慶應義塾大学学術情報リポジトリ
Keio Associated Repository of Academic resouces

Title	卒前医学教育におけるパラダイムシフト：知の偏重から心と技の教育へ
Sub Title	
Author	大野, 良三(Ono, Ryozo)
Publisher	慶應医学会
Publication year	2006
Jtitle	慶應医学 (Journal of the Keio Medical Society). Vol.83, No.1 (2006. 3) ,p.21- 27
JaLC DOI	
Abstract	
Notes	綜説
Genre	Journal Article
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00069296-20060300-0021

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.

慶應医学・83(1)：21～27，2006

綜　説

卒前医学教育におけるパラダイムシフト
—知の偏重から心と技の教育へ—

埼玉医科大学保健医療学部
大野良三（おおの りょうぞう）

Key Words：医学教育，統合カリキュラム，アーリーエクスポージャー，共用試験，診療参加型臨床実習

はじめに

わが国の卒前医学教育は，この15年間でかつてない程に大きな変貌をとげてきた．とくに21世紀を迎えたこの5年間では，新臨床研修制度の導入ともあいまり，新たな医学教育改革の波が全国の各大学を洗っている．

このような改革の皮切りとなったのは，1991年の大学設置基準の一部改正（いわゆる大綱化）であり，これを受けてほとんどの大学医学部が様々な形でカリキュラム改正を行い，卒前医学教育の改革を目指した．また，臨床実習に関しては，同じく1991年の厚生省臨床実習検討委員会最終報告[1]において，医学生が病棟において医行為を行うことの条件が示され，欧米型のクリニカル・クラークシップ方式（診療参加型臨床実習）を導入する道が示された．さらに，early exposureの普及や広い意味での倫理教育の拡充が図られ，また，問題基盤型学習（Problem-Based Learning：PBL）を導入する試みもなされた．これらは，医師が主導する医師中心の医療から，患者さんを主体とした医療，患者さんを全人的にとらえる医療への転換が求められる時代を背景として，増え続ける膨大な医学知識を詰め込むだけでなく，医師として必要とされる基本的な診療技能と態度を身につけ，自らが考えて課題を解決していく能力を備えることが医学生に求められ，大学に要求された結果ともいえる．

しかし，一部の大学では改革がゆっくりながら確実に進んできたとはいえ，全国80の医学部・医科大学を俯瞰すると，その拡がりは必ずしも満足すべきものではなかった．ここで大きな変革点となったのが，1999年の21世紀医学・医療懇談会第四次報告[2]である．この報告では教育内容の精選と適切な進級判定システムの構築が謳われ，2001年のモデル・コア・カリキュラムの提示[3]，2002年の共用試験トライアル開始の原動力となった．また，これに伴い，共用試験システムの一部を構成する客観的臨床能力試験（Objective Structured Clinical Examination：OSCE）が，またたくまに全国に普及したことも記憶に新しい．共用試験ではモデル・コア・カリキュラムに示された知識および技能と態度が評価され，医学生が診療参加型臨床実習において医行為を行う1つの要件となっている．さらに同報告では，少人数教育の推進と臨床実習の充実も掲げられ，PBLチュートリアルの普及，診療参加型臨床実習への移行促進につながった．また，このような実習に参加するための準備教育として“臨床入門”（Introduction to Clinical Medicine：ICM）の重要性も認識されてきた．

残念ながら，塾の医学部はこのような改革の波に乗り遅れた感があったが，この数年来，北島政樹前医学部長をはじめとする関係各位のご努力で医学教育統括センターが新設され，天野隆弘教授の指揮のもとに大幅な教育改革が進んでいることに，関係者として改めて敬意を表する次第である．

本稿では，この15年来，埼玉医科大学での教育改革にかかわったものの1人として，著者が直接的に見聞きし体験した，わが国の卒前医学教育改革の流れを概説する．

6年一貫教育と統合カリキュラム

1991年7月の大学設置基準の一部改正（大綱化）により，一般教育科目，外国語科目などの授業科目区分や区分ごとの必要単位数の規定が廃止され，大学毎に独自の教育理念や目標のもとに自由なカリキュラム編成が可能となった．例えば，進学課程が2年，専門課程が4年

