

医学英語 CAN-DO リストの開発

共同研究

代表者：東京都／東京外国語大学大学院在籍 高橋 良子

概要

本研究の目的は、医学英語 CAN-DO リストを開発し、その開発過程を詳細に記述することである。現在、ヨーロッパ共通言語参照枠 (Common European Framework of Reference for Languages: Learning, Teaching, Assessment, CEFR) や CAN-DO リストの概念は日本の英語教育にも広く応用されているが、その多くが一般英語 (English for General Purposes) 教育に関連してであり、特定の目的のための英語 (English for Specific Purposes, ESP) に関して十分とは言えない。医学英語という高度に専門的な分野において CAN-DO リストを開発し、その開発過程を克明に記録すれば、CEFR や CAN-DO リストの ESP への応用可能性を明らかにできる。本研究における医学英語 CAN-DO リストの開発は、開発目的の明確化→提示方法の明確化→タスクの選定→能力記述文の特徴の明確化→能力記述文の作成、という手順を踏んで行われた。能力記述文の作成過程では、英語圏で出版されている医療コミュニケーション関連の書籍や、医学英語に関する資格試験など、さまざまな資料を参考にした。今後は、本研究で開発された医学英語 CAN-DO リストを実際の授業で活用しその妥当性を検証することによって、より進歩した医学英語 CAN-DO リストを開発したり、他分野の ESP における CAN-DO リストの作成を試みる必要がある。

発し、その開発過程を詳細に記述することである。

1.2 医学英語 CAN-DO リスト開発の背景

筆者は、2015年4月現在、日本大学医学部で医学部に医学英語を教えている。本研究で紹介する医学英語 CAN-DO リストは、将来、日本大学医学部で医学英語教育に携わる教員と医学英語の授業を履修する学生が利用することを念頭に開発された。

1.3 CAN-DO リストの背景

1.3.1 ヨーロッパ共通言語参照枠と CAN-DO リスト

2001年、欧州評議会は、多文化・多言語が共存するヨーロッパにおける外国語の学習・指導・評価のための共通の枠組みとして、ヨーロッパ共通言語参照枠 (CEFR) を開発した。CEFR は、言語使用に関し行動指向アプローチ (action-oriented approach) を標榜する。Little (2009, p.225) によると、行動指向アプローチとは以下のような考え方である。

- ・人は、言語を用いてコミュニケーション行為 (communicative act) を行う。
- ・コミュニケーション行為は、言語活動 (language activity) から成る。
- ・言語活動は、タスクの実行 (performance of tasks) を伴う。

CEFR が行動指向アプローチを採用していることを具体的に表しているのが、「(言語使用者が外国語で～できる)」という形式で詳細に記述した文 (「能力記述文」または「ディスクリプタ」と呼ばれる) であり、能力記述文を集めてリスト化したものが

1

はじめに

1.1 研究の目的

本研究の目的は、医学英語 CAN-DO リストを開

CAN-DO リストである。

1.3.2 日本の英語教育と CAN-DO リスト

2001年の正式発表以来、CEFR はヨーロッパのみならず世界中の外国語学習・指導・評価に影響を与えており、例えば、アジア地域では中国、台湾、韓国、ベトナムなどの国々が国家による英語教育政策に CEFR を応用している（ベトナムでの状況については拜田（2012）を、その他の国での状況については投野編（2013）を参照）。

日本でも2004年に CEFR の翻訳書である『外国語の学習、教授、評価のためのヨーロッパ共通参照枠』（吉島・大橋, 2004）が出版され、その2年後にはすでに根岸（2006a）や Negishi（2006）が日本の英語教育に対する CEFR の適用可能性を検証している。

2011年6月には、文部科学省の諮問機関である「外国語の能力向上に関する検討会」がとりまとめた「国際共通語としての英語力向上のための5つの提言と具体的施策」の中で、生徒に求められる学習到達目標を CAN-DO リストの形で設定するようにとの提言が行われた。これを受け、2013年3月、文部科学省初等中等教育局は『各中・高等学校の外国語教育における「CAN-DO リスト」の形での学習到達目標設定のための手引き』を公表した。以来、全国の初等・中等教育機関において独自の CAN-DO リストの作成や、それに基づいた授業実践が盛んに行われている（例えば岩手県教育委員会での試みについて、寒河江（2014）がある）。

また、2004-2007年度（課題番号：16202010、代表者：小池生夫）および2008-2011年度（課題番号：20242011、代表者：投野由紀夫）の2つの科学研究費による研究成果に基づき、CEFR に準拠しつつも、それを日本の英語教育に適応させた枠組みである日本人学習者の英語到達度指標 CEFR-J が構築されている。

CEFR や CAN-DO リストの英語教育に対する影響は学校教育のみにとどまらない。日本放送協会（NHK）は、2012年度から、テレビ・ラジオで放送する数々の英語講座のレベルを示すために CEFR のレベルを参照している（例えば、『基礎英語』は CEFR のレベルでは A1（最も低いレベル）とされている）。また、高校生を対象とした英語熟達度テストとしてベネッセコーポレーションが開発した

GTEC for STUDENTS では、テスト結果のフィードバック機能を向上させるために CAN-DO リストを開発し、使用している（根岸, 2006b）。

1.4 本研究の意義

セクション1.3.2で述べたとおり、CAN-DO リストの開発・研究は今日の日本においても盛んであるが、その多くが一般英語（English for General Purposes）に関するものであり、いわゆる「特定の目的のための英語（English for Specific Purposes, ESP）」における CAN-DO リストの開発・研究はまだまだ十分に進んでいるとは言えない。しかし、CEFR や CAN-DO リストが持つ利点は ESP 教育においても生かされる可能性がある。医学英語は ESP の一分野であるが、この高度に専門的な分野において CAN-DO リストを開発し、その開発過程を詳細に報告することは、将来、より進化した医学英語 CAN-DO リストや、医学英語以外の ESP 分野における有効な CAN-DO リストの開発・利用・研究へとつながる可能性がある。

