

Title	リハビリテーション医学教育の現状と課題：卒前教育を中心に
Sub Title	
Author	木村, 彰男(Kimura, Akio)
Publisher	慶應医学会
Publication year	2003
Jtitle	慶應医学 (Journal of the Keio Medical Society). Vol.80, No.3 (2003. 9) ,p.65- 69
JaLC DOI	
Abstract	
Notes	綜説
Genre	Journal Article
URL	<a href="https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00069296-20030900-0065">https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00069296-20030900-0065</a>

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the KeiO Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

綜 説

リハビリテーション医学教育の現状と課題—卒前教育を中心に—

慶應義塾大学月が瀬リハビリテーションセンター

木村彰男

Key Word : リハビリテーション医学, 卒前卒後教育, モデル・コア・カリキュラム, 共用試験, 専門医

はじめに

医師の卒前卒後教育が大きな変革期を迎えている<sup>1,2)</sup>。すなわち卒前教育では、モデル・コア・カリキュラムの導入、共用試験の実施などが図られ、卒後教育では初期研修（スーパーローテーション）の義務化がまさに始まろうとしている。これらは便宜上、卒前教育と卒後教育とに分けられているが、それぞれ独立したものではなく一連の医学教育改革として位置付けられている。

ところでリハビリテーション（以下、リハビリ）医学の教育については本誌でも1990年に千野<sup>3)</sup>が総説として述べているが、上記のような最近の教育改革のうねりは想像以上に激しく、リハビリ医学における教育にも多大な影響が出ている。本稿ではリハビリ医学教育の現状と課題を紹介すると共に、教育改革によるリハビリ医学への影響とそれに対する取り組みについて言及したい。

1. リハビリ医学卒前教育の現状

1) 卒前教育の概要

日本リハビリ医学会発行の「リハビリテーション医学白書」<sup>4)</sup>を基に、以下にリハビリ医学の卒前教育の現状を紹介する。この基礎資料は1990年代後半のもので、最新のものではなく、また流動的な現状から今後さらに変わりうる可能性があることをお断りしておく。

本塾医学部では平成7年よりリハビリ医学講座を設置しているが、全国的に見た場合、講座に関しては、国立3校、私立8校の計11校で、横ばいの状態である。一方、診療科を有する大学に関しては26校で増加傾向にあり、さらに中央診療部門としてリハビリ部などが設けられている大学も増加しつつある。

リハビリ医学の授業時間数に関しては、第1表<sup>5)</sup>の通りで、時間数の平均は私立の方が国公立の約2倍となっており、講義のみでなく実習も実施している大学が圧倒的に多いという特徴が見られる。日本リハビリ医学会が

第1表 リハビリ医学の授業時間数<sup>5)</sup>

平均	講義のみ	講義+実習(講義)	(実習)
国立 14.6±2.5 (2~64)	12校	30校	
A	0	7 (23.7±3.0)	6 (29.7±3.1)
B	1 (4.0)	3 (8.8±1.8)	0
C	11 (4.0±0.4)	20 (5.9±0.9)	24 (5.3±1.1)
公立 15.5±6.9 (3.3~54)	0	8	
A		1 (10.5)	2 (15.0±8.5)
B		1 (6.0)	1 (34.0)
C		6 (4.0±2.8)	5 (12.0±4.4)
私立 30.6±5.1 (3~117.5)	4	25	
A	2 (24.0±2.1)	10 (21.6±4.2)	12 (31.6±5.0)
B	0	2 (27.0±2.1)	0
C	2 (3.2±0.5)	12 (4.8±0.7)	13 (11.3±2.6)

A : リハビリテーション医学が独立教育科目, B : 他の複数科との共同枠, C : 他の単科との共通枠

提示しているリハビリ医学卒前教育の具体的カリキュラム<sup>9)</sup>の各大学における実施状況からは、大学間において格差が見られ<sup>7)</sup>、カリキュラムとしては運動学や障害学、理学療法、脳血管障害や脊髄損傷などに重点が置かれていることがわかる。今後モデル・コア・カリキュラムの制定にともない、大学間の格差が是正されてゆくことが期待されるが、そのためには講座の拡充およびそれに伴う教員の充実などが望まれる。

