

(3) グループ別セッション

平成 28 年度 医学・歯学教育指導者のためのワークショップ グループ別セッションについて

1. 議論の進め方

まず、第一部・第二部共通のイントロダクションを行ったのち、第一部のグループ別セッションを行う。その後、グループを変え、第二部のグループ別セッションを行う。

(1) イントロダクション(10:10～10:20)

(2) 第一部(10:30～11:45)

- ・医学5～6名、歯学2～3名、計7～8名を1グループとして議論を行う。
- ・各個人で成果を用紙1枚にまとめ、当日提出する。

(3) 第二部(12:05～15:00)(昼食含む)

- ・医学・歯学別に7～8名を1グループとして議論を行う。
- ・グループごとに成果をスライド1～2枚程度にまとめ、総合討論時に発表する。

第一部・第二部では、各グループの担当テーマについて、以下の点を議論する。

①現状の取組、②課題、③今後の改善のための提言

なお、各テーマの課題には、他のテーマの課題と重なる部分もありうる。

(4) 発表・総合討論(15:05～17:40)

グループ別セッション終了後、第二部の議論の成果について、グループごとに4分間の発表を行う。

なお、発表スライドは、討論を踏まえて修正し、後日文部科学省ホームページに掲載する。

2. 第一部テーマ

テーマ 1-1

「医師・歯科医師として求められる基本的な資質」の教育の方略

(課題)

医学教育・歯学教育の両モデル・コア・カリキュラムの冒頭には、8つの視点からなる「医師・歯科医師として求められる基本的な資質」が掲げられている。これらは、モデル・コア・カリキュラムの基本理念や医療全体を取り巻く情勢等を踏まえて整理されたものであり、医学・歯学教育を行う上で極めて重要なものである。これらの重要な内容を、どのように具体的なカリキュラムに落とし込み学生に伝えていくのか、その方略について議論する。

テーマ 1-2

地域包括ケアシステム

(課題)

地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築が推進されており、地域における福祉・介護等の関係機関との連携により、包括的かつ継続的な「地域完結型・循環型医療」の提供を行うことが必要とされている。そのためには、卒前教育においても多職種連携・多職種協働やチーム医療について学生が理解し、具体的にイメージすることができる教育が求められている。学生への具体的な教育の方略や諸課題について議論する。

3. 第二部テーマ

テーマ 2-1

モデル・コア・カリキュラムを基にした具体的な教育の方略

(課題)

モデル・コア・カリキュラムの項目立てや記載内容は、各大学における授業科目や履修順序を示すものではなく、具体的な授業科目等の設定、教育手法や履修順序等は各大学の裁量に委ねられている。そのため、実際に学生に対して教育を行うにあたっては、Active learning や e-learning の活用など様々な方略が考えられる。モデル・コア・カリキュラムを具体的なカリキュラムにどのように盛り込むか、その方略と諸課題について議論を行う。また、教育を行う上で参考とすることができる学会等が作成する補助テキスト、資料等の有用性についても併せて議論を行う。

テーマ 2-2

卒業後の多様な医療ニーズ・多様なキャリアパスを見据えた教育の在り方

(課題)

医療ニーズが多様化した現在においては、卒前教育を通じて臨床のみならず様々なキャリアパスがあることを示すことが必要である。また、卒業後のキャリアパスを見据える上では、卒前・卒後の各種教育プログラムが整合し一貫した形となっていることが重要である。学生が多様なキャリアパス像を具体的に描くことができるために、どのような形で教育を行うことが必要か。また、卒前・卒後教育の一貫性を担保するためには、卒前教育においてどのような改善が必要か。これらの諸課題について議論する。

テーマ 2-3

教養教育や準備教育の在り方

(課題)

大学における教養教育は、医師、歯科医師又は研究者となる前に人としての素養を培っていくものとして大切なものである。また、準備教育モデル・コア・カリキュラムとして、良き医療人を目指す医学・歯学教育の前提として身に付けておくべき基本的事項が整理されている。こうした中で、医学・歯学教育における教養教育や準備教育の在り方についてどのように考えるか、医学・歯学教育との関連性も含めて議論する。

テーマ 2-4

今日の社会状況等を踏まえモデル・コア・カリキュラムに新たに盛り込むべき事項

(課題)

平成 22 年度のモデル・コア・カリキュラム改定以降、ダイバーシティの尊重やグローバル化、高齢社会の一層の進展等、社会状況はさらに変化している。このような、学問体系そのものでなくとも医療従事者に求められるニーズについて、どの程度モデル・コア・カリキュラムに盛り込むべきか、議論する。

テーマ 2-5

臨床実習の実施に関する諸課題

(課題)

今日の臨床実習においては診療参加型の実習形式の重要性が認識されており、各大学で様々な工夫が行われている。しかし、参加させる診療内容や頻度はまちまちであり、また、学生を診療に参加させる際の患者への同意等の手続、さらには実習終了時の評価方法等、具体的な実習の運用については各大学の裁量に委ねられており、質の確保と教育者の負担軽減の両立が課題である。これらの諸課題について議論する。

平成28年度医学・歯学教育指導者のためのワークショップ グループ別名簿

【第一部】

【テーマ1-1:「医師・歯科医師として求められる基本的な資質」の教育の方略】

No.	部屋	モデレーター		区分1	区分2	大学名	氏名
①	A (8F演習室)	泉 美貴 (東京医科大学)	1	医	国立	旭川医科大学	千石 一雄
			2	医	国立	福井大学	西村 高宏
			3	医	国立	神戸大学	横崎 宏
			4	医	公立	和歌山県立医科大学	羽野 卓三
			5	医	私立	東京女子医科大学	三谷 昌平
			6	医	私立	関西医科大学	木下 洋
			7	歯	国立	広島大学	加藤 功一
			8	歯	私立	日本大学歯学部	米原 啓之
②	B (8F演習室)	大滝 純司 (北海道大学)	1	医	国立	弘前大学	鬼島 宏
			2	医	国立	群馬大学	小山 徹也
			3	医	国立	浜松医科大学	梅村 和夫
			4	医	公立	奈良県立医科大学	藤本 眞一
			5	医	私立	埼玉医科大学	土田 哲也
			6	医	私立	東海大学	福山 直人
			7	歯	国立	徳島大学	河野 文昭
			8	歯	私立	日本歯科大学生命歯学部	沼部 幸博
③	C (8F演習室)	鈴木 利哉 (新潟大学)	1	医	国立	秋田大学	長谷川 仁志
			2	医	国立	東京医科歯科大学	秋田 恵一
			3	医	国立	愛媛大学	上野 修一
			4	医	公立	福島県立医科大学	関根 英治
			5	医	私立	獨協医科大学	増田 道明
			6	医	私立	日本医科大学	伊藤 保彦
			7	歯	国立	九州大学	平田 雅人
			8	歯	私立	鶴見大学	里村 一人
④	D (8F演習室)	高木 康 (昭和大学)	1	医	国立	群馬大学	峯岸 敬
			2	医	国立	鳥取大学	中村 廣繁
			3	医	国立	熊本大学	向山 政志
			4	医	公立	名古屋大学	齋藤 伸治
			5	医	私立	日本大学	木下 浩作
			6	医	私立	産業医科大学	興梠 征典
			7	歯	国立	鹿児島大学	宮脇 正一
			8	歯	私立	神奈川歯科大学	平田 幸夫
⑤	E (8F演習室)	高田 和生 (東京医科歯科大学)	1	医	国立	新潟大学	牛木 辰男
			2	医	国立	山口大学	谷澤 幸生
			3	医	国立	徳島大学	西村 明
			4	医	私立	聖マリアンナ医科大学	鈴木 直
			5	医	私立	愛知医科大学	岡田 尚志
			6	医	私立	兵庫医科大学	野口 光一
			7	歯	公立	九州歯科大学	木尾 哲朗
			8	歯	私立	明海大学	申基 詰
⑥	F (8F演習室)	高松 研 (東邦大学)	1	医	国立	山梨大学	松田 兼一
			2	医	国立	三重大学	堀 浩樹
			3	医	国立	長崎大学	田中 邦彦
			4	医	公立	大阪市立大学	首藤 太一
			5	医	私立	帝京大学	中木 敏夫
			6	医	私立	金沢医科大学	横山 仁
			7	歯	私立	朝日大学	玉置 幸道
			8	歯	私立	愛知学院大学	千田 彰

⑦	G (8F 演習室)	中村 真理子 (東京慈恵会医科大学)	1	医	国立	千	葉	大	学	生	坂	政	臣
			2	医	国立	京	都	大	学	及	川	沙	耶
			3	医	国立	大	分	大	学	中	川	幹	子
			4	医	私立	岩	手	医	科	大	学	滝	川
			5	医	私立	杏	林	大	学	矢	島	知	治
			6	医	私立	藤	田	保	健	衛	生	大	学
			7	歯	私立	松	本	歯	科	大	学	大	槻
			8	歯	私立	福	岡	歯	科	大	学	十	川
⑧	H (9F 演習室)	錦織 宏 (京都大学)	1	医	国立	名	古	屋	大	学	門	松	健
			2	医	国立	香	川	大	学	今	井	田	克
			3	医	国立	佐	賀	大	学	小	田	康	友
			4	医	国立	琉	球	大	学	高	山	千	利
			5	医	私立	東	北	医	科	薬	科	大	学
			6	医	私立	久	留	米	大	学	安	達	洋
			7	歯	私立	日	本	大	学	松	戸	歯	学
⑨	I (8F 演習室)	荒木 孝二 (東京医科歯科大学)	1	医	国立	筑	波	大	学	武	井	陽	介
			2	医	国立	岐	阜	大	学	長	岡	仁	
			3	医	国立	鳥	取	大	学	河	合	康	明
			4	医	公立	札	幌	医	科	大	学	堀	尾
			5	医	私立	東	京	慈	恵	会	医	科	大
			6	歯	国立	大	阪	大	学	木	村	直	史
			7	歯	私立	日	本	大	学	松	戸	歯	学
⑩	J (8F 演習室)	小野 和宏 (新潟大学)	1	医	国立	東	京	大	学	江	頭	正	人
			2	医	国立	滋	賀	医	科	大	学	松	浦
			3	医	国立	九	州	大	学	新	納	宏	昭
			4	医	私立	慶	應	義	塾	大	学	鈴	木
			5	医	私立	昭	和	大	学	関	沢	明	彦
			6	歯	国立	東	京	医	科	歯	科	大	学
			7	歯	私立	北	海	道	医	療	大	学	森
⑪	K (8F 演習室)	田口 則宏 (鹿児島大学)	1	医	国立	山	形	大	学	永	瀬	智	
			2	医	国立	富	山	大	学	関	根	道	和
			3	医	国立	滋	賀	医	科	大	学	伊	藤
			4	医	公立	京	都	府	立	医	科	大	学
			5	医	私立	福	岡	大	学	北	脇	城	
			6	歯	国立	新	潟	大	学	安	元	佐	和
			7	歯	私立	大	阪	歯	科	大	学	藤	井

【テーマ1-2: 地域包括ケアシステム】

No.	部屋	モデレーター		区分1	区分2	大学名	氏名
⑫	L (8F 演習 室)	武田 裕子 (順天堂大学)	1	医	国立	山 梨 大 学	武 田 正 之
			2	医	国立	広 島 大 学	酒 井 規 雄
			3	医	国立	鹿 児 島 大 学	佐 野 輝
			4	医	私立	東 京 医 科 大 学	馬 原 孝 彦
			5	歯	国立	東 北 大 学	佐々木 啓一
			6	歯	私立	岩 手 医 科 大 学	田 邊 憲 昌
			7	歯	私立	東 京 歯 科 大 学	片 倉 朗
			8	歯	私立	大 阪 歯 科 大 学	小 正 裕
⑬	M (8F 演習 室)	山脇 正永 (京都府立医科大 学)	1	医	国立	東 北 大 学	加 賀 谷 豊
			2	医	国立	島 根 大 学	山 口 修 平
			3	医	国立	長 崎 大 学	安 武 亨
			4	医	私立	自 治 医 科 大 学	岡 崎 仁 昭
			5	医	私立	川 崎 医 科 大 学	砂 田 芳 秀
			6	歯	国立	岡 山 大 学	浅 海 淳 一
			7	歯	私立	昭 和 大 学	宮 崎 隆
⑭	N (8F 演習 室)	中嶋 正博 (大阪歯科大学)	1	医	国立	金 沢 大 学	原 田 憲 一
			2	医	国立	高 知 大 学	本 家 孝 一
			3	医	公立	横 浜 市 立 大 学	井 上 登 美 夫
			4	医	私立	順 天 堂 大 学	代 田 浩 之
			5	医	国立	防 衛 医 科 大 学 校	櫻 井 裕
			6	歯	国立	長 崎 大 学	澤 瀬 隆
			7	歯	私立	日 本 歯 科 大 学 新 潟 生 命 歯 学 部	佐 藤 利 英
⑮	O (9F 演習 室)	平田 創一郎 (東京歯科大学)	1	医	国立	信 州 大 学	田 中 榮 司
			2	医	国立	岡 山 大 学	浜 田 淳
			3	医	公立	奈 良 県 立 医 科 大 学	車 谷 典 男
			4	医	私立	東 北 医 科 薬 科 大 学	大 野 勲
			5	医	私立	愛 知 医 科 大 学	宮 田 靖 志
			6	歯	国立	北 海 道 大 学	横 山 敦 郎
			7	歯	私立	奥 羽 大 学	関 根 秀 志

【第二部】

【テーマ2-1:モデル・コア・カリキュラムを基にした具体的な教育の方略】

No.	部屋	モデレーター		区分1	区分2	大学名	氏名
①	B (8F 演習室)	泉 美貴 (東京医科大学)	1	医	国立	弘 前 大 学	鬼 島 宏
			2	医	国立	群 馬 大 学	小 山 徹 也
			3	医	国立	浜 松 医 科 大 学	梅 村 和 夫
			4	医	国立	三 重 大 学	堀 浩 樹
			5	医	国立	長 崎 大 学	田 中 邦 彦
			6	医	私立	東 北 医 科 薬 科 大 学	大 野 勲
			7	医	私立	埼 玉 医 科 大 学	土 田 哲 也
			8	医	私立	東 海 大 学	福 山 直 人
②	I (8F 演習室)	高松 研 (東邦大学)	1	医	国立	筑 波 大 学	武 井 陽 介
			2	医	国立	岐 阜 大 学	長 岡 仁
			3	医	国立	神 戸 大 学	横 崎 宏
			4	医	国立	鳥 取 大 学	河 合 康 明
			5	医	公立	札 幌 医 科 大 学	堀 尾 嘉 幸
			6	医	私立	岩 手 医 科 大 学	滝 川 康 裕
			7	医	私立	東 京 慈 恵 会 医 科 大 学	木 村 直 史
			8	医	私立	藤 田 保 健 衛 生 大 学	大 槻 眞 嗣
③	G (8F 演習室)	田口 則宏 (鹿児島大学)	1	歯	国立	新 潟 大 学	藤 井 規 孝
			2	歯	国立	長 崎 大 学	澤 瀬 隆
			3	歯	私立	日 本 歯 科 大 学 新 潟 生 命 歯 学 部	佐 藤 利 英 夫
			4	歯	私立	松 本 歯 科 大 学	十 川 紀 夫
			5	歯	私立	大 阪 歯 科 大 学	田 中 昭 男
			6	歯	私立	福 岡 歯 科 大 学	岡 部 幸 司

【テーマ2-2:卒業後の多様な医療ニーズ・多様なキャリアパスを見据えた教育の在り方】

No.	部屋	モデレーター		区分1	区分2	大学名	氏名
④	N (8F 演習室)	高木 康 (昭和大学)	1	医	国立	千 葉 大 学	生 坂 政 臣
			2	医	国立	金 沢 大 学	原 田 憲 一
			3	医	国立	京 都 大 学	及 川 沙 耶 佳
			4	医	国立	山 口 大 学	谷 澤 幸 生
			5	医	国立	大 分 大 学	中 川 幹 子
			6	医	公立	横 浜 市 立 大 学	井 上 登 美 夫
			7	医	私立	順 天 堂 大 学	代 田 浩 之
			8	医	国立	防 衛 医 科 大 学 校	櫻 井 裕
⑤	J (8F 演習室)	大滝 純司 (北海道大学)	1	医	国立	東 京 大 学	江 頭 正 人
			2	医	国立	山 梨 大 学	武 田 正 之
			3	医	国立	滋 賀 医 科 大 学	松 浦 博
			4	医	国立	島 根 大 学	山 口 修 平
			5	医	国立	九 州 大 学	新 納 宏 昭
			6	医	国立	鹿 児 島 大 学	佐 野 輝
			7	医	私立	慶 應 義 塾 大 学	鈴 木 秀 和
			8	医	私立	昭 和 大 学	関 沢 明 彦
⑥	O (8F 演習室)	荒木 孝二 (東京医科歯科大学)	1	歯	国立	北 海 道 大 学	横 山 敦 郎
			2	歯	国立	鹿 児 島 大 学	宮 脇 正 一
			3	歯	公立	九 州 歯 科 大 学	木 尾 哲 朗
			4	歯	私立	奥 羽 大 学	関 根 秀 志
			5	歯	私立	明 海 大 学	申 基 詰
			6	歯	私立	神 奈 川 歯 科 大 学	平 田 幸 夫

【テーマ2-3:教養教育や準備教育の在り方】

No.	部屋	モデレーター		区分1	区分2	大学名	氏名
⑦	E (8F 演習室)	中村 真理子 (東京慈恵会医科大学)	1	医	国立	新潟大学	牛木 辰男
			2	医	国立	信州大学	田中 榮司
			3	医	国立	岡山大学	浜田 淳
			4	医	国立	徳島大学	西村 明儒
			5	医	公立	奈良県立医科大学	車谷 典男
			6	医	私立	聖マリアンナ医科大学	鈴木 直
			7	医	私立	愛知医科大学	岡田 尚志郎
			8	医	私立	兵庫医科大学	野口 光一
⑧	A (8F 演習室)	鈴木 利哉 (新潟大学)	1	医	国立	旭川医科大学	千石 一雄
			2	医	国立	福井大学	西村 高宏
			3	医	国立	広島大学	酒井 規雄
			4	医	国立	高知大学	本家 孝一
			5	医	私立	杏林大学	矢島 知治
			6	医	私立	東京女子医科大学	三谷 昌平
			7	医	私立	関西医科大学	木下 洋
⑨	F (8F 演習室)	小野 和宏 (新潟大学)	1	歯	国立	広島大学	加藤 功一
			2	歯	国立	九州大学	平田 雅人
			3	歯	私立	日本大学歯学部	米原 啓之
			4	歯	私立	鶴見大学	里村 一人
			5	歯	私立	朝日大学	玉置 幸道
			6	歯	私立	愛知学院大学	千田 彰

【テーマ2-4:今日の社会状況等を踏まえモデル・コア・カリキュラムに新たに盛り込むべき事項】

No.	部屋	モデレーター		区分1	区分2	大学名	氏名
⑩	C (8F 演習室)	武田 裕子 (順天堂大学)	1	医	国立	秋田大学	長谷川 仁志
			2	医	国立	東京医科歯科大学	秋田 恵一
			3	医	国立	愛媛大学	上野 修一
			4	医	公立	福島県立医科大学	関根 英治
			5	医	私立	獨協医科大学	増田 道明
			6	医	私立	東京医科大学	馬原 孝彦
			7	医	私立	日本医科大学	伊藤 保彦
			8	医	私立	愛知医科大学	宮田 靖志
⑪	H (8F 演習室)	錦織 宏 (京都大学)	1	医	国立	名古屋大学	門松 健治
			2	医	国立	香川大学	今井田 克己
			3	医	国立	佐賀大学	小田 康友
			4	医	国立	琉球大学	高山 千利
			5	医	公立	奈良県立医科大学	藤本 眞一
			6	医	私立	東北医科薬科大学	福田 寛
			7	医	私立	自治医科大学	岡崎 仁昭
			8	医	私立	産業医科大学	興梠 征典
⑫	L (8F 演習室)	平田 創一郎 (東京歯科大学)	1	歯	国立	東北大学	佐々木 啓一
			2	歯	国立	徳島大学	河野 文昭
			3	歯	私立	岩手医科大学	田邊 憲昌
			4	歯	私立	東京歯科大学	片倉 朗
			5	歯	私立	日本大学松戸歯学部	清水 武彦
			6	歯	私立	日本歯科大学生命歯学部	沼部 幸博
			7	歯	私立	大阪歯科大学	小正 裕

【テーマ2-5:臨床実習の実施に関する諸課題】

No.	部屋	モデレーター		区分1	区分2	大学名	氏名
⑬	D (8F 演習室)	山脇 正永 (京都府立医科大学)	1	医	国立	東 北 大 学	加 賀 谷 豊
			2	医	国立	群 馬 大 学	峯 岸 敬
			3	医	国立	山 梨 大 学	松 田 兼 一
			4	医	国立	鳥 取 大 学	中 村 廣 繁
			5	医	国立	熊 本 大 学	向 山 政 志
			6	医	公立	名 古 屋 市 立 大 学	齋 藤 伸 治
			7	医	私立	日 本 大 学	木 下 浩 作
			8	医	私立	川 崎 医 科 大 学	砂 田 芳 秀
			9	医	私立	久 留 米 大 学	安 達 洋 祐
⑭	K (8F 演習室)	高田 和生 (東京医科歯科大学)	1	医	国立	山 形 大 学	永 瀬 智
			2	医	国立	富 山 大 学	関 根 道 和
			3	医	国立	滋 賀 医 科 大 学	伊 藤 俊 之
			4	医	国立	長 崎 大 学	安 武 亨
			5	医	公立	京 都 府 立 医 科 大 学	北 脇 城
			6	医	公立	大 阪 市 立 大 学	首 藤 太 一
			7	医	私立	帝 京 大 学	中 木 敏 夫
			8	医	私立	金 沢 医 科 大 学	横 山 仁
			9	医	私立	福 岡 大 学	安 元 佐 和
⑮	M (8F 演習室)	中嶋 正博 (大阪歯科大学)	1	歯	国立	東 京 医 科 歯 科 大 学	森 山 啓 司
			2	歯	国立	大 阪 大 学	仲 野 和 彦
			3	歯	国立	岡 山 大 学	浅 海 淳 一
			4	歯	私立	北 海 道 医 療 大 学	斎 藤 隆 史
			5	歯	私立	昭 和 大 学	宮 崎 隆
			6	歯	私立	日 本 大 学 松 戸 歯 学 部	平 山 聡 司

