

活動業績集

2018年度

巻頭言

わが国の医学教育の中で、漢方医学を教える意義

新潟医療福祉大学 教授 佐藤 弘

(日本東洋医学会 前会長)

わが国の医師の90%以上が漢方薬を使用しているといわれる。また漢方薬の薬理作用や臨床効果の報告が蓄積されてきている。こうした現況をもたらした最大の理由は、エキス剤という利便性の高い剤型に加え、健康保険制度に漢方薬が導入されたことであろう。漢方医学が科学的根拠をもちつつある医学であり、医師が日常の臨床で必要欠くべからざる治療手段の一つであり、また患者からの要求も強いことを意味している。すなわちわが国における漢方医学の現況を理解することが医学教育の中で漢方医学を教える意義の一つである。

もう一つは、国際状況への対応である。世界医学教育およびICD-11に関することがあげられる。前者に関しては、わが国の医学教育においても国際的基準に合致したものにしようとする流れが極めて重要とされている。医学教育分野別評価基準日本版ver2.3によれば、「質的向上のための水準」に「補完医療との接点をもつこと」とあり、注釈によれば「[補完医療]には、非正統的、伝統的、代替医療を含む」とある。後者に関しては、今年のWHO総会で承認されれば、ICD-11に古代中国起源の伝統医学の章が初めて導入される。この伝統医学の章は、日中韓の合意内容からなるもので、厚生労働省は、ICD-11を採用することになっている。わが国の医学教育を国際水準に合致させる上でも、国際化する伝統医学に対応するためにも漢方医学教育が必要だといえよう。

伝統医学は近代医学の補完的役割を担っていると言われる。確かにその面が現状では強い。漢方医学の立場から近代医学を見る、あるいは逆の見方をしてみると問題の解決や新たな問題の発見が得られることがある。自分の顔を見るのに鏡が必要であるように、両医学はお互いの反射鏡としての役割があり、そのことでそれぞれの医学の実像を把握することができるのではないだろうか。漢方医学は近代医学の単なる薬の補給庫ではないのである。

それでは漢方医学教育で、何を教えたらよいのであろうか。漢方医学の診療の基本的事項を教えるのはもちろんである。しかしもっと大事な点は、基本的事項を通して、漢方医学が有している自然観・生命観・疾病観・治療観などを理解してもらうことではないかと思っている。漢方教育に充当できる時間に制約のあることは承知している。是非こうしたことを医学部教育で行うよう希望している。

目次

巻頭言 新潟医療福祉大学 教授 佐藤 弘(日本東洋医学会 前会長)	3
設立のご挨拶	6
活動概要	7
評議員・理事・監事	8
漢方医学教育研究助成・漢方医学教育表彰について	9
研究助成選考委員会	10
2018年度「漢方医学教育研究助成」採択決定者一覧	11
2018年度「漢方医学教育奨励賞・功労賞」受賞者一覧	12
漢方医学教育推進事業について<実施要項>	13
漢方医学教育SYMPOSIUM 2019	14
プログラム	15
受賞講演(奨励賞)	
医学生・若手医師に対する漢方医学教育 熊本赤十字病院 総合内科・総合診療科 副部長、熊本大学医学部 臨床教授 加島 雅之	16
受賞講演(功労賞)	
医学教育コアカリキュラムと今後の課題 富山大学 名誉教授、千葉中央メディカルセンター 和漢診療科 部長 寺澤 捷年	20
中間報告	
双方向性授業による汎用性の高い漢方モデル授業の開発研究 九州大学大学院医学研究院 地域医療教育ユニット 准教授 貝沼 茂三郎	28
医学部・薬学部学生によるPBL課題作成を通じた協同的学習プログラムの創出と漢方医学教育の再定義 日本医科大学 医学教育センター 教授 藤倉 輝道	32
大学での漢方医学教育におけるeラーニングを用いた反転授業の検証 神奈川県立産業技術総合研究所 人材育成部 特任研究員 伊藤 亜希	36
一般講演	
体験型漢方医学教育の取組みと今後の課題 群馬大学大学院医学系研究科 総合医療学 講師 佐藤 浩子	40
実践的臨床能力をつけるための卒前から卒後までの一貫した漢方教育 筑波大学附属病院 総合診療科 臨床教授 加藤 士郎	46

特別講演

医学教育の現状と将来の展望

文部科学省 高等教育局 医学教育課 企画官 荒木 裕人 52

第3期 事業報告書 2018年度 60

はじめに 61

I 事業計画・実績 61

II 事業活動内容 62

第3期 決算報告書 2018年度 66

貸借対照表 67

正味財産増減計算書 68

正味財産増減計算書内訳表 70

財務諸表に対する注記 72

附属明細書 73

財産目録 73

第4期 事業計画書・収支予算書 2019年度 74

2019年度 事業計画 75

2019年度 収支予算書 77

2019年度 収支予算書内訳表 79

2019年度 資金調達及び設備投資の見込みについて 80

一般財団法人 日本漢方医学教育振興財団 ご寄付に関するお願い 81

賛同者(組織・企業・個人)一覧 82

寄付者(組織・企業・個人)一覧 82

設立のご挨拶

当財団は、日本の伝統医療である漢方医学の普及・定着・発展を奨励し、医学教育関連事業を通じ、日本におけるこれからの「良き医療」を提供できる社会貢献活動に寄与することを目的に創立されました。

漢方医学の教育については、2001年3月に文部科学省から公表された「医学教育モデル・コア・カリキュラム」の中で初めて『和漢薬を概説できる』という記載がなされ、その後2011年3月には『和漢薬、漢方薬の特徴や使用の現状について概説できる』と改訂され、日本の医学教育における卒業までの到達目標として、漢方に関する知識の習得が示されました。

現在、医学教育モデル・コア・カリキュラムに即して、すべての大学医学部で漢方医学教育を実施するにいたりました。さらに8割以上の大学で8コマ以上を必修とし、漢方臨床実習や学内での教員育成の仕組みを持っている大学が加速度的に増えてまいりましたが、漢方医学の教育基盤はまだ発展途上にあると思われます。

当財団では、医学教育に関する情報発信ならびに、医学教育研究者に対する研究助成、学会や業界団体など外部との意見交換、大学医学教育のニーズに沿ったテーマに対応する研究支援活動などの事業を活動の軸とし、広く且つより高い見識のもと、「良き医療」の実現に貢献したいと願っております。

当財団評議員・役員一同、責務を重く受け止め、全力を尽くす所存でございます。

皆様のご指導、ご鞭撻を賜りますようお願い申し上げます。

2017年4月吉日

一般財団法人 日本漢方医学教育振興財団

代表理事 加藤 照和

専務理事 北島 政樹

常務理事 伴 信太郎

理 事 高久 史麿

評 議 員 佐藤 達夫



一般財団法人 日本漢方医学教育振興財団
設立記念式典

評議員・理事・監事

<2017年2月4日 於：京王プラザホテル>

一般財団法人 日本漢方医学教育振興財団 活動概要

目的及び事業活動

<目的>

日本の伝統医療である漢方医学の普及・定着・発展を奨励し、医学教育関連事業を通じ、日本におけるこれからの「良き医療」を提供できる社会貢献活動に寄与することを目的としています。

<事業活動>

目的を達成するため、次の事業活動を行います。

- (1) 「漢方医学」教育に関する意見交換及び検討をするための定期的会議の開催
- (2) 「漢方医学」教育に関するシンポジウム開催及び開催の支援
- (3) 「漢方医学」教育に関する研究に対する助成及び顕著な功績のあった研究に対する褒賞
- (4) (1)(2)(3)より得られた「漢方医学」教育に関する提言及び成果の情報発信
- (5) 「漢方医学」教育に携わる人材育成に関する支援及び人材情報ネットワークの構築
- (6) その他前条の目的を達成するために必要な事業

上記、事業活動については、日本全国において行っていきます。

「定款第1章総則」より抜粋

一般財団法人 日本漢方医学教育振興財団 主要機能と付加機能



一般財団法人 日本漢方医学教育振興財団

評議員・理事・監事

【評議員】

評議員	佐藤 達夫	東京医科歯科大学 名誉教授 東京有明医療大学 名誉学長
評議員	久保 千春	九州大学 総長
評議員	中谷 晴昭	千葉大学 理事・副学長
評議員	今井 裕	東海大学 副学長
評議員	河野 陽一	千葉ろうさい病院 院長
評議員	高見澤 博	元一般財団法人日本医薬情報センター 理事

【理 事】

理事長	加藤 照和	株式会社ツムラ 代表取締役社長
専務理事	北島 政樹	国際医療福祉大学 副理事長・名誉学長
常務理事	伴 信太郎	愛知医科大学 特命教授 医学教育センター センター長
理 事	高久 史磨	日本医学会連合 名誉会長
理 事	北村 聖	国際医療福祉大学医学部 医学部長・教授
理 事	松村 明	筑波大学医学医療系脳神経外科 教授
理 事	田妻 進	広島大学 学部長補佐 広島大学病院 副病院長・臨床実習教育研修センター長 総合内科・総合診療科 教授
理 事	三瀨 忠道	福島県立医科大学会津医療センター 漢方医学講座 教授
理 事	小西 郁生	国立病院機構京都医療センター 院長
理 事	林 純	原土井病院 九州総合診療センター長 九州大学 名誉教授
理 事	渡辺 毅	福島労災病院 院長
理 事	岩瀬 鎮男	千葉大学 企画総務部 部長
理 事	松田 隆志	日本漢方医学教育振興財団

【監 事】

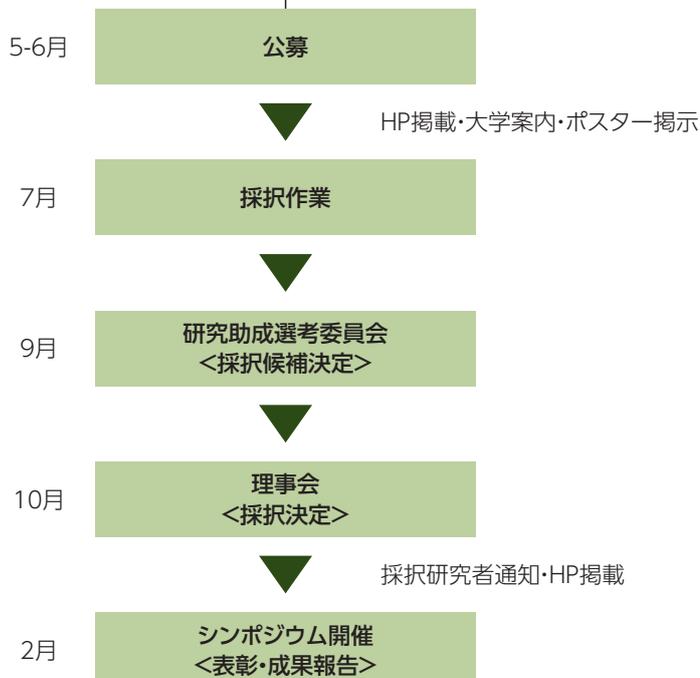
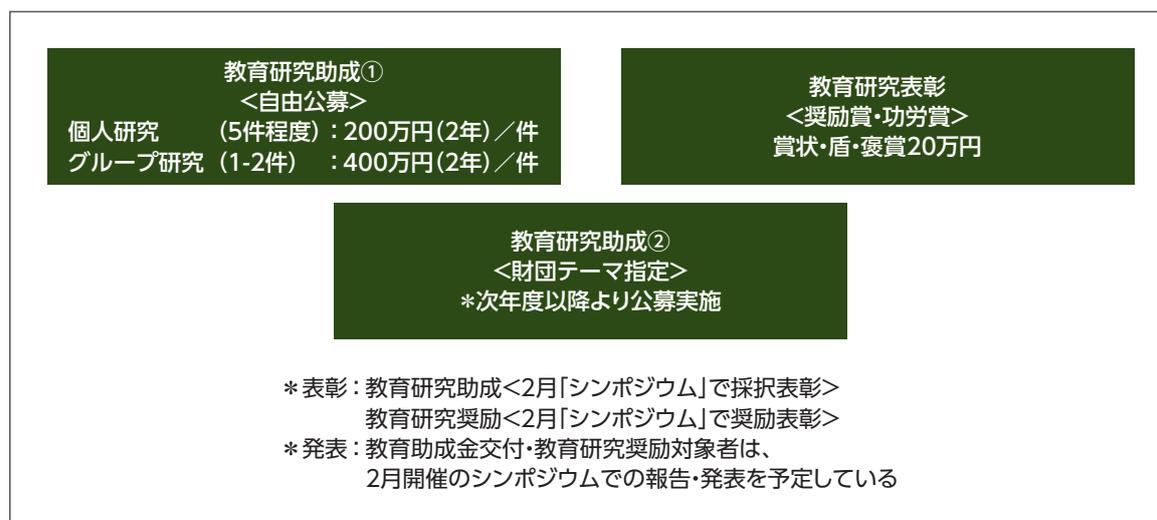
監 事	永沢 徹	永沢総合法律事務所 代表弁護士
監 事	小澁 高清	小澁公認会計士・税理士事務所 代表

<2019年3月31日現在>

漢方医学教育研究助成・ 漢方医学教育表彰について

漢方医学教育研究助成・漢方医学教育表彰の公募、採択決定、シンポジウム(表彰、研究成果報告)は、下記の年間スケジュールにて行います。

漢方医学教育研究助成・漢方医学教育表彰 実施概要・年間スケジュール



一般財団法人 日本漢方医学教育振興財団 研究助成選考委員会

委員長	伴 信太郎	愛知医科大学 特命教授 医学教育センター センター長
委員	長谷川 仁志	秋田大学 大学院医学系研究科医学教育学講座 教授 秋田大学医学部附属病院 総合臨床教育研修センター長
委員	山脇 正永	京都府立医科大学 教育センター 教育センター長
委員	瀬尾 宏美	高知大学医学部附属病院 総合診療部 教授
委員	平出 敦	近畿大学 IRセンター 教授
委員	小林 直人	愛媛大学 大学院医学系研究科医学教育学講座 教授 学長特別補佐
委員	神代 龍吉	久留米大学 名誉教授
委員	柴原 直利	富山大学和漢医薬学総合研究所漢方診断学分野 教授
委員	喜多 敏明	辻仲病院 柏の葉 漢方未病治療センター・センター長

<2019年3月31日現在>

2018年度「漢方医学教育研究助成」 採択決定者一覧

一般研究助成<6件/14件>			
No.	研究題目	施設名・所属(役職)	申請者(代表)
1	「iOSアプリを利用した重要処方および漢方診断推論学習法の開発」	三重大学附属病院 漢方外来(麻酔科) 助教	高村 光幸
	西洋医学では、経験豊富な臨床医の診断思考プロセスを学習させる「診断推論」の方法論が議論されてきた。漢方医学においても、この「診断推論」の考えを漢方教育に応用することで、医学生や研修医においても証の認識が可能になると考えられる。そのため、エキス化されている頻用重要処方と、分析的推論に用いる基本的な診断方法の重要項目を、日本東洋医学会編纂の出版物等を元に選定し、これらに直結した思考プロセスを学ばせる教育方法として、短時間に繰り返し利用でき、効率的で好奇心をそそるような、iOSを用いた端末(iPadやiPhone)における漢方診断推論学習フォーマットとしてのアプリ作成を試みたいと考える。		
2	「漢方Problem Based Learning(PBL)を基にした学術発表により得られる医学生の学び」	東北大学病院 総合地域医療教育支援部・漢方内科 准教授	高山 真
	漢方 Problem Based Learning(PBL)を実践し教育効果を明らかにするとともに、内容を発展させて学術発表につなげ、その経験がもたらす学びを明らかにする。1年目は医学部 2年次のPBLに漢方も参画し漢方PBLを実施し、アンケートにより意識変化と教育効果を明らかにする。2年目は発表内容を発展させ学術総会等での学術発表につなげ、継続的に論文作成を支援し学術誌に投稿する。最後に一連の経験から得られた学びを医学生にインタビューしまとめる。本研究により医学教育に漢方PBLという一つの教育方法を提示する。さらに学生時代の発表や論文投稿の経験は、漢方に関する研究探求心の涵養に寄与することを示す。		
3	「体験型漢方実習の教育効果：質問紙法による検証」	群馬大学 大学院医学系研究科 総合医療学 講師	佐藤 浩子
	漢方は学生が学習する上で、分かりにくいと捉えられることが多い。聞きなれない漢方用語の羅列はあたかも異言語のように受け取られる。本学では、分かりにくい漢方を、医学生に分かりやすく習得させるため、ロールプレイ、TBLなどの体験型教育を行っている。このような体験型教育の教育効果を検証するため、以下を検討する。①実習後の漢方理解度が向上したか、実習前後のテストで評価する。②「将来漢方を勉強したい」、あるいは「将来、日常診療において漢方も治療手段の一つと考えられる」など、「群馬大学で受けた漢方医学教育により、漢方への関心が変容したかどうか」を評価するため、質問紙を作成し、統計的に検証する。		
4	「医学、歯学、看護学で連携した漢方教育カリキュラムの開発」	鹿児島大学 歯学総合研究科国際島嶼医療学 講師	網谷 真理恵
	医学教育モデル・コア・カリキュラムに漢方教育が導入され、国内全ての医学科において漢方教育は実施されるようになった。一方で、歯学、看護学のモデル・コア・カリキュラムにも和漢薬について記載され、歯学部や看護学においても漢方教育カリキュラムが求められている。そのため、漢方医学の指導にあたり、医学部、歯学部、保健学科の連携した体制が必要となる。本研究では、医学部、歯学部、保健学科の漢方教育の現状およびニーズを調査する。調査データを用いカリキュラムに反映させることで、少ない指導者でも効果的な指導ができ、さらに他教育施設でも実践可能な連携カリキュラムを構築することを目的とする。		
5	「横浜市立大学初期研修医を対象にした、漢方e-learningの活用による、漢方・東洋医学の教育効果・有効性の検討」	横浜市立大学 医学部循環器・腎臓・高血圧内科学 准教授	石上 友章
	初期臨床研修病院である公立大学法人横浜市立大学附属病院において、「漢方・東洋医学」e-learning教材を用いて、初期臨床研修医を対象に「漢方・東洋医学」教育の機会を提供する。研修医には、e-learning教材に自由にアクセスし閲覧する権限を付与する。「漢方・東洋医学」e-learning教材の提供前後に、アンケート調査を行い、理解度問題正答率などを比較検討するとともに、病院のDPCデータ・処方箋データの変化を比較検討し、「漢方・東洋医学」e-learning教材の、初期臨床研修医教育における有効性と限界を明らかにし、さらにはその解決法を検討する。		
6	「アクティブラーニングを利用した授業での効果的な指導法の確立—反転授業を利用した学生のタイプ別の漢方の理解度および興味喚起の障害因子の検討」	千葉大学 大学院医学研究院 和漢診療学 准教授	並木 隆雄
	アクティブラーニングは、受け身の教育ではなく学生が主体性を持った教育であるため、医学部生学習には最適な学習法の一つと考えられる。2018年実施した授業で指定コンテンツの修了群44名、未修了群が40名で、e-learning中の試験の成績を比較した結果、未修了群で修了群と比較し1回終了後の成績不良(7点満点 6.50 vs 5.79)。修了者は2回目も知識定着の伸び悩みを認めた(6.50 vs 6.69)。反転授業のメリットを伸ばし、教師のスキルを向上させるための課題の抽出とその効果の検証をする。即ち、漢方に対する興味度または他の因子で学生のタイプを分け、どのような工夫や方法が最適な方法かを検討する。さらに2年目は、それらの教育を授業に取り入れて検証する。		
グループ研究助成<2件/2件>			
1	「薬理学ロールプレイを活用した漢方医学教育の試み」	宮崎大学 医学部看護学科 臨床薬理学 教授	柳田 俊彦
	本研究は、実践的な薬物治療のアクティブラーニング「薬理学ロールプレイ」を漢方医学教育に活用し、その有効性を検討する試みである。本研究では、教育的に様々なバックグラウンドを有する国公私立の医学部8大学(全国医学部の10分の1モデル)において、共通プログラムとして漢方薬の症例を用いた「薬理学ロールプレイ」を実施し、その有効性を検討する。対象となる医学生は、各大学のカリキュラムに準じて、学年や受けている漢方教育も様々であるが、その状況を分析しつつ、どのような事前学習を組み合わせることで有効性が上がるかについても合わせて検討する。		
2	「漢方医学教育向上のためのより効果的な腹診シミュレータ活用法」	明治薬科大学 臨床漢方研究室 教授	矢久保 修嗣
	漢方医学における腹診は近代西洋医学的な腹部診察と異なるユニーク診察法であり、学生の漢方医学に対する興味を惹きし、学習のモチベーションを高める可能性は大きい。漢方医学教育の現場では、腹診シミュレータを大学の教員が活用し、教育の質の向上を望む声も多い。本研究では、腹診シミュレータ使用の実態を調査し、この教育方法に関して「腹診シミュレータ教育マニュアル」の作成を検討する。この教育を教員に研修会などで指導するなかで、各施設に即したマニュアルに改訂し教育システムを推進していく。本研究により大学における腹診シミュレータを活用した実習が充実することは、医学生の漢方医学教育に対する興味の増幅や理解を深めるばかりでなく、今後の漢方医学教育の向上と標準化に貢献できるものと確信している。		

2018年度「漢方医学教育奨励賞・功労賞」 受賞者一覧

奨励賞<1件/1件>		
No.	施設名・所属(役職)	申請者(代表)
受賞テーマ		
1	熊本赤十字病院 総合内科・総合診療科 副部長 熊本大学医学部 臨床教授	加島 雅之
[医学生・若手医師に対する漢方医学教育]		

功労賞<1件/1件>		
No.	施設名・所属(役職)	申請者(代表)
受賞テーマ		
1	富山大学 名誉教授 千葉中央メディカルセンター 和漢診療科 部長	寺澤 捷年
[大学医学部における漢方医学教育の実践と医学教育モデル・コア・カリキュラムへの漢方医学導入]		

漢方医学教育推進事業について

<実施要項>

漢方医学教育に関する医学教育の推進団体・組織への支援(イベント共催・後援・協賛及び支援)を行う。

<対象>

対象は、「法人および団体等」で、個人での申請は対象となりません。

<支援(イベント共催・後援・協賛及び支援)件数>

年間5件以内とする

* 継続案件については、理事会にて審議の上、継続支援の可否を決定します。

<支援金額>

1件：100万円を上限とする。(支援はイベント等に関わる費用とする)

<申請方法>：

① 漢方医学教育推進事業共催/後援/協賛/支援申請書

② 漢方医学教育推進事業活動実施計画書

を添付の上、当財団事務局宛に郵送する。

<申請締切日>

年3回の理事会開催の1か月前を申請の締め切り日とする。

*ただし、イベント実施予定3か月前までに申請されたものを対象とする。

<決定通知>

理事会にて、イベント共催・後援・協賛可否および支援金額を決定の上、事務局より申請代表者へ決定通知書を郵送する。

2018度「漢方医学教育推進事業」

採択支援事業：4件

No.	施設名・所属(役職)	申請者(代表)
	事業テーマ	
1	日本東洋医学会・日本漢方医学教育協議会	佐藤 弘
	「漢方医学教育協議会@東北」	
2	岩手県立久慈病院	吉田 徹
	「テレビ会議を実施した漢方教育の試み」	
3	岩手医科大学 救急・災害・総合医学講座総合医学分野	下沖 収
	「イーハトーヴ漢方医学セミナー」	
4	東北大学大学院医学系研究科 漢方・統合医療学寄附講座	石井 正
	「診療に役立つ漢方医学治療の知識・技術を系統的に学ぶセミナー」および「漢方研修会」	

漢方医学教育 SYMPOSIUM

2019

2019年2月9日(土) 15:00~18:30

都市センターホテル

一般財団法人

日本漢方医学教育振興財団

東京都千代田区内神田三丁目2番9号

プログラム

開会のあいさつ

日本漢方医学教育振興財団 専務理事 北島 政樹(国際医療福祉大学 副理事長・名誉学長)

表彰式(研究助成・業績表彰) 専務理事 北島 政樹(国際医療福祉大学 副理事長・名誉学長)

採択・受賞者表彰

受賞講演 座長：常務理事 伴 信太郎(愛知医科大学 医学教育センター長)

奨励賞

医学生・若手医師に対する漢方医学教育

熊本赤十字病院 総合内科・総合診療科 副部長、熊本大学医学部 臨床教授 加島 雅之

功労賞

医学教育コアカリキュラムと今後の課題

富山大学 名誉教授、千葉中央メディカルセンター 和漢診療科 部長 寺澤 捷年

漢方医学教育研究助成(中間報告) 座長：常務理事 伴 信太郎(愛知医科大学 医学教育センター長)

双方向性授業による汎用性の高い漢方モデル授業の開発研究

九州大学大学院医学研究院 地域医療教育ユニット 准教授 貝沼 茂三郎

医学部・薬学部学生によるPBL課題作成を通じた協同的学習プログラムの創出と漢方医学教育の再定義

日本医科大学 医学教育センター 教授 藤倉 輝道

大学での漢方医学教育におけるeラーニングを用いた反転授業の検証

神奈川県立産業技術総合研究所 人材育成部 特任研究員 伊藤 亜希

一般講演 座長：理事 松村 明(筑波大学医学医療系 脳神経外科 教授)

体験型漢方医学教育の取組みと今後の課題

群馬大学大学院医学系研究科 総合医療学 講師 佐藤 浩子

実践的臨床能力をつけるための卒前から卒後までの一貫した漢方教育

筑波大学附属病院 総合診療科 臨床教授 加藤 士郎

特別講演 座長：評議員 久保 千春(九州大学 総長)

医学教育の現状と将来の展望

文部科学省 高等教育局 医学教育課 企画官 荒木 裕人

閉会のあいさつ

日本漢方医学教育振興財団 常務理事 伴 信太郎(愛知医科大学 医学教育センター長)

受賞講演 (奨励賞)

医学生・若手医師に対する漢方医学教育

加島 雅之

熊本赤十字病院 総合内科・総合診療科 副部長、熊本大学医学部 臨床教授

抄録



今年で2回目を迎えた漢方医学教育SYMPOSIUMにおいて、熊本大学の加島雅之氏が奨励賞を受賞した。同賞は、すぐれた漢方医学教育研究の業績を残した人材に与えられる。具体的には、医学生・研修医に対する漢方医学教育の学内・院内システムの構築やカリキュラムの導入、あるいはセミナー・勉強会等の実践活動を通じて他大学への漢方医学教育の活性化に寄与したことが評価される。加島氏の場合は、医学生や若手医師に対する長年の漢方医学教育の実績が受賞理由となった。

中国伝統医学に由来する東アジアの伝統医学は、世界の伝統医学の中でも最も広範な地域で継続され、きわめて広大な知識と経験が集積されている。たとえば韓国の韓医学、ベトナムの越医学、日本の漢方医学などが知られており、それぞれの国で異なる流派も生まれてきた。ただし、それらの基盤となる古典とその基本解釈、基礎概念の用語、代表的な薬剤の種類

と適応病態はほぼ共通しており、中でも日本漢方は最も特徴的な進化を遂げている。こうした医学こそは、世界的に定着・普及している西洋医学とは別に、世界標準の医学になり得るものと私は信じてやまない。そのため、この英知のすべてを活用できる方法を身につけたいと思う一方で、それをまた今日の医学・医療の中に広く浸透させる必要もあると考え、その伝統医学の1つである漢方の教育に携わらせていただいている。

中国の伝統医学のベースは、およそ1500年代から1700年代までの間に形成された明代の医学である。そこで私はこの明の時代の医学に着目し、その内容を反映したカリキュラムを策定し、それを現代の医学として理解できるように講義することを心がけてきた。ただし、中国伝統医学における生命観は、現在われわれが学んでいる西洋医学の生命観とはかなり異なる。たとえば西洋医学では、疾病分類論が非常に先行しており、エントロピーの増大に逆らうものが生命と考えている。一方、中国伝統医学では生命の成り立ちに動的平衡を見出し、自然界とともに変化するのが生命と考える(図1)。すなわち、自然界と同じシステムが体内に存在し、自然界の気と人体の気は相互に交流しており、自然界の運動・変化に応じて体内の気も運



図1 中国伝統医学の生命観

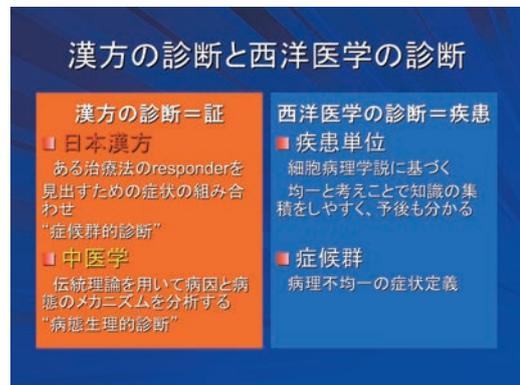


図2 漢方の診断と西洋医学の診断

動・変化するのが生命現象ととらえているのである。私の講義では、そうした西洋医学と中国伝統医学の視点の違いを学ぶことにより、現代医学、西洋医学の理解を深めてもらうことも目的の1つとしている。

