

第2章 調査実施報告

A. 国内調査報告

令和7年度の国内調査では、地域医療、外科、産科婦人科における診療参加型臨床実習の優れた取組を調査研究した。

I. 地域医療臨床実習

1) 札幌医科大学における臨床実習

札幌医科大学では、北海道という広大な地域における医療を支える人材を養成するべく、「地域包括型診療参加臨床実習」を実施している。その内容と、成果についての調査研究を行った。

① 調査方法（ヒアリング、シラバス、医学部ウェブサイト参照）

② 調査場所：札幌医大医療人育成センター

③ 調査日時

2025年6月30日（月）14:30～16:30

2025年7月1日（火）13:00～15:00

④ 面談者

山下敏彦 学長（6月30日）

斎藤 豪 医学部長（6月30日）

杉村政樹 教授（7月1日）

相馬 仁 名誉教授（6月30日）

三原 弘 准教授（6月30日、7月1日）

長南行浩 助教（6月30日、7月1日）

磯山響子 助教（7月1日）

⑤ 訪問調査担当者

奈良信雄（日本医学教育評価機構）

⑥ 調査内容

i) 学生数 115名（研究配属 1～4年生まで研究機会あり）

ii) 臨床研修

北海道内出身学生が多く、初期研修医も専攻医も北海道内に残る者が多い。

ただし、広大な土地ゆえに医師偏在など地域医療の課題がある。

iii) 地域包括型診療参加臨床実習のあゆみ

2005年から医学、看護学、理学療法、作業療法の多職種連携教育（IPE）を開始。

講義・演習と地域滞在実習を行い、地域の医療・福祉に学生が触れる機会を設ける。

道東（別海町、中標津町、釧路市、根室市）

道北（留萌市、羽幌町、利尻富士町、利尻町）

iv) 臨床実習シラバス

《令和2年度以降入学者適用カリキュラム》

第4学年後期から開始する「臨床実習」は、近年の医療の高度化・複雑化によって、医師が修得すべき知識・技能が増加していることや、高齢化・疾病構造の変化・医師患者関係の変化等に伴い、患者や他の医療者とのコミュニケーション等を含むプロフェッショナリズム教育の重要性が増していることなどから、医学生が実際の診療に「参加」し、卒前・卒後の医師養成を、医療現場を中心として一貫して行う必要性が認識されてきていることを受けて、第6学年まで一貫した「臨床実習」を行うこととする。一貫した「臨床実習」では、医師として基本的な臨床能力を確実に習得しながら、前半（第4学年～第5学年）、後半（第5学年～第6学年）それぞれ、8つのユニットと4診療科の選択実習を行い、知識・技能・態度のステップアップをはかる。なお、第6学年では、4週間、「地域包括型診療参加臨床実習」として、地域に出向いた臨床実習を行い、北海道の地域特性を踏まえた実地修練を行う。

臨床実習の期間（予定）

R 6 第 4 学 年	第4学年 (必修)	2024年12月2日(月)～2025年3月7日(金) 合計12週	1週あたり 30時間 ^{注)}
	第5学年 (必修)	2025年4月7日(月)～2025年10月10日(金) 2025年10月27日(月)～2026年3月6日(金) 合計40週	
	第6学年 (必修)	2026年4月6日(月)～2026年8月28日(金) 合計20週	
R 6 第 5 学 年	第5学年 (必修)	2024年4月8日(月)～2024年10月11日(金) 2024年10月28日(月)～2025年3月7日(金) 合計40週	
	第6学年 (必修)	2025年4月7日(月)～2025年9月12日(金) 合計20週	

注) 臨床実習という特性上、基準とする時間にとらわれずに各科指導教員の指示により実習を行うことがあるので留意すること。

また、診療科によって、時間外にカンファレンスや抄読会などが行なわれるが、積極的に参加する姿勢が望まれる。

【第4学年～第6学年（必修実習）】

診療科等を16のユニットに分け（ユニット制）、全学生が全てのユニットを各4週間でローテートする。第6学年では1ユニットとして地域包括型診療参加臨床実習を実施する。前半及び後半のユニット終了後にはそれぞれ選択実習期間を設け、各個人の進みたい分野等を選択する。

[前半（第4学年後期～第5学年前期）]

ユニット1：消化器内科学講座(4週)

ユニット2：循環器・腎臓・代謝内分泌内科学講座(4週)

ユニット3：呼吸器・アレルギー内科学講座(4週)

ユニット4：腫瘍内科学講座、血液内科学(4週)

ユニット5：小児科学講座(4週)

ユニット6：神経精神医学講座(4週)

ユニット7：神経内科学講座(2週)、免疫・リウマチ内科学(1週)、リハビリテーション医学講座(1週)

ユニット8：放射線医学講座(1週)、放射線診断学(1週)、病理診断学(1週)、感染制御・臨床検査医学講座(1週)

選択実習Ⅰ：ユニット1～8及び法医学講座から選択(1科×2週)

選択実習Ⅱ：ユニット1～8及び法医学講座から選択(1科×2週)

[後半(第5学年後期～第6学年前期)]

ユニット9：消化器・総合、乳腺・内分泌外科学講座(4週)

ユニット10：心臓血管外科学講座(1週)、呼吸器外科学(1週)、泌尿器科学講座(1週)、口腔外科学講座(1週)

ユニット11：産婦人科学講座(4週)

ユニット12：脳神経外科学講座(2週)、整形外科科学講座(2週)

ユニット13：耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座(1週)、眼科学講座(1週)、皮膚科学講座(1週)、形成外科学講座(1週)

ユニット14：救急医学講座(2週)、集中治療医学(1週)、麻酔科学講座(1週)

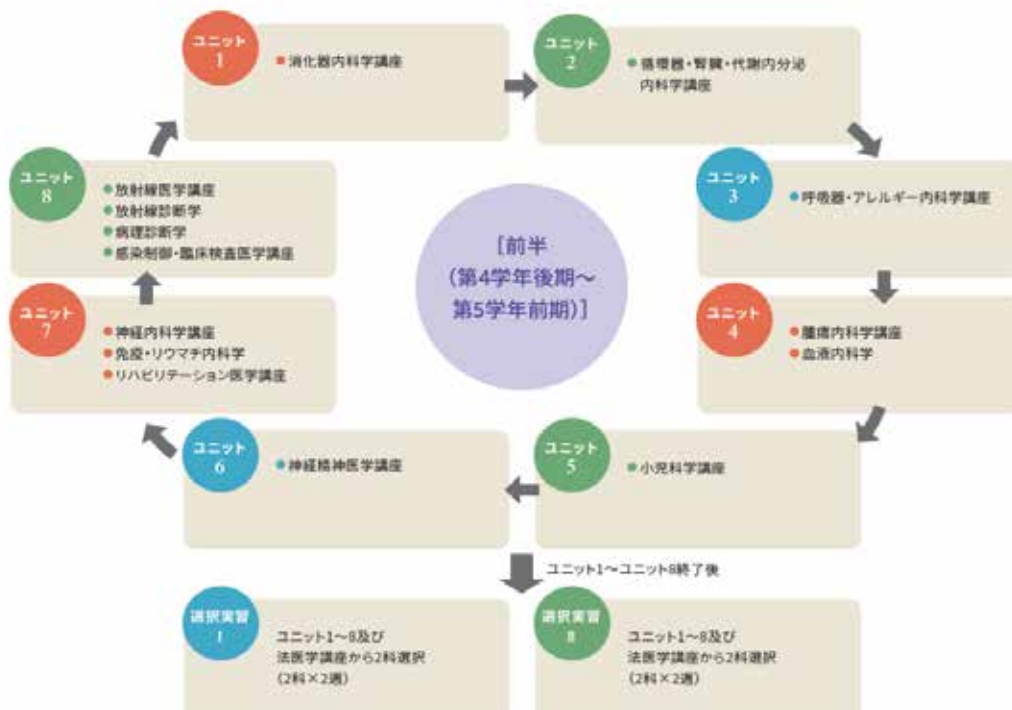
ユニット15：総合診療医学講座(4週)

ユニット16：地域包括型診療参加臨床実習(4週)

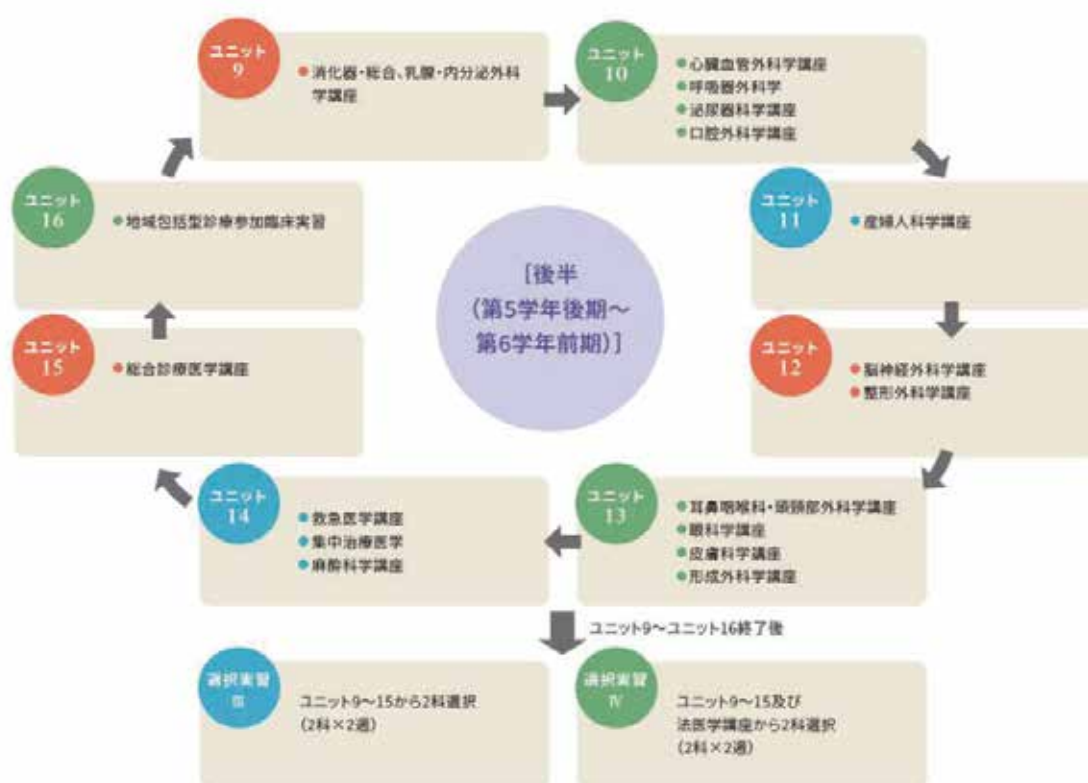
選択実習Ⅲ：ユニット9～15から選択(1科×2週)

選択実習Ⅳ：ユニット9～15及び法医学講座から選択(1科×2週)

[臨床実習前半(第4学年後期～第5学年前期)]



[臨床実習後半（第5学年後期～第6学年前期）]



v) 地域包括型診療参加臨床実習の概要

22の地域基幹病院（令和7年度から24病院）に4週間滞在し、医療チームの一員として診療業務を分担する。初期臨床研修医に近づいた内容での実習を行い、臨床現場に即した基本的診療能力（臨床推論・対応能力）を養うことを目的とする。

地域包括型診療参加臨床実習の4大特色

(1) 臨床思考力向上：医療チームの一員として診療参加

- ・従来の見学型から医療チームの一員として、回診・検査・処置・治療において役割を持ってチーム診療に参加する。
- ・大学病院では経験しにくい common diseases に対する臨床推論・対応力を身につける。
- ・実習協力病院に4週間滞在し、外来→入院→退院の一連の症例経過を他の診療科と連携しながら経験する。
- ・チーム医療の中で、コミュニケーション能力を涵養する。

- (2) プレゼンテーション能力向上：学生症例発表会（ICT 連動型教育）
- ・チーム医療に必要なプレゼンテーション能力を涵養する。
 - ・担当した患者の症例発表を行い、学生が帰学した後の患者の経過についても追跡する。
 - ・学生が修得した様々な知識・スキルを学生間で共有する。
- (3) 地域医療のしくみを実感：サテライト施設における地域密着型実習
- ・サテライト施設で地域における医療・保健・福祉・行政のしくみを学修する。
 - ・多職種との連携・協働の実践を通して学修する。
- (4) 大学と実習病院の協働による充実した指導体制
- ・指導医、後期研修医、初期研修医による屋根瓦式の教育体制で学生を確実にサポートする。



- ・大学から教員を定期的に視察派遣し、実習内容を調整し、改善する。
- ・救急医療（夜間含む）、ドクターヘリ搭乗などの実習も可能である。

⑥ 調査内容

i) 病院概要

病床数：378床（急性期一般病棟 155床、地域包括ケア病棟 53床、回復期リハビリテーション病棟 50床、重症心身障がい児（者）病棟 120床）
 診療科：内科、消化器内科、循環器内科、脳神経内科、外科、消化器外科、整形外科、泌尿器科、人工透析内科、放射線科、リハビリテーション科、緩和ケア内科、精神科、腫瘍精神科、麻酔科、小児科
 職員数： 676名(令和7年4月1日現在)



ii) 臨床研修

令和7年度から臨床研修基幹病院になった。（以前は協力型病院）

・臨床研修の理念

済生会理念「施薬救療の精神」に基づき、当院の理念・基本方針のもと医師としての豊かな人格を育み、基本的な診療能力を習得することを目的とする。

・臨床研修プログラム

プライマリ・ケア診療、救急医療、地域医療に加え各専門科の基本習得を目指す。急性期から回復期まで多様で豊富な症例を経験する。人の尊厳を守り、医療の提供と公衆衛生の向上に寄与する職業の重大性を認識し、医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）と医師としての使命の遂行に必要な基本的診療業務が出来るレベルの資質・能力をつける。

●研修の時間割（例）

1年目	24週	4週	4週	4週	4週	12週	計
	内科	外科 4週	※小児科	※産婦人科	※精神科	※救急部門	
2年目	4週	48週					計
	地域医療	自由選択					

☆全国済生会学会・総会時の済生会初期研修合同研修セミナーへ参加を推奨。

- ・受け入れ研修医数
 - 初期研修 2名
 - 出身校 札幌医大
 - 協力型のときには、札幌医大、旭川医大などから臨床研修医を受入れていた。
- ・後期研修
 - かつて内科専攻医3年間研修を経て常勤医になった者がいる。
 - 直近の10年ほど、大阪大学から一年単位で研修に来ている。
- ・研修期間
 - 初期研修2年間
- iii) 臨床実習
 - ・受け入れ学生
 - 6学年 1名
 - 所属校 札幌医大
 - これまでの実習先病院、診療科：
 - 札幌医大
 - 帯広厚生病院 精神科 2週間
 - 釧路総合病院 産婦人科 2週間（分娩見学、帝王切開見学）
 - 函館五稜郭病院 総合診療実習 4週間
 - （外来では医療面接、身体診察、処置、患者受け持ちあり）
 - 済生会小樽病院での臨床実習期間：4週間
 - 学生数：年間のべ人数
 - 2016年は5名いたが、年によって区々
 - 受け持ち患者／学生：
 - とくに受け持ち患者はおらず、整形外科の外来患者、手術を見学
 - 毎日の学生の実習スケジュール：
 - 水、木：8:20～カンファレンス
 - 現在までに発表はなかったが、来週からは発表あり
 - 月、火、金：9:00～17:20 外来診療
 - 20名ほどの患者
 - （必ずしも診療参加型ではなく、見学型）
 - ・実習内容
 - 外来診療見学：
 - 約20名の患者の診療を見学
 - 医療面接は行わず、神経診察、診察を見学
 - 可動域測定などの診察
 - 手術見学：2～3件／日 10件程度／週程度

- ・医行為の内容
 - 手術介助、局所麻酔、縫合、吸引、体位変換、レントゲン撮影介助
- ・指導者
 - (整形外科の場合)
 - 医療チームの屋根瓦式
 - (名誉院長)
 - 院長
 - 診療部長
 - 医長 2名
 - 専攻医 2名
 - 臨床研修医 ー 学生
- ・実習の評価
 - 実習終了時に札幌医大の共通評価シートを用いて評価
 - 形成的評価はあまり実施されていない。
- ・学生の情報源
 - 教科書(病気がみえる、イヤernote)
 - UpToDate[®]は使っていない
 - DynaMed[®]は使っている。
- iv) 臨床実習と臨床研修のつながり
 - ・学生の満足度
 - 学生の満足度は高い。
 - 整形外科を志望しており、実臨床に即した実習が有用。
 - ・学生の実習での修得度
 - 整形外科の臨床内容が把握できる。
 - ・実習を受けた学生の臨床研修への参加
 - 松山君は整形外科希望で卒後も整形外科に進みたいとのこと。
- v) 臨床実習指導体制(指導医の養成法など)
 - ・FD
 - 臨床研修指導医 WS(札幌医大、北海道医師会主催の WS に参加)
 - 学生実習のためだけの講習会はない
 - ・指導医の負担感
 - 学生には手伝いをしてもらっているので、負担感は感じない。
 - 医師の働き方改革の影響もない。
- vi) 地域医療教育の実状
 - ・北海道の地域性から、地域医療に貢献する研修医、学生を育成しやすい。
 - 教育を受けた学生、研修医の多くは北海道に残る。

⑦ 臨床研修、臨床実習指導における課題

患者は協力的で、臨床実習学生に対する患者からのクレームはなく、臨床研修および臨床実習の実施における課題は特にはない。

3) JR 札幌病院における臨床実習

札幌医科大学が実施している「地域包括診療参加型臨床実習」の一環として実施されている臨床実習の現状と、学生の満足度を調査した。

① 調査方法（ヒアリング、病院ウェブサイト参照）

② 調査場所：JR 札幌病院会議室、外来診療室

③ 調査日時:2025 年 7 月 1 日（火）10:00～11:30

④ 面談者

院長 四十坊典晴 医師（呼吸器内科）

臨床研修担当（副院長） 吉田英昭 医師（腎臓内科）

呼吸内科 亀田優美 医師

実習学生 佐藤君（札幌医大 6 年生）

⑤ 訪問調査者

奈良信雄（日本医学教育評価機構）

⑥ 調査内容

i) 病院概要

病床数：一般病床 310 床

診療科：消化器内科、リウマチ科、呼吸器内科、循環器内科、腎臓内科、糖尿病内科、泌尿器科、整形外科、産科婦人科、皮膚科、小児科、耳鼻咽喉科、外科、乳腺外科、血管外科・呼吸器外科、精神科、歯科口腔外科、眼科、麻酔科、病理診断科、放射線科

医師数：50 人、指導医 10 人



ii) 臨床研修

・研修の理念

医師が、医師としての人格を涵養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学および医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身につける。

・臨床研修プログラムの概要

レクチャーやカンファレンスを重視して、EBM (Evidence-based Medicine) の実践に取り組んでいる。

指導医による指導の他に、屋根瓦式での指導体制も実施されている。

プログラムは研修医に応じた変更が可能である。定期的にプログラムの進捗を検証し、適宜改良を行う。

厚労省「医師臨床研修指導ガイドライン」に基づいたプログラムで実施している。

必修診療科：内科、救急、外科、小児科、産科婦人科、精神科、地域医療、一般外来

1年目 (例)

4週	4週	4週	4週	4週	4週	4週	4週	4週	4週	4週	4週	4週
内科			外科	救急科		外科	麻酔科	小児科	産婦人科	内科		精神科

2年目 (例)

4週	4週	4週	4週	4週	4週	4週	4週	4週	4週	4週	4週	4週
自由選択科				地域医療	自由選択科							

・到達目標

病める人の尊厳を守り、医療の提供と公衆衛生の向上に寄与する職業の重大性を深く認識し、医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）及び医師としての使命の遂行に必要な資質・能力を身につけ、基本的価値観を自らのものとし、基本的診療業務ができるレベルの資質・能力を修得する。

