

令和3年度 医学・歯学教育指導者のためのワークショップ 事前アンケート<医学>集計結果【速報版】

<調査の概要>
 本調査は、全国の大学・医学部を対象に、令和3年度「医学・歯学教育指導者のためのワークショップ」のグループディスカッションの参考にするために実施した。

<調査対象>
 全国82大学・医学部

<調査時期>
 令和3年6月

<調査方法>
 記名式質問紙調査法(web)

<調査内容>
 1. 地域枠学生のキャリア支援と都道府県との連携
 2. 総合診療科の実習
 3. 臨床実習を実践的・積極的な学びの機会とし、臨床研修レベルへとつなげていくための方略
 4. 感染症教育
 5. 多職種協働
 6. 現行の医学教育モデル・コア・カリキュラム (H28年度改訂版)
 7. 次期モデル・コア・カリキュラム改訂

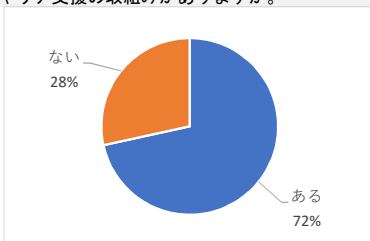
<回答率>
 82大学・医学部中、全81機関より回答が得られた。(回答率 99%)

<補足>
 ・自由記述に記載のある【】内の数字は同一回答を指す。
 ・自由記述に記載のある○○は具体的な県名や大学名を指す。

1. 地域枠学生のキャリア支援と都道府県との連携についてお尋ねします。

1-1. (1) 大学で地域枠学生にむけたキャリア支援の取組みがありますか。

選択肢	回答数
①ある	58
②ない	23



(2) 上記(1)で「①ある」と回答した場合、その具体的内容を記入してください。(自由記述)

【説明会・交流会①】

- ・ 離島地域医療支援センターが、県からの事業委託を受け、地域枠医学生に特化した、医療実習、講演会、地域研究の支援、全国の医学生との交流会参加支援などを行っている。
- ・ 地域医療支援センターが、地域枠制度の変更点の説明を行っている。
- ・ 地域医療支援センターが、〇〇大医師や地域枠卒業医師との交流の場を設定し、キャリアに関する不安の解消に努めている。
- ・ 地域医療支援センター・離島へき地医療人育成センターが、常に様々な相談に乗っている。
- ・ 地域医療支援センターが全国の地域枠医学生の環境について説明している。
- ・ 意向調査、派遣医療機関との意見交換会を行っている。
- ・ 年数回のキャリア説明会を行っている。【2】
- ・ 県と協同し、説明会、懇談会などを行っている。
- ・ 1回程度、地域枠学生の学生と、卒業後のキャリアプランについての説明や意見交換を実施している。
- ・ 地域枠学生に対する説明会を定期的に開催し、教員からの説明、学部生・卒業生による発表等を通じて、情報共有を行い、学生のキャリア支援に役立てている。
- ・ 地域枠の学生と県の職員とで、定期的にミーティングが開催している。
- ・ 〇〇県と連携し、〇〇県地域枠3大学で1年生、3年生、5年生、6年生に合同研修、見学会を実施している。本学独自には〇〇県地域枠担当教学委員を任命し、定期的に学年別の連絡会を行っている。6年生の卒業オリエンテーションで地域枠学生に個別オリエンテーションを行っている。
- ・ 地域枠学生（県養成医学生）とOBが交流して親睦を深め将来を語ることを目的として、県養成医交流会を例年実施している。

【説明会・交流会②】

- ・ 大学病院に設置されている地域医療支援センターが中心となって、説明会、交流会等を行っている。
- ・ 年1回、新入生・5年次（両年とも全学生）を対象とした県知事との懇談会、及びその際に開催される県医師修学資金の説明会を行っている。
- ・ 定期的に地域枠学生向けガイダンス等を実施している。
- ・ 地域枠代表者会議（地域枠の各学年の代表者と地域枠担当教員との情報交換・意思疎通のための会議）。
- ・ 新型コロナウイルス感染症予防対策の観点から、対面形式の面談や参加型の病院体験セミナー開催に代わり、オンラインによる地域枠学生の個別面談やグループ面談、フォーラム等を年に複数回開催し、医師としての具体的な将来像を描けるよう支援した。
- ・ 地域枠医学生を主たる対象としたキャリアパス説明会を年に3回実施している。地域枠卒業生が入局した科を始めとして、地域枠卒業生にどのようなキャリアパスを提示できるか説明してもらっている。（専門医取得や大学院進学のタイミングなどに関する説明など）
- ・ 地域枠の学生、卒業生の医師が全員参加する「交流会」を年1回開催し、本県庁の担当者、大学の地域枠担当教官が、キャリアプランの説明を行っている。
- ・ 「キャリア支援メンター制度」と称するもので、地域枠学生が各学年2-3名、メンター教員1名により小グループを構成し、地域枠学生のキャリアに関する相談や啓発の機会とする制度。年1回のグループ全体交流会、必要に応じて個別面談などを行なっている。
- ・ 本学地域医療推進講座で定期的な相談業務を行うと共に、地方中核病院に対してオンライン症例検討会や出張症例相談などを実施している。
- ・ 地域枠入学の学生への説明会、行政が行う地域医療研修の紹介、本県との連携による地域医療研修を行っている。
- ・ 1年生入学時説明会を行っている。【2】
- ・ 年に1回程度、卒業生と対面及びオンラインにて自分たちのキャリアについて話し合う機会を設けている。
- ・ 地域枠学生等アドバイザーWGを組織し、キャリア支援のための個別面接の実施、課外実習の準備、交流会など学生の活動の支援などの活動を行っている。

【研修会・セミナー】

- ・ 地域病院での研修会を行っている。
- ・ 夏休み期間に地域枠の学生を対象とした研修を実施している。
- ・ 夏季休暇期間に附属病院（所在地が地域枠の当該の県内）において、2日間の研修会を毎年実施している。
- ・ 周産期、小児科、救急等、地域医療に関わる医師を講師とした研修会の実施。
- ・ キャリアセミナーを行っている。

【面談】

- ・定期的に地域枠学生と個人面談を担当講座教員が行っている。【10】
- ・本学に地域医療支援機構大学分室を設置し、在籍する医師（地域枠卒）とのグループ面談および個別面談を実施している。
- ・各地域枠に担当教員を配置し、希望者には随時面談を実施している。
- ・地域枠の緊急医師確保枠の学生に対しては、県費奨学生配置センターや教育開発センターで面談を行っている。
- ・入学後の新入生説明会、高学年の学生には面談を行っている。
- ・各学年毎に、ランチョンセミナーを実施、個人面談を最低1回実施、6年生向けに国試後に県を含めて面談を実施している。
- ・大学の地域枠担当教員が、地域枠学生との面談を、少なくとも1回実施している。
- ・地域枠キャリア面談（地域枠担当教員と卒後のキャリアについての個別面談）を実施している。
- ・毎年、前期期間内個人面談を対面で実施し、進路指導や学習の取り組みを確認している。

【地域病院見学】

- ・卒前の学生には、費用を大学が負担して地域病院見学バスツアーを実施。
- ・病院見学の実施。

【地域医療実習の実施】

- ・診療所実習（地域医療実習）を実施している。【2】
- ・地域医療に興味がある学生を対象に、毎年夏に「夏季地域医療特別実習」を実施している。また毎月地域医療支援センターにて地域枠学生を対象にゼミを開催している。
- ・第3学年での離島での地域医療実習を1週間実施している。
- ・臨床実習のうち4週間を、地域枠の当該の県内の医療機関で行う。
- ・臨床実習の流れで希望学生だけではあるが、県地域医療支援プロジェクトに参加している。

【発表会】

- ・地域医療プログラム発表会 地域枠入学の卒業生のキャリア発表会に参加し意見交換を行う。

【講演会】

- ・年に1、2回、修学資金生を含めた地域枠学生に対するキャリアに関する講演会を行っている。
- ・年に一度、地域枠学生を対象に地域枠の卒業生を招聘して、講演会を行っている。
- ・市寄附講座「地域総合医療学」の修学医師や修学生にサマースクールや講演会、懇親会を介して、地域診療に就くマインドの形成を推進している。

【カリキュラム開発】

- ・1学年から6学年まで、地域枠入学者に対するカリキュラムを組み込んでいる。

【県人会】

- ・県地域枠については、学内に本県出身の教員で県人会を組織し、学生を支援している。

【キャリア教育の実施】

- ・科目「地域医療学」においてキャリア教育（地域で働く医師のキャリア紹介など）を実施している。
- ・複数の診療科からキャリア形成に関する講義を行っている。

【キャリア形成プログラム】

- ・卒後の専攻医が対象となる、地域医療に従事しながら希望分野の専門医資格が取得できる「キャリア形成プログラム」を策定しHPで明示しているが、学生や研修医も、今後のキャリア形成の参考に閲覧可能としている。
- ・県地域枠キャリア形成プログラム説明会を実施している。

【キャリア支援】

- ・地域医療学分野が、学生が希望する診療科や要望などをもとに県との交渉を行い、キャリア支援を行っている。
- ・「地域枠学生のためのカリキュラム検討小委員会」にて具体案を検討している。【2】
- ・キャリアパスの揭示。
- ・専門医キャリア支援センターにおける支援。

【卒後の支援】

- ・地域医療支援センターが、専攻医プログラムについて、地域枠医師用の冊子を作成し、説明している。
- ・地域医療支援センターが、キャリア形成に関して、常に相談に乗っている。
- ・地域枠医師が所属する専攻医プログラムと連携し、義務と専攻医修得に関する打合せを行っている。
- ・地域医療支援センターが、県や医師会と協力して、地域枠医師のキャリア形成の問題点を討議し、毎年改善点を、「地域医療対策協議会」に提出し、問題点の具体的な解決を図っている。
- ・地域医療支援センターが、地域枠卒業医師との勉強会を設定し、具体的にどのようなキャリア形成を進んでいるか紹介している。
- ・地域医療支援センターが、大学の臨床系教授会並びに、大学病院の運営委員会で、地域枠医師のキャリア形成について毎年説明している。

【複合的な取組み】

- ・県より委託を受け、大学内に設置された県医師キャリアサポートセンターにより以下の取り組みを実施・共催している。①地域枠学生を対象にした年1、2回の面談、②地域枠学生向け懇談会（先輩医師を招いた少人数の講演会）、③地域枠学生向け課外授業、④広報紙・WEB・メールによる情報発信、⑤相談窓口の設置、⑥地域枠対象の同窓会の設置
- ・地域医療実践のスキルの向上を目的として、①地域医療夏季セミナー、②地域医療体験ツアー、③地域医療先進地域ツアー（県外の施設又は地域を見学）、④健康講話ツアー（住民への健康教育の実践）、⑤地域医療シンポジウム、⑥よいとこ健診（まちづくり事業の企画および実施）、⑦地域医療エキスパートセミナーを、キャリア形成支援を目的として、①年2回の面談・相談、②研修病院希望に係るヒアリング、③臨床研修病院説明会、④学習環境の整備、等を行っている。
- ・医学部地域医療学講座において、下記の取り組みを行っている。①地域枠学生（医学科1～4年）に、地域医療・総合診療・家庭医療などへの接触機会を増やすため年間参加企画を提示し、年度末にWeb報告するシステムの開始、②医学科3年次の「研究室配属」として、教員が同行の上、地域枠の学生が、クリニックや診療所の見学（現在コロナ禍で延期）。
- ・地域医療担当教員による個別面談、地域枠学生のセミナー、実習、進路指導などを行っている。また卒後のキャリア形成プログラム（キャリアプラン）を大学病院各診療科が作成し、それに基づいた専門研修や配置を行っている。
- ・学内に設置した地域医療支援センターにおいて、キャリア形成支援・地域医療従事医師養成のため、面談、キャリア形成計画の作成、各種セミナー、学会早期体験研修、夏季病院研修及び県庁（知事）訪問等の事業を実施している。
- ・医療人育成支援センター内に地域枠奨学金部門を設置し、県と連携しキャリア支援を行っている。副医学部長が部門長を務め、また県が県医師会、関係大学等と設置している総合医局機構に参画し、県のキャリアコーディネーターも務めている。それに加えて、卒前医学教育に関しては、医学教育センター卒前医学教育部門内に地域医学推進室を設置し、学習会等の企画運営を行っている。
- ・卒業後に本県内での診療従事義務を有する枠で入学した地域枠学生に対して、新入生オリエンテーション（令和3年度は4月1日に実施）では、地域医療学、総合診療学及び県担当部課が追加で「地域枠オリエンテーション」を実施し、在学中のカリキュラムや卒後のキャリア形成について説明を行い、よくあるトラブルの事例や相談窓口等も併せて伝達している。そのほか、1年生から4年生においては担任制による面談で、また、5年生及び6年生においては、地域医療教育に関わる進路指導委員による面談でキャリア計画の相談に応じている。また、1年生から3年生の地域枠学生には、県内臨床研修病院の医師による病院説明会を実施している。
- ・本県の寄附講座「地域医療総合支援学講座」が地域枠（地域枠・特別枠）学生の支援のため、下記のような（1）懇談会、（2）セミナー、（3）個別面談を実施している。（1）①地域枠・特別枠入学前オリエンテーション（2月）、②地域枠・特別枠入学学生歓迎会（5月または6月）、③地域枠・特別枠の集い（年1回）、（2）①地域枠・特別枠学生対象の特定診療科キャリアパスガイダンス（年2回）、②地域枠・特別枠学生対象の勉強会（年4回）、（3）1年生、3年生、5年生、6年生。
- ・入学直後に地域枠入学者を対象としたオリエンテーションを行うとともに「地域枠入学学生特別プログラム」を設定し医学部教育早期から年内医療者との交流・仲間づくりや医学習得へのモチベーション強化を図っている。また、6年次には全員が地域医療実習を行うこととしている。医師育成・定着支援センター（令和3年4月設置）において、県内定着を促進するためにアウトリーチサポート面接を始めた。

(3) 「①ある」「②ない」の回答に関わらず、取組みを実施するにあたって、困っていること・障壁などがあれば、情報公開可能な範囲で記入してください。
(自由記述)

【学生の意識】

- ・参加に必ずしも意欲的でない学生がいる。
- ・自主的な参加としているため、学生本人のやる気や関心の高さにより参加率が左右される。特に低学年では具体的な将来を描きにくいこともあり、自分から進んで参加する意欲が低いように思われる。
- ・一部の地域枠学生の地域貢献意識の低さ（地域枠制度への認識不足）。
- ・学生の主体的な参加の推進が課題となっている。学生主体の活動が「よいとこ健診」に止まり、どのようにして学生の主体的な関与を促進させるか苦労している。
- ・地域枠学生は地域医療へのモチベーションが低く、自発的な活動につながりづらい。
- ・学生本人の「地域枠学生」の認識が低い。
- ・地域枠での入学生である認識が低い学生が一部存在し、在学中に離脱を希望する者がある。
- ・地域枠学生のなかに地域枠から離脱しようとする学生がいる一方、地域医療は地域枠の学生が担当すればよいという考えが一般枠の学生から聞かれることがある。
- ・大学に長く所属している教員が中心に行っている部分があるため、実感がわかない学生が一定数存在する。
- ・〇〇県枠の学生の場合、地域枠の意義を十分に理解した上で入学しているとは考えられない。学年進行にそって自分の進路に悩む学生がいる。

【教員・メンターの負担】

- ・交流会や個別面談開催がメンターの負担となっている場合がある。
- ・地域枠学生の人数が多く、教員の負担が大きいこと。とくに意欲の乏しい学生、心身の不調を有する学生、学力の足りない学生などのサポートに労力を取られること。

【教員・時間の確保】

- ・奨学生の時間に合わせた個別の指導を行うための時間の確保に苦慮している。
- ・もっと地域医療業務に携わる時間を増やす必要がある。
- ・地域医療にかかる教員数が十分でないため、学生に対するきめ細かな指導ができない。
- ・地域医療支援センターに専任教員の配置が必須であり、今後の安定的なポスト確保が課題である。
- ・キャリア支援に精通したスタッフが不足している。

【専攻医プログラム】

- ・専攻医プログラムへ入ることが、事実上強制的になっているのに、学会は地域枠医学生が選択できるはずのカリキュラム制の専攻医修得の制度を作っていない。
- ・総合診療科には親和性が高い地域枠医学生であるが、「総合診療科」の専攻医のメリットが現時点でなく、「総合内科専門医」の方を選択する状況が続いている。⇒「総合内科専門医」と「総合診療専門医」とを統合する必要がある。
- ・日本専門医機構の指示が不十分で有り、地域枠医師・〇〇大医師のカリキュラム制が事実上選択できない。（カリキュラム制を選択すると、プログラム制に変更するようにより要求される現状がある）
- ・地域枠や、〇〇大卒業医師として、若い時期に地域で義務を果たした後のキャリア形成が、全て都道府県や地方大学に任されており、義務終了後のキャリア形成が不十分な状況が続いている。
- ・地域に、専攻医プログラムの認定施設が少なく、事実上選考できる専攻医プログラムが制限される状況にある。専攻医プログラムが柔軟な運用（専門医が常駐していなければ認定施設に認定されない、その診療科の医師として勤務しなければ、プログラム履行と認めない、など）がなく、事実上地域枠や〇〇大医師が専攻医修得に不利な状況がある。
- ・上記のように、専攻医プログラムを所管する学会への指導が、事実上なく、地域枠・〇〇大医師が希望する専攻医を選択できない。国がその指導をしっかりと行う必要がある。

【地域医療プログラムからの逸脱】

- ・一部学生の卒業後に、地域医療プログラムからの逸脱がある。
- ・定められた義務を果たさずに他県に出ることを希望する学生が存在する。
- ・卒業後に県内での診療従事義務がある地域枠学生が、県外での臨床研修実施を希望することや、結婚・出産、両親の介護等により県外に転居し、従事義務を守れなくなる恐れに対して効果的な対応策がない。

【新型コロナウイルスの影響】

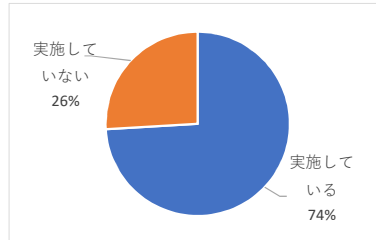
- ・新型コロナウイルス感染の予防のため、以前実施していたハンズオンセミナーが開催できない状況がある。
- ・コロナ禍において、一時的に一部の学生に対しては、オンラインでの面談もおこなったが、対面時との差異が不明であること。
- ・新型コロナウイルス感染予防のためセミナーや実習が対面で実施できず困っている。地域枠学生の一体感醸成に支障をきたしている。
- ・対面での面談がコロナのため困難で、信頼関係を築くのが難しい。
- ・新型コロナ禍のため、対面イベントに制限が生じ、開催形式がWeb等に限定されている。
- ・現時点では、新型コロナ感染拡大予防のために、Webを介した企画しか実施できておらず、彼ら/彼女らの本意を掴むことができていないように思う。
- ・コロナ禍により、会議形式による交流会の実施が困難である。

【その他】

- ・令和2年度に第1期生が入学し、教育のノウハウが整っていない。
- ・地域枠入学の意義を理解されにくい。
- ・県には地域枠をもつ他大学医学部が複数あり、当大学ではもたない。
- ・教員間に「地域枠学生」の認識が低い。
- ・学内一般教員教員にはあまり浸透していない。
- ・医学生は（卒業には当該地域で研修するのだから）臨床実習は、当該地域外の実習を希望する傾向にあり、プログラムに不満を持つ部分がある。
- ・現状では4～6年生を対象としている。1～3年生への説明会をどうするか議論となっている。
- ・国の場当たりの医学部定員の変更に、地域枠医学部の定員が連動しており、20～30年の長期的な計画策定ができない。
- ・学生のニーズと地域のニーズとのミスマッチがある。
- ・卒業後の初期研修において本学と殆ど関係性の無い病院での実施となるため、卒前・卒後のキャリア形成での連動性が無いこと。
- ・卒前から卒業9年間の最長で15年間のキャリア支援を行うに当たり、教員並びに職員が継続して学生に関わっていくことが求められている。卒後の奨学生が増えてくるなか、全ての卒業生のキャリア支援を行うための体制について、検討の必要がある。

1-2. (1) 大学で地域枠学生にむけたキャリア支援として都道府県と連携した取組みを実施していますか。

選択肢	回答数
①実施している	60
②実施していない	21



(2) 上記(1)で「①実施している」と回答した場合、その具体的内容を記入してください。(自由記述)

【情報提供】

- ・ホームページによる情報提供。
- ・県職、学内専任スタッフ、地域枠5、6年生とのWeb面談を行い、個人の将来の希望に沿って、卒後臨床研修や専門医資格の取得、大学院進学等、医師のキャリア形成に関する情報提供を行っている。

【説明会・交流会・面談①】

- ・県医師臨床研修病院合同説明会を行っている。
- ・定期的に地域枠学生向けガイダンス（入試合格者説明会、修学資金貸与学生のための説明会、卒後キャリアパス説明会）等の開催、キャリア形成プログラムの作成及び、適宜質問対応や面談を実施している。
- ・サマーセミナー、スプリングセミナー（県が主催する地域医療を体験するセミナー）、就学生の集い（県が主催する地域枠学生、就学生医師を対象とした学会形式の症例報告会）を行っている。
- ・地域枠（地域枠・特別枠）学生の支援のための懇談会および個別面談を一部県厚生部と共催で実施している。共催実施は以下の通り；①地域枠・特別枠入学前オリエンテーション（2月）、②県の奨学金貸与がある富山県特別枠学生（5年、6年）の個別面談。
- ・地域枠の学生、地域枠卒業生の医師が全員参加する「交流会」を年1回開催し、〇〇県庁の担当者、大学の地域枠担当教官が、キャリアプランの説明を行っている。また必要に応じて、学生、卒業生医師、入局予定先の医局・入局した医局の担当者、〇〇県庁の担当者、大学の地域枠担当教官が集まり、面談を行っている。
- ・県担当者と定期的な面談を行うと共に、奨学生交流会や地域夏季研修などを実施している。
- ・県地域医療支援センターと協力して、定期的な説明会・面談を行っている。
- ・地域医療従事者による特別講義、交流会の実施。
- ・年に2回、県主催の地域枠学生交流会が開催され、キャリア支援についても説明の時間がある。
- ・月一回、地域枠制度、地域枠学生に関する連絡会を学内で実施している。
- ・5年生、6年生の〇〇県地域枠は、グループ別に〇〇県・地域医療支援センター（附属病院内に設置）と地域医療学講座が共同でグループ面談を行っている。
- ・各県の担当職員とそれぞれの県コースの学生、講座教員で、年に1回は地域枠制度の説明やキャリアプランなどについて話し合う機会を持っています。また、卒業生と地域枠学生が話し合いを行える場を各県ごとに設定するようにしている。
- ・地域医療担当教員による個別面談、地域枠学生のセミナー、実習、進路指導などはすべて県および県地域医療支援センターと協力しながら実施している。本学病院各診療科（医局）が県および県地域医療支援センターと共同し、地域枠のキャリア形成プログラム（キャリアプラン）を作成している。
- ・大学院に設置されている地域医療支援センターには、県からもメンバーが参画しており、教員と連携しながら面談、説明会、交流会等を行っている。医学部としては県との間で、地域枠制度についての意見交換会を毎年開催している。

【説明会・交流会・面談②】

- ・新入生に向け及び全学生対象の県との意見交換会及び前述のランチョンセミナーに県職員も参加し、質疑応答を行っている。「地域医療スピリッツ」と題して一泊二日で地域医療のマインドの醸成を目的に県が主催し、平成21年より県内の各医療機関により運営開催※〇〇大学及び修学生（修学生以外も参加可）が参加している。
- ・地域枠・地域特別枠・地域貢献枠医学科生を対象とした「全体ミーティング」を本学、県、県医師会が企画し、「〇〇県キャリア形成プログラム」の説明や卒後のキャリアについての講演、意見交換等を年に1回開催することで、地域枠学生が自分のキャリアについて情報収集できるようにしている。
- ・県地域枠キャリア形成プログラム説明会、意向調査、個人面談、派遣先医療機関との意見交換会を行っている。
- ・〇〇県保健福祉部との情報共有、説明会を実施している（臨床研修・医師キャリア支援センター）。
- ・県地域医療支援センター主催でキャリアに関する講演会と懇談会を行っている。
- ・県と大学との共催でセミナーやキャリア説明会を開催している。
- ・自治体主催の説明会を行っている（学内での開催）。
- ・県の医療政策課と連携し、地域枠学生との面談、懇談を通してキャリア支援の一助にしている。
- ・新入学生のガイダンス、全学年を対象とした説明会、県知事訪問、総合医局機構の運営、指定地域医療機関との連携体制構築を行っている。
- ・地域枠の学生と県の職員と一緒に定期的なミーティングが開催されている。
- ・先輩医師の経験を共有できる講演会の開催や、地域病院の見学を行っている。
- ・〇〇県においては、年に一度の意見交換会が行われている。
- ・定期的に府県の担当者が来学し、地域枠学生との面談を実施している。
- ・県養成医師の受ける臨床研修内容の情報交換（とくに、5年生との情報共有）ならびに研修の一層の充実を図ることを目的として、県が開催する〇〇県養成医師臨床研修指定病院・研修内容説明会に地域枠学生（県養成医学生）が例年、参加している。
- ・県庁職員との地域枠学生意見交換会を実施している。
- ・各県主催のセミナー・説明会を行っている（各県のキャリア支援制度や修学資金などについての説明）。

【研修】

- ・県が主体として実施する地域枠学生を対象にした地域医療研修を実施している。
- ・〇〇県と連携し、〇〇県地域枠3大学で1年生、3年生、5年生、6年生に合同研修、見学会を実施している。
- ・県と連携した研修会を年に2回実施している。

【セミナー】

- ・地域医療に関するセミナーを実施している。【2】

【実習】

- ・地域枠に特化した取組ではなく、全学生対象であるが、「〇〇県広域連携臨床実習」として、県内中核病院（14病院）を実習受入先を含む「クリニカルクラークシップ」を行っている。
- ・地域枠学生を含む医学科第1-2学年学生を対象にした地域医療実習を大学、県、市町村と連携協力して実施している。
- ・行政とタイアップし県医師会とも協同で地域医療体験実習等を行っている。
- ・毎年、夏休みを利用した病院訪問（地域医療実習）、その後のサマーセミナー開催。（対象は地域枠、〇〇大学生、その他将来県内で医療を行いたい医学生など）
- ・地域枠入学生特別プログラムの中で、本学学生の他、〇〇大学および他大学医学部の県枠学生が参加し、県と共同で地域医療実習を実施している。
- ・県内外の地域医療機関での実習への参加を支援している。
- ・臨床実習の流れで希望学生だけではなく、〇〇県地域医療支援プロジェクトに参加している。

【複合的な取組み】

- ・〇〇県夏季実習を毎夏実施している。その際に、県の担当者からキャリアパスについての説明会を繰り返し実施している。また医学科6年生へは全員にマッチング提出の前に大学、県が協働し個別に面談を実施している。
- ・県健康福祉部医療福祉連携推進課との月1定期ミーティング開催、ほか県内施設と連携した医師育成・確保コンソーシアム組織を形成を行っている。
- ・①一部地域枠学生面談の共同での実施、②懇談会、③滋賀県医師キャリア形成プログラムの策定している。
- ・①キャリア形成プログラム説明会(1・5年)、②6年生個別面談、③鳥根研修ナビ(研修病院説明会)、④臨床研修マッチング説明会、⑤病院見学バスツアー。
- ・地域医療支援センターとともに、月1回、県担当課との情報交換により意識共有、学生実習の共催、問題のある学生への対処法の連携確認等をおこなっている。
- ・①担任面談及び進路指導委員会による面談において、地域枠学生にキャリア計画で困難が生じている場合や、義務不履行の恐れがある場合には、本人の了承を得て、側面に報告し、協働して対応にあたっている。②夏季及び春季の休暇期間中に、県主催のワークショップ開催に協力しているほか、定期的に実施される県によるキャリア形成プログラムの説明会や定期面談での支援を行っている。③他県の地域枠に関して、卒業後に一定期間、県から指定された医療機関等での診療に従事することが出願要件に含まれていた入試枠で入学した学生を対象に、マッチングの適合や卒業後の臨床研修への円滑な移行を促すため、臨床実習の一定期間(最長2カ月)に従事する当該県の医療機関等の実習を認めている。令和3年度には6年生の他県地域枠学生2名の派遣を予定していたが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の恐れがあったため、学生から辞退の申し出があり中止した。
- ・地域枠の学部生への研修、地域枠卒業医師のキャリア支援としての年1回の面談等を実施している。
- ・県と協同し、説明会、地域医療関係者との懇談会、病院見学などを行っている。
- ・〇〇県地域医療医師奨学金の受給者を対象として、3大学合同の〇〇県地域医療学生研修(講義・ワークショップ)を年に1回、開催している。〇〇県医療人材課からの説明、現役医師による講演、ワークショップ、〇〇県職員及び大学教職員との質疑応答、大学附属病院見学等を実施している。
- ・〇〇県が主催する自治医科大学の研修会に一部の地域枠学生が参加し、先輩医師等との懇談を行っている。
- ・県の地域医療担当の部署から、地域の医療の現状、重要性などについての説明会がある。県のコーディネータが卒後研修についての説明や個別相談を行っている。
- ・府・県の担当者との面談、県の研修病院の視察を行っている。

