

問題解決能力の修得は、問題発見（1年次）、問題解決（2、3年次）、さらに臨床推論（4年次）へと段階的に習熟度が増すようなカリキュラムを編成する。このようなカリキュラムが充実し、効率的に運営されるには人材と経費に対する国家的な補助が必要である。

6) 臨床経験（患者やコメディカルとの接触）のカリキュラム

コミュニケーション教育については、低学年の入門教育から4年次の医療面接へと繋がるような順次性のあるカリキュラムを構築する。チームワーキングについても、医療系の他学科学生との共習科目を設定するなど、他職種間の連携教育カリキュラムを取り入れる。

3. 共用試験（CBT, OSCE）

現在、全国の医科大学・医学部が人材と資金を出し、国家試験としてではなく、医療系大学間共用試験実施評価機構が、医学部・歯学部からの人材の集合体としてそれぞれの大学の学生の評価を行っている。今後とも本共用試験実施評価機構が、医学部の連合として試験実施体制を堅持し、将来的には、本医療系大学間共用試験実施評価機構を拡充し、主体的に機構がモデル・コア・カリキュラムを作成し、それを共用試験として実施していくべきと考える。これにより大学が自ら率先して臨床実習開始前に学生が十分医療実習を行うことができる知識、技能と人間性を有していることを患者および社会に責任をもって「保障」していること示すこととなる。このことは国の管理ではない一種の「公的な認証」制度の構築につながるものであり、社会に対し積極的にアピールしていくべきである。

共用試験の開発や実施を通して培われてきた大学間の「相互評価」システムは卒業レベルの試験にも応用が可能である。後述する「大学間に共通する卒業レベルの到達目標」をCBTやOSCEを共用試験のスタイルで実施することで、さらに大学がそのプロダクト、すなわち学生の最終的な評価を怠っていないことを社会に示すことができる。

1) 共用試験の費用分担

知識（医学、医療全般にわたる基本的な知識）と技能（臨床実習開始前の基本的な技能）に対する試験（共用試験）の費用分担については大学により対応が様々である。このような状況は好ましくものではないので、全国医学部長病院長会議として一定の共通認識を持つことが必要である。

2) 共用試験の位置づけ

臨床実習開始前の共用試験（CBT、OSCE）が正式実施されるようになったが、この試験に合格することにより、当該学生が臨床実習を行うに足る準備状態にあることの証明となるような「資格試験」として位置づける必要があると考えられる。これにより学生が臨床実習を行うに際し、患者との了解が円滑に図られる事が望ましい。なお、この際、従来のカリキュラムによる教育成果を担保した状態で、かつ新たなカリキュラムに基づいた教育を行うことが、現有の教育スタッフでは絶対数においても無理なのでこの改善、国家的予算の確保が必要である。

3) 共用試験の成績

共用試験の成績が学生のその後の将来を決定するようなものになると、共用試験はその本来の目的を失ってしまう。すなわち、点数獲得技術により、OSCEは形骸化し、CBTは暗記学習を促進することになる危険性もある。したがって、共用試験の成績は「点数」としてではなく、「合否判定」として利用すべきで、序列を決めるような試験にしてはならない。共用試験はあくまで、精度の高い「断面的な評価」であることを忘れてはならない。共用試験によって、学生の成長を測ることはできない。それゆえ、各大学は、共用試験の成績のみで、自校の学生の進級を判断すべきではない。あくまでも、学生の進級はその大学で行われる試験等によって決められるべきである。

4) 共用試験とマッチング

臨床実習前の「共用試験」の成績を臨床研修のマッチングの際に利用する病院もあるといわれる。決して好ましいものではない。共用試験はあくまでも、臨床実習開始前の能力判定であり、臨床実習で学生が何を学んだかを測るものではない。臨床研修のマッチングでは研修を行うのに必要な臨床能力がどれだけ習得されているかをみて順位付けを行うべきである。

5) 医師不適格者の判定

共用試験の成績などの評価結果を参考にして、将来医師となる者として不適格であると判定した場合は、進路変更が可能なような制度を設けることが好ましい。しかし、共用試験は不適格者を選定することを目的としたものではないので、不適格か否かは大学が責任を持って総合的に判断すべきである。この際ある一定の全国共通の基準・ガイドラインを作ることも検討すべきである。

