

最終講義

質保証への道標 (みちしるべ)

昭和大学医学教育推進室
高 木 康

○司会 ついにこの日が来てしまいましたが、私どもの教育の頭である高木教授の最終講義を開始したいと思います。本日はそのまた頭の名誉学長の片桐先生も来ていただいております。高木教授の最終講義の題名は、「質保証への道標 (みちしるべ)」ということでお話をさせていただきます。

高木先生は、今は医学教育ですが、その昔は臨床検査、臨床病理を専門としていらっしゃいました。その分野の話も「質保証」の中に入っていると思います。きっと楽しい最終講義になると思います。いろいろご紹介しようかなと思いましたが、ご自分で紹介するそうですから、皆様楽しみに聞きましょう。それでは先生、よろしく願いいたします。

○高木 小川先生、ご紹介ありがとうございます。最終講義はするつもりがなかったんですけど、学会から教授として勤務していたことの証明として残した方が良いですよ、との、お話をいただきましたので、最終講義をさせていただきます。

自己紹介の表 (表1) を作ってまいりました。左側は、昭和大学の中の私の履歴であります。右は、社会的な、昭和大学以外の履歴です。今日は主に左の昭和大学での話が中心になるとは思いますけれど

も、たまに右の話も出てまいりますので、よろしくお願ひします。

今日お話ししますレジュメ (表2) です。医学教育学の教授を拝命しておりますので、医学教育に関連する話、昭和大学の医学教育の歴史的なことをお話しして、卒後20年間は臨床病理、臨床検査をしておりましたので、少しだけ、臨床検査の質の保証ということで、お話をさせていただきたいと思ひます。そして、最後は、分野別認証を医学部が来年の6月に受審することになっておりますので、そのことについて、みなさんに情報をお知らせするとともに、覚悟をお願ひをしたいということで、お話ししたいと思います。

まずは、医学教育の質と医学教育推進室をお話しします。スライドの下に書いてあるのがその時の私の履歴です。

医学教育の質の構成は非常に重要で、3ポリシー、すなわち、アドミッションポリシー、カリキュラムポリシー、そしてディプロマポリシーの3つのポリシーを大学は設定して世間に公表しなさいと文部科学省の通達が出たわけです。

昭和大学でも、かなり以前にこの3つのポリシー

表1 自己紹介

76	昭和大学医学部卒業	91	第18回医学教育者のためのWS (富士研)
80	昭和大学大学院修了	93	臨床検査技師国家試験委員 (~99)
80	昭和大学助手 (臨床病理学)	97	東京都精度管理検討委員会 (13~委員長)
82	昭和大学講師 (臨床病理学)	00	日本医師会精度管理調査検討委員会 (08~委員長)
84	米国スクリップス研究所	02	日本医学教育学会 (編集委員、03~16評議員、12~16理事)
86	昭和大学助教授 (臨床病理学)	02	医療系大学間共用試験機構 (CBTプール化委員、12~CBT実施小委員会)
87	教育委員会委員	02	OSCE検討委員会委員長
95	昭和大学医学教育者のためのWS開始	03	臨床検査技師試験委員会 (07~09委員長)
99	OSCE検討委員会委員長	04	日本臨床検査医学会 (04~08常任理事、10~監事)
02	医学部医学教育推進室室長	04	医師国家試験委員会 (~06委員)
02	卒後臨床研修センター長	09	医師国家試験予備試験委員会委員
03	昭和大学教授 (医学教育推進室)	09	東京都医師会生涯教育委員会 (12~委員長)
05	地域医療臨床実習検討委員会委員長	11	日本語診療能力試験委員会 (17~委員長)
11	昭和大学教育推進室長	14	医師国家試験改善検討委員会委員
13	昭和大学評議員	14	医療系大学間共用試験機構 (理事)
14	IR室長	15	医師国家試験出題基準検討委員会委員
15	昭和大学学長補佐		
16	昭和大学副学長		

表2 最終講義の内容

1. 医学教育の質と (医学) 教育推進室
2. FDとSD
3. 試験 (入学試験/入職試験/修了試験)
4. 共用試験 (CBTとOSCE)
5. 地域医療実習 (ステップアップ型)
6. 初期臨床研修/指導医講習会
7. 臨床検査の質保証
8. 分野別認証

については、それぞれの学部で設定して、公開して
いました。

実際は、どういう学生を入学させますか、という
ことを念頭にしたアドミッションポリシーを最初に
作ったんですけど、どうもその考えは間違っていた
ようです。現在では、まずはディプロマポリシー、
つまりこういう人に学位を与えますよと、こういう
人を社会に送り出しますよというディプロマポリ
シーをまず作成するのです。

今、アウトカム、学修成果とも言いますが、ディ
プロマポリシーに到達する、こういう人を社会に送
り出すには、どのような教育カリキュラムを作りま
す、こういうカリキュラムにしたがって教育すると
ディプロマポリシーを叶える人材を世の中に送り出
すことができますというカリキュラムポリシーを次
に作成します。そして、このようなカリキュラムを
実践するにはどういう学生に来てもらいたいのか。こ
れがアドミッションポリシーということになります。
ですから、ディプロマポリシーを決めて、その
後にカリキュラムポリシーを決めて、最後にアド
ミッションポリシーを決定するのが、現在の教育ポ
リシー構成の流れということです。

医学教育の大きな改革の流れは今から20年ぐら
い前に起きました。教育は大学の根幹をなすもので
あるとの考えで昭和大学におきましても教育推進室
が設立されました。目的は教育の充実、向上を推
進するということであり、教育の充実向上に資する業
務を行うということであり、今日来ていただいで
います片桐名誉学長が、こういう部署を作れと、
ずっと前から言われてまして、2003年にまず医学
教育推進室ができて、残りの学部につきまして
も、薬学部、歯学部、それから保健医療学部、富士
吉田教育部と続々と各学部の教育推進室が設立され
ました。

最終的には、これらをまとめる教育推進室ができ
まして、その時に、一番最初からこれらの業務をし
ているお前が長になれということで、教育推進室長
を拝命した訳であります。医学教育推進室の規程が
最初に決められました。業務は7つあり、まずは医
学教育上の問題点の解析と対応策の検討です。

次に、当時医学教育上で話題となっていたFD
(Faculty Development)に関する業務、各種実習、
演習に関する業務、教員用の資源（卒業試験等）の

作成支援と管理、さらには卒後臨床研修カリキュ
ラムの策定および実施支援も業務に入っています。そ
れから教育上の問題点についての教授会、教育委員
会から諮問された事項の調査と答申、その他医学教
育の推進に関する業務が規程されています。

このような業務からは医学教育推進室は医学教育
の質向上のための部署ともいえます。みなさまにレ
ジュームをお配りしましたが、質保証をする部門、も
しくはその質保証をいかにするかを、教職員に方向
付けする部署ということでアピールさせていただく
ようにお話をさせていただきます。

