

日本医学教育学会 プロフェッショナリズム部会

プロフェッショナリズム教育方略  
学会誌連載論文集

本論文集は、日本医学教育学会・学会誌「医学教育」に

2019年～2023年に渡って連載されたものをまとめたものである

## 目次

		ページ
■ プロフェッショナリズム教育方略お連載に当たって	宮田靖志	4
1. 白衣式		
1.1 愛知医科大学での白衣式	宮田靖志	5
1.2 白衣式および白衣式実施プロジェクトの紹介（千葉大学の例）	朝比奈真由美	15
2. プロフェッショナリズムの基盤としての道徳性の科学		
2.1 「道徳性の科学」に基づいてまなぶ医療職のプロフェッショナリズム	野村英樹	24
2.2 道徳性の科学 一 道徳的対立を超えるためのスローシンキング	松岡英仁	33
3. 臨床倫理カンファレンス		
3.1 事例をアレンジしたケースを使用した臨床倫理カンファレンス授業例	平山陽示	37
3.2 東海大学医学部における倫理的問題に気づく力の涵養を目的とした臨床倫理カンファレンスの試み	竹下啓	43
4. 患者の語りを用いたプロフェッショナリズム教育		
4.1 患者のナラティブ動画を活用した医学教育	孫大輔	48
4.2 患者講師の語りを活用した医学生の共感の涵養	香川由美	53
5. 性別違和に対する偏見を解消するプロフェッショナリズム教育	康純	58
6. プロフェッショナリズムの概念・要素についての講義	宮田靖志	62
6.2 専門職としての医師のあり方の気づきを求めて 一人間の本性と社会の眼	大生定義	72
7. 治療的自己の涵養 一他者へ共鳴できる医療者としての自己を育てる	網谷真理恵	76
7.2 治療的自己の客観的評価方法	阿部哲也	80
8. 千葉大学医学部における Appreciative Inquiry	朝比奈真由美	84
8.2 金沢大学医学類における Appreciative Inquiry	原怜史	89
9. 有意事象分析 Significant Event Analysis		
9.1 非行 misconduct が認められた学修者の再教育 remediation ツールとしての SEA	野村英樹	96
9.2 勤医協中央病院初期研修プログラムにおける SEA(Significant Event Analysis)の実践	臺野巧	100
■ 部会報告：第 21 期プロフェッショナリズム部会への連載引き継ぎにあたって	宮田靖志	103



10	フィードバックリテラシーを教育/学習する		
10.1	学生に対するフィードバックリテラシー教育は生涯学習コンピテンシーを達成する有力な方略であるか？	朝比奈真由美	104
10.2	模擬患者参加型の医療面接演習をより効果的に行う方法～模擬患者による対話型フィードバックの開発と実践～	朝比奈真由美	123
11			
	アンプロフェッショナルな行動への対処		
	ークリニカル・クラークシップ中に経験した医療者のアンプロフェッショナルな行為の振り返りー	宮田靖志	128
12	ソーシャルメディアの使い方と医療プロフェッショナリズム		
12.1	オンラインプロフェッショナリズムをどう教えるか	孫大輔	133
12.2	地域医療実習にソーシャルメディアを活用する：プロフェッショナリズム教育への示唆	近藤諭	138
13	シネメディケーションとプロフェッショナリズム教育		
13.1	映画を使ったプロフェッショナリズム教育	孫大輔	144
13.2	プロフェッショナリズムと地域医療の教育におけるシネメデュケーション	井上和興	149
14	利益相反		
14.1	利益相反を Hidden Curriculum とした情報リテラシー教育		
	ー製薬会社の製品説明パンフレットの読み方・使い方を通じて利益相反を学ぶー	南郷栄秀	155
14.2	製薬企業と医療専門職の間の金銭的利益相反が診療にもたらす影響とその改善を図るための医療者教育	尾崎章彦	159
15	医学生へのセルフケア教育		
15.1	昭和大学におけるセルフケア教育の実例	高宮有介	166
15.2	医学生のセルフケアとしてのマインドフルネス実習：関西医科大学の実践	西垣悦代	172
16	人文学とアートを使ったプロフェッショナリズム教育		
16.1	哲学対話とプロフェッショナリズム教育	小比賀美香子	177
16.2	インプロ（即興演劇）を用いた医学教育	岡崎研太郎	184
17			
17.1	1対1 コーチングによるプロフェッショナリズム教育	横尾英孝	189
17.2	チームコーチングによるプロフェッショナリズム教育	田口智博	193
18			
	自治医科大学における Professional Identity Essay を活用した教育方略	松山泰	198
■	“部会報告：プロフェッショナリズム教育方略”の連載を終了するに当たって	宮田靖志	205

医学教育 2019, 50(2): 169~170

## 委員会報告：プロフェッショナルリズム教育方略

## プロフェッショナルリズム教育方略の連載に当たって

日本医学教育学会 プロフェッショナルリズム・行動科学委員会  
委員長 宮田 靖志\*

卒前・卒後・生涯教育の学修目標の第一番目にプロフェッショナルリズムが掲げられ、プロフェッショナルリズム教育の重要性に関する認識は高まっている。しかしながら、プロフェッショナルリズムの概念・定義は、学術的な立場により様々に提示されており、教育現場では混乱がみられることとなっている。そもそもこれらの完全な一致・包括的な枠組みを示すこと自体、無理があるというのが一般的な見解である。ただし、プロフェッショナルリズムというのは医療専門職が維持すべき基本的な価値観、態度、能力、行動である、ということについては共通理解が得られているのではないかと思う。

本委員会ではプロフェッショナルリズムの概念・定義に関する議論を継続しているが、それと同時に、上記のような共通理解のもと、実際の教育現場でプロフェッショナルリズムをどのように教育していくかについても議論を重ねてきた。また、様々な機会を設けて全国各地で実施されているプロフェッショナルリズム教育方略の共有を行ってきた。これらの議論、意見交換から分かってきたことは、現時点でも医学教育者はプロフェッショナルリズム教育をどのように実践すべきか苦労しながら試行錯誤を続けている、あるいは混乱の中でプロフェッショナルリズム教育の導入に踏み切れていない、という事実であった。

しかしながら、プロフェッショナルリズムの各要素について、それを涵養する有効な方法を検討

し、工夫を重ねて教育方略を開発してきている教育者が少なからずいることも委員会では把握してきた。そこで、本委員会では、委員会委員を中心とした執筆陣により、実際のプロフェッショナルリズム教育方略を具体的に示すことで、それを参考にして、読者が実際に各施設でプロフェッショナルリズム教育が実施できるようになることを考え本連載を企画した。よって、本連載は概念的な内容ではなく、教育実践というプラクティカルな内容になるようにしている。ぜひ本連載を参考にしてプロフェッショナルリズム教育を各施設で導入していただければ幸いである。そしてまた、連載のもう一つの目的は、現在予定している各テーマの執筆陣に加え、そのほかのテーマについて教育実践している教育者の具体的方略をも紹介していくことである。各施設で実施されているプロフェッショナルリズム教育の共有はまだまだ不十分である。ぜひ読者の皆さんの実践を紹介していただきたいと思っている。多くの読者からの実践を掲載したいと考えているので、自身の教育実践の投稿についてぜひ当委員会へ問い合わせをしていただきたい。

本連載によってプロフェッショナルリズム教育がより活発に各施設で導入され、そこで得られた知見が共有され、効果的なプロフェッショナルリズム教育方略がさらに多くの教育者によって開発されることを期待している。

\* 愛知医科大学医学部地域総合診療医学寄附講座, Aichi Medical University School of Medicine, Department of Primary Care and Community Health

医学教育 2019, 50(2): 171~176

## 委員会報告：プロフェッショナリズム教育方略

### 1. 白衣式

#### 要旨：

白衣式は、1993年にコロンビア大学でアーノルド・P. ゴールド教授によって整備された形で初めて実施された。同教授は、医学生がヒューマニズムやプロフェッショナリズムを軽視していると感じており、医学におけるヒューマニズムを涵養することに尽力するための組織としてアーノルド・P. ゴールド財団を設立し、白衣授与式を実施することを後援した。これ以降、臨床自習に入る前の時期に白衣授与式を実施することが全米に広がった。白衣授与式は、医学生が白衣を着用することに由来する責任の意味を理解し、ヒューマニズムとプロフェッショナリズムを自覚することが期待されているものである。本邦でも近年多くの医学部で導入されているが、その実施方法は様々である。

キーワード：白衣授与式、スチューデント・ドクター、医学生の宣誓文

#### 1. White Coat Ceremony

Yasushi MIYATA\*

#### Abstract:

The first White Coat Ceremony was officially conducted by prof. Arnold P. Gold at Columbia University in 1993. The professor felt that medical students needed more humanism and professionalism. Therefore, he established the Gold Foundation, the sponsoring organization for the White Coat Ceremony. Since then, it has spread across the country. The aim of the White Coat Ceremony is for medical students to understand the meaning of the responsibility associated with wearing the white coats, and to be aware of humanism and professionalism. Although it has been recently introduced in many medical departments in Japan, implementation methods of the White Coat Ceremony.

**Key words:** white coat ceremony, student doctor, oath of medical students

## 1.1 愛知医科大学での白衣式

宮田 靖志\*

### Description of a White Coat Ceremony at Aichi Medical University School of Medicine

#### はじめに

白衣授与式は近年、臨床実習前の時期に本邦の多くの医学部で実施されるようになってきている。白衣式はもともと米国で古くから行われてきているものであり、臨床実習に臨む3年生に白衣を授与し、医学生はヒポクラテスの誓いを唱和す

るという形で実施されることが多い<sup>1,2)</sup>。約10年前から同じような形で本邦に導入されたのをきっかけに、その後、多くの医学部に広まった。

その実施方法に決まったものはなく、各医学部で様々な工夫を凝らして実施されている<sup>3,4,5,6)</sup>。本学での実施形式のうち、他大学に有益で導入可能なものがあれば幸いである。

\* 愛知医科大学医学部地域総合診療医学寄附講座, Aichi Medical University School of Medicine, Department of Primary Care and Community Health

## プロフェッショナリズム要素の何を涵養するのか

### ・臨床に臨むに当たってのプロフェッショナルな医療者としての自覚

早期体験実習などによって低学年から臨床現場に接することが多くなってきているが、実際に診療に参加し、スチューデント・ドクターとして患者に接することは、これまでの早期体験実習とは全く異なる体験であり、学生にとっては緊張感とこれまで以上の責任感を感じる実習である。臨床実習に臨むにあたり、プロフェッショナルな一員となっていくことの自覚を白衣式で涵養することを目的とする。

### 本学での実施様式

#### 1. 対象者 (学年)

CBT, 臨床実習前 OSCE に合格した4年生。

#### 2. 実施時期

CBT, 臨床実習前 OSCE の合否判定が終了し、臨床実習に参加が認められることになる4年次10月下旬、白衣式前日に半日を使って宣誓文の準備を行う。翌日に白衣式を実施する。白衣式終了1週間後から臨床実習が開始される。

#### 3. 実施場所

以下のすべての場所を使用する。

- ・講義室 (概要説明, 個人ワーク, グループワーク, 宣誓文まとめ作業)
- ・セミナー室 (8部屋; グループワーク)
- ・大学本館の講堂 (実際の白衣式実施場所, 全体写真撮影)
- ・学生・職員食堂 (白衣式後の懇親会)

#### 4. 準備物

白衣式で唱和する宣誓文の学生による作成・全体写真撮影・宣誓文送付のために、以下のものを準備する。

- ・個人ワークシート各自1枚
- ・グループワークシート; 8グループに各1枚ずつ
- ・模造紙・ポストイット・マジック; 8グルー

プに各1セットずつ

- ・全体写真撮影の手配
- ・全体写真と宣誓文を掲示するためのパネルと掲示場所の確保
- ・全体写真・宣誓文・個人ワークシートを学生の家族に送付するための封筒
- ・来賓者, 学生の家族への案内
- ・大学支給の実習用白衣上下
- ・大学オリジナル作成のスチューデント・ドクター・ワッペン

## 5. 具体的方法

<白衣式前日>

### (1) 全体説明

講義室で白衣式の意義, 実施形式, これからのグループ作業の説明を行う。

### (2) 宣誓文作成のための個人作業

個人ワークシート (資料1) に記載する

白衣式では学生全員で自らが作成した宣誓文を唱和する。学年全体の宣誓文作成の準備として各学生個人の宣誓文を作成する。

① プロフェッショナルな医療人 (医学生, 医師, など) として持つべき資質, 価値観, 態度, 能力, 行動 (これをプロフェッショナリズムの要素と説明する) に関するキーワードを少なくとも5つ以上挙げてワークシートに記載してもらおう。キーワードはグループワークでも使用するため, ポストイットにも書き留めて置き, 保持してもらおう。

② スチューデント・ドクターとして臨床実習に参加するにあたっての自分自身の宣誓文を, 上記のキーワードを参考 (使用) して, 5つ以上の短文で作成してもらおう。

- ・例 ……します。 ……しません。
- ・患者さん, 患者さんの家族, 住民, 地域社会, 国民, 医療界, 同僚 (他職種), 後輩などに対しての宣誓と考えると良い, と説明する。

(3) 8グループに分かれグループでの宣誓文作成グループワークシート (資料2, ホームページに掲載) に記載するとともに, 最終的な宣誓

資料 1

白衣授与式 学生宣誓文作成ワークショップ ①

学籍番号 【   】 氏名 【   】

\*このシートのコピーは、大学の全教職員、皆様のご家族、4・5年次生全員にメールで送付されます。

- プロフェッショナルな医療人（医学生、医師、etc）として持つべき価値観、態度、能力、行動（これをプロフェッショナリズムと言います）に関するキーワードを少なくとも5つ以上挙げて下さい。（グループワークで使用するため、ポストイットにも大きな字で書き留めてください）

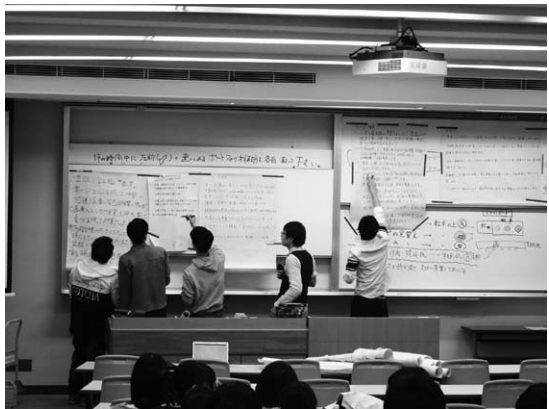
- ①
- ②
- ③
- ④
- ⑤

- 学生医師（student doctor）として診療参加型臨床実習に参加するにあたっての自分自身の宣誓文を作成してください。
  - 上記のキーワードを参考（使用して）にして、5つ以上の短文として作成します。
  - 例 ……します。 ……しません。
  - 患者さん、患者さんの家族、住民、地域社会、国民、医療界、同僚（多職種）、後輩などに対するの宣誓と考えると良いと思います。

資料 3



資料 4



文は模造紙に記載する。

あらかじめ決められた8グループが8つのセミナー室に分かれて集まり、個人で作成した宣誓文を元にグループでの宣誓文を作成する（資料3）。

- ① 各グループで、作成リーダー（発表者）を決める。
- ② リーダーが司会を務め、個人ワークでポストイットに書き留めたキーワードを皆が模造紙の上に提示し、グループメンバー全員

で議論しながら同様概念のものをまとめ、プロフェッショナリズムの要素を整理する。

- ②個人で作成した宣誓文を披露しあい、上記でまとめた概念を参考にしながら、グループ全体の宣誓文を作成し、模造紙に記載する。
- (4) 2グループ合同での宣誓文の整理  
2つのグループが1つのセミナー室に集まり、お互いのグループの宣誓文を披露しあってグループメンバー全員が内容を吟味し、2グ

グループで考えた宣誓文を完成させ、模造紙にまとめる。最終的に4つの宣誓文が作成されることになる。

#### (5) グループごとの宣誓文の発表

講義室に全員が集まり、各2グループの宣誓文を発表する。4つの宣誓文が発表される。

- ① 2グループ全員が講義室の前にてでくる。
- ② 作成した宣誓文が書かれた模造紙を黒板に掲示する。
- ③ 2グループのリーダーが宣誓文を読み上げ、作成した内容の趣旨を説明する。
- ④ グループメンバーからの補足があれば追加発言をする。
- ⑤ フロアの学生から質問、コメントをもらう。自発的な発言がない場合は、ランダムに学生を指名し発言を求める。

#### (6) 学年全体の宣誓文作成 (資料4)

4グループの宣誓文が発表され議論されたのち、黒板に掲示された4つの宣誓文を元にして、学年全体の1つの宣誓文をまとめ上げる。

- ① 8名のグループリーダーがフロアの学生とやり取りしながら、4つの宣誓文の中の重要と考える言葉、文章をピックアップしていく。
- ② グループリーダーのうちの1名は、全体の議論で取り上げられるキーワード、文章を、プロジェクターでスクリーンに投影されているWord書式に随時書き留めていく。このことで学年全員が重要事項を確認することができ、議論に参加することができる。
- ③ 1つの宣誓文をまとめ上げるのはすべて学生に任せ、教員は求められたとき以外は口を挟まない。
- ④ 最終的に1つの宣誓文がWord書式の中に完成される。

#### (7) 宣誓文唱和の練習

翌日の白衣式で作成された宣誓文を全員で唱和するための練習を、宣誓文完成直後にその場(講義室)で行う。全員が参加し、ゆっくり、大きな声で、調和のとれた唱和ができるまで練習する。

#### (8) 個人ワークシートの提出

授業の最後に個人ワークシート(個人の宣誓文が記載されている)を回収する。個人の宣誓文は、大学全職員にメール添付で、学生の家族に郵送で、送付されることがあらかじめ学生には伝えられている。

#### <白衣式当日>

以下の式次第に沿って進行する。

- ① 来賓、学生の家族に招待状を出しており、学生・大学関係者を含めた参加者が講堂の決められた場所に着座する。4年次学生はあらかじめ配布されている実習着(白衣)の上下を着ている。また、前日に作成した全体宣誓文が印刷された用紙を持っている。
- ② 開会
- ③ 医学部長挨拶
- ④ スチューデント・ドクター証書授与
  - ・一人一人の学生に医学部長から授与される。また、同時に、臨床系教授6名から学生6名ずつに同時に愛知医大オリジナルのスチューデント・ドクター・ワッペンが学生の右肩に貼付される。
- ⑤ 学長・病院長・看護部長・同窓会長の挨拶
- ⑥ 先輩研修医からの激励の言葉
- ⑦ 宣誓文唱和(資料5。ホームページに掲載)
- ⑧ 閉会
- ⑨ 全体写真撮影
  - ・4年生全員、大学教員が講堂の舞台上に整列し、全体写真を撮影する。
- ⑩ 懇親会
  - ・学生・職員食堂に学生、教員、学生の家族が集まり、軽食を取りながら懇親する。
 以上で白衣式当日の行事は終了する。

#### <白衣式後>

- ① 学年全体の宣誓文と全体写真が1つにまとめられたスチューデント・ドクター記念シートが作成される(資料6)。
- ② 学生個人が作成した宣誓文と上記の書類が、各学生の家族に郵送される。

## 資料 6

## 平成30年度スチューデント・ドクター



(白衣式：平成30年10月27日(土))

## 学生宣誓

私達はスチューデント・ドクターとして医療現場に参加するにあたって、

- 一、医療人としての十分な自覚を持ち、謙虚な姿勢で、臨床実習に臨むことを誓います。
- 一、医学生として向上心を持ち、仲間と共に、切磋琢磨していくことを誓います。
- 一、臨床実習に関わる全ての方々、支えて下さる家族など、多くの方々への感謝の気持ちを持ち、臨床実習に臨むことを誓います。
- 一、患者さんとその家族に対して真摯に向き合い、尊重する心を忘れないことを誓います。
- 一、常識のある行動をとり、守秘義務を遵守することを誓います。
- 一、チーム医療の一員である自覚を持ち、多職種との関わり方を学びながら、医療に参加していくことを誓います。

以上のことを忘れずに、医学生としての模範となるような行動をとることを誓います。

(平成30年度4学年次スチューデント・ドクター全員が協力して作成)

- ③ 学生個人全員分の宣誓文と上記の書類がPDFにて大学職員全員送付される。
- ④ スチューデント・ドクター記念書類はパネルにされ、前年度学生作成成分を合わせて2学年分が大学本館、大学病院に掲示される。

## 6. 評価

実施内容に関する正式な評価はできていない。非公式な評価としての各所からのフィードバックにおいては、以前は大学が用意した宣誓文を学生が朗読する白衣式であったのに対して、現在は、学生自らが作成した宣誓文を唱和することになり、学生自身の自覚が少しは高まっているのではないかと、との声が多い。また、学生の宣誓文を大学内の職員全員、学生の家族に送付することで、学生自身のプロフェッショナルとしての動機付けの強化とともに、大学全体、家族が共同して学生のプロフェッショナリズムを考えることにつながり、施設全体としてのプロフェッショナリズムの向上につながっているのではないかと、との声もある。

## 7. 対象者からの声・反応

カリキュラムに対する正式な学生からの評価は行われていないが、非公式な意見としては前向きな評価を得ている。特に、宣誓文を自分たちで作成するプロセスによってプロフェッショナリズムについて改めて深く考えることにつながっている、皆で議論しながら宣誓文を作成することで自身の気づかなかったプロフェッショナリズムの側面についての気づきが得られた、などの意見が得られている。

## 成功の秘訣・注意すべき点

白衣式を単なる儀式としたのでは通過儀礼としての形式的な儀式に終わってしまうであろう。宣誓文を自分たちの手で作成することでプロフェッショナリズムを再確認してそれを意識して臨床実習に臨むということを白衣式の目的にするのがよいと思われる。

学生が宣誓文を作成するに当たっては、教員はあくまでも黒子に徹し、学生だけで宣誓文をまとめ上げるようにして、宣誓文の内容が自分たちのものであることが自覚できるようにするのがよい。また、作成された宣誓文は全体写真と共に多くの人に提示されるようにして、学生と教職員が一体となってプロフェッショナリズムを意識できるようにするのがよいだろう。宣誓文と写真のパネルは大学、大学病院の中で多くの人目につくところに掲示され、常に学生のプロフェッショナリズムが意識されるようにするのがよい。

注意すべきは、一部の学生においては、グループワークに積極的に参加しない者が出る場合があることである。教員は宣誓文作成自体には口を挟まないが、グループワークの参加態度については常に注意を払い、不適切な参加態度のものが出てこないようにする必要がある。

## おわりに

白衣式の実施の有効性・意義については様々な意見がある。実施そのものに疑問が呈される場合もある。白衣式がどれだけ医学生によって意味があるものとなっているか、という疑問などである。確かに白衣式だけで学生のプロフェッショナ

リズムが涵養されることはない。我々は、プロフェッショナルリズム教育の1つとして白衣式をとらえている。プロフェッショナルリズム教育は医学部入学後から卒業まで、そして生涯にわたって、また様々な方略を組み合わせ、継続的に行われるべきものである。その意味においては1回の行事である白衣式ではあるが、その実施内容を他のプロフェッショナルリズム教育と関連付けることで、一定の教育効果がある行事となるのではないかと考える。

(\*紙面の都合上、本誌に掲載できなかった資料はすべて日本医学教育学会ホームページの委員会活動 プロフェッショナルリズム・行動科学委員会に掲載されています。)

## 文 献

- 1) Swick HM, Szenas P, Danoff D, et al: Teaching professionalism in undergraduate medical education. *JAMA* 1999; **282**: 830-2.
- 2) Rhodes R: Enriching the white coat ceremony with a module on professional responsibilities. *Acad Med* 2001; **76**: 504-5.
- 3) 安陪等思, 淡河喜雄, 上野隆登, 他: 通過儀式としての白衣授与式 (White Coat Ceremony) の施行と評価 —卒前医学教育における専門職意識の育成のひとつとして—. *医学教育* 2002; **33**: 193-9.
- 4) 後藤道子, 津田司, 横谷省治・他. 三重大学における白衣授与式の意義とその評価. *医学教育* 2009; **40**: 123-7.
- 5) 宮田靖志, 山本和利. 卒前教育におけるプロフェッショナルリズム・コース開発の試み. *医学教育* 2010; **41**: 189-93.
- 6) 戸谷遼, 奥山訓子, 神山圭介・他. Medical professionalism 教育の一環としての白衣式における誓いの言葉プロジェクト. *医学教育* 2011; **42**: 283-7.



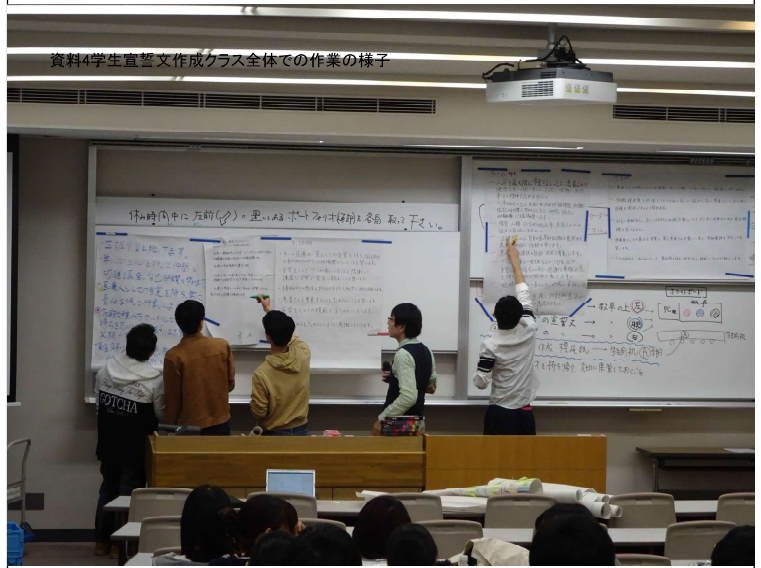
論文 “愛知医大での白衣式” 関連資料

- 資料 1 学生宣誓文作成ワークショップ 個人用シート
- 資料 2 学生宣誓文作成ワークショップ グループ用シート
- 資料 3 学生宣誓文作成グループワークの様子
- 資料 4 学生宣誓文作成クラス全体での作業の様子
- 資料 5 白衣式での宣誓文唱和の様子
- 資料 6 学生宣誓文と全体写真（関係者への送付および学内掲示用）

本資料は、日本医学教育学会 第 20 期プロフェッショナリズム・行動科学委員会がプロフェッショナリズム教育の方略の普及のため公開するものであり、本資料の利用は、教育目的かつ非営利での利用に限ります。

日本医学教育学会  
第 20 期プロフェッショナリズム・行動科学委員会  
(2019/04/23)





# 平成30年度スチューデント・ドクター



(白衣式：平成30年10月27日(土))

## 学生宣誓

私達はスチューデント・ドクターとして医療現場に参加するにあたって、

- 一、医療人としての十分な自覚を持ち、謙虚な姿勢で、臨床実習に臨むことを誓います。
- 一、医学生として向上心を持ち、仲間と共に、切磋琢磨していくことを誓います。
- 一、臨床実習に関わる全ての方々、支えて下さる家族など、多くの方々への感謝の気持ちを持ち、臨床実習に臨むことを誓います。
- 一、患者さんとその家族に対して真摯に向き合い、尊重する心を忘れないことを誓います。
- 一、常識のある行動をとり、守秘義務を遵守することを誓います。
- 一、チーム医療の一員である自覚を持ち、多職種との関わり方を学びながら、医療に参加していくことを誓います。

以上のことを忘れずに、医学生としての模範となるような行動をとることを誓います。

(平成30年度4学年次スチューデント・ドクター全員が協力して作成)

医学教育 2019, 50(2): 177~180

委員会報告：プロフェッショナルリズム教育方略

## 1.2 白衣式および白衣式実施プロジェクトの紹介 (千葉大学の例)

朝比奈 真由美\*

Planning and Implementation of a White Coat Ceremony  
: an Example of Chiba University

はじめに

白衣式はプロフェッショナルリズム教育カリキュラムの中で、医療者としてのプロフェッショナルリズムを強く意識づけるための式典と位置付けられている。千葉大学医学部では2011年4月8日に第1回白衣式(2011年度5年生)が実施され、今年度は2月に第9回白衣式が予定されている。1回目の白衣式は当初3月実施の予定で約1年前から準備が進められていたが、東日本大災のため4月に延期され会場もプログラムも変更して行われることとなった。2回目以降は臨床実習(CC)が始まる直前の時期に毎年順調に実施されてきた。準備プロセスから当日の白衣式実施までを含めた約1年間の白衣式実施プロジェクトを学生と教員が協力して進めるが、その目的は以下のとおりである。

- ① 授業(臨床入門)の一環として医学生が医師に求められる大切な心構え「誓いの言葉」を作成する。そのプロセスを通じて、千葉大学医学部の卒業時の学習成果(コンピテンス)<sup>1)</sup>の「倫理観とプロフェッショナルリズム」を実践できる責任ある専門職業人としての意識(プロフェッショナルリズム)を習得する。
- ② 白衣式当日は医学生が医療者の一員として、患者さんに直に接する立場となる自覚を新たにする。

- ③ 白衣式当日は医学生が医師になるために患者を診療できる基本的能力を修得し(スチューデント・ドクターの称号を与える)、本格的なトレーニング(CC)を開始することを列席者一同で祝福する。

### 白衣式の式次第

- 時期：4年生の1月末(2019年度からはカリキュラム前倒しのため11月末)
- 場所：医学部記念講堂
- 対象者：臨床前科目のすべての単位を取得し、CBTおよび臨床実習前OSCEに合格した4年生
- 列席者：教職員、学生の家族
- 配布物：白衣式パンフレット(誓いの言葉を掲載)(資料1)

式次第：

- ① 学歌斉唱
- ② CCを開始する学生へのメッセージ：医学部長、附属病院長、学部教育委員長、同窓会長、後援会長(家族代表)、千葉白菊会(篤志献体運動団体)会長
- ③ 一人一人の学生への白衣の着せ掛け(一度に約10名ずつ)(資料2)
- ④ 学生からの「誓いの言葉」(学生の演出により年度ごとに違う趣向)(資料3)
- ⑤ 記念撮影(資料4)

\* 千葉大学医学部附属病院総合医療教育研修センター, Health Professional Development Center, Chiba University Hospital



## 資料1

## 2018年度 Student Doctor 白衣式での「誓いの言葉」

私達は、  
 患者を第一に考え、思いやりをもって接し、信頼される医師を目指します。  
 自己研鑽に励み、責任感を持って最善の医療を提供します。  
 公衆衛生の励向上や人々の健康増進、医学研究の進歩のために尽力し、広く社会に貢献します。  
 全ての医療関係者の専門性を理解し、良好な協力関係を築くことで、チーム医療を実践します。  
 人命を預かる医療者としての謙虚な姿勢と誠実さを忘れず、互いに切磋琢磨し、成長を続けていきます。  
 以上の志を生涯にわたり胸に抱き、「つねに、より高きものをめざして」邁進します。

## 資料2 教員による白衣の着せ掛け



## 資料3



## 資料4 白衣式記念撮影



## 白衣式実施プロジェクト

目的：学生を主体とした白衣式で宣誓する「誓いの言葉」作成および白衣式準備

方法と時期：（時期は2019年以降のスケジュールを提示）

① 3年生の10月から始まる「臨床入門」、4年生の10月から始まる「CC ベーシック」科目の中で行う全員参加のワークショップ（WS）、合計3回、グループワークのできる教室を使用して行う。

WS1「（3年生10月）」：2名一組となり、インタビュー演習。「患者にとって好ましく感

じた医師の態度、患者にとって好ましくないと感じた医師の態度」をテーマとして、患者として、あるいは患者の家族として実際に経験したエピソードについて相互にインタビューを行い、内容を詳しく記録するとともに、プロフェッショナルリズムの視点から検討する。（資料5）

WS2「（3年生11月）」：1グループ6名程度のグループごとにWS1のプロダクトを共有、討論し「目指す医師像」についてグループの意見をまとめ、発表する。（資料6）

WS3「（4年生10月）」：1グループ6名程度のグループごとに卒業コンピテンシーや

## 資料5 WS1「自分の経験した医療者の態度」の例

- ・患者の目の届くところで医師や看護師が雑談しており、笑い声なども聞こえてきて不快な思いをした。→患者からの信頼を損なうばかりか、守秘義務にも抵触する可能性がある。
- ・服装が清潔感に欠けていた。→患者に対し、適切な身だしなみを整えることは、患者やスタッフに対する最低限の敬意である。
- ・清掃の人などコメディカルではない人もしっかりコミュニケーションをとっていた。→病棟全体の雰囲気を良くしている。
- ・かかりつけ医が、大病院に紹介した患者の様子を、大病院まで見に来てくれた。→患者への思いやりと、担当患者に対して責任感を持っていた。

## 資料6 WS2「目指す医師像」におけるグループのプロダクトの例

- ・利他主義を実行できる医師  
コミュニケーションの中で、患者への態度に気をつける。  
少しの言葉遣いでも、冷たさや忙しさが患者側には伝わってしまう。  
できるだけ患者のニーズが優先されるべきで、そのことを意識すれば利他主義につながる。
- ・説明責任  
患者1人1人に当てる時間が短くても、最低限の説明はなされるべき。
- ・敬意・親切さ  
患者がどういう相手でも、同じように接することが大切。  
患者自身もそういった態度を感じ取ってしまう。  
患者自身、不安な感情を持って病院へ来ることが多いので、それを医師自身が汲み取る努力をしていくべき。

## 資料7 WS3「誓いの言葉」におけるグループのプロダクトの例

- 私たちは  
学生医として患者中心の医療を目指し、常に医療人としての自覚を持って医学実習に当たることを誓います。  
より良い医療を実践できるよう、日頃から向上心と好奇心を持ち続けて行きます。  
それぞれの患者にあった最善の医療を提供できるよう思いやりの心と誠実さを持って向き合います。  
医師として必要な倫理観を培って行きます。  
以上の志を生涯に渡り胸に抱き、「つねに、より高きものをめざして」邁進します。

WS2のプロダクトを参考として討論、「誓いの言葉」を作成し、発表する。（資料7）

- ② 白衣式プロジェクトリーダーの選出（4年生10月まで）：学年代表を中心とし、6-7名のプロジェクトリーダーを選出する。プロジェクトリーダーの経験はリーダーシップ活動歴として履歴書に記載できる。
- ③ 白衣式実施準備（4年生10月～当日）：プロジェクトリーダーは、誓いの言葉を1つにまとめ、白衣式パンフレットの作成や当日の演出等を考える。また、式の開始前の待ち時間に来場者に見せるスライドショー（実習中や授業中の風景）を作成する。
- ④ 大学側の準備：学生の希望するパンフレット用紙の購入、印刷。千葉大のマーク、学生の名

資料8 白衣式で授与される白衣（左袖にマーク）とパンフレット



前、年号を刺繍した白衣を注文する。(資料8) 記念撮影とビデオ撮影業者の手配。

- ⑤ 白衣式当日：プロジェクトリーダーと担当教員、職員が協力して白衣の搬入、配置等を行う。プロジェクトリーダーは他の学生へ演出の説明、学歌の練習を行う。学生の席指定表示や列席者の受付は職員が行う。

### 教員、家族への影響

2011年に白衣式を開始した当初は教員からの関心はそれほど高いものではなかった。しかし一度参加した教員は学生の真摯な姿を見て感動し、翌年も参加するようになるなど参加者は徐々に増加している。学生の家族にとっては入学式以来の大学行事であることから、平日であるにもかかわらず7~8割の参加がある。また数年前からは白衣式の終了後、後援会（家族の会）の有志が中心となり家族の懇親会が行われるようになった。今後は学生の家族と大学との距離を縮めることにも役立つことが期待される。

### 運営する上で参考になる話題

千葉大学で白衣式を実施するにあたり、全国の大学に先駆け2005年度から白衣式を実施している慶應義塾大学医学部のご厚意により同大学の白衣式を見学させていただき、運営の参考とした。また白衣式の資金についても同大学より米国のArnold P. Gold Foundation<sup>2)</sup>の白衣式“startup grant”をご紹介いただき、アプライして立ち上げ資金の支援を得た。同財団は医療者のプロフェッショナリズムを推進することを目的として

おり、翌年以降も申請すれば襟につけるピンを贈呈してもらうことができる。これらの申請は現在も可能であるので、今後白衣式の開始を検討している大学はHPを参照するとよいと思われる。

白衣式にかかる費用で最大のもは人数分の白衣の購入費用である。その他に氏名とマークの刺繍代、パンフレット用紙、生花、集合写真、DVD作成（学生1人に1枚配布）の費用などが必要である。千葉大学では後援会、同窓会、教授会などからのさまざまな寄付により白衣式を運営している。

白衣式のコンセプトはプロフェッショナリズムの涵養であることから、学生が中心となり主体的に準備を進めていくことが重要である。また、式の雰囲気も学生の演出により堅苦しいものにならないように配慮している。

(資料はすべて日本医学教育学会ホームページの委員会活動 プロフェッショナリズム・行動科学委員会に掲載されています。)

### 文 献

- 1) Webpage  
千葉大学医学部の使命（ミッション）・医学部学生の学習成果（アウトカム）  
<http://www.m.chiba-u.ac.jp/edu/undergraduate/>  
(accessed 28 Jan 2019)
- 2) Webpage  
The Arnold P. Gold Foundation, URL: <https://www.gold-foundation.org/about-us/>  
(accessed 28 Jan 2019)



論文 “白衣式および白衣式実施プロジェクトの紹介（千葉大学の例）” 関連資料

- 資料 1 2018 年度 Student Doctor 白衣式での「誓いの言葉」
- 資料 2 教員による白衣の着せ掛け 写真
- 資料 3 誓いの言葉 写真
- 資料 4 白衣式記念撮影 写真
- 資料 5 WS1 「自分の経験した医療者の態度」の例
- 資料 6 WS2 「目指す医師像」におけるグループのプロダクトの例
- 資料 7 WS3 「誓いの言葉」におけるグループのプロダクトの例
- 資料 8 白衣式で授与される白衣（左袖にマーク）とパンフレット 写真

本資料は、日本医学教育学会 第 20 期プロフェッショナリズム・行動科学委員会がプロフェッショナリズム教育の方略の普及のため公開するものであり、本資料の利用は、教育目的かつ非営利での利用に限ります。

日本医学教育学会  
第 20 期プロフェッショナリズム・行動科学委員会  
(2019/04/23)

## 資料 1

### 2018 年度 Student Doctor 白衣式での「誓いの言葉」

私達は、

患者を第一に考え、思いやりをもって接し、信頼される医師を目指します。

自己研鑽に励み、責任感を持って最善の医療を提供します。

公衆衛生の励向上や人々の健康増進、医学研究の進歩のために尽力し、広く社会に貢献します。

全ての医療関係者の専門性を理解し、良好な協力関係を築くことで、チーム医療を実践します。

人命を預かる医療者としての謙虚な姿勢と誠実さを忘れず、互いに切磋琢磨し、成長を続けていきます。

以上の志を生涯にわたり胸に抱き、「つねに、より高きものをめざして」邁進します。

## 資料 2 教員による白衣の着せ掛け



資料3 「誓いの言葉」



資料4 白衣式記念撮影



資料5 WS1 「自分の経験した医療者の態度」の例

- ・患者の目の届くところで医師や看護師が雑談しており、笑い声なども聞こえてきて不快な思いをした。→ 患者からの信頼を損なうばかりか、守秘義務にも抵触する可能性がある。
- ・服装が清潔感に欠けていた。→ 患者に対し、適切な身だしなみを整えることは、患者やスタッフに対する最低限の敬意である。
- ・清掃の人などコメディカルではない人ともしっかりコミュニケーションをとっていた。  
→病棟全体の雰囲気を良くしている。
- ・かかりつけ医が、大病院に紹介した患者の様子を、大病院まで見に来てくれた。→患者への思いやりと、担当患者に対して責任感を持っていた。

資料6 WS2 「目指す医師像」におけるグループのプロダクトの例

- ・利他主義を実行できる医師  
コミュニケーションの中で、患者への態度に気をつける。  
少しの言葉遣いでも、冷たさや忙しさが患者側には伝わってしまう。  
できるだけ患者のニーズが優先されるべきで、そのことを意識すれば利他主義につながる。
- ・説明責任  
患者1人1人に当てる時間が短くても、最低限の説明はなされるべき。
- ・敬意・親切さ  
患者がどういう相手でも、同じように接することが大切。  
患者自身もそういった態度を感じ取ってしまう。  
患者自身、不安な感情を持って病院へ来ることが多いので、それを医師自身が汲み取る努力をしていくべき。

資料7 WS3「誓いの言葉」におけるグループのプロダクトの例

私たちは

学生医として患者中心の医療を目指し、常に医療人としての自覚を持って医学実習に当たることを誓います。

より良い医療を実践できるよう、日頃から向上心と好奇心を持ち続けて行きます。

それぞれの患者にあった最善の医療を提供できるよう思いやりの心と誠実さを持って向き合います。

医師として必要な倫理観を培って行きます。

以上の志を生涯に渡り胸に抱き、「つねに、より高きものをめざして」邁進します。

資料8 白衣式で授与される白衣（左袖にマーク）とパンフレット



医学教育 2019, 50(3): 251~259

委員会報告：プロフェッショナリズム教育方略 連載第2回

## 2. プロフェッショナリズムの基盤としての道徳性の科学

要旨：

プロフェッショナリズムとは、「特定の専門職集団 profession の一員 professional としての（正しい）あり方 -ism」である。自他の行為が「正しい」と認識することは道徳的判断であるから、プロフェッショナリズムとは、特定の専門職に相応しいとされる道徳的特徴である。したがってプロフェッショナリズム教育とは、第1に学修者に対してこの専門職に求められる道徳的特徴に沿った行動の修得を促すことであり、第2に異なる道徳的特徴を有する他者（非医療職を含む）との間に生じる摩擦を解決する方法を学ぶことであると言える。本稿では、発展著しいヒトの道徳性に関する科学的知見に基づいて、これらの学修を促進する方略をご紹介します。

キーワード：プロフェッショナリズム、道徳性の科学、スローシンキング

### Science of Morality as the Bases for Understanding Medical Professionalism

Abstract:

Professionalism is the (right) way of being/doing things as a member of a particular profession. Evaluating legitimacy (right/wrong) of one's behavior or the behavior of others is a moral judgement. Thus, professionalism is a set of desirable moral characteristics of a particular profession. The education of professionalism firstly promotes learning a set of desirable moral characteristics required in a profession. Secondly, it promotes the resolution of conflict with someone who has different moral characteristics. In this article, a possible learning strategy to promote these learning objectives will be explained based on the emerging knowledge of the science of human morality.

Keywords: medical professionalism, science of morality, slow thinking

## 2.1 「道徳性の科学」に基づいて学ぶ 医療職のプロフェッショナリズム

野村 英樹\*

### Learning Medical Professionalism from the Perspective of the Science of Morality

Hideki NOMURA

はじめに

医師という専門職の行動に求められる特徴については、従来から多くの職業倫理規範が発表されてきた（表1）。伝統的な医師のプロフェッショナリズム教育は、主にこの職業倫理規範を伝授することを意味していたと言って良いが、いかに

「正統な」職業倫理規範であったとしても、その「科学的正当性」を説明することはできなかった。

今世紀に入り、ヒトが自他の行動に関して道徳的判断を下す際に、脳でどのようなメカニズムが働いているのかを明らかにしようとする学際的研究分野が発展を見せ始めている。この分野の根幹にあるのは、このような機能も、進化の過程で（社

\* 金沢大学附属病院総合診療部, Department of General Medicine, Kanazawa University Hospital

1. Hippocrates' Oath	(460-370 BC? ; 現代版は 1964 <sup>10)</sup> )
2. American Medical Association, Code of Medical Ethics	1847 <sup>11)</sup>
3. Flexner's definition of profession	1915 <sup>12)</sup>
4. World Medical Association (WMA), Declaration of Geneva	1948 <sup>13)</sup>
5. WMA, International Code of Medical Ethics	1949 <sup>14)</sup>
6. WMA, Declaration of Madrid on Professional Autonomy and Self-regulation	1987 <sup>15)</sup>
7. American Board of Internal Medicine (ABIM), Project Professionalism	1990 <sup>16)</sup>
8. General Medical Council, Good Medical Practice	1995 <sup>17)</sup>
9. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, CanMEDS	1996 <sup>18)</sup>
10. Accreditation Council for Graduate Medical Education, Core Competency	1999 <sup>19)</sup>
11. Swick's definition	2000 <sup>20)</sup>
12. 日本医師会, 医の倫理綱領	2000 <sup>21)</sup>
13. Cruess, Johnston, Cruess, A working definition of "profession"	2002 <sup>22)</sup>
14. ACP-ASIM, ABIM, EFIM, Physician Charter	2002 <sup>6)</sup>
15. 日本医師会, 医師の職業倫理指針	2004 <sup>23)</sup>
16. Arnold & Stern, Attributes of Professionalism	2006 <sup>24)</sup>
17. WMA, Declaration of Madrid on Professionally-led Regulation	2009 <sup>25)</sup>
18. ABMS, Definition of Medical Professionalism	2012 <sup>26)</sup>
19. 日本医学教育学会倫理・プロフェッショナリズム委員会, プロフェッショナリズムの最終到達目標	2015 <sup>27)</sup>
20. 医政発 0703 第 2 号別添 臨床研修の到達目標, 方略及び評価「医師としての基本的価値観」	2018 <sup>28)</sup>

表1 プロフェッショナリズムについて過去に発表された文書リスト

会的) 環境に適合して生存や生殖に有利に働いた結果として現在のホモ・サピエンスに備わっている, という「社会生物学」<sup>1)</sup>の大原則である。特に、「利他的行動」のような道徳的行動について科学的理解が進んだことは、職業上の道徳であるプロフェッショナリズムの正当性を考える上で、まさにコベルニクスの大回転であったと言えるだろう。

しかしながらまだ若い学問分野とは言え、蓄積された知見は膨大であり、これをどのようにプロフェッショナリズムの学修に活用するか、定まった方法があるわけではない。本稿では筆者らが行っている学修方略の一部をご紹介しますが、この小さな「種」がさまざまな教育現場で育てられ、継続的に「進化」することを願っている。

プロフェッショナリズムのどの要素の学修に用いる方略か：

プロフェッショナリズムの認知的基盤

対象者：医療系学生～ベテラン医療職に至るまで全ての発達段階。ただし、対象者の科学的理解力に応じた調整が必要。

実施時期：臨床実習の開始前、臨床研修の開始前、指導者講習会、リーダーシップ研修、プロフェッショナリズムに関する問題が生じた際の再教育研修など。免許取得者の場合、リトリート研修（日常臨床の現場 workplace から離れて行う off-the-job training）の中で行うことが望ましい。

実施場所：可能であればフラットな大部屋+キャスター可動式の机・椅子（人数分）。階段教室や固定式の机・椅子でも可能。

- 準備物：1. ノート PC（要プレゼンテーションソフト）  
 2. 液晶プロジェクター  
 3. 道徳性の基盤に関する質問紙（自己回答用）<sup>2)3)</sup> 資料1  
 4. 同（自己回答集計票） 資料2  
 5. オプション：道徳性の基盤に関する質問紙（患者想定回答用） 資料3  
 6. オプション：同（患者想定回答集計票） 資料4



7. 道徳性プロフィールプロット用グラフ用紙 資料5
8. オプション：レスポンス集計システム（クリッカーなど）

### 具体的方法

#### <全て紙媒体で行う場合>

- 1) 冒頭で資料1を配布し、自分の考えで回答してもらおう（15分程度）
- 2) 3分の2程度の参加者が回答し終わったと思われる段階で、資料2と資料3を配布する。回答中の参加者を急かさないようにしながら、回答が終わった参加者に集計法について説明する。
  - ・資料1に記入した回答を資料2の問題番号の右側のマスに転記する。その際、問40のみ逆転項目となっているため、5から自身の回答を差し引いた数字を記入するよう注意する。
  - ・全ての回答を転記し終わったら、縦方向に数字を足し合わせ、「計」に記入する。「生活の自由」以外は6つの数字を合計することになる。「生活の自由」は3項目しかないため、足し合わせた数字を2倍して記入する。
  - ・「計」の欄の数字を6で割り、小数点2桁以下は四捨五入して記入する。
  - ・6で割った値を資料3のグラフに記入してグラフ化する。3色ボールペンがあると便利。
- 3) オプションとして行う作業である。資料4と資料5を配布し、今回は患者や一般市民になったことを想定して、回答者が該当する医療職に対してどのように答えて欲しいと思っているかを想像して回答するように促す。回答し終わったら、2)と同様に資料5を用いて集計し、その結果を資料3上に重ねてグラフ化する。
- 4) 3)までの作業が終了した後に、授業や講演を開始する。冒頭の作業の結果の解釈については、後半で説明することを予告しておく。前半では、道徳性が進化の過程で獲得された遺伝的形質であることを、主要な研究結果を示しながら説明し、その後、保護、公平、忠誠、権威、神聖、自由の道徳的直観について解説する<sup>4,5)</sup>。また、資料3のグラフには予め、自らの政治的信条を保守、リベラル、およびリバタリアン（自由至上主義）と回答した人の道徳性プロフィールがプロットされていることを示し、誰もがそれぞれの道徳的直観を脳の機能として持ちながら、どの道徳的直観を重視するかに個人差があり、その差が原因でお互いに憎み合う状況が生まれることすらあることを述べる。
- 5) その後、まず冒頭に行った作業のうち、自己回答の結果についてレビューする。個々のパターンを公開することは行わないが、最も数値が高かった項目がどれであったか、挙手をしてもらう。その際、単独一位の項目については「グー」で挙手、同率首位の項目のうちの一つであった項目については「パー」で挙手をしてもらう。「グー」と「パー」の数を数えてホワイトボードなどに記入する。この部分は、オプションのクリッカーを使うことも可能。医療職を対象に行った場合、通常は保護が最も数値が高かった参加者が多く、次点が「生活の自由」となる場合が多い。ただし、特に学生や若手医師を対象とした場合に上位2項目が逆転することがある。個人個人がどのような結果であったとしても、それは個人がどの道徳的直観を重視しているかの違いを表しているに過ぎず、自分とは異なる道徳的プロフィールを持つ人が道徳的に劣っているわけではないし、自分が道徳的に優れているわけでもないことを強調しておく。
- 6) その上で、オプションの患者想定回答を行った場合には、その結果を5)と同じ方法でレビューする。自己回答の場合と比較して数の増減があった場合には、何が減って何が増えたのか（通常は保護が増えることが多い）、その違いを強調する。違いがあるということは、患者や市民が医師に対してどのような道徳性を求めているのか、既にしっかりと認識していることを示していることになる。
- 7) 続いて、一例として、研修プログラム責任者講習会の参加者300名前後に同じ調査を行っ



対象：2018年度全6会場の参加者304名中、有効回答304名（有効回答率100%）

	保護	公平	生活の自由	経済的自由	忠誠	権威	神聖
参加者平均	3.91	3.67	3.59	2.66	2.70	2.79	2.92
最大値個数	54.1%	14.4%	27.4%	0.3%	0.8%	1.6%	1.4%

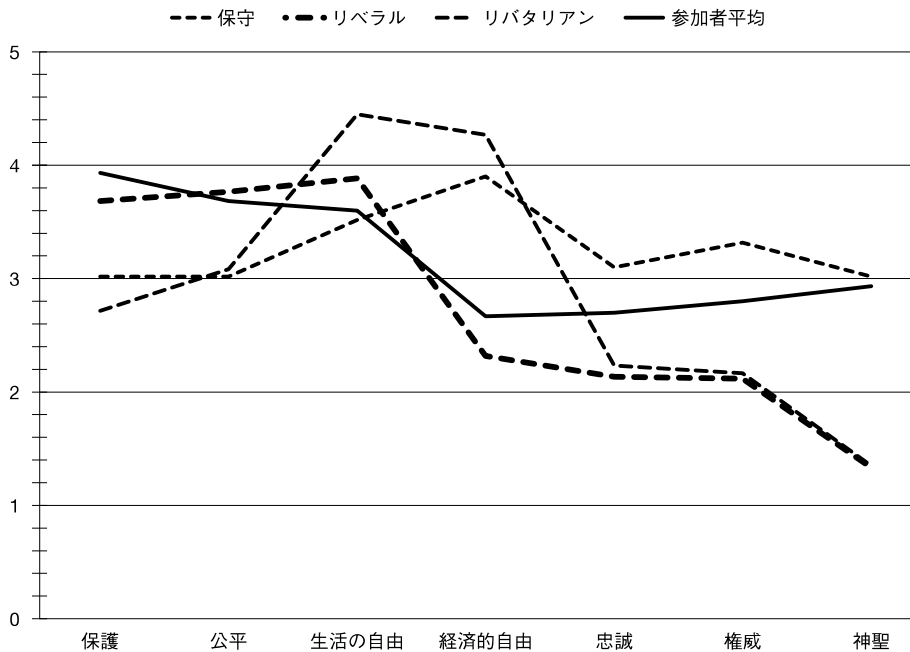


図1 平成30年度プログラム責任者養成講習会参加者における「道徳性の基盤に関する質問紙」集計結果（文献<sup>29)</sup>より転載）

た結果のグラフ（図1）を紹介する。これは、長年医師として患者と接する中でプロフェッショナリズムを身につけ、信頼されて後進の育成を任された医師たちがどのような道徳性を重視しているのかを表している。

- 8) では、それぞれの道徳的直観を職業にしたらどうなるか、と問いかける。唯一の正解があるわけではないことを断りながら、公平は裁判官、自由はジャーナリスト、神聖は聖職者、忠誠は軍人、権威は絶対君主(?)などの例を挙げる。そして当然、保護は医療職である。
- 9) 過去に発表された倫理規範の中から、2001年の「新千年紀の医のプロフェッショナリズム：医師憲章」<sup>6)</sup>に謳われた「3つの原則」が、それぞれ「患者の福利優先の原則」は保護の道徳的直観、「患者の自律性に関する原則」が生活の自由の道徳的直観、「社会正義

の原則」が公平の道徳的直観と対応していることを説明する。

#### <道徳性プロフィールの把握を電子的に行う場合>

1) の質問紙調査および2) の集計は、電子的に行うことが可能である。筆者らは、Google Form という無料のサービスを用いて、質問紙調査をインターネット上で実施する仕組みを用いている。データはスプレッドシート形式で受け取ることができ、全体の平均値や個人プロフィールをグラフ化して印刷できるようにExcelのマクロを組んでいる。

なお、Google Formを用いた調査は無記名で実施することが可能だが、個人プロフィールを返却するために、参加者全員にランダムに回答者番号を記載した引換証を渡しておき、回答の際に記載された回答者番号を入力して送信してもらい、集計結果を印刷（図2）して、引換証と交換で結

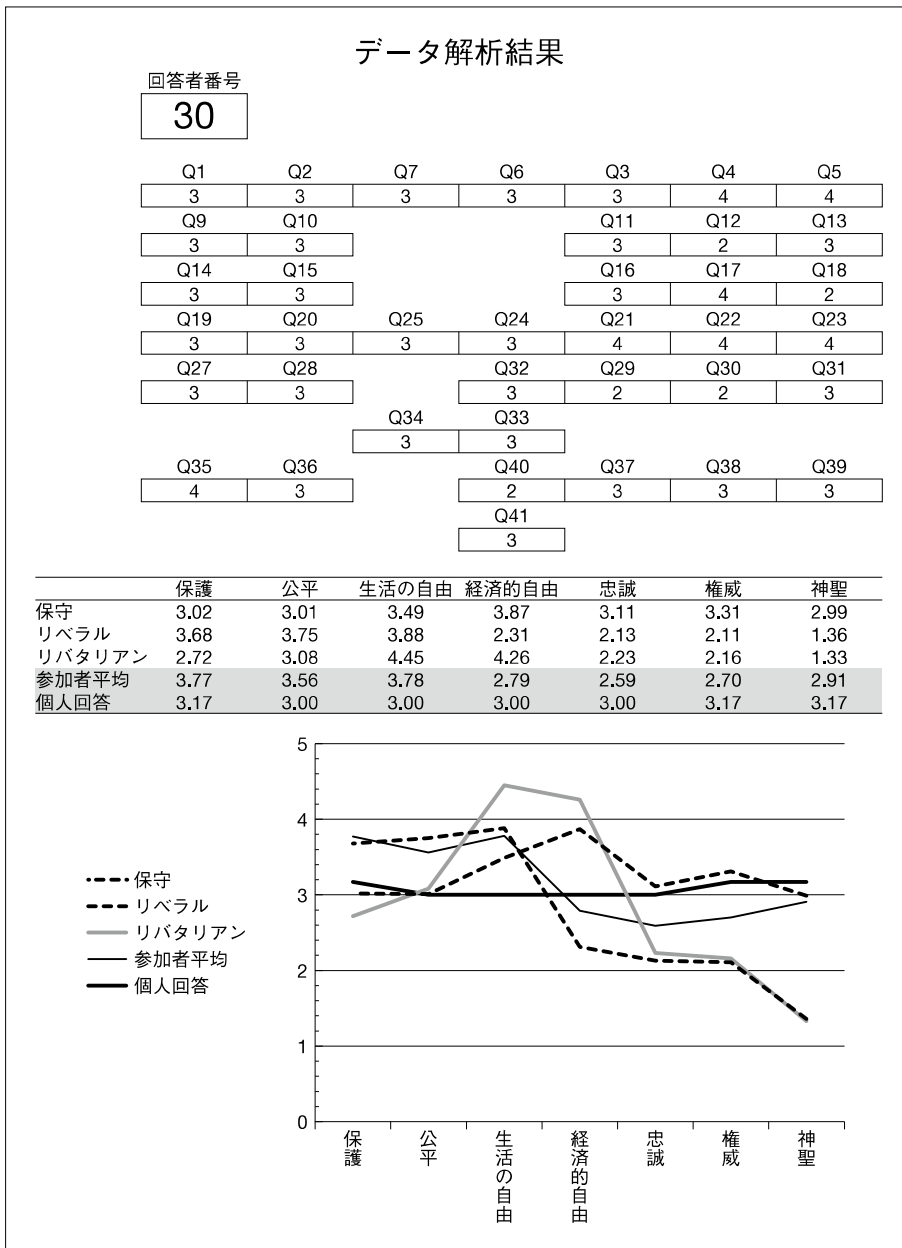


図2 参加者個人の道徳的直観プロフィール結果票（例）

果を返却する。

ただし、この方法では印刷と返却に多少の時間がかかるため、数時間前までに回答を締切る必要があり、回答する時間と返却の時間をどのように取るかを計画しておく必要がある。

#### 評価

個人の道徳性プロフィールそのものを評価の対象とすることは不適切である。

#### 参加者からの声・反応：

自他の道徳性を客観的にみることができるよう

になった、という反応が多い一方で、具体的にどうやってプロフェッショナリズムを涵養すればいいのか、という質問を受けることがある。このような場合には、医学的介入に求められるほどのエビデンスではないことを断りながら、自分が成功していると認識している個人は保護の道徳的直観が弱い<sup>7)</sup>、視点取得が共感の向上に効果が認められていること<sup>8)</sup>、多くの他者と協働して日々の糧を得ている未開部族は公平の道徳的直観が強い<sup>9)</sup>、などの研究結果を紹介する。

#### 注意すべき点：

ごく一部であるが、「医療職に求められる道徳的傾向」に反発する参加者がいる場合がある。そのような場合、相手は自らの道徳性を否定されたと感じている可能性が高い。議論を重ねても相手が納得することはほぼ期待できないので、また他の参加者の悪影響も生じ得るため、講演や授業の中で議論することは避けた方がよい。

#### 文 献

- 1) Wilson EO. *Sociobiology: The New Synthesis*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1975.
- 2) Graham J, Nosek BA, Haidt J, Iyer R, Koleva S, Ditto PH. Mapping the moral domain. *J Pers Soc Psychol* 2011; **101**: 366-85.
- 3) Iyer R, Koleva S, Graham J, Ditto P, Haidt J. Understanding Libertarian Morality: The Psychological Dispositions of Self-Identified Libertarians. *PLoSOne* 2012; **7**: e42366.
- 4) Haidt J. *The Righteous Mind: Why Good People Are Devided by Politics and Religion*. New York, NY: Pantheon; 2012.
- 5) ジョナサン・ハイト. *社会はなぜ左と右にわかれるのか——対立を超えるための道徳心理学*. 紀伊國屋書店; 2014.
- 6) ABIM Foundation. American Board of Internal Medicine; ACP-ASIM Foundation. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine; European Federation of Internal Medicine. *Medical Professionalism in the new millenium: a physician charter*. *Ann Intern Med* 2004; **136**: 1-2.
- 7) Piff PK, Stancato DM, Côté S, Mendoza-Denton R, Keltner D. Higher social class Predicts increased unethical behavior. *Proc Natl Acad Sci* 2012; **109**: 4086-91.
- 8) Herrera F, Bailenson J, Weisz E, Ogle E, Zaki J. Building long-term empathy: A large-scale comparison of traditional and virtual reality perspective-taking. *PLoSOne* 2018; **13**: e0204494.
- 9) Henrich J, Boyd R, Bowles S, Camerer C, Fehr E, Gintis H, et al. "Economic man" in cross-cultural perspective: Behavioral experiments in 15 small-scale societies. *Behav Brain Sci* 5AD; **28**: 795-855.
- 10) Lasagna L. Would Hippocrates Rewrite His Oath? After 2, 000 years, the Greek pledge traditionally taken by doctors is falling into disuse. A professor of medicine here stresses the need for a new declaration of ethics. *New York Times* (New York edition). 1964;SM11. <https://www.nytimes.com/1964/06/28/archives/would-hippocrates-rewrite-his-oath-after-2000-years-the-greek.html>.
- 11) AMA Council on Ethical and Judicial Affairs. Code of Medical Ethics of the American Medical Association. 2016 versi. American Medical Association.
- 12) Flexner A. Is Social Work a Profession? In: *Proceedings of the National Conference of Charities and Corrections at the Forty-second annual session held in Baltimore, Maryland, May 12-19, 1915*. 1915.
- 13) World Medical Association. WMA Declaraton of Geneva. 2017 amend. 1948.
- 14) World Medical Association. WMA International Code of Medical Ethics. 2006 amend. 1949.
- 15) World Medical Association. Declaration of Madrid on Professional Autonomy and Self-regulation (Rescinded). 1987.
- 16) ABIM Committee on Evaluation of Clinical Competence. Project Professionalism. 1995.
- 17) General Medical Council. Good Medical Practice. 2013 versi. 1995.
- 18) Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. CanMEDS Physician Competency Framework. 2015th edition. 1996.
- 19) Batalden P, Leach D, Swing S, Dreyfus H, Dreyfus S. General Competencies And Accreditation In Graduate Medical Education. An antidote to overspecification in the education of medical specialists. *Health Aff* 2002; **21**: 103-11.
- 20) Swick H. Toward a normative definition of medical professionalism. *Acad Med* 2000; **75**: 612-6.

- 21) 日本医師会会員の倫理向上に関する検討委員会. 医の倫理綱領. 2000.
- 22) Cruess SR, Johnston S, Cruess RL. "Profession": a working definition for medical educators. *Teach Learn Med* 2004; **16**: 74-6.
- 23) 日本医師会会員の倫理向上に関する検討委員会. 医師の職業倫理指針. 第3版. 日本医師会; 2004.
- 24) Stern DT. A framework for measuring professionalism. In: Stern DT, editor. *Measuring medical professionalism; Understanding Doctors' Performance*. New York, NY: Oxford University Press; 2006. p. 3-13.
- 25) World Medical Association. WMA Declaration of Madrid on Professionally-led Regulation. 2009.
- 26) The Ethics and Professionalism Committee-ABMS Professionalism Work Group. *ABMS Definition of Medical Professionalism*. 2012.
- 27) 野村英樹. 『医師の能力（コンピテンシー）としてのプロフェッショナリズム』セッションとその後の経過報告. *医学教育* 2015; **46**: 152-7.
- 28) 医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について（別添）臨床研修の到達目標、方略及び評価. 厚生労働省医政局; 2018.
- 29) 臨床研修協議会. 平成30年度研修プログラム責任者養成講習会報告書. 2019.

### 資料1 道徳性の基盤に関する質問紙（自己回答用）

第1部 ある人の行為が正しいか否かを判断する際、あなたは次に挙げられている項目をどの程度考慮しますか。各項目について、以下の尺度に従って評定して下さい

- [0] = 全く考慮しない(この項目は自分の正誤の判断に全く関係しない)  
 [1] = あまり考慮しない  
 [2] = 僅かに考慮する  
 [3] = やや考慮する  
 [4] = かなり考慮する  
 [5] = 大いに考慮する(この項目は自分の正誤の判断で最も重要なものの一つである)

- \_\_\_\_ 1. 誰かが、感情的に傷ついたかどうか  
 \_\_\_\_ 2. 誰かが、差別的な扱いを受けたかどうか  
 \_\_\_\_ 3. 誰かの行動が、その人の愛国心を表していたかどうか  
 \_\_\_\_ 4. 誰かの行動が、権威者への尊敬を欠いていなかったかどうか  
 \_\_\_\_ 5. 誰かが、純潔と礼の規範に背いていなかったかどうか  
 \_\_\_\_ 6. 私有財産が尊重されたかどうか  
 \_\_\_\_ 7. 誰にでも思う通り行動する自由があったかどうか  
 \_\_\_\_ 8. 誰かが、計算が得意かどうか  
 \_\_\_\_ 9. 誰かが、社会的弱者に対する思いやりを行動に示していたかどうか  
 \_\_\_\_ 10. 誰かが、不公平に振舞っていなかったかどうか  
 \_\_\_\_ 11. 誰かが、その人が属している集団を裏切るようなことをしていなかったかどうか  
 \_\_\_\_ 12. 誰かが、社会の伝統的習慣に従っていたかどうか  
 \_\_\_\_ 13. 誰かが、「見て胸が悪くなるようなこと」をしていなかったかどうか  
 \_\_\_\_ 14. 誰かが、残酷ではなかったかどうか  
 \_\_\_\_ 15. 誰かの権利が否定されなかったかどうか  
 \_\_\_\_ 16. 誰かが、忠誠心に欠けた振る舞いをしなかったかどうか  
 \_\_\_\_ 17. 誰かの行為が、混乱や無秩序をもたらさなかったかどうか  
 \_\_\_\_ 18. 誰かが、神仏がお認めになるような振る舞いをしたかどうか

第2部 次の各文を読み、あなたが賛成するかしないかをお答え下さい

- | [0]    | [1]      | [2]    | [3]    | [4]      | [5]    |
|--------|----------|--------|--------|----------|--------|
| 強く反対する | ある程度反対する | やや反対する | やや賛成する | ある程度賛成する | 強く賛成する |

- \_\_\_\_ 19. 苦しんでいる人への同情心は、最も大切な徳である  
 \_\_\_\_ 20. 政府が法律を制定する際の第一の原則は、全ての人が平等に扱われるよう保証することである  
 \_\_\_\_ 21. 私は、自国の歴史に誇りを持っている  
 \_\_\_\_ 22. 権威者を尊敬することは、全ての子どもが学ばべきことである  
 \_\_\_\_ 23. 人はたとえ誰も傷つかなくとも、見ていて胸が悪くなるようなことはすべきではない  
 \_\_\_\_ 24. ビジネスで成功した者には、それに見合うと自身が思う賞を受賞する権利がある  
 \_\_\_\_ 25. 誰にでも自身が選択した通りに行動する自由が、他者にも平等に与えられた自由を侵害しない限りあるべきだと思う  
 \_\_\_\_ 26. 悪いことをするよりは、良いことをする方がよい  
 \_\_\_\_ 27. わが身を守る術のない動物を傷つけることは、人として行ってはならないことの一つである  
 \_\_\_\_ 28. 公正性は、社会にとって最も必要なことである  
 \_\_\_\_ 29. 人は、たとえ家族が何か悪いことをしたとしても、家族に対して忠誠を尽くすべきである  
 \_\_\_\_ 30. 男と女は、社会の中で異なる役割を持っている  
 \_\_\_\_ 31. 私は、自然の摂理に反した(人工的な)行為は間違っていると思う  
 \_\_\_\_ 32. 社会が個人に対して何をせよと言うことなく、自分の生活に責任を持たせた時に最もうまく行く  
 \_\_\_\_ 33. 政府は我々の日常生活にあれこれ干渉し過ぎている  
 \_\_\_\_ 34. 人には、自身がどのような集団規範や伝統に従いたいかを決める自由があるべきだ  
 \_\_\_\_ 35. 人を殺すことは、いかなる場合にも正当化することはできない  
 \_\_\_\_ 36. 金持ちの子どもがたきんのお金を相続し、貧乏な子どもは何も相続できないのは、道徳的に間違いだと思はる  
 \_\_\_\_ 37. 自分を表現することよりも、チームプレイヤーであることの方がより大切である  
 \_\_\_\_ 38. 私が兵士で上官の命令に賛成ではなかったとしても、私はその命令に従う。何故ならそれが私の責務だからだ  
 \_\_\_\_ 39. 貞操は、最も重要で価値のある徳である  
 \_\_\_\_ 40. 政府は、たとえ個人の人権や自由を損ねることになっても、公益を高めることにもっと努めるべきだ  
 \_\_\_\_ 41. 近隣住民を危険に晒さない限り、土地の所有者は自らの土地を自身の思うように開発したり家を建てたりすることを許されるべきだ

### 資料2 自己回答集計票

問題番号右側の列に、ご自分の回答を書き写して下さい(問40のみ逆転項目ですので、5からご自身の回答の数字を引いた数字を記入して下さい)。そして7つの列ごとに6つ(または3つ)の数字を足し合わせた合計を、その列の下のボックスに記入して下さい(×2と書かれている列のみ2倍して下さい)。各ボックスが、7つの道徳性の心理学的基盤に関するあなたのスコアです。各基盤のスコアは0~30の間になります。  
問8と26は、不真面目な解答者を同定するための項目で、集計には利用しません。

#	#	#	#	#	#	#	#
1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13			
14	15	16	17	18			
19	20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31	32		
					33	34	
35	36	37	38	39	40		
					41		

計

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
無害	公平	忠誠	誠実	神聖	権威	純粋	純粋
居	居	居	居	居	居	居	居

The Moral Foundations Questionnaire (MFQ-30, July 2008) by Jesse Graham, Jonathan Haidt, and Brian Nosek. (www.MoralFoundations.org)  
Ravi Iyer, Spassena Koleva, Jesse Graham, Peter Ditto, Jonathan Haidt. Understanding Libertarian Morality: The Psychological Dispositions of Self-Identified Libertarians. PLoS One 2012; 7(8): e42366.

