

医学教育制度の刷新*1

高久史磨*2

1. 入学者選抜

国公立の医科大学では全て入試センター試験と学力試験が、また、私立医科大学では大学独自の学力試験が行われている。学力試験以外に面接、小論文を入学志願者に課する大学が多く、推薦入学の制度も約半数の医科大学(医学部)(以後医科大学に統一)で採用されている。このことから医師としての資質・適性の評価の方法として面接を重視し、それに小論文、高等学校の調査表を加えて総合的に判断する努力が多くの医科大学でなされているといえる。しかし、限られた時間内で受験生が医師としての資質を有しているかどうかを判断することはきわめて困難で、受験生の学外でのボランティア活動をはじめとする学力以外の活動を評価したり、より多くの時間を面接にかける、など大学側のより一層の努力が必要である。

医学生選抜に関連して、“アメリカのように4年間の大学教育を受けた学生が4年制の医科大学に入学する制度の導入が望まれる”と、文部省の21世紀医学・医療懇談会の第一次報告書¹⁾の中で提案されている。

受験生が高等学校を卒業した時点で自分の将来を決めることが困難なことは以前から指摘されており、大学の4年間で幅広い教養を身につけ、その結果医師となることを決断した学生が医科大学に入学することは理想的であるとも考えられる。しかし、現在ただちに全面的にこの制度を導入することについては、わが国ではリベラルアーツ型の学部教育が十分に実施されている大学や学部が

少ないこと、この制度は医学教育の実質的な2年間の延長になること、などを考え慎重に対応すべきであろう。なお、大阪大学、東海大学ではすでに他学部の卒業生が一部学士入学の形で入学することが行われている。また、これから新入生の一部を学士入学者にあてることを計画している大学もある。これら学士入学者の卒前、卒後の評価を十分に行う必要があるであろう。

2. 大学設置基準の大綱化と一般教育のカリキュラムの改変

わが国の医学教育の最近の変化の中でもっとも大きなものは、1991年に文部省から出された大学設置基準の大綱化である²⁾。

この大綱化によって従来の医学進学過程はなくなり、各大学は自主的に独自のカリキュラムを組むことが可能となった。したがって、第二次大戦以後約半世紀近く続いてきた新制大学制度に初めて教養部廃止という大規模な改革が行われたことになる。医学教育に関する議論の中で長い間論議の対象となってきた医学進学過程の問題に、各大学が自分らの意志で大きな改革を加えることが可能となったことの意義はきわめて大きい。事実1996年に全国医学部長病院長会議が行ったアンケート調査³⁾の結果でも、一般教育のカリキュラムの改変を実施した大学は92%に達し、6年間一貫教育を行っていると回答した大学も52%に達していた。一般教育改革の内容としては、一般教育の授業時間の短縮、科目選択制の強化、専門教育へのearly exposure、英語教育の重視などが目立っている。しかしながら、反面、上記の21世紀医学・医療懇談会第一次報告では、“医療人には幅広い教養を持った感性豊かな人間性、人間への深い洞察力、倫理観、生命の尊厳についての深い認

*1 Reformation of Medical Education.

キーワードズ：テュートリアル、総合カリキュラム、救急医学、クリニカル・クラークシップ、大学評価

*2 Fumimaro TAKAKU 自治医科大学

識を持つ事が強く求められており、医療人育成における人間教育、教養教育の重視を徹底する必要がある。その為には人間的に成熟した幅広い教養教育を修得した後に医療に関する専門的な教育を行なう事も考えられる”，と述べられているように、インフォームド・コンセントの強調など患者の権利の意識が高まりつつある医療の現場の変化を考える時、従来の教養課程の授業内容を、いかにして上述のような医療人としての人格の形成を目指した方向に変更するかは、医学部の一般教育の教員としてふさわしい人材の確保などを含めて、各医科大学に課せられたきわめて大きな課題である。

3. 専門教育のカリキュラム

1) 統合カリキュラムとテュートリアル教育

基礎医学教育が6年一貫教育の中に組み込まれる傾向が医科大学において目立っている³⁾。また、いわゆる臓器別統合カリキュラムとして基礎医学の教育を臨床医学の教育と関連した形で教育することが以前から各医科大学でさまざまな形で行われていることは周知のごとくである。統合カリキュラムが教育効果をあげるためには、各授業科目間での教育内容に関するコーディネーションが必要で、その内容の医学・医療の進歩に伴う変更につねに心掛けないと、統合カリキュラムが形だけのものになってしまう恐れがあるであろう。

従来、医科大学では基礎医学教育の中での実験実習と臨床医学教育の中の臨床実習を除けば、教育は全て講義形式で行われてきた。いうまでもなく、講義形式には、その時間の間1人の教員で1～2学年生全体の教育を効率よく行うことができるという利点があるが、学生が読みやすいように工夫された教科書が多数出回っている現在では、学生を飽きさせないユニークな講義を行うことは、話術などに特別な才能をもった教員でない限りなかなか困難である。事実、講義への学生の出席率が低いことが以前から各医科大学で指摘されており、このことは現在でも変わりが無い。

