

伴 信太郎\*<sup>2</sup>

## 1. はじめに

日本の医学教育の課題について考える場合、時間軸で考えると、①入学者選抜、②卒前教育（基礎医学、社会医学、臨床医学）、③医師国家試験、④卒後初期臨床教育（卒後初期2年間）、⑤卒後後期専門医教育（卒後3年目～7年目；米国のレジデンシーに相当）、⑥卒後後期超専門医教育（卒後後期専門医教育後のサブスペシャリティ教育；米国のフェローに相当）、⑦生涯教育の各段階に分けられる。これらそれぞれについて「目標」、「方略」、「評価」のあり方、および「人的資源、物的資源、予算、情報、技術」の投入の仕方が課題となる。

日本の医学教育の課題として現在進行形で組上に載っているものをいくつか挙げてみると、「医学部入学者の定員増」<sup>1)</sup>、「地域枠」<sup>2)</sup>、「physician scientistの育成」<sup>3)</sup>、「医師国家試験」<sup>4)</sup>、「コア・カリキュラム（臨床実習を含む）」、「シミュレーション教育」<sup>5)</sup>、「メディカルスクールの創設の是非」などがある。さらに、あまり議論の対象にはなっていないが、筆者が重要と考えている課題に、「教育業績評価」、「医学教育ユニット」、「医学生の国際交流」という3つの課題がある。本稿では、総論的に日本の医学教育が抱えている諸課題に言及した後、いくつかの個別の課題を選択して今後のあるべき姿について展望を試みたい。

なお、本稿に取り上げた課題の多くは、平成21年5月に公表された「臨床研修制度の見直し等を踏まえた医学教育の改善について」<sup>6)</sup>に的確にまとめられているので、この報告書も是非一読

していただきたい。

## 2. 日本の医学教育が直面する諸課題

医学教育を取り巻く環境には表1に示したようなさまざまな今日の変化があり、これは世界の先進国で共通したものである。各国でその歴史的経緯によって力点の置き方は異なるものの、世界的に表2に示したようなさまざまな改革がこの30年ほどの間に進んできた。表2は、例えば、「医学知識量の増大・高度先進医療の発展」という変化に対しては、「コア・カリキュラムと選択科目」、「自己啓発型学習」などが導入されてきており、「自己啓発型学習」の主たるものとして、PBLチュートリアル、研究室配属、MD-PhDカリキュラムなどが挙げられるということを示している。

世界共通に取り組んでいる医学教育的課題も少なくない一方で、日本が遅れて取り組んでいる課題もある。それを表3に示した。

これらの諸問題を俯瞰しながら、以下の項では、まず各施設・機関（以下、施設）で取り組むべき課題として、①日本の大学医学部・医科大学（以下、医学部）が個性化を目指すべきこと、②全国の医学部がどこでも一定の質が担保された医師育成を行うために取り組むべきコア・カリキュラムの課題、③医学教育業績評価、④医学教育ユ

表1 医学教育改革が求められる社会的背景

1. 医学知識量の増大
2. 高度先進医療の発展
3. 医学・医療の細分化
4. 医療のテクノロジー化
5. 患者の知識の増大と意識の変化
6. 人口の高齢化
7. IT (information technology) 開発の進展
8. 健康をめぐるニーズの多様化

\*<sup>1</sup> Medical education in Japan : current issues and future perspectives