### 資料3 医師の道徳性に関する質問紙(患者想定回答用)

平均的な患者ないし一般生活者を対象に以下のアンケートを行ったと仮定して、どのような回答が一般的だと考えますか。ご自身が「平均的な患者ないし一般生活者」になったつもりで、以下のアンケートに回答して下さい。

第1部 ある医師の行為が正しいか否かを判断する際、あなた(平均的な患者ないし一般生活者)は、次に挙げられている項目をどの程度考慮しますか。各項目について、以下の尺度に従って評定して下さい

- [0] = 全く考慮しない(この項目は自分の正誤の判断に関係しない)
- [1] = あまり考慮しない
- [2] = 僅かに考慮する
- [3] = やや考慮する
- [4] = かなり考慮する
- [5] = 大いに考慮する(この項目は自分の正誤の判断で最も重要なもの一つである)

- \_\_\_ 1. 誰かが、感情的に傷ついたかどうか
- \_\_\_ 2. 誰かが、差別的な扱いを受けたかどうか
- \_\_\_ 3. 誰かの行動が、その人の愛国心を表していたかどうか
- \_\_\_ 4. 誰かの行動が、権威者への尊敬を欠いていなかったかどうか
- \_\_\_ 5. 誰かが、純潔と礼の規範に背いていなかったかどうか
- \_\_\_ 6. 私有財産が尊重されたかどうか
- \_\_\_ 7. 誰にでも思う通り行動する自由があったかどうか
- \_\_\_ 8. 誰かが、計算が得意かどうか
- \_\_\_ 9. 誰かが、社会的弱者に対する思いやりを行動に示していたかどうか
- \_\_\_ 10. 誰かが、不公平に振舞っていないかどうか
- \_\_\_ 11. 誰かが、その人が属している集団を裏切るようなことをしていないかどうか
- \_\_\_ 12. 誰かが、社会の伝統的習慣に従っていたかどうか
- \_\_\_ 13. 誰かが、「見て胸が悪くなるようなこと」をしていないかどうか
- \_\_\_ 14. 誰かが、残酷ではなかったかどうか
- \_\_\_ 15. 誰かの権利が否定されなかったかどうか
- \_\_\_ 16. 誰かが、忠誠心に欠けた振る舞いをしなかったかどうか
- \_\_\_ 17. 誰かの行為が、混乱や無秩序をもたらさなかったかどうか
- \_\_\_ 18. 誰かが、神仏がお認めになるような振る舞いをしたかどうか

第2部 次の各文に述べられた価値観についてあなた(平均的な患者ないし一般生活者)は、**医師に対して**どの程度その価値観を重視して欲しいか、欲しくないか考えていますか

- [0] 強く反対する
- [1] ある程度反対する
- [2] やや反対する
- [3] やや賛成する
- [4] ある程度賛成する
- [5] 強く賛成する

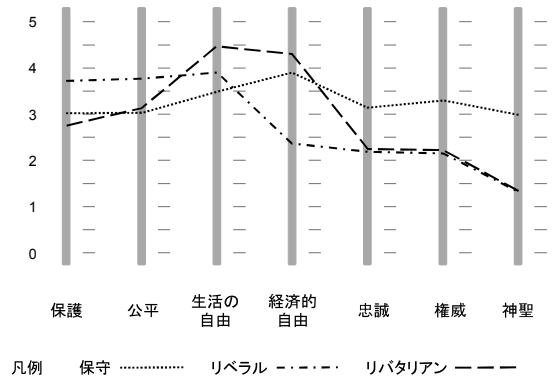
- \_\_\_ 19. 苦しんでいる人への同情心は、最も大切な徳である
- \_\_\_ 20. 政府が法律を制定する際の第一の原則は、全ての人が平等に扱われるよう保証することである
- \_\_\_ 21. 私は、自国の歴史に誇りを持っている
- \_\_\_ 22. 権威者を尊敬することは、全ての子どもが学ぶべきことである
- \_\_\_ 23. 人はたとえ誰も傷つがなくても、見ていて胸が悪くなるようなことはすべきではない
- \_\_\_ 24. ビジネスで成功した者には、それに見合うと自身が思う富を享受する権利がある
- \_\_\_ 25. 誰にでも自身が選択した通りに行動する自由が、他者にも平等に与えられた自由を侵害しない限りあるべきだと思う
- \_\_\_ 26. 悪いことをするよりは、良いことをする方が良い
- \_\_\_ 27. わが身を守る術のない動物を傷つけることは、人として行ってはならないことの一つである
- \_\_\_ 28. 公正性は、社会にとって最も必要なことである
- \_\_\_ 29. 人は、たとえ家族が何か悪いことをしたとしても、家族に対して忠誠を尽くすべきである
- \_\_\_ 30. 男と女は、社会の中で異なる役割を持っている
- \_\_\_ 31. 私は、自然の摂理に反した(人工的な)行為は間違っていると思う
- \_\_\_ 32. 社会が個人に対して何をせよと言うことなく、自分の生活に責任を持たせた時に最もうまく行く
- \_\_\_ 33. 政府は我々の日常生活にあれこれ干渉し過ぎている
- \_\_\_ 34. 人には、自身がどのような集団規範や伝統に従いたいのかを決める自由があるべきだ
- \_\_\_ 35. 人を殺すことは、いかなる場合にも正当化することはできない
- \_\_\_ 36. 金持ちの子どもがたくさんのお金を相続し、貧乏な子どもは何も相続できないのは、道徳的に間違いだと思ふ
- \_\_\_ 37. 自分を表現することよりも、ゲームプレイヤーであることの方がより大切である
- \_\_\_ 38. 私が兵士で上官の命令に賛成ではなかったとしても、私はその命令に従う。何故ならそれが私の責務だからだ。
- \_\_\_ 39. 貞操は、最も重要で価値のある徳である
- \_\_\_ 40. 政府は、たとえ個人の自由や選択を狭めることになるとしても、公益を高めることにもっと努めるべきだ
- \_\_\_ 41. 近隣住民を危険に晒さない限り、土地の所有者は自らの土地を自身の思うように開発したり家を建てたりすることを許されるべきだ

資料4 患者想定回答用集計票

#	#	#	#	#	#	#	#	#
1	2	3	4	5	6	7	8	
9	10	11	12	13				
14	15	16	17	18				
19	20	21	22	23	24	25	26	
27	28	29	30	31	32			
					33	34		
35	36	37	38	39	40			
					41			

計	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	保護	公平	忠誠	権威	神聖	経済的自由	生活の自由
	/6	/6	/6	/6	/6	/6	/6
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

資料5 重視する道徳性プロファイル



## 2.2 道徳性の科学 —道徳的対立を超えるためのスローシンキング—

松岡 英仁\*

Slow Thinking to Avoid Moral Conflict

Hidehito MATSUOKA

### 1. プロフェッショナルリズム教育における3つの目標

#### ・倫理的パターンリズムを回避できる

普遍的な人を対象とする臨床において医療者に望まれる道徳性の基準設定は難しいが、Haidt<sup>1)</sup>の6つの道徳基盤中、「保護」、「平等」そして「自由」の道徳はGrahamら<sup>2)</sup>の調査で示されたように国家や政治思想を超えた共通価値として医療倫理の基礎となりえる。故に「保護」を2つに分離した「与益」と「無害」、「自由」を言い換えた「自律」、さらに「平等」の4つを医療倫理原則とする考えに異論は少ないかもしれない。ただこれは総論的医療倫理であり現場における臨床倫理では個別性の問題が存在する。対面する患者、家族には一人一人にその人生でチューニングされたモラルバランスがあるためそれを事例ごとに尊重した情報共有-合意モデルによるオーダーメイド化が求められる。この個別性を無視して医療者自身の道徳性を押し付けることはたとえそれが4原則に一定則ったものであっても回避すべき倫理的パターンリズムである。

#### ・寛容性を示すことができる

道徳規範は人が円滑に社会生活を行うため長い時間をかけて集団内で醸成されてきたため帰属性

が強い。Sumner<sup>3)</sup>は内集団と外集団の対立が道徳性（モラルバランス）によって形成された場合、他のラベリング因子より強い敵意を生むと考えた。医師は社会から独占権を付与された専門職集団であり多様な患者、社会との決定的対立を回避する必要があるため自身のモラルバランスと一致しない他者（外集団）への寛容性を育む必要がある。Callahanら<sup>4)</sup>も高等教育における倫理教育目標を1. 道徳的想像力を刺激すること、2. 倫理的問題を認識すること、3. 問題を解析する技術を発展させること、4. 道徳的義務と個人の責任の感性を引き出すこと、5. 意見の不一致や曖昧さに寛容であり耐えられること、と考える中で寛容の重要性を強調している。この寛容性は医療者間（個人個人、または職種間）においてもチーム医療を形成する上で強く求められる。

#### ・スローシンキングによりモラルジレンマを解決できる

臨床現場では尊重しようとする道徳基盤同士（保護と平等、保護と自由、平等と自由）が対立するモラルジレンマがしばしば発生する。そこでは総論的医療倫理原則の限界が生じ、ジレンマ解決は心理学的に医療者自身のモラルバランスに則った直感的判断（Kahneman<sup>5)</sup>のファストシンキング、システム1）によって行われがちにな

\* 兵庫県立淡路医療センター呼吸器外科, Respiratory Surgery, Hyogo Prefectural Awaji Medical Center

る。その結果はたとえ医療倫理4原則にそれなりに則ったものであっても倫理的パターンリズムの一つである。これに対応するスローシンキング(システム2)はセルフコントロール能力を要しファストシンキングほど素早く結果を出せない上に、その過程に多大な努力がかかるものの種々のバイアスを除去して結論の妥当性を向上させてくれる。

## 2. 方略

### ・道徳性の獲得プロセス

人が発達期にどのようなプロセスで道徳性を獲得するかについて Kohlberg<sup>6)</sup>の道徳性発達理論では単に罰を避けることのみを意識するレベル1 (Pre-Conventional) からレベル2 (Conventional) を経てレベル3 (Post-Conventional) に至って普遍的倫理原則 (Universal ethical principles) を身につけると述べている。この3つのレベルはそれぞれ2つずつのステージに細分化され、成長期に1段階ずつステップアップし後退はないと仮説が立てられた。現実社会構成員の85-90%はレベル2後期の第4ステージ (Authority and social-order maintaining orientation) までにあると考えられ、そこでは現在機能しているコミュニティを維持するために権威や法律に従うことのみが道徳性と認識されている。Piaget<sup>7)</sup>は認知(知能)発達と道徳発達はこのプロセスを同等に辿るとしながら、それぞれは別個のものであるとしており、医療者もまた初等教育から高等教育に至る過程で認知機能は発達しても道徳発達の上では一般社会同様第4ステージにある者が大半と考えられる。Kohlbergはこのステージを脱して人間尊重原理である第6ステージを目指すため定められた授業ではなく対話を通じた発達の促進を重視している。

### ・伝達的道徳教育から対話型学習へ

伝達的道徳性教育ではしばしば教育者のモラルバランスによるバイアスがかかり、教育者が主張する「正義」に則った価値基準が設定されやすい。「○○のように」考える人になりなさい、とは即ち「私のように」考える人になりなさいと強

制するに等しい。定められた基準で多くの事例への判断を繰り返し教え込むことは機械学習の Deep Learning にも似て限られた時間内に認知を刷り込むには良いが、倫理的パターンリズムを回避し寛容性を獲得するという目標には向かない。小中学校の学習指導要領に組み込まれているように「自己を見つめ、物事を広い視野から多面的・多角的に考えるために自分と異なる意見と向かい合い議論することを通じて自分自身の道徳的価値観の理解も深める」ことを成人教育である臨床倫理教育においても基軸にするべきである。そのために小グループディスカッションを通して臨床におけるモラルジレンマを解決していく対話型学習を提案する。

### ・ワークショップによる対話型道徳学習

#### ① 対象者

卒前教育：医学部6年生

卒後教育：研修医1年目および2年目

#### ② 実施時期

卒前教育、卒後教育ともに年度を通して4ヶ月ごとに年3回

#### ③ 実施場所

卒前教育：大学学舎内

卒後教育：研修施設内

いずれも複数のグループで行う時はグループ数分の小グループディスカッション (SGD) が可能な部屋とプレナリー室 (PL) の確保が望ましい

#### ④ 準備物と具体的方法

- i. PLで全員に1つのモラルジレンマ例 (臨床において「保護」「平等」「自由」の3基盤が対立する事例で可能な限り登場人物のヒストリーや考え方を含めたもの) を示し、5分で自分としての解決案を記入させる (ここで記入された案は短時間でもあり自らのモラルバイアスを基礎としたファストシンキングによるものと考えられる)。
- ii. 5人ずつの小グループで配置されたタスクフォースの司会の下、演習例についてまず3分で一人ずつどのような解決案を



考えたのか、なぜそう考えたのかを発表する (3×5=15分)。

- iii. グループごとに意見の集約で合意を形成してグループ案を作成する (30分) (ここで第一段階のスローシンキングが働く)
- iv. 複数のグループでワークショップが開催されたときは、その後PLに集合してグループごとに集約された案を発表し理由を説明する (1グループ5分)。発表後に質疑はしない。
- v. 道徳性獲得の目標についてPLでレクチャーを行う (初回のみ)。

#### ⑤ 評価

PLでの全体発表の後、再度同じ命題に対して改めてその時点での「自分として」の解決案をポスト演習として記入 (これは必ずしもグループ案と一致しなくても良い) した上で、初期案と最終案の違いを各自で評価し考え方の何が変わったかを記録する (10分)。ここで第二段階のスローシンキングで省察と学びを行う。他者の考え方を受け入れる姿勢ができたかも自己評価に入れる。

#### ⑥ 成功の秘訣と注意すべき点

タスクフォースは医療倫理的正解を示すのではなく、学習者が自らの考えを表現し意見を集約するための手助けのみ行う。学習者にはこの演習がグループ内で何らかの合意形成をすること、他者の考え方を聞いて多様性に耳を傾けることが目的であることを一貫して理解させることが重要である。さらに省察として当初考えた解決案が自らの属性バイアス (年齢、性別、家族構成、学歴を含む生育歴、資産、政治思想など) に密接に関わって生じたものであったかを考察できることが望ましい。

#### 文 献

- 1) Haidt J. *The Righteous Mind: Why Good People Are Divided by Politics and Religion*. Pantheon; 2012.
- 2) Graham J, Nosek BA, Haidt J, et al. Mapping

the Moral Domain. *J Pers Soc Psychol* 2011; **101**: 366-385.

- 3) Sumner WG. *Folkways: a study of the sociological importance of usages, manners, customs, mores, and morals*; 1906.
- 4) Callahan D, Bok S. *Ethics Teaching in Higher Education*. Plenum Press; 1980.
- 5) Kahneman D. *Thinking, Fast and Slow*. Penguin; 2012.
- 6) Kohlberg L. Moral stages and moralization: The cognitive-developmental approach. In Lickona; 1976.
- 7) Piaget J. *The Moral Judgment of the Child*. Free Press; 1997.

#### 【演習課題例】

- ・東北のX市を中心とした人口9万人のX広域医療圏では産科診療所が医師の高齢化で全て廃業したため1年前よりX市民病院が唯一の出産可能施設となっていた。ここでは緊急帝王切開を含めて年間600人程度のお産を4人の産婦人科医 (64歳既婚男性部長A, 44歳既婚男性医長B, 35歳既婚女性医長C, 32歳未婚医長D) で扱っており、普段は2020年3月に定年を迎える部長以外の3名で産科当直をこなしていた。
- ・2019年7月9日、C医長よりA部長に対して妊娠第8週に入っているとの報告があった。出産予定日が2020年2月14日のため、2020年1月4日から産前休業に入り産後休業期間は2020年4月11日までであるが、続けて育児休業を2021年2月13日まで1年間とってから保育所に預けて復帰したいとの希望であった。
- ・C医長が抜けて残る医師の負担が増加することから、まず院長と部長は7月23日に関連施設であるY大学産婦人科教室に向き派遣、応援の相談をしたがY大学も深刻な人手不足で少なくとも2020年3月末までには難しい、4月以後も新たな入局者がいなければ確約できないとの回答であった。
- ・次に院長はこの現状をホームページと広報誌に掲載し、今後のお産の引き受け制限や将来的には助産師外来や院内助産所の設置を含め

た権限移譲の可能性についても言及した。それに対して市民団体は助産師のみによる出産の導入は不安であり現在の産科体制を変更しないよう求める署名活動が行い4500人の署名を集めた。これを受け市議会連は10月15日に現状維持について市当局への申し入れと翌週には直接院長とA部長に要請を行った。

・10月26日今後の方針について産婦人科で会合が持たれた。A部長は高血圧、胃潰瘍などの持病があり体調上完全にC医長の代わりはできないが可能な範囲内で当直の肩代わりはする。ただ元々2020年3月定年であり、その後は医師不足の故郷に帰って地域の

公的診療所に勤務する予定となっており（院長にも大学教授にもその旨は伝えていた）すでに相手先はそのつもりで準備もしていると告げた。B医長は現場のリーダーとしての責任感強いものの家庭は長年の勤務負担もあって不和が続いており、このまま今の仕事を続けるべきか悩んでいるとの思いであった。D医長は唯一独身で隣接した公舎に住んでおり融通のきく立場ではある。

・10月26日現在、あなたがD医長であったとして、どのような意見を表明すべきか考えてください。

医学教育 2019, 50(4): 363~368

委員会報告：プロフェッショナリズム教育方略 連載第3回

### 3. 臨床倫理カンファレンス

要旨：

医学教育コア・カリキュラムでは、「プロフェッショナリズム」の中に「医の倫理と生命倫理」が掲げられている。医療倫理には研究倫理と臨床倫理があり、臨床倫理は臨床現場で遭遇するジレンマを扱うケース・スタディである。

医療倫理の4原則（自律の尊重、善行、正義、無危害）を学生に教育する場合、臨床倫理カンファレンスの体験から学ばせるのは効果的である。しかし、卒前の学生に実際の臨床倫理カンファレンスを体験させることは困難であるため、アレンジされた事例等が教材として用いられている。ここではその実践例を紹介する。

実際の臨床倫理カンファレンスでは、何がジレンマなのか明瞭でないことが多々あり、カンファレンスで「何が問題なのかに気づく」ことが重要である。気づくための倫理的感受性（ethical sensitivity）を涵養することも教育の大きな目的のひとつである。

キーワード：臨床倫理、臨床倫理カンファレンス、倫理的感受性

#### Clinical Ethic Conference

Abstract:

In the core curriculum for Medical Education, “Ethics and bioethics of medicine” is listed under the heading of “professionalism”. Medical ethics covers research ethics and clinical ethics. Clinical ethics deals with dilemmas encountered in the clinical practice.

When educating students on the four principles of medical ethics (respect for autonomy, beneficence, justice and non-maleficence), it seems that it is effective for them to learn through experiencing a clinical ethics conference. However, it is difficult for students to experience an actual conference. Hence the in class use of case examples which will be introduced here.

One drawback to this approach is that there are many cases where the ethical dilemma is not clear even when those cases are presented at a clinical ethics conference. It is important to “discover the problem” through conference discussions, and interactions that cultivate ethical sensitivity. This is also one of the major goals of education.

**Keywords:** clinical ethics, clinical ethics conference, ethical sensitivity

## 3.1 実例をアレンジしたケースを使用した 臨床倫理カンファレンス授業例

平山 陽示\*

Teaching Clinical Ethics Using Materials Developed from Real Cases and Clinical Ethics Conferences

Yoji HIRAYAMA

\* 東京医科大学総合診療医学分野, Tokyo Medical University, Department of General Medicine and Primary Care

## はじめに

病院機能評価の評価項目に掲げられていることもあり、各大学病院において臨床倫理の問題を検討するためのシステムは構築されつつある。2017年、当院では従来からある定期開催の病院倫理委員会とは別に、臨床の現場で生じたジレンマを迅速に解決するために臨床倫理コンサルテーションチームが発足した。それにより多職種による臨床倫理カンファレンスが開催されるようになった。2018年に新カリキュラムの医学科5年生を対象にして、7-8人のグループに分け、臨床倫理カンファレンスを体験させ、グループごとに発表する授業を行った。その際に病院の実事例をもとに患者が特定されないようにアレンジを加えたケースを用いた。

倫理学が一般的で抽象的な問いについて一般的な答えを出すとは異なり、臨床倫理は実学であり応用倫理である。臨床倫理カンファレンスは目の前のケースに向き合い、何かしらの回答を探索するケース・スタディであり<sup>1)</sup>、多職種で行うカンファレンスが本来好ましい。今回は医学生のみを対象とした点は不十分ではあるが、模擬カンファレンスを体験させることは、そのようなカンファレンスが存在することを認識させること、および倫理的感受性 (ethical sensitivity) を涵養する意味で重要である。授業のためには教材としてケースを用意する必要がある。教材にはユネスコ生命倫理ケースブック (日本語に翻訳され日本医学教育学会ホームページに掲載済)、医療倫理のジレンマのケースを掲載している本<sup>2)</sup>をはじめ、医療映画などを利用することも考えられる。

一方、臨床倫理の問題は臨床の現場で日常的に生じていることであり、その解決策を模索するために臨床倫理カンファレンスが開催されていることを理解してもらうことも必要である。そこで自分の所属する大学病院で実際に開催された臨床倫理カンファレンスのケースをアレンジして、教材として学生に検討させると、リアリティがあるうえ現場の医療職がどのような結論を出したかも説明できるという利点がある。ただし、実際の臨床倫理カンファレンスに参加した教員でないと、

ケースの詳細を学生から聞かれたときに的確に答えられないというデメリットもある。本稿では医療人類学の教員とともに、本学で実施した模擬臨床倫理カンファレンスの授業例を紹介する。他大学での導入の参考になれば幸いである。

## プロフェッショナリズム要素の何を涵養するのか

倫理学/医療倫理学の講義だけでは臨床の現場においてジレンマが生じたときに、医療者が必ずしも倫理的な理解に基づいた行動ができるとは限らない。何よりも倫理的な問題の存在にすら気づいていない場合も多い。臨床倫理では臨床における倫理的な問題に「気づく」ことが何より重要であり、気づくための倫理的感受性 (Ethical sensitivity) を涵養する必要がある。そのためには自分と異なる多くの価値観と出会い、カンファレンスで議論を重ねなければならない。そうすることで患者を共感的に理解することができる。共感とは同感することではなく、あたかも相手の気持ちになったように理解することである。臨床倫理カンファレンスで多くの異なる価値観に出会い、異なる価値観を尊重し、意見の不一致や曖昧さに寛容であり耐えられる能力を涵養することが臨床倫理の教育目的のひとつであると考えられる。大生は「なんだかはっきりしない、中途半端な」状態に耐えられることがプロフェッショナルとして、優先順位の高い、重要な資質であるとしている<sup>3)</sup>。

## 本学での授業例

### 1. 対象者 (学年)

臨床実習開始後の5年生か6年生

### 2. 実施時期

ケース・スタディの疾患によっては特定の診療科をラウンド済みの方が理解しやすい場合があるので、出来る限り臨床実習の後半が良い。

### 3. 実施場所と準備

- Wi-Fiが繋がる講義室とグループワークができる部屋。
- 学生にはPCかタブレットかスマホを持参させる。

表 1

4分割表		番号	氏名
医学的適応(恩恵無害)	患者の選好(Autonomy)		
QOL(人生の充実度)	周囲の状況(誠実と公正)		

表 2

4分割表		番号	氏名
医学的適応(恩恵無害)	患者の選好(Autonomy)		
QOL(人生の充実度)	周囲の状況(誠実と公正)		

①患者の医学的な問題点、病歴、診断、予後はどうか？  
 ②急性の問題か慢性の問題か？重篤か？救急か？回復可か？  
 ③治療の目標は？  
 ④治療の成功の可能性は？  
 ⑤治療に失敗した時の対応は？  
 ⑥全体的に見て、この患者は医療でどのくらいの利益がえられるか？害を避けられるか？

①患者には精神的判断能力と法的対応能力があるか？能力がないという証拠はあるか？  
 ②患者はどのような治療をしたいと述べたか？  
 ③患者は利益とリスクについて情報を与えられ、理解し、同意したか？  
 ④判断能力がないとしたら、適切な代理人は誰が？適切な基準を用いているか？  
 ⑤事前の意思表示があったか？  
 ⑥患者は治療に協力しようとしないうるのかできないのか？もしそうならなぜ？  
 ⑦全体的に見て、倫理的法的に許される限り患者の選ぶ権利が尊重されているか？

①治療した場合としなかった場合で患者がもとの生活にもどられる可能性は？  
 ②治療が成功した場合、患者はどのような身体的、精神的、社会的に失うものは何か？  
 ③偏見を持った評価者が患者のQOLにバイアスをかけて評価しているか？  
 ④患者の現在や将来の状態は、患者にとって耐えがたいものか？  
 ⑤治療を中止する考えやその理由づけはあるのか？  
 ⑥患者の苦痛を減らす緩和的ケアを受けられる見込みは？

①治療の決定に影響を与える家族の問題は？  
 ②治療の決定に影響を与える医療者側（医師・看護師）の問題は？  
 ③財政的、経済的な問題は？  
 ④宗教的、文化的な問題は？  
 ⑤守秘義務を破る正当性があるか？  
 ⑥利用できる資源や手段に問題があるか？  
 ⑦治療決定の法的な意味あい？  
 ⑧臨床研究や教育の問題があるか？  
 ⑨医療提供者や施設間の利害対立があるか？

- 真剣にディスカッションさせるために、仲の良い友達がグループになるのではなく、学務課により事前に6-8人のグループに分けて着席させる。
- 司会者、発表者を決めさせる。
- 空白のJonsenらの4分割表(表1)と表のなかの項目が記載された表を配布する(表2)。

#### 4. 具体的方法

初めに臨床倫理の説明とJonsenらの4分割表を利用した臨床倫理カンファレンスの仕方<sup>4)</sup>を説明したのち、事例を簡単に紹介してグループディスカッションをさせる。そのときのスライドはPBLのときのように、どのような患者に対し、主治医チームが何に困ったかが分かる最低限の情報に留める。学生の知識は少ないため、ディス

カッション中は医学書やネット検索も許可する。Jonsen らの4分割法を見ながら学生がする質問には教員が答え、周囲の学生とも情報を共有する。グループとしての最終判断を出させ、その理由とともに発表させる。評価は Jonsen らの4分割法の提出と、グループ内のディスカッションに関するピア評価を行う。

#### (1) 全体講義

臨床倫理とは何か、その位置づけ等について講義（日本医学教育学会ホームページに掲載済のスライド利用可）。医療倫理4原則や無益性（Futility）の説明だけでなく、Jonsen らの4分割法を記入しながら「何がジレンマなのか」に気づくようにディスカッションすることを説明する。また、4分割法はあくまでジレンマに気づくためのツールであることを強調しておく。

(2) ピア評価することを伝えたのち、グループの司会者、発表者を決めさせる。

#### (3) ケース呈示

主治医がどうして困ったかが分かるレベルのスライドを提示する。

(4) Wi-Fi を使ってネットで調べることを許可してディスカッションをさせる。

(5) 4分割法を埋めていこうとすると、聞きたい情報が出てくる。その質問に答えた時点で、他のグループ学生にも情報を共有させる。

(6) グループ内で最終決断をし、その理由、グループでの異なる意見についても発表させる。

(7) 各自の記入した4分割法を提出させ、学生用のサイトにアクセスして、グループ内メンバーのピア評価を行う。

### 5. ケース選択の注意点

(1) ケース選択には下記に注意が必要である。

- 患者が事前に教育に使用されることを許可している
- 患者が特定されないように細かな点をアレンジする
- 年齢はおおよそ、氏名はイニシャルも不要
- 実際の臨床倫理カンファレンスで何かしらの結果が出ている

表3 ピア評価項目

自主的に自分の意見を発言したか
他のメンバーの意見を真摯に聞いたか
グループの発表とその準備に積極的に貢献したか
発表のための情報収集を十分に行ったか

(2) 下記のケースなどが選択しやすい。

- 比較的頻度の高い疾患患者
- 終末期の患者
- DNAR 取得済みの患者
- 治療拒否の患者
- 患者家族間で意見の対立があるケース
- 医療者間で意見の対立があるケース
- ニュース等で同様のテーマが話題となっている、など

### 6. 評価

正解があるわけではないので学生の評価はディスカッションとグループワークへの貢献度が中心となる。したがって、出席点を高くして、残りは真面目に取り組んだかどうかについて、4分割法の提出と、グループ内でのピア評価（表3）と併せて評価している。

### 7. 成功の秘訣・注意すべき点

学生たちは正解があるわけではない問題を見出し、違う価値観でカンファレンスをすることに慣れていない。TBL（Team based learning）では正解があることが多いのに比べ、臨床倫理カンファレンスでは正解があるわけではないためディスカッションに参加しない学生が出てくる。成功させるためには下記のような内容に注意すると良いと思われる。

- 分からないことを積極的にインターネットで調べさせる。
- ただ4分割法を埋めることだけで終わりではないことを意識させる。
- グループとしてどうすることにしたか、それはなぜかをまとめて皆の前で発表させることを事前に伝える。
- 他人の意見を傾聴する態度は評価されるこ

表 4

## 1枚目のスライド

●●歳の高齢者.

【主訴】 ふらつき

【現病歴】

下咽頭癌の Stage IV の診断で化学療法中である.

平均的な予後は 3-4 か月と推定されている.

腫瘍増大のために気管切開が施行されている.

半年前には開腹胃ろう作成術を受けている.

最終化学療法後にふらつきがひどく救急車で来院された. 来院時の体温 36.7℃, 血圧 90 / 50mmHg, 脈拍 60bpm, SpO2 97%, であり, 血液検査による貧血の進行, 血圧低下により緊急入院となる.

## 2枚目のスライド

入院後経過①

入院後, 輸血により貧血は改善するも, ふらつきは継続.

その後, 徐脈発作による失神が出現するようになる.

頸部腫瘍の圧迫による迷走神経反射の可能性があると判断され, イソプロテレノールの微量注入が開始された. 失神は少なくなったが, その後イソプロテレノールの量が最大量となり, 家族を含めて Informed Consent (IC) が行われた.

## 3枚目スライド

入院後経過②

IC にて下記が確認された.

- 現行の薬物治療は継続するが効果は永続的には望めない.
- 急変時の対応としての心肺蘇生は行わない (DNAR).
- 余命数か月だが, 患者の希望は自宅で過ごしたい.

## 4枚目スライド

主治医グループからカンファレンス開催の要望が出された.

余命数か月ではあるが, 退院して自宅で過ごしたいと患者が希望しているが, 失神発作を繰り返しているため退院できない状態である. 退院できない理由の失神が徐脈によると考えられるためペースメーカーの植え込みをすべきかどうか?

参考) ペースメーカーの植え込み費用は合計で 300 万円以上.

(ただし, 高額医療費制度により自己負担は 10 万円程度)

この段階でグループディスカッションを行い, 質問を適宜受け付けて回答する.

このケースで学生に学習することが想定される項目例.

- インフォームド・コンセント
- Advance Care Planning (ACP) または Advance directive (or living will)
- DNAR (Do not attempt resuscitation)
- 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン
- 無益性
- 医療資源の適性配分, など

とを事前に伝える.

- グループ内のメンバー全員に一律に高得点を与えた者は自身の得点が低くなることを事前に伝える.
- 主治医はカンファレンス後にどのような方針で臨み, 結果は怎么样了のかを最後に伝える.

## 具体事例

イメージしやすくするために, 実際の臨床倫理カンファレンスで検討された実事例をもとに作成された教材症例を示す (表 4).

## 文 献

- 1) 井部俊子・監修, 服部健司, 伊東隆雄・編著.  
医療倫理学のABC 第3版, メヂカルフレンド社, 東京, 2015
- 2) バーナード・ロウ, 北野喜良, 中澤英之, 小宮良輔・監訳. 医療の倫理ジレンマ 解決への手引き, 西村書店, 新潟, 2003.
- 3) 大生定義. 臨床倫理教育の実践とプロフェッショナルリズム. 日本内科学会雑誌 2013; **102**: 1518-22.
- 4) Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ, 赤林 朗, 蔵田伸雄, 児玉聡・監訳. 臨床倫理学, 新興医学出版社, 東京, 2006.



医学教育 2019, 50(4): 369~373

委員会報告：プロフェッショナリズム教育方略

## 3.2 東海大学医学部における倫理的問題に気づく力の涵養を 目的とした臨床倫理カンファレンスの試み

竹下 啓\*

Cultivating Students' Ability to Identify Ethical Issues in Clinical Medicine Implemented at Tokai University through Discussion on TV Drama "E.R."

Kei TAKESHITA\*

はじめに

近年、臨床倫理カンファレンス（倫理カンファレンス）という言葉がしばしば耳にするようになった。筆者も臨床倫理カンファレンスを開催しているが、実は臨床倫理カンファレンスの意味するものは必ずしも定まっていない。「倫理的問題の論点を整理し、問題の解決を目指した調整を目的に行われるカンファレンス」との定義もあるが<sup>1)</sup>、実際には、過去の事例を倫理的観点から振り返って話し合うカンファレンスも臨床倫理カンファレンスと呼ばれることが多い。

臨床倫理カンファレンスは、診療科、病棟、チーム医療のカンファレンスとして行われることもあるし、臨床倫理コンサルテーションの活動の一環として開催されることもある。臨床倫理コンサルテーションは「医療やケアの現場において倫理的問題に直面している人々が、これらの問題を解決できるように支援する活動」であり、近年日本の病院においても普及しつつある<sup>2)</sup>。

さて、臨床倫理カンファレンスは、診療科で一般的に行われているカンファレンスとどう違うのであろうか。臨床倫理分野の日本の代表的なガイドラインである厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラ

イン」（以下、プロセスガイドライン）には、「人生の最終段階における医療・ケアについて、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等は、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである」という記載がある<sup>3)</sup>。

あえて単純化すれば、主に「医学的妥当性」について検討するのが一般的な診療科のカンファレンスである。医学的情報に基づいて、どのような検査計画や治療方針がその患者にとって医学的に最善であるのかを検討するのである。そこでは社会的背景や家族歴も俎上に載せられるが、疾患に直結する情報が重要視される。しかし、ある医療行為やケアに「医学的妥当性」があるからといって、それが必ずしもその患者にとって適切であるとは限らない。患者の意向や価値観、あるいは、おかれている状況によって、「適切性」は変化しうる。医療・ケアスタッフによっても評価が異なるかもしれない。すなわち、プロセスガイドラインが求める「適切性」の判断の中には、倫理的問題の論点整理やその後の調整の可能性まで含まれており、「適切性」を判断することを目的に行われる医療・ケアチームのカンファレンスは、臨床倫理カンファレンスであるということができらる。そしてプロセスガイドラインでも求められ

\* 東海大学医学部基盤診療学系医療倫理学領域, Tokai University School of Medicine Department of Medical Ethics

ている通り、臨床倫理カンファレンスは、一般的には、少なくとも医師と看護師を含む多職種で行われることが望ましいと考えられている。

### 東海大学医学部付属病院における臨床倫理カンファレンス

東海大学医学部付属病院では、病院倫理委員会に設置された臨床倫理検討部会が臨床倫理コンサルテーションサービスを提供している。臨床倫理コンサルテーションを依頼された場合、①部会員が個別に相談に応じて助言を与える、②部会として関係者を招集して臨床倫理カンファレンスを主催する、③依頼元の部署が主催する臨床倫理カンファレンスへ部会員が参加する、などの形から事例に適した方法が選択される。臨床倫理コンサルテーションの一環として行われる臨床倫理カンファレンスでは、検討対象は現在起きている事案であり、医師、看護師の他、ソーシャルワーカーや事務部職員が参加することを基本としている。

臨床倫理コンサルテーションとは別に、既に対応が終了した事例について振り返る臨床倫理カンファレンスを行うこともある。これは、依頼者が抱えていた倫理的葛藤を共有すること、参加者への教育、同様な事例が発生した場合の対応を検討することなどが目的となる。

実際の臨床倫理カンファレンスに学生が参加することは有意義であると思われるが、正規のカリキュラムで行うには困難がある。なぜなら、臨床倫理コンサルテーションで行われる臨床倫理カンファレンスは、依頼があった場合に関係者の予定を調整して急遽開催するため、予定が事前に立てられないからである。また、筆者は地域の医療・ケア提供者を対象とした主に振り返りの臨床倫理カンファレンスを定期的に開催しているが、開催時刻が夕方から夜になってしまうのである。

### 医学部の学生は臨床倫理カンファレンスの何を学ぶべきか

筆者らの行う臨床倫理カンファレンスでは、①症例および問題点（依頼者が困っていること）の提示、②情報の共有と確認、③倫理的検討、の順に進行することとしている<sup>2)</sup>。情報の共有と確認

の部分では、ジョンセンらによる四分割表が使いやすいが、必ずしもこだわっていない。それよりも特に医学的情報の確度を重要視している。倫理的検討については、選択肢を挙げ、それぞれについて医療倫理の四原則を用いた分析を行うことが多い。これらの情報収集と分析の中で行われる対話による学習効果は高いと思うが、はたして学生が倫理的な分析や検討方法をどの程度習得すべきかについては議論が必要であると思われる。臨床倫理カンファレンスそのものよりも、倫理的な問題を同定できる力をつけることが重要ではないかと筆者は考えている。というのも、臨床倫理カンファレンスは、前向きに行う場合でも、振り返りとして行う場合でも、まずは何らかの形で倫理的問題が同定されることから始まるからである。

臨床倫理コンサルテーションで扱われる問題には、①患者の意向と医療・ケア従事者の意向が対立する場合、②患者が意思決定できない、あるいは、できるかどうか疑わしい場合、③家族の意向と医療・ケア従事者の意向が対立する場合、④医療・ケアチームのメンバー間で意見が対立する場合、⑤患者と医療・ケアスタッフの合意内容が社会的通念や法律と抵触する懸念がある場合などとされている<sup>2)</sup>。つまり、明確に倫理的に問題であるとまで指摘できる必要はなく（実際にそのような事例はまれかもしれない）、多くの場合、医療・ケアスタッフが対応に困難を感じたり、わりきれない思い（しばしばそれは「もやもや」と表現される）を抱いたりしていることが発端となって、臨床倫理コンサルテーションの依頼につながることになる。

### 臨床倫理カンファレンスを用いた医学部教育

臨床倫理カンファレンスでは、医学的な知識を前提に、臨床倫理的な観点から検討することが求められる。そして、臨床倫理コンサルテーションとして行われる臨床倫理カンファレンスでは、何らかの結論を決める必要がある（「決めない」という結論を出すことが重要なこともしばしばある）。医療従事者の臨床倫理カンファレンスでも時に経験されることであるが、非現実的で実行困難な結論（患者に〇〇を納得させればよい）は意

表1 教育目的の臨床倫理カンファレンスで検討する事例のソースリスト

## ケースブック：

- ・Edwin N. Forman, Rosalind Ekman Ladd, 『小児医療の生命倫理 ケーススタディ』(松田一郎訳), 診断と治療社, 1998年.
- ・赤林朗, 大林雅之編著, 『ケースブック 医療倫理』, 医学書院, 2002年.
- ・木村利人監著, 荒川唱子, 桂川純子, 角田ますみ著, 『看護に生かすバイオエシックス』, 学研, 2004年.
- ・菊井和子, 大林雅之, 山口三重子, 斎藤信也編, 『ケースで学ぶ医療福祉の倫理』, 医学書院, 2008年.
- ・樋口範雄・編著, 『Jurist 増刊 ケース・スタディ 生命倫理と法 第2版』, 有斐閣, 2012年.

## 視聴覚教材：

- ・National Film Board of Canada オリジナル版制作, 赤林朗・日本語版監修. 『生命倫理を考える Discussions in Bioethics 終わりのない7編の物語』, 丸善, 2009年, 全7巻,
- ・赤林朗・監修. 『医療倫理 いのちは誰のものか—ダックス・コワートの場合—』, 丸善, 2009年, 全1巻,
- ・服部健司・企画・監修, 伊東隆雄・監修. 『ドラマで考える医療倫理』, art medical, 2009年, 全2巻
- ・赤林朗, 手島恵・総監修, 鶴若麻理, 佐藤雅彦, 仙波由加里・監修. 『終わりのない生命の物語 7つのケースで考える生命倫理』, 丸善, 2013年, 全7巻,
- ・手島恵, 鶴若麻理・監修. 『終わりのない生命の物語 2~5つのケースで考える生命倫理~』, 丸善, 2017年, 全5巻

味がない。また、倫理的な考察をするだけで、具体的な計画が伴わなければ、医療現場のニーズに応えることから遠くなってしまふ。

したがって、医学部における教育を目的とするのであれば、一定の医学的知識の他に、臨床倫理についての基本的な知識を学習してから行う方が、深みと広がりのある臨床倫理カンファレンスを行えるであろう。また、臨床倫理カンファレンスは多職種で行うことが推奨されていることから、多職種連携教育として医療・福祉系の他学部の学生とともに行うことが本来は望ましいと考える。

教育目的で臨床倫理カンファレンスを行う場合には、事例の選択はとても重要である。自施設で臨床倫理カンファレンスや臨床倫理コンサルテーションを実施しているのであれば、実際に経験した事例をアレンジしたものもよいだろう。また、臨床倫理についてのケースブックやDVDなどの視聴覚教材は多数発行されており、それらを活用することも考えられる(表1)。臨床倫理カンファレンスを通して、医療・ケアチームとしての方針を立てることを体験させるといった目的であれば、プロセスガイドラインなどのガイドラインが存在する分野が、学生には議論がしやすいかもしれない。本来の意味での臨床倫理カンファレンスとは異なるが、本学での実践例として紹介する取り組み以外に、第4学年の講義においてワールドカ

フェ形式で検討した事例の一部を表2に紹介する。

## 東海大学医学部での実践例

## 目的：

医学部低学年を対象に、臨床の現場における倫理的問題に気づく能力を涵養する。倫理的問題についての議論も行うが、むしろ臨床倫理カンファレンスの入り口となる問題を自ら同定する感性を養うことを目的とする。

対象者：第1学年の早期体験学習で医療倫理学領域を選択した学生

実施時期：第1学年の2月

実施場所：医療倫理学研究室

必要機材：DVDを視聴できる機材、テレビドラマER(緊急救命室)シーズン1第18話「彼私の狭間で」(Sleepless in Chicago) DVD

## 具体的方法：

1時限目(60分)、医療倫理学の概論について講義を行う。

2時限目(60分)、視聴中に倫理的に問題だと思った場面をメモしておくよう説明する。また、ドラマの主な登場人物について解説する(15分)。

DVDを視聴する(約45分)。

3時限目(60分)、視聴中に各自がメモした倫理的に問題だと思った場面を列挙し、自分たちの視点でそれらを分類し、整理する。そして、なぜ

表2 東海大学医学部においてワールドカフェ形式で検討した事例の紹介

1. 米国ニュージャージー州ロンゲアイランドに住むトレビング夫妻の娘ケイティは生まれつき赤血球がうまくできない遺伝病“ダイヤモンドブラックファン貧血”であった。このため、彼女は定期的に輸血を受けていたが、医師はこのままでは数年で亡くなるだろうと予測していた。生存のためには白血球の血液型“HLA”の合う幹細胞を移植する必要がある。しかし、同じ血液型を持つ人は数万人に1人。見つけるのは至難なことであった。同じ兄弟であれば1/4の確率で血液型が一致する。しかし、ケイティの兄はいにく違う血液型である。  
ここで医師は1つの提案をする。もし、HLAの一致する兄弟を出産すれば、その子から骨髓液を採取して、ケイティに移植することができる。トレビング夫妻は喜んで出産を決意した。しかし、どうやって1/4の確立でHLAの一致する兄弟を出産できるのであろうか？  
実は体外受精で受精卵を複数つくり、その中でHLAの合う受精卵を選んで着床させようというのだ。受精卵は8細胞期の時1つだけ細胞を取ってHLAを調べることができる。また、残った7つの細胞で胎児が育つことは分かっている。  
もしあなたが、この病院の倫理委員会の委員であったら、この医師の計画を認めるだろうか。ここでは日本における規制は度外視して、純粋に倫理的な視点で考えることとする。
2. 28歳のエリーは妊娠36週で臍帯逸脱と診断されている。胎児を救うためには緊急帝王切開を行う必要がある。帝王切開を行わない場合、胎児を失うことは確実である。帝王切開を行っても、行わなくても、エリーが亡くなることはない。  
2年前、エリーが虫垂炎の手術を受けた後、感染症を併発して敗血症となった。その時のとてもつらい経験から、エリーは腹部の手術にとても恐怖を感じている。そのため、産科医のたびたびの説得にもかかわらず、エリーは首尾一貫して帝王切開を拒否している。  
産科医は胎児を救うため強制的に帝王切開を行うか、エリーの意向にしたがってそのまま経膈分娩を試みるか迷っている。もし、あなたがこの産科医なら、どうするか。

*J Med Ethics* 2018. doi:10.1136/medethics-2018-104828

3. 医師は患者の気持ちに共感することが求められる一方で、「患者の前で涙を見せてはいけない」という口伝は医師の間でかなり広く浸透し、患者の側も、医師に対して怒りや悲しみを表さないことを求めているという指摘がある。  
あなたの同僚が主治医として長年担当してきた患者が、治療の甲斐なく亡くなった。死亡の診断をした後、悲しい気持ちをこらえきれなくなった同僚は号泣してしまった。この同僚の振る舞いは、医師としてアンプロフェッショナルだろうか。

#### 文 献

加藤眞三。「医師は冷淡だ」と感じるのには理由がある。東洋経済オンライン、2017年2月16日  
<https://toyokeizai.net/articles/-/158933>  
 地域の多職種で作る「死亡診断時の医師の立ち居振る舞い」についてのガイドブック  
<http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/docs/booklet/booklet29.pdf>

4. 慢性閉塞性肺疾患、糖尿病および心房細動の病歴を持つ70歳のハリーが、意識不明の状態で救命救急センターに搬送されて来た。代謝性アシドーシスを伴う敗血症性ショックの状態で、懸命の治療処置にもかかわらず、容体は悪化しており、今日中に心停止することも十分に考えられる状態である。ハリーは一人暮らしで、身寄りはなく、大家の話によれば親しい友人もいないようである。  
ハリーの前胸部には「蘇生するな (DO NOT RESUSCITATE)」というタトゥーがある。ハリーの容体が急変した場合、医療チームはそのタトゥーにしたがって蘇生措置を控えるべきだろうか。それともタトゥーにもかかわらず蘇生措置を行うべきだろうか。

*N Engl J Med* 2017; **377**: 2192 を改変して引用

問題だと思ったのかをグループ内で議論する (30分)。学生が整理した問題点について、教員が解説する (30分)。

#### 評 価

実施内容についての正式な評価は行っていない。



表3 倫理的問題と考えられる場面

テレビドラマER（緊急救命室）シーズン1第18話「彼我の狭間で」（Sleepless in Chicago）

#### 職業倫理の問題

7年間仕事を中心の生活を続け、ようやくスタッフへの昇任が決まりそうなチーフレジデントが、妻に離婚を切り出された。

長時間勤務で疲弊した外科レジデントが、熟眠のあまり認知症の母親の呼びかけに気がつかず、母親が転倒して大腿骨頸部骨折を受傷してしまった。

外科レジデントが手術に必要な患者にしか関心を払わず、手術適応がなくなった途端に患者への興味を失ってしまった。医師が薬剤師に喧嘩腰で依頼したため、薬剤師から必要な援助が受けられなかった。

長時間勤務者が行う手術の安全性。

レジデンシーと競争。研修の道具として患者を見ていた。

患者の処置をしながら看護師同士で世間話をしていた。

患者から排出された結石や切除された腸管を笑いの対象として扱っていた。

強盗とそれに対応した警官が同時に救急搬送されたが、同様に扱われていた。

#### 臨床倫理の問題

救急搬送されて来た患者が、終末期のがんで蘇生不要指示が出されていたことが判明した途端、処置にあたっていた多数の医師が霧消してしまった。

火傷で受診した子供の母親から、決して口外しないことを条件に、実は母親が折檻して火傷を負わせたことを聞いた看護師が、医師に報告して警察が介入した。

終末期の患者への対応に多くの時間を割いた結果、他の患者への対応やカルテの記載に朝まで時間を費やすことになった医学生。

#### 研究倫理の問題

報酬目的での臨床試験への参加した結果、副作用で受診した患者。

#### 対象者からの声・反応

- ・特に医師の職業倫理とライフワークバランスについて関心が高かった。
- ・全員が「ER」を初めて視聴する学生であったため、短時間で大勢の人物が登場するのは理解が難しかったようである。

#### 成功の秘訣・注意すべき点

- ・医療倫理学上の問題を幅広く考えてもらうためにERを選択した。倫理教育のために作成されたDVDは一つの事例について深く検討するにはよいが、倫理的問題に気づく力を涵養するという観点からは、1話で多くの事例が登場するERは適した素材と思われる。
- ・多くの問題点が列挙されるため、学生が挙げた問題点について、否定はせず、ひとつひとつ紐上に残すよう配慮した。
- ・教員は必ず事前に視聴し、どのような倫理的問題点が挙げられるかを入念に検討しておく方がよい。また、想定される問題点を、職業倫理上の問題、臨床倫理上の問題、研究倫理

上の問題に分類し、それぞれのトピックスについて、学生の興味に応じて話題を発展できるように準備した（表3）。

#### おわりに

医学部の教育における臨床倫理カンファレンスの意義は、まだ未知数である。本稿では、臨床倫理カンファレンスとは何かを解説することから始めて、臨床倫理カンファレンスの入り口となる問題を自ら同定する感性を養うことを目的とした教育実践について紹介した。

#### 文 献

- 1) 浅井篤, 福原俊一・編, 重症疾患の診療倫理指針ワーキンググループ・著. 重症疾患の診療倫理指針, 医療文化社, 東京, 2006年.
- 2) 堂園俊彦・編著, 竹下啓, 神谷恵子, 長尾妻子, 三浦靖彦・著. 倫理コンサルテーションハンドブック, 医歯薬出版, 東京, 2019年.
- 3) 厚生労働省. 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」2018年.

医学教育 2019, 50(5): 507~511

委員会報告：プロフェッショナリズム教育方略 連載第4回

## 4. 患者の語りを用いたプロフェッショナリズム教育

孫 大輔\*

要旨：

医学教育における患者の語り（ナラティブ）の重要性が再認識されてきている。それは、プロフェッショナリズム教育においては、「利他性」や「共感」の教育に相当するものであるが、従来こうした教育機会やリソースは限られていた。約100年前に、ベッドサイド教育を重視したウィリアム・オスラー博士は“Just listen to your patient.”と患者の語りの重要性を強調していたことから、医学教育の根幹には患者の語りへの傾聴がある。現在では、オンラインで視聴できる動画や、患者講師の登場などにより、患者ナラティブの教育の可能性が広がってきた。本稿では、患者ナラティブを活用した医学教育の実践例とその効果などについて検討してみたい。

キーワード：患者の語り、ナラティブ、共感、利他性、プロフェッショナリズム

### Patient Storytellers for Professionalism Education

Daisuke SON\*

Abstract:

The importance of patient narratives has been recognized in medical education. It is almost equivalent to concepts of “altruism” or “empathy” in medical professionalism. However, opportunities or resources on the matter have been limited. About 100 years ago, Sir William Osler said, “Just listen to your patient”, emphasizing the importance of patient narratives. Listening to the patient’s story has been situated at the core of medical education, and the value of patient narratives has been explored through an online database and the activities of patient storytellers. In this article, examples from our empirical study on patient narratives are presented, and its effectiveness is then discussed.

**Keywords:** Patient narratives, Narrative, Empathy, Altruism, Professionalism

## 4.1 患者のナラティブ動画を活用した医学教育

### Professionalism Education Using Patient Narratives

はじめに

近年、医学教育において患者の語り（ナラティブ）の効用が注目されてきている。医師と患者のコミュニケーションにおいては、通常、医師は患者の話を医学的情報や専門用語に置き換え、臨床的な診断に役立つように解釈している。しかし、

医師との面接の中で、患者が語るいわば「物語」は、しばしば医学的情報に還元できる以上のものをはらんでいる。この患者の語りは「ナラティブ」と呼ばれ、近年の医療コミュニケーションにおいて無視できない重要な概念である。

ナラティブ (narrative) には「語り」と「物語」という二重の意味がある。「語り」とは当事

\* 東京大学大学院医学系研究科医学教育国際研究センター, Department of Medical Education Studies, International Research Center for Medical Education, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

前立腺がんの語り

診断を受け、地獄に引きずり込まれるようだった。がんなら死ぬ、でも死にたくない、その繰り返しでパニック状態だった



### インタビュー内容テキスト

### プロフィール

#### インタビュー-22

診断時：60歳  
インタビュー時：61歳（2008年8月）  
診断時は首都圏で妻と二人暮らし。定期健診で精密検査となり07年7月に診断を受けた。ホルモン療法が唯一の治療と言われ様々な心労が重なりうつ状態に。定年後、再雇用制度で継続勤務予定だったが病気を理由に更新を拒否された。故郷九州に戻り信頼できる医師と出会い諦めていた放射線治療が可能と言われ08年2月から併用治療を受けた。将来転移再発の不安はあるが現在は安定。知人の和尚さんとの対話に多くを学ぶ日々である。

図1 ディベックス・ジャパンの患者のナラティブ動画「前立腺がんの語り」の例

者（患者）による体験談のことであり、「物語」とは歴史や文学で言うところの物語である。アメリカの発達心理学者ジェローム・ブルーナー（J.S. Bruner）は、知のあり方には通常の「科学的な知」とは別に、「物語的な知」が存在すると述べた<sup>1)</sup>。すなわち、科学的な知は、事実の集合体から法則や理論を抽出することができ、短い記号や言葉に還元することができる。それに比べて、物語的な知は、歴史や小説、説話などによって代表されるように、物語ることによってのみ伝えられるとブルーナーは主張した。例えば、ドストエフスキーの小説を考えてみたい。小説の「あらすじ」は要約して短い文章にできるかもしれない。しかし、そこで語られる人間の苦悩や葛藤、複雑に錯綜する思考や感情、人と人の間の対話といったものは、物語を実際に読み、その一つ一つの出来事の意味を解釈しようとする営みの中でしか経験することはできないであろう。

この「物語的な知」の概念は、1980年代から90年代にかけて歴史哲学や文学論など社会科学やその他の分野において「物語論的転回（narrative turn）」と呼ばれる大きな影響をもたらした。さらに医療の分野においてもナラティブの決定的な重要性が認識されるようになった。医療人

類学者・精神科医のアーサー・クラインマン（A. Kleinman）は、著書「病いの語り（The Illness Narratives）」において次のように述べている。

「患者は彼らの病いの経験を、つまり自分自身や重要な他者にとってそれがもつ意味を、個人的なナラティブとして整理するのである。病いのナラティブは、その患者が語り、重要な他者が語り直すストーリーであり、患うことに特徴的な出来事やその長期にわたる経過を首尾一貫したものにする」<sup>2)</sup>。

患者のナラティブを誰もが聴けるようにしたウェブサイトの代表として、認定NPO法人健康と病いの語りディベックス・ジャパンがあり、患者の語りの動画や音声等を無料で視聴できる<sup>3)</sup>。現在、認知症、乳がん、前立腺がん、大腸がん検診、臨床試験・治験、慢性の痛み、クローン病の7カテゴリーについて、300名を超す当事者（患者）や家族の語りがトピック別に紹介されている（図1）。このデータベースは、病気の診断を受けた人やその家族が、同じような経験をした人たちの語りに触れて、病気と前向きに向き合うことができるようにという意図で作られたものであるが、医療者教育においても大変有用なリソースとなる。

本稿においては、この患者のナラティブ動画を  
用いた医療プロフェッショナルリズムの教育例につ  
いて、その目的や有用性、具体的実践例を紹介す  
る。

### 1. プロフェッショナルリズム要素の何を涵養するの

良い医師の条件として、患者への「共感 (empathy)」と「思いやり (compassion)」は重要な要素である。そしてプロフェッショナルリズムの構成要素としても「利他主義」や「共感」は、さまざまなプロフェッショナルリズムの定義がある中でも中心概念となっている。

共感を意味する「empathy」という英語は、もともとドイツ語の「einfühlung」が英訳された単語であり、もともと英語にはない概念であった。記録に残っている一番古い「empathy (einfühlung)」の説明は1897年の心理学者テオドル・リップス (T. Lipps) によるもので、「サーカスの綱渡りがロープの上を歩くのを見るとき、あたかも自分が彼 (綱渡りしている人) の中にいるように感じる」というユニークな説明がなされている<sup>4)</sup>。医療における「共感」の定義として「患者の心の中や、その痛みを自らのものであるかのように理解するが、患者自身になり代わるわけではなく自分自身を見失わない」<sup>5)</sup>などと説明されており、他者の経験や気持ちを「理解する」という認知的側面に力点が置かれている。

したがって、共感を涵養する (= 患者視点を理解する) ための教育方略として、患者のナラティブ動画の活用や、患者講師による語りを聴くことは大変有用だと考えられる。

### 2. 本学での授業例

本学では医学部2年生から6年生まで、プロフェッショナルリズム授業を実施しており、連続性を持たせたものとしている。患者のナラティブ動画を用いた授業は、主に2年生・3年生を対象に実施している。低学年では、患者に対する共感や利他性を涵養するための授業を主軸とし、高学年では、利益相反や適正な検査・治療 (Choosing Wisely) など、実習現場で遭遇しやすい事例に

沿った内容としている。

#### 実践例

##### 目的:

患者が「病い」を経験するということの意味や経験、それに伴う気持ちを、患者視点で学び、共感の涵養につなげる。

対象者: 医学部医学科2年生, 3年生 (必修授業)

実施時期: 2年生の秋 (9月), 3年生の春 (4月) (進学・進級直後の時期)

\*東京大学においては2年生の秋に前期教養課程から医学科へ進学する

実施場所: 講堂/大教室

必要教材: PC (ウェブサイト閲覧), プロジェクター, Wi-Fi環境 (動画のストリーミング再生が必要), DVD (導入としての映画教材)

具体的方法 (90分授業で行う場合):

- ① 講義 (10分): 「プロフェッショナルリズム」に関する導入 (患者への共感の意義, 疾患と病いの違いなど)。
- ② ペアワーク (10分): 「私の患者体験」「家族が病気にかかったときの経験」などをテーマに、患者視点で病いはどのように体験されるかを話し合う。
- ③ 患者ナラティブ動画の視聴 (1) (15分): 3つのほどの動画クリップをテーマごとに見せる (認知症の語りを3つ, がんを診断されたときの気持ちを3つなど)。  
\*この際、それぞれの動画を見せる前に、患者の背景情報などを十分に伝えてから見せる。
- ④ グループディスカッション (10分): 4人グループなどで感じたこと, 考えたことを自由に話し合う。
- ⑤ 全体共有 (5分): いくつかのグループに話し合った内容を共有してもらう。
- ⑥ 患者ナラティブ動画の視聴 (2) (15分): 3つのほどの動画クリップをテーマごとに見せる (やはり共通したテーマで)。
- ⑦ グループディスカッション (10分): 感じたこと, 考えたことを自由に話し合う。



- ⑧ 全体共有 (5分) : いくつかのグループに話し合った内容を共有してもらう。
- ⑨ まとめ (10分) : 今後、患者視点や共感を学ぶための方略を伝える (患者のナラティブ動画の活用、患者の闘病体験を読んだり聞いたりする、映画・映像の活用など)。

### 3. 評価

プロフェッショナルリズムの評価はその内容が多面的・多層的であるため妥当性の高い評価を行うのは簡単ではない。今回の授業における学習評価においては、学生が患者視点で「病いと生きる」ことの意味を少しでも自分ごととして考え、新しい視点を獲得したり、患者への共感の芽が育まれば良いと考える。したがって、授業後アンケートによって学生がどのようなことを考えたのか、自由記述で書かせることが重要である。合否評価を行いたい場合は、ルーブリックなどにより評価する。

また、共感が少しでも育まれたかを見たい場合、ジェファソン共感尺度日本語版 (Jefferson Scale of Empathy-Student Version)<sup>6)</sup>などを用いて、授業前後の比較などを行うことも有用だと考えられる。

### 4. 学生からの声・反応

授業後アンケートから、学生はまったく経験したことのない病気 (がんや認知症) に関して、当事者視点でどのように感じられるのか、また当初のイメージや思い込みと異なる考えを聴くことで、それまでにない新しい視点の学びが起きていた。また実際にはどう振る舞えば良いのかといった葛藤や疑問も感じていた。以下に本学で授業を行った際のアンケートの一部を紹介する。

- ① 20代で乳がんを患った女性の診断されたときの気持ちの動画視聴後のアンケート
  - ・医療者にとってありふれたことでも、患者さんにとってはそうではないということを自覚しないとイケないと思った。
  - ・相手にとっては人生を左右する告知だから共感を示す態度など必要だろう (看護師との連携も必要)。

- ・患者さんと医師の間に病気・病名に対する認識の違いが大きい。
  - ・がんの告知をしても、患者にとってはその重大性を認識するのに時間がかかることがあることが実感できた。
  - ・患者が求めている思いやりの気持ちに、必ずしも医療従事者は応えられていない。
- ② 若年性認知症と診断されたときの家族の気持ちの動画視聴後のアンケート
- ・病名をつけられることに対する患者の受け止め方は違う。
  - ・病名を告げることが患者や家族の安心につながる可能性があることが分かった。
  - ・(病名がついて) ほっとした、という感想に驚いた。
  - ・しかし、この後治療薬がないことを伝えるのが難しいと思った。

### 5. 成功の秘訣・注意すべき点 (失敗しないために)

患者のナラティブ動画を活用した医学教育には、一つの疾患に関する多様な場面・状況 (診断されたとき、再発したとき、仕事との関わりなど) や、病い経験の多様性 (同じ疾患でも感じ方が異なる) をカバーするような複数の動画を視聴できるという利点がある。また、単にテキストを読むよりも、当事者本人や家族の語りを映像とともに聴くという迫真性がある。患者視点を学ぶ教材としては非常に有用なツールとなる。

しかしながら、以下のような点に留意して使用する必要がある。

- ① どの動画クリップを選ぶか : これは対象となる学年や学生の準備段階などに合わせて選ぶと効果的である。まだあまり臨床医学の学習が進んでいない低学年などでは、「診断されたときの気持ち」や「症状の始まり」といった内容が適切かもしれない。高学年においては、具体的治療に関する語りや「症状とどう付き合うか」など、より臨床的な内容に関する動画の方が適切かもしれない。
- ② 動画を見せる前に患者背景・情報を伝え

る：患者のナラティブ動画を視聴する前に、患者の診断時とインタビュー時の年齢、症状の経過、診断に至る経緯と治療、現在の生活などの情報について、それを講師が読み上げる形で伝える（ディベックス動画の場合、各映像クリップの「プロフィール」欄に記載がある）。ここも一種の「語り」によって伝えることが重要と考えている。

- ③ ディスカッションのポイント：本学の授業では、あまりディスカッションする際のポイントを絞らずに自由に討議させている。「患者視点で考える」というところから外れなければ、何を考えたり、話したりしてもよいという自由な対話（ダイアログ）を重視している。ただし、学生によっては何を話したりしたら良いのかとまどう場合もあるかもしれない。その場合、「患者の立場だったら」「家族の立場だったら」「医療従事者の立場だったら」どう感じるか、あるいは、「診断時のコミュニケーションがより良くなるためにはどうしたらよいか」といった具体的なクエスチョンを提示してもよい。

#### おわりに

従来の医学教育において、臨床実習に出る前に実際の患者の語り（ナラティブ）に触れることは

難しかったが、ディベックス・ジャパンのウェブサイトや、その他動画メディアなどの登場によって、患者のナラティブ動画を誰もが視聴することが容易な時代になった。共感を育むための患者視点の学習として、ぜひ活用されたい。なお、医学教育においてディベックス・ジャパンの動画を活用する際には、必ず事前にディベックス・ジャパン事務局に連絡のこと (<https://www.dipex-j.org/kyoiku-form>)。

#### 文 献

- 1) J. S. ブルーナー著、岡本夏木、池上貴美子、岡村佳子・訳。教育という文化。岩波書房、2004。
- 2) アーサー・クラインマン著、江口重幸、五木田紳、上野豪志・訳。病いの語り—慢性の病いをめぐる臨床人類学。誠信書房、1996。
- 3) 認定NPO法人健康と病いの語りディベックス・ジャパン ホームページ。URL: <https://www.dipex-j.org/> (accessed 1 March 2019)。
- 4) Lipps, T. Raumästhetik und geometrisch-optische Täuschungen [Spatial aesthetics and optical-geometrical illusions]. Leipzig: J. A. Barth, 1897.
- 5) Wilmer HA. The doctor-patient relationship and the issues of pity, sympathy and empathy. *British Journal of Medical Psychology* 1968; 41: 243-8.
- 6) 片岡仁美。共感と医療について（エンパシースケールを中心に）。日本内科学雑誌 2012; 101: 2103-7.