【その他】

- ・地域枠学生の支援に係る全ての取組みは、都道府県担当部署(医務課および病院局)と連携して実施している。月1~2回の頻度で定期的に連絡会を開催して、取組みについて協議している。
- ・医師・学生への総合的・継続的な教育・就業支援を行い、県内の医師の定着に繋げる目的で、令和3年4月に県の委託事業として院内に「医師育成・定着支援センター」が設置され、まさに県と連携した新たなキャリア支援が計画されているところである。
- ・県と本学病院にて〇〇県地域医療支援機構を設立し、地域枠学生への支援を行っている。
- ・地域医療学分野が、学生が希望する診療科や要望などをもとに県との交渉を行い、キャリア支援を行っている。
- ・県福祉医療部 医療政策局(医師・看護師確保対策室)と本学の県費奨学生配置センターが連携。
- ・地域医療支援センターでは、県から委託を受けてセンター運営事業を実施しており、その一環としてキャリア形成支援を行っているため、1-1の取組みについて常に県と協議しながら実施している。
- ・都道府県主催の地域枠学生を対象とした各種プログラムに参加している。
- ・〇〇県においては、年に一度合同のシンポジウムが開催される。
- ・県が主催する地域医療セミナーへの参加(年1回)。2020年度は新型コロナウイルス感染拡大で開催なし。

(3) 「①実施している」「②実施していない」の回答に関わらず、取組みを実施するにあたって、困っていること・障壁などがあれば、情報公開可能な範囲で記入してください。

【学生の意識】

- ・学生自身が、学費への経済的支援を望むのが一番の理由であり、地域医療への関心は必ずしも高くない。
- ・キャリア支援担当部署は、将来の診療科選択と奨学金義務履行との関連を、学生に理解してもらうのに苦労している。

【教員・時間の確保】

- ・合同研修を行う際に学内試験等の日程調整に困る時がある。
- ・夏休み期間中の開催で、学生の参加が少ないこと。

【学生の進路・ニーズ】

- ・地域枠学生が選んだ専攻科によっては、義務年限中に、選んだ専攻科以外の診療科での勤務をお願いする場合がある。その際、本人、入局先の医局に納得いただくのに難渋する場合がある。
- ・県の医療ニーズと奨学生の進路が合わず、地方医療機関の支援につながらない場合がある。
- ・各診療科運営責任医師の若手医師キャリア形成ビジョンと地域枠制度とが必ずしも一致しないことや、研修中に地域枠医師が高次医療機関志向が強まることがある。
- ・地域医療よりも医学研究に目覚めた学生が、自分のキャリアを伸ばせない場合がある。
- ・地域において必要とされる診療科を希望する学生が少なく、そうでない診療科を希望する学生が多い傾向があり、将来配置調整が困難となる可能性がある。
- ・学生のニーズと県をはじめとする地方自治体のニーズとのミスマッチがある。

【地域医療プログラムからの逸脱】

- ・専門研修開始後、就労義務猶予期間を利用して県外での研修を開始した地域枠学生の中に離脱を希望する地域枠卒業生がいる。

【新型コロナウイルスの影響】

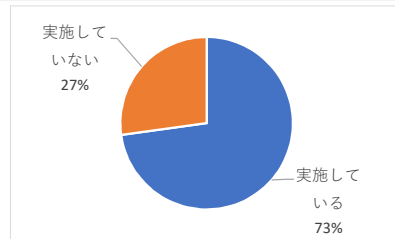
- ・新型コロナ禍のため、対面イベントに制限が生じ、開催形式がWeb等に限定されている。
- ・コロナ禍により、会議形式による交流会の実施が困難である。
- ・新型コロナウイルス感染予防のため対面で実習ができず、困っている。
- ・県主催のワークショップでは、本学で新型コロナウイルス感染症予防のため移動が制限されている地域から参加する他大学の学生と接触してしまうため、県が開催を断念したことがある。

【その他】

- ・令和2年度に第1期生が入学し、教育のノウハウが整っていない。
- ・〇〇県は複数の大学に地域枠が設定されているため、休みに合わせた日程調整を行うのが難しい。
- ・地域枠入学の意義を理解されにくい。
- ・SNSやロコミ等で、地域枠学生に誤った情報が流れていることがあり、訂正が困難な場合がある。
- ・各県ごとに問題となっていること、地域枠医師に望むことなど情報共有をしたい。
- ・県には地域枠をもつ他大学医学部が複数あり、当大学ではもたない。
- ・一部の部署がすべて行っており、学内教員との情報共有が希薄である。
- ・卒業後のキャリア支援は県主導で行っており、地域枠で卒業した者と大学との卒業後の関係性が希薄となっていること。
- ・県関係者による献身的な協力にも関わらず、地域実習実施にあたっては受け入れ市町村に温度差が存在している。
- ・地域枠制度が複雑で理解しづらいこと、地域枠学生と県職員との接触機会が少ない。
- ・地域枠学生の勤務地が遠隔地であることが多く、対面での話し合いの機会を持つことが難しい。現在は、オンラインにて集合している。
- ・大学病院が附属病院ではなく部局化しているため、学部教育、特に低学年ならびに基礎系・社会医学系教育の意見を反映させることが課題である。現在は地域医療支援センターに医療教育学や公衆衛生学の教授が併任で参画している。
- ・入試制度は大学、奨学金制度は都道府県であるという複雑な仕組みのために、入試要綱の説明がわかりにくかったり、責任の所在が曖昧になったりして、学生からの相談、トラブルの対処などの対応に苦慮しやすい。

1-3. (1) 大学で地域枠学生を視野に入れた地域医療教育を実施していますか。

選択肢	回答数
①実施している	59
②実施していない	22



(2) 上記(1)で「①実施している」と回答した場合、その具体的内容を記入してください。(自由記述)

【プログラム・カリキュラム】

- ・地域医療教育検討専門委員会を設置し、地域枠学生に対して一般の学生と少し異なった特別プログラムを実施している。
- ・地域枠入学生特別プログラムを設けている。(県内基幹病院・中核病院実習、地域医療セミナー、地域医療実習)

【講義】

- ・地域枠学生に対する地域医療に関する講義を実施している。
- ・科目「地域医療学」での教育を実施。
- ・全学的に地域を志向した教育・研究・社会貢献を進めており、医学科は「早期臨床医学入門 1回生から始めるプライマリケア外来診断学」を必修科目として提供している。
- ・地域枠に特化した取組ではないが、県内の地域医療の実態等を知るために、病院見学実習を取り入れた医療政策等を総合的に学習する授業科目を展開している。

【実習①】

- ・低学年の「早期体験実習」では地域の施設訪問などを行い入所者等との交流を図っている。臨床実習では「地域医療実習」「基幹病院実習」において地域医療の実践を体験、学修している。
- ・地域枠を含め全学生に対して、地域医療入門(2年次)、へき地医療機関実習(6年次・1ヶ月間)を行っている。
- ・「総合診療学・地域医療学」、「総合診療科・地域医療臨床実習」において、地域の健康課題の概観とその対策の一連の過程を体験することで、地域アセスメントの基本的技術の習得させている。また夏期、春期休暇中に、地域枠の学生を対象に、将来勤務するいわゆる遠隔地の医療機関で1泊2日、あるいは1週間の地域医療実習を行っている。さらに、希望者には、県・〇〇大が実施している県内離島診療にも参加してもらっている。
- ・地域枠及び県推進枠の入学者は必修として、「地域医療学実習」を行っている。大学の総合診療部、地域中核病院、診療所におけるそれぞれの地域医療に果たす役割と連携、問題点を学習する。
- ・地域枠学生に対する地域実習を全学生に経験してもらうという方針の下に地域基盤型保健医療実習を第1-2学年通年で実施している。総合診療医養成プログラムを導入し、地域枠学生を中心に卒前・卒後の期間を継続して地域と関わりながら総合診療を学修する機会を提供している。
- ・学外を含めた実習カリキュラムの中で、患者や住民と直接関わる機会を設けたり、在宅医療等に関わる機会を設けている。
- ・地域枠学生は1年生で2週間、地域の医療機関での実習を行っている(一般枠は希望者で1週間)。また、3年生でも一般枠の学生は3期(各1週間)のうち、2期を選択し、実習を行っている。
- ・6年次の4月に「地域医療実習」を行い、〇〇県内のクリニックや中山間地域の病院で地域住民と交流を持ちながら、附属病院では経験できないプライマリ・ケアを学修している。
- ・年2回、二次医療圏の中心となる病院での集団での課外実習を計画している。この1年はコロナ禍のため実施できておらず、オンラインシンポジウムの開催、学生と医療機関の希望を調整した個別の課外実習など代替措置をおこなっている。
- ・地域医療に興味がある学生を対象に、毎年夏に「夏季地域医療特別実習」を実施。また毎月地域医療支援センターにて地域枠学生を対象にゼミを開催している。

【実習②】

- ・3年次に行っている2泊3日の地域実習は、「地域で働くこととは何か?」ということをテーマの一つとしている。
- ・5年次に京都府中北部地域の病院において、1週間に渡って、滞在型の地域医療実習を実施している。
- ・緊急医師確保枠学生の特別地域医療実習を実施している。
- ・1年：地域包括医療実習Ⅰ、2年：地域包括医療実習Ⅱ、3年：地域包括医療実習Ⅲ、4年：地域包括医療実習Ⅳを開講している。これら4科目は、全ての地域枠学生、および希望する学生が履修する。主な内容は、夏季休暇期間の学外施設での実習である。
- ・正課外ではあるが、長期休暇期間を活用し、地域枠の2,3年生を対象として、本学附属病院にて実習できる機会を設けている。
- ・地域枠学生のみ視野に入れているわけではないが、地域の診療所、医院に3年次と5年次にそれぞれ1週間の実習を実施している。
- ・6年生の「選択臨床実習」では近隣の病院・クリニックでの臨床実習を行っている。また、〇〇県地域枠学生が、一部の〇〇県の病院において臨床実習を行っている。
- ・特に地域枠のみを視野に入れた教育ではないが、4年次の「地域・産業保健」において、医療、保健、福祉に関するフィールド実習を実施しており、学生が学内外の実習指導者、地域住民、行政、地域団体あるいは学生同士と直接かつ密接にふれあうことによって、チームアプローチの重要性を体得する機会を設定している。また、選択臨床実習においても地域保健センターとの連携、病院と地域の医療機関ならびに救急隊との連携の重要性、患者の社会的背景を考慮した地域医療の体験などが含まれている。
- ・地域枠学生が参加する地域医療実習(夏季休暇中に1週間)を実施している。
- ・1-4学年では「地域医療の実践」コースがあり、在宅医療実習や対象府県での実習などを経験させている。
- ・低学年での学外施設実習、地域包括ケアに関する講義、〇〇県の僻地病院である町立串本病院での1週間の地域医療臨床実習(必修および選択)を実施している。
- ・①離島実習：第3学年での県離島での地域医療実習1週間必修で行っている。②クリニカル・クラークシップでの離島実習(選択)を行っている。
- ・同じ地域を繰り返し訪問する体験学習及び地域臨床実習を複数学年で開講している。(2年次、3年次、6年次)
- ・地域医療体験実習(1年次)、地域医療の講師を招いた特別講演会や学外施設への訪問実習、さらに希望者を対象に東日本大震災の被災地体験実習を行っている。
- ・臨床実習前地域医療特別講演会(4年次)臨床実習前に、矯正医療など様々な地域医療の現場で活躍されている医師の講演会を行い、地域医療への関心・興味を引き立てている。
- ・長期地域医療実習(6年次)少人数体制で密度の濃い長期の診療参加型実習を通して、診療手技の上達のみならず、患者や医療チームの職員とのコミュニケーションを保ち、地域医療の重要性の認識を深め、医療を實踐できる医師としての総合力を養う。

【講義及び実習】

- ・「地域医療・コミュニケーションとチーム医療(2年次)」とする講義や地域医療実習(早期臨床実習(1年次)含む)を実施し、地域医療の理解を深められるようにしている。また、地域医療に関しては医学生その他、高校生等からの相談にも適宜対応している。
- ・3年次生に対して、2週間にわたる地域医療に関する講義と診療所実習(シャドウイング)を、4年次では研究室配属において、内科分野では、医療のみならず介護や福祉を含めた地域医療における問題点についての研究を、外科分野では地域の外科医療の需要側(患者やその家族)と供給側(外科医、医療従事者)の各々の問題点に関する研究を行う。5年次生では地域滞在型の地域医療実習を2週間にわたって行っている。
- ・医療職概論で地域医療での各職種による講義、早期臨床体験実習で低学年での地域医療の体験。

【セミナー及び実習】

- ・「地域医療・コミュニケーションとチーム医療(2年次)」とする講義や地域医療実習(早期臨床実習(1年次)含む)を実施し、地域医療の理解を深められるようにしている。また、地域医療に関しては医学生その他、高校生等からの相談にも適宜対応している。
- ・地域医療合同セミナー1、2、3、4、医学概論/医療総論3(地域滞在実習)、「セミナー」では医療圏別の特性・地域固有の医療・介護・福祉課題、地域の文化について事前演習を行った後に、地域に向いて実習を行っている。

【課外活動・セミナー・ワークショップ】

- ・課外活動ではあるが医学セミナー（新潟で医療を学ぶセミナー）を年に複数回実施し、地域枠生を主体とした参加者を得ている。
- ・地域枠学生のセミナーを毎週開催している。地域枠学生の夏、冬、春の実習も行っている。
- ・毎週木曜昼休みに各学年を対象とした地域医療に関するワークショップを次のようなテーマで話し合いを企画、開催している。内容例：医師としてのプロ意識、総合診療医、高齢社会の処方箋、日本の医療制度、医師の偏在、地域視診、地域医療について考えよう、等。
- ・県と本学で、へき地等の国保病院・診療所等で地域の生活や医療の現状を実際に体験する「地域医療ガイダンス」を2泊3日で開催している。

【複合的な取組み①】

- ・①地域枠・特別枠学生対象の勉強会のテーマに「地域医療」「総合診療」を入れて実施している。②地域枠も含む学生全員が対象ではあるが、臨床実習（BSL）期間中、1週間を地域の医療機関で実習することを必須としている。
- ・地域病院での研修会、診療所実習（地域医療実習）を実施している。
- ・入学時の初年次セミナー、1年次の地域医療体験実習、2年次の基礎配属にて地域医療実習、夏期の施設体験実習、5年次の臨床講義。
- ・家庭医療実習2週間を必修科目としている。また、実習前の準備のための授業でも担当医に教鞭をとってもらっている。
- ・カリキュラム外ではあるが、地域枠学生を対象とした地域医療セミナーを年に5回開催している。加えて、6年生の臨床実習において、指定された地域の病院で実習をおこなう。
- ・地域医療教育に係る課内プログラムは、1年～4年生に講義（地域医療学、臨床講義 地域医療）、2年～6年生に実習（早期臨床実習1・2、社会医学実習、個別計画実習：地域医療実習）を提供している。地域枠学生を中心として課外プログラムとして、①地域医療夏季セミナー、②地域医療体験ツアー、③地域医療先進地域ツアー（県外の施設又は地域を見学）、④健康講話ツアー（住民への健康教育の実践）、⑤地域医療シンポジウム、⑥よいとこ健診（まちづくり事業の企画および実施）、⑦地域医療エキスパートセミナーを提供している。
- ・下記のように6年間を通じた地域医療教育プログラムを導入している。①医学科1年次 基礎地域医療学、3年次 症候学、4年次 臨床地域医療学を学内外の教員と連携しながら実施している。②4年次 地域医療体験（毎年4～5月）では、県内および他県東部における約50ヶ所の医療機関を訪問（1人あたり2～4ヶ所の施設見学）、E-ポートフォリオを用いて学生に学びと省察を促している。③大学地域医療総合教育研修センター（〇〇病院）および大学家庭医療教育ステーション（〇〇診療所）において、地域医療学スタッフが総合診療外来や病棟業務などに従事しながら地域医療教育を行う体制を整えている。
- ・①地域医療学（1年）、②地域医療体験実習Ⅰ、③地域医療体験実習Ⅱ、④地域医療セミナー、⑤総合診療医ブラッシュアップセミナー、⑥総合診療専門医プログラム説明会を行っている。

【複合的な取組み②】

- ・卒業後に本県内での診療従事義務を出願要件としている地域枠学生に対しては、1年次に離島などで集中合宿し、講義、ワークショップ、施設訪問などを行う「地域医療ゼミ」を必修科目としている。この科目では、地域包括医療・ケアと多職種連携、住民とのコミュニケーションの重要性など地域医療の基礎を早期に確立し、地域医療の現実を踏まえたキャリア計画を自身で行うことへの意識醸成を促し、以降の専門科目及び臨床実習でのより具体的な学習を促している。また、臨床実習前の1年生から3年生を対象として地域枠活動報告会として地域枠学生が自主的にテーマを設けグループ討議をする機会を設けている。そこに、県内の教育病院より指導者にも参加し意見交換を行いキャリア形成など交流の場となっている。
- ・①地域医療実習、②地域医療研究支援、③学会参加などの支援、④講演会の開催を行っている。
- ・地域枠学生オリエンテーション、医学概論講義、離島へき地医療体験（2泊3日）、離島地域病院実習（4泊5日）を行っている。
- ・地域医療学分野が、地域枠についてのオリエンテーションを行い、在学中は地域医療についての学修を担当している。地域枠の学生には、地域の病院での実習を義務づけており、受け入れられる態勢を整えている。
- ・地域医療支援センターにおいて、各種セミナーや夏季病院研修等を実施している。
- ・地域における訪問型の体験学習、滞在型の地域臨床実習を行っている。
- ・地域枠学生に限らない全学生を対象とした地域医療教育として1年～4年の「地域医療とチーム医療」ユニットを開講し、県内で活躍医師や他大学の教員による講義を豊富に配置しているほか、1年、2年生を対象に地域枠学生は必修で他学生は選択必修の「地域医学・医療学入門」を開講している。そのほか、地域枠奨学金学生全員参加の課外学習プログラム「〇〇県の医療」を開講している。
- ・1学年「リベラルアーツ選択Ⅰ（地域医療を考える）」を実施している。6学年「臨床実習Ⅵ」では、地域枠学生の学外実習を実施している。地域医療ゼミを実施している。

【その他】

- ・地域医療教育はすべての医学生に必須であるため、地域枠学生に特化した教育はあえて行っていない。研究室配属や選択実習を利用して地域医療教育に特に取り組むことは可能であるが、地域枠学生に義務化しているわけではない。
- ・県と協同し、説明会、地域医療関係者との懇談会、病院見学などを行っている。
- ・地域医療実習の内容に他の学生との差別化はないが、実習場所に関して地域枠学生の希望を優先している。
- ・サマースクールで〇〇市〇〇区の地域診療について、現状や課題について研究発表を行い、行政にも参加してもらっている。
- ・地域医療特別演習により、地域医療の第一線病院（本学ささやま医療センター、兵庫県丹波地域の診療所、他）を訪問し、地域医療の現場を見学するとともに、地域医療に従事する医師から話を伺い、地域医療の意義や課題などを理解する。
- ・〇〇島健診への参加、地域医療枠学生を中心とした講演会の開催、県医学会総会への参加を行っている。

(3) 上記(1)で「①実施している」「②実施していない」の回答に関わらず、取組みを実施するにあたって、困っていること・障壁などがあれば、情報公開可能な範囲で記入してください。

【体制の負担、費用面、時間の捻出】

- ・実習中の学生の宿泊費等経費の捻出。
- ・継続的に学習プログラムを維持するための経費の確保。
- ・本学では、医学科5年生に加え、多職種連携等の観点から、看護学科3年生も参加していることから、受入病院の教育体制等の負担が重いことや費用的な面でのやり繰りが難しい。
- ・実施するための事務的な負担（予算、マンパワー、時間）が大きいこと。
- ・実習調整・引率等において、教員の確保・負担が課題。
- ・地域枠学生を視野に入れたプログラムを通常カリキュラムに加えて、別途行う時間がない。
- ・地域医療にかかる教員数が十分でないため、学生に対するきめ細かな指導ができない。
- ・実習のための交通費、宿泊費の負担が実習先の医療機関でことなり、負担額の資源をどうするかが課題にあがる。

【学生の主体的な参加】

- ・地域枠学生の主体的な参加をどのように促すか困っている。
- ・夏期・春期休暇中の実習は、必修ではなく、自由参加のため、参加人数が少ない年度がある。
- ・参加を強制できないため自由参加。参加しない学生が存在し、学年が上がるにつれ参加者も固定化する傾向がある。
- ・年次では手厚いプログラムを準備しているが、2年生以上で同様の取り組みに、継続して学生を参加させることについての検討が不十分であり、現在は手探りの状況である。

【学生全体の地域医療教育】

- ・地域枠学生と一般で入学した学生と同じカリキュラムで地域医療教育を実施している。そのため、県側と本学側が求めている地域医療教育内容が必ずしも一致していない場合がある。
- ・地域医療教育は地域枠に限らず重要な項目であり、全ての医学生に教える機会をもっている。一方、地域枠医学生へは課外の活動において地域医療の重要性を理解してもらえよう機会を作っている。
- ・地域枠学生のみ指導ではなく、学生全体への地域医療教育を実施している。1年次からの老人保健施設や医院への訪問実習、地域医療についての講義も取り入れている。
- ・地域枠学生に限った（入試種別背景に基づいた）コンピテンシーは設定されていない。従って、「選択臨床実習」の近隣の地域医療実習についても、必ずしも〇〇県地域枠学生が選択しているわけではない。

【新型コロナウイルスの影響】

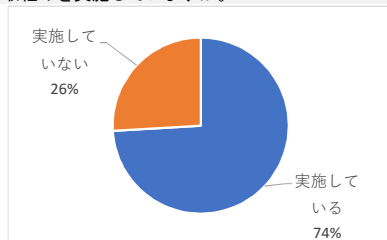
- ・本年度についてはコロナワクチンへの対応やコロナ感染防止のための制限が多く、例年程の協力を得られていない。
- ・コロナ禍で地域実習に学生を出しにくい。学生がオンライン疲れをおこしており、地域医療への興味が引き出しにくい。
- ・新型コロナウイルスのため、対面イベントに制限が生じ、開催形式がweb等に限定されている。
- ・コロナ禍により、実習受け入れ施設の調整が困難である。
- ・コロナ禍のため、臨床実習の学生の受入れについて、地域（県）で温度差がある。
- ・講演会、懇親会がWebでしかできておらず、みんなで酒を飲みながら、みんなで各人の思いを親身に語り、相談できる場を設定できていない。

【その他】

- ・地域枠入学の意義を理解されにくい。
- ・地域医療講演会、地域医療実習（1年、5年）は実施しているが全学生対象であり、地域枠の学生に特化した教育は検討中である。
- ・地域医療は地域枠医師の仕事という誤解が広がらないように注意が必要である。
- ・CBTやOSGEのある中学年で地域医療教育が不十分である（6年間通じた継続性に問題）。
- ・課外実習において事故があった際の学生、患者さん、医療機関の損害の補償についても議論になっている。学生が個別に実習に赴く場合、学生の私有車を運転していくことの許可するかどうかも問題。
- ・県には地域枠をもつ他大学医学部が複数あり、当大学ではもたない。
- ・地域と連携した実習のため、大幅な改定が行いにくく、「マンネリ化」しやすい。
- ・選択必修科目のため、単位取得が出来なくても卒業要件にはかからない。そのため評価点が合格点を満たしていても卒業可能であることが問題と考える。
- ・地域枠学生のみを対象として地域医療教育を実践する場と教員が豊富に揃っていない。
- ・他施設との交流を増やしたい。

1-4. (1) 大学で地域枠学生の卒業後の進路を把握する取組みを実施していますか。

選択肢	回答数
①実施している	60
②実施していない	21



(2) 上記(1)で「①実施している」と回答した場合、その具体的内容を記入してください。

【調査】

- ・卒業臨床研修センターによる追跡調査が行われている。また地域共生医療統合センターでは卒業生調査を年に1度行なっている。
- ・県と連携して進路調査を行っている。
- ・地域枠卒業生全員について、勤務先、メールアドレス、専門科、入局先について地域医療担当講座で毎年調査を行い把握している。
- ・医師国家試験終了後に実施する医師免許申請説明会時に、6年生全員に進路等調査票を配付している。また、毎年7月下旬に、初期臨床研修修了者を対象に、勤務先の調査を郵送で行っている。
- ・地域枠学生の追跡調査を行い、勤務状況等を把握している。
- ・毎年1回、現況報告書、意向調査票を提出してもらうことにより把握している。
- ・進路調査を地域枠学生を含む全学生に対して実施している。
- ・地域枠学生のみならず、卒業時に進路調査を実施している。
- ・毎年度、地域枠卒業生の勤務状況を都道府県へアンケート形式で確認している。
- ・臨床研修センターで卒後の進路を追跡している。さらに〇〇県と連携をとり、就職先が〇〇県地域枠の奨学金の規程に沿っていることを確認している。
- ・卒業時に進路先アンケートを実施している。
- ・学生部で追跡調査を実施している。
- ・人事課にて地域枠学生に特化した卒業後の追跡調査を行っている。

【個別面談】

- ・5年次地域枠学生、6年次全学生（地域枠学生を含む）との個別面談。
- ・県と協同して、地域枠のキャリアコーディネーターが全地域枠学生と6年生になるタイミングで個別面談し本人の希望を把握するとともに、マッチング後に進路について報告させている。また、卒業6年目にも同様の面談を行い、後期研修修了後の進路についても把握している。
- ・卒業後、毎年度1回（最大9年間）の面談を県と共同で実施している。
- ・医学部地域医療学講座及び地域医療支援センター（附属病院内に設置）の教員が共同で、高学年地域枠学生の面談を行い、卒業後の進路を把握するようにしている。
- ・国家試験後に県も含め面談を実施し、進路状況の共有をしている。
- ・大学において卒業前に初期臨床研修先を調査し、その後は県と情報共有を行っていたが、令和3年4月より医師育成・定着支援センターが研修医ともアウトリーチサポート面接を始めた。
- ・地域医療学センターにて地域枠卒業医師のキャリア支援を県とともに実施している。年1回の面談を県医療政策課とともにやり、地域医療への貢献のみならず、地域枠医師自身のキャリアアップにつながるよう努めている。
- ・地域医療支援センターが毎年全員と面談を行っている。
- ・地域医療支援センターにおいて、地域枠6年生に対する進路面談を実施している。

【都道府県との連携】

- ・県と連携して進路の把握に努めている。【2】
- ・年2回程度、県側と大学教員で構成している委員会を開催しており、情報共有を行っている。
- ・卒業生のマッチング病院は全て把握している。また地域枠の卒業生については県と協働の上把握するようにしている。
- ・県の寄附講座「地域医療総合支援学講座」が県厚生部と情報共有し、地域枠（地域枠・特別枠）学生の進路を把握している。
- ・県、大学の地域枠担当教官が協力して、卒業後、義務年限中の勤務先をきれなく把握している。
- ・県と情報共有を行っている。
- ・地域医療支援センターにおいて県と連携して把握している。
- ・卒業前にアンケートにより、初期臨床研修先を把握している。〇〇県との連携により、初期臨床研修を含む卒業後7年間は〇〇県との連携により把握している。
- ・地域枠入学者の卒業後追跡調査依頼に基づき、県に対して卒業後の情報提供を依頼している。
- ・年に1回、府・県の担当者に地域枠卒業生の進路に関する情報提供を依頼している。
- ・〇〇県と連携し、交流会を通じて進路の把握に努めている。

