

〈特別寄稿〉

近年の医学教育の動向と保健医療行動科学

藤崎和彦

岐阜大学医学教育開発研究センター

Recent Trends of Medical Education and Health Behavior Sciences

Kazuhiko Fujisaki

Medical Education Development Center, Gifu University School of Medicine

近年の医学教育の世界的な改革とグローバル化の中で、日本の医学教育は国際標準に基づいた分野別認証評価という黒船を迎える時代になってきている。そして、その国際標準の評価基準の中で、行動科学教育が一つの評価基準としてクローズアップされてきている。本稿ではこういったこの間の医学教育をめぐる動向を概観したうえで、グローバル化時代のわが国の保健医療行動科学教育の方向性を検討していきたいと思う。

世界的な医学教育改革の流れと行動科学

世界的に見ても医学教育が今のような形になったのは比較的新しい。現在の医学教育の基幹となっている近代西洋医学が誕生したのは18世紀後半であり、それを根拠に制度的医学教育が科学化され現在の形に近くなったのはヨーロッパで19世紀半ばから、米国では20世紀初めにかけてである。日本で西洋式の医学教育がスタートしたのは、1857年にオランダ人軍医であったポンペ・ファン・メールデルフォートが幕府の命を受けて長崎に医学校を開設したのが最初であり、そういう意味ではわが国の医学教育もこの時点ではそれほど大幅な遅れはなかったはずである。

医学技術は第二次大戦前後を通じて米国を中心に大きく進歩した。麻酔・救命技術や手術法、抗生剤等の進歩は病院を拠点とした近代医学の治療力を格段に延ばし、同時に専門分化を促すこととなった。しかし、この進歩は同時に、医療の病院集中や第一

線医療の荒廃、過度の専門化と治療の偏重、予防・リハビリの軽視、身体ばかり見て人間を見ない医療などといった弊害も生みだすこととなり、それに対する医学界内部や社会からの批判を受けて、世界的に医学教育は1960年代から大きく変わりだして行くのである。そしてその中で行動科学教育は医学教育の中に組み込まれていくことになる。

1960年代の大きな改革は①行動科学教育を中心とした全人性教育、②包括的医療の教育としての臓器別講義等の統合型カリキュラム、③プライマリ・ケア養成のための地域志向型教育等の導入という形で展開されることになった。さらに1970年代に入ってから、自己学習能力の養成のための小人数による問題解決型チュートリアル（PBL）方式の教育が導入され、受動的な講義中心の教育の見直しが行われた。また教育目標を整備して、従来のように闇雲に医学知識を詰め込むのではなく、何を教え何が教えるべきでないのかを明確にする作業が組織的に取り組まれた。そしてこれらの改革はWHO等を通じて世界に広められ、さらには1980年代になると、米国医科大学協会のGPEPレポートやハーバード大学医学部のニューパスウエーの導入等でさらにその裾野は広がっていったのである。ただ、残念ながら、こういった世界的な医学教育改革の流れが日本に広がっていくのは、1990年代半ばになってからであり、わが国の医学教育は世界の流れから10～20年近く取り残されてしまうこととなる。

この1960～1990年代の30年間の医学教育の変

化は、「Ablity の教育」から「Capability の教育」への考え方の変化ととらえることが出来る。どういふことかという、一昔・二昔前はとにかく卒業するまでに全部、知識や技術を詰め込んでお医者さんが出来上がり、みたいな感じで、ポンベの時代なら、卒業したら、そのまま田舎に戻ってすぐに開業といった時代である。とにかく卒業時点で発揮できる力を教えて、みたいな発想で教育していた。

ところが、これだけ日進月歩に医学が進む状況では、知識の量が大幅に増加した。すべての医学知識を在学中に教えることがそもそも不可能になってきている。だから、卒業時点に出来る = able ではなくて、capability = 今後自ら学び取れる力、自己学習能力、問題解決能力、常にアップデートする力が必要となってきている。学生時代は口を開けて教えてくれるのを待っている状態でも、それでは卒業した後は通用しない。特に大事なのが、生涯学び続けるモチベーションの維持で、常に自力で、目の前の患者の問題解決のために何が必要かということを考え、なおかつ知識や技能をアップデートできる。常に日進月歩で進んでいく医学の変化にアップデートできる力、専門職として「生きる力」を養う。そのためには受身型の授業ばかりではなくて、自己学習能力、問題解決能力を身につけるような学び方(アクティブ・ラーニング)を学生時代からしていかなければいけない、というのが大きな流れの変化である。

医学教育における行動科学の位置づけ

医学教育における行動科学は、米国における医師国家試験(NBME Part1)に behavioral sciences が組み込まれていることであらわされるように、基礎医学の一つとしての位置づけにある。

