

令和6年度文部科学省委託事業

大学における医療人養成の在り方に関する調査研究委託事業

診療参加型臨床実習の充実を目的とした 指導医養成プログラムの開発と展開

令和6年度事業成果報告書

令和7年3月

事業責任者

一般社団法人 日本医学教育評価機構

奈良 信雄



緒 言

本報告書の刊行にあたって

医学部の主な使命は、国民から信頼される良質な医師を養成して国民の健康維持・増進に貢献するとともに、今後の医学・医療の向上に寄与する研究活動を展開して成果を上げることにある。これらの使命を達成するために、各医学部では、医学教育モデル・コア・カリキュラムを組み入れた教育プログラムを実施し、医学生教育を行っている。

日本医学教育評価機構（Japan Accreditation Council for Medical Education: JACME）は、2015 年発足以来、世界医学教育連盟（World Federation for Medical Education）の国際基準に基づいて各医学部の教育プログラム実施状況を評価し、国際基準に適合しているかどうか認定してきた。その目的は、各医学部で実践されている特色ある取り組みや成果を確認し、一方では改善が求められる事項を取り上げ、当該医学部に助言するとともに評価結果を公表し、全国レベルでの医学部教育を改善し、向上させることにある。2024 年までに全 82 医学部の評価を行って認定し、さらに 2 巡目の評価が進行中である。

JACME の評価事業を通じて、わが国における医学部教育の長所・短所が抽出された。たとえば、長所として、それぞれの医学部が目指す使命を明確にし、かつアドミSSION・ポリシー、カリキュラム・ポリシー、ディプロマ・ポリシーを設定して、学生に卒業時点で求められる資質・能力（コンピテンス、コンピテンシー）を確実に修得できるようにカリキュラムが構築され、教育が実践されている。多様な入学者選抜を行って医師として有望な学生を入学させ、教員が熱意をもって指導している点もあげられる。一方で、短所として、卒後研修に直結できるだけの資質・能力を十分に涵養するための診療参加型臨床実習が、期間、内容共に十分であるとは言えない。学生に対する形成的評価も十分とは言えない。また、教育活動全般に関する学生の積極的参加や、教育プログラムの評価に基づく教育プログラム開発などの点にも課題が残されている。

とくに臨床実習は、アメリカやカナダ等に比べて、実習期間が短く、かつ実習内容も見学型が中心で、真に“診療参加型”とよべるような教育体系になっていない。臨床実習現場での学生評価にも課題がある。

本事業では、とくに診療参加型臨床実習の充実を目指し、調査研究を行った。国内外の医学部における優れた診療参加型臨床実習を調査して、望まれる診療参加型臨床実習を提案するとともに、臨床実習に大きな役割を果たす臨床実習指導医のあり方について考察を進めた。

目 次

緒言 報告書の刊行にあたって	1
第1章 事業の概要	
1. 事業の目的	3
2. 事業の期間	4
3. 本事業の実施体制	4
4. 事業実施計画	4
第2章 調査実施報告	
1. 臨床実習における医学生の医行為実施状況（悉皆調査）	5
2. 国内医学部における診療参加型臨床実習の現状	15
3. 海外医学部における臨床実習の現状	44
4. 海外医学部における臨床実習指導医としての体験	58
5. 海外で臨床実習を体験した学生へのアンケート調査	64
6. 臨床実習に協力している模擬患者に対するアンケート調査	75
第3章 調査結果に基づく診療参加型臨床実習のあり方に関する考察	
1. 診療参加型臨床実習の目的	81
2. 臨床実習期間	81
3. 臨床実習内容	81
4. 臨床実習指導体制	82
5. 学生評価	82
第4章 臨床実習指導医の資格認定制度（案）	83
第5章 診療参加型臨床実習の改善に向けた提言	84
結語	85

第 1 章 事業の概要

1. 事業の目的

臨床能力に優れ、国民から信頼される良質の医師を養成して社会に輩出するためには、充実した診療参加型臨床実習の実践が不可欠である。しかしながら、日本医学教育評価機構（JACME）が全 82 医学部を対象とした医学教育評価の結果をみると、充実した診療参加型臨床実習が実践されて成果をあげている医学部はきわめて少ないことが指摘される（奈良信雄：「日本医学教育評価機構による医学教育評価－1 巡目評価の総括と今後の展開」、医学教育 56 巻 2025 年、印刷中）。

わが国で診療参加型臨床実習が十分に根付いていない要因には下記のようなものが考えられる。

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

これらの課題の多くは、実習指導医が診療参加型臨床実習の目的・意義・内容・成果を十分に理解した上で臨床実習を指導しさえすれば、解決できると考えられる。臨床実習指導医が発想を転換し、見学型主体の臨床実習ではなく、診療参加型臨床実習を積極的に推進すれば、臨床実習の成果は向上し、臨床能力に優れ、国民から信頼される医師を輩出できるものと思われる。

診療参加型臨床実習を導入し、実践することには指導医や医療スタッフへの負担が大きい。しかし、ひとたび診療参加型臨床実習が軌道に乗れば、医学生の臨床能力が確実に向上し、医療チームの一員として医療業務を分担して遂行できることになり、結果的には診療に伴う指導医や医療スタッフの負担軽減にもつながって「医師の働き方改革」にも対応できる点が少なくないと考えられる。

したがって、診療参加型臨床実習を指導する指導医の資質・能力を高めることが、わが国における診療参加型臨床実習を実質化して成果をあげるための喫緊の解決策と言える。

そこで、本調査研究では、診療参加型臨床実習を確実に指導できる教員、臨床実習施設の指導医、臨床実習を支援する医療スタッフや職員に対する養成プログラムを開発し、全国医学部、関連医療施設等に普及させて、診療参加型臨床実習を充実させることを目的とする。

具体的な計画として、国内医学部や関連病院で実践されている先進事例を詳細に調査して分析するとともに、アメリカ、カナダなど、先駆的な診療参加型臨床実習を実践している海外医学部を訪問調査し、診療参加型臨床実習の内容、成果、課題、さらに指導医をどのように養成しているかを研究する。また、海外で臨床実習を受けてきた医学部学生にアンケート調査を行い、海外医学部での臨床実習の実状について聞き取り調査を実施する。

以上の活動を通じて指導能力に優れた臨床実習指導医を養成して全国医学部における診療参加型臨床実習の充実を推進し、もって医学部教育の質を向上させて臨床能力に優れた医師の養成を目指す。そして国民の健康維持、増進に貢献し、社会からの信頼を得るようにする。

2. 事業の期間 令和6年9月19日～令和7年3月31日

3. 本事業の実施体制

事業責任者	日本医学教育評価機構常勤理事	奈良信雄
研究分担者	大学改革支援・学位授与機構特任教授	鈴木利哉
	順天堂大学医学部教授	富木裕一
	東京慈恵会医科大学医学部教授	中村真理子
	東京科学大学医学部教授	山脇正永

4. 事業実施計画

① 国内医学部における診療参加型臨床実習の調査（悉皆調査を含む）

JACME で評価を行ってきた医学部教育プログラムを解析し、充実した診療参加型臨床実習を実践している医学部、関連病医院进行訪問調査し、学生、教職員から聞き取り調査を行い、診療参加型実習の現況、指導医養成法、課題、指導医の業績評価等を調査研究する。また、医師以外の看護師、臨床検査技師などの診療参加型臨床実習への参加状況についても調査研究する。

なお、診療参加型臨床実習では学生の医行為の実施が重要になる。現況でどのような医行為がどの程度実施されているかを把握することは重要な課題になる。そこで、全医学生並びに指導教員を対象に、医行為の実施状況についての悉皆調査を行う。平成30年に厚労省で同様な悉皆調査が実施されており、比較の意味でも悉皆調査を行い、解析する。

② 海外医学部における診療参加型臨床実習の調査

アメリカ、カナダなど、先進的な診療参加型臨床実習を実践している医学部を訪問調査し、診療参加型臨床実習の実情と指導医養成について研究する。

また、海外の医学部で臨床実習を受けた医学部学生にアンケート調査を行い、海外医学部での臨床実習の実状を確認する。

③ 国民の立場から見て求められる医師の資質・能力の調査研究

医療を提供される患者側の立場から、どのような資質・能力を医師に期待するかを調査し、診療参加型臨床実習のプログラムに組み入れる。模擬患者からの意見を聴取する。

④ 診療参加型臨床実習のあり方考察

国内外の調査研究や学生、模擬患者等の意見を踏まえて、わが国の現状にあった診療参加型臨床実習のあり方を考察する。具体的には、臨床実習の内容、学生の評価、実習を効果的に行うための指導医のあり方、並びに指導医の motivation を高めるための待遇等について考察する。

⑤ 研究成果の公表

以上の調査研究の成果を解析して報告書に取りまとめ、文部科学省、厚生労働省、全国医学部、関連教育施設等に配付する。

第2章 調査実施報告

1. 臨床実習における医学生の医行為実施状況(悉皆調査)

全医学部の6年生を対象に、2024年12月末日までに実施した医行為についてアンケート調査を行った。また、教員を対象に、学生が経験すべき医行為についての質問も実施した。全国医学部に調査を依頼し、全学生と教員代表にIDとパスワードを配布して、スマートフォン等で回答してもらった。

調査項目は、平成29年度厚生労働行政推進調査事業補助金「医学部の臨床実習において実施可能な医行為の研究報告書」(<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000341168.pdf>)における調査結果を比較検討することを目的に、必要性が低いものを除いて基本的には調査対象とした。

それに加え、「医学教育モデル・コア・カリキュラム(令和4年改訂版)」

(https://www.mext.go.jp/content/20240220_mxt_igaku-000028108_01.pdf)、

全国医療系大学間共用試験実施評価機構(CATO)が提示している「学修評価項目」

(<https://www.cato.or.jp/>)、

および厚生労働省の「臨床研修到達目標」

(<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/keii/030818/030818b.html>)

も加味してなるべく多くの調査項目を設定した。

調査の時期は、臨床実習が終了していることを考慮し、2024年12月末日締め切りとした。さらに、大学附属病院だけでなく、学外の関連病院でも経験した医行為も含めた。

悉皆調査の主な目的は、各医学部、関連施設で実施されている実習内容を確認し、学生が経験している医行為の現状を把握することによって課題を見出し、臨床実習の改善・向上につなげることにある。

1) 学生に対するアンケート調査結果

① 質問形式

学生に対し、「臨床実習開始から終了時点までに、それぞれの実習内容について実施の有無と経験内容」について、

「1. 指導医の指導・監視のもと実施した」

「2. 指導医の実施の介助または見学を行った」

「3. シミュレータでのみ実施した(学生同士での実施も含む)」

「4. いずれも行わなかった」

の4選択肢から回答してもらい、集計し解析した。

また、「1.指導医の指導・監視のもと実施した」を選択した場合には、指導医の指導・監視のもとであれば「次回以降も自信をもってできる」か、「次回以降は自信をもってできない」かの追加質問を行った。

② 解析数

対象学生数：9,636名

有効回答数：3,818名(有効回答率：40%)

③ 調査した経験実習内容

Part A. 診察技法

1. 成人患者に医療面接（問診）
2. 小児患者に医療面接（問診）
3. バイタルサインチェック
4. 成人の基本的診察（視診・触診・打診・聴診）
5. 成人の基本的診察（神経学的診察）
6. 高齢者の診察(高齢者総合機能評価)
7. 小児の診察
8. 直腸診察
9. 前立腺触診
10. 乳房診察
11. 妊婦の診察
12. 基本的な婦人科診察
13. 精神面の診察
14. 日常生活動作の評価
15. 診療記録記載
16. 医師にプレゼンテーション
17. 診療計画の作成
18. 患者・家族への病状の説明

Part B. 治療法

1. 治療計画の立案
2. 処方箋の下書き
3. 処方薬（内服薬、注射、点滴等）のオーダー（下書き）
4. 食事指示
5. 安静度指示
6. 健康教育
7. 各種診断書・紹介状・検案書・証明書の作成（下書き）
8. 精神療法
9. 作業療法
10. 理学療法
11. 言語聴覚療法
12. 分娩介助
13. 酸素投与量の調節
14. 緩和ケア
15. 臨終の立会い
16. インシデント報告

Part C. 検査手技等

1. 末梢血塗抹標本作製と検鏡
2. 簡易血糖測定
3. 尿検査（試験紙法と尿沈渣検査）
4. 便潜血検査
5. 喀痰採取とグラム染色・検鏡
6. 咽頭ぬぐい液の採取と病原体抗原迅速検査（COVID-19、インフルエンザウイルス等）
7. 妊娠反応検査
8. 血液型判定
9. 交差適合試験
10. 脳波検査
11. 筋電図検査
12. 超音波検査（心）
13. 超音波検査（腹部）
14. 臨床判断のための簡易エコー（含 FAST）
15. 視力・視野検査
16. 眼球に直接触れる検査
17. 聴力検査
18. 平衡機能検査
19. 呼吸機能検査（肺活量等）
20. 直腸鏡、肛門鏡
21. アレルギー検査（塗布）
22. 発達テスト、知能テスト、心理テスト
23. 心電図検査
24. 経皮的酸素飽和度モニター
25. 血液ガス分析
26. 耳鏡検査
27. 鼻鏡検査
28. 眼底鏡検査
29. 上部消化管内視鏡検査
30. 下部消化管内視鏡検査
31. 消化管造影検査
32. 気管支鏡検査
33. 血管内造影検査
34. 嚥下造影検査

Part D. 基本的手技等

1. 皮膚消毒
2. ガーゼ交換
3. 包帯法
4. 外用薬の貼付・塗布
5. 気道内吸引
6. ネブライザー
7. ギプス巻き
8. 静脈採血
9. 耳朶・指先採血（小児科を除く）
10. 小児からの採血
11. 末梢静脈確保
12. 胃管挿入・抜去と管理
13. 尿道カテーテル挿入・抜去と管理
14. 浣腸
15. 注射（皮下・皮内・筋肉）
16. 注射（静脈内）
17. 中心静脈カテーテル挿入
18. 動脈採血
19. 予防接種
20. スタンダード・プリコーション
21. カニニューレ交換

Part E. 外科手技等

1. 清潔操作
2. 手指消毒
3. ガウンテクニック
4. 縫合
5. 抜糸
6. 止血処置
7. 創傷処置
8. 熱傷処置
9. ドレーン・チューブ類の管理
10. 膿瘍切開、排膿
11. 嚢胞・膿瘍穿刺（体表）
12. 固定など道具を用いた整形外科的保存療法
13. 手術助手
14. 定型的な術前・術後管理の指示

Part F. アドバンスト手技

1. 腰椎穿刺
2. 胸腔穿刺
3. 腹腔穿刺
4. 局所麻酔
5. 挿管を伴う全身麻酔

Part G. 救急手技等

1. 外傷の初期対応の補助
2. アナフィラキシーショックの対応補助
3. ショックの治療
4. 頻度の高い救急疾患の初期治療
5. 胸骨圧迫
6. 除細動
7. AED
8. 気道確保
9. バッグ・バルブ・マスクを用いた人工呼吸
10. 気管挿管
11. 圧迫止血

④ 解析結果

以下の表に、全回答数に占める選択数の割合をパーセントで表示する。

	「指導医の指導下で実施した」を選択した医行為について次回以降も自信を持ってできる	指導医の指導・監視のもと実施した（次回以降も自信をもってできない）	指導医の実施の介助または見学を行った	シミュレータでのみ実施した	いずれも行わなかった
PartA. 診察技法の実施経験					
1. 成人患者に医療面接(問診)	78%	9%	11%	2%	1%
2. 小児患者に医療面接(問診)	23%	9%	45%	9%	14%
3. バイタルサインチェック	64%	6%	21%	8%	2%
4. 成人の基本的診察(視診・触診・打診・聴診)	67%	12%	16%	4%	1%
5. 成人の基本的診察(神経学的診察)	53%	21%	19%	5%	2%
6. 高齢者の診察(高齢者総合機能評価)	33%	13%	33%	4%	16%
7. 小児の診察	24%	14%	46%	8%	8%
8. 直腸診察	16%	6%	20%	34%	22%
9. 前立腺触診	14%	5%	17%	33%	32%
10. 乳房診察	9%	4%	21%	25%	42%
11. 妊婦の診察	12%	6%	53%	11%	18%
12. 基本的な婦人科診察	11%	6%	58%	11%	14%
13. 精神面の診察	27%	13%	47%	3%	10%
14. 日常生活動作の評価	25%	5%	40%	6%	24%
15. 診療記録記載	76%	11%	10%	2%	1%
16. 医師にプレゼンテーション	77%	16%	6%	1%	1%
17. 診療計画の作成	28%	12%	39%	3%	18%
18. 患者・家族への病状の説明	12%	3%	69%	4%	12%
PartB. 治療法の実施経験					
1. 治療計画の立案	16%	8%	56%	4%	16%
2. 処方箋の下書き	7%	3%	32%	6%	52%
3. 処方薬(内服薬、注射、点滴等)のオーダー（下書き）	7%	4%	39%	5%	44%
4. 食事指示	6%	2%	43%	5%	45%
5. 安静度指示	6%	1%	39%	4%	50%
6. 健康教育	9%	2%	48%	4%	37%
7. 各種診断書・紹介状・検案書・証明書の作成	7%	3%	44%	8%	38%
8. 精神療法	6%	3%	49%	4%	37%
9. 作業療法	8%	3%	59%	5%	25%
10. 理学療法	7%	3%	64%	4%	22%
11. 言語聴覚療法	6%	1%	53%	4%	35%
12. 分娩介助	7%	3%	62%	6%	22%
13. 酸素投与量の調節	12%	4%	51%	5%	29%
14. 緩和ケア	6%	2%	56%	3%	32%
15. 臨終の立会い	9%	4%	32%	3%	53%
16. インシデント報告	5%	1%	17%	4%	73%
PartC. 検査手技等の実施経験					
1. 末梢血塗抹標本作製と検鏡	14%	12%	40%	8%	25%
2. 簡易血糖測定	33%	3%	32%	13%	18%
3. 尿検査(試験紙法と尿沈渣検査)	16%	5%	36%	10%	34%
4. 便潜血検査	7%	2%	26%	6%	60%

	「指導医の指導下で実施した」を選択した医行為について次回以降も自信を持ってできる	指導医の指導・監視のもと実施した（次回以降も自信をもてできない）	指導医の実施の介助または見学を行った	シミュレーターでのみ実施した	いずれも行わなかった
5. 喀痰採取とグラム染色・検鏡	15%	7%	36%	8%	34%
6. 咽頭ぬぐい液の採取と病原体抗原迅速検査（COVID-19、インフルエンザウイルス等）	19%	2%	41%	10%	27%
7. 妊娠反応検査	5%	1%	17%	4%	73%
8. 血液型判定	18%	9%	21%	17%	36%
9. 交差適合試験	15%	8%	21%	16%	40%
10. 脳波検査	7%	3%	44%	8%	38%
11. 筋電図検査	7%	4%	46%	11%	32%
12. 超音波検査（心）	28%	19%	36%	12%	5%
13. 超音波検査（腹部）	32%	19%	33%	12%	4%
14. 臨床判断のための簡易エコー（含 FAST）	20%	7%	36%	16%	21%
15. 視力・視野検査	15%	6%	41%	21%	17%
16. 眼球に直接触れる検査	5%	2%	29%	10%	53%
17. 聴力検査	10%	5%	34%	21%	30%
18. 平衡機能検査	8%	4%	32%	16%	41%
19. 呼吸機能検査（肺活量等）	10%	4%	35%	17%	34%
20. 直腸鏡、肛門鏡	5%	2%	25%	12%	57%
21. アレルギー検査（塗布）	8%	3%	29%	10%	50%
22. 発達テスト、知能テスト、心理テスト	9%	4%	32%	14%	42%
23. 心電図検査	47%	4%	30%	12%	6%
24. 経皮的酸素飽和度モニター	62%	2%	23%	7%	6%
25. 血液ガス分析	29%	8%	46%	5%	12%
26. 耳鏡検査	10%	4%	35%	31%	20%
27. 鼻鏡検査	8%	4%	37%	23%	29%
28. 眼底鏡検査	10%	6%	36%	30%	18%
29. 上部消化管内視鏡検査	6%	3%	73%	12%	6%
30. 下部消化管内視鏡検査	5%	2%	73%	10%	11%
31. 消化管造影検査	4%	1%	59%	5%	32%
32. 気管支鏡検査	6%	2%	72%	7%	13%
33. 血管内造影検査	5%	1%	75%	4%	15%
34. 嚥下造影検査	5%	1%	56%	4%	34%

Part D. 基本的手技等の実施経験

1. 皮膚消毒	71%	3%	20%	3%	3%
2. ガーゼ交換	38%	6%	44%	3%	9%
3. 包帯法	20%	6%	46%	11%	18%
4. 外用薬の貼付・塗布	28%	2%	49%	4%	17%
5. 気道内吸引	13%	3%	56%	5%	23%
6. ネブライザー	6%	1%	50%	5%	36%
7. ギプス巻き	12%	5%	36%	22%	25%
8. 静脈採血	39%	12%	28%	16%	5%
9. 耳朶・指先採血（小児科を除く）	7%	2%	33%	5%	53%
10. 小児からの採血	8%	4%	54%	5%	28%
11. 末梢静脈確保	26%	10%	45%	9%	10%
12. 胃管挿入・抜去と管理	15%	8%	51%	5%	20%
13. 尿道カテーテル挿入・抜去と管理	37%	11%	38%	6%	8%
14. 浣腸	5%	1%	28%	5%	62%

	「指導医の指導下で実施した」を選択した医行為について次回以降も自信を持ってできる	指導医の指導・監視のもと実施した（次回以降も自信をもてできない）	指導医の実施の介助または見学を行った	シミュレータでのみ実施した	いずれも行わなかった
15. 注射（皮下・皮内・筋肉）	19%	6%	50%	8%	16%
16. 注射（静脈内）	12%	3%	57%	7%	20%
17. 中心静脈カテーテル挿入	5%	2%	71%	6%	17%
18. 動脈採血	17%	8%	56%	5%	14%
19. 予防接種	15%	3%	49%	5%	28%
20. スタンダード・プリコーション	37%	2%	29%	4%	27%
21. カニューレ交換	7%	2%	53%	4%	34%

PartE. 外科手技等の実施経験

1. 清潔操作	80%	5%	12%	2%	1%
2. 手指消毒	86%	3%	9%	2%	1%
3. ガウンテクニック	86%	3%	8%	2%	1%
4. 縫合	54%	26%	14%	4%	1%
5. 抜糸	50%	12%	28%	5%	5%
6. 止血処置	24%	9%	51%	4%	12%
7. 創傷処置	17%	7%	57%	4%	15%
8. 熱傷処置	8%	4%	44%	4%	40%
9. ドレーン・チューブ類の管理	12%	5%	66%	3%	13%
10. 膿瘍切開、排膿	7%	2%	55%	3%	34%
11. 嚢胞・膿瘍穿刺（体表）	6%	1%	46%	3%	43%
12. 固定など道具を用いた整形外科的保存療	7%	2%	54%	7%	29%
13. 手術助手	39%	21%	32%	3%	5%
14. 定型的な術前・術後管理の指示	8%	3%	68%	3%	18%

PartF. アドバンスト手技の実施経験

1. 腰椎穿刺	6%	3%	70%	11%	10%
2. 胸腔穿刺	4%	2%	56%	7%	31%
3. 腹腔穿刺	4%	1%	47%	6%	43%
4. 局所麻酔	11%	5%	70%	4%	10%
5. 挿管を伴う全身麻酔	7%	5%	75%	5%	9%

PartG. 救急手技等の実施経験

1. 外傷の初期対応の補助	15%	5%	58%	6%	16%
2. アナフィラキシーショックの対応補助	6%	1%	36%	13%	44%
3. ショックの治療	5%	2%	52%	9%	31%
4. 頻度の高い救急疾患の初期治療	8%	3%	63%	7%	18%
5. 胸骨圧迫	30%	3%	33%	27%	7%
6. 除細動	9%	2%	46%	32%	11%
7. AED	9%	1%	36%	45%	9%
8. 気道確保	14%	3%	46%	30%	6%
9. バッグ・バルブ・マスクを用いた人工呼吸	28%	5%	34%	28%	5%
10. 気管挿管	12%	8%	50%	24%	6%
11. 圧迫止血	17%	2%	43%	11%	26%

2) 各医学部教育担当教員に対するアンケート調査結果

① 質問形式

「医学生が臨床実習で行う各実習内容について、貴医学部の方針として該当するものを選択」してもらい、解析した。

質問としては、各実習内容について、

「1. 指導医の指導・監視の下で実施させる方針である」

「2. 原則として介助・見学のみを行わせる方針である」

「3. シミュレータでのみ実施させる方針である（学生同士での実施も含む）」

「4. 実施しない方針である」

の選択肢から回答を求め、解析した。

② 解析数

全 82 医学部の教育責任者から回答を得た。

ただし、複数回答をいただいた医学部が 6 校あり、同じ学内であっても、診療科によって必ずしも意見の統一が図られないことも想定されるため、回答数 90 すべてを解析の対象とした。

