

イントロダクション

名古屋大学総合医学教育センター教授

錦織 宏

名古屋大学の錦織です。先生方、おはようございます。本日はどうぞよろしくお願いたします。

毎年行っておりますこのワークショップ、グループ別セッションで、それぞれの大学ごとで交流・情報交換等をしていただく時間を取らせていただきます。そちらの進行の説明をさせていただきます。

毎年しております本ワークショップは、国全体の目線で考える文部科学省医学教育課と、現場目線の大学とのコミュニケーションを円滑化することが狙いの一つになっています。特に本年度は、先ほど小西座長から話がありましたとおり、医学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂作業の時期と重なっております。よりまして、本ワークショップでは、その中間報告を行うこと、そして現場でのコアカリの展開に関して検討することも狙いになっております。

グループセッションでは、そのため、令和4年度コアカリで新設・変更される予定の内容を中心に、4つのテーマを設定させていただきました。この後行いますグループ討論の中では、他大学での具体的な取組を知っていただいたり、また、自大学での取組に関して自己相対化していただいて、それを改善するための気づきを得ていただいたりといったような、そういった時間としていただければと考えています。

新型コロナウイルス感染症の現状、また参加のしやすさ等も考慮しまして、オンラインでの実施とさせていただきます。ぜひ皆様にとって有意義な時間としていただきたいと思います。

本年のワークショップに関して取り上げたテーマは、以下の4つになっています。1番目が研究医養成、2番目が情報に関する教育の課題と実態、こちら、コアカリの資質・能力の新設項目になっています。テーマ3、学外実習での教育体制の整備、テーマ4が診療参加型臨床実習の充実です。それぞれのテーマごとにモデレーターがついておりますので、詳しくはモデレーターの先生方からグループに分かれてから説明を聞いていただくこととなります。

討議時間は60分です。例年ですと比較的あっという間に過ぎてしまうということになりますが、ぜひ有効に御活用ください。5校から6校で1グループに分かれていただきます。Zoomのブレイクアウトルーム機能を使います。

分かれていただきました後、モデレーターからの自己紹介、引き続き先生方の自己紹介いただく時間を取らせていただいています。この辺り、モデレーターが進行いたしますの

で、モデレーターの指示に従っていただければと思います。

最後の発表用の資料はグーグルスライドを使います。こちらの説明もモデレーターからございますので、お聞きになってください。

また、議論の進行を行います司会、それと発表者は、事前に決定させていただいております。資料にあります名簿がございます。こちらを再度御確認ください。また、グループに分かれてから、それぞれのグループで御確認いただければと思います。

グループ討議の後、全体発表になります。こちらで、グループ内で討議した内容をお話しいたします。全体発表、11時45分からの予定で、13時35分までの110分間の予定です。発表時間、各グループ3分以内とさせていただいております。大変短くて恐縮ですが、討議の時間も取らせていただきたいと思いますので、どうぞ御協力のほどよろしくお願いいたします。

全体のセッションが少し押ししましたので、こちらに関して、趣旨等の説明については、それぞれのグループ内で詳しく読んでいただく形とさせていただきますが、ざっとお話ししておきます。

研究医養成。今回、コアカリの中に「科学的探求」という資質・能力が新設されていること、研究医養成に関する課題・実態について議論を行う、また、将来、自大学の教員となるような研究医の養成並びにリサーチマインドの醸成のための方略についてなど、検討いただければと思います。議論してほしいことを4点まとめてございます。最後の赤になっているところは誤植でございまして、失礼いたしました。特にこれを取り上げていただきたいということではなくて、どのテーマで議論していただいても結構です。恐らく全部討論する時間はないと思いますので、時間の中で先生方の御関心あるところを中心をお願いいたします。

テーマ2に関して、「情報・科学技術を活かす能力」という資質・能力が追加される予定の中で、今後、この資質・能力に関する教育の現状、そして先行事例等を共有していただき、今後の課題についての討議を行っていただければと思います。こちらも4点ございます。また後ほど御確認ください。

テーマ3、学外実習での教育体制についてです。こちら、「総合的に患者・生活者を見る姿勢」という資質・能力が新設されます。特に学外実習における教育従事者を対象としたFDに関して討議をいただければと思っています。こちらすみません、赤は誤植です。重ねてになります。申し訳ありませんが、議論していただきたい内容に関して、後ほどグループのモデレーターのほうから御説明を聞いてください。

最後、診療参加型臨床実習の充実に関してです。臨床実習のガイドラインが変更されることも含めて、活発に討議をいただければと思います。医学生にどのような医行為を实践させるか、並びに患者への周知・同意取得・相談体制の整備等、現場での先生方の生の声をぜひこのワークショップで出していただきまして、そして行政と大学側とのコミュニケーションの円滑化を図れればと思っています。

こちら、ちょっと多いですけども、議論していただきたい内容をまとめてあります。
こちら後ほど御確認ください。

ちょっと手短になりましたけど、私からの説明は以上になります。ありがとうございました。

令和4年度 医学・歯学教育指導者のためのワークショップ

令和4年7月27日（木） 9：30～13：40

グループ別セッション イントロダクション（医学）

名古屋大学 総合医学教育センター
錦織 宏

1

WSの趣旨について (1)

- 毎年実施しているこの「医学・歯学教育者のためのワークショップ」は、国全体の目線で考える文部科学省医学教育課と現場目線の大学とのコミュニケーションを円滑化することがねらいの一つです。
- 特に本年度は、医学教育モデル・コア・カリキュラム(以下コアカリ) の改訂作業の時期の開催になるため、その中間報告を行うこと、そして、現場での展開に関して検討することもねらいになります。

WSの趣旨について (2)

- グループ別セッションでは、令和4年度版コアカリで新設・変更される予定の内容を中心に、4つのテーマを設定しました。
- 討論では、他大学での具体的な取り組みを知り、自大学での取り組みについて自己相対化し、それを改善するための気づきを得ていただきたいと考えています。

3

WSの趣旨について (3)

- 新型コロナウイルス感染症の状況、また参加のしやすさを考慮し、昨年度に引き続きオンラインでの実施としています。
- 是非、皆様にとって有意義な時間としていただければと思います。

4

本年のワークショップで取り上げるテーマ

- テーマ1：研究医養成
- テーマ2：情報に関する教育の課題と実態
- テーマ3：学外実習での教育体制の整備
- テーマ4：診療参加型臨床実習の充実

5

グループ討論の進め方①

1. グループ討議は10：45～11：45(60分間)です。
2. Zoomのブレイクアウトルーム機能を用いてグループ(5～6校で1グループ)に分かれます。
3. まずはモデレーターから自己紹介があります。
4. その後、モデレーターの指示に従って、グループメンバーは簡単な自己紹介(一人30秒程度)をしてください。

6

グループ討論の進め方②

5. モデレーターが発表用の資料（Googleスライド）の作成を行います。
6. 司会(議論のファシリテート)と発表者は事前に決定していますのでご了承ください。
7. 発表者は後の全体発表で、グループ内で討論した内容をお話しいただきます。
8. **全体発表は11：45～13：35(110分)です。**
発表時間は各グループ3分以内でお願いします。⁷

テーマ1：研究医養成について(趣旨)

- 令和4年度改訂版コアカリの資質・能力に「科学的探究」が記載される予定。
- 医学における研究活動の活性化は、医学・医療の更なる進歩を促す人材育成のために重要である。
- さらには、基礎医学、臨床医学、医学教育学、社会医学等、研究分野には多様性があり、医学部学生へ様々なキャリアパスを促進することに重要な役割を果たしている。
- 研究医養成に関する課題や実態について議論を行うとともに、将来自大学の教員となるような研究医養成ならびにリサーチマインドの醸成のための方略について検討する。

テーマ1で議論して欲しいこと

- 研究医養成に関する課題や実態、グッドプラクティスの共有（臨床実習前のみならず、臨床実習で科学的探究を涵養する取り組みを含む）。
- カリキュラム外での活動や支援について（表彰、学会参加に係る費用の支援等）。
- 医学生に研究医としてのモチベーションを向上させるための方略について。
- **カリキュラム上でどうやって研究の時間を捻出するのか、という課題について。**

9

テーマ2：情報に関する教育の課題と実態について（趣旨）

- 令和4年度改訂版コアカリの資質・能力に「情報・科学技術を活かす能力」が追加される予定。
- 具体的には「発展し続ける情報化社会を理解し、人工知能等の情報・科学技術を活用しながら、医療・医学研究を実践する」と言及されているが、現行では「何を教えるか」「誰が教えるか」が漠然としているという声が各大学からある。
- この資質・能力に関する教育の現状やグッドプラクティスを共有するとともに、今後の課題について議論を行う。

