

(参考1)

○ これまでの検討経過等について

■ 過去の検討経過等

- 平成 13 年 3 月 「医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議」（文部科学省主催、高久史麿座長）からの報告「21世紀における医学・歯学教育の改善方策について」の別冊として、「医学教育モデル・コア・カリキュラム」及び「歯学教育モデル・コア・カリキュラム」が提示。
- 平成 19 年 3 月 「医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議」（文部科学省主催、高久史麿座長）の最終報告において、医学と歯学のモデル・コア・カリキュラム改訂に関する恒常的体制の構築等について提言。
- 平成 19 年 5 月 「モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会」及び「モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究委員会」を文部科学省に設置。（連絡調整委員会は、改訂等の決定組織。専門研究委員会は、専門的な調査研究等を行い、改訂原案の作成等を行う組織。）
- 平成 19 年 12 月 連絡調整委員会及び専門研究委員会における検討を経て、「歯科医師として求められる基本的な資質」の新設、医療安全に関する学習内容の充実など、「歯学教育モデル・コア・カリキュラム」を一部改訂。
- 平成 21 年 1 月 「歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議」（文部科学省主催、江藤一洋座長）の第一次報告「確かな臨床能力を備えた歯科医師養成方策」において、「歯学教育モデル・コア・カリキュラム」の改訂に向けて、今後検討すべき事項として、以下の内容が提言。
- 歯科医師として必要な臨床能力の確保
 - 優れた歯科医師を養成する体系的な歯学教育の実施
 - 未来の歯科医療を拓く研究者の養成
- 平成 22 年 6 月 上記提言を踏まえ、連絡調整委員会及び専門研究委員会において「歯学教育モデル・コア・カリキュラム」の改訂作業を開始。併せて「医学教育モデル・コア・カリキュラム」についても改訂作業を開始。

※ 今回の改訂に当たっては、作業を円滑かつ効率的に行うため、改正素案の作成等に係る作業を外部委託。具体的には、先導的・大学改革推進委託事業（文部科学省）を活用して、委託先に複数の大学関係者等をメンバーとする調査研究チームを設置し、改訂素案を検討。

■ 今回の改訂に向けた「連絡調整委員会」及び「専門研究委員会」の開催状況

平成 22 年 6 月 16 日 連絡調整委員会(第 1 回)・専門研究委員会<医学・歯学>(第 1 回)

・委員長の選任、開催趣旨、関係者からのヒアリング

8 月 5 日 専門研究委員会<医学・歯学>(第 2 回)

・調査研究チームでの検討の方向性、関係者からのヒアリング

9 月 30 日 連絡調整委員会(第 2 回)・専門研究委員会<医学・歯学>(第 3 回)

・今回の改訂の基本方針、調査研究チームからの経過報告①

11 月 15 日 専門研究委員会<医学>(第 4 回)

・調査研究チーム(医学)からの経過報告②

11 月 16 日 専門研究委員会<歯学>(第 5 回)

・調査研究チーム(歯学)からの経過報告②

12 月 20 日 連絡調整委員会(第 3 回)・専門研究委員会<医学・歯学>(第 6 回)

・調査研究チームからの改訂に係る「中間報告案」の提示

※ 今後は、調査研究チームからの「最終報告案」の提示を受けて、平成 23 年 3 月下旬を目処に今回の改訂内容を取りまとめ、大学や臨床研修病院等へ周知予定。

○ 調査研究チームにおける活動状況

■ 歯学教育係る調査研究チーム(WG)の開催状況

第 1 回 WG : 平成 22 年 8 月 4 日 14:00~16:00

第 2 回 WG : 平成 22 年 9 月 8 日 13:00~15:00

第 3 回 WG : 平成 22 年 10 月 13 日 13:00~15:00

第 4 回 WG : 平成 22 年 11 月 18 日 13:00~15:00

第 5 回 WG : 平成 22 年 12 月 9 日 16:30~19:30

第 6 回 WG : 平成 23 年 1 月 6 日 13:00~15:00

その他随時ミーティングリストで議論

■ 各大学等における意見等への配慮

- ・ 27 大学 29 歯学部、日本歯科医学会 39 分科会への意見聴取を実施。
- ・ 合計 14 の大学、13 の学会より回答があり、今回の検討に際して、「現行のモデル・コア・カリキュラムの量的過剰状態」に留意し、可能な範囲で意見に配慮。

■ 諸外国における先進的な取組事例との比較

- ・ 文献を通じて諸外国におけるカリキュラムの内容や教育現場での工夫の検証を実施

■ 今後の予定

- ・ パブリック・コメントの結果等を踏まえ、調査研究チームにおいて更なる検討を行い、平成 23 年 2 月下旬を目処に「最終報告案」を確定させる予定。
- ・ 平成 23 年度においては、モデル・コア・カリキュラムで示された内容の実効性を一層確保し、各段階で求められる能力を適正に評価する仕組みの構築に向けて、引き続き、調査研究チームにおいて、臨床実習等に係る評価システムの在り方について検討予定。

今回のモデル・コア・カリキュラム改訂に係る基本方針

<医学・歯学教育共通>

H22. 11. 15

モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究委員会

委員長(医学教育担当・歯学教育担当)

1. モデル・コア・カリキュラムの基本理念

→ モデル・コア・カリキュラムの各大学への普及状況等を踏まえ、以下の点について、引き続き維持することが適当。

- 初等中等教育における学習指導要領のような性格ではなく、各大学が教育理念に応じて自主的にカリキュラムを編成する際の参考となるガイドラインとしての位置づけ
- 膨大な教育内容を精選し、全ての医・歯学生が臨床実習開始前及び卒業時までまでに修得すべき必要最小限のコアとなる教育内容について、身に付けるべき具体的な知識・技能・態度を到達目標として提示
- モデル・コア・カリキュラムを活用した具体的な授業科目設定、教育方法や履修順序等は、各大学の裁量に任されており、各大学のカリキュラムにモデル・コア・カリキュラムの内容が盛り込まれることが必要

2. 今回の改訂に係る検討内容

→ 検討会等(※)で示された必要性や緊急性の高い内容を中心としつつ、医学・歯学教育に係る様々な社会的ニーズ(医学・歯学等の連携を含む)等も念頭に置き、具体的な改訂内容を検討し、速やかに対応することが適当。(※「医学教育カリキュラム検討会－意見のとりまとめ(H21.5)」、「歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議－第1次報告(H21.1)」)

<医学教育> 基本的診療能力の確実な習得、地域の医療を担う意欲・使命感の向上、基礎と臨床の有機的連携による研究マインドの涵養 等

<歯学教育> 歯科医師として必要な臨床能力の確保、優れた歯科医師を養成する体系的な歯学教育の実施、未来の歯科医療を拓く研究者の養成 等

3. 今回の改訂に際しての留意点

→ これまでの改訂に係る検討経過、医学・歯学教育に係る国内外の状況等を踏まえつつ、モデル・コア・カリキュラムを有効活用した、各大学の主体的で実効性ある教育の展開に向けて、以下の点に留意することが必要。

- 現行のモデル・コア・カリキュラムに盛り込まれている内容の量的過剰状態への対応
- 臨床実習前教育、臨床実習、臨床研修等、卒前・卒後の一貫した医師・歯科医師養成の視点
- 各大学等における取組実績や意見等への配慮、全体構成(表記の調整を含む)や周知等の工夫
- 諸外国における先進的な取組事例との比較、学問・医療技術の進歩等への対応

4. 今回の改訂後の対応

- 社会的ニーズの変化や医学・歯学・医療の進歩等を勘案した対応など、今後とも継続して検討すべき事項については、今回の改訂以降も計画的に対応していくことが必要。
- モデル・コア・カリキュラムで示された内容の実効性を一層確保し、各段階で求められる能力を適正に評価する仕組みの構築に向けて、臨床実習等に係る評価システムの在り方についての検討が必要。

(参考3)

医学教育モデル・コア・カリキュラム及び歯学教育モデル・コア・カリキュラム改訂 に関する恒常的な組織の設置について

平成19年5月30日 設 置

平成22年6月9日一部改正

高 等 教 育 局 長

1. 目 的

「医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議」の報告を踏まえ、医学教育モデル・コア・カリキュラム及び歯学教育モデル・コア・カリキュラム（以下「モデル・コア・カリキュラム」という。）の改訂に関する恒常的な組織を設置する。

2. 役 割

- (1) 医師国家試験出題基準及び歯科医師国家試験出題基準の改正や法制度・名称等の変更に対応した、モデル・コア・カリキュラムの改訂
- (2) 学生への教育効果の検証等、モデル・コア・カリキュラムの検証・評価
- (3) モデル・コア・カリキュラムの改訂に必要な調査研究
- (4) モデル・コア・カリキュラムの関係機関への周知徹底、各大学の取組状況の検証等、モデル・コア・カリキュラムの活用に必要な事項
- (5) その他モデル・コア・カリキュラムの改訂に必要な事項

3. 設置組織の構成等

- (1) 専門的な調査研究等を行いモデル・コア・カリキュラムの改訂の原案の作成等を行う組織（モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究委員会）と、モデル・コア・カリキュラムの改訂等を決定する組織（モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会）を設置し、文部科学省が主催する。
- (2) (1) の委員会の構成は別紙のとおりとする。
- (3) 必要に応じ、調査研究等を分担させるため必要な組織を置くことができるものとする。
- (4) 必要に応じ、関係者からの意見等を聴くことができるものとする。

4. 委 員

- (1) 委員については、医学教育又は歯学教育のカリキュラム、医師又は歯科医師の国家試験等について優れた識見を有する者、その他関係者のうちから委嘱する。
- (2) 委員の任期は、委嘱した日の属する会計年度の翌会計年度末までとする。
- (3) 必要に応じ委員を追加することができる。
- (4) 委員は再任されることができる。

5. その他

3の組織に関する庶務は、高等教育局医学教育課が処理する。

「モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会」委員名簿

※敬称略、五十音順

(医療全般)

- 高久 史麿 日本医学会会長、自治医科大学長
社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構理事長

(医学教育)

小川 秀興 社団法人日本私立医科大学協会会長、学校法人順天堂理事長

黒岩 義之 全国医学部長病院長会議会長、横浜市立大学医学部長

馬場 忠雄 国立大学医学部長会議常置委員会顧問、滋賀医科大学長

(歯学教育)

江藤 一洋 日本歯科医学会会長、東京医科歯科大学名誉教授
社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構副理事長

中原 泉 社団法人日本私立歯科大学協会会長、日本歯科大学理事長・学長

(行政)

新木 一弘 文部科学省高等教育局医学教育課長

計7名

(○：委員長)

平成22年11月1日現在

「モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究委員会」委員名簿

※敬称略、五十音順

(医学教育)

- | | |
|---------|--------------------------------|
| 梶井 英治 | 自治医科大学地域医療学センター長 |
| 北村 聖 | 東京大学医学教育国際協力研究センター教授 |
| 黒岩 義之 | 全国医学部長病院長会議会長、横浜市立大学医学部長 |
| 名川 弘一 | 独立行政法人労働者健康福祉機構理事長、東京大学客員教授 |
| 奈良 信雄 | 東京医科歯科大学医歯学教育システム研究センター長・教授 |
| 伴 信太郎 | 日本医学教育学会会長、名古屋大学医学部附属病院総合診療科教授 |
| ○ 福田康一郎 | 社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構副理事長 |
| 三上 裕司 | 日本医師会常任理事 |
| 光山 正雄 | 京都大学大学院医学研究科教授 |

(歯学教育)

- | | |
|---------|---------------------------|
| 荒木 孝二 | 東京医科歯科大学医歯学教育システム研究センター教授 |
| ○ 江藤 一洋 | 社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構副理事長 |
| 嶋田 昌彦 | 東京医科歯科大学教授・歯学部附属病院長 |
| 関本 恒夫 | 日本歯科大学新潟生命歯学部教授・新潟病院長 |
| 西原 達次 | 九州歯科大学歯学部長 |
| 俣木 志朗 | 日本歯科医学教育学会理事長、東京医科歯科大学教授 |
| 宮村 一弘 | 日本歯科医師会副会長、愛知県歯科医師会会長 |

(共通)

- | | |
|-------|---------------------------|
| 辻本 好子 | NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長 |
| 邊見 公雄 | 日本病院団体協議会議長、全国自治体病院協議会会長 |
| 前野 一雄 | 読売新聞東京本社編集委員 |

計19名

(ゲストスピーカー)

- | | |
|-------|-------------------------|
| 井部 俊子 | 聖路加看護大学学長、社団法人日本看護協会副会長 |
| 花井 十伍 | 全国薬害被害者団体連絡協議会世話人代表 |
| 堀内 龍也 | 社団法人日本病院薬剤師会会長 |

(オブザーバー)

- | | |
|-------|----------------|
| 村田 善則 | 厚生労働省医政局医事課長 |
| 上條 英之 | 厚生労働省医政局歯科保健課長 |

(○：委員長)

平成22年10月1日現在

モデル・コア・カリキュラム改訂等に関する「調査研究チーム」委員名簿

(※委託先(大学)に設置)

※敬称略、五十音順

(医学教育) (※委託先(東京大学)に設置)

井上 玄	千葉大学大学院医学研究院助教	
大滝 純司	東京医科大学教授	
北村 聖	東京大学医学教育国際協力研究センター教授	
鯉淵 典之	群馬大学大学院医学系研究科教授	
後藤 英司	横浜市立大学大学院医学研究科教授	
小林 直人	愛媛大学大学院医学系研究科教授	
嶋森 好子	社団法人東京都看護協会会長	
田中雄二郎	東京医科歯科大学附属病院総合診療部部長・教授	
○ 名川 弘一	独立行政法人労働者健康福祉機構理事長、東京大学客員教授	
奈良 信雄	東京医科歯科大学医歯学教育システム研究センター長・教授	
錦織 宏	東京大学医学教育国際協力研究センター講師	
平出 敦	近畿大学医学部附属病院救急診療部部長・教授	
古屋 彩夏	JR東京総合病院小児科医長	計13名

〈協力者〉

田邊 政裕	千葉大学医学部総合医療教育研修センター教授	
石田 達樹	社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構事業部長	

(歯学教育) (※再委託先(東京医科歯科大学)に設置)

○ 荒木 孝二	東京医科歯科大学医歯学教育システム研究センター教授	
大原 里子	東京医科歯科大学歯学部講師	
河田 英司	東京歯科大学教授	
嶋田 昌彦	東京医科歯科大学歯学部附属病院長・教授	
中嶋 正博	大阪歯科大学准教授	
俣木 志朗	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科教授	
桃井 保子	鶴見大学歯学部教授	
矢谷 博文	大阪大学大学院歯学研究科教授	計8名

(○:リーダー)

平成22年10月1日現在



東北大学医学部 地域医療への取り組み

平成23年1月 東北大学医学部医学科

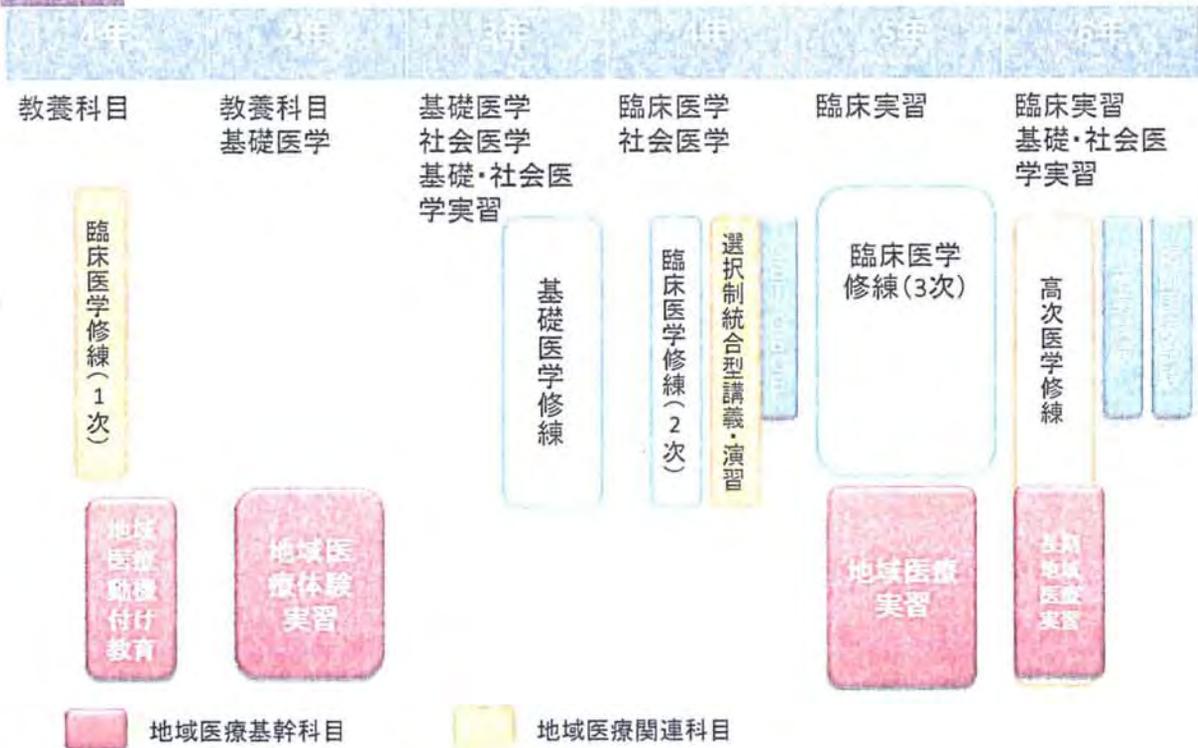


地域医療への取り組み

- 医学部入学定員増
【平成21年度:10名】
(内訳)緊急医師確保対策 5名
経済財政改革の基本方針2008 5名
【平成22年度:9名】
経済財政改革の基本方針2009
うち2名は研究医養成のための増員
【平成23年度 1名】
新成長戦略 1名
- 入学者選抜方針
地域枠は設けずに、AOIII・一般入試にて選抜する。



東北大学医学部医学科カリキュラム(全体)



東北大学医学部 地域医療教育

3

カリキュラム(1・2年)

1年次

- ・全学教育科目
- ・細胞生物学, 医学基礎生物学, 臨床医学修練(1次), 動機付け学習
- ・地域医療動機付け教育(H21より)

2年次

- ・全学教育科目
- ・基礎医学
遺伝学, 組織学, 生理学, 発生学, 医化学, 放射線基礎医学, 免疫学, 肉眼解剖学, 薬理学 I, 病理学 I, 教育GP関連科目[Advanced Science Course (ASC), Workshop for Tackling Question (WTQ)]
- ・地域医療体験実習(H18より)

東北大学医学部 地域医療教育

4



カリキュラム(3年)

3年次

・基礎医学

医化学実習, 薬理学Ⅱ, 病理学Ⅱ, 微生物学, 生体機能学実習

・社会医学

衛生学, 公衆衛生学, 医の倫理学・社会学, 医学心理学, 法医学

・基礎医学修練

・基礎医学チュートリアル

・医学専門英語1



カリキュラム(4年)

4年次 **現在、改訂中！**

・臨床医学

内科学Ⅰ(循環), 内科学Ⅱ(呼吸器・老人), 内科学Ⅲ(腎・高血圧・内分泌), 内科学Ⅳ(血液・免疫・感染), 内科学Ⅴ(代謝・診療), 内科学Ⅵ(消化器・肝), 内科学Ⅶ(神経), リハビリテーション医学, 外科学Ⅰ(消化器・一般), 外科学Ⅱ(移植・腫瘍・一般), 外科学Ⅲ(循環器・呼吸器), 外科学Ⅳ(整形・形成), 外科学Ⅴ(神経), 外科学Ⅵ(小児), 産科婦人科学, 精神医学, 皮膚科学, 泌尿器科学, 小児科学, 眼科学, 耳鼻咽喉科学, 放射線医学, 麻酔学, 臨床検査診断学, 救急医学, 臨床薬理学, 臨床遺伝学, チュートリアル(症候学), 臨床推論演習, 臨床腫瘍学

・社会医学

病院管理学, 法医学

・選択制統合型講義・演習

・医学専門英語2

・臨床医学修練(2次)

・CBT, OSCE



カリキュラム(5・6年)

5年次

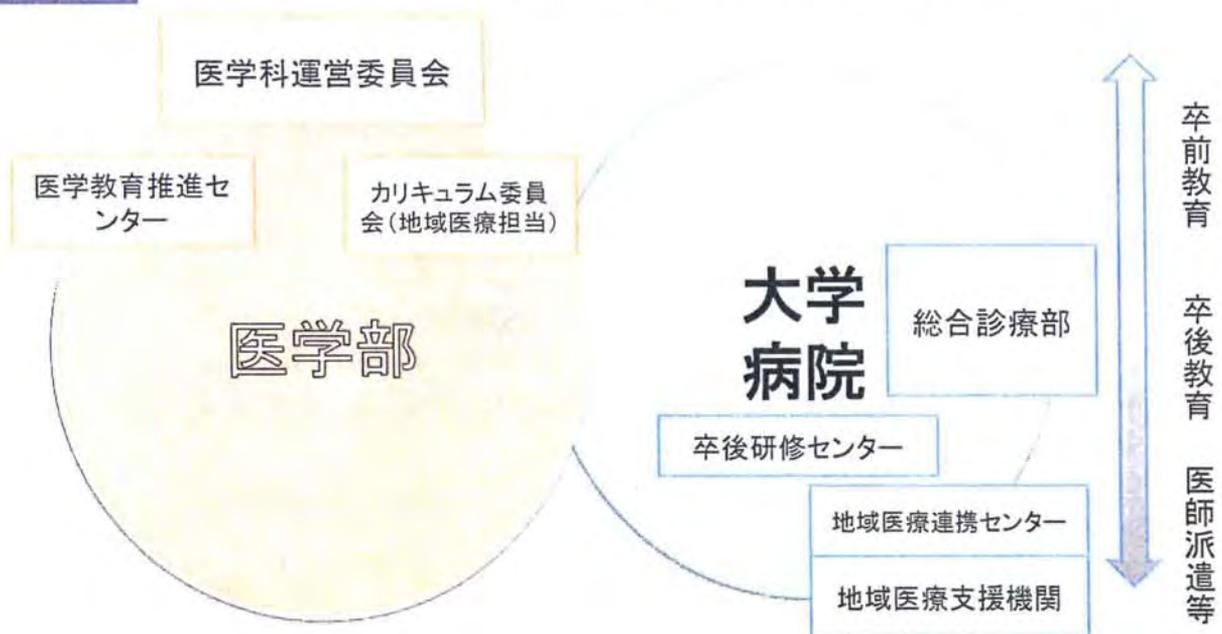
- ・臨床医学修練(3次)
- ・地域医療実習(H17より)

6年次

- ・高次医学修練
- ・長期地域医療実習(H21より)



東北大学 地域医療 支援体制(学内)





地域医療に関する教育

導入経過

平成17年度:5年次「地域医療実習」の導入

平成18年度:2年次「地域医療体験実習」の導入

平成19年度:2年次「地域医療体験実習」事前・事後ワークショップの導入

地域医療実習指導医の委嘱制度の導入

平成20年度:1年次「臨床医学修練(1次)」において、地域医療、プライマリ・ケアをテーマとするワークショップを導入

平成21年度:6年次「高次医学修練」において、1か月以上にわたる長期地域医療実習を導入。

1年次「動機付け学習」において、「地域医療動機付け教育」を導入



1年次「地域医療動機付け教育」

○目標:

- ①地域医療という考え方の多様性とその実際、特に東北地方・宮城県での実情について理解する。
- ②地域医療について興味・関心をもつ学生が増える。
- ③宮城県の奨学金について情報提供する。

○内容:

- ①宮城県内の自治体病院医師による講演(2人)
- ②宮城県奨学金制度紹介

○授業形態:従来実施してきた「臨床医学修練(1次)」Ⅱ期(10月～2月毎週金曜日4時限)の中で3時間を地域医療動機付け教育として設定し、講演と演習形式で実施。



2年次「地域医療体験実習」及び 事前・事後ワークショップ

- 61の市中協力診療所に2年次学生を派遣し、低学年のうちに実際のプライマリ・ケアの場を見学体験することで、医者と患者との関係の在り方を学ぶ
- 医学に対する学習意欲を高め、将来社会に貢献する自覚を得る。
- 学生1人につき、3日の見学実習
- 実習前後にワークショップを行う。



5年次「地域医療実習」

- 地域医療の第一線病院における診療に参加し、臨床能力の向上を図る。
- 医療スタッフ・患者間の関係を理解し、地域医療を取り巻く社会的状況を認識する。
- 学生1人につき、5日の臨床実習
- 43の東北大学長陵協議会関連病院(東北6県)に学生を派遣する。
- 平成20年度より少人数の学生を年間を通して派遣し、特にプライマリ・ケアの経験ができる病院に重点的に学生を派遣する。

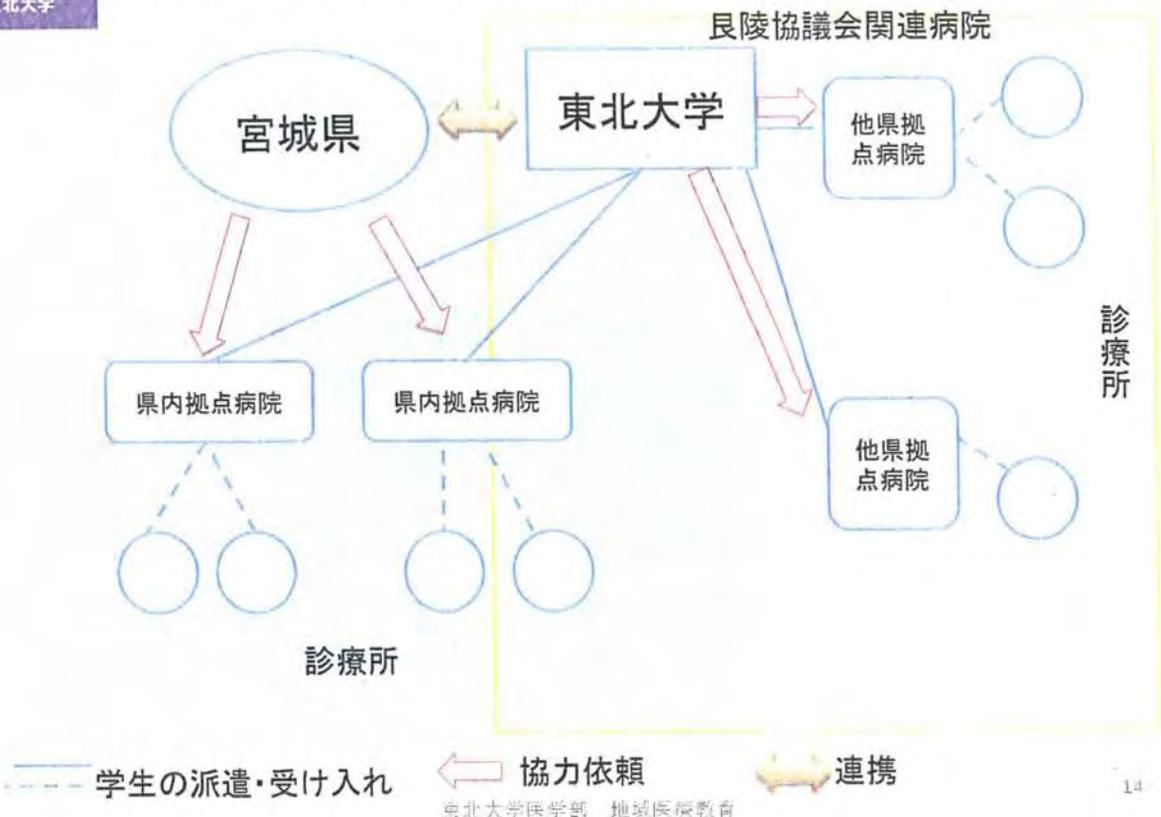


6年次「高次医学修練」

- 4月～7月を月ごとにⅠ期～Ⅳ期と設定し、学生は各期ごとに選択で希望する研究室に配属し、より高度な診療参加型実習を行う。
- 平成21年度より宮城県の指定する病院・診療所にて、2週間～1か月以上の「長期地域医療実習」を導入した。



6年次長期地域医療実習 実施体制





地域医療関連科目

1年次

「臨床医学修練(1次)」の時間数を増やし、「地域医療」に関するワークショップ、講義等を行う。

4年次

「選択制統合型講義・演習」において、地域医療・在宅医療の第一線で活躍する医師を非常勤講師として招聘し、豊富な実体験に基づいた講義を行っている。

産科婦人科学，小児科学，臨床検査診断学の医師不足の特定分野における授業時数を増加し，教育の充実を図る。



卒後の支援体制

- 地域医療に従事する医師に対して，キャリア形成の支援を充実させる。
- 大学院社会人入学制度を活用し，地域医療に従事しながら，先端医療の診療・研究を行い，学位を取得できるシステムを構築する。
- 地域医療，プライマリ・ケアを担う総合医療学分野への大学院生受け入れ，指導体制の強化



大学病院 初期研修プログラムの充実

- 宮城県奨学生の返還免除条件に仙台市外の指定病院での勤務を義務付けるが、東北大学病院での初期研修期間は一部免除の対象となる。
- 必修科である地域医療の協力病院を60から91に増加した。
- 東北高度医療人キャリアパス支援システムを活用し、東北地方や他大学の関連病院のネットワークを融合する。



