

[卒前学部教育の現状と課題]

# 共用試験のめざすもの

福島 統\*

キーワード 共用試験 教育での質の保証 医学教育

## はじめに

全国 80 医学部と 28 歯学部では、平成 17 年 12 月から、共用試験の正式実施が行われている。共用試験は知識、問題解決能力の試験である CBT (computer-based test ; CBT) と技能、態度の試験である OSCE (objective structured clinical examination ; 客観的臨床能力試験) とで構成されている。医学生はこの 2 つの試験に合格しなければ臨床実習 (病院実習) に進むことができない。

## I. 共用試験とは—臨床実習開始前の学生評価システム

多くの医学部では、1 年次から 4 年次を「前臨床実習教育」、5 年次と 6 年次を「臨床実習教育」としている。臨床実習では、学生が病棟の医療チームの一員として患者診療に参加しながら医学・医療の実際を学ぶ、診療参加型臨床実習 (クリニカル クラークシップ) の導入が求められている。従来の臨床実習は、臨床見学型 (医学生は医師が行う診療行為を見学するのみ)、模擬診療型 (実際の診療とは別に、患者の協力を得て医学生が模擬診療を行う) であった。しかしな

がら、臨床実習の教育効果として診療参加型がきわめて優れていることは明らかである。この環境が整っていないことが、わが国の医学教育が国際水準に達していないといわれる理由となっている。診療参加型臨床実習は、北米、イギリスの医学教育の影響を受けているアジア諸国でも一般化している。アジア諸国においても、日本の医学教育は明らかな後れをとっているのである。

臨床実習は医学教育の最も重要な学習の場である。学生が患者から学ぶには、医学に関する基本的知識、技能、態度を前臨床実習教育期間に身に付けていなければならない。臨床実習で患者診療に参加できる能力を学生が身に付けていれば、臨床実習での患者の安全性が確保されるだけでなく、学習者である学生が着実に医療者としての知識、技能、態度を積み上げていくことが可能となる。つまり、臨床実習で高い学習効率が実現されることになる。

卒業前にできるだけ高い診療能力を養えば、当然、卒業後の研修での学習効率も向上し、ひいてはわが国の医療レベル全体の向上にもつながる。この目的のために、共用試験は臨床実習開始前に、学生ひとりひとりが臨床実習に進むに足る能力が備わっているかどうかを判定するのである。

\*ふくしま・おさむ：東京慈恵会医科大学教育センター教授。

昭和 56 年東京慈恵会医科大学卒業。  
主研究領域／医学教育。

## II. 共用試験で用いられている試験 —CBTとOSCE

共用試験では、コンピュータ試験である CBT と実技試験である OSCE の 2 種類の試験が課される。

CBT はコンピュータ画面に表示された多肢選択問題の選択肢をクリックして答えるものである。従来の紙と鉛筆の試験と異なり、試験会場の試験サーバから受験者ひとりひとりのコンピュータに異なった問題を配信することができる(ランダム出題)。隣の受験者のコンピュータを覗いても、問題が異なるため、カンニングはできない。試験会場の試験サーバには 1 万題を超える多肢選択問題が保持されていて、この問題プールからあらかじめ決められた試験デザイン(どの分野から何問出題するのか)に従って自動的に試験問題が受験者のコンピュータに送られる。受験者の解答は受験者のコンピュータから試験サーバに通信され、解答データとして記録される。

CBT では、通常が多肢選択問題である単純五肢択一形式、すなわち 5 つある選択肢から正答肢を選ぶものだけでなく、多選択肢型問題(選択肢が最大 26 肢まで出題できるタイプ)や、わが国で独自開発した順次解答型問題も出題している。

OSCE は、1975 年イギリスの Harden により開発された実技試験である。受験者が医療面接、身体診察、検査手技、治療手技などの試験会場(ステーションと呼んでいる)を回り、評価者の前で実技を行い、その実技に対する評価を受けるものである。医療面接ステーションでは、標準模擬患者といわれる患者を演じることのできる人がいて、受験者は通常の外来のように、患者を試験会場に招き入れ、面接を行い、患者が話したいことをどれだけ聞けるかを評価する。

