

総 説

医師教育の現状と本学の課題 (第1部)

— 卒前教育 —

Current Situation and our Problems in Medical Education (the first part)

— undergraduate education —

葦 沢 龍 人

Tatsuto ASHIZAWA

東京医科大学八王子医療センター
総合診療科/卒後臨床研修センター
東京医科大学医学教育推進センター

Department of General Medicine, Tokyo Medical University, Hachioji Medical Center

はじめに

近年、わが国の医学教育の改革が進み、卒前教育、卒後臨床研修などは大きく改善してきている。平成13年に医学教育モデル・コア・カリキュラム(全国医学部共通カリキュラム、以下、コア・カリキュラム)が策定され、平成17年より共用試験(CBT、平成14年試行)が正式に実施されている。この間、平成16年より新医師臨床研修制度が導入(本学は平成16年よりマッチングに参加)された。その後、コア・カリキュラム(平成19、22年度)、医師国家試験出題基準(平成16、19、23年度)などの改訂、臨床研修制度の見直し(平成21年度)が行われている(図1)。本学でもこれらの改革・改訂に対応しカリキュラムの改訂を行ってきたが、現在平成19年度より実施されている現行カリキュラム(CBT対策改正)に対する、大幅改訂の準備が進行している。

本稿(第1部)では、医師の卒前教育について概

説し、本学の卒前教育への取り組みと今後の課題・提言を述べる。また、別稿(第2部)においては、新医師臨床研修制度について概説し、八王子医療センターにおける卒後教育の取り組みと今後の課題を述べる。

卒 前 教 育

1. 一般教育

大学における教養教育の意義は、人が備えていなければならない知的的好奇心と知的行動力を養うことにある。人文・社会科学系では、人の知的遺産と活動を理解するための方法論を学び、自然科学系では、自然の理解の方法論を学ぶ。これらは、医師が臨床医あるいは研究者となる前に、人としての素養を養っていくものとして大切なものである。また、医学を学ぶためには、臨床医学の前提となる生命科学や基礎医学の知識だけでなく、これらに関する実習を通じて経験する学習が必要とされる。

平成13年3月「医学における教育プログラム研究・

2012年4月19日受付、2012年5月14日受理

キーワード: 医学教育、モデル・コア・カリキュラム、共用試験、臨床実習、クリニカルクラークシップ

(別冊請求先: 〒193-0998 東京都八王子市館町1163 東京医科大学八王子医療センター、総合診療科/卒後臨床研修センター、東京医科大学医学教育推進センター 葦沢 龍人)

TEL: 042-665-5611 FAX: 042-665-1796

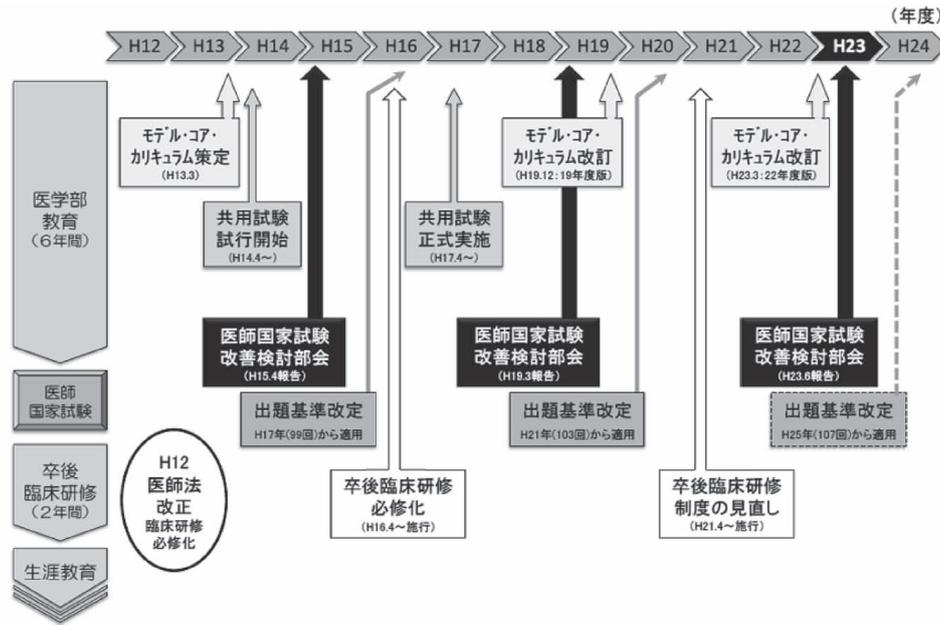


図1 卒前・卒後医学教育を巡る近年の動き
(医師国家試験改善検討部会報告書(平成23年)別添1より改変)