\*<sup>2</sup> Nobutaro BAN 名古屋大学医学部附属病院総合診療科

表2 世界共通の医学教育改革の取り組み

---

1. 医学知識量の増大・高度先進医療の発展
—コア・カリキュラムと選択科目
—自己啓発型学習
* PBL チュートリアル
* 研究室配属
* MD-PhD カリキュラム
2. 医学・医療の細分化
—総合診療（家庭医，病院総合医）教育
—地域立脚型教育カリキュラム
3. 医療のテクノロジー化
—コミュニケーション・医療面接教育
* SP（模擬患者・標準模擬患者）
* OSCE（客観的臨床能力試験）
—行動医学教育（心理・社会的側面への配慮）
4. 患者の知識の増大と意識の変化
—コミュニケーション・医療面接教育
* インフォームド・コンセント教育
—EBM 教育
5. 人口の高齢化
—終末期ケア（End of life care）教育
—緩和医療教育
—リハビリテーション教育
—チーム医療教育（保健・医療・福祉の連携）
* 医療関係諸職種の共通カリキュラム
6. IT 開発の進展
—自己学習のためのツール（e-learning 他）の開発
—EBM 教育
7. 健康をめぐるニーズの多様化
—多面的価値観についての教育
* PBL チュートリアル
—保健・医療・福祉の連携
* 医療関係諸職種の共通カリキュラム

---

表3 日本が遅れて取り組んでいる医学教育改革の取り組み

---

1. 基本的臨床技能・態度教育
2. クリニカル・クラクシップ（診療参加型臨床実習）
3. 卒後臨床教育
・ 卒後初期臨床教育（ある程度進んだ）
・ 卒後後期専門医・超専門医教育
・ 生涯教育

---

ニットの位置付け、⑤医学生の間際交流について述べる。その次に、オール・ジャパンで検討すべき課題として、①医師国家試験のあり方、②メディカルスクール創設について言及する。

卒後初期臨床研修は制度化され、専門医教育については各専門医学会の関与が濃厚となると思われるので、いずれもここでは触れない。

### 3. 日本の医学教育における課題と展望

#### (1) 各施設で取り組むべき課題

##### 1) コア・カリキュラム時代の個性化の実現

表2のすべての改革をすべての大学で実現することは不可能であるし、その必要もない。各医学部は、コア・カリキュラムの部分はしっかり確保し、学生の準備状態、教員の数や特徴、医学部の設置環境などに応じて、コア以外の部分でそれぞれの医学部の特徴を出していくべき時代が来ている。国公立大学の法人化やコア・カリキュラムの導入は、このような方向性を奨励していると言ってよい。それぞれの医学部が独自性のあるヴィジョンを掲げ、その実現のための特徴のあるミッションを打ち出すことによってはじめて日本は国際レベルでの競争に参画できるだろう。それは研究、診療、教育のいずれにも当てはまる。

研究者を育てることをミッションの一つとして掲げる大学は、コア・カリキュラム以外の時間枠に「研究室配属」、「MD-PhD カリキュラム」、「臨床疫学・統計学入門コース」などを十分な時間を使って導入すればよい。また、国際的な人材育成をミッションの一つとして掲げる大学は、基礎医学、社会医学、臨床入門教育、外国語教育を行った上で、臨床実習の大半を外国で行うようなカリキュラムも考慮されてもよい。また、医学部の個性化の考え方の延長線上にメディカルスクールをめぐる議論も検討の対象となるだろう。

##### 2) コア・カリキュラムの充実

###### i) 基本的臨床能力教育

###### ・臨床入門教育

基本的臨床能力の獲得という点では日本の医学教育はまだ欧米の後塵を拝している。その第一の原因として臨床入門教育の不十分さが挙げられる。共用試験でOSCE (Objective Structured

Clinical Examination; 客観的臨床能力試験) が導入され、実技評価のスタンダード化がなされたが、OSCEのための準備教育となっている医学部が少なくない。臨床入門教育を、医学準備教育と並行して、入学後直ぐの1年次から継続的に順次導入していくようなカリキュラムが是非とも必要である。このような十分な臨床入門教育の後に、その一部を共用試験で評価するようにしないといけない。

