

診療参加型臨床実習の実施のためのガイドライン第二版(案)

研究協力者 九州大学
吉田素文、菊川誠、武富貴久子

平成23年度文部科学省先導的・大学の改革推進委託事業
医学・歯学教育の改善・充実に関する調査研究
医学チーム シンポジウム「参加型臨床実習をめぐる」
日時:2011年12月2日(金)13:00~17:30
場所:東京大学医学部教育研究棟14階鉄門記念講堂



背景および目的「源流」

- 現在、わが国で普及しつつある、診療参加型臨床実習や基本的臨床技能のシミュレーション学習の源流は、昭和62年(1987年)の「医学教育の改善に関する調査研究協力者会議(文部省)」の報告まで遡ることができる。
- 臨床実習により病む人に多く接し、その病態や苦しみの実態に触れることが医師としての人間教育に重要
- 患者への面接技法を含めて、診察技術の修得を到達目標に加える
- 臨床実習をより効果的に行うには、実際の患者の診察のみならず模擬患者を用いたり…(中略)…大学附属病院では、医学生を診療チームに参加させるシステムの導入も考えられる



この四半世紀の国と九州大学の医学教育制度改革

昭和62年(87年)	医学教育の改善に関する調査研究協力者会議(文部省)
平成3年(91年)	大学設置基準の大綱化(文部省)
平成3年	臨床実習検討委員会報告(厚生省)※医学生の実行に關する違法性阻却条件
平成6年(94年)	九大医学部新カリキュラム(平成第2次カリキュラム)開始
平成8-11年(96-99年)	21世紀医学・医療懇談会第1次-第4次報告(文部省)
平成13年(01年)	歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議(文部科学省)医学教育モデル・コア・カリキュラム、診療参加型臨床実習の実施のためのガイドライン策定
平成14年(02年)	共用試験実施機構の設置(全国医学部長病院長会議=医学部連合体)
平成16年(04年)	九州大学が法人化
平成16年	臨床研修必修化(厚生労働省)
平成17年(05年)	共用試験CBTとOSCEの正式実施(医療系大学間共用試験実施評価機構)
平成19年(07年)	九大医学部医学部新カリキュラム(平成第3次カリキュラム)開始 九大医学部生命科学科の新設
平成19年	モデル・コア・カリキュラムの小改訂(文部科学省)
平成20年(08年)	医学部の全国的定員増開始
平成21年(09年)	臨床研修制度のあり方等に関する検討会(文部科学省・厚生労働省合同)、 医学教育カリキュラム検討会(文部科学省)
平成23年	モデル・コア・カリキュラムの大改訂(文部科学省)

3

背景および目的「前回」

- 我々は、平成10~12年度に「効果的な臨床実習の導入、実施のあり方に関する研究」を実施し、その研究成果を基に平成13年3月に「診療参加型臨床実習の実施のためのガイドライン」を公表した。(PPTの次の資料)
- また、当時、診療参加型臨床実習を導入するために解決を必要とした課題や、大学における臨床実習改革の状況など、上記ガイドライン作成の背景と経緯、そして将来の展望について報告した。(資料P.7/7)



背景および目的「その後」

- この10年間臨床実習をめぐる制度上の大きな変化
 - 初期臨床研修の必修化(平成16年)
 - 共用試験システムの正式実施(平成17年)
 - 医学部医学科の定員増(平成20年~)
- 初期臨床研修制度見直し(平成21年)
 - 関連する制度等の見直しのひとつとして、臨床実習の充実を図るなど、医学教育のカリキュラムの見直しを行うことが報告された。
- 「医学教育モデル・コア・カリキュラム」
 - 平成19年に小改訂
 - 平成23年3月に大改訂



背景および目的

- 今回、臨床実習を充実するための体制作りと、その一環として作成される臨床実習指針とに関する提言を作成するため、10年前の調査方法を下敷きとして、各大学の臨床実習指針を解析し、また最新の質問紙調査結果を基に新たなガイドラインを提案する。



10年前の予測

- 次のガイドラインは診療参加型臨床実習を導入した大学間で、実習運営上の課題解決に共同で取り組む、またはカリキュラム向上のために相互評価、第三者評価を導入することと関連して複数の大学間で作成されるべきであると考えられる。あるいは、米国のように診療科毎に作成されることになるかも知れない。

吉田素文、山本博道、「診療参加型臨床実習の実施のためのガイドライン」作成の経緯、大学と学生(文部科学省)、第438巻、P.25-31、2001。

改訂上の留意点

- 初版は「実習指針(P.109)」の文例と考え方が中心
 - 本文中と巻末の文例の区別が不明瞭
 - 実習指針の文例と体制作りの文例が混在
- 第2版では、「実習指針」の文例(サンプル)を「ログブック」に任せ、体制作りとその考え方に関する記述を、現状に合わせる。

ガイドラインの大項目について(P.110)

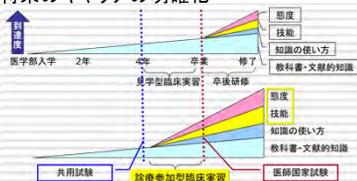
- I. 診療参加型臨床実習のイメージ作りとカリキュラム
- II. 診療参加型臨床実習のカリキュラム作成上の要点
- III. 法的課題とその対応
- IV. その他実習指針に含まれるもの

I. 診療参加型臨床実習のイメージ作りとカリキュラム(P.111-115)

- 当該大学が診療参加型臨床実習へ移行する意義
- 診療参加型臨床実習とは

I. 診療参加型臨床実習のイメージ作りとカリキュラム 当該大学が診療参加型臨床実習へ移行する意義(1)

- ⇒ 内容(テーマ)を現状に合わせて見直す。
- 1. 学習面のメリット(詳細は「診療参加型臨床実習とは」に記載)
 - 医学知識: 想起レベルから解釈、問題解決へ
 - 技能・態度: 「机上の空論」から「OJT+振り返り」へ
 - 将来のキャリアの明確化



I. 診療参加型臨床実習のイメージ作りとカリキュラム 当該大学が診療参加型臨床実習へ移行する意義(2)

- ⇒ 内容(テーマ)を現状に合わせて見直す。
- 2. 医師免許試験制度の現状から
 - 医師資格の有無をOSCEやポートフォリオで直接評価しない、わが国の医学・医療の質向上に必須
 - 医師が具有すべき技能・態度の修得は、厚生労働省から各大学の臨床実習に付託されていると解釈できる。
- 3. 臨床研修プログラムの弾力化に伴い、大学には診療参加型臨床実習を充実する責務があることを認識

