

# 令和6年度 大学における医療人養成の在り方に関する調査研究委託事業 成果報告

日本医学教育評価機構常勤理事  
奈良 信雄

ありがとうございます。日本医学教育評価機構の奈良でございます。私どもは、令和6年度と7年度の2年間、文科省の委託事業として「診療参加型臨床実習の充実を目的とした指導医養成プログラムの開発と展開」を調査研究しております。本日は、令和6年度の事業成果をお話しさせていただきたいと思います。

次のスライド、お願いいいたします。既に文科省さん、厚労省さんから、極めて診療参加型臨床実習の充実が重要であるというお話があったかと思います。「診療参加型臨床実習」は、2001年の医学教育モデル・コア・カリキュラムが策定されたときに、重要性が提言されて以来、既に20数年たっていますが、それが根づいているかどうかをまず見てみたいと思います。

日本医学教育評価機構は昨年までに82医学部全ての評価が終わりましたので、その成果をお示します。このスライドには65医学部の評価結果を示してございます。2015年に発足した日本医学教育評価機構が国際基準2015年版を用いて正式評価を開始する前に国際基準2012年版を用いてトライアル評価を行った医学部等を除いた65校をまとめたものです。

縦のカラムは医学部の数、横は評価基準の領域を示し、適合しているのは青色、オレンジ色が部分的適合、グレーが不適合としております。御覧いただきますと、領域の2.5には臨床実習の評価が含まれていますが多くの大学が部分的適合になってございます。

次のスライド、お願いいいたします。1巡目の評価で部分的適合評価が多かった項目をまとめています。領域2.5で記載される診療参加型臨床実習は、実習内容、実習期間とともに、適切に満たしている医学部は極めて少ないので現状であります。

ちなみに、EBMが臨床実習の現場で実践されていない、学生の評価において、特に臨床実習現場での学生の態度の評価や臨床能力の評価が十分ではないことが指摘されます。そのほか、領域7の教育プログラム評価も多くの医学部が苦戦しているところであります。本日は、領域2.5についてお話を進めたいと思います。

次のスライド、お願いいいたします。では、なぜ診療参加型臨床実習が根づいていないのでしょうか。私の個人的見解でありますけれども、日本の臨床実習は、従来、ドイツ式の見学型が中心であったため、アメリカ式のような臨床実践を主体とした臨床実習をなかなか展開しにくいのが一因だと思います。指導医の理解が足りない、そもそも指導医の数が少ない、学生も医療チームへの参加が消極的である、場合によっては患者さんの協力が得

ににくい、などの要因もあるうかと考えられます。昨日の医学教育振興財団の医学教育指導者フォーラムでも、アメリカやオランダでも患者の協力が得られにくい現状もあるという話しでしたが、診療参加型臨床実習を充実させていくには、一般市民の協力を得られるような啓発活動も重要であると考えられます。

そのほか、法的理解が十分には得られていない可能性も残っています。先ほど厚労省医事課野口室長からお話がありましたように、現在、医師法の改正で、医師の監督下に医行為ができることが制定されています。もちろん処方箋発行等はできませんけども、法的には担保されているにもかかわらず、指導医、学生、患者の理解が十分ではないかと思います。

以上のように、診療参加型臨床実習を充実するのは多くの課題があるかと思いますが、私たちの事業では、大学病院、関連実習病院を含め、臨床実習を指導する先生方、指導医の学生指導能力の向上、地位改善などについて研究を進めております。

次のスライド、お願いいいたします。全医学部における臨床実習期間を示したものです。2009年の平均臨床実習期間は50週程度でした。

その後、アメリカのECFMGが2010年に、国際基準で評価を受けて認定された医学部の出身者にしか、アメリカで医師になる申請資格を与えないという通告がありました。この通告を機に私どもの日本医学教育評価機構が2015年に発足し、国際基準に基づく評価を開始したところ、臨床実習期間は徐々に増加し、直近の2023年のデータでは68.7週にまで延長されてきました。

もう一つの課題として、国際基準では低学年から高学年に至るまで患者との接触機会を増やすように求められていますが日本では臨床実習が5年生あるいは6年生しかないのがほとんどでしたが、臨床実習期間の増加に伴って4年生から臨床実習が開始されている医学部も増えてきています。

