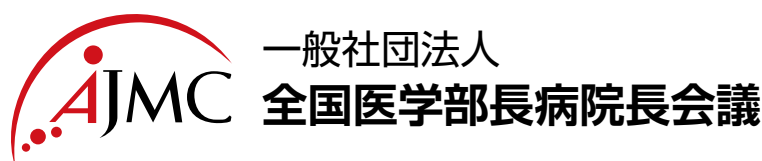


医師養成の質保証と改革実現のための グランドデザイン

—全国医学部長病院長会議の立場から—



平成28年5月

第1章 医学部の卒業前における医師養成の質保証と改革実現

1. 入学者選抜

1) 入学者選抜、アドミッションポリシー、面接、学力判定

(1) アドミッションポリシー

平成25年度（2013年）医学教育カリキュラムの現状（全国医学部長病院長会議）の調査によると、全国医学部80校中、アドミッションポリシーを公開しているのは79校である。カリキュラムポリシーは70校、ディプロマポリシーは71校が公開している。この2年前の平成23年度（2011年）の調査では、公開していたのはアドミッションポリシー60校、カリキュラムポリシー55校であったことを見ると、アドミッションポリシー、カリキュラムポリシー、ディプロマポリシーの公開が進んでいることが分かる。今後、アドミッションポリシー（入学者受入れの方針）、カリキュラムポリシー、ディプロマポリシー（教育の実施や卒業認定・学位授与に関する基本的な方針）を義務化するための法令上の検討が行われることとなっている¹⁾。

ディプロマポリシーは、「学生が卒業する時に最低限必要とする能力を示した学位授与方針」と定義される。すなわち、卒業時アウトカムを意味することになる。しかしながら、医学部の中で明確に卒業時アウトカムを設定しているところは多くはない。本来は卒業時アウトカムを設定し、この能力を卒業時にどのように測るかを考えた上で、ディプロマポリシーを定め、この能力を6年一貫医学教育の中でどのように涵養するかというカリキュラムポリシーとが連動していなければならない。そして、このカリキュラムに沿って能力を育てることのできる入学者を選抜するためのアドミッションポリシーを示す必要がある。今後、医学部は入学希望者や社会が理解できる一連のディプロマポリシー、カリキュラムポリシー、アドミッションポリシーを作成し、明示していかなければならない。

アドミッションポリシーでは、求める学生像のみならず、入学者に求める能力とは何か、また、それをどのような入学者選抜で測定するかを示すことにより、この医学部が目指す能力を持った医師を養成し、それによってどのように社会貢献するのも医学部のミッションとして示していく必要がある。

(2) 入学者選抜

平成24年度（2012年）わが国の大学医学部（医科大学）白書2012によれば、現在行われている入学選抜方法は表1のように多様化する傾向にある。

多くの医学部では、独自の学力試験、面接、調査書、小論文を用いている。面接に関しては、個別面接（小論文、自己紹介書などを資料とする場合もある）、集団面接、異なる課題を提示した複数の面接ブースを全て回る方法（Multiple-Mini-Interview：MMI）などの方法が用いられている。

大学入試センター試験や独自の学力試験で、点数として測れる学力は客観的に測定

	全国	国立	公立	私立
回答校	80	43	8	29
大学入試センター試験	62	42	8	8
独自に出題する学力試験	80	43	8	29
面接	77	40	8	29
高校の推薦書	6	4	0	2
小論文	46	19	3	24
推薦書	2	1	0	1
調査書	54	25	5	24
志望理由書	7	4	0	3
自己推薦書	3	2	1	0
その他	8	2	0	6
合計	345	182	33	130

表1. 選抜方法(平成24年度(2012年)わが国の大学医学部(医科大学)白書2012より)
(注:その他;自己紹介書、自己評価書、履歴書、適性検査、特別活動記録)

できるが、入学試験の学力試験成績と入学後の成績や医師国家試験の成績との間には明確な相関は認められないとの報告が多い。一方、医師になる者としての適格性や入学後の学習が困難なく行える能力を面接などの方法を用いて評価しようとしているが、医師になる者としての適格性や学習能力は複雑な因子が関与しているために、選抜方法としての信頼性、妥当性の検討は十分には行われていない。医師になる者の適格性は単純ではない。

例えば、「conscientiousness」という因子は、臨床実習前の教育についてはポジティブな因子となるが、臨床実習ではネガティブな因子となるとの研究結果がある²⁾。このように入学者に求められる能力が複雑な因子の集合であることから、面接でこれを測定しようとしても困難を伴うこととなる。

