

第 104 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

精神医学の卒前教育を考える——最近の医学教育の流れ——

前 田 潔 (神戸大学大学院医学研究科精神医学分野)

医学の卒後研究は 2004 年の新医師臨床研修制度の導入によって大きく変わった。しかし、卒前教育も大きく変わっている。こういった変化のなかで学部教育における精神医学教育がそれに適応しているのかの検証も十分にはなされていない。本シンポジウムでは精神医学卒前教育を整理・検証することを目的とするものである。

学部教育はチュートリアル教育、クリニカルクラークシップ、OSCE の採用、共用試験の導入など、ここ 10 年ほどの間に目まぐるしく変化した。こういった変化の背景には、従来のわが国の医学教育が、おびただしく情報量が増加した現在の医学を教育するのに適切でなくなったという事実があった。

新しい教育方式にはふたつの特徴があった。そのひとつは教員がすべての知識を教えるのではなく、教員は学生に学習の仕方を教え、学生自らが問題、課題を探し出して学習するというものである。ふたつ目は、医学部卒業時に、北米の国々に見られるように、医学生がある程度実際の診療が行えるようにすることにあった。

そのような変化のなかで精神医学教育はどのように変わっていくべきか。新しい教育理念をどのように精神医学教育に取り入れるのかが問われている。

1. はじめに

医学の卒後教育（卒後臨床研修）は 2004 年の新医師臨床研修制度の導入によって大きく変わった。医学部卒業生の就職行動が変わり、医師の地域への供給体制ががらっと変わってしまった。そのために医師の偏在、医師不足が生じている。精神医学の領域では精神科が初期研修の必修科目に加えられ、すべての初期研修医が精神医学を 1～3 ヶ月研修することとなった。

一方、10 年ほどまえから卒前教育も大きく変わった。医学の学部教育は大学に在籍するものにしただけ体験されないもので、それ以外の人たちにはあまり知られることはない。またこういった変化のなかで精神医学教育がそれに適応していつているのかの検証も十分にはなされていない。本シンポジウムでは精神医学卒前教育を整理・検証することを目的とするものである。本小文では最近の臨床医学教育の流れをまとめてみた。

2. 大学改革と医学教育改革

平成 10 年 10 月、大学審議会答申「21 世紀の大学像と今後の改革方策について」が発表された。これは大学教育改革の方向性を示したものであるが、それをもとに 21 世紀における医師・歯科医師の育成体制の在り方をまとめた、医学部、歯学部における教育改革の方向性を示した「21 世紀医学・医療懇談会第 4 次報告」が提言された。平成 12 年 3 月、この提言を実現し、以下の目標に向け、具体的な方策を打ち出すべく医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議が設置された。表 1 にはその際に提言された今後の医学教育が目指すべき目標を掲げている。それにはこれから目指す目標として 8 項目が並んでいる。最初の 3 つの目標は患者対応について医師のあるべき姿を強調している。

表1 今後の医学教育が目指すべき目標

1. 患者中心の医療を実践できる医療人の育成
2. コミュニケーション能力の優れた医療人の育成
3. 倫理的問題を真摯に受けとめ、適切に対処できる人材の育成
4. 幅広く質の高い臨床能力を身につけた医療人の育成
5. 問題発見・解決型の人材の育成
6. 生涯にわたって学ぶ習慣を身につけ、根拠に立脚した医療を実践できる人材の育成
7. 世界をリードする生命科学研究者となりうる人材の育成
8. 個人と地域・国際社会の健康増進と疾病の予防・根絶に寄与し、国際的な活動ができる人材の育成

表3

これまでのカリキュラムの問題点

1. 課題探求・解決能力の養成が不十分であった。
2. 医学知識量の増大に伴ってカリキュラムが過密になっている。
3. 大学間、科目間の教育の質にばらつきがある。到達目標が定められていない。全体を見通したカリキュラムの調整、評価、精選の機会が十分でない。
4. 基礎科目と臨床科目の間や講座間で壁があり、十分な調整がなされていない。
5. 臨床実習が全臨床科必修短期ローテーション方式で、学生が基本的臨床能力を身につけていない。

望ましいカリキュラムの在り方

1. 卒業までに修得すべき知識を整理し、態度および技能教育の充実を図る。
2. 課題解決型学習を推進し、課題探求能力、分析的評価能力を向上させる。
3. 臨床医として必要な態度を身につけさせる。
4. 卒後臨床研修を円滑に開始するための基本的臨床能力を身につけさせる。