グループ別セッション

<イントロダクション>

東京慈恵会医科大学教育センター長 福島 統氏

それでは、お手元の資料の5番と6番と7番がグループセッションの資料になりますので、ちょっとごらんいただければと思います。

先ほどからお話があるように、今年のワークショップは2部構成になっております。第一部が10時半から11時45分まででテーマが2つで、この第一部は医科・歯科混合チームということでやりますので、これが従来とちょっと違うところがございます。さらになんと、学生の演習じゃないですが、提出ペーパーというのがあって、それをこの時間の中に御参加者1人ずつに書いていただくという形で、第一部は発表がないという形になります。

そして、第一部が11時45分に終了したら、今度は第二部でまたグループ替えになります。第二部は、今度は医学グループと歯学グループに分かれていくという形になります。さらに、去年もそうだったんですけども、実はお昼ご飯も討論時間だということです。私が決めたものではありません。文部科学省が決めたのでありますが、そういうことでやっていただくということです。時間が押しておりますので、申し訳ありませんが、お昼時間も討論時間のつもりということでお進めいただきたいと思います。

第二部は医学チームと歯学チームと分かれてしまいますけれども、そこでパワーポイントを発表用に作っていただくというのが大きな特徴というか、作っていただかなければなりませんということになります。そして、総合討論は、第二部でのディスカッションの総合討論にさせていただくということで、総合討論のテーマがありますということになります。

テーマについて補足説明させていただきます。医科・歯科連合軍でやりますテーマ、第一部の方ですけども、第一部は2つテーマがあって、1つが1-1で医師・歯科医師として求められる基本的な資質。さっきから問題になっている資質と能力のアウトカムのところでございますが、そのアウトカムのところ、これを是非議論をしてください。ただ、実質的に議論が1時間ぐらいしかありませんので、まとまるものにはならないと思いますけれども、提出ペーパーが書ける程度の議論をしていただければということになります。この資質とか能力と言われる獲得すべきものということをどういう学修環境でどういうふうにとやったら得られるんだろうというところにフォーカスをちょっと当てていただくと同時に、医学部も歯学部も6年間あるので、6年間というタイムスパンの中でどういう学修環

境でどういう方法でこういう資質を求めていこうかというようなことを、かなりぼわっとした形になってしまうと思いますけれども、1 時間でお話し合いをしていただいてということになります。

もう 1 つの第一部のテーマは、地域包括ケアシステムであります。これももう御存じのように、住み慣れた場所で自立的に自己実現をして、そして、死ぬまで生きていくという生活支援という形の医療、つまり、今までの急性期の疾患だけでなく、生活を支援していくというタイプの医療に対してどういう教育が求められていくのかということを実際にはお話し合いをいただく。例えば多職種連携とか、医療は制度の中で行われているので、System-based practice とか、それから、予防医学の実質的な応用とかという、そういう話になっていくと思います。これも 1 時間で非常に短いですが、ここのグループに当たった方々は、是非御自身の提出ペーパーが書けるところまで御議論いただければというふうになります。

というわけで、第一部は 1 時間しかございませんのでまとめたものはできないと思うんですが、実はその基本的なぼやとした議論の後に、まるで前座のように言っていますが、その後に第二部が来ます。

第二部は、実は先ほどお示ししている、アウトカムどうやって教育しますかとか、地域包括ケアシステムをどうやって医学・歯学教育に取り入れますかという延長線というか、その先にもうちょっとフォーカスを当てて、テーマ 2-1 では、ここはもう医学部と歯学部と分かれてお話し合していただきますけれども、モデル・コア・カリキュラムを基にした具体的な教育の方法。まさにテーマ 1-1 と全く同じでございます。これを深めてくださいということになります。実際に先ほどから、学修目標はあるけれども方略だとか方法といったものが欠けていますという話もありますので、是非その辺のところにフォーカスを当てていただければと思います。またさらに、いろいろ医学チームの中でも議論があるわけですが、下のところで、補助テキストとか共通教科書とかそういったものの利用性があるのかないのかといったことについても御議論いただければと思います。

それから、テーマ 2-2 が卒後の多様な医療ニーズ。ここはまだ医療が入っているんですけれども、医療ニーズ、多様なキャリアパスを見据えた教育ということです。厚生労働省に行って医系技官になる方もいらっしゃるので、そういう意味ではだんだん地域包括ケアシステムの話も出てくるとドクターズロールというのはどんどん変わっていくと思います。そういう意味では、多様な医師・歯科医師が実は社会から求められているのかもしれない

ん。そういったときに、医師・歯科医師として長い人生を歩んでいくわけで、その長い人生を歩んでいくときのキャリアパスの一番最初は卒前教育に始まりがありますので、このことをどうやって教育の中に入れていくかということをお話し合いいただければと思います。

2-3は、教養教育と準備教育でございまして、ここは議論が非常にたくさんあると思います。教養を持った人が専門になるのか、いやいや、専門を実際実施するに当たって必要な人間としての知恵という考え方もあります。そういう意味で、教養教育、準備教育、いや、教養教育が一番重要だと思いますが、その教養教育の在り方の議論を是非お願いしたいと思います。

それから、2-4が、今日の社会的状況を踏まえたモデル・コア・カリキュラムに新たに盛り込むべき事項ということです。あんまり増やしたくはないのですが、ニーズがどんどん変わってきているわけです。ニーズが変われば、当然のことながら職業の内容も変わってくるという形になります。そうすると、ニーズの変化に伴って、まさに地域包括ケアシステムが1つのいい例だと思いますが、こういったことに対してどのようにモデル・コア・カリキュラムに入れ込んでいくのかということについて御議論をお願いしたいと思います。

2-5は、もう従来からずっと同じテーマでやっておりますが、臨床実習の実施に関する諸課題ということです。これは例えば臨床実習の場の多様性という問題もありますし、それから、低学年からどうやってシステムティックにペーシェントコンタクトを作っていくのかという段階的な臨床教育という話もあるでしょうし、それから、もうちょっと喫緊の例でいいますと、同意書の取り方とか、学生の臨床実習に患者さんにどれだけ参加していただくのか、と同時にどうやってペーシェントセーフティを守るのかということも含めて、これはいろいろな話題が中に入っていると思います。というわけで、この議論についてお願いしたいと思います。

それで、第一部は、まず部屋に行っていただいたら、モデレーターが促すと思いますけれども、司会者を決めていただいて、それだけで結構です。最後は自分の提出レポートを書かなければいけませんので。

そして、第二部のグループ討論の場合には、またモデレーターは替わりますけれども、司会者、それから、書記——この書記というのは白板を使う人です。白板を書いてくださる方。それから、資料作成者、これはパワーポイントを作る方。パワーポイントは1枚か2枚でお願いします。それから、発表者。さらに5番目に、質問が出たときの対応者と、

この5つの役割を決めておいていただいて、もし議論伯仲しそうだったら、第1回答者、第2回答者まで決めていただいても結構です。そうやって第二部の場合はここまで作っていただいて、そして、第二部はここで総合討論になりますので、第二部の場合は、14時50分をめぐりに発表用のパワーポイントをUSBで8階の演習室の中央の部屋に御提出いただいて、そして、15時5分からフロアディスカッションをしていただくという形になります。

以上が御説明でございます。

グループ別セッション： イントロダクション

東京慈恵会医科大学
教育センター
福島 統

2016年7月27日 医学・歯学教育指導者のためのWS

1

今年の文科省WSでは2つのグループ 討論があります！

- 第一部：10:30~11:45
テーマ1:「医師・歯科医師として求められる基本的資質」の教育の方略
テーマ2:「地域包括ケアシステム」
- 第一部では、医学系と歯学系の先生方の混成グループとなります。
- 第一部終了前の15~20分でグループ討論を終え、参加者お一人ずつ、個人のご意見として「提出ペーパー」(1枚)を書いて頂きます。モデレーターにご提出ください。

2

第一部が11:45に終了したら、

- 参加者とモデレーターは新しいグループへ移動して頂きます(同じ部屋の先生もいらっしゃいます)。
- そして、12:05~15:00に第二部のグループ討論を行っていただきます。医学系、歯学系に分かれます。昼食時間も討論時間です。
- 第二部では話し合いのプロダクトを、パワーポイント1~2枚で作って頂き、15:05からの総合討論でご発表頂きます。

3

第二部のテーマ(5つ)

1. モデル・コア・カリキュラムを基にした具体的な教育の方法
2. 卒後の多様な医療ニーズ・多様なキャリアパスを見据えた教育の在り方
3. 教養教育や準備教育の在り方
4. 今日の社会状況を踏まえモデル・コア・カリキュラムに新たに盛り込むべき事項
5. 臨床実習の実施に関する諸課題

4

テーマについての補足説明

5

第一部

6

テーマ1-1:「医師・歯科医師として求められる基本的な資質」の教育の方略

- 医学教育・歯学教育のモデル・コア・カリキュラムには8つの視点からなる「求められる基本的資質」が挙げられています。
- これらの「資質」を卒業までに学生が獲得できるためには、学生にどのような学習方法(教育方法)や学習環境を提供していく必要があるのかについて考えください。
- ぜひ、6年間という時間軸を考慮に入れてください。

7

テーマ1-2:「地域包括ケアシステム」

- 住民が住み慣れた地域で、自立した日常生活を営むことができるように、医療、福祉、介護、予防などの日常生活の支援が包括的に確保される体制が求められています。そのために、「地域完結型・循環型医療」の提供が求められています。このニーズに対する卒前医学教育での対応を検討してください。多職種連携協働やSystem-based practice、予防医学の実践、生活支援の医療など多くの論点があると思います。

8

第二部

9

テーマ2-1:モデル・コア・カリキュラムを基にした具体的な教育の方略

- モデル・コア・カリキュラムで示された内容をどのように教育するのかは各大学に任されています。体験学習、active learning や e-learning の活用、多様な場で臨床実習など様々な学習方法を駆使していく必要があります。また、6年間という時間軸で、段階的に学習を積み上げていく必要もあります。モデル・コア・カリキュラムを具体的なカリキュラムにどのように盛り込むか、その方略と諸課題について議論を行ってください。また、教育を行う上で参考とすることができる学会等が作成する補助テキスト、資料等の有用性についても併せて議論をお願いします。

10

テーマ2-2:卒後の多様な医療ニーズ・多様なキャリアパスを見据えた教育の在り方

- 医療ニーズが多様化しています。卒前教育を通じて臨床のみならず様々なキャリアパスがあることを示すことが必要です。また、卒業後のキャリアパスを見据える上では、卒前・卒後の各種教育プログラムが整合し一貫した形となっていることも重要だと思います。学生が多様なキャリアパス像を具体的に描くことができるために、どのような形で教育を行うことが必要か。また、卒前・卒後教育の一貫性を担保するためには、卒前教育においてどのような改善が必要か。これらの諸課題について議論してください。

11

テーマ2-3:教養教育や準備教育の在り方

- 大学における教養教育は、医師、歯科医師又は研究者となる前に人としての素養を培っていくものとして大切なものです。また、準備教育モデル・コア・カリキュラムとして、良き医療人を目指す医学・歯学教育の前提として身に付けておくべき基本的事項が整理されています。こうした中で、医学・歯学教育における教養教育や準備教育の在り方についてどのように考えるか、医学・歯学教育との関連性も含めて議論をお願いします。

12

テーマ2-4:今日の社会的状況を踏まえモデル・コア・カリキュラムに新たに盛り込むべき事項

- 平成22年度のモデル・コア・カリキュラム改訂以降、ダイバーシティの尊重やグローバル化、高齢社会の一層の進展等、社会状況はさらに変化しています。社会の変化に伴い、医療ニーズも変化し、医師の役割も変化していくでしょう。医学研究の進歩だけでなく、このように変化していく医療従事者に求められるニーズについて、どの程度モデル・コア・カリキュラムに盛り込むべきか、議論をお願いします。

13

テーマ2-5:臨床実習の実施に関する諸課題

- 今日の臨床実習においては診療参加型の実習形式の重要性が認識され、各大学で様々な工夫が行われています。しかし、参加させる診療内容や頻度はまちまちで、また、学生を診療に参加させる際の患者への同意等の手続、さらには実習終了時の評価方法等、具体的な実習の運用については各大学とも試行錯誤の状況です。臨床実習という教育の質の確保と教育者の負担軽減の両立が課題です。これらの諸課題について議論をお願いします。

14

グループ討論の進め方

1. 各演習室に参加者、モデレータが集まります。
2. まずは、モデレータがグループの参加者の先生方に、①司会者、②書記、③資料作成者、④発表者、⑤質問対応者を決めて下さるようお願いいたします。(注:第一部では、①司会者のみお決めください。②～⑤は第一部では役目がありません)
3. 司会者が決まったら、グループ内での自己紹介後に、グループ討論のテーマの確認を行い、討論時間を確認し、グループ討論を始めてください。

15

- 第一部ではグループ討論を11:30までには終了し、参加者一人ずつ、「提出ペーパー」(1枚)をお書きください。討論を行い、そのうえでの参加者ご自身のご意見としてお書きください。「提出ペーパー」はモデレータにご提出ください。
- 11:45になったら、グループの移動をお願いします。
- 12:05から第二部のグループ討論を始めください。最初はモデレータがグループの①司会者、②書記、③資料作成者、④発表者、⑤質問対応者を決めて下さるようお願いいたします。司会者のもとでグループ討論を始めください。第二部では、③資料作成者が発表用パワーポイントづくりを、④発表者は総合討論での発表をご担当頂きます。

16

- 第二部では、自己紹介後、①テーマに関する各大学での取組状況や課題、②その課題の解決に向けた方策をご紹介いただき、グループ内での意見交換を行ってください。
- 14:30過ぎごろからは、発表用パワーポイントや発表内容のまとめの作業を始めてください。
- 資料作成者の先生は14:50をめぐり、発表用パワーポイントデータ(USB)を8階演習室控室(中央の部屋)にご提出ください。
- 参加者の皆様は、15:05から3階講堂で総合討論が始められるように、3階講堂にお集まりください。
- 15:05~17:40で、グループからの発表(テーマごと)と総合討論が行われます。

17

8階の演習室へご移動をお願いします。

8階にはスタッフがいます。参加者の先生方の演習室への誘導を行います。第一部のグループ番号①～⑮を確認してください。

18

(4) 発表・総合討論

発表

【コーディネーター】

東京医科歯科大学特命教授 奈良 信雄氏

新潟大学歯学部長 前田 健康氏

テーマ2-1：モデル・コア・カリキュラムを基にした具体的な教育の方略

グループ①

テーマ2-1：モデル・コア・カリキュラムを基にした具体的な教育の方略【医学教育】 グループ：① モデレーター：泉 美貴（東京医科大学） 司会：堀 浩樹（三重大学） 書記：田中 邦彦（長崎大学） 発表資料作成者：鬼島 宏（弘前大学） 発表者：土田 哲也（埼玉医科大学） 質問対応者：小山 徹也（群馬大学） 梅村 和夫（浜松医科大学） 大野 勲（東北医科薬科大学） 福山 直人（東海大学） オブザーバー：山口 育子（COML）	モデル・コア・カリキュラムを基にした具体的な教育の方略 1. プロフェッショナリズム（1年次で開始、学習内容に応じて、積み重ね） 例1（三重）：地域基盤型保健医療実習（各グループ4名：県内29市町村） コミュニティサーベイ：インタビュー報告会 例2（東北医大）：東北6県の理解、各県日帰りグループワーク モラル・社会ルール・マナー教育：「できること」と「やってよいこと」の倫理観 2. 医学知識と問題対応能力（1～6年次） アクティブラーニング、e-learning の活用 学生が調べてきても、それを発展させたり、応用したりがしにくい 基礎配属：期間が短いので、問題解決型学習になりにくい 教員間の差が大きい（熱意の温度差がある） 5・6年次：臨床実習反転授業（臨床実習後に active learning）導入 3～5. 診療技能と患者ケア・コミュニケーション能力・チーム医療の実践 主に1～4年次 シミュレーション教育の活用（接病人に始まる面接）：一般市民・SPを加える 臨床実習＝4～6年次 従来型の臨床実習（2週間単位全科ローテーション）を再考 最低1ヵ月で行う（内科・外科を基盤に、専門科は選択制） 診療科の壁を破り、疾患別臨床実習導入
モデル・コア・カリキュラムを基にした具体的な教育の方略 6. 医療の質と安全管理（2～4年次） 医療安全室、感染防御・感染対策室の存在も、認識する 7. 社会における医療の実践 → 地域における医療の実践（1～6年） 地域ゼミナール：地域活性化における医療の役割 社会のシステム・生活の場を学び、地域の患者視点を学ぶ 大学（都市型・地方型）間での連携（学生交流） 地域での臨床実習 8. 科学的探究（3～6年次） 基礎配属の充実、CPC 症例報告の奨励・臨床実習中 Post-CC OSCEへの活用 臨床研究教育 9. 生涯にわたってと学ぶ姿勢（全学年） 生涯学習の準備（学習手段・習慣の獲得） 教える能力の獲得 コアカリの項目をもっとコンパクトに（到達目標の項目）	

【土田】 埼玉医科大学の土田でございます。よろしくお願いいたします。泉先生の御指名で発表することになりました。

私ども、まず現在それぞれの大学でやっているカリキュラムについて話し合っ、その後、「今度のモデル・コア・カリキュラムを基にした具体的な教育の方略」について考えてみました。「医師として求められる基本的な資質と能力」のうち、まず第1の「プロフェッショナリズム」について

ては、最初にその言葉自体に関する議論がなされました。プロフェッショナルリズムという言葉は、医学教育の先生方の中ではある程度共有しているものがあるかもしれませんが、医学部教員の中ではこの言葉がどういうものを指しているのかがちょっと分かりづらいのではないかと、もう少しこの言葉については検討する必要があるのではないかと、ということです。

プロフェッショナルリズムの教育方略としては、やはり1年次で開始して、学修内容に応じて積み重ねていくしかないだろうということです。1つの例として、三重大大学の例が出されました。地域のコミュニティの中で、例えば独り暮らしの老人のところに行ってインタビューをし、問題を調査解析し考える、という地域基盤型の医療の実習、これを1年次に行っているということです。その実習を通して地域の中で医師がどういう役割を果たさなければいけないのか、そういったことを1年次のときに感じてもらう教育はかなり役立つのではないかと、思われます。実際に三重大大学ではこれを始めて、地域に定着する学生さんがかなり増えてきているとのこと。東北医科薬科大学、まだ始まったばかりですけれども、ここでも東北6県に学生が出向いて調査解析をやっているとの報告もありました。

それと、モラル、社会ルール、マナーの教育、少し寂しいところなんですけれども、プロフェッショナルリズムと言いながら、その前にもうちょっとやるべきことがあるんじゃないかという話も出ております。

2番目は、「医学知識と問題対応能力」です。これについては、講義、実習が終わって、その後にeラーニングなども活用して自分でアクティブ・ラーニングを行うことがやはりあるだろうということになります。特に5、6年次において臨床実習後にいろいろとアクティブ・ラーニングを導入していくことはかなり有用じゃないかと考えられます。あとは、基礎の配属ですが、期間と教員間の熱意の差などの問題が出されております。

次の3番目から5番目、「診療技能と患者ケア」、「コミュニケーション能力」、「チーム医療の実践」はまとめて議論しました。1、2、4年次においてはシミュレーション教育の活用、そして、臨床実習においては、やはり期間の延長が必要であるという話です。

次に行きます。6番目、「医療の質と安全管理」。これは高学年である程度触れることになりませんが、低学年のうちに医療安全室、感染防御・感染対策室の存在自体を認識する必要があるということです。

そして、7番目に「社会における医療の実践」。これは先ほどの三重大大学の例のように、地域に出て行って、地域における役割を学んでいくということがあります。そして、もちろん多職種の連携、それもいろいろなところでも実際にやられているかと思えます。

