

医学教育に関する国内の流れと分野別認証評価への 岩手医科大学の対応

田島克巳, 佐藤洋一, 相澤 純

岩手医科大学統合基礎講座, 医学教育学講座

(Received on May 22, 2015 & Accepted on June 29, 2015)

要旨

分野別認証評価のトライアルが開始とされてから2年が経過し, 本学でも分野別認証評価の受審に向けたタイムスケジュールが検討されている. 分野別認証評価基準の内容は文部科学省が押し進めてきた医学教育改革に関する指針とも一致することが多いため, 分野別認証評価基準に合わせたカリキュラムの改善は, 政策としても求められていることである. このことを理解した上で, 準備を進めなければならない.

また, 準備は教務委員会を中心として大学が対応すべきこと以外に, 授業方法の改善や臨床実習の進め方など, すべての教員が共通した認識を持ち, 改善に努めなければならない事項もある. さらに, 分野別認証評価で5日間にわたって行われる実地評価では, 教員や学生へのインタビューもあるため, すべての教員・学生が知っておかなければならない事項もある.

Key words : medical education, faculty-specific accreditation of medical schools, clinical clerkship

I. はじめに

2023年問題や臨床実習72週化として問題となっている「分野別認証評価」(faculty-specific accreditation)のトライアルが行われるようになって2年が経った. 岩手医科大学医学部では, 2013年度より新カリキュラムが開始され, 2016年度からはCBT(Computer Based Testing), OSCE(Objective Structured Clinical Examination:客観的臨床能力試験)の前倒し, 2017年度より臨床実習期間の延長が予定され, 認証評価受審に向けたタイムスケジュールが検討されるようになってきた. 「分野別認証評価」は海外からの圧力によるのみではなく, 国の政策としても動いていることを認識してもらうことと, 分野別認証評価受審においては, 教員・学生の双方が他人事ではなく, 自らの問題として知らなければいけないことと改善すべきことがあり, また, 新カリキュラム

のなかでも関わりを持ち, 実行しなければならないことが多々あることを認識してもらうことが重要である. そこで, 医学教育に関する国内の流れと岩手医科大学としての分野別認証評価への対応について一部自らの意見を含め解説する.

II. 医学教育に関する国内の流れ

国内の医学教育改革は, 1987年文部省に設置された医学教育の改善に関する調査研究協力者会議の最終まとめが公表されたことに始まる¹⁾. その中²⁾で, 期待される医師像と医学教育改善の視点が示され, 臓器や疾患に着目して基礎医学・社会医学と臨床医学を統合した教育, 全人的視点からの教育, 診療参加型臨床実習, 関連教育病院による地域医療実習など分野別認証評価に通じる事項の必要性がすでに記載されている.

1991年、大学設置基準の大綱化³⁾により、一般教養科目、専門教育科目の区別に関する規程が廃止され、医学部・医科大学のカリキュラムが、6年間を通じた統合型カリキュラムへと移行していくことになった。また、カリキュラムは各大学で編成、運営、評価点検がなされることとなり、吉田⁴⁾はこれにより臨床実習改革の下地ができあがったと述べている。

また、この年に、臨床実習検討委員会最終報告⁵⁾の中で、臨床実習中の医学生による医行為の法的位置づけと違法性阻却についての政府の見解が明らかにされた。それによれば、医学生に許容される医行為について、

1. 侵襲性のそれほど高くない一定のものに限られること
2. 医学部教育の一環として一定の要件を満たす指導医によるきめ細かな指導・監督の下に行われること
3. 臨床実習を行わせるに当たって事前に医学生の評価を行うこと
4. 患者等の同意を得て実施すること

を遵守することにより、医師法上の違法性はないとされた。また、違法性のない行為について法令上特に規定が設けられているもののうち、医学生の医行為は、注意的に規定された行為にあたり、法的に明確化するまでの必要はなく、法令上の整備を行う必要はないと結論付けている。ここで問題になってくることは、3. 臨床実習を行わせるに当たって事前に医学生の評価を行うことであるが、これに関しては、米国やカナダでは、国レベルで統一試験を行い、これに合格した医学生に臨床実習を許可している医学校が多いが、わが国においては大学間のカリキュラムの違いなど様々な問題があるため、この時点で直ちに導入することは困難とされていた。