その他の取り組み1

- 広報活動
高校向け，在学生向け，卒業生向け，東北地方の医師向けの各種説明会を宮城県と共催で行う。
- 宮城県主催の関連病院・診療所との意見交換会



その他の取り組み2

- 分野別偏在対策

産科・麻酔科・小児科を集約した「周産期総合診療医 (General Perinatal Practitioner:GPP) を養成する。

小児科：宮城県立こども病院との連携協定締結

救急：大学病院に高度救命救急センターを設置し、規模を拡大した。

感染症：宮城県と感染症対策の支援に関する協定書を締結。



その他の取り組み3

- 女性医師定着策

学内保育所の拡充と女性休憩室を設置した。

- 地域医療に従事する医師に対し、シンポジウムの開催，診断・治療コンテンツの設置を行った。

- 東北地方各病院への医師派遣

- 生涯教育講座

総合診療フォーラム，循環器生涯教育講座等

兵庫医科大学におけるモデル・コア・カリキュラムを活用した特色ある教育に係る取組

兵庫医科大学医学教育センター長／生化学講座

鈴木敬一郎

◎コアカリを有効活用した教育の実施状況

1 年次～4 年次

統合カリキュラムの実施：教育資料の一元冊子化

症候を中心とした病態の学習：「症候学」の新設（PBL→TBL）

「臨床入門」、「医療入門」、「医の倫理とプロフェッショナリズム」の新設

カリキュラム上の工夫例：

「哺乳動物解剖実習」→「人体解剖実習」→「臨床解剖実習」

教養教育を準備教育として充実

5 年次～6 年次

クリニカルクラークシップの導入、実習期間の延長（40 週→48 週）

◎今回のコアカリ改訂に係る検討内容（以下の3点）に関連した取組状況

- ・ 基本的診療能力の確実な習得（総合的な診療能力の基礎育成）

診察法実習→「プレクリニカル教育」として拡充

スキルスラボの充実（医療人育成センター、多職種連携、専任担当者：看護師3名）

学外臨床実習ならびに四大学相互乗り入れ実習の実施

評価の充実：Advanced OSCE の実施、臨床実習評価の改善

プレゼンテーション試験の実施、

- ・ 地域の医療を担う意欲・使命感の向上

県推薦制度ならびに地域枠推薦制度

地域枠推薦制度における新しいコンセプト

兵庫県による寄付講座の設置

- ・ 基礎と臨床の有機的連携による研究マインドの涵養

基礎講座配属制度の実施

医学会講演会への学生参加

基礎医学実習の改革（23 年度以降）



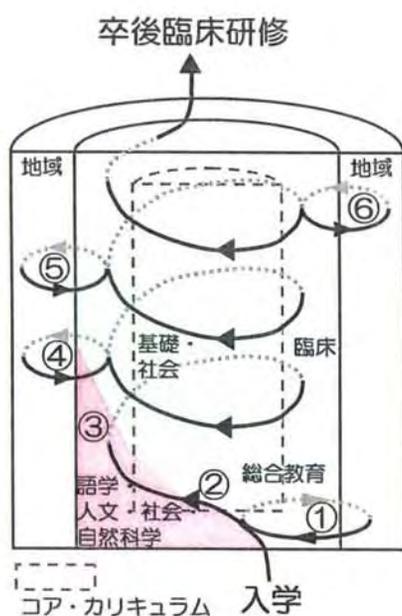
6年一貫らせん型カリキュラムの実践

人と人、総合科学と医学、
大学と地域の融合を目指して

福島県立医科大学・医学部



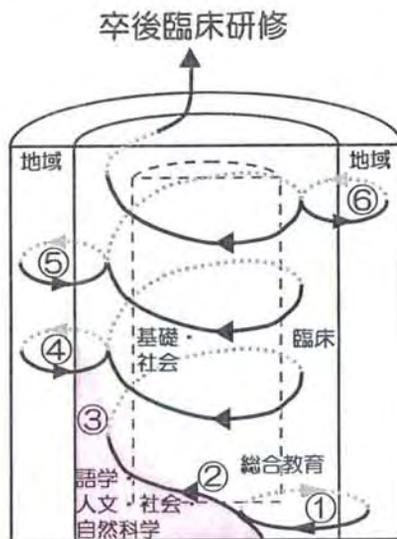
6年一貫らせん型カリキュラム



- コア・カリキュラムの導入を契機として、講義を講座別講義からコースユニット制、臓器別講義に再編しさらに、その周辺に本学独自の発展的カリキュラムをらせん型に配置
- らせん型とは、総合科学系科目（教養科目）、生命科学・社会医学系科目（基礎医学）、臨床医学系科目を、緊密に行き来しながら、学生の成長・習熟度に合わせて繰り返し発展的に学ぶ形である



コアカリ改訂に係る検討に関連した取組状況



コア・カリキュラム 入学

- 内の数字は学年
- 赤字は特に独自性が高い取り組み

A) 基礎と臨床の有機的連携による研究マインドの涵養

「**基礎上級**」(4-5年次)等

B) 地域の医療を担う意欲・使命感の向上

「**福島学**」(1年次)

「**ホームステイ型医学教育研修プログラム**」
(6年次選択)等

C) 基本的診療能力の確実な習得
(総合的な診療能力の基礎育成)

スキルラボを活用した

「**BSLプライマリーコース**」(5年次)

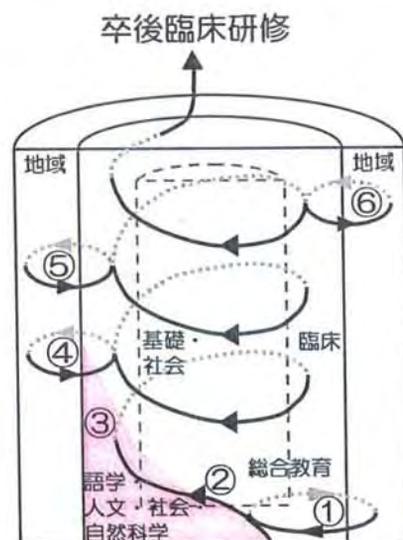
「**BSLアドバントスコース**」(6年次)

※これらのカリキュラムを円滑に実施するための

医療人育成・支援センターの設立



A) 基礎と臨床の有機的連携による研究マインドの涵養



コア・カリキュラム 入学

- 内の数字は学年
- 赤字は特に独自性が高い取り組み

問題点

系統講義や、実験・実習のみでは「自ら問題を発見し解決する能力」を涵養するのには不十分である。



A) 基礎と臨床の有機的連携による研究マインドの涵養

「**基礎上級**」(4-5年次)

基礎上級 概要

A)基礎と臨床の有機的連携による
研究マインドの涵養

系統講義終了後、**臨床実習直前に8週間**、生命科学・社会医学系講座に配属され、**医学研究を体験**（この間、他の講義や実習は行われない）

身につけた知識や問題意識を基に、担当教員とディスカッションしテーマを選定して、**問題の解明・解決に向けた実験やフィールドワーク**を行う。

武漢大学への短期留学も
選択可能（希望者より選抜）

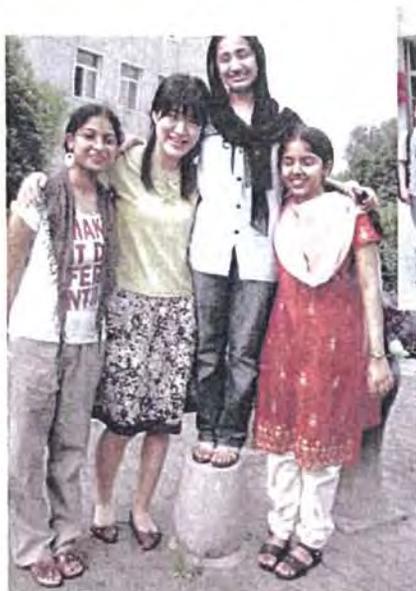
35年間の**長期実績**がある。



基礎上級:武漢大学短期留学

A)基礎と臨床の有機的連携による
研究マインドの涵養

- ・ 姉妹関係にある武漢大学の基礎医学・社会医学系講座に短期留学。（希望者より選抜）

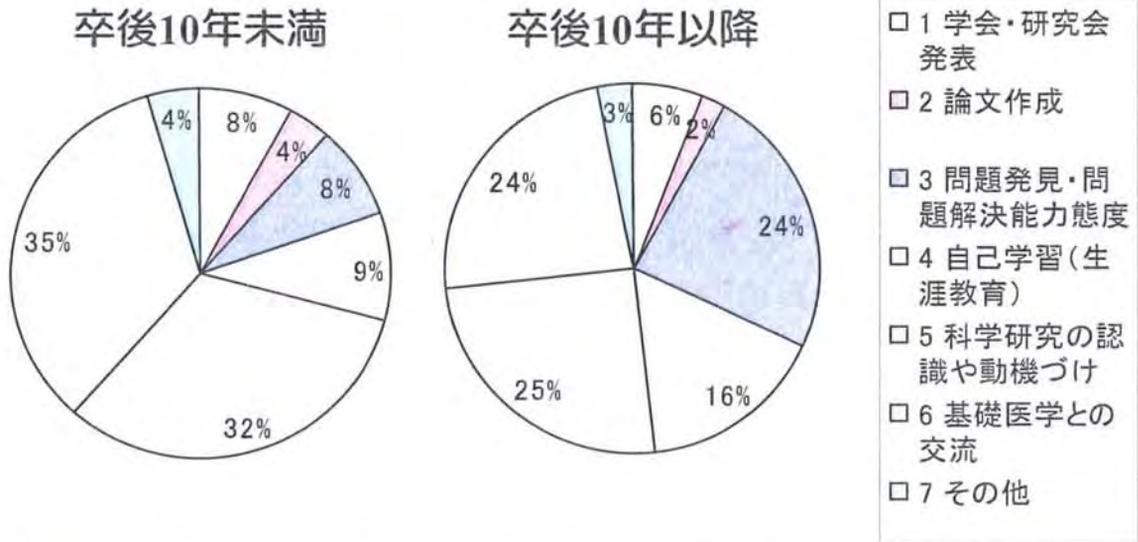




基礎・上級の教育効果

A)基礎と臨床の有機的連携による研究マインドの涵養

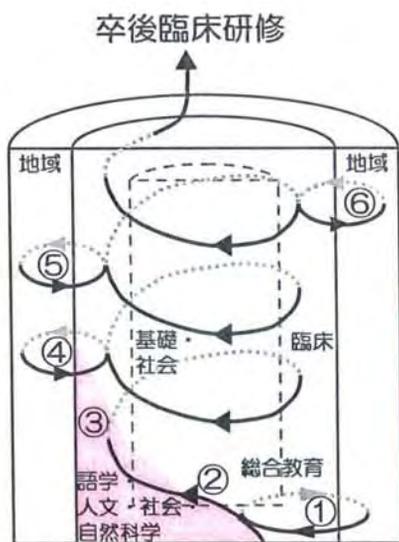
基礎・上級がどのように役に立ったか



臨床経験が進むと問題発見・問題解決に役立つカリキュラムであったことが理解できてくる。



B) 地域の医療を担う意欲・使命感の向上



コア・カリキュラム 入学

- ○内の数字は学年
- 赤字は特に独自性が高い取り組み

問題点

大学の中にいるばかりでは、地域や地域医療に関する実感的な経験が得られない。



B) ホームステイ型医学教育研修プログラム (6年次選択)

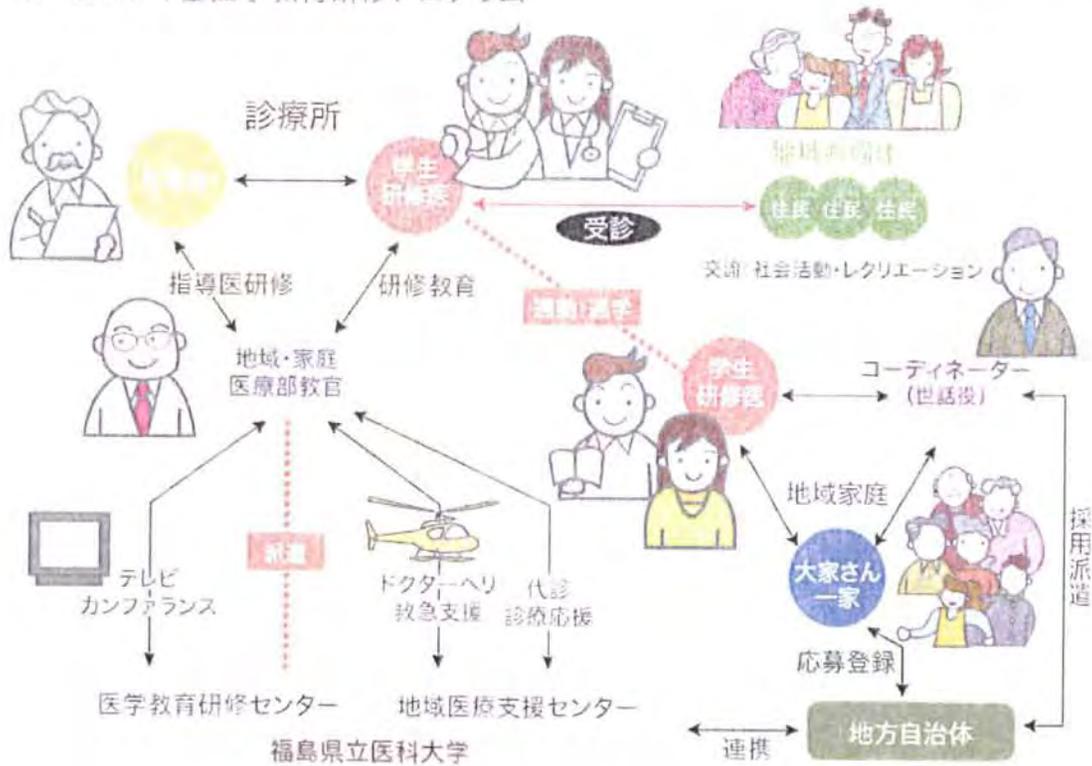
- H16 現代的教育ニーズ取組支援プログラム (現代GP)
- H17-H19 地域医療等社会的ニーズに対応した質の高い医療人養成推進プログラム (医療人GP)
- H20 福島県が継続して実施



ホームステイ型医学教育研修プログラム

B) 地域の医療を担う
意欲・使命感の向上

ホームステイ型医学教育研修プログラム



ホームステイ型 医学教育研修プログラムの特徴

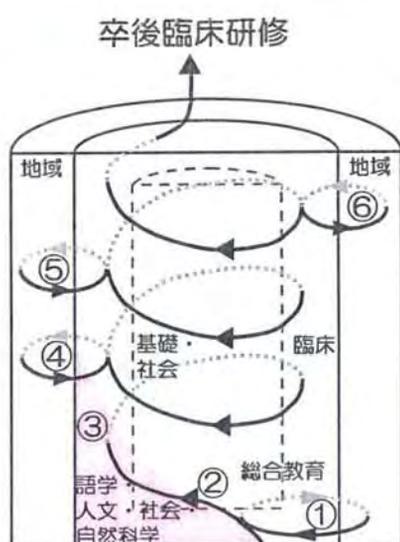
B) 地域の医療を担う
意欲・使命感の向上

1. 地域家庭でのホームステイ
 - ・ 実習外での交流により**地域の魅力発見**の機会
2. 現地指導教員の派遣
 - ・ 地域・家庭医療部教員が現地で指導を行い、**実習の質**を確保
3. テレビ会議システムの整備
 - ・ 実習先診療所と大学間で生の言葉で**双方向に情報伝達**が可能に。
4. 地域住民の医療従事者に対する理解の促進
 - ・ 医学生が身近に生活することで**医療従事者への理解**が深まる。





C) 基本的診療能力の確実な習得



コア・カリキュラム 入学

- ・○内の数字は学年
- ・赤字は特に独自性が高い取り組み

問題点

基礎的臨床能力の習得には時間がかかり
また、習得に個人差がある



スキルラボを利用した
「BSLプライマリーコース」(5年次)
「BSLアドバンスコース」(6年次)

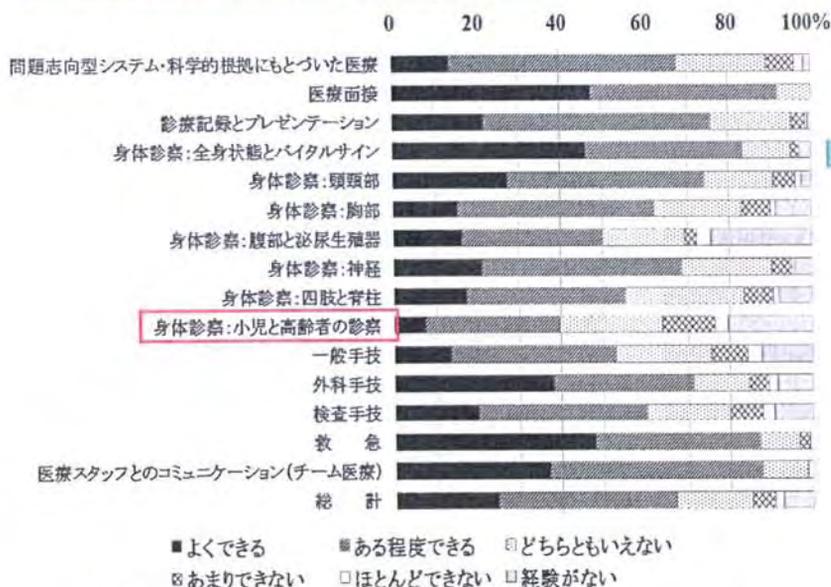
これらの臨床実習における基礎診断能力の
円滑な習得と臨床研修への橋渡しのために
医療人育成・支援センターが設立された。



コアカリを有効活用した教育の実施状況例

C) 基本的診療能力の確実な習得

臨床実習後の臨床能力自己評価



習得が不十分な
項目が明確になる

解決策

スキルラボの導入
実習手帳の導入

「医学教育モデル・コア・カリキュラム
—教育内容ガイドライン—(平成19年度版)」
を基に、本学で実技教育の学習目標を設定



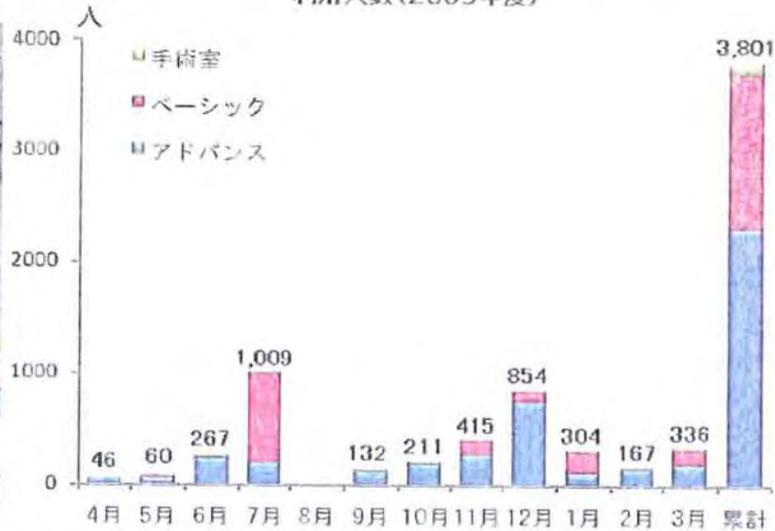
スキルラボ・ベーシック



スキルラボ・アドバンス



利用人数(2009年度)



能動的学習態度を醸成する臨床実習システム ～双方向性オールインワン実習手帳の開発～

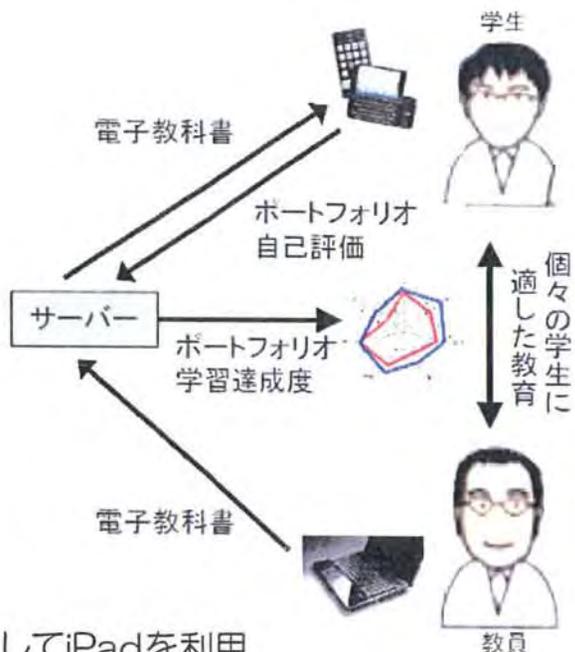
平成22年度「大学教育・学生支援推進事業大学教育推進プログラム」採択

大学病院・地域基幹病院と医学生が広いエリアで臨床実習を行っている中、**コアカリキュラムの円滑な実施**のために本システムの導入を行う

セキュリティーを守りながら大学と学生を**双方向性**に結ぶ情報ネットワークの確立を行う

個々の学生に適した臨床実習の推進を行うために臨床実習の**ポートフォリオ**を作成する。

学生が端末で自学自習し、臨床スキルの到達目標を実感できる動画を用いた**電子教科書**を配信する。



端末としてiPadを利用



医療人育成・支援センター

平成22年4月1日現在



医療人育成・支援センター事業イメージ

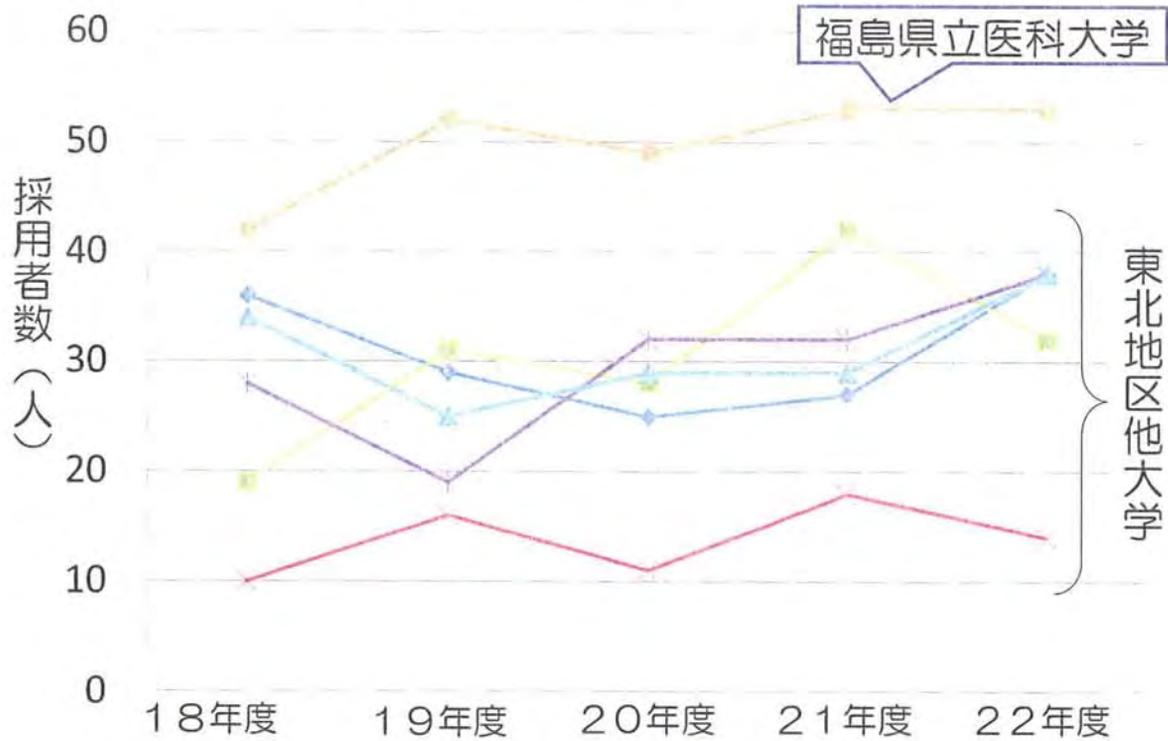
医学教育部門

臨床医学教育研修部門





6年一貫らせん型カリキュラムの成果 東北の大学病院後期研修医採用の状況



会津医療センター（仮称）開院 平成24年度末



平成23年1月20日

大学（歯学）からの取組み事例

私たちは
チーム医療です

昭
和
大
学
昭和大
学は4学部8附属病院

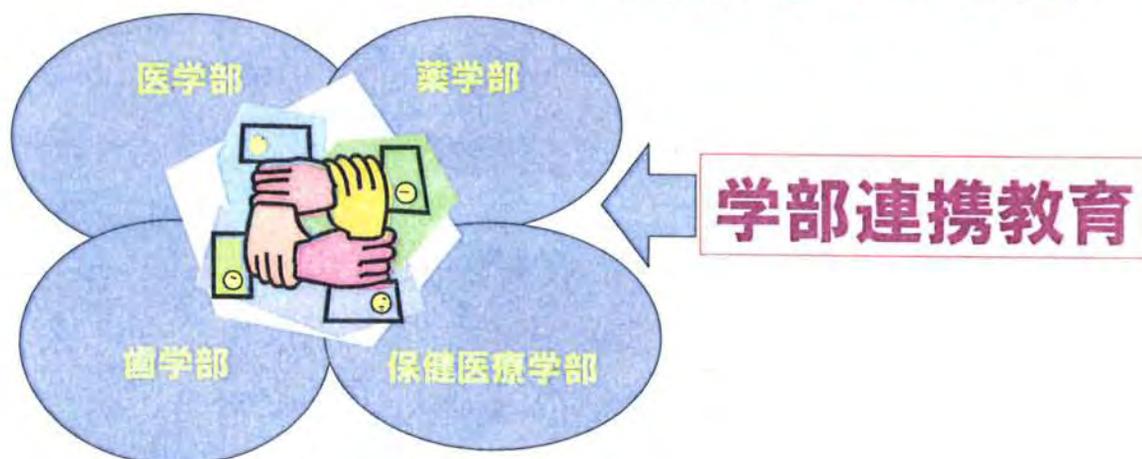
昭和大
学歯学
部口腔
衛生学
教室
昭和大
学口腔
ケアセ
ンター
（併任）
向井 美惠

昭和大 学の特 色



- ・医・歯・薬・保健医療の4学部からなる医療系総合大学
- ・「至誠一貫」の精神と創立80年の歴史（歯学部：1977年開設）
- ・1年次の全学部混成寮生活（1965年：富士吉田キャンパス）

医療系総合大学の特徴を生かした
チーム医療の実践に結びつく教育



新カリキュラムの策定の背景 (2003年導入、2008年改訂)

- コアカリキュラムを基本
- 共用試験の実施
- 歯学部教育理念の策定

昭和大学歯学部は、次のような優れた一般歯科医師の育成を教育理念とする。

- 1) 歯科医療を地域・社会との関係において把握し、患者やその家族との信頼関係を重視しながら、**チーム医療の一人**として活躍できる**社会性のある歯科医師**。
- 2) 口腔領域の疾患を**全身との関わり**において把握することのできる歯科医師。
- 3) 歯科医療に係わる問題を正しくとらえて解決することができ、**生涯にわたって学習**し続ける習慣を身につけた歯科医師。



・カリキュラムポリシー ・コンピテンシー ・ディプロマポリシー

カリキュラムの特徴

- **理解度の向上**
→生体科学と口腔科学の融合、早期の臨床科目
- **全身との関わりの更なる理解**
→オーラルフィジシャンコース、学部連携教育
4学部連携PBL(1年次～4年次)
4学部連携臨床実習(5年次、6年次)
- **生涯学習態度習得の充実**
→「問題解決と生涯学習」コース
- **コミュニケーション教育の充実**
→6年一貫のコミュニケーション教育
- **臨床実習の充実**
→実習終了時のOSCE(iOSCA)の実施(H21から)
- **社会性の向上と地域医療の理解**
→1年次から6年次に続く社会と歯科医療コース

昭和大歯学部教育(2008以降)