3. それまでの医師養成、医学教育の問題点

これまでのわが国の医学教育の問題点をまとめると表2のようになる。以前から指摘されてきたことのほかに、参加型実習の必要性および教員の教育能力の向上が挙げられている。21世紀における医学・歯学教育の改善方策について——学部教育の再構築のために——という文章が医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議（平成13年3月27日）から提出され、医学部にお

表2 それまでの医師養成、医学教育の問題点

1. それまでのカリキュラムが情報の詰め込み、記憶教育に偏っていた。
2. 大学間のばらつきが目立ち、到達目標がどこにあるか、全体を見通したカリキュラムの調整や評価が十分でなかった。
3. 基礎、臨床との壁、講座間の壁により円滑な学習が妨げられてきた。
4. 臨床実習が短期ローテーション、見学型で行われていた。
5. 教員の能力、評価、向上の努力が十分でなかった。

る卒前教育の改革の必要性が指摘された。

高齢化社会の到来による疾病構造の変化、患者ニーズの多様化、生命科学の進歩・発展による医学関係の知識量・情報量の膨大化、社会全般のグローバル化の結果、医学教育もグローバルな水準に転換する必要が出てきた。また卒後臨床研修制度が必修化され、それに対応して卒前教育を整理し、円滑な接続が必要と考えられた

4. モデルコアカリキュラム

カリキュラムについても検討が加えられた。それまでのカリキュラムの問題点および望ましいカリキュラムについてまとめたものが表3である。この結果モデルコアカリキュラムが作成されることとなった。このモデルコアカリキュラムはその後、次に述べる共用試験の筆記試験部分であるcomputer based test (CBT) がこのモデルコアカリキュラムにのっとって出題されることもあって、全国の医学部・医科大学で教育内容を検討する際に参考にされるようになった。

5. 共用試験

医学部学生に実習として医行為を行わせる場合、制限されたものであるとはいえ、患者・国民の理解を得るためには、実習を行う学生の知識・技量が一定の水準に達していることが担保される必要である。そのために実習開始前に学生に試験を課

表 4 臨床実習開始前の学生の適切な評価システム：共用試験

- 医学生による医行為が許容されるためには「事前に医学生の評価を行うこと」が必要である。
- 学生が診療に参加するための最低限必要な態度、技能、知識について適正な評価を行ったうえで、学生を臨床実習に進めることが求められている。
- しかしながらこれまでこの評価は各大学、各科目の教員にまかされており、その結果、学生が臨床実習を行えるだけの態度、技能、知識を身につけているかどうかスタンダードな基準でチェックするシステムは存在していなかった。
- 知識の評価（共用試験 CBT）と客観的臨床能力試験（OSCE）などの実技試験を用いて評価を行う必要がある。

し、その試験に合格したものだけが臨床実習が許可されなければならない。それが共用試験実施機構によって行われる共用試験である。表 4 には共用試験についてまとめている。共用試験は 3 年間の施行期間を経て現在ではすべての医学部・医科大学で実施されている。

6. OSCE における医療面接

昨年 12 月、読売新聞は「進む医学教育カリキュラム改革」という特集を 10 回連載している。その第 1 回の新聞記事が図 1 であり、10 回連載の各テーマが表 5 にまとめている。そのなかには PBL チュートリアル、共用試験、Faculty Development (FD) などが取り上げられているが、第 1 回では「患者との接し方を学ぶ」がとりあげられている。表 1 のこれからの目指す目標にもあるように若い医師のコミュニケーション能力の低下は否定すべきもない。OSCE では診療技能を習得するとともに、その医療面接において患者に接する態度、コミュニケーション能力の向上を図ろうとするものである。OSCE はこれらの点で非常に効果的で、この実習を経験したのちは医学生への患者に対する態度が一変する。