【病院との連携】

- ・「〇〇県健康推進枠医学生」の進路については、県内病院と連携し進路を把握している。
- ・県内施設と連携した医師育成・確保コンソーシアム事業を活用し研修病院とも協力して、地域枠卒業生全員を年1回下半期に個人面談している。同時に所属医局や医療施設担当者を通じて、年2回の勤務先調査を行っている。
- ・大学病院に設置されている地域医療支援センターが中心となって把握している。
- ・卒業研修センターで、初期研修終了後の進路を調査している。
- ・卒業研修センターにて、初期研修先と当人の連絡先を収集し、情報管理している。

【学生からの報告体制の整備】

- ・対象となる卒業生から年に1回、勤務先を報告。
- ・地域枠の学生については、卒業後の現況報告をしてもらっている。このため、全ての学生の進路について把握している。
- ・地域枠医師の勤務先病院については、所属長と学長との協議により決定しており、所属機関が変更となる場合は報告を求めている。

【複合的な取組み】

- ・県と協働し、修学資金等貸与者のデータ管理や、初期研修修了後のキャリアプラン希望調査、各勤務先（研修責任者等）に対する説明会等の開催対応。また、県地域医療対策協議会（修学資金貸与医師等の配置検討など）の構成員として参加。
- ・地域枠卒業生は、県宛に毎年、勤務先に関する現況届を提出することとし、別途、学内地域医療支援センターからも勤務状況や健康状況等に関するアンケートや面談を実施している。
- ・在籍中の面談、初期研修2年間の県内研修義務、適宜行う面談、アンケートを通じて動向を把握している。
- ・〇〇県地域医療センター・〇〇県地域医療対策協議会が地域枠医師の勤務状況をモニターしており、大学とその情報を共有している。卒業時に就職先の届出を求めている。医学部IR室による卒業キャリアのフォローアップを行なっている。
- ・①臨床研修マッチング状況の把握②〇〇地域医療支援センターと連携して卒前・卒業後のキャリア形成支援面談③専門研修プログラム登録の情報把握を行っている。
- ・①本学関係者（医学部長・病院長・事務）及び義務年限内の地域枠医師が勤務する医局・県内医療機関の代表者が出席する、〇〇県医師養成奨学貸付金制度等運営会議（年1回）において、地域枠医師の配置調整を行っており、その情報を学内で共有出来ている。②県・〇〇地域医療支援センター（医学部に設置）③学生課等が毎月事務担当者会を開催し、地域枠医師との定期面談や相談などの情報共有を行っている。
- ・地域枠卒業生は、原則9年間「キャリア形成プログラム」のもと、県により人事配置されるため、同意をとることで、情報提供を受けることが可能である。なお、大学独自による地域診療従事義務が課されている卒業生については、就業先医療機関のHPを年に1度程度確認して追跡している。
- ・アンケート実施と面談。

【その他】

- ・本医学部では、令和2年度卒業生が地域枠の一期生であり、当該者は全員県内で初期臨床研修を行っていることを把握している。今後の進路を把握する具体的な取組については、今後検討予定である。
- ・卒業生とも連絡を継続的にとるようにしている。また、個別に卒業生のキャリアについても相談に乗っている。
- ・大学に設置した地域医療支援センターで把握している。
- ・キャリア形成プログラムの意向確認を行い、履行状況を確認している。地域枠学生用のメールで情報発信している。
- ・大学の専攻医プログラム、および地域医療支援センターが関係する専攻医プログラムに全員が所属しており、義務終了後の動向も把握している。
- ・本学の地域医療学講座が卒業生の進路を把握している。
- ・担当事務並びに医療人育成支援センターの地域奨学金部門部門長が担当して卒業後の進路を把握している。
- ・初期臨床研修先までは把握している。初期臨床研修修了後、大学に籍を残さない者の進路は把握していない。
- ・ようやく教育IRが把握する取り組みを始めた。
- ・マッチング結果の提出依頼を実施している。

(3) 「①実施している」「②実施していない」の回答に関わらず、取組みを実施するにあたって、困っていること・障壁などがあれば、情報公開可能な範囲で記入してください。

【学生の意識について】

- ・報告が徹底されない場合がある。
- ・卒業生と連絡が取れなくなるケースが少なからず生じており、必要時には県を通じて連絡を取っている。
- ・関連病院以外の病院で勤務する卒業生については、連絡が取りにくく、返事がこないため、進路についての把握が困難な場合がある。また、医学部学務課が主な担当部門となっているが、卒業10年近く経った医師の窓口として適切かどうかは検討を要すると思われる。
- ・全員の解答を得ることが難しい。情報がIRに集約されない。学生のIRへの理解が乏しい。同窓会の協力を得にくい。
- ・初期研修後、専門研修に進むにあたり、地域枠学生の進路上の悩みが生じることがある。

【地域医療プログラムから離脱した卒業生の動向把握】

- ・地域枠の定義から離脱した卒業生の動向が把握できない。【2】
- ・制度から離脱した卒業生（県外へ異動した卒業生）の進路把握が困難である。
- ・結婚、県外での就労の希望等の離脱を仄めかす者への対応及び中四国のある大学の制定した県外用専門研修プログラムを勧める県内病院への対応に苦慮している。

【義務年限終了後の動向把握】

- ・義務年限（7年）修了後の勤務先の把握ができないことが想定される。
- ・義務年限終了後は連絡の義務がない。

【人手不足】

- ・地域枠学生の縦のつながりが必要と考えているので、県と連携して同窓会や懇親会を計画したいが、今のところ人手不足もあり実現されていない。系統だった地域枠学生の進路把握の取り組みを実施しなければいけないと考えているので、今後の解決課題と考えている。

【進路把握の部署・機関について】

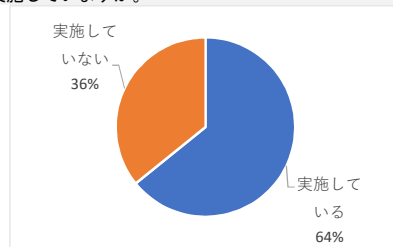
- ・履行年限の間、どの部署がどのように進路を把握していくかが決まっていないこと。
- ・地域枠の卒業生の長期の外部の進路把握の管理をどこが行うのが議論になる。

【その他】

- ・個人情報保護法の関係もあり、注意して取り扱うようにしている。
- ・卒業後、県や大学と連絡が取りづらくなっている地域枠卒業生があり、従事期間の支援継続を困難にしていることがある。
- ・第1期生が2年生であり、卒業時には必要になるが現在は未定である。
- ・〇〇県の地域枠は、原則全員本学の医局に入局している。勤務先の調整は医局も含めて行い、最終的には勤務先医療機関勤務通知書を〇〇県庁が発出している。そのため、卒業後の進路の把握は容易に行えている。
- ・他県が基幹施設となっている専門医プログラムに入った場合は把握が難しい。
- ・県の修学資金と連動していない（従事要件のない）地域枠学生の進路を把握すること。
- ・医局や施設担当者が交代する際に一部情報共有が遅延することがある。県内一部の施設が隣接県にある大学の医局関連施設である。
- ・本学では地域枠設定はありませんが、卒業時点で進路把握しますが、臨床研修後は把握率が低下しております。
- ・県には地域枠をもつ他大学医学部が複数あり、当大学ではもたない。
- ・大学独自による地域診療従事義務が課されている卒業生の追跡では、氏名の変更や海外への転居などにより追跡が困難となる事例が発生しており、在学中から依頼しているにもかかわらず、自身から勤務先が連絡されることはほとんどない。
- ・本学の地域医療学講座が卒業生の進路を把握している。
- ・制度が必ずしも浸透している訳ではなく、〇〇県の担当課や大学とが情報共有しながら、全ての者の所属機関の把握に務めている。
- ・面談による細やかな対応が必須であるため、地域医療支援センターに専任教員の配置が必須であり、今後の継続的なポスト確保が課題である。
- ・教育IRが把握しても、個人レベルでの情報を把握するのが難しい。
- ・後期臨床研修そして専門医と時が経過するにつれて、把握が困難になるが、これを確実にする体制がまだ整っていない。
- ・地域枠学生に限らず、医学部医学科卒業生の卒業後進路調査は全国的に（国際的にも）不十分と認識している。「地域枠学生」に限っても、彼らの卒業後の進路を把握するための地域との連携が確立していない。
- ・本学及び愛知県から貸与する修学試験に対する義務年限10年間（本学5年間、指定医療機関5年間）については把握可能である。
- ・シーリングのある科を希望した場合、希望者が多い時に大学に残れない時どうするか。

1-5. (1) 大学で卒業生の進路を支援する取組みを実施していますか。

選択肢	回答数
①実施している	52
②実施していない	29



(2) 上記(1)で「①」と回答した場合、その具体的内容を記入してください。

【説明会・交流会】

- ・地域枠学生キャリア支援委員会主催の進路説明会や、卒後臨床研修センターと本学同窓会合同（進路）説明会などを毎年開催している。説明とともに相談窓口となっている。
- ・関連病院と学生とのキャリアパス懇談会を開催している。
- ・毎年、地域枠医師を対象にした進路相談会としてHome Coming Dayを実施している。
- ・各科および関連病院での合同説明会を年2回開催し、進路を考える上で参考となる情報を提供している。
- ・初期研修医向けに、県内の各専門研修基幹施設のプログラム担当者が、プログラムの内容や処遇について説明する説明会を開催している。
- ・マッチング説明会の実施、本学卒後臨床研修プログラム冊子の作成。
- ・マッチング説明会の開催（昨年度、今年度は新型コロナウイルス感染拡大の影響により中止）。
- ・地域枠の学生と県の職員と一緒に開催しているミーティングで支援している。

【面談】

- ・5年次地域枠学生、6年次全学生（地域枠学生を含む）との個別面談。
- ・医師育成・確保コンソーシアム事業を活用し、地域枠卒業生全員を年1回下半期に個人面談している。コンソーシアム事務局に相談窓口を設置している。
- ・卒后面談の実施し、〇〇県医師キャリア形成プログラムの策定して提示している。
- ・希望者に対して地域枠担当教員が進路支援のための面談を実施。

【説明会及び面談】

- ・学生の卒業後におこなう進路支援であれば、附属病院における専門研修プログラムの選択や大学院進学 について説明会などを開催し進路選択についての支援をしている。卒業前の在学生の卒業後の進路選択への支援であれば、チューター教員（学生5-6名に教員1名）の面談時などに必要に応じて進路についてのアドバイスをしている。
- ・地域枠の学生、卒業生の医師が全員参加する「交流会」を年一回開催し、県庁の担当者、大学の地域枠担当教員が、キャリアプランの説明を行っている。また適宜、卒業生と、その入局先の医局担当者、〇〇県庁の担当者、地域枠担当教員が、面談を行っている。
- ・キャリア説明会、面談を実施している。

【病院との連携】

- ・「地域医療支援センター」が主体となってキャリア形成に取り組んでいるが、この「地域医療支援センター」は、大学病院の組織に組み込まれたものである。

【相談体制の充実】

- ・個別に相談にのったり、卒業生の集まる機会を設けたりすることにより、専門医プログラムを含めた卒後のキャリアやライフイベントに伴う事項についても相談にのり、各プログラムとの調整を含め、支援を行っている。

【実習】

- ・第6学年の選択制臨床実習では、学生が希望する学内外施設での実習を認めている。

【情報提供】

- ・厚生労働省等が発出する試験日程や案内等の情報提供。
- ・臨床研修中の卒業生向けに専門研修プログラムのパンフレットを送付している。
- ・初期研修にあたり、本学病院群での研修について周知している。

【キャリア支援】

- ・臨床実習期間中にキャリア教育を実施している。
- ・地域医療学分野が、卒業時や卒業後においても、学生が希望する診療科や要望などをもとに県との交渉を行い、キャリア支援を行っている。
- ・地域医療支援センターにおいて、卒業後9年目までのキャリア形成支援のため、ヒアリング及びキャリア形成計画の作成等を継続的に実施するとともに、地域医療機関への配置調整を行っている。また、遠隔医療支援システムを活用した遠隔外来の実施及び勉強会の講義配信や、指導医の派遣等により、地域医療機関に派遣された地域枠医師を支援している。

【卒後の支援】

- ・卒後2年間はキャリア形成等も含めた相談ができる指導教員制度がある。

【複合的な取組み①】

- ・5年生、6年生に対して進路のガイダンスを行い、臨床医療のみではなく、基礎研究や社会医学への進路についても提示している。基礎研究志望者に対しての奨学金の制度がある。
- ・地域枠卒業生のキャリア形成プランである「〇〇地域医療リーダー養成キャリアパスver.2」の活用を努めている。また、研修病院関係者に研修状況等についてアンケート調査を実施し、必要に応じて個別面談を実施している。
- ・①県の修学資金貸与のある「〇〇県特別枠」の卒業生（1年次、2年次臨床研修医）に対して、本学医学部と県厚生部と共催で個別面談を年1回実施し、キャリア形成支援、進路指導をしている。②県の修学資金貸与のある「〇〇県特別枠」の卒業生の3年目以降については、所属する医療機関の診療科長と県厚生部と協議して、勤務地の決定やキャリア形成について支援している。
- ・県担当者と定期的な面談を行うと共に、県より後期研修医研修資金支援や指導医資格取得を目指す医師への資金支援などを得ている。
- ・県と連携して、卒業生を支援する枠組みを地域医療教育部門および医学教育部門を中心に整備している。また、専門医プログラム（内科、外科、整形外科、小児科、産婦人科、救急科、精神科、総合診療科）について優先的受入枠を設けて支援を行っている。
- ・①〇〇地域医療支援センターとの連携、②大学の医師派遣委員会との連携、③専任医師によるキャリア相談窓口を設置している。
- ・＜地域枠について＞
地域枠医師に対して年1回は定期面談を行い、進路に関するアドバイスを行うとともに、随時の相談については〇〇地域医療支援センター（医学部に設置）が窓口となり対応しており、いずれの情報も県・大学と共有している。また、県内の専門研修基幹施設等で構成されている〇〇県専門研修連絡協議会（事務局は〇〇地域医療支援センター）が、県内合同説明会の開催や専門研修ガイドブックの県内研修医への配布などにより、専門研修施設等の情報を届けている。
- ・＜卒業生全体について＞
〇〇地域医療支援センターが窓口となりキャリア等に関する相談に対応している。また、県内の専門研修基幹施設等で構成されている〇〇県専門研修連絡協議会（事務局は〇〇県地域医療支援センター）が、県内合同説明会の開催や専門研修ガイドブックの県内研修医への配布などにより、専門研修施設等の情報を届けている。

【複合的な取組み②】

- ・チューター教員が研修先の選択の際に指導・助言を行う。卒業臨床研修センター主催で5、6年次生を対象に初期研修に関する説明会を開催し、研修先の選び方・研修の受け方・今後のキャリアの選択などに関して説明する。
- ・1年次生の教養教育科目「健康科学概論」にて、キャリアを意識し、生涯にわたり自己研鑽を続ける意欲と態度を培うほか、4年次生のキャリア教育プログラム「医師のキャリアとワークライフバランスを考える」、医学科5年次生女子学生と女性医師との懇談「キャリアパス相談会」を実施している。また、医学教育センターにて個々のキャリア相談に応じる。
- ・意向調査票記載に基づく個人面談、医局・県・派遣先医療機関等との調整を行っている。
- ・マッチングについての説明会。学生の自主的なマッチング面接対策への場所の提供。6年生「社会医学」のなかでの卒業生を中心とした講師によるキャリア教育。
- ・4年次の授業科目「医療入門」にてキャリアガイダンスの時間を設け、マッチングや専門医制度について紹介するほか、女性医師へのキャリア支援や、拘置所や保健所の責任者を講師として招いて様々な角度から医師としての立場を知ることにより、キャリアガイダンスとプランニングを考えることができるよう計画している。
- ・卒業生もキャリア支援室が利用できる。大学に届いている研修医募集要項の閲覧、履歴書の添削・面接練習等が受けられる。また、プロフェッショナルズの授業などで、キャリアに関する教育を実施している。

【その他】

- ・卒業後の継続的支援（医師国家試験不合格者へのサポートなど）、随時相談への対応を行っている。
- ・専門医キャリア支援センターにおいて支援を行っている。
- ・学位記授与式で卒業教育センターの連絡先とメッセージを配布し、卒業生からの相談に応じている。
- ・卒業生から相談があった場合に教員が対応しています。
- ・地域枠医師は原則大学病院各診療科（医局）に所属することとしており、各診療科が地域枠医師の進路を管理・支援している。
- ・大学病院の組織として、初期研修は卒業臨床研修センター、卒業3年目以降はキャリア形成支援センターが担当している。
- ・卒業生側から、自身の専門選択や大学院進学について、窓口相談に来た場合に、助言に適した進路指導委員に取次いで、相談に応じている。
- ・奨学金受給学生に関係なく、本学の卒業2年目の研修医に対して、専門研修の紹介をする企画を実施してきた。地域枠奨学金受給学生については、医療育成支援センター-地域奨学金部門長が個別に卒業後のキャリアの支援を担当している。
- ・卒前は〇〇県地域枠担当教学委員、卒業後は臨床研修センター副センター長が相談相手となり支援している。
- ・研修病院についての情報収集と、個別の相談を提供している。
- ・進路指導担当教員（2名）を配置し、進路相談を受けたり、アフターフォロー等をおこなっている。また、在学生・卒業生だけが閲覧できる就職支援サイトを設置し、積極的に就職支援を行っている。
- ・卒業研修センターが、地域医療への従事と専攻医の研修希望が両立するように研修先の相談を行っている。

(3) 「①実施している」「②実施していない」の回答に関わらず、取組みを実施するにあたって、困っていること・障壁などがあれば、情報公開可能な範囲で記入してください。

【学生の意識について】

- ・一部の対象者が、Home Coming Day に参加しないこと。
- ・卒業生の進路は県の医療行政の一環として決定される。卒業生の希望と派遣計画との調整が一致しない時に、当該卒業生のモチベーション維持のための説明に苦勞する。
- ・アンケート調査に回答しない学生が一定数いるため、個別対応が必要となることがある。

【地域医療プログラムから離脱した卒業生の動向把握】

- ・初期研修終了後に地域医療枠離脱する医師がおり、大学病院以外で研修を行う医師の支援体制の強化が課題となっている。

【県と学生のミスマッチ】

- ・県の医療ニーズと奨学生の進路が合わず、地方医療機関の支援につながらない場合がある。
- ・各診療科、各県の地域枠制度が異なっているため、それぞれの条件について十分に理解し、支援する必要がある。そのため、やはり個別に相談にのることがほとんどであり、卒業生も多くなってきており、教員の負担も大きい。
- ・県の求める地域枠医師の配置と、大学医局の希望する配置とが必ずしも一致しない場合がある。

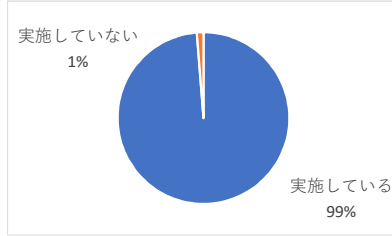
【その他】

- ・本学の専門研修プログラムや大学院に進学しない卒業生の進路については十分に把握できていない。
- ・卒業生の連絡先は大学当局では把握しておらず、同窓会や大学医局が把握しているため、卒業生へ調査する必要がある場合、同窓会を頼っていることが現状にある。
- ・「進路を支援」と言われても漠然としており答えにくい。卒業後、大学の医局に入局した者については把握できるし、その進路について大いに支援するものではあるが、この程度の支援を指しているのか判断できない。
- ・本学は地域枠全員が本学の医局に入局している。医局、県、大学の地域枠担当教官が密に連絡をとることで、うまく対応できていると思われる。
- ・個人情報保護の観点から、連絡先の把握が困難な場合がある。
- ・専攻医プログラムや診療科により、アドバイスや介入しにくいことがある。
- ・卒業生の側から申し出が無い場合には事態把握は出来ません。
- ・義務を終えた卒業生がやっと1期生になったが、県内全体の医師数への影響を見ると、取り組みのアウトカムが不透明。
- ・卒業生の連絡先が変更している場合がある。希望に応じてカウンセリングを行う。
- ・結婚、県外での就労の希望等の離脱を仄めかす者への対応及び中四国のある大学の制定した県外用専門研修プログラムを勧める県内病院への対応に苦慮している。
- ・本学出身の本学病院群での研修医が増加することを目指している。
- ・国試浪人となった卒業生の支援については十分とはいえない。
- ・対応する大学側の窓口が決まっていない。
- ・マッチングを支援する体制がないため、学生がクラブの先輩がいるなど、安易な気持ちで進路を決定する。
- ・キャリア教育の効果の検証をこれから予定しているが、資料となる卒業生のデータが集めにくい。
- ・指定医療機関は医師採用計画などから1年程度前に勤務予定の把握を望むが、各診療科は人事の都合でそれを困難とすることがある。
- ・地域枠の学生が専門医取得のための専攻医となったとき、医療過疎地域の研修では指導医が不足していることを心配している。
- ・初期研修後、専門研修に進むにあたり、地域枠学生の進路上の悩みが生じることがある。
- ・目的大学のため、一定期間義務対象職務に就く必要があるが、規則に沿わず自由に医師としてキャリアを積もうとする卒業生が増えており、その相談や対策業務が増えていること。
- ・コロナ禍により、外部から講師を招聘して特別講義を実施することが困難である。

2. 総合診療科の実習についてお尋ねします。

2-1. (1) 総合診療科での臨床実習を実施していますか。

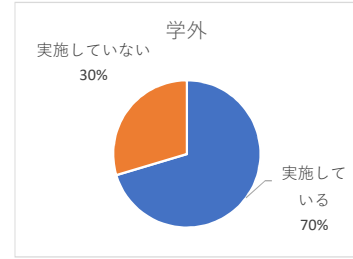
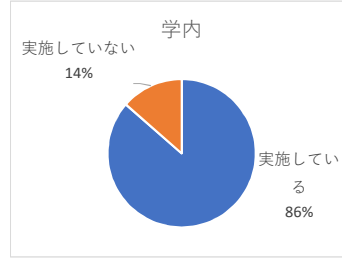
選択肢	回答数
①実施している	80
②実施していない	1



(2) 上記(1)で「①実施している」と回答した場合、以下の質問にご回答ください。

(a) 実習の場所

学内		学外	
選択肢	回答数	選択肢	回答数
①実施している	70	①実施している	57
②実施していない	11	②実施していない	24



(b) 実習の期間

学内		学外	
選択肢	回答数	選択肢	回答数
①6日以下	10	①6日以下	9
②1週間以上2週間未満	23	②1週間以上2週間未満	15
③2週間以上3週間未満	19	③2週間以上3週間未満	11
④3週間以上4週間未満	4	④3週間以上4週間未満	5
⑤4週間以上5週間未満	15	⑤4週間以上5週間未満	18
⑥5週間以上	4	⑥5週間以上	4

(c) 実習の指導者

学内		学外	
選択肢	回答数	選択肢	回答数
①総合診療の教員のみ	59	①総合診療の教員のみ	5
②他の講座の教員も含む	11	②他の講座の教員	0
		③学外の医師	47
		③その他	10

(d) 上記(c)で、その具体的内容を記入してください。

	学内	学外
総合診療医	51	21
内科医	25	18
救急外来、救急医学講座	7	0
プライマリ・ケア指導医	2	3
地域医療学講座指導医	2	0
ER担当	2	0
看護師	1	2
理学療法士	1	1
臨床心理士	1	1
審附講座教員	1	2
開業医	0	2
学外施設に勤務する医師	0	3
診療所に勤務する医師	0	25
関連協力施設に勤務する医師	0	3
介護施設職員	0	3

(e) 総合診療科での臨床実習の学修目標を達成する取組みを実施していますか。学内と学外とでそれぞれご回答ください。

学内		選択肢	回答数
1 病歴・身体診察を重視した診断推論（診断がつかない場合を含む）を組み立てる、又はたどる。	①実施している	71	
	②実施していない	10	
2 健康問題に対する包括的アプローチ（複数の健康問題の相互作用等）を体験する。	①実施している	64	
	②実施していない	17	
3 家族や地域といった視点を持ち、心理・社会的背景により配慮した診察に可能な範囲で参加する。	①実施している	64	
	②実施していない	17	
4 在宅医療を経験する。	①実施している	19	
	②実施していない	62	
5 多職種連携を体験してその重要性を認識する。	①実施している	48	
	②実施していない	33	
6 臨床現場において、保健・医療・福祉・介護に関する制度に触れる。	①実施している	46	
	②実施していない	35	

学内		選択肢	回答数
1 病歴・身体診察を重視した診断推論（診断がつかない場合を含む）を組み立てる、又はたどる。	①実施している	57	
	②実施していない	24	
2 健康問題に対する包括的アプローチ（複数の健康問題の相互作用等）を体験する。	①実施している	58	
	②実施していない	23	
3 家族や地域といった視点を持ち、心理・社会的背景により配慮した診察に可能な範囲で参加する。	①実施している	58	
	②実施していない	23	
4 在宅医療を経験する。	①実施している	55	
	②実施していない	26	
5 多職種連携を体験してその重要性を認識する。	①実施している	53	
	②実施していない	28	
6 臨床現場において、保健・医療・福祉・介護に関する制度に触れる。	①実施している	56	
	②実施していない	25	

(f) 上記(1)で「①実施している」と回答した場合、その具体的内容を記入してください。

【学内】	【学外】
総合診療科実習としては実施していないが、地域医療学実習として診療所、介護老人保健施設、在宅医療（訪問診療所）とオンラインで結び、医療現場を体験する取組を実施している。	学外内科系実習で総合診療科/総合内科を希望した学生、および選択科実習で診療所実習を選択した学生に実施している。
1週間の学内実習では、臨床推論、包括的ケア、EBM、コミュニケーション技法、緩和ケア、漢方医療などを中心とした実習を実施している。	3週間の学外実習（地域医療実習と兼ねて行っている）では、プライマリ・ケア、地域包括ケア、在宅ケア、多職種連携、SDH（健康の社会的決定要因）、生物心理社会モデル、ヘルスプロモーションなどに関する実習を行っている。
	学外の病院で各診療科の外来、救急並びにクリニックにおける外来実習を行っている。
本学総合診療科実習を選択できるようになっている。	総合診療科、総合内科、あるいはそれに準ずる診療科実習いずれかの実習を行い、本学総合診療科、地域医療学教室、医学教育センター等にて実習評価とフィードバックを行っている。
学内実習においては、5年生では外来を中心として行い、6年生では主として病棟でのクリニカル・クラークシップを行う。	
学内の実習では外来で患者の病歴聴取を行い、その後外来担当医が追加の病歴聴取および診察をするのを見学し、診療後に学生と担当医で事例についてディスカッションを行う。また、それと並行してEBM・診察・家族志向のケア・メンタルケアなどのレクチャーを行うほか、自分が経験した患者についてロールプレイを交えながらディスカッションを行う。学外の実習では名古屋市医師会に所属する協力診療所で、外来、訪問診療、その他診療所業務の見学をする。	
家庭医が経験した事例をもとに、主訴や未分化な状況において、診断からマネジメントに至る臨床推論や職種連携、具体的な対応についての討論に積極的に参加させ、事例と討論を通じた体験を行う。	大学と協定を交わした地域の診療所における診療参加型実習の実施。
	外部病院にて総合診療科および地域医療実習を実施している。
大学で2日間の実習の後。	学外で2日間の外来診療実習を行い、最終日に症例プレゼンテーションを実施している。
学内では臨床推論や複合疾患患者のマネジメントを中心に病院総合診療医のもとで学ぶ。	学外では医療のみならず保健・福祉・介護について家庭医のもとで学んでいる。
4-5年次の臨床実習では、本学病院の総合診療科での実習と、	学外医療施設で実習を行う「地域病院・総合診療」、「地域包括ケア・家庭医療」、「離島医療（総合診療）・保健実習」を各々1週間でローテーションして実習を受ける。5-6年次の高次臨床実習では、選択制で期間は4週間となっている。総合診療科実習では、4週間のうち1週間は市内の回復期病院において、ポストアキュート・リハビリテーション・多職種連携・在宅復帰支援等の実習を行っている。
模擬患者と、biopsychosocialな視点を基に、macro/micro systemを用いた考察を行い、討論する。	①離島やへき地の診療所における2週間の滞在型臨床実習、②保健師による保健活動「おたっしやクラブ」に参加し、一緒に活動を行い、住民への健康講話を行う。③患者と直接対話する、④在宅医療専門医療機関に2日間通い、在宅医療の現状を体験する。
2週間の学内実習では、入院患者において問診、診察、未診断の場合の場合の診断への考え方を学ぶ。	1週間の学外実習では外来診察実習を行っている。
医療面接に部分的に参加したり、オンラインによるケースを用いて腹痛の健康問題へのアプローチ、家族の視点、多職種連携や制度についての説明を行っている。また、地域診断を行うことで、地域の理解を深めている。	学外に学生を送るに当たって、ガイダンスをおこない、戻ってきた後、フィードバックをおこなう。
全科臨床実習の外来実習で1日、診療参加型臨床実習で4週間実習している（全員ではない）。	家庭医実習で開業医のところで1週間の実習をしている。
学内（附属病院）における初診外来実習を1週間行っている。	学外（診療所）における在宅医療実習を1週間行っている。
	地域の連携病院にて、臨床参加臨床実習として4週間実施。