表1 準備教育モデル・コア・カリキュラムの構成と考え方

- ① 物理現象と物質の科学：
物理現象と物質の性質、相互作用に関する基本法則を学ぶ。
- ② 生命現象の科学：
細胞の機能を理解し、生物の進化適応と相互関係について学ぶ。
- ③ 情報の科学：
情報リテラシーを学び、根拠に基づく医学を実施するために必要な統計学を学ぶ。
- ④ 人の行動と心理：
患者の行動や心理を理解し、円滑な医療を進めるための基礎知識や考え方を学ぶ。

(準備教育モデル・コア・カリキュラム—教育内容ガイドライン—(平成13年)p90より改変)

開発事業委員会」から、医学部における教養教育としての「準備教育モデル・コア・カリキュラム—教育内容ガイドライン—」が提示された。その構成と考え方を表1に示す。同ガイドラインは、当初「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—」とは別箇に示されたが、現在ではコア・カリキュラム(平成22年度改訂版)内に収載されている¹⁾。

本学では、平成13年のコア・カリキュラムの提示に伴い、平成15年度より一般教育領域の改訂も伴う新たなカリキュラム(コアカリ改正)が導入され、平成18年度まで実施された。一方、現行カリキュラム(平成19年度より実施)において一般教育領域の改訂は行われていない。準備教育モデル・コア・カリキュラム提示後、既に10年経過するが、現行の一般教育領域の講義内容と必ずしも整合性が取られていない。次回の改訂においては、準備教育モデ

ル・コア・カリキュラムを考慮した上で、一般教育領域の講義時間・内容の再考が課題となる。

2. 基礎医学教育/臨床医学教育

大学における各分野の社会的要請に応えた人材養成のためのカリキュラム構築は、本来、各大学が独自の理念や特色に基づいて設定すべきものである。本学のカリキュラムも学則の第1章第1条(表2)を基に、コア・カリキュラムに対応しながら、その改訂が行われてきている。

コア・カリキュラムは、医学系の大学におけるカリキュラム作成の教育内容ガイドラインとして提示されたものである。その基本理念として、医学部の場合は、大学卒業時に医師の資格に相応しい必要最小限の基本的な資質や能力を備えていることが社会より求められる。一方、医学の進歩により、その情報量は著しく増え、医学・医療の分野は専門分化されると同時に高度化している。限られた大学教育課

表2 東京医科大学学則

第1章 総則 (目的) 第1条 本学は教育基本法及び学校教育法に基づき、自主自学の創学の精神にのっとり、医学の学理と応用を教授研究して、人類の福祉に貢献する医人を育成し、進んで医学の深奥を究めることを目的とする。
--

程の中で、これらの膨大な知識や技術等を全て完全に習得することは不可能であり、医学部の卒前教育の段階では、将来どのような分野に進んだ場合にも共通に必要な、医師としての基本的な資質と能力を養成すべきである。このような状況において、コア・カリキュラムは、卒業時（一部は臨床実習開始前）までに学生が身に付けておくべき必須の実践的能力（知識・技能・態度）の到達目標を分かりやすく提示したものである²⁾。

しかし、コア・カリキュラムに示された教育内容だけで医学教育が完成するものではなく、6年間の医学教育課程の全てを画一化したコア・カリキュラムの履修にあてることが正しくない。つまり、具体的な授業科目等の設定、教育手法や履修順序等は各大学が独自に考案するものであり、学生段階から研究志向の涵養や、学生の興味や将来の専門分野への志向に応じて、自由に選択できるものを準備することが重要である³⁾。コア・カリキュラムに示された教育内容は、従来の2/3程度の時間数（単位数）で履修させることを妥当としている²⁾。

