

—医学教育トピックス—

本学の臨床医学カリキュラムの見直し
6年一貫の充実した医学教育カリキュラムを目指して

小澤 一史

日本医科大学教育委員会委員長

日本医科大学大学院医学研究科解剖学・神経生物学分野

Reconsideration of the Curriculum for Clinical Medicine in Nippon Medical School

Hitoshi Ozawa

Head of the Committee for Education, Nippon Medical School

Department of Anatomy and Neurobiology, Graduate School of Medicine, Nippon Medical School

Key words: curriculum for clinical medicine, new course study for clinical medicine, BSL (bedside learning)

臨床医学カリキュラムを考える場合に、3つの観点から考える必要があります。その1は、いわゆる講義形式のカリキュラム（本学ではコース講義）、その2は臨床実習（基礎臨床実習およびBed Side Learning: BSL）、そしてその3はこれらのカリキュラムと現状の医師国家試験との整合性の検討であろうと思います。

2011年（平成23年）4月、私が教育委員会委員長に就任する以前より、前教育委員長 内藤善哉教授をはじめとする前教育委員会において、現在の第3学年3学期から始まる臨床医学コース講義の見直しに関する小委員会（委員長 坂本篤裕教授）が設置され、審議を続けてきました。その主な検討課題は、1) 現行の1コマ45分の細切れた講義時間を考え直すこと、2) 現在の横断的なコース講義を少し見直し、必要に応じて従来の学科目を独立させる（-ologyの明確化）、3) 臨床基礎実習と引き続く基本臨床実習およびBSLの充実への方策です。私が教育委員長に就任し、私としての役割は、これらの実践への道が課題と認識し、「decision and action」を目標として動き始めています。

まず、コース講義の見直しですが、新3年生は来年の1月からのコース講義の一コマの時間が45分から

60分になります。この15分の延長は、たった15分となるか、それとも15分は大きかったとなるか、ひとえにこの教育にあたる教員とそれを受ける学生の意識に係ってきます。15分の重みを十分に理解して臨んで頂きたいと期待しています。この「15分」を生み出すために、従来の水曜日の午後の「自習」時間を廃止、また、秋休みの縮小化を行いました。「自習」を有効に利用している学生諸君には不満もあろうかと思いますが、現状では、期待された「自習」の利用に至っている学生はほんの一握りであり、クラブ活動やそのほかの「自由時間」になってしまっています。それであるならば、有効性を別に求めようとするに至ったわけです。なお、60分1コマとしても、各コースの講義回数は45分1コマの時に比べて減少することはありませんので、実質的には各コースの時間増加という形に収めることができました。また、横断的に組み込まれていたコース内容を少し、もとの科目的コースに変更もしました。例えば「感覚器」として、眼科と耳鼻咽喉科が同じコース内に組み込まれていましたが、それぞれの科目の独自性と重要性を鑑み、それぞれを独立したコースにしました。同様に、皮膚科と形成外科が「皮膚・形成・再建」として1つのコースで構築されていましたが、これもそれぞれが独立した

Correspondence to Hitoshi Ozawa, Department of Anatomy and Neurobiology, Graduate School of Medicine, Nippon Medical School, 1-1-5 Sendagi, Bunkyo-ku, Tokyo 113-8603, Japan

E-mail: hozawa@nms.ac.jp

Journal Website (<http://www.nms.ac.jp/jmanms/>)

コースとなります。また、基幹科目の一つと言っても過言でない小児科の内容は様々なコースに分配された形になっていましたが、これを集約し、「小児・思春期学」としてきちんと独立したコースとなります。逆に、これまでのコース講義から改変によってコースの構築からはなくなるものに、リハビリテーション、感染症、臨床腫瘍学、臨床遺伝学があります。リハビリテーションは神経コースと合体し、感染症については、様々なコース内に各コース独自の感染疾患が取り上げられているので、ここで少し充実した時間を取って頂くようにしました。また、臨床腫瘍学、臨床遺伝学については、後述する第4学年3学期の基本臨床実習の改変（仮称 統合臨床コースの創設）、第6学年1学期の臨床病態学（仮称）の創設と関連して対応することで検討が進んでおります。

次に、BSL (bedside learning) についてです。教育委員会として検討とそれに基づく行動の平成24年度の大きなテーマがBSLの見直しと充実化であるとしております。BSLの充実なくして、本学の臨床医学カリキュラムの見直しの意味は全くありません。そのためには、本学の全教員の意識改革が大きなテーマになってきます。本年3月に卒業した学生諸君には、卒業におけるアンケートの項目の中にあえてBSLを大きく取り上げ、本人の参加姿勢などに加え、教員側のBSLに取り組む姿勢などにも踏み込んだ意見を真摯に述べてもらうようにしました。また、現在、学生教育委員会とも連携して、BSLの実際、実情の解析も始めており、BSL実行委員会（大久保公裕委員長）と密な連携を取りながら、BSLの充実に向けての方策を検討開始しております。臨床各科の病棟においては、通常の臨床業務に加えて、綿密な学生のBSLにおける指導を行うことは、かなり窮屈な作業であり、ある意味では、“余分な仕事”ととらえる現場もあると聞き及ぶことがあります。実際に、学生より状況説明を聞くところ、単なるカルテ整理の手伝い、雑用係、完全自習時間といった場合のところもあるようで、あながち学生諸君の誤った認識ととらえるわけにも行かないところがあることも確認しつつあります。「とんでもない部署だ」と怒ることは簡単ですが、現状のマンパワーにおいて、あれもこれも100点満点にこなしてほしいということも、現実問題として厳しいものがあります。しかし、だからといって、特に臨床の学生教育を適当にするわけにはいきません。したがって、現場のBSL担当の教員には、相当の覚悟でその任に当たっていただかなければなりません。また、その労に報いる仕組みも必要であろうと

