

《研究ノート》

医学部入試と医学教育、生涯キャリアをつなぐ初年次教育

——カナダ・マクマスター大学の事例から——

渡邊 洋子（新潟大学）

本稿では、臨床医養成において学士入学制度を採る北米において、希少な三年制を導入しているカナダのメディカルスクールの取り組みを手がかりに、医学部入試と医学部教育の間に位置する初年次段階の教育のあり方を考察する。具体的には、マクマスター大学の初年次授業「医学基本コース (Medical Foundation) 1」に注目し、同大学の HP、およびコースガイド '*Medical Foundation I Guide*' を手がかりに、初年次教育の実際について概観する。同大の初年次教育が、同大学の入学者選抜と医師としての生涯キャリアの間でどのように位置づけられ、いかなる可能性を持ち得るかについて、若干の検討を行う。

キーワード：医学（卒前）教育、入学試験、初年次教育、課題基盤型学習、生涯キャリア

はじめに

本稿は、近年の医学・医療者教育において先進的な教育実践で国際的に知られるカナダの大学医学部に注目し、その初年次教育の一端にアプローチすることにより、キャリア直結型学部における「入学者選抜—学部教育—生涯キャリア支援」の連続性、およびその有機的関連の様相に関わる示唆を得ようとするものである。

筆者はこれまで非医療系教育専門家¹の立場から、医学教育の実際、特に「医学部入試—医学教育（以下、卒前教育）—医師としての生涯キャリア構築」の基軸をめぐる諸課題に注目してきた。具体的には、三者の連続性や相互関連に関わって、医学教育・学生支援・生涯教育学の3側面から検討する共同研究、初年次授業「自己主導型学習」の実践研究、医療専門職としての医師の特徴と「働き方」の多面的考察などである²。

本研究はそれらを踏まえつつ、初年次教育が、入学者選抜と学生の生涯キャリア形成への教育支援をいかに架橋し得るのかを検討しようとするものである。

カナダのマクマスター大学医学部 (School of Medicine, Macmaster University) は、北米の例に漏れず、学士入学を前提とするメディカルスクールであるが、本稿では臨床医養成を担当する部局という意味で、医学部と呼ぶ。同大は 1960 年代に世界で初めて課題解決型学習 (Problem-Based Learning, PBL) を開発し、他分野に先駆けて医学教育に導入したことで知られる。近年は「科学的根拠に基づく学習」(Evidence-Based Learning, EBL) の取り組みでも注目される。

このように医学教育実践に独自の取り組みをする大学において、「入学者選抜—卒前教育—生涯キャリア支援」のプロセスはどのように展開されているのか³。そのプロセスは、教育者／学習者の双方の観点から考察される必要がある。教育者の観点から整合性や一貫性を吟味するのみならず、学習者（入学者＝学生）の専

¹ 渡邊洋子「医学教育において非医療系教育専門家が果たす役割とその意義」『京大大学生涯教育学・図書館情報学研究』第9号、2010、1-13頁、渡邊洋子・米岡裕美・柴原真知子・鉦純香・山口記世・原摩利彦「日英医学教育の現代的課題と非医療系教育専門家の可能性—英国の事例にみる『アウトサイダー』の経験と役割を手がかりに」『同前誌第10号、2011、37-59頁。

² 渡邊洋子・柴原真知子・大滝純司「鼎談：医学部入試と初年次教育を考える—生涯教育学・医学教育学・医学生支援の見地から」『創生ジャーナル Human and Society』、2018、1、85-96頁。渡邊洋子・藤本真一・柴原真知子・大滝純司「医学生のための自己主導型学習：医学部入試と初年次教育を架橋するために」『Journal of Nara Medical Association Vol.69 No.1,2,3 奈良医学会、2018、6、27-42頁。渡邊洋子「総論：日

本の医療専門職の特徴——医師をめぐる多面的考察から——（特集：医療専門職の業務の変化と現代的課題）『社会保障研究』vol.3, no.4, 国立社会保障・人口問題研究所、2019、458-475頁。

³ この問いは、近年、大学教育に本格的に導入され始めた「3ポリシー」の考え方と対応させるとわかりやすい。すなわち、アドミッションポリシー（どんな学生を選抜するのか）、カリキュラムポリシー（入学者にどんな教育を提供するのか）、ディプロマポリシー（卒業時にどんな医師として送り出すのか）の三者が、いかに効果的かつ有機的に機能しているか、である。

門職（医師）としての生涯キャリアに向けた「成長」「変容」の観点から再検討することが重要と考える。

筆者は 2019 年にマクマスターの入学選抜の概要と入学者の属性を考察した⁴。後述のように、同大では入学選抜が入学後の卒前教育と連動するものとして有機的に捉えられている。多様な属性の学生の入学を可能にする選抜システムにより、結果として多様な学習コミュニティが形成されていることが示唆された。本稿では、そのような入学者が、初年次にどのように卒前教育に導かれるかを考察する。初年次の教育は、以後の学びや生涯キャリアにいかなる展望を開き得るのか。この課題に、期待される学習態度と学び方、医療や患者の捉え方、医師としての自覚やプロフェッショナルリズム等に注目しつつ、取り組む。

以下、1 でメディカルスクールとしてのマクマスター大学医学部の位置づけを確認し、2 で同大臨床医養成 (MD) プログラムの概要を整理する。3 では初年次の医学基本コース 1 (Medical Foundation1、以下 MF1) の実際を考察し、教育的・実践的示唆を得たい。資料として、先行研究と同大 HP、2018 年度初年次コースガイド 'Medical Foundation1 Guide' (A4 判、全 40 頁) を用いる。

1 メディカルスクールとしてのマクマスター

現在、北米では一般大学の学士課程（学部教育）卒業後に入学する、メディカルスクール（専門職大学院に相当）で医師養成が行われている。米国の医師ネットワーク編纂のウェブ版「医学用語辞典」⁵によると、メディカルスクールとは総じて、「医学の教育、研究、患者の治療を使命とする」機関で、「学生に医学の技 (art) と科学 (science) を修得させ、卒業（学部卒）の医学教育に必要な予備知識を提供する」ものとされる。通常 4 年間のうち、前半 2 年間は「プレ臨床段階」、後半 2 年間は「臨床段階」である。「プレ臨床」は、肉眼的・顕微鏡的解剖学、生化学、生理学、行動科学、神経科学を通して、正常な状態にある人間の身体の構造と機能を学ぶ。その後、教育の重点は異常な状態の身体の構造と機能、および病気自体に移行し、細菌学、免疫学、薬理学と病理学を通して、一般的な治療原則を身につけることとなる。

この間、基礎科学の臨床的重要性が一貫して重視され、学生は、身体的診察と医療面接に関わる諸概念を学ぶ。臨床医学の導入段階には、模擬患者 (Standardized Patient (SP)、実際の患者の教育協力者、ないし特定の事例・知見をシミュレートする研修を受けた者) も関与する。講義は全スケジュールの半分以上で、残りは小グループ討論、自己学習、研究室実習、事例研究、他の教育的経験などの方法が用いられる。コンピュータ技術の活用／補助により、科学的根拠 (Evidence) のある医学知識が提供され、学生自らが科学的根拠を獲得する新たなアプローチも目指されているという。

メディカルスクールにおける大半の教育は、患者の症例を中心に構成され、小グループで問題解決に取り組むテュートリアル／議論の授業が行われる。このようなアプローチを通して、学習者は自分が情報を入力する際の責任を自らが担うことを求められ、能動的な学習者になることを奨励される。また、このアプローチによって、生涯を通して専門職として継続的に学習できるような学び方の習得が期待されているという。

「臨床段階」は、臨床場面での教育が中心であり、現場での 4～12 週間の指導期間は「臨床実習 (clinical clerkships)」と呼ばれる。学生は入院・外来場面で、患者やその家族に対応しつつ実習に取り組む。臨床実習のコアとなる診療科には、内科、小児科、精神医学、手術、産科学/婦人科学、家族医療が含まれるが、場合により必修実習として、家族医療、プライマリーケア、神経学、コミュニティ医療、へき地医療が課されることもある。

医学生は、病院内や診療場面では「担当医 (指導医)」の下で実習するが、医療実践が具体的にどう展開されているかを直接に学ぶため、地域の担当医のもとに配置されることもある。いずれの場面も、学生は実習中、患者から関連データや情報を収集し、実習仲間、担当医師、教職員、研修医などに提示し、多くの患者に「適切に対応する」ための責任を負う。のみならず、学生は医療チームに配属され、進行中の患者の臨床的治療に参加するという。

これらを通して医学生は、臨床的な意思決定と患者の診察マネジメントの技能を獲得することを目指す。模擬患者は、臨床実習期間中、観察中の病気や症状に

⁴ 渡邊洋子「医学部入試と医学教育の関連を考える—マクマスター大学入学者の属性から」『創生ジャーナル Human and Society』第 2 巻、新潟大学キャリア創生研究会、2019 年、123–130 頁。

⁵ 1996 年に米国の医師ネットワークが立ち上げた HP MedicineNet の「医

学用語辞典」の項目 'Medical Definition of Medical School' (William C. Shiel)。https://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=30954、2020 年 3 月 25 日最終参照。

ついて学生が補足的に学ぶ機会や、学生の知識・態度・技能面での成績評価にも参加する。また「回診」(入院患者の事例に関わる議論)⁶、ベッドサイドティーチング⁷、症例基盤型講義、小グループ討議などの教授方法も採用されている。

以上みてきたような教育の内容や方法はかなりの程度、日本の卒前教育と共通する。背景には、日本の医学教育が、米国主導の臨床医養成の国際基準(グローバルスタンダード)に沿う方向で教育改革を重ねてきた経緯もある。だが、同じ「良医の育成」を目指すとはいえず、一般の学士教育終了後に選抜され、4年間で医師としての専門職性を培う北米のメディカルスクール生と、中等教育終了後、ほぼストレートに選抜され、6年間で医師国家試験に臨む日本の医学部生とでは、当事者にとっての医師への自覚やキャリア意識がある程度、異なってくることは想像に難くない。

2020年現在、カナダのメディカルスクールはすべて州立で17校ある。1学年の定員は90~250名で、2004-14年の10年間、定員は約40%増加したとされる。米国と同様、カナダでは高等学校卒業後のストレートな入学を認めておらず、大多数のメディカルスクールは四年制をとる。カナダのメディカルスクールの特徴は、臨床技能教育を行う臨床実習(クリニカルクラークシップ)を重視する点にあるとされる。広大な国土と限られた医師数ゆえに「地域医療の充実、それもあらゆる診療科をカバーできる医師」の育成が求められる。研修期間中には、地域での研修を必修にする場合や、家庭医になるコースを設定する場合もあるという。いずれにせよ、カナダのメディカルスクールはすべてカナダ医学評議会(Medical Council of Canada, MCC)が提唱する学習(学修)到達目標(Objectives)に沿った教育が行われている⁸。

マクマスター大学は1887年、商業銀行初代頭取ウィリアム・マクマスターが設立し、1930年にオンタリオ州ハミルトンに移設されて発展した総合大学である。医学部は1966年に設置され、2004年に‘the Michael G.

