

国公立大医学部面接ゼミ



1. 望まれる医者、望まれる医学生

ニュースを見ると、医療に関する事故・犯罪のとりあげられることが多い。それほど、社会が医療に関して払う関心は高い。これは、現在の医療のとらえかたが、社会的な福祉サービスの視点をとりはじめていることと関係がある。サービスの基本は日常の人間関係、人間同士の信頼関係である。医療に関する最近の事故・犯罪の多くは、日常的なこの信頼関係に関わり、それを崩壊させるような要素があるのである。

まず、わたしたちは、患者として医師に接するときに既に、医師との信頼関係が成り立っていると考えているのが普通である。信頼していない人に自分のプライバシーを相談するはずはない。しかし、そこでの信頼関係のなりたちは、大変危ういものであることは、見過ごされがちである。これは、悪意のある医師に出会った場合や、最先端の医療にかかっている場合について述べているのではない。日常の診療に既に危うさは存在する。いやむしろ日常における危うさが、すべての源だといっても過言ではない。

サービスを巡る人間関係は、サービスを受ける側と提供する側の双方の協力によって成り立つ関係である。社会から医療をみる視線が、福祉サービスの一環としてとらえる角度に変わりつつある現在、患者の要求は、徐々にそのような意識をもとにしたものになりつつある。ところが、医療従事者のほうは、与える側としての一方的な意識を抜け出せない事例も多い。これは、医療行為が極度の専門性をもち、医療従事者の社会的地位が高く、その中でも中心的な責任を負っている医師は、知らず知らず閉鎖的で独我的な精神状況に追い込まれるからである。おかしい話であるが、患者のことをよく考える医師が、この悪循環に陥り、責任をすべて背負い込んでしまうこともある。末期ガンの患者を抱えたある医師などは、家族の悩みと本人の性格と、あらゆることを考え続け、相談する人もなく、医師が精神的な袋小路に入ってしまったということを知ったことがある。

個人の力は限界があるのである。「優秀な」医学部合格者は、能力が他の人よりもおしなべて優れていると評価されているし、確かにそういうことは言えるかもしれないのだが、現在のように複雑な医療で、社会の中の人間関係も1枚岩ではない時代には、個人の発想をかえる必要があるのではないか。

そこで近年、注目されているのは、医師や医学生のコミュニケーション＝スキルである。患者や他の医師や看護師や医療従事者と、適切に意思を伝えられる能力を持っていることや、その力を身につける訓練である。一部の大学では20年以上前から実施されている医療コミュニケーション学の講座が、2000年以降は各大学で大幅に時間数が増えた。医師を養成する大学が、そのような人材を求めているのは明白である。

人と意思を疎通させることは、生まれつきの性格も影響するが、ある程度訓練可能な部分もある。一種のスキルである。成人であれば備えているはずの素養という側面もある。残念ながら、最近の事件・事故の中には、素養のある人の言動とは到底思えないようなケースもあるものだから、今後はそのような素養のない人を医師にしないでおうという切実な需要が社会に生まれている。そこで、大学は、入学試験で面接を課すことによって、これら素養と人間関係のスキルについて、少しでも意識

をしてもらいたい、できればそのような意識の高い受験生に集まってもらいたい、そのような受験生かどうかを確かめたい、と思っているのである。

ではどのような人がコミュニケーション上手であろうか。

- (1) 相手の顔を見て話す
- (2) 相手の意見をよく聞く、自分の意見を言う
- (3) 自分の意見を客観的・相対的に見られる
- (4) 話の流れを読む
- (5) あいづちが打てる、質問をする
- (6) 正確な知識がある
- (7) 相手にあわせて表現をかえる
- (8) 相手を抑圧しない
- (9) 誠実である

このようなことは同年代の親しい人を相手にしているときには、あまり意識しなくとも自然にできていることであるが、違う世代の初対面の人とコミュニケーションする際には、意識的でありたい。将来、医療従事者を志す君たちは、日頃からこのようなことに意識的であってほしい。

大学生になって、臨床実習や特別プログラムがある。そこであなたがたの接する患者とその家族は、そのほとんどが年長者である。その場合、治療や予防の意識の低い人、専門用語を用いた説明では理解できない人、ある程度の知識のある人、など様々な人に接することになる。いろいろな世代とコミュニケーションをとるためには、相手の世代を理解する感情と知識をもち、相手に応じた態度や言葉遣いを選び、自分を表現する技術が必要である。大人とうまく話せますか？ 対人関係の苦手な人も、少しずつ、練習をしていこう。人間だもの、だれでも必ず、よい医師になれるはずだ。

2. 面接心得

2-1. 面接試験の意味

医学部の社会的役割は、医師あるいは医学研究者を養成することであり、職業の限定された明白なものである。昨今の医療・医学をとりまく状況にかんがみて、その受験生には、入学段階で精神的にある程度充実した状態であることが望ましい。そのような側面を確認しようというのが面接試験である。しかし、現行の制度では、面接による選抜は、消極的にならざるを得ない。それは、Admission Office 方式など積極的な面接方法とは違うからである。

確かに、学力試験で小さく失敗した受験生を救済することは、一部の大学で既に事例がある。しかし、大きく失敗した受験生を救済することは、現在の制度では困難であろう。実際、過去の事例をみても、学力試験で好成績だった受験生は面接でも好成績であることが非常に多いのであるから、大きな逆転というのはまれな現象である。したがって現行の面接では、結果的には、よほど不適格な受験者を発見するためのものとなっているのである。

