

イントロダクション

名古屋大学総合医学教育センター教授

錦織 宏

名古屋大学総合医学教育センターの錦織です。医学教育学会におり、理事長補佐も務めております。

このワークショップでこの後行いますグループセッションの進め方と、イントロダクションを御説明させていただきます。

まず、ワークショップの趣旨についてです。

毎年実施しております、この医学・歯学教育者のためのワークショップは、国全体の目線で考える文部科学省医学教育課と現場目線の大学とのコミュニケーションを円滑化するという狙いの一つであると認識しております。

私も今日、今ここでしゃべっているのは、ある意味、文部科学省医学教育課と大学の先生方との通訳をするという仕事になっていると意識しておりますが、ぜひ、先生方の忌憚のない御意見を出していただいて、まとめていただければと思っています。

また、グループセッションではほかの大学の先生方と一緒に作業を進めていきます。他大学での具体的な取組を知ることで、自大学での取組について自己相対化することができ、また、自大学の取組を改善するための気づきを得ていただく機会になればと期待しています。

先ほど島田企画官からお話がありましたが、本年については昨今の社会もしくは医学教育の状況に鑑みまして、後述いたします四つのテーマを取り上げることとしております。また、これも先ほど申し上げましたが、このようなテーマが重要であると国が考えている、医学教育課が考えているというメッセージであるとも御理解いただければと思います。

また、本年は新型コロナウイルス感染症の状況にも鑑み、初のオンラインでの実施としております。何かと御不便があろうかと思いますが、ICTの担当のメンバーもそろえておりますので、いろいろございましたら、モデレーターの先生を通して言っていただければと思います。これからの時間を、ぜひ皆様にとって有意義な時間としていただければと思っています。

それでは、具体的なグループディスカッションのテーマについて御説明いたします。

それぞれのグループに分かれてございまして、テーマは既に定められており、割り当てられたテーマについてディスカッションいただくこととなります。

テーマ1は、地域卒学生のキャリア支援と都道府県との連携。これも先ほど島田企画官から説明がありましたが、昨今の地域医療の状況等に鑑みながら、今後、国としてどういふことを考えていけばいいかということについて、ぜひ現場の意見をお聞かせいただければ

ばと思います。

テーマ2は、総合診療科の実習となっています。平成28年度医学教育モデル・コア・カリキュラム改訂において、総合診療科の実習が必修化されたことを受けて、現在の状況について、また今後の在り方について御検討いただきます。

テーマ3は、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です。このテーマの背景には、先ほど厚生労働省から御説明がありました、共用試験の公的化等の昨今の医学教育の動向がございます。

また、テーマ4、感染症教育については、先ほど医学教育学会の小西理事長からもお話がありましたとおり、昨今の新型コロナウイルス感染症の影響を受けて、感染症教育について大きく見直すことを、次回、医学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂において検討していることが背景でございます。

それでは、具体的なグループ討論の進め方についてです。

グループ討議は、私の説明の後に少し休憩時間を取りまして、11時5分から11時55分までの50分間になります。例年御参加いただいている先生方もおられると思いますが、例年より少し時間が短くなっておりますので、御注意ください。

また、本日はZoomを使ったオンラインでのワークショップの実施となっております、このZoomのブレイクアウト機能を使ってグループに分かれていただきます。三、四校で1グループの構成としておりますが、その1グループごとにモデレーターが一人ついております。

モデレーターのほうから最初に自己紹介がありますが、その後、モデレーターの先生の指示に従っていただいて、グループメンバーの先生方がそれぞれ自己紹介をしていただければと思います。

モデレーターの先生が発表用の資料の作成を行います。こちらは例年と少し変更になっております。例年は御参加の先生方に書記を決めていただいて、資料も作ってもらっていたんですけども、今年度はモデレーターが資料の作成を行うこととなります。参加の皆様方のエフォートは若干減るといふ、ある意味いい話かもしれません。

参加者の中から司会と発表者を決めていただきます。議論のファシリテートを進めていただく司会、それから御発表いただく方をお一人ずつ決めてください。

発表者の方は、後の全体発表でグループ内での討論した内容をお話しいただきます。

その全体発表についてですが、時間が11時55分から12時55分の1時間しか準備ができません、大変申し訳ないんですが、発表時間が各グループ2分以内となっております。まず、大変短くなっていることをおわび申し上げます。全部お話しいただくことは恐らく困難だと思いますので、ぜひこの点については、行政等にきちんと伝えておきたいことに絞って御発表いただくよう意識いただくとよいかもしれません。

そうしましたら、先ほど少し述べましたが、それぞれのテーマの設定における背景について、また、議論していただきたい内容について、詳細を御説明いたします。

まずテーマ1、地域枠学生とキャリア支援と都道府県との連携についてです。

令和5年度以降の地域枠・臨時定員の在り方について、先ほども説明がありましたが、現在、医師需給分科会において議論がなされているところです。一方で現状、医師の地域及び診療科偏在が解消されていないということがございます。また、地域枠の枠組み自体は令和5年度以降も引き続き維持される見込みです。

そういった状況の中、一方で地域枠の学生や医師が地域枠を離脱しないように、地域医療への意欲・関心の喚起、キャリア支援の充実、多様性の確保、こういったものが今後、各大学にとって引き続き課題となると認識しております。

この点に関しての取組が充実している大学と、これから取組を強化するという大学とでグループ討議を図ることで、グッドプラクティス——この言葉を今日はたくさん使いますが、ぜひ好事例を共有して、それぞれお互いに刺激をする形で、横展開というのは協同する形でそれぞれの大学の教育を充実化させるという意味ですけれども、これを図りたいというのがテーマ1の設定の意図になります。

具体的には以下のようなことを、テーマ1の担当の先生方には議論していただきたいと考えています。

まず、地域枠学生のキャリア支援と都道府県との連携の実態に関するグッドプラクティス（好事例）に関して。

2番目に、地域医療のキャリアを積むことへの学部段階における意識づけ・動機づけの在り方。例えば実施主体、医療機関や都道府県との連携などについて。

3番目に、キャリア形成プログラムに関する大学のコミットの在り方、また、地域枠医師のキャリアパスの多様化の在り方について。

4番目は、優秀な地域枠学生を集めるための工夫や都道府県との連携について。

5番目、キャリア支援を行う人材とその確保や、ファカルティ・ディベロップメントの方法について。

最後に、診療科の偏在問題についてです。

先ほどの繰り返しになりますが、全ての内容について御発表いただくことは難しいと思いますので、ピックアップしていただいたりする形でも結構ですが、ポイントとしては卒前教育にフォーカスを当てていただきたいとは思っております。

テーマ2、総合診療科の実習についてです。

先ほども述べました医学教育モデル・コア・カリキュラムや日本医学教育評価機構による基準では、総合診療科の実習は必修となっております。また、高齢者の増加による合併症患者の増加、医療の担い手不足等の社会構造の変化、医師偏在への対応などの社会からの要請を踏まえ、一人一人の医師の基本的診療能力、特に総合的に診療する能力の向上が重要であり、そのための教育の強化が課題であると認識しております。

この点に関する取組が充実している大学と、これから取組を強化する大学などでグループ討議を行うことで、また同じになりますが、グッドプラクティスの共有、横展開を図り

たいというのが、このテーマの設定の趣旨になります。

テーマ2のグループの先生方に御議論いただきたい内容です。

最初に、総合診療科の臨床実習の実態に関するグッドプラクティス（好事例）について議論いただきたいと思っております。

なお、「総合診療科」という言葉を用いておりますが、総合的に診療する内容について取り扱っている実習ですね、例えば先ほど述べました高齢者の増加等々ですと、老年科の実習とかも該当すると思しますので、少し広げていただく形でも構いません。

2番、学外で臨床実習を実施する場合の利点や問題点について。総合診療科の実習で学外実習を行っているケースも多いと予想しておりますので、このテーマを挙げています。

社会構造や時代の変化を踏まえて、これから求められる医師像から逆算して、医学教育にどのように反映させるかについて。

4番、コアカりに盛り込むべき基本的診療能力・総合診療的資質はどのようなものか。

5番目、構造化・体系化された地域医療実習が進まない要因や、実施に当たっての課題、必要となる支援措置について。

6番、医療提供の階層性、例えば超急性期・急性期・回復期・慢性期・住居・在宅などが挙げられると思いますが、これらについて。

そして最後に、総合診療的資質について。

こういったものについて御議論いただければと思っております。

テーマ3は、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についてです。

先ほど厚生労働省からもお話がございましたが、令和3年5月28日に公布された医療法等の一部改正では、令和5年に共用試験を公的化するとともに、合格した学生には一定の水準が公的に担保されるということから、臨床実習において医行為を行う、いわゆるStudent Doctorを法的に位置づけることとしています。また、令和7年から、共用試験の合格を国家試験の受験要件とすることを目指しております。

こういった状況を踏まえまして、このグループ討論では、医学生の診療参加型臨床実習をどのように実質化するかについて、具体的に検討いただきたいと考えております。

以下が、テーマ3のグループの先生方に御議論いただきたい内容です。

最初に診療参加型臨床実習のグッドプラクティスについて、臨床実習を実践的・積極的な学びとしている事例について、共有いただければと思います。

また、どのような診療科でどのような役割を学生に任せていくのか。医行為といっても、広くいろいろな解釈ができると考えます。現場のレベルで学生に何をさらにやらせていくのかということについて、御議論いただければと思います。

また、上記の内容を実施するための障壁は何か、その対応策はどのようなものがあるのかということについてもぜひ御議論ください。

最後に、共用試験公的化の動きを受けて、今後、臨床実習をより診療参加型に進めてい

くに当たって新たに取り組もうと考えている内容、また、その実施に当たっての障壁や課題などについても御議論いただければと思っています。

最後に、テーマ 4、感染症教育についてです。

令和 4 年度の医学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂において、感染症教育の内容を充実化させる予定ですが、実際に新型コロナウイルスの診療に従事した現場の医療者の視点を大事にしたいと考えます。

また、COVID-19 を超えて、今後起こり得る新興・再興感染症に備えて、学際的・国際的な連携の視点も含めながら、感染症教育を今後どのように充実化させていくべきかについて議論をしたいと考えています。

テーマ 4、2 のグループの先生方に御議論いただきたい内容は以下のとおりです。

1 番、これもほかのテーマと全部共通しておりますが、感染症教育のグッドプラクティスについて。

2 番、現在行っている感染症教育の現状の内容について。

3 番、あるべき感染症教育の内容、理想について。

そして最後に、現状と理想のギャップを埋めるにはどのようにすればよいのか。具体的には、誰が何をどのように教えるように変えていくべきなのか、具体的なその対応策まで、お時間があれば御議論いただきたいと思います。

私のほうからグループ別セッションについて、イントロダクションの形で御説明させていただきました。

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
令和3年7月15日(木) 10:40~10:55

グループ別セッション イントロダクション (医学)

名古屋大学 総合医学教育センター
錦織 宏

1

WSの趣旨について (1)

- 毎年実施しているこの「医学・歯学教育者のためのワークショップ」は、国全体の目線で考える文部科学省医学教育課と現場目線の大学とのコミュニケーションを円滑化することがねらいの一つです。
- またグループ別セッションでは、他大学での具体的な取り組みを知ることで、自大学での取り組みについて自己相対化し、それを改善するための気づきを得ていただきたいと考えています。

WSの趣旨について (2)

- 今年(2021年) は、昨今の社会や医学教育の状況に鑑み、後述する4つのテーマを取り上げることにいたしました。
- また新型コロナウイルス感染症の状況にも鑑み、初のオンラインでの実施としています。
- 是非、皆様にとって有意義な時間としていただければと思います。

3

本年のワークショップで取り上げるテーマ

- テーマ1：地域枠学生のキャリア支援と都道府県との連携
- テーマ2：総合診療科の実習
- テーマ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
- テーマ4：感染症教育

4

グループ討論の進め方①

1. **グループ討議は11：05～11：55(50分間)**です。
2. Zoomのブレイクアウトルーム機能を用いてグループ(3～4校で1グループ)に分かれます。
3. まずはモデレーターから自己紹介があります。
4. その後、モデレーターの指示に従って、グループメンバーは簡単な自己紹介(一人30秒程度)をしてください。