2 医学英語 CAN-DO リストの開発過程

本研究において開発する医学英語 CAN-DO リストを仮に『日本大学医学部医学英語 CAN-DO リスト（Nihon University School of Medicine-Medical English CAN-DO List, 以下 NUSM-MECDL と示す）』と名づける。セクション2では、NUSM-MECDL の開発過程を詳述する。なお、NUSM-MECDL は、筆者が東京外国語大学大学院総合国際学研究科の根岸雅史先生の指導の下開発した。したがって、以下の記述中の「議論」は根岸先生と筆者との間でなされた議論を表している（ただし、本稿の文責はすべて筆者にある）。

2.1 開発目的の明確化

CEFR は、その副題である“Learning, Teaching, Assessment”が示すように、ヨーロッパのさまざまな言語の学習者・指導者・評価者が、言語学習の到達度を同一の基準で判断できるよう開発された。これにない、NUSM-MECDL も日本大学医学部で医学英語教育に携わる教員と、医学英語の授業を受講する学生双方が利用する共通の基準となることをめ

ざし開発が進められた。

NUSM-MECDL のより具体的な開発目的を以下に示す。まず教員にとっては、①自身が担当する授業の到達目標を、カリキュラムやシラバスに掲載されているそれより具体的に把握するため、②各授業の到達目標を他の教員と正確に共有するため、③学生が各授業の到達目標を達成できるような授業活動をデザインするため、④学生の到達度を測る指針の1つとして利用するため、⑤自身が担当する授業に対する評価の1つとして利用するため、とした。

学生にとっては、①各授業の到達目標を明確に意識するため、②自身の到達度を自己評価するため、③自身の到達度に対して自信を持てるようになるため、とした。まず、目的①に関してであるが、日本大学医学部は医学英語教育に力を注いでおり、2015年度シラバスによると、1年生と2年生は週3～4コマ（1コマ55分＝合計220分）医学英語の授業を受けている。3年生以上では医学分野の授業や実習が増えること、また医師国家試験が近づくことにより医学英語の授業数は減少するが、それでも3年生と4年生はそれぞれ週に2コマ（1コマ55分＝合計110分）医学英語の授業を履修する。コマごとにテーマが設定されており、例えば週4コマを履修する2年生は、「医学英単語」「英語医療面接」「医学英語プレゼンテーション」「医学英語リスニング」という4つのテーマに沿って医学英語を学ぶ。これらのテーマは授業を担当している教員にはある程度明確であるが、英語教授法に関する知識を持たない学生にとっては、各テーマが具体的に意味するところやテーマ間の関係性を理解することは困難である。そのため、テーマ（コマ）ごとの到達目標をCAN-DO リストの形で学期初めに提示することができれば、学生もテーマ（コマ）ごとの到達目標を明確に意識でき、その達成のために努力することが容易になると考えられた。目的②と③は、医学部における教育の特殊性に関係している。医学部に入学してくる学生の目的は医師になること、である。具体的にどのような医師になるか、医師としてどのような働きをするか、などは学生一人一人が大学を卒業するまでに決定するが、学生の将来の目的が大学入学時点ですでに固定されているという事実は、医学のバックグラウンドを一切持たない筆者にとっては衝撃的であった。つまり、明示的か暗示的

かの違いはあるにしても、医学部ではすべての授業が学生を医師にするために、より直截的には医師国家試験に合格させるためにデザインされているのである。または、たとえ教員がそのように考えてはいないとしても、学生がすべての授業目標を医師国家試験合格に転換してしまう可能性もある。学生は日々試験に追われ、教員に数字で評価されることを当然のことととらえている。本稿において筆者には、医学教育において自明のものとしてされている教育法や、日本における医療・医師文化を批判する意図は一切ない。学生が標準的と評価される医学教育を受け、医師として必要な知識や技術を習得し、将来立派な医師として巣立っていくことを心から望んでいる。しかし、それと同時に、医学ではなく英語教育を専門とする筆者としては、ただひたすら教員による評価を待ちそれを受け入れるだけでなく、自身の能力を適切に自己評価し自律的に学んでいくことを、せめて英語の授業の中では学生たちに経験させたいという思いがあった。「できる／できない」を教員に判断されるのではなく、現時点で持っている能力を冷静に分析して「できる／できない」を自分自身で判断し、「できる」ことについては自信を持ち、「できない」ことについてはできるようになるためにどのような努力をすればいいかを理解できるような基準を持たせたい、そのために学習者による自己評価になじみやすいCAN-DO リストの開発が必要であった。

2.2 提示方法の明確化：「タスク」による提示

CAN-DO リストの提示方法とは、「参照者の目的に合ったかたちでCAN-DO リストを構成し提示する方法」（投野編, 2013, p.53）のことである。例えば、吉島・大橋（2004）は、外国語に関する専門的知識を持たない学習者がCAN-DO リストを用いて自己評価をするためには、「『各レベルで実際に何ができればよいか』について（途中省略）『簡潔』・『総合的』に記述し、一見して全体像が見えるようにリスト化する必要」があると述べている（p.25）。

CEFRの共通参照レベルは、「言語能力」と「言語技能」によって提示されている。言語能力は、一番低いレベルが「基礎段階の言語使用者」（Aレベル）、次が「自立した言語使用者」（Bレベル）、一番高いレベルが「熟達した言語使用者」（Cレベル）