1年	2年	3年	4年	5年	6年
富士吉田	旗の台	旗の台	旗の台	洗足	洗足

教養科目

オーラルフィジシャン 歯科臨床科目

基礎科目

基礎科目

医の原則

4学部連携実習

社会と歯科医療

問題解決と生涯学習

臨床実習

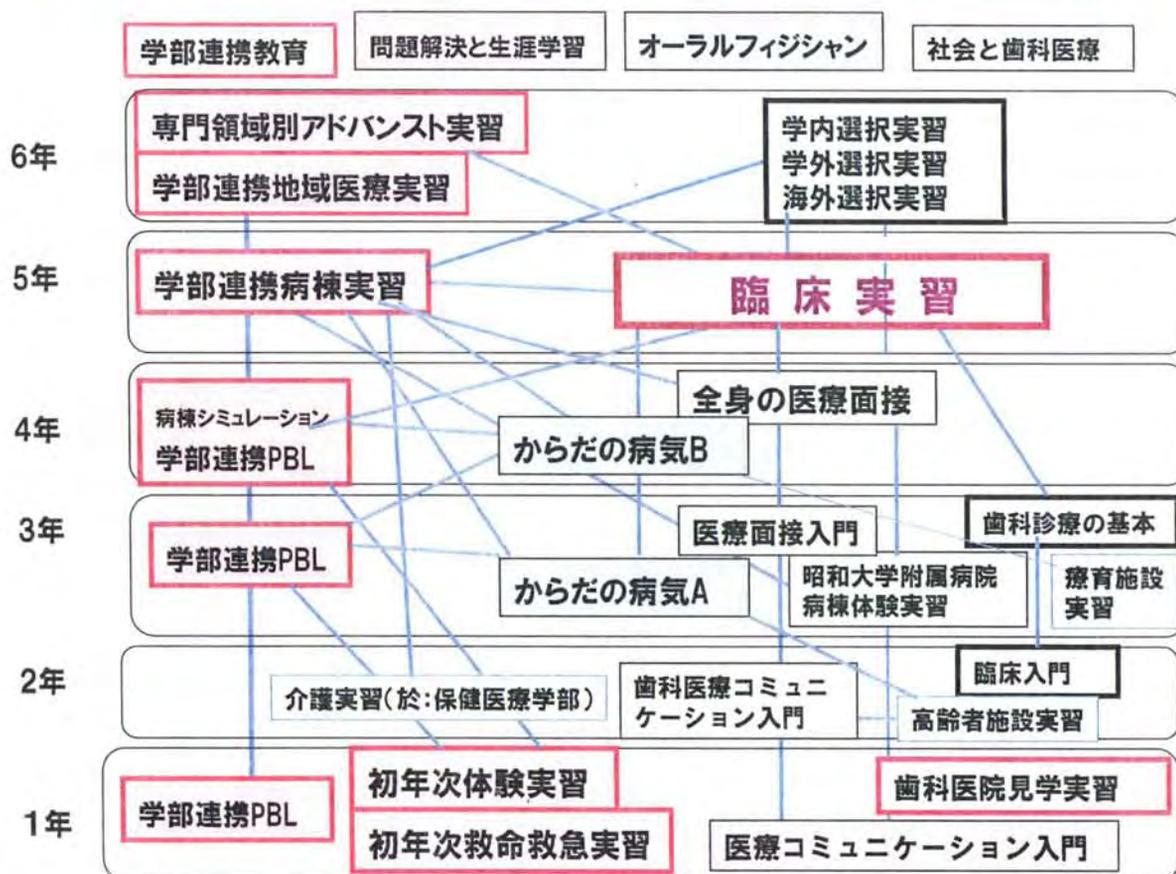
選択実習

総括講義

I
O
S
C
A

共用試験

チーム医療ができる医療人を育てる学部連携教育と関連する歯学部教育

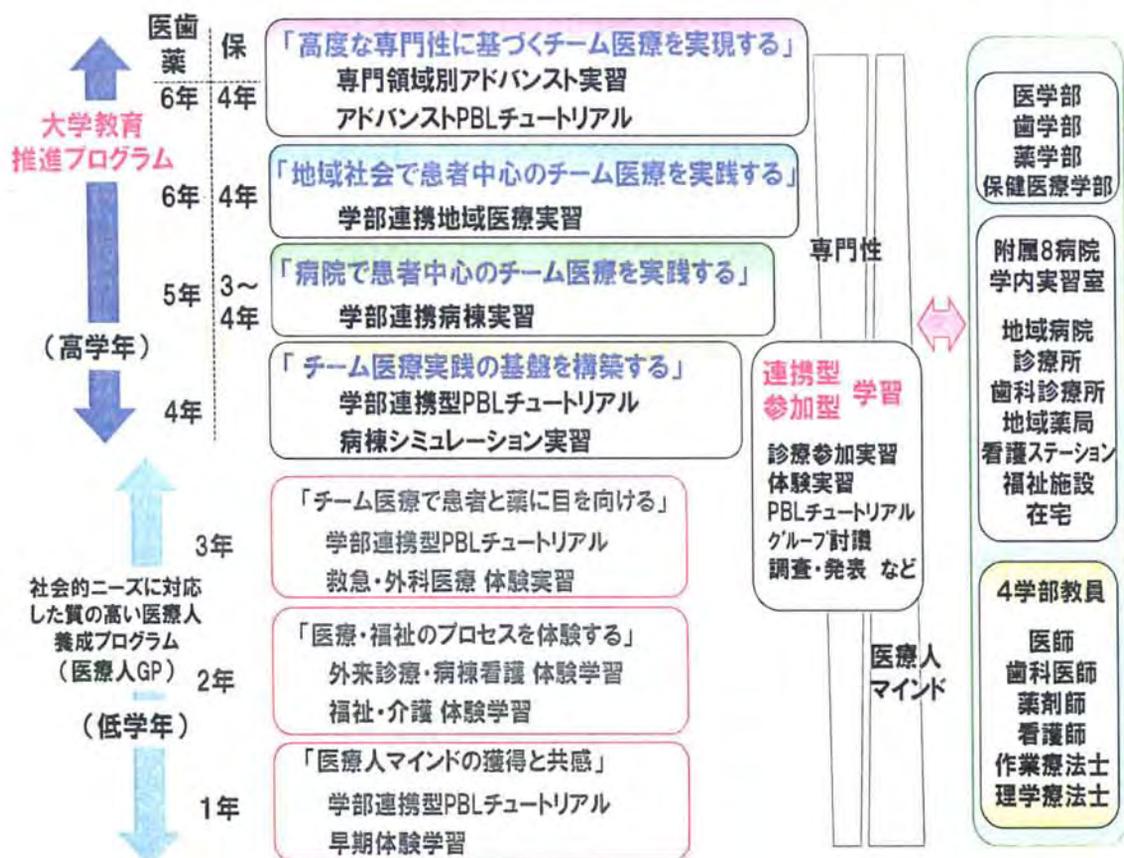


4学部連携教育

地域社会や病院で患者中心のチーム医療を実践できる知識と技能の習得に向けて

- 6年
 - ・専門領域別アドバンスト実習
 - ・学部連携地域医療実習
- 5年
 - ・学部連携病棟実習 1病棟5~6名、110チーム
- 4年
 - ・病棟シュミレーション 脳梗塞等の病棟カルテ記録によるPBL
 - 学部連携PBL
- 3年
 - ・学部連携PBL パーキンソン病、リウマチ、脳梗塞、高齢者転倒後遺症(骨粗鬆症)のシナリオによるPBL
- 1年
 - ・学部連携PBL シナリオ:人の価値、僕の弟(施設)、姉の癌、
 - ・初年次体験実習
 - ・初年次救命救急実習
 - ・医療コミュニケーション入門

【大学教育推進プログラムによるチーム医療学習の全体像】

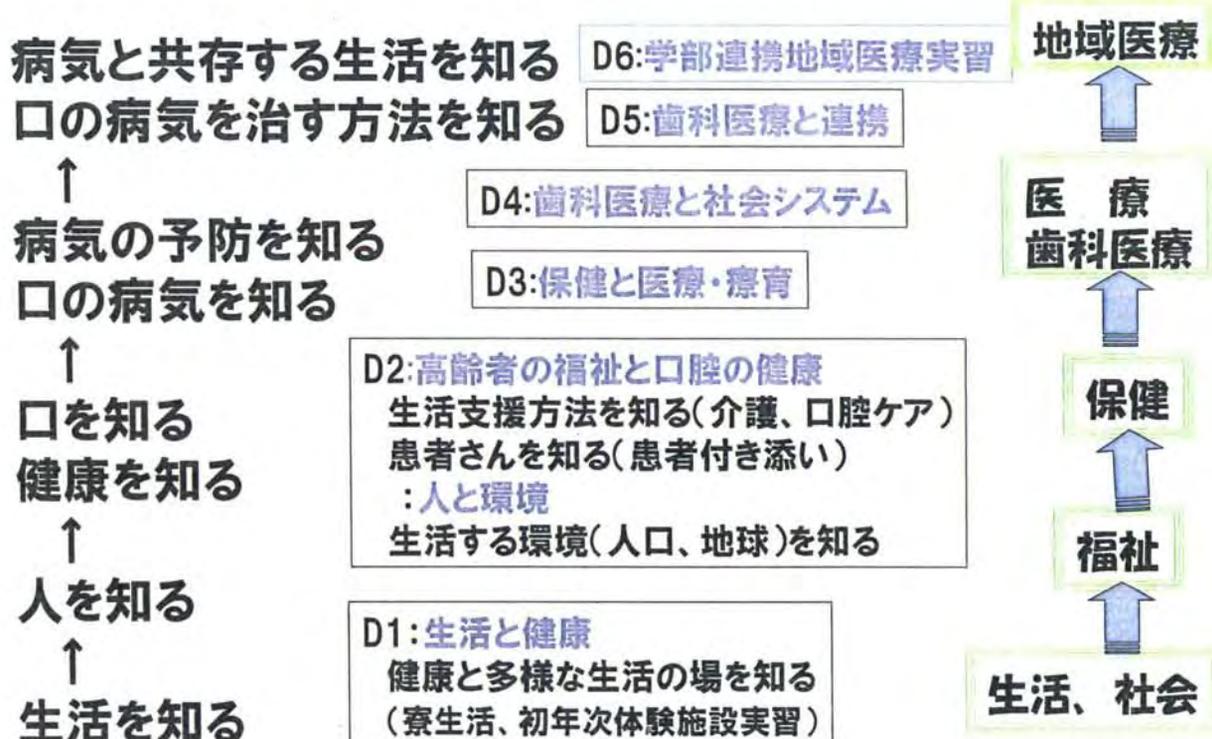


問題解決と生涯学習（歯学部教育）

- | | |
|----|--|
| 5年 | <ul style="list-style-type: none"> ・学部内PBL : 歯科治療中のショック
(過換気症候群、疼痛性ショック) ・情報リテラシー : 診療ガイドライン[Minds=マインズ] |
| 4年 | <ul style="list-style-type: none"> ・情報リテラシー : Pub Medの使い方、医学中央雑誌を使いこなす |
| 3年 | <ul style="list-style-type: none"> ・学部内PBL : 口腔乾燥症、甲状腺機能亢進、細菌性心内膜炎 ・情報リテラシー : 医療情報リンク集、メルクマニュアルの使用 |
| 2年 | <ul style="list-style-type: none"> ・学部内PBL : 齲蝕と健康、 ・情報リテラシー : 図書館での検索の仕方・OPACの使い方
信頼のある情報(Webの取り方) |

* 情報リテラシーは学生の到達度別に指導
5年次の最低到達目標は: 医中誌、Mindsを臨床場面で使いこなすことができる

教科（社会と歯科医療）の流れ



「社会と歯科医療」で学生に提示可能なこと

1. 誰のための、何のための歯科医療か
(住民満足度と目的思考)
2. 地域で望まれる歯科医師は人間関係づくりから
(コミュニケーションと意識改革)
3. トータル化とバランス
(全体的確化と全体調和・スパイラル教育)
4. 永続的な目的追求活動
(計画創造と継続発展・生涯学習)
5. 科学に基づく医療手段の必要性
(科学的手順・社会システムの変化への対応)
6. 医療サービス内容はオープンで
(可能性追求と発想の転換・チーム医療)
7. 連携協力体制で
(相互信頼と役割分担・地域連携、多職種連携)

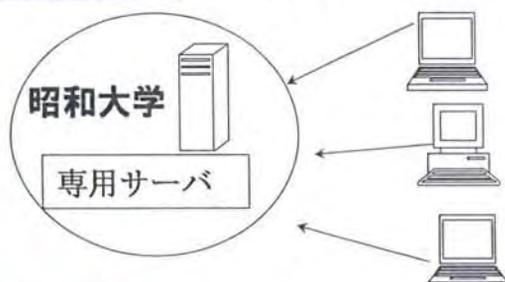
医療人としての力を身につける

システム概略

スパイラル教育支援システム

大学外(自宅など)

1. セキュリティ
2. 相互方向通信
3. 学習成果提出と指導の効率化



1. セキュリティ
学生1人ごとのパスワード→アクセス時に権限の明示
アクセス範囲は教員と学生で明確に別れる。
SSLによるすべての通信暗号化(銀行や証券会社と同じ)

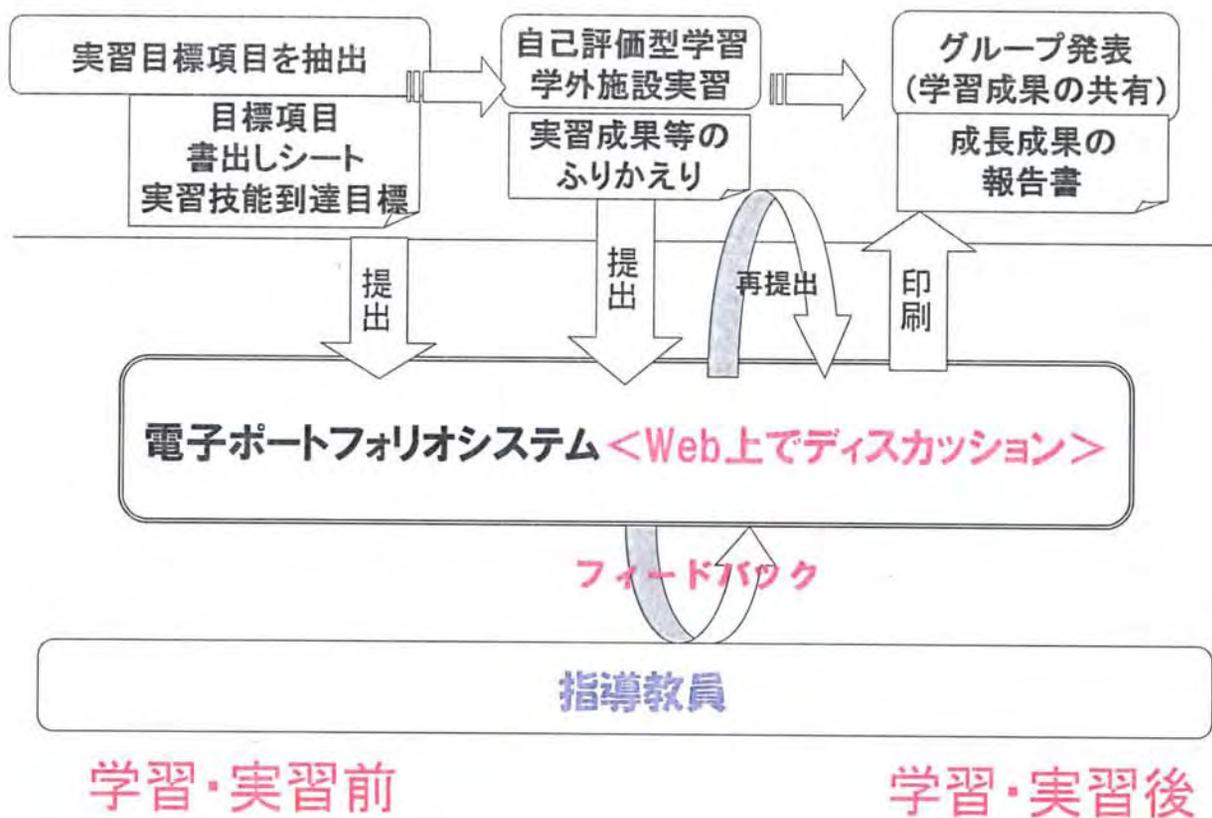
2. 相互方向通信



3. 学習成果の回収の効率化

学習成果と指導はサイトで一括
自分がファシリテートする班を見にいけます
提出状態や内容確認もできます。
修正指示もその場でコメント書き込みます

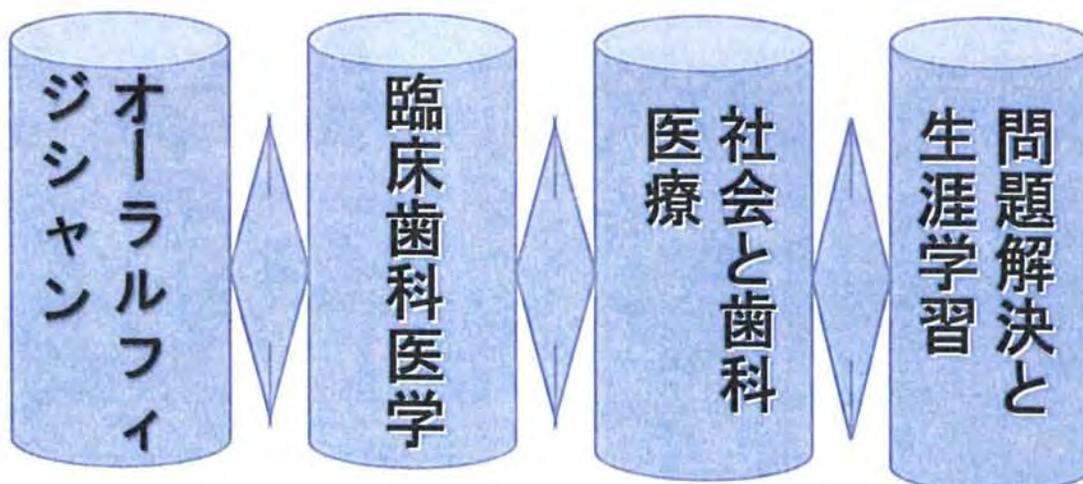
H20年から 電子ポートフォリオシステム



昭和大学 歯学部 卒業の要件

卒業時のコンピテンシー

臨床能力 コミュニケー プロフェッ 知識
 ション能力 ショナリズム





4学部 全寮制 富士吉田キャンパス (4人で2室:生活居住室、学習室、学部混合)

(学部連携の基礎が築かれる)



1年次 富士吉田キャンパス

・4学部連携PBL

<シナリオ>

- ・人の価値
- ・夜食
- ・僕の弟(施設)
- ・姉の癌

など





歯学部1年 健康と生活 —食べ方とその介助法—

生活の場（食堂）での実習



食事介助を体験



初年次体験実習 H21年度から学部混成病院実習



初年次は病院の中を
体験を交えて見学
しました。



2年生

2年次介護基礎実習

生活介助実習
(トランスファー・体位変換等)



(ベッドサイドの口腔のケア)



保健医療学部での実習

二年次介護福祉実習



他職種との連携とコミュニケーション

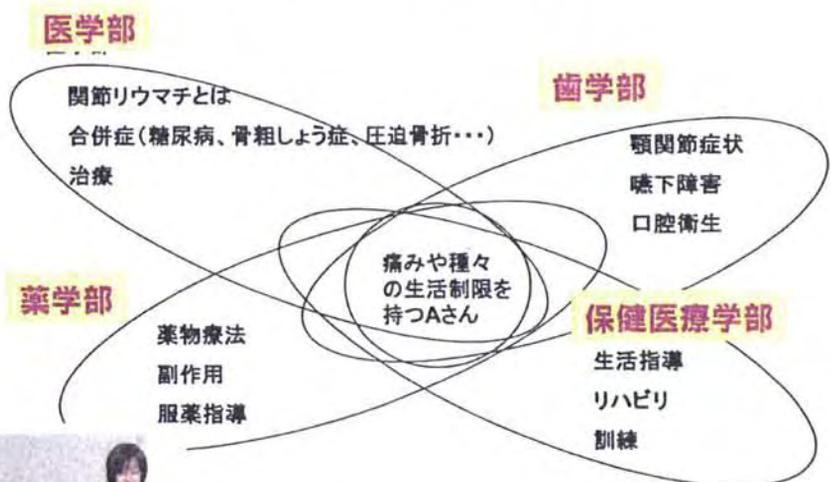


二年次介護福祉実習

3年生

3年次 学部連携PBL

プロブレムマップ



・23年間の治療歴のあるRA患者
(stage III、class II程度)

3年次療育施設実習



肢体不自由児施設



4年生

4年次:「4学部連携チーム医療」 PBL(チーム医療実践の基盤:病棟シミュレーション)



4年次 コミュニケーション実習 全身の医療面接 (模擬患者:東京SP協会)



5年生

5年次 学部連携病棟実習



学部連携病棟実習

(M/D/P5年・N13年)



よろしくお願ひします患者さんにご挨拶

歯学部生の診察の見学



患者さんとの面談2(~3)名で



歯学部生は患者さんの歯の状態の模型を作成



医学部生の診察の見学



歯学部生は患者さんの歯の状態の模型を作成

6年生

地域社会で患者中心のチーム医療を
実践する

学部連携地域医療実習(選択)

平成23年5月9日(月)～6月3日(金)

前半:5月9日(月)～5月20日(金)

後半:5月23日(月)～6月3日(金)



実習時期と実習パターン

実習パターン1

- ・5月9日～5月20日、または5月23日～6月3日のいずれか2週間で実習
- ・学部連携アドバンスト病院実習と組み合わせて、計4週間
歯学部の学生は学部内実習2週間と組み合わせ

実習パターン2

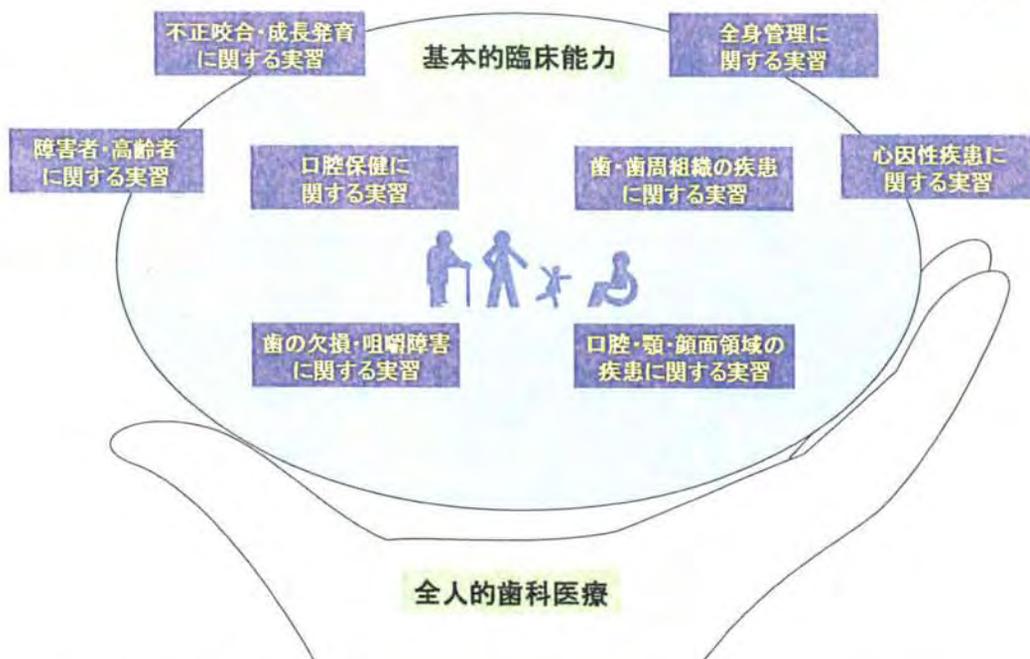
- ・2か所の学部連携地域医療実習(2週間)を組み合わせ、4週間の実習

5月9～13日	地域医療実習 または アドバンスト病院実習 (2週間)	
5月16日～20日		
5月23～27日	地域医療実習 または アドバンスト病院実習 (2週間)	
5月30日～6月3日		

東京歯科大学市川総合病院における 歯学部学生の医科系科目臨床実習



臨床実習モデル・コア・カリキュラム概念図



東京歯科大学市川総合病院



診療科

内科、精神科、消化器内科、循環器内科
 小児科、外科、整形外科、形成外科
 脳神経外科、心臓血管外科、皮膚科
 泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科
 放射線科、麻酔科、リハビリテーション科
 歯科、歯科口腔外科

専門センター

角膜センター、リプロダクションセンター
 口腔がんセンター、脊椎・脊髄病センター
 糖尿病・内分泌センター、心臓病センター
 脳卒中センター、創傷センター

病床数 570床
 歯科診療台数 22台

3



一日平均患者数 年間総患者数

948.5 (924.2) 264,632
 (257,850)



1,385.3 (139.5) 386,486
 (38,908)



492.7 (447.2) 137,458
 (124,776)

第4学年医科系科目（1コマ：85分）

内科学 25
総論、老年病、消化器、救急、神経、感染、自己免疫、内分泌
血液、糖尿病、呼吸器、循環器、腎・泌尿器

外科学 24
総論、術前術後管理、出血・凝固、外科基本手技、救急蘇生
麻酔、臓器移植、腫瘍学、内視鏡下手術、消化器、血管、呼吸器
循環器、乳腺、脳・脊髄、泌尿器

産婦人科学	6
整形外科学	5
精神科学	6
小児科学	6
皮膚科学	6
耳鼻咽喉科学	8
眼科学	5

5

第117期生臨床実習

平成22年 4月 1日 登院式

4月 2日 見学期間開始

4月26日 見学期間終了

4月27日 臨床実習本実
習開始

平成23年 3月13日 臨床実習本実習終了

3月14日 プロGRESS期
間開始

4月25日 プロGRESS期

目次

期 間		実日数	保 存	補 綴	口 外・ 麻酔(後期)	矯・児・放・ 麻(前期)・ インテント(後期)	水道橋病院 市川総合病院	
前 期	第6期	平成22. 4. 27(火)～ 5. 28(金)	23	A	B	C	D※表-3 E※表-8	
	第7期	5. 29(土)～ 6. 25(金)	23	E	A	B	C※表-4 D※表-9	
	第8期	6. 26(土)～ 7. 26(月)	24	D	E	A	B※表-5 C※表-10	
	第9期	7. 27(火)～ 9. 1(木)	25	C	D	E	A※表-6 B※表-11	
	第10期	9. 2(木)～ 10. 4(月)	25	B	C	D	E※表-7 A※表-12	
後 期	第11期	10. 5(火)～ 11. 4(木)	24	A	B	C	D※表-3 E※表-8	
	第12期	11. 5(金)～ 12. 3(金)	23	E	A	B	C※表-4 D※表-9	
	第13期	12. 4(土)～23. 1. 14(金)	24	D	E	A	B※表-5 C※表-10	
	第14期	1. 15(土)～ 2. 10(木)	23	C	D	E	A※表-6 B※表-11	
	第15期	2. 14(月)～ 3. 11(金)	23	B	C	D	E※表-7 A※表-12	
保留者発表	3. 14(月)							
保留者試験期間	3. 14(月)～ 3. 16(水)		3日間					
臨床実習判定発表	3. 22(火) (進級判定教授会)							
プログレス期間	3. 14(月)～ 4. 25(月)		35	保 存	補 綴	口 外	水道橋 P S	
				PA	PB	PC		
				アドバンス		ベーシック		
				PD	PE			
仕 上 げ	平成23. 4. 26(火)～		総 合 講 義				7	

市川総合病院における臨床実習の内容

1. 実習場所

内科	病棟、検査
室	
消化器科	病棟、検査室
循環器科	検査室
外科	手術室、病
棟	
脳神経外科	手術室、病棟
心臓血管外科	CCU、ICU、手術室、病棟、
検査室	
産婦人科	手術室、病棟
小児科	外来
整形外科	外来、手術室
リハビリテーション科	リハビリテーション訓練室
耳鼻咽喉科	手術室
眼科	外来、手術
室	
皮膚科・形成外科	外来
泌尿器科	外来、透析セン
ター	

市川総合病院における臨床実習の内容

2. 臨床実習担当科 (前期)

午前

午後			
月	内科・消化器科 放射線科	耳鼻咽喉科 歯科・□	
腔外科			
火	心臓血管外科 外科	産婦人科 外	
科			
水	脳神経外科 皮膚科・形成外科	産婦人科 循環器科	
木	小児科	眼	
科	内科・消化器科	循環器科	
金	整形外科・リハ科 歯科・口腔外科	泌尿器科 整形外科・リハ科	

前期臨床実習の一例

■ 歯科・口腔外科が担当

No	E(143-156)	4月27日	4月28日	4月29日	4月30日	5月1日	5月2日
月日		火	水	木	金	土	日
曜日							
AM	143~149	外科	脳神経外科	整形外科	脳神経科	精神神経科	
	150~156	形成外科	皮膚科		整形外科		
PM	143~149	放射線科	循環器科				
	150~156	産婦人科			泌尿器科		
月日	5月3日	5月4日	5月5日	5月6日	5月7日	5月8日	5月9日
曜日	月	火	水	木	金	土	日
AM	143~149			小児科	整形外科		
	150~156			消化器科	脳神経科		
PM	143~149			眼科	泌尿器科		
	150~156			心臓血管外科			
月日	5月10日	5月11日	5月12日	5月13日	5月14日		
曜日	月	火	水	木	金		
AM	143~149	形成外科	皮膚科	消化器科			
	150~156	内科	脳神経外科	小児科			
PM	143~149	耳鼻咽喉科	産婦人科	心臓血管外科			
	150~156	放射線科	臨床検査技師	眼科			

オーラルメディスン担当			
外木守雄	宇治川 達彦	宮本 聡	武田 隆
	野田 康平	佐藤 結衣子	

No	E(129-142)	5月17日	5月18日	5月19日	5月20日	5月21日	5月22日	5月23日
月日							土	日
曜日								
AM	129~135						精神神経科	
	136~142							
PM	129~135							
	136~142							
月日	5月17日	5月18日	5月19日	5月20日	5月21日	5月22日	5月23日	
曜日	月	火	水	木	金	土	日	
AM	129~135	内科	外科	脳神経外科	小児科	整形外科	精神神経科	
	136~142	消化器科	形成外科	皮膚科		脳神経科		
PM	129~135	耳鼻咽喉科	放射線科		眼科			
	136~142	産婦人科	循環器科	心臓血管外科	泌尿器科			
月日	5月24日	5月25日	5月26日	5月27日	5月28日	5月29日		
曜日	月	火	水	木	金			
AM	129~135	消化器科	形成外科	皮膚科		脳神経科		
	136~142	内科	外科	脳神経外科	小児科	整形外科		
PM	129~135	耳鼻咽喉科	産婦人科	循環器科	心臓血管外科	泌尿器科		
	136~142	放射線科			眼科			

オーラルメディスン担当			
渡邊 裕	有坂 岳大	藤本 輝	宮澤 朋堂
	東野 拓也	伊川 裕明(4-6月)	山村 篤子(7-9月)

後期臨床実習の一例

AM	オリエンテーション		朝講義		朝講義		朝講義		朝講義		朝講義	
			山根教授講義		初診 実習	オペ 見学	病棟 見学 VF見学	初診 実習	初診 実習	病棟 見学	病棟 見学	初診 実習 (予備)
PM	外来 見学	病棟 見学	連携 職種 見学 OCC 見学		渡邊講師 講義		隣接医学1講義 助教		外科 病理	血液 実習		
					症例検討会準備		症例検討会準備					
AM	朝講義		朝講義		朝講義		朝講義		朝講義		朝講義	
			外木准教授 講義		病棟 見学	初診 実習	初診 実習	病棟 見学 VF見学	オペ 見学	初診 実習	筆記試験	
PM	症例 検討会		OCC 見学 連携 職種 見学		高田講師 講義		隣接医学2講義 助教		外科 病理	血液 実習		
					レポート作成		レポート作成					

11

市川総合病院における臨床実習の内容

3. 見学・講義等以外のおもな実習

内科・消化器科 脳神経外科 心臓血管外科 眼科 皮膚科 臨床検査科	医療面接、簡単な診察、症例検討 脳卒中患者の口腔ケア 症例によっては手術助手として参加 眼科検査の相互実習 病棟回診への参加 口腔外科症例の病理診断
--	---

12

学生へのアンケート結果

1. 市川総合病院実習で特に印象に残ったことは何ですか？

- ・ 様々な医療の現場を見学でき、全身という規模で病気を考えることの重要性を感じることができた。
- ・ 心臓血管外科の手術を見学したとき、心臓を間近で動いているのを見てすごい勢いで拡張と収縮をしているのに驚きました。
- ・ 全身疾患を持つ患者のその疾患に留意してどのようなことについて気をつけて歯科治療をやればいいのかを考えることができた。
- ・ 脳神経外科の手術で脳動脈瘤のためクリッピングするため開頭しており、実際に脳をみれたこと。
- ・ 血管造影室での冠動脈カテーテル検査の治療。患者の意識のある状態で行われているのが衝撃的だった。
- ・ 手術見学はどの手術も初めて見学するもので最初は驚きが大きかったけどとても興味深いものでした。産婦人科で帝王切開出産の現場を見学で来たときは感動しました。