③ 調査した経験実習内容

学生へのアンケート項目は同じで、Part A～G について質問した。

④ 解析結果

以下の表に、全回答数（90）に占める選択数の割合をパーセントで表示する。

	指導医の指導・監視の下で実施させる方針	原則として介助・見学のみを行わせる方針	シミュレータでのみ実施させる方針（学生同士での実施も含む）	実施しない方針
PartA. 診察技法の実施に対する医学部の基本方針				
1. 成人患者に医療面接(問診)	100%	0%	0%	0%
2. 小児患者に医療面接(問診)	92%	7%	1%	0%
3. バイタルサインチェック	99%	0%	0%	1%
4. 成人の基本的診察(視診・触診・打診・聴診)	100%	0%	0%	0%
5. 成人の基本的診察(神経学的診察)	100%	0%	0%	0%
6. 高齢者の診察(高齢者総合機能評価)	97%	3%	0%	0%
7. 小児の診察	94%	6%	0%	0%
8. 直腸診察	54%	28%	17%	1%
9. 前立腺触診	58%	30%	12%	0%
10. 乳房診察	43%	37%	19%	1%
11. 妊婦の診察	50%	44%	6%	0%
12. 基本的な婦人科診察	47%	44%	9%	0%
13. 精神面の診察	79%	20%	0%	1%
14. 日常生活動作の評価	90%	10%	0%	0%
15. 診療記録記載	99%	1%	0%	0%
16. 医師にプレゼンテーション	100%	0%	0%	0%
17. 診療計画の作成	71%	27%	1%	1%
18. 患者・家族への病状の説明	34%	60%	1%	4%

	指導医の指導・ 監視の下で実施 させる方針	原則として介助・ 見学のみを行わせ る方針	シミュレータでのみ 実施させる方針 (学生同士での実 施も含み)	実施しない方針
--	-----------------------------	-----------------------------	---	---------

PartB. 治療の実施に対する医学部の基本方針

1. 治療計画の立案	59%	37%	2%	2%
2. 処方箋の下書き	30%	50%	6%	14%
3. 処方箋(内服薬、注射、点滴等)のオーダー (下書き)	27%	53%	6%	14%
4. 食事指示	36%	56%	2%	7%
5. 安静度指示	39%	54%	0%	7%
6. 健康教育	54%	42%	0%	3%
7. 各種診断書・紹介状・検案書・証明書の作成(下書き)	34%	49%	3%	13%
8. 精神療法	14%	76%	2%	8%
9. 作業療法	19%	76%	1%	4%
10. 理学療法	20%	76%	1%	3%
11. 言語聴覚療法	17%	78%	1%	4%
12. 分娩介助	17%	73%	4%	6%
13. 酸素投与量の調節	46%	49%	2%	3%
14. 緩和ケア	26%	67%	2%	6%
15. 臨終の立会い	32%	61%	0%	7%
16. インシデント報告	34%	49%	2%	14%

PartC. 検査手技等の実施に対する医学部の基本方針

1. 末梢血塗抹標本作製と検鏡	73%	20%	3%	3%
2. 簡易血糖測定	79%	16%	3%	2%
3. 尿検査(試験紙法と尿沈渣検査)	83%	14%	0%	2%
4. 便潜血検査	66%	26%	1%	8%
5. 喀痰採取とグラム染色・検鏡	72%	23%	1%	3%
6. 咽頭ぬぐい液の採取と病原体抗原迅速検査 (COVID-19、インフルエンザウイルス等)	67%	30%	1%	2%
7. 妊娠反応検査	66%	29%	2%	3%
8. 血液型判定	62%	28%	7%	3%
9. 交差適合試験	60%	30%	7%	3%
10. 脳波検査	24%	70%	2%	3%
11. 筋電図検査	23%	72%	2%	2%
12. 超音波検査(心)	67%	24%	8%	1%
13. 超音波検査(腹部)	68%	24%	7%	1%
14. 臨床判断のための簡易エコー(含 FAST)	64%	29%	3%	3%
15. 視力・視野検査	46%	47%	6%	2%
16. 眼球に直接触れる検査	22%	67%	3%	8%
17. 聴力検査	39%	51%	8%	2%
18. 平衡機能検査	39%	53%	6%	2%
19. 呼吸機能検査(肺活量等)	34%	62%	1%	2%
20. 直腸鏡、肛門鏡	29%	56%	10%	6%
21. アレルギー検査(塗布)	43%	50%	1%	6%
22. 発達テスト、知能テスト、心 理テスト	41%	53%	0%	6%
23. 心電図検査	90%	8%	1%	1%
24. 経皮的酸素飽和度モニター	93%	4%	1%	1%
25. 血液ガス分析	57%	38%	2%	3%
26. 耳鏡検査	67%	24%	7%	2%
27. 鼻鏡検査	64%	28%	6%	2%

	指導医の指導・ 監視の下で実施 させる方針	原則として介助・ 見学のみを行わせ る方針	シミュレータでのみ 実施させる方針 (学生同士での実 施も含み)	実施しない方針
28. 眼底鏡検査	67%	21%	10%	2%
29. 上部消化管内視鏡検査	4%	81%	12%	2%
30. 下部消化管内視鏡検査	4%	83%	10%	2%
31. 消化管造影検査	8%	86%	2%	4%
32. 気管支鏡検査	9%	80%	9%	2%
33. 血管内造影検査	8%	81%	6%	6%
34. 嚥下造影検査	9%	86%	2%	3%

PartD. 基本手技等の実施に対する医学部の基本方針

1. 皮膚消毒	97%	2%	0%	1%
2. ガーゼ交換	92%	7%	0%	1%
3. 包帯法	87%	10%	2%	1%
4. 外用薬の貼付・塗布	87%	6%	2%	6%
5. 気道内吸引	63%	32%	2%	2%
6. ネブライザー	67%	28%	1%	4%
7. ギプス巻き	51%	40%	7%	2%
8. 静脈採血	81%	8%	10%	1%
9. 耳朶・指先採血(小児科を除く)	58%	33%	4%	4%
10. 小児からの採血	27%	60%	6%	8%
11. 末梢静脈確保	72%	17%	9%	2%
12. 胃管挿入・抜去と管理	58%	33%	7%	2%
13. 尿道カテーテル挿入・抜去と管理	62%	28%	8%	2%
14. 洗腸	34%	54%	2%	9%
15. 注射(皮下・皮内・筋肉)	64%	24%	6%	6%
16. 注射(静脈内)	52%	36%	7%	6%
17. 中心静脈カテーテル挿入	11%	76%	6%	8%
18. 動脈採血	39%	50%	7%	4%
19. 予防接種	48%	42%	2%	8%
20. スタンダード・プリコーション	86%	14%	0%	0%
21. カニキュレ交換	37%	59%	0%	4%

PartE. 外科手技等の実施に対する医学部の基本方針

1. 清潔操作	98%	1%	1%	0%
2. 手指消毒	99%	0%	1%	0%
3. ガウンテクニック	98%	1%	1%	0%
4. 縫合	89%	8%	2%	1%
5. 抜糸	91%	8%	1%	0%
6. 止血処置	70%	28%	2%	0%
7. 創傷処置	70%	27%	2%	1%
8. 熱傷処置	49%	49%	1%	1%
9. ドレーン・チューブ類の管理	44%	54%	0%	1%
10. 膿瘍切開、排膿	39%	56%	2%	3%
11. 嚢胞・膿瘍穿刺(体表)	37%	61%	0%	2%
12. 固定など道具を用いた整形外科的保存療法	40%	57%	1%	2%
13. 手術助手	78%	22%	0%	0%
14. 定型的な術前・術後管理の指示	38%	59%	1%	2%

	指導医の指導・ 監視の下で実施 させる方針	原則として介助・ 見学のみを行わせ る方針	シミュレータでのみ 実施させる方針 (学生同士での実 施も含み)	実施しない方針
--	-----------------------------	-----------------------------	---	---------

PartF. アドバンスト手技の実施に対する医学部の基本方針

1. 腰椎穿刺	17%	72%	9%	2%
2. 胸腔穿刺	11%	80%	6%	3%
3. 腹腔穿刺	16%	76%	6%	3%
4. 局所麻酔	39%	57%	1%	3%
5. 挿管を伴う全身麻酔	22%	71%	3%	3%

PartG. 救急手技等の実施に対する医学部の基本方針

1. 外傷の初期対応の補助	61%	39%	0%	0%
2. アナフィラキシーショックの対応補助	44%	53%	1%	1%
3. ショックの治療	33%	64%	1%	1%
4. 頻度の高い救急疾患の初期治療	44%	49%	4%	2%
5. 胸骨圧迫	84%	8%	8%	0%
6. 除細動	59%	28%	12%	1%
7. AED	69%	19%	12%	0%
8. 気道確保	63%	24%	12%	0%
9. バッグ・バルブ・マスクを用いた人工呼吸	73%	16%	11%	0%
10. 気管挿管	38%	47%	16%	0%
11. 圧迫止血	68%	29%	2%	1%

2. 国内医学部における診療参加型臨床実習の現状

日本医学教育評価機構（JACME）は 2015 年 12 月発足以来、世界医学教育連盟（WFME）の基準に基づいて、国内全医学部の評価を行い、認定を行っている（奈良信雄：「日本医学教育評価機構設立の経緯と展開」大学改革・学位研究第 24 号 1~12、2023、doi:10.32175/kaikakugakui.2023.24001）。評価では、医師養成にきわめて重要である臨床実習のあり方について重点的に確認している。その過程で、医学部附属病院および関連病医院で優れた診療参加型臨床実習が行われている好事例が見出された。これらの好事例を紹介することは、全医学部における診療参加型臨床実習の充実に貢献できると思われる。

そこで本事業では、優れた診療参加型臨床実習が実施されている病医院进行し、実際の臨床実習現場を見学するとともに、指導医、臨床実習学生から率直な意見を聴取した。

本事業で訪問した病医院における診療参加型臨床実習の概要を記載する。

1) 大月市立中央病院（山梨大学医学部第一内科） <https://otsuki-hosp.jp/>

訪問日時： 2024 年 10 月 17 日（木）13:00~15:10

訪問場所： 大月市立中央病院理事長室

面談者： 山梨大学名誉教授、大月市立中央病院理事長 榎本信幸先生

訪問者： 奈良信雄

① 山梨大学医学部第一内科での臨床実習プログラム（実習プログラム等）

○具体的な実習内容

実習期間： 2 週間

学生数： 1 グループ 6 名

受け持ち患者／学生： 10 名／学生

学生は 6 チームに分かれる

毎日のスケジュール： 病棟の患者診療（10 名の患者を診る）

外来診療

指導者： 臨床研修医とペアになる。

実習の評価： 学生の記載したカルテをチェック（カルテを見れば学修度が分かる）

○臨床実習の基本方針

クリニカルクラークシップでは、患者を診て、カルテを書くこと。

これこそが「医行為」といえる。

10 名の患者を診れば、合併症もあるので、実習期間内で 50 疾患くらいは経験。

○学生の診療チームへの参加度

教授回診、カンファレンスでは学生が症例をプレゼンする。

学生は日々患者を診察し、症状、変化を主治医に伝える。

診療計画、検査計画、治療計画を学生が立案し、カルテに記載する。

○指導医の負担

学生が書いたカルテをチェックのあと活用するため、むしろ負担は軽減された。

○実習における学生満足度

第一内科の満足度は約 80% と高い。

② 臨床実習指導体制（指導医の養成法など）

○FD

新任教員に実習指導法を伝える。

○指導医への周知

第一内科内では指導医の教育を行う。

教材：榎本先生作成資料

評価法のトレーニング：カルテをチェックするように指導（カルテ記載で学生の評価を行う）。

③ 総合診療、地域医療の現状と指導（研修医、実習生に対する指導など）

・・・大月市立中央病院と山梨大学の連携

○地域医療、プライマリケアの教育内容

研修医、山梨大学医学生の実習を受け入れている。

○臨床実習～臨床研修への連続

学生時代に診療計画の立案をすることで、臨床研修につながる。

2) 名古屋大学医学部 <https://www.med.nagoya-u.ac.jp/>

訪問日時： 2024 年 10 月 22 日（水） 14:00～16:20

場所： 名古屋大学卒業臨床研修キャリア形成支援センター会議室

面談者： 消化器外科 高見 秀樹 病院講師

呼吸器外科 芳川 豊史 教授（臨床実習実施委員会委員長）

泌尿器科 木村 友和 病院講師

センター長 錦織 宏 教授

小児科 村松夕佳子 病院講師

① 名古屋大学医学部における臨床実習プログラム（実習プログラム等）

○医学部全体での臨床実習プログラム

4 年次に共用試験合格後、12 月から臨床実習開始（6 年次 7 月まで）

臨床実習は約 68 週。

臨床実習Ⅰ（4 年次 12 月から）

全科必修で 1～4 週間ローテーション：基本的には見学型、診療参加型もある。

臨床実習Ⅱ（5 年次 12 月から）

選択型で 4 週×6 診療科

8 週間続けて回る場合もあり（産婦人科、小児科等）。

学外実習もある。

・シミュレーション教育も併用。

医師以外に看護師の simulation specialist も指導

・学生へのアンケート調査では、臨床実習Ⅰでの医行為実施は低率（静脈採血がせいぜい 5 %程度で、他はほとんど体験していない）。

臨床実習Ⅱで、気道吸引や静脈採血 20%程度と増加。

② 外科系における臨床実習プログラム

臨床実習 1

- 4週間のうち1グループを2週間ずつローテートする
(1回にローテートする学生14名程度)



	上部	下部	肝胆脾	乳腺内分泌
初日	縫合実習+オリエンテーション			
通常実習	手術見学・手洗い	手術見学・手洗い・回診	手術見学・手洗い・毎日の回診とカルテ記載	カンファレンス参加・症例発表
レクチャー	・胃外科レク ・食道外科レク ・ラパロハズオン ・手術見学	・回診 ・ラパロハズオン ・大腸癌レク ・炎症性腸疾患レク	・腹部エコー ・糸結び ・カルテFB (毎日) ・患者振り返り (金曜)	・内分泌外科レク ・乳腺外科レク ・プレゼン技法 ・超音波ハズオン
最終日	知識テスト+糸結びテスト			

臨床実習 2

- ・ 1グループが担当指導医のもとで、4週間実習を受ける。
- ・ 多くの学生は縫合や基本的な手技を実施する機会がある。
- ・ 学生の希望があれば、時間外に講義やシミュレーション実習を行っている。

③ 学生評価

- ・ カルテ記載をチェックし、フィードバックする。
- 診療科によって評価は区々

④ 外科系臨床実習における課題

- ・ 外科系の臨床実習では、できるだけ手術への参加を促したいが、手術に入れる数が限られている（研修医1 + 臨床実習1 + 臨床実習2）。
- ・ ロボット支援手術など、学生が関われない手術が増えている。
- ・ ベッドサイドでの指導は難しい。
- ・ 手術室以外で学生に医行為を任せることは困難である。

3) 諏訪中央病院

<https://www.suwachuo.jp/>

訪問日時： 2024年10月23日（水）13:00～18:00

場所： 諏訪中央病院

面談者： 病院長、内科系診療部長 佐藤泰吾 先生（総合診療科）
 総合診療科部長 齋藤 稯 先生（総合診療科）
 総合診療専門研修プログラム総括責任者 小平のり子 先生（総合診療科）
 臨床研修プログラム責任者 蓑田正祐 先生（リウマチ膠原病内科）
 地域医療研修担当、診療所科医長 川井隆弘 先生（リバーサイドクリニック院長）
 訪問者： 奈良信雄

① 諏訪中央病院での臨床研修の状況

○受け入れ研修医数

初期研修：	1 年目研修医	6 名
	2 年目研修医	6 名
	2 年目院外研修医	11 名
専攻医：	1 年目専攻医	4 名
(後期研修)	1 年目院外専攻医	1 名
	2 年目専攻医	7 名
	2 年目院外専攻医	7 名
	3 年目専攻医	3 名
	3 年目院外専攻医	1 名

○出身校 初期研修医は、東京都 11、長野県 9、埼玉県 6 ほか多彩
出身医学部は、信州 9、筑波 6、京都 5 ほか種々

○研修期間 2 年間

○研修医のローテーション

内科（総合診療科内科系診療科より選択）	32 週間必修
小児科（1 年目と 2 年目に各 4 週）	8 週間必修
外科	8 週間必修
麻酔科（4 週は救急研修）	8 週間必修
産婦人科	4 週間必修
整形外科（登山、スキー客の事故対応）	8 週間必修
精神科	4 週間必修
地域医療	5 週間必修
選択研修	12 週間選択

脳神経外科、皮膚科、耳鼻咽喉科、東洋医学科、放射線科、病理診断科から選択。
必修の不足期間として調整可能。

○研修プログラム

外来診療

2 年間の研修期間中に内科、小児科、地域医療研修時に一般外来研修を行う。

内科、小児科研修中に週半日の並行研修を実施。

病棟診療

救急診療

2 年間の研修期間内に集中救急研修 12 週（ブロック 8 週、麻酔科 4 週）を行う。

内科、小児科、地域医療研修以外の各科研修中に、週半日の救急外来研修を行う。

救急外来では、内科系指導医とともに研修医が診療に参加。

② 諏訪中央病院における臨床実習プログラム

○受け入れ学生：5、6 学年 出身校 信大、京大のほか区々

○臨床実習期間と学生数：年間のべ人数

2 週間実習 14 名、 4 週間実習 7 名

○毎日の学生の実習スケジュール：

病棟診療

受け持ち患者数：約3名／学生

新患がいれば新患を担当。入院継続中の患者も担当。

総合診療科は3チームがあり、2週間実習では1チームに参加。

4週間実習では、2週間ずつ2チームに参加。

外来診療：見学主体

新患：救急外来は内科系が診察する。そのおり学生も参加。

再来

○実習内容

病歴聴取、診察、カルテ記載、治療方針立案

カルテを記載し、指導医のチェックを受ける。

学生のカルテは残るが、とくに問題は感じない。

カルテ端末の不足はない。

病棟回診

カンファレンス参加

学生のプレゼン

カンファレンスは朝（チームミーティング）、昼（症例カンファレンス）、夕（チームミーティング）行われ、学生は昼カンファレンスでプレゼンすることもある。

○指導体制

Director・Team leader・Staff・Senior resident・Junior resident・Student の屋根瓦形式をとっている。

研修医が学生を直接に指導するが、プログラム責任者も指導（屋根瓦）

○実習の評価

レポート提出

カルテ記載し、医師に報告（フィードバックをもらう）

③ 臨床実習と臨床研修のつながり

学生の満足度

大学附属病院よりもより実践的な実習ができて満足度は高い。

他大学生と接触することで互いに良い刺激がある。

学生の実習での修得度

学生の診療チームへの参加度は高い。

実習終了時の到達度

研修医とペアになり、医療チームに参加する。

実習を受けた学生の臨床研修への参加

諏訪中央病院に集まる動機は、諏訪中央病院の教育システムに惹かれた者が多く、実習に来た6名中1～2名が臨床研修にも参加する。

④ 総合診療

- ・諏訪中央病院での実習、研修には、総合診療科がかなり活躍している。
- ・プライマリケアへの研修医、学生の参加度も高い。

⑤ 地域医療

病院、診療所、保健所、地域包括ケアなどを学ぶことができる。

⑥ 指導医確保

医師数は同規模病院に比して安定して供給されている。

研修医 1 名に指導医が数名つき、必要に応じて専門医の指導を受ける。

最終的にはローテートする診療科の責任者が総括・指導する。

カルテチェックする際に学生から学ぶこともあり、負担とは感じない。

⑦ 患者の研修、実習への協力

患者は、研修医、臨床実習生への診療活動に抵抗はない。

⑧ 要約

特定の大学医局との柵がなく、研修医、実習生はさまざまな医学部から集まる。

急性期だけでなく、回復期リハビリまでを総合的に診療し、それを学生、研修医に指導している。

指導体制は充実しており、学生、研修医の満足度は高い。

実習および研修を通じて諏訪中央病院に残る医師も多く、医師確保に不自由はない。

昼カンファレンスが毎日あり、診断に苦労した症例、特色ある症例など、1 例をプレゼンして討論する。学生も参加し、勉強になると。

院長以下、医師の地域医療にかける情熱は熱く、それを研修医、学生に指導しており、研修医、学生の満足度は極めて高い。

臨床実習～臨床研修へのシームレスなトレーニングのモデルケースとなる!!

4) あおぞら診療所 <http://aozora-clinic.or.jp/>

訪問期日： 2024 年 10 月 31 日（木） 14:00～16:00

場所： あおぞら診療

面談者： 川越正平院長

訪問者： 奈良信雄、鈴木利哉

① 診療所の概要

あおぞら診療所は在宅医療を主に行う診療所として松戸市上本郷に 1991 年に設立。

以来、新松戸に分院をおくなど、新横浜、大分等にもグループとして展開。

医師数： 4 名の常勤医 + 5 ～ 6 名の非常勤医。

看護師やソーシャルワーカーなどのスタッフ：約 40 名。

② 理念

地域医療、在宅医療、介護の活性化。

③ 診療内容

外来診療 完全予約制で、1／週実施。

神経難病、癌末期患者、介護患者の家族等が患者で月間約 50 名を診療。

在宅医療 200 名程度の患者を、医師、看護師が診療。

④ 行政とのつながり

川越院長は松戸市医師会会長を兼務しており、厚労省や県とのつながりがある。

介護保険、障害者医療、病院事業、災害医療、学校保健など業務も行政と連携している。

⑤ 臨床研修

受け入れ実績：

2004 年から、年間 10 数名を受け入れ（虎ノ門病院、東京科学大学病院、松戸市立医療センター、新東京病院、みさと健和病院、取手協同病院の研修医を受入）。累計で 40 名程度受け入れてきた。

指導体制：

医師、看護師、ソーシャルワーカーなどから、地域医療、訪問医療、訪問介護、介護ケアなどの指導を受ける

臨床研修の内容（プログラム）

1 か月の研修期間で、外来診療、在宅診療に参加する他、介護包括ケアなどのセミナーをスタッフから受ける

研修医の評価

毎夕 18:00 から 10～15 分で、その日の経験、疑問点などの振り返りを行う。

研修内容は EPOC II に記載。

⑥ 臨床実習学生の受け入れ

受け入れ実績：東京科学大学 5 or 6 年生を 1 週間受け入れ。

臨床実習の内容（プログラム）：

研修医のプログラムとほぼ同様内容をコンパクトに実施。基本的には見学が中心。

学生の評価

東京科学大学から要請される評価表に記載。

⑦ 要約

在宅医療を主にした診療所として先駆的な活動で、発展している。

医学生・研修医に対する家庭医療、地域医療の教育を行っている。

地域医療の課題：高齢化社会を背景に、地域医療、家庭医療の需要者が増加する一方で、担当する医療従事者が減少している。総合的な医療ができる医師であるとともに、総合的に医療が実践できる協力体制を築くために、行政と連携して課題解決が必要と考える。

5) 都農町国民健康保険病院 <https://tsuno-hsp.jp/>

訪問日時： 2024 年 11 月 12 日（木） 7:30～17:10

場所： 都農町国民健康保険病院

面談者： 吉村学医師（総合診療科）

訪問者： 中村真理子

① 都農町国民健康保険病院の概要

町内で入院できる唯一の医療機関及び中核病院として、地域に密着した医療や救急医療など地域医療を支えるほか、地域包括医療・ケアの拠点として活動を行い、疾病予防・介護予防等を通じ、寝たきり老人の減少、在宅医療・ケアの推進、地域住民検診や疾病予防を通じた医療費の適正化を図ることを役割としている。寄附講座を設けて 2 名の医師を常勤としている。総合診療科を中心に、小児科、整形外科、眼科の診療を行っている。

Longitudinal Integrated Clerkship（LIC）プログラムを含む地域包括ケア実習を提供している。

② 訪問調査内容

7:30～

学生紹介（LIC 3 ヶ月間の中の 4 週目と地域包括ケア実習 4 週目（最終日）の 5 年生 2 名）と病院スタッフへの挨拶

8:00～

病棟カンファレンスで病棟の情報を共有。

8:30～12:30

LIC の学生に帯同して病棟、外来での実習見学。

採血、ワクチン接種、インフルエンザ抗原検査、腹部エコー、救急での電話対応、初診の問診と診察、再診のフォロー、アセスメント、カルテ記載まで学生が行う。

カルテは SOAP に沿って詳細に記載、学生同士で相談しながら検査オーダーしていたが、保険点数のことも考慮に入れて判断していた。退院後の生活状況、患者さんの普段の生活環境についても考えが及んでいた。最終的な判断、困ったときは指導医に相談するが、基本的には学生が自ら行動している。

再診患者に対して行動科学的な観点からの禁煙指導も行っていた。症状や検査結果の変化に応じて、鑑別のための問診や身体診察を行う。血液検査での追加のオーダーも学生自身が検査室に直接出向いてオーダーしていた。

PHS にも応答してマルチタスクをこなしていた。

13:30～

在宅カンファレンス 週 1 回

医師、看護師、事務、OT、PT、学生が参加

退院後に在宅となる患者について、家族の意見、病状、生活などの背景を考えて、経過と予後の情報共有をしていた。

15:00～16:00

地区健康講和会

新今別府地区の公民館での地域住民との交流に学生も参加。

16:30~17:00

地域包括ケア実習の最終日の学生のプレゼン

実習で行なったこととして、

- ・ 外来：初診診察、静脈注射、皮下/筋肉注射、エコー検査
- ・ 病棟
- ・ 救急外来
- ・ 看取り
- ・ 訪問診療

を挙げていた。

印象に残った症例として、意識レベルの低下した高齢女性をめぐって、栄養補給のやり方の方針が看護師と主治医、さらに家族の希望と対立した場合にいかに折り合いをつけるかという苦労があった現場でのこと、最後に思い出の地で家族と過ごすための外出をしたこと、看取りと死亡診断書を書いたこと、について述べていた。

