

それからもう一つは辛抱強さということです。素晴らしい論文は絶対に難しい問題と取り組んでいます。そうしたものに辛抱強く取り組むという姿勢がなかなか見られない。おそらく達成感というものが体験されていないんじゃないかと思います。つまり、クイズ化現象ですね。問題を見て、分からなければ即やめて次に移る、というように。OECDの調査でも、無答率ってありますね、誤答ではなくて、無答の割合が諸外国に比べて高いということが出ていまして、そうしたことに関係しているようです。

以上、四点お話ししましたが、私はここ数年「数学は美しいものだ」という表現をしています。そして、「数学というものは役に立つ素晴らしいものだ」とも言っています。私は wonderful という言葉が好きなのですが、wonderful というのは wonder（驚きとか謎）が ful ということですね。つまり、数学を学ぶということは、驚きに満ちた世界、謎に満ちた世界、そういう意味で知識を追求する数学は素晴らしいものだ、そういうことを学生たちに知ってほしいのです。

実は、昨年そんな話をしたあとになって、野依先生がノーベル賞を受賞されたときに、記者会見で「化学は美しく面白い、そして時々役に立つ」と言われたんです。同じことをおっしゃってる、ということで私は非常にうれしかった。やはり、学問というのはみなこの三要件を備えているということじゃないか、と。ですから、私が今までお話ししてきたことは決して数学に限ることではなく、他の教科でも同じ事が言えるでしょう。ただ、数学はそうしたものを学ぶのに非常に優れている教科であって、下の学年から順番にそれにふさわしい教材が備えられているだけに、初等中等教育としては、その点を是非とも意識してほしいな、と思います。

司会（村上） 浪川先生、どうもありがとうございます。数学は答えが決まっていつまらないのではないかと、という多くの誤解に対して、数学というのは言葉なのであるというところから反論していただきました。先生はおっしゃいませんでしたけれども、現在の入試に対する批判といったようなものも含まれていたように思います。それでは、続きまして医学系研究科の玉腰先生からお話をうかがいたいと思います。

第2提案「医学が求める学力」

玉腰 暁子（医学系研究科）

医学教育の現場から 基礎医学と臨床医学の他の先生方に、今の医学生について思うことを少しうかがってきましたので、それも参考にしながらお話をさせていただきます。

医学の分野ですが、基礎医学では基礎的な研究を行う研究者になります。それから臨床医学ですが、ほとんどの医学部生が臨床医になります。ただ臨床医学の場合には、特に大学にいる方たちには臨床をやりながら研究もしていくという形の指導をしております。私は一番下に書いてある社会医学というところにはいますが、この分野では行政に関わる医師、あるいは職域の健康に関わるような産業医、あるいは研究者になります。ですから、医学部としての教育は基本的に医師の養成とい

うことになりまして、医学部を卒業しないと医師国家試験を受けられず、医師国家試験に合格しないと医師になれない、という形で6年間の教育を受けていきます。

基礎の先生に、今の医学部生はどうでしょうとうかがいましたところ、医学を学ぶための基本的な学力が乏しくなっているということです。これは入試制度にも問題があるかもしれません。また、なかなか自分で教科書を買いませんので、疑問点を自分で解決することもできない、と。授業を受ければまだましな方なのでしょうが、授業を受けたら受けっぱなし、家に帰って勉強なんかしてない学生がほとんどでしょう。

一方、臨床医の立場からのお話をうかがいますと、学生に求めるのは人間に関する深い関心、人を相手にできる人になってほしいということです。それから非常に幅広く興味をもってほしい。つまり、単純に患者の体の中で何が起きているのか、この疾患は何なのか、あるいはどう治療すればいいのか、ということだけでなく、この患者の価値感、その社会的・心理的な背景にまで関心を持てるような医者になってほしいと。それから柔軟性という点では、医学は科学ですけれども、患者の反応というのは必ずしも理論的な形で出てくるわけではありませんので、同じ病態であってもその人一人ずつで反応が違うわけです。そういう一人ひとりに対応できるような柔軟性をもってほしい。それから創造性ということに関して言えば、どの科学でも共通なことだと思えます。そういったことを臨床医の先生がおっしゃっていました。

