

医学部における専門職教育再構築の試み

島田 康弘*
植村 和正**
松尾 清一***
武澤 純****

<要 旨>

医学部に課せられた教育に関する目標は、医の倫理を尊重し、人類の幸福に貢献することを誇りとする医学研究者および医療人の育成、にある。近年の生命科学と科学技術の進歩により、医学・医療の知識・技術の量は膨大となり細分化されるようになった。また医学・医療に対する社会のニーズも多様化し、現在の医学教育がこれらにマッチしていないこともしばしば指摘されている。一方、大学院大学への移行により、学部教育に対する時間的制約が大きくなり、もはや1人の教官が教育・研究・診療のすべてをカバーすることは不可能といっても過言でない。また、昨今の医学部の現状では、医学教育はしばしば研究や診療の下位に位置するものとしてとらえられており、インセンティブも決して高いとは言えない。

医学部医学科および附属病院では法人化を前にした中期計画を策定するにあたり、教育に関するヘッドクォータを構築することにより、教育に関する目標を達成できるのではないかと模索してきた。本稿では、医学部医学科におけるこれまでの教育に関する取り組みを紹介し、さらに新たに立ち上がった医学部保健学科を巻き込んだ医系全体の専門職教育の試みについて紹介した。

*名古屋大学大学院医学系生体管理医学(麻酔・蘇生医学)、医学科教育委員長

** 卒後臨床研修センター副部長

***名古屋大学大学院医学系免疫応答内科学、卒後臨床研修センター部長、病院長補佐

****名古屋大学大学院医学系救急・集中治療医学、病院長補佐

医学部に課せられた教育に関する目標は、医の倫理を尊重し、人類の幸福に貢献することを誇りとする医学研究者および医療人の育成、にある。近年の生命科学と科学技術の進歩により、医学・医療の知識・技術の量は膨大となり細分化されるようになった。また医学・医療に対する社会のニーズも多様化し、現在の医学教育がこれらにマッチしていないこともしばしば指摘されている。一方、大学院重点化による大学院大学への移行により、学部教育に対する時間的制約が大きく、かつ責任体制も曖昧となりつつある。このような状況下で、1人の教官が教育・研究・診療のすべてをカバーすることは不可能といっても過言でない。また、従来の委員会組織で医学教育を推進していくことは、能力ならびに権限等で問題が多い。そこで、医学教育の専任教官を配置することにより、教育のシステム、手法、設備、評価などを一元的に企画・管理し、教育資源の効率的運用、ノウハウの蓄積を行う、医学教育に特化した組織の構築が望まれる。

しかし昨今の医学部の現状では、医学教育はしばしば研究や診療の下位に位置するものとしてとらえられている。また、医学教育に対する教官のインセンティブも決して高いとは言い難い。

