

# 医学教育私観—教えることの手

浜田 淳

信州大学医学部社会予防医学教室

## Personal Views on Medical Education—Faculty Development for Teaching

Jun HAMADA

*Department of Preventive Medicine, Shinshu University School of Medicine*

---

**Key words:** medical education reform, from teaching to learning, model core curriculum, assessment of educational outcome

医学教育改革, 教育から学習へ, モデル・コア・カリキュラム, 教育評価

---

### I はじめに

卒後臨床研修の必修化, 臨床実習前の全国共用試験の実施など, 医学教育は今, 変革期を迎えている。今回の一連の改革は, 医療に対する国民のニーズの高度化や少子高齢化を背景として, 医師の資質の向上と患者中心の医療の実現をめざしたものである。言い換えれば, 従来の卒後研修制度, 医学部教育は, 患者とのコミュニケーションを重視した幅広い診療能力を有する医師の養成に必ずしも成功してこなかったということになる。

筆者は, ここ2年余り医学部において基礎科目の講義と実習を担当してきたが, 医学部教官として, 今回の改革を現場の教官はどのように受け止め自らの教育にどう反映させるべきなのか, 十分な議論がなされていないと考えてきた。また, 教育の受け手であり改革の主人公である医学生にも, 改革の趣旨は必ずしも適切に伝わっていないと感じてきた。そこで, この小論では, 最近の医学教育改革の本質を見極めたうえで, 医学部教官は, 学部教育をどのように再構築し, 学生の学習のあり方をどのように変えていくべきか, 教育の質を保証するための評価のしくみはどのようなものであるべきか, について考察した。

結論を先取りしていえば, 第一に, 「教育から学習へ」という改革目標を達成するために, 教官には「身

をもって教える」という新しい方法論が要求される。その前提として, 教官と学生の関係を医師と患者の関係と同様に「父権型の関係」から「情報共有型の関係」に転換することが必要である。

第二に, 医学部においては, 教育サービスの質を保証するために国立大学医学部長会議が提案した客観的な教育評価を実施する必要がある。

### II 医学教育改革の本質

#### A 「記憶偏向教育」から「課題解決型学習」へ

平成16年度の卒後臨床研修の必修化を前提に, 大病院をはじめ各研修指定病院において選抜試験が実施され, 初めての「マッチング」による選抜が実施されようとしている。平成17年度には「モデル・コア・カリキュラム」を前提とした共用試験が統一的に実施される。すなわち, 知識とその応用を評価するコンピューター試験 (computer-based testing (CBT)) と技能および態度を評価する客観的臨床能力試験 (objective structured clinical examination (OSCE)) である (表1)。

これら一連の動きの本質をどのようにとらえるべきであろうか。

厚生労働省は卒後臨床研修必修化について, 「コミュニケーションを大切にした全人的な幅広い診療能力」の養成と「プライマリ・ケアの対応能力」を打ち出し, 研修プログラムの改革や臨床研修病院の拡充等を行っている<sup>1)</sup>。

