

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

皆様、おはようございます。名古屋大学の錦織と申します。私は、文部科学省の医療人養成に関するアドバイザーを務めている関係で、このイントロダクションの御説明をさせていただきます。よろしくお願いします。

毎年実施しておりますこの医学・歯学教育指導者のためのワークショップは、国全体の目線で考えます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の円滑化を図ることが狙いの一つになっております。

また、本年度は、先ほど小西先生から話がありましたが、昨年改訂されました医学教育モデル・コア・カリキュラムの現場での展開に関して検討することも狙いとなっております。

なお、本ワークショップに先立ちまして、アンケートに御協力いただきました。この場を借りて御礼を申し上げます。

この後実施いたしますグループ別セッションでは、令和4年度版のコアカリの内容を中心に4つのテーマを設定してございます。討論では、ほかの大学での具体的な取組を知り、また、自分の大学での取組について自己相対化して、それを改善するための気づきを得ていただくという時間にしていただきたいと思います。

参加者間の交流の促進、新型コロナウイルス感染症の状況、それから参加のしやすさというものを考慮して、本年度初めてハイブリッドでの実施にしております。ですので、少し至らぬところもあるかもしれませんが、御容赦ください。対面のグループは1号館8階の演習室、この後上に上がっていただきます。オンラインのグループの先生方はZOOMのブレイクアウトルームを使って実施いたします。ぜひ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。

テーマは4つです。テーマ1が「大学における令和4年度版コアカリの活用」、テーマ2、は先ほど堀岡企画官からも話がありましたが「働き方改革と教育・研究の両立」、テーマ3は「OSCE・CBTの公的化を踏まえた診療参加型臨床実習のさらなる充実」、それからテーマ4は「医学生のメンタルヘルス支援」となっています。

グループ討議は、この後10分間の休憩を挟みまして、10時35分から1時間で実施いたします。五、六校で1グループに分かれていただきます。まず、こちらの担当のモデレーターから自己紹介がございます。その後、モデレーターの先生方の指示に従っていただいで、グループメンバーの先生方は簡単な自己紹介、1人30秒程度をしていただければと思

います。

その後、モデレーターが発表の資料の作成を行います。また、司会と発表者は事前に決定しておりますので、御了承いただければと思います。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します。グループ討論が終わりましたら、全体発表です。11 時 45 分から 100 分間、13 時 25 分までの予定です。発表時間は、各グループ 3 分以内でまとめていただきますようよろしくお願いいたします。

各テーマの詳細の説明に関しては、時間が来てしまいましたので、各モデレーターの先生方に譲らせていただきまして、早速グループワークに進めていただければと思います。

私からのイントロダクションの説明は以上になります。ありがとうございます。

令和5年度 医学・歯学教育指導者のためのワークショップ

令和5年7月26日（水） 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、昨年改訂された医学教育モデル・コア・カリキュラム(以下コアカリ) の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)

- 参加者間の交流の促進、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、今年度はハイブリッドでの実施としています。
- 対面のグループは1号館8階演習室で、オンラインのグループはZOOMのブレイクアウトルームを使って実施します。
- 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：大学における令和4年度改訂版コアカリの活用
- テーマ2：働き方改革と教育・研究の両立
- テーマ3：OSCE・CBTの公的化を踏まえた診療参加型臨床実習のさらなる充実
- テーマ4：医学生のメンタルヘルス支援

5

グループ討論の進め方①

1. グループ討議は10：35～11：35(60分間)です。
2. 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 (パワーポイント、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11：45～13：25(100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：大学における令和4年度改訂版 コアカリの活用について(趣旨)

- 「未来の社会や地域を見据え、多様な場や人をつなぎ活躍できる医療人の養成」をキャッチフレーズとした令和4年度改訂版コアカリが公開され、令和6年度入学者からの導入に向けて令和5年度は周知期間となっている。
- 令和4年度改訂版コアカリ活用に向けた現場での課題や対応策について、共有するとともに議論を行う。

テーマ1で議論して欲しいこと

- 令和4年度改訂版に関し、自大学でのカリキュラムへの落とし込むためのプロセスや課題等。
- 大学内で具体的な周知の取り組み。
- カリキュラム変更に対する大学内での具体的な対応。
- 新カリキュラムに対応するための教員養成の取り組み。
- カリキュラムを改変する際の工夫。
- 学生の意見の反映のさせ方について。

9

テーマ2：働き方改革と教育・研究の両立について(趣旨)

- 医師に対する働き方改革として、改正労働基準法に基づき令和6年4月1日から医師の時間外・休日労働時間の上限規制が適用される。
- 各医学部・大学病院の医師は労働時間の短縮等の対応が必要となる一方、教育・研究の両立が課題となる。
- 本テーマでは、働き方改革と各大学で教育・研究を両立させるための課題、ならびに効果的かつ効率的な実施に向けたグッドプラクティスの共有を行い議論する。

10

テーマ2で議論して欲しいこと

- 働き方改革に関し、特に大学病院での対応や課題。
- 教育業務に関する影響。
- 教育業務の対時間効率改善に向けた取り組み。
- 教育業務におけるタスクシフトの可能性について。
- （関連病院で臨床実習をおこなっている場合）それらの病院の状況について

11

テーマ3：OSCE・CBTの公的化を踏まえた 診療参加型臨床実習のさらなる充実について（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年度にOSCE・CBTといった共用試験を公的化するとともに、合格した学生は一定の水準が公的に担保されることから、臨床実習において医行為を行う、いわゆる“Student Doctor”を法的に位置付けることとしている。
- 診療参加型臨床実習をさらに推進させるために、法的な位置づけを含めた疑問点や患者同意などの課題とその改善策、臨床実習の適切な評価（形成的評価を含む）、診療参加型臨床実習をさらに充実させ、卒後臨床研修へとつなげるための、現状と課題、対応策等について議論する。

12

テーマ3で議論して欲しいこと

- Student Doctor や共用試験の公的化に関し、法的な位置づけを含めた疑問点や患者同意などの課題とその改善策。
- 臨床実習の適切な評価（形成的評価を含める）。
- 診療参加型臨床実習をさらに充実させ、卒後臨床研修へとつなげるための、現状と課題、対応策等について。
- 診療参加型臨床実習ガイドラインに記載されている医行為を医学生に経験させるための工夫について。

13

テーマ4：医学生のメンタルヘルス支援について（趣旨）

- 新型コロナウイルス感染症の流行の影響により、医学生の生活様式に大きな変化が生じた。
- メンタルヘルス支援や学修支援を必要とする学生が孤立化し、学生支援に繋がりがづらくなっていることが懸念され、孤立感からメンタルヘルス支援を要する学生等に対する学生支援の重要性が顕在化している。
- ポストコロナ時代の大きく変化していく社会情勢を見据え、特にメンタルヘルス支援を必要とする学生を早期に発見し支援できる体制を整備する等の課題に対するグッドプラクティスを共有し、その対応策について議論する。

14

テーマ4で議論して欲しいこと

- 新型コロナウイルス感染症の流行前後で変化した医学生のメンタルヘルス（心の問題）について。
- （総合大学の場合は）全学の学生支援組織との連携の方法について。
- 学生への合理的配慮について。
- 上記の問題に対して新たに実施（あるいは強化）したメンタルヘルス支援のグッドプラクティスの共有。

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：大学における令和 4 年度改訂版コアカリの活用について ◎司会

グループA 現地 ◆発表者

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
A1	国立	弘前大学	医学部学務委員会委員長	鬼島 宏
A2	国立	島根大学	医学部長	◆鬼形 和道
A3	私立	埼玉医科大学	准教授	◎魚住 尚紀
A4	私立	北里大学	医学部附属医学教育研究開発センター 医学教育研究部門長	守屋 利佳

コーディネーター/モデレーター：高橋 誠（北海道大学）

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
B1	国立	名古屋大学	医学系研究科副研究科長	八谷 寛
B2	国立	長崎大学	医学部長	◎池松 和哉
B3	私立	順天堂大学	医学部医学教育研究室教授	鈴木 勉
B4	私立	昭和大学	医学教育推進室 講師	後藤 理英子
B5	私立	大阪医科薬科大学	医学部長	◆内山 和久

モデレーター：伊藤 彰一（千葉大学）

グループC オンライン

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
C1	国立	滋賀医科大学	教授	中川 義久
C2	国立	鹿児島大学	教務委員長	中村 雅之
C3	私立	東邦大学	医学部長	盛田 俊介
C4	私立	金沢医科大学	教務部長	◎大黒 正志
C5	私立	兵庫医科大学	医学部長	◆廣田 誠一

モデレーター：松島 加代子（長崎大学）

グループD オンライン

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
D1	国立	東北大学	講師	田中 淳一
D2	国立	香川大学	医学教育学・教授	横平 政直
D3	私立	藤田医科大学	医学部教務委員長	◆高橋 和男
D4	私立	近畿大学	医学部長	松村 到
D5	私立	産業医科大学	医学教育改革推進センター長	◎浦野 元
D6	国立	旭川医科大学	学長	西川 祐司

モデレーター：鋪野 紀好（千葉大学）

◆テーマ2：働き方改革と教育・研究の両立について ◎司会

グループE オンライン ◆発表者

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
E1	国立	秋田大学	医学部長	羽瀨 友則
E2	国立	東京大学	医学部長	◆南學 正臣
E3	国立	大阪大学	医学科教育センター長	渡部 健二
E4	私立	獨協医科大学	医学部教務部長	矢澤 卓也
E5	私立	日本医科大学	教務部副部長・教授	◎大橋 隆治

コーディネーター/モデレーター：馬場 秀夫（熊本大学）

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
F1	国立	岡山大学	教務委員長	細野 祥之
F2	国立	大分大学	医学部教授（教養教育部会長）	◆今井 浩光
F3	公立	福島県立医科大学	主任教授	◎池田 和彦
F4	私立	東京女子医科大学	講師（臨床実習コーディネーター）	菊池 規子
F5	私立	日本大学	医学部長	木下 浩作

モデレーター：田川 まさみ（鹿児島大学）

グループG オンライン

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
G1	国立	筑波大学	副学類長	◆佐藤 豊実
G2	国立	信州大学	学部長補佐（卒前教育担当）	藤永 康成
G3	私立	自治医科大学	教務委員長	藤本 茂
G4	私立	帝京大学	医学部長	◎川村 雅文
G5	私立	福岡大学	卒後臨床研修センター 副センター長	北島 研

モデレーター：菊川 誠（九州大学）

グループH オンライン

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
H1	国立	北海道大学	副教務委員長	◎上田 佳代
H2	国立	徳島大学	医学部長	西岡 安彦
H3	国立	琉球大学	医学教育企画室長	宮里 実
H4	私立	杏林大学	教務部長（教授）	柴原 純二
H5	私立	関西医科大学	副学長	◆齋藤 貴徳

モデレーター：蓮沼 直子（広島大学）

◆テーマ3：OSCE・CBT の公的化を踏まえた診療参加型臨床実習のさらなる充実について

◎司会

グループI 現地

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
I1	国立	浜松医科大学	副学長	◆梅村 和夫
I2	国立	愛媛大学	医学部医学科教務委員長	増本 純也
I3	公立	札幌医科大学	医学部長	齋藤 豪
I4	公立	横浜市立大学	医学教育学 主任教授	◎稲森 正彦
I5	私立	岩手医科大学	准教授	高田 亮

コーディネーター/モデレーター：長谷川 仁志(秋田大学)

グループJ 現地

◆発表者

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
J1	国立	山梨大学	副医学部長	鈴木 章司
J2	国立	広島大学	学部長特別補佐	平田 信太郎
J3	国立	九州大学	教授(教務委員長)	新納 宏昭
J4	公立	大阪公立大学	医学科長・教務委員長	◆首藤 太一
J5	私立	東京慈恵会医科大学	教授・教学委員	◎櫻井 結華

モデレーター：西屋 克己(関西医科大学)

グループK オンライン

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
K1	国立	山形大学	教務委員会委員長	◆太田 康之
K2	国立	千葉大学	講師	笠井 大
K3	国立	福井大学	教育支援センター講師	銭丸 康夫
K4	私立	聖マリアンナ医科大学	主任教授(カリキュラム委員長)	川畑 仁人
K5	私立	久留米大学	教務委員長	◎井川 掌

モデレーター：石丸 裕康(関西医科大学)

グループL オンライン

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
L1	国立	新潟大学	医学部副学部長	◆齋藤 昭彦
L2	国立	佐賀大学	医学部長	末岡 榮三朗
L3	公立	奈良県立医科大学	教育教授	若月 幸平
L4	私立	慶應義塾大学	整形外科 助教	鳥居 暁子
L5	私立	愛知医科大学	教務部長・教授	◎鈴木 耕次郎
L6	私立	川崎医科大学	副学長(教務担当)	森谷 卓也

モデレーター：高見 秀樹(名古屋大学)

◆テーマ4：医学生のメンタルヘルス支援について

◎司会

グループM 現地

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
M1	国立	群馬大学	医学部長	◎小湊 慶彦
M2	国立	東京医科歯科大学	医学科長	秋田 恵一
M3	国立	宮崎大学	医学部副学部長	◆澤口 朗
M4	私立	国際医療福祉大学	医学教育統括センター長・教授	矢野 晴美
M5	私立	東京医科大学	准教授	山崎 由花
M6	その他	防衛医科大学校	医学教育開発官	角田 正史

コーディネーター/モデレーター：伊野 美幸(聖マリアンナ医科大学)

グループN オンライン

◆発表者

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
N1	国立	金沢大学	学生支援委員長	◎安藤 仁
N2	国立	三重大学	医学部教務委員長	西村 有平
N3	国立	神戸大学	医学部附属医学教育推進センター長・教授	◆野津 寛大
N4	国立	高知大学	学務委員長	山口 正洋
N5	公立	和歌山県立医科大学	教授	村田 顕也

モデレーター：椎橋 実智雄(埼玉医科大学)

グループO オンライン

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
O1	国立	岐阜大学	教務主任	任 書晃
O2	国立	鳥取大学	医学部副学部長	中曾 一裕
O3	国立	山口大学	医学科長	◎田邊 剛
O4	公立	京都府立医科大学	学生部長	武藤 倫弘
O5	私立	東海大学	准教授	◆津田 万里

モデレーター：高村 昭輝(富山大学)

グループP オンライン

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
P1	国立	富山大学	教務委員長	◎伊藤 哲史
P2	国立	京都大学	医学教育・国際化推進センター 教授	◆片岡 仁美
P3	国立	熊本大学	教育・教務委員長	菰原 義弘
P4	公立	名古屋市立大学	医学・医療教育学教授	高桑 修
P5	私立	東北医科薬科大学	医学部教務委員長	河合 佳子

モデレーター：山脇 正永(東京医科歯科大学)

グループ別セッション ― 全体報告会 ―

【コーディネーター】

北海道大学医学研究院教授 高橋 誠

熊本大学病院長 馬場 秀夫

秋田大学大学院医学系研究科教授 長谷川 仁志

聖マリアンナ医科大学医学教育研究主任教授 伊野 美幸

【尾上剛史】 それでは、定刻となりましたので、全体報告会を始めたいと思います。先生方に作成いただいた資料を御発表いただき、時間の許す限り質疑応答をしたいと思います。

発表のグーグルスライドは事務局にて投影させていただきます。各グループの発表が3分と時間が限られておりますので、円滑な進行に御協力をお願いいたします。なお、御質問の際には、今年度は、現地参加の方は直接挙手して、会場のマイクスタンドの前に来ていただければと思います。また、オンライン参加の皆様は、質問がある場合には、Zoomの手を挙げる機能を御利用ください。時間が限られているため、全ての御質問や御意見に対応することができない可能性がございますので、あらかじめ御了承ください。

それでは、ここからの進行は、グループセッションのコーディネーターの先生方をお願いしたいと思います。

【尾上剛史】 テーマ1を担当されるのは、北海道大学医学研究院医学教育国際交流推進センター教授、高橋誠先生です。よろしくお願いいたします。

【高橋誠】 それでは、全体報告会を始めさせていただこうと思います。活発な御議論をいただき、ありがとうございました。このテーマ1のコーディネーターにつきましては、北海道大学の高橋誠が担当させていただきますので、どうぞよろしくお願いいたします。先生方のプロダクトをこれから御発表いただいて、時間の許す限り質疑応答したいと思いますが、今年度は各グループの発表が3分と非常に時間が限られておりますので、円滑な進行に御協力をいただきたいと思います。

それでは、テーマ1のグループAからの御発表をお願いしたいと思います。ではスライドをよろしくお願いいたします。

(テーマ1)

大学における令和4年度改訂版コアカリの活用について

■A グループ

【鬼形和道】 島根大学の鬼形が発表いたします。まずグループAは、「現状はどのような

か？」について各大学から意見を出していただきました。膨大な内容の新コアカリキュラムにどう対応するか、現状では対応は十分でない、しかしながら時間はないけれども対応策を練ってゆかなければならない。

コアカリ全体を論じることは難しいと考えて、課題を2つ選びました。1つはGE（総合的に患者生活者を見る姿勢）をどのようにカリキュラムに入れるか。2つ目は基礎医学の立ち位置（特にREとPS）について議論しました。

まず、最初の課題「GEをどのようにカリキュラムに入れるか」です。島根大学では、総合診療医センター（文科省事業）がうまくいっているように見えているので、これを紹介しました。総合診療医センターのコンセプトは、NEURAL GP networkです。コンセプトは2つありまして、一つは総合診療医の育成、もう一つは、地域の総合診療医を大学に呼んで学生教育を担当いただくというものです。具体的に申し上げますと、臨床実習直前の4年生2～3名/グループがコアカリにある37症候をまとめて発表します。チューターとして臨床実習中の5、6年生、そしてモデレーターとして学外（地域）の総合診療医を担います。このNEURAL GP networkのHPには、地域の総合診療医が作成した155項目の動画があり、37症候を学ぶことができます。5年次の臨床実習では4週間の地域実習が行われますが、モデレーターをしていただいた総合診療医に学びます。プロフェッショナリズムもこの実習で学べるのではないかと考えています。

