



はじめに

わが国の高等教育は、学校教育法の改正によって、2004年から大学評価・学位授与機構（現在は、独立行政法人国立大学財務・経営センターと統合して独立行政法人大学改革支援・学位授与機構となっている）、大学基準協会、日本高等教育評価機構のいずれかによる大学機関別認証評価が実施されるようになったものの、制度としての医学部の外部評価は実施されてこなかった。ところが、2010年9月21日に米国の外国医学部卒業生教育委員会（Educational Commission for Foreign Medical Graduates：ECFMG）が、『2023年以降は米国の医学教育連絡委員会（Liaison Committee on Medical Education：LCME）、または世界医学教育連盟（World Federation for Medical Education：WFME）が定めた評価基準で認証を受けた医学部の卒業生以外には認定の申請を受け付けない』と宣言した¹⁾。日本では、この宣言に後押しされる形で文部科学省の研究費によるパイロット研究を経て、（一社）日本医学教育評価機構²⁾が設立され、2023年までに日本のすべての大学医学部・医科大学が分野別評価を受ける予定である。

本稿では、医学教育分野別評価の歴史、日本における医学教育分野別評価の歩み、およびその意義と今後の課題について概説する。

1. 医学教育分野別評価の歴史

(1) 医学教育分野別評価の歴史：米国の例－Flexner報告

医学教育分野別評価を考えると、この分野での先進国の米国の歴史をまず振り返っておく必要

があろう。米国の医学教育の大転換を促したのは、1910年のFlexner報告³⁾であった。Flexnerは当時あった米国とカナダの155の医学校のすべてを訪問して評価した上で国民向けの報告書を出した^{3,4)}。その中で、医学教育において漸進的な改革が無いわけではないが、多くの場合、学部や教員の都合を優先して小手先の改革に終始しており、極めて不十分であると指摘した。そして、臨床と直結した、科学的知見に基づいた研究を推進すべきであると説いた³⁾。この報告の結果、米国では約半数近くの医学部が廃校または他校との合併を強いられた。ここで注意すべきは、研究が目的ではなく、研究に基づく臨床実践と教育が重要であると主張したことであり、‘Think much; publish little’という言葉にその言わんとすることがよく表れている⁴⁾。

(2) 医学教育分野別評価の歴史：米国の例－LCME

前述のように、米国では医学部の分野別評価が1910年から始まったが、1942年にはLCMEが設立され、それまで米国医科大学協会（Association of American Medical Colleges：AAMC）と米国医師会（American Medical Association of：AMA）が別々に行っていた医学教育分野別評価を一本化した⁵⁾。なお、LCMEはカナダの同様の組織であるCommittee on Accreditation of Canadian Medical Schools（CACMS）と連携してカナダの医学部の評価も行っている。LCMEは医学教育のプログラム評価を行って認証しているのであって、機関の認証をしているのではない。米国でも、医学部を持つ親元機関（大学等）は別個に機関認証を受けていなければならない⁶⁾。これは日本と同様である。LCMEについては、2017年に包括的な報告書が発表されており、関心のある向きには参考にされたい⁷⁾。

^{*1} Medical Accreditation

^{*2} Nobutaro Ban 愛知医科大学医学教育センター

2. 日本における医学教育分野別評価の歩み

(1) 日本における医学教育改革の遅れ

1) Flexnerモデルへの対応の遅れ

日本では、2016年に東北医科薬科大学が新設されるまで、1970年の琉球大学の開設以降37年間は医学部の新設は無かった。このような歴史は、一方で安定した医学教育が提供されてきた面はあったが、他方、実践的な臨床医学教育（Flexnerモデル⁴⁾）が不十分であったにもかかわらず、その対応は遅々として進まなかった。その代表的なものが臨床実習である。筆者も早くからクリニカル・クラークシップ（診療参加型臨床実習）を提唱し推進の旗を振ってきた⁸⁾が、その導入は牛歩のごとくであった。このことが2004年の卒後初期臨床研修の必修化を必要としたと言ってよいだろう。

2) 医学教育環境の変化への対応の遅れ

一方、Flexner報告以降、科学的な医学研究と実践的な臨床医学教育を両輪として、日本よりもはるかに医学教育改革が進んでいた米国でも、「1960年代以降、医学研究において分子生物学的研究が最先端となるにつれて、臨床に直結した研究が少なくなり、Flexner報告で理想とされた‘clinician-investigator’が医学部で教育することが困難となってきた。」⁴⁾。また、「教員評価が研究至上主義となり教育が軽視され、また教育も生物医学的な側面に偏り、医療の社会的側面の配慮については不十分である」と指摘されるようになってきた⁴⁾。