その後、1997年、文部科学省大学審議会より出された答申⁶⁾の中で、大学関係団体、学協会等にコア・カリキュラム作成に対し積極的な

取組を進めることが要請され、1999年の21世紀医学・医療懇談会（文部科学省）4次報告⁷⁾では、クリニカル・クラークシップの推進や一部の大学で導入されていたOSCEの導入のさらなる促進の必要性が示され、2001年には医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議（文部科学省）による報告書⁸⁾「21世紀における医学・歯学教育の改善方策について」の中で臨床実習前と卒業時まで学生が身につけるべき能力の指標を示したモデル・コア・カリキュラムを提示するとともに、臨床実習開始前の学生の適切な評価システムとして共用試験の早急な構築が提言された⁹⁾。同年、臨床実習開始前の学生評価のための共用試験システムに関する研究班（文部科学省）が発足し、2002年には第1回共用OSCEトライアルを実施し、その翌月にはCBTトライアルを実施した¹⁰⁾。4月には、医学教育振興財団と全国医学部長病院長会議および全国歯科大学長病院長会議が協力して共用試験実施のための共用試験実施機構が設立され^{9,10)}、2005年には社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構（CATO: Common Achievement Tests Organization）の設立が文部科学大臣から許可され、12月に第1回共用試験が正式実施されるに至った¹¹⁾。これにより、臨床実習中の医学生による医行為の違法性阻却の条件である臨床実習前の医学生の評価が国により認可された機構で実施されることとなったが、同機構は、採点を行うが、合否の判定は各大学に委ねているため、質保証という面に関しては十分とは言えなかった。2013年に、全国医学部長病院長会議は、CBTについて全国一律の推奨最低合格ラインとして項目反応理論（IRT: Item Response Theory）による評価でIRT値43を提示すると共に、各大学からの申請に基づき、共用試験に合格した医学生に対して証明書を発行する質保証を開始した¹²⁾。

一方、前述した医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議が診療参加型臨床実習

の実施を具体的に示した⁸⁾ことにより、各大学で診療参加型臨床実習が行われるようになっていった¹³⁾。しかし、阿部¹⁴⁾は、学生に協力を承諾してもらった患者を割り当て診察させた後にその行為をチェックして臨床技能をみる教育形態は「模擬診察型」であり、学生が診療チームに責任を持った一員として加わり、指導医の監督の下に実施する「診療参加型」とは異なるものであると述べている。また、2010年版医学教育白書のなかで、日本の診療参加型臨床実習は医行為に重点が置かれる傾向がみられるが、プロフェッショナルリズム教育を明確に位置づける必要がある¹⁵⁾と述べている。

認証評価については、2004年より「機関別認証評価」（文部科学大臣の認証を受けた評価機関による評価を受けることとする制度）が開始されている。これは大学等の教育研究、組織運営及び施設設備の総合的な状況について7年に1度評価を受ける制度で、岩手医科大学は2013年度に2回目の認証評価を受審している^{16, 17)}。また、2005年の『我が国の高等教育の将来像（答申）』には、大学の専門性を様々な分野ごとに評価する、いわゆる専門分野別第三者評価を積極的に取り入れることが期待されると記されており、2013年より薬学教育評価機構による第三者評価が実施されている。医学分野においても、このような国の政策と後述する国際的な認証評価とが相まって「分野別認証評価」の整備が進んでいる。

III. 分野別認証評価

このような医学教育改革のなか、2010年米国のEducational Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG)が申請条件として、「2023年以降は国際的な認証評価を受けている医学部・医科大学の卒業を必須とする」と発表した¹⁸⁾。この発表を受け、全国医学部長病院長会議は「医学教育の質保証検討委員会」を発足した。国際的な認証評価制度には、政府も

