座談会

「医師」を育てるとは――医学部教育の現在

高木（たかぎ） 康（やすし）
昭和大学学長補佐、医学部卒後臨床研修センター長、教授

岡崎（おかざき） 仁昭（ひとあき）
自治医科大学医学部医学教育センター長、教授

入学時から将来が決まっており、卒業後も同じ領域で学び続ける

吉岡　医療はわれわれの生活や社会と密接な関わりを持ち、刻々と変化し続けています。従って、医師の養成を担う医学教育も、それに合わせて変化しなくてはなりませんが、一方で、変えてはいけない部分もあります。

医学部における教育の特徴として、入学時から学生の将来がある程度決まっており、卒業後も同じ領域で学び続ける。すなわち、卒前教育と卒後の教育がつながっていることが挙げられます。また、卒前教育が6年間という比較的長期間にわたります。

そういう中で、現在の医学教育が実際にどのように行われているのか、医学教育の

関係者以外にもご理解いただける形で議論を進めたいと思います。

本日は、医学教育を構成する研究と臨床という両輪の中でも、特に臨床教育に力を入れている大学からお集まりいただきました。各大学の建学の理念に基づく教育内容の特徴や変化などについてお話しいただきます。

コアカリキュラムや共用試験により医学教育が大きく変化

これからのお話は、教育における三つのカリキュラムといわれる「フォーマルカリキュラム」「インフォーマルカリキュラム」「ヒドゥンカリキュラム」を軸にして進めていきたいと考えています。

まずフォーマル即ち公式に教育として考え、計画し、実践しようとしている教育について伺います。それぞれの大学の教育の方向性や具体的な内容、変化などについてご紹介ください。

岡崎　自治医科大学は1972年（昭和47年）、全国の都道府県の共同により設立されました。その医学部の使命は「地域医療を

担う総合医の育成」と非常に明確です。各都道府県から毎年2・3名が選抜されて入学します。卒業後、都道府県の知事が指定する公立病院や診療所に一定期間勤務する事で入学金、授業料が免除になります。

以前と比べると、今の医学生は大変だと思います。昔は共用試験はなく、医師国家試験も、普通に授業を受けて臨床実習を経験すれば合格できたように思います。ところが、今は学生に相当の負荷がかかっています。医学教育モデル・コア・カリキュラム（以後、コアカリキュラム）の導入と共用試験の実施、医師国家試験の難易度の上昇による影響があります。

医学分野では要求される知識量が増えているため、本学ではコアとなる内容を段階的に繰り返し教えるという考え方に基づいたカリキュラムを設定しています。

本学には学生を医師として育成し地元にお返しするという使命があり、それを十分に意識しながら教育に当たっていることもあって、共用試験や医師国家試験合格率も非常に高くなっています。

高木　岡崎先生がおっしゃったように、この10年で大きく変わったのがコアカリキュラムの導入と共用試験の実施だと思います。昭和大学も、この流れに沿って教育改革を進めています。

本学は相手の立場に立った医療ができる臨床医の育成を建学の理念に掲げており、研究よりも、優れた医師の育成に重点を置いています。初期臨床研修制度の導入により、臨床を重視した医師の育成が大学に求められていますが、これはまさにわれわれのモットーであり、カリキュラムもそれに沿ったものになっています。

本学は医学部、歯学部、薬学部、保健医療学部の四つを併設していますので、医療のいろいろな専門職が力を合わせて医療に当たる「チーム医療」に力を入れた教育を1年次から始めているというのが、この10年くらいの特徴です。

以前よりも早い時期に、ある程度の知識・技能が求められるようになった

高松　この10年というスパンで考えると、やはり知識重視から、卒業時点の技能がより求められるようになってきたと思います。

知識に関しては、4年次の臨床実習が始まる前に一定の知識を身に付け、それによって中身の濃い実習を行って卒業するというようになっています。前よりも早い時点で、ある程度の知識レベルが求められるようになり、かつ技能も求められる。こういったあたりが大きな変革だと感じます。

東邦大学は人間愛に満ちた臨床医の育成をミッションに掲げており、確かな知識や技術をベースにして、心のこもった医療ができる人材を育ててきました。これは同時に、今の日本の医学教育が向かっている方向でもあると思います。

具体的には、従来よりも2年早い段階で一定の知識レベルが求められるようになりましたので、教育の効率化を図らなければいけない。また、教育の質を担保するために、統一的なものが求められます。そこでアクティブラーニングということになるのですが、アクティブといいながら「この内容をこの期間内に効率的に学びなさい」というような、「与えるカリキュラム」に変わってきているといった問題点もあるように感じます。

本年から、カリキュラムを変更しました。学ばなければならない必修事項に対しては最小限のレベルに抑え、全体の20～30％の時間を自由に多様性を持って能動的に取り組めるカリキュラムに移行しました。詳しくは後ほどご紹介します。

