

卒前臨床医学教育

—情意領域の教育を中心に—

植 村 研 一*

はじめに

医学教育改革には、教育内容の改革と、教育方法の改革との両面がある。教育内容の改革は、当然医学研究、医療技術開発に即応したものでなければならないが、それに対応した各講座の新設は間に合わず、従来の講座中心の授業形態では対応できなくなってきた。この解決策として、多くの医科大学・医学部（以下単に医学部と略す）で、人類遺伝学・免疫学・医用電子工学・情報科学・救急医学・リハビリテーション医学・医療経済学・プライマリ・ケア医学・医用外国（英）語などが、特殊教育科目として、開講されてきている。

一方、教育方法の改革としては、米国の Case Western Reserve University で開発され、北里大学が初めて日本に輸入した「細胞・組織レベル、または臓器レベルの統合カリキュラム」は、昭和60年度医学教育カリキュラムの現状¹⁾の収録では18校(22.5%)で採用されていたが、その数は昨年度²⁾も18校と不変のままである。このことは、単なるカリキュラムの組み換えでは、真の教育改革の成果が得られないことが気づきはじめられた結果ではないだろうか。器官系統別の統合カリキュラムで下手な講義をするより、講座別講義の中でダイナミックな魅力ある講義を展開する方が、はるかに効率的・効果的教育ができる。また講義で聴いた知識より、実習で体験学習した問題解決力・技能・態度の方が、はるかに学生の記憶に長く止まり、医師になってから役立つことが、認識されはじめ、講義時間の短縮・実習時間の延長が図られて

きているのも、近年の医学教育方法改革の傾向といえよう。

近年の医学教育改革の全国的傾向の詳細は平成元年度医学教育カリキュラムの現状²⁾を参照していただくことにして、ここでは、前回のまとめ³⁾をふまえて、医学教育でもっとも難しい学生の motivation と、ことに卒前臨床医学教育における情意領域の教育についての近年の傾向を、私見を交えながら、探ってみたい。

1. Early Exposure の導入

医師になることを夢見て医学部に入学した途端に、高校教育の連続のような一般教養科目の講義・実習に2年間も費やされたのでは、学生の学習意欲は地に落ちる。私が大学に入学した頃(1953年)は、高校からは直接医学部には入学できず、いったん教養部の医学進学課程に入学し、外国語・自然科学を中心とした一般教養科目を必死で2年間学習し、改めて医学部入学試験に合格しなければならなかった。そして入学すればただちに待望の医学の学習が始まっていた。それが、医学部の6年通年制になって初めて、一般教養課程が医学部学生の学習意欲を削ぎ、場合によっては将来の良き臨床医に求められる態度・習慣の育成に障害となるのではないかという新たな問題が提起されたのである。

この問題には2つの方向からの解決策が採られてきた。1つは、一般教養課程を(例えば1年半に)短縮して、基礎医学教育をできるだけ早く(2年次後期に)開始する試みで、多くの医学部(80校中57校71.2%)²⁾ですでに実施されている。しかし、この場合、例えば2年次前期ですべての教養科目の授業を終え、2年次後期からすべて基礎医学科目のみの授業を開始するやり方(一般教養短縮型)と、例えば2年次に一般教養科目と基礎医学科目とが混在するいわゆる「楔型」のやり方がある。前者の場合は、一般教養科目の教官

*1 Undergraduate Clinical Medical Education
—With Special Referense to Education in the
Affective Domain—

キーワード：医学教育，卒前臨床教育，マナー教育，態度教育

*2 UEMURA, Ken-ichi 浜松医科大学脳神経外科学教室

から、過密カリキュラムでゆとりある教育ができない、良き医師になるための幅広い人間教育の軽視であるといった反発がでるだけであるが、後者の場合には、それに加えて、基礎医学科目と平行する教養科目への学生の学習意欲低下が、鋭く指摘されている。

もう1つの方法は、「医学教育の早い時期に医学・医療の場に接し動機づけを試みる」教育法としての Early (Clinical) Exposure の導入である。今回の資料²⁾には、Early Exposure を行っていると答えた医学部は42 (52.5%) であるが、回答の内容からみて、単に医学概論の講義や医学部専門教官の話聞かせるといった程度のももあるようで、これらを除くと38校(47.5%)位になる。しかし、入学直後の身体障害者施設や医療の現場見学は相当の情意的インパクトを与えるようではあるが、それによって得られる動機づけが、その後の6年間の医学教育にどれほどの影響が残るか、疑問である。