このように、面接は、学力試験のようには対処しがたいものであるが、対処しなくてよいわけではない。受験生にとって面接試験の準備をするということは、自分が「よほど不適格な受験者」にならないようにすることはもちろん、受験への意識を高めることにつながるからである。自分が有用な人材になろうとする意識は、受験期にも大学入学後も、意義のあることである。医学部という、将来の職業が限定的である学部受験では特に、このような積極的な意味を見出して面接に取り組んでいくことが、結局は自分のためになるのである。

2-2. 心構えと準備

面接官は、着飾った諸君を見聞きたいわけではない。実際にはスーツか学生服であることが多いが、平服でも、整った、どの世代の人間に対しても清潔感を与えるモノならばかまわない。同様に、受け答えの内容も、想定問答をくりかえした標準的なものが語られるが、それに従う必要はなく、自分の内面を誠実に・正直に答えればよい。

知識的な内容を質問されるときには、知らないことは知らないといえることが大切だ。しかし、面接官が尋ねることで知らないことが多すぎるというのも、受験者の年齢として意識が低いと判断される。医学と医療をとりまく一般常識や、社会的な事象について、予備知識を持っておこう。

自分自身についての質問はもとより、知識的な質問においても、自分自身をどう把握しているかが決め手になる。知っていること知らないこと、結論の出しにくいこと出ていること、自分の考えが絶対正解か否か、自分は何をしてきたのか、自分は今何をしたいのか、将来の夢は。面接の前には、心を静かにして、今一度これらの項目について反省してみよう。

2-3. 面接で大切なこと 7 か条

- (1) 面接官と話をするという心構えになる。

質問を受けるのであるが、自分を表現することでもある。それは面接官との会話である。

- (2) 相手の顔をみて話す。

目線を完全にあわす必要はない。鼻根から眉間にかけての領域を漠然と見ておくだけで、話された人間は、目線を感じることになる。面接官が複数いるばあい、その各人に対して話をするときに、目線だけでなく顔を向ける。

- (3) 小声と早口はいけない。

面接官が、自分と世代の違う人であるという意識を持つこと。また、落ち着いて話すと、自分自身が落ち着いてくるものだ。

- (4) 沈黙はいけない。

「知らない」「わからない」「考える時間が欲しい」など、言葉に窮しても、その自分の状態を伝えることは行う。

- (5) 結論部を早めに言う。

ある程度結論が直観的に見えたものは、それを述べて、次に理由説明を行うと、面接官は聞きやすい。

- (6) 保留をこわがらない。

相反する論、複数の論点のあるときは、「迷っている」「その2つとも視野に入れている」などと伝え、そのいずれかに与して論ずるか、あるいは迷っている理由を説明する。また、面接官に質問の主旨を尋ねてもよい(有効な指示のある場合と、「自分で考えなさい」となる場合がある)。

- (7) 攻撃的にならない。

反対意見を全否定することの出来ないテーマの多いのが医療や社会問題の特徴である。個人の価値意識が反映されるからである。主張すべき点は述べるが、反対意見も尊重し、有意義な会話をするという気持ちで発言する。攻撃性は無意識に表情に出るので要注意。これは、討論形式ではもちろん、個人面接でも反対意見に配慮しているかどうかの問題になることがある。

3. 面接試験における回答へのアプローチ

3-1. 回答の基本方針

実際の面接において、事前に想定していた質問のみを問われ、完璧に回答できることは稀である。そこで、面接対策として重要なのは、想定質問に対する回答を丸暗記するのではなく、どんな質問をされたとしてもその場で即興で回答をつくって答えられるトレーニングをしておくことである。そのためには、以下の3点の習得が必要である。

1. 医学に関係することだけでなく、世の中の様々な事象について自分の意見をもつこと。
2. 自分の意見を相手に伝える技術をもつこと。
3. 自論は極論であったとしても、(医療界の)一般常識と照らし合わせたニュートラルな回答ができるだけの知識を身につけること。

難しく感じるかもしれないが、準備してきた答えをまくし立てるのではなく、高校生らしく、自分の言葉でハッキリと面接官に伝えることができればよいのである。ただし、上記3に記したように、一般常識に欠ける(医者に適さない)と思われるような発言は避けなければならない。そのための準備であるということを念頭において、別紙の想定問答集を読んでいただきたい。くり返すが、想定される質問の回答を丸暗記するのではなく、回答の指針となるキーワードのみを頭に入れ、面接の場で困らないだけの知識を習得すること。これが一番大切である。

3-2. 志望動機、目指す医師像等に関する質問

ほぼすべての大学の面接で問われるものである。これらの質問によって面接官は、「本当に医師(または医学に関する研究者)になりたいのか」「本当にウチの大学に入学したいのか」「医師としての素養に欠けることはないか」を見ている。したがって、「医師になりたい」「その大学に通いたい」などの熱意を伝えることが最も重要である。

志望動機は、①医学部医学科(医者)を志望する動機、②(受験する)大学を志望した動機、の2つに分けられる。典型的かつ重要な質問であるので、医学科、大学を目指したそれぞれの理由は、あるだけすべて紙に書き出して、何度か口に出して読んでみる必要がある。そうすれば自分の中で志望動機がはっきりする。その結果、面接官に伝わる良い回答ができるようになる。