吉岡　医学教育が、この10年あるいはそれ以上のスパンでどのように変化してきたかを伺いましたが、医師として必要な知識だけではなく、技能や態度といった一人前の医師としての基本的な能力全体を教育するという方向に変わってきたと思います。

5年前にカリキュラムを変更して地域の拠点病院における臨床実習が増加

吉岡　医学教育に求められるものが変わるのに対応して、各大学では独自の教育を行っています。

それと、全ての医学部で学ぶべき内容をまとめたコアカリキュラム、この二つが現在の医学教育の柱だと思います。その具体的な内容や各大学の特徴、目的などをご紹介いただけますでしょうか。

岡崎　自治医科大学のカリキュラムの特徴は、3年次の修了時に共用試験を受験するという点です。1年次の後半から基礎医学を学び、2・3年次で基礎臨床系の講義、診断学をすべて修了し、3年次に共用試験。そして、4～6年次には最大で80週という長い臨床実習を行っています。大学附属病院内だけではなく地域の医療機関における実習を増やしている点が非常に大事なところです。

また、1年次における基礎教育のカリキュラムも5年前に変えました。物理、化学、生物という基礎科目を統合して「理科総合」という科目を設け、本当にコアな内容だけに絞り、講義や演習、実習を行います。演習には多くの臨床教員も参加し、学生のモチベーションアップにつなげています。

また本学は全寮制です。6年間を通じてグループ学習を勧めています。1年次の理科総合科目では、ＩＣＴを活用し、Ｍｏｏｄｌｅなどのｅラーニングシステムを使ってグループで予習復習をさせるといった取り組みも進めています。

このあとで話題になると思いますが、最近、全国の医学部で留年者が増えています。本学はストレートに卒業する学生の割合が約95％ですが、より１００％に近づけるために、1～3年次のカリキュラムを変更しました。段階的な導入教育を重視し、コアとなる内容を繰り返し学ぶ。しかも、全寮制という特徴を生かし、グループで協力して学ぶ「協勉」を推進しました。その結果、ストレート進級率が向上し、今の4年生は１００％、2・3年生も98％以上となっています。

成績が下位の学生のボトムアップ教育を徹底的に行う一方で、優秀な学生のアクティブラーニングにも力を入れ、6年前にフリーコース・スチューデント制度を導入しました。これは、5・6年次に行われる共通の総合判定試験成績優秀者で臨床実習での評価が高い6年生10名程度について、臨床でも基礎医学でも自由に約半年間学ばせるというものです。この期間の授業と卒業試験はすべて免除されるという画期的な制度です。

もちろん、フリーコースの学生は全員、医師国家試験に合格しています。このボトムアップとアクティブラーニング両面を取

岡崎 仁昭氏

り入れている点が、本学の教育プログラムの特徴です。

吉岡　自治医科大学はもともと地域医療の実習に力を入れておられますが、さらに増やしたのはどういう理由からでしょうか。

岡崎　地域での臨床実習の場は診療所や地域の拠点病院、病床数が100床程度の一般病院があります。本学では、そういった全ての場で臨床実習を経験させたいというのが狙いでした。

　診療所におけるCBL（Community Based Learning：地域医療実習）は以前から実施しており、一般の病院の実習も5年次における選択必修実習となっていました。一方、大学附属病院内での実習を増やすことは、マンパワーの問題もあって難しい。そこで、6年生の最後に臨床実習の総まとめとして、卒後に出身都道府県で初期臨床研修を行う予定の拠点病院での実習を約1カ月増やしました。これによって、初期臨床研修へのスムーズな移行も図れます。また、地域の拠点病院における実習を増やすに当たっては、学習の質保証も十分考慮して、FD（Faculty Development）を実施しています。

高木 康氏

学部を超えたグループワークでチーム医療を身に付ける

高木　昭和大学では、1年生四学部600人全員が富士吉田キャンパスで寮生活をします。しかも、基本的には1部屋に各学部から1人ずつ、計4人が1年間の共同生活をします。

　これは、態度教育とかコミュニケーション能力の育成などに大いに貢献していると考えています。同室となった4人でしっかりコミュニケーションを取る、そういう基本的なことを1年生で勉強してもらおうと思っています。

　また、PBL（Problem Based Learning：課題基盤型学習）チュートリアルを2007年度という早い時期に取り入れ、各学年で実施して効果を上げています。

　本学には四つの病院があり、そこに多くの教員がおりますので、PBLチュートリアルのファシリテーターとして各グループを支援できます。5年次には4学部の学生が一つの学生の医療チームを構成して学部連携の臨床実習を行いますが、4年次にはこの臨床実習に関連したシナリオのPBLチュートリアルを前もって行い、実習に備えます。

　このように知識教育では学生が自分で問題を発見して解決するPBLチュートリア

ルを重視した教育を、態度教育では、まず4学部生が一緒に営む1年間の寮生活、それから今ご説明した学部連携の取り組みなどが挙げられます。

吉岡　昭和大学といえばチーム医療がよく知られていますが、実際に学部を超えて教育するというのは意外に難しい面もあると思います。これがうまくいっている理由は何でしょうか。

