



はじめに

教員を評価する際には、いくつかの要素を考慮に入れる必要がある。主要な要素について表1に示す。これら9つの要素は評価をどのように用いるか、どのように活用するかに関連することから、事前にこれらを明確にしたうえで、評価を行う必要がある。医学部における大学教員は、教育と同時に臨床、研究、社会貢献など多くの役割を担っている。臨床の教育現場においては、学生と1対1で対応する場面が多いこと、実習には患者や他の職種の方々が多数かわるなど、複雑な教育環境にある。また、専門領域や職位によって担う役割の比率（エフォート）が異なる。いずれの場合でも、大学としての役割を遂行するには、個々の教員が役割に応じた貢献をし、適正に評価される必要がある。研究については評価の方法がほぼ統一されており、教員採用の際などにも用いられている。また、臨床についても手術件数や診察患者数などで評価される。

一方、教育については、標準化された評価方法がなく、十分な評価がなされていない現状がある。評価には、形成的評価と総括的評価があり、教員評価における総括的評価としては、教員の任期の評価や給与、昇進に反映されている場合が多い。形成的評価としては、授業評価において次年度の授業の改善に用いられる場合などがある。また、評価には定量的に評価できるものと質的な評価が主なものがある。研究においては、論文数、IF（impact factor）、CI（citation index）などの基準があり、質の評価を含めた評価が点数化され教員の評価として用いられる場合が多い。教育評

価としては、講義数や授業評価が定量的な評価として用いられているが、必ずしも教員の努力や教育効果を反映していない。教育の内容や手法が質に深く関係することから、教育実践の内容の詳細を評価することも必要になる。これら教育に関する質を評価する方法としては、ティーチング・ポートフォリオなどがある。しかし、評価資料の作成に時間がかかること、客観的な評価として標準化しにくいなどの難点がある。

教員評価をどのように用いるかによっても、評価方法が変わってくることから、教育業務の内容を網羅的に評価するとともに質的な評価をうまく併用することが必要である。さらに、評価が自己評価であるのか、同僚や上司からの評価であるのかによっても異なる。評価の標準化が必要な場合には、十分な評価体制の構築が必要である。評価時期も評価を形成的に用いる場合、重要となる。例えば、授業評価は通常、講義終了後になされるが、その場合評価が反映されるのに1、2年かかることになる。評価が単年度で行われる場合も改善に反映されにくく、経年的な評価とフィードバ

表1 教員評価のために必要な要素

1	評価の目的(形成的・総括的/質的・量的)
2	評価の対象(教育・研究・臨床。社会貢献・組織貢献)
3	評価のレベル設定(職位・専門領域による差異)
4	評価技法(ポートフォリオ・ルーブリック)
5	評価者(自己・同僚・上司・患者・市民)
6	評価の時期(業務の前、中、後/毎年・3年ごとなど)
7	評価の記録方法(データベース化、経年変化の解析)
8	評価の公開(本人・学内・学外)
9	評価基準(学内規定・分野別評価基準など)

^{*1} Faculty Evaluation

^{*2} Takuzo Hano 和歌山県立医科大学サテライト診療所本町、薬学部開設準備室

ックが必要である。また、評価を公開することは改善を積極的に促す。教員評価を形成的に用いる場合においても総括的に用いる場合においても明確な評価基準が必要となる。

1. 医学教育分野別認証における教員評価の位置づけと本邦の現状

医学教育分野別評価基準日本版V2.2¹⁾において、教員の評価に関する項目は領域5に含まれる。「5.2教員の活動と能力開発」においては、医学部（医科大学）として、教員の活動と能力開発において、教育、研究、臨床の職務間のバランスを考慮し、各々の活動について学術的業績の認識を行うこと、臨床と研究活動が教育活動に活用されているように方針を策定することが求められている。

本邦の医学部の現状では、教養部門、基礎部門、臨床部門、各種研究所やセンターにおいて業務内容が異なる。研究や臨床と比較して、教育に関する業務については、より義務的に行っていることも多く、単に授業数などを指標に教員の評価を行うことは適正ではない場合がある。教育の内容については、質的な要素を評価すると同時に多方面での教育への関与を併せて評価する必要がある。また、教員評価には、社会貢献や管理運営が含まれるが、これらの項目についても職位の影響が大きい。教員評価においては、職位上位者からの評価のみならず、学生や市民など多方面からの量的、質的な評価が実施されているかを検証することも重要である。