まずは、アドミッションポリシー、ディプロマポ
リシーにしたがった入学試験と卒業試験、それから
入職試験について、お話をします。これは昭和大学
医学部のアドミッションポリシーです（表3）。そ
こにいらっしゃる学事部の小林さんたちとも相談し
て従来のアドミッションポリシーを少し変える計画
をもっています。これは先ほどお話ししたように
ディプロマポリシーに必要なカリキュラムポリ
シー、そして、このカリキュラムポリシーを行える
学生のためのアドミッションポリシーです。これに
ついてもう少し修正が必要と考えますが、昭和大学
医学部ではこういう人に入学してもらいたい、採
りますよということをおアドミッションポリシーとし
て明示しました。

このアドミッションポリシーにしたがって入学試
験を行います。昭和大学医学部の入学試験は3回実
施していますが、これは多様な人物を採りたい、入
学してもらいたいからです。選抜試験にはI期とII
期があり、それぞれの定員は78名と20名です。選

表3 昭和大学医学部のアドミッションポリシー

<p>本学のミッションである「国民の健康に親身になって尽くせる臨床医を育成する」ために、医学部のカリキュラムを修得し、人間性を涵養できる資質をもった人を求めます。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 医学を学ぶ目的意識が明確で、医学を志す情熱に満ち溢れ、自ら求めて学び、努力できる人 2. 調和のとれた豊かな人間性と秀でた知識と倫理性を備えた偏らない判断ができる人 3. コミュニケーション能力に富み、他者・弱者の立場を考え、国際社会のなかで行動できる人 4. 地域での医療に興味を持ち、将来地域医療の担い手として活動できる人 5. 一年次の寮生活や学部連携教育カリキュラムを他学部学生と楽しく、充実してできる人 6. 英語、数学、理科、文章表現で一定以上の学力を有する人
--

抜I期は1月末に実施しますが、他の私立の医学部でも1月から2月にかけて入試を行っています、そこで体調が悪かったり、諸事情のために失敗してしまった、本当はもっと実力はあるんだという受験生を、このII期、3月に実施されますので再チャレンジの機会を与えましょうということです。この選抜試験は3教科400点、理科が2科目で、あとは英語と数学で試験を行います。

これら選抜試験の他に地域枠があります。昭和大学医学部も年ごとに偏差値が高くなり、地域、地方からなかなか人材が集まらなくなりました。そして近年、現役の入学者が少なくなりました。都内の私立の医学部を比較しますと、某私立大学は70%ぐらい、その他の医学部も40から60%ぐらいが現役で入学している情報があります。昭和大学は従来から現役が少ない伝統があります。僕の同級生は124名いましたが現役はわずか10名でした。

ですから、現役の入学者を増やしましょうということでこの地域枠が新設されました。しかも選抜試験は3教科ですが、地域枠は5教科900点満点で、国語と社会も加えてセンター試験の成績を参考にしています。これは広い知識を持つ学生、なおかつ現役の学生に入学してもらいましょうというのが地域枠試験のコンセプトです。全国を6地域に分けて、各地域から2人ずつ合計12人を入学させています。

昭和大学のこのような入学試験システムについてはオープンキャンパスを年に3回行っているいろいろな説明をし、優れた受験生来てください、昭和大学ではこのような人材を求めています、というようなことを広く宣伝しています。

入学試験では筆記試験の作成は重要です。文部科学省はアドミッションポリシーに合った試験問題を自学で作成することを推奨しています。このため、昭和大学医学部では筆記試験委員を選抜して独自の入学試験を作成しています。この筆記試験委員の名前は公表していません。いろいろと難しいことがあってはいけないということで公表されていませんが、アドミッションポリシーに準拠した入学試験を作成しています。作成した問題については適否の検証を行い、問題の校正と印刷にも人力と時間が必要です。この入学試験作成にも入試常任委員として長い間携わりました。

筆記試験の採点をして、一次合格者を決めます。ア

ドミッションポリシーで非常に大事なものは、昭和大学は1年次に寮生活をします、寮生活ができる人材、コミュニケーションスキルが取れる、共同生活ができる能力があるかをしっかり評価する必要があります。この精神、態度の評価は筆記試験だけではできませんので、小論文と面接をしまして、適切な選抜を行います。小論文と面接の評価には、昭和大学医学部の教授、准教授に参加していただき、適切に採点、評価をしていただいています。

ここ5年間の昭和大学の受験生数は6,000人を超えています。選抜試験はI期が3,500～4,000人、II期が2,000人前後、そして地域枠が約400人ぐらいです。それ以前は、3,000人から4,500人ぐらいでしたので今の6,000人超えはすごい数字で、毎年毎年多数の受験生に入学試験を受けていただき、優秀な人材を選抜しています。

入学すると、昭和大学特有のカリキュラムに沿ってここにいらっしゃる教員の先生方に努力をしていただいて、教育をしていただいてディプロマポリシーを満足できる学生が学位を授与されます。しかし、その前には最後の難関の卒業試験を乗り越えてもらわなければなりません。医学推進室の使命のなかにも卒業試験等の関連項目があります。まずは卒業試験作成のためのワークショップです。このワークショップは毎年やっておりますが、内容としては卒業試験問題の形式、国試のガイドラインの確認、ブループリントの認識と問題作成について解説します。

問題形式として一般問題と臨床問題の相違も解説します。卒業試験を国家試験形式のように各診療科単位ではなく、全体で評価するようになった最初のころは、臨床問題と一般問題の区別が分からない教員もいました。今は十分に周知されていますが、何歳の女性とか、何歳の男性で、来院した主訴を始めとする病状を記載して、これから設問するのが臨床問題です。最初は、臨床医学の問題を臨床問題と誤解していた教員がいて、一般問題でしたから、赤字で「先生、臨床問題を作ってください」と返却したら、「バカ、これは臨床問題だぞ」と怒鳴られたこともありました。「先生、臨床問題は何歳の男性、何歳の男子と症例の問題ですので、それに作り替えてください」とお話しして初めて理解してもらった覚えがあります。今はもう、全部の教員が理

解されて、臨床問題と一般問題を作成していただいています。

あとは、Taxonomy, 問題の深さです。筆記試験では主に知識を評価しますが、その時にTaxonomyが深い問題、想起の問題ではなく、解釈、さらには問題解決の深い知識を評価できる問題を作成していただきたい。そのためのノウハウを解説しています。

卒業試験のブラッシュアップも大変な作業です。昭和大学では卒業試験はI期とII期の2回の卒業試験、それに1月には再評価試験を行っています。各試験とも500題ですから、全部で1,500題あります。それらをブラッシュアップすることになります。

これが非常に大変でして、チェックポイントとしては、国家試験に準じた記載になっているか、正答肢は本当に正しいかとか、難易度が適切か、などが主なチェックポイントです。「これは、レベル的には専門試験ではないのか?」と思われる問題やあまりにも易しい問題もあるのでそれらをチェックします。試験後には、正答率や識別指数を用いて、評価をして、問題作成者に返却するようにしています。次回からの問題作成の参考にしていただければと思っています。