###### ・クリニカル・クラークシップ (診療参加型臨床実習)

厚生省 (当時) の臨床実習検討委員会 (前川正委員長) が平成3年5月13日の最終報告書で示した4条件である 1) 医行為の範囲を示す例示、2) 指導医による指導・監督、3) 医学生の要件、4) 患者等の同意の内、3) を担保すべく共用試験が準備された。しかし、本格的なクリニカル・クラークシップを導入しているところはまだ少ない。これには医療安全がクローズアップされるようになったことや、医師国家試験も影響している。

2008年に日本医学教育学会が示した「国民への呼びかけ」<sup>6)</sup> (p.269参照) を、各診療所・病院・大学レベルから文部科学省・厚生労働省レベルまでオール・ジャパンで広く行っていきながら、学生は足繁く病室に行ったり、十分な時間をとって患者・家族に対応したりすることができるので、彼 (女) ら若手が加わった方が、より丁寧で安全な医療が展開できることをもっと国民に訴えて、クリニカル・クラークシップの本格的導入をなお一層推進すべきである。

###### ii) 総合診療教育

医学・医療が進歩するにつれて新しい領域が生まれ、タテの細分化の道を辿り続けて来ている。細分化は医学・医療の発展 (特に治療) には必須であるが、診断学にとってはマイナス面が大きい。さまざまな健康問題を的確に診断するには幅広い臨床的知識と論理的に情報を整理していく能力 (臨床推論能力) が必須であり、ここに diagnostician としての総合診療専門医の一つの価値がある。

また的確な診断のみならず、患者中心の治療・

アドバイスを展開するためには、患者の精神・心理状態や社会的背景をも考慮しながらアプローチすることが必須で、これも総合診療専門医の真骨頂である。このような医師は地域のプライマリ・ケアでも病院の3次医療でも存在価値は高い。医師不足の解消を含め、日本の医療をよくするためには、総合診療部門を大学に確保して、診療のみならず、教育・研究にも参画せしめることが必須である。

### iii) 地域立脚型医学教育

大学病院の外来・入院患者は選択バイアスのかかった患者が多い上、大学病院だけで臨床医学を学んでいると、'保健活動'の実践や'福祉との連携'などの姿もほとんど見えてこない。また、大学病院の多くの診療科は専門細分化している。このような偏りを是正するために、「地域立脚型」の医学教育が世界的にも推進されつつある。

これまで地域の第一線で診療に従事する医師(特に診療所医師)がほとんど医学教育に関わる機会を持たなかったのは、学習者にとっても地域医療に従事する医師にとっても不幸なことであった。すなわち、このような状況は、学習者にとっては総合的な医療を学ぶ機会を無くし、地域医療に従事する医師からは、'教育'という成長の機会を奪ってきた。

大学・都道府県および市町村レベルの自治体・医師会が連携して、地域・へき地を学習の場として組み込む工夫を凝らすことが望まれる。

### iv) 医療関係諸職種の共通カリキュラム

第2次世界大戦以前には、国家資格を持つ医療関係職種は、医師・歯科医師・薬剤師だけであったのに対し、現在では、保健師・助産師・看護師・准看護師・栄養士・管理栄養士・診療放射線技師・臨床検査技師・理学療法士・作業療法士・社会福祉士・介護福祉士・臨床工学技師・義肢装

具士・救急救命士・言語聴覚士・視能訓練士・精神保健福祉士などの資格を有する職種が医療の場に参加している。

このような状況の下に、「患者中心の医療」を推進するためには、「チーム医療」が不可欠である。チーム医療とは、それぞれの医療関係諸職種が、お互いを認め合いつつ、それぞれの分野で誇り高く仕事をし、それぞれが得意とする能力を提供しあいながら協働することである。このような多職種関係を表現するのに、multidisciplinary および interdisciplinary という表現がある。前者は多職種の仕事が同時並行しているが、後者のように有機的な連動がないものを指す。より融合、連携したチームは transdisciplinary と表現される。transdisciplinary な医療を実現するためには、教育課程の早い段階で多職種協働を体験できる学習方略の導入が必須である。そのいくつかの例を表4に示した。