高木　やはり、1年次の寮生活で学部間の壁が取り払われているという学習環境があると思います。学部連携のPBLチュートリアルも1年次から始めており、担当の教員が非常にアクティブに関わっています。そしてそこには、専門課程の基礎教育を担当する教員も参加しています。

高松　研氏

　本学は医学部だけではなく、医療関係の学部が四つあるため、多職種の教員数が多く、グループワークでもよく目が届くという点に大きな効果があるように感じます。

吉岡　学部を超えた教員のネットワーク構築は、難しかったのではないでしょうか。

高木　おっしゃるとおりです。私立大学では、トップダウンで物事が進むケースが少なくないと思います。本学もトップダウンで始まりましたが、始めてみると次第に効果が出てきて、各学部学生が学部を超えて助け合うようになりました。

　例えば医学部の学生は、薬についてはまだあまり詳しくありませんが、グループワークで薬学部の学生が「この患者はこういう症状なので、この薬がいいのではないか」「今この薬を処方されているが、あまりよくないかもしれない」といった意見を出してくれる。また、歯学部の教員も参加しているので、普段は見る機会の少ない口腔ケア診療を実際に見られるといったように、自然な形で他学部の知識が身に付くというメリットもあって、非常にいいのではないかと思います。

吉岡　俊正氏

吉岡　そのような薬剤師からのアドバイスなどは医療の現場でもきちんと行われなければいけませんが、それが教育の中で身に付くというのはとてもいいことだと思います。

自由を与える代わりに、自らアクションを起こさせる仕組み

高松　東邦大学の今年からのカリキュラムは自治医科大学に比較的近く、3年次の末に共用試験を受ける形にしました。

　本学では基礎と準備教育を合わせた基礎準備教育一体型とし、臨床を独立させた2階建て構造としています。

物理、化学、生物は、生理、生化学、あるいは解剖などの領域と一体型とし、1年次の最初から学びます。受験の際に生物と物理の片方だけを選択した学生が多いため、基本的にはゼロベースで始め、リメディアルとして補習も行います。

人文社会科学系の科目は、大学設置基準の大綱化以降、20年以上の間、選択科目としてきましたが、今回、社会学や倫理学、法学、心理学といった基本的なところを必修として、医学知識の学びと並行させるように改めました。

本学の人間性教育の特徴として、「多面的な人間形成を目指す全人的医療人教育」が挙げられます。この全人的医療人教育は1年次から臨床実習に入るまで継続します。

また、基本的に、授業時間を週5日間のうちの80％以下に抑え、残りの時間を自由に使って、4年次までに何らかの論文を仕上げさせることとしています。研究室に所属して実験などを行ったオリジナル論文が理想ですが、メンターに指導を受けて総論の形で取りまとめた論文でも可とし、必修にしています。

1・2年次に仕上げて、あとは本当にフリーに使う学生もいれば、4年次までかかる学生もいると思います。自由を与える代わりに自分で何か能動的にアクションを起こしなさいという意図で始めました。

4年次から臨床実習に入りますが、やはり少しは授業がないと診療科間の総合的な知識を組み立てるのが難しいのではないかという理由から、4年次では週3日の実習を基本とし、残りの2日間を総合臨床講義に当てています。

5年次から診療参加型の実習が始まりますが、実習のブロックごとに臨床講義を入れています。これは薬学部と合同で、一つのケースに対して医学部と薬学部の学生がそれぞれカンファレンスをするというプログラムです。これまでも5年次の臨床実習で既に導入しており、成果も出ているので、新カリキュラムで全面的に導入を目指します。

臨床実習の実習先は自治医科大学のような多面的な展開がなかなか難しいのですが、千葉県と共同で、地域の中核病院で最低1カ月、できれば2カ月の実習を行うプログラムを開発しようとしているところです。これらが整ってくれば、より充実した教育体系ができあがると期待しています。

認証評価制度の受審に向けて IRも含めた準備作業が進行中

吉岡　三つの大学がそれぞれ非常に工夫をしていらっしゃって、それぞれに特徴がある様子がよく分かりました。

一方で、ある水準を保って医師を育てていくことが医学部全体に求められており、その質保証の一環として、薬学教育に続いて分野別の認証評価制度がスタートしました。各大学の個性を認めつつ、医学教育の形がきちんと整備されていることが基準になっています。この認証評価制度に対する準備状況はいかがでしょうか。

岡崎　自治医科大学は来年の冬に受審する予定です。教務委員会の中に認証評価の委員会を新設して、この4月から作業が始まっています。教育プログラムの大枠は変えませんが、情報センターの中にIR（Institutional Research）部門を設置しました。在学中および卒後のいろいろなデータを収集