①に関しては、自分の「医者になりたい気持ち」または「医学を目指したい気持ち」を言葉にすることができれば特に問題はないであろう。ただし、具体的なエピソード(自分が医者に掛かった経験等)を踏まえて話すと、面接官にとって聞きやすく、また説得力のあるものとなるので、事前にしっかりと準備しておいた方がよい。また、「臨床を志望するか、研究を志望するか」、「臨床ならば、何科を志望するか」などもよくある質問なので、事前に自分なりの答えを準備しておくこと。さらに、志望する科についての最低限の知識はあった方がよい。

②に関しては、第一志望の大学ならば熱く語ることもできようが、そうでない場合は特に注意が必要である。例えば(出身地でない)地方の大学では、「なぜその大学を志望するのか」、「医者になってもその土地に残る気持ちはあるのか」など、突っ込んで聞かれることが多い。地域医療が問題視されている昨今では、その土地に残る気持ちがあることを示しておく必要がある。「センター試験の結果で…」や、「偏差値で…」などの特にその大学である必要がない理由を挙げることはタブーである。また、自分の志望校の特徴や長所を調べておくことは当然である。「オープンキャンパスに参加して比べてみて…」、「〇〇大学と比較して…」など、その大学である必然性を述べるのが最も重要である。

3-3. 受験・勉強に関する質問

これらの質問で面接官が見ようとしていることは、①医学部で学んでいく素養があるかどうか、②前期、または後期、あるいは私立の併願校について、の2点である。

①に関しては、「苦手科目があるか? → 医学で必要だが大丈夫か?」、「生物を履修していないが大丈夫か?」など、苦手、または履修していない科目について、どのような対策をとるつもりなのかということ聞かれる。自分なりに回答を準備しておくこと。

②に関しては、例えば前期と後期で出願した大学が違う場合、なぜそのような選択をしたのかを質問される。その選択をした必然性を語れなければならない。特に後期試験でこのような質問をされた場合は、回答が非常に困難である。高校生らしく素直に「合格可能性」について語ってもよいが、その際は、その大学の優れた点を挙げ、入学できたらがんばりたいという前向きな姿勢を見せることが必要である。

3-4. 高校・高校生活に関する質問

これらの質問は雑談程度の気楽なものになることが多い。面接官も内容重視ではなく、答えやすい質問を投げかけることで、コミュニケーション能力を見ている場合が多い。高校時代に打ち込んだことや、がんばったことなど、面接官に伝わりやすいエピソードをいくつか準備しておくことよい。ただし、一番気が緩みやすい質問なので、うっかり口を滑らせる(好ましくない言葉遣いをする、差別発言をする、など)ことがないように十分注意しながら回答すること。

3-5. 本人に関する質問

長所や短所など、面接時間内で「人となり」を見るためになされる質問である。下記の質問例を見ると答えやすい質問内容ばかりに感じるだろうが、緊張した状態ではなかなかうまく答えられないものである。そこで、自分の長所と短所、趣味、特技、興味のあることなどは、一通り紙に書き出してまとめておくことよい。また、突拍子のない質問は、想定外の出来事が起こったときの対応力を試されるものなので、焦らずにきちんと回答すればよい。

3-6. 医療・医学界・生命等に関する質問

医学の専門的な事項についての質問を投げかけ、知識量によって合否を決めるという大学は「ない」と断言してもよい。ただし、あまりにも一般常識に欠けるようだと、医師としての適性がないと判断され、不合格へとつながるケースも考えられる。少なくとも全国的に有名なニュース(特に医療に関係すること)や自分の受験する大学の医学部のニュースはチェックしておき、自分なりに何らかの意見を持つておくこと。また、テキスト内で挙げた医学用語についても理解を深めておくこと。

3-7. 最近の社会の様子で気になること、関心事、事件、ニュース等に関する質問

一人の人間として、どの程度社会に関心があるのか、どの程度問題意識をもっているのかを問われる。上記5と同様に、少なくとも全国的に有名なニュースはチェックしておき、自分なりに何らかの意見を持つておくこと。

4. 面接の形式

面接形式例

集団面接	(国公立大) 群馬大, 信州大, 徳島大など (私立大) 北里大など
討論面接	(国公立大) 旭川医科大, 富山大, 滋賀医科大, 香川大, 山梨大(後) など (私立大) 自治医科大, 東邦大, 金沢医科大, 福岡大など
MMI	(国公立大) 東北大, 千葉大など (私立大) 東京慈恵会医科大, 東邦大, 藤田保健衛生大など
面接シートあり	(国公立大) 弘前大, 信州大, 富山大, 島根大, 愛媛大, 熊本大, 宮崎大 福島県立医科大, 奈良県立医科大, 和歌山県立医科大など (私立大) 岩手医科大, 自治医科大, 国際医療福祉大, 独協医科大, 北里大, 杏林大 東京女子医科大, 藤田保健衛生大, 近畿大, 産業医科大など

上記以外は個人面接。

形式別面接における注意点

集団面接 他の受験生の受け答えや、それを受けての面接官とのやり取りが見える分、自分の評価が気になり、動揺しやすい。人は人、自分は自分なので、例えば5人の受験生の集団面接で、自分より前の受験生が複数人「A」という回答を行ったとしても、自分が「B」と思うならば、臆さず自分の意見を伝えることが重要。同調圧力に負けないこと。

討論面接 必要以上に熱くならないことが重要。討論は他の受験生を論破することが目的ではなく、その場の受験生全員で問題なく議論を行うことが目的。そのため、①他の受験生の意見はきちんと聞いて内容を理解する、②例え反対意見であっても、他の受験生を攻撃するような言動は避ける、③他の受験生に埋もれて発言が極端に少なくなならないように注意する、の3点を意識して欲しい。