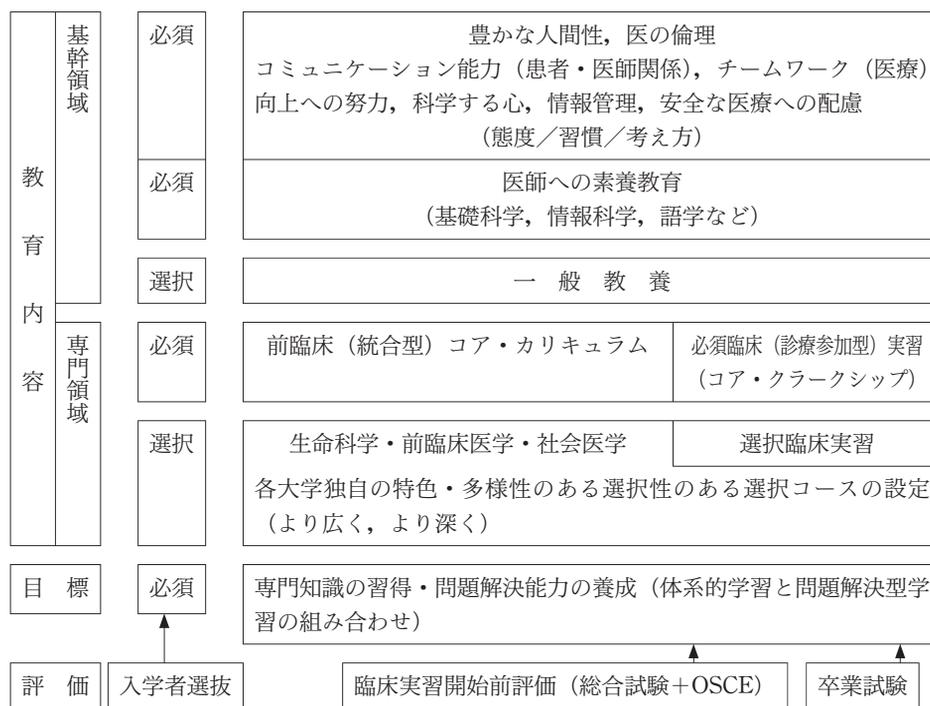
一方, この必修化を契機として卒前教育の役割を整

---

別刷請求先: 浜田 淳 〒390-8621

松本市旭3-1-1 信州大学医学部社会予防医学

表1 医学教育モデル・コア・カリキュラムで提唱されている教育カリキュラムの全体像



(出典) 医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議報告

理し、卒後研修への円滑な接続を図る立場からモデル・コア・カリキュラムが構想された。

表2は、モデル・コア・カリキュラムの策定者(医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議)による「これまでのカリキュラムの問題点」と「望ましいカリキュラムの在り方」である<sup>2)</sup>。ここに示されているとおり、この報告は、社会の期待に応える医師を育成するために、①「記憶偏向の教育」から「課題解決型の学習」へ教育目標を転換し、②教育内容としては、「コア・カリキュラム」による標準化を図り、③教育方法については講義形式にとらわれぬ柔軟な方法を採用する、というものであり、今回改革が単なるカリキュラム改革にとどまらず、現場での教育手法や学生側の学習改革をも視野に含む包括的なものとなっていることを示している。

### B 分権化と現場主義

それでは今回改革は内外の教育改革とどのように関連しているだろうか。

大蔵省(現財務省)の官僚から慶応大学教授に転じた榊原英資氏は、欧米における80年代以降の教育改革に言及して「一方でのトップダウンの教育内容や学力に関する基準(教育スタンダード)の設定やそれに基づく学力テストの開発や実施、他方での規制の緩和に基づくボトムアップの各学校レベルでの変革の模索と

いう、二つの基本方針に基づいている」と指摘している<sup>3)</sup>が、日本の医学教育改革も欧米での動向と軌を一にしている。付言すれば、平成16年度に予定される国立大学の独立行政法人化も、文部科学省の附属機関であった国立大学に新たな法人格を付与し、「学外者の参画による運営システムの制度化」など一定のルールを国立大学法人法などの法律で定めた上で、予算、組織等についての規制は大幅に縮小し、それぞれの大学の責任で決定できるようにするものであり、基本的には教育改革の流れと同様のものである。つまり、今回の一連の動きは、教育サービスの水準を向上するために、全国レベルでのスタンダードを設定しつつ、実施の権限は各大学に委譲し、各大学はその枠組みの中で自ら定めた医学教育戦略の下に自らの予算や人員を自由に使用できるかわりに結果責任は問われるというものであり、その結果、大学間での生き残りをかけた競争が加速され、医学教育の質の向上が促進されることをねらいとするものといえる。ここで、規制の緩和や現場主体への分権化が強調されるのは、それぞれの現場が創意と工夫によってスタンダードの達成をめざすことが、これらの改革の成否を決めるからである。