と定められていたために，豊かな人間性を培うはずの一般教育の形骸化やそれに伴う学生の学習意欲の低下などが問題となっていたが，大綱化により多くの大学で6年間の一貫した医学教育の枠組みを作り，これに一般教育をくさび状に取り入れることや，一般教育の内容を厳選して不要な部分を廃止することなどが試みられるようになった．この結果，一般教育部門を独立して設けている大学は，1991年度の80校中46校（57.5%）[4]から2003年度の19校（23.7%）[5]となった．また，同じく2003年度の統計[5]では，6年一貫教育を行っているのは80校中61校（76.2%）であり，専門教育を1年生から開始しているのが53校（66.2%），2年生からが25校（31.2%），旧来の3年生からが2校（2.5%）となっている．

もとより，2年間の一般教育課程の中で，科学者としての基礎固めともいえる自然科学を修め，専門教育とは分野の異なる様々な人文科学，社会科学，さらには外国語を学ぶこと，また，大学によっては他学部の多様な学生たちとも触れ合う機会があることは，将来，医師として活動するための貴重な財産となるはずである．ただし，その内容がただ決められた単位を修得させるための，おざなりでその場しのぎのものと化した場合には，医学部入学を志して受験戦争を勝ち抜いてきた学生たちには，陳腐で退屈きわまりない2年間となり，医学生としての自覚や医学学習という大きな目的を見失わせることともなりうる．このような観点からみると，期間限定で一般教育のみを行う旧来の体制に比べて，専門教育に早くから触れる機会を与え，学年進行に合わせた形で，時に応じて一般教育を付加していく新たなカリキュラム構成は，学生の学習意欲を向上させ，効率的な医学学習への道を拓くものといえよう．

カリキュラムの多様化のもう一つの表れは統合カリキュラムの導入である．従来の講座単位の学問体系を重視したカリキュラムでは，たとえば解剖学と生理学が別個の授業として開講される結果，前期に神経解剖学の講義と実習が行われ，後期に神経生理学の講義と実習が行われるなど，本来不可分な関係である構造と機能が時期を違えて教えられ，学生がそれぞれの内容を統合整理して記憶するという非効率的な構造となっていた．時には同じ解剖学が2講座により別個に，詳細な打ち合わせもなく教えられ，内容の重複や欠落がチェックされにくい場合もある．

水平型の統合カリキュラムでは，これを「人体の構造と機能」としてまとめ，心・血管系に関するユニット，呼吸器系に関するユニットなど，各臓器系において担当者が講義・実習内容を打ち合わせて実施する．このような構成は臨床医学においても同様で，心・血管系に関するユニットでは，循環器内科，循環器外科，放射線科，リハビリテーション科など，複数の教員がひとつのユニットを構成して授業にあたる．これらの水平型統合カリキュラムは，基礎から臨床に，さらに臨床実習の中で，スパイラルな形で反復されていく．また，基礎と臨床をまとめた形で統合する垂直型の統合カリキュラムも考えられる．この場合には，基礎医学の知識がただちに臨床の場面に適用されるので，学生にとってはより効率的な学習体制となりうるが，一方，各ユニットに要する時間が増加して，コース終了までに2～3年間を要する場合もあり，コースの始めに行ったユニットの内容をどのように記憶の中に保持していくかが問題となろう．

いずれにせよ，統合カリキュラムでは講座間の壁が取り払われ，授業内容の調整が容易となること，授業内容の重複や欠落を防ぎやすいこと，学生にとっては授業内容を統合的に理解しやすいことが利点として挙げられるが，反面，学問体系としての体系的な理解が妨げられることを欠点とする立場もある．このような統合カリキュラムの導入は，大学設置基準の大綱化を受けて，多くの大学で部分的な導入も含めて検討されたが，その本格的な導入には後述のモデル・コア・カリキュラムの提示[3]まで，さらに10年以上の年月を要することになった．