MMI 新しい面接試験の形式・・・MMI (Multiple Mini - Interview)

受験生に複数の面接室を巡らせて各々独立した短めの面接を行い、多面的に受験生を評価するもの。規定のシチュエーションの書かれた文章が渡され、その状況を自分がどう捉えどのように対処するかを考えさせ、それを面接官に規定の時間内に説明する方法をとることが多い。様々な面接官と、短時間のやり取りを行う形式であり、どのような面接官・質問に当たろうとも、臆さない・凹まない精神力が必要。その場で臨機応変に対応する力を求められるため、事前に準備してきた想定問答が通用しないケースが多い。社会経験がない皆さんは、どうしても単一な一方的な意見を出しがちだが、それは他の受験生も変わらない。ある回答に続けて質問をされた際に、どれくらい切り返しができるかが重要なので、押し黙ることのないように心掛けたい。

個人面接 志望動機など、ある程度決まった質問が想定されるため、①医学部の志望理由、②その大学を志望した理由、③将来はどのように活躍したいか、の3点は最低でも準備しておくこと。そして、準備してきた回答を朗読するように伝えることの内容に、質問のされ方に応じて、自分の言葉で伝えることが重要。

5. 面接頻出キーワード

(A) 最先端医療 6

- (1) 科学研究一般
- (2) 生命操作・生殖医学
- (3) 遺伝子診断
- (4) 遺伝子治療
- (5) 出生前診断
- (6) 代替医療・統合医療

(B) 日常診療 5

- (7) 全人的医療
- (8) インフォームド=コンセント (IC)
- (9) セカンド=オピニオン (SO)
- (10) カルテ開示
- (11) ELSI

(C) 医療と死 4

- (11) 脳死・臓器移植
- (12) ホスピス・尊厳死・在宅ケア
- (13) 安楽死問題
- (14) 告知問題

(D) 医療と経済社会 5

- (15) 生活の質 (QOL)
- (16) 感染症・予防注射
- (17) 性同一性障害
- (18) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (MRSA)
- (19) 日本の医療制度

(E) FAQ 2

- (20) この大学を受験した理由
- (21) 医師として適切な性格というものはあるか

(A) 先端医療 6

(1) 科学研究一般

19 世紀までは科学研究は「進歩」の象徴であった。人々の頭の中には、技術革新の先の豊かな未来図が描かれていた。20 世紀になって、技術や科学の発達を手放しで賞賛できない大きな事件が起こり続けた。20 世紀前半は物理学の原子爆弾、中盤は化学の環境汚染物質 ("Silent Spring")、後半はバイオ技術を安全に使いこなすことに悩まされた。特に生命科学の技術は、急激な変化とともに、緩慢ではあるが深刻な変化を地球環境や人間社会にもたらす可能性が大きい。

これらは、社会を構成する一部の人々による専門性の高い研究が元になっている。自由に何でも研究できるから、科学や技術が発展してきたといえるが、過去における失敗をくりかえさないためには、非専門家によるコントロールと専門家の説明義務を強調しておかねばならない。そして、専門家は、社会に対して説明できる言葉を持たなければならない。

(2) 生命操作・生殖医学

DNA の発見と、DNA を扱う技術によって、生物学は生命操作のパラダイムへと入った。そのパラダイムでは、どこまで操作可能か、という興味と、どこまで操作してよいか、という倫理がつねに背中合わせになっている。

生命操作で最先端の事例は、体細胞クローン技術である。ES 細胞 (胚性幹細胞) という、受精卵に限りなく近い細胞の培養に成功しているのだから、おそらく技術的にはヒトクローンの個体は作ることができる。クローン人間は、人間社会に対して「個体」「系統」「親子」の概念を変える要求を突きつけたことになる。一方、生殖医学では、人工授精や代理出産や受精卵の選別など、ここでも「個体」や「親子」の概念が揺らがされている。

技術からの挑戦状に対して、社会はまだ有効な答をもっていない。人間の尊厳の破壊や、クローン人間自身の安全性が不明であることなど問題点が多いので、日本ではクローン規制法 (2001) でクローン個体の製造は禁止されている (移植用臓器の培養など、ES 細胞や iPS 細胞をもちいる応用研究は行われている)。また、不妊症などに苦しむ人が、現在存在する最善の技術をつかったサービスを受ける権利 (医療アクセス権) を行使して、人工授精や代理出産をすることが、無制限に認められるかどうか問題である。これも、生まれてくる子の権利・安全性が不明であるからである。

(3) 遺伝子診断

病気は、一般に、遺伝因子と環境因子の相互作用で発生する。遺伝因子を解析し、病気の原因遺伝子をつきとめ、それがあかないかを調べてその病気になる可能性を予測するのが遺伝子診断である。致死的な病気のばあいには、診断には、告知問題が発生する。

(4) 遺伝子治療

ある遺伝子がないことによって病気がおこっているとき、その遺伝子を含む DNA 断片を患者に入れることによって治療する方法である。北海道大学で、Adenosine DeAminase 欠損症による免疫不全患者に対して行われたのが最初。DNA 断片の導入は体細胞に限られ生殖系列細胞には禁じられている。また DNA 断片の運び手 (vector) の安全性の問題があるが、遺伝因子の影響の大きい病気には根本治療として期待されている。