### 3) 医学教育業績評価

医学教育がその価値を認められ、教員の医学教育業績が評価され、名実ともに研究、診療と並ぶ医育機関の三本柱となる時に日本の医学・医療は一層の発展を遂げることでできるであろう。アカデミック・ポジションの要件として医学教育業績を求めるのは常識化しつつあるが、現在学会の業績評価委員会で検討している「量的+質的」評価のフォーマットがまとまったあかつきには、学会から各医学部にフォーマットの採用を働きかけた。

### 4) 医学教育ユニットの位置づけ

あらゆる組織の強靭性は柔軟性・多様性・創造性が三位一体となるところから生まれる。日本が医学教育においても世界をリードできるような状況になるためには、コア・カリキュラムの本質を理解して、各医学部が真に独自性を発揮して多様

表4 医療関係諸職種の共通カリキュラムにおける学習方略

---

*多職種学生によるグループディスカッション
【テーマ例】：チーム医療、緩和ケアにおけるチーム・アプローチ、薬害をめぐる問題点
*多職種学生が一緒に行う体験実習
【実習場所の例】：福祉施設、法律事務所、寺院や教会
*多職種学生によるPBLチュートリアル

---



## おわりに

医学教育領域に主たる活動の場を置く人達は、広く世界の動向に眼を配りつつ、それぞれの施設に適合した、たゆまない改革提案を続けていくべきである。また、文部科学省と厚生労働省がそれぞれ医学教育に果たすべき役割は大きいが、それらの行政の取り組みに積極的に提言する役割は日本医学教育学会がより積極的に担っていかねばならないだろう。

そして最後に何よりも、すべての医療者が教育マインドを持つとともに、教育の基本的原理を理解し、教育技法を獲得することが人材の潜在的能力を引き出すことに繋がることを認識して教育に関わる必要があることを強調しておきたい。そのような組織は明るく、生き生きとしていて、若者にとってこの上も無い魅力的なものとなるであろう。

## ■文 献

- 1) 提言「医学部定員増に対する提言」医学教育 2010；41：132-4. [http://jsme.umin.ac.jp/ann/jmse\\_proposal\\_1002\\_2.html](http://jsme.umin.ac.jp/ann/jmse_proposal_1002_2.html)
- 2) 提言「地域医療教育の充実のために一地域枠制度の拡大を受けて—」医学教育 2010；41：134-6. [http://jsme.umin.ac.jp/ann/jmse\\_proposal\\_1002\\_3.html](http://jsme.umin.ac.jp/ann/jmse_proposal_1002_3.html).
- 3) Hideki Wakabayashi, Luis A Diaz, David Rubenstein, Alan Lefor, Yasuo Kitajima, Yumi Aoyama, Yasuyuki Suzuki, Tuzo Takahashi, Nobutaro Ban. Three essential conditions to cultivate physician scientists. 医学教育 2009；40：433-7.
- 4) 伴信太郎. 医師国家試験の最近の動向. 日本内科学会雑誌 2007；96：2673-80.
- 5) Jan-Joost Rethans, Nobutaro Ban, Yasuyuki Suzuki. Future use of skills laboratories at Medical Schools in Japan：how to transform these into effective educational departments? 医学教育 2009；40：341-6.
- 6) 文部科学省. 医学教育カリキュラム検討会. 意見のとりまとめ「臨床研修制度の見直し等を踏まえた医学教育の改善について」. 平成 21 年 5 月 1 日. [http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/koutou/038/toushin/\\_icsFiles/afieldfile/2009/05/01/1263119\\_1.pdf](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/038/toushin/_icsFiles/afieldfile/2009/05/01/1263119_1.pdf)
- 7) 国民の皆さんへ. [http://jsme.umin.ac.jp/ann/jmse\\_msg\\_080204.html](http://jsme.umin.ac.jp/ann/jmse_msg_080204.html)