コア・カリキュラムは平成13年3月に「医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議」(高久史磨座長)から提示され、併せて、臨床実習開始前の全国的な共用試験システムの構築が提言された。その内容として、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、② 課題解決型学習を推進し、課題探究能力、分析評価能力を向上させる、③ 臨床医として必要な態度を身に付けさせる、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付けさせることが目標となった⁴⁾。その後、「医学教育カリキュラム検討会」(荒川正昭座長)において提言された改訂の方向性を踏まえ、① 基本的診療能力の確実な習得、② 地域の医療を担う意欲・使命感の向上、③ 基礎と臨床の有機的連携による研究マインドの涵養の3つの観点を中心に検討し、改訂が行われた⁵⁾。さらに、社会的ニーズへの対応として、「医

表3 医師として求められる8つの基本的資質

- ① 医師としての職責
- ② 患者中心の視点
- ③ コミュニケーション能力
- ④ チーム医療
- ⑤ 総合的診療能力
- ⑥ 地域医療
- ⑦ 医学研究への志向
- ⑧ 自己研鑽

(医学教育モデル・コア・カリキュラム平成22年度改訂版p11より改変)

師として普遍的に求められる資質」が8つにまとめ示されている(表3)。

本学のカリキュラム改革においても、上記3つの観点および8つの資質を含め、さらに欧米諸国の動向も踏まえた学習成果基盤型教育(Outcome-based education)に留意しつつ、実践的能力(competences)を到達目標として客観的に評価できるようなカリキュラム改訂が、平成26年の施行をめざして現在進められている。

3. 共用試験

平成11年4月「21世紀医学・医療懇談会第4次報告」において、「臨床実習に臨む学生の能力・適正について、全国的に一定の水準を確保するとともに、学生の学習意欲を喚起する観点から、共通の評価システムを作ることを検討すべきである」との提言がなされた。その後、平成13年にコア・カリキュラムが提示され、それに基づく臨床実習開始前の学生の適切な評価システムの構築のための大学間の共用試験システム創設についての提言がなされた。平成17年3月社団法人医療系大学間共用試験評価機構(CATO)が設立され、同年12月全国の医学部で4年生を対象に第1回が正式に実施されたが、その運用については現在でも各大学の判断に委ねられている。

共用試験の内容はコア・カリキュラムに準拠し、前述のように臨床実習開始前に到達しておくべき知識・技能・態度を身に付けているかどうかについて評価する。知識、問題解決能力の試験であるComputer-based test(CBT)と技能、態度の試験であるObjective structured clinical examination(OSCE)により構成されている。CBTの問題はコア・カリキュラムを出題範囲として、各大学において作成され評価機構に集められた後、さまざまな領域の委員(専門家、非専門家)によりブラッシュアップを受ける。試験終了後は、事後評価小委員会において、各問題

表4 わが国の臨床実習

-
- ① 見学型臨床実習：医学生は診療を見学するのみで診療には参加しない。
 - ② 模擬診療型臨床実習：医学生は医行為を行うことがあるが、それは医療の一環として行われるものではなく、患者の協力を得て行う学習活動である。
 - ③ 診療参加型臨床実習（クリニカルクラークシップ）：医学生は診療チームの一員として診療に参加し、医療への責任を負い、各自の能力に応じて医行為を行う。
-

（森田孝夫：日医雑誌 135：p 563-566 より改変）

の難易度、表現の適切性、識別指数などの検討から問題が選定される。一方、OSCEは、受験者が医療面接、身体診察、検査手技、治療手技などの試験会場（ステーション）を順次回り、評価者の前で実技を行い、その実技に対する評価を受けるものである。共用試験OSCEにおいては医療面接、頭頸部診察、胸部診察、腹部診察、神経診察、基本的外科手技の6つの課題が設定されているが、大学により任意に複数のステーションを選択し、試験が実施されている。本学のOSCEでは、「救急」を加え7つのステーションにより実施している。その際、他大学からの「外部評価者」が参加し、技能だけではなく、患者への配慮や患者の価値観への配慮など、態度面からも学生評価を行うシステムとなっている。そのためOSCEでは、大学の枠を超えて作成された、共通課題・共通評価表・共通評価マニュアルが使用されている⁶⁾。