これに対して諸外国の先進的な医学系大学ではすでに医学教育専門職が存在し、教育に関する指導的役割を担うとともに医学教育に関する将来的な方向付けも行っている。

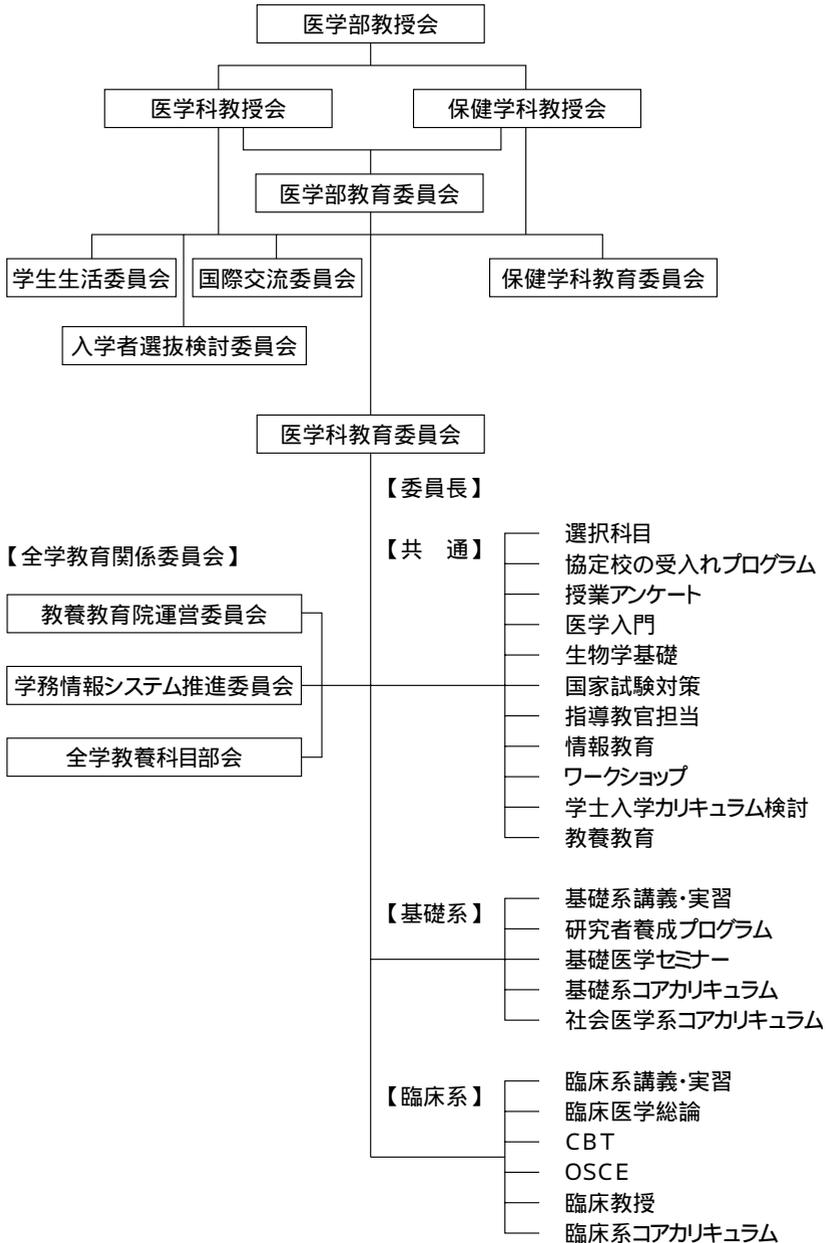
医学部医学科および附属病院では法人化を前にした中期計画を策定するにあたり、教育に関するヘッドクォータを構築することにより、医学部に課せられた教育に関する目標を達成できるのではないかと模索してきた。本稿では、医学部医学科におけるこれまでの教育に関する取り組みを紹介し、さらに新たに立ち上がった医学部保健学科を巻き込んだ医系全体の専門職教育の試みについて紹介する。

1. 医学部医学科における教育の取り組み

1.1 教育実施体制（図1）

医学部の教育については現在、委員会体制で運営されている。すなわち、医学科教授会と保健学科教授会のもとに医学部教育委員会が置かれている。現在はこの委員会は名目上であり、実質的な活動はそれぞれの学科に置かれている教育委員会が担当する。将来的には両学科の臨床教育における共通部分を共同して行う組織（仮称、総合臨床教育センター）を構築す

図1 教育実施体制



るべく、現在検討中であり、これについては後述する。

医学科教育委員会の特徴は、学生の意見をシラバス、教育評価等に積極的に反映していくという理念のもとに、教官の委員に加えて学生からも委員が参加していることである。委員会は毎月1回開催している。教育委員会のもとに多くのワーキンググループが構成されており、教育委員会の諮問を受けて活動を行っている。

医学科教育委員会に加えて、国際交流委員会、学生生活委員会、医学科入学者選抜検討委員会等が共同して教育実施、支援体制を形成している。また、卒後教育に関しては大学附属病院に置かれた卒後臨床研修センターが大学病院だけでなく、広く関連病院における卒後臨床研修（卒後2年間）のカリキュラム企画・作成・評価等を行っている。

1.2 医学科教育課程の編成と内容（図2）

1.2.1 全学教育科目

1学年から2学年にかけて、大学本部のある東山キャンパスで「全学教育科目」を履修する。全学教育科目は現在3つの分野に分けられているが、このうち、基礎セミナーは学生が1年生の前後期をそれぞれ、週1回ずつ医学科の基礎医学あるいは社会医学系講座でセミナー形式により、専門教育の基礎となるコモン・ベイシックを学習する。具体的には特定のテーマについて、文献や資料の検討、あるいはフィールドワークなどを行いその結果をまとめて発表するという密度の濃い少人数教育（12人程度）である。この担当教授は指導教授も兼任し、大学入学初期の学生の教育のみでなく、生活面での指導も担当する。教養科目では、現代社会が直面する基本的な諸課題をいくつかの主題に総括し、すべての学部の教官が協力して各主題に即した内容の講義、実習を行う。言語文化科目では、外国語の能力を高め、異文化理解を深め、国際社会にふさわしい教養を身につけた学生を作り出すことを目標とした教育を行う。

専門基礎科目では、数学、物理学、化学、生物学を、医学部を含めた理系学部部の教官が協力して講義、実習を行う。このうち生物学は専門教育の準備教育として重要な位置を占める。入学試験の科目として必ずしも生物学は必須ではないので、本学では医学科基礎医学講座の教官により、現代生物学を本格的に学んでこなかった学生を対象と考え、生化学、分子生物学、遺伝学、細胞生物学などの生物学の基礎的な講義を行っている。具体的には、細胞の成り立ち、糖質、脂質、蛋白質、核酸、イオンなどの生体構成