・基幹型臨床研修病院である。

協力病院である札幌医大病院、天使病院等での研修も可能になっている。

・受け入れ研修医数 3名

・研修期間 2年間

・後期研修（令和7年度実績）

消化器内科 1名

循環器内科 1名

外科 1名

iii) 臨床実習

- ・令和7年度地域包括型臨床参加臨床実習

2025年4月～8月

4週ずつ（各回受け入れ学生1名、令和7年度は総計8名受け入れ）

臨床実習配属診療科

消化器内科、整形外科、循環器内科・腎臓内科、呼吸器内科

- ・選択臨床実習

札幌医大4年生、5年生を1週間受け入れ（循環器内科、呼吸器内科）

- ・地域包括型臨床参加臨床実習プログラム例（呼吸器内科）

病棟回診、新患外来、病棟診療、気管支鏡検査、がんサージボード、
一次救急、緩和ケア実習（サテライト施設実習）

カンファレンスでは学生がプレゼンする。

- ・臨床実習学生

令和7年6月16日～7月10日 1名（札幌医大6年生）

- ・実習内容

学生は呼吸器内科に配属（訪問調査時の7月1日は配属3週目）

7月1日（火）10:00～

新患外来診察：

担当患者：91歳男性（税理士）

主訴：胸部異常陰影を指摘され、来院
体重に変化はない。

既往歴：高血圧症で60歳から治療中

喫煙歴：20～43歳 一日20本

アルコール：缶ビール350ml＋焼酎

学生は患者に医療面接を行い、電子カルテに入力（ID、PW付与）。

専門医の診察：

患者はいったん退室し、学生が電子カルテを基に専門医にプレゼン。

学生が胸部X-P **を**読影し、専門医に説明。

専門医がCT画像所見も合わせ、心肥大と部分的な無気肺があることを解説。

血液検査所見には異常なし。

患者に説明：

専門医が学生とともに患者に説明。

胸部X-P、CT、血液検査結果から、特に緊急性はなく、経過観察を行うこと
として3ヶ月後の診察予約（CT検査も）を行うこととした。

- ・学生の評価

札幌医大の評価表を使用して記載。



最終週での総括評価が中心（自己評価＋教員評価）。

普段はカルテチェックでフィードバックしている。

iv) 臨床実習と臨床研修のつながり

学生の満足度

臨床実習への満足度は高い。

これまでの選択実習は、下記の通りに行ってきた。

札幌徳洲会病院 総合診療科 4週

JCHO 札幌北辰病院 循環器内科 2週+呼吸器内科 1週

札幌市帯広協会病院 産科婦人科 1週（分娩、帝切を経験）

市立函館病院 産科婦人科 1週

今後 外科を1週間選択実習の予定

電子カルテに記載し、指導医のチェックを受けている。

実習を受けた学生は、札幌に残って臨床研修を受けたいとの希望。

v) 臨床実習指導体制

・屋根瓦式指導

研修担当副院長

部長、教育主任、課長

医員

専攻医

臨床研修医一学生

・指導医の負担感

働き方改革の影響はなく、実習への過度の負担感はない。

⑦ 臨床研修、臨床実習指導における課題

患者は臨床研修医や学生の診察には抵抗がない。

患者からは包括同意をとっている。

4) 北陸総合診療コンソーシアム

少子超高齢社会を迎え、地域の過疎化と高齢化が進む現在、地域医療と総合診療を担う医師の養成は喫緊の重要な課題となっている。この課題を解決するためには、臨床実習および臨床研修において、総合診療と地域医療の学修と経験を積んだ臨床医を養成することの意義は大きい。

能登地方でも人口減少と高齢化が進んでいる。さらに2024年1月1日に発生した能登半島地震は、地域に深刻な打撃を与えた。

北陸総合診療コンソーシアムは、総合診療能力に秀で、地域医療に貢献できる医師の養成を目的としたプログラムである。このプログラムは、能登地方のみならず、各地方における

地域医療の課題解決に貢献できる医師養成に有用なヒントを与えると考えられ、その具体的な内容と成果を検証する目的で調査を行った。

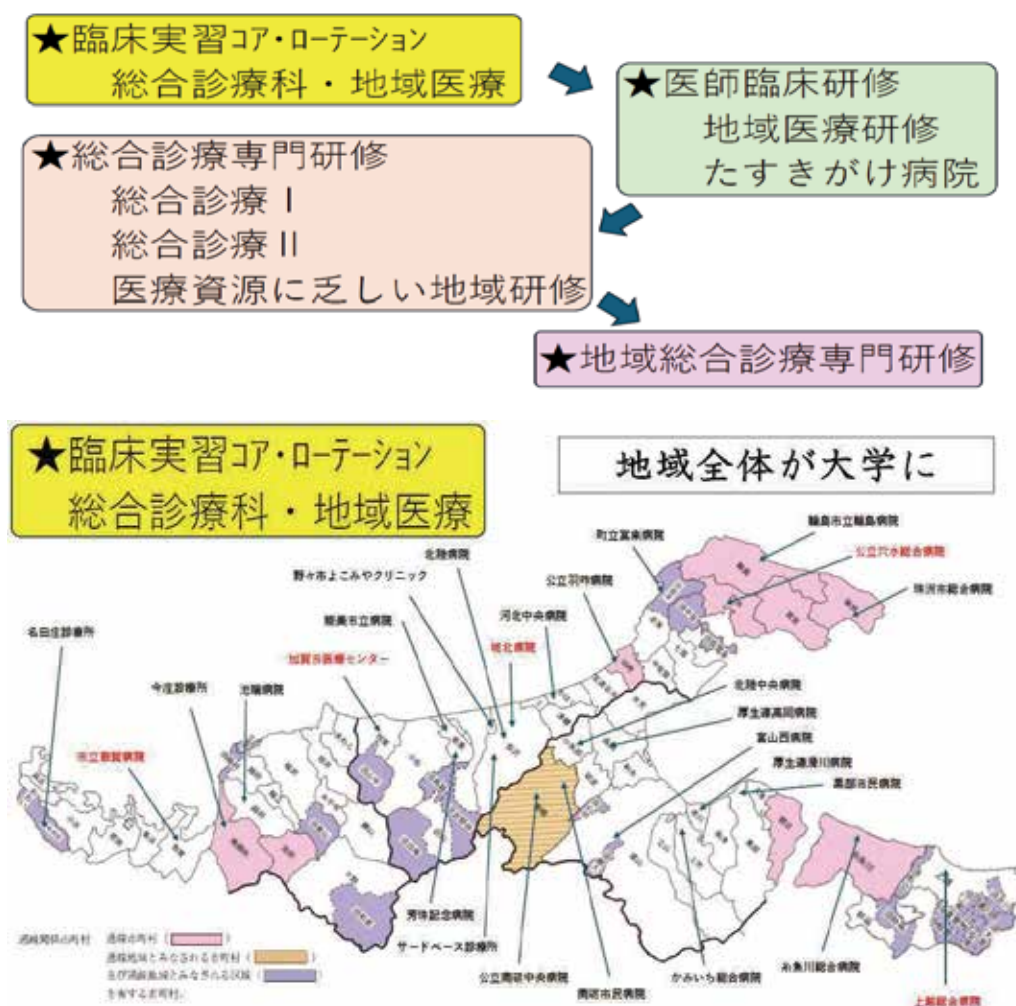
以下の記述は、城北病院の野村医師提供の資料を基に作成した。

【北陸総合診療コンソーシアムの設定】

説明者：野村英樹医師（城北病院）

北陸総合診療コンソーシアムは、将来の北陸の地域医療を支える人材を育成するため（大学間の垣根を越えて）大学と地域医療機関が広く連携する仕組みを構築するために設定したプログラムである。北陸総合診療コンソーシアムが構築されている背景には、

- ・ 全ての医学生および研修医が一般医療で求められる総合的診療能力（臨床推論を含む）と地域親和性を身につけるには地域医療機関での教育が効果的である。
- ・ 過疎化の著しい北陸では（総合診療を除く）領域別専門医をフルセットで揃えられる病院は減少の一途を辿っており、地域医療を担う総合診療医の育成が急務になっている。
- ・ 北陸の地域医療機関では（自治医大出身者などを中心に）内科医・外科医等が（独学で）総合診療に近い診療を行っている。



などの要因があげられる。そこで、北陸総合医療コンソーシアムでは、地域医療機関の主として内科医が総合診療領域（およびそのサブスペシャリティ領域）の専攻医を指導し、その専攻医が医学生や研修医を指導する屋根瓦式指導体制を基本として、金沢大学医学部学生全員と研修医が総合診療・地域医療を学ぶ機会になっている。学生は各病院に一人ずつ配属され、各学生が自覚をもって臨床実習の実を高めるシステムになっている

診療参加型臨床実習コア・ローテーションの総合診療科・地域医療実習は4週間のローテーションでスタートしたが、現在は4週間+2週間の計6週間となっている。経験すべき症候の臨床推論登録は総合診療科・地域医療実習が他の実習科目と比較して圧倒的に多数となっており、上記の「効果」が立証されている。

【北陸総合診療コンソーシアムの目的】

「オール北陸体制」で総合診療医を育成する。

- ・ 専攻医のさまざまなニーズに応えたテーラーメイドの総合診療専門研修を行う。
- ・ 国公立、大学・研修病院・診療所などのあらゆる壁を越えて、石川県を中心とする8つの基幹病院と29の連携施設より策定する。
- ・ 家庭医、病院総合診療、医学教育や臨床疫学研究など、自分の描く将来像にマッチした特色ある育成目標を掲げる基幹病院を選択できる。
- ・ どの基幹病院を選択したとしても、将来働きたい希望のある他の基幹施設や連携施設でも一定期間研修することができるので、新たな経験を積み、人脈を拡げ、将来の活躍の基盤を作り上げることができる。

【北陸総合診療コンソーシアムの理念】

- ・ 選択した基幹病院が「基地」となる。
- ・ 基幹病院は3年間を通じて、連携施設で研修している間も、専攻医の研修をサポートし続ける。
- ・ 本コンソーシアムに参加する基幹病院は、他の基幹病院に所属する専攻医であっても、たとえ自分の施設では研修する予定のない専攻医であっても、将来の北陸の医療を担う大切な仲間として分け隔てなく支援する。
- ・ 学習価値の高い臨床カンファレンスや招聘講師によるセミナー、ハンズオンなどのOff-the-Job Trainingの機会をリアルないしバーチャルに共有する。
- ・ 他地域の同世代の医師や、先輩医師達との交流の機会を提供する。
- ・ 敦賀と上越という、それぞれ京都や新潟との関連もある地域の基幹施設が参加し、北陸とは異なる医療文化とも交わって、互いに刺激し合って成長することができる。

5) 城北病院における臨床研修、臨床実習

北陸総合診療コンソーシアムによる臨床研修、臨床実習の実状を調査するために、基幹型臨床研修病院として参加している金沢市内の城北病院における臨床研修および臨床実習の内容を調査した。

- ① 調査方法：ヒアリング、外来診療見学、病院ウェブサイト参照
- ② 調査日時：2025年12月2日 9:00～12:00
- ③ 調査場所：病院会議室、外来診療室
- ④ 面談者：院長 齋藤 典才 医師
副院長／研修プログラム責任者 柳沢 深志 医師
事務長 西谷 求 氏
事務次長 廣瀬 辰巳 氏
初期臨床研修医（1年目）加藤 研修医（ハンガリーデブレツェン大学卒）
金沢大学医学類4年生 青山 君
- ⑤ 訪問調査者：奈良信雄（日本医学教育評価機構）
- ⑥ 調査内容

i) 病院概要

1962年5月1日に開設

病床数 292床（一般病床、回復期リハビリテーション病床46、HCU10床）

診療科（病院概要、HPより記載）：

内科、精神、呼吸器内科、消化器内科、消化器外科、循環器内科、アレルギー科、リウマチ科、小児科、外科、整形外科、呼吸器外科、血管外科、皮膚科、泌尿器科、肛門外科、婦人科、眼科、気管食道科、総合診療科、リハビリテーション科、麻酔科、病理診断科

常勤医師 42名

臨床研修、学生実習指導における病院の特徴：

総合的な診断能力と救急救命も含めた診断技術を身につけ、かつプライマリ・ケアを実践できる医師の育成に相応しいフィールドを有する地域密着型病院である。



豊富な症例を通じて、効率よく臨床を学ぶことができ、かつ他職種各部門との連携が良く、チーム医療の実践と、お互いに学び合う環境が整っている。

ii) 臨床研修

・研修プログラムの特徴



初期研修と専門研修の間にトランジショナルイヤー研修(Transitional year 研修)を設定し、特定の専門領域を決めずにより深めたい領域や総合的な臨床能力の涵養を目的に1年間の研修期間でキャリアプランニングに役立てる。

・初期研修の理念(城北病院 HP より)

- (1) 人権を守り、すべての人々が必要で十分な医療を受けられるように配慮できる医師を育てます。
- (2) プライマリ・ケアと Health Promoting Hospital (HPH)の概念を身につけ、地域住民と手を取りあい地域医療に貢献できる医師を育てます。
- (3) チーム医療の一員として、またリーダーとして頑張ることができる心を育てます。
- (4) 健康の社会的決定要因(SDH)の概念を学び、社会資源をうまく活用し、患者の立場に立った医師を育てます。
- (5) 科学的な目を持ち、医学の基礎に基づいた学習態度を育成します。

・初期研修の基本方針(城北 HP より)

- (1) 2年間の初期臨床研修期間中の研修方式はローテーションを基本とし、内科・外科を始め9科目を必修として研修目標を達成する。
- (2) 研修については基幹型臨床研修病院である城北病院および本研修プログラムに参加する協力型病院、協力施設にて実施する。研修期間全体の12ヶ月(52週)以上は、基幹型臨床研修病院にて行う。
- (3) 1年次は内科系、外科系2つの急性期病棟を中心に研修を行ない、外来診療、在宅医療、救急については別途並行したカリキュラムを組んで、プライマリ・ケアをバランスよく修得する。
- (4) 病院に療養病棟、健診センターを併設、在宅・介護分野を担う城北クリニックとも連携し、高齢者医療、在宅医療、福祉・介護や保健予防なども見据えた研修を実施する。
- (5) 職員・地域住民と共につくる健康増進の取り組みに参加し、住民と共に進める医療を経験・実践する。
- (6) 無料低額診療事業を行う医療機関として、お金のある無しに関わらない、いの

ちの平等を守り、SDH の視点でとらえることができる医師理念を体得する。

- (7) 地域医療研修に重点をおいた研修が可能で、最長 24 週間の診療所での地域医療研修が可能である。
- (8) 内科専門研修プログラム、総合診療科専門研修プログラムの基幹病院になっており、初期研修終了後、引き続き当院で専門医研修（3 年）に参加可能である。また、内科学会、外科学会、整形外科学会、小児科学会、精神科、リハビリテーション科、プライマリ・ケア学会など学会の教育関連・研修施設等に認定されており、専門医取得を目指さない研修医も引き続き当院で各科後期研修（3 年）に参加可能である。

・研修の目標（城北 HP より）

- (1) 基本的臨床能力の獲得（Core Clinical Competency）
- (2) プロフェッショナリズムの涵養（Professionalism as a Doctor）
- (3) 自己学習能力の涵養（Self-directed Learning）
- (4) 包括的医療に対する理解と実践（Comprehensive Medical Care）
- (5) 地域医療に対する理解と実践（Community Medicine）

・受け入れ研修医

初期研修： 1 年次 3 名、2 年次 4 名（内 1 名は延長者）

後期研修： 内科専攻医 2 名、TY 研修 2 名

出身校：

初期研修医：金沢大学、金沢医科大学、聖マリアンナ医科大学、富山大学
ハンガリー国立セゲド大学、デブレツェン大学、ペーチ大学

後期研修医：福井大学、富山大学、岩手医科大学、島根大学、

研修期間：初期研修 2 年、内科専門研修 3 年、TY 1 年

（TY に関心があって参加してくる研修医がいる）

研修プログラム：厚労省ガイドラインに準拠して設定している。

研修医のローテーション

必修診療科：内科（1 年次に最低 20 週、合計 28 週）

地域医療（4 週、できるだけ 8 週以上行う）

救急（17 週、最低 12 週）

外科（7 週）

小児科（8 週）

麻酔科（2 週）

精神科（4 週）

産科婦人科（4 週）

整形外科（2週）

選択診療科：24週

・研修ローテーション例

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
1 年次	導入時 研修	救急科	内科			小児科	外科		麻酔/整形	内科		精神科
	救急車対応(平日日中随時)											
	日当直研修(救急研修)											
	外来研修(退院時フォロー外来:城北病院での研修期間のみ)											
予防接種								訪問診察実地体験(1回) 健診診察(1回)				

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
2 年次	内科	内科	総合外来 ・救急	小児科	産婦人科	地域医療 (必修4週+選択4週推奨)		総合外来 ・救急	選択	選択	選択	選択
	日当直研修(救急研修)											

・研修内容：

外来診療

病棟診療

救急診療

当直：週1回程度担当。当直体制は内科医1名+外科医1名+研修医。

研修開始当初は19時～22時の準夜当直。当直グレードの評価が行われ、夏頃からフル当直を開始し、通常は8か月～1年を目安に独り立ち。

iii) 臨床実習

・受け入れ学生

学年：4～6学年

出身校：金沢大学

・臨床実習期間：4週間、2週間

・学生数：年間のべ人数：2週間1名、4週間10名（2024年度実績）

1か月ごとの人数：1～2名

・受け持ち患者数：1～2名/学生

・日々の学生の実習スケジュール：

病棟診療

受け持ち患者数：1～2名/学生

・新患担当：新患がいれば新患を担当する。入院継続中の患者も担当できる。

外来診療：見学主体

新患：総合診療科、小児科、救急外来で機会があれば医療面接、身体診察を実施
指導医の指導、フィードバックあり。

- ・実習内容
 - 受け持ち患者の身体診察、医療面接、カルテ記載、治療方針立案、患者面談同席、リハビリ見学、多職種カンファレンス参加、症例報告発表
- ・総合診療実習
 - 外来診療で指導医が学生を指導する。
 - 臨床推論を学ぶ良い機会になっている。
- ・地域医療実習
 - 地域密着型の病院として地域医療に貢献している。
- ・指導体制
 - 医療チームの屋根瓦式（指導医・研修医とチーム体制で診療）
 - 学生を直接に指導するのは研修医である。
 - 指導医の養成法
 - FD、学習会、多職種を交えた検討会議を実施している。
- ・指導医の負担感
 - 研修医が日常的な関わりを担い、指導医の負担軽減が図られている。
- ・実習の評価
 - 指導医が CC-EPOC 上で評価。
 - 最終週に行う実習報告会で評価する。
 - 形成的評価・・・毎日振り返りシートを記入
 - 総括評価・・・CC-EPOC
- iv) 臨床実習と臨床研修のつながり
 - ・学生の満足度
 - 患者を受け持って毎日診察することで、患者中心の医療、全人的医療を学ぶことができ、満足度は高い。
 - ・学生の診療チームへの参加度
 - カンファレンスに参加し、機会があれば受け持ち患者についてプレゼンする。
 - ・臨床実習を受けた学生が党员での臨床研修に参加する例がある。
 - 過去4名が初期研修に参加している。
- v) 臨床研修、臨床実習指導における課題
 - 患者には丁寧に説明し、研修、実習に協力してもらっている。
 - 若手指導医を確保することが課題になっている。

6) 金沢大学医学類における臨床研修、臨床実習

金沢大学医学類における臨床研修および臨床実習の状況を調査した。

- ① 調査内容：教員・臨床研修医・学生に対するヒアリング、シラバス、ウェブサイト参照
- ② 調査日時：2025年12月2日 13:00～18:00
- ③ 調査場所：医学教育研究センター会議室、肝胆膵・移植外科医局、日本語セミナー室
- ④ 面談者

