

## 変動期にある一般教育\*1

藤 崎 和 彦\*2

### はじめに

平成3年の大学設置基準の大綱化により一般教育に関する細かな規定が廃止され、ほとんどの大学で一般教育の見直しは何らかの形で行われている。本稿ではまず、変動期にある一般教育の現状について確認した上で、文部省の21世紀医学・医療懇談会教育部会報告に示された今後の一般教育のあり方について紹介したい。

### 1. 変動期にある一般教育の現状

#### 1) 進学課程の減少

大学設置基準の改正により、一般教育科目、外国語科目、保健体育科目、基礎教育科目および専門教育科目といった授業科目の区分が廃止され、同時にこれらの区分ごとの必要単位数や必要教員数の規定が廃止された。これにより各大学は、6年を一貫したものとしてとらえて、自由に授業科目を組んで教育課程を編成することができるようになった<sup>1,2)</sup>。

平成3年以前の段階で(表1)、学則の上で進学課程を置いていない大学が33校(41%)であったのが平成3年以降急増し、平成7年4月の段階では69校(86%)と倍増している。逆にいえば、進学課程が残っている大学は11校(14%)にすぎない。大学設置基準の大綱化の影響が非常に大きかったことがうかがわれる。

しかし、表1をよくみてみると昭和58年から平成3年までの間に、進学課程を設置している大学

のうち2年間すべてを進学課程の教育で占めている大学は、23校から8校へと約3分の1に減少している。このことはつまり、平成3年の大学設置基準の改正以前から、すでに一般教育の時間数削減、専門教育の前倒しの傾向は実質的には進行していたということであり、大綱化はその傾向を制度的にもう一步大きく押し進めたということになるだろう。

#### 2) 広がる特殊教育科目

大学設置基準の大綱化によるもう1つの変化に特殊教育科目の増加があげられる。上記のごとく授業科目の区分や修得単位数に関する規定が廃止されたことで、各大学がかなり自由に授業科目を編成できるようになっており、各大学でさまざまに創意工夫された授業科目が開講されるようになってきている。

各大学で開講されている一般教育と関係のありそうな特殊教育科目の変遷をみてみると(表2)、平成3年以前でも医学概論、医学情報学、医事法制などの科目をもつ大学は増加してきていたのだが、平成3年以降にはそれらに加えて、行動科学、医療福祉学、医学外国語、生命科学、医療経済などの科目も増加してきている。

大綱化により進学課程が減少し、一般教育と専門教育との科目区分も廃止されて、最初の2年間に専門科目が前倒しされる傾向は確かに存在しているが、しかし、新設置基準は必ずしも一般教育を軽視しているわけではない。第19条の2に「教育課程の編成に当たっては、大学は、学部等の専攻に係わる専門の学芸を教授するとともに、幅広く深い教育及び総合的な判断力を培い、豊かな人間性を涵養するように適切に配慮しなければならない」とされており、また、卒業単位数においても医学部の188単位と一般大学の124単位との差

\*1 The General Education in Transition

キーワード：進学課程の減少、特殊教育科目、早期体験実習、期待される医師像、21世紀医学・医療懇談会教育部会報告

\*2 Kazuhiko FUJISAKI 奈良県立医科大学衛生学

表 1. 進学課程の設置

|                     |    | 昭和58年 | 平成元年 | 平成3年 | 平成5年 | 平成7年 |
|---------------------|----|-------|------|------|------|------|
| 進学課程を<br>学則上置いていない  | 国立 | 15    | 15   | 15   | 27   | 40   |
|                     | 公立 | 1     | 1    | 1    | 3    | 4    |
|                     | 私立 | 18    | 17   | 17   | 22   | 25   |
| 進学課程を<br>置いている      | 国立 | 28    | 28   | 27   | 16   | 3    |
|                     | 公立 | 7     | 7    | 7    | 5    | 4    |
|                     | 私立 | 11    | 12   | 12   | 7    | 4    |
| 上記のうち2年間<br>すべて進学課程 | 国立 | 15    | 9    | 4    | 2    | 0    |
|                     | 公立 | 5     | 5    | 3    | 2    | 1    |
|                     | 私立 | 3     | 2    | 1    | 0    | 0    |