筆者は、国の統制を弱め大学という教育現場に権限を与えるという、「分権化と現場主義」の方向は、大学間での競争の促進を通して教育サービスの向上と活

表2 これまでのカリキュラムの問題点と今後のあり方

<p><b>1 これまでのカリキュラムの問題点</b></p> <p>① 知識ではなく記憶の教育に偏っているため、好奇心や実験の結果から何かを発見することよりも、情報を詰め込むことが強調され、課題探求・解決能力の養成が不十分である。</p> <p>② 学生に選択の余地がなく、昨今の医学知識量の増大に伴ってカリキュラムが非常に過密となっている。</p> <p>③ 各科目の担当教員個人の判断で教育内容が決められるため、大学間、科目間の教育の質にばらつきが目立ち、学生が卒業までに到達すべき目標が定められず、全体を見通したカリキュラムの調整、評価、精選の機会が十分でない。</p> <p>④ 基礎科目と臨床科目の間や講座間で壁が生じ、十分な調整がなされていなかった。最近、このような状況の改善のために統合カリキュラムの導入が進められてきたが、コマ数を分け合っただけの授業で、内容の統合に達していないものがある。</p> <p>⑤ 臨床実習が全診療科必修ローテーション方式で1、2週間の短期間のローテーションで実習が行われているため、基本的な臨床能力を学生が十分に身につけていない。その結果、我が国の医学生や研修医の基本的臨床能力が不十分である。このため、我が国で医学教育を受けた学生が、米国における医師免許の資格要件の実習時間に満たないために免許の取得が困難となっている状況などもある。</p> <p><b>2 望ましいカリキュラムのあり方</b></p> <p>(教育目標)</p> <p>① 卒業までに修得すべき基本的な知識を整理し、態度および技能教育の充実を図る。</p> <p>② 課題解決型学習を推進し、課題探求能力、分析的評価能力を向上させる。</p> <p>③ 臨床医として必要な態度を身につけさせる。</p> <p>④ 卒後臨床研修を円滑に開始できるための基本的臨床能力を身につけさせる。</p> <p>(教育内容)</p> <p>⑤ 卒業までに学生が到達すべき態度、技能、知識の到達目標を包含したコア・カリキュラムを確立する。</p> <p>⑥ 臨床実習におけるコアを確立し、基本的臨床能力を備えることができるような重点的ローテーションを行う。</p> <p>⑦ コア以外の部分において、リサーチ・マインドを持った医師・歯科医師や研究者を養成するための選択的・発展的教育プログラムを提供する。</p> <p>⑧ 講座単位でなく、基礎と臨床の枠を越えた学生が修得しやすい教育プログラムを提供する。</p> <p>⑨ コミュニケーション能力の育成、安全管理教育、倫理教育や情報管理教育など医師、歯科医師として必要な基本的な内容については、質的・量的充実を図り、6年間一貫した教育を継続するプログラムを提供する。</p> <p>⑩ 臨床実習に入る前の段階から、学生の動機づけなどに配慮し、病棟や病院外来などにおいて、早期の体験実習を行う。</p> <p>⑪ 専門教育への円滑な移行が可能となるよう、教養教育におけるリベラルアーツ教育の一層の充実を図るとともに、準備教育の内容・方法の再構築を図る。</p> <p>(教育方法)</p> <p>⑫ 最新の教育理論に基づく学習法を活用する。</p> <p>⑬ 講義のみに捕らわれず、チュートリアル教育など問題解決型の学習形態を導入する。</p> <p>⑭ 学習プログラムの提供に当たっては、学内だけでなく、社会福祉施設など学外の施設における実践的教育を行う。</p> <p>⑮ 学生主体の教育に配慮し、自学・自習を行うための時間の確保についても考慮する。</p> <p>⑯ 新しいカリキュラムに適した評価方法を設定し、厳格な評価を行う。</p>	<p>(出典) 医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議報告</p>
---	--

性化につながることから、これを支持するものである。

さらに強調したいのは、同じ根拠で大学内においても、「分権化と現場主義」が必要であることである。つまり、大学としての独自戦略なり特色あるカリキュラムを決定したうえで、教育現場を担う教官には、その講義や実習の企画立案から実施までの権限と責任が付与されるべきである。同時に、教官には、いかに濃密で魅力的な教育を行ったか、という結果責任が問われることは当然であり、その成果は（医学生がCBTやOSCEで評価されるように）学生の評価などに基

づいて客観的に評価されることになる。

### C 大学独自の魅力をどう作り出すか

医学教育改革においては、各大学ないし大学病院がいかに独自の魅力を作り出していくかが主眼となる。

まず、第一は、カリキュラムの独自性である。コア・カリキュラムは文字通り中核的な部分を規定したものであり、コア・カリキュラムの策定者自身が、「各大学が、その個性や特色を発揮する最大の教育機会は、コアの枠を超えた選択部分や発展的部分である」<sup>4)</sup>とし、選択制カリキュラムの設定について論じ、

表3 授業形態の違いによる選択制カリキュラムの区分とその例

1 実験・研究形式の例	免疫学実験研究, 環境衛生フィールドワーク, 疾患モデル動物の生体機能測定, 介護・福祉研究など
2 講義形式の例	予防医学総合講義, 病態生理統合講義など
3 演習/セミナー形式の例	細胞生物学, 神経科学の最先端, ウイルス分子生物学, 熱帯医学, 母子・福祉保健, 病理学セミナー, 衛生学ワークショップなど
4 その他の形式の例	国際医療協力, 国内外研究室派遣など

(出典) 医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議報告 [別冊]

その具体例(表3)を示している。コア・カリキュラムに「各大学独自の学生主体の学習を促すカリキュラムが加わってはじめて医学教育カリキュラムが完成する」のである<sup>5)</sup>。

第二は、教育方法など、教育の質を高めるための独自の工夫である。近年における各大学の動向としては、たとえば東京大学医学部の教育改革が注目される。この改革は、①教官の意識改革を目的とした学生による教育評価の公表②講義の集中化と講義時間の短縮化③外国の大学病院を実習先を含むクリニカル・クラクシップの導入などを内容とするものであるが、学生に対するメッセージが明確に示されていること、教官自身の意識改革の必要性が念頭におかれていること、など他大学の改革に大きな示唆を与えるものである。なお、ここでいう教官の意識改革とは、これまでの医学部教育が教官の自己満足に終わり「学生のためになっていなかった」ことを踏まえて、学生による教育の評価を行い、その結果を冊子として公表し、当の教官自身が知るとともに他の教官や教室と比較することを通じて、教官の教育に対する意識を変えたことを意味する<sup>6)</sup>。