5

グループ討論の進め方②

5. モデレーターが発表用の資料 (Googleスライド) の作成を行います。
6. 参加者の中から司会(議論のファシリテート)と発表者を一人ずつ決めてください。
7. 発表者は後の全体発表で、グループ内で討論した内容をお話しいただきます。
8. **全体発表は11：55～12：55(1時間)**です。
発表時間は各グループ₆₃2分以内でお願いします。⁶

テーマ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(趣旨)

- 令和5年度以降の地域枠／臨時定員の在り方については、医師需給分科会において議論がなされているが、医師の地域および診療科偏在が解消されていないことから、「地域枠」の枠組み自体は、令和5年度以降も引き続き維持される見込みである。
- 一方で、地域枠の学生や医師が地域枠を離脱しないよう、地域医療への意欲・関心の喚起やキャリア支援の充実や多様性の確保は、今後も各大学にとって課題となる。
- この点に関する取組が充実している大学と、これから取組みを強化する大学などでグループ討議を行うことで、グッドプラクティスの共有や横展開を図りたい。

7

テーマ1で議論して欲しいこと

- 地域枠学生のキャリア支援と都道府県との連携の実態に関するグッドプラクティス（好事例）について
- 地域医療のキャリアを積むことへの学部段階における意識付け・動機付けの在り方（実施主体、医療機関や都道府県との連携など）について
- キャリア形成プログラムに関する大学のコミットの在り方、地域枠医師のキャリアパスの多様化の在り方について
- 優秀な地域枠学生を集めるための工夫や都道府県との連携について
- キャリア支援を行う人材とその確保やファカルティ・ディベロップメントの方法について
- 診療科の偏在問題について

8

テーマ2：総合診療科の実習について(趣旨)

- 医学教育モデル・コア・カリキュラムや日本医学教育評価機構による基準では総合診療科の実習が必修となっている。
- 高齢者の増加による合併症患者の増加、医療の担い手不足等の社会構造の変化や、医師偏在への対応等の社会からの要請を踏まえると、ひとりひとりの医師の基本的診療能力（特に総合的に診療する能力）の向上が重要であり、そのための教育の強化が課題である。
- この点に関する取組が充実している大学と、これから取組みを強化する大学などでグループ討議を行うことで、グッドプラクティス（好事例）の共有や横展開を図りたい。

9

テーマ2で議論して欲しいこと

- 総合診療科の臨床実習の実態に関するグッドプラクティス（好事例）について
- 学外で臨床実習を実施する場合の利点や問題点について
- 社会構造や時代の変化を踏まえて、これから求められる医師像から逆算して、医学教育にどのように反映させるか？
- コアカリに盛り込むべき基本的診療能力・総合診療的資質はどのようなものか？
- 構造化・体系化された地域医療実習が進まない要因や実施にあたっての課題、必要となる支援措置について
- 医療提供の階層性（超急性期・急性期・回復期・慢性期・住居・在宅）について
- 総合診療的資質について

テーマ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※について(趣旨)

- 令和3年5月28日に可決された医療法等の一部改正では、令和5年に共用試験を公的化するとともに、合格した学生は一定の水準が公的に担保されることから、臨床実習において医行為を行う、いわゆるStudent Doctorを法的に位置付けることとしている。また、令和7年から、共用試験の合格を国家試験の受験要件とすることを目指している。
- 本件を踏まえた上で、このグループ討論を、医学生の診療参加型臨床実習をどのように実質化するかについて具体的に検討する機会としたい。

※臨床実習における医業の法的位置付け

11

テーマ3で議論して欲しいこと

- 診療参加型臨床実習のグッドプラクティス（臨床実習を実践的・積極的な学びとしている事例）について
- どのような診療科でどのような役割を学生に任せるのか？
- 上記の内容を実施するための障壁は何か？またその対応策はどのようなものか？
- 共用試験公的化の動きを受けて、今後、臨床実習をより診療参加型に進めてしていく際に、新たに取り組もうと考えている内容や、その実施にあたっての障壁・課題

テーマ4：感染症教育について(趣旨)

- 令和4年度の医学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂において、感染症教育の内容を充実化させる予定であるが、実際にCOVID-19の診療に従事した現場の医療者の視点を大事にしたい。
- COVID-19を超えて、今後起こりうる新興・再興感染症に備え、学際的・国際的な連携の視点も含めながら、感染症教育を今後どのように充実化していくべきかについて議論を行いたい。

13

テーマ4で議論して欲しいこと

- 感染症教育のグッドプラクティスについて
- 現在行っている感染症教育の内容（現状）
- あるべき感染症教育の内容（理想）
- 現状と理想のギャップを埋めるにはどのようにすれば良いか？（誰が、何を、どのように教えるように変えていくべきか、具体的なその対応策まで）

14

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 グループ別名簿【医学】

◆テーマ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

グループA

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
A1	国立	弘 前 大 学	学務委員長	鬼 島 宏
A2	国立	筑 波 大 学	医学類副学類長	武 井 陽 介
A3	私立	聖 マリアンナ 医 科 大 学	医学教育文化部門医学教育研究分野准教授	望 月 篤
A4	私立	川 崎 医 科 大 学	学長補佐	守 田 吉 孝

モデレーター: 山本 さゆり(愛知医科大学)

グループB

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
B1	国立	東 京 医 科 歯 科 大 学	医学科長	秋 田 恵 一
B2	国立	新 潟 大 学	医学科学務委員会副委員長	竹 林 浩 秀
B3	国立	宮 崎 大 学	医学部副学部長(教務担当)	澤 口 朗
B4	私立	藤 田 医 科 大 学	臨床医学総論 教授	石 原 慎

モデレーター: 杉村 政樹(札幌医科大学)

グループC

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
C1	国立	秋 田 大 学	医学部長	尾 野 恭 一
C2	国立	山 口 大 学	医学部長	篠 田 晃
C3	国立	富 山 大 学	教務委員長	森 永 芳 智
C4	私立	自 治 医 科 大 学	教務委員長	藤 本 茂

モデレーター: 谷口 純一(熊本大学)

グループD

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
D1	国立	群 馬 大 学	医学部長	小 湊 慶 彦
D2	国立	香 川 大 学	教育センター長	横 平 政 直
D3	国立	高 知 大 学	医学部長	菅 沼 成 文
D4	私立	埼 玉 医 科 大 学	地域医学推進センター長	柴 崎 智 美

モデレーター: 田中 淳一(東北大学)

グループE

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
E1	国立	旭 川 医 科 大 学	教授	牧 野 雄 一
E2	国立	広 島 大 学	医学部長	粟 井 和 夫
E3	私立	近 畿 大 学	教学部長	赤 木 将 男
E4	私立	久 留 米 大 学	医学部長	矢 野 博 久

モデレーター: 木村 友和(文部科学省医学教育課アドバイザー)

◆テーマ2:総合診療科(総合診療的資質についても話し合うこと)の実習について

グループF

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
F1	国立	愛 媛 大 学	教授	茂 木 正 樹
F2	公立	札 幌 医 科 大 学	医学部副学部長(教務)	鈴 木 拓
F3	私立	昭 和 大 学	医学部長	小 風 暁
F4	私立	慶 應 義 塾 大 学	医学部長補佐	門 川 俊 明

モデレーター: 長谷川 仁志(秋田大学)

グループG

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
G1	国立	金 沢 大 学	副系長(教務)	山 本 靖 彦
G2	公立	和 歌 山 県 立 医 科 大 学	助教	森 めぐみ
G3	私立	東 京 慈 恵 会 医 科 大 学	教授	武 田 聡
G4	私立	日 本 医 科 大 学	医学部長	安 武 正 弘

モデレーター: 春田 淳志(慶應義塾大学)

グループH

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
H1	国立	鳥 取 大 学	医学部副学部長	尾 崎 米 厚
H2	私立	岩 手 医 科 大 学	教授	田 島 克 巳
H3	私立	杏 林 大 学	医学教育学教授	矢 島 知 治
H4	私立	帝 京 大 学	医学部長	川 村 雅 文

モデレーター: 石丸 裕康(天理よろづ相談所病院)

グループI

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
I1	国立	島 根 大 学	教授	藤 谷 昌 司
I2	私立	東 北 医 科 薬 科 大 学	教務委員会副委員長	太 田 伸 男
I3	私立	順 天 堂 大 学	医学教育学教授	富 木 裕 一
I4	私立	東 海 大 学	講師	津 田 万 里

モデレーター: 松島 加代子(長崎大学)

グループJ

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
J1	国立	滋 賀 医 科 大 学	医学・看護学教育センター 教授	向 所 賢 一
J2	私立	東 京 医 科 大 学	総合診療医学分野教授	平 山 陽 示
J3	私立	日 本 大 学	医学教育センター教授	日 臺 智 明
J4	私立	福 岡 大 学	医学教育推進講座主任教授	安 元 佐 和

モデレーター: 中村 順一(文部科学省医学教育課アドバイザー)

◆テーマ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
(臨床実習における医業の法的位置付け)について

グループK

No.	区分	大 学 名	役	職	氏 名
K1	国立	北 海 道 大 学	教務委員会委員長		本 間 明 宏
K2	国立	京 都 大 学	講師		山 本 憲
K3	私立	獨 協 医 科 大 学	教務部長		楯 靖
K4	私立	愛 知 医 科 大 学	教授		早 稲 田 勝 久

モデレーター:江頭 正人(東京大学)

グループL

No.	区分	大 学 名	役	職	氏 名
L1	国立	東 北 大 学	教授		石 井 誠 一
L2	国立	琉 球 大 学	医学研究科教授		高 山 千 利
L3	私立	東 邦 大 学	医学部長		盛 田 俊 介
L4	私立	産 業 医 科 大 学	医学教育改革推進センター長		浦 野 元

モデレーター:高橋 誠(北海道大学)

グループM

No.	区分	大 学 名	役	職	氏 名
M1	国立	千 葉 大 学	大学院医学研究院医学教育学講師		横 尾 英 孝
M2	国立	浜 松 医 科 大 学	副学長(教育改革担当)		梅 村 和 夫
M3	国立	岡 山 大 学	医学部長		豊 岡 伸 一
M4	私立	国 際 医 療 福 祉 大 学	主任教授		宮 崎 淳

モデレーター:山脇 正永(東京医科歯科大学)

グループN

No.	区分	大 学 名	役	職	氏 名
N1	国立	名 古 屋 大 学	呼吸器外科教授		芳 川 豊 史
N2	国立	徳 島 大 学	医学部長		赤 池 雅 史
N3	公立	横 浜 市 立 大 学	医学部長		寺 内 康 夫
N4	私立	関 西 医 科 大 学	教授		谷 崎 英 昭

モデレーター:田川 まさみ(鹿児島大学)

グループO

No.	区分	大 学 名	役	職	氏 名
O1	国立	山 梨 大 学	医学域長		平 田 修 司
O2	国立	鹿 児 島 大 学	教務委員会医学科部会長		下 堂 蘭 恵
O3	公立	奈 良 県 立 医 科 大 学	教育開発センター 教育教授		若 月 幸 平
O4	私立	北 里 大 学	教授		鈴 木 隆 浩

モデレーター:錦織 宏(名古屋大学)

グループP

No.	区分	大 学 名	役	職	氏 名
P1	国立	信 州 大 学	講師		森 淳 一 郎
P2	国立	大 阪 大 学	研究科長補佐		渡 部 健 二
P3	国立	熊 本 大 学	教育・教務委員長		門 岡 康 弘
P4	私立	東 京 女 子 医 科 大 学	医学部長		石 黒 直 子

モデレーター:山口 久美子(文部科学省医学教育課アドバイザー)

◆テーマ4:感染症教育について

グループQ

No.	区分	大 学 名	役	職	氏 名
Q1	国立	山 形 大 学	医学部副学部長		浅 尾 裕 信
Q2	国立	岐 阜 大 学	教務主任		永 井 宏 樹
Q3	国立	大 分 大 学	医学部長		山 岡 吉 生
Q4	公立	福 島 県 立 医 科 大 学	医学部教務委員会副委員長		西 田 満
Q1	私立	兵 庫 医 科 大 学	教務部長		石 戸 聡

モデレーター:中山 健夫(京都大学)

グループR

No.	区分	大 学 名	役	職	氏 名
R1	国立	東 京 大 学	医学部長		岡 部 繁 男
R2	国立	神 戸 大 学	教授		勝 二 郁 夫
R3	国立	長 崎 大 学	副医学部長		柳 原 克 紀
R4	公立	名 古 屋 市 立 大 学	医学研究科医学・医療教育学講師		植 田 典 浩