共用試験 OSCE では医療面接、頭頸部診察、胸部診察、腹部診察、神経診察、基本的な外科手

技(救急蘇生を含む)の 6 つの課題が必須とされている。OSCE では、臨床技能だけでなく、患者への配慮や患者の価値観への配慮など態度面での評価も行う。CBT と OSCE の 2 つで、臨床実習前の知識、技能、態度の評価を行うのである。

## III. 共用試験の特徴—教育者≠評価者の世界

CBT の試験問題がどのように作成されるかを概説する。毎年、全国 80 医学部に各 80~100 題の新問題作成を依頼する。各医学部は、医学教育モデル コア カリキュラムを出題範囲とし問題を作成する。(社)医療系大学間共用試験実施評価機構に集められた試験問題(約 9,000 題に及ぶ)は、さまざまな専門領域の教員からなるブラッシュアップ委員会で査読を受ける。この査読の特徴は、その問題の領域の専門家だけではなく、非専門分野の教員を含めて、問題の難易度、適正度を検討することにある。問題のブラッシュアップも同時に行われる。

従来の試験問題はその領域の専門家だけで作られていたため、医学全体のなかでの試験問題の適正度を判定してこなかった。しかし、共用試験では、非専門家が問題の検討に加わることで、重要項目に限定された試験問題が選ばれている。学生が受験する前に、試験問題は複数の教員の目で確かめられ、精度の高い問題でなければ出題されないシステムとなっている。

試験終了後、試験問題は受験者の解答パターンをコンピュータで分析する。この作業を事後評価という。事後評価小委員会は出題された全問題を見直し、各問題の難易度、表現の適切性、識別指数(成績の良い学生が正答し、成績の悪い学生が誤答する率)などの検討から正式実施のときに問題されるプール問題を選定する。正式実施では、今まで行われた 4 回の CBT トライアルで出題され、問題の難易度や適正度が確定

されている問題のみを採点対象問題として出題している。

一方、共用試験 OSCE では、各医学部が実施する OSCE に他大学からの「外部評価者」が参画し、学生評価を行うシステムとなっている。自分の大学の学生を他学の教員が評価するのである。OSCE では、共通課題・共通評価表・共通評価マニュアルが使われている。これらも全国から選ばれた OSCE の専門家が大学の枠を超えて共同して作成したものである。

このように、共用試験では、「教育者≠評価者」の形態を取っている。従来の高等教育では、「私が教え、私が試験問題を作り、私が採点し、私が学生の合否を判定する」という教員中心の教育評価となっていた。この体質こそが教育の密室性を作ってきた。共用試験の特徴は、教えた人が評価するのではなく、教える人がしっかり学生にプロダクトを作ったかどうかを第三者が確認するというものである。教育者の教育責任を問うシステムといえる。

#### IV. 共用試験とは—peer review system である

共用試験は全国 80 医学部と 28 歯学部が作っている（社）医療系大学間共用試験実施評価機構により運営されている。参加校は委員を出すだけでなく、運営費用も支出している。まさに、全国 80 医学部と 28 歯学部の共同体である。全国の英知を結集して CBT 問題や OSCE 課題を作成し、それを全国の学生に提供している。学生の成績データは機構により分析され、現状の教育の問題点を洗い出し、教育改善の資料とする。全国の医学部、歯学部がお互いの教育を見合い、さらなる向上を期そうとするのが共用試験である。