テーマ2で議論して欲しいこと

- 情報・科学技術を活かす能力のうち優先して教育することが望ましい項目。
- 情報・科学技術に向き合うための倫理観とルールに関する教育方略。
- 情報・科学技術を活かす能力に関する教育方略（原理、診療現場での活用を含む）。
- **誰が情報・科学技術に関する教育を行うのか、という課題について。**

11

テーマ3：学外実習での教育体制の整備 について（趣旨）

- 令和4年度改訂版コアカリの資質・能力に「総合的に患者・生活者をみる姿勢」が追加される予定。
- 上記の資質・能力を教えるためには、学内のみならず、学外での教育機会が重要になることが予想される。
- その場合、学外実習における教員体制の充実化を目的としたファカルティ・ディベロップメント（以下、「FD」という。）が必要となる。
- 学外実習における教育従事者（医師、研修医、メディカルスタッフ等）を対象としたFD（主に学外）に関する課題や方略について議論を行う。

テーマ3で議論して欲しいこと

- 学外実習におけるFDでの課題や障壁、グッドプラクティスを
含む対応について。
- 学内実習と学外実習のそれぞれの強みと弱み（教育方略、資
源、学習者評価の視点を含む）。
- 学外実習医療機関のインセンティブについて（個人、施設の
観点で）。
- **これまでに学外の医療機関に所属する先生方がどのようなFD
に参加してこられたのか、という点について。**

13

テーマ4：診療参加型臨床実習の充実 について（趣旨）

- 「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進す
るための医療法等の一部を改正する法律」では、令和5年度か
ら共用試験に合格した医学生は、臨床実習において医師の指導
監督の下に医業を行うことができるとしており、厚生労働省に
おいて医業の範囲等に関する報告書が作成されたところ。
- 一方、医学生が診療に参加する上で、医療の質と患者安全をど
のように担保するかを検討する必要がある。
- 診療参加型臨床実習をさらに推進させるために、医学生にどの
ような医行為を実践させるか、ならびに患者への周知・同意取
得・相談体制の整備等、現在の実状と課題を議論する。

14

テーマ4で議論して欲しいこと

- 診療参加型臨床実習に関する課題と実態、ならびにグッドプラクティスを含む対応について。
- 院内外における患者への理解と協力を促進するための具体的な取り組み（CM、パンフレット、プロモーション動画等）。
- 患者同意取得にかかる課題と対応（働き方改革の観点でのメディカルクラークの活用や、不同意患者への対応等）。
- 患者へ診療参加型臨床実習の理解と協力を促進するための取り組み。
- 卒前卒後のシームレスな医師養成のための、臨床実習終了から臨床研修開始までの期間の教育方略。
- 診療において学生にどのような役割を任せるのか、という点について。

令和4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【医学】

◆テーマ1: 研究医養成について

グループA		◎司会		◆発表者	
No.	区分	大学名	役職	氏名	
A1	国立	山形大学	教務委員会委員長・教授	◎浅尾 裕信	
A2	国立	福井大学	副部門長	深澤 有吾	
A3	公立	大阪公立大学	教授	◆金子 幸弘	
A4	私立	日本医科大学	教務部副部長・教授	森田 林平	
A5	私立	関西医科大学	教務部長	岡田 英孝	

コーディネーター/モデレーター: 大場 雄介(北海道大学)

グループB		◎司会		◆発表者	
No.	区分	大学名	役職	氏名	
B1	国立	千葉大学	医学部長	松原 久裕	
B2	国立	三重大学	教務責任者(教務委員長)	西村 有平	
B3	国立	愛媛大学	総合医学教育センター長・教授	◆小林 直人	
B4	私立	自治医科大学	教務副委員長・教授	◎大森 司	
B5	私立	藤田医科大学	教務委員長・教授	高橋 和男	

モデレーター: 山口 久美子(東京医科歯科大学)

グループC		◎司会		◆発表者	
No.	区分	大学名	役職	氏名	
C1	国立	東京大学	教務委員会副委員長	吉川 雅英	
C2	国立	京都大学	講師	山本 憲	
C3	国立	徳島大学	医学部長	西岡 安彦	
C4	私立	東京慈恵会医科大学	副学長	◎岡部 正隆	
C5	私立	大阪医科薬科大学	医学教育センター長	◆中野 隆史	

モデレーター: 山脇 正永(東京医科歯科大学)

グループD		◎司会		◆発表者	
No.	区分	大学名	役職	氏名	
D1	国立	東京医科歯科大学	医学科長	◎秋田 恵一	
D2	国立	山口大学	医学部長	篠田 晃	
D3	国立	宮崎大学	副学部長(教務担当)	澤口 朗	
D4	私立	東邦大学	医学部長	盛田 俊介	
D5	その他	防衛医科大学校	医学教育開発官	◆石塚 俊晶	

モデレーター: 中山 健夫(京都大学)

◆テーマ2: 情報に関する教育の課題と実態について

グループE		◎司会		◆発表者	
No.	区分	大学名	役職	氏名	
E1	国立	東北大学	特命教授	◎石井 誠一	
E2	国立	名古屋大学	教育委員会委員長・教授	八谷 寛	
E3	国立	岡山大学	医学科長・教授	頼藤 貴志	
E4	公立	和歌山県立医科大学	講師	谷本 貴志	
E5	私立	東京女子医科大学	センター長・教授	◆西井 明子	

コーディネーター/モデレーター: 西城 卓也(岐阜大学)

グループF		◎司会		◆発表者	
No.	区分	大学名	役職	氏名	
F1	国立	秋田大学	医学系副研究科長・副学部長	◆清水 宏明	
F2	国立	滋賀医科大学	教授	◎伊藤 靖	
F3	国立	佐賀大学	医学部長	末岡 榮三朗	
F4	私立	獨協医科大学	医学部長	種市 洋	
F5	私立	東海大学	教授	増田 良太	

モデレーター: 野村 理(弘前大学)

グループG		◎司会		◆発表者	
No.	区分	大学名	役職	氏名	
G1	国立	岐阜大学	教務主任・教授	大倉 宏之	
G2	国立	大阪大学	教授	服部 聡	
G3	国立	大分大学	医学科長	◆井原 健二	
G4	私立	慶應義塾大学	副学部長	門川 俊明	
G5	私立	久留米大学	准教授	◎柏木 孝仁	

モデレーター: 近藤 猛(名古屋大学)

グループH		◎司会		◆発表者	
No.	区分	大学名	役職	氏名	
H1	国立	浜松医科大学	副学長(教育担当)	◆梅村 和夫	
H2	国立	島根大学	医学部長	鬼形 和道	
H3	公立	福島県立医科大学	教務委員長	◎伊関 憲	
H4	私立	帝京大学	医学部長	川村 雅文	
H5	私立	福岡大学	准教授	八尋 英二	

モデレーター: 高見 秀樹(名古屋大学)

◆テーマ3:学外実習での教育体制の整備について

グループI		◎司会		◆発表者	
No.	区分	大学名	役職	氏名	
I1	国立	旭川医科大学	学長	西川 祐司	
I2	国立	富山大学	教務委員長	森永 芳智	
I3	国立	香川大学	教授	横平 政直	
I4	私立	順天堂大学	教授	◆富木 裕一	
I5	私立	聖マリアンナ医科大学	学長	◎北川 博昭	

コーディネーター/モデレーター:松島 加代子(長崎大学)

グループJ		◎司会		◆発表者	
No.	区分	大学名	役職	氏名	
J1	国立	弘前大学	学務委員会委員長	鬼島 宏	
J2	国立	金沢大学	副系長(教務)・教育委員長	山本 靖彦	
J3	国立	琉球大学	教務委員長・教授	大野 真治	
J4	私立	岩手医科大学	教授	◆伊藤 智範	
J5	私立	兵庫医科大学	臨床教育統括センター長	◎池内 浩基	

モデレーター:伊藤 彰一(千葉大学)

グループK		◎司会		◆発表者	
No.	区分	大学名	役職	氏名	
K1	国立	筑波大学	副医学類長	田淵 経司	
K2	国立	山梨大学	教育委員長・特任教授	鈴木 章司	
K3	公立	横浜市立大学	主任教授	◆稲森 正彦	
K4	私立	東北医科薬科大学	教務委員長・教授	小澤 浩司	
K5	私立	川崎医科大学	特任准教授	◎庵谷 千恵子	

モデレーター:清水 郁夫(信州大学)

グループL		◎司会		◆発表者	
No.	区分	大学名	役職	氏名	
L1	国立	群馬大学	准教授	岸 美紀子	
L2	国立	信州大学	学部長補佐(卒前教育担当)	◆菅野 祐幸	
L3	公立	名古屋市立大学	教授	高桑 修	
L4	私立	昭和大学	准教授	土屋 静馬	
L5	私立	産業医科大学	医学教育改革推進センター長・特任教授	◎浦野 元	