国家試験問題は、年々変わってきました。また新しい形式の問題も導入されています。正答率が80%以上の必修問題、患者に危機的状況を招いたり、公衆衛生上必ず知っておいて欲しい内容として禁忌肢が導入されました。また、最近では医学英語とか、計算問題も出題されるようになりました。あとは、昔はK2タイプ、K3タイプといわれる5肢のうちで解答選択肢が決まっているタイプから最近では5肢からランダムに正答選択肢を選ぶX2あるいはX3タイプが導入されるようになりました。

合格基準も大きく変化してきました。われわれの時代は、60%以上正解すれば合格という絶対評価でしたけど、今は受験生のなかで上位何人ということが大事な、相対評価になりました。相対評価ですから年ごとに合格基準点が大きく変動します。厚労省が発表している合格基準、あるいは問題の難易度についても検討して教員にのみなさんに情報を供与して、周知することもしています。

最近の国家試験では日常診療で行っていることを臨床実習で経験しているのでそれを出題しています。小川先生は、ずっと国家試験委員をしています

けど、今年お辞めになるということですので、このあたりの情報を提供していただければと思っています。卒業試験を出題される教員にはこのような観点から日常診療での問題をお願いしています。国家試験問題として最初に驚いたのが点滴に関する問題です。点滴装置の点滴筒やクレンメの位置を問う問題であり、実際に日常診療に行って、クリニカルクラークシップを行っていただければ分かる問題です。また、感染性廃棄物のマークも出題されています。これもクリニカルクラークシップを行っていただければ分かる問題です。

画像問題も変わってきました。今までは1つの画像を提示して、それから、病態や解答を推測する問題でしたが、最近では複数の画像を提示して、正解の画像を選択させる設問に変わってきました。

次に、卒業試験出題教員から提出された試験問題をブラッシュアップする過程です。ブラッシュアップの内容も提出問題により異なります。まずは、体裁が整っていない問題です。「誤っているものを選べ。」は国家試験では使用されません。「誤っているのはどれか。」ですので、作法にしたがった書き方に修正します。選択5肢の順番、順次性といいますが、これが整っていない場合には、長さの順位などに修正します。次に症例の記載の仕方です。これも作法があって、適切な表現と順番に修正します。選択肢がaだけが病名で、あとの選択肢は生理に関する記載の場合には、病名か病気を生理的な記述に変えて、全ての選択肢を生理的な記述にしてくださいようお願いしています。

国家試験では症例の記載方法は決まっています。主訴、現病歴、既往歴、現症、検査など規則どおりでない場合には修正したり、問題のなかで理解できない内容があったり、間違っているかもしれないと考えられる場合にはそのことを記載して問題作成者に返却してコメントをもらったりします。

このようなブラッシュアップ作業は、私1人でできませんで、学事部に専門の担任職員を配置してもらいました。加藤宜朗、松原友和、倉地夏樹、加藤遼、岩崎直樹、松尾真之介の諸氏にはお世話になりました。スライドの鉛筆で書いてある箇所は学事部の担当職員が、「順番逆ですよ」と指摘していただいたものです。

作成した問題についていろんなコメントや修正箇

所を指摘して作成者の先生方に付けて返却して、修正をお願いしています。ほとんどの教員は適切に修正をしていただきますが、修正をしていただけない場合には、問題から削除して、差し替える場合もあります。卒業試験のブラッシュアップは大変な労力を必要とします。

卒前ばかりでなく初期臨床研修の入職試験と、研修終了時の修了試験は卒後臨床研修センターの業務です。昭和大学医学部5年生の進級 OSCE で採用している医療面接と患者の画像の説明を行う OSCE と小論文と面接で受験生を評価しています。昭和大学には基幹型病院が4つと協力型病院が2つありますので、それら6つの病院から評価者を選抜して、評価をしてもらっています。

初期臨床研修終了時には修了試験も行っています。この修了試験では入職試験より進んで、医療面接と身体診察、それにアセスメントを評価するアドバンス型 OSCE と救急処置で行っています。このアドバンス型 OSCE には東京消防庁の職員の方にご協力いただいています。この方たちは救急車に乗務して救急患者に直接接触して、患者対応に非常に興味を持っていて、勉強会をされています。その方々が模擬患者として医療面接だけではなく、直接身体診察をしてもらい、実際の診察能力を評価しています。実臨床に近い形で研修医としての診察能力を評価できるのがこの修了試験の長所です。他の研修施設では同様な修了試験はしていないと思っています。昭和大学では、修了試験の成績を臨床研修の評価のエビデンスとして残しておきたいということで、実施しています。

臨床研修の修了基準は、臨床研修の期間、24 か月間に研修プログラムに則った研修を行っていること。次に研修目標の到達度の評価で、「臨床研修の到達目標」で定められている必要項目すべての項目が到達していること、それに加えて定められた32のレポートの作成ができています。昭和大学ではこれらの他に研修の修了試験をして、診察能力を評価して、臨床研修の修了の判定を行っています。

次は、FD (Faculty Development) と SD (Staff Development) です。ファカルティ・ディベロップメントは医学教育推進室の業務の2番目に記載してありましたが、医学教育ではこの20数年、重要事項として取り上げていました。昭和大学では1995年に

初めて、富士吉田校舎で第1回を開催しました。尾島昭次先生、鈴木淳一先生、畑尾正彦先生は当時の医学教育学の大重鎮でして、通常のFDではこの3人が揃うことは滅多にありませんでしたが、特別にお願いをして、タスクホースとして招聘して、富士吉田でワークショップを開催したのが、1995年です。

このFDを続けていましたが、大学で喫緊の緊急を要する問題に対するプロダクトを作成するためのアドバンストコースを2002年から開始しました。

第1回の昭和大学医学教育者のためのワークショップのスタッフと参加者、それに課題(表4)です。ディレクターはその当時の学長の武重千冬先生と医学部長の中井康光先生で、タスクフォースは尾島先生、鈴木先生、畑尾先生の3名。タスクフォース補助として、中島宏昭先生と増田豊先生で、お二方は昭和大学でFDを開催する中心人物でした。

参加者は29名で、ここにいらっしゃいます片桐敬先生ばかりでなく小口勝司理事長、さらには小出良平現学長もいます。あとは、その他大勢になるかもしれません。僕もいますし、木内祐二先生もいます。

第2回はスタッフが少し変わって学内タスクホースを育成することになり片桐先生、小口先生などが学内タスクとして参加しました。第3回では招聘タスクは畑尾先生だけをお願いして、学内タスクを大幅に増員しました。それからは畑尾先生だけをコンサルタントとして招聘して、あとは昭和大学のタスクによるワークショップとなりました。