2. 医学部（医科大学）における教員評価の現状

教員評価の現状としては、教育、研究、臨床に関するものが主なものであり、社会貢献や管理についても評価されている場合があるが評価内容が非公開とされる場合が多く、全国的な調査についての資料は少ない。

平成26年度の文部科学省の委託で行われた調査²⁾において、教員評価の目的としてあげられたもののうち、頻度の高いものには、教員個人の教育レベルの向上（86%）、研究レベルの向上（85%）、

自己点検による意識改革（83%）、社会貢献の推進（70%）、外部資金獲得の推進（56%）などがある。また、評価の項目としては、学会発表・講演（91%）、論文・総説（90%）、外部資金の獲得（86%）、書籍の編集・執筆（82%）、学外の審議会・委員会（82%）が高率に含まれる。さらに、役職（77%）、学会活動（役職など）（73%）、公開講座などのアウトリーチ（71%）と多岐に及んでいるが、これらは、社会貢献として評価されていると思われる。

一方、教育の評価としては、講義・演習担当数（77%）、学生による授業評価（49%）が上位であり、教育改革関係の報告書の執筆（21%）を評価することは低いことから、教育の質を評価するには至っていない現状にあると思われる。評価の活用方法としては、給与面（52%）、賞与・一時金・報奨金（40%）、雇用継続・任期延長（39%）、昇任（29%）など待遇面に活用されている現状がある反面、評価が悪かった教員に対する指導が47%においてのみなされているなど、形成的な活用は不十分である。

今後の課題としては、教育活動の評価手法の確立（47%）、評価結果の活用方法（38%）、業績に結び付かない能力や努力が評価できない（39%）、間接業務など目立たない仕事が評価されにくい（37%）などがあげられている。また、評価実施の負荷（30%）、教員の理解、協力、納得（27%）などもあげられており、実施における問題点が示されている。日本私立医科大学連盟医・歯・薬学教育研究推進会議の医・歯・薬分野における教員評価スタンダードモデルを改変し、教育、研究、診療、管理運営、社会貢献について、換算式を用いて各領域での評価を標準化し、賞与など待遇面での改善に利用している事例もある³⁾。

全国医学部長病院長会議の「わが国の大学医学部・医科大学 白書（以後、白書）2016」⁴⁾によると教員の任用後の評価については、定期的に行っているのが88.8%であり、毎年が69.0%、3年毎が14.1%であった。これらの成績は白書2014⁵⁾の85.0%、70.6%、16.2%と比較すると全体としては微増している。白書2016では、学生からの評価以外に評価しているが77.5%であった。その

内、自己評価が87.1%、教員評価委員会などが56.5%、主任教授・教授会の評価が43.5%、同僚による評価が4.8%であり、多くは自己評価であった。これらの傾向は白書2014と変化なかった。一方、評価の利用については、白書2016では人事・給与への反映が53.2%、採用・昇任時に重視が25.8%、優秀者の表彰が29%であったが、全く活かされていないのも17.7%あった。白書2014では人事・給与への反映が51.7%、採用・昇任時に重視が29.3%、優秀者の表彰が27.6%であったが、全く活かされていないのも20.7%あり、2年間で人事・給与面に生かされるように改善されてきている。

これらの評価を管理する部門としては、白書2016ではIR部門が30.3%、アドミッションセンターや教育部門など部門別が33.3%あったが、白書2014では夫々17.5%、54.4%であり、全学的なIR部門が増加している傾向にある。

3. 授業評価の現状と運用

教育についての評価の中で、最も実施されているものに授業評価がある。白書2016では医学部の97.5%の実施率である。大学全体として行っている率は60.3%であり、医学部においてより積極的に行われている。白書2014でも医学部における実施率は同じであるが、大学全体としての実施率は52.6%であり、大学全体としての実施率が過去2年間で増加している。白書2016では、評価対象は講義が98.7%、実習が78.2%、演習が60.3%であり、すべての授業形態で高率に評価が行われている。

また、チュートリアルについても48.7%が評価の対象となっている。授業評価においては、評価を行う時期、誰が評価者であるかが重要である。白書2016では講義終了前は23.1%であるのに対して、講義終了後は64.1%、学期終了後は17.9%であり、多くが講義終了後に評価されていることから、評価が講義に反映されるまでには時間的遅延があるのが現状である。白書2014においては、講義終了前は14.1%であるのに対して、講義終了後は69.2%、学期終了後は14.1%であり、最近ではより早く評価を反映する方向に改善されている。

