

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

よろしくお願いします。名古屋大学の錦織でございます。日本医学教育学会の理事長も拝命しております。イントロダクションを担当させていただきます。よろしくお願いいたします。

もうこのワークショップ，既に何回か御参加されたことのある先生もおられるかもしれませんが，毎年実施しておりますワークショップでして，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で考える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，先ほど課長からの説明もありました文科省の今後の医学教育の在り方に関する検討会がまとめた内容について検討することも狙いとなっています。

この後行いますグループ別セッションがメインになりますけれども，昨今の医学教育の話題を中心に，今年も4つのテーマを設定させていただいています。討論では，ぜひ活発に御議論いただきまして，ほかの大学での具体的な取組を知っていただき，また，自大学での取組について自己相対化し，そして改善するための気づきを得ていただければと思っています。ぜひ有意義な時間としていただきますよう，よろしくお願いいたします。

また，今年度も，参加のしやすさを考慮しまして，オンラインでの実施としております。このワークショップ，10年ほど前は，毎年，東京に集まってやっていたのですが，もう先生方のお忙しさということも考慮して，現在の形にしています。ですので，グループワークは，今年も使っておりますZoomのブレイクアウトルームの機能を使って実施いたします。グループ討議のときは，ぜひカメラをオンにさせていただいて御参加いただきますよう，よろしくお願いいたします。

本年のワークショップで取り上げるテーマについて御説明いたします。

まず1つ目は，診療参加型臨床実習における学生評価と医行為の促進です。2つ目は，働き方改革の施行後，いかに教育の時間を確保しているか。3番目に研究医養成について。そして，4番目は，地域卒教育の実際という4テーマを挙げています。

それぞれの先生方，グループに分かれておりまして，一つのテーマについて御議論いただく形になっています。いま一度，グループ，どのテーマで御議論いただくかについて御確認いただければと思います。

なお，グループ討議は，この後，休憩を挟みまして，11時5分から12時35分までの90分間の予定です。あらかじめ四，五校で1グループという形でグループ分けをこちらのほうでさせていただいております。そちらに分かれていただいた後，まずグループのファシリテーターというのが文部科学省の担当の形で入っており，お一人，先生に担当いただい

ておりますので、そこから自己紹介があります。その後、グループファシリテーターの御指示に従っていただきまして、参加いただく先生方は、簡単な自己紹介をお願いできればと思います。

また、グループファシリテーターの担当の先生が、発表の資料を作成していきますので、御参加の先生方は、もう議論に集中していただきまして、ぜひいろいろな取組を聞いていただき、また、御自身での御意見を積極的に述べていただければと思います。

なお、Google スライドで作成していくのですが、グループ別セッションにおける議論内容の形で記録し、全体の報告会がその後にあるのですが、その際には投影資料として利用いたします。また、その内容、記録集の形で掲載されまして、文部科学省のウェブページでも公開されますので、あまりないかと思うのですが、ちょっと公開されるとまずいなというような内容がもしございましたら、グループファシリテーターにもおっしゃっていただければと思います。

また、司会と発表者につきましては、それぞれのグループで事前に決めさせていただいております。御担当になっていただいております先生方、ぜひよろしくお願いいたします。司会の先生方は議論をファシリテートして進めていただき、発表の先生方は、グループの中でまとめたスライドを基に御発表いただくというお役目になります。

発表者の先生方は、後の全体発表で討論した内容をお話いただくということになります。全体発表は、グループ討議が終わった後の1時半から15時10分まで、3時10分までの100分間を予定しています。

発表時間は短くて恐縮ですが、各グループ、4分以内でお願いできればと思います。

そうしましたら、ここからは、それぞれのテーマに関して議論いただきたい内容を細かく説明してまいります。

まず、1つ目の診療参加型臨床実習における学生評価と医行為の促進についてですが、先ほどから皆様から説明がありまして、診療参加型臨床実習は、実際の医療現場の経験を通じて、シームレスな卒前・卒後教育の実現のために必須であるというところは論をまたないと思います。

また、令和3年5月に、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が可決されまして、医学生が具体的に医行為を行うということが法的にも認められるようになりました。そうすると、具体的には、研修医が今やっているようなことを医学生ができるようになってきているという立てつけになっているわけですが、研修医が行っている処方以外の医行為・役割を医学生が担当するというのが、今後の臨床実習の在り方としては目指すべき方向ですが、それを学修者評価という視点から各大学における課題を整理して、解決のための具体案、そして、必要な施策の具体案を提示するところまでぜひ議論を深めていただければと思っています。

例えば、「どのような学生が臨床実習で不合格になるのか?」、評価をつけるとしたら、可否をつけるということにもなってくると思いますので、臨床研修に上げられないという

ような学生はどんな学生なのかということ。それから現在、先ほどから話題に出ております共用試験実施評価機構のほうでまとめていただいております Post-CC OSCE ですね。こちらについて、臨床実習の評価にどのような役割を果たしているのかということなどもできればと思います。

さらに、「医療安全の観点から、どのようにすれば学生が臨床実習で診療にもっと参加できるのか?」、この点は、20 年、30 年前と比べまして、やはり患者さんの安全のことを考えますと、臨床実習がより学生にとっては参加しにくくなっているという現状もあると思いますので、その辺りを御議論いただければと思います。

4 つ目は、また評価に戻りますけど、「臨床実習において、診療現場における観察評価は、どのような役割を果たすか?」ということについても御議論ください。特に 2 つ目のポツで話題に上がりました Post-CC OSCE も含めて、この 3 年ほどで、先ほど文部科学省、そして、厚生労働省からも御説明ありましたが、OSCE がかなり大学の教員にとって負担が大きいということが分かってきたというのが現在の日本の医学教育の立ち位置だと認識しております。臨床現場における評価の設計についてもいろいろ御議論いただければと思います。

テーマ 2 は、キーワードは働き方改革です。そして、教育の時間ということにフォーカスを当てて御議論いただければと思います。御存じのとおり、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ています。それ以前から、医師は診療の質確保、経営維持のため、診療に時間を割くことが求められ、医学教育や研究に費やす時間を犠牲にせざるを得ないというような傾向がございました。その中で働き方改革が始まってきているわけですが、令和 5 年度のワークショップでは、このワークショップですね。診療・教育業務の効率化、タスクシフトの実現、講義のオンライン化・オンデマンド化、こういったものの対策が挙げられています。こういったものはそれぞれ先生方の大学で、具体的にこのワークショップのプロダクトを持ち帰っていただいて、進んだのかとか、なかなか難しかったとか、そういった、また、経過報告なども含めて、医学教育に割ける時間をどのように確保しているのか。現状、課題、対策等につきまして御議論いただければと思います。

具体的な問いとしましては、働き方改革運用開始後 1 年を経過した現在、浮き彫りになった現在の問題点は何か。それから、令和 5 年度に議論した対策案、こちらに関して検証いただきたい。有効だったのかという問い、また、現状を踏まえた新たな対策案というのは何か考えられるのかと、こういったことについて御議論いただければと思っています。

テーマ 3 のキーワードは研究です。御承知のとおり、トップ 10% 補正論文数シェアについては、臨床医学、基礎生命科学ともに今、低下しているという現状がございます。背景にありますのは、諸外国の研究開発投資が大幅に増えている中で比較的少ない増加にとどまっていること、それから、研究者が実際に研究に充てられる時間が減少していることなどが考えられます。国内大学の医学科卒業生の大学院進学者数として基礎医学・臨床医学ともに減少傾向であるというような数字もございます。そこで、それぞれ、今日御

参加の先生方において、どのような研究医養成を行っているのか、そういったことに関する意見交換を行っていただきまして、医学研究の発展の一助として行う研究医のキャリア支援についての知見を共有することを目的としたいと思います。

具体的には以下のようなことについて御議論いただければと思っています。

1つ目としましては、学生や若手医師が大学院や研究に魅力を感じるための現状の取組、そして、対策案、そして、欲しい支援。今日は文部科学省主催のワークショップということですので、国からどんな支援があればいいのかということについて、具体的な御提案をいただければと思います。基礎、臨床、社会医学に分けて御議論いただくような立てつけにしております。また、研究医のキャリア支援における困難さを軽減するための現状の取組、対策案、欲しい支援とは何かというような問いも立ててございます。こちらも基礎、臨床、社会医学に分けて御議論いただければと思います。

テーマ4のキーワードは、地域枠、地域医療教育になります。こちらも御承知のとおり、医師の地域偏在が大きな問題になっております。そして、さらに診療科偏在という問題につきましても、先に行われました日本医学会連合の会でも議論になったと認識しています。こちらは依然として解消されていないという現状から、医師の地域枠の枠組み自体は引き続き維持されるべきというように、医師需給分科会第5次中間とりまとめには提言されてございます。地域枠制度、もう随分始まって時間がたっておりますけれども、医師の地域偏在解消に一定の効果を示しているということは分かってございます。一方で、地域枠制度自体が都道府県によって幅があり、地域偏在解消のためにどのシステムが優れているといった定説は現状存在しないと認識しています。地域偏在解決、そして、優れた地域医療を担う医師の育成、さらに地域枠学生のキャリア形成支援を両立するために、各大学にできることは何か、現状と課題を共有し、対策を議論するといった時間にしていただければと思っています。

具体的には、以下2つ挙げさせていただいております。一つは、都道府県が求める地域定着につながる卒前教育とはどのようなものか？ 特に今日は文部科学省主催のワークショップということもありますので、卒前教育に少しフォーカスを絞った問いになっています。また、地域枠学生の生涯学習、それから、キャリア形成支援に大学がどう関与できるか。こちらは卒業してからの支援ということになるかと思います。こういった内容について御議論いただきたいと思っております。

以上、少し長くなりましたけど、イントロダクションの形で、今日のこれからの進行、そして、御議論いただきたい内容について御説明させていただきました。本日、結構盛りだくさんなテーマでして、十分に議論をする時間は取れていないと認識しておりますが、お忙しい先生方のお時間をいただくという立てつけ上、ぎりぎり限界のスケジュールとなっていると認識しております。今日は充実した時間にしていただきますよう、私からもどうぞよろしくお願いいたします。

以上になります。

令和7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：診療参加型臨床実習における学生評価と医行為の促進

グループA

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名	Zoom 表 示 名
A1	国立	滋賀医科大学	内科学講座 教授	◎久米 真司	A_久米真司_滋賀医科大学
A2	国立	京都大学	医学教育・国際化推進センター 准教授	三好 智子	A_三好智子_京都大学
A3	国立	大分大学	医学部・医学科長	山本 恭子	A_山本恭子_大分大学
A4	私立	帝京大学	医学部・教務部長	河野 肇	A_河野肇_帝京大学
A5	私立	東京医科大学	医学・看護学教育推進センター 非常勤講師	◆山口 佳子	A_山口佳子_東京医科大学

テーマリーダー/グループファシリテーター：松山 泰

A.GF_松山泰_自治医科大学

◎司会

グループB

◆発表者

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名	Zoom 表 示 名
B1	国立	新潟大学	総合診療学講座・教授	上村 顕也	B_上村顕也_新潟大学
B2	国立	九州大学	医学教育学 教授	新納 宏昭	B_新納宏昭_九州大学
B3	公立	福島県立医科大学	総合科学教育研究センター 教授	田辺 真	B_田辺真_福島県立医科大学
B4	私立	日本大学	学部長	◎木下 浩作	B_木下浩作_日本大学
B5	私立	近畿大学	医学部教育センター副センター長	◆三井 良之	B_三井良之_近畿大学

グループファシリテーター：小西 靖彦

B.GF_小西靖彦_順天堂大学

グループC

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名	Zoom 表 示 名
C1	国立	徳島大学	医学部長	橋本 一郎	C_橋本一郎_徳島大学
C2	公立	京都府立医科大学	学生部長	◆武藤 倫弘	C_武藤倫弘_京都府立医科大学
C3	私立	杏林大学	医学教育学教室 学内講師	関口 進一郎	C_関口進一郎_杏林大学
C4	私立	東京女子医科大学	教授	◎坂井 修二	C_坂井修二_東京女子医科大学
C5	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

グループファシリテーター：高橋 誠

C.GF_高橋誠_北海道大学

グループD

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名	Zoom 表 示 名
D1	国立	信州大学	医学教育部門長	◆森 淳一郎	D_森淳一郎_信州大学
D2	国立	香川大学	医学部教育センター長	横平 政直	D_横平政直_香川大学
D3	公立	大阪公立大学	医学科長	首藤 太一	D_首藤太一_大阪公立大学
D4	私立	慶應義塾大学	医学教育統轄センター 助教	◎鳥居 暁子	D_鳥居暁子_慶應義塾大学
D5	私立	産業医科大学	医学教育改革推進センター長	岩田 勲	D_岩田勲_産業医科大学

グループファシリテーター：泉 美貴

D.GF_泉美貴_昭和医科大学

グループE

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名	Zoom 表 示 名
E1	国立	神戸大学	医学部長	◆村上 卓道	E_村上卓道_神戸大学
E2	国立	高知大学	学務委員長	関 安孝	E_関安孝_高知大学
E3	国立	福井大学	医学部長	菊田 健一郎	E_菊田健一郎_福井大学
E4	私立	岩手医科大学	医学部長	◎下沖 収	E_下沖収_岩手医科大学
E5	私立	自治医科大学	教務委員長	今井 靖	E_今井靖_自治医科大学

グループファシリテーター：長谷川 仁志

E.GF_長谷川仁志_秋田大学

◆テーマ2：働き方改革施行後、いかに教育の時間を確保しているか

グループF

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名	Zoom 表 示 名
F1	国立	金沢大学	医学類長	◆山本 靖彦	F_山本靖彦_金沢大学
F2	国立	山梨大学	臨床研修センター 特任教授	矢ヶ崎 英晃	F_矢ヶ崎英晃_山梨大学
F3	国立	広島大学	医学部長補佐	堀江 信貴	F_堀江信貴_広島大学
F4	私立	埼玉医科大学	教授	吉益 晴夫	F_吉益晴夫_埼玉医科大学
F5	私立	北里大学	医学部・学部長	◎小川 元之	F_小川元之_北里大学

テーマリーダー/グループファシリテーター：後藤 理英子

F.GF_後藤理英子_東京医科大学

◎司会

グループG

◆発表者

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名	Zoom 表 示 名
G1	国立	群馬大学	カリキュラム検討委員会 委員長	和田 直樹	G_和田直樹_群馬大学
G2	国立	熊本大学	医学科長	◎中村 公俊	G_中村公俊_熊本大学
G3	国立	鹿児島大学	医歯学教育開発センター 助教	毛利 翔悟	G_毛利翔悟_鹿児島大学
G4	私立	昭和医科大学	医学教育推進室 准教授	◆鈴木 慎太郎	G_鈴木慎太郎_昭和医科大学
G5	私立	久留米大学	医学教育研究センター 准教授	小松 誠和	G_小松誠和_久留米大学

グループファシリテーター：守屋 利佳

G.GF_守屋利佳_北里大学

グループH

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名	Zoom 表 示 名
H1	国立	北海道大学	医学教育・国際交流推進センター 准教授	◆村上 学	H_村上学_北海道大学
H2	国立	筑波大学	医学教育企画評価室 講師	前野 貴美	H_前野貴美_筑波大学
H3	公立	名古屋市立大学	医学・医療教育学 教授	高桑 修	H_高桑修_名古屋市立大学
H4	私立	愛知医科大学	教務部長	鈴木 耕次郎	H_鈴木耕次郎_愛知医科大学
H5	私立	川崎医科大学	医学教育センター長	◎庵谷 千恵子	H_庵谷千恵子_川崎医科大学

グループファシリテーター：中村 真理子

H.GF_中村真理子_東京慈恵会医科大学

◆テーマ3:研究医養成について

グループI

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名	Zoom 表 示 名
I1	国立	東北大学	医学教育推進センター 教授	田中 淳一	I_田中淳一_東北大学
I2	国立	秋田大学	微生物学講座 教授	◎海老原 敬	I_海老原敬_秋田大学
I3	国立	三重大学	教務委員長	西村 有平	I_西村有平_三重大学
I4	私立	国際医療福祉大学	医学科長	岡本 秀彦	I_岡本秀彦_国際医療福祉大学
I5	私立	聖マリアンナ医科大学	医学教育部門 准教授	◆長谷 都	I_長谷都_聖マリアンナ医科大学

テーマリーダー/グループファシリテーター: 赤池 雅史 I.GF_赤池雅史_徳島大学

グループK

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名	Zoom 表 示 名
K1	国立	東京科学大学	医学部長	◎秋田 恵一	K_秋田恵一_東京科学大学
K2	国立	岡山大学	医学部長	和田 淳	K_和田淳_岡山大学
K3	私立	順天堂大学	院長補佐	◆安藤 美樹	K_安藤美樹_順天堂大学
K4	私立	関西医科大学	薬理学講座 教授	中邨 智之	K_中邨智之_関西医科大学

グループファシリテーター: 岸 美紀子 K.GF_岸美紀子_群馬大学

グループM

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名	Zoom 表 示 名
M1	国立	鳥取大学	副医学部長	飯野 守男	M_飯野守男_鳥取大学
M2	国立	長崎大学	医学部長	◎池松 和哉	M_池松和哉_長崎大学
M3	公立	奈良県立医科大学	医学科長	伊藤 利洋	M_伊藤利洋_奈良県立医科大学
M4	私立	藤田医科大学	医学部 教務委員長	高橋 和男	M_高橋和男_藤田医科大学
M5	その他	防衛医科大学校	医学教育研修センター 医学教育開発官	◆角田 正史	M_角田正史_防衛医科大学校

テーマリーダー: 山口 久美子 M.GF_山口久美子_東京科学大学

◆テーマ4:地域枠教育の実践

グループN

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名	Zoom 表 示 名
N1	国立	旭川医科大学	学長	西川 祐司	N_西川祐司_旭川医科大学
N2	国立	弘前大学	学務委員長	富田 泰史	N_富田泰史_弘前大学
N3	国立	名古屋大学	地域医療教育学講座 特任講師	高橋 徳幸	N_高橋徳幸_名古屋大学
N4	国立	山口大学	学部長	◎田邊 剛	N_田邊剛_山口大学
N5	私立	東邦大学	副医学部長	◆三上 哲夫	N_三上哲夫_東邦大学

テーマリーダー/グループファシリテーター: 高村 昭輝 N.GF_高村昭輝_富山大学

グループP

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名	Zoom 表 示 名
P1	国立	山形大学	医学部副学部長	◎浅尾 裕信	P_浅尾裕信_山形大学
P2	国立	愛媛大学	医学科教務委員長	◆増本 純也	P_増本純也_愛媛大学
P3	国立	琉球大学	医学科教務委員長	二宮 賢司	P_二宮賢司_琉球大学
P4	公立	和歌山県立医科大学	教育研究開発センター長	村田 顕也	P_村田顕也_和歌山県立医科大学
P5	私立	福岡大学	医学部医学教育推進講座	北島 研	P_北島研_福岡大学

グループファシリテーター: 荒木 信之 P.GF_荒木信之_千葉大学

◎司会

◆発表者

グループJ

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名	Zoom 表 示 名
J1	国立	大阪大学	情報統合医学講座 教授	服部 聡	J_服部聡_大阪大学
J2	国立	宮崎大学	感染症学講座 教授	新 竜一郎	J_新竜一郎_宮崎大学
J3	公立	札幌医科大学	医療人育成センター教育開発研究部門 准教授	三原 弘	J_三原弘_札幌医科大学
J4	私立	日本医科大学	教務部委員会・副部長	◆荒川 亮介	J_荒川亮介_日本医科大学
J5	私立	兵庫医科大学	医学部長	◎石戸 聡	J_石戸聡_兵庫医科大学

グループファシリテーター: 椎橋 実智男 J.GF_椎橋実智男_埼玉医科大学

グループL

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名	Zoom 表 示 名
L1	国立	富山大学	医学部長	◆中川 崇	L_中川崇_富山大学
L2	国立	岐阜大学	大学院医学系研究科 教務主任	兵藤 文紀	L_兵藤文紀_岐阜大学
L3	私立	獨協医科大学	教務部長	矢澤 卓也	L_矢澤卓也_獨協医科大学
L4	私立	東京慈恵会医科大学	解剖学講座 主任教授	◎久保 健一郎	L_久保健一郎_東京慈恵会医科大学