DeGroote School of Medicine’ と改称された。2020年現在、3つのキャンパス⁹で卒前教育、大学院教育、医学教育大学院コースが提供されている。医学センターハミルトン健康科学部門では、附属病院、救急医療、諸研究機関による臨床医学プログラムが提供され、ハミルトン市内の主要な病院とコミュニティ保健センターにも、臨床教育部門が設置されている。

医師免許取得に至る卒前の臨床医養成(MD)プログラムは1969年に開始され、1972年5月に初の卒業生を送り出している。その後、2つの地域キャンパスの設置により、定員は203人(2019年時点の実質学生数206人)となった¹⁰。HPでは「本学は、医学の広範なフィールドからいずれかの領域を選び、能力(capacity)と柔軟性を発揮できる医師の育成に向けた準備教育を行う」と、即戦力のある臨床医の育成が謳われている¹¹。

2 MD プログラムの概要

医学部副学部長 Rob Whyte によれば、マクマスター大学医学部が「世界中のほとんどの医学部と一線を画する主な特徴」は次の6点である¹²。

- 1) 入学要件に、学位取得や特定コース領域の学修を課していない点
- 2) 三年制を採用し続けている点¹³
- 3) 卒前教育の大半で、小グループ学習を導入している点
- 4) 目前の患者理解による中核的(コア)な臨床知識の獲得を重視している点
- 5) プログラム初期から臨床的環境で、患者と直接に関わって学ぶ点
- 6) 「他のどの大学よりも多くの」「選択的時間」(elective time)を提供している点

これらのうち、1)は入学者選抜、2)と6)はカリキュラムと年間スケジュール、3)・4)・5)は、教育方針と教育方法に関わるものである。

⁶ 「教育回診」に相当する。指導医と研修医・医学生が一緒に回診し、必要に応じて、研修医・医学生からのプレゼンや指導医からのレクチャーなどが行われる。

⁷ ベッドサイド教育(bedside teaching)は指導医と学習者として患者の傍に行き「病歴を確認し、身体所見を明らかにすることや「確認して、考えられる鑑別診断や診断法あるいは治療方法についてディスカッションすること」とされる。Linda Snell「ベッドサイドの臨床教育-十分な臨床能力を有した医師をつくる」講演スライド。
https://www.umin.ac.jp/vod/files/Dr.Linda_Snell/Bedside_teaching_IRCME4-J.pdf (2020年2月25日最終参照)。

⁸ 奈良信雄「カナダにおける医学教育と医師国家試験」『医学教育』45

(4)、日本医学教育学会、2014年。284~290頁を参照。

⁹ ハミルトン、ウォータールー、ナイアガラの各キャンパス。

¹⁰ 「MD Program」<https://mdprogram.mcmaster.ca/> 2019年2月20日最終参照。

¹¹ 「MD Program: Admission」<https://mdprogram.mcmaster.ca/md-program-admission>、2019年2月20日最終参照。

¹² 同前。

¹³ 3年制はカナダでは他にカルガリー(Calgary)大学がある。

(1) 入学試験と入学者¹⁴

マクマスターの入学者選抜に見られる最大の特徴は、入学要件に、学位取得と特定領域の学修を含まない点である。マクマスターでは中等学校卒業後、最低3年間の「中等教育後教育の経験 (post secondary experience、大学教育ないしそれに準ずる教育経験)」のみを課している。同大はHPで「カナダの将来の医療の指導者になれる潜在的能力を示す入学候補者」を選抜すると明言し、医師としての仕事に必要な認知能力と非認知能力、学術的能力と非学術的能力の「両方を求める」としている。

カナダの医学部受験では一般に、第一審査では、大学の成績GPA、MCAT (北米メディカルスクール入学要件) の点数、履歴書、推薦状と小論文 (医学部志望動機) を提出する。同大ではそれに加え、コミュニティカレッジ、CEGEP (一般教育・職業専門教育コレージュ)¹⁵、ジュニアカレッジ、大学前プログラムなどの成績証明書の提供が求められる。出願書類は、教員組織、医学生、コミュニティの住民によるチームが精査する。入学許可者の選定はMCATなどの点数でなされるが、面接対象者の絞り込みでは、居住地域の地理的バランスが考慮される。ハミルトンでは毎年、550人以上の受験者が多面的小面接 (Multiple Mini-Interview, MMI)¹⁶を受けているという。

以上のプロセスを経て合格/入学した在籍学生の属性はどんな様相を呈するだろうか。2019~21年度生のデータ¹⁷の平均値を見ると、性別では女子54%対男子46%とすべて女子が上まわっている。また年齢では20-22歳が最多で67.15%を占め、以下、23-25歳が19.74%、26-28歳が5.34%、と続いている。また入学要件に関わって、2018年度在籍者の学位取得状況をみると、学士学位の取得中44.5%、同取得者35.76%、修士学位の取得中・取得者18.13%、博士学位の取得中・取得者1.62% (同データ) である。また、入学要件に自然科学系など特定コース領域の学修が課されないた

め、同在籍者の出身学部や教育的背景は多岐にわたる。自然科学系44.8%、健康科学22.7%、医科学8.9%、人文科学系6.3%、文理融合系2.4%、に加え、グローバルヘルス、公衆衛生学、心理学、工学、身体運動学、看護学、生体医科学 (以上、1%代)、ソーシャルワーク、法学、ビジネス、教育、作業療法、薬学、生体動力学 (以上、2名以上) など32領域にわたっている (同前データ)。

このように、学位取得や特定学修領域を入学要件から外していることによって、入学者の学力保証に影響は及ばないのだろうか。前掲データで在籍者の入学成績を見てみると、GPAによる学業成績は平均点3.85 (北米平均GPA3.7~3.9)、MCATの点数分布では「言語推論」平均点10.755点 (最低6点)、「批判的分析と推論」では平均点129点 (最低点123点) であった。すなわち、GPAやMCATの数字を見る限りではあるが、入学要件に学位取得や特定領域の専門的素地を求めないことが、入学者の学力的な質低下につながってはいないことが示唆される。

Whyteの認識からすれば、これらの必須要件を課さないこと自体が、同大の教育の独自性を活かす素地を生み出しているとみなされる。すなわち、一定の専攻分野に偏らないことで「かなり広範な学術分野や個人的経験を背景とする仲間と一緒に学ぶ」ことが可能になる点、その結果、「小グループ学習の環境の中でもかなりの学修内容がカバーできる」という点が強調される。医学部の「入口」における画一的基準を外すことによって、多様なメンバーの入学が可能になり、多様なメンバー構成の学習コミュニティが形成され、その中でこそ、既知の領域と異なる領域の知見をも網羅した学びが可能になる。マクマスターでは、そのメカニズムに内在する教育的メリットが考慮されているのである¹⁸。

(2) カリキュラムと年間スケジュール

MDプログラムは、多様な背景をもつ学生たちが、

¹⁴ 前出「医学部入試と医学教育の関連を考えるーマクマスター大学入学者の属性から」により要約、および一部抜粋。

¹⁵ 英語ではカレッジ。ケベック州の学校体系の独自性を代表する教育機関で、教育改革の中で1967年に法制化され、非義務教育・無償制で発足した。中等学校 (5年制) と大学 (3年制) の中間に位置付けられ、大学準備教育としての一般教育課程 (2年制) と中堅技術者養成のための職業専門教育課程 (3年制) を有する。
<http://jaes.jp/dictionary/dictionary-sa/09/19/673/>、日本カナダ学会HP、2020年3月11日参照。

¹⁶ 一人の受験生が複数の部屋をまわり、各々で別の課題を問われる面接試験。同大のMMIの詳細は、「How we select」欄のMultiple Mini Interview(MMI) の項を参照。<https://mdprogram.mcmaster.ca/md-program-ad>

[missions/how-we-select/multiple-mini-interview-\(mmi\)](https://mdprogram.mcmaster.ca/docs/default-source/admissions/classof2019.pdf?sfvrsn=2)、2020年2月27日最終参照。

¹⁷ 'Admissions : How we Select' およびMACMASTER UNIVERSITY UNDERGRADUATE MEDICAL PROGRAM CLASS OF 2019, 2020, 2021' <https://mdprogram.mcmaster.ca/docs/default-source/admissions/classof2019.pdf?sfvrsn=2>
<https://mdprogram.mcmaster.ca/docs/default-source/admissions/classof2020.pdf?sfvrsn=2>
<https://mdprogram.mcmaster.ca/docs/default-source/admissions/class-stats-2021.pdf?sfvrsn=2> いずれも2019年2月27日最終参照。

¹⁸ 以上についてより詳しくは、前掲「医学部入試と医学教育の関連を考えるーマクマスター大学入学者の属性から」を参照。

自らの過去の教育・経験の上に、入手可能な学習リソースや学習機会を活用しつつ、卒業後に向けた基盤を構築できるよう設計されている。卒業時に期待される能力（コンピテンシー）の獲得により、大学院での専門的研鑽に進む資格も得ることができる。三年制の長所として「集中的な医学部経験ができる」こと、加えて「医師のキャリアパスに早期に参入したい学生」や「（四年制ならばあと1年あるはずの）残りの1年間を、他の四年制医学部でさらなる学びに費やしたい学生」に有利とされる。

とはいえ、学生がかなりタイトなスケジュールを強いられる点も否定できない。米国・カナダ合同医学教育連絡調整委員会（Liasion Committee on Medical Education: LCME）により130週以上の医学教育が必須とされる¹⁹ことから、同大の教育期間は1年のうち11カ月に及ぶ（例えば、2018年度の例を見ると、8月12日に授業が開始され、夏季・冬季休暇は、数日程度に縮減されている）。

