



医学教育学教室 〒181-8611 三鷹市新川6-20-2 電話: 0422-47-5511 (代) Fax: 0422-44-1930

Contents

- ◆ 早期体験学習の導入 ～地域の方々、学生とつくる地域体験学習 編～ 講師 江頭説子 …… 1
- ◆ 医学教育学用語集④ 客員教授 赤木美智男 …… 3
- ◆ 医学教育学教室移転について …… 3
- ◆ 卒業生便り④ 第6期卒業生 山岸業弘先生 …… 4



早期体験学習の導入

～地域の方々、学生とつくる地域体験学習 編～

講師 江頭 説子

医学教育学教室だより第3号では、矢島知治教授より医学部4年生の秋から開始される臨床実習の変遷について紹介されました。第4号では、1年次から3年次に配置される早期体験学習についてご紹介します。早期体験学習は、3年間を通して地域での暮らし、福祉の果たす役割、地域医療と大学病院の関係と役割、身体診察に必要なとされる基本的な技能等について段階的に学んでいくカリキュラムです。その体系をまとめたものが図1となります。

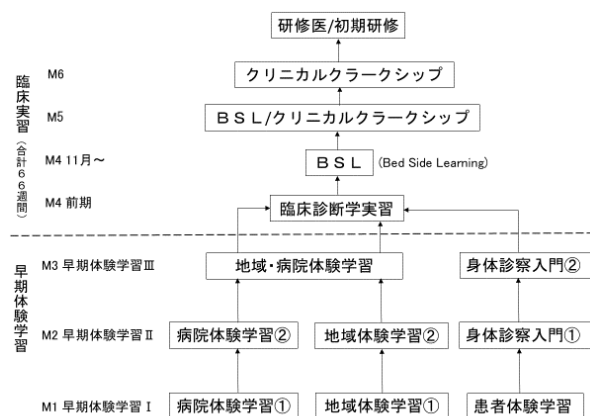


図1 早期体験学習の体系図

当初は、2019年度より医学部1年生から順次導入し、2021年度には完成する予定でしたが、2020年度、2021年度は新型コロナウイルス感染症拡大の影響で、代替プログラムでの実施を余儀なくされました。今回は、2022年11月に再開した医学部2年生の地域体験学習についてご紹介します。

医学部2年生の地域体験学習では、福祉施設や高齢者施設、認知症のグループホーム、地域/在宅医療のクリニックや地域包括センター等、約30か所の施設で1日だけですが、実際に現場を体験します。実りある体験学習にするために事前学習として、ケアの実践に必要な視点、認知症の症状やコミュニケーションの取り方、障がいをもちながら地域で暮らすことや、地域医療や在宅医療の背景、事例、問題点等について学ぶ座学を実施しました。

実際に体験する施設の選択については、学生が能動的に参加できるように、第一希望から第三希望までエントリーをしてもらいます。そこで、学生にあまり馴染みはないが、ぜひ参加してもらいたい施設やプログラムについては、仕掛けが必要になります。そのひとつとして、「NPO法人境を越えて」の協力を得て実施する「重度の障がいをもちながらも、在宅で生活する方と1日過ごすプログラム」がありました。学生にヒアリングしたところ「重度障がい者のイメージができない」「重度障がい者と過ごすことは少し怖い」「自分には何もできないのではないかとネガティブな意見がありました。そこでまずは、「重度障がい者を、そしてその生活を知ってもらうためにどうすれば良いか」について考えました。すると、「NPO法人境を越えて」から医師であり重度障がい者の小田瞳先生をご紹介いただくことができました。まず、私自身が小田瞳先生のことを知りたいと思い、打ち合わせをさせて

いただきました。小田先生にお目にかかり、その人柄、聡明さ、前向きに生きるパワーに私自身がすっかり魅了されてしまいました。



「NPO法人境を越えて」、小田瞳先生(右下)との打ち合わせ風景

そこで、学生にも小田先生のことを知ってもらいたいと思い、医学教育学教室の自由参加プログラムに参加している学生に声をかけ、オンライン（Zoom）で小田先生とミーティングをすることにしました。ミーティングに参加した学生たちも、小田先生の魅力に惹きつけられ、1回の事前学習の授業（75分）だけでは、その魅力を伝えきれないと考え、動画を制作し事前学習のさらに事前e-learningとして、配信することが提案されました。そして、学生と小田先生が相談し、映像制作のテーマを「爆笑ライフ～病気は人を変えるのか～」とし、夏休みに密着取材をしました。



密着取材の風景

学生たちは、一人でも多くの同級生に見てもらうためには、とっつきやすい劇画風の予告編（30秒）とドキュメンタリー風の本編（3分）があったほうが良いとのことから、以下の2本の短編動画を制作しました。動画については以下のQRコードから閲覧可能です。



予告(30秒 劇画風)



本編(3分ドキュメンタリー風)