それはちょうど、解剖学、生化学、生理学、病理学といった学問領域が生物学的側面からみた人間の正常な構造と機能、および、それが病的な状態になったときのありようを学んでいるのに対して、行動科学は心理社会的側面から見た人間の保健行動の正常なありかた、病気になった時それらの行動がどう変わるのか、あるいは病的な行動とはどういう行動か、病的な行動にどう働きかけたら健康的な行動へ

と変えられるのか、ということを学んでいるからであって、まさに全人的な人間理解をするうえでの心理社会的側面からの基礎医学という位置づけを医学教育の中で担っているのである。

具体的には、米国における医師国家試験(NBME Part1)の科目概要によると行動科学は①行動生物学、②個人行動、③対人関係と集団過程、④文化と社会の4分野から構成されることになっている。また Arnett による北米での調査においては、行動科学教育における一般的な教育主題としては① human development, ② mental disorders, ③ human sexuality, ④ behavioral medicine, ⑤ interviewing, ⑥ death and dying, ⑦ substance abuse, ⑧ aging, ⑨ psychosocial aspects of illness, ⑩ stress and stress management の10テーマが挙げられている¹⁾。

いずれにしろ、教えるべき領域は多岐に渡っており、心理学、社会心理学、社会学、文化人類学、コミュニケーション学、精神医学、心身医学、家庭医療学などの複数の学問領域から構成される学際的学問領域として、どちらかという一人の教員がすべての教育を担当するというよりも、複数の教員によって集団的に教育が行われることが多いようであり、宗像によると米国における行動科学教育においては、行動科学教育を担当しているのは①精神医学部門、②精神医学部門と地域医療学部門(家庭医療学)、③社会医学部門と地域医療学部門(家庭医療学)、④独立した行動科学部門、⑤多科による委員会方式の5つのパターンであるとのことである²⁾。

今どきの学生の生まれる背景

それでは、この行動科学の教育を含めた医学教育を受ける側の医学生の側の在りようはどうなっているのだろうか。

時々、「今どきの学生は」と安易に若者批判をする教員が居ると、「そのように十把一絡げに括ってしまうのはいかがなものか」と今まで思ってきたりもしていたのだが、最近の学生達の姿に触れ、また、さまざまな医療系の学科の教育に携わっている教員たちと話していると、やはり「今どきの学生は」と言わざるを得ないような場面に遭遇することがとても多くなっている。この機会に「今どきの学生の姿」

について、個人的にまとめてみたい。

まず、今どきの若者気質の生まれる背景について言えば、①少子化・核家族化、②不景気・低成長時代、③消費社会文化の浸透、の3つの要因があると思われる。

少子化について言えば、少子化により大学に進学する集団は縮小してきており、学校を選ばなければほぼ全員が大学・短大に進学できる大学全入時代に至っている。そのため、従来では入学してこなかった層の学生まで入学してくる時代になっており、医学部や歯学部でさえ学生の学力低下を憂う声が出ていたり、定員通り入学させたら国家試験合格まで到達困難と思われるために、定員割れしても入学試験で落とさねばならないような状況が生じている。また、核家族化の影響で、親族や地域の人との関わり、コミュニケーション体験が圧倒的に不足していることも少なくなく、高齢者の方と話す際も同級生と話すような「連れ言葉」でしか話せなかったり、多少は話せたとしてもバイト先で使っているような「〇〇でよろしかったでしょうか?」といった「コンビニ言葉」での会話になっていたりする。さらには同級生同士のコミュニケーションも十分に出来るわけでもなく、メールやラインでは連絡できて口頭では十分な話しが出来ないような学生も少なくない。また卒業して働き出しても親から自立できていないような親子関係の若者も散見され、研修医になって発熱して欠勤の連絡を入れるのも自分で職場に連絡を入れられずに、「うちの子が高熱ですから休ませます」等と親が連絡してきたりして、こちらとしては「お前の受け持ち患者の方がずっと高熱で苦しんでいるんだぞ!」と思わず怒鳴りたくなるようなことであったり、新人看護師が職場にうまく適応できなくて離職を希望しているような場面で、母親が看護部長室に「何とかうちの娘を辞めさせないでなだめてください」と泣きながら転がり込んでくるようなことも良く耳にすることである。

2番目の不景気・低成長時代の影響ということは、現役や一浪、二浪よりも年長な既卒者や社会人経験者が第二のキャリアとして医療系の養成学校に入って資格取得を目指すという形での入学者の増加という形で表れている。勤務していた職場が景気の影響