I. 診療参加型臨床実習のイメージ作りとカリキュラム
診療参加型臨床実習とは(1)(P.111-114)

1. 実習のねらい
2. 臨床実習チームの教育体制
3. 一日の基本的流れ(学生が行うこと、DVD参照)
4. 診療参加型臨床実習の利点
 - 学生にとって
 - 指導医にとって
 - 患者にとって

⇒ サンプルを「ログブック」に記載、ガイドラインから参照

ICCO KYUSHU UNIVERSITY

I. 診療参加型臨床実習のイメージ作りとカリキュラム
診療参加型臨床実習とは(2)(P.114-115)

5. 移行の際に留意すべき点
 - 学生が受け持ち患者さんに接するときの注意点
 - 学生が認識しておかねばならない法的側面
⇒ 「ログブック」に記載しガイドラインから参照
 - 指導にあたる医師が患者診療から離れた教育プログラムを組む時の注意点
 - 指導にあたる医師が学生による診療参加について認識しておかねばならない法的側面
⇒ ガイドラインに記載

ICCO KYUSHU UNIVERSITY

II. 診療参加型臨床実習のカリキュラム作成上の要点
 (P.116-118)

- 必修カリキュラムと共通カリキュラム
 - 必修の学習目標の設定について
 - 複数の診療科で共通する必修目標の設定について
⇒ 外来実習(新患、再来)、病棟実習、地域医療実習について全国の状況と考え方を追記
 - ⇒ 臨床実習期間に行われる研究室配属を記載
 - ⇒ シミュレーション・ラボの利用について追記
- 評価のあり方
 - ⇒ ポートフォリオ評価、ICTの活用、360°評価などの考え方を記載(ポートフォリオ等のサンプルをログブックに記載)
 - ⇒ 実習期間中に診療科単位だけでなく、全体でフィードバックと振り返りの機会を設定し、学習意欲向上のための形成的評価を実施
- 実習統括部門の整備
 - ⇒ 実習の組織的な運営や改善について考え方を記載

ICCO KYUSHU UNIVERSITY

III. 法的課題とその対応(P.119-122)

- 学生が診療業務を行うことについての法的位置付け
- 学生による正規の診療録記載と文書作成について
- 学外実習協力病院における診療参加型臨床実習
- 学生が当事者となる医療事故の予防、発生後の対応について

ICCO KYUSHU UNIVERSITY

III. 法的課題とその対応
 学生が診療業務を行うことについての法的位置付け(P.119)

⇒ 体制整備は進んだが、記載は必要

	平成12年度 %大学数(n=38)	平成23年度 %大学数(n=76)
許容される 医行為の水準	42%	78%
同意の取り方	11%	39%

ICCO KYUSHU UNIVERSITY

III. 法的課題とその対応
 学生が診療業務を行うことについての法的位置付け

⇒ 医行為水準の記載を見直す。

(侵襲的医行為等の例示の検討等)

- なお、具体的行為の侵襲性等の程度については、大学の診療体制、学生の知識・技能の習得状況、患者の状況等によっても異なり、基本的には医学教育の現場において個別に判断すべきものであるが、各大学における取り扱いの一定程度の認識の均衡を確保する観点から、侵襲的医行為等に該当する可能性が高い行為を例示すること等についても検討することが望まれる。

医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議 最終報告(平成19年3月)

ICCO KYUSHU UNIVERSITY

Ⅲ. 法的課題とその対応 学生による正規の診療録記載と文書作成について

⇒ いわゆる「電子カルテ」の取り扱いについて追記

- 診療参加型臨床実習については、平成13年協力者会議により「診療参加型臨床実習の実施のためのガイドライン」が示されているが、今回の診療参加型臨床実習に関する提言やモデル・コア・カリキュラムの改訂等を踏まえ、その改訂について検討することも必要である。その際、各大学の実態を把握した上で、診療情報の電子化等を踏まえた統一的な取り扱いについても検討することが望まれる。

医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議 最終報告(平成19年3月)

Ⅲ. 法的課題とその対応 学生による正規の診療録記載と文書作成について いわゆる「電子カルテ」の取り扱いについて

- 大学病院のカルテ委員会等、医療情報、医療政策、医療安全および医学教育の専門家によるワーキンググループを設置
- 学生による電子カルテと紙カルテ、および正規のカルテと模擬カルテの使用に関する意義や課題について検討し整理
- 電子カルテの基本仕様と学生が使用する際の遵守事項を策定

Ⅲ. 法的課題とその対応 学外実習協力病院における診療参加型臨床実習

⇒ 地域医療実習の普及に関する背景、学習上のメリットなど、考え方を追記

Ⅲ. 法的課題とその対応 学生が当事者となる医療事故の予防、発生後の対応について

⇒ 院内感染対策や危機管理体制について追記

1. 学生に障害が起こる事故について
2. 学生の行為により患者さんに傷害が起こる事故について
 1. 指導にあたる医師の指示に基づく医行為
 2. 指導にあたる医師の指導・監督外の行動
 3. 学外病院における臨床実習中の医療事故の対応
 4. 学生が加入する保険について

Ⅳ. その他実習指針に含まれるもの

⇒ 電子錠用のIDカード、院内PHSなどの取り扱いについて記載

- 配属日程表、集合場所、指導にあたる医師連絡先、学生グループ分け名簿
- 各臨床技能の学習要領、指導要領など

ガイドライン浸透のために

- 臨床実習の充実は医学科の責務
- 臨床実習を安全・安心に実施するための体制整備は大学や実習病院の危機管理の一部
- 教員や医師は実習内容を重視する傾向
⇔ 体制整備への関心に個人差
- 体制整備の意思決定を学部長・病院長等、トップを中心とする教員・医師が行い、具体的な文書作成や手続き等の整備を事務が実施
- 学生や指導医等への説明は教員・医師の仕事
- カリキュラム統括部門等が潤滑剤として活躍

12/2（金）シンポジウム質疑応答

吉田素文先生

質問

ログブックのことと含めてガイドラインの中で、ちょっとお聞きしたいのですが、学生さんの形成的な評価等をですね、どのくらい共通に扱うのかというのは、個人情報としての成績開示と言う面では、気をつけなくてはいけないんじゃないかと思います。うちは、学生さんに成績開示を、家庭にしてないという問題があります。それは実際どうやるのかと言うと、平成19年に大学間では同意がなされていて、学生さんが入る時に、自分の成績は親に返してもいいと、承諾を取って返すことになっているんです。なので、こういうログブックを作って研修の状況がこうだ、その時のパフォーマンスはこうだったと、普通私たち形成的な評価として、その一回かぎりで終わっていることを、もし継続的に載せるとなると、そのハンドリングについて、学生さんの同意が必要なんじゃないかと思いました。共通のものを持って持ち歩いたときに、本当にその評価を、次のセクションに渡すのに、何か一定のフィルターがないと、ちょっと危険なところがあるのかな、と思っているんですが、その辺はどうでしょうか。