本学では平成14年の試行時より参加し、平成17年の正式実施時に従来の総合試験との整合性を検討し、その相関性より平成18年以降、第4学年の進級認定条件のひとつとしている。その運用については随時検討が行われ、平成18～22年度までは6段階評価⁷⁾で「3」以上を合格とし、平成23年度からは能力値⁸⁾を用いて「42」以上を合格とし、学生にも公表している。4年生に施行する共用試験の目的は、5年生からの臨床実習に臨むにたる能力があるかどうかを評価しようとするものである。しかし、臨床実習を行っている一部の5年生の知識が必ずしも十分でないことは、現在多くの教員が感じている。つまり、4年生に対し行われる進級認定（共用試験を含む）が、一部の学生において必ずしも適切に成されていない可能性がある。その結果、5年生の臨床実習が形骸化し、知識、技能、態度等について、本来期待されている臨床実習の機会となっていない場合がある。

表5 医学生が医行為を行う場合の条件（安全基準）

-
- ① 侵襲性のそれほど高くない一定のものに限られること。
 - ② 医学部教育の一環として一定の要件を満たす指導医によるきめ細かな指導・監督の下に行われること。
 - ③ 臨床実習を行わせるに当たって事前に医学生の評価を行うこと。
 - ④ 患者等の同意を得て行うこと。
-

（医学教育モデル・コア・カリキュラム平成22年度改訂版p 119より改変）

4. 臨床実習（見学型臨床実習から診療参加型臨床実習へ）

わが国の臨床実習は、その内容から3つに分類されている（表4）。旧来の臨床実習は①に示す見学型臨床実習が一般的であり、学生を診療に参加させることを阻む種々の事由があった⁹⁾。一方、米国の医学校（メディカルスクール）では、3、4年次に診療参加型臨床実習（クリニカルクラークシップ）が行われ、卒業した時点で医師として働けるのに比較し、日本の研修医は実際には働けないという差が生まれた。そこで日本の卒前教育においても、卒業直後の初期研修医の臨床能力を欧米の水準にまで引き上げることが求められた。

クリニカルクラークシップの導入については、まず法的課題とその対応が示された。平成3年に大学設置基準の改正が行われ、医学部の「6年一貫教育」が可能となった。さらに、同年に出された臨床実習検討委員会（前川正委員長）の最終報告では、学生の医行為について、「医師の医行為と同程度の安全性が確保されれば、基本的に違法性はない（医師法第17条の阻却）」とし、医学生の医行為が条件付きで可能となった¹⁰⁾。報告された臨床実習における安全性確保のための条件を表5に示す。当時、クリニカルクラークシップを導入している大学は、「全国医科大学卒前臨床実習調査報告」によれば80大学のうち42大学（国立24、公立3、私立15）であり、うち、臨床実習実施全科で導入しているのが14大学、一部で行っている大学は22大学であった。その後、平成17年5月の全国医学部長病院長会議の報告（わが国の大学医学部（医科大学）白書2005）では、クリニカルクラークシップは80医学部・医科大学中66校（82.5%）と増え、他の14校は部分的に取り入れているか、模擬診療型または見学型臨床実習にとどまっている¹¹⁾。本学においても、その実施は部分的な導入にとどまっている。

表6 診療参加型臨床実習の主旨

- ① 学生は教科書文献の知識だけでなく現場での思考法（臨床推論法）や実技、診療上や学習上の態度も含めて医師としての能力を総合的に学ぶ。
- ② 実際の患者さんや医師以外の医療職を相手に業務を実体験しながら実践的に学ぶ。
- ③ 従って、学生が医師としての知識・思考法・技能・態度の基本的な部分を学ぶ相手は、広い意味では、患者さんならびに医師、看護師などの診療スタッフ全員である。
- ④ 具体的には、ある患者さんの診療を通じて学生の指導にあたる医師群（その患者さんの診療に直接的な責任のある医師を中心とし、その患者さん担当の研修医等も含む）は、その患者さんの診療業務のうち、学生の能力に応じた役割を任せる。そして、学生の能力向上に応じてより高度な業務を任せることにより、学生は、必要な知識・思考法・技能・態度を段階的に学ぶことができる。
- ⑤ そのためには、1診療科あたり1～2週間の配属機関で診療科毎に独立した学習評価を受けるのではなく、例えば、1診療科あたり4～12週間の配属機関の中で指導にあたる医師から継続的な評価を受ける、さらには、診療科間の共通基準により診療科を越えて継続性のある学習評価を受けることなどの必要がある。
- ⑥ また、医師群にも学生から発せられる新たな視点に基づく質問等により、自己学習が促される。