2つ目の課題には十分な時間を費やせませんでした。基礎医学の知識や研究をどのような形で、あるいは仕組みで新コアカリキュラムに落とし込むか、これから大切な課題になると思いました。

以上、Aグループの発表でした。ご清聴ありがとうございました。

【高橋誠】 ありがとうございました。時間きっちりに収めていただきまして、感謝申し上げます。質疑につきましては、最後にまとめてさせていただきたいと思いますので、早速次のグループ、グループBからの御発表をお願いしたいと思います。オンラインで御発表いただけるということです。よろしくお願いします。

■B グループ

【中野隆史】 グループB、大阪医科薬科大学、内山がおりますが、センター長の中野が発表いたします。こちらのグループではコアカリに関しまして、改訂版で注目される改訂ポイントを自大学でどのようにカリキュラムに落とし込むかということで、まずフリーにトークいたしまして、現状、大きな黒ポチ4つを挙げております。1つは公衆衛生のような社会医学的な勉強の内容に関して、学年縦断的にカリキュラムに落とし込まなければならないということがあって、現状どのようにされていますかということで各大学にお伺いしております。これは特に、都市部の大学と地域の大学ではかなり状況が異なるということが分かってまいりました。

もう一つは臨床実習で主要な診療科3週間以上、そのうち一部は4週間以上必ず時間を確保するという。その部分で現状お伺いしております。3つ目のテーマが医学研究

の研究室配属を4週間以上、確保しなさいというところ、そして4つ目に関しまして、こちらでも話はできませんでしたが、大学の教育に対する教員の熱意とか、そういうところが大学によって異なるという話をしております。

次のスライドをお願いいたします。各大学の取組もかなり異なっておりまして、それに対してどう対応するかということで、1つ目の社会医学、公衆衛生的なことを学年横断的に行うというところ、こちらの部分は、例えば地方の大学であれば地域医療の実習と、そういうところと合わせる、あるいは臨床実習の外病院の実習のところで保健医療施設のようなところを活用するというようなこと。

2つ目、臨床実習できっちりとした週数を各診療科で確保するという部分は、分院のある病院は大変羨ましいということですが、分院がなくても、関連病院の外病院で、先生方に少し長めに臨床実習をしていただくということなどを考えております。

また最後の医学研究の取組ですが、こちらでも、帝大系の研究重視の大学と、我々のような私立ではかなり温度差がありますが、受入れの実験数が少ない場合には、他大学あるいは工学部のような他学部も含めた受入れ活用を検討するであったり、あるいは臨床系のEvidence-Based Medicineも含めた臨床研究のところ、そういうところも医学研究に含めていくというような対応ができるかということで御提言をさせていただいております。以上でございます。

【高橋誠】 ありがとうございます。ちょうど3分になりました。

では、次はグループCです。御発表をお願いいたします。

■C グループ

【廣田誠一】 それでは、兵庫医大、廣田が発表させていただきます。我々はテーマの中の項目を幅広くお話をさせていただきました。カリキュラムへの落とし込みをどうしているのかということにつきましては、ちょうどJACMEとの関係でいろいろ対応されているところが多くて、それと対応させた形でやっていると。前回の平成28年のコアカリと新しいコアカリを突合させて、どういう点が変わったのかをよく考えて対応を考えているというところがありました。

それから、周知への取組ということに関しましては、これについてはFDを行って幅広く周知をするとか、教員全員に対してメールで新コアカリの内容を配信する。学生に対して、学生の中で議論をしていただいて、それについて議論をしてもらうということもありました。

カリキュラム変更に対する具体的な対応としましては、こちらでもワーキンググループを立ち上げて、カリキュラム変更についての具体的な対応をしているとか、医学教育用語の理解度を毎年チェックしているので、それを活用して対応を考えているということがありました。

それから、新カリキュラムに対応するための教員養成の取組では、これもFDとかワークショップの中で、そういう対応ができるような教員について養成をしていくと。例えば

OSCE の評価者が不足しているような場合は、若手にできるだけ手伝ってもらって、これからの世代の成長を期待するとか、指名をして講習会に出てもらうというようなこと。

それからカリキュラムの改変の際の工夫につきましては、これは十分に周知をするということと、関連する講座には直接説明をするというようなこと。それから学生の意見を、どう反映をいかにしてさせるかということにつきましては、講義後のアンケートを利用して対応を考えると、カリキュラム改訂ワーキンググループへの参加を学生にしてもらう、カリキュラム委員会に参加してもらうという意見がございました。以上です。

【高橋誠】 グループCの発表ありがとうございました。そうしましたら引き続き、最後のグループです。グループDからの発表をお願いいたします。

■D グループ

【高橋和男】 藤田医科大学の高橋和男が発表させていただきます。それではスライドをお願いいたします。

非常に活発な議論が行われまして、まずは我々のグループで各大学の取組を御紹介する形で議論を進めました。各大学とも、もう全てこのコアカリの活用については取組を進めておりまして、特に分野別の認証評価に合わせて対応を各大学が進めておりました。

内容としましては、このコアカリキュラムに対しては、対応表の作成やコンピテンスの作成、あと IT 教育の充実、アウトカム基盤型教育の実施について検討していく。臨床実習の期間についても現在検討を行っている。課題としましては、IT について、教員の確保やカリキュラムの改訂については新しい科目を作成するなどの課題がありました。

それでは次のスライドをお願いいたします。対応策としましては、この IT について、行動科学について、そしてカリキュラム変更について、コアカリの周知について、アウトカム基盤型の評価について、臨床実習の期間について、主に我々のグループは検討いたしました。

IT の対応については、かなり学生によってもレベルの差がありまして、非常に基本的なところを教えるところから始めなければならないということが課題としてあります。それについては教員の負担がかなり多くなるというようなことが議論されております。

行動科学については、これもカリキュラムの中でチェックしながら、コマ数を確保して行っている大学もありますけれども、こちらについても臨床との関わりが重要になってくるということが議論されております。

コアカリの周知につきましては、こちらはFDを行っている大学や、冊子について配布を行っているということで取組がなされております。

アウトカムの基盤型の評価としては、臨床実習については、CC-EP0Cを導入していたり、行われておりますけれども、各科目についての評価については、ロードマップを設定、マイルストーンの設定が行われているということになっています。

臨床実習の期間については、各大学とも苦労されているようで、なかなか参加型臨床実習の実施には至っていないような状況になっております。以上になります。

【高橋誠】 ありがとうございました。グループDから発表いただきました。

これでテーマ1に関しては4つのグループ全ての御発表が終了いたしましたので、質疑応答に入りたいと思います。発表全体を通じまして御質問はございますか。御質問がある場合はどうぞ御発言をお願いいたします。オンラインで御参加いただいている方々は挙手をしていただけると幸いです、いかがでしょうか。特にございませんか。

4つのグループから今御発表いただきましたけれども、幾つかの学習目標についての対応の難しさ、それに対する具体的な対応策についてお述べいただいたグループがございましたし、そもそもこのコアカリのいろいろな……。手を挙げていただきました。琉球大学の宮里先生ですか。よろしくお願いします。

【宮里実】 琉球大学の宮里と申します。Dグループにお聞きしたいのですが、高橋先生でしょうか。行動科学についてディスカッションしたということですが、なかなかうちの大学は行動科学のカリキュラムがちゃんと組めていなくて、行動科学のカリキュラムとして組んでいるのか、あるいは各臓器別の講義の中にそういうのを、行動科学をちりばめて科目をつくっているのか、その辺のところはどうなって、現状を教えてください。

【高橋和男】 私どもの大学は、行動科学について専門の科目をつくるというのはなかなか困難ですけれども、グループの中で、行動科学用のもう専門の授業を低学年から行っている大学がございました。しかしながら、最終的に重要になってくるのは行動変容につながるような臨床の教育というところにつなげるのが課題というような議論がなされました。

【宮里実】 ありがとうございます。

【高橋誠】 ありがとうございました。ほかいかがでしょうか。今御発表があった内容についてもう少し詳しくというようなお話でもよろしいかと思いますけれども、ございませんか。

グループで御発表された内容の中で、例えばこの周知ですね。新しいコアカリ、あるいはそれに対応した新しいカリキュラムをどのように周知していくかというところで、課題と、それからお取組を御発表されたグループが幾つかございましたが、この辺りは御苦労されている大学も多いのではないかと思いますけれども、いかがでしょうか。

FDについて言及されたグループCの先生、この辺り、FDをどのように具体的にされているかといったところを、もし差し支えなければお話ししていただけますか。

【廣田誠一】 Cグループですけれども、幾つかの大学がFDを行って、それに関する新コアカリについての周知を行っているという話だったんですけど、そのFDについてはいろいろな形があって、全員対象にできているものもあれば、必ずしもそうではなくて選択的に入れるとか、新しい教員に対して行うとか、そういうことがあって、全員にいかに周知をしていくのかというのは、必ずしもうまくいけていない場合もあるのかとお聞きしていました。よろしいでしょうか。

【高橋誠】 ありがとうございました。御苦労されている大学も多いかと思います。こ

の辺りは、文科省の今年度の委託事業の中で、新しいコアカリについてのいろんな説明用の資材、そういったものも作成中と聞いています。そういったものが今後使えるようになれば、大分役に立つかということも考えてございます。ありがとうございました。

あとはいかがでしょうか。あと時間が4分ほどございますが、御発言はございますか。会場からですね。お願いいたします。

【鬼島宏】 弘前大の鬼島です。今FDのお話をしましたので、追加で紹介させていただきたいと思います。コアカリキュラムに関しましては、もう各大学とも先生方周知の中で、今回大きな改訂ということで弘前大学もFDを行いました。その中で関心はかなり高いと思います。大幅な改訂の中で行われましたし、それから検索機能とかもありましたので、多くの先生方にFDに集まっていただきました。あと弘前大学では、これはオンデマンド配信するということで学内の教員の方にはオンデマンドにするということと、あと学生にも周知するような機会をしております。

問題なのは、皆さん総論的には非常に関心を持っていただけるんですけど、これを実際にいざカリキュラム等に落とし込むときに、各論的にはいろいろ、既存のものとのすり合わせが必要かということを実感しております。以上コメントさせていただきます。

【高橋誠】 ありがとうございました。そのほかいかがでしょうか。もう少し時間があるようですけれども、よろしいですか。

テーマ1については、令和4年度に改定された新しいコアカリに今後どのように対応していくかというところで、その課題とその対策について御検討いただきました。その周知をいかにしていくか、今FDというお話もございました。それから各学習目標について、特にGE、総合をどうするか、研究者養成をどうするか、あるいは社会のこと、それから臨床実習について、そして新しく出たところでいえばIT、こういったものについて課題と、それから今御対応されている様子が発表の中でも聞かれたところです。

ということで少しお時間ありますけれども、では、これでテーマ1については総合討論を閉じさせていただきたいと思います。進行に御協力いただきまして、ありがとうございました。

【尾上剛史】 高橋先生、ありがとうございました。それでは続いて、テーマ2に移らせていただきます。このテーマを御担当いただくのは、熊本大学病院長、馬場秀夫先生です。それでは馬場先生、よろしくお願いいたします。

【馬場秀夫】 ただいま御紹介いただきました熊本大学の馬場でございます。私どもはテーマ2、働き方改革と教育・研究の両立についてというテーマについて、4つのグループでディスカッションを分かれて行っております。これから、それぞれのグループから議論されました内容を発表いただきますが、3分と限られた時間ですので、要領よく発表いただきまして、その後、最後にまとめてディスカッションしたいと思います。

それでは、どうぞよろしくお願いいたします。まず、グループEから御発表をよろしくお願いいたします。

(テーマ2)

働き方改革と教育・研究の両立について

■E グループ

【渡部健二】 大阪大学の渡部と申します。本来、東京大学医学部長の南學先生が御担当いただく予定だったんですけども、今日欠席ということで、馬場先生の御指示を受けまして発表させていただきます。司会は日本医科大学の大橋先生に御担当いただきました。

グループ内で活発に議論が行われまして、どうなることやらと思ったんですけど、モデレーターの馬場先生にスライドでまとめていただきましたので、早速そのスライドを共有ということでお願いいたします。ありがとうございます。

まず、働き方改革と教育・研究の両立、特にその教員の立場からということになりますと、タスクシフトということで多分話が出てくるかと思えますけども、特に学部学生がどうかというところもありますが、特に一番、実際効果的なのは大学院生ということで大学院生の問題点ということが特に話し合われました。

2 番目ですけども、大学院生が減少して研究力が落ちている。あとは最近の学生の特徴として、学位取得の意義を理解されていないという方もおられると。あとは社会人の大学院生が多い大学も多々あらわれて、あと、どうしても専念できないから4年間で研究が終了しないと。そういった研究がなかなか進まない中で、この2つ下のところで、研究補助というような方、そういったところが確保できれば非常にありがたいのではないかなというような指摘がありました。そのほかこのタスクシフトとして、看護の特定研修とかクラークとかいろいろ指摘があったんですけど、なかなか十分シフトが進んでいないという現状が共有されました。

次のスライドをお願いいたします。これに対する対応ですけども、恐らくいろんなところで同じような議論をされたと思うんですけども、この中で例えば5 番目のカンファレンスのオンライン化、特にこのコロナによってこういったのが進みましたが、こういったオンライン化が進みますと、いろんなところから参加できるということで、非常にいいんじゃないかという話とか、女性医師を十分活用すべきじゃないかというような御意見がありました。

あとは、次のところですけど、カリキュラムが重複しているところがあれば、そういったところは減らしたほうがいいだろうとか、あとはその2つ下になりますけど、学外臨床実習を上手に推進すると。一方、その質的保証をどうしていったらいいかというところがいろいろと議論が行われました。あとは、次のところですけど、教育を担当される専任の医師の確保というような事例も紹介されました。主立ったところは以上となります。以上です。

【馬場秀夫】 ありがとうございます。それでは続きまして、F グループ、お願いいたします。

■F グループ

【今井浩光】 大分大学の今井から紹介させていただきます。このグループは今御覧いただいているメンバーで意見交換を行いました。この中で東京女子医科大学の事例がグッドプラクティスで紹介されていますので、そちらの状況を教えていただきながら、そこを軸にして意見交換をしました。

次のスライドをお願いします。あらかじめ議論してほしいことという論点を5つ提示いただきましたので、それに沿う形で意見交換を行いました。1つ目が、働き方改革に関して大学病院での対応や課題ということです。各大学で、御覧いただいているように、現状、対応方法や課題としてこういうことが挙げられました。

特定看護師、薬剤師さんのような、メディカルという方、特に特定看護師という新しい取組は有用ではないかという声もありました。あとはドクタークラーク等の事務作業を補助していただく方も現状進んでいると思います。多職種会議、多職種の方が参加する会議で検討していくという方向性も紹介されました。関連病院の時間、外勤管理やシフト制、これは東京女子医科大学さんのグッドプラクティスでも紹介されていますので、ぜひ資料を後ほど御覧ください。長時間の診療時間の労務管理、これらは課題として挙げられました。

2つ目の議論してほしいこととしては、教育業務に関する影響ということでした。教育業務全般ですが、特にOSCEについて意見が多く出ました。OSCEが今年度から公的とされたことによって、それに関連する業務が増えていると。医学部の定員が増えているということもあって、その対応、講義以外の対応も増えている、実習も業務量としては増えている。診療参加型臨床実習が導入、これが今度クラークシップも長期化されることになると思いますので、このような現状から、これは女子医大さんの事例で、指導者位置というところからチームで指導するという体制が紹介されました。診療時間、診療との兼ね合いで、そちらの負荷は増える一方ですので、どうしても教育業務のモチベーション維持が難しいということも課題として挙げられました。

次のスライドをお願いします。臨床実習の指導評価については、評価項目が非常に多くて、そのスリム化、多職種の協力等が必要であるというようなことであったり、ピア評価、屋根瓦式の学生の指導、教材作成の事例も紹介されました。講義については、コロナ禍でZoomが活用化されましたので、その利点を生かして、オンデマンド等も活用されているという事例も紹介されました。教育業務におけるタスクシフトとしては、様々な専門職の方の御参画をより推進していくことが必要ではないかと紹介されました。以上です。

【馬場秀夫】 どうもありがとうございました。それでは続きまして、グループGから御発表をお願いいたします。

■G グループ

【佐藤豊実】 グループGからは筑波大学の佐藤豊実が発表させていただきます。メンバーは御覧のとおりです。スライドをお願いいたします。

グループGでは、助教・講師レベルに絞って働き方改革と教育・研究の両立という観点で議論を行いました。大体教育が中心の議論となりました。この助教・講師レベルに絞ったのは、堀岡先生が初めに示してくださいましたが、この助教・講師レベルだと診療に70%、教育には10%程度、研究には12%程度しか時間が割けていないということと、教員の入替えが激しい世代であるということで、教育のスキルがなかなか身につくにくいということで、これに絞りました。医学部の特徴として、ほかの学部は教育と研究でほぼ100%仕事ということになりますが、医学はそうはいかないということでここに絞ったわけです。