日本漢方は方証相対説の影響を受けた

診断においても、西洋医学の疾患概念が疾患単位という細胞病理学説に基づいた疾患エンティティの考え方があるのに対し、たとえば日本漢方の「証」という診断概念はresponderを絞り込むための症候群的な診断である(図2)。一方、中医学をはじめとする明代の医学は、伝統理論を用いて病因と病態のメカニズムを分析する病態生理的な診断である。診断においてもこうした概念の違いがあることを講義では説明している。すなわち、漢方の講義ではあるが、漢方の概念の基盤となる中国伝統医学の疾病観にも触れながら、病態のメカニズムの分析ツールがどのようなものであるのかも概観し、説明している。そして、病態といわれているものにもこうしたさまざまな要素の影響が想定されており、その概念がわれわれの漢方薬の処方に結びついていることも必ず伝えている。また五臓六腑については、先の精気の生成・貯蔵を行う生理機能の中枢であり、解剖学的な臓器ではなく、ある種の機能単位としてのシステムと理解させる(図3)。その際、五臓の病態や、六腑の機能についても一通り説明し、漢方方剤との関連にも触れる。

日本漢方の考え方には方証相対説が大きな影響を与えており、他の国では認められない特徴である。方証相対は日本漢方の後世派といわれる人たちが行った察証弁治とは異なる考え

方であり、病因・病態は説明せず、漢方方剤が適応となる症状の組み合わせを証とする(図4)。方証相対では、症状の組み合わせと方剤の対応の間をつなぐ論理はブラックボックスとしている。後世、日本漢方ではこのブラックボックスにある種の部類カテゴリーを導入して処方を選びやすくしている。それが生体反応を治療目標とするという考え方にもつながっている。一方、察証弁治は、独自の病態生理で症状を解釈し、病態を改善する薬能をもつ生薬を合わせて方剤を構成する。こうした考え方の違いやその背景、それぞれの利点なども講義で説明することで、日本漢方で用いられる診断システムの構造の理解もより深まると考えている。

漢方医学の「確からしさ」に目を向ける

熊本大学では現在、4年生の系統講義として1コマ90分、全部で9コマの漢方教育を行っている(図5)。私は10年来、その

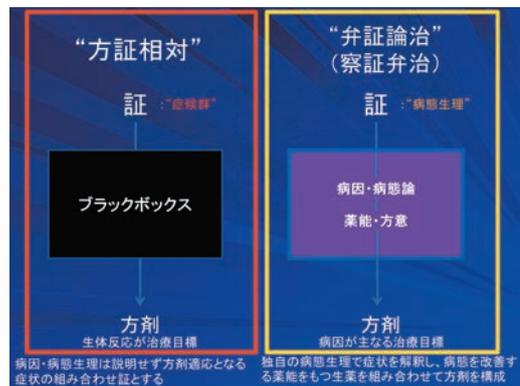


図4 方証相対と弁証論治

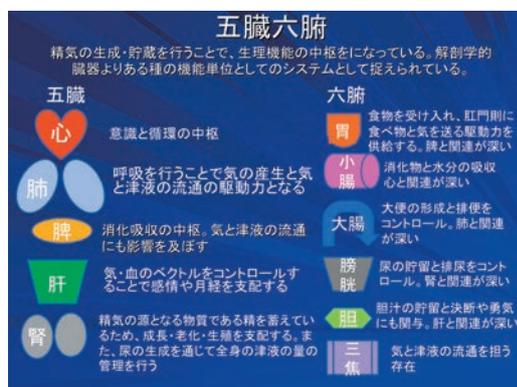


図3 五臓六腑

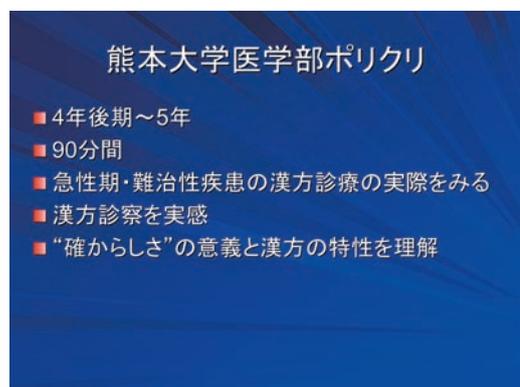


図5 熊本大学医学部ポリシー

中の「漢方診断の実際(1):気血津液の病態を知る」「漢方診断の実際(2):臓腑の病態を知る」「漢方診断の実際(3):八綱から始まる弁証」「ワークショップ:症例検討」の4コマを担当し、漢方の概念及びそのシステムを概説している。そうした講義では、実際の症例もいくつか提示し、グループワークで処方を考えさせ、そのあとに選択すべき処方に関する解説を私が加える。そうした教育方法により学生たちの理解が想像以上に高まることを実感している。

私は熊本赤十字病院で、医学生たちの臨床実習も行っている。この実習は4年次の後期から5年次の間に90分の時間を設けて行う。私が携わる急性期や難治性の疾患の漢方診療の実際を見学させ、ときには学生本人の診察を私が行い、漢方診察を実感してもらうこともある。また実習ではいくつかの症例をもとに、漢方を通じてわれわれが普段感じている「確からしさ」の特性を理解してもらう。たとえば、心機能と腎機能が著明に悪化し、透析を考慮する段階で、防己黄耆湯と八味丸の併用により心胸郭比(CTR)や左室駆出率(EF)、推定糸球体ろ過量(eGFR)などが改善し、鬱血も改善した症例がある。あるいは、リウマチ関連血管炎でネフローゼを呈したところで、さまざまな生薬を駆使し、炎症(CRP)や尿蛋白/クレアチニン比(g/g・Cr)が著明に改善し、寛解に至った症例もある(図6)。こうした治療は必ずしも再現性があるとはいえないため不確実ではあるが、漢方の可能性は示されている。私たちの普段理解している「確からしさ」とは何で、このような漢方の可能性を評価できる方法はどのようなものかを学生たちとのディスカッションのテーマにしている。

合宿形式の勉強会で体系的教育を行う

医学生の漢方教育の一環として、1993年に九州の漢方系サークルが合同で勉強会を立ち上げている。この勉強会の名称は九鼎会で、年2回合宿形式で開かれる。熊本大学、宮崎大学、鹿児島大学、大分大学、産業医科大学、九州大学、佐賀大学、琉球大学の8校が参加し、今春で50回を数える。「学生による、学生のための、学生の勉強会」をコンセプトに、一流にこだわらず、納得できるまで議論することを基本としている。勉強会のプログラムは、当芍美人の研究といったあまり硬くない話から、表証と解表剤の解説などの実践的な講義、あるいは

は生薬園の見学といったことまで幅広い。毎回約100人の学生が参加し、懇親と漢方の素養も深めている。

合宿型勉強会として、現在は三重県四日市で開業されている安井廣迪先生が開始された漢方医学セミナーもある。今年で34回目を迎えたが、31回目から私が主宰を引き継いでいる。30人の医学生を対象に、4泊5日で漢方医学の体系的教育を行う。前半は明代医学の基本を念頭に置いた系統講義を行い、その後は流派を超えた多彩な講師による臨床の解説がある。講義の内容は、学生たちが興味をもって学習できるように工夫している。たとえば最近では、経営に携わっている組織が対外交渉困難でストレスがたまり、気分が塞いで食欲不振や頭痛を訴えた30歳の女性の症例を提示した。実はこの症例は曲直瀨流2代目の曲直瀨玄朔(2代曲直瀨道三)の著書『医学天正記』に記されていた淀君の診療記録である。

この曲直瀨流による医術では、固定的な方剤の処方を病門別かつ口訣的に運用する。いわゆるクリニカルパールズを重視した処方体系であり、これが日本漢方の具体的な方法論として発展し、非常に薬を使いやすいシステムの確立につながった。しかしその後、そうした方法論が硬直化し過ぎ、江戸時代中後期に出現・流行した天然痘や梅毒などの未知あるいは新規の疾病には対応できなかった。新しい儒学思想を説く荻生徂徠などの影響を受けた吉益東洞は、医学における理論を否定し、すべての疾患は分類不可の毒によって発症するもので、腹診はその毒の局在を確認する方法であると説いた。4泊5日の勉強会では、そうした漢方の歴史における思想の流れ、そこで起きたさまざまな出来事なども振り返りながら、われわれの医学を今後どのように進めていくべきかという議論も重ねている。また議



論の中では、中国医学と漢方医学の特徴についてもあらためて考える。たとえば、中国医学は病因・病態論が中心であり、症状はあくまでその仮の症候と考える。一方、日本漢方ではこの伝統的病因・病態論に対する信頼性が失われ、むしろ症状・症候こそ中心命題として考えるようになった(図7)。また、西洋医学の発展を支えてきた科学的な根拠・論証や流派の変遷についても考察する。

年間を通して卒後教育にも力を入れる

漢方医学の習得には、卒前と卒後のシームレスな教育が必要である。そうした観点から、われわれの地域では卒後教育にも力を入れている。その1つに熊本漢方アカデミーとの名称で、熊本赤十字病院内で2カ月に1回、1年1クールとして実施している勉強会がある。対象は漢方の初心者で、Common symptomに対応する再現性のある漢方処方学ぶ。もう1つは熊本大学病院で漢方の専門医資格取得を目指す医師を対象とする加島塾である。こちらも2カ月に1回の勉強会だが、1クールを2年とし、明日から臨床応用できる漢方を合言葉に、漢方の診断と治療を学んでいただいている。

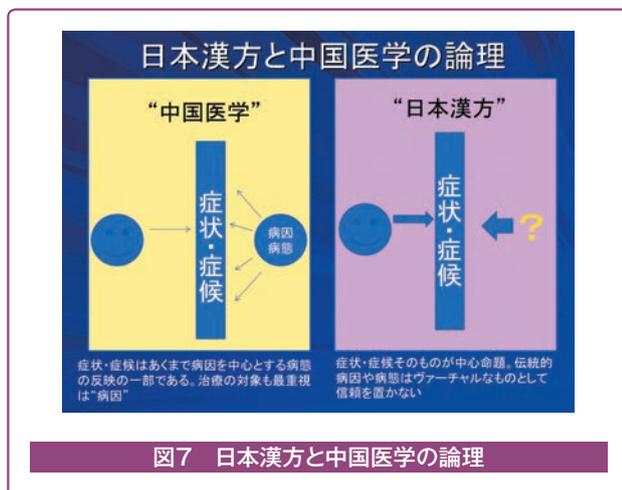
このほか、専門医取得前後の若手医師を対象とする漢方医学セミナーを2011年から開始している。弁証論治の体系にわが国で積み重ねられた数々の経験を加えた講義で、日本漢方への理解を含め、日常臨床に応用できる知識の習得を目指していただく。4泊5日のセミナーで31コマのカリキュラムを組んでいるが、統一性を図るためにそのうちの26コマを私が担当している。それに加え、漢方の研究者を招聘し、漢方薬理に関連する

最新の基礎実験の成果、漢方疫学の方法論などを概説していただいている。スクール形式の講義、実習形式の四診の練習、疾患別のペーパーパシエントを用いたグループワークなどを通して、漢方を実感できる教育になるように努めている。

3つの漢方医像を見据えた漢方教育を

漢方医学教育に必要なコンセプトを考える上では、どのような漢方医を育てるべきかという視点も必要になる。私が考えている漢方医像は3つある(図8)。1つは、プライマリ・ケア系の医師。こうした医師には、Common problemに対する再現性のある診療の実践や、疾患に至る前の健康問題への対応をお願いしたい。またそれらの経験を通してエビデンスを確立・集積していただくことも期待している。2つ目として、臓器専門家でありながら漢方医であるというスペシャリスト。消化器の専門医が内視鏡の専門医であると同時に、消化器領域の漢方の専門医でもあるという医師も誕生してほしい。またそうした医師には、各専門領域のガイドラインに新たに加えられる、漢方のエビデンスの形成にも取り組んでいただきたい。そして3つ目は古典的な漢方医、いわゆる漢方自身を専門とする医師。そうした医師には、日常臨床においては難治性病態の漢方診療を行いつつ、膨大な漢方の古典知識を発掘し、理論を深化させていただきたい。さらに、現代につながる漢方医学の形成のために、さまざまな漢方の情報の発信源となっていただきたい。

以上3つの漢方医像を見据えた漢方教育が構築されていくことを願いながら、今後も漢方教育に積極的に取り組んでいきたい。



受賞講演 (功労賞)

医学教育コアカリキュラムと今後の課題

寺澤 捷年

富山大学 名誉教授、千葉中央メディカルセンター 和漢診療科 部長

抄録



漢方医学の主要な継承者の1人として広く知られ、富山医科薬科大学に和漢診療学講座を開設して初代教授を務めた寺澤捷年氏が、一般財団法人日本漢方医学教育振興財団から2018

年度功労賞を受賞した。この賞は、医学教育指導者として全国の大学をはじめとする教育機関を牽引し、漢方医学教育の普及・発展・定着に貢献してきた個人に与えられる。寺澤氏はその受賞講演において、明治時代に排斥された漢方医学が復活に至るまでの歴史を回顧するとともに、漢方医学教育の進展と漢方医学のさらなる普及への期待を力強く語った。

1874年(明治7年)、医制が公布されて理科・化学・解剖・生理・病理・薬剤・内外科の西洋7科に基づく試験制度が開始された(図1)。これはドイツ人の教師レオポルト・ミュルレル氏や医師のテオドル・ホフマン氏らによる教育を基本としており、このシステムに乗らなければ医学でも医療でもない、医師免許も取

得できないことになった。すなわち、漢方が医学として認められなくなったのである。そうした動きを受け、漢方の存続を図るために東京の漢方医、山田業広氏らが中心となって温知社が結成された。山田氏らは機関誌『温知医談』を発行するとともに、後進の育成を見据えて和漢医学講習所(のちの温知医学校)を設置し、漢方存続運動を展開した。温知社の初代社主は山田業広氏が務め、2代目浅田宗伯氏、3代目浅井篤太郎(国幹)氏と続き、全国に18の分社が設立されたといわれる。しかし、当時の政府は方針を変えることなく、1875年から西洋医学を基本とする医師の開業試験(1885年から医術開業試験との名称になる)も開始された。このとき、江戸時代から漢方医学を行っていた医師はその代限りで、息子に代を譲ることはできなくなった。息子は西洋医学による治療を行わなければ医師免許を取得できなくなったからである。当時、温知社は漢方存続の請願書を国会に提出しているが、1895年の帝国議会でそれも否決されている。明治末期の1910年には、現在の漢方医学界でも広く知られる和田啓十郎氏の『医界之鉄椎』が出版され、漢方こそが統合的治療の根幹に据え置かれるべきだと提唱したが、それも時代の流れを変えることはできなかった。そのため大正初期

明治維新(1868年)以後の漢方

- 1874年 医制公布 西洋7科に基づいた試験制度
- 1879年 温知社結成 漢方存続運動
- 1884年 医術開業試験規則
- 1893年 「中将湯」発売 (津村順天堂)
- 1895年 温知社からの国会請願が第8回・帝国議会で否決
- 1910年 和田啓十郎『医界之鉄椎』を出版
第一次世界大戦(1914-18)
- 1927年 湯本求真『皇漢医学』を出版
- 1950年 日本東洋医学会設立
- 1961年 国民皆保険制度が発足
- 1991年 日本東洋医学会が日本医学会に加盟(松田邦夫会長)

図1 明治維新(1868年)以降の漢方(1)



石黒忠恵 (いしくろただのり)

生誕	1845年3月18日 陸奥国伊達郡廣川
死没	1941年11月26日(96歳没)
所属組織	大日本帝國陸軍
軍歴	1871-1901
最終階級	軍医総監
除隊後	宮内省勅諭議員 日本赤十字社社長

『懐旧九十年』岩波文庫

図2 軍医総監・石黒忠恵氏

になると、漢方医はほとんどいなくなってしまう。まさに明治時代は、漢方医学界にとって暗黒の時代であったといえる。ちなみに1890年に初代の陸軍軍医総監となった石黒忠恵氏は漢方せん滅運動の筆頭だったといわれている(図2)。彼は森鷗外氏の上司であり、のちにその森鷗外氏、すなわち森林太郎氏が陸軍軍医総監となっている。

漢方医学復活を期した東亜医学協会

しかしその後、漢方を見直そうとの動きが第一次世界大戦(1914~1918年)当時に一度起きています。日本の医学教育の土台はドイツ医学が基盤となっていたため、『日本薬局方』の第2版および第3版は、『ドイツ薬局方』のまったくの模写であった。ところが、第一次世界大戦では日本は英国と同盟を結んだため、ドイツは敵国となった。そのため、医薬品の原料や製品をまったく入手できなくなり、医療界は大いに混乱した。そうした中、湯本求真氏、大塚敬節氏、矢数道明氏らが漢方医学を実践して国の医療を下支えし、それによって日本の漢方が再び日の目を見ることになる。湯本求真氏は当時、『皇漢医学』を著し、漢方医学がいかに優れているのかを体系的に明らかにし、それがのちの漢方医学復興の礎になったともいわれている。さらに1938年には、漢方医学に携わる医師、薬剤師、鍼灸師らが流派を超えて団結し、東亜医学協会を立ち上げている。

先述した石黒忠恵氏は第一次世界大戦後に著した『懐旧九十年』の中で、「サレドモ往昔余ガ一モニモナク極力漢方医ノ絶滅ヲ尽シタル、或ハ第二版薬局方改正ニ当リ、調査会長トシテ医薬品ノ清良ヲ庶幾スルノ急ナル余リ、独逸局方ノミ準

拠セルガ如キ、時代ノ要求及ビ四圍ノ情況ニ見テ、最善ヲ尽セリト信ゼシモ、今日トナリテハ彼ノ所謂五十年ニシテ四十九年ノ非ヲ知ルト云ヒ、又跡見レバサテ曲リケリ雪ノ道ニテ、只管真直ニ辿リ来レリト思ヘドモ、往時ヲ追懐シテ多少ノ感慨無キ能ハズ」と記している。すなわち、漢方は時代遅れであり、近代化にとって弊害になるだけで益にはならないと当初は考えていたが、それは間違いだったと回顧したのである。彼はそうした反省からその後生薬の調査団を早速結成し、生薬の研究者である刈米達夫氏らを満州や朝鮮半島などに派遣し、薬用資源の調査を行ったといわれる。それまでの考え方をあらため、国を挙げて伝統医学の見直しを急遽行ったわけだが、その成果については明らかではない。

生薬の薬価収載で保険処方が可能に

やがて、東亜医学協会が発足した翌年の1939年に第二次世界大戦が勃発すると、日本がドイツと同盟を結んだこともあって漢方医学は再び停滞してしまう。それでも、漢方医学の復興を目指す活動は綿々と受け継がれ、戦後の混乱がようやく収まりつつあった1950年には日本東洋医学会が設立された。これを契機に、漢方医学は再び日本の伝統医学として復興への一歩を踏み出すことになる。

1961年には、わが国が世界に誇る国民皆保険制度が発足した(図3)。興味深いことに、その前年の1960年には生薬約150種が保険薬価に収載されており、医師は任意に漢方を処方できるようになっていた(図4)。これは翌年に開始される国民皆保険制度に備えた措置と考えられている。1963年には、旧

明治維新(1868年)以後の漢方

- 1874年 医制発布 西洋7科に基づいた試験制度
- 1879年 温知社結成 漢方存続運動
- 1884年 医術開業試験規則
- 1893年 「中将湯」発売 (津村順天堂)
- 1895年 温知社からの国会請願が第8回・帝国議会で否決
- 1910年 和田啓十郎『医界之鉄椎』を出版
- 1927年 湯本求真 『皇漢医学』を出版
- 1950年 日本東洋医学会設立
- 1961年 国民皆保険制度が発足**
- 1991年 日本東洋医学会が日本医学会に加盟

図3 明治維新(1868年)以降の漢方(2)

医療用漢方エキス製剤の歴史

- 1960年 生薬(約150種)が保険薬価に収載された。従って、医師はこの収載品生薬を任意に処方し保険請求ができるようになった。煎じ薬としての保険適用。
- 1967年 漢方エキス製剤6品目が薬価収載 (小太郎漢方製薬)
- 1976年 33処方薬が薬価収載
- 1985年 厚生省薬務局「医療用漢方エキス製剤の取り扱いについて」(丸漢通知)
- 1987年 改めて147処方薬が薬価基準に収載

図4 医療用漢方エキス製剤の歴史

厚生省薬務局が「調剤容易な配合剤は薬価基準に収載しないが、医療機関でこの種の配合剤を使用した場合には、既収載の単味製剤の合算により請求できるものとする」という告示がなされている。つまり、漢方薬の煎じ薬を保険で投与することを可能としたのである。たとえば葛根湯であれば、葛根8グラム、麻黄4グラム、大棗4グラム、桂皮3グラム、甘草2グラム、生姜1グラムを一緒に煎じることになるが、生薬の薬価はグラム単位で決められており、医師はその合算を保険請求していた。ただし、各生薬の扱いについては「調剤に用いる」と記載されているだけで、薬効や薬能には触れられていなかった。したがって、医薬品という観点ではやや記載方法に難があったと思われるが、いずれにしてもこうしたかたちで医学・医療の中に漢方も残されていったのである。

私は大学医学部在学中より、叔父にあたる小倉重成先生や千葉大学東洋医学研究会を創部された藤平健先生に師事し、漢方を学んだ。小倉先生は当時、眼科医院を開業しており、私は時々そこを訪れた。当時の保険申請のレセプトはみな手書きだったが、小倉先生は生薬の名称を刻んだ印判を30種類ほど作っており、それを使って漢方方剤の構成生薬1つひとつの保険請求を行っていた。私はそれを手伝われたのでよく覚えているが、当時そのようにして保険で漢方の生薬を処方していた医師は全国で10人にも満たなかったと思われる。それでも、保険で漢方を処方できたことは特記すべきことであった。

医療用漢方エキス製剤が保険収載

そうした流れの中で1967年、薬の保険申請が医療用医薬

品と一般用医薬品が別々に行われることになった。それと時を同じくして、小太郎漢方製薬が初めて6種類の漢方エキス製剤を上市し、薬価収載された。企業が患者に代わって漢方薬を煎じて濃縮し、それを顆粒状や細粒にして製剤化したのである。その後、1976年には小太郎漢方製薬の21処方、津村順天堂（のちの株式会社ツムラ）の33処方のごく自然な流れで、医療用漢方製剤として保険収載された。この医療用漢方製剤の大量承認は、その後1987年の147処方の薬価収載につながる稀有な出来事だったが、それは当時の日本医師会会長であった武見太郎先生の強力な後押しによるものだった。

武見先生は、文豪の第1回文化勲章受章者、幸田露伴先生の晩年の主治医であった。幸田露伴邸に往診に行くたびに露伴先生から、「武見君、君は心電図だとか何だとか、最新の機器を使って喜んでいるけれども、日本には漢方医学というすばらしい学問がある。東洋の思想というものもしっかりと学ばなければいけない」と、切々と諭されたことを武見先生は自伝に書いている。武見先生が漢方薬の保険収載に尽力した背景には、幸田露伴先生のそうした言葉の影響があったと思われる。

初代陸軍軍医総監であった石黒忠恵氏は、武見先生の母方の祖父が新潟県小千谷市で開いていた私塾の塾生でもあった。徳川幕府が倒れ、明治維新になった時はまだ学校制度がなかった。そうした時代に生まれ育った石黒氏にとって、勉学の手ほどきを受けたその塾は、のちに大学東校（現・東京大学医学部）に進学し、医師となる道を切り開いてくれた大切な場所であった。そのため、石黒氏は武見家にとっても恩を感じていたと思われる。その証左として石黒氏は晩年、両親と若くして死別した武見先生の後見人となり、面倒を見ていたことを書き残して

武見太郎記念生存科学財団（武見太郎の目指したもの）

生存科学について

近時における科学技術の目覚ましい発展は、『生命』を対象とする新しい科学、即ちライフサイエンスの確立を促し、数多くの成果を挙げつつある。しかし、最近における生態学・遺伝工学などの驚くべき進歩を眺めるとき、改めて人類の『生存』を正面から採り上げざるを得ない状況になっており、しかも既存の科学方法論に拘泥する限りこの状況に対応できないことは明白である。

図5 生存科学について(1)

かくて、我々は人類の『生存』という概念を起点とし、科学技術を中心に社会科学、哲学などあらゆる学問の成果を結集して『生存』の形態・機能をマクロ・ミクロの両面から探求し、それらを総合的に把握する新しい生存科学を創造確立することが必要であると考え。

そして、このような生存科学の裏付けがあつてこそ、初めて未来の人類の生存秩序の確立と福祉の実現が可能となるのであり、生存科学という視点からの取り組みが遅れば遅れるだけ人類の幸福は遠ざかっていくといえよう。

図6 生存科学について(2)

いる。武見先生は、だれに漢方の勉強をし、漢方に目を向けろといわれたとは自伝の中に書いてはいないが、おそらく幸田露伴先生だけではなく、漢方医学排斥の先頭に立ったことへの反省を込めて、石黒氏が助言したに違いないと私は考えている。



日本医師会武見会長は漢方の支援者

武見先生は、自ら漢方医学を用いることはなかったが、漢方医学の極めて熱心な支援者であり理解者であった。日本東洋医学会学術総会が毎年開かれるが、東京で開催されるときは必ず武見先生が日本医師会会長として祝辞を述べてくれた。小柄な方ではあったが、登壇された時の存在感はとても大きく、これからは東洋医学の時代だと毎回、切々と訴えられていたことを今でも覚えている。

武見先生が武見太郎記念生存科学財団に残された「生存科学について」という一文がある。そこには、こう記されている。「近時における科学技術の目覚ましい発展は、『生命』を対象とする新しい科学、即ちライフサイエンスの確立を促し、数多くの成果を挙げつつある。しかし、最近における生態学・遺伝子工学などの驚くべき進歩を眺めるとき、改めて人類の『生存』を正面から採り上げざるを得ない状況になっており、しかも既存の科学方法論に拘泥する限りこの状況に対応できないことは明白である(図5)。かくて、我々は人類の『生存』という概念を起点とし、科学技術を中心に社会科学、哲学などあらゆる学問の成果を結集して『生存』の形態・機能をマクロ・ミクロの両面から探求し、それらを総合的に把握する新しい生存科学を創造確立することが必要であると考え。そして、このような生存科学の裏

漢方エキス製剤の保険適用の目的

- 医師の裁量権の拡大。
- 医療資源の開発と配分の適正化。
- 生存科学という視点での意義を漢方に期待した。
Sustainable being

図7 漢方エキス製剤の保険適用の目的

付けがあってこそ、初めて未来の人類の生存秩序の確立と福祉の実現が可能となるのであり、生存科学という視点からの取り組みが遅れば遅れるだけ人類の幸福は遠ざかっていこう(図6)」。武見先生が生涯を通して、人間の生命を支える総合的な科学の確立を志向されていたことが、強く感じられる言葉である。



エキス剤と煎じ薬の同等性を担保

1987年に147種類の漢方薬が保険薬価収載される直前の1985年、旧厚生省薬務局は「医療用漢方エキス製剤の取り扱いについて」という通知を公布している。これは通称、丸漢通知と呼ばれ、エキス製剤を製造販売する際は煎じ薬と同等であることを証明しなければならないという通知で、標準湯液を作り、そのプラスマイナス10%の誤差でエキス成分が入っていることを担保しなければならないという内容だった。現在、使用されている漢方薬のエキス製剤は、すべてのメーカーがこの要件を満たして製造販売している。

漢方エキス製剤の利点については、1955年に藤平健が『漢方の臨床』の中で、①煎剤に比して服用に際しての手数が省ける、②質の均一化が実現されるために、用薬の厳密化が期待できる。③調剤に時間を要しない、④調剤時の過誤が少なくなる、⑤合方に際して二分の分量比を簡単に加減しうる、⑥証の併存のある場合、これを合方によらずに、時間を違えて別々に二方を服用するということが簡単にできる、⑦生薬に比して保存に場所を要しない、⑧生薬に比して保存中の虫害が少なく済む、⑨携行に便利である、の9項目を挙げている。こうした特徴に加え、私は漢方エキス製剤の保険適用の目的として、①医師の裁量権の拡大、②医療資源の開発と配分の適正化、そして武見先生の言葉を借りれば、③生存科学という視点での意義を漢方に期待すること、つまりSustainable beingもあると考えている(図7)。



漢方薬の普及進むが漢方教育は遅れる

これまで述べたように、漢方医学はさまざまな紆余曲折を経て現在に至っている。その過程で、一度は医学の中から排除されようとした漢方医学を熱意をもって粘り強く継続し、今日の復

興の立役者となった数多くの先生や、漢方薬の保険収載に尽力された武見先生たちの功績は大きい。その結果、日本の臨床医の間では、さまざまな漢方薬が西洋薬とともに使われるようになった。しかし、その一方で解決しなければならない課題も残っていた。それは、医学教育の中で漢方医学の教育が十分にこなされてこなかったことである。この漢方医学教育の必要性については、1999年の21世紀医学・医療懇談会第4次報告「21世紀に向けた医師・歯科医師の育成体制の在り方について」の中で指摘された。そして、大学における医学教育の改善の一環として、教育内容の精選と多様化の必要性が次のように提言された。「今後、医学・医療に対するニーズはますます多様化し、地域医療はもとより、福祉・介護、国際医療協力、製薬等のさまざまな分野において、医師・歯科医師の一層の活躍が求められるようになることが予想される(図8)。各大学においては、こうした社会的ニーズの多様化に対応して、かかりつけ医機能を担う人材、医療・福祉・介護の連携の要となる人材、国際医療協力を携わる人材、生命科学などの学際的な基礎研究に携わる人材など、さまざまな人材を要請することができるよう、多様な学科やコースの導入を積極的に図っていくべきである。そのためには、まず、精選された基本的内容を重点的に履修させるコア・カリキュラムを確立し、学生が主体的に選択履修できる科目を拡充・多様化することが必要である」。

医学教育の指針に漢方教育を記載

21世紀医学・医療懇談会第4次報告の提言を踏まえ、2000年に医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者