17:00~17:10

実習最終日の学生の各部局への挨拶回りと集合写真の撮影

③ 地域包括ケア実習と LIC について

地域包括ケア実習は 5 年～6 年の 4 週単位のクリクラの中での 1 タームの実習。

LIC は 3 ヶ月間、都農病院で行われ、現在、各学年 3 名での実施。

自治体との連携が強く、都農町長や役場の人の理解を得られていることが大きい。

看護師や患者が協力的なことも大きく、患者の 9 割は学生の医行為に同意している。

地域で医学生を育てているという感覚が感じられる。

指導医は一つ一つ教えるというやり方ではなく、少し難しい程度のタスクを与え、必要に応じて指導し、学生のやる気を引き出しており、学生もそれに応えようとして準備をするなど能動的な学びが行われていた。

外部の協力病院に対しては、見学ではなく学生にどんどん実践させるように依頼しており、学生が戦力としても歓迎されている。各病院を回っての出張 FD も行なっている。

④ 学生へのインタビュー

・ LIC 学生

元々地域枠で総合診療を志望していた。高校の出張授業で吉村先生の話聞いて感銘を受けた、サークル活動としても地域医療を勉強している。

満足度は都農病院の実習に関しては最高で、大学病院の実習は普通と感じる。

実習でよかったこと：患者さんの背景も含めてみられること、退院時には家までついて行って生活環境もわかるし、リハビリのお手伝いもできる、など様々な体験ができる。

・ 地域包括ケア実習の学生

地域包括ケア、終末期医療など、患者さんが自宅に帰るまでを学べる。

死亡診断書を書いて肝が据わった。

⑤ 看護師へのインタビュー

採血や検査などを学生に熱心に指導していることに関しては、自分たちも丁寧に教えてもらった経験があるので、学生に教えることは当然と思っている

⑥ 要約

都農病院の実習は学生がチームの一員として充実した診療参加型実習となっていた。
病院の規模感と多職種連携体制、吉村 Dr の指導と各部署との連携が成功の要因と感じた。
地域、多職種の皆で医学生を育てているという文化がある点では、都会など他の地域にも通用するかどうかは判断できない。

6) 宮崎大学医学部 <http://www.med.miyazaki-u.ac.jp/home/>

訪問日時： 2024 年 11 月 13 日（木）10:00～17:00

場所： 宮崎大学医学部医療人育成センター

面談者： 小松 弘幸 教授
澤口 朗 教授（副学部長、評価担当）
安倍 弘生 講師

訪問者： 中村真理子

① 訪問調査内容

10:00～12:00

宮崎大学クリクラ実習をはじめ、医学教育の様々についての意見交換

・クリクラⅡ実習スケジュール

4 週 x 8 ターム

大学附属病院 20w + 学外実習施設 12w（地域包括ケア実習 4w + 学外実習施設 8w）

ポリクリは 1 グループ 16 名、クリクラは 1 名

・臨床実習評価

クリクラⅠ：グループでの評価

クリクラⅡ：ループリックでの評価

知識が不足していることよりもアンプロ行為に対する評価を重要視しており、可否のフローチャートを作成して学生に提示し、それに基づいて評価している。

・実習指導者について

地域包括ケア実習は七つの医療圏で実習を行っており、地域の教育病院への FD を継続的に行なってフォローしている。医師は異動することが多いが、看護師にアプローチすることで継続性を保つようにしている。

教員を育てる必要から、助教に採用される条件として OSCE 評価者であることを求めている。

FD を委員会後に設定して、参加しやすいように工夫した。

・その他

毎週 10～15 分程度、リモートで学生面談を行い、1 ヶ月学外施設に派遣しっぱなしにはなら

ないような工夫もされていた。

Google クラスルームを用いて、事前の到達目標、実習後の到達度の確認とアンケートを実施していた。

13:00~17:00

地域包括ケア実習報告会

伊東教授、松田先生

各地域での4週間の実習の振り返りを学生が発表する。

「私が経験した地域包括ケア」で発表5分、質疑応答5分

学生は宮崎県の七医療圏にバラバラに派遣されているため、この報告会によって各地域の経験共有ができるようになっており、地域包括ケアのリソースはそれぞれの地域で違うことが学べるようになってきている。受け持ち患者1人に焦点を当て、地域包括ケアについて考察することが目標である。

クリクラの最初のタームであるため、手技で何ができたということに重点を置いていた学生もいたが、地域での包括的な支援、予防医学と健康寿命、患者背景、介護認定審査会や医療システム、医療と福祉の境界などについて考え始めている学生もあり、それらの発表に対して教員が学びを深めるためのコメントを行って学修を促していた。

② 要約

臨床実習先の質の担保が重要であるとの認識のもと、臨床実習先へのFDだけでなく、長年その地域の医療、患者さんに関わっている教員が適宜サポートをしていた。定期的に、必要に応じて、学生との関わりの機会を持ってフィードバックすることが重要との印象を持った。

地域医療とは、見捨てない医療、地域社会・住民の暮らしを支えるための幅広い健康問題や要望に対応する包括的な活動であると定義し、これらを学生が実際に体験できるようなプログラムが実施されていた。

7) 東京科学大学医学部産婦人科 <https://www.tmd.ac.jp/>

訪問日時：2024年11月19日（火）14:00～16:00

場所：東京科学大学産婦人科学教授室

面談者：宮坂尚幸教授

訪問者：奈良信雄

① 東京科学大学産婦人科での臨床実習の現状

COVID-19 感染症蔓延以前は4週間の実習

1 週目：産科（医療面接、診断、分娩見学）

2 週目：婦人科（手術を含む）

3 週目：外来実習

4 週目：学外病院実習

COVID-19 感染症蔓延以降は2週間の実習

1 週目：産科

2 週目：婦人科

6年生は選択で4週間実習

② 産婦人科臨床実習で学ぶべき内容

患者の症候を確認

- ・鑑別診断、診断（臨床推論）
- ・検査、治療方針作成
- ・治療後の経過観察

婦人科での外科手術

生殖医療

女性の health care

③ 産婦人科臨床実習での課題

教育の対象者が、医学生、初期研修医、専攻医、助産師と幅広い。

このため、たとえばそれぞれが内診をする場合、患者の協力が得られにくい。

患者の立場を考えると、どこまで“参加”できるかは難しい。

（内科と同じ内容で学生、研修医、専攻医とレベルを上げれば良い）

④ 分娩実習

機会があれば分娩に立ち会い、分娩の手伝い（血圧測定、胎盤重量測定など）を学生が行うことが望ましい。

分娩の立ち会いができなければ分娩のビデオ閲覧を行う。

⑤ 婦人科手術実習

手術患者1名を学生が担当する。

術前の説明（同意書）に同席し、患者の同意が得られれば手術見学か助手を行う。

術後の説明に同席する。

術後の経過観察を行う。

⑥ 学生の評価

学生に症例プレゼンを行わせて、形成的評価を実施する。

実習最終日に教授とチューターによって総括的評価を行う。

⑦ 産婦人科実習の課題と提言

- ・教育専任の教員1名が配属されると実習の成果が上がると考える。
- ・医療面接、診察などの基盤は内科系で行い、外科や産婦人科はアドバンストの位置づけが良いのでは（2階建て構造の教育）。
- ・シミュレータの積極的活用
（患者の同意が得にくいことと、実習指導医の負担が大きい。学生は興味を示す）

8) かみいち総合病院 <https://www.kamiichi-hosp.jp/>

訪問日時： 2024 年 12 月 18 日（水） 9:00～12:00

場所： かみいち総合病院

面談者： 高村昭輝 教授（富山大学）

河合皓太 客員准教授（富山大学附属病院 上市・地域医療支援学講座）

刑部仁美 医師（総合診療医）

脇田明宏 医師（総合診療科専攻医）

中川 （富山大学 5 年生）

訪問者： 奈良信雄

① かみいち総合病院の概要

・病院の理念

「住民が安心して地域で暮らし続けるための医療の砦として私たちの病院が存在する」・・・

地域のプライマリケアの実践

・開設年月日：1951 年 3 月 24 日

・診療科目

内科、外科、乳腺外科、消化器外科、小児科、産婦人科、耳鼻咽喉科、眼科、整形外科、
皮膚科、形成外科、泌尿器科、神経精神科、脳神経外科、放射線科、麻酔科、血管外科、
リハビリテーション科、病理診断科 計 19 科

・許可病床数：総数 199 床（一般 148 床・精神 51 床）

・医師数：20 名常勤＋非常勤

② 臨床研修

初期臨床研修では、基幹病院ではないため、富山県立中央病院、富山大学、金沢大学、自治医大
から各 1 名ずつ、4 名を受け入れている

研修期間は 1 ヶ月

③ 総合診療プログラム（総合診療専攻医）

(1) 総合診療専門研修Ⅰ（外来診療・在宅医療中心）

(2) 総合診療専門研修Ⅱ（病棟診療、救急診療中心）

(3) 内科

(4) 小児科

(5) 救急科

の 5 つの必須診療科と選択診療科で 3 年間の研修実施

到達目標

1. 包括的統合アプローチ

2. 一般的な健康問題に対する診断能力

3. 患者中心の医療・ケア

4. 連携重視のマネジメント

5. 地域志向アプローチ

- 6. 公益に資する職業規範
- 7. 多様な診療の場に対応する能力

④ 臨床実習

- ・ Longitudinal Integrated Clinical clerkships (LIC) プログラム

2022 年 12 月にスタートしたシステム

富山大学の 5 年生が選択制で 12 週間の臨床実習を受ける。

希望する学生は 10～20 名程度

実習先は 7 病院あり、各病院に 1～2 名が所属する。

かみいち総合病院では、総合内科で実習を受ける。

(希望により、小児科、産婦人科など他科を見る機会もある)

宿舎が用意され、自転車で 5 分程度

- ・ 指導体制

指導医 (Dr 河合、刑部)

専攻医 (Dr. 脇田)

学生 (5 年生 中川)

- ・ 実習内容

初日：看護師につき、看護業務の確認と実際の看護ケア体験

(介助、カテーテル交換、オムツ交換等)

研修医、専攻医と学生がペアで患者を担当する。

病棟受け持ち患者は 10 名程度

- ・ 外来診療

新患

救急 (当直 17:15～21:00、1～2 回／月)

- ・ 学生の医行為

患者を診察し、電子カルテに記載する。

指導医のチェックを受けるが、そのまま本カルテになる。

処方薬も学生が考え、指導医のチェックをうける。

学生が電子カルテを書くことにはまったく問題を感じない!!

在宅診療を体験する機会もある。

- ・ カンファレンス

1／週 内科カンファレンス 学生も症例プレゼン

火、水、金の朝カンファレンス (40～50 分程度) では、学生がプレゼンし、指導医がコメント

- ・ 指導医による学生評価

ライングループをつくり、指導医、専攻医、学生が日々の振り返りとフィードバックを行う・・・

とても役立つ。ループリックはないが、それよりも効果的!!

- ・ カンファレンスでの参加度チェック

- ・ Zoom で 4 週終了時に振り返り

- ・ 地域社会との関わり (指導医、学生が参加)

中学校の授業で「命の授業」・・・死に至る過程の講義を行った。

生徒の反応は大きかった。

・学生感想

自分の意見を積極的に述べられる雰囲気がある。

手技を実施する機会も多く、採血、ライン確保、動脈血採血、直腸診、気管カニューレ挿入、胃瘻設置などの医行為を実施できた。

充実した実習を行っている。

LIC は 12 週間にわたる実習期間であるが、デメリットはまったく感じない!!

・専攻医（脇田 5 年目）の感想

学生はとても積極的で、任せられる部分も多い。

患者をよく診ており、学生の意見が参考になることもある。

学生の指導が負担とは思わない

・指導医の感想

学生が 12 週間実習を受けていると、メキメキ実力がついているのが分かる。

急性期入院～退院～訪問診療とさまざまな phase をみることができるのは有益（時間軸を確認できる）

・看護師の感想

学生は朝早くから病院に来て、とても真面目に患者を診ている。

学生が病院にいることには負担を感じない。

・クルズス

LIC の始まった当初はミニレクチャーを組み入れたが、意義が感じられず廃止した。

・EBM

学生は富山大学の UpToDate®を利用できる。

⑤ 富山大学 BSL で 1 週間実習

どちらかというと地域医療、総合診療を見学型で実習

⑥ 要約

12 週間の LIC は、多くの症例の体験、カルテ記載を含めた医療行為の実践、指導医のフィードバックを受けられる、他職種との密な交流などがあり、学生は充実した臨床実習を受けられる。指導医の負担感も小さくなく、むしろ役立っている面も多い。

9) 横浜市立大学医学部

<https://www-user.yokohama-cu.ac.jp/~skills/info.html>

訪問日時： 2024.12.21（土） 14:00～17:00

場所： 横浜市立大学医学部シミュレーションセンター

面談者： 秋山浩利教授

小坂隆司 准教授

三上太郎 茅ヶ崎市立病院形成外科部長

超音波検査専門医 1 名

内視鏡専門医 1 名

シミュレーションセンタースタッフ（看護師） 2 名

ボランティアスタッフ 2名

訪問者： 奈良信雄、徐 涵（EY ストラテジー・アンド・コンサルティング株式会社）

① 外科寺子屋塾実習内容

・ A コース

外科手技：豚肉、豚食道を使って、切開、縫合

まず手技を説明するビデオ供覧し、その後2名ずつペアで実習
（経験者＋初心者：経験者が教えられる）

豚肉を切開し、縫合する手技を実施。

初心者は真皮縫合を行うが、経験者は筋膜縫合まで行う。

豚食道の実習では、縫合して最後に水を注入し、水が漏れないことを確認する。

・・・ 経験を積むほど、スピーディに、かつ精密に実施できるようになる。

・ B 1 コース

腹部エコー検査（肝、胆、脾などのエコー検査）

まずはシミュレータで指導医が指導し、次いで学生が実施する。

・ B 2 コース

上部消化管内視鏡検査

指導医が説明の後、学生が実施する。

・ オプション

学生の希望でオプションがある。

余裕のある学生は、腹腔鏡手術、ダビンチでトレーニング
点滴用意（アンプル開け、薬液調整、点滴ルートなど）

期限切れの薬剤を使用

採血

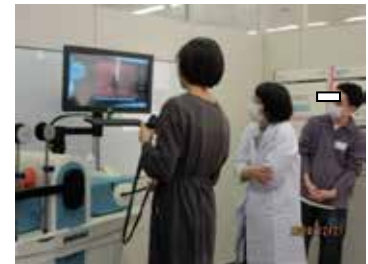
A コース



B-1 コース



B-2 コース



オプション



② 学生の感想

とても有意義な体験ができる（満足度は高い）

・・・10回参加すると寺子屋塾のロゴ入りのスクラブをもらえ、励みにもなる。

③ 指導医の印象

10年ほど実施しており、実績がある。

外科寺子屋塾参加者の60～70%が外科系に進んでおり、実績があるため、外科医の減少対策になる。

④ 要約

参加学生は楽しく、かつ熱心に実習を受け、満足度が極めて高い。

外科手技、内視鏡検査、エコー検査の習熟度も高い。

腹腔鏡手術手技、ダビンチ操作手技など、高度の手技修得にも有用。

指導医も熱心に指導し、外科系医師を育てることに充実感がある。

・・・寺子屋塾は特に外科系志望の学生に有用なシステムで、外科系の診療参加型臨床実習の好事例として全国に推奨することが望まれる。

外科臨床実習の合間に同様なトレーニングを導入できれば良いと考える。そのためには、スタッフの協力、学生のモチベーション、そして経費負担が重要。

10) 横浜市立みなと赤十字病院 <https://www.yokohama.jrc.or.jp/>

訪問日時： 2024 年 12 月 26 日（木） 17:00～19:00

場所： 横浜市立みなと赤十字病院

面談者： 大川 淳 病院長

若林良明 副院長兼教育研修推進室長

萩山裕之 研修管理委員長

間瀬照美 副院長兼看護部長

訪問者： 奈良信雄

① 臨床研修、臨床実習にかかるセミナー

「診療参加型臨床実習における評価－Workplace-based Assessment (WPBA)」と題する講演を行った後、臨床研修、臨床実習のあり方、評価について意見交換を行った。

11) 筑波大学医学部 <https://www.md.tsukuba.ac.jp/igakugun/>

訪問日時、場所： 2025 年 1 月 9 日（木）

8:30～9:00 筑波大学地域医療システム研究棟 2 階討議室

9:30～12:50 筑波大学附属病院総合診療科外来

13:00～16:00 筑波大学地域医療システム研究棟 2 階討議室

16:00～16:30 筑波大学前野教授室

面談者： 前野哲博 教授 副院長兼総合診療科長

横谷省治 教授 地域総合診療医学、北茨城市民病院附属家庭医療センター

阪本直人 講師 地域医療教育学

訪問者： 奈良信雄

① 筑波大学総合診療科実習の目標

- ・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。
- ・地域におけるヘルスケアシステム全体を見渡して、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。
- ・病歴聴取から臨床決断に至る臨床推論の基本的なプロセスを実践できる。

上記の目標を達成するために、大学附属病院外来での診療、茨城県の医師不足地域を中心に各地に設置されている地域医療教育ステーションを中心にした地域医療施設での実習が行われている。

② 症候チュートリアル

時間： 8:30～9:00

場所： 筑波大学地域医療システム研究棟 2 階討議室

指導医：阪本直人 講師

参加者：初期研修医 2 名（通常は専攻医も参加するが、皮膚科研修のため欠席）

5 年次学生 3 名

実習内容：

- ・ 症例提示（75 歳女性、1 年間で体重が 7 kg 減少）

症例について、体重減少をきたす病態について、それぞれの意見を述べつつ、鑑別診断を進める。1 年間で 5%以上の体重減少した患者では、「高齢者の食欲不振をきたす 9 D」を中心に、臨床推論を中心に discussion。

- ・ 感想：具体的な症例をあげ、個々の症候について診断に至るプロセスが interactive に教育されている。臨床現場に即した実習として評価できる。

③ 初診外来

時間： 9:30～12:50

場所： 筑波大学附属病院総合診療科外来

指導医：阪本直人 講師

参加者：研修医 2 名

5 年生 1 名

実習内容：

総合診療科の初診患者（月～金曜日午前は初診 1 名、午後は再来患者診療）を対象に、外来実習が行われた。通常は診察場面をビデオ撮影し、午後のカンファレンスで討議するが、今回は患者がビデオ撮影を拒否（きわめてまれで、拒否患者は 1～2 / 年程度）したため、ビデオ撮影は実施せず。

症例：75 歳男性、主訴：胸部痛

- ・ 学生が医療面接

まずは研修医が学生の診療についての同意を得た上で、学生が病歴聴取

主訴を中心に、いつから、どのような痛みか、随伴症状はないか、既往歴、合併症、生活歴などの聴取。最後に system review を行っている。

- ・ 研修医が追加質問

学生の質問に加えて研修医が質問。患者の病態を掘り下げる。

解釈モデルについても確認。

- ・ チームで discussion

一旦患者を退室させ、指導医、研修医、学生が、これまで得た情報から病態について討論。

まずは学生から発言し、研修医が追加した後、指導医がコメント。

- ・ 身体診察

患者の同意を得たうえで、研修医と指導医が身体診察。

胸痛をきたしうる疾患を鑑別するための診察は特に入念に。

- ・医療面接、身体診察結果の discussion

患者を再び退室させ、研修医が意見を述べ、全員で協議。画像検査、検査所見を全員で確認。
今後の検査計画、診断方針を確認。

- ・診断方針、検査計画を患者に説明

患者を診察室に招き入れ、今後の診療方針を伝える。

- ・感想：チームが一人の患者に対して十分な時間をかけて診察している。

説明も丁寧に行っている。学生—研修医—指導医の屋根瓦が構築されており、学生・研修医の教育に役立っている。

診療参加型の外来診療になっているが、午前に一人の患者を診察するため、人的、場所的な余裕が要求される。患者の同意、協力も必須である。

④ 症例カンファレンス

時間： 13:00～14:00

場所： 筑波大学地域医療システム研究棟 2 階討議室

指導医：前野 教授

学生： 5 年生 4 名

カンファレンス内容：

学生が筑波メディカルセンターで午前中に診察した患者を対象にカンファレンス。（大学附属病院は紹介患者が中心のため、学生にも先入観が出てくる。これを避けるため、紹介のない患者を対象とする筑波メディカルセンターでの外来実習を行っている）

学生は患者（48 歳、動悸、めまい、気分不良）の病歴を白板に予め書いており、指導医がポイントについて学生に質問をしつつ、臨床推論を進める。学生も比較的適切な回答をしていた。

⑤ 模擬患者（simulated patient: SP）を対象にした医療面接実習

時間： 14:00～16:00

場所： 筑波大学地域医療システム研究棟 2 階討議室

指導医：横谷 教授

SP： 佐藤さん

学生： 5 年生 4 名

実習内容：

- ・ 学生 A が医療面接

8 分で病歴を聴取。これをビデオ撮影し、後で振り返る。

学生 B、C も同様に行うが、シナリオは別々

（長く続く咳嗽症例、心窩部痛症例、寒がりと物忘れ症例）。

- ・ 指導医にプレゼン

病歴所見をプレゼン。所見に基づき、鑑別すべき病態（疾患）を少なくとも 3 つあげる。

次いで身体診察で確認すべき事項をあげる。

必要な検査をあげる。

- ・ 他の学生 3 名の感想

それぞれが、良かった点と、改善した方がよい点を上げる。

当の学生本人が気づかない点も指摘され、有意義。

さらに、他の学生にとっても見做うことができる機会になっている。

◎学生はコミュニケーション力、態度などに関する評価表を記入し、peer review を実施する。

- ・ 指導医のコメント

「Open question をさらに深く」、などコメントやアドバイスを伝える。
的確なアドバイスが行われていた。

- ・ SP からのフィードバック

患者の目線で見えた学生の態度、質問内容に対して、良かった点、改善を要する点が指摘された。話をよく聞いてくれる、目を見て話してくれるなど、好印象が伝えられた。ただし、患者の気持ちを聞く点に工夫が望ましいなどのコメントもあった。

- ・ 総括

全員の意見を踏まえ、指導医がまとめ、コメント

◎指導医は、コミュニケーション力、診察態度、臨床推論能力などの評価表を記入。

- ・ ビデオの見直し、学生の振り返り

フィードバックを得た上で、再度自身のビデオを見て、振り返る機会が与えられた。形成的評価としても有用。

- ・ 最終的な診断、臨床推論のまとめ

指導医から総括、コメント、アドバイス

- ・ 感想：シミュレーションではあるが、シナリオがよく練られており、SP の演技力も抜群で、極めて実臨床に近い。このため、医療面接のトレーニングとしては最適といえる。

SP、指導医の協力が必須である。SP の養成がうまく行われていると考える。

⑥ 実習全体の説明

時間： 16:00～16:30

場所： 前野教授室

説明者：前野教授

内容：

総合診療科における実習のあり方について説明を受けた。

実習は大学病院総合診療科実習 1 週間＋地域医療実習 3 週間（2～3 施設）の計 4 週間を必修として実施される。

最初はオリエンテーションが大学で行われる。大学総合診療科実習では、日々の形成評価があり、金曜日には全症例のカンファレンスで振り返りが行われる。学生もプレゼンする。

その際、地域医療実習の最終日に、学生が「実習の学びにつながった最も印象に残った出来事」について、その場面をイラストで表現する Significant Event Illustration(SEI)というプログラムを実施し、地域の状況について学生が学んだことを意識化・言語化し、互いに学びを共有する機会を提供している。単なる医学・医療的側面だけではなく、地域の特性を理解した上で医療を実践する能力を涵養することが目的となっている。

（SEI の例：学生が、美しい海岸にゴミが捨てられている環境破壊現場、住民が塩分を過剰に摂取している食生活、寝たきり患者の介護、在宅医療などの現状を絵で表現している）

⑦ 要約

筑波大学総合診療科では、患者の診療において臨床推論能力を涵養し、総合診療、地域医療、家庭医療を学ぶ機会を提供している。

学生は受動的でなく、外来では自ら医療面接を行い、得た所見を基に、初期臨床研修医、専攻医、指導医と協議して診断計画、治療計画を立案する能力が身につくようになっている。

午前中の診察をビデオ撮影し、午後のチュートリアルで他の実習学生、指導医と共にビデオを供覧して、良かった点、改善が必要な点を振り返り、診療能力の向上に繋げている。

その後、模擬患者（simulated patient: SP）が3シナリオを臨場感豊かに演じ、各学生が医療面接を行って他の3名の学生と指導医が振り返っている。実習では、学生による同僚評価、教員による評価、さらにSPによる患者側からの評価もあり、360度評価になっている。これらの評価は形成的評価となっており、学生に気づきを与え、学修を促進するように工夫が凝らされている。

効果的な実習になっているが、これだけの成果を上げるには、相当数の教員参加、患者の協力、優秀なSP、入念な準備が必要である。筑波大学ではこれらの課題をクリアしており、実績を上げている。