現状と課題ですけれども、働き方改革で時間の制限が厳しくなるということがもう分かっているという中で、カンファの終了時刻、これをしっかりと定めて守るとか、若手のチームリーダーとしてカンファランスをチーム別に行う。助教・講師よりももっと若い人がチームリーダーになって、助教・講師はアドバイザーに回るということで、助教・講師の時間をつくる。また、屋根瓦方式の中に学生も組み込むということを行ったり、しっかり教育した者には何らかのインセンティブを考えるというようなことが行われているのが現状ということになっております。

次のスライドをお願いします。対応策ですけれども、対応策としては、教育に助教・講師が診療を少なくして携わっていくというのはなかなか難しいだろうということで、現状よりも、既に今までずっと長時間労働をしてきたはずですが、さらに准教授・教授にお出まじいで、担当をしていただくということが仕方がないかと。また、メディア教材などを使って、座学に関してはオンデマンドで予習をしてから学生には出てきてもらう。メディカルクラークさんを活用して、助教・講師の時間をつくる。FDを使って効率的な教育方法を助教・講師レベルの先生方に身につけていただく。また、連携病院を活用して、大学の中での仕事量を少し減らしていくということも考えていいのではないかとすることが挙がりました。グループGからは以上になります。

【馬場秀夫】 どうもありがとうございました。それでは、最後になりますが、グループHから御発表いただけますか。

■H グループ

【齋藤貴徳】 グループHの関西大の齋藤です。御覧の先生方でディスカッションしました。国立、私立も混ざっておりますし、地方と都会も混ざっております、非常に充実したディスカッションができたと思います。それではお願いします。

まず現状の課題ですが、一つ挙げたのは、地方と中央の地域の違いです。例えば琉球大学は離島の医療に携わらなければいけないということで、余分な時間が非常にかかるということもありますので、遠隔医療などの効率的なものの導入が必要かもしれないというような話とか、それから徳島大学と例えば大阪とでは、地方には非常に残る医師が少なく、都会に集中しがちで、マンパワー不足が起こっているということなどが挙げられました。

それからもとの業務が多いということです。これはもう先ほどのアンケートでもありましたように、診療に非常に時間が取られていまして、教育・研究が十分に行われていない。時間的に。この中で働き方改革をした場合に、さらに教育・研究に割ける時間が減るということの問題点です。

それから労働時間についてですけども、これは、もう導入から1年を切っていますけども、こういったものが労働時間として算定されるのか、それから自己研さんとしては、こういったものが算定されるのかの基準が明確でない。例えば学会に行ったときに、どのような学科にどのような役目で行けば自己研さんなのか、それとも労働なのか、その辺もはっきりしていただかないといけないんじゃないかということです。

それからサポートを含めたマンパワーの不足、これは現在、既にタスクシフトをしていますが、タスクシフトをしている側の、例えばクラークさんとかその辺の業務過多が大きな問題ではないかということが挙げられました。

それでは、その次をお願いします。対応策です。まず、個別の大学で行っているものと、それからシステムや国での対応と2つに分けて議論しました。

まず個別の大学ですけども、シミュレーション教育の導入、それから基礎と臨床とのコラボや分業化、この辺はカリキュラムが肥大化しているので、垂直・水平統合をして効率化を図るということで、例えば基礎と臨床を結びつけて、基礎を学びながら、こういった疾患がそこから生じるのかということを同時に授業するとか、そういうことを考えてはどうかということ。

それから、琉球大学では佐賀大学との間で、カリキュラムの統合とかアクティブラーニングの導入とか人材交流も行っているので、そういったことも今後考えていかなければいけないんじゃないかということ。それから特定看護師の養成、クラークの確保、これはタスクシフトのために必要ということです。

それから、業務時間内に収めるために、朝早くからのカンファレンスなどを時間内にするようにしてはどうかという提案が行われました。それから国やシステムでの対応ですけども、これは予算と人材が必要で、例えば教育専用の人材などを国が費用を出して、各大学に配置するようなことをしていただかないと、授業だけではなくて、現在いろんな学生のメンターとか、そういった面での対応も多く時間を取られているので、その辺の人材確保が必要ということです。

それから、先ほどのカリキュラムの再考に関しては、先ほどお話ししたとおりで、いろんなアクティブラーニングとかを取り入れながら、授業時間を基礎と臨床とかを統合しながら、短縮していく必要があるんじゃないかということ。

それから、国家試験の出題範囲と合格基準ですけども、この辺はA、B、Cとあって、Cなどは例えばタブレットを使ったりして知識だけを入れておいて、あとは最終的な判断を医師が行うなどの変更をなどはどうかということです。

それから、大学間での共通教材ですけども、人材交流とかを行って、得意・不得意分野

をお互いに補っていくということが、働き方改革の中でも有効ではないかというような議論が行われました。以上です。

【馬場秀夫】 どうもありがとうございました。この働き方改革と教育・研究の両立というテーマに関しましては、E, F, G, H, 4つのグループから議論していただきました内容についてただいま御発表いただきました。

総合討論として約10分、時間を確保していただいておりますので、ここから活発な議論をしたいと思いますが、まず、4つのグループの中で、先ほどの発表時間では足りなくて、もう少し追加発言をしたいというグループがいらっしゃいましたら、御発言いただければと思いますが、いかがでしょうか。御意見がある場合はリアクションで、手を挙げるボタンでお願いいたします。特にございませんか。

それではグループ間で、他のグループの発表について、ここをもう少し聞きたいという御質問あるいは御意見がありましたらお聞きしたいと思います、いかがでしょうか。

それでは、筑波大学から御質問があるようですので、どうぞよろしくお願いいたします。

【佐藤豊実】 よろしいでしょうか。研究と教育がどこまでが自己研さんかというのは、恐らく全てのグループで問題だという話になっていると思うんですけども、ほかの学部との兼ね合いを考えれば、私は研究・教育は基本的に全て労働だというふうに考えてもいいのではないかなと思うのですが、各グループではその辺りのことはどのような議論になっていたか、お教えいただければと思います。

【馬場秀夫】 非常に貴重な御指摘だと思いますが、何か各グループから今の御質問に対する御意見等はございますか。ここについては非常に難しいかと思いますが、厚労省から担当の方で、何か今の点はどのように解釈するかということについての御意見があればお伺いしたいと思います、いかがでしょうか。

【齋藤貴徳】 関西大の齋藤です。労働時間というのは一応使用者の指揮命令下に置かれている時間と定義されていますよね。指揮命令がどういったところまで許されるのかという。例えば先ほど言いました学会出張は、発表すればオーケーで、単に参加するのは駄目なのかとか。そういった細かいところをある程度のラインを、例えば厚生省とか文部省で出していただかないと、これは相当、自己研さん時間と、それから労働時間が変わってくると思うんです。その辺、厚生労働省とか文部省ではどういうふうに考えておられるのか、ぜひ御意見をお伺いしたいです。

【堀岡伸彦】 よろしいでしょうか。馬場先生。

【馬場秀夫】 お願いします。

【堀岡伸彦】 厚労省ではないんですけども、文科省の堀岡でございます。働き方改革もずっとやっておりましたので、私も、厚労省との責任を持った答えではないですけども、議論の充実のために、はっきり言って正しいと思うので、もうお答えします。

机上の空論ですけど、指揮命令があれば労働で、そうじゃなければ労働じゃないというのがもうはっきり言って全てです。もうちょっと細かく、どういうふうに考えるのかとい

うことに関しては、労働基準法というのは物すごい積み上げがあつて、はっきり言って、研究者の労働というのは世界中どこでも、非常にどの労働法制もうまく乗らない問題で、悩ましい問題ではあるんですけども、それを無理やり整理すると、労働基準法上のそういう積み上げというのは山ほどあります。

その積み上げにのっつて、例えば AJMC とか厚労省でも、研究とかがどこまで自己研さんなのかというのは、評価の考え方の根本というのは示しているんですけど、どこまでいっても、大学が明確に指示したのか、机上の空論ではありますけど、例えば朝のカンファレンスに教授がマストで出席しないといけないと明確に言ったのか、それとも自然発生的に自主的に行われているのか、というので、線引きにならないですけど、線引きになるので、これはどこまでいっても、その大学、またその大学での使用者の線引きで、その労働というのは決まる側面があります。

つまり逆に言うと、明確に、例えばこの何々に出なさいとか、病院の管理者からこういうことに、例えば何時間のこれをやりなさいと言ったのにそれを労働に含めないというのを明確に違法ですけども、そうじゃない、いろんな線引きができるところは、本当にその学内で決めたり、そういうところがどこまでも残ってしまうというところがあります。明確な答えにならずすみません。

【馬場秀夫】 堀岡先生、ありがとうございました。今の問題はどこの大学も非常に苦勞しているところかと思いますが、厚生労働省もその指針を出しております。私ども熊本大学でも、それにならって、Q&A 方式でどこまでを労働と認める、どこまでは自己研さんとするという、一応私どもの大学病院での指針をつくって全職員に配付しております。

基本的には、例えば 8 時半から 17 時 15 分、私たちの勤務時間、この中であれば、診療業務、研究業務、それから教育業務、どれをしても労働時間としてみなしていますが、時間外になった場合には、上司の指揮命令の下でされたことであるかどうかというところが自己研さんかどうかというところに関わってくるかと思いますが、今、堀岡先生の御指摘のとおりかと思います。よろしくお願いします。

そのほか、今日議論してほしい中で、要するに診療業務が増える中で、研究業務をどれだけスリム化して、タスクシフトできるかという、教育業務の効率的な改善に向けた取組とかいうところに少しフォーカスを当てた議論をしたいと思いますが、4 つのグループあるいはそのほかのグループからでもいいと思うんですが、何か御意見、御質問はございますか。

私どものグループでも意見があったのは、オンデマンドの教材を増やして、学生には能動的な学習をしてもらい、そして講義では、もうポイントを絞った講義をして効率化を図る、あるいは水平・垂直統合をしてカリキュラムの工夫をする、あるいは先ほど出てきた発表の中には、他大学と教育コンテンツを共有しながら、教員の負担を減らす等々、いずれも、そして臨床実習に関しましても、関連病院にうまく参加いただいて、大学だけではなくて、関連病院でもいろんな教育をしていただくという意見が出ておりましたが、その

点、あるいはそれ以外の点で何か御意見、御質問があればお伺いしたいと思います。いかがでしょうか。大分大学の今井先生、よろしくお願いいたします。

【今井浩光】 先ほどグループFで紹介した大分大学の今井です。先ほど私の段取りが悪くて、後半は十分説明、紹介できなかったんですが、女子医大さんの事例で、臨床実習でMini-CEXというのを多くの診療科で取り入れていらっしゃるということが紹介されました。外来だけで、初診の患者さんだけではなくて各病棟の患者さんでも可能である。評価者として、後期研修医、専攻医の先生に入っていただくという体制も紹介されました。これも御参考になるかと思って紹介させていただきます。以上です。

【馬場秀夫】 どうもありがとうございます。そのほか、御意見よろしいでしょうか。

【奈良信雄】 よろしいでしょうか。日本医学教育評価機構の奈良でございますが、今、教員の負担軽減という観点から、Fグループで、Gグループもありましたけど、屋根瓦ということで、上級生が下級生を指導するということがございました。これは、ただ単に教員の負担軽減だけではなくて教育の効果を高めるという観点からも、Teaching is Learningとありますので、非常にいいと思います。

具体的にFグループでは、上級生が下級生をどのような形で、どの程度指導しているのか、また、それに伴う課題等はなかったでしょうか。もしお答えいただければと思います。よろしくお願いします。

【馬場秀夫】 ありがとうございます。Fグループから、ただいまの御質問に対してお答えいただけませんか。

【今井浩光】 Fグループ、大分大学、今井ですが、たしか、Fグループの先生、この事例で御紹介いただいたのはどの施設だったでしょうか。

【木下浩作】 日本大学の木下でございます。その件に関しまして、6年生、5年生が1年生のEarly Exposureのところでの、例えば心肺蘇生法の教育なんかと一緒に教えていくというような方法、それにはもちろん教員とかいろんな職種が含まれますので、そのフィードバックを聞いていて、もし問題があれば何らかの指導を加えるということです。

それからもう一つは、初期臨床研修医が、5年生、6年生の臨床実習をサポートすることに関連しては、業務の終了時点で、振り返りもやっていますので、振り返りのときに学生内部に、それから初期研修医に対してフィードバックをかけていく、そういった方法を取っています。

【馬場秀夫】 ありがとうございます。

【奈良信雄】 ありがとうございます。

【馬場秀夫】 それ以外に御質問はございますか。御意見はございますか。会場から御質問、よろしくお願いします。

【鈴木章司】 山梨大学の鈴木と申します。4つのグループの御発表になかった話で、入試関連業務というのも教育業務かと思います。大学ですからやるのが当たり前ということかもしれないんですが、アドミッションポリシーに合致するような学生を取りたいとい

うことで入試に力を入れれば、当然、業務は増えますし、共通テストの対応もしなければいけませんので、小規模大学にとっては実は入試関連業務はかなり大きなものです。

私は存じませんが、例えば問作の一部を外注に出しているような大学があるのかどうか分からないですけれども、何かそういった入試関連業務についても、働き方改革で話題にならなかったでしょうか。その点教えていただければと思います。

【馬場秀夫】 ありがとうございます。今の入試関係に関する効率化を図るために、問題作成を外注したりとかという取組をしているかどうかという、全体的な質問ですが、どのグループか、そういう議論をされたところがありましたらお答えいただけますか。特にございませんか。先ほどの発表の中では、そういう入試業務まで含めた教育の効率化というところまで議論が及んでいなかったと思いますが、これも非常に重要な観点かと思うので、今後議論を深めていければと思っております。

予定されました総合討論の時間が参ったようでありますので、この辺でテーマ 2、働き方改革と教育・研究の両立については閉じさせていただきたいと思いますが、まだまだ課題が山積でありまして、来年 4 月から始まる働き方改革に関して、診療の効率化と同時に、教育・研究の時間をどのように確保して、効率的な教育・研究をしていくかということについては、各大学の取組をお互いに参考にしながら、日本の研究力、教育力が低下しないように取り組んでいくべきかと、重要な課題と考えておりますので、今後とも皆様方で情報共有をしていきたいと思っております。最後まで御協力いただきまして、どうもありがとうございました。以上で終了させていただきます。

【尾上剛史】 馬場先生、ありがとうございました。それではテーマ 3 に移らせていただきます。このテーマを御担当いただくのは、秋田大学大学院医学系研究科医学教育学講座教授の長谷川仁志先生です。それでは、よろしく願いいたします。

【長谷川仁志】 秋田大の長谷川です。それでは、OSCE・CBT の公的化を踏まえた診療参加型臨床実習のさらなる充実についての発表を各班からお願いいたします。

(テーマ 3)

OSCE・CBT の公的化を踏まえた診療参加型臨床実習のさらなる充実について

■I グループ

【梅村和夫】 グループ I です。浜松医大の梅村から御報告させていただきます。

次お願いします。現状と課題ですけれども、まず施設、人材の不足ということが挙げられました。現在学生がいる病棟外来の場所がないということで、もともと附属病院がつくられたときに、このような診療参加型の臨床実習というのは想定されていないということで、居場所がないということ。また電子カルテが足りないということが課題と挙げてられております。今でさえ研究・教育のために診療も軽視されていていっている状況も多いのではという意見も出まして、今後、より教育も不安であるという課題があるとあります。

2 番目としては、医行為と包括同意、個別同意について、どこまでを医行為とするか。

各科、外の病院の指導医からも要望があるけども、そのラインが決まっていないと。実はどこの科でも行っていない手技も出てしまっていると。医行為の前提をするためにシミュレーションなどでトレーニングしてから、何か資格、あるいはそういうガイドラインがあって医行為に進むのかどうかと、そういうことも決まっていないと。

同意についても、今、包括同意というものがあるんですが、侵襲性の高いものに関しては個別同意というものも必要だろうということですけども、そのところのラインがまだはっきりしていないということで。ただ、多くの医行為に関しては包括同意の中で十分できるのではないかとということで、個別同意が必要な侵襲的手技よりも、包括同意で可能な基本的臨床技術をどう保障するかが重要で、コアカリの中心はここにあるだろうというような意見が出ました。

教育内容の課題としましては、各科専門教育の偏重からの脱却が必要ではないかということで、先ほどコアカリもありましたけど、基本的診療技能というところが学部教育の中では重要ですけども、実習が勧誘になっているとか、その科を回ると専門的な教育がされているということが話題になりました。また、コアの診療科では4週間回らなければいけないんですけども、負担がかかると、評価は難しいと、いろいろあります。

次お願いします。評価、学生及び教員ということで、評価も十分できていないということと、教育があまり評価されていないということもございます。

次お願いします。対策ですけども、各科教育エフォートを少しだけ高く持っている若い教員の配置が必要ではないかということ。あと教育を評価する制度がないので、教育をしっかり評価してあげることが重要だろうということがあります。また、医行為と同意書に関しては、各科横のつながりが必要であると。先ほど言った教育を担当する教員がどうしても必要であろうということがあります。

内容としましては、臨床実習のコアカリの集大成でありますので、学部全体で各科の意識改革をする必要があるだろうというところがあります。よい教育をするところには人が集まるという意識を持っていただくと。

もう一つは、それぞれの診療科の中で、しっかりとしたアウトカムを決めていただいて、それが専門研修の延長にはならない。そこがポイントじゃないかということで、シラバスが特に重要で、学外に研修に行く場合も学外のシラバスというのは、今はまだ十分でないもので、そこをどうつくっていくか。それで評価に関しては、各科でも習得しなくてはいけないものがありますので、そこでの評価、それと実習が終わった後で、本当に全てが身についているかどうかの評価、これをどうやっていくかということが大事だと。