医学類長 山本 靖彦 教授

医学教育学研究分野 太田 邦雄 教授

肝胆膵・移植外科 八木 真太郎 教授

同医局長 中沼 伸一 講師

研修医・専門医総合教育センター 米谷 充弘 准教授

総合診療共創センター 水島 伊知郎 特任教授

西岡 亮 助教

医学教育学研究分野 青野 大輔 助教、川内 翔平 助教

研修医 2年目 中谷 研修医、板東 研修医、東 研修医

1年目 持木 研修医

学生 6年生 赤松 君、梶川 君、金井 君

- ⑤ 訪問調査者：奈良信雄（日本医学教育評価機構）
- ⑥ 調査内容

i) 臨床研修

受け入れ研修医数

初期研修：R7年度29名、R6年度22名、R5年度30名

後期研修：R7年度91名、R6年度58名、R5年度75名

出身校

R7年初期研修医：金沢大学21名、福井大学3名、

札幌医科大学・山梨大学・千葉大学・富山大学 各1名、

中国の大学1名

R6年初期研修医：金沢大学18名、昭和大学・東京医科大学・

和歌山県立医科大学 各1名、中国の大学1名

研修期間 初期研修 2年間

研修プログラム

I. 自由設計プログラム

II. 小児科・産科婦人科重点プログラム

研修内容

外来診療4週以上

病棟診療

救急診療 12 週以上

当直 金沢大学病院研修中はなし

研修医のローテーション

必修診療科：内科 24 週以上、救急 12 週以上、

外科・小児科・産科婦人科・精神科・地域医療 4 週以上

選択診療科：その他の診療科

ii) 臨床実習

4～6 年次の臨床実習スケジュール

4 年次 9 月：共用試験 CBT&pre-CC OSCE

4 年次 10 月：認証式

コア・ローテーション：4 年次 11 月～5 年次 9 月（40 週）

サブスペシャリティ・ローテーション：5 年次 10 月～3 月（19 週）

インターンシップ：6 年 4 月～6 月（13 週）

6 年次 10 月：post-CC OSCE

6 年次 11 月：統合試験 I、12 月：統合試験 II

コア実習科目

内科（14 週）：呼吸器・消化器内科 4 週

循環器・内分泌代謝内科 4 週

腎臓・リウマチ膠原病内科 2 週

血液内科 2 週

脳神経内科 2 週

外科（8 週）：外科（大学）4 週

外科（教育提携病院）4 週

神経科精神科（4 週）：精神科単科病院 2 週

リエゾン精神科 2 週

総合診療科（6 週）：総合診療・地域医療 I（教育提携医療機関）4 週

総合診療・地域医療 II（教育提携医療機関）2 週

小児科（2 週）：小児科 2 週

整形外科（2 週）：整形外科・リハビリテーション科 2 週

産科婦人科（2 週）：産科婦人科 2 週

救急科（2 週）：救急診療 1 週

救急車搬送 1 週

特色

臨床実習は 72 週を確保しており、主要な診療科での実習が 4 週間行われている。さらに、全学生を対象に、教育提携医療機関で 4 週間の総合診療・地域医療実習が行われ、プライマリ・ケアや在宅医療などを体験する機会が設けられている。

iii) 地域医療実習

金沢大学では、臨床研修、臨床実習ともに地域医療教育を重視している。

研修医：2年次で4～8週、関連病院で実施

学生：教育提携医療施設での4週必修

研修医の満足度：

R5年プログラム研修医30名 36回の地域医療研修評価（4段階評価）

不満 0%

どちらかと言えば不満 0%

どちらかと言えば満足 31%

満足 69%

地域医療研修に対する研修医の満足度は高い。また、学生へのヒアリングでも、全学生が地域医療を経験することができ、満足度は高いことが確認できた。このことから、北陸総合診療コンソーシアムは有効に機能していると考えられる。

iv) 臨床研修、臨床実習指導における課題

指導医のモチベーション確保（incentive）が課題である。

7) 公立穴水総合病院における臨床研修、臨床実習

北陸総合診療コンソーシアムの基幹病院である能登地方の地域医療教育を調査した。

① 調査方法：ヒアリング、外来診療見学、病院ウェブサイト参照

② 調査日時：2025年12月3日 9:30～12:00

③ 調査場所：会議室、外来診療室

④ 面談者

院長 島中 公志 医師

副院長 中橋 毅 医師

総合診療科 華岡 晃生 医師

初期臨床研修医（1年目）高杉 研修医

金沢大学医学部4年生 杉森 君

⑤ 訪問調査者：奈良信雄（日本医学教育評価機構）

⑥ 調査内容

i) 病院概要（病院HPより）

1956年2月に開設された町営穴水診療所が、1967年に内科・外科・整形外科・産科婦人科の診療科4科、病床数131床で公立穴水中央病院となる。

救急告示病院（北陸総合診療コンソーシアムの一員）

診療科：内科、循環器科、小児科、外科、整形外科、皮膚科、泌尿器科

産科婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科、リハビリテーション科

病床数：80床（能登半島地震前は100床）

医師数：常勤換算14名

病院の理念：患者さんの命を全力で守ります。

病院の基本方針：

1. お年寄りの皆さんを大切にします。
2. 輝く笑顔と親切でみなさんをお迎えします。
3. 命をまかせてもいい人間になります。
4. 職員一人ひとりが勤めてよかったと言える病院を創ります。



ii) 臨床研修、臨床実習

地域医療、総合医療、救急医療、在宅医療の教育に力点が置かれている

学生は、金沢大学のほか、金沢医科大学から臨床実習に参加している。日本医大、関西医大、東海大学などからも臨床実習に各1～2名/年参加し、2または4週間の実習。指導体制は、6～7年目の医師をトップとする屋根瓦式で、総合診療、救急医療、地域医療、在宅訪問医療などの診療参加型臨床実習が実施されている。総合診療では学生が初診患者の医療面接、身体診察を行い、臨床推論を学修する機会になっている。指導医から臨床現場で形成的なフィードバックが行われている。

総合診療外来実習

9:15～10:30

学生：杉森君、指導医：華岡医師

症例：61歳 男性、主訴 発熱

実習内容：

- ・患者の病歴を学生と指導医が電子カルテで確認
- ・指導医が患者の同意を得た上、学生が医療面接、カルテ記載
- ・医療面接を指導医が追加

- ・患者は一時退室
- ・指導医と学生が医療面接で得た情報の確認
- ・学生が患者の身体診察、指導医も同席
- ・患者は一時退室
- ・指導医と学生で診察結果と治療方針を検討
- ・患者を呼び入れ、説明
- ・学生に対して指導医がフィードバック



10:35～11:20

研修医：高杉研修医、学生：杉森君、指導医：華岡医師

症例：85歳男性

主訴：腹痛、便秘

既往歴：パーキンソン病、前立腺癌

実習内容：

- ・研修医が医療面接、身体診察。学生は見学
- ・指導医、研修医、学生が症例について討議
- ・臨床推論を行って、今後の検査、治療計画を患者に説明。
- ・フィードバックを行う。

iii) まとめ

初診患者を対象に、学生が医療面接と身体診察を実施。指導医からは発熱や腹痛などの症候をきたす患者の医療面接、診察のポイントを指導され、臨床推論について学ぶ良い機会になっている。指導医からのフィードバックがタイムリーに適切に行われており、学生にとっては発熱という症候を持つ初診患者の診察法を修得するのに意義が大きい。電子カルテへの記入も行われている。CC-EPOCにも入力し、指導医のチェックを受けている。

iv) 臨床研修、臨床実習における課題

能登半島震災のあと、人口が減少し、患者数の減少が課題になっている。

8) 石川県立中央病院における臨床研修、臨床実習

北陸総合診療コンソーシアムの基幹病院である石川県立中央病院における臨床研修、臨床実習の内容を調査した。

- ① 調査方法：ヒアリング、病棟・手術見学、病院ウェブサイト参照
- ② 調査日時：2025年12月2日 14:00～16:00
- ③ 調査場所：病棟、手術室、会議室
- ④ 面談者

院長 岡田 俊英 医師

腎臓内科・リウマチ科長 藤井 博 医師

管理局総務課 主任主事 大方 駿之介 氏

初期臨床研修医（1年目）原口 研修医（金沢大学卒）

有島 研修医（金沢大学卒）

（2年目）彦田 研修医（金沢大学卒）

金沢大学医学部4年生 川崎 君、山田 君

- ⑤ 訪問調査者：奈良信雄（日本医学教育評価機構）
- ⑥ 調査内容

i) 病院概要：

1948年石川県立病院として発足。

基幹型、協力型臨床研修病院

病床数 630床（ICU 6、ECU 12、HCU 16、MFICU 6、NICU 12、GCU 18）



診療科（病院概要、HP より掲載）：

内科、小児科、外科、整形外科、形成外科、脳神経外科、皮膚科、泌尿器科、
産科婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科、麻酔科、病理診断科、臨床検査科、
救急科、リハビリテーション科、歯科、歯科口腔外科

医師 200 名（常勤医師、研修医）

病院の特徴：

県内医療機関で対応困難な高度医療、特殊不採算医療を担当し、特に重点医療として、
周術期・集中治療センター、総合母子医療センター、がん医療センター、救命救急セ
ンター及び血管病センターを設置し、専門スタッフによるチーム診療体制の強化を
図っている。

ii) 臨床研修

臨床研修の特徴：

・救急研修の充実

救急当直は2年次と1年次がペアで担当

1年目5月以降は月2～4回の救急当直でWalk-in患者の初期診療及び救急車
を担当し、内科・外科問わず幅広いプライマリ・ケアを実践

・自由度の高い研修プログラム

・経験できる症例が豊富

・教育熱心な指導医がそろっている。

・効率的に知識や技能を習得できる研修カリキュラムが作成されている。

勉強会：

・研修医による症例検討会（月1回）

1年次の研修医が担当した症例を提示し、研修医と指導医が討論

・指導医による当直検討会（当直の翌日）

研修医が当直で経験した症例について指導医とディスカッション

・心エコーセミナー

・その他；研修医の要望や各診療科の企画による勉強会

研修医受け入れ：

令和7年度

1年次 公募13名、自治医科大学3名

2年次 公募14名、自治医科大学2名

研修医の主な出身大学

金沢大学、金沢医科大学、富山大学、福井大学、新潟大学、岩手医科大学、
大分大学、昭和医科大学など

研修内容：

(内科研修 例)

8:10 朝回診
9:00～12:00 初診外来診療
13:00～15:00 病棟診療・処置
16:00～ カンファレンス・夕回診
17:00 発表の指導

(外科研修 例)

8:00 朝回診
9:30～12:00 手術助手（一部執刀も）
13:00～17:30 手術・病棟管理

(救急研修 例)

救急車対応、ドクターカー乗車、ドクターヘリ同乗（要講習受講）

専門研修プログラム（各科とも若干名）：

救急科、産科婦人科、内科、総合診療、病理、整形外科、外科、小児科

iii) 臨床実習

指導医、研修医の指導下で、病棟、外来診療で充実した臨床実習が行われている。症例数が多く、救急医療も経験できる。

●北陸総合診療コンソーシアム全体を通じてのまとめ、考察

金沢大学附属病院、北陸総合診療コンソーシアムを構成している城北病院、公立穴水総合病院、石川県立病院を訪問調査した。いずれの施設でも、地域のニーズに応じて救急医療、総合診療、地域医療、在宅医療などの臨床研修、臨床実習が実践されていた。研修医、学生も熱心に診療活動に参加しており、地域医療に参加できる臨床能力、総合診療能力の向上につながっていると考えられる。

II. 外科臨床実習

令和 6 年度は内科、総合診療科の調査を主に行ったが、令和 7 年度は外科と産科婦人科における臨床実習のあり方について調査し、考察を行った。

1) 熊本大学消化器外科における診療参加型臨床実習

外科診療科では手術療法が主であるため、外科における臨床実習も手術が中心になる。安全管理などの観点から医師免許を持たない医学生が手術に術者として積極的に参画することは難しく、臨床実習では手術の見学になることが多い。もちろん手術見学は学生にとっては有意義ではある。ただし、手術見学だけに終わることなく、周術期管理やシミュレーション教育などを加えて、外科診療実習の学修成果を高めることがより効果的であると考えられる。

熊本大学消化器外科の実習では、学生が担当する患者の手術に参加するだけでなく、担当患者の日々の診察、周術期管理への参加、回診やカンファレンスでのプレゼンテーション、Problem-based learning (PBL) を活用した外科系疾患の臨床推論教育、シミュレーション実習など、多彩な実習内容を取り入れており、学生の学修意欲を高め、成果が得られている。

そこで、外科における診療参加型臨床実習の good practice として、熊本大学消化器外科における臨床実習を見学し、岩槻教授から臨床実習の内容と成果を聴取した。

① 調査内容：ヒアリング、病棟診療見学、外科学会等での発表資料参照

② 調査日時：11月13日(木) 9:10~10:10

③ 調査場所：熊本大学消化器外科病棟

④ 面談者

岩槻 政晃 教授 (消化器外科)

近本 亮 教授 (消化器外科、医療安全部)

指導医：宮田 助教 (消化器外科)

学生：松本 君 (医学部5年生)

⑤ 訪問調査者：奈良信雄 (日本医学教育評価機構)

⑥ 調査内容

i) 熊本大学消化器外科臨床実習の概要

・消化器外科の実習期間：

CC1 は 2 週間

CC2 は 4 週間 (3 週間は大学病院、1 週間は関連病院)

・1 グループに学生 4 ~ 5 名が配属され、学生はそれぞれ患者 1 名を受け持つ。

・学生は患者を手術前~退院まで、毎日診察し、夕回診にも参加する。

・病棟実習では、担当医に同行し、日常業務見学、患者説明への同席、エックス線透視などの検査や処置に参加する。

- ・ 外科系疾患症例のシナリオを用いて PBL を行い、臨床推論を学修する。
- ・ 外来実習、病棟実習、手術実習などの合間には、シミュレーション実習、PBL での不明点（課題）などについてのグループ討論、プレゼン用のスライド作成などを行う。

ii) 熊本大学外科臨床実習の内容

PBL 導入以前：手術実習が中心

PBL 導入（2022 年）以降：

学生は診断・周術期管理を学び、手術計画を立案し、手術見学、術後にカルテレビューを行う。

学生全員が揃う実習 1 週目に PBL を行い、2 週・3 週目に術後症例のカルテレビューを行う。

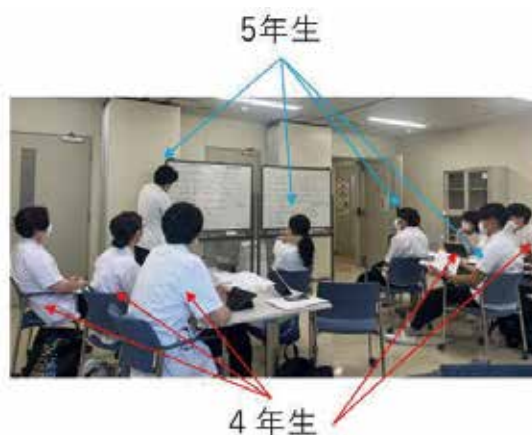
(臨床実習のスケジュール例)

Active learning を導入した外科臨床実習

		8:00	8:30	9:00	9:30	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	14:30	15:00	16:00	16:45
1 週目	月	朝礼	退院振り返り・日報	看護実習					【実習】外科基本手技①	PBL①(若橋教授)	カンファ/カルテ			
	火	同診	【講義】カルテの書き方	臨床推論(近本先生)					手術実習		カルテ			
	水	同診		(病) 外科実習/肝) 手術実習			昼休憩		(病) 病棟/肝) 手術	【実習】ロボットシミュレーター	カルテ			
	木	同診	手術実習						手術実習	カルテ	PBL②(若橋教授)			
	金	同診	【講義】文献検索の方法/スライド作成	PBL 課題グループ学習					【実習】縫合下手技①	病棟実習	小話			
2 週目	月	同診	手術実習					(肝) 手術実習/病棟実習		カンファ/カルテ				
	火	同診	(病) 手術実習/肝) 外科実習・病棟実習					(病) 手術実習/肝) 病棟実習	カルテ	PBL③(若橋教授)				
	水	同診		(病) 外科実習/肝) 手術実習			昼休憩		(病) 病棟/肝) 手術	カルテ	【講義】国家試験対策			
	木	同診	手術実習						手術実習	カルテ	15:15【実習】外科基本手技②			
	金	同診	【実習】縫合下手技②	PBL④(近本先生)					スライド作成	病棟(若橋教授)				

(臨床実習の特徴)

- ・ active learning (PBL の拡充)
- ・ 座学を最低限に (カルテの書き方・文献検索)
- ・ 看護実習の導入 (パートナーの業務を知る)
- ・ 実技実習 (内視鏡・ロボット手技・縫合結紮タイムトライアル)
- ・ 外科チームのメンバーとして



PBL の光景 (4 年生 CL、5 年生クリクラ)

iii) 学生の臨床実習への参加

肝転移を伴う大腸癌の症例(2日前にロボット手術を受けている)を担当している学生の臨床実習を見学。

- ・学生は手術前の診察から臨床実習が始まっている。
- ・手術には学生が参加している。
- ・手術2日後の診察

まず学生と指導医が、記録室で電子カルテの情報を確認
バイタルサインや検査データを中心に、学生と指導医が確認。

その際、指導医から学生に随時質問

Q:バイタルの変化で気づくことは？

A:微熱があります。

Q:微熱の原因として考えるべきことは？

A:ドレーン部感染。

Q:ドレーン感染とすれば、何を確認する？

A:ドレーンからの廃液ですか。

Q:他には？

A:肺炎の合併

Q:肺炎としたら何をチェックする？

A:喀痰ですか。

Q:症状の変化や酸素飽和度ね。

咳は何に注意する？

A:湿性咳嗽か乾性咳嗽

Q:喀痰ができれば塗抹か培養検査だね。

他に考えることは？

A:尿路感染

Q:尿路感染としたら何をチェックする？

A:尿カテの尿の性状。

Q:一番重要なのは感染による炎症だね。マーカーは？

A: CRP

Q:他には？

A:好中球

Q:なるほど、白血球ね

・・・(以下省略)・・・

次いで病室で患者を診察

指導医：今日は学生も診察しますが、よろしいですか？

患者：どうぞ、よく診て下さい

学生：よろしくお願いします。

指導医と学生：

手術創部と、ドレーンを確認

特に炎症所見はない

診察後、記録室に戻って、再度確認

指導医：ドレーンに問題があるとしたらどうする？

学生：抜去ですか？

指導医：抜去して再挿入することもある。

最近では手術に応じて、敢えてドレーンを入れないこともある。

・・・(以下省略)・・・

以上のやり取りに応じて、学生は診察所見をカルテ（模擬カルテ）に記載

iv) PBL の実施内容

熊本大学の消化器外科臨床実習では、外科系疾患の臨床推論教育として、PBL を取り入れている。

以下に、第 123 回日本外科学会定期学術集会（2023 年 4 月開催）での発表資料「消化器外科クリニカルクラークシップ実習への Problem Based Learning の導入」（熊本大学大学院消化器外科学:岩槻政晃、近本亮、馬場秀夫）に基づき、許可を得て記載。

〈PBL スケジュール〉

■ 1日目(月曜日)

① **症例検討** 症例の**シナリオ**(消化管または肝胆膵)を提示 (1)~(3)を段階的に提示

(1) 主訴、現病歴、既往歴、家族歴、嗜好歴, (2) 身体所見、検査結果の提示, (3) **診断の確定**

■ 2日目(水曜日)

② **術前管理の策定**(追加すべき検査、各科コンサルト)

シナリオから術前計画策定のプロセスをグループワークで検討し、プレゼンテーションの準備

各科への**コンサルト**、行うべき**周術期管理**、**Problem list**の作成、**予定術式**の立案

■ 3日目(金曜日)

③ **模擬術前カンファレンス**

病歴・手術適応・術式・他治療との比較・リスク評価と対策・追加治療の適否を**プレゼンテーション**

④ **模擬術前説明**

主治医と患者・家族モデルに分かれ、**術前説明のロールプレイ**

解剖・生理、疾病の疫学、特徴、症状、予後などを説明した上で、**最終的な治療法を提案**

司会、書記、発表者を決め、グループワーク

〈PBLの進め方（1～3日目）〉

■ 1日目(月曜日)

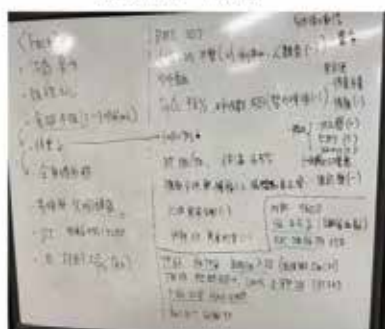
① **症例検討** 症例のシナリオ(消化管または肝胆臓)を提示 (1)~(3)を段階的に提示