次のスライド、お願いいいたします。診療参加型臨床実習の内容についての課題として、医行為の実施があると考えます。平成29年に、厚労省の研究班会議で医行為の悉皆調査が行われ、門田レポートとして報告されています。それから10年近くたっていますので、再度、医学部6年生全員を対象に医行為の実施状況について悉皆調査を行いました。6年生の実習が終わった2024年12月末までにアンケート調査を実施しました。6年生3,818名から回答が得られ、回答率は約40%でした。

質問では、各医療手技について、「1. 指導医の指導・監視のもと実施した」、「2. 指導医の実施の介助または見学を行った」、「3. シミュレータでのみ実施した（学生同士での実施も含む）」、「4. いずれも行わなかった」の4選択肢から回答してもらい、集計して解析しました。また、「1. 指導医の指導・監視のもと実施した」を選択した場合には、指導医の指導・監視のもとであれば「次回以降も自信をもってできる」か「次回以降は自信をもってできない」かの追加質問も行いました。

調査した医行為の項目は、基本的には、門田レポートの成果を検証する目的もありまし

たので、門田レポートでの調査項目に、最新の医学教育モデル・コア・カリキュラム、共用試験実施評価機構が提示している学習評価項目、さらには厚生労働省が提出されている臨床研修到達目標をも含め、併せて 119 項目でございます。

次のスライド、お願いします。自信を持って次回もできると回答した学生の割合です。医行為の項目によって、実施率にはかなりの差異がございます。医行為としては、診察技法、治療法、検査手技、基本的手技、外科手技、アドバンストの手技、救急手技と分けて検討しました。例えば、「大人の患者に医療面接できる」は、ほとんどの学生が自信を持ってできるということですが、「診療計画の作成ができる」とか「治療計画を立てる」ことを行っているのは極めて低率です。これらは侵襲的な医行為ではなく、学生には実施率を高める必要があると考えます。検査につきましても、心電図検査や経皮的酸素飽和度モニターの実施率はある程度高いのですけど、それ以外の検査項目は極めて実施状態が低いのが現状です。基本的手技についても、皮膚消毒等はできますが、例えば静脈採血でも、次回に自信を持ってできるのは 39% ぐらいで、改善の余地があると思います。

次のスライド、お願いいたします。昨年度の調査研究では、主として医行為の悉皆調査と、国内の医学部および関連病院での診療参加型臨床実習の Good Practice、さらに海外の臨床実習について、カナダのモントリオールのマギル大学の視察調査と、アメリカの臨床実習の内容をヒアリングしました。また、一般市民の立場から診療参加型臨床実習への参加協力についての考え方をもお聞きしました。

なお、悉皆調査結果を含めた私たちの調査研究の報告書は、全医学部の医学部長先生宛てに 3 部ずつお配りしておりますので、ぜひ御確認いただきたいと思います。またスライドには私のメールアドレスを書いてございますので、ご必要な先生がいらっしゃれば、ご連絡さえいただければ、PDF でお送りさせていただきます。令和 7 年度はさらに調査研究を続け、できれば、指導医の養成の在り方等につきましてガイドブック等が作成できればと思い、現在、検討中でございます。

最後になりますが、昨年度と今年度の調査研究成果を踏まえて、11 月 22 日の土曜日に、東京科学大学（旧東京医科歯科大学）の歯学部の 4 階の特別講堂をお借りして、公開シンポジウムを開催させていただきます。アメリカから 5 名の先生、中国からお一人、それから、日本としては私たちも研究班員 2 人が診療参加型臨床実習の充実を目指した講演と討論を行う予定ですので、ぜひ御参加いただければと思います。

御清聴ありがとうございました。

令和6年度文部科学省委託事業：  
大学における医療人養成の在り方に関する調査研究委託事業  
**「診療参加型臨床実習の充実を目的とした  
指導医養成プログラムの開発と展開」**