後から聞いたことなのですが、学生たちは、ただ動画を配信しても同級生に見てもらえない可能性を考え以下のようなメッセージを添えてくれたそうです。

編集して思ったことは、小田先生の写真を見た最初の印象に、私自身、もしかしたら皆さんも、偏見が含まれていたということです。障がいを持っている方、

持っていない方という区切りではなく、経過として、徐々に病気で変化しつつある「人」を見ることは、少なくとも私にはありませんでした。それでも変わらないものがある。それでも医師として小田先生が、そして母として小田さんが、そこにいることを痛感させられました。

この3分で、小田先生のすべてがわかるわけがありません。しかし、「重度障がい者」というフィルターを外し、一人の医師が来た、一人の母が来た、と講義の際に最初から思うことができる3分だと思います。動画が事前に必要なほど、私は偏見であふれていました。一人でも多くの人の糧となることを祈っています。

事前学習の授業では、小田先生だけでなく「NPO法人境を越えて」の理事長である岡部宏生さんも講義をしてくださいました。



事前学習の講義および講義後の風景

そして後日8名の学生が、小田先生、岡部理事長のもとで体験学習をさせていただきました。



地域体験学習
車椅子に移動するために
介助者とともに岡部さんの
体を抱える学生

今回ご紹介したプログラム以外にも、学生を受け入れてくださった施設の皆さんが、「少しでも学生の学びにつながれば」と色々考えてくださいました。こうした多くの皆さんのご協力を得て、学生は現場で学ぶ機会を得ることができました。実は、良いことばかりではなく不適切な行動をとってしまった学生もいます。それらの学生とは対話をし、考える時間を設けました。学生には、今回の失敗から何かしらを学び、次に活かしてほしいと願っています。

医学教育モデル・コア・カリキュラム

一言で言うと「各医学部（医科大学）の卒前教育カリキュラム作成のためのガイドライン」です。「医学における教育プログラム研究・開発事業委員会（佐藤達夫委員長）」が2年余りにわたる議論を重ね、各大学からの意見も取り入れながら平成13年（2001年）に作成しました。これまでに、平成19年度版（2007年度）、平成22年度版（2010年度）、平成28年度版（2016年度）、令和4年度版（2022年度）の4回の改訂版が出されています。作成の具体的な経緯については、文献（1）、（2）を御参照下さい。

ガイドラインの主なコンセプトは以下の通りです。

1. どの大学においても卒業までに修得されるべき必須の項目を厳選して示す。各大学は、カリキュラム全体のおよそ3分の2をコア・カリキュラムに準拠し、3分の1を大学独自の内容とするよう、カリキュラムを策定する。
2. 現在および将来の医療のあり方に鑑み、医師に求められる総合的な能力の修得を目指す。
3. 具体的な学習項目は、従来の学体系（いわゆる○○logy）別の構成ではなく、統合的に構成・記述する。
4. 診療参加型臨床実習を前提としたカリキュラムとする。

診療参加型臨床実習では、医師免許を持っていない医学生が、診療チームの一員として実際の診療に参加して、（協力の許可を得た）患者に医行為を行います。このような実習を成立させる前提として、学生の臨床能力を実習開始前にきちんと評価することが求められ、3年間のトライアルを経て、平成17年度（2005度）か

ら共用試験CBT（Computer Based Testing：知識の評価）と、OSCE（Objective Structured Clinical Examination：技能と態度の評価）が実施されました（令和3年の医師法改正により法的根拠が確立されました）。共用試験の試験項目は、医学教育モデル・コア・カリキュラムを基準にしています。

一方、医学教育モデル・コア・カリキュラムには、平成13年度版発表当時から、以下のような問題点が指摘されていました。

1. モデル・コア・カリキュラムをカバーするカリキュラムを作成しようとすると、全体の3分の2では実現が難しく、大学独自のカリキュラムを作成する余地が少ない。
2. 「医師国家試験出題基準」との整合性が十分とれていない（国家試験出題基準の方が多くの項目を含んでいる）ので、モデル・コア・カリキュラムで学習項目を厳選して少なくした意味が薄れる。（最近では、「国際基準に基づいた医学教育分野別評価」の評価項目に挙げられている学習項目との整合性も課題になっています。）

これらの問題点は、これまでの改訂により、また医師国家試験出題基準側の改訂により、解消の方向に向かっていきます。また、改訂版には「良医は社会全体で育成すべき」という考えのもとに、広く患者・市民へ協力を請うメッセージも含まれており、わが国における医師養成の指針として、その重要な役割を果たしています。（客員教授 赤木美智男）