モデレーター:高村 昭輝(富山大学)

◆テーマ4:診療参加型臨床実習の充実について

グループM		◎司会		◆発表者	
No.	区分	大学名	役職	氏名	
M1	国立	新潟大学	医学部医学科学学務委員会副委員長	川島 寛之	
M2	国立	長崎大学	医学部長	前村 浩二	
M3	公立	奈良県立医科大学	教育教授	若月 幸平	
M4	私立	国際医療福祉大学	副医学部長・医学科長	吉田 素文	
M5	私立	金沢医科大学	教務部長	◆大黒 正志	
M6	私立	近畿大学	教学部長・主任教授	◎赤木 将男	

コーディネーター/モデレーター:高橋 誠(北海道大学)

グループN		◎司会		◆発表者	
No.	区分	大学名	役職	氏名	
N1	国立	北海道大学	教授	矢部 一郎	
N2	国立	広島大学	学部長補佐	高橋 信也	
N3	国立	鹿児島大学	教授	横尾 英孝	
N4	公立	京都府立医科大学	講師	◎金子 美子	
N5	私立	杏林大学	教務主任・特任教授	森 秀明	
N6	私立	北里大学	教授	◆鈴木 隆浩	

モデレーター:小松 弘幸(宮崎大学)

グループO		◎司会		◆発表者	
No.	区分	大学名	役職	氏名	
O1	国立	神戸大学	特命准教授	◎小林 成美	
O2	国立	高知大学	教授	藤田 博一	
O3	国立	熊本大学	教育・教務委員長	◆坂上 拓郎	
O4	私立	東京医科大学	准教授	原田 芳巳	
O5	私立	愛知医科大学	教務部長・教授	鈴木 耕次郎	

モデレーター:蓮沼 直子(広島大学)

グループP		◎司会		◆発表者	
No.	区分	大学名	役職	氏名	
P1	国立	鳥取大学	副学部長(教務担当)	◆尾崎 米厚	
P2	国立	九州大学	教授	新納 宏昭	
P3	公立	札幌医科大学	医学部長	齋藤 豪	
P4	私立	埼玉医科大学	教授	林 健	
P5	私立	日本大学	学務担当・教授	◎阿部 雅紀	

モデレーター:磯部 真倫(新潟大学)

グループ A

グループA

◎司会

◆発表者

No.	区分	大学名	役職	氏名
A1	国立	山形大学	教務委員会委員長・教授	◎浅尾 裕信
A2	国立	福井大学	副部門長	深澤 有吾
A3	公立	大阪公立大学	教授	◆金子 幸弘
A4	私立	日本医科大学	教務部副部長・教授	森田 林平
A5	私立	関西医科大学	教務部長	岡田 英孝

コーディネーター/モデレーター: 大場 雄介(北海道大学)

グループA

テーマ1: 研究医養成について

現状・課題

山形大学の例

- 研究を学生に見せる時間の確保(3年生、1ヶ月、1研究室2名~、臨床含む)
- 実習後大学院生として進学した例あり
- 課外実習(いつでもよい。教室よりテーマを与える、参加者が多いわけではない、抄読会の参加のみを含む)

福井大学の例

- 3年生前期修了後(夏休み1ヶ月→1週間に短縮:必修)
- アドバンスドコース(選択科目)
- 3年経過。アドバンスドコース選択は5名程度(今後の増員が課題。バイト代等のインセンティブ付与している)

大阪公立大

- 1-3年 医学研究推進コース(3が基礎配属に該当、かつは修業実習、2ヶ月から3ヶ月に延長)
- 1: PubMedやUpToDateを早期に使用してもらおう。論文(レポート)のチェックにルーブル活用。研究室探訪(自由な研究室訪問可能だが、一教室は訪問するようにしている)講義を減らして時間を確保している(アンケートでは学生の評価高い)
- 2: 基礎科目の実習を当てている。大学院生の講義を受ける
- MD-PhDコース(4年最後まで登録): 大学院修了が早期にできる(学部在籍中に単位習得可能)
- 一人/年→2-3年/年
- 臨床研修とシームレス化。最後の4ヶ月間を実験に当てられるコース。MD-PhDコースに進む学生が両立できる試み

課題:

学生により、温度差がある
 教員にも(学生も)コアカリ等で自由度が下がっている、雑務量が多い等
 学生はキャップ制で選択科目を取りづらくなっている

現状・課題

日本医科大学の例

- 研究配属、3年生全員、3週間：課題を教室から出して研究。東京理科大学（8課題）、早稲田（7課題）と連携。単科大学の制限を打破
- 後期の研究配属のカリキュラム（自由参加、全体の3割）週1回参加等含む
- 新カリでは研究配属が2ヶ月！（座学のコマ数を3割削減）研究のみならず実験ノートの書き方、研究倫理
 - 3割削減の原資：以前より基礎医学の講義が多かった。研究マインドの養成と能動的学修の推進を狙い、講義時間を削減。臨床も減らし全体として捻出した。
- 基礎研究医プログラム参加（本年度より開始、2名参加）

関西医科大学の例

- 研究配属3年生全員、1ヶ月：基礎、教養、臨床系研究室
- 1年から研究マインド育成プログラム、10~20名（10名応募あり、年々増加）、連休明けから募集、夕方からセミナー
- 2年、研究医養成、募集
- 学会発表等にインセンティブ、奨励金もあり
- 他学との連携（6大学とのコンソーシアム）夏休みに集まり、リトリート

対応策

モチベーションを向上させるため／研究時間捻出の工夫

- 大部分は臨床志望である。高学年になると研究時間がなかなか取れない。数は少ないが研究に興味のある学生はいる。こちらから声をかけるようにしている。
- カリキュラム以上に、研究を体験してもらうことが大事→1年生の講義時から教室の研究紹介、Google Driveにデータベース化。教室への道筋をつける→F2Fのコミュニケーション
- 教員のモチベーション上げるのも大事。学生には研究室探訪が効果的。基礎に関しては全学生のモチベーションを上げる必要はなく、一定程度の学生のモチベーションを恒常的に上がっているのが大事。潜在的には基礎に興味のある学生は多いはず。きっかけを作るのが大事である。
- MD-PhDコース：大阪公立大は同級生と同時に卒業可能（大学によって異なると思います）山形は4年間休学必要
- 認定制度＝表彰 研究配属を延長し、学会発表した学生 導入、研究を継続したいという学生は多くないが少なくとも優秀な学生をしっかり育てるのが課題。
- 基礎研究医プログラムに尻込みしている学生も多い（将来への不安）
- 修了後（卒業後）のポジション（助教等）を確保する（学内ポジションを有効活用する）
- 3-4年生は講義欠席を1/2まで認める。ブラウンランチパックミーティング、参加程度によってインセンティブを付与
- 養成コース選択に100万円のインセンティブ
- 1ヶ月の研究室配属の期間を延長する時間の捻出
 - コアカリの改定に伴い、講義コマ数そのものを削減する
 - 学生拘束時間を削減（研究が理由であれば講義の欠席を認める、LMSを活用）

グループ B

グループB

◎司会

◆発表者

No.	区分	大学名	役職	氏名
B1	国立	千葉大学	医学部長	松原 久裕
B2	国立	三重大学	教務責任者(教務委員長)	西村 有平
B3	国立	愛媛大学	総合医学教育センター長・教授	◆小林 直人
B4	私立	自治医科大学	教務副委員長・教授	◎大森 司
B5	私立	藤田医科大学	教務委員長・教授	高橋 和男

モデレーター: 山口 久美子(東京医科歯科大学)

グループB

テーマ1: 研究医養成について

現状・課題

現状

基本的には以下の2階建て構造でできている。

全員参加の配属

希望者に対するアドバンスのコース

課題

時間の確保が難しい(特に、全員参加の配属において)

全員対象の部分はカリキュラム内で確保する必要がある。

将来のキャリアにどのようにつなげるか?

初期研修が入ると一度途切れる

今後CBT/OSCEが終わると医行為が重要視されてリサーチ離れが進む?