してプログラムの改善に役立てようとするものです。

また、臨床実習の評価法を見直しました。基本的には、知識だけではなく、授業の態度を含めた評価をＭｏｏｄｌｅ上で始めています。その際、各診療科の到達目標もきちんと設定しています。

従来、臨床実習は各診療科任せの面がありましたが、大学として一定のレベルをクリアさせたいということと、態度評価も含めて、Ｍｏｏｄｌｅを利用してルーブリック方式で何段階かでの評価をするようにしました。

また、プログラム自体の評価を行う組織を設ける予定です。さらに卒業時および卒業生に対するアンケート調査を実施し、その結果からプログラムの改善に役立てる仕組みを構築する予定です。

高木　昭和大学では、新しいカリキュラムが現在４年次まで進んでいます。当初、２０１７年度に受審する予定でしたが、この新カリキュラムが完了する２０１８年度に受審することにしました。本学もＩＲ室を設けて、改善のための調査やデータ収集を始めたところです。

その中で、卒業生のアンケート調査を本格的に実施しようと思っています。実は、本年に試みたのですが、回収率がわずか二十数％でした。

チーム医療教育はどうだったかという本学の教育のコアになる部分について知りたかったのですが、卒業直後の研修医や薬剤師になったばかりの卒業生を対象としました。二十数％の回収率が良かったか、できるだけの改善を行う方向で検討をしています。

評価については本学も、特に臨床実習に対してポートフォリオ形式によるルーブリック評価を始めました。

また、地域医療における実習を３年次のアーリーエクスポージャー（早期臨床体験学習）として実施しています。そして、５年次の臨床実習がちょうど終わる頃、内科と外科と産婦人科が終了する時点で再び３年次と同じ診療所で実習を行います。臨床講義や臨床実習を経て、３年次の頃よりもどのくらい診療が進歩したか、そのクリニックの先生や地域住民の方々に評価をしていただいています。

外部評価を受けることは自らの教育を見直す機会でもある

高松　東邦大学は今年度から新カリキュラムをスタートしました。カリキュラムが完成してから受審すると最終期限になってしまうので、予定としては２０１９年に書類を準備し、２０２０年に受審したいと思っています。

プログラムのアンケート調査は比較的順調に進んでおり、２年次と４年次の修了時および卒業時に、カリキュラムがどうだったかを、科目評価も含めて実施しています。総合試験の際にアンケートを集めているので、回収率はほぼ１００％です。研修医については２年次終了の時点で行いたいと思っていますが、まだ学内のコンセンサスを得るところまで至っていないため、どういう形で実施するか検討中です。

今、一番の悩みは臨床実習の評価です。臨床実習センターを作り、システムとしてはポートフォリオ形式を導入しようとしておりますが、大変苦慮しています。診療科によってはいろいろな提案をしてくるとこ

ろもあるので、それをいかに学部全体に統一していくかが課題です。

一般的な学習の評価に関するＩＲについては、ＩＲ部門の担当者が決まりましたが、まだ情報収集にまでは至っておらず、カリキュラムの進行に伴って少しずつ整備していくこととしています。

吉岡　受審のための評価ではなく、継続的な教育改善のための評価ということが本来の目的だと思いますが、やはりそういった外部評価を受けることが自らの教育を見直すいい機会になるというのが皆さんの感触ではないかと思います。

全国の医学部の定員増に伴って留年や科目を落とす学生が増加

吉岡　それでは、インフォーマルカリキュラムへ話題を移したいと思います。フォーマルというのは大学や医療機関が、学生が学んでいると考えているカリキュラムだといえるかと思いますが、実際に学生は、われわれが期待しているようには学んでいなかったりするわけです。

実際に学ぶ場所あるいは学生が本当に学ぶ機会をインフォーマルカリキュラムと呼びます。学生の特性が変わってきたり、ＩＣＴの発展によって学び方が変わってきたという要素などもあって、学ぶ場や機会も変わっていると思います。普段どのようにお感じになっていらっしゃいますか。

岡崎　地域医療の充実を図るために、それまで全国の医学部の定員は７６２５名に抑制されていたものが、９２６２名（２０１６年度）まで増やされ、自治医科大学でも定員が23名増えました。全国的に仮進級者や留年生が増加しているのは残念なことです。

従来、医学の教育は各講座・診療科任せというところがあったと思います。しかし、膨大な知識を学生に教えようと思っても、学生はなかなか全てを咀嚼できない。そうして、いったん一つの科目を落とすと雪だるま式に落としてしまって留年するという学生が散見されます。

学生を直接指導して感じることは、従来の留年者は勉強以外にやりたいことがあって、そのために勉強時間が足りないというケースが多かったと思います。しかし最近は、真面目に勉強しているのについて行くのが難しい。自分で問題点を見つけて学ぶことができない学生が増えたような気がします。勉強の仕方から教える必要があるのかもしれません。