このような講義への出席率の低下に対する方策の1つとして注目されているのが、テュートリアルと呼ばれる少人数教育である。テュートリアル教育は、一定の問題について少人数からなる学生

グループが討論し、学生自身でその問題を解決する方法で、カナダのマクマスター大学での医学教育改革に際して初めて試みられた方法⁴⁾である。このテュートリアル教育は、その後各国の医学教育にさまざまな形で取り込まれているが、わが国においても1990年に初めて東京女子医科大学でテュートリアル教育が全学年の教育に全面的に取り入れられた⁵⁾。テュートリアル教育は学生自身の問題解決能力を高めるとともに、少人数のグループの中で各学生がそれぞれの役割を果たすため、当然、出席率もよく、東京女子医大におけるテュートリアル教育の成果が注目されている。

テュートリアル教育では多数の学生グループが作られることから、当然多人数の教員の教育への関与と数多くのカンファレンスルームが必要である。したがって、テュートリアル教育は、各疾患のセンターを数多く有している東京女子医科大学のような規模の大きい医科大学で初めて可能であると考えられてきた。しかし、1996年から国立の岐阜大学医学部でも全学年にテュートリアル教育を行うことが始められた。国立の医科大学という限られた教員の数と教室の数の所で、全学年のテュートリアル教育を実施することはきわめて困難ではないかと推定されたが、現在のところ順調に進行し、学生の出席率、勉学への意欲も向上したとのことである。テュートリアル教育の実施は当然教員の教育への負担が増加することを意味する。したがって、その導入には教員の賛同が必要であるが、東京女子医科大学、岐阜大学医学部では、その実施にあたって学長、医学部長の熱意とテュートリアル教育に強く賛同する一部の教員の実行力があって初めて全面的な導入が可能となったとのことである。テュートリアル型の教育をカリキュラムの一部に取り込んでいる医科大学は少なくないが、全面的に取り入れている上述の2校での教育への成果のいかんによっては、今後、全面的に取り組む医科大学が増えてくるのではないかと考えられる。

なお、指導体制の充実を図る目的で文部省は1993年から大学院生をteaching assistantとして採用する制度を開始した。この制度を大いに利用することを考慮すべきであろう。

2) 総合診療科と救急医学講座

臨床医学の進歩に伴って診療の内容が専門分化し、診療に従事する医師がもっぱら各自の専門の病気の患者を診療するようになることは、医学の進歩に伴っておこる当然の帰結といえよう。患者のほうも自分の病気の専門家によって診療されることを望んでいる。とくに大学病院が1993年7月公布の医療法の改正(1994年4月施行)によって特定機能病院となり、外来診療においても実地医家から紹介される患者の比率を高めることが求められるようになってから、高度先進医療の担い手としての大学病院の存在がさらに強調されるようになった。しかし、反面、大学病院には医学生、ならびに卒直後の臨床研修医がおり、彼らの教育にはプライマリ・ケアや救急医学の教育が不可欠である。特定機能病院として、高度先進医療を中心とした医療を行い、外来も紹介された患者を中心に診察するという医療体制では、学生や研修医に対してプライマリ・ケアの教育を行うことは困難である。一方、医学生や研修医に対するプライマリ・ケアの教育の必要性を強調する意見が世の中に広くあることも事実である。このような矛盾に対応する方法として、すでに1997年の時点で佐賀医科大学、京都大学、北海道大学をはじめ13の国立の医科大学において総合診療科が設けられ、学生や研修医に対するプライマリ・ケアの教育の場となっている。しかし、総合診療科の運営を円滑に行うためには、各診療科からの協力が不可欠であり、大学全体として総合診療科の機能をどのように運営するか、学生や研修医へのプライマリ・ケア教育の成否がかかっているといえるであろう。なお、学生に対するプライマリ・ケア教育の一貫として、実地医家の所やへき地の診療所で学生が一定期間研修することが一部の医科大学で行われている。診療の第一線に出向いての実習は、プログラムの組み方によっては有効なプライマリ・ケアの教育となるものと期待される。

医学生にとってプライマリ・ケアの教育と同様に重要なのは、救急医学の教育である。1997年の段階で31の医科大学に救急医学の講座ができていたが、救命救急センターとして活動しているのは、その中の一部の私立医科大学の救急部のみである。医学生は必要に応じて救命救急センターに