文献3～7)より藤崎が作表

表 2. 特殊教育科目の変遷

|    |       | 昭和58年 | 平成元年 | 平成3年 | 平成5年 | 平成7年 |
|----|-------|-------|------|------|------|------|
| 国立 | 医学概論  | 26    | } 32 | } 30 | 32   |      |
|    | 医史学   | 5     |      |      | 7    | 18   |
|    | 医の倫理  |       | 3    | 6    | 11   | 34   |
|    | 行動科学  | 1     | 3    | 2    | 2    | 10   |
|    | 医学情報学 | 5     | 13   | 14   | 17   |      |
|    | 医事法制  |       | 13   | 12   | 13   |      |
|    | 医療福祉学 |       | 1    | 2    | 3    | 14   |
|    | 医学外国語 |       | 4    | 5    | 10   | 24   |
|    | 生命科学  |       | 3    | 3    | 7    | 24   |
|    | 医療経済  |       | 1    | 2    | 3    | 14   |
| 公立 | 医学概論  | 5     | } 6  | } 6  | 6    |      |
|    | 医史学   | 3     |      |      | 3    | 4    |
|    | 医の倫理  |       | 0    | 1    | 2    | 5    |
|    | 行動科学  | 0     | 0    | 0    | 0    | 0    |
|    | 医学情報学 | 2     | 2    | 3    | 4    |      |
|    | 医事法制  |       | 3    | 1    | 1    |      |
|    | 医療福祉学 |       | 0    | 0    | 0    | 0    |
|    | 医学外国語 |       | 0    | 2    | 2    | 3    |
|    | 生命科学  |       | 0    | 0    | 0    | 1    |
|    | 医療経済  |       | 0    | 0    | 0    | 1    |
| 私立 | 医学概論  | 23    | } 31 | } 27 | 27   |      |
|    | 医史学   | 8     |      |      | 6    | 12   |
|    | 医の倫理  |       | 0    | 3    | 3    | 19   |
|    | 行動科学  | 5     | 2    | 5    | 6    | 9    |
|    | 医学情報学 | 7     | 11   | 15   | 19   |      |
|    | 医事法制  |       | 9    | 11   | 12   |      |
|    | 医療福祉学 |       | 4    | 2    | 0    | 10   |
|    | 医学外国語 |       | 7    | 7    | 8    | 19   |
|    | 生命科学  |       | 2    | 2    | 2    | 10   |
|    | 医療経済  |       | 0    | 0    | 0    | 9    |

注：平成7年は調査の枠組みが変わっているため若干、従来の結果と異同がある  
文献3～7)より藤崎が作表

表3. Early Exposureの実施状況

|    |        | 平成元年 | 平成3年 | 平成5年 | 平成7年 |
|----|--------|------|------|------|------|
| 国立 | 行っている  | 20   | 24   | 32   | 41   |
|    | 行っていない | 23   | 19   | 10   | 2    |
| 公立 | 行っている  | 3    | 4    | 4    | 7    |
|    | 行っていない | 5    | 4    | 3    | 1    |
| 私立 | 行っている  | 19   | 21   | 29   | 29   |
|    | 行っていない | 10   | 8    | 0    | 0    |

文献3～6)より藤崎が作表

表4. Early Exposure いろいろ行っているか

|          | 国立 | 公立 | 私立 | 合計 |
|----------|----|----|----|----|
| 1 学 年    | 33 | 7  | 22 | 62 |
| 2 学 年    | 4  | 0  | 0  | 4  |
| 1・2 学年   | 3  | 0  | 2  | 5  |
| 1・3 学年   | 0  | 0  | 3  | 3  |
| 1・4 学年   | 0  | 0  | 1  | 1  |
| 1・2・3 学年 | 0  | 0  | 1  | 1  |
| そ の 他    | 1  | 0  | 0  | 1  |
| 計        | 41 | 7  | 29 | 77 |

文献3)より

である64単位は設置基準改正前の従来の一般教育にあてられていた単位数と同じであり、そういった意味でも、内容的には各大学で工夫した上で、時間的には従来通りのエネルギーを一般教育に割くように求めているともいえるかもしれない。

### 3) Early Exposure 実施の拡大

近年の一般教育においてももう1つ特徴的なことに、early exposureの普及、拡大があげられるだろう。平成元年の段階ですでに過半数(42校)の大学でearly exposureが取り組まれていたのであるが(表3)、平成7年には77校にまで広がり、取り組んでいない大学はわずか3校になっている。さらに、early exposureの実施時期をみると(表4)、その大半は一般教育の期間中に行われており、early exposureを一般教育の一形態として明確に位置づける必要があると思われる。