【診療チームの一員として診療へ参加】

- ・診療チームに加わり担当患者を決め、ベッドサイドでの診察、朝夕のチームカンファレンスでの症例検討、週1回の全体カンファレンスでの症例発表など。
- ・附属病院の総合外来及び病棟において、診療チームの一員として診療に参加し、医療面接、系統的身体診察、基本的検査法の選択と結果の解釈、臨床推論のプロセス、診療録への記載、症例提示など医師として必須の基本的臨床能力を修得させている。
- ・総合診療科における臨床実習は、診療チームに所属し、そのチームの患者を数名受け持ち、入院時から治療過程、退院へ向けてのマネジメントを総合的に経験する。

【宿泊実習】

- ・コア・ローテーション実習の一環として「総合診療科・地域医療」をローテートし、地域医療機関で宿泊付きの診療参加型臨床実習を44週間行う。

【他学科と合同の実習】

- ・看護学科学生とともに臨床実習を行う機会を設け地域での包括的支援のあり方についてともに考える機会を設けている。

【総合診療科での実習】

- ・学生が総合診療科外来の新患の方の病歴聴取・身体診察を行い、アセスメントを考える、あるいは指導医が診察した新患の方の診断推論をたどる。
- ・総合診療科初診外来を経験し、毎日上級医の振り返り実施している。朝は2日に1程度度の総合診療科医師からのクルズを行っている。
- ・総合診療科では、ERでの一次、二次救急の外来初期対応を中心に医療面接、身体診察を経験し、臨床推論、EBMの実践を行っている。また毎朝のERの多職種カンファレンスに参加する。在宅医療、福祉、介護制度については、退院時の多職種カンファレンスに参加し、学外実習では訪問診療に付き添い実習を行う機会がある。
- ・午前中は総合診療科の新患外来を学生と医師1名で担当し、医療面接、身体診察、検査計画はすべて学生が実施している。検査結果が出るまでの時間に、学生は自ら課題を見つけ、文献検索を行う。検査結果を解釈し、医師とともに結果説明を行う。午後は身体診察の復習や臨床推論実習、感性・特異度から考える診断学について実習・学習を行っている。
- ・総合診療科（総合内科）の外来診療にあたる。その都度上級医に報告や相談をしながらフィードバックを受ける。外来後の症例検討会も行なう。

【総合内科での実習】

- ・総合内科病棟にて臨床実習し、期間内に関連開業医クリニックで実習している。
- ・総合内科病棟にて臨床実習し、期間内に関連開業医クリニックで実習している。5年次に2週間（必修）、6年次に4週（選択）で実習を実施している。総合診療科に外来受診入院した患者を退院まで診ることにより、病歴・身体診察を重視した診断推論を組み立てたり、健康問題に対する包括的アプローチや多職種連携を体験することが出来る。また、退院前カンファレンス等に参加することにより家族や地域といった視点を持って保健・医療・福祉・介護に関する制度に触れることが出来る。
- ・大学病院の総合診療内科にて、入院病棟および外来にて一般内科の実習を主に行っている。その他の総合診療領域は実施できていない。

【外来実習】

- ・外来患者の診察実習を取り入れ、病歴の聴取や身体診察を行っている。
- ・外来実習において、初診患者、再診患者の診察を指導医の元、実施する。また、外来看護師・クラークへの指示伝言、患者誘導、検査・処置等見学・介助等を行う。
- ・外来において未分化な臨床問題を有する患者（主として新患）を担当し、病歴聴取と身体診察を自ら行い、臨床推論から必要な検査・治療を提案するところまでプリセプティング方式で行っている。翌朝のカンファレンスで臨床推論の過程を発表し、理解を深めている。
- ・外来で問診したのちに、診察室でDrについて診察、身体診察したのちに症例カンファでプレゼンと振り返り。
- ・外来病棟での訓練。
- ・外来患者に関しての診察に同行し、診療を行う。

【救急外来での実習】

- ・附属病院の救急外来にて救急総合診療についての診療参加型臨床実習を救急科の教員が指導者として実施している（ウォークインの救急患者に対して学生がファーストタッチをおこなっている）。（本学は、「総合診療科」という名称の診療科、講座は存在せず、学内では、救急科の教員が「救急総合診療」の実習を担当している）。在宅医療学講座の教員がコーディネーターとなり、地域医療、在宅医療おこなっている学外の臨床実習協力施設や介護施設において各施設の職員とともに臨床実習をおこなっている。（本学は、「総合診療科」という名称の診療科、講座は存在せず、学外では、在宅医療学講座の教員が「地域医療」の実習を担当している）。
- ・救急外来での外来診療および入院患者の全身管理。

【その他①】

- ・Bed Side Learning 型の臨床実習。
- ・参加型外来実習および個別学生の目標と総合診療部の到達目標を勘案した個別プログラム。
- ・大学病院の総合地域医療教育支援部で、外来一般診療の指導を行っている。
- ・総合診療部の外来患者をレビューするカンファレンスへの参加、症例検討への参加。選択でさらに5週間の実習を取る場合、外来患者の診療を直接担当するほか、往診や緩和ケア、療養型施設、有床診療所での実習を行う。
- ・連携病院のうち総合診療科がある一部医療機関において、実習生受入可能であれば、当該科で4週間の臨床実習を経験させる場合がある。
- ①外来初診症例に対し、学生が医療面接を行い（プリセプティング）、指導のもとプロブレムリストをたて、臨床推論を行い、検査計画をたてる。指導医の医療面接に陪席し、その方法を学ぶ。症例から深く学ぶ態度、スキルを身につけるように、自身で医療面接を行った症例の臨床推論を中心とした病歴要約を作成し、指導医と振り返り、実習最後の日に、全員の前で発表し、グループ全体でディスカッションを行う。②再診患者の診察に陪席し、外来診療の方法を学ぶ。③他職種連携や保険・医療・福祉・介護制度について、医療スタッフからの講義や演習を行う。④和漢演習としてシナリオトレーニング（症例提示し、患者役と医師役に分かれての医療面接）を行う。
- ⑤外来初診患者のカンファレンスに参加し、様々な初診症例について、臨床推論を学ぶ。
- ・実習開始時の総合診療概論講義、エコー実習、初診外来実習、救急外来実習、病棟実習、経験した症例についての教員とのレポート作成指導、経験した症例に関する教員との振り返り、多職種ミーティングへの出席、検討会出席、オンラインセミナーへの出席、実習最終日の症例共有と振り返り（オンラインで学外の指導医も参加）。
- ・診断推論のレクチャー、新患カンファレンス、学生が医師患者役を演じるロールプレイ、臨床推論重視の症例検討会（関連病院と共同）。
- ・特別なことはしていません。診療に付随して随時対応となります。
- ・診療所における外来・訪問診療・訪問看護同行などを行う。
- ・主にサテライト教育施設の総合診療科における外来、病棟、救急、在宅医療、地域保健活動などを実施している。
- ・大学病院2週間の実習期間中、早朝ベッドサイド回診（参加は任意だがほぼ全員が参加）、実習生一人当たり1-2名の入院患者を、2週間継続して担当。最終日には担当患者についてBPSの視点で発表。他、総合診療科外来、救急外来実習、スキルアップセンターでの手指指導。

【その他②】

- ・同意取得の上で、実際に初期診療を指導医の監督下に担当・参加し、適時、指導医の指導・管理をうけながら診断並びに治療計画の立案に参加させている。
- ・初診患者の診察をして、アセスメントをした後にプレゼンをしている。
- ・実習先で経験する症例について行っており、その過程を実習最終日に共有している。
- ・病歴・身体診察を重視した診断推論、健康問題に対する包括的アプローチ在宅医療を経験する、などの実習を実施している。
- ・バイタルサイン測定、医療面接、身体診察、診療録の記録、内視鏡トレーニング。
- ・在宅診療に学生を参加させている。
- ・必修の地域医療実習において、その地域の地域包括ケアシステムの中での患者の動きが理解できる様、複数の施設（病院、診療所、介護施設、保険福祉センター）で体験実習を行っている。また、健康増進のための市民講座などへの参加も行っている。
- ・4年次は附属病院の1つで全診療科の医師、メディカルスタッフによる地域医療実習を行っています。5年次は附属病院（本院）で病院総合診療部門の実習を行っています。
- ・3年の地域医療の講義、実習、5年のBSLでの救急医学講座での総合診療ERでの実習。総合内科・家庭医療専門医・指導医が対応。
- ・学生が症候を主訴として受診した初診患者の医療面接を行い、身体診察と診断推論を指導医とともに行う。
- ・5年次における臨床実習1にて、全ての学生が1週間、総合診療部で実習する。主に、外来の初診患者に対応する。6年次における臨床実習2にて、総合診療部での実習を希望した16名が6週間、学外病院および診療所にて外来診療、病棟診療、在宅診療の実習をする。
- ・症例検討。
- ・外来実習、模擬患者による医療面接実習、カンファレンス参加。
- ・初診外来で指導医とともに医療面接・身体診察や検査・治療計画を立てる。入院担当患者の診察・チームミーティング・回診に参加する。週1回は心理・社会的な側面に焦点を当てたカンファレンスに学生も参加している。
- ・実際に予診を行っていただき、自分なりに臨床推論を行い指導医にプレゼンテーションするトレーニングを行っている。
- ・地域医療現場に接することで、地域医療に必要な総合診療能力を身に付けるため、患者の診療に参加させる。
- ・プライマリケアセンターでの外来実習、総合診療科病棟での実習。

【その他③】

- ・同意取得の上で、実際に初期診療を指導医の監督下に担当・参加し、適時、指導医の指導・管理をうけながら診断並びに治療計画の立案に参加させている。
- ・初診患者の診察をして、アセスメントをした後にプレゼンをしている。
- ・実習先で経験する症例について行っており、その過程を実習最終日に共有している。
- ・病歴・身体診察を重視した診断推論、健康問題に対する包括的アプローチ在宅医療を経験する、などの実習を実施している。
- ・バイタルサイン測定、医療面接、身体診察、診療録の記録、内視鏡トレーニング。
- ・在宅診療に学生を参加させている。
- ・必修の地域医療実習において、その地域の地域包括ケアシステムの中での患者の動きが理解できる様、複数の施設（病院、診療所、介護施設、保険福祉センター）で体験実習を行っている。また、健康増進のための市民講座などへの参加も行っている。
- ・4年次は附属病院の1つで全診療科の医師、メディカルスタッフによる地域医療実習を行っています。5年次は附属病院（本院）で病院総合診療部門の実習を行っています。
- ・3年の地域医療の講義、実習、5年のBSLでの救急医学講座での総合診療ERでの実習。総合内科・家庭医療専門医・指導医が対応。
- ・学生が症候を主訴として受診した初診患者の医療面接を行い、身体診察と診断推論を指導医とともに行う。
- ・5年次における臨床実習1にて、全ての学生が1週間、総合診療部で実習する。主に、外来の初診患者に対応する。6年次における臨床実習2にて、総合診療部での実習を希望した16名が6週間、学外病院および診療所にて外来診療、病棟診療、在宅診療の実習をする。
- ・症例検討。
- ・外来実習、模擬患者による医療面接実習、カンファレンス参加。
- ・実習内容の概要は以下の通りです（シラバスより抜粋）。
- ・ポリクリグループ単位で、ER医師の指導の下Student Doctorとして救急車で搬送された患者および歩いて受診した患者の診療に参画する。集合場所：ERセンターモニター前集合時間：8：30～17：00各人1回/週ERで当直実習がある（該当日は8：30～翌8：30となる）。当直翌日の実習は当直明けとして日勤ERリーダー医に報告帰宅する。
- ・ローテーション型の実習では2日程度、選択制実習では2週間のプログラムを組んで実施している。

(3) 上記(1)で「②実施していない」と回答した場合、その理由(困っていること・障壁などを含む)を記入してください。

- ・大学病院では、在宅診療や多職種連携カンファレンスが行われていないため。総合診療科が在宅部門を統括できている病院では可能であるが、大学毎によってできない取り組みはある。多職種カンファレンスは、入院診療のケースが増えれば可能であるが、外来看護師は1名であるため、主には外来クラークとの連携が中心になり、十分にできているとは言えない。
- ・適切なプライマリケア(初期対応)を行う技能を持ち、必要に応じて専門科の間、他職種、との連携を取りまとめることができること。
- ・コロナ禍により学外の実習施設が制限されたため、学外実習ができなくなった。
- ・学内では在宅医療は行っていない。学外では、指導者により教育スキルが一定でないため実施していない可能性があるが、概ね実施している。
- ・大学病院での在宅医療の経験は難しく学外に依頼している。
- ・本学病院には総合内科が存在しないため、総合診療科での臨床実習の学修が実施できない。

(4) 貴学の臨床実習で身につけるべき「総合診療的資質」は、どのように定義されているでしょうか。

【基本的診療技能・能力】

- ・すべての診療科において必要とされる基本的診療技能(医療面接、身体診察、カルテ記載、プレゼンテーション)、臨床推論能力、コミュニケーション力等の資質・能力。
- ・コアとなる診療科(内科、外科、小児科、産婦人科、精神科)における基本的診療技能。
- ・成人の入院患者及び外来患者のメディカル領域における基本的診療能力。

【臓器横断的】

- ・多臓器横断的総合的な診断ができ全人的包括的なケアができること、そしてそのために円滑な診療が進められるコミュニケーションスキルを併せ持つこと。
- ・資質について明示はされていませんが、地域基盤、連携、生物・心理・社会の三方向からアプローチする包括的な視点での臓器横断的診療などをキーワードとして挙げています。
- ・複数の臓器にまたがる問題を統合する視点。

【多職種連携】

- ・疾病のみではなく、社会面・経済面・心理面など人を取り巻く環境を幅広くとらえた上で、多職種との適切な連携を取り、個々に応じた最適な医療を行うこと。
- ・幼児期から終末期までのよくある健康問題(予防から治療まで)に対応でき、目の前にいる患者の身体・心理・社会的側面を包括的に理解するだけでなく、家族や地域や制度というシステムの中で生活する患者を視る視点を養い、時に生じる複雑な問題に対して多職種と適切に連携ができる資質と定義している。
- ・複雑性・不確実性が多い問題に対して患者・家族・地域の解釈・期待・感情・影響を理解しようとして、診察を進めることができる。患者を中心とした医療を実践するために多職種との連携に取り組みつつ、その立場の違いを理解しようとする。
- ・診断推論や他部門・多職種との連携。
- ・すべての健康問題に対して生物・心理・社会的アプローチ(BPSモデル)、ならびに多職種連携をとって保健・医療・福祉・介護の輪の中で問題解決を図る能力を有しており、専門医と協働して患者、家族および地域の健康増進に寄与することのできる能力と定義している。

【全人的】

- ・患者さんを全人的・総合的に診るとされています。
- ・地域のニーズに応える全人的医療を実践できる能力。
- ・全人的総合医療および地域包括ケアと連携したチーム医療の実践。

【プライマリケア】

- ・総合的な診療能力を有し、プライマリケアを行える能力。
- ・専門診療の枠を越えたプライマリケア。
- ・各臓器専門医の立場ではなく、広い医学的視野と知識を持って診療することにより、プライマリケアを実践し、患者中心の必要かつ十分な全人的医療を目指している。
- ・プライマリケア、ケアへのアクセス、継続性、調整、包括的なケア、文脈を踏まえたケア。
- ・プライマリケアとcommon diseaseが診察でき、専門医療機関との連携がとれる。
- ・特定の臓器や疾患に限定することなく幅広い視野を持ち、適切な初期対応(プライマリケア)と必要に応じた継続的な医療を患者に提供する土台を構築していくために必要な「基本的な診察技術」と「患者情報を報告するための技術」を、現場での実践を通して学ぶ。
- ・プライマリ・ケアを実践するのに必要な、医学的知識、コミュニケーション能力、共感する心、診察技能、問題解決能力、臨床推論力。
- ・プライマリケアを実践するための臨床推論に必要な知識を身につけていること。
- ・プライマリ・ケアの理解と実践による地域の健康問題の解決。

【家庭医】

- ・子どもから高齢者まで包括的に幅広い健康問題のケアを家族ぐるみで提供する家庭医モデル。在宅医療や多職種連携などを活用する。

【地域】

- ・内科診察の基本的な考え方、診察技術、望ましい態度を実践できる。外来診療・在宅診療を通じて、地域包括ケアを理解する。
- ・Common diseaseの診断と治療ができる。複合疾患患者のマネジメントができる。地域医療の現状を理解し、貢献する意欲を持つことができる。福祉・介護・保健・医療制度の現状も含めて社会と医学の関わりを理解し、説明できる。
- ・学内では領域に関わらない診療、治療のための診断。学外では地域で生活する住民への医療支援。

【複合的な定義】

- (1) 健康問題に対して包括的視点での患者へのアプローチ (Multimorbidityなど複数の健康問題の相互作用等) により患者情報を取得することができる。
- (2) 適切な医療面接を行い、医療面接・身体診察を重視した臨床推論を組み立てる、又はたどる、妥当な鑑別疾患を挙げることができる。
- (3) 得られた患者情報を緊急性および医学・心理・社会的側面から整理し、プロブレムリストを挙げてプレゼンテーションする。解釈モデル、BATHE法を理解する
- (4) 在宅医療を体験する。人生会議に触れる。
- (5) 患者の多種多様な問題点を理解し、その対応における多職種役割を理解する。
(多職種連携の重要性を認識する) 多職種カンファレンスに参加する。
- (6) プライマリ・ケアにおけるヘルスマネジメント (スクリーニング・予防接種) を理解する。
- (7) 家族や地域といった視点を持ち、心理・社会的背景により配慮した診療に可能な範囲で参加する。老年医学を理解する。

・4週間の実習の一般目標 (Goal) は以下の通りである。
①総合診療の専門性を理解した上で、大学病院、市中病院、診療所など「場」による医療の違いを知り、それぞれの場に求められる総合診療医の役割を理解する。②地域におけるヘルスケアシステム全体を見渡し、住民・患者・家族の生活および健康問題を把握し、医療者の果たすべき役割を理解する。③病歴聴取から臨床判断に至る臨床推論のプロセスを理解する。

- ①臨床推論アプローチ、緊急処置の必要性と優先度の判断、初期治療計画の立案に関する知識を身につけ実践できること。
- ②診療経過に係る的確かつなプレゼンテーションができること。
- ③病院内もしくは地域医療の現場において、患者や家族および医療スタッフなどと適切なコミュニケーションをとり、円滑なチーム医療を実践することができること。

1. 外来初診患者の医療面接において、受診理由を把握し、詳細な現病歴を聴取して、時系列にまとめることができる。
2. 既往歴・既存症 (使用中の薬剤を含む)、生活歴、アレルギー歴を聴取することができる。
3. 外来初診患者の身体診察において、医療面接で得た情報から鑑別すべき重大な疾患やcommon diseaseを想起しながら、必要な診察を正しく行うことができる。
4. プロブレムリストを適切に記載し、鑑別疾患を2つ以上想定したアセスメントができる。
5. 1~4について、重要な情報を簡潔に指導医にプレゼンテーションができる。
6. 最小限必要な検査を提案することができる。
7. 必要十分な治療ないし経過観察プランについて提案することができる。
8. 今後の日本における在宅医療 (訪問診療・訪問看護・訪問リハ) および訪問介護の必要性について説明することができる。
9. 医療機関内外の医療職、福祉職、介護職などとの連携を体験し、それぞれの職種役割と連携の重要性を説明することができる。
10. 複数の健康問題を抱える (高齢) 患者に対する包括的アプローチの重要性を説明することができる。

1. 症候診断学：経験すべき症候のうち5つについて、自分でレポートにまとめる。
2. 担当した外来もしくは病棟患者の中から2例について、BPS (生物・心理・社会) モデルの考え方に沿ってプロブレムリストを挙げ、プランを立てる。家庭医療カンファレンスで振り返りを行う。
3. 患者・家族への説明や多職種カンファレンスへの参加を通し、コミュニケーション能力を身につける。
4. 地域医療に必要な、EBM・NBMを意識した診療について学ぶ。そのための情報収集法を身につける。
5. 地域医療に必要な予防医療、行動科学的アプローチを経験する。

外来患者において以下の①-③について経験し学びを深めることを目標とする。
①病歴・身体診察を重視した臨床推論 (診断がつかない場合を含む)。
②健康問題に対する包括的アプローチ (複数の健康問題の相互作用等)。
③家族やコミュニティなど患者の心理・社会的背景に配慮した診療。
※本学病院、〇〇東北病院および天草地域医療センターにて実習を行っており、それぞれ実習到達目標を設定しているが、紙面の都合上、本学病院の実習到達目標のみ記載する。

- ①不確実な問題に対応する能力。
 - ②自分で考え、行動する能力。
 - ③問題解決能力。
- 上記を持って、Biopsychosocialに住民を捉え、様々なシステムを駆使して、地域指向型医療を展開できること。
診断だけでなく、検査・治療もある程度高いレベルを保ち、地域完結型に挑戦する意識も持つこと。
離島・へき地を広く・多く抱える鹿児島県では、以上のスキルが求められる。

「やがて訪れる超高齢社会において、臓器や疾患を横断するだけでなく、家族関係や経済状況までを視野に入れることができる医師」
「医療の入口であると同時に、中心的役割を担う部門」。

特定の臓器・病気に限定せず、多角的に患者を診察すること。
患者の家庭環境・社会的背景にも留意しながら診察できること。
適切な治療方針を示すことができ、患者やその家族の考えや希望を考慮し、最善の医療を提供すること。

- ローテート終了時までに身につける能力、到達目標 (シラバスより抜粋)
- ・ファーストタッチにおける緊急性・重症度をバイタルサインを参考にして大まかに評価できる。
 - ・主訴から類推される緊急性の高い疾患と頻度の高い疾患をそれぞれ1つ以上挙げるようになり、最も特異度の高いフィジカルや検査を立案できる。
 - ・患者や患者家族から得られた情報、救急隊から得られた情報と現在のバイタルの整合性を評価できるようになる。
 - ・主訴と一般的なフィジカルや血ガスや血液検査、尿検査の整合性を評価できるようになる。
 - ・種々の検査、治療手技の適応、禁忌、有効性、副作用を述べることができ、許容されたものに関しては 指導医の監督下自ら行うことができる。
 - ・救急外来で実施された画像検査の読影を学ぶ。
 - ・患者情報を適切に要約し、正しく提示できる。
 - ・緊急事態に対する対応、処置を体験し、その必要性を理解できる。

【その他】

- ・特定の臓器や疾患だけを既存ガイドライン通りに診療するのではなく、統合的診療能力として総合診療医の能力を学ぶ。及び、患者さんを取り巻く社会的要因を知り、病を抱える人を深く理解するための問題を見出し解決に貢献する能力を獲得する。
- ・専門性にとらわれず、どのような患者さんに対しても医師として真摯に対応する姿勢を示すことができる。
- ・臨床推論や一般的医学知識の習得などのBiomedicalの面、患者さんの価値観や認知面、精神面を評価できる能力、そして患者背景の理解と地域社会において患者を見るといった視点、これらのいわゆるBPSIによる多面的視座で診療に当たること。
- ・医療人・医学研究者としての高い倫理観と幅広い国際的な教養、豊かな人間性を身につけ、病める人や立場・職種の異なった人の話を傾聴し共感できる。
- ・地域における医療・保健・福祉の様々なニーズに対応し地域包括ケアを実践できる医師。
- ・外来診療では、時間と情報が制約される中で的確な病態把握と迅速な臨床判断を要求される特質を、入院管理においては、重症症例、診断困難症例、特殊で多様な疾患とプロブレムを有する症例に柔軟に対応することが求められる。
- ・患者の心理社会的な背景を考慮し、一般的な健康問題についてアセスメントする能力。
- ・健康に関して、各Stakeholder (患者本人、家族、専門医、医療施設、地域、行政等) は、異なったOutcomeを有する。総合診療医は、その異なったOutcomeを調整し、到達支援の役割を有する。以上から、各Stakeholderから求められる総合診療医の役割は異なるので、自分に求められる役割を柔軟に理解し、その役割を完遂するための資質・能力が必要である。
- ・患者の問題点を挙げて、それに可能な範囲で評価、プランを立てること。
- ・断らず分け隔てなく総合的に診察すること、問題点の追及をうやむやにしないこと、患者のコンテキストを考えて行動すること。
- ・モデル・コア・カリキュラムの主な症候、病態の初期対応 (医療安全、医療面接、身体診察、鑑別診断、検査立案、説明等) を実践し、指導医との情報共有ができる。
- ・種々の症状を訴える中で患者寄り添い、適切な診断をすること。患者背景に基づいた包括的な医療を提供できること。
- ・社会の文化と公共の福祉に貢献できる能力。
- ・医療面接、身体診察、基本的臨床手技、臨床推論および診療録記載と診療上の態度 (医師のプロフェッショナルリズム)。
- ・柔軟な対応力と意欲をもつ医師。群雄割拠における自己矛盾の認識を促し、もっとも大人の診療を提供できる資質。「総合診療は医療のリベラルアーツ」を掲げ、臨床医学だけではなく、基礎医学、教養文化への積極的な取り組みを行う人材の育成を目指している。
- ・健康・疾患・病気の経験を探り、それを全人的に理解し、共通の理解基盤を見出して患者医師関係を強化し、医師としてのプロフェッショナルを追求して、患者家族から学ぶ姿勢を継続し、患者、家族に寄り添い、感謝される医師をめざす。

- ・総合診療・地域医療に当事者意識を持って参加するために、必要な基本的知識や方法論を学ぶ。6年次へき地医療機関実習につながる教育としても位置づけられる。
- ・一般的な症候に対する鑑別と初期対応ができること。また、臓器横断的の症状を呈する該当臓器横断的の症状を呈する患者の疾患と病態を的確に診断し、迅速に最適な治療や療養が受けられるような医療提供体制を構築すること。
- ・医学部医学科のアウトカムとコンピテンシーより、総合診療的資質に当たる部位を以下に記述する。「チーム医療の中で協同する力」医療チームの他の構成員と積極的に対話を重ねる意義を理解し、他職種の専門性を尊重しながら対等な立場に立って協働することができる。
- ・当科では、総合診療を「診断のついていない症候や健康問題を有する患者さんの生物・行動・社会的な問題すべてに対して行う、原因臓器に限定されない包括的な切り口での診療」と定義しており、これらが実践できる能力を「総合診療的資質」と定義している。
- ・症状や身体所見から病態を推測し、適切な検査・治療プランを立てることの出来る診断学・症候学的な資質、複数の疾患や問題点に対して優先順位を付け適切に介入することの出来るmulti-problemに対する対応能力、また患者の訴えを傾聴し、医学的だけでなく心理的・社会的な面からもサポートすることの出来る包括的な診療能力など。
- ・患者の症候に適切な対応ができ、臓器だけでなく患者全体を診る医師、地域全体を診る医師、すなわち「総合診療医」として将来活躍していくための素地の醸成と、基本的技能・能力の習得を目指します。
- ・良好な医師患者関係を築くことができ、様々な症状に対して十分な病歴聴取と身体診察から適切な初期対応ができる。
- ・診療に対する知識と技術を広くそして総合的に修得していること。
- ・コミュニケーション能力、医学知識と問題対応能力、診療。
- ・技能と患者ケア。
- ・初診外来を通じて、診断のついていない患者さんに対し、適切に医療面接が出来、鑑別診断を意識した問診が出来るようになる。身体診察、検査データをふまえて、適切なプロブレムリストを作成し診療プランを作成する。
- ・一・二次救急外来に独歩や救急車で来院された患者に対し必要な初期診療を行う。トリアージを適宜行い、緊急度を判断し、専門科にスムーズに診療を引き継ぐ。
- ・次の5つの事項を身につけることとしている。(1)コミュニケーション、(2)身体診察、(3)臨床検査、(4)臨床判断・臨床推論、(5)基本的臨床手技。
- ・態度・知識・技能・情報収集力および総合判断力。
- ・総合的な診療能力を持ち、患者中心の全人的医療を行える良き医療人となるための基盤となる知識・技能・態度を身につける。
- ・健康問題に対する包括的アプローチが実施できる。
- ・特に定義はしていませんが、診療を必要としている患者を非選択的に診ることの重要性は伝えています。
- ・診療技能に加え、患者背景および医療安全への配慮を含めた全人的な診療を実践できる。