最後に、教育の評価というものをしっかりやっついていかないと、この中身は充実しないだろうということです。以上です。

【長谷川仁志】 ありがとうございます。集大成としての診療参加型をどうするかという課題と対応について話し合ってくださいました。

次のグループ、お願いいたします。

■J グループ

【首藤太一】 グループJです。発表させていただくのは大阪公立大の首藤です。モデレーターに西屋先生、それから慈恵医大の櫻井先生に司会いただきました。現地開催ですので、それ以外に名古屋大学、イントロダクションを担当いただきました錦織先生、それから文部科学省の堀岡企画官も私たちの部屋と一緒にディスカッションしていただきました。ありがとうございます。お願いいたします。

テーマはこちらですが、現状課題もいろいろ出ました。もう御覧のとおり、いろいろ出たのですが、全部しゃべっていると切りがないということで、この赤字で書いてある、OSCE・CBT が公的化されたということを私たち医学教育の現場は知っているんですけども、それを社会が、国民が知っていないと。それが診療参加型実習を非常に進めない原因ではないかというところで、ここを中心にフォーカスしてディスカッションしました。

次スライドお願いします。もう一度課題ですが、OSCE・CBT が公的化されたことを国民が知らない。すなわちスチューデントドクターが医行為を行うことを国民、もっと言うと指導医も知らないのではないかという意見すら出ました。これで現場では依然混乱が続いて、先ほどのグループにもありましたが、学生に何をどこまでやらせてよいのですかという質問がそれぞれの教育の担当者にも何回もかかってきますし、特に学外病院の協力病院ではそれが強いんじゃないかと。

大きな診療参加型実習のプロモートの妨げになっているのではないかと、毎回毎回この学生にここをやってこうやって、個別同意、それから包括同意も含め、それをやることで、すごくエフォートがかかっているという現状がいまだに残っているというところが課題だろうと。

具体的に対策ですが、OSCE・CBT が公的化されたことをもっと国民に、患者に、そして社会に周知したいと。堀岡企画官から、これを厚労省、文科省でぜひ社会に周知くださいと言いますと、ポスターがあるそうです。うちのチームでそれを知らないのが半分、そんなポスターあるのというぐらい知りませんでした。さらに衝撃の事実が堀岡企画官から言っていたんですが、包括同意でほぼ全ての医療行為が行えるとのこと。これを後から堀岡先生にきくとまたいろいろお話しただけだと思うので、それは後ほどの堀岡先生のところにお任せします。

もう1点です。学外協力病院の指導医、この先生方からよく、どこまでやらせてよいのですかという質問が来るので、このOSCEやPCC・OSCEの評価者として参加いただくのはどうかと。実際それをやっている大学もありますので。そうするとOSCE・CBT が公的化され、スチューデントドクが医行為を行えること、この際にこの先生方にも周知すること。さらに言いますと、その先生方に入ってくださいことで、学内の教員の負担も軽減するし、コミュニケーションが広がるということで、いいことばかりじゃないかというところですよ。以上です。ありがとうございます。

【長谷川仁志】 ありがとうございます。それでは次の先生、お願いします。

■K グループ

【太田康之】 山形大学の太田です。グループKはこちらの表の先生方とディスカッションさせていただきまして、各大学によって状況は様々であるということも確認いたしました。

では次お願いいたします。まず現状としまして、自由に意見を出しまして、羅列しておりますけれども、まず診療科間であつたり先生によって、教育に対して温度差があると。また学生によっても、どれだけ到達しているか、どれだけ熱心にするかという差があるということが各大学でもあるということがありました。また評価におきまして、EPOCで診療科で横断的なものを取り入れているところもありますし、また取り入れられていないところもあるということでした。

あとシミュレーション教育が大事であると。それを取り入れられている大学もあるんですけれども、予算等の兼ね合いもあるので、そこも各施設によっても違いがあるといったところを確認いたしました。

次お願いいたします。対応策としまして、まず先ほどのスライドで述べ忘れましたけど、Faculty Developmentの充実で各教員の意識を統一させるかということと、あとは、EPOC等の横断的なものをどう取り入れるかといったところで、あと自由な意見としまして、診療参加型臨床実習を充実させるために、その前の座学の講義をどれだけ負荷を減らすかと。ですので、オンデマンド等を活用するといったところの意見も出ました。ほかの大学の取組としまして、久留米大学では学生同士でプレゼンして、お互いに教え合うといったことも紹介されました。

あとは、これも大学によっても違うんですけれども、教育担当の教員、助教などがいるところもあって、そういった充実しているところもあるんですけれども、それも教員に、大学によって教員の数の差がありますので、そこは各大学によってもアプローチをどうするか、課題をどうするかが違うだろうというところを意見交換しました。

あと患者同意につきまして、先ほどもありましたように、国民に周知されていませんので、国としてもっとアピールしていただきたいと。各大学で、白衣授与式のときにマスコミが入ることがあるので、そこでアピールするという取組につきましても意見交換をしました。以上です。

【長谷川仁志】 ありがとうございます。お願いします。

■L グループ

【若月幸平】 それでは、Lグループの発表をさせていただきます。奈良県立医科大学の若月と申します。新潟大学の齋藤先生の代わりに発表させていただきます。愛知医科大学の鈴木先生の司会で、モデレーターは名古屋大学の高見先生にいただきました。

スライドをお願いします。ありがとうございます。Lグループでは、患者の同意、臨床実習の評価、あとは診療参加型の充実化ということで、様々な施設からの現状、課題を出していただきまして、それをまとめさせていただきました。

まず患者同意に関しましては、基本的には、各大学ともに包括同意は取られているというところでありますが、書面で取っておられる大学はまだ少なく十分ではないということでした。次に個別同意に関しましては、診療科ごとに任されていることが多く、どの範囲の手技に対して個別同意が必要かといったことの詳細については、まだ決まっていないという意見が多く見られました。

あと書面同意を取る場合ですが、誰がどこで同意を取るのかという問題があったり、比較的同意が取れない患者さんは少ないという施設が多かったのですが、包括同意や書面同意が取れたかどうか、それを患者さんごとにどのように見分けるかが問題であるという意見がございました。

次に臨床実習の評価ですが、こちらは診療科ごとに評価やフィードバックが行われているという施設が多く見られました。学生の評価はされていますが、逆に学生から指導者への評価となると、まだまだ不十分という施設が多くて、学生が診療科に対して評価するということはあるようですが、個人の指導者への評価、フィードバックはされていないことが多いということでした。

総括的評価は、診療科ごとに委ねられて、独自に評価されていることが多い。共通の評価表を使って評価されているところもありましたが、基本的には各診療科で独自に評価されているという意見が多くありました。形成的評価に関しては、恐らく口頭でのフィードバックが多いかと思いますが、一部の大学では CC-EPOC を使った形成的評価が行われていました。

次に、診療参加型の充実化ということで、基本診療科は全て回るという施設が多く、ただ全てを回ると 1 診療科あたりにローテーションする学生の人数が多くなるという意見がありました。あと全科をローテーションすると 1 診療科あたりの実習期間が短く見学型となる傾向が多いということ、あと問題なのは、熱心にされている診療科で人気があることが多いのですが、逆に楽な診療科で人気があることも多いという悩みことでした。

これらの対応策としては、同意に関してはなるべく書面で同意を取っていくことを検討したいということ、個別同意についても取っていくことを検討したいとのことでした。臨床実習に関しましては、各大学とも形成的評価として CC-EPOC の導入を検討しているとのことで、実際に CC-EPOC を利用している大学の感想としては、評価ができる項目とできない項目があるといったこと、あと CC-EPOC を使える医師がまだまだ少ないといったこと、評価基準がまだ十分標準化されていないといったことが問題点であるという意見をいただきました。

さらなる診療参加型の充実化ということで、全科ローテートをやめて、1 診療科を長く回ることも検討が必要ではないかという意見がありましたけれども、そうすると、回ってこない診療科に対しては、リクルートの機会が少なくなったり、あとは長く回る診療科に対しては、教育負担が増えていくのではないかと。ただそういったときには関連病院などの実習をうまく利用すべきだという意見がありました。以上です。

【長谷川仁志】 どうもありがとうございました。今全てのグループで、ここで共通して言えるのは、診療参加型臨床実習というのは医学教育の集大成で、様々な内容とか課題があり、近年は、教育力も問われております。いずれも、10年20年前に比べて大分進んではきているものの、かなり課題が多いということが分かった発表だったと思います。

まとめますと一つは、包括同意や個別同意でかなり課題があります。最初の班でも議論になったんですけども、コアカリキュラムの内容を、しっかり一定程度質保証するには包括同意でやるべき内容をもっともっと各科が考えていく必要もあるし、その中でも個別同様にどう取っていくかということが今後の課題になっているのではないかと思います。

それから教育内容としては、今、全ての班から内容がありましたけれども、各科がばらばらに専門教育にやや偏重しているという状況をどう解決するか、その際には、このコアカリを基本として、卒業時まで臨床現場でどう経験させ、質保証するかということを、学部全体あるいは各科がそれぞれの役割を考えていく必要があるということがどの班からも出たのではないかと思います。

最後に、評価について、各分野が、教育目標がなかなかはっきりしていないために、コアカリ、あるいは卒業時の目標に向けた評価がなされにくいという内容でした。以上。なかなか10分間で議論をまとめるには今後の課題が多い内容だったんですけども、今発表なさった先生の中で何か追加意見がありましたら、いただきたいと思います。どうぞ。

【堀岡伸彦】 ありがとうございます。私からも追加発言せよとグループで言われておりますので。文科省の堀岡と申します。特に個別同意と包括同意については、意外とすごく、これはもう私のというか、錦織先生と小西先生たちのモデルコアカリの文言で本当にありがたいと思っているんですけども、厚労省でも包括同意と個別同意というのは、できるだけ、ざっくりばらんに言えば攻めた表現を検討会の取りまとめでしているんですけど、それを受けたモデルコアカリでも、これは例えば、ぜひ先生、すごくモデルコアカリ利用も多いんですけど、このここは見ていただいて、いつか。174ページ、175ページ辺りにそのことが書いてあるんです。結構攻めた表現をしていて。基本的にはまず包括同意を取ること。包括同意は取らないといけません。それは院内掲示だけでは駄目ですよというのは確かに書いています。

一方で、例えば入院診療計画書とかの中に入れて、包括同意を取るということは全然認められていて、さらにこんなのでどうかという、まず文面も例も示しています。どこまでが包括同意で、どこまでが個別同意かみたいなのは、これは読み上げると、大変恐縮ですけど、医学生の許容される行為の範囲の例示にないものについて、やる場合には個別に説明が同意を行う必要があるよねという、要は裏から書いているんですよ。もちろんその例示にあるものを個別同意してもそれはいいですけど、逆に言うと、モデルコアカリでそこまでは書いているわけです。

その書いていないものは相当なもので、書いているものでも、例えば指導員の実施とか介助に求めるほうが推奨される行為というのもあって、中心静脈カテーテル挿入とか、動

脈ライン確保とか、腰椎穿刺とか、普通それは学生にやらせないですよというのを書いて、それは当たり前ですよ。

なので、例えば今、多分先生方が想定されている、採血だの点滴の針を刺すだの、末梢静脈だの、もっと言うと尿道バルーンだの、基本的臨床主義というふうにモデルコアカリで書いていただいているものについては、一般論で言えば普通、個別同意は必要ないと思います。

【長谷川仁志】 ありがとうございます。うちの班でも、先生、4年時のOSCEで練習させていることに関しては一応包括同意に含まれているという意見があったんですけども、さらに内容的に、医行為として普通に認められるものは大丈夫だということによろしいですか。

【堀岡伸彦】 まあ、はい。

【長谷川仁志】 あと今の点について、うちの班でも意見がありましたが、基本的な診療の中でも、カルテをしっかりと記載すること、日々の臨床推論とか、各分野で大事な内容をしっかりと記載していくことこそが診療参加の本貫であるということは強調していかなければいけないかという案が出ていました。

【堀岡伸彦】 ありがとうございます。もう1個だけ。時間が。先生、本当に申し上げないですけど、パソコンで「診療参加型臨床実習広報ポスター」と検索してもらえませんか、先生。出してもらえば。

【長谷川仁志】 お願いします。

【堀岡伸彦】 ポスターの存在さえ知らないとお怒りを恐ろしく受けたので。これは何百人か聞いていただいていると聞いていますので、ぜひこの画面に。

【長谷川仁志】 お願いします。

【堀岡伸彦】 ありがとうございます。一応全大学に何十枚か送ったんですが、あれなので。ぜひこのポスター、一応すごく細やかに考えておりまして、片方では口腔内の診察をしている、もう片方の写真ではエコーをしているというので、本当はもうちょっと侵襲のある医行為を書きたかったんですけど、いろんな意見がありまして。でもエコーをやっているというのは結構いい写真だと思うので、ぜひこの辺り、ありがとうございます。どなたかが。これ、どうですかね。下のほうを出していただくと、これは僕がこだわったんですけど、でかでかと文部科学省と厚労省のマークをつくって、何となく臨床実習に協力しないといけないんだという国の感じが出るように、一応頑張って考えました。

もちろん、これじゃ不十分だとか思うと思うんですけど、ぜひこのポスターなども、私は幾つか、新潟大学の視察に行ったときだとか、結構貼っていただいていた、ぜひ御利用いただけると、少しでも患者の方の啓発などに利用できればと思っております。お時間いただいて、ありがとうございました。

【長谷川仁志】 貴重な情報ありがとうございました。それでは時間が参りました。診

療参加型臨床実習最後の2年間は医学教育の集大成ですので、そこでどうコアカリを生かして教育していくかということを、各分野全体で考える必要があると思われました。以上でこのセッションを終了したいと思います。

【尾上剛史】 長谷川先生、ありがとうございました。

続きまして、テーマの4に移らせていただきます。このテーマを御担当いただくのは、聖マリアンナ医科大学医学教育研究主任教授、伊野美幸先生です。それでは伊野先生、よろしくお願いいたします。

【伊野美幸】 それではテーマ 4、医学生のメンタルヘルス支援について御発表いただきます。それではグループ M からよろしくお願いいたします。

(テーマ 4)

医学生のメンタルヘルス支援について

■M グループ

【澤口朗】 グループ M の発表を担当いたします、宮崎大学の澤口です。このグループは、6 つの大学の代表者が参加しておりまして、冒頭、約 5 分間でそれぞれの大学のシステム、仕組み等を紹介し合い、その後、課題を抽出、対応策を検討いたしました。スライドをお願いします。

抽出された課題を御紹介いたしますと、ウェブ投稿や相談員の配置、積極的アプローチを行っている大学があった。外部の精神科医や大学本部が関わると、その後の情報が得にくい。その後の情報が得にくいという問題がある。学生対応に関して担当教員の対応に差がある。発達障害の学生に対して、マニュアル化していたり、アンプロフェッショナルな対応をしていたりする、アンプロフェッショナルな学生の行動に対する対応をしている大学があった。また、当該学生の担当を精神科教員に依頼しているという大学があった。コロナでは各学年に特徴があり、例えば1年では学校の適応に、三、四年は学生同士のつながりの希薄さ、6年生に至ると国試のストレスが挙がっていた。このようにメンタルヘルスのまず問題を抽出したり、それを察知するというところに、そのシステム上、様々な問題があり、その後の今度はケアという対応についても教員に差があるなど、6つの大学だけでも様々な問題、課題が抽出されました。

スライドをお願いします。これを基に後半は対応策を検討し、まとめますと、メンタル不調を見つけるには、ウェブ投稿、メンタルヘルスチェックによるスクリーニングや相談員の配置、積極的なアプローチが必要である。グッドプラクティスにもあるように、様々な、例えばチューター制度、サークルの教員から教務委員会、学生を担当する事務などの多角的な学生の問題をピックアップするシステム、対応というのはもう措置されていると思いますが、中には学生自身がなかなか相談に行けないなどの場合は、こういったウェブなどを活用した投稿、そういった積極的な多角的なアプローチが今後も構築が必要となりました。

2 点目、不調を訴える学生に対しては、精神科医もしくは臨床心理士などの専門職のサポート体制が望ましい。これは先に課題として挙がりましたが、対応する教員によってその差が生じている、かえって問題をこじらせてしまうといった問題も挙がっておりますので、専門職のサポート体制は心強いところです。

3 点目が、発達障害などが昨今問題として挙がってまいります。そういった学生に対しては、専門の精神科医などによる対応が望ましいという点が対応として提言されました。以上です。

【伊野美幸】 ありがとうございます。それでは続きまして、グループ N の御発表、よろしくお願いいたします。

■N グループ

【野津寛大】 よろしくお願ひいたします。神戸大学の小児科の野津と申します。グループ N はこのようなメンバーでディスカッションさせていただきました。どの大学もコロナ禍での学生のメンタルの変化を感じているという現状がよく分かりまして、非常に活発な議論が展開されました。状況をシェアでき、非常に有意義なディスカッションとなっております。スライドをお願いいたします。

まず現状課題ですが、コロナの影響もメンタル面での影響が、非常に大きな問題がたくさんあるということがディスカッションされました。コロナで横のつながり、縦のつながりが分断され、基本ウェブ講義であったとしても試験は対面でやりましたが、それに出てこられない学生がいて、そこで顕在化する。また、対面事業に戻っても、オンライン、オンデマンドの講義を要望するような学生がいる。コロナ明けに登校できないことで初めてその学生のメンタルの問題が顕在化する。

それから対応のほうですが、チューター制度を導入していても、メンタルが問題になる学生はチューターとの面談に出てこない、応答がないという、そういう点で顕在化することがあると。それからあと、コロナ禍でアンプロフェッショナルな行動が学生の間で目立つようになってきているのも問題である。それから自分で学習できるが、学生間の交流ができず、臨床実習の参加に支障を来すような学生がいる。