共用試験はたぶん、わが国の高等教育で初めての peer review system といえよう。

---

#### おわりに

共用試験は臨床実習開始前に、医学生が臨床実習に進むに足る能力があるかどうかを厳格に評価しようとするものである。

共用試験には、外部試験官制度の考え方がある。教育における第三者評価である。医師養成は国家社会的事業である。私立医科大学協会の試算によれば、医学生 1 人に 1 年間で 1,500 万円の教育経費がかかるとされている（6 年間で 9,000 万円）。国立大学の試算では 1 人の医学生に 6 年間で 1 億円の経費がかかるとされている。私立医大でも相当の税金が投入されている。また、解剖学実習で遺体として提供してくださる献体者、臨床実習で診察させてくださる患者が医学教育を支えている。

医師養成とは大量の税金と多くの国民からの好意とで支えられている国家社会的事業である。医師養成大学はこの社会的責任を果たす義務がある。そのためには絶えず教育の質の向上を図っていかなければならない。共用試験は、お互いの大学教育の質と学生の能力というプロダクトを検証し合っていく peer review という方法で、大学がその社会的責任を果たそうとするものである。この高等教育での質の保証はわが国では医学部、歯学部でのみ実施されている。

共用試験については、（社）医療系大学間共用試験実施評価機構から「臨床実習開始前の共用試験」(平成 15 年)、第 2 版 (平成 16 年)、第 3 版 (平成 17 年) が出されている。この報告書には今までの経過や考え方、そして公式記録が載せられている。

[卒前学部教育の現状と課題]

# クリニカル クラークシップのめざすもの

森田孝夫\*

キーワード クリニカル クラークシップ 診療参加型臨床実習 卒前学部教育 医学教育改革

## はじめに

クリニカル クラークシップ (clinical clerkship; 診療参加型臨床実習) とは米国の医学校 (メディカルスクール) で行われている臨床実習のことであり, 医学生がレジデントの下で診療チームの一員として実際の医療に参加しながら実地に学習する方法をいう<sup>1)</sup>。クリニカル クラークシップの目標は, “student doctor (医師見習い)”として診療を行いながら学習し, 卒業した時点で診療を行える能力を培うことである。この「卒業時点で医師として診療を行える」という目標設定は米国に限らずヨーロッパ各国の医学教育に共通している。

一方, 旧来のわが国の臨床実習は診療の見学が一般的であり, 学生を診療に参加させることはなかった。したがって, 欧米の医師は医学校を卒業した時点で医師として働けるのに対し, 日本では全く働けないという差が生まれたのである。そこで日本の医学教育のシステムを改革し, 大学卒業直後の研修医の臨床能力を欧米の水準にまで引き上げることが求められたのである。

これらの経緯からクリニカル クラークシップを日本に導入することとなったが, 米国とわが国とでは教育制度, 文化的・社会的背景が異

なっているため困難な点が多くあった。本稿ではクリニカル クラークシップの日本への導入を阻む理由, 現状と課題, そしてクリニカル クラークシップのめざすものについて概説する。

## I. クリニカル クラークシップの導入を阻む理由

わが国へのクリニカル クラークシップの導入を困難にしていた制度上の問題および文化的・社会的背景について概説する。

### 1. 医師法第17条

医師法第17条の「医師でなければ, 医業をなしてはならない」という規定は医療の安全を確保するうえで妥当である。しかし, 医師となるための教育を受けている医学生にまで厳密に適応された結果, 医学生は診療の現場で医療行為を行うことができず, 見学のみに終始して卒業するという教育システムが出来上がった。欧米では, 医学生が行う医療行為は社会通念から見て妥当と判断され, 医療行為が行える教育システムが確立している。

### 2. 職業教育に対する日本人の考え方

職業教育について, 「職業教育は本来, 専門学校・専修学校で行うもので, 大学での職業教育は, 高度の専門的な知識を必要とされる領域 (医学・法学など) に限られる」という考え方が世界的に共通である。