モデレーター:三原 弘(富山大学)

グループS

No.	区分	大 学 名	役	職	氏 名
S1	国立	福 井 大 学	副学部長		定 清 直
S2	国立	三 重 大 学	教務委員長		島 岡 要
S3	公立	大 阪 市 立 大 学	教務委員長		首 藤 太 一
S4	私立	金 沢 医 科 大 学	教務部長		上 田 善 道

モデレーター:鈴木 敬一郎(兵庫大学)

グループT

No.	区分	大 学 名	役	職	氏 名
T1	国立	九 州 大 学	教授		新 納 宏 昭
T2	国立	佐 賀 大 学	医学部附属地域医療科学教育研究センター長		小 田 康 友
T3	公立	京 都 府 立 医 科 大 学	教育センター長		天 谷 文 昌
T4	私立	大 阪 医 科 薬 科 大 学	医学部長		内 山 和 久

モデレーター:小川 良子(文部科学省医学教育課アドバイザー)

テーマ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

令和5年度以降の地域枠／臨時定員の在り方については、医師需給分科会において議論がなされているが、医師の地域および診療科偏在が解消されていないことから、「地域枠」の枠組み自体は、令和5年度以降も引き続き維持される見込みである。一方で、地域枠の学生や医師が地域枠を離脱しないよう、地域医療への意欲・関心の喚起やキャリア支援の充実や多様性の確保は、今後も各大学にとって課題となる。この点に関する取組が充実している大学と、これから取組みを強化する大学などでグループ討議を行うことで、グッドプラクティスの共有や横展開を狙う。

議論して欲しいこと（例）

- 地域枠学生のキャリア支援と都道府県との連携の実態に関するグッドプラクティスを共有する
- 地域医療のキャリアを積むことへの学部段階における意識づけ・動機づけの在り方（実施主体、医療機関や都道府県との連携など）
- キャリア形成プログラムに関する大学のコミットの在り方、地域枠医師のキャリアパスの多様化の在り方について
- 優秀な地域枠学生を集めるための工夫や都道府県との連携について
- キャリア支援を行う人材とその確保やファカルティ・ディベロップメントの方法について
- 診療科の偏在問題について

グループ A

グループA

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
A1	国立	弘 前 大 学	学務委員長	鬼 島 宏
A2	国立	筑 波 大 学	医学類副学類長	武 井 陽 介
A3	私立	聖マリアンナ医科大学	医学教育文化部門医学教育研究分野准教授	望 月 篤
A4	私立	川 崎 医 科 大 学	学長補佐	守 田 吉 孝

モデレーター:山本 さゆり(愛知医科大学)

1

グループ A

地域医療のキャリアを積むことへの学部段階における意識づけ・動機づけ キャリア形成プログラムへのコミットの在り方

弘前大学 定員112名→62名が地域枠（うち27名奨学金）県のキャリア形成プログラムで管理→入学時に誓約書
各学年で全員が参加：1年次地域ゼミナール（青森県について考える）、2年次地域医療入門、3年次地域検診、
4年次地域医療学、5年次県知事懇談会、6年次1か月地域医療機関ローテーション。

筑波大学 奨学金36名県内26名（10名全国）全国充足低い
卒後の科を限定していたがはずすことで増えた。全体にプログラムが各学年。
地域医療教育センター15か所 地域枠学生地域枠代表者会議個別面談

聖マリアンナ医科大学 定員115名中→奨学金 神奈川5名、静岡3～6名。各学年に地域医療に関するプログラムあり。

川崎医科大学 総合型選抜（中国四国地域出身者枠）含め地域枠約44名（うち静岡県枠10名、長崎県枠4名に奨学金）
1年次に地域医療を学ぶ選択科目講義、6年次に静岡・長崎県内病院で診療参加型臨床実習。県担当者との面談（年2回）

Good Practice

- ・学年の間になにがしかが必要か 低学年での基礎研究実習や見学型臨床実習を地域の大学・医療機関で実施するとよい。
- ・オープンキャンパス 地域医療でキャリアを積むことの意義を示す（裾野を広げる）。
- ・ネガティブなイメージ（？）を取り払う工夫
夢を持たせる。低学年で地域医療に従事する卒業生に講義をして頂いている。
卒業後の地域での医療義務は、一定期間は大病院で研修を含めたり、出産・育休期間も考慮されるとよい。
県担当者が学生ともっと関わって頂くことは大変意義がある（熱心にしてもらうと心を動かされる）。
県主催のワークショップや研修会は、時期について、大学と事前相談が望まれる。
- ・保護者への説明（女学生への配慮）卒業後の医療義務について、結婚等の事情がある場合、県と県で調整が可能となればよい。
- ・マッチングの支援 どの病院が可能なのか等、事前にもっと明確になっているとよい。
- ・高校生に対しての地域医療の見学 県によっては行っているところもある。

2

グループ B

グループB

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
B1	国立	東京医科歯科大学	医学科長	秋田 恵一
B2	国立	新潟大学	医学科学務委員会副委員長	竹林 浩秀
B3	国立	宮崎大学	医学部副学部長(教務担当)	澤口 朗
B4	私立	藤田医科大学	臨床医学総論 教授	石原 慎

モデレーター: 杉村 政樹(札幌医科大学)

1

地域枠学生のキャリア支援と都道府県との連携の実態に関するグッドプラクティスを共有する

グループ B

新潟: 夏季セミナー、地域枠+自治新潟組+順天新潟枠などと協働

地域枠の定義→9年義務組と将来県内でOKのタイプ(初期研修を関東で、の事例→地域枠学生への周知徹底)

入試区分→一般枠、地域枠

卒後の支援→学内に部署(地域医療担当の寄付講座)

キャリア説明会

宮崎: 今年度から、定員の40%を地域枠(A: 現役の宮崎県内卒業生(10名)、B: 2浪までの県内(15名)、C: 2浪までの全国(15名))

地域医療学の寄付講座が担当→ここが地域医療志向性に関する指導を実施している

離脱について: 奨学金なしの組で目立っていた(今回改善)、入試枠が違えば、離脱について契約違反なのでは?

センター試験の基準を調整して、一定のレベルを担保している

医科歯科: 臨時定員枠として4名が地域枠、茨城・長野2名ずつ、人数が少ないので、横のつながりが難しい、定員内になった場合、本当に必要なのか? 議論中

独自プログラムがあって、そこで特色あるプログラムを展開

藤田医科: 各大学で地域枠、藤田は10名、別枠入試、離脱しにくい(愛知県から1100万、大学から900万)、SSで2.5位高いようだ、県では、4大学地域枠+自治愛知組を集めた取り組みを行っている。大学では全学生に地域医療教育実施、地域実習も1か月実施、**地域枠学生に対しては、1-3年で住み込み実習1週間(毎年同じところ、1-2名、比較的僻地、診療所、1年地域のみ、2年シャドーイングなど・・・)**初めての卒業生が卒業、初期研修は藤田医大で行っている

2

グループ B

専門医取得に対する不安、博士取得に対する不安

社会人枠の大学院入学も義務年限に含む

- 大学院進学希望者に対して遠隔をうまく駆使する取り組み

3

グループ B

県の地域医療支援機構に大学分室、3名の教員を確保（宮崎）

寄付講座の設置、GPによる寄付講座→臨床能力の充実を目指す（新潟）

より多くの地域枠学生を抱える大学、県にお願いせざるを得ない部分はある

FDは定期的に実施している

4

グループ B

提案として

地域枠として考えられているのは、最前線の病院の医師が中心である。しかしながら、今回のコロナ禍で明らかになった、保健所業務や公衆衛生、基礎医学分野なども含めた医療インフラを支える人材の地域での定着ということについても考えていく必要がある。COVIDもあり、保健所業務等を通じて、地域における医療インフラの考え方について、より考えるべきなのでは？

5

(テーマ) 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

グループ B

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

地域医療志向性の醸成として

- 1-3年で住み込み実習1週間（毎年同じところ、1-2名ずつ、比較的僻地、診療所で）→1年:地域のみ、2年:シャドーイング、3年:診療所での実習を中心に・・・など
- 県と協働して、自大学・他大学の地域枠学生と一堂に会するセミナー・交流を行っている
- 奨学金なしの地域枠学生の離脱について問題あり（入学枠・入学後選択によって事情が異なる？）

②地域枠医師のキャリアパスの多様化の在り方について

- 専門医取得に対する不安、博士取得に対する不安に対し、社会人枠の大学院入学も義務年限に含む取り組み
- 大学院進学希望者に対して遠隔（リモート）をうまく駆使する取り組み

③診療科の偏在問題について

- COVID19流行をきっかけとして、保健所業務等についてもクローズアップされることとなった。地域における医療インフラへの人材配置についても視野に入れることも必要なのではないか考え方について、これまで以上に考えるべき（単なる地域医療計画にとどまらず）

④キャリア支援を行う人材とその確保について

- 県の地域医療支援機構に大学分室、3名の教員を確保
- 寄付講座の設置、GPIによる寄付講座→臨床能力の充実を目指す
- より多くの地域枠学生を抱える大学、県にお願いせざるを得ない部分はある

6

グループ C

グループC

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
C1	国立	秋 田 大 学	医学部長	尾 野 恭 一
C2	国立	山 口 大 学	医学部長	篠 田 晃
C3	国立	富 山 大 学	教務委員長	森 永 芳 智
C4	私立	自 治 医 科 大 学	教務委員長	藤 本 茂

モデレーター: 谷口 純一(熊本大学)

1

地域枠学生のキャリア支援と都道府県との連携の実態に関するグッドプラクティスを共有する

グループ C

秋田大学

- 2008年から始まり、既に150名以上の卒業生を排出している。これまでに離脱者は2名のみ。
- 県の事務局を大学内に置き、県と緊密に連携をとりながら地域枠学生のキャリア支援をおこなっている。
- 課題は、診療科の偏在と、研修が秋田市内に集中しがちな点。秋田市外の医療機関での勤務。

山口大学

- 地域枠には内枠、外枠、特別枠がある。外枠は15名、研究医枠5名。離脱者2～3名いたが、最近は無い。
- 県とは緊密に話をしている。現在県内に60名弱研修中。

富山大学

- 地域枠15名、特別枠10名を設けている。離脱は課題となっている。
- キャリア支援を充実させようと、新入生の歓迎会 勉強会を定期的で開催している。また、地域の先輩達に教えてもらう等の取組をおこなっている。
- 診療科の縛りの見直し 定期面談を学内教員と県担当者やっている

自治医科大学

- 年1～2名程の離脱者がいる。離脱の理由は、早く専門課程に行きたい、学位等の希望、等である。
- 各都道府県に働きかけ、専門プログラムを義務年限中に入れる様に依頼。
- たとえば福岡県では内科、総合診療の専門プログラムに入れるようになった。論文の支援体制を自治医大が行っている。

2

グループ C

秋田大学

- ・ 卒前教育においては、地域枠と非地域枠は特に区別せず、平等に扱っている。
- ・ 地域枠だけ特別にプログラムを組むなどの対応はおこなっていない。地域医療を地域枠学生にのみ任せる空気を避け、全ての学生に関わってほしいという観点からである。現在、この方針で運用していて特に問題は生じていない。

山口大学

- ・ 地域枠学生との面談はおこなっている。
- ・ 地域医療機関の見学を推奨している
- ・ 地域枠だからといって特別扱いはしていない。地域枠学生は入学時の成績が一般に比べて必ずしも高くないことは知られているので、地域枠を恥ずかしく思わない様になっている。地域枠以外も含め担当者つけている。

富山大学

- ・ 地域枠の学生を育てようと言う雰囲気を作っている。
- ・ 担当教員を全ての学生に6年間で継続して配置し、個別の関係性作りをしている。ただし、教員によって熱意に温度差があるので、その点が課題。面談にも同席。

自治医大

- ・ 6年間を通じて「地域医療学」の講義・実習を行っており、多くの時間をかけている。
- ・ 地域医療に触れる、重要性を実感させる様やっている。
- ・ モチベーションが下がる学生もいて、教員、学生同士でサポートしている。
- ・ 3年生の最後でstudent doctorを取得する。低学年のグループ、4-5年生の臨床実習グループ、（6年生の）学生同士の勉強会ごとに担当教員がそれぞれについて、支援と指導をおこなっている。