このことに関しては日本も例外ではない。さらに日本においては、少子高齢化を始めとする社会環境の変化や、医学・医療界での急速な専門細分化や高度先進医療技術の進歩を踏まえた上での対応（例えば、総合診療科の確立）も遅れた。全体を俯瞰して6年間という限定された期間で修得すべき到達目標を示した医学教育カリキュラム（アウトカム基盤型カリキュラム⁹⁾）の策定も後手を踏んで、パッチワーク的な修正に終始してきた。

このように、日本は、Flexnerモデルと呼ばれる医学教育レベルにも達しないうちに、この40年

間のさらなる医学教育環境の変化に対する対応の遅れも加わって、二重の遅れを経験していたと言ってもよい。このような状況にあっても、前述のECFMGの宣言のような外圧があるまで、日本の医学教育は大きく改革の舵を切ることができなかったのが実情であった。このような医学教育改革の遅れは、医学部設置の時には外形基準が中心ではあっても、厳しい設置基準が設けられて審査を受けるが、その後は前述のごとく機関評価制度が2004年から始まったものの、医学教育の分野別評価が無かったことが大きく影響していると言えるだろう。

(2) 日本における医学教育改革の動きー日本医学教育評価機構の設立

2010年のECFMGの発表を受けて、全国医学部長病院長会議は、2011年に「医学教育の質保証検討委員会」を発足させて検討を開始した。さらに、2012年～2016年にかけて文部科学省大学改革推進等事業を受けて分野別評価のパイロットプロジェクトが実施され¹⁰⁾、この間に11大学が受審した（新潟大学、東京医科歯科大学〔以上2013年度〕、東京慈恵会医科大学、千葉大学、東京大学〔以上2014年度〕、富山大学、筑波大学、京都府立医科大学、岐阜大学、和歌山県立医科大学、奈良県立医科大学〔以上2015年度〕）。このような経験を踏まえて、2015年12月に全国医学部長病院長会議の全面的な支援のもとに、文部科学省、厚生労働省により承認された一般社団法人日本医学教育評価機構（Japan Accreditation Council for Medical Education: JACME）が発足した²⁾。JACMEは2017年3月18日にはWFMEから日本における医学教育分野別評価機関であるとの正式認定を受け、2017年4月1日からはJACMEによる国際基準の評価が開始された。

3. JACMEによる医学教育分野別評価

●組織

JACMEの組織は図1に示した¹¹⁾。評価チームは各大学向けにアドホックに組織され派遣される。この内、評価者研修委員会は、評価者のための研修、受審校の担当教員・職員のための研修を

担当し、基準・要項検討委員会は、評価基準案を検討する委員会で、WFMEの基準をベースにして、日本における事情を勘案した医学教育分野別評価基準日本版（本稿執筆時の最新版はVer2.2）¹²⁾を策定している。

●申請から認定までのスケジュール

受審校の認定までの「評価のスケジュール」は表1に示した。JACMEによる評価は医学教育分野別評価基準日本版¹²⁾に基づいて行われる。この基準は、9領域（AREA）とその下位に位置する36の下位領域（SUB-AREAS）で構成される。領域とは、医学教育の構造、過程および学修成果（アウトカム）にまたがる全般的構成要素である（表2）¹²⁾。また、36の下位領域は2つの水準に分けられ、基本的水準（英語版では‘must’で表現されている基準）が106項目、質的向上のための水準（英語版では‘should’で表現されている基準）が90項目設けられていて、基本的水準は