13

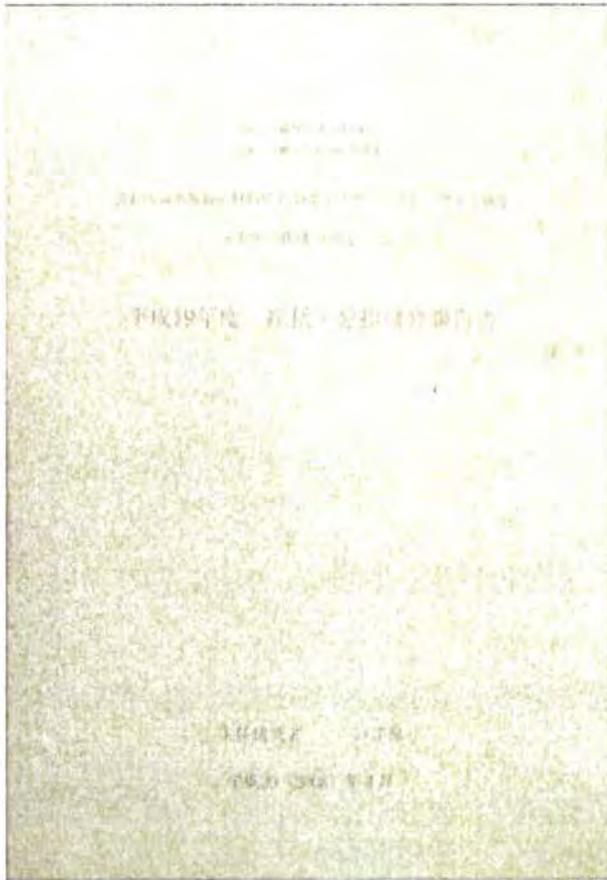
学生へのアンケート結果

2. 医科実習についてあなたの意見を書いて下さい。

- ・ 歯科には関係ないと思ってしまいがちだが、今後、知っているか知らないかで差が出てくるため必要だと思う。
- ・ 歯科と密接な関係にある病気や治療など、これから歯科で働いていく身として学ばなければいけないことが数多くありこれからの目標ができました。
- ・ 将来、役に立つことかわからないが医科の実習で実際の現場を見れたことはとても自分にとって刺激的であり、楽しく、興味深いものがたくさんあり有意義な2週間になった。
- ・ 医科の実際の現場を見られる機会はなかなかないので貴重な時間だったと思う。
- ・ 実際に詳しいことはなかなか難しく、わからなかったが、広い視野をもつことができた。
- ・ 医科の診療や手術を見ることで、医科に興味をもった。歯科だけ勉強するのではなく、基礎疾患なども勉強する必要があると感じた。
- ・ モチベーションが高くなった。患者との距離が近くなった。

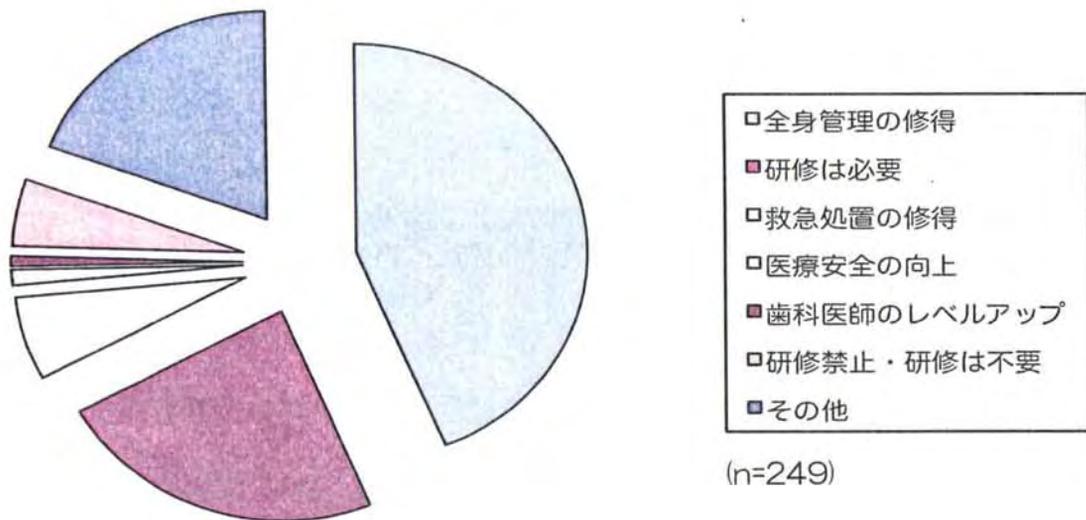
14

歯科医師の医科麻酔科研修の
ガイドライン改訂に関する研究
(平成19年度厚生労働科学特別研
究)



15

歯科医師の医科麻酔科研修の意義
(受入施設の回答)



今後の検討スケジュールについて（案）

平成23年1月20日

- 平成22年6月16日 連絡調整委員会(第1回)・専門研究委員会<医学・歯学>(第1回)
 (・委員長の選任、開催趣旨等
 ・関係者(団体)からのヒアリング)
- 7月16日 調査研究チーム(委託先)の選定
- 8月5日 専門研究委員会<医学・歯学>(第2回)
 (・調査研究チームにおける検討の方向性
 ・関係者(団体)からのヒアリング)
- 9月30日 連絡調整委員会(第2回)・専門研究委員会<医学・歯学>(第3回)
 (・今回の改訂に係る基本方針の確認(専門委員会の両委員長より提案)
 ・調査研究チーム(医学・歯学)からの経過報告①、総括的な審議)
- 11月15日 専門研究委員会<医学>(第4回)
 (・調査研究チーム(医学)からの経過報告②、個別論点に係る審議)
- 11月16日 専門研究委員会<歯学>(第5回)
 (・調査研究チーム(歯学)からの経過報告②、個別論点に係る審議)
- 12月20日 連絡調整委員会(第3回)・専門研究委員会<医学・歯学>(第6回)
 (・調査研究チーム(医学・歯学)からの改訂「中間報告案」の提示
 ・総括的な審議)

※ 12月20日の委員会において、調査研究チーム(医学、歯学)から提示された「中間報告案」について、同日の委員会における審議を踏まえ修正した後、「連絡調整委員会」及び「専門研究委員会」のクレジットによる「中間とりまとめ案」とし、同中間とりまとめ案について、両委員会の事務局(文科省)を通じて、パブリック・コメントを実施。(平成23年1月17日～1月28日)

平成23年1月20日(木) 専門研究委員会<医学・歯学>(第7回)

(10:00～12:00) (・コアカリを活用した特色ある教育に係る取組事例ヒアリング)

2月23日(水) 専門研究委員会<医学・歯学>(第8回)

(15:00～17:00) (・調査研究チーム(医学、歯学)からの改訂「最終報告案」の提示
 ・専門研究委員会(医学、歯学)として「改訂原案」の取りまとめ)

3月2日(水) 連絡調整委員会(第4回)

(13:00～15:00) (・専門研究委員会(医学、歯学)からの「改訂原案」の提示
 ・連絡調整委員会として「改訂内容」の決定)

※ 連絡調整委員会として決定した「改訂内容」を反映した「改訂版(平成22年度)」については、年度内(3月下旬)を目処に取りまとめ、大学や臨床研修病院等へ周知する予定。

※ 平成23年度においては、モデル・コア・カリキュラムで示された内容の実効性を一層確保し、各段階で求められる能力を適正に評価する仕組みの構築に向けて、引き続き、調査研究チーム(医学、歯学)において、臨床実習等に係る評価システムの在り方について検討予定。

今回のモデル・コア・カリキュラム改訂に係る基本方針

<医学・歯学教育共通>

H22. 11. 15

モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究委員会

委員長(医学教育担当・歯学教育担当)

1. モデル・コア・カリキュラムの基本理念

→ モデル・コア・カリキュラムの各大学への普及状況等を踏まえ、以下の点について、引き続き維持することが適当。

- 初等中等教育における学習指導要領のような性格ではなく、各大学が教育理念に応じて自主的にカリキュラムを編成する際の参考となるガイドラインとしての位置づけ
- 膨大な教育内容を精選し、全ての医・歯学生が臨床実習開始前及び卒業時までには修得すべき必要最小限のコアとなる教育内容について、身に付けるべき具体的な知識・技能・態度を到達目標として提示
- モデル・コア・カリキュラムを活用した具体的な授業科目設定、教育方法や履修順序等は、各大学の裁量に任されており、各大学のカリキュラムにモデル・コア・カリキュラムの内容が盛り込まれることが必要

2. 今回の改訂に係る検討内容

→ 検討会等(※)で示された必要性や緊急性の高い内容を中心としつつ、医学・歯学教育に係る様々な社会的ニーズ(医学・歯学等の連携を含む)等も念頭に置き、具体的な改訂内容を検討し、速やかに対応することが適当。

(※「医学教育カリキュラム検討会―意見のとりまとめ(H21.5)」,「歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議―第1次報告(H21.1)」)

<医学教育> 基本的診療能力の確実な習得、地域の医療を担う意欲・使命感の向上、基礎と臨床の有機的連携による研究マインドの涵養 等

<歯学教育> 歯科医師として必要な臨床能力の確保、優れた歯科医師を養成する体系的な歯学教育の実施、未来の歯科医療を拓く研究者の養成 等

3. 今回の改訂に際しての留意点

→ これまでの改訂に係る検討経過、医学・歯学教育に係る国内外の状況等を踏まえつつ、モデル・コア・カリキュラムを有効活用した、各大学の主体的で実効性ある教育の展開に向けて、以下の点に留意することが必要。

- 現行のモデル・コア・カリキュラムに盛り込まれている内容の量的過剰状態への対応
- 臨床実習前教育、臨床実習、臨床研修等、卒前・卒後の一貫した医師・歯科医師養成の視点
- 各大学等における取組実績や意見等への配慮、全体構成(表記の調整を含む)や周知等の工夫
- 諸外国における先進的な取組事例との比較、学問・医療技術の進歩等への対応

4. 今回の改訂後の対応

- 社会的ニーズの変化や医学・歯学・医療の進歩等を勘案した対応など、今後とも継続して検討すべき事項については、今回の改訂以降も計画的に対応していくことが必要。
- モデル・コア・カリキュラムで示された内容の実効性を一層確保し、各段階で求められる能力を適正に評価する仕組みの構築に向けて、臨床実習等に係る評価システムの在り方についての検討が必要。

**これまでの「連絡調整委員会」及び「専門研究委員会（医学・歯学）」
における主な意見（案）**

H23. 1. 20

1. 「連絡調整委員会」(第3回)及び「専門研究委員会(医学・歯学)」(第6回) (H22. 12. 20)
 - (1) 医学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂（中間報告案）について・・・・・・・・・・ 1
 - (2) 歯学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂（中間報告案）について・・・・・・・・・・ 3
 - (3) その他・・ 3

2. 「専門研究委員会（医学）」(第4回) (H22. 11. 15)
 - (1) 基本的診療能力の確実な習得・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5
 - (2) 地域の医療を担う意欲・使命感の向上・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8
 - (3) 基礎と臨床の有機的連携による研究マインドの涵養・・・・・・・・・・・・ 12
 - (4) 様々な社会的ニーズへの対応等・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 14

3. 「専門研究委員会（歯学）」(第5回) (H22. 11. 16)
 - (1) 歯科医師として必要な臨床能力の確保・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 20
 - (2) 優れた歯科医師を養成する体系的な歯学教育の実施・・・・・・・・・・・・ 26
 - (3) 未来の歯科医療を拓く研究者の養成・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 28
 - (4) 様々な社会的ニーズへの対応等・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 29

4. 「連絡調整委員会」(第1回・第2回)及び「専門研究委員会（医学・歯学）」
(第1回～第3回) (H22. 6. 16、H22. 8. 5、H22. 9. 30)
 - (1) モデル・コア・カリキュラムの基本理念・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 30
 - (2) 今回の改訂に係る検討内容
 - 臨床実習の系統的・体系的な充実・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 30
 - 地域医療・・ 32
 - 研究マインドの涵養・研究者の養成・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 33
 - 医学と歯学等の連携・チーム医療・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 33
 - 在宅医療（高齢社会への対応）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 35
 - 様々な社会的ニーズへの対応等・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 35
 - (3) 今回の改訂に際しての留意点・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 38
 - (4) 今回の改訂後の対応・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 40

1. 「連絡調整委員会」(第3回)及び「専門研究委員会(医学・歯学)」(第6回)(H22.12.20)

(1) 医学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂(中間報告案)について

- 「神経」のところの到達目標(10ページ)のところで、脳神経そのものはさわることができないので「脳神経を診察できる」というのは「脳神経系の診察ができる」と表現すべき。また、「小脳・運動機能を診察できる」というのは、「小脳機能・運動系が診察できる」、あるいは「運動系・小脳機能の診察ができる」と表現したほうが良いと思う。
- 社会的ニーズへの対応ということで、慢性疼痛について。特にE1の「症候・病態からのアプローチ」のところになると思うが、いろいろな症候が記載されており、例えば、頭痛、腹痛、胸痛といったことがあり、主として急性期の疼痛を主体にしている。一方、今、国民の生活調査によると、むしろ慢性疼痛、例えば、いわゆる腰痛や肩こりとか、それ以外の痛みがあると思うが、そういった記載がないので、できればここに加えるべきではないか。付随して当然対策も考えなければいけないが、特に医療用の麻薬、特にオピオイドなどが有効になるけれども、十分な教育を行わないと、副作用とか、刺激の問題とか、いろいろあるので、その辺も加えるべきではないか。
- E1の「症候・病態」の最後に、いろいろな部分の疼痛が列記されているので、そこに記載するのは可能であるし、ニーズがかなり大きいとすれば、ある程度の対応をしなければいけない。一方、副作用や乱用について、医師で処方を受ける者の要因が覚醒剤というのが多い。そういう観点からも、やはり副作用、乱用を防ぐということはかなり大事な視点。また、国家試験の出題基準と比較しても、コアカリでは痛みについて基本的なところがあまりはっきりしておらず、基本事項のところに記載はあるが、その内容をもう少しわかりやすく、量を増やさずに表記を変えるということで、きちんと対応できるのではないか。
- 薬物治療の基本原則(44ページ)に関連して、最近、分子標的薬がたくさん出てきているが、分子標的薬の作用と副作用、特に副作用についてはいろいろな問題があり、作用機構を理解し、副作用を防ぐことは大事なので、入れた方がいいのではないか。
- 今回の改訂で非常に単純化されたという意味では良いと思う。しかし、E3の学習項目についてはGを参照とあるが、项目的にはGと一緒に、臨床実習前に行うことはレベルが違うということがある。臨床実習に入る前に、基本的な臨床能力として、こうしたことを身につけるという記載があるということが大事ではないか。
- コアカリが共用試験の出題基準という考えは正しくなく、レベルを設定するというのはなかなか難しいこと。例えば、標準的に評価しなければいけない技能があるとすれば、それは共用試験実施機構の方で設定し直していただくのが一番現実的ではないかということで、27ページの下段に記載してある。

- 地域医療（19 ページ）のところで、「個別に実施するのではなく、入学後から段階的・有機的に実施することにより」と書かれているが、これは非常に大事な臨床能力の獲得のプロセス。地域医療だけではなく、臨床能力一般がそれに当たるので、例えば、医療面接も1年次から、特に医療的内容でなくても入れていかなければいけないということも何か表現され、全体にわたって、こういった表現がなされる必要があるのではないか。
- △印の取扱いについて。コアカリ策定時には、卒業時と臨床実習前のうち、臨床実習前のところに主眼があり、△印をつけた。今後、卒業時までの目標を大事となったとき、△印をどうするかは様々な意見があるところ。△印を実際に目安にして使っているのは、例えば共用試験のCBTになるので、共用試験実施機構で設定して頂くのも一つの方法かと思う。
- コアカリというのは、6年間の学部教育を通じて、どういった臨床能力を獲得するか、あるいは研究マインドを獲得するかということ。一方で、臨床実習前には最低限これぐらいの能力を獲得していないと患者さんに接するのは困るということもある。△はイメージがよくないので、*印か何かにするというのは、一つのアイデアではないかと思う。
- 基本的には△印でも*印でも同じことで、コアカリ策定当初は、臨床実習を開始するまでに、ある程度一般的な評価を担保しておかなくてはいけないということで、臨床実習開始前を重視して記載された。しかし、今度は、卒後の臨床研修との接続性がなくなってきたという問題が生じてきて、今回の改訂では、卒業時に全て合わせることにした。そうすると、△印がついている部分の印をとって、逆にする必要があるが、一項目ずつ見直す時間がなかったため、そこは今後の課題として残してある。
- 共用試験との関わりからすると、技能に関しては、共用機構が発行しているパンフレットにOSCEの学習到達目標が明確に記載してある。コアカリのG（臨床実習）の項目から、実習前にシミュレーターや学生同士でやっておくべきものというのは共用機構が発行するパンフレットに明記すれば、OSCEにはこの範囲が出題されるということが明確になるので、共用機構内で議論すれば良いのではないか。
- 50 ページと 54 ページに「臨床実習を行うに当たっては、個々の臨床実習を独立して行うのではなく、臨床実習全体を体系的に遂行させる統轄責任者が必要である」とある。臨床実習においては、各診療科が既得権のように2週間を独自にやるのではなく、1年半くらいを統轄する者を置いて、学生が到達目標に達したかどうかの評価を含め、そうした者が責任をもって、きちんと対応する必要がある、それが是非実行されることをお願いしたい。
- CBT に関しては、共用機構が発行しているパンフレットには出題範囲という記載はなく、コアカリに示された内容が到達目標になっている。△印の有無は、CBT の出題基準という点からは、学生はある程度参考にする。共用試験終了後、大半の学生が臨床実習に行き、座学の授業機会が少なくなるので、△印の内容を5、6年時に学ぶ機会はあまりないので、印をとってもいいような気もする。但し、印をとると、4年次までに学ぶ量があまりにも膨大になるという問題もあり、今後、検討が必要ではないか。

- 「研究マインドの涵養」については、実際に試験で知識を問うのは非常に難しい。コアカリに記載されているから、共用試験で出題するというものではないので、むしろ△印を外してもいいものもあるのではないかと。特に A（基本事項）の領域など、問題を作れないものはたくさんあるので、今後検討をお願いしたいと思う。

（2）歯学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂（中間報告案）について

- 研究者の育成、リサーチマインドの涵養の記載があるが、今回、基礎の科目を編成していく際、D（生命科学）において「出題内容は歯科臨床に関係することが望ましい」といった記載が削除（36 ページ）されているが、どういった議論があったのか。
- 「出題内容」という表現が、共用試験のためのコアカリのようにイメージされるので、調査チームの中では削除すべきという意見があり、削除している。
- D（生命科学）の「感染と免疫」のところでは、例えば、清潔と不潔の区分云々の記載を削除して、臨床の方に移動している。それに伴い一般目標も変えていかないと整合性がとれなくなる。基礎のところの見直しに伴い、若干気になるところがある。
- 歯科でも様々な薬物が使われるが、特に抗菌薬とか、鎮痛薬その他いろいろ使われている。鎮痛薬、あるいは薬物療法に関する記載が見あたらないが、どのようになっているのか。
- D5 の治療法の中に、薬物の治療法を教えるという形で記載されており、実際、歯学生にはそういうことは全部教えるようになっている。一方、歯科の方でも、薬のいろいろな問題、副作用等については、もう少し明確に記載した方が良いという意見もあるので、医学系の内容と合わせて、歯科の方も最終的なところで考慮させていただきたいと思う。
- 「歯科医師として求められる基本的な資質」について、調査チームでは検討中であり、医学、歯学で基本的に求めるものは同じなので、少し合わせた内容にしたいと考えている。

（3）その他

- （薬学教育のコアカリの報告を受けて）医師になるべき人と、薬剤師になるべき人との間の共通言語というか、知識の共有が必要。薬学教育コアカリの基礎（化学系）に「自然が生み出す薬物」とあるが、どのくらいの重み付けで入っているのか。
- ものすごく重いわけではないが、特に病院等で使われる漢方薬に関しては、きちっと説明できると思う。最初のコンセプトでも、きちっと説明できるということを求めており、それなりの重みはある。

- (看護実践能力と卒業時到達目標の報告を受けて) 看護の卒業時到達目標等の記載をみると、いわゆるアメリカのアウトカム・ベースト・ラーニングと同じような書き方をされている。途中過程は、ある程度自由度があっても、でき上がりはこうであればいいという書き方になっている。実際の多くの大学では、基礎看護学の授業、成人看護学の授業、老年看護学の授業があり、ギャップがかなりあるように思うが、その点はどうか。
- 例えば成人看護学といった形で領域化別はしていないが、全大学に配付して、コアとしては同意してもらっており、到達目標に関して、各大学でどの程度できているかは、コアであり、抵抗なくできているという回答が大学からあった。但し、記載の重複が多いといったことについては、今後、考えていかないといけない。どのような形で重複を避けて、新たなことに選択科目等々を配置できるかは、各大学のリーダーシップではないか。

2. 「専門研究委員会（医学）」（第4回）（H22.11.15）

（1）基本的診療能力の確実な習得

- 今回の提案の一つは、Eの「診療の基本」、特にE3の「基本的診療技能」と、Gの「臨床実習」について中身の調整を図るというものだが、ここは前回の改訂で十分調整しきれていなかったところであり、今回統一されることで全体像の位置付けが明確になると思う。
- 最初の「注意書き」として、かなり大事なことが書かれていると思う。EとGのところは、重複しているとか、同じような内容で表現が違っているとかは、過去に大学からいろいろと意見をいただいていた。臨床研修との絡みでもダブっているので、結局よくわからないということもあった。コアカリを策定した当時、臨床実習前と卒業時のことが明確に区別されていなかった経緯がある。この際、こういう形で整理するのは大変ありがたい。
- 症例の削除は、実際に症例をコアカリに記載すると、それがマストになってしまったりするとかなり厳しく、各大学の自主的な判断を阻害する可能性もある。特に全身の疾患について、C、Dにかなり記載してあるので、そこを参照すれば、実際の実習でどこまでいけるかは各大学の判断でできるのではないか。例えば、これは医学部の学生が特にどの専門科という領域でなくて、総合的な診療能力の基礎育成という観点から見ても大切である。
- EとGの統合は、非常にクリアカットになるので賛成。疾患も、現行の記載で全てなのかということにもなってくるし、何をどこまでというとき、ここに疾患を示す必要があるかのとも思う。その前のところ（E1）に学ぶべき疾患のリストはあるし、一方で、国家試験に出てくる必修の分野というのもあるので、そういうものとの絡みを考慮しながら、各大学で決めて実施すればいいと思う。すべてこれを経験しなければならないというのは、手かせ足かせとなってしまうのではないかと思うので、Gの「症例」削除に関しても賛成。
- 今回提案のEとGの整理により、臨床実習を行う中での到達すべき目標として整理されてくるので、卒業時に近いような印象になってきて、非常にわかりやすくなる。また、臨床実習開始前にどこまでやらなければならないかについては、具体的には今回の整理により全部消えるわけではなく参照という形になるので、うまく参照して頂ければと思う。
- どういうことを学生が卒業までに身につけておかないといけないかが基本になっている。外国のものを見ても、やはり卒業時の学習成果、いわゆるアウトカムというところに使われているが、そこに何が出てくるかとなると、基本的な診療のことがきっちり並べられている。大学なり、その地域の医療機関なりで該当した具体的なものを実施していただければいいことであり、コアカリにおいて、そこまで具体的に規定するのはなかなか難しいのではないか。
- Gに症例などを加えて増やすと、膨大なマキシマムのカリキュラムとなり、実施できないことを盛り込んでしまいかねないので、具体的にできることをまとめた方がよいと思う。

- 大事なことは、資料 1（改訂の基本方針）にもあるが、コアカリの基本的な考え方そのもの。コアカリ策定時にも十分議論になったが、こういうものを文科省が提示すると、いわゆる初等中等教育における学習指導要領ではないかと受け止める人たちがたくさんいた。これは大学教育をコントロールする目的や性格では決してなく、各大学が独自のカリキュラムをつくるときに参考となるガイドラインであるという位置付けの明確化が必要。また、提示されたものは、大学の授業科目を規定するものではないし、授業の進め方を規定するものでもない。大事なものは、内容を整理すると、こういう形になるという視点である。
- 医学部卒業前、あるいは臨床実習開始前までに、最低限必要な内容を到達目標として提示したにすぎないということ。各大学の実質的なカリキュラム策定に有効に使っていただくことが大前提。
- 「臨床実習の内容」という臨床実習の前書き（P5）に、こういう症例を選んだということが書いてあり、ここも今回の提案に伴って形を変えないといけないのではないかと。
- 19 年改訂のとき、G の臨床実習の一番頭に「臨床実習を行うに当たっては、個々の臨床実習を独立して行うのではなく、体系的に遂行させる統括責任者が必要である」旨の一文を入れた。臨床実習管理室というか、そういうものを作るべきということを入れたが、現実には、なかなかそうされていない大学もあると思っているので、この表現をもう少し目立つようにして、その辺のところも総説に加えるといいのではないかと。
- 臨床実習の冒頭は、総論的に注意事項のような格好になっているが、臨床実習がより実効性あるものとなるよう、また、あまりタイトにぎちぎちにならないよう、各大学の設定も自由にできるような方向で、臨床実習の前書きの記載を含め、その辺のところは今回の改訂に際して、さらに工夫というか、必要であれば検討していくということにしたい。
- E と G に項目の重複があるのは良く理解しているが、E のところは非常に重要なところ。E のところの教育のメソドロジーとして、PBL 方式というのが推奨されているが、近年の医学部定員増に伴い、教室のマンパワー、人的リソースの問題が現場にはある。E1 に記載されている症候ということで、仮に「意識障害・失神」が選ばれると、神経内科の病棟から、例えば 90 人の学生において 5 人に 1 人の教員とすると、10 人以上のドクターが神経内科の病棟から動員されることになり、病棟ががらがらになってしまうとか、そういった事態が起きる。それを避けるためには、専門家でない、例えば産婦人科の先生とか、全く専門とは関係のない先生を動員すればできるのかもしれないが、そこら辺の問題が 1 つあり、この E1 の PBL ところをどのようにするかということが、現場では結構悩むところである。自分たちの大学では、少し講義形式を入れながら、リソースの方の問題を一部緩和しながらやっていたりとか、そういうことも考えざるを得ないような状況になっている。非常に重要な症候というのは、ものすごく大事なところであるが、E1 の部分の実際の教え方とか教育方法に関してはどうなるのか。

- 主に PBL の対象としているのは、E1 の「症状・病態からのアプローチ」のところと思うが、我が国の今までの教育ではほとんど欠落していたところ。外国でもそうしたものはあまりなく、コアカリ策定時に非常に力を入れたところであり、非常に实际的。但し、コアカリ策定当時、外国での授業方法として、学生の思考能力を養うために PBL というのが盛んに行われていたが、我が国の教育スタッフの体制ではなかなか無理なところがあり、基本的な知識のところをある程度講義でまとめて行った上で、効率的に実施するというところにほとんどの大学でなってきたのではないかと。教育スタッフは限られていて、しかも学生が増えてきたというところで、理想的な教育はなかなかできないというのが現実だが、それは各大学の判断に任されている。コストパフォーマンスも考えながら各大学が自主性を発揮して実施していただくことが大事。何でも PBL というわけにはいかないし、外国でも PBL ばかりではないし、その辺は各大学において臨機応変に実施していただくことが必要。
- (調査チームで) 実際の項目を検討する中で、ご指摘の教育方法の話も出てきたが、項目として具体的に書き込むのは不相当となった。臨床実習の前書き「1) 臨床前医学教育の在り方」(P3) の最後のほうに「自己学習への指示や問題解決に取り組む機会と時間を与えなければならない。このためには、少人数の演習やチューリアル教育なども取り入れることが有効である」と記載されているが、そのためにはちゃんとした人員をつけてくれといったことも言いたかったのだろうと思っている。
- 事務や教育のスタッフの支援も少ない中でどうやってやるかは、かなり知恵を絞らなければならないことで、コアカリに記載して一律に実施するのは難しいと思うが、少し何らかの追加、文面の調整も、ある程度考えていかないといけないということになる。
- 総合診療能力に関して、
 - ・ 医学生に必要なのは、将来医師として活動するための基盤的臨床能力である。
 - ・ この能力は、患者・住民の健康問題を真摯に受け止める能力、解決のための情報収集能力、情報に基づいて考察し判断する能力(「臨床推論」、健康問題を適切な方法で解決する能力)からなる。
 - ・ 情報収集能力の向上のためには、診療科を問わず、患者の話を聞く医療面接と全身の身体診察を反復して修練する必要がある。
 - ・ 健康問題のスペクトラムの異なる、大学病院、一般病院、診療所、患者の自宅といった設定の違いを踏まえた情報収集能力の修練のため、多様な場での実習が必要である。
 - ・ 得られた情報を考察し、妥当な判断をするためには、指導者のもとで、実際の患者を多数診察する経験が必要である。
 - ・ 健康問題の適切な解決方法(治療の選択、患者教育)は、基本的内容が理解できるよう指導されるとともに、多職種連携や医療情報の取り扱いも指導されるべきである。
 - ・ 医学生が基盤的臨床能力を養っていくためには、今回のカリキュラム改訂に当たってはこれらの事項について徹底することが必要と思われる。

(2) 地域の医療を担う意欲・使命感の向上

- 地域医療については、19年改訂の際、かなり大きな課題であり、Fの「医学・医療と社会」のところを全面的に見直した。各大学の教育病院、いろいろな研修病院を含めて、その地域に根付いた病院もあり、そこと大学との連携が地域医療の充実の観点とかなり関係が深いという認識から、臨床実習の中に「地域医療臨床実習」という項目を設けた経緯がある。調査チームとしては、現行の記載で大体の基本的な骨格はできているということだが、この辺のところは社会的にもかなり偏在の問題などがあり、その辺のところも勘案して、これを全面的に変えるというのではなくて、もう少し意義を強調するというか、少し徹底するような多少の工夫をしないといけないのではないかと思う。
- 従来、病気を治すという医療について、医学教育はなされていた。それが全てではないが、そこがかなり中心的であった。高齢化が進んで社会の変化、一人一人の病気とのつき合い方が変わっていく中で、医療はどういう立場をとればよいのかについて、従来の医学教育だけでは伝えきれないということで、19年の改訂時には、地域医療をどのように導入していくかという議論があった。実際に地域医療教育を担当していて痛切に感じているのは、講義だけではとても伝えきれないということ。住民の方が何を望んでおられるかとか、生活に寄り添った医療と彼らに伝えても、到底伝わらないと思っている。そこを伝えるには、地域の中に学生たちを送り出して、そこでいわゆる診療という狭い分野だけではなくて、幅広い地域の医療ニーズを体感してもらって学んでもらうことが必要。今、ほとんどの大学はこういう方向で取り組んでいるのではないかと思う。それぞれの項目がどうかという問題もあるが、19年改訂で地域医療を盛り込んだのは大きな第一歩であったと思う。
- 現行のコアカリにおける「地域医療臨床実習」の一般目標には、「地域社会（へき地・離島を含む）」とある。へき地・離島というキーワードがあり、それと地域社会を何となく混同していることがあった。都会部でも地域格差がかなりあるので、そういうことも含めて、地域社会というものを広く含めたほうがいいだろうということで、こういう表現になった。各大学とも、いろいろな方策を行ってきているので、少しずつ充実のきっかけになってきていると思う。しかし、やはり現状では、医療が都市に集中しているというのは間違いないので、その辺のところを学生の間から、どうやって教育していくか、認識を高めていく必要がある。Fの「医学・医療と社会」のところで「地域医療」の項目立てをして、重点的に取り上げたことは意義があったと思う。
- 実際に地域医療を行っている立場から見ると、まだまだ足りないという気がする。概説できるとか、説明できるということもいいが、地域の中に飛び込んでいって、学生たちが実際に経験することによって身につけることは非常に大きい。自分たちの病院では、琉球大学や他の大学のクリニカルクラークシップを受け入れて、救急医療にも離島診療にも参加してもらい、感想文を書いてもらっているが、非常にポジティブな意見が多い。