図2 教育課程の編成

6年次	後期	卒業試験	
	前期	臨床実習（クリニカルクラークシップ）	
5年次	後期	臨床実習	
	前期		
4年次	後期	社会医学	臨床医学
	前期	講義・実習・PBL	講義・技能実習・PBL
3年次	後期	基礎医学セミナー	
	前期	基礎医学（薬理学、微生物学、免疫学、病理学） 講義・実習（解剖学、生理学、生化学）	
2年次	後期	全学教育科目 講義・演習・実習 （人文科学・社会科学・自然科学・言語文化・健康スポーツ）	
	前期		
1年次	後期	医学入門	
	前期		

成分について学ばせる。また、代謝、DNA複製、転写、翻訳（蛋白質合成）、細胞膜、分泌、シグナル伝達、細胞周期などの細胞の基本機能を理解させる。

1.2.2 医学入門（表1）

1学年の前後期、週1回、医学科の専門科目として医学入門が開講される。医学入門では、医学と医療について、医師になるための心構え、医の倫理等について講義が行われる。また医学への動機づけ、医師としての将来への自立を目的に、身体障害者養護施設、老人ホームにおける障害者の介護や、病院における患者の看護を現場で体験させている。毎年、体験実

習後にはレポートを書かしているが、この実習が医師としての動機づけに強烈な印象を与えたことがわかる。後期には、生体のしくみや機能について基礎的な講義を行っている。

表1 医学入門

講義・授業内容
医学入門ガイダンス
看護実習概論
看護実習オリエンテーション
特別講義 1：高齢者の医療とケア
特別講義 2：障害者と医療
介護実習ガイダンス
介護実習
介護実習
看護実習 (A1)
介護実習報告会 (障害児者施設実習)
看護実習 (A2)
介護実習報告会 (老人養護施設実習)
看護実習 (A3)
特別講義 3：医の倫理
特別講義 4：ホスピスでのケアについて
看護実習 (A4)
Human Biology Human Perspective, Chromosomal Inheritance
看護実習 (B1)
Human Biology Genes and Medical Genetics, Cancer
看護実習 (B2)
特別講義 5：感染症の歴史
看護実習 (B3)
特別講義 6：国際保健医療
特別講義 7：社会復帰への取り組み
看護実習 (B4)
看護実習報告会 (A5)
看護実習報告会 (B5)

1.2.3 基礎医学

基礎医学系の教育として、2年次より解剖学、生理学、生化学を中心とした講義およびそれに引き続いて実習を行っている。3年次よりは、薬理学、微生物学、免疫学、病理学等の講義および実習を行っている。

本学の特徴として、将来指導的立場に立てる医学研究者および医師の養成のため、3年次の後期を基礎医学セミナーとし、講義室を完全に離れ最前線の研究を進めている基礎医学あるいは社会医学系教室で研究生生活を体験させている。学生は各研究室に2～4名ずつ配属される。そこでは、教官の指導のもとに研究を行うとともに、教室のセミナーに参加し、論文を読むことで、科学的思考法を学ばせる。セミナー終了後、口頭またはポスター発表形式で成果の発表を行うことを義務づけている。また、その評価を教官及び学生で行い、最優秀論文および優秀論文賞を出し、その賞金により最優秀賞受賞者は国際学会へ派遣を行い、優秀論文賞受賞者は国内学会へ派遣し学会発表や視察を行わせている。平成3年度から医学部のカリキュラムに本格的に導入され、指導教官の受け入れ体制と学生の履修の姿勢が着実に前進、定着してきた。セミナー開始1.5ヶ月の時点と、終了時にアンケートをとって教官と学生の評価をまとめているが、最新の結果では満足度はともに非常に高い。学生においては、「セミナーは充実していた」「やや充実していた」をあわせると85%を占めた。教官においては78%であった。学生の感想として、「将来基礎に進みたいと思った」のは4名であったが、「普通の講義では体験できないことを体験できた」(66名)、1対1の指導が良かった(23名)、研究の世界を肌で感じた(49名)、将来役に立つと思う(27人)などの積極的な評価が示された。一方、教官の感想として、「学生の熱意に刺激された」(27%)とともに、「学生の姿勢が物足りなかった」(35%)、「負担が大きかった」(27%)、「少し負担」(38%)など、いくつかの問題点が指摘されており、特に指導体制の改善が今後の課題の一つになると思われる。

なお、過去10年間で学生が主著者あるいは共著者で93編もの論文数が報告され、そのインパクト・ファクター総計は343.195点もの高得点であった。

1.2.4 社会医学

2002年度までは、講義と実習が行われてきたが、2003年度から新カリキュラムおよび新時間割りに沿った教育内容に変わった。新カリキュラムの主な変更点は、教育内容に文科省のモデル・コア・カリキュラム¹⁾を参