で先行きが思わしくないように思えたり、就職が思うように進まなかったりする中で、超高齢社会の中で一定の安定雇用が期待できそうな医療系の資格取得を目指す年配者が多くの学校で増加しており、時には教員よりも年長であったり高学歴であったりするようなことも起きてきている。こういった学生の半分ぐらいは社会的にも成熟していて、資格取得を目指す学習モチベーションも高かったりして、他の学生たちのロールモデルになってくれるようなことも少なくはないのではあるが、一方で残りの半分ぐらいの学生たちは、コミュニケーション力や社会適応力が必ずしも高い訳ではなく、かえって「この人は前の職場でも上手く馴染めずに苦勞されていたのではないか」と思われるような学生が、入学後もやはりクラスの集団から浮いていたり、実習先でも状況にそぐわない自己判断を勝手にしてトラブルを起こすというようなことも起きているのも事実である。また、そういった学生の場合は本人や実家を含めての経済問題を抱えていることも少なくなく、予定外の留年などが引き金となって経済的に立ち行かなくなって学業継続が困難になるケースも起きていたりしている。

前二者よりも大きな影響を「今どきの学生のありよう」に与えている要因は、今の若者たちが消費社会文化の中にどっぷりと浸かった中で育ってきていて、何事についてもお金を払ってサービスしてもらうのが当たり前の文化の中で成長してきたという側面ではないだろうか。そのため学生になっても「授業料を払っているのだからあとは全部学校にお任せ」で、ただ口をあけて何かしてもらうのを待つような、努力せずあくまで受け身の消費者といったありようである。そのために何事も指示待ちで自分から動けない、動かない。指示されたら指示されたことは素直にこなすが、それ以上のことはこれっぽっちもやるわけではない。しょうもない損得勘定での「なんで自分だけ損をするんだ」といったクレームは一人前に言ってくるものの、単位や進級のかかった肝心の大事な場面では先に諦めてしまって Help me を言いだせない。「自ら動かなくても誰かが何とかしてくれるだろう」といった根拠のないお任せ感がある一方、自分の私物や自分の出したごみ類も

机のまわりにそのまま放っておいても平気といった社会性・公共性の無さといったありようである。

今どきの学生気質の特徴

上記のような「今どきの学生気質の特徴」を一言で言い表すならば、キーワードは「エコな自分中心主義」とでも言えるようなありようである。何をやるにもとにかく効率的で、無駄を嫌う。少しでも損はしたくないし、やったからには元を取りたいと思う。一方で、無駄になったら嫌だから不確実な投資・努力は嫌い、「こんなことも勉強したら面白いよ」等と教員がアドバイスしてもほとんど乗ってこない。自分に向き合うこともしんどいから苦手で、自分に優しいから他人にも優しく、必要以上には関わらないで周りに無関心。以前はクラスメートの中に「ジャイアン」のような困った学生が居ても、卒業までの間にクラスの中で揉まれてその学生なりに成長していったりしたのが、いまはクラスの中で誰もそんな面倒な学生と関わろうとしないから、「ジャイアン」のまま高学年まで進んでしまって、いざ臨床実習に出る段階になって実習の場でトラブルを起こしたり、卒業後に事件や事故を起こしたりしてしまったりする。そのうえ、情報過多の時代の中で育ってきているものだから、情報遮断する能力はピカールで、すぐ傍で何か問題が起きていても、全く悪意無く気づかないままで居たりしても平気である。悪意がなくて素直であれば何でも許されるという能天気な甘えがある一方、そもそもサービスの受け手、利用者としての自分中心の世界に安住していて、他者の視点に立つことをしたくない、出来ないというありようである。

こういった今どきの学生のありようは、世代共通の特徴ともいえるもので、学力の有無にかかわらず、医療系の養成機関にあまねくみられるような学生の姿である。そこで、べらぼうに学校数や学生数が増えてしまった各医療系養成機関の教員達は、こういった学生を如何に超高齢社会に対応した医療人として育てていくのが問われる時代へとシフトしており、同様に消費社会文化の影響を受けた患者・利用者がサービス利用にあたっての要求レベルをどんどん高めていっている中で、教育現場ではその

ギャップに喘ぎながら苦闘しているような状況なのである。

アウトカム基盤型教育の登場

一方で医学教育を担当する大学の方も、また、大きな変革の流れの中にいる。世界的に高等教育の中にアウトカム基盤型教育という考え方が21世紀になって急速に広がってきている。

従来の大学教育の単位単元主義で、それぞれの教員がそれぞれ勝手に教えたいことを教えて、そこで得た単位数が一定の枠組みに沿った数が集まれば卒業認定というスタイルでは、教員はみんな自分の目の前のことにしか関心がなく、大学として誰が卒業生の学習成果（ラーニングアウトカム）に責任を持つのかということが改めて問い直されるようになってきたのである。

そこで、カリキュラム編成の出発点としてまず大学全体のアウトカム、つまり卒業時点においてどんな医療者を育てたいのかということを確認にして、その目標に向かう各段階・各学年のロードマップを設定して、全教員がそこを目指しながら教育を進める方が望ましい、という考え方に変わってきている。さらには、そのロードマップは単なる目指したい努力目標ではなく、確実にロードマップに基づいて教育し、なおかつ到達を評価しながら次へつなげていけるようなものでなければいけないという考え方である。