- ・不定愁訴を持つ患者を全人的に捉え、個々の症例に対応する能力を自ら学び、症例提示することができる。
- ・定義していないのが現状です。
- ・年齢、性別、臓器、症状に関わらず、患者の問題に対応できる資質。
- ・適切なプライマリケア（初期対応）を行う技能を持ち、必要に応じて専門科の間、他職種、との連携を取りまとめることができること。

2-2. (1) 総合診療部門の設置形態についてご回答ください。

選択肢	回答数
①医学部に設置された講座	23
②附属病院の診療部門	31
③医学部・附属病院兼設	18
④その他	9

(2) 上記(1)で①～③を選択された場合、講座の人数を以下に記載してください。

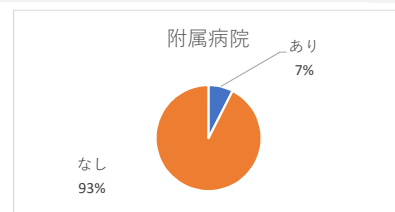
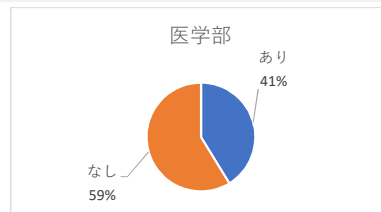
	教授		准教授		講師		助教		医員（助手）		その他		計	
	医師	その他	医師	その他	医師	その他	医師	その他	医師	その他	医師	その他	医師	その他
常勤	92	4	65	1	70	1	241	8	71	3	67	4	606	21
(任期付き常勤)	31	0	20	0	15	1	101	2	27	0	41	3	235	6

(3) 上記(1)で「④その他」と回答した場合、その内容をご記入ください。

- ・医学教育・国際交流推進センター医学教育研究開発部門が、大学院医学教育・総合診療医学教室を運営している。
- ・本医学部附属病院には設置していない。【2】
- ・大学院の総合診療科（准教授1名）とその協力者（特任教授1名、特任助教2名）及び医学部総合診療学講座（特任教授1名、特任助教1名）
- ・関連する寄付講座の教授、助教授、救急部の助教（総合診療科の教授は現在選考中で不在）。
- ・未設置（ただし、下記（4）の医学部講座が総合診療の臨床実習を担当している。）。
- ・附属病院には総合診療部門は無い。実習は外部病院で実施している。【2】
- ・教員ではない専攻医。
- ・フルタイム任期付き医師。
- ・〇〇分院内科が総合診療を担当している。
- ・地域医療学センター（教育研究施設）内に設置された部門。

(4) 寄付講座の設置有無についてご回答ください。

医学部		附属病院	
選択肢	回答数	選択肢	回答数
あり	33	あり	6
なし	48	なし	75



3. 臨床実習を実践的・積極的な学びの機会とし、臨床研修レベルへとつなげていくための方路についてお尋ねします。

3-1. 臨床実習において、診療科（内科・外科・小児科・産婦人科・精神科・総合診療科・救急科）ごとの、「今、任せている役割」についてご回答ください。

内科	選択肢				
	経験なし	見学	手伝い	実践（指導医の直接監視が必要）	実践（指導医の直接管理は不要）
1 病歴を聴取して身体診察を行う。	0	2	0	46	33
2 鑑別診断を想定する。	0	3	2	41	35
3 基本的な検査の結果を解釈する。	0	1	7	36	37
4 処方を計画する。	3	40	14	19	5
5 診療録（カルテ）を記載する。	1	7	4	47	22
6 患者の状況について口頭でプレゼンテーションする。	0	0	2	64	15
7 臨床上の問題を明確にしてエビデンスを収集する。	0	6	10	28	37
8 患者さんの申し送りを行う・受け取る。	12	39	10	17	3
9 多職種チームで協働する。	6	32	20	19	4
10 緊急性の高い患者さんの初期対応を行う。	3	50	21	7	0
11 インフォームド・コンセントを得る。	2	66	6	7	0
12 基本的臨床手技を実施する。	1	13	11	56	0
13 組織上の問題の同定と改善を通して医療安全に貢献する。	21	41	4	14	1

外科	選択肢				
	経験なし	見学	手伝い	実践（指導医の直接監視が必要）	実践（指導医の直接管理は不要）
1 病歴を聴取して身体診察を行う。	3	6	5	45	22
2 鑑別診断を想定する。	2	8	5	40	26
3 基本的な検査の結果を解釈する。	1	9	5	38	28
4 処方を計画する。	11	40	11	16	3
5 診療録（カルテ）を記載する。	4	13	5	44	15
6 患者の状況について口頭でプレゼンテーションする。	1	4	2	63	11
7 臨床上の問題を明確にしてエビデンスを収集する。	7	9	11	24	30
8 患者さんの申し送りを行う・受け取る。	26	32	10	12	1
9 多職種チームで協働する。	11	32	17	18	3
10 緊急性の高い患者さんの初期対応を行う。	9	46	19	7	0
11 インフォームド・コンセントを得る。	10	62	4	5	0
12 基本的臨床手技を実施する。	1	10	11	57	2
13 組織上の問題の同定と改善を通して医療安全に貢献する。	34	32	4	10	1

小児科	選択肢				
	経験なし	見学	手伝い	実践（指導医の直接監視が必要）	実践（指導医の直接管理は不要）
1 病歴を聴取して身体診察を行う。	0	7	9	50	15
2 鑑別診断を想定する。	0	4	3	46	28
3 基本的な検査の結果を解釈する。	0	3	4	43	31
4 処方を計画する。	5	50	11	13	2
5 診療録（カルテ）を記載する。	2	9	4	45	21
6 患者の状況について口頭でプレゼンテーションする。	0	1	3	65	12
7 臨床上の問題を明確にしてエビデンスを収集する。	1	6	12	28	34
8 患者さんの申し送りを行う・受け取る。	14	38	10	18	1
9 多職種チームで協働する。	10	31	20	15	5
10 緊急性の高い患者さんの初期対応を行う。	6	48	20	7	0
11 インフォームド・コンセントを得る。	8	65	5	3	0
12 基本的臨床手技を実施する。	1	18	29	32	1
13 組織上の問題の同定と改善を通して医療安全に貢献する。	29	35	6	10	1

産婦人科	選択肢				
	経験なし	見学	手伝い	実践（指導医の直接監視が必要）	実践（指導医の直接管理は不要）
1 病歴を聴取して身体診察を行う。	3	22	8	42	6
2 鑑別診断を想定する。	1	13	4	40	23
3 基本的な検査の結果を解釈する。	2	14	5	37	23
4 処方を計画する。	12	43	10	14	2
5 診療録（カルテ）を記載する。	5	14	3	46	13
6 患者の状況について口頭でプレゼンテーションする。	2	5	3	60	11
7 臨床上の問題を明確にしてエビデンスを収集する。	5	12	10	25	29
8 患者さんの申し送りを行う・受け取る。	20	39	6	14	2
9 多職種チームで協働する。	13	33	16	16	3
10 緊急性の高い患者さんの初期対応を行う。	8	53	14	6	0
11 インフォームド・コンセントを得る。	10	60	5	6	0
12 基本的臨床手技を実施する。	4	21	17	39	0
13 組織上の問題の同定と改善を通して医療安全に貢献する。	30	37	6	7	1

精神科	選択肢				
	経験なし	見学	手伝い	実践（指導医の直接監視が必要）	実践（指導医の直接管理は不要）
1 病歴を聴取して身体診察を行う。	2	12	7	47	13
2 鑑別診断を想定する。	0	14	5	35	27
3 基本的な検査の結果を解釈する。	1	13	10	32	25
4 処方を計画する。	5	49	12	11	4
5 診療録（カルテ）を記載する。	5	9	9	39	19
6 患者の状況について口頭でプレゼンテーションする。	0	5	2	60	14
7 臨床上の問題を明確にしてエビデンスを収集する。	4	14	11	21	31
8 患者さんの申し送りを行う・受け取る。	19	42	6	12	2
9 多職種チームで協働する。	7	38	20	14	2
10 緊急性の高い患者さんの初期対応を行う。	13	49	12	7	0
11 インフォームド・コンセントを得る。	10	63	3	5	0
12 基本的臨床手技を実施する。	7	32	14	28	0
13 組織上の問題の同定と改善を通して医療安全に貢献する。	32	36	4	7	2

総合診療科	選択肢				
	経験なし	見学	手伝い	実践（指導医の直接監視が必要）	実践（指導医の直接管理は不要）
1 病歴を聴取して身体診察を行う。	1	4	2	49	25
2 鑑別診断を想定する。	1	4	2	42	32
3 基本的な検査の結果を解釈する。	1	5	4	41	30
4 処方計画する。	2	36	18	19	6
5 診療録（カルテ）を記載する。	1	6	8	47	19
6 患者の状況について口頭でプレゼンテーションする。	1	2	3	61	14
7 臨床上の問題を明確にしてエビデンスを収集する。	3	7	9	29	33
8 患者さんの申し送りを行う・受け取る。	15	32	13	18	3
9 多職種チームで協働する。	7	29	18	22	5
10 緊急性の高い患者さんの初期対応を行う。	5	35	30	10	1
11 インフォームド・コンセントを得る。	6	62	5	7	1
12 基本的臨床手技を実施する。	3	16	13	47	2
13 組織上の問題の同定と改善を通して医療安全に貢献する。	28	34	5	13	1

救急科	選択肢				
	経験なし	見学	手伝い	実践（指導医の直接監視が必要）	実践（指導医の直接管理は不要）
1 病歴を聴取して身体診察を行う。	0	14	13	45	9
2 鑑別診断を想定する。	0	11	5	42	23
3 基本的な検査の結果を解釈する。	1	8	7	44	21
4 処方計画する。	5	42	15	16	3
5 診療録（カルテ）を記載する。	5	15	4	44	13
6 患者の状況について口頭でプレゼンテーションする。	0	4	6	61	10
7 臨床上の問題を明確にしてエビデンスを収集する。	4	11	13	25	28
8 患者さんの申し送りを行う・受け取る。	8	36	14	21	2
9 多職種チームで協働する。	5	26	21	25	4
10 緊急性の高い患者さんの初期対応を行う。	1	34	31	15	0
11 インフォームド・コンセントを得る。	9	62	6	4	0
12 基本的臨床手技を実施する。	1	18	13	48	1
13 組織上の問題の同定と改善を通して医療安全に貢献する。	29	33	7	11	1

3-2. 臨床実習において、診療科（内科・外科・小児科・産婦人科・精神科・総合診療科・救急科）ごとの、「Student Doctorが公的化したら任せても良いと思う役割」についてご回答ください。

内科	選択肢				
	経験なし	見学	手伝い	実践（指導医の直接監視が必要）	実践（指導医の直接管理は不要）
1 病歴を聴取して身体診察を行う。	0	0	0	44	37
2 鑑別診断を想定する。	0	0	0	40	41
3 基本的な検査の結果を解釈する。	0	0	0	42	39
4 処方計画する。	1	9	17	48	6
5 診療録（カルテ）を記載する。	0	0	3	53	25
6 患者の状況について口頭でプレゼンテーションする。	0	0	0	56	25
7 臨床上の問題を明確にしてエビデンスを収集する。	0	1	1	31	48
8 患者さんの申し送りを行う・受け取る。	0	7	13	56	5
9 多職種チームで協働する。	1	3	11	55	11
10 緊急性の高い患者さんの初期対応を行う。	2	4	39	36	0
11 インフォームド・コンセントを得る。	0	24	22	34	1
12 基本的臨床手技を実施する。	0	3	2	73	3
13 組織上の問題の同定と改善を通して医療安全に貢献する。	4	7	19	46	5

外科	選択肢				
	経験なし	見学	手伝い	実践（指導医の直接監視が必要）	実践（指導医の直接管理は不要）
1 病歴を聴取して身体診察を行う。	0	0	2	42	37
2 鑑別診断を想定する。	1	1	3	38	38
3 基本的な検査の結果を解釈する。	0	2	2	42	35
4 処方計画する。	2	11	19	45	4
5 診療録（カルテ）を記載する。	0	0	4	53	24
6 患者の状況について口頭でプレゼンテーションする。	0	1	0	58	22
7 臨床上の問題を明確にしてエビデンスを収集する。	0	2	3	33	43
8 患者さんの申し送りを行う・受け取る。	2	9	14	51	5
9 多職種チームで協働する。	1	8	12	50	10
10 緊急性の高い患者さんの初期対応を行う。	2	9	44	26	0
11 インフォームド・コンセントを得る。	0	35	18	26	2
12 基本的臨床手技を実施する。	0	1	6	71	3
13 組織上の問題の同定と改善を通して医療安全に貢献する。	7	12	16	40	6

小児科	選択肢				
	経験なし	見学	手伝い	実践（指導医の直接監視が必要）	実践（指導医の直接管理は不要）
1 病歴を聴取して身体診察を行う。	0	1	1	57	22
2 鑑別診断を想定する。	0	1	0	48	32
3 基本的な検査の結果を解釈する。	0	0	1	46	34
4 処方計画する。	1	11	40	46	3
5 診療録（カルテ）を記載する。	0	0	4	54	23
6 患者の状況について口頭でプレゼンテーションする。	0	0	0	61	20
7 臨床上の問題を明確にしてエビデンスを収集する。	0	0	4	38	39
8 患者さんの申し送りを行う・受け取る。	0	10	15	50	6
9 多職種チームで協働する。	1	8	13	46	13
10 緊急性の高い患者さんの初期対応を行う。	1	9	45	26	0
11 インフォームド・コンセントを得る。	0	32	22	27	0
12 基本的臨床手技を実施する。	0	4	16	60	1
13 組織上の問題の同定と改善を通して医療安全に貢献する。	5	12	17	43	4

産婦人科	選択肢				
	経験なし	見学	手伝い	実践（指導医の直接監視が必要）	実践（指導医の直接管理は不要）
1 病歴を聴取して身体診察を行う。	2	5	8	56	10
2 鑑別診断を想定する。	0	1	5	47	28
3 基本的な検査の結果を解釈する。	0	0	5	49	27
4 処方を計画する。	2	12	19	45	3
5 診療録（カルテ）を記載する。	0	1	6	54	20
6 患者の状況について口頭でプレゼンテーションする。	0	2	0	61	18
7 臨床上の問題を明確にしてエビデンスを収集する。	0	2	5	34	40
8 患者さんの申し送りを行う・受け取る。	2	10	21	42	6
9 多職種チームで協働する。	0	10	12	46	13
10 緊急性の高い患者さんの初期対応を行う。	2	14	41	24	0
11 インフォームド・コンセントを得る。	1	33	18	29	0
12 基本的臨床手技を実施する。	0	4	9	66	2
13 組織上の問題の同定と改善を通して医療安全に貢献する。	4	13	18	41	5

精神科	選択肢				
	経験なし	見学	手伝い	実践（指導医の直接監視が必要）	実践（指導医の直接管理は不要）
1 病歴を聴取して身体診察を行う。	0	1	7	56	17
2 鑑別診断を想定する。	0	3	4	45	29
3 基本的な検査の結果を解釈する。	0	3	5	47	26
4 処方を計画する。	1	15	24	36	5
5 診療録（カルテ）を記載する。	1	0	8	50	22
6 患者の状況について口頭でプレゼンテーションする。	0	0	0	64	17
7 臨床上の問題を明確にしてエビデンスを収集する。	0	1	7	33	40
8 患者さんの申し送りを行う・受け取る。	3	9	19	44	6
9 多職種チームで協働する。	0	10	15	46	10
10 緊急性の高い患者さんの初期対応を行う。	4	14	43	19	1
11 インフォームド・コンセントを得る。	1	36	20	23	1
12 基本的臨床手技を実施する。	0	6	16	56	3
13 組織上の問題の同定と改善を通して医療安全に貢献する。	9	12	22	34	4

総合診療科	選択肢				
	経験なし	見学	手伝い	実践（指導医の直接監視が必要）	実践（指導医の直接管理は不要）
1 病歴を聴取して身体診察を行う。	0	0	0	48	33
2 鑑別診断を想定する。	0	2	0	42	37
3 基本的な検査の結果を解釈する。	0	1	0	50	30
4 処方を計画する。	1	7	17	50	6
5 診療録（カルテ）を記載する。	0	1	4	51	25
6 患者の状況について口頭でプレゼンテーションする。	0	0	0	59	22
7 臨床上の問題を明確にしてエビデンスを収集する。	0	1	1	35	44
8 患者さんの申し送りを行う・受け取る。	0	8	22	41	10
9 多職種チームで協働する。	0	6	16	44	15
10 緊急性の高い患者さんの初期対応を行う。	0	7	39	34	1
11 インフォームド・コンセントを得る。	0	27	23	29	2
12 基本的臨床手技を実施する。	0	3	12	60	6
13 組織上の問題の同定と改善を通して医療安全に貢献する。	4	11	23	36	7

救急科	選択肢				
	経験なし	見学	手伝い	実践（指導医の直接監視が必要）	実践（指導医の直接管理は不要）
1 病歴を聴取して身体診察を行う。	0	1	8	55	17
2 鑑別診断を想定する。	0	1	2	50	28
3 基本的な検査の結果を解釈する。	1	1	3	53	23
4 処方を計画する。	2	9	22	46	2
5 診療録（カルテ）を記載する。	1	2	6	55	17
6 患者の状況について口頭でプレゼンテーションする。	0	0	0	64	17
7 臨床上の問題を明確にしてエビデンスを収集する。	0	3	4	41	33
8 患者さんの申し送りを行う・受け取る。	1	10	17	48	5
9 多職種チームで協働する。	0	7	14	50	10
10 緊急性の高い患者さんの初期対応を行う。	0	9	33	39	0
11 インフォームド・コンセントを得る。	1	30	21	27	2
12 基本的臨床手技を実施する。	1	5	7	64	4
13 組織上の問題の同定と改善を通して医療安全に貢献する。	8	8	21	40	4

3-3. 門田レポートで「臨床実習中に実施が開始されるべき医行為」とされている項目について実際に学生が経験する機会があるものについて該当するものを選んでください。

- 【選択肢】①80～100%の学生が経験する
 ②50～79%の学生が経験する
 ③20～49%の学生が経験する
 ④1～19%の学生が経験する
 ⑤学生には経験させていない

	選択肢				
	80～100%	50～79%	20～49%	1～19%	学生には経験させていない
1 基本的な婦人科診察	19	6	9	17	30
2 乳房診察	11	3	11	22	34
3 高齢者の診察（ADL評価、高齢者総合機能評価）	44	14	11	9	3
4 気道内吸引	9	9	13	23	27
5 ネブライザー	10	5	10	23	33
6 静脈採血	33	3	14	13	18
7 注射（皮下・皮内・筋肉・静脈内）	14	6	16	16	29
8 尿検査	35	7	8	16	15
9 妊娠反応	15	3	10	20	33
10 病原体抗原の迅速検査	12	3	15	19	32
11 診療計画の作成	37	8	6	12	18

3-4. 臨床実習を臨床研修レベルへとつなげていくために行っている方策や行う予定のある方策があればご回答ください。

【研修・勉強会・周知】

・FDの充実。【2】

- ・診療参加型臨床実習についての周知と啓発（医学教育FDWSの開催など）。
- ・臨床実習の目的や方法を共有するために、学外実習医療機関との意見交換会を定期的に開催する。
- ・社会や医師以外の病院スタッフの理解を広めるための公開講座、SD（スタッフ・ディベロップメント）の開催。
- ・臨床実習教員の打ち合わせ会において、医学生が実施可能な「医行為」を改めて周知するなどしている。
- ・臨床研修医向け研修会に学生にも参加させている。

【カリキュラムの充実】

- ・4年11月-5年5月までの実習で、全診療科を体験し、そこで大学独自の医行為一覧にある医行為をシミュレーションを含め一通り経験するようにカリキュラムしている。

【指導体制の充実・チーム医療】

- ・研修医を指導医とした屋根瓦式教育の実践。【3】
- ・指導医、研修医、クリニカル・クラークシップ（CC）Ⅱの学生、CCⅠの学生の屋根瓦式教育を行っている。
- ・指導医一専攻医一研修医一学生の屋根瓦方式の確立（チーム医療の実践）。
- ・上級医と後期研修医、初期研修医を含めたチームで患者診療にあたり、屋根瓦方式の指導を行っている。
- ・1人の学生を医療・診療チームに参加させる。【2】
- ・実習参加学生の指導を臨床研修医に協力してもらっている。
- ・6年生のCCS（クリニカルクラークシップ）では臨床チームの一員として参加させていて、その内容をレベルアップさせていく予定。
- ・初期研修医と学生をチームとして診療に携わらせる。初期研修医と同様の問題を与え、エビデンスなどを調べさせる。
- ・研修医と共に行動する（実習診療科による）。
- ・各科ごとのレクチャーを増やし、最低限理解すべき知識、技術について指導を行っている。
- ・臨床研修指導医とスチューデントドクターの指導教員を兼ねるような仕組みを構築している。
- ・現場の指導医に対する学生指導の方法についての教育。
- ・一人に一症例の手術症例をわりあてて、術前の診察、IC、手術、術後の回診を一緒に行っている。
- ・臨床実習Ⅱを選択した際にはプレゼンテーションも含めてより実践的な指導を行っている。
- ・初期研修医と同様に担当患者を受け持ち、チーム内で診療方針を立てるプロセスを一緒に経験させる。
- ・チーム医療を徹底させて、常にベッドサイドにいる教育を継続していることが大切と考える。
- ・今後の方策として、学生を各チームに配属しチーム医療を経験させる（外科）。

【教材・講義の充実】

- ・実際の方策として、IC、実技、手術の自習教材の充実（実際に経験するIC、手技、手術のビデオなど）（外科）。
- ・外来陪席や臨床に即した講義の充実を図っています（精神科）。

【シミュレーション教育の充実】

- ・シミュレーターでの事前学習。【4】
- ・実践的能力向上と患者安全確保のためのオフザジョブトレーニングとしてのシミュレーション基盤型教育の充実。
- ・シミュレーターによる基本的な診察技術の習得。
- ・より実践的なシミュレーションとその後実際の臨床現場での患者対応。
- ・ドライラボを使用した縫合訓練、内視鏡手術トレーニングなど。
- ・シミュレーション実習や、超音波では学生同士で検査を実践しあうなど、練習の場を設けている。
- ・今後は、人工呼吸器もシミュレーターを用いて訓練する予定。
- ・分娩など立ち合いが困難であるため、シミュレーターを活用することを考えている（産婦人科）。
- ・実際の方策として、シミュレーターの有効利用（経鼻胃管、尿管カテーテル、末梢静脈・中心静脈確保、内視鏡外科手技など）（外科）。

【評価】

- ・CC-EPOCの導入。【5】
- ・mini-CEXなど現場での評価の導入。【2】
- ・研修医の評価に使われるminiCEXを、全学生に受けさせている（全科必須）。
- ・臨床実習における経験を、EPOCに準じて可視化させる。
- ・学部学生のアウトカム評価と研修評価表のルーブリックをシームレスな形で作成した。
- ・臨床実習をより診療参加型にするため、臨床実習の到達目標（コンピテンス）の見直しとそれを達成するための方略や評価の見直し。
- ・臨床実習における行動科学的な能力の評価。
- ・CbD・DOPSやP-MEXなどによるパフォーマンス評価とフィードバックを一層確実に実施することとしている。
- ・臨床推論能力強化を目的として、Script concordance testの要素を盛り込み、また臨床推論過程の可視化を可能とした改訂版mini-CEXを用いた、workplace-based assessment（形成的）を必須取り組みとして実施している（学生1人あたり3回）。
- ・共通ルーブリック評価を用いる。
- ・本学では、卒後の到達目標との連携を確認した診療科共通ルーブリック評価表を用いて全ての臨床実習において学生の自己評価と教員による客観的評価を実施し、学生の達成状況についてフィードバックする仕組みを本学の学習管理システムであるWebClassをカスタマイズして作成し、運用している。
- ・現在コロナ禍で実施できていないがmini-CEX等で患者との医療面接・コミュニケーション能力を向上させる（内科）。
- ・mini-CEXやDOPSを改良し、実習内容に合わせた評価表で評価し、フィードバックしている。

【シームレスな教育】

- ・附属病院の医師育成推進センターと連携することにより、卒前実習と卒後研修とのシームレスな接続を可能としている。
- ・学部学生のアウトカム評価と研修評価表のルーブリックをシームレスな形で作成した。

【臨床実習の充実①】

- ・新カリキュラム履修者（令和2年度入学者から）については、長期にわたる診療参加型臨床実習を実施する。見学型は、2年から4年前期で終了としている。
- ・臨床実習における診療参加型実習の拡充。
- ・診療参加型臨床実習の実質化。
- ・診療参加型実習の実践。
- ・主要診療科では、大学病院以外の学外病院で臨床実習を行っている。この後、学外病院での実習をより充実させる。
- ・学内及び学外施設の担当者に、本学の到達目標を「研修医3ヶ月目を目標」と明確に設定し提示することで、卒前から・卒後への教育がスムーズに行くことを意識して臨床実習を実施している。
- ・十分なBSL（ベッドサイドラーニング）の時間の確保。BSLにおける横断的な情報共有。
- ・動脈血液ガス分析の解釈、CTの読影。シミュレーターを用いた採血や蘇生の実習。学生の臨床実習における評価で初期研修終了時に求められるレベルを含めた評価表を作り継続的な評価を試みている。
- ・患者への問診、診察、検査の解釈、病態の解釈、診療計画の立案などには積極的に参加させている。毎日でのショートプレゼンテーションや仕上げの試問ではフルプレゼンテーションと症例に関連した文献検索も実施している。病歴などから診断や治療計画、処方、サマリと似た形式で記載させる。架空の症例を用いた（オンラインで）課題を行う。
- ・感染対策実習で、PPE着脱、鼻腔検体採取、筋肉注射をシミュレーターを活用し実施している。
- ・責任のある主体的な実習につながるような、倫理等を含めたプロフェッショナル教育の再確認。
- ・6年生の臨床実習2では積極的に患者さんを担当してもらい、診療計画を立てることを促している。また学外の病院や診療所の実習があり大学病院だけでなく地域での医療も経験できるようになっている。

【臨床実習の充実②】

- ・1年次からの医療面接OSCEをはじめとして、集大成としての診療参加型臨床実習を向上する目標に向かった1年生からの水平・垂直統合教育が、進んできている。
- ・基本的には研修医と同じ項目を実施体験できるように、そして、チームの一員として参加型の実習を行う。
- ・座学（クルズス）はなるべく少なくし、現場で診療参加させる。実習期間をできるだけ1科4週間になるようにしている。
- ・診療における医師の思考プロセスの習得を最大のテーマにした臨床実習を行っています。病歴聴取がまずはルーティーンな情報収集に始まり、それがある程度進んでからは鑑別診断を思い浮かべて鑑別を進めるための情報収集も行うべきであることを説明した上で、その実践を求め、学生の成果物に対して念入りなフィードバックをしています。身体診察も、薄っぺらなセレモニーでなく、必要な情報をきちんとピックアップできる診察ができるように丁寧に指導しています。
- ・ウェットラボ（豚の心臓など）や、ドライラボ（模型）などを用いて、手技のやりかた、トレーニング方法、臨床上のピットフォールなどを説明している。（心臓・血管外科）
- ・当たり前かもしれませんが、治療などを見学する際は、ご自身が学生であることとご自身の名前を名乗るように指導しています。（心臓・血管内科）
- ・病棟の複数の診療チームに学生をそれぞれ入れて指導医、後期研修医、初期研修医、学生のチームで回診から検査付き添いまでチームの一員としてさせている。（小児科）
- ・実臨床に必要な知識を実際の症例を通して出来るだけ学ばせるようにしている。（精神科）
- ・側管静注、咽頭麻酔、内視鏡治療の介助など、何でもやらせてみる。実習では手を動かすことを重視している。
- ・比較的単純な手技（採血、心電図、心エコー）などをノルマとして与える。
- ・予診の聴取、カルテの口述筆記、各種検査の介助と評価など、可能な範囲で業務を任せている。回診やプレゼンテーションなどに担当者として参加するようにして、責任感を持たせている。診断や治療においてSD（ステューデントドクター）の意見も取り入れることを検討する。
- ・外来新患の予診を学生が行い本診に陪席、担当入院患者の週間サマリーは学生が記載。