8 番目に「科学的探求」。これも基礎配属の充実などがあります。そして、症例報告などを、実際に学生時代に経験することも非常に役に立つのではないかと思います。

そして、「将来にわたって学ぶ姿勢」。これは、生涯学習の準備ということになるかと思いますが、教員が学ぶ姿勢を示すなどはあっても方略として難しいところです。

最後に、お願いします。コアカリの項目をもっとコンパクトにさせていただきよう、是非お願い申し上げます。以上です。

グループ②

テーマ2-1：モデル・コア・カリキュラムを基にした具体的な教育の方略【医学教育】 グループ：② モデレーター：高松 研（東邦大学） 司会：木村 直史（東京慈恵会医科大学） 発表資料作成者：大槻 眞嗣（藤田保健衛生大学） 発表者：横崎 宏（神戸大学） 質問対応者：武井 陽介（筑波大学） 長岡 仁（岐阜大学） 河合 康明（鳥取大学） 堀尾 嘉幸（札幌医科大学） 滝川 康裕（岩手医科大学）	具体的な教育の方略 1【医学教育】 【教育技法】 ◆ Active Learning (TBL、PBL・・・) ◆ E-Learningの導入(予習確認テスト必要、反転授業) ◆ 屋根瓦方式の教育:教育資源として先輩学生の活用 【段階的な患者との接触】 ◆ 早期臨床体験(ポートフォリオの活用・・・) ◆ M1対象に症例提示→基礎医学を学ぶ意欲↑ ◆ 学外臨床実習:地域の病院と指導教員(大学内外) ◆ 診療参加型実習:他職種からの評価、シミュレーション学習、ポートフォリオの活用
具体的な教育の方略 2【医学教育】 【その他】 ◆ IPE:他学科との合同授業、実習 ◆ M1～研究室配属:リサーチマインドの涵養 ◆ 教材 ◆ 一步一步学ぶ生命科学、病理学コア画像集 ◆ コミュニケーションに関するテキスト	具体的な教育の方略 2 討論中に出た用語 ・ モデレーター高松（東邦）； ・ 木村（慈恵）；ECE: 学外実習、M1～研究室配属M3～PBL M4 CBT前の授業↓ ・ 大槻（藤田）；PBL、TBL、ポートフォリオ ・ 横崎（神戸）；M1 IPE実習 ・ 武井（筑波）；解剖実習（先輩→後輩） ・ 長岡（岐阜）；（～M3 追加評価）M2～4 PBL ・ 河合（鳥取）；ポートフォリオ、教育資源として学生活用 e-learning、Active Learning ・ 堀尾（札幌）；M3 地域医療実習、コミュニケーション能力↑ ・ 滝川（岩手）；M1～症例提示、ECE、学外実習（360度評価） 番外編：Multiple Mini-interview 東邦

【横崎】 第2グループで検討させていただきました。発表者の神戸大学の横崎でございます。よろしくお願いいたします。モデレーターの高松先生の御指導の下でこのようなメンバーで検討をいたしました。

それで、先ほどの御発表がいわゆる1, 2, 3, 4, 5, 6の順番ですけれども、我々のグループでは、教育技法については、方略としまして、アクティブ・ラーニング、TBLとかPBLをもっと活用していくというような案をと。それから、eラーニングを導入すると。eラーニングを導入する

場合、やはり予習をちゃんとやってきた確認のテストが必要であったり、あるいは授業の場合には反転授業のような形をとっていけば教育効果が上がるであろうと。それから、あとは、例えば解剖学の実習のときに、上の学年の学生さんに指導を手伝ってもらおうといういわゆる屋根瓦方式の教育で先輩学生を活用していけばよいのではないかという意見が出てまいりました。

それから、あとは、この新しいモデル・コア・カリキュラムにのっとって、段階的な患者さんとの接触を積極的に取り入れてはどうかと。どこの大学でも結構やられております早期臨床体験実習、そういったものからポートフォリオを活用して経験値を高めていくと。それからあとは、例えば第1学年の学生さんにも症例を提示して、基礎医学を学ぶ意欲と。なぜ基礎を学んでいるのか、それは臨床に対応してこういうことがあるのだというようなことを教えていきたいと。それから、学外の臨床実習では、大学内外で地域の病院との、指導教員を例えば臨床教授にしたような実習を行えばよりよいのではないかと。診療参加型実習に関しましては、例えば他職種からの評価を取り入れたり、あるいはシミュレーション学習をやったり、そしてまた、ここでもポートフォリオを活用してはどうかという意見が出てまいりました。

それからあとは、その他になりますけれども、他職種との合同授業、それから、実習といったような、いわゆる IPE というのも積極的に取り入れてはどうかと。それから、一部の大学で行われておりますけれども、リサーチマインドの涵養という点で、1年生に入ってきたときからいわゆる研究室配属で研究をやってもらおうといったようなのはどうかというのが出てまいりました。

それからあと、最後のところに教材の活用というのがありました。例えば今、生理学会の方からは「一步一步学ぶ生命科学」というような教材が出ておりますし、また私の所属しております日本病理学会では「病理学コア画像集」というので、学生さんが病理学会のホームページに来ていただきますと、病理の基本的なコアにのっとった画像が見られるというような教材を提供しております。それから、あとは、コミュニケーションに関する何かいいテキストが出来たら非常にありがたいのではないかなという意見が出てきております。

私どものグループからの発表は以上でございます。

グループ③

テーマ2-1：モデル・コア・カリキュラムを基にした具体的な教育の方略【歯学教育】

グループ：③
 モデレーター：田口 則宏（鹿児島大学）
 司会：藤井 規孝（新潟大学）
 書記：澤瀬 隆（長崎大学）
 発表資料作成者：佐藤 利英（日本歯科新潟）
 発表者：十川 紀夫（松本歯科大学）
 質問対応者：田中 昭男（大阪歯科大学）
 岡部 幸司（福岡歯科大学）

「カリキュラム全体を通し、漏れのない教育プログラム」

A 基本事項：1・3・5年

- ・early exposure：病院・施設等、口腔医学概論
- ・演習：体験教育、ロールプレイ、ディベート

※どのように評価するか（形成的評価）

B 社会と歯学

- ・座学（災害医療、個人識別、統計演習：4年）
- ・地域包括ケアシステム：1・3・5年

※必要性をいかに認識させるか

C 生命科学：2・3年

- ・座学で知識の定着、講義・実習の組合せ
- ・学習習慣をつけることが重要な領域→CBT、国試

※課題：臨床と関連付け定着した知識の保存をどうするか

D 歯科生体材料と歯科材料・器械：2・3年

- ・臨床と連携した講義と実習
- ・進歩著しい領域、常に教育内容の吟味が必要

※課題：増える知識をいかに臨床と関連付け定着させるか

E 臨床歯学教育：4・5年

- ・臨床系座学＋実習
反転授業、PBL、e-learning, simulation
- ・基礎・臨床融合型の統合講義、隣接医学、

※課題：スキルラボの管理、SPさんの確保、実習経費をどうするか

E 臨床実習：5・6年

- ・診療参加型臨床実習
訪問歯科、急性期・回復期病院、海外姉妹校見学、相互実習

※課題：臨床教員（開業医）のFD、水準の見直し、自験の範囲

【十川】 それでは、第3グループの発表をさせていただきます。モデレーターは田口先生で、発表者が松本歯科大学の十川と申します。よろしくお願いいたします。我々のグループは歯科の方ですので、今までの2つとちょっと違うかも知れませんが、よろしくお願いいたします。

我々と致しましては、カリキュラム全体を通して漏れのない教育プログラムを構築するというようなことで、知る、やってみて、できるようになるというようなことを6年の間にどう構築していくか、織り込んでいくかというようなことを中心に話をしていきました。それで、コア・カリキュラムの順番に沿って話を進めていったというようなことです。

A項目として基本事項があるんですけども、これは1年、3年、5年で行おうというようなものです。この教育の根幹となるものが、いろいろな要素を含むんですけども、アーリーエクスポージャー、病院だとか施設なんかでの見学、そういうようなものを実際にしてもらおうというようなことと、口腔医学概論を通じてこういうようなアーリーエクスポージャーを学んでいただくというようなことをやっていこうということです。それと共に、演習で体験教育。ロールプレイ

だとかディベート，そういうようなものを組み込んで，基本項目を満たしていきたいと考えるということです。しかし，これをどのように評価するかというようなことが非常に問題になって，方略的に教えることはできるんですけども，評価が難しいなというようなことが今後の課題であらうと。評価としては，ポートフォリオ，レポート，態度，そういうような形成的な評価があるんですけども，やはり評価はちょっと難しいというようなことだろうと思われるというようなことです。

続きましては，社会と歯学に関しましては，これはおそらく座学で教えるというようなことが中心になろうかと思われます。あるいは，地域の包括ケアシステムを学んでいただくときに，1年，3年，5年を中心にしてそういうようなものを実際の体験教育としてやっていただく。あるいは座学では，このような災害医療だとか，個人識別，統計演習などを4年のときにやっていただく方がいいんじゃないかというようなことです。しかし，国家試験等でも非常に問題数が多くはなっているんですけども，その必要性をいかに認識させるかというようなことが課題であらうかと考えます。

生命科学。これは我々の基本となるようなものなんです。2年，3年，これが中心になりますけれども，座学での知識の定着，講義・実習の組み合わせで座学での知識を定着していこうということで，学習習慣を付けることが重要な領域であるというようなことです。しかし，臨床と関連付けして，定着した知識の保存，これをどうするかというようなことが課題であらうと考えられます。

これが歯科特有のものではあるかと思いますが，歯科生体材料と歯科材料・器械というような項目があります。これは2年，3年に行うものなんですけれども，臨床と連携した講義と実習，あるいはこの領域は非常に進歩著しい領域ではありますので，常に教育内容の吟味が必要であらうと思われます。講義と実習を中心にやるんですけども，その増える知識をいかに臨床と関連付け，定着させるかというのが課題であらうかと思っています。

臨床教育。これはE，Fというようなことになるんですけども，全臨床教育になりますと，これは4年，5年，あるいは5年，6年のときに臨床実習というようなことになりますけれども，臨床系の座学と実習を組み合わせで，反転授業なり，PBL，eラーニング，シミュレーション教育，そういうようなものをやっていこうというようなことです。

あとは，基礎・臨床融合型の統合講義とか隣接医学を充実させるというようなことですが，この場合にスキルラボの管理，あるいはSPさんの確保，ちょっと現実的なことですが，実習経費をどうするかというようなことが課題にならうかと思っています。5年，6年次，臨床実習に

入るわけですがけれども、これ、診療参加型の臨床実習というようなことで、訪問歯科、急性期の病院、回復期の病院、あるいは海外姉妹校の見学、相互実習、こういうようなものを踏まえて行っていくというようなことです。

しかし、そのときに、臨床教員、開業医に行ってもらうんですけれども、そのときの臨床教員のFD研修、あるいはこれ、うちのグループでちょっと問題として出していただきたいということなんですけれども、コア・カリキュラムにあります水準があるんですけれども、その見直しをちょっと図らないといけないんじゃないか、あるいは、自験の範囲、そういうようなものの範囲をもうちょっと考えていただきたいというようなことを話し合っていました。

<質疑応答>

【奈良】 ありがとうございました。

それでは、3つのグループから御発表いただきましたが、まずテーマとしては、モデル・コア・カリキュラムを基にした具体的な教育の方略ということです。特に方略について絞って議論したいと思います。最初に、3つのグループ間で何か相互に討論とかございますでしょうか。あるいは、フロアの方でも結構ですが、まずは御質問を受けたいと思います。いかがでしょうか。

3つのグループとも幾つか共通の話題があったかと思います。まず1つは、学生のモチベーションを高めるためのアーリーエクスポージャーというのが3つのグループとも話題になりました。アーリーエクスポージャーを進めるに当たって、何か課題はなかったでしょうか。

第2グループでしたか、アーリーエクスポージャーをやってもいいんだけど、評価をどうするかというのが話題になったかと思います。評価については話題になりませんでしたでしょうか。

高松先生、いかがでしょうか。評価について、先生が御発言になったかと思いますが。

【高松】 議論の中で少し話題になっておりますアーリーエクスポージャーで外に学生を出したときに、その外の施設でどなたが評価されるか。なかなかメディカルスタッフ、いわゆる医師以外の方が評価するというようなことに関しては結構ヘビーかなというようなお話が少し出ておりました。

【奈良】 ありがとうございました。

アーリーエクスポージャーにつきまして、何か御発言ないでしょうか。よろしいでしょうか。

では、2つ目の話題として、3つのグループから出たのが、アクティブ・ラーニングというキーワードでした。これも現在、積極的に推奨されている方略の1つだと思います。ただ、これについての課題も幾つかあるかと思いますが、解決策もあるかと思います。3つのグループの先

生方で何か追加発言はございませんでしょうか。

アクティブ・ラーニングを行うに当たっては、e ラーニングの整備も課題ですが、これに何か御発言等はございませんでしょうか。

実際に PBL がどの程度導入されているのか、その効果、課題についていかがでしょうか。まず第 1 グループの先生の間では、何か議論はございませんでしょうか。

【土田】 PBL につきましては、具体的な議論はあまりしておりません。ただ、少人数でやっても、結局、シナリオに沿った、シナリオを追い求めるだけの学習になってしまう面があり、その効果については少し疑問がでていた、ということはありません。

【奈良】 ありがとうございます。

第 2 グループの先生、いかがでしょうか。

【横崎】 大学によってやっぱり温度差があって、岐阜大学みたいに非常に PBL をたくさん取り入れられているところから、なかなかできないというところもありますけれども、私どもの大学では、一部の学科、例えば生理学とかそういったようなところが入り込んでいるだけだという状況で、全体としてどういうものにしていくかというのはなかなか難しいかなというぐあいに思いました。

【奈良】 第 3 グループ、いかがでしょうか。

【十川】 僕の知っている限りで申させていただきますと、歯系の方では多くの大学で PBL 等は導入されているように感じます。おそらくなんですけれども、PBL ということになると教員の労力がかなり多くなりますので、そういうものとの教育効果のバランスが重要じゃないかなと思います。

【奈良】 ありがとうございます。たまたまマーティン・ハート先生がいらっしゃっていますので、イギリスでの PBL の現状を先ほどお伺いしました。PBL は必ずしも全部の医学で導入してなくて、例えばシナリオの課題作成などに課題があるとのことでした。

ほかには特にございませんか。ありがとうございました。

それでは次にテーマ 2-2 に移りたいと思います。

テーマ2-2：卒業後の多様な医療ニーズ・多様なキャリアパスを見据えた教育の在り方

グループ④

テーマ2-2：卒業後の多様な医療ニーズ・多様なキャリアパスを見据えた教育の在り方 【医学教育】	
グループ	：④
モデレーター	：高木 康（昭和大学）
司会	：井上登美夫（横浜市立大学）
書記	：及川沙耶佳（京都大学）
発表資料作成者	：原田憲一（金沢大学）
発表者	：中川幹子（大分大学）
質問対応者	：代田浩之（順天堂大学） 櫻井 裕（防衛医科大学）

課題：卒業後の多様なニーズ、多様なキャリアパスを見据えた教育の在り方	
問題点	対策
女性医師のキャリアパスが描きにくい	卒前教育でのキャリア教育（ワークライフバランス、タイムマネージメントの教育）
研究医のキャリアパスの不足	リサーチマインドを育てるプログラム、研究医の身分保障
診療科の多様化、細分化に対応しきれていない	卒前に基本領域としての内科・外科を中心としたローテーションをし、卒後の専門教育に備える
臨床と研究以外のキャリアパスが見えにくい（例：医系技官、製薬会社など）	キャリア教育（多様な職種・職域での活躍）、臨床研究の論文に対する批判的吟味の授業、臨床研究・研究倫理に関する教育の充実

課題：卒前・卒後の多様性を持たせる一貫したプログラムとは？	
問題点	対策
臨床研修は大学外で行い、大学に戻ってくると卒前・卒後のシームレスな教育は難しい	卒前の臨床実習の充実による卒後臨床研修期間の短縮、大学と協力病院との教育プログラム連携の強化
卒後臨床研修・新専門医制度により、一度進路を決定してしまうと他へ変更しづらくなる	キャリア形成を長いスパンで考える、クロスオーバーの研修形式
国家試験により多様性のある医学教育やキャリアパスが阻害される	国家試験の内容や期間を検討する
卒後のキャリアが把握できていない	IRで各自の進路を把握する（フリーランス医師の問題）

【中川】 第4グループの発表は、大分大学の中川です。私たちは、2つのテーマに分けて討論いたしました。左側に問題点、右側に対策を書いております。

まず女性医師が増えているということから、女性医師のキャリアパスが描きにくいという問題点に関しましては、卒前教育でのキャリア教育が重要になります。特に先進的な大学では、既に1日あるいは半日を使ってシナリオベースのTBL等で男女共同参画あるいはワークライフバランスを含めましたキャリア教育を行っておりますが、そういう教育を積極的に導入していこうということ。それから、特に9時～5時とかで働いている時短の女性医師の働きぶりを見てみると、非常に濃密な働き方をしているということで、そういうタイムマネジメントについての教育も必要ではないかと考えました。

2番目の研究医のキャリアパス不足の問題ですけれども、こちらに関しましては、いろいろな大学で既に1年ないしは6年間継続して、あるいは2か月間の研究室配属なども行われておりま

すので、リサーチマインドを育てるプログラムを必ず持とうということ。それから、研究医とい
いまでも、基礎の教室にいらっしゃる先生もおられれば、企業におられる方もいるというこ
とで、研究医のいろいろな働き方、あるいは身分保証などについても教育した方がいいのではない
かという意見が出ました。

それから、診療科の多様化・細分化に対応しきれていないという問題点に関しましては、やは
り卒前には基本領域として特に内科や外科を中心とした教育を、基本的なものをしっかり押さえ
てローテーションをし、卒後にはその他の専門教育に備えるような、そういう形がいいのではな
いかと。特にこれから臨床実習の時間が70時間以上必要となりますと、なかなか講義に時間をと
れないということもありまして、このような提案がございました。

4番目の臨床と研究以外のキャリアパスが見えにくい。例えば医系技官あるいは製薬会社での
勤務等ですけれども、こちらにも多様な職種・職域で活躍されている先生に来ていただい
てお話を
していただく、あるいは臨床研究の論文に対する批判的吟味の授業を行ったりして臨床研究、臨
床倫理に関する教育を充実させていくということで、こういう多様なキャリアもあるのだとい
うことを教えていきたいと考えております。

次のテーマは、卒前・卒後の多様性を持たせる一貫したプログラムとはということです。まず
マッチングつまり初期臨床研修を大学以外で行った場合ですけれども、臨床研修は大学外で行い、
その後大学に戻ってくると、卒前・卒後のシームレスな教育は難しいのではないかと
いう問題点
がございました。これに対しましては、卒前の臨床実習をより充実させて、卒後臨床研修期間を
2年じゃなくて1年に短縮するような提案もありました。また、大学と連携・協力病院との教育
プログラムの連携の強化を行うということで、シームレスな教育を行っていこうという対策です。

次に、卒後臨床研修、新専門医制度により一度進路を決定してしまうと、他へ変更しづらくな
るということです。キャリア形成というのは、3年、5年じゃなくて、かなり長いスパンで考
えてい
けばいいのではないか。10年、20年というスパンで考えて、その中では臨床をやったり、研究
をやったり、そういうクロスオーバーの研修形式を取り入れていけばいいのではないかとい
うこと
との意見が出ました。

3番目に、国家試験により多様性のある医学教育やキャリアパスが阻害される。これは例えば
臨床実習が6年生の7月で終わり、8月から国家試験の2月までの間、臨床の場から離れてしま
うと、臨床の感覚を忘れてしまう恐れがあるということで、国家試験の内容・期間を検討するべ
きではないかということです。

最後の、卒後のキャリアが把握できていないということは、IRで各自の進路を把握する必要が

あるだろうと。フリーランス医師の問題等も現在出てきておりますので、キャリアの把握をしっ
かり行っていきたいということです。以上です。

グループ⑤

テーマ2-2：卒業後の多様な医療ニーズ・多様な キャリアパスを見据えた教育の在り方 【医学教育】

グループ : ⑤
モデレーター : 大滝 純司 (北海道大学)
司会 : 山口 修平 (島根大学)
書記 : 関沢 明彦 (昭和大学)
佐野 輝 (鹿児島大学)
発表資料作成者 : 松浦 博 (滋賀医科大学)
発表者 : 鈴木 秀和 (慶應義塾大学)
質問対応者 : 新納 宏昭 (九州大学)
武田 正之 (山梨大学)

卒業生の進む方向(キャリアパス)

- 臨床医、基礎研究医、行政、産業医、製薬会社(薬剤開発)、
国際医療人、起業家、政治家、作家

総論

- 学生がいろいろなキャリアパスについて話を聞く機会が必要である。

地域医療

- 総合診療医をどうするか、新専門医制度との関わり
- 大学に卒業生が残らないことを考えなければならない。
- 虫垂切除ができる外科医がいなくなるとそこに住民がいなくなる。
- 地方派遣医師の人事の循環が大事。
- フリータ医師の存在、常勤医師(大学病院医師も含む)の待遇改善

男女共同参画

- 女医再就職研修システム、専門を変えるとき研修制度の充実

基礎医学、社会医学研究者

- 基礎研究医育成が喫緊の課題である。学士編入制度の活用、基礎医学講
座のカテゴリーの再考、基礎医学研究者が人を惹きつける魅力ある研究を
することが必要である。
- 基礎と臨床の講義統合を行い学生に基礎医学を魅力あるものにする(例、
解剖学に外科の教員から講義をもらい学生の関心を引くようにする)。
- ヘルスサービスリサーチ(医療コミュニケーション学、医療安全学、医療経済
学)分野

国際医療人

- 医学部の外国語教育を充実させる。
- 留学する医師が減っている。
- 海外への発信は日本に留学生を受け入れることによってできる。
- 日本語が話せない外国人患者への対応に関する教育の必要性がある。
- WHO、JICA
- 海外で教育・研究・診療に従事する医師
- 国境なき医師団

【鈴木】 第5グループは、慶應大学の鈴木が発表させていただきます。グループでは、卒後
の多様な医療ニーズ・多様なキャリアパスを見据えた教育の在り方についてディスカッションを
させていただきました。

まず、考え得るキャリアパスについて、頻度の多い順に列記しましたが、このほかにもあるか
もしれません。医師が卒後進む方向は、多様であり、社会の多くのニーズに対応しているとは思
いますが、総論的に、学生が、このような多様なキャリアパスについていろいろな先輩又は先人
の話を聞く機会をもっと設ける必要があるという意見が出ました。