(1) 主訴、現病歴、既往歴、家族歴、嗜好歴, (2) 身体所見、検査結果の提示, (3) 診断の確定

<Fact>

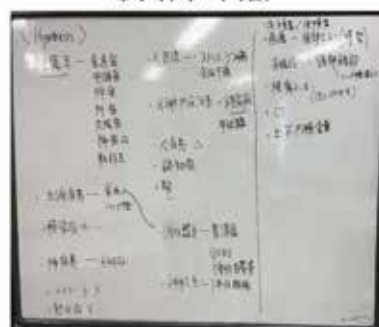
- 65歳男性
- 既往歴なし
- 意識障害
- WBC↑
- 頭部CT 異常なし
- 黄疸あり
-
-

ホワイトボード(左)



<p><Hypothesis></p> <ul style="list-style-type: none"> • 脳梗塞 △ • 胆管炎 ◎ • 脳腫瘍 × • • 	<p><Learning issues></p> <ul style="list-style-type: none"> • 胆管炎を来す疾患 • 必要な検査 • ガイドライン • •
---	--

ホワイトボード(右)



■ 2日目(水曜日)

② **術前管理の策定**(追加すべき検査、各科コンサルト)

シナリオから術前計画策定のプロセスをグループワークで検討し、プレゼンテーションの準備

各科へのコンサルト、**行うべき周術期管理、Problem listの作成、予定術式**

<術前>

- Afあり 循環器コンサルト(心電図、心エコー、凝固系)
- 糖尿病 代謝に科コンサルト ターゲス

<術後>

- ヘパリン化(出血、血栓注意)
- インスリン使用(低血糖、感染注意)

ホワイトボード(左)



<Problem lists>

- #1 Af 循環器内科コンサルト ヘパリン化
- #2 虫垂炎術後 癒着の可能性
- #3 糖尿病 代謝内科コンサルト インスリン導入
- #4 肥満 血栓予防

<予定術式>

腹腔鏡下碎頭十二指腸切除
(開腹以降の可能性あり)

ホワイトボード(右)



■ 2日目(水曜日)

② 術前管理の策定(追加すべき検査、各科コンサルト)

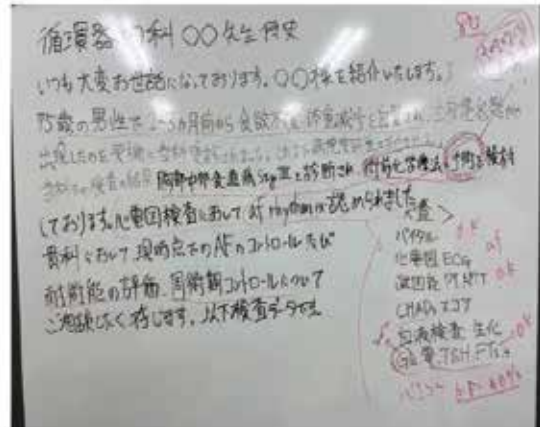
シナリオから術前計画策定のプロセスをグループワークで検討し、プレゼンテーションの準備
各科へのコンサルト、行うべき周術期管理、Problem listの作成、予定術式

〇〇〇〇科 〇〇先生侍史

いつも大変お世話になっております。〇〇様を紹介いたします。

- 何を何のために相談する？
- どこまで教えてほしい？
- コンサルトを受けた側がその判断をするために必要な情報は？

消化器外科 〇〇、△△(PHS 〇〇〇)



ホワイトボード

■ 3日目(金曜日)

③ 模擬術前カンファレンス

病歴・手術適応・術式・他治療との比較・リスク評価と対策・追加治療の適否を**プレゼンテーション**

④ 模擬術前説明

主治医と患者・家族モデルに分かれ、**術前説明のロールプレイ**

解剖・生理、疾病の疫学、特徴、症状、予後などを説明した上で、最終的な治療法を提案

主治医
副主治医



患者本人
ご家族

30分×2セット

〈PBLに関する学生アンケート〉

方法

対象

- 2022年5月～2023年3月
- 医学部医学科 5年・6年
- 計11ターム
- 受講者数:52名(2～10名/ターム)
- 有効回答数:51名

アンケート内容

1. 第1週に週3日、120分のスケジュールについて
2. 演習内容について
3. PBLのスタイルについて
4. PBL前後の外科治療に対する意識変化
 - (1) 知識
 - (2) 周術期
 - (3) コミュニケーション
5. フリーコメント

アンケート 結果①



アンケート 結果②

フリーコメントより抜粋

Pros	フィードバックとロールプレイが役に立つ 勉強会メンバー以外での議論が新鮮 他人の意見を聞くことで自分の足りない部分が分かった 患者さんの立場で説明することの難しさ 手術までの段取りが理解 コンサルトの仕方 カンファレンスでの発表 1週目にあっただので、2、3週目は新たな視線で実習 鑑別診断、病態を考えるようになった 伝えることの難しさ(ICやコンサルト) モチベーションが上がった 与えられた情報ではなく、自分たちから情報引き出して考える 言葉の定義などを意識するようになった 主体的に考えることが久しぶりで楽しめた	Cons	内容が多いのでハンドアウトが必要 調べる時間がなかった PBLが初めてとまどった 実際にインフォームドコンセントを見たい 内容が難しいが必要 学生が少なくてディスカッションがしづらかった 司会にもっと権限を ビデオを撮ってほしい
-------------	--	-------------	---

v) 岩槻教授コメント

- ・ 消化器外科では“診療参加型臨床実習”の実践を心がけている。
- ・ 学生に受け持ち患者を担当させ、術前、手術、術後管理に参加させる。
- ・ シナリオベースの PBL も実施
- ・ ロボット手術シミュレータも活用
- ・ 症例のまとめのスライドを作成し、プレゼン。学生同士でディスカッション
- ・ 最終日に教授が総括評価
- ・ 医局員は 15 名、専攻医 8 名で、全員で学生の教育に当たっている。

⑦ まとめ

教授以下、教員が情熱を傾けて教育に関わっており、active learning を導入することで「診療参加型」の臨床実習になっている。学生に対するアンケート調査でもおおむね好評であり、外科系診療参加型臨床実習のモデルケースになると考えられる。

2) 金沢大学医学類における臨床研修、臨床実習

金沢大学における肝胆膵・移植外科での診療参加型臨床実習について八木教授、中沼医局長から聞き取り調査を行った。

- ① 調査方法：ヒアリング
- ② 調査日時：2025 年 12 月 2 日 13:00～14:00
- ③ 調査場所：肝胆膵・移植外科医局

④ 面談者

肝胆膵・移植外科 八木 真太郎 教授
同 医局長 中沼 伸一 講師

⑤ 訪問調査者：奈良信雄（日本医学教育評価機構）

⑥ 臨床実習内容

・実習期間：

胸部外科 2週
肝胆膵・移植外科（腹部外科） 2週
教育提携病院 4週

・周術期管理：

術前では学生は患者を受け持ち、診療内容をカルテに記載。
術後はドレーン抜去などを学生が指導医の監督のもと行う。

・手術：

手術には学生一人が参加。
なるべく双方向性を意識し、術者と学生がコミュニケーションをとる。
学生は鉤引きなどを行う。
インターンシップ参加の学生は手術助手を担当。
※ロボット手術・学生はタッチできず、見学のみ。
※腹腔鏡下手術・学生にカメラを持たせて術野をみせる。

・外来診療：

紹介患者が多いので、指導医が解説しながら学生は見学することが主体。
予診をとることもある。

・シミュレーション実習：

5～6人のグループがシミュレーションセンターで実習を受ける。

・ミニレクチャー：

7つのミニレクチャーを用意し、双方向性に教育
例) 肝移植、キャリアプラン

・学生評価：

臨床実習への参加度を加味する。
コア・ローテーションではプロフェッショナリズム評価を行う。
インターンシップでは最終日に総括評価（レポートはない）を実施する。

⑦ まとめ

学生が外科診療の参加できるような臨床実習内容になっている。手術には学生は一人だけが参加し、術者と学生がコミュニケーションをとりながら双方向性になるよう配慮されている。基本的手技で可能なものは学生が指導医の監督下で行えるようになっている。

Ⅲ. 産科婦人科臨床実習

診療科の特性から“診療参加型”の臨床実習が適応されにくいとされる産科婦人科の臨床実習のありかたを調査研究するため、岐阜大学産科婦人科を訪問した。

1) 岐阜大学病院産科婦人科における診療参加型臨床実習

診療参加型臨床実習が軌道に乗っている岐阜大学医学部附属病院産科婦人科の臨床実習の内容と成果を調査した。

① 調査内容（ヒアリング、シラバス、医学部ウェブサイト参照）

② 調査日時：2025年10月28日（火）13:00～17:00

2025年10月29日（水）8:45～13:00

③ 調査場所：岐阜大学医学部産科婦人科教授室、病棟、外来診察室

④ 面談者

岐阜大学産科婦人科 磯部真倫 教授

シミュレーション実習担当：青島 臨床助教、上村 臨床助教

外来実習担当：堀 専攻医

臨床実習生（医学科5年）5名

⑤ 訪問調査者：奈良信雄（日本医学教育評価機構）

⑥ 調査内容

i) 岐阜大学産科婦人科臨床実習の概要

・臨床実習Ⅰ（4年次12月～5年次12月）

共用試験に合格した学生は Student doctor として岐阜大学医学部附属病院と岐阜県総合医療センターで3週間の臨床実習Ⅰを行う。参加学生は1グループ7名（訪問時の実習では5名）

・臨床実習Ⅱ（5年次1月～6年次6月）

岐阜大学医学部附属病院または市中病院の産科婦人科で4週間の臨床実習を行う。4週間、産科婦人科チームの一員として実際の産科婦人科診療を幅広く経験する。参加学生は1グループ3名。

・岐阜大学産科婦人科臨床実習の特徴

準備教育としての事前動画視聴とシミュレーション教育の活用

外来診療、手術等の磯部教授制作のビデオ動画を学生が視聴しておき、実習が効果的に行えるようにしている。動画の視聴は適宜質問や小テストによって確認される。

内診、経膈エコー検査、分娩、腹腔鏡手術などのシミュレータが病棟に配置され、学生は担当教員から手厚い指導を受ける。シミュレータが病棟にあることで、実習中の教育に効果的かつ効率的に活用されている。



(分娩シミュレータを用いた実習。2名の教員から指導を受け、学生の理解度は良好。学生は準備学習として動画を視聴しており、教員から随時質問を受けることで知識・技能の定着につながっている。)

ii) 臨床実習 I

- ・ 学生が実際の診療チームの一員として、診療活動に参加する。
- ・ 産科と婦人科の両分野で、患者の同意を得て、診療（外来、診察、カンファレンス、分娩、帝王切開、手術等）に Student doctor として参加する。
- ・ 外来実習
初診患者を対象に、専攻医の指導を受けながら、医療面接を行う。
初診外来には学生2名が参加し、一人が医療面接、他の一人が筆記役を務める。
その後、教授外来で、患者の病歴をプレゼンテーションし、教授の追加医療面接、診察（内診、エコー、コルポスコープ、細胞診など）を見学する。随時教授から学生に質問が行われ、学生が答えることで知識の定着を図る。
- ・ 手術実習
学生個々が担当症例を受け持つ。
医局カンファレンスで術前プレゼンを行った後、手術に参加し、助手を務める。
各手術に担当学生一人が手洗いし、手術助手を務める（手術への参加度を高める効果がある）。
手術後には、医局カンファレンスで術後プレゼンを行って報告する。



(カンファレンスでの学生のプレゼンテーション。教授や教員からのコメントが随時ある)

・ 学外病院での実習

3 週間のうち、1 週間は総合周産期母子センターを有する岐阜県総合医療センターで胎児治療などの高度な産科医療を見学し、かつ産科症例のプレゼンテーションも経験できる。

臨床実習 I のスケジュール例を示す（岐阜大学産科婦人科ホームページより
https://www1.gifu-u.ac.jp/~sanfujin/clinical_training/）

臨床実習 I スケジュール例

日程	午前	午後
1日目	オリエンテーション	動画による自己学習(性周期について、婦人科がん、婦人科良性疾患、遺伝性腫瘍)
2日目	外来見学(婦人科)	カンファレンス(術前プレゼン)
3日目	外来医療面接	内診シミュレーション、動画による自己学習(婦人科手術、腹腔鏡)
4日目	手術参加	動画による自己学習(妊婦検診)
5日目	カンファレンス参加(術後プレゼン) 胎児エコーシミュレーション 周産期レクチャー 1週目の振り返り	共通講義(医学部)
6日目	オリエンテーション 手術参加	動画による自己学習(分娩について、bishop score、妊娠高血圧症候群)
7日目	腹腔鏡シミュレーション ホログラム実習	カンファレンス参加(術前プレゼン) 分娩、bishop scoreシミュレーション
8日目	外来見学(産科)	小手術見学
9日目	動画による自己学習(不妊症、妊婦と放射線) 国家試験対策講義	シネメドケーション (コウノドリを用いた学習)
10日目	カンファレンス参加 まとめ	共通講義(医学部)
11~15日目	岐阜県総合医療センターでの実習 (総合周産期母子センター、分娩、胎児治療、産科救急、婦人科手術、NICU、産科に関するプレゼンテーション)	

(この他に分娩見学や緊急手術もある)

iii) 臨床実習 II

- ・ 選択実習として学生が主体的に参加する。
- ・ 岐阜大学医学部附属病院または市中病院の産科婦人科で、4週間の臨床実習が行われる。
- ・ 産科婦人科チームの一員として実際の産科婦人科診療を幅広く経験する。
- ・ 臨床実習 I よりも様々な産科婦人科診療を多く経験し、産科婦人科学に対するより深い知識と技術の習得ができる。
- ・ 一人の学生に対して一人の若手産科婦人科医がマンツーマンで指導に当たり、若手医師とともに診療に参加することで、知識だけでなく産科婦人科の雰囲気や産科婦人科医の実際の働き方も肌で感じることができる。

iv) 指導体制

- ・現在、産科婦人科教室員は16名で、全員が学生教育に参加している。
- ・外来担当、シミュレーション教育担当などは教員の役割分担が決められ、教育担当時間はその他の業務負担が免除されることで、教員の教育負担が軽減されている。また、予習動画を作り、講義をすべて廃止しているため、教員の負担軽減につながっている。
- ・症例レポートも課題として与えていない。対面でしかできないことにエフォートを割いている。

v) 学生の評価

- ・小テストが適宜実施される。
- ・毎週金曜日には当該週の振り返りが行われる。
- ・実習終了時の総括評価は、ポートフォリオ確認、小テスト確認で行われ、学生からのアンケートによる指導医評価、フィードバックもある。県総合医療センターの指導医評価も大学の教員が一括で行い、県総合医療センターの医師にフィードバックしている。

vi) 学生インタビュー

10月28日に臨床実習中の5名の学生とインタビューを行った。

学生の産科婦人科における臨床実習の満足度は高く、e-learning やシミュレーションの活用、初診外来での医療面接、カンファレンスでのプレゼンテーション等、有意義な実習であるとの意見であった。

⑦ まとめ

産科婦人科での診療参加型臨床実習は難しい面が多いとされるが、岐阜大学医学部では、学生がチームの一員として診療に参加する診療参加型臨床実習が実施されていた。教授を始めとする教員の教育にかかるエフォートが高く、かつ患者からの同意もよく得られていることが診療参加型臨床実習の実現に寄与していると思われる。e-learning やシミュレーションを活用し、学生が事前に準備していることも効果的な臨床実習につながっていると思われる。

医療面接、診察、検査、マネジメントと、一連の流れに沿った実習で、産科婦人科の診療を効果的に学べている。診療の現場で随時教員から質問したり、小テストを併用していることも学生の理解度を高め、定着させるのに有効と考えられる。

学生の満足度は高く、産科婦人科における診療参加型臨床実習の Good practice として、普及させることが期待される。

IV. 国内医学部、関連病医院訪問調査の総括

昨今の少子超高齢社会を反映し、地域医療の充実が求められており、地域医療実習・総合診療実習を調査研究した。また、従来は見学型臨床実習が主になっていた外科および産科婦人科の診療参加型臨床実習について調査研究を行った。

調査研究のため訪問した大学病院、学外関連施設では、学生の診療活動への参加を促す「診療参加型臨床実習」が実践されており、指導体制としてはいわゆる「屋根瓦式臨床実習」が着実に機能していることが確認できた。学生の臨床能力修得度並びに満足度はきわめて高いことも確認された。さらに指導医にとっても、学生を指導することに過度の負担を感じることはなく、むしろ学生の臨床能力が向上することによって日常診療の補助にもなる点があり、良い結果をもたらしているとの意見が大半を占めた。

これらの成果は、診療参加型臨床実習の目的に合致しており、学生の臨床能力修得向上に寄与するモデルケースとして全医学部における臨床実習の充実につながることを期待される。

B. 海外調査報告

我が国の医学部における臨床実習ならびに臨床研修をより改善し、向上させるための参考として、海外医学部における臨床実習と臨床研修を調査研究することの意義は大きい。もちろん、医学教育システム、医療制度、政治、経済、文化、国民性などが異なる海外のシステムをそのまま導入することは現実的ではない。海外医学部で先進的に行われている優れた取組を我が国の臨床実習や臨床研修に導入すればよく、必ずしも日本の実状に即していない取組を敢えて採用する必要はないと考えられる。

今年度の調査研究では、アメリカの医学部における教育について Thomas Jefferson 大学、医学生の資質・能力を総括評価する医師国家試験システムをアメリカ医師国家試験委員会 (National Board of Medical Examiners)、海外医学部出身者の資格審査ならびに国際的な医学教育研究の内容を Intealth (Educational Commission for Foreign Medical Graduates: ECFMG と Foundation for Advancement of International Medical Education and Research: FAIMER) で、それぞれ訪問調査した。

I. Thomas Jefferson 大学訪問

● 訪問調査タイムテーブルと参加者

Agenda

College Building, 1025 Walnut Street

Dean's conference room 100C

9:00 am – 9:50 am Survey requested by MEXT – Research

Dr. David Whellan

10:00 am – 10:50 am Schedule of clinical clerkships at TJU and supervision system

Dr. Nina Mingioni, Dr. Andres Fernandez

11:00 am – 11:50 am Changes in USMLE requirements and clinical skills evaluation

Dr. Katherine Berg, Dr. Dianna Cheney-Peters

12:00 pm – 12:50 pm Faculty development for supervising physicians

Dr. Dimitrios Papanagnou

1:00 pm – 2:55 pm Japan Center to discuss November medical education symposium

Dr. Charles Pohl, Executive Director, Dr. Takami Sato, Director

3:00 pm – 3:45 pm Connection from undergraduate education at TJU to PGME

Dr. John Caruso

4:00 pm – 5:30 pm Survey requested by MEXT – Operations and Education

Dr. Douglas McGee, Dr. Steven Herrine

David Whellan, MD, MHS, Senior Associate Provost, Clinical Science

Associate Dean of Clinical Research, Sidney Kimmel Medical College

Nina Mingioni, MD, FACP, Assistant Dean, Academic Affairs/Undergraduate Medical Education

Andres Fernandez, MD, MEd, Phase 2 Director, JeffMD Medical Education Program

Associate Director, SKMC Medical Education Scholarly Inquire Track

Katherine Berg, MD, MPH, Associate Dean of Assessment, Sidney Kimmel Medical College
Director, Rector Clinical Skills and Simulation Center

Dianna Cheney-Peters, MD, Associate Program Director, Internal Medicine

Director, Medicine Sub-Internship

Dimitrios Papanagnou, MD, MPH,

Associate Dean of Faculty Development, Sidney Kimmel Medical College

Associate Provost for Faculty Development, Sidney Kimmel Medical College

John Caruso, MD

Senior Associate Dean, Graduate Medical Education & Affiliates

Douglas McGee, DO

Vice Dean of Graduate Medical Education, Sidney Kimmel Medical College
Enterprise Lead of Graduate Medical Education, Jefferson Health

Steven Herrine, MD

Vice Dean of Academic Affairs & Undergraduate Medical Education,
Sidney Kimmel Medical College, Chair, Department of Medical Education

訪問調査者

山脇 正永（東京科学大学教授）

奈良 信雄（日本医学教育評価機構常勤理事）

● 調査概要

2025年10月15日に Thomas Jefferson University, Sidney Kimmel Medical College にて臨床実習を中心とした医学教育に関する情報収集を行った。本セッションでは、臨床実習の指導及び指導医に焦点をあてながら、Thomas Jefferson University (TJU) における臨床実習システムと指導体制、臨床実習の指導医、USMLE 改定後の臨床能力評価、指導医のための Faculty Development、TJU の学部教育から卒後レジデント教育への接続、臨床実習におけるレジデントの教育的役割、Programmatic assessment としての学生評価について、意見交換を行った。本報告書ではセッション時の情報に加え、ご教示いただいた参考資料の情報も加えて報告する。