診療参加型外来実習の好事例として高く評価でき、広めることで診療参加型臨床実習の質向上が大いに期待できる。

12) 筑波記念病院 <https://tsukuba-kinen.or.jp/>

訪問日時： 2025年1月9日（木）16:40～17:30

場所： 筑波記念病院会議室

面会者： 長澤俊郎 名誉院長

内容：

学生の臨床実習の受け入れ、臨床研修医の受け入れ、教育プログラム、マッチングの状況について説明を受けた。ハンガリー医科大学、チェコ医科大学卒業生も受け入れており、外国医学部出身者の資質・能力を確認する機会があると思われる。

13) 中頭病院 <https://www.nakagami.or.jp/>

訪問日時： 2025年1月27日（月）9:30～11:30

場所： 中頭病院会議室

面談者： 喜瀬貴文 研修医（ブルガリア国プレヴェン大学卒業、初期臨床研修1年目）
佐久本慎也 事務員（臨床教育開発センター臨床研修・実習担当）

訪問者： 森 博威（順天堂大学総合診療科准教授）、奈良信雄

① 中頭病院の概略：

沖縄本島中部地区（沖縄市）にある355床の総合病院（HCU：16床、ICU：12床）

31診療科がある急性期病院（平均在院日数10.7日）

医師数168名（うち研修医24名）

群星・RyuMICプログラムに則った臨床研修

② 臨床研修プログラムの特徴

1. Common diseases の豊富な症例数と重要視（入院・外来・救急の場で各種疾患の対応が学べる）。
2. 総合内科外来でのプライマリケア・外来フォローアップの対応が学べる。
3. 救急専門医の指導を受けながら、一次～三次救急患者への対応が学べる。
4. Evidence-Based Medicine、Case-Based Medicine に基づくフィードバックがある。
5. 研修医向けにさまざまな学習の場がある。
 - ・教育回診（月2回：徳田安春群星センター長、年1回：寺澤秀一群星副センター長）
 - ・救急カンファレンス（毎日）
 - ・指導医レクチャー（毎週、全診療科指導医が対応）
 - ・研修医勉強会（毎週）
 - ・救急症例検討会（月1回、研修医が症例提示）
 - ・急変時対応・超音波ワークショップ（月複数回）
 - ・各診療科カンファレンス
6. 臨床研修の評価は、「振り返り」、「ポートフォリオ作成」、「研修目標と自己評価」によって行われる。

③ 臨床研修のバックアップ体制

1. 臨床教育開発センターの設置

各科専攻医・医師キャリア支援、医師業務支援を含む部署としている。院内インターネットから、各種二次資料（UpToDate、Clinical Key、DynaMed Plus）、医学中央雑誌、多数の英文誌へのアクセスが可能。各診療科和文雑誌も多数購読契約し、いつでも自由に学習できる。専任の図書担当事務職員を配置し、文献検索の補助や取り寄せを担当している。

2. 院内 Wi-Fi 環境の充実

院内のどこからでも Wi-Fi によるネットアクセスが可能。各自のスマートフォンやタブレットを利用して、病棟、救急、外来などで、各種疾患に関する情報が入手できる。

3. 専任担当事務員の配置

研修医が安心して研修が行えるよう、バックアップする専任の事務職員を配置し、研修医の業務の補助している。また、研修医からの種々の相談にも対応し、健康管理にも配慮している。

④ 臨床実習

琉球大学医学部の選択コースになっており、琉球大学医学部学生を2週間コースで4～5名受け入れ、年間（5年生11月～6年生7月）40～50名受け入れている。

杏林大学との提携制度もある。

実習生は実家（居住地）から車で実習に参加している。

学生からは、より実践的な実習ができ、内視鏡検査などの医療手技も学べると好評。

みっちり実習できて、時間を持て余すことはない。

⑤ 要約

中頭病院は群星 RyuMIC プログラムに則った臨床実習が実施されており、海外交流、教育回診、病院間交流があるなど、有益な研修が行われている。

臨床実習では主に琉球大学学生を受け入れており、実践的な実習ができると学生の満足度も高い。

14) 浦添総合病院

<https://jin-aikai.com/urasoe/>

訪問日時： 2025 年 1 月 28 日（火） 10:00～12:00

場所： 浦添総合病院

面談者： 藏下要副院長兼臨床管理委員長

泉 源 研修医

中西愛伽 事務員（診療部支援室）

訪問者： 森 博威、奈良信雄

① 病院の概要

病床数：334 床（一般 287 床、救命 19 床、ICU12 床、HCU16 床）

診療科：27

医師数：130 人（初期研修医 25 名、指導医 54 名）

職員数：1121 人

② 臨床研修

プライマリ・ケア研修の中でも成人の急性期疾患のマネジメントに重点を置いている。

研修プログラムの特徴

- ・ 年間約 21,000 人の救急受診者があり、研修医が初期診療に関わる。ER からの入院患者数は年間約 4,000 人程度、救急車の搬送件数も年間 5,000 件。ドクターカーやドクターヘリでの病院前救急診療の研修も可能。
- ・ 急性の脳血管障害での緊急入院が年間 400 人前後で、研修医は 2 ヶ月の脳神経外科研修期間内に約 70 人の入院症例の診療を経験できる。
- ・ 年間 3,200 件を超える手術件数があり、全身麻酔管理は 2,500 件以上で、麻酔科研修の 2 ヶ月内で 60 回以上の気管挿管を経験できる。
- ・ 地域医療としての役割が分担され、外来診療は紹介型の専門外来形態を取っている。一般的な外来機能は地域のクリニックに委ねており、研修医の外来での診療の指導は専門外来では行わず、ほとんどが救急外来で行われる。
- ・ DPC 医療機関群Ⅱ群（高診療密度病院）に指定されており、多職種で高密度診療を担っていることから、研修医は高診療密度の中で多職種から指導を受ける。
- ・ 内科研修は主に病院総合内科で行われ、多岐にわたる疾患患者を主治医として経験する。

カンファレンスは、モーニングカンファレンスが月～土、早朝勉強会（研修医主体の勉強会）が月～金にあり、内科・救急合同カンファレンスが月～金にある。

C P Cは毎月 1 回。

《初期研修プログラム》

群星沖縄・浦添総合病院プログラム												
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
1年次	消化器内科		循環器内科		外科（肝胆脾・消化管・呼吸器）		産科			救急（ER）	整形外科	総合内科
2年次	地域	小児	脳神経外科		産婦人	精神	呼吸器内科		泌尿		救急（救急）	

《後期研修》

基幹病院としては、救急4、内科7、外科2、総合診療2名募集。

③ 臨床実習

琉球大学から2週間コースで、医学生を年間73名受け入れ

杏林大学1～3名、徳島大学2名も受け入れ可能

海外医学生は、チェコ医科大学から1～3ヶ月実習、北京大学から2週間実習

実習時期：10月21日～7月25日

実習内容：1回に平均3～4名が来る。病棟中心。

朝は学生と研修医と一緒に回診、午後の回診も一緒

学生は1名の患者を担当。学生も電子カルテに記載し、学生記載のカルテは指導医がチェックする。回診では学生が症例プレゼンを行う。

ERの希望もあればERで実習（研修医と一緒に）

手技もかなり行える。

実習での評価：琉球大学の評価表に記載する。

1年間に1度程度は琉球大学と協議をしている。

④ 要約

浦添総合病院での初期研修は充実している。

臨床実習では、琉球大学を中心に2週間の実習生を受け入れている。電子カルテ記載、医行為などが行われ、評価は琉球大学の評価表に記載している。

15) 南部徳洲会病院 <https://www.nantoku.org/>

訪問日時：2025年1月28日（火）14:00～16:00

場所：南部徳洲会病院会議室

面談者：服部真己病院長

今村 恵臨床研修委員長（総合診療科）

Nie Lin 初期研修医

訪問者：森博威、奈良信雄

① 病院概要

病床数：357床(一般357床<内、回復期リハビリテーション病棟 41床>)

診療科：24

医師数：74名(指導医22名) 初期研修医11名、後期研修医2名

② 臨床研修プログラム

- ・総合的な臨床能力を有する医師の育成をめざして、厚労省による初期臨床研修到達目標を目的とし、エマージェンシー・ケアとプライマリ・ケアを基盤とした総合診療方式（スーパーローテート方式）による2年間の初期臨床研修プログラム
- ・1年次は、救急総合診療部（3ヵ月）、内科（6ヵ月）、外科（2ヵ月）、麻酔科（1ヵ月）、小児科（1ヵ月）、産婦人科（1ヵ月）の各科をローテートする。救急総合診療部は、ローテート科と並行して研修（2年次修了まで）する。
2年次は、精神科（1ヵ月）、選択科として各科（内科、小児科、放射線科、外科、心臓血管外科、産婦人科、整形外科、泌尿器科、脳神経外科）の短期（2ヵ月間）ローテート研修を選択できる。また2ヵ月間のへき地・離島研修（石垣島徳洲会病院）を必須とし、それと並行して救急総合診療も研修する
- ・救急研修は、2年間を通して救急総合診療部に所属し、ローテート科と重複して行う。救急研修は、初期診断からその適切なコンサルテーションでの一連の基本的診療技術を研修する。救急研修中に診察をした患者が入院する場合には、原則としてその診療の研修医が所属するローテート科の入院においては担当医となり、引きつづき治療とその経過を研修する。
- ・希望者は3年次以降の後期研修プログラムに引き続いて参加でき、診療科に所属して専門医の資格を取得するための研修ができる。
- ・「臨床研修病院群プロジェクト 群島沖縄 RyuMIC プログラム」に参加し、2年次の選択科として「群島沖縄」の各施設での研修も可能。

南部徳洲会病院 年間研修予定(例)

地域医療(石垣)は2ヵ月間行います。1年次に経験、学んだことを地域医療で実践します。

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
1年次	救急総合診療部 (12週)			内科 (24週)						外科 (8週)		麻酔科 (4週)	
2年次	消化器科 (4週)	整形外科 (4週)	産婦人科 (4週)	小児科 (4週)	精神科 (4週)	地域医療 (8週)		循環器科 (4週)	選択科 (16週)				

当直：17:00 開始（22：00～3：00 の前半と 3：00～8：00 の後半を分担）

研修医2名+研修医以外の当直医3名

カンファレンス：教育回診（毎月4回）、スタッフカンファレンス（週1回）、

プライマリーケアカンファレンス（週6回）、CTカンファレンス（週1回）

不明な点は、「本日の臨床サポート」でチェックできる。また、画像診断などは先輩医師にコンサルトできる体制になっている。

③ 臨床実習

学生は2名程度受け入れ、東邦大学から1ヶ月、琉球大学から2名が2週間実習に参加。

④ 要約

南部徳洲会病院は救急を中心に、かなり実践的な医療を研修できる。研修医は少ないが、その分、一人当たりの経験患者数が多い。

臨床実習も受け入れているが、少人数にとどまっている。

16) 沖縄県立中部病院

訪問日時： 2025年1月29日（水）8:30～16:00

面談者： 玉城和光 病院長

内原俊記 プログラムディレクター

（沖縄県立中部病院ハワイ大学卒後医学臨床教育事業団）

尾原春雄 内科部長、臨床研修センター長

横山周平 医師（感染症内科）

山川 毅 専攻医

訪問者： 森 博威、奈良信雄

① 沖縄県立中部病院の概要

沖縄県立中部病院における医学教育の歩み：

終戦後の沖縄の医療事情は劣悪で、沖縄県は医師確保対策として本土の大学に”留学”させる特別な奨学制度を設けていた。しかし、当時の沖縄には卒後臨床教育のための施設や臨床研修プログラムがなく、医師不足解消にはほとんど繋がらなかった。そこで、1967年にハワイ大学と提携した臨床研修プログラムをスタートさせ、臨床実践を重視した研修プログラムを行うこととなった。1973年からは、後期研修を2年追加した。また、1983年からは後期研修終了者に1年の離島勤務が義務化され、以来、修了生が離島医療の大きな戦力となっている。

さらに、指導医と研修医のモチベーションを高めるために、米国での臨床研修をそれぞれ1980年と1996年に導入した。2004年に新臨床研修制度が開始されるに伴い、これまでの約60年間の実績を振り返りつつ、病院内外の諸関連施設と連携を深めて改革・改善を進めている。

病床数：559床（一般555床、感染症4床）

診療科：40

医師数：160名（指導医108名）、初期研修医58名（1年次29名、2年次29名）

病院の理念・基本方針：

- ・患者中心
- ・ファインチームワーク
- ・社会貢献

② 臨床研修

臨床研修プログラムの特徴

- ・症例数が多く、経験症例数が豊富である。

- ・屋根瓦方式での指導体制が確立している。
- ・general な研修から、その後、専門医療へと進められる。
- ・全研修期間を通じ、救急センターで研修が行われ、プライマリケアを修得できる。
- ・充実した後期研修プログラムに繋がることができる。
- ・ハワイ大学関連病院あるいは国内施設での短期研修が可能である。

教育内容

- ・コアレクチャー（月～金：13:00～13:30）
- ・ケースカンファレンス
- ・ベッドサイドティーチング
- ・身体所見道場、プレゼン道場
- ・グラム染色

中部病院初期臨床研修 総合プログラム／中部病院初期臨床研修 小児・産婦人科専攻プログラム

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
1年次	内科（12週）			外科（12週）			小児科（6週）	産婦人科（8週）	ER（6週）	麻酔科（4週）	選択（4週）	
2年次	内科（12週）			地域医療（4週）	精神科（4週）	ER（4週）	選択（28週）					

当直：

1年目2名と2年目研修医2～3名がペアで当直

まずは1年目が担当し、2年目（First Resident）とともに診療、必要により指導医が加わる。

昨晚（17:00～6:00）は15名が救急入院した。

③ 臨床実習

ポリクリ：2週間コース、対象 M4～M5

（2024.11～2025.10：琉大109名、佐賀1名、日大1名、高知1名）

クリニカルクラークシップ：4週間コース、対象 M5～M6

（2024.10～2025.7：琉大88名、山梨1名、岡山2名、弘前1名、奈良県立3名、東大1名、藤田1名、高知1名）

琉球大学医学部の臨床実習プログラムでは、8ヶ月のクリクラ中、4ヶ月は学外で実習を受けることとなっており、沖縄中部病院に来る学生が多い。

クリクラの内容

前半2週は主に病歴聴取、カルテ記載を行う。

後半2週は患者の身体診察、研修医とともに診察する。

評価は、大学の評価表とオリジナルの評価表に記載する。

レポートはなく、現場でのプレゼンの評価し、フィードバックを行う。

学生は4週間のクリクラによって知識、技能、態度が明瞭に上達している。

《実習で学ぶこと》

- ・医師としての態度、行動（プロフェッショナリズムを意識）
- ・基本技能（情報収集と評価、診療計画立案）

- ・知識

《クリクラで実施する医行為》

Level I（始めは指導担当医／上級医とともに実施、到達度によって単独実施可）

- ・医療面接
- ・身体診察
- ・バイタルサインチェック
- ・検査（細菌塗抹染色検査）

Level II（指導担当医／上級医とともに実施）

- ・検査（各種検査の立案、指示、エコー検査、心電図検査）
- ・手技

皮膚消毒、包帯交換、外用薬貼付、塗布、抜糸、手術／外科処置の助手

エアウェイによる気道確保、マスクバギング、酸素投与、体位交換、移送、ネブライザー

- ・文書記載

診療録、退院サマリー、バイタル表、院内コンサルト

Level III（診療科毎に設定）

④ 現地訪問スケジュール

2025 年 1 月 29 日（水）

（朝カンファレンス）

8:45～9:30 総合診療科朝カンファレンス：

琉大 5 年生（クリクラ）がプレゼン

初診患者の病歴、カルテ記載、プレゼン（研修医と一緒に診察）

研修医（5 名）、指導医（3 名）とともにカンファレンス

症例（44 歳女性）：左後頭部痛、左大腿痛、左背部痛、
嘔気、眼乾燥感

症例（39 歳男性）：湿疹、間接鬱、こわばり感、ANA320 倍陽性

9:30～10:10 救急救命病棟回診：

48 歳女性、強直間代性痙攣

初期研修医 1 名がプレゼン、

内原ディレクターが指導

10:15～10:35 玉城院長と面談

臨床研修、臨床実習の要点を聴取

Peer-review を重視し、互いのディスカッションをしっかりと行うこと

プレゼン力、ディスカッション力の涵養

10:40～11:25 総合内科 B チームカンファレンス

学生（4 年生）1 人

研修医（1 年目、2 年目）

シニアレジデント（4 年目）

指導医

11:30～11:40 病棟と外来視察



内科混合病棟（4階19床）

1年目研修医は採血当番がある（10名程度の患者対象）

総合診療科外来

3週目のクリクラ学生が参加

（総合診療科でのフィードバック）

11:40～12:10

総合診療科でのフィードバック

学生が記載したカルテをプレゼンし、研修医2人がフィードバックする。



13:00～14:20 内原プログラムディレクターと面談

臨床研修、臨床実習のありかたについての意見交換
カンファレンスを重視している。

指導医講習会を1／年開催し、指導医の教育を行っている。

初期研修では総合診療科1ヶ月からまわり、次第に教育の質を高めている。

臨床実習では、琉大から年1日相談に来る。現場での課題等を共有。

14:30～16:00 尾原内科部長、山川研修医と面談

中部病院での臨床研修は充実しており、とくに日々のレクチャーは役立つ。

診療科間の垣根も低く、臨床研修には最適である。

救急科では離島医療にも触れることができた。

⑤ 要約

- ・沖縄中部病院ではハワイ大学と提携したプログラムを採用し、臨床研修、臨床実習における教育、指導体制が充実している。
- ・臨床実習では琉球大学医学部と交流し、2週間と4週間のコースがあり、多くの学生が参加している。また、それ以外の医学部からの参加もある。

17) 国内医学部、関連病医院訪問調査の総括

訪問調査の結果、以上の病医院では、いわゆる「屋根瓦式臨床実習」が確実に機能しており、学生の臨床能力修得度並びに満足度がきわめて高いことが確認された。さらに指導医にとっても、学生を指導することに過度の負担を感じることはなく、むしろ学生の臨床能力が向上することによって日常診療の補助にもなる点から良い結果をもたらしているとの意見が大半を占めた。

これらの成果は、診療参加型臨床実習の目的に合致しており、全医学部における臨床実習に展開することが望まれる。

3. 海外医学部における臨床実習の現状

海外医学部教育は多様である（奈良信雄：「世界 20 カ国における医師養成システムー海外諸国では医師がどのように養成されているのか？」、篠原出版新社、東京、全 106 頁、2023 年 6 月 24 日 ISBN978-4-86705-818-3）。海外医学部での臨床実習の状況を知ることは、我が国での臨床実習の改善に役立つことが大きい。本報告書では、カナダ国モントリオール市にあるマギル大学の訪問調査報告と、アメリカ国カリフォルニア州サンフランシスコ校の臨床実習における学生評価に関わる Web 会議の内容を報告する。

1) McGill 大学訪問調査

本事業ではカナダ国モントリオール市にある McGill 大学を訪問し、診療参加型臨床実習の現状を見学した。

調査期日：2025 年 2 月 17 日～2 月 23 日

McGill 大学調査協力者：

Dr. Joyce Pickering (Vice Chair, Education, Dept. of Medicine)

Dr. Sonia MacFarlane (McGill Clerkship Director)

Dr. Melanie Mondou (Associate Dean, Undergraduate Medical Education)

Dr. Simon Bergman (Assistant Dean of Accreditation for Undergraduate Medical Education, Director of Undergraduate Surgical Education)

Dr. Jean Tchervenkov (Site Clerkship Director, Surgery),

Dr. Jesse Popov (Lecturer of TCP teaching session),

Mr. Philippe Legault & Dr. Junko Tokuno (McGill Simulation Centre)

General Internal Medicine チームの Attending Physician, Residents, Students

訪問者：山脇正永、鈴木利哉、中村真理子

① McGill 大学の学修プログラム

マギル大学医学部では、UGME (Undergraduate Medical Education) が CanMEDs 2015 を元に educational objectives を設定し、4 年間の医学部カリキュラムである MDCM (Medicinæ Doctorem et Chirurgiæ Magistrum) プログラムを実施している（資料 20230220 policy on clinical faculty appointments final）。

医学部の最初の 18 か月間は Fundamentals of Medicine and Dentistry Component で、基礎医学・社会医学・臨床医学の統合型学修と Longitudinal Family Medicine Experience と Research Fundamentals、および professionalism と臨床 skill 涵養の縦断的コンテンツが行われる。2 年目の最後の 6 か月間は、臨床実習への移行として TCP(Transition to Clinical Practice)が設定され、学生はハイブリッド型学修(教室と臨床現場での演習・実習)で臨床推論と様々な臨床スキルを学ぶ。臨床実習はカリキュラムの最後の 2 年間で、学生は多分野にわたるチームで医師の supervisor とともに臨床環境で働き、学ぶ。臨床実習では、学生はそれまでの医学の知識を臨床実習に応用することが求められる。臨床実習の終了時には、卒業生は研修医としての準備が整った基本的レベルの generalist としての能力を持つとみなされる。

M.D., C.M. Program: Curriculum Scheme													
July	Aug	Sept	Oct	Nov	Dec	Jan	Feb	March	April	May	June		
Clerkship - wk 13 (days)	PROMOTION PERIOD #1												
	FUNDAMENTALS OF MEDICINE & DENTISTRY 1												
	INDS 111: Statistics to Clinical Health (1 wk)	INDS 112: Respiration (4 wk)	INDS 113: Circulation (5 wk)	INDS 120: Integrated Assessment 1 (1 wk)	Vacation**	INDS 115: Renal (4 wk)	INDS 114: Digestion & Metabolism (3 wk)	INDS 121: Integrated Assessment 2 (1 wk)	Study Break**	INDS 116: Defense (4 wk)	INDS 117: Infection (4 wk)	INDS 118: Movement (4 wk)	INDS 122: Integrated Assessment 2 (1 wk)
	INDS 124 (11, 12, 13) Longitudinal Family Medicine Experience												
	INDS 123 (11, 12, 13) Research Fundamentals 1												
	PHYSICIANSHIP: INDS 122 (11, 12, 13) Physician Apprenticeship 1												
	INDS 119 (11, 12, 13) Clinical Method 1												
	IPEA 500 Rules in Interprofessional Teams												
IPEA 503 Communication in Interprofessional Teams													
July	Aug	Sept	Oct	Nov	Dec	Jan	Feb	March	April	May	June		
Vacation**	PROMOTION PERIOD #2												
	FUNDAMENTALS OF MEDICINE & DENTISTRY 2												
	INDS 211: Reproduction & Sexuality (1 wk)	INDS 220: Integrated Assessment 3 (1 wk)	INDS 212: Human Behaviour (8 wk)	INDS 225: Clinical Method 2: G.C. (1 wk)	INDS 219: Clinical Method 2: G.C. (1 wk)	Vacation**	TRANSITION TO CLINICAL PRACTICE*						
	Reasoning, Reflection and Practice BLOCK (8wk)					Comprehensive and Consultative Health BLOCK (8wk)				Diagnostic and Interventional Medicine BLOCK (8wk)			
	IMED 301 TOP Internal Medicine					FMED 301 TOP Family Medicine				INTRO 301 TOP Surgery			
	PSY 301 Medical Ethics & Health Law					PAED 301 TOP Paediatrics				ANAE 301 TOP Anaesthesia			
	INDS 300 National Medical Practice					NEUR 301 TOP Neurology				RAD 301 TOP Radiology			
	INDS 223 Research Fundamentals 2					OPHT 301 TOP Ophthalmology							
	INDS 229 Transition to Clinical Practice Integrated Assessment												
	PHYSICIANSHIP: INDS 222 (11, 12, 13) Physician Apprenticeship 2												
INDS 224 (11, 12, 13) Community Health Alliance Project (C.H.A.P.)													
IPEA 502 Patient-Centred Care in Action													
IPEA 503 Managing Interprofessional Conflict													
July	Aug	Sept	Oct	Nov	Dec	Jan	Feb	March	April	May	June		
Vacation**	PROMOTION PERIOD #3												
	CLERKSHIP - YEAR 3*												
	SURG 402 Surgery Clerkship (8wk)	IMED 401 Internal Medicine Clerkship (8wk)	FMED 405 Family Medicine Clerkship (8wk)	PSYT 401 Psychiatric Medicine Clerkship (8wk)	PAED 401 Pediatrics Clerkship (8wk)	OBGY 401 Obstetrics & Gynecology Clerkship (8wk)	ELEC 406 Elective 1 (4wk)						
	INDS 429 Clerkship Integrated Assessment 1												
	PHYSICIANSHIP: INDS 122 (11, 12, 13) Physician Apprenticeship 3												
	INDS 120 (11, 12, 13) Promotion of the Professional and Worker												
	PROMOTION PERIOD #4												
CLERKSHIP - YEAR 4*													
IMED 407 Geriatric Medicine Clerkship (4 wk)	INDS 408 Emergency Medicine Clerkship (4 wk)	ELEC 403 Elective 2 (4 wk)	Vacation**	ELEC 402 Elective 3 (4 wk)	ELEC 405 Elective 4 (4 wk)	ELEC 406 Elective 5 (4 wk)	CARMS Interviews / Vacation**	INDS 427 Public Health & Preventive Medicine (1 wk)	INDS 426 Putting it all together - basic science, medicine and society (4 wk)	INDS 425 Transition to Residency (8wk) (includes 2-wk study time)			
INDS 424 Clerkship Integrated Assessment 2													
PHYSICIANSHIP: INDS 422 (11, 12, 13) Physician Apprenticeship 4													
PROMOTION PERIOD #5													
FUNDAMENTALS OF MEDICINE & DENTISTRY 3													
INDS 111: Statistics to Clinical Health (1 wk)													