## 委員会報告：プロフェッショナルリズム教育方略

## 4.2 患者講師の語りを活用した医学生の共感の涵養

香川 由美\*

## Enhancing Empathy in Medical Students by Using Patient Storytellers

Yumi KAGAWA\*

## はじめに

医師として求められるプロフェッショナルリズムを涵養するうえで、医学生が、患者の視点を理解しようとする態度の重要性に気付くことは、その出発地点となり、土台となる。「患者の語り」を聴くことは、教科書だけでは学べない患者の視点を知り、感じ、心に刻む機会となる。卒前教育において「患者の語り」に触れる意義は、医学生の心にプロフェッショナルリズムの芽生えをもたらすことにあるのではないだろうか。

本稿では、「患者の語り」を活用した様々な教育方法のなかでも特に、患者の立場の方を実際に授業に招いて講演をいただく方法（以下、患者講師による講演）について、本学で実施している教育方法を紹介する。なお、筆者は本授業にこれまで4年間関わり、担当教員とともに患者講師のコーディネートや講演作成のサポートを担当し、教育効果の評価研究を行ってきた。また、自分自身が幼少期から慢性疾患の患者であることから、この授業に関わる以前から、他大学の医学部や薬学部、看護学部の授業で患者講師として講演させていただいた経験も有する。その両方の経験から、学生と患者講師との良い出会いは双方をエンパワメントすると感じている。患者の語りを活用したプロフェッショナルリズム教育の広がりを願っ

て、実践例および研究を報告する。

## 1. プロフェッショナルリズム要素の何を涵養するのか

## 患者への共感、患者-医師関係への態度

医師の患者への共感、患者-医師間の良好なコミュニケーションをもたらす、患者中心の医療を実践するうえで重要であるため、医師に求められるプロフェッショナルリズムの要素の一つとされている<sup>1)</sup>。

## 2. 実施方法の詳細

本学で実施している2種類の授業を紹介する。一つは学年全体の集合授業、もう一つは、少人数グループ・ディスカッションを取り入れたものである。

## 実践例1

授業の目的：「病い」を経験するということを患者視点で理解し、患者と医療者のコミュニケーションの意味と課題を患者視点でとらえること。

対象：4年生（必修授業）

実施時期：4月（臨床実習前）

実施場所：大講義室

必要教材：プロジェクター使用環境、授業アン

\* 東京大学大学院医学系研究科社会医学専攻医療コミュニケーション学分野, Department of Health Communication, Graduate School of Medicine, the University of Tokyo



表1 患者講師による講演の構成例1

構成	内容	時間配分
導入	自己紹介	3分
	病気の説明	4分
	今日伝えたいこと(※1)	1分
エピソード	①幼少期の家族や友人との関わり	6分
	②透析導入時の医療者の関わり	6分
	③透析を続けながらの就職と就労	6分
まとめ	今日伝えたかったこと	2分
	問いかけ(※2)	1分
	予備	1分

※1 「医療者の言葉が患者を『病人』にも『人間』にもする」

※2 「あなたなら、患者にどのような言葉をかけ続けますか？」

### ケース

#### 具体的方法：

- ①教員による講義(15分)：「医師のプロフェッショナルリズム」とは、患者の語りを聴く意義
- ②患者講師による講演(30分)：40代男性，慢性腎不全の患者講師，講演タイトル「医療者のことばが持つ力」(表1)
- ③学生同士の感想共有(10分)：講演で印象に残ったことや質問したいこと等を学生同士で話し合う。
- ④質疑応答(15分)：学生からの質問を受け付け，患者講師に答えていただく。必要に応じて，教員からも臨床経験や，医師のプロフェッショナルリズムの観点から適宜補足をする。
- ⑤私たちのプロフェッショナルリズム宣言(30分)：学生同士で話し合い，医師としてのプロフェッショナルリズムを果たすための自分の行動指針を発表する。教員がパワーポイント

を投影しながら記録する。

- ⑥授業アンケート(10分)：新たな気づきや学び，疑問点等を記述できるようにする。患者講師へのメッセージ欄もあると良い。

#### 実践例2

**授業の目的：**患者のナラティブを聴いて，人間の健康には，生物・心理・社会的要因が総合的に関係していることを理解する。

**対象：**1年生(選択クラス)

**実施時期：**前期(入学直後)

**実施場所：**小講義室(30名程度収容可能)

**必要教材：**プロジェクター使用環境，模造紙，マジックペン，授業アンケート

#### 具体的方法：

- ①教員による講義(15分)：「生物・心理・社会モデル」とは，患者の語りを聴く意義
- ②患者講師による講演(30分)：30代女性，1型糖尿病，講演タイトル「私の恩送り」(表2)
- ③質疑応答，学生のグループ・ディスカッション(60分)：4名～5名1グループで，患者講師の体験を「生物・心理・社会モデル」を用いて分析し，模造紙にまとめる。
- ④講演アンケート(10分)：新たな気づきや学び，疑問点等を記述できるようにする。患者講師へのメッセージ欄もあると良い。
- ⑤1週間後，学生によるプレゼンテーション(60分)：各グループで検討した内容や気づきを全体発表する。患者講師，他の学生，教員からフィードバックする。

表2 患者講師による講演の構成例2

	3つのエピソード		メッセージ
	事実 (どんな出来事があったか)	感情 (どんな気持ちになったか)	(その経験を通して学生に 伝えたいと思うこと)
1	9歳で1型糖尿病の診断を受け、毎日の血糖測定とインスリン注射が始まった。自己注射をするのが嫌で母にしてもらっていたが、母が私に注射をする時、手が震えていることに気付いた。	辛いのは自分だと思っていたが、母も同じように辛かったり、責任を感じたりしていることを知った。母を支えたい気持ち生まれ、自己注射の練習を始めた。	患者本人だけでなく、家族も病氣と闘っている。患者にも、患者を支える家族にも、心の支えが必要。
2	大学卒業後、就職したが血糖コントロールがうまくいかず入院した。落ち込んでいた時、担当医が毎日朝夕ベッドサイドに来てくれた。病氣以外の話題を話してくれたり、「笑顔が素敵」と言ってくれたりした。	病氣のことで劣等感や自己嫌悪を抱えていたが、先生は自分を自己管理ができないう不良患者としてではなく、女性同士として接してくれていると感じた。心の氷が解けていくようだった。	人と人として接してもらえた実感が、心を開かせてくれた。病氣の自己管理がうまくいっていない時も頑張り認めてもらえると、前向きな気持ちになれる。
3	同僚や友人の悩み相談、患者会でのボランティア活動を通して、自分と同じように悩んでいる人の話を聞き、時間を共有したことで、笑顔になってもらえた。	病氣や立場は違っても、人それぞれ悩むことや向き合うべきことがあると知った。他の人の痛みを理解する力になるのなら、病氣になったことも無意味じゃない。	治らない病氣があったとしても、人の役に立てることがある。自分の経験を生かせることが、生きる原動力になる。

患者講師の了解を得て、講演内容を一部改変して掲載

## 評価

本学では授業アンケートを実施し、(1) 学生による授業評価、(2) 測定尺度を用いた学生の態度の変化の客観評価を行っている。

### (1) 学生による授業評価

本授業は学生から非常に好評である。例年約9割の学生が授業に対して「非常に満足」「満足」と回答している。また、「この授業を後輩にも勧めたいと思うか」と尋ねた質問にも、9割を超える学生が「そう思う」と回答している。

### (2) 測定尺度を用いた学生の態度の変化の客観評価

学生の「患者への共感」および「患者-医師関係における患者中心性の態度」について、それぞれ「Jefferson Scale of Empathy-Student Version 日本語版」<sup>2)</sup>、および「Patient-Practitioner Orientation Scale 日本語版」<sup>3)</sup>を用いて測定した。いずれも講演を聴く前後で有意な改善が認められた<sup>4)</sup>。また、その改善は約半年後も維持されていた<sup>5)</sup>。

## 3. 学生からの声・反応

多くの学生が気付きや学びを記載している。授業アンケートより一部を紹介する。

- ・ 医者の患者さんに対する態度が、治療そのものとは別に患者さんの健康に対して大きな影響を与え、結果として治療期間や予後に大いに関わるということを感じた。
  - ・ 患者の状況に寄り添う、ポジティブに状況改善に尽くすのはもちろん、患者の性格に合わせてどのような話をすれば良いのか、10年や20年のスパンで考え続ける必要があると思いました。
  - ・ 患者の言葉そのものに反応するのではなく、その発言の裏にどの程度の不安や動揺があるのか考え話を聞かせてもらうなどの対応をすることは、今まで思いつかなかった対応だった。
  - ・ 医療従事者の発した言葉が、良くも悪くも患者やその家族にはいつまでも残りつづけるということは、私たちの放つひと言ひと言が非常に重みを伴っているということを実感した。
4. その他、成功の秘訣、注意すべき点（失敗しないために）

学生にとってより効果的な学びの機会にするためだけでなく、患者講師の安心・安全のために



表3 効果的な講演依頼のための事前打合せのポイント

授業について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・授業の目的、目標（教員として、学生にどのようなことを感じ、考えてほしいか）</li> <li>・なぜその患者講師に依頼したいのか</li> </ul>
学生について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・学生が知っていること（特に、患者講師の疾患についてどの程度知っているか）</li> <li>・学生のこれまでの患者との接点（臨床実習や、他の患者の講演を聞いた経験など）</li> <li>・普段の授業での様子（積極的な学生が多い、シャイだが真面目な学生が多い、など）</li> </ul>
講演内容について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者講師が学生に最も伝えたいことは何か、そのことを伝えたいと思うのはなぜか</li> <li>・その動機となるのはどのような体験か、どのような感情の動きを体験したか</li> <li>・講演の最後に学生にどのようなことを聞いかけたか、何を考え続けてほしいか</li> </ul>

も、授業の事前準備から事後対応まで丁寧なコミュニケーションが必要となる。そのポイントを紹介する。

### 成功の秘訣1：患者講師のリクルートと事前打合せを丁寧に行う

本学では担当教員の機縁や患者会等を通して患者講師を募集し、書類選考を経て決定している。応募者には、疾患名や学生に伝えたいメッセージとエピソードをA4用紙1枚のフォーマットに記載していただき、授業テーマと照らし当てて選定を行う。患者講師との事前打合せのポイントを示す（表3）。患者講師は初めて会う学生たちを相手に話すことになるため、聴き手の学生像をイメージできるよう情報提供を行う。

### 成功の秘訣2：病歴や症状だけではなく、「人生の物語」を語っていただく

病いとともに生きる当事者だからこそ伝えられることの一つに「感情の動き」がある<sup>6)</sup>。患者講師には、病歴や症状だけでなく、その時々における家族や医療者との会話、自分の気持ちを具体的に伝えてもらうことで、学生がその患者講師の「人生の物語」を追体験できる。どのような事を体験し、どのような気持ちになったのかという情報から、なぜそのような気持ちになったのか（背景・理由）を考えることが、学生たちが他者の視点を知ろうとする能動的な学びに繋がる。

### 成功の秘訣3：学生と患者講師との双方向コミュニケーションを促す

患者講師が目の前にいることを最大限生かせるよう、質疑応答や対話を活用して、学生と患者講

師の双方向コミュニケーションを促す。患者講師にとっても、一番のやりがいは「学生の反応」であるという声を多く聞く。質問や反応が無いことは、自分の話が学生に何も響かなかったと受け止められる。教員は学生の積極的な発言、質問を歓迎するようにする。

### 注意すべき点1：患者講師にとって安心・安全な環境を整える

- ①身体的に無理のない環境、スケジュールを整える：事前準備から授業当日、事後対応までの工程を説明し、体調管理のために必要なことをあらかじめ患者講師と確認する。
- ②心理的な安全や安心感を高める：病いの体験を語ることは、一番つらかった時の記憶や感情を呼び起こす作業の連続である。自分の経験を教育に役立てたいと意欲的な方であっても、心の整理や語る準備が十分にできていないと、心身に大きな負担がかかる。事前準備から講演終了まで、本人の負担が大きくなっていないか留意する。授業アンケートを速やかにフィードバックすることは、学生一人一人の感想を知れることで、患者講師のやりがいや安心に繋がる。
- ③倫理的な配慮を確認する（個人情報への配慮）：質疑応答で話したくないことはないか、講演スライドは配布して良いか、記録のための写真撮影は可能か等、本人の個人情報に関わることについて必要な配慮をあらかじめ確認しておく。

### 注意すべき点2: 学生の聴く態度(グランドルールの提示)

学生がマナーの良い態度で患者講師の講演を聴けるよう、授業の冒頭で学生にグランドルールの提示する。本学では以下の点を伝えている。

- ・講演中はスマホ・タブレットを使用しない  
(講演に集中していないように見えてしまうため、講演のメモは手書きで)
- ・講演の録音、写真撮影をしない
- ・SNS等で患者講師の個人情報がかかるような発信をしない

### 注意すべき点3: 学生に「一つの正解を求めるものではない」ことを伝える

質疑応答やグループ・ディスカッションの際、「こういう時は、こうすれば良い。」「患者にはこういう言葉を言えば良い」といった方程式を求めようとする学生もいる。学生に、コミュニケーションは双方向的なものであり、「一つの正解を求めるものではない」ことを伝える。

### おわりに

本稿では、患者講師による講演を活用した教育について紹介した。今後、様々な大学で患者講師による講演が増え、学生がエンパワメントされるような教育実践が広がることを願っている。

### 文献

- 1) Hojat M. Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty. *Am J Psychiatry* 2002; **159**: 1569; 1569.
- 2) Kataoka HU, Koide N, Ochi K, et al. Measurement of Empathy Among Japanese Medical Students: Psychometrics and Score Differences by Gender and Level of Medical Education. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges* 2009; **84**: 1192-7.
- 3) Ishikawa H, Eto M, Kitamura K, et al. Resident physicians' attitudes and confidence in communicating with patients: a pilot study at a Japanese university hospital. *Patient Educ Couns* 2014; **96**
- 4) 香川由美, 石川ひろの, 孫 大輔, 奥原 剛, 岡田昌史, 上野治香, 木内貴弘, 「患者の語り」を活用した医学生の共感的態度の醸成教育の効果. 医学教育 (0386-9644) 50巻 Suppl. Page226 (2019.07)
- 5) 香川由美, 石川ひろの, 孫 大輔, 奥原 剛, 岡田昌史, 上野治香, 木内貴弘, 「患者の語り」を活用した医学生に対する共感教育の効果: 授業前後と7か月後の検討. 日本ヘルスコミュニケーション学会, Page81 (2019.08)
- 6) Roebottom T, Hawthornthwaite L, Lee L, et al. Beyond catharsis: the nuanced emotion of patient storytellers in an educational role. *Med Educ* 2018; **52**: 526-35.

医学教育 2019, 50(6): 577~580

委員会報告：プロフェッショナリズム教育方略 連載第5回

## 5. 性別違和に対する偏見を解消する プロフェッショナリズム教育

康 純\* 米田 博\*

要旨：

最近ではLGBTという言葉が一般的に使用されるようになり、多様な性表現の人たちがテレビに出演したりして、性の多様性が広く知られるようになってきている。一方で、性同一性障害と診断されても自認する性のトイレや更衣室の使用を禁止されることもあり無理解や偏見は根強く残っている。医療の現場には様々な性表現を持つ人びとが受診されることから、医療のプロフェッションとしての医療従事者が多様な性表現に偏見を持つことは許されない。本稿では性別違和を持つ人たちに対する偏見を解消するための方略を提案する。

キーワード：社会的弱者に対する偏見の解消、性別違和、プロフェッショナリズム

Eliminating Prejudice against Gender Dysphoria through Professionalism Education in the  
Department of Neuropsychiatry, Osaka Medical College

Jun KOH\* Hiroshi YONEDA\*

Abstract:

Recently, LGBT has become a popular topic, people of various gender expressions appeared on TV. Gender diversity is widely known in Japan. On the other hand, a transwoman who has diagnosed with gender identity disorder was prohibited from using women's restrooms and locker rooms. The incomprehensible prejudice against gender dysphoria remains persistent. Since people with various gender expressions come to the hospital for consultation, medical professionals are not allowed to be biased against various gender expressions. In this article, a strategy for resolving prejudice against people with gender dysphoria will be proposed.

**Keywords:** Eliminate prejudice against the socially vulnerable, Gender dysphoria, Professionalism

はじめに

社会的弱者とは雇用・就学の機会や人種・宗教・国籍・性別の違い、あるいは疾患などによって、所得・身体能力・発言力などが制限され、社会的に不利な立場にある人とされる。社会的弱者には高齢者や児童、女性、低所得層の人びとも含まれるが、特に身体障害・知的障害・精神障害を持つ人たち、他国籍や他人種の人びと、いわゆるセクシュアル・マイノリティの人たちに対しては

現在でも偏見を持って見られることが多い。偏見とは特定の集団や個人に対して、客観的な事実の裏づけや合理的根拠が認められないのに、人びとが示す非好意的な偏った態度、信念ないし意見と定義される。偏見はその人の所属する社会集団の中に存続し、多くの人びとに共有されているものであり、子どもの頃から大人とのコミュニケーションを通して自然に学習される。全ての人はある特定の社会集団に所属していることから、全く偏見を持たずに大人になることはないといえる。

\* 大阪医科大学総合医学講座神経精神医学教室, Department of Neuropsychiatry, Division of Comprehensive Medicine  
Osaka Medical College



また、偏見を持つ人は、その対象に対してたとえ客観的に正しい情報が与えられても、選択的にゆがめて受け取ってしまい、是正されずにかえって強められてしまうことが多いとされる。しかし、偏見を解消するためには正しい知識を持つことが不可欠であり、正しい知識をどのように伝えていくのかという方法論が重要である。

医療は全ての人に開かれており、医のプロフェッショナルリズムは患者の福利の優先を求めている。特定の患者に対して偏見を持っている場合、その患者の福利を優先することはできないことから、医療の現場ではどのような患者に対しても偏見を持つことは許されない。しかし、前述したように全ての人は何らかの偏見を持っているとみなされる。従って、医のプロフェッショナルリズム教育においては、社会的弱者に対する偏見の解消は必須であると言える。

社会的弱者は多岐にわたっていることから、本論考ではセクシュアル・マイノリティの中でも性別に違和感を持つ人に対する偏見を解消するために医のプロフェッショナルリズム教育における方法論を述べることにする。

## 方 略

米国では特権集団に属する成人に対して社会的公正教育を行っており、Teaching for Diversity and Social Justice<sup>1)</sup>では人種差別と白人の特権、階級差別、宗教の抑圧、身体障害者差別、子どもや老人の抑圧など様々な社会的弱者に対するカリキュラムデザインを提示している。全てのデザインにおいて全体を4分割し、それぞれを2時間半から3時間半で行っている。その中では性差別や同性愛差別、トランスジェンダーの抑圧についてのカリキュラムデザインが存在しており具体的な方法が示されている。性に関する用語には当事者の人たちが使用して欲しくないと考えている用語もあり、当事者ではない人が不用意に使用すべきではないものもある。例えば性同一性障害は精神疾患の診断名であり、自分のことを精神疾患ではないと考えている当事者の人たちはトランスジェンダーと自称することが多い。第1章では個人的な使い方をしてきた言語と共通言語を結びつける

ことを目的として3時間半のセッションを提案している。第2章では性差別や同性愛差別、トランスジェンダーを抑圧している特権について確認することを目的としている。例えば学校の中で、女の子とママゴトなどをして遊ぶことが多い大人しい男の子や、男の子とも平気でケンカする女の子は小学校時代から虐められることが多い。このように男性（女性）はこうあるべきであるという、自身の持っている性別に関する規範について見直してみるセッションを3時間半で行う。第3章ではトランスジェンダーに対する抑圧の歴史や制度を認識する。過去には異性装をただで犯罪となった時代があり、このような歴史的側面を学習する。また、戸籍上の性別を変更していないが、望む性での生活を送っている当事者の人が選挙に行くとき、投票所で性別を確認されたり、投票所の入場券に性別が記載されていたりすることがあり、外見と戸籍上の性別が異なって見えるときには「なりすまし」を疑われることもあるため、選挙に行くことをためらう当事者も多い。このように社会システムがトランスジェンダーを抑圧している側面を2時間半で学習する。第4章では自分の持っている、あるいは社会の中に存在している偏見や特権に対して、変化を創り出す可能性についての話し合いを3時間半行う。全体で13時間のカリキュラムであり、このまま日本の医学教育の中で行うことはできない。

医のプロフェッショナルリズム教育の中では①正しい知識の獲得と、②ワークショップによる偏見の気づきと解消の2段階に分ける。この米国のカリキュラムの中で第1章と第3章は第1段階の知識の獲得の場面で学修することが可能である。しかし、第2章の性差別や同性愛差別、トランスジェンダーを抑圧している特権について確認すること、第4章の変化を創り出すためにどうするのかについては、単に知識を獲得するだけでは偏見を解消することができないと考えられるため、第2段階のワークショップ形式で学修する。

### ① 正しい知識の獲得

今回ワークショップの実例に挙げるトランスジェンダーのような、セクシュアル・マイノリ

## 架空症例

【症例】○山○男 24歳

【主訴】腹痛

上記主訴にて単独で初診となった。面接前に受け付け事務から、保険証の性別は男性であるが、服装や髪型も女性に見える方だと申し送りがあった。

呼び入れる際にどのような配慮が必要であるか？

保険証を受け取った事務員に性のみで声かけしてもらい面接を始めることになった。  
面接の時、主訴に関すること以外に確認すべきことはあるか？

20歳の時からジェンダークリニックに受診して、女性ホルモンによるホルモン療法を開始していること、性器に対する手術は行っていないこと、名前は通称名を使用して日常生活を送っていること、家族には理解してもらえず家を出て一人暮らしをしていること、会社には理解してもらって実質的には女性として日常生活を送っていることが確認された。

今後、検査を進めていく中で配慮すべきことはあるか？

通院中、通称名で呼び出しを行うことを検査室などにも説明して、トイレは共用トイレを使用してもらう事とした。検査を進める中で、入院して手術が必要であると判断された。また、手術に際しては家族等にも説明する必要があると判断された。

入院に際して看護師や事務とも話し合いが行われ、病室は男女どちらにするのか個室にするのか？ ベッド柵やリストバンドの名前はどのようにするのか？ 術後の入浴ができない間、清拭を含めた介助はどのようにするのか？ その後の入浴はどのようにするのか？ キーパーソンを誰にすればいいのか？ 他の入院患者には知らせるのか？ などの意見が出た。どのように考えるか？

ティを含む性の分野に関して、従来の医学教育の中では一部の大学を除いて、ほとんど行われてこなかったと考えられる。大阪医科大学ではジェンダークリニックを開設していたこともあり、2006年から「性同一性障害」の講義を行い、現在では「性の多様性」として講義を継続している。この中で多様な性のありようと、セクシュアル・マイノリティが社会的弱者として偏見を受けていること、その偏見をなくすための知識を教えている。しかし、大学医学部でジェンダークリニックがあり、セクシュアル・マイノリティについて講義ができると考えられる大学は10に満たないと考えられる。医学教育モデル・コア・カリキュラムでは「文化・ジェンダーと医療の関係を考えることができる」、「ジェンダーの形成並びに性的指向及び性自認の配慮方法を説明できる」という学習項目があることから、これからは他大学から講師を招くなどの方法を考慮して、学部学生の2年生あるいは3年生で学習する時間を確保すべきである。

② ワークショップによる偏見の気づきと解消  
ワークショップによる対話型学習

・対象者

卒前教育：医学部5回生あるいは6回生

卒後教育：研修医1年目および2年目

・実施時期

卒前教育、卒後教育共に年1回

・実施場所

卒前教育：大学校内

卒後教育：研修施設内

いずれも小グループでのディスカッションが可能な部屋(SGDR: Small Group Discussion Room)と、全体で発表ができる部屋(PLR: Plenary Lecture Room)が必要である。

・準備するもの

性別違和をもつ人が初診に訪れた時から診察、治療に至る一連の架空症例

・具体的方法

- ① PLRで各自に共通の架空症例を示し、診療の場面ごとにおける対応の仕方を記入させる。(10分)一つの場面での対応を記入した後に次の場면을提示すること。
- ② 5人ずつの小グループでSGDRに分かれ、それぞれの対応方法とその理由を発表する。(25~30分、一人約5分)
- ③ グループごとに意見を集約し、グループとし

での対応案を作成する。(30分)

- ④ 全グループがPLRに集まり、グループごとの対応案とその理由を発表する。(1グループ5分) 質疑応答はしない。

### 評 価

全体発表の後で、その時点での自分の対応方法とその理由、最初と変化したところがあれば、各自でその考察を行って記録する。

### 注意点

前述したように偏見を解消することは非常に困難である。正確な知識は重要であるが、知識を教えても偏見が解消するとは限らない。また、対立した意見を主張し合うだけでは、決して偏見に基づいた意見が変化することはないと言える。グットマン<sup>2)</sup>は「社会的公正教育においては、自身の先入観を問い直し、異なる考え方を学び、これまでと違うものの見方ができるようにする必要があるが、このプロセスにおいては、既存の権力構造や制度的不平等、イデオロギーについて再検討する作業が求められる。それには自省や批判的分析を通して、自分自身の世界観を検証したり、自らと向き合ったりすることも含まれる。この過程を前向きに受け入れる人もいるが、そうでない人たちは抵抗する」としている。従って、このワーク

ショップでは小グループの中では意見を集約するが、集約できなければいくつかの意見を紹介しても構わないこととする。また、全グループが発表する時には質疑応答は行わず、それぞれのグループの意見を聞くだけとする。偏見があった場合、質疑応答によって議論することは自分の意見に固執してしまい、他の意見を論破しようとする可能性があり、それはこのワークショップの意図するところではない。自分の意見は自分の意見として、他の意見を確認し、そういう考え方もあることだけでも受け入れることができれば、ワークショップを行った意味があるとみなされる。このワークショップの時間内で自分の意見を完成させるのではなく、他の意見があることに気づき、実際の経験を積んでいく中で、多様な人びとの存在を受け入れることができるようになる基礎を作ることをワークショップの目標とする。

### 文 献

- 1) Maurianne Adams and Lee Anne Bell with Diane J. Goodman and Khyati Y. Joshi: Teaching for Diversity and Social Justice; 2016
- 2) ダイアン・J・グッドマン・著、出口真紀子・監訳、田辺希久子・訳、真のダイバーシティをめざして 特権に無自覚なマジョリティのための社会的公正教育。上智大学出版、2017。

医学教育 2020, 51(1): 35~44

委員会報告：プロフェッショナリズム教育方略 連載 6 回

## 6.1 プロフェッショナリズムの概念・要素についての講義

宮田 靖志\*

要旨：

プロフェッショナリズムの普遍的・包括的定義はないと言われている。時代や社会状況、医療のコンテキストによってさまざまなプロフェッショナリズムの問題があるからである。また、学術的な立場によりプロフェッショナリズムをどのように考えるかも異なっているからでもある。このような状況のため、プロフェッショナリズム教育を導入することに困難が生じている。しかし、プロフェッショナリズムの概念の基盤となる社会との契約、社会からの信頼を元に、プロフェッショナリズムの概念・定義を学習者とともに考えながら教育を進めることで一定の教育効果が得られると考えられる。プロフェッショナリズムの概念を、具体例を用いて教えることについて、経験例を提示する。

キーワード：2つの学修目標、利他主義、社会的説明責任、プロフェッショナリズム・ジレンマ、ナラティブ・メディスン

### Teaching the Fundamentals of Medical Professionalism

Yasushi MIYATA\*

Abstract:

It is said that there is no universal and comprehensive definition of professionalism. This is because there are various factors to consider depending on age, social situation, and medical context. Another reason is that academics differ in how they think about professionalism. This situation has made it difficult to introduce professionalism education. However, it is thought that a certain educational effect can be obtained by promoting education while working with the learner to consider the concept and definition of professionalism based on the social contract that forms the basis of the concept of professionalism and the trust of society. We present examples of teaching the concept of professionalism through the use of concrete examples.

**Keywords:** Two learning objectives, Altruism, Social accountability, Professionalism dilemma, Narrative medicine

はじめに

医学教育モデル・コア・カリキュラム（以下、コアカリ）平成 28 年度改訂版に、医師として求められる基本的な資質・能力の第一番目としてプロフェッショナリズムが挙げられた。コアカリではプロフェッショナリズムについて、以下の様に記載されている。「人の命に深くかかわり健康を守るという医師の職責を十分に自覚し、患者中心の医療を実践しながら、医師としての道を究めていく」。学習目標としては、医の倫理と生命倫

理、患者中心の視点、医師としてオン責務と裁量権が挙げられている。

これを元にプロフェッショナリズムを教育するのであるが、プロフェッショナリズムの概念・要素はこれらだけに限定されるものではなく、そもそも一つの明確な定義があるわけではない。このため、実際に教育する際にはプロフェッショナリズムの中核となる概念・要素について、何をどのように教育していくか、多くの医学教育者が困惑しているのが現状である。

ここでは、筆者が行ってきたプロフェッショナ

\* 愛知医科大学医学部地域総合診療医学寄附講座医学教育センター, Aichi Medical University School of Medicine, Department of Primary Care and Community Health, Medical Education Center

リズムの概念・要素の教育について概説する。限られた時間内での教育であるため、概念・要素のコアになる部分のみに限っていること、また紙面の制限のため実際の授業内容の中核部分だけを提示するにとどまっていることをお断りしておく。

### プロフェッショナルリズム要素の何に当たるのか

プロフェッショナルリズムの中核となる概念と要素。

それを育むために求められること。

### 本学での実施様式

#### 1. 対象者 (学年)

本学では4年次に行っているが、授業中に用いるプロフェッショナルリズムに関連する事例を学年に応じた身近なものにするなどの工夫をすれば、低学年でも実施可能である。

実際、他大学では3年生（過去には2年生にも）にも実施している。

#### 2. 実施時期

本学では4年次の前期に実施しているが、他大学では4年次の臨床実習に入る直前や3年次の後期でも実施しており、学生の発達段階や授業の目的に応じて、さまざまな時期に実施可能である。

#### 3. 実施場所

本学では一般教室で講義形式（後述するように個人作業をして、受動的な授業にならないよう工夫している）で実施している。他大学で2～3コマ以上の時間を取って実施する場合は、小グループで意見交換ができる教室を使用している。

#### 4. 準備物

一般教室での知識伝達型の授業の場合でも、一方通行の授業にならないよう、授業開始前にワークシートを配布し、授業内での問いに学生自身の考えを記載するよう個人作業を行っている。現在検討中なのは、授業中の問いかけにスマホを用いてインターネット上で答えて、リアルタイムで学生の考えの傾向を皆で共有するシステムである（imakiku<<https://imakiku.com/ja/#/>>などの

表1 講義の流れ

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| ① | 学修目標としてのプロフェッショナルリズム                |
| ② | プロフェッショナルリズムとは？                     |
| ③ | なぜ、今、プロフェッショナルリズムなのか？               |
| ④ | プロフェッショナルリズムの要素は？                   |
| ⑤ | 社会との関係って何？<br>～社会的説明責任～             |
| ⑥ | 困難な医療状況に対処するとは？<br>現代に求められる専門家像     |
| ⑦ | プロフェッショナルリズム・ジレンマに向き合う              |
| ⑧ | プロフェッショナルリズムをどう育むか？<br>～医療における物語能力～ |

アンケートシステム)。

小グループでの意見交換を実施する場合は、KJ法で使って概念整理することもあるので、文殊カード（ポストイットで代用している）、模造紙、マジックをグループ毎に用意する。また小グループでの意見交換のためにグループごとに座れるように机と椅子を配置する。

#### 5. 具体的方法

以下は、60～90分の知識伝達型の授業時間で実施しているものである。小グループでの意見交換を取り入れる場合は、授業中の質問に対する学生の考えを、時間をとってグループ内で話し合い、学生自身が自分の考えを深められるようにする。

講義の流れは表1の通りで、これをスライドで提示し、話の内容が変わる毎に再提示し、教授内容の前後のつながりを学生が理解できるようにする。事例を提示しながら解説するが、抽象的な概念が多いので、話の前後のつながりがわかるようにしておくことは重要である。

以下、表1に示した項目に沿って具体的にどのような進めているか概説する。

まず授業の冒頭に、プロフェッショナルリズムの普遍的な定義はないこと、認識できるが定義することは難しいこと、学術的な立場の違いにより様々な異なる定義があること、を伝える<sup>1)</sup>。だからこそ、プロフェッショナルリズムを自分自身が考えることが大事であり、これからの授業は、様々な問いかけに自身の考えをワークシートに記載しながら進めることを伝える。

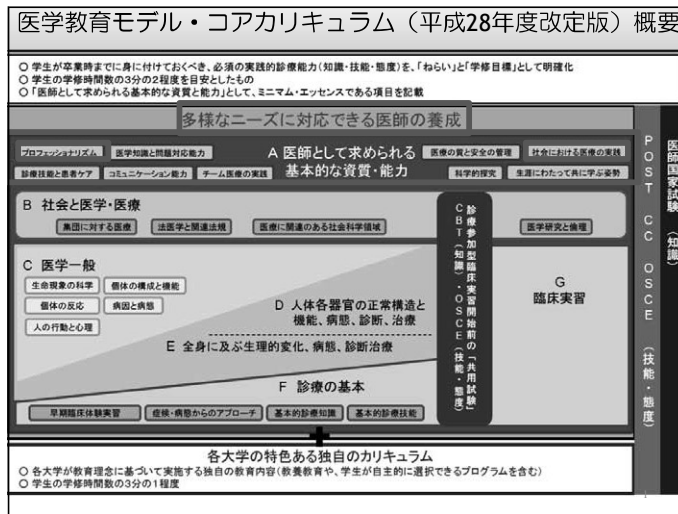


図1 コアカリの概要

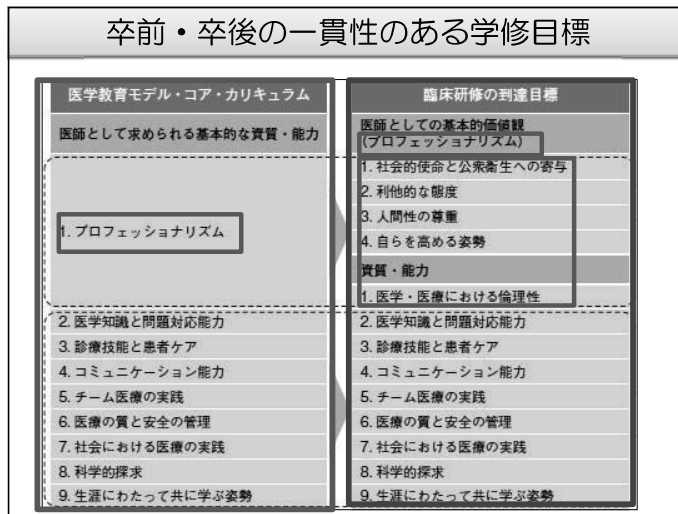


図2

## ① 学修目標としてのプロフェッショナリズム

プロフェッショナリズムを何故学ばなければならないかの導入をする。図1, 2を提示し、今、すべての医学生、初期研修医の学修目標としてプロフェッショナリズムが第一に挙げられていることを伝え、継続的に学修していく必要があることを伝える。コアカリの図の解説では、プロフェッショナリズムとともに“社会における医療の実践”という資質・能力の項目にも言及し、後で解説する社会的説明責任との関係を印象づけておく。

## ② プロフェッショナリズムとは？

プロフェッショナリズムとはどのようなことか(問1)と問いかけ、ワークシートに自身の考えを簡潔に記載してもらう。記載してもらう前に、NHKの「プロフェッショナル：仕事の流儀」(医療関係者以外が取りあげられているもの)のビデオクリップや画像を提示し、一般社会でもプロフェッショナルということに関心が高まっていることを伝える。学生の記載が終わったら、数名の学生に記載内容を発表してもらい、様々な考えがあることを皆で共有する。

その後、順に以下の問いに対して自身の考えを

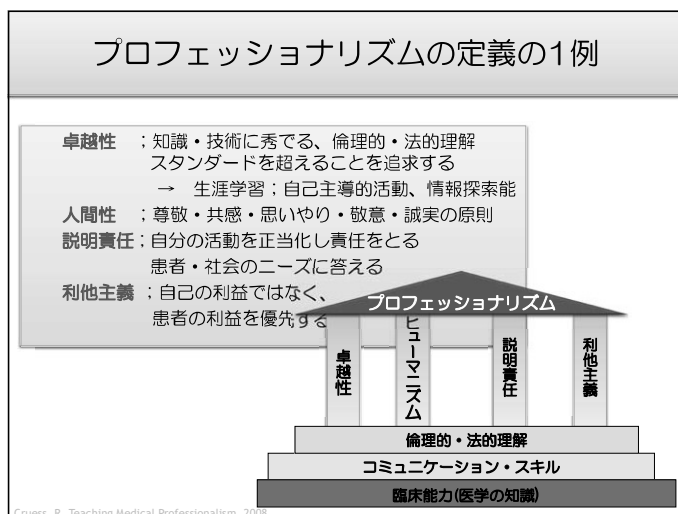


図3

記載してもらおう。問2-a プロフェッショナルと聞いて誰（医療者に限定しない）が頭に浮かんだか、問2-b なぜその人が浮かんだのか、問2-c その人から考えられるプロフェッショナリズムの要素は何か。経験上、スポーツ選手などが挙がる人が多い。問いに対する記載について、数名の学生とやりとりしながら、多様な考えを皆で共有する。

その後、医師が登場するNHK「プロフェッショナル仕事の流儀」の番組冒頭部分のビデオクリップを流して学生の関心を惹き、シュバイツァーや日野原重明先生などの箴言（他者への奉仕に関する内容）を紹介する。

この項の最後に、プロフェッショナリズムの大きな概念として、以下を伝える。

「プロフェッショナリズムとは、専門家（プロフェッショナル）、専門職集団（プロフェッション）として患者・社会からの信頼を維持するために医療者が保つべき資質・能力・価値観・態度である」

### ③ なぜ、今、プロフェッショナリズムなのか？

問3として、このことを学生に考えてもらいワークシートに記載してもらおう。多くの学生が医療者の不祥事によって信頼が損なわれていることについて記載している。学生の考えを聞いた上で、医学生、医師の不祥事の実例について、ビデオクリップや新聞、雑誌記事を提示する。経験

上、具体的事例の提示に学生はかなり強い関心を示す。この項のまとめとして、アンプロフェッショナルな事例が生じてしまうと、患者・社会から信頼を得られず、良い医療は提供できないことを伝える。

### ④ プロフェッショナリズムの要素は？

前項で医療界の不祥事に焦点を当てて話を進めたが、プロフェッショナリズムの学修目標には二つある。一つは不祥事を起こさないなどの最低限の目標であるが、もう一つの重要な目標は、常に高みを目指して良い医療者となっていくこと、であることを伝える<sup>2)</sup>。ここでもNHKの「プロフェッショナル仕事の流儀」に登場する様々な医療者を取りあげ、それぞれの番組で提示されるキャッチコピーをその医療者の顔写真とともに紹介する。“病ではなく、人を診る”、“どこまでも読み抜く、根性”、“隣人として、そばにいる”、“‘思い’が力となる”などである。

その後、東北大地震の際に各地から集った様々なボランティア医療者が活動した写真を提示し、利他主義の概念について解説する。これらの後、よく引用されるプロフェッショナリズムの概念図（図3）<sup>3)</sup>を提示し、それぞれの要素について解説する。

ただし、説明責任の部分は次の項で学生に考えてもらうため、この部分の説明文章はスライドで



図 4

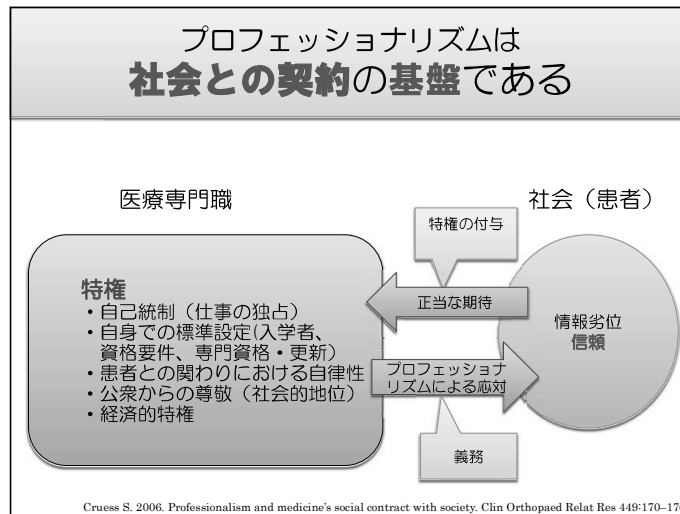


図 5

はカットしておく。また、個人と専門職集団としてのプロフェッショナリズムの要素として図 4 も提示し、医師個人だけではなく、集団としてのプロフェッショナリズムについても意識してもらえよう解説する。

#### ⑤ 社会との関係って何?～社会的説明責任～

④で解説しなかった説明責任について、問 4 として社会的説明責任とは何か、を考えてワークシートに記載してもらおう。記載内容について学生との意見交換後、救急医療や地域医療などの社会で話題となっている医療の課題をビデオクリッ

プ、新聞記事で紹介し、社会で求められている医療ニーズについて解説する。そして、社会的説明責任とは患者・社会のニーズに応えることであり、プロフェッショナリズムの社会的契約という概念を伝える(図 5)。

ここで重要なのは、医師個人としての資質や能力だけではなく、社会との関係を考え、行動することであることを強調する。単なる知の適用は社会的ニーズに言及していない可能性があり、それはエキスパートとしか言えず、公共の善のために尽くす社会的視点をもつ真のプロフェッショナルとは言えないことを伝える<sup>5,6)</sup>。



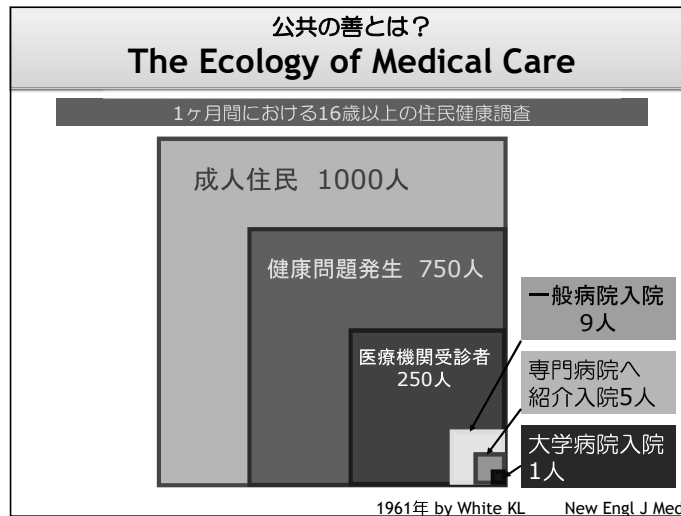


図6

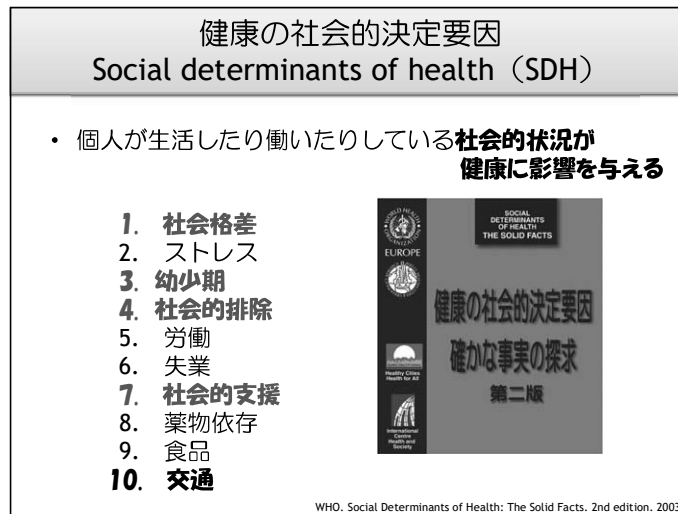


図7

その後、大学病院や市中の大病院で診る患者だけではなく、地域には様々な健康問題を抱えた患者が様々な受療行動をしていることを図6<sup>7)</sup>を提示して説明し、広く社会全体を見据えて医療実践する必要のあることを伝える。ここで、本学の地域枠学生を伴って行っているケニアでのHIV関連施設でのボランティア診療の写真を提示し、この地区で貧困と差別のために十分な医療を受けられない状況を伝える。その後、WHOが推奨している下記を伝える。

“教育、研究、奉仕活動を、奉仕する委託を受けたコミュニティ、地域、国の重要な健康課題に

言及する方向に向かわせる義務がある”<sup>8)</sup>

“地域をケアすることを教えるべきである。それは医学校の主要な責任の一つである”<sup>9)</sup>

ケニアでの医療は極端な例であるが、日本の中で医療に恵まれない人たち、地域の健康ニーズへも目を向けることを強調する。そして、再度、下記のごとく社会的説明責任について伝える。

“高い技術をもつだけの者はテクニシャンでしかない。社会のヘルスケア・ニーズに応え社会に対する責任をもつ物が真のプロフェッショナルである”<sup>10,11)</sup>

さらにケニアでの地域枠学生の医療活動の写真

を提示しながら、地元の HIV 陽性の子供たちの貧困、差別、家庭環境の厳しさとその地区の恵まれない医療状況について解説し、健康の社会的決定要因について解説する(図7)<sup>12)</sup>。これにて、患者を取り巻く社会状況と健康の関連についての理解を深める。ちなみに、本学では2年次に健康の社会的決定要因について既に受講しているが、プロフェッショナルリズムの文脈の中で再度伝えることは重要である。

⑥ 困難な医療状況に対処するとは～現代に求められる専門家像～

⑦ プロフェッショナルリズム・ジレンマに向き合う  
二つの項目を別々に解説する場合もあるが、時間の都合で⑦の事例のディスカッションをしながら、⑥の概念を伝えることが多い。授業時間に余裕がある場合は、⑥を解説して、⑦のジレンマ事例を何例か提示し、十分に議論することで概念理解を深めるようにしている。

授業時間に応じて、プロフェッショナルリズムが維持しにくくなるような状況(プロフェッショナルリズムへの挑戦、プロフェッショナルリズム・ジレンマ)の事例を何例か提示して、小グループでの意見交換を行う。それぞれの事例について自分ならどう行動するかを考えてワークシートに記載後、皆で意見交換に移る。まずは、自分でしっかり考えた後に意見交換することが重要である。文字にすることで、いったん事例から距離を置くことができ、冷静に自分の考えを整理して言葉にすることができる。

実際によく実施しているのは以下である(問5)。訪問診療に行った先の慢性疾患で寝たきりの患者に“死ぬことばかり考えている”と言われる場面のビデオクリップを提示し、その時どう声をかけるか、同僚がオーダーした胸部レントゲン写真は見られることなく3カ月が過ぎ、たまたま自分の外来に別の症状で患者が受診した際に進行肺がんを発見した。このときに、患者・家族にどのように、何をどのように伝えるのがよいか、地域の医療機関で医師の欠員がでたのでそこへ赴任してほしいと依頼があった専門研修中の医師であるあなたは、どうするか。問いに対する一定の答えを導

くことはせず、しっかり考えてもらうこと、他者の考えとの違いを理解することを目的とする。

一つめの事例では、意見交換の後に、ある医師のブログの実際の記載を提示する。“医師にはずっとそばにいてほしい。…儂くなりつつある命の妻を看病しながら、ただひたすら願っていました。……私は妻の死を通して、「我々医師は患者のそばに立ち続けなければならない」ことを、身をもって学びました”ここで図4に示した癒し人としての要素、そこにいること、寄り添うことの重要性について感じてもらうようにする。

そして、この項のまとめとして、医療の現場には様々な困難な場面があふれており、このような場面でこそ本当の専門家が求められることを伝える。やや学生には難解に感じられるかもしれないが、非常に重要な内容と思い、スライドに以下の内容を簡潔にまとめて、必ず伝えるようにしている。

“専門的知識が求められるのは、非常にごちゃごちゃした混乱した場である。そこは技術的合理性と区別された知識の領域で、不確実性、独自性、価値の相克に満ちた世界である。そこで求められる能力は、問題を設定し、整理し、解決可能などころまでもっていくこと、目的を確定し、それに至る道筋、手段を構造化することである。これこそが、狭い意味での専門家を超える人間の知的なあり方であり、実際の問題に取り組むときの社会的な責任への問いである”これは2011年の日本医学界総会の記念講演“真のプロフェッショナルとは～試される地と術～の内容をまとめたものである。

そして、自身が快適と感じる領域から飛び出し、困難・複雑・混沌の中から学ぶことの重要性、そこでの学びからこそ専門能力が開発されることを伝える。これは pedagogy of discomfort という概念である<sup>12)</sup>。学生には、難しい臨床場面からこそ医師としての成長があるので、難しい場面から目をそらさず、悩みながら課題に取り組んでほしいと伝える。

⑧ プロフェッショナルリズムをどう育むか?～医療における物語能力～

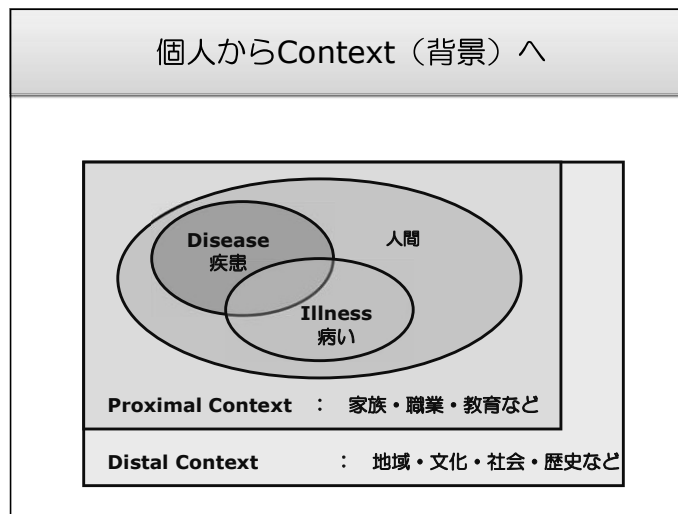


図 8

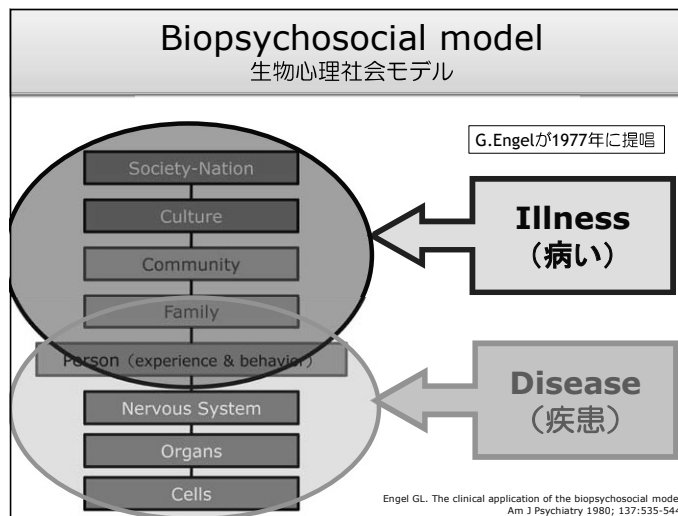


図 9

ヒューマンイズムはプロフェッショナルイズムへのドライブとなると言われる。ヒューマンイズムを涵養するには、患者を全人的に理解しようとし、医療を物語として捉えることが重要であることを伝える。これはナラティブに基づくプロフェッショナルイズム<sup>13)</sup>として提唱されているものの中の一つの物語能力の理解を目的としている。

ここでは、ディベックス・ジャパン：健康と病いの語り (<https://www.dipex-j.org/>) のビデオクリップを提示して、医師が知ることのない患者の思いを提示する。その後、このような患者の思いや考えをくみ取って全人的に医療を実践するた

めには、いわゆる病気 (disease) だけに焦点を当てるのではなく、病 (illness) も理解しようとする必要があり、さらには、その患者の家族・職場、所属するコミュニティ・文化にまで考えを巡らせることが重要であると伝える (図 8)。さらに、生物心理社会モデルについて言及する (図 9)<sup>14)</sup>。

このように患者を理解しようとすることで、目の前の患者には様々な物語があることが理解できるようになることを伝え、物語医療 (ナラティブ・メディスン) の概念を伝える。

“物語的な要素を持たない医療の実践などないのだ。ナラティブ (物語) とは、語り手、聴き

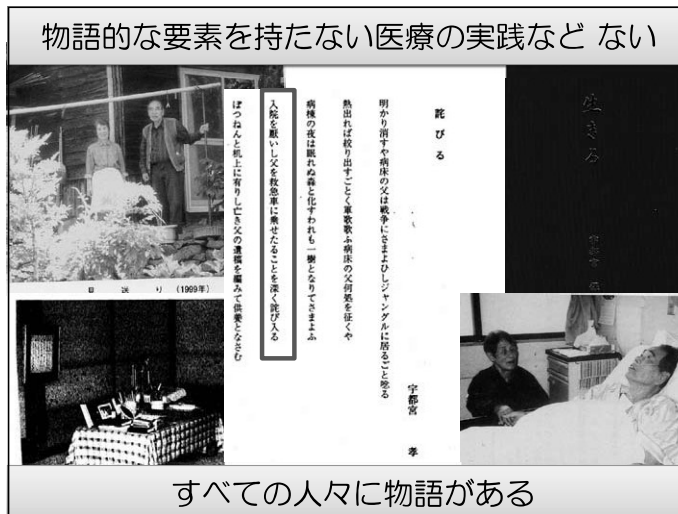


図 10

手、時間経過、筋書き、目的を備えたストーリーである” “物語（ナラティブ）能力とは、患者の病の体験を物語として理解・尊重し、患者の苦境を共有し、その物語に共感し、心動かされ、患者のために行動することができる能力のことである” “臨床家が物語能力を持っていれば、注意深く聴き、見知らぬ視点を採用し、相手のストーリーの筋立てを追いつつ、人々の動機や経験について好奇心を抱きながら、ストーリーの不確かさに耐えるための微妙な差違を嗅ぎ分ける力を持つことができる”<sup>15)</sup>

この解説後に自験例を提示する。慢性疾患の悪化のために生命の危機もある患者に入院を勧めるが、同意してもらえない。妻が壊れていく、といって診察室で涙を流す患者。認知症の妻を置いて入院はできない。自分は妻に手を握ってもらいながら自宅で亡くなりた。その後、様々な物語が展開される。ここでは紙面の都合で割愛するが、この患者の自費出版の写真や文章を提示しながら、患者と家族の物語について理解を深めてもらう（図 10）。また、時間がある場合は、白血病で亡くなった患者が亡くなる前に家族と共に作った、葬儀の場で流すこれまでの人生の物語ビデオを提示したりもする。

ちなみに、本学では3年次のプロフェッショナルで医療における物語については、2コマを使って授業を行っており、より深い内容をすでに

理解しているので、ここではその復習およびプロフェッショナリズムとのつながり、ということが目的となる。

## 6. 評価

プロフェッショナリズムの評価は難しい。概念の理解は知識の修得であるが、知識が修得されても実際の態度や行動がプロフェッショナルなものであるかどうかは別物である。このことは十分に理解しておく必要がある。提示した授業では知識の習得、態度や行動の変容については詳細な評価はまだ行うことができていない。

本授業の第一の目標は、自分自身でプロフェッショナリズムについて考えることができることとしている。このことについては授業中に記載するワークシートから判断すると概ね自身の考えを記載することはできていた。一部の学生においては十分な記載ができないものもいる。これは医学的知識の暗記に追われる学習に慣れきっているため、明確な答えのない問いに対しては十分に考えることができないためかもしれない。3, 4年次の学生に実施している授業なので、ある程度、人間としての発達段階は経ているはずだが、自身の考えがない、或いは表出できない学生については、臨床実習中に定期的にプロフェッショナリズムのケースについて議論するなどの介入をしていく必要があるだろう。

## 7. 対象者からの声・反応

ワークシートに記載された感想によると、プロフェッショナルリズムの概念について理解できた、臨床講義で知識を詰め込む毎日の中でこのような授業を受けて改めて医師の在り方を考えることができてよかった、などの意見が大半を占めている。ビデオクリップ、新聞や雑誌の記事、実際の事例の提示などで飽きずに授業を聴くことできたとの意見もよく聞かれ、具体的事例を映像で提供することが効果的と考えている。

### 成功の秘訣・注意すべき点

社会的説明責任があることは、しっかり伝える必要がある。医学生も多くは、往々にして大学病院や大病院での目の前の診療のことしか考えられていないことが多いからである。

授業実施においては、抽象的な概念を言葉だけで伝えるのでは、おそらく学習者は関心を持つことはできないだろう。身近な医療以外の話題を提示しながら、医療の話題へと移行していくのが良い。そして、なるべく多くのビデオクリップ、写真、実際の事例を提示して、具体的なプロフェッショナルリズムの課題を感じてもらえるようにすることが重要である。また、自身の考えを書くことで考えを整理することができるので、できる限り考えを文字にしてもらうのがよい。また、それを可能な限り教員とインタラクティブに意見交換したり、小グループで意見交換したりして、異なる意見を自分の中に取り入れながら自身の考えを再整理するようにするのがよいだろう。

### おわりに

プロフェッショナルリズムの概念は様々に定義され、またすべての要素を包含する定義はない。さらには時代や社会の在り方と共にその概念は変化する。教員による一方的な概念の解説では、プロフェッショナルリズムは教科書に書かれているだけの現実離れしたお題目ととらえられてしまうかもしれない。学習者と意見交換しながら、学習者と共にプロフェッショナルリズムを考え、定義していくのがよい。ただし、その前提として基本的な概

念（差社会契約、医師個人と専門職集団、プロフェッショナルリズムのジレンマ、など）は伝えておく必要がある。

### 文 献

- 1) Swick HM. Toward a normative definition of medical professionalism. *Acad Med* 2000; **75**: 612-6.
- 2) Brody H, Doukas D. Professionalism: a framework to guide medical education. *Med Educ* 2014; **48**: 980-7.
- 3) Cruess R et al. ed. Teaching Medical Professionalism. Cambridge University Press. Cambridge, 2008.
- 4) Cruess S. Professionalism and medicine's social contract with society. *Clin Orthopaed Relat Res* 2006; **449**: 170-176.
- 5) Swick HM. Toward a normative definition of medical professionalism. *Acad Ned* 2000; **75**: 612-6.
- 6) Graham C, et al. Widening debates about medical professionalism. *Med Educ* 2013; **47**: 333-41.
- 7) WHITE KL, et al. The ecology of medical care. *N Engl J Med* 1961; **265**: 885-92.
- 8) Boelen C, et al. Defining and measuring the social accountability of medical schools. WHO 1995. ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/59441/WHO\\_HRH\\_95.7.pdf?sequence=&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/59441/WHO_HRH_95.7.pdf?sequence=&isAllowed=y) 2020年1月13日アクセス)
- 9) Richard R. Education for health 2002; **15**: 109-12.
- 10) Whitcomb. Medical professionalism: can it be taught? *Acad Med* 2005; **80**: 883-4.
- 11) Schroeder SA. Training an appropriate mix of physicians to meet the nation's needs. *Acad Med* 1993; **68**: 118-22.
- 12) Sommers LS. Practice inquiry: clinical uncertainty as a focus for small-group learning and practice improvemet. *J Gen Intern Med* 2007; **22**: 246-52.
- 13) Coulehan J1. Viewpoint: today's professionalism: engaging the mind but not the heart. *Acad Med* 2005; **80**: 892-8.
- 14) Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980; **137**: 535-44.
- 15) Charon R. Bearing witness--Sontag and the body. *N Engl J Med* 2005; **352**: 756.

医学教育 2020, 51(1): 45~48

委員会報告：プロフェッショナルリズム教育方略 連載第6回

## 6.2 専門職としての医師のあり方の気づきを求めて —一人間の本性と社会の眼—

大生 定義\*

To Promote a Learner's Self-Awareness for Being a Medical Doctor as a Profession  
—Human Nature vs Social Perspective

Sadayoshi OHBU

キーワード：人間の本性，社会の視点 バズセッション，グループ討議，ロールプレイ

Keywords: Human nature, Social perspective, Buzz session, Group discussion, Role play

### はじめに

医のプロフェッショナルリズムの定義はなかなか難しいとの声もある。しかし何はともあれ、いわば素人に近い医学生に、「目指すべき医師という専門職はどのようなものなのか」、一人ひとりもっているイメージを自覚させ、それは他者のものとどう違うのか、どう変貌させるべきかを意識させることは重要である。さらに進んで「社会の求める医師、あるべき医師の姿」にそれぞれがどう進化させればよいかを同じ教室で学ぶ仲間たちとともに討論・検討しながら、それらをより明確にし、医師になる前に皆で共有・成長していく作業を進める必要がある。

筆者は医学部のない大学の教職を3年前に定年退職したが、約20年前から定期的に年間最大10校程度、全国の医学部で医のプロフェッショナルリズムの授業（主に総論や導入）の機会をもった。現在も毎年5校程度授業を継続している。医学生のみずみずしい考えや真摯な意欲に触れることは筆者にとってこの上ない喜びである。この学習者

と教育担当者双方の響き合いが授業の原動力と  
いってもよい。以下、3種類の授業を紹介する。

プロフェッショナルリズムのどの要素の教育か：  
医師のあり方の明示と個々の振り返りの体験

1. 対象者（学年）：1年次から4年次
2. 実施時期：どの時期でもよいが、入学直後、進級時、実習研修前、クラークシップ直前など
3. 実施場所：教室
4. 準備物：PC、プロジェクター、ワイヤレスマイクなど。PCはUSBとともに各グループ宛
5. 具体的方法：解説部分と双方向性討論部分を組み合わせる
  - 1) バズセッション方式（低学年向き）

1時間だけ授業で主に使う。例えばラーメン職人など他職種のプロと比較してください（図1）としての話し合いを座席が近い5-6名を1グループにさせ、短時間（5分程度）の話し合いの後、共通点あるいは違いのポイントを各グループの代表者にマイクを回し、1つだけ挙げさせる。授業担当者はインタビューのように話を促しな

\* 新生病院, New Life Hospital

①医師のプロ Vs ラーメン職人のプロ

- ・ 共通点
- ・ 相違点
- ・ こんな人・こんなことがプロ！

班 司会 記録 発表

図 1

②医師というプロフェッションに  
望まれているもの

- ・ 患者から
- ・ 社会から
- ・ 先輩・同僚・後輩
- ・ その他・・・

班 司会 記録 発表

図 2

③医師として大切な  
価値観・人生観は

班 司会 記録 発表

図 3

④来週と再来週のために

- どのような医師をめざすべきか？  
あるいはどのような医学生をめざすべきか？
- ここで列挙されたポイントの中から、テーマをこれ  
から話し合っ1つ選んでください。本日中に分  
担を決めます。
- 来週ロールプレいのシナリオを作成してください。
- 再来週の発表会で演じてもらいます。  
(アンプロとプロの2班を1組として出演)
- 全員が出演できるようにシナリオを作ってください  
。(点滴台の役でも可)

図 4

がら、できるだけポジティブなコメントをしていく。何を言ってもよい環境を醸し出しながら、1つ1つポイントを積んでいくように進める。助手の教員や学生がプロジェクター画面に要点をまとめて提示するのもよい。

例：「ラーメン職人は、いつも同じものをきちんと出すのが大切だが、医師は患者に合わせて行う。」

コメント：「これは重要な違いですね、確かに医師の仕事は個性が必要です」

例：「医師は長い教育期間を経ての国家資格」

「ラーメン職人は個人の工夫と経験」

コメント：「ラーメンは美味しくなければ、客は食べないですむし、美味しければそれでよいかも知れませんが、確かな技術や知識がないと医師には利用者は満足しないし、安全・安心を届けられない。新人の医師であってもある程度のきちんとしたものを持たないときっといけないですね」の

ように、要素に落とし込みみながら、いろいろな項目を意識させる。

2) 連続グループワーク方式 (3年次程度向け)

テーマを図1~3のようなテーマを連続的に行っていく。その間に説明・解説を挟んでいく。2時限や3時限の連続授業に適する。

プロフェSSIONナルの属性、社会の期待の重要性の気づき、自分のあるべき価値観などその時点での振り返りの促進と仲間との共有を目指す。

3) ロールプレイでのプレゼンテーションとコメントからなる発表会形式

説明の中でアンプロフェSSIONナルとみなされるようないろいろな項目を提示した後、アンプロフェSSIONナルな医師(あるいは医学生)と、プロフェSSIONナルな医師(医学生)をビフォー・アフター形式(図4)でロールプレイをさせ、演じさせる。これらの要素を体験的に意識させることがねらいである。3週間連続する授業に適する。

第1週は授業で解説し、テーマと演じるグループを決め、第2週目にグループごとでシナリオ作成させ期限までに提出させる。3週目は発表会を開催する。特にアンプロフェッショナルな医師を演じた学生にはどのような気持ちになったかを口に出してもらおうように心がけている。

### 説明内容の骨子

医師の卓越性・専門性を大切にすることはもちろんではあるが、2020年から施行の医師臨床研修指導ガイドライン（2020年版）<sup>1)</sup>にある、医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）にある。

- 1) 社会的使命と公衆衛生への寄与（社会的使命を自覚し、説明責任を果たしつつ、限りある資源や社会の変遷に配慮した公正な医療の提供及び公衆衛生の向上に努める。）
  - 2) 利他的な態度（患者の苦痛や不安の軽減と福利の向上を最優先し、患者の価値観や自己決定権を尊重する。）
  - 3) 人間性の尊重（患者や家族の多様な価値観、感情、知識に配慮し、尊敬の念と思いやりの心を持って接する。）
  - 4) 自らを高める姿勢（自らの言動及び医療の内容を省察し、常に資質・能力の向上に努める。）
- の4項目を特に意識する。

Cohenはプロフェッショナリズムへの大きな障害は人間の本性（意識的、無意識的に自己利益を追求）と述べており<sup>2)</sup>、これの克服は難しく、これへの気づき・振り返りが常時重要と感じている。

## 6. 評価

いずれの方式でも、自由記載の感想は有用である。また、知識を問うような、選択肢問題（ヒポクラテスの誓いと米欧内科医師憲章に含まれている要素の違い：例えば社会的視点を問うなど）は理解の確認に使用できる。また、連続グループワークでは、プレゼンテーションでまとめたスライド内容を評価に用いることもできる。ロールプレイは、参加者に採点させ、順位を決めたりして、グループ点に繰り入れることもできる。

## 7. 対象者からの対象者からの声・反応・その他

自由記載の感想からは、自分自身の振り返りとともに、仲間の考え方を知ることや、仲間の討論をまとめるとそれなりの成果となり達成感ももつことができるように感じている。

## 8. 成功の秘訣, 注意すべき点 (失敗しないために)

- 1) 年次の若い学生は、プロフェッショナリズムの社会的側面は気づかれにくいことが多い。
- 2) 漠然とした概念的な話にならないように、自分の経験談を入れるとよいかもしい。

例：「クリニカルクラークシップの前にCBTやOSCEなどの手順をとり、student doctorとの認定を行っていますが、自分が卒業した時は、そのようなものは全くありませんでした。私が大学をでて、研修医として4月1日から仕事を始めた時には、ぶっつけ本番、患者さんの前に出たのです。最初の仕事は採血でした。全くの新人が採血にくるのです。患者さんはそれでも、甘んじて腕をまくって採血に応じてくれました。現在、社会の目は当たり前ですが厳しく、関係省庁や医療機関には医師の品質管理の説明責任がありますし、医行為を医師免許がない時期に一定の条件の下で、行えるようにする、いわば違法行為の阻却をするようにしつつ、患者さんの権利も尊重されています。昔の私たちはきっと患者さんの多大の思いやりや犠牲の上に育ってきたのだと思います。現在の皆様には私たちのようなあからさまな甘えは当然許されていないのでしょうか、Student Doctorの時期も、さらに医師になった後でも、医療の経験・学びは、極端な言い方をすれば、患者さんが自身の体での人体実験を許してくれている、期待や思いやりというか、信頼の上に立っていることを忘れてはならないように思います、など。

- 3) 実際の場面を説明するときに、わかりやすくするために先人の言葉を引用している。

例：アンソニー・ウエストンの「すべての立場に一理ある。」医療の現場で出会う人々、それぞれの立場や言い分に耳を傾ける姿勢が診療の判断・責任を担う医師に求められていると思います。医師は自分の判断が公金支出の可否や、治療



の優先順位のトリアージとなることも知っておくべきです。しかし他方、判断の主な部分を担っているかと言って、チーム医療の全責任を医師個人が一手に引き受けているわけではないのです。責任についても、組織の支援や医療専門職の分担をきちんとわきまえる必要もあります。

例：文豪ゲーテの「医者をはんとに信頼することができないのに、しかも医者なしでやっていけないところに人間の大きな悩みがあります。」という言葉です。東大名誉教授の樋口範雄先生は、当時の人も医療の不確実性を知っていたからと述べておられますが、それはそうですが、私は、もう一つ、医師への信頼の危うさを許すべき言葉ともとらえています。私は寄席に行くことがありますが、医師はよくいじられます。死の床にある、高齢の女性に主治医が問いかけます。「おばあさん、だれか会いたい人はいるか？」そうするとその女性は「他の医師に会いたい」と。治療がうまくいっている時は、あまり問題は起こらないのですが、特にそうではないときには、患者さんは

いろいろ不安になるのです。この不安や疑念を丸ごと受け止めて、医師には一見自分には理不尽に思えるような、いろいろな思いを引き受けて診療にあたる覚悟が大切だと思っています。

- 4) 教訓的な話の押しつけにならないように気をつける。
- 5) ロールプレイでは、演技に興じるあまり、あるいは演出が昂じての過度の「わるのり」にならないように配慮する。
- 6) 進行に当たっては、学生のエンパワーメント、他者とくに同級生への敬意、気づきの評価に気を配る。

## 文 献

- 1) Cohen JJ. Professionalism in medical education, an American perspective: from evidence to accountability. *Medical Education* 2006; **40**: 607-17.
- 2) 医師臨床研修指導ガイドライン—2020年度版—  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000496242.pdf>

医学教育 2020, 51(2): 145~148

委員会報告：プロフェッショナリズム教育方略 連載7回

## 7.1 治療的自己の涵養 —他者へ共鳴できる医療者としての自己を育てる—

網谷真理恵\* 水間喜美子\*

要旨：

「治療的自己」は、医療者・患者関係や治療成績にも影響を与える治療者の治療促進的な人間性のことである。治療的自己は、医療者としてのあり方を学ぶ態度教育であるプロフェッショナリズム教育とも関連している。治療的自己で重視されている医療者としてのあるべき姿勢、「共鳴（主観的理解）」と「客観的理解」という患者理解に必要な要素をいかに学習者がバランスよく会得するかは、プロフェッショナリズム教育においても重要な課題である。

そこで、本稿では、治療的自己の概念について説明し、さらにプロフェッショナリズム教育における治療的自己の涵養を目標とする教育の方略を紹介する。地域でのフィールドワーク実習と、会話分析を用いた治療的自己の客観的評価の試みを通し、治療的自己の学びにより治療者－患者の信頼関係の重要性や医療者としての在り方について見つめなおす自己の気づき、およびその客観的評価について概説する。

キーワード：治療的自己、プロフェッショナリズム、共鳴、客観的推定、フィールドワーク、会話分析

### Development of Therapeutic Self —How Learners Gain Resonance with Others as Medical Professionals

Marie AMITANI\* Kimiko MIZUMA\*

Abstract:

“Therapeutic self” is the foundation that every healthcare professional should acquire. It is an important theme in professionalism education, which aims to educate learners about the attitudes needed to be a good doctor. It is assumed that as learners gain “resonance (subjective estimation)” and “objective estimation”, they will be able to improve patient-doctor interactions and achieve a good balance with therapeutic self.