● Thomas Jefferson University (TJU) における臨床実習システムと指導体制

TJU 医学部 (Sidney Kimmel Medical College : SKMC) の臨床実習は、能力基盤型医学教育 (Competency-Based Medical Education : CBME) の理念に基づき、医学部教育全体の中核として体系的に構成されている。カリキュラムは3フェーズに分かれ、臨床実習は主に Phase 2 と Phase 3 に相当する。

Phase 2 は基礎医学と臨床基礎教育を終えた学生が、約1年間にわたりコアとなる診療科をローテーションする。Phase 2 の目的は、個別の知識や技能の習得にとどまらず、複数のコンピテンシーを統合した臨床パフォーマンスを実践の中で身につけることである。ローテーションは paired-block 方式などを用いて効率的に編成され、学生は病棟、外来、救急部門、地域医療など多様な臨床環境を経験する。コアクリニカルローテーションには、内科、外科、小児科、産婦人科、精神科、家庭医療が含まれる。内科では入院患者の診療を中心に、病歴聴取、身体診察、診断推論、治療計画の立案を行い、チーム医療の中で患者管理を学ぶ。外科では周術期管理や手術室での経験を通じて、外科的思考や安全管理を理解する。家庭医療や小児科、精神科では、外来診療や地域に根ざした医療の実際を学び、ライフステージや心理社会的背景を踏まえた包括的ケアの重要性を体得する。

Phase 3では、Phase 2で培った基盤をもとに、選択科目による高度な臨床経験や専門性の深化が図られる。学生は自身の進路希望に応じて診療科を選択し、より自律的な臨床参加やサブインターンシップ、研究活動に取り組むことができる。このフェーズは、卒業後の研修や専門医教育への円滑な移行を支える重要な段階として位置づけられている。

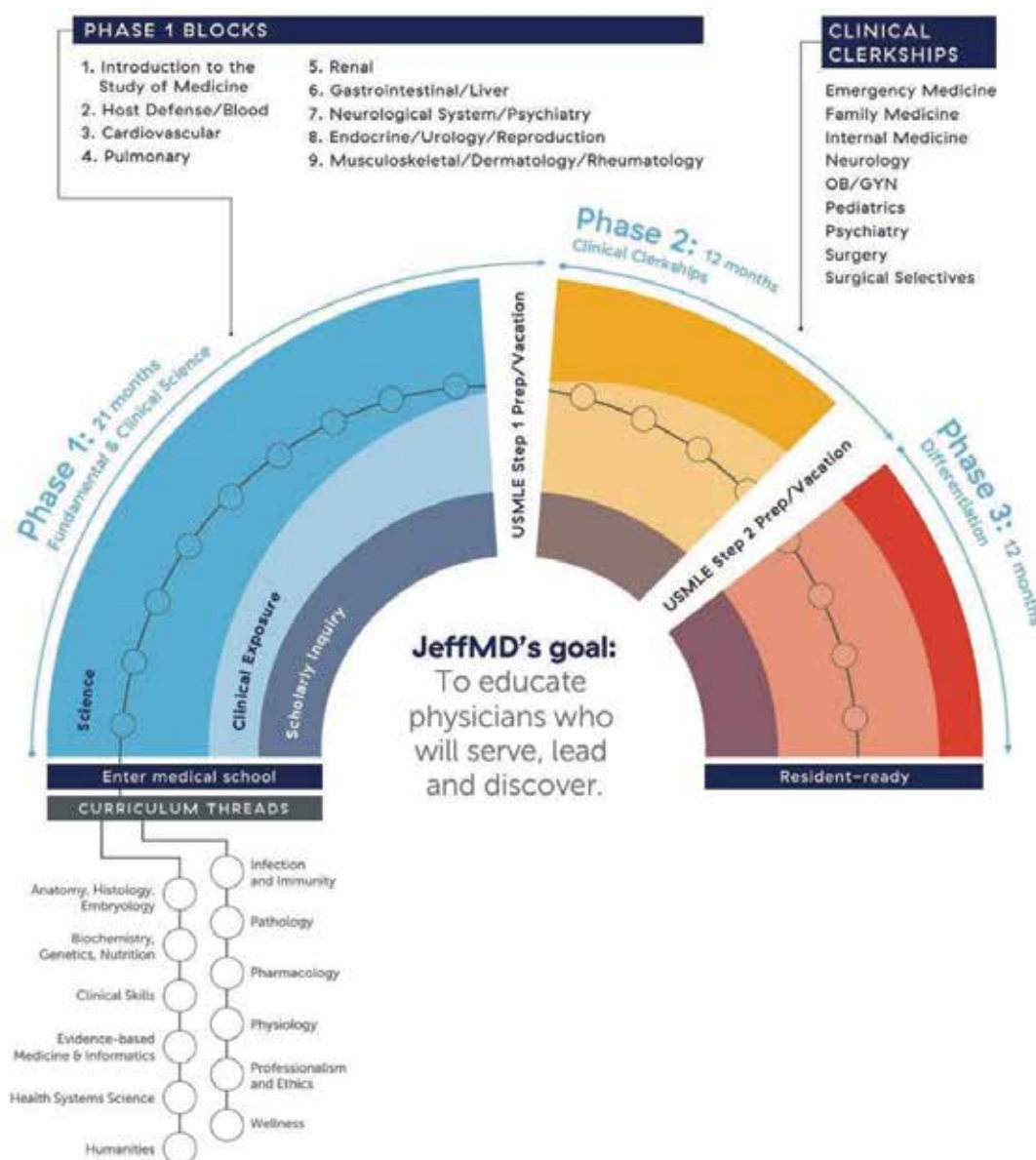


図1 SKMCのカリキュラム概念図

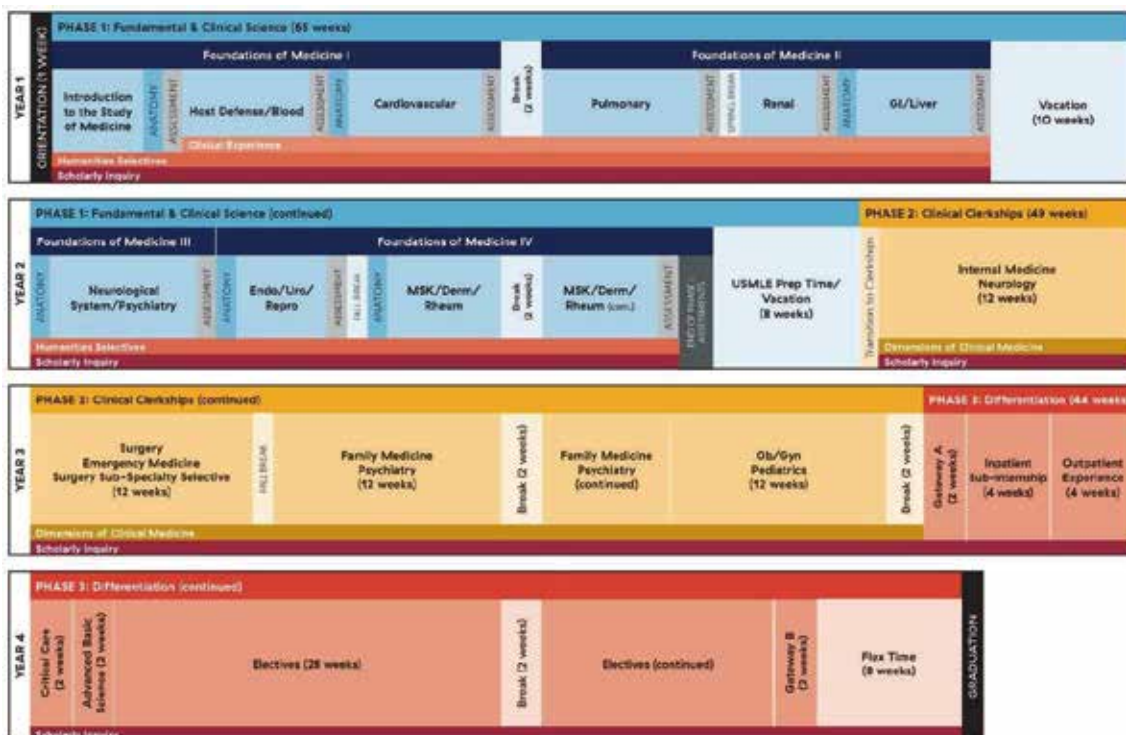


図2 SKMCのカリキュラムの内容

教育方法は、臨床現場での診療参加型実習を中心に構成されている。学生は回診やカンファレンスに参加し、担当患者について SOAP 形式での症例プレゼンテーションを行う。ベッドサイド教育では、指導医や研修医の直接的な指導のもとで診察技能やコミュニケーション能力を磨く。また、シミュレーション教育や模擬患者を用いたトレーニングも組み込まれ、臨床現場では経験しにくい状況や手技についても体系的に学修できる環境にある。評価は、知識試験だけでなく、臨床パフォーマンスを重視して行われる。直接観察に基づく評価、指導医やレジデントからの形成的フィードバック、ローテーション終了時の総括評価、科別の筆記試験や OSCE などが組み合わせられ、学生の成長が多面的に把握される。これにより、学生は自身の到達度を理解し、次の学修につなげることができる。

● 臨床実習の指導医

SKMC の臨床実習における指導体制は、患者安全と教育の質を両立させることを目的として構造化されている。学生教育は指導医 (Faculty/Attendings) を中心とし、レジデントやフェローを含むチームによって提供され、段階的かつ責任の所在が明確な監督体制のもとで行われる。SKMC は米国でも大規模な医学部の一つであり、Jefferson Health 全体では 1,900 人以上の教員 (faculty) が所属する体制となっている (医学部だけでなく関連施設全体を含む大規模ネットワークとして)。教員の多くは臨床・教育・研究を兼務しており、学生の臨床実習における指導・評価・フィードバックを日常的に担当している。教員は SKMC

または関連病院に正式に任命された常勤・非常勤の医師であり、大学によって教育資格や専門性が確認・管理されている。

指導医は診療技能や臨床判断のみならず、その思考過程を言語化して学生へ共有し、プロフェッショナリズムや患者中心の医療の模範となることが期待されている。また、学生の能力や経験に応じて適切な責任範囲を設定し、教育目標に基づいた形成的・総括的フィードバックを提供することも求められている。臨床教育の多くはレジデントやフェローが日常的な指導を担っているが、最終的な教育責任と患者ケアの責任は指導医に帰属する仕組みとなっている。レジデントは病棟回診、症例検討、診察手技指導などを通じて学生と密接に関わり、チームベースの学修環境を形成する。こうした多層的な教育体制により、学生は継続的な指導を受けながら臨床現場での実践力を高めることができる。

教育の現場は多様で、SKMC の学生は Philadelphia 中心部にある Thomas Jefferson University Hospital (約 937 床の基幹病院) や、ネットワーク内の複数の関連施設に配属されることが多い。Thomas Jefferson University Hospital 自体が SKMC の主要な教育病院であり、ベッド数は約 937 床と大規模である。加えて、SKMC は多数の関連臨床提携病院ネットワークを有しており、10~20 以上の関係病院で臨床実習が実施されている。これには、Christiana Care Health System (約 1,039 床) や Morristown Medical Center (約 735 床)、Lankenau Medical Center、Bryn Mawr Hospital、Paoli Hospital、Virtua Health、WellSpan York Hospital などの地域病院が含まれる。

Clerkship 毎に Clerkship Director が配置され、学修目標、指導内容、評価方法の標準化を図っていることも重要な特徴である。学生の活動は観察評価ツール(直接観察など)により評価され、フィードバックが重視されている。このような標準化された評価体制により、指導体制全体として一貫性と質保証が成立している。

● USMLE 改定後の臨床能力評価

SKMC における学生評価は、USMLE Step2 CS (Clinical Skills) が 2021 年に恒久的に廃止されたことを受け、臨床技能評価を大学内でより体系的かつ計画的に行う方向(programmatic assessment)へと再構築されている。Step2 CS の廃止により、臨床技能の担保と可視化は医学部自身の責務となった。SKMC ではこの変化を、単なる代替措置ではなく、臨床教育の質を高める契機として位置づけている。まず中核となるのが、臨床実習(clerkship)における直接観察評価(workplace-based assessment)の強化である。学生は実際の診療チームの一員として患者対応を行い、その過程で指導医やレジデントから、病歴聴取、身体診察、診断推論、患者・医療者間コミュニケーション、プロフェッショナリズムといった多面的な能力について継続的に評価を受ける。これは単発試験では捉えきれない、実臨床に即した能力評価を可能にしている。

この直接観察評価を支えるツールとして、JeffDOT (Jefferson Direct Observation Tool) 活用されている。JeffDOT は、臨床現場で短時間に記録できるマイクロ評価ツールであり、

学生の具体的な行動をその場で評価・フィードバックすることを可能にする。Step2 CS で評価されていた医療面接や身体診察、対人スキルは、JeffDOT を通じて日常診療の中で繰り返し評価され、データとして蓄積される。これらの情報は JeffCAT に統合され、学生の能力発達を縦断的に把握する基盤となっている。さらに SKMC では、学内 OSCE (Objective Structured Clinical Examination) も重要な評価手段として位置づけられている。OSCE は標準化患者を用い、Step2 CS が担っていた「標準化された技能評価」の機能を学内で補完する目的で実施されている。さらに、Step2 CS 廃止後は、ディーンレターや推薦状に記載される臨床能力に関する記述の重要性も高まっている。SKMC では、実習中の評価や直接観察の結果をもとに、学生の臨床能力や成熟度を具体的に言語化し、卒後研修プログラムに伝える仕組みを整えている。

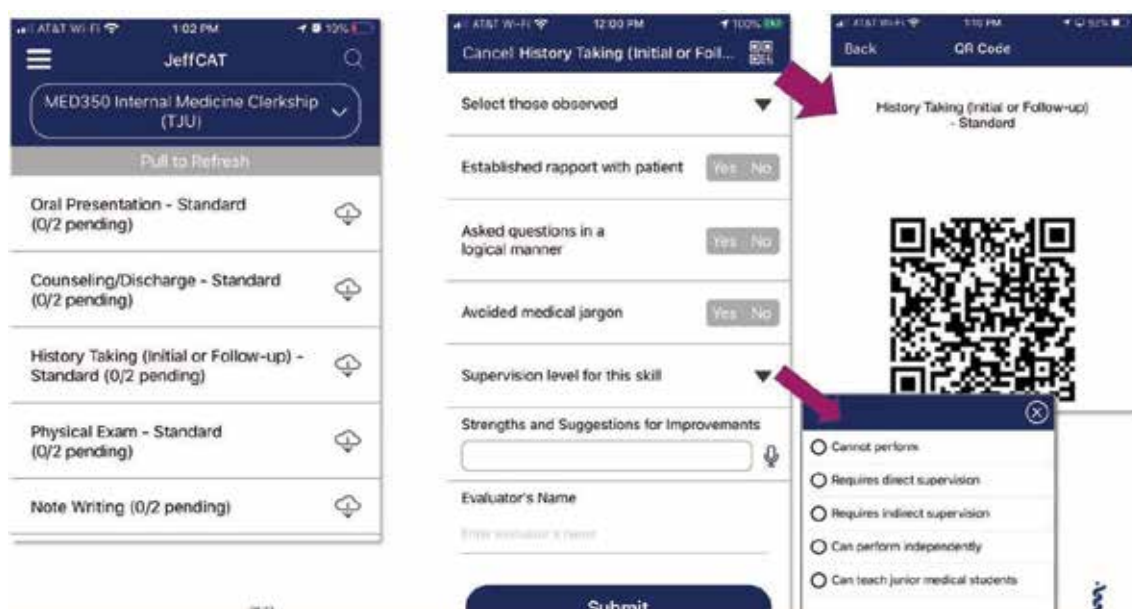


図3 JeffDOT の概要

● 指導医のための Faculty Development

SKMC では、臨床実習をはじめとする医学教育において 指導医や教員の教育能力向上 (Faculty Development : FD) を体系的に支援する取り組みが整備されている。これらは学生への教育の質を高めるだけでなく、臨床現場での効果的で実用的な指導力や評価能力を育成することを目的としており、年間を通じて継続的に実施されている。SKMC 全体としては、大学の Office of Faculty Affairs and Faculty Development (OFAFD) が中心となり、教員・指導医向けの多岐にわたる研修・能力開発プログラムが提供されている。このプログラムは「効果的な教育」「研究スキル」「リーダーシップ・マネジメント」という三つのテーマを軸に構成され、教育者としての基礎から臨床教育の現場で必要な高度なスキルまで幅広く扱われている。研修は対面ワークショップとオンライン両方で提供され、特に教育

方法論や成人学習理論など医学教育の基礎に関する内容が含まれるほか、継続教育単位（CME）も取得できる仕組みとなっている。これにより日々の臨床教育に不可欠な教育方法の理論と実践の両面が強化される。

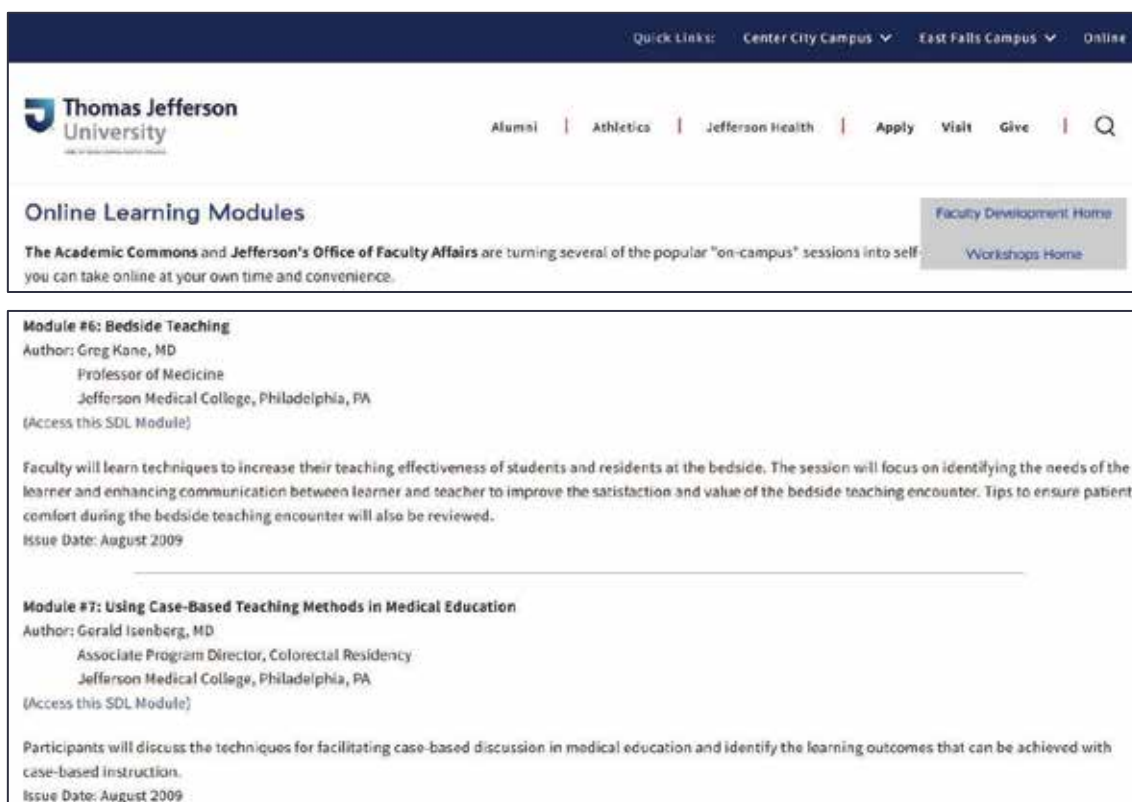


図4 SKMC の online FD のコンテンツ例

臨床教育においては、ACGME 及び AAMC が主催する教育セミナー・ワークショップ、Faculty Development Hub、Learn at ACGME、Early Career / Midcareer Leadership Development Seminar 等を活用した教員の能力開発が進められている。SKMC の FD は単なるティーチングスキル研修にとどまらず、教育者としてのキャリア形成や教育的リーダーシップ能力の育成にも焦点を当てており、教育リーダーシップ研修（課題解決型学習の設計、教育プログラム評価、カリキュラム開発など、教育企画・運営）、研究・教育 Scholarship 支援、Faculty Days Program（1日集中型の教育研修イベントで、最新の教育理論や実践戦略を共有）なども実施されている。