である。さらにそれぞれを2つに分け、A1（最低レベル）からC2（最高レベル）まで6段階の到達目標を設定している。一方、言語技能はまず、「理解すること」、「話すこと」、「書くこと」に分類され、さらに「理解すること」は「聞くこと」と「読むこと」に、「話すこと」は「やり取り」と「表現」に分けられている。つまり、CEFRの共通参照レベルは、6種類の言語技能を想定しているのである。以上を要約すると、CEFR共通参照レベルの到達目標は、言語能力によって「段階化」され、言語技能によって「細分化」されているととらえることができるであろう。

NUSM-MECDLの開発においても、当初は段階化と細分化を予定していた。例えば、日本大学医学部では、2014年度シラバスによると、1年生の医学英語の授業では「医療面接」（医師が患者から症状について話を聞く、いわゆる「問診」中に使用する英語表現）を、2年生では「身体診察」（医師が患者の体に実際に触れながら診察を行う、つまり視診・触診・打診・聴診などの際に使用する英語表現）を指導していた。したがって、英語で医療面接を行える者を「基礎段階の言語使用者」、英語で身体診察を行える者を「自立した言語使用者」などとする段階化が可能であろうと考えていた。しかし、1年生に医療面接を指導するのは、医療面接の方が身体診察に比べ言語への依存度が高い割に医学知識の量が少なく済み、したがってほとんど医学知識を持っていない1年生に対して医学英語を教える上では医療面接の方が教えやすい、という教員側の現実的な事情により、医療面接で使用する英語のレベルが身体診察のそれより低いことが理由ではない。さらに、例えば医療面接という1つのタスクに焦点を合わせた場合でも、段階化は困難であった。医療面接では、患者の症状に応じて医師が患者から必ず聴取しなければならない情報があり、必要な情報のすべてまたは多くを聴取できない場合は、その原因が英語力の欠如であれ医学知識の欠如であれ、そもそも「医療面接を行った」とは認められないのである。つまり、医師が英語で実行する複数のタスクを言語能力によって段階化することはできず、また1つのタスクに注目した場合でもそのタスクの段階化は不可能であった。

加えて、医学英語を言語技能によって細分化することも適切とは考えられなかった。一般英語におい

ては、1つの言語技能のみを使用することによって実行できるタスクが比較的容易に想定できる（例えば、「読むこと」という言語技能のみを使用し、「新聞を読む」など）。しかし、医師が英語を使用して医師としての職務を果たそうとする場合、たった1つの言語技能によって完結できるタスクはほとんど存在しないと言える。もちろん、例えば「医学論文を読む」というタスクでは「読むこと」という言語技能が主として使用されると評価できるであろう。しかし、論文を読むというタスクは医師のみによって行われるものではなく、医学以外の学問分野を専門とする研究者やビジネスパーソンによっても行われる。つまり、「論文を読む」というタスクは、医師が独占的に行うタスクではない。これに対し、例えば、「医療面接を行う」は医師のみが行うことのできるタスクであるが、このタスクを実行するためには、患者に対して適切な質問を發し、それに対する患者の答えを正確に聞き取るという複数の言語技能が必要不可欠なのである。

議論の結果、NUSM-MECDLは言語能力による段階化・言語技能による細分化という提示形式を採用せず、医師が英語によって行う「タスク」によって提示することとした。セクション1.3.1で述べたとおり、CEFRは行動指向アプローチを標榜している。行動指向アプローチは、コミュニケーション行為は言語活動から成り、言語活動はタスクの実行を伴う、とする考え方であるため、NUSM-MECDLをタスクによって提示することはCEFRやCAN-DOリストの基本的な考え方に反してはいないと判断した。

なお、タスクによる提示において、教員と学生双方のためのCAN-DOリストを作成するというNUSM-MECDLの開発目的に鑑み、教員はもちろん学生も知っている医学上の専門用語はそのままリストで使用することにしたが、教員しか知らないと思われる高度な医学用語や英語教授法に関する概念は、学生に理解できる表現に置き換えて記述することとした。また、すべての学生が容易に理解できるように、NUSM-MECDLの能力記述文は日本語で記述することとした。

2.3 タスクの選定

セクション2.2で述べたように、NUSM-MECDLはタスクによって提示すると決定したため、次に必要となったのは、CAN-DOリストを作成するにふ

さわしいタスクの選定であった。

日本大学医学部では、6年間の医学英語のカリキュラムを通じ、学生が以下の6つのタスクを英語によって行うことができることを到達目標として設定している。

- ① 医療面接
- ② 身体診察
- ③ 患者教育（疾患や症状、検査や治療などの医学的な内容を患者に説明すること）
- ④ 症例報告
- ⑤ 国際医学学会における発表
- ⑥ 医学論文の読解

これらの到達目標は、2009年に行われた大規模なカリキュラム改訂の際、医学教育に携わる教員や臨床に携わる医師を対象に広範なニーズ分析を行った結果、設定されたものである。NUSM-MECDLの開発に際し、筆者はこれらのタスクに見落としがないかを確認するため、臨床医5名にインタビューを行った。その結果、医師が英語で行わなければいけないタスク、または行うことを期待されていると感じているタスク、可能であれば行いたいと希望しているタスクとして以下が追加された。

- ⑦ 医学論文の執筆
- ⑧ インターネットで医療情報を取得すること
- ⑨ 新薬についての情報を理解すること
- ⑩ 外国人医師にEメールを書くこと
- ⑪ 国際医学学会でさまざまな国の医師と日常会話をすること