（医学教育モデル・コア・カリキュラム平成22年度改訂版p108より改変）

表7 八王子医療センター総合診療科（GIO、SBO、LS）

一般目標（GIO）

- 1) 全身倦怠感や発熱など、臓器別に分類できない症状を訴える外来患者の診療が適切に行えるように、症候に関する知識、基本的な身体診察技能と診察態度を習得する。
- 2) 栄養療法についての基本的な知識を学び、病棟での栄養支援チーム（NST）の重要性を理解する。

行動目標（SBO）

- 1) 総合診療科で診る機会が多い症候についての鑑別診断を列挙できる。
- 2) 指導医のもとで、適切な医療面接を実施できる。
- 3) 指導医のもとで、適切な身体診察を実施できる。
- 4) プライマリ・ケア外来で診る機会が多い腹部エコーの所見を説明できる。
- 5) 収集した情報を診療記録として記載できる。
- 6) 収集した情報を指導医に適切にプレゼンテーションできる。

学習方略（LS）

- 1) 総合診療科外来で指導医とともに外来患者の診察を行う。
- 2) 診療した患者について検討会で症例提示を担当する。
- 3) 腹部エコーの基本的操作方法を取得する。
- 4) インターネットを用いて必要な情報を検索し診療場面に役立てる。
- 5) 毎週金曜日午後のNST回診に参加する。

クリニカルクラークシップの実施については、「効果的な臨床実習の導入、実施のあり方に関する調査研究」（福井次矢他）を基に、「診療参加型臨床実習の実施のためのガイドライン」が提案され、平成22年度改訂版のコア・カリキュラム内にも収載されている¹²⁾。その目標として、学生が診療チームに参加し、その一員として診療業務を分担しながら医師として最低限必要な医学知識・思考法（臨床推論法）・技能・態度の基本的な部分を実践的に身に付けることにある。その主旨を表6に示す。その他の詳細は同ガイドラインにゆずるが、本学において臨床実習を担当する教員は、ぜひ一読して欲しい。

八王子医療センターでは、毎年およそ1/3（平成24年度より1/2の予定）の学生を受け入れ、臨床実習を実施している。平成17年にクリニカルクラークシップ委員会（委員長：筆者）を立ち上げ、各診

療科はできるだけクリニカルクラークシップを実施できるよう準備を開始した。学生は20余診療科から4科を選択し、1週間毎のローテーションとして計4週間滞在している。原則各診療科1名のローテーションとして、クリニカルクラークシップを行い易くしている。筆者担当の総合診療科では、GIO、SBO、LSを学生に提示し（表7）、外来において各項目の指導を行っている。事前にe-learningによる学習テーマを提示し、学生がより充実したクリニカルクラークシップが行えることを期待している。

現在、本学で進められているカリキュラム改革の中心のひとつは、臨床実習時間の拡充にある。現在44週間臨床実習（5年次40週間、6年次4週間）を実施しているが、臨床実習が最長の3大学（自治医科大学、筑波大学、東京医科歯科大学）では、4年次から6年次にかけて72週間実施されている。

本学の臨床実習期間の改訂について、将来64週間（第4学年1月から第6学年7月末）まで延長することが学長提言（白井正彦学長）として示され、平成24年6月の教授会において承認されている。

医師国家試験

医師国家試験は、昭和21年11月に医師法第9条に基づき「临床上必要な医学及び公衆衛生に関して、医師として具有すべき知識及び技能について」第1回が実施された。現在では、卒前教育から卒後教育への橋渡しとして、知識及び技能を評価するものとして位置付けられている（図2）。「知識及び技能」とは、医療に第一歩を踏み出し、指導医の下でその任務を果たすのに必要な基本的知識及び技能であると考えられる。つまり、新医師臨床研修制度（平成16年開始）に基づいた、臨床研修が可能であるかどうかを評価することと言える。平成19年の医師国家試験改善検討部会において報告された医師国家試験の基本的な考え方は、今年実施された第106回国家試験にも継続しており、その内容を表8に示す。さらに、平成21年の医学教育カリキュラム検討会からの医師国家試験への要望として、「学習成果を生かす多面的な評価システムの確立」が上げられた。医師国家試験における共用試験との整合性および臨床能力の評価を目的とすることが明確になってお