世界的にも OECD ではこの間、高等教育におけるラーニングアウトカムのフィージビリティ・スタディを行っている。わが国でも文部科学省の中央教育審議会（いわゆる中教審）が2008（平成20）年の答申で「他の先進国では『何を教えるか』より『何ができるようになるか』（ラーニングアウトカム）を重視した取り組みが進展」しているが、「我が国の大学が掲げる教育研究の目的等は総じて抽象的」であり、「大学は卒業に当たっての学位授与の方針＝ディプロマポリシーを具体化・明確化し積極的に公開」するようにと述べられ、それに基づいて各大学はディプロマポリシーを決めて、ホームページにディプロマポリシーを掲載するようになってきている。その後、ディプロマポリシーを達成するための

カリキュラムポリシーを作りなさい、ディプロマポリシーに見合った教育を行えるような入学生選抜を実施するためのアドミッションポリシーを作りなさい、と五月雨的に文部科学省からの指示があって、今はどこの大学のホームページにもこの3つのポリシーが掲示されるようになってきている。ところが、このポリシー作成の時期が五月雨的であったために、それを作成したその時その時の学部長や教務委員長が入れ替わっていたりして、3つのポリシーに一貫性がないじゃないかということは今度は指摘されるようになってきて、今まさに一貫性のある3つのポリシーの整備が、全ての大学で喫緊の課題となってきているところである。

さらに2012年3月の中教審答申「予測困難な時代において生涯学び続け、主体的に考える力を育成する大学へ」では、ここ5～10年くらいで、大学教員はそれなりに教育改革に取り組むようになってきたのに、「『日本の大学が世界に通用する人材、企業や社会が求めている人材を育てているか』という質問に6割を超える国民が否定的な回答をしているように、いまだ国民は現状に満足できていない」として、「産業界や地域は、高度成長時代においては労働力として均質な人材の供給を求めたが、今は、生涯学ぶ習慣や、主体的に考える力を持ち、予測困難な時代の中で、どんな状況にも対応できる多様な人材を求めており、大学教員はそういった能力を育成することが責務」であると述べている。そのためにはまずは大学教員がいつまでも従来型の教育に固執するのではなく「予測困難な時代の」教育改革に対応しなさいということである。型にはまった卒業生ではなく、状況変化に柔軟な対応が可能な卒業生を養成するためには、講義室でただ座って講義を聞くような受身の学習ではなく、参加型の問題解決型・課題解決型の能動的学習（active learning）で考える力を養うことが重要である。また、学習成果（learning outcome）を大事にして、そのためにルーブリックと言われるようなものを使って進捗状況をきちんと評価しなさい、ということも述べられている。

高校と大学の教育改革を同時に進める

さらには、高大接続連携ということで、高校と大学の教育改革を同時に進めるという大胆な教育改革プランを中教審は出してきた。

従来、高校の教育改革を進めようとしても、今の大学受験のありようが変わらなければ高校の教育改革は難しいと言われる。また、大学の教育改革を進めようとする、今の高校教育の受験中心の教育のありようが変わらなければ大学の教育改革は難しいと言われる。だからこそ、日本の高等教育を高校と大学同時に改革するというのである。

具体的にはセンター試験を廃止し、2020年から新たな「基礎学力テスト」「学力評価テスト」を導入する。既に2013年度高校入学者から、高校教育では新たな学習指導要領で、①従来型の知識・技能教育に加えて、②思考力・判断力・表現力の能力や、③主体的学習態度の育成という3つの学力をそれぞれ育てる教育を実施しているのだから、その教育を受けた学生を新入生として迎える大学側もそれ相応の改革を実施しなさいということである。

大学は各大学のディプロマ・ポリシーに基づき適切なアドミッション・ポリシーを確立し、これら3つの能力を評価できるような入試改革を実施し、入学後の学習の進捗状況もアウトカムとの関係で着実にモニタリングできるようなシステムを確立すべきであるというのだ。

重要なのは、アウトカムへ向けたロードマップ

ディプロマ・ポリシーに示されるアウトカムは、単なる教育憲章として額に入れて講義室に掲げればいいのではなく、すべての教育カリキュラムの基礎になっている必要がある。そのためには学年進行度毎に各アウトカムの達成度の目安（マイルストーン）をロードマップとして明示し、それをどういった教育カリキュラムで育成するのか、どうやって教えるのかを計画、確実に教育し、進行度ごとに学習者の達成をきちんと評価するしくみを備える必要がある。