4. 5年目～6年目：モデル・コア・カリキュラム（臨床実習）

5、6年次の教育は実践的臨床実習の導入期と位置づけられる。このカリキュラムに入門するには4年目の共用試験を合格していることが必要条件であり、このことにより患者、社会より学生が臨床実習を積極的に行えることのコンセンサスをえる。

この期間には、基本的診療（臨床）能力の教育が重視される。このため、臨床実習の場を多様にする必要があり、地域の医療施設等での実習の比率を高める必要がある。この際、医学生の臨床実習において一定条件下で許容される基本的行為の例示が厚生労働省から1991年に出されたが、全国大学が自ら共通に現行法の範囲でより实际的・実践的な手技が修練できる臨床実習方法・レベルを再度明確にする必要がある。

1) 診療参加型臨床実習の充実

診療参加型臨床実習（クリニカルクラークシップ）のカリキュラムを充実させるには、従前の臨床実習のように2週間ごとの全科ローテーションでは単なる「見学型実習」になってしまう。これを改善する一つの方法としては、①基幹科目の臨床実習（内科、外科、小児科、産婦人科、救急医学など）、あるいは②臓器別臨床実習とし、診療科を越えたカリキュラムを編成する必要がある。この際内科、外科系以外にも診断・治療系としての皮膚科、眼科、耳鼻科などを組み込む必要があるとの考えもある。しかし後述するごとく、このような枠組みを構築しても実際に学生が行うことの出来る医行為を明確にし、同時に学生・教員が2年間の臨床実習を十分行うことが出来る環境を先ず整備する必要がある。

2) 大学病院での総合診療教育の構築と充実

大学病院での総合診療教育の構築と充実が必要である。大学附属病院の「総合診療科・総合診療部」のとらえ方や機能が大学病院間でも大きく異なっているので、画一的に「総合診療科・総合診療部」の教育機能を定義することは困難である。総合診療科・総合診療部には、①外来教育の導入教育、②地域医療教育のコーディネーターなどの機能を期待する。従い総合内科かあるいは更に広い診療科などとその概念を定義づけることがまず必要かと思われる。

多くの大学病院において総合診療科が、その期待される機能をしていないという現実を無視はできない。また、一般社会やマスコミ、政治家などの医療に対する期待はあまりにも現実離れしているため、欧米諸国で機能している「総合診療科」は存在できない可能性もある。もし総合内科と位置づけるのであれば、総合診療科の充実を図るためには、臓器別診療科との連携や守備範囲の厳密な設定が不可欠である。

3) 地域医療（診療所）実習の充実と中核実習病院の構築と密なる連携

大学附属病院、地域病院、地域診療所、在宅での臨床実習を組む。実習の場が実習内容を決める。特定機能病院のみで臨床実習を行えば、それは国民の医療ニーズの数パーセントの場面しか学生は学べないことになる。また、継続外来指導などの内容は全く含まれないことになる。5、6年次の臨床実習に積極的に地域に基づく医学教育(Community-based Medical Education)を取り入れ、初診外来、継続外来、生活支援などの学習チャンスを作っていく。総合診療科(部)と本カリキュラムの充実により後述する卒後初期臨床研修における地域医療研修の充実や、専門医への中・後期研修への移行導入などの重要課題に使うことができるようになる。

この際、臨床教授制度をより柔軟に適応できるように改善することが重要である。臨床実習病院には臨床教授がいることを条件にするなどの対策が必要である。

更に附属病院だけでなく、積極的に地域を臨床実習の場にしていく時に、地域医師の教育能力の開発が必要になっていく。各大学は地域医師を教育資源として考え、そのためのFDを開催していく必要がある。医師養成は国民的目標であり、その目標達成のために大学と地域が協同していくシステムづくりが重要である。大学は地域の教育力を卒前臨床実習教育に活かしていく方策を実施していかなければならない。

