、それを用いて評価することになっています。

ちなみに、本年2月に東大が外部評価を受けたときに、世界医学教育連盟西太平洋地区(AMEWPR)のマイケル・フィールド会長にオブザーバーとして1週間参加していただき、我が国の医学教育分野別認証評価を見ていただきました。彼の評価としては、日本の医学教育の質は非常に高く、また、我々が進めている認証評価も国際的に見て十分通用するものだというコメントを頂きました。

また、先週、新潟で医学教育学会があつたおり、アメリカ医学教育認証評価組織(LCME)の責任者であるダン・ハント先生を招聘し、講演をいただきましたが、その際に彼にもコ

メントを求めました。彼も、医学教育認証評価制度は非常に大変なものではあるが、日本ではものすごいスピードで着実に進めていることに驚嘆したとのことでした。

こうした海外の専門家の意見を聞いても、日本で進めている医学教育分野別認証評価は非常に優れていると言って良いかと思います。

ついでではありますが、マイケル・フィールド先生はいろいろ率直な意見も述べてくれました。その一つが、医学教育にはIT環境が重要で、オーストラリアでも日本製のIT機器を導入しているのに、日本ではIT産業が活発な割には、教育にはほとんど使われていないんじゃないかというコメントがありました。また、日本の医学部には女性教授が少ないね、ということも感想として述べられました。日本には日本独自の文化があるというのは間違いないですが、グローバル化の中で、いくつか示唆に富む点がありました。

どうもありがとうございました。

【北村】 突然振って済みません。ありがとうございました。

ほか、御質問等ございますでしょうか。

【会場】 よろしいですか。これは北村先生へのお願いになると思います。Clinical Clerkshipという言葉が診療参加型臨床実習という非常に適切な名訳が付いたことで、日本中の理解が進んだように、是非、IRセンター、先ほど先生が仮に教育情報センターと訳してくださいましたが、何か名訳を生み出して、皆の理解が進むような工夫をお願いしたいと思っております。

【北村】 アドミッションポリシーとか、あえて日本語にしないで外国の匂いを漂わせることで、文科省が我々を制御するような傾向があるので、是非、日本語に全部訳していきたいなと思います。どうもありがとうございます。

<コメント>

【北村】 実は総合討論の時間、余りなくなかったので、総合討論の代わりに、多くの先生がいらっしゃるのです、少しコメントを頂きたいと思います。

この文部科学省の医学・歯学教育指導者のためのワークショップの最初から関わっていらっしゃいます東京女子医科大学名誉教授の神津先生、感想というかコメントを頂けますか。

【神津】 私が最初に関わったときから比べてみますと、皆様の進歩の度合いと御理解の度合いがもう隔世の感があるというふうに思いまして、御同慶の至りだと思います。

私からは特別なコメントはなくて、今日、ちょっと出ました、最初のときに入学選抜のところで学士入学の話がちらっと出たり、それから、グラジュエートスクールといいましょうか、全部を学士入学にするということについて余り議論が深まってなかったようなので、私の方から少し情報提供をさせていただきたいと思います。

間もなく出ますが、OSCEを作ったハーデン先生からの御依頼で、『インターナショナル・ハンドブック・オブ・メディカル・エデュケーション』というのがイギリスから私、出します、その一丁、一つを、チャプターを分担いたしました。今、AMEEといいますか、欧州の医学教育学会の会長のトゥルーディー・ロバートさんと共著であります、その中のサマリーをちょっとここへお示しいたします。

幾つかあるのですが、結論から言いますと、今、これまでの全ての日本のリテラチャーを通して、学士入学と高卒入学とどちらがすぐれているかという客観的なエビデンスは一切まだ得られていません。

ただ、幾つかのことがあります。例えばコントロール・スタディで2015年にニューカッスル大学の方から、16年間にわたるコントロール・スタディの同じカリキュラムで、学士か高卒かというので、その両者を比較したものがありますが、一切有意差がないという結果が出ております。

また、もう一つは、これは1990年にクイーンズランドからのコントロール・スタディが出ておりまして、これは学士入学の方は7歳年上でありましたけれども、ずっと調べ続けた結果、両者とも在学中の成績は変わらない、パフォーマンスは変わらない。ただ、卒後の在り方を比べますと、高卒の方がパフォーマンスが良い、ディグリーから見てもディプローブ側から見ても、それから、専門医資格からいっても、高卒入学者の方がより良かったという結果が出ています。

それから、もう一つだけお話をいたします。これはお隣の韓国での話であります。2006年に韓国が、41大学のうち27大学が大卒入学に踏み切りました。全部の場合と一部の場合とあるんですが、41分の27が大卒に踏み切った後で、今年、いまだにそれを続けるのはわずか5校に過ぎない。つまり、これはポリティカルなプレッシャーの中で大卒入学に全部踏み切ったわけでありますけれども、5校しか残らないという現実的な問題もあります。

私たちはこういうときに、エビデンスがない中で、単なるインプレッションや個人的な感触だけでどちらかの良否を言うことは今の段階ではできないという。そして、もしこれが言えるためには、何かまずは大規模な、そして、目標設定を、アウトカムをどこに置くのか。卒直後に置くのか、それとも、研修医が終わった段階に置くのか、それとも、もう少し長いところ、更に長いところ、エンドポイントをどこに置くかというきちんとしたコントロール・スタディがあるまでは、私たちはいまだ世界中からどちらの方がすぐれた入学者選抜の方式かということについてはエビデンスがなかったということ、半年ぐらい調べたんですけれども、私どもはこういうことを今結論としております。

やがてその本が出たら、もう少し中身をお読みいただけるかもしれませんが、今日の中で少し足りなかったもので、それだけ、余計なことでしたけど、追加させていただきました。

ありがとうございます。

【北村】 歯科の方から、共用試験機構の副理事長の江藤先生、申し訳ありませんが、よろしくお願いします。

【江藤】 それじゃあ、2点ほど、1点はコメントでございまして、1点はむしろ御質問させていただこうと。

1点目は、臨床参加型の臨床実習ですが、これは医科と歯科はかなり違います。歯科の場合は臨床実習室というのがあって、そこに診療台が30台なり40台なり並んでいまして、学生一人一人に診療台が割り当てられると。そこに学生担当の患者さんが来ると。そういう方式が昔からあるわけであります。

ところが、歯科大学によっては、この臨床実習室をなくしたところがあるんです。先ほどから、自験と、自分で経験するその参加型臨床実習と言っておりますが、この実習室がある場合はいや応なしにこれは自分でやらなきゃいけない。ところが、実習室がなくなりますと、教員が診療しているところに学生が来て、大体そうなりますと、介助か見学になるわけです。理解のある先生ですと、おまえ、一部やってみろと、こうなります。積極的な学生ですと、ちょっとやらせてくださいと。それ以外は大体見学になってしまうと。

ですから、患者さんが多いとか少ないとかいう問題があるにしても、この部屋があるかないかというのが非常に大きな問題になっております。部屋がない場合、急に造れといっても大変難しいと思いますから、教員が診療しているところに学生が来て、いわば自験型の臨床実習をやる場合には、その場合にはもう教員は全然やらないで、学生にやらせるといふ、そういった取組でないと難しいだろうと。それが1点目でございます。

それから、二つ目は、これは分野別評価を通じたPDCAサイクルうんぬんでございますが、このPDCAサイクルのことではなくて、この分野別評価について、これは歯科が若干遅れておりますので、JACMEのような組織を作るとしたらどうすればいいかという形で、北村先生、ないしは、奈良先生、ないしは、福島先生に御質問したいんでございますが。

今朝ほど飯野先生が、国際基準に基づいてと言ったその国際基準というのは、今現在、どの基準を用いていらっしゃるのか。これはJACMEでも既に作られているのか。それとも、このWFMEですか、WFMEのものを直接いわば借りてきたものなのか。それで、もし作られている場合には、そのWFMEのものを何%ぐらい取り入れたのかですね。

それから、その二つ目は、このJACMEの認証を受ければ、自動的にWFMEの認証となるのか。その辺はWFMEとJACMEとの間に取決めがあって、それはもうオーケーですとWFMEが言っているのかどうか。その辺のところをお教えいただきたいのですが。

【北村】 まず、基準の方からですが、医学教育学会の委員会でWFMEの第2版といいますか、2012年12月に公表したバージョンを日本語に翻訳し、それに日本の文化や日本の独特の風習を付け加えて、現在の日本版というのができています。何%というのは数えたことではないですが、決して多くはないです。全体の5%未満、三、四%くらいが日本独特のもので、WFMEが定めたものは何ら削ってはいないです。

日本のJACMEがWFMEに認められるのかどうかというのは奈良先生からお願いします。

【奈良】 最初の御質問の追加ですけれども、そもそも、アメリカのECFMGから、2010年に世界の医学部が国際的な基準で認証評価を受けるよう通告があった際、世界医学教育連盟、つまりWFMEの基準か、あるいは、アメリカのLCMEの基準に該当するのは国際基準で評価するよう条件がありました。

それに従いまして、私どもはWFMEのグローバルスタンダードを評価基準として使うことにしたわけです。ただ、WFMEも言っているように、地域や国によって社会、文化、政治、あと、国民性、全て違いますので、それぞれの国でアジャストした基準を策定してよいとの方針です。それで、北村先生がおっしゃられたように、日本版には、例えば医学教育モ

デル・コア・カリキュラム，共用試験，教養教育など，日本独自のものを組み入れて，日本固有の基準にしているわけです。

それから，二つ目の御質問ですけれども，我々のやっていることが国際的に認められなければ意味がないということでもあります。それは当然です。世界医学教育連盟WFMEは国別，個別の医学部を認証評価する機関ではなく，各国におかれた認証評価機関を認定する役目を担っています。日本ならJACME，アメリカならLCME，カナダだったらCACMS，オーストラリアならAMCなど，各国には医学教育を認証評価する組織があります。これらの組織が国際的にみて適正かつ妥当な組織であるかどうかを認定するのが世界医学教育連盟なのです。

このコンセプトに則り，私たちはJACMEを確立した後，WFMEから認定を受けるべく作業を行うことになっています。まず前段階として，AMEWPR会長を招いて東大の外部評価を見てもらいました。WFME，ECFMG，LCME等とも密に連携を取り，日本の医学教育分野別認証評価制度を構築するための意見交換を重ねています。

今後の計画としては，まずは一般社団法人としてJACMEを設立し，その上で，世界医学教育連盟にアプライして査察を受け，認定を受けることとしています。この1～2年以内に準備を整え，WFMEから認定を受けるようにしたいと思っています。実際，今年のヨーロッパ医学教育学会の際にもWFME会長らと面会し，手続き等について相談をすることになっています。

そして，WFMEから国際的に適正な認証評価組織としてJACMEが認定されれば，JACMEが認証評価した医学部はFAIMERに登録され，ECFMGへの申請資格を得ることになります。これが現在までに行っていることと，今後の展開であります。

【北村】 ありがとうございました。

日本医学会会長の高久先生もお見えですので，一言。

【高久】 私，大学から離れて3年もたつもので，もう医学教育に関係ないと思って，しばらくこの会に出てこなかったものですから，IRとかPDCAというのは，特にIRはよく分からなかった。さっきの北村先生の話で分かりました。

ちょっと思い出しますと，アドミッションポリシーの特定，問題，やっぱりこれが一番重要なことじゃないかと思いますけども，なかなかいい方法はないと思います。北村先生がおっしゃったように，アメリカでは非常に手を掛けてやっている。

特に医学教育の指導者フォーラムで確かアメリカの人の話を聞くときに，やっぱりそのアドミッションの責任者がいて，それは学生と長い間，キャンディデートに付き合っ

薦するんですね。その推薦した学生がよりいい学生でないと、その人はやっぱり学内の地位が落ちるというか評価が非常に下がる。ですから、いかにいい学生を入れるかということが教育、アドミッションに関連する教員の評価になるということが非常に印象的でありました。

それから、もう一つ、臨床実習、私は自治医科大学に長くいましたけども、自治医科大学は卒業するとすぐ、実施、卒臨床が終わるとすぐ第一線に行くものですから、最初から診療参加型の実習を行っていました。

利点としては、学生が全部寮にいたものですから、遅くまでゆっくり付き合えるということ等ありましたし、それから、学長として戻ってきたときには、学外実習を、これはかなり長期間、ちょっと期間は忘れたんですけども、それは学生が自分の出身県に帰って、卒業生が働いている所で実習をします。そうすると、そこは学生が自分が将来行く可能性が高い所であるということで、学生のレポートを聞きますと、非常に良かったというインプレッシブなレポートがありました。

ですから、これは全ての大学に応用することはできませんけれども、昨日の指導者フォーラムでオーストラリアの先生が言われたように、やはりなるべく学外の実施を重視した方がいいんじゃないか。そのときに、できれば卒業生が働いている所の、しかも、教育に熱心な人を選んで、そこでかなりの期間、実習させると効果があるのではないかと思います。

それから、卒業生の質の確保のことでは、実は思い出しますと、私が学長のときに、名前をちょっと忘れたんですけども、アメリカで教育をしている人が来たときに、彼がすぐ言ったことは、日本人学生は臨床推論の教育をほとんど受けていない。相当昔の話ですから、10年以上前の話ですけども、これが今日の議論では臨床推論ということを入れるようになっていましたので、その点については十分その当時に比べると進歩したのではないかと思います。

今日久しぶりにこの会議に出まして、実は私もJACMEに関係するようになったものですから、この会に出たわけでありますけども、皆さん方の非常に熱心な議論を聞いて、日本の医学教育についてはこれからますます改善するんじゃないかという大きな希望を持ちました。

どうもありがとうございました。

【北村】 司会の不手際で、総合討論の時間が取れませんでした、それぞれのディス

カッションで結構濃度の高いディスカッションができたと思っております。

本日は長時間、どうもありがとうございました。

(6) 閉会

6. 閉会

閉会挨拶

公益財団法人医学教育振興財団理事長 小川 秀興氏

今回の抄録の冒頭に、エイム・アンド・スコープが明確に記されておりました。①教育改革の年であること。②特に医学と歯学はかなりドラスティックな医学改革を図らなければいけないこと。そこで、③各医科大学、歯学部が主体的かつ組織的に推進できるよう役立つワークショップを行いたいということが文科省の明確な意思表示であると思います。

文科省高等教育局から寺門課長、平子企画官が御出席戴き、この会と、二日間にわたり連動して開催されました昨日の医学教育振興財団の会を含めて、終日たくさんのディスカッションを戴きました。例年はこの二日目の会の後半になるとかなりの人が減るのですが、今回2日間共に沢山の人が残って、ディスカッションにも積極的に参画されたと感じました。

それから、このワークショップの大きな特徴は、①グループ別のディスカッションをして、みんなが参画したという実感を明確に持つことです。そして、②それをコーディネーターのお二人、今回は北村先生と前田先生ですが、非常にうまくまとめられて、今日出てよかったなというような雰囲気を作られたと思いました。今回は、③北村先生が趣旨を変えて、皆さんにどんどん話を持っていったり、回答をいろんな人に、的確と思われる人々に当てていかれました。そして、④これは、このディスカッション、黙っている人ができないだけないように配慮されてというのが印象的だったと思いました。

リピーティングするようですが、分野別の認証評価の実施に向けた課題、これは明確にありまして、システムを決める欧米、それに忠実に従う日本、そして、反論する中国というのが世界の流れだそうですが、まさにそのとおり、国際認証、いろいろ言っても、そういうものを一応はクリアしようというので、皆さん、進まれていると思います。今日はその中で、東京大学の医学部の事例、それから、九州歯科大学の歯学部の事例が、極めて分かりやすく10分ずつ、飯野先生と細川先生が明確に示されたと思います。

それで、時の流れはやはりこのような形で進んでいくと、皆さん感じられたと思います。そして、それをするためのテクニカルターミノロジーとか、論点のようなものがグループディスカッションの中に配されていたと思います。

申すまでもなく、アドミッションポリシーを踏まえた入学者選抜の在り方、水平的、垂直的な統合教育を行うための入学時から卒業までのトータルカリキュラムデザインの組み方、それから、学生とくに卒業生の質の確保、そして、もっとディテールなところでは、

臨床実習の改善と充実を図ってほしいことが示されたと思います。それから、テクニカルワード、これは数年前からここで開会の辞を述べられる方、来賓挨拶を述べられる医学部あるいは歯学部の先生が、この医学教育の会に出ると、いつも変な怪しげなテクニカルワードを言われて、そして、当惑するんだということをおっしゃっていましたが、今日はいみじくもコアとなる先生方が、ばしっ、ばしっとそれらを使われて話されていました。このCBT、OSCE、Post-CC、それから、AP、PDCAサイクル、IR、これらが皆さんの大体の方にすっ、すっとして入って、それをうまく使いこなしながらプレゼンされていたのに見事なディベロップメントというか、レベルアップといいますか、でありました。

文科省が非常に注意深くおっしゃっていることは、医学教育改革、これは時の流れであるけれども、文科省はこうしなさいあしなさいということとはできるだけ言いたくない。つまり強制したくない。皆さんが主体的にいろいろ考えて各校共通性と多様性を持ってチャレンジして欲しいということを繰り返し言われているので、多分その辺が大きなポイントになると思います。私は今回これが大変うまく行われたと思いました。日本の医学教育改革は、世界の潮流を捉えつつ、日本らしさをも発信できればと願っています。

みんなが参加した形のこのようなワークショップなどの原語の意義、これは福島先生が昨年、一昨年ですかね、ワークショップと普通のシンポジウムの違いはこうなんだ、なんっておっしゃっていました。そういう区分けも今回は見事に達成されたと思います。

二日間にわたり、会場を御貸与いただきました東京慈恵会医科大学の栗原理事長始め関係者の方々に心から感謝申し上げまして、閉会の辞といたします。どうも御苦勞さまでした。

(7) 事前アンケート結果

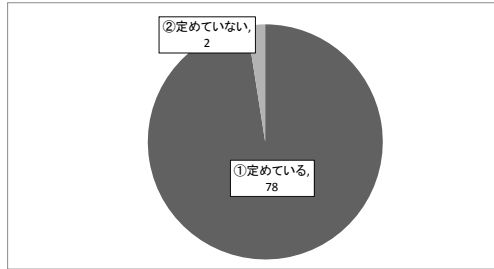
医学・歯学教育ワークショップ事前アンケート <医学> 集計”速報版”

回答大学数 80

1. 入学時の選抜方法や方針について

1-1.大学の個性・特色、ディプロマ・ポリシーやカリキュラム・ポリシーを踏まえたアドミッションポリシーを明確に定めていますか？

①定めている	②定めていない
78	2



1-1 具体的な取組内容

- 強い学習意欲と多様な科目を履修していく基礎学力をもつ学生
- 積極性、堅実性とともに他者との協調性をもつ学生
- 多様な事象に対し興味、理解力を持ち、共感とともに批判する能力をもつ学生

医師・看護職者としての適性とともに地域社会への関心を持ち、自らが問題を見つけ解決する意欲と行動力を持つ学生

将来医師として医療に貢献したいという明確な目的意識

優れた理解力・学習能力、生命現象や医療の問題への関心・探究心、人類の福祉に貢献したいという目的意識、倫理観と人間性、国際的視野、リーダーシップ

アドミッションポリシー

広い視野を持ち、自ら学び、考え、創造し、それらを生涯にわたって発展させることのできる医師及び医学研究者を養成する

自然科学、語学などの十分な基礎学力を有し、医学に関する普遍的な法則や新しい医療技術を探求し開発できる能力と意欲を持ち、地域医療、基礎医学研究、医療行政などに深い理解を有する人材を求めています。

医学部アドミッション・ポリシー

1 医師としての資質、特に医師としてふさわしい人格と倫理性、コミュニケーション能力、人間に対する豊かな感受性と奉仕の精神を備えている人

2 本学科の教育内容を理解するために必要な総合的基礎学力を十分に備えている人

3 医学研究、医学教育、医療行政、社会貢献活動を指向する人

4 地域医療に貢献することへの志と強い信念を持っている人

医学部では、基礎学力があり、健康で多様性に富んだ次のような資質を兼ね備えた人を求めています。

(1) 創造性に溢れた論理的な思考のできる人

(2) 高い倫理観と強い使命感を持つ人

(3) 世のため人のために誠心誠意尽くすことのできる人

(4) 将来の日本および世界の医学をリードするような高い志を有する人

東京大学入学者選抜要項には「世界的視野をもった市民的エリート」(東京大学憲章)たるべき人材を育てる上で期待する学生像、ならびに入学選抜における三つの基本方針(基礎学力の達成、文理にわたる広い視野、問題解決能力の重視)が明示され、理科三類受験者に対しては、本学医学部が掲げる「生命科学・医学・医療の分野の発展に寄与し、国際的指導者になる人材を育成する」という研究教育指針が示されている。

疾患の治療と予防及び健康の保持・増進を研究し、その成果を広く医療・福祉に応用する医学の発展を担う指導者となる人材を育成するため、本学の教育理念と教育目標を十分に理解し、広い視野と高い倫理観を備えた協調性と創造性に富んでいる学生を受入れる。

求める学生像として

・良き医療人・医学者になるための強い学習意欲と科学的探求心を有する人

・協調性に富み、豊かな教養と人間性を有する人

・広い視野を有し、積極的に行動できる人

・修学にあたっては十分な国語力が重要で、また英語については入学時にTOEIC470点以上、卒業までには730点以上を目指すことができる人をあげています。

「求める学生像」、「大学入学までに身につけておくべき教科・科目等」について明示している

医学類は、従来の医学部医学科に相当し、卒業生には医師国家試験の受験資格が与えられ、合格することによって医師として登録されます。医学類の教育理念は、「人間性を重視し、かつ高度で総合的な能力を有する医療人・医学者の育成を図ることにより、世界の医療、健康、福祉に貢献することです。そのために、「幅広い教養、豊かな感性と人間性への深い洞察能力を持ち、コミュニケーション能力及び国際性を備え、患者中心の全人的医療ができる医師と医学者」を育てることを教育目標とします。また、社会の多様かつ高度な医療ニーズに応えていくために「明確な目的意識、強い使命感、高い倫理観と協調性」を備えた人材を求めます。

求める人材

・高度専門職業人として、研究心を持った医師を目指す人

・国際的に活躍できる 医学研究者を目指す人

・厚生医官、法務医官、自治体、保健所など医療行政の分野で活躍したい人

・世界保健機構などで医学医療の分野で国際貢献したい人

・医薬開発、医療器械開発、バイオ技術開発などのビジネス領域で活躍したい人

選抜の基本方針

一般入試

高等学校教育で求められるすべての科目における基礎知識・技能に加え、医学にとって基本的科目である数学・物理・化学・英語の学力、そして面接においては勉学意欲・コミュニケーション能力・資質・向上心等を重視します。

推薦入試

生命科学と人類の幸福に高い志を持ち、出身高等学校長等による責任ある推薦を受けた者を対象とします。特に、推薦入試の特別枠は、将来、石川県並びに富山県の地域医療をリードする指導的人材の育成を目的としており、石川県又は富山県の地域医療に貢献する強い意志を持った者を対象とします。

佛国子女入試

日本の高等学校教育で求められるすべての科目における基礎知識・技能と相当のものを習得していることに加え、医学にとって基本的科目である数学・物理・化学・英語に関して十分な学力をもったものを対象とします。面接においては勉学意欲・コミュニケーション能力・資質・向上心等を重視します。

私費外国人留学生入試

医学を学ぶのに必要な日本語の読解・筆記能力を有しているとともに、医学にとって基本的科目である数学・物理・化学・英語に関して十分な学力をもったものを対象とします。面接においては勉学意欲・コミュニケーション能力・資質・向上心等を重視します。

入学までに身につけて欲しい教科・科目等

高等学校等で学ぶ教科全般について基礎的な知識と理解力・思考力を身につけておくことが望まれます。

グローバル化への対応、質の高い臨床能力の修得、地域医療の実践力

山梨大学は、世界遺産である富士山をはじめとする自然に恵まれた環境にあって、「地域の中核を担う人材、世界で活躍する人材」を養成し、社会の発展に寄与することを目指します。このため、それぞれの学部がアドミッションポリシーで示している学生像への適性を備え、この理念・目的を理解した、次のような人を、多様な選抜方法により、国内外から受入れます。

・他者への共感と理解を大切に、社会に貢献しようという意志の強い人

・知的好奇心をもち、自ら積極的に課題を見いだし、課題に取り組んで解決する意志の強い人

・高等学校等における学習を通して、より広くなり深く学ぶ基礎学力を備えた人

医学部医学科では、国民の健康を支える医学・医療に将来、携わることへの強い意志と深い関心を持ち、総合的理解力、論理的思考力、問題解決能力を備え、他者とのコミュニケーション及び自己表現に優れるとともに、自己啓発のために生涯にわたって学ぶことを継続する意欲を持つ人を選んでいます。

医学部医学科ではこんな人を求めています。

(1) 医師となる明確な目的意識を持っていること

(2) 医学を学んでゆくにあたって必要な基礎学力があること

(3) 医師となるのにふさわしい協調性、決断力、積極性を持っていること

(4) 病める人を救う情熱、思いやりと奉仕の心、倫理観を持っていること

(5) 将来の人類のために創造的な医学研究を志向する探求心を持っていること

アドミッションポリシー

教育理念：医学部医学科は、人間、自然、社会に対する豊かな感性と洞察力を持って教育・研究・臨床に邁進しています。その理念の下に医学の基礎と高度な専門知識・技能を有し、地球と地域の医療・医学の発展に貢献できる優れた医療人・医学研究者を育成することを最大の使命としています。

求める学生像

1. 旺盛な学習意欲と探究心を持つ

2. 自ら考え、積極的に行動できる

3. 人間性豊かで、生命に対する畏敬の念を持つ

4. 協調性に富み、相手の立場に立つて物事を考える

5. 広い視野と豊かな教養を身につけている 6. 責任感が強く、常に向上心を持ち続けている

1. 人間に対する共感と深い洞察力を持つ

2. 知的好奇心旺盛で科学的探究心に富んでいる

3. 広い視野を持ち、物事を多面的に捉えることができる

4. 協調性があり、国際的に活躍する意欲がある

5. 独創力を備え、新たな分野を開拓する気概を持つ

医師に求められる人間性や社会貢献(とくに地域保健医療への貢献)の意思、学習者としての適性 求める学生像として、「医学の修得に貢献し、また熱意を持って取り組む者を求める。」としており、また入学選抜の基本方針を、 「1. 医学の修得に必要な基礎学力を持っている者、2. 十分なコミュニケーション能力を持ち、協調性や他者への思いやりのある者、3. 能動的学習や生涯学習ができる者、4. 地域医療に理解を示す者」としている。 真理を追求するための強い好奇心と未知への挑戦心、不屈の精神と忍耐力、人間そのものに対する共感と深い洞察力、病める者を救おうという強い意志と情熱、自ら学習課題を発見し解決 世界の医学・医療の発展に貢献できる人材の育成 生命科学・医学に強い興味を持ち、探究心と学習意欲が旺盛な学生 しっかりとした基礎学力を身につけている学生 協調性があり、問題解決においては独創性と指導力を発揮できる学生 国際的に活躍する意欲を持った学生 ①生命の営みに関心のある人、②科学的な思考能力のある人、③医学に対する学習意欲と適性のある人、④人と協調できる柔軟性のある人、⑤山陰地方の風土と生活に関心のある人、⑥医学・医療と保健・福祉の進歩に貢献できる人 「アドミッション・ポリシー(AP 入学者受入方針) 鳥根大学医学部医学科は1)国際的視野に立った豊かな教養と高い倫理観を備えている、2)科学的探究心に富む、3)人間が好き、自然が好きで、地域社会に関心があり、地域から求められる良き医師になりたいと熱望する学生を求めています。 カリキュラム・ポリシー(CP 教育課程編成・実施の方針) 生命の尊厳と患者の権利・人格の尊重を教育の理念とし、広い教養と高い倫理観、科学的な探究心とコミュニケーション能力を身につけ、時代の要請に応じて地域に貢献する医師を養成する。 医学科では、豊かな心を持ち、信頼される医療人になるべく、医の心と十分な知識・技術を学んだ医学生が誕生するよう入学当初から一貫した指導に専念している。医療人に必要な人間性を高めるために、国際的な視野に立ったコミュニケーション能力、社会人としての豊かな教養および高い倫理観を養い、生命の尊厳と患者さんの権利と人権尊重の重要性が理解できる指導を行う。科学的探究心を持ち、かつ、多職種との連携ができる善良な医療人として地域社会で活躍できる医師を養成する。 各科目においては、学習の到達目標を明示し、基本的知識と基本的技術を教授するとともに、自学自習を促して高い問題解決能力を育成する。また、科学と情報技術の進歩に対応し、それらを活用できるように生涯にわたって知的向上を目指す能力を養う。さらに、患者さん中心のチーム医療の本質を理解し、その実行に必要なコミュニケーション能力、将来の医療・教育現場での指導能力、国際的に活躍できる能力を養うことを目指している。 6年間の一貫教育を実施しており、1年次には、医学概論Ⅰ・Ⅱを含む専門基礎科目を履修するほか、週1日は松江キャンパスにおいて教養育成科目を履修する。また、医学部附属病院で早期体験実習を実施し、将来医師となることの動機付けを行う。2年次からは、基礎医学系(解剖学や生理学など)専門科目の履修が始まる。3年次には、学生自らが希望する講座で研究や臨床の基本を学ぶ講座配座を実施する。3年次の1月からは、4年次にかけて自学自習と問題解決能力、実践的能力を身につけるために医学テューリアル教育を実施する。医学テューリアル教育では、臓器別・系統別に26コースを設け、コースに関連する基礎医学、臨床基礎医学、社会医学を組み込んで、臨床医学を約1年間学習する。4年次末に共用試験cBT(コンピュータを活用した知識・問題解決能力試験)およびOSCE(客観的臨床能力試験)を実施し、4年次末から始まる臨床実習に必要な知識・技術・態度が備わっているかの判定を行う。これらの試験に合格した者が、4年次末から6年次にかけて附属病院、関連教育病院ならびに地域医療機関等において70週間の臨床実習を行う。臨床実習では、学生が医療チームの一員として実際の診療に参加し、より実践的な臨床能力を身につける臨床参加型実習(クリニカルクラークシップ)を行う。英語教育は1年次から6年次まで6年間一貫教育を行っている。そのほか、自由科目として、医療人としての視野を広げるための「アドバンスト・イングリッシュスキル・コース」、学生が自主的に教員のもとで研究・手技等を学ぶ「医学研究の基礎」を設けている。 ディプロマ・ポリシー(DP 学位授与方針) 所定の期間在学し、かつ、卒業に必要な単位を修得し、すべてのカリキュラムを終了した学生に対して学士(医学)を授与します。 「医の倫理に徹し、科学的思考法と高度な医学的知識・技術を体得し、社会的信頼を得る臨床医並びに医学研究者を養成することを教育理念とし、医師に必要な使命感、豊かな人間性、高い倫理観、コミュニケーション能力を持つ者、医学・医療の進歩に対応するために必要な、幅広い基礎的学力と問題解決能力を持つ者、幅広い探究心と強くなり、とくに生命科学に對して深い関心を持つ者を受入するという方針を定めている。 人間が好きであること、人の痛みへの共感、生命科学への深い関心、客観的な理解力と判断力、積極性、高い幅広い学力、高いコミュニケーション能力、地域社会への貢献の意欲と情熱 1) 豊かな人間性と高い倫理観を持った医師、研究者の育成。(2) 科学的探究心と自己開発能力の育成。(3) 問題提起能力及び自己開発能力の育成。(4) 実践的臨床能力及び先進的医療への対応能力の育成。(5) 国際的視野と医学・医療分野での実践的英語能力の育成。(6) 地域社会の医学・医療に対する多様な要望に対応できる能力の育成 1.病める人の気持ちや理解できる温かい心をもつ臨床医をめざす人、2.医学研究並びに教育の発展に貢献する医学者をめざす人、3.医療行政、福祉の領域で国民の健康の維持・増進に尽くす人 「求める学生像と述べたような人材を様々な観点から選抜するために、推薦入試、一般入試(前期日程・後期日程)、学士編入試験という多様な選抜方法をとっています。それぞれの入試の試験科目や配点を変更することで、多彩な能力を持った人材を確保したいと考えられています。 推薦入試、一般入試では、医学を学ぶのに必要な広範囲の基礎学力を大学入試センター試験により評価します。また、個別学力検査では、数学、英語、理科を重要視しています。これは、論理的思考力(数学)、国際的な情報収集並びに言語運用能力(英語)、医学を学ぶ上での基礎的学力(理科)を測ためであり、推薦入試、一般入試(後期日程)で設けている小論文でここからの主旨は取り入れています。面接では、医学を学ぶことに対する目的意識・人間性・論理性・学習意欲などを中心に評価しています。 学士編入試験は、大学(医学部医学科以外)を卒業した者(学士)を第2年次へ編入させるための選抜です。医学以外的高度な知識を有する医師は、国際交流・国際社会への貢献、社会医学、生命科学研究など多様な分野で幅広く活躍できる人材であると期待されます。TOEIC(Test of English for International Communication)の得点と自然科学総合問題(物理、化学、生物)の学力試験により、医学を学ぶために必要な基礎学力を評価します。この学力評価に、自己推薦書の内容・面接の評価を加味して総合的に判断し選抜します。” 地域医療と国際協力を含む日本の医療・福祉に広く貢献できる人材の育成。 学際的領域における幅広い知識・学力、強固な論理的思考能力、倫理体系構築の基盤となる資質、共感的能力、問題解決能力、医療人としての倫理体系的構築 医療人の育成、医学・看護学の発展・地域包括医療の向上 ①入学後の就学に必要な基礎学力を有している。 ②創造的能力・論理的思考力に富み、責任感が強く、協調性と思いやりがある。 ③ヒトの命に携わる医学・医療分野に対して熱意と高い志を持つ。 ④医学・医療分野の職業に生涯にわたり従事するという明確な目的意識がある。 ⑤医学・医療分野のみでなく、広く生命科学分野、さらには心理的・社会的諸問題にも興味を有する。” 「豊かな人間性と高い倫理観を持ち、医学およびその関連領域における社会的な使命を追求、達成しうる人物を育てるために、科学的に独創性に富む思考力を涵養するとともに、医師として必要な基本的知識、技量を修得させ、生涯にわたって自己研鑽を積むことのできる人材教育を実施すること」を教育目標とし、そのために以下のような資質を有する人を求めている。 ①患者や家族の気持ちや理解できる豊かな人間性、②チーム医療の中心の役割を果たす優れた協調性と倫理観、③地域医療と住民の健康増進に貢献する意欲、④科学的探究心と国際的視野で医学研究を展開する意欲、⑤地域・国際社会における保健医療・福祉への関心、⑥生涯にわたる自己学習の継続。 医と看護に関する最新の学術を教育・研究し、高度の医学及び看護学の知識並びに技術、そしてこれらを支える高い倫理観と豊かな教養・人間性を備えた医師或いは看護師、保健師、更には医学、看護学研究者を養成し、これら学問の進歩、国民の健康の維持増進、医療・保健を中心に地域や国際社会の福祉に寄与することが基本理念です。 (1) 医の倫理に徹し高潔かつ温かな人間性を有する人 (2) 最新の幅広い知識と確かな技術を持ち、常に向上のための努力を惜しまない人 (3) 地域の問題を理解すると共に豊かな国際性を有する人” 医学部は、全人的医療を実践しうる医療人の育成並びに独創的研究を行える研究者及び優れた指導者の育成を目的とする。 医学科は、以下の能力をともに有した人材を育成する(教育のミッション)。 1. 人を尊重し、人と地域社会のための最善の医療を实践する優れた臨床医。 2. 科学的思考力を有し、生涯学習し、医学、医療及び社会の発展に貢献する医師及び医学研究者。 ミッションを達成するために教育到達目標、それを旨としたことを求めるディプロマ・ポリシー、習得のためのカリキュラム・ポリシーを整備し、その教育を受ける人材として、以下のアドミッション・ポリシーを定めている。 求める人材像 高校で学ぶ理科、数学、外国語、国語、地理歴史、公民の基礎学力と学校と社会生活の中で養った資質として、 1)自然界や人間社会についての幅広い基礎学力と問題解決力 2)医療や医学、生命科学などに対する関心 3)地域や国際社会への関心と社会に貢献する意欲 4)互いを尊重し、思いやりいたわる心 5)話を正確に聞き、自分の意見を論理的に伝える能力 6)学習意欲があり、自主的に学習する力と習慣を備えている人 選抜方法(一般入試)高校の学習の到達度は、センター試験、個別学力試験で評価します。その他の必要とする資質・能力は、面接試験、小論文で評価します。前期日程ではセンター試験、個別学力試験、面接試験で、後期日程ではセンター試験、小論文、面接試験で選抜します。 選抜方法(推薦入試Ⅱ)高校の学習の到達度は、センター試験で評価します。その他の必要とする資質・能力は、面接試験で評価します。また、鹿児島県における地域医療に従事しようとする強い意欲と情熱も評価します。 県民・地域性民意識の所持、生命現象・医学・医療への強い関心、自己点検・自己啓発能力、創造性・理論的展開など アドミッション・ポリシー(入学者受入方針)として、次のとおり定めています。 「医学部は、北海道民の健康と医療を守り、地域に貢献できる医師及び国際的・先端的研究を通じて世界に貢献できる研究医を育てます。そのため、次のような資質を有する学生を求めます。 1. 命を尊ぶ心を持ち、病める人を救う情熱のある人 2. 周りの人への思いやりと専任の心、倫理観を持っている人 3. 良心と社会規範に従い、良識ある行動ができる人 4. 医師・研究医となるにふさわしいコミュニケーション能力、協調性及び想像力を持っている人 5. 地域社会への興味・関心を持ち、北海道に貢献する意志を持つ人 6. 国際的視野で考え行動し、科学的探究心と想像力を持って学習に取り組める人」 福島県の復興に熱意を持つ次のような人を求める。 ①いのちを尊ぶ心を持った人 ②高い倫理観と豊かな人間性を持った人 ③広い視野と適切な判断力を持った人 ④科学的探究心と創造性を持った人 ⑤地域に根ざした医療に貢献する熱意を持った人 ・高い倫理観と医学分野への深い関心を持つ人 ・思いやりがあり、命を尊ぶ心を持つ人 ・柔軟性と協調性、高いコミュニケーション能力を有する人 ・自ら問題を発見し、解決するための学習意欲を有する人 ・医療の担い手たる責任感、使命感を有する人 ・自ら生活習慣を改善し、健康増進に取り組む意欲を有する人 ・医学界をリードし、医学・医療の進歩に世界レベルで貢献する熱意を有する人”	
--	--

【アドミッション・ポリシー】

医学は生命科学、心理学、社会科学、倫理学を基盤とする応用科学である。医師には、病気の原因や病態を科学的に解明し、診断法や治療法を開発する科学者としての役割、病気を治し、病人の苦痛を和らげ心身を癒す治療者としての役割、そして人々の健康を維持・増進し、人類の未来と幸福を守る社会的役割が求められる。これらの役割を果たすには、医療のプロフェッショナルとしての高度な医学知識と臨床能力、的確かつ柔軟なコミュニケーション能力、強い倫理感に基づく判断力の基盤の上に、卓越した学識と創造性豊かで高深な人間性、そして他者の利益のために人生を捧げる献身性が必要である。さらに、今日、医療・保健活動や医学研究は、国際的な連携のもとで実施されることが多く、国際的な視野と感性も重要である。名古屋私立大学医学部では、このような医師、医学研究者を目指す強い意志をもった人を求め、一般、推薦B、地域枠推薦の3つの入学試験を施行している。それぞれの入学試験において求める学生は以下の資質、素養を有する者である。

【一般入試】

医学・医療への使命感、倫理観と幅広い知識を持ち、他の医療従事者と協調して、患者さんのための医療ができる国際的視野を持った学生を求めます。

- ・医学・医療への使命感と倫理観をもった人
- ・幅広い科目の学力を備えている人
- ・自分を律し、患者さんを思いやれる人
- ・国際的な視野を持てる人

【推薦入試B】

基礎、臨床、社会医学を問わず創造性豊かな探究心を持ち、将来、指導的な立場で活動し、医師または研究者として国際的視野で医学・医療の発展に貢献する意欲のある学生を求めます。

- ・ヒューマニティ:人間性豊かな人
- ・クリエイティブ:創造性豊かな探究心を持った人
- ・チャレンジ:基礎、臨床、社会医学を問わず医学や科学の課題に挑戦できる人
- ・インターナショナル:名古屋から世界への発信できる人
- ・リーダーシップ:将来、指導的な立場に立つて医師・研究者として本学の発展に貢献する強い意志のある人

【地域枠推薦入試】

人間性豊かで、自然科学だけでなく社会や文化に関する幅広い知識を持ち、将来、医学・医療の分野において地域社会に貢献する意欲のある学生を求めます。

- ・豊かな人間性を持ち、医学・医療の発展に生涯を捧げる意志と知的探究心を持ち続けられる人
- ・愛知県の地域医療に貢献するという強い意志と使命感を持った人
- ・自然科学とともに社会や文化に関する幅広い基礎学力を備えた人
- ・自分の行動の結果への責任感と他人を思いやる気持ちを備えた人
- ・高い倫理観を持ち、リーダーシップと協調性、コミュニケーション能力に優れた人
- ・国際的な視野を持ち、かつ地域圏の患者さんや社会のために着実な活動のできる人

求める学生像は以下のとおりである。

1. 人間愛の理想をかける
2. 自ら求め学ぶ
3. 共に歩む

*アドミッションポリシー原文:

本医学部学芸閣前には三女神像が並んでいます。これら女神像は「智・仁・勇」の三つの基本理念を示しています。本学では、これらの基本理念を尊重する学生を受け入れます。即ち、本を抱く「智」の女神のように医学に対する旺盛な向学心を持ち、家業を持つ「仁」の女神のように人への尊敬を有し、月桂樹を手にする「勇」の女神のように医療を実践するための決断の勇気を持つ人材を求めています。自ら学習課題を設定し、その課題に向かって勉学に励める人の入学を希望します。"

1.自らを律し、人を思いやる心をもつ、人間性豊かな人

2.幅広い知識と高い学力を有し、医学への興味と旺盛な科学的探究心をもって学習に取り組める人

3.国際的な視野で考え行動できるとともに、地域の医療、保健、福祉に貢献する熱意と行動力のある人

4.奈良県立医科大学を愛し、その将来を担う志をもつ人

科学的探究心と豊かな人間性・高遠な倫理観を有する人、医学を修得するための幅広い能力を有する人、コミュニケーション能力及びリーダーシップを備えた協調性の高い人、地域医療に関心があり、国際的視野を有する人

大学入学制第一歩に則って、地域医療に志す人材を求めていることを明記し、それにあわせて地域枠や学芸館入試をおこなうことを記載している。

地域医療および地域の医療/保健/福祉ネットワークの構築とその維持に貢献する医療人の育成、地域医療体制への研究/提言/支援、医療/健康に貢献する研究

広い視野を持ち適切な公正な判断ができる人、他者の立場になって物事を考え行動できる人、自ら問題を解決する意欲のある人、協調性とコミュニケーション能力のある人、医学への強い志を持って地域社会に貢献する意欲のある人

- 1) 自ら求めて学び、医学・医療を通じて社会に貢献する意欲と情熱のある人、2) 調和のとれた豊かな人間性と偏らない判断力を備えた人、3) コミュニケーション能力に富み、他者を尊重し、他者の立場で考え、協調して行動できる人、4) 医学を修得するに必要で基礎学力と問題解決能力のある人

医学部は「豊かな人間性の涵養と、医学の発展に対応しうる基礎的及び専門的知識の修得と臨床的技術の修練を通じて、良き医師を養成すること」を教育の目的としています。この目的が確実に達成されるために、次のような資質をもつ学生を求めています。

「基礎臨床一体系の医学・医療の実現」の理念の下、患者中心の医療を実践し、医学・医療に貢献してきた本医学部は、次世代を先導し、豊かな人間性と深い知性を併せ持つ医学生を強く求める。そのために、創立者 福澤諭吉の「一身独立（自ら考え実践する）」の教えを理解し、世界に雄飛し、患者中心の医療を実現できるphysician scientist（科学的思考力を備えた医師）とならう医療人としての資質、目的意識、モチベーションを重視し、選抜する。

科学的根拠に基づく医学・医療の実践、アクティブラーニング、医師・医学者として他を慮り、慈しむ心の涵養、チーム医療や研究を遂行できる能力と習慣の修得、グローバル化する社会の課題に対応できる能力と豊かな教養の修得

"医学を学ぶ目的意識が明確で、自ら求めて学び、努力のできる人、調和のとれた豊かな人間性と偏らない判断力を備えた人、コミュニケーション能力に富み、他者・弱者の立場で考え、行動できる人、地域での医療に興味を持ち、将来地域医療の担い手として活動できる人(特に地域選抜)、1年次の寮生活を他学部学生と楽しく、充実した共同生活にできる人

社会のニーズを満たすき医師の作成

*入学受け入れ方針(アドミッションポリシー)

1.十分な基礎学力をもつ人

2.日々の自己学習意欲が旺盛である人

3.自ら問題を発見し解決する積極性のある人

4.他者と積極的に関わることを志す人

5.他者の痛みを自分の痛みとして捉えることができる人

6.自らのおかれた立場を理解し、求められている役割を自ら果たそうとする人

7.自らの意見を他者に伝えるだけでなく、他者の意見を理解できる協調性と柔軟性をもつ人8.医療を通して国際的視野で活動する志のある人

9.公平・公正な人

教育課程の編成・実施(カリキュラムポリシー)

本学の教育理念は、「医師としての品性と人間性の涵養、医学知識の享受とともに医療先進技術の習得、そして人類に貢献する研究心の向上と社会への貢献」です。この目的達成のためには、従来の区分された医学教育を脱却し統合教育を取り入れ立体的な視野のもとで医学を習得する事が許要である。したがって、本学のカリキュラムは、医学に向かう医学生としての初期動機付け教育の実施、継続的な医学英語教育、モデル・コア・カリキュラム・共用試験・クリニカルクラークシップの充実を目的とした参加型選択臨床実習やチューリアル制度等を導入した教育カリキュラムとしている。

1)バランスのとれた学力、2)医学を志す心構え、3)思いやりの心と豊かな人間性、4)コミュニケーション能力

自らの能力を磨き、医学の知識・技能を修得して自立し、「至誠と愛」を実践する女性医師および女性研究者の育成

建学の精神である「自然・生命・人間」を礎として、豊かな人間性と均衡のとれた知識と技能を有する「より良き臨床医」の育成を教育目標に掲げている。

アドミッションポリシーは

1.深い人間愛と高い倫理観をもつ人

2.知的的好奇心、創造力、論理的思考力をもつ人

3.自己犠牲性もいとわず、人々の健康に貢献しようとする意欲をもつ人

4.知性や教養を高めることに自ら努力できる人

5.医師としての仕事に耐えらる体力と精神力の獲得のために努力できる人

6.思いやりを持ち、相手の立場に立ったコミュニケーションをとれる人

7.医学専門科目の学習に必要な基礎学力をもつ人

8.国際的な広い視野をもつ人

と定めているが、策定後3年が経過するにあたり再検討する時期となっている。

①アドミッション・ポリシー(入学受け入れ方針)

病める人々に対して思いやりの心を持って接し、奉仕することとわかない良き臨床医、国際的に優れた医学研究者、およびそれらの養成を目指す医学教育者を志す人を求めます。

②カリキュラム・ポリシー(教育課程の編成・実施の方針)

受け身型教育ではなく自己啓発型教育を行い、6年間を通じて、一般教育・基礎医学・臨床医学・社会医学の各分野を総合的に学習し、人間性に溢れた倫理観のある人材育成に努めます。

③ディプロマ・ポリシー(学位授与の方針)

6年間を通じ、医師としての基礎知識・技術の習得や、本学の教育方針に基づいた各分野の授業科目の履修をすべて修了し、本学の学則に基づいた所定の授業科目を習得した者に学士の学位を授与します。

1.医学を学ぶ目的意識が明確で、自ら努力する人

2.生命倫理を尊重し、医学を学ぶための知性と科学的倫理性を備えた人

3.病める人の心を理解し、相手の立場で物事を考えることができる、思いやりのある人

4.社会的な見解を有し、周囲との協調性、調和性を尊重する人

5.世界の医学・医療の進歩と発展に貢献する強い意欲のある人

重要視される「チーム医療」の観点から、人望や包容力など「リーダー」としての資質。患者さんの立場に立つて考えることができる思いやりと生命に対する畏敬の念をもって医療にあたることができる資質。

「キリスト教的人類愛に根ざした」生命の尊厳について深い認識を持ち、人類社会に奉仕し得る医師となるために、正しく判断し、正しく行動し、そしてそれらを生涯にわたって実践し得る基礎を確立しなければならない。

大項目I: 正しく判断できる

第1領域:

医師の義務や医療倫理を理解している。(医師の責務)

医の倫理に関する基本的原理、および医師の法的責任については、十分に理解しておかなければならない。さらに、良好な医師と患者の関係は、良質な医療の基礎となることから、これらに関わる基本的知識を修得する。

第2領域:

医師として人類社会に奉仕する使命感を有している。(医師の姿勢)

医師として人に対して敬意を払い、異なる価値観や文化を理解し尊重した上で、正しく判断する姿勢を修得する。

第3領域:

幅広い知識を身につけ、複合的な視点から知識を統合し応用できる。(複合的知識)

医学における科学的な知識と解釈について十分に理解し、様々な視点から知識を統合し応用する能力と、基本的医療行為に関する知識を修得する。

第4領域:

科学的根拠に基づいて評価・判断し、問題解決にあたることができる。(問題解決能力)

正確な情報を収集・整理して利用する能力を身につけ、医療における科学的根拠に基づく意思決定と判断を行う能力を修得する。

大項目II: 正しく行動できる

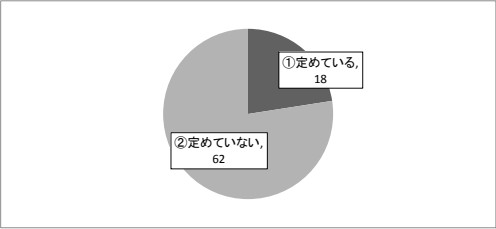
第5領域:

患者、家族や様々な職種の人と良好なコミュニケーションをとることができる。

(コミュニケーション能力) 医学・医療の実践のため、口頭あるいは文書・電子媒体などを用いた有効なコミュニケーション能力を修得する。 第6領域: 医師として必要な実践的能力を有している。(基本的診療能力) 基本的な診療技能と、適切な検査法を選択できる能力を習得するとともに、指導監督下において実施可能な医療行為については、その実践的能力を修得する。 大項目III: 生涯にわたって省察し実践する基礎ができる 第7領域: 常に感謝と思いやりの心を持ち、医師としての役割を果たすことができる。(社会的責任) 社会における臨床医・研究者・教育者等の多様な医師の役割を理解し、社会的責任を果たすための基本的能力を修得する。 第8領域: 自らの行動を振り返り、修正し改善していくことができる。(省察の実践家) 医師として、生涯にわたって学び実践する省察の実践家としての基本的な姿勢を修得する。 良医の育成、基本臨床能力の実践、周辺医療の体得、社会的役割の認識、グローバルな視点 「倫理に徹した人間性豊かな良医の育成」を建学の精神に掲げ、豊かな知識や技術と思いやりの心を兼ね備えた臨床医の育成 建学の精神を具現化した大学の目的・使命を理解し、6年間のカリキュラムの履修を通して、国際的視野を持つ人間性豊かな医師となり、社会への貢献や自らの考えで行動できるよう努力を惜しまない学生です。 『ディプロマ・ポリシー』: 社会的責任を自覚し、心豊かで、しかも十分な臨床能力を備え、将来、保健医療、医学研究、臨床医学、医学教育のいかなる分野に進んでも立派に活躍できる医師としての資質と能力を獲得したものに学士号の学位を授与する。 『カリキュラム・ポリシー』: 国際化時代、人間性豊かな良医としての医療と福祉への貢献、自由・自律・自学の精神をふまえながら教育改革、6年一貫教育。 医学部は、近畿大学建学の精神に則り、「実学教育」と「人格の陶冶」を重視します。また教育理念に則り、「人に愛され、人に信頼され、人に尊敬される」医師の育成をめざします。大学の「建学の精神」と「教育理念」に共感し、将来、良き医師として社会に貢献することを志望する入学者を受入れます。 医学を志し、そのために必要な強い意思と高い理想を持つ人。 医学の課程を学ぶために十分な基礎学力を備える人。 自ら課題を発見し解決していく意欲にあふれる人。 奉仕の精神と協調精神に富む人。 倫理観と責任感に富む人。 (1)使命 教育・研究・診療の三つの使命を推進し、社会が求める良医を育成し、医学の発展と地域社会や国際社会における人々の健康・福祉に貢献することを使命とする。 (2)教育目標 優れた医学知識、技能に加え、高い倫理観と心豊かな人間性を併せ持ち、国際性を兼ね備えた医師の育成を目指す。 (3)求める学生像 ・医師となることについて明確な目的と情熱を持っていること。・医学を学ぶためのしっかりとした基礎学力を身に付けていること。・病める人に対する思いやりと奉仕の心、痛みを理解する感性を有すること。・協調性に富み、豊かな教養と人間性を有すること。・常に努力を怠らず、自ら進んで学習する意欲のあること。 (1) 医学を学ぶ上で柔軟な思考ができ基礎学力や問題解決能力を備えた人 (2) 幅広い教養を身につけた人間性豊かな人 (3) 協調性を持ちコミュニケーション能力に富んだ人 (4) 全人的医療を志す意欲的な人 (5) 思いやり深く共感性に富む人 医学部医学科は、「地域医療の良き担い手となるヒューマニズムに富む人材の育成に当たるとともに、高水準の医療ならびに最先端の研究を推進する」という目的・基本理念に対する知識と技術を習得できる学生を求めています。 働く人々の病気の予防と健康の増進に寄与する広い視野と豊かな人間性を備えた医師(産業医)の養成 ① 医療人としてのふさわしい基礎学力と感性を持つ人材。 ② 医療専門職としての意欲と探求心を持つ人。 ③ 心豊かで創造性、協調性、責任感の強い人材。

1-2.身体に不自由がある学生の入学について方針を定めていますか？

①定めている	②定めていない
18	62



1-2 具体的な取組内容

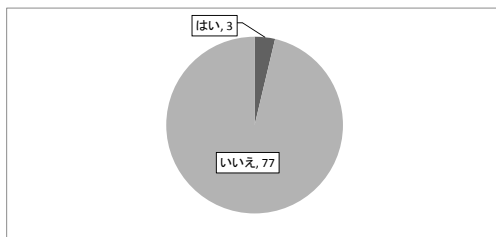
身体に不自由があるために受験上あるいは修学上の配慮が必要な学生に、事前に相談してもらうことを募集要項に明記しており、その内容についてはできる限り対応するようにしている。
国家試験受験資格者の入学は認める。
東京大学入学者募集要項に、障害のある入志願者の事前相談やその基準について記載されており、相談の結果受験上の配慮が必要であると判断される場合には、本学所定の申請書、医師の診断書等必要書類の提出により、本学でその内容を審査の上それぞれの障害の種類・程度に応じた受験校の配慮を決定し、通知している。
“修学に関する支援体制及び特別措置として支援は障害のある入学者が志望又は所属する学部(附属学校を含む)及び研究科が主たる責任を持ち、必要とする特別措置を講ずる。支援を円滑かつ適切に行うために全学的支援を必要とする場合、学生・女性支援センターは、関係部局間との調整をし、障害のある入学者の立場に立って支援を行う。特別措置は、(1)ノートテーカー等の人的支援(2)施設・設備等に関する支援、(3)その他の必要な措置となる。”
いまだで方針は定めていなかったが、本年度はじめて身体障害をもつ学生が入学した。聴覚障害者である。この学生の進級に合わせて規定を整備してゆく予定である。
センター試験における身体不自由者への対応に準拠して試験を実施。入学後はアクセシビリティ支援やピアサポート支援を実施
“「金沢大学における障がいのある学生の修学等の支援に関する規程」 (趣旨)第1条 この規程は、金沢大学(以下「本学」という。)が、身体等に障がいのある者を受け入れ、修学等の支援(以下「支援」という。)を行うための体制を整備し、その支援を円滑に実施するために必要な事項を定めるものとする。(定義)第2条 この規程において「障がい学生」とは、身体等に障がいがあり、身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第15条の規定により身体障害者手帳の交付を受けた者又はこれに準ずる障がいがあると認められる者で、本人が支援を受けることを希望し、かつ、その必要性が認められた者という。[身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第15条](支援体制)第3条 障がい学生に対する支援は、主として障がい学生が志望し、又は所属する学域、研究科又は別科(以下「所属学域等」という。))において担当する。2 所属学域等は、共通教育科目の履修に関し共通教育機構と相互に連携するものとする。3 前2項の支援を円滑かつ適切に行うために、金沢大学障がい学生支援委員会(以下「委員会」という。))は関係部局間の調整を行うものとする。(支援の要請)第4条 障がい学生は、入学前(入学者選抜試験受験時を含む。)、入学後のいずれの時期においても、所属学域等に対して支援を要請することができる。2 申し出のあった支援の必要性の有無及び支援の範囲については、所属学域等と障がい学生との間でその都度協議するものとする。 (入学者選抜試験等)に関する相談体制)第5条 委員会は、入学者選抜試験の特別措置等の相談及び入学後の修学等に係る相談に応じるため、相談に関する指針を別に定めるものとする。(履修及び単位認定等における特別措置)第6条 所属学域等は、障がい学生に対し、履修及び単位認定等において当該学生の不利益にならないよう、特別な措置を講ずるものとする。(事務)第7条 支援に関する事務は、所属学域等の事務部において行い、学生部学務課が協力するものとする。(雑則)第8条 この規程に定めるもののほか、この規程の実施に関し必要な事項は、委員会委員長が別に定める。”
“山梨大学障害学生修学支援規程(目的)第1条 この規定は、障害者基本法(昭和45年5月21日法律第84号)、その他の法令に、基づき、山梨大学(以下「本学」という。))において、障害のある者を受け入れ、修学等の支援(以下「支援」という。))を積極的に行うため、入学前から卒業に至るまでの支援体制を整備し、その支援を円滑に実施するために必要な事項を定めることを目的とする。(学長の責務)第3条 学長は、障害学生が修学における不利益を受けないよう配慮するとともに、障害学生の支援に際しの方策を推進する責務を有する。(支援実施体制)第4条 学部、研究科、教育部及び専攻科(以下「学部等」という。))の長は、障害学生が修学における不利益を受けないよう、具体的な支援を実施する責務を有する。2 支援の実施に当たっては、障害学生が所属又は志望する学部等が主たる責任を持つものとする。3 教職員は、障害学生が修学における不利益を受けないように配慮するとともに、障害学生に対する支援方策の実施に対し、積極的に協力するよう努めなければならない。”
「障害のある者等の出願にあたっての事前相談」を制度として設けている。
入学試験時に事前面談を行い、個別に対応する。
該当する学生が入学した場合は、教務委員会で対応を協議をし、学務係等学内の教育担当部門が協力して対応策を実践する。
障害学生の修学支援・学生生活支援のため滋賀医科大学医療系育成教育研究センター障害学生支援室を設置し、内規を定め、各学生の障害に応じた対応等について審議を行っている。
受験前に事前相談を行ない、個々のケースでできる限りの支援、対応を行なっている。
定めていないが、受験者が該当する場合には、その都度委員会、教授会で検討している。
公立大学法人福島県立医科大学障がい学生修学支援規程において、障がいをもった学生が、その年齢及び能力並びに障がいの種別及び程度に応じ、十分な教育が受けられるよう体制を整備するよう定めている。
事前相談を受け付けており、必要な配慮を行うこととしている。
FDを開催、WGを立ち上げ。
現在、規定(対応マニュアル)を作成中
毎年の要綱に明記しているが、本年度分はまだ確定していない。
定めていないが、個別に相談を受けることとしている。
規定は定めていない。本人から、診断書と入学後の配慮を受験前に提出してもらい、学医、学生部長、教務部長、学長の決済をとる。
(受験上及び修学上特別な配慮を必要とする)疾病・負傷や障がい有する入志願者との事前相談をおこなっている。
「障害を支援なく遂行しうる体力を有すると認められるもの」が入校者として決定されている。

2.教育プログラムについて

2-1. 能動的学習 (active learning) や、臨床実習中のEBM教育、行動科学、基礎研究活動・実習について

①能動的学習 (例:問題解決型学習(PBL)、チーム基盤型学習(TBL)など)

はい	いいえ
3	77

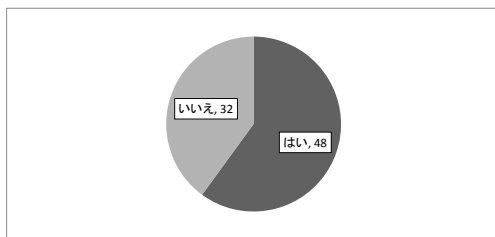


科目	学年	学習方法、効果
医学英語演習	2	一部でグループ別の課題に関する調査と発表
医学チュートリアル	1,2,4	問題解決能力を養うため、そうグループでの議論を実施している。
PBL病理学	2,3	PBL。相応の効果。
症候学PBL	4	少人数グループに別れ、チュートリアル形式で、提示された症例の診断過程を学ぶ。
初年次ゼミ	1,3,4	1年:臨床推論、医療面接、ロールプレイ、OSCE、演習/3・4年:PBL
研究室研修	3	研究室において、自分の興味のあるテーマで研究を行う。
医学の基礎コース	1～3 年次	PBLチュートリアル、発表能力が向上した。
臨床推論TBL 学びのリテラシー(1)	4,1	4年生 臨床推論TBL・・・peper parient を用いた学生主体、TBL形式の臨床推論学修。 1年生 学びのリテラシー(1)・・・課題設定、情報の収集・統合、意見の発表まで学生主体で行う。
導入・臨床チュートリアル	1,4	PBL・チュートリアル
PBL	4	週1回で全11回。医療倫理や先端医療に関する問題を中心に少人数で討論。基本的な態度や技能の修得、プロフェッショナリズムの涵養に効果。
医学導入、腫瘍学(PBL)、呼吸器、循環器、消化器(PBL)、体液制御・泌尿器(PBL)、神経科学・臨床、内分泌・代謝、骨・関節・脊椎、皮膚・アレルギー・膠原病、救急・麻酔・生殖・発達、臨床医学導入、感染・臨床、頭頸部・臨床、老年医学	1,3,4	PBLやTBL、ミニケースを活用した学習を実施。その結果学生は能動的に学習へと参加することとなった。
早期医学体験実習など多数	全学年	KJ法、グループ学習、グループ発表、PBL、TBL、クリニカルクラークシップ
医学概論	1	講義形式と併せチュートリアル教育を実施している
チュートリアル	4	PBL。学生が能動的に参加することにより、医師として必要な自ら考える力を養うことができる。
入門チュートリアル	1	PBL形式、問題発見解決能力及び自己学習能力の修得
チュートリアル	3, 4	グループ学習
臨床医学TBL	4	グループ学習、課題の解決、学生同士のピアレビュー
PBLチュートリアル	2-4年	毎週2回、提示された症例について小グループで問題点を議論し学習を進めている。
基礎臨床医学	3,4年	PBL・チュートリアル、TBL
PBLチュートリアル	4	小グループでのディスカッション
PBLチュートリアル	3-4年	少人数共同学習、ラーニングコメンズの充実とe-learning用webページの活用による自己学習支援、教養教育でのPBL導入授業(1年次、他学部学生との合同授業)、学習の効果については、学生間で二極化が進んでいるという印象を持っている。
少人数能動学習	4	具体的な状況事例として与え、少人数グループ討論を通して学生が自主的に自分に必要な学習項目を設定し自らの力でそれを習得することを通じて、自己開発型学習能力の学び方を習得させようとするものである。
選択必修科目	3	特定の領域について少人数のセミナー形式
症候別チュートリアル	4	少人数(8名)のPBL
PBLチュートリアル	4	臨床症例を課題としたPBL。課題探求能力、自己学習能力、問題解決能力が習得できた。
医学チュートリアル	4	提示された症例に対して、学生自身が科学的判断力をもって自己の課題を明確に認識し、これを解決すべく自学自習を行い、グループで討論するという過程を繰り返すことによって問題解決の手法を体得する
医学セミナー、基礎病態演習 臨床病態演習	1,3,4	少人数グループでテーマを決めて調べ、発表を行う。
症候診断治療学	4	7週間にわたって小グループによるPBLチュートリアルを行っている
重点統合、倫理 医療安全、プレ臨床実習	2,3,4	PBL,TBL
系統別病態診断	4	PBLチュートリアル
早期医学で基本を学び、統合講義の臓器別ユニット内で本格実施。課題探求能力の増進。	1,3,4	
チュートリアル	3年、4年	各テーマに沿った症例についてグループごとに診断から治療まで考える。
PBL I ～IV内科学総論	1-4年3年	少人数グループによる課題探究学習、チューターが付いて3・4年次で課題探究による臨床推論を行う。内科学総論では、チーム基盤型学習(TBL)を導入している。
基幹教育、専攻教育	1-6年	個人ワーク、グループワーク、プレゼンテーション、基礎医学実験、シミュレーション、模擬患者演習、臨床実習
機能・系統別 PBL教育科目	3,4	PBL、TBL
各科目	3～4	PBL、TBLなど
基礎・臨床医学	2,3,4	チュートリアル教育(有効である)
酵素と生体・情報伝達と 生体機能・神経科学	3	講義・演習
全科目	1～6	グループ学習、3-4年次では臨床チュートリアル、シャドウイング、ポートフォリオを用いた振り返り
TBLチュートリアル	4	症例ベースでTBL形式の演習を行っている。
新入生チュートリアル	1	少人数(7名程度)のグループにわかれ、一般的な医学・医療に関する題材について、自分で考え、問題点列挙と調査の後、グループ内で意見交換し、整理した内容をプレゼンテーションするとともに、レポートを作成するPBL形式の演習を行う。
人文社会科学	1	グループによる検討、発表の時間を設けている。特に「医学セミナー」の授業においては、発表大会を設けている。
症候・病態	4	TBL
早期体験授業	1	医・薬・看護連携チームによる地域参加型学習、地域のニーズの抽出と課題解決
総合診療学	5-6	代表的な症例について、case-based discussion形式でTBLを行っている
PBLチュートリアル	4	自己学習とディスカッション
基礎、臨床TBL	3,4,5	TBL
PBL	1	教養セミナー、基礎医学PBL、臨床医学PBL
アカデミックリテラシー(1M)、 細胞生物学I(1M)、 チーム医療リテラシー(3M)	1,3	PBL、TBL、ディベート、ビブリオバトル、コンセンサスワーク
医学部入門、思考のプロセス、 チュートリアル	1,3	PBL
PBLチュートリアル	1,2	小グループに分かれ、テーマに関する情報収集、議論、プレゼンテーション。情報収集能力、グループディスカッション能力、協調性、プレゼンテーション能力の向上が見られる。
臨床推論	1-4年	PBL

地域と大学(医科学Aの一部) プレチュートリアル チュートリアル	1,4	地域と大学:2.「地(知)の拠点整備事業」(大学COC事業)の一環として、学生を16のグループに分け、「三鷹市の医療と福祉」を大テーマとし、各グループが自主的に課題を設定し、その課題に適した市や医師会の施設・部署を訪問取材してプロダクトを作成する。秋の杏林医学会で市民にも公開の発表会を行う。 プレチュートリアル:学習課題の発見と自主学習の能力習得を主たる目的として行うPBLチュートリアル教育である。 チュートリアル:臨床実習の準備として、これまでに学んだ医学知識を応用して臨床推論を進めていく能力を高めるためのPBLチュートリアル教育である。 生涯学習の準備として、与えられた課題から自分が学習すべき事項を抽出し、自分で適切な資料を選択して、それにより必要な知識を取得する能力と自己学習の態度を習得することも目標としている。また、小グループにおける討論を通じて、論理的な議論を行う能力を向上させる。
総合臨床医学	4	TBL形式
PBL、第1期臨床実習	1,4年次	一般科学を題材としたPBL(1年次)、臨床実習準備教育におけるTBL(4年次)
チーム医療の基盤など	1,3,4	PBL
医学序論、TBL 臨床推論	1,2,4	1年と4年でPBL、また2年でTBLを行っている。
臨床医学Ⅱ	4	PBL
基本的臨床技能実習	4	小グループでの基本的臨床技能習得の実習。ベッドサイド、外来、手術室などでの実習を適切に行えるようになる。
チュートリアル	1,2,3,4	学生自らが問題発見と解決を行う新しい教育法
PBL	1,2,3,4	7-8名を1グループとし、チュータの指導もとで問題解決型グループディスカッションを行う。
3,4年次問題基盤型学習	3,4	PBL
SGL, TBL	3,4	3年で基礎医学SGL、4年で臨床医学コース講義と平行してSGLとTBL。
チュートリアル教育、 医学研究入門1,2	1~3	小グループによる文献講読、グループ学習による課題発見、分析、発表、討論
PBL	1,4学年	課題の問題点を自ら抽出し、それに関して情報収集し、グループディスカッションを経て更に推論、考察し、結論を導き出す。
クリニカル コミュニケーション	3	自ら考える力、集い力、挑み力の醸成(PBL、ワークショップ)
1年大学基礎セミナー、2年生理系 及び3・4年内科系ユニット	1~4	PBL、TBL
PBL	3,4	
PBLⅠⅡ	3,4	
PBL	3・4	学生を小グループに分け、チューターと呼ばれる教員が用意した各コースのシナリオを学生に配付します。そのシナリオについて、学生が議論、調査、結果発表するというプロセスを繰り返すことで、実際に医師として、治療を行う際に必要な高い臨床力を育成します。
完全型チュートリアル、 プレクリニカル クラッシュ(PCC)	4	1ヶ月間の基本13疾患別チュートリアルで毎回ブレゼン練習。PCCで臨床推論の基本訓練
チュートリアル	2,3,4	少人数のディスカッションを中心に、能動的学習成果のポスター発表会などもしている。
症候病態TBL	3,4	症候より病態・鑑別診断を考えるトレーニングをTBL(team-based learning)の手法を取り入れて行う。
基礎系実習の他、発生学、 分子生物学、 情報活用と組織行動	2	TBL形式。当該学問の習得の他、チーム活動(医療)やコミュニケーションなどを学ぶ。
PBLチュートリアル	1・3	小グループごとに与えられた課題について、疑問点や問題点を見つけ、学ぶべき学習項目を選び出し、これについて情報収集・整理・要約を行い、分析・統合して知識の理解を深め問題解決を目指す。
総合教育セミナー	1	様々なテーマについて少人数グループで担当教員と対話・討論を行っている。
基礎科目	M2,3	PBL, TBL

②臨床実習中のEBM教育

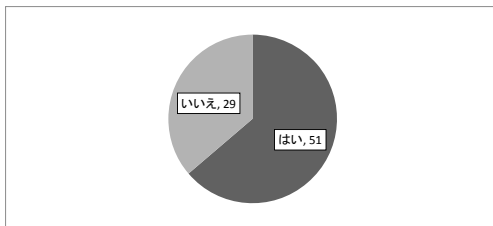
はい	いいえ
48	32



科目	学年	学習方法、効果
臨床薬理学実習	5	EBMというツールの使い方を学び、理解を深めている。
臨床薬理学	5年	臨床研究の論文の抽出、解釈、実習中のケースへの応用
臨床病理学	6	6年1学期、選択BSLと平行して講義やロールプレイなど。
臨床導入実習、臨床実習	4,5,6	外部より講師を呼び臨床実習導入次期と臨床実習中の学生に座学で実施した。その結果、学生から今後に必要な内容であり、次回はより高度な内容を要望する意見があった。
臨床診断学実習 (臨床推論に関する小講義)	4	左記の他にも、5年次の臨床研究支援センターでのCC実習、4～6年次対象の臨床研究者育成プログラム(選択)臨床疫学トランスレショナルリサーチレクチャー(全7回)など。CC評価表に「EBMを理解しているか」という項目をH26年より追加。
臨床実習選択Ⅰ・Ⅱ	6	実地臨床での治療計画を立案できるようにする。
臨床実習準備教育	4	
臨床実習Ⅰ・Ⅱ	5,6	臨床実習Ⅰ(BSL)、臨床実習Ⅱ(クリニカルクラークシップ)
臨床実習Ⅰ・Ⅱ	5,6	小グループ学習のときに診療科の指導教員からEBM文献の探し方、読み方について指導している。
臨床実習Ⅰ	5	総合内科の実習中に実施。論文の検索方法、批判的読み方など。
臨床実習1,2	5,6	
臨床実習	5,6	各科カンファレンス
臨床実習	4～5年次	診療参加型実習、臨床技能が向上した。
臨床実習	5,6	症例検討でのデータベースによる文献検索、診療ガイドライン確認
臨床実習	4,5	臨床実習期間中に各診療科で学習
臨床実習	4,5,6	臨床実習班(4～6人)でのケーススタディ。実践現場での教育のため効果高い。
臨床実習	5～6	一部の診療科で実習中に教育を行っている
臨床実習	5	講義
臨床実習	5年	BSL、CC
臨床実習	5,6	クルーズ
臨床実習	5,6	臨床各科カンファレンス
臨床実習	5,6	臨床実習の中で各診療科において行う。
臨床各科	6	EBM演習は3学年医療情報学で実施済みで、各科の臨床カンファレンスで適宜応用
臨床各科	6	選択的クリニカルクラークシップ
臨床医学実習	5,6	カンファレンス等での症例のまとめ・発表に向けての学習とフィードバック
臨床医学概論 地域医療学各論	3,5	講義と演習
統合講義	5	実習
総合医療科目群	3,4	講義、グループ学習
総合講義	6	総合診療の教員が担当して実施しており理解が深まりつつある
総合医療学	5,6	レクチャー
全臨床実習	5	文献に基づく診断・治療方針の決定
全て	5,6	抄読会などへの参加
機能・系統別PBL 教育科目 臨床実習	3～6	演習、実習
各臨床科ごとの対応	5,6	レクチャー
各講座実習	6年	各講座の臨床実習ではEBMに沿った教育を取り入れている。
各科	M5,6	BSL
セグメント8	4年	講義と実習
すべての科	5,6	文献やガイドラインを調べ、エビデンスに基づく診断治療を理解させている。
コア・クラークシップ	5	論理的・創造的思考力の醸成(症例研究、ジャーナルクラブ、臨床治験セミナー参加)
クリニカルクラークシップ	4～6年	ローテーション診療科毎での、UP TO DATEなどを教材とした実践的教育、効果については、初期臨床研修に向けての導入としての効果があると考えている。
EBM	4	講義(臨床実習開始前に実施)。医療情報データベース等を用い、臨床実習前に社会・患者に対して負う使命に沿った行動・考え方を意識づけることができる。
EBCP	4年	ワークショップ形式。臨床実習の経験に基づいて患者に貢献するための問題解決能力が養われる。
CPC・病理示説	6	教員からなるCPC委員会が選択した症例について、10数名のグループごとに学生主体の臨床病理検討会を行う。
BSL	5	BSL
BSL	5	院内のネットワーク環境を改善、タブレット端末を全員に配布し、UptoDate等の利用を奨励している
BSL	5	一部の診療科でEBMに関するクルーズを実施。EBMに関する認識と理解の向上。
		実習を行う診療科ごとにEBM教育を実践しているものと思われるが、EBM教育だけを理論として取り上げていない。
	5	担当症例についてのEBMに基づくプレゼンテーション
		実習中ではないが、4年時でEBMの講義と演習を行っている。