授業評価が担当教員のみに公開される場合と、個人以外に公表されるのではその後の改善効果に差が出るのが予測される。白書2016では学内外に公開しているのは11.5%と少なく、特に私学では3.6%と極端に少ない。白書2014では、学内外に公開しているのが全体で3.8%、私学では0%であり、より積極的に公表する方向となっている。公表する対象者は、白書2016では学内（学生・教職員）が41.0%、担当教員への通知が60.3%、主任教授に通知は26.9%であり、本人のみへの通知が主であると思われる。白書2014では、学内（学生・教職員）に公表は30.8%、担当教員への通知は51.3%、主任教授に通知は14.1%であり、学外への公表および上司への報告が最近増加している傾向にある。

授業評価の目的として重要なものは、講義内容の改善にあるが、白書2016では授業評価に基づき教員の教育内容を確認しているのが34.6%であり、検討中30.8%、いいえ34.6%と比較して多いとは言えない。この傾向は、白書2014でも同じであり、改善は進んでいない。また、学生による授業評価が教員評価に反映している率は23.0%であり、検討中6.4%、いいえ70.5%に比較して少なく、白書2014と同様の傾向である。

このように授業評価の問題点は、評価が授業の改善には必ずしも反映されていないことにある。特に、担当教員にのみ公開されている場合が多く、公開されていないことが反映への動機付けにはなっていない。また、学生による評価を教員への評価とはし難いと考えられている背景があり、学生が適正な評価をしているとするものは白書2016で58.2%にとどまっている。回収率がよいとした大学は38%、まあまあよいと感じているのは32.9%にとどまっており、学生からみても自分たちの意見が授業の改善に反映されない状況が評価への参加意欲を低下させている可能性がある。

4. 研究面での評価と運用

白書2016で研究業績（論文・受賞など）によるものが97.5%、科学研究費など研究費獲得実績によるものが91.3%であった。白書2014では各々97.5%、88.8%であり研究面での評価の方法はほ

は定着している。その他、招請講演や特許なども評価の対象となっており、教員採用の際に用いられている大学も多い。また、誰が評価するかについては、白書2016では自己評価が56.3%、評価委員会によるが56.3%、主任教授によるが40.0%、理事や医学部長など、その他が45%であった。白書2014では、自己評価が46.3%、評価委員会によるが51.3%、主任教授によるが40.0%、その他が36.3%であり、教授会での評価から、理事や医学部長による評価に移行している傾向にある。また、評価の結果は、人事・給与に62.5%が生かされていた。

5. 臨床面の評価と運用

前述の文部科学省における調査²⁾は、全学部を対象にしたものであり、診療活動、医療活動、教育臨床が31%において評価されているが、医学部を対象として白書2016では診療面の評価は77.5%の施設で行われていた。また、診療のエフォート率、診察患者数、担当時間、手術状況など臨床の具体的な数字とともに、専門医の資格、臨床関連の委員会への参加なども参考にされている。

診療面の評価は、白書2014の72.5%に比べ微増しているが、内容としては量的な評価を問う項目が多く、質を問う項目は少ない。特に、患者満足度、予後、術中の医療事故など質の評価は、教員評価ではほとんど行われていない。評価は診療科長が行うものが51.6%、その他が79%であり、その内訳は本人、評価委員会、病院長などとなっている。これらの点については白書2014と同様である。人事・給与に生かされている率は白書2016では72.6%、白書2014では69.0%であり、やや増加している。待遇に反映される率は研究や教育評価より高い傾向にあった。

6. 具体的な評価方法の例示

教員評価の方法において、研究については評価方法が標準化されているが、臨床や教育については評価方法が標準化されていない現状がある。そこで、質の評価を重視した方法としてのティーチング・ポートフォリオと教育内容を網羅的に評価する方法として日本医学教育学会業績評価委員会