回答（吉田先生）

先生がおっしゃってらっしゃるのは、例えば先ほどのアンプロフェッショナルな行為とかそういうことでしょうか。

質問

アンプロフェッショナルな行為とか、何かやった時にこうだ、というような。セーフティが確保されていないと、学生さんは何も話さなくなりますよ。そこをもしかしたら、いいものを使っているかもしれないけど拾えない。それを記載していく、持っていくとなると逆に書かない、というふうになってしまう。機能しなくなる可能性があるんじゃないかなと思います。その辺のハンドリングを、どのようなラインでやるのかっていうのは教員がどこか決めておかないと、実際には機能しなくなるのではないかと。

回答

ありがとうございます。今、学生が書かないって言うお話もありましたし、そういえばその話は確かインシデントレポートは、看護部からはたくさん出るけれど、医師はあまり書かないというのに似ているのとか思いながら話を伺っておりました。ただやはり、そういうことは学生時代から、自分で書かないと書けませんよね。インシデントレポートに

しても、何にしても。ですから、書くことがかえって自分の身も病院も安全にする、というような教育が必要なのではないかと思います。それが一点です。ただ、学生の評価としての個人情報をごどのようにハンドリングするののかと言うことはまたそれとは別の点ですね。それは検討が必要であると思います。そのことについても、ガイドラインに入れたいと思います。ありがとうございました。

司会

そうですね、あまり検討していない話題でした。

回答（錦織先生）

きわめて難しく重要な問題だというふうに私自身は考えております。このように学習記録をポートフォリオ化の形で持っていて、評価に使うのか学習に使うのかのバランスをどこに落とすのかというところの問いになってきます。より形成評価、さらには総括評価にまで使っていくとなると、先生のおっしゃる通り、より学生はしゃべらない、書かないし、表層的なものになっていく可能性があるかと思います。一方で、学習を促進させるモチベーションを高めるという方向で、このログブックを使っていくとなると、評価に使いにくくなる。田川先生のお話にあったように、なんとなくこれで評価に使えますか、ということになってきて、なかなか難しいなと思いつつながらこの日を迎えてしまったものですから、その辺に関しても広くご意見を頂ければと思います。

回答（吉田先生）

ありがとうございます。ちょっと補足ですが、アメリカの西海岸の大学を中心として、複数の施設で、臨床実習中の記録と、その卒後に日本で言えば厚生労働省に訴え出られるような、医療審議会にかかるような行為をした卒後に、その医師が卒然の臨床実習で、どのような評価されていたのかという後ろ向きの研究が行われています。それについては「無責任」「批判を受け入れず理屈っぽい」の二つの記載が、臨床実習の記録として評価として書かれていた学生が優位に高かったと、いうふうな結果になっています。そのことを考えてみると、日本の医学科の臨床実習で、そういったことを記録されているか、ということが将来的には問われるだろうと思います。今回ナショナルボードが、ポートフォリオを医師の資格評価に入れようとしているのは、おそらくそういう研究の成果が裏で動いているのではないかと思います。数年経てば日本ではどうなっているのか、という話が出るのではないかと思います。そう考えると、評価を学内で保持しておくということが、必要になる可能性がある。今でもおそらく裏ではどんな学生時代だったのかという調査は行われていると思いますので、そのことは記録として持つ必要があるのではないかなと思います。先生がおっしゃったことは、学生に同意を取るのかどうかと言うことですので、それも含めて検討したいと思います。ありがとうございます。

医学教育機関の 国際認証について

東京女子医科大学医学部医学教育学
吉岡俊正

1. 医学教育国際分野別評価の動向
2. 国際基準における臨床実習のあり方

話題

教育の質保証とは
医学教育質保証についての国際動向

医学教育国際分野別評価の動向

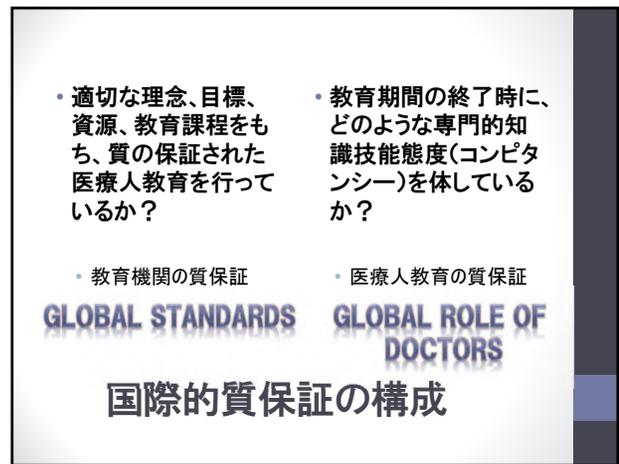
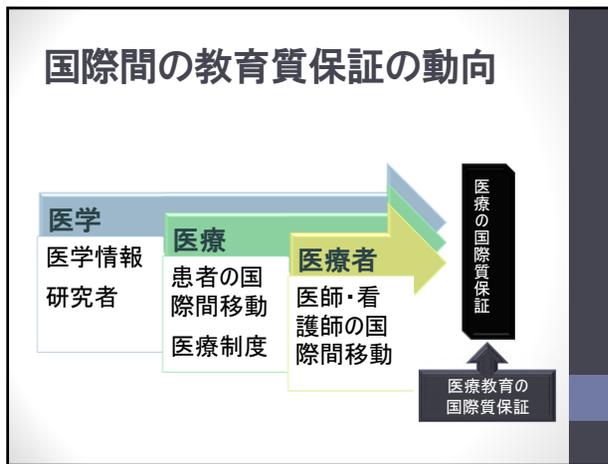
教育質保証の方法

無保証	・ 教育計画・実施
内部保証	・ 計画・実施・検証・改善 ・ 内部評価
外部保証	・ 教育プログラムと組織 ・ 外部評価

教育の質に関わる因子

内部因子 経営管理 大学理念 教育目標 設備・施設 教育予算 教育組織	内部因子 実施 アドミッション(入学者選抜) カリキュラム 学生評価 ディプロマ(卒業認定)	外的因子 コア・カリキュラム 国家試験出題基準 社会的需要
---	---	---