日本医学教育評価機構常勤理事

順天堂大学客員教授

東京科学大学名誉教授

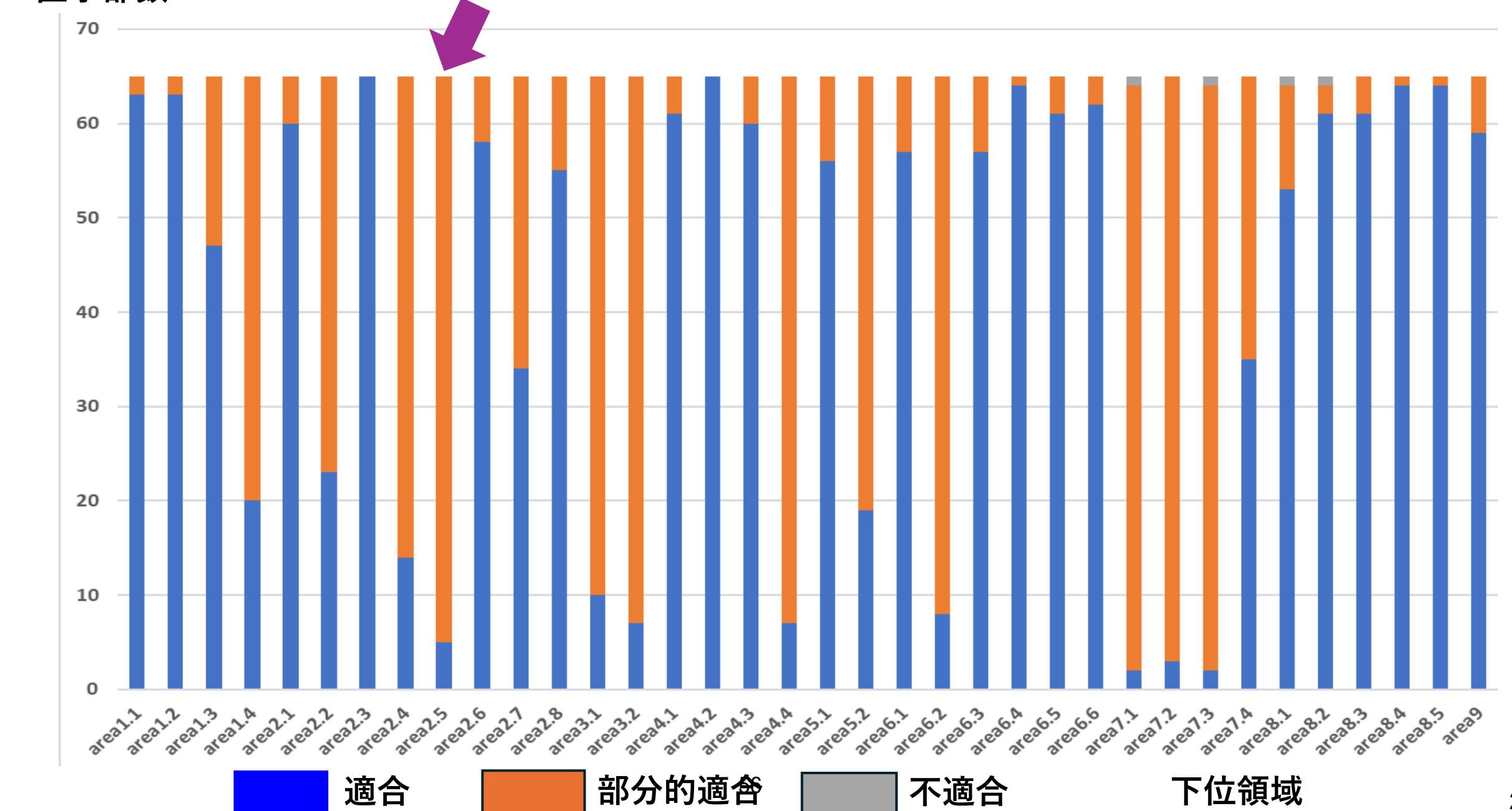
奈良 信雄

[nara.mlab@tmd.ac.jp](mailto:nara.mlab@tmd.ac.jp)