さらに、SKMC の教育評価体系の中で優れた教員を評価・顕彰する文化も整備されている。教育に対して高い評価を受けた教員や臨床指導者には、Dean's Teaching Award やその他の教育優秀賞が授与され、評価・フィードバックの質の向上を促すインセンティブとなっている。教育に特化したキャリア形成を支援するプログラムとして、Medical Education Fellowship のような高度な教育専門スキルを習得するフェローシップも提供されている。

これは救急医学科が中心となる 2 年制のプログラムで、教育理論・教育設計・シミュレーション教育・評価方法などを深く学び、将来的な医学教育リーダーを育成することを目的としている。参加者は教員としての役割だけでなく、教育研究やカリキュラム開発にも携わり、教育者としてのキャリア形成を図ることが可能となる。

● TJU の学部教育から卒後レジデント教育への接続

SKMC では、学生の臨床実習（UGME）からレジデントプログラム（GME）への連続性（continuum）を強く意識した教育設計がなされている。これは「医学部教育と卒後研修を断絶した別段階としてではなく、医師としての能力形成が連続的に発達していく過程」として捉える考え方に基づいている。

SKMC では、UGME と GME を分断せず、共通のコンピテンシー枠組みと評価システムのもとで育成することを重視しており、ACGME が示す能力基盤型教育（Competency-Based Medical Education：CBME）と、Entrustable Professional Activities（EPA）を軸とした一貫性を持った教育が行われている。SKMC の臨床実習では、病歴聴取、身体診察、診断推論、患者・家族とのコミュニケーション、医療チーム内での役割遂行、プロフェッショナルリズムに重点が置かれ指導されている。これらは、ACGME がレジデントに求める能力領域と本質的に連続しており、学生段階でも「どこまで任せられるか（entrustment）」及び、段階的自立（supervision level）を評価している。

セッションに参加した Berg 先生の研究では、SKMC 学生の 3 年次 OSCE の成績と、卒後レジデント評価の ACGME Milestones 1.0 の患者ケア、対人関係、コミュニケーションスキルのサブコンピテンシーとの間に相関関係があることが明らかにされている（Berg et al. BMC Medical Education (2025) 25:1475. <https://doi.org/10.1186/s12909-025-07993-z>）。また、ACGME が新たに導入した Milestones 2.0 では、6 つの一般能力に基づき、2024 年より専門分野ごとに新しい評価基準が適用されているが、SKMC では Milestones 2.0 を卒前教育の学修アウトカムとしても適用している。

表 1 Milestones 2.0 の 6 つの Competencies

-
- Medical Knowledge
 - Patient Care
 - Interpersonal and Communication Skills
 - Practice-Based Learning and Improvement
 - Professionalism
 - Systems-Based Practice
-

● 臨床実習におけるレジデントの教育的役割

SKMC では、レジデントが学生教育の主要な担い手として位置づけられている。医学生は診療チームに正式に組み込まれており、日常診療ではレジデントから直接指導・フィードバックを受け、レジデントは「教える立場」として学生の評価にも関与している。学生は早期から「レジデント的役割モデル」を体験し、レジデント側も Teaching Resident としての能力を養う必要がある。

レジデント対象の FD として、SKMC の Emergency Medicine で Resident as Teacher Rotation, Emergency Med Teach Block、Internal Medicine では Medical Education Elective, Medical Education Career Pathway などのプログラムが用意されている。Internal Medicine の Medical Education Elective の内容としては、教育理論の理解（成人学習理論、フィードバック・評価法など）、講義・プレゼンテーション技術、小／大グループ学習のリード、臨床現場でのベッドサイドティーチング、ロールモデル、臨床推論指導などが盛り込まれている。また、SKMC はレジデント教育者向けの補助教材として、“Resident as teacher: developing skills for bedside teaching on ward rounds” のような ビネット形式教材 を公開している。

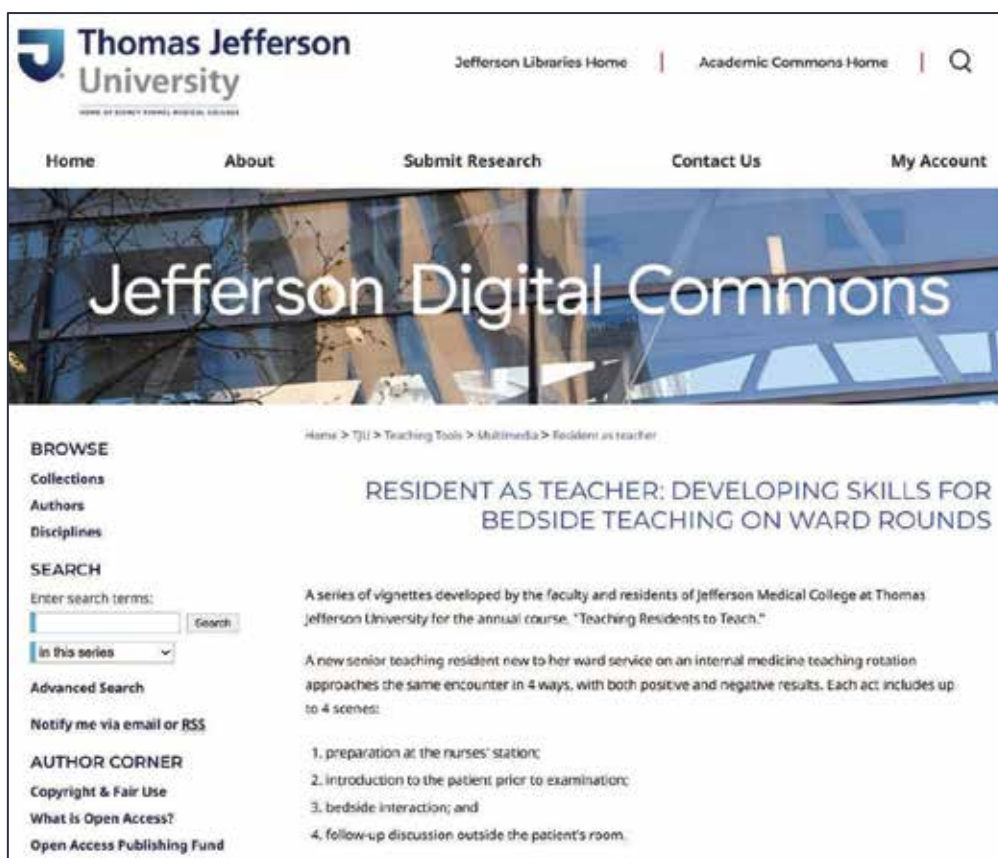


図5 公開されている Resident as Teacher プログラムの例

● Programmatic assessment としての学生評価

SKMC における programmatic assessment (プログラム型評価) は、CBME を実装するための中核的な学修・評価設計であり、「単一の試験で合否を決める」のではなく、複数の評価データを縦断的に収集・統合し、学生の成長と到達度を総合判断する仕組みとして構築されている。基本的な考え方として、SKMC の programmatic assessment は、評価を

- ・ Assessment of learning (到達度の判定)
- ・ Assessment for learning (学修を促進する形成的評価)
- ・ Assessment as learning (振り返りを通じた自己調整学修)

の三層で捉えている。特に重視されるのは for と as learning の側面であり、評価は「合格/不合格」よりも「成長支援」のために用いられている。

臨床実習において評価すべきデータについては、以下の方法がプログラム化され集積される。

① 直接観察評価 (JeffDOT)

JeffDOT は臨床現場で数分以内に記録可能で、病歴聴取、身体診察、臨床推論、コミュニケーション、プロフェッショナリズムなどを対象としており、時系列での能力成長の可視化が可能となっている。評価と同時に即時フィードバックを与えられるようにオンライン化されており、学生自身による振り返りやアドバイザー面談などでも活用されている。JeffDOT は一回ごとの評価の信頼性よりも、回数と文脈の多様性を重視し、多数のデータを蓄積することを目的としている。

② ローテーション評価

各診療科のプログラムでは、指導医・レジデントによる観察評価、症例提示・口頭試問、Mini-CEX 的評価、専門領域ごとの知識評価 (USMLE 対策等) について収集する。

③ OSCE

USMLE Step2 CS 廃止後、SKMC では学内 OSCE の位置づけがより明確化されました。総括評価としての OSCE は臨床実習前 (4 症例)、Phase 2 終了時 (10 症例)、Phase 3 終了時 (5 症例) で実施されている。

JeffDOT、ローテーション評価、OSCE はすべて EPA にマッピングされ、それぞれの評価を統合したものが実践能力として再構成される。最終的な進級・卒業判断は、Clinical Competency Committee (CCC) が、「この学生は次の段階に進む準備ができているか」という総合的判断 (professional judgment) をください。CCC は、複数教員による合議制で、単一評価者のバイアスを回避し、数値よりもナラティブ評価を重視するという特徴がある。

SKMC の programmatic assessment の本質は、評価を教育設計の中心に据える点、行動と成長を評価対象とする点、卒前から卒後への能力連続性を保証する点でユニークであると考えられる。これは、試験中心型評価から、信頼に基づく専門職育成モデルへの転換であり、日本の医学教育における CBME 実装や JACME 基準の運用を考える上でも、重要な示

唆を与える実践例と考えられる。

● その他：SKMCにおける医学研究教育について

主として Phase 1（1～2年生）の時期に、少なくとも8週程度は医学研究を体験する。3～4年生の時期にも課外で研究を経験できる。75%の学生は clinical research を行っている。32の臨床研究協力施設と連携して教育プログラム作成している。年間で200程度の学生による publication がある。研究活動は学生の CV に記載ができるので研究の motivation はある。MD-PhD コースは1学年5人程度で、7～8年のコースとなっている。MD-PhD 学生には NIH のグラントが出る。

大学教員は「教育 (Teaching)」「研究 (Research)」「学内業務・サービス (Service / Administration)」の3つのミッションを、同等の重要性（フラットな関係）としてバランスよく遂行・評価する、いわゆる Triple Flat が求められているが、そのエフォートの按分は個々に異なる。

● その他：SKMCの入学者の背景

SKMCの2025年入学者286名の背景を図示する。12,033名の入学志願者から選抜されている。アメリカのフィラデルフィア州内の学生が約31%、他の州が約66%で、その他に海外からの学生が約3%である。女子学生が約54%、男子学生が約46%となっている。年齢別では20～23歳が約60%ともっとも多いが、27～39歳が約8%である。



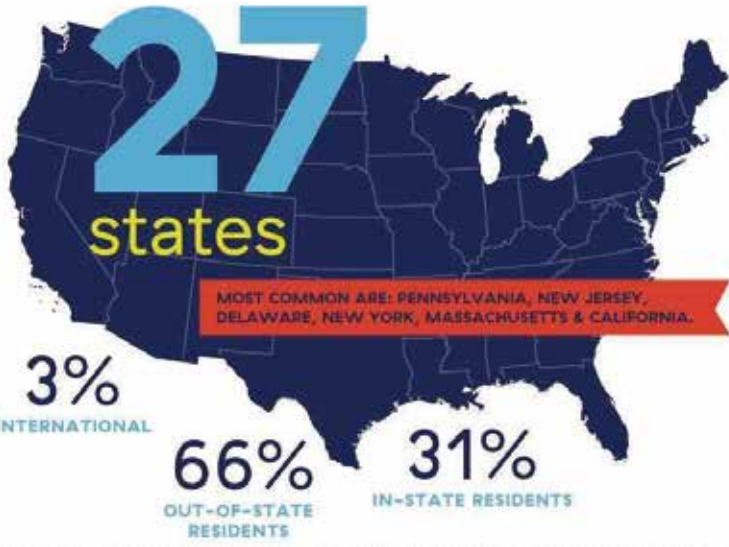
STUDENT FACT SHEET

2025 Incoming Class

12,033
AMCAS APPLICANTS

3.5%
OF APPLICANTS
OFFERED ACCEPTANCE

286
STUDENTS ACCEPTED
TO THE CLASS OF 2029



54%
WOMEN

46%
MEN

3.84 AVERAGE TOTAL GPA

AVERAGE SCIENCE GPA 3.80

513 AVERAGE MCAT

112

GRADUATE AND UNDERGRADUATE SCHOOLS REPRESENTED



AGE RANGE OF MEDICAL STUDENTS

60%
20-23

32%
24-26

8%
27-39



II. NBME 訪問

訪問目的

我が国における医師国家試験のあり方を検討するうえでの参考に供するため、アメリカにおいて医学部出身者の資質・能力を評価する医師国家試験（USMLE, United States Medical Licensing Examination）の現状を確認する目的で実施機関である NBME を訪問し、意見を交換した。

会議次第

訪問日時：2025 年 10 月 15 日（水）

会議日程、参加者：

9:00-9:15 Welcome and Introductions

Peter J. Katsufakis, MD, MBA (President and CEO)

9:15-10:00 USMLE History, Background, and Governance

Alex J. Mechaber, MD, MBA, MACP (Vice President)

(Topics: USMLE History, Overview of USMLE, USMLE Governance)

10:00-10:45 USMLE Operations

Suzanne McEllehenney (Director, Program Management)

(Topics: Item Development, Committee Engagement, Psychometrics, and Data Analysis)

10:45-11:00 BREAK

11:00-11:45 USMLE Customer Experience

Colleen Ward (Senior Director, Customer Experience)

(Topics: Customer Experience, Collaboration with Testing Centers)

11:45-12:30 USMLE/NBME Research and Development

Dan Jurich, PhD (Associate Vice President)

(Topics: USMLE Validity Research, Assessment of Clinical Skills Competencies)

訪問者：奈良信雄、山脇正永

1. USMLE (United States Medical Licensing Examination, アメリカ医師国家試験) 発足の経緯

USMLE が実施される以前は、NBME (National Board of Medical Examiners: アメリカ医師試験委員会) が実施する資格試験をアメリカの医学部卒業生の約 75% が受験し、1991 年までは 1 州を除く州での医師免許取得試験として採用されてきた。また、FSMB (Federation of State Medical Boards: アメリカ州医療委員会) が実施する FLEX 試験をアメリカの医学部卒業生の約 25% が受験し、外国医学部出身者全員が医師免許取得のために受験していた。このほか、ECFMG (アメリカ外国医学部卒業医師教育委員会) が実施する FMGEMS があったが、これは外国医学部出身者がアメリカ国内で臨床研修を受けるための資格試験であり、医師免許を取得できる試験ではなかった。

1989 年に、ACGME (アメリカ卒後医師教育委員会)、AMA (アメリカ医師会)、AAMC (アメリカ医学校協会)、DHHS (Department of Health and Human Services: アメリカ保健社会福祉省)、ECFMG (アメリカ外国医学部卒業医師教育委員会)、FSMB、NBME、NBOME (National Board of Osteopathic Medical Examiners: アメリカオステオパテー医師試験委員会) が医師免許取得制度発足に向けて共同で検討し、1991 年にアメリカ医師国家試験としての統一した USMLE が開始されることになった。USMLE プログラムは NBME と FSMB によって共同で運営されている。

1991 年以降、現在に至るまでの USMLE の推移を下図に示す。



2. NBME の使命

NBME の使命は次のように定められている。

- ① 安全で効果的な患者ケアを提供するうえで重要な医師としての資質・能力を適正に評価する免許付与機関であること。
- ② 医師免許付与のための評価の設計と開発に、医学教育専門家、医学教育機関、試験委員会委員、現役臨床医を参加させること。
- ③ 最高水準の専門試験によって医師の公平性と平等性を確保すること。
- ④ 医師としての能力をよりの確かかつ包括的に評価できるよう、医師免許試験の開発と改善を続けること。

NBMEによる試験の特徴を下記に示す。

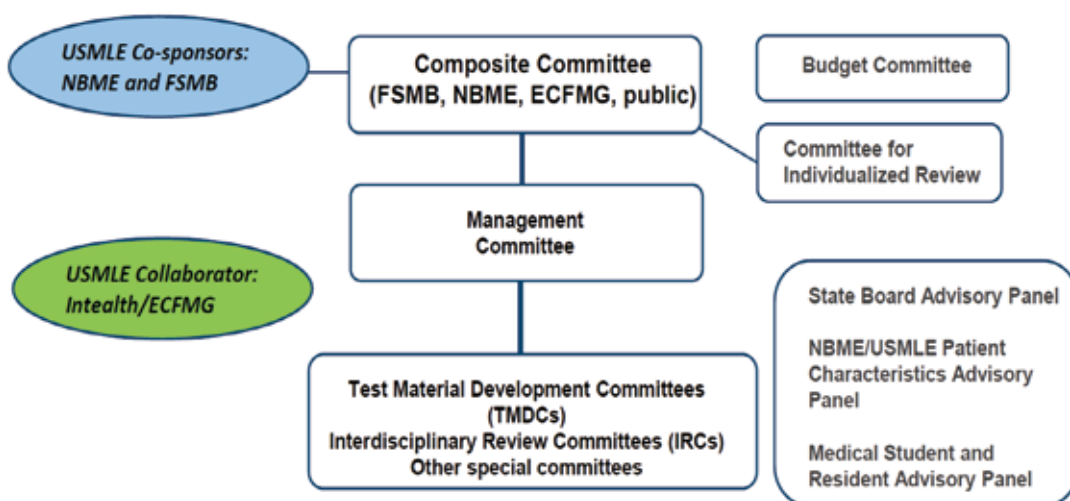
- ① 評価から得られる有意義な情報を提供すること。
- ② 医療教育者およびその機関、認可機関のメンバー、現役臨床医をこれらの評価の設計・開発に関与させること。
- ③ 医師に対する公平性と公平性を確保すること。
- ④ 最高水準の専門的検査基準を通じて・医師をより正確かつ包括的に評価することを目的として、免許取得のための評価を継続的に開発・改善すること。

3. USMLE に関わる組織構成

以上の使命を達成するために、NBME は FSMB と協調して出題基準と試験問題を作成し、各委員会を組織化して運営している。さらに、国家試験としての信頼性・妥当性を確保するために、心理測定学分析とデータ解析を行って適正化に努めている。

外国医学部出身者の受験もあるので、Intealth/ECFMG も参加している。

USMLE Organization / Committees



4. 試験問題作成

USMLE の試験問題作成には、18 の作題専門委員会 (Test Material Development Committees, TMDCs) が多選択肢問題 (MCQs) の新規作成と点検を行っている。各委員会には、異なる専門分野から 10~14 名の委員が参加している。委員会は、基礎医学、臨床医学、臨床実践に基づく学修と改善、系統的な学修の原則に基づいて構成されている (例: 小児の健康、慢性ケア、生理学と細胞生物学)

USMLE ステップ 3 の Computer-based Case Simulation (CCS) の新作問題を作成する委員会は 30~35 名の委員から構成されている。

MCQs と CCS 症例の新作問題は、最初は採点除外問題として出題される。

他分野にまたがる点検委員会 (Interdisciplinary Review Committee, IRCs) が統計分析を用いて試験問題の点検を行っている。そして、良問と判定された試験問題は今後の出題に備えてプールされる。すべての試験問題は 3 年ごとに見直され、その時点でも通用できるか検証される。すでに時代にそぐわないと判定された問題は除外される。

委員は医学教育と医師免許試験に熱意のあるボランティアから選ばれ、医学教育を継続していることが委員会参加の要件になっている (医師免許と専門医資格を継続していることは勿論である)。委員に就任することは、昇進のための推薦要件にもなるし、専門的能力の開発にも有益であるとして受け入れられている。

5. 国家試験の実施

試験はプロメトリック社の試験会場 (アメリカ国内 350 会場、アメリカ国外 100 会場) で厳重に管理されて実施される。2024 年実績での受験者数は 135, 000 以上である。試験問題は大量のプールがあるため、年間を通してさまざまな組み合わせで出題可能になっている。