グループファシリテーター: 伊藤 彰一 L.GF_伊藤彰一_千葉大学

◎司会

◆発表者

グループO

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名	Zoom 表 示 名
O1	国立	千葉大学	地域医療教育学 特任教授	◆鋪野 紀好	O_鋪野紀好_千葉大学
O2	国立	浜松医科大学	副学長	岩下 寿秀	O_岩下寿秀_浜松医科大学
O3	国立	島根大学	医学部長	石原 俊治	O_石原俊治_島根大学
O4	国立	佐賀大学	副医学部長	小田 康友	O_小田康友_佐賀大学
O5	私立	大阪医科薬科大学	医学教育センター 副センター長	◎森 龍彦	O_森龍彦_大阪医科薬科大学

グループファシリテーター: 菊川 誠 O.GF_菊川誠_九州大学

グループ別セッション — 全体報告会 —

【テーマリーダー】

自治医科大学医学教育センター教授	松山 泰
東京医科大学医学・看護学教育推進センター講師	後藤 理英子
徳島大学医療教育学分野教授	赤池 雅史
富山大学医学教育学講座教授	高村 昭輝

(テーマ1)

診療参加型臨床実習における学生評価と医行為の促進

【松山泰】 それでは、これから全体報告会を始めさせていただきます。テーマ1のテーマリーダーは、松山が担当させていただきます。よろしくお願いします。

参加者の都合から、グループEからの発表となります。E, A, B, C, Dの順番になりますので、御準備をお願いします。タイマーが表示されますので、それを参照に4分間の時間厳守に御協力をお願いします。

それでは、テーマ1のグループEからの御発表をお願いいたします。

■E グループ

【小林成美】 神戸大学の小林です。よろしくお願いします。グループEでは4つのテーマに沿って話し合いました。

まず、「どのような学生が臨床実習で不合格になるのか？」ですが、出席率が悪いと不合格にするということでした。また、昨今増えていますアンプロフェSSIONナルの学生につきまして、アンプロフェSSIONナルを理由に不合格にしたいのですが、不合格にする規定・システムがないということで、アンプロを理由に不合格にしたことはないという大学が多かったです。今後何らかのシステムを検討しているということですが、もう一つの大学におきましては、アンプロ事例をしっかりと報告していただき、学務委員会等で話し合い、学生にはしっかりと指導、それでも繰り返せば不合格にするということをされておりました。

次のスライド、お願いします。続きまして、「Post-CC OSCEは臨床実習の評価にどのような役割を果たしているのか？」ですけれども、現状、一定の役割を果たしているのではないかと。なぜかといいますと、やはり実習で課題ある学生は、OSCEで幾つか落ちている可能性が高いです。実際、その後の臨床実習でも、研修医になってからでも問題のある学生が多いということでした。また、自学の独自課題の中で、実習中の取組をしっかりと評価している大学もあって、例えば器具の使用法など、臨床実習でないと学べないようなこ

とを試験しているような大学もありました。また、客観試験、知識を問う試験と OSCE とでは相関しないというデータを持っている大学もありました。

対策としまして、実際の臨床実習の取組状況を OSCE できちんと評価したいのですが、その前に各診療科での証拠や手技指導が大学全体できっちりとされているかという確認ができていないと。ですので、それを確認した上で、実習の現場でクリニカルクラークシップを実践することが重要という意見でした。

次のスライド、お願いします。次に、「医療安全の観点から、どのようにすれば学生が臨床実習で診療にもっと参加できるか？」ですが、実際、どこの大学でも 4 年生の OSCE 前に、医療安全、感染制御、個人情報保護など、講義を行っているけれども、実技に関しては各科任せであるということを言われていました。シミュレーターを使った手技の修得も非常に有効であります、それも診療科によって温度差があるということでした。また、一方で、病院のタスクシフトの課題がありまして、採血やバイタルチェックなど、もう看護師さんがしてしまうと。研修医でできないというような大学病院も多いという意見がありました。

対策としまして、これは高学年の問題ではなく、1 年生から、もうスパイラルに参加型臨床実習に導くための学習を行っていくべきであるという意見がありました。

次のスライド、お願いします。「臨床実習において、診療現場における観察評価は、どのような役割を果たすか？」ですが、現状、Mini-CEX、内科系の僅かの診療科で行っていないという大学が多かったです。また、ルーブリック評価を行っても、ほとんど 3 か 4 につけてしまうという教員が多いということでした。360 度評価に関してはほとんどやっていないということでした。

対策としまして、まず教員の側の評価法についての FD を行って、教員に対する教育を行うべきだという意見がありました。また、これは副産物として、こういった臨床現場における観察評価は、アンプロフェッショナルのスクリーニングになっているという実情もあるなという御報告がありました。

以上となります。

■A グループ

【山口佳子】 グループ A の発表は、東京医大の山口が担当させていただきます。よろしくお願いいたします。

まず、こちらのグループでは、先ほどの E グループとは若干異なりまして、結果的に 1 番の「どのような学生が臨床実習で不合格になるのか？」という点ですが、アンプロと直接カードをもらっているとかそういうことではないのですが、実際には休みがちであるとか、警告を発しても改善が見られないですとか、そういった学生、実質、アンプロフェッショナルな学生が不合格対象になるということで一致いたしました。

2 番目のテーマですが、Post-CC OSCE は臨床実習の評価にどのような役割を果

たしているのか？」ということですが、議論の中心としては、臨床実習後 OSCE で、実際何が評価できているのかとか、あとは OSCE で、実際にアンプロの学生を評価できたり、識別できたりしているのかという話題に沿って議論いたしました。臨床手技の部分的な評価は可能なものの、アンプロな学生は必ずしも OSCE1 本では不合格にはできていないという現状が議論されました。

また、3 番目の「医療安全の観点から、どのようにすれば学生が臨床実習で診療にもっと参加できるのか？」という点に関しましては、医学生ができる医行為のレベルと手技のみならず心理的安全性確保の重要性というのが議論の中心となりました。組織としての学生の参加を歓迎する態度であったり、学生に役割を与えて実際責任を持たせたり、ということが話題になりました。

4 番目の「臨床実習において、診療現場における観察評価は、どのような役割を果たすか？」についてですが、観察評価を実装する上での具体的な戦略としては、評価者側の育成と、また、評価ツールも、配布してみたら意外と使っていたところがあったというお話もありましたが、ツールの配布の重要性や、現場の観察評価が現場に受け入れられる条件ということについて議論がなされました。

次のスライド、お願いいたします。その改善策として、対応策ですね。結果的には、1 番と 2 番、ちょっとリンクしているところは大きいのですが、臨床実習の中で、評価を繰り返すことによって、アンプロフェッショナルの人物を早期に識別して、早期に介入すると。そういったことでの利用ができそうである、役割が果たせそうであるという点ですね。また、3 番目の「医療安全の観点から、どのようにすれば学生が臨床実習で診療にもっと参加できるのか？」というのは、また先ほどの議論ですけども、学生にタスクをしっかりと与えて、また、やったことをデータにして、可視化して、学生に自信を持ってもらうという取組が必要なのではないかということになりました。

第 4 番目の「臨床実習において、診療現場における観察評価は、どのような役割を果たすか？」についてですけども、実際、国家試験に当たるペーパーテストですとか OSCE では評価ができていないものというものを日本全体で明確にして、その評価対象を観察評価する重要性を広く広報して、教員と医学生が認識することが大切であると。また、最終的な臨床研修への準備が整ったことを証明する根拠として示すということでもいいのではないかと。ただ、議論の中で、かなり大きく取り上げられましたのが、やはり医師国家試験の負担といいますか、そこが臨床実習の障害になっているということは否めないということで、終わります。ありがとうございました。

■B グループ

【三井良之】 グループ B は、近畿大学の三井から発表いたします。

まず、診療参加型実習における学生評価と医行為の促進ということで、各大学の取組としては、標準化として、e-Portfolio、360 度評価、Mini-CEX などを導入されていますが、

やはり診療科による温度差とか、学外病院との連携というのが問題です。CC-EPOC を利用されているところでは比較的 WBA は浸透しているという考え方ですが、それが総括的評価に使えるかというのが悩みになっております。

課題としては、指導医によるばらつきが大きい、指導医の評価の標準化が必要、Mini-CEX をやってはいるか、フィードバックになっているかどうかの迷いがある等がございました。

「臨床実習に不合格になる学生」に関しては、原則、ほとんどの大学で臨床実習は合格するということで意見は一致しました。やはりアンプロが実習で不合格になる原因になるだろうと。責任感の欠如、誠実性の欠如、相互関係の構築努力の欠如などが挙げられます。ただ、先ほどのグループであったような具体的なアンプロの洗い出しというところは議論にはなりませんでした。

総括的評価の前段階で形成的評価は重要なのですが、やはり総括的評価としては、現実的には Post-CC OSCE になるのかなというところです。Post-CC OSCE の役割は、やはり患者配慮・医療面接・プレゼンなどは OSCE で評価できるが、これをさらに広げていくと費用や人的リソースの問題はある。先ほどもありましたけど、独自課題で手技等を調べるようにしている。ただ、手技の教育にはシミュレーターで行うほうが現実的な面もあるというところで、卒業時に求められるレベルが上がって行き過ぎて、臨床実習レベルになっているかという問題点もあると思います。

次、お願いいたします。医療安全の観点からということですが、医療安全の観点としては、参加した大学の中では、臨床実習の前に、共用試験後に、こういう医療安全に関する教育を行っているというところがあって、グループの中ではそういうやり方がいいのだろうという議論がございました。医行為の中ではもうシミュレーターでもいいのではないかなというものもあった。それから、これは包括同意などがもう、学生が診療参加すべき条件を文科省とかもっと上のほうからしっかり明確にさせていただくと、患者同意も取りやすくなるだろうということです。具体的には、臨床実習開始後にも学生を集めて、医療安全のセッションを行っているグループ等がありますが、現実的には、なかなかそういう各科の診療科に任せられている部分が多いということになりました。診療現場での観察評価というのは、やはり臨床実習後 OSCE だけでは不足しており、WBA は必要であろうと。CBT、国試等で知識については問われているので、やはり国試に関わる負担、これはもう先ほどのグループでありましたが、この負担がある限り、参加型臨床実習は進まないのではないかな。Mini-CEX に関しては、指導医の負担の問題や、あるいは評価スキルが重要なポイントになるであろう。臨床実習の現場では、アンプロを中心とした、態度評価を中心としてもよいのではないかなという議論もありました。

繰り返しになりますが、やはり臨床実習後 OSCE や WBA だけではなく、国試とかそういった全体的な評価の在り方を見直す必要があるだろうということで、我々の班はまとまりました。

以上です。

■C グループ

【武藤倫弘】 グループCからは、京都府立医科大学の武藤から発表させていただきます。

まず課題の「どのような学生が臨床実習で不合格になるのか？」というところでありますけれども、基本的に各大学、あまり落ちないというところが出ています。社会に出していいかというのは難しい判断であるという意見が出ていました。医行為に関しましては、姿勢のみの評価であって、医行為の不合格というのはほぼないと。この不合格、臨床実習での不合格は、うちのグループでも同様に、よほどのアンプロフェッショナル行為があった場合、しかも、何回もそれを繰り返すというところが不合格になるというところで、各大学が共通しておりました。

次の話題としましては、「Post-CC OSCE は臨床実習の評価にどのような役割を果たしているのか？」というところですが、OSCEは通過点であって、合格すればいいというような考えを持っている学生が、また、教員もそうですけど、多いのではないかという意見が出ております。CBTのように、国試の成績との相関が高くあるとか、IRが動いていないというところがOSCEの問題点でありまして、研修との相関とか、個人情報の問題もありますが、データが集まることによってこれは改善してくるのではないかと。また、中の興味深い点としては、カルテを書かせると、できる学生とそうでない学生が分かりやすいぞというところで、この辺も利用しながら、将来的に評価を出していけるのではないかという意見が出ました。

3つ目、「医療安全の観点から、どのようにすれば学生が臨床実習で診療にもっと参加できるのか？」というところで、我々のグループとしては、システムとして何ができるかというところで4点ほど挙げております。

まず、その期間、時間ですね。やはり短いと学生を、信頼できる学生なのかどうかというような評価が難しく、いろいろと任せることができないというところで、各科、全科回るという大学は多いですけども、やはり週数の確保が課題であるという意見が出ました。また、同意に関しても、やはり患者同意を取っていくということがより積極的な診療型に移行するには大切ではないかというところ。

あともう1点としては、システムとして外病院の利用というところをもうちょっとやっていったほうが、総合診療科やその先での参加型実習につながるのではないかという意見が出ております。コモンディジーズの問題等、大学だと、やはり全ての内科を回るのは難しいというところもありますので、いろいろな外のリソースを使っていきたいという意見が出ました。

最後に、診療参加の補助として、やはりシミュレーション教育というところが話題として出ました。現状、希望者のみというところが多いですけども、各大学、本格化しているというような流れが伝わってまいりました。

最後の課題、「臨床実習において、診療現場における観察評価は、どのような役割を果たすか？」というところですけども、これが一番難しいテーマであったかなと思いました。つまり、学生全員の評価が難しい。付きっきりは無理だよねというところです。人的な課題が上がりまして、教育のみの人材確保というところが対策としてはあるのではないかという意見が出ました。

以上です。

■D グループ

【森淳一郎】 よろしくお願ひします。グループDの発表は、信州大学の森がさせていただきます。

これまでのE、A、B、Cのグループとはかなり趣が違っていて、僕らは開始10分ぐらいでもう脱線してしまっていて、もともとのお題どおりのお答えになっていないことを最初におわびさせていただきます。

割と真摯に、臨床診療参加型の実習にならない理由ということについて議論はさせていただいて、まず、そもそも、グループの人数が多ければ参加型にならないのではないかなという議論が白熱しました。基本は1人対指導者であれば、もう逃げ場もなく、否応なく参加型になっていくものが、2人になり、4人になり、6人になりするにしたがって、どうしても学生側も、自分がやらなくてもほかの学生がやってくれる。逃げる余地がある。いろいろな角度で、参加型にならないチャンスをつくっていると思いますし、教員側からしても、1人と、1対1で対応しているのと、やはり1対集団で対応しているのであれば、どうしても中にはアンプロな学生がいて、そちらに目が行ってしまったり、自分のエネルギーを十分に注げなかったりするのではないかなということ、参加型臨床実習に最も大事なことは恐らく1回に回ってくる学生の人数を減らすことではないかなということ盛りがあって、こういう形になっています。

ただ、1回のクールに回る人数を減らそうと思っても、いろいろな大学、いろいろな事情があるようでして、ちょっとの人数ではなくて、うちはとにかく120人、青田刈りも含めて来てほしいのだとおっしゃるような教室もいろいろなところであるように聞きました。それから、どうしてもそういった形で、現場の教室の濃淡というものもあるという話になりました。

もう一つの大きな軸として、医行為の基準についての議論がなされました。医行為の基準というのは、基本的に何々をすべきだという皮をかぶって、何々はしちゃいけないということと比較的、学生や教員に染み込ませる道具に残念ながらなっているように思われます。このため、学生側も教員側も、どうしてもここまでは大丈夫かなとか、ここまでやっていいのですかみたいな形でしか医行為に取り組んでいないのではないかなという議論になりました。

一枚めくっていただいてもよろしいでしょうか。それで、私たちの議論の対応策ですが、

まずはとっととグループで回るのをやめましょうと。全科ローテーションしているうちはなかなか診療型にはならないので何とかしませんかということになるかと思います。そして、ただ、本当に CBT が終わって、OSCE が終わって、すぐに参加型ができるかという、やはりギャップがどうしてもあるので、できれば CBT、OSCE の前に見学、外来でも病棟でもいいです。少しずつ先に見学という行為を済ませておいて、OSCE が終わったら、参加型に移るという体制を取るという議論に大体集約されるかと思います。

また、実際にそうやって熱意のある学生が回ってきて、1 対 1 でやるようになれば、おのずと学生の力を見て、医行為を判断していくということになると思いますし、そういった意味では、現状、これはやれ、これはやってはいけないというものをもう少し角を取っていただいて、教育者の裁量に任せていろいろなことができるようになれば、より参加ができるのではないかという話になっています。

なお、評価については、360 度とかいろいろございますが、まず参加させることがなければ評価でもへったくれもないということで、残念ながら評価についてはあまり議論がなされませんでした。

以上です。

【松山泰】 御発表ありがとうございました。

それでは、質疑応答に入りたいと思います。発表全体を通して御質問はございますでしょうか。御質問がある場合は、御発言をお願いします。挙手ボタンを押して、御発言いただければと思いますけど、いかがでしょうか。もしくはチャットに何か御意見を御投稿いただく形でも最初は結構です。

【増本純也】 愛媛大学の増本ですが、よろしいでしょうか。

【松山泰】 よろしくをお願いします。

【増本純也】 ちょっと班は違うのですが、アンプロフェッショナルな態度のところ、いわゆる発達障害の方々が紛れていて、いわゆる合理的配慮の対象になるのではないかという議論はどこかの班ではなされなかったでしょうか。

【松山泰】 この点に関しまして、A から E グループの御発表者の先生、御発言いただけると助かります。

【山口佳子】 よろしいでしょうか。A グループの東京医大の山口ですが、うちのグループでも実際に最終的には発達障害の学生さんだったということのお話は、話題は出ました。そこに具体的な支援については、そこは時間の関係で議論はできなかったのですが、やはり同じ臨床実習が順調にできないというのは、そういう学生さんがいるということは議論の話題に上がりました。

【松山泰】 合理的配慮への取組も含めて、多面的にこの件は検証すべきだという松本先生の御提案は確かに重要かと思われました。

ほかの御質問、いかがでしょうか。

【橋本一郎】 すみません。

【松山泰】 お願いします。

【橋本一郎】 徳島大学の橋本と申します。早期からの実習を取り入れるという意見があったと思うのですが、何か具体的にされているところとか、そういう案とかあったら教えていただきたいと思います。

【森淳一郎】 恐らく僕でよろしいでしょうか。具体的にうちの大学ではやっていないのですけれども、やっている大学としては、本当に早くから、週に1日、外来もしくは病棟に見学に行くというようなことをされている大学があると伺いました。また、やっているわけではないのですが、議論の中で、例えば最終学年4年生ぐらいになってくれば、週に1日、外来見学に行くみたいなことであれば、現実的に可能ではないかみたいな話も出ておりました。

以上です。

【松山泰】 ありがとうございます。

【橋本一郎】 よろしいですか。

【松山泰】 はい。

【橋本一郎】 そうすると、上の学年もいるし、下の学年も来るしということで、ただでさえ人数を減らしたいのに、また人数が増えてしまうというような、そういう副作用ということも出そうな気がするのですが、いかがでしょうか。

【森淳一郎】 基本的に上の学年は、例えばグループに1人出すか、診療科に1人ぐらいを目標にやっていきたいというのが大前提にあって、そこと別な形でできれば、見学ができれば最高なのだろうと思っています。実際、過重になるという話、おっしゃることも当然よく分かるのですが、現状、恐らく上級生が2人、3人と、下の学年が4人ぐらい回っていることを考えれば、見学プラス1人とか、見学プラス2人であれば、十分今よりは楽になるのではないかと思います。

【松山泰】 森先生、具体的な御回答ありがとうございます。

あと、徳島大学の赤池先生からもメッセージで質問ありますけれども、もしよろしければ赤池先生、御発言をお願いします。

【赤池雅史】 コロナで対面実習があまりできなかった学年がPost-CC OSCEを受けたときに、機構課題の成績がほとんど下がらなくて、逆にショックを受けてしまいました。実習をちょっとやっていたら、あとはもう試験対策だけで軽々と学生は乗り越えてしまうということです。なので、やはりWBAを中心にやらないと、OSCEにいくら注力しても、限界があるということで、他大学ではそういうことはなかったのかなという質問です。

【松山泰】 いかがでしょうか。今の御質問に対して、御発表者の先生から。

【森淳一郎】 Dの森です。議論はしませんでした、うちの大学もほとんど変わりませんでした。なので、やはりOSCE一本というよりは、普段の実習をいかに積極的にさせるかということだと思いますし、先ほど、ちょっと付け加えになっちゃうのですが、患者

さんに拒否をされるとやはり参加型にならないので、学生がそうやって臨床実習に参加していくという土壌をもっと広めていくよう、いろいろなところで広報していただいたり、患者さんのファーストタッチは学生ですみたいなことが、世の中に知れていったりすると、入ってくる学生も、そういうつもりで入ってこられるようになるかなとも思っています。