一方、道徳性心理学でのKohlbergらの研究³⁾では、ジレンマ課題を用いることで被験者の道徳性発達を測定できるとしている。ジレンマ課題に対し、どのような知識を用い価値判断を行い、それを行動に移してもよいかどうかの決断をするかを観察することにより、被験者の知識と価値観および論理性を測ることができる可能性がある。国内外の医学部入試で、いくつかのジレンマ課題をMultiple-Mini-Interview (MMI)の方法を用い、受験者の道徳性発達を評価する試みがある。複数の面接官が、複数のジレンマ課題に対する受験者の対応を「構造的」に面接する(structured interview 構造化面接)方法は有益であるとされている²⁾。今後、面接に関しては海外の経験やいままでのわが国の経験、さらに道徳性心理学の知見を加えて、医師になる者を選抜する方法として研究を進めていく必要がある。

(3) 今後の入学試験のありかた：喫緊の課題

平成26年12月22日に中央教育審議会の高大接続特別部会から答申「新しい時代にふさわしい高大接続の実現に向けた高等学校教育、大学教育、大学入学者選抜の一体的改革について」¹⁾が公表された。その中で、入学試験に関して、「我が国が成熟社会を迎え、知識量のみを問う『従来型の学力』や、主体的な思考力を伴わない協調性はますます通用性に乏しくなる中、現状の高等学校教育、大学教育、大学入学者選抜は、知識の暗記・再生に偏りがちで、思考力・判断力・表現力や、主体性を持って多様な人々と協働する態度など、真の「学力」が十分に育成・評価されていない。」との批判がされている。さらに答申は、「18歳頃における一度限りの一斉受験という特殊な行事が、長い人生航路における最大の分岐点であり目標であるとする、我が国の社会全体に深く根を張った従来型の『大学入試』や、その背景にある、画一的な一斉試験で正答に関する知識の再生を一点刻みに問い、その結果の点数のみに依拠した選抜を行うことが公平であるとする、『公平性』の観念という桎梏は断ち切らなければならない。大学入学者選抜は、一時点の学力検査によってその後の人生を決定させるためのものではない。先を見通すことの難しい時代において、生涯を通じて不断に学び、考え、予想外の事態を乗り越えながら、自らの人生を切り拓き、より良い社会づくりに貢献していくことのできる人間を育てることが高等学校教育及び大学教育の使命であり、これからの大学入学者選抜は、若者の学びを支援する観点に立って、それぞれが夢や目標を持ち、その実現に必要な能力を身に付けることができるよう、高等学校教育と大学教育とを円滑に結び付けていく観点から実施される必要がある。」と述べている。

今まで、入学者選抜は「客観性」伝説に縛られ、医師になる者としての適格性を十分には測ってこなかった。しかし、医学部がその社会的責任、医師を養成するという責任を果たすために、従前の「公平性」に縛られることなく、医学部が責任を持って入学者の選抜を行う時期に来ている。

高大接続の改革のために、国は平成31年度（2019年）から「高等学校基礎学力テスト」を導入し、高等学校での基礎学力の証明（段階評価）を行い、これを内申書に記載することが提案されている。平成32年度（2020年）には「大学入学希望者学力テスト」を導入し、現行の大学入試センター試験を廃止するとしている。「大学入学希望者学力テスト」について答申は、「大学入学希望者が、これからの大学教育を受けるために必要な能力について把握することを主たる目的とし、『確かな学力』のうち『知識・技能』を単独で評価するのではなく、『知識・技能を活用して、自ら課題を発見し、その解決に向けて探究し、成果等を表現するために必要な思考力・判断力・表現力等の能力』（「思考力・判断力・表現力」）を中心に評価する。」と説明している。大学入学希望者学力テストが測ろうとしている能力とは、米国で実施されているMCAT（Medical College Admission Test）が求めている能力と重なる。

MCATは受験者の①problem solving、②critical thinking、③writing skills、④knowledge of science concepts and principleを測る試験として設計されている²⁾。米

国での研究では、4年制大学でのGPA (Graded Point Average)、医学部が行う面接、そしてMCATが入学選抜でもっと有用な評価方法であるとしている²⁾。わが国でもかつて、福岡大学医学部の西園昌久を中心に、「医学部入学試験 問題解決能力テスト (Skills Analysis法)」の研究が行われていた⁴⁾。かつて医学部で行われていたSkills Analysisの研究結果は、国が進めようとしている「大学入学希望者学力テスト」の開発に役立つはずである。医学部は全ての大学入試で試みようとしている「思考力・判断力・表現力」のテスト開発に積極的に参加していくべきである。