In this article, firstly we explain the concepts associate with therapeutic self, then we introduce the strategy aimed at cultivating the therapeutic self in professionalism education: Through fieldwork training in a community, we aim to make the students more aware of the importance of the trust relationship between doctors and patients. We also aim to raise awareness about how healthcare professionals should be. An objective assessment of the therapeutic self was done using conversation analysis.

**Keywords:** Therapeutic self, Professionalism, Resonance, Objective estimation, Field work, Conversation analysis

はじめに

医療では、治療者自身の姿勢や態度が、患者に大きな影響を与える。医師の医学的知識や診療技術以外の治療者の治療促進的な人間性を、「治療的自己 (Therapeutic self)」といい、それはすべ

ての医療者が身につけるべき、医療者としての基盤を成すものである。

心理学者の John. G. Watkins は、同等の医学的知識・臨床能力を有しているが、患者への態度・人間性の異なる二人の研修医による患者への影響を検証し、医学的知識や技術以外に、治療者とし

\* 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科地域医療学分野

Department of Community-Based Medicine, Graduate School of Medical and Dental Sciences, Kogoshima University

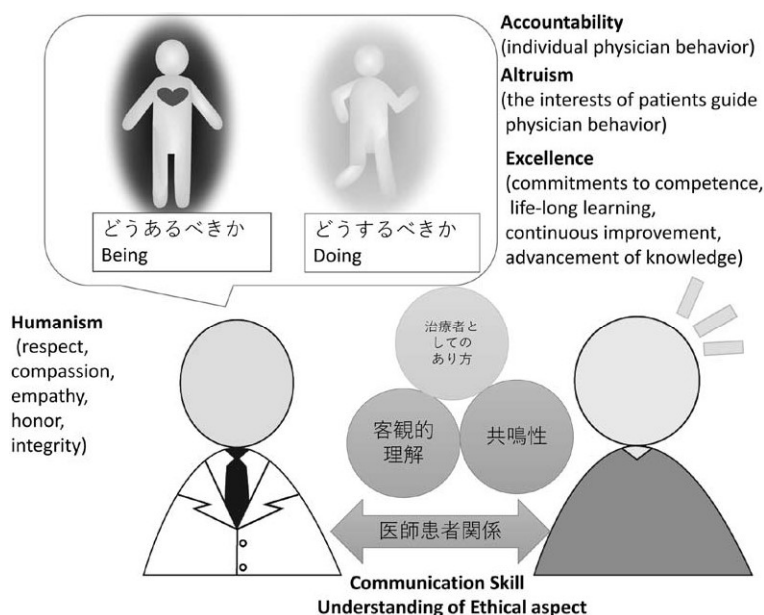


図1 治療的自己とプロフェッショナリズム

での態度、話し方、人生観、価値観、人格など、治療促進的に作用する要素があると考えた。このような医療者・患者関係や治療成績にも影響を与える治療者の治療促進的な人間性を治療的自己として概念化した<sup>1)</sup>。また、M. Balint は、グループ・ワークにおいて患者を身体的心理社会的な視点から分析を行い、医師の態度により医師が毒にも薬にもなるということを「薬としての医師 (Doctor as a medicine)」と表現している<sup>2,3)</sup>。2010年には *Lancet* において、プラセボ効果が治療状況で生じる心理生物学的現象で、医師の面接や態度によって臨床診療の中で治療効果として作用することが示唆され、治療的自己の存在が科学的に立証された<sup>4)</sup>。このことから医学知識や技術以外にも、治療的自己を涵養し、治療の基盤として医師患者関係により生じるプラセボを日常臨床に活かすことが、治療者として重要であるといえる。

#### プロフェッショナリズム教育における治療的自己

治療的自己は、医師—患者関係を構築するコミュニケーションスキルの中核であり、治療者として「どうすればよいか」「どうあればよいか」を重視し、特に後者がより重要と考えられている。治療的自己は、ArnoldとSternが提唱した

プロフェッショナリズムの枠における、communication skills, understanding of ethical aspect, accountability, altruism, excellence, humanism を包括する概念であると考えられる (図1)<sup>5)</sup>。

治療的自己の理解では、「共鳴 (主観的理解)」と「客観的理解」が重要視されており、治療者はこの2つを組み合わせて、患者を理解することが求められる。「客観的理解」は、自分達を取り巻く外的世界からの視点による情報であり、相手から直接的に得られる知覚的印象・情報によるものといえる。「共鳴」は、患者と共に感じ (共に楽しみ、共に苦しみ)、共に理解するという治療者の内的体験であり、治療者は自らの内側に相手の体験世界の複製をできるだけ正確に再現しようとすることで、深い理解を得ることが可能となる。

これらをバランスよく会得するには、多様な経験を必要とする。医学生にとって、自分が育ってきた環境以外の生活にふれることは、治療的自己、全人的医療の学びに必要となると考えられる。さらに、「自己」は他者と接することで自分の存在を確認し、自己は成長すると考えられており、学生の教育においては、学生が医療者として成長する過程で「自己」の存在についてみつめ、さらに「医療者としてのあり方」を自覚すること

## 【1日目】

- (a) 多職種インタビュー (60分)
  - (b) グループディスカッション (30分)
  - (c) 地域の交通事情・地域事情・介護問題・母子保健・健康増進についてまとめたグループ発表 (30分)
  - (d) 昼食 (さつま町 食育部会作成の弁当)
  - (e) グリーン・ツーリズム受入農家にて、そば打ちや農業体験実施 (180分)
  - (f) 地域住民とのさつま町食育部会作成の郷土料理を食べながら交流会 (120分)
- グリーン・ツーリズム受入農家にて宿泊

## 【2日目】

- (g) 地域住民へのナラティブなライフストーリーインタビュー (60分)
- (h) グループディスカッション (60分)
- (i) 本プログラム全体を通して感じたこと、学んだことの報告会 (120分)

図2 地域医療トレーニングキャンプ 内容

が、必要であると考えられる。

## (1) 地域体験フィールドワークの取り組み

このような背景も含め、鹿児島大学医学部医学科では、地域医療教育の一環として、住民とのふれあいを重視した、農家民泊を取り入れた体験型実習を実施している。治療者―患者間での信頼関係の重要性、医療者としての在り方についての自覚の向上など、治療的自己が涵養されるような学びを促す地域でのフィールドワーク実習となっている。

## (2) 地域医療トレーニングキャンプの実際

本カリキュラム作成にあたり、農業体験や生活様式を体験することを、医学と関連した学びとするために、医療人類学の概念を基盤として構築した。また、農業体験、宿泊体験、多職種インタビュー、ライフストーリーのインタビューを方略とした。事前学習、体験、振り返り、グループディスカッションを繰り返すことで、自己の体験と、他者の生活、他者の意見にふれながら、自己の成長と学びが深まることを目的としている。

## ①実習期間：1泊2日

対象者：医学部医学科：10名、歯学科：1名、薬学科：2名（参加者は公募。鹿児島大学以外の参加者も含む）

## ②実施時期：1年生～6年生

## ③実施場所：鹿児島県さつま町

## ④具体的な実習内容（図2）

## ⑤評価：形成的評価

⑥カリキュラム評価：自由記載のアンケートから抽出される学習者の学びについて、グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いた質的分析を行った。

## (3) 地域医療トレーニングキャンプを通して得られた参加者の学び

学生アンケートから、「あなたが考える全人的医療とは？」との問いに対して、参加者からは「症状だけではなく、患者が暮らす家庭や社会環境などを総合的に考え、配慮した上での医療」「画一的ではなく、その人個人に適応した治療の選択」など、症状の先にある個人を見て、判断した上での医療が大切との意見が出た。本プログラムで「全人的医療」を意識したのは、住民インタビュー時であったとの声が一番多かった。地域住民のナラティブなライフストーリー聴取を実施したことで、学生は、各人の背景にそれぞれの人生や社会的環境があるということを認識したと考えられる。また、実際に農村地域へ赴き、その土地において生活を体験したことは、学生が、住民の置かれる社会環境を、五感を通じて感じ取り、経験による共鳴を用いた主観的理解を行うトレーニングに繋がったと考えられる。

また、「今あなたが考える医療者としてのあり方とは？」という問いには、「住民の心の拠り所」「患者が不安を感じることを読み取り、上手く伝えきらないことまでを含め、心情を引き出すことのできる医療者」など、患者側に寄り添い、患者との信頼関係を重視する意見が目立った。治療者が患者を注意深く観察することで、姿勢や身振

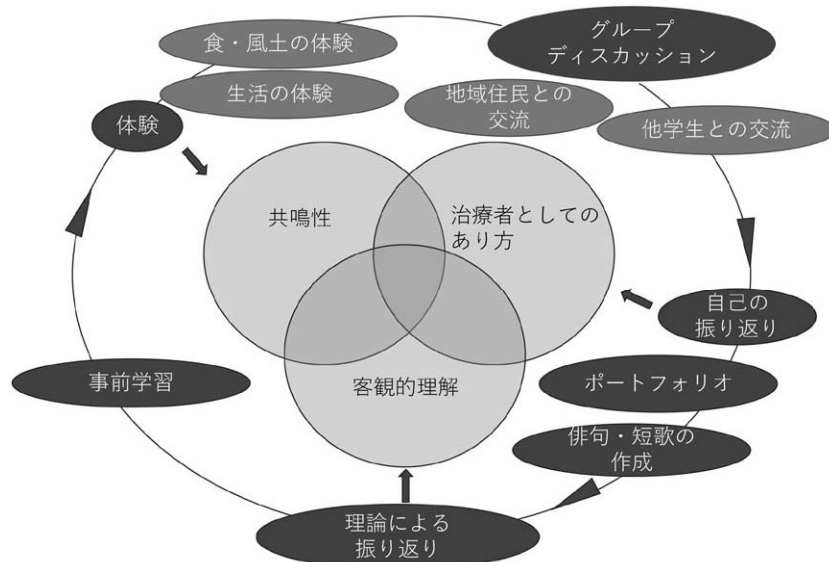


図3 学習方略と治療的自己の学び（文献6より引用・改変）

り、声の抑揚、相手の不安の色調などに気付くことができる。患者自身すら伝えきれない情報をも汲み取ろうという姿勢は、多くの情報を得ることができることに加え、患者も好意的に感じ、より強い信頼関係を築くことが可能となる。興味深いことに、初日の懇親会での地域住民や行政職員との交流や、宿泊先での農家担当者との交流を通して、「医療者としての在り方」について考えたという参加者も多くみられた。食や生活を体験しながら行うコミュニケーションは、面接室で行う会話とは違う体験であり、表面的な情報に留まらない多くの情報をくみ取り、自己を意識する体験となると考えられた（図3）。

本実習プログラムによって、治療者—患者間での信頼関係の重要性、治療者自身の人となりの重要性を理解した、との意見もみられ、全人的医療の根本にある治療的自己の育みにも効果的であったと考えられる。

#### （4）成功の秘訣

治療的自己を養成するには、共鳴できるような体験、他者理解、他者を通して医療者としての自己をみつめなおす機会が必要であると考えられる。今回我々は生活を共有するフィールドを設定したが、日常の臨床実習においても患者や住民と接す

る中で、自身の感情や行動について見つめなおす機会は多くあると思われる。しかし、実際は無意識に過ぎ去ってしまうため、指導者が、医療だけに着目するのではなく、治療的自己を涵養するようなフィードバックを行うことが大切であると考えられる。

#### 文 献

- 1) Watkins JG. The therapeutic-self developing resonance. Key to effective relationships, Human Sciences Press, 1978.
- 2) Balint M. The doctor, his patient and the illness. M. J. Pitman Medical Publishing Co., London. (池見・他訳：プライマリ・ケアにおける心身医学—バリント・グループの実際、診断と治療社、東京、1981.)
- 3) 永田勝太郎. バリント・グループ・ワーク. 医学教育 1990; 21: 146-50.
- 4) Damien G Finnis, et al. Placebo Effects: Biological, Clinical and Ethical Advances. *Lancet* 2010; 375(9715): 686-95.
- 5) Arnold L, Stern DT: What is medical professionalism? In Stern DT, ed. Measuring Professionalism. New York NY, Oxford University Press Inc, 15-37, 2006.
- 6) 網谷真理恵, et al. 治療的自己, 全人的医療を学びとして得る—フィールドワークを用いた医学教育の取り組み, 日本心療内科学会誌 2017; 21: 105-10.

## 7.2 治療的自己の客観的評価方法

阿部 哲也\*

### Objective Assessment on Therapeutic Self

#### はじめに

医師の診療技能は、当然患者の治療経過に影響を与える。しかし一方で、同程度の臨床経験や知識を備えていたとしても、担当患者の情緒状態や回復過程に差異は出てくるものであり、なかには治療上手と呼ばれるような医師も存在する。心理学者のジョン・G・ワトキンスは、このような医療者・患者関係や治療成績にも影響を与える治療者の人柄のようなものを、治療的自己として概念化した。

治療の質の決定要因として、検査導入や治療法選択を考慮する前に、その根底には患者をどう把握しているかという医療者の認識能力が大きく関与してくる。他者の把握は、①相手から直接得られる外的な知覚と、②自身の中に投影した相手の像から得られる内的な印象、という2つの対象情報の比較・統合によってなされる行為である。そこでワトキンスは、後者を発展させて「患者と共に感じ、共に理解するという治療者の内的体験」を共鳴と呼び、他者理解に必要な「客観的な観察」と「共鳴による体験」を、治療的自己を構成する重要な2つの柱として位置付けた。

共鳴自体は、内的体験であるために内省によってしか直接的には観察できないが、それが個人の中に起こっているかどうかは、行動観察によって間接的に推察できるはずである。本稿では、このような視点による治療的自己の客観的評価の試み

と、特にプロフェッショナルリズムの Communication skills 教育への活用について紹介する。

#### 1. ワトキンスの考案した治療的自己スコアリング・システム

治療的自己とは、理想化された抽象的概念ではなく、客観的に評価可能でなければならないと考え、実際の会話での言葉の抑揚や体の向きなど、多くの要素が治療者の患者把握を示す行動となる中で、ワトキンスは言語化された反応に注目した。検討対象を、患者の1つの発話と、それに続く治療者の反応、さらにこの治療者の反応に対する患者の発話までの3要素による連鎖構造を、一区切りの単位として考えたのである。治療者の反応からは、患者のどのような表出をどう受け止めたのかが判断できる。また、その前後での患者の言語表出の比較からは、治療者の反応の受け止められ方が評価できる。これを用いて考案された、治療的自己スコアリング・システムでのコーディング内容の一部を紹介する。

[共鳴（医師は内的に他者の体験世界の複製を再現）]

患者：彼の私に対する振舞いは冷酷だったわ。

医師：彼は実に冷酷でしたよね。

患者：そう。

\* 関西医科大学心療内科学講座, Psychosomatic and General Internal Medicine, Kansai Medical University

## [客観性 (医師は患者を客観的に認識)]

患者：姉の娘に部屋を1つ与えるほどのスペースの余裕はないかもしれません。

医師：お姉さんには子どもが2人いるんですっけ？

患者：7歳の男の子と4歳半の女の子です。

## 2. 会話分析による治療的自己の評価

残念ながらこの試案は十分に追試されていないが、これを一歩進めた質的研究法として、1960年代に社会学者のハーベイ・サックスによって体系化された会話分析がある。実際の会話データから文字起こしを作成し、その瞬間ごとにおける参加者の相互行為や主観を明らかにするものである。両者には類似点が多いが、声の大きさや音の重なりなども特殊な記号を用いて記述するために、言語情報のみならず準言語・非言語情報も検討できる点は会話分析の長所の1つである。これを用いた、我々の医療面接場面の検討例を次に紹介する。

## 事例1

医学部5年生のクリニカル・クラークシップで、心療内科入院患者に対して実施した医療面接の一場面である。患者は40代女性で、主訴は下肢痛である。医学生が、開放型質問を用いて生活の支障に関する問診を開始した70秒後であり、各行の左端の数字は面接開始時からの通し番号である。

58 患者：だいたい家に居てる時は朝：

59 学生：はい。

60 患者：起きてすぐは痛いですよ[： ]

61 学生： [あ:]えっ

62 (0.2)

63 学生：も:[それは]つらいですね、んん。

64 患者： [で:]

65 患者：で、

66 (0.5)

67 患者：あの:ま(0.3)用意してるうちに

## 記号の説明

： 音声の引き延ばしの長さを:の数で表す

[ ] 2人の発話の重なる箇所を示す

( ) 沈黙の秒数を括弧内に数字で表す

. 語尾が下がる

? 語尾が上がる

, まだ続くような抑揚の語尾を表す

60行目で「起床時に痛い」と語る患者に対して、63行目で学生は「それはつらいですね」と共鳴を示す。しかしそれを発する直前において、患者の「で」という順接の接続詞が学生の発言と重なり、患者は自らの発言を一旦中断する。患者には、この後の学生の発言が聞こえているはずだが、それが終了した65行目では患者は学生の言葉に応答せず、もう一度先ほど自身が発した接続詞を繰り返す。学生の発言がないことを0.5秒間確認してから、起床後の身支度中の変化を説明し始める。この患者の実践は、重なって中断された言葉を反復することで、その言葉の初出地点まで話を戻そうとしており、患者の構築する文脈からは、63行目の学生の発言が応答不要なものとして理解されたことが判る<sup>1,2)</sup>。

学生の共鳴表現がこのような受け取られ方をした理由であるが、患者が発話の継続を想定していた途中で学生が割り込んでしまったのかもしれない。また、61-62行目での間投詞と沈黙のために、60行目の症状の描写に対する63行目の発言がワントempo遅れていることが、患者には何か不自然に受け取られたのかもしれない。さらには、61-67行目で学生は下を向いてメモを取り続けており、そのような非言語的コミュニケーションの不適切さが原因となったことも考えられる。

## 事例2

総合診療科での初期研修医の診療場面である。患者は70代男性である。挨拶・自己紹介・名前確認が終わった直後の場面で、医師は患者を見ながら問診票には注意を示さずに、患者の方に上体を傾けて質問を開始している。

37 医師：えっと今日どのようなことで来られた



- 38 か教えていただいていたいいですか？  
 39 (0.9)  
 40 患者：え:::要するに(0.7)ちょっと風邪ひい  
 41 た:と思って、  
 42 医師：ん:ん. ちょっといつからどんな症状が  
 43 あったか教えてもらって  
 44 いい[ですか?]  
 45 患者： [3日 ]4日: ぐらい前から::ん  
 46 んん喉が痛く、

37-38行目で医師は開放型質問を用いて、情報収集を開始する。0.9秒間の沈黙と言いよどみを示す間投詞、さらに要約して話す意思を示す前置きの後にもう一度0.7秒間の沈黙を挟んでから、患者は診断候補を語り始める。これに対して医師は、42行目で「んん」と受領を示してすぐに症状の時期と内容に絞った質問をし直す。患者は45行目から、今度は間髪入れずに質問に沿った返答を発する。

この場面では、医師が質問をし直しているが、これは「たまたま」であろうか。医師による患者把握に改善の余地はないだろうか。医師の開放型質問は、言語的・非言語的にも良好な情報収集の開始に見えるが、症状の描写が当然前もって期待される39-41行目において、患者は明らかに答えにくそうにしている。

開放型質問は、聞き手には質問事項に関する情報がないことを前提として、相手から多くの語りを引き出す機能を持った質問デザインである<sup>3)</sup>。一方で話題提供する人にとっては、聞き手が既に知っていることはニュースとして語らない方がいい、という共通認識がある<sup>4)</sup>。この前提を踏まえて先の場面を振り返ると、医師は診察前に記入された問診票を確認・共有するような動作は示していない。そして問診票に「風邪」との記述はなく、「3, 4日前から喉と鼻」と書かれている。患者は何を答えればいいのか戸惑い、問診表に記述していない表現を捻出したことが想定される。この可能性に配慮すると、医師は「問診票は確認しましたが、もう一度どのようなことで来られたのか教えていただけますか」と尋ねることもできたかもしれない。

どちらもとりとめのなさそうな、医療面接のほんの一場面であるが、会話分析を用いて観察することで、治療的自己のあらわれを客観的に評価することが可能となる。

### 3. 本学での教育実践例

- ① 対象者  
5, 6年生。
- ② 実施時期  
クリニカル・クラークシップ期間中。
- ③ 実施場所  
心療内科入院患者のいる病棟で面接実習を実施し、そのビデオ記録を医局で供覧する。
- ④ 準備物  
ビデオカメラ、再生用モニター
- ⑤ 具体的方法  
面接実習の目的を十分に周知した上で、心療内科の入院患者1名に対して4名グループの学生が1人ずつ順番に、各4分間の医療面接を続けて実施する。その様子をビデオ録画し、終了後直ちに医局へ移動して、まずは学生のみでビデオの振り返り自習を1時間行う。その後は教員同席で2時間かけて振り返りを行う。その際、学生が観察内容を発表し、教員は適宜コメントを与える。
- ⑥ 評価  
学生自らの発言・所作、患者の反応に関する討議中の積極的な発言、疾患名にとどまらない患者把握をまとめたレポート、の計3側面から評価する。
- ⑦ 成功の秘訣  
一般的な医療面接実習よりも、学生の振舞いや面接内容から推察される患者理解により重点を置いた指導を行う。教員は、印象ではなく面接ビデオ中の客観的な情報からコメントを提供する。教員には、治療的自己や会話分析の視点・知見が備わっていることが望ましい。
- ⑧ その他  
当科では、後期研修医が自身の診療を録画して文字起こしを作成し、これを元に討議することを心療内科の専門研修として実施している。学生教育としては実施できていないが、自身の面接の文字起こしは有意義な課題になるはずであり、実際

の導入施設からの実施報告もある<sup>5)</sup>。

### おわりに

教育の文脈で医療者・患者関係を論じるためには、「私は患者と共鳴できていました」ではなく、第三者が客観的に観察可能であることが望ましい。患者理解の精度を高めていくことが適切な共鳴に繋がり、治療的自己を向上させるという観点から、他者把握の状況を実際の会話からより具体的に評価することは、医学教育にも有用であると考える。

### 文 献

- 1) Jefferson G. A sketch of some orderly aspects of overlap in natural conversation. In: *Conversation Analysis: Studies from the First Generation*. Amsterdam/ Philadelphia: John Benjamins; 2004: 43-59.
- 2) Schegloff EA. Recycled turn beginnings: A precise repair mechanism in conversation's turn-taking organisation. In: Button G, Lee JRE, eds. *Talk and Social Organization*. Clevedon, England: Multilingual Matters Ltd; 1987: 70-85.
- 3) Heritage J. Epistemics in action: Action formation and territories of knowledge. *Res Lang Soc Interact* 2012; 45: 1-29.
- 4) Schegloff EA. *Sequence Organization in Interaction: A Primer in Conversation Analysis, Volume 1*. Cambridge: Cambridge University Press; 2007.
- 5) 青木伸一郎, 梶本真澄, 岡本康裕. 初診時の医療面接における「振り返り」教育の試み: ビデオ映像と会話分析を用いた方法. *日大口腔科学* 2012; 37: 181-8.

医学教育 2020, 51(4): 433~437

委員会報告：プロフェッショナルリズム教育方略 連載第8回

## 8.1 千葉大学医学部における Appreciative Inquiry

朝比奈 真由美\*

Appreciative Inquiry at Chiba University School of Medicine

Mayumi ASAHINA

### はじめに

千葉大学医学部では、臨床実習開始前後に4回のプロフェッショナルリズム・ワークショップ（WS）を行っている。その開催時期とワークショップのテーマを表1に示す。臨床実習開始後のWSは2011年から開始したが、当初のテーマは「臨床実習中のプロフェッショナルリズムを振り返る」というものであった。臨床実習開始前に学んだプロフェッショナルリズムの理論や理想が、実際の医療現場では実行できているのかを振り返るという意図で行ってみたものの、学生たちの反応として「回診中に医師の私語が多い」、「医師が他のスタッフを待たせ、カンファレンスに遅れてくる」、「医師が患者の言うことを無視する」等、医師のプロフェッショナルリズムに反する行為に対する非難めいたプロダクトが目立つ結果となり、医師の一員である我々教員に対する風当たりも強く、精神的にもつらいものであった。

その頃、筆者はCruessらによる Teaching Medical Professionalism<sup>1)</sup>の翻訳作業に参加しており、その中でInuiらによる Appreciative Inquiry (AI) を説明する第6章<sup>2)</sup>を担当し、AIを知ることとなった。AIにより医療実践の中でのプロフェッショナルリズムのあらゆる要素を振り返ることができ、学生個人の成長を促すとともに、プロダクトを組織開発（すなわち、プロフェッ

ショナルリズム学習環境の改善）に利用できるという。そこで筆者は早速、2012年からWSにAIを取り入れてみることにした。

### 本学での Appreciative Inquiry ワークショップの実際

ワークショップの目的は以下の通りである。

「本ワークショップ終了時、参加者は、医療の実践の中におけるプロフェッショナルリズムを語ることにより、

1. プロフェッショナルリズムの視点から医療実践を振り返ることができる。
2. 組織の向上に寄与することができる」

- ① 対象者：医学部5年生 約120名、教員1名でクラスを運営する。
- ② 実施時期：10月（4年生の2月に開始した臨床実習の約9カ月目）  
時間：1コマ（90分）。
- ③ 実施場所：可動式機の講義室（グループワークのため）。
- ④ 準備物：以下の資料を事前に学習管理システム（LMS）にアップロードしておき、当日スムーズに授業が開始できるように学生に通知しておく。

・グループ分け表（ランダムに約6名ずつのグループを20グループ作成）

\* 千葉大学医学部附属病院総合医療教育研修センター、Health Professional Development Center, Chiba University Hospital

表1 プロフェッショナルリズムワークショップの時期とテーマ

学年	時期	月	時間	テーマ
3	臨床導入学習初期	10-12月	180分	プロフェッショナルリズムの定義を学習し、自分や家族が患者として経験した医療者との関わりをプロフェッショナルリズムの観点から分析する
4	臨床導入学習終期	1月	180分	前回のプロダクトを元を目指す医師像について考え、白衣式での誓いの言葉を作成する
5	臨床実習開始後	5月	90分	臨床実習で感じたジレンマや倫理的問題について振り返る
5	臨床実習開始後	11月	90分	臨床実習の経験についての Appreciative Inquiry

### Appreciative Inquiry (AI)

- 個人や組織の良いところ、強みに焦点を当て、その価値感を拡張させて、さらなる行動変容につなげていくプロセス。
- 最高の経験を引き出す  
⇒組織開発

出典：「医療プロフェッショナルズ教育」日本評論社

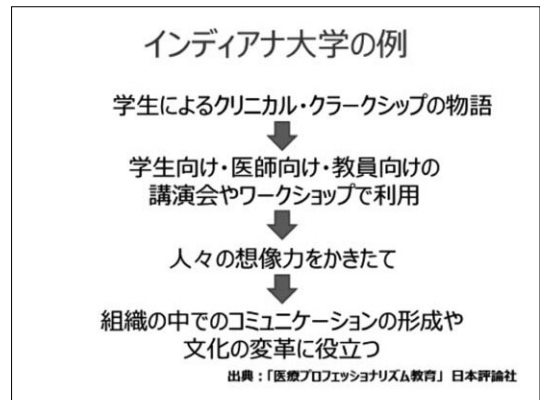


図1 Appreciative Inquiry 講義部分の ppt

- ・ 座席表（講義室内でグループごとに着席する場所を指定）
  - ・ 授業資料，ワークシート（当日は印刷して配布も行う）
  - ・ ワークシートの提出サイト，授業アンケート入力サイト
- ⑤ 具体的方法（ワークシートは8.2の図2，図3と同じもの）
- 1) 学生はグループごとに着席する。
  - 2) ワークショップの目的：講義
  - 3) プロフェッショナルリズムの簡単な復習：講義
  - 4) AIの説明：講義（講義スライドを図1に示す）（ここまでで約15分）
  - 5) AIワークショップ1：個人の作業（個人用ワークシートに記載）（15～20分間）
    - ・ 各学生は以下の課題について個人用ワークシートに記載する。
    - 「CCで自分自身が経験した、あるいは

他の医療者の行動を観察したことの中で、最もプロフェッショナルだと感じたこと、感動したこと、大切だと思ったこと、素晴らしいと思ったことを、思い出してできるだけ具体的に記述してください」

- 6) AIワークショップ2：グループの作業（約20～30分間）
- ・ グループ内で司会役，発表者役，書記役を決める。
  - ・ グループ内で各個人の経験を発表し合い共有する。
  - ・ その中で最も印象的なものを選び，プロフェッショナルリズムのどの要素がフォーカスされているのかディスカッションする。
  - ・ ディスカッションしながら他者が読みやすい物語の形にする。
  - ・ その際，個人が特定されないように注意する。

- ・書記役の学生は、物語をグループワークシートに記載する。

## 7) 発表：(約 25 分間)

- ・各グループの発表者役の学生が学生全員に向けて物語を朗読し、含まれているプロフェッショナルリズムの要素について解説する(各グループ1分以内)。
- ・教員は必要であれば最低限のコメントをする。
- ・全部のグループの発表を行う。

## 8) 授業後の作業

- ・書記役の学生はグループワークシート(物語)のファイルをLMSに提出する。学生の作成した物語の例を資料1に提示する。
- ・学生は全員、授業アンケートを入力する。

## ⑥ 評価：授業への出席は、臨床実習の単位認定要件である。

## ⑦ 対象者からの声・反応・その他：

授業アンケートの自由記載の中で多い意見は、以下の3つである。

- ・臨床実習でバラバラに活動していたが、久しぶりに全員集まって他の学生がどういう経験をしているのか知ることができた。
- ・プロフェッショナルリズムを意識した行動を自分もしようと思った。
- ・臨床実習中にわざわざ集まってこのようなワークショップを行う必要性を感じない。

このうち2番目の記載がAIの目的であるプロフェッショナルリズムの意識向上という点に合致したものであり、このことからAIワークショップにはある程度の効果があると判断している。

## ⑧ 成功の秘訣、注意すべき点

- ・ワークショップを短時間でを行うためにプロフェッショナルリズムに関する基本的な知識の修得機会は臨床実習前の時期に設ける。
- ・臨床実習の期間中に行うため、臨床実習になるべく影響しないように配慮する。具体的には、臨床実習のない連休中の授業日や臨床実習期間終了後の長期休暇の初日等を利用する。

- ・他のアクティビティと組み合わせて、一日のスケジュールを作る。本学では午前中は医療安全担当教員による「医療安全ワークショップ」、午後からAIワークショップの後に「キャリア講演会(様々なキャリアの若手医師の話を聞く)」や「マッチングシステムの説明会」などを組み合わせて、学生の参加意欲を保つ。
- ・出席を臨床実習の単位認定要件としているため、ほぼ全員が出席する。
- ・時間的制約のため、発表の時に教員のコメントは最低限のものとなるが、医学的に正しくないことを訂正したり、学生が気づいていない観点からのさらなるプロフェッショナルリズムのファシリテーションをすることが不十分になることが問題である。

## 学生のプロダクトの利用による組織開発

学生のAIワークショップのプロダクトである「物語」を個人が特定される情報や、不適切な記載を注意深く取り除いてブラッシュアップする。「AI物語集」を印刷物、またはPDFファイルとし、臨床実習担当者に配布し、指導者側へのフィードバックに利用している。また、厚生労働省が規定する臨床研修指導医講習会では、参加者に対し学生とほぼ同じ内容のAIワークショップを行っているが、そのときに学生の「AI物語集」を配布している。指導医たちにも学生が日々の実習でプロフェッショナルリズムに真剣に取り組んでいることがよく理解され、講習会の終了時アンケートには自身や臨床教育環境におけるプロフェッショナルリズムを改めて振り返ってみたいという内容の記載がみられ、今後の参加者の活動がそれぞれの所属組織のプロフェッショナルリズム組織改善につながって行くことが期待される。インディアナ大学の報告でも同様にいくつかの例、例えば「1日の終わりに、シニアファカルティメンバーが、“道に迷ったカップル”を病院の目的地まで連れて行くために、自分の道から駐車場までかなりの回り道をしているのが観察されたこと。」<sup>3)</sup>などをあげ、個人の行動が変化することを示している。さらにそれに伴って大学組織も変容

し、教育課程の質評価が上昇、州外からの入学志願者が爆発的に増加（過去4年間で80%以上）したと述べている<sup>1)</sup>。

### 最後に

2012年当時、筆者がAIワークショップを始めた時には、具体的にAI活動をどのように行うかの資料はほとんどなかった。Inuiらによるインディアナ大学の方法<sup>1-4)</sup>では、学生が各自ストーリーを完成させ、ワークショップでどのストーリーが印象的であるか、プロフェッショナルリズムのどの要素が取り扱われているかなどをディスカッションするというものであった。この方法をシャイな日本人学生に応用するにはどうしたらいいかを考え、各学生には素材（あらすじ）を提供してもらい、グループワークで物語の形にブラッシュアップしていくという方法にしたところ、他者に読んでもらう文章を作るというタスクがもう一つ加わることでディスカッションが盛り上がった。

AIについては2000年頃から医学部の組織<sup>4)</sup>、プライマリケアの質<sup>5)</sup>、老人ホームのケアの質<sup>6,7)</sup>やストレス管理体制<sup>8)</sup>の改善研究など様々な分野の論文が出てきている。現在、医学教育の分野でどの程度取り入れられているのかについては不明であるが、筆者が2016年にフィラデルフィアのトーマス・ジェファソン大学を訪問した時に同大学でプロフェッショナルリズム教育の著書<sup>9)</sup>もあるSpandorfer教授がAIによる教育を行っていると話していたことから、北米ではある程度実施されていると推測される。

大学評価などの組織改善活動や医療安全活動では、「できていないこと」をチェックしていくことが多いためグループワークなどでは殺伐な雰囲気になったり、無力感に襲われることもまれではない。それに対しAIは実際に行ってみると、組織や個人の活動の良いところに焦点を当てる、優れた活動の存在を新しく発見できるという手法であるため、筆者も含め参加している全員が楽しく前向きな気持ちになることが実感できた。

AIをインタビューで行っているインディアナ大学でも多くのインタビュアーは、インタビュー

は刺激的で楽しいものであり、対象者とインタビュアー双方ともに親密さ、敬意、喜び、希望を高めたと報告している<sup>3)</sup>。前述のSpandorfer教授もAIは授業をやっている楽しいとすることで筆者と意気投合したことも印象深いものであった。心理カウンセラーのPetersonはAIについて次のようにシンプルで強力なメッセージを述べている。「機能しないものを探しに行くのとたくさん機能しないものが見つかります。機能しているものを探すとほとんどのものが機能していることがわかります。あなたが焦点を当てるとそれは成長し大きくなります」<sup>10)</sup>（筆者による翻訳）

組織開発は「問題を解決し、良いところや強みを伸ばす」と説明される。重大な出来事を振り返って組織改善につなげるSignificant Event Analysis (SEA) などの問題解決志向性の活動は多いが、AIはポジティブな生成理論（良いところを伸ばす）としてそれを補完する活動である。本稿によりAIに興味を持っていただいた教員の方には是非、各大学の状況に合わせてAI活動を開発して一石三鳥（学生への効果、自分自身の楽しさ、組織開発）の効果を狙っていただけると幸いである。

### 文 献

- 1) Inui TS et al. Supporting Teaching and Learning of professionalism-Changing the Educational Environment and Students' "Navigational Skills". In: Creuss RL, Creuss SR, Steinert Y, eds. Teaching Medical Professionalism. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2008: p108-23.
- 2) Inui TSら. プロフェッショナルリズム教育・学習への支援—教育環境と学生の“航海術”の改革. : リチャード・クルーズ, シルヴィア・クルーズ, イヴォンヌ・シュタイナート編著. 医療プロフェッショナルリズム教育 理論と原則. 日本医学教育学会 倫理プロフェッショナルリズム委員会監訳, 日本評論社, 東京, 2012: p112-28.
- 3) Suchman AL et al. Toward an Informal Curriculum that Teaches Professionalism Transforming the Social Environment of a Medical School. *J Gen Intern Med* 2004 May; **19**(5 Pt 2): 501-4. doi: 10.1111/j.1525-1497.2004.30157.x

- 4) Inui TS, Cottingham AH, Frankel RM, et al. Educating for professionalism at Indiana University School of Medicine: Feet on the ground and fresh eyes. In: Wear D, Aultman JM, eds. *Professionalism in Medicine—Critical Perspectives*. New York, NY: Springer; 2006: 165-84.
- 5) Ruhe MC et al. Appreciative Inquiry for Quality Improvement in Primary Care Practices. *Qual Manag Health Care* 2011 Jan-Mar, **20**(1): 37-48.  
doi: 10.1097/QMH.0b013e31820311be
- 6) Dewar B. Editorial: Appreciative inquiry. *International Journal of Older People Nursing* 2010; **5**(4): 290-291.  
<https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00253.x>
- 7) Sion KYJ et al. How to assess experienced quality of care in nursing homes from the client's perspective: results of a qualitative study. *BMC Geriatrics* 2020; **20**: 67.  
<https://doi.org/10.1186/s12877-020-1466-7>
- 8) Ravalier J et al. Appreciative Inquiry for stress management. *Qualitative Research in Organizations and Management* 2019; **14**: 260-279.  
<https://doi.org/10.1108/QROM-05-2017-1525>
- 9) Spandorfer J et al. *Professionalism in medicine*. NY, Cambridge University Press: 2010.
- 10) Peterson J.E. (2000) *The Magic Power of Appreciative Inquiry*. Available at:  
[http://ww2.unhabitat.org/programmes/hiv/documents/magic\\_power.pdf](http://ww2.unhabitat.org/programmes/hiv/documents/magic_power.pdf)

#### 資料1 学生の AI プロダクトの例

「ある日、私は指導医の先生に怒られていた。実習で、つい手を抜いてしまったからだ。私は、他の学生と同じくらいのことをして必要最低限の仕事量で通ればいいと思っていた。しかし先生に、『医者というのはサービス業（注：原文のまま）だから、患者が来てなんぼ、営利目的のために患者様に誠実に接するのではなく、社会全体の中で医師が限られた資源であるからこそ、誠実に

振る舞わなければならない』と言われて考え方が変わった。最低限でよいという考えから、患者のために自分ができる最善を尽くさなければならないと思うようになった。自分はまだ学生という身分であるが、それでも自分が頑張ることで、上級医の仕事が少しでも減り、診療に役立つのであれば、それは患者の利益になるだろう」

「臨床実習では担当患者が割り当てられ、毎日会い、患者の日々の様子を指導医と話し合い、カルテを書く。これを面倒だと思う人も少なくな、私もその一人であった。

しかし実習が始まって数日経ったある日、担当患者から今までの考えを改める言葉を言われた。いつもの通り病室に入った私を笑顔で迎えたその女性患者は、『先生は忙しそうで聞きたいことも聞けなくてね。来てくれるのを待っていたの』と言ったのだ。この一言に私は衝撃を受けた。この方にとって私は『時たま遊びに来る学生』ではなく『わからないことを教えてくれる、医療チームの一人』だったのだ。それに気づいて以来、私はそれまでとは比較にならないくらい実習にのめりこんだ。病気のことを学ぶのはもちろんのこととして、カルテを読み込んで患者の現病歴や最近の状況・検査結果等を分析し、指導医との話し合いに積極的に臨んだ。自分からどんどん質問して少しでも気になったことを放っておかないようにした。そうやって学んだこと、自分が自信を持って発信できることを班員に共有すると同時に患者にもフィードバックした。実習の終盤には雑談をするだけでなく自分の言葉で医学的な話も出来るほど、患者と打ち解けられたと感じている。2週間お世話になりましたと挨拶にうかがった際、相手からも笑顔で感謝を言われた時の気持ちは言葉では言い表せない」



## 委員会報告：プロフェッショナルリズム教育方略 連載8回

## 8.2 金沢大学医学類における Appreciative Inquiry の実践

プロフェッショナルリズム教育のどの要素か  
 学生の経験によるが、基本的にはすべての要素が含まれる

原 怜史\*<sup>1</sup> 野村 英樹\*<sup>2</sup> 玉井 利克\*<sup>1</sup>  
 山本 靖彦\*<sup>3</sup> 太田 邦雄\*<sup>1</sup>

## Appreciative Inquiry at Kanazawa University School of Medicine

Satoshi HARA, Hideki NOMURA, Katsutoshi TAMAI, Yasuhiko YAMAMOTO, Kunio OHTA

## はじめに

Appreciative inquiry (AI) の概要と医学教育への導入と背景に関しては、千葉大学朝比奈先生の稿で詳述されているため、ここではAIの具体的手法である5-Dモデルの解説、および金沢大学医学類における少人数AIワークショップの実際について述べる。

## Appreciative Inquiry の5-Dモデル

AIの具体的手法として、“4-D”サイクルが提唱され、幅広く用いられている<sup>1)</sup>。これは“Discovery”（発見；何がうまくいっているのか）、“Dream”（夢；将来どうなることができるのか）、“Design”（設計；何をすべきなのか）、“Destiny”または“Deliver”（実行；どう実現し、維持していくのか）のプロセスから成る。近年はこれに“Definition”（定義；それは行う価値があるか）が加わり、“5-D”モデルとして紹介されている<sup>2)</sup>（図1）。本学のワークショップではこの“5-D”モデルを意識しながら、臨床実習に

におけるポジティブな経験の振り返りを通して、①プロフェッショナルリズムの視点から医療の実践を捉えることができる、②その上で、今後の医療の実践に活かすことができる、の2点を目的としてAIワークショップを行っている。

金沢大学医学類における Appreciative Inquiry  
 ワークショップの実際

- ①対象者：金沢大学医学類4年～5年次、コア・ローテーション診療参加型臨床実習の各タームにおいて大学外の教育基幹病院で実習した学生。各回14名程度で、全学生が臨床実習期間中に1回ずつ受講することになっている。
- ②実施時期：医学類4年次12月～5年次10月のコア・ローテーション診療参加型臨床実習の各ターム（4週間）の最終日。
- ③実施場所：可動式机のある少講義室（図2）。3-4人の小グループ4組程度の作業ができる広さがあればよい。
- ④準備物：

\*1 金沢大学医薬保健研究域医学系医学教育研究センター, Medical Education Research Center, Kanazawa University Graduate School of Medical Sciences

\*2 金沢大学附属病院 総合診療部, Department of General Medicine, Kanazawa University Hospital

\*3 金沢大学医薬保健研究域医学系 血管分子生物学, Department of Biochemistry and Molecular Vascular Biology, Kanazawa University Graduate School of Medical Sciences

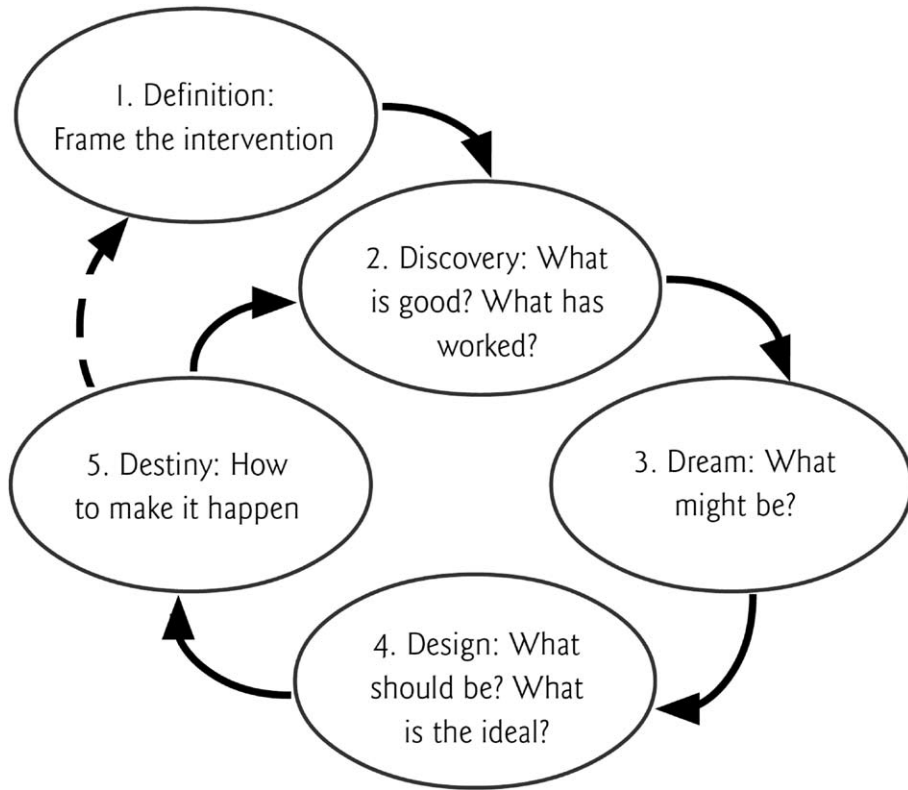


図1 Appreciative Inquiry の“5-D”モデル（文献2より引用）.



図2 会場のセッティング例

- ・説明スライド資料：概要説明部分と個人課題のみ印刷し配布
- ・個人およびグループ課題のワークシート（図3, 4）：学習管理システム（LMS）へ予めアップロードしておく。PCを忘れてきた学生のために人数分印刷もしておく
- ・可動式机：3-4人で1グループになるように配置（図2）
- ・ホワイトボード：全体発表中の要点の共有のため
- ・延長コード：PCで作業してもらうため
- ・アンケート

#### ⑤具体的方法

##### ●前日まで

個人課題「この1カ月の臨床実習で自分自身が経験した、あるいは他の医療者（医師以外でも構いません）の行動を観察したことの中で、最もプロフェッショナルだと感じたこと、感動したこと、あるいは素晴らしいと思ったこと、を具体的に記述して下さい」をLMS上に提示しておき、当日にどのようなことを記載するか予め考えておいてもらう。個人およびグループ課題のワークシート（図3, 4）をLMSへアップし、ダウンロードできるようにしておく。当日は各自PCあるいはタブレットを持参するように伝達する。

##### ●当日の流れ

1. 会場をセッティングする（図2）。3-4人で1グループになるように机を配置する。学生の配置はこちらからは指定せずに、自由としている。
2. AIの概要やプロフェッショナルリズムの要素について教員から説明（10分）。このときに、AIの“5-D”モデルに言及する。金沢大学医学類ではプロフェッショナルリズムの講義は2年次に行っているので、プロフェッショナルリズムの要素についてここで再度オーバービューしている。
3. 各自のPCで、個人課題（図3）に取り組んでもらう（15-20分）。
4. グループ内で発表（1人1-2分。合計5分程度）。発表前に、次のグループワークで1つのエピソードを選んでもらうので、そのつもりでお互いの発表を聞くように伝えておく。
5. グループ内で印象に残ったエピソードを1つ選んでもらう。司会者・発表者・記録者を決める。この際、選ばれたエピソードを発表した学生はこの中に含まない。3人グループの場合は、選ばれたエピソードを発表した学生は記録者になってもらう。
6. グループ課題（図4）に取り組んでもらう（30分）。内容は、①グループで選んだエピソードの学生さんにインタビューをしてエピソードをさらに具体的に、②そのエピソードに対する感想や意見を交換する、③そのエピソードがどのプロフェッショナルリズムの要素を含んでいるかを挙げる、の3項目について学生同士でディスカッションする。教員はファシリテーションに徹する。
7. 全体発表（1班5分。合計20分程度）。各グループの発表者に、グループ課題の3項目を発表してもらう。学生同士での質疑応答。教員は発表内容の要点をホワイトボードへ書き留め、全体へフィードバックを行う。
8. 個人およびグループ課題のワークシートを翌日までにLMSへ提出させる。アンケートを行い、終了する。

⑥評価：本ワークショップの成果物は、大学外の教育基幹病院で実習した学生に対して大学の当該科目責任者が成績評価を行う際の参考資料としている。プロフェッショナルリズム評価の際に、教育基幹病院の実習指導医による評価と本ワークショップの成果物を踏まえて科目責任者が総合的に評価を行っている。

##### ⑦対象者からの声・反応

本ワークショップは2019年12月を初回とし、2020年1月・2月の合計3回行っている（3月以降はCOVID-19パンデミックに伴う臨床実習の中止のため、本ワークショップも中止している）。2020年1月・2月の回で、本ワークショップについて学生へアンケートを実施した（図5, 6）。アンケートは学生27名（男性22名、女性5名）に

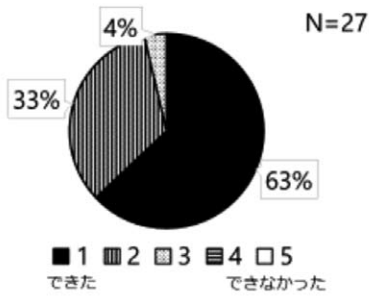
臨床実習「プロフェッショナリズム appreciative inquiry」 レポート	
提出日： 年 月 日	
学籍番号： _____	氏名： _____
この1ヶ月の臨床実習で自分自身が経験した、あるいは他の医療者（医師以外でも構いません）の行動を観察したことの中で、最も	
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; プロフェッショナルだと感じたこと</li> <li>&gt; 感動したこと</li> <li>&gt; 大切だと思ったこと</li> <li>&gt; 素晴らしいと思ったこと</li> </ul> を、具体的に記述してください。	
上記のエピソードはプロフェッショナリズムのどの要素に該当するか、□にチェックしてください（当てはまる要素すべてチェック可） <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 利他主義（患者の福利優先） <input type="checkbox"/> 患者の自律性の尊重 <input type="checkbox"/> 社会正義（公平性）</li> <li><input type="checkbox"/> 卓越性 <input type="checkbox"/> ヒューマニズム（人間性） <input type="checkbox"/> 説明責任 <input type="checkbox"/> 義務感 <input type="checkbox"/> 秘密保持</li> <li><input type="checkbox"/> 生涯学習に対する個人の努力 <input type="checkbox"/> 利益相反の適切な管理 <input type="checkbox"/> 医療の質の向上</li> <li><input type="checkbox"/> 医療資源の適正配置 <input type="checkbox"/> 患者との適切な関係の維持 <input type="checkbox"/> 科学的根拠の重視</li> </ul>	

図3 個人課題のワークシート

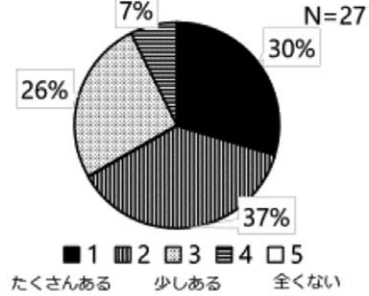
臨床実習「プロフェッショナリズム appreciative inquiry」 グループワークシート	
提出日： 年 月 日	
氏名： _____	氏名： _____
氏名： _____	氏名： _____
氏名： _____	氏名： _____
氏名： _____	氏名： _____
1. グループで選んだ物語をさらに具体的にし、完成させてください。 2. グループでどのような意見が出ましたか。 3. プロフェッショナリズムのどのような要素が取り上げられていますか。	
1. グループで選んだ物語をさらに具体的にし、完成させてください。	
上記のエピソードはプロフェッショナリズムのどの要素に該当するか、□にチェックしてください（当てはまる要素すべてチェック可） <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 利他主義（患者の福利優先） <input type="checkbox"/> 患者の自律性の尊重 <input type="checkbox"/> 社会正義（公平性）</li> <li><input type="checkbox"/> 卓越性 <input type="checkbox"/> ヒューマニズム（人間性） <input type="checkbox"/> 説明責任 <input type="checkbox"/> 義務感 <input type="checkbox"/> 秘密保持</li> <li><input type="checkbox"/> 生涯学習に対する個人の努力 <input type="checkbox"/> 利益相反の適切な管理 <input type="checkbox"/> 医療の質の向上</li> <li><input type="checkbox"/> 医療資源の適正配置 <input type="checkbox"/> 患者との適切な関係の維持 <input type="checkbox"/> 科学的根拠の重視</li> </ul>	

図4 グループ課題のワークシート

自分自身の1ヶ月間の臨床実習を振り返って、新たな発見ができましたか



来月以降の臨床実習へ臨む姿勢を変えようと感じた点はありますか



他の学生の発表を聞いて、新たに学んだ・刺激を受けたことはありますか

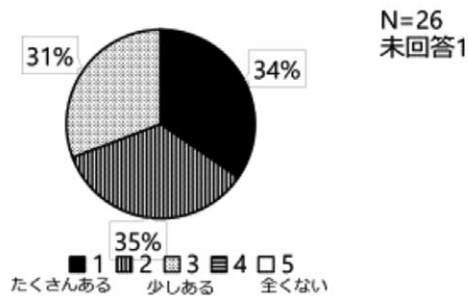


図5 学生アンケートの集計結果

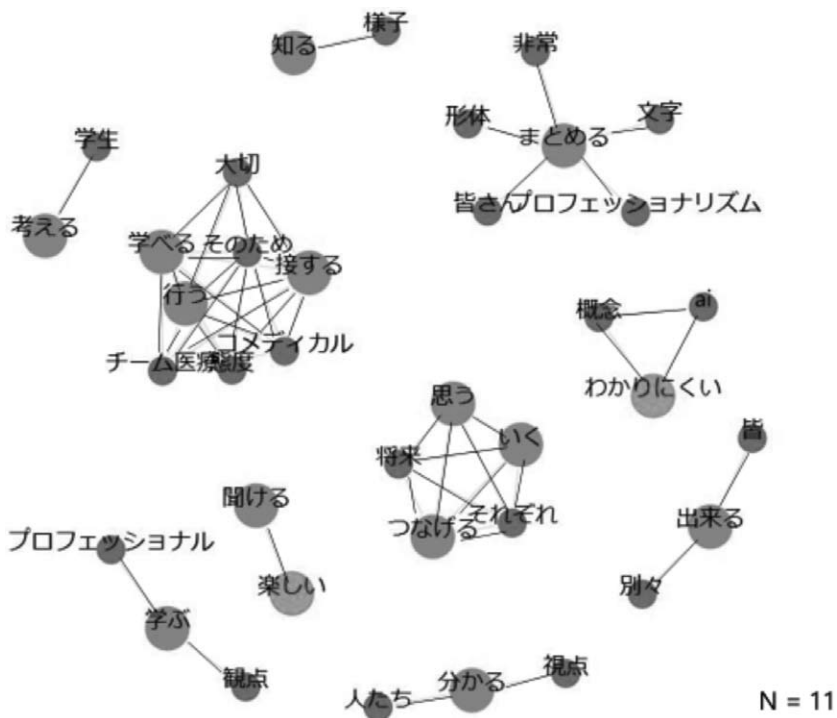


図6 学生アンケートの自由記載のテキストマイニングによる共起ネットワーク



実施し、全員から回収した。項目は、「1. 自分自身の1カ月間の臨床実習を振り返って、新たな発見ができましたか」、「2. 来月以降の臨床実習へ臨む姿勢を変えようと感じた点がありますか」、

「3. 他の学生の発表を聞いて、新たに学んだ・刺激を受けたことはありますか」、の3点で、それぞれ5段階（1 ポジティブ、5 ネガティブ）で評価してもらった（図5）。最後に、ワークショップについて自由記載してもらった（図6）。

アンケートの結果、「1. 自分自身の1カ月間の臨床実習を振り返って、新たな発見ができましたか」に関して96%が1または2の「できた」と回答しており全体的な反応は良好であった。一方で、「2. 来月以降の臨床実習へ臨む姿勢を変えようと感じた点がありますか」では1または2の「たくさんある」は67%で、3の「少しある」が27%、4の「あまりない」が7%程度いたため、今後の臨床実習での態度の変化までは繋がっていない学生も少数みられた。「3. 他の学生の発表を聞いて、新たに学んだ・刺激を受けたことはありますか」に関しては、1または2の「たくさんある」は69%、3の「少しある」が31%だったため、本ワークショップの学びの多くは学生同士の共有によると思われる。

この傾向は自由記載からも伺うことができた。自由記載欄へは11名の学生が記載しており、テキストマイニングでその傾向を共起ネットワークで図示した（図6）。主な意見として、「別の病院で実習した学生の視点が分かった」「チーム医療が大切とは分かるが、そのためにコメディカルの方々とどう接したらよいか分かった」「将来に繋がりたいと思った」「経験をプロフェッショナルリズムの観点で言語化できた」といった傾向があった。一方で、1名の学生から「AIの概念がわかりにくい」という意見もあった。

#### ⑧成功の秘訣、注意すべき点(失敗しないために)

- ・個人課題に関して、エピソードが脚色されすぎないようにするため、課題のみ事前に提示して当日に時間を設けて記載してもらうようにしている。しかしながら、事前に作成できてしまい時間を持て余してしまう学生が毎回少数みられる。個人課題に対してもプロ

フェッショナルリズムの要素との対応を考えてもらうように対応しているが、課題の提示そのものを当日行ってもよいかもしれない。

- ・グループ課題に関して、1グループ4人前後の少人数としている。人数が多いと、各学生の貢献度が低くなると思われる。また、インタビューによりエピソードを深める際に、どのような質問をすればいいのかエピソードの深め方が分からないグループがあるため、質問のポイントをまとめたスライドの提示や、良い成果物の例示を行っている。それでも議論が進まない場合は、教員から直接質問を行い、質問の仕方の参考にしてもらう。また、議論がしやすいようにお互いの発表後は拍手を促し、相互の意見の尊重を意識するように強調している。
- ・全体発表に関して、教員のフィードバックは冒頭でのプロフェッショナルリズムの各要素についての解説と関連づけることで、エピソードを一般化するようなコメントを心がける。そうすることで学生全員が経験を学びとして持ち帰り、行動変容につながることを意図している。最後にAIの“5-D”モデルの、Definition, Discover, Dream, Designをワークショップで行ったこと、今後はDestiny（実行；どう実現し、維持していくのか）を次の臨床実習で意識してほしいことを伝えている。

#### おわりに

金沢大学医学類における少人数のAIワークショップの実際について述べた。本学でもまだ始まったばかりで今後改良の余地があると思われるが、本稿が少しでもAIの実践の参考になれば幸いである。

#### 謝 辞

本ワークショップの設計には千葉大学医学教育学の朝比奈真由美先生に多大なる御指導を頂き、また2019年12月の初回には大雨の中にも関わらず千葉から金沢までお越し下さり、実際のファシリテーションの仕方を含め御指導頂きました。ま

た、金沢大学医学教育研究センターの一丸千白さんには本ワークショップの実施に多くの御協力を頂きました。ここに感謝申し上げます。

#### 文 献

- 1) Sandars J, Murdoch-Eaton D. Appreciative inquiry in medical education. *Med Teach* 2017; **39**: 123-7.
- 2) Acosta A, Douthwaite B. Appreciative inquiry: An approach for learning and change based on our own best practices. *ILAC Briefs* 2015; **6**: 1-4.



## 委員会報告：プロフェッショナリズム教育方略 連載第9回

## 9. 有意事象分析 Significant Event Analysis

野村 英樹\*

## 要旨：

有意事象分析 Significant Event Analysis (SEA) は、物事が起こった原因を半構造的に振り返り、以降の改善策の立案に活かす手法であり、多種多様な事象に対して適用することが可能である。医療分野においても、英国などを中心に組織による患者安全促進のためのツールとして広く用いられているが、本邦においては個人の行動を主として行為の主体者自身が振り返り（省察 reflection）、学びを得るためのツールとして用いられることが多い。第三者による観察結果と異なり、自ら振り返った結果は否定することができないため、この方法は特に行為者が大きく感情を動かされた事象に適している。

今回の第1の論文は、個人の振り返りを本人の行動の改善に活かす個別SEAを提示しており、第2の論文は個人の省察から得られた学びをグループで共有するグループSEAを紹介している。

キーワード：有意事象分析、反省的实践、アンプロフェッショナルな行動、非行、再教育

Hideki NOMURA\*

## Abstract:

Significant event analysis (SEA) is a method of reflecting on the cause of things in a semi-structural manner and utilizing the analysis in the planning of subsequent improvement measures. SEA can be applied to a wide variety of events. In the field of medicine, it is widely used as a tool for promoting patient safety by medical teams in nations such as the United Kingdom. In Japan, the subjects of SEA mainly reflect on their own behavior (reflection) to learn from their experience. Unlike the results of observations done by third parties, the results of self-reflection cannot be denied by the subjects. Therefore, this method is particularly suitable for events in which the actor has been greatly moved emotionally.

The first paper presents an individual SEA method that utilizes individual reflection to improve behavior, the second paper introduces a group SEA method to share lessons learned from individual reflections.

**Keywords:** significant event analysis, reflective practice, unprofessional behavior, misconduct, remediation

## 9.1 非行 misconduct が認められた学習者の再教育 remediation ツールとしての SEA

## Practice of Significant Event Analysis as a Vehicle of Remediation for Learners with Recognized Misconducts

Significant Event Analysis (SEA) は、多くの指導医講習会などでプロフェッショナリズム教育の方略の一つとして採り上げられることがあり、本邦でも比較的広く知られるようになっていく。SEA に関する原著論文も 2008 年以降に数本執筆

されており、地域医療実習における導入<sup>1)</sup>、循環器臨床実習における導入<sup>2)</sup>、クリニカルクラークシップにおける導入<sup>3)</sup>、看護実習における導入<sup>4)</sup>、歯科研修・実習における導入<sup>5,6)</sup>、研修指導医ワークショップにおける導入<sup>7)</sup>などが報告されて

\* 金沢大学附属病院 総合診療部, Department of General Medicine, Kanazawa University Hospital

いる他、震災支援者のストレスマネジメントに用いた報告<sup>8)</sup>もなされている。いずれも少数の対象者に限定することを想定したものではなく、採り上げる「Significant Event」についても、学習という目的に照らして「省察する意味がある（有意 Significant な）」Event に焦点を当てるものとしており、その対象となる「Significant Event」は「Critical Incident」未満である場合が多いと言えるだろう。

さて、医師育成の課程においてアンプロフェッショナルな行動 unprofessional behavior ないし非行 misconduct が認められた学習者は、医師となった後に医師免許に関する公的な処分を受けるリスクが高いことが報告されている<sup>11,12)</sup>が、Papadakis による報告<sup>11)</sup>では、後に医師免許上の処分を受けていない医師でも学生時代に 19.2% にアンプロフェッショナルな行動が観察されていた（医師免許上の処分を受けた医師の学生時代には 39.1%）。学習者の非行のような「Critical Incident」にどう対処するかは、多くの教育者を悩ませている課題であると思われる。

ここで、非行 misconduct が認められた学生に対する再教育 remediation の手法として Critical Incident Technique と呼ばれる SEA が適用可能であることは想像に難くない。しかし、現時点では日本語あるいは英語による論文では確認することができなかった。そこで、remediation を要する事案に頻繁に遭遇するわけではないので数例に過ぎないが、自らの経験について記載し、議論の一助としたい。

### 1. 対象者

卒前医学教育のいずれの学年にも、あるいは研修医を含めた医師についても適用は可能と考えられる。

対象となる行動は、Mak-van der Vossen らによるアンプロフェッショナルな行動の 4 カテゴリー 30 類型<sup>13)</sup>の全てに適用可能と思われるが、Integrity（誠実さ）と Interaction（他者との関わり方）の問題は比較的認知されやすい。Involvement（集団活動への関わり方）は、どこからがアンプロフェッショナルかの線引きが難しいため、懲戒処

分などの対象として採り上げられる機会は少ないかも知れないが、グループ SEA の対象とはなりにくいいため、やはり個別 SEA の形で実施したい。Introspection（内省）の欠如については、それが最初から問題になるというよりは、他のカテゴリの非行に対して SEA により省察を促した際の反応によって顕在化し、再教育をより困難にする要因となる。

### 2. 実施時期

非行が発見された時に実施するが、懲戒処分の対象となる可能性がある場合、必要に応じて客観的証拠となる記録物などの保全を予め行っておく必要がある。その上で当該学生と個別に面談し、事実の確認を行った後、非行と判定した場合には、SEA に進むことになる。

### 3. 実施場所

プライバシーが確保される静かな場所であればどこでも良い。通常は指導者と学習者が 1 対 1 で行うが、必要に応じて第三者（事務職員など）の同席を求める場合もある。

### 4. 準備物

特になし。

### 5. 具体的方法

- i. アンプロフェッショナルな行為、あるいは非行であると判断された学生の行動について、学業継続支援の一環として SEA という方法を用いて行為の「振り返り」を行うことを伝える。
- ii. 問題とされた行動について、以下の項目立てに従って、振り返りを記載するように伝える。
  - (ア) 何が起こったか（自分がその行動を取るに至った経緯、その行動の後に生じた一連の事象について、できるだけ客観的に事実を記載する）
  - (イ) その行動をとった時にどう感じたか、その行動が問題であると指摘された時にどう感じたか（それぞれの時点で自分の中に起こった感情を記載する）

<p>Involvement 集団活動への関わり方</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・欠席や遅刻</li> <li>・期限を守らない</li> <li>・自発性の欠如</li> <li>・支離滅裂</li> <li>・手抜き</li> <li>・チームワークの欠如</li> <li>・言語の問題</li> </ul>	<p>Integrity 誠実さ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・試験における不正</li> <li>・虚言</li> <li>・剽窃</li> <li>・データ捏造</li> <li>・データ改竄</li> <li>・不実表示</li> <li>・同意のない行為</li> <li>・規則や規制の不遵守</li> </ul>
<p>Interaction 他者との関わり方</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・言語的／非言語的コミュニケーション不足</li> <li>・SNSの不適切使用</li> <li>・不適切な衣類着用</li> <li>・授業や教育活動における規律を乱す行為</li> <li>・守秘義務違反</li> <li>・いじめ</li> <li>・差別</li> <li>・性的嫌がらせ（セクハラ）</li> </ul>	<p>Introspection 内省</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・フィードバックの忌避</li> <li>・自己の行為に対する自覚の欠如</li> <li>・他者のニーズへの感受性の欠如</li> <li>・自らの不適切性ではなく外的要因を非難</li> <li>・フィードバックの不受容</li> <li>・変化への抵抗</li> <li>・限界に対する無自覚</li> </ul>

(ウ) なぜ(ア)の行動をとったのか、その行動の後になぜ一連の事象が生じたのか(論理的に分析した結果を記載する)

(エ) この経験から何を学んだか、これからどのように自己改善を図るか(抽象的な表現ではなく、具体的にいつまでに何をするかを記載する)

上記は、1,600字～2,000字、2800字～3,200字、4,800字以上など、事象の種類、複雑性、および重大性などによって字数を指定し、字数に応じて3日～7日程度の締切を設定する。

iii. レポートが提出された後に再度面談を設定し、フィードバックを行う。

## 6. 評価

- (ア)～(エ)の項目について指示に沿って記載されており、内省の姿勢が見られていれば、その後の学業復帰ないし継続に向けてポジティブなフィードバックを行うことが可能となる。
- (ア)～(エ)の項目を指示通りに記載できていない場合や、ただ単に「もうしません」と宣言するばかりで具体的な行動計画がない場合は、少なくとも一度は、それぞれの項目において書くべき内容を再度説明し、書き直してくるように伝える。

- 明らかな事実であるにも関わらず否認を続ける場合、責任転嫁の記載が含まれる場合など、内省の姿勢が乏しい場合には、懲戒処分の有無にかかわらず、以後は「保護観察」とし、再発やそのリスクがあると判断された場合にはより厳格な対応を採ることを明確に伝える。

## 7. 対象者からの声・反応・その他

初回の面談の段階では否認や責任転嫁をしている対象学生が、SEAではしっかりと内省できている場合がある。一方で、最後まで「もうしません」と宣言だけに留まり、自分を変えていく具体的な行動計画が記載できないケースや、最後まで否認または責任転嫁を続けるケースもある。

## 8. 成功の秘訣、注意すべき点(失敗しないために)

通常は、「(イ)その行動をとった時にどう感じたか、その行動が問題であると指摘された時にどう感じたか」を紙に書き、人に聴いてもらうことにより、自分の行為を客観的に振り返る(省察する)ことができるようになる。ただし、SEAでしっかりと内省する記述を行った学生が、本当の意味で内省しているのか、あるいは表面上内省しているように記載しただけなのかはわからない。

ただ少なくとも医師（になる）身として望ましいとされる行動がどのようなものであるかを理解する能力は有していることは確認できたことになるので、少なくとも「認知的にプロフェッショナル」な状態と評価することができる。

## 9. その他

内省する姿勢が欠けている学習者に対しては、「その行動によって傷ついた相手はどう感じたのか」を、相手の立場に立ったと仮定して考え、記載するように書き直しの際に促す必要がある。傷ついた相手が特定できない場合には一般市民とする場合もあるが、できるだけ特定の人物を想定した方が、視点取得は成功しやすくなると思われる。

## 文 献

- 1) 宮田靖志, 八木田一雄, 森崎龍郎, 山本和利. 地域医療必修実習における“Significant Event Analysis (SEA) を用いた振り返り”の検討. 医学教育. 2008; **39**(3): 153-9.
- 2) 上嶋健治. 循環器臨床実習における反省的実践のための Reflection on Action の試み Significant Event Analysis による聴診実習後の行動・学習プランの変化. 循環器科 2008; **63**(5): 491-4.
- 3) 宮本学, 宮崎彩子, 森禎章, 窪田隆裕, 鈴木廣一, 米田博. クリニカルクラークシップにおける Significant Event Analysis のイベントについての検討 テキストマイニングにより抽出された学習カテゴリについて. 大阪医科大学雑誌 2012; **71**(1-2): 19-27.
- 4) 田畑久江, 今野美紀, 浅利剛史, 蛭名美智子. 小児看護実習において看護学生が印象に残った場面を振り返ることによる学習効果 Significant Event Analysis を用いて. 札幌保健科学雑誌 2013; **2**: 95-100.
- 5) 大戸敬之. 研修環境の違いによる研修歯科医の学びの解明 省察の観点からの質的アプローチ. 日本総合歯科学会雑誌 2015; **7**: 30-35.
- 6) 大沢聖子, 多田充裕, 内田貴之, et al. 患者付き添い実習における Significant Event Analysis (SEA) を用いた振り返りの検討. 日大口腔科学 2019; **50**(3): 237-43.
- 7) Tomita Y, Yajima T, Akagi M, Kinoshita M. The Current Status and Issues of Clinical Training Workshops for Attending Physicians at Kyorin University Affiliated Hospital. 医学教育 2019; **50**(3): 237-43.
- 8) 宮道亮輔, 石川鎮清, 尾身茂. 震災支援者のストレスマネジメントにおける Significant Event Analysis の有用性について 非盲検化ランダム化比較試験. 日本救急医学会雑誌 2013; **24**(6): 321-8.
- 9) ABIM Foundation. American Board of Internal Medicine; ACP-ASIM Foundation. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine; European Federation of Internal Medicine. Medical Professionalism in the new millenium: a physician charter. *Ann Intern Med* 2004; **136**(3): 1-2.
- 10) Mak-van der Vossen M, Teherani A, van Mook W, Croiset G, Kusurkar RA. How to identify, address and report students' unprofessional behaviour in medical school. *Med Teach* 2020; **42**(4): 372-9.
- 11) Papadakis MA, Hodgson CS, Teherani A, Kohatsu ND. Unprofessional Behavior in Medical School Is Associated with Subsequent Disciplinary Action by a State Medical Board. *Acad Med* 2004. **79**(3): 244-9.
- 12) Papadakis MA, Teherani A, Banach MA, et al. Disciplinary action by medical boards and prior behavior in medical school. *N Engl J Med* 2005. **353**(25): 2673-82.
- 13) Mak-Van Der Vossen M, Van Mook W, Van Der Burgt S, et al. Descriptors for unprofessional behaviours of medical students: A systematic review and categorisation. *BMC Med Educ* 2017. **17**: 164.