そして、地域医療に対しての施策について、特に、今後の総合診療医をどのような位置づけ、
あるいは形式で制度設計していくのかによって、将来像が大きく変わってくるだろうというこ
とです。単に、大学に卒業生が残らないという問題に関しても、地域、都道府県によって異なりま

す。例えば、地域から虫垂（アペ）が切除できる外科医がいなくなると、住民も全くなりなくなってしまう（自治体消滅）ような地域もあるということで、今後も専門別の医師配分の問題は非常に重要であると思います。そういう意味での地方に派遣されて働く医師の人事的な循環性の維持が大切で、そういう意味で、旧来の医局の枠を超えて、今後は大学あるいは地域の自治体が協力して人事の循環性を把握する、つまりは医師の生涯キャリアパスを把握することが非常に重要になってくると思います。

それから、先程からの議論にもありましたように、いわゆるフリーター医師の存在についてですが、このような業務形態ばかりが増えますと、我が国の医療供給に破綻が生じるわけであり、非常に問題でありまして、今後、卒後の医師のキャリアに継続的に責任をもつ機関を整備することで、何とか解決できないかと考えております。

また、男女共同参画社会、これは非常に重要ですが、女性医師の再就職のところに再研修システムを大学あるいは自治体などがサポートして研修制度を充実させていく必要があります。

それから、基礎医学・社会医学研究者などの、いわゆる研究医が減少していることは危機的問題であるということです。学士編入制度を活用して研究医を増やそうとしても、統計学的には、むしろ学士編入で入ってきた方はおおかた臨床医になってしまいます。研究医養成コースあるいは MD-PhD コースについても臨床研修と併行できなければなかなか入学者が維持できないわけです。研究医の卵を経済的にもサポートする制度を考えなければならないと思います。

それから、基礎・臨床の講義統合（連携）については、できる限り、基礎医学の段階から将来医師として働く者にとって魅力ある講義をしていただくことが必要であります。例えば、解剖学の授業において、専門領域の外科の先生に外科解剖に関連するような手術の講義をしてもらい、解剖学がいかに将来役に立つかをみせていただくような統合的授業が必要なのではないかと考えます。

それから、海外では学位といいますと、基礎医学だけではなく、コミュニケーション学、医療安全あるいは医療経済学というような、公衆衛生学博士の学位の取得コースがありますので、その制度の整備もしていく必要があるだろうと考えました。

それから、国際世界への発信という観点から考えますと、国際医療人の養成は非常に重要です。ただし、医学部における外国語教育の問題については、様々なご意見があります。そして、医学部の教養課程だけではなくて、その後の専門課程あるいは卒後においても外国語教育を継続的に充実させていくという必要があるということです。海外に留学する医師が減少しているという点も、このような方略で改善すると考えます。一方で、日本に海外からの留学生を受け入れること

によって、グローバル環境を整えることも重要です。さらに、日本語が話せない外国人の患者がこれから日本では増えてくるだろうということを見据えて、日本の医療現場での外国人とのコミュニケーションの教育についてのシステムも作っていく必要があるだろうと思います。

WHO, JICA や海外の大学などで教育, 研究, 診療に従事する医師も沢山おられますが, 今後も積極的に日本人の医師が国際的に活躍できるキャリア教育もしていく必要があるだろうと思いました。御清聴誠にありがとうございました。

グループ⑥

テーマ2-2：卒業後の多様な医療ニーズ・多様なキャリアパスを見据えた教育の在り方【歯学教育】

グループ：⑥

モデレーター：荒木 孝二（東京医科歯科大学）

司会：平田 幸夫（神奈川歯科大学）

書記：木尾 哲朗（九州歯科大学）

発表資料作成者：申 基 詰（明海大学）

発表者：横山 敦郎（北海道大学）

質問対応者：関根 秀志（奥羽大学）
宮脇 正一（鹿児島大学）

学生が多様なキャリアパス像を具体的に描くことができるために、

○ **どのような形で教育を行うことが必要か。**

- 入学後早期に行う多様なキャリアパスに関する授業
- 魅力あるキャリアパスに関するスパイラル授業
 - active learning の活用
 - 各パスの説明ビデオを作成し事前に見せておく
 - 各論ビデオ、各パスの担当者による授業
 - 評価はポートフォリオなどで行う

卒前・卒後教育の一貫性を担保するためには、

○ **卒前教育においてどのような改善が必要か。**

- コアカリ+大学コンピテンシス⇔臨床研修目標+病院教育理念
 - キャリアパスの映像化
 - ラーニングコモンズの活用
 - student researcher の活性化
 - DDS, PhD コースの検討
 - Internship の導入
 - early exposure としての地域医療現場での実習
 - 多職種(医科歯科)連携
 - 語学教育の充実、就学時海外研修

多様なニーズ

- 地域医療
 - 開業医
 - 勤労医
 - 個人開業医
 - 病院歯科
 - 企業
- 教員
- 研究者
 - 大学
 - 企業
- 行政
- その他
 - 方向転換(卒前)
 - 専門医取得(学会)
 - 高齢者・障がい者
 - 海外留学・国際貢献

学生が多様なキャリアパス像を具体的に描くことができるために、

○ **どのような形で教育を行うことが必要か。**

- 入学後早期に行う多様なキャリアパスに関する授業
- 魅力あるキャリアパスに関するスパイラル授業
 - active learning の活用
 - 各パスの説明ビデオを作成し事前に見せておく
 - 各論ビデオ、各パスの担当者による授業
 - 評価はポートフォリオなどで行う

卒前・卒後教育の一貫性を担保するためには、

○ **卒前教育においてどのような改善が必要か。**

- コアカリ+大学コンピテンシス⇔臨床研修目標+病院教育理念
 - キャリアパスの映像化
 - ラーニングコモンズの活用
 - student researcher の活性化
 - DDS, PhD コースの検討
 - Internship の導入
 - early exposure としての地域医療現場での実習
 - 多職種(医科歯科)連携
 - 語学教育の充実、就学時海外研修

多様なニーズ

- 地域医療
 - 開業医
 - 勤労医
 - 個人開業医
 - 病院歯科
 - 企業
- 教員
- 研究者
 - 大学
 - 企業
- 行政
- その他
 - 方向転換(卒前)
 - 専門医取得(学会)
 - 高齢者・障がい者
 - 海外留学・国際貢献

【横山】 6 番目のグループは、テーマは卒業後の多様な医療ニーズ・多様なキャリアパスを見据えた教育の在り方(歯学教育)ということで、モデレーターは東京医科歯科大学の荒木先生、発表は北海道大学の横山が行います。

まず多様なニーズということで、どのようなニーズがあるかということについて討議しました。地域医療としては開業医、勤務医——勤務医としては、個人開業医に勤務する、病院歯科あるいは企業等に勤務する。教員、大学あるいは企業の研究者、さらに行政を考えました。その他とし

て、これは少し時間をかけて話したのですが、入学して自分が歯科医師に向いていないのではないかというようなことを考えている学生に対しての、卒前における方向転換。加えて、専門医の取得、これは学会等に入会して専門医を積極的に取得するということです。あるいは、高齢者あるいは障害者を対象とした地域医療に就くこと。その他、海外に長期留学したり、あるいは歯科医療者として国際貢献する、このようなニーズを考えました。

どのような形で教育を行うことが必要かということに関しましては、まず入学後早期に行う多様なキャリアパスに関する授業、魅力あるキャリアパスに関するスパイラル授業を行う。これには具体的には、アクティブ・ラーニングの応用、各キャリアパスの説明ビデオを作成して事前に見せておく。各論のビデオの使用や各キャリアパスの担当者による出前講義といいますか、授業を行っていただく。評価はポートフォリオなどを利用して行います。

もう1つ、卒前・卒後教育の一貫性を担保するためには、卒前教育においてはどのような改善が必要かということに関しましてですが、卒前教育におけるコアカリと大学のコンピテンス、これと、卒後教育における臨床研修目標と各病院の教育理念、これらに一貫性を持たせるということが大きな改善だろうということになりました。具体的な方法としては、先にも言いましたが、キャリアパスを映像化する、ラーニングコモンズを活用するなどがあるかと思います。

また、各大学でいわゆる研究実習等を行っていますが、それを更に一步進めたような形でのチューデントリサーチャー。医学部では既に行われている MD-PhD コース、これに関しまして、歯学部におきましても DDS-PhD コースを検討することによって、いわゆる研究者へのパスについて卒前と卒後の一貫性を担保することを考えました。

もう1つはインターンシップ。こちらは、アーリーエクスポージャーという、早期ではなく、臨床実習が始まる前あるいは始まった後に、各勤務医のところでいわゆるインターンシップを行う。もう1つが、アーリーエクスポージャーとしての地域医療現場での実習です。まずいわゆる一般的な歯科医療がどういうものかというもの、これがなかなか分からないというようなところで、そういったものに関する実習が必要になると思います。

多職種、特に医科・歯科の連携を卒前においても十分に教育を行う。

最後が、海外留学、あるいは国際貢献に関してですが、語学教育の充実や修学時の海外研修を行うことで海外留学や国際貢献につなげていければと思います。いずれにしろ、魅力ある講義あるいは授業が重要ではないかと考えました。以上です。

<質疑応答>

【奈良】 ありがとうございました。

それでは、今3つ御発表いただきましたが、それぞれのグループ間で何か御質問とか追加とかございませんでしょうか。あるいは、フロアの先生方から何か……、はい、どうぞ。御所属とお名前をお願いします。

【中村】 鳥取大学の中村と申します。2点御質問があるんですが、まず1つは第4班のところであります。多様なニーズに応えるためのキャリアパスというところで、卒前教育に内科・外科のコア科を中心に回った方がいいという発言がちょっとあったかと思います。逆に言えば、専門医の制度もきっちり固まってくるということであれば、卒前教育のときに、確かにコア科というのはありますが、幅広くいろいろな診療科を回り、そのことによっていろいろなキャリアパスを自分で描く。さらには、その間にいろいろなメディカルスタッフとも接することで診療の幅を広げられるのではないか。さらには、教育者の負担軽減ということからしますと、コア科だけに負担を掛けてしまうというのもまたどうかなというのがあります。我々の臨床実習のところでも議論になったんですが、その辺りのところを少し意見、コメントをもらいたいということが1点です。

もう1点は、第5班のところであります。国際医療人の育成の方策、非常によかったと思います。一方で、フリーランスのことでもあります。フリーランスは問題だということだったんですが、逆説的に言えば、フリーランスも時代のニーズで、必要性があってしている可能性がありますね。そういう時代にもなっているということで、それならば、フリーランスにきちっとしたルールとか、例えば生涯教育のための方策とか、フリーランスを育てるといって変ですけども、フリーランスについての問題を解消するような方策を少し教えていただければと思います。以上です。

【奈良】 御質問ありがとうございます。2つの内容がございました。キャリアパスとしては臨床医、研究職、行政官、企業などがあるわけですが、最初の御質問は、診療科の中でもキャリアパスを示すために臨床実習の在り方についてだと思います。臨床実習はテーマ5にも関係しますけれども、4班で質疑応答に答えられる先生、いかがでしょうか。

【代田】 4班の順天堂大学の代田です。私たちもやはりそういう質問が出るだろうと思っておりました。ただ、今、たくさんの知識を短期間に詰め込まなくてはいけない。特に国家試験への対策が極めて負担になっているだろうということもございまして、そういう意味では、臨床に備えるために、基本的な知識と技術をまず確立してから、より広い分野に視野を広げるという方が効率的ではないかという議論でございます。ありがとうございました。

【奈良】 ありがとうございました。

よろしいでしょうか。今の御説明にもありましたように、臨床実習として学ぶのはコア診療科が中心にはなりますが、キャリアパスを考える上ではいろいろな診療科を見ることは必要になります。これは十分に両者とも成立すると思います。

それから、2 番目の御質問がフリーランスについてです。これについては、第 5 班の質疑応答の担当の方、いかがでしょうか。

【武田】 第 5 班の山梨大学の武田でございます。現在の医師不足の原因の 1 つが、おそらくどの学会にも所属せず、どの病院での研修も行わずに、フリーターとして存在している方々が多いらしいと。ただ、正確な数がまだ把握されておりませんので、やはりその方々の動向を確実に把握して、きちっとした教育をしなければいけないという提言みたいな形で御説明させていただきましたので、もしちゃんと把握したならば、その方々にもきちっとしたあるシステムを供与すべきかなとは思います。

テーマ２－３：教養教育や準備教育の在り方

グループ⑦

テーマ２－３：教養教育や準備教育の在り方 【医学教育】	
グループ	：⑦
モデレーター	：中村 真理子（東京慈恵会医科大学）
司会	：牛木 辰男（新潟大学）
書記	：浜田 淳（岡山大学）
発表資料作成者	：田中 榮司（信州大学）
発表者	：野口 光一（兵庫医科大学）
質問対応者	：西村 明儒（徳島大学） 車谷 典男（奈良県立医科大学） 鈴木 直（聖マリアンナ医科大学） 岡田 尚志郎（愛知医科大学）

テーマ２－３：教養教育や準備教育の在り方
《実態》
● 専門科目の必要時間が長くなり、教養教育に使用できる時間が短くなった。 ● 高校教育において、受験偏重による習得科目に偏りが出現している。 ● 自己学習能力の低い学生が増加しており、これを是正するためには教養教育は重要である。 ● 教養教育の背景や現状は大学間で大きな差がある。

テーマ２－３：教養教育や準備教育の在り方
《提言》
コアカリキュラムに含めるか否かにかかわらず、教養教育は医療人の全人的教育に必須である。教養教育での学習を通して自己学習の動機づけを図る。
● 生物、物理、化学の理系科目の基礎知識は医学教育に必要であり、高大接続とともに基礎医学との連続性の観点で考える必要がある。 ● 英語、国語、統計などの汎用科目をコアカリキュラムに含め、学生のジェネリックスキルを高める。 ● 一般的な人文・社会科学系科目。重要な科目であるが、カリキュラムに含めるかは各大学の判断による。 ● 教養教育の科目の中には高学年で行った方が良いものもある。適宜、３年目以降にも教養教育を入れてはどうか。

【野口】 兵庫医科大学の野口でございます。教養教育や準備教育の在り方というテーマでディスカッションいたしました。

まず実態と申しますか問題認識でございますが、御存じのとおり、臨床実習が増加してどんどんカリキュラムが前倒しになっている状況ございまして、教養教育に使用できる時間が非常に短くなっている。ちなみに、私の大学ではもう数年前から教養教育は半年ということになっています。高校教育において受験偏重による習得科目、これはもう理科系科目でございまして、当然のことですが、物理を全く高校で勉強していない若しくは生物を全く勉強していないという学生が受験校ほとんどになってきておりまして、教養系科目の理科系科目の修得のところで非常にトラブルがあるという状況でございます。

それから、自己学習能力、いわゆる動機付けが低い若しくは自ら学ぶ力のない学生が増加しております。これに関しましては、やはり教養教育が非常に重要なというか、教養教育だけじゃな

くて医学教育全体で考えていく必要があるということでございます。

そして、教養教育を考える場合にやはり非常に大きなのは、大学によって非常に大きな差があるということです。単科大学と総合大学、教養の先生がきっちりいらっしゃる大学と、単科大学でも全く自ら雇わなければならない、そしてまた、教養が非常に離れたところにある大学の方は非常に問題が大きいと思います。それから、当然のことながら、入学時の偏差値、学生のポピュレーションも非常に異なっているという、そういう状況を考えながらこの問題を考える必要があると思います。

提言でございますが、やはりコアカリに含めるか否かにかかわらずという、すなわち、今回 3 分の 1 の中に入れる必要があるということも含めまして、当然のことですが、教養教育は医療人の全人的教育に必要であるということでございます。教養教育の学修を通じて自己学習の動機付け、まさに自ら学ぶ力を図っていくことはどう考えても必要だろうと。それが、ただし、コアカリに入れるかどうか。おそらくほとんどの大学のディプロマポリシーの中にはそういうことが書いてあると思いますので、入れる必要はあると思いますが、コアカリに入れるかどうかに関してはいろいろなディスカッションがあるんだろうということでございます。

ポチの生物・化学のところでございますが、医学教育に必須とありますけれども、やはり先ほどの問題点でありました高大接続のところでございます。高大接続と言っておりますけれども、結局、今はもう高校がほとんど理科教育で 1 つの科目をやっていない状況のときに、いかに基礎医学との連続性をうまくとるか。そして、今度、教養の理科と教養の生物と、若しくは物理と基礎科学の各科目の連続性を考える必要があると思います。これはまた各大学で、教養の先生が医学部の先生と非常にコミュニケーションがスムーズにいつているか、若しくは言うことを聞いてくれるかとかいう、そういう問題が非常に大きいことなので、大学によっていろいろ差があるということでございます。

それから、英語、国語、統計、こういう科目をコアカリに含める。特に英語が今回ないということに関しまして非常にディスカッションがございました。英語はやはりコアカリの中に入れておいた方がいいのではないかと。確かにいろいろな分野に散りばめられておりますけれども、ぱっと見たら、英語要らないの？というふうに読めるような今回の新しい案じゃないかという意見もございました。そして、いわゆる学ぶ力、情報収集、プレゼン能力と、こういういわゆるジェネリックスキルを高めるというのがやはり当然現在必要だろうということでございます。

それから、いわゆる一般的な文学とか経済とか法律とかこういう科目、これをカリキュラムに入れるかどうかというのは、おそらく今回はコアカリからは完全に外されたわけですが、

おそらく大学として全くやらないという選択は非常に難しいと思いますけれども、やはり各大学の判断によるのかなということで考えております。

それから、当然こういう教養科目というのは、別に教養という、いわゆる1年とか1年半ではなくて、おそらく3年、4年、5年といろいろなところで入れ込んでいくということが特に必要だと思います。当然、医学に関係する生命倫理とかそういうことは当然高学年でやるということで、やはりそういうカリキュラムのやる時期に関してもいろいろ考える必要があるということで、以上でございます。どうもありがとうございます。

グループ⑧

テーマ2-3：教養教育や準備教育の在り方【医学教育】

グループ : ⑧
モデレーター : 鈴木 利哉 (新潟大学)
司会 : 三谷 昌平 (東京女子医科大学)
書記 : 酒井 則雄 (広島大学)
千石 一雄 (旭川医科大学)
発表資料作成者 : 矢島 知治 (杏林大学)
発表者 : 本家 孝一 (高知大学)
質問対応者 : 木下 洋 (関西医科大学)
西村 高宏 (福井大学)

テーマ2-3：教養教育や準備教育の在り方【医学教育】

①教養教育

1年生からプロフェッショナルリズムを教育を！

従来の教養教育（人文科学）の必要性は？

物理・化学の必要性については様々な意見あり。

医学に関連する内容だけにしたらどうか？

議論の結果「**廃止やむなし**」との意見が大勢でした

準備教育というカテゴリーも不要か？

②真の教養（general education）について 医者になってから役立つ

初期教育に限るべきではない（価値の遠近法）

例えば、日本語力

最近の学生は本を読まない（読めない）

カルテ記載でまともな文章が書けない

アメリカでは大学を一つで手から医学部に入学。それに匹敵する論理的思考をどう育むか？

読み書き（論述）を教育している大学あり

→ 効果あり！

3

③外国語教育

外国語教育について言及すべきでは？

英語だけではないかもしれないが、論文が読める程度の英語力は必要

④行動科学

チーム医療にも医師患者関係にも関わる
低学年から螺旋型でしっかり勉強すべき

⑤情報科学 時代に合わせた改変が必要。

例えば、パソコンの基本操作は不要。

倫理・著作権などへの言及が必要。

4

◆入学後のモチベーション低下について
早く医学を勉強したい新入生のニーズに応えないと
モチベーションが下がる

某大学での対策

ヒューマンバイオロジー（日本語版）を1年生に
読ませシミュレーション実習もしている。

→ 効果あり！

1年生で聴診器が持てて嬉しい！！

5

【本家】 第8グループですけれども、同じテーマで話します。発表は高知大学の本家です。

まず教養教育に関してなんですけれども、1年生からプロフェッショナルリズムの教育をずっと6年生まで続けて行くべきであろうということです。それで、従来の教養教育と呼ばれているもの、これは必要性が本当にあるのかということで、例えば物理とか化学の必要性については様々な意見がございまして、医学と関係のない物理学とか、医学と関係のない化学は外してしまっているんじゃないかと。医学に関連する内容だけにしたらどうかということです。それから、準備教育というカテゴリーも不要であると。準備教育のコア・カリキュラムが別立てで作られておりましてけれども、それは原案どおり必要ないのではないかということになりました。

しかしながら、一方、真の教養は、これは価値の遠近法を作るものであって、これは絶対に必要だと。これは医者になってからも必要なものであるということです。例えば日本語力。最近の学生は本を読まないし、文章も書けない。これでは困るということで、論理的思考を磨くために、日本語力が必要なんじゃないかということです。大学によっては読み書きを積極的に教育している大学もあって、実際に効果があるということでした。

外国語教育に関しましては、やはりこれは言及すべきではないかということです。英語だけに限らないかもしれないけれども、論文が読める程度の英語力、あるいは先ほども出ていましたけれども、患者さんが外国人の方で、それに対応できるような能力、そういう能力をコア・カリキュラムの中に入れる必要があるんじゃないかということです。

それから、行動科学に関しましては、チーム医療にも医師・患者関係にも関わるので、低学年かららせん型で繰り返ししっかり勉強すべきであるということになりました。したがって、コア・カリキュラムの中に書き込むべきだろうということです。

それから、情報科学に関しましては、従来型のものは時代に合わせた改変が必要で、例えばパソコンの基本操作などが載っているんですけれども、それはもう要らないだろうと。それに代え