中央教育審議会は大学入試改革をかなり速いスピードで進めていくであろう。これに対応し、医学部も従前の「公平性」に縛られることなく、「高等学校基礎学力テスト」や「大学入学希望者学力テスト」の利用の検討を始めるとともに、独自の試験として「知識・技能を活用して、自ら課題を発見し、その解決に向けて探究し、成果などを表現するために必要な思考力・判断力・表現力などの能力」を測る試験の開発を行っていく必要がある。「大学入学希望者テスト」は広い意味での大学教育への入り口の試験ではあるが、この試験だけでは医学部に入学し、医学を学び、医師としての適格性が育つ学生を選抜することは困難であろう。また、このような非認知的能力を測定するには複数回の試験が必要との研究成果もある²⁾。医学部は、「高等学校基礎学力テスト」や「大学入学希望者学力テスト」を利用し、さらに医学部独自の試験も開発しなければならない。今まで蓄積されているSkills Analysis法を再度見直し、新しい試験を作っていかなければならない。しかしながらこの開発は1医学部が単独で行えるものではない。全国80医学部が力を合わせて、新しい試験を開発し、社会が求める医師を養成するための入学選抜の在り方を考えなければならない。

脚注

- 1) 新しい時代にふさわしい高大接続の実現に向けた高等学校教育、大学教育、大学入学選抜の一体的改革について (平成26年12月22日 中央教育審議会)
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo0/toushin/__icsFiles/afieldfile/2014/12/22/1354191_1.pdf
- 2) Patterson F, Ferguson E. Selection for medical education and training. In Swanwic T Ed, Understanding Medical Education. Evidence, Theory and Practice. Wiley-Blackwell, 2010, UK.
- 3) 道徳性心理学研究会編集. 道徳性心理学. 北大路書房. 1992年. 京都.
- 4) 西園昌久. 医学部入学試験 問題解決能力テスト (Skills Analysis法) 問題作成マニュアル. 平成5年3月、文部省科学研究費補助金 (総合研究A). 財団法人医学教育振興財団. 日本におけるNEW MCAT skills-analysis法の研究報告書. 昭和61年9月.

2) 入学者定員と学士編入、地域枠

(1) 入学者定員

昭和56年の琉球大学医学部の新設以降、医療費伸び率の抑制策が継続され、医学部定員は7600人程度で20年にも及ぶ長きに亘り、検討されることなく維持されてきた。この間、医学・医療の進歩や医療情勢の変化などに起因する潜在的医師不足は、大学を中心とした医師派遣機能により補填され、表面化することなく推移してきたと言える。しかし、平成16年の新医師臨床研修制度の発足以来、研修医の都市部への偏在と大学残留医師数の減少に伴う医師派遣機能の破たんなどにより、医師不足が顕在化し、特に、医師不足が顕著な地方都市では「医療崩壊」とまで言われるようになった。このような状況を踏まえ、緊急施策として平成20年より現在に至るまで、段階的な医学部定員増が行われた。平成27年現在では、平成19年の定員7,625人に比べ1,509人増の9,134人となり、7年間で約20%に及ぶ急速な定員増が行われたことになる。

本来、医師供給の出発点である医学部入学者定員は、必要医師数に連動すべきものである。長期間を要する医師養成期間を考えれば、人口動態（特に少子高齢化と人口減少）、疾病構造、医療提供体制などに伴う医療需要の変化、医学・医療の進歩・発展などの近い将来の変化を予測し、一定の間隔で継続した見直しが必要である。そして、その見直しに特に重要な資料となるのは、精度の高い全国を対象とした疾病統計である。ほとんどの疾患を網羅した詳細な疾病登録制度の確立と、それを基礎とした必要医師数に関する指標設定に対しての総合的な検討の推進は急務の課題である。そして、今回の定員増の最終年度とされている平成31年度までには、ある程度の結論を出す必要がある。

(2) 地域枠、学士編入

「緊急医師確保対策」や「病院等における必要医師数実態調査」の結果などを踏まえて設定された制度に「地域枠」および「学士編入」制度がある。前者は地域に定着して地域医療を担う医師を育成する趣旨で設けられたものであり、後者は歯学部の定員減と連動した医学部定員増を端緒として設けられた制度である。何れも医師不足の解消を目指したものであるという共通項を除けば、制度趣旨は異なるものと思われる。

a) 地域枠と入学者定員

医学部定員増以来、地域枠の入学者定員は増加し、全国の医学部の87.5%にあたる70の医学部では、合計1,513名（平均21.6名）の定員枠を設けている。そのほとんどは何らかの義務履行を伴うものであり、その内の6割以上の地域枠には奨学金が支給されている¹⁾。しかし、地域枠の志願者数は地域によりやや偏りがある。また、国公立では入試合格者のほとんどが入学しているものの、私学における奨学金を伴う地域枠では入学しない合格者が目立つ傾向にある。併願によるものかなどの理由は定かでは

ない。地域枠の目的と理念の設定の有無に関しても奨学金を伴う枠では80.4%の大学で設定しているのに対し、奨学金を伴わない枠のそれは64.0%と差がある。また、地域枠全体を通じて、特別なカリキュラムを準備している大学は約4割程度に過ぎない²⁾。