研究へのモチベーションが十分ではない

高校生・学生が医学部は研究するところではないと思っている

英語での教育が限られている

臨床では留学を経験する学生がいる大学が多いが、研究での留学を選択できる大学は少数

対応策

時間の確保が難しい

- 希望者は部活の代わりに研究室、という説明をしている大学もある。
- 5, 6年生は2か月間自分でプログラムを作ることができる。研究志向の学生はそこで研究する。

将来のキャリアにどのようにつなげるか？

- 初期臨床研修・専門研修のなかで研究を続けられるコースを作る

研究へのモチベーションが十分ではない

- 学会発表、他大学との交流会など学外での発表の機会を提供し、優秀賞などで成功体験を得るようにする
- 日々の臨床も研究活動であることを学生に実感してもらう
 - 日々のカンファレンスで発表することも研究活動の一步であると伝える
- ガイドラインを作るためにはサイエンスがあることを実感できるようにする
 - ガイドラインを作り替えるような臨床研究をしなさい、と勧める。

高校生・学生が医学部は研究するところではないと思っている

- 臨床医ほど研究マインドが必要であることを入学前にアピールし、リサーチマインドがある学生に入学してもらう
- 小学生～高校生からの「医学部での研究」をアピール

グループC

グループC

◎司会

◆発表者

No.	区分	大学名	役職	氏名
C1	国立	東京大学	教務委員会副委員長	吉川 雅英
C2	国立	京都大学	講師	山本 憲
C3	国立	徳島大学	医学部長	西岡 安彦
C4	私立	東京慈恵会医科大学	副学長	◎岡部 正隆
C5	私立	大阪医科薬科大学	医学教育センター長	◆中野 隆史

モデレーター：山脇 正永(東京医科歯科大学)

現状・課題

リサーチマインド涵養、研究医養成のための方略

・東京大学:

全員:フリークワーター(4W程度)、科学的探究に対する好奇心が少ない人がある(30名)

研究医志向の学生:MD研究者育成プログラム(各学年10名程度)・MD-PhDプログラム(1~2名程度):初期研修後に研究医に戻る人が多い、最近では海外大学院に行く人が多い、選択科目なので処理能力(対応能力が高い人)が課題

・京都大学:

研究医志向の学生:MD研究者育成コース、1年生~6年まで研究活動ができる、卒業後どの程度研究に戻ってくるかは追跡が必要、臨床実習中にも最大14W研究活動ができる

科学的探究に対する好奇心が少ない人もいる

・徳島大学:H15よりMD-PhDコース・4年生で休学・3年間で復学、1~3名/学年、課外活動としてstudent labがあり10~20名の参加あり、入試枠で研究医枠(8)を作成・6名が最大・単位になるように整備を検討、定員の確保が課題

・東京慈恵会医科大学:

研究医志向の学生:論文或いは学会発表で単位を認定する選択科目「医学研究」がある。単位取得者には大学院進学時にクレジットがある(MD-PhDコース)。今後MD-PhDへの進学者を増やしてゆくことが課題

全員:3年の秋に研究室配属

・大阪医科薬科大学:

研究医志向の学生:入試研究医枠(2名)・定員確保と奨学金が課題、学生研究員制度(1年生から入れる)・研究時間の捻出に苦労

全員:学生研究(1~4年まで縦断的に)、3年に研究配属・大学間協定(関西大学等)、不真面目な学生が外施設に?

対応策

リサーチマインド涵養、研究医養成のための方略

・学会発表への支援:ほとんどの大学であり、全般的なサポートがあるとよいとの声も、父兄会から補助が出る、人数による?

・時間の捻出:COVIDでクラブがなくなって、研究時間ができた。アフタコロナは?

・リサーチマインドの低い学生への対応:評価により単位付与、全て学内の研究室で目が行き届くようにする

・研究者の数的なイメージ、必要数は?:定められていないが……

・卒後も研究に携われるように:臨床と基礎の教室の風通しをよくする(2足のワラジ)

・研究医としての卒後のキャリア:追跡ができるようにするとよい(匿名性を確保)、JACMEの評価でもあり、学年内のつながりや同窓会のつながりを利用、卒業生の研究室のDBを作成している

・学生に研究医のキャリアプランを提示:MD-PhDコースの同窓会を作っている、研究室単位で学生グループを作って(学生主導)学生同士の情報交換をしている

グループ D

グループD

◎司会

◆発表者

No.	区分	大学名	役職	氏名
D1	国立	東京医科歯科大学	医学科長	◎秋田 恵一
D2	国立	山口大学	医学部長	篠田 晃
D3	国立	宮崎大学	副学部長(教務担当)	澤口 朗
D4	私立	東邦大学	医学部長	盛田 俊介
D5	その他	防衛医科大学校	医学教育開発官	◆石塚 俊晶

モデレーター: 中山 健夫(京都大学)

グループD

テーマ1: 研究医養成について

現状・課題

〈共通の課題〉

- 当初の「研究医」は、卒業後基礎医学の大学院に進学する学生を増やすことが想定されていたが、**実際の「研究医」のキャリアは多様**であり、その認識を再確認・共有することが必要。
- 医師の多様なキャリアの中での「研究(医)」を表現できる新しい言葉が必要ではないか。
- 基礎⇄臨床の橋渡しができる「**フィジシャンサイエンティスト**」として「**トランスレーショナルリサーチ**」を担う人材となる医師は一つのイメージとなる。
- そのようなイメージの「研究医」の養成を、卒業前でどう仕掛けていくかが課題。
- 「**研究か？臨床か？**」の**2択ではなく**、研究マインド、論理的思考回路を、学生たちに伝えられるか。

〈各大学〉

- 医科歯科大: 半年の研究実習あり 初期研修・専門医制度の中で臨床医になっていく。その後また基礎医学、臨床教室の中で基礎研究をする(そのような形の実績が認められにくく研究医養成枠が削られてしまった)。入試の面接で受験生が「研究医・臨床医」を分けて希望することが多く、予備校(?)等で研究医・臨床医の二択を教えているのか。「シームレス」であることが大事。
- 山口大: 3年生で「自己開発コース」、4-6年生で研究志向の強さによりコース別に配属。大学院への進学者が増えた印象。
- 宮崎大: 卒前は研究を経験させるexposeが中心。卒業後の関心で大学院進学を決めていく。
- 東邦大: 学部時代に医学論文を書かせるカリキュラムがある。総説・原著コース(110名中5, 6名) 講師以上の教員とマッチングする。原著コースでは大学院の科目等履修可能としている。
- 防衛医大: 総合臨床医育成が大学の方針で専門医志向が強いが、(5年前から)4年生に研究室配属を取り入れた。カリキュラム外となるが学生が参加する学友会活動が活発(特に分子生物学、医用工学関連)で基礎医学教員が生まれた例もある。

対応策

- 6年生のキャリアパスで「研究(医)」の選択肢が伝えられていないことが多いので、その可能性を伝えることが大切。
- 医師として研究を行うことの魅力を伝えるロールモデルを示す(自分たち教員自身から始めて、講演等で外部の演者を招く。臨床から基礎医学者に転じた先生などの経験を伝える)。
- 学部学生中に全学生に論文を書かせる(経験のある教員の指導のもと)。
- 診療参加型臨床教育の最中にも、指導医が自分の研究の意味や魅力を伝える。
- 低学年だけでは基礎に対する熱意が消えてしまうので、その後さまざまな機会でのboostが大事。
- 海外に行く夢を実現する道としての基礎研究の魅力を伝える。
- (医学部の教授となる)MDの教育者の育成・確保は全国で共通の課題(それを支援・促進する制度的支援も必要)
- 専門医を皆が取る時代、さらなる価値として学位への関心が改めて高まる可能性も大きく、その向上心を刺激していく。
- 臨床研修中でも医学研究に接し、大学院の単位を取得できるなどの制度の整備。
- 「研究医」を「楽しく」伝えられるようなテレビドラマがあれば(作れば)良いですね!

グループE

グループE

◎司会

◆発表者

No.	区分	大学名	役職	氏名
E1	国立	東北大学	特命教授	◎石井 誠一
E2	国立	名古屋大学	教育委員会委員長・教授	八谷 寛
E3	国立	岡山大学	医学科長・教授	頼藤 貴志
E4	公立	和歌山県立医科大学	講師	谷本 貴志
E5	私立	東京女子医科大学	センター長・教授	◆西井 明子

コーディネーター/モデレーター：西城 卓也(岐阜大学)

現状・課題

<現状と優先すべきと考える学習内容>

- * 現状) これまでもデータ教育は扱ってきた、情報処理・解釈は今後も重要。
 - * 現状) R・STATA等既存のプログラムは存在する
 - 今後学習すべき項目＝コマンドを活用したほうが良い場面も卒業後遭遇するので**基本的なプログラミングの知識**は必要

 - * 現状) これまでも統計学・検定法は扱ってきた。
 - 今後学習すべき項目＝もう少し**ヒトを扱う研究の考え方**や論文文化について教育が必要

 - * 現在) サイバー攻撃に組織も個人もさらされる危険が増大。個人の操作が組織に影響する危険も
 - 今後学習すべき項目＝学生にも**情報セキュリティ・リスク回避・トラブル対応体制**などが必要