2) 本塾医学部におけるリハビリ卒前教育

本塾医学部におけるリハビリの講義は、系統講義5コマ(1コマは90分)の他に、運動器系・神経系などの臓器別の講義の一部が割り当てられている。ポリクリは1週間組まれており(第2表)、その間には月が瀬リハビリセンターへ出向いての1泊2日での実習も含まれている。この他に後述する入学直後に行うEarly Exposure Program (EEP)<sup>8)</sup>の実施施設としても、リハビリ関連から多くの施設が参加している。これらのリハビリ医学の卒前教育は、他大学にくらべて非常に中身が濃いと言えよう。しかしながら高齢化社会を迎え、その必要性が従来にも増している分野と言ふことを考えると、より一層の充実が望まれる。

なお、本塾では卒前カリキュラムに関して既に改革が実施されており、ポリクリの充実、実施時期の問題などを中心に改善が進んでいる。今後は更に全国における医学教育の改革を視野に入れながら、本塾医学部に適したカリキュラムを確立することが大切と思われるが、その際にリハビリ医学教育に付いても、より充実した内容と

するべく十分な検討が必要と考えられる。

2. 医学部卒前教育の改革とリハビリ医学<sup>9)</sup>

今後の医学教育の目指すべき目標として、患者中心の医療を実践でき、コミュニケーション能力に優れ、倫理的問題の把握と対処が可能で、幅広く質の高い臨床能力を身につけた医療人の育成ということが強調されている<sup>10)</sup>。このような目標は、WHOの国際障害分類<sup>11)</sup>に基づいて、患者の機能障害のみならず、能力低下、社会的不利にわたるまでのあらゆる問題を解決するべく横断的な医学・医療を展開するという、まさにリハビリ医学の原点そのものであり、この意味でもリハビリ医学の重要性が従来にも増して高まりつつあると言える。

1) 医学教育モデル・コア・カリキュラム作成の経緯

平成11年に公表された21世紀医学・医療懇談会第4次報告には、「医学・医療の社会的ニーズの多様化に伴い、様々な人材の育成が必要となり、そのためには精選された基本的内容を重点的に履修させるコア・カリキュラムを確立させ、学生が主体的に選択履修できる科目を拡充・多様化することが必要である」という記述が見られる。これを受ける形でモデル・コア・カリキュラム作成作業が行われ、「医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議」の報告書である「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—」の中に、「医学教育モデル・コア・カリキュラム—教育内容ガイドライン—」<sup>12)</sup>が収録され、平成13年3月に公表されるにいたった<sup>13)</sup>。

2) モデル・コア・カリキュラムにおけるリハビリ医学

医学教育モデル・コア・カリキュラムのガイドライン<sup>14)</sup>では、リハビリ医学は「診療の基本」のうちの「基本的診療知識」の一項目として、臨床検査、麻酔、介護と在宅医療、緩和医療などと同列に扱われている。リハビリの基本を学ぶということを一一般目標として、その到達目標として具体的に7つの目標が挙げられているが、そのうちの4項目に関しては臨床実習なども通じた上での卒業までに到達すべく目標として位置付けられている(第3表)。内容的にはリハビリの概念と適応を中心とした総論的な理解が目標となっており、脳卒中などの各論に関してはここでは取り上げられていない。

各論については、「人体各器官の正常構造と機能、病態、診断、治療」の中で、例えば第4表に示すように脳血管障害においてそのリハビリに対する理解の必要性が言及されている。同様に、頭部外傷、脳性麻痺、脊髄損傷、骨・関節疾患、慢性関節リウマチの各疾患においては、リハビリについて触れられているが、パーキンソン

第2表 本塾医学部リハビリ科ポリクリスケジュール

月曜日	午前	オリエンテーション	
		<クルズス>リハビリ概論 <クルズス>リハビリ関連職種役割	
	午後	<クルズス>リハビリ処方書き方 病棟実習	
火曜日	午前	外来見学 病棟実習	
		午後	理学療法実習 作業療法実習 言語療法実習
水曜日	午前		電気診断学実習(筋電図、神経伝導検査など)
	午後		(グラウンドラウンドなどポリクリではなく学年全体のスケジュール)
木曜日	終日	月が瀬リハビリテーションセンターでの実習(受持ち患者診察、カンファレンス参加、装具実習、神経因性膀胱検査、嚥下造影検査など)	
金曜日	終日	月が瀬リハビリテーションセンターでの実習(木曜日と同じスケジュールに加え試問)	
土曜日	午前	レポート提出	