ワークショップの報告書は第1回から発行しています(図1)。これは、第1回の報告書のタイムスケジュールと巻頭言で、武重学長がお書きになって

表4 第1回昭和大学医学部教育者のためのWS

▶ 日時	平成7年8月4日~6日
▶ 場所	昭和大学富士吉田校舎
▶ スタッフ	
✓ ディレクター	武重千冬学長
✓ バイスディレクター	中井康光医学部長
✓ タスクフォース	尾島昭次、鈴木淳一、畑尾正彦
✓ タスクフォース補助	中島宏昭、増田豊
▶ 参加者	
✓ 医学部	21名(小峰光博、高橋利博、太田秀一、片桐敬、小口勝司、小出良平、中村健一、吉田英樹、仲吉昭夫、斎藤裕、岩田隆信、内田英二、坂井泰、高木康、内藤延子、安倍正史、植田俊彦、木内祐二、高橋寛、竹田二美代、岡本太郎)
✓ 歯学部	2名(柴崎好伸、山口朗)
✓ 薬学部	2名(中村和郎、伊田喜光)
✓ 教養部	4名(木嶋泰弘、菱田不美、江澤哲也、喜多村得也)
▶ 課題	
✓ Aグループ	医学部新入生オリエンテーション
✓ Bグループ	患者面接
✓ Cグループ	身体診察
✓ Dグループ	卒後臨床研修オリエンテーション

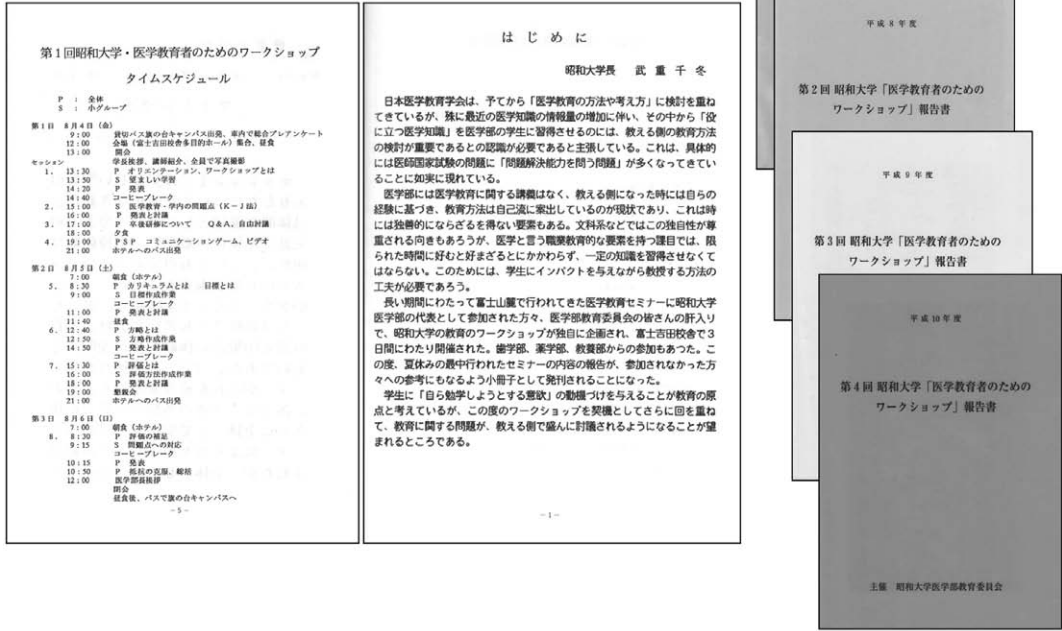


図1 ワークショップ報告書



図2 昭和大学医学教育者のためのWS (第1・2・8回)

います。タイムスケジュールではホテルに泊まり、ホテルから富士吉田の校舎までバスで移動したことが分かります。朝早く校舎に行き、校舎でワークショップを行い9時半ごろ終わって、富士吉田の校舎からホテル登り坂までバスで送ってもらって、寝る生活を繰り返し、2泊3日を過ごします。

ワークショップの写真を見つけました(図2)。上が第1回で、下が第2回、右上と左下が第8回です。第1回では前列左脇が若き日の小口先生、その隣が片桐先生で、一番後列には小出先生もいらっしゃいます。第1回、第2回で、昭和大学のワークショップの基礎が築かれ、これが今日まで脈々と継続されています。

昭和大学のワークショップの特徴は先ほどお話したように、カリキュラムプランニング、目標と方略と評価を学修し、同時にSP(模擬患者)、PBLチュートリアル、コーチング、ポートフォリオなどの最新の教育技法を学修する「ビギナーコース」、「教育者のためのワークショップ」と大学や各学部の喫緊の問題点に対する解決策を検討する「アドバンストコース」の2つがあることです。

アドバンストコースは大学と各学部での課題とプロダクトが作成され、それらはすぐに採用され、導入・活用されています。昭和大学関係の課題です(表5)。2002年の第8回、アドバンストコースでの初めての課題は「昭和大学の理念」で、それから「教員の教育業績ガイドライン」など毎年喫緊の課題に対するプロダクトが作成されています。医学部についても第8回の「臨床実習の指針(医行為のレベル)」に始まり、各学年でのカリキュラムが作成

され、すぐに実際に利用されています。

それから4大学間の学生教育交流会とSD研修会も重要な業績です。4大学とは、東京慈恵会医科大学、東邦大学医学部、東京医科大学、それに昭和大学医学部です。この10数年の医学教育の改革や変化は激しいものがあり、これらに関する詳細な情報を入手しなくてはなりません。これら情報を最初に入手することが多いのは東京慈恵会医科大学ですので、慈恵医大が得た情報を、他の3校にも分け与えて貰おうというのが最初の考えでした。

次には、より建設的なプロジェクトを行おうということになりました。学外選択臨床実習、これは6年生の時にクリニカルクラークシップで1か月の臨床実習を行います。昭和大学の学生は慈恵医大、東邦大学、それに東京医大のどの医学部でも臨床実習ができます。4大学間で連携して相互乗り入れする臨床実習が可能なシステムを構築しました。

2003年に「学外選択制臨床実習相互交流協定」の調印が行われました。この時の調印式で調印したのが昭和大学では片桐先生でした。この交流会の目的は具体的には教育に関する情報の交換、各大学医学部で直面する問題を共通の認識と、各大学の医学教育に関する協力、それから卒業試験の相互活用などです。

卒業試験の相互活用は非常に大事で、昭和大学で作成している問題は、昭和大学の教員が作成しますので、問題内容に偏りがある場合があります。慈恵医大、東邦大学、それから東京医大で作成された問題もそれぞれ偏りがあるかもしれませんが、これらを総合すると、わが国での平均的な偏りのない卒業試験問題になることとなります。この交流会は年に2回開催され、情報を交換しています。

この交流会は当初は教員、医学教育に関する交流会でしたが、同伴する事務職員も仲良くなりました。そして、4大学の事務職員だけで教育事務に関する悩みや相談をしようとするようになりました。FD、ファカルティディベロップメント対して、SD、スタッフデベロップメント、学事職員の能力開発をする動きがでてきました。

