

医学教育の流れと今後

森 淳一郎

このたび、2025年11月1日付を持ちまして、信州大学医学部に新たに立ち上がりました医学教育学講座の教授を拝命いたしました森 淳一郎です。本教室は、信州大学医学部の卒前・卒後教育における医学部の各教室および医学部附属病院の各診療科・各部門との連携体制を構築し、医学教育の充実を図るために設立され、卒前・卒後の医学教育に関する企画、立案等を行うことで、本学の医学教育全般をけん引するとともに、学生への個別指導や医学教育の質を向上することを目的とする教員に対する研修なども行っております。優秀な医師や研究者を育成することを通じて、地域医療や医学の進歩への貢献をしていきます。

本稿では、日本における教育の流れを振り返りつつ、今後の医学教育の潮流についてお話していきたいと思えます。

日本の教育の土台は明治時代に作られました。明治5年に政府は「学制」を發布し、国民は皆、男女の区別なく学校に通うべしという目標が掲げられました。そして、明治23年に義務教育が確立され、いわゆる現在の教育制度の原型が出来上がります。このころの学校教育は、教育勅語を基盤に、国のため、天皇のために尽くすという思想を浸透させ、国家体制を強固にする目的もあったようです。これに対し、大正時代に入ると、子供のための教育に目を向けた大正自由教育という反動が生まれます。明治時代の先生が教団から一方的に知識を注入するというスタイルが批判され、子供が自ら調べ、体験することが重要視されるようになりました。しかし、昭和初期には再び自由な空気が急速に失われ、国家のための国民づくりへと再度変換されます。これには、戦争の影響も大きかったようで、昭和16年には尋常小学校が国民学校へと名称が変わり、教育もこどもの個性や自由な発想を伸ばすというよりは、臣民を育てる内容になっていきました。戦後の教育は、高度経済成長期およびベビーブームに伴う競争社会の中、暗記中心の一方通行型授業、いわゆる詰め込み型教育が主流となりました。体系化された知識を短時間で網羅できる学習方法であり、競争社会という時代にある意味適合していた教育でしたが、思考力や想像力の欠如、応用が利かないなどの問題点も数多く指摘されています。その後、詰め込み型の脱却を目指し導入されたのがいわゆるゆとり教育で、1980年代から徐々に導入され2002年度から本格導入となりました。ゆとり教育の目的は、知識偏重型の教育を是正し、個性や創造性、自ら考える力を導入することでしたが、学習内容を大幅に削減したことなどが災いし、学力低下や学習意欲の高い学生とそうでない学生間の教育格差が生まれ、10年程度で方向修正されました。具体的には、削減されていた授業時間を少し伸ばすとともに、思考力・表現力を重視するという点は維持されています。

このように、教育というのは常に最善を目指し変化するものであり、その波は変更と揺り戻しの連続でできています。医学教育の分野も同様に、数々の波を受け、変化と揺り戻しを続けていて、例えば、1940年代に導入されたインターン制度は一度1968年に終焉を迎えましたが、形を変えて2004年に臨床研修制度として再導入されました。また、病気の暗記から臨床推論が重要視されるようになり、Problem-Based-Learning (PBL) のようなグループ学習が一時期非常に増えましたが、現在は双方向性授業および参加型臨床実習にて臨床推論を

学ぶのが主流になっています。

最近10年間を振り返ると、参加型臨床実習と医学教育分野別評価（医学部分野別認証）が最大の波といえるかと思います。まずは、医学教育分野別評価についての現在と今後を想定してみたいと思います。

医学教育分野別評価は医学部分野別国際認証と称されることもあるように、グローバルな観点がかっかけとなった認証評価です。米国の教育認定機関 Educational Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG) が、2023年以降、国際医学教育連盟の基準に準拠して認定された医学校の卒業生のみ米国医師国家試験受験資格を与えると通告したことをきっかけに、日本の医学部がこの国際的な認証を取得するため、日本医学教育評価機構を立ち上げ、認証制度が開始されました。認証を受けることにより医学部としての国際的な信用が得られるとともに、定期的な自己点検と第三者によるカリキュラムの評価が実施されることにより、カリキュラムの質的担保がなされ、さらに良い医学教育を目指していくことが可能になりました。一方、多くの大学が多額の費用と1年ほどの準備行って審査を受けており、その審査についても5日間にわたって対面で行われるなど、当初より負担の大きさに対する指摘も根強くありました。そして、ECFMGの2023年通告が撤回されたことをきっかけに、日本医学教育評価機構による医学教育分野別評価についてもその在り方について、負担軽減を念頭にした再検討が開始されています。おそらく、数年後には現在の評価の骨子は残しつつ、合理的かつ適正な改革が行われると思われれます。

参加型臨床実習は、前述の臨床研修制度が引き金となり強調されるようになりました。臨床研修制度導入後、現場の一部からは、研修医が学生実習の延長戦のような振る舞いをする、研修医側からも雑務ばかりで重要な仕事を任せられていないと感じるなど、研修医が「お客様」状態になっているとする意見がみられるようになりました。また、時を同じくして医療安全への意識が高まり、研修医に仕事を任せにくい風潮が広がり、結果として、若手の実践力不足が問題化していきました。この問題に対する対応として強調されるようになったのが参加型臨床実習です。学生のうちから実践力を高めるため、学生の権限と責任を明らかにしたうえで診療チームに巻き込む参加型への転換が開始され、2023年には共用試験に合格した学生は医師の指導監督の下に業として医師の業務に属する行為を行うことができる、とする医師法改正が行われました。つまり、臨床実習における学生の医行為に、国が法律という後ろ盾を与えたこととなります。そして、各大学において、医学教育分野別評価により評価改善を求められつつ、参加型臨床実習を進めているのが、現在地といえるでしょう。

それでは、次の10年におこる変化は何でしょうか。教育の流れの中で、皆が同じ方向を向いた後に訪れるのは、いつも自由と多様化です。このため、次の10年は医学教育の多様化の時代になるのではないかと考えています。日本医学教育評価機構による医学教育分野別評価により、日本の医学部はすでに十分な質が担保されています。それを前提に、新しい中学、高校のカリキュラムで育ったある意味尖った学生を、彼らの特徴を生かした多様性のある医師に育てる実質的な教育が求められるのではないのでしょうか。そしてそのためには、教員側である私たち自身のマインドも、従来型の枠組みから脱却しなければなりません。多様な才能を持つ学生の才能と個性を救い上げ、それぞれの強みを伸ばす教育の実践には、個別の丁寧なアプローチや指導体制の工夫など、現場に相応のエネルギーが求められます。しかし、それを単なる「負担」ではなく、自らの研究や臨床をさらに進化させるための「投資」ととらえなおすことこそが、教員に求められるのだと思います。

(信州大学医学部医学教育学講座 教授)