③行動科学

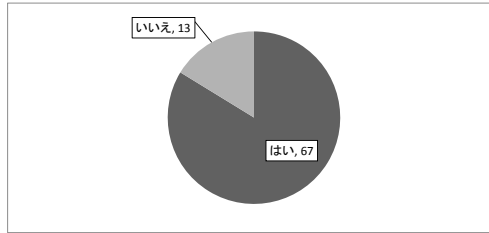
はい	いいえ
51	29



科目	学年	学習方法、効果
臨床心理学	1	講義等
臨床実習入門	4	行動変容のロールプレイ
臨床実技入門	4	コミュニケーション、医療面接等の技法を模擬患者の協力で指導、一定の効果を上げている。
臨床行動科学	3	講義および、ロールプレイ実習
臨床医学総論	4	基本的臨床技能教育として、多職種連携教育、チーム医療について講義、演習を行っている
内科学系統講義 診断学実習 臨床統合講義 社会医学集中講義 臨床統合講義	4,5,6	心療内科(50分×6回) 医療面接総論、模擬患者による医療面接実習 サイコオンコロジー、臨床心理学
地域体験実習 医師患者関係 医療面接実習	2-5年	人間同士のコミュニケーション、行動などについて体験的に学習
総合講義	4	ロールプレイを行っている
人間関係論	1	講義及び実習を行う。
人間関係教育	1,2,3,4	講義とワークショップ
人間関係学1,2	1,2	幅広い人間性の育成・社会的役割の認識(施設実習、個別体験学習など)
人の行動と心理 心理行動科学入門	1	講義形式
人の行動と心理	1,2	講義
診療の基礎とケア2	5	TBL形式
心理学、倫理学	1,2	
心理学	1	心理学の基本概念と方法論を学習し、こころの世界を説明、解釈するための基礎知識を獲得するための講義を行う。
心理学	1	教科書「医療の行動科学」、講義23コマ
初年次ゼミなど	1,4	医療面接、コミュニケーション、安全管理
社会科学	4	行動科学総論、行動科学各論の講義をシリーズで行っている。
講義・PBL	4	
行動科学・患者学	2	講義
行動科学	1	講義形式でプリント、板書、PowerPoint等を用いて行っている。
行動科学	1	学習方法は講義形式で、人の行動とその裏に仮定される認知過程に関わる認知・行動科学研究で用いられる基本的な手法やツールなどに関する基礎知識を習得する。
行動科学	1	レクチャー
行動科学	2	講義
行動科学	3	講義形式。身体機能だけでなく、医学における心理・社会的側面の機能も理解することが培われる。
行動科学	1	
行動の科学	1	座学およびロールプレイ実習。行動心理学の理解とコミュニケーション能力の向上。
公衆衛生実習	5	講義、演習、保健指導実習
公衆衛生学	4	社会医学実習のなかで行動科学を学んでいる。
健康の行動科学	1	講義とレポート、試験
機能・系統別PBL 教育科目 臨床実習	3,4,5	講義+PBLでの症例に関連した学習、臨床実習でのコミュニケーショントレーニング
医療面接2	4	患者教育のための行動変容に関する講義、模擬患者とのロールプレイ、レポート
医療入門等	1,2,3,4	医療安全ワークショップ、医療倫理講義、医療面接実習等
医療行動科学	2	講義と演習
医療環境、共通教育	1,3	
医療概論Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ	2~4年次	講義および実習。ライフサイクル、リーダーシップについては講義、ヘルスプロモーションについては、行動変容の原則を学び、地域の住民を対象にした実習を行っている。 2年、4年次に模擬患者とのコミュニケーション実習を実施。行動科学全般を学べるプログラムにはなっており、次年度からの改編を計画中である。
医療概論Ⅰ~Ⅳ	1,2,3,4	講義、グループワーク
医療科学A、B	1,3	心理学、コミュニケーション理論(グループワークを含む)の講義を行っている。
医療プロフェッショナリズム の実践Ⅱ	2	行動医学についての講義。
医用心理学	1	
医心理学演習	2	講義:患者の身体的・心理的・社会的状態を科学的に評価し、さまざまな情報を総合して、的確に判断し、必要な行動ができる
医学部入門、対人援助 の知識と実践	1,2	講義と実習
医学導入、臨床導入実習、 臨床実習 包括医療統合教育	1,4,5,6	医療者や患者のシャドウイング、医療面接や臨床実習を通して、人間関係の構築・協業、コミュニケーションについて学び、患者の行動様式と医学教育で習得した知識を関連付けて診断へと導く一連の過程を身につけることができるようになった。
医学心理学	3	座学
医学概論	2,4	コミュニケーション能力、
医学概論	M1	講義演習
コミュニケーション学 社会学		1~4学年の選択科目として、コミュニケーション学では、理論を学び、個人研究、グループ実習を経て振り替える。また、社会学では、レポーターを務めるグループを決め、教材資料を読み、レポーターが問題提起し、受講者はその問題について各グループから回答し、ディスカッションする。
NMS、基本臨床実習	1,4	1年1学期のガイダンス的カリキュラムの中で、コミュニケーションの科学。4年BSL開始前の基本臨床実習で患者-医師関係など。
NMS、基本臨床実習	1~6	テーマに基づくグループ討論/クリニカル・クラークシップ
NMS、基本臨床実習	1,2,3,4	
NMS、基本臨床実習	1,3	講義、コンセンサスワーク
		一部の診療科で、臨床実習中に指導しているが、医学教育カリキュラムのなかで体系的に実施されるプログラムはない。
		平成28年度より新規科目を設け導入予定である

④プロフェッショナリズム教育

はい	いいえ
67	13

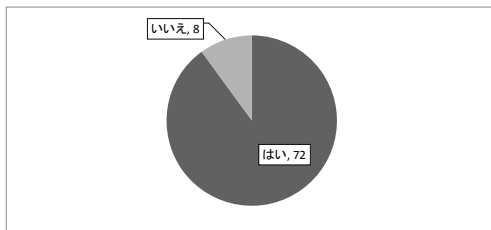


科目	学年	学習方法、効果
医学史・医学概論	2	講義、グループ討論など
臨床実習入門	4	症候学の講義形式
臨床実習入門	4年	ワークショップ形式。全科臨床実習を行うための基本的な態度と技能を身に付けることができる。
臨床実習	1.2	早期体験実習、臨床実習
臨床実習	5・6	クリニカル・クラークシップ
臨床実習	5.6	実習
臨床医学特論	5	講義および演習形式
臨床医学概論、臨床講義 地域医療学各論4	5.6	講義と演習
倫理総合討論など	5など	終末期医療など各テーマにそって、学生同士の討論形式で行っている。
肉眼解剖学、臨床薬理学 インフォームドコンセント、臨床倫理、薬 害、臨床医学 基本実習、臨床実習Ⅰ・Ⅱ	1-6年	個人ワーク、グループワーク、プレゼンテーション、基礎医学実験、シミュレーション、模擬患者演習、臨床実習
特別講義	1・6	オムニバス形式講義 外部の現役医師等を招いた講義で、1年生には、これから医学を学ぶ者としての動機づけを、6年生には、卒後の医師としてプロ意識を養うことができる。
導入PBLテュートリアル、IPE、生命倫理 演習 医師見習い体験学習、臨床医学実習	1～5	テーマに基づくグループ討論／クリニカル・クラークシップ
		1年1学期のガイダンスのカリキュラムの中で、プロフェッショナリズムの概論。4年BSL開始前の基本臨床実習でさらに詳しく。
地域社会と健康	4年	IP演習
地域医療学	4	専門家による講義。事例取り入れ、双方向性講義を行っている
総合人間医学1～3 1学年シミュレーション実習	1,2,3	医学概論、看護実習、エスコート実習、医療面接演習、1学年シミュレーション実習での態度・服装・立ち居ふるまい教育。3年前から1学年シミュレーション実習を6～9月に9回行い、モチベーションの維持の効果がある。
全人的医療人教育と 臨床医学入門	1～4	講義とグループディスカッション形式で授業を行っている。
生命倫理学(1M)、医療における社会・行動科学(1M)、 アカデミックテラシー(1M)、チーム医療リ テラシー(3M)、テーマ別研修(3M)	1,3	講義、コンセンサスワーク、地域医療見学研修
生命の講座	2	講義
人間関係教育	全学年	使命感、倫理観、対話力を養い、医師としての人間性を醸成
診断治療学入門	3	対話型
初年次ゼミ	1	早期医療実習前に講義、またコミュニケーションについても講義している。
初期医学教育	1-2年	地域基盤型保健医療教育、患者体験実習、「医療と社会」授業などを通じて教育を実施している。 授業後アンケートによる短期的評価では一定の効果が出ているが、本来、長期的にフォローにより評価されるべき教育であると考えます。
健康科学概論	1	レクチャー
共通教育、医療安全	1.4	
基本診療技能学 臨床実習	4～6	臨床実習前に医師としての心構えや医療倫理を、臨床実習においてチームに入り、医学的知識・問題解決能力を養う。
患者と医療 チーム医療1 医療面接1 シャドウイング 医療面接2 チーム医療2 他	1,2,3,4	患者の心理に関する講義、患者講演、患者との面談(傾聴、共感)、ビデオ学習、グループ討論、発表、社会的視点からの課題学習、レポート 専門職の講義、臨床技能実習、附属病院、学外医療、保健施設等の見学、グループ学習、発表、討議 患者を尊重した基本的面接技能の講義、デモンストレーション、模擬患者、同僚とのロールプレイ、自己・同僚評価 学内外の医療、保健施設等の見学及び模擬診療実習、振り返り 悪い知らせ、行動変容の講義、ロールプレイ、レポート 薬学部学生との協働学習、課題検討、模擬カンファレンス、グループ発表、レポート、他職種の指導
各講座実習	6年	各講座の臨床実習ではプロフェッショナリズム教育を取り入れている。
外来患者体験実習	2年	従来の外来患者体験実習の直前および直後に「医師としてのプロフェッショナリズム」という言葉から連想する漢字一文字を学生個人に表記させる。 次に各グループ内で出た漢字の中から一つを選び、グループワークとして「日々の診療の中で医療関係者が果たすべき役割は何か？」について話し合い、選んだ漢字とともに発表する。 学生ごとの漢字およびグループワークの成果物は、4年次後期より始まる病棟実習開始直前に各学生にフィードバックし、各学生の病棟実習における行動目標作成に活用し、さらにルーブリックに保存する。
医療倫理学・地域医療学	1	望まれる医師像・あるべき医師像について学ぶ。
医療倫理SGL	5	TBLおよび演習形式
医療入門Ⅰ	4	医師のプロフェッショナリズムとして、チーム医療と臨床倫理を学習している。
医療入門 プロフェッショナリズム	1年次	講義、実習、レポート
医療入門	1	少人数グループに別れ、ワークショップ形式でプロフェッショナリズムに関して学習する。
医療学入門、臨床入門	1, 2	
医療学入門	1	講義と事例検討により実施している。
医療学	6	臨床能力の向上(自己開拓科目)
医療概論Ⅰ～Ⅳ	1,2,3,4	講義、グループワーク
医療概論	1～5 年次	医療倫理、チーム医療、健康教育、医師患者関係など、従来の医学教育の枠組みでは修得が難しい領域を体系的に学ぶ事ができる。
医療科学A 臨床医学総論	1,3	医療科学A:ヒトの道德性の社会生物学的背景を理解し、自信と確信を持ってプロフェッショナルとして必要な価値観と道德性を身につけることを目標として講義を行う。 臨床医学総論:臨床系科目の最初の講義として、あらためてプロフェッショナリズムの概念と具合的内容、医学生としての心得を学ぶ。
医療プロフェッショナ リズム入門	1	講義・実習
医療プロフェッショナ リズムの実践Ⅰ、Ⅱ	1.2	各学年15コマずつで実施。早期学外実習、コミュニケーション実習等。
医療 プロフェッショナリズム	2,3,4	講義
医師患者関係	3年	体験型授業の中で、医師のプロフェッショナリズムについてもテーマとして
医学入門	1年次	研究倫理についての講義
医学入門	2	座学
医学導入、臨床実習 包括医療統合教育	1,5,6	講義や実習形式でプロフェッショナリズム教育を行っており、さらにグループワークや実習の後に質問票を用いた自己評価・ピア評価を行い、省察を介した教育も行っている。
医学序論	1	
医学概論・医療総論2・5	2.4	2学年において医療におけるプロフェッショナリズムの概念、4学年において充実したクリニカルクラークシップを行うために必要な知識と医学生としてのプロフェッショナリズムについての講義を行う。
医学概論	1,2,4	コミュニケーション能力の向上やチーム医療の円滑化
医学概論	2,3	講義を行う。

医学概論	M1	TBL
医の倫理学	1	プロフェッショナリズムの重要な側面である医学倫理について学習する。専門家による講義と、学生がチームで取り組むケーススタディを中心とする。
医と社会	1～4	講義等
メディカル プロフェッショナリズム	1～6	すべての学年に2014年度より、メディカルプロフェッショナリズムという科目を設置している。
プロフェッショナリズムⅠ,Ⅱ 臨床実技入門	1,3,4	1,3年次は講義、グループ学習。4年次はシミュレーションコース内に医師としてのプロフェッショナリズム講義
プロフェッショナリズムⅠ	1,2	闘病記から学ぶ、救急医療ボランティア、病棟実習などの実践的な内容
プロフェッショナリズム	1年	座学と一部PBL
チーム医療演習、 医療安全・管理学 医学原論・演習	1～5	グループワークによる問題解決能力の習得
ケアマインド教育	1	難病患者、がん患者に話をしてもらい、医学・看護学生で話し合い、発表する演習形式
キャリア入門	1	キャリアパス、キャリアプランを早期から描くことで、医師としてのプロフェッショナリズムについて考えることができた。
PBLに含める	2	講義、グループ演習、課題発表
3年「医の倫理とプロ フェッショナリズム」	3	講義形式で医学倫理、プロフェッショナリズム、QOL、インフォームドコンセントなどを考える
「スチューデントドクター（学生医師）」 命名式 IPE (interpro- fessional edu-cation :多職種連携教育)	4	実習に当たって医療者としての自覚を促している。 医学科と健康総合科学科（看護）との合同授業としてH27年より実施。災害医療に関するゲーム型演習を教材として、グループごとに医学科生と看護の学生がまじり、チームワークについて学ぶ。
	5,6	地域医療、BSL、クリニカルクラークシップのほか、1年時の「医の原則」
		平成28年度より新規科目を設け導入予定である
	1	早期臨床体験実習

⑤基礎研究活動・実習

はい	いいえ
72	8



科目	学年	学習方法、効果
配属実習	3	1月18日～3月4日の期間で4週間以上。
地域医療学	4年次	グループ実習、報告会
先端医療学コース	2-4年	所属研究班での研究を通して課題探究能力を習得。学会発表で優秀演題賞を受賞するなど効果が表れている。
先端医科学演習 と社会医学実習	2年と4年	希望者は基礎系講座で実験の基礎から論文作成を学ぶ。 社会医学実習ではすべての学生がグループに分かれて研究のプロトコル作成から論文作成まで一貫して行う。
生理学実習など	1234	実習
初年次ゼミ(1) 医学研究リテラシー(2M)、 ラボ配属(4M)	2, 4	講義、研究室配属
修業実習	3	
実践医学英語	1～6	4・5年生を対象にした英語での米国ニューヨーク・プレクラークシップ海外研修プログラム(約2週間)に参加。海外の医療機関等の実情に英語で触れることができる。
自主研修	4	自主研修は、学生自身が医学に関する研究活動に触れ、また実際に実験を体験することにより、実験のプランニング・手技・結果の解析・考察等の過程を通じて科学的思考のトレーニングを行う。 また、将来の研究者の育成と、臨床医であって研究する意欲を持ち続けることを目指し、同時に、学生の自主性を啓発する事によってすべての分野で求められる積極的な人材の育成に寄与することも目的とする。
自主研究演習	3	各講座に配属し、各自のテーマで研究をすることにより、リサーチマインドを養う
自主学習	4	1学期間、研究室に配属し、研究をおこなっている。
自己開発、修学論文	3	
研究配属	3	基礎系の講座に6週間配属。
研究配属	4	4年生の夏期休業期間前に6週間、15も基礎社会医学系教室分かれて方である
研究実践プログラム 自由選択科目	2,3,4,5,6	放課後の空いた時間を利用して履修する実践プログラムでは研究の手法・技法を学びながら、自己問題提起もできるようになった。 必須科目である自由選択学習についても学生は自らの興味に従った研究室で研究活動に従事し、より深く広い研究活動を行えるようになった。
研究実習	4	リサーチ・クラッシュとポスター発表
研究室配属	3	ゼミナール形式、研究マインドを涵養するとともに、幅広い視点から医学・医療を学ぶ
研究室配属	2	研究の楽しさを知り、研究マインドの涵養ができた。
研究室配属	4	約2ヶ月間、基礎および臨床の研究室で研究を行い、その成果を発表会で発表する。
研究室配属	4	実習
研究室配属	3年	小グループで研究者の下で研究活動を行う。探索する心と科学的判断力が養われる。
研究室体験実習	1～6	基礎・臨床講座においてそれぞれのテーマに基づき実習を行う。
研究室研修ほか	4	基礎に限らず、研究活動。実習もそろえてある。
研究室研修	3	各研究室(基礎・臨床・社会医学)にて4週間研究活動をする
研究室研修	3-4年	1-2名ずつ学部内の研究室に配属され、研究体験をする。現在は、研究計画書の作成、プログレスレポートの作成指導を通して、科学的思考力、研究関連文書の作成力の養成に力を入れており、その目標を達成する効果は出ている。 研究内容については、学生間の差が大きい(指導教員と学生双方の意欲に差に起因していると思われる)
研究室演習	1～6 年次	自分が興味を持った分野の研究室で教員のアドバイスを受けながら、最先端の医学研究を行う。
研究開発基礎 生命倫理・研究倫理 自主研究	1,2,3	研究についての紹介、統計学、各講座の研究紹介 研究で必要な倫理についての講義、討議 希望する講座に配属され、それぞれのテーマでの研究体験、討議等
研究プロジェクト	3	研究マインドの涵養
基礎配属実習他	1～6	
基礎配属、臨床配属	3, 4, 5	3年は全員が基礎医学各教室に配属され、研究成果は公式な発表会で。4年5年は希望すれば臨床各教室で研究活動を行う。
基礎配属	3年	基礎医学講座への配属実習
基礎配属	3	基礎教室への2ヶ月間の研究室配属
基礎上級	4	学生が希望の基礎系講座等で実験的研究について学習する。
基礎修練	3	10月から20週間、基礎系・社会医学系の研究室に配属し、フルタイムで研究活動を行う。
基礎自主研修	3	基礎分野に所属し4か月間研究に従事する
基礎研究体験実習	3	基礎医学系講座等に配属し4週間にわたり研究活動を行う
基礎研究室配属	3	基礎医学系の研究室に少人数を配置し実際の研究に従事し学習する。
基礎研究の扉	2	基礎系・臨床系にて研究を行う。本年度から開始。
基礎研究	4	全学生を研究室に配属し3週間の研究活動を行う。
基礎科目	M3	基礎科目
基礎演習	3年	3年次の秋学期10週間にわたり、各人を基礎医学、臨床医学の研究室に配属、終了後に研究成果の発表会を行う。
基礎医学講座配属	3	学生が希望する基礎医学教室で、4ヶ月間基礎医学研究に専念
基礎医学セミナー	3	研究室(講座)配属による研究活動
基礎医学ゼミ	3年次	研究室配属
課題実習	3	基礎医学を中心とした講座配属、4週間。研究心の涵養に寄与している。
課外学習プログラム	1-5年生	研究発表会で成果報告
医学総論Ⅱ	1	1年生前期で各講座の紹介的な時間を設け、継続的、自発的な活動への導入を行っている。後期では希望者に対していわゆる基礎配属を行い、研究活動を体験的に学んでいる。
医学専門選択科目	3,4	各基礎医学系研究室への配属・実習
医学研究発表チュートリアル 選択基礎医学実習	1,3	医学研究発表チュートリアル・・・小人数チュートリアル形式の演習。基礎医学系研究室の教員が3-4名の学生グループを指導。週半日×半期の実施。各研究室のテーマに基づき、先行研究の調査や実験を行い、得られた結果をまとめて発表する。 選択基礎医学実習・・・基礎医学系研究室で4週間研究に従事する。学生は各自設定したテーマに基づいて実験を行い、データの解釈や論文のまとめ方も学習する。
医学研究入門3	3	研究室、それに準ずる施設に所属し、研究の実験を知る。配属された各単位の課題に従い、研究を行う。
医学研究特論	4	研究室に所属し、医学研究者としての素養を養う。
医学研究実習	4年次	マンツーマンによる研究者から、医学研究について基本的な指導を直接受ける
医学研究実習	4	4か月間学生を研究室に配属し、研究に従事させる
医学研究実習	3	1年間の研究室配属
医学研究室配属	1～6	自由選択科目として基礎・臨床の講座で研究に参加。基礎的研究能力や研究マインドが涵養され、学会発表や論文発表に至る者もいる。
医学研究演習	3	少人数ずつ研究室に配属して研究活動に関する演習や実習を行う
医学研究の基礎	全学年	研究を実際に行うことに強い関心を持つ学生が基礎となる研究・手技等を教員の指導のもと、学生が自主的かつ主体的に研究・手技修得を通じ科学的思考力を養う。
医学研究 インターンシップ	3	少人数を学内、学外の研究室に配属し、研究マインドを醸成する。
医科学研究	1年～4年	医科学研究では各基礎系講座に配属され基礎研究を行なっている。
リサーチセミナー	3	実習等
マイコース	4	研究室(臨床系を含む)に7週

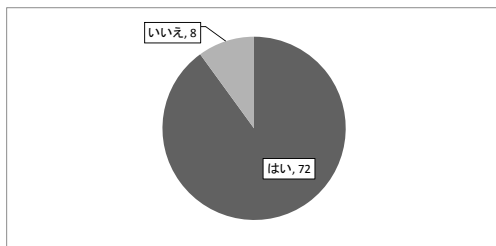
フリークォーター (研究室配属) MD-研究者育成コース 臨床研究者育成コース	2～4 2～6 4～6	学生が自主的に選択した研究室において自ら選んだテーマについての学究を深めるカリキュラムであり、3年次の4 週間は必修、その他2年次に2 週間、3 年次に6週間、4年次に4 週間(前期・後期各2週間)が選択で割り当てられている。 研究室に所属して研究活動を行うのと並行して、論文紹介を主体としたゼミ、native speakerによる英語ゼミ、所属研究室での研究活動の発表会。 各学年20名程度が参加。 臨床系研究への関心を高めるためのプログラムであり、レクチャーシリーズと、研究領域別のコンソーシアムにより運営されるゼミ・実習形式の少人数コースで構成。
テュートリアル選択配属	2年3年	基礎・社会医学系分野等で10週間に渡り研究活動を行い、ポスター・プレゼン
スカラーシップ ベシック アプライン	1～3	論文精読、研究補助、データ解析、成果発表
グループ別自主研究	3	実習
ウォーミングアッププログラム 研究室配属入門、MD-PhDコース、研究室配属Ⅰ・Ⅱ	1-6年	研究室配属
BML配属	5	実習形式
2年「基礎系講座配属」	2	基礎医学系教室に配属し、研究テーマを与え学習させる
(自由選択)		研究活動に興味のある学生のために、主として基礎系の教室が研究活動への参加を認めている。
	3	研究室配属

又、医学教育における行動科学をどのように定義していますか？下記に具体的にお書きください。

患者の意思決定場面に生じうる、さまざまな要素についての学問 対人能力技能、コミュニケーション能力の獲得により、学生の人格の成熟を目指し、患者中心の医療が提供できるようになるための教育 疾患を科学的にとらえるのみならず、医師・患者関係、患者・医療者関係、患者の行動の理解など全人的な医学をすすめていくのに医師として必須の態度、行動に関する教育。 定義はできていない、日本行動医学会のコアカリキュラムワーキンググループの提案をもとに、学内で作成中である。 人間の行動について、心理学、脳や脳内物質の機能、人間関係など多角的視点からとらえる科学 有効な患者・医師関係を構築するための行動やコミュニケーションについての科学的体系 行動科学のカリキュラムは心療内科、緩和医療学、精神医学の授業の一部として実施され、心理学、社会学、人類学などに基づいて、人の心理や行動に関する知識・技術を医学・医療(臨床医学、社会医学を含む)に応用することを学ぶ。 医師と患者あるいは同僚との関係の構築(コミュニケーションやプロフェッショナリズムの涵養)、また患者を取り巻く社会的・地理的要素から引き起こされる行動・思考方法など疾患の要因となる要素を特定し治療方法を決定する人間行動科学(人間の行動の源となる内的・外的要因を科学的視点で形式化すること)。 「医師と患者の関係」がどうあるべきか、医学生に総論的に教える唯一の科目と考えている。他の臨床科目でも「医師と患者の関係」を教えているがあくまでも各論である。 医療における社会心理学、人の行動に係わる生物学的プロセス、集団、社会における人間の行動の科学 患者、医療者の行動が医療におよぼす影響を理解するための科学 「患者の気持ちを理解できる」「患者の立場に立つ」医療者として必要な「共感」の意味や方法を、単なる経験論ではなく、心理学や脳科学の科学的根拠に基づいて理解するものと捉える(行動科学担当教員) 医師・患者関係に関する心理学／患者の受療行動における患者心理 人間の考え方、コミュニケーション、行動について学ぶ 健康と疾病をめぐる心身相関、患者行動、医師の役割と行動、医師・患者相互関係、保険ケアをめぐる社会的文化的問題、健康政策と経済学等のテーマを核とした学問 特別な定義づけは起こっていない。汎用の定義の中重要性の高いものをカリキュラムに落とし込んでいる 医療へのアクセス、病氣や健康管理に対する考え方、公衆衛生への理解やその活動への参加等、個人やコミュニティでの保健医療福祉に関わる事象に対する行動特性やその背景因子を理解させ、健康的な生活の実現に向けての行動変容の意味やそれに対する医師の役割と医師に求められる能力を教える学問領域。 現在、一般教育科目における1科目として開講している。 「相手の感情の流れ」と「自分の思い」を観察・分析すること 行動科学とは「人間の理解」である。医学教育における行動科学の教育とは、患者さんさまざまな視点から深い関心を寄せ、効果的なコミュニケーションを基盤として、専門家としての知識や技術を効果的に提供できるプロフェッショナルとなるための教育である。これは、医師としてのプロフェッショナリズム教育の重要な一翼を担う。 人間の行動を科学的に研究し、その法則性を解明しようとする学問(私見) 患者さんやその家族、さらには医療従事者の行動のパターンや意思決定の過程を科学的に捉え解明する学問 行動医学の基礎となる論理や知識・技能など。 精神医学や患者の心理について学ぶための基礎となる、心理学(広義)の知識。 心理学、コミュニケーション技法、文化人類学などを包括した概念。 患者および医療従事者の行動を、心理社会的な側面から科学的にとらえ、将来の実践に役立てる学問。 定義はしていませんが、医師に必要な行動科学として患者教育などに応用できる行動変容の理論、アプローチを指導している。 精神科の入門として、人間の行動を理解するための科目 神経科学、学習理論を基礎に、精神医学での認知行動療法、臨床および予防医学でのヘルスプロモーションを実践能力とする科目群 医学に関連する人間科学、社会学、精神医学 認知行動科学あるいは健康行動科学 人間の心と行動の関係を臨床心理学の立場で理解し、医療機関内でのコミュニケーションを円滑にし、地域と連携した医療活動を理解する 保健行動にかかわる社会的要因、文化的要因、心理的要因等の知識とその実践応用 ソーシャルスキルの体得にはじまり、対人関係への配慮が出来て、医師としてふさわしい行動がとれる為の気づきを促す学習 ヒトの行動心理学を理解し、医師としてそれに基づく行動やコミュニケーションをとれるようになる基礎を築くための学問 プロフェッショナルとして全人的医療を行うために必要な人間理解、人間関係構築を人文科学、社会科学、心理学等の様々な視点から考え、実践できるようにする。 カリキュラムの中に「行動科学」という言葉は使われていないが、「ヒトの行動に関わる心理学的知識および対人技能がその主たる内容である」と理解している。 人間の行動と心理を理解するための基本的な学問 患者に専門家としての知識や技術を効果的に提供するためのプロフェッショナルな教育 行動科学の基礎理論を習得し、患者及びその家族の気持ちによりそい適切な態度で臨むことができる “1. 医学は、身体機能だけを扱うのではなく、広く心理・社会的側面の機能をも扱うことを理解する。2. 人間の行動を基底としている心理的基礎を理解する。3. 行動の基礎となっている脳科学的な考え方を理解する。4. 乳幼児から老年期に至るライフサイクルからみた心理行動特性の推移を理解する。5. 行動科学の直接的な対象として行為、活動、また間接的な対象として生理学、生物学、社会学などに関する諸現象を理解する。” 医療の現場に応用されるべき人間関係論、コミュニケーション教育。 心理・社会的な人の行動への科学的アプローチ 医師としてのプロフェッショナリズムの育成 プロフェッショナル教育における医療人としての態度教育の根幹をなすもの。 人の行動原理を医科学的に解明する 医療現場での重要な医療倫理、安全管理、医療事故等社会的にも重要な問題と診療現場で大切な行動科学を理解させる。 人間の行動と心理を理解するための基礎理論と臨床への応用を学ぶ学問。対人コミュニケーション学と人文・社会科学からみた医療に関しては、別途開講されている。 医学における行動科学として人間の行動、認知、学習、発達、心理などを理解する。またストレスの影響や個人差にも配慮し、良好なコミュニケーション力とプロフェッショナリズムを身につける。 患者とのコミュニケーションや患者心理を想像できることを目的とする学問。 社会の中における医師・医学生としての振舞い方を身につける。 医療のプロフェッショナルとして、患者、医療スタッフ、社会に向けて専門的知識、技術を適切に提供できる人間性教育。

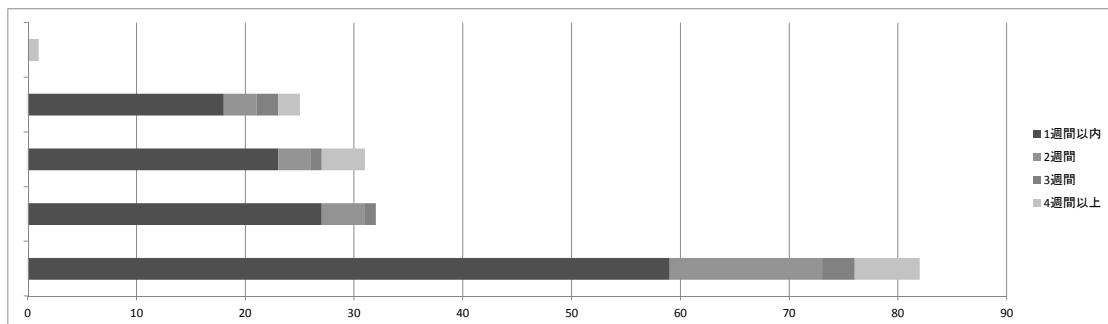
2-2. 共用試験前での患者接触プログラムを行っていますか？(患者体験実習など早期に医学・医療の現場に接する機会)

はい	いいえ
72	8



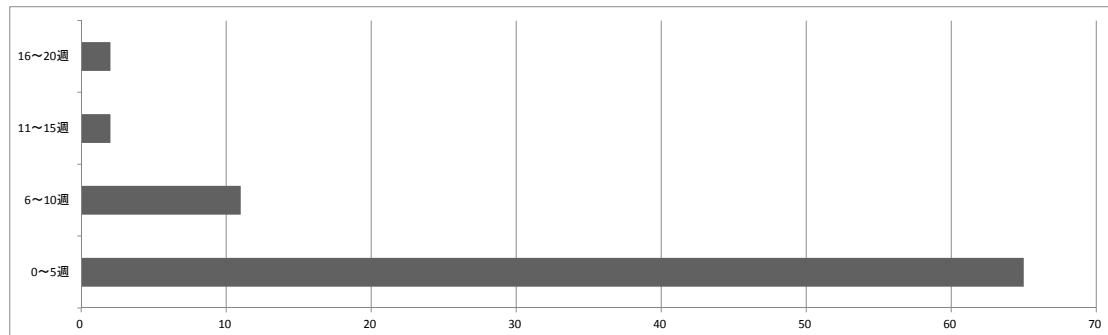
行っている場合、その時期と期間

	1週間以内	2週間	3週間	4週間以上
1年次	59	14	3	6
2年次	27	4	1	0
3年次	23	3	1	4
4年次	18	3	2	2
5年次	0	0	0	1



実習週数(合計)

0～5週	6～10週	11～15週	16～20週
65	11	2	2

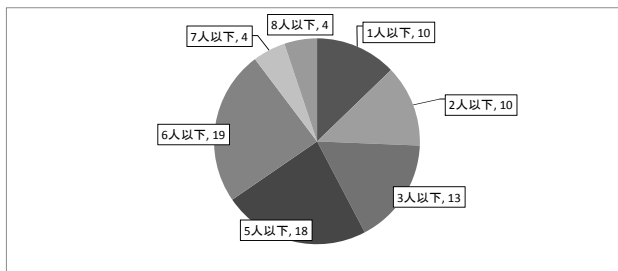


2-3. 臨床実習の指導環境について

学生と臨床実習の指導者の配置割合(教員1人につき学生は何名か)

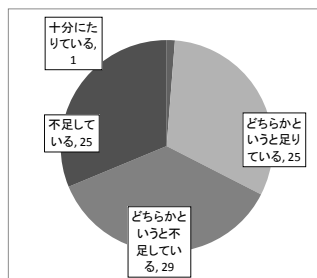
学生数	1人以下	2人以下	3人以下	5人以下	6人以下	7人以下	8人以下
回答大学数	10	10	13	18	19	4	4

回答困難2校



又、それは十分に足りていますか？

十分に足りている	どちらかという と足りている	どちらかという と不足している	不足している
1	25	29	25



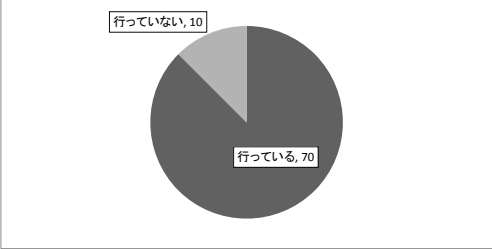
2-4. 自主的・能動的学習時間の確保をどのように行っていますか？

「能動的学習 (active learning)」の導入や学生の「自己主導型学習 (self-directed learning)」を育てる学習への工夫について

医学チュートリアルへの導入 (第1学年、第2学年、第4学年) PBL、研究室研修の実施 PBLの導入とグループ学習室の学生への開放 講義時間内にそのような時間を設けている。 コースの中にグループ学習、自己学習の時間を組み入れている。 年間の教育スケジュール内に、能動的学習にあてる時間と教室をあらかじめ組み込んである。 臨床実習前教育においては、授業の過密化を避けるようにカリキュラムを作成するよう努力している。臨床実習においては、患者の状況に応じて実習時間内に学習時間を設けて自己学習を推奨している。PBLにおいてはチューターが、臨床実習においてはアテンディング (教育専任教員) 等指導医が、日々の学習項目同定の支援と学習内容の確認を行っている。 H27年より東大教養学部第1年次より全学生を対象に、能動的学習促進のための少人数ゼミナールを開始された。同時に医学部からも自己主導型学習により医学的課題に早期から取り組む機会として、1年次に理科三類学生に他の科類学生を混在させた形でPBL型ゼミナールを実施する予定。 第1学年の医学導入のなかで、active learningを導入している。自己学習してきたことをグループ内で共有し、時にはグループ単位で試験を受けることで、能動的学習の習慣をつける。第2学年では講義に先立ち予習してきた内容に対する試験を行うなど、試験期間に限らず継続して学習する習慣をつけるよう、工夫している。第3及び4学年ではすべての臨床科目をブロック化し、ほとんどの全てのブロックでactive learningを採用している。入学して間もない第1学年次にPBLやTBLといったActive Learningを講義に取り入れ、自己問題発見・解決の方法を指導している。また、授業終了時間を早め (15時40分)、放課後の時間を利用して参加する基礎研究プログラム (研究実践プログラム) を選択科目として運用している。 基礎臨床統合型の授業に能動学習を取り入れるようにしている。 1年次「医学概論」にて、入門チュートリアルと題して学習方法やチュートリアルの方法について教育し、能動学習への動機づけを行っている チュートリアル教育を実施している。 ・3年次生の後期から4年次生をおしてチュートリアル教育を行い、能動的かつ自己主導型学習を実施している。 一年次から能動学習の事業を取り入れて、グループ学習の良さを体感させるようにしている。 チュートリアルコースで症例検討のグループディスカッションのほか、講義時間以外に十分な自習時間を確保している。 チュートリアル室にビジュアルコミュニケーションシステムを導入、図書館にラーニングコモンズの増設、PBLチュートリアル教育 (3年4年次) において、チューターとして教員に交じって5年次生を参加させている PBLチュートリアル授業 教養教育での能動的学習についての授業、ラーニングコモンズやe-learningなどの環境整備、FD 「少人数能動学習」では1症例終了後にはポートフォリオの提出を義務付け評価している。 1年次での早期基礎医学教室体験実習 症候別チュートリアルとしてPBLを行っている 限られた時間で効率的なPBLが行えるよう、課題や運営方法を毎年見直している。 平成26年度より60分授業を導入、カリキュラムを刷新し、学生の自主学習時間を確保している。また、自主学習環境として少人数で使用出来る教室を複数設置、開放している。 平成28年度より全講義時間を3分の2 (90分を60分) に短縮し、残った3分の1は自習時間にして、自主的な能動的学習のための時間を確保する予定である。 正規授業の中に組み入れている PBLチュートリアルでは大講義室での授業は実施可能コマ数の60%程度にしている 能動学習については2-1の通り。これ以外に一部反転授業を採り入れている (1年生の大学入門ゼミ、5年生の診断学) 学習室や図書室を整備し、能動的学習ができる環境を整備している。 1年から4年のPBLのセッション後、1コマ (90分) は自己学習時間として続けて確保している e-learningを推進している。 PBLとTBLと関連づけ、事前・事後学習テーマがわかりやすいようにしている。 自主学習時間を設けるなど検討中 2-4年次では、チュートリアル教育を行っている (チュートリアル、自学・グループ学習、学習発表の時間が9時間/週) 時間割の中に自習のための空き時間を設けている。1年次より自己主導学習の必要性を説明し、振り返りをポートフォリオに記載することを習慣づけている。3年次シナドウィングでは、実習のための予習課題を提示している。シラバスに自習を説明することになっている。 ・倫理総合討論ではテーマごとに学生自らが調査研究し、全体討論を行う。・M4学生に約30コマのTBLを行っている。・医学教育企画室主導で学生同士のPBLを実施している。 第1学年新入生チュートリアル、第4学年PBLチュートリアルの実施コマのうち後半をIST (Independent Study Time) として、自己学習の時間に充てている。 チュートリアル・アウトカム基盤型カリキュラムの導入、能動的な学習の一助になる様 実習現場でのIT端末導入など 医学教育センターに能動的学習教育推進部会を設置し、学習内容等の検討を行うとともに、FD等を通じて教員へ周知を図っている。 医・薬・看護連携チームによる地域参加型学習で、地域の課題解決をテーマとする学習を行っている 場所の確保程度 PBLを実施しています。 TBL、PBL、自習室使用時間の拡大 自主カリキュラム：年間10課題を募集、1課題につき約10万円の補助を出す 他学部との連携教育にあたっては、コンセンサスワークなどグループによる作業をさせている。人数は6人以内におさめて不作為メンバーが生じないように配慮している。 臨床実習中各学生にiPadとPHSを貸与している 授業の各コマのシラバスに具体的な事前学習、事後学習の内容を記載。Learning management system等を用いた自己学習状況の把握など。 共用試験前においては、各種実習におけるPBL、TBLおよび研究発表会での報告。臨床実習においては、症例検討・報告。 1年次の「地域と大学」はかなり自由度の高い課題設定と学外での取材活動を含み、医療・福祉に関する視野の拡大と学習のモチベーション向上に役立っている。 自主学習など e-learningの活用、教員オフィスアワーの公開、教育事項の授業毎の準備学習と複数の参考書の提示 PBLコアタイム終了後に自己主導型学習時間を確保しています。 LMSによる予習確認テスト・復習テストの実施。授業収録システム活用による学習環境の整備。 e-learningシステムの活用 形成的評価を促すための学習システム「SeDLES (Self-Directed Learning and Evaluation System) : 学生個々人の能力特性と学修進捗度に応じた自己主導型・評価システム」の構築。教員は学生の学修履歴を閲覧できるため、適切で頻回のフィードバックが実施可能となった。学生も自身の学修到達度を確認することができる。 チュートリアルでwithout tutorの時間を設けている。 PBLを導入しているが、能動的学習態度がついているとは思えず、試行錯誤しています。 SGLはそのテーマをできるだけ同時にこなわれているコース講義の内容に合わせ、毎週火曜と金曜の午後の全ての時間をSGLに当てている。 予習・復習方法の明示等、授業外学習時間の確保。授業時間中におけるグループディスカッションを促進させる時間の設定。 e-Learningシステムの導入 e-ラーニングの導入、自己開拓科目 情報処理教室およびセミナー室の開放／可動式机・椅子を設置した大講義室の整備／グループ学習の推奨 PBL、TBL 3-4年生のPBLで課題を与えている。 完全型チュートリアルでの毎回の患者プレゼンテーション (ショートプレゼンテーションのフォーマットを作成・配布してある)。プレクリニカルクラークシップでの臨床推論の基本的パターンの訓練 (主要10徴候の鑑別診断トレーニングを行う)。 チュートリアル期間は、グループ学習時間を確保するとともに、臨床実習中も、そのような時間を設けている。 チーム基盤型学習を3、4年に導入。1年でアカデミックリテラシー教育を実施している。 4年生に対し、出席や学習内容に関しては自由度の大きい教科を提供している。 "第1学年の選択科目にアクティブラーニングの科目を1科目新設した。学生専用のICT部屋を確保し、パソコン・インターネット環境を整え、国試や卒試の問題をブール化して学生の利用を促進している。" M1からプロフェッショナルイズム、コミュニケーション、症候学にTBLを取り入れ、学生がプレゼンテーションで反転授業。

2-5. 医学教育分野別質保証の為の取組を行っていますか？

行っている	行っていない
70	10



行っている場合、どのような組織（構成員、権限）で、どのように行っていますか？具体的にお書きください。

医学教育推進センターと執行部を中心に制度等に関する情報収集を行っている。
組織体制の整備等は行っていないが、分野別認証評価に対応したカリキュラムに改正した。
ワーキンググループを立ち上げている。構成員は教授であり、医学科運営委員会と教授会に提言する権限を持つ。
学務委員会内のプロジェクトチーム3名で基礎から臨床全科の意見を個別に聴取し、今後の教育方針についての検討と意思の統一を図っている。また、H25年度から総合的に推進する部門として医学教育学講座を設置している。
WGを設置した。各グループの班長は、各講座の教育担当主任

更に、2014年末に分野別認証の受審のためのワーキンググループを組織して、準備を進めている。構成員は医学部長、医学部長、副学部長、各学年総コーディネーター、医学教育企画評価室教員、技術職員である。カリキュラムの修正のための検討が必要な場合、ワーキンググループから医学教育推進委員会に提議している。

教務部会（基礎系、臨床系教授）を中心に取り組んでいる。診療参加型臨床実習の導入について検討・立案するWG（臨床系教授と医学教育センター）、診療参加型臨床実習の実施と診療科間の連携を図る運営委員会（臨床系指導医と医学教育センター）、6年間のカリキュラムを整備するWG（基礎系、臨床系教授、医学教育センター、学生オブザーバー）が連携している。

学部教育委員会（各教育関連部会長・教授および医学教育研究室員で構成）で改善に向けての点検・立案を行い、教授会の承認を得て実施している。

文部科学省大学改革推進事業連携校として「国際基準に対応した医学教育認証制度の確立」事業に基づく医学教育分野別認証評価試行に参加し、平成26年度に東京大学医学部医学科の分野別外部評価を行った。評価は利益相反のない8名の外部評価者により、平成26年12月に提出された東京大学医学部医学科の自己点検書を精査した後、平成27年2月16日～20日にかけて東京大学医学部医学科の実地調査を実施し、調査結果をもとに医学教育分野別評価基準日本版（2013年7月版）に基づいて行われた。

平成25年度に受審した医学教育分野別質保証の報告書を基に教育委員会やその下部組織であるカリキュラム評価・改善WGが中心となって指摘された点や今後の計画を進めている。
平成25年12月に受審した。学部長が責任者となり、各領域の担当教授を決め、委員会をつくり、そこでの議論を通して、自己点検評価書を作成した。
医学科長を中心に自己点検評価書作成のワーキンググループを組織し、医学科カリキュラム委員会、医学科教務委員会、医学科運営会議等と連携して対応している

“教育委員会 組織（（1）学部長、（2）副学部長（教育担当）、（3）副学部長（学生担当）（学生支援委員会委員長）、（4）副学部長（入試担当）（全学入学試験委員会委員）、（5）基礎系教授3人、臨床系教授3人、（6）医学教育研究センター教員、（7）学生課長、（8）その他委員会が必要と認めた者）”

医学部教育支援センター（専任1名、兼任5名）により、国際認証対応のための新カリキュラム作成や教育方法の開発検討等の協議（週に1回）

・医学部教育委員会の依頼により、当該教育委員会委員長及び専門教育科目担当教員を構成員とし、新カリキュラム検討ワーキンググループを設置し、医学教育分野での質保証のための認証審査を念頭に置いた新カリキュラム改訂についての検討を行っている。

医学教育センターで準備できる所を準備している。

企画委員会（医学部長、副学部長2、教務厚生委員長、大学院学務委員長、医学教育企画評価室長、医学科入試委員長他）が中心となっており、医学教育開発研究センター、カリキュラム委員長、教務厚生委員会教務主任、医師育成推進センター長、地域医療医学センター長、自己評価委員長、情報委員長、国際交流委員長および事務局とともに取り組んでいる。

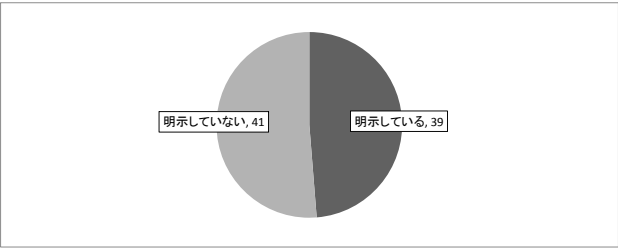
カリキュラムWGを新設して、カリキュラムの改善を行っている。教育企画室でFDの充実を行っている
学部教育委員会にWGを設置している

教務委員会および教務委員会の下に組織された教育プログラム毎の専門委員会（例：リニカルクラークシップ専門委員会）が、学部長・教授会の付託を受けて実施している。教育内容の大きな変更については学部長に上申し、教授会での協議を経て決定する。

教務委員会および医学科教育センターでカリキュラムを作成
Areaごとにワーキンググループを立ち上げ、医学科教授は必ずいずれかのワーキングの委員になり検討している。
医学科長、教務委員長を中心に各種委員会を設置。各委員会を取り纏められた意見、報告等を教務委員会にて総括
副学部長、医学科長を中心にワーキンググループを立ち上げ、認証基準に合致しているか学内の状況を点検し、必要に応じて改善を行っている。この取り組みの一環として、カリキュラムについての大幅な改訂を予定している。
準備委員会設立のためのWGを開催している
カリキュラム委員会（委員長は医学部長、教務委員長中心に構成）
まずカリキュラム委員会を常設委員会として設置。
医学教育分野別質保証のため、医学部教育改革検討WG（構成員は教務委員会から選抜）を設置している。
教授会直属の組織として自己点検評価委員会を設置し、主に教授会のメンバーで定期的に会議を開いて方針を決めている
教務委員会にて学生評価を行っている。
教育委員会に下部組織に国際認証委員会を設立し、必要な作業と役割分担を検討中。
領域ごとの責任者およびWGメンバーを確定した
医学部長、教育担当副学部長、医学教育センター、地域医療センターの教授、教育担当教員をメンバーとしたWGで新カリキュラムを構築中である。
医学教育企画室を中心にWGを組織して、カリキュラムの改定、書類の作成に当たっている。
医学部長、基礎講座、臨床講座、事務局により委員会を構成し、実習数の確保や附属病院再編等の検討を行っている。
医学部教務委員会内に新カリキュラム検討部会を設置し、臨床実習期間の確保、各科目の授業時間数などを検討している。
医学教育センターが中心となり、カリキュラム改革を進めている。
全学的FDとして実施している
カリキュラム再編委員会 臨床部会（教員10名）、基礎部会（教員12名）にて、医学科教育プログラムの改良作業を実施している。
医学部長直属のワーキンググループを設置し、権限を集中させている。
分野別認証自己点検委員会、医学部長、教授の約半数および関連教員、事務局（次長、学生課）
医学部長主導の下、ワーキンググループが立ち上がり、PDCAサイクルを各部門で回すシステムがあるかどうか、また実際に機能しているかどうかを検証することになった。
開始したばかりであるが、WGを教務委員会主導で設立し、全学的に取り組む予定である
教務部長、医学教育分野別質保証の為のワーキンググループ（教務部長と比較的若手の教員）、事務局として教務課がサポート
医学教育の質保障ワーキンググループ（委員長：医学教育センター長、構成員：20名）、および4つのサブグループにおいて検討中。
導入準備委員会を設立し、委員会での方針内容を「カリキュラム検討会議」「教務委員会」「教授会」に答申している。
教授会構成員メンバー全員
委員会（医学部、カリキュラム委員長、関係委員、事務担当者）を立ち上げて定期的に活動を行っている。
医学部カリキュラム検討委員会（教育委員長、各学年の試験委員長、医学教育推進室長）にて検討しています。
副学長を委員長とした医学教育評価・点検・改善委員会
“本学の教育に関する最高決定機関である「教学委員会」を主体に行った。教学委員会は、臨床系8名（教授7名、准教授1名）、基礎系9名（教授9名）で構成され、事務局として学事課を設置している。”
学長主導で全学的に行っている
教育開発室（教員3名）と教務部会のコアメンバー（教員4名）で行っている。決定権限は持っていないので、教育委員会承認を要する。
委員会（学部次長、学務担当と副担当、医学教育担当者、教務課事務、学部学生、初期研修医などを加えている）を組織して行っている。2回/月の頻度で会議を行った。
医学教育関連委員会（学長、医学部長、大学院医学研究科長、教務部長、学生部長、医学教育センター長、ICT推進委員長、各付属病院長）、大学7役会議（学長、医学部長、教務部長、学生部長、研究部長、基礎科学主任）
学部長を委員長とした推進委員会を設置した。先日第1回目のFDを開催したばかりであり、具体的に今後動く予定。
カリキュラム委員会を中心に分野別質保証に対応し得る新カリキュラムの策定を検討している。
教育計画部の設置、教育委員会の主催、互いの授業参加（見学）による教員間評価

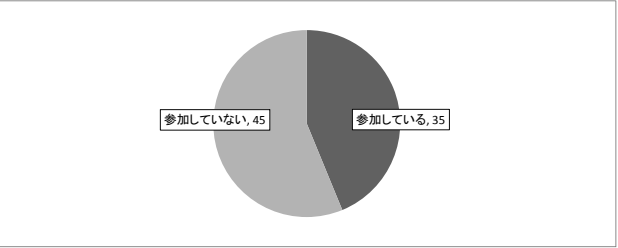
2-6. カリキュラムを遂行するための教育関係予算を含め、責任者や教員など関係者の責任と権限について明示していますか？

明示している	明示していない
39	41



2-7. 学生がカリキュラム委員会など教育関連の委員会に正規の委員として参加していますか？

参加している	参加していない
35	45



参加している場合、委員会名、開催頻度、学生の責任範囲について具体的にお書きください。

医学教育推進委員会、年2回程度、各学年の代表者が討論に参加して、意見を述べる。(2015年7月～)

カリキュラムWGには、学生自治組織から数名が学生委員となっており、必要に応じて議論に参加している。学生は、代表として責任ある意見を述べてもらう。また、学生自治組織は大学全体の教育や設備について学生の意見をとりとめ、教員、職員と年2回意見交換会を実施している。この意見交換会の実施主体は学生であり、医学部長や教務部会長他の教職員が招待されて活発な意見を交わしている。代表学生はここでの議論を持ち帰り、一般学生への周知を図ったり更なる提案を練ったりしている。さらに学生が直接教育に関与する取り組みとして、今年度より学生を主体とした臨床実習調整委員会(仮)を設置する予定である。代表学生は臨床実習について学生の意見を取りまとめたり、実習ローテーションの組み立てに主体的に参加してもらう予定である。

臨床カリキュラム部会および基礎カリキュラム部会に委員として参加している。委員会は月に1回開催されている。

委員会名: Clinical Clerkship Working Group、開催頻度: 月1回、学生の責任範囲: 臨床実習を行っている学年代表が参加しており、責任は学生から意見収集をすること、会議で決定した内容を学生へ伝えることとなる。そのため学生全体の意見を代弁する者としての責任がある。

医学科カリキュラム委員会に医学科の学生代表を参加させ、医学科の教育改善の計画と実施について発言することができる。

規程を整備し、参加する運用を定めたが、まだ開催に至っていない。

医学教育センター会議、月1回、教育に学生の意見を反映

カリキュラム委員会への学生参加について、規定を27年6月改正予定。

委員会名: 学部教育委員会、開催頻度: 月1回(8月は開催せず)、学生の責任範囲: 個人情報に係る事項を除いた議案に対し意見を言うことはできるが、特段の責任を負わせていない。

参加していないが、昨年度から学生代表から教育に対する要望を聞くために学生と教務委員会との意見交換の場を設けている。

ただし、国際認証に対応した新カリキュラム検討では、学生を参加させ意見を求める予定としている。

各学年代表1名をカリキュラム委員会(隔月開催)に参加させ、意見を求めている

学生カリキュラム委員会、開催頻度は年4回程度。学生からは意見聴取し、取り入れられる項目について医学科内の会議に付議する。

現在企画検討中である。

学生教員懇談会(今年度中に委員会に昇格予定)、年3回、専門教育改善について意見を述べ、教員と討論する

カリキュラム委員会、年に数回程度開催。責任範囲については規定していない。

自己点検評価委員会、学務委員会、FD部会(始まったばかりですので、現時点ではシステムなどを学んでもらっています。学生自身の取り組みは別途行っています)

教務委員会: 月1回、学生の意見のとりまとめと、決定事項の学生への告知

カリキュラム委員会、不定期開催、責任範囲を特に設けず

医学部医学科カリキュラム委員会(2名)、議論に加わり議決権も与えている。不定期開催。

具体的なカリキュラム等を検討する医学教育センターの各部門会議に学年代表が参加し、意見交換を行っている。

カリキュラム再編委員会、臨床部会、月1回開催、学生の意見を参考に行っている

カリキュラム専門部会、1～2ヶ月に1度、他の委員と同様、2名参加/教育評価部会、3ヶ月に一度、他の委員と同様、1名

カリキュラム連絡協議会を月1回開催し、日程調整や試験内容などについての学生からの意見を聴取、取り入れている

教育技法委員会(年間6回程度、学生の立場からの意見表明、議決権なし)、カリキュラム委員会(年間6回程度、学生の立場からの意見表明、議決権なし)、国試教育センター定例会(月1回、学生の立場からの提案、要望や意見表明)

卒前教育合同会議、月1回

学生は現在行われているカリキュラムに対する評価、改善点について意見を述べ、改善点を指摘している。

医学部教育委員会、月1回、要望や意見を聞く程度です。

カリキュラム委員会、約1カ月に1回開催、クラス委員に出席を依頼

"カリキュラム委員会開催頻度は1か月に1回責任範囲については、学生を代表として委員会内で発言することを求め、時には学生意見の集約を求めている。また、委員会で決定した事項を全学生へ周知する役を担っている。"

教務委員会、学生委員会、チュートリアル委員会等d: 月1回: オブザーバー

現時点では教育委員会等への参加はしていないが、参加権限を有していることは教育委員会規約に明示されている。学生教育委員会を組織し、教員とカリキュラムについて合議している。概ね月1回3時間程度。

現在の所、分野別認証のワーキンググループのみに参加しています。

参加について、検討を開始している。

学生部会を発足し、月に1度の頻度で開催している。

新カリキュラム変遷に向けたWG

①教学懇談会(年に一度、各学年代表から教育・設備・福利厚生などに関して大学への要望・発案・意見を述べる。大学側: 学長、各附属病院長、教務部長、医学教育センター長、各学年クラスアドバイザー、学生部長)、②学生・教員合同委員会(年に3～4回、各学年代表、教務部長、医学教育センター長、学生部長、各クラスアドバイザーが集まり、教育内容や評価法・施設の使用などについて意見を交換しあう。)、なお、教務委員会は学生の成績評価や賞罰の提案についての具体的な内容を検討するため、現在のところ学生は参加していない。

カリキュラム委員会、年に数回。学生も他の委員と同一責務を持つ。

カリキュラム委員会、1回/月、学生の立場からの意見を述べる。

教務委員会を年2～3回、学生のからの意見の反映が主体であり、責任範囲は明確ではない。

本年4月にIR室設置。また、医学部教員によるワーキンググループを設置し、取組む予定。

医学教育強化推進委員会で実施

新カリ作成委員会→作成中。3年まで出来ている。

医学教育分野別自己点検評価委員会を学長、教育センター教員、職員の構成員で立ち上げた。カリキュラム改革を行っている。

教務委員会の国際認証小委員会(教務部長、教務副部長(基礎、教養)、医学教育センター長、副学長、臨床実習小委員長、学務課長、大学事務部長)

認証評価のためのワーキンググループを組織して、学部長、教務部長も加わり、進めている。

教務委員会にてクニニカルクラークシップの充実やアウトカム評価の導入について検討し、実行している。

医学教育センターの中に、12名の国際認証対応委員会を構成した。1回/月程度の会議を持ち、改善の必要がある事項を教務委員会などへ提言。

医学科教員で構成される教務委員会の下部組織であるFD委員会主催で認証評価に関わる講演会を平成27年3月に実施した。

現在、医学教育検討委員会を組織したところです。

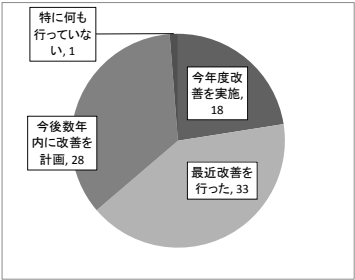
検討グループ(教育、事務官)

3. 診療参加型臨床実習の取組状況についてお尋ねします。

3-1. 貴大学・貴学部における診療参加型臨床実習の取組状況について

最近行った改善、もしくは今後数年内に行う改善計画があるかどうかお答えください。

今年度改善を実施	最近改善を行った	今後数年内に改善を計画	特に何も行っていない
18	33	28	1



【具体的な取組】

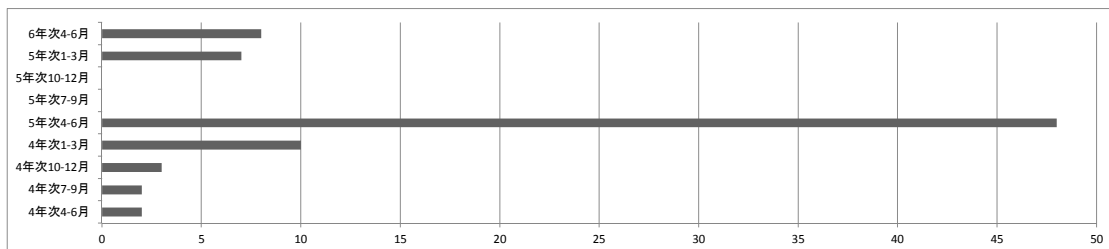
実習期間の長期化
参加型臨床実習のためのFDを開催した。
全科の委員からなる総合臨床研修センターを立ち上げ、診療参加型実習、外来参加型実習の推進など実習の改善に関する会議を月に1回行っている。
現5年生よりクリニカルクラークシップを6クールから9クールへと50%増やした。
長期の参加型臨床実習において 診療グループの一員“スチューデント・ドクター”として参加できる体制を整えた。
診療参加型臨床実習についてFDを実施、臨床実習WGの設置、臨床実習運営委員会の設置、学外の実習協力病院を訪問のうえ診療参加型臨床実習について説明と協力を求める説明を実施、実習カリキュラムの見直しと整備、4週実習の導入について検討
診療参加型臨床実習についてのファカルティ・ディベロップメントを定期的に実施している。また、診療現場での評価ツールの開発を進めている。
"・期間延長し、第5学年の1年間を必修ローテーション、第6学年の半年を必修・選択ローテーションとした・内科(専門内科各4週間を3回)および外科(専門外科各2～4週間を合計6週間)のそれぞれにおいて、限られた期間、診療科での実習でも内科・外科を網羅的に学べるようカリキュラムの統合・共通到達目標設定および共通学習機会を設けた。・臨床実習カリキュラムの統治として、内科系診療科間、外科系診療科間においてPDCAサイクルを回して質改善にあたるシステムを導入した。・基礎医学を学ぶ2年生と臨床実習をしている5年生が1つの班となり、学生間教育による横断・縦断的学習機会を与え、担当教員による班員へのアカデミック・バイジング提供を行う「ハウス」プログラムを計画し、試行を開始した。"
平成26年から学年進行性に新カリキュラムに移行中である。新カリキュラムの臨床実習は、より診療参加型にし、かつ、実習期間が長くなるように改定する。また、いまだで行っていなかった臨床実習後(PCC)OSCEを平成28年度からトライアルとして開始する。
臨床実習の期間を従来58週から61週に拡充した。(CPCの期間を含む)
臨床実習72週へと改善するため、臨床実習WGを立ち上げ実習内容を検討中。
臨床実習を2週間増やした。
・BSLにおいて5年、6年次の学生全員分の院内PHSを用意し、BSL時に学生に貸与している。また、新カリキュラム検討ワーキンググループにおいて参加型臨床実習を含めたカリキュラム内容の変更を検討している。
150通りの選択肢からなる診療参加型臨床実習プログラムを平成26年度から実施している
"5年生の臨床実習終了後にAdvanced OSCEを導入し学生を評価することで、次の選択臨床実習で学生が適切な実習先を選択させるようにした。学外医療機関における実習についてFDを実施し、各診療科の受入体制を審査し、受入人数を決定した。"
国際基準に適合した参加型臨床実習を企画し、平成28年度から順次実行予定である。
関連病院での診療参加型実習の実施
臨床実習期間を72週に拡充する計画(現在68週)
次年度から臨床実習のローテーションに地域の基幹病院の一つである地域医療機能推進機構滋賀病院での2週間の臨床実習を組み込む予定である。
週数増加。学外で半数(コア)
すべての学生が実習中に体験した症状、手技、検査項目を確認するシステムの導入
学外病院での4週間滞在型診療参加型実習を平成30年より開始予定
6年次で行う臨床実習の期間を2週増やして12週とした。また、医行為水準表や評価方法の改訂を行っている。
学生が行う医行為について各診療科ごとに実習手帳に明示し、実際に行った医行為を担当医がチェックする
平成28年度6年次生より臨床実習の開始時期を5年生4月から4年生1月とし、臨床実習期間を72週とした。また新規科目としてリハビリテーションを導入している。海外提携での選択制臨床実習(4週間)も導入している。
臨床実習を内容に応じて見学型実習と診療参加型実習に明確に分類している。選択制実習において、昨年度まで最低4週間診療参加型の選択を必修としていたのを、今年度から8週間必修とした。
臨床実習の前倒しと、週数の増加
6年次に学外実習を含めた選択実習をあらたに8週間開始した。
診療参加型臨床実習についてのFDを開催し、各診療科での改善を図る予定。
今年度より、6年生全員に愛媛県内の連携病院での実習(2週間)を必須とした。
今後実習時間の延長に合わせて、学内および学外施設で、より参加型の実習形態となるように改善していく予定である。
臨床実習専門委員会の下、改善に着手した。
ローテーション方法の変更、ログブックの導入、評価方法の改善
臨床実習週数の増加、期間を通じた評価の設定
地域医療センターが中心となり、5年次の地域医療実習を充実させた。
"実習施設数を増加した。また、グローバルな医学教育認証に対応するため臨床実習の改善・充実に向け、検討しており、平成26年度入学生より実習の開始時期を早め、実習の週数を拡大している。FDを実施し、教員への意識改革及びオリエンテーションにて学生へ具体的な説明を実施している。"
"臨床実習前の学内外の見学実習、プロフェッショナルリズム教育を充実し、学生の臨床実習への準備状況を向上した。また、診療参加型実習のためのビデオを全員が見て、求められている学生の实習への取り組み方、態度を学習した。臨床実習のローテーション期間を延長し、各領域2週間とした。教育到達目標に基づき評価表を用いた実習の評価を開始し、臨床実習の成績評価を改善した。臨床実習における「診療参加の割合」を学生が評価し、各診療科ごとに公表する授業評価を継続している。"
授業の整理統合や授業数を減らし、臨床実習を平成28年度より74週以上確保することができた。見学型から参加型臨床実習を促進するために、FDや協議会(学内および学外)の実施、臨床実習統括センターを設置した。
"・平成24年度、「診療参加型臨床実習企画・運営委員会」および「地域包括型臨床実習実行委員会」を設置した。・平成25年度から大学改革推進事業の一環として開始した「地域包括型診療参加臨床実習」において、地域基幹病院におけるICT運動型診療参加型臨床実習を開始した。・平成25年度、臨床実習の72週化について議論を行い、平成29年度より実施することを決定した。・平成26年度、学内施設での診療参加型臨床実習移行に向けて、平成27年度より「医学記録」導入を決定した。"
臨床実習の時間数を増やした新カリキュラムを検討中
2015年度入学者から新カリキュラムに移行し、4年次の3学期から70週にわたる臨床実習を行う。
一部の学生を関係病院に専属で配属させ、実習を行う
FD、まづ特定の診療科で実験的に診療参加の試みを開始している。
期間延長、評価方法の変更(miniCEX)、海外留学
形成的評価のための評価表の策定、大学独自の医行為基準策定、診療参加型臨床実習期間の拡大、地域医療実習期間の拡大
地域でのBSLの追加を実施、さらには数年度内に評価等の内容変更を検討している
4ヶ月間への期間延長(BSLは8ヶ月)。地域医療を行う学外施設において1ヶ月の実習を義務化。
6年次に4週間×2ゲールの「クリニカルクラークシップ」期間を設け、学外(国外も)施設を含めて、診療参加型(にできるだけ近い形)の実習を行っている。実習場所は学生に選択させる。
地域の病院に4週間滞在するプログラムを開始した。
平成27年度6年生からは、72週間の臨床実習を行っている。
臨床実習のポートフォリオを導入し、学生用の診療録に記録するようにしました。
26年度より4年生から参加型実習の導入し、27年度は62週、28年度には72週のカリキュラムが完成する。
今年度から期間を8週間から12週間に延長した
文部科学省が選定する大学教育改革支援事業である「グローバルな医学教育認証に対応した診療参加型臨床実習の充実」として、「参加型臨床実習のための系統的教育的構築」を実践している。
新しいカリキュラムを設け、学生も少人数編成とした。教員の理解を深めるためのFDも合わせて実施している。
5年次の実習は、現在も名称上は診療参加型臨床実習をうたっているが、実質的には見学実習で、改善を計画している。
クリニカルクラークシップ指導者養成ワークショップで教員への取り組みを行っている。
BSL72週化。総合診療科、地域医療(開業医)実習。BSL指導マニュアルの作成と、WPBAの標準化。
医学部所在地とは別の地域(埼玉県本市)にある本学大病院における臨床実習を開始した。
国際認証制度に向けた実習内容の変更と充実
平成26年度より第5学年臨床実習を38週から40週に変更
学外実習病院の確保
準備教育を導入した
診療科間の共通基準により診療科を越え継続性のある実習の実施や期間について検討をしている。
診療参加型臨床実習の実質的な実施のため、教員に参加型臨床実習のDVDを視聴させ、診療参加型臨床実習FDや新任教員ワークショップで啓発を続けている。学生のプレゼンテーション能力の向上の

3-2. 貴大学・貴学部において取り組んでいる診療参加型臨床実習の期間・週数について記入してください。

(1) 診療参加型臨床実習期間

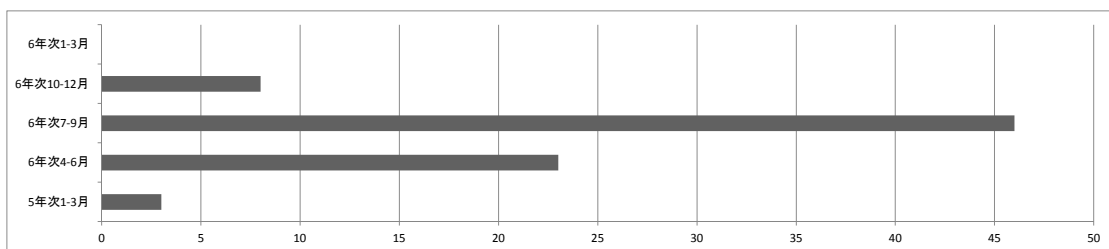
開始時期

4年次4-6月	4年次7-9月	4年次10-12月	4年次1-3月	5年次4-6月	5年次7-9月	5年次10-12月	5年次1-3月	6年次4-6月
2	2	3	10	48	0	0	7	8



終了時期

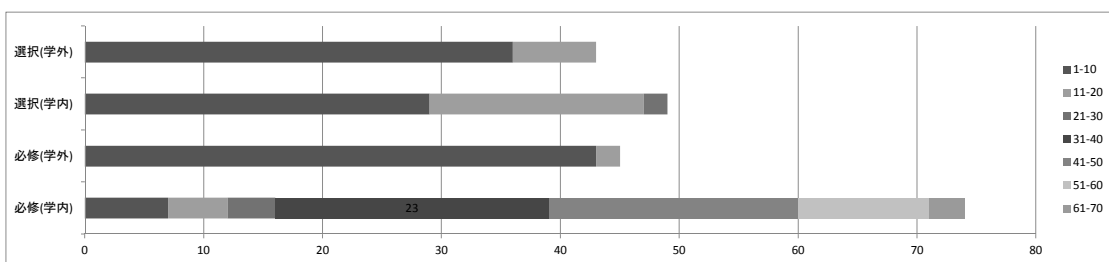
5年次1-3月	6年次4-6月	6年次7-9月	6年次10-12月	6年次1-3月
3	23	46	8	0



(2) 診療参加型臨床実習週数

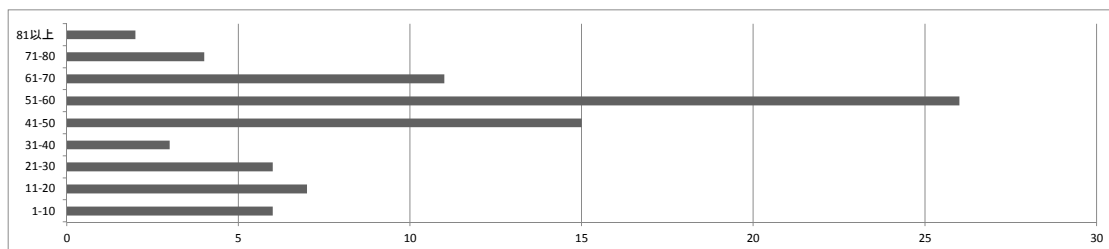
(学外については、施設の種類の ex. 大学病院以外の学外教育病院、診療所、施設など) についてご記入ください)

	1-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70
必修(学内)	7	5	4	23	21	11	3
必修(学外)	43	2					
選択(学内)	29	18	2				
選択(学外)	36	7					



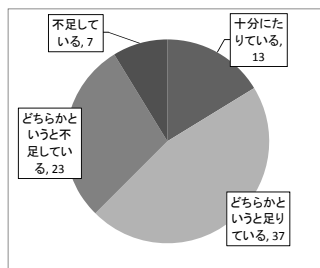
診療参加型臨床実習週数(合計)