しくは全医学部によって認知された公的認証評価機関であること、国際基準に則った認証評価を実施することの2つの要件がある。そこで、全国医学部長病院長会議や日本医学教育学会等との協力により、日本医学教育認証評価評議会（Japan Accreditation Council for Medical Education: JACME）が設立され¹⁹⁾、トライアルとして2013年度に東京医科歯科大学と新潟大学が、2014年度には東京慈恵会医科大学、千葉大学、東京大学が受審した。JACMEは2015年度中に、文部科学省より認可され、更に世界医学教育連盟（World Federation for Medical Education: WFME）のメタ認証を受ける予定である。また、認証評価基準としては、WFMEのグローバルスタンダードを日本の実情に合わせて改変し、国際的に通用する評価基準を策定することになっている。現時点では2015年医学教育分野別評価基準日本版のVer.1.30が最新版となっている²⁰⁾。

医学教育分野別評価基準日本版は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、下位領域は基本的水準と質向上のための水準の2段階に分けられている。基本水準はmustとして表現され、発展途上国の医科大学で到達すべきレベルであり、わが国を含む先進国の医科大学では、shouldによって表現される質向上のための水準を到達することが望まれる。北村²¹⁾は、日本の医科大学・医学部は国際的には最高レベルを目指すべきであり、質向上のための水準をすべての医科大学・医学部で満たすべきと述べている。

また、実際の評価の流れとしては、評価基準の下位36領域すべてに対し、A.基本的水準/質的向上のための水準に関する情報（現状説明とそれを裏付ける根拠資料）、B.基本的水準/質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価（根拠資料に基づいた水準に関する現状分析と現状での優れた点・特徴と改善すべき点）、

C. 現状への対応（優れた点・特徴を伸ばすための現在行われている活動と改善すべき点に対する現在行われている活動）、D. 改善に向けた計画（優れた点・特徴、改善すべき点を踏まえた中長期の行動計画）の4項目を記載した自己点検評価書と根拠資料集の作成を行い、これらの提出後に外部評価者からの事前質問と回答のやり取りを行う。その後、外部評価者が受審機関を訪問し、5日間かけて評価を行う。外部評価の最終日に簡単な総評があり、約1か月後に正式な評価報告書が送付され、この報告書に基づいて改善を行い、その成果はホームページなどを通じて公表することになっている。なお、5日間の外部評価は、受審機関側からの各項目の説明と外部評価者からの質問という会議形式の事実評価と、教育現場の視察および学生・教員へのインタビューを行う実地評価があり、ほぼ半分ずつの時間が使われる。

IV. 岩手医科大学医学部の分野別認証評価に向けて

岩手医科大学医学部では分野別認証評価について2018年度を受審をめざし、準備が進められている。前述の教員・学生へのインタビューは一部抜き打ちで行われること、自己評価書作成には多くの教員・事務員の関与が必要になってくることから、必然的に職員・学生が共有して知っていなければならないことがあり、また、評価の項目の中には教員一人ひとりが改善に取り組まなければならないこともあるので、以下に、医学教育分野別評価基準日本版²⁰⁾と照らし合わせて、受審までに改善すべき点と職員・学生が共有すべき点についてArea 2,3の2領域を中心に記す。

Area 1：使命と教育成果

この章に対応する組織として本学には、理事会、運営会議、教学運営会議、全学教育推進機構、教務委員会があり、教務委員会には下部組

織として教科課程部会、試験部会、臨床実習部会などがある。分野別認証評価基準には使命の策定やカリキュラム委員会には教員や学生代表を含むことをmustとして明示しているが、昨年度までは学生代表の直接的な参加は行っておらず、この点に関する対応が必要である。また、カリキュラムを含む教育プログラムに関しては、立案部署、審議・策定部署、評価部署を独立・明示し、透明性を図ることも必要と思われる。

学生には、会議への出席以外に、教育プログラムの改革に参加する方法として、大学の様々な部署が行うアンケート調査がある。学生は、アンケートに答えることにより自らもより良い教育を受けることができるようになることを認識すべきである。

大学の理念や3つのポリシーについては、学生・教員が周知している必要があるため、医療安全対策マニュアル（ポケット版）の中に病院の理念が書かれているように、これらを小冊子にし、常時携帯させることも必要であろう。