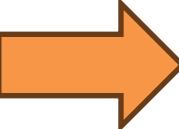


医学部数

## 基本的水準の適合判定（1巡回受審65医学部）



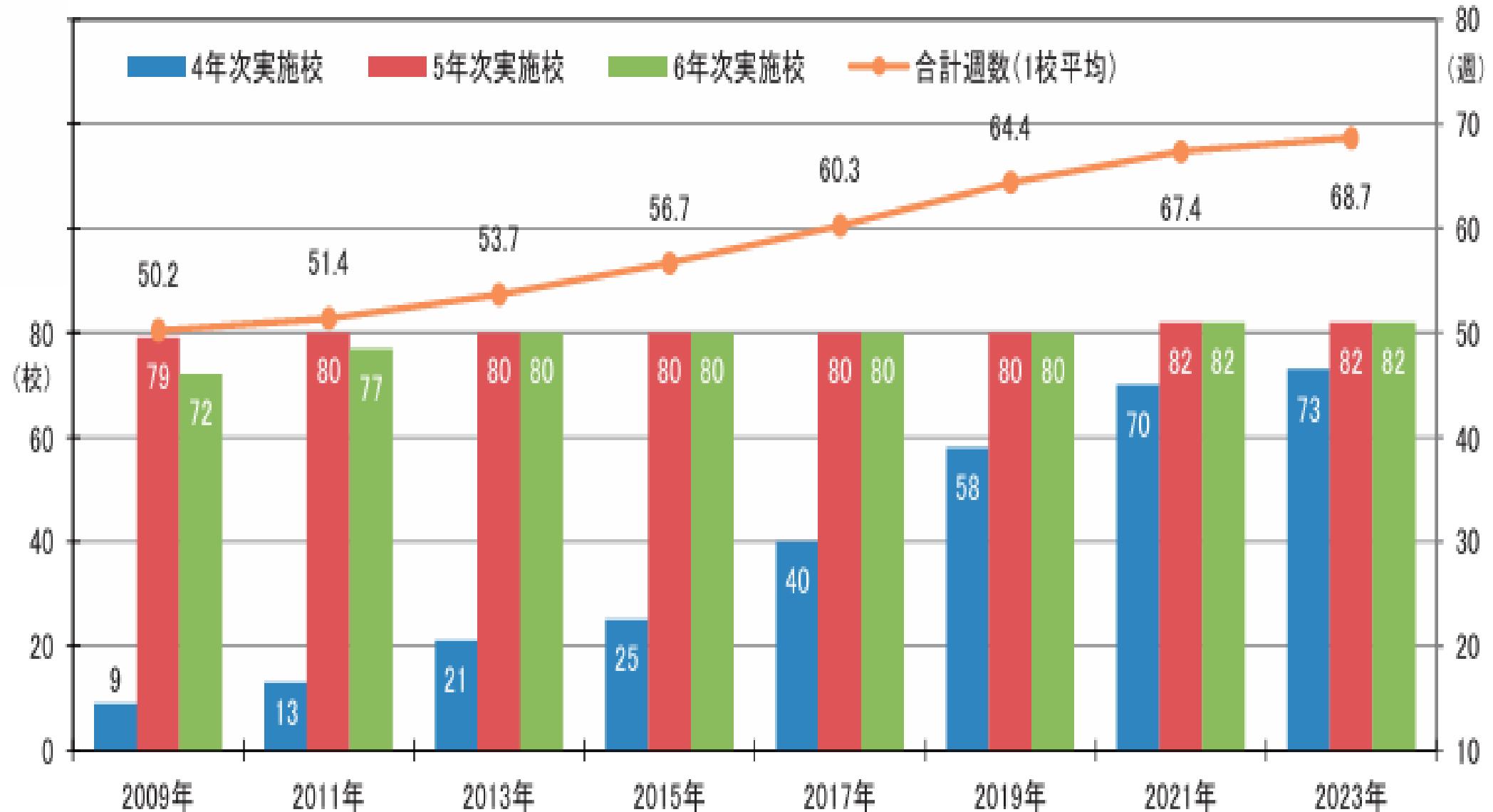
# 1巡目評価で部分的適合判定が多い項目

領域（下位領域）	指摘内容
2.2	EBM教育が臨床実習で実践されていない。
2.4	系統立てられた行動科学教育が実施されていない。
2.5	期間・内容共に診療参加型臨床実習が十分でない。
 文部科学省委託事業：大学における医療人養成の在り方に 関する調査研究委託事業「診療参加型臨床実習の充実を 目的とした指導医養成プログラムの開発と展開」	
3.1	技能・態度の評価が適切に行われていない。
3.2	学修を促進する学生評価が適切に実施されていない。
4.4	教学に関わる委員会への学生の参加が十分でない。
5.2	教員の能力開発(FD)が十分とはいえない。
7	教育プログラム評価が実質化されていない。