図1 McGill 大学医学部の学修プログラム

② McGill 大学における clinical clerkship の考え方・原則

Clinical clerkship は学生の学修であり職務であるとされている。Clerkship において、学生は患者を独力で診察・評価し、初歩的な臨床 skill を実施し、家族や多職種チームと連携をとり、研修医または staff 医師の監督下でカルテ等の文書を作成・管理すること等を行い、これらのスキルを自律的に行う能力を養うことが要求されている。

学生の自律性を涵養するため、学生・指導医で共有している clinical clerkship の基本的な考え方として、「学生が診療チームに入ること」「Student responsibility があること」「Patient safety を確保すること」「学生にとっても safe な環境（労働時間等も含め）であること」があげられており、clerkship の時期は医師免許取得後の residency の準備段階ととらえられている。また、residency に準じて、医療チームにおける学生の役割：学生及び Resident の Responsibility の policy が定められている。（McGill supervision policy <https://www.mcgill.ca/gradsupervision/resources/policies-and-guidelines>）

Clinical clerkship の学修成果としては、CanMEDs 2015 のガイドラインに基づく McGill の EPAs が設定され、卒業時に示すべき能力として Miller の到達段階で表現されている（資料：CanMEDs に基づく EPAs）。CanMEDs は卒前卒後をととした学修目標であり、clinical clerkship は医学教育の中で、residency への transition という位置づけとなっている。

③ Clinical clerkship の内容

Clinical clerkship プログラムは、異なる目標を持つ 2 つの部分に分かれている。クラークシップの 1 年目 (3 年生) は、内科、外科、小児科、産婦人科、精神科、家庭医学 (都市部での 4 週間と地方での 4 週間に分かれる) の基本分野のローテーションで構成されている。医学部の 4 年目の最初の部分は、老年医学と救急医学の 2 つの基本分野のローテーションと選択ローテーションで構成されている。学生全員が回るのは上記 Core 診療科のみであり、その他の診療科は基本的に elective での選択実習となる。各診療科のプライマリケアについては TCP で学修する。選択ローテーションでは、学生の希望する医療分野および外科系スキルを深めるとともに、将来のキャリア選択の準備を行うことができる。

clerkship の最後の部分は、公衆衛生および予防医学 (PHPM)、Putting It All Together (PIAT)、Transition to Residency (TTR) の 3 つのコースで構成されている。これらのコースは、社会と科学の枠組みの中で臨床医学を再構築する機会となるとともに、研修医の臨床業務にむけた最終準備を提供する。

《内科系》

・総合内科ブロック (8 週間)

総合内科ブロックには、急性期総合内科病棟 (臨床教育ユニット) での 4 週間、救急室での一般内科コンサルテーションサービスでの 2 週間、循環器内科入院ユニットでの 2 週間が含まれる。学外病院では、入院患者および外来患者のコンサルテーションサービスが含まれる。

学生は、主治医や研修医の監督の下、以下の責任を負う。担当する各患者の病歴、身体検査、検査および放射線データの要約を実施および記録し、鑑別診断と治療計画を含む問題リストを作成すること。各患者の継続的なケア、管理、フォローアップ、退院計画を実施すること。

学修目標、学修リソース (e-learning 等)、目標とする到達度と評価方法等の実習内容の詳細については、シラバスに記載されている。

Typical day for a student or junior resident

- ・Students- expect to care for 3 to 4 patients, junior residents 6-10.
- ・ 7:30 to 8:00: Attending staff signs over with the night float team.
- ・ 8:00 start time for the CTU. Review patient assignments/task and teaching/service rounds.
- ・ See each of your patients. Plan for any further treatment/tests. Review with the senior. Write notes.
- ・ Please on occasion attend multidisciplinary rounds (9:00 a.m. on 9th floor link conference room) particularly if your patients has complex multidisciplinary issues.

Typical day for a student or junior resident - cont' d.

- ・ Eat lunch!
- ・ Afternoon - procedures, admissions, check labs, imaging, micro. Prepare paperwork (discharge summary and prescriptions) for patients leaving the next day. Update the list.
- ・ "Running the list" rounds: Usually 15:30 or 16:00 - check with your senior. In your respective team rooms.
- ・ Workday ends at 6:00 p.m. (residents - 8:00 p.m.)
- ・ Before leaving, ensure all paperwork for next day discharges is completed, printed and placed on the unit coordinator's desk.

図 2 General Internal Medicine の 1 日のスケジュール

	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday
	10-Mar	11-Mar	12-Mar	13-Mar	14-Mar
AM	Course Introduction	Continuing Professional Development	MEHL: Managing Medico-Legal Risks	(OMLA) Workshops & Plenaries	Physicianship Small Group
PM	Medical Aid in Dying	Prescriptions	Pain Management 1	Physicianship Small Group	Physicianship Small Group
	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday
	17-Mar	18-Mar	19-Mar	20-Mar	21-Mar
AM	Resident-Led Workshop	Study Time	Study Time	Study Time	ERRAD
PM	Resident-Led Workshop	MEHL: Ethics and Entry Into Life	Pain Management 2 (1:30 pm)	ERRAD	MEHL: Caring for Patients from Vulnerable Populations (1:30 pm)
	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday
	24-Mar	25-Mar	26-Mar	27-Mar	28-Mar
AM	Finding Purpose in Medical Practice and Preventing Burnout	Communication Plus (Sim Center)*	Communication Plus (Sim Center)*	OSCE	OSCE
PM	Study Time	Communication Plus (Sim Center)*	Communication Plus (Sim Center)*	OSCE	OSCE
	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday
	31 Mar	1-Apr	2-Apr	3-Apr	4-Apr
AM	Study Time	Study Time	Study Time	Study Time	EXAM
PM		Study Time	MEHL: Caring for Patients with Uncertain Capacity	Study Time	Study Time

図3 General Internal Medicine, Senior Clerkship の月間予定表

《家庭医学ブロック》

家庭医学ブロックは、コア clerkship の一部で、都市型家庭医学、地方型家庭医学の異なる環境で実習する。

都市家庭医学では、モントリオールでは、学生は都市家庭医学を4週間連続で実習する。都市滞在中、医学生は、家庭医学ユニット、家庭医学グループ、CLSC、またはコミュニティ診療所など、1つ以上の家庭医学環境で臨床活動に参加する。家庭医学の多様性への経験値を高めるために、時間と場所が許せば、選択的な体験が提供される。

地方家庭医学では、学生は、地方環境で家庭医学実習を4週間連続で受講する。この体験の目的は、学生に地方コミュニティでの生活と、これらの地域での医療の実践を体験させることにある。地方でのローテーションは、高度な技術手段と高度に専門化されたリソースへのアクセスが限られているか、まったく存在しない環境で行われる、実地の臨床を体験する。これらの教育施設は、ケベック州医師会によって研修医研修の拠点として承認されており、その教員はマギル大学の家庭医学科に所属している。また、保健社会省は学生に旅費と宿泊費の手当を支給している。

学修目標、学修リソース (e-learning 等)、目標とする到達度と評価方法等の実習内容の詳細については、シラバスに記載されている。

《外科ブロック》

外科実習コースはコア実習中に行われ、学生は主治医と研修医の監督下で外科の原則と重症患者の管理について学ぶことができる。このコースは一般外科（4 週間）と外科専門分野（2 週間 x 2 科目）の 2 つのセグメントで構成されている。外科専門分野には臓器別外科の他、泌尿器科、耳鼻科、整形外科も含まれる（資料 Surgery Core Clerkship）。

第1週							
時刻／曜日	月	火	水	木	金	土	日
6:00AM		チーム回診	チーム回診	チーム回診	チーム回診	チーム回診	
7:30AM				外科総回診		※オンコール待機	
8:00AM	オリエンテーション	病棟/コンサルテーション			病棟/コンサルテーション		
10:00AM	病棟/コンサルテーション		8:00AM~12:00PM 乳腺クリニック	手術室			
12:00PM	12:00~13:00昼食休憩	12:00~13:00昼食休憩	12:00~13:00昼食休憩		12:00~13:00昼食休憩		
1:00PM	病棟/コンサルテーション	病棟/コンサルテーション	講義		病棟/コンサルテーション		
4:30PM	帰宅	帰宅	帰宅	レジデントによる 外科教育サービス回診 帰宅	帰宅		
第2週							
時刻／曜日	月	火	水	木	金	土	日
6:00AM	チーム回診	チーム回診	チーム回診	チーム回診	チーム回診		
8:00AM	病棟/コンサルテーション	手術室	病棟/コンサルテーション	病棟/コンサルテーション	8:00AM~12:00PM 一般外科 クリニック		
10:00AM							
12:00PM	12:00~13:00昼食休憩		12:00~13:00昼食休憩	12:00~13:00昼食休憩	12:00~13:00昼食休憩		
1:00PM	病棟/コンサルテーション		講義	病棟/コンサルテーション	自己学習		
4:30PM	帰宅	帰宅	帰宅	レジデントによる 外科教育サービス回診 帰宅	帰宅		
第3週							
時刻／曜日	月	火	水	木	金	土	日
6:00AM	チーム回診	チーム回診	チーム回診	チーム回診	チーム回診		チーム回診
8:00AM			病棟/コンサルテーション	病棟/コンサルテーション	手術室		※オンコール待機
9:00~12:00	直腸大腸クリニック	9:00~12:00 乳腺クリニック					
10:00AM							
12:00PM	12:00~13:00昼食休憩	12:00~13:00昼食休憩	12:00~13:00昼食休憩	12:00~13:00昼食休憩			
1:00PM	病棟/コンサルテーション	病棟/コンサルテーション	講義	病棟/コンサルテーション			
4:30PM	帰宅	帰宅	帰宅	レジデントによる 外科教育サービス回診 帰宅	帰宅		
第4週							
時刻／曜日	月	火	水	木	金	土	日
6:00AM	チーム回診	チーム回診	チーム回診	チーム回診			
8:00AM	手術室	病棟/コンサルテーション	病棟/コンサルテーション	病棟/コンサルテーション	試験		
10:00AM			11:30~12:30 昼食休憩				
12:00PM		12:00~13:00昼食休憩		12:00~13:00昼食休憩			
1:00PM		自己学習	講義	病棟/コンサルテーション			
4:30PM	帰宅	帰宅	帰宅	レジデントによる 外科教育サービス回診 帰宅	帰宅		

※オンコール2 晩が義務となっている

General surgery 4 週間の予定表（例）

学生は以下の環境で外科チームの重要なメンバーとして以下の役割を担う。

- 入院病棟: 学生は外科患者の周術期管理を行う。
これらの能力とスキルは、一般外科ローテーション中に特に重視される。
- 外来診療所: 一般外科、大腸外科、乳腺外科、および割り当てられた専門分野の術前および術後の外来患者に接する。
- 救急科: acute care service で重症患者に接し、または consultation 時に救急科で患者を評価する。
- 手術室 (OR): 学生は解剖学の知識を統合し、手術室で基本的な外科技術を一部行う。
- オンライン・シミュレーション: 一連の仮想外傷患者モジュールを学修する。
- 教室: 毎週火曜日の午後、学生は臨床業務から解放され、学術半日講義やシミュレーション センターのアクティビティに参加する。

- Service Round と Grand Round: 外科チームのメンバーとして、Service Round (Morbidity & Mortality Round) や Grand Round など、チームの学術および品質改善活動に参加する。

内科系と異なり主治医制でなく、診療チームの中で実習を行う。上記の学修内容について自律性、自発性が求められる。OR、病棟での手技は supervisor のもとで実施される。

General surgery 4週 x1 場所: 入院病棟、外来診療所、救急科、手術室、オンライン、教室、シミュレーションセンター 学修内容: 腹部腫瘍、腹部/骨盤腫瘍、ヘルニア、急性腹症、肛門病、下血、乳腺腫瘍、乳汁分泌 ※CCU配属やER配属は月曜日に行われている。 ※評価は指導医がclinical assessment formに記入する。 指導教員の口頭でのフィードバックは実習中随時対面で行われる。
Surgical subspecialties 2週 x2 場所: 入院病棟、外来診療所、救急科、手術室、オンライン、教室、シミュレーションセンター ※2年次TCPでは教室での少人数グループ学習中心 学修内容: 尿閉【泌尿器】、鼻出血【ENT】、縦隔腫瘍【胸部外科】、頸部腫瘍【ENT】、陰嚢腫瘍【泌尿器】、外傷(熱傷、手足の骨折【整形外科】、神経損傷、尿路損傷【泌尿器】、血管損傷)から2つ選択 ※2年次TCP: 麻酔科、放射線科、眼科から2つ選択

図4 Surgery Core Clerkship の月間予定表

《産婦人科》

・産婦人科（6 週間）

産婦人科実習コースの主な目標は以下となっている。

- 産婦人科の専門分野に含まれる幅広いスキルと知識を学生に紹介する
- 生涯にわたる女性のケアにおける専門医療とプライマリケアの相互関係を示す
- 女性の入院患者および外来患者の一般的な健康問題に対処する能力を学生に提供する
- 女性のケアで最適な効果を得るために産婦人科医が他の医療提供者とどのように関わり合うかを示す

上記の学修目標を達成するために、大学病院をはじめとする 2 病院で、学生は入院病棟の他、分娩室（経膈分娩、帝王切開、急性疾患のある妊婦の評価など）、婦人科手術室、救急外来の診察、外来診療（低/高リスクの産科、婦人科、膣鏡検査、腫瘍学、不妊症など）で学修する。

産婦人科のシラバスには学生が学修すべき具体的な手技とその到達度が明示されている。

Technical skills	• Describe, observe or perform routine minor and common technical procedures at the following levels of responsibility (MDCM 1.4.9) 1. Normal vaginal delivery (Level 3: Does) 2. Collection of cord blood gases (Level 3: Does) 3. Delivery of placenta (Level 3: Does) 4. Repair of perineal tears (Level 1: Knows how) 5. Assist in Cesarean sections (Level 1: Knows how) 6. Initiate induction of labor (Level 1: Knows how) 7. Artificial rupture of membranes (Level 1: Knows how) 8. Perform and interpret findings of a bedside ultrasound (Level 1: Knows how) 9. Interpretation of NST (Level 3: Does) 10. Biophysical profile (Level 1: Knows how) 11. External cephalic version (Level 1: Knows how) 12. Amniocentesis or chorionic villus sampling (Level 1: Knows how) 13. Insertion of intrauterine device (Level 1: Knows how) 14. Endometrial biopsy (Level 1: Knows how) 15. Cervical cytology (Pap test) (Level 3: Does) 16. Vaginal cultures/swabs for STIs (Level 3: Does) 17. Colposcopy (Level 1: Knows how) 18. Pessary care (Level 1: Knows how) 19. Assist in gynecologic surgery (Level 1: Knows how) 20. In vitro fertilization (Level 1: Knows how)
------------------	--

図 5 Obstetrics/Gynecology Core Clerkship で学生が学修すべき医行為と到達目標（シラバスより抜粋）

④ Clerkship における学生の responsibility について

学生には、実臨床への移行課程である clerkship への参画が、Clerkship Handbook（非公開資）に明記されており学修及び職務として求められている。

指導医の指導を受けるにあたり、学生は学生としての自分の立場を認識し、患者ケアを提供する際に、特に下記について自分の経験と臨床能力のレベルを考慮するよう求められている。

1. 患者またはその代理人への病状説明の際に、主治医である指導医(supervisor)の監督下で働いている学生としての立場であることを知らせる。
2. 指導医とともに症例を検討する。各患者に関する所見、診断、および管理計画を指導医に報告する。症例のレビューは、患者カルテに記録する必要がある。記録は、特に次の場合に必要となる。
 - a) 患者が施設またはサービスに入院する場合。
 - b) 学生、患者、代理人などについて、状況またはケアの変更について問題ある場合。
 - c) 施設またはサービスからの退院前。
 - d) 緊急事態の場合。
3. 何らかの理由で割り当てられた職務を遂行できない場合は、指導医に通知する。
4. 指導医による監督のレベルと質に関して懸念がある場合は、臨床プログラムディレクターまたはコース/サイトディレクターに通知する。
5. 自分の限界を認識し、適切な支援を求めるよう努める。

学生が修得すべき医行為については、各科のシラバスに詳細が記載されている。内科系の3年生(Core rotation)では受け持ち症例数4人程度で terminal care や社会的入院患者も受け持っている。学生だからと担当患者の割り振りで特別な配慮はない。患者の回転は4～5日の入院期間となっていた。学生の医行為としてはH&P、カルテ記載、プレゼンテーションをおこない、簡単な病状説明も単独で実施していた。一方で、オーダーの発出、処方については認められていない。患者への責任については業務時間内は1st callであり、看護師等の医療スタッフもこれを認識している。

⑤ 臨床パフォーマンス評価（特に workplace-based assessment）について

学生は、臨床学修環境における医療チームの一員として評価される。臨床実習中は、臨床経験の増加、適切な指導、フィードバックを通じてパフォーマンスが向上することが期待されている。学生に対して頻回の positive feedback がなされており、指導医は1日の終わりに学生の話をしっかり聞く時間を設けることの重要性を認識している。パフォーマンスは、Clerkship Clinical Assessment Rubric に沿って評価され、Clinical Assessment Form(CAF)として One45 (e-Portfolio) に記録される。CAF には、直接指導医 CAFS（各指導医が提出）と最終 CAF（現場 Site Director/Site Leads、または Course Director が提出）の2種類の CAF（非公開資料）がある。

直接指導医 CAF は、臨床実習生に継続的なフィードバックとガイダンスを提供するための重要なツールとなっている。臨床環境での学修と業務には、継続的なサポートとフィードバックが必要となる。この形成的なフィードバックにおいて、「学修者である後輩が、将来一緒に働きたくなる優秀な同僚に成長できるよう支援する」ことが指導医の心得として記載されている。McGill 大学では、学修者が自分の長所と短所を認識し、長所を強化し、短所を改善できるようにするため、形成的評価の重要性が強調されている。学修者に口頭でフィードバックするだけでなく、e-Portfolio に形成的評価を文書化することを義務付けている。

最終 CAF は、ローテーションの終了時に Site Director または Course Director が作成する総括的評価となっている。各学生について、各指導医が提出した直接指導医 CAF の情報を統合し、最終の合否判定を行う。また、最終 CAF の目的は、コース終了時の学生のパフォーマンス、能力向上、および今後の可能性を公正・正確に評価することも求められている。最終 CAF の総括的な記述セクションは、Medical Student Performance Record (MSPR) または Dean's Letter 作成の際の参考となり、これは学生のレジデンシー申請の重要な内容となっている。臨床実習の最終評価は、1. Clinical performance assessment (One45, Final CAF)、2. Discipline Exams、3. Logbooks of patient encounters and procedural skills (One45)、4. EPAs、5. Additional assessment method specific to each course の要件を満たして修了となる。

学業上の困難を抱える学修者を特定することも、臨床評価プロセスの重要な目的の1つとなっている。すべての Site Director と Course Director は、学生に中間フィードバックを提供する責任があり、このフィードバックは直接指導医 CAFS、口頭及び文書による情報に基づいて実施されます。Site Director と Course Director は各学生の「中間チェックリスト」を実習統括部門に提出し、学修やプロフェッショナリズムに関する問題の有無を報告する。臨床実習全体の総括としては、CC guide book に基づく summative assessment を実習統括部門である Clerkship Component Director が行う。

Workplace-based assessment (WBA) については、Case-based Discussion (CBD)が主体で、主として feedback で使用されており、内科・外科を通じて mini-CEX、DOPS 等は systematic には実施されていない。また、mini-CEX、DOPS などは上記の CAF には含まれていない。ただし、指導医によっては mini-CEX 及び DOPS を実施して評価に反映しているとのことであった。WBA については CBD を主としており、形成的評価にウェイトが置かれている印象であった。360 度評価については、systematic には実施していないが、指導医が患者及び医療スタッフの情報を収集し CAF に記載することもあるとのことであった。患者からの直接のフィードバックはシステム化されていなかった。

⑥ 指導体制及び指導医について

マギル大学の clerkship における指導医のチームは、attending physician と resident で構成されている。学生のローテートする病院や診療所の指導医は、ベッドサイドでの指導、tutoring、mini-lecture、臨床手技指導、外科的教育等を提供し、マギル大学の MDCM プログラムの要となっている。学生を臨床環境に統合させるために、指導医は mentorship、role-modeling、コミュニケーションとプロフェッショナリズムの模範等を学生に示す。内科系では、学生の直接の指導医は基本的に当該科の resident であり、その上に attending がいるという pyramid 構造となっている。Residents teach students の session がオンラインで整備されており、resident には必須受講となっている。また、この pyramid 構造のチームで学生及び resident の教育が行われており、学生指導医/研修指導医の区別はない。General Internal Medicine の診療チームの例では、attending 1, senior resident 2, junior residents 2～3, students 2 で構成されており、GIM 診療体制は 2 チームで構成されていた。Chief resident はこのチーム外に存在しており、全 residents の management を主たる業務としていた。Chief resident は学生教育には直接関わっていなかった。

屋根瓦式については、(ごく自然な) システムとして実施されており、概念としては“pyramid”と表現されていた。指導医には、病院や診療所での教育および学修活動の実施、および患者ケアに関連する医学生の直接的な作業を監督する責任がある。特に重要な指導医の責務として、学生の受持ち症例を共にレビューし、学生の記載した文書(カルテ等)に counter sign をする必要がある。指導医の役割の詳細

については、Supervision Policy for Trainees in the Clinical Team に記載されている

(https://www.mcgill.ca/schoolofmedicine/sites/schoolofmedicine/files/supervision_policy_for_trainees_in_clinical_team_2023-09-13_en.pdf)。

指導医は Clinical Assessment Form (CAF) を使用して、学生のパフォーマンスを評価し、学生に直接フィードバックを実施する。学生の direct observation や case discussion の後に just-in-time のフィードバックを活用できるよう、指導医は口頭で直接フィードバックを提供することを推奨されている。また、CAF の評価は 2 週間以内に ePortfolio (One 45 platform) に入力することとなっている。

問題のある学生（特定のコース目標の達成や professionalism に関するものなど）を Clerkship Course Director, Site Director または Site Leads に報告し、当該学生がすぐにサポートとガイダンスを受けられるようにしている。

⑦ 指導医養成のための教育セッション及び指導医の資格について

指導医 (Clinical Supervisor) は特定の診療科または医療サービスにおいて、学部生および研修医を直接指導する責任を負うマギル大学医学部および健康科学部の教員と定義されている。この指導医の定義には、以下が含まれる。

- a) Most Responsible Clinical Supervisor (MRCS)
- b) Consultant Clinical Supervisor
- c) 特定の診療科または医療サービスのオンコール医師
- d) Clinical Supervisor の役割を委任された研修医

学生の直接の指導医 (preceptor) は基本的に resident (主として senior resident) の業務となっており、resident の時期から Resident teach student の session が整備されており、resident にとって必須受講となっている。この session の内容はオンライン化されておりいつでも病棟で見られる。学外教育病院についても、McGill 大学の医師の兼務等も密にされており、基本的に同様の教育セッションを実施している (<https://www.mcgill.ca/schoolofmedicine-learneraffairs/pgme/wellness-support/workshops>)。

Attending 等へのプロモーションは基本的に residency 時代から連続しているので、attending は全て基本的な教育セッション (Resident teach student などの) を受講している。大学内外の attending などスタッフへの教育セッション (いわゆる FD) については、学生実習の management、leadership、情報共有等に関する内容を行い、数日に分けて総勢 150 人規模で実施している。

Clerkship の指導資格 (含協力病院、協力施設) については特に規定されていないが、resident の時期における教育セッション、attending の FD 等への受講が必須となっている。McGill 大学の臨床系教員については、Faculty Lecturer, Assistant Professor, Associate Professor or Professor のいずれかの職種となる。学術的または臨床的貢献の程度に応じて、パートタイムまたはフルタイムとして任命される。臨床教員は、教育パフォーマンスを含む学術的業績に基づいて昇進の対象となる。大学教員への任命は、臨床教員がマギル大学指定の教育病院での任命を維持するか、大学と提携している他の医療機関または医学・健康科学部が正式に認める民間の臨床診療所で学部生および研修医の教育に継続して参加することを条件としている (https://www.mcgill.ca/medhealthsci-academic/files/medhealthsci-academic/20161028_policy_on_clinical_faculty_appointments_fixedlink.pdf)。

⑧ クラークシップの管理体制

McGill 大学及び教育病院でのクラークシップ管理者として、Clerkship Component Director、

Course Director、Site Director/Site Lead が設置されており、そのもとに各科の指導医が配置されている。Clerkship Component Director は、Clerkship 全体に対する学術的な監督を行い、プログラムの事務的な management を主導し、このプログラムの質を監視する。各科クラークシップコースでは、Course Director がコースカリキュラムの監督、および関連するすべての病院、医療センター、クリニックでの実施と評価を担当する。Site Director/Site Lead は、各教育施設での臨床実習ローテーション中に、臨床実習コースの実施、教育および学習活動の監視、および中間フィードバックと最終評価を担当する。マギル大学の各教育病院には、必須の臨床実習コースに関してその施設で行われるすべての学生教育活動を担当する UGME Director/Site Lead が配置されている。