キャリア形成プログラムに関する大学のコミットの在り方、地域枠医師のキャリアパスの多様化の在り方について

グループ C

秋田大学

- ・ 地域枠学生のキャリア構成に対して、大学としては特に制約を設けてはおらず、学生の自由意志に任せている。ただ、その結果として、必要な診療科へ進む学生が少ないのが課題となっている。

山口大学

- ・ 専門診療科の限定化をしないようにしている。
- ・ 地域を強調し過ぎると、制度自体がシュリンクしそうなので、キャリア形成を多様化する様に教育している。例えば、海外留学を勧めているのもその一環である。

富山大学

- ・ 特別枠では、専門診療科をある程度限定している。
- ・ 通常の地域枠は、特に診療科の限定はおこなっていない。
- ・ 学生時代から、研究者を目指すための「研究医養成プログラム」もある。このプログラムで学んだ学生は、3年で学位を取得できることができ、学位を取りやすくしている
- ・ 学位を取っている者もいる（状況ははっきりしてないが）。

自治医大

- ・ 各県に対しての担当教員がいて、各県とコミュニケーションを取っている。
- ・ 問題は専門医プログラム。県によって状況に差があり、各々の事情によって選択枝は異なる。
- ・ 学位については、地域の指導医と大学の指導医が連絡を取り合い 学位習得のサポートをしている。

グループ C

秋田大学

- ・ 県と連携して高校生への医学研究や医療をアピールする啓発活動を行っている。地域枠を特化はしたのではない。

山口大学

- ・ 地域の高校生が大学の授業に参加する様な取り組みをおこなっている。地域枠を特化はしたのではない
- ・ 自治医大出身者とのコミュニケーションが低かったと課題に感じている。

富山大学

- ・ オープンキャンパスをおこなっている。地域枠を特化はしたのではない。
- ・ 受験の工夫 推薦枠 受験時は評価する

自治医大

- ・ 地域枠制度が始まってから他大学との併願が多くなっている。両方合格すると他大学に行く場合が多い。
- ・ 自治医大の特徴をわかってもらう動画の作成等、PR活動はやっている
- ・ 義務年限以降は、地域に残って地域医療に残る者、地元大学に進む者、自治医大の本体に戻って来る者、などいくつかのパターンがある。

5

グループ C

- ・ 秋田県では、どの専門医も不足しているのだが、中でも内科や外科などの診療科に進む若手医師が少ないのが問題となっている。近年、総合診療医を育成するGPが厚生労働省により進められており、地域枠から総合診療医を目指す若手医師を増やそうとしているが、まだ始まったばかりである。
- ・ 他の県でも、外科、内科とかが少なく、マイナー科に進む方が多い傾向にある。
- ・ 始めから総合診療に進む医師は少ない。やはり、サブスペが無いと難しいのではないかと。ただし、仮にサブスペを取得したとしても、どの時点で総合診療科に進むかそのタイミングが問題。
- ・ 富山大学では、診療科特定の地域枠がある。現在は、小児科、救急、麻酔科、総合診療科、外科がその対象となっている。→時代にマッチした専門家の修正が必要と見直し予定

6

グループ D

グループD

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
D1	国立	群 馬 大 学	医学部長	小 湊 慶 彦
D2	国立	香 川 大 学	教育センター長	横 平 政 直
D3	国立	高 知 大 学	医学部長	菅 沼 成 文
D4	私立	埼 玉 医 科 大 学	地域医学推進センター長	柴 崎 智 美

モデレーター: 田中 淳一(東北大学)

1

地域枠学生のキャリア支援と都道府県との連携の実態に関するグッドプラクティスを共有する

グループ D

医療支援の事務：3つの部署で対応、高知県・地域医療支援（大学内にある）、高知医療地域枠とアドバイザー（教授・若手教員）が入っている。

3つの担当者会議、医師の動向などを把握、配置などを検討している

地域枠が終了した後のことも検討。

学生には地域（僻地）での実習を用意している、家庭医道場 コロナではオンラインで対応、知事が地域枠の学生と対話の期間を設けている。

9年の義務、総合診療医のみではなく、専門科の選択

高知自体は医師不足にはならないが、高齢化・地域偏在の問題あり（高知大学）

キャリア形成・地域連携にあたっている。

ぐんま地域医療会議、地域医療研究・教育センターなどが対応

地域医療セミナーin群馬、数日型地域医療体験セミナー、地域医療体験セミナー、バスツアー

地域医療枠の情報交換、研修会

専任医師によるキャリア相談（座談会・グループ面談・個別面談）

ぐんま地域医療キャリアパス：大学院にも入ることができる

地域医療支援センター：高校などでリクルート。優秀な学生に声かけ

医師配置の適正化：（群馬大学）

2

グループD

(香川大学)

14名の地域枠 卒後10年間の県内就業義務

地域枠学生との県の交流(毎年)、ランチョンセミナー、医学部長と県の交流

地域医療スピリッツ: 地域枠以外の学生も参加可能。学生全体に地域医療を目指して欲しい

地域枠に特化した教育がまだ十分でない。

県外の学生が入学したあとに離脱、香川県内からのみの学生募集(香川出身学生はそもそも地元に残る学生が多い、効果?)

推奨する診療科になかなか進めない、推奨する診療科についてもメリットはなし。

高知大学: 推奨する診療科にいくと奨学金アップしている。

奨学金の返済のみで離脱可能(ペナルティーが軽いため、離脱抑制できていない)。

(埼玉医大)

地域枠学生: 課外プログラム; 埼玉の医療、学習会、説明会、懇親会

地域基盤型IPW実習(埼玉県内の大学と連携して実施している。)

地域枠学生は入学前のスクーリングで課題(地元自慢)に取り組んでもらっている

埼玉県総合医局機構 地域枠奨学金部門と地域医学推進室で、卒前・卒後で分担して対応。

埼玉県外の県内出身の医学生に対しても奨学金がある。その他、順天堂大学などにも枠あり。

キャリア支援: 県と相談しながら柔軟に運営している。

地域枠学生には、埼玉医大独自に奨学金を追加して経済的負担を軽減し、優秀な学生に志望してもらう工夫。

地域医療のキャリアを積むことへの学部段階における意識づけ・動機づけの在り方(実施主体、医療機関や都道府県との連携など)

グループD

(高知大学)

地域枠の学生; 初期臨床研修が他県で行うと病院にペナルティあり。専門研修でも同様

面接の際に上記のようなルールがあることを示している、

道義的な責任をもって守るように説明

特命医師の指名、キャリアについて伴走してもらうようにしている

コミュニティ(SEED)の作成

地域枠の修了生は、将来的に県内の中心的な医師となりますし、大学でのリーダーとなる可能性も十分にありますので、そのようなメッセージを入学前オープンキャンパス、入学時、在学中、卒業後にも出し続けています。期間中に海外留学、学位取得などの好事例も出てきています。

(群馬大学)

地域医療セミナー、バスツアーなど、自治医大の学生・群馬大医師などと話し合う場

(香川大学)

県の担当と学生および医学部長が話し合う場をつくっている。

入学時、地域枠の制度がよく分かっていない状態が問題。入学後、途中から地域枠に入るも一案か。

地域枠の学生にしっかり情報を伝えることが大事。

(埼玉医大)

地域枠のコミュニティの作成、入学時からの動機づけ

地域を知ることが大事

県と相談して、残りたくなるような仕組みをつくる

後期研修を指定地域の医療機関でも継続できるような調整をしている

グループ E

グループE

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
E1	国立	旭 川 医 科 大 学	教授	牧 野 雄 一
E2	国立	広 島 大 学	医学部長	粟 井 和 夫
E3	私立	近 畿 大 学	教学部長	赤 木 将 男
E4	私立	久 留 米 大 学	医学部長	矢 野 博 久

モデレーター:木村 友和(文部科学省医学教育課アドバイザー)

1

地域枠学生のキャリア支援と都道府県との連携の実態に関するグッドプラクティスを共有する

グループ E

- ・ 広島大学の事例
 - ・ 地域枠学生は卒業広島大学の医局へ入局を推奨
 - ・ 各専門プログラムで地域枠用のキャリア・研修プログラムを作成
 - ・ 県と協同でキャリア支援に取り組んでいる
- ・ 旭川医大の事例
 - ・ 初期研修、後期研修を旭川医科大学で実施する誓約書がある
 - ・ キャリア支援委員会での取り組み：メンター制度を作成
 - ・ メンター教員1人に対して各学年 学生2名
低学年から説明している（集団面接1/年、個人面談2回/年：支援委員会で情報共有）
- ・ 近畿大学の事例
 - ・ 教育センター設立（昨年） 地域医療教育部門
 - ・ 地域枠学生（44名/6学年）へのプログラム作成
年に8回の講義：府県の担当者も同席
大阪府、奈良県、和歌山、静岡の枠のため卒業後は戻る（多数の府県と協同）
- ・ 久留米大学の事例
 - ・ 県の地域枠 初期研修・後期研修は福岡県で実施すればよい（）
 - ・ 大学独自の地域枠 入局は久留米大学へ。（昨年は15名の離脱者あり）

2

グループ E

・地域枠離脱の問題

- ・地域枠のシステムが都道府県で異なる
- ・誓約書があるが効力を発揮しないことがある
（抜け道を上級生が教えてしまう）

<地域枠学生>（各学年）

旭川医大	52名（大学独自枠）
広島大	18名（県）
久留米大	25名（県、大学）
近畿大	12名（4府県、2021年4月入学者）

<対策>継続的な学生への動機付けが重要

- ・教員・上級生など面談（メンター制、学生の縦の連携）
- ・啓発事業（地域医療関連の研究会、勉強会など）
- ・キャリア支援（研修病院の調整・専門医のプログラム策定）
- ・大学・県の協力（都道府県の相違、整備）
- ・入学時からの継続

3

キャリア形成プログラムに関する大学のコミットの在り方、地域枠医師のキャリアパスの多様化の在り方について

グループ E

・キャリアパスの多様化のありかた・大学のコミットのありかた

旭川医大	各診療科でキャリアパスを作成し管理している
広島大	診療科で基幹病院と協力して考えていく（県とも協議）
近畿大	各県の方針に従ってもらうことになる（府県間で差がある：県主導の強弱あり）
久留米大	県特別枠は診療科が限定されている、大学独自枠：大学入局が決められている

（後期研修プログラムとしては作成できている様子）

初期研修医へのキャリアパス取り組みはあまりない

・キャリアパスの多様化

学生には総合診療科を推していたが、専門診療科もあるのではないか？という議論
（診療科偏在）

4

グループ E

(広島大学) 地域枠学生自体が集まって企画をする

- ・ 地域医療をどうするか
- ・ 弁当食べながら実施
- ・ 低学年必修・高学年選択
- ・ 合宿、セミナー

地域枠学生に対して 正課の時間では難しい (課外授業となっている)

テーマ2: 総合診療科(総合診療的資質についても話し合うこと)の実習について

高齢者の増加による合併症患者の増加、医療の担い手不足等の社会構造の変化や、医師偏在への対応等社会からの要請を踏まえると、ひとりひとりの医師の基本的診療の力の向上が重要であり、そのための教育の強化が課題である。この点に関する取組が充実している大学と、これから取組みを強化する大学などでグループ討議を行うことで、グッドプラクティスの共有や横展開を狙う。

1

議論して欲しいこと（例）

- 総合診療実習の実態に関するグッドプラクティスを共有する
- 学外で実習する場合の利点や問題点
- 社会構造や時代の変化を踏まえて、これから求められる医師像から逆算して医学教育にどのように反映させるかを議論する
- コアカリに盛り込むべき基本的診療能力・総合診療的資質はいかなるものか
- 構造化・体系化された地域医療実習が進まない要因や実施にあたっての課題、必要となる支援措置
- 医療提供の階層性（超急性期・急性期・回復期・慢性期・住居・在宅）について
- 総合診療的資質について

2

グループF

グループF

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
F1	国立	愛 媛 大 学	教授	茂 木 正 樹
F2	公立	札 幌 医 科 大 学	医学部副学部長(教務)	鈴 木 拓
F3	私立	昭 和 大 学	医学部長	小 風 暁
F4	私立	慶 應 義 塾 大 学	医学部長補佐	門 川 俊 明

モデレーター:長谷川 仁志(秋田大学)

