

1. 学修・学習目標としての プロフェッショナルリズム

(1) 欧米で進んできたプロフェッショナルリズム教育と日本

欧米では以前から、プロフェッショナルリズムは“明示的に”教えられるべきであるとの考えのもと¹⁾、教育が進められてきた。AAMC (Association of American Medical Colleges) のアウトカムプロジェクトはその1例である。しかし、わが国では、プロフェッショナルリズムという言葉を使った教育は、平成17年頃から一部では行われていたが(日本内科学会専門医部会プロフェッショナルリズム委員会)、公式に取り上げられることはほとんどなかった(平成19年3月日本総合診療医学学会シンポジウムが初出と思われる)。医学教育モデル・コア・カリキュラム平成22年度改訂版では、プロフェッショナルリズムという言葉に記載する事が議論されたと聞くが(私信)、記載されることはなかった。

(2) 日本における“明示的な”プロフェッショナルリズム教育の最近の流れ

急激に変化する医療と社会との関係性を反映して、プロフェッショナルリズム教育は日本でも重要な課題となってきた。医学教育モデル・コア・カリキュラム平成28年度改訂版では、プロフェッショナルリズムという言葉が初めて取り上げられ、医師として求められる基本的な資質・能力の第1番目に記載された。また平成29年5月には全国医学部長病院長会議から医学教育モデル・コ

ア・コンピテンシー(初版)が発表され、ここでも第1番目の項目としてプロフェッショナルリズムが挙げられた。

さらに、厚労省の医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するワーキンググループ(厚労省ホームページに資料掲載)においては、H32年度から改訂される臨床研修の到達目標において、医師としての基本的価値観(プロフェッショナルリズム)が第1番目の目標に取り上げられようとしており、現在、議論が進められている。今後、プロフェッショナルリズムは医学教育全般の中核となる学修・学習目標であることがはっきりと認識されることになる。

2. プロフェッショナルリズムの定義の混沌

欧米、日本で様々な形で提示される定義を読んでも、プロフェッショナルリズムとは一体何なのか、理解するのは難しい。比較よく引用されるArnoldとSternによって提示された定義(臨床能力・コミュニケーションスキル・倫理的/法的理解を基盤にした上で、利他主義・説明責任・ヒューマニズム・卓越性がプロフェッショナルリズムを構成する)²⁾も、新ミレニアムにおける医のプロフェッショナルリズム:医師憲章³⁾も、欧米で完全にコンセンサスが得られているというわけではない。すべての概念、要素を包括的にまとめたプロフェッショナルリズムの定義はなく、おそらくそれを創ることはできないであろう。

プロフェッショナルリズムの概念、定義は混沌としている。事実、コンピテンシーのリストから、態度や価値観の声明まで、様々な形でプロフェッショナルリズムが定義されている⁴⁾。定義、含まれる要素、倫理やその他のものとの違いに関して議論を繰り返すのは賢明ではない。どのような枠組みでプロフェッショナルリズムを議論しているのか、その前提を明らかにしておくことが重要であ

*¹ Professionalism Education

*² Yasushi Miyata 愛知医科大学医学部地域医療教育学
寄附講座

る。そのことでプロフェッショナリズムの概念の理解が進み、教育方略、評価に結びつく有意義な議論につながる。

3. プロフェッショナリズムの概念・定義の3つの枠組み⁵⁾

以下のどの枠組みが適切というわけではない。これらを上手く組み合わせて教育していくことが重要である。

(1) 美徳に基づく

道徳的特性・思考、ケアや思いやりといったヒューマニズムの向上に焦点を当てる。良い医師とは、人間性の良い人である。

医師は、患者の最善の利益のために自分の利益を抑えなければならない道徳主体と見なされる。患者と同僚に対する自己奉仕の資質・能力を向上させるために価値観と倫理的思考を内在化することを意図する。

(2) 行動に基づく

マイルストーン、コンピテンシー、観察可能な行動に焦点を当てる。良い医師とは、患者ケアのパフォーマンスにおいて、一貫して能力を発揮する人である。

美徳に基づく枠組みで示される人格の測定と評価の試みが困難であることから生じた考え方である。行動の枠組みの際には、学習・職場環境の視点を考慮する必要がある。複雑な組織・状況での相互作用のなかでプロフェッショナルに行動するためには、コンフリクト・マネジメントの能力が必要になる。