カリキュラム設計に関わっては「選択的時間」（elective time）の提供も挙げられる。「選択的時間」とは「カリキュラムの他領域で扱われている内容の理解を促進する」ため、また多様な「医学的専門性と実践の場」に触れて「キャリア選択の可能性を探究する」ため、学生自身が自らの選択と判断によって活用できる時間とされる。3年制では、この方針を貫くことはさらに難しいと推測されるが、医学生が学習者として自ら使い方を決められる時間を保証されることは「自己主導型学習（self-directed learning, 以下SDL）に必要な能力を培うことにつながる」と認識され、確保が目指されている。成人教育学的にみても、（自由）時間の自己管理は生涯学習者としての自己教育力の出発点であるがゆえに、意義ある取り組みと評価できる。自己主導型学習とは、他者から与えられる学びではなく、「自分の時間」の中で自らの学習ニーズに気づき、自ら学習の到達目標を設定し、それに向けて自分なりの学習計画を立てるものである。自己主導型学習を内面的に支える意欲や態度、時間活用能力などのコンピテンスは、このようなインフォーマルな環境設定の中でこそ、地に足のついた形で培われると言えよう。

マクマスターの卒前医学教育は「学生に、医師としての総合的な専門職教育を提供すること」と謳われて

いる。図表1は、臨床医養成MDプログラム（2018年入学生）の3年間のスケジュールである。入学後の15か月間に医学基本コース、すなわちMF1～5が展開される。このうちMF1は3か月半で一番長く、MF2～MF4は約2か月間ずつ行われる。さらに、選択科目履修をはさんで同コース5が、早期体験実習（early exposure）を組み込んだ形で開講される。この間、同プログラムでは、入学1か月目から必修活動と選択活動の両方の教育の中で、臨床的環境で患者と直接に関わって学ぶことを奨励され、学生が積極的に患者と関与できる強力な支援体制が整備されている。2か月目以降の学修内容でも、大学で学んだことを実際の臨床環境に適用してみる機会が、継続的に設けられる。ここまでがプレ臨床参加型実習の期間である。

次の臨床参加型実習の63週間の臨床的プログラムは、一般内科、一般外科、整形外科、家庭医療、麻酔科、精神医学、小児科、産・婦人科、救急医療のローテーションからなる。自由選択においても、半分は臨床的活動とすることが求められる。臨床実習の必修部分は、講義や各キャンパス地区のすべての研修病院で実施される。同様に、臨床実習の多くはオンタリオへき地医療プログラムと連携したコミュニティに配置される。臨床実習は、2年目12月から4年目2月に及ぶ、通算1年3か月（8月と12月の休暇を除く）であり、その後、約2か月の振り返り期間を経て、卒業となる。最後の2か月間が、まとめに相当する「概念の統合と再吟味」期間とされている。

なお、2019年4月にカリキュラム改編によってスケジュールの一部が変更された。その目的は、学生の臨床的転移（学習）の促進、学生の臨床参加実習へのレディネスの向上、Medical Council of Canada Qualifying Examination Part1（CBTに相当）の達成度の「最大限の活用」である。具体的には、3週間のPBL導入授業の新設、選択臨床実習に備えての医学基本コースの再構成、臨床参加型実習に備えての統合基礎コースの設置、学修円滑化のための全体スケジュール調整と休暇の設置、医学概念間の相互関連や教育活動の多様性に配慮したカレンダーの整備、エビデンスと教職員と学生の声の踏まえた改革、が含まれる²⁰。

¹⁹ 「カナダにおける医学教育と医師国家試験」による。

²⁰ HPでは「Top Six Things to Know about the Curriculum Renewal」掲げられている

<https://mdprogram.mcmaster.ca/md-program/our-curriculum/curriculum-renewal>, 2020年3月10日最終参照。この改革の影響については今後も注視していく必要がある。

(3) 教育方針

①小グループ学習—PBL テュートリアル

MD プログラムでは大半の学習が、専門のチューターやファシリテーターの同席する小グループで行われる。同プログラムが、「医師が医学を実践するのと同様の方法で、医学を学ぶべき」との前提により創設されたためである。この「医師が医学を実践するのと同様の方法」とは、医師が日々の医療活動で経験する実践的プロセスを、卒前教育の中で疑似体験しながら学ぶことを示唆する。このような小グループの学習形態は「医師のチームにせよ多職種連携の医療チームにせよ、ほとんどの医療実践が小グループで始まることとかなり似ている」とみなされている。

すなわち、必要な情報や知識を自らの手で調べ、エビデンスをもって必要な他者に伝え（発表し）、それをもとに多職種を含む医療チームで議論・検討し、その結果を医療実践に反映させる、といった学習形態である。医師が通常、日常的に当たり前のように経験するこのようなプロセスを学習／教育活動に組み込むことによって、医学生はこのプロセスを学習プロセスとして経験／体得することになる。このように、実際の医療現場の実践をシミュレートした環境設定の中で、医学教育が展開されることのメリットが、他の医学部とは「一線を画する特徴」として強調される。

PBL に代表される「学習者（学生）のダイナミックで能動的な活動を中核とするプログラム」においては、このような考え方が「基盤となる哲学」を構成する。この PBL の伝統は、軌道修正を重ねつつも、2020 年の今日にも引き継がれている。

PBL は一般の「問題解決」とはかなり異なり、提示された問題の解決を学習の最終目的とするものではない。むしろ PBL は、学習者がその課題を理解し、他の要素と連結・整理統合し、そこに情報を適用し、チューターやグループメンバーから効果的に学びつつ、活動に効果的に取り組もうとする中で、自らの学習ニーズがどのようなものかを明確化するのに役立つものとして、用いられる²¹。

このように、PBL で求められるのは「正解」ではな

い。「正解」を答えられさえすれば、スタンドプレーや沈黙の中での個別作業が許容されるわけではない。PBL とはすなわち、課題への適切な回答を協働で導き出すプロセスを、実体験・体得することなのである。マクマスターの PBL は、藤倉輝道の指摘のように、狭義の課題基盤型学習（PBL）に加え、小グループ学習、自己主導型学習、自己評価型学習（self assessed learning）の 4 要素をすべて満たす「PBL テュートリアル」として構成されている。同大でカリキュラム改革に携わった Alan Neville は自らの調査研究から「PBL を中心に据えたカリキュラムは、従来型のカリキュラムに比してプロフェッショナルな医療人としての実践的能力開発に優れた効果がある」と結論づけたとされる²²。

②症例理解による臨床知の獲得

また MD プログラムでは、「コア（中核的）な知識は、病理学の講義よりむしろ、目の前の患者の理解によって学ばれる」と認識されている。「様々な病気、その根底にある科学的諸原理、病理学、解剖学は、患者から始まる諸問題へと統合される」との理解に立つ医学教育の見識である。この考え方こそが「本学を特徴づける PBL による教授学の基礎を形成する」ものとされる。

Neville によれば、1969 年に PBL を開始後の 30 年余りの間、同大では「フィロソフィーを維持した上でのカリキュラム改編」を重ねてきた。第一期カリキュラムでは、講義を全く伴わず、生体医学の問題解決を重視する小グループ学習が中心であった。1983 年導入の第二期カリキュラムは、枠組は臓器別学習であったが、優先度の高い健康問題を選び、その解決に役立てられるよう、あらゆる基礎・臨床科学が配置されていた。これを、臓器別でなく「概念」を軸に再構成したのが、Neville が中心的役割を担って 2005 年に導入した第三期の「COMPASS カリキュラム」である²³。

同カリキュラムのねらいは「生物学的・心理学的・社会学的メカニズムとプロセスについて理解し、それらのメカニズムやプロセスが、健康や病気にどんなインパクトを与えるかを、認知心理学の諸原理を手かか

²¹マクマスター大学 HP 'Education Methods: Problem-Based Learning', <https://mdprogram.mcmaster.ca/mxl-program/overview/pbl—problem-based-learning>, 2020 年 3 月 3 日最終参照。

²² 藤倉輝道「PBL からこれからの医学教育を考える」『日医大医会誌』、

2012 ; 8 (3), pp.188 - 194.

²³ Neville AJ, Norman GR. PBL in the undergraduate ME program at McMaster University: three iterations in three decades. Academic Medicine, April 2007, Vol.82, Issue4, p.370-374.

図表1 カナダ・マクマスター大学 MD プログラム 2018 年授業カレンダー (HP より転写作成)

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	
1 年 目									専門職的能力（コンピテンシー）			休 暇	
									MF（医学基本）コース 1 酸素の供給と受容 （心臓／呼吸器／血液）		MF コ ース 2 12 月分		
2 年 目	専門職的能力（コンピテンシー）												休 暇
	MF コース 2 内分泌Ⅰ 代謝（呼吸・ 取り込み・栄 養）	MF コース 3 内分泌Ⅱ 腎臓・塩基 ・酸平衡 生殖機能と妊 娠 遺伝学Ⅰ	MF コース 4 生体防御 伝染病 免疫 腫瘍 遺伝学Ⅱ	MF コース 5 運動器の調節 相互交流と意思疎通 最終週に、臨床実習入門	臨床実習								
3 年 目	専門職的能力（コンピテンシー）												休 暇
	臨床実習（8 月に休暇 2 週間）												
4 年 目	専門職的能力（コンピテンシー）												
	臨床実習	概念の統合と 振り返り （review）											

<https://mdprogram.mcmaster.ca/md-program/our-curriculum/what-is-compass> (2020 年 3 月 10 日最終参照)

りに学び、卒業時に確実にすぐれた医療が担えるようになること」とされ、早期から行動科学を医学教育に採用していたことが注目される。同カリキュラムは、医学の重要な基礎概念を統合し、これらの概念を、多様な臨床の諸問題に適用する実践機会を経験できるよう、構造化されたものであったという²⁴。藤倉は、この COMPASS の展開を次のように解説する。

ここで必要な基本的知識、概念は講堂での講義、少人数セミナーなども用いてははっきりと提示された

上でシナリオもこの目的に従いつつ、単純なものから複雑なものへと順次段階を挙げながら、様々な場面でこの知識や概念を適用する経験を積ませる。この過程で、PBL 前に得られている知識は学習者の中で統合されながら単なる暗記ではなく定着することになる²⁵。

まさにここで概念の「practice for transfer」が生ずるという。以下、筆者なりにこのメカニズムを分析してみよう。学生 (学習者) においては当初、講義で得た知

²⁴ マクマスター大学医学部 HP (カリキュラムページ) <https://mdprogram.mcmaster.ca/mcmaster-md-program/what-is-compass2/what-is-compass> 2019 年 2 月 20 日最終参照。

²⁵ 藤倉前提論文。

識と臨床場面で必要とされる知識は「別物」と受け止められがちで、両者をつなぐ道筋が見いだされ難い。ゆえに、講義内容のどこがどう臨床的課題の解決につながるのか、あるいは、臨床的課題を解決する手がかりが講義のどこにあったか、自らの目で見えて頭で考え、自らの能動的態度をもって吟味し見出し得る機会や活動が必要なのである。