このような観点を踏まえて、以下ではあえて本学の魅力づくりに言及してみたい。第一の「カリキュラムの独自性」については、筆者の立場からいえば地域医療やプライマリケアの重視が考えられる。これらについては、独立行政法人化や卒後研修の必修化を間近に控えて各大学がにわかに関心を持ちつつあり、他方で学生の関心も高まっているが、長野県は周知のとおり地域医療・在宅医療に伝統と人材を有する県であり、本学が行政とも連携して地域医療の人材確保にも配慮しながらカリキュラム上の独自性を打ち出すことは、大学の地域貢献にも寄与するところが大きいと考える。

第二の教育の質を高めるための方法論については、

他大学の実績を参考にしつつも、本学が現在有する教育資源、学生が習得すべき知識量の増大、関連病院の状況などを踏まえた現実的な取り組みが必要であろう。その際に筆者は、モデル・コア・カリキュラムの“コア”の習得を最優先の課題とすべきだと考える。そのためには、本学のカリキュラムを「すべて必修科目」とはしないで、カリキュラムの中の選択的・発展的な部分は学生に選択させることにより「学生主体の学習を促す」ことを提案したい。学生に選択されることにより教員間、講座間での競争を促すことにもつながる。

さらに付言すれば、医学教育改革のプロセス自体に本学の姿勢を打ち出す余地がある。すなわち、「何を改革するか」はもちろん重要だが、その意思決定に至るプロセスも重要である。意思決定のプロセスには透明性が必要であり、また改革によって教育現場が変わるためには多くの教官・職員・学生がそのプロセスに参画することが重要である。特に、教育改革のプロセスにできる限り学生の声を反映させることにより、学生の学習に対する意欲を高めるとともに現在の学部教育に対する閉塞感を打破することができる。また、一部の教官のみならず、若手を含む多くの教官・職員の意見が汲み取られるべきである。

他方、卒後教育については、臨床研修必修化に当たり厚生労働省も臨床研修病院に対して「基本的事項を踏まえたうえで、指導医の専門家としての判断、地域や協力施設の特色を生かした研修プログラム」の作成を求めており、研修希望者にもこうした特色あるプログラムを選択することを要請している<sup>7)</sup>。このような観点からいえば、信州大学がその研修プログラムにおいて、研修医の「将来設計にあわせて様々のコースが選択でき、真に実のある研修が可能となる」<sup>8)</sup>選択ローテーションのコースを設けたのは、時宜にかなったものであり高く評価されると考える。

### III 教育と評価のあり方

以上で筆者は、今回改革の本質を「分権化と現場主義」と位置づけ、これを支持する立場から、各大学そして個々の教官がその能力と持ち味をフルに発揮することが重要であることを強調してきた。

それでは、学部教育においては教育改革の趣旨を実際にどのように受け止めるべきであろうか。以下では、医学教育の現場における教育と学習のあり方をどのように改善していくべきか、その質を保証するための評価の仕組みはどのようなものであるべきかを考察する。

#### A 教育の実践例

はじめに、医学教育の実践例をみてみよう。

(講義の実践例)

「どの授業においても、初日には綿密な Syllabus と称する講義要綱が配られる。それには毎回の授業で何をとりあげるか、といったスケジュール表とともに、毎回の授業までに読んでくるようにと、宿題となる教科書のページもこまかく指定される。またほとんどの場合、コース最終日までの講義ノートも初日に分厚いパッケージとして渡される。…講義に出る前にこの講義ノートを見ておくことによって、機関銃のように情報が激しく飛び交う講義において何とか生き延びることができるようになるのである。

したがって、学生が各講義に出る前に目を通し、ある程度理解しておかなくてはならないものは、およそ毎回5ページから20ページほどのこの講義ノートと、指定された Reading Assignment (教科書や論文などたいてい20~30ページほど) である。…

出席をとる講義はないが、学生の出席率は97~99% である。つまり授業に出るのは当たり前で、逆に、何かの事情で2回も授業を欠席すると、その授業についていくのがたいへん苦痛になる。」<sup>9)</sup>

(問診実習の実践例)

「入学して1カ月もたたないうちに、気がつくとい私は白衣を着、ネームバッヂを付け、病棟患者さんと向き合うこととなった。…まだ泳ぎを知らないうちに、いきなり海に投げ込まれてしまった思いがした。医学部の1年生は一学期に必修として Medical Interview / 問診のコースをとらなくては行けない。…

このコースのはじめの2週間は教室で講義形式で行なわれる。問診とは何か、なぜ大切なのか、といったことから始まって、このコースを担当する二人の教授による模擬問診のデモンストレーション、ビデオを使

つての実際の間診風景の観察、さらに宿題として事前に渡されていた問診に関する雑誌論文のディスカッションがこのあいだに行なわれる。第三週目からは四人ずつの小グループに分かれて、大学付属病院で実際の間診の実習が始まる。」<sup>10)</sup>

(チュートリアルの実践例)