しかし、early exposureの内容については、学生の動機づけや幅広い人間観を養うためのものから、単なる臨床医学の前倒し実習のようなもの

が存在しているようであり、今後、early exposureの意義や教育目標、教育方略などについて、しっかりと整理するための検討や議論が不可欠になってくるだろう。

## 2. 今後の一般教育のあり方

### 1) 期待される医師像

医学部・医科大学における卒前医学教育において、その全体のゴールとなる指針としては、昭和62年9月7日に報告された文部省の「医学教育の改善に関する調査研究協力者会議」最終まとめに示された「期待される医師像」がある<sup>9)</sup>。概述すると以下の通りである。

1) 医師は、生涯を通して最新の知識・技術を学習し、多様な情報を自ら組み合わせ、未知の課題を解決していくという積極的姿勢が必要である。

2) 医師は、医学・医療の全般にわたる広い視野と高い見識をもつ必要がある。

3) 医師は、人間性豊かで暖かさがあり、人間の生命に対して深い畏敬の念をもち患者や家族と対話を行い、その心を理解し、患者の立場に立って診療を行う必要がある。

4) 医師は、自然科学としての医学を学ぶのみではなく、医学を支える周辺の科学的知識ならびに深い教養を備えることに努めるべきである。

5) 医師は、地域医療に関心を寄せ、健康の保持、疾病の予防から社会復帰に至る医療全般の責任を有することを自覚すべきである。

6) 医師は、医師としての社会的責任を自負し、社会の健全な発展に対して積極的に貢献することが期待される。

7) 医師は、自らの能力の限界を自覚し、困難な課題に直面した際には、適当な医療機関などへの相談、紹介など適切な対応ができなければならない。

8) 医師は、医療に従事するさまざまな職種の人々と適切に役割分担し、よき指導者としての役割を演じていくことが期待される。

当然のことながら、一般教育のあり方や役割についても、上記報告に示される医学教育全体のゴールに到達するための教育という枠組みの中で議論される必要があるだろう。

## 2) 21世紀医学・医療懇談会教育部会報告

上記報告を受け、さらに21世紀に向けた医学・医療のあり方を踏まえた医療者教育を検討するために、文部省に新たに「21世紀医学・医療懇談会」が組織され、1996年にその教育部会報告が提出された<sup>9)</sup>。ここではそのうち一般教育に関わる部分について紹介する。

まず、今回新たに示されたのは、21世紀に向けて期待される医療人像である。まずはすでに示されている上記医師像を踏まえたうえで、とくに豊かな人間性、深い教養および医療人としての倫理性について改めてその重要性が強調された。そのうえで21世紀に向けた新たな視点として次の3点が示された。

1) 従来の「医師のパターナリズム」的あり方に対し、医療に関する患者の意思と自由を尊重し、患者の人権を守れるような医療を提供できるように、医療人と医療を受ける者との関係が変わることが求められており、その中心となる視点としてインフォームド・コンセントの重要性が指摘されている。

2) 他の医療人を含めたチーム医療や地域医療のさまざまな担い手を含めたチーム医療の重要性。また、医学・医療に対する社会的ニーズの変化や医療の場の多様化に伴い、従来にもまして医療人それぞれの役割および専門性を重視した医療のあり方が求められるようになってきている。

3) 医療人は人間性への深い洞察力をもち、医学・医療に関する幅広い専門知識を有するとともに、医学・医療を取り巻く環境の変化に適切に対応できるよう、倫理的・法的な知識や医療経済を含めた社会問題に関する知識の修得や、臨床面での

の対応を適切に行いうる能力や態度の修得が不可欠である。

そして、次に、期待される医療人の育成方策としては、医療人には幅広い教養をもった感性豊かな人間性、人間性への深い洞察力、社会ルールについての理解、論理的思考力、コミュニケーション能力、自己問題提起能力や自己問題解決能力などをもつことが求められており、このような資質を育てることは医療人育成を考えるにあたっての根本であり、そのためには、人間的な成熟を促し、幅広い教養を身につけさせるための教育を行った後に、医療に関する専門的な学習を行うことが望まれることが確認された。

さらに、21世紀の医師育成については、米国のような大学の学部4年を修了した者が、4年制のメディカル・スクールに進学し基礎医学および臨床医学を集中的に学習する教育制度を設けることが望ましいとされた。

しかし、そのような新制度の実施にあたっては引き続き検討すべき課題も多くあるため、期待される医療人の育成に向けて、現行制度下において当面すぐにも対応できる方策についての提言がまとめられた。以下に一般教育に関わる部分の概略を示す。