7. クリニカル・クラークシップ

今後の臨床実習の在り方について、医師の基本

的臨床能力を向上させるためにはこれまでの見学型から診療参加型の臨床実習に移行していく必要がある。診療参加型臨床実習（クリニカル・クラークシップ）とは、学生が診療チームに参加し、その一員として診療業務を分担しながら、医師の職業的な知識・思考・技能・態度の基本的な内容を学ぶことを目的としている。そのために「診療参加型臨床実習の実施のためのガイドライン」の策定がなされている。表 6 にはその主旨が、表 7 にはそのねらいがまとめてある。講座担当者会議では 2005 年に全国の講座担当者を対象に診療参加型実習についてアンケート調査を行った。その結果を表したものが図 2 で、自由記載の意見の一部をまとめたものが表 8 である。図 2 では診療参加型実習を行っているかの質問に、75 % の大学で「はい」と答えがあったことを示している。しかしながら表 8 の自由記載の内容を見ると相変わらず見学にとどまるとか、診療参加とはいえないという記載が目立つ。予診をとることで直接患者と接している。まだまだ十分に診療参加しているとはいえない。

8. Faculty Development (FD)

臨床医学教育の質の向上を図るうえで教員の能力の向上を図ることが重要である。わが国の大学教育では以前から教育能力とか教育技術といったものに関心が払われることは少なかった。教員の技術や能力を高めることを FD という。臨床医学教育が改革され、少人数による PBL やクリニカル・クラークシップが取り入れられてくると教員の自己開発も必要となってくる。そのためのインセンティブとして教員の採用や昇進に当たって、教育業績の評価も適切になされなければならない。表 9 にはこういったことをまとめている。

9. ま と め

以上、まとめてみると、学部教育はチュートリアル教育、クリニカルクラークシップ、OSCE の採用、共用試験の導入など、ここ 10 年ほどの間に目まぐるしく変化した。ここ 2・3 年少し落

医療人を
育てる

医学部でコミュニケーションを学ぶ授業が行われる。

No. 733

1

患者との接し方
園児と遊び習得

園児50は入見知りの時期もあるから大丈夫。子供たちも学生にも同感の表情が通じています。と励まします。

患者の気持ちに寄り添える医師を育てなければ、という問題意識は、どの人も共通している。

方は備っていたか」と感想をもちます。

「導く世代や考え方が異なる入と年々経験の重要さは、中々学生も医師も同じだと、藤原校長。

先月、京大付属病院の外來案内に立った佃義乃さん19は8歳で阪神大震災に遭遇。一時的に言葉が出なくなり、医師の支えで精神的ショックから立ち直った経験から医学を志した。「病院が多数の人を支えていることは、実習がなければ実感できなかった」という。学生たちは、新たな経験に感に反応している。

しかし、徳島大学では教員から「教えることがあらずして講義時間が足りないのに、どうして必要な実習なのか」という声も根強くある。京大の実習責任者で多平出教授も「入学してすぐ経験してもらいたい実習で、実習先の評価も高いが、学内での理解を促すという点では、これから勝負」と打ち明ける。

新たな挑戦は、成果を必ずという課題も突きつけられている。(片山圭、高橋教人)



進むカリキュラム改革

医学教育は近年、急速な改革が進んでいる。2001年、文部科学省の専門委員会から示した教育内閣の「モデル・コア・カリキュラム」が改訂の基盤になった。

基礎医学を学ぶから臨床医学に入るのではなく、両者の「統合カリキュラム」の導入が進み、知識の伝達中心から、学生の自主学習を基盤にしたグループ学習に移る大学が増えた。中でも重視されているのが、医師としての臨床能力の基礎となる人間性とコミュニケーション能力、問題解決能力の育成だ。06年度からは、臨床実習開始前に、診療態度や基本的な技術を含める実技試験（OSCE・OSKI）が行われる。

知識に加え人間性重視

全国80の全医学部に正式導入されたOSCE・OSKIという正式導入された基礎知識テスト（BKT）の両方に合格しなければ臨床実習に進めない仕組みだ。共用試験は医学部でも実施しており、薬学部でも10年から正式に導入される。

また、医学生の実習も、見習いではなく、実際に診療に参加する「フリニカル・クラシック」が主流。昨年の全日本医学部長会長の調査では9割の大学が導入している。

04年からは36年ぶりに、臨床研修制度が変わった。医学の専門分野が細分化され、修業を克服するため、医師国家試験の合格後、2年間は内科や外科、小児科、産科など、基本的な診療科を回る研修を必修化する中で、総合的な臨床能力を養うこととしている。

図1 読売新聞2007年12月18日

表5 教育ルネサンス 医療人を育てる——進む医学教育カリキュラム改革
(読売新聞朝刊2007年12月18日から)