出向いて教育を受けるべきであろう。

3) 臨床実習と Clinical clerkship

医学生の病室における臨床実習は、少人数の学生グループによる bed side learning の形で全ての医科大学において行われており、その期間も2学年にわたって行われている大学が半数を占めている³⁾。従来、わが国の医学生の臨床実習は、見学に近い形で行われることが多く、学生が主治医に近いような形で患者の診療にあたる、いわゆる clinical clerkship と呼ばれるアメリカ型の臨床教育に比べて、その非効率性が指摘されてきた。しかし、1991年の厚生省の「臨床実習検討委員会」の報告⁶⁾に基づいて、医学生がある程度患者の診断、治療に直接関与することが可能となり、その結果、clinical clerkship の形の臨床教育を実施する医学校が増加してきている。しかし、アメリカの医科大学および関連教育病院に比べて、はるかにスタッフの数が少ないわが国の医科大学で、clinical clerkship の形で十分な臨床教育を行うことが困難なことは、以前から指摘されている通りである。新設の国立医科大学では、設立当初から教育関連病院を有し、医学生の臨床実習を関連病院でも行っているが、教育関連病院では大学病院よりもさらにスタッフの数が少ないのがつねである。上記の21世紀医学医療懇談会の報告書⁷⁾では、臨床教授(臨床助教授・講師も含む)制度を設け、大学以外の医療機関などに属している臨床経験の豊かな優れた人材が、医学生の教育に参加する制度の創設を提唱している。今後、大学以外によい人材を見出し、医学生の教育に活用することが、大学の管理者に課せられた重要な課題の1つになるであろう。

Clinical clerkship の場での指導者の不足を補う方法の1つとして、指導教員の下に医員、研修医、学生がチームを組んで患者の診療にあたり、そのことによって医員、研修医も直接学生の指導にあたる方法を採用することが推奨されている。また、2学年の学生が臨床実習を行っている場合には、上級生が下級生を指導する体制を作ることが望まれる。人に教えることが本人にとってもっともよい勉強になることはつねに強調されるべきであり、アメリカの医科大学の clinical clerkship では以前からこのことが広く行われている。

わが国の臨床教育では欧米の臨床教育に比べて問診や physical examination などの基本的な診察技法に関する教育が不十分で、画像の解説など検査結果の解説に多くの時間が費やされる傾向がある。基本的な診察技法に関して、不十分な教育しか受けていない医学生が、その後研修医となり、やがて大学のスタッフになる。当然、その教員は医学生に基本的な診察技法を正確に教えることができない。また、基本的な診察技法の重要ささえも理解していない可能性も考えられる。各医科大学の教育の責任者は、イギリスやアメリカの代表的な医科大学でとられている診察技法に関する教育の方法を積極的に取り入れることを考えるべきであろう。

4. 大学における評価

1991年の大学設置基準の一部改正に際して各大学で自己点検・評価を行うことが強く求められた。その結果、ほとんどの大学で何らかの形で自己点検・評価が行われている。各大学における自己点検・評価の方法はさまざまであるが、全学的あるいは全学部的に統一した形式で、研究、教育、診療についての資料を集め、そのデータを小冊子にまとめて公表している大学が多い。しかし、第3者による外部評価を行っているのはきわめて一部の大学だけである。評価の中で研究に関する評価は発表論文の数や質によって、また、診療に関しては患者数などによって行うことが可能であるが、もっとも問題があるのは教育に対する評価である。教育に対する評価は、その受益者である学生からの評価がもっともよいと考えられる。また、学生からの評価も各教員個人ごとになされるべきであり、事実、各大学でさまざまな形で教員の教育に対する学生からの評価がなされていると推定される。各教員の教育に対する評価は、アメリカの医科大学では、厳格に行われており、講義の下手な教員は講義の上手な教員の講義に出席することを要請されるとのことである。わが国でもそのような厳しさを、教務の関係者は教員に要求すべきであろう。

大学の自己点検・評価を行うことの必要性はいうまでもないが、もっと重要なことは、その評価をどのような形で大学の運営に生かすかである。1996年に大学審議会が教員の任期制を提唱している⁷⁾。各医科大学においては従来から臨床の教室で医員や助手クラスの若い人たちを対象にして、任期を定めることが行われてきたが、ほとんどの場合画一的な任期制であり、各人の勤務成績や業績によって任期の期間に差をつけることは行われておらず、大学の活性化という観点から最近問題になっている任期制とは性質の異なる任期制であった。全ての組織の活性度は、その組織の責任者の活性度によって決まるといってもよいであろう。このような考えを普遍化するならば、各講座の活性度はその責任者である教授の活性度に左右されると考えられる。教授の教育、研究、さらに臨床教室の場合、診療に対する態度が教室のこれらの問題に対する対応として反映されることが多い。したがって、教授の任期制も積極的に考慮する必要があると考えられる。一度教授会で教授になることが認められると、本人の希望でほかの職場に移るか停年が来るまで教授の地位が保証される現在の制度は、大学の活性化に明らかに相反する制度であり、教授も一定期間後に再評価を受ける任期制を導入することを真剣に考慮する必要があるであろう。

文 献

- 1) 21世紀の命と健康を守る医療人の育成を目指して、21世紀医学・医療懇談会第一次報告, 1997
- 2) 大学教育の改善について、大学審議会, 1991
- 3) わが国の大学医学部(医科大学)白書'97、全国医学部長・病院長会議, 1997
- 4) Barrows, HS: How to Design a Problem-based Curriculum for the Preclinical Years. Springer, New York, 1985, p 1-22
- 5) 神津忠彦: 東京女子医科大学におけるチュートリアル教育について、医歯大ひろば 1997, 68: 24
- 6) 臨床実習検討委員会報告書、厚生省健康政策局, 1991
- 7) 大学職員の任期制について、大学審議会, 1996