## 委員会報告：プロフェッショナルリズム教育方略 連載第9回

## 9.2 勤医協中央病院初期研修プログラムにおける SEA (Significant Event Analysis) の実践

臺野 巧\*

Practice of Significant Event Analysis for Junior Residents at Kin-ikyo Chuo Hospital

Takumi DAINO\*

### はじめに

1950年代にFlanaganによって開発された“Critical incident technique (CIT)”は、もともと米国空軍におけるトレーニングに用いられたものであるが<sup>1)</sup>、1980年代には医療現場での「critical incident 重要な出来事」の分析に用いられるようになった。1990年代にはいと、CITの手法を用いて単一の症例の分析を行う報告が見られ、特に総合診療における質改善に寄与することが示唆されるようになった。これがsignificant event analysis (SEA) の始まりである。

SEAで扱われる事例は、個々にとって重大な出来事が生じた事例であるが、必ずしも望ましい結果でなくてもよい。系統的かつ詳細に分析することで「患者ケアのためにそこから何を学び、どのように将来の改善につなげていくか」が目的となる。したがって、責任を明確化することで個人を批判するようなものになってはならない。いわゆる「no blame culture」の熟成が必要である。SEAの一連の流れは、分析する症例を選ぶことから始まり、小グループで集まってディスカッションを行い、そこでプランが出た場合は後日その目的が達成されているかどうかを確認するところまでを含んでいる<sup>2)</sup>。SEAについてのレビューでは、コミュニケーションの改善やチーム力の向

上など、医療チームの教育のためにメリットがあると言われている<sup>3)</sup>。

ここでは、筆者の所属する北海道勤医協中央病院の初期研修プログラムにおけるSEAの実践について紹介する。

### プロフェッショナルリズムの何を涵養するのか

プロフェッショナルリズム教育において、心ある医師ならどう行動すべきかについて特に議論のない領域（スッキリ領域）と、建前では一定の行動規範がたとえあったとしても、現実に照らし合わせるとどう行動すべきかに関して議論が生じやすい領域（モヤモヤ領域）とに分かれることが指摘されている<sup>4)</sup>。実際の臨床場面では、正規のカリキュラムで謳われていることとのギャップが多かれ少なかれ存在し（隠れたカリキュラム）、研修医は悩むことが多い。SEAを行うことによって、このギャップをどのように考えて対処するかについて、方向性を見出すことができる可能性がある。また、事後に振り返り（reflection on action）を行うことで、省察的实践家（reflective practitioner）への成長、さらには新しい価値観に基づいた自己変容を促す可能性がある。

### 1. 対象者 初期研修医

\* 勤医協中央病院, Kin-ikyo Chuo Hospital

## 2. 実施時期

毎月 1 回

## 3. 実施場所

カンファレンスルーム

## 4. 準備

- あらかじめ初期研修医の中から発表者を決めておくが、カンファレンス導入時期は発表者選びに難航することが予測される。導入時期は、SEA の経験がある後期研修医以上か、初期研修医の中で自分の内面を開示することに躊躇しないタイプを選ぶと良い。
- 他者に開示できるという心の準備ができていない事例でなければならないので、事例は発表者に選ばせる。
- 司会者（ファシリテーター）は、一定の経験を持っている人物が望ましい。筆者が所属する初期研修プログラムでは、当初は臨床研修指導医の中で SEA の経験がある医師が行っていたが、現在は上級医（総合診療専門研修中の専攻医）が行っている。
- 参加者は初期研修医の他、上級医、指導医で合わせて行っている。初期研修医はローテーション先の都合で必ず参加できるわけではないので、平均すると毎回 10 名前後で行っている。
- 参加者はあらかじめ下記のフォーマット<sup>4)</sup>にしたがって簡潔に記載しておく。
  - ① significant event の記述
  - ② 最初に考えたこと、その時の感情
  - ③ うまくいったこと
  - ④ うまくいかなかったこと
  - ⑤ こうしたら良かったと思うこと
  - ⑥ 次へのアクションプラン、学びの計画

## 5. 具体的方法

筆者の施設では、椅子だけを円形に配置して参加者が円を描くように着座している（写真 1）。ファシリテーターは初めに、「いきなり批判するのはやめましょう。感情に共感を示して、支持的



写真 1

にコメントしてください」と参加者に協力を呼びかけて、全体的に温かい雰囲気では進行するように配慮する。また、発表者が前述のフォーマットに従って記載したものを印刷して参加者に当日配布する。

次に、発表者に「①significant event の記述」「②最初に考えたこと、その時の感情」を発表させる。ファシリテーターは事例の事実関係についての質問を参加者から募る。事実関係が共有されたら感情面についての質疑応答に移るが、発表者のすっきりしない感覚（いわゆるモヤモヤ感）は、事実と感情が組み合わさって混沌としていることが多いと筆者は感じている。

ファシリテーターは①②の質疑応答を通して、感情を引き出しながら事実と感情を整理していくようにすると良い。これによって全体を俯瞰することができ、感情を整理することにもつながる。自分の感情を表出することが苦手な発表者もいるので、全体の雰囲気づくりやファシリテーターの促しなどが重要になってくる。

次に、「③うまくいったこと」「④うまくいかなかったこと」について発表者に発言させる。発表者は、うまくいかなかったことばかり話してしまいがちであるが、うまくいったこと（できたこと）に光をあてることがここでは重要である。ファシリテーターは他の参加者に発言を求めて、発表者と違う視点で客観的に「できていたこと」を共有するようにする。ここまで深めていくと、事実関係や発表者のもやもやとした感情は整理されており、次のステップである「⑤こうしたら良かったこと」が単なる後悔の念ではなく、次はこうしようというモチベーションになっていること

が多い。

最後の「⑥学びの計画」はできる限り発表者に出してもらうのが良いが、他の参加者から幅広い視点をもらうことも重要である。他の参加者にも意見を出してもらい、それをヒントに発表者が次へのプランを立てられるように、ファシリテーターが全体をマネジメントする。

## 6. 評価

SEAは総括的評価に用いるようなものではないと筆者は考えている。一方で、自らの内面を開示できることや、他者からの視点を柔軟に受け入れることができることは、今後の成長に重要な要素である。そのような視点で形成的に評価・フィードバックしている。

## 7. 対象者からの声・反応・その他

発表者に発表を依頼すると、最初は拒否的な対応をとられることがある。しかし、実際に事例を発表してもらって、SEAを経験すると、その意義や効果を実感し、「発表して良かった」という感想を持ってくれる人が多いと感じている。定期的にSEAを続けていると、このような振り返りを行うことが当たり前文化になり、スムーズに行うことができるようになる。また、参加した初期研修医、上級医、指導医との信頼関係も強化されると考えている。

## 8. 成功の秘訣、注意すべき点

全体的に発表者を温かく見守るような雰囲気づくり、「no blame culture」の醸成が最も重要である。発表者が自らの心情を吐露した際に、「そ

れは違うと思う」という指導医の一言により発表者が「非難された」と感じてしまったら、そのSEAは深まることはなく表面上の振り返りのみで終わってしまう。参加者の選択は重要である。

## おわりに

筆者の所属する施設でのSEAの実践を紹介した。医師のみで行っているSEAの紹介だったが、現在、筆者が所属している病棟では、多職種でのSEAの取り組みを開始した。多職種が関わる病棟のチームワークの強化、業務環境改善効果に期待している。初期研修医にも参加してもらう予定である。

## 文献

- 1) Bradley CP. Turning anecdotes into data—the critical incident technique. *Family practice* 1992 Mar; **9**(1): 98-103.
- 2) Pringle M, Bradley CP, Carmichael CM, Wallis H, Moore a. Significant event auditing. A study of the feasibility and potential of case-based auditing in primary medical care. Occasional paper (Royal College of General Practitioners). 1995 Mar; (70): i-viii, 1-71.
- 3) Bowie P, Pope L, Lough M. A review of the current evidence base for significant event analysis. *Journal of evaluation in clinical practice* 2008 Aug; **14**(4): 520-36.
- 4) 大西弘高, 錦織宏, 藤沼康樹, 本村和久. Significant Event Analysis: 医師のプロフェッショナルリズム教育の一手法. *家庭医療* **14** 巻1号: 4-11.
- 5) 宮崎仁, 尾藤誠司, 大生定義. 白衣のポケットの中—医師のプロフェッショナルリズムを考える. 医学書院, 東京, 2009.

医学教育 2021, 52(2): 150

## 部会報告：第21期プロフェッショナリズム部会への 連載引継ぎにあたって

第20期プロフェッショナリズム・行動科学委員会の企画により開始した本連載も今回で第10回目を迎えました。各大学においてはプロフェッショナリズム教育やその関連領域の教育担当者の多くが「その道の専門家ではないのに」と感じながらも、試行錯誤して様々なプログラムを開発し実践しています。この企画は、そのようにして開発されたプログラムの例を会員の皆様と共有し、自大学のプログラム開発の参考にしていただいたり、また報告者がプログラム改善をすることができるようにご意見をいただいたりできれば、という意図で開始されました。連載記事は部会長の承認の上投稿された公式な部会報告ですが、プロフェッショナリズム部会の見解を必ずしも代表したものではありません。したがってここに報告された様々なプログラムは、それが唯一の正しい方法であると強く主張するものではありません。一つの実践例として参考にしていただいたり、建設的なご意見によりご議論していただければありがたいと思っています。

第21期プロフェッショナリズム部会  
部会長 宮田 靖志



医学教育 2021, 52(2): 151~155

## 部会報告：第 21 期プロフェッショナリズム部会

### プロフェッショナリズム教育方略 連載第 10 回

# 10 フィードバックリテラシーを教育／学習する

朝比奈 真由美\*

#### 要旨：

医療専門職教育では、医療面接、臨床手技、臨床見学、臨床実習など体験学習を方略とするものが多い。体験学習は「体験と振り返りを通じた能力の更新」プロセスであり、体験を振り返る（リフレクション）ことによりその意味や価値、実践能力を経験知にしていく生涯学習に必須の作業である。そこに他者の視点からの情報を追加し、振り返りを深めるのがフィードバックである。効果的なフィードバックを行うためには指導者と学習者の双方のフィードバックリテラシーの向上が必要である。今回は学習者のフィードバックリテラシー向上のための方略と模擬患者のフィードバックリテラシー・トレーニングの実践例を提示したい。

キーワード：体験学習、振り返り、フィードバックリテラシー、生涯学習、模擬患者

#### 10 Educate / Learn Feedback Literacy

Mayumi ASAHINA\*

#### Abstract:

Medical professionals' education strategies include experiential learning, such as medical interviews, clinical procedures, clinical observership, and clinical clerkship. Experiential learning is the process of "renewal of ability through experience and reflection." It is indispensable for lifelong learning to give meaning, value, and practicality to empirical knowledge by looking back on the experience. Feedback adds information from the perspective of others and deepen reflection. To provide useful feedback, it is necessary to improve the feedback literacy of both teachers and learners. This time, I would like to present a strategy for improving learner feedback literacy and a practical example of feedback literacy training for simulated patients.

**Keywords:** experiential learning, reflection, feedback literacy, lifelong learning, simulated patient

## 10-1 学生に対するフィードバックリテラシー教育は生涯学習コンピテンシーを達成する有力な方略であるか？

朝比奈 真由美\*

### 10-1 Is Feedback Literacy Education for Students a Powerful Strategy for Achieving Lifelong Learning Competencies?

Mayumi ASAHINA\*

はじめに

医療専門職教育では、医療面接、臨床手技、臨

床見学、臨床実習など体験学習を方略とするものが多い。体験学習は「為すことによって学ぶ」と

\* 千葉大学医学部附属病院総合医療教育研修センター, Health Professional Development Center, Chiba University Hospital

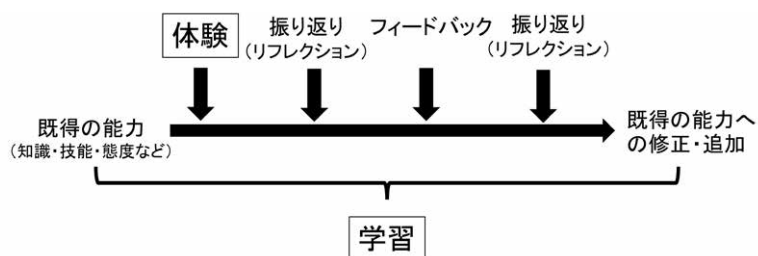


図1 体験と学習の関係 (高橋<sup>1)</sup>の図を改変)

いう考え方である。高橋ら<sup>1)</sup>によれば体験学習は「体験と振り返りを通した能力の更新」ととらえられ、体験の後の「リフレクション (振り返り)」をセットとして行うことが必須とされている。学習者が行うリフレクションは自分の体験を振り返り、その意味や価値、実践能力を経験知にしていくな作業であるが、そこに他者の視点からの情報を追加し、振り返りを深めるのがフィードバックであると考えられる (図1)。

私たち教員が実際に学生にフィードバックをするとき、あるいは臨床指導者が研修医や若手医師にフィードバックするとき、学習者はその「フィードバック」を「叱られた」、「けなされた」ととらえ、ふてくされたり反抗的な態度、感情的な反応を示したりすることを私たちはしばしば経験する。リフレクションが「自己との対話」であり、フィードバックが「他者との対話」であるならば、その原因として考えられるのは当事者の双方、すなわち指導者側の問題と学生側の問題の両方があるのではないだろうか？ 私たちは良いフィードバックを行うには、教員や指導者にフィードバックの講習会を行う一方で、学習者へのフィードバックリテラシー教育も必要であると考えた。本稿では2018年から千葉大学で実践している卒前教育でのフィードバックリテラシー教育プログラムを紹介する。

プロフェッショナリズムのどの要素を涵養するのか：リフレクション、フィードバック、自律性、生涯学習

千葉大学医学部における学生のフィードバックリテラシー

私たちが設定した学生のフィードバックリテラシーは、以下の通りである。

- ① フィードバックの意味を理解し、意識的にフィードバックに参加することができる。
- ② (身近な相手に対し) フィードバックを実践することができる。
- ③ (同僚や指導者に) フィードバックを求めることができる。
- ④ フィードバックの結果をリフレクションにつなげ、自己を向上することができる。
- ⑤ 上記②から④を習慣的に行うことができる。

以上のリテラシーを学生のうちに修得すれば、専門職としての成長や生涯学習に有用な技術、行為の中の省察<sup>2)</sup>実践として継続されることが期待できると考えた。

卒前教育のフィードバックリテラシー学習に関する全体的な流れは以下のとおりであり、本稿ではStep1からStep3について説明する。

Step1 (1年次) リフレクションリテラシーの学習を開始、継続する。

Step2 (2年次) フィードバック理論と演習、学生間での実践。

Step3 (3年次) フィードバックの実践とリフレクション (指導者からのフィードバック実践機会を授業内に公式に設ける)。

Step4 (4年次以降) 医療面接演習や臨床実習の中でSPや指導医からのフィードバックが定常にある状況。

Step1：リフレクションリテラシーの学習を開始、継続する

フィードバックをリフレクションにつなげる前提として、学習者がリフレクションを習慣的に

表1 リフレクションシートの項目

0. 本日の授業の予習として行ったこと
1. 本日の授業で行ったこと
2. 本日の授業で、何を学びましたか？
1) 理解できたこと（知識）
2) できるようになったこと（技能）
3) 考えや価値観の変化など、自分が修得したと思う事柄を、具体的に列挙してください。
3. さらに、どのようなことを自分は学ばなければならないと考えますか？
4. どのようにして、それらを修得しようと考えていますか？修得を妨げる要因は何ですか？

行っていることが必要である。千葉大学医学部のカリキュラムではプロフェッショナルリズム教育プログラムとして医学部単独の医学教育および薬学部・看護学部合同の専門職連携教育のプログラムがそれぞれ毎学年設定されている。それらのプログラムでは1年次から毎回の授業終了後に、表1に示す項目のリフレクションシートを提出させている。その目的はリフレクションの習慣化である。学年が上がるにつれリフレクションの内容が向上していることが観察される学生もいるが、中には高学年でもリフレクションが形骸化（内容の乏しいリフレクションシートを提出するだけ）している学生も見られ、リフレクションリテラシーの教育方法にもさらなる課題があると考えている。

#### Step2：フィードバック理論と演習，学生間での実践

対 象：医・薬・看護学部2年次学生(約280名)

実施時期：専門職連携教育プログラム(14コマ、全7回)の初回オリエンテーション(5月)の一部としてフィードバックの講義と演習(約1時間)を行い、その後7回の授業終了時にフィードバックを実践する時間を設ける。

準備物：講義スライド(資料1\*)、フィードバック演習シナリオ(資料2\*)、リフレクションシート。

#### 方法1：講義と演習

講 義：以下の内容を解説する。

- ・リフレクションとフィードバックは自分自身を「メタ認知」するための手段である。
- ・フィードバックはこれからの行動をよりよくするための現在の行動に関する情報や評価や手助けとなる情報を与える／与えてもらうものである。

・フィードバックのポイントは“FAST”(Frequent, Accurate, Specific, Timely)であり、相手の受け入れレベルによって異なる方法が必要である。

・感じ良く話す、具体的に状況を描写する、私メッセージを利用してコミュニケーションする、等のコミュニケーション上の注意点。

演 習：あらかじめ用意してあるシナリオを利用して、3-4名グループでお互いに全員が順番にフィードバックのロールプレイを行う。

・シナリオは、学生同士のトラブルを題材にしたものを用意する。

・ロールプレイの前に、教員同士のデモンストレーションを見せ、手順を確認する。

・ロールプレイを行った学生は自己評価(リフレクション)を行い、相手と評価者役の学生からフィードバックをもらう。

#### 方法2：フィードバックの実践

全7回の授業(演習、専門職見学実習、グループワーク、発表会)の終了時に毎回フィードバックを行う時間を設け、授業中のパフォーマンスなどについてグループメンバー同士で相互にフィードバックを行う。

評 価：参加態度、グループ評価の実施、リフレクションシートは点数化され全体評価に組み入れられる。

学生の反応：2018-2019年度の学生の最終レポートからフィードバックについての記載の要点を以下に示す。

- ・感情的にならずに伝えられる。
- ・フィードバックを意識することで冷静になれる。冷静に受け止める姿勢を作るのが大切。
- ・自分で問題行動に気づいてもらえるように効

果的に環境をつくる。

- ・フィードバックの経験は専門職として働くようになってからも活きるだろう。
- ・フィードバックを行うことにより（授業への）参加意識が高くなった。

以上から、このプログラムを通じてフィードバックは感情的な「苦情」や「文句」ではなく、相手に伝えたいことを上手に伝えられるコミュニケーション手段として学生に認知されると共に相手の行動を変えたり、自分を向上させるものであることが体験を通して理解されたと思われた。

#### 成功の秘訣、注意すべき点：

- ・教員によるデモンストレーションによりフィードバックの手順を把握させてから学生同士の演習を行うと、学生が戸惑うことが少なくなる。
- ・学生が脅かされることのない安全な環境（怒られたり、からかわれたりしない）でのフィードバック演習と実践ができるように配慮する必要がある。

#### 謝辞：

この講義と演習プログラムは2009年に岡田唯男先生（現：亀田ファミリークリニック館山院長）が千葉大学医学部でFDを行った際にご教示いただいたフィードバックの方法<sup>3)</sup>を学生向きに改変したものである。

### Step3 フィードバックを基にしたリフレクションを習慣化する

対象：医学部3年次学生（約120名）

実施時期：12月～1月に実施される「医師見習体験学習」（18コマ）のオリエンテーションの一部としてインタビュー演習を行う。その後医師へのシャドウイング実習の際に指導医からのフィードバックを求める体験、同級生間の相互フィードバック体験を行う。

準備物：授業スライド（資料3\*）、オブザーバー評価表、リフレクションシート、指導医評価表、同僚評価表

方法1：オリエンテーションでのインタビュー演習（約30分）

3人一組となり交代でインタビュアー、インタ

ビュイー、オブザーバーとなり、「1,2年次に行った専門職連携教育（IPE）でのリフレクションとフィードバック」についてのインタビューを行う（4分間/人）。インタビュー終了後に①インタビュアーは、自分の感想を言う。②インタビュアーは相手の学生にフィードバックを求める。③オブザーバーがフィードバックを行う。インタビュー演習のテーマを「フィードバックの振り返り」とすることにより、フィードバックがリフレクションにつながり、学習となっているのかについてフォーカスを当てると共に、「インタビューの技術」に対するフィードバックを実践するという重層的な仕組みとなっている。

#### 方法2：医師へのシャドウイング実習とフィードバック

2名一組となり、現場の医師への2日間のシャドウイング実習を行う。毎日指導医へのフィードバックを求め、学生同士で相互評価とフィードバックを行い、その後各自リフレクションシートを作成する。

評価：指導医による評価、リフレクションシート、同僚評価の提出は点数化され全体評価に組み入れられる。

学生の反応：今年度はシャドウイング実習は行わず、Zoomを利用した指導医インタビュー実習を実施した。指導医からのフィードバック、学生同士の同僚評価もZoomで行われた。学生のリフレクションシートの記載から、学生は指導医や同僚からのフィードバックを真剣に受けとめ、リフレクションに取り入れていることが読み取れた。

#### 成功の秘訣、注意すべき点：

- ・2019年度までは方法2のみ行っていた。その結果、一部の学生では学生相互の他者評価とフィードバックを真剣に行わないまま高い自己評価をつけ、指導医による低評価とかけ離れたものになる問題が生じていた。そのため、今年度から方法1を追加し、フィードバックがリフレクションにつながるものであるという意識を高め、フィードバックの重要性を再確認させた上で、シャドウイング実習に臨むようにプログラムを改変した。
- ・インタビュー演習のテーマは「フィードバック

クの体験」とする。例としては「クラブ活動でのフィードバックの体験」など。

- ・ 指導医へのフィードバック研修を行い、フィードバックの質の担保を図ることが必要である。
- ・ 学生に自身が受けたフィードバックの内容を含めたリフレクションシート記載を求めることにより体験学習をドライブすることが期待できる。

### おわりに

体験学習におけるリフレクションの重要性<sup>1)</sup>やフィードバックの理論や技法に関する論文や成書<sup>4)</sup>などは数多く出版されているが、フィードバックとリフレクションの関係を論じる報告は少ない。Winstoneらは英国の心理学科の学生へのインタビュー調査によりフィードバックを学習とスキル開発に利用する時の障壁を分析し報告した<sup>5)</sup>。彼らは障壁を4つのカテゴリーに分類した。1. フィードバックが理解できない(専門用語や意味が理解できない), 2. フィードバックを利用する戦略, 手段の欠如, 3. フィードバックを使用することについての無力感(やっても効果がなかった経験, 即時効果が見込めない, 成績に関係ない等), 4. フィードバックを使用しようと思う学生の意思, 積極性の欠如。

以上の障壁のうち、著者らは指導者側が支援する必要がある障壁もあるが、学生側への教育的介入で改善できるものもあるとしている。学生が自らの認識を変えることを支援し、フィードバックを求めることを推進する介入を通じて学生が自己の学習に責任を持つように指導者が支援すること、そのためには学習者と指導者がフィードバックについて話し合うことを推奨するが、少数の教員で多数の学生をサポートするのが難しい場合はピアフィードバックも有用であると述べている。

私たちは、効果的なフィードバックを行う上で、学習者のフィードバックリテラシーを向上させることが必要であると考え、フィードバックリテラシー教育プログラムを開発し、実践してきた。学習者がフィードバックを取り込み、行動を起こすためには学習者のフィードバックリテラ

シーの開発が重要であるとする Carles らの概念論文<sup>6)</sup>からもその方向性は適切なものであったことが確認できた。これらの論文は、リフレクションやフィードバックを高等教育以前の教育課程ですでに学修している英国学生が対象である。日本での医療者教育にあっては、リフレクションとフィードバックの定義等、より基礎部分の教育から始めることが必要と思われるが、フィードバックにおける障壁は英国学生と同様のものがあると考えて対応すべきであろう。そして何よりも指導者側が“学生がリフレクションとフィードバックリテラシーを修得すること”の意義は、“学生が自身の学習の責任を持つ”こと、すなわち生涯学習コンピテンシーの修得であるということを改めて認識し、それを学生に明確に伝えることが重要であると考えられる。

\*本文中の資料1~3は日本医学教育学会 HP →委員会活動→プロフェッショナルリズム部会に掲載



### 文 献

- 1) 高橋平徳, 陶山啓子. 体験学習の意義を理解する. : 体験学習の展開. 高橋平徳, 内藤知佐子編集, 医学書院, 東京, 2019, p.2-16.
- 2) ドナルド・ショーン. 専門家の知恵 反省的実践家は行為しながら考える. 佐藤学, 秋田喜代美訳, ゆみ出版, 東京, 2001.
- 3) 岡田唯男. 第5章フィードバックの方法. 臨床指導医養成必携マニュアル(岡田唯男, 藤沼康樹, 杉本なおみ共著). ぜんいち出版, 東京, 2005, p.197-235.
- 4) ダグラス・ストーン, シーラ・ヒース. ハーバードあなたを成長させるフィードバックの授業. 花塚恵訳, 東洋経済新報社, 東京, 2016, p.3-51.
- 5) Winstone NF, Nash RA, Rowntree A, Parker M. 'It'd be useful, but I wouldn't use it': barriers to university students' feedback seeking and recipience. *Studies in Higher Education* 2017; 42(11): 2026-41.
- 6) Carless D, Boud D. The development of student feedback literacy: enabling uptake of feedback. *Assessment & Evaluation in Higher Education* 2018; 43: 1315-25.



# フィードバック

してみよう  
受けてみよう

## グループワークで困る場面

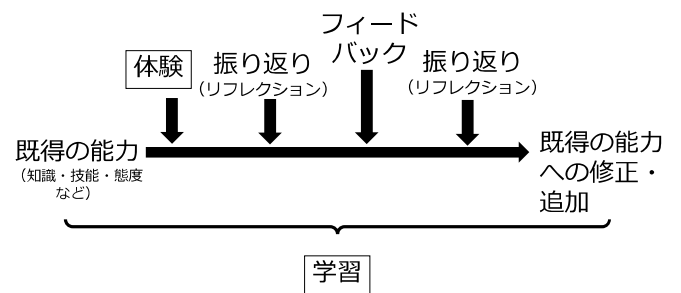
- 自分の意見を言わない
- 自分の主張ばかりする
- 事前学習をしてこない
- どこかに行ってしまう

……etc

## メタ認知



## 体験と学習の関係



(高橋ら、体験学習の意義を理解する。：体験学習の展開。高橋平徳、内藤知佐子編集、医学書院、東京、2019、p.2-16.を改変)

## フィードバックの定義

これからの行動をよりよくするための

現在の行動に関する情報や評価や手助けとなる情報を  
与える/与えてもらう

みんなが良く  
知っている  
フィードバック



岡田唯男. 4 医療教育技法. E. 公益に資する職業規範, プライマリケア連合学会基本研修ハンドブック改訂2版 (日本プライマリケア連合学会編), 南山堂, 東京, 2017, p.249-257. より改変

## フィードバックの目指すもの

これからの行動をよりよくするための

現在の行動に関する情報や評価や手助けとなる情報を  
与える/与えてもらう



望ましい関係を保ちたい  
関係がこじれては元も子もない  
ハラスメントにならないように



(岡田より改変)

# フィードバックのポイント

より「効果的な」環境作り

## フィードバックのポイント

- ① **相手が受容られる**言葉がけと環境づくり  
(これからFBすることを告げる)
- ② まず **自己評価**を尋ねる→自分で気付かせるのを最優先  
自身が「問題行動である」ことを**理解**しないと効果薄  
相手が「どこまで**理解**したか」を把握して次につなげる  
相手なりの言い分、隠された事情があるかもしれない

➡ 自分の冷静さが問われる

(岡田より改変)

## フィードバックのポイント

### FAST

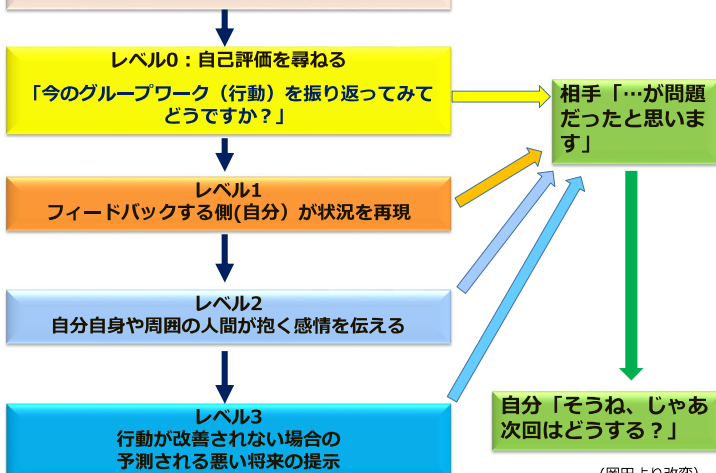
- Frequently: 頻繁に 「授業終了時にまとめて」では遅い
- Accurate: 正確に 伝聞/憶測はダメ。事実確認をしてから
- Specific: 具体的に 事実を伝える。  
いきなりの人間性、人格批判は逆効果
- Timely: タイミングよく その場でFBするか？  
一段落してからFBするか？

(岡田より改変)

## チャートでみる フィードバックの実際

～改善してもらいたいことが発生した場合～

環境づくり/枕言葉「ちょっといいですか？今からフィードバックします」



(岡田より改変)

環境づくり/枕言葉「ちょっといいですか？」

### FAST

Frequently: 頻繁に 「授業終了時にまとめて」では遅い

Timely: タイミングよく すぐFBした方がいい場合  
落ち着いてからの方が良い場合  
衆人環境の中では行わない

(岡田より改変)

## レベル0：自己評価を尋ねる

「今のグループワーク（行動）を振り返ってみてどうですか？」

相手  
「グループワークで人の意見をあんまり聞かず、自分ばかり発言しちゃったのがよくなかったと思う。」

相手  
「頑張ってやっていたつもりだけど、何か問題あった？」

↓ 自分で反省点に気づいている状態

自分  
「じゃあ次はどうすればいいと思う？」

↓ 次のレベルに進む

(岡田より改変)

## レベル1

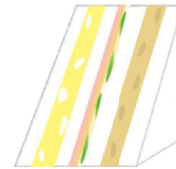
フィードバックする側(自分)が状況を再現

FAST

Accurate: 正確に 伝聞/憶測ではなく事実確認してから

Specific: 具体的に 事実を伝える。  
いきなり人間性、人格批判は逆効果

教育の現場では「サンドイッチ法」がよく用いられる

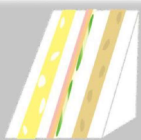


(岡田より改変)

## サンドイッチ法

### サンドイッチ法 (PNP法)

1. 良い点(Positive)をほめる
2. 悪い点(Negative)を指摘する
3. 改善点を自覚させる/良い点(Positive)をほめる



相手 「悪い点」を受け入れやすくする下準備  
「一方的にダメ」ではないという安心感

自分 感情を抑え、相手を多面的に観察するきっかけ  
→良い点を見つけるのもFB側の仕事

(岡田より改変)

## レベル1

フィードバックする側(自分)が状況を再現

相手  
「頑張ってやっていたつもりだけど、何か問題あった？」

自分  
「頑張ってやっていたのはよくわかるけど、〇〇さんのいい提案を無視してたよ。」

相手  
「そこがよくなかったんだ。わかったよ。」

相手  
「それが何か？」

↓ 気づいた!

自分  
「そうだよね、じゃあ次回は  
どうする？」

↓ 次のレベルに進む

(岡田より改変)

## レベル2 自分自身や周囲の人間が抱く感情を伝える

フィードバックの技法2  
「私」メッセージ

- 相手の行動が原因で……
- 自分、あるいは他者が困った影響を受けており……
- 相手に行動を変えて欲しい時

それを具体的に表現する手法

- ①相手の行動内容を的確に指摘する
- ②自分・他者への具体的な影響を述べる
- ③自分の気持ち

(岡田より改変)

## レベル2 「私」メッセージ

### 事例その1 部活動編

練習後、皆で片づけをしているのに、ふざけてキャッチボールをしていて、片づけに参加しないメンバーがいる。



さぼってないで片づけ  
てくれよ



これをどう伝えるか

(岡田より改変)



レベル2  
「私」メッセージ

事例その1 部活動編

練習後、皆で片づけをしているのに、ふざけてキャッチボールをしていて、片づけに参加しないメンバーがいる。

- ①相手の行動内容を的確に指摘する  
「あなたたちは片づけしないで遊んでいるけど……」
- ②自分・他者への具体的な影響を述べる  
「私もほかのみんなも帰るのが遅くなるから……」
- ③自分の気持ち  
「一緒に片づけを手伝ってほしい」

(岡田より改変)

レベル2  
私メッセージ

事例その2 学生生活編

- ①約束を何度も破る学生に対し  
「君は何回やってもやめないな！」
- ②遅刻の多い学生に対し  
「君は時間を守れよ！」
- ③根拠がはっきりしないことを言う学生に対し  
「君は嘘つきだな！」

FB側の怒りの発散になる可能性  
相手が「攻撃された」と感じ、反発を招く可能性

FB側「なんだその態度は！もう付き合わないぞ！」  
→コミュニケーションの崩壊  
→怒り損、時間の無駄



(岡田より改変)

レベル2  
私メッセージ

事例その2 学生生活編

- ①約束を何度も破る学生に対し  
「何回やっても止めないので、  
私はいつも心配しているんだよ」
- ②遅刻の多い学生に対し  
「君が遅れてきた間、  
私も皆も心配していたんだよ」
- ③根拠がはっきりしないことを言う学生に対し  
「君はいつもちゃんと調べてきていると  
私は信じているんだけど」

(岡田より改変)

レベル2  
私メッセージ

自分も相手も尊重した自己主張・自己表現

- 自分の行動が起こした、他者への影響を認識させる
- 無理に「優しく・迎合する」ということではない
- 褒めるときにも使える「共感」

(岡田より改変)

レベル2  
自分自身や周囲の人間が抱く感情を伝える

自分「頑張っていたのはよくわかるけど、〇〇さんのいい提案を無視してたよ。」

相手「それが何か？」

自分「私も〇〇さんの意見を取り入れたらもっと面白いものができたのと思ったよ。」

相手「それはそうだったかもしれないね、急ぎすぎだね。」

相手「それ、私のせいだっていうんですか？」

やっと気づいた！

自分「そうだよね、じゃあ次回はどうする？」

次のレベルに進む

(岡田より改変)

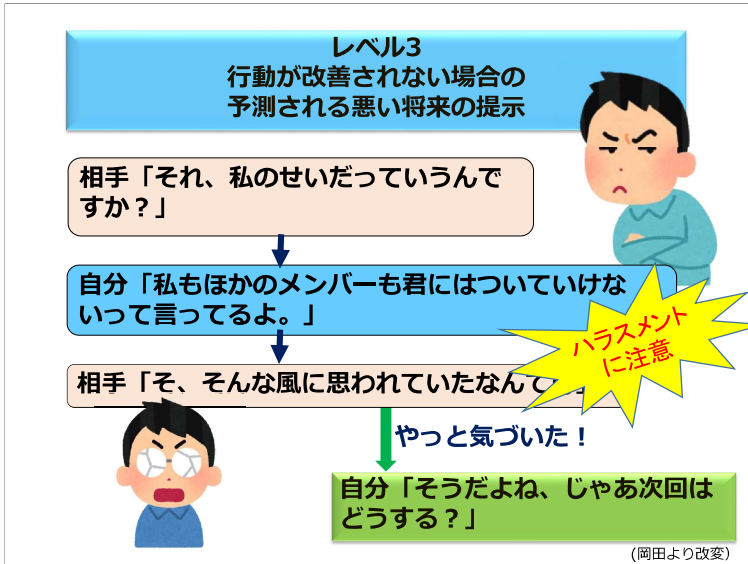


レベル3  
予測される悪い将来の提示

- ◆クラスメイトや仲間からの不信
- ◆成績への悪影響
- ◆自分の望むキャリア形成からの逸脱
  
- ◆教員への報告
- ◆サークルなどからの除名

現在の行為が自身の将来に悪影響を及ぼす可能性を提示する

(岡田より改変)



### まとめ

- フィードバックは**学生生活のあらゆる場面**で有効である
- フィードバックの原則を**日常的に活用**することで自分の成長や人間関係の改善ができる

### ロールプレイ:フィードバックのトレーニング

→こういったフィードバックを「試しにちょっとやってみる」

今後のコミュニケーションに

- 丸ごと取り入れる
- 一部取り入れる

→ 今までの自分のコミュニケーションを振り返るきっかけに

### ロールプレイの手順

- ①フィードバックのロールプレイ
- ②フィードバック役の学生の自己評価
- ③相手役の学生からのフィードバック
- ④評価者役の学生からのフィードバック

役を変えて①～④を繰り返す (4回)

### 評価者役の学生は以下の観点で「フィードバック」を観察し、評価してください

全般

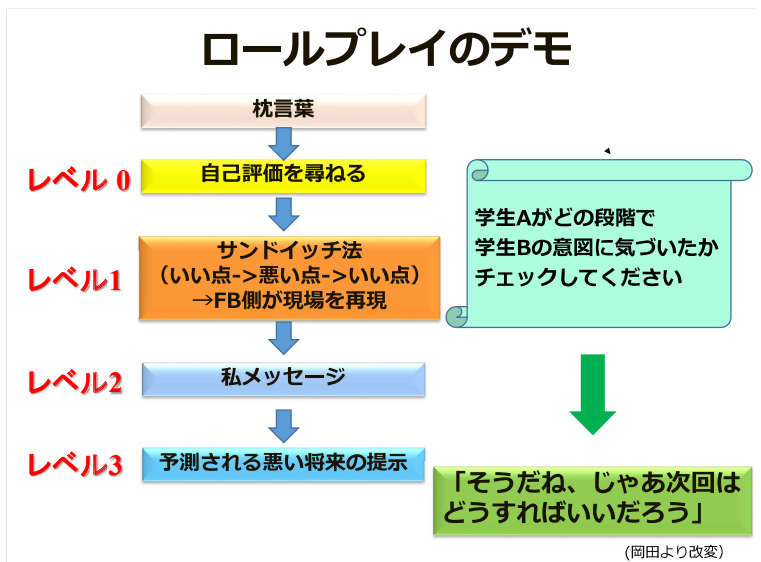
- 相手がフィードバックを受け入れられる環境、ムードを作っているか？
- 自分の感情のコントロールができていますか？
- 相手の言動にうまく対応できているか？
- FASTが実践されているか

Frequently: 頻繁に  
Acurate: 正確に・・・、伝聞憶測ではなく事実確認してから  
Specific: いきなりの人間性や人格批判をしていないか？ 的を絞って指導しているか  
Timely: タイミングよく行えているか？

フィードバックはどのレベルだったでしょうか

- レベル0: 自己評価を尋ねる
- レベル1: FD側が状況を再現
- レベル2: FD側自身/周囲の人間が抱く感情を伝える
- レベル3: 予想される悪い将来の提示

(岡田より改変)



## ロールプレイのデモ

背景：IPEの授業でA君は、事前学習はちゃんとやってきて、グループワークでも発言はしているが、司会役やメンバーが熱心にディスカッションしているのに、「それでいいから早くまとめよう」と議論をすぐに丸めて終わりにしようとする。

今回のエピソード：来週の発表に備えてディスカッションをしていた。ある患者さんの発言に対して、グループ内では患者さんの思いについて意見が分かれた。A君は自分の意見を言わないばかりか、「話し合いばかりしてないで早くスライド作って帰ろう。」とせかすので、メンバーの何人かが同調し、早々にスライドづくりの作業になった。司会のあなたは、このディスカッションは重要だと思っていたので、帰る前にA君にフィードバックすることにした。

## 最初に役割を確認します。

### 評価者役が使う評価表

＜評価者役は以下の観点でフィードバックを観察し評価してください＞

- 全般
- 相手がフィードバックを受け入れられる環境、ムードを作っているか？
  - 自分の感情のコントロールができていますか？
  - 相手の言動にうまく対応できているか？
  - FASTが実践されているか？
- Frequently：頻繁に
- Accurate：正確に～伝聞感測ではなく事実確認してから
- Specific：いきなり人の人間性や人格批判をしていないか？的を絞って指導しているか
- Timely：タイミングよく行っているか？

フィードバックはどのレベルだったでしょうか

- レベル 0：自己評価を尊ねる
- レベル 1：FB側が状況を再現
- レベル 2：FB側自身/周囲の人間が抱く感情を伝える
- レベル 3：予想される悪い将来の提示

## ロールプレイのデモンストレーション

## ロールプレイの解説

枕言葉

**FB役**：今日のグループワークのことで、ちょっと話したいんだけどいいかな？

**学生役**：いいですよ。

自己評価を聞く

**FB役**：今日のグループワークでのAさんの発言で、少し気になったことがあったんだけど自分としてはどうだった？

**学生役**：そうだな・・・。みんなも結構盛り上がっていたし、別になんも問題感じゃなかったけど・・・。

良かったことをほめる

**FB役**：Aさんは、事前学習もきちんとしてきてくれてみんなも勉強になったけれど、今日は患者さんが食事制限のことで言ったことについてみんなの意見が分かれたときに、自分は意見も言わないで「そんな面倒なことどうでもいいから、サクサクやろう。はやく帰るし。」って言ったよね。

事実を具体的に指摘する

**学生役**：みんなもそう思っていると思って言ったけど、あれでみんなもなんか、ま、いっかーみたいになっちゃったね。もうちょっと話し合った方がよかったかな。

**FB役**：そうだね、あそこはもっと皆で話したかったな。次はどうしますか？

**学生役**：自分もちゃんと意見を出して、もっとディスカッションに参加したいと思います。

次はどうするかを聞く

## ロールプレイのデモンストレーションが終わって

### FB役の自己評価

言いくかかったけど、あらたまってフィードバックをしてみて、Aさんも真摯に受け止めてくれ、次からどうするかも言ってもらえてよかったです。

### 学生役からのフィードバック

最初に良いところを言ってもらえたので、ほっとしました。自分では気づけなかったメンバーの受け止めに気付いて良かったです。

### 評価者役からのフィードバック

気になったことを勇気を出して伝えたことがよかったと思います。Aさんも感情的にならず、冷静に振り返りをできていてよかったと思いました。

## フィードバックの“レベル”は？

•次の時間に数グループずつ各部屋に分かれます。

•シナリオがグループごとにまとめて配布されていますが、指示があるまで触らないようにしてください。

## ロールプレイを用いた フィードバックのトレーニング

シートの文書はお互いに見せ合わないでください。

- ①各グループ（3～4人）ごとに行う
- ②各自が参加者1～4(3)のシートを1枚ずつとる

③ロールプレイを行う

- ④-1 フィードバック役の自己評価
- ④-2 学生役からのフィードバック
- ④-3 評価者役からのフィードバック

③-④を繰り返し、4回のロールプレイを行う

次のスライドからは、各部屋に提示

## ロールプレイを用いた フィードバックのトレーニング

4人グループ	参加者 1	参加者 2	参加者 3	参加者 4
ロールプレイ 1	FB役	評価者役	学生役	評価者役
ロールプレイ 2	評価者役	FB役	評価者役	学生役
ロールプレイ 3	学生役	評価者役	FB役	評価者役
ロールプレイ 4	評価者役	学生役	評価者役	FB役

3人グループ	参加者 1	参加者 2	参加者 3
ロールプレイ 1	学生役	FB役	評価者役
ロールプレイ 2	評価者役	学生役	FB役
ロールプレイ 3	FB役	評価者役	学生役
ロールプレイ 4	学生役	FB役	評価者役

各自、自分のシートを  
まず読んでください。

準備はいいですか？

ロールプレイ開始

フィードバックのロールプレイ  
をやってみた感想

## 資料 2：フィードバック演習用シナリオ集

### 学生 A

「事前学習をしてこない」(→レベル 0)

前回の IPE のグループワークで、各自次回までに調べてくる事項を分担した。今回はまず事前に調べてきたことを共有してワークを進めようとしたが、学生 A が担当した事項について全く調べてこなかったため、その場で皆で調べなければならず時間がかかってしまった。学生 A は、少しは迷惑をかけたと感じたようで、その後はホワイトシートにまとめる役を引き受けた。学生 A に事前学習の分担分をしっかりとやるようにフィードバックしたい。

ED 役：じゃあ今日のグループワークについてフィードバックします。自分ではどう思いますか？

学生 A：先週分担して調べようって決めたことはその時はやる気だったんだけど、忘れてしまってみんなに迷惑をかけたと思います。海外からの友人が遊びに来たり、忙しかったので、つい忘れてしまいました。

FD 役：そうだったんですね。次は忘れないようにするには、どうしますか？

学生 A：後でやろうと思わずに、今日帰ったらすぐにやるようにしようと思います。

### 学生 B

「自分の意見を押し通そうとする」(→レベル 1)

グループワークで、学生 B は常に自分の考えを強く主張する。他の学生が違う意見を述べても、さらに自分の主張を一方向的に述べるので、対話が成立せず、皆面倒くさくなって学生 B の意見を採用してしまう。今回のグループワークでも学生 B の提案は確かに良い案だったが、学生 E の提案も優れておりグループで検討すればさらに良い結果が出そうだったが、学生 B がいつものように学生 E 案をよく検討することなく自分の主張を一方向的に述べたため学生 B 案が最終結果となった。学生 B に他の学生の意見についてもきちんと聴く耳を持つようにフィードバックしたい。

学生 B 側の事情：

自分が出す意見には、ディスカッションの上、皆も賛成してくれることが多いので自分は正しい判断ができていると思う。これからもチーム医療が重要なので、皆でディスカッションして良い判断をしてきばきと実行に移していくことが重要だと思う。うちのグループは、いつもどこよりも早く結論に達し、早く帰ることができるのでメンバーも満足していると

思う。今日のグループワークでも、自分の案でディスカッションが進み、どこのグループよりも早く結論が出てよかった。

FD 役：じゃあ今日のグループワークについてフィードバックします。自分ではどう思いますか？

学生 B：グループワークでは、たくさん発言もできて、皆ともよく討論できたし、まあうまくいったと思います。

FD 役：確かに君／あなたは良く発言してグループワークに貢献していたと思います。でも E 君の意見は、ちょっとあなたの意見と違ったと思いますが、そんなに良くない案だったでしょうか？

学生 B：そういわれてみると、自分の主張ばかり言ったかもしれません。自分の意見の方が良いと思っていましたし、早く結論を出すのがいいと思っていたので。もう少し E 君の案も検討すべきだったかもしれません。

FD 役：そうするには、次にはどうしたらいいと思いますか？

学生 B：「違う」と思った意見もきちんとまず聞いてみるようにした方がいいのかもしれない。

## 学生 C

「毎回遅刻してくる」(→レベル2)

IPE のグループワークに毎回遅刻して現れる学生 C。教員からの最初の説明の部分をも聞かないでグループワークに加わろうとして、「何やればいいの？」などと聞いてくるので、その都度誰かが今は何をやるのか説明してやらなければいけなくなる。今回も、ふれあい体験学習で患者さんに聞きたいことを皆で出し合っているときに入ってきて、隣に座っている学生に「ねえ、今何やっているの？」とか「出席もう取っちゃった？」などと話しかけている。学生 C に遅刻しないようにフィードバックしたい。

学生 C 側の事情：

最近、ネットゲームにはまっていてひどいときは明け方までやってしまい、授業に間に合うように起きられない。授業には毎日のように遅刻してしまうが、今何をしているのか聞けば周りの友人が教えてくれるので何とかなっている。

FD 役：じゃあ今日のグループワークについてフィードバックします。自分ではどう思いますか？

学生 C：グループワークで、いろいろ発言できたし、まあうまくいったと思います。

FD 役：今日は最初に先生からやり方の説明があっただけ、君／あなたは遅刻してその説明を聞かなかったよね。

学生 C：まあそんなのは聞かなくても、みんなが教えてくれるし、見てればそのうちわかるんであんまり不便に思ったことはないですね。

FD 役：君が遅刻してきたとき、グループのみんなはもうかなり集中してやっていたんだけど、君が来て色々話しかけるもんだから、もう一回説明しなきゃいけなくなったんだ。

学生 C：今まで何も考えてなかったけれども、結構迷惑だったんだね。

FD 役：そういう時もあるよね。じゃあ、次からはどうしますか？

学生 C：夜、ついネットゲームをやりすぎてどうしても朝起きられないんだ。ネットゲームを少し減らして、なるべく早く寝るようにするよ。

## 学生 D

「グループワーク中、しょっちゅういなくなってしまう。」(→レベル2応用編)

IPE のグループワークを始めてすぐに黙ってどこかへ行ってしまう、しばらくすると戻ってくる。30 分ぐらいは、グループワークに参加しているが、また同じようにいなくなってしまうことを繰り返している。自分は司会としてなんとか学生 D を議論に加わせようとしたが、その都度どこまで進んだかいちいち説明することもできず、興味もなさそうでワークの運営がうまくできなかつた。考えてみたら、前回も同じような行動だったような気がする。学生 D にグループワークに参加するようにフィードバックしたい。

学生 D 側の事情：

一人で勉強するのが好き。グループワークでディスカッションすることに興味を持ってない。講義ならば好きなことをやっても時間がつぶせるが、グループワークではそれもできないので、同じように考えている仲間と与太話でもしているほうがましと思ってグループワークを抜け出してしまふ。一応授業なので完全にさぼることもまずいと思い、時々グループに戻っては見るが、何について話しているのか興味もないので、そのまま黙って座っているが、またどこかへ行きたくなくなってしまう。みんなは自分のことには関心もないので抜け出しても気づかないと思うし、自分がいなくてもワークはうまく進んでいるので他の人に任せておけばいいと思う。

ED 役：じゃあ今日のグループワークについてフィードバックします。自分ではどう思いますか？

学生 D：まあ普通に参加したし、うまくいったと思います。最後うまくまとまったし。

FD 役：最後、皆でうまくまとめられたことは良かったと思うけど、君／あなたはしょっちゅうどこかにいなくなっていたよね。

学生 D：自分では参加してるつもりだったんだけど、確かに外に出ていた時はあった。でもグループワークってバカバカしくない？

FD 役：そうですね。いろいろな意見があると思います。私は意味があると思いますが、あなたは違うかもしれませんね。でも皆が真面目にやっている時に、そのような態度を見ると皆のやる気も下がってしまいます。それに何でもいいのでいろいろ意見も出してもらいたいし。次からはどうしますか？

学生 D：グループワークっていうことの意味がまだよくわからないけど、みんなにも迷惑もかけるって思うし、グループワークの時は意見も出せるようにやってみるよ。

## 学生 E

「グループワークで意味のある発言をしてくれて、ディスカッションが活発化した。」  
(→ポジティブなフィードバック)

本日のグループワークは先週行った患者さんとの対話についてグループで振り返るというテーマであった。自分は司会であったが、学生 E の発言からディスカッションが深まったと感じた。そのことについてフィードバックしたい。

学生 E の考え：患者との対話の時、患者さんが「スタッフが優しい言葉をかけてくれるとうれしい。」と話していたのが印象的だった。今日のディスカッションでもその話題が出たが、それについて他のメンバーはそれほど重要なこととは考えていないようだった。

FD 役：今日のグループワークについてどう思いましたか？

学生 E：今日のグループワークは、メンバーが皆よく発言していい雰囲気だったと思いました。

FD 役：そうですね。君／あなたが「患者さんが言う優しい言葉って何だろう？どんな言葉なんだろう？」って発言してくれて、そこから急にみんながどんどん意見を言ってくれるようになった感じがしました。

学生 E：自分ではあまり気が付かなかったんだけど、それがよかったんですね。

FD 役：司会として見ていたら、君／あなたが重要なことを言ってくれたんだということがよくわかりました。

学生 E：そのようにあらためて言ってもらえると嬉しく感じますね。次回も頑張りたいと思います。



## 医師見習い体験学習

対象：3年次学生

期間：20〇〇年〇月〇日～20〇〇年〇月〇日

実習場所：地域診療所、研修病院、大学附属病院

ゴール：

自らを省察し、医療人として求められる**コミュニケーション技能、プロフェシオナリズム（規範遵守、自覚、利他、共感、患者に対するいたわり・敬意、責任感、守秘義務、プライバシー保持、生涯学習能力等）**を修得する。

1

## 医師見習い体験学習の学習アウトカム

医師見習い体験学習終了時、学生は

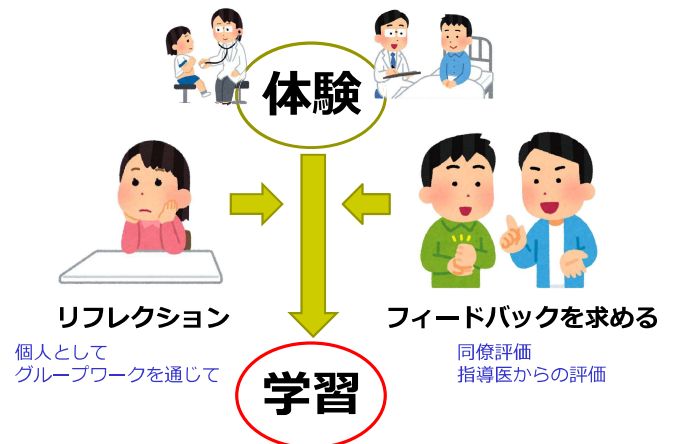
1. 患者、医療者を尊重できる。
2. コミュニケーションを通して医療者、患者と良好な関係を構築できる。
3. 指導医師の監督下で患者と面接し、利他的、共感的、誠実、正直に対応できる。患者の意志をくみ取り、問題点(身体的、心理的、社会的、経済的)を理解できる。
4. 患者、医療者に関する情報の守秘義務を果たすことができる。
5. 医師の業務、役割を述べるができる。
6. 医療チームのリーダーやメンバーとしての役割を理解できる。
7. 様々なキャリアの医師を見学し、自らのキャリアについて考察できる。
8. 学習内容、感想、考察をレポートにまとめ、発表できる
9. 医療現場での経験を通して自己評価（自己の長所、短所）、同僚評価（メンバーの長所、短所）を行える。
10. 自らの長所と弱点を明確化し、長所を伸ばし弱点を改善する計画を立てることができる。

2

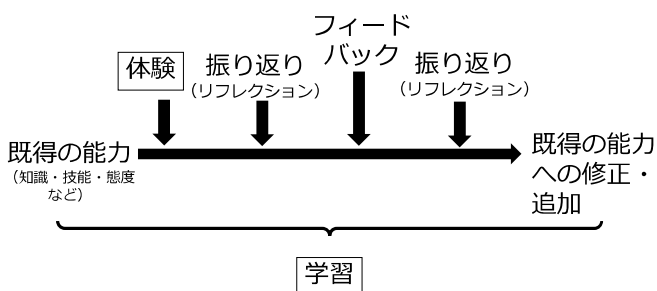
## 医師見習い体験学習のスケジュール

対応するコンピテンス	方法	時間(日時)	教員	場所
1) ～10)	講義（オリエンテーション、ワークショップ）	2コマ 20〇〇年〇月〇日（Ⅰ、Ⅱ時限）	教員	講義室
1) ～7)	実習（見学、体験、手伝い）	10コマ 〇月〇日から〇月〇日Ⅰ～Ⅴ時限	指導医（チューター）	病院(大学病院、地域病院、診療所)
1) ～10)	講義（チーム学習オリエンテーション）、GW	2コマ 〇月〇日（Ⅲ、Ⅳ時限）	教員	講義室等
8) ～10)	グループ・ワーク（GW）	2コマ 〇月〇日（Ⅰ、Ⅱ時限）	教員	講義室等
8) ～10)	発表会	2コマ 〇月〇日（Ⅲ、Ⅳ時限）	教員	講義室

## 2つの大切なこと



## 体験と学習の関係



(高橋ら、体験学習の意義を理解する。：体験学習の展開。高橋平徳、内藤知佐子編集、医学書院、東京、2019、p.2-16.を改変)

## WS：リフレクションとフィードバックの体験 についてのインタビュー

1. グループに分かれます。
2. 各グループ3名の学生は順番を決め、表の順番でインタビューを行ってください。

順番	学生1	学生2	学生3
1	インタビュアー	インタビューを受ける人	オブザーバー・タイムキーパー
2	オブザーバー・タイムキーパー	インタビュアー	インタビューを受ける人
3	インタビューを受ける人	オブザーバー・タイムキーパー	インタビュアー

6

## インタビューについて

クラブ活動など  
に変えても良い

- テーマ
- IPE Step1とStep2で行った、リフレクションとフィードバックについて
- インタビューの内容（例）
  - ・ 今までの取り組み方
  - ・ 具体的に体験したことについて
  - ・ どのような効果があったか？
  - ・ どのような効果があると思うか？
- インタビューの時間：4分間/人、タイムキーパーが合図
- インタビュー終了後：
  - ① インタビュアーは、自分の感想を言う。
  - ② インタビュアーは相手の学生にフィードバックを求める。
  - ③ オブザーバーがフィードバックを行う。

7

## ワークショップのまとめ

- リフレクションとフィードバックの体験を振り返り、体験を学習に変換するプロセスを確認した。
- フィードバックでは、フィードバックを求めるアクションとフィードバックを受け止める態度のトレーニングが必要である。
- これらを習慣的に行うことは、学生のみならず医師になってからも自身の向上に役立つ。
- 指導医、患者に対するインタビューのマナーを確認した。

8

## 医師見習体験学習の実習について

9

## 医師見習い体験学習実習（病院、診療所）

### 事前準備

1. 学生(2名一組)は事前に相談し、指導医とメールまたは電話により実習の日時、場所、内容などの打ち合わせを行い、2日間の行動計画をたてる。○月○日まで。
2. 「行動計画書」に2日間の行動計画を記入し、○月○日17:00までに提出。

行動計画書 (例)

学生氏名	指導医氏名 (職名)	
日時	場所	事項
1/12 9:00	病院総合受付	指導医と会う
9:30	病院医局	1日の予定の確認、打ち合わせ
9:30	病棟	指導医の見学
12:00	病院食堂	昼食
13:30	検査室	指導医、看護師、検査技師の見学
15:00	病棟	患者との面談
15:30	病棟	指導医、看護師、看護助手、病棟クレーンの見学
16:00	病院医局	指導医からフィードバック
16:30	病院を離る	
1/13 9:00	病院医局	1日の予定の確認、打ち合わせ
9:30	外来	指導医、看護師の見学
11:30	外来	患者との面談
12:00	病院食堂	昼食
13:30	病棟	患者との面談
14:00	病棟	指導医、看護師の見学
15:30	病院医局	指導医からフィードバック、まとめ
16:30	病院を離る	10

## 医師見習い体験学習実習（診療所、病院）

### 実習当日(2日間)

1. 持ち物、服装、提出物等は学習ガイドをよく読むこと
2. 指導医に対するシャドウイング
  - ・ 朝から夕方までの行動（最低1日）をとにする
  - ・ 医師の業務、役割について情報を得る
  - ・ 指導医自身のキャリアに関する経験や考え方についての情報を得る
3. 患者との面接
  - ・ 指導医及び患者からの許可を得る
  - ・ 患者の有する問題点(身体的、心理的、社会的、経済的)についての情報を収集
  - ・ 患者面接記録に各自記入する（面接が出来なかった場合はその旨を記載）
  - ・ 患者との良好な関係を構築する
  - ・ 患者の有する問題点の解決に対して現在の自分にできることを考察する
4. 研修医、上級医、コメディカルの患者診療を見学し、医療者との良好な関係を考察する
5. 毎日、実習開始時、終了時に指導医と会い、その日の予定の確認と一日の経験を指導医に報告し、フィードバックを受ける
6. 実習を通じて今後のワークで自己学習するテーマを抽出する

11

## 医師見習体験実習でのフィードバックについて

12

## 実習当日(2日間)の終了後、 学生が行うフィードバックとリフレクション

1. 学生は毎日の終了時、1日を振り返り自己評価、同僚評価を行い、「**自己評価・同僚評価**」に記入する。  
同僚と一緒に行動していなくとも必ず終了時に会って、意見交換をして同僚評価、フィードバックを行う。
2. 学生は毎日の終了時、一日を振り返り「**実習の振り返り**」に記入し、「**患者面接記録**」、「**自己評価・同僚評価**」とともに実習当日の24時まで提出する。

13

## 同僚評価の目的

千葉大学の卒業時到達目標の一つである、「**同僚、後輩に対する指導、助言ができる**」を達成するための学習である。

教育される立場から、教育する立場への転換

これからの相手の役に立つような

相手のパフォーマンスに関する情報を伝えよう

14

## 実習指導医による評価とフィードバック

- 出欠席、遅刻
- 評価項目（自己評価、同僚評価も同じ）
  1. 医師の業務、役割を理解できた
  2. 医師となる医学生にふさわしいふるまい（言葉遣い、配慮、服装など）ができた
  3. コミュニケーションを通して医療者、患者と良好な関係を構築できた
  4. 患者とのコミュニケーションにより彼らの有する問題点(身体的、心理的、社会的、経済的)を抽出できた
  5. 患者の有する問題点の解決に対して現在の自分にできることを考察し、実行（医療行為は行わない）できた
  6. 患者に敬意の念を持って接し、利他的、共感的に対応できた
  7. 患者、メディカル・スタッフに関する情報の守秘義務を果たすことができた
  8. 患者、メディカル・スタッフのプライバシーに配慮できた
- 自由記載  
医師としてふさわしい行為、医師としてふさわしくない行為

15

## 医師見習い体験学習（実習後のチーム学習）

### グループ・ワークと発表会

	○月○日Ⅲ,Ⅳ	○月○日Ⅰ,Ⅱ	○月○日Ⅲ,Ⅳ
内容	オリエンテーション グループ・ワーク 「 <b>テーマ、学習課題</b> 」	グループ・ワーク 「 <b>自己学習成果の共有、発表準備</b> 」	発表会 <b>講義室</b>
提出物	「5_グループ・ワークの振り返り」	「5_グループ・ワークの振り返り」 <b>発表用のパワーポイント・ファイル</b> (○月○日16:00)	最終レポート

グループ・ワーク（○/○ Ⅲ～Ⅳ、○/○ Ⅰ～Ⅱ）

グループ(8名/グループ)ごとにリーダーを決め、ミーティングを開いて実習の記録をもとに自身の体験を述べ、情報を共有する。討議の過程で明確になった学習項目（疑問点、わからない点、さらに深く調べたい点）を明確にして、**発表するテーマ**を設定する。

グループ全体でテーマについて個々に役割を決めて調査し、結果を共有する。

発表会（○/○ Ⅲ～Ⅳ）

プレゼンテーションはパワーポイントを使用し、**発表時間7分**で発表できるように準備する。その際、出典を明確に記載するように注意。

グループのリーダーは発表用のパワーポイント・ファイルをmoodle上の提出サイトへ**発表会前日16:00まで**に提出する（ファイル名は「学籍番号\_提出日付4桁\_gw」）。念のため、発表会当日にもUSBで持参する。

16

部会報告：プロフェッショナルリズム教育方略 連載 10 回

## 10-2 模擬患者参加型の医療面接演習をより効果的に行う方法 ～模擬患者による対話型フィードバックの開発と実践～

朝比奈 真由美\*

10-2 How to Conduct Simulated Patient -Participatory Medical Interview Exercises More Effectively  
～Development and Practice of Interactive Feedback by Simulated Patients～

Mayumi ASAHINA\*

### はじめに

模擬患者（以下，SP）との医療面接のトレーニングにおいては，学生自身のリフレクションとSPからのフィードバックが学習効果を高める上で重要である<sup>1)</sup>。効果的なフィードバックを行うためにはSPによるフィードバックの質の担保が必要である。千葉大学のSP会「SP千葉」では2010年11月，イリノイ大学シカゴ校のRachel Yudkowsky先生にお願いし，SPトレーニングについての1週間のワークショップを実施していただいた<sup>2)</sup>。場所はイリノイ大学シカゴ校クリニカル・パフォーマンス・センター（CPC），千葉大学からはSP4名，俳優（SP経験なし）3名，教員3名が参加した。

セミナーの内容は，SPについてのレクチャー，SPトレーニングの見学，SP演技のトレーニング，身体診察シナリオの作成とSPトレーニング指導，SP参加型の授業の見学等，盛りだくさんなものであった。その中でも私たちが印象的であったのが，フィードバックの方法とSPトレーナーの存在とその養成であった。このときの学習成果から千葉大学では教員とSP会が協力して対話型フィードバックを開発，SP会メンバー7名とイリノイ大学で研修した俳優の属する劇団員7