の評価シートを例示する。

(1) ティーチング・ポートフォリオ

教育の評価については、講義数や授業評価などが良く用いられるが、教育実践の質評価については不十分である。そこで、評価方法の候補となるものとして、ティーチング・ポートフォリオがある。ポートフォリオは、自己の教育実践を記録するとともに、自己評価および他者による評価により、実践の内容について考察を加え、今後の改善につなげるものである。皆本⁶⁾によると、内容には、教育の責任、教育の理念、教育の方法、教育の成果、今後の目標が含まれ、教育活動のすべてが含まれる。授業科目ごとのポートフォリオをコースポートフォリオとよび、ティーチング・ポートフォリオと区別している。作成されたポートフォリオは、自己省察やピアレビューされ、PDCAサイクルが起動する。これらの評価を通して、教員が積極的にかかわった教育実践の質が評価できる。また、教員採用において、教育実践のリストとともにティーチング・ポートフォリオを用いることを皆本⁶⁾は提唱している。さらに、ティーチング・ポートフォリオを、教育責任に関する記述、教育理念とポートフォリオ構成要素との関連、教育方法など7つの評価項目に対して、達成度を段階評価しルーブリックして用いることができとしている。

一方、教育実践を記録するには多くの時間を要する。同時に、評価するにも多くの時間を有することから、代表的な教育の実践内容についてなど一部の教育内容しか評価できない。ポートフォリオの作成には、習熟が必要であり、教育実践の内容が適正にポートフォリオに反映されているかについても注意する必要がある。教員評価を学内においてのみ評価する場合は、標準化が可能であるが、大学内で評価されたものを大学間で比較するには、ポートフォリオ自身の提出が必要であり、活用するのは困難である。また、教員が行っている教育業務については、ポートフォリオの対象とはならないものも多く、待遇などに係る教員評価の際には問題となる。

(2) 日本医学教育学会による教育業績評価シートの活用

医学部における教育は、学生数の増加⁷⁾、双方向の少人数教育、診療参加型実習、共用試験、Post-clinical Clerkshipの導入、医学教育分野別評価に対応した教育改革などにより、急激に多様化してきている。一方では、多忙な臨床、研究活動が優先され、教育には十分な時間、労力を費やすことができない現状がある。教育業績に関する評価方法は確立、標準化されておらず、教員個人の活動実績につながらない現状がある。このような現状は、教員、医療者の教育活動へのモチベーションを低下させ、医学教育の質の低下を招き、結果として将来の医療の質を下げることにつながる。したがって、教員の教育への関わりを網羅的にかつ適正に評価することは、医学部においても極めて重要であることから、日本医学教育学会業績評価委員会が教育業績の評価シートが作成され

た⁸⁾。

評価シートの項目は、現在の医学教育の現場における項目を網羅し、5段階はルーブリック評価としている。20項目のなかには専門領域・部門においては実施されない項目もあることから、表2に示すように、専門領域により項目を削減することもできる。逆に大学独自の教育プログラムがある場合は新たな項目として付け加えることもできる。

本シートを使用した全国アンケート調査⁹⁾における、所属・専門領域別に分類した場合の各項目の評価平均点を見ると、教養、基礎、社会医学、臨床、教育ユニット・教育関連センター、研究所の20項目の評価平均点±標準偏差は各々、 1.96 ± 1.04 , 2.16 ± 0.92 , 2.13 ± 0.94 , 2.08 ± 0.84 , 2.49 ± 0.55 , 1.80 ± 1.01 点であり有意差はなかった。職位別に算出した各項目の評価平均点では、教授、准教授、講師、助教の20項目の評価平均点は

表2 各所属部門での評価対象項目の一例（文献⁹⁾から改変し引用）

評価項目	所属	教養	基礎	社会	臨床
1. 学生、研修医への講義・セミナーの年間コマ数		○	○	○	○
2. チュートリアル		○	○	○	○
3. 実習（教養・基礎）		○	○	○	×
4. 研究室配属		×	○	○	×
5. 大学院生指導		○	○	○	○
6. 臨床実習		×	×	×	○
7. 初期研修・後期研修		×	×	×	○
8. センター試験・入試の運営/問題作成		○	○	○	○
9. OSCE運用		×	×	×	○
10. CBT試験問題作成数		○	○	○	○
11. CBT運用		×	○	○	○
12. 教育企画（FDなど）		○	○	○	○
13. 教育関連の公的助成金		×	○	○	○
14. 大学院・学部教育管理		○	○	○	○
15. 教育制度（カリキュラムなど）・環境整備（情報環境を含む）		○	○	○	○
16. 初期研修・後期研修教育管理		×	×	×	○
17. 高大連携/広報		○	○	○	○
18. 国際交流/学生・研修医支援		○	○	○	○
19. 学習者からの授業・教育評価（5段階換算：複数科の平均）		○	○	○	○
20. 教育関連の顕彰/業績		○	○	○	○