この意味で、PBL 前に得られた知識や概念を、多様な場面で、臨床の場に適用してみる経験は、重要な意味を持つと思われる。その経験を積む中で、講義で学んだ知識や概念が定着するのみならず、知識や概念が学生自身の内面で、現場に役立つ知識や概念(考え方)へと変換される。すなわち、学習科学で注目される「知識の転移」²⁶を生ぜしめることが目指されている。

③患者との対面診療からの学び

MD プログラムにおける実習は、プレ臨床参加型実習 (pre-clinical clerkship) と臨床参加型実習 (clinical clerkship)、すなわち病院実習に分けられる。プレ臨床参加型実習では、中核的な医科学概念と専門職的能力の獲得に重点が置かれ、臨床実習に向けた準備教育が行われる。そこで学生は、入学早々に患者と対面する機会を得る。また学生が実習で本物の患者に対し基本的技能を使うのに先立って、それらの技能の修得を容易にするため、模擬患者による授業が行われている。このように、初年次段階から患者からの直接の学びを重視し、PBL テュートリアルにおける学びと臨床現場での対面診療による学びを学生自身が体験的に結びつけられる機会を積極的に提供している点が、教育・実践の両面で注目される。

3 医学基本コース (MF1) の展開

—コースガイドを手がかりに

図表 2 は、MF1 のコースガイド「MEDICAL EDUCATION1 (MD Program)」(以下、ガイド。カッコ内は頁数) の目次構成である。ガイドは全 40 頁の冊子で、マクマスターの教育の特徴を示唆する濃厚な内容が盛り込まれている。具体的には、I. 受講にあたっての最

低限の必要情報、学修内容・方法、受講姿勢に関わる「イントロダクション」、「出席」に関わる基本的考え方、II. 柱となる 4 つの学習活動、III. 成績評価と授業評価の考え方、IV.3 領域(「呼吸器系 (Respiratory)」、「循環器系 (Cardiology)」、「血液系 (Hematology)」) の焦点 (Focus) と学習到達目標、V. 「学習リソース」(シミュレーション基盤型学習センター、模擬患者プログラム、教育コンピュータによる領域別リソース、健康科学図書館) の手引きとアクセス方法、VI. 「方針」(Policy) に関わる文書や資料、申し合わせ事項²⁷、などである。巻末には「事例テュートリアルのスケジュール」一覧が添付されている。

図表 2 MF1 コースガイド 目次構成

◎医学基本コース (MF1) へのガイド
*MF1 の担当者/関係者一覧
*イントロダクション
*出席について
*柱となる 4 つの活動
*解剖学習について
*呼吸器系 (Respiratory) の焦点
*循環器系 (Cardiology) の焦点
*血液系 (Hematology) の焦点
*本プログラムの学習リソース
・シミュレーション基盤型学習センター
・模擬患者プログラム
・教育コンピュータによる領域別リソース
・健康科学図書館
*成績評価と授業評価の考え方
*方針
・テュートリアル場面・臨床場面での専門職的行動
・実践の場でのプロフェッショナリズム
・臨床場面での専門職的行動基準、および学生と教員の
ための苦情解決への手引き
・特別休暇に関わる方針
・成績評価日の欠席に関わる方針
・交通費
・服装に関する規定
◎事例テュートリアルのスケジュール

²⁶ 「転移」とはある状況で獲得した知識が後の状況での問題解決や学習につながる現象を指すが、近年、学習者が学んだ状況と「似た」場面をいかに自ら探し、あるいは自分の知識が使えるように異なる場面で積極的に転移を引き起こせるか、そのような知識の獲得をどう支援できるか、が問われている。白水始「認知科学と学習科学における知識の転移」『人工知能学会誌』27 巻 4 号、2012 年 7 月、347-358 頁。

²⁷ 「テュートリアル場面・臨床場面での専門職的行動とは」(本図表

6)「実践の場でのプロフェッショナリズムとは」(同図表 7)「臨床的場面での専門職的行動基準」(同図表 8)「学生と学部の特典解決のためのガイド」(同図表 9 (抜粋))「無断欠席に関わる方針」(同図表 10 (抜粋))「評価日欠席に関わる方針」「交通費」「服装に関する規定」(以上、省略)。

I 医学基本コース1への導入

本ガイドには「はじめに」のような前文はない。冒頭には、MF1 受講にあたり知っておくべき大学や連携機関の教員・担当者の連絡先の一覧²⁸が示され、必要に応じて常にアクセス可能と明示されている。初学者も指導体制と人的配置の全容が視覚的に把握できるよう、配慮がみられる。

(1) 学修内容への導入

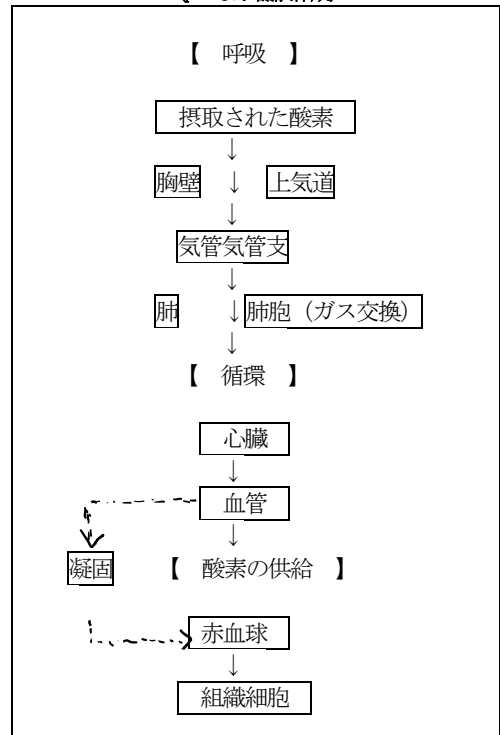
イントロダクションとして「酸素の供給と需要」の全体像が示され、同コースのアプローチの特色が、「呼吸—循環—酸素供給」という機能の連関を例に、簡潔に解説されている。MF1 で学ぶことになる呼吸器系、循環器系、血液系の各機能と相互関連を、酸素の流れを軸として包括的に図式化したものが図表3である。学習到達目標は、「酸素がどのように獲得され、運搬され、身体により活用されるかを、説明できるようになること」である。この図表と合わせ、「酸素の供給と需要」の考え方が、次のように示されている。

酸素は身体の重要な基質である。酸素がどのように体内に摂取され、運搬され、使用されるかを理解することは、病態に関わる知識の獲得・統合には必須である。病態生理学では、病気につながる変質を考察するが、私たちは形態や機能について学ぶ中で、伝統的手法に従って解剖学や生理学のことを視野に入れていく。MF1 は、酸素の運搬と供給について学ぶための概念主導のアプローチである。フローチャートは、酸素が、摂取から循環へと導かれ、引き続き、組織細胞の中へと取り込まれていく基本的な枠組を示している。心臓・呼吸器・血液という「下位ユニット」という観点から考える傾向がある一方で、MF1 では、これらの交錯したシステムの中にある密接な関係性を重視していく (p.3)。

このように「酸素の需給と供給」というコンセプトを学ぶという到達目標の下で、呼吸器系、循環器系、血液系の3システムが、基礎・臨床・社会医学の各側面で、統合的に学ばれる。多様なメディアを通してシナリオが提示され、E-learning も活用される。これが

前述したCOMPASSカリキュラムである。COMPASSとは、概念による方向づけ concept-oriented, 学際的 multi-disciplinary, 課題基盤型 problem-based, 概念の実践への転換 practice for transfer, 臨床実習におけるシミュレーションとストリーミング simulation in clerkship and streaming で、構成される。「臓器別」スタイルから脱却している点で、従来のマクマスターのPBL概念とは大きく異なり、ある意味で「進化した」ものと表現される。「ある患者の臨床経過の中に、当然のように存在する生命現象の摂理を見出した時の感動」と同様の「我々（臨床医）の仕事の醍醐味を学習者に伝えんとする」²⁹（藤倉）ものとしても評価が高い。

図表3 酸素の供給と需要フローチャート
(p.2より翻訳作成)



²⁸ 担当者・関係者の連絡先一覧には、コース主任、呼吸器・循環器・血液各系担当教員、臨床病理カンファレンス (clinico-pathological conference, CPC) コーディネーター、解剖学コーディネーター、臨床技能コーディネーター、3 キャンパスのコース関係者等のフルネームと連絡先が掲載されている。

²⁹ 藤倉輝道「特色ある大学教育支援プログラム『人間関係を包含するデュートリアル教育—温かい心をもち問題解決能力を備えた医師の育成—』の総括」『東京女子医大雑誌』第77巻第8号、424-428頁、2007年。

(2) 医師世界への導入

イントロダクションではまた、医学学習の根底に横たわる「心構え」への言及も注目される。「これからの13週間の取り組みには多くの紆余曲折(twists and turns)が伴う」が、その経験が学生を「激励し、チャレンジ精神を掻き立てる」と同時に「不安を引き起こす可能性」をもつ、と予見される。また在学中、時に「設定された授業時間数に比して学ぶべきことが多すぎる」と感じることをも予測した上で、「ようこそ医学の世界へ」との呼びかけが行われるのである。

医師においては、理不尽なほどの多忙さの中でも学び続けることがまさに求められており、学生も卒業後もそのような現実の中で学び続けていかねばならない。学生の近未来を見越した激励も込めたメッセージといえるだろう。

卒業後、病院や地域、民間組織など、将来どんなフィールドを選ぶにせよ、そのキャリアにおいて物事を十分に把握し「自分のものにした」との「実感」を抱けるようになるには、常により多くの時間を要する。そのことが十分に考慮され、ガイドでは、カリキュラムの主要な概念は一度のみならず、後日また戻って学べる余地が設けてあるので、安心して学ぶようにと強調されている。例えば、「うつ血性心不全患者の症例を扱うテュートリアル」で学んだ病気や心臓機能に関わる諸概念は、後日また別の箇所ですべよう構成されているという。この点は、次のように説明される。

医学情報の肥大化に対応していくために、有用でより重要な技能は、尋ねるべき中核的な問いが何かを絞り込める技能、どこで答えを見出せるかを知りえる技能、入手した情報を診療に適用できる技能である。それが MF1 での課題であっても、実習中の救急救命の患者の問題であっても、同じことが当てはまる。だからこそ、人生の旅の始まりにはまず、落ち着いて旅を楽しむことを、忘れてはならない(p.3)。

(3) 小グループ活動と自己主導性への導入

ガイドではさらに、学習方法面でのイントロダクションもなされる。MF1 では、学習の主軸に PBL テュートリアルを据えている。学習を牽引(drive)するのは、一連の概念基盤型のテュートリアル課題に取り組むグループ活動であり、足りない部分は、全体講義、臨床病理学のカンファレンス、解剖学の授業とベッドサイド臨床技能診療などで補完する、と位置づけられ