【松山泰】 ありがとうございました。

それでは、時間の関係で、テーマ1に関してまとめさせていただきます。

まず、それぞれの先生方、それぞれのグループの方の活発な御議論に感謝申し上げます。私が拝察しますに、不合格者になる対象というのは、このWBAにおいては恐らく僅かであろうと思います。そういう想定が共有された感じがありました。僅かな学生というのはやはり参加型の、卒業後の初期臨床研修に参加するにふさわしくない学生、主にアンプロな学生を想定されたという、そういった共通認識が示されたような気がします。一方で、そのうちに含まれている精神疾患、発達障害、そういった方に関する合理的な配慮なども含めて、いろいろな課題が提示されたのかと思います。

また、Post-CC OSCEにおける一定の役割も再認識されたと思います。それに加えて、必要な現場でのパフォーマンス、評価は何かという観点ですね。これからも役割分担という形で、それぞれの評価のクオリティの向上が努められればいいかなと思います。

また、卒後初期研修に向けての参加に関しては、やはり省庁の垣根を越えて、例えば医師国家試験の在り方についても議論が必要ではないかということが改めて認識されると思います。

以上になります。ありがとうございました。

(テーマ2)

働き方改革施行後、いかに教育の時間を確保しているか

【後藤理英子】 お願いいたします。このテーマのチームリーダーを担当いたしております。このテーマでは、F、G、Hの順番に発表していただこうと思います。

それでは、早速ですが、Fグループの発表者の方、お願いいたします。

■F グループ

【山本靖彦】 よろしくお願いいたします。Fを代表しまして、金沢大学の山本が発表させていただきます。

まずは総論といたしまして、テーマ1にも関係しますけれども、臨床実習、特に診療参加型でそれを推進していくときですけれども、働き方改革を実践しながらというのは相当負担があるというのが5大学ございましたけども、共通の認識でございました。特に授業、授業といいましても、講義と実習、特に共用試験前の低学年に関しましては、基礎系の講

義とか実習とか、皆さん、先生方、あまり負担感はそれほど変わらないのではないかと思います。やはり臨床実習の前からです。特に CBT, OSCE の前から臨床の先生方は OSCE の指導に入るとか、あるいは、低学年でも臨床実習を見学型でやっていくとなると、さらに負担があるというところの御意見もあり、さらに臨床実習の時間を増やし、質を高めていくというところでは、やはり働き方改革の下では大変だ。さらに、1 年たちましたけども、それが身に染みてというのがほぼ共通の話題でございました。

それを具体化して記載したのがこのスライドになります。もちろん負担感があって、先ほどの、どういうふうにやるかというのもありましたけれども、どうやって時間を見つけていくかというところにもなります。

あとは診療科によっても温度差があって、大きな診療科で医局の先生がたくさんいらっしゃる場所はそれほどでもないのですが、小さくてというところはやはり学生教育に大変なのではないかというところは、相変わらず変わりません。もう一つは、特に OSCE ですね。共用試験、OSCE のところの負担が、プレもポストもやはり相当大きいので、もちろん大学さんによりましては、もちろんある程度整備されているところもあるかと思いますが、それぞれ大学によって負担感がそれぞれ大なり小なり違いますので、その辺を何とか統一して支援いただけないかというのが共通のところではございました。

改善点になります。令和 5 年度の改善点。スライドの一番上の枠に書いてありますように、オンデマンド型あるいはオンラインへの移行、これは大分進んでおります。教育専任の医師の配置、これは大学ともそれぞれが教育医長とかいろいろな仕組みを取り入れておられます。カリキュラムをコンパクトに効率化していく。ここもある程度進んでいる感じだと思います。

あとは、評価は、実習の評価と OSCE の評価というところで、むしろ大変だということです。あとは診療時間のシフト制度で、学生の実習時間帯を少しシフトしながらやっていくという工夫もされているところもありました。

あとは、タスクシフトとかタスクシェアのほうはそれぞれ、もちろん看護師の方を利用されたり、いろいろな多職種の方を入れたりしながらやっているということがございまして、まだ、6 つの解決策、議論されておりましたけれども、これも皆、全てが十分に行き渡っていないので、さらにそれをいろいろなやり方を共有しながらやっていくのがいいのではないかとこのところになりました。

新たな対応策は、医療 DX を促進するとか、あるいは財源、人材確保につなげていけばいいのではないかとこのところが話題になっておりまして、さらに大学間連携とか、あるいはいろいろな教育の場合であっても、個人ではなくて組織としてやっていくのがいいのではないかとこの話かなとなります。

以上です。ありがとうございます。

■G グループ

【鈴木慎太郎】 よろしくお願ひいたします。G グループを代表しまして、昭和医科大学の鈴木が発表させていただきます。

議論の中で、働き方改革施行後、いかに教育の時間を確保しているかについて、1 年間を通じてどんな問題点があったかということをも挙げてさせていただきました。5 つ挙がります、教育と診療の両立困難、タスクシフトが進んでも教育時間は増えず、特定の教員にのみ負担が集中している。2 番目、ICT 活用の格差。教員と学修者の ICT リテラシーにギャップがあり、効果的な運用に課題がある。主に学修者、特に若い学生と若干年配の教員との間の差が大きいのではないか。具体的に差が大きいのではないかという意見でございました。3 番目、FD と行動変容。FD を積極的に実施しても、実際の教育行動やモチベーションの変化や効果継承が現状では不十分なのではないか。なかなか医学教育の場合、行った結果を判定するのに時間がかかりますので、まだまだそこには達していないのではないかという意見がございました。4 番目、学生主体の学びへの転換の遅れ。従来型の教え込み重視の風土が根強く、学修者が主体的に学ぶことへ教育方法が浸透しにくい。いわゆる主体的、積極的な学生の学びということへの信頼度がまだ教員側のほうに根づいていないというところが、指摘がございました。5 番目、新手法導入への抵抗。教育評価やカリキュラム効率化への抵抗感が根強く、改革の進展が限定的ということで、医師の働き方改革の後の教育の改善を認める。導くためには、新手法導入というののもやはり併せて行わなくちゃいけないので、そのことに対する問題点が挙げられました。

次のスライド、お願ひいたします。ここではそれぞれに対しての改善、対応策について議論をしましたところ、1 番につきましては、多職種への診療業務のシフトをさらに進めていく。診療のタスクシフトで時間は浮いたのですが、それを教育にいかに向けさせていくのか。こちらについて議論が必要であろうということでもございました。また、いろいろな大学で既に導入されていると思いますが、さらにティーチングアシスタントの導入・活用。そして、チーム、多職種で学修者の指導を行う。ICT／情報ツールの活用も必要だろう。そして、それを推進するためには、水平・垂直統合なども有用なのではないかという意見がありました。

2 番目に関しては、ICT に強い教員で情報共有をすることで、ICT のリテラシーを大学全体で高めていく。そして、予算がかかることではありますが、医学教育 ICT 支援要員の配備も必要であろうという意見が出ました。学生の ICT リテラシーについての認識を教員に共有することが必要でありまして、これは若い ICT あるいはデジタルネイティブの存在を理解することが必要です。ICT リテラシーを高める教育カリキュラムを作成することも有用だと考えました。

また、FD と行動変容に関しては、若手～中堅の臨床系教員の興味を引くような FD の立案、インボルブメント巻き込むことを促進するために、教員の教育行動やモチベーションの変化の有無の検証も行っていく必要があるだろうということで、これは5 番の IR とも連携しております。また、屋根瓦型教育、それから、若手の教育業務への活用、教え方を学

ぶためのFD, こういったことをすることで, 学生主体の学びへの転換を早めていこうという議論がありました。

また, 先ほど述べましたところ, 教育 IR 部門を充実させ, 教育に関する説得力のあるデータ収集と解析を行って, 抵抗感のある方への説得に用いると。あるいは評価に用いていくというところに有用だと考えました。

以上です。

■H グループ

【村上学】 H グループは, 北海道大学の村上が発表させていただきます。よろしくお願いいたします。

まず, 我々のグループですけども, 最初に, 働き方改革について, 組織的な問題から, 病院はどうしても働き方改革中心ですけど, では, 大学側はどこの部署がとか, そういう組織はどういうふうにしたらいいか, そういう大きいところから入り, 教育の中身に関して議論が深まっていきました。授業のオンデマンド化については, 令和5年度に議論した対策案に入っていたと思うのですが, これは実はネガティブだったというか, 教育効果としてタイミングを重視したり, あと, それから資料に時間がかかったり, そういったようなこともあるので, 実は効果的にはもしかしたらネガティブだったかもしれないというような意見も出されたりしました。

それから, 教育を行う時間帯の問題です。どうしても働き方改革の影響で, 教員の残業の問題があったりですとか, あるいは限られた時間内で工夫して教育をしなければならなかったりと議論がありました。

それから, 我々のグループの中で一番議論が盛んになったのが教育専任医師です。令和5年度の議論した対策の2番目のところで, エフォートの可視化についてです。どうしても研究, 診療に比べて, 教育の評価がどうしても目に見えにくいということで, それから, どうしても教員の個人の熱意に依存をしてしまうということがあって, 特定の教員に偏ってしまいます。そういったようなことがあることから, 大学としてそういう意思の統一ですとか, 教育に割く思いとかをぜひ協調していくのが大事だということがありました。

それから, ある程度の立場の教員, どうしても成績等の兼ね合いがあるので, 役職者が出る一方で, 現場の教員をぜひ大事にして, 現場の責任者, 監督者にFDに出ていただくとか意見もありました。

それから, 面白い意見として, ライフイベントでどうしても教員の業務が制限されてしまうような場合とかにも, 教育に関して, 例えばエフォートを割いていただいたりすることによって, マンパワー不足の問題が解決されるのではないかと, そういったような貴重な意見が出ました。

それから, 評価する際の項目ですね。どういったようなところを評価するのか, どういうふうに評価していくのが問題になるということです。

それから、国を挙げての支援について、これは次のスライドで紹介したいと思います。

診療参加型実習で、学生を教員の戦力にするためにどうしたらよいか。それから、初期研修医をぜひ教育をデューティーにすることを検討していったらいいのではないかといたことが課題、現状として挙がっていました。

次のスライド、お願いします。対応策について、特に我々のグループで中心になった教育専任の医師、エフォートの可視化についてキーワードが挙がっています。先ほどもお伝えしたとおり、どうしても教育についてはプライオリティーが、他の2つについて下がってしまったり、個人の教員の熱量に依存したりするところがあるので、そこを今後は、文科省の方もいらっしゃるので、教育重視を押し出す、インセンティブをつけるようなところをぜひ行っていただければというところがありました。

評価についても、数で見えるところもいろいろ項目を見えるようにすることと、見えなところですね。数にできないところも重要ではないかという議論がありました。

それから、どうしても教授の教育に対する熱心さに依存するところがあるので、トップレベルの役職者に、例えばこういうワークショップに出ていただくとか、あるいは上の立場の人が教育に対するリーダーシップをとって、教育に対する土壌をつくっていただくということ。それから、文科省や厚労省でもぜひ現場レベルの若手を育てられるようなことを後押ししていただければという意見がありました。

それから、シームレス教育について実現の実装として、厚労省の方で、先ほど申したとおり、初期研修のデューティーとして、教育をデューティーにする。熱意のある教員のサポートづくりが大事だということがありました。

発表は以上です。

【後藤理英子】 ありがとうございます。

それでは、今から8分で質疑応答を受け付けたいと思います。挙手でお願いいたします。また、チャットへの御質問も結構です。よろしく願いいたします。

【奈良信雄】 よろしいでしょうか。

【後藤理英子】 よろしくをお願いします。

【奈良信雄】 日本医学教育評価機構の奈良と申しますが、質問というよりはコメントをさせていただきます。診療参加型臨床実習を充実させるには、FDを含めて教員の指導能力の向上が極めて重要だと思いますし、同時に、指導医に対するインセンティブも重要です。グループFの議論でも、診療参加型臨床実習の充実には指導医の養成が欠かせないというご発表がありました。私どもは現在、文科省委託事業として、臨床実習指導医の指導能力の向上とインセンティブ付与に関して検討しております。その一環として、厚労省が行っている臨床研修指導医ワークショップの一部に臨床実習指導医も参加して指導のあり方について協議していただき、受講者に臨床実習指導医認定証を付与できないものか検討中です。

臨床研修を指導する方と実習を指導する方はかなり重複し、かつ指導法や評価法も共通の部分が多いので、臨床研修指導医養成ワークショップに、部分的にでも臨床実習指導医の養成コースも導入できれば、指導の先生方の負担が少なく指導能力の向上とインセンティブ付与が可能できるかと考えています。文科省、厚労省のご協力を得ながら、この仕組みを早急に実現したいと調査研究を進めております。

以上でございます。

【後藤理英子】 ありがとうございます。心強い力添えがあるということで、大変ありがたく思います。

M グループの角田先生、よろしくお願いします。

【角田正史】 角田ですけれども、防衛医大、非常に特殊で、実は教育を受けるのも勤務ということになります。ところが最近の教授会で驚いたのは、臨床実習の間に有休を取るのを認めてくれというような形で、受ける側がちょっと変わってきているのですね。僕の場合は基礎なので、しかも全寮制なので、深夜でも来させて、レポートの仕上げとかやるのですが、だんだん受ける側も変わっていくのは仕方ないので、どのように時代に合わせて教育をしていくか。もし議論があったら教えていただきたいと思います。

【後藤理英子】 ありがとうございます。F グループから H グループの先生方、何か御意見、いかがでしょうか。

【高桑修】 名古屋市立大学の高桑です。すみません。突然発言して。H グループですけど、議論には出なかったのですが、実は本学でも同じような議論というか、ありまして、やはり診療参加型ということで、かなり実際の医療チームに入るということから考えると、学生も、例えば本当に長期間の実習の中で、基本、100%ずっと休めないということだと、その人の人生というか、いろいろ大事なこともありますので、やはり見直しが必要なのではないかということでした。本学では、4 週間に 1 日は有休的な感じで、それほど強く理由を求めずに学生の欠席を認めるという仕組みを導入いたしました。

以上です。

【後藤理英子】 貴重な御意見、ありがとうございます。

【角田正史】 ちょっと参考になるのか。ただ、僕の場合は古いタイプの教官なので、うちは休んでは駄目なんですけど。レポートが上がらなかつたら減点になるよと言うと、なぜか予定があったはずの学生が厳しくしちゃうと出てきたりするのなかなか難しいなとは思っております。

【後藤理英子】 ありがとうございます。かなり時代が変わってきて、難しい論点かなと思いました。

そのほかいかがでしょうか。泉先生、お願いいたします。

【泉美貴】 ファシリテーターの昭和医科大学の泉と申します。学生を教えるから時間がないということですけども、真の診療参加型になっていないから手がかかるのであって、本当に診療参加型になっていたら、むしろ助かるはずなのですね。どんどんできる学

生はやってくれますので。ですから、ニワトリが先か卵が先か分かりませんが、本当に診療参加になれば、先生方の雑用も含めて、できることをどんどんやらしてもらえばいいのです。そういうふうにできるだけ持っていくということが大事ななと思っています。

以上です。

【後藤理英子】 ありがとうございます。貴重な御意見いただきましたが、これについてFグループさんから。Hグループさんの中で。お願いいたします。

【吉益晴夫】 埼玉医科大学の吉益でございます。泉先生のお話、大変興味深く伺いました。ただ、手伝いと、雑用と、先生おっしゃったのですが、例えば何か案内するとか、物を取ってくるとか、本当にそういう雑用ばかりでいいのではないかと私は思っているのですけれども、だけど、それも参加することになりますから大事ななと思うのですが、雑用だけさせていいのかという、そういうことを心配する教員もいるかと思うのです。その辺り、どのように考えたらいいか教えていただければと思います。

【泉美貴】 日本は、医者に限らず、雑用等、やらなければいけないことが混然一体としています。雑用はやらないけれども、いい仕事だけしたいということはもうあり得ないのです。雑用もやりながらチームの中に入っていくという形が日本社会といいますか、医者も含めて、医学生も含めて、そういうふうになっています。例えばカンファレンスがあれば暗幕を引いて、プロジェクターの準備をして、そうやって徐々にできることが増えていくのが大事だと思います。

【後藤理英子】 ありがとうございます。

【吉益晴夫】 ありがとうございます。

【高村昭輝】 すみません。ちょっと口を挟んでもいいですか。やはり泉先生、きっと雑用と言っちゃいけないのだと思うのですよね。きっと細かい簡単な仕事も、いわゆる教授や上司が、おまえがそういうことをしてくれるおかげで、このカンファレンスがうまく回るので、これは雑用ではなくて、すごく重要な仕事の一つなのだよという言い方を上の人間がするかどうかで、それが、雑用が雑用ではなくなるのだと僕は思っています。恐らくこの中にシュライバーをされた経験がある先生もいると思うのですが、当時は、それを雑用と思いながらずっとやっていらっしゃった方が多いのじゃないかなと思いますが、やはりそこは認識の違いというか、うまく若者たちに、これは雑用ではなくてすごく重要な仕事の一部分であると認識させるという、上の人間の仕向け方がやはり大事なんじゃないかなと個人的には思っています。

【泉美貴】 全く同感です。

【後藤理英子】 ありがとうございます。先ほど三原先生が手を挙げてくださっていたようですが。

【三原弘】 ありがとうございます。1点、コメント、質問というか、コメントになると思うのですが、Hグループさんのオンデマンド型の授業のところで、働き方改革のためにオンデマンド化の話が出たわけですが、結果的にはネガティブだったというところが非

常に重要だと思っていまして、オンデマンドを進めていく、臨床実習前の授業も履修実習中に行っていた授業もオンデマンド化していくという大きな流れはあるのですが、それを手間をかけずにつくっていくという情報共有も必要だなと感じましたので発言いたしました。

以上です。

【後藤理英子】 ありがとうございます。先行事例を確認しながら、共有しながらしていけるといいかなと思います。

それでは、お時間になりましたので質問を打ち切らせていただきまして、まとめさせていただきますと、課題点はまだまだあるというところで、特に新しい ICT とか、あと、自己調整学習へのシフトとかそういったところ、また、OSCE による負担が増えているというところを課題点として挙げられたかと思います。

それから、対応策としましては、令和 5 年の対応策、非常に有効ではあったのですが、やはりまだまだ課題点もあるというところです。あとは、新たな対応策としては、屋根瓦式だったり、TA の導入だったり、財源の確保だったり、あとは DX をどんどん進めていくというようなところが挙げられたかと思います。貴重な、そして、とても活発な御議論、ありがとうございました。

以上でテーマ 2 を終わらせていただきます。

(テーマ 3)

研究医養成について

【赤池雅史】 それでは、これからテーマ 3 の全体報告会を始めます。テーマ 3 のコーディネーターは赤池が担当いたしますので、よろしくお願いします。

それでは、グループ I からの御発表をよろしくお願いします。

■I グループ

【長谷都】 I グループは、聖マリアンナ医科大学、長谷が発表させていただきます。よろしくお願いいたします。

テーマ 3 は、研究医養成について議論をしたのですが、各学校の現状と課題について、ここに挙がっています。

現状については、各大学で様々ですが、やはり 1 年生、研究室配属というようなものを設けている学校で、期間が短いものから長いものまでカリキュラムの中に組み込まれているものがあったり、あとは課外活動として、放課後、興味のある人が研究室に配属して、研究をしていたりというようなことで、時間がかなり限られた中で研究する。その

中でも、研究業績としてきちんと学会発表する方とか、あと論文報告をする方もいるというような学校もあるということでした。

課題としては、低学年は比較的研究に興味のある学生さんもいて、研究室を訪問しに來たりとかというのがあるのですが、高学年になっていくと、カリキュラムなどで放課後、長時間にわたって研究することがなかなか難しくなっていくということで、臨床研究に重点が移っていく。カリキュラムもそうですし、研究のほうに趣が行かなくなっていく。興味があってもそのようになっていくという学生が多いと。あとは、MD-PhD コースを設けている学校もあり、そういったところとは、そういったものもない学校もありますので、そういったところで、大学院の入学者すら少なくなっていくという学校が多いという現状です。

次のスライド、お願いします。それらの対策ですが、大きく分けてこの3つについての対策を挙げました。1 つ目は、学部内での教育で、研究室配属の期間を十分に確保できていない大学が多いということで、グループの中では、5 か月、期間があるという学校もございましたけれども、ない学校もあると。その対応策としては、基礎練習、基礎の研究機関の報酬は、国自体でそのカリキュラムを明確に規定していただいて、この期間、研究室配属をやるようにというふうに、もうカリキュラムに組み込んでいる指針を出していただくということ。あと、カリキュラムにおける研究プログラムの必須化を国のほうでしっかり立てていただけると、とても学校のほうはやりやすいかなと思いました。