また、カリキュラムポリシーやディプロマポリシーは各大学の理念に沿って作成され、各科のアウトカムは、このポリシーとの整合性を持たせて作成されるべきものであることを認識しておく必要がある。

Area 2：教育プログラム

この章とArea 3に記された多くは、教員・学生にとって周知・改善・実践しなければならない項目である。最も大きな改定は、臨床実習の延長と手法および評価である。

臨床実習の延長であるが、これに関してはこれまで言われていた72週との規定はなく、概ね2年間を指すと注釈に記載されている。現在、本学では4年生の11月より臨床実習を開始し、6年生の6月までの70週案（現在で言うポリクリ48週、地域医療実習6週、高次ポリクリ16週）について教務委員会で検討中で

ある。また、ポリクリでは、これまでの2週ローテーションではなく、ブロック制によるローテーションとし、ブロックごとに臓器別、もしくはできるだけ関連する科同士を組み込み、学生が学習しやすいように配慮した実習案となっている。

臨床実習においては、分野別認証評価基準では、医学生は卒業時に、その後続く初期臨床研修にスムーズに移行するための専門的技能の修得が求められており、その手法として学生を医療チームの一員として実習に参加させる診療参加型臨床実習が推奨されている。本学でも新カリキュラムでは診療参加型臨床実習（クリニカル・クラークシップ）に移行するための準備が進められている。ここでいう診療参加型臨床実習は、現在多くの診療科で行われている入院患者をあてがい、医療面接・診察を行わせ、症例発表を行うだけのものではなく、患者管理技能、協働とリーダーシップの技能、職種間連携、などのプロフェッショナルリズム教育を行う場であることを認識して、指導に当たる必要がある。

医療チームの一員として実習に参加させる場合に問題となるのが、どこまでの医行為をやらせて良いのかということである。これに関しては、1991年5月に出された厚生省臨床実習検討委員会最終報告²²⁾において、医行為を水準Ⅰ（指導医の指導・監視のもとに実施が許容されるもの）からⅢ（原則として指導医の実施の介助または見学にとどめるもの）に分類した例示がなされた。しかし、この例示は、臨床実習で取り上げられる可能性の高い医行為についての水準を示したに過ぎず、実習にとり入れる医行為については、各大学の責任において慎重に対応する必要があるとしている。医行為に関しては、そのほかには文部科学省からの平成23年度先導的大学の改革推進委託事業の報告書「第3章 診療参加型臨床実習の充実に向けての提言」²³⁾にある学生に許容される医行為の水準の例示、全国医学部長病院長会議による診療参加

型臨床実習のための医学生の医行為水準策定²⁴⁾がある。しかし、いずれも詳細な項目がないため、教務委員会が臨床各科に医行為基準についてのアンケートを行うことを予定しており、その結果をもとに本学の医行為基準を策定する予定である。

以上のような診療参加型臨床実習が、4年生の12月から組み込まれることにより、減ることになる講義に対する対策も行わなければならない。モデル・コア・カリキュラムの基本理念と位置付けには、著しく膨大となった医学教育の内容を精選し、臨床実習前と卒業時まで学生が身につけるべき必須の実践的能力の到達目標をわかりやすく提示したものであり、従来の2/3程度の時間数（単位数）で、モデル・コア・カリキュラムに示された内容を履修させることが妥当で、残りの1/3程度の時間で、個性ある各大学独自の学習プログラムを準備することが必要であると記されている。このコア・カリキュラムをもとにカリキュラムを構築していくのも1つの方法である。また、分野別認証評価基準には科学・学問領域および課題の水平統合や縦断的統合がshouldの項にあげられており、これにより講義時間のスリム化をおこなうのも1つの方法である。

また、分野別認証評価基準には、カリキュラムと教育方法は最新の学習理論に基づくべきとされ、さらには学生が自分の学習に責任を持つことを促すべきとしている。その方法の1つとしてactive learningがあり、その手法に関して2014年度は新規採用教員を対象に医学教育学講座主催のFD（Faculty Development）が行われた。2015年度は、このFDは全学教育推進機構が主催し、開催される予定になっている。