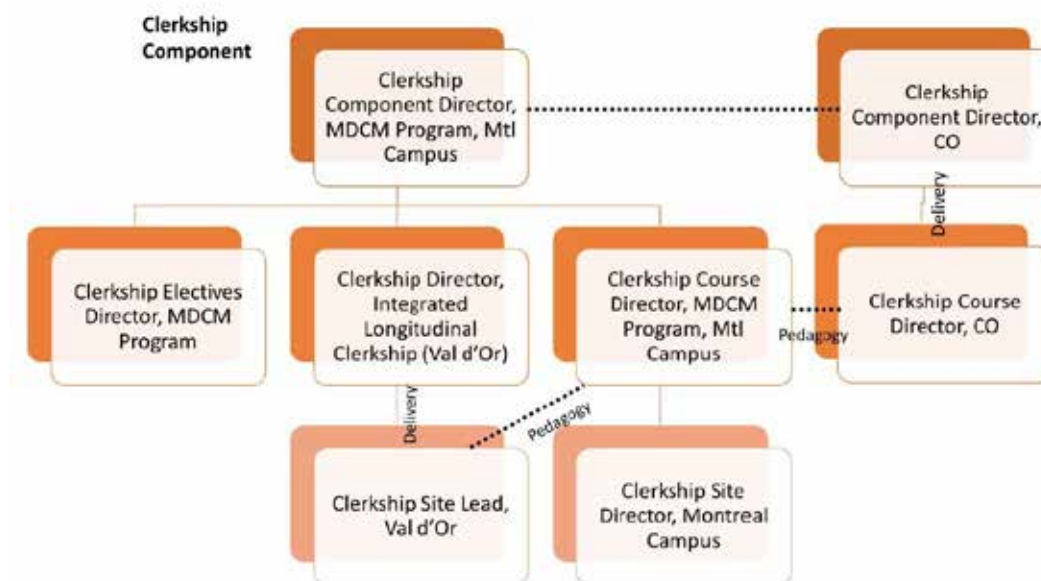


図6 McGill 大学医学部臨床実習の管理評価体制

臨床実習での学生の能力開発には、監督下の業務と責任を伴う臨床的職務と、計画的な学術的な学修の2面性が含まれる。読書や試験準備などの自主学習は、勤務時間後に行われる（ただし、一部のローテーションでは、予定された自主学習が行われる場合がある）。McGill Workload Policy には、効果的な学修環境を確保し、学生の健康を促進するため、臨床実習の学生の勤務時間と拘束時間の規制が明示されている(<https://www.mcgill.ca/ugme/policies-procedures/workload-policy>)。

臨床現場では、患者のケアによってスケジュールが決まることが多く、勤務時間が長くなりがちとなる。Workload Policy は、勤務時間外に確保された学習時間を学生に提供し、臨床環境で提供される症例や教育セッションについて学生が勉強する時間と機会を確保するように設計されている。最大労働時間の遵守は医学生にとって必須であり、Workload Policy の遵守はすべての学生、学内外の指導医（研修医を含む）、および管理スタッフが責任をもって対応することが求められている。概要は以下の通り定められている。

- ・最大時間 – 通常労働週 – 60 時間
- ・1 日あたりの最大時間（待機していないとき）：12 時間
- ・1 日あたりの最大時間（待機を含む） – 16 時間
- ・最大時間 – 待機労働週 – 72 時間
- ・試験前夜：学生は 18:00 までに業務から解放

- ・UGME での授業の前夜: 学生は 20:00 までに仕事から解放されます
- ・連続勤務日数は最大 6 日間

実際に学生は、夕方は 16 時半～17 時半ぐらいには帰宅させていた。朝についても外科系は 7 時以降からの出勤となっていた。

⑨ その他

- ・患者からの同意、書面同意等について：入院時あるいは受診時の包括同意で optout 方式。Student responsibility が明記されている。個別の医行為については preceptor の判断となるが、written consent を取る病院もあるとの事。基本的に“No”という人は稀であるとのことであった。市民の間に学生が診療するコンセンサスが醸成されている印象であった。
- ・日本からの observership 学生（北里大学所属）の意見：基本的に observership であり、H&P も一人では取れないルールであった。学生の臨床レベルの知識が豊富で、例えば臨床で働くことを目標にして薬の名称、分量などについても知識があった。学生の手技的は preceptor のもと実施しており、内科系では主として H&P と A/P と presentation が学生の clerkship に求められていた。指導医による廊下や病室での mini-lecture がある、時宜を得たフィードバックとなっており、有意義だった。また、薬剤師等の他職種も参加する round は有益だった。

⑩ 要約

- ・McGill 大学医学部では臨床実習を臨床研修への移行時期として位置付け、学生が医療チームの中で学修及び責務（職務）を果たすことが義務付けられている。このために初年次から学生の十分な準備学修（医行為の実習、患者安全学修を含む）とプロフェッショナル意識の涵養を学修プログラムに取り入れている。
- ・学修及び職務である臨床実習について、学生の役割、医療チームでの位置づけについて、臨床実習管理部門が中心となり、医師及び医療スタッフへの認識を共有する努力をしている。
- ・学生に求められている医行為は、内科系では主として病歴聴取及び身体診察（H&P）、各種検査所見の解釈、臨床推論を含む Assessment & Plan 及び診療録記載と presentation であった。
- ・臨床実習及び臨床研修の指導は、医療チームの中で同一の指導医が実施しており、指導医資格については職位に基づくものとなっており、研修医時代から講習（学修者への教育セッションが主）、大学内外の臨床指導教員の FD（教育セッションの他、臨床実習の管理運営、学修者評価方法、リーダーシップ等）の受講が必須となっている。また、研修医が学生を教えることは研修目標として明確に位置付けられており、研修医の教育スキルを向上させるシステムも構築されている。
- ・患者安全、実習学生の安全・労務管理、及び学生の評価を行うため、学内外の実習施設を統括する臨床実習管理部門が設置され、学生全体の管理・評価及びプログラム管理・評価を行うシステムが整備されている。
- ・McGill 大学病院及び関連教育病院において、研修医・指導医のスーパーバイズのもと学生が医療チームの中で医行為を実施することは、医療者及び患者にとって自然なこととして受け止められており、患者及び社会での学生による診療・医行為についてのコンセンサスが涵養されていることがうかがえる。

2) アメリカ UCSF の臨床実習における学生評価

臨床実習では、学生の評価が重要である。アメリカの University of California San Francisco (UCSF) ではどのように評価が実施されているのか確認するために、UCSF 教員と Web 会議を行った。アメリカの医学部において診療参加型臨床実習及び卒後研修が成功している理由について指導医養成という観点から確認することを目的とした。

オンライン会議

日時： 2024 年 9 月 6 日（土）日本時間 9：00AM～10：00AM

カルフォルニア時間 9 月 5 日（金）17：00PM～18：00PM

主題： 「診療参加型臨床実習の充実を目的とした指導医養成プログラムの開発と展開」

UCSF 出席者： Anna Chang 教授、Calvin Chou 教授

日本側出席者： 鈴木利哉、奈良信雄

質疑応答の内容：

《フィードバックの重要性》

- ・ 評価に当たってはフィードバックの文化を医学部内に醸成することが最も重要である。アメリカ国内においてもフィードバックのカルチャーを醸成することは大変困難であった。フィードバックは医学部入学後できるだけ早期から開始することが望ましく、UCSF では学生にフィードバックを教え、フィードバックを学ぶことによって学修者がフィードバックを求め、他の人のフィードバックを受け入れることが出来るようになっている。さらに他者に対してもフィードバックを行えるようになる。学生は卒業後に Intern として学生にフィードバックを行い、Resident になってからは Intern や学生にフィードバックを行えるようになる。医学生は、Attending、Resident、Intern などから相方向性のフィードバックを受ける必要がある。
- ・ フィードバックを行うことは結構難しいし、簡単には説明できない。第 1 にお勧めなのは若い教員 (junior faculty) にフィードバックの方法を教えて訓練することである。第 2 に正確で公平な評価システムを作ることが大変重要であることを広く学んでもらうことである。

《学生が修得すべきコンピテンシー》

- ・ UCSF では 7 つのコンピテンシー (patient care, medical knowledge, practice-based learning and improvement, interpersonal and communication skills, professionalism, system-based practice, and interprofessional collaboration) の達成度について、医学生と研修医の両方を評価している。例えば patient care のコンピテンシーでは、clinical reasoning、procedural skills、organization など重要な内容が含まれている。7 つのコンピテンシーにはそれぞれマイルストーンが定められており、UCSF では 7 つのコンピテンシーのすべてを学生と研修医が修得できるように、双方向性のフィードバックを行う基盤的な教育を行っている。
- ・ すべてのマイルストーンにはそれぞれ 5 つのレベルがあり、ルーブリックとして用いている。ACGME の residency program ではそれぞれの専門領域ごとに公開されている。臨床指導医教育についても ACGME がマイルストーンを導入したが、ACGME の臨床指導医教育マイルストーンは新しく、まだ十分には浸透していないのが現状である。UCSF は UCSF 医学生のためにマイルストーンを定めており、医学生の評価はほぼこのマイルストーンに基づいて行われている。

《臨床実習指導医への FD》

- ・ UCSF では、臨床実習指導医のための FD を行っている。ただし、すべての臨床実習指導医に対して FD 受講が義務化されている訳ではない。日本で指導医教育の有効なシステムを作るためには、すべての臨床実習指導医のために FD を行うことは重要であると思う。この 25 年間の間に UCSF では教育ミッションが広まり、学生も研修医もフィードバックのカルチャーが浸透したおかげで教育ミッションをよく理解するようになった。このため今では指導医のための FD の必要性も少なくなっている。

教員は“教え方を学ぶ”ことが重要であり、FD の基本は教員が教え方を学ぶことにある。教員同士の話し合い、課題を通じた協働作業、学修者との話し合い、状況についての話し合いなどが FD で行われる。そして良い教え方、良い医学生、良い研修医について、どのようなフィードバックが役に立つかについて、共通のコンセンサスにたどり着く。

一方、日本で医学生・研修医の評価を改善するためには、カルチャーを変革してフィードバックを定着させることが重要であると考えている。

《臨床実習指導ガイドブック》

- ・ 臨床実習指導医のための一冊にまとめたガイドブックはない。しかし、指導医として病棟で学生が臨床実習で患者と接する前に読んでおくべきルールの一覧は作成している。学生に対してもそのようなリストはある。前者は管理的内容が中心で、後者は教育的内容である。

《評価の重要性》

- ・ 文献的には、評価が学修を促進するとされ、実際にその通りだと思う。ただし、評価は単なる紙切れではなくて、評価は評価者と評価される者との間の relationship である。評価は優れたスキルを必要とする。

《医学生の医行為実施》

- ・ 医学生の医行為実施は、すべて指導医の監視下で行われる。
患者の医療面接については、プレクラークシップでは、指導医の監視下で学生は医療面接を行う。クリニカルクラークシップでは、医学生が患者に医療面接を行うことが承認されているので、必ずしも毎回患者との医療面接を監視しているわけではない。もっとも、学修者を指導するときには現場にいた方が指導しやすいと言える。
- ・ 入院患者は医学生・研修医の診察を受けることを承諾する書類にサインしている。UCSF 大学病院に来る外来患者は、医学生に診てもらいとよいケアが受けられると考えている。医学生は一定のレベルにある指導医の監視下にあり、医学生は熱心だから自分のことをよく知ってくれていることを外来患者は認識している。

質疑応答の要旨：

アメリカで医学生および研修医の評価が成功しているのは、米国の医学部・病院で指導教員と学生・研修医との間で双方向性のフィードバックを行う文化が定着したからといえる。診療参加型臨床実習を効果的に実施するには、教員と学生・研修医相互の間でフィードバックを行う仕組みの構築が望まれる。

4. 海外医学部における臨床実習指導医としての体験

海外の医学部に教員として在籍し、臨床実習の指導に当たった体験者から意見を聞くことは、わが国の医学部における臨床実習のあり方、臨床実習指導医の役割と責務、指導医認定制度のあり方を考察する上で極めて有用である。

本事業では、アメリカの医学部で実際に教授として臨床実習を指導した経験がある横浜市立大学石川義弘学長と、東京慈恵会医科大学大石公彦教授に、アメリカ医学部における臨床実習における指導のあり方を中心に聞き取り調査を行った。

1) 横浜市立大学石川義弘学長セミナー

テーマ：『アメリカにおける医学教育』

日時：2024年10月31日（木）9:30～12:00

場所：日本医学教育評価機構 7階会議室

講演者：横浜市立大学 石川義弘学長

セミナー参加者：奈良信雄、鈴木利哉、冨木裕一、中村真理子

石川先生略歴（科学技術振興機構 researchmap より引用）：

2024年9月～現在	横浜市立大学学長
2007年～現在	早稲田大学理工学部非常勤講師
1998年～2024年9月	横浜市立大学医学研究科教授
2021年～2023年	東京慈恵会医科大学招聘教授
2015年～2021年	大阪大学大学院生命機能研究科招聘教授
2015年～2017年	京都府立医科大学客員教授
2000年～2012年	ラトガース大学医学部准教授、教授、病院指導医（非常勤）
2005年	横浜国立大学環境情報学府非常勤講師
2003年	神戸大学大学院医学研究科非常勤講師
1999年	ペンシルバニア州立大学医学部准教授（非常勤）
1995年～1997年	ハーバード大学医学部助教授
1997年	ドレクセル大学医学部准教授
1991年～1995年	コロンビア大学医学部助教授
1988年～1990年	マサチューセッツ総合病院循環器内科研究員
1984年	横浜市立大学医学部卒業（在学中にイエール大学医学部留学）

講演および質疑応答内容

① アメリカの医学教育カリキュラム

アメリカの医学教育の変革スピードはとても速い。

2022年のカリキュラムでは、4年課程のうち、1年次8月～2年次12月まで統合型教育が実施され、2年次1月から4年次7月まで Clinical Clerkship が行われる。3年次1月からは、Subinternship、Elective、さらに Research が導入された。

基礎医学教育：臨床医学を理解できることが目標

臨床医学教育：臨床実習に円滑に進めることが目標

臨床実習：臨床研修にスムーズに移行できることが目標

インターン、レジデント：専門医研修につながるが目標

② クリニカルクラークシップの特徴

内科の臨床実習：総合内科として6週間×2コース

(総合内科実習が必修で、臓器別各科実習は4年次に選択制)

眼科、耳鼻科などの臨床実習は必修ではなく、眼底検査、耳鏡検査は総合内科の実習で修得する。

将来それらの診療科に進みたい学生は、4年次の選択実習で実習を行うこともある。

コンサルテーションシステムが充実し、必要に応じてコンサルトできる。

学生とインターンはペアで臨床実習に参加し、たえず議論しながら診療を進める。臨床実習開始前には診療能力の基礎トレーニングが実施される(学生同士で面接、学生が典型的な症例の役を演じて他の学生が医療面接、SPを対象とした医療面接と、段階的に実施)。

学生は3回/週程度の当直があり、夜間でも診療にタッチする。医療面接、身体診察をスタッフと協議しながら進め、カルテに記載する。検査も学生が立案し、インターンがオーダーする。

日本のような教授回診はなく、チーム回診が Attending を中心に行われる。臨床系の Professor は attending になることが必須 (Intern は“Hospital slave”とも称され、超多忙)。

学生に医療チーム員としての役割が与えられ、いわば雑用をこなすのは学生である。

外科系は朝 5:00 くらいから始動する。開業医は自身の患者を契約している病院で手術し、周術期管理は学生、Intern 等が担当する。

③ 学生の参加度

学生は小学生のときから Debate のトレーニングを受けており、Discussion 能力に長けている。教授を始め、上級医に対しても発言し、互いに切磋琢磨する文化がある。

臨床実習では1チームに2人配属されている Intern とペアで参加。1チームは30床程度を担当する。学生は、Intern が受け持っている患者を共に診療し、内科の実習期間中に10名程度の患者を受け持つ。アメリカでは患者の入退院が早いので、多くの病態、疾患を経験することができる。

学生は患者の医療面接をしっかり行い、身体診察においても全身を隈無く確認する。

学費が高く、ほとんどの学生は Loan を組んでいるので、卒後は即高収入が得られる臨床へ進む者が多い。また、Intern、Resident、Attending になる度に移動し、必ずしも出身大学が優先される訳でもないので、絶えずレベルアップが要求され、学生時代から勉学意欲は旺盛である。反面、研究は外国人に依存するのが課題になり、近年では Research 活動に注力するようになる医学部があり、Physician-Scientist 育成プログラムに毎年数名程度が参加。

④ 実習指導体制

完全な屋根瓦が機能している。

病棟での実務は Intern が担い、学生は共に参加することでトレーニングになっている。

医学部4年生は Intern とほぼ同等に扱われ、3年生を指導する。

⑤ その他

アメリカの医学部では、“教わる”のではなく、“自ら学び、指導医との討論を通じて磨く”教育が

実践されている。“知識の丸暗記ではなく、病態、病気の考え方を学ぶ”という姿勢が学生には備わっている。

アメリカ社会は常に“敗者復活戦”の連続といわれ、教授でさえも終身雇用ではなく、Grant がとれないと冷遇されるので、常に研鑽を積む文化がある。

2) 東京慈恵会医科大学大石教授インタビュー

テーマ：アメリカにおける **Clinical Clerkship** のありかた

日時：2024 年 12 月 16 日 10:00～11:30

場所：東京慈恵会医科大学大石教授室

面談者：大石公彦小児科教授

インタビュアー： 中村真理子、奈良信雄

大石先生略歴（科学技術振興機構 researchmap より引用）：

1988 年 4 月～1994 年 3 月	東京慈恵会医科大学
1994 年 5 月～1996 年 3 月	東京慈恵会医科大学研修医
1996 年 4 月～1998 年 9 月	東京慈恵会医科大学小児科助手
1998 年 10 月～2005 年 10 月	Mount Sinai School of Medicine, Departments of Pediatrics and Human Genetics, Postdoctoral Fellow
2005 年 10 月～2010 年 6 月	Mount Sinai School of Medicine, Departments of Pediatrics and Human Genetics, Assistant Professor
2009 年 7 月～2012 年 6 月	Mount Sinai School of Medicine, Department of Pediatrics, Pediatric Resident
2012 年 7 月～2014 年 6 月	Icahn School of Medicine at Mount Sinai, Department of Genetics and Genomic Sciences, Medical Genetics Fellow
2014 年 7 月～2021 年 7 月	Icahn School of Medicine at Mount Sinai, Departments of Pediatrics, Genetics and Genomic Sciences, Assistant Professor and Attending Physician
2021 年 8 月～ 現在	Icahn School of Medicine at Mount Sinai, Department of Genetics and Genomic Sciences, Adjunct Associate Professor
2021 年 8 月～ 現在	東京慈恵会医科大学小児科学講座教授

面談および質疑応答内容

A) アメリカ臨床実習システム

① クリニカルクラークシップ

医師養成のキャリアパス

3 年次 Medical Student

4 年次 Subintern （日本の臨床研修医とほぼ同等）

Intern

Resident

Senior Resident

Fellow

毎朝 7:00～ ミーティング 学生が症例をプレゼン

9:00～ Walk Round Fellow、Attending が指導

学生は症例に関し、鑑別診断、診断、治療計画、教育計画などをプレゼンする。

② 臨床実習指導体制

Attending、Fellow、Senior Resident、Resident が屋根瓦式指導を実施。

学生は Intern とともに医療チームに参加して実習を行う。

③ 求めるコンピテンシー (ACGME)

臨床実習、臨床研修ではアメリカ卒後教育委員会 (ACGME) が定めている次の 6 つのコンピテンシーを修得することを目標とする。

- ・患者ケアと臨床手技 (PC/PS)
- ・医学的知識 (MK)
- ・医療の実践に基づく学修と改善 (PBLI)
- ・プロフェッショナリズム (Prof)
- ・対人技法とコミュニケーション (ISC)
- ・系統的医療の実践 (SBP)

④ 医行為の考え方

学生が臨床実習で修得すべき医行為は、診察能力、評価、コミュニケーション能力、鑑別診断・診断決定、臨床推論、治療計画策定、プレゼン能力、教育能力とされる。

採血、注射などの手技は、アメリカでは Phlebotomist などへの Task Shift もあり、学生が学ぶべき医行為としては重要視されていない。

⑤ シミュレーション教育

集中治療、救急医療などが対象に行われている。

B) 臨床実習指導者のあり方

医学部の教育においては、指導者も評価される (360 度評価) ため、よい教育を行うことが要求される。その分、Effort に応じて Teaching Money が支給される。Teaching の給与は医学部から、臨床に関わる給与は病院から支給される。

かつてはアメリカの指導者は教育に熱心であってもそれが適正に評価されておらず、Faculty の業績はむしろ研究成果や研究費獲得で評価される傾向にあった。この問題を解決するために、最近 10～20 年で Clinician Educator Track というキャリアパスを作り、教育への参加度を高めるよう工夫されている。従来は“教育学”を学ぶ機会が与えられなくても、後輩を指導する教育能力を養うような背景は培われてきたが、教育者を育成するための特化したトレーニングが必要であることが再認識されるようになった。そこで、最近では Faculty Development という形でどのように教育をするかというコースを行うことが ACGME などの要項にも含まれるようになった。

C) 医学部学生

他学部を卒業してすぐに医学校に進学するよりも、社会人経験を経てから入学してくる学生が多い。

学生の評価は厳しく (self-evaluation)、好成績を取らなければ良いレジデントプログラムにマッチすることができない。評価には Fail、Pass、High-pass、Honors があり、全体の中でどの位置に学生自身がランキングされているかが一目瞭然になる仕組みがある。このため、嫌が応にでも頑張る姿勢がある。一方では、勉学におけるストレスがあまりにも強く、睡眠薬や ADHD で使用するような中枢神経刺激薬を服用する者が多いともいわれる。良いプログラムへのマッチングには Extracurricular activity への参加も必要で、研究やボランティア活動に参加しないといけない。医学生がクラブ活動に参加するという概念は全くない。

D) 東京慈恵会医科大学小児科の臨床実習の特徴

Rotation 実習 2 週間

Clinical Clerkship 4 週間

1 回／週は、学生、研修医が病棟で 3～4 症例をプレゼンし、教授がアメリカの Attending のようなコメントを実施する (約 2 時間)。

毎朝ミーティング (8:30～9:00) では、教授、シニア教授、医局長らが参加し、前日の入院患者のプレゼンが行われる。このミーティングには研修医、学生も参加する。

ミーティングに留学生が同席している際には、ミーティングは英語で実施される。

実習終了時には学生が担当患者について 15 分程度プレゼンし、評価を受ける。

E) 日米医学生比較

学生の知識、積極性、病態生理の理解、プレゼン能力、論理的思考能力：

日本<<アメリカ (シンガポール等も)

ゆとり教育：

日本>アメリカ

姿勢・文化：

日本では、学生は受動的で、文句を言いながらも実行を伴わない。

アメリカでは、学生は能動的で、有言実行、かつ creative である。

教育資源：

日本では、教育予算が少なく、スタッフの待遇も良くない。

アメリカでは、教育への投資が考慮されている。

働き方改革：

週最大勤務：週 80 時間・・・ACGME が管轄する病院の Resident、Fellow にのみ適用される。

F) 要約

アメリカの Clinical Clerkship において学生は、医師としての思考プロセスを身につけることが叩き込まれる。すなわち、病態生理を修得した上で、論理的思考力を基盤に、患者に対する医

療面接、診察、評価を確実にを行い、鑑別診断、診療計画立案（検査、処方を含む）までを実施し、チームの中でプレゼンできる能力までを身につけることが求められる。そのプロセスの中では、下級者に教えるという文化も根付いている。単なる医療手技の修得が目的ではない!!