感じています。現在、教育委員会とはまた異なった場において、教員の評価方法に関する議論が始まっております。論文や症例、手術実績といった数字として明らかになる業績に対して、「教育」への取り組みを数値化することは難しいことではありますが、これをきちんと評価する確固たる方向性を確立することが、BSL教育の現場充実にもかなり重要な課題であろうと考えています。いずれにせよ、近い将来を見越して、学生のBSLに取り組む姿勢と実施の評価を厳格化するとともに、それにあたる教員も評価されることになると思います。双方の努力が成り立たないと、互いの信頼関係も成り立ちません。きわめて重要な課題であります。個人的なことで恐縮ですが、私は学生時代、いまのBSLに相当するポリクリで臨床医学の各科を回っているときに、かなり真面目にその実習をこなしました。すでに、臨床医学実習に回るときには、将来、基礎医学の道を選ぼうという気持ちが固まっておりましたので、逆に臨床医学を学ぶ貴重な機会であろうと考えたからです。今と異なり、卒後研修の義務化がない時代でしたし、私は実際に卒業と同時に基礎医学、解剖学の道に進みましたので、その時の実習は貴重なものでした。したがって、そのころも「忙しいし、判子は押してあげるから、あとは適当に図書館かどこかで自習をして」という教員にあたることもあり、そんな際に自分の将来の方向性を語り、無理矢理に実習まがいのことをさせてもらうこともありました。したがって、臨床医にならなかつたからこそ感じるBSLの重要性、重大性があります。この時期の実習は、終生、忘れないものがあります。この実習がきっかけとなって、師の背中を追い、将来の選択が決まることもあります。また、近年のマッチング制度を考える際に、自分たちの経験したBSLの充実度が研修先の選択に大きな影響を与えることは議論の余地がないことです。この点を深く考え、是非、本学のBSLが全国に誇れる充実した内容にグレードアップする必要があることを、本学の全教員に理解して頂きたいと思えます。

このコース講義とBSLの見直しに伴い、当然、基本臨床実習、また第6学年時の教育の在り方が連動した課題となってきます。教育委員会では第4学年3学期の「基本臨床実習の見直し」と「第6学年カリキュラムの見直し」をリンクした課題ととらえ、前者については吾妻教授を中心に、後者については新田教授を中心にワーキンググループを作って鋭意検討を重ねて頂いております。ほぼ、その方向性は固まりつつあると思いますが、現在、最後の検討段階に入っております。

すので、詳細については別の機会にご紹介することにしたと思いますが、方向性としては現在の基本臨床実習の内容について現行の「pre-BSL」, 「外来見学実習」を見直しし, 「BSLに先だって行われるべき実習」を中心にとらえ, 臨床栄養学, 臨床遺伝学, 医療安全学などを組み込んだ統合臨床コースも組み込むことを視野に検討しています。さらに第6学年の1学期を中心に, 臨床各分野の代表的疾患を中心に case study 的な形で, 症候や臨床所見, 病態生理を考え, 疾患の鑑別能力を高めるカリキュラム (臨床病態学 仮称) の構築を検討しています。結果としてこの学びが国家試験対策の内容にも役立つようにとの配慮も加える方向です。現在, 第6学年においては, ごく一部の科目を除いて, ほとんど, 大学としてのきちんとしたカリキュラムがないに等しい状況で, 学生もその時間は医師国家試験予備校に行く時間ととらえがちのところもあります。これが, 当たり前になったとしたら, それは大学の敗北以外の何者でもありません。こんな悔しい, 恥ずかしい話は, 130年を超える誇り高き伝統校であるわが日本医科大学において, あってはならないことです。「予備校通い」, 「予備校任せ」に慣れてしまった現状から, この新しい仕組みへ転換することは容易なことではないと思います。事実, 学生, 教員の両方面より「余計なことはしないでほしい」と言った

声もすでに聞こえつつあります。しかし, これは, わが日本医科大学の「心意気」を共有できるか否かの大きな転機です。疑心暗鬼の現役学生諸君に「あれっ? これ, 結構使えるぞ」, 「6年間の最後に, やはり日本医大の学生であったこととその誇りを, 日本医大の教授の熱のこもった講義を通して改めて感じた」という思いを与え, 澁刺と本学を巣立ってもらう仕組みを真剣に考え, 是非, 共有してほしいと願っています。

終わりに, 本稿では臨床医学カリキュラムに焦点をおいてまとめましたが, 当然, 6年一貫教育を掲げている本学では, 基礎科学, 基礎医学のカリキュラムも連動して考えなければなりません。すでに, その作業も開始されつつあり, この1年間で6年一貫医学カリキュラムをすっかりとしたものに仕上げ, 私の任を果たしたいと考えております。現実には, 山あり谷ありの作業で, 正直なところかなり厳しい作業であります。さすがに私自身も虚脱感に襲われることも多々ありますが, 投げ出すことなく, きちっと最後まで何とかやり遂げたいと思うこのごろです。本学全関係者のご理解とご協力が必要な作業です。なにとぞよろしくお願いいたします。

(受付: 2012年3月4日)

(受理: 2012年3月21日)