【臨床実習の充実③】

- ・一人以上の患者の主治医となり、責任をもって対応させる。小児特有な事項を中心に経験できるように配慮している（小児科）。
- ・病院実習に地域医療実習を取り入れた地域包括型診療参加型臨床実習を行っている。三大学医学部共通評価表を用い実習の到達レベルを評価し、臨床・研修につながるようフィードバックしている。
- ・4週間にわたる一つの診療科で実習する。地域医療機関における臨床実習を拡大してcommon diseaseを中心に経験する。
- ・カンファレンスや回診に参加して学生からの意見を促している。指導医の監督のもと、積極的に各種医行為の実践に取り組んでいる。また学生に行った医行為に関して記録を残させている。産婦人科では女性が患者であり、診察などの医行為を学生（特に男性）が行うための理解が得にくいのが現状である。また全員が履修する4週間の臨床実習期間では、知識が整理されておらず産婦人科の医行為を実施可能なレベルに学生が達していない場合が多い。しかし、追加の選択実習では患者の理解の得やすい医行為から徐々に行っている。
- ・Post-CC OSCE対策実習の実施。Post-CC OSCE形式で模擬試験を行い、その場で評価者によるフィードバックを行う。
- ・実際の患者さんへ問診、診察前にデイスカッションをし、問診、診察をし、プレゼンさせ一緒に診察、診療計画を立てる。シミュレーション医療教育の活用、特に診療参加型実習前の活用が必須である。精神科では外来・病棟とも参加型・自律型での実習を行っている。周産期系の連携病院に1週間程度、泊りで研修に行き、臨床現場を実際に朝から晩まで経験する予定。同一疾患でも患者ごとに状態も違えば対応も異なること、状況に応じて臨機応変に対応することが臨床の現場では必要であることを理解してもらうように努力している。病棟や外来で経験する機会のない病態や症候についてはシナリオや模擬症例を用いて経験させ、なるべく主体的に実習に参画できる機会を増やしている。

【到達度】

- ・Moodleを用いて基本的臨床手技の到達度をチェックしている。
- ・実施する項目及び学習する項目をより明確にして学生教育の到達目標を明確化する。

【その他】

- ・学生の学びたいという意欲と応える教員の熱意。
- ・臨床推論の充実。
- ・卒前臨床実習と卒後研修を統括する組織の定期的な調整会議が必要である。
- ・現時点ではコロナの影響を受け、実習を止めないことで精一杯なところであるが、学生も電子カルテを本番環境に記載できるように準備を始めている。
- ・具体的にどのような症候・臨床手技を経験しているか、統計をとって参考にしている。電子カルテへの直接記入を計画している。
- ・医療事故補償制度の確立、院外実習の指導医の養成、大学教員数の充実。
- ・現状における可能な限りの権限委譲。
- ・コロナ渦の影響で直接実施できていないが、医療面接でのコミュニケーション能力のスキルアップ、模型を用いた手技の獲得（総合診療科）。
- ・学生にカンファレンスで担当患者のプレゼンテーションを行わせています。教科書だけでなく、ガイドラインやRCTの探し方や読み方を指導しています（救急科）。
- ・基本的な診察、臨床推論ができて、指導医と良好なコミュニケーションがとれさえすれば、研修医レベルの実践は可能と思う。
- ・予診や措置診察の見学。
- ・採取後の検体で行う臨床検査手技の経験を増やす（検尿やグラム染色、クームテストなど）、プレゼンテーションの機会を増やす。
- ・グループディスカッションなどの方式を取り入れる予定。
- ・AAMCのCore EPAをコアカリの13項目だけでなく、具体的な下位128項目を学修目標・評価として利用している。
- ・各学生が修得した医行為（筋肉注射・採血など）の内容を名札に記載し、各人の到達度の充実を図る。

3-5. 臨床実習を臨床研修レベルへとつなげていくにあたり、困っていること・障壁となることについてご回答ください。

【学生の意識】

- ・臨床実習学生の自覚が十分とはいえない。特に医師国家試験の勉強のために臨床実習を行っているような意識が強すぎる。
- ・どうしても学生という意識が拭えない。
- ・臨床実習に対する学生の意識の差により、臨床研修レベルまでの実習をさせられる学生とそうでない学生がいる。
- ・教員の臨床実習に対する意識の差が大きいため、臨床研修レベルまでの実習をさせることを全教員の共通認識にすることが大切である。
- ・学生の積極性。
- ・臨床研修医に比べて、主体性・自主性が少ないこと。
- ・学生もチームの一員であることをもう少し自覚してほしい。見学型から経験型へ発展させていく自覚が欲しいと思う。
- ・学生の興味のばらつき。
- ・学生によっては、患者さんに対する節度がないこと（心臓・血管内科）。
- ・学生の学修に対する意欲や意識にばらつきが大きいこと（精神科）。
- ・学生の知識レベルや学ぶ姿勢の個人差があること。
- ・学生個人の意欲が低ければどうしようもない。
- ・学生の到達レベルがまちまち。やる気のある学生とそうでない学生の差がある。教える側もルーブリックなどの到達目標などが必要と思われる。

【教員・職員の負担の増大、指導医の認識等】

- ・教員、臨床実習を支援する職員の負担の増大。【2】
- ・指導教員数の不足。【3】
- ・指導医のマンパワー不足が最も課題です。指導医が研修医の指導もしながら学生指導も行っているのが実情で、大学として学生教育専任の医師をインセンティブをつけて配置する必要があると思います。また屋根瓦式教育を目指しても、研修医が余り回ってこない診療科があり実践が難しいのが実情です。
- ・指導医の新制度への理解。
- ・指導医間の認識の統一。
- ・侵襲を伴う検査手技に対する教員の躊躇い、実習責任者・担当者から末端の指導医への連絡不足など。
- ・卒後の研修医・専攻医に加えて、卒前教育の負担が指導医に対してさらに増えることの懸念。
- ・学生の診療参加に対する教員意識。
- ・診療各科によって、学生教育の熱意の差が大きい。これは各科の人員数の差が大きいことも原因の一つと思われる。
- ・専攻医、初期研修医、学生と教育しなくてはいけない対象が多すぎる。
- ・病棟医の理解・支援。
- ・学生担当者が病棟・外来業務など多忙であると困っているが、チームで対応するように心がけている。
- ・指導医が多忙のため時間が足りない（心臓・血管外科）。
- ・病棟のマンパワー不足。学生に十分な時間を取って指導ができていない（小児科）。
- ・研修と位置づける場合、指導者側のマンパワーが圧倒的に不足しており、「見学」主体で十分な経験や指導を保證することが難しい。
- ・臨床現場の指導医の教育能力開発、教育病院医師の業務としての診療と教育の両輪についての認識、多職種で医療者育成を行うことの病院全体の認識が低いこと。
- ・指導医は初期研修医、専攻医の指導も行っており、その上で臨床研修レベルの内容の実践を学生に指導するのは負担が大きい。屋根瓦方式が良いと言われているが、初期研修医、専攻医は短いチームでローテーションすることより、学生指導を任せるのは難しい。
- ・診療科において十分な指導医が確保できていない。特に5年生の臨床実習1においては一度に7-8人が1-2週間と短期間でローテーションするため症例を割り振るのが難しく、参加型ではなく講義や見学が中心となっている。

【期間・時間の確保】

- ・いわゆる重要な診療科の実習期間を十分確保していくことが今後の課題である。
- ・十分なローテーション期間の確保。
- ・モデルを使っている手技の実習に当てる時間が少ない。
- ・指導時間の不足。
- ・継続的なプロフェッショナルリズム教育を行うための、適切なタイミングでのカリキュラムの確保。

【財源確保】

- ・実践的能力向上と患者安全確保のためのオフザジョブトレーニングとしてのシミュレーション基盤型教育を充実させるための財源の確保。

【医療安全】

- ・医療事故の対応について不透明。
- ・学生のリスクマネジメント管理。
- ・患者への直接的な手技は、医療者の観点から抵抗がある。学生にプロ意識が欠如している。小児科では短期間の実習で親との信頼構築が難しく、簡単な手技も難易度が高いため患者等の同意を得ることが困難である。患者さんの合意が得られない場合がある。カルテ記載を医学生が行ったところでカルテ記載とは認められないのであれば、書くことを「許可」はできても「任せる」ことができず、クリニカルクラクシップの一部をなしていない。医学生のカルテ記載も、指導と承認が行われたことがわかる形であればカルテ記載と認められる体制が必要である。感染対策、患者に対する説明と同意の取得、医療事故発生時の対応と責任の所在。

【患者・社会からの理解】

- ・患者同意を得なくてはならないことが現場では苦勞している。【5】
- ・現時点では、患者さんは「学生さん」による医療行為に対して相当な抵抗を持っていると思うため、患者さんや社会に許容してもらえるか。
- ・患者やご家族の理解がどこまで得られるかが問題であり、侵襲性がある程度高い手技に対する同意が得られるかは、法的根拠と社会的な認知の向上が必須と考える。
- ・女性患者は学生による内診などの診察を希望しない。
- ・基本的臨床手技を行う上で患者同意取得の簡略化と医学生に医療行為を行わせることに対する社会の理解。
- ・患者のプライバシーへの配慮。
- ・患者さんやご家族の「医学生の実習」への理解が不十分なために、患者さんの同意が得られにくいケースがある。主治医からも十分説明するように努めているが、そこに必要な労力が軽減されるよう、社会全体に理解していただける対策が必要。
- ・患者さんやご家族から実習同意を得ているが、重症度によっては不同意もある。研修となった場合に理解が得られるか、安心していただけるかは課題である。
- ・患者の協力が得られない医療行為がある。学生の医療行為経験の実数を正確に把握するのは困難。
- ・産婦人科は診察などについて配慮がより求められる診療科である。
- ・患者さんの理解、病院スタッフの理解。

【評価】

- ・CC-EPOCの導入について検討しているが、評価尺度内容が不明確であり、評価者の主観的判断となりかねず、形骸化が懸念されている。
- ・大学院で研修を行う初期研修医が少なく継続的な評価が難しい。医学教育コア・カリキュラムおよび医師臨床研修ガイドラインでは項目のみで具体的な到達目標が設定されていないので学習者、研修者、指導者いずれも主観的な評価のみで客観的な評価が難しい。

【その他①】

- ・学生医は雇用契約がなく、病院職員ではないため、法的に臨床研修医と身分が異なっており、個人情報保護法等でも対応が学生医と研修医で異なる。
- ・大学の歴史的問題で学生専用カルテを使用しており、実際の臨床と乖離がある。
- ・電子カルテなどの端末の不足、会議室などが狭い。
- ・医学生と初期研修医の役割の違い（差別化）。
- ・法的根拠。各2学年ダブルことで、各病棟で実習する学生が多くなっており、診療参加型臨床実習の重要要素である十分なカルテ記載がおこなえるほどの電子カルテ端末数が足りない。さらには、学外の教育協力病院でのカルテ記載は進んでおらず、今後の制度化後に記載される。
- ・学生の医療行為の法的責任の所在。【2】
- ・コロナ禍のため、現段階では患者との接触に制限をかけるを得ない状況にある。
- ・本学では新型コロナウイルス感染対策のために実施しているものであり、解決すればさらに参加させることは可能である。
- ・研修医、学生ともにログノートのようなものを付けて、経験値を可視化できれば、さらにレベルアップできるものと考えている。
- ・臨床現場で実際に手技を経験させることは、まだまだハードルが高い。
- ・それぞれの診療科における臨床実習の期間が短いため、顔合わせ・場所やスケジュールの説明・オリエンテーション・基本的事項や注意点の解説・医学生が慣れるために必要な時間などの、実習の準備のために時間が割かれてしまい、実質的に実習が実施できる時間が短いことが挙げられます。この点をクリアするためには、各診療科の臨床実習の期間を1か月とすることが必要と考えられます。しかしそのためには、2つの障壁があります。第一は、1診療科1か月とすると、内科・外科・小児科・産婦人科・精神科・総合診療科・救急科という主要な診療科を医学生全員が経験するスケジュールが困難なことです。一時期に大人数の医学生を受け入れなければ、可能となりません。第二は、「すべての診療科の臨床実習を経験したい」という医学生の要望に応えられないことです。こう要望する医学生の心理は良く理解できますが、この問題は「臨床実習で学ぶのは何か？」という根本についての理解に関わっています。医学生は「さまざまな診療科の現場を体験する機会」と捉えています。実際にStudent Doctorに求められるのは「医療現場における医療者としての役割を体験する」ことで、この二つの間には大きなギャップがあります。後者の立場にたてば、経験する診療科の数は少なくても、そこで医療者として役割を果たすことを経験することの方が重要となります。実際に海外では、1診療科で3か月以上の臨床実習をすることが広がってきており、そうした動きはこのような考え方にもとづくものであると考えられます。もしそのように進める場合には、臨床実習の診療科を選ぶ段階で、医学生には将来の進路をある程度は想定しておくことが求められ、それにもとづいた選択を行うこととなります。
- ・患者に直接介入する手技、説明などについては学生だからでは済まない事象も多く、責任の所在が問題になる。
- ・外来初診患者の初期診察を適切に行える。
- ・大学病院や高度医療機関では「臓器別内科」「臓器別外科」という意識が強く、内科全般、外科全般を指導する意識が弱いこと。
- ・侵襲のある手技をさせにくい。

【その他②】

・共用試験実施評価機構で作成されたDVDに適切でない内容が含まれており（医療面接の質問項目や、身体診察の手技など）、そこを教員が訂正しようとする学生は困惑の表情を浮かべます。

・医師国家試験に対応できる能力を身に付けさせるための臨床実習を心がけていますが、それがstudent doctorとしての診療への参加機会を減らしている可能性があります（産婦人科）。

・事務的作業に関する権限の制限。若手はまず処方、検査オーダーなど事務仕事から実務を学び現場に実質の貢献をする、つまりまずは少しでも”業務上役に立つ”ことでチームに認められ存在感とより高次の仕事のチャンスを与えるのが真実。これが現状の臨床実習ではできないことが実習から研修となるうえでの大きな障壁となっている。

・研修医は、知識や研修態度を見ながら、段階的に任せる手技を増やしていくことができる。臨床実習は、実習生の能力評価を行う時間が短すぎて、とにかくやらせてみるということを優先してしまいがち。成績の良し悪しに関係なく、とりあえず早期に何でもやらせてみればそれで良いのかということにはやや疑問もある。勉強が足りない学生を数日のうちに見分けて、線引きするなどというのは色々な意味で困難。

・患者数にはむらがあり、すべての学生に同じ経験を与えられない。

・いわゆる手技的なことを習得すべき人間が多く、なかなか一人あたりの経験できる患者数が多くならない。

・精神科臨床特有の、患者との治療構造や面接、患者との距離感の指導を学生に対して短期間で行うことは難しさがある。

・現在のプログラムだと指導医、病棟医と行動を同じにすることが難しいため、学生さんもチームに含めた体制づくりが必要。

・3次救急病院なので、学生ができることがどうしても少なくなってしまう。

・各科ごとの実習期間が短いことからの指導医と学生との信頼関係形成の不足。それに伴い、任せることのできるものが少なくなる。

・大学病院では臨床研修医や後期研修医の数も多く、なかなか学生にまで実践的な診察をする機会がまわってこない。

・臨床実習期間が伸びたため、附属病院内の学生が増え、十分な対応が難しくなった。

・卒前臨床実習と卒後研修を統括する組織が別であるため、シームレスな連携（実行力）が難しい。

・個々の熟達度が異なり個別対応が必要である。忙しい臨床で、患者さんの同意が得られる症例での限定的な実習となる。また、研修医教育との棲み分けなどにも障壁がある。学生のSARS-CoV2ルーチン検査ができないこと。現在の制度ではmini-CEXやDOPSが完全な形で施行困難で、コアカリの期待する実習（評価）には到達できていない。小児に対する医行為は手技が難しいこと、保護者への配慮が必要なこと、新型コロナウイルス感染症対策。精神科は患者・指導スタッフとも不足している。コロナ禍において特に血液内科病棟には緊急事態宣言の間、学生の立ち入りを行わなかった。全ての学生が将来自分たちの診療科に来るわけではないので、学生間で臨床実習への積極性に個人差がある。ただ、教員も同様で学生を教育する熱意に温度差がある。見学型の実習から、実経験と形成的評価を、広く学生に実施していくためには、人員の体制を拡充していく必要がある。

・具体的な障壁については非常に多くのことが関連しているようです。Student doctor の公的化が進めば、臨床実習を臨床研修レベルへとつなげていくための障壁が軽減すると考えます。

・医師国家試験が筆記試験のみであるため、多くの学生は臨床経験を避ける傾向にある。臨床実習の評価を標準化して一定レベルに到達した学生に国家試験の受験資格を与えるべきである。

3-6. 臨床実習を臨床研修レベルへとつなげていくにあたって最も強化すべきと考える項目を選択してください。

選択肢	回答数
①プロフェッショナリズム	29
②医学知識と問題対応能力	16
③診療技能と患者ケア	24
④コミュニケーション能力	3
⑤チーム医療の実践	4
⑥医療の質と安全の管理	2
⑦社会における医療の実践	1
⑧科学的探究	0
⑨生涯にわたってともに学ぶ姿勢	2

4. 感染症教育についてお尋ねします。

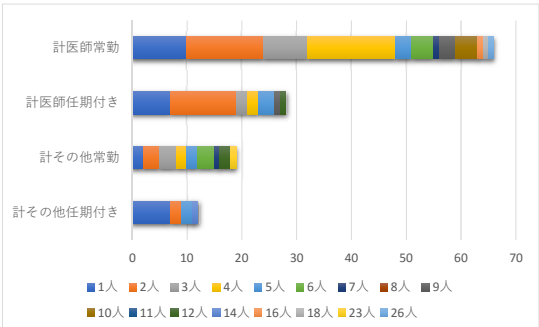
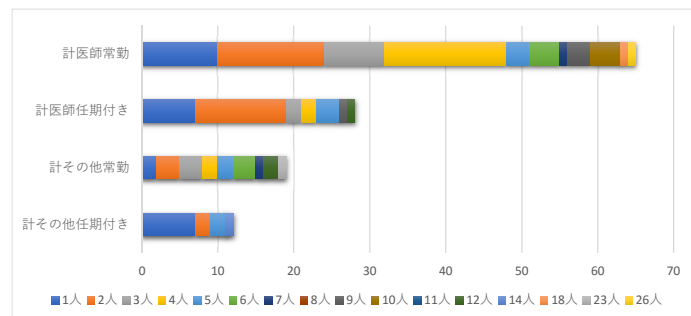
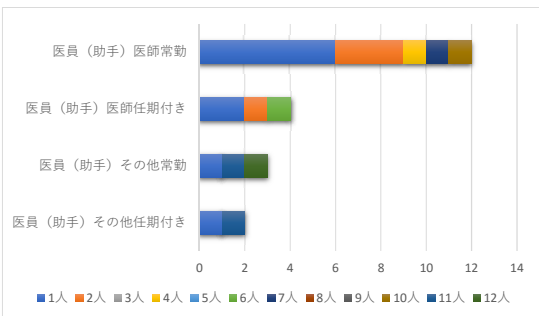
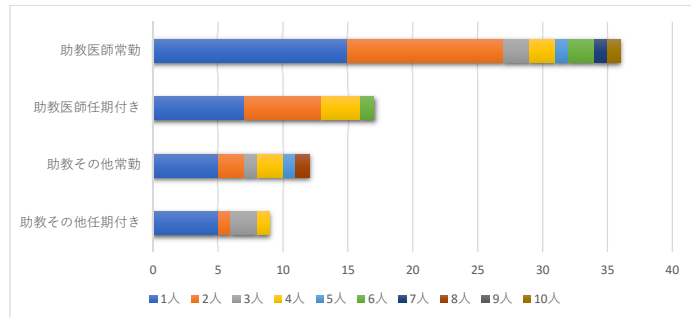
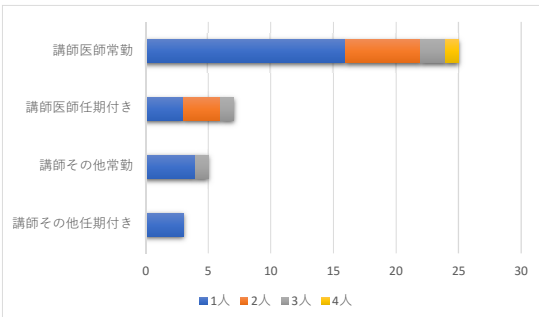
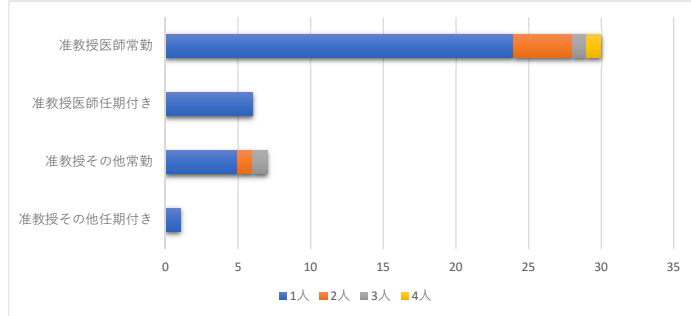
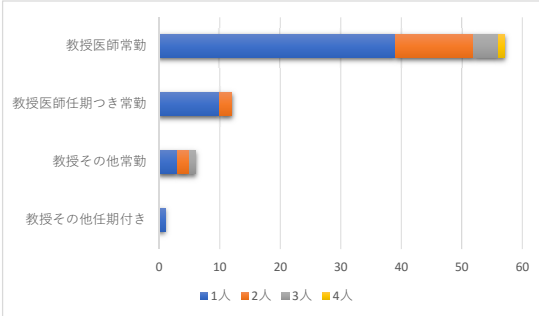
4-1. (1) 貴学では感染症教育を専門に行う部門はございますか。

①設置されている	85 %
②設置されていない	15 %

(2) 上記(1)で「①設置されている」と回答した場合、その設置形態に「〇」を記載してください。

① 大学常設講座	44 大学	54 %
② 大学寄付講座	5 大学	5 %
③ 病院常設講座・診療科・部門	45 大学	56 %
④ 病院寄付講座・診療科・部門	0 大学	0 %
⑤ その他	3 大学	4 %

(3) 上記(2)で①～④を選択された場合、講座の人数を以下に記載してください。



(4) 上記(2)で「⑤その他」と回答した場合、その内容をご記入ください。

- ・ 本学シミュレーション教育研究センターで令和2年度第3次補正予算「感染症医療人材養成事業」(文部科学省所管)としてCOVID-19患者対応シミュレータを購入、感染症教育に使用している。
- ・ 看護師長、副臨床検査技師長、臨床検査技師、副看護師長、薬剤師。
- ・ PhD。
- ・ 臨床実習開始前の感染標準予防策などの講義、手の消毒実習を病院感染制御部の看護師が担当する。
- ・ フルタイム任期付き医師。
- ・ 附属病院感染制御部の教員が、感染症の講義を行っている。
- ・ 大学常設の学科目として設置。

4-2. (1) 貴大学では、感染症教育をどの学年にどのような形式で実施していますか。
(履修している学年・教育方法に「○」を記入してください。該当しない場合は「機会なし」に「○」を記入してください。) (複数選択可)

	1年生	2年生	3年生	4年生	5年生	6年生	機会なし
① 基礎医学講義	18	50	26	2	0	0	9
② 基礎医学実習	8	46	26	0	0	0	16
③ 社会医学講義	3	5	27	29	3	3	27
④ 社会医学実習	2	4	18	19	4	4	44
⑤ 臨床医学講義	2	4	45	50	7	9	1
⑥ 臨床実習	1	2	1	39	69	63	8
⑦ その他	12	9	11	20	5	4	48

(2) 上記(1)で「⑦その他」と回答した場合、その具体的方法を以下よりご選択いただくかご記入ください。

① PBL(Problem-based learning)	16	大学
② TBL(Team-based learning)	9	大学
③ CBL(Case-based learning)	8	大学
④ その他(以下自由記述)	14	大学

- ・ 全学教養科目での講義。
- ・ 感染予防、感染対策に関する実技を中心とした実習。
- ・ 臨床検査実習の科目で、微生物学的検査を3コマ扱う。
- ・ 新型コロナウイルスに関して、学年レベルに応じた特別講義をオンラインで行った。
- ・ 大学入門ゼミでの講義形式。
- ・ 新入生研修、IPE等で演習。
- ・ 社会医学講義では、少人数グループで社会医学関連の話題について自主学修し、その成果を発表会。
- ・ 臨床実習前にPre Clinical Clerkship Exerciseとして、手指消毒やPPE装着などの実演・実技を行っている。
- ・ 1年次・・・教養育成科目講義 2年次・・・臨床基礎医学講義。
- ・ 早期臨床体験前の病院感染制御部、安全管理部スタッフからのレクチャーと手指消毒指導と演習を行っている。
- ・ 感染症診療診療基本手技に関するシミュレーション実習。
①手指消毒+PCR検体採取②個人防護具の着脱③筋肉注射。
- ・ 本学では、2年生の医学英語で、Fever発熱についての医療面接の仕方を中心に学んでいる。
3年生では、症例を使ったPBL(or CBL)を6か月週に1-2回のペースで行っている。

4-3. (1) 貴大学では感染症教育について基礎医学、社会医学、臨床医学を横断的に統合するような取り組みがされていますか

① 基礎医学-社会医学-臨床医学を結びつける取り組みを行っている	20	大学
② 基礎医学-社会医学を結びつける取り組みを行っている	3	大学
③ 基礎医学-臨床医学を結びつける取り組みを行っている	27	大学
④ 社会医学-臨床医学を結びつける取り組みを行っている	4	大学
⑤ 横断的な取り組みはおこなっていない	39	大学

(2) 上記(1)で①-④と回答した場合、その具体的内容をご記入ください。

- ・ 基礎医学、臨床医学の担当教員で強調したい内容を話し合い、講義の内容を調整している。
- ・ 2年次に、ウイルス学、細菌学、寄生虫学として基礎的に感染症を学び、3年次に感染症学として臨床的学びを行うことで、基礎医学から臨床医学へのらせん型カリキュラムを意識している。また臨床実習には感染制御科をコースに含んでいる。
- ・ 今年度より基礎-臨床教育の橋渡しの講義を行う予定となっている。
- ・ 医学部第4学年で実施している感染症学の授業を基礎医学、社会医学、臨床医学系の教員が担当し、講義、演習を行っている。
- ・ 感染症に関わる臨床医が基礎医学教育に参画している。
- ・ 基礎の研究室配属とスキルラボ体験などを教室間で協力して行っている。
- ・ 第3学年前期において、「微生物学」並びに「微生物学実習」で振興・再興感染症を含む、広く感染に係る学習する。
- ・ 加えて、「呼吸器系」などの臨床系の系統別講義で、感染症の症状・診断・治療等の学習を進めている。
- ・ 基礎医学の「細菌・真菌感染症コース」では、従来数コマを臨床細菌学として臨床医による講義を実施している。また、同コースおよび「ウイルス感染症コース」では、統合型授業として、基礎の教員と臨床の教員が同時に登壇し、臨床症例をベースに、基礎的な面、臨床的なから学生と双方のディスカッションを行っている。
- ・ 各科目で関連性のある部分は、双方の科目で取り上げて重要性を強調しているが、意図的に、統合を促す横断的なカリキュラムとしての取り組みは行われていない。
- ・ 基礎医学科目の一部に臨床教員の講義、臨床医学科目の一部に基礎教員の講義が入ることで、早い時期に臨床的視点の導入と、中学年で基礎的視点の振り返りができるようにしている。
- ・ 3学年の臓器別系統別コースの講義科目では、基礎医学も融合した授業となっている。
- ・ 基礎医学(微生物学)と臨床医学(感染症学)を兼任教授の下で統合的・横断的に教育している。
- ・ 第3学年の感染症学において、疫学および国際的感染症対策についての講義を行っている。
- ・ 基礎医学の講義に臨床の教員が講義を行っている。
- ・ 基礎医学の微生物学分野の教授が、臨床医学の感染症の講義の担当者を兼ねている。
- ・ 器官系別統合教育で、基礎医学から臨床医学を統合している。
- ・ 横断的な取組という自覚はないが、4-2に記載したような、1年生での演習を行っている。
- ・ 感染症臨床実習時に微生物検査室での検査を実践で学ばせ、感染制御部での実習もさせている。
- ・ 2学年における基礎医学講義時に感染症・感染対策専門教員における講義を実施。
- ・ 水平・垂直統合会議の感染症領域での会議を開催し、基礎医学-社会医学-臨床医学の領域の教員に集まっていた講義内容等の検討を行った。