学生と研修医が行うべきことは、「患者との接触－報告－考える－教える」である。

G) インタビューでの感想（奈良）

アメリカ医学部におけるクラークシップの現状を参考に、臨床実習では、手技の修得を重視するよりも、学生のコミュニケーション能力、診察能力、論理的思考能力、プレゼン能力等の修得に重点を置くべきである。

日本の医療制度はアメリカよりも優れた点が多く、“日本の医療にアメリカの医学教育を導入”すれば、極めて質の高い医療レベルが期待できると思われる。

5. 海外で臨床実習を体験した学生へのアンケート調査

海外での臨床実習の内容を具体的に確認する目的で、海外での臨床実習を受けた学生に対してアンケート調査を行った。回答の中から代表的な臨床実習、感想、意見を掲載する。

① 調査対象学生

海外医学部で臨床実習の経験がある 11 名の学生（東京慈恵会医科大学 9 名、慶應義塾大学 2 名）から同意を得た上で調査を行った。うち 10 名は 6 年生から回答を得た（1 名は学年不記載）。

② 実習期間と実習先

学年	期間	国	病院	診療科
6 年次	2024/4/1～4/26	ドイツ	ルートヴィヒマクスミリアン大学ミュンヘン	腫瘍血液内科
5 年次	2024/2/5～3/29	タイ	チュラロンコン大学病院 感染症内科	
		台湾	国立台湾大学	
5 年次	2024/2/5～3/1 2024/3/4～3/29	英国	King's College London (KCL), King's College Hospital (KCH)	前半：整形外科 外傷チーム配属・後半：一般外科 肝胆膵外科チーム配属
5 年次	2024/2/3～3/1	オーストラリア	Princess Alexandra Hospital	Maxillofacial surgery
		香港	香港大学	
6 年次	2024/4/8～4/26	アメリカ	Cedars Sinai Medical Center	Medical Genetics
	2024/5/1～5/31	アメリカ	ニューヨーク市立ハーレム病院	循環器内科
5 年次	2024/2/5～3/1	イギリス	King's College Hospital	呼吸器内科
6 年次	2024/10/7～11/1	アメリカ	ハワイ州 Digestive Disease Center	消化器内科
	2024/3/4～3/29	台湾	国立台湾大学	循環器内科と心臓血管外科
6 年次	2024/4/2～4/26	オーストリア	ウィーン医科大学病院耳鼻咽喉科	
		ドイツ	LMU 大学(Munich)	
6 年次	2024/4/8～4/26	アメリカ	University of California, Los Angeles (UCLA), Cedars-Sinai Medical Center (Cedars)	整形外科 外傷チーム配属
6 年次	2024/5/5～6/1	アメリカ	Tufts Medical Center Radiology	
6 年次	2024/5/7～5/31	イギリス	King's College Hospital	Orthopedics
	2024/4/1～4/26	香港	香港大学	循環器内科

③ 臨床実習のスケジュール

海外医学部における臨床実習スケジュールを例示する。

A. 臨床実習スケジュール例（１）

- 8:00～8:30 病棟スタッフ(医師、看護師)で診察、
治療予定の患者についてカンファレンス
- 8:30～9:00 指導医と共に、診察室でカルテチェック
- 9:00～16:00 外来見学、検査・治療介助（１時間ほど昼休みあり）

B. 臨床実習スケジュール例（２）

- 7:15～9:00 病棟回診&カンファレンス
- 9:00～14:00 頃 手術見学(執刀医によっては術野に入る)

C. 臨床実習スケジュール例（３）

- 7:15 病棟回診、診察
- 8:30～17:30 外来もしくは手術 外来は見学 手術は scrub in

D. 臨床実習スケジュール例（４）

- 毎朝 9 時から多職種カンファレンス。その後医師だけでカルテで情報共有、回診
- 午後は、結核、肺癌、喘息などの専門外来や気管支鏡検査、他科とのカンファレンス

E. 臨床実習スケジュール例（５）

1st week	
Sunday	Arrival to Boston
Monday	9:00 am – Arrival and orientation with Dr. Hayashi (Dr. Hayashi's office, Room 435) 10:00 am – Tour of the department; obtain ID badge. 12:00 pm – 1:00 pm, Attend Radiology Resident Lecture 1:00 pm – 2:00 pm, Interpretation of X-rays with Dr. Hayashi 2:00 pm – 4:00 pm, Interventional Musculoskeletal Procedures with Dr. Hayashi and Radiology Residents & Interpretation of DEXA scans with Dr. Hayashi
Tuesday	7:30 am – 8:30 am, Attend Radiology Resident Lecture 12:00 pm – 1:00 pm, Attend Radiology Resident Lecture 1:00 pm – 2:30 pm, Self-study (Radiological Anatomy) 2:30 pm – 3:30 pm, Attend Rheumatology-Radiology Conference
Wednesday	7:30 am – 8:30 am, Attend Radiology Resident Lecture 8:30 am – 12:00 pm, Interpretation of MRI and CT with Dr. Hayashi 12:00 pm – 1:00 pm, Attend Thoracoabdominal Interesting Case Conference 1:00 pm – 4:00 pm, Interventional Musculoskeletal Procedures with Dr. Hayashi and Radiology Residents & Interpretation of X-rays with Dr. Hayashi
Thursday	7:30 am – 8:30 pm, Attend Radiology Resident Lecture 8:30 am – 12:00 pm, Research 12:00 pm – 1:00 pm, Attend Journal Club with Radiology Residents 1:00 pm – 4:00 pm, Research
Friday	7:30 am – 8:30 am, Attend Radiology Resident Lecture 8:30 am – 12:00 pm, Interpretation of MRI and CT with Dr. Hayashi 12:00 pm – 1:00 pm, Attend Radiology Resident Lecture 1:00 pm – 4:00 pm, Interventional Musculoskeletal Procedures with Dr. Hayashi and Radiology Residents & Interpretation of X-rays with Dr. Hayashi
Saturday	Off
2nd week	
Sunday	Off
Monday	7:30 am – 8:30 am, Attend Radiology Resident Lecture 8:30 am – 12:00 pm, Interpretation of MRI and CT with Dr. Hayashi 12:00 pm – 1:00 pm, Attend Thoracoabdominal Interesting Case Conference 1:00 pm – 2:00 pm, Interpretation of X-rays with Dr. Hayashi

	2:00 pm – 4:00 pm, Interventional Musculoskeletal Procedures with Dr. Hayashi and Radiology Residents & Interpretation of DEXA scans with Dr. Hayashi
Tuesday	7:30 am – 8:30 am, Attend Radiology Resident Lecture 8:30 am – 12:00 pm, Self-study (Radiological Anatomy) 12:00 pm – 1:00 pm, Attend Radiology Resident Lecture 1:00 pm – 2:30 pm, Self-study (Radiological Anatomy) 2:30 pm – 3:30 pm, Attend Rheumatology-Radiology Conference
Wednesday	7:30 am – 8:30 am, Attend Radiology Resident Lecture 8:30 am – 12:00 pm, Interpretation of MRI and CT with Dr. Hayashi 12:00 pm – 1:00 pm, Attend Thoracoabdominal Interesting Case Conference 1:00 pm – 4:00 pm, Interventional Musculoskeletal Procedures with Dr. Hayashi and Radiology Residents & Interpretation of X-rays with Dr. Hayashi
Thursday	7:30 am – 8:30 pm, Attend Radiology Resident Lecture 8:30 am – 12:00 pm, Research 12:00 pm – 1:00 pm, Attend Journal Club with Radiology Residents 1:00 pm – 4:00 pm, Research
Friday	7:30 am – 8:30 am, Attend Radiology Resident Lecture 8:30 am – 12:00 pm, Interpretation of MRI and CT with Dr. Hayashi 12:00 pm – 1:00 pm, Attend Radiology Resident Lecture 1:00 pm – 4:00 pm, Interventional Musculoskeletal Procedures with Dr. Hayashi and Radiology Residents & Interpretation of X-rays with Dr. Hayashi
Saturday	Off
3rd week	
Sunday	Off
Monday	7:30 am – 8:30 am, Attend Radiology Resident Lecture 8:30 am – 12:00 pm, Interpretation of MRI and CT with Dr. Hayashi 12:00 pm – 1:00 pm, Attend Thoracoabdominal Interesting Case Conference 1:00 pm – 2:00 pm, Interpretation of X-rays with Dr. Hayashi 2:00 pm – 4:00 pm, Interventional Musculoskeletal Procedures with Dr. Hayashi and Radiology Residents & Interpretation of DEXA scans with Dr. Hayashi
Tuesday	7:30 am – 8:30 am, Attend Radiology Resident Lecture 8:30 am – 12:00 pm, Self-study (Imaging of musculoskeletal disorders) 12:00 pm – 1:00 pm, Attend Radiology Resident Lecture 1:00 pm – 1:30 pm, Mid-assignment review with Dr. Hayashi 1:30 – 3:00 pm, Self-study (Imaging of thoracic disorders)
Wednesday	7:30 am – 8:30 am, Attend Radiology Resident Lecture 8:30 am – 12:00 pm, Interpretation of MRI and CT with Dr. Hayashi 12:00 pm – 1:00 pm, Attend Thoracoabdominal Interesting Case Conference 1:00 pm – 4:00 pm, Interventional Musculoskeletal Procedures with Dr. Hayashi and Radiology Residents & Interpretation of X-rays with Dr. Hayashi
Thursday	7:30 am – 8:30 pm, Attend Radiology Resident Lecture 8:30 am – 12:00 pm, Research 12:00 pm – 1:00 pm, Attend Journal Club with Radiology Residents 1:00 pm – 3:00 pm, Research
Friday	7:30 am – 8:30 am, Attend Radiology Resident Lecture 8:30 am – 12:00 pm, Interpretation of MRI and CT with Dr. Hayashi 12:00 pm – 1:00 pm, Attend Radiology Resident Lecture

	1:00 pm – 4:00 pm, Interventional Musculoskeletal Procedures with Dr. Hayashi and Radiology Residents & Interpretation of X-rays with Dr. Hayashi
Saturday	Off
4th week	
Sunday	Off
Monday	7:30 am – 8:30 am, Attend Radiology Resident Lecture 8:30 am – 12:00 pm, Interpretation of MRI and CT with Dr. Hayashi 12:00 pm – 1:00 pm, Attend Thoracoabdominal Interesting Case Conference 1:00 pm – 2:00 pm, Interpretation of X-rays with Dr. Hayashi 2:00 pm – 4:00 pm, Interventional Musculoskeletal Procedures with Dr. Hayashi and Radiology Residents & Interpretation of DEXA scans with Dr. Hayashi
Tuesday	7:30 am – 8:30 am, Attend Radiology Resident Lecture 8:30 am – 12:00 pm, Self-study (Imaging of abdominal disorders) 12:00 pm – 1:00 pm, Attend Radiology Resident Lecture 1:00 pm – 2:30 pm, Self-study (Imaging of neurological disorders) 2:30 pm – 3:30 pm, Attend Rheumatology-Radiology Conference
Wednesday	7:30 am – 8:30 am, Attend Radiology Resident Lecture 8:30 am – 12:00 pm, Interpretation of MRI and CT with Dr. Hayashi 12:00 pm – 1:00 pm, Attend Thoracoabdominal Interesting Case Conference 1:00 pm – 4:00 pm, Interventional Musculoskeletal Procedures with Dr. Hayashi and Radiology Residents & Interpretation of X-rays with Dr. Hayashi
Thursday	7:30 am – 8:30 pm, Attend Radiology Resident Lecture 8:30 am – 12:00 pm, Research (Prepare for the presentation) 12:00 pm – 1:00 pm, Attend noon conference 1:00 pm – 2:00 pm, Self-study (preparation for the assessment) 2:00 pm – 3:00 pm, End-of-rotation assessment
Friday	7:30 am – 8:30 am, Attend Radiology Resident Lecture 8:30 am – 12:00 pm, Interpretation of MRI and CT with Dr. Hayashi 12:00 pm – 1:00 pm, Case presentation at the noon conference 1:00 pm – 2:00 pm, Concluding meeting with Dr. Hayashi
Saturday	Departure from Boston

Learning objectives:

- To learn how clinical radiology is practiced in the United States
- To learn English medical and radiological terminology
- To be able to communicate in English with Tufts Medical Students, Radiology Residents, and Attending Radiologists
- To be able to prepare a case presentation in English and present in front of Radiology Residents
- To broaden life experiences and learn American culture through life in Boston

Activities during the assignment:

- Initial orientation
- Mid-assignment review
- Concluding meeting
- Shadow Attending Radiologists and Radiology Residents to learn how to interpret X-rays, CT, MRI, Ultrasound, and DEXA scans, and learn how imaging guided procedures are performed.
- Learn radiological anatomy and imaging findings of pathologies in different body parts
- Select an interesting case and prepare a case presentation using research time
- Case presentation in the final week of assignment
- End-of-rotation assessment in the final week of assignment

F. 臨床実習スケジュール例（6）

- ・ 月曜: 9:00-12:00 外来見学、
13:00-16:00 病棟回診、
16:30-17:30 留学生向けアクティビティ(参加任意)
- ・ 火曜: 9:00-11:30 症例検討プレゼンテーション
13:00-15:00 顕微鏡室でプレパラート等をみる細菌学実習
- ・ 水曜: 9:00-11:00 病棟回診、13:00-16:00 AIDS 専門外来見学
- ・ 木曜: 9:00-11:30 症例検討プレゼンテーション、13:00-16:00 病棟回診、
- ・ 金曜: 9:00-12:00 病棟回診

④ 臨床実習での指導体制

- 外科実習では、Attending から術前の画像の読み方、疾患についての指導を受けた。術中では基本的手技の指導、衛生管理の指導を受け、術後は術後経過の身体診察、問診の方法を指導された。外来では初診から手術、術後診察の一連の流れを指導された。いずれの指導も一人の指導医をシャドーして受けた。術中には他の Attending や Resident から指導を受けた。
- 毎朝の Resident 向けレクチャーに参加して指導を受けた。毎週 Homework が課され、その課題をもとに Professor による確認、講義を受けた。臨床見学は各部門に毎日訪れ、その部門の Attending に臨床的な指導を受けた。実習中に現地の学生に混じって Case presentation を行い評価、指導を受けた。実習の最後には臨床診療科の内容に関して口頭試問をされ評価を受けた。
- 臨床実習では、自分で考えて積極的に動いて学ぶ姿勢が求められていた。どの病院でも、課題以外について「～しなさい」と言われたことはなかった。アメリカでは指導医が“一緒に診察しよう”という姿勢で学生を扱い、「君はどう思う？」とか、「患者に君から聞きたいことある？」のように診察中に考えを問われた。
- Resident は診察などをサポートしてくれた。Attending は回診の際に非常に教育的で、余裕のある時間には自主的にミニレクチャーなども行ってくれた。
- 呼吸器内科には Consultant という上級医が 10 名ほどおり、そのうち 2～3 名が病棟担当でした。その下にレジデントにあたる医師と初期研修医にあたる医師がいて、1 チーム 4 人程度で、その中に学生が混ざるスタイルだった。外来は病棟担当以外の Consultant が担当するので、ほぼすべての Consultant から指導を受けられた。

⑤ 海外の臨床実習で経験した医行為（回答を得た実数）

問診	8
腹部の触診	8
胸部の聴診	8
皮膚消毒	6
傷口の縫合	4
患者の病状の医師への説明	3
抜糸	2
血圧測定	2
静脈採血	2
注射（皮下・筋肉・静脈）	1
骨髄穿刺の介助	1
手術第3助手	1
ギプス	1
尿道カテーテル挿入・抜去	1
心電図検査	1
直腸診察	1
カルテ記載	1
CPR	1

⑥ 臨床実習の評価

臨床実習における学生評価について、海外医学部の例を提示する。

A) 評価表の例

Grading rubric

Attendance and participation

- 3 Arrives on time
- 3 Actively participates in the discussion of the subject matter
- 3 Demonstrates curiosity and seeks opportunity to learn
- 3 Studies independently on designated study time/research day
- 3 Asks appropriate questions and seeks help when needed

15 TOTAL

Assignments

- 5 Exceptional quality without any mistakes
- 4 Outstanding quality with minimal mistakes
- 3 Good quality with a few minor mistakes
- 2 Minimally acceptable quality with a few minor and major mistakes
- 1 Poor quality with lots of major mistakes
- 0 Fails to submit the assignment

Mini case presentation

- 5 Exceptional quality with evidence of detailed literature review
- 4 Excellent quality with some evidence of literature review
- 3 Good quality with satisfactory understanding of the subject matter
- 2 Minimally acceptable quality with limited understanding of the subject matter
- 1 Poor quality without evidence of understanding of the subject matter
- 0 Fails to submit the assignment

Final case presentation

Case history	Radiology	Pathology	Oral presentation
5 Exceptional	Exceptional	Exceptional	Exceptional
4 Outstanding	Outstanding	Outstanding	Outstanding
3 Good	Good	Good	Good
2 Satisfactory	Satisfactory	Satisfactory	Satisfactory
1 Poor	Poor	Poor	Poor
0 Fail	Fail	Fail	Fail
20 TOTAL			

Final exam

- 10 Written exam

B) 評価表の例

Clinical clerkship assessment form

-Attitude Evaluation-

[Supervising physician]

Department: _____

Elective Date _____

Please fill in closed envelop by hand and give it back to the student

D/M/Y _____ — D/M/Y _____

Full Name _____ ID _____

*Place a tick ✓ beside all items that were assessed. In case of C, D, F evaluation, please specify the details that need to be addressed

Attitude	1. Time management ☐ Did the student attend the elective activities as discussed with the supervisor without any unexcused absences, tardiness, or unauthorized early leave? ☐ Was the student well prepared for daily activities and punctual?	<table border="1"> <tr> <td>A</td> <td>B</td> <td>C</td> <td>D</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td>Excellent</td> <td>Good</td> <td>Average</td> <td>Poor</td> <td>Fail</td> </tr> <tr> <td colspan="5">[Comment]</td> </tr> </table>	A	B	C	D	F	Excellent	Good	Average	Poor	Fail	[Comment]				
	A	B	C	D	F												
	Excellent	Good	Average	Poor	Fail												
	[Comment]																
	2. Personal appearance ☐ Did the student display appropriate professional appearance and behaviour towards patients and hospital staff? (including hair style, color and dress) ☐ Was the student polite towards physicians and staff members?	<table border="1"> <tr> <td>A</td> <td>B</td> <td>C</td> <td>D</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td>Excellent</td> <td>Good</td> <td>Average</td> <td>Poor</td> <td>Fail</td> </tr> <tr> <td colspan="5">[Comment]</td> </tr> </table>	A	B	C	D	F	Excellent	Good	Average	Poor	Fail	[Comment]				
	A	B	C	D	F												
Excellent	Good	Average	Poor	Fail													
[Comment]																	
3. Doctor-patient relationship ☐ Did the student listen attentively, use appropriate words, and communicate with patients showing empathy and compassion? ☐ Was the student caring and respectful towards patients? ☐ Did the student respect patient confidentiality? (This includes patient histories and examinations)	<table border="1"> <tr> <td>A</td> <td>B</td> <td>C</td> <td>D</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td>Excellent</td> <td>Good</td> <td>Average</td> <td>Poor</td> <td>Fail</td> </tr> <tr> <td colspan="5">[Comment]</td> </tr> </table>	A	B	C	D	F	Excellent	Good	Average	Poor	Fail	[Comment]					
A	B	C	D	F													
Excellent	Good	Average	Poor	Fail													
[Comment]																	
4. Active provision of care and a willingness to learn ☐ Did the student actively inform and discuss patient information, problems, and management plans with the supervising physician? ☐ Did the student participate in educating patients and families regarding their healthcare problems? ☐ Was the student capable of formulating preventive measures for patients? ☐ Was the student concerned about patient care after discharge?	<table border="1"> <tr> <td>A</td> <td>B</td> <td>C</td> <td>D</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td>Excellent</td> <td>Good</td> <td>Average</td> <td>Poor</td> <td>Fail</td> </tr> <tr> <td colspan="5">[Comment]</td> </tr> </table>	A	B	C	D	F	Excellent	Good	Average	Poor	Fail	[Comment]					
A	B	C	D	F													
Excellent	Good	Average	Poor	Fail													
[Comment]																	
5. Reflection and collaboration ☐ Did the student acknowledge his/her limitations and mistakes? ☐ Did the student seek advice from the supervising physicians regarding medical records? ☐ Did the student acknowledge feedback from the supervising physicians and respond with appropriate behavioural changes? ☐ Was the student respectful towards other hospital staff and listen to their opinions? e.g. nurses, radiographers, pharmacists, nutritionists, laboratory technicians, etc.	<table border="1"> <tr> <td>A</td> <td>B</td> <td>C</td> <td>D</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td>Excellent</td> <td>Good</td> <td>Average</td> <td>Poor</td> <td>Fail</td> </tr> <tr> <td colspan="5">[Comment]</td> </tr> </table>	A	B	C	D	F	Excellent	Good	Average	Poor	Fail	[Comment]					
A	B	C	D	F													
Excellent	Good	Average	Poor	Fail													
[Comment]																	
6. Patient safety ☐ Did the student perform within the limits of his/her competence and skills, and have not performed invasive or intimate procedures without supervision? ☐ Did the student assess, recognize and understand the urgency of a patient's condition and respond appropriately? ☐ Did the student fully acknowledge and practice medical safety and infectious disease control?	<table border="1"> <tr> <td>A</td> <td>B</td> <td>C</td> <td>D</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td>Excellent</td> <td>Good</td> <td>Average</td> <td>Poor</td> <td>Fail</td> </tr> <tr> <td colspan="5">[Comment]</td> </tr> </table>	A	B	C	D	F	Excellent	Good	Average	Poor	Fail	[Comment]					
A	B	C	D	F													
Excellent	Good	Average	Poor	Fail													
[Comment]																	

Clinical clerkship assessment form

Presentations	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D	☐ N/A
Charting/documentation	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D	☐ N/A
Medical interviews	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D	☐ N/A
Physical examination skills	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D	☐ N/A
Clinical reasoning and management	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D	☐ N/A
Basic procedural skills	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D	☐ N/A
	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D	☐ N/A
	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D	☐ N/A
	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D	☐ N/A
	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D	☐ N/A

Overall score		A:Excellent B:Good C:Average D:Poor F:Fail
☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	☐ F	

In case of F grade in any attitude evaluation, please lower the overall score by two scales.
 For example, if the overall student score is B, the grade should be reduced to D.

Comment (In case of C, D, F evaluation, please specify the details that need to be addressed)

Name of supervisor: _____

Signature: _____

⑦ 日本の臨床実習と海外における臨床実習との比較

(海外の方が優れていると思われる点、抜粋)

- 学生が医療面接や検査(採血、ルート確保、骨髄穿刺)を主体的にこなしていた。救急科ではファーストタッチを学生が担当し、日本における実習よりも学生が臨床業務に積極的に参加していた。
- 海外の学生は薬についての知識が豊富である。
- 臨床実習では、日本のような「学生さん」の扱いではなく、チームメンバーとして扱われていた。
- より実践的な臨床実習である。
- 1年生は週1回、2年生は週2回、というように低学年のうちから病棟で実習し、患者と関わっている。このため、医療面接でも患者さんに関わることに慣れている。
- 外来では予診を学生1人で取り、Attending へのプレゼン時間が設けられている。

⑧ 日本の臨床実習と海外における臨床実習との比較

(日本の方が優れていると思われる点、抜粋)

- 医療安全の観点が日本では徹底されている。
- 自由度が低い反面、学生が負う責任は少ない。
- 日本では研修医より上級医と関わる事が多く、診療科の先生の業務内容を見ることができ、その診療科の実際をより良く知ることができる。

⑨ 海外の臨床実習に参加して感じた印象、意見(抜粋)

- ドイツでは患者が学生の実習に積極的に協力しようとする姿勢が強く感じられた。
- 研修医や学生の意識の高さが刺激になった。特にアメリカでは整形外科医になる道が非常に狭く、学生時代から1年間インターンに訪れたり論文執筆をしたりしており、自身の学習への意欲にとっても大きな影響があった。医療制度の面でも、外来では訴訟対策にカルテ記載を非常に細かく書いたり、患者側から保険の範囲内であるかなどの質問があったりと、日本との違いに驚いた。加えて、自身のデバイスからカルテにログインできたり、オンライン診療を導入するなど、医療のICT化の面でも大きな違いがある。
- 海外の臨床実習は学生のうちから日本での実習で得られないような広い視野を持つことができ、海外での臨床実習は有用である。
- 日本では見られないような、大変進んだ技術をアメリカでは見学できたり、各国においてどんな健康問題が深刻なのかを実際に見ることができ、勉強になった。
- 外来の担当患者数が日本に比して少なく、1人にかかる時間が長いことが印象的だった。アプリを使って、カルテを毎回文書の形で患者さんと共有していたのが、患者にとっても有用な仕組みだと感じた。