また、学生も、医学生に求められるのは自学自習の態度であり、これを修得することで、自らが目指す医師の職業上の責務である知識と技術を最新の状態で維持するための生涯学習への

備えができることを自覚しなければならない。

Area 3：学生評価

学生の評価に関しては、試験や他の評価の回数、筆記や口述試験などの配分、相対評価か絶対評価かを含め、合格基準、進級基準を定め、追再試の回数に関しても厳密に管理するとともに透明性を高めることが求められている。これは、社会に対し、学生の質を保証するものと言い換えることができる。裏を返せば、学生は社会の期待に答えるべく、医学・医療の修得に励まなければならないということである。

臨床実習に対する評価は、知識のみではなく、技能・態度といった臨床能力の担保に繋がる評価方法が必要となる。現在、形成的評価に用いるための全科共通で行うルーブリックを用いた評価表、他職種評価表、患者評価表、自己評価表、ポートフォリオ、学生による臨床実習評価表を作成し、ワーキンググループでの検討を行っている。これらの評価のほか、各科での評価（知識に対する口頭試問、プレゼンテーションに対する評価、mini-CEX (Clinical Evaluation Exercise) を用いた外来患者診察手技評価など）も準備すべきである。

現在、臨床実習を行っている5年生の進級要件はオープン問題による筆記試験と国家試験形式の試験のいずれも知識に対する試験となっているが、臨床実習のアウトカムのなかに技能・態度の項目が入っているため、アウトカムに対する評価法として技能・態度の評価も進級要件に含める必要がある。2015年3月の医療系大学共用試験実施機構臨時総会の中でPCC(post clinical clerkship) OSCEを5年後から始められるよう準備を開始することが承認されている。このことも踏まえ、秋田大学などで行われているスキル型 OSCE と臨床推論型 OSCE (CPX: clinical performance examination) を合わせて行う advanced OSCE²⁵⁾ の導入などを検討する必要がある。

臨床実習の前倒しに伴い、CBT、OSCE、基

本的臨床技能実習は4年生の9月～11月の間に前倒しして行われることになる。学生はCBTが3か月（あるいはそれ以上）早まるということを十分認識して準備を怠らないようにしてもらいたい。また、このCBTに関しては、2015年3月に行われた医療系大学共用試験実施機構臨時総会で、項目反応理論を用いた成績評価（IRT 標準スコア）において基準集団を2012～2014年の3年間へ変更し、IRT 標準スコアの表記を3桁の整数表記（現在の小数点1桁表示をなくし、10倍した3桁表示とする）とし、2015年12月より適用することが報告された。これにより現在の合格として推奨されているIRT 標準スコア43.0は新IRT 標準スコアで359となる。また、全国医学部長病院長会議よりIRT合格値は、2015年度は新IRT 標準スコアで359とすると通達されている。しかし、将来的には合格ラインがあがることも考えておく必要はあると思われる。

Area 4：学生

入試に関する事項と入学してきた学生に対する支援に関する事項である。カウンセリングの組織にはメンターが含まれると注釈にある。現在はクラス担任がこの役を担っているが、きめ細かな支援のために、今後は多くの教員がチューター、メンターを任される可能性がある。

また、ここでもカリキュラムの設計、運営、評価に学生を参画させることが求められている。

Area 5：教員

教育、研究、診療に関する活動実績の認知や教員配置のバランスなどが記されており、これまで行われていなかった教員としての評価も行われることを認識しておく必要がある。本学には現在のところ教育への貢献に対する評価基準はないが、教育に関するFDへの出席などが評価の対象になる可能性はある。

また、教員はカリキュラム全体を理解していなければならないことも記されており、シラバスなどに目を通しておくことも必要になってくる。

さらに、教員養成に当たっては、教員ポートフォリオとメンター制度も必要になってくると思われる。

Area 6：教育資源

大学が組織として対応すべきことであるが、資源の中に患者の数とカテゴリーがあり、その注釈にカテゴリーはモデル・コア・カリキュラムにある経験すべき疾患・症候・病態についての性差、年齢分布、慢性・急性、臓器別頻度等が相当すると記されている。学生が知っておくべき疾患に罹患している患者に、あらかじめ臨床実習への協力を依頼しておくなどの患者確保策を考慮する必要性がでてくる可能性がある。