しかし, 大学で行われる職業教育の内容は欧米と日本とでは異なっている。欧米では, 大学

\*もりた・たかお: 奈良県立医科大学教育開発センター教授。

昭和52年信州大学医学部卒業。

主研究領域/医学教育, 教育測定学。

を卒業した時点でそれぞれの職種が必要としている知識、技能、態度を備えた個人が完成し、各企業は完成された個人を雇うというのが一般的である。これに対して日本では、大学では知識のみの教育を行い、技能、態度の教育は卒業後の企業内研修で行うという考え方が一般的である。医学の領域においても、長年、卒前学部教育では医学的知識の修得に主眼があり、技能・態度の教育は通常、医師免許取得後の卒業研修で行われていた。したがって、日本の卒業直後の医師はほとんど診療ができないという事態に至ったのである。

### 3. 日本の大学教育システム

平成3年以前の大学設置基準では医学部は医学進学課程(2年間)と医学専門課程(4年間)に明確に分かれていた。進学課程では教養教育が主体であり、医学の専門的な教科を教授することはできなかった。一方、欧米では最終学年でクリニカル クラークシップを行うための準備教育が入学時より段階的に行われている。日本においても入学時より一貫して医学専門教育を行うことができる教育システムが求められた。

## II. クリニカル クラークシップ実現のプロセス

前述の課題に対して、さまざまな改革や対応が積極的になされ、多くの医学部・医科大学でクリニカル クラークシップが実施されるようになった。その過程を概説する。

### 1. 大学設置基準の大綱化および学生の

#### 医行為に関する医師法第17条の阻却

平成3年に大学設置基準の改正が行われ、医学進学課程と医学専門課程の枠組みがなくなり、入学時より医学の専門教育が行えるいわゆる「6年一貫教育」が可能となった。また、同年に出された臨床実習検討委員会最終報告では、学生の医行為について、「医師の医行為と同程度

の安全性が確保されれば、基本的に違法性はない」と述べられており、医学生の医行為が条件付けで可能となった<sup>2)</sup>。

安全性確保のための条件とは、①侵襲性が高くない医行為に限ること、②指導医によるきめ細かな指導・監督の下に行われること、③臨床実習前に学生の評価を行うこと、④患者等の同意を得て行うことの4つである。

### 2. クリニカル クラークシップの確立を促進するための制度の導入

21世紀医学医療懇談会の報告書では、モデルコアカリキュラムと共用試験制度が提言された<sup>3)</sup>。モデルコアカリキュラムは、膨大となった医学知識を精選し、各医学部・医科大学で教育すべき共通の医学知識をまとめたものである。

共用試験は臨床実習開始前に医学生の知識・技能を評価するために開発された全国共通の試験システムである。平成14年度より試行され、平成17年度より正式実施となっている。モデルコアカリキュラム、共用試験についての詳細は他稿に譲る。

### 3. カリキュラム構造の転換

従来の医学教育カリキュラムは、基礎医学→臨床医学→臨床実践に示されるように理論から実践へと段階的に進み、高度に専門化された医学知識を積み上げていく構造になっていた。しかし、近年、患者が抱えている問題はどれも複雑で総合的な問題となってきて、医師のもつ専門化された医学知識のみで対処することに無理が生じてきた。そこで、「理論」を学んでから「実践」へと進むのではなく、「理論」と「実践」を交互に組み合わせながら同時進行で行うカリキュラムが生まれた。臨床での実践で生じた問題点との対話を通して、学習すべき目標を考えつつ基礎理論を学び、その学習過程を反省しながら次の段階に進むというものである<sup>4)</sup>。

入学当初から医療の現場に出て医師に求められる態度を学習する早期体験学習 (early expo-

sure), 基礎医学と臨床医学を同時に学習する統合型カリキュラム, そして, 医療の現実的な問題や事例を中心に据えた問題基盤型学習 (problem-based learning)<sup>5)</sup>などのカリキュラムが推進されている。また, 「医者はベッドの傍らで育つ」の言葉で示されるクリニカル クラークシップの重要性が強調されている。