ちょうど2008年に戦略的大学連携支援事業を「東京都内4医療系大学連携によるカリキュラム開発と地域医療者生涯学習コース提供」のテーマで取得することができました。このプロジェクトの中心人物

表5 アドバンストコースプロダクト

<昭和大学関係>

- 第8回:「昭和大学の理念」
- 第9回:「教員の教育業績ガイドライン」
- 第10回:「昭和大学大学院の理念」「PBLチュートリアル概要」
- 第11回:「富士吉田教育部の教育目標(理念)」
「学部横断型PBLチュートリアルシナリオ」
- 第12回:「昭和大学のアドミッションポリシー」
- 第13回:「望まれる初年次の必修科目」
- 第14回:「大学院のアドミッションポリシー」
- 第15回:「大学院共通カリキュラム」
- 第16回:「個人情報適切な管理」
- 第17回:「初年次教育と専門教育との連携カリキュラムの検証・見直し」
「入学試験における面接試験のあり方」
- 第18回:「昭和大学教育研究の目的」

は慈恵医大の福島統先生で、その1つのプロジェクトとして、SD 開発が昭和大学の担当となりました。そこで、まずは4大学の学事職員が参集して、SD が開始されました。

医療系学務系職員にSD が求められているのは、医学教育の多様化と教職協働の2つの大きな理由のためです。各大学だけでは人材教育が困難でみんなで行いましょうということになった訳であります。

このSDの一環としてSD研修会をすることになり2009年から行っています。2008年から2010年までは連携支援事業の補助金で行っていましたが、それ以降も継続して行いましょうということで継続しています。しかも、4大学だけでなく全国の医療関係の大学や機関のなかで興味がある職員は参加しても結構ということでSD講習会を公開するようになりました。会場は東京慈恵医大の講堂をお願いして毎年12月に開催しています。

研修会のテーマとしては、2009年の「大学支援のために大学諸君として何をなすべきか」、「医療系教学事務職員に求められる能力と資質」に始まり、2010年には「やる気を引き出すコーチング」、2011年には「医学教育の国際基準について」、2012年には「昭和大学における電子ポートフォリオの活用」を本学の片岡竜太先生に、そして、2013年からは現在も教員・職員の重要なテーマである「分野別認証」に関して、東京女子医大の吉岡俊正先生や大久保由美子先生、それにJACMEの奈良信雄先生やIRについて東京慈恵医大の中村真理子先生に、実際受審した経験を東京慈恵医大の井出晴夫先生や東京医大の泉美貴先生に講演をお願いして、参加者から好評をいただいています。今後も継続するつもりです。私も定年ということで「共用試験と国家試験について」のお話をしました。

次は、初期臨床研修必修化と研修指導医講習会についてです。2004年から初期臨床研修が必修化され、この必修化に伴い研修指導講習会が研修機関の必修になりました。医師臨床研修制度の基本理念は、「臨床研修は、医師が、医師としての人格を涵養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学および医療の果たすべき社会的役割の認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない」であり、要

約すると医師としての人格を涵養しなさい、医学医療の果たすべき、社会的役割を認識しなさい、そして、基本的な診療能力を身に付けなさいの3点で、これが初期臨床研修の目的と考えて良いと思います。

笑い話としてしばしば例としてだされるのは医学関連の学会で、講演者が倒れると、そこにいる学会員、医師が「医者を呼べ」という。医師がすべて基本的な診療能力を身に付けているわけではないことは医師も自覚しています。基本的な診療能力を身に付けるような形で2年間の初期臨床研修を行うことになりました。

この初期臨床研修ではいままでのように研修医が勝手に研修を行うのではなく、カリキュラムに合致した研修指導を行う指導医が大事で、指導法を教育する指導医の講習会が必修化されたわけです。この指導医講習会は、2泊3日のワークショップ形式でしてくださいということで、昭和大学は忠実に守って実施しています。また、2009年4月1日からは、「望ましい」から「義務規定」となり、臨床経験7年以上で厚労省の定める指導医講習会を修了したが指導医の資格要件になった訳です。

第1回から非常に内容の濃い指導医講習会を開催して、指導医を育成してきました。昨年まで22回、合計686人が受講して研修指導医になっています。講習会ではアクティブラーニング、参加者が能動的に研修するシステム、それに最近の教育技法を適宜取り入れて講習会を行っています。メンタリング・コーチング、SEA (Significant evidence analysis ; 有意事象分析) などです。

この講習会では参加の証明として集合写真を報告書に添付しなければなりません。これは昨年度の講習会の写真(図3)ですが、僕の隣は同級生の小林洋一先生です。定年ですので、「何のために取るの?」って。「もう必要ないんじゃないの?」って言ったのですが、「まあ、持ってたほうがいいね」ということで遅咲きながら研修を受けて指導医の称号を取得しました。

次に共用試験です。高校卒業後、医学部・医科大学の入学試験を受験して、合格すると6年間の卒前教育をうけます。かなり昔は医学進学過程が2年間ありまして、専門課程に移行しましたが、今は短い準備教育を楔形に受講して、臨床前医学教育を学修し、その後臨床実習により医師としての知識、技能

と態度を修得します。臨床実習も従来は見学型で教授や指導医の行う医療行為を見学していましたが、これでは卒業臨床研修がシームレスにできないというので医療チームに属してクリニカルクラークシップ、参加型臨床実習を行うようになりました。そうすると実際に患者さんの診療を担うわけで、これを行うのに十分な知識と技能と態度を修得しているかを評価する試験が必要になりました。これが共用試験です。クリニカルクラークシップで、医師と同じ医行為を行うのに十分な知識と技能と態度を保証するのが目的です。共用試験は医学部や医科大学ごとに行うのではなく、全国80（現在は82）の医学部・医科大学が知識を出し合い、試験問題を作成し、それを利用するという意味で「共用試験」と名付けられました。

この共用試験を行うために設立されたのが医療系大学間共用試験実施評価機構（CATO）です。このCATOは共用試験を実施しますが、内容を設定しなければなりません。このために設定されたのがモデル・コア・カリキュラムです。これは、医学生が卒業までに履修すべき最低の教育内容をまとめたもので、全カリキュラムの2/3程度で、残りの1/3は各医学部・医科大学独特のカリキュラムにするシステムです。

平成28年度改訂版が今年公開されるので、昭和大学でも、そのモデル・コア・カリキュラムが全て履修されているかを調査する必要があります。現在は学習成果型、outcome based education（OBE）の形式になってきたので、モデル・コア・カリキュラムが適切に学修できているかが重要となってきて



図3 第22回指導医講習会

います。

このOBEについては、22年度改訂版で、初めて、医師に求められる基本的な資質が8項目提案され、これが、コア・コンピテンシーとも考えられています。コア・コンピテンシーに関しては全国医学部病院長会議でも議論されており今年の春に提言されて秋には全国規模で受け入れられるようになると思います。

次に共用試験です。国家試験と異なり、希望する大学によって実施することで始まりましたが、現在では80校、いや82校になりましたが、82校全部がこの試験を行って、知識をCBTで、診療技能・態度をOSCEで評価しています。