第3表 モデル・コア・カリキュラムにおけるリハビリテーション<sup>11)</sup>

リハビリテーション
一般目標： リハビリテーションの基本を学ぶ。
到達目標： 1) リハビリテーションの概念と適応を説明できる。 2) リハビリテーションチームの構成を理解し、医師の役割を説明できる。 3) 福祉・介護との連携におけるリハビリテーションの役割を説明できる。 △4) 障害を機能障害、能力低下、社会的不利に分けて説明できる。 △5) 日常生活動作（ADL）の評価ができる。 △6) 理学療法、作業療法と言語療法を概説できる。 △7) 主な歩行補助具、車椅子、義肢と装具を概説できる。
<注> △印のついたものは卒業時までの到達目標

第4表 モデル・コア・カリキュラムにおける脳・脊髄血管障害<sup>11)</sup>

脳・脊髄血管障害
到達目標： 1) 脳血管障害（脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血）の病態、症候と診断を説明できる。 2) 一過性脳虚血発作の病態を概説できる。 △3) 脳血管障害の治療とリハビリテーションを概説できる。 △4) 脊髄血管障害を概説できる。
<注> △印のついたものは卒業時までの到達目標

ン病や筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症などの神経疾患、末梢神経疾患、筋疾患、心筋梗塞、呼吸器疾患などにおいては、残念ながらリハビリへの言及はなされていない。一方、医学の各領域に関係するリハビリ医学の性質上、他の色々な項目でリハビリの必修分野に関する項目を見出すことができる。例えば、「基本事項」のうちの「コミュニケーションとチーム医療」の中では、チーム医療に関する教育目標が示されており、その内容はまさにリハビリ医学の教育における必須のものと言える。この他にも中枢神経系と末梢神経系の構成、神経系の電気生理学的検査、言語障害と構音障害、関節可動域検査と徒手筋力検査、四肢の主要筋群の運動や神経支配、問題志向型診療録（POMR）など、リハビリに必要な知識に関しては様々な項目で取り上げられている。リハビリ医学からの系統だった項目立てという観点からは検討の余地があるが、この様にモデル・コア・カリキュラム全体として見た場合には、リハビリ医学の卒前教育にお

いて必要な知識のかなりの範囲がカバーされていると言えよう。抜けている項目に関しては、後述する選択性カリキュラムの工夫などによる対応が望まれる。

リハビリに関するモデル・コア・カリキュラムで気になる点は、多くの具体的目標に△印がつけられていること、すなわち学部での早い時期ではなく卒業時までの到達目標として位置付けられている点である。確かに理学療法・作業療法など、実際の臨床実習の場面で学ぶ方が効果的な項目が多いのも事実であるが、より早期の臨床実習前に必要な基礎知識である国際障害分類<sup>11)</sup>などの基本的事項も卒業時までの到達目標となっており、検討課題と言える。

ところでコア・カリキュラムは画一化した医学教育の導入と取られがちであるが、ガイドラインではそのような意図はなく、必須の内容の精選であることが強調されている。この観点から各大学にその教育理念と学生のニーズに基づいた個性ある独自のプログラムの準備を求め、多くの選択制カリキュラムの導入があわせて提唱されている。リハビリ医学も選択制カリキュラムに含まれているが、リハビリ医学の臨床実習の果たす役割は大きく、より効果的な教育が実施できるような努力と工夫が必要と思われる。そのためにはモデル・コア・カリキュラムで目指している、指導医と研修医などによって構成される診療チームの一員として学生が実習できる診療参加型実習（クリニカルクラークシップ）や、小人数でのチュートリアルへの導入などが効果的と考えられる。とは言うものの、ただでさえ講座も専門医も少ないリハビリ医学の分野でのこの様なシステムの導入は極めて難しく、比較的環境の良い本塾医学部においてさえその実施は至難の業と思われる。各大学の実体に沿った形での対応をせざるを得ないのが現状と言えよう。