4) 臨床実習と臨床研修での到達目標の重複

コア・カリキュラムで要求する臨床能力と、初期研修で要求する研修内容・到達目標とに重複が多く、多くの学生は研修で学べるのであれば学生の時に必ずしも熱心に行う必要性を感じていないという意見がある。卒前の臨床実習と卒後の臨床研修の到達目標は本来的には異なるものであり、それらの「重複」は避けなければならない。

学生は小さな道義的責任を監督者のもとで果たし、研修医は中等度の道義的責任を指導医のもとで果たし、研修後は一人の道義的責任の下で患者診療を行う。この道義的責任の重さの違いは知識と経験の違いに裏打ちされ段階的に上げていかれるのが医師の修練である。この際自ずと個々の修練段階において知識と経験に対する到達目標が異なっていくし、異なるべきである。技術習得における新参者から中堅そして古参者への成長が、臨床実習から研修を経て、専

門医・高度医療職業人へと段階的に異なる到達目標を設定し一人前の医師への成長となる形態で行われていくべきである。

一方各大学での教育姿勢によって、卒業生の臨床能力に大きな差が出て、それが研修の現場での混乱を惹き起こすことは避けなければならない。卒業時の臨床能力を大学がその責任で保証し、その能力をさらに伸ばすための研修という順次性を確立しなければならない。そのためには後述するように卒業時における OSCE の導入などの改善策が必要不可欠と考える。

5) 学生の医行為前教育について

学生が臨床実習で行う医行為は「診療技能トレーニング」ではない。基礎的診療技能トレーニングはスキルス・ラボで行えばよい。学生が臨床実習で行う医行為は、学生が診療チームの一員として患者診療に携わる時、学生が患者さんの役に立つためのものである。その意味で、学生が患者さんの役に立つための「医行為」を十分なスキルス・ラボでのトレーニング後に許容していくという考え方が必要である。

6) 医療安全教育

医療安全をテーマとする系統的な卒前教育の構築が喫緊の課題である。医学部・医科大学は自らの責任で学部教育でのコミュニケーション能力やプロフェッショナリズムの教育充実、そして更にもまして教育病院としての大学病院のさらなる運営の改善による教育現場での患者と医療者の安全を確立すべきである。この具体化の一つの方策としてモデル・コア・カリキュラムに記載されている医療安全に関する到達目標を具体化するクリニカルクラークシップの充実を図る必要がある。一方、医療安全教育やシミュレーションを利用した技能教育、SP を利用した患者への対応などの教育には十分な指導医教官（教員）の絶対数が必要不可欠である事も社会に認識してもらう必要がある。

5. モデル・コア・カリキュラムの充実と効率化にむけた教育施設の充実と指導医の養成・確保

1) モデル・コア・カリキュラムの充実

モデル・コア・カリキュラムを示すことは本来当然のことであったが、従来は国家試験問題の内容がその指針となってきたものと思われる。それを到達目標として具体化して、学習者に示したことは大きな改善である。

同一レベルの教育を、ほぼ同じレベルの教育体制で行った場合、教育の成果

と教員の労働時間はほぼ比例することは自明である。教育スタッフの充実を要求するということは、現在の教育スタッフでは教育の改善はできないということを謳っていることに等しい。従って、現在の教育スタッフで可能な範囲を示すことと、現在の教育スタッフでは既に限界に到達していて、今後ブラッシュアップを計るためには明確な国家予算の保全と教育スタッフの充実が必要である。

2) 卒前教育と卒後研修の関連

近年、全国の医学部・医科大学において、医学教育の改革は目覚ましいものがある。これは、単に CBT や OSCE が共用試験として行われるようになったからではなく、それ以前から各地で行われつつあった医学教育ワークショップ等の医学教育 FD の普及にあると考える。すなわち、講義中心のカリキュラムや見学型の臨床実習等の古い医学教育の悪しき面が次第に排除され、自主的にチュートリアル教育や OSCE が行われるようになり、その後、2001年3月に医学・歯学教育のあり方に関する調査協力者会議から「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」が示され、共用試験が実施されるようになった経緯で、コア・カリキュラムや共用試験は医学教育改革の途中経過とも言える。しかしながら、卒後研修必修化は、むしろ古い卒前医学教育をイメージして、これらすでに進みつつあった卒前教育の大きな改変を認識せずに導入されたものという声もある。その結果、研修医にとっては、卒前臨床実習の単なる繰り返しの「研修」をしているという意見も生じている。初期研修プログラムの大半は卒前教育に取り込まれており、これら重複の削除を十分検討しなければならない。卒後の初期臨床研修では competence-based な評価を加え、確実に基本的臨床能力が身に付き、専門研修への準備状況が「一人の医師」として身に付くことを目指していかなければならない。