世界のすべての国・地域で医学部が満たしておくべき基準とされている。

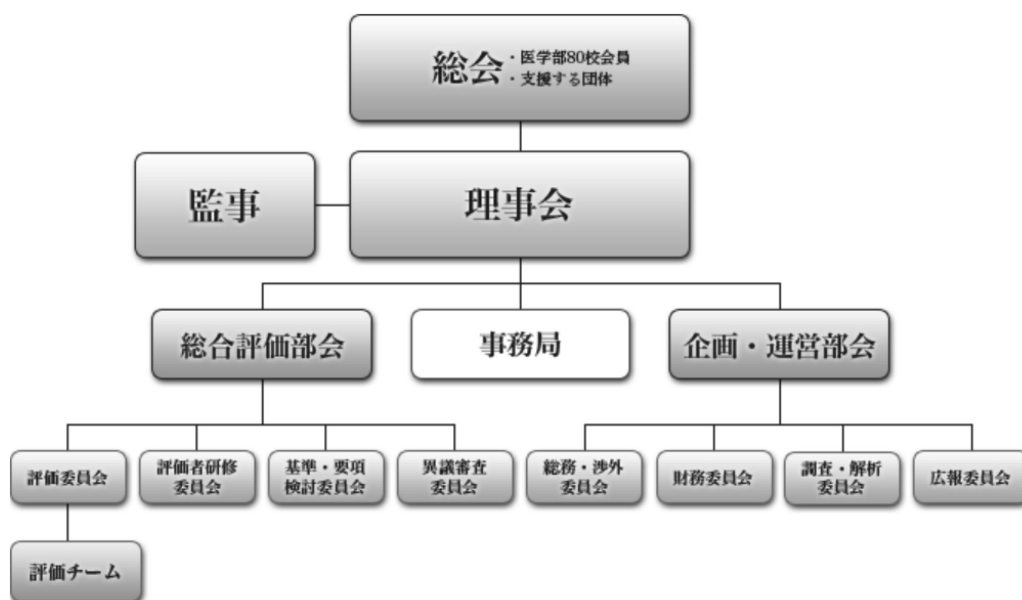
▶ 実地調査スケジュール（図2）¹³⁾

受審校の現地調査は、原則としてJACMEの評価員7人が担当し、5日間にわたって実施される。第1日目は評価者会議で受審校近くの評価者が宿泊する施設で通常行われる。実際の現地調査は2日目からで、図2に示すように領域別討議会議、学生・研修医・教員との面談、基礎医学・社会医学・臨床実習の視察、研究室配属の視察、講義室・セミナー室・実習室・シミュレーションセンター・学生ラウンジ等の学習環境の視察などを3日間かけて行い、最終日（5日目）に講評が行われる。

▶ 認定の種類

実地調査後、評価チームは評価報告書（案）を作成し、受審校からの疑義照会を経た上で評価報

■ JACMEの組織構成



(<https://www.jacme.or.jp/about/chart.php>)

図1 日本医学教育評価機構（JACME）の組織構成

表1 評価のスケジュール

時期	受審大学	JACME
3.5カ月前	自己点検評価報告書（電子版）提出	内容を精査し加筆すべき点の通知
2.5カ月前	自己点検評価報告書（冊子版）・根拠資料提出	書面審査： ①質問・追加資料請求 ②スケジュール案に対する要望（受領後1カ月以内）を検討
1カ月前	質問の回答書・追加資料作成（実地調査1週間前までに送付）	
		《実地調査》
2週間後		報告書を取りまとめ
	評価報告書（案）を受領	評価委員会で審議し評価報告書（案）を送付
受領後 1カ月以内	評価報告書（案）に対する異議の有無を検討	【異議がある場合】異議審査委員会の審議を経て、総合評価部会へ 【異議が無い場合】総合評価部会へ
		総合評価部会 【異議がある場合】異議申請に対する回答書（案）の作成 【共通】評価報告書（案）および認定結果（案）の審議・作成
		理事会 【異議がある場合】異議申請に対する回答書（案）の審議・承認 【共通】評価報告書（案）および認定結果（案）の審議・承認
理事会終了後 可及的速やかに	認定結果を受領	異議申請に対する回答書，評価報告書（案）および認定結果を送付
受領後 1カ月以内	認定結果に対する異議の有無を検討	【異議がある場合】異議審査委員会の審議を経て、総合評価部会へ，その後に理事会へ 【異議が無い場合】理事会へ
		理事会 【異議がある場合】 ・異議申請に対する回答書の審議・承認 ・認定結果および評価報告書の再審議・承認 【異議が無い場合】報告

表2 医学教育分野別評価基準日本版の領域（AREA）

- 領域 1. 使命と学修成果
- 領域 2. 教育プログラム
- 領域 3. 学生の評価
- 領域 4. 学生
- 領域 5. 教員
- 領域 6. 教育資源
- 領域 7. プログラム評価
- 領域 8. 統轄および管理運営
- 領域 9. 継続的改良

