

1. カリキュラム^{*1}

田邊 政裕^{*2}

1. はじめに

2006年より2009年12月まででカリキュラムに関連する医学教育の特筆すべき事項は、2009年5月に医学教育カリキュラム検討会から公表された「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」¹⁾である。今後の医学教育の方向性を示す重要な提言であり、臨床実習の章で改めて詳述する。

全国医学部長病院長会議から発行された2種類の報告をもとに我が国における医学教育カリキュラムの現状を概説し、今後の課題について考察する。参考とした報告は「平成19年度医学教育カリキュラムの現状」²⁾と「わが国の大学医学部(医科大学)白書2009」(白書)³⁾である。

2. 一般(教養)教育

(1) 重視している教育

白書では、一般(教養)教育で重視されるべき教育として基礎学力(語学、基礎理化学など)の確保を1番に重視している大学が最も多く、次いで生命の尊厳・倫理観の育成、情報処理の順であった。この傾向は前回2005年の白書と同様で変化はなかった。医療人育成の観点から一般(教養)教育がどうあるべきかに対する自由意見としても、医学の基礎としての語学、生物学等と人間性の涵養を多くの大学が挙げていた。これらのカリキュラムが一般(教養)教育として医学教育とは独立しているのか、医学教育の一環として実施されているのかは、参考とした報告からは分から

なかった。

(2) プロフェッショナリズム教育

2006年度版医学教育白書では、人間性・プロフェッショナリズム教育が医師の資質を高める教育として取り上げられ、医療倫理教育、人間性を高める教育が90%の大学で実施されていることが報告されていた。白書でも90%以上の大学がこのような教育を初年次教育として特別にカリキュラムを組んで実施していた。ACGMEが研修医のコア・コンピテンスとしてプロフェッショナリズムを取り上げたこと⁴⁾を契機に、プロフェッショナリズム教育が卒前医学教育においても世界的に重視されるようになってきた。我が国においても医師の資質を高めるプロフェッショナリズム教育が、一般(教養)教育としてだけでなく、医学教育の一環として今後さらに普及、深化していくことが期待される。

3. 臨床前教育

(1) 医学教育モデル・コア・カリキュラム

90%の大学で既にモデル・コア・カリキュラム(コア・カリ)を導入しているが、導入予定のない大学が2校、今後導入予定の大学が1校あった。コアカリに準拠した医学教育の成果については、以下のような賛否両論が各大学から示された。コアカリの主な長所としては、①最低限の修得すべき学習項目(基準)の明示、②教育内容のモレ、ダブリの是正、③統合的な学習の促進、④自主学習の態度の涵養、⑤教育の質の維持、向上。主な短所としては、①画一的な教育、②学習項目の妥当性(欠落部分の有無)の検証がない、③研究への興味の減退、④自学自習能力に依存。自主学習、自学自習能力は白書に記載された意見をそのまま引用したが、自律的学習(self-directed

^{*1} Curriculum

^{*2} Masahiro TANABE 千葉大学医学部附属病院総合医療教育研修センター

learning) と同義と解釈した。コアカリは長所でも述べられているように、医学教育のミニマル・エッセンシャルである。それを理解し、臨床で応用できる。さらにアドバンスな学習ができるかは、学生の自律的学習能力に拠るところが大きい。コアカリの導入と平行して、自律的学習能力を修得させる教育の重要性が一層増してきた。PBL テュートリアルのような少人数教育に加えて、すべてのカリキュラムでこのような能力を学生が修得するような工夫が求められる。

(2) 共用試験

CBT は 74%、OSCE は 79%の大学が総括的評価として共用試験を活用していた。多くの大学で共用試験に合格することが臨床実習参加の資格要件となっている。共用試験導入後の学生の変化については、CBT、OSCE で違いが見られた。知識については導入前後で変化は見られなかったが(必要な知識を持っている 48% vs 変わらない 46%)、態度では変化が見られたと回答した大学が多かった(臨床実習に臨む態度に変化が見られた 65%)。教員の変化については、OSCE 導入後、教え方に変化が見られた(53%)、どちらもいえない(48%)で、指導法に影響があったと回答した大学が半数以上あった。このような変化は、今後の共用試験の見直し、改善に向けて重要な情報であり、機会を改めて詳細に検証する必要がある。

4. 臨床実習

(1) クリニカル・クラークシップ

白書ではクリニカル・クラークシップ(CC)を導入していると回答した大学は全体の98%で、国立と私立はすべての大学が実施していると回答した。2005年度の白書の83%と比較して増加している。しかし、その期間は3から73週間と多様で、大学ごとにCCの内容、方法にかなり違いがあるのではないと思われる。学生の診療参加として、回診(90%)、症例プレゼンテーション(80%)、採血などの医行為(55%)、診療録の記載(53%)などが挙げられた。4年次から開始している大学が3大学(国立1、私立2)あった。コア診療科を設定している大学は34%あり、そ

れが臓器別診療科の場合は、内科、外科とも実習期間は4週間が多かった。CC実施上の問題点として教員の負担(50%)、診療科による取組の違い(48%)、医行為の水準不明瞭(21%)、患者からの同意を得ることの困難さなどが挙げられていた。その解決策としては医行為のガイドライン作成、CCにおける教育技法・評価法のFD、教員増などが提言されていた。

(2) 臨床研修制度の見直し等を踏まえた医学教育の改善¹⁾

臨床研修制度の見直しにより、2010年度からローテーション研修によるプライマリ・ケア研修が実質1年となった。しかし、卒後研修の目標は変更されていないため、それを達成するためには従来よりも医学部卒業生の臨床能力を高めなければならない。そのような状況を踏まえて、卒前・卒後教育を一貫して見通した医学教育の改善が必要であり、臨床実習における基本的診療能力の確実な習得が強調されている。従来の臨床実習をより診療参加型(CC)に変更することが求められている。このようなCCを実現するために以下のような提言が行われた、①必要な最低単位数(例えば50単位)を法令上明確にして一定の診療能力の習得を確保する、②臨床実習を系統的、体系的に充実するためにコアカリを改定する、③侵襲的医行為を実施する前提として診療技能向上のためのシミュレーション教育の推進など。臨床実習の変更は、臨床前教育、さらには一般(教養)教育の変更を伴う医学教育改革となる。定員増とも相俟って、今後多くの大学で大幅なカリキュラムの変更が行われることになろう。

■文 献

- 1) 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、医学教育カリキュラム検討会、意見のとりまとめ
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/038/toushin/_icsFiles/afield-file/2009/05/01/1263119_1.pdf
- 2) 全国医学部長病院長会議。平成19年度(2007年)医学教育カリキュラムの現状。

- 3) 全国医学部長病院長会議. わが国の大学医学部 (医
科大学) 白書 2009.
- 4) ACGME Outcome Project. Accreditation Council

for Graduate Medical Education Web site. [http://
www.acgme.org](http://www.acgme.org).2000.