それから最近、教養科目の単位履修ができないので留年する学生がいる。これは多分横のつながりとか縦のつながりが希薄であったことが問題ではないかと。それから事務の対応が縦割りである点も、このコロナ禍で顕在化するかと。

それから、そのようなメンタルの問題がある生徒の合理的配慮としますというのを問題点としまして、うつと診断され実習に参加できなかった学生の単位を認めるかに関しては、施設間の対応が分かれ個別対応になっていることが現状である。メンタルの面での診断書などがあって配慮申請が出れば、状況共有に堪えられるが、その前に、メンタルに問題があるかもしれないという状況を、個人のプライバシーの問題もありますので、どこまで確認されているかということが問題点だと。

それから小児の産科での実習は、母親との対応、それとか若い病気でない妊婦さんへの

対応という問題がありますが、それがメンタルヘルスを抱えている学生の対応はどうかという点が問題としてあるという点が挙げられました。

次のスライドをお願いいたします。対応策ですが、もう既に導入している施設が、大学がほとんどだと思いますが、チューター制度、神戸大学の高学年はチューター制度がありましたが、低学年に関しましてはもうコロナが始まってすぐにチューター制度を導入いたしました。

それから、学生健康推進センターの相談室などの整備、こちらに関しましては、全学と医学部が同じ場所にある場合は全学対応、それから医学部が別の場所にある場合は、医学部で独自の対応策を取っている施設がほとんどでした。

それから、そういう制度に関しまして、入学時に学生に案内することも重要だ。それから担任制度、1 学年に 2 人の教員をつけて担任制度とすることも有用であろうというディスカッションもなされました。それから入学にスケールなどによってデータを集めることも今後普通になってくるんじゃないかと。既に導入している施設もございました。

それから基礎と臨床の教員間での情報共有、学生のメンタルに関する情報共有の枠組みを、まだうまくいっていないところもあると思いますが、そちらも喫緊の課題だという点もディスカッションされました。以上でございます。

【伊野美幸】 ありがとうございます。それでは次のグループ、グループ 0、お願いいたします。

■0 グループ

【津田万里】 東海大学の津田万里が発表させていただきます。モデレーターは高村先生にやっていただきました。ありがとうございます。

では発表に移ります。コロナ禍で明らかにメンタルヘルス系の問題が増えました。低学年ではかなり幼稚な学生が増えました。大学を休みやすい環境がつくられてしまいました。そしてオンライン講義が増えて、孤立する学生が非常に多くなり、メンタルに問題がある学生の早期発見が難しくなりました。コロナが明けた現在でも、講義への出席率が明らかに低下しました。明らかにプロフェッショナルリズム教育に影響が出ています。また、部活動などが制限されることで、学生同士の横のつながりも弱くなりました。学校の校風そのものも変わりつつある状況もあります。

では次のスライドをお願いします。これらの対応として、先ほど御発表いただいたように、メンター制度や担任制度などを設けている大学が多いようです。ただ、教員間での情報共有がうまくいっている大学とそうでない大学がある様子です。ですが、今回の話合いでは、低学年時から継続して見守る必要性が再認識されました。学生とのコンタクトの手段、コンタクトが大事になってきますけれども、その手段としては、LINE などの SNS、もしくは従来の電話やメールなどがありますけれども、これは各大学、各教員によってかなり異なりがあるようです。そして、メンタルヘルスに問題がある学生を見つけたら、多くは、先ほど御発表いただいたとおり、保健管理センター等から教育委員会などで対応しま

すけれども、精神科とタイアップしている大学が多い様子です。

また、まだ低学年のうちは対応がしやすいとは言いませんけれども、困難ではないかもしれませんが、高学年になってメンタルに負担の出る学生を探し出す、引っかけるというのが非常に難しくなった印象があります。これらに対し、一つはコロナ禍で行えなかったクラブ活動を学生に任せるだけではなくて、我々教員も活性化させ、学生自らがコントロールできるようになってもらおうと思いました。

そして、コロナ禍で学校に登校しないことへの敷居が非常に下がってしまいました。本当にメンタルヘルスに問題のある学生が埋もれてしまっているのを、メンター制や、あと特徴的な意見としては、レポートの提出、これはかなり、メンタルに問題があるとレポートの提出率が下がることが挙げられましたので、しつこいぐらい促すことで、学生と活発にコミュニケーションを取って、少しでも早くメンタルに問題のある学生を引っかけていく必要性が出されました。以上になります。

【伊野美幸】 ありがとうございます。それでは次、P グループ、お願いいたします。

■P グループ

【片岡仁美】 よろしくをお願いいたします。京都大学の片岡が発表させていただきます。グループPはこちらの先生方でディスカッションを行いまして、モデレーターは山脇先生にお世話になりました。ありがとうございます。

次のスライドをお願いします。まず、特にコロナ禍での変化ということで現状、それから課題について話を行いました。各大学での様々な状況について発表いただきましたけれども、共通する部分も多く認められました。オンライン教育が長くなったということで、学生の孤立化、それから例えば生活リズムの昼夜逆転等々の問題がある学生とか、それから人との距離感という意味で、非常識な対応をする学生などが目立つといったような御意見もありましたし、それから大学に対する帰属意識というものにも変化があったようだという御意見もございました。

また、孤立化だけでなく、対面授業が開始されても学生の状況というのが少し変わってきているということで、今の横断的なというか、今現在の問題だけでなく、今後の問題も出てくるのではないかという意見もありました。

それから、同様ですけれども、友人とのコミュニケーションが困難だったり、あと運動不足の問題、それから、グループ学習を進めても、なかなかそれに乗ってこられないといった御意見もございました。また、コロナとの因果関係は不明ではあり、直接の因果関係は不明ではありますが、オンデマンドの要望が強いのと、あと出席に対する意識も変わったという意見がありました。また、同様の意見としては、学生同士の距離感を取るのが困難となった。それから提出物等がルーズになった等々の意見もございました。

次のスライドをお願いします。それを踏まえて、現在、既に取りっている対応策、それから今後ということでお話をいただきました。まず各大学からということでいただきましたけれども、早期にどうやってスクリーニングしていくかということは、面談を実施してい

るところ、それからチューター制とか担任制、あとメンター制、そういったことで、かなり重層的な対応を取っていらっしゃる大学が多いという状況でございました。担任制も、例えば富山大学などでは二重の担任制、1 学年ごとに変わる担任と、それから縦断的な担任という二重の担任制度があるといったお話もございました。

それから、富山大学様の事例としては、様々な面談等で得られた情報をどのように共有するかという点で、システムとして整備されていて、教員の階層によって見られる情報が調整できるといったようなシステムがあるというお話がありました。

それから京都大学、ほかの大学の事例としましては、公式な学生相談室に加えて、少しもっと気軽に、悩み相談じゃなくても寄れるような、サロンのような学生のための場というのが非常に機能しているという事例がありました。

それから、熊本大学の事例としましては、スクリーニングということで、非常に新しい意見でしたけれども、各学年の出席率のスクリーニングをする、面談を設定するというお話がありました。時間の関係でここで終わりたいと思いますけれども、これの意見としましては御参照いただいてと思います。失礼いたします。

【伊野美幸】 ありがとうございました。皆さんお読みになれると思います。

それでは、ここから質疑応答に入りたいと思います。全体を通して何か御意見、御質問はございますか。会場から、それではどうぞ。

【鈴木章司】 度々すいません、山梨大学の鈴木です。精神科の先生に関わっていただくという話が出ていたかと思うんですが、精神科を受診するというのは法的な縛りがありますよね。例えば極端な話、アパートに籠もっていて出てこない学生は、薬の出しようがないということになるので、精神科の先生が関わっていらっしゃるところはどういうふうな形で関わっているのか、ぜひ教えていただければと思います。

【伊野美幸】 ありがとうございます。複数おありになりましたが、M グループでも精神科の対応をお話しになっていらっしゃるんですが、いかがでしょうか。

【澤口朗】 宮崎大学の澤口です。まずカウンセリングという形で御相談をいただき、その後の処方など治療が必要かどうかを、その際にドクターに判断いただくということで。学生もいきなり診察、精神科とあるので、まずは専門の先生に相談してみようか、カウンセリングという形で受けてみようかというアドバイスを送っているところですよ。以上です。

【伊野美幸】 よろしいでしょうか。ありがとうございます。そのほか何か御質問はございますか。御意見でも結構です。ウェブの先生方はリアクションボタンを押していただければと思います。どうぞ。

【西屋克己】 関西医科大学でモデレーターをさせていただきました西屋と申します。今日、合理的配慮の話が幾つか出ていたと思うんですが、いろいろ調べましても、このメンタルに支障を来した学生に対しての合理的配慮の基準とか指針というのがなかなかなくて。あるいは、授業を例えば、15 コマのワンセットの授業があつて、もう 8 コマぐらいを休んでしまった学生に対して、この学生に合理的配慮をどうするのかとかという結

構悩むことが多々ありまして、そういう御議論が何かありましたら、あるいは何かいろいろ取り組まれていることがありましたら、聞かせていただきたいと思いますという質問いたしました。

【伊野美幸】 それでは、いかがでしょうか。特にPグループ、片岡先生のところで、最初のところで、少し何かシステムチックにというような文言が見えたような気がします、いかがでしょうか。

【片岡仁美】 合理的配慮に関しても各大学から意見いただいたんですけれども、一つの特徴的な意見としては、フローを作成していらっしゃるという大学がございましたので、もしよろしければコメントいただけたらと思います。

【河合佳子】 よろしいでしょうか。東北医科薬科大学の河合でございます。本学では、私立大学にもその合理的配慮が必須になったということで、今年度からフローをつくりました。本人から申請があったらという形ですけれども、保護者も含めて相談をした上で、どこまで合理的配慮ができるかということを相談する仕組みをつくったというところでございます。ただ先ほど西屋先生からお話がありましたように、メンタルの問題で午前中あるいは朝起きられないというのを、どこまで合理的配慮をすればいいかというのは、私たちのところもケース・バイ・ケースみたいな形にはなっておりますが、基本的には診断書が出れば、出席したと読み替えるという形ですけれども、到達度合いは、試験を簡単にするとかそういう配慮はしないという形で進めております。お答えになりましたでしょうか。

【伊野美幸】 よろしいでしょうか。

【西屋克己】 ありがとうございます。

【伊野美幸】 ありがとうございます。どうでしょうか。合理的配慮についてでも結構ですし、ほかの御意見でも結構ですが、何か御質問、御意見はございますか。お願いいたします。

【矢野晴美】 国際医療福祉大学の矢野と申します。先ほどの個人情報の共有のところで、もしもグッドプラクティスのようなものがあれば、ぜひ御教示いただきたいと思います。私どものところも、学生個人のそういった情報を、学年が進行するにつれて教員や事務職員の方々と、どこまで共有すべきか、そしてどのような方法でセキュリティーを保った上で維持するかというのは悩んでおりまして、教えていただけたらと思います。よろしくお願いします。

【伊野美幸】 ありがとうございます。個人情報について、グループの先生方、いかがでしょうか。先ほど御発表にあったように思いますが、その共有については。

【片岡仁美】 当グループで御意見がありましたので、よろしくお願いします。

【伊野美幸】 お願いいたします。どうぞお話しください。今、片岡先生ではいらっしゃらなかったですか。

【片岡仁美】 Pグループで話が出たのですが、富山大学の先生のお取組だったので、できたら直接コメントいただけたらと思ったんですけれども。

【伊藤哲史】 承知いたしました。最近、教務委員会で個人情報、センシティブな情報についてどこまで共有するかについての範囲についての議論を行って、基本的に各教科の主任教員及び学年担任とか、そういった辺りで共有するというような仕組みをつくったほか、あと ICT 技術の関連としましては、シラバス閲覧システムの中で、各学生の学生カルテというのが入力できるようになっていて、これが教員の、例えば教務委員長とか学科長とか、そういうごとに見えるスコープがある程度違うように設定をすること自体は可能になっておる。ただし、それをどれだけ有効利用するかについては、今後まだ模索中であるということでもあります。以上です。

【伊野美幸】 ありがとうございます。システムはつくるんだけど、それをどう活用するかというのはまだまだ悩ましいところということでしょうか。

【鈴木章司】 山梨大学の取組で十分活用されているかというクエスチョンですけど、ポートフォリオのシステムを使って、その保持すべき情報に3段階ランクをつけていまして、そこにアクセスできるアクセス権を制限して、それで例えば今までの臨床実習のほかの科でどういう指導を受けた学生かというのは、比較的幅広い教員が見ることができて、より、病気のこととか、もっと複雑なバックグラウンドがある情報は、情報をアクセスできる人を制限して3段階でやっております。十分に活用されているかという、まだまだかとは思います。

【伊野美幸】 貴重な御意見ありがとうございました。Zoomで手が挙がりました。これで最後の御意見にさせていただこうと思います。それでは、Zoomで手を挙げていらっしゃる津田先生、よろしくお願いいたします。

【津田万里】 東海大学の津田です。東海大学の取組としましては、昨年度までは、クリニカルクラークシップのディレクター会議を半年に1回やっていたものを、今年から毎月やるようにしました。そこでは、時代と逆行しているかもしれませんが、個人情報は名前を出して情報共有を図っています。そして次に回る科でアンプロの行為が起きないように試みております。以上です。

【伊野美幸】 どうもありがとうございました。大変、個人情報をどうするか、それは一般のメンタルヘルスに関してもそうですし、これからますます始まってきます合理的配慮に関しても越さなくてはいけないハードルはまだあるように思います。一つ一つの個別の対応と、あと先ほどおっしゃったように、どう学生さんと信頼関係を持つか、そういった視点も必要かもしれません。

お時間が参りましたので、テーマ4はここで締めさせていただきます。活発な御議論ありがとうございました。

【尾上剛史】 伊野先生、ありがとうございました。コーディネーターの先生方、大変時間が短い中おまとめくださり、ありがとうございます。

グループ A

◎司会

グループA 現地

◆発表者

No.	区分	大学名	役職	氏名	Zoom表示名
A1	国立	弘前大学	医学部学務委員会委員長	鬼島 宏	
A2	国立	島根大学	医学部長	◆鬼形 和道	
A3	私立	埼玉医科大学	准教授	◎魚住 尚紀	
A4	私立	北里大学	医学部附属医学教育研究開発センター 医学教育研究部門長	守屋 利佳	

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A テーマ1: 大学における令和4年度改訂版コアカリの活用について

現状・課題

現状:

北里大
FDは未 カリキュラム委員会マター
コアカリ対応の集計が終わったところ
今後どうするかは?

埼玉医大
カリキュラム委員会マター
コアカリ対応のチェックを始めるところ
新コアカリにあわせてDPの改定を進めている
リサーチマインド→研究室配属の導入をWGにて議論している

弘前大
医学教育センター主体
FDは実施済み
旧コアカリ対応はチェック済
新コアカリ対応(第2、3層?)

島根大
これからJACME受審を控えて、新コアカリ対応を含めて医学部長
のリーダーシップの下に対応が進行中
各論(コアカリ対応状況)はこれから

課題:

- ・GEをどのようにカリキュラムに入れるか
- ・基礎医学の立ち位置(RE、PS)

対応策

課題：GEをどのようにカリキュラムに入れるか

島根大

★地域の医師を学部教育に巻き込む

総合診療医センター（R3文科省事業） →予算継続は？

①地域医療を実践している先生方を大学に招聘し、学生教育を担当してもらう

臨床実習入門コース；4年次学生2-3名/チーム（+5～6年生のチューター）に地域の総合診療医1名

コアカリ37症候のまとめを作成→授業で発表し学生間で共有

センターHPに、37症候のビデオクリップを地域の総合診療医が作成

※学生評価はmoodleでピア評価

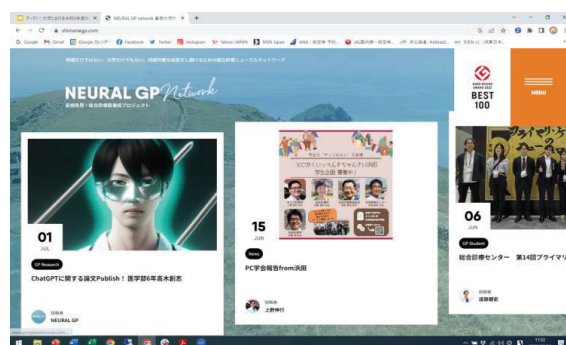
※学生による指導医評価

②5年次地域医療実習：4週間地域に出る

PRもGEの中で学べる

課題：基礎医学の立ち位置（RE、PS）

授業中に症例との関連に言及（一部の学生にしか響かない）



グループB

◎司会

◆発表者

グループB オンライン

No.	区分	大学名	役職	氏名	Zoom表示名
B1	国立	名古屋大学	医学系研究科副研究科長	八谷 寛	B_八谷寛_名古屋大学
B2	国立	長崎大学	医学部長	◎池松 和哉	B_池松和哉_長崎大学
B3	私立	順天堂大学	医学部医学教育研究室教授	鈴木 勉	B_鈴木勉_順天堂大学
B4	私立	昭和大学	医学教育推進室 講師	後藤 理英子	B_後藤理英子_昭和大学
B5	私立	大阪医科薬科大学	医学部長	◆内山 和久	B_内山和久_大阪医科薬科大学