以上のように、現在実施されている地域枠には、奨学金の有無や義務履行期間の長短、勤務先の限定などの制度設定自体にばらつきがあり、大学の取り組みにも温度差が見られ、一律には議論ができない。しかし、卒業生が出始めている現在、この制度の実効性確保は今後とも重要な課題である。なぜなら、実効性を担保できれば、継続して医師の地域的偏在を改善できる有効な手段の一つとなるからである。そのためには、次に述べるような地域枠卒業生が地域に定着することを確実にするための要件などを充足させ、学部教育のみならず卒後のキャリア形成においても、地域枠制度自体が有利で魅力あるものになるべく改善を進め、多くの優秀な学生の応募を促進し、適切なアドミッションポリシーの下、入学選抜につなげる必要がある。

b) 地域枠制度の充実化

地域枠制度の最終目的は医師の地域定着とそれに伴う地域医療の向上にある。このためには、学部での地域医療に関する講義・実習などに加え、地域医療の実情に触れる機会を増加させ、ロールモデルなどにより様々なキャリアパスの提示などを行い、地域医療に特化した教育内容を充実させ、地域医療への意欲を継続して涵養し、卒後研修につなげる必要がある。そして、卒後研修では、専門知識・技術などを習得し、臨床医としての基盤を形成する重要な時期が、義務年限の履行と重なることへの配慮が必要である。すなわち、地域の実情に合わせ、地域枠医師のキャリアアップ（総合診療医的視点からのスキルのみならず専門医取得や学位取得のための研究期間の確保など）と医師不足地域への配置の両立又は調整を図り、「広い視野を有し、地域医療の核となる良医を育て、質の高い地域医療の確保を目指す」ことを地域枠制度本来の目的に位置づけるべきである。

以上のような目的を達成するためには、学部教育と卒後研修を一体と捉え、大学を核とした研修病院群を形成し、分担と協同の下、学部教育に続く義務履行と専門研修等とのバランスを図った柔軟な研修プログラムの策定および卒前・卒後の教育・研修を一体として支援し管理する部署（地域医療学講座や地域医療支援センターなど）の設置と拡充が必要である。

c) 学士編入

27年度現在、医学部の45%に当たる36の大学で学士編入学制度を実施している。しかし、編入年次や入学資格は大学間で異なる。編入年度については、2年次編入が2/3弱を占めているものの、1年次後期や3年次への編入で募集している大学もある。入学資格についても学士の資格でよい大学から、修士・博士、さらには歯科医師の資格を求めるものまで様々である。

過去の医学部カリキュラムは2年間の教養教育を経て3年次から専門教育が始まっていた。このことから3年次編入では比較的カリキュラム上の問題は生じなかった。しかし、専門教育の前倒しが行われている現在、編入年次によっては、入学者への未履修科目の補充などが必要となる。また、以下に述べるように編入学制度本来の意義を入学選抜や学部教育に十分生かし切れていないという現状があり、今後の大きな課題である。

編入学制度本来の目的・理念は、他学部での学修の成果や社会での経験を医学・医療のフィールドで生かせる機会を提供し、社会性を伴う医学・医療の発展のため、様々な能力を有し、意欲ある多様な人材を育成することにあると思われる。しかし、以上のような編入学制度の目的・理念の達成に疑問を感じている大学は、同制度を導入している大学の半数に上っている。この理由の一つは、「学び直し」の意義を主たる動機として入学する学生が非常に少なく、単に医師になることを目的として入学する学生が多いことであろう。また、編入学制度を導入している大学自体の取り組みにおいても、編入学制度に特化したアドミッションポリシーを設定している大学は、約3割に過ぎず、同制度の目的・理念が達成されていると判断している大学は半数に満たない。さらには、編入学入試の廃止を含む大幅な変更を検討している大学は同制度を導入している大学の2割以上に上る³⁾。

上述の背景を踏まえると、入学選抜に際しては、①編入年次に応じて、必要な学力を審査することを最小限に止め、②入学志願者が培ってきた能力・経験を医学・医療の領域で生かせるか否かを判断すること、③志望の動機についての入念な審査が重要な課題である。各大学は編入学独自の特色あるアドミッションポリシーを設定し、それに応じた学生選抜を実施すべきである。単なる医師養成を許容する編入学制度は制度自体の意義を喪失させる結果につながるものと思われる。今後は、編入学学生の学部学習・卒後の動向などを踏まえ、入学試験制度の大幅な見直しや能力を発揮できる場の提供など、多方面での継続した検討および、その結果を踏まえた改革が必要である。

脚注

- 1) 文部科学省 平成27年度医学部入学定員の増員について
- 2) 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2014
第2章 II. 地域医療支援と入学試験 p110-146
- 3) 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2014
第2章 III. 学士編入学者選抜 p147-152