教育内容の精選と多様化

今後、医学・医療に対するニーズはますます多様化し、地域医療はもとより、福祉・介護、国際医療協力、製薬等の様々な分野において、医師・歯科医師の一層の活躍が求められるようになることが予想される。各大学においては、こうした社会的ニーズの多様化に対応して、かかりつけ医機能を担う人材、医療・福祉・介護の連携の要となる人材、国際医療協力を携わる人材、生命科学などの学際的な基礎研究に携わる人材など、様々な人材を養成することができるよう、多様な学科やコースの導入を積極的に図っていくべきである。

そのためには、まず、精選された基本的内容を重点的に履修させるコア・カリキュラムを確立し、学生が主体的に選択履修できる科目を拡充・多様化することが必要である。

図8 教育内容の精選と多様化

会議(座長:高久史麿氏)が立ち上げられ、1年の議論を経て2001年3月、大学医学部・医科大学における教育の指針となる『医学教育モデル・コア・カリキュラム—教育内容ガイドライン—』が策定・公表された。そしてこの時、同モデル・コア・カリキュラムの一般目標「診療に必要な薬物治療の基本原則(薬理作用、副作用)を学ぶ」の到達目標の中に、「和漢薬を概説できる」との一文が盛り込まれた(図9)。以来、全国の大学医学部・医科大学の医学教育カリキュラムの中に徐々に漢方医学教育の講義が導入されていった。そして2007年度には、当時の全国80大学すべての医学教育カリキュラムに漢方医学教育が組み込まれ、2008年度には68大学が8コマ以上の漢方講義を必須科目とするようになった。今日の臨床現場において漢方薬が着実に定着しつつある中、その教育については明治以降100年以上の空白期間が続いていた。しかしこの教育改革によって、漢方医学が医学・医療において不可欠であることがようやく認められたのである。

漢方薬保険収載の背景に国民のニーズ

医学教育モデル・コア・カリキュラムはその後、2008年(2007年公表)と2011年(2010年公表)に改訂された。2011年の改訂では、当初の「和漢薬を概説できる」という文言が「和漢薬(漢方薬)の特徴や使用の現状について概説できる」とより踏み込んだ表現となり、日本の医学教育における卒業までの到達目標として、漢方に関する知識の習得が必要であることがあらためて明記された(図10)。さらに2018年の再改訂(2017年公表)では、「F-2-8)薬物治療の基本原則」の学修

コア・カリキュラム

2001年

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 基本的診療知識

(1) 薬物治療の基本原則

一般目標：診療に必要な薬物治療の基本(薬理作用、副作用)を学ぶ。

到達目標

1) ~11) 略

- 12) 主な薬物の副作用を概説できる。
- 13) 年齢による薬物投与の注意点を説明できる。
- 14) 薬物動態的相互作用について例を挙げて説明できる。
- 15) 処方箋の書き方、服薬の基本・コンプライアンスを説明できる。
- 16) 生物製剤の薬理作用と副作用を説明できる。
- 17) 和漢薬を概説できる。

平成13年3月27日

医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議

図9 コア・カリキュラム(2001年)

目標の1項目として、「漢方医学の特徴や、主な和漢薬(漢方薬)の適応、薬理作用を概説できる」との表現で記載され、漢方医学の理解とともに、漢方薬に関する知識の必要性がさらに強調された。

このように、医師に漢方医学・漢方薬の知識が求められるようになった背景には、まず日本の医療保険制度の枠組みの中に、147種の漢方製剤と220種の生薬がすでに導入されていることが考えられる。ではなぜ漢方製剤が保険診療に盛り込まれているのかといえば、それは国民の間に広く漢方薬のニーズがあるからである。

したがって、そのニーズに正しく応えるためにも、医療者はこれらの薬剤や治療法に関する正しい知識を習得する必要がある。言葉を換えれば、それらを治療手段として活用できるようになること、正しい助言ができるようになること、それらと新薬との併用の利益・不利益を知っていること、それらの副作用についてモニターをできるようにすることである(図11)。

東洋の風呂敷の中に西洋の思考を

漢方教育の現場では、学生たちが漢方医学を比較的スムーズに受け入れる傾向があることが少なからず報告されている。ただし現状では、西洋医学のパラダイムの中で漢方医学を考えるという枠組みは変わらない。とはいえ、西洋と東洋の哲学を短絡に融合したり統一したりすることはできない。今日の日本漢方の基本概念となっている方証相対論を踏まえれば、漢方方剤の可能性は未知ではあるが、想像以上に高いと考えられる(図12)。

たとえば、漢方方剤は病因を問わずに処方できるため、あらゆる新たな病症に対処できる可能性がある。ただし、1つの漢方方剤で複雑かつ多様な心身一如の病症に対応できるため、複数の方剤を足し算するように追加していく処方をしてはならない。そのことを常に念頭に置く必要がある。そのためにも、有効例と無効例を漢方医学的な視点から層別することが推奨される。漢方薬がこのような特徴をもつとすれば、これからの日本の医療は西洋医学の枠組みというより、むしろ東洋の風呂敷の中で、要素還元論的な西洋の思考をすべて包み込んでいくべきではないかと私は強く考えている(図13)。そういう意味でも、現在の医療の中で漢方方剤の主権を回復することは、漢方教育の目標の1つであろうと思われる。

漢方医学用語を使えないことが障害

医療用の漢方エキス製剤が薬価に収載され、実臨床で広く

国民の要請

医療保険制度
147種の漢方製剤
220種の生薬

医療提供者側がこれらの薬剤、治療法について、正確な知識を持つこと

治療手段として活用すること
正しい助言ができること
新薬との併用の利益・不利益を知っていること
副作用についてモニターできること

図11 国民の要請

2011年改訂 基本的診療知識 『和漢薬を概説できる』

E 診療の基本 2. 基本的診療知識
(1)~17 和漢薬を概説できる

一般目標

1. 診療に必要な和漢薬治療の基本(漢方医学の基本概念、診療方法、漢方処方)の運用を学ぶ。
2. 全人的視野を養い、和漢薬を含めた患者のための最良の治療指針を選択できる。

到達目標

漢方医学の特徴・基本的概念(気血水・陰陽・虚実・表裏・寒熱)を説明できる。
漢方医学と西洋医学の基本的相違を説明できる。
漢方医学の診断方法(四診(望・聞・問・切))を説明できる。
漢方医学の「証」について説明できる。
漢方薬の構成、薬理作用、適応症を説明できる。
漢方処方の特徴的な副作用や使用上の注意事項を説明できる。
漢方医学のEBMと東洋医学の統合について概説できる。

図10 基本的診療知識(2011年改訂)

方証相対論

1. 方剤の可能性は未知。(方剤の主権回復)
2. 病因は問わないので、あらゆる新たな病症に対処できる。
3. ただし、一つの方剤で雑多な心身一如の病症を解決できるので「足し算」的な処方厳禁。
4. 有効例、無効例について漢方医学的な視点からの後層別が推奨される。

図12 方証相対論

使用されている。しかし、その効能・効果に関する記載には常に歯がゆさを感じている。

たとえば芍婦膠艾湯という漢方薬は血虚に対する補血剤であり、血を補うとともに、補った血が漏れ出ないようにする止血作用もあり、女性の流産予防(安胎作用)もあるとされる。ところが、エキス剤の保険適応上の効能・効果には痔出血としか記載されていない。それはなぜかといえば、血虚や気虚という言葉が、厚生労働行政の中では使用できない用語となっているからである。

その背景には疾病、傷害および死因の統計分類の世界標準である世界保健機関(WHO)国際疾病分類において、東洋医学の概念や用語が認められていないことがある。現在の医学においては西洋医学の言語のみが正当とされ、陰陽虚実、気虚、血虚などの漢方医学用語を用いることができないのである(図14)。これでは漢方医学が西洋医学に隷属しているといわざるをえない。さらに学生教育においても、漢方医学の用語が医学用語として正式に認められていないことは、漢方医学の

有用性を、説得力をもって説明するうえで障害になっている。



ICD-11で漢方用語も承認

しかしここに来て、そうした現状に変化の兆しはある。昨年(2018年)6月、WHOは現行の国際疾病分類であるICD-10を30年ぶりに改訂することを公表した(図15)。この改訂版はICD-11と呼ばれ、何よりも注目されることはその中にCHAPTER 26としてTraditional Medicine conditions-Module 1という項目が新設されたことである(図16)。これは漢方(東洋医学)や鍼などの伝統医学に関する項目であり、そこでは西洋医学で疾患・病名を意味するdiseaseではなく、disorder(伝統医学疾病)や証(pattern)という用語が使われることになっている。

たとえば、「気虚」は「Qi deficiency pattern」と表記され、その意味合いは「A pattern characterized by decreased

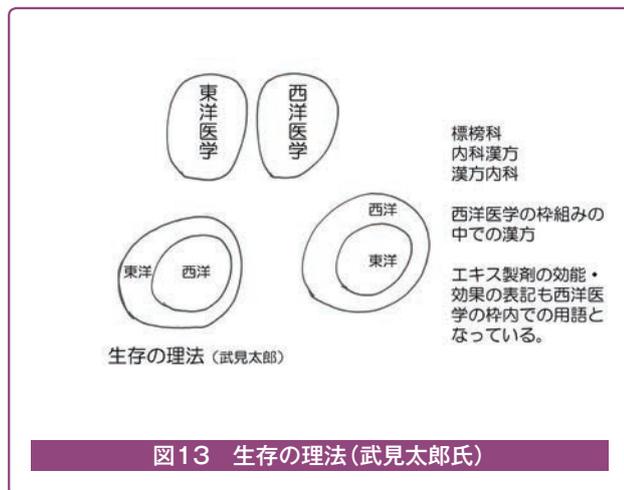


図13 生存の理法(武見太郎氏)

2018年の画期的動き

WHO releases new International Classification of Diseases (ICD 11)
18 June 2018 News Release
Geneva

18 June 2018 | Geneva: The World Health Organization (WHO) is today releasing its new International Classification of Diseases (ICD-11).

The ICD is the foundation for identifying health trends and statistics worldwide, and contains around 55 000 unique codes for injuries, diseases and causes of death. It provides a common language that allows health professionals to share health information across the globe.

"The ICD is a product that WHO is truly proud of," says Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, WHO Director-General. "It enables us to understand so much about what makes people get sick and die, and to take action to prevent suffering and save lives."

日本の功労者: 慶應義塾大学・渡辺賢治先生
/ 東京女子医科大学・木村容子先生

図15 2018年の画期的動き

医療用漢方エキス剤の効能効果の表記

西洋医学の言語のみが正当とされ、陰陽虚実、気虚、血虚などの用語を用いることができない現状である。
これでは漢方医学が西洋医学に隷属していると言わざるをえない。

この度の国際疾病分類(ICD-11)の改訂に際して伝統医学の章が新設された。

このICD-11が正しく評価されると漢方医学の用語が国際標準になる。

医療用漢方エキス剤の効能・効果についての新たな用語による見直しが行われることを切に望むものである。

図14 医療用漢方エキス剤の効能効果の表記

ICD-11 2018年6月18日公表

CHAPTER 26
Traditional Medicine conditions - Module 1

This chapter has 470 four-character categories.
Code range starts with SA00

This chapter refers to disorders and patterns which originated in ancient Chinese Medicine and are commonly used in China, Japan, Korea, and elsewhere around the world. This list represents a union set of harmonized traditional medicine conditions of the Chinese, Japanese, and Korean classifications. For an extended list of traditional medicine conditions, please refer to the International Classification of Traditional Medicine (ICTM).

図16 ICD-11(2018年6月18日公表)

vitality, fatigue, weakness, appetite loss, short breath, no desire to speak, spontaneous sweating, or feeble pulse」、すなわち「生命力が落ちて、具合が悪くなった状態が気虚という概念」と説明されている(図17)。

また「気鬱」は「Qi stagnation pattern」と表記され、「A pattern characterized by a sensation of obstruction in the throat, a sensation of ear tube obstruction, fullness in the chest and hypochondrium or abdominal distension, depressive state or pain」、つまり「のどのつかえ感、耳つまり、胸部・季肋部の圧迫感、腹部膨満感、抑うつ、疼痛」が特徴的な症状と説明されている。

希望的観測ではあるが、六君子湯は気を補う作用があるため気虚や気鬱に用いるとか、十全大補湯は気も血も補うため気血両虚の病態に用いるなどとの説明も加えられるとよいと考えている。

現在、中国政府、韓国政府、そして日本の東洋医学会が連

合し、約200項目の漢方用語の使用をWHOに提案しており、日本側からは慶應義塾大学の渡辺賢治氏と東京女子医科大学の木村容子氏が参加し、その導入に尽力していると聞いている。本年5月にスイスのジュネーブで開かれるWHOの総会でICD-11 が正式に承認され、今後それが世界的に定着すれば、漢方医学の用語も国際標準になる。さらに、漢方医学の用語が国際的に認められれば、医療用漢方エキス製剤の効能・効果についても、表現の見直しや新たな用語の導入が行われる可能性は高い。そのことを切に望む。



日本漢方医学教育振興財団に期待

国際疾病分類の改訂は漢方医学の発展を後押しする新たな動きといえる。しかし、漢方医学教育を進めるうえでは、まだいくつかの乗り越えなければならない困難はあろうと予想している。そうした中、本シンポジウムを主催する日本漢方医学教育振興財団が設立されたことは、医学教育の現場により意味での大地殻変動を起こし、漢方医学教育を拡充させる推進力になるのではないかと期待している。

漢方医学では自然と人間との調和を基本とする(図18)。また自律的態度による気の保全と気の涵養を大切にす。西洋医学の要素還元論的な「足し算医療」からの脱却が今求められている。

東洋の思想、東洋医学、あるいは漢方医学を現代医療の中にどのように位置づけていくべきなのか、理想的な医学教育、漢方教育とはどのようなものなのか。そうしたことをみなさんと一緒に議論しながら、今後も考えていきたい(図19)。

Qi patterns (TM1) (BlockL3-SE9)

This section comprises a range of Qi disturbance patterns grouped together on the basis of their having in common a demonstrable etiology in Qi, which means invisible action, function, or working that circulates throughout the body.

Exclusions: Qi phase patterns (TM1)

Qi deficiency pattern (TM1) 気虚

A pattern characterized by decreased vitality, fatigue, weakness, appetite loss, short breath, no desire to speak, spontaneous sweating, or feeble pulse. It may be explained by decreased or insufficient quantity of qi.

Inclusions: Qi decrease pattern (TM1)

Qi stagnation pattern (TM1) 気鬱

A pattern characterized by a sensation of obstruction in the throat, a sensation of ear tube obstruction, fullness in the chest and hypochondrium or abdominal distension, depressive state or pain. It may be explained by the hindered qi movement.

Inclusions: Qi depression pattern (TM1)

図17 Qi patterns (TM1) (BlockL3-SE9)

- 自然と人間社会との調和
自然によって生かされているとの自覚と感謝の気持ちを持つこと。
- 養生ということ
自律的態度による気の保全と気の涵養。
- 要素還元論的な「足し算」医療からの脱却
専門性の高度化に対しては主従関係を明確にすべきであって、細分化の一途をたどる現代医療の僕となってはならない。専門医を上手に活用する知恵を発揮すべきである。
- 東洋の知は延命治療には否定的である。
- 医師の間に存在する不文律「相互不可侵」は撤廃すべき時を迎えている。

図18 自然と人間との調和を基本とする漢方医学

軽々にコメントすることではないが、先日他界したUSA共和党のMcCain の大統領選挙の演説には共鳴した。

理想を捨てることは 愛国的ではない。

50年後、100年後を見据えよう！

図19 50年後、100年後を見据えよう！

中間報告

双方向性授業による 汎用性の高い漢方モデル授業の開発研究


 貝沼 茂三郎

九州大学大学院医学研究院 地域医療教育ユニット 准教授

抄録



一般財団法人日本漢方医学教育振興財団(JKME)は、医学生・研修医への漢方医学教育における教育システムの構築を図り、漢方医学教育の進歩・発展に貢献する独創的な研究

に対し、助成金を交付している。助成期間は2年。2017年度は7つの研究がその対象となった。漢方医学教育SYMPOSIUM 2019では、その1つである九州大学大学院医学研究院の貝沼茂三郎氏の研究、「双方向性授業による汎用性の高い漢方モデル授業の開発研究」の中間報告があった。

漢方は実践医学であるため、その教育は臨床の現場での実習が非常に重要になる。しかし実際には、全国82の大学医学部・医科系大学で漢方外来が設置されていないところもある。そのため臨床の現場で学生が漢方の実習を行うことができない大学も少なくない。

そこで、講義を中心とした授業をどのように工夫すれば、漢方医学に対する学生の興味を高められるのか、現代医学における漢方の必要性を認識させられるのか、そして今後の学びにつなげることができるのか、卒前における漢方医学教育を標準化するうえで非常に重要な課題と思われる。そうした観点から、九州大学では「漢方医薬学」の授業に双方向性の講義を導入し、アクションリサーチに基づく観察、省察、企画、アクションを繰り返し、汎用性の高いモデル授業の構築を目指している。

今回、漢方教育に5つの工夫を取り入れた(図1)。1つ目は、「A:西洋医学的治療が無効で且つ漢方治療が有効だった

患者の体験談」。2つ目は、「B:西洋医学の専門領域に従事した後に漢方を学んだ大学教員の体験談」。3つ目は、「C:本物の生薬に触れたり、漢方薬の試飲」。4つ目は、「D:学生が自らの体の状態を漢方医学的観点から診断する」。そして5つ目は、「E:症例検討を通じて、漢方医学的診断から処方に至るまでのプロセスの追体験」。



独自の漢方講義の汎用性を検証

本学の2018年度の漢方医学講義は5月から6月にかけて実施され、医学部だけでなく、歯学部と薬学部を含めた4年生187名が受講した(医学部98名、歯学部48名、薬学部41名)。講義は1コマ90分で、「漢方医薬学総論」「薬学から見た漢方の問題点及び有用性」「六病位とその代表的な方剤について」「気の異常について」「血と水の異常について」「漢方医学的診断・診療の実際について」「漢方製剤の種類と適正使用」「現代医療の中で漢方の果たす役割」の8コマで構成されている(図2)。

【授業内容の工夫点】

- (A) 西洋医学的治療が無効で且つ漢方治療が有効だった患者の体験談
 - (B) 西洋医学の専門領域で従事した後に漢方を学んだ大学教員の体験談
 - (C) 本物の生薬に触れたり、漢方薬の試飲
 - (D) 学生が自らの体の状態を漢方医学的観点から診断する
 - (E) 症例検討を通じて漢方医学的診断から処方に至るまでのプロセスの追体験
- なお(C)は休憩時間に行い、(D)(E)はクリックカーを用いた双方向授業とした。

図1 授業内容の工夫点

「A:西洋医学的治療が無効で且つ漢方治療が有効だった患者の体験談」と「B:西洋医学の専門領域に従事した後に漢方を学んだ大学教員の体験談」は、初めの「漢方医学総論」に含まれる。「C:本物の生薬に触れたり、漢方薬の試飲」は、3コマ目と4コマ目の間に設けられた休憩時間に実施した。さらに、6コマ目の「漢方医学的診断・診療の実際について」では、「D:学生が自らの体の状態を漢方医学的観点から診断する」と「E:症例検討を通じて、漢方医学的診断から処方に至るまでのプロセスの追体験」を行うが、ここではクリッカーを用いた双方向性の学習法を取り入れた。



時代を先取りした漢方教育導入

漢方医学講義の様子はすべてビデオに収録し、九州大学教材開発センターの協力を得てそのダイジェスト版を作成した。次に、ダイジェスト版を本学大学院医学研究院地域医療教育ユニットのホームページに「汎用性の高い効果的な漢方医学モデル授業の開発研究」に関するアンケート調査を行うためのリンクを張った。そして、全国の大学で漢方医学講義を担当している458名の先生に、先のダイジェスト版の視聴とWEBアンケートの依頼文を送付し、われわれが実施した漢方医学講義の汎用性に対する意見を募るとともに、われわれの方法による講義の導入の可能性について回答を求めた。

アンケートの回収率は21%で、96名の先生から回答を得た。回答していただいた先生のうち、漢方専門医+指導医の44名をI群、東洋医学会正会員+非会員の52名をII群とし、回答の傾向や違いを解析した。

月	日	曜	時間	講義内容	担当者
5	15	火	13:00-14:30	漢方医学総論	A,B 貝沼 茂三郎
			14:50-16:20	薬学から見た漢方の問題点及び有用性	森元 聡 島添 隆雄
5	22	火	13:00-14:30	六病位とその代表的な方剤について	貝沼 茂三郎
			14:50-16:20	気の異常について	坂本 篤彦
5	29	火	13:00-14:30	血と水の異常について	宮田 潤子
			14:50-16:20	漢方医学的診断・診療の実際について	D,E 貝沼 茂三郎
6	5	火	13:00-14:30	漢方製剤の種類と適正使用	江崎 伸昭
			14:50-15:50	現代医療の中で漢方の果たす役割	貝沼 茂三郎

4年生187名(医学部98名、歯学部48名、薬学部41名)が受講

図2 2018(平成30)年度医療系統合教育「漢方医薬学」講義日程



「患者の体験談」は講義に導入しにくい

まず、「A:西洋医学的治療が無効で且つ漢方治療が有効だった患者の体験談」が有効かどうかについては、専門医+指導医のI群では「非常にそう思う」が39%(17名)、「ややそう思う」が41%(18名)、合計80%(35名)だった(図3)。それに対し、東洋医学会正会員+非会員のII群では「非常にそう思う」が15%(8名)、「ややそう思う」が46%(24名)、合計61%(32名)だった。I群の先生が有意差をもって授業での有効性を認められた(P=0.0168)。さらに患者の体験談を「先生がご担当の授業で導入できると思うか」との質問では、I群の先生では「非常にそう思う」が2%(1名)、「ややそう思う」が27%(12名)、合計29%(13名)、II群の先生では「非常にそう思う」が6%(3名)、「ややそう思う」が25%(13名)、合計31%(16名)となり、いずれも導入の可能性は低いことが示唆された(図4)。

アンケートに付帯した自由記載には、「チャンピオンケースの

【A】西洋医学的治療が無効で漢方治療が有効だった患者さんの体験談

設問A-1) このような授業内容が、漢方医学の講義に有効と思うか?



図3 【A】西洋医学的治療が無効で漢方治療が有効だった患者さんの体験談への回答(1)

【A】西洋医学的治療が無効で漢方治療が有効だった患者さんの体験談

設問A-2) 先生がご担当の授業で、このような授業内容を導入できると思うか?

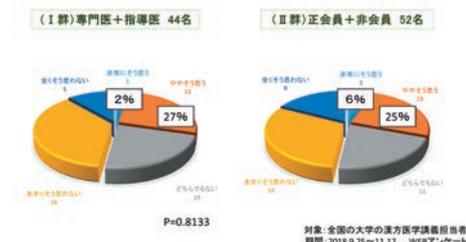


図4 【A】西洋医学的治療が無効で漢方治療が有効だった患者さんの体験談への回答(2)

ような一例報告であってエビデンスがない」「作用機序も説明したほうがいい。そうでないと誇大広告になってしまう」「患者の個人情報保護の観点から、わざわざ登壇していただくことや氏名の公表が必要なのか」といった指摘を受けた。また、正会員＋非会員の先生を中心に、「経験談を依頼できるような症例がない」との声もあった。そこで、これらの問題点の改善策として、次年度は「エビデンスが集積している症例、もしくはチャンピオンケースであっても作用機序が説明できる症例」を選択して提示し、患者の体験談はビデオ出演とすることを考えている。

「大学教員の体験談」の講義は評価が高い

「B:西洋医学の専門領域に従事した後に漢方を学んだ大学教員の体験談」の漢方医学講義における有効性については、I群では「非常にそう思う」が43%（19名）、「やや思う」が39%（17名）で合計82%（36名）、II群では順に29%（15名）、

46%（24名）、合計75%（39名）となり、全体として有効性に対する評価は非常に高かった。（図5）。大学教員による体験談の導入の可能性についても、I群では18%（8名）、46%（20名）、合計64%（28名）、II群では17%（9名）、35%（18名）、合計52%（27名）となり、患者の体験談に比べ、大学教員の体験談の導入の可能性は高かった。

3番目の「C:本物の生薬に触れたり、漢方薬の試飲」の有効性については、I群では66%（29名）、18%（8名）、合計84%（37名）、II群では44%（23名）、37%（19名）、合計81%（42名）となり、両群ともに評価は非常に高かった（図6）。この取り組みの導入の可能性についても、I群では32%（14名）、32%（14名）、合計64%（28名）、II群でも21%（11名）、29%（15名）、合計50%（26名）となり、両群ともに概ね支持されたと考えている。

一方、自由記載では、「生薬をどのように入手するのか」「短い講義時間の中で全員参加させるのか」「指導する教員数がかかり必要になるのではないかな」などの指摘があった。それらの改善策としては、生薬の入手に関しては近隣の薬局に相談していただくことを提案したい。講義時間が短く、全員参加が難しいことについては、代表的な方剤やその構成生薬については全員に説明し、試飲等の体験は休憩時間を利用して希望者のみに行えばよいのではないかと考えている。

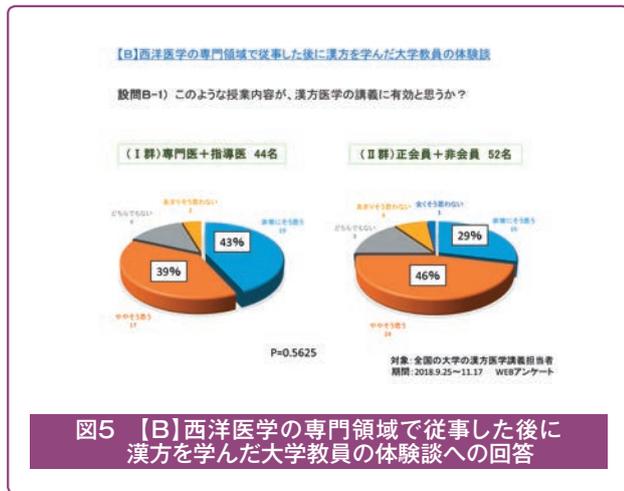


図5 【B】西洋医学の専門領域に従事した後に漢方を学んだ大学教員の体験談への回答

クリッカー双方向性講義も高評価

クリッカーを用いた双方向性の参加型講義の有効性については、漢方医学的診断では、I群では43%（19名）、41%（18

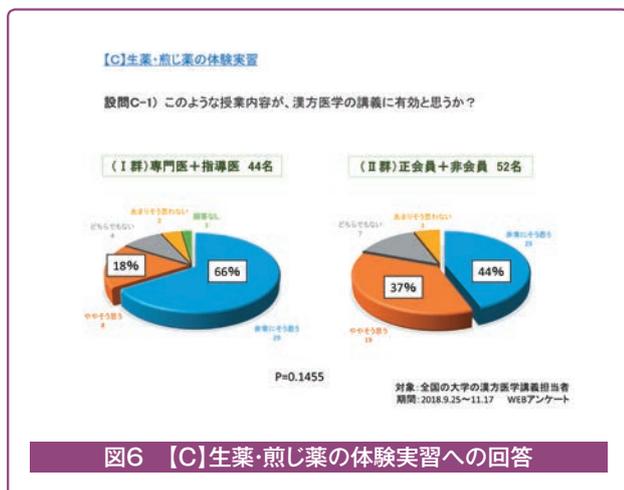


図6 【C】生薬・煎じ薬の体験実習への回答

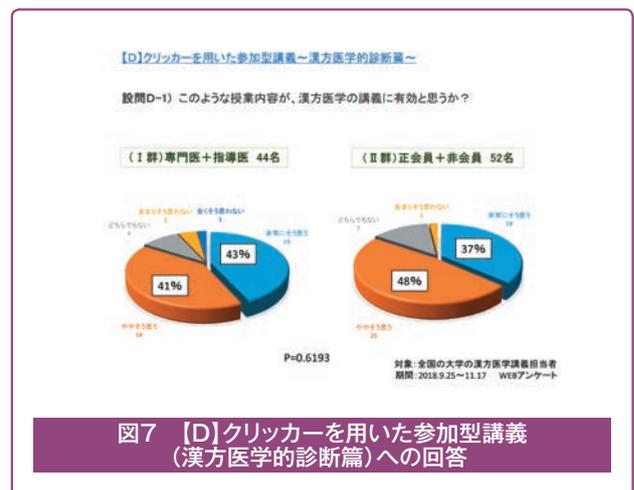


図7 【D】クリッカーを用いた参加型講義（漢方医学的診断篇）への回答

名)、合計84%(37名)、II群でも37%(19名)、48%(25名)、合計85%(44名)となり、いずれも非常に高い評価を受けた(図7)。

一方、その導入の可能性については、I群では9%(4名)、39%(17名)、合計48%(21名)、II群でも8%(4名)、42%(22名)、合計50%(26名)だった。

症例検討での有効性については、I群では52%(23名)、36%(16名)、合計88%(39名)、II群では35%(18名)、40%(21名)、合計75%(39名)で、I群のほうが評価は高かった(図8)。

その導入の可能性については、I群では14%(6名)、38%(17名)、合計52%(23名)、II群では6%(3名)、42%(22名)、合計48%(25名)だった。

自由記載には、「クリッカーを準備できない」との声が多かった。たしかに、100人分のクリッカーを購入しようとすると約100万円の費用が必要になる。そこで、他学部の先生にもお声がけして、クリッカーを漢方以外の授業でも使用するようになれば導入のハードルは下がるのではないと思われる。