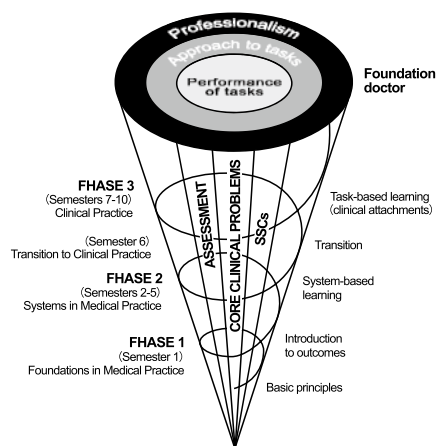


Fig. Three Circle Model

OSCEを開発したDundee大学のR.Hardenが提唱するThree Circle Modelでは、目標とするアウトカムを示すサークルが3つある。まず中心の1つがPerformance of taskで、患者さんをちゃんと医療人としてケアできるという中核的なことがまず出来るようになる必要がある。そのためには単にケアが出来るだけではなく、Approach to task：正しいアプローチでちゃんとしたケアが出来ることが大事である。そして一番外側はprofessionalism：医療人として正しい態度でやっているということ。真つ当な仕事を真つ当なアプローチで真つ当な人間として出来るような医療人の養成がアウトカムを達成することに他ならないというのである³⁾。

なおかつ、このサークルはらせん状に回りながら進んでいくもので、R.Hardenの居るイギリスの医学教育は3つのフェーズ、大体2年・2年・1年の5年制の医学教育で、フェーズ1の1年生の時にはそれぞれprofessionalismも知識もアプローチの仕方も、どこまで教えてどこまで到達しているかをちゃんとチェックされ、フェーズ2の2・3年生のところでも、どこまでできているかをチェックする。最後の2年の臨床実習でも、ちゃんとチェックしながら実習を終了させ、最終的に5年間でアウトカムに到達できるようにという考え方である。だから、professionalismといっても、「2年生の前期に医療倫理をやったからそれでおしまい」とか「臨床実習前に白衣授与式をやったからそれでおしまい」というのではなくて、常にprofessionalismについて考

え、教育され、評価されるという仕組みがないといけないということで、こういった考え方が世界中に広がってきているのである。

進む医学教育のグローバル化

世界的にさまざまな領域においてグローバル化が進む中で、医学教育もグローバル化の影響を受けざるを得なくなってきている。医学教育においてグローバル化が進んできた背景の一つが、EU圏内におけるライセンス統合である。医師免許を持っていればEU圏内どこでも同じように通用するという仕組みを目指しており、その条件作りのためにもEU圏内の高等教育の統合（ボローニャ・プロセス）が進行している。医学教育において特に問題となっているのは東欧圏内の医学教育で、まだまだレベルが低いのでそれをどうやって底上げするか課題になっていると言われている。そのためにはまずスタンダード（基準）を作らなければいけない、というのがEUのなかで出てきた。

もう一つは、中国や中南米諸国を中心にして世界中で医学校が急増していて、1982年には世界で約1,200校だったのが、10年後の1990年には1,400校と200校も増え、その10年後の2000年には1,600校と、ここまでは10年で200校ずつ増えてきていた。それが2010年には2,000校オーバーということで400校も増えて急増の状況である。そして、多くの卒業生医師が北米やヨーロッパにも多量に流入し、どんどん医師を出稼ぎに出してドルを稼いで母国へ送る、そういうスタイルも多くなってきた。そこで医療や医師の質の保証のためにも、ただ医学部を卒業して医師免許を持っているだけではなくて、教育の質の保証が必要になってきたのである。

さらには、いわゆるメディカルツーリズム、旅行者のように海外に行って高いレベルの治療を受ける、というようなものが広がっていくと、診療を担当する医師の質の保証、本当にクオリティが高いのかという意味でも医学教育の国際的な質保証が必要とされるようになってきた。このような流れを受けて、いわゆる2023年問題と呼ばれる問題がわが国の医学教育にも出てくることになった。これは、北米以外の医学部卒業生 (Foreign Medical

Graduates)が北米で医師免許を取るための試験が ECFMG (Educational Commission for Foreign Medical Graduates) の実施している試験なのだが、この ECFMG の試験を受けるためには、LCME (アメリカ医科大学協会) の基準か、WHO の下部組織の WFME(World Federation for Medical Education: 世界医学教育連合) が決めたグローバル・スタンダードの認証を受けた医科大学卒業生しか受験できないという規制が2023年以降発効するということになり、残念ながら日本の医学校はまだ、そのグローバル・スタンダードに見合う認証を受けていないので、その対応が急務となってきたのである。