あと、研究室配属のそれに備える研究費というのが必ず学生が来るに当たって必要になってきますので、そういう支援もあるとありがたいなという話も出ています。

また、課題、2 つ目ですが、医学生にとってのキャリアパスが見えないということで、研究医養成について、ここはすごく重要になってくるのですけれども、学位取得後の出口が見えないとか、あと、研究の実態を、研究室配属で長くいればいるほど実態を知ると、なかなか大変なところだということで逃げてしまうという学生さんが多いということで、その対応策等は、卒後の助教ポストを確保するとか、MD-PhD コースにインセンティブをつけるとかそういったことがありました。

最後ですが、研究医におけるキャリア形成の困難さというのがありまして、ポストを多く増やしていただきたいということと、そこには予算が必要になってくるので、国を挙げて、そういったことにも力を入れていただきたいなというふうに話が出ました。

以上です。

■J グループ

【荒川亮介】 J になります。日本医科大学の荒川と申します。よろしくお願いいたします。

現状・課題と対応策という形でスライドをまとめております。まず、各大学の現状について話します。先ほどの発表にもありましたように、研究室配属という形で、大体、2 年

生か3年生辺りで、3週から8週間、これはカリキュラムに含まれているので全員参加となっています。それを継続する大学もありますし、それとは別で、先ほど話が合ったMD-PhDコースを設定しているところもありました。その中で特色として、データサイエンスを早くに身につけるものがありました。MD-PhDプログラムを長く実施しているところでは、これまで30名以上の方がコースを修了しているとのことでした。また、コンソーシアムで、ほかの大学と組み合わせて合同の発表会などを行っているという事例もありました。

課題としましては、大学院に入り臨床と研究を両方やるのは難しくなるという点です。例えば勤務地と、研究の場所までの物理的な移動の問題も場合によっては出てくるというように思います。

そこに関しては、先ほどのデータサイエンスとか、遠隔指導とか、そういうドライな研究を取り入れるというのも一つの方法だろうという意見がありました。ただ、なかなか実際には、志望者が少ないというのがありますし、あとは指導する側も時間的な余裕がなかなか取れないという状況があります。

あとは臨床教室と基礎教室をうまく連携するといった形を取ると、ある程度得意分野を生かすような形で研究指導ができるのではないかという意見が出ました。当然ながら、研修医が終わって、次に専門医を取ることが優先されてしまうところもありますので、その辺りは当面の課題かと思っています。

対応策については、ポイントだけお伝えします。左が基礎・臨床で、右が社会医学という形で分けて書いております。

まず、①にあるように、そもそも学生さんは各講座の研究内容をあまりよく分からないというのがありますので、そこは伝えていくべきだろうということです。2年生、3年生辺りで研究室配属がありますが、やはり臨床実習が入るとどうしても忙しくなりますので、その中でも負担のない形で研究が継続できるような仕組みをきちんと作っていかうというのが②になります。

あとは、先ほども出ていたように、一つの大学だけではなくて、幾つかの大学でコンソーシアムを組むというような形や、他大学と共同研究で、当然我々が主体になる部分が多いかと思いますが、その中に学生さんを組み込む、また⑥にあるような学生交流型みたいなものを含めた共同研究ということも一つの方策として意見が出ました。

あとは⑤も先ほどと似たところですが、実際には臨床を行った後に夕方から手を動かすというようなこともあるとは思いますが、ある程度ドライ研究を組み入れることで負担を減らすこともできるのではないかという意見がありました。

右側の社会医学は少し特殊な状況であり、①のようにやはりなかなか知られていないことがあるので、ロールモデルを紹介するとか、あとは社会医学は、多職種との連携など学際的なことが強みになりますので、②、⑥のように、臨床も含めた形での様々なものと組み合わせると良いのではないかという議論もありました。あと、繰り返しになりま

ですが、データサイエンスは社会医学と親和性が高いと思いますので、こういったものをうまく活用していくというのが対応策になるかという形で議論が進みました。

以上になります。

■K グループ

【安藤美樹】 よろしくお願ひします。グループ K は、順天堂大学の安藤から発表させていただきます。

まず、現状と課題ですけれども、研究医という言葉ですが、研究医に関しては、かなり定義として広いというふうに考えております。研究の分野は、現在、基礎研究、臨床研究だけでなく、橋渡し研究、それから、統計学、AI など多岐にわたっておりますので、この研究医ということを研究の発展を考えて、広い分野で考えていく必要があるのではないかとということから話し合いを開始しました。そして、大学院生の経済的支援策の不足、お給料の不足をしながら学費を払うというような、こういったことも大学院生の研究の活性化に妨げとなっているのではないかと。でも、逆に今度、大学院生にお給料を支払うと、そのルーチンワーク、診療のルーチンワークから研究の時間が妨げられて少なくなってしまうという成果不足にもつながるので、こういった問題を現在ではらんでいるのではないかと考えました。

また、医学部のカリキュラムは過密であって、研究室配属を含めて、学生が研究に充てられる時間が不足しているという、この教員の働き方改革との両立も課題となっております。

指導教員のエフォート管理に関して、研究と診療が同じ業務であるのに、研究は自己研さんのように扱われて、なかなかこれがお給料に反映しないということも、若い医学部生、そして、若い医局員の先生たちに、研究を志そう、専門的に志そうという魅力につながらない問題となっていると考えました。指導教員が研究医養成や研究に尽力しても、研究環境や研究費というのはもう必須ですので、現在、すごく診療で黒字が出にくい附属病院、大学病院の附属病院でそういった問題を抱えておりますので、こういったことから学内研究費の配分の削減、それから、新規雇用の削減にもつながっているということは大きな問題だと考えております。

次のスライド、お願ひします。対応策としてですが、私たちが考えた対応策は、やはり研究医という枠組みをすごく広く考えて、研究員の養成に関しては長期的な視点を持って、また、広い意味で、多くの研究医、臨床でも診療しながらの研究医も含めて、あと、統計学のような研究医も含めて、大きな定義で考えていく必要があると考えました。また、大学院生の経済的支援というのはやはり必要で、特に研究に専念できるように、学振の特別研究員の増員、それから、ポスドクの増員、海外学振の増員ということをするれば、大学院生が安心してしっかりと研究に専念できると考えております。こういったことを希望したいと思いました。

それから、教員、大学院生の研究時間、研究費の確保のためには、先ほどの問題がありますので、附属病院、大学の基盤が強固である、堅固である必要がありますから、研究費削減や人員削減をしないで済むように、ぜひとも政府の支援というのも強化していただきたいと思います。また、グローバルで競争に勝ち抜くために、研究費のスケールというのはとても重要と考えるので、大型研究費を公的研究費でぜひとも増やしていただきたいと考えております。

授業のオンデマンド化というのは、教員の労力と時間の確保にもつながりますので、コアカリや分野別評価で求められるような内容だけでなく、研究に関する学生の研究時間確保のために、個人の能力に応じたカリキュラムの自由度の許容なども課題かと考えます。

発表は、私からはこちら、以上になります。

■L グループ

【中川崇】 グループLは、富山大学の中川から発表させていただきます。

我々は各大学の現状について、最初に討議したのですが、各大学とも期間は違うのですが、研究室配属という形であるとか早期の体験という形で研究に触れるような仕組みは構築されているということが分かりました。また、そういったときに、研究員のような形で給与を出しているような大学であるとか、将来、このプログラムが終えると、大学院に進学した際に、大学院の短縮要件になるなどで、インセンティブを与える仕組みなど、各大学が結構多く工夫しているということが分かりました。

また、参加者が全くいないというところはほとんどなくて、ある程度の人数もいるので、こういった研究室配属というのは、研究に触れるという意味では、ある程度役立っているのではないかと分かりました。

次のスライド、お願いします。一方で、やはり問題になるのは時間がないというところで、幾ら枠組みをつくっても学生さんの時間がないと参加できないということで、例えば話に上がってきたのは、今、医学教育モデル・コア・カリキュラムで、例えば、今研究室配属を3か月以上しましょうということが記載されると、それに対して我々は設定がしやすくなったというのがあります。また、分野別評価においても、今、どうしてもWFMEのものを基準にしているので、あまり研究実践というところが重視されていないのですが、もしこれから先、日本の医学において研究医というものを養成していくのだということであるならば、この分野別評価において医学研究の実践評価というのを殊更強調していただけると、我々、今、これに大分左右されておりますので、そういう意味ではやりやすくなっていくのではないかと出てきました。

また、継続的にどうやって時間をつくっていくのかということですが、先ほど言いましたように、15時以降に授業をなくすということをやっている大学もあって、そうすると研究をすることができるとか、一定時刻になったら臨床実習もさくっと終わってしまって、その後、研究にするというふうに我々自身も学生に対して時間をつくってあげるとい

うことが重要だろうと。また、国家試験のほうも過度に、学生側も意識しないようにする取組も重要だろうと思っています。

このように学生時代は何とかなったとしても、問題は卒後、今度、大学院を卒業した後、助教、特に臨床の先生ですけど、助教になると途端に研究する時間がなくなると。研究もやはり屋根瓦方式で、教授や准教授がどれだけ研究したいと思っても、細かなピペット、何マイクロリッターとかいうところで教えられないので、そういうところは大学院生同士、もしくは助教という屋根瓦方式が必要なわけだけでも、そこが今、全く壊滅的にできていないのが問題だろうということで、ある程度そこに関しても、研究、例えば医学部で雇用しているような助教に関しては、研究をデューティーとして、エフォート何%を割きなさいというのを強制的につくるぐらいしないと、もうこれから先、研究というものができなくなるのじゃないかなというところが意見として出てきました。

また、基礎系教員に関しても、今どんどん教育のエフォート、臨床の先生が忙しいので、教育のほうはどちらかといったら基礎系の先生がやるという形になって、こちらのエフォートも何とかクリアしていかないといけないので、例えば教育を専門にするような教員とかを雇っていくというのも一つかなという意見が出ました。いずれにせよ人が必要なので、長期的に研究者、教員を雇用できるという仕組みがどうしても必要だろうというのが最終的な結論ということになりました。

私たちの発表は以上になります。ありがとうございました。

■M グループ

【角田正史】 防衛医科大学校の角田です。スライドを非常にまとめて書いたので、ほかのグループに関してちょっと、簡潔なものになっておりますが、議論はいろいろ出ましたというところです。

それで、実は、3 つに分けると。学生や若手医師、大学院や、研究に魅力を感じるための取組、対策支援という3つに、基礎、臨床、社会医学ということですけども、社会医学が3人と多かったりして難しかったので、分けなかったという面で、まず現状をお話します。

現状でまず大きいのが、学生や若手医師が経済的な不安ではないかということで、それなりの枠組みは現状でやっているのですが、学生から若手医師になるまで、その研究に魅力を感じるようなサポートが現状ではできていないと。もう一つ、医学部自体が6年と長いのですが、それに加えて、大学院が4年間あるというところで、しかも授業料があるということで、費用負担がやはり負担になっていると。それから、将来のポジションですね。特にパーマネントなポジションがやはり多くないというところ。医学部はいいほうだということもあるのですが、そういう不安がありまして、研究職に進むことのためらいがあるというところが挙げられました。

次に、研究員のキャリア形成における困難さについてということで、やはり本人に不安があるだろうということですね。現状の研究を見ているときに、研究室運営の状況下を見ると、例えば基礎系が多かったので基礎系の話になっているのですが、基礎系教員が今後やってみたいという憧れの対象になれるか、なっているのかどうか。自戒の意味を含めて議論になりまして、さらに臨床も研究医としてなので、臨床もやりたいのだけど、研究医を選んだら研究のみに縛られるのではないかという不安も出たということですね。

次のスライド、お願いします。そこで、1 の経済的、大学や研究に魅力を感じるため、経済的な不安が問題だということになったので、事前に配られましたグッドプラクティス事例のところで、資料 6 ですか。テーマ 3、研究医養成について、奈良県立医大の例が出ていまして、入学時から授業までのサポート、返還が必要ない、給付型の奨学金が出ていますと。さらに、大学院など研究教員というポジションがありましたと。それが、学生が論文発表などの実績が上がり、研究を目指す学生、卒業生が増えてきたということがありましたので、この取組は参考になるかなと議論が出ました。

ただし、奈良県立医科大学の場合は、県立という利点を活かしまして、ふるさと納税という独自の財源があるので、このことが可能になったということなので、文科省の方もおられるので、文科省だけで済む話ではないと言われるかもしれないし、大変難しい話ですが、昔のような給付型の奨学金、それから、できればパーマネントのポジションの研究教員のポジションなどがつくれるようなことを、社会一般の理解を得ながら進めていかなきゃいけないのではないかという話になりました。

それから、社会医学系が多いので、研究支援者の人員不足ということがあり、特に研究に従事する秘書さんとか技術員の方が少なくなっていることの問題があるので、そちらの人員も考えなきゃいけないかなと思います。キャリア形成に関しましては、時間がないので、キャリアをアピールすることが必要で、臨床といろいろ交流しながらキャリアを見せながら、さらに留学の多彩なキャリアを見せることがいいのではないかという意見が出ましたということです。

以上です。

【赤池雅史】 ありがとうございました。

では、質疑応答に入りたいと思います。全体発表を通しまして、御質問いかがでしょうか。御発言がありましたらよろしくお願いします。

手が挙がっているのは、京都府立医科大学の武藤先生でしょうか。お願いします。

【武藤倫弘】 角田先生に質問させていただきます。スライドの中で、将来のポジションに対する不安というところが挙がっていましたが、臨床と比べると、基礎のほうの人的な流動性というのは、ほかの大学もかなり低いのではないかなと思うのですね。その辺が若者に対する魅力がちょっと下がる一因かなと思うのですけれども、その辺に関して何か御意見ございましたでしょうか。

【角田正史】 ありがとうございます。流動性が低くても、理学部、ほかの学部ではさらに悪いので、まだいいほうかと思うのですが、それでもなかなか……。安定したポジションということが将来開けていると、やはり研究職を目指す人は増えるのではないかという形には、一応話にはなりました。ただ、それは非常に難しいことだと思います。ただでさえ減らされているところですから。

【赤池雅史】 よろしいでしょうか。ほかにいかがでしょうか。

奈良先生、お願いします。

【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。Lグループから、分野別評価で研究のことを重視していただきたいというご意見をいただきました。日本医学教育評価機構の評価でも、学生の研究能力の涵養が医学教育プログラムに組み入れられているかどうかは重点的に評価してございます。ただ、いわゆる研究室配属の期間、内容、評価等については各医学部のポリシーなり資源などの背景状況によって様々ですので、一律に規定することはできず、各医学部の自律性にお任せするのが現実的だと思っています。研究室配属のあり方にとらわれず、コンピテンシーとして、学生の研究能力が修得できることが重要だと存じます。

医学教育プログラムの中で、研究能力の涵養は重要ですので、今後とも引き続き評価項目として続けたいと考えます。ありがとうございました。

【赤池雅史】 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。どなたかどうでしょうか。

【角田正史】 では、一つよろしいですか。

【赤池雅史】 どうぞ、角田先生。

【角田正史】 ほかのところで国家試験と分離するべきだとか、研究期間を長くすべきだというような御意見がいろいろ出たのですが、なかなか、僕が基礎の人間なので、臨床、研究期間を長くしてほしいところはあるのですが、ただ、一方で、公衆衛生なので、国家試験の合格率を上げるためにがっちりやってくださいということも盛んに言われるので、その辺が非常に難しい。学生の今のタイトなスケジュールの中で国家試験を簡単にするというのはあまり世間の理解を得られないような気もするのですが、その辺はどう考えたらいいのでしょうかというのを伺いたいと思います。

【赤池雅史】 これはグループIですかね。国家試験を受けないようなコースもあってもいいのではないかという意見が確か出ていたと思うのですが、グループIの先生、いかがでしょうか。

【長谷都】 そういう案も出てきたと思います。スライドの範囲なのですがけれども。

【赤池雅史】 臨床医に行かないで、研究一筋で行くと。

【長谷都】 そうですね。研究一筋。

【赤池雅史】 例えば臨床実習などが、ある意味、苦手な学生さんが、今のままでしたらもう卒業できない。臨床医になることを前提としたカリキュラムになっているので、研

究に特化できるような人も卒業できるようにしてはどうかという意見が一部に出ていたように思います。

【長谷都】 はい。

【赤池雅史】 いかがでしょうか。なかなか難しい問題ではあると思うのですが。

I グループ、よろしいですか。

角田先生、そういった意見が一部に出たということですが、よろしいでしょうか。

【角田正史】 現実的にはいろいろ意見がいっぱいあるということで、多角的に考えていかなければいけないというところだと思いますので、参考になっています。ありがとうございました。

【赤池雅史】 ありがとうございます。

では、時間が参りましたので、最後まとめさせていただきます。研究医の養成ということで、一つはやはりキャリアパスの明確化、ライフイベントとか初期専門研修との対応。そして何よりも、先ほど多様性を示すことが大事という、縛られないとか、学生が憧れるような研究で、それぞれのキャリアパスを示すことが大事で、その中には、研究経験とか学位を取得する意味とか魅力とか、いわゆるインセンティブが明確になることが必要だろうという意見があったと思います。

また、カリキュラム上では研究室配属の位置づけの方針を明確化する。これは各大学の主体的な明確化が必要というコメントもございました。特にカリキュラムの過密の状態では研究時間は取れないので、そういったところの配慮、あるいは自由度のあるカリキュラムの構築が要するという御意見だったと思います。

その上で、支援策としては、大学院生の経済的支援とか、人、ポスト、研究エフォートメインのポストをつくるとか、あるいは研究費の支援、そしてさらに、研究支援者の配置。研究支援者の配置というのは非常に研究実績に直結するということがよく言われていますので、こういったことを国にも求めたいということだったと思います。

最後に、大学間の交流、学生間の交流、情報共有、こういった研究を目指す者たちが孤立しないような取組も重要であろうという御意見だったと思います。

以上でございます。ありがとうございました。

(テーマ 4)

地域枠教育の実際

【高村昭輝】 では、よろしくお願いいたします。テーマ 4 は、地域枠学生の教育の実際という形で、全体報告会を始めさせていただきます。富山大学医学教育学講座の高村です。よろしくお願いいたします。

では、まず、グループNから御発表をお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

■N グループ

【三上哲夫】 Nは、東邦大学の三上が発表を担当いたします。

まず、うちの背景です。グループを構成した大学は、1 学年数十名の地域枠入学生を持つ国立大学と、1 学年5名の地域枠を持っている国立大学と、2 県分の県外地域枠13名を持つ私立大学という背景を持っていて、そういう意味で、いろいろな背景があって、全体を統一するようなコメントではないものもありますので、その辺を認識した上でお聞きいただければと思います。

まず、今のスライドですけれども、現状を認識した後、話題としては、現状の問題点というところで一つ出たのが、地域枠学生の学力はどうなのだろうかというところでディスカッションがありました。私、教員の感覚で、下がったのではないかという感覚でいたのだけれども、意見を総合してみますと、追跡調査等であれば、留年率ですとか、国家試験合格率で見ると、下がっているわけではないというところがあります。

ただ、大学によって、地域によって背景に違いがありますので、例えば県内からの入学枠というのが大きくなっているところで、その地域の人口減というのが背景にありまして、そうすると、この地域の入学する人口そのものの学力全体が、要するに幅広くなってきているということは、要するに下がってくるという、そういう背景があったりして、総体的に見て学力が下がってきている可能性があるということで、県によっては、県の枠というものを廃して、県外にも出願できるような形で入学枠を変えていく方向を考えていたりしているというところがあります。

それから、最後のところですね。地域枠入学生の学力のばらつきが大きくなっているような印象があるということで、特に国立大学では、後期日程入試というのがもともと地域枠で設定していたのですけれども、その場合、前期で落ちた学生が後期にチャレンジするわけですので、そういう意味で、地域医療へのモチベーションのない学生が入ってくる可能性があるということで、この入試制度の選抜課程というものも現状に即して工夫する必要があるなということでございます。

スライド、次、お願いします。義務年限中あるいは義務年限後、要するに、離脱をせずに地域に残ってもらうためにどういうことが重要かというところでディスカッションを行いました。離脱率そのものは全体で見れば数%ですけど、離脱を決心した人に対して、離脱を翻意させるというのはもう困難です。ですから、そうなる前に、あるいはそうならないためのサポートが大学全体として必要であろうということです。具体的に言うと、いろいろあるのですけれども、一つ制度面では厚生労働省ないし専門医機構から、離脱者に対する専門医研修の方向性という声明が出ましたので、それが離脱を阻止するのに役立っているのではないかと思います。