また、実践の場に立つ社会医学の医者としては、保健所ですとか厚生労働省で仕事をしていく、あるいは職域で働く人たちの健康管理をするという形で人と関わっています。そうしますと人に対してどういう風に関われるのか、あるいは今、社会はどういう状況にあるのかということを考える必要があります。それから臨床の現場でもチーム医療ということが言われていますけれども、特に社会医学という分野で言えば、まったくその構成が違います。同じチーム医療と言っても臨床の方たちは患者を治すというところに共通性があり、いわゆる医学的な知識をある程度身につけている人たちとの共同作業になりますけれども、社会医学の分野では、バックグラウンドが経済学であったり、文学部所属の研究者であったりしますので、そういうところで生きている方たちとチームを組む協調性が求められるわけですね。

基礎学力の低下 先ほど教科書を買わない医学生ということをお話しましたが、明らかに学力低下はあると思います。一例をあげます。私たちの講座が担当する講義が医学部4年生です。この春、講義をし、当日テストをして記述させたところ、この「失(疾)患」という字です。一回くらいなら書き間違いだと思うんですけど、三つくらい出てきました。明らかに間違えて覚えていると言わざるをえません。基本的なところが欠如している。もう一つ、「用いる」という漢字がありますが、教室で勉強会をやっていて、学生が教科書を読んでいました。「用(よう)いる」と読んでいます。それも一回じゃない、五回くらい出てきた。これは学力低下というよりも、一般常識の欠如と言えますか、本を読んでいない、あるいは新聞を読んでいないということなのかもしれませんが。

医者になるためには単に生物学的な知識が必要とか科学的な知識が必要だけでなく、コミュニケーション能力というのが求められますので、そのときに、言葉が違うというのは大きな問題だと思います。しかも、自分で考え自分の考えをまとめて人に伝える、ということができない。教科書に書いてある問題には答えられるし、○×問題には答えられるけれど、自分で考えて意見を言わ

なければならないという訓練が不足していると思います。あるいは、なかなかあいさつができない、コミュニケーションがとれない、学生はまったく一週間連絡なしで欠席したりする。「一週間来なかったけど、分かったの?」「はい、知ってました、すみません」。こういう学生が臨床医になる、人を診る、人と接する仕事に就くということでは、大きな問題が生じるのではと危惧します。

医学教育の改善 では、医学教育がどのように変わってきているかということをお話したいと思います。今、医学部生たちの考える力がないということに関しては、名古屋大学だけではなく、多くの大学で言われていることだと思います。医学部生が卒業までに学ぶべき事についても、新しく文部科学省から細かい内容が示されました。それを受けて、すでに改変されたところもありますし、名古屋大学では15年度の4月から移行することになります。改善点は何かと言いますと、医学の知識が増えているので、全部頭に入れるのは非常に困難であり、それらを頭に入れるよりは、もう少し他の力を伸ばすことで補っていこうという考え方になっています。つまり、人から与えられる受け身の知識ではなく、自分で知識を得る方法を修得するという方向に変わってきています。今までの医学部の講義では、一方的に教官が講義をしまして、100人の学生がいますけども、だいたい半分くらいしか出席せず、半分が来ない、という状況だったのですが、それではいけません。いわゆる解剖学ですとか、生理学、生化学あるいは内科学、小児科学といった、何とか学という知識の体系を崩して自分自身で知識を構築できるという基本的構えで、一つのことを学ぶときに、解剖の知識も生理の知識も生化学の知識も導入しなくてはならないような方向にしていこうということです。

しかも、医療技術そのものも非常に高度化しているだけに、医学部の学生が6年間で卒業して臨床の現場に立ったときに、すぐに使い物になるのかということとそう簡単ではありません。臨床の医者として働く上で求められていることは、状況の理解ができる、何が問題か判断できる、その解決方法を提示できる、その実行を決断できる、実行する技術能力がある、結果を適切に評価できる、そしてその結果に対する自己責任をとる倫理観がある、というようにまとめられるでしょう。