1-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81以上
6	7	6	3	15	26	11	4	2



(3) 臨床実習施設の数の確保はできていますか？

十分に足りている	どちらかという 足りている	どちらかという 不足している	不足している
13	25	29	25

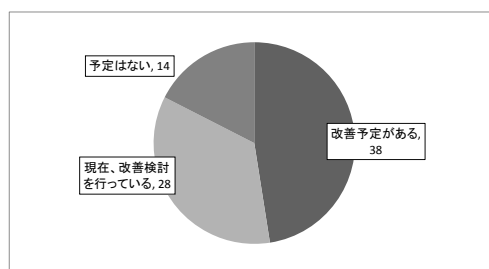


現在確保している施設と、今後確保しようと考えている施設を上げて下さい。

地域の中核病院は確保できている。より地域に密着している小規模な施設は、学生全員が行けるほど確保できていない。
地域包括ケアを担う病院4～5施設、各地区研修病院においても一部地域包括ケアを含めた実習を行っている。
現在確保している施設:3つの町立病院、14の広域連携臨床実習協定病院
本学の地域医療センター・ステーションとして県内の中核病院と診療所での臨床実習を行っている。医学部定員増に伴い、地域の診療所の更なる確保が必要。
現在、県内のすべての基幹型臨床研修病院に加え、救急指定病院・公立病院の一部が、本学指定の学外施設として臨床実習に協力している。今後、上記以外の附属病院の臨床研修協力病院・施設の協力を得て、地域医療等にさらに特化した実習が可能な体制を構築する予定。
地域病院、診療所、保健所での実習を実施しているが、これら協力病院・施設を拡充していく必要がある。
予防医学、地域医療、慢性疾患の生活支援いずれもある程度確保できている
地域医療を学ぶという点ではプライマリケアとしての診療所実習がある。予防医学や慢性疾患患者の生活支援を体験できる施設については臨床実習以外の講義で実習体験学習を行っている。
地域医療について2施設を確保している。5年生の臨床実習先として小出病院、6年生の臨床実習先として魚沼基幹病院がある。
"選択制臨床実習、県内の公的な中核病院での臨床実習12施設地域医療病院実習:県内、隣接県の地域医療に係わる病院9施設大学外の診療所、開業医、福祉介護施設などでの実習は大学診療科実習内で行われている"
石川県内の国公立病院、開業医施設、保健所
関連施設で地域医療など経験できるよう配慮はされているが、保証はされていない
・県内の関連医院及び病院並びに診療所及び保健所
佐久総合病院など県内30数病院の協力を得ているので、予防医学も地域医療も慢性疾患患者の生活支援も確保できている。
現在:地域医療センター2、訪問看護ステーション3、赤十字血液センター、肢体不自由児施設
現在は菊川・森町家庭医療センターで選択制の臨床実習を実施しているが、今後は必修の家庭医療実習にする予定である。
現在ほぼ確保している(70近い関連病院)
予防医学については、臨床実習期間中には実施していないが、今後、4年次での臨床実習の拡充にあたり保健所や在宅看護ステーション、在宅医療を実施している医療機関での実習を選択できるカリキュラムを検討中である。地域にある総合診療を実践する診療所や小児科クリニックを実習先として確保している。県内の初期臨床研修医受入れ病院は、本学学生の実習を受入れてくれている。
地域ケアセンター、家庭医療を基本とした診療所を確保しているが、さらに施設数の増を目指している。
在宅医療実習施設、緩和医療実習施設は確保
医学部の組織として「地域医療総合教育研修センター」を中山間地域の病院内に開設した。
4年次環境保健医学実習において、県内各地区保健所及び近隣の社会福祉施設における「地域・老人・保健所実習」並びに、在宅医療患者の家庭訪問を中心とした「地域家庭健康管理実習」を実施している。
地域医療、老年医学、緩和医療等の様々な臨床経験をえられる施設を確保している。
僻地の中小規模病院をいくつか確保している
大学近郊のクリニックで地域に密着した多様な臨床経験が出来るように配慮
徳島県南部地域にある徳島県立海部病院およびその周辺の診療所や介護施設群を現在確保している。今後の確保は未定。
介護体験実習ができる施設、地域医療が実践できる施設および慢性疾患の支援が体験できる施設を数施設ずつ確保している。
地域医療実習では、慢性期施設、個人クリニック、福祉保健所など多様な施設での実習を行っている
海外および地域医療、慢性疾患患者の生活支援などの大学附属病院以外の多様な臨床体験ができる施設をすでに確保している。
診療所や地域基幹病院を確保している。今後の可能性:保健所、健診センター
大分県内の15の地域医療実習病院とその附属施設(訪問介護ステーション、福祉施設など)や保健所や市町村健康福祉課で実習中。
学外の病院に地域総合医育成サテライトセンターを設立しており、県内外の僻地医療(往診を含む)を行っている町立病院、緩和ケア科を持つ病院等
臨床実習としてリハビリテーション病院、地域、離島の診療所、在宅医療等で実習している。3・4年次のシャドウイングでは検診センター、地域医療機関(病院、診療所)での見学、模擬診察実習を行っている。
現在、地域診療所(16カ所)、地域・離島中核病院(14病院)、離島診療所(5・6カ所)を確保している。
"平成25年度から大学改革推進事業の一環として実施している「地域包括型診療参加臨床実習」では、地域基幹病院の他にサテライト実習施設として診療所・訪問看護・保健所等においても実習を行っている。今後も同様の施設の拡充を行っていく予定。"
"複数の大学附属病院では設置地域により特性が異なる。会津地区では、地域医療、漢方医学などの臨床体験が可能。県内の主要病院との連携で、各病院を中核とする各地域での医療、介護施設等で実習出来るカリキュラムが出来るように準備中である。"
関連病院、市立病院、地域の診療所等
地域の診療所、へき地医療施設、老健施設、保健所などを確保している。現時、在宅医療、訪問看護実習のための施設とフィールドを開拓している。
地域医療については豊富な関係病院に加えて地域滞在型実習では保健所
地域医療、慢性疾患等を診療している施設はすでに多くある。
地域医療に重点をおいた病院を実習病院に含んでいる
早期地域医療実習施設と確保している。今後1つの2次医療圏内での総合的な地域医療実習としても病院、診療所、療養施設、開業医、保険・福祉機関にも協力を依頼する予定。
現在、保健所、保健介護施設(福祉施設)、診療所、中小規模病院、拠点病院などを確保している。現状で確保できている。
地域医療について、近隣の各種診療所を実習先として確保している。
地域医療の実習施設が不足している。ただし、本学は6附属病院があり、へき地、一般病院、精神神経疾患、老年病を経験することができる。
学外施設は学生が選択します。
地域医療実習先として板橋区、千葉県市原市の施設で合計20施設を確保している。
都内診療所、保健所、関連病院、
地域中核病院、NPO法人、有限会社、診療所、保健所、重症心身障害児施設、特別支援学校、介護老人保健施設等
診療所から地域中核病院まで全国に広く約80施設を、確保し、5年生全員が参加、なるべく少人数で実習できるようにした。
3日間地域医療実習として確保している。基本的には地域に根差した診療所・病院に派遣している。
地域医療現場での指導医の確保、また大学附属病院以外の地理的立地条件への学修者のこだわりが障壁になっています。
中規模病院、福祉施設、療養型病院、保育施設、保健所、開業医。今後、訪問看護ステーション、障害者福祉施設など。
確保している。事業所における産業医の見学・体験をはじめ、保健所等の地域保健施設での実習、地域医療実習、在宅医療も対応している。
保健所、診療所、消防署(救急車同乗)
地域中核病院(市立病院等)、医師会所属診療所、県・市の産業保健センター
予防医学・慢性疾患患者の生活支援をしている診療所、地域医療の実習可能な中核病院・診療所を確保している。
老健施設、開業医(同窓会)、身障者施設
地域の小規模病院、老健施設等
高槻市保健所、茨木市保健医療センター、介護老人保健施設ローズマリー等
彦根市立病院緩和ケア科、地域医療機能推進滋賀病院リハビリテーション科、大阪日赤病院リハビリテーション科、石川県効果穴水総合病院(能登北部地域医療研究所)、岐阜県白水会白川病院、新宮市立医療センターなど、地域医療や慢性疾患リハビリ施設を含んだ実習を行っています。
1年次には保健所、保健センター、老人ホーム、老人保健施設などで体験実習をし、5年次には串本町の社会福祉協議会の協力を得て、地域住民への啓発活動など予防医学の実践的な実習をしている。
分院である、ささやま医療センターによる臨床実習(必修)、保健所実習を行っている他、2年で老健、障害者施設、3年で在宅ケア(訪問看護)実習を行っている。
地域医療の教育施設は確保できているが、予防医学、慢性期Hpは不足している。
"体験学習先として、介護老人保健施設(第1学年)、個人病院(第4学年)を確保している。今後、療養型老人病院、リハビリ病院などについて検討中である。"
平成27年度以降、本学の正規カリキュラムの中で学生の実入をお願いする医療機関や福祉施設とは、契約書を取り交わす方針とし、実際に取り交わしている。
"学外施設については、多くの場合学生が自分で申込み、それを大学が追認して依頼状を送っているが、詳細な契約は結んでいない。臨床準備教育については、平成25年度からグループローテーション形式とし、時間数もそれ以前の約30%増とした。学生はクリニカル・シミュレーション・ラボラトリーを自由に(要予約)活用して手技の練習を行うことができる。"
(8)必要時に契約書进行します。(9)昭和大学の教員との交流がある施設です。(10)特に行っていません。
提携先病院の先生を本学の臨床教授等に就任していただく契約を新たに作成
慈恵大、昭和大学、東邦大学との4大学連携の契約を交わし、それぞれの附属病院先でも臨床実習しているほか、地域の診療所、国外の医学教育機関病院も利用している。
"(8)教育病院群との契約を行う予定。(9)分院、教育病院群を利用する。(10)映像等を多く利用し、予習・復習が可能となるよう整備する。"
"必要性は認識しているが、いまだ手を付けられていない状況である。シミュレーション教育:臨床実習前に習熟しておくべき手技に関してはシミュレーションで実習開始前に実施、学生向けのライセンス制度の導入を考えている。
(10)スキルスラボの利用方法の改善

(4)臨床実習期間の改善の計画はいかがですか？

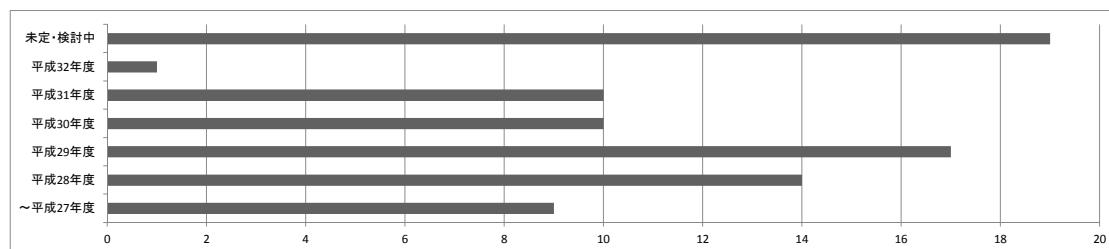
①改善予定がある	②現在、改善検討を行っている	③予定はない
38	28	14



①又は②と答えた方は、何年度より、どのような形で実施するかお答え下さい。

開始年度

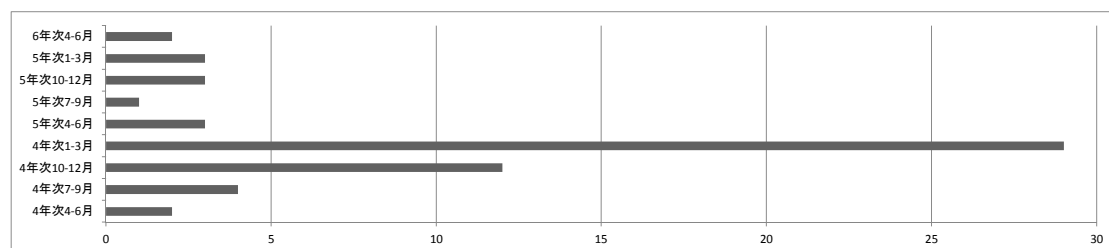
～平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	未定・検討中
9	14	17	10	10	1	19



改善後の診療参加型臨床実習期間(回答があった大学のみ集計)

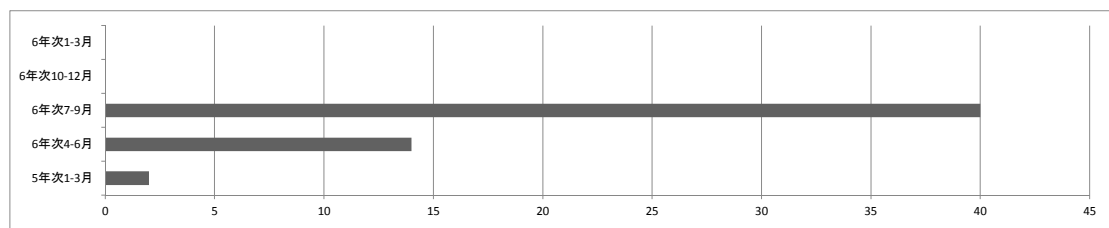
開始時期

4年次4-6月	4年次7-9月	4年次10-12月	4年次1-3月	5年次4-6月	5年次7-9月	5年次10-12月	5年次1-3月	6年次4-6月
2	4	12	29	3	1	3	3	2



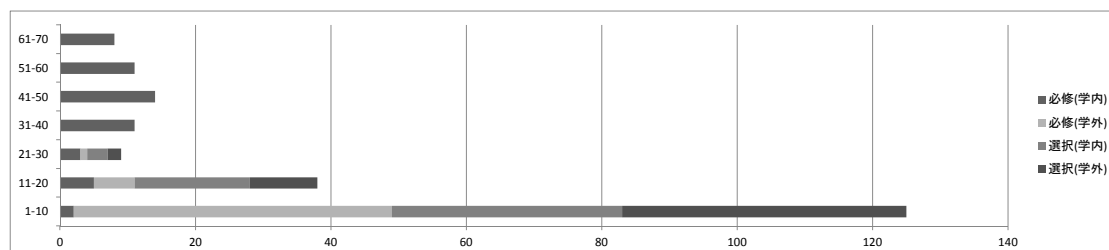
終了時期

5年次1-3月	6年次4-6月	6年次7-9月	6年次10-12月	6年次1-3月
2	14	40	0	0



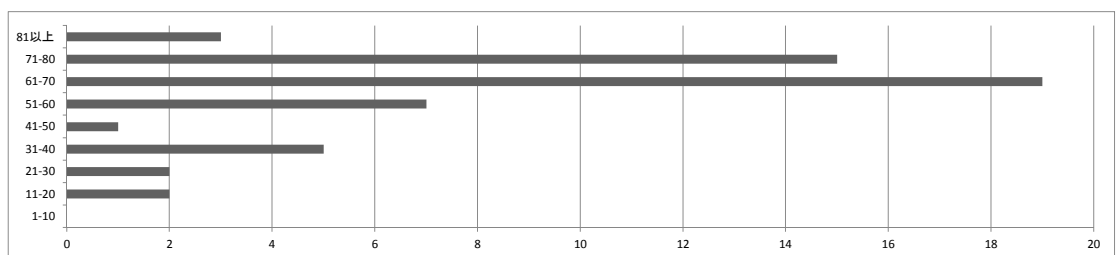
改善後の診療参加型臨床実習週数

	1-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70
必修(学内)	2	5	3	11	14	11	8
必修(学外)	47	6	1				
選択(学内)	34	17	3				
選択(学外)	42	10	2				



診療参加型臨床実習週数(合計)

1-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81以上
0	2	2	5	1	7	19	15	3

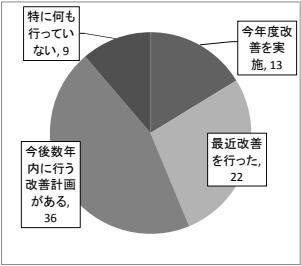


3-3. 診療参加型臨床実習の内容面について(※3-1で①-③と回答した大学のみ)

最近行った改善、もしくは今後数年内に行う改善計画がありますか？

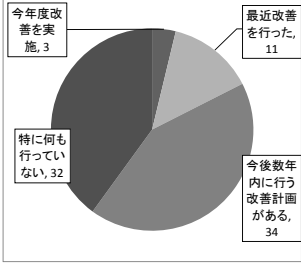
(1)診療科ローテーションの見直し(参加型実習の診療科名と実習科数など)

今年度改善を実施	最近改善を行った	今後数年内に行う改善計画がある	特に何も行っていない
13	22	36	9



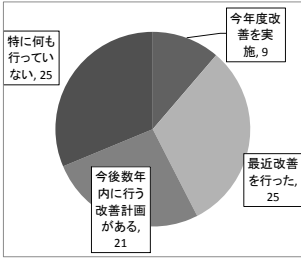
(2)症例数(疾病別)等ミニマムリクワイアメントの増加

今年度改善を実施	最近改善を行った	今後数年内に行う改善計画がある	特に何も行っていない
3	11	34	32



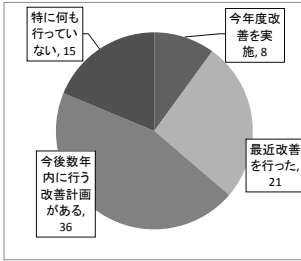
(3)高齢者医療やへき地医療等、特定のテーマを学ぶことに特化したカリキュラムの構築

今年度改善を実施	最近改善を行った	今後数年内に行う改善計画がある	特に何も行っていない
9	25	21	25



(4)総合診療能力教育への工夫

今年度改善を実施	最近改善を行った	今後数年内に行う改善計画がある	特に何も行っていない
8	21	36	15



(5)その他(あれば具体的に記載してください)

米国カリフォルニア州で医師免許取得を希望する場合の必要条件である総臨床実習数72週を履修できるようにする予定である。
6年生での関連病院での診療参加型臨床実習の実施
スキルズラボの充実による技能教育の充実
シミュレーション教育の充実
知識以外の評価に形成的評価導入を予定
iPadを利用した電子ログブックなどの双方向評価システム
医学部所在地とは別の地域にある本学大学病院における臨床実習の導入
診療参加型臨床実習を実践するために、プレクリニカルクラークシップで主要症候からの臨床推論の基礎トレーニングと、完全型チュートリアルでの学生による毎回の患者プレゼンテーションを徹底するように教員(チュータ)に指導した。

【(1)～(4)の具体的な取組内容】

療参加型臨床実習の拡充につけて諸課題への対応を検討中。

"・平成25年度から実習科としてリハビリテーション科を増やした。・平成24年度から地域医療実習を改変した。変更内容(①5年次・1週間→6年次・2週間、②学生の都合による夏季・冬季期間での実施→実習のローテーション期間中の実施、③実習施設の見直し)"

身体診察能力やプレゼンテーション能力を高めることを各診療科の教員に意識してもらうためのFDを行っている。

"(1)新カリキュラム(実習74週)に向けて必修専門科とバランスを調整している。(2)総合臨床教育センターの会議において外来実習の増加や各科臨床推論など総合的な能力の育成。(3)新カリキュラムに向けて地域包括ケアの実習ができる施設の検討。(4)1年次からのOSCEなどのカリキュラムを中心に基礎から臨床の各分野を統合する方向ですめています。"

学外での臨床実習を自由に選べるのではなく、疾患や領域に重なりがなくローテート出来るように変更を行った。今後はさらに総合診療についても学習する改善を予定する。

重要な診療科(内科、外科、小児科、救急、総合診療など)を長期間(4週)実習を行う形に大幅な改定を検討している。

学内に教務部会や医学教育センターと共同して、ワーキンググループを設け、カリキュラムの改変と一体的に診療科ローテートの見直し等を進めている。また、学外実習協力病院でも診療参加型臨床実習を実施できるよう、医学教育センター教員が各施設を訪問し、実習内容について相談している。高齢者医療やへき地医療を得意とする学外実習協力病院では、これらの医療を積極的に学ぶプログラムを組んでいたという依頼している。

総実習期間の延長と各科ローテート期間の見直し、選択実習期間の確保、診療参加に向けてのFD実施、臨床実習後OSCE(CPX)の導入、アテンディング(教育専任教員)の雇用、学外実習施設の拡充、臨床実習前教育の充実

地域医療を必修とする予定

(1)診療科ローテートとの見直しについては、これまでは消化器系・呼吸器系・循環器系を必ず内科あるいは外科で実習することとしていたが内科及び外科において共通目標を設置することでより上記規則を取り払った。そのことで各診療科の教育内容を均一化することができることとなった。(2)ミニマムリクワイアメントも上記に統一したことで学生がどの診療科で実習を行ったとしても必要最低限の知識を獲得することができることとなった。(4)総合診療能力教育を高めるため、総合診療実習を2週間に拡大した。また、学生全員へmini-CEXを行うこととした。

(1)重要な診療科(内科、外科、小児科、産科婦人科、精神科、総合診療)の実習時間を現行よりも増やして4週間以上とする。

(2)学生が実習の時に経験すべき症例数のミニマムリクワイアメントを各実習担当科に決めてもらう。同時にログブックを整備して、学生ひとりひとりが経験した症例を記録して、教員がチェックすることができる体制を整備する。(3)現行カリキュラムでは5年次にのみ実施している地域医療実習を、6年次においても必修の実習とする。

(4)現在の総合診療実習は1週間と短いため、機関をのぼすとともに経験できる症例数が増えるように検討を行う。

"(1):コア科のグループ化と3週実習、マイナー科の実習時期の変更(2):モデルコア科の疾患別経験数、症例への対応を、各科毎であったものを、病院診療科全体で共有し把握し対応している。(3):特別入学生へのカリキュラムを考慮している(4):とやま総合診療イノベーションセンターによるプログラムや事業の進展"

受け持ち症例数の増加、診断学実習の強化、外来実習の強化

「重要な診療科」を最低4週間参加できるように改善。臨床実習後に実習後OSCEの導入を予定、それにあわせる実習内容を今後検討していく予定。

教育カリキュラムをゼロベースから見直している最中である。

県内中核病院すべてを取込んで臨床実習を実施する計画である。

"(1)参加型実習の診療科の追加および実習数の増加(4)総合診療学・老年科学の科目追加"

看護学生が参加する多職種連携教育(実習)

来年度より臨床実習の実習先に地域の基幹病院の一つである地域医療機能推進機構滋賀病院での実習を追加し、学生の地域医療実習を充実させる。

学外化と少人数化。地域・総合実習の新設。

緩和医療実習の導入

(3)地域医療総合教育研修センターでの臨床実習(選択制)を開始した。

臨床実習期間を70Wに延長、選択実習における1診療科の臨床実習期間を1か月～2か月単位とした。医師国家試験対策を見据えて、5年次学年末試験を導入し、6年次臨床実習終了後の卒業試験を廃止した。

診療科ローテートについて、総実習数の増加に伴い、各診療科実習数を1週から2週、2週から3週へ増加したこと、リハビリテーションを追加したことにより見直しを行なった。内容面については各診療科で対応、工夫を行なっている。総合医を育成することを目的に地域医療機関(僻地含む)・自治体と連携して学生教育を行っている。

"従来選択制実習でのみ行われていた診療参加型実習を、今年度から必修実習にも8週間導入した。診療参加型実習の到達度を測定するため、来年度より症例呈示型OSCEの導入を予定している。この結果を分析して、学生にどのような能力が不足している診療参加型実習の内容をどう改善の必要があるかを明らかにして、改善していく予定である。"

学外指定施設での臨床実習を新たに開始することを検討中。経験症例数とその疾患種類の目標の明示とWebシステムを含めた実習ログシステムの構築により、ポートフォリオ評価の導入を検討している。各診療科での実習終了時の到達目標は数年前に定めたが、それを更に一層の参加型を目指して見直していただく予定。

診療科のローテーションについてはいわゆるmajor科を増やし、地域医療におけるへき地医療の実習を必須とした。

(4)については昨年度より総合診療部での実習を開始して外来実習での臨床推論能力の育成に関する取り組みを始めている

"(1)病院内部門へのローテート先の増加(3)地域医療実習の時間数増加(4)mini-CEXの導入"

(2)症例数というよりも、より診断推論過程に積極的に関わる指導の改善。

"1週間ローテイト診療科の多くを2週間ローテイトとした。地域包括ケア教育センターを設置し、関連実習期間を設けた。"

地域医療実習の時間を増やす。また県外、海外を含めた学外実習の選択肢を増やし、広い視野を持った医師を養成する。

平成26年度より、本学の日南市にあるサテライト施設、地域総合医育成センターにて実習を行い、地域に根付き総合診療に関する実習を加えている。また、県内外にて僻地医療及び在宅診療を行う病院・診療所等でも実習施設を行っている。

"臨床実習のローテーション期間を延長し、各領域2週間とした。高齢者医療やへき地医療は以前より必修の実習として継続している。"

(1)前期臨床実習で沖縄県立中部病院を全員ローテートすることを必修化した。

(2)必要最低限学ばなければならない疾患を各診療科に提示してもらい、集約しているところである。

(3)選択実習として離島診療所及び離島中核病院のクラークシップを導入した。

(4)関連協力病院、離島中核病院や離島診療所の実習を導入した。

"(1)臨床実習72週化に向け、各診療科での実習週数の再編を検討中。(3)平成25年度から大学改革推進事業の一環として開始した「地域包括型診療参加臨床実習」において、地域基幹病院におけるICT連動型診療参加型臨床実習を開始した。(4)平成26年度、未来医療人材養成拠点形成事業の趣旨に沿った「総合診療実践病院コース」を、地域医療総合医学講座の臨床実習(必修)において開設した。"

臨床実習の時間数を増加した新カリキュラムの検討において、今後、検討する。

各診療科での実習内容の充実化に向け今後、具体的な検討を進めている。

コミュニティ・ヘルスクエア卒前教育プログラムとして、老年医学、地域包括ケアの授業、総合診療科の実習として訪問看護実習、在宅医療実習などの科目を新設した。

5年生9月第1週に京都府中部～北部地域において看護学科と併せて地域の中核病院において地域滞在型実習を行っており、医療過疎の地域で診療所の医療や地域住民との意見交換も行っている。また、リハビリテーション医学講座を平成26年秋に開設し、地域医療の中での展開を教育している。

ローテートの診療科と期間について検討中です。

4週実習から8週実習へ。総実習週数を72週に。ログブックの開始。高齢者医療、へき地医療は以前から実施している。

院外での診療所で外来実習をよけている。また、症例はリストにして、終了時に提出させている。

1科4週以上の実習期間の拡大および臓器別を中心としたローテート。指導医のチームに学生を組み込むことにより経験症例数の増加。6週にわたる1カ所の2次医療圏内での総合的な地域医療実習と総合診療実習。

平成26年度に診療参加型臨床実習の期間の見直しを行った。今年度から診療科ローテートを見直した。感染症科の必修化、総合診療内科の期間の増加とそれに伴う調整を行った。外来診察実習では、学外教育病院で初診外来および在宅診療所での訪問診療の同行に変更した。

大学病院における総合診療科の開設に向けて、具体的な計画が進行している。

内科系診療科の実習期間延長。

実習期間全体を通しての到達目標(アウトカム)を明確にし、各科の診療内容などに応じた実習形態と到達目標を再検討する。アウトカムでは、特に臨床推論と医療面接・身体診察・診療録記載・プレゼンテーション技能の習得を重視する。

地域の病院に4週間滞在するプログラムを開始した。

・地域医療実習先として板橋区、千葉県市原市の施設で各1週間の地域医療実習を取り入れた。

参加型臨床実習は今年度から、6年生の4月から12週間に期間を延長した。また、今後数年以内に総合診療科の実習の必修化が検討されている。

"(1)選択のみであった実習を、必修科(内科、外科、産婦人科、小児科、精神神経科)と選択科から形成された実習となる。4週間を1termとし、全10term行う。(内科2term、外科・産婦人科・小児科、精神神経科を各1term、選択科4term)(2)選択のみの実習の場合、特定診療科に偏ることも予測され、経験できる症例数も限定的だが、上記実習形式へ変更することで症例数増加が期待できる。(3)(4)総合診療能力の育成を目指した卒前カリキュラムとして1週間の「高齢者医療体験実習」を平成27年度から3年次に導入しており、初期臨床研修における「へき地医療プログラム」の必修化や、レジデントにおける「総合診療コース(総合診療専門医修得コース)」と連携して総合診療医の育成を行う体制を構築している。"

内科、外科が診療科ごとに細分化し実習していたものを内科、外科必修としてまとめ、一ヶ所を4週間実習するようになった。またこの実習ではmini CEXを必ず実施して学生の能力を測定する事とした。

新カリ導入に合わせて実習期間の延長と1診療科あたりのローテーション日数の延長(1週間を4週間へ)を検討している。手技教育充実のための学生向けのライセンス制度の導入。教員に対しては診療参加型実習実施のためのFD、指導医資格制度の導入を検討している。

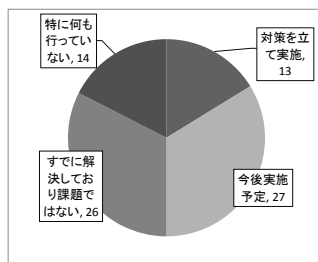
BSL72週化。総合診療科、地域医療(開業医)実習、BSL指導マニュアルの作成と、WPBAの標準化。

大学病院の組織再編に伴い、各診療科でローテートを見直した程度であり、全体として見直したわけではない。

3-4. 貴大学・貴学部における、診療参加型臨床実習を充実させるために解決すべき課題について対策を立て、実施したかどうか、今後その予定があるかどうか

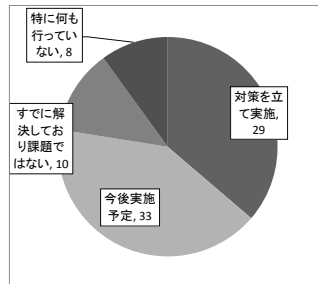
(1)協力患者数の確保

対策を立て実施	今後実施予定	すでに解決しており課題ではない	特に何も行っていない
13	27	26	14



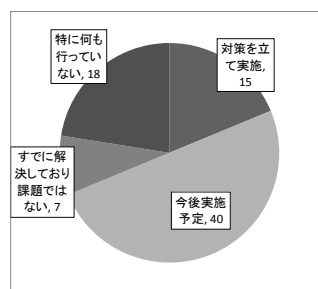
(2)(付属病院教員対象)臨床実習指導者へのFDの充実

対策を立て実施	今後実施予定	すでに解決しており課題ではない	特に何も行っていない
29	33	10	8



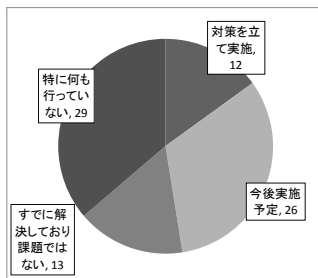
(3)学外教育病院・診療所・施設の指導医対象臨床実習指導者へのFDの充実

対策を立て実施	今後実施予定	すでに解決しており課題ではない	特に何も行っていない
15	40	7	18



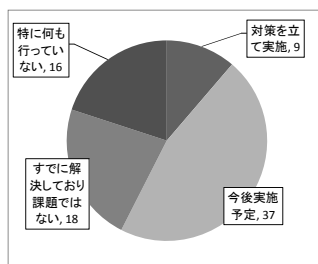
(4)FD以外の指導力養成方法の充実

対策を立て実施	今後実施予定	すでに解決しており課題ではない	特に何も行っていない
12	26	13	29



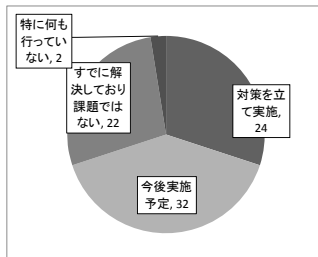
(5)臨床実習指導者数の確保

対策を立て実施	今後実施予定	すでに解決しており課題ではない	特に何も行っていない
9	37	18	16



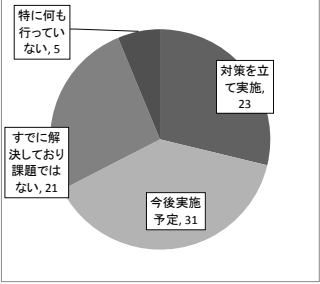
(6)臨床実習先の学外教育病院・診療所・施設の確保・充実

対策を立て実施	今後実施予定	すでに解決しており課題ではない	特に何も行っていない
24	32	22	2



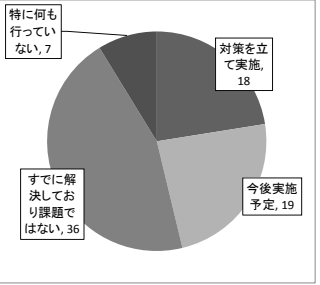
(7)臨床実習先の学外教育病院・診療所・施設先との教育内容や方針の共有・調整・合意

対策を立て実施	今後実施予定	すでに解決しており課題ではない	特に何も行っていない
23	31	21	5



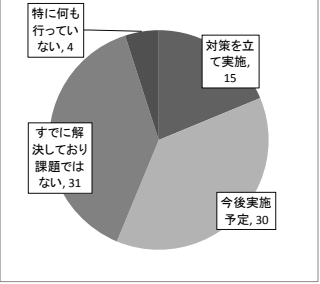
(8)臨床実習先との、臨床実習生の受け入れに関する契約について

対策を立て実施	今後実施予定	すでに解決しており課題ではない	特に何も行っていない
18	19	36	7



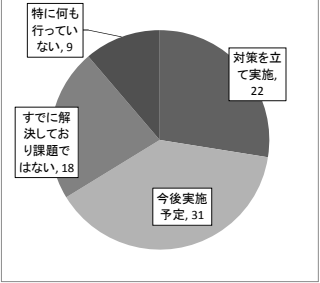
(9)臨床実習先として、どのような学外教育病院・診療所・施設を利用するか

対策を立て実施	今後実施予定	すでに解決しており課題ではない	特に何も行っていない
15	30	31	4



(10)シミュレーション実習等事前教育の充実

対策を立て実施	今後実施予定	すでに解決しており課題ではない	特に何も行っていない
22	31	18	9



(11)その他（あれば具体的に記載してください）

【(1)～(7)の具体的な対策(①)、何も行っていない理由(④)】

学外病院で臨床実習をする際の経費、とりわけ公共交通機関がない地域での学生の移動手段など臨床実習中に、医師としての臨床上の倫理的問題点を考えプロフェッショナリズムを涵養するために、倫理総合討論を実施している。

臨床で多忙な指導者に如何に効率的に学生教育をしてもらうかについて臨床実習に入る前に、学生のプレゼン練習、臨床推論の練習をいかに自学自習させるかが最も大切である。すでに対策を立てて実行しているが、学生が十分に活用して練習しているとはいえない状況である。

診療参加型臨床実習の拡充につけて諸課題への対策を検討中。

FD以外の指導力養成方法の充実に関しては、多忙な臨床系教員に有用な方法を検討している段階であるため。

(4)総合臨床教育センターの開設

本学の地域医療センター・ステーションとして県内の中核病院と診療所での臨床実習を行っている。

附属病院内では過去4年間にわたり診療参加型臨床実習に関するFDなどを開催してきたが、学外教育病院等においても同様の取り組みが必要であると考え、順次説明の機会を持っている。受け入れ先となる学外教育施設等については、既存の本書指定の学外施設に加えて、附属病院の臨床研修協力病院・施設等のネットワークを活用し拡充していく。

学内教員を対象に定期的にFDを実施している。

学外教育病院のFDはまだ企画していない

(1)協力患者数の確保をできるよう電子カルテシステムから患者への同意書をすぐに打ち出せるようにしている。(2)今年度より臨床実習カリキュラムが大きく変更したため教員へ向けて臨床実習について必要な到達目標や学習機会、評価方法について診療科ごとに話し合わせた。(3)学外機関の臨床実習指導医への指導については各診療科ごとに行われている。統一して行うことを検討している(5)臨床実習指導者数の確保の一環として、本書臨床教授が在籍する関連病院での実習を検討している。

(2)学内の教員に対しては毎月の全教員懇談会というFD、3か月一度の医学教育FD、2年位一度の医学教育ワークショップといFDを実施している。のべ参加者数は100%以上である。

"(1):SPの募集と勉強会の開催、薬学部OSCEのSPさんとの相互交流(2):FDや指導者養成セミナーの開催(3):指導者養成セミナーの開催(4):シナリオセミナーの開催、臨床実習指導者との交流、懇談会の開催、県や県内病院協議会への働きかけ(5):各診療科に教育担当医長に相当する担当者を設定(6):教育病院、関連病院運営会議、協議会の開催、地域病院実習の拡充(7):各病院に担当診療科を設定し、双方向を保つ、TV会議など遠隔地診療、臨床実習への対応"

外部講師によるFDなどを一層充実させて教員の指導力を強化するFDの充実を検討中である。開催数よりも参加者が限定されていることが問題。ポイント制導入などを検討している。患者数・スタッフ数などは改善しようがない。現行の状況でいかに教育内容を良くできるかを考慮中である。

教育協力病院に対してこれまでそれぞれその病院で3回のFDを実施してきた。

①6年生での関連病院での診療参加型臨床実習を実施するにあたり関係病院の担当者等にFDを開催した。

各診療科委員(クラークシップディレクターに相当)によって構成されるクリニカルクラークシップ委員会と医学看護学教育センターが協力して、FD、学外病院との連絡調整、トラブルシューティング、情報共有を行っている。既に10年以上のノウハウの蓄積があり、新しく導入が必要な事項はあまりない。卒後研修部門と連携し、附属病院スキルラボの充実を図り、学生教育にも活用している。三重県市町村振興協会からの交付金を受け、学生旅費や実習に必要な消耗費や関連機材の購入にあてている。

学外臨床教授数の確保

約50の関係病院との交渉を開始

地域医療実習を行う地域医療機関と連絡会を開催し、情報を共有するとともに、大学の方針に対して理解・協力を得ている。

"(1)診療科において学生の臨床実習参加への同意書を取得(2),(3),(4),(5)外科系及び内科系指導者講習会の開催(学内外から参加者多数)、学内での夏のFDを開催"

"協力患者数の確保については、入院時に患者さんに説明して協力を求める文書を作成した。実習指導者に対するFDについては、近年の学生の急増により指導者の負担も急増しており、さらに負担となるFDの開催は現状では容易ではない。実習先施設についてはここ数年で数施設増やしたが、現在さらに増やすぐ交渉を続けている。"

学内外臨床実習指導医合同講習会等の開催

"(2)学内教員対象の臨床実習指導者FDは毎年開催している、(7)関連病院との第一回合会を開催した、(4)指導力養成に関する取り組みは原則としてすべてFDに認定しているため"

診療参加型臨床実習についての学内外の指導者を対象にFDを開催し、各診療科での取り組みを促進していただく。学外医療機関については実情を把握し、実現可能な提案を行ってゆく。

臨床実習の充実のため学外実習施設を確保し、その教育内容や方針などを大学および学生と共有するシステムを構築している。

"(4)各講座によって対応が異なるため指導医養成WS等以外の指導者養成は、各講座にまかされている(7)学外実習教育病院と年2回協議会を開催し、実習内容等意見交換を行っている"

④と回答した項目については、対策について検討中であるから。

"(3)学外の指導者と合同で卒前教育のFDを行ったことがなく、問題点として、学内でまだ共有できていない。" (5)教員数が限られており、簡単に対策が立てられない。"

"(1)とくに問題となっていない(2)臨床研修指導医講習会で代替としている(3)学外施設教育担当者と教育研究会を開催している(4)臨床研修指導医講習会を年3回開催した。(5)困難な状況である。(6)、(7)施設を訪問し、説明、依頼した。"

診療参加型臨床実習に関して、国際的な取組先進的な実習を実施している大学等の教員を招いたFD等を実施。また、学外の実習施設の責任者に参加いただく連絡協議会にて内容及び方針の共有等を計画している。

各診療科の臨床実習担当者による定期的委員会を開催し、実習内容の改善について情報提供、改善のための検討を行っている。行うことのできる医行為の整理と開示、シラバスの整備、指導者への評価項目の周知を行った。

指導方法については今後の課題となっている。

(1)患者に協力してもらうために、院内に教育機関であるポスターを掲示する。(2)(3)研修医、医員や教員のみならず多職種向け及び学外指導者向けにFDを開催し、クラークシップへの理解を図っている。(4)平成24年度より沖縄県内の指導医のリーダーとなる人材育成プログラムを実施している。(5)5,6年生、研修医の屋根瓦体制を作ること指導者数を確保している。(6)(7)年に1回、臨床実習施設と協議会を開催し、施設の確保と実習の依頼、教育方針について情報共有している。

"(1)協力患者数については問題視していない。(2)臨床実習指導者に向けたFDセミナーを実施している。(3)(7)平成25年度から大学改革推進事業の一環として開始した「地域包括型診療参加臨床実習」において、地域基幹病院へ本学教員を派遣し、FDを実施している。(4)特に検討していない。(5)問題ではあるが、具体的な検討に至っていない。(6)平成25年度から大学改革推進事業の一環として開始した「地域包括型診療参加臨床実習」において、実習参加者の増加に伴い、受入施設の拡充を検討し、施設確保に努めている。"

臨床実習先として、県内の一般病院の協力を仰いでおり、第1学年では特別養護老人ホーム等で、第3学年では大学附属病院外の一般病院での実習を行っているところです。全員の实習が可能な施設数は確保できており、今後契約など詳細を詰めていく段階に入っています。これらの一般病院には、大学の臨床教授となっている先生方(臨床実績および論文実績もあり、大学内の規定に従って承認)が複数おいでになります。全体としての教育内容の共有・調整・合意の場をまだ設けてはおりませんが、各講座と各臨床教授間には、教育内容の確認・合意はなされているものと理解しています。大学内の臨床実習指導者数の確保ではなく、学外一般病院におられる臨床経験豊富な先生方に臨床実習の一翼を担っていただいている形で、相対的な臨床実習指導者数増加と考えています。

"(3)入学定員増の影響により学外での実習機会が拡大していることから、今後検討していく。(6)各医局からの紹介等を通じて確保・充実を図っていく。"

6年生の学外での選択制診療参加型臨床実習のために、連携病院を教育病院として位置づけて、連携機能および教育機能の整備のための準備を始めた。

(1)院内広報誌にてスチューデントドクターの紹介と協力の依頼を行った。(2)平成26年度より教員へのFDを行っている。(3)大学職員を中心に行っているが、学外施設は行っていません。

関連施設指導医にFDを実施、受け入れ病院のさらなる増加。

臨床実習の評価方法、指導については、2年間に渡りFDを行った。また、臨床実習ディレクター会議を定期的に行い、指導方法については共有している。

(6)実習施設としてはほぼ確保できており、予定している地域医療実習に適合した実習施設のグループ化を今後予定

学内のFDとして、診療参加型臨床実習のDVD視聴、Advanced OSCEの課題設定についてのFDを行った。学外実習である地域医療実習のFDは毎年開催、都道府県拠点病院実習のFDは今年度から開始した。平成26年度より実習期間と実習施設の拡充した。

学外指導者には「お願ひする」立場であり、FDの実施等で時間の割いていただくことは容易でない。

"診療参加型実習の概念や具体的な指導法に関するFDは複数回実施したが、十分とは言えず、指導医が現場で適切な指導を行えるようになるためのFDが必要である。実習担当の教員を決めて他のdutyを減らし、その教員を中心に臨床実習の指導を行う方向で検討している。実習期間の増加に伴い、現在以上に学外施設での実習の必要性が高まるので、質の良い実習受け入れ先を確保すべく検討中である。"

(2)臨床実習指導医講習会を行っています。(3)学外のFDについてはまだ検討していません。

臨床実習指導者に対するFDの充実、本学の卒業生のいる施設との連携を強化

診療参加型臨床実習を新宿の病院のみならず、茨城医療センター、八王子医療センターにまで拡大して患者数を確保した。文科省から出された参加型臨床実習の手引きDVDを各診療科で説明会を開催するなどして指導教育を行った。臨床実習先の学外教育施設にも、手引きを配布して指導方針の共有を図った。

必要性は認識しているが、いまだ手を付けられていない状況である。

臨床実習協力施設制度を制定し、指導協力者には連携講師、連携准教授などの称号を授与。

学外臨床実習先の確保のため、本学教員が接点のある学外施設について協力を依頼し、受け入れ施設の拡充を図っている。

対策の立案・実施を行う組織のマンパワー不足。

(1)年4回のFD実施 (4)教員評価、授業評価の実施 (7)目的にそった施設等を選んでいる。

学外施設をリストアップした。今後、契約等のツメをする。WSを開いてFDに努める。

(2)WSを定期的に実施、 (6)7)近郊の病院、医院と連携

新カリキュラムの構築とともに新しいFDを導入していく方向性である。

"医学教育センター教員を実習現場に派遣してFDを兼ねて指導を行う。患者向けにはパンフレットを作成。月に1回全教員受講を目的としたFDを実施し、既に450名以上受講している。"

(1)協力病院の増加を行なった。また、今後也行う予定である。

今後、カリキュラムを改正(臨床実習時間を増加)する時期に併せて検討を行う予定である。

臨床実習評価法の充実。学外地域医療施設への学生臨床実習体制構築。

(1)包括同意書の取得

【(8)~(10)の具体的な記載】

実習先候補の病院との契約内容等について検討中。シミュレーション実習施設の拡充計画を実施中。

より小規模で地域に密着した医療施設での実習を希望する学生に対して、希望に応えられるようにしたい。スキルスラボで実習する学生は年間6,500人を超えている。

"(8)新カリキュラムに向けて各科、各病院との連携を調整中。(10)H24年にシミュレーションセンターを開設し、卒前・卒後の充実した教育を行っており、卒前後の連携も取っている。"

医学部定員増に伴い、地域の診療所の更なる確保が必要、シミュレーションセンターの拡充・人員配置

附属病院内スキルラボセンターの協力を得て、救命救急処置や静脈採血、聴診などの演習を実施。実習前講義では、医療安全演習やカルテ演習などより実践的な演習を導入している。

臨床実習先の学外施設と協定を締結した上で実習を依頼している。今後、幅広い臨床経験が出来るように学外教育病院を拡充していく必要がある。

(8)臨床実習先と受入れについて契約を受入れ先機関からの要望に基づき協定を結んでいるが、積極的に契約交渉はしていない。(10)シミュレーション実習等事前教育については専門の委員会が部を跨って設置されているため、その委員会で検討している。

(5)～(9)以前から連携している教育関連病院の他、新潟県医師会に会員の病院・クリニック・施設を紹介していただき、臨床実習の充実にも努めている。(1)現在は、3年次から内科診断学の一環として心音聴診、呼吸音聴診にかかわるシミュレーション実習を開始している。4年次の共用試験OSCE前の臨床実習入門では、さまざまなシミュレータを用いた実習を行っている。

"(8)事務的な書類上の手続きと、医療安全、保険、交通手段、謝金などについて、適宜協議をしている(9)：教務委員会、カリキュラム検討委員会、担当診療科などと連携して協議を進めている(10)：卒後臨床研修センター、シミュレーションセンターの充実に向けて準備中"

スキルラボの活用を強化する

診療参加型実習前教育として、系統的にシミュレーションによる基本的医療手技実習を取り入れる予定である。臨床実習性の受け入れについては、協力施設の増加は難しいが、受け入れ期間の延長などを交渉する予定である。

・シミュレーションセンターの構築は終了し、使用方法について検討中である。

毎年協定書を各病院と締結している。シミュレーション教育は学内で臨床実習一年目に実施するように各診療科に依頼している。

"(8)各実習協力病院と協定書を締結している。(9)病院・診療科の指導医と医員・研修医等常勤医師数(指導チーム数)、病床数等に加え、実習の到達目標等を審査し、受入可能人数を厳密に設定し、教育の質を確保している。

(10)特になし。"

(8)、(9)について協定書を取り交わしている。(10)について第4学年の通年科目にシミュレーターを用いて診療参加型臨床実習に参加するために必要な基本的診療能力を身につけることを目的とした授業科目の「臨床実習入門」を配置している。

スキルスラボの拡充と器械の充足

学外教育指導医に対し、定期的FDを開催し、教育指導方針の統一を図っている。又、スキルスラボに専任スタッフを置きシミュレーション教育の充実を図っている。

(10)カリキュラム内に医療シミュレーション教育コースを設置

"現在、学外実習にふさわしい病院を選定し、実習先確保のための努力を続けている。シミュレーション施設については、OSCEに備えての練習以外では臨床実習に備えての利用はあまりされておらず、とりあえず今以上の充実の必要に迫られていない。"

(8)契約の手順は確立し、すでに実施しているが、今後はその数を増やす予定である。(9)大学関連病院を中心に利用する。(10)すでにスキルスラボで実施中であるが、臨床実習の状況を踏まえてさらに内容の充実を図る予定である

地域の中核病院、または近隣の県外医療機関も含めて検討し、確保に向けた取り組みを行う。

臨床実習先の目的別選別と整理が必要。具体的には、へき地医療、慢性期疾患医療、救急医療などに特化した臨床実習施設の充実が必要と考えている。

(8)実習受け入れに関する具体的な文書(協定・覚書)を交わしている

毎年、報告会とFDワークショップを開催している。

"(8)従来よりあるものを継続的に使用している。(9)とくに課題とはなっていない(10)1年次より超音波機器など使用させている。"

学外の実習施設にて、実習担当教員が、診療参加型実習に関するDVDを持参し、実習の方法等を提示している。

事前教育は1～4年次で繰り返し実施している。

(8)各実習先と協定書で契約を行っている。

(9)学生の教育や指導に協力的な臨床研修施設を主に利用している。

(10)おきなわクリニカルシミュレーションセンターで、実習前から臨床技能や面接法を学ぶシミュレーション教育を導入し、学生の能動的な学びを促進している。

(10)第4学年「臨床入門」においてスキルスラボを利用したシミュレーション教育を行っているほか、平成24年度よりスキルスラボの拡充・整備を行い、平成25年度、26年度で常時開放に向けた試行運用を実施し、平成27年度より本格運用を開始した。

地域の医療機関、特別養護老人ホーム、重症心身障害者施設。

豊富な関係病院において指導医師を本学の臨床教授、臨床准教授、臨床講師に任命して実施している。

関連施設を大学の教育協力施設とする認証を行っている。

臨床実習中に行う医行為の水準設定時にシミュレーションの使用を想定して計画している。学外契約はすでに済ませている。

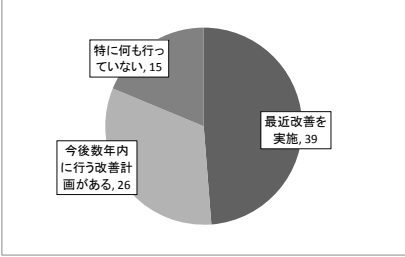
(9)2次医療圏内での施設のグループ化

学外受け入れ医療機関には、学長名で依頼しているが、契約は行っていない。内科系ローテーションに診断学実習を2週間実施していたが、平成25年より外科系ローテーションに1週間シミュレーション実習を新たに追加した。

3-5. 貴大学・貴学部における診療参加型臨床実習での、学生の評価方法(臨床能力の担保につながる評価方法の確立)について

(1)臨床実習終了後OSCE(いわゆるPost CC-OSCE)の導入と卒業・進級要件化

①最近改善実施	②今後数年内に行う改善計画がある	③特に何も行っていない
39	26	15

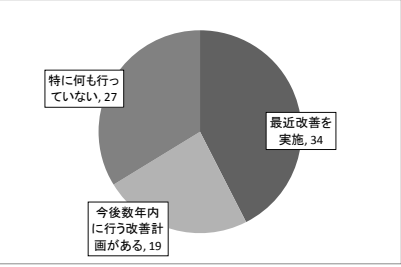


【①②の場合は、その内容について具体的に記載をお願いします。】

臨床実習終了後OSCE(いわゆるPost CC-OSCE)の導入を検討中。
臨床実習終了時OSCEは既に導入している。改正後カリキュラムにおいて卒業要件とする予定。
1人の学生が受験するステーションを1から2へ増やした。
16ステーションの卒業時OSCEの充実化をすすめている。
臨床実習終了後にPost CC-OSCE実施している(1シナリオ4ステーション)
すでに導入しており、卒業要件の1つとなっている。
2012年度、2013年度は臨床実習期間中(主要診療科の実習後)にOSCEを実施したが、本年度以降は全ての臨床実習終了後にOSCE(CPX)を実施予定である。医療面接、身体診察、診療録記載、病状説明、症例プレゼンテーション等の能力を評価するOSCE(CPX)を設計中である。
臨床実習終了後OSCEを導入し、卒業要件とする。
卒業試験の一環として臨床実習終了後OSCEを実施している。
平成28年度6年生に対して、いままで行っていなかったPCC-OSCEトライアルを開始する。
「症例の課題」と「画像の課題」について試験を行っている。「症例の課題」では「病歴聴取・身体診察・検査所見」について口頭試問、「画像の課題」の課題では指定された課題数の画像について読影し口頭試問を行う形式で実施。
平成31年度には開始を検討している。
卒業時OSCEの導入及び卒業要件化を検討中であり、まとも次第、実施予定。
・既に実施している大学に見学に行き、本学でも実施に向けて検討中である。
*4～5年生の学内臨床実習終了後にAdvanced OSCEを導入し学生を評価することで、次の学外選択臨床実習先を制限し、附属病院での指導を継続した。すべての臨床実習終了後のOSCEは実施していない。
6月に導入予定(卒業要件としない)
数年前より導入しているが、実施時期を全ての臨床実習終了時から5年次実習終了時に変更し、学生にフィードバックされたOSCEの結果を6年次の実習に活かせるようにした。Advanced OSCE に使用する課題数の充実を図った。
本学では可否判定は行わず、試験結果とその解析結果を学生にフィードバックしているが、本試験受験をその後に実施される失業者試験受験の資格としている。
導入しているが、進級要件化は現在のところ行っていない。
2011年より6年次学生に対して総括試験を実施
本年度よりPCC-OSCEを開始
現在導入を検討しており、実施時期や内容についての検討を開始している。
本年度から、試行的に少人数のアドバンスト・OSCEを実施している。
臨床実習終了後のAD OSCEでの合格を、学内卒業試験の受験資格とした。
以前より卒業要件として卒業OSCEを行っていたが、来年度より形式を症例呈示型に改める予定である。
医療面接、身体診察、カルテ記載、プレゼンテーション、手技(手洗、採血、縫合、心電図記録)を課題とし、卒業判定に用いるようにした。
6年次の6月下旬に2課題で実施しています。3年前から医学実習Ⅱの評価の一部とすることとし、すなわち卒業要件の一つと位置づけています。
今年度からPCC-OSCEを試行的に導入する。今後、卒業・進級要件化について検討していく。
すでに卒業要件である
すでに臨床実習後OSCEは導入しているが、ステーション数を増やす予定である。
臨床実習終了後OSCEをH24年度より単位化した。
平成31年度には、卒業・進級要件化に対応させる予定
臨床実習後OSCEは教育到達目標とブループリントに従って計画し、卒業試験の一部としている。
平成26年度より臨床実習終了後OSCEを導入し、平成27年度より卒業要件とした。
第6学年科目「総合講義」の単位習得要件にAdvanced OSCE合格を含めた。
臨床実習の時間数を増加した新カリキュラムの検討と合わせて検討している。
国家試験改革等を踏まえつつ、今後、導入に向けた検討を行っていく。
本年度より卒業試験としてPost CC-OSCEを試行する予定である。
5年前から煙尾らの方法にしたがって実施中。
3年前から卒業要件として試験を行っている。ステーション数の増加なども予定している。
clinical performance examinationの導入を検討中
トライアルを数年実施したのちに、平成26年度からPost CC-OSCEを卒業要件として10ステーションで実施している。
6年次のadvanced BSLの終了時にadvanced OSCEを実施している。
6年生のCC終了時に施行しており、合格は卒業の要件。なお、5年生のBSL後にもOSCEを実施しており、合格は進級の要件。
2005年度から臨床実習終了後のOSCEを導入し(卒業要件)ている。
今年度より実施
卒業試験として実施している。
Post CC-OSCEを平成28年度に導入予定です。卒業要件にする予定です。
6年次診療参加型選択実習修了後OSCEを導入し、合格することが卒業要件
診療参加型臨床実習終了後の6年生に対して、全12ステーションで構成される卒業時OSCE導入を予定している。(平成29年度8月予定)
臨床実習終了時に実施し卒業要件となっている。
昨年度までは5年の進級要件、今年度からは卒業要件化した。2つの臨床推論・身体診察ブースと、8つ手技ステーションのうち2つ選択で実施している。
ステーション数の見直しなどを行っている。
advanced OSCEを実施しているが、進級要件にはしていない。
既に導入しており、卒業要件としているが、さらなる充実を図る。
第5学年次にAdvanced OSCEを実施し、同試験を進級要件としている。
6年次4月にAdvanced OSCEとして実施。Advanced OSCEの合格が卒業要件の1つである。
M5→M6の進級要件化
既に導入している
臨床実習終了後のOSCEは、継続的に実施してきたが形骸化しているという指摘があり、検討を進めている。
胸部診察、腹部診察、遺伝相談、死亡確認、手洗いガウン、縫合の6課題
現在6年生への進級条件であるが、今後は卒業条件として6年生に行う予定である。

(2)卒業・進級試験

①最近改善実施	②今後数年内に行う改善計画がある	③特に何も行っていない
34	19	27

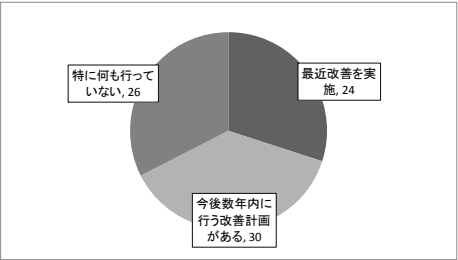


【①②の場合はその内容について具体的に記載をお願いいたします。】

臨床実習終了認定の評価方法について検討中。
卒業の要件としている。
卒業・進級試験の内容をブラッシュアップして、なるべく臨床能力の担保に繋がるよう改善している。
公的試験の成績、臨床実習を含む修学態度全般を考慮して総合的に卒業判定を行う。進級判定にも適用する。
国家試験の出題範囲や出題形式にあわせた卒業試験問題の作成、試験問題作成FDの実施(全教員必須)
臨床実習のまとめにあたる講義の単位認定試験が卒業試験を兼ねている。合格が卒業要件の1つとなっている。
今後、ボーダーライン法に基づいて合否判定を実施する予定である。
臨床実習終了後OSCEを導入し、卒業要件とする
現在卒業試験について出題方法などについて抜本的に改革することを検討し、計画中である。
本学では、平成32年に新カリキュラムの学生が卒業する。そのときの卒業要件に卒業試験とともにPCC-OSCEを取り入れる予定である。
6年生の9月及び11月に統合臨床試験を2回実施予定である
卒業試験の総合化を検討中であり、まとも次第、現在の各診療科毎の試験から変更予定。
・卒業試験において、各診療科別試験を止め、4グループ(4日間)に分け全405問により実施
卒業試験を統一することに反対する教員が多い。特にいわゆるマイナー診療科教員が反対する。
進級要件とはしていない。
各ローテーション毎に実習最終日に試験を行い、6年次9-11月に実施する国家試験タイプの筆記試験である卒業試験と合算して成績評価をしている。ローテーション評価での成績不良者には再実習を求めている。評価方法は、各ローテーション診療科の自習性に変わっているが、観察記録、口頭試問、case discussion、レポート、筆記試験などの組み合わせにより評価されている。
卒業試験の簡略化の可能性について検討する。
卒業試験の廃止と総括試験の導入
PCC-OSCEを卒業要件とする予定
臨床実習終了後OSCEを卒業試験として導入するかを検討している。卒業試験の時期も検討している。
5年次OSCEを導入し、受験を6年次への進級要件とした。
卒業試験については昨年度大幅に制度を改め、従来の科別試験からブロック単位の試験に移行したが、臨床能力の担保につながる評価方法の確立には直接関係しないと思われる。
本試験成績を重視し、本試験不合格数が一定以上の場合は総合判定不合格とする判定基準に変更した。
5年次の医学実習Ⅰでは、各診療科で学生ごとの実習評価を行い、また5年次終了時点で100間からなる総合試験を行い、この2つの総合成績を6年次への進級要件としています。
今後、卒業試験の見直し(短略化)、進級試験の厳格化について検討していく。
クリニカルクラークシップの内容をより意識した試験への改善を進めている
3か月行っていたものを3日型×2-3回とする予定
統合卒業試験の導入
平成31年度には、卒業・進級要件化に対応させる予定
臨床実習では知識の評価が不十分であるため、実習後のOSCEと領域別、総合試験を卒業試験として実施する。
平成24年度より、5年生に進級試験を導入した。平成25年度より、6年生の卒業試験は各科試験を撤廃し、総合試験(2回)に変更した。
第6学年科目「総合講義」の単位習得要件に卒業試験合格を含めた。
臨床実習の時間数を増加した新カリキュラムの検討と合わせて検討している。
国家試験対策強化の一環として、5年次生を対象に学年末試験(進級試験)を導入した。
今年度より卒業試験を総合試験とし、Post-CC-OSCEを試行する予定である。
卒業試験を総合試験に変更した。進級試験については識別指数や正答率を評価している。
全診療科の各科試験および3日間の総合判定試験を実施している。平成26年度から各科試験のうち、内科系と外科系は統合試験とした。
上記のadvanced OSCEは卒業要件の一つとなっている。
卒業試験は6年間で学んだすべての範囲について総合試験として2回行い、その平均点が基準点を上回れば合格。
5年次の進級試験と6年次の卒業試験については、年に複数回実施してできるだけ正確に学生の知識を正確に評価できるようにしている。また、試験問題審議委員会を設置し、全ての問題のチェックとブラッシュアップを行い、それ以前と比べて、実施後のKVで「不適切問題」と判定される問題数が激減した。
8領域に分けた総合試験とPost-CC-OSCEで評価している。
臨床実習の態度を含めた評価で単位を修得し、PCC-OSCEに合格したうえで、国家試験に準じたMCQ形式の卒業試験に合格しなければならない。
卒業試験の合格基準を上げた。
臨床実習で学んだ臨床現場を意識した出題内容となるよう意識している。
臨床実習については実習先各科で規定の評価を行い、合否を判定。さらに国家試験を意識した総合試験を4回施行し、合否を判定。
第6学年次選択制コースにおける臨床実習については、ポートフォリオを作成させ、その評価を行っている。
実習後のOSCEとして卒業要件としている。導入している。
第5学年生終了時にクリニカル・クラークシップ評価として「臨床実習履修評価試験」を本格実施し、5～6学年生への進級判定を導入した。
基本的な知識が不足していることから、その面の充実を図っている。
症例を用いて病態生理、問題解決を問う記述式試験を行っている。
現在6年生への進級条件であるが、今後は卒業条件として6年生に行う予定である。
本年度に8月に2日間に分けて、2シナリオでOSCEを予定。
M6のCC後にPCC-OSCEを行い、卒業要件としています。
平成29年度に試験実施予定

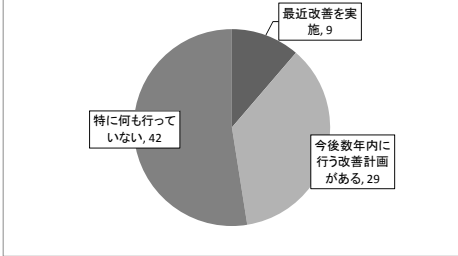
(3)ログブックあるいはポートフォリオの導入

最近改善を実施	今後数年内に行う改善計画がある	特に何も行っていない
24	30	26



(4)看護師などの多職種や、患者及びその家族による学生の評価の導入

最近改善を実施	今後数年内に行う改善計画がある	特に何も行っていない
9	29	42



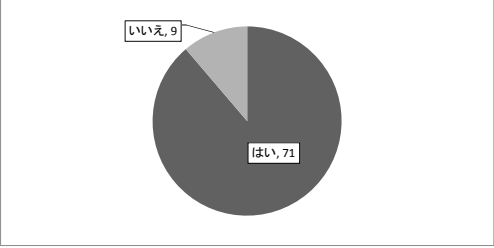
(5)その他(あれば具体的に記載)

(4)について、今後指導医のみならず看護側からの評価も検討している。
・電子ポートフォリオシステムを構築し、今年度後半から試験運用する予定である。
学生、指導医からの双方向性評価表の提出を求め、双方にフィードバックしている。
臨床実習のパフォーマンス評価にルーブリックを導入している
ポートフォリオの導入、患者からの学生評価の導入は検討すべき課題である。
360度評価などの導入は議論されますが、いまだ実践になっていません。
CbD, mini CEX, SEAなど
(4)については、既に導入しているが、改善を図っていく。
2015年から360度評価を本格実施。本学で使用している学生携帯クリニカルラークシップレコード(CCR)にその評価を記載している。
新カリキュラムを検討中であり、新しいカリキュラムの導入とともに検討する。

3-5. 臨床実習前・中・後にどのような学生評価・臨床能力評価を行っていますか？

(1)臨床実習前に学生の態度評価(例 OSCEなど)を行っていますか？

はい	いいえ
71	9

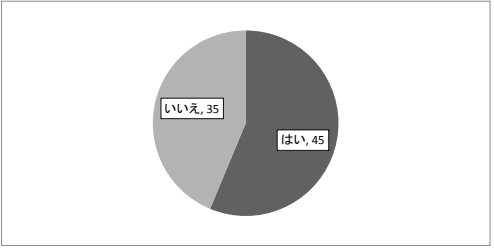


「はい」と答えた方は、具体的にどのような態度評価を行っているかご記入ください。

共用試験OSCEの実施
共用試験OSCEを受験している。
1年次医療面接OSCEや、共用試験OSCE前の演習期間にロールプレイのパフォーマンス評価をしている。
臨床実習前の4年次にOSCEを実施している。
共用試験OSCE
小グループ学習(PBL等)における評価、共用試験OSCEにおける評価、医療面接における模擬患者による評価
OSCEを行うことによって態度評価としている。
指導教員による学生の形成的評価項目のなかに態度をふくめている。教育責任者が総括評価を行うときにこの形成的評価を参考にしている。
共用試験OSCEの「医療面接ステーション」の中で評価している
OSCEによる評価
次の項目について、患者さんへの配慮が行われているか ・挨拶と自己紹介 ・患者さんの適切な方法による確認 ・診察前、診察中の適切な声かけ ・分かりやすく話す ・診察に伴う不快感・疼痛への配慮 ・アイコンタクト ・終了時の挨拶
3年生時の模擬患者さんとの医療面接実習での評価、実習前の1週間オリエンテーションでのプロフェッショナルリズム教育
SPIによるコミュニケーション実習
挨拶、自己紹介、患者確認、言葉遣い、プライバシーへの配慮等
共用試験のなかに態度に関する項目が多少含まれているが、独立した態度評価は行っていない。
実習前入門実技指導を少人数グループで行っている
4年次後学期にOSCEを実施している。
臨床実習前共用試験OSCEで態度評価を実施
共用試験以前の学内OSCEで実施。
共用試験OSCEにて実施
共用試験以外にも、シャドウイングでの学外実習で医療機関指導医からの評価を行っている。
OSCEで態度評価を行っている。
OSCE・CBTを行っている
臨床各科において指導医が個々に評価をしている
SPIによる評価
OSCEで評価、授業態度などを評価
臨床実習準備教育およびOSCEで評価している。
4年次の共用試験のOSCE
4年次共用試験OSCE
基本的臨床技能実習(OSCE)の中で行っている。
臨床実習前のOSCEを実施しています(診断学実習などpre-BSLを経験後)。
臨床実習入門において形成的に評価している。

(2)臨床実習中に、学生の臨床能力を測る評価をしていますか？

はい	いいえ
45	35

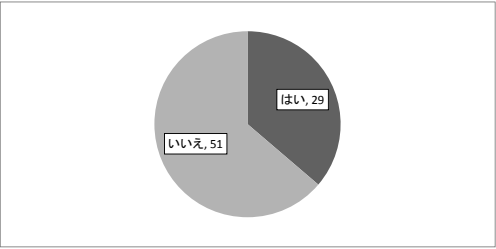


さらに、「はい」と答えた方は、その方法について、当てはまる選択肢を記入してください。(45校、未回答校有り)

mini-CEX	DOPS	Case-base discussion	Mini-PAT	その他
16	1	1	0	22

(3)問題解決能力を測る試験を行っていますか？

はい	いいえ
29	51

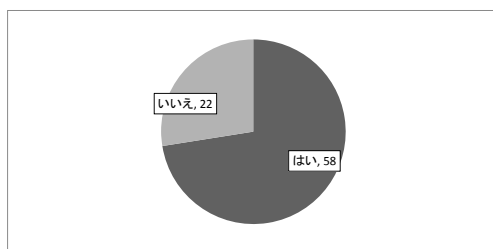


「はい」と答えた方は、具体的にいつ、どのように試験を行っているかご記入ください。

一部講座において実習後に口頭試験
各診療科に委ねられている。
3～6(4)のPost CC-OSCE
臨床実習前は臨床チュートリアル後の試験において評価している。臨床実習中は継続的に観察記録による評価を行っている。
臨床実習が終了し、卒業試験の開始時(9月最終週の土曜日)に、臨床実習後OSCEを行っている。本学ではClinical Skills Assessment(CSA)という名称で、臨床能力や技術の評価する試験を行っている。
試験ではなく、臨床実習を通じて指導者がWPBA(workplace-based Assessment)を行っている
各臨床実習中に口頭試験、発表等により評価している
Midterm OSCEを2年間の臨床実習の中間で実施する。
共用試験OSCEと臨床実習後OSCEの実施
5年次終了時のadvanced OSCE 時に、臨床問題を用いた筆記試験を実施し、問題解決能力を評価している。
6年次総括試験における臨床シナリオに基づいた面接試験
医学チュートリアル
臨床実習OSCEでは臨床推論力を含めた問題解決力の評価に重点を置いている
医師国家試験過去問による5年生学年末評価試験、卒業試験で問題解決レベルの試験問題を課している。
卒業試験として問題解決能力レベルの多肢選択問題で評価している。
6年生対象に臨床実習終了後の10月に臨床実習終了時OSCEを行っている。
臨床実習中に臨床実地問題の筆記試験を課している。
アドバンストOSCE
多肢選択形式の臨床問題を臨床実習終了時に実施
2回の総合試験
しいていえば、5年次・6年次の総合試験における「臨床実地問題」が該当する。
各診療科の実習評価項目に記載することになっており、定期的に実習の評価を行っている。
臨床実習中に試問やプレゼンテーションを課している。また、臨床実習終了後にOSCEを実施している。
4年12月に、P-SAT試験(PCを用いた多選択型および記入式問題)を実施
6年1学期末にadvanced OSCE
各科において、症例提示による口頭試験を実施している。
3年次 クリニカルコミュニケーション
PBL試験
5年終了時にAd OSCEを行なっている。
ローテート最終日に、各講座・診療科の教授により口頭試験等が行われている。
模擬患者(SP)の協力の下、医療面接の実習を実施し、その態度を評価を行っている。
OSCE、クリニカルコミュニケーション(必修科目)
共用試験OSCEで客観的に態度評価を行っている。
基本手技、医療面接実習
臨床医による評価
共用試験OCSE
OSCEにて。
S、A、B、Cの4段階で評価。S:非常に優れている、A:基準に達している、B:どちらかといえば基準に達していない(カンファレンス中の居眠り、やる気を感じられない態度など)、C:明らかに基準に達していない(無断欠席・無断遅刻
や患者・スタッフとのトラブルを起こす、など)
共用試験OSCEを利用
OSCEで行っている。
指導員による形成評価。
OSCE

(4)臨床実習後にOSCEを行っていますか？

はい	いいえ
58	22

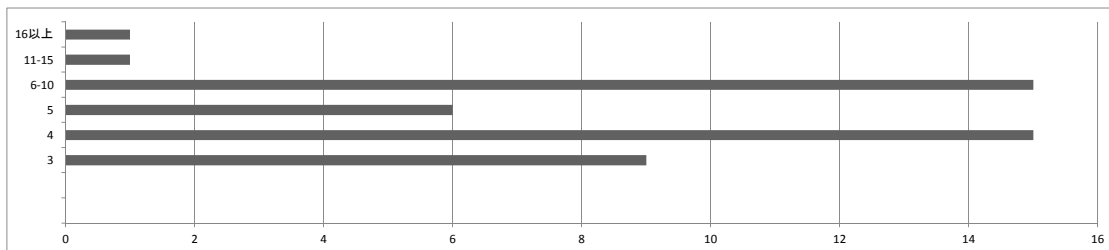


行っている場合は、OSCE実施時期はいつですか？

4～5年生の学内臨床実習終了後で学外選択臨床実習前
 4年次1月
 5年次3月
 5年次の12月
 5年次の臨床実習終了直後
 5年次末
 5年終了時
 5年生1月(BSL終了後)、6年生5月(CC終了後)
 6回生7月18日(土)
 6年1学期末
 6年次10月
 6年次4月
 6年次6月(臨床実習終了時)
 6年次6月下旬
 6年次7月
 6年次9月
 6年次10月
 6年次の臨床実習終了時
 6年次夏
 6年次診療参加型選択実習修了後
 6年生5月末
 6年生11月
 6年生9月
 6年生の実習と卒業試験の筆記試験終了後
 M5 2月
 M6 8月
 医学科5年生臨床実習終了後
 高次臨床実習終了後(6年生6月)
 昨年度までは5年1月、今年度からは6年6月
 第5学年3月
 第5学年の3月
 第6学年 6月
 第6学年 7月
 第6学年次6月
 臨床実習終了後(6年次10月)