1

グループF

総合診療実習の実態に関するグッドプラクティスを共有する

【各大学の事例】

- A大 地域医療学が総合的に地域で診療しているところで指導
出身地によっては、学生は興味がない感じになるのが課題である
- B大 地域医療総合医学講座の臨床実習 5年生 2週間 最終日に発表
6年生 3週間
昨年、教授が代わり、総合診療医学講座として再始動した。
地域医療に関する寄附講座との連携もはじまり、今後、リニューアルしていく
- C大 地域医療 外来診療
M5 クリニック M3と同じクリニックで、参加型の外来診療を行っている
- D大 地域医療=総合診療ではない。
2年前から総合診療科の臨床実習を2週間スタート
1週間学内の総合診療、1週間は都内の家庭医の先生のところ
特定機能病院である大学病院での総合診療科の立ち位置難しい
学外との連携重要である。
COVID19パンデミックにより中止。2学期から再開部分予定

- ・地域医療=総合診療ではなく、今後、内容の検討が必要である状況。
- ・本格的な医師=ロールモデルの存在が重要だがまだ少ない
- ・総合診療を教える体制づくりが重要。

2

グループF

- ・派遣先によって、指導者の指導力の差や実習内容の差がある。
- ・実習内容が専門診療科の内容になっている場合も多い。
- ・総合診療の本格的な教育者は少なく、今後、育てる必要がある。
- ・大学OBの方が熱心。食事を用意してくれるなど、負担かけている
- ・ボランティア的をお願いしている手前、なかなか細かく指導してと言えないのが現実である。
- ・指導をお願いする場合の謝金や肩書はどうしているか？
OBでなければ無料は厳しい。
本格的な総合診療の教育現場は少なく、各大学での取り合いになっている。
謝金の問題もあり、OBを含めても、なかなか教育現場の確保が厳しい。
120のクリニックのエントリーしてもらっているが、謝金ではなく、客員教授等の肩書で
お願いしている現状。プログラム評価委員会に参加してもらっている大学もある。

- ・ほとんどの大学において学内外で、総合診療を本格的に教える人材と体制づくりが必要な状況。
- ・卒前教育では、各分野も医師・医療の基本である総合的な部分を重視する必要があるのでは。

3

社会構造や時代の変化を踏まえて、これから求められる医師像から逆算して医学教育にどのように反映させるかを議論する

グループF

- ・本格的な総合診療実習をはじめの前は、総合診療科に進む学生は、各学年で1, 2名程度であったが、実習開始後に、明らかに増えそう。
- ・やはり、総合診療専門医の先生に指導いただく体制が重要である。
- ・学内では、教育センターで？
教育の場は、学外へ？
- ・AIの活用で効果的に教育していく必要性は高い。急務である。
- ・総合診療講座については、卒前教育全般を重視した体制を考えていく必要がある。
- ・地域枠への対応も必要。具体的にはこれから。

- ・さらなる高齢社会で総合診療的な診療能力は必須であり、経験値が上がると志望者も増えることが予想される。
- ・学内外で、総合診療を本格的に教える人材と体制づくりが必要な状況。
- ・卒前教育では、各分野でも医師・医療の基本である総合的な部分を重視する必要があるのでは。（前回コアカリから引き続き）

4

グループF

コアカりに盛り込むべき基本的診療能力・総合診療的資質には

- ・医師として必須の総合的な臨床能力の具体的なコアな内容
- ・いわゆる地域診断など、公衆衛生的・社会的な要素

がこれまで以上に明示され盛り込まれるべきでは。

5

構造化・体系化された地域医療実習が進まない要因や実施にあたっての課題、必要となる支援措置

グループF

学外実習

- ・学生の地域医療への興味によって取り組み方が、違ってくる現状がある。
- ・教える方も内容の詳細については各現場にお任せしている状況
1年から多職種連携行ってきたが、マンネリ化してきている現状もある。
- ・それぞれの病院での実習内容が、調査されていない、どの程度のことが経験できているのか、確認が必要である。
- ・地域枠は将来働く県で実習しているが、内容は詳細不明。
- ・ロールモデルとなる指導者は40歳前後と若い先生が多く、クリニックを開業していることが多く、学生を受け入れるキャパに問題があることがあり。
- ・学外実習＝マッチング対策と考える学生が多く、学生の評価は高い。受け入れる施設もマッチングのことを考えている。

- ・学生の地域医療への興味によって取り組み方が、違ってくる。
- ・学外実習は、マッチング対策で学生のモチベーションが上がるが、そうでない実習をどうするかが課題。
- ・地域医療実習の現状把握と、コアな内容の再確認が必要では。

6

グループF

- ・1年生 特養などの回復期1週間、3年生在宅医療など、階層を意識して実習を組んでいる
- ・低学年では、
 - ・慢性期・住居・在宅、高学年ほど超急性期・急性期など、やはり階層を考えて
 - ・施設によって、バランスよくできるところもある。
 - ・教育施設によって、内容にばらつきがある。

医療提供の階層性を意識して、6年間の実習をバランスよく組む必要がある。

7

グループF

これを修得するには、本格的な医師につくことが重要。
教育体制づくりが重要である。

8

グループ G

グループG

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
G1	国立	金 沢 大 学	副系長(教務)	山 本 靖 彦
G2	公立	和 歌 山 県 立 医 科 大 学	助教	森 めぐみ
G3	私立	東 京 慈 恵 会 医 科 大 学	教授	武 田 聡
G4	私立	日 本 医 科 大 学	医学部長	安 武 正 弘

モデレーター:春田 淳志(慶應義塾大学)

1

総合診療実習の実態に関するグッドプラクティスを共有する

グループ G

<p><大学の2週間の実習></p> <ul style="list-style-type: none"> ・大学病院での初診患者の臨床推論 ・救急での初診患者の臨床推論 <p>→診断プロセスを追うことができることが強み</p> <ul style="list-style-type: none"> ・幅広い対象のかたの内科によらない主訴に対応する救急と総合診療が統合されている ・問診、身体所見から救急において本命、穴などの臨床推論のトレーニングをしている 	<p>都市部</p> <p><協力医療機関での実習></p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域での外来・訪問診療：連携医療機関に1週間 ・本当のコモンの主訴がみられるようになっているのが難しい。 ・研修医には新潟には行ってでの地域医療などを体験させているが、学生にはできていない。
<ul style="list-style-type: none"> ・総合診療科がない大学病院でどのように臨床実習をしたらよいか？ <p>→学内では難しいが、選択実習で院外の実習（県内の公的病院など）での総合診療を選択できるようにしている</p> <ul style="list-style-type: none"> ・県立病院がないため、大学病院が県立病院の役割も担っている。そのため救急外来には幅広い症状の初診患者が来るが、あくまでも救急の実習のため、総合診療の観点での指導とは異なる 	<p>森1</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の病院では臨床面では協力・連携できる体制はとれている ・地域医療と総合診療が一緒になっている：40週/72週y1のコア・ローテーション臨床実習の4週間が地域の医療機関（僻地や市内、宿泊型もあり）で実習している。43を超える医療機関（クリニック、公立病院、複合施設）の協力の下、実習が成り立っている。 ・地域の医療機関の指導医に対しても、システムを整えて指導できるようにしている。

2

- y1 修正を入れた箇所になります。
yamamoto, 2021/07/19
- 森1 2つ目のパラグラフの内容を語弊のないよう修正しました。
森, 2021/07/21

コアカりに盛り込むべき基本的診療能力・総合診療的資質はいかなるものか

グループ G

望むべき総合診療的資質

- ・研修医になったときに、臨床現場でできるような能力・資質を重視したい
- ・喫緊に直面する高齢社会にむけて
→老年内科もカバーするようなことも総合診療には求められるのでは？
→大学には老年内科はないことも多い
- ・それぞれの科が求める総合診療に求める能力・資質は異なっている。
- ・内科が細分化されていることによって、総合的にみることが求められる背景があるのでは？

具体的な基本的診療能力

- ・臨床推論
- ・救急対応：子ども、妊婦、けがなどの初期対応など、広く対応できる場がある
- ・加齢と老化の講義
- ・在宅医療
- ・CGA
- ・実際の症例から学ぶ
- ・心不全、誤嚥性肺炎、尿路感染症など
(他科からはうちじゃない、と言われる疾患群)

グループ G

<Good Practice> 地域医療と総合診療が統合：48週/72週のコアローテーションの4週間地域の医療機関（能登半島の北、加賀南部など）で（時に宿泊しながら、無償で）実習している。150のうち43病院に協力していただき、実習してもらっている。

課題

- ・プライマリ・ケアや総合診療の定義が難しい
- ・低学年で高齢者施設等を見ても、臨床とつながらない
- ・カリキュラムが過密化している中で、+αの実習をするのが難しい

教える内容の再定義



それぞれの科が総合診療に求める能力・資質は異なっている

- ・臨床推論
- ・高齢者医療
- ・在宅医療
- ・遠隔医療・デジタル診療
- ・内科等だけでは不十分であれば、救急などでも実施可能
- ・高齢者の慢性疾患や健康問題の相談をどこで教育するのか？
- ・地域医療機関に行くことでその課題は克服できる

グループH

グループH

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
H1	国立	鳥 取 大 学	医学部副学部長	尾 崎 米 厚
H2	私立	岩 手 医 科 大 学	教授	田 島 克 巳
H3	私立	杏 林 大 学	医学教育学教授	矢 島 知 治
H4	私立	帝 京 大 学	医学部長	川 村 雅 文

モデレーター: 石丸 裕康(天理よろづ相談所病院)

1

総合診療実習の実態に関するグッドプラクティスを共有する

グループH

岩手医大のとりくみ

- ・5年生でのとりくみ 4週間最低あるいは8週 地域包括ケア～総合診療
- ・3年生研究室配属でステークホルダーへのアンケートと実地調査を行い、学生が地域医療実習のコンピテンシーを作成。
- ・学生から実習協力施設にコンピテンシーと方略例を説明。トライアルを6週間(80名)。
- ・地域包括ケアシステムが理解できるような内容。公民館での講演、予防接種などを健康活動を含む。
- ・トライアル(6週)→本実施(4~8週) やはり6週が必要。経験の保証。
- ・中核病院を中心にではなくサテライト病院を中心に実習を行っていく方向へ。

鳥取大学

- ・5年生の全員に総合診療に関する臨床実習4日間、6年生で希望あれば10人足らずであるが4週間地域医療実習を実施。受け入れ機関に地域医療講座の教員が派遣されており、診療の傍ら学生指導を担当。

杏林大学

- ・高齢診療科。臓器別でない診療。2週間は最低ローテーション。
- ・初療が重要なため学外実習を大幅に拡充すべく準備を進めたが、コロナ禍で実施に至っていない。

帝京大学

- ・都会の難しさ: さまざまな施設の経験、幅広い診療
- ・大学での運営の困難: ER, 総合診療、総合内科のすみわけの問題、スタッフのマンパワーの問題
- ・千葉県分院で地域医療実習

2

グループ H

岩手医大

学内だとどうしても疾患中心→学外での患者中心の視点

大学の金銭的負担。学外の負担に対する対価もなく、学外施設はボランティア。

大学から現地までの交通の便が悪いことも多く、また地域内での多施設実習になるため移動には自家用車必要。

鳥取大学

医学科4年では、全学生が2日間地域の医療機関を見学。医学科5年での地域医療実習の4日間は中山間地域(医局員勤務)において診療参加型実習が可能。学内の総合診療外来では、患者数が少なく、ベッドを持たない診療科なので教育効果が上がりにくい。

地域での実習は、意義が大きいですが手間暇がかかることが問題。→ここへの人的支援が必要

杏林大学

未診断の患者さんのファーストタッチによる学びは学外施設でないと得にくい。

学外で十分な実習枠を確保するのは容易でない。病院機能評価の項目や保険診療点数の調整、あるいは旧国立病院（学生1人1日の受け入れに対して5000円の実習費徴収が慣例）への働きかけなどを国が行なってもらえたら、医学生教育レベルが格段に向上することが期待される。

質の高い学外実習を行うには、大学教員と学外スタッフとの入念な打ち合わせが必要である。

3

総合診療的資質について

グループ H

全身をみる、初期診療の考え方（病歴と診察）、臨床推論

→実践の場としての学外での経験が必要

→大学病院でできないこと、外展開

→社会医学(法・制度の理解)など

地域包括ケアも含めたもの

- ・岩手県は医師不足。病院もそう多くない。土地が広大/広い守備範囲
- ・学生のうちに関心をもってほしい

患者さん広い視点で寄り添うマインド、貧困・社会格差

4

訴えたいこと

とくに訴えたいこと

- ・ なんらかのインセンティブが発生するような仕組み
- ・ 大学の定員削減をやめ、地域医療教育にあててほしい
- ・ 教育専従スタッフを大学の予算でできるとよい