り、各大学における臨床実習の質の向上が示されている（表9）。

医師国家試験の実施は、平成13年（第95回）以降、毎年2月中旬に3日間にわたり、500題（必修100題、医学総論200題、医学各論200題）の多肢選択問題（MCQ）とされている。出題内容を具体的な項目・評価領域ごとに割合を示したのが、医師国家試験出題基準（通称：ブループリント）である。一方、医師国家試験出題基準の趣旨として、医科大学（医学部）の卒前教育で扱われている内容の全てを網羅するのではなく、また、卒前教育のあり方及び内容を拘束するものではないが、医師の任務を果たすのに必要な事項を示すものであるとしている¹³⁾。合格基準としては、① 必修問題、一般問題、臨床実地問題の各々の得点と、禁忌肢の選択状況をもとに可否を決定する。② 必修問題の合格基準は絶対基準を用いて最低合格レベルを80%とし、一般問題・臨床実地問題の合格基準は各々平均点と標準偏差とを用いた相対基準を用いる。つまり、医師国家試験は資格試験とはいえ、競争試験であることが明らかにされている。

実際、医師国家試験の過去10年間の全体（新卒、既卒）の平均合格率は常に90%前後であり、資格試験よりは競争試験の色合いが強い。本学では過去10年の間に一時医師国家試験合格率が全国平均を

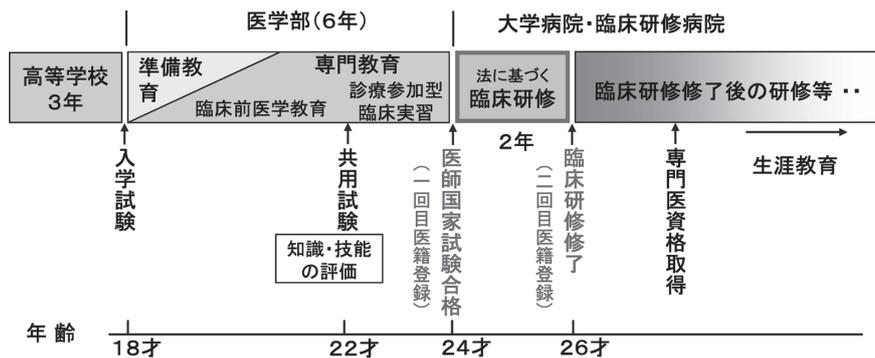


図2 医学教育と臨床研修制度

表8 医師国家試験の基本的な考え方

- ① 医師には、患者の視点の重視、医療安全の確保、地域医療への貢献などが以前にもまして求められるようになってきている。
- ② 卒前医学教育（共用試験の導入）、医師国家試験、卒後臨床研修（必修化）、生涯教育へと続く一連の医師養成過程を見通した長期的視野を持つことが重要である。
- ③ 今後の医師国家試験では、基本的な知識・技能の確認をすることに加え、臨床研修開始前までに修得しておくことが必要と考えられる技能や社会的ニーズの高まっている傷病に関する事項について、より一層の充実が図られるようにすることが望ましい。

（医師国家試験改善検討部会報告書（平成19年））

表9 学習成果を生かす多面的な評価システムの確立

<p>[方向性] 共用試験、医師国家試験それぞれが整合性をもって各段階で求められる能力を適正に評価し、臨床実習をはじめとする学習成果を生かす多面的な評価システムを確立する。</p> <p>[方 策] (抜粋) ③前期の共用試験の見直しによる適正な評価を前提に、医師国家試験が臨床能力を適切に評価できるものとなるよう強く求める。また、各大学における臨床技能評価の実施などにより、臨床実習を質量ともに向上させる。</p>
(医学教育カリキュラム検討会意見の取りまとめ(平成21年5月1日)より改変)

表10 医学教育推進センター業務内容

<ol style="list-style-type: none"> ① 医学教育の改善計画の立案に関すること ② 卒前教育における教育環境の整備を図り、医学教育に関する各委員会を統括すること ③ 医学部の教育に関する調査に関すること ④ 医学教育に関する情報の収集及び解析に関すること ⑤ 教育の評価システムの構築に関すること ⑥ 教員のファカルティー・ディベロップメントの企画に関すること ⑦ その他医学教育の改善に関すること
--