「グループの成功にはリーダーの果たす役割も多い。効果的なリーダーの口のはさみどきは、症例研究終盤、学生が診断を絞り込もうとしているときにおこる。この時点で指導医は、たとえ学生が到達しようとしている最終診断が正しくても、学生にチャレンジするような質問を投げかけはじめる。学生は混乱し、「あー、やっぱり診断Aではなく、さっきこういう理由で違うといった診断Bなのではないか」と言い出す者も出てくる。すると、今度はその学生の発言をリーダーはうまく使って「じゃあ、かりに診断Bだとしてこの患者の症例をもう一度説明してごらんさい」ということになる。

こういうやりとりをとおして、グループリーダーはこの症例から学ばなくては行けないポイントをグループのすべてのメンバーがつかんだことを確認し、まとめを行なう。もちろん、まとめをするといっても、グループリーダーが一方向的にまとめるのではなく、グループの学生に「おしゃべり」はすべてやらせるかたちでまとめが行なわれる。」<sup>11)</sup>

(臨床実習の実践例)

「学生は質問に答えるだけでなく、どんどん質問することを奨励される。“This may be a stupid question, but…”というおずおずした前置きに対しては、例外なく、“There is no stupid question”という、きっぱりとした励ましが返ってくる。…どんな質問に対しても、…笑顔とともに必ず肯定的な反応が返ってきて、そのあとに名答が待っている。どんな球でも丁寧に打ち返してくれるのだから、嬉しいやら感激するやら、いやが応にも、もっと勉強しなければと肝に銘じることになる。

“No humiliation (教わる側が屈辱を感じないように)”という教育理論がこういう雰囲気の根底にあるようである。教官の側が圧倒的に知識量が多いのだから、知らない者を問い詰めて恥をかかせるのはフェアでない。知識の伝達は最小限にとどめ、考え方の筋道をたどることに重点を置き、そのおもしろさを感じさせることができれば、あとは(やる気のある者なら)自分で知識を増やせる。」<sup>12)</sup>

以上で引用した講義と問診実習 (Medical Interview) とチュートリアルはアメリカのブラウン大学医学部に入学した赤津晴子氏の体験記であり、臨床実習はマサチューセッツ総合病院で行われたハーバード大学医学部のクリニカル・クラークシップを経験した田中まゆみ氏の著作によっている。これらを引用したのは、最近の医学教育改革の流れとして、わが国においては「一方通行の講義から小グループによるチュートリアルへ」「teaching から learning へ」「知識伝達から問題解決能力の獲得へ」ということがいわれ、その背後には、モデルとして欧米特にアメリカの医学教育が存在するからである<sup>13)</sup>。

翻って、日本の医学部教官もシラバスを作成し、講義を行っている。早期体験実習や臨床実習では少人数教育が行われ、チュートリアル教育の試みも各大学で始まっている。他方、メディカル・スクール方式でない日本の医学部の教育において、1年生に直ちに患者問診実習を行うことには無理があるなど、アメリカの医学教育をまるごと輸入することもできないことも事実である。

しかし、そうした制度の違いを超えて、ここで示した講義と実習は、筆者が現に行っているそれらとは根本的に異なっているものであり、われわれの医学教育にはいまだ改善の余地が少なくないと痛感せざるをえない。日本の医学教育はアメリカ流の手法を「かたち」としては取り入れているものの、個々の教官が本質的な「なかみ」を十分に理解し自家薬籠中のものとはしていないし、本質的な「なかみ」をどのように実現するかについての議論も不十分である、というのが筆者の基本認識である。

次節では、教育の方法論の見地から、今後の講義や実習のあり方を検討する。

## B 教育の方法—「身をもって教える」

モデル・コア・カリキュラムにおいては、カリキュラム改革に当たって「学生の意見を聞きながら改革を進めていくこと」の重要性が指摘され、「講座単位ではなく、基礎と臨床の枠を超えた学生が修得しやすい教育プログラムの提供」が要請される<sup>14)</sup>など、総じて学生主体の学習を促進する内容となっている。筆者はコア・カリキュラムの策定者が、学ぶ側の視点を重視していることを高く評価する。

しかし、「課題解決型学習を推進し、課題探求能力、分析的評価能力を向上させる」という目標を達成するためには、現場の教官が採用することができる、より

実践的な方法論が必要である。

教育社会学者の荻谷剛彦氏は、「教育とは学習の指導である」という勝田守一氏の定義を引いた上で、「この定義に従えば、大学の教育改革は、学生たちの「学習改革」と結びついたときにはじめて意味をもつものである。したがって、大学教育の質は、何よりも学び手である学生側の学習の質によって測られるべきであり、どんな改革も、学生の学習に影響を及ぼさないかぎり、それは大学側の自己満足に終わってしまう。」<sup>15)</sup>と指摘し、知識注入型の教育でない、創造力を重視する知識創造型の教育における新しい学習論を紹介している。「状況学習論」とか「正統的周辺参加論」と呼ばれる新しい学習論によれば、「知的創造の営みに学生たちが参加し、その「やり方」を身につけていくことが学習になる。しかも、その「やり方」を知識 (=ノウハウ) として与えられ、学生が内面化していくものとは見ない。どうすればそれができるようになるのかを、身近なお手本となる他の参加者 (教員や先輩) との共同作業を通じて、身につけていく、そうした過程そのものとして学習をみるのである」としている<sup>16)</sup>。