考にし、かつ、できるだけ取り入れたこと、チューターを配した少人数グループによる問題解決型学習（PBL (problem-based learning) チュートリアル）を取り入れたこと、旧カリキュラムでは、2年生から4年生にかけての3年間で行われてきた社会医学系5教科（衛生学、公衆衛生学、予防医学、法医学、国際保健医療学）の講義と実習を、4年生の授業開始から合計6週間で集中的に実施するようにしたことである。

PBLは3つのテーマ、胃がんの予防、肺がん検診、高齢者保健医療の課題、について実施された。学生は1グループ6ないし7人から成る16グループに分けられ、各グループに一人の教官または大学院生が配属された。終了後に学生の評価を求めるアンケートを実施したので、集計値が得られた高齢者保健医療についての結果を示す。学生はチューター（11項目）、PBLチュートリアル（6項目）、学生自身について（6項目）の満足度を、1から5へと高くなる5段階で評価した（回答者数40名）。学生の平均評価点はチューター4.04、PBLチュートリアル3.31、学生自身3.39であり、いずれも中間値3.0を超していた。項目別には「わかりやすい課題提示であった」が2.85と全項目中最も低い満足であった。発表内容の出来映えが良かったことと乖離があり、今後の検討課題であろう。

1.2.5 臨床医学

4年次の臨床医学カリキュラムの中心は、臨床系PBLチュートリアル、系統講義および特別講義（選択講義）からなる。この編成は、2001年度に文科省から提示されたモデル・コア・カリキュラムを受けて2003年度からカリキュラムを大幅に改訂したことによる。

（1）PBLチュートリアル

2003年4月から4年次生の27週にわたって導入された。4年次臨床カリキュラム総時間数の35%を占める。その目標は、将来にわたって直面する問題に対して、自ら問題を発見し、それに対する解決策を自ら発見、立案できるようになるために、自己学習、グループ学習をするに必要な知識、技能、態度を身につけることである。評価としては、現在進行中であり中間の評価にとどまるが、教官、学生とも目標の達成を実感している。

（2）系統講義

臓器別講義と臨床系学科の講義に分類される。2003年4月から従来の講義総時間数を約60%削減した。4年次臨床カリキュラム総時間数の38%を占める。その目標は、臨床系諸学科の基本的な知識を体系的に修得するこ

とにある。講義は集中講義形式をとっている。評価は現在進行中であり中間の評価にとどまるが、授業時間数の減少にもかかわらず、これまでの授業時間数で伝えていた知識の量をそのまま伝えようとしている科目がみられるなど、まだこの講義形式が定着していない感がある。コア・カリキュラムの内容への絞込みが今後検討される余地がある。

(3) 特別講義

2003年4月までは10種類の選択講義が提供されていたが、2003年4月から4年次生に26種類の選択講義（各5コマ）が導入された（表2）。この講義の目標は、臨床の諸領域の先端的知識や学際的な領域の知識を、学習者の興味に合わせて修得することにある。9つのコースからなり各コースは2ないし3テーマが並列で講義が行われる。学生はその中から最低6テーマを選択する。評価については来年度となる。

1.2.6 臨床実習（bedside learning: BSL）

臨床各科の基本的な知識、技能、態度を修得することが目標である。5年次に各臨床科を1 - 2週間ずつローテーションして実習する。評価としては、各科の実習期間が短いせいもあり、殆ど見学型の実習になっている。今後は、クリニカル・クラークシップ型の実習への変革が必要であり、現在のような各科の網羅型の実習ではその実現は困難であると思われる。

この期間中には、大学病院における高度先進医療に加えて第一線の医療を体験させることは医師の養成に不可欠であるとの観点から、平成3年度より関連病院の協力の下で臨床実習を施行している。現在では40を越える病院の協力が得られている。これらの病院の教育指導者に対しては教育委員会から指導要綱を配布し、実習終了後には学生および関連病院双方による評価を行う。それをもとに翌年度の実習に関して修正・改善を行っている。また、関連病院の指導医に対しては、臨床教授制度により臨床教授、助教授、講師の称号を、大学の基準に沿って付与している。本年度は臨床教授34人、臨床助教授66人、臨床講師233人が付与された。

さらに前記関連病院実習に加えて、平成12年度より名古屋市医師会の協力の下で開業診療所実習を行っている。マンツーマンで5年次学生を開業診療所に派遣し、第一線の医療を体験させるものである。すでに多くの診療所の協力が得られている。この実習に関しても双方向による評価を行い修正・改善に努めている。