○：評価項目，×：評価除外項目

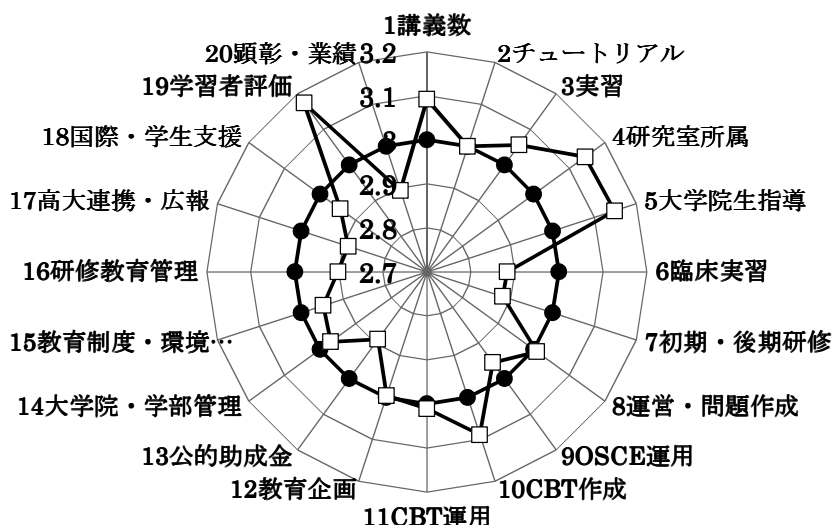


図1 参加全大学 (●) の項目別平均点を3にした場合のある大学 (□) の相対平均点 (文献⁹⁾より一部改変し引用)

各々, 2.75 ± 1.45 , 2.36 ± 1.26 , 2.19 ± 1.08 , 1.80 ± 0.91 点であった。各項目とも概ね職位が高いほど、平均点が高い傾向が見られた。本評価シートを用いた利用方法の利点は、大学間での比較ができる点にある。ある大学医学部教員全体と全国の大学医学部教員全体を比較することにより、大学全体の教育への貢献度を項目ごとにその優劣を可視化して評価することができる。また、全国の評価平均値を5段階中の3に換算することで、大学内の評価項目ごとの貢献度を可視化することもできる(図1)。これにより、所属長などからの教員個人への教育貢献に関する指導ができやすくなり、教員個人の教育への関心、質の向上につながる可能性がある。また、本評価シートには、医学部での教育に関する業務が網羅的に含まれていることから、教員採用において用いると、教育実践に関する関与度が可視化できる利点がある。

■文 献

- 1) 医学教育分野別評価基準日本版 Ver2.2. 一般社団法人日本医学教育評価機構(JACME) <http://www.jacme.or.jp/accreditation/wfmf.phf> (最終閲覧日: 2017.12.6)

- 2) 研究者等の業績に関する評価に関する調査・分析報告書, 株式会社三菱総合研究所, 平成27年3月
- 3) 鈴木敬一郎, 教育業績評価の意義と運用, 医学教育2016; 47(2); 55-62.
- 4) 平成28年度(2016)わが国の大学医学部・医科大学白書2016, 一般社団法人全国医学部長病院長会議, 平成29年5月15日.
- 5) 平成26年度(2014)わが国の大学医学部・医科大学白書2014, 一般社団法人全国医学部長病院長会議, 平成27年5月15日.
- 6) 皆本晃弥, ティーチング・ポートフォリオによる教育業績評価, 医学教育2016; 47(2); 89-96
- 7) 北村聖, 瀬尾宏美, 羽野卓三, 鈴木敬一郎, 小林直人, 医学部定員増に対する提言, 医学教育2010; 41: 132-134.
- 8) 羽野卓三, 業績評価委員会, 医学教育白書2014年版, 篠原出版新社, 2014; p.317.
http://jsme.umin.ac.jp/com/pe/jmse_MEevaluation.html (最終閲覧日: 2017.12.6)
- 9) 川邊哲也, 羽野卓三, 相馬 仁, 鈴木敬一郎, 赤池雅史, 小林直人, 大槻眞嗣, 鈴木利哉, 奈良信雄, 医学教育業績評価シートを用いた医学部教員・医療者の教育業績に関する調査, 医学教育2016; 47(2): 77-88.