モデレーター：伊藤 彰一（千葉大学）

Bモデ_伊藤彰一_千葉大学

グループB テーマ1：大学における令和4年度改訂版コアカリの活用について

現状・課題

- 社会医学(公衆衛生学など)の内容をどのようにカリキュラムに落とし込むか。複数学年にわたるカリキュラム作成が難しい。臨床医学の学習後の社会医学の学習が効果的なことがある。具体的な教材やマニュアル作成等をどうするか。
 - 昭和大学の例:「〇〇(例:呼吸器)ブロック」の中で社会医学を学習する。多面的な能力を修得できる。
 - 従来型のカリキュラムからの変更は容易ではない。
 - 大阪医科薬科大学の例:近隣大学(近畿大学や大阪公立大学)と連携しての社会医学実習(保健施設での経験など)がある。
 - カリキュラムのスケジュールが複雑なため日程調整が難しい。
 - 地域の大学では協力できる大学がない。
 - 長崎大学の例:ブロック制で4年の前期のみで公衆衛生学を学ぶ。「医と社会」という科目(地域をみる科目)が1～4年次にある。
 - 臨床実習前の学生への教育が難しい。臨床教育に組み込みたい。
- 臨床実習で3週間以上(一部4週間以上)の実習期間をどのように確保するか。入院患者の在院日数との関係をどう考えるか。
 - 現状4週間単位で組んでいるが、実質2週間単位のことがある。
 - 何とかいくつかの診療科で4週間を確保する予定。
 - 全ての基本診療科で3週間以上は難しい。
 - 協力病院があると実習を組みやすいが、評価の標準化に工夫が必要。
- 医学研究の学習をどうするか。4週間以上の研究室配属を設定できるか。
 - 大学によって特徴が異なる。入試で研究医枠が設定されていることがある。
 - 臨床実習中に研究室配属を行うという取り組みがある。
 - 配属先は基礎系の教室が中心
 - 臨床実習中の臨床研究のアプローチを研究ととらえられるか。
 - 数か月の研究室配属の制度が定まっている大学がある。(名古屋大学、順天堂大学、長崎大学)
 - 研究成果の発表会を行うことで活動の質を担保する。
 - 海外の医学部、国内の他学部(例:工学部)で研究を行うこともある。
- 教育に対する熱意・文化(教育の土壌)が大学によって異なる。

グループB テーマ1：大学における令和4年度改訂版コアカリの活用について

対応策

- 社会医学への対応策の例
 - 臨床実習期間の保健医療施設での実習を活用する。少人数単位での実地での再教育になる。
 - 例:地域医療・へき地医療の実習で機会を見つける。在宅医療の実習で機会を見つける。地域の資源を活用する。
 - 地域枠の学生に対して特定の実習を計画することもありうる。
- 臨床実習への対応策の例
 - 分院がある場合は実習施設として活用する。
 - 関連病院の医師に臨床教授としての称号を付与して臨床実習に協力してもらう。
 - ローテーションブロックを柔軟に考える。
 - 指導医負担を考慮する。学生の診療参加促進(チームの一員として活動)により指導医負担を軽減させる。
- 医学研究への対応策の例
 - 医学研究の教育を重視することが必要。
 - 大学間連携(他大学への学生派遣・受入)の活用を検討する。

グループ C

◎司会

グループC オンライン

◆発表者

No.	区分	大学名	役職	氏名	Zoom表示名
C1	国立	滋賀医科大学	教授	中川 義久	C_中川義久_滋賀医科大学
C2	国立	鹿児島大学	教務委員長	中村 雅之	C_中村雅之_鹿児島大学
C3	私立	東邦大学	医学部長	盛田 俊介	C_盛田俊介_東邦大学
C4	私立	金沢医科大学	教務部長	◎大黒 正志	C_大黒正志_金沢医科大学
C5	私立	兵庫医科大学	医学部長	◆廣田 誠一	C_廣田誠一_兵庫医科大学

モデレーター: 松島 加代子(長崎大学)

グループC テーマ1: 大学における令和4年度改訂版コアカリの活用について

現状・課題

JACMEの2巡目が控えており、あわせて準備中で書面的な対応のほうに追われている。
働き方改革もあり、対応に苦慮している

OBEをどうカリキュラムに反映してよいかわからない。言葉が一人歩きしているのでは。
医学用語が難しい

案内はしているが教員にどれほど伝わっているかは不明

コアカリの内容が膨大すぎる。コアを伝えるのにどうすればよい。

学生にカリキュラム委員会などに参加してもらっているが、意見がなかなかでない。

対応策

- ・カリキュラムへの落とし込み

教務委員に向けてエクセル表をつくり、500項目ほどの整理を行っている
各診療科に依頼して、突合表をつくっている
医学部としてのカリキュラムの改訂時期にあり、新カリキュラムのほうと改訂コアカ리를突合

カリキュラム改訂対応のためのWGを立ち上げた
次世代、女性、学生の参加を意識
- ・具体的な周知

夏にFD、WGを行う 秋に教員全体へ向けてのFDを予定
学生の講義で10分程つかってみてもらい、意見をもらっている
若手のWGが活発なので期待している
- ・具体的な対応

REについて3人グループの質的研究を開始(研究室配属は困難)
臨床実習の対応は前倒して実習期間を確保
医学教育用語の理解度を指導者へ毎年チェック

- ・教員養成

OSCEの手伝い 若い方、女性に入ってもらっている。
小委員会においてFD実施
教員を指名して確実にFDを受けてもらっている
教育資源の確保のためGE 地域の指導医指導者に協力を要請している。
文化人類学については担当教員をお願いしていただいている。

評価についての取り組み) mini-CEX、自己評価を定期的に。臨床実習はcc-EPOCを導入しており入力を徹底。peer reviewを練習中。

・改訂の工夫

周知活動 理由も含めて、わかりやすく伝えるようにしている
負担が増える診療科には直接対話し丁寧に説明。
振り返りを行い改善できればよいがなかなか難しい
医学教育の教員が各学年の複数の講義に参加し、評価している
環境のニーズについてアセスメントを行っている

・学生の意見の反映

講義後アンケート
カリキュラム改訂WGへ参加
カリキュラム委員会への参加

グループD

◎司会

◆発表者

グループD オンライン

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名	Zoom 表 示 名
D1	国立	東北大学	講師	田中 淳一	D_田中淳一_東北大学
D2	国立	香川大学	医学教育学・教授	横平 政直	D_横平政直_香川大学
D3	私立	藤田医科大学	医学部教務委員長	◆高橋 和男	D_高橋和男_藤田医科大学
D4	私立	近畿大学	医学部長	松村 到	D_松村到_近畿大学
D5	私立	産業医科大学	医学教育改革推進センター長	◎浦野 元	D_浦野元_産業医科大学
D6	国立	旭川医科大学	学長	西川 祐司	D_西川祐司_旭川医科大学

モデレーター：鋪野 紀好(千葉大学)

Dモデ_鋪野紀好_千葉大学

グループD テーマ1：大学における令和4年度改訂版コアカリの活用について

現状・課題

- 毎年改訂されるシラバスに令和4年度改訂版コアカリとの対応表を作成している。その中でコアカリが改訂されたことを教員に周知を進めている。新規にできた資質・能力の対応はこれから。(東北大学)
- 基礎のうち医療社会学の講師が問題で、現在外部講師に委託をしている。後任を探すのが困難である。医学部の中ではなかなか探せないかもしれない。臨床実習の期間についてハードルがある。臨床実習の評価はやる気がある診療科では受入れてくれるがモチベーションにギャップがある。全体として評価を浸透させるにはどのようにしたら良いか。(香川大学)
- 卒業時コンピテンスの改訂を学内で行った。その後、カリキュラムの作成を進めていく。今回ITが加わり、基礎でも臨床でも追加する。GEは地域医療を中心に特別に作る必要がある。基礎医学は大幅な改訂を行う。シームレスな教育を展開する予定である。外科と内科の統合が進んでいる。(藤田医科大学)
- JACMEの2順目が控えており、教育アウトカムの改訂を進めている。アウトカム基盤型教育を実施するにあたり、講座単位の授業をどのように変更していくかが課題。教員の負担が大きいのも課題(例:mini-CEX)。アウトカムを評価する基準ができたが、科目の可否にどのように反映するかが課題。(近畿大学)
- シラバスにコアカリのナンバーを振っている。全て対応できているのか確認をしている。おおよそカバーはできているが、ITについては関連分野に依頼を予定。コアカリ改訂がされたが微調整にとどめることが可能。各科目とアウトカムの紐づけが大変である。(産業医科大学)
- 教員に対してアンケートを実施した。行動科学などの社会医学の対応が難しい。ITについてはデータサイエンスについて数学の講師に新しい科目を作成いただき実施していた。講師が異動されたため引き継ぎを行っている。PRについてアンプロフェッショナルな例を挙げて講義を進めていたが、プロフェッショナルについてどう教えるか。アウトカム基盤型の評価をどのようにしたら良いか。(旭川医科大学)

グループD テーマ1：大学における令和4年度改訂版コアカリの活用について

対応策

<コアカリの資質・能力ITへの対応について>

- データサイエンスの教室を2022年度から作った。医学部2年生に疫学の科目でデータサイエンスを教えることで、学生の底上げを行っている。講師はプログラミングを主に行っている。(藤田医科大学)
- データサイエンス教育について、新規に赴任された数学の講師が行っている。プログラミングが半分(Python)。(旭川医科大学)
- メールの使い方が正しく理解できていない学生もいる。基礎的なITリテラシーについて系統的に学修を進めている。SNSの使い方や倫理について丁寧に教えている。医師としてITツールを利用して飛躍して欲しい反面、基礎を教えることに着手。医療情報は病院の担当者が実施。(香川大学)
- 情報科学については選択から必修に移行する。ただし、情報科学は全学の講義のため、教員採用に向けて動いている。(近畿大学)
- 情報科学は全学で必修になっている。医学教育推進センターに工学部出身の先生がおり、ITやAIを教える機会があるのが強みである。ただし、これ以上大学としてのコマを組み込むのが難しい。(東北大学)

<行動科学>

- 行動科学の講座がある。6年間における行動科学の達成目標があり、カリキュラムの中でチェックしながら進めている。コマ数はそれなりに多く確保している。(近畿大学)
- 最終的に診療の中で行動変容を起こさせるのが重要ではないか。各講座に行動科学の要素がある。(産業医科大学)

<コンピテンシ・カリキュラム変更>

- JACMEの分野別評価に対応する流れで、コアカリへの対応が進んでいる。(香川大学)
- コアカリ改訂に合わせてコンピテンシの改訂を行っている。最初から改訂に合わせて大学ではスケジューリングを行なっている。学生はカリキュラム委員の参加を促している。(藤田医科大学)
- 原案を作成し、コアカリの改訂案を確認して調整を進めた。独自の資質・能力を独自に1つ追加している。(近畿大学)
- 大学の理念に則って卒業時アウトカムを改訂している。(東北大学)

<コアカリ周知>

- HP、教室に掲示、カードを配るといった対応をしている(アウトカム)。教員についてはFDで取り扱い質問の時間を設けている。FDの参加率は93%であり、その時の説明で周知はできているのではないかと。出席が伸びたのは、インセンティブとの関連性を示した。(近畿大学)
- メールや情報交換会などで対応。(東北大学)
- 冊子にて配布をした(PDFから印刷)。教員は確認しないとカリキュラムが改訂できない仕組みになっている。(産業医科大学)
- 各教員が既にチェックをしている。(香川大学)
- FDでの周知を行う。各項目が大学内で対応できているかを確認する。(旭川医科大学)

<アウトカム基盤型の評価>

- CG-EPOCを導入。37症候の調査を導入している。卒業時のアンケートを実施。科目は試験で評価。以前は紙ベースで実施していた。臨床実習後に経験できていないものがどれだけあるかはこれからの分析課題である。(藤田医科大学)
- 科目ごとコンピテンシーに紐づけている。ある科目がどれに関連するかをマップにしている。学生にとってその科目を履修すれば100点満点として最終的にどれだけ到達したかを点数化している。各学年6年間で10個科目が紐づくと1000点満点で評価するイメージである。科目ごとに仕分けしているシステムを使っている大学もあるが処理が煩雑になってしまう。(香川大学)
- 科目ごとに紐づけてロードマップを作成している。この科目が終了すると、どの程度までできるかは提示するようにしている。試験、レポート、実習での評価を吸い上げている。(東北大学)
- ロードマップ、マイルストーンを設定している。ルーブリックを作成している。1つのアウトカムを複数学年で評価するか、全ての学年で点数が着くようにしている。教育アウトカムで点数をつけるとほとんどの学生が合格するが、知識の部分が反映が難しいかもしれない。足切り点を設けてはどうか。(近畿大学)
- 科目とコンピテンシーの紐づけ、ロードマップの作成を進めている。評価はできるのか、負担が大きくなって破綻してしまわないか心配ではある。(旭川医科大学)

<臨床実習期間について>

- 主要な診療科は3週間で改訂を進めている。4週間については主要な診療科で対応。総合診療科で1週間のローテートだったのをどうするかは課題。(東北大学)
- 今まで2週間または1週間で構築していた。3週間になると、全診療科での臨床実習期間が延長してしまう。(香川大学)
- 主要な診療科は4週間で実施している。ベアで診療科を組んでいる。週に1日はベア診療科から。メインとサブを用いている。ベア診療科で症例は必ずもらうようにしている。(藤田医科大学)
- 1週間で全診療科を見学型で周り、4週間で参加型を行う。(近畿大学)
- ポリクリとクリクラに分けて実施。全診療科をローテートする。(産業医科大学)

グループ E

◎司会

グループE オンライン

◆発表者

No.	区分	大学名	役職	氏名	Zoom表示名
E1	国立	秋田大学	医学部長	羽渕 友則	E_羽渕友則_秋田大学
E2	国立	東京大学	医学部長	◆南學 正臣	E_南學正臣_東京大学
E3	国立	大阪大学	医学科教育センター長	渡部 健二	E_渡部健二_大阪大学
E4	私立	獨協医科大学	医学部教務部長	矢澤 卓也	E_矢澤卓也_獨協医科大学
E5	私立	日本医科大学	教務部副部長・教授	◎大橋 隆治	E_大橋隆治_日本医科大学

コーディネーター/モデレーター: 馬場 秀夫(熊本大学)

グループE

テーマ2: 働き方改革と教育・研究の両立について

現状・課題

- 診療業務に時間が取られ、研究・教育に割く時間が減少。
- 大学院生が減少して、研究力が落ちている。特に学位取得の意義を理解していない若手医師が多い。
- 社会人大学院生が多く、4年間で研究が終了しない。
- 大学院生が減少しており、学部学生の教育への貢献度が低下。
- 研究補助の職員の確保ができていない。また、その予算がない。
- 勤怠管理のために、却って時間が取られる。(Dr.Joyの入力等)
- 診療業務を減らすためのタスクシフトが十分に進んでいない。

対応策

- 診療補助の事務職員を増加させる。
- 特定行為研修修了者やNPの育成によるタスクシフトを推進。
- 医師事務作業補助者を増やしてタスクシフトを推進。
- 患者説明を医師以外の職種にシフトさせる取り組みをしている。
- カンファレンスのオンライン化で時間短縮。
- 女性医師の活用、特に時短勤務の制度を新設。
- カリキュラムの内科・外科のoverlapを減らして教育の効率化を図っている。(水平統合・垂直統合のカリキュラム)
- 学生の能動的学習を促し、講義では重要なポイントに絞った講義にすることで効率化を図る。
- 学外臨床実習を推進し、教員の負担を減らすようにしている。
- 教育担当医師を確保。(教育専門の准教授・講師を新設するなど)
- 大学院生に教育の業務の一部負担を担っていただく。
- 学生の研究室配属の期間の研究成果を学会・論文発表として活用し、研究力の低下を防ぐ工夫をしている。

グループF

◎司会

グループF オンライン

◆発表者

No.	区分	大学名	役職	氏名	Zoom表示名
F1	国立	岡山大学	教務委員長	細野 祥之	F_細野祥之_岡山大学
F2	国立	大分大学	医学部教授(教養教育部会長)	◆今井 浩光	F_今井浩光_大分大学
F3	公立	福島県立医科大学	主任教授	◎池田 和彦	F_池田和彦_福島県立医科大学
F4	私立	東京女子医科大学	講師(臨床実習コーディネーター)	菊池 規子	F_菊池規子_東京女子医科大学
F5	私立	日本大学	医学部長	木下 浩作	F_木下浩作_日本大学

モデレーター：田川 まさみ(鹿児島大学)

Fモデ_田川まさみ_鹿児島大学

現状・課題

岡山大学：現状は対応。特定看護師、薬剤師へのタスクを検討中
 大分大学：特定看護師、ワークシシェア、タスクシフト、drクラークの導入
 福島医大：多職種参加の会議で検討、関連病院の外勤整理
 女子医大：クラークの充実 シフトを明確にして労働時間管理
 日本大学：長時間の診療時間の労務管理

現状

長時間の診療時間に対する取り組みが進行中
 教育、研究への取り組みは遅れているか？

教育への影響：教育業務量が増えている！

- 1.OSCEの公的化への対応に時間が取られている。模擬患者養成、標準化などの業務を勤務時間外に行っている。
- 2.医学部の定員増により、学生面談等の対応や実習の時間が増えている。
- 3.診療参加型臨床実習の導入／長期化：個人指導からチームでの指導へ
- 4.診療時間の長時間となり教育業務へのモチベーションの維持が難しい、教育経験／スキルの不足

対応策**臨床実習指導、評価**

- 1.膨大な評価項目、機会のスリム化、多職種の協力
- 2.学生同士のピア評価を導入することによって、教員の目の届かない領域の学習推進と評価
- 3.上の学年の学生が下の学年の学生を指導、教材作成

講義

- 1.Zoomの活用、オンデマンドの講義等による時間効率的な利用⇔出席確認が困難、対面授業時間の縛り
質の高い講義をどのように行っていくかを検討する必要がある

教育業務におけるタスクシフト：関係者との協議の場を設定する

- 1.ICT専門職、事務、専門職の増員、サポート
TA(大学院生)は実質的に活用されていない、大学院教育の改善も
- 2.臨床実習の学生指導、評価：後期研修医(専攻医)が診療実践の評価 mini-CEXを実施する
臨床実習では屋根瓦方式の指導、学習環境を
初期研修医のマッチング率が低いところでは難しい
- 3.基礎医学教育：教員の再配置、教育に特化した教員の確保により基礎配属等の業務を分担
- 4.学外施設、指導者の協力
初期体験実習、基礎配属、臨床実習OSCE
臨床参加型実習への地域医療機関の協力
実際には難しい点もある
地域病院との協力体制、大学では学習が難しい総合診療実習、地域医療

グループ G

◎司会

グループG オンライン

◆発表者

No.	区分	大学名	役職	氏名	Zoom表示名
G1	国立	筑波大学	副学類長	◆佐藤 豊実	G_佐藤豊実_筑波大学
G2	国立	信州大学	学部長補佐(卒前教育担当)	藤永 康成	G_藤永康成_信州大学
G3	私立	自治医科大学	教務委員長	藤本 茂	G_藤本茂_自治医科大学
G4	私立	帝京大学	医学部長	◎川村 雅文	G_川村雅文_帝京大学
G5	私立	福岡大学	卒後臨床研修センター 副センター長	北島 研	G_北島研_福岡大学

モデレーター: 菊川 誠(九州大学)

グループG

テーマ2: 働き方改革と教育・研究の両立について

現状・課題

論点 助教・講師にフォーカス(他学部と状況が違う!)