Early exposureと医の倫理教育など

医学部入学の早期から基礎・臨床医学の現場にふれ，医学学習への動機づけや医の倫理教育への導入を図るearly exposureは，1991年度においても80校中49校（61.2%）で行われていた[4]．また，独立した科目としての「医の倫理」教育は10校（12.5%）で行われていたのみであったが，いわゆる「医学概論」も含めると

第1表：期待される医療人像

○生涯を通した学習
○広い視野と高い見識
○患者の立場に立った診療
○深い教養と周辺科学の知識
○地域医療への関心
○医師としての社会的責任
○自らの能力の限界の自覚
○チーム医療の指導者

「医学教育の改善に関する調査研究協力者会議」最終まとめ（1987）[6]より，著者改変

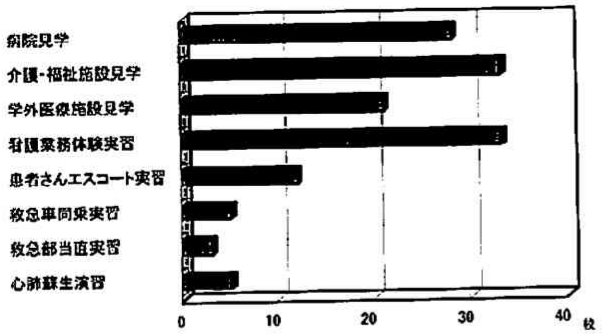

図1　Early exposure プログラムの内訳（2003 年度）[5]

73 校（91.2%）で医の倫理に関連する授業が採用されていた[4]．これらはおそらく，医学教育の改善に関する調査研究協力者会議の最終まとめ（1987）[6] に示された「期待される医師像」（表1）の精神に則った改善の結果と思われる．

これらの重要な学習科目については，さらに大学設置基準の大綱化により自由な科目設定が容易となったことを受け，early exposure は 1993 年度で 65 校（81.2%）[7]，1997 年度で 79 校（98.7%）[8]，2003 年度で全 80 校が実施することとなった[5]．また，医の倫理教育についても，1993 年度には独立した科目としての「医の倫理」が 16 校（20%）で行われ[7]，1995 年度では 58 校（72.5%）[9]，さらに後述するモデル・コア・カリキュラムの提示[3]を受けて，2003 年度には 79 校（98.7%）が何らかの形で医の倫理に関する授業を行うことになった[5]．

なお，2003 年度に行われた early exposure プログラム[5]について，その内訳の主なものをみると，病院見学が 28 校（35%），介護・福祉施設の見学が 33 校（41.2%），学外医療施設の見学が 21 校（26.2%），看護業務の体験が 33 校（41.2%），外来や病棟での患者さんエスコートが 12 校（12%）となっており，さらに数は少ないが，救急車同乗が 5 校（6.2%），救急部当直などが 3 校（3.7%），基本的な心肺蘇生演習が 5 校（6.2%）となっている（図1）．

PBL テュートリアル

PBL テュートリアルは 1960 年代後半にカナダの McMaster 大学で始まり，欧米を中心に広く普及している．

欧米で通常行われている学習方法を略述すると，一般に学生は 6～8 名程度の小グループに分けられ，第1ステップとして，テュータから提示された臨床的な課題について，異常と思われる事項を抽出，分析，整理して，どのようなメカニズムで問題が生じているのか仮説を立てる．ここでは各々が持っている知識を最大限に活用し，提供しあうことが求められる．臨床的な課題は患者プロフィルから病歴，身体所見，検査所見など，順次提示される．第2ステップは自己学習であり，学生はこの一連の過程を通じて明らかになった必要事項について，適切なリソースを選択して自己学習を行う．第3ステップでは，学習してきた事項を適用して，前回の仮説をはじめから検証し直し，必要に応じてさらに仮説を深めていく作業を行う．