#### 4. 技能教育のための教育方法の工夫

学生が医行為を患者に安全に行うためには, 医行為についての十分な準備教育が行われるべきである。そこで, さまざまな医行為を想定したモデル (人形, シミュレータなど) や医学生の医療面接・診察手技の学習を補助するための「模擬患者 (simulated patient)」が開発された<sup>6)</sup>。模擬患者は「病人を演じる役者」であり, 本当の病人のように反応する訓練を受けている。臨床実習で患者に接する前に, 「模擬患者」を相手に実習し, 技能・態度の修得を行うのである。

そして, 準備教育の最終段階は学生の医行為を含む基本的な臨床能力の審査である。臨床能力を客観的に評価するために客観的臨床能力試験 (objective structured clinical examination ; OSCE) が開発された<sup>7)</sup>。この OSCE は共用試験にも組み入れられている。

### Ⅲ. 日本のクリニカル クラークシップの現状と課題

わが国の臨床実習はその内容から次の3つに分類されている。

- ①見学型臨床実習：医学生は診療を見学するのみで診療には参加しない。
- ②模擬診療型臨床実習：医学生は医行為を行うことがあるが, それは医療の一環として行われるものではなく, 患者の協力を得て行う学習活動である。
- ③診療参加型臨床実習 (クリニカル クラークシップ)：医学生は診療チームの一員として診療へ参加し, 医療への責任を負い, 各

自の能力に応じて医行為を行う。

平成 17 年 5 月の「わが国の大学医学部 (医科大学) 白書 2005」(全国医学部長病院長会議)<sup>8)</sup>を見ると, 診療参加型臨床実習は 80 医学部・医科大学中 66 校 (82.5%) で実施されている。しかし, 全学的に組織的に教育体制に組み入れている大学は 43 校 (53.8%) であり, 他の大学は部分的に取り入れているか, あるいは模擬診療型または見学型臨床実習にとどまっている。

さらに一層の普及が望まれるが, 今後の課題として, 近年, 家庭医, プライマリケア等の実践的医学教育の充実が叫ばれていることから, それに対応した臨床実習への変化が求められている<sup>9)</sup>。さらに, 学生の診療チームへの参加について, 現状では学生の医行為の責任の所在, 教官の指導体制などを含む教育環境が十分ではないため, より一層の環境整備が求められている。

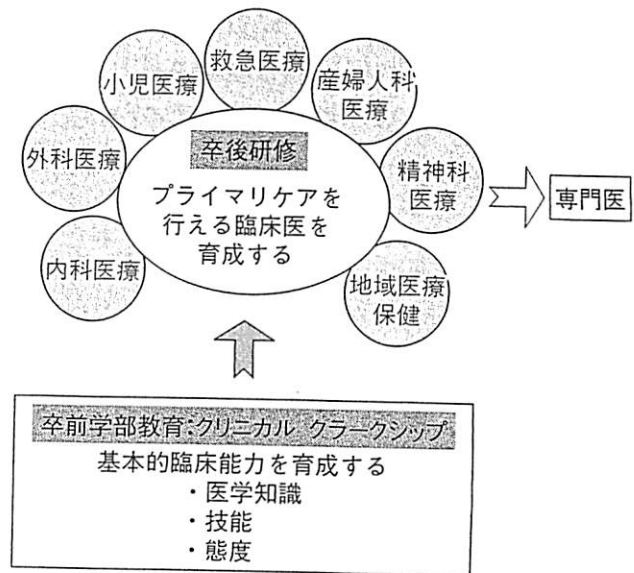


図1 クリニカル クラークシップのめざすところ  
卒業前学部教育では医学知識のみでなく, 医師に求められる技能, 態度など基本的臨床能力の育成が求められており, クリニカル クラークシップの導入が望まれている。卒業時点で医師として働けるまでに医学生を育成し, プライマリケアを実践できる医師を養成する臨床研修にスムーズに移行できるようにすることがクリニカル クラークシップの目標である。