 - * 現状) Webに関するモラルは口コミレベル。医療現場での使い方も、プライベートな場でのSNSの発信についても決まり・モラルが不透明
 - 今後学習すべき項目＝**患者さんのデータを守るべき倫理観・電カル含めた守秘義務・遵守すべき原則の教育・SNSとの付き合い方**が必要。
- 課題：個人のWeb操作のパトロールと警告・罰則は有効か？(米国の事例)

対応策

<だれが、どのように教えるか？>

- 【誰が？】
- * 疫学・・・専門家の教員、研究所のスタッフ
 - * 人工知能・・・統計学の専門家
 - * セキュリティ・・・医療安全室やサーバー関連部署の事務職員
- 【どのように】
- * 学生に、どのようなアウトカムが設定され、学年ごとにどのような**マイルストーン**が設定されているか明文化
 - * 「学」として入ると学生がなじみにくいので、**事例検討学習**
 - * 各部門と専門家が**学内連携**をはかり6年間のカリキュラムをデザインする
 - * **学内のリソース**を開示し共有
 - * **全学教育と基礎臨床教育と並行させリンクさせたカリキュラム**

グループF

グループF

◎司会

◆発表者

No.	区分	大学名	役職	氏名
F1	国立	秋田大学	医学系副研究科長・副学部長	◆清水 宏明
F2	国立	滋賀医科大学	教授	◎伊藤 靖
F3	国立	佐賀大学	医学部長	末岡 榮三郎
F4	私立	獨協医科大学	医学部長	種市 洋
F5	私立	東海大学	教授	増田 良太

モデレーター：野村 理(弘前大学)

現状・課題

- 一般的な情報科学の教育
 - 教員マンパワーの不足
 - 網羅する範囲が広く、順次性を意識した系統的なカリキュラムが必要
- 臨床実習に関連する課題
 - 電子カルテの利活用の課題(医師のカルテとどう使い分けるか)
 - 学生が診療参加型臨床実習で診療録記載することに関する責務が発生する(個人情報保護など)
 - 電子診療録の取り扱いに関する教育の標準化(全国的な)

対応策

- 教育プログラム(何をどう教えるか)
 - 各大学に共通した学習コンテンツ(例:リテラシー)があると良い
 - 関連法規、個人情報保護、倫理学などの基礎的重要事項はプロフェッショナル教育で実施すると効果的
 - 基本編と応用編に分けた教育プログラム
- 教員(誰が教えるか)
 - マンパワーが不足している(大学共通コンテンツで対応可能か)
 - 基本は医療情報の教員が担当し、応用編(電子カルテ、統計)などは各専門教員が担当するなど
 - 各診療科の教員が医療倫理学の教育に参画
 - 他学部(例:工学部)やAIに長けた企業と連携し、AIに関する教育を行う(連携のためのWG立ち上げ)
 - 単科大学では産学連携が有効な方法、資金源確保も重要
 - 医学教育専門の教員(プロフェッショナリズムや倫理の専門家含む)も積極的に関与すべき
 - 医療情報の1)管理と2)利活用について分けて考えるべき
 - 1)管理は医療情報部で担当できるが、2)利活用については臨床研究部門などの協力も必要
 - ITに長けた教員の育成も必要なのでは
- 初等・中等教育との連続性の活用(高大接続)
 - 高校まででプログラミングなど基礎的知識は獲得された状態で医学生が入学してくることが想定される
 - 入学生のITに関する能力を将来的に確認する必要があるのでは(高大接続の枠組みを活用)
 - 基礎的なコンテンツは高校までの履修内容の確認することでカバーできる可能性
 - 医学生は、テクノロジーを取り扱うスキルはあるため、相対的に医療情報の特殊性・倫理性に関する教育の重要度が高まるのでは

グループ G

グループG

◎司会

◆発表者

No.	区分	大学名	役職	氏名
G1	国立	岐阜大学	教務主任・教授	大倉 宏之
G2	国立	大阪大学	教授	服部 聡
G3	国立	大分大学	医学科長	◆井原 健二
G4	私立	慶應義塾大学	副学部長	門川 俊明
G5	私立	久留米大学	准教授	◎柏木 孝仁

モデレーター: 近藤 猛(名古屋大学)

グループG

テーマ2: 情報に関する教育の課題と実態について

現状・課題

現状

低学年で情報学について教えており、臨床実習前に再度SNSなどについて注意喚起する大学もある。継続的なカリキュラムがない大学が多い

学問としての情報の教育について

大阪大学- 4年生ですでに教えている, AIも概論は説明しているがこれ以上どう入れるのか?

大分大学- 大切ではあるが教える教師がいない, 教師が教えられる範囲で教えている現状,

慶応大学: 最優先事項として3-4年前から準備しカリキュラムに公式に取り入れる予定(pythonを使ったプログラミング, 研究を想定した情報の利用方法, 情報に関する概念・パラダイム)

課題

高校までですでに情報についてかなり高度な部分まで学んでいる(小学校でプログラミング的思考, 情報IIでpython)。教育者の欠如による断絶を防ぐにはどうすれば良いか?

想定するよりも進化のスピードが速く, 5年後には時代遅れになる

すでにカリキュラムが過密であり, そこに情報をどう入れ込んでいくのが難しい

対応策

優先して教育することが望ましい項目

情報の収集 情報源, 信憑性の吟味

情報の発信 ツール・チャット, 倫理, 患者さんへの発信

原理 AI(診断への応用, 研究) シンギュラリティ

プログラミング R, python

今後情報を学問としてどう入れていくのか?

慶応大学 - 最優先で取り入れるべき。医師は、医療者としてだけでなく研究者としての情報技術の習得も求められる

岐阜大学 - 必要と考えるが大学間で差が出るのはやむをえない,

グループH

グループH

◎司会

◆発表者

No.	区分	大学名	役職	氏名
H1	国立	浜松医科大学	副学長(教育担当)	◆梅村 和夫
H2	国立	島根大学	医学部長	鬼形 和道
H3	公立	福島県立医科大学	教務委員長	◎伊関 憲
H4	私立	帝京大学	医学部長	川村 雅文
H5	私立	福岡大学	准教授	八尋 英二

モデレーター: 高見 秀樹(名古屋大学)

現状・課題

- ・他大学の情報学部などから講師を招いて講義をしてもらっている。
- ・倫理観とルールの教育方略についてが重要。
- ・Dxは研究分野になってまだ実行は難しい
- ・誰が教えるか、どう教えるかが一番の問題
- ・ITの倫理観については高校まででも学んでいるが、医師の倫理観と同じではないかもしれない。
- ・情報科学の基礎を低学年にやる意義があるのか
- ・臨床データを与えて特定臨床研究を見据えた教育はどうか。
- ・低学年で何を教えるか、そもそも教える意義があるのか。
- ・基礎配属や臨床講座で実際に教えるのはどうか。
- ・学生の方が詳しいのではないか
- ・学生にYoutube動画を作らせているが上手に作る。
→はたしてITについて講義で教える必要があるのか。
- ・ウェアラブルデバイスも使われてきている。
- ・段階的に何を教えていくか。
- ・VRビデオの活用→若い人の方がIT技術にたけている
- ・管理者目線としては倫理の重要性を感じる

対応策

テーマ：何を優先しておしえるか、どう倫理観を教えるか

- ・学生に参加してもらって学生が何を学びたいかを考える機会を作る。
(おそらく教員が教えたいこととのギャップがある。)
- ・学年によって学ぶべき内容はかわる。(低学年に臨床データを教えてもその事を覚えてない)
- ・倫理と技術は両輪である。低学年で倫理だけおしえて、そのあと技術を教える、では意味がない
- ・教えることは医学であり、情報科学はそのツールの一つでしかない
- ・倫理観をケーススタディの中で教える。ケース集があるといい。
- ・情報科学だけでなく、行動科学と組み合わせるのがいいか
- ・1年生の時に「なぜ医学部にきたか」を考えさせる
→それを起爆剤にケースを交えて倫理教育する→学年ごとの答えをみせる
- ・1-2年生には倫理観を教えているが、ITを含んだ内容も入れるべき。
- ・法医学や病理など画像を扱う時には倫理面の教育ができる
- ・臨床研究を臨床実習中に教える、その際にビッグデータの取り扱いなども教えられるのではないか。
- ・高学年では医療安全の動画を作ってもらってもいいのではないか
- ・VR手術動画など使う時には患者同意が必要、といったところで倫理観が伝えられるのではないか
- ・ウェアラブルデバイスを用いた診療についての講義、遠隔診療の講義も必須になってくるのではないか
- ・5-6年生で他学部などと学際的な係りを持たせる。
→ビッグデータを扱っている人の話を聞いてもらうチャンスを作ることでモチベーションがあがる。