教育の質保証段階



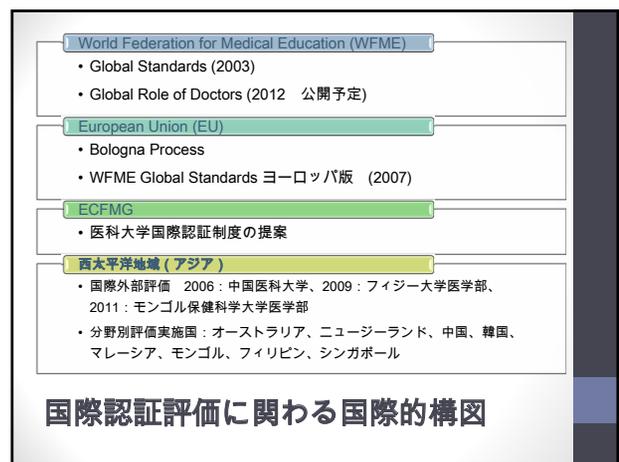
国内医科大学・医学部間で「国際基準」が注目されたきっかけ

2023年以降、国外の医科大学卒業生が米国で臨床研修を受けるための資格試験(USMLE)を受験するには、卒業した大学が米国の医科大学認証評価機関(LCME)による認証、もしくは世界医学教育連盟のグローバルスタンダードに沿った国際認証を受けてなくてはならない。

World Federation for Medical Education

ECFMG

FOR IMMEDIATE RELEASE
September 21, 2010



世界医学教育連盟グローバルスタンダード評価項目(領域)



1. 医科大学の使命と目標
2. 教育プログラム
3. 学生評価
4. 学生
5. 教員
6. 教育資源
7. プログラム管理
8. 管理運営
9. 継続的改良

2.5 臨床医学と技能

WFME グローバルスタンダードの臨床実習に関する基準

グローバルスタンダードの構造

基本的水準

- ・全ての医科大学が達成すべき基準
- ・～しなくてはならない。

質的向上のための水準

- ・より高質の教育を目指す際の基準
- ・～すべきである。

注釈

- ・それぞれの水準の意味、解説、具体例

2.5 臨床医学と技能 基本的水準

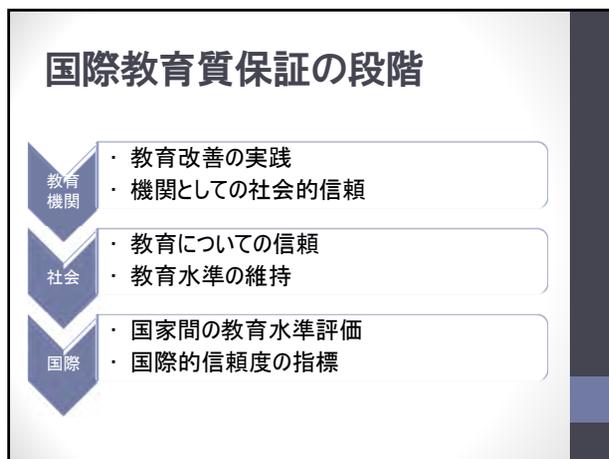
- ・医科大学は、学生が卒業時に適切な臨床的責任を担うことができるように、患者との接触を持つ学習機会を含み、適切な臨床的知識と技能を確実に修得させなくてはならない。

2.5 臨床医学と技能 質的向上のための水準

- ・全ての学生が患者ケアを担うことができるようになるために、早期から患者との接触機会を持つべきである。教育プログラム進行段階に合わせて様々な臨床技能の要素の訓練が組み込まれるべきである。

2.5 臨床医学と技能 注釈

- ・臨床科学の内容は、地域で必要とされること、関心や歴史的背景により異なるが、内科学(専門科目を含む)、外科学(専門科目を含む)、麻酔学、皮膚科学、放射線診断学、救急医学、総合診療/家庭医学、老年科学、産婦人科学、臨床検査学、神経科学、神経外科学、腫瘍学・放射線治療学、眼科学、整形外科学、耳鼻咽喉科学、小児科学、病理解剖学、理学療法とリハビリテーション科学、精神医学等を含む。
- ・臨床技能は、病歴聴取、身体診察、診断・検査技能、救急処置、コミュニケーション技能、チーム医療の先導技能を含む。
- ・適切な臨床責務には、健康促進、疾病予防、および患者ケアが含まれてもよい。
- ・患者ケアへの参加には、関連する地域での経験や他の医療・保健専門家との協働が含まれてもよい。



12/2（金）シンポジウム質疑応答

吉岡先生

質問

技能のことについてお伺いします。日本では、学生に認められている進取的医行為がありますが、国際的にはさらに踏み込んだ行為を求めるようなことが多いのでしょうか。

回答（吉岡俊正先生）

国際基準からですと、そういう細かい点については触れておりません。きちんと医者としての基本的な知識・技能・態度をちゃんと定めて、それを達成してほしいと書かれております。一方、医学教育が進んでいる各国では、コンピタンスという言葉で表現されますが、態度と技能をきっちり習得させ、達成されているかということを決めています。この国際基準の中にも、教育アウトカムを定めて、きちんと評価をするということは別の所ですが含まれています。

大学認証機関について

東京慈恵会医科大学
教育センター
福島 統

2011年12月2日「参加型臨床実習をめぐって」

歴史的経過

1. 昭和21年：戦後のGHQ(公衆衛生福祉局：サムス大佐)による医専の整理、国家試験・インターン制度の導入
2. 昭和23年：大学基準協会が「医学教育基準」を策定
3. 昭和29年：医学進学課程導入により大学基準協会「医学教育基準」を変更
4. 昭和43年：インターン制度廃止・臨床研修制度の導入により、文部省が医学部設置基準を策定

5. 昭和48年：国立学校設置法等の一部を改正する法律(昭和48年法律第103号)により、筑波大学医学専門学群を設置、6年一貫医学教育が可能となる。
6. 昭和49年：国立学校設置法施行規則の一部を改正する省令(旭川、浜松、および宮崎医大に副学長、事務組織の特例、参与が設置された)
7. 昭和50年：医学専門課程4,800時間の上限が撤廃
8. 平成3年：大学設置基準の大綱化

9. 平成10年：自己点検評価が実施義務
10. 平成16年：認証制度が開始(学校教育法第百九条から百十二条により規定：わが国の認証評価制度はその対象を「大学」としている。すなわち、「機関認証」が法的に求められており、分野別認証に関しては法的整備がされていない。例外として専門職大学院は分野別質保証としてのプログラム評価を行うことが法で定められている。専門職大学院として分野別質保証が学校教育法で求められているのは、法科大学院、商科大学院、会計大学院、助産師養成大学院である。)

敗戦直後の医育機関(国内)