表2 選択講義グループ編成

<p>A : 12 / 22 (月) 1 ~ 4 限、12 / 24 (水) 1 限 高次能機能障害と痴呆 分子臍臓学入門 救急疾患における画像診断</p>	<p>神経内科 病態修復内科学 放射線医学</p>	<p>祖父江 元 成瀬 達 石垣 武男</p>
<p>B : 12 / 24 (水) 2 ~ 4 限、1 / 8 (木) 3・4 限 東洋医学 消化器疾患と免疫異常 最小侵襲治療</p>	<p>老年科 病態内科学 泌尿器科学</p>	<p>井口 昭久 楠神 和男 大島 伸一</p>
<p>C : 1 / 14 (水) 1・3・4 限、1 / 15 (木) 3・4 限 睡眠時無呼吸症候群 生活習慣病 生殖医学の進歩と倫理</p>	<p>耳鼻咽喉科 分子細胞内科学 産婦人科</p>	<p>中島 務 大磯 ユタカ 水谷 榮彦</p>
<p>D : 1 / 19 (月) 1 ~ 4 限、1 / 21 (水) 1 限 終末期医療 移植 遺伝子・再生医療</p>	<p>老年科 泌尿器科学 脳神経外科</p>	<p>井口 昭久 大島 伸一 吉田 純</p>
<p>E : 1 / 21 (水) 3・4 限、1 / 22 (木) 3・4 限、1 / 26 (月) 1 限 加齢に伴う眼疾患 ティッシュエンジニアリングと医療産業 臨床腫瘍学 - ベンチからベッドへ</p>	<p>眼科 口腔外科 難治感染症</p>	<p>三宅 養三 上田 実 直江 知樹</p>
<p>F : 1 / 26 (月) 2 ~ 4 限、1 / 28 (水) 1・3 限 実験動物学 水・電解質・酸塩基平衡異常と補液 血管内治療学</p>	<p>動物実験施設 免疫応答内科 脳神経外科</p>	<p>西村 正彦 松尾 清一 吉田 純</p>
<p>G : 1 / 28 (水) 4 限、1 / 29 (木) 3・4 限、2 / 2 (月) 1・2 限 臨床心理学 臨床腫瘍学 プライマリーケア・在宅医療</p>	<p>老年科 呼吸器内科 総合診療部</p>	<p>井口 昭久 下方 薫 伴 信太郎</p>
<p>H : 2 / 2 (月) 3・4 限、2 / 4 (木) 1・3・4 限 癌診療の最前線 ウイルス肝炎の治療 痛みの治療の進歩</p>	<p>病態外科学 消化器内科 麻酔科</p>	<p>中尾 昭公 吉岡 健太郎 島田 康弘</p>
<p>I : 2 / 5 (木) 3・4 限、2 / 6 (金) 1 ~ 3 限 ブレインアタック 成育医療</p>	<p>神経内科 小児科</p>	<p>祖父江 元 小島 勢二</p>

1.2.7 臨床実習

臨床各科のうちから2科目を選択し、クリニカル・クラークシップ（医師と同様に主治学生として患者の診療に携わり、文科省で示された範囲内で診察、検査、治療を行う）を体験することにより実践的な知識、技能、態度を修得することを目標とする。具体的には6年次前期に、各臨床科のうち2科を選択し、7週間ずつ実習する。評価としては、学生および教官側からもよい評価を得ている。

1.2.8 その他の実習

(1) 基本的臨床技能実習

2003年4月から4年次生に28週（各週：2コマ）にわたって導入された。クリカル・クラークシップで行われる実習に主治学生として参加できるようになるために、基本的臨床能力としての知識、技能、態度を修得することを目標とする。評価としては、現在進行中であり中間的評価にとどまるが、これまでの4年次生に比して遥かに高い臨床技能を幅広く獲得していると思われる。しかし、教官の負担が大きく、学生の登用など今後教育の費用効果を勘案した方略の練り直しが必要な面もある。

(2) Evidence-based Medicine (EBM) 講義・実習

2003年4月から4年次生に16コマにわたって導入された。PBLチュートリアルに際して、EBMに基づいた情報収集ができるようになるために、EBMの基本的知識、技能を修得することを目標とする。現在進行中であり中間的評価にとどまるが、PBLにおける実践にまでは到っておらず、方略の更なる改善が望まれる。

(3) 海外における臨床実習

臨床実習の期間には、限られた学生を対象に海外における提携校での臨床実習が行われている。表3には1996年から施行している海外臨床実習への派遣状況を示す。現在リストにある大学病院に3ヶ月から6ヶ月希望者を派遣している。これらの大学とは単位互換制度を確立しており、海外からも表のように学生を受け入れている。派遣学生についてはTOEFL試験等を参考に選考を行っている。昨年6月に行われた名古屋大学国際フォーラム医学部サテライトフォーラムでは、派遣大学の教育担当者が数多く出席されたが、派遣学生に対する評価は大変良好であった。