## おわりに

わが国におけるクリニカル クラークシップの導入は確実に進んでいる。クリニカル クラークシップで行われる臨床実習は次のようなものであろう。

- ①学生はチームの一員として患者の診療に参加し、診断・治療計画の策定、カルテへの記載、医療スタッフへの情報の伝達などを行う。
- ②個々の学生の臨床能力に合わせてチーム内での役割を与え、能力が向上すればより進んだ役割へと移行させる。
- ③学生は、発生頻度が高い症候・疾患、緊急を要する症候・疾患、死亡原因として頻度の高い症候・疾患を中心に受け持つ。

医師は公共的使命と社会的責任を担う職業であることから、卒前学部教育の段階からこれを自覚し、そのうえで医学的知識、技能、態度を身に付けることは重要である。クリニカル クラークシップは単に診療手技を学生に行わせることが主な目的ではなく、医療チームの一員として責任をもって診療に臨む姿勢を培うなどが目的であり、医行為はそのための手段と考えるべきである。

基本的臨床能力を身に付け、卒後すみやかに臨床研修に移行できるようにすることがクリニカル クラークシップのめざすところである。

## ..... 文 献 .....

- 1) 黒川 清, 阿部好文: クリニカルクラークシップ実践ガイド. 診断と治療社, 東京, 2002; 1-5.
- 2) 厚生省健康政策局臨床実習検討委員会: 臨床実習検討委員会最終報告, 平成3年5月.
- 3) 福島 統: 臨床実習開始前の学生評価のための共用試験システム—CBTとOSCE. 医学教育 2002; 33: 83-87.
- 4) ドナルド ショーン(佐藤 学, 秋田喜代美訳): 専門家の知恵—反省的实践家は行為しながら考える. ゆみる出版, 東京, 2001; 1-11.
- 5) Davis MH, Harden RM: The continuum of problem-based learning. *Med Teach* 1998; 20: 317-322.
- 6) 藤崎和彦: 新しい卒前医学教育3: 模擬患者/標準模擬患者とコミュニケーション教育. 日本医学教育学会編, 医学教育白書 2002年版. 篠原出版新社, 東京, 2002; 48-52.
- 7) 伴 信太郎: 客観的臨床能力試験—臨床能力の新しい評価法. 医学教育 1995; 26: 157-163.
- 8) 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 2005, 2005年5月; 227-243.
- 9) 日本医学教育学会総合診療教育ワーキンググループ(今中孝信, 小泉俊三, 青木 誠他): 大学における卒前総合診療教育カリキュラム. 医学教育 1999; 30: 65-70.



[卒前学部教育の現状と課題]

# 学外臨床実習の現状と課題

伴 信太郎\*

キーワード 医学教育 臨床実習 地域 学外

## はじめに

「学外臨床実習」というとき、狭義には卒前教育の最終2年間前後に行う臨床実習を指していると思われる。ただし、多くの大学医学部・医科大学では早期体験実習として、学外のさまざまな施設で実習を行っている。広義にはこれらの実習も含めて「学外臨床実習」と考えるべきであろう。

ただし、紙数の都合もあるので、本稿では狭義での「学外臨床実習」に絞って述べる。

## I. 学外臨床実習の位置付け

良質な医療の提供のためには、大きい病院、小さい病院、診療所がそれぞれの役割をもつこと——主には診療所ベースで仕事をしている医師がかかりつけ医の役割を担うこと、などの役割分担と相互の連携が重要となる。また、このような役割分担のためには、プライマリケア(PC) というのが1つの専門性をもっている領域なのだという認識も重要である<sup>1)</sup>。

ところが、今日までの日本の医学教育は、大きな病院のなかでも特に大きな大学病院で、入院患者を主な対象とし、研究・教育に携わる大

学の専門医（筆者は“細分化する専門医”と呼んでいる）の主導で行われてきたので、アカデミックな専門医的思考の下に、疾患志向型で教育の大半が組み立てられている。このような教育をより臨床の現場ベース、問題志向型に学ぶ“場”として「学外臨床実習」が構想されるのが通常であろう。