3) 指導医の養成・確保

指導医の養成と確保は極めて重要である。このためには

(1) 卒前のクリニカルクラクシップと卒後初期臨床研修の教育内容の整合性を十分に図り、卒前臨床実習と卒後臨床研修の役割を明確にし、相互補完の形で重複を省き、これにより教育スタッフのマンパワー不足の改善を図る。

(2) 学生の指導方法、医師として必要な理念、卒業時モデル・コア・カリキュラム、現行法の範囲で医学生に許容されるより実際の・実践的な医行為などを十分理解して教授できるスタンダードな指導医の養成と確保を、FD などを通じて図る。

(3) 全国での指導医養成プログラムを充実させ、指導医レベルの向上と均一化を図る。

(4) 指導医の教育・研究・診療活動などにおける割合を明確にし、それに応じたキャリアシステムの構築を図る。同時にエフォート制を導入し、明確にし、しかも納得の行く評価方法を確立し、人事に反映されるような柔軟な体制の構築が必要である。

4) 医学教育センターの設置

現在、全国の医学部・医科大学で、医学教育のための専任教員を置き、さらに医学教育センターないし医学教育講座を設置しているところは少なく、とくに国公立ではきわめて少ない。このような部門は、単にカリキュラムを運営したり CBT や OSCE を実施するのみでなく、様々な教育評価を実施し、学生・教員・事務組織にフィードバックを行い、また、医学教育の FD を絶え間なく推進していくもので、医学部・医学科組織の中核となるものである。教員定員の削減や予算不足を理由にこのような重要な部門を設置しないことは、空論の医学教育改革に終わることは明白である。すべての医学部・医科大学に医学教育センター・講座を設置することが望ましい。併せて、臨床技能研修センターないしスキルラボの設置も必要である。この際教育専門教員と学務系専門職員の増加を図る必要があり、その財源と人材を以下に確保するかが問題である。高度化する教育事務や教育予算の獲得執行を業務とする部署を作る事を考慮すべきであろう。

6. 全国の大学共通の卒業到達目標の設定

全国の大学共通の卒業到達目標（卒業時モデル・コア・カリキュラム）の設定を強く提言する。また臨床実習でどのような能力の獲得を学生に求めるのかを明確にするためにも Advanced OSCE は卒業時 OSCE として取り入れるべきである。わが国の臨床実習レベルは明らかに英国、米国、カナダなどの国々より劣っている。それは英国での Final OSCE の課題を見ても明白である。試験が学生の学習を促すので、卒業時での OSCE の導入は急ぐべきである。国家試験に OSCE が導入される、されないに関わらず、全国大学医学部・医科大学が共同し責任をもって、医学教育における技能教育とその評価を行う。このためには自主的、自律的に共用試験 OSCE の形式などで卒業時 OSCE を行うべきである。

これにより、医学部・医科大学卒業生の質を社会に対し担保することができると考える。同時に卒業時における全国の大学に共通する到達目標を設定し、その中に学生に認められる、または習得すべき診療参加型医行為を明示する。

これら一連の要件が患者の学生実習に対する不安を取り省くことに役立つであろうし、学生の臨床実習に対する我々教育者の社会へのアカウンタビリティでもある。さらに全国の大学共通の卒業到達目標の設定が6年目学生の臨床実習に対するモチベーションの向上につながる。しかし、現実的にこれらを効率的に有機的に実行するには教育現場のスタッフの充実と十分な財源が必要である。一方このようなシステムを構築することは後述する現行の国家試験の改善につながることも期待が出来るので行政との積極的連携も平行して視野に入れ、十分な財源とスタッフの裏づけを確保しつつ具体的実現方策を計画すべきであろう。