### 3) 共用試験

医学教育モデル・コア・カリキュラムを受けて、学生が臨床実習を始める前に実施する共用試験<sup>2)</sup>の導入が図られており、既に平成14年度よりトライアルが開始されている。トライアルを通じて共用試験の様々な問題点が明らかになりつつあるが、リハビリ医学については、共用試験のうちコンピューターによる試験（Computer Based Testing：CBT）の実施時期に関連しての出題範囲の問題が挙げられる。モデル・コア・カリキュラムにおけるリハビリ医学の各到達目標の多くが、臨床実習の時期に位置付けられているために、果たしてどれだけの項目が共用試験の出題範囲として適切かどうかは悩むところである。CBTの実施される臨床実習開始前までに、実際にどこまでリハビリ医学の教育が済んでいるかは各

大学によってバラツキがあり、前述の私学と国公立におけるカリキュラムの内容や時間数の差も、CBTの実施にあたっては問題になると思われる。

その他の共用試験における問題点としては、客観的臨床能力試験 (Objective Structured Clinical Examination: OSCE) の実施の問題が挙げられる。いわゆる診療の態度と技能をみる OSCE の重要性は疑いのないところであるが、リハビリ医学において、どのように OSCE を実施するかも今後の大きな課題と言えよう。

#### 4) Early Exposure Program (EEP)

医学部卒前教育の改革は、急速に進歩する医学・医療の発展に追いつくべく膨大な知識をどのように学生に教えるかが重要な課題であるが、それにも増して医師としての倫理をどのように教育するかは極めて大事な問題と言えらる。

近年各大学で学生ができるだけ早い時期に医学・医療の現場を身を持って体験し、その動機付けを試みる Early Exposure Program (EEP)<sup>9)</sup>が実施されているが、EEPには倫理面の教育の一手段としての役割が期待されている。現在 EEP は全国 80 の医科大学・医学部のうち実に 79 大学で実施されており、その実施時期は 1 年次が圧倒的に多い。EEP の内容としては医療現場での体験実習が主体となっており、具体的には大学付属病院・関連施設での看護並びに介護の実習の形で行われている場合が多い。リハビリ病院を始め、特別養護老人ホームや重症心身障害児施設、社会福祉施設など医療のみならず福祉との接点となる施設で実施されているケースも多く、EEP に医師としての動機付けだけでなく、社会倫理面における教育効果も期待されていることが窺い知れる。このような観点からも、医学部早期教育におけるリハビリ医学の貢献が大いに期待される。

### 3. リハビリ医学卒後教育の現状と課題

医学部卒前の教育改革に対し、卒後教育<sup>10)</sup>の改革に関しては、まだ不確定な要素も多く、本稿が上梓される頃には状況が変化しているかも知れない。そのようなことを念頭に入れながら、ここでは卒後研修必修化と専門医の広告の問題に限りリハビリ医学卒後教育について言及したい。

#### 1) 卒後研修必修化

平成 16 年度より導入という臨床研修の必修化は目前に迫っており、多くの解決すべき問題が山積みしている一方、待たなしてその対応を求められているのが偽らざる現状といえる。特に全国最大の研修施設である本塾大学病院では、研修医数の削減に伴う多くの改革、改善

を必要とされると同時に、模範となる研修プログラムの構築をするべく、来春を目指して関係各位の必死の作業と努力が続けられている<sup>11)</sup>。

リハビリ医学はプライマリ・ケアを中心に据えた今回の研修制度では残念ながら必修科として参加することはできず、今後リハビリ医学専攻の医師をどの様に確保してゆかが課題と言えらる。幸い本塾の卒後研修では、地域医療の一環としてリハビリ医学が組み込まれる方向で検討されており、研修医にリハビリ医学の重要性を教育する機会が与えられるが、むしろ全国的にはリハビリ医学の研修機会のないプログラムの方が大多数であると思われ、リハビリ医学への認識の後退が懸念される。