総合的学力 このように考えてきますと、改善の方向は小・中・高校での総合的学習が狙っていることと重なるのかもしれませんが、何が問題かを自分で判断し、自分で解決していくような能力を身につけることです。そこで、医学部では一人の教官と少人数の学生というタイトなシステムであるチュートリアルを導入して、その能力の育成をはかろうとしています。早いところではもう始まっていますが、名古屋大学では明春（2003年4月）からです。

高校までの総合的学習が進むと、医学部生の総合的学力も伸びてくるのかもしれませんが、問題も感じます。小・中学生の私の子どもたちからの話しですから、一方的な判断ですが、総合的学習の時間というのはできる子どもは伸びるけれども、子どもに対して先生の方から十分なケアがないので、できない子はわからないままに終わってしまうかもしれない。できる子がやっているのを見て「あ、そっか」と思うだけで終わってしまうんじゃないかな、という不安が少しあります。これは、医学教育そのものとは別ですが、特に感じることです。

まとめますと、今、医学部の入学生に対して求めるのは社会で医学専門家として働くうえで必要な総合的な力です。もちろん、医学部の6年間の教育の中ですべてを身につけるのは難しいとしても、可能な限り、一つずつ素養として持って欲しいということです。基本的な学力、コミュニ

ケーション能力、そして自分以外のまわりの人に対する理解や愛情というものを持つことも言うまでもありません。

司会（村上） どうもありがとうございました。医学部の入学者は一般的に偏差値的な学力は非常に高いと言われてるわけですが、それに対して先生方が抱かれている不満というところから、さらに知識という測定できないような能力の教育に向けての改善、そして、いわば人間教育といったものへの期待が込められていた御発言とうかがいました。それでは続きまして、文学研究科の周藤先生のお話をうかがいたいと思います。

第3提案「歴史・歴史学・歴史教育」

周 藤 芳 幸（文学研究科）

歴史と歴史学 私は浪川先生などとは違って、教育に対して一家言あるというタイプの人間ではございません。名古屋大学の一構成員として、高等教育に連なる中等教育をどういう風に考えていったらいいかということ、あくまで私の専門あるいは専門に関わる中等教育の分野に即してお話させていただきたいと思います。

私の専門は歴史、厳密には西洋史学です。大学における日本史、西洋史、東洋史という日本の大学ではだいたいどこでもとられているシステムにはそれなりの事情というか、問題があるんですけど、今日はその点については触れません。まず、歴史という分野が持っている教育面での問題性に関してはじめに確認しておかなければいけないと思います。それは、歴史、歴史学、歴史教育というものが違うということです。歴史と歴史学はしばしばその差異に注意されないまま使われていることが多いと思います。歴史というのは過去に関わることというくらいしか定義のしようがない。それに対して歴史学というのは歴史とは明確に異なります。歴史学はあくまで過去において生じたさまざまな出来事に対して、その時代時代の一定の集団的な価値観、歴史認識によって再構成したものであるということになります。ですから、これはしばしば言われることですが、21世紀を迎えた現在における歴史学と50年前の歴史学はまったく相貌を異にしています。はっきりいえば、50年前はグランドセオリー、例えば発展段階論というものが歴史学の王道であると考えられていたようです。私がかつての時代を実際に経験しておりませんから細かくは分かりませんが、今現在では発展段階論とか発展段階という言葉が学会で耳にすることはまったく無くなってきた。それぐらい、この半世紀で歴史学研究は大きく姿を変えてきた気がします。

歴史教育 ところが、中等教育における社会科の世界史なり日本史なりは、この違いを故意にぼやかして展開しているのではないかと思います。確かに、過去に起きた出来事こそが歴史の中核であるという点はそれ自体正しいんですけど、大学で歴史学というものに携わっている人間から見ると、それはあまりにも当然のことです。むしろそれだけではなく「起こらなかったこと」に関する事柄が持つ力というものが最近一番注目されてきていることだろうと思います。具体的な例をあげれば、