もう一つ重要なのは、その地域卒の学生が地域卒であるというアイデンティティーを持って、大学はあなた方をちゃんと見ています、あるいは、地域はあなた方をとても大切に思っていますという特別感を彼らに持たせて、プライドを刺激するということも重要なのではないかとこのところで上げています。

発表は以上になります。ありがとうございました。

■0 グループ

【鋪野紀好】 よろしくお願ひします。千葉大学の鋪野でございます。

0 グループですが、浜松医科大学、千葉大学とグッドプラクティスも出ているところがございます。ぜひ資料も確認いただければと思います。

まず現状と課題のところで幾つか議論が出ていまして、今、三上先生が御指摘くださったような、入試における学力差というのがもしかしたらあるのではないかとこの意見がありました。現状、有識者の先生方にお伺いすると、実際、入学時に少し成績に差があっても、その後の、例えば OSCE、CBT、卒業後の国家試験、そういったところを見ていくと、やはり差が出なくなってくところが実際のところであるというデータもお示しくできました。ありがとうございます。

あと、卒業後のフォローアップというところもどうやってそれを把握していくか。この地域卒定着のアウトカム測定で非常に重要になってきますので、そこでの取組をどうするかというのもありました。例えば島根県では、寄附講座ですとか、いろいろ講座が協力して、連携して、卒前・卒後のシームレスな情報収集ですとかサポートを行っているという話もありました。

もう一つ、地域卒に限定した講義、実習を行うことのメリット、デメリットの話もありまして、一つはやはり特別なものとして非常に前向きに捉えるところがあれば、逆に、課せられていると捉えられてしまうこともありますので、そのバランスで全体講義を行うことで、地域卒がスペシャルなものとして認められているという反応もあるかもしれないというような現状もございました。

もう一つ、地域卒を目指す、入試に応募する学生の数というところがもしかしたら少なくなる可能性もあり、もしそうやって定員が減ってしまうと、その後の医師偏在解消で実際の改善を認めている中で、大きな課題になってしまうのではないかなというところもございました。

次のスライド、お願いできればと思います。それらを含めて、対応策、現行で試行中のものも含むのですが、こちらに記載しています。下の提言というところを見ていただければと思います。例えば佐賀大学では、Student researcher とか Student teacher をうまく活用して、教員間ですとか学生間でうまくつながりをつくると。それが定着に促すのだという提案がありました。また、地域医療を実際に学ぶ機会を単純に増やしていくということが、オーソドックスですが、非常に重要だということもあります。実際、地域

の場で学生を指導する教員の能力というのが非常に重要になってきてまして、そういった意味でも、リカレント教育等を充実させていく、教育者としての能力を開発するということも重要になってくると思いました。さらにそれがやはり人材を引きつける能力にもなるというところだと思います。

ただ、地域の中で教育活動をする上では、実際に診療の負担との兼ね合い等もあると思います。そういった中でも、このステークホルダー、院長先生も含めて、そことビジョン共有するために大学側からのサポート、もしくは地域にいる先生がステークホルダーの交渉できる能力を開発するというのも大事になってくるということもありました。

さらには、外部資金の獲得というのも非常に重要なところになってきます。こういったものが、国から出るのもそうですが、積極的に大学側からもアプライして確保するという取組も非常に重要になってくるのではないかとということが、今回提言としてまとめさせていただいた内容になります。

0 グループからは以上でございます。

■P グループ

【増本純也】 まずグループPでは、地域枠の現状把握について議論しました。設立母体の違いと、国立大学と県立大学と、それから、私立大学の地域枠という、言葉で言うと地域枠になってしまうのですが、実際には使い方が大分違ってまして、まず、例えば琉球大学では離島を含めた沖縄北部枠ですとか、和歌山県立医大の場合には、診療科偏在のための産科枠とか、産科・小児科・精神科枠などがありまして、また、福岡大学では、実はむしろ医師過剰な中での地域枠ということで、特に義務年限はないようですけども、離脱などがあるという現状があるということが紹介されました。卒前のことについてはそういうことなのですが、卒後については、地域枠学生の生涯学習とキャリア形成支援に大学がどう関与できるかということだったのですが、卒後については、9年間の義務年限が終わった後にフォローシステムというのがある大学と、ない大学があるということと、それから、一度、卒後にフォローが外れてしまうと、その後のフォロー、そのアプローチというのはまた難しいということがありました。それから、地域枠によっては大学に残ることを前提に、最初から地域枠として設定されている場合と、大学に残った場合に、義務年限履行が止まってしまう大学等もありまして、それぞれ地域枠といっても、それぞれの問題点が各立ち位置によってばらばらという現状があって、課題もそれによって、卒前も卒後もばらばらという現状があることが分かりましたので、これも先ほど東邦大学の三上先生からお話があったように、それぞれ統一的な意見を言うことはちょっと難しいという現状があることが分かりました。

その上で課題になりますので、次のスライド、お願いします。先ほどの卒前ですね。卒業前に各大学でそれぞれ違う問題がある中で、その対策をしているところによりまして、最初から、低学年のうちから、早期の地域医療体験をやっているというところと、それか

ら、卒業間近のときに、アドバンスドクリニカルクラークシップで、特に県内の各病院との人的交流を密にして、人間のつながりで県内に残すというような形と、それから、ずっと6年間、メンターによる面談をずっと続けて、6年間のつながりで残すことがあるというのが一つと、それから、カリキュラム的な取組としては、山間部、これは愛媛の例ですけど、中山間地域の実習ですとか、それから、これは福岡大学が長崎大学さんと離島での実習等を通じた体験実習、それから、面白い取組としては、黒潮医療人プロジェクトというのを和歌山県立医大のほうでやっているようで、これは高知大学との形で、地域性に魅力を感じて残すような取組をされているということがありました。

それから、卒後についても、これも各立ち位置によっていろいろですけど、フォローはやっておいたほうがよいだろうということで、これからの課題ということでありました。

それから、先ほども申し上げましたが、義務年限の考え方も、いわゆる専門医ですとか学位を修得する場合に、その年限が、いわゆる義務年限の履行が止まってしまうような問題もある大学とない大学があるようですので、できれば大学に残したいということであれば、そういったところもどこかで御配慮いただけるよう、県、それから、国に折衝することが必要であろうということでした。

私からの発表は以上になります。

【高村昭輝】 ありがとうございました。

そうしましたら、総合討論という形で、少し時間も押していますが、質疑応答したいと思います。御発言ある先生は御自由にどうぞ。

【角田正史】 よろしいでしょうか。

【高村昭輝】 角田先生、どうぞ。

【角田正史】 実は防衛医大や地域と関係ないのですが、自衛隊医官という非常に特殊な職に就いてもらうため、だから全部が地域枠みたいなものなのですけども、僕なんかは出身が岩手で、大学が新潟ですが、非常に地域と言っても、例えば県内で県庁所在地ならいいけども、地方のほうは。それは規定というのは全体として、各大学で違うと思うのですが、自治体だで行くところが決められているわけですけども、地域枠がどのように運用されているかで、残る人と残らない人、違うような気がしたのですが、その辺の議論とかなされたのでしょうか。

【高村昭輝】 どうでしょうか。各グループの先生方で。

【増本純也】 Pグループの愛媛県、愛媛大学の増本ですけれども。

【高村昭輝】 お願いします。

【増本純也】 県内の学校を出た方が県内残る場合と、後から手挙げ式で、一般枠で入ってから手挙げしてということ。それからあと、特殊な例では、これは沖縄の例ですけど、沖縄は特に医師が少ない、北部地域、離島とか、それからもう本当に、これは地域とは関

係ないけど、産科の特殊枠とかそういうことで、そういうような設定もあったようです。それは防衛医大と変わらないのかもしれませんが。

【高村昭輝】 ありがとうございます。

【角田正史】 例えば、愛媛だと松山市ならいいけど、ほかは嫌だとか何かそういうのはあり得ると思うのですが、松山市なら地域枠で残ってもいいけどということはあると思うのですが、そういう面ではどういうふうな対応がなされているのでしょうか。

【増本純也】 これはもう県のほうで、医師過剰の松山市だけでなく、いわゆる南ですとか、北のほうとか、そういったふうに振り分けておりますので、県のほう、基本的に地域枠、愛媛県のだけの例ですけれども、県が奨学金を払っていることで、県が把握して、医師の少ないところに派遣していますから、それは恐らく今回議論したところでも、各大学、各県によって本当に様々なのだなということを今回勉強させていただきました。

【高村昭輝】 ありがとうございます。私が知っている中でも、まず入試の段階で県の中のいろいろな地域からもうそこで募集が決まっていて、だから、卒後は、県の中のその地域に戻るという地域枠もありますし、県全体でというところもありますので、これはもう本当に地域枠の設定が様々だろうなと思います。

そのほか、何かありますでしょうか。

【富田泰史】 すみません。弘前大学、富田ですけど、よろしいでしょうか。

【高村昭輝】 よろしくお願いします。

【富田泰史】 さっきのグループの中で、最後にちょっと議論になったのですが、厚労省の方もいらっしゃるということなので、地域枠、臨時定員の枠とかが結構、地方の大学は非常に気になっています。厚労省のホームページ等でも、臨時定員、医師少数、医師の多数県から少数県へ振り分けるような形の対応がなされているということですが、医師もそのうち過剰になってきて、定員を減らされるのではないかとということで、特に地方の大学は、地域枠の学生もそうですし、医学部の定員が減ると、教員に対するポスト、お金の面、予算の面でも減らされるということもあります。その辺りの地域枠、あるいは医師の偏在とか、これは話すだけでもすごく大きなテーマだと思うのですが、その辺りの今後の流れというのは、厚労省の方にお聞きできれば、どのようになっているのかなと思ひまして、いかがでしょうか。

【高村昭輝】 これはどうなのでしょう。今日は厚労省の方がそっと答えてくださったりするのでしょうか。それとも、今日はないのでしょうか。ということで、無言ということなので、富田先生は今、主張だけしていただいたらいいのかもしれませんが。

【富田泰史】 そうですね。地域はやはり、青森もそうですし、ほかのエリアもそうだと思うのですが、やはりそういう臨時定員に結構頼っている大学もあるのかなと思います。あと、地域の医師の全体の量だけではなくて、診療科の偏在も当然あると思うのですが、その辺りも含めて、今後の医師、医学生の方の定員についても御報告をいただければと思います。ありがとうございます。

【高村昭輝】 ありがとうございます。そうしましたら、ほぼ時間に参加しましたので、ここで少し最後にまとめさせていただいて、終わりたいと思います。

学力の懸念、地域枠の学力の懸念に関しては、入学後はそれほど差が問題ないというところが、大学から出ていたかなと思います。また、人口少数地域における地域枠という中で、倍率がどんどん下がってきている現状がありますという話も出ていたかなと。なので、今後、地域枠の子たちの入学時の確保という、入学者の確保というのが人口減の地域は難しいかもしれないという話が出ていました。

あとは離脱する気にならないような入学後のサポートとか、地域枠（であること）を自信を持って、胸を張って言えるようなアイデンティティをきちっと涵養するであるとか、そういうところが出ていたかなと思います。また、あとは教員－学生間、大学－行政間、大学－地域病院間の人的交流も含めて、関係をしっかりと密に取っていくということが非常に重要になっていくだろうと。大学によっては、大学と県とか行政との間での共同のセンターをつくっているところもあるというお話だったかなと。

最近、ポストコロナの事業とかがありますが、やはり地域医療を担う医師づくりにはお金がかかるので、やはりそういうところの資金の確保というのも大学にとっては非常に重要であろうというところですね。あとは（地域枠の）義務終了後のフォローに関しても、様々な形態の地域枠が大学によって異なる形でありますので、なかなか一つの答えは出ないかもしれませんが、少なくとも地域枠の学生が各地域にとって役に立つ状況にどんどんなっているんで、ぜひ国としてはサポートしていただきたいという答えがすごく多かったのではないかなと思います。

ということで、このセッションを終わりにしたいと思います。どうもありがとうございました。

【村松友佳子】 錦織先生、全体を通して御意見をお願いいたします。

【錦織宏】 日本医学教育学会と名古屋大学の錦織でございます。文部科学省のアドバイザーの職をいただいていることもありまして、最後、簡単にまとめをさせていただきます。

最初の診療参加型臨床実習における学生の評価の点につきまして、臨床実習で不合格になる場合というのが、ほぼアンプロに限定されるのだろうということに、私個人は非常に関心を持ちました。そうすると、理論的にはですけども、アンプロでなければ、みんな、臨床実習合格にしていって構わないというコンセンサスになるのだというように理解しました。

2 番目のグループ、働き方改革でのグループでも話題に上がっていましたが、OSCEの負担が大きいという問題がこの3年から5年ぐらい、日本の医学教育の中では問題になっていると認識しておりますが、Post-CC OSCE の位置づけに関しては、やはりそもそも論から議論していてもいいのかなというように思いました。

また、2 番目の働き方改革のグループの中での議論では、教育専任教員の配置という点に関心を持ちました。こちら、JACME の奈良先生からも御報告ありましたが、教育業績評価の仕組みづくり、アメリカでは、クリニシャンエデュケーターという仕組みがあったりしますが、そういったものも参考にしながら、引き続き検討を続けていく必要があるように思います。

3 番目の研究医養成に関して、研究室配属の義務化についてですけれども、先日改定されました医学教育モデル・コア・カリキュラムでは、研究能力に関する内容がかなり詳細に書き込まれました。そういったことも追い風にいただければと思いますが、根本的にはやはり、私たちもそうですけれども、研究に充てる時間を地道に増やしていくということが重要なのだらうと考えます。こちらは2 番目のグループの働き方改革での議論ともつながるタスクシフト、それから、赤池先生からもありました研究支援の人員などの配置等も少しずつ考えていったほうがいいのだらうなと思います。

最後の地域医療の点に関しては、最初は、診療参加型臨床実習での議論とつなげますと、やはり大学病院での実習から少しシフトさせて、地域で学ぶ機会をもっと大胆に増やしていてもいいのかなというように感じました。そのことで、今日、意見がありましたけれども、少人数でのグループが参加になり、診療参加型が推進し、診療参加型実習での評価が可能になるどころか、今、皆さんが今日、本当に共通して言っておられた教員の負担問題ですね。それも一部解決するのではないかなというように思います。

一言でまとめますと、2025 年のワークショップで感じたのは、ゆとりがない状況での医学教育について、皆、一生懸命、知恵を絞る必要があるのだなという感想です。ただ、各論で丁寧に積み上げていければ、きっと乗り越えていけると思っておりますので、また、今後ともいろいろと情報交換や御指導等をお願いできればと思います。

私からのまとめは以上です。ありがとうございます。

グループ A

◎司会 ◆発表者

No.	区分	大学名	役職	氏名	Zoom表示名
A1	国立	滋賀医科大学	内科学講座 教授	◎久米 真司	A_久米真司_滋賀医科大学
A2	国立	京都大学	医学教育・国際化推進 センター 准教授	三好 智子	A_三好智子_京都大学
A3	国立	大分大学	医学部・医学科長	山本 恭子	A_山本恭子_大分大学
A4	私立	帝京大学	医学部・教務部長	河野 肇	A_河野肇_帝京大学
A5	私立	東京医科大学	医学・看護学教育推進 センター 非常勤講師	◆山口 佳子	A_山口佳子_東京医科大学

テーマリーダー/グループファシリテーター: 松山 泰

A_GF_松山泰_自治医科大学



1. どのような学生が臨床実習で不合格になるのか？→アンプロフェッショナルな学生が不合格対象となる、ということで全員が一致した。

- A大: 不合格になるのはほとんどいないが、アンプロフェッショナルな学生1名は警告を発しても改善がみられなかったため、不合格。
B大: 直近2年にはいない。アンプロ事例では面談を繰り返し、改善を目指している。臨床実習前学年から患者さんに触れ合わせて、アンプロリスク例を早期発見し、早期面談を行っている。
C大: 1名いる。臨床実習の無断欠席が続いている。連絡が付かない。レポート提出を催促しても反応がない。5年次に1年留年後2年目も変わらない態度・行動。面談の連絡すら付かない。4年次以前で無断欠席や遅刻があったが情報収集が不十分で早期発見できなかった。
D大: 技能は再試験でリカバーさせ最終的にパスしている。実習参加困難例について、発達障害であることが後ほど分かった。
E大: 実習不合格者は臨床実習後OSCEの資格なしとしている。レポートや実習態度(呼んでも来ない、連絡がつかない)で指摘したことが改善しない。教員評価の低さが積み重なった場合、当該科は落ちる。夏休みに当該科再実習。現場評価の聴き取り、協議のうえで臨床実習後OSCEの資格を与えるかを決定する。

＜態度面での不合格、臨床技能の面で不合格はまだ少数＞

2. Post-CC OSCEは臨床実習の評価にどのような役割を果たしているのか？→臨床実習後OSCEで何が評価できるか？そしてOSCEで1.の学生を評価でき、識別できるかが話題となった。

- A大: OSCE合格がペーパーテスト卒試の受験資格としている。post-CC OSCEは試験直前の(短期間の)準備期間で集中して手技をおさらいしている感じ。
B大: 卒試がない。合格することが卒業要件。本試不合格はちらほら。再試で合格。
C大: 卒試ペーパーテストとOSCEパスが卒業要件。OSCEのパフォーマンス評価では、臨床実習中のアンプロ事例を完全には見抜けなかった。
D大: 臨床実習後OSCEとの関連を学生にアナウンスして、診療参加型実習を動機付けするが、うまくいっていない。
E大: 全員が経験している手技を大学独自課題としている。

＜臨床手技の部分的な評価は可能だが、アンプロな学生を必ずしも不合格にできない＞

3. 医療安全の観点から、どのようにすれば学生が臨床実習で診療にもっと参加できるか？→医学生ができる医行為のレベルと、手技のみならず心理的安全性確保の重要性が議論となった。

- A大: 今度の取り組みである。自施設における学生の医行為に関する経験や自信をモニタリングしたうえで、改善を目指したい。
B大: 地域性のため患者が学生実習に協力的。事前に医行為の実施を予告し予習を促す設定づくりが大切である。包括同意のうえ学生医行為の観点で電子カルテで付箋が示されている。
C大: 医療安全が問題になるほど、医学生の医行為が行われていないかもしれない。学生も萎縮している様子。＜組織として学生参加を歓迎する態度と、学生に役割を与え責任をもたせる＞
D大: 院外実習は医行為経験の鍵であるが、屋根瓦式よりも上級指導医の診療チームへの学生参加を歓迎する態度が鍵。
E大: 手技の医行為に限らない取り組みが大切である。学生の心理的安全性への配慮のうえ、学生ができることを行わせる(医療面接など非侵襲的なものが主体?)。

4. 臨床実習において、診療現場における観察評価は、どのような役割を果たすか？→観察評価を実装するうえでの具体的な戦略として、評価者育成と評価ツール配布の重要性、現場観察評価が現場に受け入れられる条件が議論された。

- A大: 現場での観察評価によって、OSCEという評価の負担が減ることが保証されると、動機付けられるかもしれない。教授・准教授らが外勤や会議のため、観察評価にかけられる時間が限られている。
B大: 形成的評価シートを準備したら、思いのほか使用されていた。
C大: 各診療科の観察評価者の育成が課題。
D大: 最後の砦が医師国家試験という「筆記試験」であることが、臨床実習期間確保の妨げになってい101。医学部最終学年が国試準備で終わっている。マッチングにつながる評価。
E大: 現場評価よりも国家試験が頭にある医学生の受け入れ不十分。卒業試験をなくしている大学の取り組みに注目している。



対応策

1. どのような学生が臨床実習で不合格になるのか？アンプロフェSSIONALな学生への対応が必須。まずはできる限り、臨床実習前学年で、患者に触れ合わせてアンプロフェSSIONALな医学生を早期発見・早期介入を。そのうえで臨床実習中にみられたアンプロフェSSIONAL事例は、面談や再実習を繰り返し、その面談や再実習すら来なかったり、改善する意欲がみられなかったら、それを根拠に不合格判定（ここが不合格判定された学生に「主観的」で「妥当でない」ととらわれないようにするためにどうするか??）。

2. Post-CC OSCEは臨床実習の評価にどのような役割を果たしているのか？Post-CC OSCEは手技のおさらいとしての役割は果たせそうである。しかし、臨床実習中のアンプロフェSSIONALな人物の発見・識別はPost-CC OSCEでは評価は困難。臨床実習現場での観察評価が必須であろう。ただし、できれば臨床実習前学年でそのような人物を発見・識別し、早期教育介入すべきである。