表3 海外の医学部における臨床実習

【学生派遣】

国名	大学名	派遣学生数(年度別)							
		1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
アメリカ合衆国	ノースカロライナ大学・チャペルヒル校	0	0	0	1	1	0	1	0
	ハーバード大学医学部	2	2	1	2	3	2	2	1
	チューレン大学医学部	2	2	1	2	2	1	2	1
	ペンシルバニア大学医学部	-	2	1	2	2	2	2	1
	ジョンズホプキンス大学医学部	-	-	-	-	-	-	-	0
	デューク大学医学部	-	-	-	-	-	-	-	0
ドイツ	フライブルグ大学医学部	-	-	-	-	0	0	1	2
ポーランド	グダニスク大学医学部	-	-	1	2	2	1	2	0
合計		4	6	4	9	10	6	10	5

【受け入れ】

国名	大学名	受け入れ学生数(年度別)							
		1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
アメリカ合衆国	ノースカロライナ大学・チャペルヒル校	0	0	0	0	0	0	0	0
	ハーバード大学医学部	3	0	0	2	0	0	0	0
	チューレン大学医学部	0	0	1	0	0	0	0	0
	ペンシルバニア大学医学部	0	0	0	0	1	1	2	1
	ジョンズホプキンス大学医学部	-	-	-	-	-	-	-	0
	デューク大学医学部	-	-	-	-	-	-	-	0
ドイツ	フライブルグ大学医学部	-	-	-	-	1	0	0	1
ポーランド	グダニスク大学医学部	-	0	1	2	2	1	2	2
合計		3	0	2	4	4	2	4	4

1.2.9 卒後臨床研修

名古屋大学では70余りの関連病院と連携をして、20年以上にわたり「名大方式」と呼ばれる先進的なシステムのもとに卒後臨床研修を実施してきた。

この「名大方式」と呼ばれるシステムの根幹は、(1)2年間の研修期間のうち少なくとも1年間は特定の専門科に入局せず(非入局)、必修科を

中心に複数の科をローテートする（スーパーローテート）、（2）入局・非入局に関わらず、あらかじめ計画されたローテート研修が保障される、（3）学生が自主的に研修病院を選択する、（4）名大病院と関連病院が密接に連携をして臨床研修および研修後の進路選択をサポートする、ことにある。このような名大病院および関連病院での研修を行うにあたっては、名大病院に設置された卒後臨床研修センターがヘッドクォータとなって、このシステムで研修を希望するすべての学生のサポートを行ってきた。

すでに周知のように、卒後初期臨床研修のあり方が見直され、国民が期待する医師の養成のため卒後臨床研修に関わる医療法の改正が2000年12月に行われた。すなわち、すべての医師に必要な基本的臨床能力を卒後2年間で身につけるための「臨床研修の義務化（必修化）」が2004年から実施されることが決定した。必修化にあたっては複数の科をローテートするカリキュラムとそれにふさわしい指導スタッフ・設備・患者数を有した病院で研修を行うことが必要になるが、「名大方式」はまさにこのような時代の要請を先取りしたシステムである。名大病院では必修化に備えて4年前にカリキュラムの全面改訂を行うとともに研修指導体制や研修体制および救急医療体制を整え、全国の国立大学附属病院の中でももっとも優れたローテート研修を実施していることが国立大学病院長会議でも評価されている。また、関連病院では長年にわたり「名大方式」による研修医を受け入れており、豊かな研修医指導の実績を誇っている。このように、名大病院と関連病院は「名大方式」という共通した研修システムでつながり、ネットワークを形成している。ネットワークの事務局は卒後臨床研修センターに置かれ、名大病院と関連病院の密接な連携のもとに全国の多くの医学生に対して支援を行っている状況である。

1.3 教育評価

1.3.1 学生評価（認知領域）

1・2年次の毎学期末に全学教育（一般教養）課目の筆記試験がある。これらは進級に関わる総括評価である（summative assessment）。3年次前期終了時には基礎医学系科目の筆記試験があり、これに合格しないと4年に進級できない。4年次終了時には社会医学系科目の筆記試験があり、この単位は6年終了までに合格しないと卒業できない。6年次には臨床医学系各科目の筆記試験があり、これに合格しないと卒業できない。これらの評価に加えて、平成17年度から全国一斉に本格実施になる、共用試験実

施機構が行うCBT (computer-based test) が臨床実習開始前 (本学では4年次の後期) に、後述するOSCE (objective structured clinical examination) とともに実施される²⁾。現在は仮実施の段階であり、形成的評価にとどまっているが、これは、5年次から実施されるクリニカル・クラクシップで、患者に直接主治学生として診療に従事するに十分な知識と技能を有していることを社会に対して担保するための試験と考えられている。

1.3.2 学生評価 (態度: 出席)

2・3年次の基礎医学系科目は、講義出席状況 (1/2以上) および実習受講態度により履修認定がなされ、試験の受験資格が認められる。

4年次の社会医学系科目は、講義出席状況 (1/2以上) および実習受講態度により履修認定がなされ、試験の受験資格が認められる。

臨床医学系科目については、4年次終了時に講義出席状況 (1/2以上) により履修認定がなされ、進級が認められる。

1.3.3 学生評価 (実技)