1回 患者との接し方（を）園児と遊び（遊ぶなかで）習得	6回 心臓蘇生、模擬訓練で体得
2回 症例（を）もとに学び考える→PBLチュートリアル	7回 共通試験で実力を保証→共用試験
3回 救急研修（で）意欲（を）引き出す	8回 経験共有、家庭医の腕（を）磨く
4回 実習で職種（を）超え連携	9回 へき地で研修、病院も再生
5回 患者役「プロ」の心得	10回 指導医、合宿で鍛える→FD

一般的な医師養成の流れ

- 1年目 入試
・一般（教養）教育
・早期体験実習（病院見学など）
- 2年目 基礎医学、臨床医学教育
- 3年目 共用試験（OSCE、CBT）
- 4年目 臨床実習
- 5年目 医師国家試験
- 6年目 初期臨床研修 1,2年目
中・後期研修 3年目～
生産学習

内科、外科、救急、小児科、産科など基本診療科を回って研修（必修）

京大病院で研修を案内する医学生がラフエリア



園児50は入見知りの時期もあるから大丈夫。子供たちも学生にも同感の表情が通じています。と励まします。

患者の気持ちに寄り添える医師を育てなければ、という問題意識は、どの人も共通している。

方は備っていたか」と感想をもちます。

「導く世代や考え方が異なる入と年々経験の重要さは、中々学生も医師も同じだと、藤原校長。

先月、京大付属病院の外來案内に立った佃義乃さん19は8歳で阪神大震災に遭遇。一時的に言葉が出なくなり、医師の支えで精神的ショックから立ち直った経験から医学を志した。「病院が多数の人を支えていることは、実習がなければ実感できなかった」という。学生たちは、新たな経験に感に反応している。

図1 読売新聞2007年12月18日

表5 教育ルネサンス 医療人を育てる——進む医学教育カリキュラム改革
(読売新聞朝刊2007年12月18日から)

1回 患者との接し方（を）園児と遊び（遊ぶなかで）習得	6回 心臓蘇生、模擬訓練で体得
2回 症例（を）もとに学び考える→PBLチュートリアル	7回 共通試験で実力を保証→共用試験
3回 救急研修（で）意欲（を）引き出す	8回 経験共有、家庭医の腕（を）磨く
4回 実習で職種（を）超え連携	9回 へき地で研修、病院も再生
5回 患者役「プロ」の心得	10回 指導医、合宿で鍛える→FD

表 6 診療参加型臨床実習の実施のための
ガイドライン—1—

主 旨

- 教科書的・文献的知識だけでなく、現場での思考方法や実技、診療上や学習上の態度を含め、医師としての能力を総合的に学ぶ。
- 患者さんと医療職を相手に業務を実体験しながら実践的に学ぶ。
- したがって基本的な部分を学ぶ相手は患者さん、診療スタッフ全員である。
- 学生の能力に応じた診療業務を任せる。能力が向上すればより高度な業務を任せることにより、学生は知識・思考法・技能・態度を段階的に学ぶことが可能となる。
- 1診療科あたり4～12週間の配属期間に継続的な評価を受ける。診療科間の共通基準により継続的な学習評価を受ける。
- 指導医群もまた学生からの新たな視点に基づく質問により、自己学習が促される。

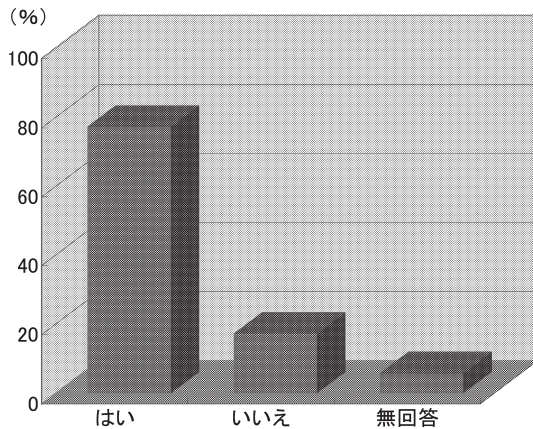


図 2 診療参加型臨床実習を行っていますか(精神神経学会教育委員会アンケート調査から)

表 7 診療参加型臨床実習の実施のための
ガイドライン—2—

実習のねらい (卒後、医師として第一歩を踏み出せるよう次の4点についての能力を実践的に身につけること)