(5) 出生前診断

胎児の遺伝子に異常が認められないか、出生前に診断を行う遺伝子学的検査。日本国内では、日本産科婦人科学会が指針を定め、日本医学会が施設を認定しており、2019年8月現在で全国に92か所ある。

検査は、羊水検査、絨毛採取、母体血清マーカー検査、母体血細胞フリー胎児遺伝子検査によって行われる。これらの検査でわかることは胎児が異常である「確率」であり、検査陽性＝胎児異常ではないことに注意が必要である。医学の進歩によって、胎児の異常の発見精度が高まるとともに、治療できる胎児異常については、手術などで対応できるケースは増えている。しかし、ダウン症候群等、根源的な治療のできない異常(の確率)が発見された際は、人工中絶を選択する妊婦が多数となっており、倫理的な問題を孕む。

(6) 代替医療・統合医療

Comprehensive and Alternative Medicineとして、1990年代から米国を中心にして急速に発展してきた治療方針。従来の西洋医学と、東洋の医学、各国の伝統医学とを積極的に組合わせて、日常診療や難病の治療にあたらうとする。精神的な面も重視するので、全人的な医療でもある。

たとえば強固な便秘には、西洋医学では薬物で対処するが、伝統的な看護方法では腰の一部を温湿布するだけで同等の効果が得られることがわかっており、そのような見捨てられた有効な方法を再発見することで、増加する医療費を抑制する可能性もある。一方で、未知の部分のおおい治療方針であり、Evidence Based Medicineの考え方によって精密化をはかることが必要である。金沢大学・富山医科薬科大・京都府立医大などが積極的にすすめている。

(B) 日常診療

(7) 全人的医療

現代では、患者のなかの病をみる医療から、病を持った人をみる医療への発想の転換をする必要がある。現代の病の多くが、慢性的な病気、治癒困難な病気、社会的背景をおびた病気、高齢化による病気、になっているからである。患者から病気を切り離すのではなく、病と並行して治療や生活を考えようというのである。「全人的」とは、人を精神的・身体的・社会的に存在する総合的なものとしてとらえることであり、実存主義の考えである。近代医学の背景になった西欧近代思想で長らく用いられてきた、要素分解的思考方法と対極をなす。

1970年ころ京都の医師が「無病息災」に対して「一病息災」という言葉をつくり、病との新しいつきあい方を提唱した。この言葉は、高齢化社会における全人的な医療のニュアンスを先取りしたものである。

(8) インフォームド=コンセント (IC : informed consent)

あらゆる医療場面で、患者にむかって医療処置の内容・目的・危険性などの情報を説明して、患者の同意を得てから医療処置をおこなう、という考え方。日本語では「説明のうえでの同意」などと表現されているが定訳はない。最近では、日常診療の場面を重点的に想定して「納得診療」という訳が提唱されている。

インフォームド=コンセントは、1960 年ころから西欧で徐々に発展してきた考え方である。当初は、いまから行おうとする医療処置に関して患者に説明することで患者の人権を守るという主旨があった。これは、世界医師会ヘルシンキ大会 (1964) での「人間を対象とする生物学的研究に関する倫理綱領」(ヘルシンキ宣言) と連動した思想である。のちには(訴訟社会での) 医療裁判のなかで、医師が説明義務を遂行した証明という意味合いが強調された時期があった。

現在では、これからの医療を考えるあらたな意義として、患者に対して検査をするかしないかを含めた複数の治療方針を示したり、治療の功罪両面を示したり、診断の結果を教えるかどうかなど、患者と医療従事者との意思を通わせるコミュニケーションの象徴として、医療全体をつらぬく意義をもつ考え方になっている。

(9) セカンド=オピニオン (second opinion)

診察を受けている医療機関 A とは別に、患者が他の医療機関 B の意見を求めること。これは、機関 A を信頼しているかいないかは関係なく、治療方針について相対的な視点を確保するための、医療機関にとっても相互補完的な作業である。機関によって得意不得意があるし、ひとつの機関では気のつかない事がらが発見されることも期待できるからである。機関 A と機関 B が別々のプロセスで診断することもあれば、病状に関するデータを、患者と機関 A と機関 B で共有する場合もある。また、患者と医療機関のコミュニケーションの円滑化にも資する。患者が主体的な態度で、医療機関を相対的・客観的にとらえるようになるからである。

(10) カルテ開示

医療情報の所有権は患者個人にあり、患者はそれを知る権利、アクセスする権利を持っているから、カルテは患者本人が自由にみられるべきであるとする。「患者の自己決定権」のひとつとして、また医療過誤をふせぎ、医療機関が診療報酬を不当に請求することの抑止力になると考えられている。

最近はカルテ開示を積極的に行っている医療機関もあるが、医療機関側の態度は概してカルテ開示について消極的なのが現況である。否定的な見解を表明している医療団体もある。

(11) ELSI

ELSI とは、英語の「Ethical, Legal and Social Issues (倫理的・法的・社会的問題)」の頭文字を取ったもので、生命科学・医学研究を進めるに当たって、社会との接点で生じる様々な問題の総称。

将来臨床に携わるにせよ、研究に携わるにせよ、生命の尊厳、差別の抑止、情報開示などの面において、この問題を常に考慮する必要がある。

(C) 医療と死 4

(11) 脳死・臓器移植

脳死状態は、回復不可能なほど脳が機能停止した状態のことである。これを「人の死」と定義するのが脳死である。脳死状態は、人工呼吸器によってうまれた。現在、脳死の考え方は2つの医療場面に関係する。ひとつは臓器移植、もうひとつはICUにおける長期生存者の処遇である。