また症例検討に関しては、「十分な漢方医学的な基礎知識を習得したうえで、最後に行くべきではないか」「症例の振り返りをもう少し詳しくしたほうがよいのではないか」などの指摘があった。

本年度の講義では、学生に処方まで考えさせたが、次年度は漢方医学的な病態の診断まで学生に考えさせるようにして、実際の処方に関しては推奨される処方を振り返りの中で説明するようにしようと考えている。なお、次年度はクリッカーではなく、e-learningシステムを導入して学生がスマートフォンで参加できるようにする予定である。



内容をさらに工夫・改善したい

今回の検証では、医学部の学生32名にもWEBアンケートに任意で答えてもらった。その結果、患者や大学の教員の体験談に対する評価が高かった(図9)。特に大学の教員の体験談は、漢方学習に対するモチベーションの向上にも寄与する可能性があることが示された(図10)。

漢方の講義をより効果的にするために、アクティブラーニングを取り入れた5つの取り組みの汎用性について検証した。漢方に関する講義を担当する96名の先生のWEBアンケートでは、5つの取り組みの中で、「大学教員の体験談」、「生薬・煎じ薬の体験実習」の有効性および導入の可能性については、肯定的意見が50%以上を占めた。

今回のアンケート結果をもとに、次年度は5つの取り組みの内容を工夫・改善し、再度汎用性に関する検証を行いたいと考えている。

次の授業内容は、漢方医学の考え方を理解するのに役立ちましたか？(医学部 N=32)

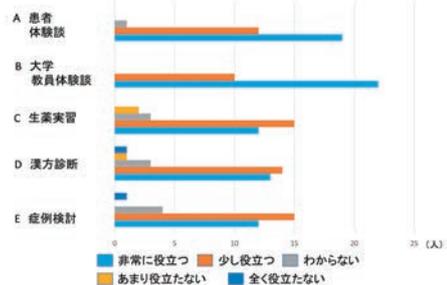


図9 次の授業内容は、漢方医学の考え方を理解するのに役立ちましたか？

【E】クリッカーを用いた参加型講義～症例検討篇～

設問E-1) このような授業内容が、漢方医学の講義に有効と思うか？



図8 【E】クリッカーを用いた参加型講義(症例検討篇)への回答

次の授業を受講して、もっと漢方を勉強したいと思いましたか？(医学部 N=32)

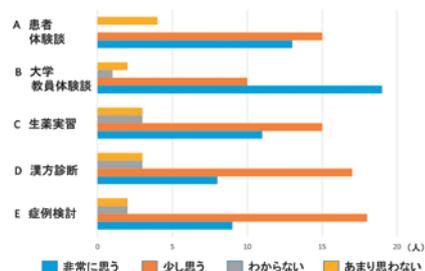


図10 次の授業を受講して、もっと漢方を勉強したいと思いましたか？

中間報告

医学部・薬学部学生によるPBL課題作成を通じた協同的学習プログラムの創出と漢方医学教育の再定義

藤倉 輝道

日本医科大学 医学教育センター 教授

抄録



漢方医学教育 SYMPOSIUM 2019 における漢方医学教育研究助成の中間報告では、日本医科大学医学教育センターの藤倉輝道氏の研究、「医学部・薬学部学生によるPBL課題作成を通じた協同的学習プログラムの創出と漢方医学教育の再定義」の概要も紹介された。単科大学である日本医科大学が他大学、他領域といかに連携し、効率のかつ画期的な漢方医学教育を展開しているのが注目された。

本日の中間報告の内容は大きく4つに分けられる。1つ目は漢方医学教育の方略として、PBL(問題基盤型学習)が非常に適しているということ。2つ目は今回実施した課題作成型PBLによる漢方医学教育を検証した結果、同教育の再定義につながる示唆が得られたこと。3つ目としては、本学は単科大学であるため、学部教育における他学部、他領域との連携は基本的に難しい環境にあるが、漢方教育においてはそうした連携

が十分に可能であり、成果を得やすいと感じたことを報告したい。そして4つ目として、近年急速に普及しているICT機器の漢方医学教育における活用の可能性にも触れてみたい。

本学の漢方医学教育は週1回、半日をかけて4回行われる(図1)。初日はオリエンテーションで始まり、授業がPBL形式で行われることと、その目的および目標がまず伝えられる。続いて、東京理科大学薬学部の磯濱洋一郎教授にご協力いただき、「漢方医学の基本的考え方と科学的視点:本当に効くのか?からなぜ効くのか?へ」とのタイトルで、漢方医学を総論的にご講義いただく。このあと、PBLの前の予習用のツールとして用いる漢方e-learningの概要と使用方法について、同ツールを開発した神奈川県立産業技術総合研究所(KISTEC)の伊藤亜希特任研究員に説明していただく。そして最後に、本学東洋医学科の高橋秀実教授が「東洋医学と西洋医学との差異:風邪に対する考え方」とのタイトルで講義を行う。また時間の都合によって講義ができなかった部分は、事前に作成したWeb講座を学生たちに視聴させる。

2日目以降は、PBLを3回行う。1グループは学生7、8人と正

2日目以降は、PBLを3回行う。1グループは学生7、8人と正

2日目以降は、PBLを3回行う。1グループは学生7、8人と正

日	内容	担当	授業時間
5月8日	オリエンテーション 講義1部 伊藤 亜希 磯濱 洋一郎 高橋 秀実 12時30分(Web講座) 13時(Web講座) 14時(Web講座)	1. 漢方e-learningの概要(目的・目標・構成・導入) 2. 漢方e-learningの活用(東京理科大学・漢方部) 3. 漢方e-learningの活用(漢方部・漢方部) 4. 漢方e-learningの活用(漢方部・漢方部)	13:00-14:00 14:00-15:00 15:00-16:00 16:00-17:00 17:00-18:00 18:00-19:00
5月16日	PBL	漢方e-learningを用いた課題作成 1グループ:学生7-8名+チューター1名	13:00-14:00
5月22日	PBL	漢方e-learningを用いた課題作成 1グループ:学生7-8名+チューター1名	13:00-14:00
5月30日	PBL	漢方e-learningを用いた課題作成 1グループ:学生7-8名+チューター1名	13:00-14:00
事後	漢方e-learningを用いた確認テスト 授業アンケート 各グループで作成したPBL課題をWeb上で公開。ピア評価、チューター評価、教員評価にて全員で授業を行う 優秀課題表彰、表彰する		

- ①予習:漢方e-Learning(KISTEC提供)の指定部分
- ②キーレクチャー&Web講義
- ③PBLでPBL課題を作成する
(学修支援システムを用いた東京理科大学との共同作業)
- ④事後:確認テスト
ピア評価(優秀課題表彰)・授業評価アンケート

図1 日本医科大学の漢方医学教育

日本医科大学側:

医学部3年生の正規授業:単位認定あり
基礎医学PBL(PBLチュートリアルによるグループ学習)
学生7名前後、17グループで編成され、各グループ1名の
教員(基礎医学系)がチューターとなる。
東洋医学も含め、臨床医学はまだ未修の時期。

東京理科大学側:

薬学部大学院生の課外授業
約10名前後の有志学生が副チューターとして週1回程度
自由な時間に本学のLMSにアクセスし、グループワークに
Web参加。年1回、合同カンファランス・親睦会を開催する。

図2 日本医科大学の授業概要

チューターを務める教員1人で構成され、今回はそれが17グループとなった。基礎医学のPBLの中に漢方医学を取り入れたのは、今回が初めての試みだった。実施時期は3年次の5月で、学生たちは東洋医学も含め、臨床医学は全く勉強していないが、基礎医学の学習はほぼ終わりにかけている。PBL終了後にはアンケートと確認テストのほか、ピア評価も行った。なお4日間の授業は、医学部3年生の正規の科目として単位も認定される(図2)。

PBLの課題を学生たちに作成させる

漢方教育のPBLは本学の演習室で行う。今回行ったPBLは通常のPBLとは異なり、課題そのものを学生たちに作成させるようにした。具体的には、学生たちは事前に漢方e-learningで予習し、その知識をもとに課題になると想定される症例を作成し、その課題解決に向けた漢方の処方グループで検討するというかたちである。

たとえば糖尿病をテーマとするPBLであれば、学生たちは演習室の電子黒板に想定される症状やそれに対応する漢方薬、あるいはその構成生薬などを思いのままに書いていく。その際、リアリティをもたせるために、きれいに書く必要はないと説明し、とにかく議論されたことは何でも書くようにと指導している。電子黒板に書かれた内容は、議論の成果物としてそのままの画像がWeb上の学習支援システムにすべてアップロードされる(図3)。

殴り書きのような画像であったとしても、それが再現されることで、それを見るわれわれ教員やチューターにとっては清書されたレポートとは異なり、授業の様子を、臨場感をもって知ることがで

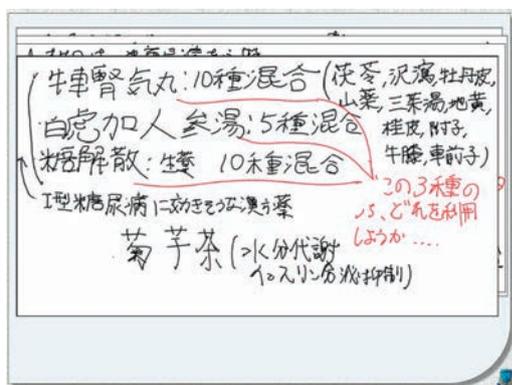


図3 電子黒板に書かれた議論の成果物

きる。また、アップロードされた画像を順にたどれば、彼らが何を考え、どこを誤ったのかなども追跡することができる。最終的に問題点が絞られ、1つの答えに集約されると、それまでの授業の画像が整理され、サマリーという形でPDF化される。

理科大学大学院生が副チューター

漢方教育のPBLでは正チューターの補助として、東京理科大学の大学院生約10人に副チューターとして加わっていた。彼らには週1回程度、自由な時間に学習支援システムにアップロードされた学習内容を見ていただき、Web上のグループワークにも参加していただく(図4)。

学生たちはPBLの過程で東京理科大学の副チューターの意見を聞くために、学習支援システムに質問を書き込むこともある。すると東京理科大学の大学院生からそれに対する丁寧なアドバイスが書き込まれる。たとえば先の糖尿病に関するPBL

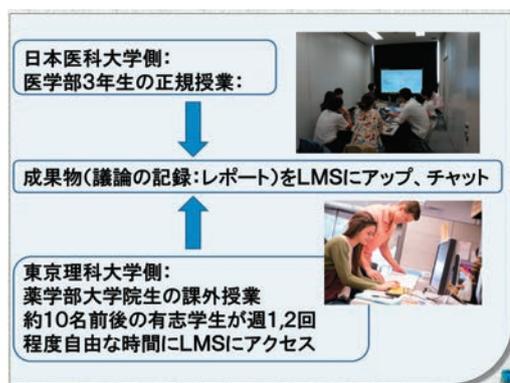


図4 日本医科大学の漢方教育PBL

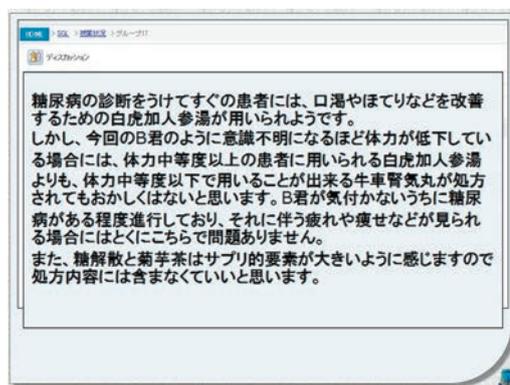


図5 東京理科大学大学院生の副チューターの書き込み

においては、「体力が低下している場合は、白虎加人参湯より牛車腎気丸のほうがよいのではないか」といった内容の回答が、その理由などとともに書き込まれた(図5)。こうしたディスカッションの繰り返しの中で、学生たちの書き込みも少しずつ漢方らしくなっていく。

PBLによる学習の過程では、実際の問題場面を想定した課題シートと呼ばれるものも作成される(図6)。使われる言葉は若者たちの日常語だが、学生たちにとっては非常に親しみやすい。われわれが作成するとうはいかない。課題シートとともに、実際にチューターに学習課題として使ってもらうことを目的とするチューターガイドも作成する(図7)。そのガイドも、学生たちがグループで協力して作るようになっており、作成責任者も学生が担う。とてもユニークな題名がしばしば付けられるが、中心となるテーマや課題の目的、キーワードなどは的確に記載されている。またチューターガイドには、PBLにおける到達目標もグループ内でしっかり設定し、議論していたことが示されている。

課題作成型PBLへの評価は肯定的

PBL終了後には受講した学生たちに対し、授業に対する7項目の評価アンケートを実施した。それぞれの項目について、1の「全くよくなかった」から10の「非常に良かった」までの10段階で評価してもらった(図8)。「少人数教育(SGL)の目的と進め方に対する事前の理解はどうでしたか」という質問に対する評価は6.72点だった。「今回の漢方のコース課題は勉強になりましたか」という質問では、7.30点だった。本学のチューターに対する評価は8.50点、東京理科大学の副チューターに対する評

価は8.20点で、いずれも非常に高かった。一方、「今回の課題を作る形式のPBLは、今までの課題を解くPBLと比べ楽しかったか」との質問では6.68点、「課題を作る形式のPBLは今までの課題を解くPBLと比べ勉強になったか」という質問では6.14点だった。さらに、PBLを行う前の漢方e-learningについて、1を「全く利用しなかった」、10を「非常に利用した」として10段階で評価させたところ、平均点は5.36±2.45であり高くはなかった。学生たちは基本的に、予習をあまり行わない傾向があるため、いわゆる反転授業と呼ばれる授業形態の実施はかなり難しい状況にあるのかもしれない。

それでも、評価アンケートに付け加えられたフリーコメントでは、今回の授業を肯定的に評価する声も多かった(図9)。たとえば、「初めは西洋医学のようなエビデンスがなく、個人的には信頼性は低かったが、漢方独特の診断法や個人によつての薬の違い、生薬の良い配合が決まっていたりするので、漢方医学は新鮮で興味がわき、以前よりも信頼できるようになりました」「正しい知識を得ることで、漢方はなぜか効く怪しい植物という偏見がなくなりました。西洋医学と漢方医学のミックスができる内科医となれるように頑張りたいと思います」「漢方医学は想像していたよりも奥が深く、興味深いのでまた勉強したいと思った」などである。したがって、PBLを用いた漢方医学教育の意義は十分にあると感じられた。

他学部学生と触れられることは新鮮

今回のPBL授業終了後、本学の医学部学生4人と東京理科大学の大学院生4人に、あらためてフォーカスグループインタ

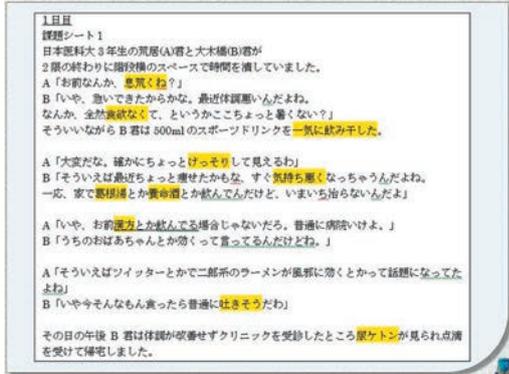


図6 実際の問題場面を想定した課題シート

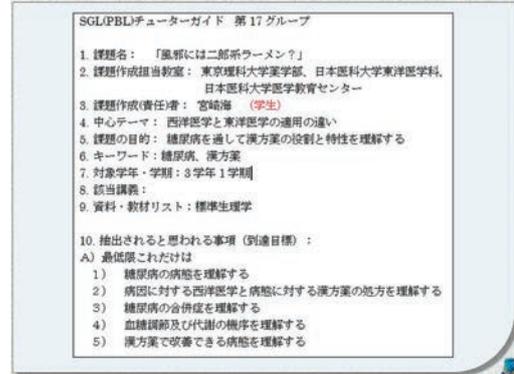


図7 学習課題として使うチューターガイド

ビューを行った。

教員は一切口を出さずに評価させたところ、多くから「最初は何をどう手をつけてよいのか戸惑った」との声が聞かれた。そもそも授業は、「自分たちで課題を作ってください」という要求からいきなり始まるため、学生たちが当初かなり困惑したことは当然と思われる。しかし、われわれの要求に応えるために、彼らは既知の医学知識を総動員せざるを得なくなる。授業を行った3年次の時点では、基礎医学全般や薬理学も少し学んでいる時期ではあるが、そういったものを総動員させ、いろいろな資料も集めなければならないのである。

すなわち、漢方医学の体系に触れることを通じて、既修の医学体系の統合、整理もあらためて行われていくのである。特に課題作成型のPBLは、学習の推進力としてより機能する可能性があると感じられた。その証左として、フォーカスグループインタビューでは「課題を作るということは通常の患者の側から見るPBLとは逆で、疾患の側から見るというプロセスが必要で新鮮だった」「他の学部学生の考えや知識に触れられることは新鮮」とのコメントも寄せられた。また「消化不良、もう1日増やしてほしい」との声も聞かれたため、今回の授業が学生たちの漢方への興味を高めるきっかけにもなった可能性があると思われる。

漢方医学教育の新たな学習の場へ

2012年8月、中央教育審議会(中教審)は、「新たな未来を築くための大学教育の質的転換に向けて～生涯学び続け、主体的に考える力を育成する大学へ～」という答申の中で、「従来のような知識の伝達・注入を中心とした授業から、教員と学生

が意思疎通を図りつつ、一緒になって切磋琢磨し、相互に刺激を与えながら知的に成長する場を創り、学生が主体的に問題を発見し解を見だしていく能動的学修(アクティブ・ラーニング)への転換が必要である」と提言している。さらに近年は、卒業時に必要な医師としてのアウトカム(コンピテンシー、能力)を定め、カリキュラムはアウトカムに基づいて構成されるというアウトカム基盤型教育を行うことも求められている。

2018年に世界保健機関が公表した新たな国際疾病分類ICD-11には、伝統医学の用語も導入され、今や漢方も国際的に認知される医学となりつつある。そうした中、われわれは今回、漢方医学教育の新たな手法として学生による課題作成型のPBL授業を試みた。この授業では、本学の医学部学生たちが東京理科大学薬学部の大学院生という、異なる領域、学歴の人たちと身近に接することができ、大いに刺激を受けたと思われる。さらにICTやe-learningを活用することで、よりアクティブな学習の場を創造できる可能性も示された。

日本医科大学医学教育センターは2014年6月に発足し、私はその医学教育研究開発部門の長として医学教育学上の研究及び開発に携わっている。また、ファカルティ・ディベロプメントの企画運営や学内教育の企画・運営、支援、医師国家試験対策、情報科学教育及びe-learningの実施・研究なども日々の業務としている。課題作成型PBLはそうした取り組みの一貫ではあるが、医学部教育における漢方教育を活性化させるためのより重要な試みと考えている。今回の取り組みで得られた成果と課題をあらためて検証するとともに、もう1年内容のブラッシュアップを続け、学生たちにとってより有益な漢方教育を確立したいと考えている。

授業評価アンケート 10段階評価:n=48		平均	標準偏差
今回のSQLの目的と進め方に対する事前の理解はどうか?	「1:全くよくなかった」 「10:非常によかった」	6.72	2.15
今回の漢方のコース課題は勉強になりましたか?	「1:全くならない」 「10:非常によかった」	7.30	1.93
チューターの先生(日本医大)はどうか?	「1:全くよくなかった」 「10:非常によかった」	8.50	1.70
副チューターの学生さん(理科大)はどうか?	「1:全くよくなかった」 「10:非常によかった」	8.20	1.75
今回の課題を作る形式のPBLはこれまでの課題を解くPBLと比べ楽しかったですか?	今回の形式の方が「1:全く楽しくない」 「10:非常に楽しい」	6.68	2.49
課題を作る形式のPBLはこれまでの課題を解くPBLと比べ勉強になりましたか?	今回の形式の方が「1:全く勉強にならない」 「10:非常に勉強になる」	6.14	2.22
漢方e-learningのコンテンツについて	漢方e-learningコンテンツを利用しましたか? 「1:全く利用しなかった」 「10:非常に利用した」	5.38	2.45

図8 授業評価アンケート

フリーコメント:漢方医学について

初めは西洋医学の様にエビデンスがなく個人的には信頼性は低かったのですが、漢方独特の診断法や個人によっての薬の違い、生薬の良い配合が決まっていたり漢方医学は新鮮で興味がわき、以前よりも信頼できるようになりました。

正しい知識をえることで、漢方はなぜか効く怪しい植物という偏見がなくなりました。西洋医学と漢方医学のミックスができる内科医となれるように頑張っていきたいです。

漢方医学は想像していたよりも奥が深く、興味深いのでまた勉強したいと思った。

図9 フリーコメント:漢方医学について

中間報告

大学での漢方医学教育における eラーニングを用いた反転授業の検証

伊藤 亜希

神奈川県立産業技術総合研究所 人材育成部 特任研究員

抄録



医学教育モデル・コア・カリキュラムに漢方教育の必要性が盛り込まれて以来18年が経過した。それを受け、国内の大学医学部・医科系大学は医学生に対する漢方教育を開始したが、教員や実習の場の不足などにより十分な教育体制を確立できていない大学も散見される。そうした中、神奈川県立産業技術総合研究所は効率的な漢方教育を行うための新たな教育ツールとして、eラーニングシステムを開発した。同研究所の伊藤亜希氏は、このシステムを活用した反転授業の有用性を検討し、その成果を中間報告として漢方医学教育SYMPOSIUM 2019で発表した。

2001年3月、医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議（文部科学省主催、高久史麿座長）が「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—」の別冊として、医学教育モデル・コア・カリキュラム—教育内容ガイドラインを策定・公表した。このとき、同カリキュラムの1項目に「和漢薬を概説できる」との一文が加えられ、医学部教育における漢方教育の必要性が初めて謳われた。

その後、2007年と2010年の2度の改訂において、漢方教育の扱いに関する文言に修正が加えられ、2016年の再改訂では「漢方医学の特徴や、主に和漢薬（漢方薬）の適応、薬理作用が概説できる」との、より踏み込んだ表現となった。

こうした変遷の中で、2017年現在、全国81の大学医学部および医科系大学のすべてで漢方医学教育が実施されるようになったが、十分な講義時間が確保されているとはいえない。

さらに薬学部教育においても、「薬学教育モデル・コア・カリキュラム」に漢方薬学に関する項目が組み込まれており、国家試験にも出題されているが、薬剤師の多くが漢方薬の処方意図を理解できていないともいわれている。

こうした現状を踏まえ、神奈川県立産業技術総合研究所では、文部科学省地域イノベーション戦略支援プログラム（2013年4月～2018年3月、2019年3月まで延長）の一環として、効率的かつ効果的な漢方教育の実践を支援するツールとして、ICTを活用した教材『漢方e-learning』システムを開発した。本研究では、このシステムを用いた反転授業を漢方教育に取り入れる新たな教育方法の確立を目指すとともに、それが教員及び学生の双方にとって有用であるかを検証した（図1）。

eラーニングを用いた反転授業を実施

反転授業とは、eラーニングのようなICT教材を用い、授業前の予習により知識の習得を済ませ、実際の授業では知識の確認や問題解決学習を行う授業形態を意味する。本研究の研

漢方医学教育SYMPOSIUM2019 KISTEC

【研究の目的】

本研究では、ICT教材「漢方e-learning」¹⁾を活用した反転授業²⁾を取り入れることで、教員及び学生の双方にとって有用と考えられる反転授業の確立とその効果を検証することを目的とする。

*1: 文部科学省地域イノベーション戦略支援プログラム事業(2015年4月～2018年3月) 現在延長中(～2019年3月)で作成

*2: 反転授業とは、授業前にeラーニングのようなICT教材により知識の習得を済ませ実際の授業では知識の確認や問題解決学習を行う授業形態のこと

2019.2.9 (土) 都市センターホテル

図1 漢方教育に反転授業を取り入れる研究の目的

究計画は次の3点で構成される。

1つ目は、漢方教育を受ける学生たちを従来型の漢方講義を行うA群(従来授業群)と『漢方e-learning』を用いた反転授業を行うB群(反転授業群)に分け、反転授業の有効性を比較検討すること。

2つ目は、授業を実施した結果を精査し、『漢方e-learning』を用いた反転授業を確立すること。

そして3つ目は、確立した反転授業を再度実施し、さらに検討・検証を行うこととした。

本研究を実施するに当たり、複数の大学医学部および薬学部に参加を公募した。2019年2月時点で参加を表明し、倫理審査を完了した大学は8大学であり、そのうち1大学については審査対象外という結果であった。その他に申請中が1大学、申請予定が1大学である。

それらのうち、3つの大学医学部と4つの大学薬学部が反転授業を実施し、1校の医学部と1校の薬学部が反転授業の対象となる従来授業を実施した。またこれらの大学を含めた15大学20名の先生に、反転授業への協力を要請し、反転授業検討グループというメーリングリストに登録した。

反転授業への学生たちの満足度は高い

本報告では、反転授業を実施し、そのデータ解析も完了したH大学とC大学の例を紹介する。

H大学では薬学部4年生134名を対象に、必須科目15コマ

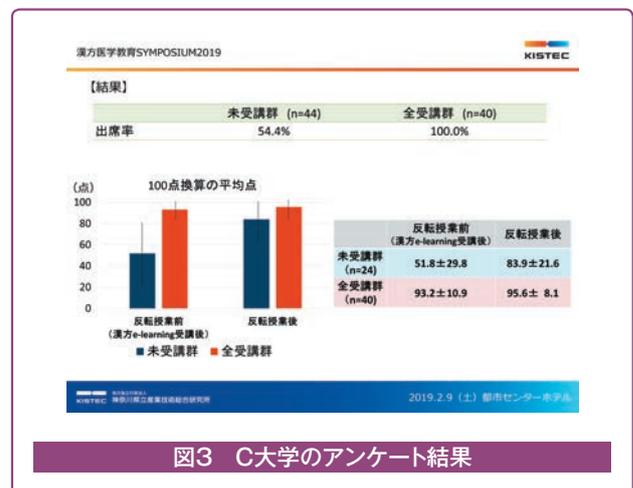
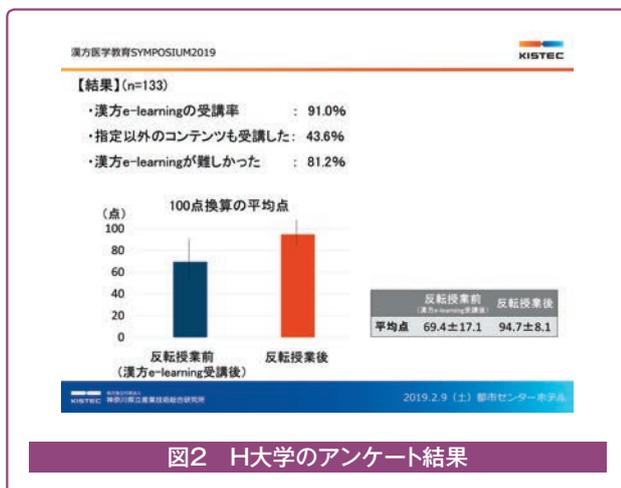
のうち1コマ(90分)で反転授業を実施した。初めに、反転授業1週間前に学生に『漢方e-learning』のIDと受講すべきコンテンツを通知した。授業当日は『漢方e-learning』確認問題33問を出題し、クリッカーを使用して全員に解答させた。その場で正誤を確認しながら、間違いの多いところを中心に教員が解説を行った。解説後、再度クリッカーを使用して確認問題33問とアンケートを実施した。対象のうち133名が授業およびアンケートを完遂し、解析対象となった。

『漢方e-learning』による事前学習の受講率は91.0%で、43.6%は指定以外のコンテンツも受講していた。対象の81.2%が『漢方e-learning』が難しかったと回答した。『漢方e-learning』確認問題33問を100点換算した平均点は、『漢方e-learning』受講後・反転授業前は69.4点だったが、反転授業後は94.7点と正解率が向上した(図2)。

反転授業後のアンケート調査では、学生たちの満足度は84.5%、理解度は91.9%、定着度は89.2%との結果だった。「今後も反転授業を取り入れていくべきだと思う」という質問項目には、学生の59.3%が「はい」と回答したが、「分からない」との回答も33.6%あった。

C大学では、医学部4年生134名が必須科目5コマのうち1コマ(90分)で反転授業を実施した。同大学では授業2日前に『漢方e-learning』のIDと受講すべきコンテンツを学生たちに通知し、授業前後で『漢方e-learning』の確認問題7問によるテストを実施した。

『漢方e-learning』の授業前の受講状況は、全く受講せず



(未受講)が40名(29.9%)、一部受講が50名(37.3%)、全て受講が44名(32.8%)だった。反転授業の出席率は、全く受講しなかった未受講群が54.4%だったのに対し、全て受講した全受講群は100%だった。

確認問題7問の100点換算の平均点は、『漢方e-learning』受講後・反転授業前は未受講群51.8点、全受講群93.2点、反転授業後は未受講群83.9点、全受講群95.6点で、反転授業の有用性が示唆された(図3)。

理解を促す反転授業検証モデルを作成

以上の結果を踏まえ、研究計画の2番目に当たる反転授業の確立を試みた。調査の評価項目には、「満足度」「理解度」「定着度」だけでなく、今後は「漢方に対する興味度」「将来