(1) 5年次の前期終了時 (形成的評価formative assessment)

5ステーションの客観的臨床能力試験 (OSCE) を行う。これは前述のように診療のための基本的な技能を評価するための試験である。模擬患者 (simulated patient: 一般人のボランティアで、特別な訓練を受けた人) を相手にした医療面接、救急救命処置、外科処置、胸部診察、神経学的診察等のステーションが設定され、学生はそれぞれのステーションで要求された手技を行い、教官が評価を行う³⁾。現在のOSCEは来年度から4年次後期と6年次臨床実習終了時に改訂される。

(2) 6年次の前期終了時 (総括的評価: 1科目として単位認定)

5ステーションのOSCEを行う。

1.3.4 学生による科目、教官評価

(1) 1年次

教養教育院で半年に1回、全学教育科目の各教科について「学生による授業評価アンケート」(19項目の共通設問、10項目の科目別設問、5項目の教官自由設問) が毎年実施されている。

(2) 2年次-5年次

学生による授業評価は医学科では1988年以来3年ごとに実施されている⁴⁾。アンケートは全部で4種類あり、

- ・毎回の講義の後にその講義についての評価、感想を記入する教官別アンケート（2～4年次）
- ・各科目の講義がすべて終了した後にその科目全体について評価、感想を記入する科目別アンケート（2～4年次）
- ・基礎科目の実習が終了した後にその実習について評価、感想を記入する基礎実習アンケート（2～4年次）
- ・各診療科での臨床実習（ポリクリ。）が終了した後にその診療科での実習について評価、感想を記入する臨床実習アンケート（5年次）である。

いずれのアンケートも無記名式であり、いくつかの客観設問と、感想や意見を自由に記載してもらう自由記載欄からなる。

（3）6年次：臨床実習アンケート

診療科での臨床実習（ポリクリ）が終了した後にその診療科の実習について評価・感想を記入する。無記名式であり、いくつかの客観設問と、感想や意見を自由に記載してもらう自由記載欄からなる。

1.3.5 「授業アンケート」に関する教官の意識調査

（1）「平成10年度授業アンケート」に関する教官の意識調査

対象教官は420名で、回答数138名（回収率33%）であった。そのうちアンケートを「すぐに見た」のは81.1%、「次回の授業に役立った」としたのは78.7%であった。全回答者中124名（89.9%）がアンケートに意義があると答え、79%がアンケートの再度の実施に賛成であった。

（2）「平成13年度授業アンケート」に関する教官の意識調査

回答数168名（回収率58%）で、そのうちアンケートを「すぐに見た」のは87%、「次回の授業に役立った」としたのは70%であった。全回答者中93%がアンケートに意義があると答え、アンケートの再度の実施については、積極的に実施46%、できたら実施45%と、再度の実施については91%が支持していた。

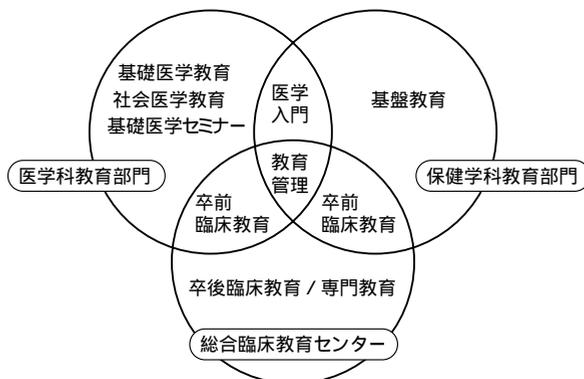
2. 医系全体で新たに検討されている専門職教育の試み

2.1 構想検討の経緯

医学部として法人化後の教育の再構築を検討している段階で、まず構想

されたのが医学教育院構想である。これは、医学科では基礎医学から卒業臨床教育まですべてを一貫して担当させる組織であり、これに加えて保健学科における卒前・卒業後職業教育を担当させるという壮大なものであった。関係部署の教育担当者の協議から判明したことは、基礎医学系と臨床医学系教官の間の教育に対する考え方の溝であり、これは短期間では容易に埋めることができないものであった。一方、臨床医学教育・実習という観点からは、医学科と保健学科で卒前・卒業後を通して多くの共通点が見いだせることも判明した。このため、まず臨床教育に対して医学部全体で教育に責任と権限を持つ総合臨床教育センター（仮称）を構想することとなった（図3）。以下にその構想と既に動き出した専門教育の試みについて述べる。