帝国大学医学部：東京、京都、東北、九州、北海道、大阪、名古屋

官立医科大学：新潟、岡山、千葉、金沢、長崎、熊本

官立医専：上記13大学附属医専、前橋、青森、松本、東京医科歯科、徳島、米子

公立大学：京都府立

公立医専：鹿児島、徳島(女子)、岐阜女子、三重女子、名古屋女子、山口、兵庫、福島女子、横浜市、大阪市、山梨、山梨女子、高知女子、福岡医科歯科、京都府立女子、北海道女子、秋田女子、奈良、和歌山、広島

私立大学：慈恵、慶応、日本医大、日大

私立医専：東京女子、東京、帝国女子、大阪高専、九州高専、岩手、大阪女子、昭和、順天堂、慈恵会附属、慶応附属、日本医大付属、日大附属

昭和20年医学部入学者数：10,533名(大学：2,308名、医専：8,225名)

(橋本鉈市。専門職養成の政策過程。学術出版会2008年。p126より改変)

医学教育基準

(大学基準協会：昭和23年5月25日総会承認)

- 医学教育の修業年限は4ヶ年以上とする。1ヶ年の実際授業期間は30週以上とし、1週間の授業時間は33時間以上とする(注：3,960時間)。
- 注：修行4ヶ年の大学において2ヶ年以上の課程を修了
- 解剖学(10%)、生理学(6%)、医科学(4%)、薬理学(4%)、病理学(6%)、微生物学(4%)、衛生学(2%)及び公衆衛生学(4%)、医動物学(2%)、法医学(2%)、内科学(19%)、神経精神科学(2%)、小児科学(3%)、外科学(9%)、整形外科学(2%)、皮膚科学及び泌尿器科学(3%)、眼科学(2%)、耳鼻咽喉科学(2%)、放射線医学(1%)、産婦人科学(4%)、自由選択時間(9%)

1954年～1968年 医学教育基準

(大学基準協会): 医学進学課程は昭和30年から発足

- 医学進学課程2年間、医学専門課程4年間の6年医学教育となった。1ヶ年の実際授業期間は30週以上とし、1週間の授業時間は33時間以上とする(注:3,960時間)。
- 解剖学(10%)、生理学(6%)、医科学(4%)、薬理学(4%)、病理学(6%)、微生物学(4%)、衛生学(2%)及び公衆衛生学(4%)、医動物学(2%)、法医学(2%)、内科学(19%)、神経精神科学(2%)、小児科学(3%)、外科学(9%)、整形外科(2%)、皮膚科学及び泌尿器科学(3%)、眼科学(2%)、耳鼻咽喉科学(2%)、放射線医学(2%)、産婦人科学(4%)、自由選択時間(8%)

1968年～1973年 大学設置基準

(昭和43年インターン制度廃止、卒直後の国試)

- 1968年のインターン制度廃止、臨床研修制度の開始で、卒後すぐに医師国家試験を受験するようになった。
- 入学定員は最大120名(現在での改定されていない)
- 医学専門課程は4,200～4,800時間で、基礎医学20～25%、臨床基礎医学15～20%、社会医学5～10%、臨床医学40～50%、その他5～10%

医学部増設・臨床研修制度導入

- 昭和48年(1973年): 国立学校設置法等の一部を改正する法律(筑波大学医学専門学群設置、6年一貫教育が可能となる)
- 昭和48年(1973年): 防衛庁設置法及び自衛隊法の一部を改正する法律(防衛医大の設置)
- 昭和49年(1974年): 国立学校設置法施行規則の一部を改正する省令(旭川、浜松、および宮崎医大に副学長、事務組織の特例、参与が設置)
- 平成3年(1991年): 大学設置基準の大綱化

わが国の認証評価制度

- 1991年(平成3年): 設置基準の大綱化
- 1998年(平成10年): 自己点検評価が「実施義務」
- 2004年(平成16年): 第三者評価を義務付けた「認証評価制度」が実施
- 2011年(平成23年): 内部質保証システム構築へ分野別質保証(現在行われているプログラム評価)
 1. 専門職大学院(法科、商科、会計、助産): 学校教育法により義務化されている。
 2. 日本技術者教育認定基準(JABEE)
 3. 薬学教育(6年生)第三者評価基準

医学教育の質保証の問題点

- 質保証は、国際的に認められたその国の認証機関により行われる。その機関とは、① 大学基準協会、② 大学評価・学位授与機構、③ 日本高等教育評価機構の3つである。
- しかしながら、これらの認証機関は「分野別認証」を行っていない。大学基準協会も、大学評価・学位授与機構も一旦は分野別プログラム評価を行おうとしたが、法律が「institutional accreditation」を決めたので、学士課程では行わなくなった。

日本学術会議の動き

- 平成20年5月22日に文部科学省高等教育局長(清水 潔)が、日本学術会議議長(金澤一郎)に、「大学教育の分野別質保証の在り方に関する審議(依頼)」をだし、これに応じて、平成22年7月22日に、日本学術会議は、「回答 大学教育の分野別質保証の在り方について」を提示したが、ここでも「医学」については英国QAAの benchmark statements の紹介にとどまっている。

これからの課題

1. わが国における医学教育基準の作成(日本医学教育学会は基準・評価項目案の検討を始めた)
2. 医学教育プログラムの内部評価(自己点検評価活動とその結果の公表)、そのためのInstructional Research (IR)の構築
3. 医学教育という「分野別質保証」を外部評価で行う機関の設置(全国医学部長病院長会議で検討が始まった)
4. 自己点検・外部評価で得た課題の改善をPDCAサイクルで回す学内機構の整備

英国での医学教育の質保証

英国での枠組み

- 卒前医学教育プログラム(医学部)、卒後研修プログラム(Deanery)、専門医研修(Royal College of ……)で実施されている。
- 質保証の主体は、General Medical Council (非政府組織)
- Quality Improvement Framework (GMC) 2010年

質保証の目的

- The General Medical Council (GMC) protects the public ensuring proper standards in the practice of medicine. We do this by setting and regulating professional standards not only for qualified doctors' practice, but also for both undergraduate and postgraduate education and training.