6. 臨床実習に協力している模擬患者に対するアンケート調査報告

診療参加型臨床実習では、患者を初めとする一般市民の参加が不可欠になる。そこで、一般市民の観点から診療参加型臨床実習への参加に対する意見を聴取した。

① 調査対象

協力模擬患者会：東京慈恵会医科大学あけぼの会、東京科学大学つつじの会

回答：33名

年齢：30歳代以下 0名、40歳代 2名、50歳代 3名、60歳代 7名、70歳代 17名、
80歳代以上 3名、無回答 1名

性別：男性 10名、女性 23名

② 調査結果

学生が行う医療行為・手技への協力に関して模擬患者に質問して得られた結果を掲載する。

（各医療行為・手技について、年代別、および性別による参加協力について、得られた回答を実数で表記している。）

		40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	80歳代 以上	無回答		男性	女性
[医療面接]	協力できる	2	3	7	17	3	1		10	23
	どちらとも言えない	0	0	0	0	0	0		0	0
	協力できない	0	0	0	0	0	0		0	0
	無回答	0	0	0	0	0	0		0	0
[血圧測定]	協力できる	2	3	6	17	3	1		10	22
	どちらとも言えない	0	0	1	0	0	0		0	1
	協力できない	0	0	0	0	0	0		0	0
	無回答	0	0	0	0	0	0		0	0
[胸部の聴診]	協力できる	2	1	5	11	3	0		10	12
	どちらとも言えない	0	2	0	1	0	1		0	4
	協力できない	0	0	2	5	0	0		0	7
	無回答	0	0	0	0	0	0		0	0
[腹部の触診]	協力できる	2	1	6	11	1	0		9	12
	どちらとも言えない	0	2	0	5	1	1		1	8
	協力できない	0	0	1	1	0	0		0	2
	無回答	0	0	0	0	1	0		0	1
[皮膚消毒]	協力できる	2	3	6	15	3	1		10	20
	どちらとも言えない	0	0	0	2	0	0		0	2
	協力できない	0	0	0	0	0	0		0	0
	無回答	0	0	1	0	0	0		0	1
[静脈採血]	協力できる	0	2	4	7	2	0		6	9
	どちらとも言えない	1	1	1	8	1	1		4	9
	協力できない	1	0	1	0	0	0		0	2
	無回答	0	0	0	0	0	0		0	0
[尿道カテーテル挿入・抜去]	協力できる	0	0	0	0	1	0		1	0
	どちらとも言えない	1	2	0	5	1	0		4	5
	協力できない	1	1	5	4	0	1		3	9
	無回答	0	0	0	0	1	0		0	1
[注射（皮下・筋肉・静脈）]	協力できる	0	2	1	4	2	0		4	5
	どちらとも言えない	1	1	4	8	0	1		5	10
	協力できない	1	0	2	5	0	0		1	7
	無回答	0	0	0	0	1	0		0	1
[予防接種]	協力できる	0	2	3	6	3	0		6	8
	どちらとも言えない	1	1	1	7	0	1		2	9
	協力できない	1	0	3	4	0	0		2	6
	無回答	0	0	0	0	0	0		0	0
[傷口の縫合（縫うこと）]	協力できる	0	0	1	1	1	0		1	2
	どちらとも言えない	1	2	1	9	1	0		5	9
	協力できない	1	1	5	7	0	1		4	11
	無回答	0	0	0	0	1	0		0	1
[抜糸]	協力できる	0	1	4	9	2	0		8	8
	どちらとも言えない	1	1	1	7	0	1		2	9
	協力できない	1	1	2	1	0	0		0	5
	無回答	0	0	0	0	1	0		0	1
[心電図検査]	協力できる	2	2	4	11	2	1		10	12
	どちらとも言えない	0	1	1	6	0	0		0	8
	協力できない	0	0	1	0	0	0		0	1
	無回答	0	0	0	0	1	0		0	1
[直腸診察]	協力できる	0	0	1	3	1	0		4	1
	どちらとも言えない	1	1	2	9	0	0		5	8
	協力できない	1	2	4	5	1	1		1	13
	無回答	0	0	0	0	1	0		0	1
[乳房診察]	協力できる	0	0	2	3	1	0		2	4
	どちらとも言えない	2	1	2	5	0	0		2	8
	協力できない	0	2	3	5	0	1		1	10
	無回答	0	0	0	4	2	0		5	1
[カルテ記載]	協力できる	2	2	5	12	2	1		10	14
	どちらとも言えない	0	1	1	4	0	0		0	6
	協力できない	0	0	1	1	0	0		0	2
	無回答	0	0	0	0	1	0		0	1
[自身の病状の医師への説明]	協力できる	2	2	6	13	2	1		7	19
	どちらとも言えない	0	1	1	4	1	0		3	4
	協力できない	0	0	0	0	0	0		0	0
	無回答	0	0	0	0	0	0		0	0
[気道確保]	協力できる	0	2	0	1	0	0		0	3
	どちらとも言えない	1	1	5	9	1	0		6	11
	協力できない	1	0	2	7	1	1		4	8
	無回答	0	0	0	0	1	0		0	1
[AED]	協力できる	2	3	4	7	2	1		7	12
	どちらとも言えない	0	0	2	7	1	0		1	9
	協力できない	0	0	1	1	0	0		2	2
	無回答	0	0	0	0	0	0		0	0

③ 学生の臨床実習への参加協力に対する模擬患者の感想、意見（抜粋）

アンケート調査では、模擬患者の感想や率直な意見を自由に記載してもらった。代表的な感想や意見を掲載するが、臨床実習に参加する立場から、患者の素直な心情が述べられている。臨床実習の現場では、常に模擬患者、患者の立場を十分に考慮しておく必要があり、臨床実習を行う学生と指導医にとって参考になると考える。

A) 臨床実習における学生の医療行為への参加協力について

- ・ある程度は仕方ないが、十分に練習を積んでから医療行為の実施をしていただきたい。
- ・ただ見学しているだけの実習でなく、医療者として実際の処置に当たることが望ましいが、学年の進行に合わせて段階的に医療行為の幅を広げることがよい。早い段階から、患者診療の現場を見学し、医療行為にも参加することが良いと思う。
- ・医学生が、患者の人権・人間性・プライバシーなどの尊重をしっかりと身に付けた上で臨床実習に望むべきである。
- ・医師になるためには必要なプロセスだと思うが、実施する医療行為の内容によっては協力しにくいものもある（身体診察や採血、注射など）。
- ・医療行為のトレーニングは医師になるために必要だとは思いますが、必ず指導医の監督・指導のもとで行うべきである。
- ・医療機関を受診するとき、患者は多少なりとも心身が弱っており、たとえ指導医がついていたとしても、医学生による診察や医療行為は患者に更に辛い思いをさせることにはならないか懸念する。卒業して研修医になってからの実施でも遅くないのではないだろうか。
- ・医療行為は大変重要で、学生にはしっかり修得してほしい。ただし、いざ自分が患者になったときに、学生に安心して依頼できるか、悩む。かつて臨床研修医による診療を受けたおりに、不安や苦痛を経験したことが何回かある。学生が患者に医療行為を行う前提として、基礎的な知識、技術をしっかり修得していることが欠かせない。模擬患者や患者は決して学びの対象物ではなく、一人の人格を有する人間であることをしっかり認識しておくべきである。そして、個々の患者のその時、その場の気持ち、心理を推測、共感、受け止め、患者側からみて信頼してコミュニケーションが取れることが重要である。この場合、指導医のサポートも必要である。
- ・一般論として、実務を担当するに前に、知識や技術を習得しておくことは必要だと思う。医師以外の職業でも就職活動の一環として研修制度が増えている。ただし、医療行為は直接患者の身体に触れる訳で、事前に十分な研修や練習をしていることが欠かせない。
- ・学生の学年や能力などによってかなりの違いがある。そんな中で指導医が学生に医療行為をさせても良いかどうかの判断は、医療行為の内容にもよると思うが、指導医の負担が大変なのはと危惧する。早く現場を体験させる利点は理解するものの、指導医に過度の負担がかからない事を願う。
- ・条件付きで基本行為を徹底するには、学生時代から現場の雰囲気を経験した方が良い。
- ・今後、医師不足が考えられる現状、早い段階で経験を積むことは良いと思う。
- ・指導医のもとであれば、医療行為を積極的に経験するのは良いと思う。
- ・実習前に十分に実技の練習をして、且つ指導医が同席・指導の下に行うのであれば、内容によっては積極的進めても良い。
- ・将来の期待する医師像を育てる意味でも、指導医の指導の下での診察や医療行為を積極的に行

うことに賛成である。

- ・正式な医者ではないという概念により、患者が実験台とされているように感じるのではないかと懸念する。
- ・自身が患者として病院やクリニックに行き、学生による診察や医療行為を依頼された場合に、患者としてどう思うのか、どんな内容なら認められるか、認めるための条件があるか、十分に考慮していただきたい。
- ・仮に高熱があつて、やっとの思いで病院を受診し、長時間待たされたあげくに診察室にたどり着いた場合を想定すると、学生による辿々しい問診が始まったら、認めたことをひどく後悔するかも知れない。もちろん、安定した病状で定期的に通院しているような場合なら、学生による医療行為はある程度なら許せるかも知れないが。患者は医師免許の信頼性があるから安心して医師に身を委ねられるのであり、医師免許を取得していない学生に安心して医療行為を任せて良いか、患者からみると医師と医学生の間には雲泥の差がある。
- ・学生は、緊張して臨床の現場に参加しているので、身体診察は良いと思うが、医療行為には難易度があるため、全面的に協力するのは難しい。もしも学生が失敗した場合でも、すぐに対処できる範囲の行為までなら許容できると思う。
- ・学生の臨床実習には協力したいと思うが、自分が嫌だと感じる行為は控えてほしい。医療行為を行う前に、学生が患者に自分の名前を名乗り、その行為をしても良いか口頭で同意を得るべきである。
- ・学生が指導医からしっかりと教育を受けていて、指導医を信頼できる関係が築けているならば、指導医の判断を尊重したい。患者への説明不足、患者無視が目立つような指導医のもとでなら、学生の診察、医療行為はいっさい断る。
- ・指導医が学生個人の能力を判断した上で依頼するのであれば協力できる。
- ・指導医から患者への説明の仕方と研修医の態度が良ければ協力してもよい。
- ・指導医の指導の下であれば問診、採血等は協力したいと思う。その他の医療行為は、その時の状況（患者の体調等）によりケースバイケースだと思う。
- ・指導医、大学医学部が最終的な責任を負うことを条件に、患者としての自分の判断で学生の医療行為を認めると考える。
- ・信頼できる医師の指導のもとなら許諾できる。学生には厳しい試験を合格してから臨床実習に参加してほしい
- ・信頼できる指導医の下での実習であれば、患者に事前の了解を得た上で、一定のルールに沿った医療行為はあってもよいと思う。かつて病院を受診した際、何のために検査が必要か説明しない若い医師の対応に驚き、検査を断って帰宅したことがある。必要な検査であっても、検査の目的、意義、副作用などについてしっかりと説明できる医師を育ててほしい。
- ・専門的な知識と経験を要するような高度の医療行為以外であれば、学生の実施を認めてもよい。
- ・臨床実習の参加では、学生に清潔感や真摯で積極的な態度を望む。それ以上に、指導医がどのように協力要請の説明をするのか、指導医自身がどのようにその補助をするのか、という点が気になる。指導医が信頼できる医師であれば、協力したい。
- ・普段から指導医との信頼関係があれば、ある程度は学生の臨床実習に協力すると思う。問診、血圧測定などは差し支えないが、聴診や採血は学生の資質、能力、態度によっては協力しないかも知れない。

B) 医学部教育に対する要望

- ・臨床実習を受ける学生には、コミュニケーション能力の強化を望みたい。高齢者や幼児など、年齢によっては、患者の気持ちを確認するのが難しい場合もある。
- ・医学教育を担当する大学医学部が、余裕のある体制を確保することが重要だと思う。余裕のない今のままだと、医師を目指す人が減ってしまいそうな不安を感じる。現在の病院は、多数の高齢者であふれ、医師は患者をゆっくり診る余裕もなく、病院の経営は大変だと感じる。大変であっても、大学医学部に対しては、①患者に寄り添う医療者を育ててほしい、②他の職種の方々との連携できる医療者を養成してほしいと願う。そして、医療職自身の健康をも損なわないよう、職員の体制をしっかりと整えてほしいと思う。
- ・医学部教育では、医師と患者との関係以前に、他者を老若男女に関わらず尊重しあえる関係性を築けるような人間性教育をしっかりと行うこと大切だと思う。
- ・医療行為の技術も重要だとは思いますが、むしろ、患者と真摯に向き合い、理解できる説明や納得のいくコミュニケーション能力を涵養する教育が必要だと思う。
- ・学生には、患者と真摯に向き合い、人の痛みが分かる医師になってほしい。医学教育の範囲ではないかも知れないが、短期間でも良いので、社会人経験をさせることが必要ではないかと考える。
- ・患者の話をよく聞けるようコミュニケーション能力を確実に修得するような医学教育が必要であると思う。
- ・学生には、患者への共感と分かり易い説明ができる能力を修得してほしい。
- ・技術的なことは、ある程度練習や経験を積みさえすれば実施できるようになると思います。しかし、医師に要求される精神力や想像力は、簡単には修得しにくいと思う。特に学生は人生経験が浅いため、さまざまな現場を経験なり見学（例えば、工場、ホスピス、火葬場）してほしいと思う。また、コミュニケーションスキルも上げて欲しい。そのためにも、様々な人との交流ができる場があると良いと思う。
- ・技術的なことは勿論だが、実際の患者の診療場面では大変緊張すると思う。そのためにも医療面接のトレーニングは重要で、学生のときに模擬患者との医療面接の機会を増やして、少しでも医療現場に慣れるようにすることが大切だと思う。
- ・技術力、判断力はもちろんだが、患者さんの側に寄り添って考えられるような暖かい心を育む医学部教育を願う。
- ・教育者側が以前に比べて優しくなり過ぎているのではないかと危惧する。
- ・最近の一般市民が教育現場に参加していくのは、知識や技術だけではなく、患者の感情にも配慮できることを教育するように医学部に求めているからだと思う。共感することが大切ではあるが、心底から共感するには、その事象についての知識が必要だと思う。医学部教育にはまず知識や技術を身につけ、それを日々最新にしていくため努力を続ける強い精神力を培っていただきたい。その上で、患者に寄り添える、共感できる医師を養成して欲しい。
- ・最新の知識技術の教授は無論のこと、患者を一人の人として、尊敬の念をもって、対等の関係であることを意識して関われるようになる医師を育てる教育プログラムが重要だと思う。
- ・学生には、自身の気付きのためにさまざまな体験をさせて欲しい。座学ではなく、実際に社会体験してみるものの意味は大きいと思う。例えば、1年生の夏休み（欲を言えば入学から半年程）を、地方で技能実習生と共に農業に従事、高齢者施設、福祉作業所、養護施設等で働く、

などが上げられる。生命を支える農業や社会的弱者に直に接することは、その後の学修に向かう意識に必ず影響を及ぼすと思う。患者の多くは市井の人々であり、医療従事者以外の人と深く関わることによって、市井の人々の異なる価値観も感じとってほしい。

- ・相手(患者)の話を丁寧に聞き、相手(患者)のことを分かろうとする姿勢を育むような教育を行ってほしい。
- ・理論だけでなく、実習はとても大切だと思う。ただし、急ぎ過ぎるのも心配である。様々な教育の中で、時間的余裕が十分にはないとも思うが、ときには《スローステップ》での実習であっても良いかと思う。

第3章 調査結果に基づく診療参加型臨床実習のあり方に関する考察

これまでの調査研究結果から、診療参加型臨床実習のあり方について考察する。

1. 診療参加型臨床実習の目的

医学部の主な使命は、医師に求められる学識・臨床能力・プロフェッショナリズムを身につけて、国民の健康維持・増進に貢献できる良質な医師を輩出することにある。将来の医学・医療の発展への貢献、国際貢献もできる医師を養成することも使命として重要である。

国民から信頼されて医療を実践できる医師を養成するためには、臨床実習、さらには医学部卒業後の臨床研修におけるトレーニングが極めて重要になる。国民が安心して医療を受けることができ、かつ安全な医療を実践する上では、臨床研修の役割が大きい。そして、臨床研修を円滑に実践するためには、医学部における臨床実習が基盤になる。すなわち、医学部における臨床実習から臨床研修にスムーズに移行できる“シームレス”な医学教育が、医師養成課程において重要になる。

臨床実習においては、先輩医師の医療行為を見学して学ぶことは有用ではある。いわば職人が師匠の技を見て技術を修得していくことの有用性も否定はできない。しかし、職人が建築物や工芸品などの作成技術を学ぶのと大きく異なる点は、医療では“人”を扱うことであり、決して失敗が許されないことである。このため、臨床実習では、ただ単に先輩医師の臨床能力を見て学ぶだけではなく、学生が医療チームの一員として、指導医の指導を受けながら、積極的に患者と接して臨床能力を修得していくことが目的となる。この目的を達成する臨床実習が“診療参加型臨床実習”であり、学生も責任を自覚した上で実際の医療活動に参加することが求められる。

2. 臨床実習期間

訪問した大学附属病院では内科、総合診療、外科、産婦人科を中心に、関連病医院ではとくに総合診療科、地域医療、地域包括医療施設を訪問した。これらの施設では、病医院の規模、受け入れ体制、診療科、また所属医学部の教育カリキュラム、実習学生の学年等によって、学生一人あたりの実習期間は2週間～4週間と区々であった。ただし、総合診療科を中心に4週間の実習が行われている施設では、学生が確実に臨床能力を向上できているとの高い評価が指導医から得られている。

診療参加型臨床実習を効果的に実施するに当たっては、十分な実習期間を設定しておくことが必要性である。特に、内科、外科、産婦人科、総合診療科、精神科などの主要な診療科では4週間、少なくとも3週間は学生が同じ診療科で実習を受けることが望まれる。

3. 臨床実習内容

診療参加型臨床実習に当たっては、学生の所属する大学附属病院が中心にはなる。大学附属病院には、多くの診療科があり、指導医数も多く、診療参加型臨床実習の実践には最適である。ただし、大学附属病院は特定機能病院として高度の医療を担い、診療内容に偏りのあることは否めない。また、初期診療や救急医療など、十分に対応しきれないこともあり、いわゆる common diseases の診療を学生が体験しにくい面もある。

一方、地域の中核病院やクリニック、医院などの関連施設では、初期診療や救急医療、地域医療を実践するなど、大学附属病院の不足する教育を補う利点があり、訪問した施設でも積極的に学生の指導に

当たっていた。

診療参加型臨床実習の主な目的は、患者やその家族に真摯に向き合って、正確な情報を的確に聞き取り、鑑別診断・診断する臨床推論能力を学生が確実に修得することにある。このため、学生は外来、病棟などで患者・家族と十分な時間をもって接し、医療面接、身体診察、基本的な医療手技を行って、検査所見なども併せて臨床推論能力を修得する必要がある。また、指導医だけでなく、研修医、看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士など多くの医療スタッフとの交流を図ってチーム医療を実践する能力を涵養することも重要である。

学生は検査や手術などの医療活動にも積極的に参加し、医療の現状を知るとともに、臨床能力を高めることが望まれる。

診療科によって受け持つ患者数は異なるが、内科などでは、臨床研修医とペアになって実習を受けることが望まれ、臨床研修医が担当している4～10名程度を受け持つことが望まれる。多くの患者の診療に参加することで、さまざまな人格に触れることになり、かつ多くの病態、疾患を体験することにつながる。

臨床実習で経験した症例、医療行為等はポートフォリオ（CC-EPOC など）やログブックに記録し、指導医のアドバイスを受けつつ、自己の成長につながることを望まれる。

4. 臨床実習指導体制

診療参加型臨床実習では、学生は研修医とペアになって患者の診療に参加することが重要である。日々の診療内容を診療録（電子カルテ）に直接記載し、研修医、指導医のチェックを受ける必要がある。診療録には、SOAP形式に則って、病歴、身体所見、検査所見等を的確に記載し、それぞれの所見に対する考察、考察に基づいた鑑別診断、診断、治療計画立案、患者・家族等への指導計画が明確に記述すべきである。診療録の記載内容は指導医のチェックを受け、正確を期すとともに、診療能力を高めるようにする。

カンファレンスにも学生は参加し、受け持ち患者の症例プレゼンテーションを行い、診療科責任医師、指導医、研修医、看護師など他職種からのフィードバックを受けることが望まれる。

5. 学生評価

“評価が学修を促進する”と言われるように、時宜を得た適切な評価は、学生の学修意欲を刺激し、学修成果を向上させる効果がある。

診療参加型臨床実習では、とくに患者診療の現場でのフィードバック、評価が重要である。進級や卒業などでは総括的評価が重要にはなるが、診療参加型臨床実習では、各場面に応じて形成的評価を駆使し、学生の優れた点は伸ばし、改善すべきことはその都度指摘することが重要と考える。適正な評価を受けることで、学生の臨床能力向上が期待できる。

臨床実習現場での学生評価(Workplace-based Assessment)には、Mini-CEX(Mini-Clinical Evaluation Exercise)、DOPS(Direct Observation of Procedural Skills)、CbD (Case-based Discussion)、360度評価などがあり、これらを適宜実施して、学生の学修成果を評価し、学修意欲の促進につなげることが望まれる。

なお、臨床実習では、学生がプロフェッショナリズムを十分に理解し、遵守すべきである。もしもプロフェッショナリズムに反するような行動を学生がとっていれば、その場で指摘し、改善を促すことが求められる。

第4章 臨床実習指導医の資格認定制度（案）

診療参加型臨床実習の実施においては、指導医の役割が大きい。一方、大学医学部所属の教員や、関連病医院の医師は、日常の診療活動や研究活動に忙殺され、教育に割ける時間を十分にはとりにくい面がある。

しかし、今後の医療を担う人材を養成することは、医師に課せられた責務でもあり、誇りでもあると言える。医学部教員、関連病医院医師が診療参加型実習に進んで参加し、わが国の医療・医学レベルをさらに向上させることが望まれる。そのためには、臨床実習指導医としての業績を適正に評価して地位を保障し、診療参加型臨床実習に進んで参加できるような環境を整えるべきであろう。

この目的には、臨床研修指導医のような資格制度を確立し、臨床実習に参加する指導医の資格を認定することが肝要だと考えられる。

① 臨床実習指導医としての要件

“臨床実習指導医”として、学生の指導に当たるには、十分な臨床経験があり、かつ臨床実習の内容や評価法などに精通しておくことが必要である。たとえば、アメリカのACGMEでは、医学部卒業後のマイルストーンが設定され、臨床実習を指導するための資質・能力が規定されている

(<https://www.acgme.org/milestones/overview/>)。

このため、臨床実習指導医としての要件には、十分な臨床経験年数、学生教育指導経験、臨床実習についてのFDなど講習会参加などが上げられる。具体的な要件については、さらなる検討が必要と考える。

② 臨床実習指導医講習会

臨床実習指導医には、最新の医療事情、医学の進歩、学生教育技法、学生評価法などを熟知しておくことが求められる。この目的には、最新の情報を伝授する講習会（研修会）への参加が必要と考えられる。

臨床実習の指導と臨床研修の指導については共通する部分が多く、臨床実習指導医の多くが臨床研修指導も担当していることから、負担を軽減する意味もあり、臨床実習指導医講習会は臨床研修指導医ワークショップの一部に含めることを提案したい。

臨床指導医の資格認定のための講習会では、下記のようなテーマについてのワークショップを開催し、受講者の共通理解を推進することが重要だと考えられる。

・ワークショップの主要テーマ

臨床実習のあり方

医学生の指導法（ロールプレイ、フィードバック等）

医学生の評価法（臨床実習現場での評価：形成的評価）

③ 臨床実習指導医の資格認定制度

医師の働き方改革が推奨される中、臨床実習指導医としてのモチベーションを向上させることは喫緊の課題と言える。この目的には臨床実習指導医の資格認定制度を確立し、臨床実習指導医としての地位を保障し、インセンティブを付与することが望まれる。具体的な資格認定制度設計と検証については今後の継続検討課題としたい。

第5章 診療参加型臨床実習の改善に向けた提言

本事業で実施した国内外の調査研究結果を基に、診療参加型臨床実習のあり方についての課題を整理し、以下の提言を行いたい。

● 提言

1. 臨床実習を臨床研修への移行時期として位置付け、学生が医療チームの中で学修及び責務（職務）を果たすことが期待される。このためには学生の十分な準備学修とプロフェッショナル意識の涵養が必要であるとともに、医師及び医療スタッフの臨床実習への認識を共有する必要がある。
2. 臨床実習及び臨床研修の指導医は分離することが困難であり、現行の臨床研修指導医資格を臨床実習指導医の要件とする（或いは大部分の履修項目を共有する）ことに矛盾はないと考えられる。また、研修医が学生を教えることを臨床研修到達目標の1つに盛り込み、研修医の教育スキルを向上させるシステムの構築も期待される。
3. 患者安全、実習学生の安全、及び学生の評価を行うため、臨床実習管理部門を各医育機関に設置し、プログラム管理・評価を行うシステムを整備する必要がある。臨床実習管理部門は臨床研修管理部門と密接な情報共有を行う必要があり、場合によっては両者の統一化も考えられる。
4. 学生を含む医療チームが医行為を安全に実施できるよう、患者及び社会に学生による診療・医行為についてのコンセンサスを涵養する必要がある。

結 語

本事業実施の機会を与えていただいた文部科学省高等教育局医学教育課に深甚なる感謝を申し上げます。また、訪問調査にご協力いただき、貴重なご意見をお聞かせいただいた、各医学部・関連病医院の先生方、事務担当者のご協力に深謝いたします。訪問調査を快く受け入れて丁寧にご説明いただいたカナダ国マギル大学医学部関係者、Web 会議にご参加いただいたアメリカ国カリフォルニア大学サンフランシスコ校医学教育担当教員にも心から御礼申し上げます。さらに、調査にご協力いただいた学生、教員、模擬患者の会の皆様にも厚く御礼申し上げます。特に 6 年生は医師国家試験の受験を控えている最中でのアンケート調査にご回答いただき、誠に有り難うございました。最後に本事業の実施を支えていただいた日本医学教育評価機構事務局にも御礼申し上げます。

なお、全学生 9,636 名および全医学部教育担当者を対象にした膨大な悉皆調査と集計については EY ストラテジー・アンド・コンサルティング株式会社（担当：植木貴之氏、木戸太一氏、徐 涵氏）にご担当いただきました。年度末のご多忙の中、報告書の印刷・製本は興版社高橋 満氏にご担当いただきました。心から御礼申し上げます。

本事業の成果が、我が国の医学部における診療参加型臨床実習のさらなる向上、そして国民の健康・維持増進により一層貢献できることを衷心より祈念致します。

2025 年 3 月 17 日

日本医学教育評価機構 奈良信雄

令和 6 年度文部科学省委託事業

「大学における医療人養成の在り方に関する調査研究委託事業」

プログラム「診療参加型臨床実習の充実を目的とした指導医養成プログラムの開発と展開」

令和 6 年度事業成果報告書

令和 7 年 3 月 17 日発行

事業責任者 奈良信雄

〒113-0034 東京都文京区湯島 1-3-11 お茶の水プラザビル 6 階

電話 03-5844-6736

URL <https://www.jacme.or.jp>

印刷：株式会社 興 版 社