6. 国家試験で評価する能力、適格性

USMLE は、次の二つの原則に沿って出題される。

- ・臓器別：各ステップとも同様なバランスで出題される。
- ・医師としての業務、コンピテンシー：

試験の合否判定

- ・ステップ1：合格か不合格で通知される
- ・ステップ2 CK、3：合否と3桁の点数表示で通知される。

Competency	Step 1	Step 2 CK	Step 3
Applying Foundational Science Concepts	Yes	---	Yes
Patient Care: Diagnosis			
• History/Physical Exam	Yes	---	Yes
• Laboratory/Diagnostic Studies	---	Yes	Yes
• Diagnosis	Yes	Yes	Yes
• Prognosis/Outcome	---	Yes	Yes
Patient Care: Management	---	Yes	Yes
Health Maintenance/Disease Prevention			
Pharmacotherapy			
Clinical Interventions			
Mixed Management			
Practice-based Learning & Improvement	Yes	Yes	Yes
Communication Skills	Yes	---	Yes
Professionalism	---	Yes	Yes
Systems-based Practice and Patient Safety	---	Yes	Yes

7. USMLE の概要と受験資格

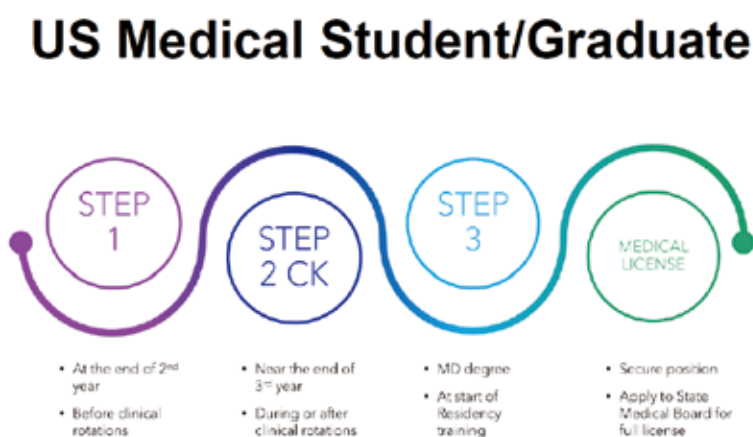
USMLE ステップ1～3の受験資格と実施概要を示す。試験は年間を通して実施され、1年間で3回まで受験可能になっている。4回目の受験は、3回目受験から6ヶ月以上してから可能になる。

	Step 1	Step 2 CK	Step 3
Eligibility	Medical Student or Graduate		<ul style="list-style-type: none"> • MD or DO • Pass Step 1 and Step 2 CK • ECFMG Certification*
Test administration	<ul style="list-style-type: none"> • Offered year-round • 3 attempts/12 months • 6 month wait for 4th attempt 		
Test length (days)	1	1	2
Format			
MCQ Items**	280	315	410
CCS Cases			13/14

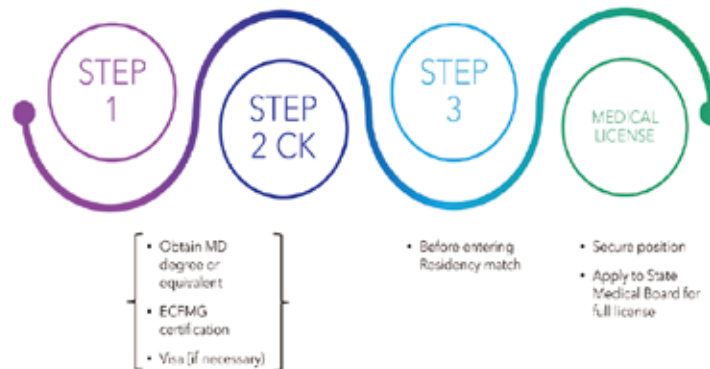
* Required for IMGs // ** Approximate // USMLE Step 2 CS officially discontinued in 2021 but still reported on official USMLE transcripts

USMLE 受験から医師免許取得までの一般的な道筋を、アメリカ国内医学部出身者とアメリカ国外医学部出身者別に示す。

Typical Pathway to Licensure



International Medical Student/Graduate



8. 不正防止

USMLE では、その目的に沿って、不正防止に注意をはらっている。すなわち、受験者は不正行為をしてはならず、公正であることが求められる。また、試験結果の妥当性は守られなければならない。将来医師になる者として、医療を実践するのに必要な知識を保証し、国民の健康維持に貢献しなければならない。

不正行為とは、出願者、受験者、出願予定者等が USMLE における試験の妥当性、信頼性、守秘義務を損なうような行為を指す。不正行為として、次のような事例があげられる。

- ・ 受験資格がないのに、出願したり、受験したりする。
- ・ 出願書類、受験日程許可、その他 USMLE にかかる書類について、誤った情報を記載したり、偽った内容を記載したりする。
- ・ 記憶に基づくことを含め、手段を問わず、試験問題を許可なく再生したり、インターネットで発信したりする。
- ・ 試験合否判定や点数の改竄や、偽りの申告を行う。
- ・ USMLE 規則に違反が疑われる場合、十分な検証に協力しない。

なお、不正行為に気づいた者は、匿名で直接に USMLE に通告する制度が設けられている。

9. 受験申請登録とスケジュール

受験希望者は、目的の試験実施日の1年以内に受験を申請できる。USMLE 各ステップの受験予約は3ヶ月の有効期間がある。試験はプロメテック試験会場で実施される。ステップ1と2 CK はアメリカ国内外に会場が設定されているが、ステップ3はアメリカおよび領有地のみに会場がある。

10. USMLE 受験の合理的配慮

USMLE 受験に際し、合理的な配慮の申請を認めており、年間に数千人の申請がある。申請者の約90%に合理的配慮が認められている。

Step	2020	2021	2022	2023	2024
Step 1	841	1,022	1,380	1,804	2,511
Step 2 CK	564	724	820	1,204	1,662
Step 3	315	338	481	581	712
Total	1,720	2,084	2,681	3,589	4,885

Percentage of USMLE Accommodation Requests Approved Fully or Partially



11. 試験結果の記録

試験の結果は、ステップ1では合否判定のみが通知され、ステップ2 CK と3では合否判定と点数が通知される。不合格者には、フィードバックが行われる。

USMLE には、すべての試験内容、合否結果、点数、不正行為や点数の無効化などが記録されている。記録閲覧の申請があった場合には、電子記録が第三者に提供される。

2024 年の受験者数と合格率を下記に示す。日本の医学部出身者は、ステップ1とステップ2 CK の合格率がアメリカ、カナダの医学部出身者に比べて合格率が劣っている。母国語でない試験のため、合格率が低い可能性がある。一方、ステップ3はアメリカで臨床研修を受けた者が受験するので、アメリカ、カナダ医学部出身者と比べて、日本の医学部出身者の合格率は、ほとんど遜色がないと言える。

Examinee Volume and Pass Rates (2024)



Step 1	Number Tested	% Passing
US & Canadian Schools	30,691	88%
International Schools	26,631	70%
Medical Schools in Japan	246	72%
Step 2 CK	Number Tested	% Passing
US & Canadian Schools	28,244	97%
International Schools	16,636	87%
Medical Schools in Japan	127	83%
Step 3	Number Tested	% Passing
US & Canadian Schools	22,139	96%
International Schools	13,983	85%
Medical Schools in Japan	90	92%
Total Tests Administered	138,324	

アメリカには、1,082,217 名の医師が医療を実践しているが、これは 2010 年に比べて約 27% の増加である。このうち、日本の医学出身者は 808 名で、出身校別の医師数を下表に示す。

Medical School Name	Number of Licensed Physicians	Percentage
Keio University	68	8%
University of Tokyo	55	7%
Kyoto University	42	5%
Kobe University	27	3%
Tohoku University	25	3%
Tokyo Medical And Dental University	24	3%
Okayama University	23	3%
Hokkaido University School of Medicine	21	3%
Osaka University	19	2%
Nagoya University	19	2%
Others	485	60%
Total	808	100%

12. 臨床能力の評価

臨床能力は、医師免許を付与するための評価において極めて重要な能力である。しかし、臨床能力を一日の単独試験で評価するのは困難である。コミュニケーション能力、臨床推論能力を評価する方法については繰り返し改善が行われている。

13. 予測妥当性に関する研究

試験の成績が将来の実績につながることを研究は重要である。予測妥当性の研究は難しいが、より高精度の試験を実施する上で欠かせない。試験成績と将来の予測との関連は次のような観点で検討されている。

- ・ 専門医試験との相関
- ・ レジデントとしての実績との関連
- ・ 分野をまたいだ総合的な医療実践との関連
- ・ 患者の転帰（致命率、入院滞在期間）との関連

III. Intealth 訪問

日時：2025年10月16日（木）13:00～16:00

場所：Intealth

参加者 ECFMG: Kara Oleyn

FAIMER: Lyuba Konopasek, Marta vanZanten, Ming-Jung Ho

訪問者：奈良信雄（日本医学教育評価機構）、山脇正永（東京科学大学）

調査目的 我が国の医学部学生と卒業者が ECFMG に申請する際の要件を ECFMG に確認する。また、FAIMER がどのような活動を展開して国際レベルでの医学教育改善に寄与しているかを聴取する。

議題：

Time	Session	Topics
1:00 – 1:10 pm	Welcome and Introductions	<ul style="list-style-type: none">Opening remarksIntroductions of participants
1:10 – 1:40 pm	ECFMG Updates	<ul style="list-style-type: none">Data on Japanese applicantsAccreditation of medical schools Implications for ECFMG certification
1:40 – 2:10 pm	Basic Medical Education (BME) Curriculum	<ul style="list-style-type: none">Structure of 4-year curriculumCompetency-based educationMilestonesFormative vs. summative assessmentUse of portfoliosStandard setting for WBAs
2:10 – 2:40 pm	Clinical Clerkship	<ul style="list-style-type: none">Duration and structureRotation across departmentsExpected competenciesTeaching systemResidents as teachers programTraining and assessment of clinical instructors
2:40 – 2:50 pm	Break	—
2:50 – 3:20 pm	Residency Programs	<ul style="list-style-type: none">Transition from undergraduate education to residencyLinkages between BME and postgraduate training
3:20 – 3:50 pm	Collaboration Interests	<ul style="list-style-type: none">Exploration of shared interest and prioritiesPotential joint projectsNext steps
3:50 – 4:00 pm	Summary and Next Steps	<ul style="list-style-type: none">Key takeawaysAction itemsClosing remarks

1. Intealth 概要

外国医学部卒業生教育委員会 (Educational Commission for Foreign Medical Graduates: ECFMG) と国際医学教育研究推進財団 (Foundation for the Advancement of International Medical Education and Research: FAIMER) が統合して 2021 年に発足された非営利団体 (NPO) である。Dr. Eric Holmboe が 2024 年以降会長を務めており、職員数は約 300 名である。

Intealth は、医療教育の質を国際的に向上させ、人類の健康改善に貢献することを使命にして、下記のような事業を行っている。

- ・サービスの提供: 医療従事者の教育と訓練を支援し、資格を検証する。
- ・政策形成への貢献: 世界中の医療従事者政策を策定するための情報を提供する。
- ・医療教育機関認定の取り組み: 医療教育の質を向上させるため、国際的な医療教育機関認定の取り組みを推進する。

2. ECFMG

ECFMG は NPO として 1956 年に設立され、2024 年に Intealth の 1 部門となった。

【ECFMG の使命】 下記を通じて公共に貢献する。

- ・医療専門職の質を保証する。
- ・国際的に活躍する医療専門職の資格を一次資料として提供する。
- ・アメリカで卒後教育 (Graduate Medical Education: GME) を受けたアメリカ・カナダ以外の外国医学部卒業生 (International Medical Graduates: IMGs) を支援する。

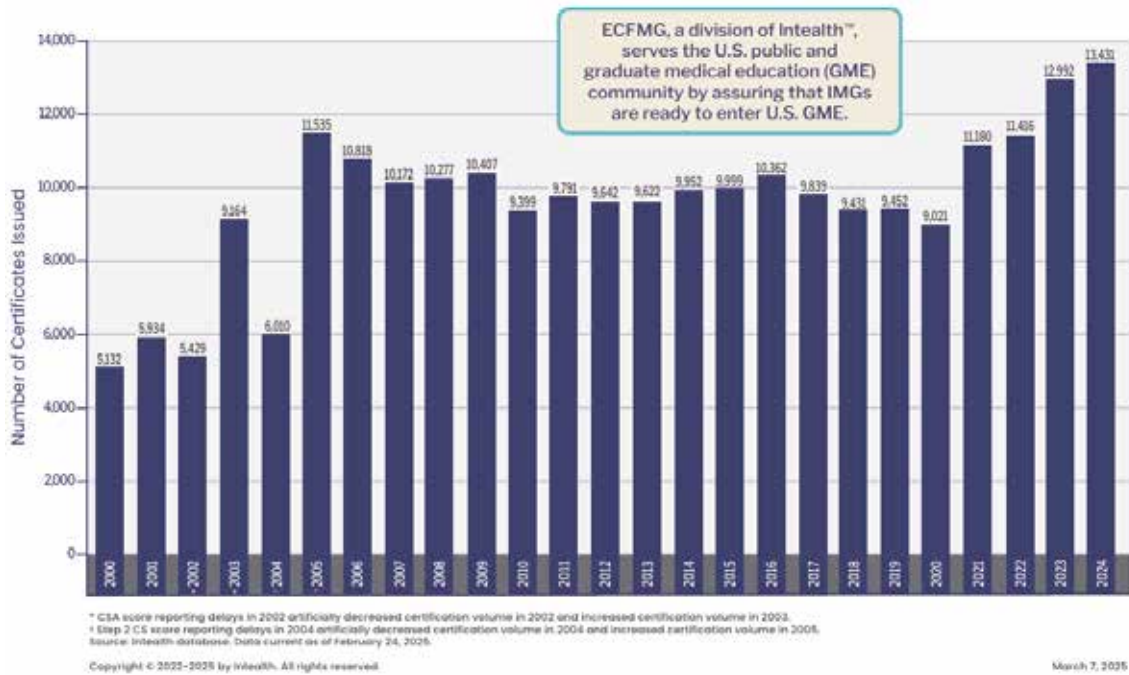
【外国人医師の現状】

アメリカ国内で臨床研修を受けているレジデントの約 21%、専門医教育を受けているレジデントの約 32%、現役医師の約 25% は IMGs で、アメリカでは合計で 235,508 名の IMGs が医療を担当している (2023 年データ)。

ECFMG への申請者は年々増加している。国籍別の申請者が多いのは、アメリカ、インド、パキスタン、カナダ、ナイジェリアである。

2025 年データでは、1 年目レジデントには 40,041 名の受け入れが可能で、2024 年に比べて約 4.5% 増加している。1 年目レジデントのマッチング者は、アメリカの医学校卒業生 (Medical Doctor, MD) とオステオパシー医学校卒業生 (Doctor of Osteopathic Medicine, DO) を合わせた 26,817 名のほか、IMGs が 9,761 名になっている。すなわち、レジデントの約 27% が外国医学部出身者であり、その受け入れには ECFMG が重要な役割を果たしている。

図. ECFMG 資格申請許可証の発行数(2000~2024 年)



First-year Residency Positions Offered

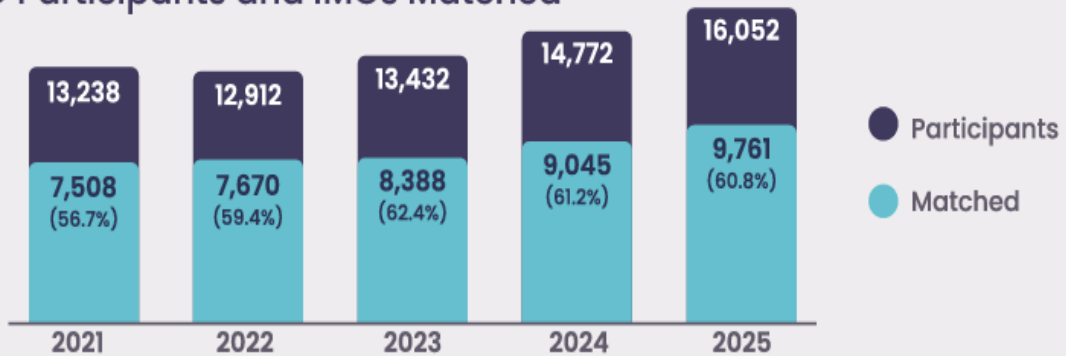


First-year Matched Applicants by Type



IMGs の臨床研修マッチング応募者数とマッチング者数は、年々増加している。

IMG Participants and IMGs Matched



【IMGs の受け入れ】

IMGs が ECFMG に申請するには、以下のすべての要件を満たしておかなければならない。

- ・出身医学校：WFME/FAIMER が編集している World Directory of Medical Schools (WDMS) に掲載され、かつ Sponsor Note に ECFMG に申請資格のあることが明記されていること。
- ・ECFMG への申請応募：ECFMG の目的や申請に必要な要件を確実に理解した上で MyIntealth ポータルを用いて応募すること。
- ・医学的知識の修得：USMLE step1 と 2CK に合格していること。IMGs はアメリカ州医療委員会 (FSMB (Federation of state medical boards: FSMB)を**通**して出願すること。
- ・臨床能力とコミュニケーション能力の修得：英語能力として医学英語試験[Occupational English Test (OET) Medicine]での合格を含め、pathway 1～6のいずれかで臨床能力とコミュニケーション能力が保証されていること。過去に USMLEstep2CS に合格している者も含む。
OET は、ヒアリング、読解、会話がそれぞれ 350 点以上、筆記は 300 点以上が合格基準である。
- ・医学部卒業証明書：IMGs は WDMS に掲載された医学校で教育を受けたことの証明書。

【Pathways】

2026 年マッチング参加者は以下の 6 Pathways のいずれかで申請すること。

<https://www.ecfm.org/certification-pathways/> [August 18, 2025]

共通要件：

- ・ USMLE Step 1 と Step 2CK に合格していること
- ・臨床技能とコミュニケーション能力を修得していること
- ・ OET (Occupational English Test) Medicine の合格水準に達していること

Pathway 1：外国の医師免許を取得し、単独で診療を行える者 (Step 2CS 不合格者を除く)

医師免許証と診療実績の提出が求められる。

Pathway 2：Pathway 1 に該当しないが、医師免許取得に OSCE 合格が必須化されている
医学部の卒業者

カナダの国家試験機関 (National Assessment Collaboration, NAC) が実施する OSCE のように、保健省によって ONCE 合格が必須とされている場合。

Pathway 3：WFME に認知されている評価機関の認定を受けている医学部学生または最近の卒業者

Pathway 4：National Committee on Foreign Medical Education and Accreditation (NCFMEA)によってアメリカ国内医学部と同等の教育を行っている
と認定された医学部学生または卒業者

Pathway 5 : Liaison Committee on Medical Education (LCME)によって認定されている
アメリカ国内医学部と学位授与協定が結ばれている医学部学生または卒業者

Pathway 6 : Pathway 1~5 に該当しない申請者、過去に USMLE step 2CS に一回以上不合格の者

実際の外来患者を対象とした6つの ECFMG 基準の Mini-CEX で医療面接能力、身体診察能力、プロフェッショナリズム/コミュニケーション能力、臨床推論と診断能力が水準に達していると判定されていること。