グループI

グループI

◎司会

◆発表者

No.	区分	大学名	役職	氏名	
11	国立	旭川医科大学	学長	西川 祐司	奥村先生
12	国立	富山大学	教務委員長	森永 芳智	
13	国立	香川大学	教授	横平 政直	
14	私立	順天堂大学	教授	◆富木 裕一	外科
15	私立	聖マリアンナ医科大学	学長	◎北川 博昭	外科

コーディネーター/モデレーター: 松島 加代子(長崎大学)

グループI

テーマ3: 学外実習での教育体制の整備について

現状・課題

・インセンティブ 指導学生人数により出しているところがあった。ほかに称号付与。
全員に客員教授の称号を付与し、患者さんにもわかるようにcertificateを配布している大学がある(Good practice)。現実的には難しい大学も。期間は限定し、更新する形。
レポート・感想をフィードバックし、感謝状のような内容で、モチベーションを維持してもらっている。

・FDについて
学外実習用には設定されていない施設とFDは実施しているものの1年に1度集合で、情報伝達とお願いにとどまる状況。
MDではないメディカルスタッフへのFDをどうするか課題。
FDはある程度自由度の高いカリキュラムがよいのではないかと型にはめないほうがよい。

・学外実習内容
指導者の設定・実習頻度: 個人的なつながりの強い先生に依頼。人気のない指導施設は自然淘汰されていく・・・
クリニックへの実習では、頻度が高いと施設への負担が懸念される。
施設規模により人数設定している。
僻地中規模病院へ地域医療を学ぶ機会を拡充したい。
1年から6年までに複数回、段階的に実施している。
救急車同乗、在宅医療実習、幼稚園・保育園、障がい者施設、老人ホームなどearly exposureを行っている。
開業医からの要望もあり、診療の流れや大学など紹介先への相談電話を学生が担当。紹介時の困難な部分も経験してもらいたい。

・目標・評価
アウトカムの設定が難しいと感じている。
事前にグループワークを行い、準備している(Good practice)。

対応策

・インセンティブ

全員に客員教授の称号付与と患者さんの目に留まる場所に飾れるようにcertificateを配布。
称号付与期間は限定し、更新する形。

・FDについて

MDではないメディカルスタッフの指導者へFDビデオを15分程度オンラインで供覧するのはどうか。
自由度の高いカリキュラムが大事！
低学年は行くこと自体に意義があり、型にはめないほうがよい。

・学外実習内容

頻繁に学生が変わるため、内容と期間を工夫。同じ施設にいる期間をできるだけ長く。
Early exposureは有効である。
1年生を救急車に同乗させる。
学外実習先からの大きい施設に紹介する際の電話を学生が担当。
在宅医療実習を小グループで実施する。

・目標・評価

低学年の学外実習前には、事前にグループワークして、準備をする。

グループJ

グループJ

◎司会

◆発表者

No.	区分	大学名	役職	氏名
J1	国立	弘前大学	学務委員会委員長	鬼島 宏
J2	国立	金沢大学	副系長(教務)・教育委員長	山本 靖彦
J3	国立	琉球大学	教務委員長・教授	大野 真治
J4	私立	岩手医科大学	教授	◆伊藤 智範
J5	私立	兵庫医科大学	臨床教育統括センター長	◎池内 浩基

モデレーター：伊藤 彰一(千葉大学)

現状・課題

学外FDの実施について

- 学内と学外の教員(指導医)が実習について共通の認識を持っていないことがある。
- 実習の統括者が実習内容等を理解している、実習の直接の指導医の理解が十分でないことがある。
- 医学教育モデル・コア・カリキュラムの内容や、大学のディプロマ・ポリシーをどのように学外実習機関に伝えるかが課題。

学外実習におけるFDでの課題や障壁、グッドプラクティスを含む対応について。

- 弘前大学：各病院と1対1でWebでFDを行っている。教育方針、学外実習の位置づけなどを説明したのちに意見交換を行った。学生の評価は不十分な状態。
 - 金沢大学：各病院に出向いてのFDも行っている。月1回ほど全体FDも行っている。
 - 琉球大学：年に1回、意見交換会を行っている。遠隔地(離島)の先生方との意見交換が十分にできていない。
 - 岩手医科大学：学外実習についての懇談会を年に1回実施している。病院からの要望に加え、学生の発表も行っている。病院のみならず、地域の保健医療を俯瞰できるような実習を推進するため、病院にとどまらないFDを実施したいと考えている。指導医講習会の受講証明書をもって、指導能力の担保としている。
 - 兵庫医科大学：FDは十分にできていない。実習期間が60程度と多いため、まとめてFDを実施することが難しい。
- これまでに学外の医療機関に所属する先生方がどのようなFDに参加してこられたのか、という点について。
- 兵庫医科大学：学内FDの動画を学外の方に渡したことがあるが、視聴状況は不明。
 - 岩手医科大学：学内FDに学外関係者にオンラインで参加してもらおうことを検討している。称号付与に年1回参加などの要件を検討中。
 - 琉球大学：臨床研修病院との意見交換会には、実習担当の指導医も参加している(研修担当と兼ねている?)。
 - 金沢大学：FDへの参加と、称号付与をリンクさせている。学外病院の事務担当者との情報交換が重要であり、事務担当者もFD/SDに参加してもらっている。
 - 弘前大学：臨床研修指導医対象のFDが実習についてのFDを兼ねている。

対応策

学外FDの実施等について

- 可能な範囲で学内と学外で共通の実習フォーマット(評価表など)を使用する。あるいは、学修目標が異なる場合は、学内実習と学外実習で異なる評価表を使用してもよい。
- 実習関連の学外実習機関向けの資料を充実させて配布する。
- 学外実習機関の指導医の意見を聞く。Web会議ツールやオンデマンド形式などICTを活用する。
- 国や行政によって学外実習機関へのインセンティブについての統一が図られるとよい。

グループK

グループK

◎司会

◆発表者

No.	区分	大学名	役職	氏名
K1	国立	筑波大学	副医学類長	田淵 経司
K2	国立	山梨大学	教育委員長・特任教授	鈴木 章司
K3	公立	横浜市立大学	主任教授	◆稲森 正彦
K4	私立	東北医科薬科大学	教務委員長・教授	小澤 浩司
K5	私立	川崎医科大学	特任准教授	◎庵谷 千恵子

モデレーター: 清水 郁夫(信州大学)

グループK

テーマ3: 学外実習での教育体制の整備について

現状・課題

◎学外実習を整備する上での課題

- FDで集まりづらい
- 指導医のモチベーションのばらつき
- 病院以外の実習(介護施設など)はカバーし切れていない
- 宿泊、謝金
 - ・謝金
 - ・減らすとクレームが出た
 - 感謝状が好評
 - ・移動
 - ・公共交通機関が原則
 - ・学生保険は交通事故はカバーしない
 - ・宿泊
 - ・学生は負担しない
 - ・大学負担
- 事務の負担

◎学内実習と比較した学外実習の特徴

- みれる疾患が違う
 - ・common diseases主体
 - ・実習先による経験の違いがある→評価時に問題になる
- 裁量でできる幅が広い
 - ・自分で調べなければならなかった→自覚を促す
- 地域、狭義の医療以外の資源を見れる
 - ・介護施設
- 地域で働く意思を固められる
- 熱意まちまち
 - ・宗教の勧誘をする職員さんがいる施設も...
- 評価をどうするか
 - ・細かいと負担になる
 - ・大学で評価するようにしているところも
 - ・厳しさのばらつき

対応策

◎東北医科薬科大のGood practiceをベースに議論（低年次から学生を同一施設に継続的に派遣する）

●負担感は？

- ・導入時のプロセス…挨拶回りをお願い
- ・設立趣旨をご理解いただく
- ・介護施設など地域リソースを見学できるよう依頼
- ・「診療参加」の線引きは？
- ・低年次は見学型

◎自大学でFDを実施するとしたら

●オンラインの活用

- 「臨床教授」の付与条件にFD受講やシミュレーション施設などでの教育への関与を入れる
- 病院長等ではなく実際に指導する若手医師を対象にする際の配慮
- ・大学のミッション、コンピテンシーを伝える
- お互いにコミュニケーションを取れるようにする
- ・年齢や所属を問わずWS形式で目指す医師像を話し合う

●研修医教育と学生教育をリンクできないか

- ・低年次から同じ施設に継続的に派遣していると顔見知りになる
- ・以前回った施設を選択し直せる
- ・指導医講習会とリンクする
- ・研修医の受け入れと学生の受け入れに準備状況の違いに配慮する