4-4. (1) 貴大学では感染症教育についてどのような評価を行っていますか。

① 共用試験での評価(OSCE/CBT)	55	大学
② 基礎医学での知識の評価(筆記試験・MCQなど)	69	大学
③ 社会医学での知識の評価(筆記試験・MCQなど)	44	大学
④ 臨床医学での知識の評価(筆記試験・MCQなど)	78	大学
⑤ 臨床実習での観察評価	64	大学
⑥ ガウン装着や手指消毒など基本的臨床技能の技能評価	62	大学
⑦ その他	4	大学

(2) 上記(1)で「⑦その他」と回答した場合、その具体的内容をご記入ください。

- ・ 4-3で示した授業の評価として基礎・社会医学・臨床を統合したMCQ試験を行っている。
- ・ 日英での医療面接で、発熱などの症状の模擬患者を医療面接する評価試験がある。
- ・ 選択実習を選んだ学生には環境感染の発表をさせて評価している。

5. 多職種協働についてお尋ねします。

5-1. 多職種協働をスムーズに行うためには、ほかの医療関連職種に歯科医療についての理解が必要と考えられます。そのことから、ほかの医療関連職種等の養成課程の教育でどのようなことが必要と考えますか。要望がございましたら、自由にご記載ください。（自由記述）

【歯科との連携】

- ・ 歯科学学生、あるいは歯科医師の役割を理解できるようなアクティブラーニング（既存のIPEに歯科学学生が入るなど）。
- ・ 嚥下障害、摂食障害や誤嚥性肺炎予防における口腔ケアなどの高齢者医療に関する医師、歯科医師の連携は今後ますます重要になると考えられるため、臨床研修医に歯科研修医体験をさせるなど。歯科医師養成課程の教育でもこの点をさらに重視していく必要があると思います。
- ・ 高齢者医療には歯科衛生士など歯科医療の分野が重要になってくると思っていますので、講義の中に含めるべきと考えます。
- ・ 歯科疾患と全身との関係を学ぶ講義、医療現場での口腔ケアの体験など。
- ・ 歯科で使用される用語の修得により、歯科医と同じ言語で話す能力を養成する。
- ・ さらに、口腔と歯の機能が全身性疾患と与える影響を学ぶとともに、臨床実習に臨む。
- ・ 病院職員については研修会などを通じて歯科医療について勉強する機会があるため、このような機会を卒前教育にも取り入れる工夫を行う。
- ・ 「他の職種に歯科医療教育を行う」以外の要望はありません。
- ・ 患者のQOLと歯科医療・管理の関係を示すエビデンス提示。
多職種連携実習・演習に歯科的な視点を必要とするテーマや症例体験。
- ・ 摂食嚥下評価や治療において歯科医師と耳鼻咽喉科医師との役割分担が明確でなく、現場で協働プランが立てにくい一因と思われる。
- ・ 本学は歯学部がなく、歯科口腔外科はあるが、IPE（多職種協働実践教育）までを考えると歯科系スタッフは不足しているのではないかとと思われる。
- ・ 本学においては現時点での学部カリキュラムとして、医科歯科連携を含む多職種協働を学ぶ場として、医学部3年次から4年次にかけての共修科目13コマと離島医療実習（医学部5～6年生と合同）が準備されているが、系統だったカリキュラムになっているとは言い難い。
- ・ 今般、超高齢社会の到来に伴って基礎疾患を有する患者、周術期管理が必要な患者など全人的な知識および配慮が必要になる場面が明らかに増えてきている中で、充実した連携を図るには医師が歯科医師が行っている医療行為の実態を理解（仕事の見える化）し、患者にとって歯科医療の充実が図られることがすなわち患者の（食を通しての）QOLの向上に繋がることを理解し学ぶことが出来るカリキュラムの整備が急務である。
- ・ 口腔ケア、嚥下性肺炎、栄養障害、咬合咀嚼と治療（使用薬剤など含む）と歯科医療、関わる職種とチーム医療についてNST等を通して臨床実習、在宅医療・訪問診療・訪問看護・地域包括ケアシステムのなかで総合的に経験する機会を増やすことが必要と考えます。
- ・ 歯科医療について必要な内容をカリキュラムに明示する
- ・ 歯科医療についての教育が取り立てて必要だとは思っていない。医学部では、臨床講義ならびに臨床実習において、口腔外科がその役割を担っているものと認識している。
- ・ 高齢化に伴う嚥下口腔機能の低下と歯科医療（歯科医師、歯科衛生士）の役割についての講義、特に実際に訪問歯科診療を実践している歯科医師、歯科衛生士に寄る講演。在宅医療に同行する実習の際に、訪問歯科診療についても教育を行う。病棟における嚥下や口腔衛生、口腔機能訓練の実習。
- ・ 臨床実習において、歯科口腔外科を配属先としており、がん患者の口腔ケアなど他科との関係について実習を行っている。
- ・ 特に、加齢において口腔ケアは非常に重要であり、今後も基礎及び臨床の面からも教育を継続すべきである。
- ・ 歯科医師の臨床研修中に救命救急センターでの短期間研修が好評であり、歯科臨床実習中に行っても良いのではないかと同時に麻酔科実習も検討して良いと思われる。
- ・ 他の医療関連職種の卒前教育に歯科医療についての講義、実習を追加することを検討しても良い。
- ・ 歯科治療については口腔外科学の講義・実習について取り扱っており、特に要望はありません。
- ・ 歯科医療については、歯科口腔外科の講義・実習にて教育している。多職種連携教育の必要性は認識しているが、日程調整など困難な点も多かった。今年度は医学科、保健学科（看護、臨床検査、放射線技師）、薬学部での多職種連携教育を計画している。
- ・ 歯科口腔外科の臨床実習（1週間）を行っている。
- ・ 歯科口腔外科については、臨床実習に組み入れている。歯科医療教育を他の医療関連職種等の養成課程の教育でどのようなことが必要かは医科の教育の中で明瞭に意識したことがなく、特に要望は思い浮かばない。
- ・ 3学年において歯科との多職種連携教育を行っている。
- ・ 現在、当大学では多職種連携を促進するため、低学年での看護体験実習、介護体験実習、薬学部学生とのワークショップなどを行っている。一方、歯科医療に関しての体験実習・見学はない。今後、取り入れていくべきかもしれない。

【低学年、臨床実習での取り扱い】

- ・ 多職種連携で行なう臨床実習。
- ・ 医学生と合同で行うワークショップ、PBLチュートリアル、臨床実習での合同症例カンファレンス等。
- ・ 医療関連職種従事者の業務範囲を俯瞰的に学ぶ機会の提供。自身が将来なるであろう医療職以外の医療職に従事してみようという経験。
- ・ 院内感染症チーム、学生サポートチーム、安全対策などの活動を学生に見学・参加させることが重要。
- ・ 各医療職が何をやるのか、役割分担を理解してもらうと同時に、境界領域の内容もあるのでできる人がやる、という意識も持ってほしい。
- ・ 当然、やってはいけない（法令に触れる）範囲のことも理解した上で。
- ・ 医療系の学生がチームを作り、臨床実習前の段階から活動を行い、そして臨床実習も一緒に実習することが必要だと考えます。
- ・ 低学年からの多職種連携教育。
- ・ 多職種協働教育は重要と考えております。本学では医学部と看護学部とで協働で行う講義の拡大を行っており、今後実診療に則した実習の充実など、双方の理解を深める取り組みを行っていく予定です。
- ・ 低学年時代の医学生との合同講義やPBL、それぞれの専門化としてのプロ意識の教育、学生時代の多職種学生による模擬カンファレンス、臨床実習における多職種カンファレンスの参加、プレゼンテーション。
- ・ 多職種協働が行われている医療現場や公衆衛生の現場での医療チームへの学生の参加。
- ・ 学生時代より多職種で議論をする。
- ・ 学内・学外とも実施している。
- ・ 医学部卒前教育においては多職種についての基礎知識が希薄な印象にあります。たとえば歯科的知識や看護学的知識などが1例で、その基本的な講義単位設定が必要ではないかと思えます。さらにそのうえで、各職種との共通課題について多職種連携チュートリアルなどのスモールグループディスカッションによる演習的実習を経験すると強化されて良いと思います。そのような学修経験が卒後の臨床現場での多職種チームカンファレンスをはじめ多職種連携につながるものと思えます。
- ・ 低学年からの共通教育や臨床実習中の多職種連携カンファレンスの参加など
- ・ 本学では、1年、3年、6年（看護は4年）を対象に、医・歯・薬・看護の4学部で多職種連携教育を行っているが、実習内での連携教育が出来ていない。その理由は各学部には独自のカリキュラムがあり、実習カリキュラムの調整が困難なためだが、多職種連携の最終教育レベルとしては実習内での連携教育があった方がよいと思う。
- ・ 現在、看護師の養成課程を持つ本学の保健学科と共に、多職種連携教育を行っている。今後、多職種連携教育は重要となるため、さらに看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等を養成課程を持つ大学との多職種連携教育を模索している。
- ・ IPEの際にそれぞれの専門職の職務や業務内容を学ぶ時間。時間があればシャドウイングなど。
- ・ 早期からの多職種交流でコミュニケーションを図るグループ学習の機会をもつことから始めて、模擬症例についてのTBLや臨床実習での多職種連携実習を行う。
- ・ 多職種協働を学生に教育する際には、以下について教授することが必要と考えます。
 - ・ お互いの業務に関する理解
 - ・ チーム医療の必要性
 - ・ プロフェッショナリズムの教育
 - ・ リーダーシップの教育
- ・ 学内だけでなく学外施設の学生とのIPE実施。
- ・ 医療関連職種等の養成課程で多職種連携教育の必要性は指摘されていますが、その問題点もあります。それぞれの専門性を高めた上で、医療の現場での多職種の連携の実際を学習することが実践へとつながる学習として重要と考えます。
- ・ （歯科医療に限らず回答いたします）
各医療関連職種で設けられている実習期間に、専門職種からの指導に加えて、医師側と接触する実習機会が設けられるとよいのではないのでしょうか。医師を含めたカンファレンス等への同席、専門職種へのコンサルタント回答への参画など。
- ・ 多職種協働をスムーズに行うため、他の医療関連職種においても、歯科医療をはじめとする多職種に関する知識が得られるプログラムを教育課程に加えていくことが望まれる。学習方略では、学科間のスケジュール調整が困難と思われるが、学科間や多職種で連携したグループ討論や現場での実習があると理想的と考える。

【その他】

- ・ チーム医療の原則。
- ・ 他の医療関連職種等の養成課程の教育では、それぞれの職種の教員同士の事前の連携が重要であり、実際の多職種協働における現場ニーズをもとに教育すべき内容、目標設定を必要だと考えます。参加型のワークショップ、シャドウイングを含めた臨床実習などを行うためには、参加する専門職の教員が必要であり、歯科医療はもちろん、作業療法士、理学療法士、栄養士など、幅広い専門家の協力が施設を超えて得られるような仲介（設問で少々分かりにくい点があるので）「要望」をどう捉えてよいかわからず済みません。
- ・ 医学系ではある程度コアカリに準拠して授業は行われているが、散発的である。これは改善を要す。
- ・ カリキュラムが過密のため医療関係の職種が交流すること自体が難しく、また、交流できる場もない現状では、他職種協働の教育が困難である。それ以前に、教員の採用抑制など影響して普段の業務が過密となり、他職種の教員との交流自体も困難を極める。
- ・ 医学、歯学、看護学などそれぞれの領域全体を俯瞰する教員を育成していく必要がある。

6. 現行の医学教育モデル・コア・カリキュラム (H28年度改訂版) (以下、「現行コアカリ」という。)についてお尋ねします。

6-1. 以下のA~Dの各領域において、加除修正すべきと思われる項目があれば、それぞれ記入ください。(自由記述)

A 医師として求められる基本的な資質・能力 (現行コアカリp15~p20)

- 省察力やメタ認知に関する記載が必要。
- 「医師として求められる」とありますが、医学科の卒業生は、かならずしも医師になるとは限らず、その観点での検討が必要かと思えます。
- Aが独立している項目なのか、B-6とのかかわりの中で位置づけられるものなのかわかりにくいです。
- 医師の働き方について。男女共同参画の推進。タスクシフト、ワークシェアリング等新しい働き方について。
- 現場で働く医師にも他者を理論的背景を持って教育する能力が必要である。LGBTQや人種差別、SDHについて。
- コロナ禍において、オンライン診療も急速に進みました。これから求められる医師の能力として、診療技能やコミュニケーションの中に、基本的なオンラインによる診療技能やコミュニケーションの取り方についても加えた方がいいのではないかと思います。
- また、SDGsについても加えた方がいいと思います。
- Aが異質に感じられます。Aは「〇医師として求められる基本的な資質・能力」として表現されていますので、Aの下位項目をB~Fに落とし込んでしまう方がいいのではないかと思います。
- 追記すべき項目：情報処理、ICTの基本的理解と活用、社会情勢への洞察、自己省察能力の醸成、レジリエンス。
- 修正すべき項目：A-7とBとの内容が混在しているため事項の整理。
- 「臨床研修の到達目標」の評価票I・IIにあたる部分との整合性はとれているものの、実際には、医学生のうちこれらをすべて身に付けることは困難であり、また、評価方法も明確ではない。医学生として身に付けるべき項目は何であるかをより具体的に示すか、医学部6年間+初期研修2年間で到達できるようにしなければよいことを明記する必要があると思われる。
- 加わると良いと考える項目：医師の教育的資質・能力(現在の資質・能力9項目に追加する、またはいずれかの項目の中で言及する等)。
- 感染症蔓延時において医療人としてリーダーシップをとれる。
- A-6-1) ⑤はA-9と重複する感あり。
- ① A-3-1: 「全人的実践能力」とありますが、「ねらい」や「学修目標」を見ると、「実践的診療能力」等の用語が適切と思われる。
- A-6-1: 学修目標①はA-5に入るべき内容かと思えますが、A5に含まれる内容なので省略可能と思われる。
- A-6-2: タイトルに合わせ、ねらいを「対処の仕方と予防」にするのが望ましいと思われたい。
- A-7-1: 学修目標⑤の後半部分は②に含まれるので省略可能と思われる。
- A-9-1: 学修目標③「キャリア開発能力を獲得する」のは困難と思われるので、④程度の内容で十分ではないかと思われたい。
- (140ページのところで評価が困難になると思われたい)
- また、⑤はA-9の説明にある「他の医師・医療者とともに研鑽しながら」という趣旨を取り入れ、「臨床実習で経験した患者・他の医師・医療者との関わりを省察し、他者との関係の中で自己を向上させる態度を身につける。」などといった内容があると望ましいと思われたい。
- どのような能力を身につけるかはわかるが、医療知識・技術とは異なりどのように身につけるかわかりづらい。
- A-4-2) ③共感できる、を評価するためには「共感的態度で接することができる」の方が良いのではないかと思います。
- A-7-1)のねらいの内容からすると、A-7は社会における保健医療の実践、A-7-1)は地域保健医療への貢献、A-7-2)国際保健医療への貢献とすべき(保健をいれる)。
- NBM(Narrative-based Medicine)、医療安全の充実、ノンテクニカルスキル、共同意思決定(Shared Decision Making)。
- コロナ禍を契機として、医師に感染対策の理解・実践が求められるようになったので、感染対策に対する実践能力を含めるべきと考える。
- データサイエンスについての知識。
- 全て、卒業時のコンピテンシーの記述に改め、学部低学年で学習すべき内容と区別した記載が必要と考えます。
- G-1-1)-(1)でAを意識しながら、と説明されていますが、これは情報は不十分であり、修得すべき内容が不明瞭です。
- 「医師として求められる基本的な資質・能力」も含めて、指針が内容、レベルともに理解できるように整理していただきたいと思われたい。
- 特にプロフェッショナリズム、地域医療に関しては、患者、社会からの意見を伺い、内容を吟味することが求められると思われたい。
- 9 生涯にわたってともに学ぶ姿勢の中に「後進の育成に努める」を入れるべきである。
- 教育能力。
- A-7(7)、学修目標として「参加・貢献する」について「貢献する」までを卒業時の目標とするのは難しい。
- 国際保健はA領域、B領域のどちらかに集約。
- A-5-1 学修目標② 臨床検査技師は医療施設内での人数が比較的多いですが、代表職種にないのは現行コアカリ参考資料2に記載されている職種順のためでしょうか。

B 社会と医学・医療 (現行コアカリp21~25)

- 医学研究倫理については、卒業後すぐに症例報告等で学会発表を行う機会が多いため、卒前の段階で「実践できる」レベルを求めるべきである。
- 医療ビッグデータの解析などに必要なデータサイエンスについて充実させてはいかでしょうか?
- 医療人類学や社会学が入ってきたが、社会の変化に対応できるような適応能力や全体性を把握できるような非認知的能力などの記載があるとよいかもしれません。
- 改正個人情報保護法について。特に電子化された患者情報の取り扱いや匿名化処理の適切な方法について。特定臨床研究など、臨床研究を遂行する時に必要な法令知識。AI人工知能や診療判断補助システムについて及び関連法令知識について。
- Covid19に関する事項を取り入れて欲しい。
- 削減したいですが削減するものを特定できません。
- 追記すべき項目：教育学の教育の必要性、行動科学の定義付け
- 修正すべき項目：B-4の学修目標の記載内容(総論と各論、さらに医療人類学、社会学、社会医学などが混在しているため整理が必要)。
- P23 (B-1-9) 国際保健の学修目標が、各種組織・国際機関をたくさん列挙して、概説できるとしているだけで、フォーカスが曖昧である。
- p23 「法医学」と別に、国際認証にもある「医療法学」を、整理して記載することは出来ないか。B-4-1「医師に求められる社会性」には、種々の学問・トピックが混ざっていて、もっとスッキリできないか。
- 医療ITに関する基本的知識。
- JACMEの医学教育分野別評価基準との整合性を図るべきである。(行動科学、社会科学、医療倫理・医療法学など)
- 感染症パンデミックに関する記載が望まれる。
- ② B-1-1: 「確率には頻度と信念の度合いの二つがあり」とありますが、これは2種類の確率があるような表現になっています。
- 実際には、これらは確率に対する解釈の諸説の中の2つであり、実際に確率として表される数値は個々の事象については1種類であると思われたい。
- 他にも傾向性、論理的関係性などの解釈もあるようですので、入れるのであれば「確率の概念には、相対頻度や信念の度合いなど様々な解釈があり」などの表現が無難と思われたい。
- B-1-2: 学修目標に、「個々の事例に応じて用いるべき統計手法を説明できる」といった内容の項目を入れるのが望ましいと思われたい。
- 「生存率曲線(Kaplan-Meier曲線)」の言葉が入った方が望ましいと思われたい。
- B-1-7: ほぼA-7と同じ内容ですので、どちらかを省略可能と思われたい。
- B-2-2: 学修目標④は、①-③に含まれるので省略可能と思われたい。
- B-4-1: 学修目標③、⑧は壮大すぎて具体性に欠けるため、省略可能と思われたい。
- 行動科学の明確化および行動科学に関する学修目標の設定があると、カリキュラムの策定や実施に役立ちます。
- 感染症疫学。
- B-1-7)の内容はA-7-1)と全く同じなのでA-7-1)参照でよいのではないか。
- レギュラトリーサイエンスを追記すべきである。
- 医療社会学に関する教員の確保に困難を感じている。
- B-4の学修目標をより医療の実践として明記するほうが理解しやすい。
- 全体的に記載が細かすぎる。

C 医学一般（現行コアカリp26～34）

- ・ 行動変容について、もう少し具体的な項目が必要ではないかと思われる。
- ・ 神経科学について項目を加える必要はないでしょうか？ ゲノム医学について充実させてはいかがでしょうか？
- ・ C-5はおそらく行動科学の分野だと思いますが、文献の翻訳ではなく、医療との関連をわかりやすく整理し、医学生に何を学ぶべきかをわかりやすく明記したほうがよいように思います。
- ・ C-3-1) 細菌やウイルスは具体的な病原体名が列挙されているが、寄生虫に関しては「各臓器・器官の主な寄生虫」との記述のみであり、具体的にどのような寄生虫が含まれるのか、列挙して欲しい。
- ・ Covid19に関する事項を取り入れて欲しい。
- ・ 削減したいですが削減するものを特定できません。
- ・ 追記すべき項目：①臨床医学を学ぶ上で、どのように基礎医学があるかという視点に立脚した教育、②C-5：文化的背景・文脈における患者の行動と変化への理解。
- ・ C-1-1) (2) ゲノム・染色体・遺伝子について、到達目標が、高校生物レベルではないか？ C-2-5)に「オートファジー」の項目は必要なのではないか。C-3-2 (1) 炎症と免疫反応を区別して理解する学修目標が欲しい。
- ・ 自然リンパ球についての記載を追記してはどうかと考える。
- ・ C-3-1)-(3) コロナウイルスを記載すべき。
- ・ C-5-7) A-4 とうまく整理できないか。
FだけでなくCにも栄養に関する記載があってもいい。
- ・ 削除すべき項目＝C-1-1) 物質界の基本法則、C-1-2) 力と運動、C-1-3) 振動と波動、C-1-4) 電気と磁気。
- ・ “③ C-3-3-2: 学修目標③ 他の表現と合わせれば、「皮膚」⇒「経皮」、「直腸」⇒「経直腸」でしょうか？
C-3-3-3: 学修目標に「プラセボ効果」しかないのは不自然なので、「薬物の効果の評価について説明できる」などが先にあった方が自然であると思われる。
C-5-5: 学修目標② 「をを」⇒「を」
C-5-7: 短縮するのであれば、①と②、③と④、⑤と⑥、⑦と⑧はそれぞれまとめられると思います。”
- ・ C-4-6) 腫瘍の学修目標に「危険因子」を加えるべきだと思います。
- ・ AIの活用やオミクスデータを用いた実践的医療など、これからの医師には情報技術・科学への理解が必要である。この分野の充実が望まれる。
- ・ C-5「人の行動と心理」は、行動科学的な要素を多く含んでいるが、学際的な内容であり、AやB-7とも大いに関係する。この項目の位置づけについて検討が必要と考えられる。
- ・ 基礎医学の実習について記載すべき。

D 人体各器官の正常構造と機能、病態、診断、治療（現行コアカリp35～59）

- ・ 概念、用語など古いものが散見されますので、最新の知見にもとづいた記載に変更してはいかがでしょうか？
- ・ DとEは連結する、相互乗り入れする、検査の具体的方法の内容を独立させるか、リンク形式で取り出す（F25とのリンクでも良いかもしれない）。
- ・ Covid19に関する事項を取り入れて欲しい。
- ・ 削減したいですが削減するものを特定できません。
- ・ モデル・コア・カリキュラムにおいては、基礎医学の実習については全く触れられておりません。
たとえば、大学設置基準にはあった解剖学実習については、極端な場合、やらなくてもよいという解釈もできます。
現在バーチャルスライドを使う等が進み、顕微鏡を使った実習などは減っているところではあります。また、ウェットならボでの実習もかなり減っていると思います。
今後の医学教育を考えるうえで必要となるコアな実習とはどのようなものになるかの基準は作ってもよいのではないかと考えます。
- ・ 各器官系の症候の学修目標は、スペースをいわずらに取っている。器官別にそれぞれ羅列するのではなく、もっと整理して記載できないか。
- ・ 循環器：腫瘍循環器、術前評価・対応を追加してほしい。
D-6-4)-(4) 肺循環障害は、呼吸器に入っていますが、実際の臨床では、循環器内科で診療しています。したがって、この章を丸ごと循環器に移動が必要だと思います。
- ・ 呼吸器 術前評価・対応を追加してほしい。
- ・ 項目のさらなるスリム化を図るべきである。
- ・ D-1-3) ⑤出血傾向をここに挙げるならば、F-1にも挙げるべきか要議論
- ・ D-2-3) とD-2-3)-(1)など他の系との症候に関する記載方式の統一性がほしいところ。
- ・ D-4-4)-(1) 他の系との記載方式の統一性がほしい。疾患もG-2や学評と関連し、どう整理するか。
- ・ “④ D-5-1: 学修目標① 特長⇒特徴
D-5-4-5: 学修目標⑦ D-5-4-11に統合可能でしょうか？”
- ・ 臓器系統間のバランスを考えて全体を調整し、重要度が低い疾患を削除して学修目標を減らして欲しいです。
- ・ 治療。
- ・ D-2-4)-(5)にはD-4-4)-(1)⑧⑩⑬が含まれるべきです。さらに、D-2には脊髄疾患（D-4-4)-(1)⑨⑩など）がありません。一方で、D-2-4)-(6)筋疾患が入っています。D-2神経とD-4運動器系は相互の見直しが必要だと思います。また、症候に感覚障害があるべきだと思います。
- ・ D-15-3) 国家試験とのバランスを考えると、せん妄（E-8-1)⑤にはあり）があっても良いのではと思います。また、同様に、⑤⑥には治療もしくは対応（E-8-1)⑤には初期対応あり）が入ってもよいのではと思います。
- ・ 小児の疾患を記載。

E 全身に及ぶ生理的变化、病態、診断、治療（現行コアカリp60～68）

- ・ 腫瘍にゲノム医療の観点を記載してはいかがでしょうか？ 概念、用語など古いものが散見されますので、最新の知見にもとづいた記載に変更してはいかがでしょうか？
- ・ 「外傷」は項目として加えてはいかがでしょうか？
- ・ 災害医療 を項目として加えてはいかがでしょうか？
- ・ 放射線影響だけでなく、放射線以外も含めた検査の具体的方法についての内容を記述し、DE各項目内とリンクを設定する。
- ・ 感染症について、COVIDのような新たな感染症やワクチンについての考え方を充実させる方がよい。
- ・ Covid19に関する事項を取り入れて欲しい。
- ・ 削減したいですが削減するものを特定できません。
- ・ 全身病態の症候の学修目標は、スペースをいわずらに取っている。もっと整理して記載できないか。
- ・ 感染症教育に関する水平統合（微生物学や衛生学、感染症学の横断的な学習）。
- ・ 免疫チェックポイント阻害薬について加えたい。
- ・ パンデミックに関する項目を充実させるべきである。
- ・ 記載方式・項目の統一性が欲しい。
- ・ 症候や疾患はG-2や学評と関連し、どう整理するか。
E-2-1) ⑦ 要COVID-19。E-2-4)-(1)も同様。
- ・ 医師国家試験出題範囲との整合性など気になります。
- ・ 治療。
- ・ E-2に新型コロナを入れるとともに、G臨床実習に感染予防策、制御などを追加する。
- ・ E-7 記載内容の検討。
- ・ 感染や免疫などの項目について、CとEに分けて記載されているのは、垂直統合しにくい原因となるので、統合可能か検討していただきたい。
- ・ アミロイドーシス。
- ・ 喫煙の害についての項目を追加した方がよいと思われる。
- ・ E-2-4)-(5) 「院内感染」に限られませんので感染対策が妥当かと思えます。