ステーション数はいくつですか？

ステーション数	1	2	3	4	5	6-10	11-15	16以上
大学数	1	8	9	15	6	15	1	1

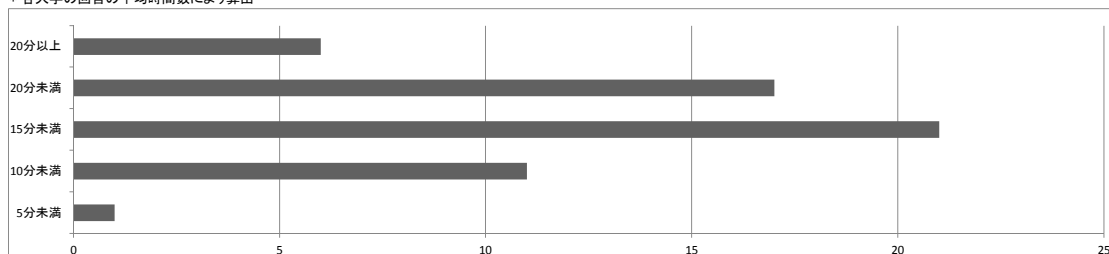


各ステーション時間数はどれくらいですか？

時間数	5分未満	10分未満	15分未満	20分未満	20分以上
大学数	1	11	21	17	6

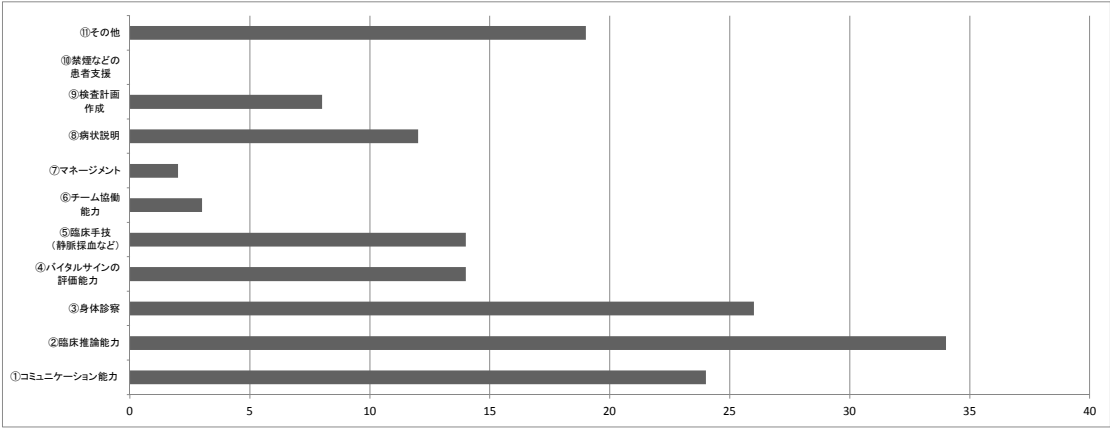
* 医療面接や各診療科実技で時間は多少異なる

* 各大学の回答の平均時間数により算出



どのような能力を測るステーションを設置していますか？(複数回答可) ⑪その他 19校(詳細は事項記載)

①コミュニケーション能力	②臨床推論能力	③身体診察	④バイタルサインの評価能力	⑤臨床手技(静脈採血など)	⑥チーム協働能力	⑦マネージメント	⑧病状説明	⑨検査計画作成	⑩禁煙などの患者支援
24	34	26	14	14	3	2	12	8	0

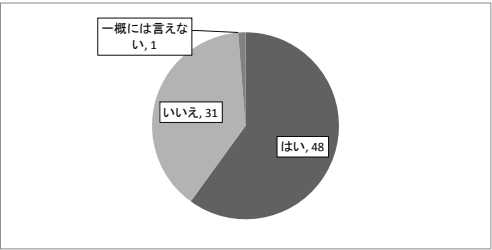


⑪を選ばれた方は、その具体的な内容について記載をお願い致します。

診療録作成。上級医へのプレゼンテーション。
症例プレゼンテーション
画像読影力、プレゼンテーション能力
医療面接、臨床推論能力、臨床手技、病状説明
コミュニケーション能力、臨床推論能力、身体診察、臨床手技
BSL後:②、⑤、CC後:②、③、⑨、診療録記載、プレゼンテーション、インフォームドコンセント
救急等の能力を図るステーションを実施している。

(5)臨床実習中に実習診療科単独で臨床能力評価を行っていますか？

はい	いいえ	一概には言えない
48	31	1



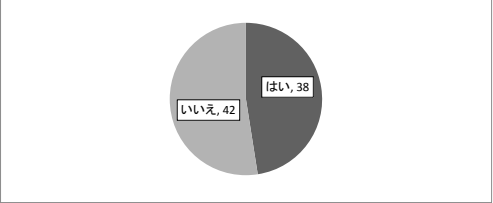
行っている場合は、その内容について具体的に記載をお願い致します。

観察評価や口頭試問など。
一部講座において実習後に口頭試問
心臓聴診能力など
カンファレンスにおける症例のプレゼンテーションを行っている科がある。
各診療科による評価(態度・実習内容を含める。)
各診療科で以下を個別に評価している(基本的医学知識、医療面接、身体所見、問題解決能力、プレゼンテーション、患者との関係・コミュニケーション、医療スタッフとの関係・コミュニケーション、実習態度全般)
臨床手技に関するOSCEやチェックシートによる評価等、それぞれの診療科の基準に準じて、評価している。最終的に不合格の場合、再履修している。
日々の観察記録、口頭試問、シミュレーション評価等により行っている。
診療科単独での身体診察に関するOSCEを実施、多肢選択型の知識確認試験を実施、など
miniCEX
・担当教育によってバラツキがまだあるが、学生ごとに担当症例を割り当て、その症例について臨床能力評価を施行しようとしている。
一部の診療科でミニOSCEのような形態のものを実施している(内科、小児科など)
診療科ごとの内情はすべて把握していないが、診療科によっては口頭試問や小テストなどを行っている
ただし、5年次1-3月にスキルセミナーと称する医療技術認定講習(静脈採血、気管内挿管など)をスキルズラボで行い、各診療科の指導医が評価者として参加している。
「各診療科で掲げた一般目標、行動目標に対してどこまで到達できているか」評価基準に基づき臨床能力についても評価している。
実習態度、コミュニケーション能力、プレゼンテーション能力
各診療科の指導医が、CCWebにより、学生が行った医行為等を総合的に評価している
全体での基本的な評価基準を設け、各診療科毎で個別に評価基準を追加し、評価を行っている。
紹介状を元に、臨床推論や身体診察、今後の診療の進め方等について(各診療科の裁量で)
主に観察による
各診療科に任せている。
教授による口頭試問
各診療科の実習終了後に個別評価を提出している。
各診療科ごとに行っており、統一したものはない。
共通の評価表を用いている
一部診療科において臨床実習終了後にOSCEを実施している。
病棟実習学生評価票に基づく実習結果や口頭試問を通じて、態度・技術・知識を評価している。
各科それぞれの基準に基づいて評価している
各科での総括的评价を行っている。総合診療センターではプレゼンテーション能力を評価している。
mini-CEX
mini-CEXによる評価を行っている
口頭試問と筆記試験(形式はまちまち)
担当患者のプレゼンテーション、外来診察実習、試問、臨床実習における共通評価票(オリジナル)、症例レポート
一部の診療科では、mini-CEX、Case-based discussionなどを行っている。
全科ではないが、プレゼンテーションに対する評価を行っている。
OSCEなど
学内基準に準拠している。
OSCE
Mini CEX
mini CEX, OSCE
症例プレゼンテーション、画像読影
各診療科毎に科で必要とされる臨床能力について、各科のOSCE評価を行っている。
各診療科によって相違があり記載不可
各診療科で医療面接やプレゼンテーション、治療計画に関する評価項目表を設け、それらを総合して成績としている。
指導医による総合的評価、口頭試問
①知識 ②病歴/診察技術 ③実習態度 ④積極性/自主性 ⑤思考力 ⑥プレゼンテーション能力 の6項目で評価する。
各科ごとに共通評価票の提出
各診療科で総括を2,3時間行っている。

3-7. 貴大学・貴学部において取り組んでいるシミュレーション教育について

(1)教育効果を高めるために事前事後自主学習(e-learningなど)を行っていますか？

はい	いいえ
38	42

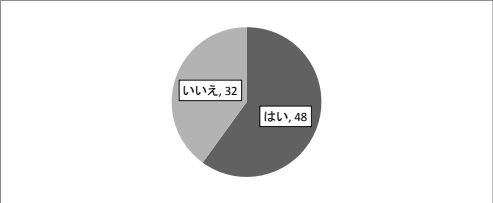


「はい」と答えた方は、具体的にどのような事前事後学習を行っているかご記入ください。

共用試験OSCEの教育・学習用ビデオの視聴。
臨床医学TBL等の授業で取り入れている。
臨床テキストブック
学習教材、実習前小テスト
附属病院クリニカルスキルアップセンターで学生が自主的に練習を行う
動画や教育教材を配信し、授業前または授業後に視聴できるようにしている
直講診のシミュレーション教育の際に事前にDVD教材を作成し閲覧した。また、危険予知トレーニングでグループワークの成果物を電子掲示板で共有した。
大学独自に作成したDVDを用いた事前学習は行っている。
全学年を対象にシミュレーションセンターを開放している。
症例演習の講義後に、症例サマリーを書き、learning management system(LMS)にアップするなど、LMSの活用を促している。
症候学、プロップフェッショナリズム等課題を出して、自主学習(グループ単位あり)し、授業で発表。
自己学習用ビデオコンテンツの公開、e-ポートフォリオの導入(医療面接実習)
"事前学習:eラーニングによる動画教材の閲覧(手技手順の確認)、前提知識確認のクイズ(必要器材の名称確認など)事後学習:直後の知識確認や技能評価を行っているものはいくつかあるが、数ヶ月後の学習内容保持、実習等における行動変容などを確認するレベルでは評価を行っていない。自主学習:シミュレーションセンターは予約さえすればいつでも利用可能である。例えば学生主体の自主学習サークルでは、シミュレーションを通じた学習(技能の練習だけでなく、関連する医学知識の学習も含む)を学生同士で行っている。"
事前学習修として基本的臨床技能に関する画像配信を行っている。
事前の小講義と事後の小テスト
事前に使用方法などについてデモ講義を行い、その後各自でシミュレーションを使い学習を行う。
系統的な基本的臨床技能教育のあとに、open labと称する自習の時間を設けておる(1回20人程度で1名の教員が監督)。E-learningではないが、動画を含む教材の配布を行っている。
教育用ビデオのネット閲覧
共用試験用のビデオの自主閲覧、Procedures Consultの自主閲覧
共用試験前に自習の時間を設けている。
共用試験実施評価機構の作成した診察手技のビデオを学内で公開し、実習前に視聴するよう奨励している。
共用試験実施評価機構の作成した学習用DVDをe-learning化している
共用試験OSCEを受験する4年生が、共用試験OSCE受験前に共用試験実施評価機構が作成したビデオをいつでも視聴することができるようにしている。
共用OSCEの前の教育として実施
学習方法については学生個々に任せているため内容は把握していない。
画像診断
医学知識
プレテスト、ポストテスト
シミュレーション教育をする特別施設(MDセンター)があり、そこではシミュレーターを用いて縫合の練習や疾患ブロックごとのe-learningの施設も整っている。
Webコンテンツ学習を導入した。
moodleを用いてOSCEなどの教材を自主学習
Manabaという支援システムを用いてe-learningを推進している。
Learning Management SystemであるMoodleを利用して事前事後学習を促している。
eラーニングシステム(WebClass)を使用したテスト、プリントを利用した事前学習課題などを施行(科によって異なる)
e-learning
DVDを放映、Webで自己学習、シミュレーションセンターでグループ毎に自己学習

(2)シミュレーション教育実習の際に専門スタッフ(ファシリテーター)を配置していますか？

はい	いいえ
48	32

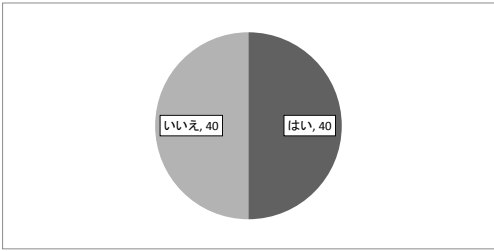


「はい」と答えた方は、専門スタッフの所属先(教育研修センターや実習該当科など)や人数などを具体的に記入ください。

実習担当科で実施している。担当教員1名で実習をしている場合もあれば、10名前後の協力を得ているケースもある。
実習該当科教員5名程度、他の診療科の教員5名程度、総合医学教育センター教員3名
実習該当科でファシリテーターを配置し、ファシリテーターは育成の講習会を受けた教員が20名前後いる。
実習該当科、医学教育センター
教育計画部
教育開発室から専従1名
教育センター、1名
学務係にパート職員を一名配置した。
学生4・5名程度に対し1名の教員が担当し、30分程度を1セットとして数力所をローテーションする形式で実施している。ファシリテーターは、それぞれの教育内容に関連する診療科教員が担当している。診療科教員の配置が難しい場合は、教育センター教員が担当している。
各診療科から1〜6名
各手技に関連した診療科に教員の派遣を依頼している。人数は4人〜12人と実習の内容によりさまざまである。
各実習該当科の他、シミュレーション教育担当教員による(救急、外科、内科)
各科の臨床系教員、約20名
医療人育成センター、5名
医療人育成・支援センター-医学教育部門(5人)
医療教育開発センター 2名
医療技能シミュレーションセンター 2名
医学教育統轄センターに1名
医学教育推進講座医師。
医学教育推進センター2名、スキルスラボ5人、実習該当科数名。
医学教育研究所の教員1名
医学教育研究センター 准教授1名 助教2名 事務補佐員1名
医学教育企画評価室(PCME室)の実習担当技術職員7名が他の教育支援業務とあわせてシミュレーション教育の支援を実施、この他に今年度から模擬患者担当の非常勤1名を配置した。
医学教育学講座に1名、災害時医療支援教育センターに数名。
医学教育リノベーションセンター1人、医療教育統合開発センター2人
医学教育センターの教務補佐員が管理者となっている
医学教育センター3名、実習該当科1名
医学教育センター
スキルラボセンター教員 1名、実習該当科 1・2名 (学生約 10名 に対し)
スキルスラボ(医療技術教育研究部門) 専門1名、他
シミュレーションセンター専属の教員(医師2名および教授システム学の修士取得者 1名)がシミュレーション内容の設計時にアドバイスをできるように体制を整えている。また、高機能シミュレータに関しては、専属の教職員が操作を行うほか、診療科の教員が容易に操作できるようシナリオのプログラムを行っている。
シミュレーションセンター専属スタッフ所属:卒後教育センター 1名。実習該当科の教員 1名。巡回:医学教育センター長1名。
シミュレーションセンターの専属スタッフ2名、総合医学教育学医師12名
シミュレーションセンター 専任教員1名、事務員1名
シミュレーションセンター
クリニカル・スキルアップセンター:専任講師1名、助教1名、専任スタッフ1名
クリニカル・シミュレーション・センター専任管理者2名
2名、医療教育部門

(3)教育効果を高めるために到達度評価や振り返りを行い、実習のフィードバックを行っていますか？

はい	いいえ
40	40



「はい」と答えた方は、具体的にどのようなフィードバックを行っているかご記入ください。

臨床実習評価票を学生と共に確認している。 来年1月より臨床実習ポートフォリオを記載させる予定
臨床実習前に指導がついており、定期的に面談を行っている。
臨床実習開始時に学生に実習手帳を配布している。実習手帳には各診療科の到達目標が記載されており、また学生自身に自己の目標を記載させている。中間評価・総括評価の時には学生が目標に対する自己の到達度を記載するページと指導医が実際の到達度を評価し、後半の実習への助言を記載するページがある。実習手帳は全実習で使用するものであり、学生がいつでも振り返りできるようにしている。
毎回のシミュレーション教育実習後、到達度の自己評価を学生に提出させて集計している
筆記試験・レポート・口頭試験等を行い、学生に振り返りの機会を与え、フィードバックしている。
電子カルテ記載について医学教育センター教員が評価・フィードバックを行う
担当教員あるいは模擬患者による直後のフィードバックに加え、ビデオによる振り返り・フィードバックも行っている。
即時フィードバックと、グループでのデブリーフィングを状況に応じて使い分けている。
振り返り用紙の記入。英単語ミニテストの実施と評価。
振り返った内容のフィードバック(記載不可)
小テストなど
実習終了後にアンケートを行い、適宜フィードバックを行っている。
実習後の小テスト、小規模ながらOSCEを実施。
実習の中でシミュレーターを取り入れ、学生の到達度を教員が確認している。
自己評価、ピア評価に教員のコメントを返す。
指導医より口頭でのフィードバック。今年度9月よりログブック評価、ポートフォリオを利用したフィードバックを予定している。
指導医による評価
指導医が口頭で、実施
口頭によるフィードバック
教員、学生ともに「基本的医行為チェックリスト」を持ち相互確認を行っている。
共用試験OSCEでの各評価項目の成績を基に残隊のフィードバックを行っている
学外臨床実習終了後、臨床実習担当責任教員を交えた反省会を実施している。
確認テスト
各診療科の実習最終日にシナリオケースポートフォリオを用いた振り返りを行なっている
各診療科の指導医が総括カンファレンスを行い、口頭試問等を行っている。
各科の最終日のまとめの際に指導医より個々の学生に行っている科目がある
各科OSCE各科試験を実施し、ローテーション最終日に総括を実施している。
一心実習
ポートフォリオ評価、CbD、miniCEXの結果など
ポートフォリオへフィードバック記載
ポートフォリオへの振り返りの記載、実習によっては指導者による評価を実施している。
たとえば意識レベルの判定など、ブースごとに実技を行い、フィードバックしている。
シミュレーションの客観的評価を行い認定をする制度を導入している。
シミュレーションセンターの教員が関与しているものについては、シナリオシミュレーション後のデブリーフィング、チェックリスト等による能力評価などを一部で取り入れている。デブリーフィングやフィードバックがもたらす学習効果、および教員によるフィードバック等の質評価などはまだ不十分である。
8週ごとに振り返りを実施し、各診療科からの評価表の閲覧、教員との討論、その後の実習の目標作成を行っている。
6年生選択必修授業「シミュレーションメディスン」のシナリオトレーニングで+Δ(プラスデルタ)デブリーフィングを行っている
4年次の共用試験OSCEの準備として行う臨床実習入門においてシミュレーション実習中に、担当のSPや教員から学生に対して、口頭で即時フィードバックを行っている。
1年生対象のシミュレーション演習では、振り返りアンケート、学生からのコメントをもらい、フィードバックを行っている。

(4)シミュレーション教育実習の高度化(シナリオ利用、ハイクシミュレーションなど)に関して取組んでいることがあれば記載ください。

臨床研修センター
臨床科から広く協力してもらっています。
名古屋大学クリニカルシミュレーションセンターの専任教員2名
第4学年科目「臨床入門」内でのシミュレーター教育において、10名程度にグループ分けした学生を医療人育成センター教育開発研究部門の教員(2～3名)が指導している。
総合臨床教育・研修センター 1人
専門スタッフ 4人(総合診療部) 各学生グループ担当教員(延人数200名)
専任の担当者(看護師)を置くとともに、委員会組織で担当を分担している。担当者は10名程度
専任ではないが、医学教育学講座のスタッフ等が対応
上記MDセンターには医系の専任教員が2名所属している
実習内容に応じて配置している。
実習担当教員(各科)、教育研究開発センター 2名
評価表(自己評価と指導医による評価)を用いている。
例えば、麻酔科においては、麻酔中の状況を再現してそれに対応させるような教育を行っている。
臨床実習において、高機能シミュレータを使用している
模擬患者を用いたチーム医療教育を行っている。
模擬患者・シナリオを使用した実習を行っている。
麻酔科や救急の実習でSimman3GやHPSを使用。
日本医学教育学会の教材開発SP委員会と協働して医学生シムリンピックという高度なシナリオに基づくシミュレーション教育プログラムを構築している。
独自に養成しているSPの参加
特になし。
直腸診のシミュレーション教育および危険予知トレーニングを開始した。
卒後教育ではシナリオ利用のシミュレーション教育に取り組んでいるが、BLS―AED以外には卒前教育に及んでいない。
心臓カテーテルなどハイクシミュレーションを取り入れている。
今後、試行中
高度手術手技トレーニング室を平成24年度より開設
高規格全身型シミュレーターを用いたシナリオベースドトレーニングの導入
緊急対応シナリオを作成し、SimMan3Gなどを利用して高度なプログラムを運用している。
救急医学、麻酔科で高機能シミュレーターを用いた研修をおこなっている。
疑似電子カルテを用いた医療安全教育
英語による気道管理シミュレーション。複数診療科で同一手技(鏡視下手技、CVカテーテル挿入、腰椎穿刺)を行っている。
ベビーSIMの利用
ビデオで学生のパフォーマンスを撮影して、自分たちでデブリーフィングしている。
ハワイ大学SimTikiシミュレーションセンターに、教職員を研修に出している
ハイクシミュレーションは臨床実習時に各診療科単位で取り組んでいます。
シナリオ利用、ICLSやNCPRの全学生への導入(それぞれ4年生の救急BSL時にカリキュラムとして実施)、1年生の選択科目として早期体験的な利用、学生の自主学習サークルに対するシミュレーションセンター教職員によるサポート、シミュレーション教育を効果的・効率的に設計するための教育実践マニュアルおよびシミュレーションセンター主催でのシミュレーション教育者育成コースの作成
シナリオ利用
シナリオ集を作成済み
シナリオを利用した医療面接(2年生、5年生)、消化管内視鏡や気管支鏡、腹腔鏡操作手技習得のためのシミュレーション(5年生)を行っている
シナリオをいくつか作成し、DVDなどに録画している。学生や教員への啓発も行なっている。
シナリオベースのプログラムを検討中。
SimManを使用したシナリオ作成の推進を考慮中である。
Human Patient Simulatorの使用に際してシナリオを活用している。
1年次にはシナリオを利用した実習、5・6年生では高機能シミュレーターを使った臨床実習を行っている。
(3)の授業では高機能型患者シミュレーターで数種の危機的病態を再現しシナリオトレーニングを行っている。
学生の部活動として取り組んでいる

(5)シミュレーション教育を通じたnon-technical skills(患者対応、安全管理、問題事例発生時の対応、チーム医療など)習得に関して取組んでいることがあれば記載ください。

臨床実習開始前のシミュレーションでは、医師に加え看護師や技師も指導に加わる機会を設定し、多職種連携の経験を通じて理解を深める場としている。また、シミュレータを用いた身体診察の実習では、患者接遇についても折に触れて説明し、医療安全のための名前確認(名前を名乗ってもらう)なども一連の流れとして行っている。

模擬患者、医療者によるチーム医療のロールプレイを行っている。

麻酔科や救命救急センターの教育では積極的に取り入れている。

附属病院の手術チーム対象のセミナーを専任教員が行っている

病棟急変シナリオトレーニングプログラムを作成し、一部の学生で行っている

独自に養成しているSPの参加

卒後の各種ワークショップで取り組んでいる。卒前には及んでいない。

専門職連携教育へのシナリオベーストレーニングの応用

状況(学生のレベル)に応じて、必要な内容を適宜フィードバック(もしくはデブリーフィング)している。

実習開始前にSPとの医療面接講義を実習形式で実施、患者対応等の講義を行なっている。

採血実習の開始時に医療安全の看護師によるゴミの分別・スタンダードプリコーション・針刺し事故についての講習。

研修医に対しては、若手看護師と研修医による、病棟での患者急変に対する処置などのチーム医療、救急医療を行っている。

救急科等においてチームで取り組むシミュレーション課題を実施している。

疑似電子カルテを用いた医療安全教育

危険予知トレーニングを開始した。

患者対応、チーム医療

医学概論Ⅱで、コミュニケーションに関する体験実習を行っている。

ビデオでの振り返りについては、チーム医療、互いのコミュニケーションなどのnon-technical skillsが中心である。

スキルと並行して安全、清潔、コミュニケーションを実技指導している。

シナリオを利用した医療面接実習は、模擬患者さんにも参加してもらって行っており、学生自身の振り返り、模擬患者、教官からフィードバックをもらう授業を5年生一人一人に対して行っている

M1,M2から医療面接実習。

BLS研修等に利用している。

5年次臨床実習で多職種連携の患者急変対応(循環器内科)、安全管理についてのシミュレーション実習を行っている。

1年生からnon-technical skillsに対応した教育プログラムを開発し、実践している。

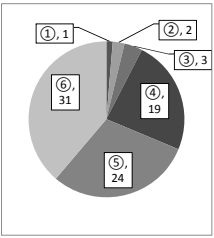
1学年からの医学生としての病院での服装・立ちふる振る舞い・挨拶・声かけなどプロフェッショナリズムの基本態度を1学年シミュレーション実習を通じて育む。

模擬OSCE室を用いて実施

4.臨床実習における、学生に対する評価に関する取組状況についてお尋ねします。

4-1. 貴大学・貴学部における、診療参加型臨床実習においての学生の到達目標をどのような水準に設定していますか？

①:患者から現病歴を聴取し、まとめ、指導医に説明できる。	1
②:①に加え、その患者に必要と思われる身体診察を適切に行い、その結果(正常・異常所見共に)を指導医に説明できる。	2
③:①、②に加え、その患者に必要と思われる検査計画を立案できる。	3
④:①-③に加え、問診医面接内容、身体診察結果、検査結果を解釈・考察し、患者が抱えている疾患の鑑別診断ができる。	19
⑤:①-④に加え、患者に対して適切な治療方針を立案できる。	24
⑥:①-⑤に加え、指導医の指導・監督下で基本的診療を実施できる。	31



4-2. 貴大学・貴学部を卒業する学生の、実際の平均的な卒業時の到達水準はどのような水準ですか？

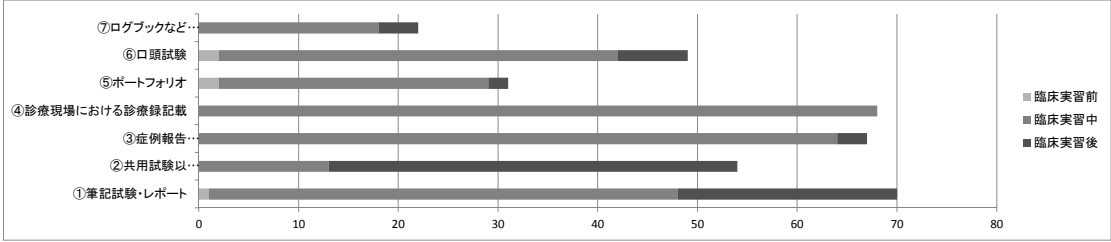
①:患者から現病歴を聴取し、まとめ、指導医に説明できる。	1
②:①に加え、その患者に必要と思われる身体診察を適切に行い、その結果(正常・異常所見共に)を指導医に説明できる。	11
③:①、②に加え、その患者に必要と思われる検査計画を立案できる。	6
④:①-③に加え、問診医面接内容、身体診察結果、検査結果を解釈・考察し、患者が抱えている疾患の鑑別診断ができる。	39
⑤:①-④に加え、患者に対して適切な治療方針を立案できる。	14
⑥:①-⑤に加え、指導医の指導・監督下で基本的診療を実施できる。	9

4-3. 診療参加型臨床実習において、貴大学・貴学部において定める教育目標への学生の到達度を評価するにあたり、実施しているものとして、当てはまるものすべてに○を記入してください。

実施していれば、実施時期(臨床実習前・中・後)についてもご記入ください。

(8)については、あればその具体的な内容について記載をお願いします。

	①筆記試験 レポート	②共用試験 以外の OSCE実施	③症例報告 発表	④診療現場におけ る診療録記載	⑤ポートフォリオ	⑥口頭試験	⑦ログブックなど による受け持ち 症例数把握
大学数	70	54	67	68	31	49	22
臨床実習前	1	0	0	0	2	2	0
臨床実習中	47	13	64	68	27	40	18
臨床実習後	22	41	3	0	2	7	4



(8)その他(あれば具体的に記載)

自己評価表、指導医評価表
電子カルテ記載、医行為の報告
実習場所により様々なので、全体として回答することが困難。
患者サマリーの作成
各診療科別評価票への各評価項目 rating scale への記入
ポートフォリオ、miniCEX等は来年1月より導入。ログブックは以前より導入していたが、eログブックとして1月より再導入の予定
mini-CEXの導入

4-4. 貴大学・貴学部における、学生の臨床能力に関する課題を記載してください。（ワークショップ参加者の主観的な感想で構いません。）

臨床能力の評価方法の工夫が必要と思われる。ポートフォリオを全診療科で徹底したい。

臨床推論能力の不足

臨床推論能力の向上の余地ありと考える。

臨床推論能力が不足、文章などをまとめる能力の不足、実際の手技をする機会がまだまだ少ない

臨床推論能力が弱い

臨床推論能力がまだ不足している。

臨床推論能力、基本的手技の充実

臨床推論のための身体診察選択の能力、検査や身体所見に基づく臨床推論能力が不足している。

臨床手技の履修が不十分

臨床手技の習熟、治療方針や一段と高いレベルの総合的診療能力の修得

目標と評価が充分には構造化されていない。各診療科に任されている部分が多い。

評価基準が統一されていない。

標準レベルに十分にたつている

能力を身につけようとしてしっかり取り組む学生とそうでない学生の差が激しい。

能動的な実習参加が課題。

到達度にムラがある

当地域、関連病院では、伝統的に初期臨床研修や救急研修が比較的充実しているため、卒前での参加型臨床実習を行うにあたり、従来の見学型（卒後でしっかりやるからよいという考えか？）であったり、逆に研修医とほぼ同等に扱う（ほとんど教育、経験させる）ケースがあったりして、診療科、病院によって対応が異なる。結果として卒業時点での学生の臨床能力にバラツキが認められる。一定の標準化の試みが必要かもしれない。（カルテ記載法、症例プレゼンテーション等）

担当患者のプレゼン（ショート）ができ、診察で異常所見を発見し、5つの鑑別すべき疾患をのべ、診断・治療計画をたてられるという一連の流れが出来るか？がすべての学生にできるようになるかが課題である。

大人しい学生が多く、自分の能力をひけらかすようなところがない

態度 マナー、国語能力

総合診療科が必修ではないため、診断のついた入院患者がほとんどであり、臨床推論能力が弱い。

総合診療の習得が不十分

全学的に統一化が不足している

積極的にチームメンバーとして臨床実習に参加している学生の比率が増加しており、臨床能力は確実に向上している。

積極的な態度の不足

積極的な診療チームへの参加

身体診察能力、プレゼンテーション能力が充分ではない。

身体所見・検査結果から得た内容を統合的に解釈することが不十分

診療録の具体的な記載方法等に関する指導が必ずしも十分に行えていない。

診療参加への各診療科の意識改革と学生の積極性

診療現場でのパフォーマンスに関する評価が不十分。OSCEのみに依存するのではなくポートフォリオ評価の充実・確立が必要。

診療科ごとに評価法や評価基準が異なり、ポートフォリオ評価など、統一的方法論の導入が困難。

診断や治療のいゆる正解が得られると安心してしまふ。一方で想定できる「場合」の数が少ない。

診断が既についている患者の治療を短期間に行うことが病院に求められており、臨床推論のトレーニングが出来ていない。治療計画も既にクリニカル・パスが存在するため、医学生が治療方針と一緒に考えるという機会がない。

診断から治療までの基礎的な方針は立案できるが、症例数が限られるため応用力に乏しい。

主体的に学習する姿勢に欠けた学生が目立つようになってきている。

実習指導を行っている教員の多くは自科の診療内容に関する教育ばかりに重きを置き、総合的な診療能力を育てるという視点に乏しいことが多い。各診療科では知識の量は教授試問やテストなどで測定されるが、個々の学生のコミュニケーション能力、診察手技のレベル、カルテの記載能力、患者への説明能力などはほとんどの科で評価されておらず、到達度評価が行われないので教育内容や方法の改善も進まない。各教員に、「医学部全体として学生の診療能力を育てる」という意識を持ってもらうことが必要である。

実際の臨床現場で過ごす時間が少なく、患者や病態に対する行動には慣れていない。

個々の症例に対して、臨床推論や鑑別疾患の例示が十分にできない。

現状では臨床能力に関して学生時代に実用的レベルにまで到達することが困難であり、より実践的な臨床実習を進める必要がある。

教科書的知識と実践能力にギャップが大きい。

基本的な手技の実習が十分でない。

患者を担当して実際に医療行為を行う機会がまだまだ不足しているので、医療面接・身体診察・診療録記載・プレゼンテーションの技能の習熟度が不十分である。また臨床推論についても一部の学生を除いて、正確な科学的考察が十分できるという所には至っていない。

患者とのほどよい接点の設定が難しい。

学生個人の経験症例を把握できておらず、実習半ばで形成的評価からその後の実習の課題を明らかにするための仕組みが必要

学生個々で臨床能力が異なるため、個別対応が必要。教育・指導に当たる教員が不足している。

学生間の能力差が大きすぎる。

学生間のばらつきが極めて大きいこと。できない学生は参加も控えめとなり、ますます差がつく印象。

学生の臨床能力を到達度を測る評価方法

各科任せの評価になっていて、まだ、統一的な評価ができていない。

各科に評価を任せているため、科の間での評価の差が大きい可能性がある。

医師としての資質である態度教育に関する評価方法が確立されておられません。

より主体的に実習に取り組む姿勢の醸成。指導教員の指導時間の確保。

もう少しレベルアップするために、必要な課題を検討中である

まだ学生の臨床実習中のパフォーマンスを評価する体制ができていないので、今後、mini CEXや360度評価の導入などを検討中である。

ポートフォリオの記録から、臨床トレーニングの場での改善点を抽出し、経験すべき疾患、症候、病態について適切に経験できているかを評価する必要がある。

プライマリケア（初診）において、面接・診察・検査治療計画立案という一連のながれを実施する能力

プライマリケアと地域医療

プライマリケアの実践能力を更に涵養する必要がある。

ばらつきが大きい

できる学生とできない学生の差がある。

コミュニケーション力をテクニックとして学習しようとする学生が多く、本質的な共感性や論理性を修得できていない学生が多いと感じる（教員、教育方法にも問題があるが）。医学的知識、基本的臨床技能を活かして、病態や患者背景を深く理解する力が弱いと感じる。個々の能力の養成には努力する。

コミュニケーション能力を高めることです。

コミュニケーション能力は衰えているが、身体初見の取得とその解釈に課題がある。

SPさんに協力頂いて教育しているが、SPさんの数の不足、およびボランティア精神に頼りすぎている点。

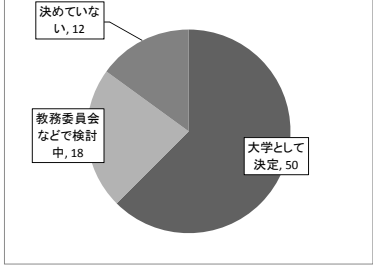
教育システム、教育者、学生、全てにおいて、臨床教育に対する考え方が未熟で旧態依然としているところ。

コミュニケーション能力の向上が課題

5.卒業生の質の確保についてお尋ねします。

5-1. 貴大学・貴学部における卒業時アウトカムについて、あてはまる選択肢の番号を記入してください。

①大学として決定	②教務委員会 などで検討中	③決めていない
50	18	12



5-2. 5-1で①又は②を選択した場合には、卒業時アウトカムを具体的に記載ください。

科学的探究心を持ち、かつ、多職種との連携ができる善良な医療人として地域社会で活躍できる医師

医師国家試験合格

“医学部は、明日の歴史を担う強い使命感と豊かな人間性を持った人材を育成し、『調和のとれた文明社会を建設する』という本学の理念にもとづき、「科学とヒューマニズムの融和」の精神により『良医』を育成するとともに、『生命科学的研究』を実施することを目的とする。医学部が育成する『良医』とは、幅広い視野に立ち、広範な知識・確かな技能・豊かな創造性を持つとともに、社会的役割を認識し人に対する尊敬を忘れない人間性豊かな医師である。また、本医学部が実施する『生命科学的研究』とは、生命倫理に対する高い見識に裏付けられた、創造的かつ先進的な研究である。”

“医学科達成指針 到達目標達成のために医学科学生が卒業までに身につけるべき具体細目（1）医学を学び、また研究する際の基本的な考え方を身につけ、自律的に実践する○人間と社会に対する洞察力（1年）他者の存在を受け入れてその考えを理解する力○人間文明がよって立つ自然科学への基本的理解力（1年）○自己主導型学習習慣と自己研鑽能力（2年）（2）自己の人間性を高め、倫理的・科学的判断能力を磨く○豊かな人間性と人権愛（1～6年）○多様な立場の人々と良好に意思疎通する力（1～3年）自分の考えを適切に表現して他者の理解を得ることができる力○社会人・国際人としての教養とマナー（1～3年）国際人の視点と異なる文化を持つ人々と交流する力○道徳的思考力と倫理的判断力（1～6年）○探究する心と科学的判断力（1～3年）（3）医学の基本的知識を習得する○基礎医学および医学に関連する科学の基本的知識（2～3年）○臨床医学および医療の基本的知識（4年）○社会医学および公衆衛生に関わる基本的知識（4年）（4）医学の基本的技術を習得する○医学知識を臨床実践に活用する力（4～6年）○科学的根拠に基づく臨床推論に裏付けられた診療を実施する力（5～6年）○基本的臨床能力としての診療手技（4年）○基本的な臨床コミュニケーション技能（4～6年）（5）医師としての適切な態度と行動を身につける○医師としての使命と責任の自覚（1～2年）○患者中心の職業的倫理感（4～6年）○チーム医療に臨む主体性・協調性（5～6年）○医師としての適切な態度と行動（4～6年）※（1）内は、医学科学生が重点的にこの細目を習得する学年である。”

プロフェッショナリズム、基盤的診療能力、基礎的研究能力、幹部自衛官としての資質、国際貢献活動のための基本的能力

ディプロマポリシーに基づき検討していく予定。

“ディプロマ・ポリシー（学位授与の方針）として、次のとおり定めています。「医学部では、所定の単位を修得し、以下の要件を修得した学生に学位を授与します。①倫理観・社会的責任、プロフェッショナリズムに関する内容（態度） 高い倫理観、責任感を備え、医療者として強い使命感をもって、患者の立場になって行動するとともに、研究マインドをもって医学の進歩に貢献できる。②地域医療、研究、国際貢献に関する内容（関心・意欲） 幅広い視野をもって積極的に地域医療を担う意欲を育み、先駆的研究に関心をもって国際的な医学の発展に貢献できる。③基本的医学知識と基本的技術、コミュニケーション能力に関する内容（知識・技能） 基本的な医学知識と技術を習得し、協調性と指導力をもってチーム医療を実施することができる。④問題解決・課題探求能力に関する内容（思考・判断） 現状に潜む問題を課題として提起することができ、科学的根拠および適確な方法に基づく論理的思考を通じて自ら解決する能力を身につける。」

“ディプロマポリシーを以下のように定めている。1. 医療人としての全人的人間性をもち、豊かな教養を身につけ、常に自分を振り返る謙虚な態度をもつこと。2. 初期臨床研修医あるいは研究医としての業務を行うために、医師国家試験出題基準に定められた、基礎生命科学、臨床医学、社会医学の知識・技能・態度を有すること。3. 地域医療あるいは研究の場で活用できる知識・技能と、前向きな姿勢を持つこと。4. 医療従事者、患者、家族などとの質問や助言に真摯に耳を傾けることができる対話能力を持つこと。5. 社会正義と患者の福祉優先原則のもとに行動する。倫理的态度を自分のものとすること。6. 医療・医学の進歩に遅れることなく、最新かつ最善の知識と技能を修得する自己研鑽の姿勢を持つとともに、後進の育成にあたる責務を自覚すること。7. 臨床医として、地域医療の現場で働く将来ビジョンを描き、コミュニティーで果たすべき責任を自覚すること。8. 研究医として、人類の福祉に貢献することができる科学的思考方法を有すること。9. 臨床医あるいは研究医として、世界的に活躍することを期待できる外国語能力を有すること。”

“キリスト教の人類愛に根ざした「生命の尊敬」について深い認識を持ち、人類社会に奉仕し得る医師となるために、正しく判断し、正しく行動し、そしてそれらを生涯にわたって実践し得る基礎を確立しなければならない。大項目Ⅰ：正しく判断できる第1領域：医師の職務や医療倫理を理解している。（医師の責務） 医の倫理に関する基本的原理、および医師の法的責任については、十分に理解しておかなければならない。さらに、良好な医師と患者の関係は、良質な医療の基礎となることから、これらに関わる基本的知識を修得する。第2領域：医師として人類社会に奉仕する使命感を有している。（医師の姿勢） 医師として人に対して敬意を払い、異なる価値観や文化を理解し尊重した上で、正しく判断する姿勢を修得する。第3領域：幅広い知識を身につけ、複合的な視点から知識を統合し応用できる。（複合的知識） 医学における科学的な知識と解釈について十分に理解し、様々な視点から知識を統合し応用する能力と、基本的医療行為に関する知識を修得する。第4領域：科学的根拠に基づいて評価・判断し、問題解決にあたることができる。（問題解決能力） 正確な情報を収集、整理して利用する能力を身につけ、医療における科学的根拠に基づく意思決定と判断を行う能力を修得する。大項目Ⅱ：正しく行動できる第5領域：患者、家族や様々な職種の人と良好なコミュニケーションをとることができる。（コミュニケーション能力） 医学・医療の実践のため、口頭あるいは文章・電子媒体などを用いた有効なコミュニケーション能力を修得する。第6領域：医師として必要な実践的能力を有している。（基本的診療能力） 基本的な診療技能と、適切な検査法を選択できる能力を習得するとともに、指導監督下において実施可能な医療行為については、その実践的能力を修得する。大項目Ⅲ：生涯にわたって省察し実践する基礎ができる第7領域：常に感謝と思いやりの心を持ち、医師としての役割を果たすことができる。（社会的責任） 社会における臨床医・研究者・教育者等の多様な医師の役割を理解し、社会的責任を果たすための基本的能力を修得する。第8領域：自らの行動を振り返り、修正し改善していくことができる。（省察の実践家） 医師として、生涯にわたって学び実践する省察の実践家としての基本的な姿勢を修得する。”

“DPとしていあものを設定している。1)知識・技能医学の発展や社会に貢献できる臨床医・研究者に必須の知識・技能を身につけている。2)態度 高い倫理観と、医師としての使命感をもち、様々な立場の人々と協調的な人間関係を築くことができる。3)実践能力・応用力 論理的思考に基づき、提起された問題を的確に捉え、知識を駆使し、統合的な診療を実施する能力を有している。4)向上心・探究心未知なるサイエンスへの探究に貪欲な知的好奇心をもち、日進月歩する医学知識・技術に対応するべく、自らの能力を生涯向上させる姿勢と習慣を身につけている。5)国際性 国際的な視野を有し、異文化に対する理解とコミュニケーション能力を有している。”

2013年度に本学学生の卒業時教育成果・実践能力としてのコンピテンシーを定めた。
①患者に沿った診療の心構えが確立し、高い倫理観を身に付けている。②基礎医学、社会医学、臨床医学を広範に体験し、体得している。③基本的診療手技が実施でき、未来へ繋ぐ意義も理解している。④チーム医療を理解して、地域社会と国際社会に貢献できる創造的技術を得ている。⑤地域に学び、地域から発信できる。
①医学知識、②臨床技能、③コミュニケーション、④プロフェッショナリズム、⑤社会的視点、の基本的アウトカム5項目と、⑥創造的思考、⑦チームリーダー、⑧国際的指導者、⑨全人的医療、⑩未来への志、の発展的なアウトカム5項目の合計10項目

“1. 豊かな人間性と高い倫理観を持ち、良好な人間関係を構築できる。2. 医学・医療の基本的知識と技能を有し、チームの一員として診療に参加できる。3. 医科学領域における課題探求・解決能力を有し、論理的思考ができる。”

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

“1. 専門職業人として求めらる倫理ならびに責務に基づいた態度・行動をとることができる。2. 細胞、器官、全身の各レベルにおいて、人体の構造、機能ならびにその病態を説明することができる。3. 病態・疾患についてその予防、診断、治療を説明することができる。4. プレゼンテーション力、コミュニケーション力・技能を身につけている。5. 基本的診療技能を行うことができる。6. 公衆衛生と保健システム、コミュニティヘルスを説明することができる。7. 情報のマネージメントができる。8. 自己決定型学習に基づいた課題発見・問題解決力をそなえている。9. 批判的思考と研究的思考ができる。10. 医学・医療の国際化に対応できる。11. 自分自身の行動、態度、志向性、能力、健康について自ら省察し、継続的改善ができる。”

1. 生涯学習能力 2. 問題解決能力 3. プロフェッショナリズム 4. 研究心 5. 社会に貢献できる能力 7. 国際性

“1. 医療プロフェッショナリズム2. 科学的探究心3. 自己開発力4. 医療基盤5力. 総合的診療能力6. 地域・国際対応力”

“1.医学的知識・技能を理論と根拠に基づいて応用し、適切な判断と医療が実践でき、生涯にわたる自らの能力を向上させることができる。2.医療制度を適切に活用し、社会および医療チームの中で医師としての役割を果たし、患者中心の医療を実施できる。3.科学的情報を批判的に吟味し、新しい発見と創造のための論理的思考と研究を行える。”

1.【教養】倫理観と幅広い教養、豊かな人間性を身につける。2.【専門性】必要な専門的知識と実践的能力を身につける。3.【情報力】医学的情報を収集・分析し、的確な判断を行い、効果的に情報発信できる。4.【行動力】高い協調性のもとに専門職業人としての指導力を発揮し、医療チームの一員として責任をもった行動ができる。5.【自己実現力】医学・医療の進歩、社会のニーズに対応して絶えず医療の質の向上に努め、生涯に亘り自己の成長を追求できる。

“1. 克己殉公の精神を受け継ぐプロフェッショナリズム日本医科大学医学部学生は卒業時にその時代における克己殉公の精神のあり方を自らの文脈の中で理解し、医療の専門家としての自覚と倫理観に基づいて行動することが出来る。2. コミュニケーション能力日本医科大学医学部学生は卒業時に多様な立場や考え方を理解し、尊重し、共感をもって他者と接するコミュニケーション能力を持ち、医療の現場における良好な人間関係を構築することができる。3. 統合された医学知識日本医科大学医学部学生は卒業時に基礎科学、基礎医学、行動科学、臨床医学、社会医学の知識をもち、統合した形で問題解決に応用することが出来る。4. 実践的診療能力日本医科大学医学部学生は卒業時に患者中心の視点に立ち、臨床研修現場において適切な診療を行う能力を獲得することが出来る。5. 科学的研究心と思考能力日本医科大学医学部学生は卒業時に生涯を通じて、医学の進歩に関心をもち、科学的探究心を維持し、問題に対して論理的、批判的思考をもって行動することができる。6. 人々の健康の維持、増進を通じた社会貢献日本医科大学医学部学生は卒業時に社会の現状を認識し、医療人の立場から人々が健やかに暮らせる社会の構築に努めることが出来る。7. 次世代の育成、教育能力日本医科大学医学部学生は卒業時に大学の教育、研究、医療における理念を次世代に受け継いでいく使命を認識し、チームにおけるリーダーシップを発揮しつつ後進の指導を行うことが出来る。8. 豊かな人間性と国際性 日本医科大学医学部学生は卒業時に 人間と社会に対する「愛」を内包する豊かな人間性をもち、日本のアイデンティティを尊重しながら、広く世界に目を向け行動することが出来る。”

1. 根拠に基づいた医療の知識や技術を、正しく実践することができる。2. 医療人としてのプロフェッショナリズムを理解し、行動で示すことができる。3. 礼儀・礼節を重んじ、他者と円滑なコミュニケーションを取ることができる。4. 患者中心のチーム医療において、多職種との協調性を持って貢献することができる。5. 能動的学習法を獲得し、生涯に亘り研鑽を続けることができる。6. 予防医学、保健・福祉などを通じ、地域医療に貢献することができる。7. 国際的視野を有し、医療を実施する上で基本となる語学を見につけることができる。8. 医学研究の重要性と必要性を認識し、医学・医療の発展に貢献することができる。9. 医学的情報を正しく取扱選択し、ICT(情報通信技術)を効率よく活用することができる。”

1)社会人としての基本姿勢、2)コミュニケーション能力、3)医師としての職責、4)自ら学ぶ姿勢、5)基盤となる医学知識の理解と習得、6)チーム医療、7)地域医療(保健・医療・福祉・介護)、8)研究マインド

「1) 医学、医療、それに関連する自然科学、人文・社会科学の知識を修得して、実践に応用することができる(以下の能力を示すことによって、この能力を修得しているとする)a.知識を実践に応用することができるb.学問大系、専門領域を超えて、幅広い知識を医学、医療に活用することができるc.必要とする最新の情報を収集し、適切に選択して利用することができる2) 基本的臨床能力を有し、患者中心のチーム医療を熟意と責任をもって安全に実践できるa.常に利他的な態度を示し、心理社会背景を含む患者の抱える問題を包括的に理解して支援し、患者を尊重した医療の推進ができるb.基本的診療手技とコミュニケーション技能を身につけ、患者ならびにその家族と良好な対人関係を築いて診療を行うことができる i 患者から情報収集を行い、データを解釈して頻度の高い疾患の診断を行い、診断方針を計画することができる ii 基本的検査・治療手技を実施することができる iii 診療録の記載と症例提示を実施し、医療情報を適切に取り扱うことができる iv インフォームドコンセントに基づく患者自らによる意思決定の支援と患者教育を行うことができるc.医療チームのメンバーと互いを尊重したコミュニケーションを図り、チームの機能を高めるためにリーダー及びメンバーとしての自分の役割を果たして、安全な医療を実践できるd.医療の実践に必要な知識や技能を修得することが医師としての責務であることを理解し、実行できる3) 高い倫理観と社会性に基づいて、地域及び国際社会における自分の役割を認識することができるa.地域医療に参加し、基本的な初期診療を実施できるb.離島・へき地を含む地域医療、先端医療、保健・福祉制度のそれぞれの機能と連携を理解し、医師の果たす役割を自覚し、行動できるc.医療資源の適切な分配をふまえた倫理的な最善の医療の選択ができるd.個人、家族、地域、文化圏、国際社会における疾患と医療の多様性を理解し、最新の情報に基づく適切な対応ができる4) 基礎・臨床・社会医学における研究を体験し、研究の重要性と必要性を認識するa.課題を発見して、論理的、批判的に考え、探求し、問題解決する自己主導型学習を行うことができるb.研究の計画と実施、結果の解析とまとめ、発表、倫理的対応を理解する"

1 豊かな人間性高い倫理性を備え、全人的医療に貢献できる

2 高度の専門性を持つ医療チームの一員として貢献できる

3 広い視野と高い向学心を有する医学研究者・教育者となり得る

4 保健、医療、福祉、厚生行政に貢献できる

5 地域の医療に貢献するとともに、国際的に活躍できる

6 探究心、研究心、自ら学ぶ態度を生涯持ちつづける

※ 医学的知識基盤卒業時には、以下の事項を正しく理解していること。1. 細胞、組織、臓器よりなる人体の正常構造と機能2. 人体のもつ適応性と恒常性維持、および生体内での情報伝達の、細胞学的、生理学的、生化学的、分子学的メカニズム3. 健康および疾病の決定因子と危険因子、および人体と環境との相互作用における決定因子と危険因子4. 急性および慢性疾患における病因と自然経過5. 薬剤の作用と使用法の原則、種々の治療法の有効性、限界、危険性6. リハビリテーションおよび終末期医療における、心理・社会的介入の方法※ 臨床技能卒業時には、以下の技能・能力を修得していること。1. 患者や家族、周囲の医療スタッフなどと良好な関係を構築できるコミュニケーション能力2. 必要な情報を適切に聞き出し、要約できる問診技能3. 身体診察における適切な診察手技、および認知・精神機能の評価技能4. 基本的医学知識に基づき臨床推論を行う能力、問題解決能力5. 正しい書式で問題志向型診療録を記載する技能6. 診療情報を適切に要約し、提示する技能7. 救命救急場面上における適切な対応能力※ 専門職としての態度卒業時には、以下のものを身につけていること。1. 言葉遣いや礼儀など、患者と接する際の基本姿勢2. 患者への思いやり、共感などの精神的配慮3. 医療専門職としての責任感、熱意、道徳観、倫理観、誠実さ4. 同僚や他の医療チームメンバーを尊敬し、協働できる人間性※ 統合的な診療能力と知識基盤卒業時には、知識・技能・態度のすべてにおいて完成されたスキルを統合した実践的な診療能力を有すること。また、医学・医療のいかなる領域に進んでも役立つよう、基礎医学・臨床医学・社会医学領域のみならず、基礎的 생물医科学、行動・社会科学、人権と医療に関する法知識、疾病の予防と健康増進などについても基礎的な知識基盤を有し、これらの知識を実践に応用して医学的判断を下すことができる能力を備えていること。※ 社会との連携卒業時には、以下の事項を正しく理解していること。

1. 医療・保健・福祉制度と、その経済的、法的基盤2. 保健医療における、種々の保健・福祉機構や関連職種との協力・連携の重要性3. 地域社会における健康の保持・増進のために医師の果たすべき社会的役割と責務4. 国際的な保健の現状と保健機構の役割、および、環境、社会、経済、文化、戦争、飢饉などの要因が健康と疾病に及ぼす影響※ 卒後臨床研修への連携卒業時点で修得している知識や技能を、卒後臨床研修でさらに深め、研鑽することが必要であることを理解しており、継続的な移行の準備ができていること。※ 生涯学習の意欲と習慣卒業時には、自身の知識や技能の限界を把握し、生涯にわたって自らの努力で向上し続ける意欲と自己学習の習慣を身につけていること。※ 医学研究に対する理解と意欲在学中に医学研究に従事した体験を踏まえ、医学・医療の発展のために生命科学としての医学研究が重要であることを認識し、研究の計画、実施、結果の解析、発表などの具体的な過程や手法を理解していること。また、自らも医学の発展に寄与しようとする気概を有していること。"

・生体の構造と生命現象の理解・病因、病態、診断、治療、予防の理解・コミュニケーション能力・基本となる臨床技能・生命倫理、医の倫理、医療関連法規の理解・情報を管理・処理し活用する能力・問題発見・解決の能力・科学的方法論の理解と基礎・臨床研究へ応用する能力・チームを率いる能力(リーダーシップ)、教育する能力・地域、社会と医療制度の理解・内省と自己啓発の態度、生涯学習の態度・国際人としての能力

・主要な病歴を聴取できる。・鑑別診断、診療録を作成できる。・診断と治療に必要な臨床検査、検体検査、画像診断、病理診断を選択し、結果を解釈できる。・治療計画を作成できる。等について、検討中である。

【学位授与の方針(ディプロマ・ポリシー)】「建学の精神」に則り、学生が以下の項目について十分な能力を備え、所定の単位を修得した学生に卒業を認定し、学士(医学)の学位を授与する。(1) 幅の広い教養と国際性を身に付ける。(2) 様々な人々との触れ合いを体験することによって、多様な考え方を理解し、また共感できる豊かなコミュニケーション能力を育む。(3) 様々なハンディキャップを抱える人々を支援扶助する心と態度を醸成し、また支援扶助の社会的仕組みについて理解する。(4) 人体の構造、機能及び異常や疾病とそれらの原因、病態、診断、治療に関する基本的な知識を身に付ける。(5) 様々な疾病に対する適切な治療法を理解し、かつ患者さんの権利と生命の尊厳を十分に理解した上で基本的な医療技術を修得する。(6) 人体や疾病に影響を与える社会的な要因や背景について理解を深める。(7) 様々な問題点を科学的かつ統合的に捉え、適確に判断し解決できる応用力を育む。(8) 強い使命感と優れた協調精神を有し、社会の福祉に奉仕できる良医となるべき素養を身に付ける。(9) チーム医療を通じて医療職種間の相互理解を深め、患者さんの問題を解決する能力を身に付ける。"

【「共用試験」、臨床実習及び卒業試験の互角の基準は以下のとおりです。(ア)「共用試験」:臨床実習を行うために必要不可欠な知識・技能・態度の修得(イ)臨床実習:多様化する社会的ニーズに対応できる高度な知識・技術だけでなく、医療専門職としてのモラルの修得(ウ)卒業試験:医学科卒業生として不可欠な基本的な専門知識と技術、態度の修得"

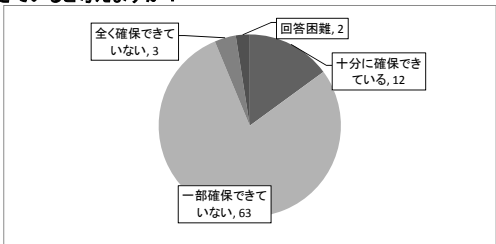
【「倫理とプロフェッショナリズム」】常に患者の利益、安全、人権を第1に考え、患者およびその家族の生活歴、背景を理解して常に患者中心の医療を行う。社会からの信頼に答えられる行動を取り、自己研鑽に動める態度を身につける。

【医学的知識】 必要な医学的知識を身につけていることは、医師としてのあらゆるコンピテンスの基本である。卒業時には、医学教育モデルコアカリキュラムと医師国家試験出題基準が求める医学的知識を身につける。【診療の基本的技能】 医療系大学間共用試験実施評価機構「診療参加型臨床実習に参加する学生に必要とされる技能と態度に関する学習・評価項目」が求める基本的診療能力に加え、患者背景を理解して対応する診療態度を身につける。【医療安全】 安全、安心の医療の実践のために、必要な基本的知識と技能、常に患者の安全を第一に考える態度、安全管理体制の理解とルールの遵守を実行する。【チーム医療】 医療チームの構成員として、多職種間で連携し、相互に尊重しあった適切な行動をとれる。さらに医療チームの中でリーダーシップを発揮することを念頭に置き、自己研鑽する。【コミュニケーション能力】 患者・家族への医療内容のわかりやすい説明、医療チーム内での適切な情報の共有、意思決定への参画、他の診療科との連絡、相談等、円滑な診療と良好な人間関係を築くためのコミュニケーション能力を有する。【医療の社会性の理解】 医療保険や公費医療などの医療制度の理解とその活用、適切な介護、福祉施策への連絡など患者を支える社会的基盤への配慮をする。【国際化に対応できる教養と英語力】 否応なくやってくる国際化に対応し、文化の違いを超えて相互に理解するための幅広い教養と円滑なコミュニケーションが可能な英語力を身につけている。【自律的継続的学習能力】 自ら課題を発見し、自ら継続的に学び、自己研鑽を続ける態度を獲得する。【課題解決能力と医学研究への連結】 課題の解決に当たっては、常にエビデンスに基づいて判断し、エビデンスが不足する課題においては、自らエビデンスを作り出す医学研究に向かう姿勢をもつ。"

本学の定めた教育課程をすべて履修・修了し、卒業後には医師国家試験に合格して臨床研修を開始するに必要な医学知識・技能・態度を身につけており、本学の「建学の理念」に基づいた「良医」を目指して絶えず自己研鑽を継続できる学生に対して、学士を授与する。

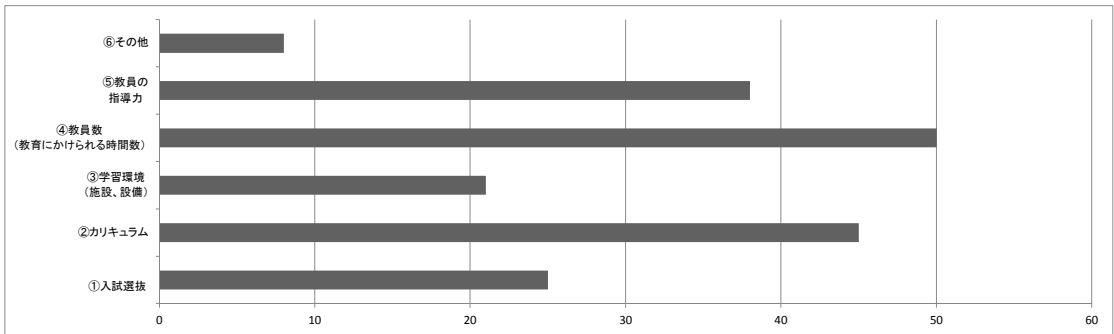
5-3. 貴大学・貴学部において卒業時アウトカムを踏まえた学生の質の確保ができていますか？

十分に確保できている	一部確保できていない	全く確保できていない	回答困難
12	63	3	2



確保できていない場合には、その主な原因はどの部分にあるとお考えですか。以下の項目のうち原因だと考えられるものに「○」をチェックし、自由記載欄に具体的に記述してください。
(複数選択可) (ワークショップ参加者の主観的な感想で構いません。)

①入試選抜	②カリキュラム	③学習環境 (施設、設備)	④教員数 (教育にかけられる 時間数)	⑤教員の 指導力	⑥その他
25	45	21	50	38	8



【①～⑥の具体的な内容】

基本的な知識と医療人としての態度の修得。一連の医療面接、診察、臨床解析から臨床手技を指導医のもとで円滑に実施する。

基盤的資質、医師としての基本資質、コミュニケーション能力、医学的知識、総合的診断能力、科学的探究、社会・国際貢献

鑑別診断ができる

患者中心の医療を実践できる、安全な医療を提供できる、疾病の予防、健康の増進に貢献できる、代表的な疾病などに関する医学知識を身につけている、煩雑に遭遇する疾病などの初期治療ができる、社会制度や法律に基づいた医療を実践できる、など

"学位プログラムの「教育の目的」並びに「到達目標」について(案)(医学部医学科・生命科学科)○学位プログラム名医学○教育の目的・広く生命の尊厳性を理解し、患者の安全を最優先し、医学・医療に対する高い倫理性を涵養すること。・ヒトを中心に幅広く生命現象の基本原理に関して高度で専門的な知識を獲得し、生命現象を科学的に思考・分析する能力を身につけること。・患者や他の医療職、研究者、ならびに広く社会一般と恒結関係を構築できる人格とコミュニケーション能力を身につけること。・疾患の原因、病態およびその診断治療に関する高度で専門的な知識を獲得し、それらを科学的に思考・分析する能力を身につけること。・診断・治療の実践に求められる基本的で専門的な技能を獲得すること。・上記の達成を通して、地域医療と国際的視野に立ち基礎医学および臨床医学の先端的研究に貢献できる人材を育成すること。○到達目標A 知識・理解・生体の構造と機能の基本原理解説できる。・個体の反応、病因と病態およびその診断と治療について説明できる。・広く生命現象の解明ならびに疾患の病因・病理・病態の解明に必要な研究について説明できる。B 専門的能力・生体の構造と機能およびその他の生命現象を解析し、その結果を解釈することができる。・個体の反応、病因と病態を解析し、その結果を解釈することができる。・収集された患者の医療情報を評価し、治療方針を立案できる。・患者の訴えを真摯に受け止め、相手の心情を思いやりつつ病状や治療法を正確に説明できる対話能力をもつ。・全身を総合的に診るための実践的能力をもつ。C 汎用的能力・日本語ならびに外国の医学生物学論文を読解し、その内容を他者に分かり易く説明するためにプレゼンテーションすることができる。・他者の医学生物学的プレゼンテーションを理解し、科学的討論をすることができる。・情報通信技術を活用して他者とコミュニケーションできる。D 態度・志向性・最新の医学生物学的知識、技術の習得に努める自主性と積極性を持つ。・研究を通して医学生物学の発展に貢献しようとする意欲を持つ。・自らが持つ医学生物学的知識、技術を広く社会に還元する志向性を持つ。・自らが持つ医学生物学的知識、技術の習得に努める自主性と積極性を持つ。・研究を通して医学生物学の発展に貢献しようとする意欲を持つ。・自らが持つ医学生物学的知識、技術を広く社会に還元する志向性を持つ。・自ら進んで課題を設定し、周囲と協調してその解決に取り組む積極性を持つ。"

各科における実習評価ならびにPost CC-OSCEを合格すること。

入試では倫理観も評価したいが困難である。カリキュラム、学習環境、教員数に余裕が無く、詰め込み方になりがちで、倫理観や人間性をほぐむ内容を十分に盛り込むことが困難である。

例えば、高齢者医療については、専門家不在のため、カリキュラムに十分には採り入れられていない。

臨床実習を行う医療施設の確保が十分でないため、患者数・患者カテゴリーを十分に提供できていない。科学的探究心の涵養においては、学生が主体的に研究活動を実践する機会を十分に提供できていない。

入試選抜の科目、配点などに改善の余地あり。2年前からの面接試験の導入により一部改善がなされている。カリキュラムについては、実習型の時間数をさらに増加する必要あり。

入試選抜でコミュニケーション力や社会適応力が判定できていない。カリキュラムも卒業時アウトカムを目標とした内容に改変すべき。また外科医系分野を中心に教育を担当する医師が不足している。

入試で実施されている面接はわずかに1人10分程度であり、人間性を評価できていない。新カリキュラムで改善はしていると思うが、教育に時間をかける教員数は不足している。教育は重要と叫ばれているため、さすがに教育にまったく関与しない教員は減少したが、それでも研究業績至上主義の価値観は決して崩れていない。したがって、教員の指導力をつけさせることが困難である。

都道府県毎の選抜のため入学時の学力にばらつきがある。臨床、研究業務のため教員の教育にかけられる時間が十分とは言えない。

地方大学は教員数に限りがある。入試選抜も努力はしているが、現実的には旧帝大ほどの学力は期待しにくい。与えられた環境下、相応の結果は出せていると考える。

大学のミッションとアウトカムを明確にして認証評価に耐えるカリキュラムを構築することが、まだ、はじまったばかりであり、現時点では十分、確保されているとはいえない。

卒業時の目標設定には美辞麗句が並ぶが、実際には学力しか評価できていない。

全体的に力不足と感じている。

"従来に比較し、入学生の基礎学力低下、自立性の低下が指摘されている。カリキュラムでは臨床推論を学び応用する教育が不十分である。研究者としての体験も十分とは言えない。教員数が不足しており、きめ細やかな少人数教育ができない。実習指導者の確保にも困難な状況と成っている。学生の指導力向上のためのワークショップ等を実施できない状況が続いている。"

自己主導型学習、プロフェッショナルズ教育など新たに導入し始めたものもあるがまだ不十分。臨床実習の評価システム、実習後OSCEの導入などを検討中。

自己学習を多く導入し、基本的情報をもとに判断する能力を高め、授業へとシフトする必要がある。シミュレーションセンターの充実などの設備面の改善が必要。教員の教育に専念できる時間に制約がある。新教員のFDが十分に追い付けない。

"指導教員の中にこの程度で良いと妥協しやすい学生が積極的でない"

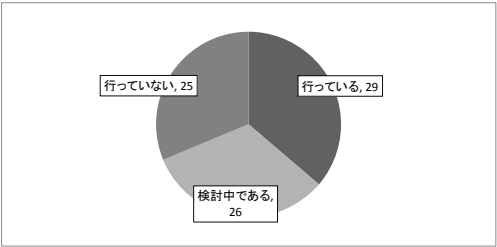
最近の入学者の中には従来では考えられなかったような反社会的な行為で警察沙汰になる学生がいて、驚かされる。講義室など学習環境の貧困は目を覆うばかりである。

現在の入試制度では、適性がないと思われる学生が、少数ながら入学している。研究・診療志向の教員が多く、大学としての医師養成の方針を理解していない教員が未だ多数存在する。教育を負担業務であると考えている教員が多いが、その背景として大学として教育業務を担当する教員への評価が低いことが考えられる。FDを実施しても、教育に対する意識の低い教員の参加がない。一部学生の学業に対する姿勢や意識の低さが課題である。

現在、卒業時アウトカムのさらなる明確化に取り組んでおり、明確にしたことにより、入試選抜、カリキュラム等のさらなる改革を進めるため。 現行のカリキュラムでは Fitness to practise が足りない。全ての講座において、教員の人数が少なく、ポストが少ないことも問題点である。特に、臨床講座では、臨床に費やす時間が近年大幅に増えたため、実習教育に当てる時間が減少した。 教養課程および基礎系講座では、能動型学修が増えたことから、教員の相対数が減じている。また臨床系講座では地域医療支援に時間がとられる教員が多く、これもけっして潤沢な教員数とはいえない。そのため、教育評価がおさなりになっており、アウトカムの達成がなされているかどうか明確ではない。 教員の数を増やすことは難しいが、個々の教員の教育能力を上げることに努めたい。 教員に時間的ゆとりがない、on-the-job training についての教員の理解や指導技術が十分でない 教員が診療で忙し過ぎて、教育に費やせる労力や時間が不足している。学生教育を専門に担当する指導医を各科で任命し、指導医に対する医学教育のFDを定期的に行い、指導力を向上させる取り組みが必要と考える。 教育にかける時間を確保するのが難しいと多数の教員から指摘される。また、教育に熱心でない教員も存在する 基礎系は研究に熱心のあまり教育に対する熱意が欠ける教員がみられる。臨床系は診療が多忙のあまり、教育にあまり時間を割くことができない教員がみられる。基礎系、臨床系どちらも教育に熱心な教員はいるがもっと増やさないといけないと思う。 基礎学力、コミュニケーション能力の問題。 学生の多様化とともに、一部にモラルや社会性の低下がみられること。 学生の自学自習能力と意欲に問題がある。(ロールモデルとなる情景がないのが原因かも知れない。) "医学部に必要な基礎学力の習得度が低下している。高いモチベーションを保って勉学に励み、学習目標を達成する事のできない学生がいる。カリキュラムにおける目標・方略・評価の整合性に問題が残っており、またカリキュラムが実際の教育/学習の現場で活かされていない。教員(特に臨床系)は年々多忙になり、学生の指導にかけられる時間やエネルギーが不足している。" "らせん型カリキュラムとして作成していたが、教員間の連携が不十分で有効な反復学習というより、内容の重複が目立ち、らせん型カリキュラムの良い点が活かし切れなかった印象がある。130名定員と50名の定員増に、教員・施設・カリキュラム等が十分に対応できていない。" プロフェSSIONナリズム、倫理面についての教育評価が不十分であり、従って質の確保も不十分 クリニカルクラークシップに関する理解が不十分 アウトカムの多くの部分については、大半の学生がほぼ満足できるレベルで達成していると考えている。しかし入学後、学習意欲をまったく見せない学生が一部にあり、このような学生は多くの部分で達成不十分のまま卒業していくことが多く、この点をどう改善するかが今後の課題である。現在カリキュラムの改善により主体的学習姿勢の涵養をはかっている。 ④学生数に対する教員数が、他大学と比較して少なく、また各教員の抱える業務内容が、教育・臨床・研究等多岐にわたる。 ②知識以外の技能・態度に関するカリキュラムが少ないため新カリキュラムで検討中③定員増加で教室が手狭になり、実習も教員負担が増えた。④臨床系講座の医局員減少で学生と対話できる時間が減少した。⑤新しい教授法に関するFDが不十分。 ②は知識基盤、初期診断能力養成のためのカリキュラム強化が必要。⑤は着実な改善がみられるが、④マンパワーに余裕がなさすぎる。 "②カリキュラムでは、アウトカムと各授業との関連付け、コンピテンシーとその評価基準について検討中だから。③学習環境(施設、設備)としては、授業外の学習環境が学生から不十分であると指摘されており、また特に技能系の教育・評価施設、器材、指導者が不足しているから。④教員数(教育にかけられる時間数)では、指導者数の不足が挙げられるから(③を参照)。⑤教員の指導力では、ティーチングスキルのFDが十分とは言えないから。" ②6年一貫のアウトカムを設定したカリキュラムへの改革 ⑤FDを通じた更なるスキルアップ 患者優先 "①全員が入学後に医学生として熱心に取り組む学生、人間力・コミュニケーション能力のある学生になるように選抜したい。②卒業時の目標に向かって各分野統合してすすめていく必要がある。③図書館や自習室が不十分。④臨床が忙しすぎて教育に手がまわらない。⑤自分の専門以外について総合的に指導する能力が不十分な指導医が多い。" ①人物、資質の評価ができていない ②ology型の講義を継続している ④絶対的な不足 全く足りない ⑤現在の医学教育の理解不足 ①現行の方法で十分に良い選抜が出来ているか不明。 ②現在大きく変更中。 ③学生の実習室等以前より整っていない設備あり。 ④最も教員数が少ない大学のひとつ。 ⑤十分に充足できているか不明。 "①学生数の増加、学生の学力低下(学習能力、学習姿勢の問題等)②PBL,TBLが必ずしも機能していない。②⑥知識偏重の医師国家試験③シミュレータ教育等の設備・備品の充実が学生数に見合っていない。④学生数の増加、教育負担の増加、診療負担の増加にもかかわらず教員数が増えていない。(①および②とも関連している)" アウトカムが明確でない部分がある
--

5-4. 卒業生がどのように社会で活躍しているかを追跡する調査を行っていますか？

①行っている	②検討中である	③行っていない
29	26	25



又、①又は②と答えた場合は、その具体的な内容についてもご記載ください。

卒業生を対象にアンケート調査を実施している。
名古屋大学全体の取り組みとして、3年ごとに就職先の上長等へアンケートを実施している
平成25年度に過去3年分の卒業生を対象としたアンケート調査を実施した。
同窓会事務局職員が大学に常駐し、連絡・調整等を行っている。
同窓会事務局を通じて、全国各地の同窓会支部から情報を得ている。
同窓会活動
同窓会を通じて
同窓会を通じた情報収集であるが、各部活を通じてOB会名簿の提出を検討している。
同窓会と連携し、卒業生アンケートを実施している。
同窓会と協力して情報をいただいている。入学時(選択科目、成績)、学部の実績、クラブ活動などと、キャリアパスとの相関をこれから解析する。
同窓会との連携、ネットを介する情報収集など
同窓会からの情報提供
同窓会
担当チューターとの卒業前交流の促進、同窓会への加入の促進等
大学同窓会が、勤務先や転居先を丹念に調査している。2年前から、若い卒業生に対し、メールアドレスを基本にした追跡を学務課でも開始し、卒業後の把握に力を入れるようになった。
大学のIR機能強化に合わせて、データベースの構築とフォローアップシステムの導入について検討している。これについては学内予算も計上されている。
卒業生調査を7月に実施する。
卒業指導担当として事務部門があり勤務地や勤務状況などを把握している。卒業指導委員会および都道府県担当教員を配置している。
卒業教育の一環として、どの病院へ進出しているかの調査を行っています。また別に同窓会も実施している。
卒業5年目までの追跡調査
卒業生を受け入れた病院に対して卒業生アンケートを実施している。
卒業生の動向も評価し、教育改革に反映させる必要がある。
卒業生の進路の把握と追跡方法を検討中。
卒業生の状況を調査するIRを実施している。(しかしデータの回収率は十分ではない)
卒業生の就職先へのアンケート実施
卒業生の勤務先調査を実施。
卒業生のキャリア追跡
卒業生に学会発表や論文数などの調査を行っている。
卒業後の進路について、聞き取り調査を実施している。
数年前に卒業10年目医師の座談会を実施した。
新設されたIRに、全国に組織された同窓会から卒業生情報を集めている。今後は卒業生アンケートを施行する予定である。
初期研修先の把握のため、卒業前にアンケートを実施している