## 診療参加型臨床実習が根付いていない理由

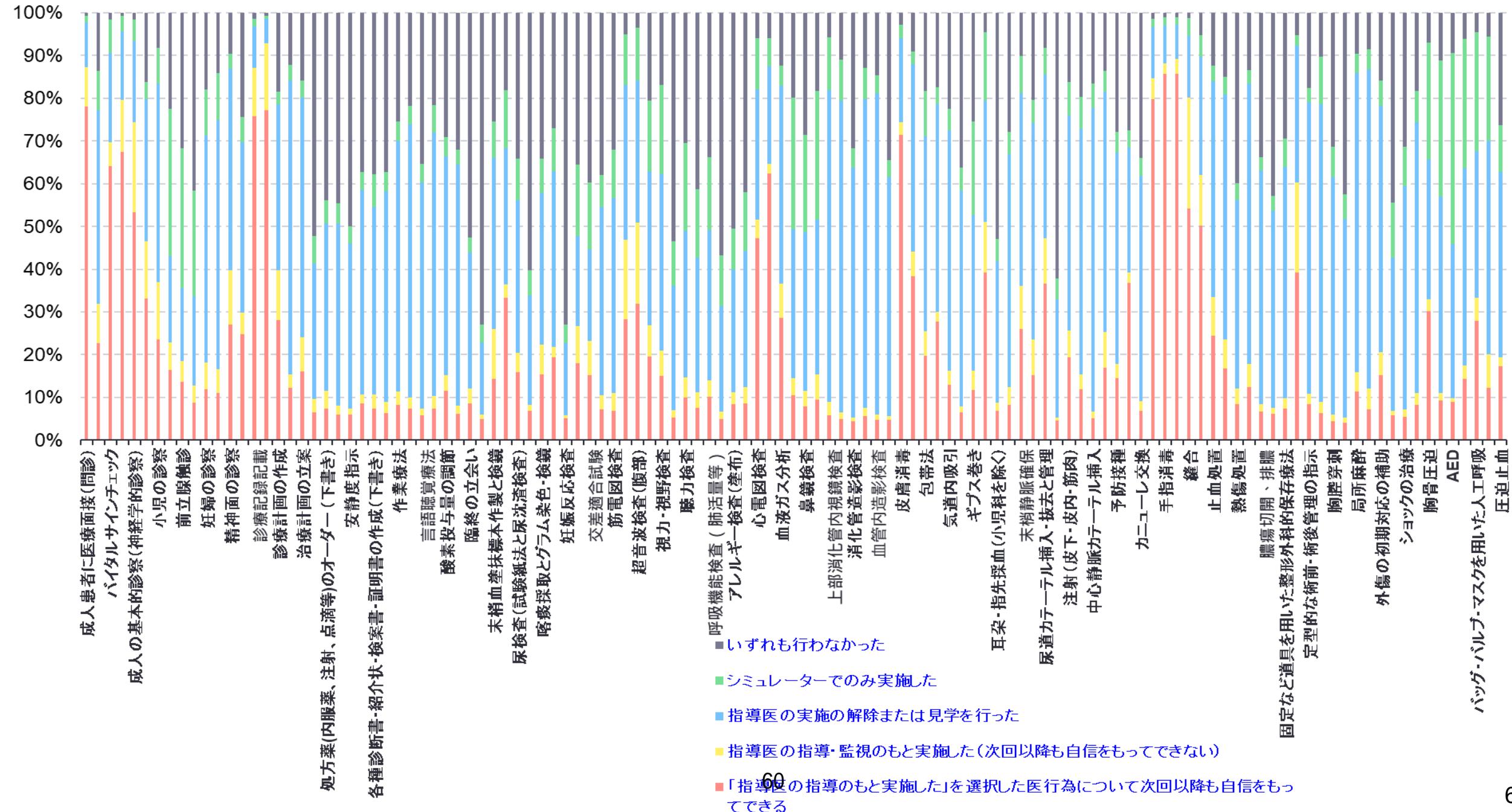
- ① 旧来の見学型臨床実習を踏襲してきた医学部と臨床実習施設が診療参加型臨床実習に転換するのに抵抗がある。
- ② 指導医の診療参加型臨床実習に対する理解不足
- ③ 指導医数の不足
- ④ 学生の消極的参加
- ⑤ 患者の協力が得られにくい。
- ⑥ 現在の医療では十分なチーム医療体制が確立されていない。
- ⑦ 医学生の医行為実施に対する病院や指導医の法的理 解不足
- ⑧ 学生が使用できる電子カルテ端末の不足など施設・設備面の不備
- ⑨ 大学医学部として診療参加型臨床実習の意義と必要性についての認識の共有が不十分
- ⑩ 教員・指導医の負担の問題、教育活動が適正に評価されない。