ドナー (donor) の側だけを考えても、ドナー不足や、脳死判定をめぐる技術的な問題や、蘇生医療との関係で矛盾をかかえ、レシピエント (recipient) の側も含めると、移植臓器の拒絶反応の克服や、生体移植、再移植など、移植医療に関する課題は山積する。しかし、臓器移植法 (1997) で脳死状態の患者からの移植が法的根拠をもった。ドナー＝カードなどで生前の意思 (living will) を示した人に対して、ある種の社会契約として、脳死判定と臓器移植が制度化されたのである。このように、リスクを含む医療を、社会の一部分が契約して選択する形態の医療サービスは、今後も増えると考えられる。

ICUにおける長期生存者における脳死状態は、蘇生医療・尊厳死・安楽死・医療費にかかわる。臓器移植にくらべてタブー視されがちな問題である。

なお、ES細胞やiPS細胞をもちいた再生医療、あるいは3Dプリンタをもちいた臓器プリンティングなどの研究が進んでいる。これらの細胞から組織、器官を分化・形成させることができれば、ドナーからの臓器提供を受ける事無く欠損部位に必要な組織や器官を入手して移植することができることにより、注目されている。

(12) ホスピス・尊厳死・在宅ケア

ホスピスというのは、回復不可能の末期ガン患者など、死に近い人に、人生最後の期間を心安らかに過ごしてもらう (terminal care) 目的で運営されている施設である。構造は病院と近いが、積極的な治療を行わないことが多い。患者の意思による、いわゆる尊厳死をむかえることが多いからである。苦痛の除去のみを行い、延命治療をせず、本人の意思で自然死を迎えることになり、人間の尊厳が保たれるといわれる。

ところで、日本では、キリスト教系や仏教系の医療団体が設置していることがほとんどである。米国では、特別な施設としてのホスピスが発達している。これらに対して、医療・福祉の発達している西欧・北欧では、地域社会や医療機関全体にホスピスの機能をもたせるという考え方をとっている。つまり、医学・医療の限界を認識して、終末期の患者を医療チームが全人的に処遇する考え方が徹底しているのである。日本では、医療チームが全人的な処遇をする訓練が不十分なので、ホスピスという特殊施設に頼っているのだともいえる。

全人的な介護という点では、家族とくらす在宅ケアがある。在宅ケアには、患者本人の自宅で終末を安らかにむかえるために、社会福祉の制度を充実させていくことが必要である。そうすることで患者本人の満足度が上がり、QOLの向上につながる。

[関連]

QOL、living will、advance directive (意思の付度)

(13) 安楽死問題

安楽死と尊厳死を混同してはならない。安楽死は、身体的の(あるいは精神的の)たえがたい苦痛の除去のために、寿命を自然死よりも積極的に短くする自殺行為のために医学生物学的方法を使うことである。もちろん本人の生前の意思 (living will) が十分に確認されていなければならないが、現在も、この安楽死を助けた医師が殺人罪や自殺幇助罪にあたるかどうか、議論は定まっていない。

一方で尊厳死は、日本尊厳死協会によって、「自分が不治かつ末期の病態になったとき、自分の意思により、自分にとっての無意味な延命措置を中止し、人間としての尊厳を保ちながら死を迎えること」と定義されている。つまり尊厳死は、自然死や平穏死と同義であり、積極的な方法で死期を早める安楽死とは根本的に異なる。

日本では尊厳死はのように明確な定義がなされているが、欧米ではその定義がない。それどころか、尊厳死も自然死も平穏死も当たり前のことであり、それを区別する言葉がない。日本ではこの当たり前がそうではないため、尊厳死と安楽死の区別がつかないことが多いが、医師をめざす人間としては、両者の違いを明確に判断できるようになって欲しい。

安楽死の考え方には、各国の文化的背景・死生観も深く関わっている。オランダでは安楽死が法制化された (2001)。

(14) 告知問題

ガンなど死亡率の高い病状を患者に知らせるかどうかが、いまだに一般的結論はない。「告知したほうが、患者の心構えができるし、死ぬまでの QOL も高くなるだろう」と簡単に考えてはならない。死とは、その人の個人的な問題であり、死に関する事情は、個々人で多種多様であるからである。医療サービスがどこまでこの領域に立ち入ることができるのか、一般的な原則はない。さらに、日本の文化では、死は家族のものでもある。家族には告知し本人には告知しない、という形態もおおいにありうる。患者本人やその家族が、死や告知をどうとらえ、どのような生活をしているのかを、コミュニケーションをとりながら真摯に考えていくことが医師には要求される。

(D) 医療と経済社会 5

(15) 生活の質 (QOL : quality of life)

患者の人権、自己決定権、という考え方の背景にはつねに、その患者がどのように生きたいと思っているか、という問いかけがある。本人にとっての有意義な生活がどの程度実現されているか、その実現の程度を QOL とよび、医療はその QOL を向上させるようにしなければならないという。そして QOL を量る一般的な原則はない。本人の充実度は、個々人の価値観や条件によって違うからである。QOL とは、身体的・精神的・経済的・社会的な状態を総合した全人的なものである。

「生命」の質と訳されている場合もあるが、ここでの life とは、まず人間の具体的な存在のしかたを表すことに眼目があるので、「生活」のほうが適切であろう。

[関連]

sanctity of life(生の尊厳)