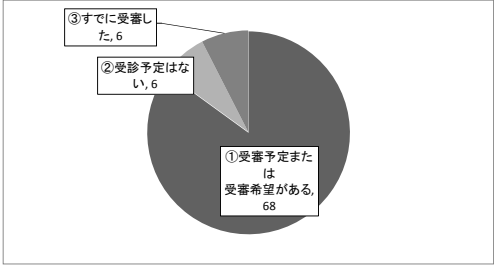
初期研修期間はある程度学務課が卒業生の就職先を把握している。その後の把握について同窓会が行っているが、把握率が急減している。文科省と厚労省が協力して、卒業生の勤務実態の把握を出身大学に義務付ける等の施策を実施すべきであるとの意見がある。

就職先の確認
在学中に同意をとって、追跡調査をする。
個人情報に留意して、同窓会、卒業臨床研修センターの協力で行うことを考えている
研修病院に連絡を取る場合が多い。
研修先病院の調査、同窓会の利用
研修センターでは卒業生の追跡調査を毎年実施している。
勤務先は同窓会で把握されている。今後についてはIR室を中心に検討中である。
"学部としては、初期臨床研修先までの調査にとどまっている。「個人情報である」という意識が調査を困難にしている。"
学内メールアドレスを卒業後も維持し、定期的にアンケートを出す、など。
各診療科を通して実施しているが、近年個人情報保護の観点からやりづらくなっている
各教室を通じて入局者数や医師派遣数等の調査を行っている。
医療機関にアンケート調査を実施した
医学部同窓会と連携して、今後具体的な対応策を検討する。
医学科同窓会と連携して卒業生の実績を追跡調査してゆく予定である。
どの医療機関に就職しているかの調査にとどまっている。
IR委員会にて検討中。
IRセンターが設置され、同窓会と連携して卒業生の情報も収集することとなった。
・同窓会と連携して調査等を実施する予定である。
IR部門を立ち上げる予定

6.分野別認証評価についてお尋ねします。

現在我が国では医学分野の分野別認証の試行評価事業が行われており、今後正式な本評価に向けての準備が進められています。
貴大学において、分野別認証試行評価及び本評価について受審予定はありますか？

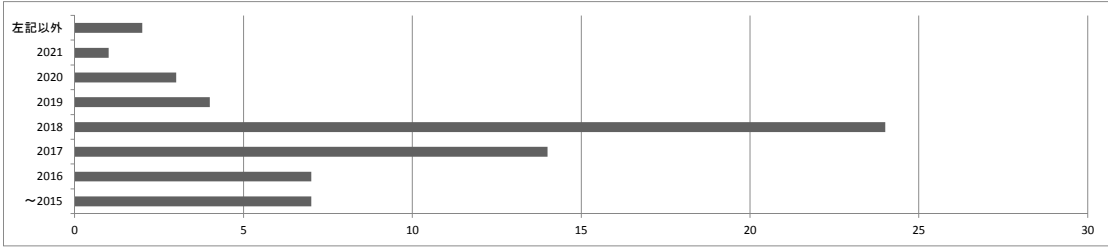
①受審予定または 受審希望がある	②受審予定はない	③すでに受審した
68	6	6



①と答えた方は、

a)その具体的な時期についてお答えください。

～2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	左記以外	未定、検討中
7	7	14	24	4	3	1	2	18



b)現在の準備状況についてお書きください。

臨床実習の内容の充実、期間の延長、能動的学習の充実などのカリキュラム改編を実施している。
臨床実習の充実として、実習期間の延長、拡充を行っている。
臨床実習の時間数を増加した新カリキュラムを医学部教務委員会内の検討部会で検討中。
臨床実習72週を確保するために新カリキュラムに移行中です。
領域ごとのワーキンググループ立ち上げを準備中
来年度新入生からは、臨床実習期間を大幅に延長した新カリキュラムを実施予定。
報告書作成に向け作業中
平成28年度入学生から実施する新カリキュラムを策定し、臨床実習に関する若干の事項を除いて、カリキュラムの枠組みが確定した。
平成28年度入学の学生から適用する新カリキュラムを現在、構築中である。
平成27年度教育委員会に下部組織に国際認証委員会を設立し、評価書の作成準備を始め、平成29年度に提出する予定。審査に向けた学部内の対応として具体的な作業内容・分担及び人員の配置等は、現時点では整備できていない。
平成27年11月末～12月初旬に評価を受けるべく、書類等を準備中である

"平成24年10月に、世界医学教育連盟西太平洋地区部会を中心とする国際外部評価団を招いて日本で初めての医学部分野別評価を、世界基準である世界医学教育連盟グローバルスタンダード(2003年版)に基づいて実施した。評価の結果、医科大学が国際的基準として持つべき基本的水準36の項目について適合している(1項目のみ部分的適合)という、高評価を得たが、外部評価では同時に国際的視点から医学部教育について様々な示唆を受けたため、これらの示唆について内容を吟味し、教育改善を図っている。"

分野別認証評価に対応した新カリキュラムを、平成28年度新入生からの導入にむけ検討中
分野別認証評価に対応したカリキュラムへの改正、IR部門整備に向けた検討
副学部長、医学科長を中心にワーキンググループを立ち上げ、認証基準に合致しているか学内の状況を点検し、必要に応じて改善を行っている。
認証評価に向けた推進委員会を設置した。
認証基準を満たすようカリキュラム等の改善を行っている。
制度改革は医学教育センターで準備中
新カリをM1・3で導入した
新カリキュラム H28年施行 準備中
書類を作成している。
書類の作成中である。
準備委員会設立のためのWGで検討中。
受審まであと2年は必要。
受審に向けてカリキュラムなどの整備を行っている。
自己点検評価書の作成等を進めている。
自己点検評価書について作成中
自己点検評価委員会が設置され、今年度各種のWGが活動を始める予定
自己点検書の原案を作成し、ブラッシュアップを行っている。担当教員による月1回程度のWSを行っている。
試行事業について報告し、先行校事例に学びつつ準備する予定との認識を教授会で確認。具体的にはまだ動いていない。
今年度に受審のための準備委員会を設置予定である。
今年度から新カリキュラムに入った。
現在、医学部長直風のワーキングを設置し、自己点検評価作業を進めている。
教務委員会の中に小委員会が出来た状況である。まだ、全学的な動きにはなっていない。
関係委員会が認証項目の自己評価の素案を作成した。自己評価の作成に向けて作業を進めていく予定。
各領域について自己点検評価書案を作成している。
各分野ごとに委員長・副委員長・委員を決め、各委員会ごとに討議を重ねている。
各種ワーキングを設置、受審に必要な体制を整え、資料作成等準備を進めている。
医学部長主導のもと、医学教育学講座を中心としたワーキンググループがスケジュールをたてた。現在、意識改革を兼ねたFDを数回実施し、今後は教務委員会の各委員に役割を振ることになっている。
委員会を立ち上げたばかり。
ワーキングを設置して新カリキュラムの改訂と合わせて準備を進めている。
ワーキンググループを立ち上げ、自己点検評価書の作成を開始した。
ワーキンググループを立ち上げ、具体的な作業を開始した。
まだ初期段階である
ほとんど手がついていない状況である。
どのような組織で準備等を進めるかを検討している段階
カリキュラム再編委員会でも議論中です。
カリキュラム改革に着手段階
カリキュラム改革、学生の成績評価制度の改革、学生支援体制の充実
カリキュラム委員会を設置し、カリキュラム全体の見直し作業中
カリキュラム委員会の常設。必要な規約やマニュアルの過不足の確認。
アウトカム基盤型教育の導入により、学習目標、評価体制は整備されているが、受審の準備は全く行っていない。
WGを設置して検討中である。臨床実習など一部の課題については来年度より先行実施予定。
WGを設置した。
WGの立ち上げとカリキュラムについて改善の実施中である
IRセンター設置に向けて、人事選考等を始めようとしている。
H27年度1年次から新カリキュラムが開始している。
H26年度に準備委員会を立ち上げ、課題の整理と検討を開始した。
Areaごとにワーキンググループを作り検討している。
7月に大学機関別認証評価を受ける予定であり、その準備過程で問題点の洗い出しと改善策を検討している。
2016年度入学生より年次進行で改訂する。
2016年度に新カリキュラムを施行
2015年12月の訪問調査に向けて、8月末までに自己評価書を作成中。
実習時間数の拡大に伴うカリキュラム内容の変更についての検討を進めている。

o)受審についての問題点をお書きください。

臨床実習時間の確保対策
問題点抽出のためのデータ収集が継続している。

本来は各大学が自由に受審の可否について決めるべきであったものが、「全大学右へ習え」になってしまい、拙速な改革が行われようとしていること。特に臨床実習期間については数値目標が示されているために、多くの大学で大幅な実習期間の延長が計画/決定されているが、実習内容の充実が伴わない限り「改悪」になるのではないかと危惧している。

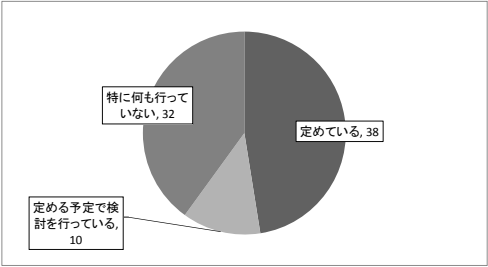
評価内容が各教員に理解できない部分が多く、作業が継続している。
評価の準備等に通常業務に少なからぬ影響がある。
低学年でも実習時間を確保したいが、その場合どの程度のレベルの実習であればよいのかが不明。当然、5-6年と同じレベルではできないので、たとえば大部分をシャドウイングでもよいのかなど。
大学基準協会の受審と合わせると3-4年後に一度受審する事になる。
大学としての個性がプラスに評価されるのか、マイナスになるのか、はっきりしない。
全教員が必ずしもカリキュラムを理解できている訳ではない事
先行の数大学と概ね同様の課題がある。
診療参加型実習の充実
審査を受けるための基準（対応カリキュラムでの卒業生の有無）や受審に係る費用等、明確な情報が足りない。
書類作成に時間がかかる。
準備態勢が未確立
準備に多大な労力を費やす。
授業、実習などの時期を調整するのが困難である。
受審体制の準備は直前の医療の状況の影響を受けることが予測される（感染症の流行があれば十分な対応がとれるかということを懸念している）
受審を検討中です。
受審のための膨大な資料作成
受審に必要な準備についての情報が不足している。
実習内容の充実
自己点検表の作成をどのように行うか
自己点検のよい機会となっているが、きわめて網羅的で対応に苦勞している。
時間のかかる大掛かりな対応が必要な部分もあり、また、カリキュラムの改訂などを行った場合にはある程度の成果が出るのを待たなければならず、受審可能な状態になるまで時間がかかる。
事務職員の不足。
昨年からの新カリキュラムの成果はまだ出ていない。
限られた時間で充分な準備ができるか不安がある。
現在抽出中
経験がないだけに、「膨大な作業量に比較して、実質的な効果があるのか」という教員からの指摘に答えられない。
具体的な進め方がよく分からない。
教員間の共通理解と意識の問題
教員の受審に向かって取り組もうとする姿勢
教員サイドのマンパワー不足、情報不足、学内での周知が浸透していない
教員および事務職員を含めて準備についての人員不足
教育専任部門以外の方たちに参加の熱意
教育の質の問題等
学部内でどの程度協力体制が得られるか。
学部構成員の理解
学内の問題意識の低さと、分野別認証評価の到達目標の不明確さ
学内の受審体制の整備
学生評価基準の改善やカリキュラム委員会の設立等
過度な負担とならないように、効率を高める必要があると考えている。
課題が山積している
医師国家試験との兼ね合いがある。
医学部全体の総意とできるかどうかが一番重大切
医学教育分野別評価基準日本版が、WFMEグローバルスタンダードを基に作られており、注釈があるものの、一部にわかりづらいところがあること。
どのような質が求められるのか、評価基準を見ても不明である。
すでに受審した大学や、受審予定の他大学から情報収集を行う必要がある。
カリキュラム、学生、教員などの評価を行うための事務組織の整備が進んでいない。
アウトカム基盤型教育の構築、臨床実習期間の延長
IRなど準備段階
実習先の確保 ・体制整備のための学内調整

②と答えた方は、
その理由についてお書きください。

受審時期は試行事業の内容を参考に今後検討する予定。
準備ができていない
重要なことと認識している。準備態勢を整えるのが困難であり、他学の成功例を参考にしたい。
受審の是非について検討中であるから。
現在、受審のための検討を行う準備を行っている段階であり、受審時期等未定であるため。

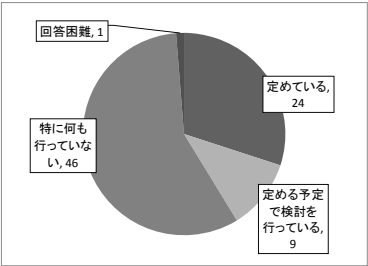
7.教員についてお尋ねします。
7-1. 教員の活動と教育に関する方針を定めていますか？

定めている	定める予定で 検討を行っている	特に何も行っていない
38	10	32



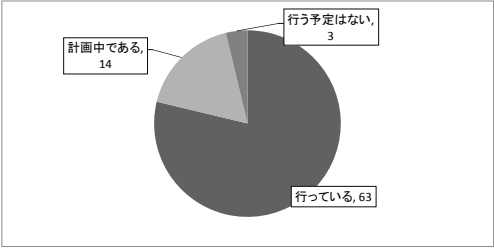
又、教員には、教育、研究、診療、管理運営、社会的活動など多様な役割が期待されていますが、
貴校では教員一人ひとりのエフォート率を定めていますか？

定めている	定める予定で 検討を行っている	特に何も行っていない	回答困難
24	9	46	1



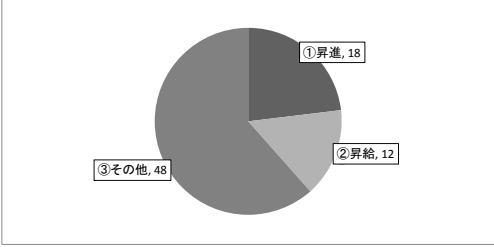
7-2. 教員の教育活動の業績評価を行っていますか？

①行っている	②計画中である	③行う予定はない
63	14	3



①、②、と答えた場合は、評価をどう活用していますか？ あるいはどう活用予定ですか？

①昇進	②昇給	③その他
18	12	48



③と答えた場合は、教員の業績評価について具体的にどのように行っているかお書きください。

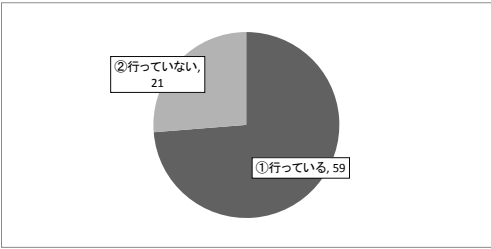
優秀教員表彰(学長から)
評価が良かった教員に優秀教育賞を授与している。
評価が低く特に改善を要する場合には、FD等による改善支援を行う。
表彰制度を設ける。研究費補助金を与える。
任期制教員の任期更新の際の資料として使用している。
任期制教員の任期延長申請の際の資料の一つとして活用している。
任期更新など
多面的評価(教育内容の学生・教員間評価、研究業績、診療実績、獲得研究費、社会的活動)
総合的評価として判断材料にする
上記はいずれも認証基準で要求されているため対応予定ではあるが、具体的な対応方法はまだ決まっていない
賞与への反映
賞与に反映
昇進に必須の項目を置いているが、有効に働いているかは疑問である。
昇給、勤勉手当への反映、教員活動への適切な助言等を行っている。
主に研究業績評価
自己評価の中の項目として加えている。
自己評価のみしか行っていない。
自己評価および上長からの評価により、本人にフィードバックされている。
自己点検評価、任期制
再任審査等
公務員と同様のシステムで賞与に反映させている
検討中である。
契約更新時の参考資料
勤務手当、優秀者の表彰
教員評価に用いている。任期の更新時に評価する。ベストティーチャー賞にも用いる。
教員自身の目標設定・自己評価(業績含む)を行い、任期付き教員の再任評価等の判断項目の一部としている。
教員個人の活動状況について定期的な点検・評価を実施することにより、人材の充実(Faculty Development)、教育・研究の質の向上、組織及び個人の活性化を図ることを目的とする。
教員の評価については、教育活動をはじめ教員活動全体について評価し、賞与に反映させている。
教員の総合評価を年に1回行っているが、その中に業績評価が含まれている。
教員の採用あるいは承認にFD研修の受講状況を記入させている。ただし、採用条件、承認条件にはしていない。
教育実績、業績を報告しているが、どのように活用されているかは明らかにされていない。
教育業績評価を数値化し、一部の昇進人事について判断の目安として用いている。
教育活動面で優秀な教員を表彰。

教育に貢献著しい教員を顕彰する趣旨でBest Teacher's Awardを創設し、教務委員会で受賞者を決定して医学部教授総会で表彰する場を設けている。受賞者は教授総会にて自身の教育活動に関する講演を行う機会が与えられ、副賞として規定に定められた研究費を受領する。臨床実習に関しては、学生全員に対して行われるアンケート評価の結果によるベスト診療科賞を創設し、同様に医学部教授総会で発表する場を設けている。附属病院でも独自に教育に著しい貢献した教職員を表彰するベストスタッフ賞が設けられている。

教育、研究、診療、管理運営、社会的活動等の中で総合的に評価しており、個別の業績を抜き出して、それを評価として、何かしらと連動はさせていない。
学長による面接や任期更新時の評価に利用
学生による講義評価が高い教員、また、臨床実習については、学生の評価の高い担当教員グループを対象として、ベストティーチャー賞を授与する。
学位授与機構の審査
各講座への実験実習費傾斜配分。
一部は賞与、昇給時の優秀者の推薦に生かされている。
一定の評価はできるが、具体的なインセンティブを設定できるかは不透明
ボーナス時に1万円程度のインセンティブを支給
任期制にかかる再任評価において実施している。
年度末の表彰、勤勉手当や研究費の割り増しに活用している。

7-3. 教職員への教育方針の周知を行っていますか？

①行っている	②行っていない
59	21



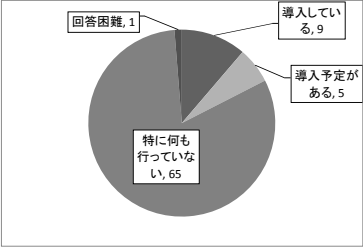
①と答えた場合は、具体的にどのように行っているかお書きください。

名刺サイズのカードに、教育理念、求める学生像、教育目標を印刷したものを教職員は常に携帯している。
毎年作成する教育要項(冊子)に記載して周知している。
本学のホームページに掲載するとともに履修の手引きにも掲載している
定期的なワークショップ。
定期的なWSの開催や教育担当者への様々な実習説明会などを開催している
筑波スタンダード(医学類)を制定している。
地域に根ざした医学教育。
大学ホームページへの掲載、FDでの周知
大学のホームページで公開するほか、医学教育ワークショップ、講習会などを通じて、周知するようにしている。
大学、学部案内に記載・配付。教授会、学科会議、教務委員会での議論、報告を通じて。
全教職員を対象としたカリキュラム特別検討会や医学教育セミナーを開催している。また、学内広報誌を利用して周知している。
前述の教育プログラム毎の専門委員会を構成メンバーによる教育方針の共有とメンバーから診療科教員への周知は行われていると思うが、システマチックに行えている状況にはない。
新任教員オリエンテーション、医学教育に関するワークショップの機会を利用して周知している。
新規採用教員を対象にスキルアップFDを開催し、教育方針について伝えている。
新カリの説明会
授業案内(シラバス)の配布、ホームページに掲載
国際認証の受審に際して、大学の教育の現況とあり方についてFDを実施するようにした。
教授会での伝達、全教員対象のFDの開催(年1回)、リーフレットの配布、アンケートの実施などを通じて周知に努めている。
教授会でのFD、チュータ養成プログラムでの講習、チュータ連絡会、臨床実習情報共有のための会、その他などでの説明
教授会、教育主任会議での周知
教授会、FD研修会等
教授会、FDなど
教育目標や学位授与方針等について、教職員に配布し、提案等を含め内容の周知・確認を書面で行っている。
教育医長会議、教務委員会での教務部長からの周知、および必要に応じて文面での通達。
教育センター会議、学内「医学教育ワークショップ」を通じて周知
教育アウトカム、ディプロマポリシーを平成26年度に設定し、教授総会やFDなどを通して周知を行っている。
学類会議で周知している。
学生便覧(教職員用)に記載
各種委員会(教員連絡会議、教育主任連絡会議等)やメーリングリスト等を用いて行っている
各科で行っている。
医学教育に関するFDを行っている。定期的に連絡会議を開催して、周知している。
医学教育セミナー、教員(教授)総会、新任教員FDなどの各種FD、教員便覧
リトリート等のFD、授業の担当教員会議、教育関連委員会、教授会等において適宜教育方針を周知している。
ホームページ等で周知している。
ホームページ、各種会議
シラバス、ホームページ等で公開している。
シラバス、HP、FD
シラバス
クリニカル・クラークシップの手引きに「臨床研修の到達目標」を明示している。
カリキュラムポリシーをホームページに掲載している。
ウェブサイトなどに周知
HPなどで周知
HPでの公表
FD等を通じて行っている。
FD等を通じて、3つのポリシーやカリキュラムマップの周知を語っている。
FD等を周知徹底をはかっている
FD講演会、医学教育ミニワークショップにて周知を図っている。
FDを通して行っている。
FDワークショップやPBLチューター研修などにおいて、本学の教育方針を踏まえた教育の質の維持や改善などに取り組んでいる。
FDや教授会などで周知している。また、分野別認証のWSなどでも周知している。
FDの開催、ホームページへの掲載。
FDの開催
FDに関する大学のガイドブックによる周知を試みています。
FDでのポリシーの周知及びポリシーに沿ったカリキュラム策定
FDセミナーの開催、本学ホームページ「教育情報の公開」において掲載。
FDセミナーなどで
大学ホームページを活用し、周知している。
「世界トップレベルの医学を京都府民の医療へ」という理念を共有すべく、FDや会議を中心に教員相互に唱導している

7-4. 教員のキャリアサポートについてお尋ねします。

教員キャリアへのメンター制度は導入していますか？

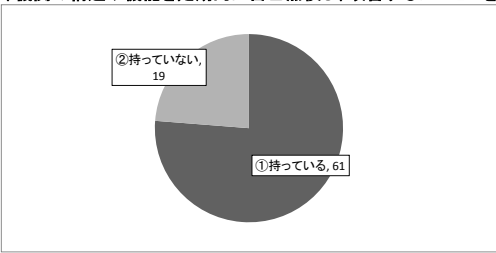
導入している	導入予定がある	特に何も行っていない	回答困難
9	5	65	1



8.機関についてお尋ねします。

8-1. 活力を持ち社会的責任を果たす機関として、機関の構造や機能を定期的に自己点検し、改善するプロセスをもっていますか？

①持っている	②持っていない
61	19



①と答えた場合は、具体的なプロセスをお書きください。

目標を立て、その到達度を自己点検する仕組みを持っている。
毎年自己点検報告書を作成し、逐次改善を図っている。
毎年自己点検・評価を行い、外部評価を受け、改善の方向性を教授会等で報告、周知している
毎年、自己評価・点検委員会を設置し、その委員会を中心に自己点検を行い、学部にてフィードバックをしている。
法人評価の枠組みを利用して、毎年度の組織目標評価による部局評価、6年に一度の現況分析評価を行っている。
認証評価を受けるに当たり、自己点検評価を行っている。
日本医療機能評価機構から、バージョン6.0病院機能評価の認定を受けた。
独立行政法人化以降、外部評価を定期的に行っている
点検評価室を中心として、大学全体としての認証受審
定期的に大学本部を中心に行っている。
中期目標・中期計画に基づく年度計画の実施
中期目標・計画、年度計画等の達成に向けた点検・評価のプロセス
中期計画や年度計画に基づいて毎年自己点検評価を実施している
大学評価規則の規約に則って大学計画・評価委員会が実施する
大学評価機構の評価や総括に連動させて自己点検は行っている。
大学組織等評価委員会にて評価を行っている。
大学全体の自己点検・評価を円滑に実施するため、大学自己点検・評価運営委員会を置き、必要に応じて自己点検・評価の経過を教授会に報告するものとする。
大学全体として、教育・教員評価を行っている。
大学機関別認証評価の受審等を通して定期的な見直し・改善を行っている。
大学基準協会による機関認証評価の受審をしている他、本学では学校法人に自己点検評価委員会が設置され、定期的に自己点検評価が行われている。また、毎年、事業報告書を作成公開し、大学の使命を果たすべき機関としての構造と機能の点検を行っている。

大学の教育研究、組織運営及び施設設備の総合的な状況について、7年以内ごとに認証評価機関による評価を受ける「認証評価」と、国立大学法人評価委員会による大学法人の業務の実績に関する評価である「国立大学法人評価」を受審するために、医学部は業務実績に関する現状分析を定期的に行い、本部事務組織評価・分析課は評価情報の収集分析及び調査統計の総括を行っている。医学教育認証評価に対しては、「国際基準に基づく医学教育認証評価準備委員会」を2014年3月に立ち上げた。

大学の監事監査などが行われている。
大学として目標を定め、中期目標・中期計画や年度計画など細分化した計画を立て、自己評価し、改善している。
大学が7年毎に外部評価を受けると共に、その期間の途中で自主的に医学部として外部評価を受けている。
総合大学であるため、全学的に施行（詳細記載不可）

全学的な自己点検評価の実施については札幌医科大学自己点検評価委員会において審議することとし、学部等における教育研究活動等については、医学部、保健医療学部、附属病院及び医療人育成センター各評価委員会において学部等の自己点検評価を行うこととしている。

執行部会、教授回答で自己点検を行っている。
自己評価委員会を設置し、自己点検・自己評価報告書を刊行しています。
自己点検評価報告書（年報）、5か年長期総合計画（第3次）、大学機関別認証評価
自己点検評価審議委員会による定期的な自己点検を実施している
自己点検評価委員会を定期的に開催し、問題点の抽出を行っている。
自己点検評価委員会の全学的な組織的検討と報告書の作成。
自己点検評価委員会に、各部署からの報告があがるようにしているだけでなく、他学部からの評価を受けるシステムとなっている。
自己点検評価委員会、大学基準協会の相互評価
自己点検評価委員会（常設）により継続的な自己点検を実施して、改善に繋げている。
自己点検評価など
自己点検評価
自己点検委員会を設置している
自己点検・評価報告書の作成
国立大学に課せられた中期目標・中期計画に沿ってPDCAサイクルを回している。
公立大学法人として毎年評価を受けている。また、基準協会による評価、分野別認証などを受けている。
検討委員会を設置し、定期的に会議を行っている。
月1～2回開催される各種会議（補佐会議、学生関連委員長等会議など）におけるプランの討議、システムについては現在も改善中
教授会直属の自己点検評価委員会を設置した。今後は各種のWGを作って改善するプロセスを構築する予定。
教員の自己申告に基づく評価
教員が自己評価を行い、今後の活動に反映させる方法を導入している。
機関別認証評価を受審し、指摘を受けた事項を改善し、継続的に自己点検をするプロセスを備えている。
機関別認証評価を受けている
学内点検組織、評価情報分析室による定期的評価を行なっている。
学則（改訂）に則り内部評価委員会を立ち上げた。
外部評価委員会の点検評価を受けている。
外部評価
医学部自己点検評価委員会による点検。旧島根大学と統合後、本学の体制との整理が未定。
医学部運営委員会、医学教育統轄センター会議、教授会
医学科は機関別認証評価受審および中期目標・中期計画、医歯学総合病院は病院機能評価を実施している。

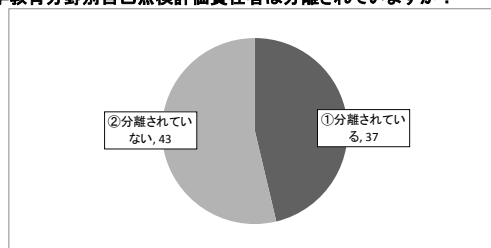
P：大学運営会議（中期目標・中期計画及び年度計画の策定・公表、点検評価結果の反映）、D：学内運営組織（業務の実行）、C：点検評価室（業務の点検・評価、評価結果の報告及び公表）、A：大学運営会議（評価結果の活用、改善方針の決定）、学内運営組織（改善方針の検討及び改善案の策定）

3年ごとに自己点検評価書を作成して公開している
1年ごと、6年ごとの中期計画の自己点検・評価に際して実施している
医学教育センターを設置し、現在、検討中である。

「金沢大学企画評価会議」を設置し、中期目標、中期計画及び年度計画に係る企画・立案業務、法人評価、認証評価及び自己点検評価について総合的に対応する学内体制を整備している。冊子「教育と研究の歩み（医学系および医学類）」を2年に一度発行している。

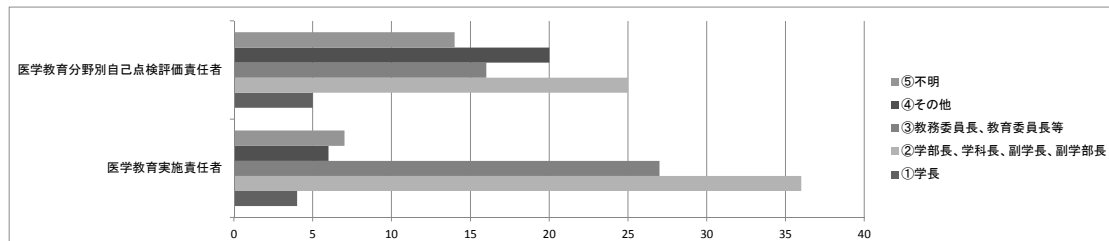
8-2. 医学部での、医学教育実施責任者と、医学教育分野別自己点検評価責任者は分離されていますか？

①分離されている	②分離されていない
37	43



又、具体的に、医学教育実施責任者と医学教育分野別自己点検評価責任者が誰かについてお書きください。

	①学長	②学部長、学科長、 副学長、副学部長	③教務委員長、教 育委員長等	④その他	⑤不明
医学教育実施責任者	4	36	27	6	7
医学教育分野別自己点検評価責任者	5	25	16	20	14



9.そのほかの取組についてお尋ねします。

多様な医療ニーズ、超高齢社会に対応するための取組についてなど、貴校がされている、特徴的・先進的な取組があれば記載をお願い致します。

臨床英語教育の推進
北名古屋市、長久手市との包括的連携をし、大学として何ができるか協議中
"平成26年度に文部科学省グローバルアントレプレナー育成促進事業(EDGEプログラム)に採択され、医工連携に特化したプログラムを推進している。"
平成26年度に課題解決型高度医療人材養成プログラムとして「北陸認知症プロフェッショナル医養成プラン」が採択され、社会の高齢化に伴う認知症対策の担い手の育成に本学が中心となって力を入れている。
特になし
超高齢社会対応を見据え、医歯学融合教育の科目として「老年医学」を行っている。医歯学融合教育は医学部学生と歯学部学生が融合して行われている講義である。
超高齢化社会に対応するために、認知症先端医療センターを創設し、診療、教育、研究を重点的に行っている。
地域包括ケア教育センターを設置し、福祉系の教育課程を有する大学と連携教育を行うなど、関連の取り組みを行っている。
地域住民への市民講座。
地域医療実習を必修とした。

地域医療研修では、東日本大震災後の地域医療の復興に向けて地道に努力している医療人の活動を学生は肌で感じています。また他職種連携教育を1、3、6年でおこなっています。これらは、先進的というものではありませんが、被災県の医療系総合大学である本学ならではの特徴的教育だと思います。

地域医療教育ユニットを設置し専任教員2名を配置し、地域医療実習の充実を図っている。

地域医療の充実のため、臨床実習学生を長崎大学および徳島大学の臨床実習に派遣している。また、長崎大学および徳島大学の臨床実習学生を新潟大学の臨床実習で受け入れている。平成27年6月1日開設の新潟県立魚沼基幹病院に新潟大学医学科から特任教授を約30名派遣し、研修医を教育し、地域医療の質的向上に貢献する予定である。

地域・へき地での実習、リハビリテーション病院での臨床実習の必修で行っている。1年より社会的視点を涵養する科目があり、高齢化や予防医療の必要性について議論している。4年のチーム医療教育では急性期から慢性期、在宅や終末期の医療について事例検討し、ロールプレイも行って理解を深めている。4年の地域・総合・症候ではチュートリアルで認知症を含めた事例検討を行っている。

総合診療能力の育成を目指した卒前カリキュラムとして1週間の「高齢者医療体験実習」を平成27年度から3年次に導入しており、初期臨床研修における「へき地医療プログラム」の必修化や、レジデントにおける「総合診療コース(総合診療専門医修得コース)」と連携して総合診療医の育成を行う体制を構築している。

専門職連携教育、IPE
新たな医療ニーズへの対応として、平成26年4月に総合診療医学教室など5教室を設置し、教育・研究体制の強化を図った。
現代GPで始めた5年生9月第1週目週間の合宿を含む地域滞在型実習を必修として位置づけている。

研究室配属を3年次年後に1年間かけて実施することで研究力の育成をはかっている。医学科4年次に退学し、3～4年間の大学院博士課程を経て、医学科5年次に復学するMDPhDコースを設けており、毎年1-2名の進学者がいる(このコースは米国と同様のシステムである)。

英語力アップのモチベーションを上げるため、医学科の1年生、2年生全員にTOEFLの受験を義務化し、高得点者を表彰する制度が始まった。
医歯薬保健医療各学部の垣根を超えた連携教育を行なっています。
医科学専攻博士課程に総合診療医指導者育成コース、同修士課程に地域包括ケア人材育成コース、地域医療支援コーディネータ養成コースを開設し、現在看護学博士後期課程「超高齢看護学」を設置申請中である。
医・薬・歯・リハの4学部合同チーム医療演習、エホバの証人など多様な価値観を持つ方と討論する講義
メディカルスタッフの指導による多職種連携教育
プロフェッショナルリズムとIPEを組み合わせたケアマインド教育を通年でやっている。
シミュレーション教育に力を入れている。臨床実習の半分以上の科で取り入れている。
かつてGPで支援を受けた地域密着型医療教育システムを継続して実践している。救急災害センターで学生たちが医療ボランティアを行っている。

"いわゆる地域枠の学生に対して、地域医療関連の講義、実習を充実させることで、地域医療ニーズに対応できる人材の育成を図っている。医学研究室配属(自由選択科目)の履修者が一定の要件を満たした場合は、卒後臨床研修と大学院(基礎系)の併修が可能となるコースを整備している。"

4年生(選択)、5年生(必修)、6年生(地域枠学生選択)において、超高齢社会の地域をモデルに、多職種連携教育を行い、医学生その他、薬学、看護、リハビリ等の学生が参加している。学生の成長段階に応じて、paper patient, simulated patient、そして、地域在宅現場におけるreal patientの協力を得て、患者の評価、治療、療養計画の作成、患者・家族への提案を、実習として行っている。多職種の理解やチームワーク能力の向上といった成果が得られているが、実際の患者さんと自宅への訪問は、学生に強いインパクトを与えている。

4学年の完全型チュートリアル教育で、入院・診断・治療・多色連携・在宅医療・医療訴訟といった担当医となった時に遭遇する一連のシナリオを1ヶ月間かけて学びます。
①大学と地方自治体の協力による三重県下全市町村で実施する地域基盤型保健医療実習(海外大学との地域医療教育に関する研究成果の活用)
②国際通用性のある医師、広い視野で地域医療を推進する能力を持つ医師を育成するために大規模な海外臨床実習(第6学年次に約60名が海外実習に参加。1年から6年まで継続して海外の医療現場で実習できる機会の提供;早期海外体験実習→海外リサーチインターシップ→海外臨床実習)

①先進的地域医療実習、②文科省による未来医療研究人材養成拠点形成事業"発明家"の実践
医学部におけるチュートリアル教育の充実や国際外部評価受賞など、教育内容や方法の充実に努めている。・女性研究者や女性医師に対する復職支援等、社会貢献に注力している。
27年度より、BSL期間中に地域医療実習(2週間)を取り入れた。

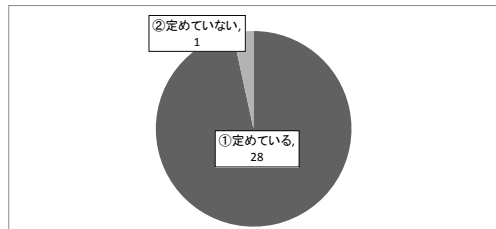
医学・歯学教育ワークショップ事前アンケート <歯学> 集計”速報版”

回答大学数 29

1. 入学時の選抜方法や方針について

1-1. 大学の個性・特色、ディプロマ・ポリシーやカリキュラム・ポリシーを踏まえたアドミッションポリシーを明確に定めていますか？

①定めている	②定めていない
28	1



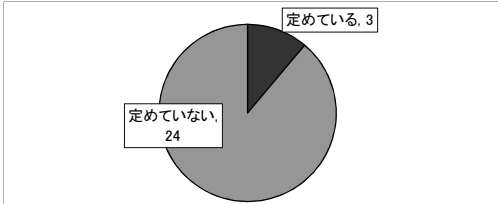
1-1. 具体的な取組内容

- ・歯科医師は口腔の健康管理を通して心身の健康管理に寄与し、人々の生活の質を高める職業である。
- 北海道大学歯学部では、歯科医療の高度化と専門化及び高齢化の進む社会において国民の期待に応える歯科医師を養成するために、歯科医療を通して人の生活の質を向上させることに奉仕したいと考えている学生、歯科医療に関する専門的な知識や技術を習得するだけでなく、医療人としての倫理観や高い人間性を獲得したいと考えている学生、同時に多数の教科を学ぶことのできる柔軟な学習能力を持った学生を求めている。
- ・【アドミッションポリシー】
- 歯学部は、単に歯科医師の養成にとどまらず、論理的な思考力を身につけ、各分野で指導的立場となる人材を育成することにあります。歯科学の知識や技能を十分に修得できる基礎学力を有する人、問題解決や知識追求に対する意欲を持ち常に前向きに考え行動する資質を有する人、幅広い視野と柔軟な感性を有する人、医療に携わる者として豊かな人間性を備えた人を求めています。
- ・【ディプロマポリシー】
- 歯学部は6年以上在学し、全学教育科目49単位以上、専門教育科目152単位以上（共用試験（CBT・OSCE）を含む）、合計201単位以上を取得し、豊かな教養と人間性、高い倫理観を身に付けた学生について卒業を認定する。
- ・【カリキュラムポリシー】
- 歯学部は、医療人、研究者としての基本的素養、すなわち豊かな教養と人間性、高い倫理観を備え、「科学する心」を持って知的探求を行い得る高度専門職業人としての歯科医師、教育研究者を育成養成することを目標とし、基礎歯学と臨床歯学の統合を希求する「臨学一体」を基本理念とする。歯学部では、これらの目標、理念に基づき、以下の方針でカリキュラムを実施している。
- 1. 入学直後の1年次には、歯学を勉学する意欲の動機付け（early motivation）と歯科医療現場の早期体験（early exposure）を支援する。
- 2. 豊かな教養と人間性、高い倫理観を涵養するため、全学教育科目と専門教育科目間の有機的な連携を重視する。
- 3. 専門教育科目では、「臨学一体」を基盤とするカリキュラムを通して、科目間の有機的な連携を重視する。
- 4. 「臨床実習」に先立って、基礎系の研究分野で実施する、英文論文抄読から研究立案、実施、発表に至る一連の研究過程を経験する「歯学基礎演習・基礎研究実習」を通して「科学する心」を育む。
- 5. 5、6年次では、「一口腔一単位」、「全人的歯科医療」を基盤とする診療参加型の「臨床実習」を通して、次代を担い得る高度専門職業人を育成する。
- ・教育理念
- 豊かな人間性を有し、使命感をもって全人的な歯科医療を実践し、国民の健康維持・増進に寄与するとともに、国際的視野から歯科学・歯科医療の向上に貢献できる指導者を育成する。
- 教育目標
- 1. 幅広い教養を身につけ、歯科医師としての豊かな人間性を培う。
- 2. 基本的な科学の原理と概念を理解し、生命科学の知識を修得する。
- 3. 科学的探究心を持ち、自ら問題を発見し、解決する能力を身につける。
- 4. 全身を理解した上で、口腔領域の疾患の予防、診断、治療に関する知識と基本的技術を修得する。
- 5. 社会における歯科学・歯科医療の役割とその重要性を理解する。
- 求める学生像
- 1. 豊かな人間性と他人に対する思いやりのある人
- 2. 柔軟で幅広い視野をもっている人
- 3. 歯科学・歯科医療に興味を持ち、それを十分に修得できる基礎学力のある人
- 4. 問題解決や知識追求に対する意欲を持ち、行動力のある人
- 5. 歯科医療を通して国民の健康維持・増進に貢献したい人
- 6. 適切な社会性を持ち、指導的役割を果たせる積極性のある人
- 入学までに身につけておいて欲しいこと
- 高等学校で学習する全ての教科の学力を幅広く確実に身につけてください。このことが入学後の歯科学教育の土台となります。特に、大学受験で選択しなかった理科学科（特に生物）の基礎学力を身につけてください。また、将来、国際的視野をもって活躍し、最先端の生命科学を修得するには、高い英語の学力が求められますので、英語能力の向上を常に目指してください。そして、普段から、社会や医学・医療に関心を持ち、幅広い知識を蓄え、自分の意見を持ち、それを明確に伝えられる表現力、医療人に求められる高い倫理観と信頼される人間性を身につけるように心掛けてください。
- ・1. 歯科学・歯科医療・口腔生命科学の研究に対する高い目的意識 2. 患者の痛みや苦しみを理解できる人間性 3. 主体的に課題に取り組む態度と強い学習意欲 4. 地域貢献・国際貢献への熱意
- ・健康科学に貢献できる創造力を備えた歯学研究・歯科医療分野における次世代のリーダー
- ・文系、理系を問わず、次のような熱意のある人を求めています。
- 学教育を受けるに十分な基礎学力を持っている人
- 他人を思いやる優しさや高い倫理観を持っている人
- 何事にも意欲的に取り組むことができる人
- 生命、健康科学に強い好奇心と探究心を持っている人
- 歯科医師として国民の健康、福祉・介護、さらには国際医療に貢献したいという明確な目的意識を持っている人
- 学後の学修のため、高等学校段階までに習得してもらいたいこと
- 高校では特定の科目に偏ることなく、授業に意欲的に取り組んでください。知識を習得するだけでなく、様々な社会の問題に関心を持ち、そして自分の考えをもって行動する姿勢は、歯学分野において社会に貢献するための基礎となる全人的な能力の育成に必要な不可欠なものです。
- ・ディプロマポリシー
- 歯学プログラムでは、専門職の歯科医師としての基礎知識、技能、態度を修得し、さらには科学的思考力と創造性を発揮しうる人材を養成します。
- そのため、本プログラムでは、以下の能力を身につけ、教育課程の定める基準となる単位数を修得した学生に「学士（歯学）」の称号を授与します。
- ・高度な医療技術と学識、豊かな人間性を備えた歯科医師となり、先端の歯科医療を推進すべく教育者・研究者となることができる。
- ・社会の変化や科学の進歩に対応して、深い思考と独創的な視点、豊かな想像力と問題解決能力を基盤に、地域医療や歯科学分野のリーダーとして社会に貢献できる。
- ・異文化・異領域への共感と理解を深め、自己の見解を説得的に主張できる学際的な医療人として国際社会で活躍できる。
- アドミッション・ポリシー
- 歯学部では、豊かな人間の教養を備えと同時に、幅広い知識を統合して問題解決を図ることができ、地域社会や国際社会に貢献できる人材の育成を目指しています。そこで、「歯学プログラム」を履修できる人材として、次のような学生を求めます。
- (1) 高等学校までの基礎的学力を幅広く身につけ、既存の学問分野の枠を越えて、より広い視野で世界を見ようと考えている人
- (2) 知的好奇心に満ち、自ら問題を発見し、その問題の背景を理解し、問題解決の道を洞察しようとする意欲を持つ人
- (3) 入学段階で人としての豊かな感性、倫理観、協調性、相互扶助の精神にたけ、人体特に口腔や顔面に対して人一倍関心がある人
- (4) 将来、歯科医療人として地域や社会のリーダーとなり、あるいは国際社会をリードする生命科学者や国際医療人となり活躍することを目指す人
- ・生命科学に興味と情熱を持ち、人間的な優しさをそなえた歯科医師・歯学研究者をめざす人（歯学科） 人間的な優しさをもち、口腔保健及び福祉の専門知識と技能を身につけ健康長寿の推進に貢献できる（口腔保健学科）
- ・当学部はアドミッションポリシーを「九州大学歯学部では、学力に優れていることに加え、秀でた人間性、社会性、国際性を有し、医療福祉の観点から奉仕精神や利他主義に基づく高い倫理観を有し、自律的な学習を指向する人材を求めています。」と、定めています。カリキュラムポリシーの中で、「歯学・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します。」あるいは「歯科医師あるいは歯学研究者としてのキャリアを継続し、生涯にわたり自己研鑽を継続する意欲と態度を有します。」など、研究志向と自律的学習能力並びにモチベーションを持った歯科医師、歯科学研究者を育成することと定め、関連付けています。
- ・歯科口腔医学、歯科口腔医療に対する強い関心と明確な目的意識並びに使命感を持っている
- ・コミュニケーション能力と協調性に富んだ奉仕の精神を持っている
- ・修学に要する基礎学力を有している
- ・AO入試では、将来我が国の最先端歯科口腔医療、歯科口腔医学または歯科口腔医学教育を担うことを目指し、本学部卒業後、大学院医歯薬学総合研究科（歯学系）に進学するための、歯学研究コースを履修する人を求めている
- ・1) 生命への強い関心、人間としての優しさ、奉仕精神 2) 歯科学の知識や技能を十分理解・修得できる基礎学力 3) 歯科学に興味を持ち、科学的探究心に富むこと 4) 幅広い視野と柔軟な感性を持ち、常に考え行動する資質
- ・豊かな人間性とコミュニケーション能力を有し、自ら新しい課題に意欲的に取り組む姿勢と明確な目的意識を持ち、生涯を通じて学習意欲を持続できる人であり、歯科医師として国民の健康増進および国際社会に貢献しようという強い意欲を持った人を入学者として求めている
- ・「21世紀の新しい健康科学の構築」を追求し、社会の要請と期待に応えるため、保険と医療と福祉に関する高度の研究に裏打ちされた良質な教育を行います。その教育を通して、チーム医療をはじめ地域社会や国際社会に貢献できる自立した専門職業人を育成する事を目標としています。そのため、本学では次のような人材を広く求めています。1. 入学後の修学に必要な基礎的学力を有していること。2. 協調性や基礎的コミュニケーション能力を有していること。3. 生命を尊重し、他者を思いやる心があること。4. 保健・医療・福祉に関心があり、地域社会ならびに人類の幸福に貢献するという目的意識を持っていること。5. 生涯にわたって学習を継続し、自己を磨く意欲を持っていること。
- ・「医療人たる前に、誠の人間たれ」の建学精神のもと地域医療に貢献する（協調性、積極性）に富み、生涯学習および国際社会への対応可能な）医療人育成
- ・入学までに身に付けてほしいこと
- 1. 高等学校までの基本的な国語、英語を理解していること

2. 高等学校までの基本的な数学、理科を理解していること
3. 与えられた学習をこなすのではなく、自ら取り組む学習習慣を身に付けていること
- 入学までに身に付けてほしいこと
1. 基本的なコミュニケーション能力と歯科医師としての思考
2. 高等学校までの基本的な国語および英語(Ⅰ・Ⅱ)の知識
3. 高等学校までの数学(Ⅰ・Ⅱ・A)、物理基礎・物理、化学基礎・化学、生物基礎・生物の中で、
4. 1科目以上の基本的な知識と与えられた学習をこなす能力と自ら取り組む学習習慣
5. 他者を思いやる心
- ・1 明海大学の建学の精神を理解し、高い倫理観を持ち国際未来社会で活躍できる歯科医師となる意欲を有する者
 - 2 生命科学及び自然科学に関心をもち、探究心と広い視野・深い分析的思考をもつことに意欲と能力を有する者
 - 3 自分の考えを明確に説明ができ、他人の考えを深く理解する意欲と能力を有する者
 - 4 医療人としての人間性の涵養を図るための学修と実践に努力する意欲を有する者
 - ・ディプロマ・ポリシーやカリキュラム・ポリシーを踏まえ、医療人としての倫理観や高い人間性を、常に向上心をもって追求しようとする意欲のある者を求めている。
- ・本学では、以下のアドミッションポリシーを策定し、入学試験要項およびホームページで公開しています。
- ◆次のような受験生を求めます。
1. 歯科医学に対して高い勉学意欲を持つ人
2. 本学に対する明確な志望動機を有する人
3. 高校の学業において、数学や理科(物理、化学、生物)など自然科学の基礎知識を持ち、文系科目(国語、社会、英語)も幅広く履修した人
4. 社会に対する十分な理解と基本的なコミュニケーション能力を持つ人
5. 1年次の全寮制共同生活・学習に積極的に取り組める人
- ◆次のような選抜方針で入学試験を実施します。
- 【推薦入試】
1. 基礎学力テスト:英語、数学、理科(物理、化学、生物のうち2つ)の基本的な学力を有するか判定します。
2. 小論文: 科学の基礎知識や良好な倫理観、問題文の読解力、および解答を明確な分りやすい文章で表現できるかなどを判定します。
3. 面接: 歯科医学に対する高い勉学意欲と本学に対する明確な志望動機のほか、社会に向き合う態度、基本的なコミュニケーション能力、個性や才能等を重視します。
- 【一般入試(選抜試験Ⅰ期・Ⅱ期)】
1. 学力試験:英語、数学、理科(物理、化学、生物のうちひとつ)について十分な基本学力を有するか判定します。
2. 面接: 本学で歯科医学を学ぶにあたっての動機や意欲のほか、社会に向き合う態度、基本的なコミュニケーション能力、個性や才能等を重視します。
- 【大学入試センター試験利用入試】
1. 学力試験:「大学入試センター試験」の結果をもとに、英語、数学、理科(物理、化学、生物のうちひとつ)について十分な基本学力を有するか判定します。
2. 面接: 本学で歯科医学を学ぶにあたっての動機や意欲のほか、社会に向き合う態度、基本的なコミュニケーション能力、個性や才能等を重視します。
- 【編入学試験】
- 大学の所定単位取得者および短期大学の卒業者に歯学以外での知識や技能を活かして歯科医療における専門能力をより高める機会を提供することを目的として、2年次への編入学を実施しています。
1. 学力試験:英語または数学、理科(物理、化学、生物のうちひとつ)の基本的な学力を有するか判定します。
2. 小論文: 科学の基礎知識や良好な倫理観、問題文の読解力、および解答を明確な分りやすい文章で表現できるかなどを判定します(編入学試験Ⅱ期では、小論文試験を実施しません)。
3. 面接: 歯科医学に対する高い勉学意欲と本学に対する明確な志望動機のほか、社会に向き合う態度、基本的なコミュニケーション能力、個性や才能等を重視します。
- ・歯科医師となる目的意識と強い意欲をもち、自己の目標を実現できるよう努力する者。
- 本学部で学んで行くうえで必要な基礎知識(学力)を有し、卒業後も生涯にわたり学習意欲を持続できる者。
- ・(Ⅰ) アドミッション・ポリシー(入学者受入れ方針) ア 歯科医学を通じて社会に貢献したいという目的意識を持っている人 イ 歯科医学を修得するための基礎的な学力とコミュニケーション能力を兼ね備えている人 ウ 自主的に学ぶ姿勢と、論理的で柔軟な思考力を持つ人 エ 他人に対する思いやりを持ち、社会的責任感が強く奉仕的精神を備えた人
- ・(Ⅱ) カリキュラム・ポリシー(教育課程編成・実施方針) 6年間に教養科目、外国語科目、保健体育科目、準備教育科目、専門科目(医療行動科学領域、基礎形態機能学領域、分子生物学領域、病態基礎医学領域、社会系歯科医学領域、臨床歯科医学領域、総合医学領域、歯科医学総合講義領域、臨床実習領域)を配し、多くは統合型講義としている。実施方針としては、現代の高齢社会に適応する障害者歯科学、高齢者歯科学を、そして食育に応える栄養学を充実させている。また、1～6年次に亘り「医療行動科学1～9」を設置し、対人関係能力や医療人としての人格を備えた全人的な歯科医師を育成している。
- ・(Ⅲ) ディプロマ・ポリシー(学位授与の方針) 6年間を通じ、歯科医師としての基礎知識・技能の修得と対人関係能力や医療人としての人格を備え、本学部のカリキュラム・ポリシーに基づいた各分野の授業科目をすべて履修し、所定の単位を修得した者に学士(歯学)の学位を授与する。同時に教育研究上の目的として、歯科医学の発展のために積極的に研究活動に参加し、その成果を国内外の学会へ公表することを通じて、研究力を高め、さらに国際人としてのグローバルセンスを養うことを目指している。
- ・1) 幅広い教養と倫理観を持つプロフェッショナリズムを備えた医療人として行動する。
- 2) 根拠に立脚した歯科医学知識を生涯学び続け、患者の問題を発見し解決する。
- 3) コミュニケーション能力を身につけ、医療の多職種と良好な連携関係を構築する。
- 4) 超高齢社会に対応した地域完結型医療の必要性を説明する。
- 5) 専門に偏らない幅広い知識を身につけ、その基本的技能を実践する。
- 6) 健康増進と疾病予防について全身の関連も踏まえて説明する。
- 7) 国際化を意識する。
- ・十分な学力と高い目標意識をもち、相手の気持ちを理解できる人間性豊かな人
- ・ Curriculum Policy
1. 幅広い教養と豊かな愛着の習得
2. 基礎医学の知識の習得
3. 臨床歯学の知識と技術の習得
4. コミュニケーション能力の習得
5. 自己学習能力と生涯学習能力の習得
6. プロフェッショナリズムの醸成
- Diploma Policy
1. 社会人としての基本的な知識と幅広い教養力及び医療人としての倫理観を持ち、国際化に対応するための能力を有する。
2. 医療人としての問題発見と解決能力を有する。
3. 歯科医師としての高度な専門的能力を有する。
- ・本学が求める学生は、本学教育理念を理解し、社会に貢献できる歯科医師を目指す方、また、様々な学習歴や社会経験を積んだ学習意欲の高い方にも広く門戸を開いています。受験にあたっては、英語、数学、理科について幅広く学習し、習得し、さらに、国語、社会などにも広く興味をもっていることを望みます。試験入試(センター試験利用含む)、推薦入試、編入試を行います。すべての試験で面接を行い、歯科医師としての適正や学習意欲を評価します。
- ・実習時間の見直し、自験症例項目・内容の見直し、ログブックやポートフォリオの導入による評価方法の改善
- ・基本的モラル、感謝と思いやりをもち、歯科医療に使命感をもって実践できる人をもとめ、AO入試では地域枠を設定している
- ・大阪歯科大学は2011年に創立100周年を迎えました。この歴史的歩みのなかで、歯科界に多くの優れた人材を輩出してきました。私たちは、先輩が築いた礎を守りながら、建学の精神と歴史に裏付けられた教育方針に沿って、新時代の歯科医療を担う次世代のような人材の養成を目指しています。
- ・歯科医師として社会に貢献し奉仕する使命感と気概を持つ人 ・専門的知識、技能、態度を修得するために着実に努力する人 ・国際的な視野に立って歯科医学の発展と歯科医療を担う熱意のある人
- ・口腔医学の修得に必要な基礎学力のある人等

1-2. 身体に不自由がある学生の入学について方針を定めていますか？

定めている	定めていない
3	24



1-2. 具体的な取組内容

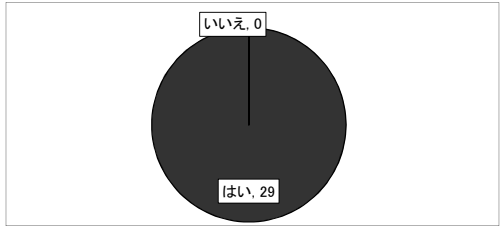
- ・平成25年4月1日付で「北海道大学における障がいのある学生への支援に関する指針」が総長裁定されている。
- 受験上の配慮は入試要項にも記載されており、また入学後の修学上の配慮については、学生の障害の程度や形態もさまざまなため、各学部と特別修学支援室とが連携(情報共有)し、具体の支援を決めていくことになる。
- ・全学的な方針として「身体等に障害のある者の入学者選抜及び就学等に関する相談の指針」があり、具体的に下記の通り規定されている。以下、前述の指針より抜粋。
- 「第2 志望学部、志望研究科及び志望専攻科(以下「志望学部等」という。)並びに所属学部、所属研究科及び所属専攻科(以下「所属学部等」という。)の役割
- 1) 身体等に障害のある者の相談には、出願受付開始日前の一定期日までの間に行うもの(以下「試験前相談」という。)&、合格発表後できるだけ早い時期に行うもの(以下「合格後相談」という。)&があり、いずれも申請のあった志願者に対し、志望学部等又は所属学部等がこの指針に基づき実施する。また、入学後に支援の申請が出された場合も、所属学部等がこの指針に基づき合格後相談を実施する。
- 2) 志望学部等は、試験前相談において、志願者から提出された申請書をもとに、受験上特別な措置を具体的に明らかにするとともに、入学後に必要とされる就学等の特別な措置や配慮について、その概要を説明する。
- 3) 所属学部等は、合格後相談において、前項の措置を踏まえて、入学後に必要とされる就学等の特別な措置や配慮について、速やかにその準備を開始するための具体的な措置を明らかにする。また、教養教育科目及び専門教育科目の履修の仕方に関して当該学生と相談し、柔軟に対応する。」受験上及び修学上の配慮を事前に相談を受ける。(入学者選抜要項記載)
- ・具体的方針・規定は定めていないが、入学に関して事前に相談があった場合には、オープンキャンパス等における面談を通じて状況を把握し、個々に対応をしている。

2. 教育プログラムについて

2-1. 能動的学習 (active learning) や、臨床実習中のEBM教育、行動科学、基礎研究活動・実習について

①能動的学習 (例:問題解決型学習 (PBL)、チーム基盤型学習 (TBL)など)

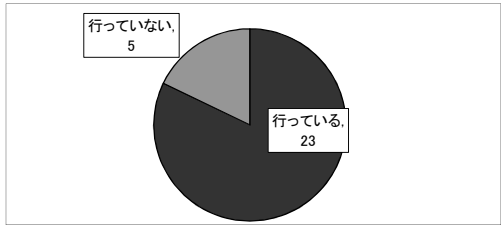
はい	いいえ
29	0



科目名	学年	学習方法・効果
歯科学概論全人教育演習1, 2	2	チュートリアル
歯科臨床ゼミ	5	症例シナリオに基づくPBL-チュートリアル形式のゼミ・問題発見能力、情報収集能力、問題解決能力の育成
32科目 (43科目中)	複数学年	
顎顔面診断・治療学	5	PBLチュートリアル
臨床実習	5, 6年	PBLによる症例検討、ならびに症例発表会にて自身の症例についての発表を行う。
PBL	1, 4, 5年	少人数での問題発見解決型教育 (所謂、チュートリアル教育として)
教養ゼミ他	1	IPE教育として3専攻合同のPBLを行っており、自学習館の獲得とプロフェッショナリズムの芽生えにつながっている。
チュートリアル授業	5年	(学習方法)1つの課題を2日間で討議し、3日目には各グループごとに学習内容について学生自身がプレゼンテーションを行う。4日目に課題責任者がフィードバックを行う。(効果)少人数グループの学生全員が当事者意識を持ち、学習法を学び、使える知識を得ることができる。さらに、グループ学習を行うことでコミュニケーション能力を向上させることができる。
歯学総論歯科矯正学	2, 4, 5, 6	現在の在校生では2年生でPBL、4, 5, 6年生でTBLを実施中。特に5, 6年生については2学年合同の屋根瓦方式で実施している。PBLでは各セッションの最後に口頭によるふりかえり(リフレクション)、TBLではピア評価(相互評価)を実施しており、学習者の自律性を涵養している。3年前の開始当初は高学年での導入に反発もあったが、現在では、時間外学習時間の増加傾向など、良い効果も現れていると考えられる。現在、授業評価アンケートや成績評価による効果の検証を実施中。
モジュール科目、統合科目	1,2(モジュール)、4,5(統合)	現代社会の課題となっているテーマから選択し、それを徹底的に学ぶことで社会が求める能力を育成する(モジュール)、PBL学習を9科目で行っている(統合)
早期臨床体験実習	1	ワークショップ、SGDを通じて、医療への理解、医療者の役割を認識している。
感染と免疫Ⅲ、Ⅳ	3,4	PBL、チュートリアル
医療基盤科目	1	個体差健康科学・多職種連携入門でチーム基盤型学習を行うことにより、歯科医師と多職種との関わりについて積極的に議論する力が身に付いた。
臨床実習	5	各診療科症例検討会の自発的参加、各学生担当患者のケースプレゼンテーションおよびグループ討議
PBL	5	歯科麻酔学、冠橋義歯学などの臨床実習で取り入れている
歯学基礎ゼミ	1	チュートリアルシステムにより、学生自らが課題を決定し、取り組むことにより、歯科医師に必要なものは何かを理解し、研鑽意欲の向上を図る。
歯科医療管理学(社会保障制度)	4	SGDによる問題解決学習
問題解決	3	PBL
チーム医療と口腔医学Ⅰ、Ⅱ	3,4	講義と一部PBL(SGD)
口腔内科	5	講義とe-learningの融合型授業
自主創造の基礎1	1	問題解決能力を養うため、アクティブラーニングを通したグループ学習を行っている。効果:学生は、能動的学習手法を身につけ、その後の授業への受講姿勢にも反映できている。
自主創造の基礎1・2	1	少人数グループ制により学生の参加型授業を実践し、学ぶ姿勢を修得する。
PBL	1,5	効果)自主導型学習が育まれている
歯科症候学演習	3	PBL
歯科医学入門	1	PBLチュートリアル
医療人間科学	1,2	SGD歯科医師としてあるべき姿を討議しプロダクトを作成
PBLセミナー	1	少人数による問題解決型教育
基礎ゼミ	1	TBL方式によるテーマを解決する。グループ学習とコミュニケーションの確立。
歯科学入門	1	チュートリアル/全体討議形式のPBL(27年度スタート新カリキュラムで)
総括講義	6	クリッカーを使用し、1問1答形式の問題を提示して学生の理解度を測り、離開度の低い内容について解説を行う。重要事項の理解度向上に役立つ。
介護宿泊実習	3	介護体験を通じ認知的、倫理的、社会的能力、教養、知識、経験を含めた汎用的能力の育成を図る。

②臨床実習中のEBM教育

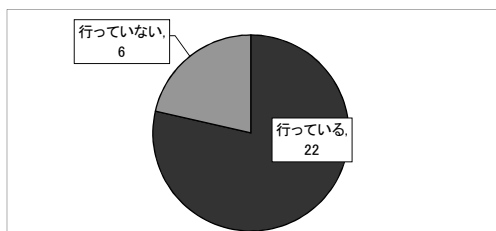
行っている	行っていない
23	5



科目名	学年	学習方法・効果
臨床講義1, 2, 3		
臨床実習	5・6	適時、症例に即したEBMに関して実習レポートで提出
包括臨床実習	5・6	臨床実習を通して個々の患者の症例に、常に指導者がEBM教育を行っている。必要に応じてレポート課題を与えている。
臨床実習ⅠⅡⅢ	5～6	診療前レポート、診療中の指導および診療後のポートフォリオによるフィードバック
臨床実習	5, 6年	各科での治療計画作成、および症例検討会の準備時などに随時行っている。
PBL	5年	臨床実習直前のPBL教育として(文献検索から臨床決断)
バイオデンタル教育	5	5年生後期のバイオデンタル教育専門コースワークの中で、臨床に対するEBMのためにどのような研究をすべきかあるいはどのような検査機器を使用すべきかなどの観点から演習を行っている
臨床実習	6	一部の診療科で臨床論文の抄読会を実施し、EBMの一次資料としての学術論文の読解法を指導している。
臨床歯学セミナー	5	臨床の基礎から最先端までをオムニバス講義形式で行い、臨床実習生に必要な情報を提供することができる
臨床実習	6	医療実践の基盤となるエビデンスへの理解が促進されている。
クリニカルクラッシュⅡ	5	EBM検索のための講義およびコンピューター演習、症例におけるEBMを考慮した治療計画の作成
臨床実習Ⅰ	5	課題レポートや症例検討会を通じて学習する。
ER実習	5	臨床実習中に基礎で少人数Evidence Research実習を行う
保存系歯学(総診)	5	総合治療計画立案に伴い、EBMの応用の仕方を示説
臨床歯科学Ⅱ	5	必修症例実習による自験を通して、医学的根拠に基づくチュートリアル学習を行っている。効果:自らが医行為を行う上で基礎となる知識・態度・技能を身につけている。
医療行動科学9	6	歯科医学に関する研究マインドの育成を図るために、歯科医学情報の収集と解釈に必要な基礎的英文読解能力と臨床症例を分析し、その結果の発表に必要なプレゼンテーションスキルを修得する。
ローテート研修	5	効果)高頻度歯科疾患の診断・治療にEBMを考慮している
臨床実習全般	5	ケースレポート提出時の文献検索
臨床実習講義	6	診療ガイドラインの説明
臨床実習	5	各科において行っている
臨床実習	5	カンファレンスにおける過去症例や文献などで比較しながら考えを確立させる。
総合講義	5	講義・具体的な効果は未測定
各診療科での症例カンファレンス	5	各診療科で行われている症例カンファレンスに参加し、疾患の原因、発症機序、予防を理解するための基礎知識を統合し、各種疾患に対する診断法・治療法の基礎を習得する。

③行動科学

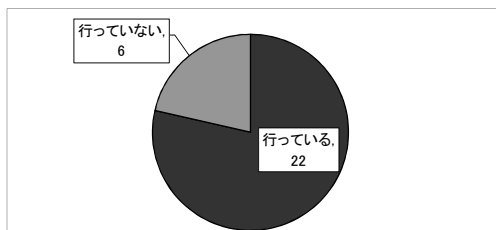
行っている	行っていない
22	6



科目名	学年	学習方法・効果
臨床講義1	5	講義
患者と医療者	2	講義・グループワーク
臨床実習ⅠⅡⅢ	5～6	非常勤講師による講義、臨床実習期間を通して随時学習
臨床実習	5, 6年	患者を配当し、指導医の指導のもと診察時に実地訓練を行っている。
医療コミュニケーション	3年	医療コミュニケーション教育として
総合歯科医療学	4～5	専門分野の臨床基礎科目についての知識・技能を学びながら、第1段階で学んできた汎用性能力(コミュニケーション、協調学習、倫理的思考、リテラシー、評価・判断、問題解決)や科学的な思考や知識をもとに、これらを患者中心の包括的総合歯科医療の臨床行動科学的な側面にどのように応用し、使い分けていくのかについて、その基礎を学ぶものです。5年次には、これらを体験(シミュレーション)し、能力修得の基礎を学修するようになります。
医療コミュニケーション	4年	(学習方法)相互に医療面接を体験したり、模擬患者を用いて医療面接を行う。(効果)一般的コミュニケーションの理論と患者本位の医療を実践するためにの医療コミュニケーションを学び、良好な人間関係を築くコミュニケーション能力を身につけることができる。
行動科学	3, 4	講義・演習
医療面接	5	講義受講後、学外の模擬患者を交え実習を行うことで、医療人として望ましい姿勢を習得する
患者と医療	1	入学初期に開講することにより、良識ある人間としての行動を理解している。
行動科学	1	講義、演習
医療行動科学	4	心理科学部との連携授業で、行動科学の基礎と臨床について、理論と実際を学習することにより、多職種連携の理解が深まった。
歯科行動科学	5	講義及び体験学習(模擬医療面接)を通じて人間行動への理解を含め、ソーシャルスキルを身につける。
コミュニケーションⅡ	2	講義、グループ討議、実習
4学部連携チーム医療Ⅰ,Ⅱ	3	実習
チーム医療と口腔医学Ⅰ、Ⅱ	3,4	講義と一部PBL(SGD)。
歯科総合診療の基本	4	医療面接、診察・診断の基本と臨床判断(EBMを含む)
医療人間科学Ⅳ	2	講義を通して、心理的な人の意識と行動を科学的に理解し、健康支援を行うことの意義について理解する。効果:上級学年における医療面接、臨床実習等において心理学的な側面から患者の行動を把握するための理論面での下地を作っている。
医療行動科学1～8	1～4	1年次より全人的医療の展開に向けて、基本的な臨床技能クリティカルな思考、コミュニケーション能力まど、情意領域の行動科学的教養を修得する。
病院医療概論実習、医療コミュニケーション学、医療コミュニケーション概論実習	1,3	効果)自験がスムーズに導入される
臨床心理学	2	座学
医療コミュニケーション	2,3,4	講義を中心に実施
社会福祉施設体験学習、早期臨床体験学習、ODUソーシャルコミュニティ	1～4	社会福祉施設体験学習、早期臨床体験学習(第1学年)、ODUソーシャルコミュニティ(第1～4学年) 学習方法:福祉施設、本学附属病院の訪問、大学周辺の清掃活動・効果:医療人としてのモチベーション向上、プロフェッショナリズムの涵養
アサーティブネス・トレーニング コミュニケーション・トレーニング ディベート演習	1	・ロールプレイを通じコミュニケーションスキル・アサーティブネスの考え方を習得する。 ・円滑なコミュニケーション能力を習得する。 ・討論・発表によるコミュニケーション能力を習得する。

④プロフェッショナリズム教育

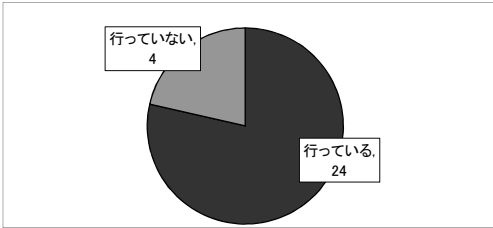
行っている	行っていない
22	6



科目名	学年	学習方法・効果
歯科学概論	2	チュートリアル
歯学入門・患者と医療者	2	講義・グループワーク
口腔総合医療学	5年	講義、TBL方式の演習によって実施している。
特別講義	5年	非常勤講師の特別講義として
早期臨床実習・特別科目・臨床歯科医学総合演習他	2～6	2～4年生で行う早期臨床実習・5年次の特別科目・臨床歯科医学総合演習でプロフェッショナリズムの形成を行っている
医の倫理と安全管理	4年	(学習方法)担当課題の発表のプロダクトを制作するためのグループ討議を行う。(効果)歯科医療および歯科医学の研究における倫理の重要性を理解し、安心・安全の医療を提供するための基本的知識を身に付ける
歯学総論 行動科学	2, 4	テーマの一つとして「医の使命とプロフェッショナリズム」を取り上げ、講義とSGD、グループ発表を行っている。
医療面接	5	専門家としてのイメージを学生に習得させる
患者と医療	1	医療者としての役割、あり方を認識している。
プロフェッショナリズムⅠ～Ⅴ	1,2,3,4	SGD、ロールプレイング、模擬患者に対する医療面接
医療基盤科目	1,2,3	個体差健康科学、地域医療、医療倫理、多職種連携について学習することにより、生命倫理・医療倫理をはじめとして患者中心の歯科医療の在り方に関する理解が深まった。
歯科医療管理学(医療倫理)	4	PBL(SGDI)による問題解決学習
医の倫理	3	医の倫理、医療における患者接遇、患者中心の医療
歯科総合診療の基本	4	患者中心の医療、患者の行動変容、医療の質と安全管理、プロフェッショナリズム
医療人間科学Ⅳ	2	講義を通して、歯科医療現場での臨床倫理判断、プロフェッションとしての歯科医師のあり方を説明できるよう学修する。効果:行動科学とともに患者本位の医療の在り方を身につけることができる。
医療行動科学1～8	1～4	1年次より全人的医療の展開に向けて、基本的な臨床技能クリティカルな思考、コミュニケーション能力まど、情意領域の行動科学的教養を修得する。
歯科医療概論実習、生命歯学概論、 歯科医療の基本	1,2	効果)自験がスムーズに導入される
プロフェッション	1	座学+グループ討議
歯科医学概論等	2,5	プロフェッショナリズムの講義
入門歯科医学	1	活躍している先生方の話を聞く
歯科医師の基本的態度	1,3	講義、演習、小グループ討議
歯学概論Ⅰ	1	講義と談話を通じて伝達している。歯科医師となる自覚と覚悟を促進している。
生命倫理学・臨床心理学	0	教養ある歯科医師となるために、さまざまな倫理問題を学ぶことにより、医療者としての責任を自覚し、現代の医療が抱える倫理的問題について洞察を深める。 全人的医療の実践に向けて、人間の心理について学び医療現場における患者の理解と支援に役立する。