このように，PBL テュートリアルでは，臨床的な課題を用いるが，それに診断をつけ，治療方針を決定することが目的ではなく，その根底にある病的なメカニズムを推定して，新たに自ら学習した知識をもとに検証していく，そのような学習過程を通じて，長く記憶され，必要に応じて取り出して新しい問題の解決に適用することができる“生きた知識”を修得し，また，自らが必要と判断した事項について，適切なリソースを用いて学習する能力を身につけることが目的となる．

わが国では 1988 年に東海大学，1990 年に東京女子医大に PBL テュートリアルが導入されたが，その後大きな変化はみられず，5 年後の 1995 年度でも全体で 7 校（8.7%）[9]が導入したに留まった．しかし，その後少しずつ PBL テュートリアルを導入する大学が増加しはじめ，1997 年度には 27 校（33.7%）[8]，1999 年度には 39 校（48.7%）[10]，2001 年度には 46 校（57.5%）[11]となり，とくにモデル・コア・カリキュラム提示後の 2003 年度には 65 校（81.2%）[5] まで増加している．

なお，わが国と欧米を比べた場合，学生が討論型のグループ学習や自己学習に不慣れであること，高校からの入学であるので学生の年齢層が低いこと，教員数が絶対的に少ないためテュータへの負担が過大となることなど，わが国では PBL テュートリアルが有効に機能するための障害も多く，費用対効果のバランスが悪いとの意見も少なからず聞こえるが，このような学習法の効果判定には長期的な観察も必要であることを考慮し，工夫を加えながら継続していくことが重要と思われる．

クリニカル・クラークシップ（診療参加型臨床実習）

クリニカル・クラークシップは欧米の医学教育の中核をなすもので，病棟に配属された学生は，診療チームの

一員として，真っ先に新入院患者さんの病歴を聴取し，身体診察を行い，診断・治療方針を自ら検討した上で，チームの回診や指導医の回診においてプレゼンテーションを行い，責任をもって積極的に患者さんの診療に参加する．

わが国で行われている臨床実習を3つの形態に分類すると，見学型，模擬診療型，診療参加型に分けられる．見学型では病棟に配属された学生は，医師や看護師が行う医療を行う現場を見学するだけで，患者さんとじかに触れ合うことは極端に少ない．模擬診療型では，学生は受け持ち患者さんを与えられ，指導医の指示のもとで病歴を聴取したり，時に診察をしたりするが，すでに診断と治療方針が決定した患者さんについて，医師の業務の一部を模擬的に体験するだけである．一方，診療参加型の臨床実習では欧米のクリニカル・クラークシップと同様に，診療チームの一員として（医学生としての）責任をもって，患者さんの診療に参加することになる．

従来，わが国では見学型の臨床実習が主体となっており，患者さんと触れ合うにしても模擬診療型の臨床実習がせいぜいであった．これには，明治以来の講義を中心として実習を軽視する風潮，研究が重視され臨床教育がないがしろにされる体質が原因としてあげられよう．さらに，臨床教育の重要性を認識したとしても，診療参加型の臨床実習では，医療面接や身体診察だけでなく，一定の医行為をも行うことになり，医師法第17条の「医師でなければ医業をしてはならない」との条文に違反することになることも阻害要因となっていた．

この問題の突破口となったのは，1991年の厚生省臨床実習検討委員会最終報告[1]であり，医学生が医行為を行うことに関して，1）許容される基本的な医行為を設定し，2）指導医による指導・監督のもとで，3）一定の資格要件を満たす医学生が，4）医学生である旨の明確な紹介のもとに，患者さんや家族の同意を得た場合には，違法性が棄却されるとの見解が示された．