(16) 感染症・予防注射

ジェンナーによる天然痘ワクチン療法の発見 (1796) と、フレミングによる抗生物質ペニシリンの発見 (1929) とによって、人類は感染症に対抗する方法を身につけ、原理的には感染症は克服できると考えられた。たとえば 1977 年には天然痘が根絶されたと WHO が宣言した。インフルエンザや風疹の予防接種が、病気の流行をくい止めてきたこともある。貧しい国において、乳児死亡率が下がってきたのも、抗生物質による治療と予防接種の実施が有効であったとされる。ただし、感染症の克服には、これら純粋医学的手段とともに、それらを普及させる経済社会的な努力や、衛生教育をおこなう社会医学的な努力が大きく寄与している。

ところが、結核はいまだに流行することがある。世界的には貧しい国に、日本では老人施設など社会的・身体的弱者に結核が流行する。病気が、単に医学的なものではなく社会的なものである例である。また、豊かな国でも、あたらしい感染症問題がつつぎとあらわれている。よく知られている AIDS 以外にもたくさんの新型病原体 (全く新しいタイプもあるが、最近になって人間の視野に入ってきた既存種がほとんどである) がある。病原性大腸菌 O-157 や狂牛病 (BSE) などは、感染症は過去の病気であるという油断慢心を完全にくつがえした。日本では感染症を専門とする医師の数が減少していたことも忘れてはならない。花形の分野にはおおくの人材が集中するのは医療界といえども同じだったのである。

(17) 性同一性障害

精神的な (脳的な) 性アイデンティティと、生殖器官などの身体的な性とは一致しない場合、これを性同一性障害という。人においては、性もやはり全人的な概念である。生物学の領域でも、性が固定されていない例 (メダカなどの性転換) が見いだされたり、性染色体が量的な割合である例が発見されており、男女は 2 分法ではなく連続的なスペクトラムで考えるべきであるという。

治療は、ホルモン補充療法など内科的な手段と、形成外科的な手術とがある。日本では埼玉医大が性同一性障害に苦しむ人に対して性転換手術を行った。先端医療に属する事例とも言えるが、このような事例については、先例がないからといって無暗に拒否することはさけない。冷静に多面的に考えるべきである。日頃から文化的・社会的なことや、関連科学にも敏感でありたい。

(18) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (MRSA : methicillin-resistant Staphylococcus aureus)

メチシリンは、ペニシリン系の比較的強力な抗生物質で、1960 年に開発された。これは細菌の細胞壁を合成する代謝酵素を阻害することで細菌を殺す。ところがメチシリンの作用に抵抗するように遺伝子の変異した細菌があらわれてきた (このような戦略的な遺伝的変異は突然変異の理論的な確率より高い率であられるから不思議である)。この MRSA は、院内感染の原因菌として 1980 年代から問題になっており、1990 年代前半に対策マニュアルが整備された。現在も日本全国の施設で対策のとられている途中である (2001 年に医療施設以外で MRSA が発見され、あらたな問題が生じている)。MRSA に感染したらバンコマイシンというさらに強力な抗生物質だけが有効である。ところが、1990 年代後半にはバンコマイシン耐性エンテロコッカス (VRE : vancomycin-resistant Enterococcus) が出現した。

(19) 日本の医療制度

日本では、治療方針は各医療施設・各医師の経験に任されていた部分が多く、薬剤の投与量にしても、一度指針が決められたら、それが固定観念となってしまうことが多い。薬剤の使用法自体が外国の基準を加工しただけで、日本人の代謝の特徴を考慮されていなかったりしていた。また、一つの施設で有効な治療法が開発されても、それを広めること、その方法を追試することは、現場の医師の裁量によってばらつきがあった。

このひとつの原因は、皆保険制度にあると指摘されている。皆保険制度は非常に優れた制度であり、社会全体で患者の人権を尊重する相互扶助である。ところが、あの治療とこの治療の有効性を比較する原動力としては働きにくい。競争ではないからである。また、日本の文化的な背景も大きくあると考えられる。医療サービスは、契約というより、医師にすべてをまかし、医師は全力でそれにこたえる、という精神的な努力の面が重視されがちだったのである。また、これまでの病気は、治る例と治らない例がハッキリしていたので、その対応で成功していたとも言える。ところが、「一病息災」の時代では、患者のほうの意識が変化して、よりよい医療を求めるようになってきているのである。

米国のような個人保険中心の制度では、患者の自己責任と医療施設の競争によって、弱者が切り捨てられる現実もあるが、一方では契約社会として、少しでもコストの低い有効な治療法をさがすという努力を助長することにもなる。全米を結んだ治療情報ネットワークがすでに1980年代から整備されているのは、その現れである。このように、有効な治療法を組織的にさがす努力は、ある数以上の施設が参加することではじめて効力がうまれる。日本でも最近、この、「科学的証拠に基づく医療」(EBM: Evidence-based medicine)という概念が浸透しつつある。

日本でも公的な保険制度を利用できない「自由診療」が存在する。診療を受ける者と診療を行う医療機関との間で自由に個別の契約を行い、その契約に基づいて行われる診療である。例えば美容整形等、病気とは直接関係ない診療などがこれにあたると認識している人は多い。

自由診療はこれだけに留まらず、必要な医療行為に適用される場合も多い。がん治療で日本未承認の抗がん剤を使用する場合には、保険適用にならず全額自己負担になる場合がある。あるいは医師の判断によって必要のない自由診療が勧められることもある（自由診療による報酬は医師が決定する）。