①問題

学生が遅くまでいる科もある。結果、助教・講師も時間縛られている 時間を区切る必要性があるか。

助教は裁量労働。医員 変形労働制が問題

助教は異動がある+診療があることを本学は理解してもらいづらい

タイムカードで時間管理している。カンファは、チーム別に行うことで効率化している。チームリーダーを助教と講師から若手にシフト
リーダーは1年を4期に分けて(3か月)をフリーにしている。 助教講師はまとめた期間を作り研究に従事

各4チーム チームにスタッフ2人ずつ 5年目くらいでチームリーダー というシステム

病院として10月からGPSで勤務時間を管理の予定 自己研鑽は自分で 研究<診療 優先されている。

→診療の時間を効率化の方向

時間を教育に使うため方策 どのようにすればいい?

入局してもらいたいと考える 教育は働きかた改革では少なくなる懸念

屋根がらわ方式で 診療と教育を併用 仲間を増やすというモチベーション

9年後に入局する 助教講師 診療を減らして教育に従事してもらい 時間を(区切って)決めて教育してもらい。 教授准教授も入る

教育の評価をどうする? →デジタル化することが困難 教員評価として報告している。 インセンティブを検討

FD4回/年 →教育実践へ ムードメーカーの先生を大切にしている

大学方針→個人目標をたてる ある程度数値化への試み 5年くらい施行後評価

②働きかた改革が教育への影響について

教育は労働か?という定義 →労働

オンデマンドの活用

対応策

- ③効率化をどうするか？
教員の中で役割を変更 教授と准教授がでてくる。
助教(裁量労働) 医員間での診療とのバランスが課題となっている。
診療、研究、教育全ては厳しい。教授准教授が踏ん張る。
座学はメディア教材を作った。学修の効率化した。
助教講師 教育頑張った人は研究費
休暇というインセンティブ
メディカルクラークを活用し増やしている
直医をまとめる 当直回数を減らす
FD 単位化→ 研究費(実習費)のインセンティブ
学生の診療参加(ここが効率化困難)→医師の労働に影響？
実習→VR、シミュレーション 教員の効率化できる？
地域で実習行うことで、大学の負担を軽減
地域にかなり派遣している。
大学での実習について、 学生がどれくらい経験できているか記録することで、自主的な学修を促進させている。 効率化になるかも？
- ④タスクシフト
多職種、関連病院に拡げる

グループH
◎司会

グループH オンライン ◆発表者

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名	Zoom 表 示 名
H1	国立	北海道大学	副教務委員長	◎上田 佳代	H_上田佳代_北海道大学
H2	国立	徳島大学	医学部長	西岡 安彦	H_西岡安彦_徳島大学
H3	国立	琉球大学	医学教育企画室長	宮里 実	H_宮里実_琉球大学
H4	私立	杏林大学	教務部長(教授)	柴原 純二	H_柴原純二_杏林大学
H5	私立	関西医科大学	副学長	◆齋藤 貴徳	H_齋藤貴徳_関西医科大学

モデレーター: 蓮沼 直子(広島大学)

現状・課題

働く医師からの視点だけでなく、教育・研究との両立

- 地方と中央の地域による違い
- 元々の業務が多い⇒診療・教育・研究をすべておこなえるのか。
- 労働時間について、複数の医療機関での勤務や学会参加などの位置づけが基準がなく明確でない。自己研鑽との区別。
- サポートを含めたマンパワーの不足
- ・地方と中央との現状の違い。大学や中核病院での診療が地域医療に直結している。
- ・国立大と私立大など規模の違いもあるのではない。人材等の不足。
- ・診療の負担が大きい。教育の最中に診療対応が必要になることもある。
- ・教育エフォートの確保。臨床系教員がOSCEの対応ができないといけない。
- ・予算をヒューマンリソースにさげない。CRCを雇用したり。(琉球大学)
- ・診療・教育・研究をするには時間が足りない。研究を自己研鑽に置き換える現状。
- ・研究費獲得が義務的になっている。
- ・外勤の制約が給与全体に影響し、離職等につながる可能性。その流れが加速していることを危惧(杏林大学)
- ・ICカードでの医師の勤務時間の管理をしているが、病院の入口のみで大学に入るところは検知しない。教育、研究時間が入っていない現状でA水準に入りそうな現状。大学がA、外勤先がBの場合などの対応。(関西医大)
- ・A水準には診療時間のみが入っている。
- ・サポートが不十分。サポート人材の配置、教材準備など。(徳島大学)
- ・元々の業務が多い。(医師のみでなく、看護師の業務も多い)
- ・マンパワーが十分ない。
- ・タスクシフトを受ける側の業務過多

対応策

テーマ2：働き方改革と教育・研究の両立について

個別の大学で現状行っている対応

- ・シミュレーション教育の導入(徳島大学)
- ・臨床と基礎のコラボや分業化。
- ・佐賀大学と合同での卒前カリキュラム(ポストコロナ事業)。座学からアクティブラーニング(e-learning、シミュレーションセンター)へ。人材交流もある。(琉球大学)
- ・特定看護師の養成。クランクの確保。(関西医大)
- ・業務を勤務時間内に収める工夫をする。カンファランスの時間が早朝から日中に行う。

システムや国での対応

- 予算と人材(医師のみでなくコメディカル、ドクタークランク、CRCなど)の確保
 - ・授業だけでなく、補習や面談などのきめ細やかな対応をできる教育専任の人材
- 肥大化するカリキュラムの再考
- 国家試験の出題範囲と合格基準の検討(DxやAIの活用をしたうえで)
- 大学間での共通教材。人材交流や全国的に利用できる教材の活用。
 - ・医師数は減っているが、コメディカル、ドクタークランク、CRCを増やすような予算を。
 - ・国からの補助金なども必要。
 - ・アメリカでは研究、教育、臨床と業務がわかれている。日本では一人の医師が3役こなしている。教育も授業だけではなく、補習や面談などの個別対応もありかなり時間をとられている。
 - ・各講座への教育専任の人員の配置
 - ・マンパワー不足が大きな問題。(研修医が外にでている)⇒大学に人が集まるような流れが必要。
 - ・働き方改革と研究について、自主的に研究している時間の位置づけの再考。研究をやりたい人ができるような仕組み。
 - ・コアカリが肥大化している。国家試験出題範囲との整合性は必要だが、内容の吟味も必要。
 - ・カリキュラムについてコアな部分を必修として、先端なものは選択とするなど内容の重みづけを行う。
 - ・学生もカリキュラムが過密となっている。カリキュラムの水平、垂直統合をして、効率化を行う。座学の講義時間を減らす取組み。
 - ・AIにどこまで任せるか。知識はタブレットで、判断は医師が行うなどの考え方の変更していく。
 - ・遠隔医療の活用。離島など。現状は研究段階。
 - ・国試の在り方(合格基準も含め)の再考。知識のみを問うことでよいのか。
 - ・オンラインの講義を大学間で共有する。(個別の大学の負担を減らす)・大学間で協力をする。
 - ・災害医療、移植医療など全国的に利用できる教材などの利用。

グループI

◎司会

グループI 現地

◆発表者

No.	区 分	大 学 名	役 職	氏 名	Zoom 表 示 名
I1	国立	浜松医科大学	副学長	◆梅村 和夫	
I2	国立	愛媛大学	医学部医学科教務委員長	増本 純也	
I3	公立	札幌医科大学	医学部長	齋藤 豪	
I4	公立	横浜市立大学	医学教育学 主任教授	◎稲森 正彦	
I5	私立	岩手医科大学	准教授	高田 亮	

コーディネーター/モデレーター: 長谷川 仁志(秋田大学)

グループI テーマ3: OSCE・CBTの公的化を踏まえた診療参加型臨床実習のさらなる充実について

現状・課題

1. 施設・人材(教育のエフォート)の不足

- ・学生がいる病棟・外来 場所がない(狭い) 構造が想定されていない
- ・電子カルテが足りない

★今でさえ、研究、教育のために、診療も軽視されてきている状況も多いのでは。今後、より教育も不安。

2. 医行為と 包括同意 個別同意

- ・どこまでの医行為とするか? 各科、その病院の指導医からも要望あるが 決まっていない。
- ・どの科でも行っていなかった手技もある
- ・医行為の前提: シミュレーターがない = 資格 制度

<同意について>

- ・電カルみないと 同意がわからないので、確認する必要がある
- ・包括同意 と個別同意

特に学外の個別同意が課題

その都度 同意は取れない (個別同意 学生の名前も書く)

個別同意 4年生のOSCE以外で、必要なところは個別同意。

★個別同意が必要な侵襲的手技より、包括同意で可能な基本的診療技能をどう保証するかが重要。コアカリの中心では?

- ・各科侵襲的手技の切り分け バランス ・プラマリケア

3. 教育内容の課題

- ・各科専門教育 偏重 からの脱却
- ・実習が、勧誘になっている。すべての科を回る。
- ・4週回って、ほかの病院も負荷がかかる
- ・評価が難しい。
- ・すべての診療科を回る場合の課題 主な科を多めに
- 学内・学外シラバス コアカリが 重視されていない コアカリを重視

現状・課題

4. 評価：学生 および 教員 が 大切

基本的診療 形成的評価 CC-EPOC
各科ごとのminiCEX 設定
各科事前事後の評価

各科で教育があまり評価されないで、どうしても片手間

対応策

<テキストはこちらにご記入ください(テキストボックス)>

1. 施設・人材不足

- ・カルテは、準備しつつある 学生専用の部屋を作った (しかし、離れたところにある)
- ・新病院の際に配慮

- ★各科 教育エフォート少しだけ高い若い教員の配置 専門教育ではなく
- ★教育を評価する制度(各科人材配置)がないと 厳しい? 臨床と研究しか評価されない

2. 医行為 同意書?

- ・各科横の繋がり 教育主任 コアカリに沿って医行為の確認
- ・包括同意の内容をより向上

3. 4. 各科の教育内容 評価

- ★臨床実習がコアカリの集大成である: 学部全体、各科の意識強化: 各科の役割重要
- ・良い教育で人が集まる意識
- ★その科の目標(総合的な診療力)をしっかりと決める コアカリに沿った (専門研修の延長にならないように)
=各科教える内容・ポイントを絞る?
- ・CC-EPOC等を、実習前に確認する
- ・シラバスを、内外機関でしっかり 各科目目標
- ★各科の基本的診療 形成的評価 CC-EPOC
各科ごとのminiCEX 設定
各科事前事後の評価
- ・教員:教育評価の向上

グループ J

◎司会

グループJ 現地

◆発表者

No.	区分	大学名	役職	氏名	Zoom表示名
J1	国立	山梨大学	副医学部長	鈴木 章司	
J2	国立	広島大学	学部長特別補佐	平田 信太郎	
J3	国立	九州大学	教授(教務委員長)	新納 宏昭	
J4	公立	大阪公立大学	医学科長・教務委員長	◆首藤 太一	
J5	私立	東京慈恵会医科大学	教授・教学委員	◎櫻井 結華	

モデレーター:西屋 克己(関西医科大学)

グループJ テーマ3: OSCE・CBTの公的化を踏まえた診療参加型臨床実習のさらなる充実について

現状・課題

- ・ Pre-CC OSCEに関連した講習会に参加するのが大変
- ・ **国民が知らない**
 - 学外病院での実習で問題が生じる(患者さんや病院スタッフが知らない)
- ・ 教育改革の内容を教員に知らせる→JACMEとの連携
- ・ 低学年教育の見直し: 教員の負担
- ・ 臨床実習: 前半は見学型で必須手技の習得、後半は診療参加型実習
- ・ 臨床実習後OSCEの評価者は学外病院担当者
- ・ アンプロの学生の情報共有の手段
- ・ どうしたらアンプロになるのだろうか???→患者さんの生死に直面する機会
- ・ どのようにプロフェッショナリズムを育てるか
- ・ WBAが円滑にできていない
- ・ 患者さんに継続的に接触する機会をどのように設けるか
- ・ 入試のあり方との関係

対応策

・【課題】

OSCE・CBTが公的化されたことを国民が知らない

- student doctorが医行為を行えることを国民（指導医も？）知らない
- 現場では依然混乱「学生に何をどこまでやらして良いのですか？」質問多数
- 診療参加型臨床実習の大きな妨げになっている
特に、学外協力病院での実習でにその傾向が強いのでは。。。

・【対策】

OSCE・CBTが公的化されたことをもっと周知

- 1) 厚労省・文科省から社会に広報いただく（ポスターはあるそうですが、、、）
包括同意でほぼ全ての医行為を行えるとのこと→ 堀岡先生から
- 2) 学外協力病院指導医に、OSCE・PCCOSCEの評価者としてに参加いただき
OSCE・CBTが公的化され、student doctorが医行為を行えることを周知

グループK

◎司会

グループK オンライン

◆発表者

No.	区分	大学名	役職	氏名	Zoom表示名
K1	国立	山形大学	教務委員会委員長	◆太田 康之	K_太田康之_山形大学
K2	国立	千葉大学	講師	笠井 大	K_笠井大_千葉大学
K3	国立	福井大学	教育支援センター講師	銭丸 康夫	K_銭丸康夫_福井大学
K4	私立	聖マリアンナ医科大学	主任教授（カリキュラム委員長）	川畑 仁人	K_川畑仁人_聖マリアンナ医科大学
K5	私立	久留米大学	教務委員長	◎井川 掌	K_井川掌_久留米大学

モデレーター：石丸 裕康（関西医科大学）

グループKテーマ3：OSCE・CBTの公的化を踏まえた診療参加型臨床実習のさらなる充実について

現状・課題

井川先生：さらなる充実、医行為の実施→診療科による温度差あり。FDの充実、インセンティブが必要ではと考えている。FD動画を作成し視聴実績をインセンティブに考えている。

川畑先生：科間の格差対応、働きた方改革との折り合いが必要。基本的手技の数と人数。患者窓口の整備。こうした内容の周知としてFDの徹底を試みている。現場への伝わりが難しく、年数回周知する場を設けている。(医行為の達成のモニターは？→独自のe portfolioあり過去から達成度みている。

笠井先生：指導医の格差、学生の幅両者とも問題。学生の達成がまるで異なり、一律な対応難しいので、達成度をみる工夫が重要。各診療科に教育担当の助教をおいており、適宜意見交換の機会。(教育主任おいているが、集まるのが難しい)

太田先生：患者の同意・同意者の負担がある。診療の負担が大きい、患者の理解も低い場合。神経診察の特殊性と経験の機会格差あり。全員まわれない。EPOC未導入。(包括同意+個別同意は負担)

銭丸先生：医行為の実施率が低下していることがeポートフォリオで判明→シミュレーション教育。(クリクラ開始前のシミュレーション教育しているがその充実度は?) (充実はしているが、更新困難。共有などの検討。 銭丸先生 予算確保で今回は充実)

グループKテーマ3：OSCE・CBTの公的化を踏まえた診療参加型臨床実習のさらなる充実について

対応策

井川先生：学外OBとの連携を拡充して、実施する取り組み

川畑先生：シミュレーション教育は充実。更新などの問題点あり。実習の評価：形成的評価もこころがける。360度評価も導入

笠井先生：FDコンテンツの電子化・充実 あわせて患者さんへの情報提供も。

太田先生：5,6年生は3か所の県内病院を実習するのが特徴。患者さんの理解を得る必要あり。

銭丸先生：コアコンピテンシー、ルーブリックをマイルストーンに合わせ作成

今後の座学のありかた

患者同意について

毎年のテレビの放送でアピールしてはどうか？白衣授与式の取材など。

評価

領域を超えた一貫した評価とあるが、個別評価も重視必要。

実習中の観察、定性的評価から評価する。評価システムなど、負担がかからないやり方。久留米大では学生同士でプレゼン、質疑応答、ふりかえりの機会を設けている。

FDコンテンツの充実。学生にもシェア。病院の会議への参加なども。カリキュラム委員会には学生も参加。学生主導による勉強の機会。院内の講習会への学生の参加、開示。

グループL

◎司会

◆発表者

グループL オンライン

No.	区分	大学名	役職	氏名	Zoom表示名
L1	国立	新潟大学	医学部副学部長	◆齋藤 昭彦	L_齋藤昭彦_新潟大学
L2	国立	佐賀大学	医学部長	末岡 榮三朗	L_末岡榮三朗_佐賀大学
L3	公立	奈良県立医科大学	教育教授	若月 幸平	L_若月幸平_奈良県立医科大学
L4	私立	慶應義塾大学	整形外科 助教	鳥居 暁子	L_鳥居暁子_慶應義塾大学
L5	私立	愛知医科大学	教務部長・教授	◎鈴木 耕次郎	L_鈴木耕次郎_愛知医科大学
L6	私立	川崎医科大学	副学長(教務担当)	森谷 卓也	L_森谷卓也_川崎医科大学