卒前医学教育プログラムのアウトカム(自己評価のための基準)

- Tomorrow's Doctors (2009年9月)
Tomorrow's Doctors の補刷として(2011年)
1. Clinical placements for medical students
 2. Assessment in undergraduate medical education
 3. Developing teachers and trainers in undergraduate medical education
 4. Patient and public involvement in undergraduate medical education

質保証

- Quality Control: 医学部内での教育の内部的質保証
- Quality Management: 教育病院や関連教育施設での教育の質保証をその医学部が行うこと
- Quality Assurance: 医学部が行っている内部質保証(関連教育施設を含む)の外部評価による改善点の抽出とその改善

質保証の活動内容(5年サイクル)

1. 各医学部は、「Tomorrow's Doctors」をもとに、自己点検評価を行い、自己点検評価書をGMCに提出する。
2. GMC事務局で自己点検評価書を検証して、追加資料の提出などを求める。GMCでは外部評価者チーム(8名:その中には学生やLay personが含まれる)を組織する。
3. 外部評価者チームは、1年間にわたり8回程度訪問調査を行う(1年間のイベントに合わせ)。

4. 外部評価者チームはコース試験、OSCEを視察するだけでなく、学外教育病院やGPオフィスも視察する。学生、教育担当者だけでなく、卒後1年目の研修医に対しても自分が受けてきた卒前教育についてのインタビュー調査を行う。
5. 外部評価者チームはGMCに外部評価報告書を提出する。GMCはこれをインターネットで公開する。この中には、①改善点と②Good practiceが含まれる。
6. 医学部は①の改善点について3カ月以内に改善のためのaction planをGMCに報告し、公表する。
7. その後、1年ごとに医学部は改善がどこまで進んだかをannual reportとしてGMCに報告し公開する。

英国での大学認証(QAA)

- 英国では、医学教育プログラムのように分野別質保証の制度があり、大学認証はこれら分野別質保証の結果を踏まえ、組織体としての大学をThe Quality Assurance Agency for Higher Education (QAA) が認証する。

わが国での医学教育プログラム認証の課題

1. 自己点検評価を各医学部が行うためのBenchmarkの作成
2. 自己点検評価書の作成(Institutional Research (IR)のための人員確保とStaff Development (SD)の開催)
3. 外部評価を行う機構の設置(自己点検評価書の公表、検証、外部評価者チームの組織、外部評価日程の調整、外部評価書の公表、それに対する回答とannual reportの管理公表、そして「判断」)
4. 国際基準との関係

その他の問題点

- 医学教育プログラム認証の機関: 医学部集団で行うことは問題である。
- 医学教育プログラム認証と「大学認証機関」(大学基準協会、大学評価・学位授与機構、日本高等教育評価機構)の認証作業との整合性
- 学校教育法で規定されている「大学認証」と分野別質保証との整合性

私の話を聞いてくださり、ありがとうございました。

平成 23 年度文部科学省 先導的_レ大学改革推進委託事業

医学・歯学教育の改善・充実に_レ関する調査研究
医学チーム シンポジウム「参加型臨床実習をめぐって」

2011 年 12 月 2 日開催

全 体 討 論

質問要旨 タイムスケジュールが知りたい。

回答要旨 この 9 月から、日本の医学教育学会の中で日本の医科大学の基準を考えていこうという動きがある。日本の医学教育に合わせ、かつ国際的な水準は維持できるというようなものをグローバルスタンダードに基づいて平成 25 年（2013 年）の 3 月末くらいまでには作ることが必要。実施するとなると全 80 医科大学が認証評価を受けることを考え、分野別評価の実施体制を同時並行で進め 2016～17 年にははじめないといけない。国際的な基準・日本での議論もあるのでなるべく早めに進めていこうと考えている。（東京女子医科大学：吉岡先生）

質問要旨 戦前と比べて知識量が二桁ほど違っているが教育の時間が減っている（戦前 7 年、戦後 6 年）のは技術も含めて短いのでは。初期研修医の必修含め医学部は 8 年制になったととらえているが、卒業後、たとえば初期研修終了 2 年後に准国家試験を行う等途中で免許の切り替えを行うなどの方向に提案などはなされていないのか。

回答要旨 グローバルスタンダードでは、日本で言う卒前教育、グローバルスタンダードでいう Basic medical education（必ずしも国外では卒前教育ではない）、Post graduate training、Continuous medical education の 3 つのパート（卒前・卒後・専門）で構成されている。今、議論されているのは卒前教育であるが、グローバルスタンダードの卒前教育の部分でも、医科大学の教育というのは、医科大学が終わった段階で終わるものではなく、卒後の教育との関連、卒後の研修の最終的目標を持って構成されるべきと言う書き方をされている。グローバルスタンダードの視点で言うと、コンセプトとしては、河野先生がいう形で考えていくことではないかと思う。（東京女子医科大学：吉岡先生）

回答要旨 日本のシステムの弱点として、卒業後（研修・専門医教育）は厚生省の管轄になり、大学卒業まで・大学院までは文科省と言うことで、その整合性も必要かと思う。（東京大学：北村先生）

質問要旨 WFME では Roles of Doctors を作ろうとしていると話の中で、日本ではコンピテンスが十分でないとのことだったが認証評価機構を作っていく中で、どうしても必要と思われる部分（Accreditation と Competency）を、合わせて作っていかなければならないのではないか。

回答要旨 その通りだと思う。Global Roles of Doctors は来年公開された段階で、この後の日本での基準の設計に、持っていけるのではないか。ただ大学基準などは機関を中心として作成しており、個人というのは教育機関の評価の一部とするとなると、他の部分との

兼ね合いから、そういうところから作業を進めていくのではないかと考える。(東京女子医科大学：吉岡先生)

回答要旨 組織としてワークシェアとしてやっているかどうかが基準になっているように見える。私たちはコア・カリキュラムを作り最終的に学生の到達目標がきちんとできるようにスタンダードを作ろうと努力を積み重ねてきた。それがきちんと公表される形になっていれば、新たに作る必要はないのではと思っている。学校教育法の施行規則にも、かなり細かく質の評価を大学がどうやっているのか出すようになっている。私見であるが、北村先生のこの推進委託事業でそのスタンダードをつくって、それに沿って各大学が出すということにすれば、これは文科省の管轄下でやっているとはっきりし、楽なのではないか。(医療系大学間共用試験実施評価機構：福田先生)

質問要旨 WFME の評価を吉岡先生の所で受けると聞いているが、実際に受けられたかお聞きしたい。

回答要旨 西太平洋地区の医学教育連盟 (AMEWPR) の日本代表で出ていたこともあり、このことにはわりと古くからかかわってきていた。女子医科大学で今年から新しいカリキュラムを導入し、これを外部評価を受けるという形で来年度 WFME の下部組織である AMEWPR に依頼することになっている。この結果は皆様にお伝えするのが使命と考えている。この評価に日本人も入り、実際どのように評価が行われているのかを含めて今後の参考にしてもらえればと思う。現在は自己点検評価を WFME の基準に沿って日本語で行い、今年度中に英語に直し、評価チームに送る。まずは書類審査、次いで来年の 10 月から 11 月くらいにサイトビジットという形で評価者を招いて評価を行う計画になっている。(東京女子医科大学：吉岡先生)