下回り、その後合格率の改善を目的として様々な対策が立てられた。その中には Faculty を対象としたワークショップ (WS) や Faculty Development (FD) が医学教育推進センター (後述) により企画され、ここでは筆者がタスクフォースとして関与した内容について紹介する。平成21年の第9回医学教育アドバンスワークショップ (AWS) では「学生評価の課題と指針の検討」をテーマとして取り上げた。その後、第9、10回のAWSのテーマの中から「MCQ形式の試験問題作成の改善」および「授業内容の改善」をテーマとしたミニFDを企画した。医学教育推進センターの幹部室員よりFD実行チーム (大滝純司、荒井貞夫、泉美貴、筆者) を編成し、4キャンパスにおいて計9回実施した (医学教育推進センターHPより閲覧が可能)。

平成23年 (第105回) および24年 (第106回) に実施された医師国家試験では各々95.2% (8位)、93.9% (24位) の成績を得、全国平均を上回る合格率への改善がみられた。しかし、6年前の平成18年度、19年度に入学した110名のうち、6年後の第105回、106回の医師国家試験合格者は各々94名および78名で、いわゆるストレート合格率は85.5%、70.9%となる。他大学の合格率と比較する場合、このストレート合格率が最も客観的なデータと言える。本学の医師国家試験合格率の改善におけるWSやFDの貢献度および教育上のFacultyの役割・責任については、今後の客観的な分析・評価を待ちたい。

医学教育推進センター

学長直轄の医学教育統括部門として、平成20年4月に発足した (センター長: 勝村俊仁)。医学教育の改革に伴う教育体制の改善を効率的に図り、医学教育活動の円滑な推進に寄与することを目的としている。その業務内容を表10に示す。センター室員は4キャンパスの大学、本院の各講座・診療科および茨城医療センター (2名)、八王子医療センター (2名) からの60余名 (センター長1名、副センター長2名を含む) により構成されている。さらに、医学教育の改革に伴う教育体制の改善を効率的に図り、医学教育活動の円滑な推進のために、平成24年5月現在8つのワーキンググループ (以下、WG) が設置されている (表11)。全室員はいずれかのWGに任意に所属し、各WGの教育目標について座長を中心に定期的に検討している。

筆者の所属する進級評価WG (座長: 筆者) は、以前設置されていた試験問題改善WG (座長: 羽生春夫) を発展的に解消し、平成23年に新たに設置された。進級評価WG設置の背景として、従来各学年の進級基準は策定されているものの、その運用が必ずしも統一されたものではなかった。再試・追試などが各講座・診療科の事情により施行され、その評価方法や判定基準も曖昧な点があった。また、教員側からは進級基準をルール通りに施行することの困難さが指摘されていた。以上を踏まえて設置された、進級評価WGの一般目標、具体的目標を表12に示す。

表 11 医学教育推進センター WG

-
- ① アドバンスド OSCE (座長: 平山陽示 総合診療科准教授)
 - ② 授業内容改善 (座長: 荒井貞夫 化学教授)
 - ③ 臨床実習改善 (座長: 三橋善比古 皮膚科学教授)
 - ④ PBL/TBL (座長: 山科 章 循環器内科学主任教授)
 - ⑤ e-ラーニング (座長: R. ブルーヘルマンズ 医学教育学准教授)
 - ⑥ 進級評価 (座長: 葦沢龍人 八王子医療センター総合診療科教授)
 - ⑦ 国際交流 (座長: 泉 美貴 医学教育学教授)
 - ⑧ 国家試験対策 (座長: 羽生春夫 老年病学教授)
-

表 12 進級評価 WG (座長: 葦沢龍人)

-
- [一般目標]
- ◆各学年における新たな進級基準を提案する。
 - ◆合理的な評価方法を習得する。
- [具体的目標]
- ◆カリキュラム全般における評価を理解する。
 - 合理的な (Taxonomy I、II、III を踏まえた) 評価方法を提案する。
 - MCQ 形式の問題作成を提案する (ミニ FD)。
 - 総合評価方法を提案する (GPA の導入)。
 - ◆学習不良者を個々に把握する。
 - 学習不良者の面接内容の作成を提案する。
 - ◆評価を担当している教員の状況を把握する。
 - 評価者の独立性の保持を提案する。
-