て、例えば情報倫理だとか著作権などへの言及、こういうものが必要なんじゃないかということになりました。

それから、入学後のモチベーションの低下についてなんですけれども、早く医学を勉強したい新入生がニーズに応えないとモチベーションが下がるということで、例えば先ほど言いましたように、医学とは関係のない物理学とか医学と関係のない化学を長時間にわたって実習を含めてやっていると、その間にモチベーションが下がってくるということです。それで、例えばある大学では、「ヒューマンバイオロジー」というものを1年生に読ませて、それと同時にシミュレーション実習をセットで行っていると。それは非常に効果があって、モチベーションが維持できているということでした。以上です。

グループ⑨

テーマ2-3：教養教育や準備教育の在り方 【歯学教育】	
グループ	： ⑨
モデレーター	： 小野 和宏（新潟大学）
司会	： 千田 彰（愛知学院大学）
書記	： 玉置 幸道（朝日大学）
発表資料作成者	： 米原 啓之（日本大学）
発表者	： 加藤 功一（広島大学）
質問対応者	： 里村 一人（鶴見大学） 平田 雅人（九州大学）

準備教育、教養教育の課題

- ・入試から入学までの入学前教育が必要な場合がある
- ・高校から大学での専門教育との間で学力のギャップがある
- ・現状では教養科目がマイナスになっている
- ・学生のモチベーションをどの様に保たせるか
- ・現状の教養教育体制についての議論が必要
- ・受験勉強型学生が多い→PBL型学習への対応が困難
- ・教育資材の不足

解決法

- ・他領域の学生間を含めた授業
- ・共同生活を通じての価値観の創出
- ・高大連携による対応の発展
- ・準備教育に必要な科目
- ・理料系科目（生物、化学、物理）
- ・教養教育
- ・心理学、臨床心理学
- ・倫理学、哲学、宗教学、医の倫理、死生観

2

【加藤】 私たちも教養教育や準備教育の在り方ということで議論をいたしました。こちらは歯学教育のグループからでございます。モデレーターは小野先生、発表者は、私、広島大学の加藤が担当させていただきます。

私たちのグループの議論の結論といいますかコンセンサスは、先ほどの御発表とは少し違いますが、準備教育、教養教育、これは非常に重要であろうというふうな考えが皆さんのコンセンサスとしてございました。高校から大学に入りまして専門課程に入るまでの知識のギャップを埋めるための準備教育、それから、広い意味での人文科学，社会科学を含めました広い分野の教養を身に付ける，こういったことが将来の医療人・歯科医療人にとって重要であろうというふうな考えを持っております。

メンバーの各大学の現状をいろいろお聞きする中で、幾つかの課題が浮き彫りになってまいりました。これをまとめましたのが上段でございます。例えば入試から入学までのギャップターム

の間、例えば A0 入試を行いますと秋頃に学生は入学が決まりますが、入学までの間に少し時間が過ぎます。そういった期間の間に学習に対する意欲が下がってしまう、あるいはその間の学力のレベルを埋めるために、何とか入学前の教育が必要なケースがある、こういう課題が過ぎます。あるいは、高校から大学に入りましても、高校で習ってきたことから大学での高学年での専門教育に至る過程におきましてその知識に大きなギャップがあるということで、例えば化学を 1 つ例にとってみますと、高校の化学から臨床で使うような化学の知識、ここには大きなギャップがありまして、それを埋めるための準備教育がやはり必要であろうということでごさいます。

ところが、大学におきましては、教養科目が多く大学の設置されておりますが、例えば 1 年間の教養の時間、これが非常に大事なわけですが、うまくこれを効果的に使えば、学生の教養が非常に広がるということが期待されるわけですが、往々にしましてその期間が決してプラスにはなっていないくて、むしろマイナスの効果を生み出しているケースが多々見られるというような課題が上がってきました。こういうことが行われますと、学生のモチベーションが下がっていきますし、おそらくそういったことは現状の教養教育の教育の体制、こういったものが大きな問題をはらんでいるんだろうというふうな話でごさいました。

一方で学生の方を見ても、受験勉強型の学生、受験勉強をベースにして育ってきた学生たちは、大学に入りましても、勉強のスタイルというのが受験勉強をクリアするための学習のスタイルとほぼ同じになってしまっている。こういった習慣が出来ますと、例えば教養教育の中で取り入れようとしています PBL 型の学習、こういったものへの対応が非常に困難になってくるというような課題も見受けられました。

さらに、教育資材の不足と書いてありますが、現在、いろいろな大学は大学の事情に応じまして、いわゆる教養部があったり、それを担当する教員たちが配置されていると思いますが、そういったところの人的な資材あるいは施設の面も含めましたその資材、リソースの不足ということも 1 つ、準備教育、教養教育をスムーズに行う上で問題になっていることも報告がごさいました。

こういったいろいろな問題点、課題点を解決する方法、幾つかのものが挙がってまいりました。例えばここには重要性の点からいいますと順不同で書いておりますが、他領域との学生間を含めた授業。例えば医歯薬の 3 つの分野からの学生が一堂に会しまして混合授業をすることによりまして、多様な価値観が生まれるであろうと、そういったことが教養の養成にとって非常に有効であろうというわけです。そういったことは、寮生活のような共同生活を通じてもできるかもしれません。

もう 1 つ、我々の議論の中で 1 つユニークな案と致しましては、ここに書いてありますように、

現在文部科学省主導の形で進められております、まさに始まろうとしております高大連携という部分がございます。これによりまして大学と高校がうまく連携することによりまして、準備教育のところ、それから、教養教育、これをシームレスにスムーズにつないでいくことができるんじゃないかというような意見がございました。

準備教育に必要な科目、教養教育に必要な科目、こういったものが出てまいりましたが、準備教育におきましては、やはりギャップを埋めるためにそれを担当する教員にいかに準備教育としての役割を果たしていただくかということをきちっと議論した上で教育を施す必要があるでしょうし、また、教養教育におきましては、例えば心理学、臨床心理学、倫理学、哲学、宗教学、医の倫理あるいは死生観といったような教育もおそらく効果的であろうというような意見がございました。以上です。

<質疑応答>

【奈良】 ありがとうございました。

ただいま3つのグループから御発表いただきましたけれども、グループ間で何か追加発言、あるいはフロアから御質問等ございませんでしょうか。

【木村】 慈恵医大の医学教育の木村です。私このテーマに入れてもらいたくて応募したんですけれども、外されたんです。私、今、医学部はすごく二極化しているかなという気がして。このグローバリゼーションの中で、要するに、参加型臨床実習の拡充ということで、基礎、教養教育を圧縮してしまった大学、またしようとしている大学と、それから、うちみたいに1年間の教養は守ると。準備教育も含めてですね。それから、基礎2年間を守ると。これ、守り切れるかどうか分からないんですけれども。その代わり、臨床の座学を潰してしまえというので半分にしてしまいました。臨床の実習の中から学ぶべきだと、そのための参加型臨床実習だという考え方があると思うんです。その辺の議論から、私、一番心配しているのは、このレベルの教養教育にしまうと、リサーチマインドといいますか、医学研究のために必要な資質が損なわれてしまうんじゃないかというのを非常に心配しております。これに関していかがでしょう。

今、要するに、ほかの分野の先端技術とかそういうものは非常に進歩している。特に化学、有機化学なんかにしてみると、高校のレベルというのははっきり言って、文科省の方いらっしゃるかもしれませんけれども、失礼かもしれませんが、国際レベルに比べると日本のレベルは低いんですよ。もっと高度なことを高校でやってこない、ついていけないというようなことがあるので、その辺のことも含めて何か御意見、反対意見頂ければと思います。

【奈良】 例えば第8グループでしたかね、物理とかが要らないんじゃないかという御発言あったかと思います。質疑応答の担当の先生、お願いします。

【木下】 第8グループで一番過激であったのかもしれませんが、実は基本的には準備教育という言葉が作られたのは、平成13年、14年の大学の現状の中で作られたのではないかということから議論が始まりました。そのときには教養部がどの大学にもどんとあって、それからその上に医学部がのっかっていたと、そういう状況であったかと思います。そのために準備教育という言葉が使われたと思います。

うちのグループでの議論は、言葉の定義なんですけど、教養というものは10か月や1年やっただけで付くものなのかと。こういったものはドクターにとって非常に厳しい訓練をしてどんどん何年か頑張ってやっと教養が身に付いて、体から発散されるものではないかと。1年生だけでそれができるのかというのが大体の流れなんです。

ですから、例えば海外、アメリカの場合は4年制の大学でサイエンスの基本をやってから Med スクールに入ってます。そういうのは日本人はないけれども、けど、1年でそういうものが付くのかと。どうしても教養部の物理の先生、化学の先生は、1年で全ての物理学を理解して、その面白さを知ってもらおうという意気込みがあるんですが、本当にできるのかと。私たちの求めているものは、6年間一貫教育で、お医者さんにする、あるいは歯科医師にするための道筋を示すのがコア・カリキュラムであるというふうにやっていますから、ここで昔の平成13年の大学の置かれた状態で考えてはいけない。頭を切り換えなければいけないよというのがベースで、ちょっと過激になりました。

生物は何で書いてないかといいますと、生物と分子生物学がくっついているところが多いと思いますが、学生に非常に人気なんです。実は学生的心声を聞きますと、物理、それから、化学、何で高校と同じことをあれだけの時間をかけて実験するのよという学生が大半かと思っています。ということで、ちょっと過激になりました。

【奈良】 ありがとうございました。

江藤先生、何か御質問ですね。

【江藤】 教養教育について発表させていただきます。もともと教養教育というのは、1946年のアメリカのミッションの報告書による勧告の下に始まったわけです。1951年には大学基準協会が報告書を出し、1963年には国立学校設置法によって教養部が法制化されております。ここで教養部が出来るわけです。ところが、1991年の大学設置基準の大綱化によって、ほとんどの大学の教養部は解体されました。これが専門教育の支配強化の始まりとも言われております。ただ、東

大の教養部だけは大学院を設置して存続するわけです。そして面白いことに教養教育の必要性については10年周期毎に議論が再燃されてきました。

最近の考え方としては、教養教育は、1年半ではなくて（医学部は2年）、3年、4年、さらには大学院まで広げるべきであると。その考え方の中心は、教養教育の特性としては、幅広さ、視野の広さ・深さ、こういうことに立脚して、ある程度の専門性を身に付けた段階で、根本的に自己相対化、いわば自分の立ち位置の確認の機会を学生に与えるというのが、これが教養教育だと。学生が自分の専門をもう一度教養の広がりの中で置き戻して、全体的な方向性を見取り図の中で見直し作業をする。ですから、最初の2年とか1年半で教えるものじゃないと。大学院まで広げてもいいんじゃないかという考え方です。

ところが、この考え方は、既に東京工業大学は1945年からやっております、著名人を外から教授で連れてきて教養教育をやっております。こういう考え方がただ1つ教養部を存続させた東大にも出てきているということです。先ほども少しそういった御意見ございました。ただ、問題としては、医学教育、歯学教育の中で誰がどのようなプログラムでいつ教えるのかということが今後の課題だろうと思います。以上でございます。

【奈良】 ありがとうございます。

では次のテーマに移ります。

テーマ2-4：今日の社会状況等を踏まえたモデル・コア・カリキュラムに新たに盛り込むべき事項

グループ⑩

テーマ2-4：	
今日の社会状況等を踏まえモデル・コア・カリキュラム に新たに盛り込むべき事項【医学教育】	
グループ	：⑩
モデレーター	：武田 裕子（順天堂大学）
司会	：宮田 靖志（愛知医科大学）
書記	：上野 修一（愛媛大学）
発表資料作成者	：関根 英治（福島県立医科大学）
発表者	：伊藤 保彦（日本医科大学）
質問対応者	：増田 道明（獨協医科大学） 馬原 孝彦（東京医科大学） 秋田恵一（東京医科歯科大学） 長谷川仁志（秋田大学）

○ モデルコアカリキュラムに新たに盛り込むべき事項		
今ある内容をどこまで教えるか(重みづけ)	方略と評価	国試との整合性
医療システムの現状： 医療安全の実践 多剤併用(ポリファーマシー)の問題 地域包括ケア セカンドオピニオン	少子・高齢化： 意思決定できない人への対応 認知障害(症候として) ひとり(施設・在宅) ダブル介護(保育・子育てと親の介護)	
外来診療の重要性： 初診時、急性期対応 慢性疾患患者の継続診療	価値観や文化の多様性： 困難な患者への対応 障がいへの理解と対応 予期せぬ急変時の家族への対応 LGBTへの対応	
医療のグローバル化： 外国人への対応 新興感染症への対応	インフォームドシェアードディジションメイキング あいまいさの受容 ナラティブメディスン	
医学研究の発展： 研究の倫理 法医学・病理学	ICTの普及： コアカリのアプリ化(各分野の統合) 著作権の理解	

【伊藤】 10班です。発表は、私、日本医科大学の伊藤です。今日の社会状況等を踏まえて新たに盛り込むべき事項ということですので、今日の社会状況という中で一般的によく分かっていることとしては、少子高齢化、あるいはグローバル化、ICTの普及、こういうものがあるわけですから、まず一番最初に、何を盛り込むかの前に、やっぱりモデル・コア・カリキュラム自体に重み付けを各項目にちゃんとするべきではないかと。

例えば僕は小児科なんですけれども、発疹症って、はしかからジベルばら色粗糠疹までダーツと並んでいて、どれが大事かというのは学生は全く分からないということはよく起こります。それと同じように、1つの項目にダーツと並列にただ並んでいるだけだと、何が一体大事なのかいまいちよく分からない。そういうことがあるので、何か重み付けをする方法はないだろうかということを考えてみるべきではないかという意見がありました。そして、一つ一つの項目についてやっぱり方略を考えて、当然それに対する評価法をちゃんと決めないといけない。そして、国試との整合性を付けるということを前提に、じゃ、何を加えるかというふうな議論をいたしました。

まずいろいろな医療システムがどんどん変わっている中で、医療安全に関しましては、項目を見ると、全部いわゆる「説明できる」なんです。つまり、これは評価法としてペーパーで、つまり、CBTで判断するということが前提だということなんですけれども、皆さんの御意見の中では、それは甘いと。実践のレベルまで踏み込むべきではないかと。それから、お薬の問題として多剤併用、ポリファーマシー、こういうふうな問題をちゃんと単語として取り上げてほしい。それから、もちろん今回のテーマにもなっている地域包括ケアを1つの項目として挙げるべきであ

る。それから、よく探してみたんですけれども、セカンドオピニオンというのが出てきていないように思いますので、この言葉は絶対入れるべきではないかということです。

それから、これからの医療はどんどん入院からやっぱり外来にシフトしていくということを考えると、外来診療の重要性をもう少しアピールするような項目を入れるべきではないか。それから、医療はグローバル化していきます。そうすると、先ほどの教養教育とも絡むかもしれませんが、例えば外国人への対応というのは語学の問題等もやっぱり含まれると思います。それから、今度は新興感染症などの対応というのがやっぱり列举できるレベルになっていますので、もう少しちゃんとやった方がいいんじゃないか。

それから、研究に関しては、研究の倫理その他を、臨床研究の倫理は書いてあったんですけれども、いわゆる研究全体としての倫理が余り書いてなかった。それから、法医学、病理学というのを、独立とまでは言いませんけれども、もう少しはっきりとした形で出すべきじゃないか。今はそういう項目が全く出てきていないわけです。実をいうと、私の小児科も小児科という項目がなくなってしまっているわけで、各領域のそれぞれ最後の時間に出ていくという感じになっているので、もう少しその辺をどうしたらいいかを考えた方がいいんじゃないか。

それから、少子高齢化に関しましては、例えば意思決定できない人、それから、認知症というのは言葉としてあるんですけれども、症候として認知症候というのを入れてもらいたい。それから、みとりの問題を加えるべきではないか。それから、ここにダブル介護と書いてありますが、私が入れたかったのは、実は介護があるなら保育があるべきであるということです。

それから、価値観や文化の多様性ということでは、ディフィカルトペイシエントへの対応。それから、障害、これは患者さんだけじゃありません。仲間だってそうかもしれませんし、社会全体かもしれませんが、障害への理解と対応。それから、よくある、予期せぬ急変時に家族へ対応するというのを、これも1つシミュレーションをするような臨床教育が必要ではないか。それから、当然、ジェンダーの問題、LGBTへの対応。それから、インフォームドコンセントに代わって、最近の概念としてはインフォームド・シェアード・ディシジョン・メイキングというふうな概念で教えるべきではないか。

それから、これはなかなか難しいんですけれども、曖昧さの受容。これは最近の欧米の概念としてはあるわけなんですけれども、必ずしも結論が出ない状態で患者・医師関係が成り立っていく、成り立たせ続けていくということをもう少しちゃんと教えるべきだ。そして、ナラティブ・メディスンという概念が必要ではないか。

それから、ICT が普及してきたことに関して、著作権の理解はやはりとても大事です。もう 1

つ、これは提案なんですけれども、是非コアカリをアプリにしてもらいたい、こういう意見が出ました。「コアカリ GO」じゃありませんけれども、もう少しコアカリをうまいこと使って、その中にチェック項目が入っているとか、自分がそれをポートフォリオに利用できるとか、いろいろな応用方法があると思うので、是非これをやってみたらどうかと思いました。以上です。

グループ⑪

テーマ2-4：今日の社会状況等を踏まえモデル・コア・カリキュラムに新たに盛り込むべき事項【医学教育】 グループ：⑪ モデレーター：錦織 宏（京都大学） 司会：岡崎仁昭（自治医科大学） 書記：興梠征典（産業医科大学） 発表資料作成者：小田康友（佐賀大学） 発表者：藤本真一（奈良県立医科大学） 質問対応者：高山千利（琉球大学） 今井田克己（香川大学） 福田寛（東北医科薬科大学） 門松健治（名古屋大学）	卒前教育・卒後臨床研修・専門医制度を含めた一連の医師養成過程 ○平成30年度版医師国家試験出題基準改定案、特に必修の基本的事項との統一性を図る。具体的には必修の基本的事項をコアカリキュラムとする。 ○「医学研究への志向の涵養」と「臨床研究と医療」を合わせて大項目化し、研究倫理を強化する。
卒前教育・卒後臨床研修・専門医制度を含めた一連の医師養成過程 ○特定の分野（腫瘍）の増加や別建ては医師国家試験出題基準だけでなく、専門研修カリキュラムとの整合性・連続性を図る点から避けるべきである。 ○B(9)として国際保健を新しい項目として追加（医学教育分野別評価基準） ○F 診療の基本 1 症候・病態からのアプローチ 国試「必修の基本的事項7」に即して、修正すべき ○老年医学と社会医学の拡充	2050年の医師の資質・能力は？ - AIの適切な使用が必須の能力に - AIはover dxになる傾向、除外し確定 - 言語化できない症候には対応できないか - 最終責任を負う覚悟 - 想像力・創造力 - 問いを立てる能力 - コミュニケーション能力 - 癒しの力

【藤本】 11 班の発表は、私、奈良県立医科大学の藤本が担当しております。スライドのようなメンバーで議論をいたしました。

まず議論の中心になったのは、そもそも何かを増やすかどうかという前に、卒前・卒後を通じて、教育の目標あるいは出題基準のようなものを統一する必要があるのではないかと。すなわち、モデル・コア・カリキュラム、国家試験の出題基準、臨床研修の到達目標あるいは専門研修カリキュラムといった方向で、昨日も若干議論があったように、そういった統一感が必要であるという議論がございました。その上で、2 番目に出ておりますような、医学研究への指向の涵養とか、研究というようなテーマを大項目化して、研究倫理とかも強化する必要があるんじゃない

かということの議論がありました。

また、私自身、実は今日朝、質問もしていましたが、特定の分野、例えば腫瘍などの分野でどんどんいろいろな意見が出てきて、増加して、別立てするとかいうふうにしていきますと、どんどん項目が増えていきますので、そういった項目数増加をせず、なるべく先ほど述べましたような卒前・卒後の目標の統一というような観点から、統一を図ったカリキュラムを作るべきであるというふうに思います。

それから、国際保健という概念が含まれていないので、是非これを含めるべきだという意見がありました。これは医学教育の分野別評価の基準にも入っておりますので、入れるべきだという意見がございました。それから、診療の基本は症候診断のアプローチということになっているんですけれども、国家試験出題基準にも必修の基本事項7というものがございまして、そこに症候が出ています。その症候に即して修正すべきというふうな考え方があります。それから、もちろん先ほども指摘されておりますが、高齢化社会ということで、老年医学、あるいは社会医学の拡充が必要であるということでございます。

早く進んでおりますので、これは北村先生が私どもの部屋に来られたときに、時間があるようであれば、2050年の医師の資質・能力を検討してみてもどうかという提案がありましたので、少し考えてみました。そういった背景には、いろいろな項目、知識の項目がどんどん増えていくというわけじゃなくて、2050年になってAIが非常に発達した時代になってくると、医師に必要な能力は大きく変わってくるのではないかなという観点からの議論であります。

そうすると、AI、アーティフィシャルインテリジェンスはいろいろな診断をあらかじめしてくれるようになってきますので、言語化できないような、私どもの関与しているような総合診療などの場で、複雑な症候を持っている患者に対する対応が非常に重要になってくるんじゃないかと思います。あとは、いろいろな鑑別診断がコンピューターによって行われてくると、それを最終決定して責任をとる覚悟とか、あるいは今まで考えられていないような創造力、創造性というものがあるような能力が必要になる。もちろんコンピューターが発達した時代になりましてもコミュニケーション能力とかも重要ですし、さらに、もっと人にしかできないような癒しの能力が求められてくるのではないかなというような議論でございました。以上です。