#### 2) 専門医制度

厚生労働省の示した規制緩和により、専門医の広告が条件付きで可能となり、各医学会で専門医表示の方針が加速されている。専門医性を柱に診療報酬の見直しにも結びつく改革の端緒と思われ、リハビリ医学にとってもその専門性を大いにアピールできる時期が到来したと言える。本邦の専門医制度は、学会認定医協議会、日本医学会、日本医師会による三者懇談会による議論が重ねられた後、学会認定医協議会が 2001 年より発展的に専門医認定協議会と改組され、検討が続けられている。専門医認定協議会では各医学会の専門医を 3 群にわけているが、リハビリ専門医は基本的領域である第 1 群に相当することが承認されている。現在、日本リハビリ医学会では専門医を広告できるように、その基準を満たすべく専門医制度の見直し、他の学会の専門医制度との整合性が図られており、近々厚生労働大臣に専門医の届出をする予定である<sup>16)</sup>。尚、専門医認定協議会は、2002 年 12 月より中間法人日本専門医認定医制機構に再び改組されている。日本リハビリ医学会では専門医の広告に関する作業と併行して、卒後教育のガイドラインの見直しが行われているが、専門医制度の改革の一連の流れの中で、従来、地域・施設により差のあった卒後教育の是正、標準化がはかられ、リハビリ専門医として恥ずかしくない医師が養成される土壌が整いつつあると言える。質の面ではこの様に改善がはかられているが、今後は需要を満たすだけの専門医を都市部のみでなく地方にも供給できるように地域による格差をなくしてゆくことが、リハビリ医学・医療に求められる課題と言えよう。

### おわりに

卒前教育を中心に医学教育の改革とそれに関連するリハビリ医学の諸問題について述べたが、文中でも言及し

たようにリハビリ医学は今後の医学教育の目標とも深く関係しており、卒前卒後教育におけるその役割はますます大きくなってゆくものと思われる。リハビリ医学を専攻している医師は勿論のこと、医学教育に携わる全ての関係者が、この様な医学教育改革の流れに乗り遅れることなく、その目的を十分に理解して、迅速かつ適切に対応して改革が実りあるものと成るべく努力するように期待して止まない。

## 文 献

- 1) 堀 原一：米国における医学教育の現状から見たわが国の医学教育の構造改革はか当面する諸問題. JAMA 日本語版, 2月号: 98-102, 2002
- 2) 福島 統：これからの医学教育—コア・カリキュラムと共用試験. 臨床リハ, 10: 985-989, 2001
- 3) 千野直一：リハビリテーション医学教育の現状. 慶應医学, 67: 461-465, 1990
- 4) 木村彰男：リハビリテーション医学教育の動向—リハビリテーション医学卒前教育, リハビリテーション医学白書, pp20-26, 2003
- 5) リハビリテーション医学卒前教育・診療に関するアンケート調査報告 (1996). リハ医学, 34: 247-254, 1997
- 6) 医学教育委員会：リハビリテーション医学卒前教育カリキュラム (案). リハ医学, 30: 368-373, 1993
- 7) 大学医学部長院長会議：平成 13 年度 (2001 年) 医学教育カリキュラムの現状, 2002
- 8) 木村彰男, 鹿島晴雄：大学におけるリハビリテーション医学教育の現状—EEP とリハビリテーション医学—. 総合リハ, 27: 1169-1171, 1999
- 9) 木村彰男：医学部卒前教育の改革とリハビリテーション医学. 総合リハ, 30: 403-407, 2002
- 10) 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：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—, 2001
- 11) World Health Organization: International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH), World Health Organization (WHO), Geneva, 1980
- 12) 医学における教育プログラム研究・開発事業委員会：医学教育モデル・コア・カリキュラム—教育内容ガイドライン—. 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：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
- 13) 佐藤達夫：医学教育モデル・コア・カリキュラム. 総合リハ, 30: 397-402, 2002
- 14) 江藤文夫：リハビリテーション医学教育の動向—リハビリテーション医学卒後教育, リハビリテーション医学白書, pp26-33, 2003
- 15) 慶應大学病院は必修化でどうなる?—河瀬斌氏に聞く. 週刊医学界新聞 no.2536: 13 (S 5), 2003
- 16) 椿原彰夫, 石神重信：専門医, 認定医制の諸問題—専門医制の諸問題. リハビリテーション医学白書, pp34-37, 2003