今後の卒前教育への提言

今回の執筆に際し、改めて日本の医学教育の変遷をみることとなったが、私たち Faculty はその流れを熟知し、本学のカリキュラム改革は決して遅れることがあってはならないことを痛感した。これまでにいくつかの課題を上げてきたが、中でも臨床実習(クリニカルクラークシップ)の拡充(質・量)は、カリキュラム改訂の最も重要度、緊急度の高い目標と言える。さらに指摘したい点として、臨床実習は診察させていただき患者の存在によって初めて可能となる医学教育である。そのため知識、技能と共に態度を学ぶ重要な機会となり、学生および Faculty は他の教育領域以上に真摯に取り組むべきである。その態度があれば、本学においても充実した臨床実習が必ず実現するはずである。結果として知識、技能、態度の面から competences の習得に繋がり、本学の理念に基づいた医師養成を可能とし、将来真の医師国家試験合格率 100% にも近づくものと考えらる。

最後に、充実した臨床実習(クリニカルクラークシップ)を 4 年次から 6 年次に実施するための方略を 5 つ提案する。

- 1) 総合評価方法 (Grade Point Average : GPA) の導入:
GPA とは、各科目の成績から特定の方式に

よって算出された学生の成績評価値のことで、学習の質を評価する成績評価の国際標準となっている¹⁴⁾。日本においても、成績評価指標として導入する大学が増加しており、平成 18 年度に 294 大学 (全体の 40%) となっている¹⁵⁾。また、GPA はいつでも相対的評価のツールとすることが容易であり、現在医師国家試験が競争試験となっていることを考慮し、GPA を 1 年次より導入する。

- 2) 共用試験による適切な評価:

現在、本学の 6 年生に行われている様々な国家試験対策は、他大学に比較し極めて手厚いものであり、それらによって初めて国家試験合格ラインに達している 6 年生は少なくない。このことは、本学の 5 年生、6 年生の到達度が他大学の学生に比較し低いいため、6 年生に手厚い国家試験対策が必要となっているとも言える。4 年次に施行する共用試験 (CBT、OSCE) による進級認定を、能力値「50」以上とする。

- 3) 臨床実習必修科の設置:

内科、外科、小児科、産婦人科、精神科、地域医療、救急医療を必修科とし、他科はクリニカルクラークシップを可能とする場合選択科とする。

- 4) 統轄組織の設置:

コア・カリキュラムのガイドラインに示され

る臨床実習および評価を行うために、各診療科の臨床実習を体系的に遂行させる統轄組織を設置する。

5) 5、6年共通卒業試験の導入：

本学は成績下位者に対し手厚い国家試験対策を実施しているが、成績上位者のモチベーションを高めることを目的として、5年次に卒業試験受験の機会を認める。受験者（5年生）が6年生の平均点を上回る場合、6年生への進級を認定すると共に、6年次前半のカリキュラムとして臨床実習の延長や研究の機会を認める。

文 献

- 1) 準備教育モデル・コア・カリキュラム—教育内容ガイドライン—。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—平成22年度改訂版：89-103
- 2) 医学教育モデル・コア・カリキュラムの基本理念と位置づけ。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—平成22年度改訂版：1
- 3) 医学教育モデル・コア・カリキュラムの基本理念と位置づけ。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—平成22年度改訂版：5
- 4) 福田康一郎：コアカリキュラムのめざすもの。日医雑誌 **135**：557-559, 2006
- 5) 医学教育モデル・コア・カリキュラムの基本理念と位置づけ。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—平成22年度改訂版：7-9
- 6) 福島 統：共用試験のめざすもの。日医雑誌 **135**：560-562, 2006
- 7) 項目反応理論(Item Response Theory, IRT)の応用。臨床実習開始前の「共用試験」第9版（平成23年）、社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構（CATO）：12
- 8) 能力値(σ)と6段階評価について。臨床実習開始前の「共用試験」第9版（平成23年）、社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構（CATO）：18
- 9) 森田孝夫：クリニカルクラークシップのめざすもの。日医雑誌 **135**：563-566, 2006
- 10) 厚生省健康政策局臨床実習検討委員会：臨床実習検討委員会最終報告、平成3年5月。1991
- 11) 全国医学部長病院長会議：わが国の大学医学部（医科大学）白書2005：227-243, 2005
- 12) 福井次矢、吉田素文：診療参加型臨床実習の実施のためのガイドライン。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—平成22年度改訂版：107-148
- 13) 医師国家試験出題基準平成21年版。厚生労働省医政局医事課
- 14) 半田智久：GPA制度に対する関心と導入の状況。静岡大学教育研究 **2**：1-9, 2006
- 15) 大学における教育内容等の改革状況について。文部科学省高等教育局大学振興課：2008