図3 総合臨床教育センターの位置づけ



2.2 総合臨床教育センターの目指すもの

医学部における臨床教育担当者の協議において、現在までに以下の点が合意されている。

- 2.2.1 すべての職種にわたる卒前・卒業後教育と、専門職養成教育のカリキュラムの作成支援、管理運営マニュアルの作成、評価基準と評価方法の確立

このセンターの主な役割は、臨床教育におけるヘッドクォータとして、

卒前・卒後教育に関するカリキュラム策定や教育評価基準等の策定といった事項を司ることにある。決してセンターがすべての教育を担当するといった実務に携わるものではない。この役割は既に、卒後臨床研修センターが、大学病院のみでなくすべての関連病院の卒後臨床研修カリキュラムの策定、評価、改訂等の指示を与えるセンターとして機能していることで経験済みであり、これに習ったものである。医学科および保健学科の卒前・卒後教育には共通部分が多く、同一のカリキュラムで行える部分も多い。また、同一カリキュラムで同時に行うことで、医療職として必須となるコミュニケーションが培われるものと思われる。これまでこのような教育を積極的に推進しているところは国内外で見あたらない。

2.2.2 共通利用教育関係インフラ（skills lab など）の管理・運営

上記のように医療職が共通のカリキュラムで教育を受けるためには、その場を提供する必要がある。現在建設中の附属病院中央診療棟には多くの教育シミュレーション機器（生理機能の変化を表示できるマネキン人形、気管挿管が可能なマネキン人形、静脈注射が可能な腕のモデル等）、ビデオ等を備えた実習室が数室準備される。これらを管理運営すること、また現在各部署に所有しているこれらの教育資源を調査し、共通的に利用できるように管理することも重要な役割となる。

2.2.3 FD（faculty development）の企画・運営

医学科の教官は現在、ほぼ全員が教育カリキュラム編成に関するFDを1回は経験している。また保健学科教官もFDを経験しつつある。しかし、これらを定期的に行うことは附属病院のように教官や看護師等のスタッフの新陳代謝が激しい部署では必須となる。

2.2.4 世界に通用する臨床教育専門職の養成、臨床教育研究部門の創設

世界的には米国のハーバード大学のように臨床教育専門職を数多く輩出している大学がある。また国内でも名大の高等教育研究センターなど教育専門集団を有している大学がある。われわれの目標の一つは、それらの大学に留学をさせたりあるいは教育専門家をこのセンターに招聘したりすることにより、世界に通用する臨床教育専門職を養成することである。また、これをもとに修士課程の臨床教育研究部門を創設することなどが考えられる。

2.2.5 名大ブランドの医療従事者育成

現在医師の卒後臨床研修にかんしては、名大方式というブランドが全国的に定着している。これは卒後の2年間で各科に入局せずローテイト方式で研修を行う方式で、名大関連病院ではこの20年間行ってきた実績がある。この方式が2004年度に導入される医師の卒後臨床研修必修化のモデルとなったものである。このようなモデルを、医師だけでなく看護師、検査技師、薬剤師等に作成し、名大ブランドの医療従事者養成を行いたいと考えている。

2.2.6 その他

社会貢献と地域への情報発信、教育のビジネスモデル化による外部資金の獲得などもこのセンターに与えられた課題となるであろう。

2.3 既に動き出した専門教育の試み

以上のような合意のもとに、各部署における総合臨床教育センター構想実現のための課題の洗い出しをまず行った。次に、われわれの教育に対するブレイン・ウオッシングのために教育専門家による特別講演会を連続で開催した(表4)。その結果、専門教育の中で臨床共通教育の部分のカリキュラム作成部会を結成して共通カリキュラムを策定し実施していく過程で次の目標を決めて行動する形式をとることとなった。現在共通教育カリキュラムのテーマ(ユニット)としては、指導者教育(FD)、医療安全管理、感染症対策、コミュニケーション、接遇、救急救命処置、医療情報、チーム医療などが考えられており、それぞれグループ編成をしてカリキュラム・プランニングを行いつつある。

表4 専門職教育開発のためにわれわれが行ってきた講演会

1. 「わが国の医学・医療教育の現状と改革への展望」 福井次矢教授(京都大学大学院医学研究科 臨床疫学) 平成15年10月2日開催
2. 「臨床教育における臨床と教育の統合を考える:教授技法論の開発経験から」 池田輝政教授(名古屋大学高等教育研究センター) 平成15年10月14日開催
3. 「トヨタのTQM活動について」 古谷健夫部長(トヨタ自動車TQM推進部) 平成15年12月19日開催

参考文献

- 1) 医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議(2001)『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』
- 2) 共用試験実施機構、全国医学部長病院長会議(2003)『臨床実習開始前の共用試験』
- 3) 北川元二、伴信太郎、島田康弘(2000)「OSCEの医療面接における学生模擬患者の試み」『医学教育』31、247-254頁
- 4) 名古屋大学医学部教育委員会授業アンケートワーキング・グループ(2003)『平成13年度授業アンケート分析結果報告書』