医学英語 CAN-DO リストを作成するにふさわしいタスクとして、まずは医師という職業についてのみが行うと評価できるタスクであることを重要視した。その結果、① 医療面接、② 身体診察、③ 患者教育、④ 症例報告、⑤ 国際医学学会における発表、⑥ 医学論文の読解、⑦ 医学論文の執筆、⑩ 外国人医師にEメールを書くこと、⑪ 国際医学学会でさまざまな国の医師と日常会話をすること、は医師という職業に特徴的なタスクであると考えられた。一方、⑧ インターネットで医療情報を取得すること、は医師でない人（例えば患者）も行うことがあると考えられた。また、⑨ 新薬についての情報を理解すること、は主に薬剤師が行うタスクであると結論した。

次に、たとえ医師のみが、または医師が最も頻繁に行うタスクであったとしても、そのタスクを行う

ために必要とされる英語力が他分野の英語力と重なっているととらえられるものは本研究の対象からは除外することとした。まず、⑤ 国際医学学会における発表、⑥ 医学論文の読解、⑦ 医学論文の執筆は、いわゆる「学術英語」であると考えられた。確かにこれらのタスクで使用される英語には医学用語が大量に含まれるが、タスクを成し遂げるために不可欠なのは、学会発表を行ったり、学術論文を読んだり書いたりするという学術的な英語力である。次に、⑩ 外国人医師にEメールを書くこと、で必要とされる英語力は「ビジネス英語」に近いと判断した。たとえ医師同士の間で交わされるEメールであったとしても、医学用語が多用されるとは考えづらく、それよりも相手に失礼でないような英語表現を用いることがこのようなEメールを書く際には重要であると思われる。そして、⑪ 国際医学学会でさまざまな国の医師と日常会話をすること、はこれをニーズとして挙げた医師自身が認めているとおり「日常会話力」であり、これは「一般英語」そのものである。このような英語力が必要だと考えていた医師は筆者のインタビューに対し、「医師は、医学英語だけが難しく、必要だと考え医学英語ばかりを勉強しがちであるが、自分の専門分野の専門用語は論文を読んだりしているうちに自然と身につくので学会でも専門分野の話は思ったよりできる。しかし、休み時間や夕食時のいわゆる『普通の会話』が全然できなくて情けなくなる」と答えていた。将来医師となる医学生に英語を教える立場である筆者にとってはこのような指摘は示唆に富んでいると感じられたが、タスク⑪は本研究の目的にはそぐわないと判断した。

また、ニーズの高さにも注目した。④ 症例報告は、医師が医療従事者（主に上司や同僚の医師）に対し、自身が担当している患者の症状を説明することによって治療方法に関するアドバイスを仰いだり、これまでの治療経過を報告するために行うタスクである。日本で医師免許を取得した医師は、通常、留学した場合や外国で医療に従事する場合（多くの国では、医療行為に携わる者はたとえ外国人であってもその国の国家試験に合格しなければならないと法律で定めているため、外国人が医療行為を行うことは困難である）を除き、症例報告を英語で行うことは少ない。それに対し、① 医療面接、② 身体診察、③ 患者教育は、日本で臨床医となった場合でも、

所属している医療機関に日本語が堪能ではない患者が訪れれば、否応なく英語で遂行しなければならないタスクである。また、④症例報告は、その高度の専門性ゆえに特殊な言語活動であるとも考えられる。症例報告は医療従事者間で行われるため、専門用語、特にその省略形が多用され、報告の構造もあらかじめ細部まで決まっており、報告者の自由度が著しく低い。自由なコミュニケーションを行っているというよりは、専門用語の省略形や症例報告の構造を知っているかが重要であると考えられる。以上の理由から、④症例報告は本研究の対象から除外することとした。

CAN-DO リストは、言語（外国語）の到達目標を記述し、集めたリストである。そこで次に、タスクの言語依存度を考慮し、言語依存度が高いと評価できるタスクを CAN-DO リスト作成の対象とすることにした。①医療面接と③患者教育は、主に言語に依存するタスクである。これに対し、②身体診察というタスクにおいては、医師は視診・触診・打診・聴診に集中しており言語を使用する頻度が低い。身体診察において医師が言語を使用するのは、患者に特定の行為をしてもらう際の説明（例えば、「息を深く吸ってください」など）や、医師の行う身体診察によって痛みや不快感を感じた場合はすぐに知らせるように、と患者に告げる場合のみである。そこで、本研究においては②身体診察の CAN-DO リストは作成の対象から除外することとした。もっとも、患者に特定の行為をしてもらう際の説明には体の部位や体の動きを表す医学的な表現が多く使われるため、身体診察ではまさに「医学英語」と評価される英語が使用される可能性が高く、身体診察は、近い将来 CAN-DO リストが作成されるべきタスクの有力候補と言えるだろう。

CAN-DO リストを作成すべきタスクの候補として残ったのが、①医療面接と③患者教育である。ここで問題となったのが、③患者教育というタスクにおける、コミュニケーションを成立させるための構造の不在である。タスクによって提示される CAN-DO リストを作成するためには、タスクをさらに細かいサブタスクに分解する必要がある。例えば、①医療面接というタスクに関する CAN-DO リストを作成する過程においては、どのようなサブタスクが連続して行われることによって医療面接というタスクが完結するかを分析する必要がある。この

ような、タスクのサブタスク化は、Hawthorne and Toth (1995)が“ritualized” (p.25)と形容する医療面接においては比較的容易であった（セクション3参照）。しかし、③患者教育はあまりにもその内容が多彩で、臨床医に対するインタビューでも特定の構造に従って患者教育を行っていると答えた医師は存在しなかった。この点につきある医師は、「患者教育はいろいろだね。内容もいろいろだし、どのタイミングでやるかっていうのにも影響されるし、患者さんの性格にもよるし」と答えている。