グループ I

グループ I

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
I1	国立	島 根 大 学	教授	藤 谷 昌 司
I2	私立	東 北 医 科 薬 科 大 学	教務委員会副委員長	太 田 伸 男
I3	私立	順 天 堂 大 学	医学教育学教授	富 木 裕 一
I4	私立	東 海 大 学	講師	津 田 万 里

モデレーター: 松島 加代子(長崎大学)

1

総合診療実習の実態に関するグッドプラクティスを共有する

グループ I

- ・ 2021年度より総合診療科の実習を大学で開始
早朝回診 (7:30) 任意参加としている。入院患者を中心に回診。
患者さんと同じ目線で診療することを重視。学生の満足度も高い。
- ・ Slackでプライベートチャンネルをつくっている (任意)
連絡事項、質疑応答も。スライド共有なども。
コロナ禍で多く資料を共有した。
- ・ 6wと期間を長く設定して、多種の科や施設を提供してた。
- ・ 大学にもプライマリケア外来を設置
- ・ 他大学と連携 (自治医大系列のネットワークに依頼)

2

グループ1

【問題点】

- ・ 大学ではなかなか総合的にみせることは困難
附属病院は大学の延長にしかない。
- ・ 実習を総合診療科にまかせていいのか、マンパワーの問題
- ・ 学外での実習を円滑にするためには
オンラインでの情報共有の工夫などが必要
- ・ 遠隔診療（オンライン）の接遇を学ばせる必要がある
- ・ 交通手段の問題、宿泊費など財源がない

3

社会構造や時代の変化を踏まえて、これから求められる医師像から逆算して医学教育にどのように反映させるかを議論する

グループ1

- ・ 在宅・訪問医療の経験をしていくことが必要
- ・ 高齢化社会に対応できるよう、
社会復帰までの流れを実習、理解する
- ・ 多職種、介護施設などと連携し、包括ケアを学ぶ

4

グループI

- ・学修目標としては現H28版コアカリの総合診療科の項目で異議はない。

【資質として重視すべき点】

- ・地域包括ケアを理解する
(退院時の多職種カンファに参加するなど)
- ・多職種と円滑に連携するための
コミュニケーションスキルと人間性

5

グループI

【問題】

回復期以降、在宅にむけた教育が必要と考えているが実施しがたい

(実習をソーシャルワーカーに依頼して
頼ってしまったりして負担が偏っている)

6

グループI

- 地域包括ケアを実践する
（退院時の多職種カンファに参加するなど）
- 多職種と円滑に連携するための
コミュニケーションスキルと人間性

グループJ

グループJ

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
J1	国立	滋 賀 医 科 大 学	医学・看護学教育センター 教授	向 所 賢 一
J2	私立	東 京 医 科 大 学	総合診療医学分野教授	平 山 陽 示
J3	私立	日 本 大 学	医学教育センター教授	日 臺 智 明
J4	私立	福 岡 大 学	医学教育推進講座主任教授	安 元 佐 和

モデレーター: 中村 順一(文部科学省医学教育課アドバイザー)

1

総合診療実習の実態に関するグッドプラクティスを共有する

グループJ

(A大学)

- ・各科を1週間回った後に4週間で2名総合診療実習(ただし14名/年のみ)。密度が濃いので学生の人気が高い。
- ・総合診療科に限定していないが、複数の診療科に多岐にわたった地域医療実習を行っている。
- ・大学病院だとcommon diseaseを学生実習することが難しい。
- ・研修医の教育もしているため、学生の受け入れが難しい。

(B大学)

- ・5年生必修(1週間)ER(1次、2次)総合診療科が受け入れ、学生が医療面接、身体診察をしている。
- ・期間が短く、臨床推論の実習としては不十分である。
- ・在宅医療や地域医療が課題であるが、地域医療実習はコロナの影響で進んでいない。

(C大学)

- ・拠点病院が3つあり、近隣にあるクリニックや診療所に依頼して地域医療の実習を行っている。
- ・地域枠として11名選抜している。これらの学生については、低学年から地域医療実習を行っている。
- ・コロナ禍で実習ができないが、学内で課外実習(プライマリケア実習、症例検討)ができる工夫もしている。

(D大学)

- ・関連病院、特に研修医を募集している病院に6年生の総合診療実習を学生の希望で、大学内と学外を選択できる。
- ・関連病院からのオファーもある。
- ・総合診療を専門とするスタッフが足りず、大学内の教育体制が準備できていない。
- ・総合診療と地域医療の概念を実習運営のために再構成すると良いと思う。

2

テーマ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(臨床実習における医業の法的位置付け)について

令和3年5月28日に可決された医療法等の一部改正では、令和5年に共用試験を公的化するとともに、合格した学生は一定の水準が公的に担保されることから、臨床実習において医行為を行う、いわゆる Student Doctor を法的に位置付けることとしている。また、令和7年から、共用試験の合格を国家試験の受験要件とすることを目指している。今般の法改正の概要を厚生労働省から各大学へ説明するとともに、本件を踏まえて医学生の診療参加型臨床実習をどのように実質化するかについて、具体的に検討する機会とする。

1

議論して欲しいこと（例）

- 臨床実習を実践的・積極的な学びの機会としている事例について共有する
- どのような診療科でどのような役割を学生に任せるのか
- 上記の内容を実施するための障壁は何か、その対応策はどのようなものか
- 公的化を受けて、今後の診療参加型臨床実習を実施していく際に、新たに取り組もうと考えている内容や実施していくにあたっての障壁・課題

2

グループ K

グループK

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
K1	国立	北 海 道 大 学	教務委員会委員長	本 間 明 宏
K2	国立	京 都 大 学	講師	山 本 憲
K3	私立	獨 協 医 科 大 学	教務部長	楫 靖
K4	私立	愛 知 医 科 大 学	教授	早稲田 勝久

モデレーター:江頭 正人(東京大学)

1

グループ K

臨床実習を実践的・積極的な学びの機会としている事例について共有する

- ・ 内科・外科では 診療参加型
- ・ 診療科によっては患者を担当することが難しい場合も
- ・ 3Dモデルによる手術トレーニング
- ・ 担当医に学生をはりつけている
- ・ 臨床実習の最初に基幹実習を4週間X2（内科/外科）実施：共通資料（手技等の写真入り）を用いて、どの科でも同じ内容を教育できるように標準化を試みている
- ・ ワクチンの接種（学生同志、病院職員に対して）

2

グループK

どのような診療科でどのような役割を学生に任せるのか

- ・ 医療面接、身体診察
- ・ 多くの診療科で 外来での診療をいれるべき？
- ・ 学生の能力によって、任せられる役割が異なる？ある学生にはやらせて、別の学生にはさせないとなると、公平性に問題があるか？学生の前でレベルをチェックし納得させて取り入れる必要があるのでは
- ・ ログファイルに経験を記入させ分析し、プログラム改善に反映させる
- ・ 診療科ごとに必ず経験すべきことを設定する
- ・ 現在のコアカリの内容をすべて経験することは難しい？

3

グループK

上記の内容を実施するための障壁は何か、その対応策はどのようなものか

- ・ 患者の協力がえられにくい
- ・ 大学病院にはCommon diseaseが少ない
- ・ 学生のやる気に問題がある
- ・ 指導医が従来の指導法にこだわる → FDが重要
- ・ 教育に熱心でない指導医の存在

- ・ 指導医の臨床業務の負担が大きい
→ 屋根瓦教育体制の導入により、指導医の負担は軽減できるのでは？

4

グループK

公的化を受けて、今後の診療参加型臨床実習を実施していく際に、新たに取り組もうと考えている内容や実施していくにあたっての障壁・課題

- ・ 公的化を受けての具体的な取り組みは、まだ今後の検討課題
- ・ 現状でやらなければならないことからまず取り組む
- ・ 各科の臨床実習の中にOSCEをとりいれていく

グループL

グループL

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
L1	国立	東 北 大 学	教授	石 井 誠 一
L2	国立	琉 球 大 学	医学研究科教授	高 山 千 利
L3	私立	東 邦 大 学	医学部長	盛 田 俊 介
L4	私立	産 業 医 科 大 学	医学教育改革推進センター長	浦 野 元

モデレーター:高橋 誠(北海道大学)

1

どのような診療科でどのような役割を学生に任せるのか

グループL

実習は診療科任せ 診療科が割り振る役割を学生が行う
外科系は役割が比較的明確
学外病院は6年次選択実習が好ましいが、やはり診療科任せ

各診療科でやらせたいことをやらせている
学生をモニターする 到達度のチェック まだそこまでできていない
県立病院での実習 いろいろやらせてもらっているが、チェックまではできていない

(障壁) 到達度チェックは大変

診療科ごとの重複／漏れの問題
地域医療(学外病院・診療所)実習での診療参加型が進んでいない

診療科任せ、オーガナイズが難しい
e-Portfolioでのチェックに期待
学外病院が少なく一次医療に触れる機会に乏しい

2

グループL

診療参加型の推進にあたって

学修成果の可視化

- ポートフォリオの導入
- 学生による実習内容評価

有害事象への対応

- 医行為を行う学生の責任／大学の責任

教員間での共通理解が困難

- どこまでの医行為を学生にさせるか？ その条件は？
- 昔なからの教員（特に学外の指導医）

FD/SDが重要

- 教員の教育参加の推進には教育業績評価が重要

国試改革が重要！

3

臨床実習を実践的・積極的な学びの機会としている事例について共有する

グループL

（東北大）

学生による診療科評価を教員間で共有→グッドプラクティスを共有
診療科によっては教育専任教員が置かれている

（琉球大）

県立病院 総合診療 診療参加型の推進
臨床実習のしおり 診療科ごとのやるべき医行為を明確化したい でもどこまでさせていいの？

（東邦大）

3年次学年末にPre共用試験 4年次に見学型＋検査／シミュレーション教育を十分に実施
5年次診療参加型 40週 学生の到達度チェック→次の診療科への申し送り でもまだ不十分

（産業医科大）

4年次1月から（新カリ）臨床実習 なるべく診療参加型を推奨 本格的には6年次の2ヶ月
今年度よりe-Portfolioを導入

4

グループ M

グループM

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
M1	国立	千 葉 大 学	大学院医学研究院医学教育学講師	横 尾 英 孝
M2	国立	浜 松 医 科 大 学	副学長(教育改革担当)	梅 村 和 夫
M3	国立	岡 山 大 学	医学部長	豊 岡 伸 一
M4	私立	国 際 医 療 福 祉 大 学	主任教授	宮 崎 淳

モデレーター: 山脇 正永(東京医科歯科大学)

1

1. 臨床実習を実践的・積極的な学びの機会としている事例について共有する

★グループ M

国際医療福祉大

- ・医学生のワクチン接種（異議あり）

岡山大

- ・M5が学生・職員等にワクチン接種を数年前より行っている
- ・初診の病歴聴取、外科手技を積極的にしている

千葉大

- ・教育に特化したアテンディング（教育担当教員、教育エフォート50%以上）を配置
- ・診療科を超えた教員同士が教育内容について情報共有する機会がある

浜松医大

- ・学生にweekly summaryを書かせて、カンファでディスカッションしている

2

2. どのような診療科でどのような役割を学生に任せるのか

★グループ M

3. 上記の内容を実施するための障壁は何か、その対応策はどのようなものか
4. 公的化を受けて、今後の診療参加型臨床実習を実施していく際に、新たに取り組もうと考えている内容や実施していくにあたっての障壁・課題

千葉大

- ・リクルートの側面がある、細かいマニアックな内容、他科が何を教えているか分からない
- ・シミュレーション教育は実習開始前に1か月程度している

浜松医大

- ・医行為について診療科間の連携と事前のシミュレーション教育が課題
- ・医行為に対する（賠償）保険も課題
- ・公文書としての学生カルテの位置づけが課題→公的・法的な議論が必要

岡山大

- ・student Drの医行為について患者さんの理解・広報と診療科側の理解が必要（IC・トラブル予防）
- ・学生の手技等の到達度としてstudent logを利用している（学生と共に開発、Moodleベース）