3. 医療安全の観点から、どのようにすれば学生が臨床実習で診療にもっと参加できるか？患者や指導医とのコミュニケーションを主体としたタスク（医療面接、それに基づいたプレゼンテーション）を診療参加実習学生へ、より積極的に与える。また、学生が医行為のうち何を自信をもってできるようになったかを可視化し、データに基づいて取り組みを考えるとよい。

4. 臨床実習において、診療現場における観察評価は、どのような役割を果たすか？ペーパーテストやOSCEでは評価できないものは何かを日本全体で明確にし、その評価対象を観察評価する重要性を広報し、教員・医学生が認識することが大切である。観察評価による形成的評価の教育的効果を周知させるべきである。形成的評価の集積がポートフォリオとして活かされ、最終的な初期臨床研修への準備が整ったことを証明する根拠となってもよいであろう。

評価者育成方法のモデル、評価ツールの配布などが、全国の大学へ示されるとよいであろう。

筆記卒業試験、医師国家試験およびPost-CC OSCEなどの厳しさが緩和されることも大事かもしれない。とくに医師国家試験の準備期間で臨床実習が短縮されることには苦言を呈したい…

グループ B

◎司会 ◆発表者

No.	区分	大学名	役職	氏名	Zoom表示名
B1	国立	新潟大学	総合診療学講座・教授	上村 顕也	B_上村顕也_新潟大学
B2	国立	九州大学	医学教育学 教授	新納 宏昭	B_新納宏昭_九州大学
B3	公立	福島県立医科大学	総合科学教育研究 センター 教授	田辺 真	B_田辺真_福島県立医科大学
B4	私立	日本大学	学部長	◎木下 浩作	B_木下浩作_日本大学
B5	私立	近畿大学	医学部教育センター 副センター長	◆三井 良之	B_三井良之_近畿大学

グループファシリテーター: 小西 靖彦

B_GF_小西靖彦_順天堂大学



グループB テーマ1：診療参加型実習における学生評価と医行為の促進

現状・課題

- 各大学での取り組み
 - 学内標準化として e-Portfolio, 360° 評価、Mini-CEXを導入しているが、診療科によって温度差、学外病院との歩調が問題
 - 各診療科でmoodle上で評価を、医行為については把握しており、Mini-CEXは必ずやるようにしている
 - 實際上、360° 評価はうまく行っていない
 - CC-EPOCを使用しているのでWBAは比較的浸透している → それが総括的評価に使えるか??が悩み
 - そもそも参加型臨床実習になっていないところがあるので、学生の評価はその後の問題
 - 門田レポートに基づく医行為状況を把握している大学がある
- 課題
 - 指導医によるバラツキ(実習内容・評価)、指導医の評価の標準化は...
 - Mini-CEXをやってはいるが、よいフィードバックになっているかどうか迷いがある
 - 初診患者と関わる機会が実際には少ない
- 不合格になる学生
 - ほとんどの学生は臨床実習を合格する
 - アンプロ(責任感の欠如、誠実性の欠如、相互関係の構築努力の欠如、内省努力の欠如、社会人としての常識の欠如した行動、人間関係構築、虚偽など...)、実習に来ないなどで、スキルなどで不合格はない
 - 総括的評価の前段階での形成的評価(フィードバック)が重要だが...総括的評価としては現実的にPost-CC OSCEかなと
- Post-CC OSCEの役割
 - 患者配慮・医療面接・プレゼンなどこのOSCEの評価しようとしていることはよいと思う
 - かかる費用・人的リソースなどの問題はありますが...
 - 独自課題のなかで「手技」を入れるようにしている
 - 手技の教育にはシミュレータで行う方が現実的な面もある
 - 卒業時に求められるレベルが上がっていき、臨床実習レベルになっていないか
 - Post-CC OSCE合格が卒業要件となっている(が、これで十分かと思うところはある)
 - 評価者の質の担保が大変ではないか
 - 国試の負担が大きすぎ学生が大変で、しかも相対評価なので問題は大きい。現国試よりCBTをしっかりとやればいいのか
 - OSCEはそれに向けた学修を学生が目的とする傾向



対応策

- 医療安全の観点から、もっと診療参加型にするためにどうすればよいか
 - 共用試験後に、実習前教育を充実している(OSCE対策用コースとは別にしている)
 - シミュレーション教育、医療面接など実習前教育の重要性(Technical, non-technical skill両方)
 - 患者から同意をとるところをもう少し簡略に
 - 医行為のなかに、シミュレータで行うほうがよいものもある
 - 「包括同意」など学生が診療参加すべき条件を、文科省がもっと明確にしてもらいたい
- 具体的に臨床実習の現場での医療安全への配慮
 - 実習開始後の医療安全への教育は(何かことが起こった場合以外)行われていないと思う
 - 現実的に、それぞれの診療科に任せられている
 - 臨床実習中の集合学習週などが設けられている場合、その機会に行えるか
 - リスクの高い場には学生を出していない可能性も
 - NST, 感染, 医療安全に関する授業(グループワークなど)を臨床実習中に
 - 研修医のインシデント
- 診療現場での観察評価はどのような役割を果たすか
 - これまで、CBT・国試で知識については問われている
 - 国試にかかわる負担がある限り、参加型臨床実習が進まない！
 - 態度評価は重要・・・なかでも360度評価は重要(指導医以外)
 - 最後にOSCEだけでは不足ではないか
 - ただ・・・指導者の評価スキルには課題がある
 - Mini-CEXなどで評価されていくと学生は変わっていく(のでよいと思う)
 - 一方で、指導医の負担の問題がある
 - そもそもMini-CEXはABIM(米国内科学会)が始めたもので、学生レベルに導入するには配慮が必要ではないか
 - アンプロを中心とした評価中心としてよいのではないかと105
 - 観察評価はアンプロを弾くことを目的になる？

グループ C

◎司会 ◆発表者

グループC

No.	区 分	大 学 名	役 職	氏 名
C1	国立	徳島大学	医学部長	橋本 一郎
C2	公立	京都府立医科大学	学生部長	◆武藤 倫弘
C3	私立	杏林大学	医学教育学教室 学内講師	関口 進一郎
C4	私立	東京女子医科大学	教授	◎坂井 修二
C5	私立	金沢医科大学	教務部長	大黒 正志

グループファシリテーター:高橋 誠



現状・課題

CCの合否

不合格になる学生(そもそもほとんど不合格にならない)

- 出席が不足
- アンプロ行為:指導しても改善しない

診療科ごとにレポートや試問での評価となっている

医行為の評価が合否に反映できていない

⇒そもそも患者同意が困難で医行為が十分できていない

＝評価する機会が少ない

医療安全を担保したCC

実習期間が短く、学生との信頼関係が構築できていない

全科ローテするとどうしても1診療科当たりの期間が短くなる
患者ICが困難

CCにおける観察評価(mini-CEXなど)の役割

教員資源の点で全ての学生に実施するのが困難

CCの評価としてのPost-CC OSCE

臨床実習の総括評価として位置づけられている

試験運営の人員確保が困難

実習中にカルテ記載を十分行っている学生はOSCE高評価の印象

学生のCBT/OSCEに対する取り組む姿勢が違うのでは？

- CBTはマッチングに関わるから頑張る
- OSCEはとりあえず合格すればよい



対応策

CCの合否

- 医療安全、個人情報にかかるアンプロは厳しく評価
- 低評価が積み上がった場合は合否を教務委員会で審議

CCの評価としてのPost-CC OSCE

- OSCEセンターの設置
- 学生教育
 - 試験後に学生に振り返りをさせる
 - 大学課題の結果を学生にフィードバックする
- 教員研修
 - Post-CC OSCEの結果を、教員の指導結果としてフィードバックする
 - 学生に不足している診療能力に評価者(=教員)が気づき次の指導に活かす

医療安全を担保したCC

- 患者ICの取得
- シミュレーション教育の充実
- 1診療科当たりの配属期間の延長
 - 実習診療科を絞る←実際は非常に困難
- 地域中小病院での中長期実習

CCにおける観察評価(mini-CEXなど)の役割

- 人的パワーの確保(教育担当教員の配置など)
- 観察評価に関するFD
- 診療科ごとに評価領域(指導する内容)を分担すれば可能かも

グループ D

◎司会 ◆発表者

No.	区分	大学名	役職	氏名	Zoom表示名
D1	国立	信州大学	医学教育部門長	◆森 淳一郎	D_森淳一郎_信州大学
D2	国立	香川大学	医学部教育センター長	横平 政直	D_横平政直_香川大学
D3	公立	大阪公立大学	医学科長	首藤 太一	D_首藤太一_大阪公立大学
D4	私立	慶應義塾大学	医学教育統轄 センター 助教	◎鳥居 暁子	D_鳥居暁子_慶應義塾大学
D5	私立	産業医科大学	医学教育改革推進 センター長	岩田 勲	D_岩田勲_産業医科大学

グループファシリテーター: 泉 美貴

D_GF_泉美貴_昭和医科大学



現状・課題

【診療参加型臨床実習】

- 共用試験後に、1－2週間毎のグループによるポリクリが始まるので、診療参加型臨床実習は短期間にとどまる。
- 全科をローテーションさせたい科(教員)が多い。
- 現場の教員が、医行為に関して理解不足、怖れがある
- 教員による教育へのモチベーションが乏しい
- 専門家が必要：現場での指導にも、カリキュラムの作成に関しても
- 患者の理解がおよんでいない(学生が医行為できることを知らない)。
- 医行為の基準(門田レポート)がC.C.の弊害になっている。

【評価】

- フィードバックの徹底が必要
- 現場の評価が必要



対応策

【診療参加型臨床実習】

- 共用試験前に、見学型臨床実習を終わらせておく必要がある.
- 全科ローテーションや、グループで廻すのは教育効果が低いので止めよう
- 現場の教員の裁量に任せて、学生の力をみて医行為を判断する.
- 教育者のモチベーションは、FD/WSを工夫する(学生, 教員, 新任・昇任要件とする, 後進への教育), ベストティーチャーに選出されたら次回のFDで講演.
- 専門家:現場での教育担当者や, プログラムを管理する医学教育
- 患者への広報を徹底する.

【評価】

- フィードバックを徹底する
- 現場での評価を導入

グループ E

◎司会 ◆発表者

No.	区分	大学名	役職	氏名	Zoom表示名
E1	国立	神戸大学	医学教育推進センター 副センター長	◆小林 成美	E_小林成美_神戸大学
E2	国立	高知大学	学務委員長	関 安孝	E_関安孝_高知大学
E3	国立	福井大学	医学部長	菊田 健一郎	E_菊田健一郎_福井大学
E4	私立	岩手医科大学	医学部長	◎下沖 収	E_下沖収_岩手医科大学
E5	私立	自治医科大学	教務委員長	今井 靖	E_今井靖_自治医科大学

グループファシリテーター：長谷川 仁志

E_GF_長谷川仁志_秋田大学



グループE テーマ1：診療参加型実習における学生評価と医行為の促進

- どのような学生が臨床実習で不合格になるのか？

〈課題と現状、対策〉

1) 出席率 8割が大部分、単科で5割（病気・メンタルなどの時）基本は必修

- ・メンタルの問題が多い 何度も休む 再実習
- ・臨床心理士も絡めて経過見る

2) アンプロについて

- ・ 今まで「アンプロを理由に不合格にしたことはない」大学が多い
今後何らかのシステムを検討している

- ・グループ計画的に休む
- ・態度不良、その都度指導している 不合格にする規定・システムがない
- ・留年しないようなサポートを強化 全寮制なのでやりやすい
- ・いくつか不合格となっている学生を、討論する 大体が、遅刻など
- ・科から アンプロ報告書提出 委員会など複数の目で認定 科目不合格と

する予定

- ・アンプロ事例、学務委員会、強く指導、イエローカード。それでも繰り返せば

不合格



グループE テーマ1：診療参加型実習における学生評価と医行為の促進

- Post-CC OSCEは臨床実習の評価にどのような役割を果たしているのか？

＜課題と現状＞

実習で課題ある学生は、いくつか落ちる可能性が高い

自学の独自課題で、実習中の取りくみを評価している（例：器具の使用法など）

全くリンクしていない＝評価していない＝OSCEのためのOSCEになっている

OSCEの直前に対策となっている

実習態度とOSCEは相関しそう、学力と態度は、別々に評価

客観試験（知識を問う試験）とOSCEは、相関していないが、OSCE悪い学生は
卒後の問題が多い

＜対策案＞臨床実習の取り組み状況をOSCEできちんと評価したい

どこの科で、その症状の鑑別を教えているのか、その確認が今後必要

実習の時に診ていないとできない課題を自学課題としている

各科ごとに、医行為を掲載。

実施した内容を学生が入力



グループE テーマ1：診療参加型実習における学生評価と医行為の促進

- 医療安全の観点から、どのようにすれば学生が臨床実習で診療にもっと参加できるか？

<課題と現状>

3年生の後半で、臨床推論等行っている／4年生OSCE前に講義している、感染、個人情報保護実技については各科任せ：全体として決める必要あり。確認するシステムがない。

シミュレーションセンター：科による温度差

タスクシフトの課題：採血、バイタルチェック、研修医でも行わなくなっている

すべての学びが医療安全なはず＝1年生からの教育が、参加型臨床実習に導くための学習になっていない。

<対策>1年生からの教育が、参加型臨床実習に導くための学習とすべき

事前のシミュレーションセンター活用 ＝ 教員が、大事な場面の多くの模擬患者になる＝経験値
各科で実施しているか確認するシステム必要

1年生からの教育を改善

地域医療学講義・実習が6年間通しで実施

タスクシフトの課題 患者さんと接する機会を増やす コロナで減少



グループE テーマ1：診療参加型実習における学生評価と医行為の促進

- 臨床実習において、診療現場における観察評価は、どのような役割を果たすか？

＜現状と課題＞

miniCEX わずかの診療科でしか、行っていない大学が多い

内科系が行っていること多いか。

態度については、教員が5段階評価

学修評価するソフトがある：コンピテンス、医行為も 一元管理

ルーブリック評価のほとんど3か4になってしまう。学生の自己評価とのずれ。

12項目 5段階評価 教員と自己評価の対比

360度評価 実際に行っている大学は少ないのでは。

＜対策＞

評価のためのFD：実習中の評価 対面＋オンデマンド 受講率を高めるために・・・。

360度評価 熱意あるOBの先生たちが、行っているが、大学や総合病院では、かなり難しい。 ⇒ アンプロのスクリーニングに有用である。

グループ F

◎司会 ◆発表者

No.	区分	大学名	役職	氏名	Zoom表示名
F1	国立	金沢大学	医学類長	◆山本 靖彦	F_山本靖彦_金沢大学
F2	国立	山梨大学	臨床研修センター 特任教授	矢ヶ崎 英晃	F_矢ヶ崎英晃_山梨大学
F3	国立	広島大学	医学部長補佐	堀江 信貴	F_堀江信貴_広島大学
F4	私立	埼玉医科大学	教授	吉益 晴夫	F_吉益晴夫_埼玉医科大学
F5	私立	北里大学	医学部・学部長	◎小川 元之	F_小川元之_北里大学

テーマリーダー/グループファシリテーター：後藤 理英子

F_GF_後藤理英子_東京医科大学



現状・課題

臨床教育の負担増加

- 臨床実習の比重が重く、高学年以外の医学生や多職種教育も担当
- 一度に10人以上の学生受け入れが必要だが、指導医のマンパワー不足
- 当直明け医師の帰宅により、学生指導が不十分になるケース

時間確保の困難さ

- 研究時間の確保がさらに困難に
- 会議が時間内に行われるため、教育時間の確保が難しい
- OSCEの土日開催が働き方改革と衝突

診療科による温度差

- 診療科ごとのマンパワー差による教育熱意の温度差
- 管理職と実際の指導者間での温度差
- 教員評価の問題で大学を離れる医師も（特に外科系）

その他の現状の課題

- 学生評価の細分化による負担
- OSCEの準備・実施による大きな負担
- JACMEの基準に合わせた教育が困難
- タスクシフトが十分できていない
- 教育時間の時間外シフトによる残業代増加

一部の改善点

- 基礎医学教員はオンデマンド授業で効率化
- 時間内会議による時間外負担減少
- 低学年教育は研修医参加で負担軽減

テーマ2：働き方改革施行後、いかに教育の時間を確保しているか グループF

令和5年度に議論した対応策は有効だったか まずはこちらの対応策を確実に実行する必要がある。

1. オンラインカンファレンス、オンデマンド教材の活用：コロナ禍で導入は進んだが、クルズスをオンデマンドに代用することに抵抗がある指導医・学生が多い。会議が時間内に行われるようになり、基礎系の教員の負担は減ったが、臨床系の教員の負担は増えている。
2. 教育専任医師の配置・増員：各診療科に教育医長を置き、月1回情報共有を実施。教育医長に他の業務の負担がいかないよう、配慮している。役職ポイントや教育時間数でのポイント付与を実施し、教育貢献を昇進に反映させる方向で議論が進んでいる。
3. カリキュラムの効率化：垂直統合は進んでいますが、水平統合は基礎教員からの抵抗があり困難な状況がある。
4. 評価の負担軽減：評価は実習期間の延長により、負担はむしろ増えている。
5. 診療時間のシフト制：診療シフト制と学生の実習時間帯の不一致を是正する予定。
6. タスクシフトの推進：教育提携医療機関を設置し、リクルート活動としても好循環を生んでいる。連携期間の指導医にも称号を付与している。屋根瓦式教育の導入により効率が向上している。

新たな対応策

教育、診療、研究のバランスをとった解決策を目指す必要がある。

医療DXの推進

自動麻酔、AI麻酔、AI退院サマリーなどの取り組みが進行中の大学も。電子カルテにAIを導入する検討中だが、若手医師の臨床能力低下が懸念され、また、電子カルテのクラウド化による研究推進も資金不足で実現できなかったなど、課題点も挙げられている。

教育の課題

OSCEや共用試験の規定見直し、JACME規定の実情に合わせた緩和が必要。大学の特徴を尊重した教育も必要と考える。

財源と人材確保

経営に迫られ、教育研究に手が回っていない現状がある。教員確保にも財源問題が影響している。研究者増加のため博士課程の授業料軽減などの工夫が必要。屋根瓦式教育の推進も重要。大学間連携によるオンデマンド教材の共有や臨床実習の連携が質の担保につながるのではないかな。

グループ G

◎司会 ◆発表者

No.	区分	大学名	役職	氏名	Zoom表示名
G1	国立	群馬大学	カリキュラム検討 委員会 委員長	和田 直樹	G_和田直樹_群馬大学
G2	国立	熊本大学	医学科長	◎中村 公俊	G_中村公俊_熊本大学
G3	国立	鹿児島大学	医歯学教育開発 センター 助教	毛利 翔悟	G_毛利翔悟_鹿児島大学
G4	私立	昭和医科大学	医学教育推進室 准教授	◆鈴木 慎太郎	G_鈴木慎太郎_昭和医科大学
G5	私立	久留米大学	医学教育研究センター 准教授	小松 誠和	G_小松誠和_久留米大学

グループファシリテーター：守屋 利佳

C_GF_守屋利佳_北里大学



現状・課題

1. 教育と診療の両立困難：

タスクシフトが進んでも教育時間は増えず、依然、特定教員に負担が集中している。

2. ICT活用の格差：

教員と学修者のICTリテラシーにギャップがあり、効果的な運用に課題がある。
オンデマンド学修の学修効果に疑問が残る。

3. FDと行動変容：

FDを実施しても、実際の教育行動やモチベーションの変化や効果検証が不十分。

4. 学生主体の学びへの転換の遅れ：

従来型の「教え込み」重視の風土が根強く、学修者が主体的に学ぶことへ教育法が浸透しにくい。

5. 新手法導入への抵抗：

教育評価やカリキュラム効率化への抵抗感が根強く、改革の進展が限定的。

* こちらのスライドは記録集（報告書）に掲載されます



対応策

1. 教育と診療の両立困難：に対して

- ・多職種への診療業務のシフト。
- ・診療のタスクシフトで浮いた時間を教育にかけける時間に向けさせる（→2.）。
- ・TAの導入・活用（→4.（医学生、大学院生））。
- ・チーム、多職種で学修者の指導を行う（ICT／情報ツールの活用も）。水平・垂直統合の促進。

2. ICT活用の格差：に対して

- ・ICTに強い教員で情報共有（医学教育に係るICTの委員会）。医学教育ICT支援要員の配備（予算の確保が必要）。
- ・学生のICTリテラシーについての認識を教員で共有。Digital Nativeの存在。
- ・ICTリテラシーを高める教育カリキュラムの作成（低学年）。
- ・医学教育学会などでの教員のICTリテラシーを高める企画の実施。生成AIの正しい利活用の教育。