## II. 学外臨床実習の現状

「学外臨床実習」は大きく分けて、病院実習と診療所実習に分けて考えるとよい。

### 1. 病院実習

2005年度の調査<sup>2)</sup>では、自学の附属病院以外での臨床実習を正式にカリキュラムに組み入れている大学は、66/80大学(82.5%)である<sup>2)</sup>。この実習に参加する病院の数をみてみると、1~331病院にまでばらついている。各大学がどのような基準で実習病院を選んでいるかは、表1に示したとおりである<sup>2)</sup>。

名古屋大学医学部の学外病院実習：筆者の所属する名古屋大学は65の病院をあげているが<sup>2)</sup>、これは数ある関連病院のなかから、提出されたカリキュラムを学部教育委員会で検討したうえで、学生が自らの意志で選択した病院である。この基準は、表1のa~dのすべてを考慮していると考えてよい。学生たちは、5年生の1年間の実習期間中の1か月間をこれらの学外病院で実習している。実習先では1か月間1つの科で実習する場合から、1週間ごとに4科で実習

\*ばん・のぶたろう：名古屋大学医学部附属病院総合診療部教授。

昭和54年京都府立医科大学卒業。  
主研究領域／総合診療、医学教育。



表1 臨床実習病院はどのような病院ですか (複数回答可)

	全体	国立	公立	私立
a. 以前から大学からの派遣病院であるなど歴史的に関連が深い	43	29	4	10
b. 学生の臨床実習上のぞましい一定の規模と設備がある	60	39	5	16
c. 研修体制が整っている	39	26	3	10
d. スタッフが学生教育に熱心である	39	22	2	15
e. その他	10	5	0	5

(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 2005, 2005年5月; 246より引用)

する場合まで、学生と受け入れ先の病院との相談で決めている。

## 2. 診療所実習

これはいわゆる“PC実習”と考えてよいであろう。これまで地域の第一線で診療に従事する医師はほとんど医学教育に関わる機会をもたなかった。これは、学習者にとっても、地域医療に従事する医師にとっても不幸なことである。すなわち、このような状況は、学習者にとっては、総合的な医療を学ぶ機会がなく、あたかも部分の総和が全体であるような認識を余儀なくさせ、また、地域医療に従事する医師からは、“教育”という成長の機会を奪ってきた。

前項と同じ調査で医院を実習先としてあげている大学が24/80大学(30%)ある<sup>2)</sup>。この割合を多いとみるか、少ないとみるかはいろいろの立場があろうが、卒後臨床研修で“地域保健・医療”が必修となった今となつては、卒前の“PC実習”の導入の後れは歴然としていると言っても過言ではないだろう。

名古屋大学医学部のPC実習：前述のように、診療所実習を必修として組み込んでいるところはまだ少ないが、名古屋大学では5年生の臨床実習の必修として1週間のPC実習を2001年度から開始した。必要条件ではないが、できるだけ在宅医療を実践している実地医家に実習の担当をお願いしている。

筆者らが調査した結果では、実習を通して、

8割の学生が開業医療に魅力を感じ(「とっても魅力を感じる」+「少し魅力がある」)、開業医のイメージも、「医療の質が低い」、「儲け主義」、「勉強しない」といったステレオタイプのイメージが払拭され、「患者のニーズを重視した医療を提供」、「非営利的」、「生涯教育に励む」という感想をもつ者が増えていた。

愛知県では、名古屋大学が“PC実習”必修化の先陣を切り、藤田保健衛生大学、愛知医科大学、名古屋市立大学でも“PC実習”の必修化が行われている。

名古屋大学の“PC実習”は先駆的なものではあるが、1週間という期間はいかにも短い。今後この期間をいかに延長していくか、学外病院実習と学外診療所実習との連携をいかに有機的に構築して大学外での実践的臨床教育カリキュラムとしていくかが、今後の課題であると考えている。