ている。初年次において PBL テュートリアルと他の授業・実習との関係が、主軸—補完(supplement)の関係として設定されていることは、マクマスターの特徴を明確に示しており、興味深い。

だが、さらに注目されるのは、同カリキュラムが、講義中心のカリキュラムとは決定的に異なる文脈で、学生に厳格に「出席」を求める点である。前述のように、マクマスターの臨床医養成では、大半の授業が PBL テュートリアルのようなグループ学習で行われる。この学習／教育形態の成否は、学生の生涯的学びの土台となる、自己主導性の度合いとその獲得プロセスに依拠するものである。特にグループ学習の成否は、グループメンバー一人ひとりの自己主導的な参加の態度と意識(以下、コミットメント)に大きく左右される。講義中心のカリキュラムであれば、一人の学生の欠席によるデメリットや影響は、ほぼ当事者の学生個人に帰するのみであるが、グループ学習においてそれは、学生個人の学ぶ機会の損失に加え、所属グループの活動、ひいては他のメンバーの意欲や学習にまで及びかねない。それゆえ、「出席」重視の背景には、「必ず出席＝参加すること」を通して、自らの学習とグループの学習活動の双方に責任をもつことが最重要視されている。「学習への責任」は自己主導型学習の中核をなす要素であり、「能動的な活動への取り組み」＝コミットメントを培う基盤とも言えよう。

ここで、学生グループとテューターの役割についてみておきたい。一般的に見て、教育者の立場では、教師の指示を待ち、その指示通りに学生が動くグループは、統制が取れて管理がしやすい。だが、そこでは、学生の自己主導性は育ちがたい。これに対し、学生の意思と能動性を尊重するグループでは、テューターの指示を待たずとも、学生同士の合議や合意による判断を基に、物事が進められる。このため、活動の各場面で、学生たちの自己主導性や自治能力、相互性が育つ余地や可能性が見いだされる。とはいえ、テューターには、歌舞伎などでの「黒子」と同様、表舞台で能動的に活動する学生たちを支える学習支援者としてのサポート的役割が強力に求められる。講義中心より多くの労力が必要なことも多い。

(4) 「出席」「必修」への導入

マクマスターにおける「出席」の強調は、このような自己主導的な個人・グループの育成と教師の役割に大いに関係すると推測される。自己主導的な学生の成長と学習活動を目指すかゆえに、一部学生の「特別に

認められる休暇」以外の欠席やコミットメントの欠如が、グループ活動の進行やメンバーのモチベーションにとって深刻な問題となりかねない。それは教師側にとっても、打開すべき問題状況となる。ゆえにガイドでは「出席」をめぐる厳格な姿勢と「欠席」をめぐるルールやマナーが「方針」の複数文書に明示されており、学生のコミットメントへの期待が読み取れる。

ガイドではまた「マクマスターのプログラムは、『自己主導的』であることを意図するが、そのことは、必須条件がまったくないことを意味するわけではない」と述べられた後、「必修」の活動として、以下の4つが挙げられている。

- 1 テュートリアル
- 2 臨床技能セッション（以下の両方）
 - ・各テュートリアルグループを担当する臨床技能指導医が行うセッション
 - ・「シミュレーション基盤型学習センター」における臨床技能実践セッション
- 3 「Pro Comp」 セッション全体が必修。セッションに全体講義が含まれる場合、全体講義とテュートリアルが必修。
- 4 概念適用演習とピア教授型教育（Peer Instruction Education）（以上、同頁）

以上についてマクマスターでは、チューター、臨床技能指導者、学習ファシリテーター（LF）に「出席に注意を払う」よう伝えている。学生が正当な理由で必修の授業や活動に欠席せねばならない場合、「臨床医養成プログラム特別休暇（Leave of Absence）の方針」に従うこととされる。そこでは欠席の学生は「特別休暇申請書を記入して提出し、チューターないし指導者にまず許可を得てから、コース主任と臨床医養成プログラム管理者に許可をもらう」ことを要請される。書式はオンライン申請ないし臨床医養成プログラム事務局で入手できるが、この認可に関わっては、以下のように厳しい基準が設けられている。

特別休暇の認可は、軽く扱われることはない。成績評価を受けるいずれの機関でも、必修活動の10%を超える特別休暇があった場合、MF1の最終評価で「未修」と評価され、それに伴って起こる事態は免れ得ない（原文は太字）。チューターにはこの点

では何の裁量権もないことが、休暇申請に厳格な理由の一つである。もし学生が病気や緊急時のために授業を欠席せざるを得ないのに、すでに他の何らかの理由で休暇を認められてしまっていたならば、当該学生の不注意により、評価期間の必修時間の10%以上の欠席が避けられないという不幸な結果を迎えるかもしれないからである（同）。

以上のことから、各グループにおいて「早期に出席要件についてしっかりと話し合っておくべき」と記載されている。また、そのようなことによって「テュートリアルと臨床技能授業の必修的性格について混乱が生ずることはないはず」との見解が示されている。

Ⅱ 柱となる4つの学習活動

MF1を構成する4つの柱として、テュートリアル、全体講義、臨床病理カンファレンスと病理学トピック、臨床技能実習が挙げられている。

(1) テュートリアル³⁰

テュートリアルは、チューター（担当教員）が同席して行われる少人数の学習活動である。ガイドにおいてテュートリアルは「カリキュラム全体を通して、学習の中核的なフォーラム」と位置づけられる。各テュートリアルの具体的展開は、学生が、①1つないしそれ以上の手書きの事例（患者の症例）をレビューし、②その事例を十分に理解するのにもっと学ぶ必要がある概念をめぐるブレインストーミングし、③特定の学習到達目標を構築し、④過去のテュートリアルから立てた学習到達目標を議論して、⑤自己評価やグループ評価を行う、のように説明される。

テュートリアルにおけるチューターの位置づけと役割は、次のようなものである。第一にチューターは学生の学習活動の促進を支援すべく、各回のテュートリアルに出席する。チューター自身は必ずしも学習内容の専門家である必要はないし、学生に教える役割を担うわけではない。むしろ、テュートリアルと知識獲得の方向づけをする責任を、学生たちと分かち合うことが期待される。チューターは、具体的には次の仕事を担う。

³⁰ ガイドでは、テュートリアルという言葉が頻繁に用いられる。PBLテュートリアルと同様の趣旨だが、シナリオではなく具体的な患者の症

例を用いる点で、やや広義とみなされる。

- ・自分の担当グループが、学習到達目標を見失わないように必要な働きかけをする。
- ・学生たちが、既知の知識を新たな概念と結び付けるのを援助する。
- ・学生たちに、厳密な調査を求める質問をする。
- ・学生たちが将来、新たな知識をどこに適用するかを明確化し、現場の文脈に結びつけられるようにする。
- ・学生グループおよび学生個人に、フィードバックを提供する。
- ・学生に対して、専門職的な態度、コミュニケーション技能、自己評価のモデルとなる (p.4)。

チューターに期待されるこれらの仕事内容は、成人教育者が担うべき学習支援者、特に、学習マネージャー、ファシリテーター、リソース提供者、メンター、改革者、モデルなどの役割と、かなりの程度、合致すると考えられる³¹。また学習に関わる「責任を分かち合う」ことは、アンドラゴジー（成人教授学）とそれに基づく自己主導型学習を提唱した北米の成人教育研究者マルカム・ノールズの考え方を反映したものとみられる。教師主導型学習から自己主導型学習への転換が、教師が教育場面に全面的な責任を負う学習のあり方から、学習者と教師が学習／教育場面への責任を分かち合う自己主導型の学習活動への移行を意味するためである³²。

(2) 全体講義

全体講義は出席必須でない一方で、出席が高く推奨されている。講義の題材がコアカリキュラムに依拠するため、学生は全体講義の内容をもとにした課題に取り組むことになるからである。MD プログラムでは、全体講義は「MF 1 の不可欠な構成要素」とみなされ、「多様な概念に焦点化し、深く掘り下げた情報」の提供により、テュートリアル学習を補完するものとされる。すなわち、小グループ学習では網羅しきれない内容を補完する、あるいは、学生が学んだことを自ら統合・概念化していくための補助的意味で活用される。講義担当者（スピーカー）は、専門家や独自のスタイルや見地から保健医療関係の活動に取り組む人で、

その多くは、研究・教育で国際的定評があり、臨床実践を継続している人という³³。

全体講義は、テュートリアルと歩調を合わせて設定され、開講日時が決定される。全体講義は通常、録画・オンライン化されるが、欠席学生に対しては、必ずしもその補完が保障されるわけではないと注意喚起される。プログラムスタッフは学生のニーズを考慮し、事前に講義スライドを渡せるよう努めるが、講義後までにスライドを提供できない場合でも「カリキュラム助手にクレームを言うのは遠慮すること」との断り書きがなされる。

すなわち、すべてにおいて本人の出席が大前提で、欠席の代替手段は基本的にないこと、どんな場合でも、欠席は自己責任になることが強調される。この論理は「出席／欠席」をめぐる議論として首尾一貫している。すなわち、マクマスターで学生に求める自己主導性が「自己の学習に責任をもつ」という意味で、本質的かつ厳しい究極の原理に貫かれていることが示唆される。また「現場にいるときと同じ様な学び方」を重視する立場を踏まえると、学修における自らの行動への「責任」を常に自覚しながら学ぶ中で、初歩のプロフェッショナリズム教育が導入されているとも見ることができる。

(3) 臨床病理カンファレンスと病理学トピック

臨床病理学カンファレンス（以下、CPC）は、「臨床医が患者の臨床的特徴を説明してきた病理学的所見³⁴について情報を得る」実践である。長年の実績があり「疾病の病理学的プロセスについての最も効果的な学習方法」とみなされる。CPC はプレ臨床カリキュラム全体を通して、3、4 週に 1 回程度、招集される。古典的な CPC の原型を修正したフォーマットを用いるが、「専門医から症状や兆候、調査による所見を分析してもらう代わりに、学生たちが専門家からガイダンスを受けながら、関連する臨床的特徴を議論すべく所見を分析する」。双方向的なアプローチのため、「能動的学習がより促進される」とみなされている。

CPC では、病理学者のスタッフが、グループ・テュートリアルで扱われにくかったトピックを選び、病理学的所見や病態生理学のプレゼンを行う。CPC の前後

³¹ 具体的検討は稿を改めたい。成人教育者の役割をめぐるのは、渡邊洋子『生涯学習時代の成人教育学—学習者支援へのアドヴォカシー—』、明石書店、2018（2002）年、164 - 186 頁を参照。

