

医療の変化と医学教育^{*1}

中島 宏昭^{*2}

はじめに

医療は変化している。この変化は国民の意識と医療保険制度の変化によるところが大きい。日本国民の少子化と高齢化，経済的な条件，人権に対する意識の変化などが日本の医療保険制度を変え，医療保険制度の変化がまた国民の意識を変化させてきた。最近の電子情報システムの発展と普及は，国民の意識の変化を加速的に速めつつある。国民の医療に対する要求は多様でしかも大きなうねりのように押しよせてくる。この要求に応えるために医学教育はどうあるべきか考えてみたい。

1. 国民の意識の変化

病気になった時に経済的な力に左右されることなく最善の医療を受けたいという国民の願いは，1961年に国民皆保険制度が施行されたことで実現された。検査や治療を誰でも平等に受けることができるという点では，世界に誇りうる制度である。皆保険制度は社会保障制度であるから，皆で出しあったお金と税金を病気になった時に互助的に使うという精神であるが，その都度本人が負担する金額が少ないこともあって，「医療はただ」という意識が国民の間に浸透してきた。このことが国民の受診回数を増し，高齢者人口の増加に伴う老人医療費の増加，核家族化で小児の病気を相談する相手がいないためにすぐに受診する傾向，さらに医療の高度化と相まって医療費を高騰させる原因となった。これが医療保険制度そのものの存立を危うくさせることになった。

また自分の人生は自分で選択したいという意識

(自己決定権)の高まりは，情報公開の流れによって医療者側に病状・治療に対する詳しい説明と診療記録，レセプトなどの開示を求める要求となった。致命的な結果になりうる病名の告知も広く行われるようになった。

こうした国民の意識の変化は欧米で既に変化しつつある意識と共通するものでもある。日本のこれからの医療の方向を示唆するものでもある。欧米での考えから日本でも，これまでの疾病中心の医療から健康の維持も重視した医療へ，病院中心の医療から地域社会を中心とした医療へ，専門領域重視からプライマリ・ケアを重視した医療へ，そしてこれまでの経験に頼った医療から根拠に基づいた医療 (EBM: Evidence-based Medicine) へと変化して行くものと考えられる。

2. 医療保険制度の変化

医療費の増加に伴う医療保障制度の危機に対して政府はいくつかの抜本的な改革を試みている。医療報酬体系をこれまでの薬，検査項目中心から技術とその難易度にも及ぼし，医師の技能が診療報酬の対象として評価されることになった。医療機関を機能に応じて分類し，大病院は入院機能を，小病院と診療所はプライマリ・ケアを中心とした機能を重視した報酬とした。また1つの病院ですべての状態の病気をみる病院完結型の病院ではなく，急性期医療を行う病院と慢性期医療を行う病院に分けて1つの地域全体で治療を受持つ地域完結型の医療を行うために，診療報酬を区別した。急性期医療には出来高払い，慢性期医療には定額払いを原則とし，入院期間を短くすることもあって，急性期医療でも一定期間後は1日定額払いとした。医療を受けた場合の個人負担の率も上げて危機に瀕した医療保険制度を変革しようとしている。

^{*1} Variation of Medicine and Medical Education

キーワード：医学教育，卒後臨床研修，評価

^{*2} Hiroaki NAKAJIMA 昭和大学横浜市北部病院呼吸器センター

3. 情報伝達の変化

これまでの紙を用いた情報伝達から、電子情報システムいわゆる電子カルテが注目されている。現在は徐々に普及しているが、システムがさらに使いやすくなり、安価になれば数年のうちに急速に普及して行くものと思われる。記録の改竄の阻止、高精細でない画面で見る単純写真の質の低さ、入力に時間がかかりすぎることで、パスワードさえあれば関係ない患者の情報も容易に得られること、システムがダウンした時の対策など解決すべき問題も多いが、情報集計の容易さ、内視鏡写真、病理標本の写真が患者とともに鮮明な像として画面で見られること、病棟の指示を外来でも出せること、血液の検査結果の印刷や薬の過量投与のチェックが簡単にできることなどメリットは多い。

実際に1年以上電子記録を使用した経験を述べると、初めの3か月はコンピューターの操作に慣れていないためにいらいらし、次の3か月は操作に慣れたにもかかわらず入力時間が短くならないことにいらいらした。これは紙のカルテの時には書いていなかったことを電子カルテでは手順を踏んですべてきちんと書くためであることに気がついた。紙のカルテの時にはいかに書くべきことを書いていなかったかということであった。そこで次の3か月は決まりきった文句をいかに短縮記号の入力で短くするかを工夫した。こうして入力時間は短くなったが、紙のカルテでなければ得られない情報にも気づいた。それは手書きの自分の文字はそれを見た瞬間に、その字を書いた時の自分の感情や診察室の状況まで思い出すことができるが、電子カルテの活字は最後まで読んでも感情までは思い出せないということであった。

4. 医学教育の変化

病人を対象としていた医学が、物理・化学の発達、顕微鏡のような道具の発明によって病人よりも病変の生じている臓器や組織、細胞を重視するようになると、ほかの自然科学と同様、知識と観察・実験のための技能の獲得に力が注がれた。結果として教育も知識と技能の伝達为中心となっ