⑤基礎研究活動・実習

行っている	行っていない
24	4



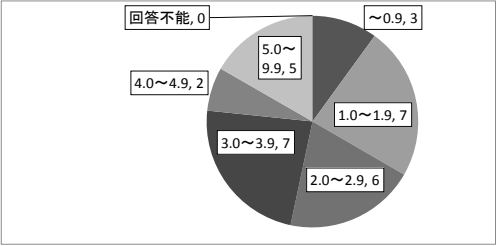
科目名	学年	学習方法・効果
研究実習	5年・6年	デンツブライ・スチューデント・クリにシャン・リサーチ・プログラムなどにおいて入賞するなどの成果がある
歯学基礎演習・基礎研究実習	5	論文検索、英文論文抄読、研究立案から実施・発表までの研究経験によるブレ大学院
研究実習	4	各研究室に学生を配属、事前にテーマを設定したうえで研究にあたる。
基礎配属実習	3年	基礎系教室に学生を配属させ、教員の指導の下、研究活動を体験させる。
研究室配属	3年	各研究室に配属し、研究の経験をさせる
歯学研究特論他	3～5	研究と臨床の2つから選択するコース制があり、クラスの3分の2は研究コースを選択しているが、3年生からスタートして5年生前期の研究発表会まで、研究およびそのまとめを行っている
研究基礎ゼミ	3年	(学習方法)研究室に学生が実際に出入りしながら研究生活の一端を体験する。(効果)専門英語論文読解力の向上、研究や臨床における問題点の提起あるいは問題解決能力の育成、勉学意欲の向上、研究者を目指す学生への動機付け。
アーリーエクスポート リサーチエクスポート	3、6	研究室配属による研究活動への参加
基礎歯学研究	3,4	歯学研究コース履修者に対し、少人数で指導教員のもと研究を行い、学内・学外で発表させている
選択科目	2～6	研究の必要性や興味深さとともに、基本的な研究方法を理解している。
基礎配属	2	配属先研究室におけるリサーチプロジェクト実施と成果発表
自然医学研究	3,4,5	希望する講座で基礎研究を行うことにより研究マインドを涵養でき、日本歯科医師会主催Student Clinician Research Programで毎年上位入賞している。
ER実習	5	臨床実習中に基礎で少人数Evidence Research実習を行う
歯学基礎科学	2	各研究室において分野チューターの指導の下、未知な事柄等について自らが解明していくリサーチマインドを養う。
歯科理工	3	研究テーマを設定し実験計画を作成する。
研究入門	3	基礎講座へ配属して実習
特別研究	3	指導陣が提示する基礎科学分野の研究課題の中から自らが関心のあるものを選び、学生3名以下のグループ単位(指導教員各1名)で研究活動に参画する。効果:成書に記載されている構造化された知が生み出される研究現場を実体験し、リサーチマインドの萌芽と醸成が図られている。
生命歯学探究実習	2	(効果)学生による学会発表などが増加した
ウィンタースクール	1	研究室に短期に配属し、研究への動議付けを図っている。
アドバンスコース	1～4	1～2週の研究室での研究活動、学会発表
PBLセミナー	1	基礎の先生方による基礎研究
歯科医学研究入門	3	基礎研究の入門でresearch mindの姿勢を教育カリキュラムに組み入れている。
研究室体験実習	4	一般教室、基礎系講座および臨床系講座に少人数グループで配属され、研究テーマを決めて実験等を体験し、科学的思考力と学習持久力を養成する。
基礎研究演習	3	基礎研究室において、研究の基本を体験するとともに、生命科学や医療技術の成果を学び、病因、病態を解明するなどの研究マインドを育成する。

2-1. 歯学教育における行動科学をどのように定義していますか。具体的にお願いします。

- ・広義の医療面接に関連する心理学
 - ・「体験実習を通して「人間観」を獲得し、さらに自己理解を深めることで、全人的医療を実践する能力を獲得する」ための授業として位置づけている。
 - ・行動科学は、歯科医師に相応しい発言、行動を状況に応じて適切に判断するとともに、態度に表すことができることを求めるものととらえている。担当医の一人として診療に参加する臨床実習を通じて、学生に自ら灌漑させ、場合によって必要な指導を行っている。
 - ・人間行動特性の理解やインフォームドコンセントを基盤として、患者と歯科医師の適切な関係を構築する科学。
 - ・歯科の疾患の予防や治療においては、行動変容が大変重要なプロセスとなる。この行動変容を成し遂げるためのコミュニケーションスキルは優れた臨床医になるために必須である。
 - ・特に学部として定義はきめていませんがそれぞれの教科のなかで、歯科医療あるいは歯科保健活動を実施するうえで患者のモチベーションや歯科医療者に必要なコミュニケーションを全人的に理解し、学際的に理論付けを行う体系的領域であると理解しています。
 - ・歯科医療を実践するための行動(歯科医師としての倫理、使命や歯科医療を実践するためのコミュニケーション、問題解決能力など)に焦点を当てて、科学的、全人的により深く研究する学問。歯科医療に関する基本事項を理解した上で、歯科医としての倫理・使命感を学ぶ一連のプログラム。医療コミュニケーションの基礎、患者の心理、生涯学習へと続く問題解決型学習を行う。
 - ・信頼関係を構築するためのコミュニケーションの条件を説明できる。患者の社会的・心理的背景を考慮しつつ、正確かつ必要十分な医療面接が出来る。歯科医師として、人格の涵養に望ましい姿勢と態度を理解する。患者の権利について理解する。
 - ・病気や苦しみを和らげ癒す医療人の育成に求められる、生物学的視点とともに欠かせない心理社会的視点に基づく科学の学問体系。
 - ・心理社会的側面から見た人間の保健行動の正常なありかたと、疾病に罹患した時それらの行動がどう変わるのか、あるいは病的な行動とはどのような行動か、病的な行動にどう働きかけたら健康的な行動へと変えられるのか、ということを知る、全人的な人間理解をするうえで心理社会的側面からみた基礎歯学の一分野
 - ・コミュニケーション能力、危機管理能力の育成、態度教育、倫理教育を通して、ストレスや痛み、心身相関などの問題を抱える患者に対する適切な関わり方を習得する。
 - ・診療行為を患者さんに施す際の各到達目標の具体的な位置づけ
 - ・人間性豊かな歯科医師になるための要件と定義する。本学では歯科医療人間学、医療コミュニケーション学、アカデミックリテラシー、倫理学などがそれに相当する。
 - ・歯科医療従事者として健康や病気を防ぐ人間行動への洞察を深める
 - ・歯科医療を行うために必要な医療者、患者ならびに環境要因のマネジメントに関する教育
 - ・疾病構造の変化により、歯科診療の主体は生活習慣病となっている。
- これら疾患は患者の行動(生活習慣)によって発生するとともに、治療、予防には患者の行動変容が必要となる。そこで、患者中心の医療に基づく全人的医療を実践しなければ継続的な受療行動を得ることができない。
- さらに患者の権利意識の変化によって、医療に対する情報の共有や良好な患者―歯科医師間の信頼関係の確立のために、基本的臨床能力に加えてコミュニケーション能力や常に論理的根拠に基づいたクリティカルシンキングができる歯科医師養成教育が必要と考えられる。
- ・医療のプロフェッショナリズムに資する心理学分野を基盤とした医療コミュニケーションのスキル向上と医療管理まで含んでいる。
 - ・全人的歯科医療を実践できる歯科医師のための根源的学問。
 - ・歯科医療者としての行動の体系化。特に、医療人として必要な、生涯にわたる自主研鑽のための目標設定と達成に関する科学。
 - ・人がなぜその行動をとるのか理解することで、心のうちを知ることができる、言葉や行動から感情を推測して、行動の原因を分析する学問、特に患者心理を強化している。
 - ・本学では特に、社会における個体間のコミュニケーションや意思決定に焦点を当てている。
 - ・患者目線に立った心理的、感情的感覚を予測して、言動を捉えることができる医療人。
 - ・定義していない。
 - ・行動、価値観、態度等の情意領域に関する一般法則を理解し、医療人としての行動変容を目指す教育。

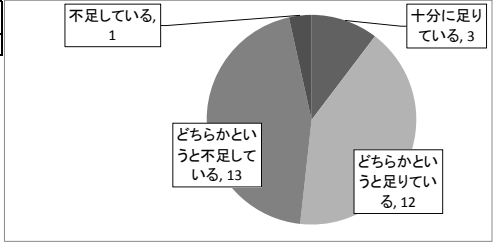
2-2. 臨床実習の指導環境について
学生と臨床実習の指導者の配置割合(教員1人につき学生が何名か)

学生数	～0.9	1.0～1.9	2.0～2.9	3.0～3.9	4.0～4.9	5.0～9.9	回答不能
回答大学数	3	7	6	7	2	5	



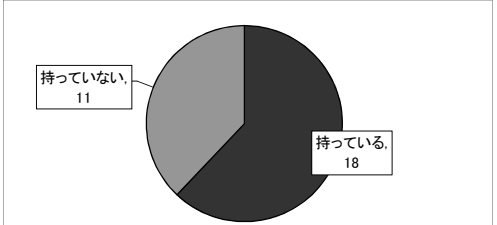
又、それは十分に足りていますか。

十分に足りている	どちらかという と足りている	どちらかという と不足している	不足している
3	12	13	1



2-3. カリキュラムの教育プロセスと教育成果を評価する仕組みについて

持っている	持っていない
18	11



2-4. 持っている場合、具体的にはどのように評価を行っているか。

- ・執行部会議、教務委員会、教務係等で随時、PDCAサイクルを行っている(現在、全国統一の歯学教育認証評価の準備中)。
- ・学生に対して授業終了後アンケートをおこない、その結果を教員のフィードバックしている。
- ・学習成果に関するアンケート調査を通じて間接評価を行っている。
- ・学生カリキュラム教員懇談会にて評価を行っている。
- ・1)学生による授業評価システム
- 2)教員による授業相互評価システム(ピアレビューシステム)
- ・大学教育イノベーションセンター統括の「学生による授業評価」を利用している。
- ・歯学教育センターを設置し、組織的に評価を行う体制を構築している
- ・総合学力向上委員会がカリキュラム全体の点検・評価を定期的に実施して教育改善につなげている。臨床実習に関しては、臨床実習管理・評価委員会において方略および成果に関する評価を行い、診療参加型臨床実習の改善・充実を図っている。
- ・歯学部自己点検評価委員会が毎年検証を行っている。
- ・教育部および歯科医学教育開発センターを中心に、各科目の成績や授業評価結果等を定期的に評価し、教育内容・方法の改善につなげている
- ・学生による授業評価
- ・毎年度、法人(大学内)監査において、教育内容・取組みについて達成状況の確認を行っている。また、個々の授業については、すべての授業計画(シラバス)を、学務委員会委員が確認する機会を設けている。
- 学生の学修状況の把握については、各学年の学期末の学修到達度を筆記試験で評価し、臨床実習ではアドバンストOSCEで技能・態度を評価している。
- ・ルーブリック評価の導入。院内実習を統括する委員会での定期的評価
- ・教育開発委員会、カリキュラム委員会等で検討している
- ・2～5年において、これまでのプロダクトを通年的に評価する総合試験の実施
- ・学生評価、同僚評価
- ・各年度での成績評価や国家試験の合格率の分析、試験問題等の精査をしている
- ・シラバス・授業に対する学生アンケートの実施と、その結果とGP・GPAの検討による評価。

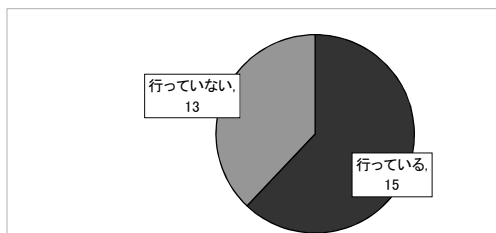
2-5. 自主的・能動的学習時間の確保をどのように行っていますか？

「能動的学習(active learning)」の導入や学生の「自己主導型学習(self-directed learning)」を育てる学習への工夫について

- ・平成28年度2年次からの4学期制導入を機に、能動的学習の時間を積極的に確保する予定である。
- ・24時間開放臨床実習生室・自習室・学生ラウンジ・図書室ITの整備やオフィスアワー拡充による学習環境の整備、歯学基礎演習・歯学基礎実習による研究を主軸とした自立主導型学習の実施。
- ・授業時間を9:00～15:40としている。シラバス上に必要学習時間を明記している。LMSを利用し、アクティブラーニング、自習環境を整えている。リフレッシュルームの設置や講義室の授業後開放等、学内で自習する環境を整備している。
- ・授業時間内に自習時間を組み込んでいる。
- ・特になし
- ・1)クォーター制、60分授業の導入
- 2)PBLを用いた自己学習の方法のトレーニング
- ・卒前臨床実習のなかでPBLを行っている。講義によってはTBL、反転授業を導入している。
- ・PBLやTBLを導入し、事前学習の重要性を認識させ、あるいは、能動学習を促している。PBLでは、セッション1コマごとに自習時間1コマを確保してある。TBLのピア評価では、「準備」「貢献」等を評価の観点として学生に明示している。また、授業評価アンケートのなかに自己評価に関する項目を入れるなどして、自主的あるいは能動的学習時間を意識させるように促している。
- ・全学・学部モジュール科目を設定することで、能動的学習に積極的に携われる期間を確保している。
- ・選択科目(ゼミ)の設置、FD等で授業にワークショップ形式やPBL形式、双方向授業の採用を促している。
- ・クリッカーの使用、PBL、SGD、ロールプレイングなどを用いた自主的・能動的な授業方法の導入を進めている
- ・歯科医学研究A(3年次)、B(4年次)、C(5年次)で学生3～4名が自らが研究テーマ、内容について考え、実験を行う授業を設定している。これを基に学生は自己主導型学習の能力を涵養している。
- ・各学生の自験担当患者に関するケースプレゼンテーションは、臨床実習の空き時間を利用して、各学生が無理なく実施可能となるよう、例年、配当後にカリキュラム日程を設定しています。
- ・エレクトیفスタディ(興味のある科目の選択受講)や科目選択ゼミナール導入、学生ホールへの担当日性の教員配置
- ・歯学教養ゼミとしてカリキュラムに取り入れている。また、少人数で学修できる演習室を確保し、22時まで使用できるようにしている。
- ・1)各学年に、ホームルーム・補習の枠を設け、補習や模擬テストを行っている。2)各科目において期末試験だけでなく、中間試験を設定している。3)学生同士のグループ学習を推進している。これらの取組から、学生の自己学習の習慣形成を図っている。
- ・授業前の事前課題の配付やe-learning教材を用いた自宅学習の施行
- ・当該学習手法を用いた授業としては、全学共通初年次教育科目(自主創造の基礎1・2)を配置していることや、学生の特別研究を通じて教育活動を実践している。また、各学年の時間割には、「自己学習」の時間を設定しており、学生が自ら学習できる時間を確保している。
- ・1年次に「自主創造の基礎」という科目を必修とし、能動的に学ぶ姿勢を修得する。
- ・病院実習期間の診療参加、ローテーション研修などの時間以外は能動的学習時間とし、自己学習の機会を設けている。
- ・事前・事後学修の提示をシラバスと学生ポータルサイトで確認でき、e-learning室で講義を視聴できるようにしている。
- ・自習室での当日講義担当教員の質問受付、相談受付
- ・自己学習をしたノートを確認にチェックしている
- ・moodle資料の提供、TBL形式によるグループ学習と勉学の必要性の促進、ICTを用いたバーチャルスライドでの組織標準の自学習提供
- ・ICTを活用し、全学年にe-ポートフォリオを各講義・実習を課している。また同じくICTを活用し、学生の家庭学習を促し、地域医療従事者の生涯学習にも資するよう努めている。
- ・シラバスの充実を図り、予習・授業・復習の徹底を図っている。また定期試験までの期間に複数回の中間試験を導入している。他に学生の研究室配置、介護宿泊実習や口腔医学概論における課題に対する調査等で能動的・自己主導型学習を育てよう工夫している。

2-6. 歯学教育分野別質保証のための取組について

行っている	行っていない
16	13

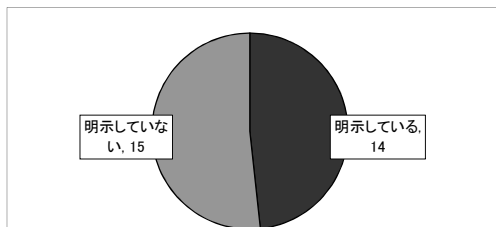


2-6. 行っている場合、どのような組織(構成員、権限)でどのように行っていますか？具体的にお書きください。

- ・執行部会議、教務委員会、教務係等で成績や達成度について協議し、可否については教授会にて決定。
- ・学務委員会
- ・歯学認証評価WGのメンバーになっている学部長が率いる自己評価委員会が中心になり、その基準に適合するようチェックを行っている。特に、臨床実習の指導教官の資格審査について具体的に進めている。
- ・試行的に開始しているが、本格的には来年度以降に開始する予定
- ・副学部長、教育委員長等が中心となり、学部長直轄で組織されている。
- ・自己評価委員会、および教務部会が担当し、評価項目毎に自己点検評価を行う体制を構築している
- ・歯学部評価委員会(学部長、教務部長、学生部長、副病院長など7名で構成、教育の質保証に関して教授会に意見を述べる)が、直接的な教育担当分野ではない臨床教育管理運営分野による評価およびFD委員会による授業アンケート、教員評価等を踏まえ、定期的に点検・評価を行っている。
- ・学部長権限にて、内容に応じて適宜関係組織等へ指示・実行している。
- ・学務担当副学長のもと、教務部を中心にしている。
- ・教育点検委員会を組織し、カリキュラムなどの評価を行っている
- ・学務担当が管轄する学務委員会において、カリキュラムポリシー・ディプロマポリシーを踏まえたカリキュラムの維持・調整、内容拡充にあたっている。加えて、平成26年度には、学部次長が管轄する教学推進センターを発足させ、若手教員に対しての教育面でのFD強化や、認証評価受審を念頭にいたIR機能整備の準備活動を始めている。
- ・学務委員会、FD委員会とPDCAサイクルを実施する体制作りに取りかかっている
- ・教員、教務部、カリキュラム委員会および学生
- ・総合教育部(構成員:教授、准教授、講師、権限:講義・実習担当者の決定、シラバスの立案・評価)
- ・本年度のFDの開催、ワーキンググループへの教員の参加、ワーキンググループシンポジウム等への教員の参加、学内委員会での検討
- ・自己点検評価委員会の構成員をそれぞれの職域の長とした。
- ・学長を委員長とする「自己点検・評価委員会」を設置している。また平成26年10月には「歯学教育認証評価トライアル」を受け、その評価を元に改革を進めている。

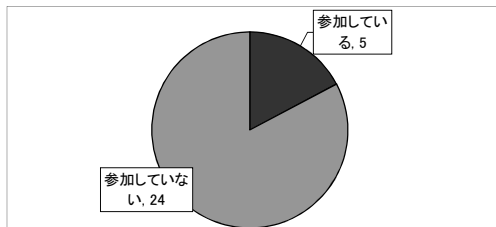
2-7. カリキュラムを遂行するための教育関係予算を含め、責任者や教員など関係者の責任と権限について

明示している	明示していない
14	15



2-8. 学生がカリキュラム委員会など教育関連の委員会に正規な委員として参加していますか？

参加している	参加していない
5	24



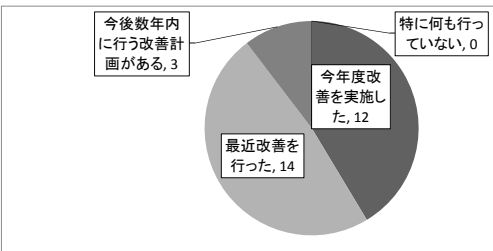
2-8. 参加している場合、委員会名、開催頻度、学生の責任範囲について具体的にお書きください。

- ・年2回、学生教員カリキュラム懇談会を開催し、各学年の学年代表と教務委員が、カリキュラムの改善、教育設備の要望、学習態度等について意見交換を行っている。
- ・学生生活委員会で、学生の学部教育や設備に関する意見を吸い上げるためのアンケート調査や調整会議を年に1度実施している。各学年(学生)の責任者が出席し、学年の意見を発表する。
- ・参加していないが、学年代表とし学部長との懇談会は定期的に開催している(年2回)
- ・学生カリキュラム委員会、年一回、各学年の代表3名程度、学生18名程度が自発的に学生アンケート等に基づき、教員(学部長、学生部長、歯学教育部門委員、教務委員など約20名程度が参加)と自由討議している。
- ・月に2回行われる各学年でのクラス担任会に、2月に1度程度の割合で学生の委員が出席している。5学年臨床実習実務者委員会でも、2月に1度は学生を交えて会議を行っている。
- ・教育委員会主催の委員会が年2回開催されている。

3. 診療参加型臨床実習について

3-1. 診療参加型臨床実習の取組状況について

今年度改善を実施した	最近改善を行った	今後数年内に行う改善計画がある	特に何も行っていない
12	14	3	0



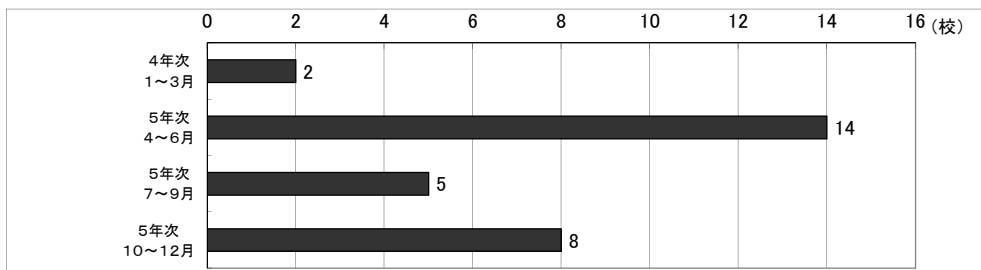
3-1. 具体的な取組内容

- ・平成25年度に、診療参加型臨床実習充実促進のため臨床教育部門を新設し、専任教授1名と、医学および全身教育担当の医師、歯科医師ダブル資格の准教授を口腔外科に配置した。また歯学部内に歯科相談室を設置し、学内の教職員および学生の受診の便宜を図った。
- ・昨今の臨床実習患者の減少傾向の中においても診療参加型実習を充実させるため、各科での初診患者を学生に配当し、マネジメントを行わせる患者貼り付け型臨床実習を導入する。症例数を確保しながらも一口腔一単位の診断・予防・治療さらには全人的歯科医療を学べる体制の構築、そのための実習期間の増加を予定。
- ・高齢者診療に関わる内容の充実化（「長寿口腔健康科学コース」設置）、多職種連携の観点での、他学科・専攻と連携した臨床実習の導入（「包括医療統合教育」）
- ・eポートフォリオシステムの導入（学生は診療後にポートフォリオを作成して提出、教員がフィードバックを行う）
- ・診療参加型臨床実習の評価方法の改善を目的に、臨床研修連携電子ログブックの開発および一部運用を行った。
- ・1) 学生の臨床実習に協力をして頂けることに関する同意書取得
- 2) 周術期管理歯学に関する臨床実習
- 3) 在宅介護に関する学外実習
- ・学外臨床教授による在宅歯科診療の実習を始めた。
- ・臨床実習要綱に学習目標に連動した評価シートを設け、実習の達成度を可視化した。
- 診療参加型臨床実習に参加する患者さんの参加同意書を作成中である。
- ・短期ローテーション実習から中期所在型実習へ移行する。
- ・実習カリキュラムの充実、管理体制の明確化、実習幅等の整備、学生管理方法の充実、協力患者確保への対応、スキルスラボ整備など
- ・H27年度より5年次生4月より臨床実習を開始する新カリキュラムへ移行し、臨床実習の時間数を増やし実習内容を充実させた。
- ・診療参加型臨床実習期間の延長、患者配当制の導入、同意書・説明用リーフレットの整備、学生診療室の設置等により患者数・自験数の確保を図るとともに、学外研修施設（開業歯科医院、福祉施設、海外提携大学）における実習や訪問歯科診療実習等により多様な経験を積ませることにより社会ニーズに適合した基本的臨床能力の確保を図っている。
- ・実習内容に関する量的評価適正度の検討および質的評価を追加した。
- ・臨床実習期間の全土曜日を臨床実習プログラムに包含した。
- ・成績下位学生に対する重点的な実習、補習等を行っている。在宅診療実習を取り入れた。
- ・臨床実習、臨床研修を通して経験、習得すべき一般歯科診療の術式等をチェックリストとして項目立てし、一覧できるように準備した。
- 臨床実習における経験や実績は、このリスト内の1つ以上の項目にリンクさせて、電子ポートフォリオ上で一堂に集計される。
- このことにより、必要な項目や条件に沿って実地経験と指導者からのフィードバックが随時振り返りできるようになる。
- 今後、臨床実習での経験や実績は臨床研修時にも引き続き、集計され、振り返り等閲覧可能にできるように計画している。
- ・学生診療室の設置、POS実習チャート（学生用診療簿）の導入・整備
- ・平成25年度より診療参加型臨床実習充実のため、学生診療室（Student Doctor診療室）の設置及び指導教員配置を行った。
- ・担当患者による学生の評価時期の変更と、評価数を増やした。
- ・自験ケースの明確化と必須ケース数の明確な提示
- ・5年次の3月から臨床実習のボリクリを開始し、終了を6年次の8月末までとして実習の期間を延長した。
- ・ポートフォリオの導入、自験例の明確化と各段階での評価
- ・各科を外し、総合診療部という形で一環した治療に参加し出来るような治療は任せるようにしている
- ・実習時間の増加、自験項目・内容の見直し、ポートフォリオ（紙媒体）導入など評価方法の改善
- ・文書による患者同意書の取得、コアカリF項目に基づいたシラバスの改定、臨床実習終了試験の実施
- ・医療面接系、検査系、説明系、技能系および各担当科ごとの行動目標、方略、課題設定と各項目の評価シート作成。

3-2. 診療参加型臨床実習の期間・週数について

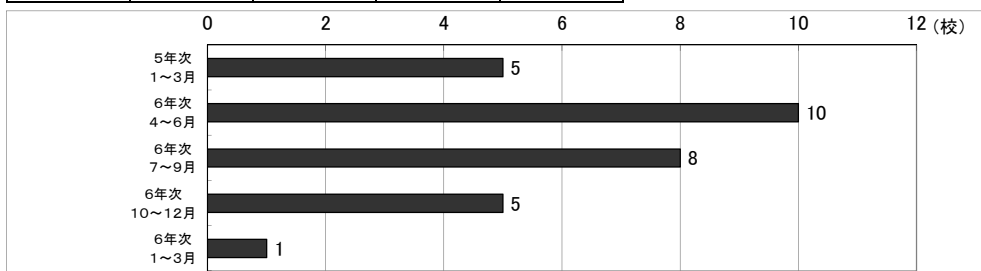
(1) 診療参加型臨床実習期間 開始時期

4年次 1～3月	5年次 4～6月	5年次 7～9月	5年次 10～12月
2	14	5	8



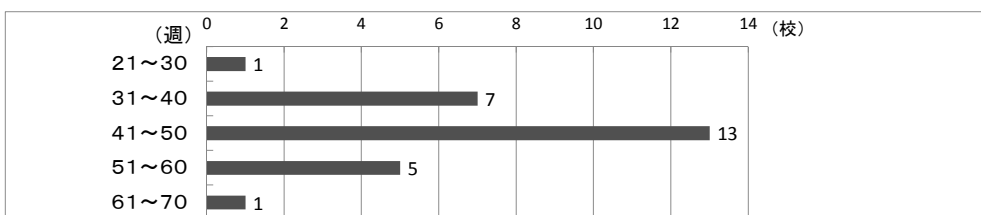
(1) 診療参加型臨床実習期間 終了時期

5年次 1～3月	6年次 4～6月	6年次 7～9月	6年次 10～12月	6年次 1～3月
5	10	8	5	1



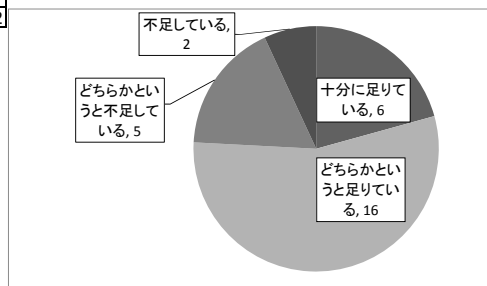
(2) 診療参加型臨床実習週数について

21～30	31～40	41～50	51～60	61～70
1	7	13	5	1



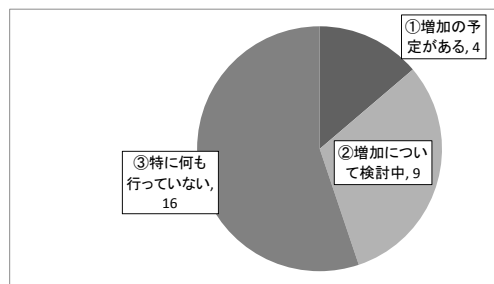
(3) 臨床実習施設の確保

十分に足りている	どちらかという と足りている	どちらかという と不足している	不足している
6	16	5	2



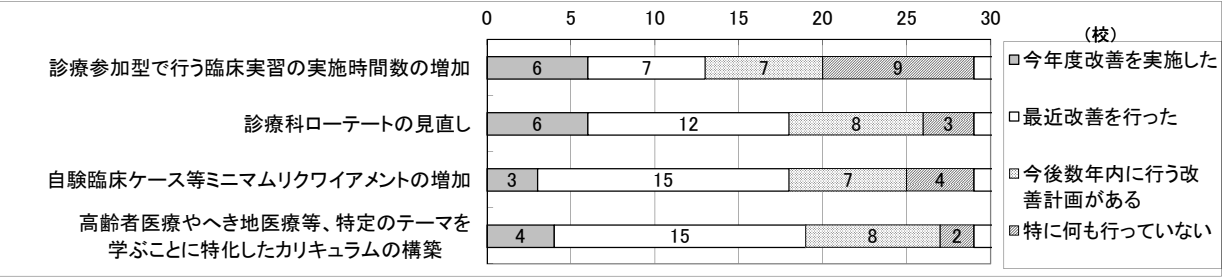
(4) 臨床実習期間の今後の増加予定

①増加の 予定がある	②増加につ いて検討中	③特に何も 行っていない
4	9	16



3-3. 診療参加型臨床実習の内容面について改善点(※3-1で①、②、③と回答した29学部)

	今年度改善を実施した	最近改善を行った	今後数年内に行う改善計画がある	特に何も行っていない
診療参加型で行う臨床実習の実施時間数の増加	6	7	7	9
診療科ローテーションの見直し	6	12	8	3
自験臨床ケース等ミニマムリクワイアメントの増加	3	15	7	4
高齢者医療やへき地医療等、特定のテーマを学ぶことに特化したカリキュラムの構築	4	15	8	2



(5)その他

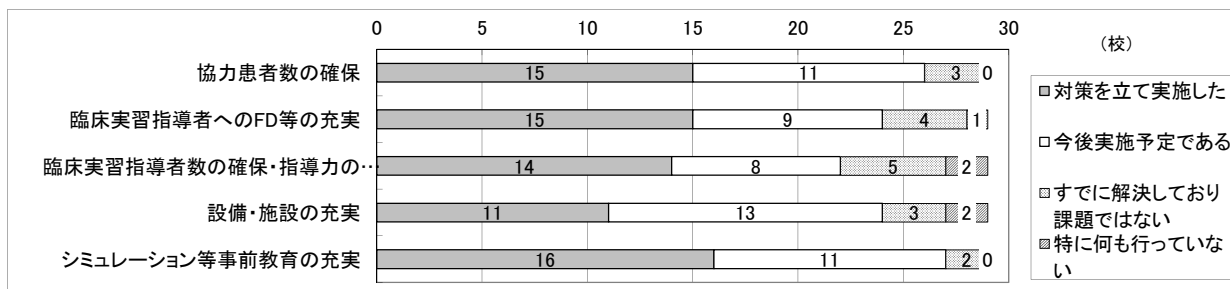
- ・今年度6年生に対して、臨床実習終了時の技能態度評価のため、OSCE様の技能態度評価試験を試行し、次年度から成績に反映させる予定である。
- また、平成25年9月から、全身教育担当の医師歯科医師ダブルライセンスを持つ准教授を配置し、医師であることを生かし、6年次学生の希望者10数名に対し、3日間(1グループ4～5名×3クール)の北海道大学病院内の救命救急ICU体験見学指導を行っている。補綴・蘇生学などのミニレクチャーと、24時間を含む医学生と同様の実習内容(3次救急患者の搬入後の初期治療およびICU管理の見学)を行い、このICU体験見学を受けた学生には、歯学部専門科目(選択科目)「先進急性期医療センター実習」として0.5単位認定している。
- ・3-1の【具体的な取組】を参照下さい。[3-1具体的な取組]昨今の臨床実習患者の減少傾向の中においても診療参加型実習を充実させるため、各科での初診患者を学生に配当し、マネジメントを行わせる患者貼り付け型臨床実習を導入する。症例数を確保しながらも一口腔一単位の診断・予防・治療さらには全人的歯科医療を学べる体制の構築、そのための実習期間の増加を予定。
- ・本学歯学部全体のカリキュラム改変に伴い、必要に応じて変更(基本的に減少する方向での検討は行わない)予定である。
- ・臨床実習・臨床研修連携電子ログブックの運用
- ・歯学部臨床実習の指導教員の資格審査と承認を実施。
- ・診療参加型臨床実習に参加する患者さんの参加同意書を作成中である。
- ・臨床実習中の全土曜日をカリキュラムに包含した。
- ・歯学モデルコアカリキュラムのF領域の項目に関する評価基準を明確化した。
- ・現在、5、6年の2年次(36週)に亘って行なっている実習を、学年制の都合から5年次1年で行なう計画

(1)～(4)の具体的な取組内容

- ・(2)診療科ローテーションの見直しについて、以前は保存2科補綴2科の4科共通の実習時間としていたが、2年前から4科別々の独立した実習時間を組んでいる。
- (4)高齢者歯科については、昨年から老健施設での実習時間を増やすとともに内容を充実した。
- ・(3)3年前にミニマムリクワイアメント症例数を増加した。今後、さらにその内容も含め改善。(4)訪問診療、周術期医療への学生の参加、および東日本大震災被災地や巨大災害時における歯科医療について学ぶ機会の提供。
- ・医師・歯科衛生士・歯科工技士等の他職種との連携を想定した他学科・専攻学生との合同実習の実施、健康長寿の歯科的アプローチに特化した受講コースの設置
- ・ミニマムリクワイアメントについては適宜見直しを行っている。
- ・訪問診療・在宅診療などを臨床実習に取り入れるように検討を進めている。
- ・(1)歯学部のカリキュラムの全面見直しに伴い、臨床実習時間の増加を実施する予定である。
- 2)総合診療室で行っている自験をよりやりやすくするために、診療科ローテーションの時期の変更を行う。
- 3)自験を促進する立場から、継続して平均30名の患者を1名の学生に配当している。
- 4)課題解決型高度医療人材養成プログラムの採択を受けて、さらなる改善を行っている。特に、臨床講師を利用した在宅介護実習のブラッシュアップを進めている。
- 5)臨床実習実施部会で、教員の資格の審査要項の策定を行い、より教育経験のある教員の配置を進めている。
- ・在宅歯科診療と周術期口腔機能管理を臨床実習に含める予定である。
- ・本学では、臨床実習は完全なローテーション制であるため、各診療科の取り組みの程度に違いはあるものの、臨床実習専門委員会の毎月開催(定期開催)を通して、個々の学生の実習の進捗状況に関する情報を共有することによって、学習目標の確実な達成を図っている。また、アドバンストOSCEトライアルの実施によって、臨床実習の学習目標の見直しを行うと共に、診療科間で完全に独立していた臨床実習を、補綴系・保存系、外科系、発達期歯科系などが連携して実習を展開できるよう環境を整えている。ただし、アドバンストOSCEトライアルはあくまでトライアルであるため、各診療科ないしは類似の学習目標を共有する診療科同士が合同ローテーション終了時に実施しているため、正式にはOSCEとは言えないが、将来に向けて診療参加時間を増加することを目的とし、患者さんの理解を受けて、実習への協力に関する同意書の作成を検討している。
- ・(1)短期ローテーション実習から中期所在型実習への移行を行うことで、特に保存系ならびに補綴系実習時間の増加を図った。
- (2)短期ローテーション実習から中期所在型実習へ移行した。
- (3)自験患者数の増加の程度を把握した上で、ミニマムリクワイアメントを増加させる方向で検討したい。
- (4)僻地医療については離島実習にて既に実践しているが、高齢者歯科医療についても、現在の座学ならびに「周術期口腔管理センター実習」での院内住診の経験に加え、慢性有病者に対する歯科医療を経験できるよう検討中である。
- ・種子島・奄美大島・与論島への学生派遣型歯科診療実習の実施(H26年度にテスト実施、H27年度より本格実施予定)
- ・歯科総合診療部のローテーション追加
- ・自験症例数の目標数を明確化し、実習記録帳に明示
- ・(1)取り組み:5年次4月より診療参加型臨床実習を今年度よりスタートさせたため、臨床実習の総時間数が増加した。
- (2)取り組み:5年次前期のクリニカルクラークシップⅠは新たに診療科ローテーションを構築し、5年次後期クリニカルクラークシップⅡと6年次クリニカルクラークシップⅢでは、昨年度より自験のための学生専用の診療室(第2総合診療科)を基盤としたローテーションを組み直し、今年度は加えて、5年次後期において昨年度と比較して、周術期口腔管理のため学外実習の時間数を増加させたため、専門外来でのローテーションの変更を一部実施した。
- (3)取り組み:昨年度から6年次の自験ケースのミニマムリクワイアメントを増加させた。
- (4)取り組み:今年度よりスタートした新カリキュラムの5年次後期において摂食機能療法と顎顔面補綴学の授業を新設した。
- ・(1)2年前に臨床実習時間を1.6倍に増加した。(2)高頻度治療(保存・補綴)に関する実習を長期連続実習に変更して、治療の一連の流れを体験できるスケジュールにした。(3)コアカリF臨床実習18項目に臨床研修との接続性を確保するために4項目を追加した。(4)多職種連携実習として介護福祉老人施設での実習および訪問診療実習(大学病院・歯科クリニックでのH26年度実績約6,000件)を導入した。
- ・平成24年度以降、学生診療室を新設し自験を積極的に行っている。そのため、実習時間は以前より年間約200時間程度増加している。それに伴い、各科のローテーションも変更し、リクワイアメントも自験・見学・介助に分けて再構築した。
- ・現在、地域医療連携は必須となっている
- ・現在の2年生からカリキュラムが改正された。これにより、この学年から5年生の4月から6年生の6月までが診療参加型臨床実習の期間になる。
- ・(2)水道橋病院をメインの病院として、ローテートを組み替えた。(4)在宅診療実習を取り入れた。
- ・実施時間数に変更はない。昨年度は、高齢者医療に特化した、老人介護施設における臨床実習を加えた。
- 本年度は、地域医療および医療連携に特化した、関連大学病院歯科・口腔外科6施設における臨床実習を追加した。
- 自験症例ケース数や、ミニマムリクワイアメントに大きな変更はないが、3-1に記載したように取り組んでいる。
- ・医科的診療法や高齢者医療等、今後必要となると思われる診療領域についても臨床実習に組み込んだ
- ・学生診療(SD診療)の充実には既に図ったところであるが、今年度はローテーション制度の改善(各診療科カリキュラムの立案)を実施した。今後はクリニカルラボの充実を図る予定。
- ・(1)～(3):国試対策の為、減少した。
- (4):在宅診療、地域連携のための取り組みを加えた
- ・各診療科において、学生の観察記録を行う際に統一した評価シートを導入することにより、評価の客観性を向上させた。
- ・臨床実習の期間は変更せず、口腔外科、麻酔科などの各科周りの日程の調整、見学、介助、自験のミニマムリクワイアメントをポートフォリオを学習目標の明確化、治療計画立案、災害医療、医療面接などのカリキュラムを構築した
- ・臨床実習期間に総合講義の授業が数十時間入っていたが、それを診療実習に当てるようにした。また、総合診療部という一環した治療体制にしその科での実習日を増やした。
- ・在宅訪問を行っている一般開業医と診療を共に行い、高齢者に対応する地域医療カリキュラムを設けた。
- ・上記(5)により、臨床実習を集中的に実施し、36週という実習時間をより実効的なものとし、自験も含めた実習項目が学習に有効になるようにする。また高齢者医療、咀嚼嚥下、言語治療など多職種、医科連携による実習を計画中である。
- ・(3)コアカリF項目に基づき自験リクワイアメントを増加した
- (4)臨床研修協力型施設を利用した地域医療体験を計画している

3-4. 診療参加型臨床実習の充実のために解決すべき課題について

	対策を立て実施した	今後実施予定である	すでに解決しており課題ではない	特に何も行っていない
協力患者数の確保	15	11	3	0
臨床実習指導者へのFD等の充実	15	9	4	1
臨床実習指導者数の確保・指導力の確保	14	8	5	2
設備・施設の充実	11	13	3	2
シミュレーション等事前教育の充実	16	11	2	0



(5)その他

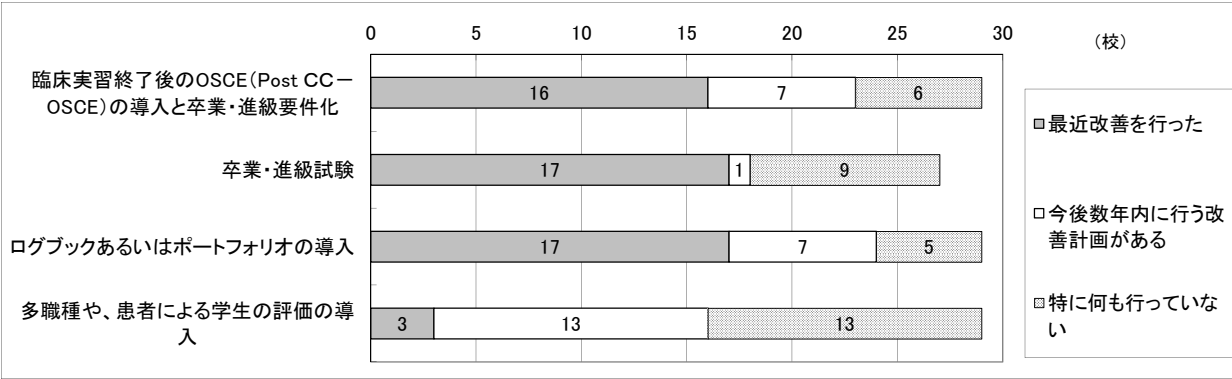
- ・特定機能病院である本院では歯科においても紹介率が80%以上であり、全ての患者が難症例といってもよい。しかしながら、そのような環境下で教育を実施しなければならず、ほぼ全ての患者様へ臨床実習教育への協力を依頼。
- ・現状においてできるだけの努力を行っており、今後も必要に応じて改善を図る予定である。
- ・スキルラボの充実と維持は課題である。
- ・自験ケース内容のより明確な提示
- ・今後数年以内に附属病院、臨床教育、研究棟の全面改修・整備を進めることになっていて上記課題全般を改善したい。

(1)～(5)の具体的な取組内容

- ・(1): 歯学部内に全学の歯科相談室を設置し、学内の教職員および学生の受診の便宜を図ることにより新患患者数を増やし、学生あるいは研修医が担当するに相応しい症例を増やした。今後は臨床実習協力患者さんお願い用のパンフレットを作成する予定である。
- (2): 昨年度の宿泊FDは「診療参加型臨床実習の充実」がテーマであり、指導医の参加を募ることとしている、とともに昨年1月にはFD講演会において「歯学教育の現状と今後」(特に診療参加型実習とグローバル化について)という講演を臨床教育部門担当者が行った。
- (3): 各診療科の助教以上は臨床実習を担当しており、数的には問題ない。また助教以上の指導医を頂点とし、医員や研修医などを含めたチームで屋根瓦方式を取り入れている診療科もある。
- (4): 新棟移転に伴い、旧診療室を改造し、ポクリ実習室や技工室、ゼミ室を充実させた(H27年4月から運用開始)。
- (5): これも新棟移転や校舎の耐震補強工事に伴い、旧診療室や旧実習室を改造し、学生や研修医が必要な時にシミュレーション実習できる設備を配した部屋を整備中で、現在 klin シム1台配備、将来的に2台にする予定。
- ・(5)①: 臨床に即した顎模型を開発し臨床シミュレーション実習を導入。
- (1)①: 病院の新患対応システムを含め検討中。
- ・(1)協力患者数確保の観点も含み、歯病診療を紹介する取り組みの導入案の検討中、学生診療室で診療を受ける患者プロフィールの分析を含む担当基準に関する分析を実施中、(2)(3)臨床実習指導者の確保／質担保の観点からの研修実施の計画策定中、(4)学生診療室の充実に関して歯病改装の際の計画を策定中。
- ・(1)数年前に患者への協力を求めるリーフレットを作成した。これまで必ずしも十分ではないが、臨床実習には年間平均35名程度の新患に協力していただけており、今後も現在のシステム(歯科総合診療部が担当する予定(紹介状を持たないすべての新患に対して医療面接を行い、最も適当な診療科へ案内すると共に臨床研修、臨床実習について説明、協力を依頼する業務)の中でできるだけ増加を図る予定である。
- (2)(3)学内で教育に関するFDが年間数回開催されており、今後も継続予定である。臨床実習指導教員は本学WS(臨床実習を題材としたカリキュラムプランニング)を受講することを原則としており、毎月開催される臨床実習関連委員会でも必要な連絡を行っている。
- (4)本院歯科外来には臨床研修およびスタッフ、臨床実習、予診に用いるユニットが39台設置されており、そのうち10台は臨床実習優先ユニットとしている。臨床実習、臨床研修は必要に応じてそれぞれのユニットを融通し合っているため、診療設備は十分確保されている。
- (5)シミュレーション関連の設備も他学年学生とシミュレータ室を共有しており、基礎実習使用時間以外は自由に使用することができる。シミュレータではなく、通常の診療用ユニット(10台)を備えた部屋も整備され、学生実習に使用している。今後はこれらを活用して更なる卒前教育の充実を図る予定である。
- 現状においてできるだけ努力を行っているが、今後必要に応じて改善を図る予定である。
- ・(1)教育診療患者の優遇策(早期診療着手など)、(2)臨床実習評価に関するFD、(3)カリキュラムプランニングのWS、(5)模型実習機器の更新および患者型ロボットによるシミュレーション実習
- ・(1)選定療養制度を利用した初診料付加の問題、DPCの外来・入院患者比率の問題を解決する必要がある。
- 2)学外実習のための臨床講師等のFDをさらに行う必要がある。
- 3)臨床実習実施部会で、教員の資格の審査要項の策定を行い、より教育経験のある教員の配置を進めている。
- 4)学生実習専用の診療室の継続的な確保を行っている。
- 5)在宅介護実習に派遣する前のシミュレーション実習を企画、実施している。
- ・(2、3) ポートフォリオ、指導の仕方のFDの実施。(5) スキルスラボの充実
- ・(1)については、選定療養費問題に対応するための対策を検討中である。
- (2)については、臨床実習専門委員会の定期開催がその役目を担っている。
- (3)については、現在の所、課題とは捉えられていない。
- (4)については、予算上不可能である。
- (5)については、旧歯学部附属病院の施設をシミュレーション実習設備として活用している。
- ・(1) 中期所在型実習への移行により、現在までの臨床実習室所属の患者のみならず、各診療科実習の際の指導教員の担当患者にも協力を縫製することが可能となった。
- (3) 各診療科への所属実習の際には、臨床実習担当教員以外の教員も指導に協力してもらっている。
- (5) スキルスラボセンターの開設整備を行った。
- ・協力患者数確保のために院内での広報用パンフレットを作成し配布
- ・臨床実習の他大学の取り組み、歯学教育カリキュラムの見直し等に関するFDの開催、臨床研修指導歯科医講習会の開催等
- ・シミュレーション教育の充実を図るため、スキルスラボを整備し稼働させている
- ・(1)対策: 院内に診療参加型の臨床実習への協力をお願いするポスターの掲示とあわせて、紹介状のない新患患者への指導教員による診療参加型臨床実習の説明ならびに同意書による協力への意志の確認を実施した。
- (2)対策: 一昨年度より年2回臨床実習指導教員へのFDを実施しているが、今後も定期的に実施していく予定である。
- (5)対策: 実践的な臨床能力を身に付けるため、4年次後期にスキルアップ実習Ⅰ、また診療参加型臨床実習と並行して5年次前期にスキルアップ実習Ⅱ、後期にスキルアップ実習Ⅲといった相互実習とシミュレーション実習基盤として教育を実施している。
- ・自験数増加のために同意書・説明用リーフレットを整備し、患者配当制を導入した。
- ・診療参加型臨床実習を充実させるための環境整備として大学病院に臨床教育診療室(学生診療室)を増設した。
- ・『歯学教育認証評価「診療参加型臨床実習」』『歯科医師養成と質の保証』等を研修テーマに掲げて毎年開催し、教員の意識改革、臨床教育能力の開発を図っている。また、学外歯科医療機関実習に関しては臨床教授、臨床准教授を対象に、同実習前に「臨床実習のあり方」「臨床実習の予定」「臨床実習の評価」について、同実習終了後に「臨床実習の成果」「臨床実習の評価」「次年度の臨床実習」について、それぞれFD研修会を開催し、教員間の指導レベルの均一化を図っている。
- ・臨床実習指導教員、施設の資格要件を設定している。特に指導教員に関しては指導医講習会・FD研修会(毎年)を受講した教員に臨床実習指導資格を与え、指導力の確保を図っている。
- ・診療参加型臨床実習における安全性確保のためにも、シミュレーション実習、相互実習から自験へと一連の実習を行っている。さらに今年度、医療系総合大学の特色を生かした多職種連携シミュレーション実習室を整備して、高齢者・障がい者治療に関する学部横断的な教育を展開することになっている。
- ・患者数確保のため、学生診療時の私費料金を安く設定したり、説明書等により積極的に学生診療への参加を呼び掛けている。また、H24に自験を行うための診療室を新設した。5年生での診療参加型実習のために3、4年生のカリキュラムを改変し、実際の診療の順番に対応した実践的コースとして新たな事前教育を導入した。
- ・現在、福島原発の風評被害などで、学生数が少ないため、逆に臨床実習生に対する患者や教員は充足しているが、今後、学生数が増加した場合の対策を現在構築中である。
- ・(1)病院において学生の臨床教育へのご協力依頼のポスターを掲出した (4)新棟建築を推進しており、診療・臨床実習スペースが拡充される予定である (5)新棟にシミュレーション室の設置を推進中であり、スキルスラボを設置する。
- ・(1)協力者患者数の確保については、主に自験を行う保存系、補綴系の実習期間を延長して、指導医の担当患者とのコミュニケーションを得る時間を増やしている。また、学生家族の積極的な参加を許可している。
- (2)臨床実習指導者へのFDとしては学部WSに招聘し、実習における問題点の共有や改善、新しいシステムの導入について、企画時点からの参画を促している。
- (3)(4)臨床実習の場を歯科病院に限定せず、地域連携医療の学習、習得のために本学の関連医科病院歯科・口腔外科外来を有効活用し、診療施設や設備の不足、指導者数を補い、確保している。
- (5)シミュレーション教育とし、従来の患者ロボットに加えて高齢者をシミュレーションしたマネキンを導入した。これにより、高齢患者に対するシミュレーション教育、特に実習が可能になってきている。
- ・(2)(3)毎年夏期に教育診療医研修会を開催しており、こうしたFD活動を通じ指導力の確保へつなげている。
- (4)平成27年度から学生診療室を設置した。
- ・学内のFD委員会を中心に臨床実習指導者への講習会、ワークショップを開催し教育力向上を図っている。
- ・(3): 教員採用試験を夏に変更した
- (4): 口腔リハビリテーションに特化した診療科を附属病院内に設けるとともに、多摩地区に医院を開設した。
- (5): 本学で開発したヒト型ロボットを用いた歯科臨床実習用シミュレーションシステムを、基礎臨床実習室に3台、附属病院に1台導入した。
- ・訪問診療のカリキュラムは以前から構築しており、これが本学では常態となっている。
- ・(2)昨年度末に臨床実習指導者を対象としたカリキュラム改善のためのワークショップを実施した。
- (3)1年間の卒後臨床研修の後、希望者に対し本学独自に2年目の研修を専門診療科で行い、将来専門医の取得や教員を目指すキャリアプランの提示を行い、制度化している。
- (4)新病院の建設計画があり、病院内に十分な学生の学習スペースを設置する予定である。
- (5)今年度から新たにシミュレータを用いたスキルスラボを設置し、運用を開始した。
- ・受診患者の難症例が増加したことから、保存補綴各科の専門領域診療体制を組織し、特に、補綴領域では難症例に対しては外注技工をカテゴリーを増やした。また、月一回のミーティングを開催、適宜、ワークショップなどを行い指導力強化を行った。症例プレゼンテーションの実施に伴い、口腔内カメラ等、PCを整備した。見学、介助、自験の流れを充実すべく、見学実習前に模型シミュレーションを行っている。
- ・(1)初診時の問診票における協力依頼。学生の親戚や知人などへの患者協力依頼など。(2)(3)FD研修会の開催による指導力の向上。(4)統合型シミュレーションの導入。さらに病院棟の建て替えに伴う全体的な施設・設備の見直しを検討。(5)実習前や実習中におけるシミュレーションシステムの活用や相互実習の充実
- ・現在、本学では臨床実習に於いて自験ケースを課しているため。ただし(1)については、恒常的な課題であり、これまでも本学単独でできる範囲(学生家族や友人への依頼)で繰り返し行なっているが、効果的な結果は得られていない。また(5)については病院内にシミュレーション実習室を設置し、臨床予備実習を中心に使用しているが、今後は設備・施設・機器等を改善し、かつ臨床実習の評価等にも利用できるようにしたい。
- ・(1) 同意文書患者により患者の意思確認をより明確にした
- (5) ヘッドレストとマネキンが交換可能なユニットを導入し自験前トレーニングや補完教育に活用している
- 臨床実習指導者への指導医講習会・FDを行い、指導医の数・指導力の確保を行うとともに、ロボットやシミュレーターの導入による設備・施設の充実を行った。

3-5. 診療参加型臨床実習での、学生の評価方法(臨床能力の担保につながる評価方法の確立)についての改善

	最近改善を行った	今後数年内に行う改善計画がある	特に何も行っていない
臨床実習終了後のOSCE(Post CC－OSCE)の導入と卒業・進級要件化	16	7	6
卒業・進級試験	17	1	9
ログブックあるいはポートフォリオの導入	17	7	5
多職種や、患者による学生の評価の導入	3	13	13



(1)臨床実習終了後のOSCE(Post CC－OSCE)の導入と卒業・進級要件化具体的内容

- ・今年度6年生に対して、臨床実習終了時の技能態度評価のため、OSCE様の技能態度評価試験を試行し、次年度から成績に反映させる予定。
- ・新たに開発した顎模型を用いた実技技能に関するシミュレーション試験を試験的に導入。現在、その評価を行いながら、今後、本格導入を予定している。
- ・臨床実習終了時に総合模型を用いた技術評価、臨床実習期間中にコンピタンス評価を行う予定で現在準備を進めている。
- ・従来から臨床実習の修了判定の一部としてOSCEを実施しており、臨床実習修了の要件(卒業の要件)としている。
- ・口腔外科や歯科麻酔科等で開始し、全診療科で行う予定。
- ・文科省GPIによって新潟大学・東北大学との連携のもとで、OSPEの開発を行っている
- ・トライアルでPCC－OSCEを実施している。
- ・現在、アドバンストOSCEトライアルを実施中。
- ・各診療科の責任の下、臨床実習終了時の技能評価を客観的数値評価にて行っている。現在では各診療科における臨床実習終了に関する総合評価項目の一つとして用いている。
- ・平成23年度に導入し、臨床実習終了時の総括の評価の一部に採用している。
- ・臨床実習終了後のOSCE(Post CC－OSCE)を5年前から導入し、一昨年度から本実施として卒業要件に加えた。
- ・これまでの技能系中心の臨床実習終了後OSCEに医療面接課題を追加して、臨床能力の担保を図り、臨床実習終了後OSCE合格を卒業要件の一つに設定した。
- ・OSCEは行っていないが、臨床実習終了時には各科で最終試験を行い、臨床実習の終了の要件としている。
- ・臨床実習終了時のOSCEは、一斉に行うのではなく、各臨床科で適時行うように検討中である。
- ・臨床実習終了時のOSCEを各科で行っており、臨床実習完了とともに卒業の要件となっている。
- ・全診療科での臨床実習評価が合格であることを必須の受験要件として、臨床実習終了後に技能試験としてIOSCAを、知識の確認として進級試験を実施している。
- ・各臨床実習では、ミニ OSCE、シミュレーターによる実技試験、自験例の観察記録(ポートフォリオ)などによって臨床技能が評価され、進級試験ではMCQによって臨床実地に即した知識の評価を行っている。
- ・現在アドバンストOSCEとして臨床実習終了後のOSCEを実施しており、今年度は課題・運用等について教育診療医研修会で検討予定である。なお、卒業・進級要件化については今後の検討課題としている。
- ・従前より実施している学内における臨床技能到達度試験(OSCAT)の日程の見直し、外部評価者の依頼を検討している。
- ・本年度から、臨床実習コアカリ水準2以内で行わなかった、もしくは修了評価が得られなかった内容については導入し、進級要件とした。
- ・平成25年度から、5年次にOSCEを実施しており、さらに今年度から6年次の臨床実習終了時に再度OSCEを行う予定である。
- ・担当患者にて、技能評価(アルジネート印象、プロビの調整など)を保存補綴ライターが行っている。試験条件を統一したマネキン等でのOSCE形式の技能評価については今後の課題として計画している
- ・臨床実習終了時にadvanced OSCEを実施し、当該試験の合格を修了の条件としている。
- ・3-4で述べた通り、病院・臨床教育研究棟キャンパスの全面改修計画がスタートした直後であり、未だ具体的な計画はできていない。
- ・現在では各診療科毎に臨床実習終了時試験を実施しているが、今後数年内に医療面接、口腔内検査等の基本的技能、高頻度診療の基本的手技についてはOSCEで評価する予定である。
- ・医療面接系、検査系、説明系、技能系の課題を抽出し、総括的評価を実施

(2)卒業・進級試験具体的内容

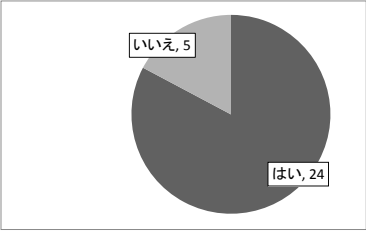
- ・これまで6年次12月に卒業試験を行っていたが、今年度から6年次に3回(7月頃、11月頃、12月頃)試験(論述形式and/or選択肢問題)を行い、その結果を成績評価に加味することとした。
- ・臨床実習へ進むにあたり、共用試験(CBT、OSCE)における合格基準のクリアを進級要件としているが、CBTの合格基準を引き上げた。
- ・臨床実習後に、歯学のまとめとして卒業試験を単位化し、実質化した。
- ・(卒業試験)平成27年度は、夏に基礎系のプレテストの実施を追加した。
- ・二日間の日程で、全診療科ごとの筆記試験を行っている。診療参加型臨床実習の修了要件にはなっていない。
- ・一昨年度から臨床実習終了後のOSCE(Post CC－OSCE)に合格することを卒業要件に加えた。
- ・臨床実習終了後OSCE合格を卒業要件の一つに設定した。
- ・臨床実習終了時には各科で最終試験を行い、臨床実習の終了の要件としている。
- ・進級試験や卒業試験の判定基準をより厳しくした。
- ・臨床実習の評価法の1つとして多肢選択式の筆記試験を行っている。
- ・試験問題成績総合管理システム運営委員会を新たに組織し、卒業試験および進級試験における入カシステムの導入による試験問題の質の担保や視覚教材の充実化を図った。
- ・進級要件について経年的に分析し、要件の見直しを行い、適応させている。
- ・同上
- ・5年次の進級、6年次の卒業の条件として、座学試験以外にOSCEの合格基準を設定している。
- ・検査、診断、治療計画、治療内容を含んだ症例プレゼンテーションを実施し、口頭試問により評価している。また、各課題をポイント制にし、修了判定の基準として200点のミニマムリクワイアメントを設定している。
- ・臨床実習における評価について、各科における評価基準の統一化を行い進級判定を行うようにした
- ・昨今の臨床実地問題に出題されてくる、次に行う手段や方針を問う問題を数多く組み入れて出題する。
- ・卒業試験を各科試験ではなく、総合的臨床内容として2回実施し、かつ臨床実習成績および基礎科目も含めた総合的な歯学演習の成績で受験資格を判定している。臨床実習評価については客観的評価が困難であり、検討中である。また問題を非公開とし、正答率及び識別指数の良好な問題をプールして再利用することにより、問題の質の確保に努めている。

(5)その他

- ・上記のうち③と回答した項目については、実際にはすでに実施している。
- ・看護師、歯科衛生士も臨床実習関連委員会に参加して学生に対する意見を報告しており、学生には各診療科や医療スタッフからの連絡を毎月開催している連絡会でフィードバックとして伝えている。
- ・SD診療、終了時OSCE等を用いて総合的に評価している。
- ・在宅診療のライブ授業
- ・学生から見た目録による指導教員の指導内容と実際の報告による教員間の格差の是正。

3-6. 臨床実習前・中・後の学生評価・臨床能力評価について
(1)臨床実習前に学生の態度評価(例 OSCEなど)を行っていますか？

はい	いいえ
24	5

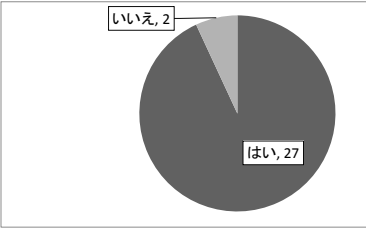


(1)具体的態度評価

- ・学部授業「総合歯科学」とOSCEで評価している。
- ・医療面接教育における模擬患者実習での評価、共用試験OSCEにおける評価
- ・臨床予備実習を担当する各専門診療室教員による評価(臨床予備実習の評価点数に反映)
- ・基礎実習、歯学演習等の観察記録情報を指導医間で共有する。
- ・医療コミュニケーション実習をワークショップ形式で行い、進級要件にしている。
- ・OSCEおよび臨床前実習によって行っている
- ・共用試験OSCE
- ・共用試験OSCE以外は実施していない。
- ・「医療面接」実習において、態度・身なり・言葉遣いについて評価・指導を行っている。
- ・共用試験OSCEだけでなく、プロフェッショナリズムや医療コミュニケーションなどの科目でロールプレイングや模擬患者等も利用して態度評価を実施している
- ・臨床実習前OSCEに加え、歯科医療行動科学でSPIに対する医療面接時の観察記録で態度評価を行っている。
- ・4年生時(2月)にOSCEを行っている。
- ・臨床総合演習という実習で態度評価も行っている。OSCEでも行っている。
- ・共用試験歯学系OSCEで評価を行っている。
- ・共用試験OSCEによる評価、各科目の中でのOSCE、観察記録等による評価
- ・なし
- ・OSCE形式で実施
- ・各診療科の評価項目に知識・技能・態度に関する評価を含む中で行っている。
- ・各臨床基礎実習では態度評価も行っている。また、日常生活態度も学生部等で確認し、報告されている。
- ・4年次の進級判定にOSCEの評価を加えている。
- ・担当患者において治療計画説明を行い、コミュニケーションスキルなどの態度評価をライター、患者評価により実施している。
- ・登院前の臨床前実習として技能補完的教育に加え、服装、態度教育の実践と徹底
- ・共用試験機構実施によるOSCEの成績判定による。
- ・統合型臨床基礎実習における形成的評価および共用試験歯学系OSCEによる総括的评价
- ・臨床実習開始前の登院前実習において技能とともに態度評価を行っている。

(2)臨床実習中に、学生の臨床能力を測る評価をしているか。

はい	いいえ
27	2

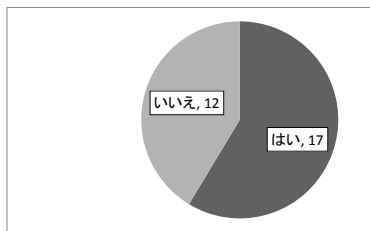


(2)具体的臨床能力評価

- ・観察記録、症例報告、レポートなど
- ・高頻度診療シミュレーション実習を導入、技能評価、態度評価を行っている。
- ・初診患者に対しての医療面接、担当患者診療におけるマンツーマン指導における態度・技術に関する形成的評価
- ・各診療科長(教授)等による現場での指導や口頭試問、高頻度経験処置を題材とするコンピタンス評価(準備中)
- ・観察記録、実地試験
- ・患者診療に際して指導教官が感じる学生技能や学生態度の中間評価を行っている。
- ・PCC-OSCEと観察記録
- ・診療科(全てではない)で評価シートを作成し、評価している。
- ・観察記録、ポートフォリオ
- ・臨床実習と並行して実施するスキルアップ実習の中で技能評価を実施し、併せて臨床能力評価票を用いてコアカリ臨床実習内容の水準1のケースを中心に学生自己評価と教員評価を実施している。
- ・ポートフォリオによる評価を実施
- ・指導者によって4段階での評価を毎回診療時に行っている。
- ・各科で適宜行っている。身だしなみチェックというものもある。
- ・ルーブリック評価の中の1項目として。
- ・筆記試験・レポート、症例報告発表、ポートフォリオ等、口頭試問、観察記録、客観試験、実地ケース
- ・保存歯学系臨床実習では、臨床実習中にmini-OSCEを実施して臨床技能と知識を評価し、合格した者から順に自験症例を実施させている。
- ・試験症例で態度及び技能を測り、それに関連する知識についてはプロトコール提出と口頭試問で評価している。
- ・臨床能力に関して従来よりチェックリストによる観察記録を導入。形成的評価としてルーブリック評価を検討している
- ・臨床実習中、4か月ごとに態度評価を行っている。一人の学生に対し15名ほどの指導医等が行っている。
- ・臨床ケースにてその知識・技術・態度を評価
- ・診療各科における必修の試験ケースと5年次、6年次ともOSCEを実施している。
- ・担当患者にて、特定の課題(レジメン充填、ブラッシング指導等)を実施し、担当ライターが評価を行っている
- ・インストラクターの評価を教員全体で共有している
- ・統合型シミュレーションシステムを利用した技能評価
- ・自験による実技評価、診療前後のレポート
- ・「態度評価」の意味が不明であるが、臨床能力については自験前にマネキンと人工歯を用いてう蝕除去や支台歯形成の能力を測定している
- ・診断・治療に至る途中の段階で適宜、レポート・試問による評価を行っている。

(3)問題解決能力を測る試験を行っていますか？

はい	いいえ
17	12

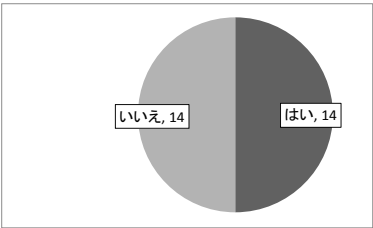


(3)具体的内容

- ・臨床実習が始まって約3ヶ月後に、各科に関する内容の筆記試験を行っている。
- ・症例報告の中で、自己の診療例について、診断、治療方針の立案、治療、予後についての報告を求めている。
- ・臨床実習期間を通じて形成的評価を行うことによって、問題解決能力(治療に関する判断能力)を培うことを狙っている。
- ・臨床実習期間中に実施する症例検討会
- ・教授試問として、各診療科が学生に患者診療の内容のプレゼンテーションを行い、試問を行っている。
- ・実習中随時、症例検討会等で口頭試問を行っている。
- ・5年次後期と6年次の臨床実習の中で、口腔内科の必須ケースとして診断発表会での発表を義務付けし発表内容にて評価している。また6年次の臨床実習終了時に実施しているPCC-OSCEにおいても臨床推論系の課題を通して問題解決能力の評価を行っている。
- ・症例検討会後のレポートの評価、臨床実習終了時OSCEと共に実施している臨床記述試験の評価を行っている。
- ・臨床実習終了後、臨床実習試験(筆記試験)を行っている。
- ・多肢選択式の総合学力試験を臨床実習中に1回、臨床実習終わり頃に1回実施。
- ・臨床実習終了後に、臨床実習で習得した知識と技能が統合され、学生個人の臨床能力として獲得されているかどうか、本学が制定した臨床実習終了時の学生が身につけるべき臨床能力基準に基づいて、5～6ステーションから構成されるOSCE形式の課題で評価しています。具体的には、初診で来院した基礎疾患を持つ患者さんに対して、治療が開始できるまでの一連の問題を順に、実践して解決する(医療面接～バイタルサイン～医療情報提供書～口腔内診察～上級医への報告～患者への説明～簡単な治療の実施)課題で試験している。
- ・診療科によって、カンファランスにて問題解決能力の測定を形式的に行っている。また総括的にはOSCATIにて行っている。
- ・臨床実習必修項目はすべて術前、術後のレポート、および口頭試問で測っている
- ・TBLを行い、ペーパーベシエントによる試験を実施
- ・担当患者の問題点を抽出し、分析後、治療計画を立案させる。PBL形式の指導を行い、症例プレゼンテーションによる評価を実施している。
- ・実際に担当した患者の初診から診断・治療に至るプロセスについて、レポート作成・口頭試問形式の評価を行っている。

(4)臨床実習後のOSCEを行っていますか。

はい	いいえ
14	14



実施時期について

- ・10月
- ・6年次9月または10月
- ・実習終了時
- ・上記OSPEを開発中である。
- ・臨床実習終了時点
- ・実習終了時期
- ・6年次生9月
- ・6年の5月
- ・2015年6月
- ・臨床実習終了後(第5学年3月)
- ・第5学年2月
- ・5年次の1月～2月
- ・2月
- ・6年次の8月末(今年度から実施)
- ・6年生4月
- ・5年次後期臨床実習の各担当科終了前

ステーション数について

ステーション数	1～3	4～6	7～9	10以上
大学数	4	7	1	1

- ・各診療科(口腔外科、歯科麻酔科等)が個別に実施している
- ・3ステーション(予定)

各ステーション時間数について

時間数	5分	～10分	～20分	それ以上
大学数	1	2	4	6

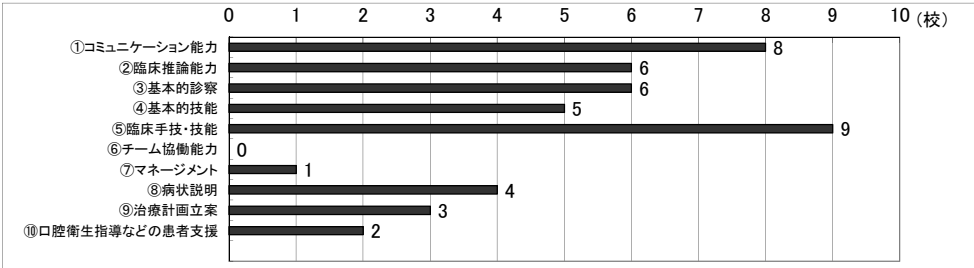
- ・課題により異なる

※ 医療面接や各診療科実技で時間は多少異なる。

※ 各大学の回答の最大時間数により算出。

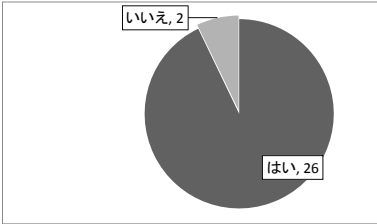
どの能力を測るステーションを設置しているか。

①コミュニケーション能力	②臨床推論能力	③基本的診察	④基本的技能	⑤臨床手技・技能	⑥チーム協働能力	⑦マネージメント	⑧病状説明	⑨治療計画立案	⑩口腔衛生指導などの患者支援
8	6	6	5	9	0	1	4	3	2
⑪その他	※複数選択の場合、延べ数で表示・その他に書かれていた項目を各項目に振り分け								