そして、評価規準、クリニカルクラクシップを行える能力としては今までは各大学で勝手に規準を決めていましたが、2014年に医学部長病院長会議が、この基準値をIRT標準スコア43、現在は359に決め、これ以上の能力がある学生を「Student Doctor（学生医）」として認定するようになりました。CBT（Computer-based testing）は320題を6時間で行います。このCBTに技能・態度を評価するOSCEを受験して、合格しなければなりません。今の医学生は大変です。

この共用試験は何のために行うのでしょうか。将来における国民の多様かつ高度な医療サービスのニーズに応える人材を育成するのが厚生労働省の目標であります。それには、卒前の臨床実習を、今までのような見学型から参加型、クリニカルクラクシップに変更する必要があります。このためには学生が医療チームの一員として、必要な態度や技能、問題解決能力が身に付いているかどうかを患者と社会に示す必要があります。患者さんを診療するのに十分な知識と技能と態度を備えていることを評価する必要があります。このために知識の評価としてCBTを、技能と態度の評価をOSCEで行うわけです。

CBTはコンピューターを活用した試験です。プール化された問題から受験生個々に別々のセットの試験問題で試験を行います。ですから、カンニングはできません。しかし、別々の試験問題ですから、問題の難易度が多少異なります。そこで利用されるのがIRT（Item response theory；項目反応理論）です。問題は予め200人以上の医学生が受験して項目特性値として項目困難度と項目識別力が評価

されます。これからIRT標準スコアが算出され、これで比較ができるのです。現在、CATOには約2万題ぐらいの問題がプールされていて、この中から320題がランダムに選択され、出題されます。

CATOから問題作成の依頼が各医学部・医科大学に来ますと、教員が問題を作成して、まずは学内でのブラッシュアップを行い、その問題を機構に送ります。機構では各医学部・医科大学から委嘱された教員によりブラッシュアップを行います。機構のプール化委員会で問題が適切であるか、どのコア・カリキュラム領域の問題かを選別して、プール化されます。作成したばかりの問題は試行問題として出題され、項目特性値が算出されます。試行問題は採点されることなく、採点問題だけが採点されます。320題のなかで約60題が試行問題で残りが採点問題です。CBTはCATOからモニターが派遣され、適正・公平に試験が実施されているかを監視しています。これはOSCEも同様であり、共用試験は準国家試験として扱われています。

共用試験のもう1つの試験がOSCE（Objective Structured Clinical Examination）、客観的能力試験です。知識は筆記で測定・評価できますが技能と態度は、実際に実技をやらせてみないと評価ができません。どれだけ基本的な臨床能力、技能と態度が身についているかを試験するのがOSCEです。OSCEでは精神運動領域（技能）と情意領域（態度）が評価可能です。昭和大学では共用試験OSCEは10分間の医療面接と5分間の頭頸部診察、胸部診察、腹部診察、神経学的診察それに外科/救急蘇生の6つのステーションでのOSCEを行っています。

医療面接では模擬患者に対して医学生が医療面接を行います。大学の評価者2人だけでなく、CATOから派遣された外部評価者も評価を行っています。これは医療面接だけでなく、他の診察ステーションでも外部評価者がOSCE評価委員として参加し、学内評価者が適切な評価をしているかをチェックしています。

このOSCEの課題にはCATOから課題の学習と評価項目が前もって学生に提示されています。学生は提示されているこれら学習内容にしたがって勉強をしています。お互いに患者役になって大学に設置されているスキルラボで勉強しています。この共用試験、CBTとOSCEについては、昭和大学教員

はいろいろな領域で関与しています。CBTでは機構から要求された問題の作成とブラッシュアップ、それに機構へ派遣されての全体的なブラッシュアップ、CBT試験の運用、結果の評価と対応などです。一方、OSCEについては、実施前のOSCE課題の評価委員への説明会と評価の標準化、OSCEの実施、OSCEでは約90名の教員が評価委員として、OSCE実行委員会委員20名近くが運営にあたっています。また、学務課職員の皆様にもお世話になっています。外部評価委員あるいはモニター委員からは学務課職員の献身的な協力に対していつも賞賛の言葉をいただいています。

それから地域医療実習です。昭和大学ではステップアップ型という全国に例のないシステムとしています。2001年に『New England Journal of Medicine』に掲載された論文では1,000人の住民のなかで、何らかの病気を持った人が800人ぐらい、そして医師への受診を検討する人が327人、実際に受診をする人は217人います。そして、最終的に大学病院に紹介される人はわずか1人、0.1%しかいないんです。ですから大学病院で臨床実習しても実際の医療を経験していることにはならないのです。1,000人の住民のうち、大学病院はたかだか0.1%の患者しか診療していない、これでは困るのです。これは外国の論文でしたが、わが国でも同様な調査を福井次矢先生、聖路加国際病院の院長が行いました。この結果もほぼ同じでした。1,000人の住民のうち何らかの体調の異常が862人、医師を受診するのが307人で開業医受診は232人、大学病院の外来を受診するのが6人、そして大学病院に入院するのはわずか0.3人とのことです。大学病院で臨床実習するのも大切ですが、地域、開業医で病人を診ることが大切で、地域医療実習が必要との意識が広く認識されるようになりました。

全国医学部長病院長会議が2007年に「医師養成のためのグランドデザイン」のなかで医学部2年から4年で地域医療・保健所での実習の充実が提言されました。この時には、①地域医療が誰によってなされるべきか、またはなされているか、②地域における医療構造、そして③コ・メディカルと医師の位置づけなどを理解することが大切としています。そして、5年、6年では地域医療（診療所）実習の充実と中核実習病院の構築と連携を提言しています。

このような提言を受けて、昭和大学ではまず3年生に見学型の地域医療実習をすることにしました。医師、コ・メディカルスタッフの姿勢、背中から何かを感じ取ることを主眼にした地域医療実習です。昭和大学の学生は、開業医もしくは医師の子弟はだいたい30%から40%ぐらいです。このため、医師がどのように働いているか、地域に貢献しているか十分に理解していない学生が多いので、まずは開業医の日常診療、診療環境を見て、その姿勢から何かを感じてもらいましょうというのが、M3の地域医療実習です。

「将来、医師として地域医療・保健を実施するために、診療所と在宅医療についての必要な知識と態度を修得する」という一般目標と、7つの行動目標を立てました。開業医の指導医には6月の第2週の火曜日から木曜までの3日間のうちで、2日間だけはお世話してくださいとお願いをしました。これは水曜日から木曜日に休診される診療所がありますので、2日間でも結構ですとしましたら、非常に多くの開業医の先生に賛同していただきました。そして、各開業医には学生が1人でお邪魔して、実習をする形式としました。これは、複数の学生が同じ診療所で実習するとお互いに頼ったり、話をして実習に身が入らないなどの弊害があるためです。