WFME のグローバル・スタンダードの初版が2003年に出た。2010年9月に ECFMG から先ほどの「2023年までに」という内容の通告がやってきた。翌年の春には当時の文部科学省の医学教育課長が東大に行って、東大の医学部長、病院長、教務委員長などを集めて、東大の卒業生がアメリカで医師免許を取れないなんて日本の恥だから、東大がリーダーシップをとって問題解決にあたってほしいと言われるようなことがあったという。そういう流れを受けて、2011年9月には医学部長病院長会議が医学部医科大学の教育評価に関わる検討会を設置し、文部科学省が GP としてお金をつけて国際基準に応じた医学教育認証制度の確立という研究班を作って、研究費を出すから対応策を考えなさい、ということになった。そうやっているうちにグローバル・スタンダードの改訂版が出てきた。2013年には JACME (日本医学教育評価機構) と言われる医学教育の認証組織ができて、現在は、JACME の認証が国際基準を保証しているという認証を WFME や ECFMG から受けている状況である。2013年以降、認証評価トライアルを開始して2023年までに全医学部・医科大学を認証予定ということだが、今までに認証トライアルを受けたのは十数校であって、今後2023年までに80校すべて認証するにはまだまだ先が長いような状況である。

WFME グローバル・スタンダードの内容

WFME のグローバル・スタンダードの構成は、

- ① mission and outcomes: あなたの医学校の mission (任務) と outcome, どういう outcome をめざすのか
- ② educational program: 教育カリキュラムはどうなっているのか
- ③ assessment of student: 学生評価をどのようにしているのか
- ④ students: 学生に関することをどういう風にして対応しているのか
- ⑤ academic staff/faculty: 教員に対してはどのような風に対応しているのか
- ⑥ educational resources: 教育資源 (施設, 予算とか) はちゃんと揃っているのか
- ⑦ programe evaluation: カリキュラムの評価をしながら、カリキュラムを常にバージョンアップするような仕組みがちゃんと機能するようになっていていいのか
- ⑧ governance and administration: 理事会はちゃんとふさわしい運営管理をしているのか。透明性のある運営管理になっているのか。
- ⑨ continuous renewal: 常に PDCA サイクルを回しながら成長・発展できるような仕組みがきちんと出来ているのか

以上、9つの領域があって、それぞれの領域にサブ領域がいくつかあって、トータルで36の下位領域がついている。その下位領域ごとに「基本的水準」: 最低限医学校がクリアしなければならない“must”な基準と、さらに「資質向上のための基準」: 可能なら取り組んだ方がよいと思われる“should”な基準の2段階に分けて基準が設定されている。なおかつ、基準を明確にするための解説として注釈が書かれていて、日本語版は既に日本医学教育評価機構 (JACME) の HP からダウンロードできるので、具体的にみることをお勧めする⁴⁾。

初版と改訂版の大きな違いは、第1章のタイトルが初版では“mission and objective (使命と目標)”となっていたのが、改訂版では“mission and outcomes”となって、より卒業時点のアウトカムを意識して各段階でのロードマップや位置づけをデザインした教育カリキュラムを編成することが求められるようになったことである。

日本の認証評価の現状

ECFMG からの通告があった2年後の2012年段階での西太平洋地域における医学校の認証評価の実施状況は、オーストラリア、ニュージーランド、マレーシア、韓国、台湾、シンガポール、フィリピン、中国、モンゴルと、既に多くの国が認証評価を実施していたにもかかわらず、日本はカンボジア、ラオス、ヴェトナム、フィジー、パプアニューギニアと認証評価後進国のグループに入っている状態であった。

国際認証が日本の医学教育に求めていることで一番大きいのは、参加型臨床実習の質と内容、期間のよりいっそうの充実である。そもそも日本の臨床教育が参加型でなくて見学中心ということは70年代ぐらいからずっと指摘されていた。診療参加型臨床実習を進めるために共用試験 CBT と OSCE が2005年に導入されて、それで診療参加型実習が進むはずだったのだが、OSCEで身につけた臨床技能が実際の臨床実習の中では見学中心でほとんど使う機会がないという状況で、臨床実習の後半になってしまったらOSCEレベルのことすらも忘れてしまっていて残っていないということが実際に起きていたりする。また、臨床実習の期間が短いことも問題となっている。グローバル・スタンダードの実習期間は通常2年間で、アメリカであれば、半分ぐらいの州は医師免許の受験資格の中に2年間の臨床実習を終えた者と書かれていたりする。イギリスの場合は5年制の医学教育であるが、4年5年の2年間は臨床実習になっている。

一方、日本では、筆者が学生のときは臨床実習が1年もなくて、30何週しかなかった。それが徐々に伸びてきて、この間50週くらいにはなっては来た。ただ海外は2年間で70後半～80週ぐらいは普通にやっているの、少なくとも73～74週はやらないと国際標準として認められないだろうと言われていた。また、臨床実習の期間の長さだけではなく、臨床実習の中身も問題となっている。実際に、女子医大はJACMEができる前に国際的な認証評価をやっている先生たちを世界から集めてきて、世界的な視点から自分たちの大学がどのような評価になるのかを見てみよう、初版のグローバルスタンダードに