質問要旨 大学基準協会の視察は利用できないのか。サイトビジットもあり、詳細な報告書を書いた記憶がある。

回答要旨 やり方としては非常によく似ている。学部の評価という場合には評価者は医療者になるので、微に入り細に入り調査するが、この基準をみてもらうとかなり一般化された形で書いてある。もう一つは数値がかなり評価の対象になっている。基準はかなり質的ではあるが、内容は医学教育にかなり特化した部分があるので形としては利用可能と思う。将来的に一緒にできればよいのではと思うが、内容については分野別評価としての内容を吟味する必要があると考える。(東京女子医科大学：吉岡先生)

回答要旨 医療機構の審査というのは大学設置基準にのっとっているかどうか主体であ

る。特に、大学の定員充足率などがある。内部の質保証にかんしては少し弱い、単価の医科大学などはその辺りを強調して資料が出てくるので非常に有効な方法だと思った。ずいぶん提言したが、大方から大反発を受けた。(医療系大学間共用試験実施評価機構：福田先生)

質問要旨 吉田先生の提示されたガイドラインの中に指導医評価があり、非常に興味深い。指導医の働きが、参加型臨床実習のエンジンだと思うが、しかし、なかなかエンジンが動かないのも今の日本の現状だと思う。指導医がどうふるまうべきなのか、大滝先生のビデオをまず見て、普段の実習の合間に自己点検を行ったり、学生から具体的な評価を受けるような評価表があれば良いのではと考える。錦織先生のログブックの評価表もあるが、より具体的な方が、臨床指導医がどうあるべきか、ということが浸透していくのではないか。

回答要旨 初版のガイドラインの【文例 1-7】辺りが指導體制の評価表になっている。初版につけて、今回つけなかったのは、もう少しおおまかな指導医の評価がついていたログブックとのすり合わせが必要であったため。検討したいと思う。(九州大学：吉田先生)

回答要旨 これは、もう少し改善したいと思う。実は、知りたいのは評価の負担で、例えば学習環境評価であればドリームというものがあり、日本語に訳して使うなどいろいろな方法があるが、大変ではないのか。学生による評価・指導医による評価を増やしていくのは可能だが、負担を心配している。(東京大学：錦織先生)

質問要旨 指導医の評価は、ドリームをはじめ、ここの【文例 1-7】もそうだが、これを取り入れる前に、参加型臨床実習の指導者としての FD を行う、その FD のガイドラインや、FD がうまくいくためには、ということに議論が少なかったと思う。導入に際して、FD などはどうですか、前野先生。

回答要旨 クリニカル・クラークシップ特有の FD というのは特にイメージはない。「参加型とはなにか」「クリニカル・クラークシップとはなにか」ということは説明する必要があるが、それ以外は一般的な臨床教育技法の FD でいいのではと個人的には思う。筑波大では、初任者はその年度内に 1 度、それ以外の方は 3 年に 1 度 FD を受ける義務があるが、その中でそういった教育技法の話は取り入れている。それから、これは卒前・卒後連携になるかもしれないが、フィードバック技法などを中心にしたプログラムで指導医養成講習会を茨城県合同で最低でも年に 3 回行っている。100 人単位でその 16 時間の講習を受けた人が教授をはじめ出てきた。そういったところで充足されてきているのではないかと実感する。(筑波大学：前野先生)

提案要旨 今の話で思い出したが、北米のペーパーで、学生の満足度が低かったので研修医に 90 分のミニワークショップをしたら劇的に満足度が上がった、ということがあった。指導医講習会だけでなく、研修医の関わり方のトレーニングも必要なのでは。(九州大学：吉田先生)

回答要旨 一番大切なのは学生で、自分がどこまで期待されているのか、初期・後期研修医にはどこまで期待すべきかと言うのを伝えるのは大切であり、FD はやる必要があると考える。そういった形で学んだ学生が、今度は初期研修医になれば、非常に有機的な教育の環境ができてくると実感している。(東京医科歯科大学：高田先生)

回答要旨 医科歯科大に見学に行き、実際に学生にインタビューをして、本当にできているのだということ実感したという経緯があった。FD というよりは、上の先生方には本当にできている所があるというのを実際に観に行ってみて知ってもらうというのが重要なのではないかと。「実際にこういうものを行っている」というのを見ることが、簡単ではないができるということがわかり、良い刺激になるのでは。きょうのモデルになった所は、ぜひ受け入れて頂きたいと思う。(東京医科大学：大滝先生)

質問要旨 参加型臨床実習で、到達目標に達しない学生への対応はどうしているのか。

回答要旨 態度を評価するというのは BSL の中だけでは難しいのではと思う。自治医大では各科の教授から指摘があった場合は、基本的には補習を行う。休みなどで別に期間を取って再度履修してもらう、という対応を取っている。(自治医科大学：岡崎先生)

回答要旨 筑波大学では、態度だけが問題で臨床実習を終えられなかった生徒は思い出せないが、診療科別で言っても、1つ落ちたら必ず落ちるというものではない。病気などで2週間出られなかった場合でも6週間の休みで補習して進めてもらう形になる。(筑波大学：前野先生)

提案要旨 大滝先生のビデオが報告書などで出るということだが、そうすれば実際の例が明確になるので各大学に配布するのは非常に大事なことだと思う。前野先生・岡崎先生の大学でもできたら、実例をこういう形でやっているというように、まさに先導的の大学改革を行っている大学からデータを配布して参考にってもらうのがいいのではないかと。それがこの事業のタスクではないかと思う。(医療系大学間共用試験実施評価機構：福田先生)

提案要旨 医科歯科大学のカリキュラムで2年間の実習の表が、100人いれば100通り・100行できている。筑波・自治医科も選択や休みを組み合わせるので、そういった臨床実習の

表も一緒に見られるようにしたい。(東京大学：北村先生)

質問要旨 ビデオで示されていたのは、学生があのような場所でどれだけコンピテンスを示していたのか、ここまでできる学生をスタンダードのコンピテンシーとして提示しましょう、それが文字で記載されたコンピテンシーになると理解すれば良いのか。

回答要旨 全く違う。コンピテンシーのレベルは各大学・診療科が実情に応じて決めてもらえればいい。見学型臨床実習しか知らない人に、参加型臨床実習とはこういうものだと提示するために作成している。学生がまず夜勤の看護師から情報を得たり、上の先生とはきちんと意見を述べるようなディスカッションに参加し、その学生の考えが実際の処方に反映されたりと、チームのメンバーとしての活動であるというのを見せたかった。(東京大学：北村先生)

提案要旨 私も田川先生と同じような印象を持った。北村先生や大滝先生の意図に反して受けとられてしまうのでは。「この大学は学生が優秀だからできる。うちでは無理」と取られかねない。あの学生も臨床実習初日はもっとできなかつたはずだから「困っている」「あるある」「これならうちでもできるかも」というようなシーンがあればもっと良いと思った。(筑波大学：前野先生)