- 自分たちの病院の後期研修では、離島中核病院、宮古・八重山に1年間勤務することを義務付けて、また帰ってくることにしているが、帰ってきた後の報告も非常にポジティブ。Fの(2)の一番最後に「8) 地域医療に積極的に参加・貢献する」とあるが、こうしたことは1番最初に来てもいいのではないかという感じがする。真に学生時代から地域医療に積極的に取り組んでいくよう、そういうカリキュラムをつくっていただけたらと思う。
- Fの(2)の8)は△印で「参加・貢献する」という、ややあいまいな表現。Gの臨床実習では「地域における疾病予防・健康維持増進の活動を体験する」となっている。参加して体験するといった、各大学の取り組みがより積極的になるような形が望ましいのではないか。
- 実は地域医療の視点よりも、医学教育において地域医療をどう捉えるかということが、今、求められているのではないか。治す医療に終始していくと、結局、臓器であったり、病気であったり、オリエンテッドになってしまう。今は、その人の人生で、生活にどう密着していくか、その中でどういう関わりを持っていくかということが求められていると思う。
- 地域に行って、診療だけではなく、地域医療の活動に参加して帰ってきた、ある学生のレポートをみると、「訪問看護、リハビリで重要だと感じたのは、患者さんとのコミュニケーションである。ふだん病院での診療、入院など、患者さんにとっては病院という異空間でのイベントである。しかし、訪問診療・看護では、生活空間にお邪魔する形となるため、より患者さんの背景が見えてくるし、その中にこそ真の問題点が見えてくることもあるのではないかと思う」といった記載がある。学生時代から、実は介護とか福祉とか在宅とかそういうことに関わって、意識を醸成していくことは非常に大事。
- 自治医科大学では在宅医療をやっているが、教員が在宅医療をやりたいというより、在宅医療をどう捉えていくか、学生たちや研修医にどう体験してもらうか。臨床研修において外来実習を受けたいという人たちが来て、必修になっている。研修医に聞くと、ケアマネージャーが何をしているのか知らない。医療のことはよく知っているが、医療を外れた関連の組織、分野、そういう職種の人たちの活動や存在を十分知らない。基本的なことは伝えなければならないが、教育、講義の場で教えるのではなく、実際に地域に赴かせると、地域の教育環境の中で、実体験として全てが学べる。今、本当にそういうことが必要とされている。医学教育の中に医療教育も存分に取り入れていく時代ではないか。
- 地域医療という、ごく一部のことを知識としてやるだけではなくて、現場を見て、そこで学ばせるという教育の必要性ということについて、(現行のコアカリの記載を)もう少し時代にマッチしたものにしていく。他職種との連携については、Fの(2)の4)に「多職種間の連携の必要性について説明できる」といった記載があるが、これでは言葉だけの話になってしまうので、そこを実体験させるということがかなり大事になってくると思う。
- Gの「地域医療臨床実習」のところで、例えば、3)に「地域の救急医療、在宅医療を体験する」、4)に「多職種連携のチーム医療を体験する」とあり、19年改訂の時にも、今言われたような意見をたくさんいただき、これをつけ加えた経緯がある。

- 基本的には現行のコアカリに記載されていて、いかに実行させるか工夫が必要という段階。例えば、総論的な一般目標のところ、学ぶだけではなくて具体的に体験できるように努めるとか、何か多少の表現の強調等が必要かと思う。
- 学生が地域医療の位置付けとか重要性を学んでいくとき、地域医療の教育現場の環境をどう整備していくか。地域でコアカリに記載されているようなことを伝えることが大事だが、学内で地域医療の現状を学生に教えるべきことを教員がどれぐらい認識しているか。そこが実は非常に大きいのではないか。そこなくして、結局、学生が地域医療のことを（教員に）尋ねても、自分たちは専門家だからということでは、今の日本の現状を学生に伝えられないのではないか。どういう文言かにせよ、そうしたことを何とか盛り込めないものか。
- 自分たちの病院では、研修医が離島に行きやすいよう、また、行く意欲を湧かせるためにということで、離島で働いている先輩の医師を呼んで、病院の中で講演してもらったり、実情を話してもらったりしている。これが非常に有効。大学と離島診療所、離島中核病院、あるいは地域の医療機関との連携体制をつくるのが1つの方法ではないか。
- コアカリは、学生が身につけるべき必要最小限のことを設定しているが、地域医療のところについては、大学の教育組織としてのあり方そのものもエンカレッジする、そちら側に向くような書き方が必要という気がする。そういうことができるような方向に位置付けられれば良いという意味で、大変大事なことだと思う。
- 学生に地域医療の教育を行うことは、医師（教員）を教育する上でも非常に重要だが、そうした教育に対する都会の医学部の先生たちの意識がどうか非常に問題。地域の診療所など、地域医療はどんな都会でもやっており、その辺との連携が非常に重要になってきて、地域の診療所など医療機関側も、何とかアプローチしていこうという気持ちはあるが、大学は垣根が高く、なかなかうまくいかない部分もある。学生が先輩の背中を見ていくといったことがとても大事であるにもかかわらず、今は大学の中の先生、学問的に偉い先生の背中を見て学生が育つというような部分がある。コアカリに書き込めるかどうかかわからないが、多くの医師の先輩の背中を見て勉強し、医師になる仕組みができれば、地域医療に関する教育も、都会であっても、どこであっても、できるようになるのではないか。
- 19年改訂時にも同様の議論があり、基本的な資質に「地域における」云々を記載した。総論的なことが実効性あるよう、前書きなどでの工夫が必要ではないか。
- 今、医療の中で一番空白なのは、在宅、老人保健施設、老人介護施設などにおける医療。特に薬物療法が中心になると思うが、ヒューマン・リレーションの問題が大変重要になると思う。在宅で亡くなる方が3万2,000人で、1年で2割ぐらい増えているという記事もあるが、そこにどう関わっていくか。今の状況では、いろいろな職種との連携、これをどう進めるかについて学ぶためにも（地域医療に関する教育は）大変重要。まだ十分できていないとは思っていないので、それをどう進めるかについて是非強調して欲しい。

- 看護の領域でも、病院に勤務する看護職は圧倒的に多いが、訪問看護に従事する者が全体の2%で課題を抱えている。「地域医療臨床実習」の「実習形態」には「学外の地域病院、診療所、社会福祉施設など」となっている。「など」なので、いろいろなところを含むと思うが、訪問看護ステーションなども明示してもらいたいのではないか。訪問看護ステーションとか、介護でいうと地域包括支援センターとか、そういう主要な多職種連携を代表するような施設を明記してもいいのではないか。また、考え方はどこかに反映されていると思うが、(地域医療に関する教育の)指導者は、指導医というふうにあまりこだわらず、いろいろなところに指導する者がいると思うので、柔軟に活用するといった形で良いのではないか。
- 「地域医療」は何なのかという議論が必要だというのは全くそのとおり。地域で暮らす個人ではなくて、地域の集団とか、地域が抱える問題を明らかにしようというという観点。今回テーマの地域医療というのは、地域に暮らす人の医療ということが基本になると思うが、地域が抱えている健康問題、地域の個ではなくて、地域が抱えている健康問題といったことはどうなるのか。
- 地域が抱えている健康問題などは、Fの「医学・医療と社会」において総論的に述べられているが、非常に大事な意見なので、より具体的にできるよう可能な範囲で検討してはどうか。また、大学の立場を多少変えなければいけないという感触も持ったので、大学の方々へのメッセージとしても、こういったことをどう担保するかについて、きちんと記載することが必要ではないかと思う。
- 地域医療に関して、
 - ・ 医学生に期待される能力や態度について、絶えず自覚を促し、地域の医療を担う使命感を向上させるには、地域住民との継続的な関わりが必要である。
 - ・ このためには、地域の医療機関の他、保健・介護・福祉の諸施設や在宅ケアの現場でも実習することが必要である。
 - ・ 患者・住民のおかれた状況や境遇に配慮しながら健康問題を解決するには、多様な選択肢があることを知ることも重要であり、教育の場として地域医療の現場の経験を必修とすべきである。
- 今後のキーワードになるであろう「総合診療」、「在宅医療」、「地域ケアシステム」という視点を色濃く打ち出せないか。特に、地域における保健・医療・福祉・介護の分野間の連携と多職種間の連携は明記されているが、「地域ケアシステム」をキーワードにした方が、より明確になるのではないか。
- 「地域の医療を担う意欲・使命感の向上」など心の問題を到達目標とはしがたい点もあるので、一般目標の項で「地域医療の在り方と現状および課題を理解し、医療を通じて社会に貢献するという崇高な使命を日々確認・自覚し、地域医療に貢献するための能力を身に付ける」と強調するような文章にしてはどうか。

(3) 基礎と臨床の有機的連携による研究マインドの涵養

- 基礎医学的、生命科学的なバックグラウンドをどういう形で充実させるかについて、Bの「医学一般」の「(1)個体の構成と機能」の「細胞の構造」に「準備教育モデル・コア・カリキュラム参照」と書いてあるが、ここをよく見ていない人がいるようで、準備教育コアカリに関する周知が徹底していなかった。
- 教養教育と医学専門教育の間に生命科学のところが入ってきて、そこを議論した結果、現行の形になったという経緯がある。従来、教養課程があったときは教養教育のところでやっていたものの、それと医学教育との連動があまりうまくいかなかった。その後、大綱化がなされ、医学部教育が6年一貫になって、もう少し合理的に一貫したものにすることがあるのではないかという形で検討され、このような形になった。今回の提案では、準備教育コアカリそのものを加工しているわけではないという理解。
- 「研究マインド」はコアカリに記載できるものではないという意見はもっともだが、ただ知っていて技術を覚えてというのでは、余りにも情けない気もするし、臨床に行くにしろ、基礎に行くにしろ、あるいは地域医療にしても、ある程度きちんとしたサイエンティフィックな検証をすることを身につけておく必要があるということでは、19年改訂時にも共通の意見があった。教育現場でどういう形で実施するかとなると、例えば、研究室配属とか、症例研究をやるとか、選択制のカリキュラムをつくっていくといった、積極的な方法でやるということで、19年改訂の時から踏襲されてきているという経緯がある。
- 「研究マインドの涵養」が特に強調されるようになった背景としては、医学部を出て基礎的な研究者になる人が激減しているという事実がある。ベーシックサイエンスの研究者が減っていることへの対応という割合狭い観点からの問題と、もう一つ、試験管を振るとかDNAをいじるということだけが研究ではなくて、臨床研究にしても、公衆衛生学的・疫学的な研究にしても、橋渡し研究にしても、非常に広範な領域にリサーチというのが積極的に出てきているという点。つまり、研究は基礎の人間が実験室にこもって試験管を振ってやる難しい話ではなく、研究の幅が非常に広がってきている。それに伴って方法論も非常にバラエティーに富んでいる。非常に広範な領域でのリサーチというか、インベスティゲーティブに新しいことにアプローチし、何らかのアウトカムを出すというプロセスの修練の必要性と思う。その前の段階というのは、課題は何かを設定して、アベイラブルな情報でどこまで理解できるかという、深い学習能力の修得が必要であり、到達目標の1)から3)は、いわゆる研究マインドとは違って、一般的に医学部学生が当然身につけるべきこと。一方、本来の研究マインドについては、到達目標の4)に「参加することができる」とあるが、新たな課題に向けて、どういった方法論を用いて、どういう研究をやるかということが、ある程度構築できて、その方法論について、かなり知識があって、どこかの領域分野で学生の間でそれを実地に経験しているということが可能であれば望ましい。

- 今年の医学・歯学教育指導者ワークショップでも、きちんと研究計画を立てるなり、問題点を抽出して、どう解決していくかという、プロセスの教育が全然行われていないとの指摘があったが、学部教育の中ではなく、大学院のところで初めてやるというふうに、従来の学部教育の欠点が指摘されて出てきた。選択制でも構わないから、一般（人文や理工系）の大学で行われている卒論は、医学の場合、症例研究でもいいし、そういう意識を持った1つのプロセスを経験することが大事という意見が出てきた。コアカリに書いても、なかなか実行できないということがあるので、どういう形かで実効性あるようにしていく必要がある。裏付けがないと情けない話になってしまうので、きちんとした経験は学部の段階で必要ではないかなということに関しては賛成。今回、非常にうまい形で提案され、大きな項目として立てていただいたので、そこら辺は何とか有効に機能するように期待したい。
- 「研究マインドの涵養」が項目として新設されることは、教育の現場にとっては非常にすばらしいこと。教室配属とか、いろいろなトライアルはあると思うが、こういう項目が新設されることによって、臨床の現場における研究マインド、教育の現場が復活されるというか、活性化されるという意味では非常に良いと思う。特に大学には、研究者としての非常に優れたトップランナーがたくさんいるので、学生がそのトップランナーを見ながら研究に夢を開かせていく、そういうことにつながっていくと思うので、非常に大きなこと。
- ここに掲げられた到達目標は非常に明確で、これがコアカリに入ってくることは、かなり大事な視点だと思う。実効性を持たせるためには、既に各大学で行われていると思うので、そうした事例を提示するのが1つの方法。現行のコアカリにも、事例集のようなものが入ってくると参考になるのではないかと思う。全ての取組や要望をコアカリに盛り込むというのではなくて、より実効性あるような取り組みを絞り、トータルとして工夫することにより、非常に使いやすい形にして、各大学に周知できればと思う。
- 片仮名で「研究マインド」となっているが、内容を見ると、研究というより、研究的なアプローチを身につけるという内容。タイトルが研究マインドでなくても良いのではないか。
- 昨年5月の検討会報告書において「研究マインド」という言葉が使われ、その流れを汲んでいるというのが一点。もう一つは、もしかすると、大学にとっては到達目標の1)から4)の内容は、それほど重要なことではないかもしれないが、「研究マインドを涵養する」という言葉にあらわされている裏側にあるもの、これが非常に重要という意見があった。なお、片仮名表記については、そもそも「モデル・コア・カリキュラム」が片仮名であり、片仮名を使ってはいけないという議論はされていないというのが実状。
- 研究マインドの涵養というのは、大学全体として、そういう視点を持つことで、各大学がそうしたことを考えなければいけないことにつながることを期待している。具体的な到達目標は、学生がどこまでできる必要があるか、アウトカムのところに対応するので、それはそれで整合性がとれているのではないか。日本語にしなくても、「マインド」でその趣旨は伝わるのではないかと思う。

(4) 様々な社会的ニーズへの対応等

<医療従事者の健康と安全、産業保険>

- 医師の過重労働に関しては、現場でも非常に課題が多い。労働基準監督署の指導もあり、自分の病院（沖縄県立中部病院）でも、今年4月から36協定を結んでいるが、普通の労組と医師の労組があり、普通の労組は協定を結ぶのは簡単であったが、医師の労組とは、なかなか時間数が決められなくて、だいぶ時間がかかったものの、結局結んだが、規定された時間内でおさまる医師というのは現実にはかなり少ない。そこに向かってみんなで何とかしていかないと、やはり過労死とかそういう問題が出てくると思っている。現在、長時間勤務者をリストアップして、管理者で面接するようにしているが、超勤時間の長い医師が多くて、面接も相当時間をとるといような状況が続いている。根本的には、やはり医療者を増やして、医者を増やして、看護師のように3交代ができるような医師の数がいれば良いと思っているが、なかなか難しく、現実としてそうした実態にある。
- Aの「基本事項」のところの2の(3)に「医療従事者の健康と安全」という項目があり、さらに、Fの「医学・医療と社会」の(5)に「保健、医療、福祉と介護の制度」ということがあり、そこに産業保健が出てくる。その辺に何か今のようなこと（36協定の件など）や労働法制のようなことを記載してもらえればと思う。知識を持つということは非常に大事なことなので、是非よろしくお願ひしたいと思う。
- Aの2の(3)の「医療従事者の健康と安全」は、19年改訂のときに新たにつくった項目。某大学における研修医の過労死が労基法に違反するというので、大学側が敗訴するという事例があり、それがきっかけとなって検討した結果、直接的な表現はしなかったが、重要性を指摘して項目を立てたという経緯がある。
- 「医学・医療と社会」の中で、労働環境はかなり大事な事。実際には、公衆衛生学に関連しては、産業医のこともあるので、各大学ではかなりきっちり教育していると思うが、このコアカリの中に見えてこないの、何らかの表現上の工夫をする必要があると思う。
- 安全性の確保に関連して、抗がん薬による被ばくの問題がある。抗がん薬を取り扱うことによって、医療従事者が被ばくする危険性がある。揮発性の高い抗がん薬もある。今後は安全キャビネットの中で、閉鎖系の器具を使って調製を行う必要がある。いろいろ調べているが、排泄物とか、使用したいろいろな医療材料などから、抗がん薬がいろいろ検出されている。それによって医療従事者が、例えば白血病になるとか、不妊、流産とか、死産が起こることがある。こうしたことは、基本的には薬剤師がやるという方向になってきているが、いろいろな使われ方がされているので、全体の薬物、抗がん薬の扱いのリーダーとして、医師も当然知っておかないといけないと思うので、いろいろな有害性のある薬剤に対する被ばくの問題も盛り込んでいただきたい。

- Aの2の(3)に「医療従事者と健康と安全」という大きな項目があり、かなり大事で、いろいろなことを学生のうちから身につけておかないといけない。そこに含まれることは含まれればと思うが、この項目を作る際、感染の問題が非常に大きかったのとスタンダードプレコーションをきちんと学生のうちからやるという、対感染のことはかなり議論になった。健康管理という漠然としたことになるが、その辺のところの記載がよくわかるような工夫も、ある程度検討することも必要。但し、具体的な記載となると、なかなか難しいところもあるので、その辺は慎重に検討していければと思う。

＜感染症（院内感染を含む）、記載の重複＞

- コアカリの中で感染症については、あちこちに分散している。各学問体系の先生方が土台をつくってきた経緯があり、基礎系の感染症のところも、全身の感染症という考え方も、臓器対応のものも入っている。感染症は、今、病院等で耐性菌の問題で話題になっているが、この辺をどうすべきか。院内感染対策を含めて既によく記載されているが、分散しているので、どこを参照すべきかを記載しておかないと、ばらばらになってしまうのではないかと。
- 沖縄県立中部病院では、臨床研修や他の病院から来る看護師の研修をする人たちには、ワクチンの接種を義務付けている。幾つかのことは接種で予防できるので、そうしたことをAの「医療従事者の健康と安全」に記載した方が良いのではないかと。
- 感染症（Aの「医療従事者の健康と安全」）のところと予防接種のことが全く入っておらず、Fの「保健、医療、福祉と介護の制度」の中に△がついて、「予防接種の意義と現状」と書いてあるが、やはり感染症（A）のところに入れての方がずっといいのではないかと。
- 院内感染は、今後ますます大きな問題になってくると思うが、学生にどう伝えておくべきか。新型インフルエンザのときもそうだが、少なくとも同じことを繰り返さないために、これから医師になる学生たちに、その対応策や、きちっとした考え方を身につけさせるという意味では、これも1つのリスクマネジメントだと思う。そういうことが、少なくともAの2の「医療における安全性確保」、あるいは、感染症の項目では読みとれないというか、そこを強調しておく必要があるのではないかとと思う。ワクチンの話も含めて、何かもう少し集約化があっても良いのではないかと感じる。
- 基本的な予防・対処法を学ぶことについては、Aの2の(3)「医療従事者の健康と安全」に総論として入っているが、具体的なことは、いろいろなところに分散している。ここをどうするかは、かなり難しい問題だが、今回の提案で臨床実習のところを可能な範囲で大分削って頂いたので、なるべく増やさないで表現をうまく変えていく必要があるのではないかと。より洗練された文章にしていくことが大切であり、あれもこれもとなってくると大変なので、可能な範囲で委員の方々の意見を盛り込んでどうか。また、社会から見た視点はかなり大切であり、今の意見は全部そうしたところの内容なので、それがコアカリの中で見えるような形にすることは、かなり大事。今後、可能な範囲で検討できればと思う。

- 項目の重複は、できるだけ整理したほうがいいと思うが、コアカリを実際に利用する現場の先生方から見ると、自分のテリトリーはどこだという見方をされる。これを全部読んで、その中で自分の教育のデューティーはどこだと位置付けされるならいいが、(コアカリの内容が)非常に膨大なために全部を理解した上で、それぞれの担当分野を眺めることはあまり期待できないと懸念される。例えば、感染症という臨床的なエンティティーのところ (D1) と、生体と微生物のところ (B2(1)) を見ると、必ずしもうまく調整がとれているとは言えない部分もある。例えば、院内感染とか、日和見感染とか、どちらかだけを感染症というクリニカルエンティティー (D1) だけに入れていいのか。生体と微生物のようなところ (B2(1)) にも、どうして日和見病原体というのがあるのかといった議論があっても、おかしくない気がする。必要に応じて、それぞれのカテゴリーの中に、少しオーバーラップしてもよく、必ずしも排除しなくてもよいということは考えてもいいのではないか。
- 感染症 (D1) で全部一本化して記載した方が簡単だが、Aの「医療従事者の健康と安全」にもかかってくるし、かなり多岐にわたっている。どこかに一本化して記載すれば良いかというと、そうでもないこともある。その間を埋めるような方策として、例えばここもきちんと参照してくださいといったことを記載して、多少記載が重複していても構わないので、有効に使っていただく工夫をする方向で進めるのが一番現実的ではないか。
- 記載の重複については、調査チームにおいても議論があった。BとDが比較的重なっており、特に感染症は、もっとわかりやすく提示できるのではといったところから議論が始まり、一度案ができたが、いろいろな角度から見た場合、必ずしも今の状況に合致していないということで、このまま触らないで、重複があってもおいておこうということになった。
- 院内感染について、最近、大学病院における院内感染が社会問題化しており、医療の安全性に関わる重大問題であり、院内感染は今後益々大きくなるおそれがあるが、適切な予防・対応策での減少も可能。医療における安全性確保等の項目に充実させることが必要と考える。
- 予防接種については、明確な形でカリキュラムに入れて頂きたい。
- A-2-(3)「医療従事者の健康と安全」の項に以下の点を入れることはできないか。
 - ・ 自分と患者を守るため、臨床実習前に麻疹、風疹、流行性耳下腺炎、水痘、B型肝炎等のワクチン接種を受けておくことの重要性が理解できている。
 - ・ 基本の基本、手洗いを適切に行える。患者を理解し、感染予防策を選択できる。(患者にどのような感染症、病原体が関係しているかにより、接触、飛沫、空気感染などの感染経路別の予防策が異なる。患者の状況を理解することが必要。)
 - ・ 血液暴露したらどうしよう?が理解できている。(血液暴露により伝播する感染症の中には、急ぎ対応が必要なものが含まれる。例:HIV→予防内服が必要)
 - ・ おかしいなと思ったら無理せず相談ができる。(自分自身が感染源になり周囲の仲間や患者に感染拡大させてしまうことは、実は少なくない上に大きな影響を与える。「無理」は禁物であり、体調の異常を感じたら速やかに上司や職員健康管理担当者で相談する。)

<人の死>

- 今回提案の死という非常に重たい場面については、従来の学問体系の法医学、医事法制のこ
と、社会的なことが分散して記載されている。最近、検視のことが話題になっているが、
社会的な位置づけとして非常に重要であるという指摘がある中、まとめて「医学・医療と社
会」のところに一貫して整理することにより、それが浮き彫りになると思う。
- Fの「医学・医療と社会」は、従来は公衆衛生関係の人が主に担当してきた内容であるが、
地域医療や医事法制のことも入ってくるし、かなり大事な部分になってくるという感じがす
る。今回の提案のように焦点を絞った形にすることは、教育に携わる者にとっても、学生に
とっても非常に広く見ることができるという意味では、大変意義あること。
- 死のことは、脳死の判定基準も変わるなど、社会的な動きもあり、社会と医学の接点になっ
ているところなので、この辺のところは、Aの「基本事項」に入れてしまってもいいような
非常に大事なところ。Fの「医学・医療と社会」を含めた基本事項的なことを再整理して、
重要性を強調することも必要。基本的には、いわゆる従来の公衆衛生の概念から、地域医療
のことを含めて、医学・医療を全体として非常に大事なものとして位置付けることは1つの
課題ではないかと改めて実感した。
- 「人の死」は、死体検案のことが国会でも話題になっているようなので、今回の提案により、
法医解剖を含めて、かなり浮き彫りになり、はっきり位置づけられると思う。

<医学と歯学等の連携（チーム医療）>

- 口腔ケアのあり方や歯学の知識の大切さは、Eの基本的診療知識の中の「食事と輸液療法」
の部分あたりに、口腔ケアのあり方のようなものを入れるのはいかがかと思う。
- C-14「耳鼻・咽喉・口腔系」に歯のところがあり、歯周病も入っている。その表現を全
身への影響にするとか、どっちが良いかといった議論が以前からあり、CBTに出題するかど
うかといった話にまでなるなど、かなり認識されていたところである。
- 歯学では、今以上に、歯科における医学教育といった部分をもっと充実すべきという意見が
学会や大学から多くきている。歯科医師国家試験にも内科学を出すといったことまで出てき
ているので、歯学のコアカリにも、その部分を少し意識して書き込むことが必要。
- いわゆる医療連携の中で、歯科が医科、他の医療業種の方々いろいろな連携をとることにつ
いて、歯学のコアカリに入れる方針が固まっている。医学のコアカリにも、もう少し歯科の
ことを入れる、つまり医科の学生にも歯科のことをもう少し学生のうちから理解してもらえ
るようなことができないかといった意見も出ている。医学のコアカリをみると、歯科という
単語はかなりあるので、これ以上、単語を増やしてもらう必要はないかもしれないが、中身
というか、もう少しうまく歯科と医科が連携できるような教育の方法がとれるといいのでは
ないかといった議論が出ている。最終的には教育の方法とか内容に入るの、あまり文字で
書き込む必要はないと思うが是非そうしたことを意識したことを考えていただきたい。

- 昔、医学系では、病巣感染ということがあり、歯周病との関連や、口腔内の雑菌の問題。特に、高齢者等は口腔内のこととして、嚥下してうまくいかないとき、嚥下性肺炎を起こし、致命的になる。かなり大事だということは医学部生も知らなければいけないと思う。その辺も含めて、既に医学のコアカリに書いてあるので、例えば参考文献なりを後で紹介するとか、各大学に使うってもらうようにするとか、いろいろな考え方がある。
- 歯科にも、内科系、バイタルサインといった部分は、既にコアカリに記載されているが、いわゆる医科系の病気を持っている患者さんに対して、歯科の治療をどうするかは、ある程度明確にコアカリに書いている部分もあるが、もう少し充実することと、時間数として歯学教育の中に医科の内容、特に内科系の内容を入れるべきといった意見が出ている。顎顔面領域では、この部分を入れるべきだという意見もかなり出てきている。
- 医学側としては、あまり歯科の領域に浸食しては申しわけないという意見も以前はあったので、あまり踏み込んではいなかったが、連携ということになった。連携は、医と歯だけでなく、例えば、先ほどの地域医療のことも、ほかの介護、看護との連携ということも全部が含まれており、そういうものは全部入っていれば良いのではないかと思う。

<男女共同参画、ワーク・ライフ・バランス>

- 男女共同参画、ワーク・ライフ・バランスといったことは、女性だけでなく、男性についても医師としてキャリアアップしていく上で、かなり大事になってくると思う。
- 「医師として求められる基本的な資質」というところで、ぜひ何か一言入れていただくと良いのではないか。人間としての基本的な問題であると思うので、そこに記載した上で、各項目の中で何か具体的なことを記載していただくと、とても良いのではないか。
- 男性も女性も、医師として様々なキャリアアップを図る中で、トータルとして医療体制をうまく継続できるようにすることは、かなり大事な視点。
- 男女共同参画、ワーク・ライフ・バランスについては、明確な形でカリキュラムに入れて頂きたい。

<今回の改訂に際しての留意点等>

① 量的過剰状態への対応

- 量的な過剰感というのは、コアカリ策定当時から言われており、内容によっては、あちこちに分散していて焦点がわからないという意見も多かった。今回提案の死という非常に重要な場面については、従来の学問体系の法医学、医事法制のこと、社会的なことが分散して記載されている。最近、検視のことが話題になっているが、社会的な位置づけとして非常に重要であるという指摘がある中、まとめて「医学・医療と社会」のところに一貫して整理することにより、それが浮き彫りになると思う。(一部再掲)

② 卒前・卒後の一貫した医師養成の視点

- 国家試験との関係は、基本的には学生も混乱するといけないので、国家試験のほうに準拠し、国家試験の方で用語を修正することがあれば、コアカリも直すようにすることで、両者を統一させていくことは、各大学の要望でもあるので、是非そのように対応したい。

③ 各大学等における取組実績や意見等への配慮

- 調査チームでは、非常に短期間で、これまでの改訂作業で対応が不十分であった主なテーマを最優先して検討していただいたが、さらにいろいろな要望等も頂いており、これを一つ一つ、今回の改訂作業で全部処理するというのは非常に大変なので、優先順位を付けてやらざるを得ない。いろいろと頂いた意見の中に、それなりに配慮しなければいけないこと、例えば、最近の社会的な状況から見るとということもあるので、その辺のところについては、この委員会での検討を含めて、引き続き検討をお願いしたいと思う。
- 各学会、大学等の要望などは念頭に置いた上で、今後、いろいろ意見も出てくると思うが、今回の改訂作業は、基本方針に示している順番に行っていくことに徹したい。

④ 全体構成（表記の調整を含む）や周知等の工夫

- △印の取扱いは、GBT で問題を出題する際、△印が付された内容をどうするかは、各大学の先生方に議論していただき、かなり弾力的な取扱いをしている。但し、△印そのもののイメージはあまりよくないので、例えば*（アスタリスク）にするというのは1つの手法。*の内容は卒業時までということで、GBT でも厳密に問題を出してはいけないということにならないよう注意すべき。必要に応じてGBT の問題として出題していてもいいし、これまでもそういう事例はたくさんあるので、そこは弾力的にやっていただくことにしたい。
- △印の部分は、試験問題を作られる大学の先生方が、医師国家試験の出題基準とあわせて、よく見ているので、学生の到達目標というよりも、試験の出題材料となってしまう、多少違和感があるところだが、改善すべきところはきちんと対応したいと思う。