基づいてトライアルをやったのであるが、そのサイトビジットで問われたことは、例えば学生がプレゼンテーションをしていると、そのプレゼンテーションの内容は学生自身が自分で患者さんから聞いたり診察をしたりして得られた情報なのか、単にカルテから得られた情報なのか、あるいは、学生が患者さんのベッドサイドには1日どれぐらいの時間行くのか、というような質問を受けていたようで、実際の臨床実習の中味が問われているのである。

それから、カリキュラムモデルを、従来のGIO・SBO型からアウトカム基盤型教育に変えなければいけない。また、PDCAモデルに基づいてカリキュラムを改善していく中で、学生も正式構成員として参加するように求められている。従来の文部科学省の見解は、学生は大学の正式構成員ではなく利用者である、と位置付けられてきたのが、グローバル・スタンダードでは正式構成員にしなさいということが言われている。

それから、こういった認証評価時代の潮流に対応するために、9割ぐらいの医学校には医学教育部門というものが作られているものの、多くは専任教員1人だけとか2人だけ、多くても3人ぐらいのところが多い状況で、文部科学省から全国の医学教育共同利用拠点に認定されている筆者の所属している岐阜大学医学教育開発研究センター (MEDC) みたいに7人もスタッフがいたり他にはない状況である。それでもハーバード大学やマギル大学などの世界のトップレベルの医学校では、医学教育部門のスタッフが10数人～20数人所属しているのと比較したら、陣容だけ見ても見劣りする状況である。さらにグローバルスタンダードで求められているのは、医学教育部門のスタッフを数だけでなく、専門性の高い医学教育の専門家を十分に配置しなさいということである。医学教育の専門家というのは国際的には、医学教育専門のマスターコースを卒業した医学教育修士が普通なのであるが、日本には医学教育専門のマスターコースがそもそも存在しない。海外の医学教育専門のマスターコースの卒業生も全国で10数人しかいない状況で、多くの大学では、今まで教育熱心に一応やっていたけど教育学のトレーニングなんて専門的に受けたことの

ない教員が突然、認証評価対策に必要なからということ医学教育部門の教授になる、というような状況なのである。

グローバルスタンダードの中の行動科学

それでは、この WFME のグローバルスタンダードの中で、行動科学はどのように位置づけられているのだろうか。行動科学についての記載があるのは、第2章の教育プログラムに関する評価項目の部分で、基礎医学の教育、臨床医学の教育と並列する形で、社会医学系等の教育ということで、行動科学、社会医学、医療倫理学、医療関連法規の4つについて「医科大学・医学部はカリキュラムにこの4つの内容についてを明示し、実践しなければならない」ということが「基本的水準：“must”な基準」として掲げられている。さらに、日本版には「行動科学、社会医学は、地域の必要性、関心および歴史的経緯により生物統計、地域医療、疫学、国際保健、衛生学、医療人類学、医療心理学、医療社会学、公衆衛生などを含む」という中味の注釈がつけられている。

また、「行動科学、社会科学、医療倫理学および医療関連法規をカリキュラムに明示し実践することは、社会経済的、人口統計的および文化的原因の規定因子、分布および結果としての健康障害、さらにその国の医療制度および患者の権利を理解するのに必要な知識、概念、方法、技能そして態度を提供し教育することを意味する。この教育を通じて地域・社会の医療で必要とされることの分析力、効果的な情報交換、臨床判断、そして倫理の実践を学ぶ。」とも記述されている。

少し抽象的で分かり難い記述ではあるが、基礎医学、臨床医学と並列する形でここに「行動科学」が掲げられていることで、この行動科学にあたる教育プログラムをカリキュラムの中に確保すべく、多くの医学部で慌てて対策作りが始まっている状況であり、現在、改訂作業中の医学教育のコア・カリキュラムにおいても、同様にこの「行動科学」についての内容を導入すべく検討が進められていると言われている。

アウトカム基盤型教育時代の行動科学

それでは、行動科学教育に関わってくるアウトカムとはどんなものだろうか。多くの医学教育の卒業時点のアウトカムの中で、行動科学に関わってほぼ共通して掲げられているものは「コミュニケーション」と「プロフェッショナリズム」である。その次に多く掲げられているのが「ヘルスプロモーション」や「多職種連携」といったアウトカムになっている。

ということは、今後の行動科学教育を考えるうえで重要となってくるのは、行動科学教育がこういったアウトカム達成のロードマップの中で、どのような役割を実際にどの部分で担うのかを明確にしておく必要があるということである。このアウトカム達成に向けたロードマップの中での明確な位置づけ、役割を獲得していくことなしには、行動科学教育の医学教育への導入はあり得ないとも言えるだろう。