F 診療の基本（現行コアカリp69～81）

- 放射線等を用いる診断と治療のところに、放射線防護の追加が必要ではないか。
- F1にしびれ・感覚障害を加えてはいいか？ 外傷・熱傷は鑑別診断・臨床推論をおこなう病態というより、初期対応・初期治療を学習すべき項目でありF1からは、はずしてはいいか？
- 重症COVID-19でも課題になりましたが、重症患者管理・集中治療医学（ICU）をF2に加えてはいいか？（医療機器、人工臓器（ECMOなど）と関係しますが、患者の管理という視点でいいか？）関連して酸素投与や呼吸管理もご検討ください。
- カルテは電子カルテ対応として、電子化された患者情報の取り扱いについて、法令知識や適切な取り扱い方法の具体例なども含める。
- 共用試験的化後の学生が実施する医行為とF-3が整合することを期待しています。
- 主要症候に、しびれ は追加必要と思われる。
- F1とG2は一体となって記載できないか。
- F-2-2) 根拠に基づいた医療（EBM）：データサイエンスに関する基礎的知識を加える。
- 画像診断法の適否（造影剤使用含む）について追加した方がいいと思います。
- 臨床研修の目標との整合性を図るべきである。
- F-2-2) B-1-3)と関連し重複をどうみるか、また、FとGとの重複もどうみるか
- F-2-4) 病理診断の項だけでなく、「遠隔」医療があってもいい
- F-2-6) F-2-7) などF-2-5)同様に利益と不利益（合併症など）を説明できるようにした方がいいか。ほかにもありそうだが。
- F-3-6) ③ E-2-4)-(5)に掲げた感染経路別予防策も 「実施できる」レベルでもいい
- F-3-6)-(2) ③ 「微生物学検査のための検体を採取し、」とあってもいい
- F-2-3: 学修目標③「検査の合併症」⇒「検体採取と検査の合併症」
- 「精度管理」⇒削除（⑤にあるため）
- 学修目標⑤ 「測定誤差」の前に「測定前誤差」を追加（現状は、こちらの方の比重が大きくなってきている）”
- 症候名に誤記がある：蛋白タンパク尿
- 「・」の使い方が不統一：嚥下困難・障害、腹部膨隆・腫瘤、関節痛・関節腫脹、尿量・検尿の異常
- 基本的臨床手技のなかに感染症標準予防策を入れるほうがよい。
- F-1に感覚障害を入れるべきだと思います。
- 小児の診察について記載。
- 婦人科、小児科、乳房の診察など、卒業時にどこまでできることが必要かに合わせ、臨床実習前の学習の必要性をご検討いただきたいと思ひます。
- F-1はF-2を学修してから学ぶのが学修の順序性からすると妥当と思われる。F-1、F-2の順序について検討いただきたい。

G 臨床実習（現行コアカリp82～91）

- 医療安全、感染制御、放射線防護についての実践を到達目標に追加すべきである。臨床推論の各症候に記載されている疾患が不完全であり、これだけ理解していればよいかのような誤解を生じる恐れがある。鑑別疾患名を記載するのであれば、もっと完全なものにした方がいい（中途半端なものを記載しない方がいい）。
- 外傷・熱傷は鑑別診断・臨床推論をおこなう病態というより、初期対応・初期治療を学習すべき項目でありG2からは、はずしてはいいか？ G3ですがより実践的な臨床実習のために（注射薬も含む）処方や検査のオーダー を加えてはいいか？ また酸素療法や呼吸管理も加えるべきかと思ひます。 G4に「臨床研修」においても必修化された（一般）外来実習をくわえてはいいか？
- CG-EPOCとのつながりを明確にしたほうが良い。
- COVIDにより現場での臨床実習の実施が困難な状況が生じた。今後も同様の事態にも対応できるように何らかの内容変更追加が必要ではないか。
- G-1-1)-(3) 学生を信頼し任せられる役割（EPA）の項目は、本邦の医療システム並びに臨床実習の実情に即していない。米国版の直訳を唐突に導入したことが明らかである。EPAの概念には同意するが、内容は全面的に見直しが必要である。カナダを始め、米国以外の諸国では、当該国独自のEPAを定めている。
- 臨床実習については、卒後臨床研修の到達目標を見据えて一連の流れの中で卒前の到達目標を設定し、その中で医学生版のEPAを再設定するのが望ましいと思ひます。また、医学生版のEPAは、Post-CC OSCEとの関連性を考慮して設定する必要があると思ひます。
- 医療事故に関する補償などについてもう少し詳細に明記して欲しい。
- 新しい医行為の基準を取り入れて欲しい（門田レポート）。
- この項目は方略なので、⑧ガイドラインに統合したらいいか？
- G-4-1 各科の学修目標の追記
- 内科：ポリファーマシーへの理解と対応
- 総合診療科 地域における予防医療に係る医師の役割を理解する
- 主要症候に、しびれ は追加必要と思われる。
- F1とG2は一体となって記載できないか。
- 「Primary care過重からFirst aid充実へ」が必要であり、卒前医学教育においては、夜間当直で救命救急措置などの緊急対応ができる医師になるための基礎知識、技術、倫理を修得するべきである。そのために「救急医療の現場で緊急の患者を診察し、脳・心臓・呼吸器など生命にかかわる病態を理解し、適切な緊急措置を行い、必要に応じて専門を呼ぶことができる。」を追加するべきである。
- 臨床研修の目標との整合性を図るべきである。
- G-2 37症候における鑑別診断について、学評との関連も含めて、整理が必要。
- 削除すべき項目＝G-2臨床推論：心停止。
- 鑑別診断を見直して欲しい：食不振の機能的ディスペプシア、意識障害に低血糖や肺血症がない、下血に大腸憩室がない
- 便秘に糖尿病がない、腹部腫瘤に隣癌がない、リンパ節腫脹に伝染性単核球症がない、腰部部痛に胆石症があつて急性膵炎がない
- G-2の臨床推論に記載している疾患の中で鑑別診断のみでよいのでしょうか？
- G-4-2) のその他の診療科での実習内容は大学ごとでよいのでしょうか？
- ショック、心停止など実習という限られた期間で経験できない可能性のある症候・病態と概ね経験できる症候は区別した（同列にしない）方がいい。
- 難病診療を追記すべきである。
- オンライン診察。
- G-4 小児科について記載内容の検討。

- G-1-1)-(1) 「Aを意識しながら」という不明瞭な記述は修正をお願いします。
- G-1-1)-(3) 「EPAの考え方を参考にする」の記述も曖昧で、何を求めているのかわからないと思ひます。
- 1～13の枠組みはアメリカのものを参考にしようですが、EPAとしては非常に困難な項目となっていますので、より評価しやすいactivitiesをご検討いただきたいと思います。
- G-4-1)-(1)～(5) ねらい「イメージを獲得する」も何を意図しているのかわかりませんが、読み手によって変わる可能性のある記述です。ねらいの記述なので概略的であるとは思ひますが、学修目標との関連も明確ではなく、検討すべき表現です。学修目標の「参加する」は方略のように思ひますが、参加して何かをする、できることが学修目標ではないでしょうか。
- G-4-3) 4) これらは学修目標ではなく「教育方略」となっていますが、教育の方法は、各大学にお任せいただき、学修目標を明確にお示しいただくことが望ましいと思ひます。
- EPAの意義と位置づけを明確にしていただければと思ひます。
- G-4-3)、4) についても学修目標を提示して欲しい。
- 結核患者の診療については難しい。
- G-3-1 感染防護具の選択、脱着ができる。

H 診療参加型臨床実習実施ガイドライン (p92~176)

- ・ 142頁以降の臨床推論の疾患リストが不十分であり、記載するのであれば、もっと鑑別診断名を追加すべきである。
- ・ スチューデントドクターの法制化？にあわせた記載とすべきかと思えます。医行為については「門田レポート」を引用すべきかと思えます。同意書についても法制化？と門田レポートをふまえた内容に変更すべきかと思えます。(注射薬も含む) 処方や検査のオーダーについての内容もあってもよいかと思えます。
「臨床実習の到達目標」の評価表は、CC-EPOCにそって記載を変更すべきかと思えます。
- ・ わかりやすいが、すべて実施できる内容ではない。CC-EPOCとのつながりを明確にしたほうが良い。
- ・ 医師法以外の法令に関して、学生医の法律上の立場を明確にして、医師法以外の診療現場での法令にも学生医が医師と同様に行動できるように、学生医の法的根拠を強化する。
- ・ 医療事故に関する補償などについてももう少し詳細に明記して欲しい。
新しい医行為の基準を取り入れて欲しい(門田レポート)。
- ・ 実習方略、評価方法について使いやすくまとめられることを期待しています。
- ・ スチューデント・ドクターとして診療参加型臨床実習を実施するためには、それまでに基本的な技能や態度教育(見学型臨床実習)を終了しておく必要があること。
- ・ 各分野できるだけ経験すべき症候や病態を示すことが必要と思われれます。日々の診療の集大成であるカルテ記載や日々のプレゼン・臨床推論について少し重点を置いた方がよいのではと思われれます。
- ・ 「臨床実習の到達目標」の診療の基本およびEPAについて、評価尺度1~5とあるがその説明がないので形骸化する。
- ・ 評価法のなかにmini-CEXに加えて、DOPSも入れていただきたい。
- ・ 臨床研修の目標や評価法との整合性を図るべきである。
- ・ 改訂医師法に関する記載が必要
医行為に関する改訂が必要か
- ・ ⑥と⑦に関連して、「3臨床推論」(p142~p150)を見直して欲しいです。
- ・ 具体的である一方、分量が非常に多い。
- ・ 「侵襲的医行為、羞恥的医行為を学生が患者に実施する場合、自大学で事前に決定した学生に許容される医行為であること」について、student doctorの位置づけが法制化されることから、許容される医行為は大学独自ではなく、コアカリ上で明記した方が良い。
- ・ EPAの記載を明確にすべきである。
- ・ 診療参加型臨床実習で可能な医行為。
- ・ 医学教育としてかなり古い記述が見られます。
- ・ 全国共通の評価方法(臨床研修を含めた)について言及すべきである。
- ・ 「診療参加型臨床実習」についての説明について、より明確な定義があると導入が進めやすい。

6-2. (1) H28年度コアカリ改定やJACMEによる認証評価などを契機に医学部のカリキュラムが過密になっているとの意見がありますが、カリキュラムの過密を感じていますか。

① 感じている	75 大学
② 感じていない	6 大学

(2) 上記(1)で「感じている」と回答した場合、カリキュラム過密の影響が出ていますか。

① 出ている	69 大学
② 出していない	6 大学

(3) 上記(2)で「出ている」と回答した場合、カリキュラムに具体的にどのような影響が出ていますか。

① 教養教育科目の削減(実験も含む)	42 大学
② 早期体験学習の削減	5 大学
③ 基礎医学講義の削減	31 大学
④ 基礎医学実習の削減	26 大学
⑤ 社会医学講義の削減	14 大学
⑥ 社会医学実習の削減	12 大学
⑦ 臨床医学講義の削減	34 大学
⑧ その他	22 大学

(4) 上記(3)で「⑧その他」と回答した場合、その具体的内容を記入ください。(自由記述)

- ・ 2年次の基礎医学(解剖学、生理学、生化学、ウイルス学、細菌学、免疫学、研究室配属準備教育)のカリキュラムが過密。
- ・ 以前より通常カリキュラム外における研究活動などに取り組む時間的余裕がなくなっている。
- ・ 長期休暇の期間が短くなっており海外留学を含む休暇中の体験活動・体験学習にとりくみにくくなっている。
- ・ 学生が自主的に選択して参加する実習期間の短縮。
- ・ CBTの早期実施のため臨床医学教育をCBT前と後に分割する必要があり各教員への周知が難しい。
- ・ 各科目の試験日程の調整に苦労している。また、臨床実習の開始が年度単位で設定ができないため、進級判定など他学部とずれが生じている。
- ・ 休暇期間の削減。
- ・ 夏季休暇がほとんど取れず、(大学の学業と離れた)自主的な学修や病院見学ができない。
- ・ 十分な臨床実習期間の確保が難しい。
- ・ 現在、基礎医学講義・実習の統合・整理・軽減を検討中である。
- ・ 授業時間の削減はないが、低年次での授業密度・1日あたりの授業時間が過密になってきている。
- ・ 教育の自由度の低下。
- ・ 学生の休暇期間の短縮。
- ・ 5年次4月からの臨床実習のスケジュールにも影響し、長期休暇が設定できず、マッチング前の病院見学等を計画少なくなっている。
- ・ また、試験期間はカリキュラムに考慮して設定されているが、再試験を複数科目受験する者にとっては、過密なスケジュールとなってしまう、留年者が多い傾向にある。
- ・ 過密日程(臨床実習が延長になった結果講義が全体的に低学年に移行し、低学年の授業のコマ数が増えた)のため、新たに必要とされた教育内容を入れ込む余裕がない。
- ・ 海外派遣が困難になっている。春夏冬休み期間が短縮されている。
- ・ 本学は開学して間もないため「削減」はしていないが、今後充実させることを考えるとカリキュラムが過密になる可能性がある。
- ・ 過密なスケジュールとなり、学生の負担が増している。
- ・ 研究室配属の時間が削られている。
- ・ 臨床実習期間の延長に見合った、基礎医学・臨床医学の水平的・垂直的統合が進捗していないため、1~3年次は過密カリキュラムとなっている。
- ・ 臨床実習前のグループ別演習を削減した。
- ・ 授業数の削減には至っていないが、授業コマ数確保のため一日の授業時間数が増えている。
- ・ 臨床医学系の講義時間の削減のために、垂直統合していた臨床医学系講義に含まれている基礎医学的講義が削減された。

(5) 上記(2)で「出ている」と回答した場合、学生・教職員に具体的にどのような影響が出ていますか。

① 学生に余裕がない	66 大学
② 教員に余裕がない	51 大学
③ 事務系職員に余裕がない	52 大学
④ その他	4 大学

(6) 上記(5)で「その他」と回答した場合、その具体的内容をご記入ください。

- ・ 留年生が増えた。
- ・ 低年次で1日あたりの授業時間が多く、試験も多く、カリキュラムが過密になってきている。
- ・ 海外派遣が困難になっている。春夏冬休み期間が短縮されている。
- ・ カリキュラムが過密となっていることについて、学生、教職員がその理由、目的を十分には理解していないことがあり、過密の解消を図るための合意形成が難しい。

(7) カリキュラムが過密であることに対して、コアカリが影響していると思いますか。

① 影響している	36 大学
② 影響していない	15 大学
③ どちらとも言えない	30 大学

(8) 上記(7)で「影響している」と回答した場合、カリキュラムの過密に対してどのように対処すべきと考えますか。

① コアカリ量の削減	36 大学
② コアカリ使用割合制限(全カリキュラムの3分の2以上)の緩和	15 大学
③ どちらとも言えない	30 大学

(9) 上記(8)で「その他」と回答した場合、その具体的内容をご記入ください。

- ・ 1年次の教養教育と基礎医学教育の垂直統合、基礎医学科目間の水平統合、基礎医学教育と臨床医学教育の垂直統合を進める。
- ・ 臨床実習期間の再考について。時間をかけて実践的学修を行うことも大事だが、臨床実習学生の公的化と合わせて、6年間を通じた効率的な学習カリキュラムのための見直しもご検討いただきたい。
- ・ コアカリは、医学教育として学ぶべき最低限の知識であり、それ以外にも教示すべき内容がある。よって、過密となる理由はコアカリのみではないと考えられる。
- ・ 医学部の教育課程を6年から8年に延長する。
- ・ 医師国家試験で求められる知識とコアカリで求められる知識のレベルに乖離があり、その乖離を臨床実習で埋められないと考える教員が多い傾向にある。
- ・ 結果として、共用試験CBT前の教育の中で、医師国家試験で求められる内容やそれ以上のレベルの教育までを全て教育する傾向にあり、それも過密にしている原因となっている。医師国家試験の出題基準はコアカリが整合性をもって整備されているとは思いますが、さらに6年間を通じた学修指針となるような見直しが行われることで対応できるのではないかと思います。特に医師国家試験の出題基準だけに出てくる疾患を臨床実習では経験できないことは多々あるため、国試の出題基準を初期研修開始時に求められると言う点で見直す必要がある。

6-3. 全体の構成や位置付けについて、ご意見があればご記入ください。（自由記述）

【追加・見直し事項】

- ・ プロフェッショナルリズム、倫理、汎用的能力、データサイエンス、グローバル教育等については、教養教育と専門教育の連携を促進できるように、教養教育も考慮した到達目標設定を加えてはどうか。
- ・ 医師のみでなく基礎医学や社会医学の研究者・教員、行政、医学・医療に関わるビジネスなど多彩な進路に対応できるカリキュラムになるようご検討ください。
- ・ コアカリキュラム内容のブラッシュアップは定期的に必要なと考えます。医療者以外の意見も取り入れる方が良いものだと思います。さらに、現場での教育実践環境とのズレを認知し、そのズレの原因および対策も考える必要があると思います。
- ・ 序文（モデルコアカリキュラムの考え方）についての意見です。
医師法第9条によると「医師国家試験は、臨床上必要な医学及び公衆衛生に関して、医師として具有すべき知識及び技能について、これを行う。」となっている。当然、技能を習得するための教育を医学部で行う必要があるが、臨床実習を行う際のステューデントドクターの法的な位置づけがなされていない。これについてぜひ、厚労省、文科省、全国医学部長病院長会議で検討の上、法的に明確に位置づけることを要望する。地域医療の実習が推奨されているが、地域の病院でチーム医療に参加しつつ臨床医学、地域医療を勉強する際に、受け入れ病院では非常に苦慮している。法的な位置づけが明確であれば、受け入れが円滑に行われると考える。これは、平成28年改訂における「1. 基本理念と背景」の「卒前・卒後の一貫性」「診療参加型臨床実習」の項目において記述されていることと密接に関連することである。
- ・ 「G-3 基本的臨床手技」に関して、「④気道内吸引（ネブライザー）を実施できる」「⑥末梢静脈の血管確保を実施できる」「⑩胃管の挿入と抜去ができる」「⑪尿道カテーテルの挿入と抜去を実施できる」等、研修医が出来るようになるのは必須だと思われませんが、医学科生全員が『実施できる。』と言い切るほど、全国の医学科で出来ているのか不明のため、『～を見学し、介助する。』に変更しておいた方がいいかもしれない項目かと思われます。これらに関し検討する必要はないでしょうか。
- ・ 各大学に専門家（担当者）がいる部分と新しい分野など他分野の教員が担当する部分で記載方法を変えてもよいかもかもしれません。他分野の担当の教員が何を教えるべきかわかるような具体性は必要かと思えます。
- ・ JACMEによる認証評価に適合するには、日本の医学教育全体を入試を含めた医学教育体制全体を見直す必要があると思います。
- ・ コアカリは学習内容を示している。これに対し大学は学習方法を改善し、より効率的な教育を行う努力をするべきである。
- ・ 記述の重複があり、用語が十分に説明されていない箇所が多数見られます。
- ・ アウトカム基盤型教育が推奨される中で、モデル・コア・カリキュラムはGIO、SBOs形式である。

【カリキュラムの過密化】

- ・ 総量の大幅なみなおし（減少）と、2/3という規制の撤廃。
- ・ カリキュラムの過密化の一要因として、学士編入制度が挙げられる。学士編入制度を廃止すれば1年次のカリキュラム改編によって2年次の過密化をある程度回避できるが、それができないため、臨床実習前倒しと重なって2年次の学生にしわ寄せがきている。
- ・ H28改訂のコアカリの細目をすべて網羅&徹底するようなカリキュラムを組むと過密になるのは必定なので、コアカリは踏まえた上で、コアカリ原理主義でなく、各科に授業内容の裁量を任せています。
- ・ コアカリの分量が多く、「各大学の特色ある独自のカリキュラム」を実施することができない現状があると思われる。
学生は、コアカリの内容を修得することばかりに必死になり、余裕のあるカリキュラム作りができない。
- ・ コマ数削減により教えられない範囲が出てくることに教員が対応できていない。（講義をしないことに対する不安がある。）
- ・ カリキュラムの過密化は臨床実習が増加したことが大きな原因であり、コアカリが影響しているかどうかは判断できない。

【位置づけ】

- ・ CBTにおける治療の位置づけが明確でない。
- ・ 医師国家試験を3月に実施し、臨床実習は6年の12月まで行うことを義務づける。その際、相互乗り入れによる実習状況の確認を厳格に行う。
この場合、post-CC OSCEはなくて良い。
- ・ 医師国家試験出題基準、JACME基準など複数の基準が存在しており、コアカリの位置づけが不明確。
- ・ 以前はCBTの出題範囲に治療は入らなかったが入るようになった。これまで診断と病態の理解に集中できていたのができなくなった。
また米印の問題も出題されることになり、それも負担を増やした。

7. 次期モデル・コア・カリキュラム改訂に関してお尋ねします。

(1) 次期モデル・コア・カリキュラム改訂にあたり、要望はありますか。

① ある	44 大学
② ない	37 大学

(2) 上記(1)で「ある」と回答した場合、その具体的内容を記入してください。(自由記述)

【カリキュラムの過密化】

- これ以上過密にしないでほしい。未来を見据えた医療者像を目指したモデル・コア・カリキュラムになることを期待します。
- 平成28年度版でも「改訂の概要」に記載されていますが、総量のスリム化を図ってほしいと思います。学修期間には6年間という上限がありますので、学生・教員とも余裕をもって学修できる範囲にも上限があります。
- 肥大化するカリキュラムに予算的に限られた教員で対応することが難しい
 - “コア”となる内容に厳選していただきたい
 - 医師国家試験出題基準、JACME基準など複数の基準が存在する
 - 各基準との整合性がとれたものにしていただきたい
- モデル・コア・カリキュラムの内容を、すべて授業中に喋らなければならないという誤解が教員の間で蔓延している。
- モデル・コア・カリキュラムが最初に導入作成された時代に比較し、全国の医科大学は今や教えすぎの弊害が大きくなった。
- 時代に則し、大学間の教育の自由度を高めること、医師として座学よりも医師として働くことができる能力(技能、臨床現場での実践的能力)を向上させることに主眼を移すべきである。
- 【6-3と同様です。】 「G-3 基本的臨床手技」に関して、「④気道内吸引(ネプライザー)を実施できる」「⑥末梢静脈の血管確保を実施できる」「⑩胃管の挿入と抜去ができる」「⑪尿道カテーテルの挿入と抜去を実施できる」等、研修医が出来るようになるのは必須だと思いますが、医学科生全員が『実施できる。』と言い切るほど、全国の医学科で出来ているのか不明のため、『～を見学し、介助する。』に変更しておいた方がいいかもしれ
- 経時的に各分野の医療情報はかなり多くなってきているので、集大成としての診療参加型臨床実習を本格実施して基本的な診療技能の実践力を保証するためのコアカリ部分を選定し、症例・症候・病態ベースの各分野統合教育の実現をサポートするような工夫した記載があるとよいと考える。
- 昨今のモデル・コア・カリキュラムや分野別評価で、実習期間を長く取るよう示されているものの、効率的な学修や低年次のカリキュラムの密度の観点で、それぞれの領域で包括的な学習目標の策定を検討いただきたい。
- 特に新たに実施しなければならないものには、最低実施コマ数(単位数)を目安として記載して欲しい。
- 項目のさらなるスリム化。
 - パンデミックへの対応、健康の社会的決定要因など、社会の動向に合わせた内容の追加
- 総量の削減および6-1で記載したような内容
 - この内容がWSのためだけでなく、実際のコアカリ改訂の参考となる事を望みます。
- 医学の発展に伴い、基礎・臨床いずれの領域も専門知識は増大する一方、医学部のカリキュラムは6年間に限られたまま不変である
- 従って、次期モデル・コア・カリキュラム改訂にあたっては、圧迫される「カリキュラム」を減圧する「コア」の絞り込み/取捨選択を要望する。
- 今後、項目が増えるにあたり、既存のコアカリ項目の統廃合見直しは必要。
- 疾患数を減らすべき。
- どのようにするのがよいかの提案はできないが、全量を少なくしていただきたい。
- 総量を減らして欲しい。

【他基準との整合性】

- 特に治療に関し、CBT前とCBT後の教育内容を可能な限り明確にしてほしい。
- 卒前卒後のシームレス化を意識したコアカリの改訂を意識して欲しい。
- Student Doctorの公的化によって、臨床実習が本来の診療参加型になるような見直しになって欲しい。
- 医師国家試験出題基準、JACME基準など複数の基準が存在する
 - 各基準との整合性がとれたものにしていただきたい
- モデル・コア・カリキュラムと、国家試験出題基準と、卒後研修の到達目標などの相互の一貫性を実現させてほしい。
- 国際基準との照合。
- 臨床実習を臨床研修レベルへのシームレスな連携に関して記載を充実する必要がある。
- 2020年度より改訂された臨床研修制度の目標や評価との整合性。【2】
- OSCEやCBT、医師国家試験やEPOCなどシームレスな連携が望まれる
- 2. JACMEの基準で求められる行動科学について、コアカリでその内容がわかるような項目、指針が示されることを希望します。
- 3. 医師国家試験の出題基準とコアカリが整合性をもって整備され、レベル、難易度などの目安も示されること、それを通して6年間を通じた学修指針となるような見直しが行われることを希望します。

【追加】

- 「6. 欄」に記載いたしました。それ以外の事項として、国際交流(海外医学生受け入れ)に関する指針を出していただきたい(医療行為など)。
- 特に新たに実施しなければならないものには、最低実施コマ数(単位数)を目安として記載して欲しい。
- ない項目かと思われます。これらに関し検討する必要はないでしょうか。
- 新型コロナウイルス感染症のような感染症蔓延時の医療人としての姿勢について
- パンデミックへの対応、健康の社会的決定要因など、社会の動向に合わせた内容の追加
- 「診療参加型臨床実習実施ガイドライン」に「学生の放射線被ばく管理ガイドライン」、特に職業被ばくのか公衆被ばくのかを明らかにすること。
- 6-1で記載したように、感染管理・対策と、情報技術・科学の充実。
- 基礎医学系の実習について方向性を示して欲しい。
- 臨床研修の到達目標がプライマリ・ケアの修得であることも銘記し、臨床実習は臨床研修に繋がる実習であることが望ましいことを推奨する。
- 6-1に記載しました。
- EPAの記載を充実させる必要がある。
- 地域医療・地域包括ケアユニットに関して充実させる必要がある。

【その他】

- 「6-1」に記載しています。
- 教え方(方略)の記載も一部に必要だと思います。例えば行動科学などにおける講義例、評価のポイントなど。コアカリ本体に入れるべきか、別冊化するべきかという問題もあると思います。
- コア・カリに扱う事項は記載してあるが、その学習をどの程度深めるかが分からないので、各事項のレベルについて分かるように説明をつけてもらいたい。
- 基礎医学、行動科学、社会医学および臨床医学の内容が医学の進歩や社会の要請の変化に合ったものかを評価する体制を整備する必要がある。
- コアカリの領域により、記述の詳細さに大きな差があるので、ある程度揃えて頂けるとありがたい。
- 医療倫理を「遵守」という表現は不適切と思われるので、再考を願いたい。(医療倫理=ガイドラインではないため)
- 「診療参加型臨床実習実施ガイドライン」に「学生の放射線被ばく管理ガイドライン」、特に職業被ばくのか公衆被ばくのかを明らかにすること、および臨床実習中に患者情報を用いて教材を学生が作成する際のガイドラインを記載いただきたい。
- 卒業時のコンピテンシーを具体的に明示した上で、臨床実習前の学習項目、臨床実習での学習目標などを、用語を正確に用いて記述いただきたいと思えます。
- アウトカム基盤型教育が推奨される中で、モデル・コア・コンピテンシーとすべきではないかと考えられる。
- または、現実的折衷案として、モデル・コア・コンピテンシー+モデル/コア・カリキュラムとすべきではないかと考えられる。
- B~Gの関係が更に明確になると学内でカリキュラムを改定する際に参考になると思う。
- H28年モデル・コア・カリキュラムにおけるプロフェッショナリズム、患者ケア、コミュニケーション能力などと今後取り組まなければならない行動科学的素養・能力との関連・関係性を整理して頂きたい。これらにはオーバーラップする面が多く、行動科学的能力の獲得を教育アウトカム組み込む際に問題が生じています。
- 基礎医学教育について、どこまでの知識を求め、どの程度の実習(実験)させるべきか明確にして、国としての指針を示されては如何でしょうか。
- 分野別認証評価による臨床実習の長期化により、教養科目授業・臨床系講義は短縮されましたが、基礎医学・社会医学は短縮されていません。
- 残念ながら基礎医学の水平的統合も進みません。基礎系教員には分野別認証評価に批判的な教員が多いのが現状です。
- 現行のモデル・コア・カリキュラムからあまり大きな変更はしないで頂けると有難いです。
- コア・カリに扱う事項は記載してあるが、その学習をどの程度深めるかが分からないので、各事項のレベルについて分かるように説明をつけてもらいたい。
- 基礎医学、行動科学、社会医学および臨床医学の内容が医学の進歩や社会の要請の変化に合ったものかを評価する体制を整備する必要がある。