的に漢方薬を処方したいと考えた学生の数」「学生自身が患者(家族)に選ぶことができる漢方薬の数」も指標に加え、反転授業でその増加を図れるかどうかを検証し、さらにそれを反転授業と従来授業で比較することにした(図4)。また症例問題も作成して調査項目に加え、「正解率」と「解答に対する確信度」を従来授業群と反転授業群で比較することにした。

2018年に公表された国際疾病分類第11回改訂版(ICD-11)には、伝統医学の項目が新たに設けられた。そのため、ICD-11の分類に基づく漢方のビッグデータ解析も可能になると考えられる。そのためには、ICD-11の分類ができる人材を育成することが必要となる。そこで、感冒と更年期障害(婦人科3処方を含む)の学習を通して、六病位、虚実、寒熱、気血水の概念の理解を促せる反転授業の検証モデルAを考えた(図5)。学生は授業前に『漢方e-learning』で「虚実」「寒熱」「六病位」「気血水」「感冒」「更年期障害」を受講し知識の習得を済ませる。そして、実際の授業では、感冒と更年期障害の症例を提示し、学生が証や処方を決定するためのアクティブ・ラーニングを実施するモデルである。このようにして、学生は医学教育モデル・コア・カリキュラムで策定されている「漢方医学の特徴や、主に和漢薬(漢方薬)の適応が概説できる」ことを学修できると考える。

この反転授業モデルAを、K大学薬学部の3年生177名を対象に実施した。先述した新たな指標「自分自身が患者(家族)に選ぶことができる漢方薬の数」について反転授業前後で比較すると未受講群より全受講群のほうが増加率が高

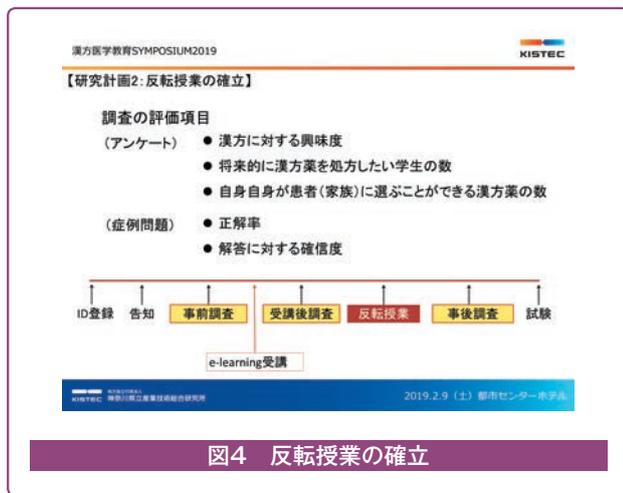


図4 反転授業の確立

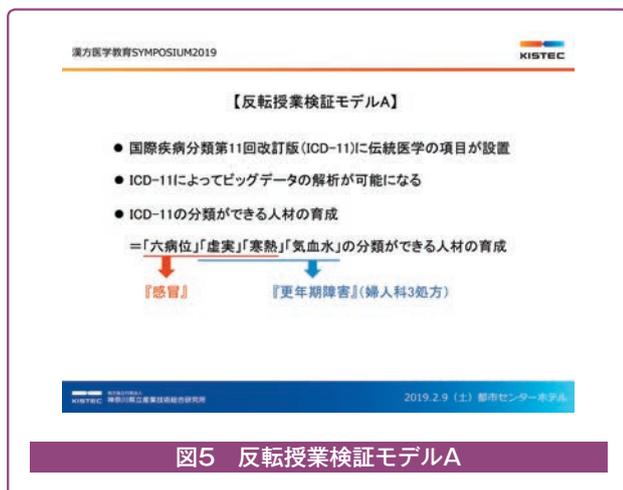


図5 反転授業検証モデルA

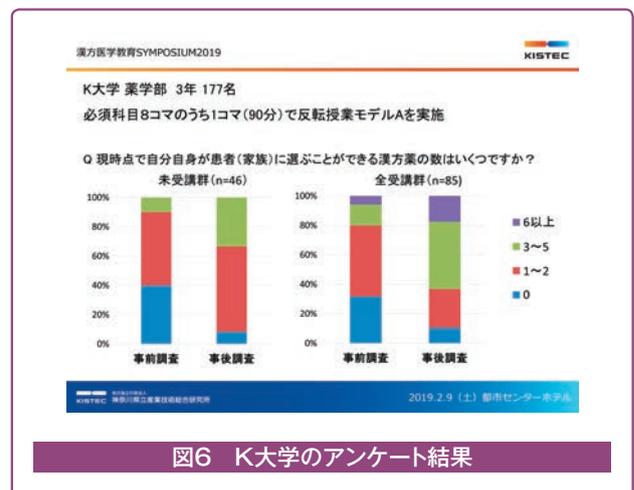


図6 K大学のアンケート結果

かった(図6)。

最近は実習前の座学を『漢方e-learning』に代えることで、実習時間を確保するだけでなく、実習の内容も充実できるのではないかと所見もある。このような提案を実現するため反転授業検証モデルBを考案した。これは、初めに『漢方e-learning』で「望診-舌診」「聞診」「問診」「切診-脈診・腹診」を学生に受講させ、実際の授業時間をすべて実習にあてるモデルである(図7)。

教員全員が今後も実施したい

本検討では、反転授業を行った6名の先生に対してアンケート調査も行った。

まず、「反転授業は効果的であるか」を5段階評価(「効果的である」が5)で回答していただいたところ、2が1名、3が1名、4が3名、5が1名だった。理由については、2と3を選択した先生は、「予習をしてこない学生がいる」ことを問題点として挙げている。一方、4を選択した先生からは、「学生からのフィードバックは好意的だった」「学生に知識の定着・学習意欲の向上が感じられた」「各自が学習速度と学習深度を調節できる」などの肯定的なコメントが寄せられた。さらに5を選択した先生は「全体的に正解率が高かった」と、学習法としての有効性を挙げている(図8)。

従来授業と反転授業の比較では、従来授業を有用と評価する先生はおらず、「反転授業は有用」が4名、「どちらともいえない」

が2名だった。反転授業を有用とする理由では、「学生がよりポジティブに授業に参加できた」「従来授業は受け身で効率が悪い」「予習をすることでスタート地点が変わる」「各自が学習速度と学習深度を調節できる」などの声があった。一方、「どちらともいえない」と回答した先生は、「真の評価が難しい」「準備が双方大変である」と指摘していた。そうした中、「今後も反転授業を実施したいか」との質問には、6名の先生全員が「実施したい」と回答した。その理由として、「強制的に予習させられる」「反転授業の効果を科学的に評価したい」「授業の進行がスムーズになる」「授業を効率化できる」「教員の負担軽減」などを挙げていた。

さらなる検証を続けるために協力を

反転授業の有効性の検討はまだ十分とはいえないが、今回の検討で有用である可能性は示されたと考えている。また、有用な反転授業を確立するための検証モデルも提案することができた。

その一方で、「『漢方e-learning』の受講率の改善」「導入に対する学生の評価の改善」「効果についての科学的検証の確立」の3つが課題として残った。そこで、さらなる検討を続けたいと考えている。そのために、検証モデルや反転授業を実施していただける大学とともに、反転授業を検討するメーリングリストのメンバー、反転授業に関するご意見も募集している。ぜひ、多くの先生方に協力を願う。



図7 反転授業検証モデルB

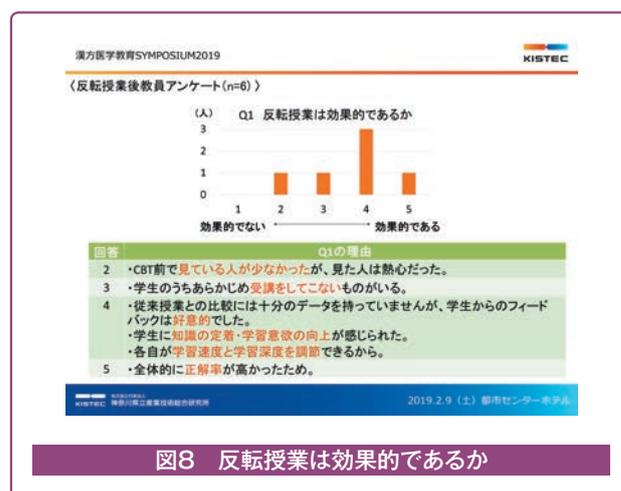


図8 反転授業は効果的であるか

一般講演

体験型漢方医学教育の取組みと今後の課題

佐藤 浩子

群馬大学大学院医学系研究科 総合医療学 講師

抄録



2001年に医学教育モデル・コア・カリキュラムが策定され、その中に「和漢薬を概説できる」との一文が記載された。以来、大学医学部・医科系大学における漢方教育の体制整備は着実に

進んでいるが、限られた時間数の中で医学生たちに漢方医学への理解や関心を高めることは容易ではない。群馬大学では総合診療部の漢方外来などを活用して、体験型の漢方医学教育を実施し、一定の成果を挙げている。漢方医学教育SYMPOSIUM 2019の一般講演で、同大学の佐藤浩子氏がその概要を報告した。

医学生が漢方を学ぶうえで漢方用語は異言語のように難しいのではないと思われる。そうはいても、医学生には漢方の面白さや実臨床での有用性などはぜひ実感してもらいたい。医学生たちが「漢方はわかりにくかった」という印象をもったまま漢方医学教育を終わるのではなく、漢方への関心を高める契機に

なるような教育授業にしたいと考えている(図1)。

そうした思いから、群馬大学では座学だけでなく、少人数制の体験型の漢方実習、いわゆるアクティブラーニングを積極的に取り入れている。なぜならば、学生同士で漢方について議論し合い、考えさせる機会になるように工夫しやすいからである。そこで本学での取組みと、その過程で抽出された課題を紹介したい。

本学の漢方医学教育は、毎年2年次の応用生理学の講義の中で2コマ(1コマ60分)を使用して行うことから始まる(図2)。

続いて3年次の薬理学の中で2コマ(1コマ60分)の講義と、「主要症候と病態生理」の一連の講義の中で3コマのチーム基盤型学習(TBL)で再び漢方医学教育を行う。これらの講義では、必要に応じてテスト(試験)も実施している。

そのあとは4年次の後半から6年次の半ばにかけて、1週間の臨床実習と2週間の選択科目としての臨床実習を行う。

さらに、私は総合診療部に属しており、総合診療と漢方診療の両方を担当しているため、総合診療部の臨床実習の中で漢方演習も行っている。

はじめに

- 医学生が漢方を学ぶ上で、漢方用語は異言語のようで分かりにくい。
- 医学生に漢方の面白さ・有用性を実感させたいと考え、少人数制の体験型漢方実習を積極的に取り入れている。
- 本学での取組みと今後の課題を紹介し、さらなる改良の機会としたい。

 群馬大学
Gunma University

図1 はじめに

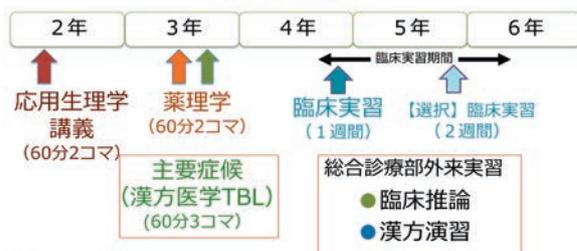
群馬大学における漢方医学教育カリキュラム
(2017年度以降)

図2 群馬大学における漢方医学教育カリキュラム

TBLは少数の教員が多数の学生を教育

TBLは、1970年代にオクラホマ大学のLarry K Michaelsen氏によって開発された教育手法であり、少ない教員数で多数の学生に教育できることを特徴とする(図3)。TBLは小グループで課題に取り組むことで、学生が自ら学び、応用する場となる。

こういった教育手法は、知識の定着、判断力・責任性・協働力の養成に役立つとされ、様々な分野の教育において活用されている。特に本学には漢方医学教育を担当する教員が少ないため、TBLの有用性は高いと考えた。現在、本学では120～130人の医学生に対して私1人でTBLを行っている。

3年次のTBLを行うに当たり、初めに学生に問題を与えて予習してもらおう(図4)。さらにTBLの前に1時間の漢方講義を行う。TBLの当日は、まず実際に予習をしたかどうかを確認するためにプレテスト(実習前テスト)を行う。そのあとで、学生たちを小人数のグループに分け、演習問題を与えてグループワークを行わせる。そしてグループワークのあとは成果を発表してもらおう。その発表に対して、私は必ずフィードバックとなるようなコメントを添えることにしている。最後に、学習の成果を確認するための最終テストを行う。以上が3年次のTBLの基本的な流れである。

TBL実施後は漢方の理解度が高まる

私は主要症候の講義では「腹部膨満」を教えているため、漢方医学TBLの事前予習の問題もそれに関連した内容となっ

ている(図5)。たとえば便秘をテーマとする事前予習の問題には、採血、腹部レントゲン、上腹部エコー、便潜血などの西洋医学における検査の結果とともに、患者の問診時の様子や視診、脈診、舌診、腹診などの漢方医学的所見も併記する。それらの情報を学生自身の視点で考えさせ、診断していくにはどのようなことに着目すべきかを予習してきてもらう。

先述したように、TBL当日はまず予習した内容をどれだけ理解しているのかについてプレテストを行う。

続いて演習問題を与えてTBLによるグループワークを行う。グループワークでは、初めに演習問題に記されている問題点のキーワードをディスカッションによって抽出させる。続いて問題に記された医療面接の情報をもとに、西洋医学的な観点から病態を検討させ、疾患を確定診断させる。それに合わせて診断の根拠も記載させる。



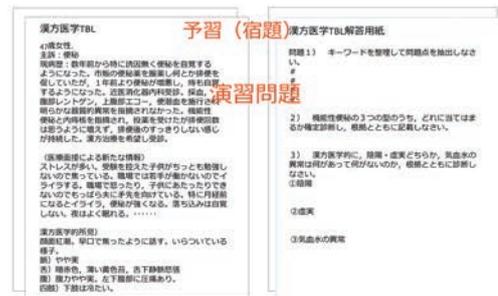
チーム基盤型学習(TBL)

- 1970年代後半にオクラホマ大学ビジネススクールのLarry K Michaelsenが開発した教育手法。
- 教員数が少なくても大人数を教育できる。
- 小グループで課題に取り組むことで、自ら学び応用する場となる。
- 知識の定着、判断力・責任性・協働力の養成に役立つ。



図3 チーム基盤型学習(TBL)

本学における漢方医学TBL



さらに漢方医学的な観点から、陰陽、虚实、気血水などに基づく患者の状態を判定させ、どのような病態なのかを診断させ、その根拠も記載させる。すなわち、西洋医学的な診断に加え漢方医学的にはどのような診断になるのかを、読み取らせるような問題を与えている。

その後、グループごとに検討結果を発表させ、私がそれにコメントをつけ加える。3年次は内科の系統講義が始まる前なので、病態の判別や診断はやや難しい課題かとは思われるが、このような教育方法を用いることで、学生たちの学習へのモチベーションが高まることを経験している。

総合診療部は漢方実習向き

本学総合診療部は救命・総合医療センターの1部門であり、そこに和漢診療外来も併設している。そこで卒前の臨床実習では、この総合診療部で総合診療と漢方診療を一緒に実習する。

具体的には、医学生が初診および再診の患者の診療に陪席し、医療面接・臨床推論を学びながら、漢方診療の実際も見学する。総合診療部には、Common diseaseのほか、不明熱などの他院・他施設で診断がつかなかった症例や多愁訴症例、精神症状と身体症状の合併例など、さまざまな訴えをもつ患者が受診する。このように、西洋医学的な初期診断や症候鑑別が難しい症例との遭遇機会が少なくない総合診療、いわゆるプライマリ・ケアの臨床は、同時に漢方教育にも適している

総合診療部臨床実習カリキュラム

	月	火	水	木	金
am	外来 (漢方含む)	外来 (漢方含む)	外来 (漢方含む)	外来 (漢方含む)	症例検討
pm	講義 腹診実習	医療安全 演習	ロールプレイ 生薬実習	レポート 作成	レポート 発表

漢方



図6 総合診療部臨床実習カリキュラム

と考えられる。

総合診療部における臨床実習のカリキュラムは、漢方診療も含む外来での実習、症例検討、腹診の実習、医療安全に関する演習、症例を模擬体験するためのロールプレイ、生薬体験、そして学んだことの復習のためのレポート作成・発表で構成される(図6)。

これらの実習を1週間かけて順に実施していく(図7)。外来での実習は毎週月曜から木曜までの午前中に行われ、総合診療部の初診患者さんの診療に陪席し、問診から診断に至るまでの流れを見学する(図8)。この外来での実習にはもちろん漢方診療も含まれる。また、学生たちは再診の患者さんの診療に陪席する際に、患者さんの承諾を得て実際にお腹を触らせてもらうこともある。

ロールプレイは自主的な学習に有用

実習を行った月曜の午後は、午前中の外来での診療を振り返りながら、漢方の基礎講義と腹診シミュレーターを用いた腹診の実習を行う。水曜の午後は、患者情報をどのように収集するのか、それをどのように解釈するのかを実体験してもらうために、学生同士で漢方診療のロールプレイを行う。

このロールプレイを行うに当たり、学生たちには事前に、どういうポイントを聞いたら診断ができるのかを必ず予習してもらう(図9)。

たとえば「めまい」の訴えをテーマとしたときは、回転性めま

臨床実習における取り組み (2017年度~)

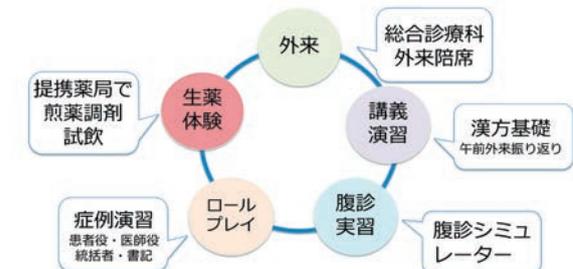


図7 臨床実習における取り組み(2017年度~)

プレイは有用な学習方法と考えられる。

学生たちの生薬実習への親和性は高い

ロールプレイのあとは、生薬実習を行う。いくつかの代表的な漢方薬の構成生薬1つひとつの用量を計量させ、それを煎じさせる(図12)。続いてそれを試飲させると、学生たちは「乾杯」などといいながら、楽しそうに実習するので、学生たちの生薬実習に対する親和性はかなり高いと感じられる。

外来診療、腹診実習、ロールプレイ、生薬体験などの臨床実習の前後に10点満点の確認テストを行っている。2014年度のやや古いデータだが、このときの臨床実習前の成績は平均 5.58 ± 1.84 点だった。一方、実習終了後は 8.07 ± 1.75 とやはり漢方の知識が明らかに高まっていた(図13)。こうした結果を

みても、体験型学習が座学に比べて漢方医学の理解をより促す効果があることがわかる。

臨床実習は漢方への関心を高める

2016年度の臨床実習後に、学生たちの間で漢方に対する意識がどのように変わったのかを確認するためのアンケート調査を行った。「漢方に関心がありますか」という質問に対しては、「とても関心がある」「少し関心がある」との回答が実習後に明らかに増え、「あまり関心がない」「全く関心がない」との回答は明らかに減っていた(図14)。

また、「将来漢方を活用したいと思いますか」との質問に対しても、「専門的に活用したい」「西洋医学と同等に活用したい」「少し活用したい」との回答がいずれも増加していた。その一

生薬調剤実習



図12 生薬調剤実習

アンケート調査結果 (2016年必修)

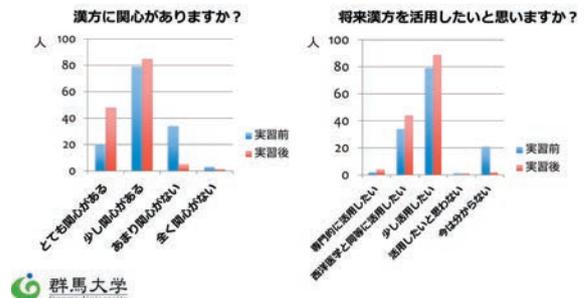


図14 アンケート調査結果

臨床実習前後での確認テスト(10点満点)

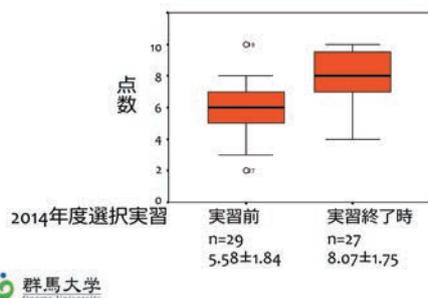


図13 臨床実習前後での確認テスト

学生の感想 (2015-2016年度)

漢方実習の良かった点

- ・体験的な講義が多く、関心を持てた。
- ・図書館にある漢方入門の本を読んでも理解できなかったが、ロールプレイによる演習で大変よく理解できた。
- ・症状がうつろ患者さんに対して、西洋医学的にカバーしきれないところを漢方でカバーできることを学習できた。
- ・症状を西洋医学とは違った視点で見ると、虚実、気血水で適する漢方を処方するのはとても面白かった。
- ・実際に調合してみたり、飲んでみたり、という実習が面白かった。

漢方実習の改善してほしい点

- ・成分を見せられてもあまりよくわからなかった。
- ・時間が長く集中するのが難しい。

図15 学生の感想

方で、「今は分からない」との回答は著明に減少していた。今後は学生たちのおおまかな印象だけでなく、質問をより踏み込んだ内容に変更し、それらに対する学生たちの評価を定量的に検証したいと考えている。



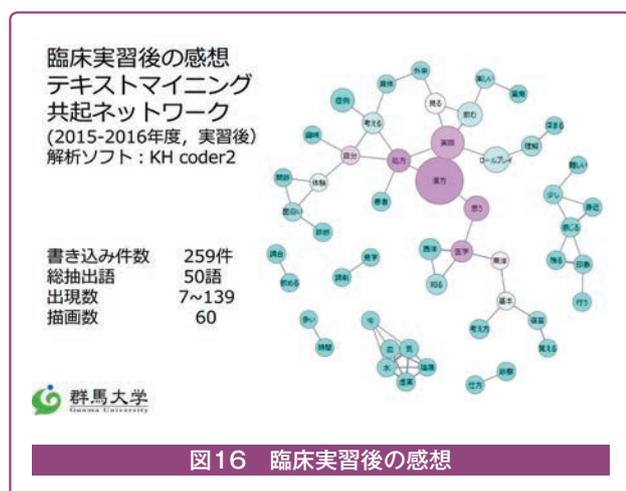
感想文にも肯定的意見は多い

2015～2016年度の臨床実習後には、学生たちに感想を書いてもらった。

漢方実習のよかった点については「体験的な講義が多く、関心を持たれた」「図書館にある漢方入門の本を読んでも理解できなかったが、ロールプレイによる演習で大変よく理解できた」「症状がうつろ患者さんに対して、西洋医学的にカバーしきれないところを漢方でカバーできることを学習できた」「症状を西洋医学とは違った視点で見て、虚实、気血水で適する漢方を処方するのはとても面白かった」「実際に生薬を調合してみたり、飲んでみたりという実習が面白かった」などの肯定的な意見が数多く寄せられた(図15)。

その一方で、改善してほしい点としては、「成分を見せられてもあまりよくわからなかった」「(ロールプレイは)時間が長く、集中するのが難しいのもっと短い時間にしてほしい」などの声が聞かれた。そこで、学生たちの様々な声をテキストマイニングと呼ばれる手法で定量的に解析してみた(図16)。

テキストマイニングとは、自由記述データを定量的な方法で分析する。数値データと同じように視覚化して示す。



今回の場合は、「漢方」という言葉はもっとも出現頻度が高く、それに関連して「実際」「処方」「思う」などの言葉がよく使われていた。また「実際」という言葉には「ロールプレイ」「理解」「深まる」などが、「処方」には「考える」「自分」「患者」などが連なっていた。

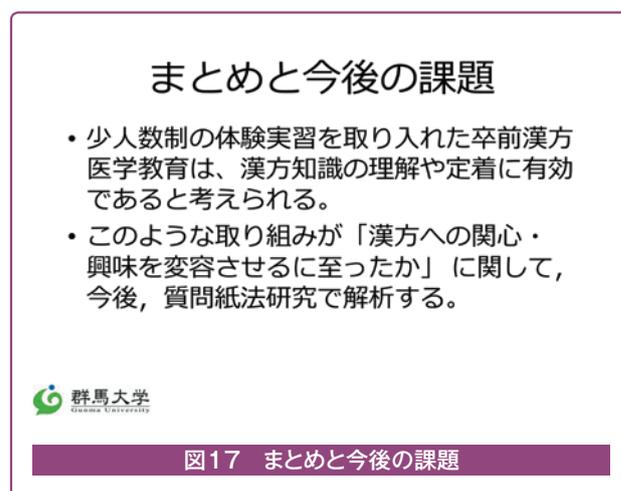
こうした解析手法により、学生たちがどのようなことに興味があり、どのような言葉が念頭にあり、どのように考えを進めているのかなどが推察できる。今後の漢方教育の方向性を考えるうえでの参考にもなるであろう。



医師になったときに漢方を思い出して

これまでの臨床実習の経験から、少人数制の体験実習を取り入れた卒前の漢方医学教育は、漢方知識の理解や定着に有効と考えられた(図17)。たとえ学んだことを忘れてしまったとしても、将来自分が医師になって何か難しい症例に遭遇したときに、漢方を思い出すことができればこうした教育も役立つと思われる。あるいはそのときに漢方の教科書をあらためて開き、少し漢方診断を取り入れてみようかと考えるきっかけを与えられればよいのではないだろうか。

このような取り組みが学生たちの漢方への関心・興味を変容させるに至ったかどうかについても、今後検証していきたいと考えている。質問紙を作製し項目の信頼性と妥当性をさらに検証しながら、本学における漢方医学教育を評価しつつ質を高めていきたいと考えている。



一般講演

実践的臨床能力をつけるための 卒前から卒後までの一貫した漢方教育

加藤 士郎

筑波大学附属病院 総合診療科 臨床教授

抄録



近年、臨床医における漢方エキス製剤の処方率がきわめて高いことが多くの調査で報告されている。そのため、医学生の漢方医学や漢方薬に対する理解を助ける教育の拡充が大学医学

部・医科系大学に求められている。漢方の臨床とともに漢方医学教育にも携わる筑波大学の加藤士郎氏は、臨床での活用を見据えた実践的な漢方教育を行うとともに、臨床医に対する生涯教育にも力を入れている。同氏はその日ごろの取り組みについて、漢方医学教育SYMPOSIUM 2019の一般講演で発表した。

2012年に医療関連メディアが実施した『漢方薬使用実態調査及び漢方医学教育に関する意識調査2012』では、調査対象医師(351人)の83.8%が日常診療で漢方薬を処方しており、11.4%が過去に使用経験があることが明らかにされた(図1)。

また大学病院の医師(59人)に限っても84.7%が日常的に処方しており、10.2%が使用経験があった(図2)。さらに地域の診療所の医師においてもほぼ同様の結果だった(図3)。このように、施設の大小を問わず9割以上の医師が漢方薬を処方している、あるいは使用経験があるわけだが、その理由を考えてみたい。

そもそも私が漢方薬を使うようになったのは、西洋医学の枠組みではいろいろな症状への対応に限界があるからである。特に近年は、高齢者のように多臓器が弱った人や、原因を明確に特定できないアレルギー疾患など、西洋医学では対応できない病態が増えている。

さらに、漢方薬のエビデンスが集積されつつあり、ガイドラインに記載されるようになったことも私が漢方薬を積極的に使用するようになった大きな理由である。

そして何よりも大きな理由は、漢方薬で病気が、あるいは調子がよくなったとおっしゃる患者さんが非常に多いことである。私は漢方教育にも携わっているが、学生たちにとってもそうした患者さんたちの声を聞くことが、漢方の有用性を納得するための

【漢方薬使用実態調査及び漢方医学教育に関する意識調査 2012】

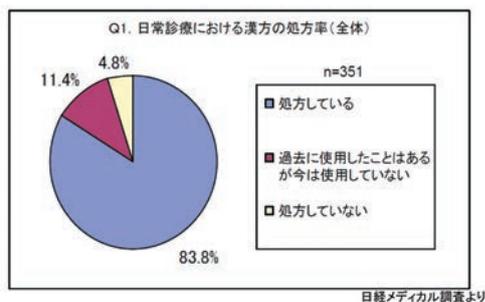


図1 日常診療における漢方の処方率(全体)

【漢方薬使用実態調査及び漢方医学教育に関する意識調査 2012】

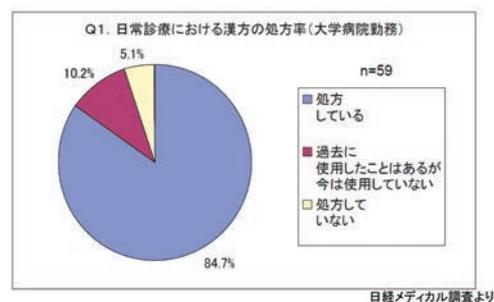


図2 日常診療における漢方の処方率(大学病院勤務)

大きな力となっている。

先の調査においても漢方を処方している医師および処方経験のある医師合わせて334人に、「漢方を処方するようになった動機」について質問しており、その回答の中では「西洋薬のみの治療では限界があるから」が62.9%で最も多く、それに「高齢者など、複数疾患を抱えている患者が増えたから」(28.4%)、「学会などで漢方薬の科学的根拠(エビデンス)が相次いできたから」(26.9%)、「患者からの強い要望があったため」(20.5%)、「患者のQOLを高め、全人的医療が出来るから」(20.4%)などが続き(図4)、多くの医師が私と同じ考えを持っているといえる。