名が対話型フィードバックを修得し，2011年4月の医療面接演習から導入した。

プロフェッショナルリズムのどの要素を涵養するのか：患者医師関係の構築，コミュニケーションスキル，リフレクション

対話型フィードバックを用いた医療面接演習の方法

対象：医学部3-4年次学生（約120名）

実施時期：2月，翌年度の5月，10月

実施場所：千葉大学医学部シミュレーションセンターのレクチャー室，および診察シミュレーション室

準備物：SP用シナリオ，メモ用紙，診療録用紙，評価表（学生用，SP用），リフレクションシート（学生用，表1）

事前準備：SPトレーニング（演技，フィードバック）

具体的方法：120名の学生を3グループに分け，40名/回の授業を各時期3回実施する。SP参加型授業の前に，教員が学生にSPの歴史やSPの役割について講義をする。そのときに「SPはコミュニケーションのトレーニングを受けた専門家である」ことを強調する（図1）。

\* 千葉大学医学部附属病院総合医療教育研修センター，Health Professional Development Center, Chiba University Hospital

表1 医療面接演習のリフレクションシートの項目

- 0) 本日の医療面接のコミュニケーションにおける目標は？
- 1) オープニング（呼び入れ、挨拶、自己紹介、氏名確認）ができていたか？
- 2) 身だしなみ（頭髪、名札、白衣、服装等）に問題はなかったか？
- 3) 身振り（ペン回し、髪に触る等）、言葉遣い（敬語の使い方、えーと等のくせ、アイコンタクト等）に問題はなかったか？
- 4) 開放型質問によって患者の話がうまく引き出せたか？
- 5) 質問の意図を患者が理解していたか、答えにくそうな様子はなかったか？
- 6) 一問一答にならずに会話が続けていたか？
- 7) 患者に思いやりと共感をもって接していたか？
- 8) 模擬患者からどのようなフィードバックがあったか？
- 9) 今後の医療面接では、どのようなことを目標とするのか？

## SPからのフィードバック

- SPはコミュニケーションおよびフィードバックについての訓練を受けた人たちです。
- 医学的内容ではなく、コミュニケーション（言語・非言語）についてのフィードバックをします。
- フィードバックは学生がコミュニケーション能力向上を自ら考えていけるように手助けするのが目的です。

図1 医療面接演習を行う前に教員から学生に提示するスライド：SPからのフィードバックについての説明

表2 対話型フィードバックの手順

1. 挨拶，リラックスした雰囲気。  
「コミュニケーションについてフィードバックをします」
2. 学生に尋ねるところから始まるディスカッション。
  - 1) どんな目標で面接を行ったのか？
  - 2) どんなことがうまくいったと思うか？
  - 3) どんなことがうまくいかなかったと思うか？  
どうすればよかったと思うか？
3. SPが自分の感じたことを伝える。
  - 1) 肯定的フィードバック（心地よく感じられた点など）
  - 2) 否定的フィードバック（気になった点など）
  - 3) 肯定的フィードバック（心地よく感じられた点など）
4. 結び
  - 1) 最も重要な点を要約
  - 2) 学生に質問はないか聞く。
  - 3) 今後どのように学習していくかを聞く。
  - 4) 挨拶

- ① 面接演習の前に、学生は医療面接のコミュニケーション面の目標を考え、リフレクションシートの最初の欄（表1の項目0）に記載する。
- ② 学生とSPが10分間の医療面接を行う（5～6名の小グループに分かれ、医療医面接以外の学生は学生評価者となる）。
- ③ 医療面接終了の合図があったらSPは演じていた役を終了し、学生に「今日の医療面接のコミュニケーションについてのフィードバックを行います」と宣言する。SP会のメンバーは俳優ではないので、場の切り替えを大げさに行うことは難しいが、今まで演じていた役とは異なるリラックスした態度をとるようにする。（表2）
- ④ SPは「今日の医療面接のコミュニケーションの目標はどのようなものでしたか？」と尋ねる。
- ⑤ 学生がコミュニケーションの目標（①で考えたもの）を答えたら、SPは「その目標についてうまくいったと思う点とうまくいかなかったと思う点を教えてください。またうまくいかなかった点についてどのようにすればよかったと思いますか？」と尋ねる。このときSPは相づちを打ったり、確認の質問をしたりするが、アドバイスにはならないように注意する。この対話によりSPは学生の自己評価やパフォーマンスの意図が把握できる。
- ⑥ 学生との対話が終わったら、学生が触れなかったパフォーマンスについてフィードバックを行う（肯定的、否定的、肯定的の順で）。このとき項目は1～2に絞り、具体的に事実を描写し、アドバイスにはならないように気をつける。

- ⑦ SPから「私がお話ししたことについて何か質問はありますか?」と尋ね、質問に答える。このときコミュニケーションに関する以外の質問やアドバイスを求められたら、「あなたはどうすればいいと思いますか?」と尋ねる。
- ⑧ 最後に、「今回のフィードバックを踏まえて、今後どのような目標でどのような学習をしていきますか?」と尋ねる。
- ⑨ フィードバックは終了。挨拶をしてSPは面接室を出る。(④から⑨までで8分間)
- ⑩ (教員や指導医が同席していた場合) 教員・指導医からのフィードバックを行う。
- ⑪ 学生評価者からのピアフィードバックを行う。
- ⑫ すべての学生の医療面接が終了した後、授業担当教員が学生全員を集め、デブリーフィングを行い学生からの質問に答える。教員からのフィードバックでは、普遍的なこと、セッションの中では起きなかったが重要なことについてアドバイスを行うこともある。
- ⑬ 学生は医療面接を振り返り、フィードバックの内容も含めてリフレクションシート(表1)に記載する。

**評価:** 授業への参加がOSCE受験の要件である。成績評価はOSCEで行う。

**学生の反応:** 従来型の医療面接演習を3年生の2月に受講し、4年生の4月に対話型フィードバックの面接演習を受講した学生の授業評価アンケートの比較では、従来型に比較して「学習目標達成に向けて積極的に課題に取り組んだ」、「学習目標が達成できた」、「授業内容を理解できた」、「授業内容を理解できた」、「授業内容は有用であった」、「同様の実習をもっとしたい」の項目でポイントが上昇した。また従来型の2月と次学年の2月の初回面接演習同士の授業評価の比較でも同様の結果であった<sup>3)</sup>。

**SPの反応:** 授業後アンケートの結果からSP側の満足度も高くなったことがわかった。一方的な従来型のフィードバックよりお互いの思っていることが言い合える、また学生の面接に臨む姿勢を知ることができる点に関してのフィードバックから入ることができ、話のつながりが持て

ると感じた、等のSPからの感想があった。

#### 成功の秘訣、注意すべき点:

- ・学生に医療面接の目標をあらかじめ考えさせておく。
- ・学生にSPについての説明を十分に行う(後述)。
- ・SPトレーニングを十分に行う(後述)。

**まとめ:** 従来型のフィードバックは一方的にSPの感じたことを告げる(表2の3のみを実施、その後指導医からのフィードバックあり)方法であり、学生がSPのフィードバックを理解しているのか、あるいは受け入れているのかが曖昧であった。それに対し対話型フィードバックは、フィードバックの原則に従って「自己評価を尋ねる」ところから始まる<sup>4)</sup>。このことにより、自身のパフォーマンスの振り返りが促進された結果、学生の学習意欲、学習効果の向上が見られる。また対話により学生とSPの関係性が構築された結果、学生がフィードバックを受け入れやすい状況となり、学生とSPの双方の満足度が高くなったと考えられた。さらに、運営面では従来型では教員や指導医が各グループに1名必要であったが、対話型では全体を1名の教員で運営することができ、教員の負担軽減にもつながった。

#### 対話型フィードバックのSPトレーニングの方法

SPトレーニングの基本部分については阿部<sup>1)</sup>の方法に従った。フィードバックの中の対話型の部分については、イリノイ大学CPCのSPトレーニング方法を参考にSPが主導的にトレーニング(ピアトレーニング)を実施した。

- ① 教員が役に合わせてキャストイングを行う(一回の授業で6-8つのシナリオを用いる)。
- ② SPは各自シナリオを事前に読む。
- ③ SP会でシナリオの読み込み、細部の補足、すり合わせを教員とともに進行。
- ④ 役ごとにSPが2-3名のグループになり、SPと医学生役、オブザーバー役を交代で行い、医療面接セッション後、学生役とオブザーバー役からSPの演技とフィードバックに対しフィードバックを行う。教員が参加できる場合は、教員が学生役を担当することもある



(③と④で演技とフィードバックの標準化)。

⑤ 適宜、教員がSPの演技とフィードバックをチェックする。

⑥ 医療面接の授業に参加する。

新人SPのトレーニングの場合：ピアSPトレーナーによる支援

上記①の前に、医療面接授業の録画ビデオを視聴し、全体の流れを把握する。その後は①～④は同じ。⑥の授業では、まずビデオモニターを通してピアSPトレーナー（ベテランSP）の医療面接を見学する。

⑦ 数回見学の後、医療面接授業に参加する。その際、ピアSPトレーナーが患者の付き添いとして同席（配偶者役や兄弟、友人役）の下、新人SPは医療面接のシナリオ演技部分のみを行う。面接終了後、フィードバック部分はピアSPトレーナーが行う。このとき、新人SPに「患者として感じたこと」を話してもらうように促すこともある。

⑧ ピアSPトレーナーを学生役とし医療面接全体の練習を授業外で数回行う。

⑨ “1人前のSP”として医療面接の授業に参加する。

⑩ 授業の録画ビデオを自己評価したり、他のSPがピア評価を行う。

SPトレーニングを踏まえた注意点として、学生には医療面接セッションは録画されていること、録画はSPのトレーニングにも使用されること、医療面接には患者本人に付き添いが同席することがあることをあらかじめ伝えておく（図2）。

#### おわりに

SPからのフィードバックは、学生が患者、家族との関係を構築するためのコミュニケーション能力を体験を通じて学習するための情報を提供することであり、対話型フィードバックはそれらの情報をより有効に伝えるための方法である。従来の方と同様、指導的にならない、医学的内容にコミットしない、そのセッションでのコミュニケーション面だけにフォーカスしてフィードバックするように注意することは必要であるが、フィードバックの方法論に則った日本人SPに

### 注意事項

- ・ 模擬患者（SP）に対し、敬意をもって振舞う。（付き添いと一緒に来るSPもいます）

- ・ 医療面接のビデオ撮影をしています。

目的：自分の画像を見て自己改善

教員からの学生へのフィードバック

教員が学生の学習成果を確認

OSCEの際の正確な評価

模擬患者のトレーニング

図2 医療面接演習を行う前に教員から学生に提示するスライド：医療面接演習の注意事項

とっても修得が十分可能な手法である。開始当初はSPが学生との対話に不安を感じることもあったが、慣れるにしたがって学生の目標や発言の意図が理解できるのでフィードバックがしやすい、学生もSPの言うことを受け止めてくれるようになったという感想が多くなり、SPの満足度が向上した。千葉大学ではピアSPトレーナーの支援の下、シナリオ演技ができる→患者として感じたことを言語化できる→対話型の流れを作ることができる、の段階的なトレーニングを行っているが、それぞれの養成機関に合ったトレーニングの工夫が必要だろう。

「SP千葉」は1999年に前任者の田川まさみ先生（現：鹿児島大学医歯学域医学系 医歯学総合研究科 医歯学教育開発センター教授）が創設し、2007年に筆者が担当となった。筆者はそれまでSPの養成やSP参加型の授業の経験はなく、しかも年度途中の交代であったため、様々なことを勉強して工夫することが必要であった。現在でも医学教育者は数少なく、ある日いきなりSP養成やSP参加型授業の担当になる方もいるかもしれない。筆者の経験は現在、あるいは将来SP参加型授業に関わる教育者にとっても参考になると考え、千葉大学の実践例を紹介した。

#### 文献

- 1) 阿部恵子 第II部模擬患者の手引き。よくわかる医療面接と模擬患者（鈴木富雄、阿部恵子編）。

- 名古屋大学出版会, 愛知, 2011, p.37-83.
- 2) 朝比奈真由美, 白井いづみ・他. イリノイ大学シカゴ校でのSPトレーニングWSの概要. 新しい医学教育の流れ'11秋 第42回医学教育セミナーとワークショップの記録 (岐阜大学医学教育開発研究センター編). 三恵社, 愛知, 2012, p.142-6.
  - 3) 朝比奈真由美, 白井いづみ・他. 対話型のフィードバックの効果. 新しい医学教育の流れ'11秋 第42回医学教育セミナーとワークショップの記録 (岐阜大学医学教育開発研究センター編). 三恵社, 愛知, 2012, p.149-51.
  - 4) 岡田唯男. 4 医療教育技法. E. 公益に資する職業規範, プライマリケア連合学会基本研修ハンドブック改訂2版 (日本プライマリ・ケア連合学会編), 南山堂, 東京, 2017, p.249-57.



医学教育 2021, 52(4): 331~335

部会報告：第 21 期プロフェッショナリズム部会  
プロフェッショナリズム教育方略 連載第 11 回

## 11. アンプロフェッショナルな行動への対処 — クリニカル・クラークシップ中に経験した 医療者のアンプロフェッショナルな行為の振り返り —

宮田 靖志\*

要旨：

アンプロフェッショナルな行動への対処には、同定（定義）、予防、発見、評価、是正、経過観察の各段階があると思われる。アンプロフェッショナルな行為とは何か、それをどう回避するか、それをどう発見するか、その行為はどのようにして生じたか、どういう影響を及ぼしたか、アンプロフェッショナルな学習者・医療者の行為をどのようにして是正するか、その行為者・行為はその後どうなっているか、アンプロフェッショナルな行動への対処は複雑である。また、アンプロフェッショナルな行動への対処の具体的事例を共有する機会は少なく、対応のノウハウを共有することが困難である。このため、時に教育者はアンプロフェッショナルな事例への対応で疲弊することさえある。アンプロフェッショナルな行動への対応を少しずつでも共有していくことは非常に有意義なことである。

キーワード：アンプロフェッショナルな行動

### 11. Dealing with Unprofessional Behavior

#### Reflection on the Unprofessional Behavior of Medical Professionals Experienced during the Clinical Clerkship

Yasushi MIYATA\*

Abstract:

Dealing with unprofessional behavior may have stages of identification (definition), prevention, discovery, evaluation, remediation, and follow-up. What is an unprofessional behavior? How to avoid it. How to discover it. Why did the behavior occur and what effect did it have? How to remediate the behavior of unprofessional learners and healthcare provider.

What happened to them and their behavior after that? Dealing with unprofessional behavior is complex. In addition, there are few opportunities to share concrete examples of dealing with unprofessional behavior, and it is difficult to share know-how on how to deal with it. For this reason, educators are sometimes even exhausted in dealing with unprofessional cases. It is very meaningful to share the response to unprofessional behavior even little by little.

**Keywords:** unprofessional behavior

はじめに

プロフェッショナリズム教育の目標には、常に高みを指す向上心的目標とアンプロフェッショナルな行動をとらないという医療者として最低限のレベルをクリアするという目標の2つがある。前者については医療におけるジレンマや倫理的問題を

検討したり、ヒューマニズムを涵養するためにナラティブを用いた教育をしたり、様々な取り組みが行われてきている。

一方で、アンプロフェッショナルな行為の回避のための教育は、○○○すべし、□□□してはならない、などという規則に基づく教育 (rule-based professionalism) 行われることが多いように思わ

\* 愛知医科大学医学部地域総合診療医学寄附講座医学教育センター, Aichi Medical University School of Medicine, Department of Primary Care and Community Health, Medical Education Center

表1

① 印象に残った患者さん 医学的なことよりもむしろ、心理・社会的なこと、周囲とのかかわりのこと、その人の人生のことについて考えさせられたこと、あくまでも患者さんについてであり、その患者さんに関わった医療者のことではない。 ・記載内容にふさわしいタイトル： ・印象に残った出来事の詳細：
② プロフェッショナルな行為 A. 全ての医療者・医療システム・医療施設に関して、プロフェッショナルであると思われた事例 B. それはひとりで言うのとどのような概念にまとめられるか（プロフェッショナリズムのどんな要素？）
③ アンプロフェッショナルな行為 A. すべての医療者、医療システム、医療施設に関して、プロフェッショナルでないと思われた事例 B. なぜそのようなことが生じているのかも考える

れる。アンプロフェッショナルな行為の多くは学習者にとって当たり前のもので、それらを羅列してそれを伝えても学習者の新たな学び、行動変容にはつながらない可能性が高い。アンプロフェッショナルな行為を回避するためにどのような教育をするのが良いか、教育現場では試行錯誤が続いている。ロールモデルからプロフェッショナリズムを学ぶことの重要性が強調されているが、反面教師の言動を省察することからプロフェッショナリズムを学ぶことも可能ではないと思われる。このことを小グループでのディスカッションを用いて試行した経験を共有したい。

#### ●プロフェッショナリズムのどの要素を涵養するのか

アンプロフェッショナルな行為とその要因の理解

#### ●教育の具体的内容

某大学で実施したものを提示する。

##### 1. 対象者

5年次の医学生全員。

##### 2. 実施時期

1年間のクリニカル・クラークシップを経験した5年次の中間期。

##### 3. 実施場所

参加者全員が数名1組になって机に座り、ディスカッションできる部屋。

#### 4. 準備物

- ・事前に下記が記載されたシート（表1）を課題として配布しておき、授業当日までに記載してシートを持参するよう伝える。
- ・実習班のメンバーとは異なる構成となるよう、5-6人が1組になるようグループ編成をしておく。これは、グループディスカッションの際に、他の実習班で生じた出来事を共有し多様な経験から学ぶことができるようにするためである。
- ・アンプロフェッショナルな行為について授業中にアンケートを実施し、その結果を共有するためのツール（筆者はイマキク <http://tenmondo.com/products/imakiku/index.html> を使っている）

#### 5. 具体的方法

- ・事前課題のシートを用いて各グループでディスカッションすることを説明する。授業はクリニカル・クラークシップ中の出来事を振り返りプロフェッショナリズムを涵養することを目的としている。患者さんとの関わり、プロフェッショナルな医療者の行為と合わせて、アンプロフェッショナルな行為についても考えるという構成をとる。
- ・教員の指示に従い①③②の順に実施する。アンプロフェッショナルな行為は、経験上、多くの好ましくない事例が上がり、これを授業の最後にグループ内、全体で共有すると非常に不快な気持ちになったまま授業が終了する。このため、授業の最後はプロフェッショナルな行為について共有・ディスカッションして心地よい気

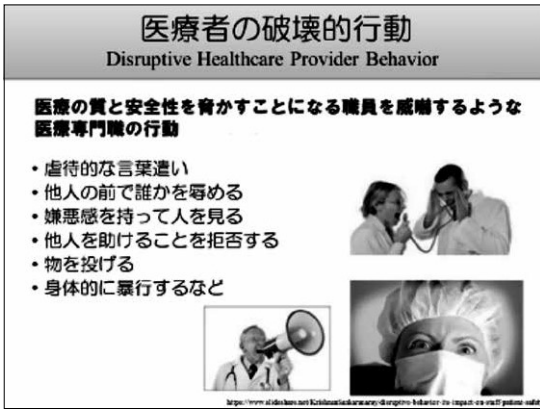


図 1



図 2

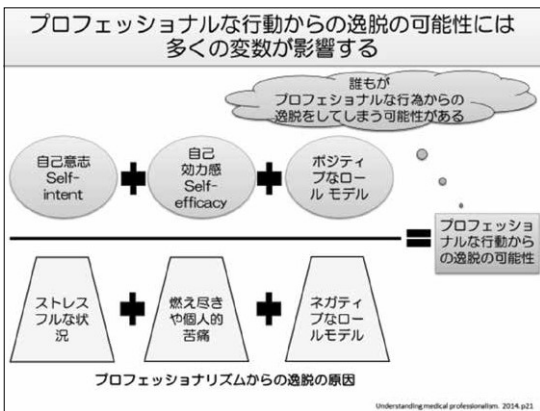


図 3

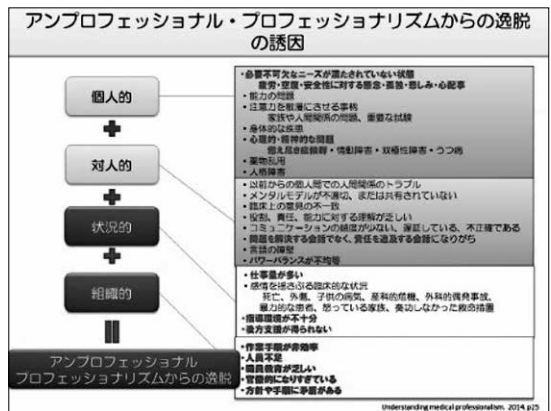


図 4

分で授業を終えることができるようにする。

- ・学生は一人ずつ事前に記載してきたものをそのまま読み上げる。記載したものを以外には伝えないようにする。記載したこと以外を伝えようとすると、出来事の場合の焦点があいまいになったり、話が長くなり他のメンバーが出来事を読み上げる時間が無くなったりするためである。
- ・出来事を読み上げた後にグループ内の他のメンバーがコメントをする。その際、出来事の詳細についての質問はなるべくしないようにする。往々にして出来事の詳細について質問されることがあり、出来事についてのメンバーの考えを共有して考えを深める時間がなくなってしまうからである。
- ・①, ③, ②について、それぞれグループディスカッションをしたのち、2, 3のグループにど

のような出来事があり、どのような議論がされたか口頭で全体発表してもらう。

- ・③のアンプロフェッショナルな行為についてのグループディスカッションの後には、無記名のアンケートに答えてもらい、その結果をすぐに全体共有する。
- ・③のディスカッション・全体共有後にスライドを使って医療者の破壊的行動の概念(図1, 2)とアンプロフェッショナル, プロフェッショナリズム・ラプスの概念について伝え(図3, 4), だれでもプロフェッショナリズムから逸脱してしまう可能性があることを理解してもらう。また、隠れたカリキュラムの概念も伝え(図5), 習ったことと行われていることのギャップについて理解してもらう。

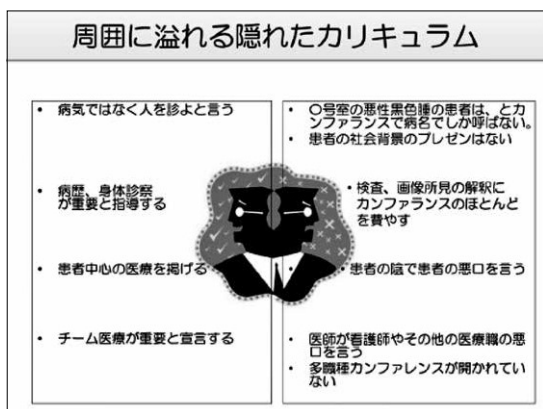


図5

### ■ある年度の学生アンケート結果

クリニカル・クラークシップ中に〇〇〇のアンプロフェッショナルな行為に遭遇したことがあるか

- ・医師 89.4%
- ・研修医 25.4%
- ・看護師 46.9%
- ・他の医学生 63.5%
- ・その他の職員 25.9%

### ■アンプロフェッショナルな行為の記載例（部分的に筆者が手を加えている）

- ・手術中に先生に質問されて間違った答えをしたら死ぬと言われた。
- ・私は何も悪いことをせず立っただけなのにオベ看護師に怒鳴り散らかされた。
- ・オベ看護師が更衣室で医師の悪口を言っていた。
- ・大学病院に紹介されるほど重症でない患者が他院から紹介されたことへのいらだちをその患者にぶつけていた。
- ・看護師の仕事の失敗に対して陰で悪口を言っている医師がいた。
- ・オベ看さんが医師に対してはとても腰の低い態度を取っていたが、何かを手伝おうとしている学生に対しては掌を返したように冷たかった。
- ・認知機能の低下がありなかなか指示に従うことができない患者がトイレに行きたいのかずっと医師や看護師を呼び続けていたが、全員忙しそうで無視していた。その時、医師が「黙って。みんな忙しいから」と怒鳴りつけ、とても衝撃

的だった。

- ・局所麻酔での治療の際に先生同士が揉めて患者さんの意識があるなかで注射器を投げて物に当たるなど軽率な行動をとっていた。
- ・回診で患者さんの部屋を出るたびに患者さんの悪口をみんなで言い合っていた。
- ・先生が全身麻酔で寝ている患者さんを見て、「おばさんがいい歳して」などととても失礼な言葉を笑いながら言っていた。
- ・患者さんは近所の病院に行って大学病院に紹介されただけなのに、先生が患者さんに対し僕の専門分野じゃないから診られない、の一点張りだった。またどうしたらいいか聞かれたら、知らないよ、僕の専門分野じゃないからと突き放していた。

## 6. 評価

参加学生全員分の事前課題の記載を収集して内容を精査した。ほとんどの学生がアンプロフェッショナルな行為に至る原因や状況要因を分析できており、この問題の理解は一定程度得られていると考えたが、正式な授業評価はできていない。

この授業の最終的なアウトカムは、次の2つである。学生がアンプロフェッショナルまたはプロフェッショナリズム・ラプスの行為を取らなくなること。臨床実習の現場でアンプロフェッショナルまたはプロフェッショナリズム・ラプスの行為がなくなること。前者は長期的・大規模な調査が必要であろう。後者は、学生アンケートや学生記述を臨床の現場にフィードバックすることで短期的には一定のアウトカムが得られると考えられる。このことは実施大学の科目責任者に委ねられている。今のところ詳細なフィードバックはされていないようであり、このアウトカムについての授業評価はできていない。

## 7. 対象者からの声・反応・その他

3つの事前課題についてのグループディスカッションを活発に行われた。特に、アンプロフェッショナルな行為についてのディスカッションは活発であった。自分が医師になった時にはこのような行為をしないようにしたいとの感想が、ディス

カッションや事前課題の記載の中に見られた。これは一般的で予想されたものではあるが、学習者のアンプロフェッショナルな行為に関する認知的基盤の習得、アンプロフェッショナルな行為回避への一定のモチベーション向上が得られていることを示唆すると思われた。

#### 8. 成功の秘訣, 注意すべき点 (失敗しないために)

- ・事前課題をしっかりと記載してもらうよう伝えておくこと。
- ・行為の当事者については匿名性を担保しておくこと。
- ・アンプロフェッショナルな行為だけにテーマを絞ると、授業の雰囲気为重苦しくなってしまう、却って学習効果が落ちることを危惧する。プロフェッショナルな出来事と合わせてアンプロフェッショナルなテーマを取り扱うようにするのが良い。
- ・アンプロフェッショナルな行為をあげつらうのではなく、なぜそのような行為が発生するのか、その要因についてしっかりとグループディスカッションすることが重要である。

#### 終わりに

臨床実習中に、学生はアンプロフェッショナルな行動に関わるが増えていくことが報告されている。臨床実習中にアンプロフェッショナルな行為を目撃することを繰り返すうちに、そのような行為が許されるという認識を形成されてしまうと考えられている。これは教えられていることとは違うことが臨床現場でおこなわれ、学生は戸惑い、認知的不協和に陥るためである。臨床実習中のアンプロフェッショナルな行為を学生自身が分

析することで学習環境・職場環境の改善につながるとともに、学生自身がアンプロフェッショナルな行為を身に付けることが回避されるような教育方略を導入すべきである。

#### 文 献

- 1) The disruptive physician. How to manage the consequences of being you. Misner and Monroe Publishing. 2017.
- 2) Disruptive healthcare provider behavior. An evidence-based guide. 1<sup>st</sup> ed. Springer, 2016.
- 3) Levinson W. (宮田靖志・他監訳). 日常診療の中で学ぶプロフェッソナリズム. カイ書林, 2018.
- 4) Tricco AC, et al. Prevention and management of unprofessional behavior among adults in the workplace: A scoping review PLoS One 2018; 13: e0201187.
- 5) Kohn JR, et al. Student-derived solutions to address barriers hindering reports of unprofessional behavior. *Med Educ* 2017; **51**: 708-17.
- 6) Roberts NK, et al. Unprofessional behavior by specialty: A qualitative analysis of six years of student perceptions of medical school faculty. *Med Teach* 2017; **36**: 621-5.
- 7) Dorsey JK, et al. Feedback Matters: The impact of an intervention by the dean on unprofessional faculty at one medical school. *Acad Med* 2014; **89**: 1032-7.
- 8) Mak-van der Vossen M, et al. How to identify, address and report students' unprofessional behaviour in medical school. *Med Teach* 2020; **42**: 372-9.
- 9) Reynolds NT. Disruptive Physician Behavior: Use and Misuse of the Label. *Journal of Medical Regulation* 2012; **98**: 8-19.
- 10) Reddy ST, et al. Third-Year Medical Students' Participation in and Perceptions of Unprofessional Behaviors. *Acad Med* 2007; **82**: S35-7.

医学教育 2021, 52(5): 427~431

部会報告：第 21 期プロフェッショナリズム部会  
プロフェッショナリズム教育方略 連載第 12 回

## 12. ソーシャルメディアの使い方と医療プロフェッショナリズム

孫 大輔<sup>\*1,2</sup>

要旨：

ソーシャルメディア（SNS を含む）は、今や医療プロフェッショナリズムにおいても無視できない存在となっており、その新しい領域は「オンラインプロフェッショナリズム」や「e プロフェッショナリズム」などと呼ばれている。オンラインプロフェッショナリズムに関しては、米国内科学会など各国の専門職団体がステートメントを出しているが、我が国ではあまり議論が進んでいない。医師によるソーシャルメディアの利用に関しては、ソーシャルメディアのプロフェッショナルな使い方、医師としてのアイデンティティとプロフェッショナルなイメージの管理、患者との適切な電子的コミュニケーションなどが課題となる。ソーシャルメディアを適切に利用すれば、医療専門職の知識共有と協同的学習を促進し、集合的知性の形成に寄与することができる。

キーワード：ソーシャルメディア、SNS、オンラインプロフェッショナリズム、e プロフェッショナリズム

### 12. Social Media Usage and Medical Professionalism

Daisuke SON<sup>\*1,2</sup>

Abstract:

Social media (including social networking service) is now a presence in medical professionalism that cannot be ignored, and this new area is called "online professionalism" or "e-professionalism". Professional organizations in various countries, such as the American College of Physicians, have issued statements on online professionalism, but the debate has not progressed much in Japan. Regarding the use of social media by physicians, challenges include professional use of social media, management of one's identity and professional image as a physician, and appropriate electronic communication with patients. Appropriate use of social media can promote knowledge sharing and collaborative learning among medical professionals and contribute to the formation of collective intelligence.

Keywords: social media, social networking service, online professionalism, e-professionalism

## 12-1 オンラインプロフェッショナリズムをどう教えるか

### How to Teach Online Professionalism

Daisuke SON<sup>\*1,2</sup>

#### 1. はじめに

この 10 数年で、世界はソーシャルメディアの

急激な成長を目の当たりにしてきた。例えば、筆者が Twitter を初めて知ったのは 2008 年頃であったが、当初は何の役に立つのか全く分からな

\*1 鳥取大学医学部地域医療学講座, Department of Community-based Family Medicine, Faculty of Medicine, Tottori University

\*2 日野病院総合診療科, Department of General Medicine, Hino Hospital

受付：2021 年 9 月 9 日, 受理：2021 年 9 月 17 日

かった。今ではFacebookをはじめ、さまざまなソーシャルメディアを活用している。Facebookは2004年にハーバード大学で始まり、今や全世界の利用者は29億人(2021年8月現在)であり、世界人口の3人に1人以上が利用している。ソーシャルメディアには、Facebook, Instagram, Twitter, YouTube, LinkedIn, LINEなどのプラットフォームが含まれる。ソーシャルメディアの中でも、オンラインコミュニケーションを中心とした会員制サービスをSNS(ソーシャルネットワーキングサービス)と呼び分ける場合も多いが、本稿ではまとめて「ソーシャルメディア」という用語を用いる。

ソーシャルメディアは、今では私たちの公私にわたる生活において大きな影響力を及ぼしており、医療プロフェッショナリズムの理解においても無視できない存在となっている。医療従事者の活動において、ソーシャルメディアは知識の共同作業、交換、共有、創造をサポートする、人をベースとした知識共有・学習・社会的交流のツールであり、集合的知性を形成することができる。しかしながら、不適切に利用すれば、ソーシャルメディアは医療プロフェッショナリズムの欠如をもたらす可能性がある。

医療プロフェッショナリズムとソーシャルメディアの融合は「オンラインプロフェッショナリズム」や「eプロフェッショナリズム」、「デジタルプロフェッショナリズム」などと呼ばれている<sup>1)</sup>。伝統的なプロフェッショナリズムの原則が、ソーシャルメディアのオンライン空間に適用されるかどうかはまだ不明瞭であり、今後さらなる専門家間や世代間での対話の促進が必要と考えられる。

## 2. プロフェッショナリズム要素の何を涵養するのか

インターネットやソーシャルメディアは、専門家と一般市民間の交流の仕方を変えたと言える。ソーシャルメディアの発達により、専門家の発言や行動は、直接的に市民から見やすくなった。これは大きな利点をもたらす場合もあり、またリスクをはらむ場合もある。

2010年のハイチでの震災支援に入った医師や他の医療専門職らが、Facebookに投稿した写真は大きな問題となった。手術室で意識不明の患者を撮影した写真や、患者や棺の前でアルコールを飲み、笑いながら親指を立ててポーズをとったりしている写真を投稿していたのである<sup>2)</sup>。また、2011年にはアメリカの看護学生が、トレーに入った胎盤とともに笑顔で撮った写真をFacebookに投稿し問題となった。その後、関わった4人の学生は退学となったが、1人の学生が、写真の投稿は教員に許可を得ていたこと、匿名のドナーから提供された胎盤を用いた授業でのことで匿名性を侵害してはいないとして、復学を訴え裁判所に書状を出し、それが認められた<sup>3)</sup>。

これらのニュースから学べることは、オンライン上の医療従事者の振る舞いに関しては、従来のプロフェッショナリズムの考え方以上に注意すべき事柄が存在するということである。ソーシャルメディアで発信した情報は短時間に多くの人々に拡散される可能性があるということと、それが半永久的にオンライン上に残ってしまうという性質を持つからである。したがって、ソーシャルメディアの使い方に関するポリシーやガイドラインを、専門職団体や大学が自ら作成する必要がある。

また、立場の違いや世代間における認識の違いも大きい。その過程において、教員、学生、関係者団体などが対話をしながらポリシーを策定していくことが望ましい。2015年のオンラインプロフェッショナリズムに関する統合的レビューでは、6つの論文から、具体的にどのような行動が「不適切である」とみなされたかについてまとめられている(表1)<sup>1)</sup>。しかし、カテゴリに関しては論文間での不一致もあり、合意形成の難しさが伺われる。

2013年に米国内科学会(ACP)は、「Online Medical Professionalism」というポジションペーパーを出し、医師のオンラインプロフェッショナリズムに関して、以下4つのステートメントを発表した<sup>4)</sup>。概要を紹介すると、(1)医師はオンラインコミュニケーションにおいて、関係性の維持、秘密保持、プライバシー、人の尊重に関する倫理原則を一貫して適用すること、(2)医師は専

表1 オンラインプロフェッショナルリズムに関して不適切な行動とみなされた例(文献1より著者作成)

	例
非常に不適切とみなされた行動	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 患者のプライバシー侵害</li> <li>• 患者についての否定的なコメント</li> <li>• 性的あるいは性的なことを示唆する内容</li> <li>• 差別的／冒瀆的な表現</li> <li>• 教職員や同僚、所属機関に対する否定的なコメント</li> <li>• 酩酊状態の描写</li> </ul>
ある程度不適切とみなされた行動	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 飲酒している写真</li> <li>• 喫煙している写真</li> <li>• 匿名化された患者診療に関する記述</li> </ul>
やや不適切とみなされた行動	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 水着姿の写真</li> <li>• パーティをしている写真</li> <li>• 医学校に対するコメント</li> </ul>

門領域と社会領域の2つの領域を分けて考え、両方においてプロフェッショナルな振る舞いをする

こと、(3) 患者との電子的コミュニケーションは、患者の同意を得た上でのみ使用すること、(4) 医師は、オンラインソースで得られる自分の情報の正確さを評価するために、定期的に「自己監査」を行うこと、である。

医師によるソーシャルメディアの利用に関しては、ソーシャルメディアをプロフェッショナルに利用できているか、医師としてのアイデンティティとプロフェッショナルなイメージを管理できているか、患者との電子的コミュニケーションを適切に行えるか、などが課題になる<sup>5)</sup>。

ソーシャルメディアのプロフェッショナルな利用の仕方については、以下のようなことを理解することが重要である。まず、投稿された内容はすべて公開され、永続的にオンライン上に残るとい

うオンライン情報の性質である。これは「デジタルタトゥー」とも呼ばれており、一度拡散されてしまったオンライン上の情報は、元の情報を削除しても半永久的に残り続ける。また、患者の同意がない限り、個人を特定できる可能性のある内容を投稿しないことも重要である。そして、医療従事者のオンライン上での行動は、職場での行動基準を反映することが推奨される。病院のエレベーター内などで患者に関することを話すべきでないという規範は、オンライン上でも同様である。

医師としてのアイデンティティとプロフェッ

ショナルなイメージの管理については、オンライン上で自分の存在を確認する「電子的な自己監査」、いわゆるエゴサーチを定期的に行うことが推奨される。読者は、自分の名前をGoogleで検索したことがあるだろうか。これは、自分のオンライン上での客観的な存在と評価の確認という意味では、むしろ誰もがやるべき行為である、とACPのステートメントでも述べられている<sup>6)</sup>。個人と専門職としてのイメージの線引きに関しては、個人用(プライベート)と仕事用(パブリック)のアカウントを使い分けることも一つの方法である。また、オンライン上にプロフェッショナルな経歴専用のページを作成することも有用である。例えばFacebookでは個人ページとは別に、「Facebookページ」という公式ページを作成することができる(個人アカウントと同じ名前で作成することも可能である)。

患者との電子的コミュニケーションに関しては多くの課題をはらんでいる。患者が医師と仕事上だけでなく私生活の情報も含めて過剰に繋がることで、患者と医師の治療関係における境界線が侵害される可能性があるからである。したがって、一般的には第三者のプラットフォーム(Twitter, Facebookなど)を介した患者とのコミュニケーションは避けたほうが良い。患者とのコミュニケーションは、安全なメッセージングサービスを利用するか、利用できないときは、電子メールを使用することに関して同意を得た上で利用すべき



である。

上記では主に、医療従事者がソーシャルメディアを利用する上での「落とし穴」について述べてきたが、ソーシャルメディアは適切に利用すれば利点も多く、医学教育にも恩恵をもたらす。ある医学部におけるパイロット研究では、ソーシャルメディアを学生と一緒に使うことで学習の機会を増やし、教室外でのリアルタイムのコミュニケーションを可能にし、学生が専門職とつながり、共同作業の機会を増やし、創造性を高め、学生が問題解決や共同作業のためのスキルセットを学ぶのに役立つことが分かった<sup>7)</sup>。また、医学教育におけるソーシャルメディアを利用した介入についてのシステマティックレビューでは、知識、共感、省察的な文章が改善されることに加えて、学習者の関与、フィードバック、協働、プロフェッショナルとしての発達の強化などが認められた<sup>8)</sup>。

### 3. 授業例

オンラインプロフェッショナリズムを教育する場合、さまざまな方法が考えられる。ここでは一例として、基本的なオンラインプロフェッショナリズムに関する講義の後に、いくつかの「問い」を提示し、学生同士のディスカッションを通じて、ソーシャルメディアの適切な利用について省察的に学ぶような授業を紹介する。

**目的：**医療専門職としてソーシャルメディアをどのように利用すべきか（オンラインプロフェッショナリズム）について省察的に学習し、自らの実践に役立てる。

**対象者：**医学部医学科1～4年生（必修授業）  
（ある程度早い時期のほうが良いと思われる）

**実施時期：**プロフェッショナリズムが高まりやすい時期（入学・進級直後、白衣式の前後、臨床実習に入る前など）

**実施場所：**大教室

**必要教材：**PC、プロジェクター、配布資料

**具体的方法**（90分授業で行う場合）：

- ① 講義（40分）：「オンラインプロフェッショナリズム」に関する基本的講義（プロフェッショナリズムとは、ソーシャルメディアの具体例、オンラインプロフェッ

ショナリズムについて、海外などの事例、ACPのステートメントなど）

- ② 「問い」の提示とグループディスカッション（20分）：さまざまな「問い」についてグループごとに考えてもらう。グループは3～4人ずつ。

「問い」の例：

- ふだん、どんなソーシャルメディアを利用しているか？利用していて、どんなことに気をつけているか？
- 個人のアカウントと公的な（仕事上の）アカウントを使い分けることについて、どう考えるか？
- これまで医師や医療従事者のソーシャルメディア上の投稿で、プロフェッショナルとして不適切だと感じたようなものはあったか？逆に、適切であり社会に有益な内容だと感じたものはどのようなものか？
- 自分の名前をGoogleなど検索エンジンで検索したことがあるか？その結果に満足しているか？「エゴサーチ」することについてどう思うか？

- ③ 全体共有（10分）：いくつかのグループに話し合った内容を共有してもらう
- ④ 全体ディスカッション（10分）：学生が話し合った内容のいくつかを取り上げ、講師が自らの意見を述べつつも、全体にさらに問いを投げかけ、考えさせる。学生からさらなる発言を募り、全体でディスカッションする。
- ⑤ まとめ（10分）：グループごとに「私たちのオンラインプロフェッショナリズム」のような提言を作成してもらう。あるいは個人ごとに今回の講義で考えたことを振り返り、文章化してもらう。

**評価：**

一般的な講義とグループディスカッションによる授業を行った場合は、授業後にレポートを課し、ルーブリック評価することで成績評価できる。また、グループごとに「私たちのオンラインプロフェッショナリズム」の提言作成をさせた場合は、それも評価に加味することも可能である。

## 学習者からの声・反応：

学生はふだんソーシャルメディアを頻繁に利用しており、「デジタルネイティブ」の世代も増えてきている。しかし、医療専門職になったときのソーシャルメディアの使い方については、初めて学んだり考えたりしたという感想が多く認められた。FacebookやInstagramといったソーシャルメディアは、若い世代にとっては身近なツールであり、授業のテーマとしては話しやすいという親近性が感じられたようである。

## 注意すべき点：

最初から「このようなオンライン上の振る舞いをしないように」というアンプロフェッショナルな行動の制限を前面に出した教育をしてしまうと、学習者が本音を語らなくなってしまう可能性や、hidden curriculumを学ぶ可能性がある。時代とともに考え方が変遷することや、世代間で価値観が異なる場合があることを十分に伝えつつ、異なる立場の人が共にコンセンサスを作っていくことの重要性を伝えるようにしたい。

## 文 献

- 1) Chretien KC, Tuck MG. Online professionalism: A synthetic review. *Int Rev Psychiatry* 2015; **27**: 106-17.
- 2) Greysen SR, Kind T, Chretien KC. Online professionalism and the mirror of social media. *J Gen Intern Med* 2010; **25**: 1227-9.
- 3) 中山和弘. 基礎教育で教えなければならない情報リテラシー. *看護教育* 2013; **54**: 550-9.
- 4) Farnan JM, Snyder Sulmasy L, Worster BK, et al. Online medical professionalism: Patient and public relationships: Policy statement from the American College of Physicians and the Federation of State Medical Boards. *Ann Intern Med* 2013; **158**: 620-7.
- 5) Mostaghimi A, Crotty BH. Professionalism in the digital age. *Ann Intern Med* 2011; **154**: 560-2.
- 6) Mansfield SJ, Morrison SG, Stephens HO, et al. Social media and the medical profession. *Med J Aust* 2011; **194**: 642-4.
- 7) George DR, Dellasega C. Use of social media in graduate-level medical humanities education: Two pilot studies from Penn State College of Medicine. *Med Teach* 2011; **33**: e429-34.
- 8) Cheston CC, Flickinger TE, Chisolm MS. Social media use in medical education: A systematic review. *Acad Med* 2013; **88**: 893-901.

医学教育 2021, 52(5): 433~437

部会報告：第 21 期プロフェッショナリズム部会  
プロフェッショナリズム教育方略 連載第 12 回

## 12-2 地域医療実習にソーシャルメディアを活用する： プロフェッショナリズム教育への示唆

近藤 諭\*<sup>1</sup>

キーワード：ソーシャルメディア (Social Media, SoMe), インスタント・メッセージャー (Instant Messenger), シェアードーIT, 地域医療実習, プロフェッショナリズム

### Application of Social Media to Community Medicine Clerkship: Implications for Professionalism Education

Satoshi KONDO\*<sup>1</sup>

#### はじめに

ソーシャルメディア (Social Media: 以下, SoMe) は, Web を通じて双方向コミュニケーションができるメディアである<sup>1)</sup>. SoMe は, ソーシャル・ネットワーキング・サービス (Social Networking Service: 以下, SNS) や, インスタント・メッセージャー (Instant Messenger: 以下, IM) などを含む. SoMe の医学教育における利用は, COVID-19 のパンデミック下で, まますます重要となる<sup>2)</sup>.

SoMe は, 時間的・距離的にアクセスが難しい学習者に機会を提供できる<sup>3)</sup>手段であり, 学習者の能動的参加や学習者間・教育者からのフィードバックが促進される<sup>3)</sup>. これは, 地域医療実習における自己調整学習や共調整学習に有用となる可能性がある.

筆者は, 三重大学で 2019 年まで総合診療・家庭医療学の臨床実習を担当していた. 同大学退職後, 東京大学大学院の医学教育学部門の博士課程

で医学教育学を学んでいる. 三重大学在職時に経験した地域医療実習における SoMe の導入・運用を報告する.

#### ・三重大学医学部における総合診療・家庭医療学の地域医療実習の課題

三重大学では, 医学部 4-5 年生を対象に地域の小病院・診療所での 4 週間の地域医療実習 (図 1) を実施している. 実習を行う医療機関は, 大学病院から 50km 以上離れ移動に 2 時間以上かかる研修先が含まれている. 遠方の医療機関で実習を効果的に行うために, ラーニングマネジメントシステム (Learning Management System: 以下, LMS) を用いていたが, これは教員から医学生・指導医への一方向のコミュニケーションが主であり, 筆者は医学生・指導医・教員の三方の双方向性コミュニケーションの不足を感じていた. 例えば, 医学生の感じる課題や実習先での障壁は, 中間振り返り (第 2 週)・最終振り返り (第 4 週) まで明らかにならず, 教員が支援し解決できる期

\*<sup>1</sup> 東京大学大学院医学系研究科医学教育国際研究センター医学教育学部門, Department of Medical Education Studies, International Research Center for Medical Education, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo  
受付: 2021 年 9 月 10 日, 受理: 2021 年 9 月 14 日

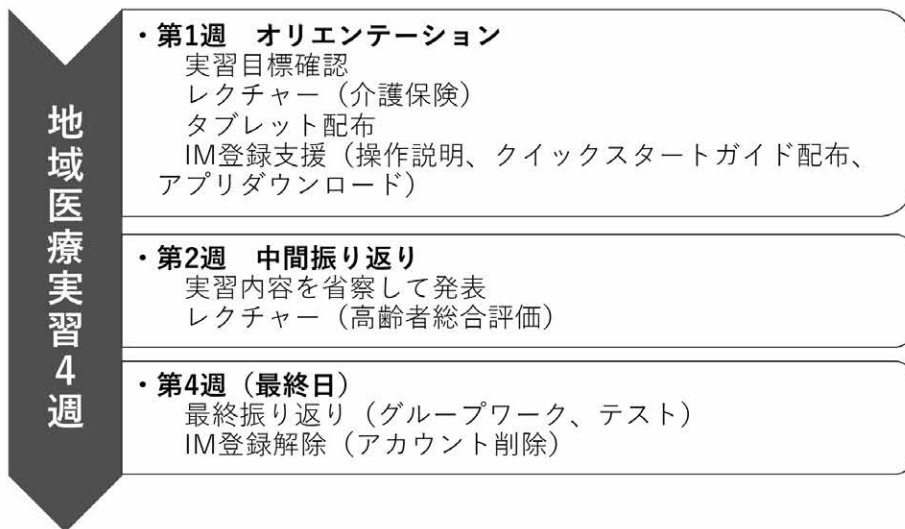


図1 三重大学医学部における総合診療・家庭医療学の地域医療実習（筆者在職時）

間は限られていた。これは、メールや電話を通じて指導医や教員へ相談することが、医学生にとって高い心理的ハードルとなったためであった。この医学生と教育者間のコミュニケーションの困難は、2014年から三重大学で開始された医学部6年生による4カ月の長期間統合型臨床実習（Longitudinal Integrated Clerkship：以下、LIC）<sup>4)</sup>においてより明確となった。LIC参加学生は、同級生との支援や同級生の学習を参考にする機会の不足を感じ<sup>5)</sup>、大学の教員と同様に学習者間の双方向性コミュニケーションの不足を感じていた。

#### ・三重大学医学部における総合診療・家庭医療学の地域医療実習

前述のような背景のもと、医学生・指導医・教員の三者が自由にコミュニケーションをとることができるSoMeとして、LINEWORKS<sup>6)</sup>を2017年より導入した。

LINEWORKSは、ビジネス版LINEのため、ユーザーインターフェース（User Interface：以下、UI）がLINEとほぼ同様である。LINEは、スマートフォン・ケータイ所有者の約80%が利用している<sup>7)</sup>。LINEWORKSは、操作方法や画面などのUIは通常のLINEとほぼ変わらないものの、ビジネス版としてカレンダー、フォルダ、ク

ラウド、アンケートなどのグループウェアとしての機能や、プライバシー・セキュリティを高める機能を持つ。例えば、ユーザーの参加許可などの参加者管理や、利用内容モニタリング・遠隔制御下のデータ削除がある。

#### ・プロフェッショナリズムのどの要素を涵養するのか

LINEWORKSの導入により、医学生・指導医・教員の三者のコミュニケーションを向上させ、地域で安全かつ効果的な臨床実習を行うことを、本取り組みの目的とした。この三者のコミュニケーション向上は、医学生の正統的周辺参加の促進や、医学生の省察を通じた医学生のプロフェッショナル・アイデンティティ・フォーメーション（Professional Identity Formation：以下、PIF）<sup>8)</sup>の向上に役立つ<sup>9)</sup>可能性がある。例えば、遠方にいる医学生が強い心理的・身体的負荷を体験した場合や、アンプロフェッショナルな行動を起こした場合であっても、指導医・教員はIMを通じ省察を支援できる。

一方、SoMeの利用は、プロフェッショナルとしての守秘義務への危険などの課題を持ち<sup>2,3)</sup>、ハラスメントの問題を伴う。本取り組みで導入したLINEWORKSの場合、参加者の限定や内容の

モニタリング、遠隔操作によるデータ削除などの機能を通じて、守秘義務やハラスメントのリスクを低減できる。

また、教育カリキュラムで公式 SoMe を導入することは、指導医や教員によるシャドーIT という hidden curriculum の抑制にも役立つと考えた。シャドーIT は、組織の許可のないアプリケーション（以下、アプリ）などの利用を意味する。地域医療実習中の医学生は、大学メールアドレスの利用が困難となり、個人利用デバイスのコンシューマー版 LINE や、個人アカウントのメールを用いた指導医とのコミュニケーションを余儀なくされることがある。カリキュラム内で指導医とのシャドーIT を経験した場合、医学生はシャドーIT への危機感を喪失するかもしれない。しかし、本取り組みのように守秘義務やプライバシーなどに配慮した専用のアプリ導入によって、シャドーIT についての hidden curriculum を避けつつ効果的な地域医療実習が可能となると考えた。

### 教育の具体的内容

1. 対象者：第4-5学年の総合診療科・家庭医療学の地域医療実習を受けた医学生、第6学年の総合診療科・家庭医療学の LIC を選択した学生が LINEWORKS のアカウントを作成・使用する。第4-5学年の医学生は、1カ月ごとに1学年あたり10名が実習し、各施設1-2名に分かれ実習を行う。時期により、最大2学年20名が実習を行う。また、地域医療実習の実習先指導医および大学教員（教授・クリニカル・クラークシップ・ディレクター）、大学事務職員（実習支援担当）が、アカウントを作成・使用する。

2. 実施時期：2017年から現在

3. 実施場所：オンライン

4. 準備物：

医学生および教員・指導医に貸与するタブレット (iPad)、アプリ (App Store などのアプリストアから LINEWORKS をダウンロード)、クイックスタートガイド (アプリ操作やログインを概説)

オリエンテーション時に、クイックスタートガイド配布のうえ、医学生のアプリインストール及びログインを支援する。コンシューマー版のアプリと UI が同様であり、説明はほぼ不要である。ただし、コンシューマー版アプリの使用経験がない医学生や指導医の場合、初回の操作支援が必要である。

### 5. 具体的方法：

・医学生・教員間のコミュニケーション

医学生→医学生・教員 実習中の要望や疑問を教員へ連絡、宿泊施設や食事内容の共有など

医学生→教員 体調不良・非常時の連絡（交通事故・針刺し事故等）・指導医や多職種のアンプロフェッショナルな行動の目撃

教員→医学生 スケジュール・課題のリマインド、医学生同士の実習環境の共有のきっかけを提示、コミュニケーションを通じた実習促進、大雨・土砂崩れなど災害の可能性がある場合の実習に関する個別連絡

・診療所・病院指導医と医学生間のコミュニケーション

医学生→指導医 医学生が実施したグラム染色所見を外来診療中の指導医にトーク機能で共有し相談<sup>10)</sup>

指導医→医学生 ER へ急患受診情報提示による問診・診察機会の提供、勉強会情報提示

・医学生・大学教員・指導医間のコミュニケーション

医学生のアンプロフェッショナルな行動の報告と相談

テレビ電話による共同の振り返り実施

非常時の連絡（交通事故・針刺し事故等）

### 6. 評価：

2018年1月1日-7月22日に、LINEWORKS を通じたトーク（メッセージ）1,648回、音声通話20回、ビデオ通話2回、スタンプ101回、掲示板投稿22回の医学生・指導医・教員間のコミュニケーションが行われた<sup>11)</sup>。

## 7. 対象者からの声・反応・その他：

実習終了時に授業改善のため、医学生から使用感や感想を聴取した。PCメールと比較しアクセスが容易、指導医の確認が既読マークにより可視化される安心感が聴取された。また、他学生の実習内容をグループへのメッセージを通じて知り、実習のモチベーションが向上したという報告があった。課題として、グループトークの上限は15名程度であること、地位の高い教員の存在が気軽な投稿の妨げとなることが聴取された。一方、教員による親しみやすい投稿によりトーク投稿の閾値が下がったという報告もあった。ビジネス版アプリ導入の意義を説明する必要があるとの指摘をうけた。

筆者は、学生・指導医・教員間の連絡回数の増加に加えて、新たな機能が運用途上に実装され高機能なアプリへ変化することを体感した。例えば、クラウド・カレンダー・スケジュール調整・アンケートなどの実習に有用な新機能が実装された。

本取り組みを通じ、医学生と指導医のアンプロフェッショナルな行動と背景を把握し、実習終了まで継続的な支援が可能であった。例えば、指導医に連絡なく医学生が実習に参加しなかった際、筆者は休憩時間などのわずかな時間を利用し、トークと電話機能を通じて背景を把握、再発予防策を医学生とともに立案できた。その後、医学生の自信喪失や罪責感からの立ち直りをトークで継続的に支援できた。

## 8. 成功の秘訣、注意すべき点（失敗しないために）：

本取り組みの導入時点での最大の課題は、SoMeのセキュリティの担保のためのベンダー等との守秘契約締結であった。クラウド利用による大学外サーバのデータ保管などの点から、守秘義務違反を来さないような開発・運用方法の検討と、情報セキュリティ部門等との連携が必要であった。最終的に、SoMeを提供するベンダー等と守秘契約締結後に、アプリ導入が可能となった。

導入後、運用の容易さと有効性に関わる最も重要な要素は、普及したSoMeとのUIの同一性で

あった。UIの同一性によって、利用時の医学生・教育者の負担が最小限となった。また、本アプリはビジネス領域で普及しつつあり、セキュリティ機能をはじめとする新機能実装と、スムーズなOSアップデートがなされていた。

運用時に注意すべき点は、コンシューマー版SoMeの普及率の高さによるシャドーITの存在を想定することである。セキュリティの高さや、新たなアプリへの移行によるユーザビリティの低下によって、ビジネス版への移行が妨げられる可能性があり、アンプロフェッショナルな行動やシャドーITを惹起しうる。医学生から指摘されたように、ビジネス版SoMeの導入意義を医学生や指導医に十分共有する必要がある。アプリ仕様の把握・学習目標を踏まえた適切な設定が安全な運用に必要である。加えて、地域医療実習を通じたSoMe利用に先行して、シャドーITを含めたSoMeについてプロフェッショナリズム教育の実施も重要である。

カリキュラムの目的に合致したSoMe導入を成功させるために、各大学のITを用いた教育システムの把握と維持費低減が重要である。教育システムの把握は、他部門導入済のアプリやLMSとの機能重複を避けるため必須である。また、維持費低減のため、アカウント数の適切な見積もりと機能の取舍選択が求められる。LINEWORKSの場合、アカウント数と選択した機能に応じた定額料金が必要であった。

各大学での導入目的・環境と確保できる維持費を考慮した上でSoMeを選定する必要がある。必ずしもLINEWORKSが最適とは限らないことに注意が必要である。

## 9. その他：

監査不能のコミュニケーションによるハラスメント予防と、アカウント数による費用負担増大を避けるために、実習後医学生のアカウントを削除している。

これにより、医学生のロールモデルとなった指導医との接点を失うことが、本取り組みの課題である。筆者は、大学在学中の継続した同一SoMe利用が望ましいと考えている。



## おわりに

本取り組みの背景となる地域医療実習は、集団での実習から、地域の小病院・診療所における単独～少数での実習に変化し、医学生の帰属する実践共同体の性質は大きく変化する。つまり、集団で医学生同士による共調整学習が行われる実践共同体に属していた医学生が、単独～少数で実習先の指導医や多職種が形成する実践共同体に参加することになる。このような学習コンテキストの変化への暴露は、受動的な学習スタイルからの変化を促し、自己調整学習力を促進する可能性がある<sup>12)</sup>。医学生と指導医間の SoMe によるコミュニケーションは新たな実践共同体への参加を促すことに役立ち、分散し切り離された医学生同士のコミュニケーションの維持による外的な調整を可能にすることで、自己調整学習の発達段階<sup>13)</sup>や PIF の発展に応じた支援が可能であるように思われる。

## 文 献

- 1) 総務省. 平成 27 年版情報通信白書 ソーシャルメディアの普及がもたらす変化. 2015, URL: <https://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/h27/html/nc242000.html> (accessed 10 September, 2021)
- 2) Guckian J, Utukuri M, Asif A, et al. Social media in undergraduate medical education: A systematic review. *Med Educ* 2021; **00**: 1-15.
- 3) Cheston CC, Flickinger TE, Chisolm MS. Social Media Use in Medical Education. *Acad Med* 2013; **88**: 893-901.
- 4) 高村昭輝. 長期臨床実習 (LIC) が地域医療教育を変える. 2014, URL: [https://www.igaku-shoin.co.jp/paper/archive/y2014/PA03075\\_02](https://www.igaku-shoin.co.jp/paper/archive/y2014/PA03075_02) (accessed 10 September, 2021)
- 5) Takamura A, Ie K, Takemura Y. Overcoming challenges in primary care education: a trial of a longitudinal integrated clerkship in a rural community hospital setting in Japan. *Educ Prim Care* 2015; **26**: 122-6.
- 6) ワークスモバイルジャパン株式会社. LINE とつながる唯一のビジネスチャット - LINE WORKS. URL: <https://line.worksmobile.com/jp/> (accessed 10 September, 2021)
- 7) モバイル社会研究所. LINE 利用率 8 割超え : 10 ~ 30 代は 9 割が利用. 2021, URL: [https://www.moba-ken.jp/project/others/sns\\_index.html](https://www.moba-ken.jp/project/others/sns_index.html) (accessed 10 September, 2021)
- 8) Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, Snell L, Steinert Y. Reframing Medical Education to Support Professional Identity Formation. *Acad Med* 2014; **89**: 1446-51.
- 9) 宮田靖志. 3. プロフェッショナルリズム教育の 10 の視点. *医学教育* 2015; **46**: 126-32.
- 10) ワークスモバイルジャパン株式会社. 【導入事例】三重大学医学部 - LINE WORKS. URL: <https://line.worksmobile.com/jp/cases/mie-university-medical/> (accessed 10 September, 2021)
- 11) 近藤諭, 竹村洋典. ビジネス用インスタントメッセージャー・SNS は、4 週以上の地域基盤型実習で学生・指導医をどう助けるか? How do Instant Messenger and SNS for business help medical student and supervisors in CBME? *医学教育* 2018 Jul; **49**(Suppl.): 218.
- 12) 松山泰. 医学部教育における自己調整学習力の育成. 福村出版, 東京, 2021. p.59-66.
- 13) Zimmerman BJ. Attaining self-regulation: A social cognitive perspective. In: Boekaerts M, Pintrich PR, Zeidner M, editors. *Handbook of Self-Regulation*. 2005, Academic Press, p.13-39.

医学教育 2022, 53(1): 89~94

部会報告：第 21 期プロフェッショナリズム部会  
プロフェッショナリズム教育方略 連載第 13 回

## 13. シネメデューケーションとプロフェッショナリズム教育

孫 大輔\*

**要旨：**

映画とは、文学や音楽、絵画、演劇と並ぶ芸術的営為の一つである。映画を芸術の一つとして捉えるならば、映画は社会の新しい見方を提示するだけでなく、共通の経験の感覚を新しく創造し直す手段として捉えることができる。映画を医学教育に活かす手法であるシネメデューケーション (cinemeducation) は、人間形成機能、すなわち批判的思考や主体性形成を促す作用を持つと同時に、プロフェッショナリズムの涵養にも役立つ。例えば、利他主義、エンパシー (共感)、倫理的推論能力などの教育である。シネメデューケーションの具体的方法として、映画全体または映画のクリップを使用し、小グループの議論を促進する。教育目標に合わせた「問い」を学習者に投げかける。また、ロールプレイやレクチャー、診療・治療計画について考えさせるといった内容を組み合わせる。シネメデューケーションの課題として、どのような映画を選ぶか、映画全体を見せるか一部を見せるか、どの部分を選ぶかといった教材選択の問題とともに、学習者のレディネスや学習進度に合わせた授業内容を設計できるかという授業デザインの問題がある。

キーワード：映画、シネメデューケーション、プロフェッショナリズム、エンパシー

### Cinemeducation and Medical Professionalism Education

Daisuke SON\*

**Abstract:**

Movie is an artistic activity along with literature, music, painting, and theater. If we consider movie as an art form, we can see it not only as a means of presenting a new way of looking at society, but also as a means of recreating a new sense of common experience. Cinemeducation, the use of film in medical education, has a human development function, i.e., it promotes critical thinking and formation of autonomy, and at the same time, it helps to foster professionalism. For example, it teaches altruism, empathy, and ethical reasoning skills. Specific methods of cinemeducation include the use of whole-length films or movie clips to facilitate small group discussions, asking the learners questions that match the educational objectives, and the combination of role-play, lectures and thinking about medical management or treatment plans. One of the challenges of cinemeducation is the selection of teaching materials, such as what kind of movie to choose, whether to show the whole-length films or just a part of it, and which part to choose, as well as the design of the class content to match the learners' readiness and progress.