回答要旨 予算と時間の関係上、本年度中にとというのは正直難しい。あの内容でも長いと思っている。医科歯科で、動画で理解してもらったというのがわかりやすくよいと思い、ぜひそれを公開できる形で、プラス外来と言うのが今回の位置づけだった。ただ、どのような影響を及ぼすのかと言うことも重要な指摘であるので、解説をつける際に盛り込みたいと思う。(東京医科大学：大滝先生)

質問要旨 CBTの時期について、機構にも聞きたいのは大学によってと時期が異なっている。4, 5, 10, 11月は受けられないと理解しているが、これは改革・改変はあるのか。

回答要旨 話題になっていることで、各大学のカリキュラムの状況を見て、試験の実施時期を再検討なりしなくてはいけない。ただ、一年中やっていると機構が回らなくなる可能性があり、システムの整備などもあるので、そういう余裕も与えてもらいたい。だいたい毎年直っているということは把握している。いずれアンケートなどでいつ頃がいいのかというようなことも議題として話し合いたい。要望があれば総会等で聞いたうえで善処したい。実は今年のCBTで実施時期ごとにだんだん成績が上がってきてしまった。そういう傾向はこれから少し気を付けたいと思う。(医療系大学間共用試験実施評価機構：福田先生)

質問要旨 先ほどのDVDについての、指導医がもっと頑張らなくてはという議論だったが、さらに学生の数が増えていく中で「指導医がんばれ」ではなく、ここまでやっていいんだと、チームの一員として参加して医療をもっとやってほしいという形で、学生にあのDVDを見せたらどうだろうか。

回答要旨 目的の一つが学生にどんな役割を求められているのかを理解してもらうことであるので、DVDは各大学に送るとして、webで学生が誰でも見られるようにするという仕掛けを詰めていきたいと思う。(東京医科大学：大滝先生)

質問要旨 学生の抵抗というのはなかったのか。

回答要旨 最初はあるが、年が経つごとに減った。最終的な決定権は教員が握っているので、導入してしばらく頑張ればなじんでくるというのが実感だ。(筑波大学：前野先生)

質問要旨 DVDは、学生に見せる上ではあれでいいかと思うが、後期研修医や現在担当している教授に見せるとなるとやはりレベルが高すぎるのではと感じる。ああいった形で後期研修医を巻き込んでいくのであれば、さきほどのログブックを振り返りに使うのであれば、一番密接にかかわる後期研修医がフィードバックをするようなコーナーがもっとあってもいいのではと思った。

回答要旨 いれさせていただく。(東京大学：錦織先生)

司会 時間を過ぎてしまったので、あとはメールなり何らかの通信手段で意見を頂戴したいと思う。(東京大学：北村先生)

シンポジウム閉会挨拶

文部科学省高等教育局医学教育課

課長

村田善則

ご紹介いただきました文部科学省医学教育課の村田でございます。本日は先導的の大学改革推進委託事業のシンポジウムにご出席をいただきありがとうございます。また、リーダーをお務めいただきました北村先生はじめ多くの先生方に大変貴重なご提言をいただきまして、心から御礼を申し上げます。錦織先生からは臨床実習のログブック、大滝先生からは先ほども話題になりましたDVDについてご提案を頂きました。また吉田先生からは10年越しというお話がございましたガイドラインの改定につきまして、ご提言をいただきました。いずれも各大学でこれから臨床実習の充実について考え、実際に進めていただく上で、非常に参考になるものだと思いますので、今日のご提言とご議論を踏まえて、是非さらに、よりよいものにしていただければと思います。また、前野先生・岡崎先生からそれぞれ筑波大・自治医大での参加型臨床実習の取組み、これは時間数以上に、内容も本当に素晴らしいものでございました。それだけに、なかなか簡単にまねできるものではないというお話もございましたけれども、一方では、そのためにどういう状況を整えればいいのか、どういう課題があるのかということをよく教えていただいたように、うかがいました。また吉岡先生・福島先生からは国際的な観点、あるいは大学評価全体の動きを踏まえて、医学部の分野別評価というのをどういうふうに考えればよいのかということでご提言をいただきました。

お話がございました分野別の評価と、大学全体の機関の評価をどう考えればよいのかということですが、これも結論から申しますと、まだ考え方が整理されていないというのが正直なところでございます。これは学校教育法が改正されて、大学別の機関としての認証評価制度ができたということはお案内の通りでございますけれども、一方で分野別のものをどうするか、ということが課題として出てきたということでございます。専門職大学院は分野別評価制度ができておりますけれども、それでは医学部の場合どうするのかということは、まさにこれから考えていかなければいけないこととなっております。

それともうひとつ、これもお話がございましたが、では実際にどこが分野別評価を担当するのかという、これも実際、相手のある話でございますし、既存の認証評価機関もそれぞれの組織の色々な事情を背負っておりますので、簡単な話ではございません。ただいずれにせよ、せつかく医学部の分野別評価の話が進む機運が出てきているということですので、これから具体的なことを考えていかなければいけないと考えております。

私どもも関係の機関とも、協力しながら、話を進めさせていただければと思っておる次第でございます。

それから最後でございますけれども、これはお話を伺って特に感じたことですが、診療参加型臨床実習を充実させるためにも、きちんとした到達目標、アウトカムベースの評価ということがしっかりしてないといけない。それを考えるにあたっては、臨床実習だけではなくて、その後の医師国家試験のあり方、医師国家試験の目標をどこに定めるのか、さらにはその後2年の初期臨床研修の終わった後の到達目標をどう定めるのかと、結局それを一貫した形で見ると、到達目標を考えていかなければいけないということでございます。その意味では、お話もございましたように文部科学省と厚生労働省がよく連携を進めながら、そのことを考えていかなければいけないと思います。また、もう一つ、診療参加型臨床実習の充実のためには、相当色々なことで条件を、体制を整えなければいけないということでございます。これも、こういう状況の中では簡単なことではございませんけれども、文部科学省としては一步一步少しでも応援ができるように、取り組まなければいけないと思っております。もう本年度は、12月となって残り数か月でございますけれども、この委託事業について、先生方には引き続きご指導をお願いできればと思いますし、来年もまた同じような形で、少しテーマは変わりますけれども、続けさせていただければと思っております。いずれにせよこのテーマは、医学教育にとって本当に大きな、また国民的にも期待されているテーマですので、ぜひ各大学の取組みが前に進むような形で、お手伝いさせていただければと思っております。

福田先生、北村先生をはじめ、ご指導をいただきました先生方に、心から感謝を申し上げますとともに、今後ともどうぞよろしくお願い申し上げます。本日は誠にどうもありがとうございました。