3. FDと行動変容：に対して

- ・若手～中堅（助教～講師未満）の臨床系教員の興味を惹くようなFDの立案。Involvementを促進（評価、表彰制度）。
- ・FDの実施後に教員の教育行動やモチベーションの変化の有無の検証（カリキュラム評価を含む）（→5.IRとも連携）。

4. 学生主体の学びへの転換の遅れ：に対して

- ・屋根瓦教育の推進。学生の学ぶ力、教える力を信じ、高める。
- ・若手の教育業務への活用として教え方を教えるためのFDの実施。

5. 新手法導入への抵抗：に対して

- ・教育IR部門を充実させ、教育に関する説得力のあるデータ収集と解析（3.の検証にも活用）。

*こちらのスライドは
記録集（報告書）に掲載されます

グループ H

◎司会 ◆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	医学教育・国際交流 推進センター 准教授	◆村上 学	H_村上学_北海道大学
H2	国立	筑波大学	医学教育企画評価室 講師	前野 貴美	H_前野貴美_筑波大学
H3	公立	名古屋市立大学	医学・医療教育学 教授	高桑 修	H_高桑修_名古屋市立大学
H4	私立	愛知医科大学	教務部長	鈴木 耕次郎	H_鈴木耕次郎_愛知医科大学
H5	私立	川崎医科大学	医学教育センター長	◎庵谷 千恵子	H_庵谷千恵子_川崎医科大学

グループファシリテーター: 中村 真理子

H_GF_中村真理子_東京慈恵会医科大学



グループH テーマ2：働き方改革施行後、いかに教育の時間を確保しているか

現状・課題

働き方改革を行う組織の問題

→ 病院中心(大学側のどこの部署が担当する？検討する組織？)

授業のオンデマンド化 (意外にネガティブだった？)

→ 教育効果(対面を重視)

質の高い教育

オンデマンド教材の資料の作成の手間(教育に割ける時間)

教育を行う時間帯の問題

→ 教員の残業

限られた時間内での教育

教育専任医師(エフォートの可視化)

→ 研究・診療の評価と教育の評価(業績評価の可視化の問題) 大学内での統一、教育に割く思いの共有

教員個人の熱意に依存(全体からの評価)、教育分担の偏り(頑張っている教員に対する業績評価)

各診療科からのディレクター・サブディレクター(教育に対するインセンティブがつく) ディレクターの経験年数等(診療科が選定)

ある程度の立場の教員(成績の責任等の兼ね合い)現場の先生「現場責任者(監督者)」がFDに出ていただく

ライフイベントによる勤務制限がある教員の活躍(役割の変更・統制の中での教育に対するエフォート分担)

卒後の研修センターの先生方の協力、研究業績と合わせての教育の業績評価、教育に対する表彰(分野に分けて)、

教育の表彰評価方法(評価理由、評価者の目線)、診療科としてのアピールになる(項目例:患者との会話・診察・カルテ記載・医行為・フィードバックetc)

国を挙げての支援

診療参加型臨床実習

→ 学生は教員の戦力になる？どうやって実現する(FD?どのように浸透させていくか?診療科の中で中心となってくれる人材)

研修医(ポイント制、学生の教育をポイントにする?、ポイント制の評価の記録(eポートフォリオのようなICT)

初期研修の項目に必須として教育を盛り込む、

キャリア教育[屋根瓦方式]を必須にしては?自然と普通の診療¹²⁴・学生への教育となる、働き方改革・研修と教育の兼ね合い)

教育のマンパワーの問題

*** こちらのスライドは記録集(報告書)に掲載されます**



対応策

教育専任医師（エフォートの可視化）

（具体策のキーワード）

採用時の教育に関するプライオリティ・熱量（研究や診療が優先される）

→ 文科省からの提言：教育重視を押し出すorインセンティブを付ける

教育に関する評価の項目

→ 講義数・試験問題数etc分かりやすいものを多く、手のかかる学生の指導など数値化できないナラティブな部分の評価

講座としての教授の教育に対する熱心さ

（トップレベルの役職者の教育へのコミット、上の立場のリーダーシップ、教育土壌の醸成、教育に熱意のある教員の採用）

→ 文科省や厚労省からの提言：現場レベルでの若手医師（教育熱心な若手のリクルート、教育チームの育成・勉強会等）

シームレス教育を実現できるための実装

→ 厚労省からの提言：初期研修医のduty（学生教育へのコミット） 熱意のある教員のサポート体制づくり

グループ I

◎司会 ◆発表者

No.	区分	大学名	役職	氏名	Zoom表示名
I1	国立	東北大学	医学教育推進 センター 教授	田中 淳一	I_田中淳一_東北大学
I2	国立	秋田大学	微生物学講座 教授	◎海老原 敬	I_海老原敬_秋田大学
I3	国立	三重大学	教務委員長	西村 有平	I_西村有平_三重大学
I4	私立	国際医療福祉大学	医学科長	岡本 秀彦	I_岡本秀彦_国際医療福祉大学
I5	私立	聖マリアンナ医科大学	医学教育部門 准教授	◆長谷 都	I_長谷都_聖マリアンナ医科大学

テーマリーダー/グループファシリテーター: 赤池 雅史

I_GF_赤池雅史_徳島大学



現状・課題

【現状】

- ・学部でSA制度を開始(低学年は応募多い)。5年生で留学補助(10-20名)。MDPhDコース設置(他大学と連携)しているが参加者少ない。研修医時代から大学院研究可能。
- ・1年生で研究室訪問。3年生基礎修練20週。留学10-15名。6年生:臨床実習期間中に1か月研究室配属可。MDPhDコースは3年間入学者いない(キャリアパスが見えにくいのため)。研修医時代から大学院研究可能。
- ・1年生選択、3年生～4年生研究室研修長期間あり(臨床系の垂直連携プログラムを選ぶ学生が多くなり1年生へ移動)。臨床実習選択での海外留学はあるが、研究室配属ではない(学生個人で行く場合はある)。初期研修の時に大学院。
- ・研究室配属は課外活動として実施。成績上位20%の学生はオンディマンド配信視聴で可として、研究室配属の活動にあてることができる(1年間)。卒後は社会人大学院生制度で2年目の研修医が大学院へ入れるが数名程度。女性医師はライフイベントを考慮して早めに博士号を取得したい(大変だが早めに研究を行うようにしている)。
- ・4年生CBT後に研究室配属(1か月)。各教室5-6名。成果物を出す。見学のみで終わってしまう学生もいる。1-3年生においても受け入れ可能としている(4年生に繋げて論文発表に至る学生が数名)。卒後研修が忙しく大学院入学に繋がりにくい。論文博士申請が多くなっている。卒後にライフイベントがあり、専門研修とも重なるため、大学院入学が後になってしまう。

【課題】

- ・低学年では研究に興味があるが、研究活動が放課後に長時間にわたり疲弊していく。やがて臨床教育に重点が移っていく。MDPhDコースが全くメジャーではない(米国と異なる)。
- ・正課の中で研究を行うのは強味。MDPhDコースはキャリアパスが課題(学位取得後どうなるのか)。3年生基礎修練20週で成果を出す、やがて臨床実習で研究に重点が置かれなくなる。研究意欲を維持するには経済的な問題がある。
- ・研究室配属が他のカリキュラムと並行のため留学できない。特別聴講学生制度が活用できると大学間交流による活性化可能。国による研究者としての雇用支援必要(キャリアパスに繋がる)。臨床系から基礎系への派遣による交流が必要。
- ・受け入れ先が多くない。基礎医学研究室が少ない。研究は楽しいがその後どうするかが不明確(臨床研修優先になる)。ライフイベントが重い。学位とった後に輝かしい未来が必要。ハイスク・ローリターンになっている。
- ・研究室配属が短い。臨床実習のため長くできない。海外留学できる時期が限られる、提携校少ない。大学院入学が少ない。低学年での研究への興味が高学年になると疲弊していく。



対応策

【課題】学部教育で研究室配属の期間を十分に確保できない大学が多い

【対応策】

- ・基礎修練の期間の方針を国全体で明確に規定する
- ・カリキュラムにおける研究プログラムの必須化
- ・研究重視のカリキュラムも選択できるようにする(卒業はできるが医師免許は取得しない選択肢も設ける)
- ・研究室配属実施の財政支援(研究費増額)

【課題】医学生にとってキャリアパスが見えない。学位取得後の出口が見えない。研究の実態を知れば知るほど逃げてしまう。

【対応策】

- ・成功体験の発信(ライフイベントを含め)。
- ・卒後の助教ポスト確保
- ・MDPhDコースにインセンティブつける(マッチングでプラスになる等)
- ・複数の大学で研究発表会&交流(学生間の繋がりを増やす。「輪」をつくる)の開催支援

【課題】研修医におけるキャリア形成の困難さ。臨床が大変で研究に割くことができる人員が少ない。

- ・ポスト増(予算必要)
- ・様々な道があることを示す。
- ・研究と専門研修のキャリアパスを融合(トータルで短縮できるようにする)

グループ J

◎司会 ◆発表者

No.	区分	大学名	役職	氏名	Zoom表示名
J1	国立	大阪大学	情報統合医学講座 教授	服部 聡	J_服部聡_大阪大学
J2	国立	宮崎大学	感染症学講座 教授	新 竜一郎	J_新竜一郎_宮崎大学
J3	公立	札幌医科大学	医療人育成センター教育 開発研究部門 准教授	三原 弘	J_三原弘_札幌医科大学
J4	私立	日本医科大学	教務部委員会・副部長	◆荒川 亮介	J_荒川亮介_日本医科大学
J5	私立	兵庫医科大学	医学部長	◎石戸 聡	J_石戸聡_兵庫医科大学

グループファシリテーター: 椎橋 実智男

J_GF_椎橋実智男_埼玉医科大学



グループJ テーマ3：研究医養成について

現状・課題

研究医養成の枠組み	学年・期間	特徴・補足	課題・ボトルネック
<ul style="list-style-type: none"> - 3年次からMD-PhDコース - 1年次からマイルドな学生研究医コース 	3～10名／学年	<ul style="list-style-type: none"> - データサイエンス - 卒後に臨床研修→3年目から本格研究 	授業の負荷のためにMD-PhDの研究に時間を費やせない学生もおられるため、全体的に授業効率化が必要。
<ul style="list-style-type: none"> - 医学研究者育成コース(希望者) - 研究室配属(全員) 	配属:3年次10月(4週間) 育成コース:1～6年生	<ul style="list-style-type: none"> - 空き時間に研究可能 - ポスター賞あり - 配属後の差が大きい 	研究テーマ不足、基礎との連携弱い。情報共有・交流が必要。収入面も課題(専門医取得後の研究移行例あり)。
<ul style="list-style-type: none"> - MD-PhDプログラム(H17開始) 	2～3年から	<ul style="list-style-type: none"> - 約120名参加、30名修了、英語論文8報 - 基礎配属3年次(1か月) 	地方勤務と研究継続の両立が難しい。遠隔地でも継続可能な仕組み・テーマが必要(遠隔指導、ドライ研究)。
<ul style="list-style-type: none"> - MD-PhDは未設定 - 大学院進学(卒後3年目～) 	配属:3年次(8週間)	<ul style="list-style-type: none"> - 継続可(CC後も) - 少数ながら希望者あり 	研究者志望が少ない。指導体制の差・偏りあり。臨床業務過多で研究時間確保が困難。
<ul style="list-style-type: none"> - 基礎講座配属(全員) - 研究医コース(3年プレ、4年本格開始) 	2年12月(3週間) 4～6年で臨床と並行	<ul style="list-style-type: none"> - コンソーシアムで他大学と交流発表会 - 1学年4名×2(定員2名) - 卒後の大学院進学は少数 	大学院進学者が少ない。専門医取得優先、実験時間・指導医の余裕不足。基礎との共同研究体制は前向き。



グループJ テーマ3：研究医養成について

1. 基礎医学・臨床医学における対応策・必要な支援

項目	内容
① 情報共有の促進	- 各講座の研究内容を学生に周知(説明会、研究紹介パンフレット、動画等)
② 研究環境の整備	- 研究室への出入りを促す「オープンラボ制度」- 臨床実習と並行可能な柔軟な研究時間・体制の整備
③ 大学間連携と助成制度	- コンソーシアム形式での大学横断型MD-PhD支援体制- 国からの運営費交付金・助成制度による後押し
④ 学生・若手への動機付けと支援	- 学会による学生部会の設置・活動支援- 研究活動に対する明確なインセンティブと国費的支援
⑤ 臨床と研究の両立支援	- ドライ研究(プログラミング等)の導入支援- 2年次からのデータサイエンス・統計教育の必修化・オンデマンド教材提供- 臨床中の研究継続に対する奨学金やタイムシェア制度
⑥ 他大学・社会との連携	- 共同研究・学生交流型研究会の開催支援- 多大学連携による研究医育成予算の確保と運用

対応策

2. 社会医学における対応策・必要な支援

項目	内容
① 社会医学研究の意義付けと魅力の発信	- 医療経済、行動介入、COVID-19予測などの成功事例を可視化し、学生・若手に周知- 尾身先生のようなロールモデルの紹介
② 指導人材の確保と教育環境の整備	- 大学内で社会医学専門の教員を採用- 公衆衛生・臨床疫学・統計に強い他職種との連携体制
③ 学会・教育機関間の連携	- 臨床疫学学会、データサイエンス学会と臨床系学会との連携促進-
④ 教材と学習機会の提供	- データサイエンス・統計学の教材ひな形の提供- オンライン教材共有による標準化
⑤ 学生参加型の競争・評価制度	- Kaggle、ICPCのような全国規模の社会医学・データ科学コンペの開催支援- 研究成果発表の場の創出と評価制度の整備
⑥ 学際的研究のプラットフォーム構築	- 社会医学×臨床×データサイエンスの交差点における研究テーマの創出と支援

グループ K

◎司会 ◆発表者

No.	区分	大学名	役職	氏名	Zoom表示名
K1	国立	東京科学大学	医学部長	◎秋田 恵一	K_秋田恵一_東京科学大学
K2	国立	岡山大学	医学部長	和田 淳	K_和田淳_岡山大学
K3	私立	順天堂大学	院長補佐	◆安藤 美樹	K_安藤美樹_順天堂大学
K4	私立	関西医科大学	薬理学講座 教授	中邨 智之	K_中邨智之_関西医科大学

グループファシリテーター: 岸 美紀子

K_GF_岸美紀子_群馬大学



現状・課題

- ・研究医の定義について：研究の分野も基礎研究、臨床研究だけでなく橋渡し、統計、AIなど分野が多岐となった。研究医とは基礎研究医だけでなく、多様な受け止め方で研究医のあり方を考える必要がある。
- ・大学院生への経済的支援策の不足、そもそもの研究費全体の不足（院生の給料がない、TARAの給与では不足、学振PD等の枠等）。研究費全体の不足が国際的な競争において成果不足につながっている。
- ・医学科のカリキュラムが過密であり、研究室配属を含めて学生が研究に充てられる時間が不足している。指導する教員の働き方改革との両立も課題。
- ・指導教員のエフォート管理においても、研究も診療と同じく業務であるという認識が低いために、研究に対する意識や研究費配分が低く、若い人への魅力につながらない。
- ・指導教員が研究医養成や研究に尽力するためにも研究環境や研究費が必要。現在、臨床をがんばっても病院の黒字がでにくいいため、結果的に学内研究費配分や雇用削減が行われる。



対応策

- ・研究医になるまでのキャリアが多様であり長期的であることを念頭に置く必要がある。研究医養成の評価においても長期的視点をもった再定義が必要である。
- ・大学院生への経済的支援として、学振特別研究員の増員やポスドク、海外学振の増枠を行うことで、大学院生の確保につながるのではないか。
- ・教員や大学院生の研究時間、研究費の確保のために、附属病院や大学の基盤が強固である必要がある。研究費の削減や人員削減をせずに済むように附属病院と大学双方への省庁からの支援が必要。グローバルで勝ち抜くために研究費のスケールはとても重要。
- ・授業のオンデマンド化を行うことで、教員の労力と時間の確保につなげていく。コアカリや分野別評価で求められる内容だけでなく、研究に関する各種法律に基づく研修の時間も必要である。
- ・学生が研究を行う時間を確保するための、学生や個人の能力に応じたカリキュラムの自由度の許容。

グループL

◎司会 ◆発表者

No.	区 分	大 学 名	役 職	氏 名	Zoom 表 示 名
L1	国立	富山大学	医学部長	◆中川 崇	L_中川崇_富山大学
L2	国立	岐阜大学	大学院医学系研究科 教務主任	兵藤 文紀	L_兵藤文紀_岐阜大学
L3	私立	獨協医科大学	教務部長	矢澤 卓也	L_矢澤卓也_獨協医科大学
L4	私立	東京慈恵会医科大学	解剖学講座 主任教授	◎久保 健一郎	L_久保健一郎_東京慈恵会医科大学

グループファシリテーター: 伊藤 彰一

L_GF_伊藤彰一_千葉大学



グループL テーマ3：研究医養成について

現状・課題

富山大学

- 1年生:1日 研究室訪問・見学
 - 見学先は教員側が割り振る(例:臨床半日、基礎半日)
 - 入学時点では学生の研究志向は不明
- 3年生:6週 研究室配属
 - 学生の研究に必要な費用は各研究室負担
 - 医学部からの支援なし、研究推進のメリットあり
 - 研究医養成PG:学会発表、論文発表時に修了証発行
 - 修了していれば大学院早期卒業

岐阜大学

- 選択配属制度
 - 2年生の3か月間
 - 研究室に通って最後にポスター発表
- 学生研究員制度
 - 1～4年生 希望する研究室で研究実践
 - 5年生以後も研究継続は可能
 - 大学から賃金支給、研究費補助(採択制、上限あり)
 - 医学部長経費(寄附金等を原資)から支出
 - R7年度は全体で79名の学生が希望
- プロジェクト基盤型カリキュラム(PJBL) 2025/7月～
 - 3年生 毎日15時以後は研究に集中(他科目の設定なし)

獨協医科大学

- 研究室配属
 - 1～6年生(自由選択、配属先リストあり)
- 医学研究実習(必修)
 - 学生受入数に応じて支援費用を研究室に支給
 - 2年生(6週):基礎系講座に所属
 - 4年生(6週、共用試験前後):臨床系講座にも所属可能
 - 各学年終了時にPPT動画で研究報告

東京慈恵会医科大学

- 医学研究
 - 1～6年(選択科目) 各学年25名程度
 - 学会旅費支援制度、CC中4週間の研究活動、大学院授業受講可能
- Early Research Exposure (ERE)、研究室配属
 - 3年生(必修) 6週間 ⇒成果発表会、優秀者表彰
- 奨学金返済免除制度:
 - 卒業後、基礎講座で一定期間従事すると奨学金の返済が免除(6年間の授業料返済免除も可能)
- 基礎研究医育成PG(臨床研修) ※課題:キャリア形成
 - 博士課程が3年間に短縮
 - 大学院で高評価を得ると、修了後に特別枠で有給教員
- 大学院MD-PhDコース
 - 3年間の研究費助成



対応策

- 医学教育モデル・コア・カリキュラムなど公的なドキュメントに学生の十分な研究期間を明記する。(現状の記載は3か月以上)
- 分野別認証評価において研究実践の評価を更に重視する。
- 研究に関心が高い学生が継続的に研究を継続できる仕組みがあると良い。
集中的な実践と継続的な実践を組み合わせる。研究に触れる時間を多く作る。
 - 例: 15時以後は科目設定がなく、研究可能
 - 例: 一定時刻になったら臨床実習を終了して研究可能
- 医師国家試験に過度に集中しないような取り組みが必要。
 - 例: 医師国家試験対策を大学カリキュラムから切り離す。卒業試験のあり方を見直す。
- 臨床系教員(助教など)が研究実施・指導をできていないという課題を解決する。(理由: 卒業後の診療負担が大きい)
 - 例: 医学部卒業生が大学で働く(活躍できる)ような仕組みを作る。
 - 例: 実地医家が週1回大学で研究実践・支援など(いわゆる研究日)
 - 例: 大学とその他機関(公立機関に限らない)のクロスアポイント制度
 - 例: 研究を職務(Duty)として設定する。
- 基礎系教員の教育エフォートが大きいという課題を解決する。
- 長期的な研究者雇用を可能にする。

グループ M

◎司会 ◆発表者

グループM					
No.	区分	大学名	役職	氏名	Zoom表示名
M1	国立	鳥取大学	副医学部長	飯野 守男	M_飯野守男_鳥取大学
M2	国立	長崎大学	医学部長	◎池松 和哉	M_池松和哉_長崎大学
M3	公立	奈良県立医科大学	医学科長	伊藤 利洋	M_伊藤利洋_奈良県立医科大学
M4	私立	藤田医科大学	医学部 教務委員長	高橋 和男	M_高橋和男_藤田医科大学
M5	その他	防衛医科大学校	医学教育研修センター 医学教育開発官	◆角田 正史	M_角田正史_防衛医科大学校
テーマリーダー：山口 久美子					M_GF_山口久美子_東京科学大学



現状・課題

1) 経済的不安

現状、多くの大学では、

- ・学生から若手医師に至るまでの研究に魅力を感じるようなサポートの不足
 - ・大学院における費用負担
 - ・将来のポジションに対する不安
- から、研究に進むことにためらいがある。

2) キャリア形成に関する本人の不安

- ・現状の研究室運営の状況下の基礎系教員が「憧れ」になっているか
- ・研究医を選んだら縛られるのではないかなどの不安がある。



対応策

1) 経済的不安

グッドプラクティス：奈良県立医科大学を参考に

- ・入学時から助教までシームレスにサポート
- ・返還が不要ない奨学金
- ・研究教員のポジション
 - 学生が論文発表などの実績があがり、
研究を目指す学生・卒業生が増えてきた。

研究支援者の人員不足（パーマネントのポジションを付けてもらう必要）

2) キャリア形成に関する本人の不安

- ・中高生、一般枠学生に対して研究医のキャリアをアピールすることが有用
- ・医師と研究者を両立するキャリア、留学などの多彩なキャリアを見せる

* こちらのスライドは記録集（報告書）に掲載されます

グループ N

◎司会 ◆発表者

No.	区 分	大 学 名	役 職	氏 名	Zoom 表 示 名
N1	国立	旭川医科大学	学長	西川 祐司	N_西川祐司_旭川医科大学
N2	国立	弘前大学	学務委員長	富田 泰史	N_富田泰史_弘前大学
N3	国立	名古屋大学	地域医療教育学 講座 特任講師	高橋 徳幸	N_高橋徳幸_名古屋大学
N4	国立	山口大学	学部長	◎田邊 剛	N_田邊剛_山口大学
N5	私立	東邦大学	副医学部長	◆三上 哲夫	N_三上哲夫_東邦大学

テーマリーダー/グループファシリテーター: 高村 昭輝

N_GF_高村昭輝_富山大学



現状・課題

対応策

- 都道府県が求める地域定着につながる卒前教育とは、どのようなものか？
- 地域枠学生の生涯学習とキャリア形成支援に大学がどう関与できるか？

地域枠学生の学力の懸念...