吉岡　一般の方からすると、医学部がそんな状況で大丈夫かなと心配になるかもしれませんね。

岡崎　以前に調査したのですが、医学部の入試における偏差値を30年前と比べると、

国公立大学はあまり変わっていません。ところが、私立大学の医学部は非常に上がっていて、たぶん10ポイントくらい上昇し、平均すると65を超えていると思います。一方では少子化で受験生が減り、逆に入学定員が増えた結果、学習困難な学生もある一定の割合で認められるというのが事実だと思います。

以前はゆとり教育等が原因としていわれましたが、これは学生だけの問題ではなく、われわれ教える側の責任もあるでしょう。教育方法を変えないと、たぶん解決しないと思います。こういった事情を考えて、本学では基本的な内容を繰り返し段階的に教えるようにして、それで何とか全員がキャッチアップできる体制ができつつあるというのが現状です。

医療系の学びは、自分で答えを作っていく作業が必要

高木　岡崎先生がおっしゃったことに加えて、入学試験も関係があるのではないでしょうか。偏差値が上がったといっても、真の学力が上がったのかどうか、私は疑問に思います。今の学生は、センター入試の選択式の問題はよくできます。医学部の偏差値が高くなって、受験テクニックに優れた学生も増えています。しかし、実際の診療の患者さんが「私の疾患は、次の三択です。①心筋梗塞 ②狭心症 ③大動脈解離」と紙に書いて持って受診するわけではありません。

学生は一生懸命に勉強をしているのですが、大学が敷いたレールの上をただ歩いているだけのようにも見えます。これはわれわれ教員の怠慢もあったかもしれませんが、自分で問題を見つけて学ぶことができないため、レールがなくなると「私はどこへ行くんでしょうか」となってしまう学生が増えているのではないかと思います。これを解決する目的でPBLチュートリアルを導入してはいますが。

また、本学には看護師が常駐する保健管理センターがありますが、精神的な悩みで訪れる学生が、最近増えています。これは、他の医療系の大学も同様だと思います。

吉岡　そういう学生の存在も前提にして、教育をしなくてはいけないわけですね。

高松　最近は、大学生が生徒化しているとよく言われます。本学の学生も「何を覚えればいいんですか」「その答えは何ですか」と聞いてきます。正解がないものを学ぶということができなくなっているのです。

医療系の学びは、先ほど高木先生がおっしゃったように答えがないところから自分で答えを探していく、あるいは答えを作っていくという作業が必要です。しかしそこにギャップがあって、覚えるのは得意でも考えることができない。何と言いますか、学びが乖離しているような気がしており、それをどうしたらいいのか悩んでいます。

岡崎　おそらく、勉強の仕方を変えさせないといけないのでしょう。今は、本を読んで大事なポイントを自分で探さなくても、みんな教えてくれる。医学でも試験対策用の参考書がたくさん出ていて、学生はそればかり勉強している。標準的な教科書を読んで、どこが大事か自分で探す学生は減っている気がします。

高木先生がおっしゃったように、患者さんが「私の疾患は次の三択のどれかです。①心筋梗塞 ②狭心症 ③大動脈解離」と書

いて持って来るわけではなく、ゼロから始まります。ですから、本学では、書かせて声に出させる、発言させるといった教育をしないと、たぶん選択問題ばかりが得意なままで終わってしまうでしょう。そういった勉強の仕方を含めて教育しないと、なかなか解決しないような気がします。

高木　卒業して10年目くらいの指導医を対象にワークショップを行うのですが、そこで必ず聞かれるのが「この問題の模範解答は何でしょうか」。私は、「カリキュラムプランニングをしていただくのですから、それはあなた方が考えることであって、私のほうからは申し上げられない」とお答えするのですが。

指導医レベルがそういう考えなので、われわれがもう少し大きな声で「模範解答ではなく君の解答・考えが必要なのです。解答は一つではない」と言わなくてはいけないのでしょう。

吉岡　国家試験や専門医の試験はどうなのでしょうか。

岡崎　私は日本内科学会で資格認定試験の委員長を務めていますが、試験対策本で勉強するだけでは合格できないような試験を目指しています。実習を真面目にしないで図書館にこもって勉強ばかりしている学生が有利になるような評価法では、駄目でしょう。知識偏重ではなく、臨床実習や研修に真摯に取り組んでいる学生が有利になるような試験にしたいと考えて、いろいろな改革を続けているところです。

今の医師国家試験は、知識レベルの評価に留まっており、評価法を抜本的に変えていく必要があります。結局は、評価法を変えれば学生もそれに対応した勉強をせざるを得ないので、そういった方向へ誘導することが大切だと思います。

大学のミッションを達成するにはどういう入試方法がいいのか

吉岡　少子化とはいえ、医学部は狭き門といわれるように、各大学は志願者を選抜しているわけです。単に学力だけでなく、将来は医師となる素養をきちんと持っているか、大学の理念に合っているかも含めて入学者を選んでいるはずです。しかし、実際はまだまだ課題があるように思います。