以上の議論の結果、本研究では、①医療面接に関する CAN-DO リストを作成することと決定した。

2.4 能力記述文の特徴

次に、CAN-DO リストを構成する能力記述文を作成する必要がある。North (2000)は、良い能力記述文の特徴として以下を挙げている (p.343)。

- ① 肯定性 (Positiveness) : 「～できる」という肯定的表現で記述されていること
- ② 明白性 (Definiteness) : さまざまな解釈ができる曖昧な表現を避けること
- ③ 明瞭性 (Clarity) : 透明性を保ち、専門用語の多用を避けること
- ④ 簡潔性 (Brevity) : 長文を避け、簡潔に記述されていること
- ⑤ 独立性 (Independence) : 他の能力記述文と相対的に理解する必要がなく、1つの能力記述文に含まれている行為について「できる／できない」が容易に答えられること

また、投野編 (2013)は、CEFRの歴史的背景から、CAN-DO リストの能力記述文は原則として、①どのようなタスクができるか、②どのような言語の質でできるか、③どのような条件下でできるか、の3要素を含むべきであると主張し (p.102)、根岸 (2010)は、この3要素が具体的に示しているのは以下のとおりであるとする。

受容技能の能力記述文の場合：

- ① task ② text ③ condition

発表技能の能力記述文の場合：

- ① performance ② quality ③ condition

例えば、CEFR-Jの「中級レベル」であるB1では、受容技能である「聞くこと」の能力記述文は「自分の周りで話されている少し長めの議論でも、はっきりとなじみのある発音であれば、その要点を理解す

ることができる」となっている。これを分解すると、① task は「議論の要点を理解することができる」、② text は「自分の周りで話されている少し長めの議論」、③ condition は「はっきりとなじみのある発音であれば」、となる（投野編, 2013, p.102）。発表技能である「発表」の能力記述文は「自分の考えを事前に準備して、メモの助けがあれば、聞き手を混乱させないように、なじみのあるトピックや自分の関心のある事柄について語ることができる」とあり、これは、① performance が「事柄について語ることができる」、② quality が「聞き手を混乱させないように」、③ condition が「自分の考えを事前に準備して、メモの助けがあれば」と「なじみのあるトピックや自分に関心のある事柄」となる（投野編, 2013, p.103）。

NUSM-MECDL に含まれる能力記述文では、North (2000) が主張する ① 肯定性、② 明白性、④ 簡潔性、⑤ 独立性は比較的容易に実現することができた。③ 明瞭性についても、セクション2.2で述べたように、教員と学生の双方が知っている医学用語は多少含まれているものの（例えば、「資料」掲載の能力記述文8の「緩和因子」など）、医学の専門家でない者が見ても全く理解できないほど明瞭性を欠いてはいないと考えられる。しかし、投野編 (2013) や根岸 (2010) が示す3要素すべてをNUSM-MECDL の能力記述文に含むことは不可能であった。言うまでもなく、NUSM-MECDL はタスクによって提示しているため、受容技能における① task や発表技能における① performance はすべての能力記述文中に明確に記述されている。しかし、② text (受容技能の場合) または quality (発表技能の場合) と③ condition を記述することは非常に困難であった。セクション2.2で述べたように、NUSM-MECDL は「段階化」を行わなかった。その結果、言語能力のレベル差を表すために必要であるこれらの要素にはそもそもなじまなかった可能性がある。もっとも、能力記述文に含まれるべき要素については投野編 (2013) も、「なお、ディスクリプタは、必ずこの3要素を含まなくてはならないというわけではない。(途中省略) 特定の教育課程、特定の教育環境、特定の学習者のための内部指標を作成するには、(途中省略) それぞれの事情に合わせたCAN-DO リストを作成することになるだろう。その場合は、必ずしも3要素を含むとは限らない」

(pp.103-104) と述べている。NUSM-MECDL はまさに、「特定の教育課程 (=医学部)、特定の教育環境 (=日本大学医学部)、特定の学習者 (=医学生) のための内部指標」であり、能力記述文に3要素のすべてが含まれていないことは本質的な問題にはならないと判断した。

2.5 能力記述文作成に用いた資料

NUSM-MECDL の能力記述文の作成過程では、以下の資料を参考にした。

(A) 日本大学医学部の医学英語カリキュラム、シラバス、教材、授業活動など

日本大学医学部では、医学英語のカリキュラムやシラバスは当然のことながら、授業で使用される教材もすべて担当教員が作成しており、市販の教科書を指定するという方法はとっていない。授業活動についてもその多くが教員によってデザインされている。この過程において筆者を含む教員はさまざまな資料を参考にしており、教材や授業活動の内容の正確さについては自信を持ってはいるが、NUSM-MECDL の作成過程では以下に挙げる複数の資料も参考にし、能力記述文の妥当性の向上をめざした。

(B) 市販の医学英語教材

Cambridge University Press による *English in Medicine* (2005) や *Professional English in Use Medicine* (2007), *Good practice* (2007), Oxford University Press による *Medicine* ① (2009), *Medicine* ② (2010) などを参考にし、英語圏ではどのような医療面接が効果的と考えられているかを分析した。

(C) EMP ウェブサイト

EMP ウェブサイトは、東京医科大学国際医学情報学講座が文部科学省 (現代 GP プログラム) の助成を受け開発したオンライン医学英語教材である (<http://www.emp-tmu.net>)。教材はリーディング教材とビデオ教材から成り、ビデオ教材は英国レスター大学の協力を得て実際の医師と患者による診療風景を録画したものである。利用に際しては利用登録とログインが必要であるが、誰でも無料で臨床面で役立つ自然な英会話を学ぶことができるようデザインされている。イギリス人医師と患者が診察中にどのような表現を使用するかにつき、筆者は当該ウェブサイトから多大な示唆を得た。