³² マルカム・ノールズ著（渡邊洋子監訳・京都大学 SDL 研究会訳）『学習者と教育者のための自己主導型学習ガイド—ともに創る学習のすずめ』、2011（2005）年、およびマルカム・ノールズ著（堀薫夫・三輪建二監訳）『成人教育の現代的実践』、鳳書房、2003 年を参照。

³³ ガイドでは、これらの人びとが「マクマスター大学アカデミック・コミュニティの貴重なメンバー」と呼ばれている。

³⁴ 摘出標本や遺体解剖に関わる所見を指す。

には、解剖病理学、医学微生物学、臨床化学、血液病理学などの領域で、実験室検査の正確さを規定する諸要因、実験室の活用、貧血症などに関する短い講義も行われる。

(4) 臨床技能実習

MF1 の臨床技能プログラムでは、臨床技能指導者ないし二人組の指導者が各テュートリアルグループを担当し、その指導の下で特定のトピックに取り組む。医療面接の技能向上がかなり重視され、学生たちは、カルガリー・ケンブリッジ方法論³⁵を採用した「プロ・コンプ」で、医療コミュニケーション技能向上に向けた授業を受ける。優先順位の高いトピックは「診療における患者—医師の基本的関係性」「全般的概観」「生活反応（生命兆候）」「頭と首の診断基礎」「呼吸器検査と耳鼻咽喉検査（上気道）」「血液学的システム」「心臓病検査」などである。

最も優先度の高い「診療における患者—医師の基本的関係性」では、以下の点が重視される。

- ・医療面接…フレームワークを構築し、「病歴」の各要素から得られた潜在的診断情報を批判的に評価する。
- ・病歴の聴き取りに基づく診断的方法論（仮説推論に基づくパターン認知から）
- ・身体診察…体表解剖学の入門と「一般外科試験」に含まれる要素
- ・臨床観察…患者の診察、あるいは患者に関わる診察の諸原理、視覚的兆候の査定
- ・測定入門…「正常」ないし正常範囲を確定すること
- ・「臨床的不同意」の解釈とその測定
- ・臨床的病歴の記録と診察—統計的要件、診療録の諸要素などを含む、診療の記録(p.5)

また臨床技能に関わっては、聖ピーターズ病院の役割が重要とみられる。同院は、入院・外来・コミュニティ基盤プログラムと高齢成人患者と慢性病患者へ

の医療サービスを提供する 250 床の慢性病ケア病院である。5つの重点プログラム（行動的健康、複合的・生涯継続的ケア、緩和ケアと主要システム、リハビリテーション、コミュニティサービス）を提供する同院は、臨床技能プログラムと協働し、若い医療者の育成への貢献を希望する意欲的な患者を医学生グループに紹介し、組織化を担っている。学生と指導者の双方にとってその医学的条件と臨床患者の幅広い症例が、ゆたかな教育的リソースになっているという。

以上のほか、解剖学教員によるステーション基盤型解剖学授業が、テュートリアルグループに応じて毎週実施される。解剖学研究室は、オリエンテーション終了後、学生に自由開放され、週末も含め、8-9 時間はアクセスが可能という³⁶。MF1~3 における家庭医療の体験実習は必修で、多様な医療場面の診療経験と家庭医療への導入機会が提供され、学生は約 6 週間³⁷、コミュニティの内科医の下で実習する。また、選択科目としてさらに 6 週間の臨床経験の延長も可能である³⁸。

III 成績評価 (Assessment) と授業評価 (Evaluation)

学生の成績評価は、「成績づけ」ではなく、テュートリアル基盤型の成績評価と学生自身による概念適用演習 (Concept Application Exercises, 以下、CAEs) によって行われる。前者は、集積された記録をもとにした質的な成績評価である。テューターは、毎テュートリアル後、3 領域（専門職的行動、グループプロセスへの貢献、グループの作業内容への貢献）の達成度の記録を継続的につけ、この記録を手がかりに、中間時と終了時に質の評価をまとめる。学校教育「成績づけ」の方法とは異なり、達成度に関わる情報としてテュートリアルの中で教育的配慮がなされる。

CAEs とは、提示された短い問いに簡単な箇条書きで回答するものである。MF 全体を通して、およそ 15~18 題の問いが学生に提示され、MF1 では 3 回実施される。技術サポート可能なスタッフが同席し、すべての学生が講義室で電子評定プラットフォーム ExamSoft を使って自らのパソコンで回答する。テュ

³⁵ 医師と患者のコミュニケーションを重視した医療面接の方法論。以下を参照。Suzanne M Kurtz, Jonathan D Silverman, The Calgary—Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes, *Medical Education*, Vol.30, Issue2, 1996, p.83-89.

³⁶ 解剖学の教材は、本格的に解剖された標本、研究・教育目的の標本、模型、学習モジュール、デジタルイメージ、同大独自のオンラインリソースなどが、学生の独立学習やテュートリアルグループなどの学習

ニーズに対応して企画されている。なお、解剖授業は必修ではないが、出席は「高度に奨励されている」(p.6)。

³⁷ おおよそ 1 週間に 1, 5 日、合計 18 時間。

³⁸ 「家庭医療の経験にかける時間が、テュートリアル、プロ・コンプ、臨床技能授業や評価演習のような他の必修プログラムへの学生の出席を妨げるものになってはならない」とされる (p.7)

ーターが採点し、テュートリアルでそれについて話し合うというものである。

CAEsは、次の2点を念頭に構想されている。第一には、問いに取り組む中で、テュートリアル事例で学んできた基本概念に自らの理解を統合し、知識を定着させる点である。問いは総じて「これは何か」よりむしろ「なぜ、どのように」ないし「説明しなさい」タイプである³⁹。第二に、学生とテューターが、MFでの学生の進歩をモニターできる点である。同演習は、テュートリアルでの達成度を補う客観的尺度を提供する。テューターは、CAEsでの学生の達成度を、達成度全体を正確に捉えるためのデータの一部として活用する。ゆえに、達成度が低くてもMF1が不合格になることはないが、学習に困難を抱える学生を特定する手がかりとして役立つという。

他方、学生による教員評価は、学生が、テューター、臨床技能指導者、リソースパーソン、講義者の評価をするものである。MFコース主任に提出され、教員にフィードバックが提供される。評価はまた、次のMFコースでテューターや指導者を選ぶ際に活用される。評価票は、教員の昇任やテニュアに向けた教育的貢献に有利になるような方法で、所属学部長に提供される。

以上のほか、「テュートリアルにおいて学生が抱える困難に対するガイドライン／手続き」が提示され、学生たちはテュートリアルグループのダイナミクスに関わるいかなる問題をも、テューターを含むグループ全体で話し合うべきと強調される。もし、そのフォーラムの中で解決できない懸案事項がある場合、ないし、テューターに関わって特別な懸念がある場合には、MF1コース主任に直ちに報告するようにとされている。

IV 重点と学習到達目標：呼吸器系の場合

ガイドでは、呼吸器系、循環器系、血液系の3領域について各々、a 学すべき重点 (Focus)、b 全般的な学習到達目標、c テーマ別の学習到達目標、d テュートリアル事例一覧、e リソースパーソン一覧 (診療科や専門領域毎の教員の名前、キャンパス、電話番号)、f 参考書籍、HP (ビデオ、オンラインリソースなど) などが詳細に示されている。ここでは、呼吸器系を一例として、a～dがどう設定されているかを見ていく。

(1) 呼吸器系の重点

すべての生き物の細胞は、酸素を必要とする。心臓は、私たちの細胞に血液を送り出すように機能する。血液は、酸素を運ぶ (そして分解する) ように機能する。これらのシステムのいずれかしか、酸素の運搬における役割を遂行することができないが、呼吸システムは、自らの周りの環境から酸素を得て、毛細血管の中に取り込むことを必要とする。

呼吸器系が、正常で健康的な環境の下でその機能をいかに遂行するのかを理解することが、決定的に重要である。「正常」に関するこの知識を得ることにより、人は呼吸器系のある側面がブレイクダウンした時に結果として生ずる病気のプロセスが、よりよく理解できる (以上、p.7)。

(2) 呼吸器系全般の学習到達目標

- ①提示される各テーマに適用されうる一般生理学と解剖学のしかるべき箇所について述べられる。
- ②適用されうる疾病 (病理生態学、病理学) のメカニズムについて述べられる。
- ③患者の訴える症状、すなわち、呼吸困難、咳、喘鳴、喀痰産生を引き起こし得るメカニズムを説明できる。
- ④薬物治療歴と職業歴を含む、適切な呼吸器疾患の既往歴がどんなものか、説明できる。
- ⑤適切な呼吸器系の身体診察を行える。
- ⑥呼吸器系に適用できるような診断検査、すなわち動脈血ガス検査、肺機能検査、胸部レントゲン、運動負荷試験、にアプローチできる。
- ⑦呼吸器系疾病の管理、すなわち、酸素を含む薬物治療、行動変容、集団予防措置にアプローチできる (同頁)。

以上を踏まえ、テーマ別の学習到達目標が提示されている。呼吸器系では、I 呼吸刺激、II 呼吸ポンプと呼吸の力学、III 気道閉塞、IV 肺の防御機能・傷・炎症、V ガス交換、という5つのテーマ毎に、詳細な学習到達目標が掲げられる。続いて、呼吸器系の症例テュートリアルにおける患者の事例一覧 (図表4)、呼吸器系のリソースパーソン一覧 (図表5)、呼吸器系を自主的に学ぶための参考文献 (書籍・HP) が提示される。

³⁹ CAEsは、学生は自らのコンピュータに試験ソフトと叫ばれるソフトウェアをダウンロードし、安全な電子評定プラットフォームを活用し

てCAEsに臨む。当日は講義室ですべての学生が出席し、スタッフが出席確認して、可能な技術サポートを伴って行われる (p.26)。

以上すべてが、テュートリアルを軸に、呼吸器系について自主的・協働的に学ぶ手だてや参考となる。なお、リソースパーソンとは、自己主導型学習に対応した成人教育者／学習支援者を指す。「教える側」に主導権と決定権のある教師と異なり、リソースパーソンは「学ぶ側」の主導権と決定権を尊重し、学習者側のニーズと求めに応じて必要なリソースの提供・支援を行うものである。

書籍は「呼吸器系のテュートリアル問題への到達目標を提起するための『出発点』」として推奨される。「関連の章を読むことは、必修ではない」とする一方で「自己主導型学習の到達目標は、学生のあなたが最もよく学ぶのに役立つリソースを見出すことである」(下線太字)と能動的学習姿勢が強調されている(巻末、図表4～6)。