また、アクティブ・ラーニングが強調されている時代なのであるから、教育スタイルにおいても講義中心ではない、PBL (Problem Based Learning) や TBL (Team Based Learning) といった参加型学習スタイルへの適応についても検討していく必要があるだろう。また、ロードマップの中では、教えっ放しではなく学習到達を確実に評価しながらアウトカム達成に向けて進捗管理をなささいという考え方であるので、行動科学教育においても、教えっ放しではなく学習到達（特に技能・態度面での）を、どうポートフォリオやルーブリックなどを活用しながら評価していくかということも大きな課題になってくると思われる。

さらには卒業時点のアウトカムを考えるうえで、「行動科学は基礎医学教育の位置づけ」という従来の枠組みを飛び越えて、保健医療実践に役に立つ教育成果（アウトカム）を行動科学教育としてどう示せるか、ということも重要になってくるだろうし、そういった部分へアプローチしていくためにも、まずは、事例検討、カンファレンスで、行動科学的視点の重要性のアピールが必要になってくると思われる。

最後に行動科学教育先進国の米国の IOM : Institute of Medicine of The National Academies が 2005 年に出した “IMPROVING MEDICAL

EDUCATION - Enhancing the Behavioral and Social Science Content of Medical School Curricula”という報告書の中で示している行動科学教育コアカリキュラム案について紹介し、今後の参考としたい。IOMの報告書の中では、6領域26テーマを医学教育の中に緊急に取り入れるべき行動社会

科学的テーマとして示している。6領域とは、「健康と疾病をめぐる心身相関」「患者行動」「医師役割と行動」「医師-患者相互関係」「保健ケアをめぐる社会文化的問題」「保健政策と経済学」で、各領域ごとの優先性の高いテーマについて表で示しておく⁵⁾。

表 行動科学教育コアカリキュラム案

Domains: 健康と疾病をめぐる心身相関	
High Priorities	Medium Priorities
<ul style="list-style-type: none"> ・心理社会的因子を繋ぐ生物学的メディエーターと健康 ・慢性疾患の心理, 社会, 行動的因子 ・疾病と病いに影響する人間発達の心理社会的側面 ・疼痛の心理社会的側面 	<ul style="list-style-type: none"> ・身体化に関わる心理社会, 生物学的問題とそのマネジメント ・病いと家族ダイナミクス, 文化との相互関係
Domains: 患者行動	
High Priorities	Medium Priorities
<ul style="list-style-type: none"> ・健康にリスクをもたらす行動 ・行動変容の原理 ・心理社会的ストレスや精神障害が他の病いの表現形や保健行動に及ぼす影響 	
Domains: 医師役割と行動	
High Priorities	Medium Priorities
<ul style="list-style-type: none"> ・専門職行動の倫理的ガイドライン ・患者ケアに影響を及ぼす個人的価値観, 態度, バイアス ・医師自身の well-being ・社会的説明責任と社会的責任 ・保健ケアチームや組織の中での労働 ・患者ケアを補う社会資源の利用と連携 	
Domains: 医師-患者相互関係	
High Priorities	Medium Priorities
<ul style="list-style-type: none"> ・基本的コミュニケーションスキル ・複雑なコミュニケーションスキル 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の社会経済的状況の文脈とセルフケア能力のキャパシティ, 協働での意思決定に関与できる能力 ・難しく問題の多い医師-患者関係のマネジメント
Domains: 保健ケアをめぐる社会文化的問題	
High Priorities	Medium Priorities
<ul style="list-style-type: none"> ・保健ケアの社会的不平等が及ぼす影響と健康状態を決定させる社会的因子 ・文化的対応能力 	<ul style="list-style-type: none"> ・代替補完医療の役割
Domains: 保健政策と経済学	
High Priorities	Medium Priorities
<ul style="list-style-type: none"> ・米国の保健ケアシステムの概観 ・患者の保健関連行動に影響する経済的インセンティブ ・費用, 費用効果対比と医師の経済的インセンティブに対する反応 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアにおける多様性

文 献

- 1) Arnett JL, Hogan TP: "The role of the behavioral sciences in North American medical schools: an overview". J Med Educ. Mar, 58 (3): 201-203, 1983
- 2) 宗像恒次: "アメリカの医学校の行動科学教育の現状", 医学教育, 19(3): 179-184, 1988
- 3) Harden RM, Crosby JR & Davis MH: An introduction to outcome-based education, Medical Teacher, 21 (1): 7-14, 1999
- 4) 日本医学教育評価機構 (JACME): 「医学教育分野別評価基準日本版 V2.1」, <http://www.jacme.or.jp/accreditation/wfmf.php>
- 5) Institute of Medicine of The National Academies: "IMPROVING MEDICAL EDUCATION - Enhancing the Behavioral and Social Science Content of Medical School Curricula", National Academy Press, 2005