(D) オーストラリアの Occupational English Test (OET)

多くの移民を受け入れているオーストラリアでは、オーストラリア以外の国で医師免許を取得した者が医師として働くことを希望することが頻繁にある。このような人々（非英語圏で医師免許を取得した者）は、Australian Medical Council (AMC) が主催する医学に関する試験（AMC MCQ Examination と AMC Clinical Examination）を受験し、合格しなければならないが、その受験条件としてまず Occupational English Test (OET) と呼ばれる英語テストに合格しなければならない。OET の詳細な内容は一般に公開されていないが、Hawthorne and Toth (1995) が OET の開発者であるメルボルン大学の Tim McNamara 氏がどのような考え方に基いてこのテストを開発したかを説明している。それによると McNamara 氏は、非英語圏出身の医師たちにインタビューを行い、彼らがオーストラリアで医師としての仕事を行う際にどのような困難に立ち向かわねばならないかを明らかにした。その結果、彼らには “eliciting information about symptoms, explaining illness, reassuring and counselling the patient” するための英語力が必要であることがわかった (p. 24)。Reassuring the patient については、NUSM-MECDL でも能力記述文43 「患者を安心させることができる」、に反映させた ([資料])。また、McNamara 氏は、泣き喚いたり、怒りを表したり、医師を脅したりする、いわゆる difficult patients に対処できる英語力も医師には必要であると考えた。これも、NUSM-MECDL の能力記述文44 「難しい患者に対処することができる」、となった ([資料])。

(E) アメリカ合衆国医師国家試験 (United States Medical Licensing Examination: USMLE)

アメリカ合衆国の医師国家試験である United States Medical Licensing Examination (USMLE) の一部である Step 2 CS (CS は Clinical Skills を意味する) では、受験生は複数の模擬患者を診察することが求められる。USMLE は外国人向けの試験ではなく、受験生はアメリカ国内でメディカルスクールに通った者がほとんどではあるが、非英語圏を含む外国で医学教育を受けた者が受験することも可能である。Step 2 CS の詳細な試験内容は公表されていないが、USMLE のウェブサイト (<http://www.usmle.org/step-2-cs/#scoring>) では評価基準に関する説

明を読むことができる。Step 2 CS の評価基準は3つあり、それぞれ Communication and Interpersonal Skills (CIS), Spoken English Proficiency (SEP), Integrated Clinical Encounter (ICE) と名づけられている。CIS はより具体的には、“assessment of the patient-centered communication skills of fostering the relationship, gathering information, providing information, helping the patient make decisions, and supporting emotions” と説明されている。筆者はこの中の supporting emotions という記述に注目し、NUSM-MECDL の能力記述文42 「共感を表すことができる」を作成した ([資料])。また、SEP の具体例としては、“assessment of clarity of spoken English communication within the context of the doctor-patient encounter (for example, pronunciation, word choice, and minimizing the need to repeat questions or statements)” が挙げられており、これが NUSM-MECDL の能力記述文34 「明瞭な発音で話すことができる」、能力記述文35 「正確な医学用語を使用できる」、能力記述文36 「患者が使用する医療表現を理解できる」、能力記述文37 「患者のレベルに合わせた医学用語を使用できる」の作成へとつながった ([資料])。また、Step 2 CS の試験対策本である、*First Aid for the USMLE Step 2 CS* (Le, Bhushan, Sheikh-Ali, & Lee, 2014) やアメリカの医学生が医療面接技術を学ぶ際に参考にする *The Patient History* (Henderson, Tierney, & Smetana, 2012) なども参考にした。

3 NUSM-MECDL 「医療面接」の具体的内容と問題点

ここでは、「資料」に掲載した NUSM-MECDL 「医療面接」の具体的内容と作成時の問題点、または将来授業で実際に使用された場合に生じうる問題点について述べる。

能力記述文1から5は「挨拶／自己紹介」に関するものである。実際には、“Hello, are you Ms. Judy Smith? I’m Dr. Michael Brown, one of the doctors working at this hospital. I’d like to ask you some questions.” という程度の挨拶と自己紹介を行えば、能力記述文1～5のすべてを達成したと言える。英語表現としては極めてシンプルであり、日本大学医学部の学生の多くはこれらの文章をセットにして暗

記している。このような定型表現に近いものを能力記述文に含めるべきかどうかは判断に迷ったが、挨拶と自己紹介は医療面接というタスクにとって不可欠であるため、NUSM-MECDL「医療面接」の最初のサブタスクとした。

能力記述文6から15は「現病歴の聴取」に関するサブタスクを示している。能力記述文6の「主訴」は、患者がそのために病院に来た症状を表す。能力記述文7の「発症」は主訴が始まった時期を意味する。「緩和因子」(能力記述文8)と「増悪因子」(能力記述文9)はそれぞれ、主訴である症状が楽に感じられる要因、悪化したように感じられる要因を指す。例えば、「横になると腹痛がましになる(緩和因子)」、「食べると腹痛がひどくなる(増悪因子)」などである。能力記述文13の「随伴症状」は、主訴に随伴して生じているその他の症状を示すが、大抵の患者は複数の随伴症状に悩まされており、高度な英語力がなければ患者の訴えを理解できないことになる。また、医師は主訴を聴取した瞬間から頭の中で鑑別疾患(そのような症状を引き起こすのはどのような疾患であるか)を検討し始めるため、随伴症状について尋ねるときは「何か他の症状はありますか」と一般的に尋ねるだけでなく、「熱はないですか」などと具体的に尋ねることも多い。このように、NUSM-MECDL「医療面接」には完遂するためには英語力の面でも医学知識の面でも高いレベルが求められる能力記述文と、そうでない能力記述文が混在しており、これはNUSM-MECDLを実際に授業で使用するときの問題を引き起こす可能性がある。なお、能力記述文14の「分泌物」は、例えば鼻水や尿などのことである。分泌物がある場合はそれについても「色」や「匂い」などを詳細に聴取していく必要があり、ここでも高い英語力と豊富な医学知識が求められる。