感冒・急性上気道炎への処方が多い

それでは、漢方薬はどのような症状や疾患に用いられるのかといえば、呼吸器系や消化器系の症状、そして女性特有の疾

患に有効であることは以前から知られている。そして最近では精神科疾患への効果も注目されている。

先の調査でも、漢方薬が処方された具体的な症状や疾患では、感冒・急性上気道炎が70.4%で最も多く、便秘(52.1%)、こむらえり(50.0%)、消化器愁訴(34.7%)、咳・痰(32.0%)、更年期障害(29.9%)、イレウス(腹部愁訴)(29.0%)、などに加え、やはり認知症・BPSD(24.6%)に対する処方も増えていることが示唆されている(図5)。

また「漢方を処方して良かった」と回答した医師232人に、その理由も尋ねたところ、「薬物療法の選択の幅が広がった」(78.4%)や「治療効果が上がり患者に喜ばれた」(65.1%)が非常に多く、「新しい治療体系を体得できた」(25.9%)、「副作用が減った」(9.9%)との回答もあった(図6)。

まさに患者の健康寿命を延伸し、長く快適に暮らしていただくと考えれば、臨床医は広く漢方の知識を身につけるべきといえるのではないだろうか。

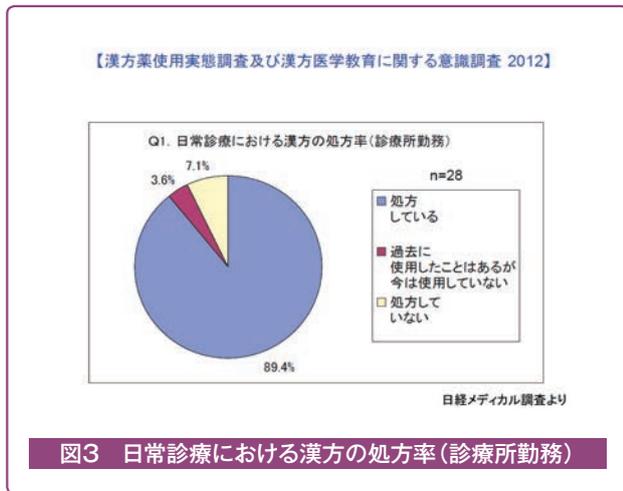


図3 日常診療における漢方の処方率(診療所勤務)



図5 漢方を処方する具体的な症状・疾患(上位11症状・疾患)

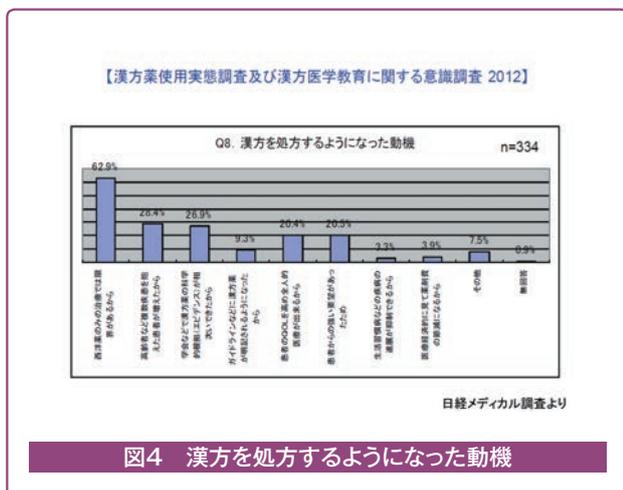


図4 漢方を処方するようになった動機

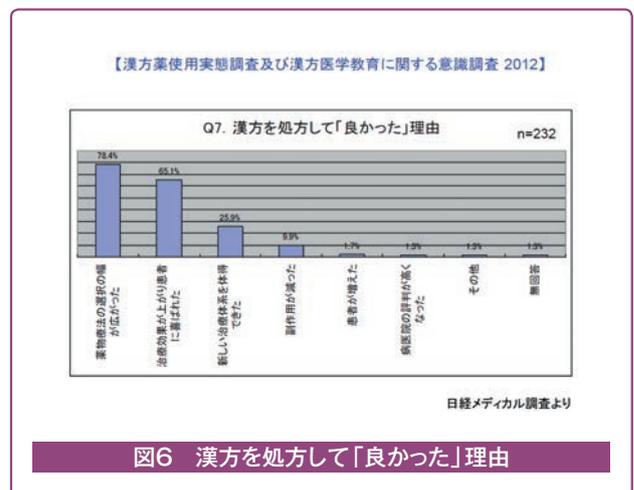


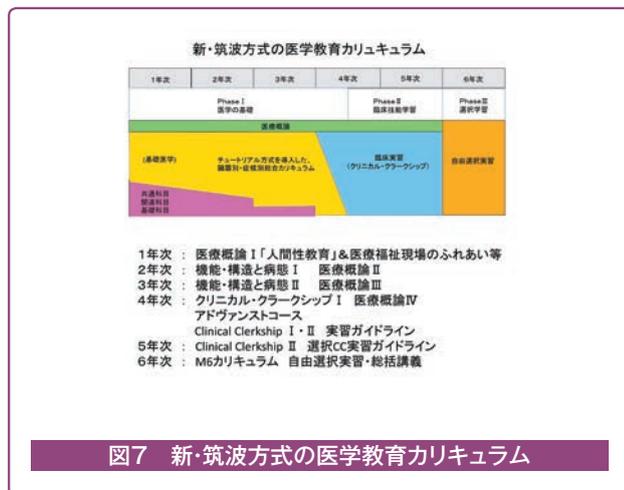
図6 漢方を処方して「良かった」理由

継続性がプランの計画、実行で重要

私は10年前に筑波大学に赴任し、その時に診療に役に立つ漢方教育をしてほしいとの要請を受けた。筑波大学の医学教育の特徴は臨床の場で実践的な教育をすることにあり、その方針は漢方医学教育でも変わらない。具体的には、卒前から卒後まで一貫して、西洋医学と漢方医学の治療に対するバランスを意識させ、らせん状に継続性をもって教育を進めることである。

私が本学に赴任した当時は、漢方教育は私1人で担当していたため、どのようにしたら役に立つ漢方教育ができるかが最大のテーマであったが、今はあらゆる診療科の臨床現場で役に立つ漢方の教育を目指している。

本学における漢方の卒前教育の内容は私の赴任以来10年間ほぼ変えていない。漢方医学の導入は西洋医学の知識が充実してきた4年次前半の臨床実習開始前に行う(図7)。



これは、臓器別の疾患をある程度理解した時期に当たり、漢方の基本的知識の導入講座との位置づけで2コマ(1コマ75分)の講義をまず行う。

学生全員に、EBM(科学的根拠に基づく医療)とNBM(物語と対話による医療)、CAM(補完代替医療)、西洋医学と東洋医学の特徴などについて概説する。東洋医学の中に西洋医学の軸があったほうが、漢方をより理解させやすいと考えている。またEBMやNBMの講義では、漢方のEBMや鍼灸のEBM、漢方の歴史、漢方と薬理、漢方特有の考え方なども紹介する(図8)。加えて、漢方薬も薬剤であるという観点から、効果と副作用についても触れておく。

さらに急性疾患と慢性疾患の治療方法もそれぞれ解説する。たとえば急性疾患については、かぜ症候群の治療を例にして八綱弁証や六病位などについても概説する。一方、慢性疾患については、胃腸疾患、女性疾患、精神神経疾患の症例をもとに、気・血・水や漢方で非常にわかりにくいといわれる五臓の概念について学んでもらう(図9)。

そして講義の最後には、舌診、脈診、腹診などの漢方の診察方法を教える。学生を患者に見立て、脈診によって体質を評価し、舌診によって冷え性などを指摘すると、学生たちは新鮮な驚きを示す。このようにして150分の入門編は終わる。

アドバンス・プログラムも用意

2コマの入門講義で漢方に興味をもった学生のために、25~26教科あるアドバンス・プログラムの中に6コマの漢方の選択講義を設けており、これを選択すれば漢方の知識をさらに深

漢方医学に対する基本的知識を導入するための講義内容

I EBM医学とNBM医学

漢方のEBM・薬理・副作用
鍼灸のEBM、漢方の歴史
漢方診療の実際、漢方診療の考え方

II 急性疾患の治療方法(かぜ症候群の治療方法)

八綱弁証と六病位の概念

図8 漢方医学に対する基本的知識を導入するための講義内容(1)

漢方医学に対する基本的知識を導入するための講義内容

III 慢性疾患の治療方法

(胃腸疾患・女性疾患・精神神経疾患の治療方法)
気・血・水と五臓の概念

IV 漢方の診察方法(舌診・脈診・腹診)

図9 漢方医学に対する基本的知識を導入するための講義内容(2)

めることができる。興味のない学生には入門講義で最低限の知識を習得させ、興味のある学生には選択制の集中講義でより知識を深めさせればよいと考えている。

アドバンス・プログラムの中で、漢方講義は常に上位3位に入るほど人気がある。1コマ75分、6コマの講義を1日で行うが、実際の生薬治療や鍼灸も含め、外部の先生を招聘してより専門的な漢方講義を行う(図10)。

アドバンス・プログラムは5～6時間の講義であるため、入門講義の2コマを加えても漢方教育の時間は全部で10時間に満たない。実際のところ、国家試験にも漢方関連の問題は1題程度しか出題されないの、それほど時間はとらなくてもよいだろうと考えられてしまう傾向がある。われわれ教官も含め、そうした意識を変えていくことも今後の課題の1つかもしれない。



漢方を体験させることが重要

一方、臨床実習については、私が総合診療科の中に漢方外来を立ち上げて患者を集め、4年次のクリニカル・クラークシップ(CCS)の中で体験実習を開始している。CCSとしての臨床実習は4年次の9月から5年次の3月まで行われるが、漢方の臨床実習は総合診療科をローテートしたときに行う。

このときはまず、外来実習の前に漢方医学の全般的復習を行い、実際の診察方法も学ぶ。そして、実際の外来患者の診察や治療を見学・体験する。こうした実習は毎回2～3人のグループで行い、CCS終了時には全学生が体験していることになる(図11)。なお臨床実習については、6年次の選択科目に漢方専門病院での体験実習や薬草園の見学も設けられてい

卒前に漢方医学を導入するためのアドバンスシリーズ

アドバンスシリーズは、2コマの基本的講義を受講した学生で、更に漢方医学に対する知識を充実させたいときに受講する選択性の集中講義である。

1日間で6コマの漢方医学に対する専門知識を受講する。

漢方医学における生薬治療のみならず、鍼灸についても解説する。

更に各科別の漢方治療についても解説する。

図10 卒前に漢方医学を導入するためのアドバンスシリーズ

るが、それは希望者のみが対象であるため、CCSが全学生対象の実習になる。

CCSにおける漢方の外来実習の目標は4つある。

1つは、西洋医学による治療以外に漢方医学という全く異なるパラダイムによる治療があり、それを日常診療においても用いることができることの理解である(図12)。

2つ目は、西洋医学では解決が困難な病態や症状を、漢方医学が改善し得ることの理解である。つまり、漢方医学は西洋医学では治らない症状や疾患が治るといこと、その理解が何よりも重要と考えている。

3つ目として、漢方医学には食事療法、運動療法、鍼灸療法とともに、漢方薬も含め、優れた健康増進効果があることも理解させる。たとえば、私は鍼灸も行うので、肩こりを訴える学生の肩のつぼを2分程度マッサージして治してあげると、本人だけでなく、周囲の学生たちも大いに驚く。限られた時間の中で漢方を理解させるためには、食養生や運動なども含め、西洋医学と

CCS学生の外来実習風景



2009年

2014年

図11 CCS学生の外来実習風景

CCS学生の外来実習目標

- 1) 日常診療で、西洋医学による治療以外に、漢方医学という全く異なったパラダイムによる治療を用いることが出来ることを理解させる。
- 2) 漢方医学を用いることによって、西洋医学には解決が困難な病態や症状を改善し得ることを理解させる。
- 3) 漢方医学には、病気の発病前から、食事療法、運動療法、鍼灸療法、漢方薬により優れた健康増進効果があることを示す。
- 4) 漢方薬はポリファーマシーであり、中枢神経や自律神経に作用することでヒトの代謝、免疫、内分泌に作用することを理解させる。

図12 CCS学生の外来実習目標

は異なる治療を学生たち自身にその場で体験してもらうことが非常に重要と考えている。

そして4つ目は、漢方薬がポリファーマシーだということである。複数の構成生薬が中枢神経や自律神経に作用することで、ヒトの代謝、免疫、内分泌に作用することを理解させる。西洋医学には見られないこうした漢方の特徴を伝えることで、漢方への理解はより深まる。

総合診療科をローテーションするときは漢方外来の患者さんに接触させ、話を聞かせるようにしている。学生は非常に純粋なので、外来で患者さんから直接、漢方薬で治ったという話を聞くと、その一言で漢方の有効性について非常に納得する。

さらに学生同士で脈診、舌診、腹診などを行わせ、各々の体質を判定させたりすると、とても興味をもつ。このように漢方の実際の臨床を経験させ、患者さんなどの生の声を聞かせることが、漢方を短時間で納得させる一番よい方法と考えている。

なお、漢方外来は現在、スタッフの協力で院内だけでなく、他施設からの紹介も増え、予約は数カ月待ちになっている。

卒後教育では40処方 of 病名投与を

卒後教育では、まず初期研修医に対する漢方教育がある。これは西洋医学の初期研修と並行して行われるが、当初は病名投与で十分と考えている。あるいは、臨床症状に基づく漢方処方を行わせ、臨床経験を増やして漢方医学への親和性を高めていければよい。

具体的には、頭部と頸部に関係した9処方、胸部に関連した12処方、腹部に関連した11処方、精神神経に関連した4処

方、皮膚に関連した2処方、運動器に関連した3処方、女性に関連した3処方の40処方を中心に修得を目指す(図13)。その際、40処方のリストとともに、漢方処方に関するさまざまな手引書等の資料も提供している(図14)。

病名投与による漢方薬の効果の確率は約6割と考えられているが、汎用性の高い処方を提示しているため、それらの適応と頭頸部、胸部、腹部などの所見を考え合わせて処方すれば、症状の改善率は決して低くない。また、処方をして治らなかった場合は、私のところに連絡することになっており、それに対して処方変更等のアドバイスも行っている。

卒後教育にはビギナーとアドバンスを

卒後教育という枠組みでは、レジデントや各診療科の医師向けの臨床教育プログラムを立ち上げている。まず5回で1クールのビギナーズコースがある(図15、図16)。それに加えて、アドバンスコースとして年10回の東洋医学臨床実践講座がある(図17、図18)。この講座は、臓器別診療に合った漢方処方を具体的に教えることが目的であり、夜間セミナーとして行っている。

このセミナーを受講することで、呼吸器科、消化器科、婦人科の3診療科における日常診療の7割の症例には対応可能と考えている。また10回の臨床講義では、臓器別の漢方診療をほぼすべてできるように、疾患ごとに漢方本来の概念である八綱弁証、六病位、気血水、五臓などの考え方とともに、各種漢方薬との関連も説明している。

精神科であれば五臓、産婦人科であれば気血水、感冒であれば八綱弁証と六病位といった概念との関連をそれぞれ説明

初期研修医に対する漢方教育

西洋医学の初期研修を行うと共に、漢方薬の病名投与、あるいは臨床症状からの投与方法を中心に、臨床体験を増やして漢方医学を親しむようにする。

具体的には、頭部と頸部に関係した9処方、胸部に関係した12処方、腹部に関係した11処方、精神神経に関係した4処方、皮膚に関係した2処方、運動器に関係した3処方、女性に関係した3処方の40処方を中心に修得する。

図13 初期研修医に対する漢方教育

初期研修医に必要なテキスト



図14 初期研修医に必要なテキスト

する。この東洋医学臨床実践講座のテキストも10年間変わらず、ずっと使い続けている。

年1回は有名な先生を招いて講義もしていただく。10回の講座の終了後は、総まとめとして漢方診断の実技を取り入れた実践セミナーも開催している。これを毎年繰り返しており、何年間も連続して受講されている参加医師は、繰り返し受講することで毎年理解度も向上するとおっしゃっている。

地域で開くセミナーには獣医も参加

本学における漢方教育の開始時は教官が私1人だったが、現在は4人の医師が日本東洋医学会の専門医資格を取得されたため、4~5年前からそれらの先生にも、入門講義とアドバンス・プログラムのどちらかを分担していただいている。

一方、卒後の実習には学内の医師だけでなく、周辺の医療機関の医師、薬剤師、歯科医、時には獣医が参加されることも

ある。獣医の先生は、遠吠えで周囲を困らせている犬への対応を考えたいとおっしゃっていた。参加資格に制限を加えずに実習を行っていると参加者数は自ずと増える。

私は現在、講義を聞く側にまわり、ディスカッションにも参加する。現役医師のアドバンスコースになると、呼吸器、消化器、婦人科、精神神経科、神経内科、循環器、皮膚科、泌尿器、整形外科とテーマは幅広く、時には私が専門とする老年医療にも及ぶため、興味の尽きない集いとなっている。

昨年末の東洋医学実践セミナーは1時間半のプログラムで、そのうち1時間は私が『消化器疾患の診察方法』と『実技:舌診・脈診・腹診』をテーマに講義を行い、残りの30分で症例発表や研究発表を行った。

回を重ねると論文を書く材料も増えるので、こうしたセミナーをずっと続けていきたいと考えている。漢方に対する評価が高まっていることが日々感じられる。地域医療の拡充のためにも漢方医学がますます普及することを願ってやまない。

全5回の日程と内容

第1回	6/5(火)	19:00~20:00	呼吸器系を中心に 日常診療でよく遭遇する風邪、風邪に対する効力で有名な葛根湯の意外な落とし穴、葛根湯の代わりに使う効力も効めて、風邪に対する漢方薬のまとめをお伝えします。
第2回	7/3(火)	19:00~20:00	消化器系を中心に 六君子湯や大建中湯はよく使っているけど、それってそもそも何に効くの？漢方の便秘薬ってどんなのがいいの？そんな消化器症状に使う漢方薬の疑問にお答えします。
第3回	9/4(火)	19:00~20:00	婦人科系を中心に 女性に対する3大漢方(当帰芍薬散、加味逍遙散、桂枝茯苓丸)をどう使ったらいいかわからない、どきどきなどのいわゆる「不定愁訴」の患者さんへの漢方治療について。
第4回	10/2(火)	19:00~20:00	その他の領域 外來で最も困る症状の一つ「めまい」。耳鼻科医である私も悩むめまいの患者さんに、どう対応するか？漢方治療の真骨頂をお伝えします。
第5回	11/6(火)	19:00~20:00	漢方の勉強の仕方 漢方の勉強を始めて、はや5年経ち、初めは右往左往しながら勉強でした。各地の講演会を巡り歩き、関係書籍も乱読しました。その経験を振り返って、皆さんの参考になれば。

図15 臨床教育プログラム(ビギナースコース)

全10回の日程と内容

第1回	6/12(火)	19:30~21:00	【呼吸器疾患】 漢方薬によるネーゲートンゲ治療の基礎から応用まで ~漢方医学の八綱弁証と六腑位の考えとは~
第2回	6/26(火)	19:30~21:00	【消化器疾患】 漢方薬による腹痛・下痢・便秘の治療 ~漢方医学の気・血・水の考え方とは~
第3回	7/10(火)	19:30~21:00	【婦人科疾患】 漢方薬による月経不調・閉経・冷え症・更年期障害の治療 ~漢方医学の気・血・水の考え方とは~
第4回	7/24(火)	19:30~21:00	【精神神経疾患と循環器疾患】 漢方薬による頭痛・眩暈・不安・不眠の治療 ~漢方医学の五臓(肝・心・脾・肺・腎)の考え方とは~
第5回	9/11(火)	19:30~21:00	漢方薬による月経不調・閉経・冷え症・更年期障害の治療 ~漢方医学の気・血・水の考え方とは~
第6回	9/25(火)	19:30~21:00	漢方薬による頭痛・眩暈・不安・不眠の治療 ~漢方医学の五臓(肝・心・脾・肺・腎)の考え方とは~
第7回	10/9(火)	19:30~21:00	漢方薬による頭痛・眩暈・不安・不眠の治療 ~漢方医学の五臓(肝・心・脾・肺・腎)の考え方とは~
第8回	10/23(火)	19:30~21:00	漢方薬によるペインクリニックと スキンケア、泌尿器系管理の上手な方法
第9回	11/13(火)	19:30~21:00	漢方薬による緩和ケアへのアプローチ
第10回	11/27(火)	19:30~21:00	高齢者の漢方治療のコツ

図17 臨床教育プログラム(アドバンスコース)

筑波大学東洋医学臨床実践講座 ビギナースコース



図16 筑波大学東洋医学臨床実践講座 ビギナースコース

筑波大学東洋医学臨床実践講座 アドバンスコース



図18 筑波大学東洋医学臨床実践講座 アドバンスコース

特別講演

医学教育の現状と将来の展望

荒木 裕人

文部科学省 高等教育局 医学教育課 企画官

抄録



日本の医学教育は、学部教育においては文部科学省が策定する医学教育モデル・コア・カリキュラムを指針として進められている。同カリキュラムは社会構造や疾病構造の変化に合わせ、

都度改訂されているが、2016年には「多様なニーズに対応できる医師の養成」を新たな目標に6年ぶりに改訂された。漢方医学教育SYMPOSIUM 2019の特別講演において、文部科学省高等教育局の荒木裕人氏が、今回の改訂の背景と今後求められる教育の方向性、行政の考え方について講演した。

中央教育審議会（以下、中教審）は2018年11月、長期的な視野に立った高等教育の今後の方向性に関する答申、「2040年の高等教育のグランドデザイン」を公表した。この高等教育には、当然ながら医学教育も含まれている。わが国では超高齢社会の到来に伴い、社会構造・疾病構造も変化している。それとともに、医療技術の飛躍的な進歩やグローバル化の

一層の進展に伴い、医療ニーズの多様化も進み、それらに対応して質の高い医療を提供できる人材の養成に対する国民の期待も大きく高まっている。

医学教育は、高等学校卒業後6年間をかけて行われる（図1）。医学教育改革は2001年の「医学教育モデル・コア・カリキュラム」の策定により大きく動き始めた（図2）。

その後、2004年からは法に基づく2年間の臨床研修が開始され、2005年には診療参加型臨床実習開始前に備えるべき知識と、技能・態度を評価する「共用試験」の正式実施が開始された。さらに、2014年には診療参加型臨床実習のための医学生の「医行為」の水準が策定されている。そして現在は、臨床実習後の技能・態度を評価する「Post CC OSCE」の2020年度の正式実施に向け、一昨年（2017年）から各大学でトライアルが開始されている。

またそのほかの動きでは、本年度（2019年）から開始された日本専門医機構による新しい専門医制度がある。

このようにわが国の医学教育は、医学部6年間の教育内容については文部科学省（以下、文科省）がその指針を示し、大学に対してさまざまな助言を行う一方で、医師国家試験以降に

医師養成のための卒前・卒後教育の流れ

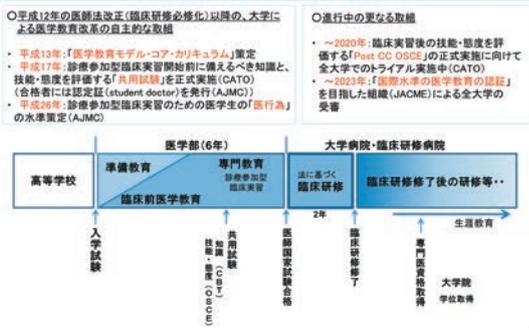


図1 医師養成のための卒前・卒後教育の流れ

医学教育モデル・コア・カリキュラムの構成

- A 医師として求められる基本的な資質・能力
- B 社会と医学・医療
- C 医学一般
- D 人体各器官の正常構造と機能、病態、診断、治療
- E 全身に及ぶ生理的变化、病態、診断、治療
- F 診療の基本
- G 臨床実習 ※参考例：診療参加型臨床実習実施ガイドライン

図2 医学教育モデル・コア・カリキュラムの構成

については厚生労働省(以下、厚労省)が管轄することになっている。そしてこれら2つの省は連携し、卒前卒後を通してシームレスに医学教育を進める。すなわち医師という職に携わる者は学部教育が終わったあとも、専門医教育を含めた長期にわたる生涯教育を継続していくことになる。

そうした中、医学教育の国際的な質保証の必要性が新たに浮上している。2010年9月、米国における医業の新たな資格基準をめぐり、「2023年以降は国際的な基準で評価・認定を受けている医学部出身者に限る」との通告があった。わが国でもこの通告を踏まえ、「国際水準の医学教育の認証」を目指し、2015年に日本医学教育評価機構(JACME)が発足し、国内全医学部が2023年の前に認証を取得するための受審を行っている。

モデル・コア・カリキュラムは目安

6年間の大学医学教育の指針となる『医学教育モデル・コア・カリキュラム』は、2001年の策定後、2006年と2010年に改訂され、2016年度に6年ぶり3回目の改訂がなされた。モデル・コア・カリキュラムは、「学生が卒業時までに身に付けておくべき、必須の実践的診療能力(知識・技能・態度)に関する到達目標を明確化した、医学教育の指針(H13策定、H19.12、H23改訂)」

2016年度の改訂では「多様なニーズに対応できる医師の養成」をキーワードとしている(図3)。具体的には、エボラ等の感染症をはじめ、さまざまな国際的な災害等における公衆衛生活動への日本の協力なども視野に入れながら、医療保険も含めた医療制度の変化も踏まえつつ、医療者に求められる倫理

観、医療安全、チーム医療、地域包括ケア、健康長寿社会などのニーズに対応できる実践的臨床能力を有する医師の養成を目指している。

なお、今回の改訂の基本的背景としては、①6年間を一区切りとする医学教育のサイクルに合わせたカリキュラムの内容の見直し時期の到来、②国家試験や新たな専門医制度、各種制度変更への対応、③新たな認証評価基準(グローバルスタンダード)への対応、の3つが大枠としてあった。

医学教育モデル・コア・カリキュラムは、「A.医師として求められる基本的な資質・能力」「B.社会と医学・医療」「C.医学一般」「D.人体各器官の正常構造と機能、病態、診断、治療」「E.全身に及ぶ生理的変化、病態、診断、治療」「F.診療の基本」「G.臨床実習」の7項目で構成される。

モデル・コア・カリキュラムは基本的に、学生の学修時間数の3分の2程度の目安であり、その内容は強制されるものではない(図4)。すなわち、医師を養成する大学医学教育において最低限これだけは必要ではないかという、まさにコアとなる指針である。そして、残りの3分の1については、学生が自主的に選択できるプログラム等も含め、各大学が特色ある独自のカリキュラムを作成することが求められている。

診療参加型臨床実習を拡充

わが国の医学教育は先述したように、卒前の6年間に加え卒後2年間の臨床研修をシームレスに行うことになっている。この卒前と卒後の間に国家試験が行われるが、今回のモデル・コア・カリキュラムの主要な部分は、厚労省が所管する国家試験

医学・歯学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂について

これまでの取組

- 「医学教育モデル・コア・カリキュラム」及び「歯学教育モデル・コア・カリキュラム」の策定
 - 学生が卒業時までに身に付けておくべき、必須の実践的診療能力(知識・技能・態度)に関する到達目標を明確化した、医学・歯学教育の指針(H13策定、H19.12、H23改訂)
- 平成29年3月にモデル・コア・カリキュラムの改訂を実施
 - H28年度の6年ぶり3回目のコアカリ改訂におけるキャッチフレーズ(医学・歯学共通)
 - 「多様なニーズに対応できる医師・歯科医師の養成」
 - 国際的な公衆衛生や医療制度の変遷に鑑み、国民から求められる倫理観、医療安全、チーム医療、地域包括ケア、健康長寿社会などのニーズに対応できる実践的臨床能力を有する医師・歯科医師を養成する
 - 平成30年度から各大学において改訂後のモデル・コア・カリキュラムに基づく教育を開始

(背景)

- ①医学・歯学教育のサイクル(6年間)に合わせたカリキュラム内容の見直し時期の到来
- ②国家試験や新たな専門医制度等、各種制度変更への対応
- ③新たな認証評価基準(グローバルスタンダード)への対応 等

図3 医学・歯学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂について

医学教育モデル・コア・カリキュラム(平成28年度改訂版)概要

○ 学生が卒業時までに身に付けておくべき、必須の実践的診療能力(知識・技能・態度)を「めいど」学習目標として明確化
○ 学生の学修時間数の3分の2程度の目安を定めた
○ 「医師として求められる基本的な資質・能力」として、ミニマム・エッセンスである項目を記載

多様なニーズに対応できる医師の養成

医師として求められる 基本的な資質・能力

社会と医学・医療

医学一般

人体各器官の正常構造と機能、病態、診断、治療

全身に及ぶ生理的変化、病態、診断、治療

診療の基本

臨床実習

各大学の特色ある独自のカリキュラム

○ 各大学が教育理念に基づいて実施する独自の教育内容(後援教育や、学生が自主的に選択できるプログラムを含む)
○ 学生の学修時間数(学修時間)の目安

図4 医学教育モデル・コア・カリキュラム(平成28年度改訂版)概要

の出題基準および卒後臨床研修の到達目標を踏まえて改訂されている(図5)。

たとえば、卒前の医学教育モデル・コア・カリキュラムの「A.医師として求められる基本的な資質・能力」は、9つのサブ項目に分けられているが、そこに盛り込まれた医師としての基本的価値観(プロフェッショナリズム)や診療におけるさまざまな能力・姿勢なども、そのまま2年間の卒後臨床研修の到達目標に掲げられている。当然ながら、学生と研修医では知識や技能のレベルに違いはあるが、2つの到達目標に整合性をもたせることで、卒前卒後を通して一貫性のあるシームレスな教育が可能になる。