グループ⑫

テーマ2-4：今日の社会状況等を踏まえモデル・コア・カリキュラムに新たに盛り込むべき事項	
【歯学教育】	
グループ	：⑫
モデレーター	：平田 創一郎（東京歯科大学）
司会	：河野 文昭（徳島大学）
書記	：片倉 朗（東京歯科大学）
発表資料作成者	：田邊 憲昌（岩手医科大学）
発表者	：沼部 幸博（日本歯科大学生命歯学部）
質問対応者	：平山 聡司（日本大学松戸歯学部）

A 基本事項→“研究の倫理・臨床研究の倫理”
研究マインドの後、A-6-3)へ追加
B 社会と歯学→“地域包括ケアに関する医学知識”
栄養管理、名称を“歯学と社会”へ変更
D 歯科生体材料・器械
→“歯科”を削除もしくは“医薬品医療機器”に名称変更
E 臨床歯学教育
→“基本的医学知識”をE-1-2)に追加し、歯科麻酔の基本、小手術の基本手技、救急処置、画像検査を包括する
→口腔機能管理、デジタル歯科、摂食・嚥下、ブラキシズム
→口腔顔面痛、非歯源性歯痛、睡眠時無呼吸症候群
→薬物治療の基本原則(和漢薬使用含む)

・E 臨床歯学教育の修正項目
E-2-4)-(10)“口唇・口腔・顎顔面領域の機能障害”
“概説できる”でなく現状に見合った診察、検査の説明などに修正
・今後、新たに加えてほしい大・中項目
① 歯学の歴史、発展 ② 臨床研究→歯科医療の評価と検証
・水準表について
① 社会の現状に見合った形で水準表の解釈を明確に
② 症例頻度や学生のレベルに見合った設定をしてほしい
(心因性疾患、ブリッジの支台歯形成など)
・医学教育モデルコア・カリキュラムについて
“ 歯科疾患と全身疾患 ”を加えてほしい

【沼部】 12 班は、歯学教育の立場から、コア・カリキュラムに新たに盛り込むべき事項という形で討論させていただきました。発表者は日本歯科大学の沼部です。

まず、A, B, C, D, E の項目の中から、A の基本事項に関してでございます。こちらは研究の倫理、臨床研究の倫理を組み込んではどうかということです。今までは余り、先ほどの午前中の話にもありましたように、研究倫理ということについての話が教育の中に盛り込まれていなかったということに対する対応です。それから、臨床研究というのはどういうものかということも含めて話をするということになります。

B の社会と歯学。こちらは地域包括ケアに関する医学知識という形で、栄養管理等を含めた様々な介護、予防等の内容を盛り込んだらどうかということです。また、名称を「社会と歯学」ではなくて、「歯学と社会」へ変更してはどうかという意見が出ました。

D の歯科生体材料・器械。歯科というのは、医科と違ってかなり特殊なものを持ってございます。それは材料を使って治療する機会が多いということです。ですので、歯科という言葉をまず取って、又は医薬品・医療機器という形に名称を改称して、包括的にカリキュラムに盛り込んだ

らどうかという話になりました。

また、臨床歯学教育に関しましては、基本的医学知識ということにして、歯科麻酔の基本、小手術の基本手技や緊急処置、画像検査などそういったものを全部包括してしまっただろうかと。これで項目を減らすことができるだろうということになりました。また、これまでになかった口腔機能管理をはじめとする睡眠時無呼吸症候群など、こういった内容も含める必要があるということ。そして、最後に、薬物治療の基本原則でございます。こちらは今までなかったんですね。今までは薬物の動態や副作用・作用などについてのものがCのところにあったんですけども、これを治療のところに盛り込んでいくということで、薬物治療の基本原則という形で和漢薬、いわゆる漢方薬を含めた形で掲載をしようという話になりました。

また、臨床歯学教育の修正項目としては、口唇・口腔・顔面領域の機能障害のところが概説できるということが目標だったんですね。それを現状に見合って、診察・検査の説明などに修正したらどうかということになりました。

また、今後新たに加えてほしい大中項目としては、歯学の歴史・発展。これは未来の技術というのはいつか現在の技術になると。我々もそういう道を今まで歩んできたということで、私たちが大学で学んだ知識、治療はほとんど古くなっていくということもあり、生涯学習が必要なんだということを歯科医療の歴史を通して教育をしようということ。

それから、もう1つ、臨床研究です。先ほども少し出しましたが、歯科医療の評価と検証ということで、我々の今行っている治療の評価、またこれから出てくるだろう少し危ない、怪しい治療法についてどういうふうに見ていく必要があるのかということを経験してほしいということになりました。

また、水準表についてということがございます。これは医科の先生方にはなじみがないことかと思いますが、臨床実習の内容に水準というものがあるんです。水準の1, 2, 3, 4というのがございます。水準4というのは学生には絶対やらせないということ、それから、原則として指導者のやっていることの見学であるということです。水準1というのは、指導者の指導監視の下に実施が許容される歯科医療行為という形でございます。これが今のところ独り歩きしてしまって、学生が絶対にしなければならないことだというふうに誤解をされている部分があるんですけども、これを社会の現状に見合った形で明確にするということ。それから、症例頻度や学生のレベルに見合った設定をしてほしいということで改善を求めるとのことになりました。

また、最後でございますけれども、医学教育モデル・コア・カリキュラムへの要望ということになります。既にこのカリキュラムには、医学教育モデル・コア・カリキュラムには、D-14-(4)

の9)のところにう蝕と歯周病と全身との関連という項目があります。ただし、最近もう歯科の世界では、全身との関連というのがかなり明確になってきたということも含めて、これを是非カリキュラムに加えていただきたいという要望をいたします。以上でございます。

＜質疑応答＞

【前田】 ありがとうございました。

それでは、ただいまの3つのグループに対して何かまず御質問等ございますでしょうか。いかがでしょうか。

朝のコアカリの改訂の基本方針のところで一増一減という話がございましたけれども、今のお話を聞いているとどんどん大きくなってしまいうんですが、減らす努力というようなことに関しては何か御議論ございましたか。どんどん増えていくというような感じでございますが。それでは、10班の質問対応の先生方。

【増田】 獨協医科大学、増田でございます。質問の対応係ということでお答えさせていただきます。これを議論する中で、やはり削除する必要があるのではないかというお話は出てきました。ただ、残念ながら我々の議論の中では、どれを削除するということまでの具体的なお話には至りませんでした。ただ、複数の項目を集約するということで、単に数合わせだけであればできるのではないかと。ただ結局、本質的には、今、医学の内容あるいは情報が膨れ上がっていく中にあるのは、項目の数合わせは可能であっても、実質的な内容というのはある程度膨らんでいくのではないかなと、そういった状況でした。

【前田】 ただいまの御意見に何か御追加ございますか。

北村先生、この基本方針と随分変わってきてどんどん増えてきますけれども、何かコメントございますか。

【北村】 11班の先生がAIの利用みたいな夢みたいなことがありましたけれども、いわゆる単に覚える知識はひょっとしてもう要らなくなる、何か考える上で必要なものが残るというふうに思うんですが、おそらくITが進歩していけば、単に覚えておくだけのものはもう全部忘れていいんだろうと思うわけですが、そのときに何が残るかというのは、1つのアイデアとしていいなと思って聞いておりました。だから、将来AIなどITが進歩すれば、コアカリは極めて薄いものになると思います。

【前田】 はい、どうぞ。

【長谷川】 秋田大学の長谷川です。コアカリの内容の中で、例えばどんな分野の医師になっ

でも必要な実践的な能力の部分と、それから、専門の医師であれば、最後、実践的レベルまでやれる能力のレベルが、同じ概説するとか、説明するというふうな内容になっていました。これは例えば血液内科の貧血、血液疾患をとっている例が出たんですけれども、例えば貧血に対応できる診断能力と、それから、対応能力と治療能力というのはどんな分野の医師になっても必要なんですけれども、同じような内容の書き方で、白血病に対して、診断できて、もちろん診断と初期対応は必要なんですけれども、それが全員が治療選択まで必要かと言われたときに、同じような書き方になっていきますと、学生にしてみると、貧血も白血病もみんな同じに見えてしまって、全部それが降りかかってくると。ですから、削除する。展開としては、重み付けというところ書いているんですけれども、ここは必ずどんな医者でもどの分野でも必ずある程度パフォーマンスレベルまで対応できる内容と、それから、やはり医師免許あるいは歯科医師免許を持つんだからある程度の知識として知っておくべき部分をちょっとクリアにするということで、内容を学生側に対して減らすという手はあるんじゃないかなというふうな議論がありました。

【前田】 歯科の方はいかがでしょうか。12 班の先生、どうぞ。

【平山】 質問対応の日本大学松戸歯学部の前山と申します。確かに歯学教育のモデル・コア・カリキュラムの中では、同じような項目が A の領域と F の領域に出てきたりしておりますので、そういうところをもう少し整理・統合したらいいのではないかという意見が出ました。また、項目によりましては、大変に細目、細かいことまでマル 1 からあげつらっているところがございます。例えば歯科のユニットの各部の名称が言えるみたいなことがこれに記載されておまして、そういったことはもうあえて記載しない。つまり、先ほど医科の先生がおっしゃっていましたけれども、中に書かれているものの重み付けを精査して、項目を整理・統合できれば、それほど項目を増やすことなく新たに時代に見合ったものを追加できると考えております。以上です。

【前田】 ありがとうございます。

ほかに何か御追加ございますか。

どうぞ。

【山口】 COML の山口でございます。10 班の御発表の重み付けのスライドがあったと思うんですけれども、もしこれを追加するとしたら、大学の中で教えられる方がどれぐらい態勢整っているのかというのがちょっと気になりました。半分ぐらいの項目においては結構難しいんじゃないかなと思うんですけれども、教育する態勢、こういうものを入れるとしたらどのぐらい態勢が整っているかというようなことの議論がございましたのかどうかということと、そのことについて何かお話があれば聞かせていただきたいと思います。

【前田】 どうぞ。

【増田】 獨協医科大学の増田でございます。この重み付けに関しましては、盛り込むべきこともそうなんですけれども、既存の内容についても、やはり文字数で例えば同じ 10 文字で書いてあっても、実際の医療現場での重みの違いというものがあるだろうと、そういうことでした。それから、今回ここに新しく出てきているものについても、どれが重くてどれが軽いという議論までは出ませんでした、当然のことながら重み付けの対象になってくると思います。

それから、教育体制については、これはそれぞれの大学のミッションであったり、あるいは方向付けによって、どれを重くしてどれを相対的に軽くするかというのは変わってくるかと思います。ですので、ジェネライズした形でどういう教育体制でということまでの話には及びませんでした。以上です。

テーマ2-5：臨床実習の実施に関する諸課題

グループ⑬

テーマ2-5：臨床実習の実施に関する諸課題 【医学教育】

グループ：⑬
モデレーター：山脇 正永（京都府立医科大学）
司会：峯岸 敬（群馬大学）
書記：斎藤 伸治（名古屋市立大学）
発表資料作成者：安達 洋祐（久留米大学）
発表者：加賀谷 豊（東北大学）
質問対応者：中村 廣繁（鳥取大学）
松田 兼一（山梨大学）

臨床実習の実施に関する課題と提言（グループ⑬）

○方略や評価の工夫

多忙な臨床医→教育医長を任命してインセンティブに
形成的評価：ポートフォリオ(e-portfolio)→コアフォリオの作成を
mini-CEXも有用、診療科間で情報共有
総括的評価：評価シートを利用
360°評価は多職種で、ナースに、学生も、患者こそ
PCC OSCEを上手に活用

○診療参加型

コースをどうするか
必修制：1週間でもいいので全科を回る
選択制：2週間以上、できれば4週間
屋根瓦方式：クリニックⅠ/Ⅱ（6年生と5年生、5年生と4年生）
カルテ記載を学生にさせるか→必須化「must」にすべき
本物カルテに記載（例）信州大学はHPに明記
学生用カルテ（画面上は同じ）

臨床実習の実施に関する課題と提言（グループ⑬）

○患者の同意

包括同意：外来は文書による同意取得が困難（例：パイロット教育）
当然であることを国民世論に訴える
入院時は事務レベルで文書による同意取得を行う
個別同意：病棟で担当医が依頼、診療科に一任
学外実習でも同意取得は必要、同意文書の共有はダメ

○学外実習（国立8.8週、公立8.3週、私立6.6週）

6年生に限らず、医学部として（地域医療実習）
臨床研修病院との連携：学生実習→臨床研修→専門医養成の連携
学生に対する経済的援助（交通費や宿泊費、現状は4割以下）

○シミュレーション教育

予算が必要、管理者が必要（子育てナース・ME・事務職員を活用）

*教育を改善し現場の負担を軽減するには人とお金が必要

→屋根瓦式教育・診療参加型実習・多職種連携の推進とともに
教育予算の増額を要望する

【加賀谷】 東北大学の加賀谷です。発表させていただきます。

臨床実習の実施に関する課題と提言ということで話し合いましたが、まず方略、評価の工夫ということに関しまして、問題は、まず臨床医が忙しいということです。これは、ある大学ですけれども、教育医長、いろいろな名前がございましたけれども、これに任命してインセンティブにするというものです。次に、形成的評価と総括的評価という話になりましたが、形成的評価としては、既にeポートフォリオを導入しているところもあるということでした。是非、何か「コアフォリオ」、これは勝手に作った名前ですけども、といったものがあるといいな、ということでした。もちろんMini-CEXを活用するということもあると思います。それから、総括的評価に何を使うかということですが、やはり評価シートを使うということがほとんどでした。いろいろな多職種から評価をしていただくこと、あるいはPost Clinical Clerkship OSCEを上手に活用するといったことが大事だろうということになりました。

診療参加型ということを次に話し合いました。どういうコースを作るかということですが、診療科によっては「1週間でいいから必ずうちに回してほしい」といったことが多いということがあります。できれば選択制をもう少し導入して、最低でも1つの診療科を2週間あるいは4週間にするのが理想的なのではないかということになりました。ただ、前述のような診療科もあるのではなかなかそれは難しいという意見がありました。一方、これは教員の負担を減らすということにも関係するのですが、屋根瓦方式で教育をして、6年生と5年生あるいは5年生と4年生が同じ診療科を回るとするのがいいのではないかということになりました。

診療参加型では、やはりカルテ記載というのは非常に大事です。これは是非コアカリ等でマストにしてほしいという意見がございました。といいますのは、診療支援システムの関係で、カルテにどうしても学生が記載できないという大学もあります。聞くところによりますと、信州大学はホームページにはっきり、本物のカルテに指導医の了解を得て書いているというようなことが記載されているそうです。多くの大学は学生専用のカルテで、見かけ上は本物のカルテと同じ画面で見られるけれども、実際は別々だということが多かったです。

次に患者さんの同意に関してですが、包括同意、それから、個別同意に分かれますけれども、外来は文書による同意というのが非常に難しいという結論です。これに対して、学生教育への協力はある程度は当然であることを国民の世論に訴えるのがいいのではないかという意見がありました。例えばパイロットの場合、副操縦士が操縦するときに乗客の同意を得ているかという、そうではないといったこともあるので、少し国民世論に訴えた方がいいだろうという意見でした。それから、個別同意に関しては、やはり担当医が依頼するのがいいであろうということになりました。

それから、学外実習は、6年生に限らず、5年生でも結構やっているところが多いようでした。これは臨床研修病院との連携が卒後との連携を考えましても非常に大事であり、これからの重要なテーマであろうということになりました。学外実習において、学生に対する経済的支援ですが、これはどこも非常に困っているようでした。

それから、シミュレーション教育を活用することも話し合われて、これに関しては十分な予算と専任の管理者が必須であろうということになりました。

最後に、これら全体を通して、やはり教育を改善するには、現場の負担を軽減するためにも人とお金が必要です。屋根瓦式教育を利用する、あるいは診療参加型実習を活用する、あるいは多職種の連携を推進することは大事です。そうはいってもやはり教育予算の増額が必要ではないかというのが我々の結論でありました。以上です。

グループ⑭

テーマ2-5：臨床実習の実施に関する諸課題 【医学教育】

グループ : ⑭
 モデレーター : 高田 和生 (東京医科歯科大学)
 司会 : 中木 敏夫 (帝京大学)
 書記 : 関根 道和 (富山大学)
 発表資料作成者 : 伊藤 俊之 (滋賀医科大学)
 発表者 : 首藤 太一 (大阪市立大学)
 質問対応者 : 横山 仁 (金沢医科大学)
 安武 亨 (長崎大学)

「同意取得」のあり方を考える

- 振り返り
 - 以前よりも大変になった・・・
 - 産婦人科や精神科は厳しい(見学すら拒否されることもしばしば)
 - 国民皆保険制度の下では、学生教育への協力は国民の義務ではないか？
- 現 状
 - 病院内掲示はしている
 - 包括同意と個別同意があるが実際の運用は様々(誰がいつ取得?)
 - 個別同意を導入したが故に、見学すら拒否される場合がある
 - 学外実習機関の方がむしろ参加型(同意含む)は進んでいるかも？
- 論 点
 - 同意書が必要？、医業と医行為とは？
 - 原則として、同意取得はOpt outが良いのではないか？
 - Opt inすべき項目を別途定める
 - Early exposure(低学年)時の同意取得は必要か？
- 今後への提案
 - Teaching hospital(大学中心)の実現！
 - 国レベル(厚・文)で認めて欲しいこと ※法的整備必要
 - Student doctor制の下に、Opt outでの包括同意を



さらに、

- 「教員の負担」について
 - 同意取得(特にOpt in)は負担！
 - 2学年同時期に学生が来る！
 - 屋根瓦は理想的だが難しい？、関連病院へお願いする？
 - 実習の評価
 - 現状では“ファジー”な評価が中心で負担はそれほどでも
 - Mini-CEXは負担だが、電子化(e-logbook等)は負担減
 - 電子カルテ記載、提出レポートへの対応
 - 学生用カルテ(ノート)やレポートの承認が必要
 - 何がインセンティブになる？
 - さてさて・・・、教育に関する教員評価は？

3

【首藤】 よろしくお願ひします。大阪市立大学の首藤です。高田先生の適切なモデレートのおかげで、それから、よきメンバーに恵まれて、いいディスカッションができました。ありがとうございます。

私たちが臨床実習の実施に関する諸課題ということでディスカッションしたんですけれども、時間の関係もあって1つにだけフォーカスしようということで、同意取得の在り方についてのみのディスカッションいたしました。どうしてそういうことをやったかということ、以前よりも大変になったと。実は私たちのグループは産婦人科の先生がお2人おられたんですけれども、産婦人科や精神科では患者さんに見学すら拒否されることもしばしばあると。一方で、そしたらということどうするんだと。とあるメンバーからは、国民皆保険制度の下で学生教育の協力は国民の義務にしようじゃないかということ堂々と言おうじゃないかという議論もあって、すごい、なるほどと思ったところもあります。

病院内掲示はほぼ全ての施設でやっているんです。あと、包括同意、個別同意がありますが、

実際の運用はそれぞれが様々で、誰がいつ取得すると。先ほどの産婦人科の先生からの意見で、個別同意を導入したがゆえに、それならやめますと見学を拒否される場合すらあるようなこともあって、どうしようと悩んでおられました。大学以外の学外実習機関の方は、むしろ参加型、同意も含んで進んでいるのかもしれないねという話も出ました。

論点としては、さらに突き詰めていって、同意書は要るのかと。同意書を見ていくと、全国医学部長病院長会議のステートメントも見直したんですけれども、医行為とはだったり、医業と。具体的には見学すらだめだと言われるようなときに、見学はあれは医業になるのかすら、そういうディスカッションにもなった。血圧を測るのはオーケーなのに、どうして見学はだめなんだとか、いろいろなことが出ました。

原則として、同意はやはりオプトアウト形式がいいのではないかと。原則オプトアウトをよしとして、オプトインすべき項目だけ別途定めるようなことをしてはどうかだったり、低学年のアーリーエクスポージャーはじめ、ほかにもいろいろあるんですけれども、そのときの同意書はどうするのか。

これ、言うんですかといって、おまえ言えと言われたので言うんですけれども、気を悪くしないでほしいんですけれども、文部科学省、厚生労働省の国レベルで、ティーチングホスピタル、すなわち、大学ではもう、さっきのこれじゃないんですけれども、スチューデントドクター制だから、オプトアウトで全国同一の包括同意ということでできないんだろうかなんていうことを是非文部科学省と厚生労働省でお話ししていただきたいなと、ちょっと強目の意見でした。

もう1つ、教員の負担についても考えなさいと言われたので、どんな教員の負担があるだろうかと列挙したんですけれども、オプトインはやはりすごく教員の負担になっていると。それから、先ほどのグループでもありましたが、2 学年同時に学生が来るような臨床実習のときどうするんだと。屋根瓦は理想だけど、関連病院へ、これもどうしましょうといってこれの議論をしたんですけれども、結果は出ませんでした。

評価も負担だと。現状ではファジーな評価が中心で、負担はそれほどでもないんですけれども、大学によっては、施設によってはMini-CEXは負担ですけれども、電子化に成功しているようなところもあって、e ログブックはやはり負担を軽減するのかなという議論で終わりました。電子カルテの記載、提出レポートへの対応。これも提出レポートを書くのはいいんですけれども、その承認もこれも結構負担ですよねと。最後、こんなディスカッションをすると行き着くところは一緒に、その負担に対してインセンティブはどうなるんですかといって、さてさてで終わってしまうという、いつものパターンになってしまうんですけれども、やはり教育に対する教員評価

をもう少し何らか考えないといけないねで、これまたいつもの、そこまで、どうしようで終わってしまいました。以上です。ありがとうございました。

グループ⑮

テーマ2-5：臨床実習の実施に関する諸課題 【歯学教育】

グループ : ⑮
モデレーター : 中嶋 正博 (大阪歯科大学)
司会 : 宮崎 隆 (昭和大学)
書記 : 仲野 和彦 (大阪大学)
発表資料作成者 : 斎藤 隆史 (北海道医療大学)
発表者 : 浅海 淳一 (岡山大学)
質問対応者 : 清水 武彦 (日本大学松戸歯学部)