岡崎　入試の形式に関しては、各大学で特徴があるでしょう。自治医科大学は、独自の一次試験（ペーパー試験）のあとに、各都道府県における面接試験があります。二次試験は栃木県の大学キャンパスで集団面接と個人面接、および小論文を実施して総合的に合否判定しています。

例えば面接試験では、ネガティブセレクションが主になっています。先ほどIRの話が出ましたが、臨床医としてきちんと実践している卒業生の在学時の成績をIR部門で集約することによって、大学の使命を達成するにはどういった学生を入学させるのがベストなのかを知りたいわけです。

今回IR部門をスタートさせるに当たっては、例えば留年者や医師国家試験不合格者の入学時の状況などを徹底的に分析し、統計を取ることを今年度中にやろうと思っています。

吉岡　受験生の情報と入学後のパフォーマンス、できれば卒後の情報も分かれば、よりよい選抜ができるだろうということですね。

岡崎　本学ではネガティブセレクションを強化するのが安全かもしれないと考えてい

ます。ただ、大学によっては、その特徴を生かすためにMMI（Multiple Mini Interview）などのポジティブセレクションを入試に取り入れる場合もあるだろうし、それぞれ違っていていいと思います。

入学時の成績と卒業時の成績にはほとんど相関関係が見られない

高木　昭和大学は入学試験を3回行っており、まず選抜1期の入試で78名を採ります。この入試では他の私立医大と同様に数学、英語と理科2科目です。次に、センター入試を重視し、国語と地歴・公民を含めた5教科で広い知識を持った学生を選抜して12名を採ります。最後に、3月初旬に選抜2期の入試で20名と、いろいろな入試形態で幅広い入学者を選抜しています。

センター入試では、全国を六つに分けて各エリアから二人ずつ採るという工夫をしています。以前は地方からの入学者が少なくなかったのですが、現在は首都圏の合格者が非常に多くなったため、地方からの入学者を増やそうというものです。

本学の入学試験は一次試験の筆記試験と二次試験の小論文・面接からなります。やはりネガティブセレクションですが、筆記試験が最下位でも小論文と面接が良ければトップになれるくらい、小論文・面接の配点を高く設定しています。これが二つ目の工夫です。

評価者の問題についても、いろいろな工夫を重ねてきました。以前は、一人の受験者にA評価を付ける先生とD評価を付ける先生がいるケースもありましたが、最近はAとBあるいはCとBといったようにほぼ同じ評価になってきました。

ただ、入学時と卒業時の成績に相関関係がほとんど見られないので非常に困っています。例えば、入学時はとても成績がいいのに途中でドロップアウトする学生がいる。一つにはわれわれ教員の努力不足があるのかもしれませんが、どうしたらドロップアウトしない学生を入試で採れるのか、それを知りたいですね。

岡崎　例えばペーパーテストなら国語や英語、それもきちんと記述するような試験で上位の成績であれば、問題なく卒業する学生が多いというデータもあります。しかし、本学でも調べましたが、基本的には入試の点数と卒業時の成績は相関しません。

最近、ある大学での調査によると、1年次の成績と卒業時の成績が、ほぼ相関していたそうです。確かに1年次前半の成績でだいたい決まって、そのまま卒業まで行く学生が多いような気がしますが、それでは遅いのであって、入試の時点で知りたい。データを詳細に解析すれば、何か分かりそうな気がするのですが。

高木　本学でもそれを調べたところ、1年次の試験で下位だった30名は、そこからなかなか脱出できません。下位30番以内から上昇するのはせいぜい7・8名くらいで、残りは6年次まで下位のままの学年がほとんどです。これをどのようにすれば、本当にいい学生を採れるのか。

吉岡　入試の段階で見極めるのは、本当に難しいでしょう。また、相対評価であれば、どうしても下位の学生は存在します。

高松　東邦大学では付属高校から15名くらい採って、あとは一般入試が1回だけです。単一試験なので、入学時の成績とその後の動向は調べやすく、実際にずっと調査を続

けてきました。

先生方がおっしゃったように、1年次の終わりには入学時の成績とほとんど関係がない状態になり、1年次から2年次にかけては順位が多少入れ替わりますが、2年次の後半から卒業まではほぼそのままです。ですから、入試の時点ではある一定の知識レベルがあればよしとして、それ以外のところでいい人をピックアップできないかというのがポイントだと思います。

入学後のパフォーマンスをあらかじめ知るために入試を工夫

高松　4年前までは小論文で論述させていたのですが、完全にパターン化してしまいました。そこで、国語力・読解力を検証する基礎学力試験というものに変えました。また、適性能力と言っていいのかどうか、注意力を検証するような問題も加えています。