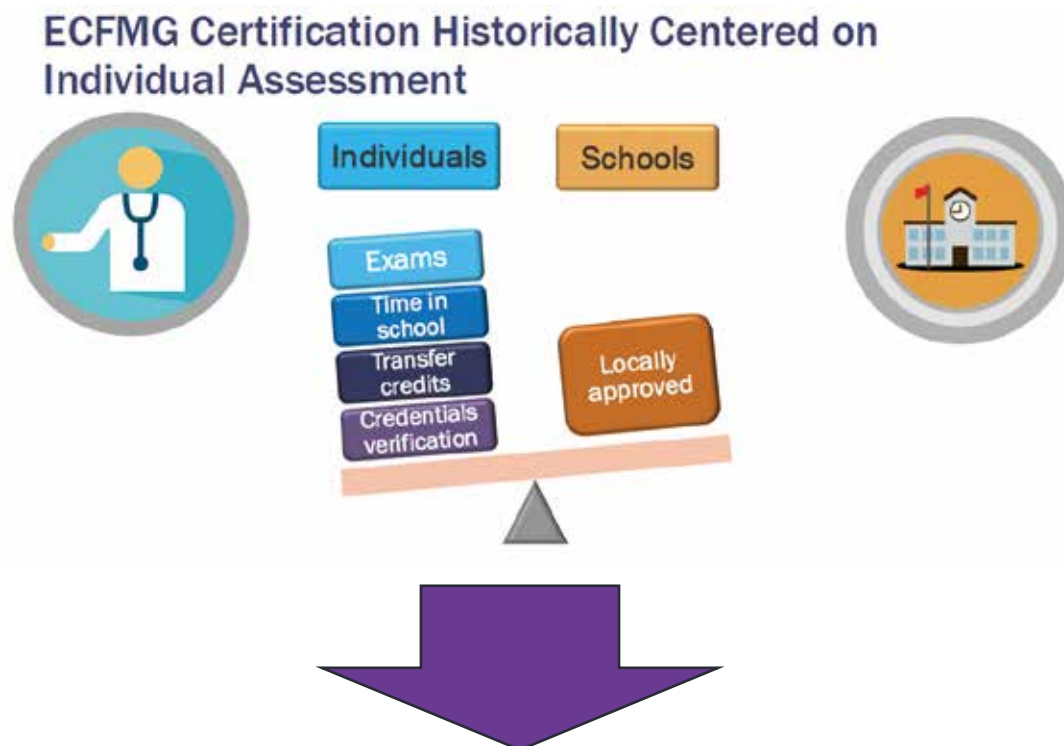
評価者は申請者と利益相反がない医師免許保持者で、6シナリオのうち一人が1または2シナリオを担当できる（3~6名の評価者必要）。Mini-CEX の評価結果はポータルサイトに英語で入力（患者との接触は母国語でも良い）。

【有効期間】

各 pathway で資格が認定された場合の有効期限は7年間である。

【ECFMG が accreditation を要求する根拠】

かつては申請者個人の資質・能力を確認していたが、それよりも教育を受けた医学部の教育プログラムを評価することで、より申請者の適格性が判断できる。ただし、ECFMG は国際的な accreditation を推奨するが、必ずしも ECFMG への申請資格とはしていない（2022年秋）。WDMS に ECFMG の Sponsor Note が明記された医学校の学生または卒業者であれば申請可能である。



A More Balanced Approach



3. FAIMER

2000年にNPOとして2000年に設立され、2024年にIntealthの1部門となった。

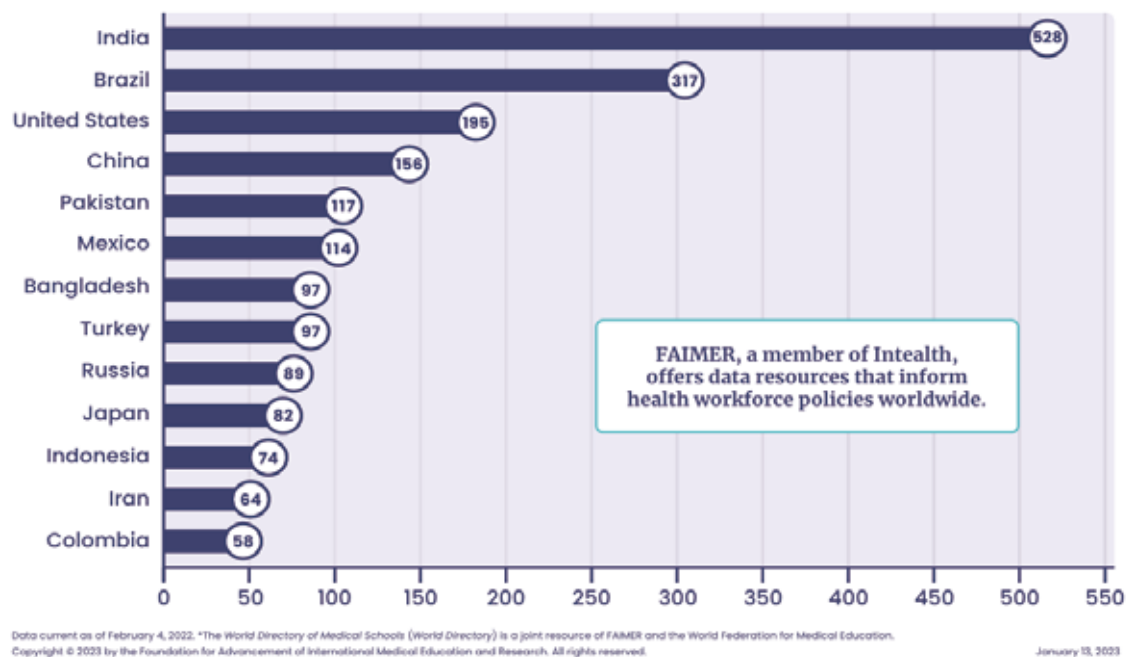
【FAIMERの使命】

- ・データ解析と研究を通じて、ECFMGの使命の達成を支援するために医学教育プログラム開発を行う。
- ・世界中の医師、および他の医療専門職の教育を支援する。
- ・世界各国で活躍できる医療提供者を提供する。

【FAIMERが実施する事業】

- ・FD開催
- ・研究
- ・国際データ収集
- ・IMGsの支援

図. 世界の医学校数



【アメリカ医学部教育】

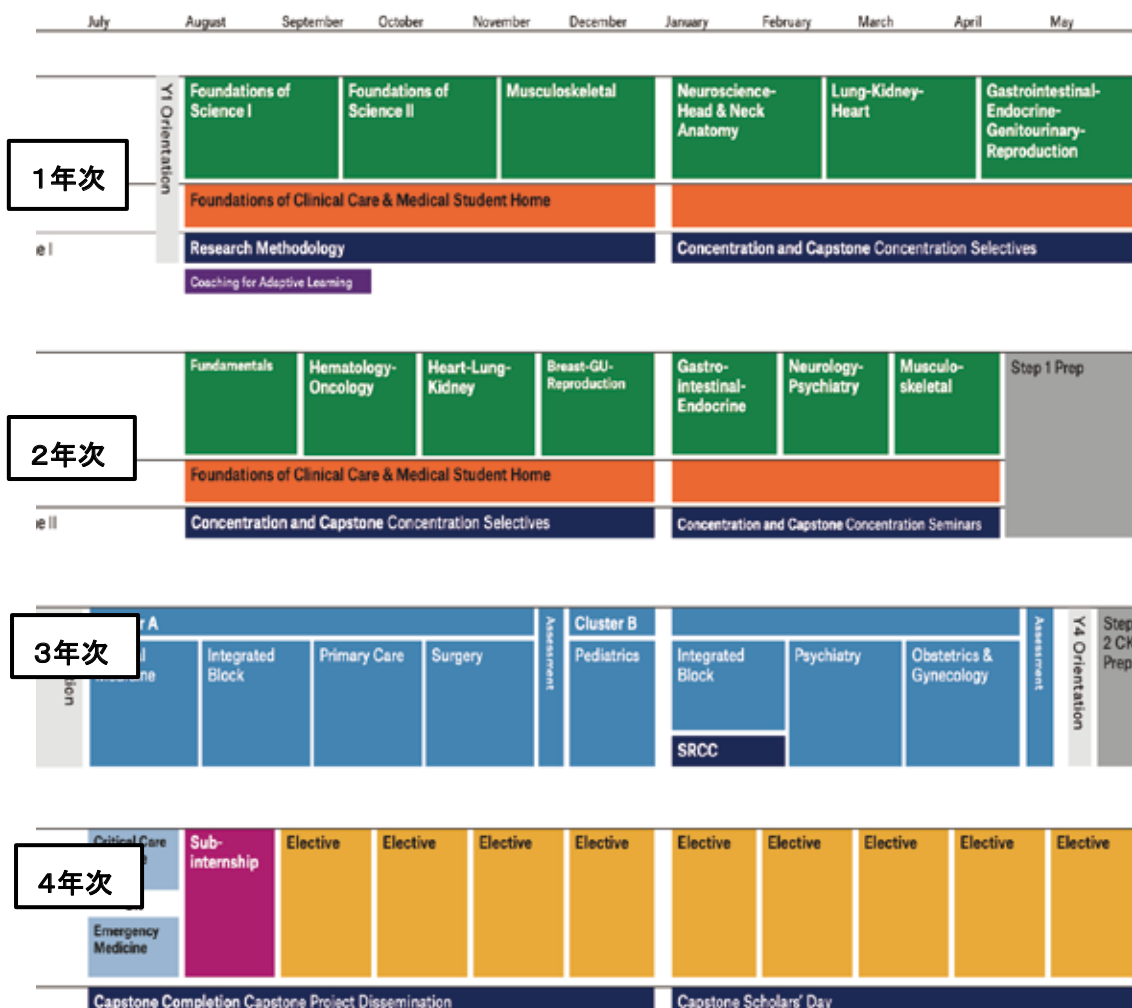
アメリカでは他学部を卒業した学士が、MCAT 試験成績、出願書類審査、各医学部での試験等の結果を受けて入学する。教育期間は4年間であるが、3年制の医学部もある。さらに、Medical School を卒業した Doctor of Medicine (MD)だけでなく、College of Osteopathic Medicine を卒業した Doctor of Osteopathic Medicine (DO)も医師になることができる。オステオパシー医学校も4年制教育で、卒後の医師としての活動実績には差異がないとされている。医学校とオステオパシー医学校を合わせて、2025年には213校ある。

医学部の教育カリキュラムを示す。Frank H. Netter MD School of Medicine at Quinnipiac University は2013年に設立された私立医学校で、コネチカット州にある。1学年の入学人数は95名である(2019年)。教育到達目標は、

- ・患者診療
- ・医学的知識
- ・多職種連携
- ・対人コミュニケーション
- ・プロフェッショナリズム
- ・適応学修と学識
- ・個人および専門職としての進歩
- ・系統的な臨床実践
- ・診療に基づく学修と発展
- ・集団での協調と市民としての責任

以上の目標を達成するためのカリキュラムを示す。1～2年間は臓器別教育で、小人数グループでの active learning が主体となっている。

図. Fank H. Netter 医学校教育カリキュラム



《クリニカルクラークシップ》

3年次：22週 of 長期間ブロック×2

- クラスターA：内科、プライマリケア、外科
- クラスターB：小児科、産婦人科、精神科

4年次：20週 of 選択診療科、2週 of 自己学習

Cluster A Internal Medicine/Primary Care/Surgery

Track	Week 1-5	Week 6-10	Week 11-15	Week 16-20
1	Primary Care	Surgery	Integrated Block	Internal Medicine
2	Integrated Block	Internal Medicine	Primary Care	Surgery
3	Surgery	Integrated Block	Internal Medicine	Primary Care
4	Internal Medicine	Primary Care	Surgery	Integrated Block

Cluster B Ob-Gyn/Pediatrics/Psychiatry

Track	Week 1-5	Week 6-10	Week 11-15	Week 16-20
1	Pediatrics	Psychiatry	Ob-Gyn	Integrated Block
2	Psychiatry	Ob-Gyn	Integrated Block	Pediatrics
3	Integrated Block	Pediatrics	Psychiatry	Ob-Gyn
4	Ob-Gyn	Integrated Block	Pediatrics	Psychiatry

《第3学年の学修目標》

- ・学識
- ・患者ケアの提供
- ・専門職としての成長
- ・学問の達成度を提示
- ・専門性の決定
- ・自身の健康管理

第3学年における臨床実習は、学生中心ではなく、患者中心の環境で行われる。学生はれっきとした医療チームの一員であり、傍観者でなく、学生の立場で患者ケアに参加する。患者自身が主体的に健康管理に取り組むことを促す。不確実なことにも対応する。

学生は **(P) RIME framework** に沿って、ACGME が提唱しているコンピテンシーを計画的に学修する。(P) RIME framework は次のようなステージからなり、見学から始まって徐々に主体性をもって診療活動が実施できるように考案されている。それぞれの時期で学修成果をあげることが求められる。

The (P)RIME framework



P: professionalism (プロフェッショナリズム)

信頼・責任感・チームワーク、患者の価値観の尊重、スタッフや同僚への敬意、時間厳守、適切な態度・服装・振る舞い、義務と専門的職務への参画を示すことができるようになる。

R: reporter (報告者)

このステージでは、医療面接、身体診察、文書での意思疎通、口頭でのコミュニケーションを行うことが求められる。1年次と2年次に学修する。

信頼性があり、正確で完全な情報収集ができ、臨床に関する情報をプレゼンすることができる。SOAPのS(主観的情報)とO(客観的所見)を確実に報告できる。Whatという問い、たとえば「患者の血圧はいくら?」「患者は何の薬を服用しているのか?」「身体所見では何が問題か?」などの質問に的確に答えることができる。このような報告者としての立場から、学生は次第に前臨床トレーニング(preclinical training, CAS)の段階へと移行する。

I: interpreter (解釈者)

臨床推論力に焦点を当てるステージである。SOAPのA(解釈)部分に重点を置き、鑑別診断能力、課題の抽出と順位付け、データの解釈を行うことができる。Whyという問いかけ、たとえば「この患者はなぜ胸が痛いのか?」「この検査所見は何を意味するのか?」などの質問に答えることができる。個々の情報を統合する能力を身につける。データ収集と報告は、より目的に合ったものとなり、陽性の情報と陰性の情報に焦点を当てて適切な診断へと導くことができるようになる。学生は、主要な診療科での臨床実習中に「解釈者」の立場に移行することが期待される。

臨床推論においては、illness scripts（疾患スクリプト）を用いることが有用である。疾患スクリプトは、医師が特定の疾患について頭の中で描く、一般的な表現のことで、各疾患の典型的な原因や病態生理などの詳細を含み、臨床現場で鑑別診断を迅速に行うための重要なツールになる。Illness scripts の構成要素には、疾患の理解と診断に役立ついくつかの重要な要素が含まれており、疫学、病態生理、臨床症状、経過、診断、治療などがある。Illness scripts はトレーニング期間のいつでも活用することで、各疾患に関する知識を整理して臨床推論を行うのに役立つ。 Illness scripts の例として、急性虫垂炎を示す。

ILLNESS SCRIPT FEATURES FOR ACUTE APPENDICITIS
1. Epidemiological factors
Gender: men = women; Age: peak incidence 10–30 years old; Risk factors: lymphoid hyperplasia
2. Signs and symptoms of disease
Vague, unprovoked periumbilical pain that gradually becomes intense; severe, right lower quadrant pain.
Pain is associated with loss of appetite, fever, and vomiting. Pain improves with narcotics.
3. Pathophysiology
Appendix obstruction from appendicolith, carcinoid tumor, or lymphoid hyperplasia. Inflamed appendix may cause peritoneal signs (e.g., Rovsing's sign).

M: manager (マネージャー)

このステージでは、治療計画、すなわち診断のための検査、治療法を立案することに焦点を絞る。

SOAP 形式の P（計画）部分に力点を置く。学生は、How または What next の質問に答えるようにする。たとえば、「この臨床上的問題をどのように解決し、治療するか?」「この患者に対して次に行うべきことは?」など、治療計画に関する質問に的確に答えることが期待される。データの収集や診断確定はより柔軟に行い、個々の患者について判断でき、患者中心の視点を持つことができる。学生は助言に対しては鵜呑みにしないで批判的に吟味し、患者の治療をより適切に行うために医学文献を確認するなど、より多角度からアプローチする。このステージの学生は、患者のケアや治療計画の実施を担う最初の責任を負い、患者・医療チーム・スタッフは患者の主治医とみなす。

E: educator (教育者)

知的好奇心をもち、「もしもそうだったらどうするか?」という問いにも答えるこ

とができる。自己学習を行って、より深い知識の修得に努める。フィードバックを求め、フィードバックを統合することができる。自己改善・成長ができる。教育者としての要素を保ち続ける。

《第4学年の学修》

第4学年学生は、クリニカルクラークシップで患者診療にあたり、次に示す10項目を遵守しなければならない。

1. 患者の診療に責任をもつ。
2. 医療面接と身体診察をしっかりと行い、口頭および文書で適切なコミュニケーションをとる。
3. 患者およびその家族と情報を有効的に共有する。
4. 業務を、効率的に優先順位をつけて系統的に実践する。
5. 患者の入院中に必要になるであろうことを引き継ぎ者に効果的に伝える。たとえば、再検査、検査反復、治療追加、病歴聴取の追加、退院の条件などがあげられる。
6. 患者の診療を担当することになった際には、考察、診療計画、患者の状態などの再評価を行う。また、臨床像に納得できない場合には精査を行う。
7. 日々患者のことを考え、再評価する。
8. 患者診療上での不確実性に対応する。知っていることと知らないことを理解し、最善の情報にアクセスしたり、誰かの助けを求めたりする。
9. レジデント、指導医、看護師、その他患者のケアにあたるすべての職種と「医療チーム」の一員として活動する。
10. 患者が入院中の患者ケア、および退院計画について調整を行う。

《ACGMEの定めるコンピテンシー》

コンピテンシーとは、知識、技能、価値観、態度等の多様な要素を統合して、医療専門職が発揮できる観察可能な能力をさす。医師が具有すべきコンピテンシーとして、米国卒後医学教育認定評議会（Accreditation Council for Graduate Medical Education、ACGME）は次の6項目を規定している。

1. 医学的知識
2. 患者ケア
3. 対人、コミュニケーション力
4. プロフェッショナリズム
5. 医療の実践に基づく学修と改善
6. 系統的な医療の実践

医学生、臨床研修医はこの6つのコンピテンシーを各段階に応じて修得すべきである。

《クリニカルクラークシップでの学修法》

クリニカルクラークシップでは次のような方法で学修する。

- ・ 指導医のもとでの患者ケア
- ・ 患者を中心にした討論、朝の報告、回診
- ・ 昼のカンファレンス、総回診
- ・ 書類の記載と確認
- ・ Hidden curriculum
- ・ 患者の病態に関する文献検索
- ・ 試験対策（UWorld、Anki など）
- ・ 振り返りと自己評価
- ・ さまざまな人からフィードバックを受ける

指導医は、週に1～2回、1時間ないし1時間30分ほどかけて4～6名の学生と会って臨床推論や治療について討議する。学生は担当患者のプレゼンを行うとともに、他の学生の症例提示にも参加して討論を行う。

《学生の評価》

学修成果の評価と、学修を促進するための評価のバランスを配慮している。

下記のように多様な評価法を採用している。

- ・ MCQs 試験
- ・ 小人数学修
- ・ 臨床実習での評価
- ・ OSCE

3年次のクリニカルクラークシップでは常に評価を受ける。コンピテンシーの達成についてパフォーマンス評価を受け、臨床現場での評価（Workplace-based Assessment）では構造化された観察評価を受ける。構造化された観察評価は、指導医、上級医、レジデントなどにより、学生の医療面接や身体診察の観察および形式的なフィードバックを受け、同じ診療科実習では2回以上の観察評価を受ける。NBMEの Shelf final examination、口頭試問、口頭発表、書類記載についての評価も行われる。

合否判定は、

1年次、2年次： Satisfactory/Unsatisfactory

3年次、4年次 [必修クラークシップ、Sub-Internship (Sub-I)]：

Honors/High Pass/Pass/Fail

クリニカルクラークシップにおいて単一の診療科で不合格の場合には、2週間以上開けて再試験を受けなければならない。2回目の試験でも不合格の場合は、当該診療科での再履修を受けなければならない。

4年次（選択科目）： Pass/Fail

クリニカルクラークシップの総括評価

学生のパフォーマンス評価（ACGME コンピテンシー毎の 7 段階 Likert scale） 40～60%

NBME shelf exam（診断と治療計画に向けた知識の応用試験） 30～35%

指導医による評価 10～15%

その他（口頭試問、文書記載、グループワーク）

評価の例示

Composition of the Final Grade

Student Clinical Performance Assessment	55% of Grade - Maximum of 55 points
NBME Subject Examination	30% of Grade - Maximum of 30 points
Teaching Attending Assessment	15% of Grade - Maximum of 15 points

Straight percentage scoring of all inputs.

Scores for Grades of Honors, High Pass, Pass and Fail:

Final Grade	Total Points	NBME Subject Exam %ile
Honors	≥80	And ≥50 th
High Pass	≥63	And ≥5 th
Pass	≥35	And ≥5 th
Incomplete		Less than 5
Fail	Less than 35	

学修促進のための形成的評価

- ・フィードバック（現場の指導医、クラークシップディレクター）
- ・360度評価
- ・3年終了時 OSCE（CCSE）・・・全診療科