モデレーター: 高見 秀樹(名古屋大学)

グループL テーマ3: OSCE・CBTの公的化を踏まえた診療参加型臨床実習のさらなる充実について

現状・課題

①患者同意

- ・各大学ともに包括同意をとっている。書面でとっている大学もあるが十分ではない。
- ・個別同意は診療科ごとにまかされているが、詳細には決まっていない
- ・書面同意の場合誰がどこでとるのか、同意がとれたかどうかをどのように見分けるか、の問題がある

②臨床実習の評価

- ・各診療科ごとに評価およびフィードバックが行われていることが多い
- ・学生から指導者への評価・フィードバックは行われている大学もあるが、十分ではない可能性がある
- ・総括的評価は各診療科ごとに独自に評価されていることが多い。
- ・CC-EPOCは一部の大学ではつかわれている

③さらなる診療参加型の充実化

- ・基本診療科はすべてまわる人が多い分ローテートする学生の人数が多い
- ・どの大学も全診療科ローテートをしているが見学型になる傾向がある。
- ・どの大学も5年生後半から選択実習をしており、そこでは診療参加型になる傾向がある
- ・楽な診療科が人気が出ることがある。

対応策

①患者同意

- ・各大学とも今後はなるべく書面で同意をとることを検討している
- ・個別同意についても何をとるかについて検討していく

②臨床実習の評価

- ・各大学ともCC-EPOCは今後導入状況をみて検討している。

(CC-EPOCを利用している大学の感想…)

評価ができる項目とできない項目がある、CC-EPOCを使える医師がまだ少ない、評価基準がまだ十分標準化がされていない、診療科ごとの評価では期間が短いと効果的なフィードバックがむずかしい、という問題点があるとのこと。

③さらなる診療参加型の充実化

- ・全科ローテーションをやめて一診療科を長くまわることの検討
→その場合教育負担やリクルートの機会減少の問題がある
- ・外病院の実習をうまく利用するべき

グループ M

◎司会

◆発表者

グループM 現地

No.	区分	大学名	役職	氏名	Zoom表示名
M1	国立	群馬大学	医学部長	◎小湊 慶彦	
M2	国立	東京医科歯科大学	医学科長	秋田 恵一	
M3	国立	宮崎大学	医学部副学部長	◆澤口 朗	
M4	私立	国際医療福祉大学	医学教育統括センター長・教授	矢野 晴美	
M5	私立	東京医科大学	准教授	山崎 由花	
M6	その他	防衛医科大学校	医学教育開発官	角田 正史	

コーディネーター/モデレーター: 伊野 美幸(聖マリアンナ医科大学)

現状・課題

- web投稿や相談員の配置、積極的アプローチを行っている大学があった。
- 外部の精神科医や大学本部が関わるとその語の情報が得にくいという問題がある。
- 学生対応に関して担当教員の対応に差がある。
- 発達障害の学生に対して、マニュアル化していたり、アンプロ対応をしていたりする大学があった。また、当該学生の担当を精神科教員に依頼しているという大学があった。
- コロナでは各学年に特徴があり。1年では学校適応に、3, 4年は学生同士のつながりの稀薄さ、6年生では国試のストレスがあがっていた。

対応策

- メンタル不調を見つけるには、web投稿、メンタルヘルスチェックによるスクリーニングや、相談員の配置、積極的アプローチが必要である。
- 不調学生に対しては、精神科医、臨床心理士などの専門職のサポート体制が望ましい。
- 発達障害学生に対しては、精神科医などによる専門的対応が望ましい。

グループ N

◎司会

グループN オンライン

◆発表者

No.	区分	大学名	役職	氏名	Zoom表示名
N1	国立	金沢大学	学生支援委員長	◎安藤 仁	N_安藤仁_金沢大学
N2	国立	三重大学	医学部教務委員長	西村 有平	N_西村有平_三重大学
N3	国立	神戸大学	医学部附属医学教育推進センター長・教授	◆野津 寛大	N_野津寛大_神戸大学
N4	国立	高知大学	学務委員長	山口 正洋	N_山口正洋_高知大学
N5	公立	和歌山県立医科大学	教授	村田 顕也	N_村田顕也_和歌山県立医科大学

モデレーター: 椎橋 実智雄(埼玉医科大学)

N_椎橋 実智雄_埼玉医科大学

グループN

テーマ4: 医学生のメンタルヘルス支援について

現状・課題

コロナの影響

- ・コロナで学生の横のつながり、縦のつながりが分断
- ・コロナ中基本web講義で試験は対面だったが、それに出てこれられない学生
- ・今も(対面授業に戻っても)、オンライン・オンデマンド講義への要望
- ・コロナ明けに登校できないなど対応の必要な学生が顕在化し問題に
- ・チューター制度を導入(半年ごとに教員と学生が1対1でオンラインで面談)
→問題となる学生はチューターとの面談に出てこない、応答がない
- ・アンプロフェッショナルな行動が目立つようになった
- ・自分でこもって学修できるが、学生間で交流できない(臨床実習に参加できない→うつ)
- ・最近、教養科目の単位履修(履修登録)ができないために留年する学生がいる
- ・事務の対応が縦割り

合理的配慮

- ・メンタルに問題のある学生への合理的配慮
- ・うつと診断され実習に参加できなかった学生の単位を認めるかに関して個別対応?
- ・配慮申請が出れば状況を教員に伝えられるが、その前にメンタルの問題をどこまで伝えてよいか
- ・小児科・産婦人科での実習は問題ないか?

対応策

- ・チューター制度を導入（半年ごとに教員と学生が1対1でオンラインで面談）
- ・学生健康推進センター、心の相談室などは整備している
全学の部署が面倒見てくれる大学、医学部のみで対応する大学 地理的な問題
入学時に学生に案内
- ・担任制度（基礎系教員1名＋臨床系教員1名）
- ・入学時、うつスケールなどのデータを集める→学生へのフィードバック方法？
- ・基礎と臨床の教員間の情報共有のための枠組みの必要性

グループO

◎司会

グループO オンライン

◆発表者

No.	区分	大学名	役職	氏名	Zoom表示名
01	国立	岐阜大学	教務主任	任書晃	O_任書晃_岐阜大学
02	国立	鳥取大学	医学部副学部長	中曾 一裕	O_中曾一裕_鳥取大学
03	国立	山口大学	医学科長	◎田邊 剛	O_田邊剛_山口大学
04	公立	京都府立医科大学	学生部長	武藤 倫弘	O_武藤倫弘_京都府立医科大学
05	私立	東海大学	准教授	◆津田 万里	O_津田万里_東海大学

モデレーター：高村 昭輝（富山大学）

現状・課題

起こったこと

- やや流行が全国よりも遅れてきたが、2020年から流行期に入った。友人ができないなどのメンタルヘルス系の相談が増えた。留年ハイリスク学生が増えたかもしれない。メンタルヘルス専任教員や一般教員で対応している。学生が休むハードルが低くなってしまい、休む学生が増えている。(鳥取大学)
- オンライン講義が増えたところから明らかに孤立して心を病む学生が例年より増えている印象。オンライン講義により孤立した学生が大学側から見えにくくなっていくように感じる。オンライン講義中に医学部ではなく、全学の支援センターに相談に行ってしまったが、医学部にその情報が共有されない問題が起こり、対応が遅れたりしたことがあった。早期発見ができない現状があった(岐阜大学)
- 相談件数も増えているが、中身として家庭のこと、家族のこと、医者になることへの不安など以前の内容と異なってきた。休みやすい環境を作った弊害として出席できない学生も出現して出席率の低下が目立つ。クラブ活動の制限や交流の制限による経済観念や雰囲気も変わってしまった(京都府立医科大学)
- 朝一番の授業の出席率はかなり悪い(外部や教授の担当ですら)…プロフェッショナルな視点には問題があるのでは？好きなように過ごしている感じが否めない。(京都府立医科大学)
- オンラインから対面に戻って、休み時間でも学生同士の雑談が少なく、そういう文化すらなくなった？横のつながりが乏しくなった。低学年は高校時代をオンラインで過ごしているのだから大学に入ってから対面交流の経験が乏しく、非常識な行動が目立つ印象もある。入試の面接でも何の経験もない学生もいたりする(東海大学)
- 遠隔授業では本当に出ていないことも多かった。逆に対面授業にしても出席している学生に出席を依頼して出席していない学生が多いことが習慣化している印象。(東海大学)

対応策

対応と取り組み

- 学生自身が自らコントロールする力を身につける支援をする(課外活動の支援)
- コロナで特権化した(笑)欠席許可制度の中で埋もれたメンタルに問題ある学生の支援
- 提出物でスクリーニング

- 新入生歓迎会をしばらくできていなかったため、高学年(4年生)に入学歓迎会をして横のつながりを作っている。(東海大学)
- メンター制度として若い教員が学生の面倒を見ている。メンタル、学業の問題点を探り、クラス担任、学生部長などと共有し面談をしている。さらに重症の場合には保健管理センターに相談をしている。(京都府立医科大学)
- 教科ごとの引継ぎは月に1回、引き継ぎ会議、年に1回、注意すべき学生を共有している。(京都府立医科大学)
- クラス担任(里子制度)：教室主任の教室に各学年3～4人ずつが振り分けられている。これまでは2年ごとに担当教室が変わっていたが、継続性を重視して1～6年間ずっと同じ教室主任が担当する仕組みに変更した。(岐阜大学)
- 教科ごとに学生の出席や状況を共有できるシステムがなかったためで学務課に入ってもらい、情報を次の教科へ提供する仕組みを構築しようとしている(岐阜大学)
- 出席率が悪いので特別講義(外部講師)の出席がないと減点…みたいなアナウンスを学生に言っている(実際にはしていない)。
- 同じようにクラス担任、グループ制度があるが、レポートの提出や出席が滞る学生出現し、そういう学生にしつこく連絡することでつながりができるのではないか？コンタクトを取る意味合いもありそう。(鳥取大学)

有効な対策やアイデアなど

- 低学年からの継続した対応がやはり必要。(共有して引き継いでいく仕組み)
- 学生はメールを見ていないことも多いようだが、SNSなどを使ってはどうか？(学生のLINEグループに入っている共感もあるようだが、学生同士の交流が阻害される可能性があるかも)
- 遠隔ツールのおかげで面談は比較的にできるようになったかもしれない。特に留年した学生は地元に戻っていたりするのでそういう学生と面談できるのはメリットがある。
- 出席票を回して代返、代筆も含めてされていない(空白)の学生を特に気を付けている(繋がりが薄い学生)
- 欠席者の中でメンタルに問題がある人をピックアップする仕組みが…レポートなどに困っていることなど自由記載欄を設けると心因的に困っていることも書いてくれる学生がいる
- 教科ごとの引継ぎ会議もしくは引き継ぎ書類を記載して申し送る…は有用そうだ。

メンタルヘルスに問題がある学生を見つけたら？

- 保健管理センターと医学部の風通しを良くして些細なことからもみんなで対応する。精神神経科とのタイアップは効果的。
- 臨床心理士が定期的に保健管理センターに来ているのでまずはそこに、更なる対応が必要であれば受診につなげる。
- 教員がこまめに関わるのは効果がある(が、一部の頑張る教員に負担がかかっている)
- 国家試験を前に過去の大きな試験(CBTなど)の結果を確認してあらかじめ対応するようにしている。
- 卒業試験の下位3割くらいを補講をしている。(そこに来る学生はまだよいが、来ない学生が問題。)

グループ P

◎司会

グループP

オンライン

◆発表者

No.	区 分	大 学 名	役 職	氏 名	Zoom 表 示 名
P1	国立	富山大学	教務委員長	◎伊藤 哲史	P_伊藤哲史_富山大学
P2	国立	京都大学	医学教育・国際化推進センター 教授	◆片岡 仁美	P_片岡仁美_京都大学
P3	国立	熊本大学	教育・教務委員長	菰原 義弘	P_菰原義弘_熊本大学
P4	公立	名古屋市立大学	医学・医療教育学教授	高桑 修	P_高桑修_名古屋市立大学
P5	私立	東北医科薬科大学	医学部教務委員長	河合 佳子	P_河合佳子_東北医科薬科大学

モデレーター: 山脇 正永(東京医科歯科大学)

グループP

テーマ4: 医学生のメンタルヘルス支援について

現状・課題

- 富山大学: オンライン教育で孤立化や問題のある学生(昼夜逆転など)が顕在化。対面開始後に一見学生が元に戻った印象があるが・・。(大量のメールで抗議するなど)非常識な応答が増えた? 大学に対する帰属意識が希薄化。
- 京都大学(岡山大学も): 孤立化。対面開始後も学生の状況が以前と比べ変わった印象あり
- 熊本大学: 生活リズムが狂った人が多くいた、朝1限の講義を。同級生・友人とのコミュニケーションが困難な学生、運動不足でメンタル不調の学生、自主的なグループ学修が復活しない
- 名古屋市立大学: コロナとの直接因果関係は不明、出席に対する意識が変わった(オンデマンド要望など)、コロナ後に影響が出てくる可能性がある(高校時代にコロナ環境だった学生など)
- 東北医科薬科大学: 学生同士の距離感をとるのが困難となった印象有(SNS, 迷惑行為など)。提出物がルーズになった、連絡・返信がない。

対応策

- 富山大学：教務委員長・委員をはじめ教職員が適宜面談を実施、対象は自主申告及び問題のありそうな学生。担任制度（金沢医大）学年により基礎医学臨床医学などの教員が担当、しかし臨床教員が忙しい。（富山大学）2重の担任制度あり。しかし課題としてコロナ後学生側が担任との距離をとる（飲み会など参加したがない）。合理的配慮支援等の個人情報の扱いを整備（原則本人の了解）。学生個人情報の共有についてのシステム・階層を整備。
 - 京都大学（岡山大学も）：プロフェッショナリズム授業（学年縦断型）で入学直後のタイミングなどで学生からの悩みなどを事前提出させ、授業で総論的なフィードバックを実施。学生相談室に加えて気軽な相談室（キャリアコンサルタントの方、サロンの来れる）が機能した、持続性が課題。
 - 熊本大学：各学年の4～6月の出席率を確認し、問題のある学生を面談（ただしかなり多くの学生が対象になった）、更に問題ある様であればカウンセリング→保健管理センターで対応。一方で、自分から申し出ない学生も（が）問題。
 - 名古屋市立大学：→初年度に医薬看のグループ学修機会があり、学生の様子がわかる。気軽に学生が相談・訪問できる部署。医学部では縦断カリキュラムあり。メンタルヘルスに関する授業・オリエンテーション。アンプロフェッショナル対応のフロー（メンタル背景に注意）作成。
 - 東北医科薬科大学：→担任制度あり。25名に一人で、オンラインでも面談していた、窓口・ファーストコールとして機能、欠席が多い学生など把握、担任が献身的に対応。個人情報の扱い・受診等の対応が必要が学生の情報については注意している（本人了解、教員間の情報共有など）。
- 合理的配慮支援への対応（出席・進級・到達度評価などどこまで認められるか）
- ・主任教員（科目責任者）にゆだねられている
 - ・出席・到達要件など臨床研修ほどは整備されていない
 - ・メンタルで臨床実習ができない学生への対応：科目責任者の判断（レポート）、OSCEでの合理的配慮
 - ・取り決めなどの整備も検討
 - ・診断書などを確認。正当な理由に対しては補講で対応。担任・親も含めて相談。合理的配慮のフロー作成。

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

医学教育振興財団理事長の小川秀興でございます。令和5年度の医学・歯学教育指導者のためのワークショップの閉会に当たり、御挨拶申し上げます。

このワークショップは、医学・歯学教育改革の定着を図るため、文部科学省が主催され、医学教育・歯学教育の関係団体が協力し、平成17年から毎年開催されています。行政、大学、そして大学関係団体の間で連携を取り、議論を深める貴重な機会になっています。

本日のグループ別セッションでは、1番に大学における令和4年版のコアカリキュラムの活用、2番として医師の働き方改革と教育・研究の両立、3番として共有試験の公的化を踏まえた診療参加型臨床実習のさらなる充実、4番として医学生のメンタルヘルス支援という、各医学部の指導者が直面する4つのテーマが取り上げられました。いずれも現在の医学部が直面する重要なテーマではありますが、御参加いただいた先生方は、本日のセッションを通じ、共有された各大学のグッドプラクティスや意見交換の成果を、御自身の大学の教育・研究の一層の充実に生かしていただくことを期待しています。

また昨日はこの同じ会場で、医学教育振興財団が主催し、文部科学省の御協力を得て、医学教育指導者フォーラムを開催しました。OSCE再訪というテーマで、臨床能力評価におけるOSCEの位置づけについて議論を深めたところでもあります。

今後とも、行政と大学の医学部、医学関係団体がコミュニケーションを取り合いながら、連携を深め、医学教育改革が着実に進展しますことを祈念し、閉会の御挨拶といたします。どうも皆さん、御苦勞さまでした。