文献：

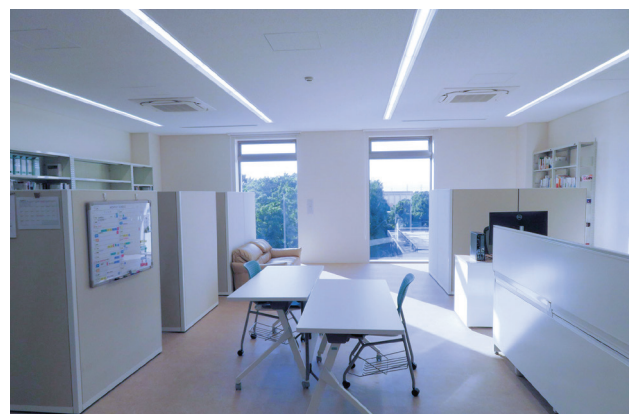
- (1) 佐藤達夫：急ピッチで進む医学教育改革— 医学教育モデル・コア・カリキュラムを中心として— 日本農村医学会誌50（6）、763-767、2002
- (2) 阿部好文：モデル・コア・カリキュラムとは、医学教育33（2）、77-82、2002

医学教育学教室が 医学部講義棟Aに移転しました

今年竣工した医学部講義棟Aでは、5月の連休明けから医学部のほぼすべての学年の授業が行われるようになりました。それに伴い、長く付属病院内にあった医学教育学教室も7月末にこの新しい講義棟の6階に移転しました。

移転の理由はいくつかありますが、最初に、そして何よりも医学教育学教室と学生が距離的に近づくことで、医学教育学教室の教員が学生の学習状態や環境をより理解し易くなる事が挙げられます。杏林医学教育の質の更なる向上を願うことです。講義室や自習室にいる学生が医学教育学教室に立ち寄り易くなり、また、同じ建物内の医学部事務課とも行き来がし易くなりました。教育の質の向上とは、勿論一朝一夕に達成できることではありませんが、これからも日々努力を重ねていきたいと思えます。

医学教育学教室：医学部講義棟A 603号室 内線4431



病原微生物に魅せられて

山岸内科クリニック

山岸業弘 (旧姓石山) M. D., Ph. D.
(第6期卒業生)

野口英世博士の伝記を読み、小学校2年の時から医師を目指していました。1975年に森秀明医学教育学特任教授(元消化器内科学教授)と一緒に杏林の6期生として入学し、一緒に卒業し、共に大学院に進みました。医局も同じ第三内科に入局しました。入学時に創立者松田進勇理事長は「世界の医学の中心は米国と日本、東京は日本の中心、その中央に位置するここ(三鷹市)は東京の中心であり世界の医学の中心だ」と仰っていました。その後、森先生は三内の大学院で勉強され、今や腹部超音波検査では第一人者です。

私は微生物学に進みました。皆が臨床の大学院に進む中で基礎系の大学院は病理学を除いて私が初めてでした。当時は細胞工学が盛んで、細胞融合法により *Mycoplasma pneumoniae* に対するモノクローナル抗体を作成し、迅速診断に応用しました。この研究記事が読売新聞全国版の科学欄に掲載されたのは、偶然にも30歳の誕生日のことでした。

次第に私は「臨床で基礎的な研究をしよう」と考えるようになりました。微生物学から第三内科へ移ってからは、当時新興の *Campylobacter pyloridis* (から *C. pylori* さらに *Helicobacter pylori* と改名) を、1期生である高橋信一先生(今では *H. pylori* の第一人者の一人)と研究を始めました。しばらくするとHCVが発見され、C型肝炎の研究を片山和彦先生(現在北里大学教授)と始め、当時片山先生の所属していた(株)BMLや国立予防衛生研究所(現在の国立感染症研究

所)にも通いました。世界で初めてC型肝炎ウイルスの定量法(当時保険点数が一番高い検体検査)を開発しました。現在はRocheが世界特許を持っていますが、当時はRocheが我々のところに習いに来たり、私はRocheの講演会に招かれたりしました。その頃PCRの定量に関する論文は少なく、RT-PCRとなると逆転写(RT)の過程で定量性が維持されるのか?などとリバイスされたのを思い出します。その後、日野邦彦教授の目にとまり防衛医大に招聘され研究を続けました。

事情で日野教授がお辞めになり、私の方は地元埼玉県入間市で46歳の時(2003年)に山岸内科クリニックを開業しました。開業してからも専門の肝臓病の診療については出来る限り大学の外来と同じレベルを保つよう努めています。その為には勉強が欠かせず、専門を生かし“人間肝臓懇話会”を半年ごとに開催、2004年の開始以来30余回を数えます。

新しい物好きの私はCOVID-19にも興味が湧き、地元のケーブルTV(現在もYouTubeで視られます)やラジオ、講演や論文、Facebookなどで情報発信を続けています。*M. pneumoniae*, *H. pylori*, HCV, SARS-CoV-2と一貫して微生物(微かな生き物)に対する好奇心は止むことは有りません。



編集後記

医学教育学教室が医学部講義棟Aに移転して4か月が過ぎました。様々な方々のサポートをいただきようやく部屋の環境も整いました。西に開いた窓の外には、隣接する国立研究所の木々が生き茂り、その向こうには奥多摩の山々、更に奥には富士山を望みます。この秋の夕暮れは、清少納言のながめです。(編集部)