能力記述文16から22は、「既往歴の聴取」に関するものである。既往歴の聴取においては、患者がとりとめなく大量の情報を医師に与えることが多く、すべてを理解するには高い英語力が必要となる。

能力記述文26から29は、「社会歴の聴取」に関するものである。「社会歴」とは、患者を取り巻く社会的状況を指す。能力記述文27の「職業についての聴取」では、なぜ職業について尋ねることが健康上の問題の解決につながるのかを患者に納得させなければならない。能力記述文28の「ドラッグの使用」

について聴取する際も同様である。特にドラッグについては、国によって違法とされている麻薬の種類が異なること、文化によって麻薬に対する許容度が異なることを意識していなければならない。また、麻薬を表す隠語は数が多く、医師がそれらをすべて知っている必要はないが、隠語と思われる表現が患者によって使用された際にはそれが医学的にどのような薬物であるのかを判断するための情報を聴き出す英語力が必要となる。

能力記述文30から33は、医療面接の「終了」に関係するものである。能力記述文30の「医療面接後に何が起こるかを説明できる」は、通常、医療面接の直後に行われることが多い身体診察へと導くような表現を口にしたたり、医療面接後に患者が受けなければならない検査の説明をしたりすることを意味する。医療面接33の「医療面接の終了を告げることができる」は、医師から患者に対して行う感謝の表明(「質問に答えていただきありがとうございました」など)を意味する。

能力記述文34から44は、これ以前の能力記述文が記述していたようなサブタスクというよりは、医療面接というタスクを遂行するために必要なコミュニケーション能力に関する能力記述文である。このように、明らかにサブタスクととらえられる能力記述文とタスク全体にかかわる能力記述文が混在することも、CAN-DO リストの統一感という観点からは問題になり得るであろう。能力記述文35の「正確な医学用語」とは、医師が使用するべき専門用語を意味しているのに対し、能力記述文36の「医療表現」や37の「医学用語」は患者が通常使用する医療表現を意味している。医師は、例えば病名や手術の術式などについては正確な専門用語を用いて患者に説明しなければならないが、患者が日常的に使用する医療用語に関する知識も持っていなければならないし、患者の理解度に合わせて自らの使用する医学用語のレベルを変えることもできなければならない。能力記述文38の「前振り」とは、家族歴、産婦人科歴、そして性行為に関する病歴の聴取を行う場合のように、患者のプライバシーに深く関係したり、患者が答えるのをためらうような質問をしなければならないときに、医師にとっては習慣的な質問にすぎないことや、秘密は必ず守られること、正確な診断を行うために必要であること、などを前もって説明することを意味している。「前振り」は英語表現と

してはかなり複雑であるうえ、患者を怒らせたり戸惑わせたりしないための適切な表現を選択できなければならない。能力記述文42に含まれている「共感」については、日本語と英語との言語差、または日本における医療と英語圏における医療との文化差が問題になりうる。一般に、英語圏では医師が患者に共感を示すことは医療面接に不可欠とされているのに対し、日本では医師も患者もそれを求めている可能性があるからである。日本大学医学部では、学生が英語圏において理想とされている医療面接を英語で行えるようになることを到達目標として掲げているため NUSM-MECDL にも能力記述文42を加えたが、将来的にはこの是非についてより深く検証することが必要であろう。

4 おわりに

本稿では、医学英語 CAN-DO リストを開発した。将来的には、当該 CAN-DO リストを実際に授業で活用し、その使いやすさを検証する研究が必要である。また、それぞれの能力記述文に「できる」と答えた学生が本当にそのサブタスクを英語で完遂することができるのか、逆に「できない」と答えた学生が本当にできないのか、つまり当該 CAN-DO リストの妥当性も検証されなければならないであろう。これらの検証過程において、セクション3で提示した問題点が解消され、より進化した医学英語 CAN-DO リストが開発されること、医学英語分野以外の

ESP においても CAN-DO リストの開発が促進されることを期待している。

謝 辞

本研究を行う機会を与えてくださった公益財団法人 日本英語検定協会の皆様、ならびに選考委員の先生方に厚く御礼申し上げます。特に、池田中央先生と柳瀬和明先生には有益なアドバイスをいただきました。東京外国語大学大学院総合国際学研究科の根岸雅史先生には、本稿で紹介しました医学英語 CAN-DO リストの開発過程のすべての段階においてご指導とご助言をいただきました。また、温かく見守ってくださいました、東京外国語大学大学院総合国際学研究科での指導教授である金井光太郎先生、医学英語 CAN-DO リストの開発をご支援くださいました、日本大学医学部医学教育企画・推進室の藤田之彦先生にも感謝申し上げます。お忙しい中、インタビューにご協力くださいました臨床医の先生方、ありがとうございました。最後になりましたが、頼りない新米医学英語教師であった筆者を励まし、支え続けてくれた日本大学医学部2年生(2014年度)140名の皆さん、どうもありがとうございました。皆さんに出会わなければ、医学英語 CAN-DO リストを開発しようなどという大それたことを考えることもなく、「英検」研究助成をいただくという光栄な機会に恵まれることもなかったでしょう。英語を自由に使って世界中の患者さんを助けることができる、立派な医師になってください。

参考文献 (*は引用文献)