V 活用できる学習リソース

ガイドでは、MDプログラムの学習に活用できる学習リソース提供機関として、シミュレーション基盤型学習センター、模擬患者プログラム、教育コンピュータリソース領域、健康科学図書館の概要と使用方法が紹介されている。

最もスペースが割かれた健康科学図書館(Health Science Library)で、学生の能動的な学びをいかにサポートしているかを見ておく。3キャンパスに配置された同館が「医学部生のための情報リテラシーカリキュラム」を管理し、2専門職団体(王立カナダ内科・外科医カレッジ(CanMEDS)、および情報リテラシー補完高等教育規準(アメリカ図書館協会))が先導して、「医学情報科学コンピテンシーに関する国際医学情報科学協会の推奨事項」により運営する。

情報リテラシーは「効率的・効果的な情報検索、評価、経営、臨床的・研究的状況における情報の倫理的活用のための批判的思考技能」を含み、「課題基盤型・自己主導型学習の必要不可欠な構成要素」とされる。また「情報リテラシーの強力な基盤は、医学的意思決定のための基礎」であるとして、CanMEDの役割、すなわち、医学的専門家、コミュニケーター、マネージャー(リーダー)、健康保健アドヴォケイト、学者、専門職などの役割に沿うサポートが提供されている(p.24)。

この情報リテラシー技能は、学生の経験と成長の連続性に沿って成績評価される。研修医に向かうにつれて、求められるコンピテンスの度合いは多様になる。プレ臨床期間はPBLに対応できる技能が必要となる

が、臨床的・研究的場面の経験が増えると、より高度な情報技能の獲得が求められる。同館では、ウェブページ「医学のためのリソース」に、学年が進むにつれてどの程度のコンピテンスが必要になるかを提示している。

情報リテラシーの卒業時までの学習到達目標は、次の通りである。

- 1 必要な情報についてその性質と程度を特定できるようになる。
- 2 多様なリソースを活用し情報に効果的・効率的にアクセスできるようになる。
- 3 情報を批判的に評価し、自分の知識基盤や価値体系と組み合わせられるようになる。
- 4 特定の目的のために情報を活用できるようになる。
- 5 情報の活用に関わる経済的・法的・社会的諸問題を理解できるようになる(同前)。

同館では、多様な背景から入学し、多様な学習ニーズを有する学生たちのニーズに的確に対応するため、次の多様な指導方法を採用している。

- ・全体授業(講義形式)
- ・ハンズオンのコンピュータ教授法
- ・要請があった場合、プロコンボないしテュートリアルグループに向けた単発授業
- ・個別の相談(コンサルテーション)
- ・オンライン・テュートリアル
- ・自己評価ツール (以上、同)

同館ではまた、書籍、雑誌、データベースの膨大なコレクション、ウェブページの医学リソース、活字の大きな医学書も所蔵する。自己主導型学習におけるリソースの活用に慣れるため、図書館司書に情報リソース検索で手助けを求めること、文献レビューやメタ分析、論文投稿への手順や技法、配慮事項等の相談が推奨されている。(pp.24-25)

VI 各種方針

総体としてのMDプログラムの教育到達目標は、専門職が効果的に仕事をするのに必要な態度の獲得である。この「専門職的態度(Professional Behavior)」は、「尊敬」「コミュニケーション技能」「責任感」「自己意識と自己評価」の4つの概念的領域に分類される。

チュートリアルグループは、これらの態度が培われる機会とみなされ、実際に適用可能な場面設定が提供される。学生たちはそこで、自らの態度が他者にどんな影響力 (impact) を及ぼすか、建設的な批判からいかに学ぶかを学び取る。グループで学んだ専門職的態度を、次には臨床場面に適用できるようになることが目指される。ガイドラインに基づき、学生の能力 (コンピテンス) が評価表の「専門職的態度」に記録されるという。

このように、チュートリアルでは、臨床場面にすぐ適用できる「プロフェッショナル」としての姿勢や行動が期待される。チュートリアルでの学びを臨床実習に活かせる道筋が、ガイドに掲載された2つの手引きに明示されている(「チュートリアルにおける専門職的態度への手引き」「臨床外来診察における専門職的態度への手引き」、巻末、図表7～8)。専門職的態度をめぐる考え方は、苦情解決や欠席をめぐる対応方針の基盤としても、明確に示されている(巻末、図表9～10)。

おわりに代えて

本稿では、3年制メディカルスクールであるマクマスター大学MDプログラムにおける初年次教育の実際を、先行研究やHP、コースガイドなどから概観した。同プログラムでは「現場での医師の学びと同じ方法で学ぶ」との理念のもと、大学での学びと臨床場面での学びの両者に共通する「専門職的態度」が重視されている。カリキュラムは行動科学を背景に、「臓器別」でなく概念で方向づけを行うCOMPASSを基盤に、全体講義や臨床技能実習とも連動するPBLチュートリアルが展開されている。そこでは、医師としての生涯的

学びに向け、初年次から自らの学習に責任をもつ自己主導型学習、一員としての自覚と役割遂行をとまなう小グループ学習、さらに学び方の獲得も期待される。学生の属性や卒業後の働き方の多様性に対応し、情報リテラシーや学習リソース活用などのスキルが多様な方法で獲得・運用できるよう配慮されている点も示唆的であった。本稿は研究ノートに留まり、資料のさらなる吟味や実態の検証、多面的・批判的検討は次の課題となる。2019年4月のカリキュラム改訂など継続的改革が進行している点も注目していきたい。

2020年1年以降の新型コロナの世界的蔓延と医療現場の切迫状況を踏まえ、各国はアフターコロナ/ウィズコロナの「ニュー・ノーマル」時代に突入しつつある。今後はAIとも共生しつつ、持続可能なスタイルで医療を担う新たな医療者像が求められてこよう。マクマスターをはじめ世界の医学部・医療関係学部には、この全社会的・全地球的課題に対峙し、それを切り拓くべき視野と力量、態度を有する人材の育成に向け、迅速かつ的確な取り組みが期待される。

謝辞：本稿の執筆にあたっては、マクマスター大学臨床医養成プログラムブレ臨床参加型実習主任 Karen McAssey 准教授に資料提供をいただいた。また本研究は、科研費「わが国の医学部における入学者選抜の妥当性と改善策に関する総合的国際共同研究」(基盤研究(B)、代表者：大滝純司、17K18628)、同「女性医療専門職における生涯継続教育の方法論開発—キャリアヒストリー法の構築と活用」(基盤B代表者：渡邊洋子、研究課題番号16H03763)、同「初年次専門(職)教育と生涯キャリアデザインとの接点の構築に関する実践開発的研究」(挑戦的研究(萌芽)、代表者：渡邊洋子、研究課題番号17K18628)の助成を受けた。記して謝意を表したい。

図表4 重点テーマと学習到達目標：呼吸器系 (pp. 8-91 より筆者作成)

<p>テーマⅠ：呼吸刺激</p> <ul style="list-style-type: none"> ・中核的・周辺のコントロールを含め、通常的环境下で呼吸刺激を統括する諸要因について述べることができる。 ・動脈血ガス検査における過換気と低換気の影響を説明できる。 ・呼吸刺激における変化が現れる一般的臨床状況がどのようなものか、認識できる。すなわち、高度、意図的・不安刺激による過喚起、慢性閉塞性肺疾患（COPD）における慢性的な二酸化炭素の蓄積、睡眠時無呼吸症候群、鎮静剤の使用、などである。
<p>テーマⅡ：呼吸ポンプと呼吸の力学</p> <ul style="list-style-type: none"> ・肺の胸膜内圧の役割、組織弾性および肺の弾力ある反動における表面張力の役割を含んでいる、正常な肺の膨張と収縮の力学を説明できること。 ・肺気量の区分を明確にし、区分を決定づける諸力について理解できる。 ・呼吸ポンプ（上気道、神経筋、下気道、肺実質）に影響を与えている一般的な疾病プロセスの病理生態学を説明できる。 ・呼吸ポンプの機能に影響を与える、肺圧縮率と気流閉塞という概念について説明できる。 ・閉塞的・非閉塞的（「制限的」）疾病の事例では、呼吸の力学がいかに妨害されているか、述べるができる。 ・診断検査を用いた呼吸ポンプの失敗をどう査定するか、説明できる。 ・呼吸ポンプの失敗の管理に向けた、メカニズム基盤型アプローチを実施できる。
<p>テーマⅢ 気道閉塞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自動制御と炎症に関わる化学伝達物質を含む、気道口径（上気道・下気道）を決定づける諸要因について述べられる。 ・気道閉塞（上気道・下気道）という結果を生み出す疾病の基礎病理生態学を説明できる。 ・気道閉塞、肺のメカニズム、ガス交換が、呼吸器系の特徴にどのような影響を及ぼすかを説明できる。この知識を使って、診断検査を用いた上気道・下気道の閉塞を有する患者に見られる症状や兆候を説明できる。 ・診断検査を使った気道閉塞の査定について説明できる。 ・気道閉塞の管理に向けたメカニズム基盤型のアプローチができる。
<p>テーマⅣ 肺の防御機能・傷・炎症</p> <ul style="list-style-type: none"> ・吸引物質に対する呼吸器系の鋭敏な反応について述べられる。 ・慢性的炎症への呼吸器系の反応について述べられる。 ・コミュニティや病院で生ずる肺感染における主な呼吸器系の病原体について、主たる顕著な特徴に沿って、述べることができる。 ・胸部に関わる職業上の諸条件の重要性を、認識できる。 ・急性（成人）呼吸窮迫症候群（ARDS）とその最も一般的な原因について議論できる。
<p>テーマⅤ ガス交換</p> <ul style="list-style-type: none"> ・肺胞換気・ガス交換と血中酸塩基平衡の関係性を説明できる。 ・「酸素ヘモグロビン-二酸化炭素乖離曲線」について述べるができる。 ・ガス交換に当たっての換気分布と肺における灌流の影響、そこでの「短絡」「死腔」という用語の意味を説明できる。 ・ガス交換を妨害する結果を招く、疾病の基本的な病態生理学を説明できる。

図表 5 呼吸器系におけるテュートリアル事例の患者一覧 (pp. 9-10 より筆者作成)