⑤ 臨床実習等に係る評価システムの在り方

- 臨床実習の評価の資料として、医学生が「学習ポートフォリオ」を作成することを奨励すべきである。この「学習ポートフォリオ」には、下記の項目と書き方を、一例として提案したい。なお、これはポートフォリオ評価を提案しているのではなく、その前段階として学生が各自で実習実績を自分で記録する習慣を全国で一般化することを提案するものである。
 - ① 経験症例一覧：【年齢】、【性別】、【主訴】、【診断名】、【学習したこと、ポイント等】
 - ② 経験手技：【見学】、【自身で実施】、【コメント】

2. 「専門研究委員会（歯学）」（第5回）（H22.11.16）

（1）歯科医師として必要な臨床能力の確保

- 内科的知識を持った歯科医師の養成ということで、現行のコアカリにも入っているし、それを整理することでどうなるのか。医学教育、内科学をもっと取り入れた全身状態を把握できる歯科医師というのは、ある意味では当たり前だと思うが、全身から口腔を診ることができるというのは法的なことなので、全身と口腔、全身と歯を分けなければならない形になっているのか。医学のカリキュラムを見たとき、例えば、循環器系と全身とか、腹部と全身といったことは記載されていない。これは一元論の方が良いのではないかと言う方もいるが、そういう主張をする方からは、全身もわからない歯科なのか、歯科というのは全身がわかっているのは当たり前ではないのかということをよく言われる。コアカリの中で、口腔、つまり歯科というものと全身というのは分けなければならないものなのか。
- 自分としては全然そうは思っていないし、例えば受けた教育の中でも、最終的には歯科のことに特化して、口腔内の疾患を治せるので歯科医師というのは、基本的に法律上決まっているので、当然、高学年に行って臨床実習をやって、卒業して歯科医師になったらそういうふうになる。しかし、現実に最初の（学部教育の）スタートのところは、今の歯科のコアカリを見てもわかると思うが、実際、生命科学を習って、その後、それと一緒に解剖学の中でも顎口腔の解剖学だけやるわけではなく、頭のとっぺんから足の爪先まで解剖学の知識を教わって、骨学も筋肉学も内臓学も何とかも全部教わって、その後、人体解剖実習というのは、顎口腔だけでなく全部やる。全身のことを全部知った後、歯科では、目とか心臓とかは触れないので、口腔内をやっていくという形になる。昔からずっとそうした教育は行われていて、コアカリの中にも実はそのようなことは書き込まれている。しかし、日本の29 歯科大学全体として、だんだん口腔内の部分だけに特化していっているような教育が行われていっているというのが、調査結果などに出てきていて、今回、コアカリを少し直すことを通じて、そうした状態の改善に少しでも対応しようと考えている。
- 歯と全身の関係がわかってきたのととも、これからは、在宅とか高齢者の方々について、今以上に多くの歯科医師が診なければいけないという役割を担うのもわかってきている。その際、現状の全身の医科の知識だけで良いのかといった問題が出たとき、もう少し今以上に詳しい、あるいはレベルの高い知識を持った歯科医師をつくる必要があるのではないか。例えば、日本全国の全てのこれからの若い歯科医師が教育を受けていないのに医師の先生と会話ができるかということ。疾患についてディスカッションができるかというようなことについて心配な面が確かにあるので、そういう憂いを少しでも教育の中で少なくしていきたいというのが今回の改訂の1つの大きな目玉だと思っている。

- 全身から口腔を診ることのできる歯科医とあるが、具体的には口腔疾患を浸食する全身疾患。例えば糖尿病があると歯周病が増悪するといった口腔疾患が悪くなるような全身疾患がある。もう一つは、原因とは断定できないが、循環器疾患、そういった口腔疾患に影響を受ける可能性がある全身疾患。今までの歯学部教育の中にも隣接医学があつて、こういうことを教えてきたが、医師法、歯科医師法、それから医学、歯学の設置基準、それらが段々とお互いに疎遠になってきた。隣接医学を医学部の先生が教えにくるが、隣接と名前がついている分、教える方も教わる方も真剣になってこなかったということ。特に高齢者で全身疾患を持った患者さんが増えてきており、改めて全身が診られる歯科医が必要。
- 臨床実習の項目案は、OSCEの課題とかなり関連づけた項目立てを意識して並べていく方針となっており、歯学の学生が共用試験、臨床実習開始前の技能、態度の評価を受ける前に、OSCEの課題に関連した項目立てで、このように臨床実習の項目を並べたということ。
- 隣接医学というと、隣接している以上、中に入って来られないのではないかという気がしているが、最終的には歯科に関連する内科学というのは、歯科医師が教えるべきことであつて、医科の先生に来てやってもらっている以上は、歯学生もなかなかその中に入り込みづらいということがあるので、コアカリの中にそういうものを入れる以上は、医師ではなくて、歯科医師が教育をするということの大前提にやっていくべきではないか。
- 医学、歯学ともに、全身から口腔をやっているのはもちろんだが、臨床現場において医科と歯科の治療が別個に行われ、その間に連携がないというのが一般の患者が受けること。どちらが責任を持つかというものではなくて、両方が同じ土壌に立って、知識を共有して連携を図ってほしいというのが一般の患者の要望。しかし、医科、歯科には、お互い「隣接医療」として深い垣根、ボーダーラインがある。両者が連携したボーダーレスな総合力を実現する方法について、コアカリで連携を深めてもらいたいと思う。
- 医科と歯科との連携は、アメリカやヨーロッパでも非常に大きな課題。アメリカでもいろいろレポートが出ているが、医師法、歯科医師法、歯学部、医学部という別立てにできているところをどうやって連携するのか、連携の方法については全米の歯学部の数ほど連携の方法は多様であるといったことも全米歯科医学教育学会のレポートに書かれているが、現場での運用はこれからの話だろうと思っており、日本でも、今からの非常に大事な課題。
- 医歯の連携だけではなく、地域医療におけるチーム医療との関連になると、医、歯、看護、薬、衛生士、技工士、理学療法士、そういったところまで広がっていくものでもある。今回の提案は、そういったことを含んでいるものと理解している。
- 医学・歯学等の連携について、社会が求めるものは二つあるかもしれない。一つは、歯の方々にとって、教育プロセスの中できっちり教えなければいけないということ。いきなり試験に出すより、歯学系の教官の方々がそれなりに幅広い体系立った教育内容を持つことが必要で、それを学生に向ける。単に医学部の先生を呼んで行うだけでは、あまりにも受け身になってしまう可能性がある。

- もう一つは、医の方から見た歯について、医では口腔内の観察をして診ている。口腔内は
どういう状況なのか、得られる情報はかなり多い。粘膜からの吸収の問題とかは常に意識
している。しかし、医としては、歯の病気のことについて深入りすることは避けている。
それは担当分野が違うので避けていた。但し、耳鼻咽喉科との間では、診療内容の問題に
関して、それぞれの大学病院等でうまくいっているところとっていないところがあるの
ではないかという意識は持っている。医としては、歯あるいは口腔のこと、全身への影響
等は、病巣感染ということは昔から言われていて、その中の歯の部分はかなり大事。
- きちんとかんで食事をすることに関連して、年をとってくると歯が抜けてしまうのは、人
間だけでなく、動物もみんな同じであり、栄養の問題になってくる。医と歯、両方共通の
ことと思うが、そういう全体的な観点の中から考えていかないといけないのではないかと
思う。
- 看護の立場からすると、臨床において、歯科と医科は仲がよくないと思って見ていた。医
の方で介入は避けているとあったが、そのとおりで、お互いの領域にはあまり関心を持た
ないというような感じで、そこをナースが取り持っているというか、それは他の診療科で
も言えるが、それぞれの専門領域についてはお互いに深入りは避けているなということと、
相互の尊重のようなことが多くない。高齢社会になってきているので、これからは歯科の
領域で、栄養とか、嚥下とか、咀嚼というものがとても重要になってきていて、看護に
とっては、その領域と歯科の診療とは密接に関係があるので、ぜひ深入りしていただき、
相互に高めていけるような状況になればいいと思う。
- 従来の歯学教育の中でも、隣接医学で医学部の先生方が来られると同時に、歯科麻酔や口
腔外科の歯科医師が全身疾患を教えていたし、現行のコアカリにも入っている。しかし、
大きな項目として、目に見える形としてあまり目立った形でないため、一般的な方が見
ると入っていないのではないかと、医と歯の連携というほどではないのではということではな
いか。国家試験や CBT の問題にも実際には十分入っている。歯科医師が、歯科治療にお
いて内科的疾患を注意すべきというのをきちんと教えているが、社会にもう少し周知され
ていなかったということかと思う。コアカリ改訂に際して、医科と歯科の連携を明確な形と
して組み込む場合、例えば、歯科の方には、細かい部分ではなくて、歯と医の連携とか、
歯学教育における医科の教育とか、口腔疾患と全身との関係とか、何らかの項目立てをし
て目に見える形で入れればいいのか。一方、医学教育の中でも歯とか歯周疾患と
か齶歯、歯周病、いろいろな言葉でもう既に細かいページが入っているが、非常に細かい
単語のため、表に出てこないということ。これからはそれが目に見える形で、少しは上げ
ていただきたい。例えば、歯の病巣感染が心内膜炎とかいろいろなことに関係する、胸を
開くような手術のときには歯周疾患とか虫歯をあらかじめ治してやるというのは、実際の
現場ではやられているが、なかなかそれが見えてこない。教育現場としてカリキュラムの
中に、医科の中でも歯科のそういうところを目に見える形で、歯とか歯周疾患とか、そう
いった病巣感染となるようなものをもう少し入れていただきたい。

- 最近、口腔の常在細菌が全身疾患に関わり、歯周疾患、糖尿病とかいろいろある。歯と歯周病、病巣感染、そういったことを医の中に少し入れていただきたい。
- 栄養は摂食・嚥下と関わるし、チーム医療、チーム歯科医療の中に今でも入っているが、目に見える形でやって欲しい。現実的には歯科、医科がそれぞれ仲よくやっていくよう努力はしていると思う。睡眠時無呼吸のときにも歯科医師がいろいろなものを使っているし、スポーツ歯科といってマウスガードをつくる場合にもある。医学部、歯学部それぞれの教育カリキュラムの中に今までやっていることを言語として目に見える形で、少し大きな項目として、数行で構わないので入れると、より社会に見えるのではないかな。
- 教育現場もそうだが、そもそも医療現場は一概にどうこうと言っていいのかなと思う。在宅歯科医療を考えれば、平成20年以降、後期高齢者の流れから来ているので、確かにこれからは病院から在宅に出ていく流れなので、自ずと現場自体は基礎疾患が増えているという実感を持っている。今回、コアカリを改訂すれば、教育内容というのは自ずと反映するという実感を持っている。
- 国家試験については、今は実技能力を臨床実地に切りかえたので、結局、大学の先生が診ている患者さんをもとにして素材がつけられてきているので、昔から比べると自ずと基礎疾患の検査結果をもとにしたものが増えてきているような印象を非常に受けている。在宅の現場の出題も増えているので、コアカリの改訂というのも、確かに流れの1つなのかなという印象を正直受けている。歯科は歯科として存在し、安心・安全な歯科医療を提供するという観点から、医科と歯科の連携というのも自ずとやらざるを得ないことから出ているという印象があり、これから免許を取られる方も、当然、診療所でそのままというわけにいかなくて、在宅とか、基礎疾患の治療をやるケースが結構増えてきているので、そうしたことに自ずと関わるということになれば、全身との関わりが出てくるのは当然だろうと思うし、結果的に病院などで、歯科医師が医師や看護師と連携していく場面は増えるのではないかなと思う。但し、内科的という表現は、特定の診療科を限定するイメージを持つことから、医科や歯科の特定の診療科を限定するような表現ではなく、歯科診療をやっていく上で何が必要かという視点で考えたとき、実際のサービスで何かというような視点ではないかという印象。
- 医科系の大学病院の診療科の問題がある。また、歯医者さんの方々は大学院があまりないといったこともある。開業されている場合には、コンサルタントとして、そこに同時に医師がいれば非常に良いが、そうではなくて単独でやられている。一方、大学病院の場合には、歯科口腔外科があって、うまくいっているところを聞きたいと思うぐらいで、その辺のところの診療体制の問題もかなり大きな問題ではないかな。

- そうなると、教育の中でどういうことをしていったらいいかということが必要になってくる。医師の方々が、開業医の先生方を含めて、歯のことを考えるかどうかは、まだわからない。足りないのではないかと思うところはあるし、大学病院等であれば歯科口腔外科があるので、そこへ単純に相談すれば済んでしまうということで、現状とコアカリで何をねらうのかということも、ただこれもやってくれ、あれもやってくれといろいろな要望が出るのと同じであり、ちょっとまずいのではないか。
- 医と歯だけではないということは非常に大事な視点であり、基本的にはチーム医療。どういことをやらなければいけないかという意識を我々自身が持たなければいけない。よそにやれというのは言うのは非常に簡単だが、自分たちがどうやっていったらいいかということを考えることが大事であり、そうした広い考え方が必要。
- 病院歯科というのは、大学病院の歯科ではなく、普通の医科病院の中にある歯科のことで、かなり減ってきている。そうした歯科は、歯科の臨床のクリニックと医科をつなぐ接点になるが、そこがうまく機能していないのではないかと指摘されている。つまり、医歯の実際の臨床現場での連携の拠点になるべき病院歯科が、少し弱体化しているという別の次元の問題がある。医歯の連携というのは教育にとどまらないものがある。縦割りの医学部、歯学部の教育の中で行われており、大学の教育が変われば臨床現場が変わると思っていたが、高齢化社会になり全身疾患を持った患者さんが増えることによって、むしろ臨床現場の方のニーズが上がって、大学の教育を変えろという別のベクトルが今動いている。その辺は、大学関係者だけでなく、職能団体である歯科医師会など業の方からも臨床現場で医歯が連携できるような教育をしろという声を上げていただくこともあり得るのではないか。
- 今回、コアカリを改訂していく中で、「D 生命科学」のD 1からD 5に書かれていることは的を得ているが、一つ一つを考えたとき、これだけ歯科疾患が変わり、齶蝕という感染症が減ってきている中、自分たちが学生のころから基礎科目は医と歯、両方習ってきたが、勉強に取り組ませる姿勢がなかなか成り立っていなかった。つまり、医業と歯業として、齶蝕の治療をしていけばよかったが、今は違ってきた。全国 29 大学の教員が音頭をそろえて歯科の基礎教育をやっていかないといけないが、大学間でかなりばらつきがある。それを今回のコアカリ改訂でどのような方向性を示して教員にあるべき姿を提示するかというのが、基礎の立場のD 領域を変えるときに非常に大事ではないかと思う。
- 医科と歯科の医療連携というのは具体的にどうしても必要なので、コアカリにそうしたことに応えられる内容は盛り込んでほしいと思う。また、全身が診れる歯科医とか、そういうのは実は当たり前なので、全身を知るという項目だけで、それを診れる歯科医というのは実は当たり前なので、そのことは書く必要はないと思う。在宅に絡んだら、医科と歯科の連携から言えば、当然知識としてカリキュラムに盛り込まれないといけないので、初めから全身の状況を診れる歯科医というふうないうことはないと思う。

- カリキュラム、学問としては、至極当然なのはわかるが、現実的には決してそうではない。患者サイドからすれば、全身を診た上で歯科医療をしている歯科の先生がどれほどいるのか。逆に医科の中で歯科、口腔ケアに関してどれほど知識を持って、医療をやっている方がいるのか、そこに大きな隔たりがあるというのが現実の感覚。一部で、志のある医科、歯科の先生たちの連携をやることによって、患者、特に高齢者を中心としたクオリティがよくなっているというのを見ているので、先生方は大学、学問から知識を積み上げていくことで臨床が変わると思われていると思うが、現場の一部から患者にとって非常に有意義な医療が行われているので、それをその地域だけではなく、もっと日本全体で展開して欲しい。そのためには、大学の学問レベルで広げていくべきではないかという感覚だと思う。どっちの先生がどれを診るかということではなくて、患者の全身、特にいろいろな疾患をもつ高齢者に対して、有効なチーム医療を実現していくためには、コアカリという共通の基盤が必要。
- 歯科医療の現場があつての歯学教育。そこをきちんと認識すべきということで、決して大学の方も認識していなかったわけではないが、組織というのはできてしまうと自己増殖するので、今改めてそれを国民目線にしようことかと思う。
- 医学の方でコアカリを作った最初の動機は、専門診療の弊害。これも診療科体制の問題になってきている。学生は、先々何を専門にしようかということを入ってくる時から考えてしまう。それはまずいのではないか。第一線の現場に出ていった場合、まず最低限、重要な命にかかわるようなことは、きっちり判断できる医者、対応ができる医師が必要。そうすると、総合的な視点を持つべき。教育の観点はそこに置くべきということが最大のポイントだった。しかし、それが今度は総合医という専門医のカテゴリーの一部に入ってしまった、非常にわかりにくくなっている。そういうところを改めて、今回の医学のコアカリ改訂では、総合的な診療能力の基礎をつけるということに焦点を絞った。そうなると、当然、あまり細かいところにわたっては、ある程度削減していかないといけない。現場の診療科の体制と本来持つべきものとのギャップが歴然とあるのは正直認めざるを得ないので、それを埋めていくのが我々の役目ではないかと考えている。

(2) 優れた歯科医師を養成する体系的な歯学教育の実施

- 研究チームとしては、地域医療と在宅と摂食・嚥下は基本的にコアカリの中に入れる。但し、その入れ方の問題があり、地域医療の場合には、医と歯ではかなり違っている。
- 地域医療に関しては、当然コアカリに入れるべきと思うし、在宅歯科医療についても、ここまでやれるかどうかはわからないにしても入れていただきたいが、摂食・嚥下というのは多少気になっており、全く無視して入れていいのかという気もする。
- 地域医療については、19年改訂のときの医と歯の根本的な違いで、医師、歯科医師の需給の関係。地域へ行く医師が少ない。従来、僻地離島対策という形で行われてきた。僻地という言葉はよくないので、地域になったが、何となくイメージが悪い。例えば東京にも、23区以外は僻地に近いところがある。そういうところも含めて、医療に係る人的資源の格差の問題がある。そこを何とか解決しないと、本来の医療供給体制上問題があるということから、地域医療を早くの段階から学ばせることが必要。研修等も含めて、大学ではできない、より一般的な疾患を体験させる。現場での介護等も知らないといけないということから医学のコアカリに入った経緯がある。しかも、地域医療実習だけでなく、入学時当初から体験して現場でやることの重要性が、かなりの大学で行われるようになってきている。やっていない大学はほとんどないと言っていいくらい。歯と違うところは、病院と協力病院という関係が少ないのではないかと思うし、そこは問題があるのではないか。
- 歯科も1年間の臨床研修があり、研修医が大学の外に出ていっていることが多い。大学の中に残った人も、その多くの人が協力型として、期間は半年とか数カ月ではあるが、大学の外の診療機関で何らかの研修をするということが日本の歯科の研修制度の中に入っている。歯科の場合は、在宅等は大学のところでは知識と1回ぐらい見学するぐらいで、それさえ経験しておけば臨床研修につなげるということではないか。臨床研修では、必ず行わなければいけないとか、そういうものが入れれば一番良いと思う。全国の歯科大学で、医科の地域医療臨床実習のようなことを全部実現するのは、時期尚早ではないかと思う。
- 別にそれは同じでなくても構わないと思うし、医学では、研修との連動性をかなり考えていたので、そこがうまくいくといいなという観点はあった。
- 摂食・嚥下については、現行の歯学コアカリに「摂食・嚥下リハビリテーションを説明できる」と記載がある。チーム歯科医療のところは、そこに在宅歯科医療を概説できるとか、そうしたことを少し入れていけばいいのではないか。
- 全身的な数値とか状況を読める・読めないということを大学で教える、カリキュラムに入れる、それから摂食・嚥下なども入れてやらせるとなると、現実問題として、実際に臨床現場で全身のための検査をしたとき、その検査の評価が保険の点数にあるかということはない。現場に出て、VEだとかVFが使えないとなったとき、学生は教育を受けてきたが、歯科医師として実際に評価されなかったら、進んでいけないという気がする。

- 境界領域と同じ問題がある。診療報酬上のことも考えないといけない。
- 今回は、一つの学会の意見について、全部そのまま提示したものであり、これをすべての29 歯科大学に入れるというのは無理。コアカリで入れると、それが現実には行われなければいけないので、教育にしても実習にしても十分考えないといけない。但し、歯学教育自体は保険の治療がどうこうということを前提に教えるわけにはいかないが、卒業した瞬間から、日本全国の歯科医師の免許を持った人間がぶち当たるので、この辺のことは教育としては意識しなければいけない。意識はするが、教育のカリキュラムをつくるのに、これは保険点数が取れないから教わらないでいいよというわけには言えないので、その辺は学問的な体系として構築した部分は学生に与えないといけないということは当然と思うが、教育、場合によっては研究まで規制してしまうというのは世界共通。但し、診療報酬の中にないから手抜きをするというわけにもいかない。ここはジレンマであるが、業界の中で話でなく、国民あつての歯科医療なので、医療制度と歯学教育といったものは、別々にあるものではないかということを通認識として欲しい。隣接医学はかなり膨大な時間数を割きながら、ほとんど身についていないという反省の上に立って、医歯の連携を検討している。また同じ轍を踏むのかということのないよう、コアカリ改訂を検討していきたい。

(3) 未来の歯科医療を拓く研究者の養成

- 自分の大学の場合も、基礎系だけが研究室配属という形で5年ぐらやっていて、基礎の先生たちが困り込みに走る嫌いがあり、今は臨床系も含めた全教室がリサーチマインドを育てるという視点で預かっているというのが現状。確かに6年生で登院実習に入ってくると、そのマインドが歯学部の場合ほとんどなくなってしまう。
- 医学部の場合は、何年か臨床を経験して、また大学院に戻るといふ医師が多いが、歯学の場合はほとんどない。早い時期に涵養すべきは、リサーチの楽しさ。そこから患者さんにとって、どういうものが生まれるかという素地を培うことは非常に大事。調査研究チームが調べた限りでは、全大学がされていないということであると、これも基礎系の生命科学と同様に、大学の音頭をそろえる作業としてのコアカリの在り方を考えていただきたい。
- 課題探求・解決能力というのが世界的に言われ始めたのが1991年のハーバードのニューパスウェイ、問題解決型の教育を導入したとき。リサーチマインドが必要であるというのは、アメリカも認識していたが、アメリカの場合のメディカルスクール、デンタルスクールなので、日本のように研究室配属がなかなか難しく、代わりにPBLが出てきた。日本もそれをまねしたが、もともと基礎配属と言わなくても、研究室に出入りしている学生が1学年に数人はいた。それによって研究者の養成が行われてきた。しかし、だんだん基礎の研究室に来る人がいなくなって、経験的には、この20年、課題探求型と言わなくても研究室に配属したほうがずっと研究マインドが養成されるのではないかという、従来から自分たちでやってきたことを追認した傾向があるのではないか。そういう流れで、リサーチマインドが出てきたと思う。歯学の方も、そういう背景があるので、何らかの形で導入していったほうが良いと思っている。

(4) 様々な社会的ニーズへの対応等

- 禁煙については、医科のコアカリには、既に生活習慣のところに入っている。歯科は「C-3-2 口腔疾患の予防と健康管理」のところに「主な口腔疾患（う蝕、歯周疾患、不正咬合）の予防を説明できる」とあり、括弧書きで「生活習慣病の改善指導を含む」となっているが、これを見ても禁煙指導には多分結びついていないと思う。歯科のほうが直接的には非常に害のあるものだと思うので、禁煙指導という言葉が中に入るような形で入れていただきたい。
- 子供の虐待について、知識があるのとないのとは防止できるかできないかに関わってくると思うので、小児歯科をやっている先生は、かなりここはシビアに見ていると思うし、歯科医師全体で虐待を防止するという意味では、ぜひ教育の中に入れておくべきだと思う。
- 医学のコアカリの検討において、医療安全の中で、院内感染のことだけでなく、幅広く入れてほしいといった意見があった。新しい感染症というのもあるので、そういう病気にかかっている患者さんが歯科にも訪れるので、そういうとき全然わからないというわけにはいかないので、きちんと教えないといけないといったことは、歯科もできる限り取り入れたい。
- 医学のコアカリでは、基礎医学的な細菌、ウイルスのこと、医療者自身が自らを守るための医療安全、さらに、院内感染は既に十分記載されているが、一体として見えない。1カ所にまとめたらいいかとなると、バランスが崩れてしまうので、非常に難しい。関連するところは別のところを参照といった、矢印で見えるようにするという工夫をしていくことが、實際上、コアカリを読んでいただく上では必要になってくるのではないか。追加していくと問題があるので、歯学の方でも、有機的に連携できるよう、まとめてと言うのは簡単だが、全体の構成上は非常に難しくなるので、知恵を絞らなきゃいけないところだと思う。
- 要望等は社会的な状況も勘案して、かなり出てくると思うが、どう取り扱うかはかなり慎重に扱わないといけない。詳細にわたるようなところについて、医学では外国の例を参考にしていたが、参考資料を提示するというようなことで、さらに各大学の参考のために提示するというのが1つの方法ではないかと思う。そうしないと、どんどん厚くなるばかりであり、本来の趣旨から外れてしまうので、そういうやり方も検討に値するのではないかと思う。
- 歯科教育のなかで、医学教育の充実を図るとした時、当然、基礎教育においてもこの問題を検討する必要がある。今回の委員会で、具体例として、医学モデル・コアとの比較で、感染症の項目に、新興・再興感染症や院内感染といった臨床感染症学的な内容が明確に位置付けられていないことが指摘されたが、同様の視点で、薬理系、生体材料系、病理系、形態系、機能系などでも、全身に関連した臨床的項目という視点で見直し、口腔と全身に係る項目のバランスを検討する余地が残されていると思われる。さらに、生命科学科目も統合化を進めるなかで、一般基礎医学系と歯科（口腔）基礎医学系とのバランスという視点での見直しを検討する必要がある。調査研究チームでは、このような視点で基礎系科目を検討し、総量を増やすことなく、ポリッシュする作業が必要と思われる。

3. 「連絡調整委員会」（第1回・第2回）及び「専門研究委員会」（第1回～第3回）
＜ワークショップ（全体報告会の総合討論・講評）（H22.7.28）における関連意見を含む＞

(1) モデル・コア・カリキュラムの基本理念

- 統合的なモデル・コア・カリキュラムは、基礎・臨床融合的、学問分野横断的という面でシームレスな形をとるので理想的には美しいが、実際の教育現場では、オロジー派と統合派でいろいろと賛否の議論があるので、今回の見直しで調整することが必要ではないか。
- モデル・コア・カリキュラムはコアを示すのが目的であって、どういう方法をとるかは、各大学の方法論で実施すればいいのではないか。
- 歯科では、できる限りオロジーより統合の方が良いといった意見が多いが、オロジーの考え方は特に基礎系の先生に多いので、その辺の意見を聞くことも必要。
- コアカリは最初に学体系で原案を作ったが膨大になり、コア・カリキュラムにならないということで約1,400項目に圧縮。その程度に濃淡があり、もう少し簡単にすべきという課題もあるが、現行のコアカリは、前文にも書いてあるが、統合型として提示し、各大学の授業科目や授業の順序を意味するものでなく、各大学の判断で実施すればよく、学習指導要領のように授業科目として設定すべきものでないことを改めて周知することは必要。
- 目標だけ提示し、教育や評価の方法をきちんと提示しなくて、カリキュラムと言えるかといった意見もある。教える順番は大事だと思うが、現行のコアカリは、そういうことを何ら規定しておらず、記載された何百個の項目を卒業までにとりあえずチェックすれば良いといった形になっている。それをカリキュラムと言っていいのかといった原理的な批判もあるので、歯科と医科できちんと合わせられればとも思うが、なかなか大変ではないか。

＜ワークショップの総合討論・講評における関連意見＞

- コア・カリの各項目の到達度明示は、項目によって可能な場合とそうでない場合があるが、ある程度可能なものは明示が必要ではないか。
- 自治医大では最初に統合科目でやったとき、基礎の先生からオロジーを教えられなくなるという疑問が出たので、総論はオロジーで、各論は統合という形を取った。

(2) 今回の改訂に係る検討内容

＜臨床実習の系統的・体系的な充実＞

- 電子カルテについて、学生がアクセスできる範囲はレポートを書く担当患者さんだけか、回った診療科のカルテは指導医の許可のもとに全てアクセスできるのか。患者さんから興味本位に見られたのではと訴えられるトラブルも想定され、アクセス記録は医療情報部門で打ち出せば、学生や指導医が何を見たか、履歴はすべて明らかになる。臨床実習を強化していくとき、何らかのトラブルが起きる可能性もあるので、深刻に検討すべき。

- カルテについては、電子カルテの方が流出することが多くても、紙媒体の頃から当然あった問題であり、個人情報保護に対する担保をより一層強化していけば良いのではないか。
- 臨床実習で侵襲的な医行為をどこまで許容するかは、国民の目との関係を配慮すべき。許容範囲は広げた方がいいが、社会的、法律的なサポートが必要であり、今後の重要な問題。
- 歯科では、ほとんど侵襲性のある治療行為になる可能性が高く、侵襲性のある程度高いものが現行のコアカリでは水準1として、学生自らが行うべきとなっているが、患者さんの理解がなかなか得られない。また、違法性の阻却がかなり問題になってくる。一定の条件が整っていれば大丈夫と報告されているが、全国の歯科大学のコンセンサスがなかなか得られず、学生のうちから侵襲性のある治療行為を行わせることができない状況で、歯科の場合、基本的に全部見学となり、臨床技能の教育にならないのが一番の悩み。
- 実際に身につく知識というのは、経験しないと獲得できない。いろいろな社会的事情はあるが、シミュレーション教育を入門的に行った段階で患者さんに接するようにするなど、学び方もいろいろ工夫されてきているので、臨床実習を推進する、学生が参加するという方向で、国民への訴えかけも含めて進めていく方向で検討すべき。