1) 今後、さらに学部教育の改善を進めるにあたり、各大学・学部では、医学・医療の環境の変化を受けて、どのような理念・目的の下に学部教育を進めていくのかについて十分な検討を行うとともに、その実現のために多様なカリキュラム編成やコースの設置（たとえば、良医の育成に重点を置いたコース、研究の推進に重点を置いたコースなど）を積極的に進めることが期待される。

2) 医療を考えるにあたって、医療人が生命の尊厳について深い認識をもっていることはきわめて重要である。学部教育において、生命の尊厳についての教育、死についての教育、患者の立場に立った体験学習などを推進することが強く求められているところであり、老人保健施設や介護・福祉施設などでの体験実習、患者として病院などへ体験入院を行うなど、体験学習の推進を図ることが必要である。また、超高齢化社会を迎える観点から、老年医学や老人保健施設の重要性を踏まえた教育を進めることが求められる。

3) 医学・医療の進歩と情報量の増大を受けて、医療人は患者のために、生涯にわたって学習を継続していくことが義務になっていると考えられるところであり、学部教育においては、自己学習力や自己問題提起・解決能力など生涯学習の態度・習慣を修得させることが必要である。

さらに、具体的に、今後、教養教育を含め学部教育の改善を進めていくにあたっての改善・充実点が示された。

1) 専門分野ごとに分化された教育内容を寄せ集めたカリキュラムではなく、各大学・学部の理念・目的に基づいた統合カリキュラムの作成を推進する。

2) 現在、教養教育と専門教育との有機的な連携に配慮した一貫教育に向けたカリキュラム改革が進められているが、その中で専門教育のみが重視され教養教育が軽視されているのではないかとの指摘がある。医療人育成の上で、教養教育の目的である幅広い知識と豊かな人間性の涵養はきわめて重要であり、教養教育に充分配慮したカリキュラム編成に努めるとともに、たとえば専門教育担当の教員が教養教育を担当するなどの工夫が必要である。さらに、幅広い教養や豊かな人間性は、カリキュラム区分としての教養教育のみならず、専門教育も含めた大学教育全体を通じて培われるべきものである。また、自然の生命への畏敬の念を養い、生命の尊厳を身をもって体得させつつ人間性の陶冶を図るために、豊かな自然環境の中で学生と教官が合宿生活を過ごすことも効果的であるとする。

3) 現在は、主として学力成績に力点が置かれて、将来の医療人になるべき人材を大学入学時点で選抜している状況にある。しかしながら、今後は、学部在学中に医療人としての適性を判断すること、教養教育を含めた学部教育に学生が意欲をもって学習する環境を育てることなどの観点か

ら、2年次修了時点などで進級のための選抜を行うことも検討されるべきである。

4) 大教室での講義形式ではなく、学生の自主的な学習態度を育てることができるよう、少人数教育やテュートリアル教育を積極的に導入するとともに、マルチメディアの活用を図る。そのためには、医学教育に関する教育方法の研究開発を進めるとともに、指導体制の充実を図るためにティーチング・アシスタント制度の活用や後述の「臨床教授」(仮称)制度の創設を進める必要がある。

5) チーム医療の進展やインフォームド・コンセントの重要性の高まりを踏まえ、人間性への洞察力や他人との協調性を涵養し、さらに患者や家族とのコミュニケーション能力を育成することが必要である。このため、ビデオ実習システムなど基本的な面接・診療技法の修得を目指した実習方法の工夫や合宿研修施設の活用などが望まれる。

#### 文 献

- 1) 田中 勳：大学設置基準の改正と一般教育，医学教育別冊・医学教育白書1994年版，72-74，1995
- 2) 堀 原一：大学設置基準の大綱化と筑波大学の対応，医学教育1992，23：193-198
- 3) 全国医学部長病院長会議：医学教育カリキュラムの現状，平成7年度
- 4) 全国医学部長病院長会議：医学教育カリキュラムの現状，平成5年度
- 5) 全国医学部長病院長会議：医学教育カリキュラムの現状，平成3年度
- 6) 全国医学部長病院長会議：医学教育カリキュラムの現状，平成元年度
- 7) 全国医学部長病院長会議：医学教育カリキュラムの現状，昭和58年度
- 8) 医学教育の改善に関する調査研究協力者会議：最終まとめ，医学教育1987，18：388-424
- 9) 文部省：21世紀医学・医療懇談会教育部会報告，1996