2. 情意領域の教育開発

医学教育の目標は、医学の知識・理解力・判断力・問題解決力といった頭(知能)を使う「認知領域」、研究・診断・治療のための技術といった手を使う「精神運動領域」、および学習や患者に対する態度・習慣といった心を使う「情意領域」の3つの領域に分類されている。従来の医学教育では、医師・医学研究者になるための知識(認知領域)と技能(精神運動領域)のみが強調され、良き臨床医に求められる人間性(情意領域)の教育は、まったく無視されてきたといっても過言ではない。一部の私立医科大学の建学の精神には、「病気を診ずして、患者を診よ」と謳われているものの、そのための特別なカリキュラムも教育方略も呈示されておらず、いわば、臨床実習の間に教官の診療態度を見習うことによる自然教育に任されてきているのではなからうか。

しかし、近年患者の権利意識は目覚め、インフォームド・コンセント(説明の上での同意)に立脚した医師の倫理感、医師中心主義(DOS=Doctor Oriented System)ではなく患者中心主義(POS=Patient Oriented System)に基づく全人的包括医療を実践できる医師の養成を求める国民の声が高

まってきている。このような医学教育の抜本的改革の要請にきちんとした回答を出して行くのが、21世紀に向けてのこれからの卒前臨床医学教育改革の根本ではないかと思う。

このような観点から、まず近年の先進諸国における改革を一部紹介した上で、資料²⁾から読み取れる日本における改革の兆しと、浜松医科大学で1977年以来実施している一連の試みを紹介してみたい。

1) 米国における情意領域の教育

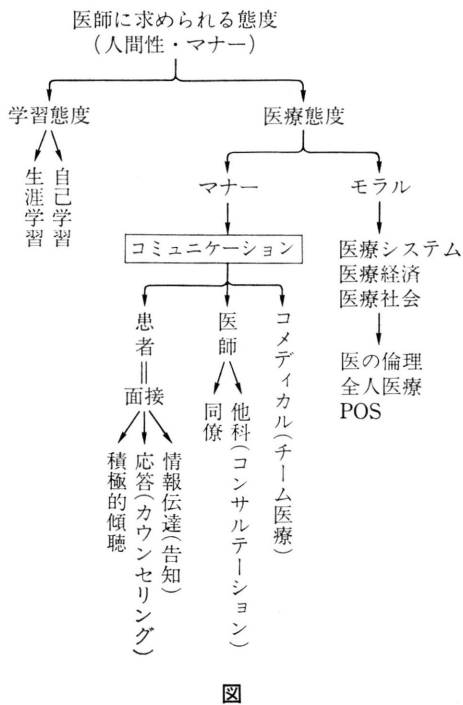
米国においては、医学と医療の専門細分化にともなう医師の専門医志向・都市集中傾向に歯止めをかけるために1967年頃に、連邦政府の強い指導で、各医学部に家庭医学講座が開設されてプライマリ・ケア医の養成が始められた。専門医教官がDOS (Disease Oriented System 疾患中心主義)の傾向がきわめて強いのにに対して、家庭医学講座の教官がプライマリ・ケア医療における患者への全人的包括的アプローチを強調し、その後の米国卒前医学教育での情意領域教育をリードしたのは当然である。カリフォルニア大学デーヴィス医学部ウォーク・イン・クリニック、ワシントン州立大学医学部、ハーバード大学医学部プライマリ・ケア・センターなどでは、新入生に対して、専門医学教育の前に、ロールプレイを使って好ましい医師と患者のコミュニケーションの取り方から教育している。イリノイ大学医学部では、臨床実習の直前に模擬患者・模擬患者家族を使って、例えば致命的の白血病の子供を持つ母親への、カウンセリングの仕方まで教育している。

2) カナダにおける情意領域の教育

世界の医学教育改革の最先端に行くマックマスター大学医学部では、一切の講義を一括実習を行わず、全学年を通して小グループによる問題立脚型体験自己学習(1年次は基礎医学的問題解決、2年次は模擬患者を使用した臨床問題解決、3年次は臨床実習)に徹している。この2年次の模擬患者実習では、疾患の診断治療のみならず、全人的アプローチの仕方が、模擬患者からの厳しいフィードバックによって教育されている。

3) 英国における情意領域の教育

英国ではGP (General Practitioner) がプライマリ・ケアの医療と教育を担当しているが、大学



によっては臨床実習の一環として医学生を Instructor の資格を持つ GP のところに一定期間泊まり込ませ、大学によっては Instructor の資格を持つ GP を大学へ呼んで、プライマリ・ケアの教育と情意領域の教育を行っている。

4) 西ドイツにおける情意領域の教育

西ドイツでは、十数年以上も前から、看護学校を卒業して医学部へ入学した学生を除くすべての医学生に、臨床実習の前に2カ月半以上の看護実習を受けることを義務づけている。最初この話を日本医事新報の高野教授(ゲッティンゲン大学生理学)の紹介記事で知った時、その意図するところがまったく理解できなかったが、その後の日本での医学生への看護実習の経験と成果が報告されるようになって、その意義と重要性が認識されてきた。また、西ドイツでは、米国同様、家庭医学(プライマリ・ケア医学)の教育が始められているので、その方からも、情意領域の教育がなされていると思われる。