- * Federation of State Medical Boards & National Board of Medical Examiners®. (1996). <http://www.usmle.org/step-2-cs/#scoring> より (2014年12月10日閲覧)
- * Glendinning, E.H. & Holmstrom, B.A.S. (2005). *English in medicine* (3rd ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- * Glendinning, E. & Howard, R. (2007). *Professional English in use medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.
- * 拝田清. (2012). 「ベトナムの言語教育政策—CEFRの受容と英語教育, そして少数民族語—」. 『EU および日本の高等教育における外国語教育政策と言語能力評価システムの総合的研究』(平成21~23年度科学研究費補助金研究成果報告書, 富盛伸夫代表), pp.13-21.
- * Hawthorne, L. & Toth, J. (1995). Impact of language testing on the registration of immigrant doctors. *People and Place*, 4 (3), 23-31.
- * Henderson, M.C., Tierney, L.M. Jr., & Smetana, G.W. (2012). *The Patient History: An Evidence-based approach to differential diagnosis* (2nd ed.). New York: McGraw Hill.
- * Le, T., Bhushan, V., Sheikh-Ali, M. & Lee, K. (2014). *First aid for the USMLE Step 2 CS* (5th ed.). New York: McGraw Hill.
- * Little, D. (2009). Language learner autonomy and the European Language Portfolio: Two L2 English examples. *Language Teaching*, 42 (2), 222-233.
- * McCarter, S. (2009). *Medicine ①*. Oxford: Oxford University Press.
- * McCarter, S. (2010). *Medicine ②*. Oxford: Oxford University Press.
- * McCullagh, M. & Wright, R. (2007). *Good practice: Communication skills in English for the medical practitioner*. Cambridge: Cambridge University Press.
- * 根岸雅史. (2006a). 「CEFRの日本人外国語学習者への適用可能性の向上に向けて」. 『言語情報学研究報告14: 第二言語習得理論に基づく言語教育と評価モデル』, 79-101.
- * 根岸雅史. (2006b). 「GTEC for STUDENTS Can-do Statementsの妥当性検証研究概観」. *ARCLE REVIEW No. 1*, 96-103.
- * Negishi, M. (2006). How much do we have common with the Common European Framework of Reference? The applicability of the CEFR to an IRT-based English proficiency test in Japan. In A. Yoshitomi, T. Umino, & M. Negishi (Eds.), *Readings in second language pedagogy and second language acquisition: In Japanese context*, 83-100. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- * 根岸雅史. (2010). 「CEFR-J ベータ版への確定作業について」. <http://www.tufs.ac.jp/ts/personal/tonolab/cefr-j/TonoKakenInterimReportVer1.0.pdf> より (2015年1月12日閲覧)
- * North, B. (2000). *The development of a Common Framework scale of language proficiency*. New York: Peter Lang.
- * 寒河江和広. (2014). 「岩手の英語教育改善への取り組み: CAN-DO リスト活用を通じて」. 『英語展望』121, 26-31.
- 寺内一・山内ひさ子・野口ジュディー・笹島茂 (編). (2010). 『21世紀のESP: 新しいESP理論の構築と実践』. 東京: 大修館書店.
- * 東京医科大学&OCB MEDIA. (2008). <http://www.emp-tmu.net> より (2014年11月30日閲覧)
- * 投野由紀夫 (編). (2013). 『CAN-DO リスト作成・活用: 英語到達度指標 CEFR-J ガイドブック』. 東京: 大修館書店.
- * 吉島茂・大橋理枝 (訳編者代表). (2004). 『外国語の学習, 教授, 評価のためのヨーロッパ共通参照枠』. 東京: 朝日出版社.

資料

NUSM-MECDL [医療面接]

挨拶/自己紹介

1. 挨拶ができる
2. 患者の名前を確認することができる
3. 自分の名前を伝えることができる
4. 自分の立場を伝えることができる
5. 自分の役割を伝えることができる

現病歴の聴取

6. 主訴を聴取することができる
7. 主たる症状の発症について聴取することができる
8. 主たる症状の緩和因子について聴取することができる
9. 主たる症状の増悪因子について聴取することができる
10. 主たる症状の性質について聴取することができる
11. 主たる症状の部位について聴取することができる
12. 主たる症状の程度について聴取することができる
13. 随伴症状について聴取することができる
14. 分泌物について聴取することができる
15. 主たる症状と時間の経過との関係について聴取することができる

既往歴の聴取

16. 過去に同じ症状があったかを聴取することができる
17. アレルギーについて聴取することができる
18. 使用している薬について聴取することができる
19. 入院歴について聴取することができる
20. 過去にかかった主要な病気について聴取することができる
21. 過去に受けた主要な外傷について聴取することができる
22. 手術歴について聴取することができる

家族歴の聴取

23. 家族歴を聴取することができる

産婦人科歴の聴取

24. 産婦人科歴を聴取することができる

性行為に関する病歴の聴取

25. 性行為に関する病歴を聴取することができる

社会歴の聴取

26. 喫煙習慣について聴取することができる
27. 職業について聴取することができる
28. ドラッグの使用について聴取することができる
29. アルコールの摂取習慣について聴取することができる

終了

30. 医療面接後に何が起こるかを説明できる
31. 質問があるかを尋ねることができる
32. 患者の質問に答えることができる
33. 医療面接の終了を告げることができる

その他

34. 明瞭な発音で話すことができる
35. 正確な医学用語を使用できる
36. 患者が使用する医療表現を理解できる
37. 患者のレベルに合わせた医学用語を使用できる
38. 前振りができる
39. 患者の理解を確認することができる
40. 自分の理解を確認することができる
41. 患者の答えを要約することができる
42. 共感を表すことができる
43. 患者を安心させることができる
44. 難しい患者に対処することができる