- ・下水溝の格子の上で意識を失って発見され、救急救命 (ER) に搬送された若者
- ・水中で意識を失った 18 歳の競泳選手
- ・常に活動的で、定期的に運動していた 27 歳の研修医が、過去 12 か月以上、長時間勤務のため、全く運動できていない。ジョギングを再開したとき、何が起ころか？
- ・地域の秋祭りでホットドッグを喉に詰まらせた 4 歳の男児
- ・救急外来にきた、犬の遠吠えのようなアザラシのような咳をする 2 歳児
- ・刺痛、筋力低下、息切れの見られる 25 歳の男性
- ・息切れがどんどん激しくなり、もはや歩く時に友人について行けない 55 歳の女性
- ・栄養不良と鋭い胸の痛みがあると、医師にかかりに現れた 47 歳のアルコール中毒患者
- ・喘息をもつ 12 歳の少年
- ・息切れ、食欲不振、体重減少のある 62 歳の男性
- ・慢性的な呼吸困難のある 63 歳の女性喫煙者
- ・散歩する時にますます息切れが酷くなることに気づき、かかりつけ医にきた 64 歳の紳士
- ・急に呼吸困難と嘔吐が生じ、意識喪失と激しい病的な下痢が認められる 63 歳の女性患者

図表 6 リソースパーソン内訳 (pp. 9-10 より著者作成)

呼吸力学 2 名 (M1、H1) / 小児科 3 名 (新生児 1、子ども 1 を含む、M3)
血液ガス 3 名 (M2、S1) / 喘息 3 名 (S3)
慢性閉塞性肺疾患 1 名 (S) / 間質性肺炎 2 名 (S2)
肺高血圧症 2 名 (H1、S1) / 呼吸器感染 4 名 (S3、M1)
肺病理学 1 名 (S1) / 胸部放射線学 2 名 (H1、S1)
睡眠医学 2 名 (FRID ST1、S1) / 肺機能検査 3 名 (M3)
(M: マクマスター大学医療センター、H: ハミルトン総合病院、S: 聖ジョセフ病院)

図表 7 テュートリアルにおける専門職的態度への手引き
(pp. 27-28 より筆者作成)

尊敬	<ul style="list-style-type: none"> ・適切な言語的・非言語的態度をもって傾聴し、それを行動で表す。 ・言語的・非言語的態度は、不作法でも攻撃的でも特権的なものでもない。 ・他者が、だれをも「貶める」ことなしに意見を表明し、情報を与えることができるようにする。 ・道徳的価値観の多様な人たちの議論に参加すること。 ・情報の価値と人の価値を区別できる。 ・他者の貢献を認識できる。 ・遅れたら謝るか、謝る時に理由が言える。
コミュニケーション技能	<ul style="list-style-type: none"> ・グループメンバーに直接に話しかける。 ・明確にプレゼンテーションできる。 ・他の人が理解できる言葉を使って話す。 ・オープンエンドの質問を適切に活用する。 ・診断的でない質問を活用できる。 ・自己と他者、ないし他者の間の誤解を明確化できる。 ・誤解を解決しようと試みられる。 ・グループメンバーについての自らの推測を検証できる。 ・感情的問題を受け止めて議論できる。 ・適切な状況における自らの感情的状態を表現できる。 ・非言語的行動は、言語コミュニケーションと、トーンや内容が一致する。 ・言語・非言語的行動によって、述べたことが理解されてきたことが示唆される。 ・グループメンバーの非言語的コミュニケーションを認知しそれに反応できる。
責任感	<ul style="list-style-type: none"> ・時間を守る ・課された課題を完成させる。 ・関係のある情報を提示する。 ・無関係の情報や過剰な情報を見分ける。 ・主導権を取るか、そうでなければ、グループダイナミックスを維持できるように奉仕する。 ・関連のある諸問題について、そこに反応するかそれを膨らめることを通して、議論を進める。 ・自らはたしている役割ないしグループダイナミックスに取り組んでいる時、自らの感情的・身体的状態がどんなものかを明確にする。 ・サポート的なやり方でグループメンバーの強みと弱みを叙述する。 ・欠席せざるを得ない時は、前もって知らせる。 ・もし課された課題を完成させられないならば、代替え措置を講じてもらえるよう交渉する。
自己意識／自己評価	<ul style="list-style-type: none"> ・自らが理解困難なことを認識できる。 ・自らに適切な知識が欠如していることを認識できる。 ・特定の問題を議論する際や取り扱う際に、自らが不快感を抱くことを認識できる。 ・自らの強みを明らかにできる。 ・自らの弱みを明らかにできる。 ・自らに欠落していることや弱みを直す手段を明らかにできる。 ・かなり否定的な評価を含むコメントに対し、他者に攻撃的になったり侮辱することなく、対応できる。 ・かなり否定的な評価を含むコメントに対し、行動変化への筋の通った提案により対応できる。

図表 8 臨床外来診察における専門職的態度への手引き
(pp. 28-29 をもとに筆者作成)

<p>尊 敬</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・適切な言語的・非言語的態度をもって傾聴し、それを行動で表せる。 ・言語的・非言語的態度は、不作法でも攻撃的でも特権的なものでもない。 ・患者が、だれをも「貶める」ことなしに意見を表明し、情報を与えられるようにできる。 ・患者が、医師－患者という事案に関わって自分が前提とする考え方を明確に表明できるよう助力できる。 ・医師－患者という事案に関わって、自らが前提とする考え方を表明できる。 ・患者とともに事案を交渉できる。 ・患者が不適切なやり方で邪魔しない。 ・患者への面接の焦点を維持できる。 ・遅れたら謝るか、謝る時に理由が言える。 ・患者との反・性的行動を維持できる。
<p>コ ミ ュ ニ ケー ション 技 能</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・患者に直接に話しかける。 ・患者が理解できる言葉を使って話せる。 ・情報を明解に提示できる。 ・説明を明快に行える。 ・支持を明解に与える。 ・患者が答える時間を許せる。 ・誤解を解決できる。 ・オープンエンドの質問を適切に活用できる。 ・患者の非言語的コミュニケーションを認知しそれに対応できる。 ・沈黙への忍耐を、身をもって示せる。 ・非言語的行動のトーンや内容を、言語コミュニケーションのトーンや内容と一致させられる。 ・感情的問題を受容し議論できること。 ・適切な状況における自らの感情的状態を表現できること。 ・面接の進行の論理的筋道を、患者と共有できること。
<p>責 任 感</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・時間を守る。 ・自らの感情的状態をコントロールできるものと思える。 ・アルコールないし他の薬物の利用に関する証拠が全くない。 ・患者の問題に関わる諸領域を探究できる。 ・患者とともにマネジメントプランを話し合える（例：ラボワーク、診察、治療など） ・患者のインフォームドコンセントが可能になるような情報を提供できる。 ・患者がマネジメントプランを実施し、順守する適切な個人的責任を引き受けることができるように情報提供できる。 ・患者に必要なバックアップアレンジメントについて情報提供できる。 ・患者に、これから得られるべきでまだ得られていない情報を、どのように患者に届けることができるか（例：ラボワーク、診察）について情報を提供できる。 ・患者が理解したことを確認できる（例：情報、説明、指示）
<p>自 己 意 識 ／ 自 己 評 価</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・自らが理解困難なことを認識できる。 ・自らに適切な知識が欠如していることを認識できる。 ・特定の問題を議論したり取り扱う際に、自らが抱く不快感について認識できる。 ・自らに欠落していることや弱みを直す手段を明らかにできる。 ・適切なところで自らの感情的な状態を表現できる。 ・指導教員、同僚、患者の肯定的・批判的コメントに対し、非攻撃的な受け止め方ができる。

図表 9 臨床場面での専門職的行動基準

(pp. 31-33、「臨床場面での専門職的行動基準、および学生と教員のための苦情解決への手引き」より抜粋)

1 序
1.1 マクマスター大学卒前臨床医養成プログラムは、医学生への「専門職的技能の教授において卓越性を担っている。学生たちは臨床研修を通して、患者や医師との効果的コミュニケーション、臨床能力（コンピテンス）、患者や同僚と連携する医療専門職の尊厳への尊敬を築き上げる。これらの専門職的行動は、医学生たちの教育、観察、評価、担当指導に参加している多くの医師たちによってロールモデルとして学ばれるであろう。
1.2 文書の意図は、マクマスター大学の臨床医養成プログラムの専門職的行動基準の概要を示すことである。
2 学生のための専門職行動基準と教員集団
2.1 マクマスター大学は、自治区の一人一人が環境の中で生き、勉強し、働き、セクシュアルハラスメントを含む差別やハラスメントから自由である権利を明確に主張する。差別とハラスメントは、専門職的倫理の規準とも、高等教育の学習機関にふさわしい行動とも相容れないものである。このため、マクマスター大学は、セクシュアルハラスメントと半差別の方針を構築してきた。
2.2 臨床の世界における医学生と臨床指導者にとっての専門職的行動基準は、「臨床医養成プログラム総合手引き」で叙述されており、それは、法律において設けられた法的倫理的基準に取って代わるものではないとはいえ、オンタリオ王立外科内科カレッジ（CPSO）ないしカナダ医学協会のような団体が設けた基準、ないしマクマスター大学学生教職員行動コードないし同大学の他の関連する方針に類似している。
2.3 一般的な意味では、CPSO は「卒前医学教育における専門職的責任感」と題名をつけた方針において「専門職的関係性」を定義している。（CPSO 審議会、2003 年 9 月 18 日）
医学生の教育に参加する医師に求められることは、以下のことである。
<ul style="list-style-type: none"> ・適切で共感的なケアのモデルを提供すること ・患者のケアへの倫理的アプローチを維持すること。 ・すべての時に医学生との専門職的な関係性を維持すること。そこには、以下が含まれる。 <ul style="list-style-type: none"> —医学生との関係性に内在する権力格差的なものを利用しないこと —利害が葛藤する潜在的可能性を含むような状況に踏み込まないこと —医学生を威圧したり、感情的、身体的ないし性的なハラスメントを与えないこと。 —他のすべての同僚との専門職的な関係性を維持すること。ここには、同僚を威圧しないこと、感情的、身体的ないし性的なハラスメントを与えないことも、含まれる。
(以下、省略)

図表 10 「欠席」の位置づけと補完方針

(pp. 34-35、欠席休暇 (Leave of Absence) 方針」より抜粋)

1 序
臨床医養成プログラムが短期間であることこの短期間に膨大な量の知識や技能が達成されなければならないため、学生はアカデミック・臨床活動の間、休暇を取らないことを奨励される。同時に、学生がアカデミック・臨床の責務から欠席することを求められるような事態があることをも認めている。欠席は、医師プログラムにおいて成功するために必要不可欠な内容を学ぶ能力を過度に妨げるものであるべきではない。以下に、欠席にふさわしい理由、休暇を求める実施要綱、出られないことで生ずる結果、およびその時間を「補完」できる方法を概観した。子供を持つための休暇は、「休暇—妊娠した学生の／出産休暇」という文書で別に考慮している。
2 出席
出席は、次の活動タイプにとって必修とみなされている。（以下、省略）