そして、5年生では、3年生で実習した同じ診療所で診療参加型実習、クリニカルクラークシップを行っています。5年生ではすでに大学病院で内科や外科などでクリニカルクラークシップを行い、診療を行っていますので、診療所でも同様に患者さんを診て、診察する、医行為を行う実習をさせていただきますと診療所の指導医にお願いをしています。実習期間も長く、火曜日から金曜日までの4日間のうちに3日以上臨床実習としています。このために一般目標にも「・・・必要な知識、技能、態度を修得する」として3年生では無かった「技能」を目標に追加しています。行動目標にも、「診療所での簡単な手技、血圧測定、基本的診察、採血などを実施できる」としています。学生が許容される医行為については、お話をした医学教育者のためのワークショップのアドバンスコースで昭和大学医学部独自のものを作成していましたので、これを診療所の指導医に提示させていただきます。

この地域医療実習の時に昭和大学独自のものと

て自己紹介のポスターがあります。実習前に学生が作成した診療所実習での目標、自己紹介などを記載したポスターを実習前にその診療所に掲示してもらっています。患者さんが、今度はこういう学生が実習に来るんだ、と分かっていただけるようで、これは好評です。

地域医療実習の報告会では全員がパワーポイント形式で発表し、それをそのまま報告書としています。自己目標、実習内容、実習で得たもの、改善したいこと、今後に向けて（展望）などをまとめています。今の学生はパワーポイント作るのが得意のようで、毎年素晴らしい報告書になっています。

指導医の評価は5点満点で、身だしなみや実習態度は4.8点で良いのですが、接遇態度は4.65と一番悪い結果で、毎年ほぼ同様な結果です。このことを予想していたこともあり、実習接遇・身だしなみチェックリストを作成して学生には周知徹底しています。このリストの作成には学事部の職員にご尽力いただきました。チェックリストには前日のチェックポイント、心構え、挨拶、会話などの姿勢、態度のチェックリスト。それに身だしなみのチェックポイントでは髪、髪の色、制服、名札、爪、靴など細部にわたっています。ある学会で講演を頼まれてこのことを発表しましたら、「先生、今の学生さんって、こんな細かい事まで指示、提示しなければダメですか」、「これは幼稚園の園児への指示に近いのでは」、「まあ、そうですね。今の学生はこれやりなさいと指示するとその通りにできたりします。でも、何も提示しないと、何をやっていいかわからず、適切な行動ができない傾向があります。医学部学生も五肢択一問題には慣れていて、正答選択肢を選択することができます。しかし、これからどんなことが考えられますか、どんなことを考えなければならないか、という質問には解答を答えることができないことが少なくありません」と答えました。また、これらのチェックリストにはイラストなどを入れて、読みやすくするなどの工夫も行っていきます。

指導医のアンケート、自由表記としては、5年生の実習後には、「2年間の時間を経て、医師としての心構え、姿勢、知識が格段に成長したと思います。医師同士の常識的な認識を共有できるようになっています」、「今回は5年次ということで、身体診察、血圧測定、心電図など直接患者さんに接する

ことも積極的にやっていただきましたが、よく頑張ってくれました」「問診はとても上手でした。きちんとした敬語が話すことができることも評価できました」など肯定的な指摘も多いのですが、「どこまで医療行為をやらせていいのか判断が難しい（採血等の侵襲的な手技は行わせても良いのか）」「診療所という第一線の医療機関で医療行為を行うのであれば、大学で充分練習してきてほしい」などの否定的な指摘に対しては、先ほどお話しした昭和大学の医行為レベルを周知することが重要で、臨床実習前演習の徹底と大学での臨床実習を充実させることが重要と感じています。

地域における医学教育のメリットは学習者、学生ばかりでなく、指導医にとってもあります。学習者にとっては、①地域医療における疾病構造を理解できる、②多様な健康問題に触れることができる、③地域における継続ケアの提供のされ方を知ることができる、④地域における保険・医療・福祉の連携を知ることができる、などがあります。

一方、指導医にとってもメリットはあります。教えることによって学ぶ、teaching is learning twice、もしくは・thirdと言いますように教えること自体が勉強になります。次に、精神的に刺激を受けることです。自身を客観的に見直す良い機会となります。あとは、日常のルーチンから気分転換できるし、教えることは楽しいです。それから、学生を指導できる臨床能力を社会的に評価されることがあります。診療所に医学生や研修医が居て、臨床実習や研修をしていれば、指導医としての能力、臨床能力が優れているのを患者さんや社会的に評価されます。

講義の最後の前に臨床検査のお話をさせていただきます。医学教育の専門家になる前には臨床病理、臨床検査を20数年専門にしてきました。先ほど小川先生からご紹介ありましたが、今回の講義のテーマとなっている「質保証」と関連して臨床検査のお話をさせていただきます。臨床検査の検査値はいつも正しい値、真値であることが重要ですが、真値から外れていてもいつも同じように外れていけば、臨床的解釈は可能です。測定値が真値にどれだけ近似しているかの度合いが正確さで、測定値がどれだけばらついているかが精密さです。この正確さと精密さの管理を行うのが精度管理で、これにより「いつ」「どこで」測定しても同じ結果となるように臨床検査技師

をはじめとする臨床検査に従事する人が精度管理を行っています。

この「いつでも」同じ測定値となるような管理が内部精度管理で、「どこでも」、つまり検査する施設が変わっても同じ測定値となるように管理するが外部精度管理調査です。この精度管理の必要性は、特定検診・特定保健指導、それから現在話題になっている検体測定室でも、適切な内部精度管理と外部精度管理調査への参加を努力義務としています。

わが国で実施されている大規模外部精度管理調査には日本医師会、日本臨床検査技師会、日本衛生検査所協会（日衛協）、全国労働衛生団体連合会（全衛連）などが主催する精度管理調査があります。また、世界的にはCAP（College of American Pathologist）があり、全世界で24,000ぐらいの施設、日本では100ぐらいの施設が参加しています。私は日本医師会と日衛協と全衛連の精度管理調査委員会の委員長を拝命しています。これらではほぼ同じような評価規準で精度管理調査結果を評価して、全国のレベルでどのぐらいに検査値が収束しているかを評価して、狭い範囲に収束するように参加施設と一緒に努力しています。外部精度管理調査の目的には、①現時点の参加施設全体の技術水準（State of the Art）を明確にする、②参加施設の実行能力（技術水準、performance）を明確にする、③実行能力向上のための教育を行う、④現時点の測定系（測定原理、試薬、装置など）を把握する、などがあります。

最後の話題です。医学教育分野別認証のお話です。昭和大学も分野別認証を来年の5月末に受審する予定です。東京女子医科大学の吉岡俊正先生は質保証の3段階を提唱されています。①保証しない、ただ教育をしている状態、次に②内部保証、教育を計画し、実施し、検証し、改善するというPDCAサイクルを行う状態で、自己点検して、評価する状態です。3段階目は外部保証です。外部、第三者からの認知で、外部評価をしてもらい、認証評価を行う段階です。分野別認証を行う機構として日本医学教育評価機構、JACME（Japan Accreditation Council for Medical Education）が設立されました。WFME、世界医学教育連盟の国際基準をふまえて医学教育プログラムを公正かつ適正に評価することを目的としてWFMEから認証されます。