面接は、20分の集団面接と5分の個別面接を組み合わせています。集団面接ではリーダーシップや協調性を評価しています。個別面接は四つのブースで、MMI形式で行っています。例えば、環境適応能力を測るブースでは、ちょっと意地悪な演技をする男性がいて、その人に対して物事を説明したりコミュニケーションをとらせる。また、共感性、倫理性を問うような課題文を見せて、それにどう答えるか。概略評価と点数による評価をして、データとして蓄積しています。それらの評価と入学後のパフォーマンスを比べて何が分かるか、というところです。

岡崎　MMIはいつ導入なさったんですか。

高松　今年で4年目になります。本当は、一次試験にも変えたい部分があります。現在は理科3科目から2科目選択ですが、医学部の性格からすると、たとえ履修レベルは低くとも3科目を履修しているほうが望ましいと思います。しかし、一大学のみで変えることには抵抗があります。

入試の科目試験の点数とその後のパフォーマンスが一致しないということもあるため、一次試験よりは二次試験の結果から何かいい指標が見つからないかと、あれこれ検討しています。再来年くらいにはデータがそろってくる予定です。

岡崎　面接試験ではみんなが同じような答えをするので、評価する側は難しいですね。

高松　全くそうです。本学の個別面接はMMI方式で、ブースごとに基本テーマを決めています。第一日目と第二日目はもちろん、午前と午後でも課題を少し変えて、受験する学生に既存の回答では対応できない工夫をしています。

コミュニケーション能力や態度教育、医療の倫理をいかに教えるか

吉岡　インフォーマルな現場のお話も出て興味が尽きませんが、最後のテーマであるヒドゥンカリキュラムに移りたいと思います。

ヒドゥンカリキュラムとは、学生が意識して学ぶ機会や学ぶ内容を指すのではなく、社会や環境における習慣とか風習の中で自然に、もしくは無意識のうちに身に付けてしまうような学習のことです。

日本の社会において、医師が医療に対してどうあるべきかという点とも関係するわけで、学生は実際の医療の現場で、それを肌身に感じながら学んでいきます。従って、教えるのは難しいと言わざるを得ません。

これには医療あるいは医学研究の倫理も含まれるでしょうし、先ほどはコミュニケー

ションという言葉も出てきましたが、患者さんに接する態度、あるいはチーム医療に対する姿勢なども入ってきます。学生に教えてもなかなか身に付きにくく、逆に変に身に付けてしまう可能性もあります。

今後の医療者を教育していく上で重要な課題だと感じますので、先生方が実際の教育の中でどうお考えになって、具体的に何を行っていらっしゃるか、ぜひおうかがいしたいと思います。

岡崎　自治医科大学は全寮制なので、先輩後輩のつながりは強く、また各都道府県から学生が来ているため、県人会もあります。卒業後に出身地に帰れば、卒業生のネットワークもある。そういった複数のつながりを学生時代から認識し、段階的に学べる体制になっています。

いろいろな態度教育、いわゆるプロフェッショナリズム教育に関しては、そういった授業やグループワークを各学年で行うようにしています。たまたま昨日は、東日本大震災時に被災地にとどまって医療を続け、米国TIME誌の「世界で最も影響力のある100人」に選ばれた本学卒業生の菅野武先生に来学していただきました。その体験談を6年生に対して話していただき、一緒にディスカッションするといった取り組みを行いました。

こういうことは、各学年にわたって継続的に行う必要があるでしょう。倫理やコミュニケーション能力を教育するのは難しく、何がいい方策なのか分からない部分もありますが、本学ではこういった取り組みを続けています。

そのアウトカムとしてですが、本学の創立当時、卒業後の9年間の義務から離脱する者が多いのではないかと危惧されましたが、実際の離脱者は3％程度しか出ませんでした。残りの97％はしっかりと義務を果たしているので、今までの取り組みは決して間違っていなかったと考えています。

高木　難しい問題ですが、昭和大学ではチーム医療を重視しており、それが実際に役立っているかどうかをアンケート調査したところ、約80％はチーム医療の実習は良かったという回答でした。

今、初期研修中だが、大学でチーム医療を学んだので、看護師さんや薬剤師さん、そのほかの専門職の方々ともあまり壁を作らないでコミュニケーションができるようになったという声が寄せられました。

プロフェッショナリズムとか医療倫理といったものは、素晴らしい教員がロールモデルになって、それを学生が身に付けるのが一番いいと思います。しかし、学生が臨床実習に行って教授の回診に付いた時に、実際にそう感じるかどうか。むしろ反面教

師になっていないか、われわれ教員は胸に手を当てて考えなくてはいけないとずっと思っていました。

今は指導医講習会などで、そういうテーマで講師をお招きして話をしておりますので、少しずつ良くはなってきているはずです。

吉岡　こういうテーマになると、自分が所属する医療施設ではちゃんと行われているかどうか、反省しながら話しているというのが実際のところかと思います。そうは言っても、将来の医療を考えると、常に実践が求められるのは当然です。

高松　東邦大学でもこれからですが、各学年における医療人教育プログラムにおいて、社会で活躍している卒業生や、一般的な医師とは異なる医療を実践している卒業生を招いて話をしていただいています。