この報告をうけて，全国的に診療参加型の臨床実習を導入することが検討され始めたが，実態としては診療参加型臨床実習を実施しているとした大学が，1993年度で14校（17.5%）[7]，1995年度で30校（37.5%）であり[9]，その後も大きな変化なく推移した．このような事態の背景には，欧米と比べて医学生が医療に参加して活動することへの社会的な認識が不足していること，医学生と教員の双方に，欧米では当然のことである「医学生として臨床実習に参加するためには基本的な臨床能力が必須である」，「臨床実習を開始する学生は基本的な臨床能力を備えているはずである」という共通の認識が欠如していること，さらに重要なのは，例えば米国式のチーフレジデント，レジデント，インターン，医学生が，診療チームの一員として働き，その間，屋根瓦方式で上級者が下級者に対して，それぞれ可能な限りの教育を行うという，卒前と卒後を一体化した臨床教育のインフラともいうべき診療システムが欠如していることが挙げられる．

なお，後述する2001年のモデル・コア・カリキュラムの提示[3]，2002年の共用試験トライアル開始をうけて，2003年度[5]では診療参加型臨床実習を全科で導入している大学が51校（63.7%），一部の科で導入しているのが24校（30.0%）と急増したが，その内容をみると，なお欧米でのそれとは大きな隔たりがあるように思われる．

21世紀医学・医療懇談会第4次報告

近年のわが国の医学教育改革の原動力となったのは，1999年の21世紀医学・医療懇談会第4次報告「21世紀に向けた医師・歯科医師の育成体制の在り方について」であった[2]．同報告では，大学における教育研究体制の改善の方向として，学部教育の改善に関しては，1）入学者選抜方法の改善，2）豊かな人間性の涵養とコミュニケーション能力等の育成，3）少人数教育の推進と臨床実習の充実，4）教育内容の精選と多様化，5）適切な進級認定システムの構築と進路指導の充実，6）今日の医療の課題に応じた諸分野の教育の充実を掲げている（表2）．

この報告で示された改善の方向の中で，3）の少人数教育の推進と臨床実習の充実は，まさにPBLテュートリアルの実施を促し，また，診療参加型臨床実習の導入をさらに促進する結果となった．4）の教育内容の精選と多様化は，モデル・コア・カリキュラムの提示に帰結し，さらに5）の適切な進級認定システムの構築から，モデル・コア・カリキュラムの内容を評価する形で，全

第2表：学部教育の改善

A	入学者選抜方法の改善
B	豊かな人間性の涵養とコミュニケーション能力等の育成
C	少人数教育の推進と臨床実習の充実
D	教育内容の精選と多様化
E	適切な進級認定システムの構築と進路指導の充実
F	今日の医療の課題に応じた諸分野の教育の充実

「21世紀医学・医療懇談会第4次報告」（1999）[2]

国一律の共用試験システムが構築される結果となった．この試験システムは，1991年の厚生省臨床実習検討委員会最終報告[1]で示された医学生が医行為を行うことの違法性を棄却するための「一定の資格要件」を満たすことになる．

モデル・コア・カリキュラム

医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議が2001年に提示した「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—」[3]は，事前に各大学の意見を聴取し，その結果を踏まえたものとはいえ，全国の医科大学に大きな衝撃をあたえた．

その内容は，A．基本事項，B．医学一般，C．人体各器官の正常構造と機能，病態，診断，治療，D．全身におよぶ生理的変化，病態，診断，治療，E．診療の基本，F．医学・医療と社会，G．臨床実習に分けられ（表3），これらの事項の修得に教育課程の約2/3を費やし，残りの約1/3を各大学独自の多様なプログラムにあてるというものである．

このカリキュラムの特徴は，1）基礎医学と臨床医学の区分，あるいは内科系と外科系などの区分をはずして，ヒトの体の正常と異常を統合的にとらえる構成であること，2）症候や病態からのアプローチを重視し，より科目横断的な思考を求めること，3）医の倫理や医療安全，課題探求・問題解決能力など，従来型のカリキュラムにおいて不足していた部分を重視し取り上げたこと，4）知識量を最低限に抑えるとともに，技能や態度の側面にも言及していることである．