5) 日本における情意領域の教育

日本では、1980年川崎医科大学にプライマリ・ケアの講座(総合臨床医学)と診療科(総合診療部)が、自治医科大学では1981年に地域医療学講

座が、1983年に地域家庭医療センターが設置され、その後佐賀医科大学にも総合診療部ができ、プライマリ・ケアの教育が始まったが、そこでは、当然全人的包括的医療の担当医養成を目指して、患者とのコミュニケーション(インタビューやカウンセリング)における態度・マナーを含めた情意領域の教育がなされている。今回の資料²⁾を見ると、DOSに基づく救急医学(救急医療・救命救急医学)を開講している医学部が35校(43.8%)あるのに対して、POSを目指す情意領域の教育ときわめて関係の深い科目としては、プライマリ・ケアが3校(3.8%)、地域包括医療が4校(5%)、行動科学が5校(6.3%)、医の倫理が3校(3.8%)、看護実習が10校(12.5%)、何らかの形の態度教育が7校(8.8%)あり、また資料にないものも含めて「死の医学」が2校(2.5%)で教育されており、情意領域の教育を開始している医学部が、重複を含めて、合計34校(42.5%)にも達してきている点は注目に値する。なかでも、医学生への看護実習を実施している医学部が10校(12.5%)に増加したことは誠に喜ばしい。

6) 浜松医科大学における情意領域の教育

著者自身は、情意領域で医師に求められる態度(人間性・マナー)は図のごとく分類されると考えており、著者が浜松医科大学で講義を開始した1977年以来、4年生を対象に、プライマリ・ケア医を初診した脳神経外科的疾患を持つ患者に対する全人的包括的アプローチの仕方を、ロールプレイを使って教育し始め、1985年春よりは、2年生を対象に、滋賀医科大学(当時大阪大学)の中川米造教授(医学概論)の御指導を仰いで、ロールプレイを使っての患者とのコミュニケーション(インタビュー・カウンセリング)の進め方のワークショップ学習に続く2(現在は3)日間の看護実習からなる医学概論Ⅱ(医療学入門)の授業を開始した。詳細は近く発表されるが⁴⁾、現在浜松医科大学で行っている態度(マナー)教育は表にまとめた通りである。

この中で、1年次前期の医学概論Ⅰでは、学生自身が選んだテーマ(生と死、脳死と臓器移植、プライマリ・ケア、医療における看護など)についての小グループ学習の成果を全体で発表・討論する形式を、6年次後期の「死の医学」では、

表 浜松医大での態度（マナー）教育

I. 1年前期：医学概論 I (テーマ別グループ学習・研究発表)	
II. 2年初当：医学概論 II (医療学入門)	
1) 面接技法 (積極的傾聴のロールプレイ)	
2) 看護実習 (患者の気持・ナースの役割・医師の態度)	
3) 医師・患者関係 (SGD・KJ 法)	
III. 5年前期末：臨床実習入門	
1) 面接技法 (応答訓練)	}—ロールプレイ
2) カウンセリング	
3) POS	
IV. 6年後期：「死の医学」「プライマリ・ケア」 (学生のシンポジウム形式)	
V. 研修医採用時：「医師のマナー」WS	

死の定義，死に行くプロセス，死に行く人への対応などについての小グループ学習と全体討議の形式を採用しており，研修医採用時の「医師のマナー・ワークショップ」では，ロールプレイを使って患者教育に主眼を置いた患者とのコミュニケーションを体験学習させ，出席が研修医の辞令交付の条件となっている。最初からこのカリキュラムの教育を受けた学生が本年3月卒業したので，このクラスおよびそれ以降の卒業生の卒業後の医師

としての活動のフォローアップ分析が待たれる。

おわりに

今回は，前回との重複を避けて，際立った著変のみられない卒前医学教育のカリキュラムや臨床実習評価の点などは割愛し，これからの改革の方向性を示す観点から，情意領域の教育改革の方向性に論点を絞ったが，資料²⁾がそれをとくに意識して収録していないので，情報不足からの誤解や過少評価も多いのではないかと危惧している。お気づきの点を御教示いただければ幸である。最後に，ささやかな本稿が，今後の日本における情意領域の教育改革についての医学部教官の関心を深めるのに少しでも役立つことを念願する次第である。

参考文献

- 1) 全国医学部長病院長会議：「昭和60年度医学教育カリキュラムの現状」，1986.
- 2) 全国医学部長病院長会議：「平成元年度医学教育カリキュラムの現状」，1989.
- 3) 植村研一：卒前臨床医学教育，日本医学教育学会編集：「医学教育白書1986年版」，篠原出版 1986.
- 4) 杉山憲嗣・植村研一・中川米造・犬塚文雄・山田瑞穂・宮里勝政：医師・患者・コメディカルスタッフの相互信頼関係をつくる教育としての医学概論，医学教育（掲載予定）

* * *