具体的にいえば、「教官が内容を解説し、学生はそれを吸収して暗記する」のが従来の学習であるのに対して、新しい学習論に基づく学習においては、教官が手本となって個別問題に対する問題意識の発し方、文献の批判的な読み方、要は自分の頭で考える方法を実際に演じてみせ、その共同の場において学生は見よう見まねで自分の頭で考える方法を身につけるのである<sup>17)</sup>。

これは教官からいえば、「身をもって教える」ということだ。荻谷氏は「身をもって教えるとは、学生たちに追体験を許すように、教師自らの活動やことばを通じて、知的な、あるいは精神的な活動の具体例を示すこと」であるとし、「生徒たちがつまずきやすい課題を、どうしてつまずくのか追体験できるように示しつつ、解決する方法を具体的に示していく」ことであるとしている<sup>18)</sup>。

以上は臨床系の教官にはごく当然の方法論であり常日頃実行されていることかもしれないが、基礎科目を担当する教官には「身をもって教える」ことは必ずしも容易ではない。あえていえば、それぞれの専門分野の内容を説明するだけでは教育として全く不十分であり、教官が話し、読み、あるいは論文を書く行為において、いかに材料を集め、分析し、表現するのか、そのプロセス自体を、講義や実習や勉強会の場で学生に

具体的に示し、追体験させていく、ということであろう。

別の観点からいえば、以上の方法論は、教官と学生との関係をどのように位置づけるかという問題にもかかわる。近年、医師と患者の関係について「父権型モデルから情報共有型モデルへの転換」がいられている。その根拠は、診断や治療において患者の参加が不可欠であることと、医療サービスの質を評価する際に①患者がどれほど治療の場に参加できたか②医師が最適な情報を最善のタイミングで提供できたか、が評価基準の重要な一部となっているからである。

このような考え方からすれば、教官と学生の関係も「父権的な関係から情報共有型の関係へ」と転換すべきであり、新しい教育論もこのような方向を支持するであろう。ただし、「情報共有型」といっても、教育の場にふさわしく、学生の側には教官に対する敬意が、教官の側には次世代に思いを伝える熱意がぜひとも必要であることはいうまでもない。

さて、先に引用したアメリカのチュートリアルや実習は、以上の「新しい教育論」にかなり近いものである。そこでは、教官と学生が向かい合って活発な「知的創造の営み」が交わされ、学生は教官を手本として「自分の頭で考える方法を身につける」とともに、医師として最も重要なコミュニケーションの方法を体得する。もっともその前提として、きわめて密度の濃い講義が行われていることもあわせて指摘されるべきであろう。

わが国では「一方的な講義から双方向的なチュートリアルへ」という流れが強調されている。確かに、一斉講義は知識を効率的に提供できるという利点がある一方、学生は受動的になりがちで問題解決型の能力が身につけにくいという欠点があり、総じて少人数教育よりも学生の満足度が低くなる傾向がある。しかし、筆者は、講義とチュートリアルなど「問題解決型学習(Problem-based learning)」は本来、相互補完的なものだと考える。モデル・コア・カリキュラムの策定者が指摘するように<sup>19)</sup>、予防医学総合講義とフィールドワークや介護・福祉に関するチュートリアルを組み合わせるなどの工夫により、講義と問題解決型学習の双方の利点を取り入れることが可能となるであろう。さらに、チュートリアルなどの少人数教育は教官にかなりの時間的な負担を与えるが、現在の医学部における教官スタッフの絶対的な不足を考慮すれば、チュートリアルへの全面的な移行は現実的でなく、チュートリアル教育に必要なグループ・ダイナミズムが発揮さ

れるためにも「濃密な講義」と「小グループによるチュートリアル」を適宜組み合わせることが妥当であると考えられる。

なお、前述のブラウン大学の事例においても、病態生理学について午前中は従来型の講義で午後はチュートリアル方式とするなど、チュートリアル教育は「全体講義」と組み合わせられて行われている<sup>20)</sup>。また、わが国で最もチュートリアル教育の進んだ大学のひとつである岐阜大学においても、そのしくみは「PBLと講義の hybrid 型教育である」とされており、チュートリアルにおいても「学習の手掛かりを与え、動機づけを促進させる」ために講義があわせて行われている<sup>21)</sup>。

一方、講義については、教材の工夫や質問時間、オフィスアワーの設定などにより、双方向的な要素を取り入れることは十分に可能である。さらに根本的には、学生の学習を従来の「復習型」からアメリカ流の「予習型」に転換することによって、講義を能動的な学習の場としなければならない。そのためには、十分な予習を可能とするカリキュラムの工夫やシラバスの充実など大学・教官側も努力しなければならないが、同時に学生側も意識を転換して、講義に主体的に参加する必要がある。