去年の秋にWFMEの審査員が来日して、東京医大でのJACMEの査察を評価して近い将来、WFMEからJACMEが認証される予定です（本年3月にJACMEは10年間の認証をうけました）。

医学教育分野別認証での評価規準は9領域（area）とその下位36領域（sub-area）です（表6）。それぞれの項目について、基本的水準、達成しなければならない水準、mustです。それに質的向上のための水準、shouldが決められています。mustは必ずすべきことで、shouldは質的向上のためにはした方がよい領域です。これら全てについて、自己点検して、改善への方向性を検討しなければなりません。昭和大学には素晴らしい教員ばかりでなく、有能な学務課職員が多数いますので、頑張ってくれることと思います。私もできるかぎり協力します。

JACMEの評価概略としては、まず医学部による自己点検と評価です。受審校が9領域、36の下位領域を全部チェックして、自己点検報告書に根拠となる資料集を添付してJACMEに提出します。自己点検報告書には医学教育に関する現状と問題点の把握、改善案を記載します。次に実地調査です。5日間で、評価規準の領域別の討議、講義・実習等の視察、講義室・実習室・図書館等の見学、それに学生・若手教員・研修医等との面談などを行います。それぞれの領域について「認定」「期限付き認定」「不認定」の評価が行われ、異議申し立てがあれば行い、最終報告書で改善計画を策定してホームページに公開します。その後も改善進捗状況の報告

表6 医学教育分野別評価規準日本版
Ver.1.30 平成27年4月24日

1. 使命と教育成果	4. 学生	7. プログラム評価
1.1 使命	4.1 入学方針と入学選抜	7.1 プログラムのモニタと評価
1.2 使命の達成への歩み	4.2 学生の受け入れ	7.2 教員と学生からのフィードバック
1.3 大学の自律性および学部との自由度	4.3 学生のカウンセリングと支援	7.3 学生と卒業生の実績・成績
1.4 教育成果	4.4 学生の教育への歩み	7.4 教育の協働者の関与
2. 教育プログラム	5. 教員	8. 統括および管理運営
2.1 カリキュラムモデルと教育方法	5.1 募集と選抜方針	8.1 統括
2.2 科学的方法	5.2 教員の能力開発に関する方針	8.2 教学のリーダーシップ
2.3 基礎医学	6. 教育資源	8.3 教育予算と資源配分
2.4 行動科学と社会医学および医療倫理学	6.1 施設・設備	8.4 管理職と運営
2.5 臨床医学と技能	6.2 臨床トレーニングの資源	8.5 保健医療部門との交流
2.6 カリキュラム構造、構成と教育期間	6.3 情報通信技術	9. 継続的改良
2.7 プログラム管理	6.4 医学研究と学識	
2.8 臨床実践と医療制度の連携	6.5 教育の専門的立場	
3. 学生評価	6.6 教育の交流	
3.1 評価方法		
3.2 評価と学習との関連		

9 領域（AREA）、36 下位領域（SUB-AREAS）

- ・基本的水準：達成しなければならない水準（must）
- ・質的向上のための水準（should）

を行い、継続的改良を行います。小川先生は今度医学部長になりますので、この受審でも中心になってやってくれると期待しています。

昭和大学は来年、JACME の分野別認証を受審する予定です。医学教育の質を保証する上でも大事です。先輩やわれわれが医学教育の質保証のための道標を築いてきました。今後はここに参集していただいている皆様が新しい道標を打ち立てる時です。みなさまの今後の研鑽を期待しています。

昭和大学に入学して、47年が経ちました。教員、助教になってから37年。そして、医学教育の担当になってから17年が経ちました。この間に多くのみなさんにお世話になりました。また今もお世話になっています。特ににお世話になった方々を振り返ってみました(図4)。一番外側は臨床検査領域でお世話になった先生方です。同級生の日本大学の熊坂

一成先生や土屋達行先生、臨床病理学教室での五味邦英先生、鵜沢龍一先生、それに恩師石井暢先生です。その内側は同級生です。小林洋一、世良田和幸、筒井廣明、森 啓、島田誠と6人が昭和大学で教授となりました。また、矢野一郎、坂本道夫君など優秀な同級生にも恵まれました。次が医学教育関係の学内の先生方と学外の医学教育学会の重鎮の先生方です。東京慈恵医大の福島統先生やCATOの斎藤宜彦先生、畑尾正彦先生にもお世話になりました。その内側は昭和大学でお世話になった先生方です。小口勝司理事長、小出良平学長、それに一番お世話になった久光正医学部長、それにこの医学教育の道筋をつけてくださった片桐敬先生など本当に多数の先生方にお世話になりました。しかし、最も世話をかけましたのは家族です。妻の孝枝と娘の早織、それに息子誠、妹久江の家族です。そして、母と父で



図4

昭和大学に入学して47年が過ぎました。教員になってから37年が過ぎました。医学教育担当になってから17年が過ぎました。

この間、多くの皆様にお世話になりました。お礼申し上げます。

特に臨床検査部の技師、学事部、学生部などの事務職員の方には多くのご支援を賜りました。本当にありがとうございました。

す。今回の最終講義を一番聞いてもらいたかったのは母と父です。母は4年前に、父は昨年他界しましたが、東京での大学教員生活を送ることを許してもらい、そのお陰で今日があります。

皆さま、本当に本当に長い間ありがとうございました。それから今日のご清聴ありがとうございました。

○司会 高木先生、本当にありがとうございました。先生の昭和大学の医学教育に対する膨大な貢献の一部をご披露いただきまして、私たちは先生に感謝しております。この後も、教育担当の副学長という特任教授で、まだまだ、私たちの指導をしていただくことを聞きました。これが1つのけじめでございます。ほんとに先生、ありがとうございました。丁度時間ですけど、片桐先生からお言葉を。

○片桐 どうも、長いこと、17年間ありがとうございました。そもそもは、さっき話ありました4大学

交流会で慈恵医大の福島先生とお会いして、こういう医学教育の専門職を昭和大学でも作らなければいけないなっていうことで現在の高木先生の今日があります。当時全く理解が無かった医学部の教授会や学部長に重ねて提言して医学教育の専門部署が設立されたわけです。昔はこんなだったんだとか思い出しますが、そういうものを乗り越えて、高木先生、今日まで、実に立派に教育のことについてやっていただきましたし、卒前教育もさりながら、卒後の臨床研修が必修化した時の、その時のシステムも、高木先生が道筋を作ってくれたので、実にスムーズに苦労しないで済んだと思われま。

まだしばらく生きそうですから、このまんま、終わっちゃうのももったいないので、またよろしくお願いします。私はもうじきですが、どうもありがとうございました。（花束贈呈）