(3) アイデンティティ形成

実践の中でのアイデンティティの発展・社会化に焦点を当てる。良い医師とは、医師のコミュニティに合致した価値観・資質を自身のアイデンティティに統合し、最善の医師にみられる専門家としてのアイデンティティを追求する人である。

4. プロフェッショナリズム教育の2つの義務

プロフェッショナリズム教育には以下の2つの目的がある。これを明確に区別し、それぞれを学習者に明示して教育する必要がある⁶⁾。

(1) 最低限の目標

近年、プロフェッショナリズムから逸脱した医療者の行動が社会的な話題に上ることが稀ではなくなっている。能力に基づく禁止行動のリストに還元されるアンプロフェッショナルな態度・行動に焦点を当てた教育が必要とされる。これは医師に求められる資質・能力の最低限をクリアするためのものであり、患者・住民の安全のためにも重要である。

(2) 向上心的目標

最低限の目標、特に単なる禁止行動だけに焦点を当てた教育では、プロフェッショナリズム教育に対して陰性感情しか生まれない可能性がある。また、どんな医師でも状況によってはプロフェッショナリズムからの逸脱が起きってしまうことに焦点が当たらない。プロフェッショナリズムは、どんな優れた医師でも追い求めることに取り組まなければならない向上心的目標でもある。より高みを目指すためのプロフェッショナリズム教育が重要である。

5. ヘルスケア組織のプロフェッショナリズム⁷⁾

医師個人のプロフェッショナリズムにとどまらず、近年、ヘルスケア組織のプロフェッショナリズムに注目が当てられるようになってきている。現在の医療状況は以前と大きく異なっており、ヘルスケア組織として社会にどのように対応していくべきかが問われている。

重要なのは、疾患を治療したり健康を回復したりすること以上のことを行うことが求められていることである。ヘルスプロモーション、疾患予防、価値に基づくケア、多職種間連携、地域との協働などへの対応が求められている。これらのへ

ルスケア組織のプロフェッショナルリズムが、個々の医師のプロフェッショナルリズムに良くも悪くも大きな影響を及ぼす。また、組織のプロフェッショナルリズムは、個々の医療専門職にはできない方法で健康の社会決定要因にインパクトを与えることができる。

ヘルスケア組織のプロフェッショナルリズムとして、患者とのパートナーシップ・組織の文化・地域とのパートナーシップ・管理運営と経営実践、の4つの概念が挙げられており、それぞれに複数の要素が設定されている。

6. プロフェッショナルリズム教育のために整備すべきこと、注意すべきこと

プロフェッショナルリズム教育が効果的となるために、整えておくべきこと、留意すべきことを挙げる。

(1) 隠れたカリキュラム^{8,9)}

施設や組織の構造や文化に埋め込まれており、明確に意図されていないのに学ばれるカリキュラムのことである。公式なカリキュラムよりも学習者への影響は強力であり、不適切な隠れたカリキュラムを整理する必要がある。

(2) ロールモデル

ロールモデルからの学びは強力であり、ロールモデル育成、ロールモデルからの学びの構造化、ネガティブな影響を及ぼすロールモデルの排除、の取り組みが必要である。

(3) 状況依存的なプロフェッショナルリズムの考慮

医療者の行動は個人的特性だけに依存するのではなく、状況に影響されることが多い¹⁰⁾。倫理的に正しく行うことは理解していても、そのように行動できないことも多い¹¹⁾。状況に特有なプロフェッショナルリズム課題、ジレンマ、逸脱(lapse)という考え方をする方が、単純に「アンプロフェッショナルである」と考えるよりも良い場合が多いことを理解しておくべきである。

7. 教育方略

(1) 自分の置かれた状況でのプロフェッショナルリズムを定義する⁴⁾

プロフェッショナルリズムの定義は様々であり、方略も評価も様々である。自分自身の置かれた状況において重要な要素を定義するワークショップを開催するなどして、プロフェッショナルリズムを皆で学び合う機会を持ち、皆でプロフェッショナルリズムについて考えるのが効果的である。

(2) 省察を中心に据える

“経験はあなたに起こることではない。起こったことについてあなたが行ったことである”。学習者に価値観や態度を伝えるには、経験を振り返る(省察する)ことで個人的変容を求める変容学習をめざすようにすべきである¹²⁾。省察とは、経験を深く探索すること、見逃していた点に気づくこと、他の見方を考えること、今後の行動を考えること、を学習者に求めるものである⁴⁾。このことは自然にできるようになるものではないため、反復練習、フィードバックとファシリテーションのある小グループ討論、省察的記述、1対1のメンタリングなどを用意すべきである。省察を促すフィードバックはアイデンティティ形成につながる可能性がある¹³⁾。