⑤臨床実習中に実習診療科単独で臨床能力評価を行っていますか？

はい	いいえ
26	2

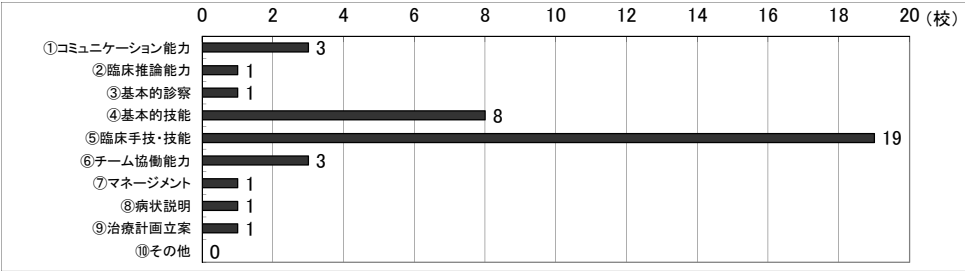


⑤具体的内容

- ・各科にてミニマムリクワイアメントに基づき実施。また高頻度臨床術式実習にて支台歯形成等の臨床技能評価を実施。
- ・学生が患者診療実習を実施する診療室での診療現場では、指導医がステップ毎に学生の行った内容に対しての形成的評価をしながら、診療を進めている。また、症例別に行う、各実習診療科教授による試験ケースでは、学生が行なう診療に関して臨床能力の形成的評価、総合的な評価を実施している。
- ・すべての診療科に共通することではないが、診療科長(教授)による現場での指導(当日のインストラクターを教授が担当)の結果を臨床実習の点数に反映させている診療科がある。今後、コンピタンス評価を保存、補綴、口腔外科領域に導入予定。
- ・実地試験
 - ・指導教員が各学生の事前実習相談や事後実習相談を通して臨床能力評価を行っている。指導教授は、ケースプレゼンテーションを通して、臨床能力を評価している。
 - ・観察記録および口頭試問
 - ・アドバンストOSCEトリアルによって行っている。
- ・＜口腔保健学＞離島実習はレポート、学校健診は報告会ならびに終了時OSCEとして筆記試験の10点満点で評価。＜小児歯科学＞保護者へのブラッシング指導、フッ素塗布、小窩裂溝填塞の3課題の中から1課題を行う。昨年度は外来にて2人1組相互でOSCE同様の評価を行った。＜歯科矯正学＞介助・見学ケースの数。＜齲蝕学＞H26年度において3人ずつ課題を15分で行わせ、1人の学生を2人の指導教官が評価した。課題は上顎前歯のV級窩洞形成及びCR充填を行った。＜歯周病学＞スケーリング・ルートプレーニングについて、顎模型を用いて実施した。＜口腔インプラント学＞終了時OSCEとして仮封冠の製作。＜歯科補綴学＞自験ケース、見学・介助ケース、技工ケース、担当ルーターの課すレポート、自験ケースの観察記録、終了時OSCE(ボーダーモルディング)試験時間10分、無歯顎下顎模型に対して辺縁形成を行わせる。＜口腔腫瘍治療学＞終了時OSCEとして切開・縫合を実施。＜顎・口腔再生外科学＞手洗い実習を1人ずつ行い、採点する。＜歯科麻酔学＞救急蘇生。＜頭頸部放射線学＞画像診断を行う。学生は、提示された画像(口内法、CT、MR)について所見を述べる。さらにその所見より診断、鑑別診断を行う(すべて筆記)。
- ・口腔衛生指導、予防填塞、歯周組織検査、スケーリング、印象採得、矯正装置作製、局所麻酔、心肺蘇生法の実施 など
- ・自験を行う第2総合診療科にて臨床能力評価票による評価を行っている。また各科教員は電子版ケース表(電子版ログブック)でのケース承認作業の際に、各ケースの評価を教員の関与の違いを基に実施している。
- ・(例)麻酔科における麻酔科関連の各種実技試験を観察記録で評価している。
- ・科によって実習内容が違いため評価法も異なる。自験が中心の場合は実技試験を行い、見学中心の場合は口頭試問など。
- ・各科の基準で行っている
- ・ポートフォリオとルーブリック評価の組み合わせ及びコンセプトマップの作成によって質的評価を各科で行っている。
- ・筆記試験・レポート、症例報告発表、ポートフォリオ等、口頭試問、観察記録、客観試験、実地ケース
- ・保存歯学系臨床実習では、(3-6-2)のように臨床実習中にmini-OSCEを実施して臨床技能と知識を評価し、合格した者から順に自験症例を実施させている。小児歯科では、臨床実習終了時に各科OSCEを実施している。
- ・保存各科では、CR充填、抜髄・感染根管・外科的歯内療法、歯周検査・基本処置を、補綴各科では支台歯形成・プロビジョナルレストレーション、部分床ならびに総義歯の設計・筋圧形成から装着後管理等について、評価している。
- ・個々の評価表をもって行っている
- ・臨床実習評価は附属病院で一体化しており、診療科単独では行っていない。
- ・臨床ケースにてその知識・技術・態度を評価
- ・診療科によっては、必修の試験ケースとして臨床技能の評価を行っている。
- ・口腔外科では、抜歯ケースにて、麻酔科ではマネキンを用いた実習、放射線科では患者に対するパノラマ撮影に客観評価を行っている
- ・模型実習における評価(形成等)、総合実習における技術評価を実施しています。
- ・指導医による目視(チェックシート)による評価
- ・診療前後のレポート評価。診療中の実技評価
- ・各診療科においてコアカリフ項目に基づいたシラバスを作成し、実習終了時にその中の必須項目について試験を行う。とくに高頻度診療については評価シートを用いた客観的臨床能力試験を行っている。
- ・各担当科ごとの課題について、課題ごとの評価シートを用いて評価を行っている。

3-7. シミュレーション実習の活用について

①コミュニケーション能力	②臨床推論能力	③基本的診察	④基本的技能	⑤臨床手技・技能	⑥チーム協働能力	⑦マネージメント	⑧病状説明	⑨治療計画立案	⑩その他
3	1	1	8	19	3	1	1	1	0

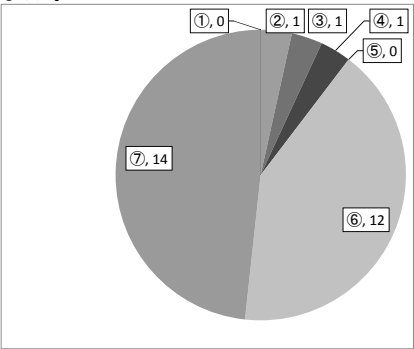


※延べ選択数を記載

4. 臨床実習における、学生に対する評価に関する取組状況について

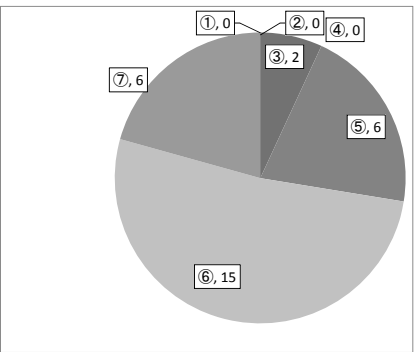
4-1. 診療参加型臨床実習においての学生の到達目標をどのような水準に設定しているのか。

①:患者から病歴を聴取し、まとめ、指導医に説明できる。	0
②:①に加え、その患者に必要なと思われる身体診察・口腔内診査を適切に行い、その結果(正常・異常所見共に)を指導医に説明できる。	1
③:①、②に加え、その患者に必要なと思われる検査計画を立案できる。	1
④:①-③に加え、医療面接内容、身体診察結果、検査結果を解釈・考察し、鑑別診断ができる。	1
⑤:①-④に加え、患者に対して適切な治療方針を立案できる。	0
⑥:①-⑤に加え、指導医の指導・監督下で患者に対して侵襲性の低い基本的診療を実施できる。	12
⑦:①-⑥に加え、指導医の指導・監督下で基本的診療を実施できる。	14



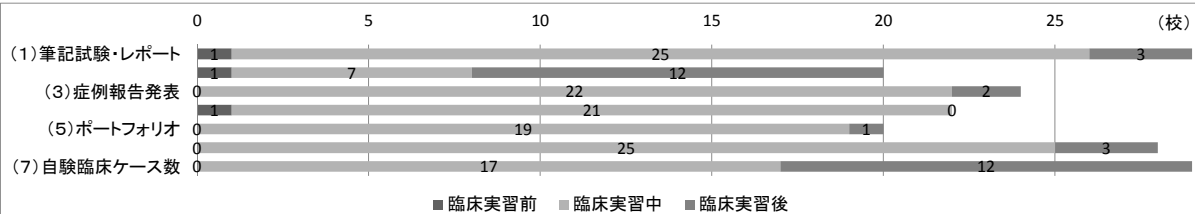
4-2. 実際の平均的な卒業時の到達度はどのような水準ですか。

①:患者から病歴を聴取し、まとめ、指導医に説明できる。	0
②:①に加え、その患者に必要なと思われる身体診察・口腔内診査を適切に行い、その結果(正常・異常所見共に)を指導医に説明できる。	0
③:①、②に加え、その患者に必要なと思われる検査計画を立案できる。	2
④:①-③に加え、医療面接内容、身体診察結果、検査結果を解釈・考察し、鑑別診断ができる。	0
⑤:①-④に加え、患者に対して適切な治療方針を立案できる。	6
⑥:①-⑤に加え、指導医の指導・監督下で患者に対して侵襲性の低い基本的診療を実施できる。	15
⑦:①-⑥に加え、指導医の指導・監督下で基本的診療を実施できる。	6



4-3. 教育目標への学生の到達度を評価するにあたり、実施しているものとして当てはまるものについて

	(1)筆記試験・レポート	(2)共用試験以外のOSCEの実施	(3)症例報告発表	(4)診療現場におけるカルテ記録	(5)ポートフォリオ	(6)口頭試験	(7)自験臨床ケース数
学部数	29	20	24	22	20	28	29
臨床実習前	1	1	0	1	0	0	0
臨床実習中	25	7	22	21	19	25	17
臨床実習後	3	12	2	0	1	3	12



4-3. その他具体的内容

- ・(2)、(3)については診療科によって行っているものがある。今後、臨床実習期間中にコンピタンス評価を実施予定。
- ・実地試験
- ・観察記録、客観試験
- ・指導医の臨床見学ケース、介補ケースを自験ケース以外に課している(保存、補綴、口腔外科系臨床実習)。

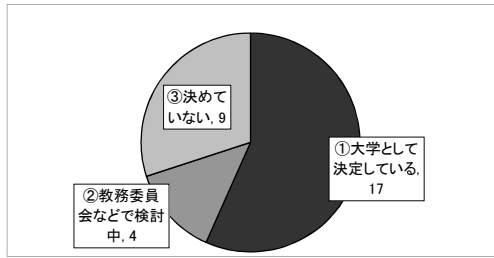
4-4. 学生の臨床能力に関する課題について(ワークショップ参加者の主観的な感想で構いません。)

- ・患者さんのへ対応(医療面接を含む)と基本的な診療技術は指導医の指示に従い一定のレベルまで達していると考えられるが、状況を判断しそれに的確に対応することは必ずしも十分とはいえず、診断能力を身につけることが課題である。
- ・基本的な診療に関わる態度、行動あるいは基本的な診療手技は学んでいるが、複数の問題を抱える患者への対応や診療計画立案に関して課題があるとする。
- ・診断力におけるレベルの向上および診療症例における治療技術の応用力の向上が、課題である。
- ・妥当性・信頼性のある、直接評価方法の開発
- ・症例数の確保
- ・学生は、臨床現場に触れる頻度が多いほど、その能力が開花する。能力の高い学生にもっと触れさせてやりたいが、教員の人的資源が少なく、十分な対応ができない。
- ・客観的評価が十分でないため、到達度の評価ができていない。また、フィードバックが不十分である。
- ・特定機能病院であるため、全身疾患を有する患者が多く、基本的な診療を学生が安全に実施することができる学用患者の確保が困難きわまりないことが、第一の問題点であり、数少ない学用患者も研修歯科医教育で協力を頂いているため、臨床実習に協力して頂くことは、全体として困難である。
- ・種々努力しているところではあるが、学生の臨床能力向上につながる自験患者数が圧倒的に少ない。
- ・配当患者の症例難易度にバラつきがあること、指導教員における能力差の存在が否定できないことなどが、学生の卒業時臨床能力における教育目標への到達度の差に大きな影響を与えている可能性が否定できず、解決すべき課題であると認識している。
- ・国家試験が最大関心事となりながら、臨床実習へのモチベーションを維持させるために、様々な工夫が必要となる。
- ・最近、コミュニケーション能力の低い学生が目立ち、教育に難渋することがある。
- ・ケース数は、必ずしも多くなく、また熟達度も高くない。
- ・定期的かつ適切な観察記録による技能領域の評価 (OSCEはその時の評価ではない)
- ・本学ではコンピテンシーを明確にして、臨床実習終了時OSCEについても、技術偏重ではなく、コミュニケーションや倫理、臨床推論等を盛り込んだ独自の評価試験(OSCA)を実施している。過去5年間、本試験で合格を得ず留年した学生は1名だけであったので、臨床能力についてはある程度担保できると考えている。臨床実習の記録を電子ポートフォリオで管理しているため、学生には能動的な取組ができているが、学生間の個人差が大きいのも事実である。伸ばす教育を推進するとともに、すべての学生が卒業後にスムーズに研修に移行できるように、さらなる改善は必要であると考えている。
- ・地域住民よりも勤務者や歯科医院からの紹介患者比率が高い本学歯科病院では、充分数の自験症例の提供が難しい。
- ・自験症例の標準化が困難で、学生により臨床能力(技能)の機会均等に差が見られる
- ・国家試験への対応で、今後、診療参加型臨床実習時間が減少せざるを得ないならば、全ての学生が等しく臨床能力を確保する事は難しい、と考える。国家試験への対応で、今後、診療参加型臨床実習時間が減少せざるを得ないならば、全ての学生が等しく臨床能力を確保する事は難しい、と考える。
- ・患者数は多いものの、実際の配当患者が少ない。
- ・問題解決能力の判定に関しては現状の実習の様子では評価が困難であると考えられる。
- ・問題解決能力の向上、学生担当患者数の増加、学生に配当する患者と症例水準の統一、客観的な技能評価とその判定基準の明確化。
- ・参加型実習を行っているが、数多くの患者を配当するに至らないために、学生は自身の知識の向上と自身にはつながらない
- ・学生における臨床実習前の基礎知識・技能の不足、検査を含めた診断に必要な知識と診断能力の向上、指導教員における自験症例への指導方針の不統一性。
- ・卒後の臨床研修医制度への臨床研修「先送り」の実態から、また国家試験への「取り組み」から、学生自身の臨床能力学習意欲が衰退(モチベーションが低下)し、とくに自験ケースから得られる臨床能力獲得の効果以外の豊富な学習項目の存在に、学生自身が気づかない。
- ・現状では、各診療科における臨床実習終了時の評価に少しバラつきがみられる。
- ・実習開始時の臨床能力に差があり、どうしても能力のある実習生のほうが診療参加(患者に対する診療)できる機会が多くなってしまい、能力差が大きくなってしまいう傾向がある。

5.卒業生の質の確保について

5-1. 卒業時アウトカム

①大学として決定している	②教務委員会などで検討中	③決めていない
17	4	9

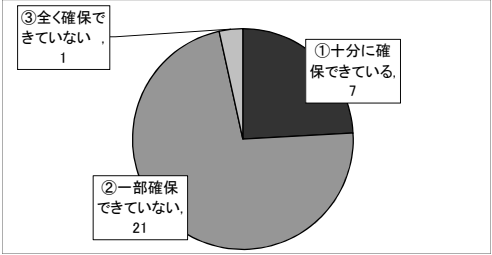


5-2. 卒業時アウトカムの具体的内容

- ・医療従事者としての職業倫理、豊かな人間性及び課題探求心を備えた歯科医師、歯学教育者及び研究者を育成する
- ・ディプロマポリシー（学位授与方針）：歯学部にて6年以上在学し、全学教育科目49単位以上、専門教育科目152単位以上【共用試験（CBT・OSCE）を含む】、合計201単位以上を取得し、豊かな教養と人間性、高い倫理観を身に付けた学生について卒業を認定する。
- ・①大学として決定している。という表現ではなく、学科として設定しています。アウトカム（コンピテンシー）については、この項目欄では取りません。
- ・主専攻プログラムの到達目標（http://www.iess.niigata-u.ac.jp/program/program01/doc/program01_07_1.pdf）
- ・指導医の指導・監督下で基本的診療を実施できる。
- ・（歯学科のディプロマポリシー）1. 知識・理解：患者中心の全人的医療を理解し、歯科医師に求められる世界水準の知識と技能を有し、地域社会のニーズに対応できる。2. 汎用的技能：論理的な文章の記述や口頭での説明を、日本語のみならず英語でも可能とする。3. 態度・志向性：歯科医師として好ましい態度・習慣、幅広い教養と倫理観を身につけ、患者及び他の医療従事者と適切な人間関係を確立する能力を有する。4. 統合的な学習経験と創造的思考力：医療に対して高い関心を持ち、自ら問題点を見出し、解決できる。
- ・ディプロマポリシー（卒業認定・学位授与に関する方針）として、以下のように定められている。
- 【一般コース】歯科口腔医学に関する基礎的知識を身につけている。歯科口腔医学に関する臨床的知識を身につけている。歯科口腔疾患を全身疾患と関連付けて診断できる臨床能力を身につけている。歯科口腔医療の現場における問題発見・解決能力を身につけている。多様化する歯科医療のニーズに即応し、先端的医療を実践するために、生涯に亘り自己主導型学習を継続できる。患者中心の歯科口腔医療を展開するための豊かな人間性と倫理観を身につけている。患者に信頼感と安心感を与えることができる高いコミュニケーション能力を身につけている。他職種との間で協調性を持ってチーム医療を実践できる。離島へき地をはじめとする地域・国際社会に貢献する強い意思を持って、歯科口腔医療を実践できる
- 【歯学研究コース】一般コースに以下の点を加える：未来の医療を切り拓くための先端的研究に興味を持ち、歯科口腔医学の発展に貢献できる
- ・1. 歯科医学の基盤となる自然科学的知識に裏打ちされた論理的思考により、総合的判断ができる。2. 人文社会科学的分野も含めた幅広い知識を有し、人間の行動について精神心理学的対応ができる。3. 口腔疾患を全身疾患の一つとしてとらえ、幅広い医学的知識に基づくプライマリ・ケアを実践するための基本的な臨床能力を身につけている。4. 医療の倫理と法の原則に則り、患者中心の歯科医療を実践できる。5. 患者との対話を通して、インフォームド・コンセントを得ることができる。6. 安全管理や危機管理能力を備え、医療事故の防止や的確な感染対策の知識を有している。7. 他の歯科医師やコ・デンタル・スタッフと連携してチーム医療を実践するためのコミュニケーション能力を身につけている。8. 口腔疾患の予防と健康増進に関する十分な知識を持ち、地域社会に密着した歯科医師および歯科医学教育者・研究者となりうる能力を持っている。9. 生涯にわたり自律的に学ぶ習慣を身につけ、科学的根拠に立脚した歯科医療が実践できる。10. 歯科医学研究者として世界をリードし、国際社会において幅広く活動する素養を身につけている。
- ・ディプロマポリシーに沿った内容で、具体的かつ測定可能な卒業時アウトカムを設定すべく検討している
- ・1. 人々のライフステージにおける疾患の予防、診断および治療を実践するための基本的な医学、歯科医学、福祉の知識および歯科保健、歯科医療技術を修得している。
- ・2. 「患者中心の医療」を提供するために必要な高い倫理観、豊かな人間性および優れたコミュニケーション能力を身につけている。
- ・3. 疾患の予防、診断および治療の新たなニーズに対応できるよう生涯にわたって自己研鑽し、継続して自己の専門領域を発展させる能力を身につけている。
- ・4. 歯科医療の専門家として、地域的、国際的視野で活躍できる能力を身につけている。
- ・5. チーム医療（保健と医療と福祉）において協調し建設的に行動できる態度と能力を身につけている。
- ・歯科診療の基本的な事項を十分理解実践でき（コアカリ）、続く臨床研修においても継続的に能動的学習を継続し、態度、知識、技能の向上に努める。
- ・歯科医師として活躍できる知識、技能、態度を会得している
- ・歯科医師としての基本的な知識、技能、態度を修得するとともに、生涯研修・研究を行う態度、問題発見・解決能力を身につけること
- ・昭和大学歯学部の学生が卒業時に有している医療人としての能力（コンピテンシー）
- ・歯学部学生は卒業時に以下の7つのコンピテンシーを身につけていることが期待される。
- 1. プロフェッショナリズム：基盤と情熱をもって患者中心の医療を提供し、健康を増進する責任感と態度を有し、生命の尊厳、守秘義務、医療安全、患者の権利について、法と医療倫理を遵守するとともに医療を担う後進の育成に寄与する。
- 2. コミュニケーション：患者や家族、地域住民、医療関係者と適切な言葉や態度によるコミュニケーションを介して、良好な人間関係を構築するとともに、必要な情報を収集・提供できる。
- 3. チーム医療：1）ともに医療を担う多職種の職能を相互に理解・尊重して良好な人間関係を構築し、患者にかかわる情報を共有できる。
- 2）多職種と連携・協力しながら歯科医師の専門性を発揮し、患者中心の医療を実践できる。
- 4. 専門的実践能力：統合された知識、基本的技能、適切な態度を身に付け、患者・家族の心理・社会的な背景を把握するとともに、指導医に適切に報告・連絡・相談し、インフォームドコンセントのもとで、科学的根拠に基づいた医療を実践し評価できる。
- 1) 臨床情報の集約
- 1. 患者のプライバシーに配慮し、適切なコミュニケーションのもとに信頼関係を築き、治療に対する希望、心身に関する特性などに配慮して、患者の主訴や医療情報を聴取、記録できる。
- 2. 歯・歯周組織：口腔粘膜・顎関節など口腔・顎顔面の診察を行い、その結果を記録することができる。
- 3. 診察に基づいて適切なエックス線検査や各種臨床検査を選択、実践することができる。
- 4. 小児・高齢者および障がい者などに対し、治療に対する本人や家族の希望、心身に関する特性などに特別に配慮して、医療情報聴取、診察、検査を実施することができる。
- 5. 発音・構音機能障害、摂食・嚥下機能障害、睡眠時呼吸障害をもつ患者に対して、基本的な診察、検査を実施できる。
- 6. 安心・安全な治療のため、全身状態の把握に努め、他の医療従事者と密な連携をとることができる。
- 2) 診断と治療計画
- 1. 集約された臨床情報に基づき、鑑別すべき疾患を考慮して基本的な診断を行い、一患者単位の総合治療計画を立案できる。
- 1-1. 齲蝕、歯髄疾患、根尖性歯周炎および歯周病を診断できる。
- 1-2. 歯質や歯の欠損に伴う審美障害や機能障害を診断できる。
- 1-3. 典型的な口腔粘膜疾患、顎骨および顎関節症疾患を診断できる。
- 1-4. 先天異常や発育異常に伴う歯・口腔・顎顔面の発育障害や、発育段階に生じた後天的な障害、機能的異常の基本的な診断ができる。
- 2. 一般歯科診療の範囲を超えたと判断した場合には、専門医と連携できる。
- 3) 口腔の健康の確立・回復と維持
- 1. 治療計画に沿って口腔の健康の確立・回復に参画できる。
- 1-1. 齲蝕、歯髄疾患、根尖性歯周炎および歯周病の基本的な治療ができる。
- 1-2. 歯質や歯の欠損に伴う審美障害や機能障害に対する基本的な補綴処置ができる。
- 1-3. 基本的な抜歯術が施行でき、口腔領域の外科処置に参画できる。
- 1-4. 口腔顎顔面領域の痛みや心理的苦悩に対する診療に参画できる。
- 1-5. 発音・構音機能障害、摂食・嚥下機能障害をもつ患者に対する治療に参画できる。
- 2. 小児・高齢者および障がい者など特別な配慮が必要な患者の診療に参画できる。
- 3. 一般歯科診療で遭遇する緊急事態を予め防止するための方策を立てることができ基本的な対応ができる。
- 4. 地域連携（病診、病病連携）の歯科医療を理解でき、参加できる。
- 5. 医療機構入院患者の口腔ケア（含：周術期口腔管理）を理解し、参画できる。
- 4) 予防とヘルスプロモーション
- 1. ヘルスプロモーションの考えに基づいて、地域社会で生活する個人、家族および地域住民の口腔の健康維持と心身の健康との係わりへの理解を啓発し、改善および予防の指導ができる。
- 1-1. 患者とその家族に健康教育を適切に実施できる。
- 1-2. 食生活を含む生活習慣と代表的な顎口腔疾患との関連性について患者に説明し、適切な助言ができる。
- 1-3. 口腔衛生や口腔疾患と全身の健康との関連を説明し、適切な助言ができる。
- 5. 社会的貢献
- 医療・福祉にかかわる社会的背景を把握し、地域社会における保健・医療・福祉・行政ならびに社会奉仕等にかかわる活動を通して、国民の健康回復、維持、向上及び疾病の予防に貢献する
- 6. 自己研鑽
- 生涯学習者であることを自覚し、最新の知識や技能、必要な情報を国際的視野にたつて獲得する意欲と態度を有し、常に自己を振り返るとともに、他者からの評価も受け入れ、至誠一貫の精神と向上心を維持する。
- 7. アイデンティティ
- 昭和大学の伝統を重んじ、その名譽を高めるために全力を尽くす。
- ・社会に有為な（豊かな人間性を有し、医療の進歩や社会構造の変化に柔軟に対応でき、生涯にわたって学習する探究心を備えている。地域における口腔保健活動を通して、国民の健康維持・増進に貢献できる。）歯科医師の育成をアウトカムとしている。
- ・基本的な歯科治療を実施出来るために必要な基本的な診療に関する知識、技能および態度の修得
- ・国民の口腔保健を維持・増進する歯科医療担当者になるために必要な、歯科疾患を抱える患者を全身的・全人的に捉える態度と基本的診療能力を有し、歯科医学の重要性を深く認識している。
- ・登院実習終了時のPCC・OSCEの実施
- ・深い教養と良識を備えた信頼される歯科医師の育成のために、教育理念に基づいた歯科医師としての資質が獲得できたかについて試験を行ない、各単位認定をもって評価します。所定の単位数を修めた学生は総合的な歯科医療を実践し、地域医療に貢献する能力を身に付けたと判定し、卒業が認定され、学士（歯学）の学位が授与されます。

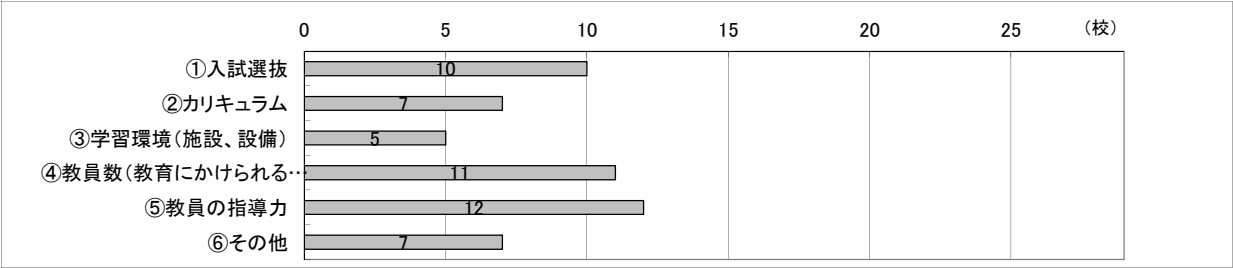
5-3. 卒業時アウトカムをふまえた質の確保

①十分に確保できている	②一部確保できていない	③全く確保できていない
7	21	1



5-3. 確保できていない場合のその主な原因はどの部分にあると考えですか。(複数選択可)(ワークショップ参加者の主観的な感想で構いません。)

①入試選抜	②カリキュラム	③学習環境(施設、設備)	④教員数(教育にかけられる時間数)	⑤教員の指導力	⑥その他
10	7	5	11	12	7

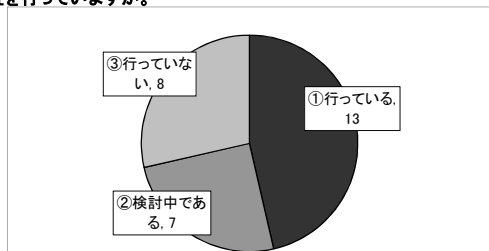


5-3. ①～⑥の具体的な内容

・学生専用の診療用ユニットが十分とはいえず、また臨床実習協力患者数が少ない ・アウトカムを設定した学生について、カリキュラムを終った卒業生がでていませんので、この質問には回答できません。 ・間接評価からは、十分に確保できていると考えられるが、直接評価をしていないので疑問がある。 ・症例数(患者)の確保 ・臨床実習に参画する指導教員の任務は、教育(講義、基礎実習、臨床実習)・研究・臨床・社会貢献等が含まれる。教員の数の削減により、相対的に臨床教育にかけられる時間(effort)が減少しており、クリニカルワークシップを充実させる上では十分と言えない。今後は、臨床教授など外部の教員が大学病院においても指導ができるように改善をする必要を感じている。 ・現在、募集単位との関連性も含めて、解析中である ・現在、九州大学のカリキュラムはアウトカム基盤型ではないため、歯学部において独自に検討を進めているところである。したがって、現在の歯学部のカリキュラムでは「卒業時アウトカムを達成する」とことは理論的に不可能である。現在、アウトカム基盤型カリキュラムの作成を検討している段階であるが、現在のカリキュラムでも、一定のコンピテンシーを得ることはできると考えられる。一方で、臨床実習以外の教員の指導力改善を目指して指導方法に対するFDが必要であるが、マンパワー不足などにより、そのFDが十分に行われていない。 ② 従前よりある講義に、時代の要請に合わせた授業を追加しているため、適切な時期に適切な講義を受講できている状態では無い。④ 法人化の後、事務作業量が圧倒的に増加しており、任期制の導入に伴い教員の教育に対する意識が薄れている感が強い。また、任期評価に教育が重点化されていないため、優先順位として教育指導は後回しになってしまいがちである。⑤ 限られた環境、時間の中で、自由に余裕を持った指導ができていないのが現状である。 ・専門科目での英語科目(国際性)、研究に関する科目(研究者マインドの養成)については十分ではない(平成27年度より新カリで導入)基礎実習で用いる設備、器具の老朽化により、十分な実習ができなことがある。教員によって指導能力や指導にかける熱意に差があり、学生とのコミュニケーションがうまくいかないケースがある。 ・学生一人あたりの教員数が少ないことも質の確保を困難にしている原因の一つと考えられるが、他方、卒業時のアウトカムとして国家試験の合格があまりに重要視され、国家試験で測定不能な能力等については、質の確保がなされていない(質の確保がされていなくても問題視されない)状況がある。 ・昨年度までの入学定員割れにより優れた入学者の確保が困難な時期があった。 ・地方大学のため患者確保が困難ではあるが、様々な工夫により患者確保を図っている。 ・様々な工夫により患者確保を図っているものの、侵襲の高い歯科治療に関して患者の協力を得ることが困難な場合がある。 ・教員数削減により教育に対するマンパワーが不足している。 ・臨床実習で初めて患者と向かい合う段階になり実習継続が困難になる学生の増加等。困難になる学生はコミュニケーション能力やチーム協同能力に問題がある場合が多い。 ・よりきめ細かい学修指導の必要性が年々高まっており、教員1名あたりの負担が以前にも増して大きいと感じている。 ・大学側の指導力の改善も必要ではあるが、入学してくる一部の学生の、1)学習意欲の低下 2)学習方法の未熟さ 3)学力レベルの低下 を底上げするのに苦慮している。(入学前教育や入学後補習教育にも力を注いでいる上での状況である) ・国家試験の合格率低下により、その対策授業が必要となり時間的制約が生じるため。 ・学習環境として、学生数に対して少人数でのグループディスカッションを実施するための設備が少ないことや、診療参加型臨床実習のための学生診療スペースが必ずしも充分でないことが挙げられる。 ・臨床実習を行う場は、臨床研修医の施設でもある。そのため両者での症例(患者)の取り合いになっている部分もある。また患者数は多いが、学生の臨床実習ケースには妥当でないケースが多いようである。 ・入試選抜の本質的機能が十分とは言えず、学力不足の学生が多く入学してきているのが現状と思われる。また教員数の削減、中間層の教員の退職など、人的にも十分な教育環境が確保できているとは考えづらい。 ・入試選抜機能が十分でない時期があったため ・国家試験の合格を目指す教育を行っているばかりで、臨床実習システムが整っているようには感じられない ・私立大学として独自の学習目標を掲げる自由性が、昨今の歯科医師国家試験の合格と達成度を求めるために、教育カリキュラムの変更をしてきたが、学生側からの受ける目線や本来有意義なキャンパスライフ送るための大学生活も資格試験目標が第一義となり、人間形成の完成度や活動の充実さを残せないまま卒業している可能性が否定できない。そのためか、学生が卒後も大学院や大学に魅力を感じることが少ない傾向がある。 ・平成27年度入学者から、新カリキュラムを実施しているが、現行(旧来)のカリキュラムでは卒業時の質の担保を保証できない ・単位制によるプロセス・エデュケーションに基づくカリキュラムとなっているため。	
--	--

5-4. 卒業生がどのように社会で活躍しているかを追跡する調査を行っていますか。

①行っている	②検討中である	③行っていない
13	7	8

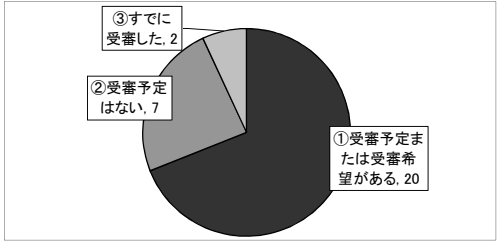


5-4. 具体的内容

- ・卒業時に進路を調査することは行っているが、その後の追跡調査は行っていない。
- ・卒業生に対するアンケート調査を計画中。以前、アンケート調査を実施した。
- ・H24年度に歯科同窓会と連携して、歯科同窓会委員全員を対象として卒後の追跡調査を行った。
- ・卒業生アンケート
- ・同窓会と連携して、アンケートの実施および勤務先・現住所の把握を行っている。
- ・国家試験合格の有無、研修医教育をうける場所のマッチング結果を記録している。
- ・同窓会と連携し、行っている。
- ・同窓会でアンケート調査を行っているため、その報告を受けている。
- ・同窓会と連携して、卒後の追跡調査を行うこととしている。
- ・同窓会網を利用した卒業生調査
- ・就職先にアンケート(自記式)調査を実施する
- ・毎年、卒業後の進路調査を実施している。
- ・教務課での臨床研修先や勤務先の調査
- ・同窓会名簿
- ・就職先の調査や何名かの卒業生へのインタビュー程度であるが実施している。
- ・卒業後の進路状況の調査を毎年行っている
- ・歯学部同窓会での名簿調査をもとに、卒業後の進路・活躍状況の情報収集などの取り組み等。
- ・学生課にて就職先(進路先)を調査している。
- ・卒業研修や生涯研修(CE)を通して国際社会に精通する歯科医療の提供を目指す。
- ・卒直後および卒業5年後のアンケート調査。

6. 分野別認証評価

①受審予定 または受審 希望がある	②受審予定 はない	③すでに受審 した
20	7	2



①と答えた方は、その具体的な時期について

2015	2016	2017	2018	2019年以降	未定
2	3	5	1	1	5

いつでも:1件
3年以内:1件

現在の準備状況

- ・認証評価項目(案)がほぼ確定したこと、教務委員会を中心として準備について検討中。
- ・現在国立大学法人評価の準備に歯学部教員の多くが係わっていて、分野別認証の準備まで人員を割けないが、法人評価のデータは分野別認証評価に活用できると思われる。
- ・本年度トライアル受審
- ・教育推進WGにて準備中
- ・評価基準の確認をしている
- ・認証制度の具体についての情報を把握していないので、特には準備をしていません
- ・特に準備はしていないが、歯学教育認証評価WGより講師を招いてFDを実施する予定がある。
- ・現在想定される評価項目についての現状と課題を調査中
- ・各評価項目について現状分析を行い、不足分については担当委員会への実施依頼を検討している段階である。
- ・整備・拡充した大学病院学生診療室を活用した臨床実習体制の再整備
- ・各種関連会議への出席と情報共有、具体的準備の検討。
- ・学内研修会の開催等により、教職員の当該事業への理解を深めている。
- ・自己点検・評価報告書を提出した。
- ・委員会を組織し準備を行っている。
- ・教学推進センターを設置し、認証評価受審を念頭に、IR機能整備の準備活動や若手教員に対するFD強化を進めている。
- ・認証評価小委員会にて検討中である
- ・機関別認証評価の第2期の受審を平成29年に控えているので、分野別認証評価の対応はそれ以降となる。
- ・全学年においての教育システムの見直しをしています。
- ・WS時に提示された評価項目に基づいて、evidenceが必要なため、現在、データ整理などを行っている。
- ・認証評価に関する講演者の派遣依頼を歯学教育認証評価検討WGに依頼し、本評価システムの概要を把握すべく準備している

受審についての問題点

- ・認証評価項目内容の具体性が不十分な部分があること、また、基準を満たすことは必須であるが大学の独自性を活かした評価であることが十分に周知されていないこと。
- ・現地調査時に学生インタビューが行われるが、カリキュラムの関係でスケジュールが問題なく組めるか不安である。
- ・自己評価書作成者の養成
- ・特になし
- ・評価を受けるにあたっての作業量が膨大、人的資源の枯渇
- ・受審前の資料の準備や受審時そして受審後において、教員・事務職員に多大な負担がかかることが懸念される
- ・どのような認証評価になるのか情報が不明なため、準備をすることもできていない点が問題である。
- ・特になし
- ・なし
- ・受審までの期間とマンパワー。
- ・大学機関別認証評価との重複がある。
- ・特に問題はないと思うが、いくつかの観点について確認している。
- ・評価基準等の詳細が現状では明らかではないので、現段階では不明である。
- ・教育システムの構築を行っているが、評価項目を事前にご教授いただきたい。
- ・評価項目の絞り込みが未完成
- ・上記の通り、認証評価について組織として十分な理解がなく、まずその内容を(具体的に)把握する必要がある。

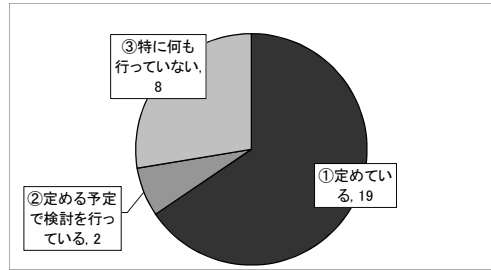
②と答えた方は、その理由

- ・準備が整っていない
- ・本評価が始まると受審したいと思うが、現状では試行段階であるので、受審の予定はない。
- ・周囲の状況を見てからと考えている
- ・現状では必要が無い
- ・歯科の試行上まだ次期ではないため
- ・試行評価の結果、希望を検討する。
- ・2年前に2つの大学認証評価を受審し改善は進んでおり、単科の歯科大学として分野別認証評価の位置付けを検討中である。

7. 教員

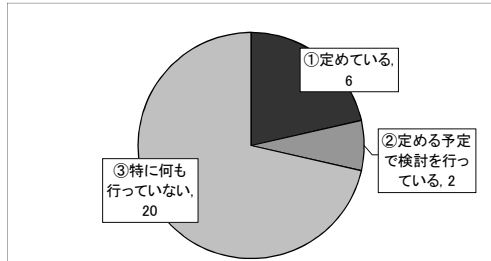
7-1. 教員の活動と教育に関する方針を定めているか

①定めている	②定める予定で検討を行っている	③特に何も行っていない
19	2	8



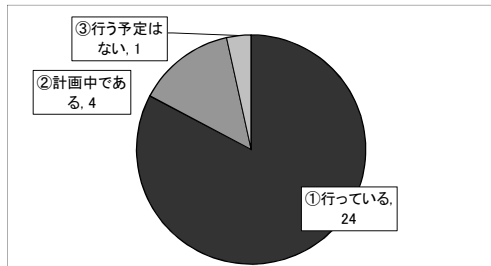
7-1. エフォート率を定めていますか

①定めている	②定める予定で検討を行っている	③特に何も行っていない
6	2	20



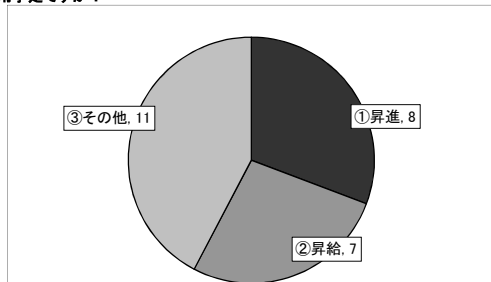
7-2. 教員の教育活動の業績評価

①行っている	②計画中である	③行う予定はない
24	4	1



①、②、と答えた場合は、評価をどう活用していますか？ あるいはどう活用予定ですか？

①昇進	②昇給	③その他
8	7	11

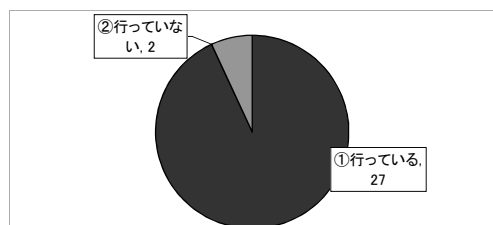


③と答えた場合は、具体的内容

- ・勤勉手当と昇給
- ・教員の業績評価は、直属の上司および部局長に開示された教育、研究、臨床、社会貢献に関する自己評価であり、自己の年間計画とその達成度の評価として、主に自己成長のための自身へのフィードバックとして用いている。
- ・昇進、昇給の他、教員任期制の再任審査等に活用している。
- ・全学的統一評価(数値データ+特記事項)により、部局長の附帯評価
- ・業績良好な教員にはボーナスを加給、および年度末に表彰を行う
- ・教育活動の業績評価は、自己評価を基盤として行っているが、その結果を活用はしていない。
- ・昇進や昇給、役職、賞与など、種々に関与してくると思います
- ・再任時に使用している。
- ・任期の更新時に活用している。
- ・①、②共に行っている。
- ・提出された教育実績を任期更新の判断基準としている
- ・人事考課として、年度末手当や昇給への評価、および、任期後の再任の評価等に活用している。

7-3. 教育方針の周知を行っているか

①行っている	②行っていない
27	2

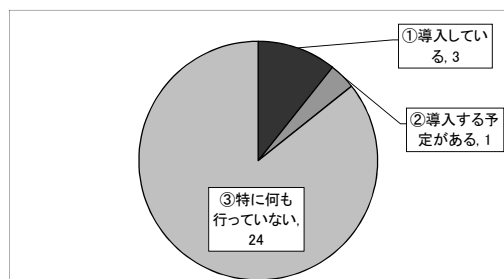


①と答えた場合は、具体的内容

- ・HPへの公開、記載されているパンフレットやシラバスの配布、教員FDなどにより周知。
- ・ホームページに掲載している他、教職員FD等により周知している。
- ・シラバス、学生便覧に記載
- ・高度先端歯科医療人ならびに先端科学研究者の育成に向けた教育FD等を等して、執行部より伝達している。
- ・主として年に4回開催する教職員連絡FDを通じて
- ・冊子の配布やHPで周知している。
- ・各種委員会等で周知している。
- ・学部ホームページへの掲載及び学部規程等により周知している。
- ・カリキュラムポリシーの設定と教職員への周知
- ・FD活動や会議(臨床実習委員会など)で周知を行っている
- ・教育関連FDにて周知
- ・国家試験合格率上昇
- ・FD・SD研修会の開催
- ・大学案内やホームページに掲載している。
- ・卒業時に具備すべきコンピテンシーを作成し(5-1に記載)、全ての教員に周知徹底している。
- ・学部教育における重要な取組や施策については、学務委員会主催の全教職員対象の説明会を実施している。
- また、若手教員に対しては、教学推進センター主催でワークショップ形式のFD講習会を開催している。
- ・科目責任者会議を定期的に開催し、教育方針の確認を行っている
- ・教授会、教育開発委員会、学部長報告会、病院長報告会などを通じて行っている。
- ・シラバスにて全体に周知を行っている
- ・FDや説明会の開催
- ・教職員集会を開催し、学部長より説明する
- ・FD等を定期的に行い周知させている
- ・FD研修会等で教員の全体集会において、指導方針等の具体的な方向性を周知している。
- ・教育理念をHPや冊子(キャンパスガイド、学習の手引きなど)で公開している。
- ・中期事業計画・年度事業計画等の公表および年頭行事や朝食会等での口頭報告

7-4. 教員キャリアへのメンター制度は導入していますか

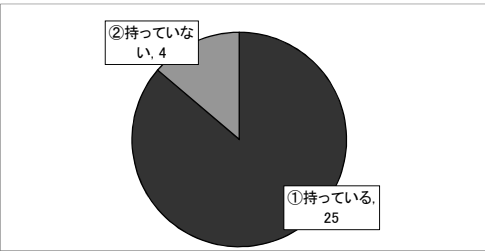
①導入している	②導入する予定がある	③特に何も行っていない
3	1	24



8. 機関

8-1. 改善するプロセスを持っていますか

①持っている	②持っていない
25	4

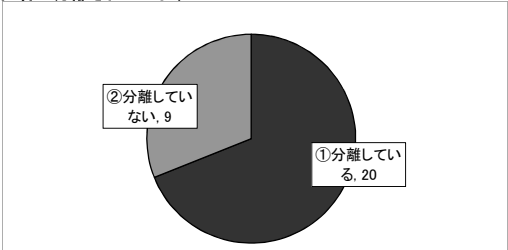


①と答えた場合は、具体的内容

- ・研究科内に点検評価委員会を設置し、3年に一度自己点検評価を行っている。
- ・研究科長を筆頭とした執行部、教務委員会等を含む各種教育研究関連委員会、広報委員会・評価委員会等を含む各種総務計委員会、そして教務係を中心とする事務部、さらには、外部評価委員会として有識者からなる運営協議会を通じて、定期的に自己点検、改善を実施。
- ・自己点検・評価委員会において、中期目標・中期計画に基づき、年度計画の進捗状況等の実績確認をしている。
- ・法人評価、機関別認証評価の受審並びに評価センターの設置
- ・部局評価委員会において自己評価、達成度評価を毎年度実施している。
- ・年度計画を立案し、その達成度で部局の活動評価がなされている。
- ・学長室を中心としたトップダウンと経営評議会による評価および部局ヒアリングなど
- ・自己点検・評価委員会があり、そこで評価している。また、第3者からの評価も受けている。
- ・大学の自己評価、自己点検により行っている。
- ・年度毎の機関の目標設定と3ヶ月毎の自己点検によるPDCAシステム
- ・外部組織による機関別および分野別認証評価を定期的に受審し、自己点検評価の結果を適切にフィードバックして機関の構造や機能の改善に努めている。
- ・歯学部評価委員会(委員長:学部長)で設定した点検評価項目について検証する。その結果を点検評価全学審議会(会長:学長)で審議して、改善、見直しを図る。またアドバイザリーボード(学外者)を導入し、内部質保証の取組の客観性・妥当性を図っている。さらに、内部質保証を検証する組織として常任理事会を位置づけている。
- ・学生部委員会、教授会での定期的検討
- ・歯学部自己点検評価委員会
- ・自己点検・評価委員会を設置し、定期的な自己点検を行っている。
- ・自己評価委員会を組織し、定期的に検証を行っている。
- ・大学本部及び学部自己点検・評価委員会を設置し、3年ごとに自己点検を行い改善に取り組んでいる。
- ・自己点検・評価委員会を設置して、改善に取り組んでいる
- ・自己点検委員会があり、2年に一度、自己点検を行っている。
- ・自己点検・自己評価を定期的に実施し、その結果をふまえ、PDCAサイクルでその改善を図っている。
- ・自己点検委員会により審議し、具体的な計画を教授会、各種委員会へ依頼
- ・自己点検評価委員会にて実績を定期的に点検し、その後の改善に役立てる
- ・自己点検の結果を問題点の抽出として開示し、改善指示を行っている。
- ・自己点検・評価委員会により、毎年の自己点検・評価による
- ・自己点検評価委員会において隔年で自己点検評価および改善検討を行っている

8-2. 歯学教育実施責任者と、歯学教育分野別自己点検評価責任者は分離されていますか？

①分離している	②分離していない
20	9



歯学教育実施責任者と歯学教育分野別自己点検評価責任者

	学長	学部長、学科長、 副学長、副学部長	教務委員長、教育 委員長、教育点検 委員会委員長、自 己点検・評価委員 会委員長等	その他	検討中
歯学教育実施責任者	2	14	3	6	0
歯学教育分野別自己点検評価責任者	2	12	5	5	1

※個人の御名前のみ頂きました大学に関しては数にカウントしておりません

9. そのほかの取り組みについて

多様な医療ニーズ、超高齢社会に対応するための取り組みについてなど、特徴的・先進的な取り組みについて

- ・さまざまながん患者における周術期の歯科的管理に習熟し、歯科診療所において地域病院との円滑な連携を研修直後から実践できる歯科医師を育てるため「がん治療の周術期における口腔管理研修」を歯科研修医プログラムに選択研修として加えており、本年度は8名の研修医が参加している。がん治療の周術期セミナー、がん化学療法前の口腔管理演習、およびがん治療周術期の口腔管理研修からなるもので、本プログラムは、平成26年度から5年間にわたり全国11大学（北海道大、大阪大、九州大、岡山大、長崎大、鹿児島大、金沢大、昭和大学、日本大、岩手医科大学、兵庫医科大学）が行う、文部科学省課題解決型高度医療人材養成プログラム「健康長寿社会を担う歯科医学教育改革」の一部である。
- ・周術期管理に対応するために歯学部学生のがんセンター等での実習の実施。震災対応に向けた取組みに関する講義や研修会の実施。
- ・臨床実習で咀嚼嚥下障害患者に対する治療の体験、老健施設での見学・体験実習等を実施している。
- ・課題解決型高度医療人材養成プログラム採択を受けて以下の事業を行っている。事業概要：実績のある国立大学歯学部と医学部を擁する私立大学歯学部、特色ある医学部歯科口腔外科が協力して、各大学の医療系学部との協力のもと、縦割りを排した新しい次元の医科歯科連携教育や在宅歯科医療学を構築、それを全国レベルで均てん化する。加えて、東京大学 死生学・応用倫理センター、高齢社会総合研究機構の協力のもと死生学や地域包括ケアに関する教育を導入する。また、東京都健康長寿医療センター、国立長寿医療研究センターの協力を得て、認知症等に対する最新の知識と歯科的対応を系統立てて学べる様にする。その結果、適切な死生観に基づき、患者の病床、介護現場や終末期に寄り添えるプライマリケア歯科医を養成する。また、口腔から全身健康に寄与でき、急性期、回復期、維持期、在宅介護現場に対応できる歯科医を育てる。さらには、高齢者の「食」を基盤とした健康増進、介護予防、虚弱予防を目指した新しい歯学教育・研究を推進する。
- ・現在、学外臨床教授に在宅歯科診療への帯同をお願いしているが、大学病院でも施設への在宅歯科診療を開始し、歯学科、口腔保健学科の学生を帯同する予定で、準備を進めている。
- ・超高齢社会に対応するため高齢者施設への訪問実習を行い、その生活や保健衛生管理の状態を学ばせている。医科病棟への往診同行実習を行い、周術期患者を中心とした口腔管理を学ばせている。また、訪問歯科診療への同行実習を計画している。
- ・救急医療の現場において、救命救急処置の重要性を認識し、多職種連携の重要性を学ぶため、5年次生前期に、北九州市消防局の協力を得て、救急車同乗実習を行っている。
- ・全学部が参画した多職種連携教育の充実
- 「ITを活用した超高齢社会の到来に対応できる歯科医師の養成」事業（代表校：昭和大学）の取り組み
- ・介護・看護体験実習（1年、5年時）や地域医療体験実習（5年時での国保関連病院での臨床実習）などのカリキュラムを導入している
- ・授業料全額免除の待生（1学年 30名）制度
- ・卒後臨床研修プログラムとして在宅医療を実施している。また、歯科法医学センター、摂食嚥下リハビリテーション学分野、スポーツ歯学分野を設置し、多様な医療ニーズへの対応を図っている。
- ・（1）1,3年次における歯科診療所見学実習により地域医療の実態について早期に学習を行っている。（2）3,4,5年次に施行される「IT教材を活用した超高齢社会の到来に対応できる歯科医師の養成」授業および5年次に施行される4学部連携病棟実習により、高齢者に見られる基礎疾患について学習し、さらには在宅歯科診療やチーム医療の重要性を認識できるよう取り組んでいる。
- ・健康長寿社会に求められる高齢者の摂食・機能の維持に関する基礎を学ぶため、6年次のカリキュラムで摂食嚥下障害患者に対する食事、嚥下訓練などの実習および特別養護老人ホームや医科病院における口腔ケアの見学等を実施している。また平成26年度から岡山大学との「健康長寿社会を担う歯科医学教育改革」課題解決型高度医療人材養成プログラムを共同事業にして、さらに充実していく計画がある。
- ・高齢者歯科学を統合講座として開講し、他大学、研究所施設、多職種の講師で教育に取り組んでいる。
- ・①地域連携に一機関として歯科訪問診療の実地見学に参加すると共に、日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニックで研修を実施している。
- ②平成26年度より文部科学省大学改革推進等補助金において、国立大学法人東京医科歯科大学、国立大学法人東北大学、国立大学法人新潟大学、学校法人東京歯科大学と合同で、課題解決型高度医療人材養成プログラム「健康長寿を育む歯学教育コンソーシアム」に基づく大学間の連携取組の中での超高齢社会に対する歯科の対応についての教育を開始している。③ヒト型ロボットを用いた歯科臨床実習用シミュレーションシステムが、基礎臨床実習室に3台、附属病院に1台導入され、既に学生教育や歯科医師臨床研修に用いられている。④将来の再生医療の準備として、歯髄細胞バンクを設立し、同時に、歯髄細胞バンク認定医制度を開始した。
- ・昭和62年より超高齢化を見据え、在宅往診ケアを実施しており、現在では学生を含め5名前後で週5日実施している。
- ・本学部附属病院における医師、看護師、理学療法士と連携した摂食・嚥下のリハビリテーション、在宅・介護施設等への訪問診療の実践など。本学は岐阜県において唯一の歯学部であるため、岐阜県の山岳部などの地域医療には目を向けることができると考える。
- ・歯学部附属病院に既設の診療科（保存、補綴、口腔外科、小児歯科、矯正、口腔衛生、放射線など）のほかには口唇口蓋裂センター、顎顔面補綴、インプラント、審美、口臭、成人矯正、障害者、顎変形などの特殊診療部を設置して、これらの臨床教育の受け皿としている。新カリキュラム企画施行期にある現在、高齢者や介護、咀嚼嚥下等の領域での歯科医療、医学のニーズに対応して新たな対応を検討中である。建物の改修、整備もニーズに対応するよう現在検討中である。
- ・全身を理解し、医科と連携できる超高齢社会に対応した歯科医師の育成。

(8) 事後アンケート結果

医学・医学教育ワークショップ事後アンケート＜医学＞

回答者数 45名

○次回に希望するテーマ

①医学教育関連

<総論>

- ・ 医学英語教育をどのように進めるか
- ・ 医学教育に関する行動科学について
- ・ 卒前卒後のシームレスな教育のあり方
- ・ 学部一貫教育の考え方について
- ・ 基礎・臨床を含む医学部カリキュラムの全体的なグランドデザインについての最新事情
- ・ 本邦の医学教育における座学とActive learningとのバランス
- ・ ディプロマポリシー、カリキュラムポリシー、アドミッションポリシーの連動と活かし方
- ・ 医学教育にシミュレーション教育とeラーニングをどのように取り入れ、生かしてゆくべきか
- ・ 家庭医療/総合診療の教育、あるいはプロフェッショナリズム教育
- ・ 能動的学習と評価
- ・ active learningの方法論と、学生のコンピテンシー評価法

<統合教育・教養教育・基礎医学教育関連>

- ・ 医学部教育における教養教育の意義とあり方
- ・ 医学部における教養教育(リベラルアーツ)の在り方
- ・ 基礎医学教育の方向性について

<臨床実習関連>

- ・ 臨床実習プログラムの構築について
- ・ 教育関連病院での臨床実習の質の担保について
- ・ 診療参加型臨床実習
- ・ 6年次臨床実習の質と量に関して

②IR

<IR>

- ・ IRなど大学の情報管理の今後について
- ・ 医学教育IR(IRの体制、IRの内容、倫理審査、同意の手続き(未成年者の同意含む)、先行事例、等)
- ・ 分野別認証評価にあたっての組織作り(IRなど)
- ・ 医学教育におけるIRの機能(各大学からの事例をもとにした意見交換)

<学生の質等>

- ・ 卒業認定のあり方
- ・ 如何にして留年者、脱落者を少なくするか
- ・ 医学教育における学生の評価時期と評価方法
- ・ 生涯学習につながる卒前アウトカムの設定
- ・ 医学部入試はこれでよいのか。
- ・ 精神障害を抱えた学生への対応
- ・ 反プロフェッショナル行為を行う学生への対応
- ・ 留年者に対する対策(留年させないためにはどうするか、留年生への次学年時の学習方法)
- ・ 学生のメンタルヘルスケア
- ・ 卒業生の質確保
- ・ 卒業時に必要な能力に関して
- ・ 臨床実習の医行為と評価について

<指導者教員の確保・育成・評価>

- ・ 教員評価のあり方
- ・ 教育評価の方法と活用

③国際認証関連

<国際認証関連>

- ・ 国際認証
- ・ 国際認証受審に向けての組織内準備態勢の構築について
- ・ 医学教育の国際標準化・国際通用性と日本の医療・医学教育の特殊性
- ・ 国際認証受審のための具体的なロードマップについて
- ・ 分野別認証評価の受審に関するテーマは1つ欲しい
- ・ 分野別認証評価でなにをどこまで変えられるか
- ・ 医学教育の認証の現況(大学の事例紹介と今後の対応)

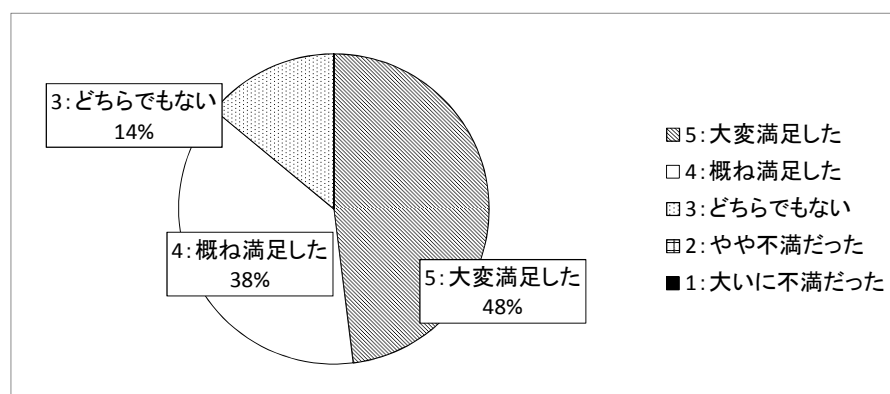
④その他

<その他>

- ・ 医学部卒業生の進路希望における地域偏在と診療科偏在の解決策
- ・ 医学教育評価のための組織・システムのあり方
- ・ 医学生のカリキュラムをめぐり諸問題、カリキュラムをどう位置づけるか
- ・ 地域枠医学生の教育について
- ・ 10年後の全国80大学医学部はどうすみ分けしていくのでしょうか？
- ・ 設定テーマ自体は今年のでよいと思います。ただもう少し焦点を絞り、内容を欲張りすぎないほうがよいと思いました。

○基調講演

5:大変満足した	4:概ね満足した	3:どちらでもない	2:やや不満だった	1:大いに不満だった
24	19	7	0	0



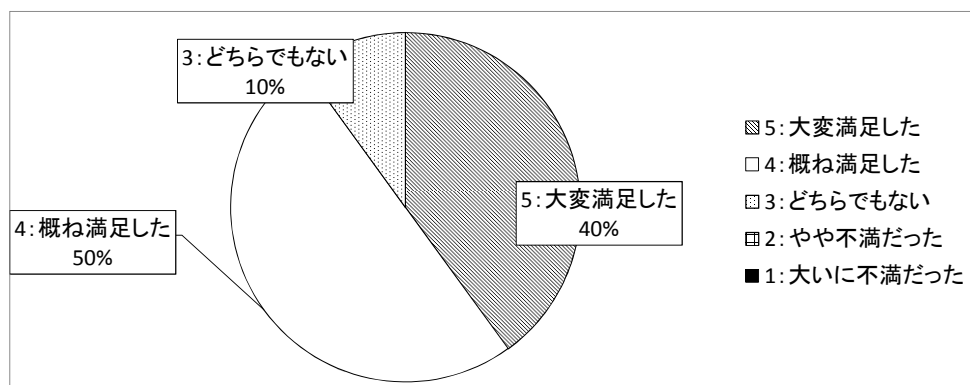
<感想>

- ・ 幅広い内容を俯瞰できるご講演でした。
- ・ 有名な先生を拝見できた。
- ・ 医学の歴史を医学教育の変遷と絡めて、大変分かりやすくお話頂き、大変勉強になった。
- ・ 永井先生の見識の深さがうかがえる内容でした。
- ・ グローバルな視点からの日本の教育に関する評価に興味深く拝聴しました。
- ・ 日本の医学史を俯瞰するすばらしい講演でした。
- ・ 講演は興味深いものであった。
- ・ 世界における医学の進歩とそのものにある概念と日本におけるそれらとの違いをまとめた形で聞くことができ大変有意義であった。
- ・ 日本の医療、医学教育の歴史を学び直すことができました。
- ・ 多文化という観点で医学を概観したことがなかったので、大変参考になりました。
- ・ 題名の「医学における多文化性」とは少し異なる内容でしたが、本邦の医学史の発展の経緯を俯瞰するようなご講演で勉強になりました。
- ・ 普段なかなか拝聴できないような医学の歴史を学ぶ機会を与えていただき、大変勉強になりました。
- ・ 永井先生の洞察の深さを学ばせていただきました。
- ・ 教養という観点から、非常に勉強になりました。
- ・ 永井先生の医学に対する思いがうかがえて大変良かったと思います。
- ・ 日本の医学の歴史から始まり、医学の多文化性、医学の考え方の基本に関するお話は、今後の医学教育のあり方について考える上でとても参考になりました。

- ・ 解り易かったと思います。
- ・ 膨大な資料から日本医学の多様性を論じられた内容で、永井先生にしかできない講演と思いました。歴史上の登場人物のそれぞれの関わりと日本と世界の医療に対する考え方の違い発現の歴史的経緯がよく理解できました。
- ・ 永井先生の医学における多文化性についての講演は、日本の西洋医学の吸収、独自の医学観の形成について幅広い知識に触れることができました。
- ・ 大変興味深く聞かせていただきました。
- ・ 今日の医療問題出現する元となる歴史的背景を多面的に説明された。興味深い話であった。
- ・ 医学史を踏まえて多様性を論じられていました。医学の成り立ちについては興味を持っていたことから、その面での満足度は高いものでした。しかしながら、今回のワークショップの基調といえるのかどうか疑問です。教育講演というなら分かりますが、この講演を踏まえてのワークショップにはなりませんでした。
- ・ 医学の歴史を文化という新たな視点からとらえ直すことができました。
- ・ 歴史、文化に根差した臨床医学についてご講演であり、国際認証を受ける上で大変参考になった。
- ・ 勉強になりました。
- ・ 現在の医学部で「医学概論」の講義が行われているのは少ないが、医学知識が細分化され過ぎた現代こそ医学概論が重要と思われた。
- ・ 拡張高い講演で、私にとっては難しすぎ、自分の不勉強がよく分かりました。
- ・ 我が国の文化に対する深い理解を基盤として医学教育を再構築する必要があると感じた。
- ・ 見識の高い、素晴らしいご講演でした。これだけでも来た価値があります。
- ・ 永井先生の「医学における多文化性」のご講演は、非常に勉強になりました。
- ・ 日本の医師の江戸から現代の歴史が学べた。現在の日本の医師像を考えさせるいい内容でした。
- ・ 普段あまり聞けない話で、医学史や医療費のこと等いろいろ勉強になった。また主旨とは関係ないが、統計の話なども参考になった。
- ・ 純粋に興味深いお話でした。
- ・ 医学の歴史から、その多様性についての講演で、とても興味深く拝聴しました。
- ・ 格調高いご講演でしたが、情報量が多く、消化しきれませんでした。
- ・ オーストラリアの地域医療実習の内容に感心し、新潟大学でも取り入れてゆきたいと思った。
- ・ 大変良い講演で、学部学生にも教育すべき内容と感じましたが、担当教員のスキル含めて困難な大学が少なからず、今後の課題かと思います。
- ・ 西洋医学の導入に関して、興味深い視点から述べられ、よく分かったが、医学教育そのものの歴史的な動き、また、中国漢方、和漢方教育の歴史などについても話していただきたいかった。
- ・ 医学は多文化を持っているが、日本の医学(医学教育を含めて)において日本の文化をもっと取り入れるべきであると感じられた。
- ・ 医学を志す者にリベラルアーツは必修というか、結局生涯教育で出会った患者の数だけ自分も磨かれる。
- ・ 今回のテーマと直接関係が乏しかった。
- ・ きわめて興味深く、一般的な見地からは示唆に富む内容であったが、分野別認証に向けて具体的な指針を求めてきた人間にとっては、直接的な内容ではなかったようにも感じられました。

○グループ別セッション

5: 大変満足した	4: 概ね満足した	3: どちらでもない	2: やや不満だった	1: 大いに不満だった
20	25	5	0	0



<意見>

- ・ トータルカリキュラムデザインについて、他大学の考え方や実践について情報共有することができた。もう一歩進めて、医学部長・病院長会議への提言としてまとめ、さらに同会議から各大学に推奨カリキュラムとして提示できるような成果物に仕上げるタスクであれば、さらに真剣味も増したのではと思います。
- ・ 各大学によって、事情が異なる中で、それぞれが努力されておられる状況がよくわかり、自大学の改革の方向性を考える上で有益でした。ただし、議論が一方向に流れる傾向があり、もう少しモデレーターの関与があってもよかったかもしれません。

- ・タスクフォースとして参加しましたが、昼休みに打ち合わせで1時間ほど抜けて戻ってみると、せっかく午前中に進めていた方向性がばらばらになっていました。お昼時間も一緒に過ごした方が良いと感じました。

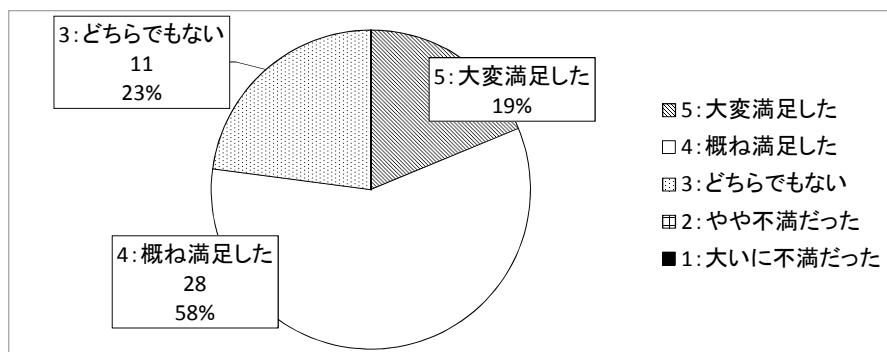
<感想>

- ・各大学の状況について理解が深まりました。
- ・学長等とセッションできた。
- ・医学教育分野別認証を受審する予定であったこともあり、他大学の方と意見交換をし、情報収集する絶好の機会となった。
- ・各大学の状況を率直に意見交換できた。
- ・モデレーターの指導が良かったです。
- ・情報交換ができ、たいへん有意義でした。
- ・8人のグループで2人欠席があり、モデレータ1人を加え7人参加した。各施設の現況を知り議論することができた。人数、時間とも妥当と感じた。
- ・他大学の状況を聞くことができたこと、メンバーの先生方との考えの相違点が理解できたことは今後の大学改革にとって大変有意義なものであった。
- ・グループの人数も丁度良く、有意義な議論が出来たように感じています。
- ・時間がやや短く、深いディスカッションができなかった。しかし、各大学の事情が分かり、参考になりました。
- ・各校の問題意識や特徴が理解でき、たいへん有意義な時間を過ごすことができました。
- ・出席者の、現状の医学教育に対する理解度に差があり、自分が得心するような話がなかなか聞けなかった。
- ・グループ内で自由にdiscussionすることができて、よかったと思います。
- ・以前参加した時のWSに比べて、メンバーの経験・知識が高く、充実した内容だったと思います。
- ・各大学の実態や指導者の考え方について、率直な意見交換ができました。
- ・活発なグループ討論で、多くを学ぶことができ、話し合った内容を持ち帰って考えを押しきかけともなりました。
- ・メンバーの先生方と知り合いになることができ良かったと思います。
- ・それぞれの大学のアドミッションポリシーの違いや入学者の選抜法の在り方を知り、これまでに実施してきた選抜方法の問題点についても討論できました。大変有意義でした。
- ・各大学の問題点についてお互いに意見交換ができ、有意義であったが、多少時間が短く感じた。どこの大学も同じような問題点を持ち、その解決に苦慮していることがよく理解できた。
- ・グループ別セッションでの討論はいつも楽しみにしています。他校の状況を直に聞きながら討論できるのが勉強になります。
- ・全国共通の医学教育の諸問題について他大学の教員と意見交換が出来た。
- ・IRの意義、教育における位置づけ、これからの方向性について考え、有意義な議論ができました。
- ・卒業生の質保証について、意見交換ができ、今後の重要な課題であることが再認識された。
- ・各大学の事情を聞くことができ良かったと思います。
- ・グループ別セッションで、参加した各大学の現状や今後の方針等で忌憚らない意見交換ができ、大変有意義であった。
- ・「卒業生の質の確保」のテーマであり、Clinical clerkship の評価とpost-CC OSCEの話が中心となった。大学により進捗状況が異なり、意見交換が進んだ。共用試験実施評価機構が推進するそうなので大いに期待したい。
- ・他学の先生方と議論でき、自分達の立ち位置が確認できたことが大変有効であった。
- ・ファシリテーターが自由な発想の発言にプレーキをかける傾向があった。
- ・ご一緒したグループの先生方とほぼ共通した問題を抱えていることがわかり、今後も情報交換の場は必須。
- ・他大学の取り組み、考え方を知ることができ、有益だった。
- ・「臨床実習の改善・充実」のグループに参加し、各大学での現状を知る事が出来、有意義であった。参加型臨床実習の実践が、各大学ともにまだまだ不十分であるという確認ができた。診療参加型臨床実習というのは、実際の患者さんに何らかの侵襲を加える手技だけをイメージする教員が多いが、「患者さんへの面接、診察、問題点の抽出、鑑別診断、治療計画、上級医との討議、患者さんへの説明」といった一連の診療の流れを、学生が身につけて行く事である。実際の手技を学生にさせて、感動を与えモチベーションを上げる事が本来の目的ではないという事を啓発していきたい。
- ・様々な大学におけるIRなどの状況がよく理解できた。
- ・教育のことはいつまでもたっても正解がでない問題だと悩んでいたが、他大学の事例を聞けたり、情報が共有できたりしたことが大きな収穫であった。とにかく新しい試みでも始めることが大切だと思った。
- ・他学の取り組みを具体的に聞けたのがたいへん参考になりました。ディスカッションが時々脱線気味だったのがやや残念です（我々のグループだけかもしれません）。
- ・他施設の先生方と討論できて、統合教育の考え方を学びましたが、具体的にカリキュラムに落とし込むことが今後の課題だと感じました。
- ・さまざまな意見が出てよい意見交換の場となりましたが、時間が不足していたと思います。
- ・まだ、医学教育分野別認証制度を理解していない大学が多いことを知った。今後とも、分野別認証制度の普及に努めてゆきたいと思う。
- ・テーマの範囲が広く、的を絞った方が議論しやすいかとも思いましたが、概略をディスカッションするには良い機会でした。また、いつものようにグループ内での情報交換が有意義でした。
- ・各大学が学生教育に大変熱心に取り組んでおられる事が伺われ、励みになった。
- ・もっと的を絞った討論を促す努力が必要と感じた。

- ・「Ⅱ. 統合教育を行うための入学時から卒業時までのトータルカリキュラムデザインのあり方・実践」に参加しました。各大学の現状を知ることができたのは、例年通りの収穫でした。気になったのは、教養教育に関しての各大学のスタンスが大きく異なることでした。全人教育やプロフェッショナルリズム教育において必要と思われる教養教育のスタッフ不足については、あまり話されることが無かったのは、残念です。

○総合討論

5: 大変満足した	4: 概ね満足した	3: どちらでもない	2: やや不満だった	1: 大いに不満だった
9	28	11	0	0



<意見>

- ・少し時間不足かと思いました。全部ではなく代表グループに発表させたりすると、さらに深い議論ができたと感じました。
- ・討論的が絞れておらず、もっと提言をするようなものにしてはいいか。
- ・発表時間が短く、グループワークで練り上げた結論を出しきれずにいた印象である。もう少し発表時間がほしい。
- ・テーマが幅広く、個々のグループの発表時間が短いと感じる。もう少しテーマを少なくしても良いと思う。

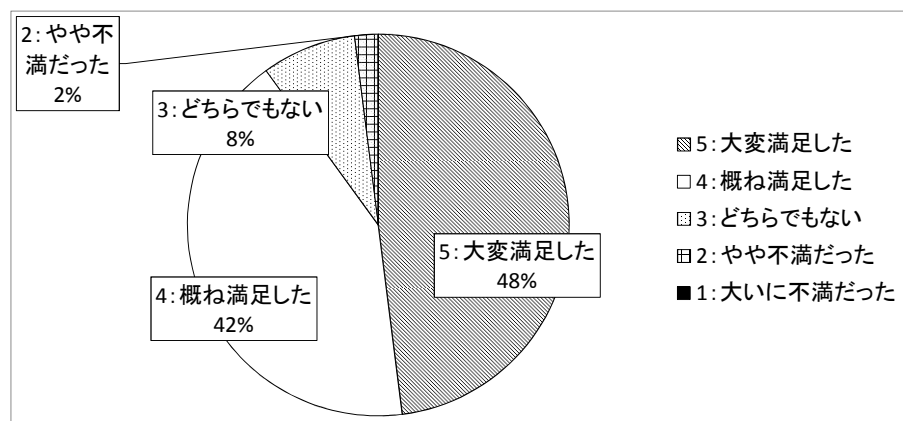
<感想>

- ・各大学の状況について理解が深まりました。
- ・有名な先生を拝見できた。
- ・IRの重要性の認識に至りました。
- ・有意義でした。
- ・歯学教育と医学教育の現状と課題は、発表内容を聞いても、異なるようである。同時に行うメリットがあるか多少疑問に感じた。
- ・グループでまとめたものを発表し、意見をいただけたことでより考えがまとまったと感じた。
- ・少し時間不足であったでしょうか。
- ・興味あるテーマばかりでしたので、御発表や御議論が大変参考になりました。
- ・総合討論は実際は時間がありませんでしたが、神津先生のご指摘は興味深く拝聴しました。
- ・十分な議論ができていたとは言えない。これも時間不足。
- ・今回、テーマ別に分かれましたが、それぞれが重要な内容でしたので、まとめて拝聴できて、最後に総括頂いたのが良かったと思います。
- ・質疑応答を通して、さまざまな情報収集ができました。
- ・時間がタイトでしたが、北村先生の進行で、楽しめました。
- ・各グループが真剣に討論し、まとめを作っていて、自身が担当したテーマ以外のお話の中から得るものがたくさんありました。
- ・興味深い内容でした。
- ・座長の進行もスムーズで、また質問も的を得ており、全体を通じて勉強になりました。
- ・それぞれの問題点について簡潔にまとめられた。
- ・他のテーマで、どのようなことが話し合われたのかを知ることができました。講演録が出されたので、振り返りもできて良かったです。
- ・他グループにおける議論の内容もよく理解できました。
- ・現在の医学教育の問題点や方向を把握できました。
- ・総合討論で発表された事柄は、今後の参考になる内容が多く含まれていた。
- ・司会者が討論をコントロールされていた。
- ・テーマをもっと絞って議論すべきと思いました。
- ・スライド一枚に纏めて短時間での発表スタイルはとても良かったです。
- ・教育担当になって間もないこともあり、担当外のテーマについては今ひとつ分かりにくかった。