1) モデル・コア・カリキュラムの卒業時検定に記載される能力（コンピテンス）

コンピテンスのレベルは、研修医が初期研修を問題なくスタートできるレベルとする。卒業時の医学生の教育・実習アウトカムの検証を全国レベルで行う方策を全国医学部長病院長会議が自主的に早急に打ち立てるべきである。

2) 卒業時モデル・コア・カリキュラムによる卒後初期研修の到達目標との重複回避

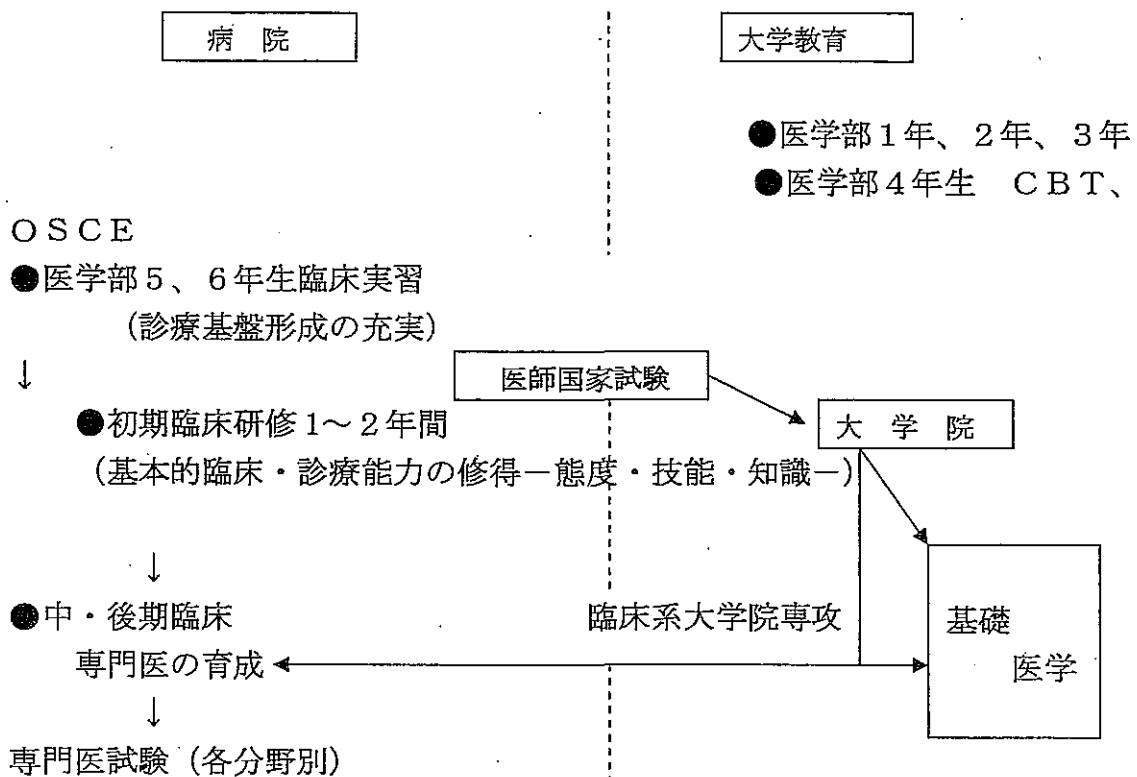
現在の卒前臨床実習教育と卒後臨床研修とは多くの重複がある。先ずこの重複を回避する事により、卒前臨床実習から卒後臨床研修にいたる継続性（一貫性）を担保できる。卒後臨床研修の到達目標を研修医が卒前臨床実習と異なることを認識できるように書き換えて行くことが必要である。

3) 卒業時モデル・コア・カリキュラムで医学生が行える医行為明示

前述したごとく、現在混乱している医学生の臨床実習を充実させるためには、医学生に許される実践的臨床実習の内容を現時点の医療環境にあった条件で新たに設置する必要がある。これによりコア・カリキュラムにおける学生の医行為が担保され、それに基づく OSCE も実施可能になる。