## Ⅲ. 地域における学外臨床実習の意義 —特に診療所実習について

地域での医療は、幅広い健康問題に対応する医師(筆者はこのような医師は“総合する専門医”として位置付けるべきであるという考えである)によって担われている。そこで展開される医療は、高次医療機関におけるそれとは全くといってよいほど様相を異にする<sup>3)</sup>。患者の生

表2 地域における学外臨床実習のメリット

<p>学習者にとってのメリット</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• プライマリケアにおける疾病構造についての理解が深まる</li> <li>• 多様な健康問題に触れることができる</li> <li>• 医療が社会においてどのようなニーズに応えているかを知ることができる</li> <li>• 継続したケアが、実際にどのように提供されているかを知ることができる</li> <li>• 地域社会における医師の総合的な役割を知ることができる (保健・福祉との連携)</li> <li>• 生活の場での健康管理のあり方を知ることができる</li> <li>• 医師のみならず幅広い医療従事者、家族、地域住民の連携によるケアを知ることができる</li> </ul> <p>教育に携わる医師にとってのメリット</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 教えることによって学ぶことができる</li> <li>• 精神的に刺激を受ける</li> <li>• 日常のルーチンからの気分転換ができる</li> <li>• 学生を指導しうる臨床能力を社会的に評価される</li> </ul>
---

活の場における医療は、患者中心の医療の理念と実践を合一しやすい (知行合一)。

このような地域の第一線の医療に従事する医師の医学教育への参画は学習者、医師の双方にとって大きなメリットがある。それぞれにとってのメリットを表2にあげた。

## おわりに—今後の課題

### 1. 教育担当医師の教育能力の開発

当然のことながら、教育に従事する医師には教育能力が求められる (しかし、このことは、教育が本務である大学医学部においても十分認識されているとはいいがたいのだが)。教育能力の開発のためには、臨床能力という概念と教育/学習の基本的概念に親しんでおくことがきわめて有用である。そうすれば、教育の目標、指導医としての自らの役割などが明確になる。さらには、教育技法<sup>3)</sup>がそれに付け加わればなお望ましい (この点も、大学医学部においてのこれからの課題である)。

すなわち、教育能力という点で、大学外の医療人は大学人に比して、それほどハンデはないと言ってよい現状である。

### 2. “総合する専門医”の養成

教育能力の開発は、すでに地域の第一線で働いている医師の人材活用といえる。しかし、もっと根本的で長期的な対策は、“総合する専門医”の養成である<sup>1)</sup>。PCを1つの医療の専門領域として位置付け、PC医という“総合する専門医”を養成する体制の確立が根本的で長期的な対策として望まれる。

### 3. 学外臨床実習の拡大

大学病院に来る患者は、まれな疾患であったり、特殊な診断・治療が必要であったり、診断・治療が困難な患者が多い。そのため、大学病院では日常診療と比べて医療の対象疾患も異なるのみならず、保健、福祉、介護などとの連携も見えてこない。医学教育において日常の医療と接することの重要性は諸外国でも認識され、“community-based medical education”は医学教育の大きなテーマの1つとなっている。オーストラリアのフリンダース大学では、1年間を地域の病院・診療所で臨床実習するというカリキュラムさえ登場している<sup>4)</sup>。日本の卒前教育における臨床実習も、より地域志向のカリキュラムの導入を図っていく必要があることは間違いない。もちろんその過程では、教育に対する報酬等多くの克服すべき課題はあるが。

..... 文 献 .....

- 1) 伴 信太郎：21世紀プライマリ・ケア序説。プリメド社、大阪、2001。
- 2) 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2005, 2005年5月；244—246。(第3章 卒前・卒後の臨床教育と研修II. 学外実習病院)。
- 3) 伴 信太郎, 佐野 潔監訳：臨床の場で効果的に教える「教育」いうコミュニケーション。南山堂、東京、2002。
- 4) Worley P, Silagy C, Prideaux D, et al : The parallel rural community curriculum : an integrated clinical curriculum based in rural general practice. *Med Educ* 2000 ; 34 : 558—565.