Area 7：プログラム評価

分析と評価を行う部門が必要になってくる。分析は現在、全学教育推進機構が行っているが、評価を行う独立した組織はない。透明性という観点から、プログラムの立案、実施、評価はそれぞれ独立した組織が望ましく、今後評価部門の立ち上げが必要と思われる。

評価の方法の中にはアンケート調査も含まれるであろうことから、教員・学生とも協力体制をとるべきである。

Area 8：統括および管理運営

方針決定やプログラムの確立には、委員会組織を設立し、教員、学生、その他の教育に関わる関係者の意見を反映させるべきとしている。現在、学生の意見を拾い上げる組織はなく、もっぱらアンケート調査が主体となっているため、今後検討が必要である。

Area 9：継続的改良

自己点検、修正、継続的改良についての章である。

臨床医学に関しては、Area 2.5に重要な診療科で学習する時間を定めなくてはならないと記されており、重要な診療科には内科、外科、精神科、総合診療科/家庭医学科、産婦人科、小児科を含むとしている。モデル・コア・カリキュラム^{26, 27)}ではそのほかに救急医療、地域医療を挙げており、臨床実習は1.2週の配属期間で診療科ごとに独立した学習評価を受けるのではなく、1診療科4～12週の配属期間の中で継続的な評価を受けることが必要としており、重要な診療科を4週以上の実習とし、その他は選択制で4週ごとに数科を実習するなどの診療参加型臨床実習を検討する必要もある。

以上、分野別認証評価に向けて、教員、学生が共有して認識しておくべきことを中心に解説をしたが、不十分な部分もあるので、教員においては、受審までに分野別認証評価基準 日本版を一読することをお勧めする。また、分野別認証評価や診療参加型臨床実習、最新の教育技法などのFDが今後も行われる予定であるので、多くの教員が参加されることを要請する。