それがどのような影響を与えているのか、何をもって評価するのかといったあたりはまだ確立していませんが、学生からは、今日はいい話を聞いた、ああいう生き方もあるのかという声は寄せられています。

多くの先進国では、国家試験にOSCEとCBTを併用

吉岡　本日はたいへん率直なお話をいただいて有意義だったと思いますが、最後に感想などを一言ずついただけますでしょうか。

岡崎　自治医科大学のカリキュラムの特徴はほぼお話しいたしました。個人的な意見としては、やはり卒業時のアウトプットとして、国家試験を変える必要があるのではないかと強く感じています。

共用試験、医師国家試験、それから各診療科の専門医試験。それぞれに異なる到達目標に応じて、より臨床に特化した評価法に変えていく。知識偏重の現在の評価法から、よりプラクティカルな実学重視の試験に変えていくことが大事だと思っています。

本学では、そういった観点から新しい評価法として、4学年の進級試験に動画や音声を取り入れたマルチメディア対応型CBT（Computer Based Testing）形式問題を導入しています。

高木　私立大学はそれぞれに工夫をして、授業全体の3分の2くらいはモデルコアカリキュラム的なものを行い、あとの3分の1で各大学に特化したユニークなカリキュラムを組んでいると思います。昭和大学は、先ほどご紹介したチーム医療や寮生活でのコミュニケーション能力の向上といったところに重点を置いています。

医学教育全体については、やはり医師の国家試験を見直す必要があると考えています。厚生労働科学研究費補助金を頂いて、医師国家試験のあり方について調査をしているところですが、他の先進国の多くはOSCE（Objective Structured Clinical Examination：客観的臨床能力試験）とCBTを併用して国家試験を行っています。

知識だけで評価する国家試験からもっと技能や応用力の重視へ

高木　我が国では臨床実習に移る前に、しっかりした知識があるかどうかを共用試験のCBTにより評価しています。このCBTはコンピューターを使う大きなメリットがあります。

実際に診断・治療をする際には、いったん治療をしたら後戻りして取り消せないの

で、誤った選択をしないよう、臨床推論的に、今はこういうことを考え、次はこういうことに配慮し、その次はこれをしなければいけないというように診療の手順を追っていく。こうした「後戻りできない診断・治療行為」が、コンピューターを使うCBTなら再現できます。

また、ペーパー試験では、1枚の写真が提示されて「この疾患は何か」と問われます。その写真には必ず異変があるわけです。しかし実際の診断では、CTやMRIなど、何枚も撮った中から自分で異変を見つけ出さなければなりません。CBTならそれと同じことが、動画や音声、複数のページにわたるMRI画像などを使ったり、患者さんの動きを再現したりしてできるのです。そうなると、今よりも深い知識や技能なども評価できるようになるのではないかと期待しています。

一方OSCEは、受験者に患者さんの医療面接をさせ、次は患者さんの身体診察といったように実際の診療を行わせて、知識ではない能力や技能・態度を評価するものです。

日本での国家試験は知識偏重なので、何が起きているかというと、国公立大学や私立大学のほとんどは6年次の夏休みまでに授業や実習が終わり、そこからは国家試験の覚えるだけの勉強になるのです。

それまで臨床実習を続けて、ようやく臨床技能が向上したにもかかわらず、あとの半年は試験勉強だけという状況が、国家試験を変えることによって、臨床実習で技能や態度を身に付けて、そのまま国家試験を経て初期臨床研修につながるという形になれば一番いいと思っています。

吉岡　先進国のほとんどで国家試験の一部に技能試験が取り入れられている中で、日本ではまだそうなっていないという現状があります。

高松　知識だけで評価されると、知識のための教育とそのための学習という悪循環が続くと思います。今の国家試験の形では、結局は応用力が身に付かないので、やはり技能試験というか、もっと動的な試験を導入しなければならないと感じます。

その一つは確かにOSCEであるし、知識を問うにしても、現在は選択肢問題ですが、記述・口頭試験のようなものを導入するといった工夫が必要でしょう。また、高木先生がおっしゃった動画を取り入れたようなCBTも有用だと思います。

さらに、近い将来には人工知能を相手に試験を受ける時代が到来するのではないでしょうか。ですから、われわれも、いろいろな変化にフレキシブルに対応できる教育をいかに展開していくかが大きな課題だと思っているところです。

吉岡　最後のまとめでは、奇しくも皆さんが国家試験に言及され、国家試験の現状が医学部の教育に大きな影響を与えていると痛感しました。国家試験に課題があることは共通認識になっているものの、改善すべきだという認識にまでは至っていないように思います。

人はいかに評価されるかによって学び方を変える、これもヒドゥンカリキュラムの一つですが、やはり評価というのは教育の重要な要素です。本日の座談会が今後の医学部の教育の改善に少しでも寄与すれば、たいへん喜ばしいと思います。