第3表：医学教育モデル・コア・カリキュラムの内容

A	基本事項
1	医の原則
2	医療における安全性への配慮と危機管理
3	コミュニケーションとチーム医療
4	課題探求・解決と論理的思考
B	医学一般
1	個体の構成と機能
2	固体の反応
3	原因と病態
C	人体各器官の正常構造と機能，病態，診断，治療
D	全身におよぶ生理的変化，病態，診断，治療
E	診療の基本
1	症候・病態からのアプローチ
2	基本的診療知識
3	基本的診療技能
F	医学・医療と社会
G	臨床実習
1	全期間を通じて身につけるべき事
2	内科系臨床実習
3	外科系臨床実習
4	救急医療臨床実習

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—（2001）[3]

前述の医学・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[12]には，診療参加型臨床実習の導入が推奨され，さらに，これを実現するために，全国の大学が臨床実習前の学生に対する共同の試験システムを開発する必要性が提言されている．

このような状況の下で，旧来のカリキュラム構成を保ってきた大学では，急遽，カリキュラムを徹底的に見直して，統合カリキュラムを採用する方向が進められた．この結果，全面的な統合カリキュラムの採用校は，1999年度[10]の23校（28.7%），2001年度[11]の30（37.5%）校から，2003年度[5]には51校（63.7%）となり，部分的な採用も含めると80校中75校（93.7%）が統合カリキュラムを採用することになった．また，カリキュラムの見直しにより，医の倫理や医療安全に関するプログラムの拡充や，課題探求・問題解決能力の育成を目指すPBLテュートリアルの導入などが促進されてきた．

モデル・コア・カリキュラムの内容自体については，医師国家試験ガイドラインとの整合性も含めて見直すべき箇所が多いことは周知であり，必ずしも理想的なものとはいえないが，その目指すところはわが国の医学教育改革の目的に沿っており，多くの大学でのカリキュラム改革を促した功績は特筆すべきことといえよう．

共用試験システム

医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議の提言[12]をうけて，2002年度から共用試験（臨床実習開始前の学生評価のための共用試験システム）のトライアルが開始された．運営は共用試験実施機構（現社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構）が担当し，各大学は試験問題の提供と経費の納入を行うシステムとなっている．

対象は臨床実習開始前の学生であり，診療参加型の臨床実習に必要とされる「知識」をコンピュータを用いた多肢選択問題で評価し（Computer-Based Testing：CBT），さらに「技能と態度」をOSCEで評価する．「知識」の評価内容はモデル・コア・カリキュラムに示され，「技能と態度」の評価内容は「診療参加型臨床実習に参加する学生に必要とされる技能と態度に関する学

習・評価項目」[13] に示されている．

このような形で診療参加型臨床実習に参加する学生を，全国一律の試験システムにより評価することは，実習に参加する医学生が一定の要件を満たしていることを社会に担保することにほかならず，各大学での診療参加型臨床実習の導入を促進する結果となったのは前述のとおりである．

共用試験は3年間のトライアルを行った後，2005年度から本格実施されることになり，最終的には全80大学が参加する予定である．

なお，CBTは米国のシステム（United States Medical Licensing Examination, step 1）を参考にしたもので，プールされた多数の問題の中から，コンピュータ上で学生ごとにランダムに選択された問題群を提示する形で試験を行う．問題管理から採点結果の提供までを実施評価機構が行うが，その成績をどのように利用するかは各大学の判断にゆだねられる．また，各大学から提供された問題については，各大学の協力のもとで実施評価機構がブラッシュアップを行うとともに，試験後の事後評価も慎重に行ってプール問題を決定している．