〇〇大学 実地調査スケジュール					〇月〇日現在
	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目
	〇月〇日(月)	〇月〇日(火)	〇月〇日(水)	〇月〇日(木)	〇月〇日(金)
8:15		ホテルから移動	ホテルから移動	ホテルから移動	ホテルから移動
8:30		8:30～8:55 25分 【評価者会議】	8:30～8:55 25分 【評価者会議】	8:30～8:55 25分 【評価者会議】	8:30～10:30 2時間 【評価者会議】
		移動 5分	移動 5分	移動 5分	
9:00		9:00～10:00 1時間 【開会式、全体説明】	9:00～9:40 40分 【臨床実習見学】 A科 B科 C科 移動・休憩 10分	9:00～11:00 2時間 領域別検討会議 【領域7 プログラム評価】	
10:00		休憩 10分	9:50～10:50 1時間 領域別検討会議 【領域4 学生】 休憩 10分		10:30～11:00 30分 【講評・閉会式】
		10:10～11:10 1時間 領域別検討会議 【領域1 使命と教育成果】			
11:00		移動 10分	11:00～12:00 1時間 領域別検討会議 【領域5 教員】	11:10～12:10 1時間 領域別検討会議 【領域8 統轄及び管理運営】 【領域9 継続的改良】	11:00～14:00 2時間30分 【評価者会議】
		11:20～11:50 30分 【施設見学】 A B C 移動 10分			
12:00		12:00～12:50 50分 昼休み	12:00～12:50 50分 昼休み	12:10～12:50 40分 昼休み	
13:00		12:50～14:50 2時間 領域別検討会議 【領域2 教育プログラム】	12:55～13:15 20分 【講義見学】 〇年生 ●●講義 〇年生 ●●講義 移動・休憩 10分	12:55～13:25 30分 【実習見学】 〇年生●●実習 〇年生●●実習 移動 5分	
14:00			13:25～14:25 1時間 領域別検討会議 【領域6 教育資源】 移動・休憩 10分	13:30～14:00 30分 【研究室見学】 A教室 B教室 C教室 移動 5分	
		休憩 10分	14:35～15:35 1時間 【研修医面談】	14:05～15:05 1時間 【若手教員面談】 基礎系 (本学卒・他大学卒) 臨床系 (本学卒・他大学卒)	
15:00		15:00～16:30 1時間30分 領域別検討会議 【領域3 学生評価】	1年目 (本学卒・他大学卒) 2年目 (本学卒・他大学卒) 移動・休憩 10分	ホテルへ移動	
16:00			15:45～16:45 1時間 【学生面談】 1,2年生 3,4年生 5,6年生	【評価者会議】 宿泊ホテル	
	16:00～22:00 【評価者会議】 宿泊ホテル	ホテルへ移動	ホテルへ移動		
17:00 22:00		【評価者会議】 宿泊ホテル	【評価者会議】 宿泊ホテル		

図 2 実地調査のスケジュールの例

告書が作成される（表1）。そしてその報告書に基づいた評価結果は、「認定」、「期限付き認定」、「不認定」「保留」に分けられ、「認定」の場合は認定期間7年間で、その間毎年年度報告書の提出が求められる。「期限付き認定」の場合は、認定期間は3年間で、2年以内に改善報告書を提出し、改善が確認されれば受審年度から7年間の「認定」になるが、3年以内に実施する追加審査において改善の事実が確認されないと不認定となる。「不認定」の場合は、2年間は再申請を認められず、3年後に再申請が可能となる。これは、この間に改善されることが期待されてのことである。

4. 医学教育分野別評価の意義と今後の課題

(1) 医学教育分野別評価の意義

前述のように医学教育改革において2周遅れの状態にあった日本に、医学教育分野別評価が導入されたことは、2004年に導入された卒後初期臨床研修制度にも増して、社会的ニーズに応えた医師育成に貢献する可能性は大きい。そのことによって、ようやく医学部は社会・国民に対する説明責任が果たせることになるだろう。その意味でJACMEが果たすべき役割は大きい。しかし、これから取り組むべき課題も多い。

(2) 医学教育分野別評価の今後の課題

医学教育分野別評価は、前述のように日本の医学教育を大きく変革する契機になる可能性はある。しかし、それには少なくとも二つの条件が伴わなければ実現しないだろう。一つは、自己点検評価報告書を作成する大学側が、大学を挙げてこの評価に取り組めるかどうかである。医学教育部門がもっぱら報告書の作成を担い、上手な作文に仕上がっても改革は進まないことは明らかであろう。二つ目は、評価員の医学教育についての見識である。改革が本当に実現しているならば、どのような所にどのような変化が起きているかを見極める力が評価員には求められる。報告書の文言の書き方などは、些末な問題と言ってよい。この二つが揃わなければ、医学教育分野別評価は作文に終