た。特に西洋の医学を取り入れることからスタートした日本では知識の獲得こそが学問であった。

医療は病人に対して行われるものであるから知識のみでは医療行為は成立し得ない。技能に熟達していること、人を人としてみることのできる態度が必要であるとの観点から、教室での講義中心の受身の教育から学生自らが考え、実践する行動型の教育へと変えることが試みられている。学生がチュータの助けを借りながら自ら学ぶべき課題を見つけて学ぶ学習法（PBL: problem-based learning）や指導医の監視のもとに一定の範囲の医行為を行い、診療を補助しながら医師となるための知識、技能、態度を身につける学習法（クリニカル・クラークシップ）が効果のある教育法として取り入れられつつある^{1,2)}。

5. FDによる教育の改善

教育方法、内容を改善するためには教える側の意識の改革が必要である。このため教員の教育（FD: faculty development）がワークショップ形式で行われるようになった。2001年に日本医学教育学会が行ったアンケート調査では全国80の医学部または医科大学のうち学内ワークショップを1回でも行った大学は74校で92.5%に上る。しかし参加した教員数は全体の35.3%でまだ半数にも達していない。全国的な規模でのワークショップには今年29回目を迎える「医学教育者のためのワークショップ」（主催：厚生労働省、文部科学省）と今年8年目を迎える「臨床研修指導医養成講習会」（主催：医療研修推進財団）がある。前者はいわゆる「富士研」と呼ばれているもので、年に1回大学から20名、臨床研修病院から20名の合計40名が6日間、富士山の裾野で寝食をともにしながら学ぶものである。2001年までに約1,100名が学んでいる。後者は臨床研修医を指導する者を対象としているが、全国の臨床研修病院から50名ずつ、場所を変えながら年4回行われている。2001年までに約1,400名が研修を終えている。いずれもカリキュラム・プランニングを中心に教育技法を学ぶものである。学会と違って専門を異にする教員が泊まり込みで協同作業をするうちに非常に親しくなることも特徴

である。

6. なぜ教育するのか

教育の主体は学習者である。学習者がある目標に到達するように教育者は援助する。目標は学習者が医師となるために必要と考えていることと世の中の人々が医師となる学習者にこうあって欲しいと要望していることの両方から作られる。しかしそれだけではない。学習者を援助する私達教員の思いもこの目標に込められている。教員として医師として長年医学に携わり、医学に対する理想も成し遂げたいことも山ほどある。しかしすべてを実現することはもちろんできない。そんな私達の前に現れた学習者はひょっとすると将来私達の夢を実現してくれる人達かも知れない。それならばこの人達にはこうあって欲しいという私達教員の思いも込めて「目標」ができるのである。

目標に到達するためにはどのように学習するかという戦略、即ち「方略」が大切である。大勢の学習者を前にして一方的に自分の持っている知識を伝えるだけでは、学習者は常に受け身である。できるだけスモールグループに分けて学習者同士が行動しながら考えるよう工夫するのがよい。学習者同士の議論を聞いていると教員としても得るところが多い。なるほどそんなふうにかかると気づくことで指導する側も変わり成長することになる。成長するからこそ学習者は教員を見て化石などとは思わず、魅力を感じるのである。

行動的な方略で学習した学習者が目標に到達したか否か「評価」することで目標→方略→評価と進んだ教育カリキュラムは一応完結するが、さらに優れたカリキュラムにするために評価が大切である。評価をする時に日本であまり行われてこなかったのが形成的評価である。形成的評価は学習者が今どこが良くできていて、どこが足りないか気づくための評価である。「気づき」のための評価であるから最終評価（総括的評価）には加えない。気づくことで学習意欲が高まることが多いことは確かである。学習者が自分の足りない点に気づいた時、「よく気づいた」と指導する側が心から感心することも十分に学習者の意欲を高めるこ

となる。ただし「心から」という点が重要である。形成的評価で学習者を刺激し励ましながらも最後の総括的評価は厳正に行うことが私達の社会への責任である。

7. 卒後臨床研修の必修化に向けて

2004年から卒後の臨床研修が必修化される。

1948年に米国によって導入されたいわゆるインターン制度は、研修内容が明確でなく、到達目標も明示されず、適切な評価もなく、医師としての身分の保障もなかったことから、1968年に廃止された。その後努力目標として卒後2年間の研修が勧められたが、旧厚生省は教育および臨床設備と指導人員を備えた病院を臨床研修病院として指定した。しかし指定された病院によって研修プログラムはまちまちであり、しかも多くの病院で研修プログラムがなかったために研修の内容はインターン制度の時と同じくばらばらであった。評価もほとんどの病院で適切にはなされていなかった。この反省から今回の必修化では研修プログラムの内容が重視され、プログラムの公開と評価、研修手帳などによる研修医の評価をきちんと行うことが強く要望されている。大切なことでぜひそうされなければならないが、最終評価の判定が各研修病院の院長が各病院の臨床研修委員会の評価を踏まえて総合的に評価を行った上で研修終了を証明し、これを受けて厚生労働大臣が移籍に登録する方針とされている。最終評価を厳正に行うことは臨床研修病院の社会的責任である。もし最終評価が適切になされなければ、研修医の生活費を負担する国民はこの制度を信頼しなくなるであろう。将来は第三者機関が評価することが望ましいが、それまでは各臨床研修病院が最終評価に外部の評価者を加えて公正にかつ厳正に行うことが必要である。

文 献

- 1) 阿部好文：21世紀の新しい医学教育。診療研究 2001, 364: 5-13
- 2) 神津忠彦：文部省科学研究費補助金 基盤研究 (C) 卒前臨床実習におけるクリニカルクラークシップ方式の導入に関する調査研究。研究報告書「クリニカルクラークシップの導入とその問題点」, 1988