正式実施にあたっての問題点は，トライアルでの成績を見るかぎり，全国平均が50点台にとどまり評価基準の設定に困難を感じる点である．CBTの結果については，それのみで総括的評価の対象とするのでなく，総括的評価の一部として取り扱う方向が妥当かと思われる．また，プール問題の数がさらに増加すれば，正答率を参考にした問題選択の幅が拡がり，ある程度の範囲の期待正答率をもとに，全国一律の絶対的評価基準を設定することも可能かと思われるが，いずれにせよ今後の検討課題となろう．

共用試験の一部を構成するOSCEは，学生が一定の時間内に，定められた共通の課題をもとに臨床実技を行い，一定の評価基準のもとに評価される客観的な臨床能力の評価法である．1975年にHardenら[14]により開発され，欧米では臨床教育の評価法として広く普及した．わが国では厚生省班研究の一環として，1995年12月に日本大学医学部，東京女子医科大学および埼玉医科大学による3大学トライアルが行われ，大学単位でOSCEを実施することが可能であることが示されたが，臨床能力の評価法として大学単位で導入されたのは，1999年度[10]においても38校と半数に満たなかった．100名程度の学生を1日で評価するためには，10数室の試験会場の確保と多数の評価者を必要とすること，さらに，このような評価を受けるだけの臨床技能教育が十分に行われていなかったことが，わが国での普及を阻んだ要因と考えられる．

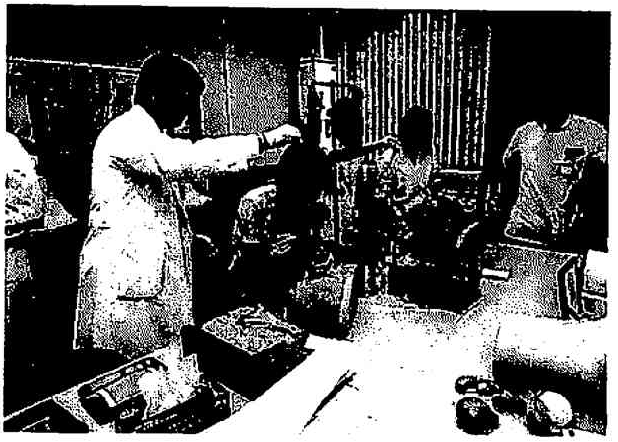

図2　スキルスラボ（埼玉医科大学）

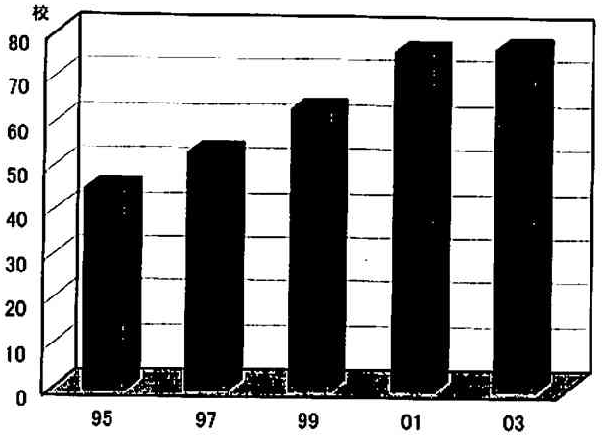

図3　診断学実習の実施校数[5) 8) 9) 10) 11)]

しかし，1999年11月の医師国家試験改善検討委員会報告書[16]で，国家試験に実技試験（OSCE等）を導入する方向性が明記されたこと，さらに，2002年度から共用試験OSCEのトライアルが開始されたことを受けて，OSCEは全国で急速に導入されることとなり，2001年度[11]には64校（80.0%），2003年度[5]には77校（96.2%）で，2004年度には全80校でOSCEが実施されることになった．また，OSCEの課題構成において重要な要素となる医療面接では，標準模擬患者（Simulated Patient：SP）の育成を目指す各種のボランティア団体の惜しみないご協力が大きな力となった．