＜ワークショップの総合討論・講評における関連意見＞

- 基本的診療能力の確実な習得には、準備教育段階、プレディカル、入門段階、プレリニカ、臨床実習という形の継続的な取り組みが必要。クリニカルシップとしての臨床実習が一番肝ではないか。
- 技術的な問題だけでなく、例えば公衆衛生的な視点を持って地域で生活している患者さんをケアするといった、マネジメント能力をもう少し考えていかなければいけない。実際に患者さんを支援していくときの能力も基本的診療能力の中に入れていくことを少し強調したい。
- (基礎・臨床融合型の) 統合教育に関して、コーディネーターのリーダーシップが大事。医学では教育専任の教員、教授のポストがほぼ全ての大学に配置されているが、歯学ではほとんどできていない状態。そういったことも統合教育の推進に影を落としているのではないか。
- 学生が自分の到達目標が非常に見えにくいというのは、統合講義のデメリットであり、歯科のグループの中には統合講義をすべて廃止したという大学もあった。基礎と臨床が有機的につながっていくという観点からの統合講義のあり方を少し考えないといけない。
- 臨床実習に関しては、結局のところ、卒業時の診療能力の到達目標をどう設定するか。初期研修との整合性、その間の国家試験、それでいろいろと悩んでいる大学もあるようだが、そこら辺の設定の仕方は、各大学の取り組みではちょっと届かないところがあるのではないか。
- 現行のコアカリは、策定した頃から、臨床実習のところを最大の課題。卒業時のことがやや空白になっており、重複部分もあるので、今後、その辺を詰めていく必要がある。
- 大学によってスキルラボの利用度に非常に差があるのも事実。医学教育学会などで、スキルラボの責任者の集まりをもって、利用方法などに関するシンポジウムのようなものを開いて、ある程度統一化しないと非常に勿体ない。
- プライマリーケアの教育というのは、基本的には一次機能病院や二次機能病院でトレーニングを受けないとできない。必要なことは、診療所や二次機能病院の指導医に対するFD。また、統一的なカリキュラムを作って、それに従って教育してもらうことが必要。
- 将来的には、臨床実習は限りなく現在の初期研修に近いレベルや内容に持っていくのが理想。今の医行為の範囲内でも、問診や診察手技により、臨床実習のレベルをより高くしていくことが重要。その上で、各大学で大学病院は学生を教育する施設であるというメッセージが患者さんに伝わるよう、全国的・組織的に医学教育学会などで、社会にキャンペーンすることが非常に重要。
- 臨床実習に係る患者さんや家族への協力の働きかけについては、診療科、大学病院全体、地域全体、厚労省、文科省という形で働きかけていくことが、患者さん、家族の方にも理解されるのではないか。実際に学生がついたほうが患者さんは満足されるので、そういうことをほんとうに働きかけていくことが大事。

- 電子カルテについては、担当患者さんだけにアクセスが許されるのか、広く指導医の許可のもとにアクセスが許可されるのか、少しあいまいになっているのではないかと。指導医の許可のもと、できるだけ広く勉強することが非常に重要。実際に病棟のカンファレンスなどでは、学生の前にすべての回っている診療科の患者さんのカルテがスライドでプレゼンテーションされるので、そこら辺の現実との整合性も含め、電子カルテについては早急にいろいろなことを全国的に統一化していかなければいけない。
- 電子カルテについては、できればうまく工夫して学生専用の電子カルテを作って、それを教員がチェックするといったシステムを作れば、少し負担は増えるが良いのではないかと。

<地域医療>

- 「地域の医療を担う意欲・使命感の向上」、「研究マインドの涵養」については、コアカリの各項目で整理するのは難しい。コアカリの前文にある「臨床前医学教育の内容とその在り方」といった大きな枠の中で、地域医療を担う意欲を向上させる診療所の実習、研究マインドは基礎配属とか自主研修といった事例を具体的に触れる。コアカリ本体の事項としては馴染みが薄いし、コアカリなので基本的なものに限っていくべき。
- 地域医療、研究マインドに関して、コアカリ本体に書き込むのは非常に難しいので、具体的に参考となる事例を挙げていくことが一つの方法。多くの大学で実施しているので、全国共通に参考になる事例を挙げていく方法もあるのではないかと。
- 地域医療は、「F 医学・医療と社会」と「G 臨床実習」にあるが、その記載は「保健・医療・福祉・介護」と「医療・保健・福祉・介護」となっているので整合させるべき。地域医療ということで医療が最初なので「医療・保健・福祉・介護」にした方が良いのでは。
- 保健も学生は当然勉強すべきだが、普通は「保健・医療」。保健は予防的な事で、それから医療があって、その後、介護、福祉となるので、常識的には保健の次に医療ではないかと。

<ワークショップの総合討論・講評における関連意見>

- 地域医療を担う意欲・使命感の持たせ方については、学習方略が未知なところが多い。いろいろ工夫されている大学もあるが、地域によって自治体の姿勢、地域病院の姿勢・意識が違うので、成功例などを参考にしつつ、各大学でバリエーションに富んだ方法を考えることが必要。
- 地域医療に関しては、国民が求めている医療ニーズを学生が知るチャンスが必要。大学や大学附属病院の中だけで教育をしていった場合、学生たちが実際に地域の人や市民がどういう医療ニーズを求めている、あるいは、どういった医療があるかも知らないで、プライマリケアや地域医療を考えるように言っても無理。学生が実際の医療ニーズに触れる感覚というのは極めて重要。
- 地域枠に関しては、県によっても地域枠の縛りというか、待遇もいろいろあるが、段々と女子学生が増えてくると地域に残る確率が増えてくると思われる。そういう意味では、地域枠の学生、少なくとも県に残る学生の割合は高くなっていくのではないかと。
- 大学附属病院が臨床実習の中心ではあるが、コミュニティでの実習で得られるものは大学病院とは違う。コミュニティを含めた臨床実習の場について、学生が得るアウトカムとともに考えるべき。
- 海外当地での地域実習は大いにやるべき。日本の場合、留学生の行える医行為は制限されているが、アメリカだとフェルグデントとレジデントが学生と一緒にやってディスカッションするが、日本は少ない。最近は学生が症例についての臨床推論に参加できていないケースもあり大きな問題。僻地の診療だと、ドクターと患者さんとの間は非常に密接であり、地域にある、なるべくドクターの少ない診療所などに行けば、ドクターの指導を受けながら、かなり実質的なことができるのではないかと。

<研究マインドの涵養・研究者の養成>

- 医科では関連施設も多く、若い研究者を研究施設や関連病院に置いておけるが、歯科の場合、クリニックを開業してしまうことが多く、いったん開業するとなかなか大学へ戻ってこない。医学と歯学では研究者の母集団がかなり違う。歯科としては、その辺が課題。
- 研究マインドは「A 基本事項」「4 課題探求・解決と学習の在り方」にほぼ相当するが、「(1) 課題探求・解決能力」の一般目標のところに「能力を身につけ、研究マインドを涵養する。」と言えれば、キーワードは入るのではないか。
- 研究マインドはAの4「課題探求・解決と学習の在り方」で対応しているが、ほとんど認識されていない。1年次から卒業時まで教育すべきと位置付けており、冒頭の基本的な資質にも医学研究の記載があり、臨床実習中でも研究マインドの涵養は必要。
- ドイツでは国家試験もあるが、それ以外に例えばテーシスを提出する制度がある。研究マインドの涵養に向けては、そうした取組を見習い、日本でも、研究したい学生を基礎配属させ、研究論文を出させ、それを評価することが有用ではないか。
- 基礎配属は、コアカリ本体に入れるというより、各大学の選択制に任せるものではないか。
- リサーチマインドの涵養に当たり、単に基礎配属云々より、成果として蓄積し、目に見える形にすることが必要。論文を書かせるのは、かなり大事な視点。基礎に限らず、臨床も含めてリサーチの根底。選択制カリキュラムの中でうまく使っていけばいいのではないか。

<ワークショップの総合討論・講評における関連意見>

- 研究マインドに関しては、入り口をつくることが非常に大事。全員必修はなかなか難しいが、そこを用意しておけば、学校によってはテーシスを維持できると思うので、各大学において、意欲のある学生は行けるといった工夫をしてもらうのがいいのではないか。
- 卒後に研究という志がある者も、歯科の場合は卒後研修が1年で終わり、大学にポストがないと開業医として就職し、全くアカデミックな環境から離れてしまうのがほとんど。入り口も大事だが、何とか大学の周辺に、研究マインドのある人を引きとめておく仕組みが必要ではないか。
- 基礎医学者養成に関して、昔は基礎医学の教室に一定数の学生が入ったが、最近、ゼロになってきている。その原因は基礎医学自体にあるのではといったことを大学自体で考えていかないとならないのではないか。基礎医学でも夢があることを大学の中で表現することの方がもっと重要。昔のよき道筋はどこへ行ってしまったのかについて、少し考えた方がいいのではないか。
- 慶応大学の取組（4年次に1学期間の研究室配属）、東京大学の取組（MD研究者養成プログラム）にしても、どういう結果になるか、今後、フォローアップすることが必要ではないか。
- PhDの教員が増えていることは確かだが、PhDの研究者でも、糖尿病や高血圧といった病気に関連した基礎的な研究者もいるので、そういった人を優先的にリクルートすると、PhDの先生が立派に医学部生に必要な教育をしてもらえるのではないか。

<医学と歯学等の連携・チーム医療>

- 長寿社会に伴い、国民の健康への関心が高まり、全人的に医療を診るという意味でも、医学と歯学の連携が必要。特に歯学では、全身に及ぼす影響という面がローズアップされ、患者のQOLの面でも大切。今回、少なくとも、全身を診るという意味での歯学、医学の共有する領域をバックグラウンドに据えるという点を共通の認識にすべき。

- 病院横断的、地域横断的なチームとして、医師と歯科医師を中心として医療スタッフが機能分担、協働しながら連携するのがチーム医療。そのリーダーは、少なくとも医師だと思いが、現場という意味でチーム医療の専門家がいなければ、医学と歯学のある大学で最初に院内横断的なチーム医療を進めてもらうべき。チーム医療と在宅高齢歯科医療をコアカリの中にもう少し濃厚にすべきだが、チーム医療は、ぜひ大学に頑張ってもらいたい。
- 大学として、医学部と歯学部の連携による取組を積極的にやっている事例は、ほとんどないというのが現実。歯学部附属病院は診療が主なので、歯科が医科と協力して在宅で何かやるとか、そういった経験はほとんどない。東京医科歯科大でも、医科と歯科がもう少し融合したカリキュラムをつくる努力をし、学生のうちからチーム医療を経験させようとしているが、それをオープンにして他大学の参考にしてもらい、モデルになると一番良いのでは。
- チーム医療は、インター・プロフェッショナル・エデュケーションということで、いろいろな看護師等を含んだ教育という環境が考えられているので、そうしたことを盛り込んでいくべきではないか。
- 歯周病については、共用試験の耳鼻咽喉・口腔系にも入っていないが、かなり現実的な話なので、今後、具体的に検討していけばいいのではないか。
- 高齢者人口の増加に伴い、全身疾患のある患者の歯科治療が非常に大きな問題。既に歯学の中には隣接医学として医学の科目はあるが、不十分という声がかなり大きいので、今回の改訂においては、歯学教育における医学教育の見直しを図るべき。
- 医科と歯科の連携方策が新たな視点として不十分。医科と歯科の連携がもう少し見えるように、医科・歯科のベースにできるような領域を検討していくべきではないか。
- 医学の中でも、口腔等の関わりがあるが、その内容はもう少し検討すべきかもしれない。逆に歯学の方へも医学の内容を取り入れていくという形になるのではないか。
- 歯科では全身疾患への関心がかなり高まっているが、医科に関しては、歯科に対しての関心が薄いのではないか。そこをもう少し高めるような方向で検討すべき。
- 医科・歯科が連携して、一緒になって検討するようなことがあってもいいのではないか。
- 口腔疾患の全身への影響は、必要に応じて必要なものを取り上げる形で検討すべき。
- 医科と歯科の連携は、歯科との連携だけでなく、もっといろいろな医療関係の職種との共通カリキュラムという形でとらえていくべき。講義などではなく、いかに実践的にやるかについては、地域医療などに、ある程度重点をおけば、在宅医療は歯科と医科が連携してやっている最前線なので、そのような方法が一つの組み込み例になるのではないか。
- 歯学では、従来、隣接医学という形で、内科学、外科学等の教育をしていたが、文字どおり隣接しているだけで、歯学の中になかなか入り込めなかったのが現状。歯学生も外科、内科学を聞いても、興味を持っていかないことも問題。歯学生に必要な内科学、医学についての趣旨がわかる内容のコアカリでないと、元の隣接医学に戻ってしまうのではないか。

<在宅医療（高齢社会への対応）>

- 歯学で大切なのは、社会の環境変化と社会ニーズに合わせること。高齢社会になったことで、高齢歯科医療、特に在宅診療については、是非もう少し濃く進めていくべき。
- 歯学の現行コアカリ上、高齢者歯科医療は非常に薄い。在宅医療は、知識だけでなく、実践も経験させる取組を行っている大学も地方を中心にあるが、コアカリに書いてないと、教えなくていい、薄くていいという考えを持つ者もいるので、是非ここは強調すべき。

<ワークショップの総合討論・講評における関連意見>

- 超高齢社会での歯科医療は、時間数等がまだ少ない。講義だけでも増やしていかないといけない。実際は現場が大事。現場での臨床教育なり医療をどうやっていくかが非常に重要。医と歯と両方の面で、そういった気持ちを少し高めていくこと、特に現場の教育が必要。
- 全身疾患を持った患者の口腔治療といった、医学領域の歯学領域への導入、歯学教育における医学教育を見直さないといけないところが、今回のコアカリ改訂の非常に大きな問題。
- 全身がわかる歯科医師という視点で、コアカリには内科系授業科目がちりばめられている。それを少し整理統合した形で、歯学でも、内科学総論なり、しっかりした形で医学も教えるべき。
- 歯学における内科、医学における口腔の取扱いは、コアカリにあまりきちんと位置付けられていない。内科の件は、医学部も時間がなく過密という状況もわかるが、サポート体制が大事。
- 学生が実習で登院した時、全身管理というのは侵襲的な歯科治療を行うときの全身的な医療安全であり、その対象は大体が有病者、高齢者、障害者。その安全性となると、モニターを使って逐次監視となる。もともと口腔外科、歯科麻酔、障害者歯科、高齢者歯科、口腔顔面の痛み外来といったところは、医学的な手法が歯科医療の中に持ち込まれている。今後の高齢者医療では、歯科医師に必要な医学的なことについて、臨床に医科のサポートを得ていかないと身についたものにはならない。最近、全身状態を勘案した一口腔単位の治療といった概念で実施となっている。
- 医科と歯科の連携については、コーディネーターというのが非常に重要。また、連携の例となる歯周病と一番関係するのは神経・血管障害。もしコアカリに入らなければ、是非入れるべき。

<様々な社会的ニーズへの対応等>

(心の教育等)

- 現行のコアカリは、後で試験できることを挙げているが、評価できることでなく、医者、医療人としての根本的な、いわばプロフェッショナリズム、「医師として求められる基本的な資質」の部分がコアカリ本体に入っていない。そのため、これをガイドに教えると一番根本的なことが抜けてしまい、試験できるような、表層的なことに教育が行ってしまう。試験できないこと、試験しにくいことでも、人間、医療人としての根本を必ず教えるということは必要で、場合によっては、コアカリに記載してもいいのではないかと。
- コアカリの策定当初から、内容の全部が試験に出せるものでなく、一部には、非常に大事で理解や学修が必須だが、技能試験や選択式試験で評価できない領域もある。
- 医学のコアカリの基本事項Aは極めて重要なことで、必ず教えなければならない。
- プロフェッショナリズムについては、伝え方が大事。チーム医療にしても、講義だけでなく一同に介して議論するとか、最近ではIPE（インター・プロフェッショナル・エデュケーション）といった、様々な職種に携わろうという学生が一同に集まって、情報共有、ケーススタディーをする。そうしたことにどのように踏み込んでいくかを各大学で考えていくことが必要ではないかと。

- カリキュラムを考えると「形」と「心」という二側面がある。「形」を変えても「心」を入れないと駄目で、地域医療でも、姿勢、意欲、使命感をどう育むかという「心」の問題がある。リサーチ・マインドであれば教室配属、臨床マインドであれば臨床実習の強化など、「形」を整えることも非常に重要だが、教授自身の意識改革など「形」でないところの意識改革も必要。マインド、メンタリティ、プロフェッショナリズムなどと言われるものについて、どのように「形」と「心」を調和させてカリキュラムを立てていけば良いのかは重要。
- 心を入れていくというのは非常に難しく、コアカリに「心を入れていく」と記載しても心は入らず、心が入っていくような方策を幾つかとっていくことが1つの手法ではないか。
- 一番問題なのは、現場で教育する指導者の気持ち。マインド育成には、大学全体として、心を入れながら教育していかないと無理。各研究室に配属し、日夜真剣に研究している先生方の姿を見て、学生がそれを心で感じるものがあって自ら変わっていく、師の背中を見て育つといったこともあるが、今の若い人達は教員側がもう少し気持ちを強く伝えないと、なかなか答えてくれない。何とかうまく実現できる方法を考えなければいけない。
- 医の心、プロフェッショナリズムの教育は極めて大事だが、カリキュラムに書き切れるかどうかは冷静に考えるべき。カリキュラムに落とし込むと、評価、到達目標に達したかどうかを考えるような内容になってしまう。良い心になったかをどうやって判断するか。評価すらできないことをカリキュラムに書くと、かえってカリキュラムが空文化してしまう。コアカリでは、そういったことを前文にきちんと記載すべきで、何々ができるとかと本体には書き切れないのではないか。心の教育が一番大事なことは世界的に論をまたないが、カリキュラムという到達目標にできるかは、別途検討が必要。
- どのようにカリキュラムに書くかというテクニカルな問題はありますが、プロフェッショナリズムという心の問題は、技術とか知識に走り過ぎというところに出てきているテーマでもあり、今回の1つの大きなテーマに据えることが必要。
- プロフェッショナリズムについて、医学では掲げる目標が既に示されているが、もう少し洗練されたものにすべき。歯学も同じようなつくりなので、十分かどうかの検討が必要。

<ワークショップの総合討論・講評における関連意見>

- プロセスで手技的なことやあいさつのことを学び、コンテンツで特に知識を習得、マインドでメンタリティとかプロフェッショナリズムを涵養するということが、この3つは非常に重要。特に病棟実習や研究室の基礎配属において、働いている臨床医や研究者の姿を見ることで、将来頑張ろうという気持ちが出てくる。そういった、人から入っていく教育が今の学生には必要。
- 筆記試験はわりといいが、口頭試問はちょっと不得手、筆記試験でもマルチプルチョイスは強いけれども、筆記問題になると弱くなる、復習をすることが少なくなるとか、そういったことにも配慮した、良い意味での企画型の教育というのが求められているのではないか。

(準備教育の取扱い)

- 準備教育コアカリは、基礎医学系、基礎歯学系、即ち生命科学系とのバランスが課題。コアカリの基礎部分には「準備教育プログラム・カリキュラム参照」とあるが、6年一貫の医学・歯学部教育体系において、教養的なものをどのように有機的に盛り込んでいくか、洗練されたものにしていくことが必要。最近、アメリカの医科大学協議会が、フューチャーフィジシャンのためのサイエンティフィック・フアウンデーションに関する提言をしているが、そうしたものを参考にして、コアカリの基礎部分について、もう少し洗練されたものにしていく必要があるのではないかと。

(医療安全・薬害関係)

- 19年改訂時に基本事項Aの「医療の安全性」に薬害や医療過誤を加え、共用試験 CBT を介して出題していく方向を検討しており、出題すると学生に直接内容が提示される。共用試験では基本事項Aを一番大事な位置付けにしており、十分に周知できるように努めていくことが必要。
- 本当に薬害の被害者の思いが伝わらない面もあるので、できるだけ被害者の人たちの中でも生の声を一度聞くような機会も持ってもらい、いろいろな意味で被害の背景とか、そうしたものを知ってもらう形の医学教育なども是非検討すべき。
- 医療安全やチーム医療は、どう具体化するか難しいが、共用試験では基本的にコアカリに記載されたものは出題していく方向にあり、そうすることで、より現実的に学生や先生方へメッセージが伝わる。
- 医療安全について試験問題として出題すると、各大学の教育に反映される。自分で考えられるような問題を CBT では今年ようやく出題したが、OSCE でも患者確認や基本事項に関しては優先してやっているのだから、各大学にうまくフィードバックされることを期待。

(男女共同参画)

- 男女共同参画について、前回(H17~18年度)の協力者会議では、女性医師の増加は社会的にかなり大きな戦力になってきているので、出産・育児を終わった後、仕事へ復帰してもらうにはどうしたらいいかを議論した。コアカリには直接盛り込まれていないが、最終報告(H19.3)には、関連した議論の結果がまとめて入っている。夜勤のこととか、セミナーを医局の中で遅くやるとか議論されたが、夜間などでは参加できない者もいて、そういうところは全体として、各大学が策定する特定事業主の行動計画できちんとやらなければいけないことになっているので、そこで対応していただくことが必要。
- 出産育児を終わって復帰するという表現は、医師の世界ではほとんどない。育児を終わってという長期間の休みがあってはいけない、出産は女性しかできないが育児は男性の問題でもあることについて、これからの社会、医師だけでなく、社会全体が女性の労働力を必要としている中で、医学教育の中でも是非とも再認識させるべき。

<ワークショップの総合討論・講評における関連意見>

- 社会的ニーズはどんどん変化していくもの。医療安全、医療倫理、チーム医療、男女共同参画以外にも、例えば「イノベーション」を持っている人も働けるという形も、そのうち出てくる課題。もっといろいろ変化していくので、医者が医療者として働いていく環境を作っていくとしないとならないが、そういった点にも視点がいくと良いのではないか。
- 例えば国立大学だと、医学と歯学で、ほとんどの病院が統合なり、研究科が一緒になっているが、医療安全、医療倫理、その他の社会的ニーズへの対応は、おそらく医学部と歯学部が一緒に取り組んでいるところが多い。歯学の単科となると随分意識が違うので、社会的ニーズへの対応の仕方をそろえることは、設置形態によって重要になってくる。
- 日本のドクターは、コストパフォーマンスとか、コストエフェクティブなということをほとんど考えていないといった指摘がある。こうした医療学というものについて、もう少し教える必要があるのではないか。

(3) 今回の改訂に際しての留意点

<量的過剰状態への対応>

- 現行のコアカリは、いわばチェック項目ということでは、既に十分揃っているのではないか。メソッドのようなところで、ヒアリングでの意見（薬害やチーム医療、薬剤など）のようなことをもう少し具体化し、膨らませていくという方向で考えてはどうか。
- 現行のコアカリは、ぎりぎりいっぱいカバーしており、内容を増やすことは難しい。必要なことは加えるべきだが、既に基本的なことはほとんど網羅されているのではないか。
- 学生生活がかなり忙しいと言われる中、項目追加を無制限にできることはなく、スクラップ・アクト・ビルドも念頭に置くべき。現場の大学にあまり膨大なものを押しつけ、教えられないということでは、コアカリのコアという言葉が泣いてしまうのではないか。その辺はバランスのある議論をしながら、取捨選択していくことが必要。
- 現行のコアカリは、情報的に非常に多い。医学領域ではヨーロッパの統合を目指したチューニング・プロジェクトがあるが、日本のコアカリに相当する領域は、卒業したときに身につけるべきコンピテンシーということで表現され、非常にすっきりしている。今回のコアカリ改訂では、要望を1つずつ加えていくと、マキシマムのカリキュラムになってしまうおそれがある。エッセンスをきちんとまとめて、時代に対応した洗練されたものにしていくのが原則ではないか。
- 項目としては、現行のコアカリにかなり盛り込まれていて、何をどういうふうに伝えるかという部分が重要。項目の列挙はもう十分で、ヒアリングの内容も、文言はともかくとして、かなり盛り込まれているのではないか。

<卒前・卒後の一貫性>

- 卒前医学教育と医師国家試験との整合性への疑義、医師国家試験で重視されているウエートとコアカリで強調されている内容とに少しディスクレパンシーがあるのでといった現場の声がある。コアカリの項目とCBTや医師国家試験との整合性が十分であるかについて検証し、コアカリの見直しにフィードバックしていくことが重要ではないか。

- 卒前と卒後の接続性、連続性については、項目が重複している部分を削っていいのかという点。今のコアカリでは到達目標という形で示しているが、卒後臨床研修のガイドラインでは臨床経験ということで、同じような項目があっても、どこを目指していくかというエンドポイントの部分が違うので、項目が重複していても構わないという考えもあるし、整合性を保つべきという意見もあるので、そうした意見を踏まえて検討すべき。
- 歯科の場合、歯科医師国家試験出題基準とコアカリは、ほとんど重なっている。さらに、歯科医師国家試験に共用試験CBTと同じような問題が数問出るような時代がきている。両者の基準でも重なっているものがあるので、同じような出題がされても仕方ないが、それぞれの改訂のときに歩調を合わせて直していくしか方法がないのではないかと。
- 19年改訂時の歯学のコアカリには「原則として歯科医師国家試験出題基準との整合性を確保しつつ」という表現があるが、実際には用語を統一し、整合性をとったような感じ。
- 歯学系には、歯科医師国家試験の出題基準とコアカリ、歯学教授要綱という3つの方針があるが、ある程度の整合性がないといけないといった意見もある。実際はどれを使ってもいいが、現実には各大学ではどれも使うので、整合性を十分意識して改訂する必要がある。

<用語の取扱い>

- 現行のコアカリには「一般目標」と「到達目標」という形で書かれているが、基本的には「一般目標」も「到達目標」であり、到達目標に「一般目標」と「行動目標」があるのではないかと。臨床研修では、到達目標として「一般目標」と「行動目標」があるという形ですべてプログラムが書かれており、各学部のシラバスもそのような形をしていることが多いが、コアカリの書き方との整合性はどうなるのか。
- 臨床実習では、一般目標、到達目標といった形を必ずしも示さなくても、最低限やってほしい項目が並んでいることが重要。形式的な文言にとらわれる必要はないのでは。
- 実際のカリキュラムの作り方については、国際的にもいろいろ議論があり、一般目標、行動目標、個別目標といった言い方もあるが、原理的に固執すると細かな目標づくりになって、臨床医の能力、コンピテンシーと表現されることが必ずしも出てこないという面がある。
- 医学教育のプロセスの考え方にGIOとSBOという用語があり、そのまま使うと非常にカリキュラムが作りにくく細かくなってしまうので、コアカリでは、より一般的な、今の言葉で言えばアウトカムというところと、到達時に何ができるというコンピテンシーをきちんと分けて記載することになった。「一般目標」はアウトカムに近いもので、「到達目標」はコンピテンシーに相当するという理解をした方が無難ではないかと。
- 「一般目標」、「行動目標」については、例えば「小さい目標」、「大きい目標」としても良いぐらいだが、現在、コンピテンシーを中心として、教える過程はどうであれ、卒業時の能力はどういうものかを重視するアウトカム・ベース・エデュケーションがイギリスを初めとして主流。そうしたことを含めて考え直せばいいので、あまりGIO、SBOにとらわれる必要はない。

- 実習などは基本的にアウトカムになるが、あまり言葉に拘る必要はないのではないか。
- 説明できる、列挙できる、概説できるとは、どの程度ができるのか漠然としている。これはできるという必要最低限のキーワードがあれば、非常に使いやすいのではないか。
- コアカリのどこまでを各大学がやらないといけないかは大変難しい問題だが、どこまでコアカリに規定しないといけないのかという問題もある。最終的には、各大学において、授業時間との関係で決めてもらうしかない。共用試験の作問に際して、いろいろな大学の先生に、臨床実習前はこのぐらいのレベルで良いのではないかと検討してもらっているので、具体的には共用試験の内容が各大学の参考になるのではないかと。

<周知等の工夫>

- 各大学へのコアカリの周知状況が十分でない。医療関係者に周知・配付しているが、学生も教員も、意識の上において、きちんとどの程度認識されているのか疑問。どういう形で趣旨を徹底するかがかなり大事なので、今後、文科省、厚労省にも協力してもらい、周知を徹底していくことが重要。

(4) 今回の改訂後の対応

<評価システムの在り方（ポートフォリオなど）>

- 臨床実習に関するポートフォリオ。非常に大事な定性的評価の手段。各大学では実習手帳などを作っているが、学生に活用されていないことも結構ある。卒後臨床研修とリンクさせて、学習ポートフォリオになるとかなり違ってくるのではないかと。
- 医学でも歯学でも、臨床技能教育は非常に重要だが、評価システムが確立していない。評価の1つとしてはAdvanced OSCEの確立が望まれる。各大学がばらばらでは困るので、標準化されたものを作ると同時に、ポートフォリオで評価するシステムをつくることは大事。
- ポートフォリオ、Advanced OSCEは極めて重要。今回の改訂に入れるのか、コアカリ改訂後、何らかのワーキングでも作ってやるのか位置付けを決めた方が良いのではないかと。
- 今回のコアカリ改訂と評価をどうするかについて、委託先の調査研究チームでは、時系列として、まずコアカリの改訂内容を固めて、後半で評価を検討するという形。ポートフォリオなども、コアカリ改訂後、もう少し後半で検討する予定。
- Advanced OSCE、論文提出もア行アとして重要。6年生は研修病院の選択もあり、国家試験もあり、あまりにも過重になるおそれがあり、そうした点を含め、総合的に考えるべき。
- 今回は、まず何をやらなければいけないかの課題を整理して、具体的なことは調査研究チームで検討いただき、それを踏まえた上で、今後どうするか計画をきちんと立てた上で、順序良くやっていくことが必要。短期間に一気に全部は、とても無理ではないかと。

<ワークショップの総合討論・講評における関連意見>

- イギリスの卒業試験などでは、一番の表題が「あなたは研修1年目の内科の研修医です。こういう症例が来ました。さあ、どうしますか。」といった、はっきりとしたもの。臨床研修1年目を迎えるのに、これだけの実技というか、持っていて欲しい能力が卒業試験OSCEに出ている。「あなたは研修医1年目です。さあ、どういう能力を求めますか。」ということをも明確化することが、臨床実習の出口評価としては極めて重要。