国際医療福祉大

- ・個別同意特に外科的手技などこまでやってよいかを検討の最中
- ・今後の「学生カルテ」の電子カルテでの位置づけ（オーダーできてしまう等）
- ・CC-EPOC導入について、負担が増えない運用が必要

グループ N

グループN

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
N1	国立	名 古 屋 大 学	呼吸器外科教授	芳 川 豊 史
N2	国立	徳 島 大 学	医学部長	赤 池 雅 史
N3	公立	横 浜 市 立 大 学	医学部長	寺 内 康 夫
N4	私立	関 西 医 科 大 学	教授	谷 崎 英 昭

モデレーター：田川 まさみ(鹿児島大学)

1

臨床実習を実践的・積極的な学びの機会としている事例について共有する

グループ N

- 電子カルテ端末の整備、シミュレーショントレーニングとの併用、内科では実際の患者を受け持つて診察・カルテ記載・プレゼンを行う。
- プログラムの実践のため、教育担当者を決めて、指導を担う。
- 学生による積極性の差異への対応。
- 指導者側（診療科、指導者個人）の意欲、温度の濃淡への対応
 - 指導者、講座（診療科）の表彰（インセンティブ）：学生によるノミネート（学習者の視点から教育を評価する）
- 海外に学びの場を広げ、学生の意欲を引き出す。
- 実践の場を増やす：期間の延長（68週）
- 学生評価
 - 360度評価：看護師、患者からの態度評価（形成的評価）ナラティブなコメント
 - 学生が実践の場で実習することが前提 病棟・外来での態度を看護師視線で
 - 看護師と医学生が関わりを持つ重要性
- 教育のための資源
 - 事前学習：オンデマンドビデオ

2

どのような診療科でどのような役割を学生に任せるのか

グループ N

- 内科系
 - 患者診療：医療面接、身体診察、推論、診療録
 - どうしてもレポート、試問・面接試験に比重が行きがち
 - チームとしての参画
 - 入院～退院までを担当
- 外科系
 - 手術の見学／鉤持ち、ガーゼだし、糸切り、縫合
 - 内視鏡手術の場合は、見えない、長時間の手術→興味を持たせるように、指導者が解説
- 産科
 - 当直
- 小児科
- 課題：
 - コアカリ EPAs 患者診療への参加、指導監督が必要、実施できるための教育プログラム（例）IC、申し送り、医療安全
 - 患者の同意：協力が得られない、同意文書を書面で取る、さらに口頭同意／包括・個別
 - 国家試験勉強重視になりがち
 - COVID-19 どこまで患者と関わって良いか
 - 患者（疾患、病態）偏り

3

上記の内容を実施するための障壁は何か、その対応策はどのようなものか

グループ N

1. 学習者評価
2. 臨床実習前の教育の見直し、安全教育
3. チーム医療への参画を促す、看護師等医療職の協力
4. シームレスの教育・研修であることを明確に伝える
 - a. 教育していないEPAsの項目への対応

4

グループ 0

グループ0

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
01	国立	山 梨 大 学	医学域長	平 田 修 司
02	国立	鹿 児 島 大 学	教務委員会医学科部会長	下 堂 蘭 恵
03	公立	奈 良 県 立 医 科 大 学	教育開発センター 教育教授	若 月 幸 平
04	私立	北 里 大 学	教授	鈴 木 隆 浩

モデレーター: 錦織 宏(名古屋大学)

1

臨床実習を実践的・積極的な学びの機会としている事例について共有する

グループ 0

- ・ 包括同意と個別同意について、全診療科共通および各診療科毎に医学生ができることを基準にまとめた。
- ・ カルテ記載について、学生の記載内容を修正することが改ざんに当たらないかどうか？
- ・ 今後、医学生が記載する内容は公式なカルテ記録となるのかどうかについて、検討が必要ではないか？

2

グループ〇

- ・リハビリテーション科
侵襲があまりないという特徴があり、今もICFに基づいて医学生が患者さんの評価をしっかりと行っている
- ・消化器外科
全身麻酔下なので縫合などの手術処置を少し手伝ってもらったりはしている。今後、術後管理はやれるのでは？
- ・血液内科
採血ひとつにしても何か問題が起きた時の対応が大変。
同意書は今後、不要になるのか？

3

グループ〇

- ・これまで同意書を取るのが大変だったので、学生が医行為を行うことが法的化されたことはありがたい。
- ・国民に対して今回のStudent Doctorの法的化の件を周知してもらいたい。大々的に広報してはどうか？
- ・今後、医師免許はどのような位置づけになっていくのだろうか？

4

グループ0

- ・ Student Doctorは医師であるということがコンセンサスになれば、研修医と同じレベルの内容をやってもらえる。 もちろん指導医はきちんと監督する（これは今の初期臨床研修医も同じ）
- ・ 屋根瓦方式の指導体制を作っていく
- ・ 各診療科でユニットを作って長期間担当患者さんを診ることができるようにしたい。学生にPHSを持たせたい
- ・ 今回の法的化で学生が医行為も含めて診療参加型臨床実習ができるようになったら、初期臨床研修の期間は短縮できるのではないか？

5

その他、WS後に出た意見

- 診療参加型とするために、重要な診療科（内科，外科，精神科，総合診療科/家庭医学，産婦人科，小児科）以外の診療科の実習も選択制として1診療科あたりの実習期間を最低4週間とする。
- 指導内容においてStudent doctorと初期研修医の区別をどのように行うか。
- 患者数が限られているため、症例の取り合いにならないか。
- 屋根瓦式に指導する場合、医学生への技能の担保をどうするか。（初期研修医の技能レベルの底上げ？）
- 学内での評価方法の統一と評価の実施の徹底（CC-EPOCの使用検討）
- 学外実習病院の拡充による学生の分散
- Student doctorの国民への周知の徹底（コマーシャル）

6

グループP

グループP

No.	区分	大学名	役職	氏名
P1	国立	信州大学	講師 司会	森 淳一郎
P2	国立	大阪大学	研究科長補佐	渡部 健二
P3	国立	熊本大学	教育・教務委員長	門岡 康弘
P4	私立	東京女子医科大学	医学部長 発表者	石黒 直子

モデレーター: 山口 久美子 (文部科学省医学教育課アドバイザー)

(東京医科歯科大学 統合教育機構 講師)

1

上記の内容を実施するための障壁は何か、その対応策はどのようなものか

グループP

- ・ 学生がいなくても困らない診療現場にどのように学生を入れるか
R5の「診療参加型実習の学生が医行為を認められる」を機会にHPで広報
(皮膚科から他科への) 往診に共に行く、
学生を研修医の補助につける (×学生の数が圧倒的に多い)
研修医と同じように扱う
- ・ 働き方改革、どこまで医員に任せるか
医局内の負担を平等にするよう心がける、1人を疲弊させない
- ・ 同意取得の困難：欧米はとってない、コアカリーに厳しく書いてある→**コアカリーを変える!**
包括同意+個別同意
病院の入り口に書いてある、入院時に口頭で説明してカルテ記載
個別同意を取ることは煩雑で非常に困難、書面で取らないといけない?
- ・ 患者さんの安全 (情報開示の時) : カルテは診療用と学生用と分けている
学生用カルテは承認しない、開示もしない
認証したうえで開示する
- ・ 学生ごとのレベル差
- ・ 診療科 (精神科、産婦人科)

2

グループP：評価方法でブースト！

A大学：

2年間の後半1年間は県内の病院、外来で余裕がある→予診を取ってもらう
参加型でないといけない方法で評価することを企画

B大学：

44週の診療参加、臨床実習のスタートから診療参加型を入れている
(学生が受け持ち1人と小人数、急変時には呼ばれない)
医員に教育の負担を増やすと働き方改革として負担が多すぎる
教員は原則ベッドサイドに入っていない→チームにならない
評価：発表をしているか、カルテを記載しているか

C大学：

病歴聴取、身体所見の取得、学生用カルテ記載&チェック、まず治療方針を立てさせる、
1年次からの地域医療実習があり指導者間は研修等でレベルの向上を図る
評価：ログブックを活用、mini-CEXが難しい科もある

D大学：

全診療科においてmini-CEXを義務付けている、4週間実習が基本
病歴聴取などの実践は行われており、今後より充実させていく。

3

どのような診療科でどのような役割を学生に任せるのか

グループP

A大学

入院から退院まで、を目標に。

B大学

患者さんの様子を観察、検査結果があれば確認、して報告する。

C大学

一通りの手技を経験させる。

ログブック：手技がベース

D大学

内科・外科・総合診療科：病歴聴取・身体診察・検査結果の解釈・鑑別診断を挙げる
緊急度が高いもの・インフォームドコンセントを得るなどは難しい

学生がいなくても進むことのなかにどれくらい学生を入れることができるか？
任せられない学生もいる、実習前の教育をどれくらい充実させるか。

4

公的化を受けて、今後の診療参加型臨床実習を実施していく際に、新たに取り組もうと考えている内容や実施していくにあたっての障壁・課題

グループP

本内容については、時間がなく議論ができなかったため、内容記載なし。

A大学
B大学
C大学
D大学

テーマ4: 感染症教育について

令和4年度のモデル・コア・カリキュラムの改訂において、どのような教育を追加すべきか今後検討を行っていく予定であるが、実際に COVID-19 の対応を行った大学など、現場のニーズも踏まえた議論を行う。COVID-19 の流行もさることながら、今後起こりうる新興・再興感染症に備え、学際的・国際的な連携が必要となるであろう感染症教育に、今後どのように対応していくべきかについて議論を行う。

1

議論して欲しいこと（例）

- 感染症教育の実態に関するグッドプラクティスを共有する
- 現在行っている感染症教育の内容（現状）
- あるべき感染症教育の内容（理想）
- 現状と理想のギャップを埋めるにはどのようにすれば良いか（誰が、何を、どのように教えるように変えていくべきか、その対応策）

2

グループ Q

グループQ

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
Q1	国立	山 形 大 学	医学部副学部長	浅 尾 裕 信
Q2	国立	岐 阜 大 学	教務主任	永 井 宏 樹
Q3	国立	大 分 大 学	医学部長	山 岡 吉 生
Q4	公立	福 島 県 立 医 科 大 学	医学部教務委員会副委員長	西 田 満
Q1	私立	兵 庫 医 科 大 学	教務部長	石 戸 聡

モデレーター:中山 健夫(京都大学)

1

感染症教育の実態に関するグッドプラクティスを共有する★

グループ Q

大分 今年の10月 グローバル×ローカル 「グローバル感染症研究センター」立ち上げ 将来は共同研究(教育)拠点 ゲノム解析も可能なセンター (概算要求中)

山形 「全身疾患学」 中身は課題・いろいろな先生が来られるので、まとまった感じは今後の課題

岐阜 県から感染症の寄付講座の設置 卒前教育への参加も期待している

福島 「全身疾患学」を目指したい 全身の視点で教えることが必要、人材が課題

兵庫 国家試験対策に力 基礎レベルでのTBL 病原体学・免疫学・病理学 疾患メカニズムから教育を広げる COVID-19は良い教材 学生モチベーションも上がる 臨床との連携が次のステップ

2

グループ Q

大分 臓器別カリキュラム充実 基礎医学：多岐分野 微生物、感染予防（寄生虫）・環境予防医学、免疫が独立、学年も別・・・ COVID19現状、遺伝子解析・・・からイントロ 横のつながりが課題（内視鏡→公衆衛生、感染症疫学も担当）

山形 基礎：感染症学講座単独 臨床：各臨床科がそれぞれ講義、3-4年生にかけて全身疾患学、感染症学の先生がメイン、それぞれの担当の先生が10数名が分担。 基礎・臨床連携

岐阜 臨床：臓器別 基礎：2年生 病原体学（細菌、ウイルス、真菌）、寄生虫学（免疫）、社会医学：感染症疫学は教えられていない。疫学研究者にも尋ねたけれども人がいない。

福島医大 基礎：微生物（免疫学 基礎よりの教育） 臓器別：3年生で各臨床科で2-3コマ。感染制御学（アウトブレイク、耐性菌、5コマほど） 体系的な「感染症コース」に向けて検討中