7. 大学医学部と大学病院との連携と役割分担

大学医学部・医科大学講座と病院は、それぞれの役割分担をもっており、各々の役割を明確にする必要がある。しかし一方では、学生の臨床実習、臨床系大学院生の臨床研修において病院は学習の場でもある。両者の緊密なる連携が必要不可欠である。



8. 国家試験

1) 理念の再確認

知識 (医学、医療全般に渡る広く深い知識)、技能 (初歩的実践的医療技術一般)、態度 (医師としての人格、態度、習慣) に対する評価を行う。ここで評価される知識、技能、態度のレベルは、医師として卒後研修を開始するのに必要な基本的な臨床能力であり、それ以上に高度である必要はない。国家試験の内容は、卒前の医学教育の到達目標との間に整合性がなければならない。

2) 技能、態度に対する試験方法の導入

国家試験について医師法の第9条では、「医師国家試験は、臨床上必要な医学及び公衆衛生に関して、医師として具有すべき知識及び技能について、これを行う。」と規定している。患者の4割が国家試験には実技試験が含まれていると思っているという報告もあり、現状の教科書的知識のみを評価する国家試験には問題がある。臨床的スキルに関する知識を問う問題にシフトすべきである。更にスキルを評価するように国家試験 OSCE の導入を目指すべきであるが、直ちに困難であるならば大学間で卒業時 OSCE を実施し、卒業生の能力保証をしていくべきである。既に共用試験 OSCE がほぼ全医学生を対象に2006年度より正式

実施され、臨床実習を開始するのに必要な基本的な能力が担保されるようになった。卒業時の共用試験 OSCE が実現すれば、卒後研修を開始するのに必要な能力を担保することが可能になり、大学が責任をもって卒業生の能力を保証することにつながる。

この際、大学は責任を持って OSCE で技能を評価することの信頼性、妥当性について充分検証をする必要がある。医学教育の一貫性の観点から国家試験の時期自体についても検証・提言すべきである。

第2章 医学部（医科大学）卒業後の検証とグランドデザイン

医学部（医科大学）卒業後の医師養成は卒前の学生臨床実習を充実と密接に連携しており、両者の一貫したグランドデザインを構築することが必要不可欠である。新臨床研修制度の研修内容は欧米では卒業前の学生臨床実習の中で行われていることが多い。卒後の臨床研修制度の理念と到達目標を再確認し、研修内容の見直しと検証を行い、よりよき制度の構築を図る。

1. 臨床研修制度

1) 理念：医療一般と救急医療に関する深い造詣と実践的医療知識・技能の獲得即ち「基本的臨床・診療能力の涵養」

新研修制度が目指している“プライマリケア”の概念には、救急対応能力（軽症から重症、超急性から亜急性）が含まれているが、救急医療研修の充実を図りそれを初期研修の主要な研修項目とすることが望ましい。しかしこの際注意すべき事は“プライマリケア”を十分行うことの技能と知識を持つには多くの研修と経験が必要である。臨床研修の理念は将来のプライマリケアを含めた認定医、専門医・高度医療職業人となるために必要な“基本的臨床・診療能力の涵養”であり、その目的はこの研修がその先どのような専門に進むにせよ、医師としての基本ベースになる経験をつむ事であるとすべきである。

2) 課題の整理と改善：

(1) 1年目、2年目の臨床研修の検証

従来、卒前臨床実習と卒後研修で重複のあった保健所などでの実習・研修を卒業前のコア・カリキュラムの中で行うことが出来ると考えられる。しかし研修が「基本的臨床・診療能力」の養成とすると、当然研修でも一定の「地域での経験」が重要である。卒前臨床実習、卒後臨床研修間の整合性が必要である。地域医療施設での実習・研修は、卒前、卒後と繰り返しスパイラルに行うことが重要であり、医師になってから地域医療を実践してみることは大切なことである。