V. まとめ

分野別認証評価受審に際し、授業方法や臨床実習指導方法など、全ての教員が共有し、改善すべき事項があることを理解し、受審前に対応しておく必要がある。

自己評価書作成は、多くの教員・事務員の関与が協働で行う必要があり、相応の時間を要するため、早期に委員会を立ち上げ、始動する必要がある。

教員は、分野別認証評価受審を他人事とせず、全ての教員が分野別認証評価基準日本版を一読し、教育FDなどへの積極的な参加が望まれる。

利益相反：著者には開示すべき利益相反はない。

References

- 1) 佐藤達夫: モデル・コア・カリキュラムと共用試験システム. 日本医学教育学会編集, 医学教育白書 2002 年版, pp. 80-83, 篠原出版新社, 東京, 2002.
- 2) 医学教育の改善に関する調査研究協力者会議・文部省: 医学教育の改善に関する調査研究協力者会議 最終まとめ. 医学教育 **18**, 388-424, 1987.
- 3) 文部科学省: 大学設置基準の一部を改正する省令の施行等について, 1991.
http://www.mext.go.jp/b_menu/hakusho/nc/t19910624001/t19910624001.html
- 4) 吉田素文: 診療参加型臨床実習 (クリニカル・クラークシップ) の現状, 日内会誌 **96**, 17-22, 2007.
- 5) 臨床実習検討委員会, 厚生省健康政策局: 臨床実習検討委員会最終報告. pp. 4-8, 1991.
http://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/iryuu/1329799.htm
- 6) 文部科学省大学審議会: 高等教育の一層の改善について (答申), 1997.
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/old_chukyo/old_daigaku_index/toushin/1315873.htm
- 7) 21 世紀医学・医療懇談会 (文科省): 21 世紀に向けた医師・歯科医師の育成体制の在り方について. 21 世紀医学・医療懇談会 4 次報告. 1999.
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/009/toushin/990401.htm
- 8) 医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議 (文科省): 21 世紀における医学・歯学教育の改善方策について— 学部教育の再構築のために—. 2001.
<http://www.med.kindai.ac.jp/mm/core/kaizen.pdf>
- 9) 大滝純司: 卒前医学教育の新しい動向 4: 共用試験 OSCE, pp. 70-73, 日本医学教育学会編集, 医学教育白書 2006 年版, 篠原出版新社, 東京, 2006.
- 10) 医学教育関連年表 (1990 年～現在)
<http://www.meal-jsme.jp/more-resources/nenpyo.html>
- 11) 公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構 ホームページ: 機構概要 - 沿革 (導入の経緯).
http://www.cato.umin.jp/01/0203history_2.html
- 12) 斎藤宣彦: 共用試験 CBT, pp. 61-63, 日本医学教育学会編集, 医学教育白書 2014 年版, 篠原出版新社, 東京, 2014.
- 13) 阿部好文, 黒川 清: 新しい卒前医学教育 5: クリニカル・クラークシップ, pp. 58-61, 日本医学教育学会編集, 医学教育白書 2002 年版, 篠原出版新社, 東京, 2002.
- 14) 阿部好文: 新しい卒前医学教育 5: クリニカル・クラークシップ, pp. 74-78, 日本医学教育学会編集, 医学教育白書 2006 年版, 篠原出版新社, 東京, 2006.
- 15) 阿部好文: 卒前教育技法: 3. BSL・クリニカル・クラークシップ, pp. 47-51, 日本医学教育学会編集, 医学教育白書 2010 年版, 篠原出版新社, 東京, 2010.
- 16) 自己点検評価報告書:
<http://www.iwate-med.ac.jp/wp-content/uploads/bedf3ba7b0d84fa0388bd25f3ae542c6.pdf>
- 17) 岩手医科大学に対する認証評価結果:
<http://www.iwate-med.ac.jp/wp-content/uploads/bef6fd8dbad653978e51d246123bad27.pdf>
- 18) Educational Commission for Foreign Medical Graduates: ECFMG to require medical school accreditation for international medical school graduates seeking certification beginning in 2023.
<http://www.ecfm.org/forms/9212010.press.release.pdf>
- 19) 奈良信雄: 分野別認証評価, pp. 58-60, 日本医学教育学会編集, 医学教育白書 2014 年版, 篠原出版新社, 東京, 2014.
- 20) 医学教育学会医学教育分野別評価基準策定委員会: 医学教育分野別評価基準日本版 世界医学教育連盟 (WFME) グローバルスタンダード 2012 年版 準拠 Ver.1.30, 2015.
http://jsme.umin.ac.jp/ann/WFME-GS-JAPAN_2012_v1_3.pdf
- 21) 北村 聖: 国際基準にもとづく医学教育認証評価制度の動向. LiSA **21**, 2-5, 2014.
- 22) 臨床実習検討委員会, 厚生省健康政策局: 臨床実習検討委員会最終報告. 1991.
http://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/iryuu/_icsFiles/afieldfile/2013/03/13/1329799_02.pdf
- 23) 文部科学省: 第 3 章 診療参加型臨床実習の充実に向けての提言. 平成 23 年度先導的 University 改革推進委託事業. 21-25, 2012.
http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/_icsFiles/afieldfile/2012/11/19/1327275_2.pdf
- 24) 全国医学部長病院長会議: 診療参加型臨床実習のための医学生の実行為水準策定. 26-27, 2014.
<https://www.ajmc.jp/pdf/ikouisuijyun-new.pdf>
- 25) 長谷川仁志: Advanced OSCE, pp. 72-76, 日本医学教育学会編集, 医学教育白書 2014 年版, 篠原出版新社, 東京, 2014.
- 26) 文部科学省: 医学教育モデル・コア・カリキュラム—教育内容ガイドライン— 平成 22 年度改訂版. 2011.
http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afieldfile/2011/06/03/1304433_1.pdf

- 27) 福井次矢, 吉田素文: 診療参加型臨床実習の実施のためのガイドライン. 医学教育モデル・コア・カリキュラム 平成 22 年度改訂版 (その 2). 2011.
<http://www.mext.go.jp/component/>

b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/
afieldfile/2011/06/03/1304433_2.pdf