- ①課題: 医学部と異なり歯学部は臨床実習は外来中心であるので、学生の能力にかかわらず患者確保には限界がある。
- ①提言: 1)臨床実習生が十分に患者の期待に応える能力を有する(共用試験合格)ことについて国民の理解を得るために、各大学は一層努力する。加えて国民への周知・理解のための国のバックアップが必要である。
2) Student dentistの導入は有効ではあるが、この名称では国民の理解を得にくいので、名称の再考 (Provisional dentist)を提案する。
- ②課題: 我が国の制度上の問題があり、諸外国のように協力患者の治療費を低減できない。
- ②提言: 教育用患者確保のための制度を導入する。

- ③課題: 臨床実習に関わる教育設備に経費がかかりすぎる。
- ③提言: 各大学で努力する。加えて国の財政的なバックアップが必要である。
- ④課題: 臨床実習教員の負担が大きい(マンツーマン)。
- ④提言: 十分にFDを実施したうえで、学外の人材 (臨床教授等)を活用する。
- ⑤課題: 共用試験OSCEに合格しているものの学生間で技術的格差があり、臨床現場で対応できる能力の見極めが難しい。
- ⑤提言: シミュレーション実習・相互実習をさらに充実させる。

3

- ⑥課題: 現行のコアカリF項目を全て実施するのが難しい。
- ⑥提言: 患者からしか学べないことを意識して、項目を再検討する。一方、高頻度診療に関しては繰り返し完全に習得させる工夫が必要である(トレーニングセンター等の利用)。
- ⑦課題: 現在数大学で実施しているPost-CC OSCEは人的負担が大きいとともに、それだけで態度を評価することが難しい。
- ⑦提言: 現場の負担を軽減するような評価法を導入する。態度評価についてはPost-CC OSCEと臨床実習中の評価を組合せて評価する(例: ポートフォリオ、360度評価)。
- ⑧課題: 臨床実習目標と国家試験の実態が乖離しているので、学生の負担が大きい。
- ⑧提言: CBTと国家試験の棲み分けを提案する。

【浅海】 岡山大学の浅海です。臨床実習の実施に関する諸問題ということで、8つの課題と提言を挙げさせていただきます。歯科においては、医学部と異なって、歯学部は臨床実習は外来中心です。ですので、学生の能力にかかわらず患者の確保には限界があるということで、提言として、臨床実習生が十分に患者の期待に応える能力を有する。これは共用試験合格ということで示されているわけですが、それをもって国民の理解を得るために各大学は一層努力するんですが、加えて国民への周知・理解のための国のバックアップが、先ほどの医科の話でもありましたが、これに合格すると認めるという、そういうことが必要ではないかというふうに。

2番目としては、スチューデントデンティストの導入は有効であるが、この名称では国民の理解を得にくい。スチューデント、学生、いかにも学生チックなところが抜けないので、ほかの名称、これも適切とはいえないんですが、プロビジョナルデンティスト、こういう違う名称を与え

るのはどうかということです。

2 番目としては、我が国の制度上の問題があり、諸外国のように協力患者の治療費を低減できない。これは外国では無料の患者さんを学生が診ているという事実があります。こういったことをなかなか日本の皆保険の制度では導入しにくいんですが、教育用の患者を確保するための制度、そういうことを考えていただきたいと思います。

3 番目としては、臨床実習に関わる教育設備に経費がかかり過ぎています。これもいろいろな経費の申請があるので各大学で努力はしていますが、加えて更に財政的なバックアップが必要ではないかと思います。

4 番目としては、臨床実習教員の負担が大きい。歯科の場合はほとんどマンツーマンで教育しています。ですので、十分にFDを実施した上で、学外の人材です、これは大分やっているところもあるんですが、臨床教授等の称号を与えて外部の先生に来ていただくか、なかなかこれも難しいんですが、外の施設に送り出す。そうするとまた、評価とかいう問題にもなりますが、そういう活動が行われるといいのではないかと思います。

5 番目としては、共用試験 OSCE に合格しているものの、学生間で技術的格差があって、臨床現場で対応できる能力の見極めが非常に難しくなっている。そうすると、OSCE 前後にシミュレーションの実習、相互実習を更に充実させる。このためには、シミュレーション機器というと、1 体が 1,000 万とか 2,000 万とかしたりするわけです。そうすると、実際に非常によくできた人形もございまして、3 次元にもできますので、こういうものが活用できるといいんですが、費用的に非常に難しい部分があるということ。

6 番目には、現行のコアカリの項目を全て実施するのは難しいので、患者からしか学べないことを意識して項目を再検討していただきたい。一方、高頻度診療に関しては繰り返し完全に修得する工夫が必要ですので、そういったシミュレーションを用意するのは難しいので、トレーニングセンター等の利用、トレーニングセンターみたいなものを作っていただけるといろいろな大学が使えるということ。

7 番目は、現在数大学で実施している PostCC OSCE の人的負担が大きいとともに、それだけでは態度を評価することが難しいということがありまして、提言としましては、現場の負担を軽減するような評価法を導入する。態度評価については、PostCC OSCE と臨床実習中の評価を組み合わせで評価するような、例えばポートフォリオを使うとか、360 度評価するようなこういったものを取り入れていくのがいいのではないかと思います。

最後の 8 番目ですが、臨床実習目標と国家試験の実態が乖離しているというので学生の負担が

非常に大きいというので、例えば基礎知識はCBTでとって、国家試験はそれを組み合わせた臨床実習で行うという、そういったすみ分けをしていただければ、いろいろな意味で解消できると考えております。以上です。ありがとうございます。

<質疑応答>

【前田】 ありがとうございます。

それでは、ただいまの3つのグループに対して、御質問、御追加等ございますか。いかがでしょうか。

【大槻】 藤田保健衛生大学医学部の大槻と申します。首藤先生が代表された包括同意の件、我々も最初、去年の今頃、全国医学部長病院長会議のが出た、どうしようかということになって、学内の法律家がいたので、先生おっしゃったように、これ、本当に必要ですかという話をしたら、法律家としてはやはり必要と。じゃ、しょうがない。包括と個別をやりに行って、両方始めました。

包括をやる前に学内、病院の中で結構すごいすったもんだがあって、要は、事務職員との戦いです。医学部の先生は要と言うけど、病院の職員にとってはあんまりメリットにならない、お金も要るみたいなことになったんですが、結論としては、外来の初診の人全員に事務の人に書類をとってもらう。入院する人は看護師さんに新入院は全員分とってもらう。院長、医学部長の努力もあり、ここまでこぎ着けた。

結局、包括同意を医師にとらせるのは無理じゃない？ ということで医師はとらないということになって、何とか藤田はやっと運用して8割行きました。田舎にあるというのもあるんですけども、8割がオーケー、2割がノー。問題となったのは、2割の患者さんが断っても、また包括同意の書類を持ってこられるということです。ということで、うちは今月から、電子カルテの画面に、包括同意あり、包括同意なしというのを表示しました。トップ画面に表示して、感染症みたいなところに持ってきました。ということで、うまくやれば、包括同意はクリアできます。

次に個別同意は結構大変で、これ、医学部長会議のレベル1、2でやり続けてきたんですが、オペの見学、手術の見学もレベル2になってしまうと結構大変なことになって、これ、すったもんだの会議が先月あって、じゃ、大学としてどうなんだということになって、外科の先生がやっぱり個別同意でオペ室に入れるというのはかなりきついということで、レベル1にしてほしいというようなことがあって、これは学内のルールでやっていいのか、全国にちょっと違って来るかもしれないんですが、今、学内では包括同意で手術室に入ってもらおうということにして、ノーと言

った患者さん2割にはやっぱり手術室に入れてはいけないということで運用しております。というのが藤田の今、現状でございます。これ、コメントです。

【前田】 ありがとうございます。14班の先生方、このコメントに対して何か逆にコメントございますか。

【横山】 金沢医大の横山でございます。それに対するコメントありがとうございました。まさに私たちのグループでディスカッションした内容で先生方が実際に運用されていると。実際、包括同意をとっているのはどのぐらいの業種かということもアンケートがありまして、半分はやっぱり指導医がとっている。それから、3割強、4割でしたか、事務職がとり、14%ぐらいが看護師さんがとっているというので、特に産婦人科領域で事務職がとると、ほとんどノーである可能性があるということです。なぜこういうオプトイン、オプトアウトということをディスカッションしたかという、オプトインすべきことをしっかりと認識できるように是非提示していただくと、そのあたりもっと医師の負担も取れるということがグループ内でディスカッションされたことを報告しておきます。ありがとうございます。

総合討論

【コーディネーター】

東京医科歯科大学特命教授 奈良 信雄氏

新潟大学歯学部長 前田 健康氏

【奈良】 本日、コアカリの改訂に向けて5つのテーマで御議論いただきました。どうもありがとうございました。これから総合討論に入りますけれども、個別のことは既にディスカッションが終わっていますので、焦点を絞ってみたいと思います。

1 つは、話題に出ていましたが、卒前、卒後、専門医、そして、生涯教育。医師養成という観点から見ますと、一貫したシームレスな教育が必要なものですから、それとコアカリにどのように反映させていくかということを考えてみたいと思います。

それから、2 つ目はコアカリの構造です。午前中に御説明いただきました構造の御提案に対して何か御意見があれば、ディスカッションしたいと思います。

3 つ目が減らす項目はないかということです。このまま行きますとどんどん増える方向になり、スリムにできるところはスリムにして、増やすところは増やすということを考えなければいけないと思います。

そして、4 つ目は、せっかく医学・歯学の先生方が集まっていますので、連携教育もコア・カリキュラムに何とか導入できないかという点です。

ほかにも討論すべきことがあるかもしれませんが、この4つのポイントについて御議論いたしたいと思います。

最初に、卒前、卒後、専門医、生涯教育につきまして、何か御意見ないでしょうか。コア・カリキュラムにどういう形で導入すれば良いか、御提言なり御意見あれば。いかがでしょうか。

鈴木先生、医学教育学会の会長として、お考えないでしょうか。

【鈴木】 医学教育学会の鈴木でございます。コア・カリキュラムが導入されて10年ほどたつてかなり定着しているわけですし、入学してきた学生にとっては最初に目にする目標だろうと思います。

医学教育学会では、今、奈良先生がおっしゃったように、その学生が卒業して医師として生涯にわたって活動していくために、医師としての在り方の基本的な目標、アウトカムとか、コンピ

テンスとかいったものを一貫性のあるものにしていこうという議論が起きておりまして、今年から新たな委員会として、教育の一貫性に関する委員会を立ち上げました。

この委員会には、きょう議論をリードしていただいているコアカリの改訂チーム、全国医学部長病院長会議、初期研修の改訂チーム、専門医機構、そして生涯教育という意味で重要な医師会から代表の方に集まっていただいて、統一性のある目標を作っていきたいと考えています。

この目標は誰もがすぐ思い浮かべることができることはとても大事だと思っております。シンプルにコンパクトに分かりやすい目標が出来れば、それをベースにして、卒前・卒後それぞれのレベルでどんな教育をしていけばいいのかという議論に役立つのではないかと考えておりますので、是非御協力いただきたいと思います。

【奈良】 ありがとうございます。先ほどの御議論の中でも、コアカリと共用試験あるいは国家試験の出題基準とが整合性がとれてないんじゃないかという御意見もありました。実は私、厚労省の研究班で検討させていただきました。コア・カリキュラムの項目と、国家試験の出題基準、そして、臨床研修の到達目標を対比した表を作ったところ、意外と整合性がよくとれていることが判明しました。ただ、いつ教えるかということは決まっていませんし、またその学ぶ深さが決まっていません。今回国家試験の出題基準もマイナー改定がありましたし、臨床研修の到達目標も検討されています。それと併せてコア・カリキュラムを改訂することで、医学教育の一貫性がしっかりと取れることが期待されます。北村先生、コアカリ改訂の立場として、よろしくお願いします。

この件につき、歯科はいかがでしょうか。

【前田】 関本先生。

【関本】 今、日本歯科医学教育学会の方は卒後教育委員会がございまして、主には今までは臨床研修のカリキュラムの構築をやってきました。そのときに、指導医の先生方がカリキュラムを作る演習をやるんですけれども、ほとんどの方が、特に外の方、診療所の指導医の先生方はコアカリの存在を余り御存じなくて、作ったカリキュラムはほとんどもう学生のときにやっているようなものまで全て含まれていて、本当は卒後にやらなければいけない内容ではなくて、もう既に終わっているようなものも入っていることが多いということで、タスクの方でそこはもう卒前の教育に実はもう入っていてやっていますよと言うと、ああ、そうなんですかというようなことがよく起こります。

専門医のところまでは歯科は医科ほど全く進んでいないと思いますので、臨床研修のところまでの話をすると、卒前のコアカリの到達目標と臨床研修の到達目標に整合性は今はほとんどとれ

ていない。とれていないのは、コアカリをまず知らないでカリキュラムが出来ているからだとは僕
は思っていますので、今回はすごくいい機会で、これ、出来上がったコアカリを是非厚労省の臨
床研修の到達目標に反映させていただきたいと。それを土台にして各施設がカリキュラムを構築
していくといういい機会になるんだろうというふうに僕は今思っています。以上です。

【奈良】 ありがとうございます。医科・歯科ともに共通の議題だと思いますけれども、是
非コアカリの改訂に当たりましては、国家試験あるいは臨床研修、さらには専門医、まだ歯科の
方は十分じゃないということでしたけれども、生涯を見据えた形でのカリキュラムに是非お願い
したいと思います。北村先生、嶋田先生中心によろしく御議論お願いしたいと思います。

はい、どうぞ。何か御意見ありますか。

【中村】 鳥取大学の中村です。今の件で1点、私たちのさっきの臨床実習の班でちょっと話
し合ったこともありました。学外の施設というのはコアカリのことを余り理解していないという
ことです。したがって、学外の方もFDに来てもらったりとか、共通認識を持つような方策を
何かしないと、コアカリって大学の中だけで進んでいるというようなイメージがちょっとあるよ
ねということを議論しましたので、それを学外実習の方に反映させていくということは1つの課
題だろうと思っています。

それから、コンピテンシーについて、やっぱり一貫性ということで、先ほど奈良先生が言われ
ました深さということに関して、やはり卒前の場合にはどこまで到達していいのかというところ
は卒後とはちょっと違ってきていると思うんです。しかしながら、要求されるレベルも、例えば
個人情報の保護みたいな観点は、これはもう学生だろうが、医師だろうが、これは要求されるレ
ベルはトップレベルだろうと思います。しかしながら、臨床の実践能力とかそういったことにな
れば当然深さは違ってきます。そういったところを段階的に何かうまく示していただきたいな
という議論を、これ、一部の方で議論がありましたけれども、しました。

【奈良】 ありがとうございます。貴重な御指摘でございます。1つはFDですが、是非学外
の臨床実習を担当する先生とか、あるいは研修を担当される先生と一緒に交えてFDをやっていた
の方がより効果的だと思います。それから、2番目のコアカリと国家試験との深さというこ
とを私、発言しましたがけれども、実はそれにつきましても、私が作った対比表が厚労省のホーム
ページに出っていますが、一応私案として、深さまで提示しています。監督がなくても1人ででき
なければいけない、それから、指導医の下あるいはシミュレーションとか、そういった深さを考
えておりますので、是非御参考にしていただければと思います。

それから、生涯教育についての関連ですが、本日は日本医師会から羽鳥先生がお見えですので、

生涯教育の観点から、是非コアカリに期待するものを含めて何か御発言いただければと思います。

【羽鳥】 日本医師会の常任理事の羽鳥と申します。専門医機構の理事の方もさせていただいています。日本医師会では、前任の小森先生が担当として生涯教育のことを頑張っていたきまして、制度として完成度が上がってきていると思います。是非病院の先生、大学の先生等、生涯教育の必須項目である臨床倫理、研究倫理、医療の質と安全、感染対策の項目を e-learning など利用いただければ、この必須項目を研修するために立ち見が出てしまうことを防ぐこともできます。そうすれば、新しい知識習得、学会発表に備えることができるのではないのでしょうか。そういうことのないように日本医師会生涯教育ホームページを利用していただきたいということがあります。

ダブルボードの取得、サブスペシャリティの取り方について、6月27日の社員総会を経て、7月4日の第1回理事会で吉村先生が理事長に選出されています。学会からの意見聴取、問題点の抽出、公衆衛生代表の尾身参考人からの意見を参考に、基本問題委員会をつくり精力的に改革に取り組んでいます。もう既に4回理事会をやって、7月25日の第1回社員総会を開いて学会代表の社員に御理解をいただいております。平成30年4月には一斉にスタートできるよう準備しておりますので、どうぞ学会の皆様、大学の皆様に御協力をお願いしたいということでもあります。どうぞよろしくお願いいたします。

【奈良】 ありがとうございます。日本医師会にとっても生涯教育について非常に力を入れていらっしゃると思いますので、是非またコアカリにも反映させるような形でお願いしたいと思います。どうもありがとうございました。

ほかになければ、次の話題のコアカリの構造に移ります。医科と歯科のコアカリについて、それぞれの構造を午前中にお示しいただきました。これにつきまして何か御意見がありましたら、よろしくお願いします。

泉先生、コア・カリキュラムの改訂を御担当いただいている立場から、何か追加発言等はございませんか。

【泉】 東京医大の泉です。今のところは、医師として求められる基本的な資質が最初にあります。それが1ページほどで、一番大切な資質がわずか1ページで、しかもその内容まで触れていないものですから、それをできるだけ膨らませ、どういった資質が必要なのだということを示せばいいなということが1つ。それと、基本事項の中の医の原則が非常に似ているものですから、まとめられるものはまとめていこうということで皆さんの御意見がまとまっているかなと思っています。

それから、最初に大体のことはきょう北村先生の方からお話がありましたけれども、それ以外の個々の内容は余り変わらないとは思いますが、例えば全身に及ぶ臓器の話、特に腫瘍の内容は厚くしなければなりません。できるだけ内容を減らすとしても必要な内容は厚くしようというようなこととか、臨床の内容は現行の内容を作成された先生方が、全く一新しても構わないということですから、完全に内容を新しくするというような辺が主な今回の目玉になってくるかと思います。

【奈良】 ありがとうございます。医学教育の面でいいますと、教養教育、基礎医学、そして、臨床医学というのがありますが、これは決して分断した教育ではなくて一貫性が重要です。今朝の説明で医学教育モデル・コア・カリキュラムの構造が長靴型になっていましたが、とても分かりやすい良い表現だと思います。長靴プラスくさび型の教育で、アーリーエクスポージャーとして低学年から臨床にも触れるし、また、教養教育は、6年間一貫した、あるいは卒業してから教育されることが望まれると考えます。

はい、どうぞ。

【鬼島】 弘前大学の鬼島です。コア・カリキュラムの構成内容について発言させていただきます。

黄色い冊子「コア・カリキュラム 医科」には、極めて詳細な内容が記載されています。冊子 49 ページの「腫瘍」を例といたします。大項目の腫瘍としての一般目標が記載されています。その下の、両括弧（１）として「病理・病態」が書かれて、到達目標として片括弧 1) ～ 7) があげられています。この 7 項目に関しては、かなり細かな内容が含まれており、全てで「説明できる」ことが目標となっています。

将来的に、臨床実習時間が増え、いわゆる CBT 以前の授業時間数が減ったときに、これら到達目標全ての内容が説明できるまで、全学生の求められるのでしょうかということがあります。アクティブ・ラーニングであれば、腫瘍の病理・病態の全体を把握することが重要事項であり、病理・病態を概念的に理解することはとても大切です。全ての内容を説明できるという到達目標は、余りに厳しいのではないのでしょうか。「腫瘍」を例といたしましたが、コア・カリキュラム前頁にわたって同様に記載されているので、コア・カリキュラムは難しすぎる、詳しすぎるという議論になるのではないのでしょうか。

今回の改訂の際には必ずしもなく、今後考えていただきたいのは、腫瘍の両括弧（１）病理・病態の片括弧 1) ～ 7) は、説明できるではなく、（１）病理・病態を説明するためには、片括弧 1) ～ 7) の項目（専門用語列挙）が挙げられる、というような記載の説明には出来ないのでは

うか。

例えば、片括弧 5) 腫瘍細胞の異型性と多型性を説明できると記載されていますが、この内容は病理を専門にしていないと、難しいくらいの内容であり、コア・カリキュラムに「説明ができる」として記載するのはいかなるものかと思います。コア・カリキュラムの内容自体を変えるのではなく、「腫瘍細胞の異型性と多型性の概念が学修内容に含まれる」と表現すれば、CBT に出題も可能となろうかと思います。コア・カリキュラムの表現に関して、今後御一考願えればと思います。

因みに、「異型性と多型性」ではなく、「異型 atypia と多形 pleomorphic」の方が適切な記載かと思います。

【奈良】 ありがとうございます。貴重な御提言です。これは3番目に取り上げたい減らす項目に入ってくるかと思うので、それを踏まえた上でまた今後整理したいと思います。なお、腫瘍につきましては、2回目のコアカリの改訂のときに、「がんの均霑化」が重要課題となり、それに合わせて改訂したという経緯がございます。ですから、今回見直すのは絶好の機会だと思います。

【前田】 歯科の場合は、きょう嶋田チームリーダーがもうお帰りになったのであれですが、きょうの嶋田チームリーダーのお話のように、臨床実習開始前の技能教育のところを独立させましょうかというような議論になっています。

