

序^{*1}

尾島 昭次^{*2}

白書の第1回は1972年『医学教育』第3巻・第1号に特集「日本医学教育の現況」として、1978年からはその別冊『医学教育白書』として、4年ごとに刊行されてきた。その間の動きを中心に流れも読みとれるように、質的・量的情報をまとめて提供、わが国の医学教育の概要を知る上で、貴重な役目を果たしてきた。今回の対象期間は1998～2001年で、あたかも20世紀から21世紀に跨る節目の巻である。

1. 激動する社会

第33回大会の基調テーマ「IT時代と医学教育」にも取り上げられたように、欧米にやや遅れてITの大波が押し寄せ、また経済の冷え込みが続いている4年間でもある。行政と経済の改善は大学の独立行政法人化や統合など、その存在形態にも迫っている。戦争の世紀から平和の世紀への願望が、同時多発テロで挫かれ、極めて不透明な世紀の幕開けとなり、犯罪の低年齢化など、人間性や教育に関し問題が深刻化している時期でもある。

2. 医学教育を取り巻く環境

生物医学的には、免疫遺伝学のさらなる進歩、分子レベルの解析、それらの医療における活用の広がりなどが挙げられる。急速に進む高齢化の結果、医療と介護という新たな局面が出現した。高度先進医療とプライマリ・ケアとの2極分化は教育とも密接に関係する。後を絶たぬ医療ミスが市民の医療不信を深め、厳しい医療経済や健康保険制度の問題なども見逃し得ない。大学院重点化

はこの4年間に旧帝大から旧6大学へと広がった。それは研究面から大学が国際的に生き残る道とはいえ、卒前教育が従となった点に問題が生じないか危惧される。大学の個性化から見て大学による役割分担があってよいであろう。

3. 医学教育の変革

個々の事項について各項目別に記載されているので、詳細はそちらに譲り、ここでは主な変革を以下のように捉えてみた。

1) 標準化・コア化：文部科学省や医学教育世界連合が主導

国内的には医学・歯学教育に関する調査研究協力者会議（文科省）が検討結果「医学教育におけるモデル・コア・カリキュラム」を2001年3月に公表した。その骨子は現行の授業の約60～70%は全国的な標準に準拠する。それをコアと称する。それは知識のみでなく技能と態度も含めてのことで、そのためにコア・カリキュラムの目標には教育目標分類の3領域を含め具体的に示されている。残りの30～40%は各大学が自由に個性的な教育をとるのである。国際的にはWFME（World Federation on Medical Education）が3年がかりで医学教育のglobal standardをほぼ煮詰めた。そのねらいは、卒前の知識偏重教育に歯止めをかけ、態度・技能も重視する変革である。

2) 知識量から問題解決力への転換：学生の動機づけ

問題基盤型テュートリアル—PBL Tutorialが東京女子医科大学や岐阜大学以外にもこの期間に普及し始めた。学習への動機づけや問題解決力の習得のためには講義よりはるかに効果的で、アジア・環太平洋地区においても、国際ワークショップが開催されるようになった。最近普及し始めたEBM（Evidence-based Medicine）も問題解決能

^{*1} Preface

キーワード：医学教育、白書、変革、学生、患者、カリキュラム、教師

^{*2} Akitsugu OJIMA 岐阜大学名誉教授、日本医学教育学会会長

力の習得に必要である。

3) 患者に配慮した態度・技能教育：模型・ロールプレイ・OSCE・SP・クリニカル・クラークシップ（参加型臨床実習）・卒後臨床研修の必修化

患者に対する態度や技能（基本的臨床能力）習得のために講義は不適である。そうかといってぶっつけ本番で患者に接するのもよくない。模擬・ロールプレイ・SP（simulated / standardized patient, 模擬/標準模擬患者）による学習の段階を経て、初めて患者に接することが望まれる。そのための臨床実習入門コースを設ける大学が急増した。その前に共用試験—基本的な臨床知識をCBT（computer based test）、態度・技能をOSCE（objective structured clinical examination）—によって、確認することが2002年から試行され、基本的臨床能力ありと各大学が認めた者がはじめて臨床実習に入れる。その実習は今までの見学型から脱し、参加型の臨床実習、つまり clinical clerkship へと転換され始めた。それはまた先に述べた問題基盤型—解決型学習の臨床版でもある。

卒後臨床研修は30余年間努力規定に基づいていたが、2000年11月の医師法改正によって必修化されたことも患者の立場への配慮がその出発点にあったといえよう。

4) 教師の意識改革：Faculty Development (FD) ならびに機関内医学教育ユニット

教育の変革には教師の教育意識の転換が先決であり、教育の研究開発も必要である。1974年に医学教育者のためのワークショップ（通称富士ワークショップ）が厚生・文部両省主催、WHO

後援、日本医学教育学会協力により開始され、徐々に全国に波及していった。それが最近数年で開催大学や病院の数が急増し、未開催校が数校となり、医療研修推進財団の指導医のための年4回の臨床研修開発ワークショップ（本学会後援）なども1995年から始まり、行政の積極的姿勢にも助けられ教師の教育への関心が全国的に高まった。機関内の医学教育ユニット（名称は、講座、研究室、計画室などさまざま）が今回の対象年内に急増し、20校を越えた。また、2000年に東京大学に医学教育国際協力研究センターが、2001年に全国共同利用の岐阜大学医学教育開発研究センターが設置され、いずれも活発な活動を開始したこともこの期の特筆すべき事柄である。教師の教育能力評価も徐々に実施され始め、教育の外部評価も実施校の約77%がこの時期であり、全大学の約40%が外部評価を既に実施した。

4. 日本医学教育学会の主な歩み

本白書の第12、13期の項に詳しいが、1999年2月に、当学会30周年、日本学術会議50周年記念として開催された環太平洋医学教育シンポジウム Pan Pacific Symposium on Medical Education (PaPaSME)、役員組織の運営委員会から理事・評議員制への移行（2001年総会承認）、個人会員1,500名突破、財政の安定などが挙げられる。

なお、今回の白書は、新項目5、前回と同一執筆者の項目5、あとの28項目はすべて執筆者が変わり、またページ数、価格を前回の4分の3を目指して編集された。大野良三編集担当に感謝する。