わってしまうだろう。

また、「評価疲れ」に対する対策も重要である。受審のための自己点検評価報告書の作成には膨大な時間を要する。現在大学医学部・医科大学の評価制度には、「医学教育分野別評価制度（7年ごと）」「大学機関別認証評価制度（7年以内ごと）」「国立大学法人評価制度（6年ごと）」があり、この点については、医学部の自己評価については、医学教育分野別評価に用いた資料を活用できるようにJACMEから文部科学省や各評価実施機関に申し入れて善処を求めている。

今一つの課題は、現在用いているWFMEの基準の問題である。この基準は大きく変化している社会状況（social determinant of health）にどう医学教育が応えるべきかという視点が弱いと指摘されている¹⁴⁻¹⁶。特に日本は世界で最も高齢化が進んでいる国であり、地域社会にニーズに応えられるような臨床能力の獲得の視点のみならず、世界に先駆けてこのような社会的ニーズに対する教育を実践して、その成果を世界に発信するという医学教育研究的な側面からも、医学教育の社会的責任により重点を置いたカリキュラム評価の視点が求められるだろう。

おわりに

今後はJACMEとしては、LCMEでも行われているように、一定期間ごとに大学の自己評価の仕方、評価員の評価報告の仕方の改善点等を検討し⁵⁾、改善をしていく必要がある。最初の数年間の評価がどれほど厳格に行われるか、JACMEの在り方が試されている。

■文 献

- 1) ECFMG: REQUIRING MEDICAL SCHOOL ACCREDITATION FOR ECFMG CERTIFICATION — MOVING ACCREDITATION FORWARD. <https://www.ecfmg.org/forms/rationale.pdf>（最終閲覧日：2017.11.16）
- 2) 日本医学教育評価機構 <https://www.jacme.or.jp/>（最終閲覧日：2018.1.30）
- 3) Flexner A. Medical education in the United States

- and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.
- 4) Cooke M, Irby DM, Sullivan W, Ludmerer KM. American Medical Education 100 Years after the Flexner Report. *N Engl J Med* 2006; **355**: 1339-44.
 - 5) Kassebaum DG, et al. The Meaning and Application of Medical Accreditation Standards. *Acad Med* 1997; **72**: 807-818.
 - 6) LCME. Functions and structure of a medical school. :Published March 2017, For surveys in the 2018-19 academic year. <http://lcme.org/about/programmatic/> (最終閲覧日: 2017.11.23)
 - 7) LCME. Academic quality and public accountability in academic medicine: The 75-year history of the LCME. http://lcme.org/wp-content/uploads/filebase/articles/October-2017-The-75-Year-History-of-the-LCME_COLOR.pdf (最終閲覧日: 2018.1.30)
 - 8) 伴信太郎, 津田司, 田坂佳千, 他. 学生実習に対する患者の受け止め方の検討ークリニカル・クラークシップを志向した学生病棟実習のための試みー. *医学教育*1994; **25**: 35-42.
 - 9) 田辺政裕 (編著) アウトカム基盤型教育の理論と実践. 篠原出版新社, 東京, 2013.
 - 10) 奈良信雄. 医学教育分野別評価の意義と展望. *医学教育* 2017; **48**: 405-410
 - 11) 日本医学教育評価機構の組織構成. <https://www.jacme.or.jp/about/chart.php> (最終閲覧日: 2018.1.30)
 - 12) 医学教育分野別評価基準日本版 (Ver2. 2) https://www.jacme.or.jp/pdf/wfmf-jp_ver2.2.pdf (最終閲覧日: 2018.1.30)
 - 13) 日本医学教育評価機構の実地調査のスケジュールの例 <https://www.jacme.or.jp/pdf/youkou2017.pdf> (最終閲覧日: 2018.1.30)
 - 14) Boelen C, Woollard R. Social accountability and accreditation: a new frontier for educational institutions. *Med Educ* 2009; **43**: 887-94.
 - 15) The Training for Health Equity Network. THENet's social accountability evaluation framework version 1. Monograph I. THENet. 2011. www.thenetcommunity.org. (最終閲覧日: 2018.1.30)
 - 16) AMEE, Aspire to excellence in social responsibility and social accountability of medical schools: www.aspire-to-excellence.org. (最終閲覧日: 2018.1.30)