歯科の改訂のチームの先生方で御追加ございますか。平田先生、小野先生、中嶋先生、荒木先生、何かございますか。特にないですか。

それではその次に、先ほども少し話題になりましたけれども、減らす項目という、減らすといえますか、見かけ上のボリュームを減らしていくということに関して……、どうぞよろしく願います。

【長谷川】 そのようなボリュームを減らす工夫のご意見について賛同いたします。今、日本で一番問題になっているのは、各科が各専門疾患の専門診療の教育を均等に過ぎ過ぎてしまっていて、それで、結局、卒業したときにどういうレベルになるかという何科の医師としても重要なコアカリ部分の保証が曖昧になってしまっていることと思います。コアカリの教育の質保証部分の目標が、教育現場に十分伝わっておらず、乖離が出来てしまっているのではないかと思います。国試では、各科に専門に偏った知識確認の問題は減ってきていますし、これからの卒業時の OSCE もそうなってくると思います。

そこで、コアカリの項目には、疾患を例にとると、患者さんが来たときに、最終的に臨床推論して診断し、初期治療や対応までできる知識と実践レベルが必要な項目と、少なくとも臨床推論

の過程の中にあがってくる知識レベルの項目，というように，コアカリ内の各項目のレベルに差を明記するのがよいのではないのでしょうか。その辺をコアカリで明示してあげることにより，専門に偏りすぎた教育の是正や卒業時の質保証の実現につながるのではないかと思います。グループ内で項目を減らそうとしたのですけれども，その疾患名がなくなってしまうと，鑑別診断・臨床推論にもあがってこなくてよいことになってしまいますので，やはり容易には削除できないと思われました。項目や疾患名としてはあっても，その中の重み付けというか，到達の内容をどうするかという部分で減らすというのが非常に日本に合っているのではないかなと思います。

本学の卒業時 OSCE には，必ず県内の医療機関の先生方も見に来ていただいております。感想からは，アウトカムを明確に共有することによって，実習中も各科の専門に偏りすぎないで，診療の総合的な部分もしっかり教えるべきだということがわかるということがあります。

【奈良】 ありがとうございました。今の御提案は非常に大事なことで，決して減らすことに主眼をおくのではなく，むしろ整理するという方向を考えるべきだと思います。これまでのコアカリには学ぶ項目しか入っていませんので，教育の方略とか評価と一緒に考えていくことで，整理されていくと思います。いみじくも OSCE のことをお話しされましたけれども，評価の観点から見て，ここまで本当に必要なのかなということ議論が必要かだと思います。

【前田】 あといかがでしょうか。
どうぞ。

【伊藤】 日本医科大学の伊藤と申します。先ほど先生，医師国家試験出題基準とコアカリは大分整合性がとれているんだというお話をされていましたが，実際に例えば各論のところであると，載っている疾患数の数が全然違いますよね。なので，もちろんあれがもう国家試験の出題基準として厳然としてあるんだっつらば，もういわゆる医学各論に相当するところなんかは，もうそっちに，それを見てくださいますぐらいではしょってしまってもいいんじゃないですか。どっちみちそれを勉強しなければいけないわけですから，こっちで幾つか選んで，これも削る，これも削るとやっても，結局国家試験の方には出てくるということになってしまうと意味がないと思うので，いわゆる医学各論に相当するところはもう国家試験の出題基準を見てください，もうそれだけにしまえばいいんじゃないかだと思います。

【奈良】 今の御意見はもっともです。ただ，医学部というのは国家試験の予備校ではなく，あくまでも質の保証された医療人を育成するための教育であることが根幹だと思います。国家試験はもちろん意識しなければいけませんけれども，カリキュラムとして，国家試験に対応すべく全くそれと同じというわけにはいかないのかなと思います。

【伊藤】 お言葉なんですけれども、実際にはもちろん臨床実習の現場で知識までこれからは教えるということは覚悟はしていますけれども、でも、実際には、いわゆる座学で、この病気はこうだ、この病気はこうだと教えるのは4年生で終わってしまうんですね。つまり、コアカリで押さえている部分を実際には終わらせても、結局、国家試験までの知識というのはどこかで教えてあげなければいけないのは事実のわけですよ。ですから、コアカリに完全に準拠したいいわゆる座学のコースを作っても、結局は足りないということにやっぱりなるじゃないですか。だったらもう、医学各論の部分は、医師国家試験出題基準に準ずると、それでいいんじゃないかなと思います。

【奈良】 あえて反論するならば、学生はある程度コアのところは教育され、あとの部分はアクティブ・ラーニングによってコア以外の知識・技能を増やしていくべきだと考えます。たとえば、臨床の現場で学生自身が問題点を見つけてどんどんと学生が勉強する。現代の医学では教える量というのはものすごく膨大ですので、全ては教え切れないと思います。学び方を学び、学生が積極的に学修する。それを目指すのが医学教育ではないでしょうか。

【前田】 あと、どうぞ。

【錦織】 ちょっと御意見を頂きたいという意味でのコメントなんですけれども、私は今、調査チームの中で臨床実習の部分の改訂の作業をいろいろ先生方の御意見を伺いながらやっているんですが、減らす方略として、今、黄色い冊子ですと、内科系、外科系と、こういう構造になっています。それぞれの診療科の名前は多分そのまま残ると思うんですが、例えば内科ですと、一般目標、今度、改訂されて狙いということになると思いますけれども、内科の場合、将来内科医にならない人を想像してもらって学修目標を考えてくださいという文言を全診療科に入れることをちょっと考えています。それをたたき台にしようかなと思っているんですけれども、ちょっとご意見もいただければなということで少しお時間をとりました。

【前田】 いかがでしょうか。

どうぞ。

【長谷川】 すばらしい意見だと思います。内科医にならないというよりは、どんな医師になっても必要というニュアンスがよいのかなというふうに思います。

【錦織】 私の言っている意見としては、想像するとき想像しにくいと思うんですが、現場のほうは。そもそも自分たちのところに来る学生若しくは自分たちの診療科に来る人に関してになるので、なので、自分たちの診療科に来ない95%の人たちを想像してもらって学修目標を考えてくださいという項目を、内科なら内科、精神科なら将来精神科に行かない人、婦人科なら婦人科に

行かない人というのを全部文言として入れようかなと思っているんです。

【長谷川】 行かないというよりも、医師免許としてどんな分野に進んでも必要な内科の知識、精神科の知識ということだと思うんですね。

【錦織】 いや、同じ文言です。

【長谷川】 そうですね。

【錦織】 内容は一緒なんですけれども、表現の仕方としてそういったことを考えています。

【長谷川】 是非そういう方向は必要だと思います。

【錦織】 ありがとうございます。

【奈良】 最初にコア・カリキュラムを作ったとき、各科の診療科の先生に出てきていただいてリストを作ってもらったという経緯があります。ですから、どうしてもこれは絶対必要だという意見が強くて残ったという経緯もあります。今回の改訂を機会に、特殊な診療科で必要だけでも、全部の学生には必要ないという観点から、見直す必要があるかと思います。

【前田】 どうぞ。

【増田】 獨協医科大学の増田でございます。先ほどグループ 10 の発表の中でコアカリのアプリ化というお話をさせていただいたと思います。その背景の 1 つというのが、結局、冊子体であったり、あるいはもちろん PDF もあるんですけれども、それぞれの項目が、例えば B のこれと C のこれと D のこれが関係あるとかというのがなかなか分かりにくい構造になっています。

例えば私の専門でウイルスですと、基礎のところでもインフルエンザウイルスの話がある、それから、もちろん疾患としてのインフルエンザもある、あるいは症候としての発熱やせきがあったりするというので、それを組み合わせるのはアナログ的に自分で見ながらやることは可能なんですけれども、これは我々の方の負担も大きいですし、あるいは学生はなおさらそういう時間があったらどこかほかのことをやってしまうと思うんですね。

ですので、現在の PDF 化を更に進めたデジタル化をしていただいて、例えばある項目をクリックすることで、今、ありますよね、誰かの名前を検索すると関連図みたいなものが出るのがありますよね。だから、あんな感じのアルゴリズムがもし使えるのであれば、そういった形のものを作っていただくと、項目を減らさないまでも、ポイントポイントの数が見かけ上減ってくるのかなという印象がございます。よろしくお願いいたします。

【奈良】 ありがとうございます。まさしく国家試験出題基準、臨床研修の到達目標も含めて、全部がアプリで確認できるようになると、いいですね。それには経費がかかるものですから、文科省にもお願いしなければですが、前向きに御協力をお願いします。コアカリの 2 回目の改訂

のときにも、やっぱり見づらいというので、アナログ的に索引を作成しました。それでも前進ではありましたが、今どき索引だけで十分とは言えませんので、是非アプリ化を御検討いただければと思います。

【前田】 どうぞ。

【加賀谷】 東北大学の加賀谷です。先ほどの、コアカリの内容を減らすというところで、内科だったら内科に行かない学生を念頭に入れてというのはすごくいいアイデアだと思うのですが、1つ危惧されるのが、このコアカリの内容は、CBT とリンクしていると考えています。そうしますと、もし国家試験のガイドラインとのギャップが非常に大きくなると、そういうことは起こってほしくはないのですが、CBT のハードルが下がってしまい、学生がそのまま臨床実習に行き、国家試験が近付くと、国家試験のガイドラインを見て、あ、これじゃだめだと、そこでものすごい勉強しなければいけなくなる。そうすると、臨床実習に身が入らないという事態も起こり得るのではないかなと危惧しています。ですから、コアカリの内容と国家試験のガイドラインはある程度は整合性がないと、学生が臨床実習始まってから慌てるといったことが起こるのではないかと危惧しまして発言させていただきました。

【前田】 ありがとうございます。歯科はちょうどコアカリの改訂と国家試験の出題基準の改定、今年同時に行われるということで、もう少し頭を使って連携をさせていきたいというのが歯科の考え方になっているかと思います。

それでは、最後の話題、医科と歯科の連携についてという話題にしたいと思います。これは特に歯科の方から先ほど沼部先生の方から問題提起がされましたけれども、もうしよろしければ、もう一度、先生、簡単に御説明いただけるとありがたいと思います。

【沼部】 先ほどカリキュラムの変更についての御提案という形で、歯科と医科の連携という話が何回か出てきていて、歯科の側から医科の知識をより積極的に学ぼうということがたくさんあるんですけれども、逆に医科から見た歯科って一体どうなんだろうかという議論になったところで、コアカリを見せていただきますと、先ほどお話ししたようにD-14の(4)の9)のところに、わずかに、う蝕と歯周病と全身の影響と書いているにすぎないということで、もう少し現在のよな、誤嚥性肺炎防止のための口腔内ケアということを含めて様々な口腔内の疾患と医科の疾患とのつながりが明白になってきた現在、医科の方に少し大きな項目としてこのコアカリの内容を入れていただけないかという御提案をさせていただいたという、そういうことです。

【前田】 いかがでしょうか。うちの大学も医歯学総合病院であって、周術期とかということで医科と歯科が連携していろいろなことをやっているということでございます。この件に関しま

して、歯科としては、私の方では、医科と連携するために必要な医科的な疾患をどういうふうにしてコアカリの中に入れようかというような話をしていますけれども、医科の方からはこういうような動きはまだありませんでしょうか。北村先生、いかがでしょうか。

【北村】 午前中もちっとディスカッションあったんですが、やはり高齢者になって嚥下障害とか歯科の方との連携が今後ますます重要になってくる。ただ、現在、連携が十分とれているかという、そういうわけではない。あるいは、医科から歯科の方にアプローチしていかないと保険が通らないとかそういう問題もきょう認識しましたので、改訂の方にどんどん入れていきたいと思っています。ありがとうございます。

【前田】 この件に関しましては……、ああ、どうぞ、関本先生。

【関本】 前に、医科の先生に歯との連携ということで、教育がどういうふうになされているのかというお話をしたことがあるんですけども、そのときのお答えは、医学の方も、今、前田先生、医歯学総合というお話で、医学部と歯学部が一緒になっているところと、それから、医科の単科大学、それからもう1つは地域性で、歯科大学、歯学部がないところとあるところ、そこでもう教育の方略が少し違っているのではないかというお話があったんですけども、コアカリに包括ケアであったり、訪問、在宅診療であったり、いわゆる医と歯の連携が必要な教育をする場合に、そういう方略としてはどうなんでしょうかというのを僕はいつも疑問があります。方略的にそれが可能であれば、コアカリに載せるということは非常に意味があるんだろうと思うんですけども、載せて、いや、なかなかそれは方略的に難しいということはないんでしょうかというのがちょっと質問なんですけれども。

【前田】 難しいですね。この件に関しては、医科と歯科の連携というのは1つの命題になっていますので、専門研究委員会の方で医学の方には歯学の方が出ています、歯学には医学が出ているということで少し連携をとらせていただきたいと思っております。

時間も押してまいりましたので、それでは、アドバイザーの先生方に少しコメントを頂きたいと思います。では、まず福島先生、お願いします。

【福島】 どうもありがとうございました。じゃ、ちょっとコメントだけで。最初に教養教育の話をさせていただくと、やはりよい議論で、教養教育は階層性ではないので、教養が終わったから専門をやって、その後大学院というわけではなくて、実際には医療を実際にやるときに、生涯学び続けるものでしょうし、それから、実際のケースに対して判断するときに必要なのは、自然科学の知識だけじゃなくて、ヒューマンサイエンスであって、ソーシャルサイエンスの知識が必要だと。そういう意味で、生涯学習という観点から、是非教養教育というのは考えていくべき

だと思います。

そうすると、総合大学であろうと、医科の単科でも、歯科の単科であろうと、例えばこういう教養教育の科目を受け持っている人は、実は医師養成課程の1人であるということで、まさにそこにアウトカムが関わってくるんだらうと思います。アウトカムというのは、要は、全ての教職員・学生が共有して、1つの目標に向かってカリキュラムを作っていくって、そして、協働作業するための指標がアウトカムだと思うので、そういう形でアウトカムというものが方向目標として。方向目標と考えれば、卒後の研修も、それから、生涯学習も全て同じものだと思いますので、方向目標としてのアウトカムという考え方をやっぱりコアカリで、これが卒前の最初ですから、そういう形で検討していく必要が十分あるんだらうなということを感じました。

あと、項目減らしの話なんですけれども、これ、やはり発想の転換を。ちょっと期間も迫っているんで、今回できるかどうか分かりませんが、ただ、要は、共用試験の出題基準としての意味合いが非常に強かったモデル・コア・カリキュラムという反省に立たなければいけなくて、そのときにどうしても出題基準という考え方をするならば、これはSB0にならざるを得なかったと。名前をSB0とは言わなかったですけども、実際に作ったときには、出題基準なんだから、これ、出るものを明確化しましょうね、出ないところは明確化しましょうねという形で作られているということからすると、この項目を1つ減らすと、それはキーワードが1個全部なくなってしまうじゃないかと、そういう形の構成になっています。

これをどうするかということに関しては、もう少し深い議論が必要で、逆に言うと、次の改訂のときの目玉にするぐらいのものなんだと思います。そういう意味で、方向目標としての資質・能力と、それを説明するものとしての学修目標という形を是非今から考えないと次に間に合わない。今回は間に合わないと思います。無理だと思います。焦って余計なことをすると、怒られるような気がする。ただ、やはり改訂をすることによって、on the job training ですから、その中で問題点を見つけるという作業を今していかなければいけないんじゃないかというふうに感じました。以上です。ありがとうございました。

【前田】 ありがとうございました。

じゃ、北村先生、アドバイザーということで。

【北村】 きょうの議論、ありがとうございました。1点集中的で、今の福島先生が取り上げていただいたことに関して私の意見を言わせていただきます。このコア・カリキュラムと国家試験の出題基準というのは、基本的に全く質の違うものだと思います。コア・カリキュラムは、最低これだけは勉強してくれと。出題基準は、本来は学生のためのものではなくて、問題を作成す

る人に対して最大限この範囲の中で作ってくれですので、これをはみ出た問題は作ってくれるな、あるいは問題が紙で聞く5択の問題の基準です。だから、コア・カリキュラムとは全く質の違うものなので。

コア・カリキュラムと特に整合性をとりたいなと思うのは、シームレスな連続性をとりたいなと思うのは、研修の到達目標だと思います。そういう観点から、研修と特に整合性をとりたいなと思っています。伊藤先生がおっしゃるように、確かに病名だけで見れば出題基準はたくさんありますけれども、国家試験の出題基準は、単語だけ書いてあるわけで、学生泣かせのものですから、それにコアカリが追随する必要はないような気がします。コアカリに書かれているものはある程度の深さで勉強していただきたいと、そういう願いがあります。ということで、コアカリは全ての人が最低限学ぶものということで、おそらくコアカリをそうやってちゃんと理解したら、ほかのことを知らなくても、国家試験は通ると思います。

もう1つ、無理かもしれないんですが、国中が国家試験に向かって6年生が勉強するというのはもうぼちぼちやめて、例えば予備校の試験で上位上半分になった人は国家試験の前日まで臨床実習をします。下半分の人だけ勉強してもらうとか、もっと教育を真剣にシームレスに臨床実習につながるように我々は考えていかないと、言ってみれば、9割以上が通る試験に対してなぜ我々は狂想曲を演じなければいけないのかと。落ちても1割じゃないですかと思ってしまえば、むしろ患者中心の医療を考えれば、臨床実習、研修とスムーズにつながっていく方がいい医者が出るわけなので、教育者が集まってよりよい学修を考えていただきたいなと思っています。

【前田】 ありがとうございました。

それでは、歯科でアドバイザーの俣木先生、お願いします。

【俣木】 先生方、お疲れさまでした。大変有益な御議論をしていただき、ありがとうございます。今回特によかったのは、このコア・カリキュラムを考えると、今までは目標の羅列だったのが、方略と評価まで考えられて初めてカリキュラムについて本格的に御議論をいただいたということです。このことだけでもかなり軽減化がされるのではないかと思います。要するに、実行可能なカリキュラムかどうかということでふるいに掛けられます。そのような御議論が今回かなり深められたということと、あと、やはり医学系と歯学系の連携でしょうか。そういうことに関してのいろいろな意味での教育の連携や、実際の現場でもそのような連携が行われなければいけないという点で、私たちにもやらなければいけないことが増えたように思います。

また、歯科の方の先生方には特に、コア・カリキュラムのこの改訂に当たって、かなり有益な情報を頂きまして、本当にありがとうございます。今後いろいろなことに利用されると思います。

本当にきょうはすばらしい御議論をありがとうございました。以上です。

【前田】 ありがとうございました。

それでは、総合討論を締めたいと思います。

(5) 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

この会、5時45分までということですが、あと2分しかないので、3分ぐらいでお話いたします。

まず第1に、平成28年度のこのワークショップの主題は、医学教育のモデル・コア・カリキュラムを詰めていこうということです。趣旨説明と資料の調整ですが、文科省高等教育局の佐々木企画官をコアとして、文科省の方々が非常にきびきびと働かれ、良く整えられていると思いました。今日のディスカッション、ワークショップの概要は大学に帰って報告するための資料になりますが、非常によくまとまっていると思います。

さて、まずこのコア・カリの策定推移ですが、平成13年に初版が作られて、平成22年に改訂されました。高久先生が総括まとめられ、江藤先生が歯学関係をまとめられたと思います。私と北村先生は、そのコア・メンバーとして参画しました。そして、今ここに平成28年から平成29年にかけての3回目の改訂をやっているとしています。これは必要なことですが、現場にとって仲々大変で難しいだろうなと思いました。

今日のワークショップの形、①何かテーマを設けられて、②グルーピングをして、③その中での各人の役割が設定されて、④ディスカッションをして、⑤その中で予め定められた責任者がプレゼンテーションをする。そして、⑥全体の出席者中から何か質問があったらその人が答えるという形のワークショップの展開ですが、みんなが参画しているという雰囲気があり、事実、先生方もそのように感じられたと思います。さて、Q&Aは自由、追加メッセージもOKだよということですので、仲々もって言い難かったり、レポートに書き足りなかった方々は、追加メッセージを送られたと思います。

先ほど北村先生にちょっと確認したのですが、あのレポートにああ書いたけれども、ディスカッションを、ワークショップを経てもうちょっと考え方が変わったとか、プラスアルファが出たという人は、できるだけ簡潔なメッセージを文科省の事務局の方に送って結構だそうです。

コア・カリですが、医学部の教育時間の約3分の2の時間分のコア・カリの部分は本日のように足したり、引いたり調整をどんどんやっていただいて、形を整えてスタートすることになると思います。そして、余った3分の1の部分をどうするかが各大学の課題、可変部分です。その1つは医学教育に国際性を持たせるためにどのような方略を各大学のキャパの中でやっていくか。英語の問題も出ましたし、本当に重要なことだと思います。つまり、日本の医学教育に国際性を補強させる工夫です。

それから、2番目は基礎と臨床医学とのドッキング、あるいは各産業界あるいは技術、ベーシックなサイエンスをしている人たちと医学部の協同活動をどうするかです。日本医学界の知的レベルは非常に高いのですが、知的財産の開発、世界への情報の発信を是非各大学で考えていただきたいと思います。

3番目は教養教育です。教養はどこまでが終わりだなんていうことは多分ないと思います。基本の

基本は、教養ある教員が自分のスペシャリティーを教えると同時に、自らの感性、教養を若い人に伝えていくということを大学人の姿として行い、これをキャンペーンすることが重要だと思います。

そして、今日は教務委員長あるいは医学部長、学長の先生、あるいはその方より本日出席を委託された方々がおいでになっただけに、さすがに最後まで非常にいいディスカッションが行われたと思いました。みんなの目がわっここっちに来ているというのは本当にすばらしい会であったと思います。企画された方、出席された方、皆さんで参画された会となりました。本当に御苦労さまでした。