グループL

グループL

◎司会

◆発表者

No.	区分	大学名	役職	氏名
L1	国立	群馬大学	准教授	岸 美紀子
L2	国立	信州大学	学部長補佐(卒前教育担当)	◆菅野 祐幸
L3	公立	名古屋市立大学	教授	高桑 修
L4	私立	昭和大学	准教授	土屋 静馬
L5	私立	産業医科大学	医学教育改革推進センター長・特任教授	◎浦野 元

モデレーター：高村 昭輝(富山大学)

現状・課題

各大学の現状と課題

群馬大学

年に1回の連絡会議(45施設対象、うち20施設程が出席)でFDを開催しているが、会議に出席するのは代表者であり実際の指導医とは間接的な関わりになっている。1施設から1-2名の参加にとどまっている。インセンティブとして臨床教員の称号付与をしている。FD参加は要件にしていない。

信州大学

10年ほど前から学外(4週間)に学生を出している。年に3回、関連病院との会議(卒後研修も含む討議。教育担当責任者)、医学教育センターの教員が各病院(3人の教員が30施設)に出向いてFD(学生教育に直接関わる医師を対象)を行っていた。内容の選定が難しい。現場の教員のニーズ把握が難しい。基本的には教育への関わりが薄い先生を想定して行っている。少しずつ浸透している印象。大学へ対する要望を聴取する目的もある。外部の教員の数が少ないので学生との関係がこじれると厄介であるという印象。インセンティブとしては臨床教員の称号を出している。資格要件としてFD参加をお願いしている。

名古屋市立大学

診療科の実習の中で学外に学生が行っているシステム。学外へのFDは現場の教員というよりはもっと上の職位の先生対象。市立病院が附属病院化することで教員が配置されるようになったのもっと広く展開していきたいと考えている。現場の教員の教え方はまだまだ統一されていない。インセンティブについては教育が業務というよりは追加業務になってしまっているのをそこを解決しなくてはならないか。学外病院での医行為について学外病院の指導医としての資格をどうするか？

昭和大学

学外実習は2種類。地域医療実習(3年次、5年次に1週間)で100以上の施設に見学主体の実習。3年と5年で同じ施設に行く(成長を感じられるように)、もう一つは選択実習として臨床研修を意識した形で協力病院中心に学生が行っている。FDは最近の医学教育の動向を伝える懇親会(100人以上の参加)という感じ。教育の質の改善を意図したところまでは至っていないのが課題。インセンティブについては臨床教員の称号。FD参加が付与要件。クリニックの先生へは臨床教員称号、市中病院だとより実を伴うもの…インセンティブに対するニーズも異なるかも。

産業医科大学

6年生が4週間希望者のみ学外に行っている。6施設(総合病院1~5人くらい)、教育内容はお任せになっている。評価表は大学から出している。インセンティブは臨床教員の称号。産業医学現場実習が全国に散らばる。これは毎年10施設から指導医を産業医科大学に集まってもらい(交通費大学負担)ディスカッションをしている。

対応策

学外実習の弱み

- 教員学生関係がこじれると対応が難しい。
- アンプロ学生に関する情報共有が難しい。過去の問題行動の共有は先方に先入観を与える可能性がある(群馬大)。学外のアンプロは適宜、学内の担当者に情報は入ってくる。センター教員は教育の現状調査を各病院で行っている(信州大)。現状はその都度対応しており、今後、対応を協議したい(学内の教員は学生の個人情報。学生カルテにアクセスできるが、学外の教員は難しい:名市大)。学内と学外で学生も違った顔を見せているので情報共有は慎重に(昭和大)。とても心配な子の場合には伝えることもないわけではないが、基本的には学生の個人情報なので共有はしない方向(産業医大)。メンタルの方は情報共有したほうが良いかもしれない。

インセンティブ

- 基本的には臨床教員としての職位。
- 学外病院でも教育が業務であることを認識してもらい動き…診療業務を軽減する(名市大)。
- 学外病院は学生リクルートをインセンティブとして考えている様子(信州大)。
- 謝金(実務費用)をある程度支払う(信州大、群馬大:1人当たりいくら、産業医科大は一部に)。
- 意外とやる気のある先生はインセンティブは教育モチベーションにつながらないかも？

→

必要かどうか…施設によってほしいものは異なるかも。

FD

- センター教員が出向いている(信州大)が、大学によってはなかなか難しいかも。
- オンラインで開催のハードルは下がっているが、対面開催のメリットもあるのではないか。対面で連携を深める作用が期待できる？学側から出向くことにも効果があるのではないか。(信州大)
- 対面によってちょっとしたことを聞きやすい環境を作れる。連携病院同士の横のつながりは対面に利点があるか。(群馬大)
- 出向くことで教育の最前線の指導医の先生と関わることができそう
- 大学などでの開催は地域の病院からの参加は難しい(時間的、距離的)。オンデマンド化をし始めている。(昭和大)
- 市立病院を附属病院化して教員配置を行ってFDを行う。(名市大)

今後について:学外実習についてどこまで大学が管理していくべきか…目標(目的)?内容(大学との違い)?評価?

グループ M

グループM

◎司会

◆発表者

No.	区分	大学名	役職	氏名
M1	国立	新潟大学	医学部医学科学務委員会副委員長	川島 寛之
M2	国立	長崎大学	医学部長	前村 浩二
M3	公立	奈良県立医科大学	教育教授	若月 幸平
M4	私立	国際医療福祉大学	副医学部長・医学科長	吉田 素文
M5	私立	金沢医科大学	教務部長	◆大黒 正志
M6	私立	近畿大学	教学部長・主任教授	◎赤木 将男

コーディネーター/モデレーター: 高橋 誠(北海道大学)

グループM

テーマ4: 診療参加型臨床実習の充実について

形成的評価: mini-CEX 等の導入

現状・課題

フィードバックに活用できていない
 リソース不足(指導医、診察室)
 指導医がそこまで時間を割くことができない
 指導医数、教育に割ける時間が不足
 JACME2巡目に向けて対応検討中
 教育センターにmini-CEX担当教員を設定予定 場所がない

対応策

mini-CEXを導入を進めるには
 ・組織的決定が必要
 ・長期ローテ(4週)でやるのが望ましい
 ・小規模に導入し、徐々に拡大 無理のない計画が肝要

指導者のリソース: 学生を指導するのは誰?
 ・教育専任教員(教育センター)
 ・教育専任教員(各診療科)←実際は専任ではなく教育担当であり負担が大きい
 ・専攻医
 ・研修医

患者さんの理解・協力をどう得るか（同意取得を含めて）

現状・課題

同意書：「入院時のお願い」に患者サイン（包括同意） 外来は書式なし 侵襲的手技に対する同意はこれから検討

包括同意 病院玄関に掲示 入院患者に書面同意 侵襲的手技については口頭同意 分娩見学でクレームあり
同意取得は担当医がしている 外来では口頭同意（カルテに記録は残していない）

包括同意 病院掲示 患者個人の同意書取得はできていない 現在議論中

実習の手引に侵襲的手技の同意書様式（チェックリスト、顧問弁護士監修）を提示
入院時書類に同意書書式を提示 産婦人科では同意取得率50%程度
主治医が同意取得 各診療科で対応

対応策

国が音頭をとって、患者に対して臨床実習の必要性を周知して欲しい

グループN

グループN

◎司会

◆発表者

No.	区分	大学名	役職	氏名
N1	国立	北海道大学	教授	矢部 一郎
N2	国立	広島大学	学部長補佐	高橋 信也
N3	国立	鹿児島大学	教授	横尾 英孝
N4	公立	京都府立医科大学	講師	◎金子 美子
N5	私立	杏林大学	教務主任・特任教授	森 秀明
N6	私立	北里大学	教授	◆鈴木 隆浩

モデレーター：小松 弘幸（宮崎大学）

現状・課題

【患者同意・周知】

- ・患者さんへの包括同意書を渡す方式で対応している(鹿児島大、広島大)
- ・担当医からの口頭説明を必要に応じて個別に行っている(杏林大)
- ・**外来患者**では個別口頭同意を取得している。入院患者では包括同意書をお渡ししてオプトアウト形式としている(北里大)
- ・現状で、特に大きな問題は生じていない(北海道大)

【臨床実習体制の構築】

- ・指導教員の負担増もある中で、教員のモチベーションの向上やインセンティブの提示など検討中(京都府立大)
- ・学生指導は専攻医も実施できるような体制を検討中(京都府立大)
- ・**医師国家試験の勉強**をしたいという学生の意識が強く、一部の診療科であまり実習内容が充実していない(鹿児島大)