### C 評価の方法

まず、学生による講義内容の評価の実践例をみてみよう。

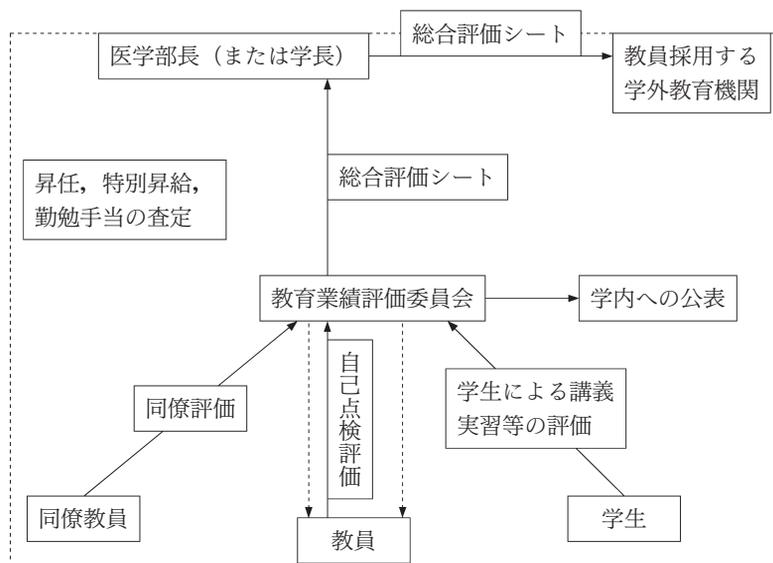
「各コース終了時には、学生は必ず5～10枚にもわたる無記名の評価フォームを書き込まなければならない。…

評価用紙には次のような質問が並んでいる。講義のはじめにコースの目的が明確に示されたか。その目的をこのコースは達成したか。教師の講義はわかりやすかったか。教師の熱意はどうであったか。授業外の時間にも教師は学生の質問を受け付けてくれたか。…このコースで改善すべき点は何か。…

学生による教師およびコース評価は真剣に受け止められる。医学部の教師のなかにも、学生から教え方が下手だと文句が出た教師は、一学期間、医学部の他の講義に学生といっしょに出て、他の教師の教え方を勉強させられていた。…

(教師の)雇用契約を再度数年延ばしてもらえるかどうかは、この学生による評価がものをいう。したがって、教える側も必死なのである。…なお、学生によるコース評価を大学側で統計的に処理したものはコースカタログといっしょに学期はじめに学生に配布され

表4 教育評価のしくみ



(注) 上記の点線はフィードバックを意味する。

(出典) 国立大学医学部長会議教育の業績評価方法に関するワーキンググループ「教員の教育業績評価ガイドライン」

るか、さもなくばコース登録のオフィスに閲覧用に置かれ、学生は自由にそれを見ることができる。

大学は学生の主義主張を尊重することにも敏感で、画一的に何かを押しついたりはけっしてしない。』<sup>22)</sup>

これは、先に触れたブラウン大学の学生による評価である。学生による評価が大学側に真剣に受け止められていること、評価の結果が学生側にも公開されること、評価を含めて学生の意見に大学が敏感に反応していることが、とりわけ印象的である。

わが国でも、モデル・コア・カリキュラムの策定者は「各大学においては、各教員の自己評価だけでなく、学生による授業評価や同僚による評価といった第三者的な評価を加えながら多面的な教員の評価システムを構築し、評価結果を各教員にフィードバックすること」を求めている<sup>23)</sup>。

さらに、国立大学医学部長会議のワーキンググループは、表4に概要を示すとおり、教員の教育業績評価の方法として、学生による評価、教員の自己点検評価、同僚評価の具体的な方法をガイドラインとして示している<sup>24)</sup>。このガイドラインで注目したいのは、第一に、学生による評価については、評価される教官と学生とが利益相反の関係にある（学生が批判的な評価を行った場合にその学生の成績に影響する懸念がある）ことから、学生の匿名化への配慮が強調されている点である。第二に、医学部長の下に置かれた中立的な機関である「教育業績評価委員会」が、自己点検評価、学生による評価および同僚評価の三者を総合評価すること、

その結果は医学部長に報告されるとともに必要に応じて学内に公表されることである。

筆者は、現在の講義や実習が、学生による部分的な評価を除いては他者の目にさらされていないことに危惧と不安を抱いてきた。つまり、筆者を含め経験の浅い教官が自らの教育内容の質を向上させるためには、同僚による客観的な評価および助言とサービスの受け手である学生によるより綿密な評価がぜひとも必要である。このような理由により、上記のガイドラインに基づく評価システムをそれぞれの大学ができるだけ早く導入することが望ましい。