このようなOSCEの普及は，必然的に各大学での臨床技能教育の充実を促すこととなり，基本的な身体診察法の実技演習のみならず，医療面接や身体診察時におけ

る患者さんへの配慮を重視した態度教育にも力が入れられる結果となった．とくに，従来，軽視されがちだった医療面接の教育が多くの大学で行われるようになり，SPを独自に養成する大学も増加しつつある．

また，共用試験OSCEの課題として，頭頸部診察，胸部診察，腹部診察，神経診察に加えて，手洗い・ガウンテクニック，縫合・抜糸，体外式自動除細動器の使用を含む救命処置が挙げられていることから，これらの手技の詳細を記載した「診療参加型臨床実習に参加する学生に必要とされる技能と態度に関する学習・評価項目」[13]に準じて，各大学で心肺蘇生や縫合用のシミュレータを用いた臨床技能教育が行われるようになった．さらに，診療参加型臨床実習に円滑に参加できるよう，これらの基本的手技のみならず，採血，導尿，乳房診察や直腸診，気管内挿管など，様々なシミュレータを備えた専用の訓練施設（スキルスラボ）を配する大学も増加している（図2）．

なお，このような臨床技能教育は診療参加型臨床実習の準備教育（ICM）として，欧米では入学直後から多くの時間をさいて実施されているが，わが国においては図3に示すように，OSCEの普及とともにようやく大多数の大学で実施されるようになってきたところである．ただし，その内容や用いる時間については，各大学の報告様式が必ずしも統一されていないため詳細な分析は困難であった．いずれにせよ，共用試験OSCEが本格的に実施され，教員と学生が共通の目的意識のもとに努力を重ねることにより，欧米のそれに勝るとも劣らない実習形態が確立されるものと期待している．

おわりに

この15年間に行われてきた卒前医学教育の大きな変革について，その改革へのエネルギーを教育の現場で実感し，それに抵抗する力との対応に苦慮してきた立場から，全国的な教育改革の流れを概説した．この変革は，まさに「知の偏重」から「心と技の教育」を重視する立場への，卒前医学教育のパラダイムシフトと称するべきであり，多くの教員にとっては，かってないほどの時間を教育に捧げることが必然となる事態でもあった．おりしも，頻発する医療過誤事件が世間の注目を集め，患者さん中心の，安全で開かれた医療を求める風潮が当たり前なこととなる時代背景の中で，心と技の教育を重視する新しい医学教育の流れが確立されようとしていることは，まさに時宜をえた取り組みといえる．さらに，2004年度から開始された新医師臨床制度とともに，卒前から卒後の医学教育が一貫して互いに補完し，高めあえるような教育システムが構築されることを期待している．

文　献

1) 厚生省臨床実習検討委員会最終報告，1991
2) 21世紀医学・医療懇談会第4次報告：21世紀に向けた医師・歯科医師の育成体制の在り方について，1999
3) 医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議：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「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—」，2001
4) 全国医学部長病院長会議：医学教育カリキュラムの現状，平成3年度（1991年），1992
5) 全国医学部長病院長会議：医学教育カリキュラムの現状，平成15年度（2003年），2004
6) 医学教育の改善に関する調査研究協力者会議最終まとめ，1987
7) 全国医学部長病院長会議：医学教育カリキュラムの現状，平成5年度（1993年），1994
8) 全国医学部長病院長会議：医学教育カリキュラムの現状，平成9年度（1997年），1998
9) 全国医学部長病院長会議：医学教育カリキュラムの現状，平成7年度（1995年），1996
10) 全国医学部長病院長会議：医学教育カリキュラムの現状，平成11年度（1999年），2000
11) 全国医学部長病院長会議：医学教育カリキュラムの現状，平成13年度（2001年），2002
12) 医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議：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年3月
13) 社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構：診療参加型臨床実習に参加する学生に必要とされる技能と態度に関する学習・評価項目（正式実施第1版），2005
14) Harden RM. Stevenson M. Downie WW & Wilson GM.：Assessment of clinical competence using objective structured examination. Br Med J 1：447-451. 1975
15) 医師国家試験改善検討委員会報告書，1999