【医学生に任せられる役割】

- ・各診療科で「学生に任せられる行為のリスト」の作成検討中。学生に「自分が行うかもしれない」という当事者意識を持たせる効果を期待(広島大)
- ・学生に何を任せられるかの判断には能力評価が重要だが、指導教員も忙しく十分にできない→**研修医が評価サポート**行っている(杏林大)
- ・見学型実習から参加型実習へどのように移行するか考慮中であり、「学生に何をやらせるか」という議論は深まっていない。「**医師の監督の下**」について、**研修医、専攻医、指導医(教員クラス)**どのレベルで許容なのかの解釈が悩んでいる。全国的指針(一定の基準)があった方が推進しやすいのでは(北里大)

【COVID-19の臨床実習への影響】

- ・COVID-19によりオンライン実習機会が多く、十分な実習ができてない可能性。感染制御を現場で学ぶ良い機会を逸したかも?(北海道大)
- ・Post-CC OSCEの出来が例年より悪い印象(病歴聴取・診察・鑑別の流れなど診療参加型実習の成果が身につけていないかも?)(北海道大)
- ・COVID-19下でも早めに通常型臨床実習が継続できるようにした(広島大)。
- ・PCR陰性ならば現場で臨床実習への参加を可能としている。ただし、重症患者への直接診察などは控える。**カンファレンスへの積極参加やカルテに基づく学習**を重視している(北里大)

対応策

【グループN大学のグッドプラクティスのご紹介】

- ・**eポートフォリオの活用**
→6年間一貫型。各科での経験症候・疾患を学生が入力し、学生振り返りへの指導教員コメントが機能している(鹿児島大)
- ・**実習開始時の「白衣式」の実施**
→Student Doctorとしての意識を醸成する目的(杏林大)
→医学部長など関係者だけでやっているため、参加者を増やし、もう少し荘厳さを演出する必要があるかもと思っている(広島大)
- ・**医学科低学年からのワクチン接種(麻疹・風疹など)**
→医学科低学年から実習を行っており、低学年から実施(杏林大)
- ・**インフォームド・コンセントへの積極的な出席**
→医学生への学習動機付けを高める目的で

【本日の議論で出てきた対応策】

- ・まずは学内で**診療参加型実習のモデルとなる診療科(協力的、教育実績ある)**の取り組みを選定し、それを全診療科に広げていく形式だと、各診療科の理解も得やすく、全科的な実施もスムーズとなるかもしれない。
- ・「**侵襲的行為**」については、医学生養成機関(大学病院)では教育義務であると**国から患者さんや社会へ強い姿勢で発信**した方がいいのではないか。
- ・侵襲性の高い手技に対する**シミュレーション教育の積極的な活用を推進**していくとよい。

グループ〇

グループ〇

◎司会

◆発表者

No.	区分	大学名	役職	氏名
01	国立	神戸大学	特命准教授	◎小林 成美
02	国立	高知大学	教授	藤田 博一
03	国立	熊本大学	教育・教務委員長	◆坂上 拓郎
04	私立	東京医科大学	准教授	原田 芳巳
05	私立	愛知医科大学	教務部長・教授	鈴木 耕次郎

モデレーター: 蓮沼 直子(広島大学)□

グループ〇

テーマ4: 診療参加型臨床実習の充実について

現状・課題

神戸大学: 診療参加型が実質できていない。見学型が多かった。CCをしっかりやっていきたい。実習カリキュラムの改訂中。
学生に何をさせるかが問題。

高知大学: コロナで診療参加型が全くできない。来年分野別認証を受審予定だが、まだ進んでいない。難しいのは学生がどのような実習ができて
いるのかの把握が難しい。eポートフォリオは教員の毎日のチェックなど労力が大きいので、学生への評価とフィードバックをどのようにしている
のか。個別の学生ごとの不十分な点をどう見つけたらよいのか。

熊本大学: 診療参加型ができておらず、WGで改訂作業中。手探りとなっており、診療科ごとの温度差が大きい。どのように教員側のモチベーシ
ョンをあげるかに困難さを感じている。

東京医科大学: 診療参加型として診療科がどのようにしているか。他の科が何をしているのか知らない。PostCC-OSCEは2-3のキーワードをもと
 に鑑別疾患はあげられるが、それが本当に医療面接と診察から出てくる臨床推論なのか?といった内容だった。なかなか他の診療科の実習を
 見に行けないが内容は把握したい。

愛知医科大学: 診療参加型は行っている。初診実習はできていない。病棟では病名がわかっている。他の診療科の実習内容がわからないこと
 からオーバーラップや抜けがわかりにくい。

→①臨床実習の質を上げるために診療科の壁を越えて実習内容についての情報共有することが必要。どのようにしたらよいか?

学生が何を学び、教員が何を教えているのか。各科の裁量になっておりブラックボックスになっている。

ミニマムリクワイアメントは底上げが必要。科を超えた連携のための情報共有の仕組みが必要。

②教員側のモチベーションアップ(意識改革)

教育は雑用だと思われる。

①診療科の壁を越えて実習内容についての情報共有。

- ・臨床実習統括部門などが無いと情報共有が難しいのではないかな。
- ・シラバスにきちんと記載しておく。シラバスの相互点検など大変そうだが、行ったほうがよい。
- 統括部門からのフィードバックへの対応がされているか。
 教学IRにより講義アンケート(学生・教員)から提言

診療参加型ができているか？医行為ができているか？

- PreCC-OSCE合格したStudent Doctorとなった時点で診療参加型でよいのでは。
- ・どの科でも担当患者を決め、診療録を記載させる。診療録記載前後の診察、検査・治療方針まで包括する必要がある。
- ・指導教員の役割が重要となる。ある程度、疾患や実習内容についてミニマムリクワイアメントが必要か。
- ・手技・チェックリストなどで学生調査をすると、していないことが分かった。見える化することも重要。
(手技の多い科と少ない科でも違う。婦人科、小児科が難しく、手技ができない。)
- 仕組みの構築が重要。

②教員側のモチベーションアップ(意識改革)

- ・教育に関わる教員のインセンティブ、教員評価など。
- 教員評価の方向性は文科省で出してほしい。
- ・教えることが楽しく大切なことだと、どのようにして教員に伝えるか。(FDで難しい部分もある。)
- ・人を集めるためにも教育力は必要だと共通認識をもつ。
- ・所属長や教授等の上位職が教育熱心である必要がある。(PostCC-OSCE評価者などもよいかな)
- 教授選考方法に工夫が必要か。(教育歴の重視など)

グループP

グループP

◎司会

◆発表者

No.	区分	大学名	役職	氏名
P1	国立	鳥取大学	副学部長(教務担当)	◆尾崎 米厚
P2	国立	九州大学	教授	新納 宏昭
P3	公立	札幌医科大学	医学部長	齋藤 豪
P4	私立	埼玉医科大学	教授	林 健
P5	私立	日本大学	学務担当・教授	◎阿部 雅紀

モデレーター：磯部 真倫(新潟大学)

現状・課題院内外への理解と協力の促進

- ・教育主任での会議で通知、学外での情報共有の会議がある。
- ・正面玄関に通知しているがどれくらいの効力があるか？
- ・院外病院の確保でいっぱいである。学外はマンパワー不足で見学型がほとんどである。
- ・院内では、診療科ごとに温度差がある。意味が理解されていない（統一の理解）
- ・院外も統一の理解が必要である。・学外は学生の指導に慣れていない。
- ・教授、会議に通知しても、現場まで浸透していない。（学外も然り、院長で止まる）

患者同意取得

- ・外来でのオプトアウト、すべての入院時に包括同意（クランク）、必要時個別同意（一貫していない）、院外は、病院に任せている。分娩など同意がとりにくい。同意の取り方にコツがある。チームに所属し個別同意。
- ・救命救急、麻酔は同意を得やすい。・患者に違いをどのように示すか？・細かく決めすぎると逆に参加が減る。
- ・病院機能評価の利用

患者の理解と協力

- ・しっかり説明する必要がある。拒否されることが増えている。侵襲性のあるものは同意が得にくい。

卒前卒後の連携

- ・屋根瓦式ができない。お客様の（権利意識が強い）。連携が難しい。

対応策院内外への理解と協力の促進

- ・教育担当者の説明会・教育主任の任命、・ccEPOCの利用
- ・複数の会議で情報を伝達する。
- ・FDの実施、・働き方改革、医師のエフォートの確保、・教育に対する業績評価、インセンティブ
- ・教育ポイント（学内のプロモーション）
- ・院外での教育の重要性（FD、患者同意など）、院外でも複数の方法で説明する

患者同意取得

- ・VRでの同意なら得られるならVRで見学する。（手術、分娩など）

患者の理解と協力

- ・ケーブルテレビ、広報などの利用での啓蒙
- ・国レベルで啓蒙してもらう。国民に知ってもらう。

卒前卒後の連携

- ・臨床研修病院との連携を利用する。・臨床研修指導医講習会の利用（一緒に入れる）・EPOC

その他

- ・シミュレーションの活用、医療安全の教育の必要性