また、前述のように、教育改革の真の目的が学生の学習改革にあるとすれば、教育サービスの質の評価についても、「授業のわかりやすさ」や「教官の熱意」といった観点のみならず、「学生の学習にどれほど良い影響を与えたか（参加意識や学習意欲など）」という観点にも重点を置く必要がある<sup>25)</sup>。このような意味からも、学生による評価だけでなく同僚による評価を組み合わせた評価のしくみを早急に整備すべきである。

#### IV おわりに

筆者はこの小論で現場の教官に医学教育の権限と責任を付与することを主張してきたが、同時に、医学部長や講座長のリーダーシップをもあわせて強調したい。この激動の時代においてトップマネジメントには、明確な基本方針の提示や重要な案件に対する迅速な判断が要求される。他方で各教官は、講座長の大筋の了

解の下に、自由闊達に医学教育を行い、客観的な評価を受ける。このようなトップのリーダーシップと現場への権限付与との両立が、他の多くの分野と同様に医学教育においても求められているのではないかと。

第二に、コア・カリキュラムの策定者も指摘するように、医学教育改革は学生を巻き込んだものでなければならないので、医学部長や各教官などいろいろな段階で、あるいは公式、非公式の様々な場において、教官と学生との率直な意見交換が行われる必要がある。

最後に、筆者は、もともと社会保障分野の実務家であり教育経験は皆無に近かったのであるが、ここ2年余りの大学教官としての経験から教育活動が時に思わ

ぬ喜びをもたらすものであることを認識した。それは、講義や実習において、こちらの投げかけた内容に対して学生から活発な反応が返ってきて、真剣なディスカッションが成立したときであったり、あるいは学生に意表をつく論点を指摘され、当方が逆に「教えられる」ときであったりする。

このような醍醐味は、十分な準備を行ったうえで「身をもって教える」授業からもたらされるとするならば、われわれが地道に研鑽を積んで「教えることの力」を鍛えることが医学教育改革に魂を吹き込むための不可欠の条件であろう。

## 文 献

- 1) 厚生労働省：新たな医師臨床研修制度の在り方について．pp 1-2, 2002
- 2) 医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議：21世紀における医学・歯学教育の改善方策について．pp 5-6, 2001
- 3) 榊原英資：新しい国家をつくるために．p 194, 中央公論新社, 東京, 2001
- 4) 医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議：21世紀における医学・歯学教育の改善方策について．p 7, 2001
- 5) 阿部好文：モデル・コア・カリキュラムとは．医学教育 33：77-82, 2002
- 6) 東京大学医学部：第23回国内医科大学視察と討論の会資料．2003
- 7) 厚生労働省：新たな医師臨床研修制度の在り方について．p 4, 2002
- 8) 信州大学：信州大学と長野県内関連病院の統一研修プログラム．2003
- 9) 赤津晴子：アメリカの医学教育．pp 16-17, 日本評論社, 東京, 1996
- 10) 赤津晴子：アメリカの医学教育．p 3, 日本評論社, 東京, 1996
- 11) 赤津晴子：アメリカの医学教育．pp 23-24, 日本評論社, 東京, 1996
- 12) 田中まゆみ：ハーバードの医師づくり．pp 108-109, 医学書院, 東京, 2002
- 13) 黒川 清：医学教育をめぐる諸課題（上）：週刊社会保障．3月19日号, pp 20-23, 法研, 東京, 2001
- 14) 医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議：21世紀における医学・歯学教育の改善方策について．pp 6-7, 2001
- 15) 苅谷剛彦：変わるニッポンの大学．p 115, 玉川大学出版部, 東京, 1998
- 16) 苅谷剛彦：変わるニッポンの大学．p 119, 玉川大学出版部, 東京, 1998
- 17) 苅谷剛彦：変わるニッポンの大学．p 121, 玉川大学出版部, 東京, 1998
- 18) 大村はま, 苅谷剛彦, 苅谷夏子：教えることの復権．p 179, 筑摩書房, 東京, 2003
- 19) 医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議：21世紀における医学・歯学教育の改善方策について [別冊]．p 57, 2001
- 20) 赤津晴子：アメリカの医学教育．pp 19-22, 日本評論社, 東京, 1996
- 21) 鈴木康之, 下澤伸行, 近藤直実：Tutorial system による小児科教育．小児科 43：100-105, 2002
- 22) 赤津晴子：アメリカの医学教育．pp 26-27, 日本評論社, 東京, 1996
- 23) 医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議：21世紀における医学・歯学教育の改善方策について．p 20, 2001
- 24) 国立大学医学部長会議教育カリキュラムに関する小委員会教員の教育業績評価方法に関するワーキンググループ：教員の教育業績評価ガイドライン．p 1, 2001
- 25) 苅谷剛彦：変わるニッポンの大学．pp 119-120, 玉川大学出版部, 東京, 1998

(H 15. 9. 2 受稿；H 15. 11. 5 受理)