今回の改訂では「G.臨床実習」の拡充も図られ、これまでの見学型ではなく、診療参加型の実習にするという方向性も明示された(図6)。臨床実習の拡充の必要性については、かなり以前から指摘されてきたことだが、特に今回は医学生を診療チームの一員として参加させ、臨床実習させるべきことが強調されている。

医学教育モデル・コア・カリキュラムと臨床研修到達目標の関係について	
医学教育モデル・コア・カリキュラム(卒前)	臨床研修の到達目標(卒後)
医師として求められる基本的な資質・能力	医師としての基本的価値観(プロフェッショナリズム)
1 プロフェッショナリズム	1 社会的使命と公衆衛生への寄与 2 利他的な態度 3 人間的な尊重 4 自らを高める姿勢
2 医学知識と問題対応能力	1 医学・医療における倫理性
3 診療技能と患者ケア	2 医学知識と問題対応能力
4 コミュニケーション能力	3 診療技能と患者ケア
5 チーム医療の実践	4 コミュニケーション能力
6 医療の質と安全管理	5 チーム医療の実践
7 社会における医療の実践	6 医療の質と安全管理
8 科学的探求	7 社会における医療の実践
9 生涯にわたって共に学ぶ姿勢	8 科学的探求
	9 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

図5 医学教育モデル・コア・カリキュラムと臨床研修到達目標の関係について

G 臨床実習	
G-1 診療の基本 (追加)	・Entrustable Professional Activities <EPA>に言及
G-2 臨床推論 (追加)	
G-3 基本的臨床手技	
G-4 診療科臨床実習	・必ず経験すべき診療科として7診療科を提示 ・シミュレーション教育を追加
参考例:診療参加型臨床実習ガイドライン (追加)	【学修目標・方針・評価 包括同意・個別同意、個人情報保護、インシデント対策 学生による医行為に関わる議論の記録 各大学で利用可能な「学修と評価の記録」(参考) 等】

図6 臨床実習

たとえば、サブ項目の「G-1.診療の基本」では、Entrustable Professional Activities(EPA)との文言で、「医学生であっても任せられるところはしっかり任せ、チームとして診療させる」という方向性も盛り込まれている。また「G-2.臨床推論」や参考資料としての「診療参加型臨床実習ガイドライン」などの項目も、新たに追加されている。一方、診療参加型の臨床実習では、基本的にはどの大学でもほぼ全診療科を回ることになっているが、サブ項目の「G-4.診療科臨床実習」にはコアとして必ず経験すべき診療科が7つ挙げられ、その中に総合診療科も含まれている。

このほか、前回のカリキュラムにも組み入れられていた地域医療実習に今回は地域包括ケアが加えられ、外来も含め、地域の基幹病院等とも連携して、しっかりと実習を行うべきことが盛り込まれている。さらに医療安全の観点から、臨床現場を想定した環境での事前のシミュレーション教育の実施も実習項目に追加された。

厚生省が所管する2年間の臨床研修制度は2004年から開始され、すでに15年ほど経過した。2010年度の制度改正では、内科、救急、地域医療以外の5科目、すなわち外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科のうち2科目が選択必修となった(図7)。

しかしその後のさまざまな意見や研修医の技量、実績、評価等を踏まえ、2020年度から開始する今回の改正では、前回の8科目から麻酔科を除いた7科目が必修となった。そして内科24週、救急12週、外科、小児科、産婦人科、精神科、地域医療は一般外来4週以上を含む8週以上の研修が望ましいとの提言もなされ、研修期間を従来の月単位ではなく、週単位にしたこと

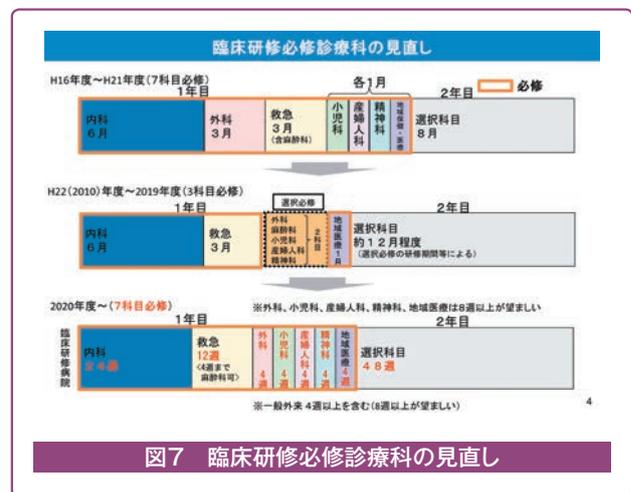


図7 臨床研修必修診療科の見直し

も今回の注目すべき点の1つである。

学修目標はより踏み込んだ内容に

漢方医学の扱いについても、さらなる変更があった。2016年改訂版の「F.診療の基本」には、基礎医学・臨床医学の各分野が専門性に偏り過ぎることなく、アーリーエクスポージャーとして、入学後早期から主要な症候・病態をベースに基本的診療知識と診療技能を関連付け、統合した教育を行うべきことが明記されている(図8)。そこでは、大学と地域医療を担う医療機関との連携の必要性も謳われている。

そうした考え方に基づいて求められる「F-2.基本的診療知識」のサブ項目「F-2-8)薬物治療の基本原則」には14の学修目標が列記され、その13番目に「漢方医学の特徴や、主な和漢薬(漢方薬)の適応、薬理作用を概説できる」との漢方関連の記載が組み入れられた。前回の2010年度改訂版では「和漢薬(漢方薬)の特徴や使用の現状について概説できる」との文言にとどまっていたが、漢方医学の西洋医学との違いと特徴、および漢方薬の適応や薬理作用の理解という、これまで以上に踏み込んだ表現となった。漢方教育のこうした新たな方向性が示されたことを踏まえ、文科省では現在、大学の病院長や各大学の事務長会議、あるいは医学部長会議等において、漢方に関する教育の拡充に対する積極的な取り組みを要請している。

臨床実習の医行為の要件を明確化

臨床実習の必要性については、1991年の臨床実習検討委

員会最終報告、いわゆる前川レポートで指摘されていた(図9)。この報告では、医学生の実習における診察、検査、治療といった医行為の中で、どこまでが基本的に許容されるのかについて例示されていた。たとえば「侵襲度がそれほど高くないもの」「指導医によるきめ細かな指導・監督の下で行われること」「臨床実習を行わせる医学生を事前に評価すること」「患者の同意を得ること」などである。

しかし、それだけでは臨床現場で医学生が医行為の実施を躊躇することもあってはいかぬとの意見があり、厚生労働科学特別研究事業として「医学部の臨床実習において実施可能な医行為の研究」(研究代表者:門田守人、日本医学会連合会長)が2017年に実施された(図10)。この研究結果は門田レポートとしてまとめられ、近年の医術の進歩や医学教育を取り巻く環境の変化も考慮したかたちで、医学生の実習を実施するための4項目の要件が例示された(図11)。

1つ目は、医学生に許容される医行為の範囲で、臨床実習

図8 医学教育モデル・コア・カリキュラムにおける「漢方」に関する記載(抜粋)

図8 医学教育モデル・コア・カリキュラムにおける「漢方」に関する記載(抜粋)

図9 臨床実習における医行為①

図9 臨床実習における医行為①

図10 臨床実習における医行為②

図10 臨床実習における医行為②

中に実施が開始されるべき医行為と、開始されることが望ましい医行為の2つに分けられている。これまでの要件は、指導医がしっかり見ていれば実施できるといった比較的Passiveなイメージであったが、今後は医師養成の観点から実施すべきことというアクティブなイメージで考えることになる。

2つ目は、指導医による指導・監督についてで、特に安全性の確保が強調されている。

3番目は医学生の実験として、共用試験(CBT)の合格者であることや、実際の患者に触れる前にシミュレーション実習が必須であることなどが明示されている。

そして4番目は患者の同意の取得に関する要件で、院内掲示だけでなく、口頭または文書での同意が必要であること、その際は医学生が行う医行為の範囲を伝えることなどが記されている。これらの要件を徹底されて、医師養成のための臨床実習を進めていただきたい。診療参加型臨床実習、いわゆるPost CC OSCEは、2年後の2020年度の正式実施を目指し、各大学医

学部および医科大学において現在トライアルを行っている。ただし、大学によってはその実施場所や教官の確保で難渋していることもあるといわれる。それでも医学生の知識と技術の向上、ひいては医療の質の向上のため、ぜひ取り組んでいただきたい。



医学部の分野別評価も求められる

医学教育については、教育内容そのものの質の保証についても常に議論されてきた。大学においては、大学全体の評価はもちろんだが、2002年の中央教育審議会の答申では、専門分野別第三者評価の必要性も示された(図12)。

当初は、法科大学院等の専門職大学院から開始されたが、その後は2006年の薬学部6年制への移行の際に、薬学分野における専門分野別評価も行われることになった。さらに現在、医学についても分野別評価が求められており、その最も大きな取り組みは先述したJACMEによる医学教育の認証評価制度である(図13)。

米国医師国家試験受験資格審査機構(ECFMG)の2010年9月の勧告により、2023年度から米国医師国家試験(USMLE)は世界医学教育連盟(WFME)の基準等で認証を受けた医学部の卒業生以外の受験は認められないことになる。日本国内の各大学の医学部の卒業生が海外、特に米国の医師国家試験を受けるとすれば、2023年までに大学として機関認証を取得していなければならない。米国の新たな制度の開始に間に合わせるために、JACMEは2016年9月にWFMEの認証を得るための査察を受け、翌2017年3月に医学教育

臨床実習における医行為③

医学部の臨床実習において実施可能な医行為の研究報告書(概要)

臨床実習に係る医師法の適用

実施のための条件

1 医学生に許される医行為の範囲の明示	2 指導医による指導・監督	3 医学生の実験	4 患者等の同意
<ul style="list-style-type: none"> ○ 医学生の実験の範囲が、医行為として明示されていること ○ 医学生の実験の範囲が、医行為として明示されていること ○ 医学生の実験の範囲が、医行為として明示されていること 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 指導医による指導・監督 ○ 指導医による指導・監督 ○ 指導医による指導・監督 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 共用試験(CBT)の合格者 ○ 共用試験(CBT)の合格者 ○ 共用試験(CBT)の合格者 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 同意取得は、院内掲示のみではなく、口頭又は文書での同意が必要 ○ 患者等の同意は以下の取扱いとするのが妥当 ○ 患者等の同意は以下の取扱いとするのが妥当

図11 臨床実習における医行為③

分野別評価に関する提言等

- 大学の質の保証に係る新たなシステム構築について(2014.8.5 中央教育審議会答申)
- 4 専門分野別第三者評価
 - 大学の専門性を様々な分野ごとに評価する。いわゆる「専門分野別第三者評価」についても、例えば日本技術者教育認定機構(AQE)が行っているように、将来的には多様な分野で行われることが必要である。
- 医学士課程教育の構築について(2020.12.24 中央教育審議会答申)
- 第4章 公的及び自主的な保証の仕組みの強化
 - 第三者評価の導入に対する必要性を特に強い法科大学院等の専門職大学院から開始することとする。
- 医学教育の改善・充実に関する研究開発協力会第1次報告(2021.1)
- 「知識、技能、態度」ともに優れた医師養成を達成する高等教育の質を向上させるための第三者評価の仕組みの導入について検討する。
- 今後の医学部入学生員の在り方等に関する検討会「第2次報告」(2023.12)
- 大学が「質」に責任を負うには、大学教育全般に係る認証評価制度があるものの、医学教育に特化した評価制度はない。
- 国際水準の教育を実施していることを証明するために、日本の医学部がWFMEグローバルスタンダードに基づくプログラム評価を受ける場合の環境整備の促進や、国内において医学教育に特化した評価の実施を検討していくことも望まれる。
- 新たな卒業生を輩出するための大学教育の質の保証に向けて(2024.8.29 中央教育審議会答申)
- 文部科学省等は、大学の主体的な取組を支える観点から、以下のような取組が求められる。専門職入学生員の在り方等に関する検討会「第2次報告」において進められている分野別第三者評価の取組を支援する。
- 第2期教育振興基本計画(2025.6 閣議決定)
- 高度専門人材の育成に向けて、大学及び高等専門学校における分野別保証の構築・充実に向けた取組を促進する。

図12 分野別評価に関する提言等

一般社団法人 日本医学教育評価機構(JACME)の概要

目的

医学部の教育プログラムを、本機構が定める評価基準に基づき包括的に評価し、医学部における教育の質を社会に對して保証する。

設立の背景と経緯

- OH22.9 米国ECFMGから2023年より、米国の医師国家試験については、世界医学教育連盟(WFME)等の基準により認証を受けた医学部卒業生以外の受験を認めないとの通告。
- OH23.12 医学部入学生員の中長期的な在り方について検討するため、平成22年12月に文部科学省に設置した「今後の医学部入学生員の在り方等に関する検討会」(「第2次報告」)において、日本の医学部がWFMEグローバルスタンダードに基づくプログラム評価を受ける環境整備を促すこととされた。
- OH25.5 全国医学部長協会(全医協)において、医学の分野別評価の実施に向けて、日本医学教育評価協議会(医師)を設立し、進めていくことを承認。
- OH25.12 文科省補助事業により、東京理科大学中核(CO)コア評価事業(医師、2018年度まで)に付随して「JACME」(医師)を設立し、進めていくことを承認。
- OH27.12 一般社団法人 日本医学教育評価機構(JACME)を設立。
- OH29.3 世界医学教育連盟(WFME)の認証を受け、平成29年から評価を開始。(2022年度までに会員校が全て受審する予定。平成30(2018)年8月現在、13大学が認定済。)

評価の流れ

大学 → JACME → 評価結果の公表

大学: 自己点検評価報告書の提出

JACME: 自己点検評価報告書の審査、実地調査

大学: 評価結果の公表(認定/不認定/不認定)

大学: 評価結果の公表(認定/不認定/不認定)

図13 一般社団法人 日本医学教育評価機構(JACME)の概要

提供することが考えられる。また、学修者本位の教育という観点では、その学修成果の可視化も求められる。大学入学の際にも高等学校時代の成績だけでなく、いろいろなボランティア活動も含め、どのような学生生活を送ってきたのかをポートフォリオというかたちでまとめ、いわゆる高大接続の中でのeポートフォリオとして総合的に評価することが考えられる。大学生においても同じことで、学修成果の可視化をすることで、当該学生が社会に出ていくときにその実績を活用できる。個々の教員の教育手法や研究を中心にシステムを構築するこれまでの教育から脱却し、まず学修者の立場に立った教育にしていきたい。

多様性、柔軟性のあるプログラムを

2番目は、多様性と柔軟性が確保された教育研究体制の確立である。今後18歳人口が減少すると、大学はこれまでの定員を確保できない可能性がある。その対応として、基礎教育を終えた社会人があらためて自己研鑽を目的に学び直し、また就労するというサイクルを繰り返す教育システム、いわゆるリカレント教育を普及させることがまず考えられる(図17)。あるいは定年でリタイアしたあと再教育を受けたいという向学心のある人にその道を与えられる多様性、柔軟性のあるカリキュラムや研究環境を構築していただきたい。

さらに、産業界との協力・連携ということでは、出口論としての産業界としっかり事前に連携しておいていただきたい。働き方改革が進められている現在、大学側もそこを踏まえた対応が必要と思われる。特に人口減少によって研究に携わる人材も減る

と考えられる。そうだとすれば、社会人や海外の留学生なども積極的に受け入れられる体質に転換してほしい。教育においても教員不足が進むと考えられることから、実務家をはじめ、企業で働いている若手や女性、外国籍の人など、さまざまな人材を登用できる制度も必要と思われる。

先述したように、文理横断的に学修の幅を広げられる教育を行うためには、ある程度柔軟なプログラムが必要になる。大学間での互換制度や、ICTを活用した遠隔教育など、多様かつ柔軟な教育プログラムを提供できる体制にしてほしい。さらに多様性を受け止められる柔軟なガバナンスも必要になる。たとえば、国立大学の一人複数大学制、いわゆるアンブレラ方式による教育を行えるようにするための法改正や、国公私立の枠組みを越えた連携を可能にするような、いわゆる大学等連携推進法人制度など、各大学の学部ごとの強みを発揮できるようなシステムの構築を、文科省として国会に提出したいと考えている。医療については地域医療連携推進法人という新たな仕組みがすでに動き始めている。それに類似した大学バージョンの法制化をぜひ目指したいと考えている。

質の保証と情報公開の強化も必要

3番目は、実際にそうした教育研究体制の中で行われる教育の質を、高等教育機関として責任をもって保証していくことである(図18)。今回のグランドデザインでは「学び」の質保証と再構築と表現しているが、そうした方向性をすべてオープンにし、国民の理解を得ていくことが必要と思われる。質の保証と情報公開ということでは、今回の入試不正問題等も含め、事

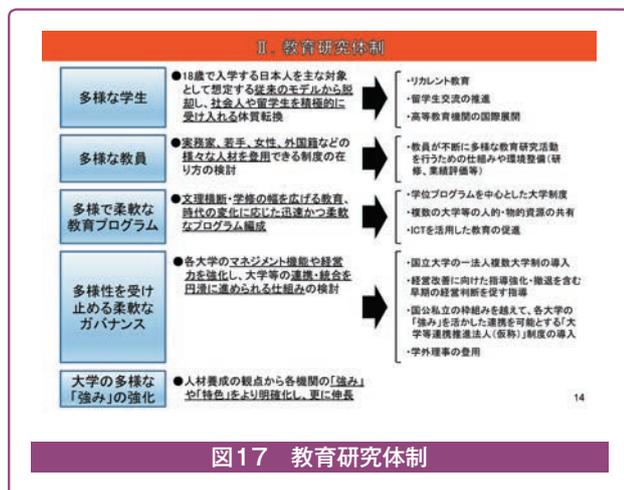


図17 教育研究体制

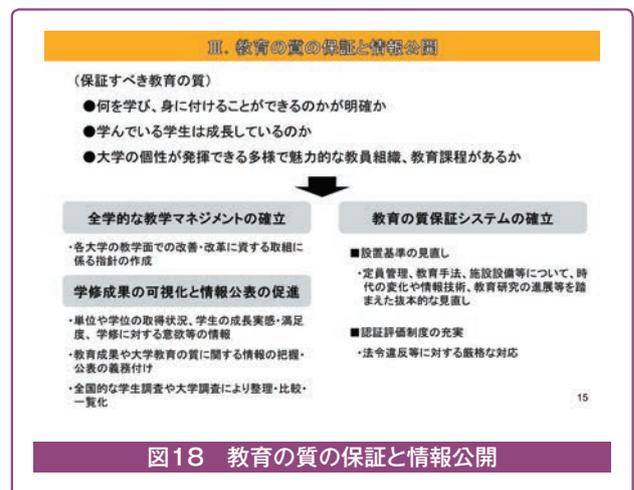


図18 教育の質の保証と情報公開

前にしっかりと情報を公表していくことが重要と考えている。また情報公表については、各大学の自己評価だけでなく、いわゆる教育の質の保証のために、第三者機関による機能別評価も必要になってくると思われる。さらに教育の質保証システムを確立するためには認証評価制度の拡充が必要であり、法令違反等についてはガバナンスの観点から厳格な対応が求められる。

4番目は、18歳人口の減少を踏まえた地域での高等教育機関の規模や地域配置を再考することである。それはあらゆる世代が学ぶ「知の基盤」の再整備ともいえる(図19)。

医学部はやや特殊で定員を増やしている大学もあり、他の学部とは状況が異なるかもしれないが、2040年の18歳人口は現在の74%、すなわち4分の3に減少する。大学進学者数も現在の80%規模に減少するため、十数万人の学生が減ることになる。そうした状況の中で大学がどう生き残っていくのかを考えれば、国私大学の役割分担をすることがまず必要であろう。その動きの1つとして、複数の高等教育機関と地方公共団体や産業界が、各地域における高等教育の将来像や具体的な連携・交流等の方策について議論する「地域連携プラットフォーム(仮称)」の構築も提言されている。



民間投資や寄付等も望まれる

5番目は、各高等教育機関の役割を再考し、多様な機関による多様な教育の構築を目指すことである。

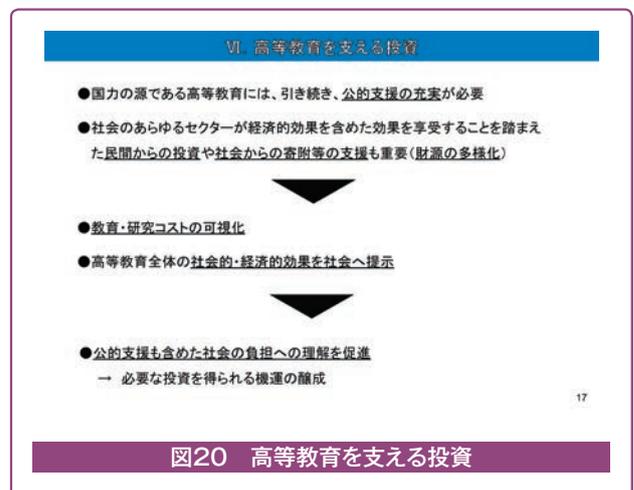
すでに高等教育機関という枠組みの中に専門職大学という新たな形態ができており、2019年4月から3校が開校する。そ

中にはリハビリテーションを専門に教育する大学もある。また各高等教育機関の間で、転入学や編入学などの接続も含めて流動性を高め、より多様なキャリアパスの構築を支援する仕組みも考えていただきたい。

そして6番目として、高等教育を支える投資についても考えていただきたい(図20)。高等教育にはさまざまな基盤が必要であり、そのための投資をするためには、コストとアウトカムの評価も必要になる。今回、財務省との協議の中で、財政支援についてはやはりアウトカム評価がベースとなることが確認された。たとえば国立大学であれば交付金のようなものもあるが、それでも教育の成果が出ているところに優先配分するという方向性が示されている。

本来、国力の源である高等教育には、継続的かつ十分な公的支援が必要だが、高等教育によって社会のあらゆるセクターが経済的効果も含めた恩恵を受けることを踏まえ、民間からの投資や社会からの寄付等の支援もご考慮いただきたい。そのためにも、高等教育全体の社会的・経済的効果をしっかりと社会に明示するとともに、公的支援も含めた社会の負担の必要性への理解を促す努力も必要と思われる。それによって、必要な投資を行おうという機運が社会に広く醸成されていくことが期待される。

「2040年に向けた高等教育のグランドデザイン」の概要は以上だが、その実現には医学教育単独ではなく、やはり医学部も大学機関の一員として常にアンテナを張りめぐらせ、大学機関全体としての動きと協働することが重要であることを、最後に強調しておきたい。



第3期 事業報告書

2018年度

自 2018年 4月 1日
至 2019年 3月31日

一般財団法人
日本漢方医学教育振興財団

東京都千代田区内神田三丁目2番9号

はじめに

当法人は、日本の伝統医療である漢方医学の普及・定着・発展を奨励し、医学教育関連事業を通じ、日本におけるこれからの「良き医療」を提供できる社会貢献活動に寄与することを目的として、2016年12月8日、法務局の設立登記を受け設立されました。

この事業報告書は、2018年4月1日から2019年3月31日までの期間についての当法人の事業活動（1. 漢方医学教育研究助成事業 2. 漢方医学教育研究（継続）助成事業 3. 漢方医学教育研究普及事業 4. 漢方医学教育推進事業 5. 漢方医学教育褒賞事業 6. 研究助成報告事業 7. その他事業）をとりまとめたものであります。

I 事業計画・実績

2018年度(第3期)事業報告

事業活動	計 画	実 績
1. 漢方医学教育研究助成事業(2018年度)	□研究助成 「一般研究」 1件100万円以内 「グループ研究」 1件200万円以内	□研究助成 「一般研究」 1件100万円以内 「グループ研究」 1件200万円以内
	採択予定： 「一般研究」5件 「グループ研究」2件 合計 900万円	採択実績： 「一般研究」6件 「グループ研究」2件 合計 933万円
2. 漢方医学教育研究助成事業(継続)(2017年度)	□研究助成 「一般研究」 1件100万円以内 「グループ研究」 1件200万円以内	□研究助成 「一般研究」 1件100万円以内 「グループ研究」 1件200万円以内
	採択予定： 「一般研究」5件 「グループ研究」2件 合計 900万円	採択実績： 「一般研究」5件 「グループ研究」2件 合計 900万円
3. 漢方医学教育研究普及事業(テーマ指定)	<次年度以降より実施予定>	—
4. 漢方医学教育推進事業	□漢方医学教育の推進団体・組織への支援(イベント共催及び寄付)	□漢方医学教育の推進団体・組織への支援(イベント共催及び寄付)
	<助成件数> 5件以内とする <助成金額> 予算総額 300万円	<助成件数> 4件 支援金額 305万円
5. 漢方医学教育褒賞事業	□漢方医学教育褒賞：「奨励賞」「功労賞」	□漢方医学教育褒賞：「奨励賞」「功労賞」
	<表彰件数> 各2件以内とする <表彰内容> 賞状、盾、賞金(20万円)及び記念品	<表彰件数> 「奨励賞」1件 「功労賞」1件 計2件 <表彰内容> 賞状、盾、賞金(20万円)及び記念品
6. 研究助成報告事業	□漢方医学教育SYMPOSIUMの開催	□漢方医学教育SYMPOSIUMの開催
	<開催時期> 年1回(毎年2月開催予定) <予算金額> 予算総額 1060万円	<開催時期> 2019年2月9日 開催費用総額 1104万円
7. その他事業	□事業活動達成するための他事業活動	□事業活動達成するための他事業活動
	広告(パンフレット・ポスター) 医学生漢方サークル支援(寄付) 財団事業活動記録作成等	広告(パンフレット・ポスター) — 財団事業活動記録作成等

Ⅱ 事業活動内容

1. 漢方医学教育研究助成事業

大学、研究所、病院、その他公的・私的研究機関において、医学生・研修医に対する漢方医学教育のシステム構築を図り、研究を行う研究者又は研究機関等に助成を実施した。

<募集および選考方法>

募集は、「研究助成実施要項」に則り、本財団ホームページに公開した上、公募を行った。

選考は、応募者の中から選考委員会で選考し、理事会で決定した。

<公募期間>	2018年7月1日～8月31日
<助成件数>	〔一般研究〕:6件 〔グループ研究〕:2件
<助成金額>	〔一般研究〕: 1件100万円以内 〔グループ研究〕: 1件200万円以内
	助成金総額 933万円

一般研究助成(個人研究):6件		
No.	施設名・所属(役職)	申請者(代表)
	研究題目	
1	三重大学附属病院 漢方外来(麻酔科) 助教	高村 光幸
	〔iOSアプリを利用した重要処方および漢方診断推論学習法の開発〕	
2	東北大学病院 総合地域医療教育支援部・漢方内科 准教授	高山 真
	〔漢方Problem Based Learning (PBL)を基にした学術発表により得られる医学生の学び〕	
3	群馬大学大学院医学系研究科 総合医療学 講師	佐藤 浩子
	〔体験型漢方実習の教育効果:質問紙法による検証〕	
4	鹿児島大学 医歯学総合研究科 国際島嶼医療学 講師	網谷 真理恵
	〔医学、歯学、看護学で連携した漢方教育カリキュラムの開発〕	
5	横浜市立大学医学部 循環器・腎臓・高血圧内科学 准教授	石上 友章
	〔横浜市立大学初期研修医を対象にした、漢方e-learningの活用による、漢方・東洋医学の教育効果・有効性の検討〕	
6	千葉大学大学院医学研究院 和漢診療学 准教授	並木 隆雄
	〔アクティブラーニングを利用した授業での効果的な指導法の確立ー反転授業を利用した学生のタイプ別の漢方の理解度および興味喚起の阻害因子の検討〕	

グループ研究助成:2件		
No.	施設名・所属(役職)	申請者(代表)
	研究題目	
1	宮崎大学医学部 看護学科 臨床薬理学 教授	柳田 俊彦
	〔薬理学ロールプレイを活用した漢方医学教育の試み〕	
2	明治薬科大学 臨床漢方研究室 教授	矢久保 修嗣
	〔漢方医学教育向上のためのより効果的な腹診シミュレータ活用法〕	

2. 漢方医学教育研究助成事業(2017年度採択)

大学、研究所、病院、その他公的・私的研究機関において、医学生・研修医に対する漢方医学教育のシステム構築を図り、研究を行う研究者又は研究機関等に助成した。

<2017年度採択対象:助成2年目件数>	7件
<助成金額>	〔一般研究〕: 1件100万円以内 〔グループ研究〕: 1件200万円以内
	助成金総額 900万円

一般研究助成(個人研究):5件		
No.	施設名・所属(役職)	申請者(代表)
研究題目		
1	九州大学大学院医学研究院 地域医療教育ユニット 准教授 「凡用性の高い効果的な漢方医学モデル授業の開発研究」	貝沼 茂三郎
2	信州大学医学部附属病院 信州がんセンター緩和部門 教授 「アクティブラーニングを取り入れた漢方医学教育」	間宮 敬子
3	東海大学医学部 専門診療学系漢方医学 講師 「臨床推論の手法を応用した漢方教育法の開発、学生・初学者を対象とした漢方処方選択及び、学習ツールの確立」	中田 佳延
4	日本医科大学 医学教育センター 教授 「医学部・薬学部学生によるPBL課題作成を通じた協同的学習プログラムの創出と漢方医学教育の再定義」	藤倉 輝道
5	富山大学大学院医学薬学研究部 和漢診療学講座 助教(診療講師) 「漢方医学的病態診断の修得を目的としたトレーニングモジュールの確立」	野上 達也