(E) 頻繁にきかれる質問 (FAQ)

- (20) ・この大学を受験した理由
・医学部を志望した理由

この問いかけは、多くの大学で見られる。地方大学や遠隔受験の場合は、特によく聞かれる。事情と理由は個人さまざまであろうし、個人的なことを言いたくないこともある。しかし面接官は、受験生の熱意とコミュニケーションスキルをみているのであるから、この問いへの答は、できれば具体的な場面や事例をひきあいにだしたい。

受験大学の決定が、実際には「センター試験の結果を」によるものであったとしても、それを述べたあとで、その大学ならではの理由を具体的に考えておきたい。その大学の建学精神や風土など、沿革について、資料に目を通すくらいは、受験する相手に対する礼儀でもある。

また医学部は医者に直結することがほとんどだから、職業意識を明確にもつことも必要である。最初のきっかけが白衣への漠然とした憧れであったとしても、それを述べたあとで、具体的に職業として意識していることを述べるべきであろう。身近な人の話や、自分が病院にかかったときの体験などを思い出しておこう。研究者としてすごしたい場合は、理学部との比較をきかれるかも知れない。

- (21) ・医師として適切な性格というものはあるか
・自分の性格の欠点・長所はなにか
・自分は医師にむいてるとおもうか

この問いかけも多くの大学でなされる。自己言及する内容は、とっさには考えつきにくいので、自分自身の内面をよく考えておこう。家族などに聞くのもよい。

医師に適性な性格は「ある」。誠実・根気・協調性である。対人関係を円滑にこなすには、誠実の1語につきる。また、長時間の手術、長期間の治療、話の通らない患者、成果の出ない研究など、医師の生活は根気の必要なことの連続である。治療行為は、医師のみで全うできるのではなく、患者・同僚など多くがチームで協力して成り立っている。

自分の性格については、上記のどれか一つにでも、かすっておきたいものだ。足りない要素については、そのことを自覚していることと、それを克服する具体的努力とを考えて述べればよい。

医師への向き不向きという点で、特に注意すべきは、女性医師について聞かれることもある。男女平等参画社会ではあるが、体力的その他の理由で女性医師はまだ少数派・不利な条件下に置かれている。医師界は男性社会だと断言する面接官もいる。女性受験者のみならず男性受験者も、集団面接でグループに女性受験者のいる場合があるので、すこし考えておこう。差別的な考えではなく、基本路線はリベラルに対応しよう。ポイントは、患者も色々なように、女性・男性・医師とひとくちに言っても、色々なありかたがあるということである。個人のことで、一般論はできないのである。この個別性も、全人的に人間をとらえることのひとつである。

6. 面接のお作法

1. 服装 基本的には、制服またはスーツで行くべき。面接官の教授方はスーツもしくは白衣が多いので、それよりも崩れる服装は受験する側として失礼になるので避けた方がよい。スーツは固すぎると判断するならば、比較的きっちりした、清潔感のある服装なら OK。
不快感を与えないように、学生にはあまり相応しくないブランドものの腕時計や小物類は持っていない方がよい。寒い時期なので、防寒にも気をつけたい。

2. 言葉づかい 本来的には正しい敬語を用いて話すべきではあるが、言葉遣いばかりが気になり、自分の言いたいことを的確に伝えられない状態は本末転倒。そのため、必要以上に堅苦しくする必要はない。

→ 「貴学」でなく「〇〇大学」

→ 「わたくし」でなく「わたし」「ぼく」

ただし、最低限の敬意を払うことは必要であるため、いわゆる「若者言葉」は絶対に NG。

3. 態度 以下の 4 点は常に意識して欲しい。

- ・明るく振舞う
- ・目を見て話す
- ・口角をあげる
- ・聞こえやすい声量ではっきりと話す

4. アピール 常に自分が受験生であり、大学側に選ばれる人間の一人であることを意識すること。また、筆記試験以外で自らをアピールできる数少ない場所であることを意識すること。

5. マナー

○入室

- (1) ノックはゆっくりと 3 回。
- (2) 声がかかってから扉を開ける。
- (3) 入室後はドアに向き直り、できれば両手でそっと閉める。
- (4) 面接官の方に向き直り「失礼します」。
- (5) 椅子に向かい、椅子の左か後ろに立つ。
- (6) 「受験番号〇の△です。よろしくお願いします」。
- (7) おかけくださいと言われたら、「はい、失礼します」と言って着席する。

○面接中

- (1) 男子は足を肩幅に開いて、手を軽く握りひざの上へ。
- (2) 女子は足を閉じ、手を組み合わせてひざの上へ。
- (3) 背筋はまっすぐ伸ばし、椅子にもたれない。
- (4) 以上をホームポジションとして、話すときの手振り身振り、顔を面接官に向けるなどの動きは出して良い。
- (5) 猫背になる、貧乏ゆすりをする、髪を触るなどの癖がある人は、日頃の生活から気をつけて直しておくこと。

○退室

- (1) 面接が終わったら、椅子の横に立ち「ありがとうございました」と言い、お辞儀をする。
- (2) 扉へ向かい、扉を開けて退室する前に面接官に向き直り「失礼します」と一礼。
- (3) 退室し、扉を両手でそっと閉める。
- (4) その後、気を抜かずに控え室まで戻る。
- (5) 面接が終わったからといって、控え室で携帯をいじったり、受験と関係ないものを出したりしない。

※大学の敷地を出るまで気を抜かない。



会員番号	
------	--

氏 名	
-----	--