(3) 学習者のレベルに応じた学習機会を提示する⁴⁾

医学部入学時から生涯教育に至るまで、継続的な教育が必要である。教育を5つのフェーズに分けて、方略の例を挙げる⁹⁾。

①新入時のオリエンテーション：宣誓文作成などのワークショップによる動機付け、②臨床実習前：神経生理学コースで、脳死と植物状態について倫理的ジレンマのディスカッション。実際の臨床からのビデオ、ロールプレイ、ビデオを使ったディスカッション、③高学年次：ケースプレゼンテーションで、臨床の問題だけでなく、倫理的問題、プロフェッショナルリズムの問題を抽出させ議論。④研修医：意思決定の共有、倫理的ジレンマの検討。長い勤務時間、過剰な責任、さまざまなハラスメント、少ないサポート、考えたりリラ

ックスしたり患者への感情を振り返ったりする時間がない, などの良好ではない学習環境についての議論. それらの整備のための提案作成. ⑤独り立ちしている医師: 変化する社会状況を考慮し, どうあるべきか, 何をすべきかに加え, なぜそうなのかを熟考する機会の設定.

8. 評価, フィードバック, 適切な再教育

評価は態度ではなく, 行動に焦点を当てるべきである⁹⁾. そもそも態度, 価値観などの評価は困難であるため, 観察可能な行動でそれを代用するのがよい. 行動に対する評価は学習者にとっても受入れやすい. 直接的な観察が最も良い行動の評価法である⁴⁾.

フィードバックは, 改善のための具体的示唆であるべきで, 学習者が自分に何が求められているのかを理解できるようにすべきである⁴⁾. ただし, あらかじめ決められた基準に沿った単純な評価に基づくフィードバックではなく, 観察された行動が生じた状況を考慮し, 現実的なフィードバックをすべきである. そのためには指導者は脅威を与えないようにして学習者と対話を持ち, プロフェッショナリズムからの逸脱について十分に話し合うようにすべきである.

反復する逸脱のみられる学習者については, その事実を正確に記録し, しっかりとモニターすべきである. そして, 構造化されたメンタリング, 再教育, 場合によっては懲戒が必要となる⁹⁾.

■文 献

- 1) クルーズ R, クルーズ S, シュタイナート Y 編著. 医療プロフェッショナリズム教育【理論と原則】. 日本評論社, 東京, 2012, p.20.
- 2) スターン DT 編. 医療プロフェッショナリズムを

測定する. 慶應義塾大学出版会, 東京, 2010, p.22.

- 3) 認定内科専門医会 会長諮問委員会. 米欧合同医師憲章と医のプロフェッショナリズム - 日本版内科専門医憲章策定をめざすプロジェクトの成果 -. 内科専門医会誌2006; **18**: 45-57.
- 4) Cantillon P, Wood D, Yardley S, ed. ABC of learning and teaching in medicine. Willey Blackwell, Oxford, 2017, p.91-96.
- 5) Irby DM, Hamstra SJ. Parting the clouds : three professionalism frameworks in medical education. *Acad Med* 2016; **91**: 1606-1611.
- 6) Brody H, Doukas D. Professionalism: a framework to guide medical education. *Med Educ* 2014; **48**: 980-987.
- 7) Egener BE, Manson DJ, McDonald WJ, et al. The Charter on Professionalism for Health Care Organizations. *Acad Med* 2017; **92**: 1091-1099.
- 8) Levinson W, Ginsburg S, Hafferty FW, et al ed. Understanding medical professionalism. McGraw-Hill, New York, 2014. p.173-188.
- 9) Al-Eraky MM. Twelve tips for teaching medical professionalism at all levels of medical education. *Med Teacher* 2015; **37**: 1018-1025.
- 10) Brody H, Doukas D. Professionalism: a framework to guide medical education. *Med Educ* 2014; **48**: 980-987.
- 11) Swick HM. Toward a normative definition of medical professionalism. *Acad Med* 2000; **75**: 612-616.
- 12) Huddle TS. Teaching professionalism: Is medical morality a competency? *Acad Med* 2005; **80**: 885-891.
- 13) Goldie J. Assessment of professionalism: A consolidation of current thinking. *Med Teacher* 2013; **35**: e952-e956.