3

グループ Q

感染症だから 1-6年、いろいろなものを つなげられる

PCR 各県でもできる 迅速に対応 基礎から臨床～（社会）シームレスな教育

大分 学生配属 3か月研究没頭できる時期 3年制OSCE後

山形 臨床の感染症対策医師に基礎講義にも参加していただく仕組み 微生物の細かい仕組みについての程度教育すべきか、もう少し臨床につなげていく教育が必要と感じる 基礎⇔臨床

岐阜 大きなフレームワーク、big picture の学習 人類の歴史におけるパンデミック 繰り返し起こる、なぜか？ 抗菌薬 耐性菌（コアカリーに書かれているか？） 出現させないためにはどうしたらよいか。将来に向けて教えていく。医療者即戦力教育 に加えて、バックボーンとなる思考の柱を作っていく

福島 生態系 ワンヘルス（医学部では視点が限られている） グローバルな視点の教育 これまで少なかった 感染症に関わる倫理的教育も必要

兵庫 基礎・臨床の繋がり 「試験に出す」ことで学生の意識付け。サイエンティストとしては「研究費」の現状については、いろいろ課題を感じる。学生へポジティブなメッセージを伝えられるように、研究者への環境の整備・支援を期待。

4

現状と理想のギャップを埋めるにはどのようにすれば良いか（誰が、何を、どのように教えるように変えていくべきか、その対応策）★

グループ Q

基礎 ⇔ 臨床 それぞれの先生方が講義で協力し合う形

浅尾 協力体制が大切！

永井 基礎講義で臨床医の先生のお話 感染症疫学にもトライ

西田 兵庫医大の T B L を検討したい！

石戸 T B L 教員1人でも可能 I T サポーター 問題・テーマを臨床医と練るのが今後の課題

グループR

グループR

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
R1	国立	東 京 大 学	医学部長	岡 部 繁 男
R2	国立	神 戸 大 学	教授	勝 二 郁 夫
R3	国立	長 崎 大 学	副医学部長	柳 原 克 紀
R4	公立	名 古 屋 市 立 大 学	医学研究科医学・医療教育学講師	植 田 典 浩

モデレーター:三原 弘(富山大学)

1

グループR感染症教育 発表用

現状

- ・基礎と臨床がそれぞれで講義 教員が順々に講義
- ・教育すべき内容と教員の専門性が必ずしも一致していない
- ・教員が少ない

理想

- ・教員が少なくとも基本的知識、基本的実技を完全修得できるシステムが存在
- ・デジタル教育コンテンツの充実化と共有化が理想

ベストプラクティス

- ・医学生だけでも訓練できる感染症学修コンテンツ
感染症模擬診療を医学生1人が医師、1名が模擬患者となり訓練する
感染症基本的診療手技を動画で提供し視聴してから練習し、自分の実施を撮影記録する
- ・VR動画を撮影して視聴させる(例:PPE着脱など)
- ・厚生科研(河北班)のデジタルコンテンツを増強する(例:感染症を含める)
- ・ケースカンファレンス

具体的にどうするか

- ・学修すべき内容をしぼる
- ・感染症学修用の共用デジタルコンテンツを作成、共有する

2

グループ R

模擬診療をピア評価できる教材
基本的診療手技は動画を撮影して学生がそれを観ながら練習させる。
オンラインシミュレーションソフト Body interact
非常に良いが高額 年間650万円以上

VR PPE着脱 を作成している

河北班の厚生科研のデジタルコンテンツに感染症を含めて共有する

3

現在行っている感染症教育の内容（現状）

グループ R

基礎と臨床がそれぞれで講義 スタッフが順々に講義
教員が交代すると基礎と臨床の連携関係を再構築
教員の最新研究テーマが、教育すべきテーマと必ずしも一致していない
感染症学講座と感染制御部の2つある
講義中心になっている
感染症に強い施設はスタッフが充実しており、それぞれのスタッフの強い内容の教育は充実している
ケーススタディーを中心にグループワークを進める
臨床感染症・感染症疫学のスタッフが少ない

4

グループ R

臨床感染症のスタッフが少なくとも基本的知識、基本的実技が練習できるシステム
感染症の基本的な知識は修得されることが重要（それを越える部分は必ずしも不要では）
例えば、基本的な診察手技、コロナワクチンの筋肉注射など基本的なことを全員できるように

デジタルコンテンツの共有化を充実化させるのが理想

5

現状と理想のギャップを埋めるにはどのようにすれば良いか（誰が、何を、どのように教えるように変えていくべきか、その対応策）

グループ R

時間、スタッフは限られているので絞る
例えば、学年100名に筋肉注射の練習をさせ、必ずできるようにするにはどうしたらよいか
感染症の学生意欲は高い

各大学で学習教材を作るのではなく、共用コンテンツを作るのがよいのではないか

コロナを学生に担当させることは難しい。

6

グループ S

グループS

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
S1	国立	福 井 大 学	副学部長	定 清 直
S2	国立	三 重 大 学	教務委員長	島 岡 要
S3	公立	大 阪 市 立 大 学	教務委員長	首 藤 太 一
S4	私立	金 沢 医 科 大 学	教務部長	上 田 善 道

モデレーター:鈴木 敬一郎(兵庫大学)

1

現在行っている感染症教育の内容 (現状)

グループ S

全学年 (医学・看護) : 各講座の枠を超えて感染症教育のオンライン教育ミニシンポ (感染症、看護、救急など) (三重大)

特色あるカリキュラム : 1年医学入門 (感染症) 2年感染症実習 (PCRなど) (福井大)

武漢大学と交流 留学生を通じて支援を考える
英語しか話せないコロナの患者さんが来たらどうするか。教育プログラム (金沢医大)

学年、職種を超えて実習 : 問診、感染防御、検査、診療 (大阪市大)

2

現状と理想のギャップを埋めるにはどのようにすれば良いか（誰が、何を、どのように教えるように変えていくべきか、その対応策）

グループS **ギャップ：コロナ禍だからこそ学べることがあった筈なのに、学生は病院に立ち入れない ★**

新しい内容を入れていくためにはマンパワー必要→

内容の吟味と既存の資源をつないで活用する必要（三重）

ワクチン接種 5, 6年95%、1-4年60%

方策：教育の責任者がコロナ対策会議に出席

オンライン診療を教えるカリキュラムが必要

基礎と臨床の融合、社会医学の視点、症例をもつての学修、電子化された教材の必要性（VRの利用、学会で共通教材の作成）（福井）

ワクチン接種：上級生：ほぼ全員 下級生：1回目終了 推定2割未接種

方策：コロナ対策会議への教育責任者出席、臨床現場からのフィードバック、感染症寄付講座の設置、臨床現場のビデオ撮影

学生の保護、患者へ感染させない配慮：コロナ患者に接触できない

可能なら厳重な対策をもって実際の患者に接触する必要、あるいはVR利用（金沢）

ワクチン接種 5, 6年 アレルギー以外ほぼ全員 下級生：1回目終了

方策：Zoomを用いた患者さんのインタビュー、診察、外来のシステム構築→臨床（特に重症例）の理解が得にくい

ワクチン接種を1つのブレイクスルーにして実際の診療へ参加させられないか。（大阪市大）

学生特に低学年にとって「他人事」になりやすい、これを防ぐため現場のリアルな状況を体感させる。 3

グループ T

グループ T

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名
T1	国立	九 州 大 学	教授	新 納 宏 昭
T2	国立	佐 賀 大 学	医学部附属地域医療科学教育研究センター長	小 田 康 友
T3	公立	京 都 府 立 医 科 大 学	教育センター長	天 谷 文 昌
T4	私立	大 阪 医 科 薬 科 大 学	医学部長	内 山 和 久

モデレーター:小川 良子(文部科学省医学教育課アドバイザー)

1

グループ T

発表まとめ

【感染症教育の今後の課題】

- ・ **基礎・臨床・社会（公衆衛生）を統括した一環した教育の必要性**を感じる
低学年の知識学習から高学年の臨床の場での学習までの一貫性
大学、保健所、病院、診療所のようにいろいろな場が教育に必要
どうすれば診療科や教室、施設を超えた教育の場が作れるか
学習者のモチベーションの維持
また、**既知の知識の育成だけでなく、「未知の疾病や病原体」に挑んで問題解決できる力を感染症の教育を通して教育したい。**どうすればいいのか試行錯誤している。
最新研究のテーマも学生に教えていき、学生のリサーチマインドも育てたい
→学問的興味から臨床への応用のできる学生の育成
- ・ 現在のSARS-CoV-2感染拡大は貴重な学習機会であると感じる反面、感染対策や安全確保の観点から学生教育につなげられていないと思っている。（現場の余裕がない）
学生を感染病棟などの場に参画させることが難しい現状の中、**リアリティのあるシミュレーション教育の必要性を感じている。グッドプラクティスにあったVRシミュレーションもいいと思う**
パンデミック感染がある中で、学生に対してどのように教育するか
感染対策と教育方法 → 学生に行動変容をどうすれば起こせるか
体感からの学習の機会だが、教育者のマンパワーが足りない
感染症チームが忙しくて教育にマンパワーがさけない（働き方改革問題、診療報酬の低さもある）
- ・ 学生だけではなく**医療者全体の**感染症への意識の高まりと教育が必要。臨床研修、専攻分野に関わらず全専₂門研修医などの教育を進め、**横断的に誰でもできる感染症診療の底上げが必要だ**と思う。

グループ T

現在行っている感染症教育の内容（現状）

・佐賀大学

2年生までに基礎医学

3, 4年感染症の基礎+感染症UNITをもうけた実習+臨床技能（問診、診察、手技、手洗い等）

基礎と臨床実践とのつながりの強化が課題

臨床は疾患ベース（TBL、CBL等）Commonな疾患（インフルエンザなど）が逆に抜けている

・京都府立医科大学

ウィルス学、微生物学 → 臨床

臨床側が「感染症」という視点での一環した教育が課題（疾患ごと、診療科ごとにそれぞれやっている）

COVID19後はオンライン教育を強化した（講義）臨床実習前にPPEの手技などを強化した

・大阪医科薬科大学

2年生基礎医学 3, 4年はTBL（3年生の臨床医学の学習の最初に感染症をいれている）

基礎と臨床をつなぐようなポジションに感染症を考えている

社会医学との連携としても感染症の視点で統合型のコースを立ち上げている

新規感染症を念頭にペーパーシミュレーションしている。

多臓器障害、合併症、院内感染などを念頭にCCの前にシミュレーションしている

手技としてはグラム染色を試験にしている

・九州大学

3年生を対象に講義・実習。感染免疫、臨床科目として総合内科の中の感染症チーム+小児科+病院総合診療科など診療科をこえて感染症専門医同士のつながりを作っている

感染制御部を発展させてグローバル感染症センターをつくった（2011年頃）多職種チーム。

院内感染や耐性菌、パンデミックなど幅広い感染症を扱う。CCの学生がこのセンターで実習する。（1日）

e-learningを使って、高学年を対象に学習させている。PPEなどの手技実習。感染症の研修会。

あるべき感染症教育の内容（理想）

グループ T

- ・卒業までに何ができるようになっているべきかの目標設定が難しい。
- ・一通りやっているつもりだが、振り返ると何が必要で何か欠けているかの設定が必要だと感じている
- ・感染症という観点で一環した流れをどうつくるか
- ・パンデミック感染がある中で、学生に対してどのように教育するか
感染対策と教育方法 → 学生に行動変容をどうすれば起こせるか
- ・**基礎・臨床・社会（公衆衛生）を統括した教育の必要性**を感じる
大学、保健所、病院、診療所のようにいろいろな場が教育に必要
どうすれば診療科や教室、施設を超えた教育の場が作れるか
学習者のモチベーションの維持
- ・既知の知識の育成だけでなく、「未知の疾病や病原体」に挑んで問題解決できる力を感染症の教育を通して教育したい。どうすればいいのか試行錯誤している。
- ・現在のSARS-CoV-2感染拡大は貴重な学習機会であるとを感じる反面、感染対策や安全確保の観点から学生教育につなげられていないと思っている。（現場の余裕がない）
リアリティのあるシミュレーション教育の必要性を感じている。
グッドプラクティスにあったVRシミュレーションもいいと思う
- ・体感からの学習の機会だが、教育者のマンパワーが足りない
感染症チームが忙しくて教育にマンパワーがさけない（働き方改革問題もある）
- ・最新研究のテーマも学生に教えていき、学生のリサーチマインドも育てたい
→学問的興味から臨床への応用のできる学生の育成