**Keywords:** movies, cinemeducation, medical professionalism, empathy

---

\* 鳥取大学医学部地域医療学講座。

Department of Community-based Family Medicine, Faculty of Medicine, Tottori University

受付：2022年2月2日、受理：2022年2月2日



部会報告：第21期プロフェッショナルリズム部会  
プロフェッショナルリズム教育方略 連載第13回

## 13-1 映画を使ったプロフェッショナルリズム教育

### Using Movies to Teach Medical Professionalism

孫 大輔\*

#### 1. はじめに：総合芸術としての映画

映画とは、文学や音楽、絵画、演劇と並ぶ芸術的営為の一つである。映画文化に関して、A. バザン (Andre Bazin) は、「それ (映画) は一つの生活様式、一つの道徳観が染みわたった表現であり、一つの政治体制や一つの文明の価値観のいとも巧みな確証なのである」と述べている<sup>1)</sup>。浅沼圭司は、映画には芸術的要素以外にも、機械技術・企業・娯楽などの要素が存在することから、映画とは「多様な側面をあわせもった有機的統一体」であり、雑多な要素を含む総体こそが「生きた具体的な映画」であると述べている<sup>2)</sup>。また、

R. ウィリアムズ (Raymond Williams) は、芸術をコミュニケーションの一つとして捉えることで、「芸術と日常の経験とを対照的なものと見る考え」を批判している<sup>3)</sup>。すなわち、ウィリアムズは「多くの社会では、その社会に共通な意味と呼んでよいものを具体的な形に表わすということは、芸術の働きであった」と論じており、彼によれば「新しい見方」だけではなく、「共通の経験の感覚を新しく創造し直す手段」として、映画という芸術を考えることができる。

ここで、映画の芸術的表現の理解のため、黒澤明監督の名作『生きる』(1952年)の一場面を見てみたい (Box.1)。主人公の渡辺勘治が、医師に

#### Box.1 映画『生きる』より告知場面のスクリプト

〈カット①〉コートを手を抱え、暗い表情で診察室へ入る渡辺。レントゲンを見ていた医師は机に移動しながら患者の方を見る。  
 〈カット②〉医師の顔を、思いつめたような目で凝視している渡辺。  
 〈カット③〉やや気圧された医師は、気をとりなおして椅子を勧める。  
 医師「どうぞ」  
 医師に促され、足取り重く荷物置きにコートを置こうとしたとき医師が背中から話しかける。  
 医師「えーっと、軽い胃潰瘍ですな」  
 〈カット④〉渡辺の足元にコートが落ちる。  
 〈カット⑤〉渡辺は目を見開き、ごくりと唾を飲む。渡辺の肩越しに様子を伺うようにこちらを見る医師。渡辺はふりかえり、席につく。  
 〈カット⑥〉机をはさんで左右に医師と渡辺が座っている。机の向こう側に座る看護師が二人の間に見える。  
 渡辺「正直に、本当のことをおっしゃってください。胃痛だとおっしゃってください」  
 医師は食い入るよう見つめる患者の視線に耐え切れず、ときおり視線をそらしたり、目を下に向けながら話す。  
 医師「いや、今申し上げたように、軽い胃潰瘍ですから」  
 渡辺はうなだれ、しばらく下を向く。医師は看護師と目を合わせる。  
 〈カット⑦〉看護師が立ち上がり渡辺を気遣うように、落としたコートを拾い上げて棚に置く。  
 〈カット⑧〉再び席につく看護師。渡辺は再度ゆっくりと顔をあげ、振り絞るような声で医師に語りかける。  
 渡辺「手術は……手術も不可能なんですか？」  
 医師は冷静を装いながら、淡々と説明を続ける。  
 医師「もちろん、手術の必要はありません。内科的に治ります」  
 再びうなだれる渡辺。

表1 シネメデューケーション実践のためのガイドライン<sup>8)</sup>

1. テーマやシネメデューケーションに関心のある教員や学生でグループを作る
2. 映画による学習を促進するためのトピックとコンピテンシーを特定する
3. 使用可能な映画のリストを作成する
4. 著作権の問題やパブリックドメインであることなど、様々な基準で適切な映画を選択する
5. コアグループデザイン活動で、映画のポイントについて話し合い、小グループに分ける
6. シネメデューケーションとその重要性、上映する映画を紹介する
7. 映画の上映
8. グループ活動やディスカッションを促進する
9. 全体会、発表、ディスカッションの実施
10. 映画と教訓のまとめ
11. 参加者の感想を聞き、効果を評価する
12. 振り返りと批判的思考を促進するための活動を提供する

病名を告知されるシーンである。待合室で他の患者から胃癌の症状を聞いた渡辺は、自分の病気が末期の胃癌ではないかという不安に囚われながら診察室に入る。Box.1では台詞だけではなく、映像的表現について著者による説明が加えられている。

このわずか数分のシーンの中に、たくさんの表現手法が散りばめられている。人物の配置と構図、画角、人物の動きや情景による心理表現（足元に落ちるコート）、カットの動きとリズム、カメラワーク、心理的効果を出すための音楽などである（可能ならば実際の映画を観て黒澤の映像表現の巧みさを味わってほしい）。映画は、ドラマツルギーをなす文学あるいは演劇としての要素を持ち、さらには絵画的、音楽的な要素も組み合わせられつつ独自の芸術性を獲得している「総合芸術」と言える。仁平らは、映画という優れた芸術を教材として用いることで豊かな人間形成機能、すなわち、職業意識（プロフェッショナルリズム）の確立や人間性の涵養に役立てることができると述べている<sup>4)</sup>。

## 2. プロフェッショナルリズム要素の何を涵養するのか

映画を医学教育の手法として提唱したのはM.アレキサンダー（Mathew Alexander）である。彼は1994年にcinemaとmedicalとeducationを組み合わせて「シネメデューケーション（cinemeducation）」という造語を作った<sup>5)</sup>。芸術作品である映画には健康、疾病、生命倫理、身体など医学

的な課題やそれに直面する人間、人生を対象とする作品も少なくない。シネメデューケーションにおいて学習者は、そうした表現者側からの問題提起を受け取るのみならず、課題に対する自分の見方を脱構築し、新たな価値を創造することを積極的に教育者によって促される。仁平らは、シネメデューケーションの3つの機能として、(1) 経験的・共同的・対話的な自由な学びの創造、(2) 文化の再吟味の機能とパラダイムの転換、(3) 人間形成機能を挙げている<sup>4)</sup>。人間形成機能とは、現実を正しく認識・理解し、批判的な思考を養い、現状を変革していく主体を形成する働きのことである。シネメデューケーションはこうした批判的思考や主体性形成を促すことができると同時に、プロフェッショナルリズムを涵養することができる。すなわち、利他主義、エンパシー（共感）、倫理的推論能力などである<sup>6)</sup>。

## 3. 授業例

シネメデューケーションを提唱したアレキサンダーの実践では、映画全体または映画のクリップ（複数可）を使用して、小グループの議論を促進する<sup>5)</sup>。映画を見せる前あるいは後に、教育目標に合わせた「問い」を学習者全体に投げかける。投げかける問いとして、Zazulakは「何を観たか」「何を聴いたか」「何を感じたか」「何を考えたか」「この映画が自分の将来の診療にどんなインパクトを与えると思うか」の5ステップを提示する方法を提唱している<sup>7)</sup>。その後、小グループでディスカッションをさせる。また、革新的な方

## Box.2 映画『明日の記憶』より告知場面のスクリプト

医師「では、こちらをご覧ください。この部分は後部帯状回という場所です。この部分が青くなっていることから分かるように、血流がかなり落ちています。これはアルツハイマー病の大きな特徴なんです。アルツハイマー病で間違いありません」

(呆然となる患者と妻)

医師「佐伯さん、この状況で希望を持ってというのは難しいですが、この病気の進行には個人差があります。まあ、現状では進行を止める薬はありません。しかし、遅くする効果のある薬はあるんです」

佐伯「お前、おかしいだろ」

医師「はい？」

佐伯「お前、いくつになるんだ。医者になって何年だ」

医師「一つ目の質問から答えます。35です。二つ目の質問は10年です。大学に入るのに1年浪人しましたので」

佐伯「10年な。10年か…そうだよな。ははは、慣れちゃったんだよな」

佐伯の妻「あなた、先生に失礼でしょ」

医師「私より年上の医師の再診断を希望されるなら、それも可能です。ですが、この病院では、この病気の診療経験の最も多いのは、残念ながら僕なんです。別の病院をご紹介することもできます。ですが、そのために治療の開始が遅れるのは賢明とは思えません」

佐伯「なんなんだよ！ おい！ お前、人ごとだと思ってんだろ。病気見つけてうれしいのか。ノルマあんのか？」

佐伯の妻「あなた、ね、落ち着きましょうね」

佐伯「いいよ、もう！ もういいよ！」

法として、学習者に2度映像クリップを観てもらい、1度目は無音で、2度目は音声付きで観てもらおうというやり方もある。この場合、学習者の非言語的コミュニケーションへの気づき、言語的・非言語情報の整合性の深化などの効果を期待している。また、映画視聴に続くディスカッションや対話だけでなく、ロールプレイやレクチャー、あるいは診療・治療計画について考えさせるといった内容を組み合わせることもできる。Shankarはシネメデューケーション実践のガイドラインとして表1のようなステップを提唱している<sup>8)</sup>。

#### 〈医療コミュニケーションをテーマとしたシネメデューケーションの例〉

以下に、筆者が実践した経験より、医学部4年生の医療コミュニケーション実習の一貫として、シネメデューケーション授業を行った例を紹介する。  
目的：映画を通して、患者-医師関係、医療コミュニケーション、患者へのエンパシーなどについて学ぶ

対象者：医学部医学科4年生（必修授業）

実施時期：医療面接実習の前後、医療コミュニケーション実習の導入時など

実施場所：大教室

必要教材：PC、プロジェクター／スピーカー（教室備え付けのもので可）、配布資料、映像教材

(DVD／ブルーレイディスクなど)

#### 具体的方法：

- 1) 医療面接・医療コミュニケーションについての講義
- 2) シネメデューケーションと上映する映画についての紹介
- 3) 映画の上映：『明日の記憶』（堤幸彦監督、2006年）の一部を上映

若年性アルツハイマー病を患った会社員とその家族の物語。疲労や物忘れなどの症状から、うつ病を疑っていた会社役員の佐伯雅行は、受診した病院の医師から「アルツハイマー病」と告知される。Box.2告知場面のスクリプトを紹介する（実際にはこの場面より前から20分間ほど視聴）。

- 4) 学生への問題提起：「なぜ佐伯さんは怒ってしまったのだろうか」「あなたが主治医だったら、どう振る舞えばよいと思うか」「あなたが妻の立場だったらどうするか」などを提示する
- 5) 小グループでのディスカッション
- 6) 全体共有（いくつかのグループの話し合い内容の共有）
- 7) 教員とTAによるロールプレイ：教員とTA（2人）が患者、患者の妻、主治医役となつて、映画と同じ状況の告知場面を、学生たちの前でロールプレイする



図1 映画『うちげでいきたい』のワンシーン

8) まとめ (学んだことの振り返り, Take Home Message など)

**評価：**

授業後に「映画視聴とディスカッションを通して何を学んだか」「ロールプレイを見て気づいたこと」「将来、医師になる上で応用できそうなこと」などをテーマにレポートを提出させる。学習目標となるプロフェッショナリズムの要素に応じて、例えば、患者へのエンパシーであれば、「患者の視点からは告知はどう感じられたと思うか」「そう考えたのはなぜか」といった問いに対して記述させることで、評価しやすくなる。レポート内容の評価となるため、可否を決めるのであればルーブリックを作成することができる。

**学習者からの声・反応：**

映画が優れた作品であるほど没入しやすく、学習者にとって主人公の心理に感情移入が容易となる。また、医療面接の場面など、学生にとって関連性の高い内容ほど関心を抱きやすい。教員とTAによるロールプレイは、医師役を演じた教員(あるいはTA)が実際の医師であるためリアリティがあり、学生たちも楽しく学べたようである。

**注意すべき点：**

映画は通常2時間程度の長さがあり、授業時間内で全て視聴するには限界がある。そのため、映画の一部を上映するのが現実的であるが、映画の芸術性や自立性を考えた場合、それは映画本来の

価値を損なってしまうという考え方もある。また、学習目標に沿ってどのような映画を選択するのが適切か、またその映画の中のどの部分を観てもらったことが学習を促進する上で効果的か、といった判断は案外難しいものである。映画選択の参考になる資料として、日本医学教育学会・倫理プロフェッショナル委員会による「生命医療倫理教育に有用な映画作品リスト」<sup>1)</sup>がある。

また、学習者のレディネスや学習進度に合わせた授業内容を設計することも重要である。例えば、映画視聴後にロールプレイを学習者にやってもらう場合、難病の告知場面など高度な内容の場合は、臨床実習後の学年や研修医が適しているであろう。

最後に、映像教材と著作権の問題に触れる。映像教材は市販のDVDあるいはブルーレイディスクを使用するのが現実的である(教育目的に公費で購入できる)。また、著作権のある映像作品に関しては著作権法を遵守する必要がある。教育機関における授業内での教育目的の上映は著作権法第35条第1項によって認められている(学校その他の教育機関における複製・公衆送信)。しかし、授業の過程における利用に必要と認められる限度においてであり、著作権者の利益を不当に害しないこととされている。MOOCs(大規模公開オンライン講義)のような状態で映像を上映することは禁じられているので注意が必要である。

<sup>1)</sup> 日本医学教育学会・倫理プロフェッショナル委員会活動2013. 生命医療倫理教育に有用な映画作品リスト.  
[http://jsme.umin.ac.jp/com/pro/jmse\\_recommend\\_movies.html](http://jsme.umin.ac.jp/com/pro/jmse_recommend_movies.html)

<sup>2)</sup> 「下街ろまん」予告編. <https://www.youtube.com/watch?v=VMD-0gDScuE>

<sup>3)</sup> 「うちげでいきたい」予告編. <https://www.youtube.com/watch?v=B93-uCeeWTs>

## おわりに

個人的な話となるが、幼時から母は、私をよく映画館に連れて行った。記憶にある最初の鑑賞体験は『幻の湖』（橋本忍監督、1982年）という映画であったが、およそ6歳の子供が観るべき作品ではない。しかしながら、映画は私にとって娯楽であり、友であり、そして人生に指針を与えてくれる師のような存在であった。近年では趣味が昂じて、映画を撮る側になった。2019年に『下街ろまん』<sup>2</sup>（25分）という作品を、そして2022年の今年『うちげでいきたい』<sup>3</sup>（39分）という作品を製作した。『下街ろまん』は、うつ病の青年が下街のコミュニティに住まう人々とのつながりによって健康を回復していく物語であり、『うちげでいきたい』（図1）は、最期を我が家で迎えたいと望む末期癌の祖母と、それを支えようとする高校生の孫娘をめぐる家族の物語である。巨匠たちの作品に比べると足元にも及ばないが、いずれも小作品であり医学教育の授業内で視聴するには使いやすいかもしれない。いかなる形であれ、映画を気軽に教育に活用していただきたいと、一映画ファンとして望むばかりである。

## 文 献

- 1) アンドレ・バザン. 映画とは何か (上)(下). 岩波文庫; 2015.
- 2) 浅沼圭司. 映画学. 紀伊國屋書店; 1965.
- 3) レイモンド・ウィリアムズ. 長い革命. ミネルヴァ書房; 1983.
- 4) 仁平成美, 瀧澤利行. 医学教育方法としての「シネメデューケーション」. 茨城大学教育学部紀要 (教育科学) 2016; **65**: 307-22.
- 5) Alexander M, Pavlov A, Lenahan P. Cinemeducation: A comprehensive guide to using film in medical education. Radcliffe Publishing; 2005.
- 6) Lumlertgul N, Kijpaisalratana N, Pityaratstian N, Wangsaturaka D. Cinemeducation: A pilot student project using movies to help students learn medical professionalism. *Med Teach* 2009; **31**: e327-32.
- 7) Zazulak J. Let Hollywood help you teach. The College of Family Physicians of Canada. Section of Teachers (SOT) Updates. Newsletter 2002; **10**: 6.
- 8) Shankar PR. Cinemeducation: Facilitating educational sessions for medical students using the power of movies. *Arch Med Health Sci* 2019; **7**: 96-103.



医学教育 2022, 53(1): 95~99

部会報告：第 21 期プロフェッショナリズム部会  
プロフェッショナリズム教育方略 連載第 13 回

## 13-2 プロフェッショナリズムと地域医療の教育における シネメデューケーション

井上 和興\*

Cinemameducation in Education of Professionalism and Community Based Medicine

Kazuoki INOUE\*

### 1. はじめに

地域医療現場では、医師自身がコントロールすることができない事象が起きることがよくある。専門家として、医学的な対処以外に不確実性に対峙した時の自分の感情との向き合い方も学ぶ必要がある。そのため、地域医療を行うに当たって今までの経験では対処できない不確実な課題が発生する中で何らかの行動を起こし、その課題を乗り越えた後に振り返る省察的実践家になることが求められている<sup>1)</sup>。映画は感情領域に関わり、内省を促し、学習と経験を結びつけるとされていて<sup>2)</sup>、省察的実践家と重なる部分が多い。また、本稿のテーマであるシネメデューケーションは、地域医療教育でも活用することができる<sup>3)</sup>。筆者らは地域医療教育をブラッシュアップしていく中で、シネメデューケーションを実践してきたので、内省も含め本稿で報告する。

### 2. プロフェッショナリズム要素の何を涵養するのか

プロフェッショナリズムの基本は、①医師の自己満足ではなく患者の幸福を優先すること、②患者の自律性を尊重し、患者が十分な情報を得た上

で治療法を決定できるようにすること、③医療資源を公正に分配し社会正義を堅持すること、とされている<sup>4)</sup>。しかし、これらの基本は言うは易く行うは難しである。プロフェッショナリズムの基本に対して、「患者の幸福とはなにか」「どうやったら患者の自律性を尊重したことになるのか」「誰に医療資源を分配するのか」などの問いが立つ。立てた問いを考えながらプロフェッショナリズムの基本を不確実性が高い地域医療の現場で実践するためには、地域・文化の文脈によって回答が異なり、より複雑さが増す。筆者らは、患者医師関係やメタ認知の領域に対してシネメデューケーションを活用した事例を提示する。患者医師関係はプロフェッショナリズムの基本の①、②を、メタ認知はプロフェッショナリズムの基本①、②、③全体を俯瞰することを涵養する。

事例 1 は地域医療と患者中心性のつながりを、事例 2 は映像の「当たり前」を認識することをテーマに、鳥取大学が行っている地域医療体験実習の中で実施したものである。

### 3. 授業例

#### 地域医療体験実習の概要

地域医療体験実習は、2010 年度より鳥取大学

\* 大山町国民健康保険大山診療所／鳥取大学医学部地域医療学講座。  
受付：2022 年 2 月 3 日、受理：2022 年 2 月 3 日

表1 2019年度地域医療体験実習の目標とスケジュール(文献5)をもとに筆者作成)

<b>目標</b>
地域医療現場を観察する中で現場の「当たり前」を認識しながら、学習者自身を相対化する <sup>*1</sup> .
<b>スケジュール</b>
①大学内での対面のオリエンテーション
文化人類学者・医学教育者から、「医療人類学とは?」「地域医療と医療人類学のつながりとは?」「参与観察について」などのワークショップを行う。映像などの題材を使い医療現場で起こっていることを記述する演習を行い、地域医療現場の実習でのフィールドノーツの書き方を疑似体験する。
②鳥取県内と鳥根県東部の大病院・中小病院・クリニックの医療期間(約50カ所)で実習
100名程度の医学生が1回1日、1カ月で計4回毎回違う医療機関で実習する。地域医療現場でフィールドノーツを記述しながら参与観察する <sup>*2</sup> 。実習終了後電子ポートフォリオアプリケーション(以下ePF)に清書版フィールドノーツとして参与観察したことを記述し、それに対する教員からのフィードバックをePF上で行う <sup>*3</sup> 。
③②の4回の地域医療現場での実習終了後まとめのワークショップを学内で開催する。
④最終レポートを提出
⑤医学生・医療機関のスタッフ・当講座教員を交えての振り返り会

<sup>\*1</sup> 文化人類学のあり方である異質馴化(いしつじゅんか)・馴質異化(じゅんしついか)を意識して目標を言語化している。

<sup>\*2</sup> 参与観察とは、現場に身を置き、活動に参加しつつ観察するという文化人類学に特徴的な研究方法である。

<sup>\*3</sup> ePFを鳥取大学医学部地域医療学講座で開発し、実習中の医学生・教員の学びのプラットフォームとして活用している。

医学部地域医療学講座が医学科4年生に必修科目として実施してきた実習である。試行錯誤しながら、今日までブラッシュアップしてきている。ブラッシュアップの過程で、提示する2つのシネメデューケーションを開発し、実施した。一例として、コロナ禍になる前の2019年度の実習全体の目標とスケジュールを表1に示す。

地域医療体験実習の一環として行ったシネメデューケーションを提示する。事例1はコロナ禍になる前に対面で実施したオリエンテーションの内容である。事例2はコロナ禍になり、医療機関での実習先が減ったために開発しオンライン上で実施した内容である。

**事例1** <地域医療と患者中心性のつながりをテーマとしたシネメデューケーション>

**目的:** 地域医療の現場を映像でみて、地域医療への問いを考えることを通して、実際に地域医療現場で実習するときの観察の視点を養う

**対象者:** 臨床実習前の4年生全員(必修科目)

**実践時期:** 地域医療体験実習のオリエンテーションの一部

**実践場所:** 大教室

**必要教材:** PC, プロジェクター/スピーカー(教室備え付けのもので可), スクリーン, 配布資料

**具体的方法:**

1) 地域医療体験実習全体の目標の説明: 15分

2) ワークシート配布: 5分

シネメデューケーションで上映する映画をみる視点を示すために、ワークシートを紙媒体で配布する。映画に登場する医療者側の診療所の医師・ベテラン看護師・研修医が葛藤していると思った場面を3)の映画上映時にワークシートに沿って記述していくように伝える。

3) 映画の上映『ディア・ドクター』(西川美和監督, 2009年): 120分

配慮として、「もし、身近な方や、ご自身で同様の体験をされたことがある方は、辛くなってしまいう方もおられるかもしれませんが。そのような気持ちになりそうな人は、申し出てください」と伝える。映画の上映は、DVDを購入し、筆者のPCで再生する。

4) 小グループでのディスカッション: 45分

2)のワークシートに記述した内容をグループで共有する。

5) ワークシート配布・個人ワーク: 15分

ワークシートを紙媒体で再度配布する。一人暮らしの未亡人が、診療所の医師に「病気の事について家族に嘘をついてほしい」と頼み、医師はその頼みを引き受けた映画の場面について感じたこ



と、この医師の患者中心性であったところ、患者中心でなかったところをワークシートに沿って記述する。

6) 小グループでのディスカッション：60分

5) のワークシートに記述した内容をグループで共有する。共有後地域医療について疑問に思ったことをグループでまとめる。

7) 全体発表：30分

8) まとめ：10分

**評価：**このシネメデューケーションはオリエンテーションの一環であったため、学習者評価は行わなかった。

**学習者からの声・反応：**

全体発表で出てきた地域医療についての疑問は以下のようなものが挙がった（一部抜粋）。挙がったものをみると、筆者が今でも地域医療現場で悩む患者医師関係の疑問が挙がっていると感じた。

- ・あまりにも患者と距離をつめすぎると、本当のことを言いにくくなってしまわないか。
- ・患者の希望をかなえようとしすぎて譲歩した結果、寿命を縮めることになっていいのか。
- ・患者さんの希望が、医師が最善と考える治療方針から大きくかけ離れているとしても、それに従うことが「患者中心」といえるのか。
- ・診療所の医師は患者の「家族に迷惑をかけたくない」という思いを尊重していたが、娘は治療してほしいと思っていた。患者とその家族の意見のバランスをどうするのか。

**注意すべき点：**

今回は、地域医療現場を描いた映画をすべて上映し、シネメデューケーションを実施した。筆者らは具体的内容で提示したものを実施できる時間を確保できたため実施したが、時間が制限されるようであれば実施が困難となる。

医学生に診療所の医師・看護師・研修医の葛藤という視点で映画をみることを上映前に提示した。これは地域医療体験実習で観察する視点に近いものであると考えたため提示したが、患者側の思考を考えることを目的としたカリキュラムの場合は違った視点の提示を検討する必要がある。

著作権のことも検討する必要がある。シネメ

デューケーションでは、著作権のことは厄介である。適切に購入された映画は対面式の指導を行う教室で教育目的に使用することができる<sup>2)</sup>。この事例ではDVDを購入した。また、この事例の内容が著作権の定める「授業」の過程による使用と判断した<sup>6)</sup>。いろいろな映像の媒体が出てきているため、著作権の解釈は今後も変化していく可能性が高く、その都度確認を要する。

**事例2** <医学生自身が選んだ映像を観察し、映像の「当たり前」を認識することをテーマとしたシネメデューケーション>

**目的：**医療現場の映像を観察することを通して、映像の「当たり前」を認識し、言語化する。

**対象者：**臨床実習前の4年生全員（必修科目）

**実践時期：**コロナ禍となり、地域医療体験実習の医療機関での実習が4回から2回に減り、その減った2回を代替するために実施

**実践場所：**映像を静かにみることができ、コロナウイルスの感染リスクが少ない場所

**必要教材：**医学生が選んだ映像を映し出すことができる媒体、電子ポートフォリオアプリケーション（以下、ePF）

**具体的方法：**

1) フィールドノーツの書き方の実習（オンデマンド型）

地域医療体験実習全体のオリエンテーションで提示する。足場かけとして、医学生のスマートフォンの中にある写真を選び、その写真を見たことがない人に伝わる記述を行う。記述した内容は、Google フォームに提出する。

2) 医学生が各自で映像を選択

医学生には、映像の選択について以下の注意点を伝える。

- ・現実の医療現場の映像をメインとしているもの（ノンフィクション映画、テレビ、DVD、インターネット動画など）を選ぶ。
- ・インターネット動画を選ぶときは、基本的に公式チャンネルがUPしているもので、視聴自体が違法にならないように心がける。
- ・映像の時間は問わない。
- ・シネメデューケーションを2回行うが、1回目と

2回目は別の映像を選ぶ。

- 3) フィールドノートに観察したことを記述しながら選択した映像を視聴  
 4) 3)で観察したことをePFの問いに沿って記述  
 ePFの問いは以下の4つである。

【設問1】視聴した映像の題名・その映像を選んだ理由・視聴した内容を記述してください。

【設問2】視聴中感じた問いを3つ以上書き出してください。

【設問3】【設問2】で挙げた問いを感じたのは、なぜでしょうか。

【設問4】実習の感想

評価：医学生がePFに記述した内容に対し、教員が【人に伝わる日本語を適切に使用している】

【実習でやったこと、みたことをその経験をしていない人に理解できるように記述している】【映像のなかの医療現場についての問いを持ち、その問いを感じた理由を記述することができる】を軸に形成的評価を行う。

学習者の声・反応：

医学生は、研修病院の紹介動画、ニュースで特集された医療機関の動画、医療現場が描かれている映画などの映像を選んだ。

以下のような声が医学生からは挙がった（一部抜粋）。

- ・医療者の表情の変化や患者の言葉遣いなど、普段は気づかない細かい部分にも着目して見ることができた。
- ・映像は作成者の編集の手が入っているため、テロップやナレーションなどによる印象も大きく、作成者の強調する部分と自分自身が興味を持った部分の差異を感じ、その差異によって自分の持つバイアスを認知するきっかけになった。
- ・動画は自分の興味で選択しているので、深い考察ができた。
- ・実習としては、現場に出かけて体験するほうが印象深い。
- ・なぜ疑問に感じたのか、という部分は少ない経験で無理やり書かされている感じがした。

注意すべき点：

コロナ禍でもあり、感染リスクを抑えながら、映像に映し出された医療現場の観察を行う事がで

きた。また、映像を学習者が選ぶことで、医学生によっては主体性を生むことができた可能性はある。しかし、逆に映像を選ぶことに苦慮する医学生もいて、教員が例で挙げていた映像をそのまま選択する医学生が一定数いた。また、映像の観察の足場かけとして、オリエンテーションで写真（静止画）の観察を記述することを行った。ただ、静止画と動画では人物の捉え方が違うため<sup>7)</sup>、足場かけにはならなかった可能性も考えておく必要がある。

インターネット上に公表されている動画を授業などに使用することは著作権者の許可なく利用することはできるが、動画共有サイトは違法動画が含まれている可能性もあり、確実に違法かどうかを見分ける方法はない<sup>6)</sup>。このことを考えると、例えば、教員が選んだ医療現場の映像10本～20本から医学生が選ぶと、ある程度の主体性と映像の質の担保もできるかもしれない。

おわりに

医師になるためには、医学生は、①疾患に対処するための医学的知識と技術的能力の獲得、②専門家になること、③癒やしを学ぶこと、の3つの能力開発を行う必要があると言われている<sup>8)</sup>。本稿で提示した事例では、患者医師関係やメタ認知の要素の涵養に寄与することを目指した。地域医療教育にシネメデューケーションを活用することで、②、③の能力開発を促進することができる可能性は感じた。

地域で体験する前段階で、「地域医療ってなんだろうか」「地域医療現場での患者医師関係はどのようなものなのか」を感じる目的でのカリキュラムには、シネメデューケーションを今後も活用していきたい。ただ、実際に地域の現場に参加することとは全く別物であることも事実である。省察的実践家について前述したが、省察的実践家は実践があって初めて省察的実践家のサイクルを回すことができる。シネメデューケーションを実践する地域医療教育者として、企画するシネメデューケーションが参加する医学生の実践にどうつながっているかを俯瞰する視点は常に持つておきたい。

## 文 献

- 1) 藤沼康樹. 省察的实践家 (Reflective Practitioner) とは何か. 日本プライマリ・ケア連合学会誌 2010; **33**: 215-7.
- 2) Shankar PR. Cinemeducation: Facilitating educational sessions for medical students using the power of movies. *Arch Med Health Sci* 2019; **7**: 96-103.
- 3) Deepti MK, Shivaswamy SM. Cinemeducation: Using films to teach medical students. *Journal of The Scientific Society* 2019; **46**: 73-4.
- 4) Lumlertgul N, Kijpaisalratana N, Pityaratstian N, Wangsaturaka D. Cinemeducation: A pilot student project using movies to help students learn medical professionalism. *Med Teach* 2009; **31**: e327-32.
- 5) 井上和興. コロナ下での地域医療実習の実際—鳥取大学医学部地域医療学講座の場合. 医学のあゆみ 2021; **279**: 889-94.
- 6) 一般社団法人日本著作権教育研究会 ホームページ. URL <https://www.jcea.info/> (accessed 3 February 2022).
- 7) Susan MH, Toe A. Symmetry in Motion: Perception of Attractiveness Changes with Facial Movement. *Journal of Nonverbal Behavior* 2018; **42**: 267-83.
- 8) Weston WW, Brown JB. Becoming a physician: the human experience of medical education. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR, editors. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. 3rd ed. Boca Raton: CRC Press; 2014. p.167-90.

医学教育 2022, 53(2): 171

部会報告：第 21 期プロフェッショナリズム部会  
プロフェッショナリズム教育方略 連載第 14 回

## 14. 利益相反

南郷 栄秀<sup>\*1</sup> 尾崎 章彦<sup>\*2</sup>

### 要旨：

利益相反とは、「主要な利益 (primary interest) に関する専門職としての動機、判断、行動が、副次的な利益 (secondary interest) によって不当に影響を受ける可能性が発生する一連の状況」と定義される。2002 年の米欧合同「新ミレニアムにおける医のプロフェッショナリズム：医師憲章」におけるプロフェッショナルとしての 10 の責務には「利害の衝突の管理により信頼を維持する責務」があるが、わが国の利益相反教育は十分ではない。本稿では、医学部での製薬会社の製品説明パンフレットの読み方を通じた利益相反教育と、教育病院での製薬会社と医療専門職の金銭的利益相反に関する講演会を紹介する。

キーワード：プロフェッショナリズム、利益相反

### 14. Conflict of Interest

Eishu NANGO<sup>\*1</sup> Akihiko OZAKI<sup>\*2</sup>

### Abstract:

Conflict of interest is defined as “a set of circumstances in which professional motives, judgments, and actions regarding a primary interest may be unduly influenced by a secondary interest”. Professionalism in the New Millennium: A Physician’s Charter in 2002 includes “the responsibility to maintain trust by managing conflicts of interest”. In this paper we describe practical examples of the education about conflicts of interest in medical schools through the reading of pharmaceutical companies’ product information brochures, and of a lecture on financial conflicts of interest between pharmaceutical companies and medical professionals in a teaching hospital.

**Keywords:** professionalism, conflict of interest

<sup>\*1</sup> 社会福祉法人聖母会聖母病院総合診療科, Department of Family Medicine, Seibo International Catholic Hospital

<sup>\*2</sup> 公益財団法人ときわ会常磐病院乳腺外科, Department of Breast Surgery, Jyoban Hospital of Tokiwa Foundation

受付：2022 年 3 月 9 日, 受理：2022 年 3 月 11 日

部会報告：第21期プロフェッショナルリズム部会  
プロフェッショナルリズム教育方略 連載第14回

## 14-1 利益相反を Hidden Curriculum とした情報リテラシー教育 —製薬会社の製品説明パンフレットの読み方・使い方 を通じて利益相反を学ぶ—

南郷 栄秀\*

Information Literacy Education on the Subject of Conflicts of Interest as a Hidden Curriculum  
—Learning Conflict of Interest through Reading and Using Pharmaceutical Product Brochures—

Eishu NANGO\*

### 1. はじめに

医師は医療を患者に提供するだけでなく、患者が享受する利益を最大化するように医療行為等に関する判断や行動を直接的に行う。したがって、講演料や原稿料、弁当、文房具といった副次的な利益によって、専門職としての判断や行動が不当な影響を受けることで、結果として患者に不利益を与える可能性を原的に抱えている。この利益相反は、営利企業である製薬会社の宣伝活動が、患者に直接ではなく医師に対して行われることで生じるが、最近では医師のみならず、臨床実習中の学生までもが「教育」と称して製薬会社の製品説明会に参加させられるケースを散見する。

米国では、医学生が83.0%が製薬会社から贈答を受ける資格があると認識している<sup>1)</sup>という報告があり、製薬会社から医学生への贈答を制限することで、医師となった後の向精神薬の処方量が減った<sup>2)</sup>という研究結果も示されている。したがって、プロフェッショナルリズム教育の一環として、利益相反教育を早期から取り入れることが重要と考えられる。

著者は2016年度からある大学医学部の3年生を対象として、「製薬会社の製品説明パンフの見

方・使い方」と題した利益相反についての講義・演習を行っている。これは、従来医師や薬剤師を対象としてきたEBMのワークショップ<sup>3)</sup>を医学部のプロフェッショナルリズムのコースの一環として行ったものである。その経験を共有したい。

### 2. プロフェッショナルリズムのどの要素を涵養するのか

患者や社会からの信頼を維持するための利害の衝突の管理。

### 3. 教育の具体的内容

#### (1) 対象者

医学部医学科3年生全員。

#### (2) 実施時期

6年間を通じたプロフェッショナルリズム教育のうち、3年次のコースでは「君たちはどう生きるか・生涯学ぶ力」をテーマとして、①医師の役割や医療の構造、②生涯を通じた自己研鑽とEBM、③利益相反、④臨床推論についての講義・演習が行われている。このうち著者は②③を担当しており、本授業は③に相当する。本授業は2016年度から年1回行っており、現在も継続中である。

\* 社会福祉法人聖母会聖母病院総合診療科, Department of Family Medicine, Seibo International Catholic Hospital



表1 利益相反授業（60分授業）のタイムテーブル

内容	時間
自己紹介・導入	10分
利益相反にまつわるエビデンス	10分
製薬会社の製品説明パンフレットの読み方	10分
実際のパンフレットを読んでみる演習	15分
利益相反に対する向き合い方	10分
クロージング	5分

### (3) 実施場所

大学講義室。グループワークの際には4人程度のグループでディスカッションできるように配慮。コロナ禍となった2020年度以降はオンライン授業。

### (4) 準備物

配布資料として実際の製薬会社の製品説明パンフレットを使用。オンライン授業においては画面で供覧。オンライン授業の際には、ブレイクアウトルームを利用してディスカッションできるように、予めグループ分けを行っておく。

### (5) 具体的方法

表1に、60分授業におけるタイムスケジュールを示す。内容は以下の通りである。

- ・初めに、外部講師である著者の自己紹介と自分自身の利益相反について開示し、経済的利益相反と学術的利益相反の双方を開示する必要性を伝える。
- ・国内の歴史的な研究不正事件について紹介し、EBMの基本を解説する。
- ・製薬会社の主催する講演会で文房具や弁当が配られることについて問題提起した後、交渉事を行う際には会食を伴うほうが印象が良くなる<sup>4)</sup>ことや、学生へのギフトをやめさせると新薬の処方量が減る<sup>2)</sup>といった利益相反にまつわるエビデンスを紹介する。
- ・演習に先立ち、製薬会社の製品説明パンフレットを批判的吟味する上でのポイントを解説する。基礎研究と臨床研究の違い、治療・予防効果を検証する方法について、特に結果の解釈についての基本的な考え方について伝える。
- ・実際にいくつかの製薬会社の製品説明パンフ

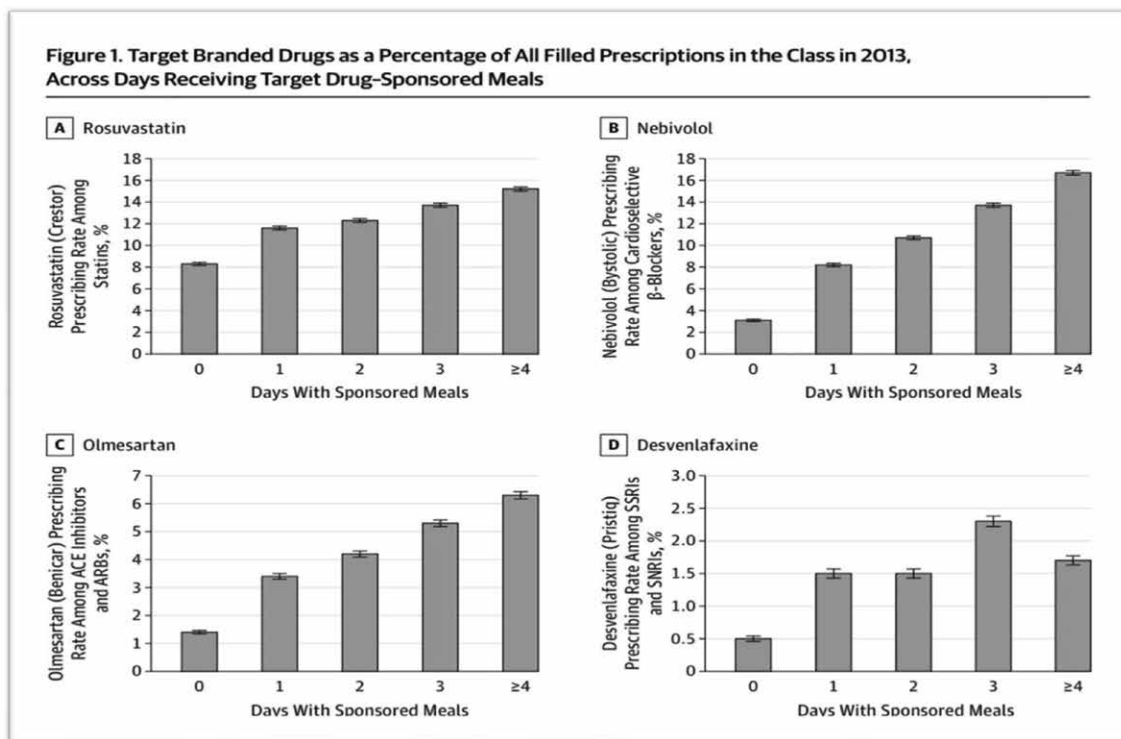
レットを配布して、先に挙げた吟味のポイントを中心に実際のパンフレットを読み込む演習をグループディスカッションで行い、その後、各グループで話し合った批判的吟味の内容を発表してもらい、クラス全体で共有する。

- ・批判的虚無とならないように、パンフレットを批判的吟味した後の、その利用の仕方、製薬会社が自社製品を販売する戦略は営利企業である以上当然であること、だからこそ情報の受け手側である我々医療者が正しくそれを評価する能力をもたなければならないこと、特に公的な研究費が少ないわが国においては、産学連携で製薬企業が研究費を拠出することによって新しいエビデンスが創出され医学の発展に貢献しているという事実があること、実際に製薬会社から金銭の授受を受けている規模が公開されている製薬マネーのデータベース<sup>5)</sup>から知ることができることなどを説明する。また、製薬会社の製品説明会に参加することや弁当やギフトを貰うことによって無意識的に処方行動に影響があるというデータ<sup>6)</sup>(図1)や、他人は影響を受けているが自らは影響を受けていないと思っていることを示すエビデンス<sup>7)</sup>を紹介し、直接研究費の拠出を受けるようなことが稀である学生時代から繰り返し製薬会社からギフトを受け取ることが、慣れを生じさせて感覚を麻痺させてしまう危険性について強調する。
- ・クロージングとして、まとめとレポート記入を行ってもらう。

### (6) 評価

授業後に学生へのレポートで、授業内容の理解、授業の感想と改善点と更に学習したいこと、利益相反に対する態度を自由記述式に尋ねた。

授業内容については、概ね良好な理解が得られた。更に学習したいこととして、製薬会社の誇張表現が法的に問題になったり、行政指導の対象になったりしないのか、製薬会社の弁当を受け取るべきではないのはわかったが、具体的にどのようにして断ればよいのか、研究費は使途を開示すれば製薬会社から貰ってもよいのか、過去に利益相反が問題となったものは他に何があるのか、などが挙げられた。



## 食べている日数が多いほど処方も多い

*JAMA Intern Med* 2016;176:1114

図1 製薬会社の製品説明会で提供される弁当を食べることが、処方行動に影響をもたらすことを示すエビデンスを紹介する講義スライド（実際のものとは異なる）

「今後、あなたは製薬会社の説明会で弁当やグッズを貰おうと思いますか？」という質問に対して、2016年度当初は「貰う」が全体の7~8割を占め、「貰わない」は少数派だったが、2019年度以降は徐々に「貰わない」が増え、2021年度にはその割合は7割にも達した。年を追うごとに「貰わない」と答えた学生が増えた理由としては、前年以前のアンケートで「貰う」理由に挙げられていた内容に反証するエビデンスを授業内容に取り入れ、製薬マネーデータベースを紹介したことなど、授業の内容に改良を加えたことが考えられた。

### (7) 対象者からの声・反応・その他

授業終了後のレポートでは、面白くて興味深い、このような話は聴いたことがなくて衝撃を受

けた、という感想が多く、製薬会社が自社製品の効果についてのデータをより良く見せるための印象操作や、データの批判的吟味の必要性の理解が進んだ。知っている医師の名前を製薬マネーのデータベースで検索してみたら金銭を受け取っていたと知って複雑な気持ちになった学生もいた。その一方で、それでもやはり美味しい弁当は食べたい、貰えるものは貰っておきたいという声も根強かった。

### (8) 成功の秘訣、注意すべき点（失敗しないために）

利益相反の授業では、一方的に製薬会社を悪とするのではなく、資本主義社会の営利企業の一つである製薬会社の販促手法が医療以外の業種では正当なものであることを伝えた上で、診療上の決



断を下す者と利益を享受する者が異なるという医療の特殊性を理解してもらい、正確に情報を読み解くことの必要性を説くのが成功の秘訣と言えよう。

知り合いの医師の名前が製薬マネーのデータベースに掲載されているのを発見して抱く感情を大事にして、それをきっかけに自ら考え、周囲と議論することの重要性を伝えることも大事である。

#### おわりに

最近では、弁当つき製品説明会の開催を禁止し、製薬会社の宣伝活動に曝露されないように「隔離」している施設も少なくない。しかし、ナイーブな状態で施設外に出れば、ホテルでの講演会に学会でのランチョンセミナー、ポータルサイトでの Web 講演会など、周りの医師が受け取っているのを見て自分も抵抗なく貰ってしまう「感染」の機会は幾らでもある。したがって、偏った情報によって誤った判断を下すことにならないよう、データを見る際に注意すべき批判的吟味のポイントを学び、利益相反の問題をうやむやにせず自ら考えて適切な行動を取れるようにあらかじめ免疫をつけておくことが、「感染」予防上重要である。利益相反教育は、いわば「ワクチン」の

ようなものなのである。

#### 文 献

- 1) Sierles FS, Brodkey AC, Cleary LM, et al. Medical students' exposure to and attitudes about drug company interactions: a national survey. *JAMA* 2005; **294**: 1034.
- 2) King M, Essick C, Bearman P, et al. Medical school gift restriction policies and physician prescribing of newly marketed psychotropic medications: difference-in-differences analysis. *BMJ* 2013; **346**: f264.
- 3) 南郷栄秀. 医学生涯教育におけるランチョンセミナーの役割. *臨床評価* 2013; 40(2): 267-276.
- 4) Razran GHS. Conditioning away social bias by the luncheon technique. *Psychological Bulletin* 1938; **35**: 693.
- 5) Tensa. マネーデータベース『製薬会社と医師』. URL : <https://db.tansajp.org/1> (accessed 4 February 2022)
- 6) DeJong C, Aguilar T, Tseng CW, et al. Pharmaceutical Industry-Sponsored Meals and Physician Prescribing Patterns for Medicare Beneficiaries. *JAMA Intern Med* 2016; **176**: 1114.
- 7) Steinman MA, Shlipak MG, McPhee SJ. Of principles and pens: attitudes and practices of medicine housestaff toward pharmaceutical industry promotions. *Am J Med* 2001; **110**: 551.

医学教育 2022, 53(2): 177~182

部会報告：第 21 期プロフェッショナリズム部会  
プロフェッショナリズム教育方略 連載第 14 回

## 14-2 製薬企業と医療専門職の間の金銭的利益相反が診療にもたらす影響とその改善を図るための医療者教育

尾崎 章彦\*

Impact of Financial Conflicts of Interest between Pharmaceutical Companies and Health Care Professionals on Clinical Practice and Educational Programs to Mitigate the Issues

### はじめに

医療の発展において、製薬企業と医療者の連携は必要不可欠と言える。一方で、近年の研究により、医療専門職が、製薬企業から金銭やその他の贈答品を受け取ることで、意識・無意識下に、製薬企業を利する形で診療に影響が及ぶ可能性が指摘されている。その意味で、製薬企業との金銭的利益相反が診療に与える影響を理解し、その影響に意識的に行動することは、医療専門職が患者本意の医療を実践する上で重要と言える。

しかし、現状、そのような教育が学部時代に十分に実施されているとは言い難い。実際、製薬企業やMRとの関係性をテーマに、40の日本の医学部を対象に実施された2016年の調査では、製薬企業やMRとの付き合い方について講義を行っている医学部は13に過ぎなかった<sup>1)</sup>。

このような現状を踏まえると、製薬企業と医療専門職の金銭的利益相反とその影響について、小規模でも草の根で啓発を図っていくことは、重要と考える。筆者は、臨床業務に従事しながら、製薬企業と医療専門職の金銭的利益相反の研究調査や啓発をライフワークとして活動している。本稿においては、筆者が関わっている啓発活動のう

ち、教育に関わって実施したものを取り上げる。

### 出張授業について

#### ●プロフェッショナリズムのどの要素を涵養するのか

この授業は初期臨床研修医を対象に実施された。その目標は、製薬企業との金銭的利益相反に関して知っておくべき基本的知識、また、その影響が患者に及ぶことを避けるために、具体的にどのように行動すべきか習得することである。なお、これら要素の涵養は、医師臨床研修の到達目標に照らし合わせたとしても重要と考える。なぜならば、「医師臨床研修指導ガイドライン 2020年度版」においては、初期臨床研修医の資質・能力として、「利益相反を認識し、管理方針に準拠して対応」できることが求められているからである。

#### ●教育の具体的内容

##### 1) 対象者

沖縄県の臨床研修病院中頭病院の初期臨床研修医やその他の医療専門職。日頃から一部の有志の医師により熱心な利益相反教育が行われている医療機関として、知人を介して、同院2年目の初期

\* ときわ会常磐病院乳腺外科、医療ガバナンス研究所、

Department of Breast Surgery, Jyoban Hospital of Tokiwa Foundation/Medical Governance Research Institute

受付：2022年3月16日、受理：2022年3月16日

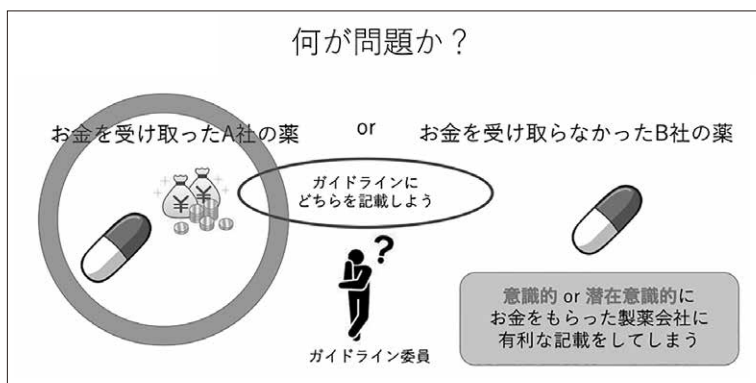


図1 診療ガイドラインと金銭的利益相反

研修医高磯甫隆医師を紹介いただいた。そして、さらに、高磯医師より、利益相反教育を主導している集中治療科の笹野幹雄医師をご紹介いただき、今回の勉強会を開催できる運びとなった。

## 2) 実施時期

2020年12月、平日の勤務時間内

## 3) 実施場所

病院の講堂。新型コロナウイルス感染症の流行を考慮し、オンラインコミュニケーションアプリケーションであるZoomにおいて、実施された。

## 4) 準備物

PC、プロジェクター、スライド

スライドの内容としては、例えば図1のようなものを準備した。

図1は、診療ガイドライン委員に、特定の薬剤に関しての金銭的利益相反が存在する場合に、どのような影響が生じるか図示したものである。初期研修医は、一般に診療や知識の経験が少なく、診療ガイドラインを参考に診療を行うことも多い。そのため、診療ガイドラインに対して、金銭的利益相反が及ぼす影響を理解しておくことは肝要である。

例えば、製薬企業の立場に立てば、診療ガイドラインにおいて高い推奨を獲得することは、その医薬品の売り上げを左右する。そのような背景もあってか、その作成に関わる医師には、製薬企業

のプロモーションが集中する傾向にある。また、診療ガイドラインに関わる医療者においても、複数の似通った効果効能を持つ薬剤があった場合に、金銭的な関係を持つ製薬企業が販売する薬剤を優先する可能性がある。

もちろん、ガイドライン委員を務める先生方からは、「公平な判断をしている」という反論を受けるであろう。しかし、金銭的利益相反は、無意識のうちに医療者の判断に影響を及ぼす可能性がある」と指摘されている。実際、2020年に英国医学誌に発表されたシステムティックレビューによれば、診療ガイドラインにおいて、金銭的利益相反は、医薬品や医療機器についての好ましい推奨と関連していた<sup>2)</sup>。

製薬企業との金銭的利益関係をゼロにすることは難しい。そのため、その影響がどうすれば患者に及ばないようにできるか、指導層にある方々も含めて、皆で議論していくことが重要であろう。

その他、図2のように、金銭的利益相反の問題点についてまとめたスライドも準備した。例えば、製薬企業が主催する講演会の講師を頻回に務めるとすれば、その準備等も含め多大な時間を割かれ、教育を含む医師本来の職務に影響を及ぼす可能性があるという点は、見逃せない事実である。

## 5) 具体的方法

授業は以下の順序で実施された。

①事前打ち合わせ(30分、授業1週間前):高磯医師と遠隔で実施。当日の流れを確認。

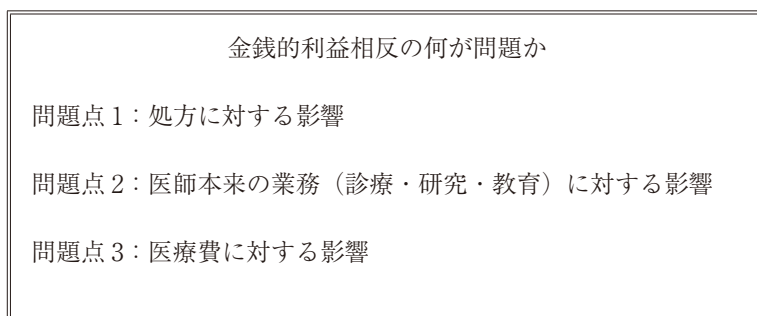


図2 金銭的利益相反の問題点

## ②当日

- ・スライドの提示と説明（50分）
- ・質疑応答（10分）

製薬企業との金銭的利益相反が診療に与える影響について、客観的かつ効果的に参加者に伝えるために、スライド作成においては、以下のような点に注意を払った。

## i) ファクトベースで議論を実施すること

金銭的利益相反の話題は、医療界においては、依然として、センシティブな話題である。それだけに、この問題について議論を行う際には、ファクトベースで語る事が重要である。幸いにも、製薬企業との金銭的利益相反が患者ケアに及ぼす影響については、既に多くの学術論文が発表されている。そのため、これらのエビデンスを軸に発表を構築し、センセーショナルな物言いは極力避けるようにした。

例えば、筆者は、「医師と特定の製薬企業との間に金銭的利益相反が存在する場合、無意識のうちに処方に影響が起る可能性があると言われてます。これは過去に複数の国で実施された調査から明らかになっているファクトです」といった説明を授業中に行った。

一般論として、金銭的利益相反関係は、教授など指導的立場にある医師ほど強い傾向にあり、日本もその例外ではない。そのため、大学医局に代表される日本の伝統的な現場においては、金銭的利益相反やそれによる患者への影響について、フラットに議論することは容易ではない。駆け出しの存在である初期研修医においてはなおさらである。

その点、論文等に裏付けがあるファクトであれば、金銭的利益相反の話題と特別に断りを入れずとも、例えば、「このような論文が発表されており、興味を持った」といった形で、雑談レベルで周囲との議論に用いることができるかもしれない。そのような作業の繰り返しにより、徐々に、製薬企業に係る金銭的利益相反について議論する土壌の醸成につながっていくと筆者は考える。

## ii) 参加者が自分事として金銭的利益相反の問題を捉えられる工夫を行うこと

金銭的利益相反は、無意識のうちに患者診療に影響を及ぼす可能性がある。そのため、本来、全ての医療者が、自分事として金銭的利益相反の問題に取り組むことが望ましい。とは言え、筆者自身も、製薬企業と医療者との間の金銭的利益相反について、特別に問題意識を持っていたわけではなかった。一つのきっかけとなったが、実臨床における金銭的利益相反の影響を分析した最新の研究の数々である。

そのような観点から、興味深いのが、2016年に米国医師会雑誌の内科版に発表された調査である<sup>3)</sup>。この調査においては、製薬企業が主催し、医師を対象とした講演会・勉強会において、2,000円程度の飲食のもてなしを受けることが、そのようなイベントを主催した製薬企業が販売する脂質異常症治療薬や降圧薬の処方増に関連することが示されている。また、この調査は、似通った効能があるライバル薬が多く存在する疾病においてこそ、製薬企業の販売促進活動が重要であることを示唆している。実際、脂質異常症治療薬や降圧薬に関しては、対象となる患者数が多いこともあ



り、多くの講演会が実施されている。この調査を踏まえて、「高級弁当のもてなしを受けると、知らず知らずのうちに、製薬企業が推奨する薬剤に誘導されている可能性があります」とお伝えした。

もちろん、このような勉強会は、特に初期研修医のうちは、学ぶことも多い。参加することにより、その分野の一流のドクターから最新の知見を学べるだろう。一方で、かつての筆者自身の恥ずかしい経験を紹介すると、講演会の内容よりもお弁当を食べることが主な目的だったりもした。勉強会に参加しながら、お弁当の受け取りを拒否することは、周囲の目もあり、実際にはなかなか難しい。しかし、上で紹介したような知見に意識的であることで、勉強会に参加することの主目的は何か、見直すことにもつながると考えている。

なお、筆者自身は、このような活動に従事していることもあり、製薬企業が主催する勉強会に参加する際には飲食などのもてなしは受けないようにしている。また、製薬企業が主催する勉強会の講師を務める際にも謝礼は受け取っていない。謝礼については、「必要ありません」と一言伝えれば、製薬企業もそのような形で問題なく処理してください。このことは、是非、皆さんにも知っていただければと考えている。参考までにお伝えしておく、筆者らが、2019年に、あるがん患者会を対象に実施したアンケート調査によると、96人の回答者のうち、医療者が製薬企業から受け取る謝金は年間10万円以下が適切であると答える回答者は76%であり、100万円以下が望ましいと回答した方々は93%に及んだ<sup>4)</sup>。明確な基準がない課題であるからこそ、患者の目線は重要であると筆者は考えている。

### iii) 俯瞰的な視点の提示

#### A) 他業種との比較

臨床研修医は、社会経験も少なく、医学以外の分野に関する知識や経験は多くない。そのような参加者に対して、医療専門職と製薬企業との金銭的利益相反の特殊性について理解いただくために、他業界との対比も積極的に用いて説明した。具体的には、大学に勤務する医療専門職と他分野の研究者を、以下のように比較して提示した。「大学に勤務する自動車の研究者やその研究者が勤務

する部署に、自動車会社が寄付を行った場合を想定しましょう。一般に、そのような研究者は車の販売促進を実施できるような立場にはないため、そのような寄付が、自動車会社の売りに即座に結びつくとはありません。また、その研究者本人が、その会社が販売する車を複数台買うということも現実的ではありません。一方で、製薬企業が大学勤務医に対して自社の薬剤を販売促進する場合、その医師らがその企業の薬剤を優先的に処方するようなことがあれば、製薬企業の売りに貢献してくれる可能性があります」

刑事事件に発展した三重大学臨床麻酔部と小野薬品の奨学寄附金をめぐる不正のように、露骨な処方のキックバックとして、奨学寄附金を用いるケースは、現在は多くないであろう<sup>5)</sup>。また、ディオバン事件のように、特定の研究の援助に奨学寄附金を用いることも許されなくなった<sup>5)</sup>。ただ、小規模な金銭的利益相反でも、結果的に、このような事例につながりうることを意識することは重要と考える。

#### B) 関連する政策の他国との比較

現在、日本製薬工業協会に所属する製薬企業やその関連企業が医療専門職や医療機関等に支払った謝金や寄付金は、それぞれの企業のホームページ上において広く公開されている。一方で、各製薬企業が公開している医療専門職への支払いが統合されていないという問題があった。そこで、医療専門職毎の製薬企業との金銭関係の全貌が明らかではないといった問題もあり、筆者や有志の医療専門職・ジャーナリストらが協力し、これらの「製薬マネーデータベース」(<https://db.tansajp.org/>)として公開してきた。

なお、米国やイギリス、オーストラリアなどにおいては、これらの支払いは、業界団体や政府が一元的に収集し、そのホームページ上において統合した形で公開されている。この点について、「日本においては、製薬企業と医療専門職の金銭的利益相反に関する透明性のレベルは、他国に対して、必ずしも高くありません」と説明した。なお、日本においても少しずつ公開体制は改善しつつあることは、お伝えしておきたい。

## 金銭的利益相反について何ができるのか

1. (論文、製薬マネーDB等から) まずはファクトを理解する
  2. 金銭的利益相反が自身や患者に与える影響を考えてみる
  3. (可能な範囲で) 周囲とも議論を試みる
- 皆の少しずつの意識・取り組みが重要だと考えます。

図3 金銭的利益相反について何ができるのか

### 6) 評価

講演会形式での実施となったため、会の中では即座に評価を実施することはできなかった。会終了後、高磯医師に事後アンケートを依頼し、複数名から回答を得た。その内容については7)で簡潔に説明する。

### 7) 対象者からの声・反応・その他

授業後、「今後、入局したり、大学で働くことになった際、製薬企業との院内講演会にどう与すれば良いか」といった質問が寄せられた。これに対して、筆者からは、大学医局などにおいては、金銭的利益相反について議論をするための土壌づくりからまず始めることが大事であり、そのために、上で紹介したような調査について、周囲に意見を聞きつつ、できる範囲で議論してみるのはどうだろうかといった説明を行った。

事後アンケートにおいては、内容について「わかりやすかった」といった好意的な声が聞かれた一方で、「今日の講義の印象としては、少し物足りなかったなぁという印象です。そこまでオープンという講義ではないため、もっと過激的な内容を期待していました」といった声や、「自分は人を動かすのはやはり感情が大事だと考えていて、今日の講義からは正直あまり先生からパッションの部分は伝わってきませんでした」。また、「先生としては、初期研修や若手の医者にどうなってほしいのか?ということをもっと明確に、正直に伝えていただきたかったなぁと思いました」との意見があった。

このような手厳しい意見も大変参考になった。客観的な内容を重視しすぎたことが、熱量を十分に伝えられなかった一つの理由だろうと反省している。ただ、筆者自身は、無理しすぎず、皆が可能な範囲でこの問題に意識を高めていくことが重要だと考えている。その点、穏当でも継続性のある方法を紹介した方が良いだろうと判断したとお伝えした。

その点、図3のようなスライドを準備することは参考になるように思われた。ポイントは、皆の少しずつの意識と取り組みだと考える。

### 8) 成功の秘訣、注意すべき点(失敗しないために)

成功の秘訣は、笹野医師が、中頭病院において、医療専門職の金銭的利益相反教育を実施していたこと、そして、筆者が笹野医師と高磯医師と直接知り合った上で、講義を実施できたことである。製薬企業と医療専門職の金銭的利益相反の問題について追及することは、院内の一部の職員の反発を招く可能性がある。そのため、院内に、このようなキーパーソンがいなくては実施することが容易ではない。実際、この勉強会の後、臨床研修病院を対象とした同様の勉強会は実施できていない。だからこそ、一度教育を実施させていただいた中頭病院のような医療機関との関係を大事にしながら、草の根の活動を実施していくことが重要と考えている。

一方で、注意点としては、Zoomでの遠隔講義であったため、相手のリアクションがわかりにく

かった。その意味で、参加者とのコミュニケーションをより円滑にするような施策をもっと準備すべきだったと反省している。今後同様の機会があった際に実施すべきと考えているのは、以下の点である。

#### ①司会との綿密なコミュニケーション

事前にミーティングを実施し、事前周知の方法、講演会中の質問の広い方、事後アンケートの実施方法など事前に決めておくことが望ましいと考える。特に、事後アンケートにおいては、参加者・司会の負担を減らしながら効率的に返事を集めるために、Google formなどによって内容を事前に準備しておくべきだった

#### ②参加者がアウトプットを行う機会の準備

授業中に参加者の能動的な参加を促すために、質問などをより多く実施するべきであった。「日頃、製薬企業のMRと関わる機会はあるか」「勉強会でお弁当を出された時の対応は?」「製薬企業からの謝金で医療者が受け取って良いと考える額はどの程度か」など、アイスブレイキングに使うことができる質問は多くあったと考えている。

#### ③明日からのアクションにつなげるための道標

今回の授業においては、エビデンスや事例の紹介を中心に行ったが、対象がキャリア早期の医療専門職であることを踏まえ、すぐに取り入れることができる具体的な行動について、もっと盛り込むべきだった。また、将来可能であれば、ワークショップなどを実施し、製薬企業職員との具体的な付き合い方について、実際に指導を行うことも有意義かもしれない。

#### 最後に

製薬企業との関係は医療の発展に必要不可欠である。だからこそ、その負の側面である金銭的利益相反についてしっかりと目を向け、その影響が

患者に及ばないように皆で努力していくことが必要である。しかし、現状、多くの職場で、その議論をフラットに行うのは簡単ではなく、まずはその土壌づくりから始めていく必要がある。そのような心持ちで、一步一步金銭的利益相反の授業を展開していけば、反発を抑えながら、この課題について皆が自分ごととして取り組んでいけるようになるのかもしれない。最後になったが、利益相反の問題は、医師のプロフェッショナルリズムの観点から解決していくべき課題であると筆者は考えている。

#### 文 献

- 1) Saito S, et al. Medical students' attitudes toward interactions with the pharmaceutical industry: a national survey in Japan. *BMC Medical Education* 2018; **18**: 286.
- 2) Nejstgaard CH, et al. Association between conflicts of interest and favourable recommendations in clinical guidelines, advisory committee reports, opinion pieces, and narrative reviews: systematic review. *BMJ* 2020; **371**: m4234.
- 3) DeJong C, et al. Pharmaceutical Industry-Sponsored Meals and Physician Prescribing Patterns for Medicare Beneficiaries. *JAMA Internal Medicine* 2016; **176**: 1114-22.
- 4) Murayama et al. Awareness and Perceptions among Members of a Japanese Cancer Patient Advocacy Group Concerning the Financial Relationships between the Pharmaceutical Industry and Physicians. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; **19**: 3478.
- 5) Ozaki et al. How Do Institutional Conflicts of Interest Between Pharmaceutical Companies and the Healthcare Sector Become Corrupt? A Case Study of Scholarship Donations Between Department of Clinical Anesthesiology, Mie University, and Ono Pharmaceutical in Japan. *Frontiers in Public Health*. 2022; **9**: 762637.



医学教育 2022, 53(3): 255

部会報告：第 21 期プロフェッショナリズム部会  
プロフェッショナリズム教育方略 連載第 15 回

## 15. 医学生へのセルフケア教育

高宮 有介\*

### 要旨：

医学生は、試験や人間関係、将来の選択などで悩み、精神的な要因で留年、休学、退学などに追い込まれ、場合により自殺に至る学生が存在する。特に 2020 年から新型コロナウイルス感染症の影響で、ストレスを感じ、抑うつ症状を訴える学生も多く見られた<sup>注)</sup>。近年、医療者のストレス軽減やバーンアウトの予防にセルフケアが重要とされており、今回は医学生へのセルフケア教育について取り上げた。

本稿では、第 1 の論文として、昭和大学で 2015 年から実施しているセルフケアの講義の具体例を紹介する。第 2 の論文として、関西医科大学で 2018 年から実践しているマインドフルネス実習を紹介する。セルフケア教育を通して、医学生が、ストレスを乗り越え、プロフェッショナリズムを体得した医師となることを願っている。

キーワード：セルフケア、マインドフルネス、レジリエンス、ストレスマネジメント

### 15. Self-care Education for Medical Students

Yusuke TAKAMIYA\*

### Abstract:

Medical students are troubled by exams, relationships, and future choices, and some students are driven by psychological factors to stay or drop out of school, and in some cases, commit suicide. Especially during the COVID-19 pandemic since 2020, many students have been stressed and have complained of depressive symptoms. In recent years, self-care has been considered important in reducing stress and preventing burnout in healthcare professionals, and this article focuses on self-care education for medical students.

In the first paper, we introduce a practical example of self-care lectures that have been conducted at Showa University since 2015. In the second paper, we introduce the mindfulness practice that has been used at Kansai Medical University since 2018. Through self-care education, we hope that medical students will become physicians who can overcome stress and who have mastered professionalism.