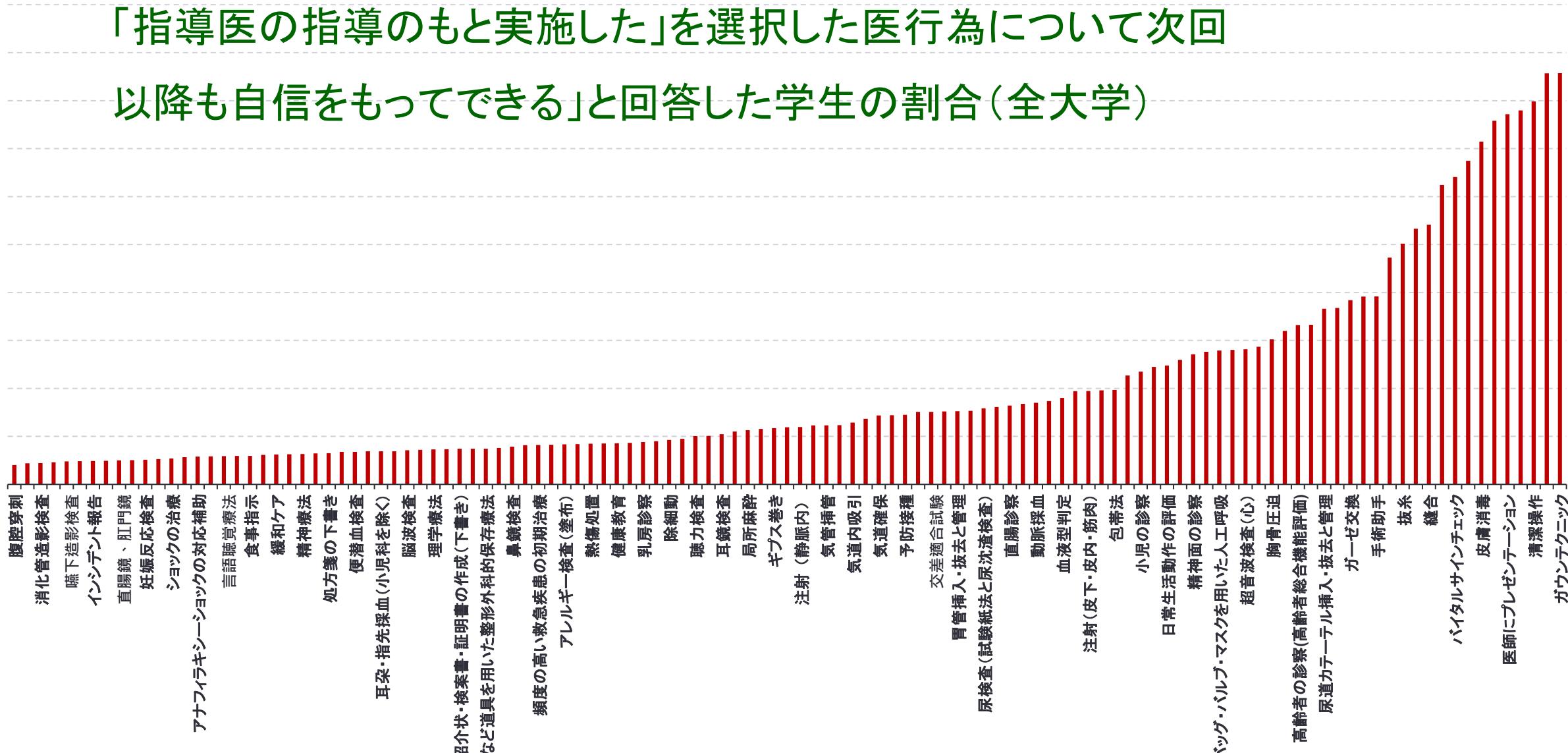
## 臨床実習の合計実施週数と実施学年の推移

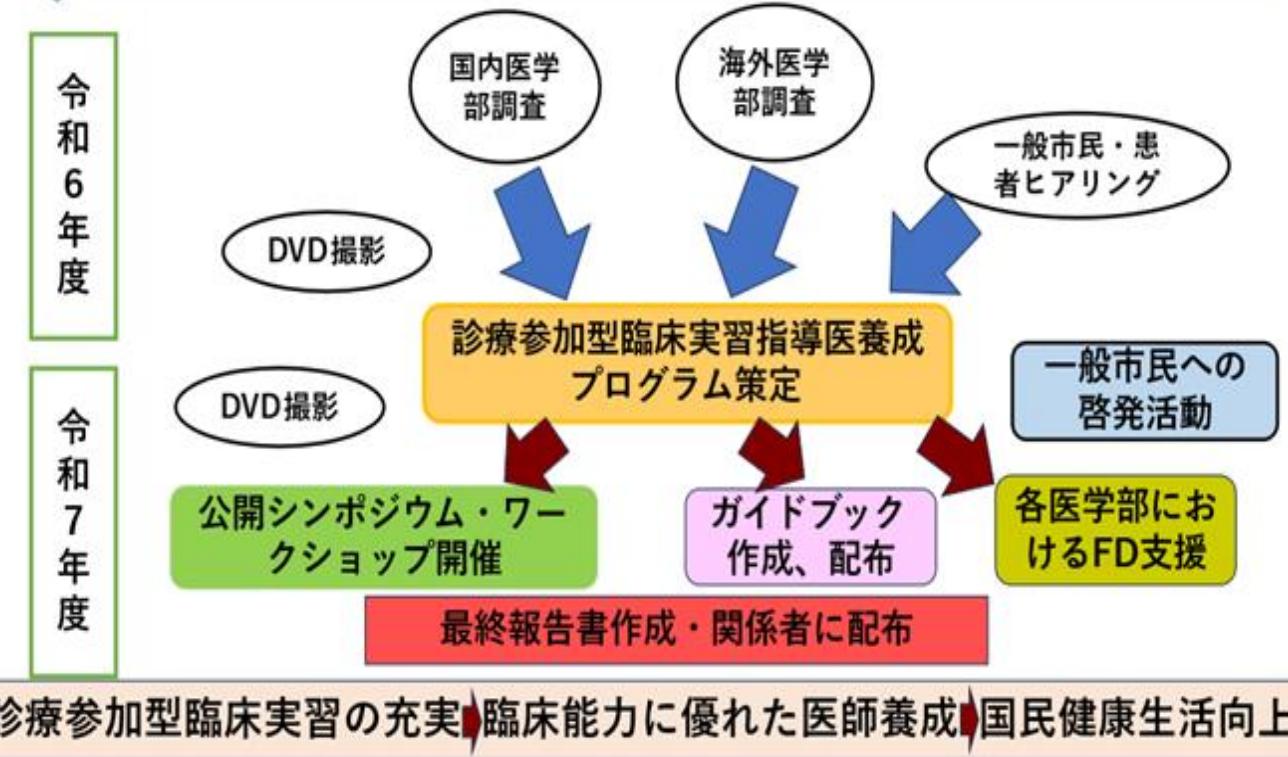


(2023年度全国医学部長病院長会議  
カリキュラム調査委員会資料)

# 全医学部における学生の医行為実施状況(対象学生9,636名、有効回答3,818名(有効回答率40%))







## 公開シンポジウム開催予定

2025年11月22日(土)13:00～18:00

於: 東京科学大学(旧東京医科歯科大学)歯科棟4F特別講堂

International Medical Education Symposium

“Clinical clerkship for future medical care providers”

講演者: Carles Pohl TJU上席副学長らアメリカ4人、中国1人、日本2人

連絡先: nara.mlab@tmd.ac.jp