さらに2年間の研修のうち1年間を基本的なコア診療科研修(例えば、内科、外科、救急など)に絞り、残された1年間の研修は専門医・高度医療職業人養成などへの移行期として捕らえるカリキュラムを構築する。

(2) 研修施設基準の見直し

臨床研修の本来の到達目標と地域性(研修医の定数、配置などを含む)を考慮にいれ、現状のプライマリケアに重点を置いた施設基準から①「基本的臨床・診療能力の涵養」のための十分な研修をおこなう教育研修施設であり、②専門医・高度医療職業人養成を視野にいれた地域バランスを考慮した条件を含む厳しい施設基準に変更する。

(3) 研修終了の評価

アメリカの制度と比較した場合、卒後の資格検定制度(医師資格、専門医認定)は明らかに基準が甘い。現在導入されたばかりの臨床研修制度においても、医師国家試験に合格した以降の研修成果を検定する制度は設けられてはいる(EPOC等)が、効果的なシステムとなっていない。これでは、研修制度が何らかの役に立っているのか、役に立ったのか、などの評価や品質保証になるはずはない。医師法改正により、病院管理者になるためにこの研修が義務化されたにもかかわらず、その研修の成果が客観的に評価されるものでなく、あまりに杜撰な制度であるとしかしいようがない。臨床研修のアウトカム評価のための「研修医」、「研修施設」評価の適切なる施行が必要である。

(4) 「プライマリケア」について

卒後臨床研修で研修医が十分なプライマリケアの能力を獲得するのはまったく不可能と言わざるをえない。僅かな期間の研修でローテイトする診療科の専門的知識・技能が備わるとは誰も思っていない。卒後研修制度で研修したすべての研修医にプライマリケア能力があると認定したとすれば、まさに中途半端な医療技術を持つ同様の医師を世に送り出すことになる。従い新臨床研修制度の導入の趣旨である“全ての医師にプライマリケアに対応できる臨床能力を涵養”という文言は適切ではない。“基本的臨床・診療能力の涵養”と改めるべきである。

3) 大学病院での臨床研修の改善

研修プログラムの診療科を横断する理念と到達目標について十分な検証を行い、教育内容の濃い魅力ある研修プログラムの構築を図り、広く明示する。

(1) 大学病院と中核研修病院との連携

大学病院と中核研修病院との密なる関係を図る事により十分なプライマリケア医学の研修が出来る体制を構築しつつ、管理型臨床研修を充実させる。

(2) 研修環境の整備

研修医の研修以外の負担を軽減する対応（例えば、他の職種との業務分担、看護補助員の確保など）を配慮する。更に研修宿泊施設などの環境面の改善を図る。

(3) 指導医の確保

指導医の絶対数を増やし、研修医に対し十分な教育を行うことの出来る環境を充実させる。

4) マッチング制度の見直し

(1) 学生臨床実習への障害

マッチング制度のため、多くの医学部の学生は5年次の夏休み前から有名研修病院の見学、実習、面接などに飛び回っている。将来を左右しかねないマッチングのためということの名目に、正規の学部臨床実習が障害されているとも聞いている。大学では、そのような時の正規の実習を休むことは許可していないが、学生のローテイト先の担当者はしぶしぶ許容している。特に6年次では、6-7、8月には多くの研修病院でのマッチングのための面接試験あるいは実習が設定されており、医学教育は学生の側からみると5年で修了しているかのようにも捉えられている。学生にとって6年次は、マッチングのための面接、卒業試験、そして国家試験のための受験勉強の時期となっており、ここでは「臨床実習」の影はきわめて希薄になってしまっている。このままでは医学教育は5年で充分と誤解されかねない。現状でのマッチング制度は、臨床実習のありかたに重大な影響が出ている。現状では国家試験との兼ね合いもあり、夏期休学期間に限定するなどの暫定的処置が必要である。

(2) マッチング先病院情報の開示と施設見学時期の限定

一方、卒業後の良い研修病院を見つけるにあたり、各研修病院はインターネットなどを通じて学生に十分情報を公開する工夫や病院見学を大学の臨床実習の休みとなる夏季休暇期間に限定するなどの改善が必要である。

(3) 地域別定数制の導入