- ・各テーマごとに非常に重要な、医学教育の検討課題を示されて、短くまとめられ発表された。グループ別セッションで担当した課題は、午前中に時間をかけて討論したため、理解がしやすかった。
- ・北村先生の発言は、いつものことですが、非常に鋭かった。
- ・参考になる発表が多かったです。ただ一部には総花的な発表もありました。時間が限られる中、フロアから若干の外れなコメントもあったように感じましたが、独特の用語を含め医学教育の基礎を私がよく理解していないだけかもしれません。
- ・テーマが多く、集中した討論ができなかったのが残念です。
- ・もう少し、質疑応答に時間をかけたほうが良かったと思う。
- ・おおむね満足しているが、質問者やコメンテーターをあらかじめ設定しておけば司会者ばかりが発言することは避けられたのではないか。
- ・総合討論は、やはり歯科と医科が分かれた方が、議論は深まるような気がした。もう少し時間がとれれば良いと感じた。
- ・総合討論の時間をもう少し増やし、グループセッション毎に、討議を深める。
- ・歯科と一緒にやる意味がよくわからない。それならむしろ医歯薬系以外の学部の実情を知りたいと思った。
- ・何か一つの方向性を示す、意見を集約するなど、全国の医学部長・学長の方々に、take home messageとなるものがあれば、更に良かったと考えます。

○会場、進行等について

5: 大変満足した	4: 概ね満足した	3: どちらでもない	2: やや不満だった	1: 大いに不満だった
24	21	4	1	0



<意見>

- ・テーマが幅広く、個々のグループの発表時間が短いと感じる。もう少しテーマを少なくしても良いと思う。

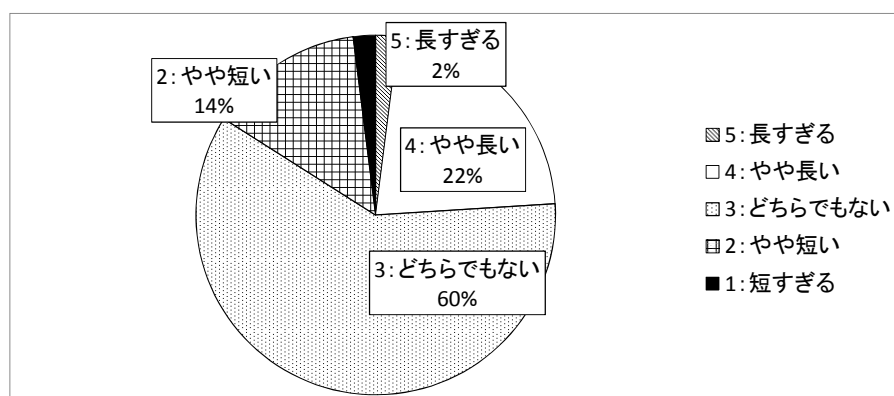
<感想>

- ・円滑で効率的でした。
- ・都内で場所が良かった。外気が暑い。
- ・グループ別セッションを含めて、会場の広さや配置は良かったと思う。
- ・満足です。
- ・会場は快適であった。
進行は内容、参加者数を考えると十分配慮されていた。
- ・時間通りに進行する中で内容は充実しており大変素晴らしいと感じた。
- ・いつもどおり、スムーズな進行であったと思います。
- ・利便性がよく会場の大きさも適切です。グループ別セッションのための部屋の移動以外はスムーズでした。
- ・スムーズな運営・進行でした。
- ・会場、個別の部屋含めて、よく対応いただいたと感じました。
- ・毎年、円滑で、ストレスのない構成・進行になっていると感じました。
- ・長崎からは遠いですが、仕方ありません。
- ・非常に綺麗で、快適な会場で会った。グループワークに関しても、同様である。
- ・お二人の進行で討論が深まり、またお人柄も出て和む雰囲気でもありました。
- ・丁寧に運営されていたと思います。
- ・会場は全く問題ありませんでした。
- ・内容が豊富で時間が短いと感じたが、内容については充実していた。
- ・まったく問題なかった。

- ・ 例年通り、満足です。講演録は助かります。
- ・ 有益なコメントを適宜いただいたと思います。
- ・ 特に問題なく円滑であった。
- ・ 会場進行は良かったと思います。
- ・ 会の進行等はスムーズで快適であった。
- ・ 会場も素晴らしく、進行も時間通りに進行していた。
- ・ 概ね時間通り、てきぱきと運営されていたと思います。
- ・ ほぼ時間通りの進行で良かったです。
- ・ 素晴らしい施設でした。
- ・ 進行はスムーズでよかった。
- ・ 総合討論の時間がもう少し確保できればよかったのではないかと感じました。
- ・ 折角の会場の機能が全く生きていなかった。
- ・ 演者に対する「あと〇分」のプラカードが気になりました。もう少しスマートな方法があるのではないのでしょうか。

○会議の時間(グループ別セッション)

5: 長すぎる	4: やや長い	3: どちらでもない	2: やや短い	1: 短すぎる
1	11	30	7	1



<意見>

- ・ 長くなると雑談部分も多くなり、それはそれで有益ですが、ワークショップは1時間程度で良いと思います。
- ・ 少し時間不足かと思いました。全部ではなく代表グループに発表させたりすると、さらに深い議論ができたと感じました。
- ・ いつも感じますが、教育のテーマは複雑な内容が多く、議論も色々広がりますので、時間は不足だと感じます。
- ・ 永井先生の基調講演は大変興味深かったが、今回のグループワークには直接関係せず、この時間を討論時間に回したらよかったのではないですか？
- ・ グループの全員が意見を言うとなると少し短いと思われる。
- ・ これ以上短いと余裕をもって議論できないと考えます。適当な時間と思います。

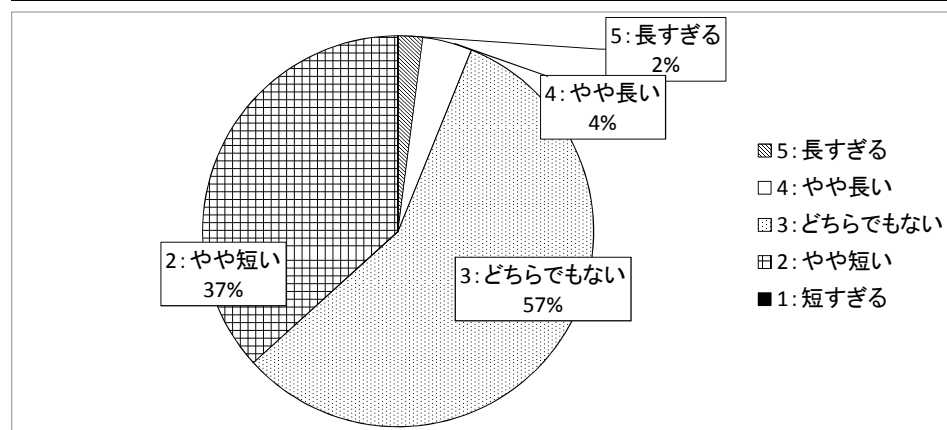
<感想>

- ・ 適当でした。
- ・ もう少し、短くても良いと考える。
- ・ 適切な時間配分だと思われた。
- ・ ちょうど良い時間だったと思います。
- ・ 適切な時間配分と感じた。
- ・ ちょうどいい長さであった。
- ・ 適切と思います。
- ・ 丁度良いように感じました。
- ・ 討論時間は十分であった。
- ・ もっと時間があつた方がいいかもしれません。
- ・ ちょうどよい時間であつたと思われる。
- ・ ほぼ例年通りだったせいか、ほぼ適正な時間配分と思います。但し、新たな試みをするとしたら時間は足りなく感じられるかもしれません。また遠方から来場された方にとっては、やや長いと感じられるかもしれません。
- ・ 成果を作り上げその上でさらに自由討論ができる余裕があり、よかったと思います。

- ・現実的な観点からは、適切と思われる。
- ・妥当と思います。
- ・会議の全体的な時間配分は適切と思われた。
- ・長過ぎず短すぎずでちょうど良かったと思います。
- ・目的達成のためには、ちょうどよい時間であった。各々の大学の代表の先生方と話せる機会なので、もう少し他のこともお聞きできるとより良かったと思います。
- ・もう少し長くても良いかと思うが、長くなりすぎても話が散漫になりそうなのでまずまずかと思った。
- ・30分短縮し、総合討論を長めにするほうが効果的かと思います。
- ・上記のごとく、グループ別セッションや総合討論は、十分な時間がありませんでした。
- ・やや冗長すぎる感があった。グループ別発表後の総合討論にもう少し時間をかけた方が良いと感じた。
- ・もう少し時間が短い方が集中してできると思います。
- ・昼休みは討論を止めて食事に専念するか、討論が続けられる環境に居続けさせるなら、ファシリテータも同席し続けるべきである。
- ・グループ別セッションを短くし、総合討論にもっと時間を割いて、ディスカッションを深めた方が良いと感じました。

○会議の時間(グループ別発表)

5: 長すぎる	4: やや長い	3: どちらでもない	2: やや短い	1: 短すぎる
1	2	28	18	0



<意見>

- ・少し時間不足かと思いました。全部ではなく代表グループに発表させたりすると、さらに深い議論ができたと感じました。
- ・永井先生の基調講演は大変興味深かったが、今回のグループワークには直接関係せず、この時間を発表時間に回したらよかったのではないですか？

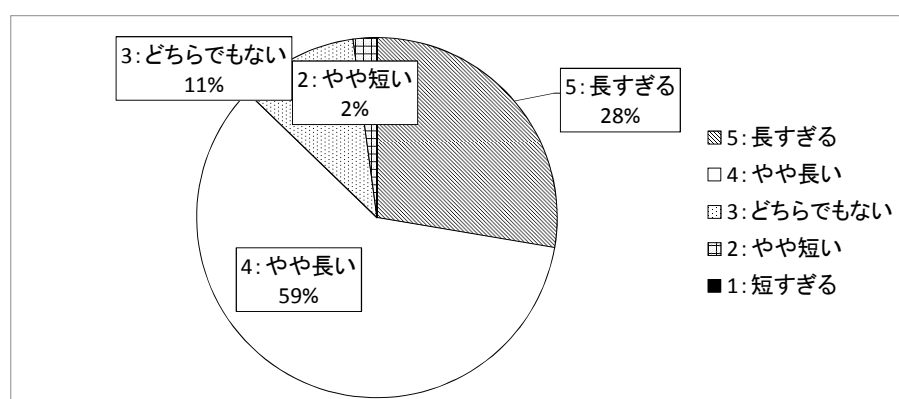
<感想>

- ・適当でした。
- ・興味深かった。
- ・他グループの方からの質問、コメント等をもう少し時間をかけて聞きたかった。
- ・もう少し長くても良いと思います。
- ・当初、1グループの発表時間、質疑時間が短いと思われたが、グループ発表終了時には妥当な時間配分と感じた。
- ・もう少し時間があってもよいと思った。
- ・質疑応答にももう少し時間があればと感じました。
- ・丁度良いように感じました。
- ・各グループとも要点を手短かにまとめていただいた。
- ・発表時間は、ちょうど良いと思います。
- ・おそらくどのグループも10分はほしいと感じておられたのではないかと。
- ・30分短縮し、総合討論を長めにするほうが効果的かと思います。
- ・時間は適切であった。
- ・量的には適切だったと思います。
- ・スライドを2枚使って、7～8分くらい必要ではないでしょうか。
- ・各グループとも要領よくまとめられた。
- ・ほぼ例年通りだったせいか、ほぼ適正な時間配分と思います。但し、新たな試みをするとしたら時間は足りなく感じられるかもしれません。また遠方から来場された方にとっては、やや長いと感じられるかもしれません。

- ・ 時間は適切だと思います。
- ・ グループ別の発表時間は適切と思われる。
- ・ 適切だと思います。
- ・ 各グループの発表時間はもう少し長くても良いと感じられた。
- ・ ちょうど良い長さではないでしょうか。
- ・ 適切だと思います。
- ・ 歯科と切り離して1グループの討論を十分行う方がよい。
- ・ 最後のコメントはとても有意義でした。
- ・ 進行上やむを得ないと思います。
- ・ 長時間の発表だと内容も散漫になり問題だと思うが、グループ数を減らして、各グループの発表時間を長くすべきだと思った。
- ・ 最後まで出席しなければならない仕掛けが必要と感じました。

○本ワークショップで得られた情報の学内共有

5: 長すぎる	4: やや長い	3: どちらでもない	2: やや短い	1: 短すぎる
13	28	5	1	0



<具体的な情報共有の方法>

- ・ 資料が雑ばくでまとまっておらず、回覧ではなかなか内容が伝わらない。形式を統一してはどうか。
- ・ 要点を執行部に報告した上で、必要に応じて関係者に伝達します。
- ・ 学務関係者にメモ作成し、配送した。
- ・ 医学科運営委員会、分野別認証評価ワーキンググループなどで情報を共有したい。
- ・ まずは教授会、教務委員会等の主要な学内会議において報告し、その後必要に応じて、関連するワーキンググループ等に情報提供や資料提供を予定しています。
- ・ ワークショップで得られた情報を自己点検評価委員会で共有予定。
- ・ 組織改革を進行中で有り、課題が山積しているが、その解決策としてグループでの議論を紹介した。
- ・ 教務委員会、医学部執行部への報告。
- ・ 教育担当部門、幹部に資料を回覧し、共有しています。
- ・ 現時点では直結する予定はありませんが、様々な機会で情報共有を図りたいと考えています。
- ・ 教育関連責任者とは共有したが、今後学部内に広く伝えたいと思います。
- ・ 医学部長補佐、副医学部長との会議にて内容を報告・共有しました。
- ・ 会議資料等を、教務関係の教員に回覧した。
- ・ 新学期の学務委員会で報告を予定している。
- ・ 教育委員会での報告。
- ・ 医学部長、教務委員長に報告し、しかるべき委員会でも知らせることにしています。得た情報を基に学内のFDでも取り入れる検討をします。
- ・ 関係するWGで簡単な報告を行いたい考えです。
- ・ 横浜市大医学教育センターと教授会で内容を通達し、教員に周知していく。
- ・ 次回のカリキュラム委員会で今回のWSの内容を紹介する時間をもらっている。
- ・ 教務委員会で報告など。
- ・ 医学部長と教務委員長に報告書を提出しました。また、教務委員会やFDで報告予定です。
- ・ 学長懇談会、学部長懇談会、医学教育センター懇談会、卒前教育合同会議で報告する予定です。本学で行っている「医学教育の質保証ワーキンググループ」でも議論の成果を還元する予定です。
- ・ 共有する場合は検討したいと思います。

- ・医学教育センター会議で報告する予定である。
- ・post-CC OSCEが共用試験実施評価機構が中心となって推進するということを、医学教育推進センターのOSCE委員会に報告する。
- ・この会に出席するのは初めてであり、まだ学内の先生方から教えていただいている状態です。
- ・教授会報告。
- ・今回のワークショップへの出張報告書に、「臨床実習の改善・充実」のグループセッションのまとめを添付し、回覧した。
- ・毎年のことですが、大学に報告書を提出し、学長、副学長や教務課の方々と情報共有を図っています。
- ・大学の教務委員会で報告し、教務委員並びにオブザーバー参加している医学部長、医学情報教育センターの教員と情報を共有する予定である。
- ・医学部教務委員会、カリキュラム委員会で報告予定。
- ・自己点検評価委員会を通じて報告の予定です。
- ・理事長、学長に報告し、カリキュラム委員会で報告しました。

○ワークショップ全体を通して考えた、各大学における今後の課題や課題解決に向けた方向性

- ・臨床実習の拡充も重要だが、それ以外のカリキュラム改革も進める必要がある。カリキュラム改革の関係者への情報提供の方法を検討する必要がある。
- ・有名大学を参考に、改善したい。
- ・当面の本学における課題である医学教育分野別認証評価を目指して、今回のワークショップで得られた情報を活用していきたい。
- ・本学の独自性も確認され、また他大学との共通性も確認することができ、医学教育というものを他施設の視点からの意見を頂戴できた点は貴重でした。
- ・分野別認証を受ける準備を始めることにしました。
- ・今回のワークショップを参考にして、分野別認証評価の実施に向けたカリキュラム再編等の学内準備を進めて行きたいと思います。
- ・本年12月に医学教育分野別認証評価を受ける予定である。
現在自己点検評価中であり、ワークショップの内容を参考にしたい。
- ・PDCAサイクルについてのグループに配属されたが、現在当大学で、PDCAサイクルを回すに当たりどのような組織を構築し、またそれぞれの部署がどのような役割をするかを議論している。
今回のワークショップで議論した内容を大学での会議で紹介し、組織改革に役立てていきたいと考えている。
- ・他大学の取組みや全国医学部長・病院長会議・文部科学省の方針を学部構成員と共有することで、我々に求められている医学教育の考え方や方向性を学内での実践に活かして行くことができればと思います。教員と学生双方に、自学の医学教育の進歩性、あるいは課題を理解してもらい、今後どのように教育内容の向上を図るべきかを考えていける学部風土の醸成が必要と感じました。とくに、現在進行している医学教育評価の受審をきっかけに学内の意識改革を少しでも前に進めることができればと思います。
- ・国際認証受審を視野に入れたカリキュラム改革が喫緊の課題であるものの、アウトカム基盤型教育への転換や診療参加型実習の充実については特に、臨床系教官の意識改革がかなり重要であると考えています。
- ・今年度よりPCC-OSCEを卒業試験として取り入れることを検討しています。Outcome Based Educationを実践するためには、臨床実習のあり方だけではなく、系統講義を含めた全体的なカリキュラムの構築と評価法の確立の重要性を痛感しております。さらに今後の分野別認証評価に向けて、事務組織を含めた体制作りが必須と思いました。
- ・鳥取大学医学部は、PDCAサイクルをスムーズに回転させるために、今後C(チェック)機能を充実させる必要があると強く感じました。そのための組織について、今後IR機能を含め改善していきたいと考えます。
- ・カリキュラム改革や医学教育の標準化などにおいて様々な問題を抱える本校としては、他校の現状を知り、意見交換できたことをたいへん有難く思っております。今後の指針作りの資料がたくさん手に入りました。
- ・ほぼどの大学も同じような事で悩んでいた。そのことが再認識でき、焦らず確実に問題を解決していけば良いと感じました。
- ・国際認証を含めた、今後のカリキュラム改定に向けて、従来型の座学教育から、学生中心のactive learning中心の学修へ、もっと方向を変えていく必要を感じました。各大学共に低学年からの臨床教育、医療倫理、医学英語などに積極的に取り組んでおられるのを強く感じ、自学に情報を持ち帰って、今後の参考にさせていただきます。
- ・分野別認証については、佐賀大学ではこれから評価対策委員会を立ち上げ、具体的な対応を行っていく段階です。現状では、今回のテーマとなっていた諸課題の質的な改善を図っているところです。そういう観点で、今回は非常に有用な情報が得られました。
- ・志ある者のみを入学させることの困難性や教育による更正の限界が課題である。高校との信頼関係の構築が重要と思われた。また、初年次教育においては多くを求めすぎず、study skillの修得や動機付けが肝要と考えた。統合型カリキュラムはセンターがカリキュラムを作成し、各科はそれに従うという話が印象に残った。また、当方で行おうとしている60分授業について、コンパクトさが良いとの意見も参考になった。
- ・医師国家試験合格が、学生も教員も医学部卒業の目標になってしまっており、教えたいことがあっても、なかなか実行できない現状がある。国家試験の在り方を改革する必要性を、討論の中で実感した。また、経営も、研究も求められる大学教員は、そこに医師不足が拍車を掛け、疲弊した状況にあり、教育に力を十分に向けられない。外来患者数・在院日数・手術数・DPCを気にしながら診療し、一方で、中期計画を立て、減少した交付金を補充すべく概要要求を行う作業(基礎となる研究推進や、システム維持)も求められる。そして、いくら教育を熱心に行っても、論文数、手術数などが評価される現状では、だれも教育には時間を割かない現状がある。そのような中、鹿児島大学の臨床医・基礎医学者は、良く講義を行い、学生の世話を十分していると思われる。教育の評価をもっと表に出せるようにしていきたい。
- ・分野別認証評価を受信する準備を進めていますが、一時の準備に終わらないよう継続的・発展的に改善をしていく心構えを大学全体で持つことが重要と考えています。今後、どのように教職員全体でその考えを維持していくかは、重要な課題ととらえています。

- ・ 本学は認証に向けた取り組みが遅く、全体としてのスピードアップを図る必要があることを再認識しました。Community-based Medical Educationというものに対する認識はまだまだ不十分であり、認証に向けての準備作業の中で、福島の地域特性を生かしたCommunity-based Medical Educationの早期導入にも是非取り組みたいと思います。
- ・ 弊医学部において、来年度から推薦入試制度の導入による入試方法の多様化、国際水準に準拠したカリキュラム編成、授業時間の60分化とアクティブラーニングのより積極的な導入、臨床実習の70週化に向けて、教育改革に取り組んでいる最中であり、今回のフォーラムのテーマは時宜を得たものでした。カリキュラム改革を進めていく上で、今回フォーラムで学んだ多くの事項は大変参考になりました。
- ・ 卒業試験と国家試験のあり方として、国家試験が変わらなければ、卒業試験は変わらないことが十分理解できた。すでに多くの大学で各科独自の卒業試験を止め、総合客観試験(国試の模試)+ post-clinical clerkship OSCE(post-ccOSCE)へ移行、医学におけるPDCAサイクルの確立にもPost-cc OSCEの充実が重要であることが理解できた。現在54大学で実施中であり、さらに残りの大学でもpost-ccOSCE導入を検討中であること、医療系大学間共用試験実施評価機構副理事長 齋藤先生からの発言で2020年～共用試験としてPCG-OSCEを行う予定とのことから、当大学でも早急にpost-cc OSCEの導入を考えることが必要であることが改めて認識された。
- ・ 入試の問題は、個々の大学に特別なことと全国共通の課題がある。全国で共通の課題については、ある程度足並みをそろえる必要があり、今後も他大学の動向を慎重に調査研究して行きたい。
- ・ 当面は、分野別認証評価に備えて、学内の意識改革を図ることが課題です。また、教学機構の整備も進めることになるでしょう。IRは立ち上がっておりますが、肝心の情報解析が追付いていません。情報の守秘システムも整備しなければなりません。
- ・ 現在、本学で進めている教育IR整備の方向性は間違っていないと考えました。ただ、教育情報の一元化ができたあと、人員、設備という大きなハードルを克服して、一元化した情報を如何に活用し、戦略を練ってPDCAサイクルを廻す原動力とするかが大きな課題です。
- ・ アドミッションポリシーの再検討を行い、カリキュラムとの整合性を再確認する。アウトカム基盤型となるように整備を進める。臨床実習における整備、特に患者さんや他職種からの評価を進める。卒業生の評価を進める(国家試験、臨床研修評価だけでなく、学位、専門医、患者評価など多角的な評価方法を検討する)。分野別評価の受審に向けた教育プログラムの整備を進める。
- ・ 入学者の選抜方法のあり方について。
- ・ 本学で直面している課題は、他大学でも同じように課題となっている事柄であることが、改めて認識された。また、他校ですでに具体的な取り組みがなされていた事柄において、本学にとって参考になる点もあり、本ワークショップは有意義であった。
- ・ 臨床参加型臨床実習の評価が難しいと感じた。本学ではPost-CC OSCEを実施しているが、そのレベル設定が課題である。現時点では卒業に際しての最低限レベルでOSCEを行っており、臨床実習そのものを評価には適していないと考えている。臨床実習に関しては現在は実習を行った診療科で主に態度評価が行われている。今後はポートフォリオに移行していくのは良いとは思いますが、その評価が適正にできるのか疑問も残るため、さらなる検討が必要と思われる。
- ・ 本ワークショップで取り上げられた多くの課題については、わが大学でもカリキュラム委員会、教学委員会で日ごろ議論にあがってきている課題であった。多くの課題については、すでに実行に移されている課題であり、いくつかは話題として取り上げられているが未だ実行されていないものもみられた。実行に移されている課題に関しては、今後さらに改良しよりよい教育ができるようにしなければならない。また、実行されていない課題に関しては、如何に実行に移していくか具体策を練っていく必要がある。
- ・ 本学で現在進められようとしているカリキュラム改革は、他学と比べて特別逸脱しているものではないことがわかった。
- ・ 分野別認証受審を黒船ではなく宝船と捉え、愛知医科大学の目指す大義あるミッション、ビジョンを策定し、構成員一人一人がフリーでフェアでかつオープンに行動し、目指すべき全体像を共有する。そうすればオール愛知医科大学として新しい道が開けると思います。
- ・ 国際認証を受ける上で臨床実習の充実が必須であると感じた。
- ・ 診療参加型臨床実習を実質的に実行するには、欧米で一般的に行われている臨床実習の実態を教員がちゃんと理解する必要がある。我が国で長らく(現在も)行われてきた、ボリクリと称する「見学型実習」は、教員自身が体験してきたものであるため、なかなか変革が難しい。教員に向けた「診療参加型臨床実習」のFDや、ワークショップなどで「診療参加型臨床実習」の理解と実践を教員に求めている。東京医科歯科大学・東京大学の診療参加型臨床実習を行うためのDVDは非常に効果的で、頻回に学生向けや教員向けに「手術のない日の朝」の部分を繰り返し紹介して、啓発している。やはり最大の課題は、「病棟でのPBCと名前をかえただけのミニレクチャーの横行」である。以前に比べて随分と減少したものの、いわゆる「ミニレクチャー」「クルズス」といったものを病棟で行い、これを「臨床実習」と称して満足している診療科や教員がまだまだ多い。参加型臨床実習の基本は、このアンケートの別項でも述べたが、「病室での医療面接、診察、鑑別診断、治療計画、上級医との討論、患者への説明」である。これを実行するために、学生に対して、「プレクリニカルクラークシップ」の1週間を「臨床推論」の基礎となる症候学の訓練をおこなうカリキュラムを2年前から開始した。臨床現場での、上級医からの質問に対して、即座に答えることができるように、基本的症候(10項目)の鑑別診断をまず言えるように訓練(4学年3月)してから、臨床実習(5学年4月)を開始している。
- ・ 今回は、特に1年生の教育に関する課題が見えてきました。
- ・ 私立の医学部では分野別認証に向けた理想的な医学教育の実現と、国家試験対策という現実との間にギャップが生じると感じていたが、この点は他の大学でも共通の認識の様でそのような事が共有できてよかった。また、分野別認証評価という黒船の来航は、これまでの教育方法を変えるチャンスでもあるのでこのようなワークショップに参加することで得られた知識や情報を活用して、入学試験から卒業教育までを含めた我々の大学の教育改革に活用してゆきたいと考えている。
- ・ 医学教育改革や新カリキュラム策定について、本学はやや取り組みが遅れていることは認識していましたが、ワークショップに参加して具体的に進んでいる他学の取り組みを聞くことにより、今後の方向性がかなり明確になりました。学内に今後医学教育改革のロードマップを作成したところであり、教員全体の理解を深めながら、遅滞なく進めていきたいと考えています。ワークショップ全体を通して最も感じたのは、小手先のカリキュラム変更ではなく、抜本的な改革の必要性でした。
- ・ 今回の成果を本学で役立てるためには、もう少し具体的な資料があるとよいと思います。他大学との情報共有の場がもっと必要かと感じています。まずは近隣大学間で情報共有したいと考えています。

- 臨床実習の期間が延びた割には、内容が見学型とさほど変わらない現状を憂えています。侵襲的医行為だけでなく、どんな小さな行為でも良いので、学生と行動を共にし、医療行為とともに倫理観・責任感などの行動規定を見せる(教える)という環境を作り出す必要があります。学生は実習期間が延びたので、以前にも増して医師国家試験の準備が気になって、実習に身が入りません。このままでは、せっかくの国際認証の導入という千載一遇の機会を活かすことができないと危惧しています。臨床実習期間の延びにより、一般教養、基礎医学、臨床医学の座学は期間が短くなったにも拘わらず、同じコマ数を入れてたくさん教えたいという考えが依然として根強く、理想とは逆の詰め込み型になってしまいました。アクティブ・ラーニングをあまり大上段に構えずに、少なくとも現行のように、学生はただ座って教員はパワーポイントを見せておくという授業を止めるだけでも良いので、もう少し学生に考えさせる授業をしてほしいと望んでいます。

○自由意見

- 講演などの資料を可能な範囲で貴省のHPなどで公開していただきたいです。
- ここ数年続けて参加させていただいているが、このワークショップの内容が各大学の現場にどの程度反映されているかが不明なのがやや残念です。
- 群馬大学においても、医学教育に関する外部評価を受けて、その評価に基づいた医学教育のレベル向上を図りたいと感じました。
- 実施時期が毎年、医学教育学会と近すぎるような気がします。両方に出席する教員が多いかと思うので、7月初めか、8月初めの方が、自大学の業務に支障が少ないように思いました。
- 低学年からの医学教育の重要性は認識していますが、個人的には我が国の医学部初年次の年齢では、もっと教養科目に係る教育を充実させる必要を感じます。毎年、米国の短期交換留学生に講義をする機会がありますが、同年代の日本の学生と比較した場合、米国学生の医学教育に対する認識およびmotivationの高さを毎年痛感します。日本の学生において、医学部教育で学修する上での、初等・中等教育での準備状態の不足を感じます。一方で入学後においても、たとえ総合大学であっても、全学的に教養教育、共通教育の実施体制が十分ではなく、我々が教育を受けた30数年前と比較すると、共通教育のコンセプトがはっきりしていないと感じます。自然科学系、人文系をそれぞれ学ぶというスタイルではなく、選択科目で最終的に単位数を確保するという学生が大多数です。大綱化以降、各大学の取り組みにゆだねられているのは理解していますが、特に医学部のような専門過程のカリキュラムがタイトな学部では、リベラルアーツの部分がどんどん削減されて行っている状態です。学修量の多さから教し方ないとは考えますが、全人的な教育、望まれる医師像という観点からは、問題が多いと考えます。
- 医学教育を専門として関わり始めて10年余となり、コアカリキュラム、OSCE、PBL・TBL、卒後臨床研修等々の導入に関与してきました。そこで感じるのは、いずれの改革も、当初期待したほどの効果、投入した膨大なリソース(人、時間)にみあったほどの成果は得られていない、ということです。これまで以上のリソースの動員が求められる分野別認証が同じ轍を踏まないよう、努力していきたいと思えます。諸改革の効果を低減してしまう要因はいくつもありますが、あまり取り上げられていない問題として、学生の課外活動があります。日本の医学生は自己学習時間の数倍の時間を課外活動やアルバイトに費やしており、最低限の努力でカリキュラムを消化し、国家試験合格を目指す、という学習行動をとっています。国体に次ぐ規模を誇る医学生体育大会の開催など、国際的に見ても異常です。大学の教育より、部活動の人間関係による潜在的カリキュラムの影響が大きいのが実態です。そしてこの潜在的カリキュラムは、2000年代の諸改革を通じて、何ら変わらず生き延び、今に至っています。日本の医学教育が、国際標準から大きく外れているものの一つは、課外活動をめぐる諸問題なのですが、この問題が分野別認証で取り上げられることはないように思います。あくまで表のカリキュラムだけの認証。ここに認証評価の形骸化の萌芽を見るのは、杞憂でしょうか。
- 専門科が一同に会した重要な場所であるので、厚労省・文科省自らが提言を促す場にさせていただきたい。
- 1日医学教育について学び・考え・討論する貴重な時間を過ごすことができました。
- 全国の医学部は医学部教育改革の真っ只中だと思います。国際基準に準拠した教育内容と方法、臨床実習期間の延長と学生評価など、めまぐるしい変化に戸惑っている教員も多いと思います。現在国家試験の見直しがされ、臨床実習後のOSCEの実施などが検討されていると聞いております。対応準備がありますので、早目の情報提供をお願いします。
- ほとんどの大学が72週に移行中であるが、実際の実習は60～66週+早期体験、地域医療・・・で72週を達成しているようであった。短期・見学型ですべての診療科をまわり、次に長期・診療参加型でコアの診療科をまわるというの二階建てがほとんどであった。医療面接→診察→上級医への報告→討論・・・が参加型実習の基本であり、決して、縫合、採血、穿刺が目的ではないことが確認できた。どこの大学でも、教える側の臨床教員の不足が問題となっていたが、なかなか臨床教員が増やせないことも事実である。
- 恒例のようになったワークショップですが、情報交換の場として意義深いものだと思います。できれば、1大学からの参加者を増やして頂いた方が、医学教育行政に関する知識の均てん化に資すると思います。代表者からの情報伝達では伝言ゲームになりかねませんので。人数的に難しいのであれば、春・秋とか、年に2回できないでしょうか？
- 有意義な時間を作ったいただきありがとうございます。
- 医学教育について歴史的な変遷を学び、それを基盤として現在と将来に求められる医師、医療を考えたいと思います。外国のやり方を学ぶことは大切なことですが、それに振り回されることなく、日本にあった医学教育を考えていくことが大切だと思います。
- 本学も勿論そうであるが、教育担当責任者から教育方法やその意義が現場のスタッフに全く伝わっていない。それどころか、大学病院は教育機関であることが十分認識されていない。FDワークショップなども開催されているが、現場への周知は全くできていない。われわれのような立場に対するワークショップももちろん必要である。しかし、例えば研修医や若手医師に対して医学教育の講習会などへの参加を義務づけるなど、下からの意識改革を図るべきなのではないかと思う。
- 弁当はもう少し工夫をお願いしたい。
- 毎年、楽しみに参加させていただいております。
- ワークショップとしては規模が大きすぎて、効果的な情報共有ができたかどうか不安です。富士研ほどの時間は必要ないと思いますが、もう少しコンパクトな人数で議論に時間をさける形式が望ましいと思います。
- 参加される各大学の責任者の先生方には、予め課題をお知らせし意見を提出して頂いてから参加してもらってはいかがでしょうか？閉会時には、各大学において今後実行してもらう、何らかの方向性や課題を示す必要があると感じました。総合討論にじっくり時間をかけることにより、グループ別セッションの成果発表が重要であることを示すと同時に、本邦で現在何が問題点であるのかが伝わるような時間にして頂きますようお願いいたします。

医学・医学教育ワークショップ事後アンケート＜歯学＞

回答者数 22名

○次回に希望するテーマ

①歯学教育関連

<総論>

- ・ トータルカリキュラムデザイン
- ・ 専門科目における横断的な知識教育の体系ならびに方略について
- ・ 医学教育におけるアクティブラーニングの在り方
- ・ 学生目線からみた、一連のカリキュラムの実用性と実効性について（これまでは、グローバルスタンダードを目標に教育カリキュラムの設定をするためのワークショップであったと思われるが、一方で現実性についての評価は受ける学生側からの目線では見ていない、いわば青写真の段階とも思われる。このような視点からもカリキュラムの見方をする必要があるのではないかと思われる。）

<統合教育・教養教育・基礎医学教育関連>

- ・ 医学歯学基盤研究を盛り上げて、将来の本邦の経済基盤を支えるシーズとするためには今何をすべきか。
- ・ 基礎系実習（解剖学、生理学、生化学等）の見直し

<臨床実習関連>

- ・ 臨床実習の充実
- ・ 歯科独特の技術実習のあり方とその評価
- ・ PCCOSCEを含めた臨床実習の評価や検証方法の標準化について
- ・ 技能系PCC-OSCE
- ・ Post-CC OSCEについて

②IR

<IR>

- ・ PDCAサイクルの確立を目指したIRの充実

<学生の質等>

- ・ 卒業生の質の担保
- ・ ディプロマポリシーを踏まえた卒業生のアウトカム評価の在り方
- ・ アウトカム基盤型カリキュラムデザイン
- ・ 学習支援の在り方
- ・ アウトカム基盤型カリキュラムの構築について
- ・ アウトカム基盤型教育

<指導者教員の確保・育成・評価>

- ・ 医学・歯学教育指導者/専任教員育成に関するテーマ
- ・ 医歯系大学・学部における教養教育と専門教育の接続及び一貫性、とくに、共用試験、国家試験、卒後研修制度の充実が進む中で教養教育担当者と専門教育担当者の協調・協働について

③国際認証関連

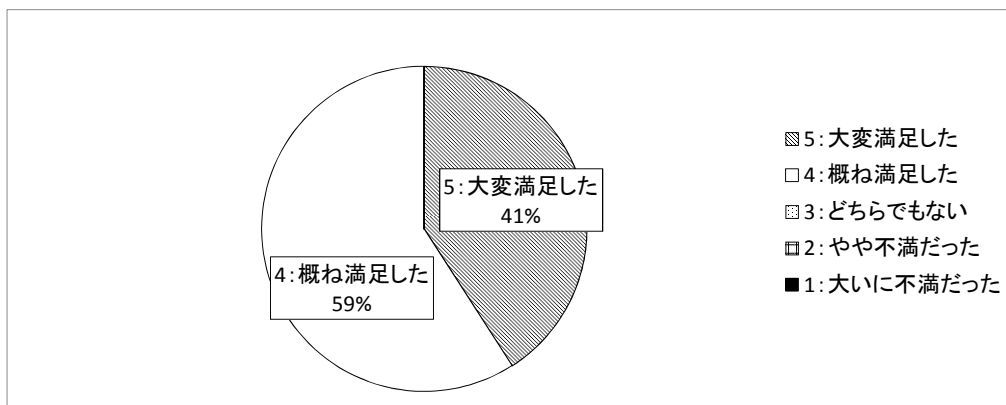
- ・ 我が国の医学・歯学教育のグローバル化の問題を、他国の現状を踏まえながら協議していく機会があると有益である
- ・ 資格試験（国家試験）を有する学部においていかにグローバル化を教育に導入するか？
- ・ 引き続き分野別認証評価をからめ、医学・歯学教育のあり方についてとりあげていただきたい。

④その他

- ・ 高大接続が高校、大学へ及ぼす影響について
- ・ 歯科医療、歯学教育についての方向性を示すものを企画して頂きたい
- ・ 来年度は歯科医師国家試験の改善検討が行われると思いますので、「歯科医師国家試験の改善検討を踏まえた今後の歯学教育のあり方」を希望いたします

○基調講演

5:大変満足した	4:概ね満足した	3:どちらでもない	2:やや不満だった	1:大いに不満だった
9	13	0	0	0



<意見>

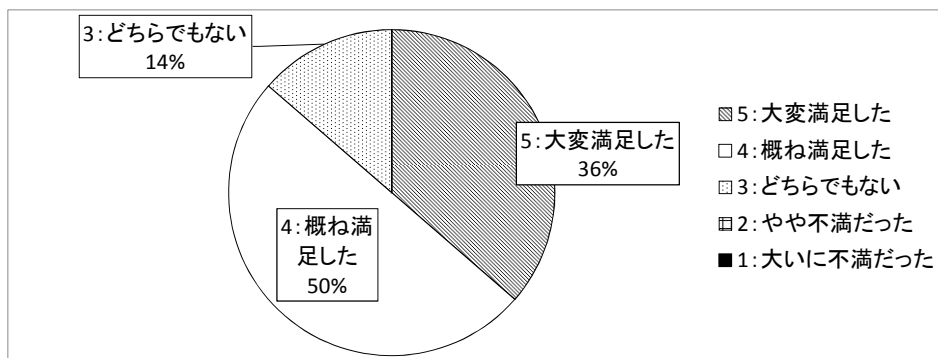
- ・リベラルアーツ教育が医療系学部に必要な理由を明確に示され、どのように展開するべきかの指針となったため、大変有意義であった。医療系学部教育が専門学校化している昨今、このような観点がまさに必要と感じる。

<感想>

- ・「医学における多分化性」というテーマで、教育を含めた医学と科学の歴史についての講演でしたが、はじめて知ることも多く、大変興味深く、勉強になった。
- ・大変興味深いお話でした。とても勉強になりました。
- ・日本における医学史がよくわかった。少し歯学史についても説明があれば、もっと良かった。
- ・このような医学史に関する講演は聴講の機会が少なく非常に興味深かった。さらに我が国独自の文化を踏まえた他文化性を基調とした講演は得ること大であった。
- ・国内外の医学発展の歴史的経緯や医学の多文化性について、改めて認識させていただきました。良い機会であったと思います。
- ・歴史的な背景を知ることができて、大変勉強になった。
- ・時代の変遷、特に医学の立ち位置が時代とともに変化していることが興味深かった。
- ・医学教育の歴史を振り返りながら、過去の実績から得られたものと新たに必要とされる内容を抽出し、それらを如何に現在の社会構造に見合ったものとして構築していくかを考える指針が得られた。
- ・基調講演の時間が少し長かった。
- ・医学の歴史が多文化であることが、時系列で聴講することができた。
- ・日本での医学教育の歴史を通し、その特性について講演されたが、基調講演としてきわめて有益なものであったと感じた。
- ・我が国の医学教育や医療の発展に文化が根強く影響していることを、医学の歴史の流れで説明していただき、楽しく聞くことができた。
- ・おそらく、歴史の部分だけでこの何倍かの時間を楽しめるのだらうと思います。学生にはなかなか響かない内容かもしれませんが、今回のWSの面々であれば、大変に盛り上がっているのではないのでしょうか。
- ・医学・歯学教育認証等に関する概要と進展状況が改めて理解できたことが良かった。また、日本の医学・医療教育について、文化的側面における西洋との比較から、その成り立ちと現状について、改めて知ることができて良かった。
- ・ワークショップの実務・実践的な側面とバランスするアカデミアとしての基調講演は、「医学・歯学教育指導者のための」と銘打つ本業時では欠くべからざるものと考えます。その観点からも、今回の講演は実面的確かつ充実した内容で、大変有意義でした。

○グループ別セッション

5:大変満足した	4:概ね満足した	3:どちらでもない	2:やや不満だった	1:大いに不満だった
8	11	3	0	0



<意見>

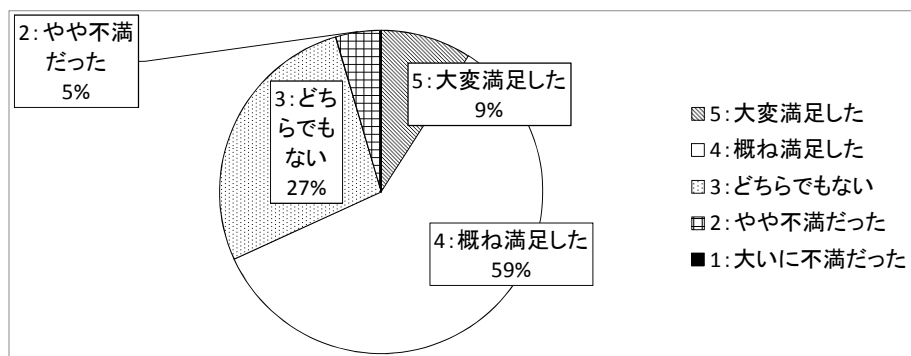
- 各大学における歯学教育改革の状況を知り、それについて意見交換ができたことが良かった。しかし、WSでの議論はどうしても理想論になりがちであり、理想形を共通認識すること自体は大変重要であるものの、個々の大学の置かれた状況(例えばマンパワーの不足等)に則した実現可能性の高い方法論に関する議論があっても良いと思われる。
- テーマは、臨床実習の改善・充実でしたが、各大学の実情について情報交換でき、大変参考になりました。臨床実習において臨床能力を確実に身に付けさせるためには、実際に患者を診察・治療するなかで、学生の予習・診療行為・その後の学習内容を評価し、フィードバックする体制の構築が重要であり、臨床実習後のPCC-OSCEをどのように行うかの検討が必要と感じました。

<感想>

- 国立大学と私立大学とでは求める人物像が異なること、育成する人物像も異なることがよく理解できた。同床異夢のグループ討議があった。
- 他大学の状況が大変よくわかり、課題や苦しみも共有ができる点が素晴らしい。
- 他大学の取り組みがよくわかった。次回は、具体的なプロダクトが作れると良いと感じた。
- 分野別認証評価に関するグループセッションに参加した。認証評価そのものが目的ではなく、それを利用しPDCAサイクルをいかに回すかが肝要であるということがよく理解できた。大学学部を持ち帰り良く吟味し、浸透させたいと思う。
- 各大学から出た問題点に関しては、その大学が問題意識をどの程度有するかによって捉え方が異なるように思えた。
- 歯学では、まだ分野別認証評価に対する認識が全体的に不足していると感じた。またPDCAサイクルの確立・充実には強力なガバナンスが求められると再認識した。
- 立場を越えて率直な意見交換を行うことができた。また、未知であった知識についてグループ内の先生同士で教えあうこともでき有意義な時間であった。イントロダクションで方向性を示していただいたことで焦点を絞ったディスカッションを行うことが可能であった。
- 参加の有無に関わらず、資料で知りうるワークショップ成果の「前段階」としての思考過程や意見あるいは参加者の「本音や心情」などを、実際に参加したことで見聞できたことが大変に有意義でした。モデレーター担当者の先生の配慮・尽力や適切なアドバイスがありがたかったです。
- 他大学の教員と活発に意見交換ができ有意義であった。
- 他大学の先生方と貴重な意見交感ができました。
- 各大学での考えや現状を直接聞くことができ、大変有意義だった。
- 入学者の選抜について、国立、私立大学の代表が同じ範疇で議論することは難しい面がある。ただ互いに根本意識が異なることに気がついたのは、収穫かも知れない。
- 他の大学の実情を知ることができ、本学の優れた点や改善すべき点を認識することができ、有意義な討論が行われた。
- モデレーターとしての参加でしたが、国立・私立を問わず、熱心に教育改革に取り組んでることが実感でき、また、よりよいカリキュラムを目指した多方面の実践事例をお聴きすることができた。
- あえて介入しないように心がけたが、情報や意見を求められることが多く、基調講演だけでは参加者の知識不足の感が否めなかった。
- 昨年このテーマのグループに参加したが、このセッションに参加した大学は異なるので一概に比較することは難しいが、臨床実習の内容やその評価方法は昨年より改善・充実する方向に進んでいると感じられた。ただし、目標をどのように設定するか、また、その目標を共通化するかが今後の課題ではないかと感じた。
- 「分野別認証評価を通じたPDCAサイクルを確立」のセッションに参加しましたが、PDCAを確立するに際しての学内課題は一応整理できたと思います。今後、歯学教育認証評価制度の意義を、全国の歯学部・歯科大学の教職員全般に認識させていくことが重要であると考えます。

○総合討論

5:大変満足した	4:概ね満足した	3:どちらでもない	2:やや不満だった	1:大いに不満だった
2	13	6	1	0



<意見>

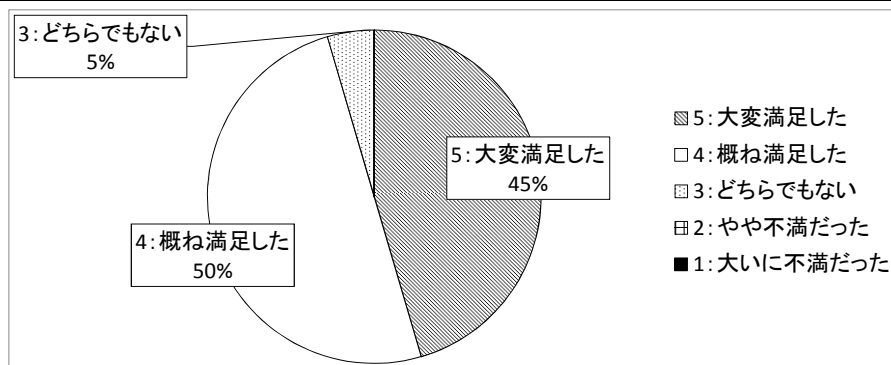
- ・もう少し、発表時間があつた方が、複雑なコンテンツを伝えやすかつたように感じた。
- ・総合討論は、人数が多すぎることで、時間的制約があることで、意見は出にくいと思いました。

<感想>

- ・昨年に比較し、かなり突っ込んだ議論がなされた様に感じた。今後の教育を考える上で、大変参考になった。
- ・すべてのグループの討議内容が簡潔に示されたことは良かった。一方、発表時間が制限されており、紋切型の発表になりがちであったのは少々残念であった。
- ・討議内容の発表と討議はとても有意義でしたが、各テーマごとに総括的な討議をもっとしたほうが良いように思います。
- ・もちろん他グループのディスカッションを全て理解することはできないが、キーワードを示して頂き今後の検討の糧となった。
- ・日頃、歯学教育のみに携わっていますが、本ワークショップの総合討論においては、医学教育の動向や教育現場で抱えている課題について、さまざまな事例が報告されていたので、今後の業務の参考にできる点が多かつたと思います。
- ・医学部の臨床実習に対する討論が参考になった。
- ・それぞれの立場から各テーマについて興味深い意見を聞くことが出来て参考になった。
- ・医学系の先生方の視点や意見、また、垣間見える医学系・歯学系の現状や文化の違いなどを、とくに興味深く拝聴しました。
- ・時間を短縮してほしい。
- ・医科→歯科で進行する順番が良かったと思います。
- ・他テーマについても確認することができ、良かった。特に医学部の情報を聞く機会はないため貴重な時間となった。
- ・他分野(医学)の状況もある程度把握できたが、一方で専門分野(歯学)についての議論が十分でなかった。
- ・他のグループ別セッションでどのような内容がディスカッションが交わされたのかもっと具体的に知りたかつた。
- ・医学教育での課題や対応についても知るよい機会であつた。
- ・組織の決定権を持った方々が参加されているはずだと思うのだが、それにしては一般論に過ぎる気もする。急激な改革が必要なわけではないので、それでも全く問題は無いが。
- ・総合討論で各テーマの結論が集約され、それぞれのテーマに連続性を持たせた思考ができるようになった。また、他領域の新たな知識や考え方を得ることに有意義であつた。

○会場、進行等について

5:大変満足した	4:概ね満足した	3:どちらでもない	2:やや不満だった	1:大いに不満だった
10	11	1	0	0

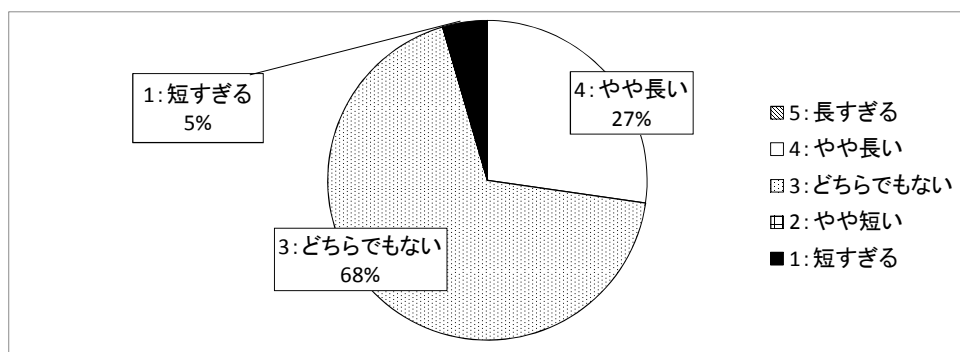


<感想>

- ・会場設定はWSに適しており、素晴らしい環境と感じた。進行も遅れることなく、スムーズであった。ありがとうございました。
- ・会場は交通の便利もよく、講堂は討議しやすい環境でした。進行も時間通りで、活発なディスカッションもあり、大変素晴らしいワークショップだったと思います。初めての参加でしたが、大変勉強になりました。
- ・進行はスムーズで、時間配分も適切であった。
- ・1日の短いスケジュールの中で大変スムーズに進行された点は、素晴らしい。
- ・良好であった。
- ・会場は交通至便で、施設・設備も良好であったと思います。進行についても、ほぼ予定通りで適切であったと思います。
- ・快適な環境だった。
- ・特に問題無いと思います。
- ・会場の広さと準備が十分で快適かつ滞りなく進行が行われた。特にグループ討議の部屋は大きさが適度で設備も行き届いていて、スムーズな討議を行うことができた。
- ・肅々と進められることが一番で、それが実践されていたと思います。
- ・司会者の進行が適切であった。
- ・関係各位のご努力に感謝申し上げます。予定通りに終了して頂きました。
- ・会場設定、進行とも非常に満足している。会場を提供頂いた慈恵医大に感謝し、運営に当たられた文部科学省の皆さんに感謝する。
- ・あの人数をうまくさばけていたと思います。

○会議の時間(グループ別セッション)

5:長すぎる	4:やや長い	3:どちらでもない	2:やや短い	1:短すぎる
0	6	15	0	1



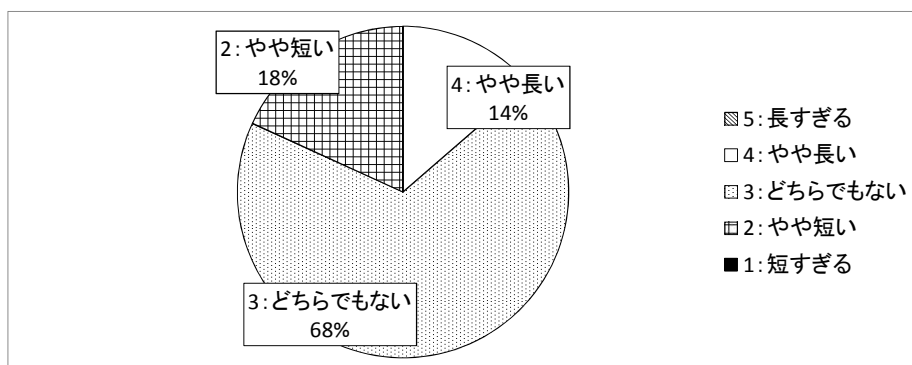
<感想>

- ・セッションの参加者数を考えるとちょうど良いと思う。
- ・テーマにも依存すると思われるが、もう少し時間を短縮しても良いと思う。
- ・ワークショップに慣れた参加者が一緒でしたので、うまく進行していただき、十分な討議を行うことができました。時間的にも、ちょうどよかったと思います。各大学が抱える問題点と共通する問題点について、よく理解できました。
- ・適切であったように感じた。
- ・良好であった。
- ・グループ別セッション「分野別評価を通じたPDCAサイクルの確立」の会議時間については、概ね妥当であったと思います。

- ・参加した経験のある先生が多ければ時間的には十分であると思う。
- ・グループ討議の時間をもう少し短くし、全体討議の時間を長めにした方が良いと感じました。
- ・1日で行うとなると、時間配分はあのようにならざるを得ないと思います。
- ・グループ内の意見のコンセンサスを得たのちに発表用のスライドをまとめ、プレゼンのリハーサルを行うことを考慮すると適度な時間設定であった。
- ・適切だったと感じています。
- ・会議時間が少し長かった。
- ・時間的には問題なく丁度良いと思われます。
- ・昼食を挟んでの会議で、前半でテーマについての大学毎の情報を聞くことができ、後半でまとめをすることができるので、適当と思われる。
- ・テーマが幅広く、抽象的であるため議論する時間が短すぎた。
- ・時間的には適切であると感じた。
- ・議論に必要な情報が足りていないため、その分時間をもてあましたように思います。

○会議の時間(グループ別発表)

5:長すぎる	4:やや長い	3:どちらでもない	2:やや短い	1:短すぎる
0	3	15	4	0



<意見>

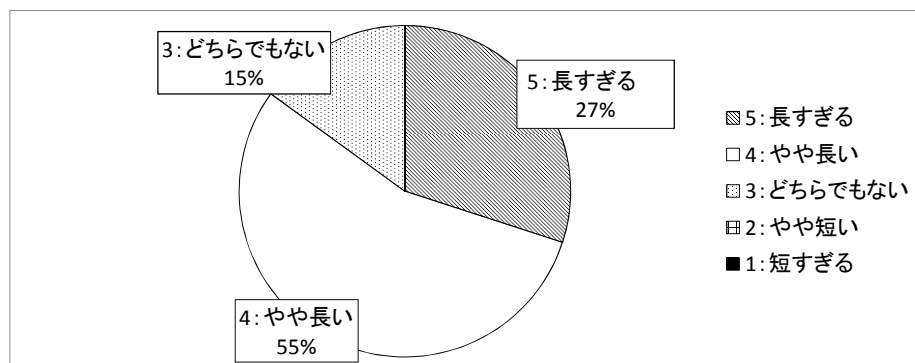
- ・グループ別セッションでの討議内容と時間から考えるともう少し長いほうが良いと思う。
- ・多岐にわたるテーマが設定されていることから、発表時間やそれに対するコメント等の時間がもう少し長くとも良いと思う。
- ・グループ別発表後の討論時間をもう少し長くすると議論が深まると思います。
- ・各グループの発表時間をもう少し長くして、意見を纏めるまでの経緯をもっと具体的に報告していただけると、自分も他のセッションにも参加した気分が味わえるのでありがたい。

<感想>

- ・司会の北村先生と前田先生からの質問やコメントにより、問題に対する理解が深まりました。
- ・短いどうしても議論が、課題に踏み込めない感じがした。自分たちのよいところを話すのがやっという感じがであった。
- ・良好であった。
- ・グループ別発表の会議時間については、概ね妥当であったと思います。
- ・適切な長さであったと思われる。
- ・特に問題無いと思いました。
- ・1日で行うとなると、時間配分はあのようにならざるを得ないと思います。
- ・グループ数も多いためこれ以上長いと冗長さを感じてしまうことが懸念される。各グループが焦点を絞った発表を行い、座長に総括していただいたことでまんべんなく意見を聞くことができた。
- ・適切だったと感じています。
- ・適切であった。
- ・少し間延びした感じがあります。
- ・医学部が同じテーマで発表するため、現状では仕方が無いと思われます。
- ・1件のテーマの発表、議論の時間は短いですが、テーマ数が多すぎて全体的にはこのセッションが長く感じた。
- ・このグループ数でこの発表時間であれば、問題ないと思います。

○本ワークショップで得られた情報の学内共有

5:長すぎる	4:やや長い	3:どちらでもない	2:やや短い	1:短すぎる
6	11	3	0	0



＜具体的な情報共有の方法＞

- ・9月教授会にて報告するとともに、学部内のFDワークショップや講演会にて報告する予定である。
- ・教授会において報告済みである。今後、学内FDやWSによって、より広く学内共有する予定である。
- ・教務系担当教員に報告予定です。
- ・教授会で報告し、各教授から関連各所に連絡を頂く。将来構想検討WG会議で、学部内に周知する。文部科学省の電子データのリンクを歯学部ホームページから張る。
- ・教授会で資料の配付と報告を行う。
- ・学内に設置されている大学教育連絡会議の8月定例会議において、本ワークショップの実施内容については、情報提供しました。
- ・今回の配付資料および報告書の回覧。
- ・報告書を提出して閲覧している。
- ・毎月行われる学内教育FD(歯科医学教育セミナー)で概要を発表する予定である。
- ・本ワークショップで得た情報は、学部長および関係する学部執行部メンバーへ口頭(一部では資料提示も)で報告しています。また、部内で開催のFDワークショップでの挨拶や講演時も、参加者に対する情報提供という意味も込めて紹介させて頂きました。
- ・未定のため具体的な方法を考えていない。
- ・学部長、教務部長等への情報共有は終了しております。今後、どの範囲まで、情報提供するかを検討したい。
- ・学部長、教務主任、学部事務長らに参加報告し、教務委員会やカリキュラム委員会で課題となる点を検討依頼し、教授会でも全体として諮って行く予定である。
- ・本学の教務部委員会において委員全員に本ワークショップの資料をコピーして配布し、約15分間報告を行った。
- ・学務委員会、部長会、教授会等で周知し共有していく予定である。
- ・学務委員会および教授会での報告。
- ・本学は歯学教育認証評価トライアルの受審を控えておりますので、その準備にあたり、いただいた情報を十分に共有し、参考にさせていただきたいと思っております。

○(ワークショップ全体を通して考えた、各大学における今後の課題や課題解決に向けた方向性

- ・本学においてもアウトカム基盤型のカリキュラム設計を行っているが、実践方法として十分とはいえない部分もあった。漸く、グループ学習が可能な環境も整い、現在4学期制への移行を検討しているが、それを機に、トータルカリキュラムデザインを新たに構築することを考えている。臨床実習においても、昨年の本WSの参加経験から、本年度からのPCCOSCEの試行、ログブックの導入を予定しているが、次年度以降は、さらに臨床実習を充実していきたいと考えている。
- ・現在予定している本学の方向性
 - 教務系委員会の体制拡充、とくにIR機能拡充による高度化と機能化
 - 教務系教員の確保と育成
 - 教育FD、WSの開催による情報共有化と教員全員参加化
 - 教育カリキュラムの継続的改編、とくに理念・目標、ポリシー、モデルコアカリキュラム、認証評価基準、クォーター制導入等を勘案した改編
 - 臨床教育の継続的改編、とくに臨床教育用患者減少時代における教育体制の構築
 - 学部教育から大学院教育への「橋渡し教育」の強化
- ※上記のいずれの項目も既に実行中であり、必ずしもワークショップ後に考えた項目ではありません。
- ・当大学では、参加型臨床実習に電子ポートフォリオを導入するなど、積極的な改善を図っていますが、今後臨床実習後の評価としてPCC-OCSEを導入する場合に、技能系の評価をどのような形で行うべきかの検討が必要であると考えます。ワークショップで得た情報を活かしていきたいと思っております。
- ・2020年度に予定されている大学入試改革に対応するため、受験生の生きる力、人間性を目利きできるシステム構築を勘案する。分野別認証評価への対応については他大学の同行を睨みながらの付和雷同的対応とする。

- 岡山大学では、授業の60分制、クォーター制を進めている。このために、編入学制度改革を行う予定である。これにより、大幅なカリキュラム改革が可能になり、アウトカム基盤型のカリキュラム構造、リベラルアーツとの連携、アクティブラーニングの大幅な導入、クォーター制を導入した短期海外派遣、健康長寿社会に対応するための多職種連携学外実習を含む課題解決型高度医療人材養成プログラムの実施、それを可能にする施設整備と多くの変革が進んでいる。これらを、他大学の現状と併せて、共有し、多くのご意見を頂戴できたことは大変有意義であった。一方で、Student Doctor制度、Post-CC OSCEに関しては、各大学のご意見が多様であり、今後十分な議論が必要であることが理解できた。特に、Post-CC OSCEに関しては、歯学部では患者様を直接診察する自験を推奨していることもあり、学生はかなりの経験をすでに積んでいる。このような状況において、有益な臨床能力の保証を行うためには、コミュニケーションを含んだ診察、診断、エビデンスの収集、患者様の状況や嗜好に合わせたShared Decision Making、さらにその実施が一連の診察の流れとして評価される必要があり、診療現場を用いた評価が欠かせないように感じた。
- アウトカム基盤型のカリキュラムの作成を急ぐ必要を感じた。現在、編入学入試を行っているため現行ではカリキュラムの前倒しは難しい状況であるが、編入学の入学時期の変更も合わせて検討する必要がある。
- 分野別認証評価への取り組みが遅れており、見直しのためのPDCAサイクルがよく回っている分野と全く回っていない所があるので、組織としてきちんと取り組む必要があると感じた。
- 臨床実習は参加型臨床実習を主体として行っているが、学生担当患者数に制限があるため、具体的に増やす方を早急に考える必要がある。
- 本学においては、アドミッションポリシーを踏まえた入学者選抜を実施する観点から、入学試験で面接を課していますが、多くの受験生を公平な視点で評価することが必要であるため、FDを通じて、面接に対応する教員の認識の統一化を図っていきたくと考えています。トータルカリキュラムデザインについては、平成27年度に歯科医学教育センターを設置するとともに専任教員を配置し、統合教育を行うための体制を整えたところですが、新カリキュラムに移行開始したばかりですので、今後の動向を注視していきたいと考えています。臨床実習の改善・充実については、クリニカルクラークシップ開発学の担当教員を配置したほか、平成27年度から臨床実習の開始時期を早めるとともに、自験例を増加するなど、適宜、見直しを行っています。また、卒業生の質の確保については、以前から、臨床推論能力の向上を目指した教育を行っており、PCC-OSCEの試行にも取り組んでいます。臨床教育については、改善・充実の効果を的確に評価する観点から、継続的に検証を行っていく必要があると考えています。歯学教育認証評価については、平成26年度に本学を対象として試行が行われたところであり、本学の歯学教育を見つめ直す良い契機となりました。評価結果については、教育改善に取り組む際の基本情報として活用したいと考えています。
- まずは本学における問題点を含めた情報共有体制を早期に充実すること。大学の将来を見据えた強力なガバナンスの確立。上記ガバナンスのもとで問題解決の期限を適切に設定し各分野の協力が必ず得られる体制で全体的問題解決を図る。
- 歯学部におけるPost-CC OSCEの動向がどのようになるのか、それによる対応をどのようにすべきかが当面の課題である。
- 認証評価を受けるために必要な重要事項を再度抽出し、それらについて評価を受けるために十分な資料が整っているかを再度検証し、適切な評価を受けるための整備を行う。
- 入試方法のやり方について、検討の余地がある。特に面接試験の方法については検討する余地があると思った。参加型臨床実習の評価方法や教員の質の確保などに検討の余地があると感じた。PDCAサイクルを確立させるために、教員間の温度差を是正する必要があると感じた。そのためには、マンパワーの充実と教職員の理解と協力が必要と感じた。専門部署の設立等の大学組織の見直しも必要であろう。
- 小生の参加したトータルカリキュラムの構築についてアウトカム基盤型教育のカリキュラム変更をこれから行う場合を想定して大変有効でした。
- 本学では3つのポリシーについてHPIに明示している。しかしそのポリシーを受験生が読んでいるかが不明である。また、現在のポリシーは受験審査のためのポリシーとも思われる。そのためその点を改善するのが課題と考える。
- 本学では、今年度から新カリキュラムが1年生時からスタートし、まだ詳細については検討の余地も残っている状態である。とくに5年生、6年生のカリキュラムについては、未定のところも多く、今回のワークショップは、基調講演、グループ別発表会も含めた内容が参考となった。情報の交換として意義ある場であろうと感じた。
- テーマ③「臨床実証の改善・充実」に参加し、本学も早急に学外実習を実施する必要性を認識した。また、本学では現在一部の診療科でしかPost-CC OSCEを実施しておらず、FDなどによりすべての科におけるPost-CC OSCEの導入を推進したい。特に関心を引いたのは、テーマ⑤「分野別評価を通じたPDCAサイクルの確立」であり、本学でもIR担当職員を雇用する予定であるが、どのようなIR組織を構築し、権限を与え、活用していくのが最も重要であり、学内でしっかりと知恵を出し合い議論していかなければならないと考えた。さらに、私的な感想として、私立大学として最も苦しいことであるが歯学教育を受けるに相応しい学生を入れるため、入学定員の削減は避けて通ることはできないと感じた。
- 私は、「統合教育を行うための入学時から卒業時までのトータルカリキュラムデザインの在り方・実践」のテーマのグループに参加しました。そこで、多くの歯科大学がカリキュラム実践の成果、つまり、アウトカム基盤型教育を意識している現状に触れ、従来型のシラバス構成の教育基準や目標を見直す必要性を感じました。各大学の取組を目の当たりに聞き、意見交換できたことが、良い経験になりました。現在、同時に参加した石川学長と共に、本学においても、アウトカム基盤型を導入していく準備を進めているところであります。
- 本学では現在、アウトカム基盤型教育の導入に向けて検討を開始したところですが、今回のワークショップではいろいろと有用な情報が得られたと思っております。
- 新潟大学歯学部歯学科では、平成28年度から新カリキュラムへ移行する。統合教育を行うための入学時から卒業時までのトータルカリキュラムデザインに関しては、学内で十分議論してきたつもりであるが、今回のワークショップを通して、障がいを持つ学生への対応・支援について検討の余地があると感じた。
- PCC-OSCEについては、現在進行形の情報を十分に把握するように努め、良い形で「臨床能力評価」がきちんとできるよう、検討したいと考えております。

○自由意見

- 昨年に引き続き参加させていただきましたが、他校の参加者とWSを通して本音でディスカッションができたのは、有意義でした。ありがとうございました。
- このようなワークショップを部局長級を対象として行うことは、大変有効であると思う。と同時に、大学によって組織体制、理念・目標、人的資源の配分等が異なるため、ワークショップでは必ずしも意見の統一が図れるとは限らず、ややもすると理想論やステレオタイプの結論となりがちなのが気がかった。本ワークショップが、大学の強み・特徴を活かしたより良い医学・歯学教育の構築の助けとなることを期待したい。
- 本ワークショップは、初めての参加でしたが、大変勉強になりました。大学毎に抱えている問題は多様でしたが、共通の課題も多く、とても参考になりました。今後、臨床実習をさらに充実させるとともに、国家試験への対応にも配慮し、本学の独自性も明確にしなが、すべての項目において質の向上をめざしていくべきであると感じました。

- 歯科において、自験を推奨する立場をとる場合には、学生教育専用の診療室が欠かせない。先進国の歯学部では当然のように準備されているが、本邦では最近、学生や研修医専用の教育施設を設置することができない国立大学歯学部を散見するようになった。このことは残念でならない。国立大学医学部や歯学部は、地域の重症患者の最後の砦として機能するだけでなく、教育や研究を担保するためにも必須の組織である。ましてや、Post-CC OSCEを推進する立場からも、そのような臨床教育現場を提供することは不可欠と思える。国民は、シミュレーター実習や先輩のお手伝いだけをして卒業する歯科医師に満足しているとは思えない。文部科学省におかれましては、ぜひ全国の国立大学歯学部のご支援を頂き、教育的な視点から、施設整備等のご支援・ご援助を頂戴したい。
- 医療系大学の基礎研究の能力の低下に関しては、皆が心配しているところである。このままでは、本邦が、10年後に何で生計を立てることができるのかイメージが湧かない。応用研究に対しては、重点的な経済的な支援がなされるようになったが、その根本の基礎研究においては、大学院生離れが進み、キャリアパスも十分でなく、教員の質も低下しつつあるように感じる。臨床研究と基礎研究のバランスをとりながら、未来の医療の発展を見据える必要があるように感じる。
- 臨床面では、臨床専門医教育の担保とリサーチマインドの涵養が欠かせない。臨床専門医制度も国際化が進んでおり、日本がその主導権を握れない状況が続いている。臨床系分野の臨床専門医コースのさらなる実質化と国際基準との整合性確保が必要な時期に来ている。その意味でも、医療系大学院の臨床専門医コースの充実は不可欠である。
- グループ討議では各大学の取り組み、対応への熱意についての意見交換が行われ有意義でした。一部歯学部長の出席が無いところがあったのは残念でした。
- 歯学教育の中では、我々のグループのテーマであったアウトカム基盤型の教育への取り組みが医科に比べて遅く、機関別評価や分野別評価に合わせて対応していかないといけないと感じましたが、学内でのコンセンサスを得るためにFD等を早急に開催する必要性を感じました。
- 歯学部を取り巻く環境の変化に対応した教育改革に取り組む必要性を強く感じましたが、大学によって温度差が激しいことがわかりました。
- ・いただいた口述記録では、初めて見る人には全く訳が分からないので、今回のように発表者が校正できるのは有効かつ必要と思いました。
- ・関係各位に感謝申し上げます。
- ・上記の通り、海外、国内の医学、歯学教育の動向について、個人的な情報だけでなく、ある意味で公的な動向を知ることが出来たことは収穫であった。早速本学でも執行部で検討して新カリキュラムに導入することもいくつかある。ただ文科、厚労など行政側にも、私たちの医学、歯学教育現場の「生の声」として聞いて頂きたいところもあり、総合討論やグループ別発表の場のみでなく、例えばグループ別討論の場にも、行政側あるいは本企画実施側の担当者が加わって頂くことができないものであろうか。
- ・歯学教育において、避けては通れない問題として歯科医師国家試験がある。歯学部・歯科大学の使命は、一言で言えば「より良い歯科医師を育成すること」であり、そのためには診療参加型臨床実習を充実させることが重要なことは自明の理である。しかしながら、現実問題として昨今の歯科医師国家試験の合格者数の減少傾向は大学と学生に重大な影響を与えており、止むを得ず国家試験に合格するための教育プログラムを最優先するしかないのが現状である。本ワークショップは大変価値あるものであったが、入学者の98%が最終的に医師になる医科と、数10%は歯科医師になれない歯科を同じ土俵で議論することの虚しさを感じた。卒前の技能習得の多い歯学教育が求めるコンピテンシーと(文部科学省)、評価する歯科医師国家試験内容と(厚生労働省)の乖離の是正なしに、歯学教育の改革の実現は難しいのではないかと感じた。
- ・私たちの大学では、テーマ2のトータルカリキュラムデザインとテーマ4の卒業生の質の確保に参加いたしました。歯科大学・歯学部の卒業時のアウトカムについては、歯科医師臨床研修とのシームレスな流れを考えることが重要に思います。歯科では、臨床研修が必修化となって10年目になります。これを機会に、これまでの臨床研修を振り返り、臨床研修前に獲得が必要と考えられる資質を全国的にとりまとめる必要があると思います。特に患者、指導医、研修医の意見は有用に思います。これらも一つの材料として、歯科大学・歯学部の卒業時のアウトカムを議論してはどうかと思っております。
- ・歯科における分野別認証評価やPCC-OSCEのあり方については、「目的」から十分に議論すべきだと考えております。手段の導入が目的化しないように、情報収集とできれば意見出しをしていきたいと思っております。