

私は、昭和63年に本学医学部を卒業後、循環器内科医として本学の循環器内科に勤務し、日々、各科の先生と連携して診療してきた。その間、卒後100%医師免許を取得する医学生の卒前教育はもちろん、卒後の生涯教育についても、患者安全のためにもっともっと診療科横断的に必須レベルの実践的な質が保証されるべきであるという思いが増幅していった。

平成20年から医学教育が仕事の中心となる機会をいただいた。長年の循環器内科医としての経験から、この卒前・卒後教育を改善するためには、1年生から症状・症例・事例ベースで各分野が統合するシームレスな展開が必要と考え、この8年間改革を進めてきた。

これまでの日本の医学教育における問題点と解決ポイントについて考えてみる。この数十年の間、各分野の専門化・細分化、知識・技術の爆発的増加に先導される形で、診療のみならず教育や研修においても専門分野への偏りが生じた。その結果、何科の医師であっても、当然持つべき総合的な診療能力



時間の風景

919

すべては患者安全のためにあるべき 卒前・卒後・生涯教育とは

秋田大学大学院医学教育学講座 教授
(秋田大学病院 総合臨床教育研修センター長／
日本医師会生涯教育推進委員会 委員長)

長谷川 仁志



の修得に関して、現代社会が求めるレベルには不十分な状況も出てきた。このような時代に、各分野統合されたパフォーマンス評価を卒業時教育アウトカムとして重要視せずに、各科指導者がばらばらに教育しては、ほぼ全員が医師免許を取得する医学生の卒業時診療能力が社会が期待するレベルに維持していくことが困難となる。

特に、多くの分野・指導者が教育に関わる日本では、専門教育に偏り過ぎずに、医学生が将来どのような分野に進んでも医師として当然修得しておくべき各分野の総合力に関わる事項(必修症例の臨床推論、病態生理、基本対応、コミュニケーションスキルなど)を精選し、低学年から症例・事例ベースにさ

まざまな手法で各分野・学年横断的に経験・実践保証をする統合教育を展開することが必要と考えられる。

必修症例の経験保証は、臨床実習の期間延長のみではクリアが困難であり、低学年からの資料や映像で進める症例ベースの課題解決型学習、ロールプレイ、模擬患者・各分野シミュレーション教育などによるバックアップが必要である。

本学では、8年前から県内医療機関の指導者とともに、1年次通年でその後に学ぶ基礎医学・臨床医学・行動科学の重要ポイントとリンクさせる形で、臨床症状や身体異常所見を表現するトレーニングを行いながら、主要症状の臨床推論・医療面接ロールプレイ学習、早期臨床実習を始めており、昨年から、

解剖とリンクした心エコー・腹部エコートレーニングを開始している。その実践保証にはパフォーマンス評価としての客観的臨床実技試験(OSCE)が重要である。本学では、1年次の7月(胸痛：日本語1・英語1)と12月(腹痛：日本語1・英語1)に医療面接OSCEを計4ステーションと、1年次12月に解剖とリンクした心エコー・腹部エコー基本手技OSCE(2ステーション)を行っている。その後、4年次共用試験OSCE、卒業時臨床実習終了時(卒業試験)OSCE 16ステーションと、6年間で30ステーションのOSCEを実施している。

日本に必要な各分野統合教育による経験保証・実戦保証とパフォーマンス評価が充実してくると、医師＝教育者としての展開が生ま

れ、医師同士のみならず全ての医療者へと教育が連鎖していく効果が期待される。その結果、高齢社会の課題である多職種連携教育(inter professional education : IPE)の充実、さらには、医療機関や医療職種を超えたtrans professional educationへの展開が実現可能となる。諸外国に比べて、日本では各分野24時間体制で国民が平均的に受けられる医療レベルや、医師のプロフェッショナルリズム意識は圧倒的に高いが、これらの取り組みにより日本はこれまでの世界一の医療アクセスをさらに発展させ、その質を保証していくことができるであろう。

今の医学生たちが各分野の指導的な立場となる20年後には、理想的な方向に医学教育改革が進み、trans professional educationが常識となって普及していることが期待される。そのような時代に向けて、全ての医師が次世代を育てる教育的な意識を持ち、卒前教育～生涯教育まで、日々新たな教育の連鎖を展開し続けていくことが重要である。皆様とともにそれが実現できるように進んでいきたい。