グループ研究助成:2件		
1	広島大学 総合内科・総合診療科 教授 「漢方教育におけるWeb評価システムの開発」	田妻 進
2	地方独立行政法人神奈川県立産業技術総合研究所 人材育成部 特任研究員 「大学での漢方医学教育におけるeラーニングを用いた反転授業の検証」	伊藤 亜希

3. 漢方医学教育研究普及事業

漢方教育に係る教科資料作成やe-LearningやPBL、TBL等、財団の指定する特定テーマに関する研究活動に対して助成金を交付する。

<次年度以降より実施予定>

4. 漢方医学教育推進事業

漢方医学教育に関する医学教育の推進団体・組織への支援(イベント共催及び寄付)を実施した。

<助成件数> 4件

<助成金額> 助成金総額 305万円

採択支援事業:4件		
1	日本東洋医学会・日本漢方医学教育協議会 「漢方医学教育協議会@東北」	佐藤 弘
2	岩手県立久慈病院 「テレビ会議を実施した漢方教育の試み」	吉田 徹
3	岩手医科大学 救急・災害・総合医学講座総合医学分野 「イーハトーヴ漢方医学セミナー」	下沖 収
4	東北大学大学院医学系研究科 漢方・統合医療学寄附講座 「診療に役立つ漢方医学治療の知識・技術を系統的に学ぶセミナー」及び「漢方研修会」	石井 正

5. 漢方医学教育褒賞事業

医学教育モデル・コア・カリキュラムに「漢方医学」が導入されて以降、大学医学部での漢方医学教育の推進及びシステム構築研究活動等に寄与した漢方医学教育研究者又は研究機関等を表彰した。

また、漢方医学教育研究助成事業において、優秀な成果をあげた医学教育研究者を表彰した。

<募集及び選考方法>

募集は、「漢方医学教育研究業績表彰<募集要項>」に則り、本財団ホームページに公開した上、公募を行った。

選考は、応募者の中から選考委員会で選考し、理事会で決定した。

- <公募期間> 2018年7月1日～8月31日
- <表彰件数> 2件(「奨励賞」1件 「功労賞」1件)
- <表彰内容> 賞状、盾、賞金(20万円)及び記念品
- <褒賞金額> 褒賞総額 40万円

奨励賞:1件		
No.	施設名・所属(役職)	申請者(代表)
	研究業績	
1	熊本赤十字病院 総合内科・総合診療科 副部長 熊本大学医学部 臨床教授 「医学生・若手医師に対する漢方医学教育」	加島 雅之

功労賞:1件		
No.	施設名・所属(役職)	申請者(代表)
	研究業績	
1	富山大学 名誉教授 千葉中央メディカルセンター 和漢診療科 部長 「大学医学部における漢方医学教育の実践と医学教育モデル・コア・カリキュラムへの漢方医学導入」	寺澤 捷年

6. 研究助成報告事業

「漢方医学教育研究助成事業」「漢方医学教育研究普及事業」において助成を受けた研究者・研究機関等、ならびに「漢方医学教育褒賞事業」で表彰を受けた研究者・研究機関等の成果報告及び発表の場とし、本年度「漢方医学教育SYMPOSIUM 2019」を開催した。

- <開催時期> 2019年2月9日
<シンポジウム>15:00～18:00 <情報交換会>18:00～19:30
- <開催場所> 都市センターホテル:東京
- <開催金額> 開催費用総額 1104万円
- <開催概要> 研究助成採択授与式(採択授与者8名)
褒賞事業受賞式(奨励賞1名 功労賞1名)
受賞講演(2名)
研究助成中間報告(3名)
一般講演(2名)
特別講演(1名)
参加者:118名
(10名(医学部長)、8名(病院長)ほか医学教育関係者)

7. その他事業

<広告>

「財団<概要>」作成

<医学生漢方サークル支援(寄付)>

本年度実施なし。

<財団:事業活動記録作成等>

財団「活動業績集 2018年度版」発行準備中:

当財団の設立趣旨と研究助成事業等の活動内容を公表し、当財団への理解を促すとともに、医学生・研修医への漢方医学教育の発展の一助になることを趣旨とする。

* 2019年7月発行(非売品)予定。

送付予定先:

文部科学省(主務官庁)・大学医学部図書館・国立国会図書館

財団設立趣旨に賛同及び寄付:団体・企業

研究助成公募案内先(大学医学部長ほか)

財団評議員理事監事・研究助成選考委員

助成採択者・受賞者及びシンポジウム演者・参加者ほか

8. 理事会・評議員会・研究助成選考委員会の開催

(1) 理事会の開催(都市センターホテル:東京)

第1回:2018年 5月12日

第2回:2018年 7月 7日

第3回:2018年11月10日

第4回:2019年 2月 9日

(2) 評議員会の開催(都市センターホテル:東京)

第1回:2018年 6月23日

(3) 研究助成選考委員会の開催(都市センターホテル:東京)

第1回:2018年10月 6日

以上

第3期 決算報告書

2018年度

自 2018年 4月 1日
至 2019年 3月31日

一般財団法人
日本漢方医学教育振興財団

東京都千代田区内神田三丁目2番9号

貸借対照表

平成31年3月31日現在

(単位:円)

科 目	当年度	前年度	増 減
I. 資産の部			
1. 流動資産			
現金預金	40,380,018	34,463,889	5,916,129
前払金	585,567	622,549	△36,982
流動資産合計	40,965,585	35,086,438	5,879,147
2. 固定資産			
(1)基本財産			
普通預金	0	30,000,000	△30,000,000
定期預金	30,000,000	0	30,000,000
基本財産合計	30,000,000	30,000,000	0
(2)その他固定資産			
建物附属設備	274,366	393,689	△119,323
敷金	1,748,600	1,748,600	0
長期前払費用	330,486	0	330,486
その他固定資産合計	2,353,452	2,142,289	211,163
固定資産合計	32,353,452	32,142,289	211,163
資産合計	73,319,037	67,228,727	6,090,310
II. 負債の部			
1. 流動負債			
未払金	2,492,175	1,981,308	510,867
預り金	356,398	303,255	53,143
未払法人税等	70,000	70,000	0
賞与引当金	870,000	703,000	167,000
流動負債合計	3,788,573	3,057,563	731,010
負債合計	3,788,573	3,057,563	731,010
III. 正味財産の部			
1. 指定正味財産			
寄附金	30,000,000	30,000,000	0
指定正味財産合計	30,000,000	30,000,000	0
(うち基本財産への充当額)	(30,000,000)	(30,000,000)	0
(うち特定資産への充当額)	(0)	(0)	0
2. 一般正味財産	39,530,464	34,171,164	5,359,300
(うち基本財産への充当額)	(0)	(0)	0
(うち特定資産への充当額)	(0)	(0)	0
正味財産合計	69,530,464	64,171,164	5,359,300
負債及び正味財産合計	73,319,037	67,228,727	6,090,310

正味財産増減計算書

平成30年4月1日から平成31年3月31日まで

(単位:円)

科 目	当年度	前年度	増 減
I 一般正味財産増減の部			
1. 経常増減の部			
(1) 経常収益			
基本財産運用益	249	287	△38
基本財産受取利息	249	287	△38
受取寄付金	102,820,000	103,100,000	△280,000
受取寄付金	102,820,000	103,100,000	△280,000
雑収益	854	706	148
受取利息	854	706	148
経常収益計	102,821,103	103,100,993	△279,890
(2) 経常費用			
事業費	59,799,541	39,103,562	20,695,979
給料手当	13,205,130	8,751,720	4,453,410
臨時雇賃金	86,832	82,562	4,270
賞与引当金繰入額	316,500	351,500	△35,000
福利厚生費	725,461	413,235	312,226
旅費交通費	8,331,022	6,977,247	1,353,775
支払助成金	21,378,080	10,000,000	11,378,080
褒賞費	400,000	600,000	△200,000
会場費	4,572,510	4,589,876	△17,366
会議費	189,805	398,410	△208,605
諸謝金	1,152,427	1,544,850	△392,423
委託費	1,577,135	1,384,653	192,482
通信運搬費	568,887	435,845	133,042
消耗什器備品費	60,613	121,772	△61,159
消耗品費	215,753	333,215	△117,462
印刷製本費	4,766,894	1,278,269	3,488,625
光熱水料費	109,107	79,277	29,830
賃借料	1,857,203	1,484,581	372,622
租税公課	37	43	△6
保険料	2,375	2,325	50
渉外費	89,728	128,450	△38,722
支払手数料	50,524	39,319	11,205
減価償却費	45,343	36,990	8,353
雑費	98,175	69,423	28,752

(単位:円)

科目	当年度	前年度	増減
管理費	37,592,262	33,293,672	4,298,590
役員報酬	2,785,266	2,114,739	670,527
給料手当	16,643,897	12,870,313	3,773,584
賞与引当金繰入額	553,500	351,500	202,000
福利厚生費	1,424,826	974,619	450,207
旅費交通費	5,611,503	4,487,230	1,124,273
会議費	1,238,914	1,009,470	229,444
諸謝金	2,087,580	1,191,577	896,003
委託費	707,721	2,821,804	△2,114,083
通信運搬費	476,491	604,466	△127,975
消耗什器備品費	142,096	337,026	△194,930
消耗品費	358,747	443,448	△84,701
印刷製本費	292,846	317,619	△24,773
光熱水料費	178,016	176,456	1,560
賃借料	3,030,172	3,304,391	△274,219
租税公課	11,564	1,457	10,107
保険料	3,875	5,175	△1,300
新聞図書費	0	1,728	△1,728
諸会費	338,300	254,300	84,000
渉外費	346,684	89,104	257,580
支払手数料	97,096	1,402,715	△1,305,619
減価償却費	73,980	82,333	△8,353
雑費	1,189,188	452,202	736,986
経常費用計	97,391,803	72,397,234	24,994,569
当期経常増減額	5,429,300	30,703,759	△25,274,459
税引前当期一般正味財産増減額	5,429,300	30,703,759	△25,274,459
法人税等	70,000	70,000	0
税引後当期一般正味財産増減額	5,359,300	30,633,759	△25,274,459
一般正味財産期首残高	34,171,164	3,537,405	30,633,759
一般正味財産期末残高	39,530,464	34,171,164	5,359,300
II 指定正味財産増減の部			
当期指定正味財産増減額	0	0	0
指定正味財産期首残高	30,000,000	30,000,000	0
指定正味財産期末残高	30,000,000	30,000,000	0
III 正味財産期末残高	69,530,464	64,171,164	5,359,300

正味財産増減計算書内訳表

平成30年4月1日から平成31年3月31日まで

(単位:円)

科 目	公益目的事業会計	法人会計	合 計
I 一般正味財産増減の部			
1. 経常増減の部			
(1) 経常収益			
基本財産運用益	249	0	249
基本財産受取利息	249	0	249
受取寄付金	65,158,592	37,661,408	102,820,000
受取寄付金	65,158,592	37,661,408	102,820,000
雑収益	0	854	854
受取利息	0	854	854
経常収益計	65,158,841	37,662,262	102,821,103
(2) 経常費用			
事業費	59,799,541		59,799,541
給料手当	13,205,130		13,205,130
臨時雇賃金	86,832		86,832
賞与引当金繰入額	316,500		316,500
福利厚生費	725,461		725,461
旅費交通費	8,331,022		8,331,022
支払助成金	21,378,080		21,378,080
褒賞費	400,000		400,000
会場費	4,572,510		4,572,510
会議費	189,805		189,805
諸謝金	1,152,427		1,152,427
委託費	1,577,135		1,577,135
通信運搬費	568,887		568,887
消耗什器備品費	60,613		60,613
消耗品費	215,753		215,753
印刷製本費	4,766,894		4,766,894
光熱水料費	109,107		109,107
賃借料	1,857,203		1,857,203
租税公課	37		37
保険料	2,375		2,375
渉外費	89,728		89,728
支払手数料	50,524		50,524
減価償却費	45,343		45,343
雑費	98,175		98,175

(単位:円)

科 目	公益目的事業会計	法人会計	合 計
管理費		37,592,262	37,592,262
役員報酬		2,785,266	2,785,266
給料手当		16,643,897	16,643,897
賞与引当金繰入額		553,500	553,500
福利厚生費		1,424,826	1,424,826
旅費交通費		5,611,503	5,611,503
会議費		1,238,914	1,238,914
諸謝金		2,087,580	2,087,580
委託費		707,721	707,721
通信運搬費		476,491	476,491
消耗什器備品費		142,096	142,096
消耗品費		358,747	358,747
印刷製本費		292,846	292,846
光熱水料費		178,016	178,016
賃借料		3,030,172	3,030,172
租税公課		11,564	11,564
保険料		3,875	3,875
諸会費		338,300	338,300
渉外費		346,684	346,684
支払手数料		97,096	97,096
減価償却費		73,980	73,980
雑費		1,189,188	1,189,188
経常費用計	59,799,541	37,592,262	97,391,803
当期経常増減額	5,359,300	70,000	5,429,300
税引前当期一般正味財産増減額	5,359,300	70,000	5,429,300
法人税等		70,000	70,000
税引後当期一般正味財産増減額	5,359,300	0	5,359,300
一般正味財産期首残高			34,171,164
一般正味財産期末残高			39,530,464
Ⅱ 指定正味財産増減の部			
当期指定正味財産増減額	0	0	0
指定正味財産期首残高			30,000,000
指定正味財産期末残高			30,000,000
Ⅲ 正味財産期末残高			69,530,464

財務諸表に対する注記

1. 重要な会計方針

(1) 固定資産の減価償却の方法

定額法によっている。

(2) 消費税等の会計処理

税込法によっている。

(3) 引当金の計上基準

賞与引当金

職員に対する賞与の支給に備えるため、当期に帰属する期間の支給見込み額を計上している。

2. 基本財産及び特定資産の増減額及びその残高

基本財産及び特定資産の増減額及びその残高は、次のとおりである。

(単位:円)

科目	前期末残高	当期増加額	当期減少額	当期末残高
基本財産				
普通預金	30,000,000		30,000,000	0
定期預金		30,000,000		30,000,000
合計	30,000,000	30,000,000	30,000,000	30,000,000

3. 基本財産及び特定資産の財源等の内訳

基本財産及び特定資産の財源等の内訳は、次のとおりである。

(単位:円)

科目	当期末残高	(うち指定正味財産からの 充当額)	(うち一般正味財産から の充当額)	(うち負債に対応する額)
基本財産				
定期預金	30,000,000	(30,000,000)		
合計	30,000,000	(30,000,000)	0	0

4. 固定資産の取得価額、減価償却累計額及び当期末残高

固定資産の取得価額、減価償却累計額及び当期末残高は、次のとおりである。

(単位:円)

科目	取得価額	減価償却累計額	当期末残高
建物附属設備	542,842	268,476	274,366
合計	542,842	268,476	274,366

附属明細書

1. 基本財産及び特定資産の明細

基本財産及び特定資産の明細について、財務諸表に対する注記2「基本財産及び特定資産の増減額及びその残高」に記載しているため、記載を省略している。

2. 引当金の明細

(単位:円)

科目	期首残高	当期増加額	当期減少額		期末残高
			目的使用	その他	
賞与引当金	703,000	870,000	703,000		870,000

財産目録

平成31年3月31日現在

(単位:円)

貸借対照表科目		場所・物量等	使用目的等	金額
(流動資産)				
現金預金	現金	現金	手許資金として	31,291
		普通預金		
		みずほ銀行 神田駅前支店	運転資金として	40,028,268
		三井住友銀行 神田駅前支店	運転資金として	320,003
		三菱UFJ銀行 神田駅前支店	運転資金として	456
前払金		事務所家賃他	585,567	
流動資産合計				40,965,585
(固定資産)				
基本財産	定期預金	三菱UFJ銀行 神田駅前支店	公益目的事業の財源として使用	30,000,000
その他固定資産	建物附属設備 敷金 長期前払費用	事務所間仕切り・電源工事		274,366
		東京都千代田区内神田三丁目2番9号 SPビル 5階 事務所		1,748,600
			事務所更新料	330,486
固定資産合計				32,353,452
資産合計				73,319,037
(流動負債)				
未払金	預り金 未払法人税等 賞与引当金		旅費交通費他	2,492,175
			源泉所得税・社会保険料	356,398
			都民税均等割	70,000
			職員の賞与引当金	870,000
流動負債合計				3,788,573
負債合計				3,788,573
正味財産				69,530,464

第4期
事業計画書・収支予算書
2019年度

自 2019年 4月 1日
至 2020年 3月31日

一般財団法人
日本漢方医学教育振興財団
東京都千代田区内神田三丁目2番9号

2019年度 事業計画

当法人は、日本の伝統医療である漢方医学の普及・定着・発展を奨励し、医学教育関連事業を通じ、日本におけるこれからの「良き医療」を提供できる社会貢献活動に寄与することを目的として設立された。

漢方医学教育の調査および研究を助成奨励することにより、漢方医学教育推進に寄与し、医学生・研修医への医学教育における漢方医学教育のシステム構築を図り、漢方医学教育の進歩・発展に貢献する事業活動を行う。

1. 漢方医学教育研究助成事業(2019年度)

大学、研究所、病院、その他公的・私的研究機関において、医学生・研修医に対する漢方医学教育のシステム構築を図り、研究を行う研究者又は研究機関等に助成する。

<募集及び選考方法>

募集は、「研究助成実施要項」に則り、本財団ホームページに公開した上、公募を行う。

選考は、応募者の中から選考委員会で選考し、理事会で決定する。

<公募期間>	5月～6月
<助成件数>	8件程度とする
<助成金額>	「一般研究」： 1件100万円以内
	「グループ研究」： 1件200万円以内
	助成金予算総額 1000万円

2. 漢方医学教育研究助成事業(2018年度)

この事業は、研究者の中間報告に基づき、選考委員会で審議の上、理事会にて承認された研究者又は研究機関等に2年目の助成をする。

<2018年度採択対象：助成2年目件数>	8件
<助成金額>	「一般研究」： 6件合計540万円
	「グループ研究」： 2件合計400万円
	助成金予算総額 940万円

3. 漢方医学教育研究普及事業

漢方教育に係る教科資料作成やe-LearningやPBL、TBL等、財団の指定する特定テーマに関する研究活動に対して助成金を交付する。

<次年度以降より実施予定>

4. 漢方医学教育推進事業

漢方医学教育に関する医学教育の推進団体・組織への支援(イベント共催及び寄付)を行う。

<助成件数>	5件程度とする
<助成金額>	助成金予算総額 500万円

5. 漢方医学教育褒賞事業

医学教育モデル・コア・カリキュラムに「漢方医学」が導入されて以降、大学医学部での漢方医学教育の推進及びシステム構築研究活動等に寄与した漢方医学教育研究者又は研究機関等を表彰する。

また、漢方医学教育研究助成事業において、優秀な成果をあげた医学教育研究者を表彰する。

<募集および選考方法>

募集は、「漢方医学教育研究業績表彰<実施要項>」に則り、本財団ホームページに公開した上、公募を行う。

選考は、応募者の中から選考委員会で選考し、理事会で決定する。

- <公募期間> 5月～6月
- <表彰件数> 各2件以内とする
- <表彰内容> 賞状、盾、賞金(1件20万円)

6. 研究助成報告事業

「漢方医学教育研究助成事業」「漢方医学教育研究普及事業」において助成を受けた研究者・研究機関等、ならびに「漢方医学教育褒賞事業」で表彰を受けた研究者・研究機関等の成果報告及び発表の場とする。

- <開催時期> 年1回(毎年2月開催予定)

7. 新規事業<開設準備>

漢方医学教育の組織横断的なFaculty Development (FD)の構築を目指し、漢方医学教育に携わる教員の資質向上ならびに教育施設における「人材養成システム」拡充の支援活動を目的として「漢方医学教育 短期実地研修」支援事業を新たに開設する。本年度は2020年度実施に向けて、研修施設に対して研修準備金の助成を行う。

8. その他目的達成事業

- 広告(パンフレット・ポスター)
- 財団事業活動記録作成
- その他事業

2019年度収支予算書

2019年4月1日から2020年3月31日まで

(単位:円)

科 目	当年度	前年度	増 減
I 一般正味財産増減の部			
1. 経常増減の部			
(1) 経常収益			
受取寄付金	85,000,000	102,800,000	△17,800,000
受取寄付金	85,000,000	102,800,000	△17,800,000
経常収益計	85,000,000	102,800,000	△17,800,000
(2) 経常費用			
事業費	64,463,000	59,158,000	5,305,000
給料手当	11,795,000	11,057,000	738,000
臨時雇賃金	150,000	760,000	△610,000
賞与引当金繰入額	615,000	0	615,000
福利厚生費	954,000	609,000	345,000
旅費交通費	8,135,000	10,791,000	△2,656,000
支払助成金	25,900,000	21,500,000	4,400,000
褒賞費	970,000	500,000	470,000
会場費	5,500,000	4,600,000	900,000
会議費	200,000	200,000	0
諸謝金	1,360,000	734,000	626,000
委託費	970,000	600,000	370,000
通信運搬費	620,000	150,000	470,000
消耗什器備品費	200,000	54,000	146,000
消耗品費	400,000	210,000	190,000
印刷製本費	4,320,000	3,760,000	560,000
光熱水料費	100,000	108,000	△8,000
賃借料	2,040,000	1,459,000	581,000
保険料	4,000	0	4,000
渉外費	70,000	0	70,000
支払手数料	40,000	30,000	10,000
減価償却費	40,000	36,000	4,000
雑費	80,000	2,000,000	△1,920,000
管理費	35,637,000	38,692,000	△3,055,000
役員報酬	3,300,000	3,500,000	△200,000
給料手当	15,115,000	17,357,000	△2,242,000
賞与引当金繰入額	855,000	0	855,000
福利厚生費	1,646,000	1,691,000	△45,000
旅費交通費	5,325,000	5,479,000	△154,000
会議費	1,000,000	1,050,000	△50,000
諸謝金	1,500,000	1,310,000	190,000

(単位:円)

科 目	当年度	前年度	増 減
委託費	1,200,000	2,000,000	△800,000
通信運搬費	520,000	350,000	170,000
消耗什器備品費	370,000	126,000	244,000
消耗品費	360,000	490,000	△130,000
印刷製本費	280,000	140,000	140,000
光熱水料費	150,000	252,000	△102,000
賃借料	3,060,000	3,404,000	△344,000
租税公課	10,000	40,000	△30,000
保険料	6,000	0	6,000
諸会費	400,000	200,000	200,000
渉外費	300,000	150,000	150,000
支払手数料	60,000	70,000	△10,000
減価償却費	60,000	83,000	△23,000
雑費	120,000	1,000,000	△880,000
経常費用計	100,100,000	97,850,000	2,250,000
当期経常増減額	△15,100,000	4,950,000	△20,050,000
税引前当期一般正味財産増減額	△15,100,000	4,950,000	△20,050,000
法人税等	70,000	70,000	0
税引後当期一般正味財産増減額	△15,170,000	4,880,000	△20,050,000
Ⅱ 指定正味財産増減の部			
当期指定正味財産増減額	0	0	0

2019年度収支予算書内訳表

2019年4月1日から2020年3月31日まで

(単位:円)

科 目	公益目的事業会計	法人会計	合 計
I 一般正味財産増減の部			
1. 経常増減の部			
(1) 経常収益			
受取寄付金	49,293,000	35,707,000	85,000,000
受取寄付金	49,293,000	35,707,000	85,000,000
経常収益計	49,293,000	35,707,000	85,000,000
(2) 経常費用			
事業費	64,463,000		64,463,000
給料手当	11,795,000		11,795,000
臨時雇賃金	150,000		150,000
賞与引当金繰入額	615,000		615,000
福利厚生費	954,000		954,000
旅費交通費	8,135,000		8,135,000
支払助成金	25,900,000		25,900,000
褒賞費	970,000		970,000
会場費	5,500,000		5,500,000
会議費	200,000		200,000
諸謝金	1,360,000		1,360,000
委託費	970,000		970,000
通信運搬費	620,000		620,000
消耗什器備品費	200,000		200,000
消耗品費	400,000		400,000
印刷製本費	4,320,000		4,320,000
光熱水料費	100,000		100,000
賃借料	2,040,000		2,040,000
保険料	4,000		4,000
渉外費	70,000		70,000
支払手数料	40,000		40,000
減価償却費	40,000		40,000
雑費	80,000		80,000
管理費		35,637,000	35,637,000
役員報酬		3,300,000	3,300,000
給料手当		15,115,000	15,115,000
賞与引当金繰入額		855,000	855,000
福利厚生費		1,646,000	1,646,000
旅費交通費		5,325,000	5,325,000
会議費		1,000,000	1,000,000
諸謝金		1,500,000	1,500,000

(単位:円)

科 目	公益目的事業会計	法人会計	合 計
委託費		1,200,000	1,200,000
通信運搬費		520,000	520,000
消耗什器備品費		370,000	370,000
消耗品費		360,000	360,000
印刷製本費		280,000	280,000
光熱水料費		150,000	150,000
賃借料		3,060,000	3,060,000
租税公課		10,000	10,000
保険料		6,000	6,000
諸会費		400,000	400,000
渉外費		300,000	300,000
支払手数料		60,000	60,000
減価償却費		60,000	60,000
雑費		120,000	120,000
経常費用計	64,463,000	35,637,000	100,100,000
当期経常増減額	△15,170,000	70,000	△15,100,000
税引前当期一般正味財産増減額	△15,170,000	70,000	△15,100,000
法人税等		70,000	70,000
税引後当期一般正味財産増減額	△15,170,000	0	△15,170,000
Ⅱ 指定正味財産増減の部			
当期指定正味財産増減額	0	0	0

2019年度 資金調達及び設備投資の見込みについて

1. 資金調達の見込みについて

借入の予定はありません。

2. 設備投資の見込みについて

重要な設備投資の予定はありません。

一般財団法人 日本漢方医学教育振興財団 ご寄附に関するお願い

謹啓 時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素より当財団の運営に対して格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

当財団は、日本の伝統医療である漢方医学の普及・定着・発展を奨励し、医学教育関連事業を通じ、日本におけるこれからの「良き医療」を提供できる社会貢献活動に寄与することを目的に創立されました。

漢方医学の教育については、2001年3月に文部科学省から公表された「医学教育モデル・コア・カリキュラム」の中で初めて『和漢薬を概説できる』という記載がなされ、その後2011年3月には『和漢薬、漢方薬の特徴や仕様の現状について概説できる』と改訂され、日本の医学教育において、卒業までの到達目標として、漢方に関する知識の習得が示されました。

現在、「医学教育モデル・コア・カリキュラム」に即して、すべての大学医学部で漢方医学教育を実施するにいたりました。さらに8割以上の大学で8コマ以上を必修とし、漢方臨床実習や学内での教員育成の仕組みを持っている大学が加速度的に増えてまいりましたが、改めて日本独自の伝統医療としての位置づけを鑑みますと、漢方医学の教育基盤はまだ発展途上にあると思われまます。

当財団では、医学教育に関する情報発信に加え、医学教育研究者に対する研究助成、学会や行政など外部との意見交換、大学医学教育のニーズに沿ったテーマに対応する研究支援活動など新たな役割を加え、医学教育に関連した事業を活動の軸とし、広く且つより高い見識のもと、自律的に行われる活動への支援を通じ、「良き医療」の実現に貢献したいと願っております。

つきましては、当財団の活動の趣旨をご賛同いただき、当財団に対するご寄付を賜りますようお願い申し上げます。次第です。

何卒ご高配ご協力賜りますよう、お願い申し上げます。

謹白

一般財団法人 日本漢方医学教育振興財団

代表理事 加藤 照和

専務理事 北島 政樹

常務理事 伴 信太郎

理事 高久 史麿

評議員 佐藤 達夫

<賛同者(組織・企業・個人)一覧>

(敬称略・順不同)

一般社団法人 日本東洋医学会

一般社団法人 日本病院総合診療医学会

日本漢方生薬製剤協会

ジェーピーエス製薬 株式会社

クラシエ製薬株式会社

株式会社ツムラ

小太郎漢方製薬株式会社

株式会社 日経メディカル開発

<2019年3月31日現在>

<寄付者(組織・企業・個人)一覧>

(敬称略・順不同)

日本漢方生薬製剤協会

ジェーピーエス製薬 株式会社

クラシエ製薬株式会社

小太郎漢方製薬株式会社

株式会社ツムラ

風間 八左衛門(日本漢方生薬製剤協会 会頭)

株式会社 日経メディカル開発

<2019年3月31日現在>

【監 修】

一般財団法人 日本漢方医学教育振興財団

理 事 長 加藤 照和

専務理事 北島 政樹

常務理事 伴 信太郎

理 事 高久 史磨

評 議 員 佐藤 達夫

<2019年3月31日現在>

【事務局】

一般財団法人 日本漢方医学教育振興財団 事務局

理事 事務局アドバイザー

松田 隆志

事 務 局 長 阿部 孝昌

事務局次長 藤岡 利行

事 務 局 松崎 美樹

<2019年3月31日現在>

〒101-0047

東京都千代田区内神田3-2-9 SPビル5階

TEL : 03-6206-0063(代表)

FAX : 03-6206-0064

E-mail : info@jkme.or.jp

【発行日】

2019年7月1日

【編集・制作】

日経メディカル開発

〒105-8308 東京都港区虎ノ門4-3-12

TEL : 03-6811-8780



一般財団法人 日本漢方医学教育振興財団
Japan Kampo Medicine Education Foundation