- 教員の感覚では下がった？と思っていたが、追跡してみると留年率や国家試験はそんなに下がっていない？深い考察ができるかという観点では少し低下している？（入学後の学力懸念はなさそう）
- 地域枠に県内枠、県外枠があり、その比較検討はないが、今のところの印象では学力差はない。県外の人はいまでは離脱が多かったが、それも減ってきている。そもそものベースとなる人口減が著しいので入学してくる優秀な学生の数そのものが減っていく...懸念はあるが、今のところは大丈夫...かな。昔は考えられなかったかもしれないが、メンタル面のサポート、学力維持に向けてのサポートを入学後に...と考えている。（入学後の様々なサポートが重要）
- 地域によっては応募者数が減ってきていて、今後、必然的に学力が下がってきてくる可能性が高いので県外にも応募者を募る方向で考え始めている。（母体となる地域の人口減が（入試の）倍率低下に繋がってきている）
- 地域枠学生の入学者の中でも学力のばらつきは大きくなっているかもしれない。優秀な人材をどのように集めていくのか...が課題であろうと思われる。県外からの応募について離脱の懸念から、当該県に所縁のある学生を応募の要件にしている。過去には後期日程入試を地域枠にしていたが、後期日程受験者の背景から地域医療貢献に対するモチベーションの兼ね合いから地域枠入試枠を前期に変更した。（入試制度に関して選抜方法を考慮していく）



テーマ4：地域卒教育の実際

- 都道府県が求める地域定着につながる卒前教育とは、どのようなものか？
- 地域卒学生の生涯学習とキャリア形成支援に大学がどう関与できるか？

義務年限中、義務年限終了後にも地域に残ってもらうために

- 離脱率は数パーセント...離脱する気持ちになった人を引き戻すのは難しい。医局の所属してもらうことで医局の人事で外に行けるようにする...離脱する気持ちにならないように...大学全体として地域卒卒業生のサポートしていく...マルチタスクをこなせる（総合的に診る視点の涵養）医師の育成を考える。
- 離脱理由に関しては結婚（ライフイベント）とメンタル不調が多い印象。離脱は厚労省、専門医機構の声明から減っている。そのあたりの公の団体からの声明は助かっている。
- 地域の関連病院に他の大学からの人事で来られている医師からの県外への勧誘することも実は大きな問題。
- 卒後のキャリアに関する情報提供、それらに関わる人たちとの交流を大学として促進することでそこに残ることのメリットをしっかりと提供する。
- 自分が地域卒であるというアイデンティティを持たせる。大学はあなたたちをちゃんと見放さず見ています...見守り感をしっかりと伝える。
- 大学の中に行政と密接に連絡を取る部門を設置して行政と協働して残していくことが重要。
- 地域卒学生に特別期待されている感を実感してもらう（知事からの激励など）
- 今後の医学部の定員削減がされていく可能性があり、その場合に恒久定員枠内になるのか、その場合に人口も考えて、一律削減とならないようにはしてほしい。
- 卒業生の診療科選択に定員（シーリング：地域医療の診療科偏在対策）を設けるのか...強制ではなく、推奨診療科のようなものを地域卒学生に提示してはどうか？

グループ O

◎司会 ◆発表者

No.	区 分	大 学 名	役 職	氏 名	Zoom 表 示 名
O1	国立	千葉大学	地域医療教育学 特任教授	◆鋪野 紀好	O_鋪野紀好_千葉大学
O2	国立	浜松医科大学	副学長	岩下 寿秀	O_岩下寿秀_浜松医科大学
O3	国立	島根大学	医学部長	石原 俊治	O_石原俊治_島根大学
O4	国立	佐賀大学	副医学部長	小田 康友	O_小田康友_佐賀大学
O5	私立	大阪医科薬科大学	医学教育センター 副センター長	◎森 龍彦	O_森龍彦_大阪医科薬科大学

グループファシリテーター: 菊川 誠

144

O_GF_菊川誠_九州大学



グループO テーマ4：地域枠教育の実際

現状・課題

【問い】都道府県が求める地域定着につながる卒前教育とは、どのようなものか？

- 1) 千葉県は医師偏在が顕著である背景がある中、地域枠は20名採用しているが、卒業後のフォローアップをどのように行うかが今後の課題である。
(千葉大学)
- 2) 島根大学では22名（10名恒常枠12名臨時枠）を採用している。地域医療支援学講座が中心となりフォローしている。しまね地域医療支援センターが大学と連携して市中で勤務する医師のフォローも実施している（島根大学）
- 3) 地域医療支援学講座では地域医実習を行い、6年間のうち1回は実習を必須としている（島根大学）
- 4) 地域枠学生限定で、講義・講演を1年～4年（キャリア、医師からの話）を行うが、全体の学生に対しても地域医療講義を実施（浜松医科大学）
- 5) 地域枠学生へ限定での講義・実習を行うことにはとメリット・デメリットがあるかもしれない。限定講義は、“特別な”ものとして捉えられる一方、“課せられている”と捉えられるかもしれない。1年次の全体講義を地域枠限定から学年全体に変更したことで地域が重視されているというポジティブな反応があった。（千葉大学）
- 5) 佐賀県推薦は9年間の義務年限（定員4名）を実施しており、医師育成定着支援センターが綿密に支援している。学校推薦は2年間の義務年限（定員18名）であるが、今まは支援薄く、支援強化をはかっている。佐賀県推薦については、学校推薦を今後増やす方向で検討している。専門科指定あったが、勤務地指定は運用していなかったため、勤務地指定を行う方向で検討している。（佐賀大学）
- 6) 島根県から入学者は地域枠より少ない。地域枠を確保できるようにしている。（島根大学）
- 7) 地域枠の入学時と卒業時の成績について
 - ・前提として、地域枠の入試、推薦入試、奨学金の有無の違いがある。
 - ・入試時学力は後期試験＞前期試験＞推薦（奨学金なし）＞推薦（奨学金あり）の順であったが、入学後の学力には差はなかった。
 - ・入学後の学力については、その後の教育で差がなくなる、あるいは潜在的な伸びしろがある学生が、入学後に成績が伸びている印象がある。
- 8) 地域枠目指す学生が減少している印象がある。義務年限が付帯されるためか。学生が減少すると医師偏在解消に問題が生じる（島根大学）
- 9) 地域枠以外の学生にも地域医療実習を実施している。全体の60%は臨床研修医として県内に定着している。（島根大学）
- 10) 同じ入試制度で運用しているが、地域枠合格者数の減少に伴い、地域枠の定員が15名から9名に削減となってしまった。（浜松医科大学）
- 11) 地域枠医療枠学生以外にも新規に実習を導入することを検討している。（浜松医科大学）
- 12) 県外出身者も地域枠として入学可能としている。（島根大学、千葉¹⁴⁵）

*こちらのスライドは記録集（報告書）に掲載されます



グループO テーマ4：地域枠教育の実践

対応策

- 1) つながりがあることで県内に定着する学生がいるのではないかと。1年次からStudent Researcherを導入し、30名応募あり学生からのニーズもある。県内出身以外でも有効かもしれない。また、Students as teacherも有効かもしれない。地域枠だけが地域定着策ではないかもしれない。（佐賀大学）
- 2) 教育環境整備を整えるために「地域病院アテンディング」のシステムを導入している（グッドプラクティス参照）。週1日に大学FD（対面、オンライン）に参加し、教育能力の向上や教育環境の整備を行い、地域病院の魅力を高め、地域の病院でも人が集まるようにしている。論文としてもエビデンスでまとめている。他県からのUターンにも期待。（千葉大学）
- 3) 地域での教育担当者は、その施設におけるステークホルダー（院長など）と交渉が重要となる。地域病院アテンディングの開始時に、どの施設からリクルートをするか議論した。自治医科大学の卒業生も参画している。（千葉大学）
- 4) 地域医療支援学講座を中心に将来キャリアにむけたのメンタリングによるキャリア形成を支援している。（島根大学）
- 5) キャリア止める要因はないが、残らない原因には、地域での教育能力不足があるかもしれない。大学改革も必要。教育者養成リカレント教育は重要である。

【提言】（現在、試行中のものも含む）

- 1) 地域枠志向を高める教育環境の整備は、地域枠に限らず一般枠の学生にも重要になる。Student researcherやStudent teacherの活用はどうか。
- 2) 地域医療に関わる講座やセンターが、卒前教育から卒後教育まで、地域枠という枠組みに留まらず、地域医療で学ぶ機会を増やすのはどうか。
- 3) 地域診療教育システム開発センターの設置により、卒前から卒後までシームレスな地域医療教育を提供するとともに、地域で指導する医師のリカレント教育の充実するのはどうか。
- 4) 地域の現場で教育力という魅力を持ち、人材を惹きつける力を養成するための仕組みづくりをしていくのはどうか。
- 5) 臨床実習コーディネーターの養成により、臨床研修医の数の増加、さらに現場での教員定着につなげるのはどうか。
- 6) 病院の意思決定を行うステークホルダーとのビジョン共有を行うのはどうか。それができる支援と能力開発をするのはどうか。
- 7) 地域医療教育に関する外部資金を確保することは重要になるのか¹⁴はないか。

* こちらのスライドは記録集（報告書）に掲載されます

グループ P

◎司会 ◆発表者

No.	区分	大学名	役職	氏名	Zoom表示名
P1	国立	山形大学	医学部副学部長	◎浅尾 裕信	P_浅尾裕信_山形大学
P2	国立	愛媛大学	医学科教務委員長	◆増本 純也	P_増本純也_愛媛大学
P3	国立	琉球大学	医学科教務委員長	二宮 賢司	P_二宮賢司_琉球大学
P4	公立	和歌山県立医科大学	教育研究開発センター長	村田 顕也	P_村田顕也_和歌山県立医科大学
P5	私立	福岡大学	医学部医学教育推進講座	北島 研	P_北島研_福岡大学

グループファシリテーター: 荒木 信之



現状・課題

- ・地域定着に繋がる卒前教育は？
- ・キャリア形成支援に大学がどう関与できるか？

【卒前】

＜地域枠の現状＞

山形大学：16年前から地域枠制度開始、現在は前期8名（臨時定員）、学校推薦型5名。偏在が大きいので、来年度から学校選抜型を5名増員し、18名とする予定。

愛媛大学：平成21年に恒久定員5名（骨太2008）+臨時増員5名、その後、7名、3名と増員し、20名を学校推薦型選抜型2という形で県のからの奨学金を受けることを前提に実施。平成4年に後期日程入試（定員25名）を廃止したのを契機に、総合型選抜10名を恒久定員から移行し、愛媛県内の高校を卒業した方を10名、合計30名。

琉球大学：2009年から開始、恒久定員は5名、学校推薦型、臨時17名、いわゆる地域枠が14名、3名が沖縄北部、恒久と併せて22名。通信制高校沖縄にある

和歌山県立医大：県民医療枠20名（全国公募）、県民医療枠は診療科未定のA枠（15名程度）、産科に進むB枠（3名以内）産科・小児・精神科を選ぶC枠（2名程度）B,C枠は奨学金貸与。地域医療枠10名（臨時定員。県内での募集、県の奨学金貸与）

福岡大学：一浪まで、学校長の推薦が必要、山口県内、地域に貢献したい、初期の3年間、後期の3年間働く、福岡に近い居住者、テストも減免されている、科学系科目の試験がない。合計10名定員で10倍程度の倍率。入学後の留年が多い。一般枠の2倍くらい留年。

＜定着＞

山形大学：脱落者現在なし

愛媛大学：通算1名。最近100%定着

琉球大学：1割程度離脱。ペナルティは奨学金の返還免除がなくなる

和歌山：1ヶ台の義務期間猶予者

福岡大学：離脱は少ない、留年が1割程度、放校も数名いる、卒後の縛りがあるのは入学して5年目でまだこれから。それ以前のものは4-5割が離脱。



＜卒前教育で行っていること＞

山形大学: クリニカルクラークシップで県内各病院を回ることが出来る。県内出身者を取っている。地域枠以外の学生にも県内に残って欲しい。地域の病院、医師とのつながりを大事にすることが定着に繋がる。

愛媛大学: 入学者が県内の人に限っている。アドバンスCCで県内の医療施設に協力してもらっていて、マッチングも県内が多い。早期医療体験実習も行っている。中山間地域に早い内からいってもらって地域枠は地域の現状を知ってもらう。看護の学生とチームで行く地域医療看護実習は一般枠からも希望者は参加可能、地域枠は必修。アドバンスCCは13施設程度、地域看護実習は南予の5地区。

琉球大学: カリキュラム外で、モチベーション維持のため定期的な面談を行っている。プライマリケア研修1-3年次、離島病院実習をしている。カリキュラム内でも差がある。面談は指導教員とは別に、地域医療支援センターの医師が行っている。

和歌山県立医大: 地域医療支援センターが1-4年の県民枠と地域枠学生が参加する地域マインドの講義(GW)を実施。高知大学、三重大学との黒潮医療人プロジェクトにも参加するように勧めている。県民枠・地域枠学生30人を対象に夏季実習も行っている。

福岡大学: 地域枠、地域医療体験実習で離島実習をしてもらう。長崎大学の離島医療研究所と連携、3年生で離島を体験してもらう。モバイル診療体験、保険システムを経験。面談は今のところ一般枠と同じ様に行っていて地域枠だけは行っていない。

地域医療支援センターの医師による面談は一定の効果を上げていると思うが、離脱率が高いためそれだけではダメなのかもしれない。悩みとして沖縄には残ってくれることが多いが、大学の医局に残ってくれない。



【卒後】

＜卒後の就職先＞

愛媛大学では、地域枠は大学に残ってもらうことを想定していない。

山形大学：初期臨床研修の2年間は大学に残ることが義務（令和3年度以降は義務ではなくなった）。その後は医局からの派遣として県内の病院で勤めることもある。50%程度、残る50%は県の指示で勤める。

琉球大学：地域枠の縛りとして返還免除は県の予算。卒後の勤め先は県立病院が主体。大学は決められない。

和歌山県立医大：地域医療枠（奨学金あり）は、大学での初期研修後、僻地医療病院に7年間（内2年は大学）。県民医療枠は3年目以降は、各医局に所属し県内の公的医療機関に所属（内2年は大学）、医局人事で動く。

福岡大学：県民医療枠に近く、給付金もなく県の縛りもない。大学離れが多いため残すのが目的。大学に残るのが条件になったのはここ5年、それ以前は4-5割しか大学にのこらない。研修医から福岡大学に入ってくれた人は残留率が高い。医師偏在は少ないが、診療科偏在、外科系の少なさなどは問題。医局の熱意が募集に反映されている印象が強い。

内科の研修プログラム、医師過剰としてシーリング、機構から地域枠を5名採用せよという指示あり。研修プログラムの半分を福岡以外で行うように。研修の中での地域枠という意味での課題。

→別の決められた地域で実習することは？

→愛媛での実習も依頼して一部実現している

産科枠：できてまだ3年目。入学時に診療科まで決められるのか議論があった。学生の質は幸い悪くない、いい学生が入ってくれた。

募集も3名以内だがアプライは多い。

琉球大学地域枠の中で、さらに地域を限定する枠がある。本島の中でも北部、離島出身者に医師になってもらわないと定着が難しいということで作った枠。やる気や学力は人それぞれ、一様に悪いという事はない。



＜専門研修との両立＞

和歌山県立医大：地域枠、県民枠とも3-5年目地域の病院、その後2年で大学に全員戻り、その後また地域に戻る。大学の2年間も義務履行期間。遠隔システムで地域と繋がっているが、それだけではキャリア支援が難しい。

山形大学：大学に戻って専門研修を行う期間が認められている。地域枠を作ったときに山形県との協議を行い、初期研修は大学で行うことで県に納得してもらった。

愛媛大学：大学院に入ると、義務年限履行が止まってしまう。

琉球大学：大学に戻すことをどうやって可能にしているか。

＜卒後のフォロー＞

山形大学：年に1回電話で確認、卒後臨床研修センターから連絡していると思われる。同窓会での把握。

愛媛大学：愛媛県がフォロー、義務年限後は自由。

琉球大学：臨床研修病院、領域、学位取得状況把握している、大学の事務が担当、アンケートで情報収集している。実態を把握できる程度には回収。

福岡大学：同窓会から同窓会報。同窓会事務局が卒後追いかけてくれている。アンケートは1割くらいの回収率。JACMEからの呼びかけもあり早くからの呼びかけが大事。

和歌山県立医大：県と連携して地域医療支援センターで地域医療枠は把握、県民枠は医局が把握。義務年限履行後も地域医療支援センターが把握している。義務年限履行後は70%程度の定着率。名簿は個人情報の関係でなかなか教えてもらえない。

義務年限履行後のフォローは医局に入ってもらえないと大学としてはなかなか難しい。



現状・課題まとめ

(卒前)

- 地域枠のシステム自体が非常に多様でありシステムにより一長一短
修学資金の有無、診療科の縛り、大学病院での研修を義務年限に含めるか、
など
- 卒前の教育も大学により様々で何が効果的か短期的には判断が難しい

(卒後)

- 卒後の離脱率は地域枠のシステムにより差がある
- 卒後のフォローは一度離れてしまうとリーチが難しい
- 大学に残ってもらいたいが、義務年限履行との両立が難しい



対応策

<対策>

(卒前)

- アドバンスドクリニカルクラークシップで県内の各病院を回ることが出来るシステム
- 県内出身者
- メンターによる面談
- 低学年の早期地域医療体験
- 山間部、離島での実習
- 他県と連携した地域体験
- 多職種合同の地域医療実習

(卒後)

- 卒後のフォローは卒前から関係性を作っておく
- 地域枠制度作成時に県と折衝(大学での研修も義務年限として認めてもらうなど)
- 県・医局とタイアップしたキャリア支援