<共用試験の取扱いなど>

- コアカリに基づいて共用試験の問題は作られているので、コアカリの内容が変わった後では共用試験の問題が変わる可能性は高いと思うが、変わるまでは現在のままとする。
- 現在でも共用試験を通ることで臨床実習に入って良いというプロセスがあるが、それをさらに社会的にはっきりと発信していくことにより、社会から見ても、共用試験を通ることで医学生が臨床実習に入って良いことがより見えるようにしていくことが重要。
- 全国医学部長病院長会議では、共用試験の準国家試験化ということを考えているが、これは決して法律で縛るとか、本格的な国家試験ということではなく、各大学がかなり自主的な運用でもって学生を認定し、合格した後は臨床に入ってい、そういうことが社会に示される形を求めていきたいと考えているが、基本的診療能力の確実な習得については、今後、正に実効的に実現されていくようにすべき。
- 現在、共用試験CBTが行われ知識が試験されており、その点数が各大学の学生評価という意味では非常に有効になっているが、教育の質を上げるという意味では、現場では出題問題をフィードバックすることが非常に重要。
- 医も歯も共通だが、共用機構では、CBTもOSCEも全体の成績と各大学の成績を返却しており、振り返ってみて、各大学がどういうことを検討すべきかの参考になっている。一方、どういう問題を出すかは、公開問題をなるべく増やすようにしている。今後必要になってくる課題については例題を提示して、問題の公開も含めて検討している。

<ワークショップの総合討論・講評における関連意見>

- 6年次の教育が疎かになっているということがあるが、国家試験とコアカリの整合性、CBTの国家試験化、卒業後の国家試験というシームレスな形で、初期研修の改善という方向に進んでいくことができれば良いのではないか。
- 例えばスチューデントドクターという称号を付与するかどうかは、全国医学部長病院長会議で、ある程度オーソライズしてもらうことが必要ではないか。
- 最近の国家試験は、臨床に則した内容になり非常に良くなっているが、3日間で500題というのはあまりにも多い。少し問題数を減らして、CBTから以後の問題について国家試験で問うということについて、全国医学部長病院長会議の方で提案していただければいいのではないか。
- 臨床研修のマッチングについては、6年生のときにやらなくても、元々人柄とか成績はわかっているんで、5年生、というか6年になる春休みぐらいに行ったらほうが、6年生の臨床教育に与える影響は少なく、人間性は5年生と6年生であまり変わらないと思うので、その点を懸念する必要はあまりないのではないか。

モデル・コア・カリキュラム改訂に関する主な要望等
 (「関係者ヒアリング」及び「要望書」等より)

H23. 1. 20

1. 薬害関係(「関係者ヒアリング」及び「要望書」より)	1
2. 看護職からの期待(「関係者ヒアリング」より)	2
3. 薬害/薬剤師の観点からの意見(「関係者ヒアリング」より)	3
4. 男女共同参画やワークライフバランス(「関係者ヒアリング」及び「要望書」より)	5
5. 医療安全(「関係者ヒアリング」より)	6
6. 医学・歯学の新たな連携(「関係者ヒアリング」より)	6
7. 放射線医学・放射線科学領域(「要望書」より)	7
8. 子どもの心の領域(「要望書」より)	8

(参 考)

・ 犯罪被害者等基本計画(平成17年12月閣議決定)	9
・ 犯罪に強い社会の実現のための行動計画2008(平成20年12月犯罪対策閣僚会議決定)	9
・ 全国自治体病院開設者協議会、社団法人全国自治体病院協議会要望書(平成21年6月)	9
・ 日本慢性期医療協会要望書(平成21年8月)	10
・ 全国医学部長病院長会議要望書(平成21年10月)	11
・ 自治体からの要望書(平成21年12月)	11
・ 内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書(平成22年1月)	12
・ 日本製薬団体連合会、日本製薬工業協会要望書(平成22年2月)	12
・ 薬害肝炎事件の検証及び再発防止のための医薬品行政のあり方検討委員会報告書(平成22年4月)	13
・ ハンセン病問題に関する検証会議の提言に基づく再発防止検討会報告書(平成22年6月)	14
・ 慢性の痛みに関する検討会報告書(平成22年9月)	14

1. 薬害関係（「関係者ヒアリング」及び「要望書」より）

<モデル・コア・カリキュラムへの要望>

1. 薬害や医療被害の歴史と事実経過、その背景や真相などを、再発防止と強く願う被害者の視点からしっかりと伝える。
2. 事実ではない情報を発信したり、そのような情報に惑わされたりしないように、薬害等の事例における偏見や差別の歴史を伝える。
3. 医療情報の公開、開示、共有の歴史的経過や意義を、被害防止の観点からしっかりと伝え、情報リテラシーを高める。
4. 医学を根拠に仕事をする者としての学問的良心、人間を相手にする仕事をする者としての職業的良心を大切にす価値観を育てる。
5. 患者、社会的弱者、薬害・薬の副作用・医療事故被害者らを救済する制度を伝え、救済の役割を担えるようにする。

（第1回連絡調整委員会・第1回専門研究委員会（H22.6.16）勝村久司氏プレゼン資料より）

<医学教育モデル・コア・カリキュラム改訂に関する意見>

※「A 基本事項」2 医療における安全性確保（2）医療上の事故等への対処と予防」の項目（到達目標）に以下を加える。

- 薬の副作用と薬害の違いを説明できる。また、それぞれの薬害について、その原因と被害の実態について正しく説明できる。
- 薬害の被害者が差別や偏見の対象となってきた歴史を説明できる。
- インターネット上で医師による被害者への誹謗中傷、デマの流布、個人情報の暴露などの事件が起こった事実と背景を説明でき、適切な情報リテラシーを身につける。
- カルテ開示、レセプト開示、診療明細書の発行などの医療情報の開示が、薬害や医療事故被害者らによる被害の再発防止を願う思いから進んできた事実とその意義を説明できる。
- 薬の副作用被害者や薬害被害者・医療事故被害者やその遺族に、事実を隠さず情報提供すること、被害者に救済制度の活用を促すこと、被害の報告をし再発防止に努めることのそれぞれの重要性を説明し実行できる。

なお、歯学教育のモデル・コア・カリキュラムに関しても同様の意見。

（全国薬害被害者団体連絡協議会からの要望書（2010年8月24日文部科学大臣宛て）より）

2. 看護職からの期待（「関係者ヒアリング」より）

<医学・歯学教育に係るカリキュラムの改善に向けて>

1. 新たな医師臨床研修制度に看護職として期待すること（井部，2003年）

- 1) 基本的な診療能力の向上による確実に迅速な判断ができること
- 2) 患者を全人的に診るために、他の専門職との連携を促進し、真のチーム医療の実現を可能とする医師であること
- 3) そのためには、謙虚でありかつ寛容さが求められること
(口の利き方が悪いという研修医のために、病棟師長は苦勞しているというエピソードが少なくない)
指導医がいれば研修医の指導は完結するといった“認識”は傲慢である。
- 4) つまり、何事もマナーという作法があることとコミュニケーションが基盤であること
そして、一定の守らなければならないルールがあるといった社会性を早期に体得すること
- 5) そして、少なくともリスクマネジメント報告くらいは覚醒していただけるくらいの“健康的な生活”を確保されること

1. その後の疑問

- 1) 医学は「患者を全人的に診る」というパラダイムをもっているか
例：医師は「どうしましたか」と相手に問うが、相手の答えをきいていない。(自分のききたいことだけを選択する?!)
例：同僚として勤務しているナースは、医師に「わかってもらいたい」と異口同音に話す(わかってもらいたい願望)
- 2) 「真のチーム医療」を実現するために、医師はチームリーダーとして適切か
チーム医療における4つの困難性（細田，2003年）
「専門性志向」「患者志向」「職種構成志向」「協働志向」
(ア)リーダーシップやマネジメント理論の学習と実践が必要
(イ)EQ（心の知能指数）は、リーダーの必需品
- 3) 「医師の指示」と看護業務の関係
(1) 医師の指示を仰ぎ過ぎる看護職 — あいまいな医師の指示範囲
(2) 医師の指示を催促しなければならない現状
(3) 組織のルールを逸脱して出される医師の指示
(4) 医師の指示と看護職のジレンマ
看護師の専門分野である「生活行動の援助」と、医師の専門分野である「疾病の診断と治療」が、対等に意見を述べ合い医療が進められるべきである。(新たな看護のあり方に関する検討会，2003年)

(第1回連絡調整委員会・第1回専門研究委員会 (H22.6.16) 井部俊子氏プレゼン資料より)

3. 薬害／薬剤師の観点からの意見（「関係者ヒアリング」より）

<コア・カリキュラムにおける薬物療法>

B 医学一般

2 個体の反応 (4) 生体と薬物

一般目標： 薬物・薬物の生体への作用について、個体・細胞、分子のレベルにおける作用機序と、生体と薬物分子との相互作用を理解し、的確な薬物療法を行うための基本的な考え方を学ぶ。

「薬物作用の基本」

「薬物の動態」

「薬物の評価」・・・薬物の評価におけるプラセボの意義を説明できる。

⇒ 市販後臨床試験による有効性と安全性医の評価に対する認識が重要ではないか

E 診療の基本

2 基本的診療知識

(1) 薬物治療の基本原理

到達目標 1) ～17) 診療に必要な薬物の基本を学ぶ。

⇒ 各組織に対する薬の薬理作用が主。分子標的薬についての記述なし。

薬物動態学的相互作用については記載あり。遺伝薬理学等についての記述なし。

(第1回連絡調整委員会・第1回専門研究委員会 (H22.6.16) 堀内龍也氏プレゼン資料より)

<医療安全 一個々の患者に安全で最適な薬物療法を>

A 基本事項（平成19年改訂：医療における安全性への配慮などの記載を充実）

2 医療における安全性確保

(1) 安全性の確保

一般目標

4) 医療の安全性に関する情報（薬害や医療過誤の事例、やっつけはいけないこと模範事例等を共有し、事後に役立てるための分析の重要性を説明できる。

⇒ ① 薬害や医療過誤、特に薬物療法に対する医師の責任を明確にする必要がある。また、被害者の肉体的、精神的、社会的、経済的被害について患者から直接聴く講義を行うことが重要である。

② 医療過誤のうち薬剤に関するものが最多である。医薬品関連の医療過誤防止を強調する必要があるのではないか。

(第1回連絡調整委員会・第1回専門研究委員会 (H22.6.16) 堀内龍也氏プレゼン資料より)

<チーム医療>

A 基本事項

3 コミュニケーションとチーム医療

(3) チーム医療

一般目標：チーム医療の重要性を理解し、医療従事者との連携を図る能力を身につける。

到達目標 1) 2) 3) 4)

⇒ ① チーム医療はこの数年来急速に医療の共通の認識になった。医療構造が大きく変わろうとしている。「必要に応じて援助を求めることができる」という受動的な位置づけではなく、チーム医療の中核になる医師として積極的な意識を持てるような表現に変えるべきではないか。

② 「チーム医療推進のための検討会」報告書(2010年3月19日)、および2010年4月30日医政発0430第1号医政局長通知「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」を参考にして改正すべきではないか。

(第1回連絡調整委員会・第1回専門研究委員会 (H22.6.16) 堀内龍也氏プレゼン資料より)

<医療従事者の安全確保のために>

A 基本事項

2 医療における安全性確保

(3) 医療従事者の健康と安全

一般目標：医療従事者が遭遇する危険性(感染を含む)について、基本的な予防・対処方法を学ぶ。

到達目標：1) 医療従事者の健康管理の重要性を説明できる。

2) 標準予防策(Standard Precautions)の必要性を説明し、実行できる。

3) 患者隔離の必要性について説明できる。

4) 針刺し事故等に遭遇した際の対処の仕方を説明できる。

⇒ 癌患者の増加、がん治療薬の増加と複雑なレジメン、外来化学療法の増加、一般病院の53%の病院で抗癌薬を取り扱っている。

⇒ 抗癌薬などハイリスク薬の取り扱いの基本を熟知している必要があることを明記する必要があるのではないか。

(第1回連絡調整委員会・第1回専門研究委員会 (H22.6.16) 堀内龍也氏プレゼン資料より)

<総括>

1) チーム医療を実施して高度化する薬物療法に対処できる医師教育を希望します。

2) 薬剤部における参加型臨床実習(少なくとも3日)が必要だと考えます。

→ 薬に対しても、あるいは無菌混合等も、ここで経験させる。それから、処方せんと疑義照会にどういう関係があるかということも経験させることが重要。

(第1回連絡調整委員会・第1回専門研究委員会 (H22.6.16) 堀内龍也氏プレゼン資料等より)

4. 男女共同参画やワークライフバランス（「関係者ヒアリング」及び「要望書」より）

<基本的に必要なこと>

- ・ 医師全体の勤務環境の改善
- ・ 医療への適正な投資
- ・ 指導的立場、意志決定機関への女性の参画

<具体的に必要なこと それぞれに対する取り組み>

1. 病院管理者や病院長への啓発
2. 法律の整備など
3. 若い女性医師、女子学生への働きかけ、キャリアモデルの提示等
4. 就業継続支援
5. 再研修支援
6. 出産・育児支援

(第2回専門研究委員会 (H22. 8. 5) 保坂シゲリ氏プレゼン資料より)

<社団法人日本医師会からの要望>

女性医師が生涯を通じてキャリアを継続するためには、医学生の時期から男女共同参画について明確に理解しておくことが求められます。特に女子医学生には、医師としての使命感を持ち続けるとともに、結婚・出産・育児などのライフサイクルの中で、様々な支援を利用しつつ就業を継続していくことを強く意識させるような教育が必要であり、一方、男子医学生には、パートナーや同僚が母性を尊重しつつ仕事を継続できるような精神的・身体的なサポートを積極的に行うように意識させる教育が必要であります。

つきましては、現在検討中のモデル・コア・カリキュラム改訂にあたって、男女共同参画やワークライフバランスについての講義を必修とするように本会として強く要望いたしますのでよろしくお願い申し上げます。

(社団法人日本医師会からの要望書 (平成22年7月1日 文部科学大臣宛て) より)

- アンケートに答えていただいた女性医師の結婚している方の7割が配偶者は医師でございます。その医師である配偶者がいかに協力の度合いが低いかということがはっきり数字で出ております。(中略) 特にごらんになっていただくと、40代、50代は、医師である人と医師でない人の協力度の差が大きい。なぜ医学部の教育の中に入れていただきたいかということの理由のもう一つは、そうすることによって、40代、50代の教える側の意識の改革もぜひしていただきたい。それをしない限りは全体の意識の改革はできない。女子学生だけにこのことをやってもだめで、男子学生と、今教えている40代、50代の方もこのことを理解して、医療界全体がこういうことを理解していくことが、女性医師を生かしていくということだけではなくて、男性医師のクオリティオブライフといいますが、そういうものを高めて、今、心が大事というお話が出ておりますけれども、ほんとうに心を持った医療ができるようになる人材を育てていくことにつながるのではないかと思いますので、ぜひよろしくお願い申し上げます。

(第2回専門研究委員会 (H22. 8. 5) 保坂シゲリ氏の発言より)

5. 医療安全（「関係者ヒアリング」より）

<医療安全に関する卒前教育について（まとめ）>

- ・医療安全教育の体系化が必要
- ・医療安全の科学としての位置づけ
- ・知識、スキル、態度が身につく教育
- ・内容と時期と方法
- ・ノンテクニカルスキル教育
- ・チームやシステムの中で機能する能力の開発
- ・診療との関係性（診断、処方、治療、情報伝達等）や連続性
- ・臨床現場の安全を脅やかすシステムの問題解決能力
- ・医療安全管理者の業務内容の紹介ではない

（第2回専門研究委員会（H22.8.5）中島和江氏プレゼン資料より）

- 我が国でも、現在のコアカリにある医療安全の内容を充実させる時期に来ています。学生時代に、医師になってからより安全な診療を行うことができるような知識、技術、態度を身につけておく必要があります。そのための医療安全の教育は、病院の医療安全管理者の業務内容の紹介ではないと考えます。医療安全はヒューマンファクターやシステムに関する科学として教育されるべきであり、そのような観点から、医学部の6年間で教えるべき内容と時期また最適な教育方法を検討する必要があります。教育内容の中には、医療チームのパフォーマンスを向上するようなノンテクニカルスキルの教育や自分の職場においてシステムの問題を解決できるようなクオリティ・インプルーブメント能力の開発も含まれるべきだと思います。

（第2回専門研究委員会（H22.8.5）中島和江氏の発言より）

6. 医学・歯学の新たな連携（「関係者ヒアリング」より）

<今後の課題>

- ・歯科と医科とのさらなる連携が、これまで未知であった疾患のメカニズムの解明につながる可能性が示唆されている。
- ・新規の診断法・治療法の確立、これまで十分に実施されてこなかった医科/歯科の医療連携が創出。

（第2回専門研究委員会（H22.8.5）村上伸也氏プレゼン資料より）

- いろいろなさまざまな疾患があるけれども、その中には既に証明されている既知のメカニズムがある。けれども、100%すべてのからくりがわかっているわけではなくて、そのわかっているからくりの中には、医科と歯科と連携をすることで、新しい仕組みの解明、医科と歯科との新たな連携によって不明だった部分のメカニズムの解明につながる可能性があると思う。そういったことから、新規の診断法、治療法の確立、これまで十分に実施されてこなかった医科・歯科の医療連携というものが創出されてくるのではないかと。もしくはそうあるべきではないかということで、今後の課題とさせていただきます。

（第2回専門研究委員会（H22.8.5）村上伸也氏の発言より）

7. 放射線医学・放射線科学領域（「要望書」より）

＜検討をお願いしたい事項＞

1. 現行のモデル・コア・カリキュラム「B. 2（3）生体と放射線・電磁波・超音波の「放射線と生物」」の項では、4項目が示されていますが、これらの内容は、やや包括的な記述のため、実際の教育内容が教育機関間で大きくばらつく可能性があります。そこで学ぶべき内容をより精選したものとするために、いくつかのキーワード（コア）を明記することが望ましいと考えます。

具体的には、同項を、

- 1) 放射線と放射能の種類、性質、測定方法、単位（照射線量、吸収線量、実効線量、生物学的効果比を含む。）について説明できる
- 2) 放射線の人体への影響（急性影響と晩発影響、確率的影響と確定的影響、胎児への影響を含む。）について説明が出来る。
- 3) 放射線による人体への全身障害と局所障害を説明できる。
- 4) 種々の正常組織の放射線感受性の違いを説明できる。
- 5) 放射線の細胞への作用と放射線による細胞死の機序を説明できる。
とすること（下線部の明記）をご検討下さい。

2. 現行のモデル・コア・カリキュラム「D. 4. 「物理・化学的因子による疾患」（3）疾患」の項において、物理的・化学的因子の一つとしての放射線の人体への影響を学ぶことにつき、ご勘案いただければ幸いです。大量の放射線を被ばくした患者であっても、初期の数時間以内にかかる症候は、嘔吐や下痢といった非特異的なものであることから、初期対応に当たった医師が、化学物質の中毒だけでなく、放射線を思い浮かべ、総合的な初期対応を行うことができるかどうかは、患者のその後の治療のみならず臨床現場の二次的な汚染の拡大防止などに大変重要となるからです。モデル・コア・カリキュラムのコアとしての性格を考えれば、いたずらに項目を増やすことは避けなければなりません。最低限の基本的な事項として以下の内容を盛り込むことについてご検討下さい。

④放射線による障害

到達目標

- 1) 放射線の外部被ばくおよび内部被ばくの症候、診断と治療を説明できる。

（独立行政法人放射線医学総合研究所からの要望書（平成22年7月21日モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会委員長宛て）より）

8. 子どもの心の領域（「要望書」より）

<要望事項>

以下の下線部分（小児心身症）の追加を要望致します。

D 全身におよぶ生理的变化、病態、診断、治療

5 成長と発達

(3) 小児期全般

到達目標：

- 1) 小児の精神運動発達を説明できる。

(中略)

- 9) 心身相関を理解し、小児心身症（不定愁訴、起立性調節障害、慢性頭痛、過敏性腸症候群、神経性無食欲症、過換気症候群、不登校）を列挙できる。

G 臨床実習

2 内科系臨床実習

(3) 小児科

到達目標：

- 1) 新生児、乳・幼児期、学童期、思春期の患者およびその家族と良好な関係を築いて、漏れのない正確な情報を取ることができる。

(中略)

症 例：てんかん・けいれん

(中略)

運動・精神発達の遅れ

心身の不調・行動上の問題

成長障害・低身長

【要望理由】

現行コアカリの小児科領域において、虐待と小児行動異常（注意欠陥多動障害<ADHD>、自閉症、学習障害、チック）は学習対象となっているが、「小児心身症」が未掲載である。厚労科研奥野班の調査（2000年）によれば、小児心身症はADHDの5倍以上の受診者数を占め、一般小児科を受診する患者では感染症に次いで多い。日本小児心身医学会は、小児心身症の中で重要な4つの病態（起立性調節障害、くり返す頭痛・腹痛、神経性無食欲症、不登校）について診療ガイドラインを作成した。以上のことから、「9）心身相関を理解し、小児心身症（不定愁訴、起立性調節障害、慢性頭痛、過敏性腸症候群、神経性無食欲症、過換気症候群、不登校）を列挙できる。」の追記を要望する。また実習においては、不定愁訴等の心身の不調、行動上の問題の症例を追記して頂きたい。

なお、精神科領域で子どもの心に焦点を当てた記載はなく、関連する病態は以下のように成人疾患の中で取り扱われている。

C 人体各器官の正常構造と機能、病態、診断、治療

1 5 精神系(精神科領域)

(3) 疾患・障害

- 11) 心身症（摂食障害を含む）の症候と診断を説明できる

△16) 精神遅滞（知的障害）と広汎性発達障害（自閉症）を概説できる。

△17) 多動性障害と行為障害を概説できる。

(日本小児心身医学会からの要望書（平成22年8月10日モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会委員長宛て）より)

(参考)

○ 犯罪被害者等基本計画（平成 17 年 12 月閣議決定）（抜粋）

第 2 精神的・身体的被害の回復・防止への取組

[今後講じていく施策]

(11) 犯罪被害者等への適切な対応に資する医学教育の促進

文部科学省において、犯罪被害者等への適切な対応に資するよう、PTSD 等の精神的被害に関する知識・技能を修得させるための教育を含め、各大学の医学教育における「モデル・コア・カリキュラム」に基づくカリキュラム改革の取組を更に促進する。

○ 犯罪に強い社会の実現のための行動計画 2008（平成 20 年 12 月犯罪対策閣僚会議決定）（抜粋）

第 7 治安再生のための基盤整備

2 犯罪の追跡可能性の確保、証拠収集方法の拡充

⑥ 死因究明体制の強化

死体取扱数の増加に対応するため、的確な検視の実施に資する人員の増強、施設・資機材の整備、死亡時画像病理診断の積極的活用、医師の死体検案に対する意識・能力の向上を推進するとともに、解剖医・解剖施設の充実、大学医学部の法医学講座等との連携促進、監察医制度の更なる活用等死因究明体制を強化するための方策について検討する。

○ 全国自治体病院開設者協議会、社団法人全国自治体病院協議会要望書（平成 21 年 6 月）（抜粋）

1. 医師確保対策について

- 3) いわゆる総合診療に従事できる医師の養成に努めるとともに、専門医の養成・認定においては、地域医療従事等の評価を考慮した体系とするよう、国として早急な対策を講じること。

○ 日本慢性期医療協会要望書（平成 21 年 8 月）

老年医学の継承発展に関する要望書

謹啓 新涼の候ますますご盛栄のこととお喜び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、大学医学部における老年医学講座は近年縮小の傾向にあり、当日本慢性期医療協会としては、国民の福利に少なからぬ影響を及ぼすのではないかと懸念しているところであります。

今後の日本の厳然たる事実として到来するのが超高齢社会であり、今や急性期医療の現場でも患者の3分の2以上が高齢者という時代となっております。高齢者を身体的には成人の一部と考えることは異論が多く、小児科と同じように身体環境の異なった集団として特別な治療が必要とされております。そのため、旧来より各大学に老年医学の講座が創設され、日本でも高齢者に対する医療の学問的研究が進んでいることは誠に評価されるべきことと存じます。

しかしながら、ここにきて老年医学講座の廃止や統合が行われようとすることは、今後爆発的に増加し、老年医療の需要がさらに大きくなろうとする時代に逆行するものではないかと危惧しております。どの診療科においても高齢者の占める比率は高く、小児科など一部を除くすべての診療科で老年医学の専門性が必要とされております。老年医学の視点から診療できる医師の養成を怠っては慢性期医療のみでなく、急性期医療の現場でも的確な診断、治療を欠くことにもつながりかねません。

当日本慢性期医療協会の会員施設では、高齢者の医療を担当する機会が多くある中で全国の老年医学の先生方にご支援をいただき、診療に大いに参考にさせて頂いております。時代背景や日本の現状を鑑みて、医学教育の場においても老年医学の継承・発展についてご高配いただければ幸いです。何卒よろしくお願い申し上げます。

敬具

○ 全国医学部長病院長会議要望書（平成 21 年 10 月）（抜粋）

6. 医学研究を再興させるための具体的政策を直ちに推進して頂きたい。
臨床研修制度などの影響により、基礎医学研究者の志望が激減し、医学研究が沈滞の危機にあります。世界の論文数は 1997 年米国に次いで世界第 2 位でしたが、2007 年には 5 位に後退しました。この 10 年間の論文数の伸びは中国が 505% すなわち 5 倍、韓国 204%；約 2 倍に対し本邦はわずか 5% にとどまり、国立大学医学部全体では 3% 減という惨憺たる状況です。医学研究は医療の質を担保し国民福祉を維持するためには必須のものです。医学研究を再興させるため具体的政策の速やかな推進を求めるものです。

○ 自治体からの要望書（平成 21 年 12 月）（抜粋）

例：茨城県要望書

医 師 確 保 対 策 に つ い て

医療の高度化、専門化に加え、インフォームドコンセントの充実等患者ニーズの多様化や、女性医師の増加など、医師を取り巻く環境が大きく変化する中、医師の絶対数の不足に加え、医師の地域偏在や診療科偏在などにより、全国的な医師不足が一層深刻なものとなっています。

本県の医師数は人口 10 万人対 155.1 人と全国平均 217.5 人を大きく下回り、特に、全国平均の半分に満たない二次保健医療圏があることや、小児科、産婦人科など不足診療科はもとより、内科及び外科等の基本的な診療科においても、医師不足が深刻なものとなっており、本県の医療体制の充実を図るためには、医師確保は緊急の課題であります。

国においては、平成 21 年度から過去最大の医学部入学定員増を図るとともに、臨床研修制度の見直しが実施されたところではありますが、地域における医療提供体制の確保のためには、医師養成に多額の公費負担が行われている現状や医師に求められている公的責務なども踏まえたうえで、現在の医師の勤務のあり方の見直しも含め、さらなる抜本的な対策を進める必要があります。

以上のことから、下記事項について要望いたします。

- 7 今後ますます増加が見込まれる女性医師が第一線で継続して働くことができるよう、保育制度の充実、短時間勤務やワークシェアリング等勤務体制の柔軟化、再就業支援等、就業環境の整備を促進するために必要な措置を早急に講じること。

○ 内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書（平成 22 年 1 月）（抜粋）

厚生労働省

【4. 内服薬処方せんの記載方法の標準化に至る短期的方策】

「3. 内服薬処方せん記載の在るべき姿」に基づき、まず、可及的速やかに着手すべき方策として実施すべきものを示す。

- 7) 医師、歯科医師、薬剤師及び看護師の養成機関においては、内服薬処方せんの標準的な記載方法に関する教育を実施し、内服薬処方せんの標準的な記載方法を基に国家試験等へ積極的に出題する。
- 8) 医師、歯科医師、薬剤師及び看護師の臨床研修等の卒後の教育においても、上記養成機関における対応等を踏まえ、医師臨床研修指導ガイドライン等に内服薬処方せんの標準的な記載方法を明記し、内服薬処方せんの標準的な記載方法に関する教育を可及的速やかに実施する。

○ 日本製薬団体連合会、日本製薬工業協会要望書（平成 22 年 2 月）（抜粋）

わが国の医学研究と医薬品産業の国際競争力を高めていくためにも、今こそ基礎医学研究振興に向けて、早急に下記の施策を講じていただくことを要望致します。

記

1. 基礎医学研究振興を科学技術部門の成長戦略の一環に位置付け、医学部における基礎医学教育の充実と優れた基礎医学研究者が安心して研究活動に専念できる研究費を確保すること。

○ 薬害肝炎事件の検証及び再発防止のための医薬品行政のあり方検討委員会報告書（平成22年4月）（抜粋）

－ 薬害再発防止のための医薬品行政等の見直しについて（最終提言）－

厚生労働省

第4 薬害再発防止のための医薬品行政等の見直し

③ 薬害教育・医薬品評価教育

- ・ 大学の医学部・薬学部・看護学部教育において、薬害問題や医薬品評価に関して学ぶカリキュラムがないか少ないため、関係省と連携してカリキュラムを増やすなど、医療に従事することになる者の医薬品に対する認識を高める教育を行う必要がある。
- ・ 具体的には、医学部・薬学部・看護学部におけるコアカリキュラムや、国家試験の問題作成基準の見直しを含めた検討を行うべきである。
- ・ 医師、薬剤師、歯科医師、看護師となった後、薬害事件や健康被害の防止のために、薬害事件の歴史や健康被害、救済制度及び医薬品の適正使用に関する生涯学習を行う必要がある。

○ ハンセン病問題に関する検証会議の提言に基づく再発防止検討委員会報告書（平成 22 年 6 月）（抜粋）

厚生労働省

第 2 疾病を理由とする差別・偏見の克服、国民・社会への普及啓発

Ⅱ 正しい医学的知識の普及・啓発

- ・ 疾病を理由とする差別・偏見を克服するためには、すべての人が正しい医学的知識を持つことが、なによりも大切なことである。
- ・ 正しい医学的知識の普及・啓発という観点から見た場合、医療従事者の果たす役割は極めて大きい。このため、医療従事者の幅広い専門的知識と高い倫理的視野に対する社会の要請に医療従事者が応えられるよう、国・地方公共団体、大学、研究機関は、医学系・看護系教育の強化、充実、海外の知見や国内の少数意見を含め、正しい医学・医療の知識・情報を提供するためのシステムの構築を図っていかなければならない。さらに学術的根拠の解明が恒常的に推進され、啓発活動に資するよう、学術的研究体制の充実、研究者の確保、育成に努めなければならない。

○ 慢性の痛みに関する検討会報告書（平成 22 年 9 月）（抜粋）

一 今後の慢性の痛み対策について（提言） 一

厚生労働省

3. 今後、必要とされる対策

(2) 教育、普及・啓発

- 医師、看護師等の医療従事者の育成において、慢性の痛みに関する診断法や対処法等を、初期教育や卒前・卒後教育において実施することが必要である。これらを教育プログラム等に反映させるような取組が望まれる。