- 情報収集
医療面接・身体診察・基本的検査・連絡報告。
- 評価と診療計画の立案
知識と検索技法、症例提示と検討会、診療録記載。
- 診療計画の実施
基本的治療手技、他医療職や患者さんへの伝達、文書作成、連絡報告。
- 診療・学習行動の基盤となる態度
患者およびその家族、他の医療職への接し方、自己の職業的能力とその限界に即した行動、助力と助言の受け入れ、自己学習への意欲。

表 8 現在行われている診療参加型臨床実習

- 外来で新患の予診、病棟で受け持ち患者のカルテ記載(指導医のもとで)させる。
- 散歩に同行する、レクリエーションの企画等を行っているが、実際の臨床参加は難しい。
- 外来での病歴聴取、簡単な心理検査を行わせている。
- 病棟での患者の受け持ちと外来実習。ただし外来は初診の見学にとどまる。
- 病棟で数人の患者を受け持つ。
- 入院に関しては担当患者を受け持たせる。
- デイケアの治療活動への参加。
- 診断や治療方針が決まっている入院患者を担当するが、現在症を把握する程度のもので診療参加型とまではいえない。いわゆる“模擬診療型”。
- グループ診療への配属・チーム医療への参加。
- 予診の聴取、HDR-Sなどの評価スケールの実施。
- 病棟では1人の患者を2週間担当し、主治医と一緒に診療に参加している。また、リエゾン・コンサルテーションにも医師と共に参加し、各病棟を回診している。
- 各臨床グループに入り、研修医の一員のような形で参加させます。学生1人ずつに実習マニュアルファイルを作成し配布。原則各病棟チームに1人ずつ配属。リエゾングループやデイケアへの参加。小児精神科外来でのポリクリ。診療グループに1人ずつ配属して行っている。
- 診療グループの一員として患者を受け持つ、カルテ記載をさせる。
- 予診、問診、検査手技、検査結果判読。
- 病棟診療への同席、回診への参画等。
- カンファで主治医として症例呈示させる。

表9 教育能力開発の推進

-
- 教育組織の機能開発 (FD)
高等教育に携わる教員の職業的能力を高めること。
Development of professional abilities of faculty members.
 - ・医学教育改革が世界的規模で進行している。
 - ・一斉講義，知識伝授型教育では時代遅れである。
 - ・少人数討論による PBL チュートリアルなど選択的
自己開発型学習をとりいれるべきである。
 - 教員の教育業績評価
教員の採用，昇進の評価に当たっては教育業績に対し
て適切な評価がなされなければならない。
-

ち着いた感がある。各大学も新しい教育方式に少し慣れてきたところであろう。こういった目まぐるしい変化の背景には，従来のわが国の医学教育が，おびただしく情報量が増加した現在の医学を教育するのに適切でなくなったという事実があった。新しい教育方式にはふたつの特徴があった。そのひとつは教員がすべての知識を教えるのではなく，教員は学生に学習の仕方を教え，学生自らが問題，課題を探し出して学習するというものである。ふたつ目は，医学部卒業時に，北米の国々に見られるように，医学生がある程度実際の診療が行えるようにすることにあった。

表10は2007年に行われた全国医学部長・病院長へのアンケートの結果であるが，advanced OSCE（共用試験のOSCEに対し，さらに上級

表10 医師国家試験改善のための医学部長病院長会議のアンケート調査（2007年）

-
- Advanced OSCEなどを国家試験に導入すべき……
少しそう思う以上：64%
 - コアカリキュラム，国試出題基準，臨床研修到達目標に整合性がない……少しそう思う以上：73%
 - 医学生の医療行為について法的整備をするべきである……少しそう思う以上：85%
 - わが国には医師養成のためのグランドデザインがない……少しそう思う以上：85%
 - 医師養成に関して文科省と厚労省の連携は進んでいる……そうは思わない：65%
-

の学年に行うOSCE)の国家試験への導入や医学生の医行為に対する積極的な考えが示されている。このような変化のなかで精神医学教育はどのように変わっていくべきか，新しい教育理念をどのように精神医学教育に取り入れるのかが問われている。

文 献

- 1) 21世紀における医学・歯学教育の改善方策について—学部教育の再構築のために—，医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議報告，2001
- 2) 21世紀における医学・歯学教育の改善方策について—学部教育の再構築のために—，別冊，2001
- 3) 臨床実習開始前の共用試験，平成15年，共用試験実施機構，全国医学部長病院長会議，2003