**Keywords:** self-care, mindfulness, resilience, stress management

\* 昭和大学医学部医学教育学講座, Department of medical education, School of medicine, Showa university

注) Makiko Arima, et. al. Factors associated with the mental health status of medical students during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in Japan. *BMJ Open* 2020

受付：2022 年 5 月 8 日，受理：2022 年 5 月 16 日

部会報告：第21期プロフェッショナルリズム部会  
プロフェッショナルリズム教育方略 連載第15回

## 15-1 昭和大学におけるセルフケア教育の実例

高宮 有介\*

### 15. A Practical Example of Self-care Education at Showa University

Yusuke TAKAMIYA\*

#### ●はじめに

本稿では、昭和大学で2015年より実施しているセルフケア教育を紹介する。本連載は、具体的な方法を示し、読者が実践していく手助けになる企画である。前半は、ストレスの対処について詳細に紹介した。後半のマインドフルネスについては、第2の論文に記載されたマインドフルネス実習と合わせて、参考にして頂きたい。

#### ●プロフェッショナルリズムのどの要素を涵養するのか

セルフケアを身に付けることにより、人間性を磨き、患者へ思いやりを込めた関わりができるようになる。さらにマインドフルネスを実践することにより利他的なコンパッションを涵養することができる。

#### ●教育の具体的内容

##### 1. 対象者

医学部、歯学部、薬学部、保健医療学部（看護、理学療法、作業療法）の1年次学生600名、ヒューマンコミュニケーションAの10コマの中の1コマ90分である。600名を学部合同の150名ずつに分け講義を行っている。さらに、学部合

同の6人組を作っている（座席指定）。同日に、同じ講義を4回実施している。

##### 2. 実施時期

1年生の前期（5月～6月）。昭和大学では一部屋4人の寮生活をしており、多くの学生はその生活を楽しんでいるが、一部の学生はストレスを感じている。また、一人の時間が取れないという声も聞かれ、早期に実施している。

##### 3. 実施場所

講堂（600名が着席可能）。6名でのグループワークを行うので、スペースを取るために広い講堂を使用している。COVID-19の感染予防のためのソーシャルディスタンスを取る目的もあった。

##### 4. 準備物

PPT、ワークシート、ペン、ティンシャ（瞑想の開始時、終了時の合図の鐘）、Google Classroom（資料の配布、講義後アンケートの提出（Google Forms））

##### 5. 具体的方法

講義は以下の4つのパートで構成されている。第1にセルフケアの必要性を伝える。第2に自分のストレスを知り、対処法を知る。第3に物事の視点を変える。第4にマインドフルネスを紹介し実践する。

以下は実際に講義で行っている言葉や問いかけ

\* 昭和大学医学部医学教育学講座, Department of medical education, School of medicine, Showa university  
受付：2022年5月8日、受理：2022年5月16日

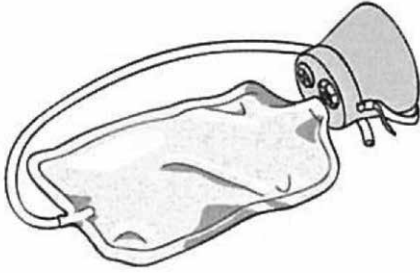


図1 飛行機の緊急時の酸素マスク



図2 まず自分が酸素マスクを

(「 」内)を意識して記載した。

### 1) セルフケアの必要性を知る

①まず、あなたが酸素マスクを

図1を示し、以下のように問いかけている。

「さあ、これは何か分かりますか？ 使ったことがあると恐い経験ですが…。そうです。飛行機の緊急時に出てくる酸素マスクです。飛行機に乗った時に緊急時のパンフレットを見たことがあるでしょうか。『まず、親であるあなた自身が呼吸できることを確認してから、お子さんにマスクをつけてください』と記載されています(図2)。つまり、あなた自身の安全を確保して初めて、誰かのサポートができるということです。私たち医療者も自身の心身の安定があって初めて、誰かのケアができるのではないのでしょうか。もちろん、短期間であれば、患者さんに頼られているという責任感で頑張ることができるかもしれませんが、長期間になると自分自身のケアが必要になってきます。」

②研修医のうつ、抑うつ症状の割合の紹介

「海外での1963-2015年の54の研究のレビューでは、研修医がうつや抑うつ症状を来す割合は、28.8%とされています<sup>1)</sup>。また、日本での研究では、研修開始後に抑うつ症状を訴える割合は、24.6%とされています<sup>2)</sup>。ここでは、研修医を例に伝えましたが、上級医や看護師、他の医療スタッフにも同様に起こり得ることです。医療者には、セルフケア、ストレスマネジメントが必要なのです。」

### 2) 自分自身のストレスを知り、対処法を知る

3つのワークを行っている。ワークシートを準

備する(図3)。

①-1 自分自身のストレスを知る

人はストレスを感じると様々な変化が現れる。それは身体、心、行動の変化である。

\*個人ワーク(2, 3分)後にグループで情報共有(5分)、全体で数名が発表する。

学生の例を以下に示す。「身体の変化として、便秘、吐き気、円形脱毛、微熱、皮膚のかゆみ、アトピーの悪化、喘息、頭痛、腹痛などを挙げ、心の変化として、イライラ、小さなことに怒る、不安、集中困難、怒りなどを挙げている。行動の変化としては、過食、アルコールの多飲、キレやすくなる、さぼる、遅刻・早退、いじめ、不登校、暴力、うそをつく、貧乏ゆすり、チックなどを挙げている。」

①-2 自分のストレス対処法を知る

次の問いは「あなたがストレスを感じた時の対処法は何ですか。皆さん、紙に書き出してみましょ。できるだけたくさん書きだしてみましょ。正解はありません。」

\*個人ワーク(2, 3分)後にグループで情報共有(5分)、全体で数名が発表する。

学生は「眠る、スポーツ、ゲーム、漫画、ネット、買い物、食べる、旅行」などを記載している。  
<ワーク①-1, 2後のコメント>

「これから医療者というプロになるには、自分自身のストレスを認識して、その対応を意図的に、早期に行うことが大切です。仕事の関係ですぐに対処策を講じることができないかもしれませんが、意識して時間を取ることが大切です。」

**あなた自身の心のケア（ワークシート）**

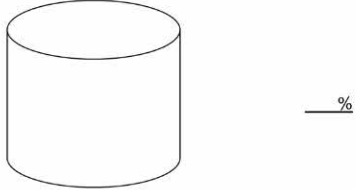
2022年〇月〇日 高宮有介（昭和大学医学部 医学教育学講座）  
 （ ）学部 （ ）番 （ ）

1、皆さんは、ストレスを感じていることを何で知りますか？  
 （身体の変化、心の状態、行動の変化など）

2、皆さんは、ストレスを感じている時にどんな対応をしていますか？

3、あなたの心のタンクの水は、今どれくらいですか。  
 水を注いでくれるものは？

①  
②  
③  
④  
⑤  
⑥  
⑦  
⑧  
⑨  
⑩



水を出してしまうものは？

①  
②  
③  
④  
⑤

図3 ワークシート

## ②心のタンクのワーク（図4）

「次に心のタンクをイメージし、今、何パーセントの水が満たされているかを考えます。絵の中に、実際に何%かを記入し、水位も書き込みます。もちろん主観で結構です。次に水を注いでくれるものを10項目、水がでてしまうものを5項目、ワークシートに記載します。」

講義では、教員の例をまず示している（図4）。

\*②は個人ワークのみ実施している（5分）。

<ワーク②後のコメント>

「水が出てしまう項目を見てください。自分自身ではコントロールができない内容が多いと思います。水が出ていると分かったら、水を注ぐ努力をしてください。そして、この心のタンクは、日に

よって変わってくると思います。その日の心のタンクを意識することが重要です。」

## 3) 見かたによってストレスは変わる（図5）

「絵を見て頂きます。何が見えるでしょうか。女性を後ろから抱きしめる男性？ 確かにそう見えるでしょう。子供が見たら、別のものが先に見えるかもしれません。矢印を注目してください。9頭の黒いイルカです。絵も景色も自分がどこから見るかで違って見えます。人生の出来事も同じです。」

次に、40歳代の進行胃癌患者の例を紹介している。がんに罹患したことは、仕事でも人生でもマイナスだが、様々な葛藤の末、人生を見つめなおし、生活や家族を大切にすきっかけになった

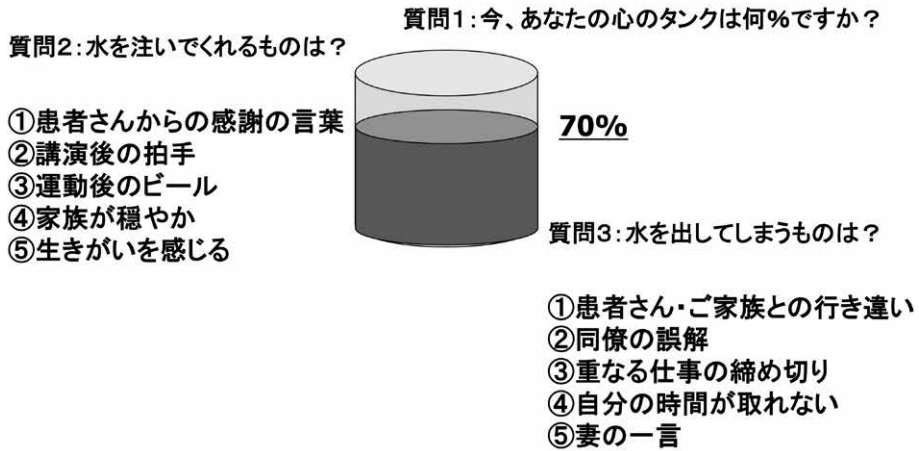


図4 心のタンクの例



図5 「どこから見るかで異なる」の例

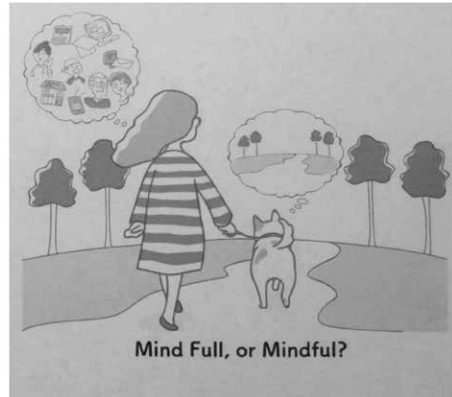


図6 マインドフルネスの例（犬の散歩）

こと、「がんは人生のギフト（贈り物）」と振り返った例を提示している。

4) マインドフルネスを理解し、日常生活に活かす  
次にセルフケアの一つとして、マインドフルネスの紹介と実践をしている。

①マインドフルネスとは

「マインドフルネスとは『今の瞬間の現実常に気づきに向け、その現実をあるがままに知覚し、それに対する思考や感情にとらわれないでいる心の持ち方や存在の有り様』です。」

②マインドフルネスの例（図6）

「あなたは犬と一緒に散歩をしています。太陽は燦々と輝き、木々の緑は美しい。しかし、あなたは『やりかけの仕事や職場の人間関係、

家族との雑事』で頭がいっぱい。あなたはマインドがフル、心が一杯、つまり心に余裕がない状態で、綺麗な景色は見えていない。しかし、犬は目の前の景色をただ見えています。まさにありのままを見ている、これがマインドフルネスの状態です。」

③ジョン・カバットジン氏と医学的な効用

「ジョン・カバットジン氏はアメリカのマサチューセッツ大学医学部の元教授です。マインドフルネスストレス低減法という8週間のワークを、慢性痛の患者に応用し、その有用性を証明しました<sup>3)</sup>。がん患者の気持ちの落ち込みの改善や睡眠、血圧の改善などの効用も報告されています<sup>4)</sup>。」



## ④あなたもマインドフルネスを実践している

「マインドフルネスは難しいことではありません。スポーツに熱中している時、好きな音楽を聴いている時、絵を描いている時、その時、あなたは、過去を忘れ、未来の不安を置いて、今に集中している。それもマインドフルネスなのです。」

## ⑤脳科学的な有用性の説明

脳神経科学の領域におけるマインドフルネスの有用性について、脳MRI等の変化を踏まえ説明している。

## ⑥マインドフルネスを実践する企業や有名人の紹介

グーグルやインテルなどの企業が研修に応用している例を提示し、有名人やスポーツ選手の実例も挙げている。

## ⑦マインドフルネスの実践 瞑想

「スポーツや音楽などもマインドフルネスだと伝えました。ただし、何かのミスをした時、何か不安なことが起こった時、すぐに自分のマインドフルネスを行うことができないでしょう。でも、呼吸ならすぐに実践できます。自律神経で、様々な臓器が調節されていますが、その中で、自分で意図的に調節できるのは呼吸です。呼吸が乱れると心と身体が乱れ、呼吸を調べると心と身体が調うのかもしれませんが、典型的な方法は瞑想です。何千年という歴史があり、人間が元々知っていた営みだとも言えます。それでは、短い瞑想体験をしてみましょう。まずは、ストレッチをしましょう。」

## A) ティンシャで導入

ヨガや瞑想の導入に使用する鐘の音で開始している。

B) 「まず、大地を意識して足の裏がしっかりと床についているのを感じます。お尻や背中が椅子に触れているのを感じます。背筋は真っ直ぐ。頭の上から糸で釣り上げられているイメージです。手は手のひらを上にして、肩をリラックスして膝の上に置きます。嫌でなければ、眼を閉じます。

呼吸に意識を持っていきます。胸やお腹が膨らんだり、へこんだりするのを感じます。

鼻から冷たい空気が入り、温かい空気が出ていくのを感じます。

(2分後)呼吸に集中すると言いながら、気になっていることや、何か抱えている問題を思い出すかもしれません。それは、構いません。今は、そっと、横に置いて呼吸に戻っていきましょう。不安な事、気になることを手放す練習だと思ってください。

不安な時、心が乱れた時、呼吸はあなたが戻ることのできる静かな場所です。船のいかりのように落ち着く場所です。」

## ③ティンシャで終了

「準備ができたなら、ゆっくりと眼を開けてください。呼吸に集中できたでしょうか。他のことに気を取られたでしょうか。気になること、不安なことが頭に浮かんでも構いません。それを手放す練習だと思って、継続していくことが重要です。」

## 6. 評価

演習のため出席は必須となっている。ワークシートや講義後アンケートの記載状況で評価している。

## 7. 対象者からの声・反応・その他

講義後アンケートは、右ページの通りである。(N=572名)

## 8. 成功の秘訣

セルフケアの必要性を自分のこととして捉えて、授業に臨むための工夫が必要である。飛行機の酸素マスクの例や研修医のうつ等のデータを挙げ、必要性を伝えた上で進めている。「ストレスを知る、対処法、心のタンク」は、ワークシートに沿って行えば、どの教員にも実践可能だと考える。ただし、マインドフルネスについては、教員自身が実践していないと伝わりにくいかもしいない。また、マインドフルネスの実践の一つとして瞑想を行っているが、脳科学的な根拠、慢性疼痛や再発鬱への効果、がん患者への効果等々、じっくりと時間をかけて説明し、瞑想体験が怪しいものではなく、学生が体験してみたいと思わせることが大切である。宗教的な側面はなるべく排除して導入している。

問1	講義の満足度	大変満足した 67.3%	満足した 31.3%
問2	セルフケアの必要性を理解したか	よく理解した 76.3%	理解した 21.3%
問3	自分のストレスを知ることができたか	とてもできた 60.8%	できた 36.7%
問4	ストレスの対処法を知ることができたか	とてもできた 57.3%	できた 39.5%
問5	マインドフルネスの重要性を知ることができたか	とてもできた 76.7%	できた 22.6%
問6	マインドフルネスをさらに学びたいか	とても学びたい 61.4%	学びたい 33.6%

問7 学んだこと3つ（医学生 116 名のみ抽出）

呼吸法, 瞑想	98 名
マインドフルネス	85 名
セルフケア	64 名
呼吸で気持ちが落ち着くこと	43 名
過去や未来に捉われず, 今に集中し生きること	38 名
自分自身のケアが患者のケアに繋がること	33 名
瞑想が脳にも影響すること	25 名
自分で勝手にストレスを大きくしていること	23 名
マルチタスクに対処できること	18 名

問8 今後の生活に如何に活かしていくか（医学生 116 名のみ抽出）多くあった意見を紹介する。

- ・今後もっと課題が増えてストレスが溜まるだろうからセルフケアを実践していきたい。
- ・寮では常に他人と一緒にストレスもあるので、自分を見つめるために活用していきたい。
- ・医師として、自分の最良のコンディションで患者さんに尽くせる人になりたい。
- ・不満や怒りに感情は引っ張られてしまうけど、自分が今持っている幸せ、見逃している幸せがないか、“今”に目を向きたい。
- ・コロナの影響で、寮生活で数多くの制限があり、かなりストレスフルな状況なので、マインドフルネスを実践していきたい。

## ●おわりに

プロフェッショナルリズムを実践していくためには、様々な困難やストレスに直面するであろう。それを乗り越えていくためには、セルフケアが必要であり、卒業した後も必須となる内容である。本稿により、セルフケアの卒前教育の重要性が認識され、各大学の医学教育として広まっていくことを願っている。

## 文 献

- 1) MATA DA, et al. Prevalence of depression and Depressive Symptoms among resident physicians: A systematic review and meta-analysis.

*JAMA* 2015; **314**(22): 2373-83.

- 2) 瀬尾恵美子, 他. 文部科学省科研費助成研究. 初期臨床研修における研修医のストレスに関する他施設研究 (2010-12), 2013.
- 3) ジョン・カバットジン. マインドフルネスストレス低減法. 北大路書房. 京都. 2007.
- 4) Carlson LE, et al. Randomized controlled trial of Mindfulness-based cancer recovery versus supportive expressive group therapy for distressed survivors of breast cancer. *J Clin Oncol* 2013; **31**(25): 3119-26.

図1~6は以下より引用

\*高宮有介, 土屋静馬. セルフケアできていますか? ~マインドフルネスを活かして. 南山堂. 東京. 2018.



医学教育 2022, 53(3): 263~267

部会報告：第 21 期プロフェッショナルリズム部会  
プロフェッショナルリズム教育方略 連載第 15 回15-2 医学生セルフケアとしてのマインドフルネス実習：  
関西医科大学の実践

西垣 悦代\*

Mindfulness Practice as Self-care for Medical Students at Kansai Medical University

Etsuyo NISHIGAKI\*

## はじめに

医師に求められる、あるいは医学教育の中で醸成すべきプロフェッショナルリズムが実現されるには、当人が心身ともに健康で安寧な状態にあることが前提となるだろう。そのため医療者や医学生は、セルフケアのスキルを持つ必要がある。セルフケアは、特に利他主義と思いやりが中核的価値に含まれる職業においては不可欠であるが、ともすれば忘れられがちであると指摘されている<sup>1)</sup>。

医学生のメンタルヘルスの問題については、20校の医学生 1,900 名を対象とした調査の結果、有病率が男子 36.6%、女子 48.8%という結果がある<sup>2)</sup>

(図 1)。不調者の割合の多さを考えると、個人に対する治療的対応とは別に、すべての医学生を対象としたセルフケアプログラムを実施する必要があると思われる。

医学生が在学中および卒業後に医師として直面するであろう様々な困難を乗り越える際に必要なセルフケアのスキルを備えることは、レジリエンスを高めることに繋がる。レジリエンスは、「逆境に直面し、それを克服し、その経験によって強化あるいは変容される普遍的な人の許容力」であるとの定義<sup>3)</sup>が示すように、困難や逆境からの単

純な回復ではなく、その後の成長や精神的健康の増進というポジティブな面が強調されている。

よって、従来のメンタルヘルスケアの概念を超えた、青年期の学生たちの成長によりふさわしい概念であると考えられる。

関西医科大学医学部では、医学生のレジリエンスを高めるセルフケア教育の一環として、マインドフルネス実習を実施している。以下にその概要を紹介する

(※第 1 回目の授業で使用する全スライドについては、学会ホームページ：プロフェッショナルリズム部会のページに掲載)。

## 1. 対象者

医学部 1 年生 (約 130 名)。対象は必ずしも 1 年生でなくても構わないが、医学生としての生活への適応を円滑にするには、早期に実施されることが望ましい。

## 2. 実施時期

2 学期の 9 月~12 月 (全 12 コマ)

## 3. 実施場所

医学部学舎内の教室および講堂 (体育館兼用)、中庭

\* 関西医科大学医学部, School of medicine, Kansai Medical University

受付: 2022 年 5 月 23 日, 受理: 2022 年 5 月 23 日

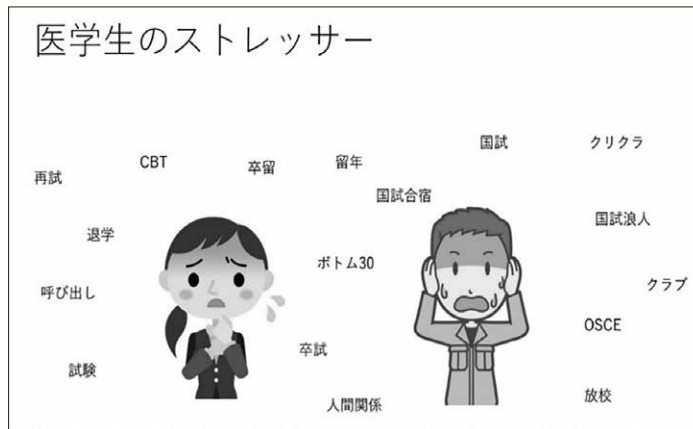


図1 授業で提示するスライド

#### 4. 準備物

レーズン（またはそれに代わるピーナツ，炒り豆など。「食べる瞑想」<sup>4)</sup>という，今この瞬間に意識を集中するマインドフルネスエクササイズで用いる。）

ヨガマット（ボディワーク，呼吸法のエクササイズで用いる）

#### 5. 方法

##### (1) マインドフルネスとは

マインドフルネスとは、「今，この瞬間の体験に意図的に注意を向け，評価をせずに，とらわれない状態で，ただ観ること」と定義されている<sup>5)</sup>。仏教瞑想に起源を持つが，現在では宗教性を排してプログラム化され，疼痛やうつ病の治療に取り入れられているほか，一般人の間にも普及し，ストレス低減，受容的気づき，不安の緩和，集中力向上，自己概念の変化などに効果が認められている（図2）。また，医療者のコンパッション（慈悲心，思いやり）に根差したケアマインドをはぐくむプログラムも開発されている。ただし，本学で実施しているのは既存のプログラムではなく，授業の目的に合わせて独自に構成したものである。

##### (2) マインドフルネス実習の到達目標

関西医科大学医学部の「マインドフルネス実習」は，2018年度に学長裁量経費による特別授業として実施され，翌2019年度からは正規実習科目のひとつとして，1学年の2学期に12コマ

で開講されている。到達目標はディプロマポリシーのうち，1) 医療人としての人間性（慈しみ・めぐみ・愛を心の規範として豊かな人間性を身につける）と，6) 自己主導型学習・生涯学習（自己主導型学習を実践し，向上心を持ち生涯にわたり学習を継続する姿勢を身につける）を養うことを目標にしている。なお，慈しみ・めぐみ・愛を心の規範として生きる医療人の育成という目標は，「慈仁心境」という本学の建学の理念に由来する。

(3) マインドフルネス実習の構成と実施手続き  
マインドフルネス実習を担当するのは学内の複数講座の教員と学外の講師計10名である。実習の12コマは①導入（1コマ），②マインドフルネス入門（3コマ），③マインドフルネスと身体（3コマ），④コンパッション（3コマ），⑤まとめと振り返り（2コマ）の5回で実施される。なお，1コマは70分である。

①の導入では，学内教員がマインドフルネス実習の目的や内容を説明する。マインドフルネス実習は医学部で行う他の生物・医学的な実習とはかなり異なるため，中には違和感を持つ学生もいるので，丁寧な説明は必要なステップである。また，実習の中で測定する生理・心理的データは学生がレポートを書くために使用するほか，集積的なデータとして学生へのフィードバック，授業改善への活用，日本医学教育学会などでの発表にも使用する。そのためデータの取り扱いやプライバ

## マインドフルネスが目指す状態

- 気持ちは穏やかで、頭はクリアな状態にある
- 気がかりなことに思考が乱されず、課題を処理できる
- 温かみがありながら、感情に引きずられず、自分と相手の状態を俯瞰できる
- 心が乱れたとき、自分で自分を落ち着かせる事ができる
- 自分の感情をコントロールできる
- 今、やるべきことに集中できる
- 善悪の判断や解釈をせずに出来事を受け止める
- 平穏な気持ちで現実を見つめられる
- 結果が思い通りでなくても、ありのままに受け入れ、前に進むことができる

図2 授業で提示するスライド

シーの保護について、配布した書面を読みながら説明し、同意書に署名した学生のデータのみを活用している。同意しなくても不利益にならないことは特に念を押す。次に、マインドフルネスの起源や発展、講師プロフィールの紹介を行い、実習への導入とした。レジリエンス尺度や5因子マインドフルネス尺度を含む事前アンケートはこの回に実施する。

②から④は3コマ連続で行う学外講師による講義と演習である。②は、マインドフルネスに造詣の深い脳科学研究者による瞑想の科学的根拠についての講義(1コマ)と、精神科医師によるマインドフルネス入門の講義と演習(2コマ)から構成されている。マインドフルネスの脳科学的研究の講義は、瞑想やマインドフルネスに対して非科学的であるという印象を抱く学生は実習に身が入らない、という反省に基づき実施2年目から導入した。実際にfMRIを用いて測定を行っている研究者からマインドフルネスの科学的根拠について聞くことで、マインドフルネスに対する予断や不安をある程度取り除くことができると考える。

マインドフルネスに造詣の深い精神科医による講義と演習では、マインドフルネスとは何か、医療への適用についての講義と、食べる瞑想(レーズンエクササイズ)、その場で行う歩く瞑想などの演習を行う。演習で行うエクササイズは、初心者向けのものであるが、万一心身の異変を感じた場合には無理をしなくてよいこと、場合によって

は退席してもよいことを伝えている。また、担当の精神科医は、パニック発作を自分で解除する方法を最初に説明してから授業を始めている。

③のマインドフルネスと身体では、ボディワークを中心に進める。学外講師の指導のもと、呼吸瞑想やヨガに限定せず、体の感覚を感じながら行うさまざまなボディワークを実践する(写真1)。③の演習の前後には、唾液コルチゾルの測定と心理測定を行い、受講生は自分の結果をもとにレポートを作成する。唾液の分析は科目担当者の医化学教室の教員2名が行っている。

④のコンパッションの講師は、臨床心理士・公認心理師資格を持つ、セルフコンパッション研究で著名な心理学者である。コンパッションを中心とする講義と歩く瞑想をはじめとするいくつかのワークを取り入れて授業を実施している(写真2)。

⑤は、学内教員によるまとめと振り返りである。講義、エクササイズ、ディスカッションを交えて進められる。事前アンケートのフィードバックはここで行い、事後アンケートも実施する。また、唾液コルチゾルの測定結果もここで各自に伝える。マインドフルネス実習全体を振り返り、自分の生活にどのように取り入れることができるか、医師にとってのセルフケアの重要性や、プロフェッショナルリズムとの関連についても触れる。関心を持った学生が継続的に実践できるように、本学オリジナル作成のマインドフルネス演習動画の紹介も行う。



写真1 腹式呼吸、集中瞑想などのボディワーク実践風景



写真2 屋外で行う歩く瞑想の実践風景

#### (4) マインドフルネス実習の評価

マインドフルネス実習は、全国の医学部でも実践例が少なく実験的な科目でもあるので、事前・事後の測定をはじめ、学生による授業評価など、同意の得られた学生のデータを分析し、効果を検証すると共に授業の改善にも活用している。

授業の前後で、参加者のセルフコンパッションおよびレジリエンスの平均得点は、いずれも統計的に有意に上昇していることが明らかになった。また、測定した唾液コルチゾール濃度は約50%減少し、PMS（ポジティブ感情尺度）で測定したポジティブ感情のうち、リラックス、快、集中の下位尺度が有意に上昇していた<sup>6)</sup>。授業に対する評価は、「マインドフルネス実習を通して学んだことがあった」（86%）、「マインドフルネス実習は楽しかった」（53%）、「マインドフルネス実習でストレスが低減した」（51%）、「マインドフルネスを今後も続けたい」（45%）とおおむね肯定的であった<sup>7)</sup>。評価の個人差の要因として、自覚的ストレスが高い学生や、ヨガや瞑想の経験のある学生の方が、そうでない学生よりも肯定的な評価をする傾向にあることが明らかになった<sup>8,9)</sup>。2020年と2021年度はCOVID-19の影響により、遠隔配信で実施したが、効果に大きな違いは見られないことを確認している。

#### (5) マインドフルネス実習の注意点

どの講義でもそうだが、マインドフルネス実習においても、受講学生のすべてがマインドフルネスに関心を持ち、積極的な気持ちで参加するわけではないので、導入のしかたに留意する必要がある。

また、マインドフルネスは常にリラックスした状態をもたらすとは限らず、瞑想を習慣的に実践している人でも、4人に1人は瞑想中に不快な感情を体験したと言われている<sup>10)</sup>。マインドフルネス実習では不快事象が起こりにくいとされるガイド瞑想のみを行っており、学生には万一実習中に心身の不快が生じた場合には、退出してよいと伝えている。また医師の資格を持つ教員が必ず授業に立ち会っている。

本学におけるマインドフルネス実習は、学生に建学の理念「慈仁心鏡」に基づく慈しみ・めぐみ・愛の心を養う態度・人間教育と、セルフケアの選択肢のひとつとして紹介している。マインドフルネスの効果は持続的であることが明らかにされており<sup>11)</sup>、マインドフルネスを知っているということで、現在だけでなく、将来ストレスに遭遇した際に役立つこともあるだろうと期待している。効果については長期的な視点でとらえる必要があるだろう。

#### (6) マインドフルネス実習の導入を考える際のヒント

マインドフルネスを医学教育の中に取り入れようとする際、本学のように12コマの独立した科目として実施することは、必ずしも容易でないかもしれない。プロフェッショナリズムや人間性教育の一環として実施される場合は、2、3コマ程度の授業として、マインドフルネスの概念の紹介と簡単な導入エクササイズ（食べる瞑想や腹式呼吸、短い集中瞑想など）、医療場面における活用を紹介し、ディスカッションを行うだけでも意味

があると思う（本学の実習の①②と⑤の一部に該当）。ただし、その際も指導する教員自身がマインドフルネスの実践者であることは必要だろう。

#### 文 献

- 1) Cooper N, Frain A, Frain J. 宮田靖志・訳. ABC 医療プロフェッショナルリズム, 羊土社, 東京, 2020.
- 2) Ohtsu T, Kaneita Y, Osaki Y, Kokaze A, Ochiai H, Shirasawa T, Nanri H, Ohida T. 日本の医学生におけるメンタルヘルス状態 20 大学の横断的調査 (Mental Health Status among Japanese Medical Students: A Cross-Sectional Survey of 20 Universities) *Acta Medica Okayama* 2014; **68** (6): 331-7.
- 3) Grotberg EH. The International Resilience Research Project. *Paper presented at the 55th Annual Convention, International Council of Psychologists* 1997; 14-8.
- 4) Kabat-Zinn, J. 春木豊・訳. マインドフルネスストレス低減法. 北大路書房, 京都市, 2007.
- 5) 日本マインドフルネス学会 <https://mindfulness.jp.net/> (accessed 28 April 2022)
- 6) 西垣悦代, 西屋克己, 唐牛祐輔, 中川学, 前野覚大. 医学生に対するマインドフルネスプログラムの開発と評価 2019; 日本医学教育学会第 51 回大会.
- 7) 西垣悦代. 医学生に対するマインドフルネス実習の実施と効果 2021; 第 53 回日本医学教育学会大会, シンポジウム「セルフケア教育～コロナ新時代の学生自身の心のケア」.
- 8) 西垣悦代, 藤村あきほ. マインドフルネス授業に対する評価に関連する個人要因 2019; 日本健康心理学会第 32 回大会発表.
- 9) 西垣悦代, 藤村あきほ. 医学生に対するマインドフルネス実習の効果: 瞑想経験の有無による差に着目して 2021; 日本マインドフルネス学会第 8 回大会発表.
- 10) Schlosser M, Sparby T, Vörös S, Jones R, Marchant NL. Unpleasant meditation-related experiences in regular meditators: Prevalence, predictors, and conceptual considerations. *PLOS ONE* 2019; **14**(5): e0216643.
- 11) de Vibe M, Solhaug I, Rosenvinge JH, Tyssen R, Hanley A and Garland E. Six-year positive effects of a mindfulness-based intervention on mindfulness, coping and well-being in medical and psychology students; Results from a randomized controlled trial. *PLoS One* 2018; Apr.24; **13**(4): e0196053.



医学教育 2022, 53(4): 381

部会報告：第 21 期プロフェッショナルリズム部会  
プロフェッショナルリズム教育方略 連載第 16 回

## 16. 人文学とアートを使ったプロフェッショナルリズム教育

小比賀 美香子\*

要旨：

「医学はサイエンスに基礎づけられたアートである」と言われるが、日本の医学教育において、サイエンス分野の教育に比べ、アート分野の教育は十分に実践されていない。米国の医学生を対象に行った調査では、文学、音楽、演劇、ビジュアルアートなどの人文学に接している医学生は、共感性、感情評価、自己効力感が良好であった<sup>1)</sup>。欧米を中心に実践されている Medical humanities (医療人文学) 教育は、非人間的な医療実践、医学生や医療者の非人間化を克服するための、人文学科目による価値教育であり、人間性、利他主義などの医師のプロフェッショナルリズムの涵養にもつながる。本稿では、国内の医学におけるアート分野の教育のうち、人文学とアートを使ったプロフェッショナルリズム教育の実践例として、「哲学対話」と「インプロ (即興演劇)」を取り上げる。

キーワード：人文学、アート、プロフェッショナルリズム

### 16. Using Humanities and Art to Teach Medical Professionalism

Mikako OBIKA\*

**Abstract:**

It is said that “medicine is an art based on science,” but education in the art is not well practiced in medical education in Japan compared to education in the science. In a survey of medical students in the U.S., medical students who were exposed to literature, music, theater, visual arts, and other humanities had better empathy, emotional evaluation, and self-efficacy<sup>1)</sup>. Medical humanities education, which is practiced mainly in Europe and the United States, is value education with humanities subjects to overcome dehumanizing medical practices, medical students and medical professionals, and to cultivate professionalism in physicians, such as humanity and altruism. This article focuses on “philosophical dialogue” and “improv” as practical examples of arts education in medicine in Japan that use the humanities and the arts to teach professionalism.

**Keywords:** art, medical humanities, medical professionalism

\* 岡山大学学術研究院医歯薬学域総合内科学, Department of General Medicine, Okayama University Graduate School of Medicine, Dentistry and Pharmaceutical Sciences

<sup>1)</sup> Mangione S, Chakraborti C, Staltari G et al. Medical Students' Exposure to the Humanities Correlates with Positive Personal Qualities and Reduced Burnout: A Multi-Institutional U.S. Survey. *J Gen Intern Med* 2018; **33**: 628-34.

受付：2022年7月25日、受理：2022年7月26日

部会報告：第21期プロフェッショナリズム部会  
プロフェッショナリズム教育方略 連載第16回

## 16-1 哲学対話とプロフェッショナリズム教育

小比賀 美香子\*

### 16-1 Philosophical Dialogue and Medical Professionalism Education

Mikako OBIKA\*

#### はじめに

米国の哲学者リップマンの影響で始まった「子どもの哲学」は、哲学史や思想に関する知識を身に付けるのではなく、グループでの話し合いを通じて、主体的で協働的な思考や探究を促す実践で、近年、日本の多くの教育現場に導入されている<sup>1,2)</sup>。またフランスのカフェで始まった「哲学カフェ」は、様々な人たちが集う場で、飲み物片手に社会的立場を超えて、テーマについて話し合う<sup>3)</sup>。日本では患者や医療者対象の「哲学カフェ」も開かれることがある。どちらも共通して、日常生活や人生、科学、芸術など様々なテーマから、正解が決まっていないような問いについて話し合い、思考を深めていく。

岡山大学総合内科学では、2018年11月より、哲学プラクティショナーの松川えり氏に進行役をお願いして、多職種医療者対象の「哲学カフェ」を定期開催している<sup>4)</sup>。2020年9月からは、医学生の臨床実習の中に、「子どもの哲学」や「哲学カフェ」を参考にした、一つのテーマについて対話する哲学対話（教官が進行役）を導入しており、本稿では、その取組みについて紹介する。なお、実習の中で、授業名を「哲学カフェ」

としている。

#### プロフェッショナリズムのどの要素を涵養するのか

2016年に改訂された日本の医学教育モデル・コア・カリキュラムでは、医師として求められる基本的な資質・能力にプロフェッショナリズムが掲げられ、学修目標の項目として、「医の倫理と生命倫理」「患者中心の視点」「医師としての責務と裁量権」の三つが挙げられている。

既述の多職種の医療者対象の「哲学カフェ」開催の約1カ月後に、フォーカス・グループを行い、逐語録を質的に解析したところ、参加者には、多様な視点・視野・視座の獲得、言葉のもつ多義性・両価性についての理解、自己の考えの相対化などがもたらされていた<sup>5)</sup>。このことより、患者の価値観を理解することが学修目標である「患者中心の視点」、患者やその家族と信頼関係を築き、患者やその家族のもつ価値観や社会的背景が多様であることを認識することが学修目標となる「医師としての責務と裁量権」を涵養すると考えられる。

\* 岡山大学学術研究院医歯薬学域総合内科学, Department of General Medicine, Okayama University Graduate School of Medicine, Dentistry and Pharmaceutical Sciences  
受付：2022年7月20日、受理：2022年7月20日





図1 岡山大学総合内科学臨床実習での「哲学カフェ」の様子

## 教育の具体的内容

### 1. 対象者

医学部医学科4年生5名（基本臨床実習のグループ）

### 2. 実施時期

総合内科学の基本臨床実習期間（2週間）中、2日目の午後に2時間実施している。参加者、進行役とも時間に迫られない、余裕のある時間帯に実施。

### 3. 実施場所

小教室（車座になるスペースを確保できる場所。天気がよければ屋外でも可）（図1）じっくり考えるために、落ち着いて話し合える場所がよい<sup>3)</sup>。

### 4. 準備物

配布資料、コロナ禍でなければ飲み物とお菓子、椅子（参加人数分準備し、車座になるよう配置する）、アンケート用紙

### 5. 具体的方法

#### 1) 自己紹介

アイスブレイクをかねて、進行役を含め参加者全員が自己紹介をする。自己紹介（出身・部活な

ど）に加えて、例えば、「最近ハマっているもの」について話をしてもらい、自分が呼ばれたい名前を、それぞれ決めてもよい<sup>6)注釈1)</sup>。自己紹介の時間は15分程度を見込んでいるが、この後の「対話」が円滑に進むよう、進行役が参加者に質問を加えながら、グループによっては30分程度がかかることもある。

#### 2) 哲学カフェのオリエンテーション

配布資料（図2）を使って、オリエンテーションを行う。

##### ①哲学カフェを楽しむポイント

哲学カフェの目的は、対話そのものを楽しむことで、医療現場でのカンファレンスのように、結論を出し、合意形成を目指す必要はないことを説明する。テーマはひとつだけなので、深く考えることができ、誰もが対等に参加することから、いろいろな角度から考えることができると説明し、内容は参加者次第であることから、新しい気づきや発見のある充実した時間になるよう協力を促す。また、自分の中ですぐに言語化できないモヤモヤがとても大切であり、モヤモヤをヒントに対話に参加するよう説明する。

注釈1) ハワイで子どもの哲学を実践するトーマス・ジャクソン（ハワイ大学教授）のスタイル。トーマス・ジャクソンが重視する Safe な Community づくりのポイントになる。

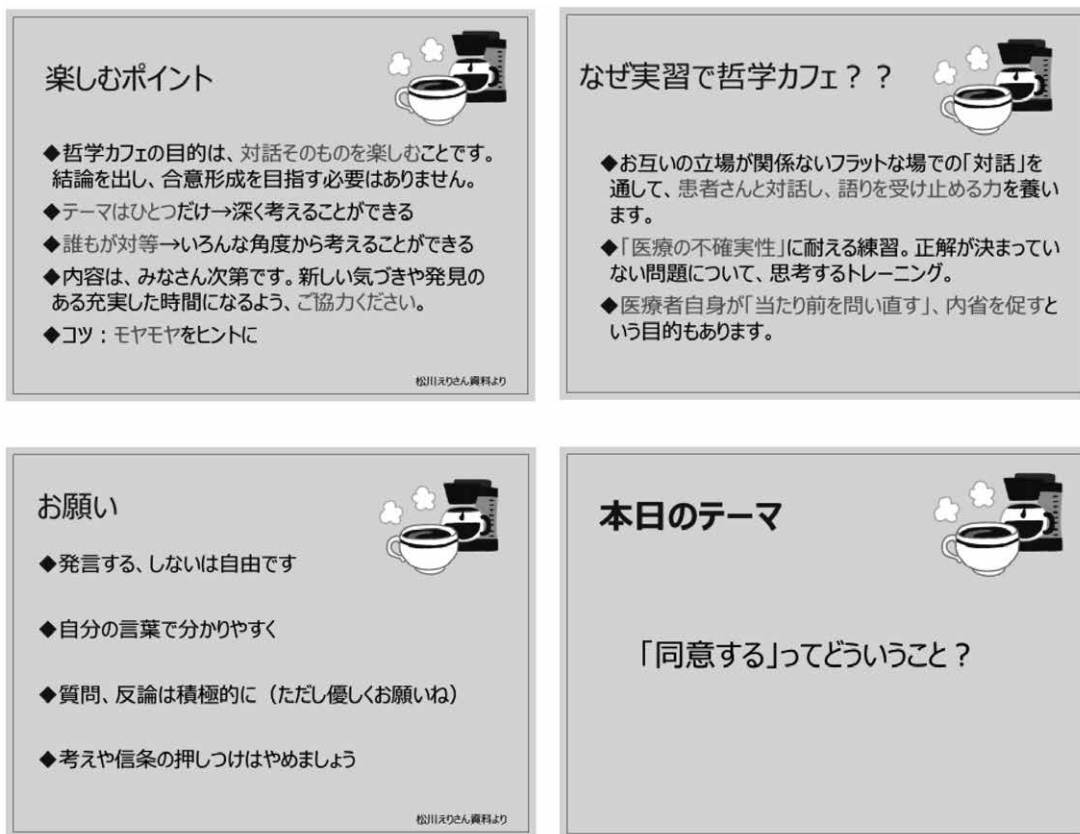


図2 配布資料（一部を抜粋）

## ②臨床実習で哲学カフェを実施する目的

可能な限りフラットな場での「対話」を通して、患者さんと対話し、語りを受け止める力を養う目的があること、「医療の不確実性」に耐える練習として、正解が決まっていない問題について思考するトレーニングにもなり、医療者自身が当たり前を問い直す、内省を促すという目的もあることを説明する。

## ③お願い

発言する、しないは自由であること、自分の言葉で分かりやすく話をする、質問、反論は積極的に行うこと、考えや信条の押しつけはしないことをお願いし、全員ができるだけリラックスした雰囲気の中で参加できるよう留意する。

## 3) テーマ（問い）の発表

テーマ（問い）の設定については、①日常生活と関連するもの、②誰もがそれについて考えることのできるもの、③根本的な問いを含むものが望

ましいとされる<sup>7)</sup>。初めて参加する人が多い場合、「～とは何か」、「なぜ～か」といった問いのかたちの方が、参加者の関心が拡散せず、考えることに集中しやすくなる。知らないことを知るための問いではなく、例えば、「学校とは何か?」や「人はなぜ怒るのか?」など知っていることを改めて問うような問いは、私たちの生活や会話を成り立たせている隠れた前提に目を向けさせてくれる<sup>8)</sup>。表1に、これまでの本哲学カフェのテーマを表示している。筆者は、例えば、3~4月に、<「別れ」って悲しいこと?><「出会い」って多い方がいい?>など、その時期にあったテーマを設定することもあれば、<「目標を立てる」のは好き?><成長しないのがダメ?>など、一般的に医学生が当たり前を思っているようなことをテーマに設定することもある。また、2つほどテーマの候補を決めて、参加者に選択してもらうこともある。ほとんどの学生が哲学カフェは初めての参

表1 岡山大学総合内科学臨床実習での「哲学カフェ」のテーマ一覧

「がんばる」ってどういうこと？
「スタートする」のは好き？
「待つ」のは好き？
「目標を立てる」のは好き？
「聴く」のは好き？
「話す」のは好き？
「理解する」ってどういうこと？
「いい行い」って誰のため？
「学ぶ」ってどういうこと？
「働く」ってどういうこと？
「効果がある」ってどういうこと？
呪いを信じる？信じない？
困っている人がいたら、助ける？
「同意する」ってどういうこと？
誕生日って好きですか？
人はなぜ嫉妬するのか？
「別れ」って悲しいこと？
「出会い」って多い方がいい？
「明るい」ほうが好き？
ポジティブな方がいい？
成長しないとダメ？
「競争する」のは好き？
「共感する」っていつも大事？
趣味って何？
英語は好き？
「ふつう」って何？

加であるが、参加者がリピーターで慣れていたら、当日に皆でテーマを決めるやり方もある<sup>3)</sup>。

#### 4) 教官が進行役となり哲学対話

テーマを確認したら、進行役である教官が、参加者である学生に発言を促し、対話がスタートする。筆者は、最初に全員に発言を順に回したあと、全員に向けて話しかけ、様子をみながら発言したような人に声をかけている。表2に、参加者と進行役のすることを示す。

参考までに、『「ふつう」って何？』というテ

マの時に出てきた内容の一部を紹介する。

- ・「ふつう」は周りと同じこと？ マジョリテイ？
  - ・「ふつう」はその人にとってずっと入ってくるもの？
  - ・「ふつう」には、客観的な「ふつう」と、主観的な「ふつう」がありそう
  - ・「ふつう」でありたいことと、「ふつう」ではないやなことがある
  - ・「ふつう」と思わされていることもありそう
- など、「ふつう」にまつわる様々な意見が出てきた。なかには、女子学生の「女子医学生や若手の女性医師向けのセミナーで女性医師のキャリアの例を提示されたときに、それがふつうで、そうでないといけなような気がした」という発言に対し、他の参加者から、「ふつう」という言葉が相手に制限をかけることがあるのではないかという発言があり、盛り上がった。

#### 5) まとめ

最後に、全員に短く感想を言ってもらい、簡単に対話をふり返って終了する。

#### 6) アンケート

事後に、満足度、参加前後での「哲学」のイメージの変化、テーマについて気づいたこと、医療に携わる上で参考になりそうなこと、コメント・意見・感想についてアンケートをとり、運営の参考にしている。

#### 6. 評価<sup>注釈2)</sup>

学生評価は行っていない。理由は、学生にとって発言しやすく、安全な場を提供することを優先しているからである。哲学カフェの開始前に、評価は行わないことを説明している。実施内容の評価は、上記アンケートを用いて行っている。

#### 7. 学習者からの声・反応

アンケートの自由記述には、「言葉で表現してみると、改めて自分がどういう人間かに気づいた」「いろいろな価値観を知り、受け入れるきっかけになった」「最初納得できなかったことも、じっくり話し合えば理解できる」「同じ言葉でも

注釈2)「子どもの哲学」の自己評価では、「今日は楽しめたか?」「よく考えられたか?」「よく聞けたか?」を振り返ることがある<sup>9)</sup>。

表2 参加者と進行役のすること<sup>8)</sup>

## ■参加者のすること

## ①発言してみる

参加者は、テーマに関して思ったことや疑問などをとりあえず口に出す。

## ②発言のなかに含まれる主張や意見を確認する

意見や主張が明瞭でない場合には、進行役の助けを借りながら要点をまとめるなどして、発言に含まれる主張や意見を確認する。

## ③出された意見に対して意見を述べる

他の参加者の意見に対して、「先ほどの意見はこういうことだと思う」と解釈を述べたり、反論を述べたりする。

## ④自分の意見に対する意見を聞いて、どう思うか確認する

互いの意見の違いや他の参加者の言葉を通して必要があると感じたら、足りない要素を補ったり修正を加えたりしながら、最初の意見を語り直す。

## ⑤意見の前提を問い返す

それぞれの意見の前提や言葉の意味を明らかにしながら、主張や根拠について吟味する。

## ⑥議論をふりかえる

必要に応じて議論をふりかえり、自分たちがいま何をしているのか、これからどのように議論を進めるべきかを考える。

## ■進行役のすること

## ①意見の複数性をあぶり出す

発言者のそれぞれの意見を一つ一つ吟味し、ときには自ら反論したり、「いまの意見は、先ほど出た意見と同じですか？」あえて他の発言者の意見と対立させたりして、意見の複数性をあぶり出す。

## ②発言を引き受けさせる

自分の経験をもとに話すことが重視されるため、自分の意見の代わりに本やメディアで見聞きした情報や知識を持ち出す参加者に対しては、例えば「なぜ、いまこのタイミングでそれを話そうと思ったのですか？」と尋ね、参加者が自分自身の発言を引き受けるきっかけをつくる。

## ③吟味を促す

テーマについて考えるために足りない要素や検討が必要な論点を、その場の議論の状況から判断し、参加者が考えられるよう促す。例えば、「どうして、それが『差別』なの？」、「『差別』と『区別』はどうちがうの？」と言葉の意味を尋ねたり、他の参加者に「いまの意見について質問はありませんか？」と問いかけたりする。

## ④複数の主張を拮抗させる

単独で真理を追求するより、むしろ、複数の主張が拮抗し合うことによって「本当らしいもの」が浮かび上がってくる。進行役は、わざと反対の主張をつき合わせて参加者同士が弁論を闘わせるように仕向けたり、参加者の一人と一人の議論を展開したりして、議論に簡単に決着がつかないようにする。

それぞれが持っている定義が違うのが印象的だった」「自分の当たり前は、他人の当たり前ではない」など、哲学対話を通して様々な気づきがあったことがうかがえた。なお、これまでのアンケートで否定的な意見はなかった。

## 8. 注意すべき点

安全な場づくりが最も重要であると考えている。教官が進行役となり、授業の一環で実施する場合、学生は教官の存在を意識して、教官が期待する（と彼らが考える）応答をしがちである。できるだけ学生が発言しやすい、リラックスした雰囲気づくりを心がけている。表2の進行役のすることを、すべてできるようになるのは難しい。進行役になる前に、哲学プラクティショナーが進行

する哲学カフェに参加し、参考文献にあるような哲学対話に関する書籍を一読しておきたい。可能であれば、最初は教官ではなく、哲学プラクティショナーに進行役をお願いすることをお勧めする。また、他学部の学生も参加すれば、さらに意見の複雑性があぶりだされ、テーマについて十分に吟味することができる。

なお、筆者がこの取組みを始めて間もない頃、沈黙の時間が多いと、うまくいかなかったのではないかと非常に気になっていた。しかし、アンケート結果から、あまり話せなかった学生が、皆の話聞きながら思考を深めている場合もあることを知り、あまり気にならなくなった。もちろん、あまり沈黙の時間が長いと、声掛けをした

り、その場をなごませるような話をしたりするようになっている。

#### おわりに

「子どもの哲学」に大きな影響を与えたリップマンによれば、答えがなかなか出ない問いを考え続けることで、批判的な思考力（批判的思考）を育てるだけでなく、自分の思考を吟味したり見つめ直したりしながら新たな考えに行きつく創造性に関する思考力（創造的思考）も育てる。また、すべての人が安心して対等なものとして対話ができるよう努力する気遣い・ケアに関する態度（ケア的思考）も養うとされる<sup>1,2)</sup>。医学部の卒前教育から卒後教育、そして、生涯教育にわたり、継続的に哲学対話を導入することで、プロフェッショナルリズム以外の医師として求められる基本的な資質・能力も下支えするような思考力をさらに涵養できると考えられる。

#### 謝 辞

本稿執筆に際し、哲学プラクティショナーの松川えり氏に、多くの的確なご助言を頂きました。厚く御礼申し上げます。

#### 文 献

1) 河野哲也. ゼロからはじめる哲学対話：哲学プラ

クティス・ハンドブック. ひつじ書房, 東京, 2020.

- 2) リップマン, マシュー. 探求の共同体：考えるための教室. (河野哲也, 土屋陽介, 村瀬智之・監訳) 玉川大学出版部, 東京, 2014.
- 3) カフェフィロ. 哲学フェのつくりかた, (シリーズ臨床哲学2), 大阪大学出版会, 大阪, 2014.
- 4) 松川えり, 小比賀美香子. 哲学対話で医師の当たり前を問い直す. 大塚文男, 萩谷英大・編. クロストークから始める総合診療：ジェネラルマインド・ブラッシュアップ! 金芳堂, 東京, 2022.
- 5) 小比賀美香子, 松川えり, 松元享平, 徳増一樹, 大塚文男. 医療者のための「哲学カフェ」が参加者に与えた影響について. 第53回日本医学教育学会大会, 2021.
- 6) 高橋綾, 本間直樹, ほんまなほ. こどものてつがく：ケアと幸せのための対話, シリーズ臨床哲学4, 大阪大学出版会, 大阪, 2018.
- 7) 本間直樹, 松川絵里. 『哲学』という名のプラットフォーム：中之島哲学コレージュ. 『Communication-Design』3. pp.122-33. 大阪大学コミュニケーションデザイン・センター, 大阪, 2010.
- 8) 松川絵里, 岩淵泰. 哲学カフェをやってみよう! 総務省：主権者教育のための成人用参加型学習教材 (平成27年度版), pp.6-15, 2016.
- 9) 特定非営利活動法人こども哲学・おとな哲学アーダコーダ. こども哲学ハンドブック：自由に考え, 自由に話す場のつくり方. アルパカ, 東京, 2019.



部会報告：第21期プロフェッショナリズム部会  
プロフェッショナリズム教育方略 連載第16回

## 16-2 インプロ（即興演劇）を用いた医学教育

岡崎 研太郎\*

16-2 Improv in Medial Education

Kentaro OKAZAKI\*

### はじめに

インプロ（即興演劇）とは、脚本も事前の打ち合わせもなく、その場で起こることに着目して共演者や観客とともに作り上げる演劇のことである。しかし、上演を前提とした演劇としてではなく、俳優訓練の手法として用いられることもあり、最近ではコミュニケーション能力の涵養などを目的に、“応用インプロ”として学生教育や社会人教育にも活用されている<sup>1,2)</sup>。最近では、2022年6月30日のNHKテレビ「あさイチ」でも取り上げられた。

インプロの基本的なルールには、相手を肯定し、否定しないという意味のYes, and…や、相手により時間を与える、相手を輝かせるという意味のGive your partner a gift, などがあげられる（表1）。このインプロは、北米を中心に“Medical Improv”として医学生への教育に導入されてきている<sup>3,4)</sup>。筆者は個人的にインプロワークショップに参加した経験から、インプロの持つ「いま、ここ、にフォーカスする姿勢」が、医療現場における診療の「一期一会」性と類似しているのではないかと考え、医学生を対象としたインプロワークショップの可能性を探っていた。

表1 インプロの基本的なルールの例

- 
- ・否定しない
  - ・失敗（挑戦）を楽しむ
  - ・相手が輝くように、相手にいい時間を与える
- 

本稿では、2019年6月に愛知県地域枠医学生春の交流会を名古屋大学で開催した際に、インプロを取り入れたプログラムを実施した経験について記述する。

### プロフェッショナリズムのどの要素を涵養するのか

諸外国では、専門家として臨床現場の不確実性への対応力、チームビルディングとリーダーシップ、フィードバックや自己省察、共感や傾聴などコミュニケーション能力、信頼の文化に基づく多職種協働、レジリエンス力などの向上を意図して実践されていると報告されている<sup>5)</sup>。インプロのエクササイズを経験し解説を聞くことによって、こうした能力が醸成され、患者中心の医療の実践へとつながることが期待されている。

\* 九州大学大学院医学研究院地域医療教育ユニット, Community medicine education unit, Graduate School of Medicine, Kyushu University

受付：2022年7月29日, 受理：2022年7月30日

## 教育の具体的内容

### 1. 対象者と目的

対象者は、愛知県内4大学の地域枠医学生のうち、1年生から4年生までの約100人。2班に分かれ、地域の診療現場でも重要となるコミュニケーション力について、体験を通じて学ぶことを目的とした。

### 2. 実施時期

2019年6月、午後、60分間で実施した。

### 3. 実施場所

大教室。椅子や机がある場合には可動式で、片付けると広い平坦な場所が確保できることが望ましい。

### 4. 準備物

解説で使用するホワイトボードとマーカー。教室が広く参加者が多い場合には、マイクとスピーカーが必要なこともある。

対象者には動きやすい服装での参加を求めた。合わせて、心理的な準備を促すため、講義形式ではなく体験型のワークショップを実施する旨を事前にメールした。

全体を指揮するリーダーとしてインプロの指導経験豊富な青山学院女子短期大学（当時）の直井玲子先生を招き、各グループのファシリテーターは直井先生とも親交のある地元名古屋のインプログループ「しばいぬ海賊団」<sup>脚注1)</sup>のメンバーに依頼した。

### 5. 具体的方法

当日に実施したエクササイズのうち、いくつかを抜粋して紹介する。

リーダーの指示で50人を8~10人ずつの6グループに分け、それぞれのグループにファシリテーターをつけた。

#### 1) ナイフとフォーク

まず、二人組になり、出された題目を身体で表現する。片方がナイフなら、片方がフォークというように。出された題目に沿って、どちらが何をやるか、言葉を用いることなく、瞬時にコミュニケーションをとって完成させる。その後、4人組

で「傘」、8人組で「コンビニ」のお題にも取り組んだ。

みんなが固まってしまう、始まりそうになかったら、まずは誰かがリスクを取って何かの形を作ってみること、他の人はその人を信頼し、反応してることが大切であることを説明した。

#### 2) ステータス

このエクササイズでは、個人の持つ「ステータス」に着目する。ここで言うステータスとは、登場人物間の上下関係を表しており、その人がどのくらい偉いかという権力の大きさを示している。

##### ●同窓会

まず、参加者を半分ずつに分け、片方のグループには胸を張って体を開き、視線を高くし、ハキハキと話し、話す相手に適度にボディタッチをするように指示する（高いステータスの人）。もう片方のグループには、体を内向きにし、俯しがちで、小声で話し、自分の髪や顔を度々触るように指示する（低いステータスの人）。この指示を受け、全員が高校の同窓会に参加したという設定で会話を始めてもらう。

##### ●家族

このエクササイズは、代表者を募って参加者が見守る前で実施した（図1）。

登場人物3人：

高校生の娘（もしくは息子）、母、父

場所：家庭

状況：門限の午後10時を過ぎ、11時になっているのに娘（息子）が帰宅しないので、両親はいらいらしたり、心配したりしている。

シーン0：ステータスのことは考えず、ただ即興で演じてもらう。

シーン1：3人の登場人物にそれぞれ1か2のステータスを選んでもらう。1を選んだら高いステータスで、2を選んだ人は低いステータスで演じる。

シーン2：シーン1と反対のステータスで演じてもらう。

脚注1) <https://sibainupirates.jimdofree.com>





図1 ステータス（家族）の一場面：家で待つ父と母のところに、門限を過ぎて娘が帰ってくる

各シーンが終わるごとに、演じた学生に感想を尋ね、観客として観ていた学生にも気づいた点を尋ねた。同じ高さのステータス同士は衝突しがちであり、一つのステータスだけで押し通すのは難しいことを説明した。

解説では、ステータスという要素を入れると劇を演じやすくなり、観ている人には面白くなることを伝えた。また、日常にもステータスは存在していること、「先生」と呼ばれる職業に就く人は、自分で自分のステータスを意識して変化させられるスキルを持っていると仕事がしやすいことを説明した。医師はヒエラルキーでは高所に位置するとされているが、ステータスは高い人も低い人もいて、どちらが良い悪いという問題ではないことも伝えた。加えて、患者のステータスが低い場合に、医師としてどう対応するか。例えば、待ち時間が長くなり患者が怒鳴りながら診察室に入ってきたとしたら、を共に考えた。

### 3) Happy, healthy, and you are interesting!

代表者2人が前に出て、即興で場面を演じる。その際、片方にだけ以下のような指示を与えて場面を演じてもらう。

ハッピーの場合：「今日は自分のパートナーとの関係がとてもうまくいって最高の気分だ」や、その逆

ヘルシーの場合：「今日は睡眠も十分に朝から

快便でとても健康的だ」や、その逆

ユーアーインタレストイングの場合：「自分は相手にとても興味がある」や、その逆

指示を受けた人は、その内容を直接言葉にして相手に伝えることはしない。観客や相手は、指示を受けた人の様子の変化を見て、指示の内容を想像する。

#### ●先輩と新入社員< you are interesting >

場所：バー

状況：一緒にかかわったプロジェクトの成功祝いで飲みに来た。

その1：新入社員に、「自分の話をするのは好きだが人の話には全然興味がない」フリをするよう指示

その2：新入社員に、「上司の話に興味津々」であるよう指示

このエクササイズでは、自分のあり方（相手の話を聞くときの心持ち）を変えることによって相手との関わり方が変わることを体感し、仕事における体調管理の重要性や患者に興味を持つことの意味を考えてもらった。

### 4) まとめ

リーダーと研修会代表者の医師から、今回のインプロワークショップに込めたメッセージを解説した。

A) たくさん失敗する

失敗するほど面白いゲームを経験することで、

失敗することへの恐怖心を軽減し、挑戦することの面白さを実感してもらおう。

B) 楽しみながら人とつながる経験をする  
自分にとって目新しいことを仲間と共に楽しむという時間を過ごしてもらいたい。

C) 言葉以上に身体的に発しているメッセージの重要性に気づく

人から見られる印象は小さなコツで変えることができ、印象を変えることで良好な患者-医療者関係や医療紛争予防に繋がる可能性がある。

D) あなたと一緒に仕事がしたい、と思われるような医師になる

同僚として働くなら、何かの際に先頭を切って失敗できる人、どうせやるなら楽しんで参加できる人、が求められているのではないか。You are interesting のエクササイズを仕事でも実行できる人、すなわち患者自身に興味を持って話を聞ける医師になってもらいたい。

E) 弱さをオープンにできる人になる

地域や離島で医師として働く際に、自分の弱さをさらけ出すことによって、同僚の医療者や患者・家族との信頼関係が強まるかもしれない。また、自分のミスを隠さずオープンにできる文化は、医療安全の観点からも重要かもしれない。

## 6. 評価

事後に参加学生への無記名アンケートを実施した。

## 7. 対象者からの声・反応・その他

参加者のアンケート回答から代表的なものを記す。

- （インプロは）初めての経験だったので最初は戸惑った。初対面の相手が自分の動作や表情に対してどのような印象を持つかを知ることができた。（学生 B）
- 人に与える印象を意識するようになった。（学生 D）
- 人と人との関係におけるステータスやその現れがいかに関係かが分かった。（学生 E）

- 初対面の人に対しても上手にコミュニケーションがとれるようになり、即興で色々と考えられるようになった。（学生 F）

- 自分を変えるのが大事だということには同感。（学生 H）

## 8. 成功の秘訣、注意すべき点（失敗しないために）

医学教育におけるインプロは、多くの場合に外部から経験豊富な専門家を招くことになり、異文化との交流という一面を持つため、いくつか注意すべき点がある。もし、自分たち教員だけで実施したいと思うならば、各地で開催されているインプロワークショップに参加して経験値を上げることや、インプロ授業をやりたいと考えている人向けの養成講座を受講することをお勧めする<sup>脚注2)</sup>。

### 1) 誰を専門家として招くかよく考える

誰が実施するインプロなのかは、非常に重要である。多くのインプロ専門家の中から誰を呼ぶのか、目利き（キュレーター）としての教員の能力が試されることになる。筆者は、自分自身が様々なインプロワークショップに参加し、この専門家と協働したいと感じた人を招くようにしている。

### 2) 事前に目的について十分に話し合っておく

何のために医学生を対象にしてインプロをするのかという目的と、対象となる医学生の特徴（特徴）について、事前にインプロ専門家とよく話し合い確認しておくことが重要である。

### 3) どのように医学や医療とつながるのかを学生に明確に提示する

シラバスに授業の目的を明示すると共に、当日も目的を再確認し、インプロの基本的な約束事を繰り返し伝えることが大切である。インプロの基本的な約束事は、ホワイトボードに書き出し、折に触れて確認してもよい（表 1）。エクササイズの後には、実施したエクササイズについて解説を加えるようにする。

### 4) インプロの授業なのでインプロ的に実施する

事前に計画は立てておくものの、インプロの専門家は当日の参加者の反応を見て、エクササイズ

脚注2) シカゴの Northwestern 大学では、5 日間の train-the-trainer workshop を毎年開講している。

<https://www.medicalimprov.org/upcoming-workshop>

の内容を変更したり順番を入れ替えたりすることがある。このため教員も柔軟に対応することが求められる。

#### 5) 教員も積極的に参加する

教員が傍観者となっていると、それが隠されたカリキュラムとして作用し、学生の積極的な参加を阻害することがある。教員も楽しみながら可能な範囲で参加することが望ましい。

#### おわりに

インプロは医学教育において、Medical humanitiesの文脈に位置づけることができ、世界的なニーズの高まりと実践例の増加が示されている。医学教育にインプロを実装する上での課題として考えられるのは、授業の位置付け（必修か選択か）、対象学年と担当教員（講座／診療科）、プログラムの効果判定（評価）などである。これらの課題を踏まえ、今後、インプロの医学教育における意義をさらに検討し、実装の可能性を探る必要があると考える。

#### 謝 辞

研修会に参加した学生のみなさん、関係する愛知県の職員や各大学の先生方、青山学院女子短期大学（当時）の直井玲子先生、しばいぬ海賊団のみなさんに厚く御礼申し上げます。

#### 文 献

- 1) レサ・ロビンズ・デュルク&ケイトリン・マクルアー（編）、絹川友梨（監訳）、応用インプロの挑戦。医療・教育・ビジネスを変える即興の力、新曜社、東京、2020。
- 2) 高尾隆、中原淳。インプロする組織—予定調和を超え、日常をゆさぶる、三省堂、東京、2012。
- 3) Fu B. Common ground: frameworks for teaching improvisational ability in medical education. *Teaching and learning in medicine* 2019; **31**(3), 342-55.
- 4) Watson K & Fu B. Medical improv: a novel approach to teaching communication and professionalism skills. *Annals of internal medicine* 2016; **165**(8), 591-2.
- 5) Gao L, Peranson J, Nyhof-Young J, Kapoor E & Rezmovitz J. The role of “improv” in health professional learning: A scoping review. *Medical teacher* 2019; **41**(5), 561-8.

医学教育 2022, 53(5): 454~457

部会報告：第21期プロフェッショナリズム部会  
プロフェッショナリズム教育方略 連載第17回

## 17-1 1対1コーチングによるプロフェッショナリズム教育

横尾 英孝\*

### 17-1 Medical Professionalism Education through One-to-One Coaching

Hidetaka YOKOO\*

#### ●はじめに

Van Nieuwerburgh C.が編集したCoaching in Educationによれば、教育におけるコーチングは、「自己認識や責任感の向上による学習者の学習と成長の強化に焦点を当てた1対1の会話であり、コーチは支援的かつ激励的な雰囲気の中で質問、アクティブリスニング、適切な挑戦を通じて学習者の自己主導型学習を促進する」と定義されている<sup>1)</sup>。17-2のようなグループを対象としたコーチングもあるが、1対1コーチングではコーチと学習者の信頼関係構築、機密保持、個別対応可能という点において優れている。

1対1コーチングではコーチと学習者が共同で設定した目標を共有し、GROWモデル(Goal, Reality/Resource, Options, Will)に代表されるような一定の構造化された対話を行うことが特徴である。学習者が知らない・できない知識や、技術を教授するティーチングと異なり、「答えは学習者の中にある」というスタンスで学習者の考えを引き出し、新しい視点や選択肢を増やすアプローチをとるためコーチは何も教えず、学習者より知識や技術を多く備えている必要もない。

本稿では、上述の1対1コーチングによるプロ

フェッショナリズム教育の事例(診療参加型臨床実習中の医学生へのコーチング)を紹介する。

#### ●プロフェッショナリズムのどの要素を涵養するのか

1対1コーチングは前述のように学習者の自己主導型学習を促すとともに、学習者自身のパフォーマンスの現状や改善法の振り返りも促すため<sup>2)</sup>、Sternらが提唱した医のプロフェッショナリズムの神殿モデル<sup>3)</sup>における臨床能力(医学の知識)やコミュニケーションスキル、卓越性の向上に資すると考えられる。また、コーチングは学習者に新しい視点や選択肢を増やす効果があるため、その結果として診療における患者・他職種理解や柔軟な検査治療計画の立案にも貢献することが期待される。

#### ●教育の具体的内容(診療参加型臨床実習中の医学生へのコーチング)

##### ・概要と目的

診療参加型臨床実習(以下、CC)は、医師に必要とされる臨床能力を実際の患者や医療現場を通して養成する重要な場である。そのため世界標準に合わせたCCの充実がわが国の喫緊の課題と

\* 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科医歯学教育開発センター、

Center for Innovation in Medical and Dental Education, Kagoshima University Graduate School of Medical and Dental Sciences

受付：2022年8月30日、受理：2022年8月31日

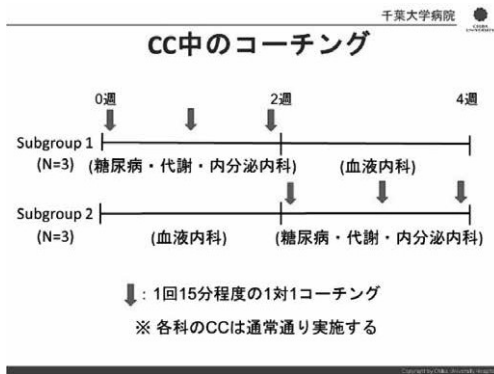


図1 実施スケジュール

なっているが、教員の多忙、医学生へのモチベーションや能力の個人差、施設・診療科間での教育体制の差など解決すべき問題がある。特に、CCの学習成果は、医学生の意欲や自発性に大きく依存するため、それらを向上させる手段の1つとして臨床実習中の医学生にコーチングを導入した。

#### ・対象者

千葉大学医学部附属病院でCC中の医学部医学科5年生6名。

#### ・実施時期

糖尿病・代謝・内分泌内科と血液内科のCC期間中（それぞれ2週間ずつたすき掛け、2017年当時）、前半2週間または後半2週間のどちらかで計3回、1回15分程度の1対1コーチングを日本コーチ協会認定メディカルコーチ、（一財）生涯開発財団認定プロフェッショナルコーチの資格を有する糖尿病・代謝・内分泌内科の教育専任医師（アテンディング）より受ける（図1）。

#### ・実施場所

未使用時の病棟のカンファレンスルームや、診療終了後の外来ブースなど、座って落ち着いて対話ができる静かな環境の部屋を確保する。

#### ・準備するもの

振り返りシート（図2）、アンケート。

#### ・具体的方法

##### 1) 自己紹介とアイスブレイキング

コーチ担当の教育専任医師、医学生の順に自己紹介（出身や部活サークルなど）を行い、医学生にはCCでの学習や順調に進んでいること、気が

振り返りシート(2回目)

学籍番号	氏名	
		診療科
今日までの関でに起こったこと、アクションプランの達成度について		
・		
・		
今日どんなテーマを扱いましたか？		
・		
・		
今回の対話で手に入れたことは何ですか？		
・		
・		
次回（最終回）までに取り組むこと、アクションプラン		
・		
・		
コーチへのフィードバックや要望		

図2 使用した振り返りシート

かりや課題事項などを話してもらおう。

##### 2) オリエンテーション

CCでコーチングを行う目的（CCでのモチベーションや自発性向上による学習成果向上）、コーチの役割（対話によって現状や問題点を整理し、気づきを促すのがコーチの役割であり、教える、アドバイス、指示命令などはしないなど）や、1対1コーチングにおける原則や約束事項（双方向かつ個別対応、コーチと学習者の立場は対等、現在進行中のテーマを扱う、予定実施期間や回数、コーチングの場で何を話したいか自分で決めて持ち込む、毎回の振り返りシート記入・提出など）を説明し、質問があれば対応する。最後に1回目の振り返りシートを渡して、初回のコーチングの日時を約束する。

##### 3) 毎回のコーチングセッション

医学生は最初に記載した振り返りシートをコーチに提出し、それを供覧しながら1回15分程度のコーチングセッションを行う。コーチはGROWモデルなどを参考にしながら、医学生と対話を重ねて目標や現状の具体化、目標と現状のギャップの分析、具体的な行動計画の立案の支援

を行う。

典型的なコーチからの質問を例示すると、Goal:「今の科の実習の目標は何ですか?」、「今日は何なことをはっきりさせたいですか?」、Reality/Resource:「目標について、現状を教えてください」、「何があればそれを達成できそうですか?」、Options:「他にいい方法はありますか?」、「もしあなたが患者さんだったら何をしてほしいですか?」、Will:「○○について、明日からできそうなことは何ですか?」、「それをクリアしたらどんな気持ちになると思いますか?」などが挙げられる。図3に実際に行われた典型的なコーチングの対話を示す。最後にセッションの振り返りを行い、次回提出の振り返りシートを渡して終了とする。

### ●アンケートと評価

3回のコーチングセッション終了後に、感想や自分の中に起きた思考や行動の変化、CCにおける指導医や患者とのコミュニケーションや問題解決、自己学習の変化についてアンケート・自己評価を実施した。なお、コーチングへの参加や振り返りシートの記載内容はCC自体の評価や可否には影響しない。

### ●学習者からの声・反応

コーチングを受けた医学生からは、「自分の中で漠然とした課題を対話によって深め、客観的な視点で問題点の分析や改善への模索ができるようになった」、「指導医によく質問をするようになった」、「病室や検査など、患者の元へ積極的に足を運ぶようになった」、「自分の学習意欲がどんなときに上がるのかがわかった」といった反応が非公式なインタビューやアンケートで確認できた。

### ●注意すべき点

本教育を実践するにあたり、一番の問題となるのが指導医のコーチングの習得である。今回紹介した事例も、当時コーチングを実施できる教員が施設内で著者1名のみであり、CC中の医学生6名に同時にコーチングを行うことが困難であった。そのためコーチングの実施時期を4週間のう

## コーチング中の対話

コーチ:「臨床実習で伸ばしたいところは?」  
 学生:「患者さんとの会話がごちないんです」  
 コーチ:「どんな風に話せたら理想ですか?」  
 学生:「患者さんをリラックスさせつつ、必要な情報も入手できて・・・」  
 コーチ:「うまい人はどんな風に会話しているでしょう?」  
 学生:「そういえば研修医の○○先生は負荷試験の採血をしながら、お孫さんの写真の話・・・」  
 コーチ:「いいところに着目しましたね。それでは、次に患者さんと話すときにできそうなことは?」  
 学生:「天気とかニュースとか、雑談を1つしてみます!」

図3 実際のコーチングの対話

ち前半2週間と後半2週間、医学生3名ずつに分ける必要が生じた。

近年コーチングに関する書籍や講習が増加しているが、1,2冊の書籍を読むだけ、講習に1日参加するだけで効果的に機能するコーチングを修得することは困難であると筆者は感じている。また、成否に関わる重要な要素として、コーチと学習者双方がコーチングの目的やルールを十分に理解することが挙げられる。コーチングの初学者が陥りやすいのが、コーチングをしているつもりがいつの間にかティーチングになっていた、目標の設定や共有が不十分のままコーチングを開始してしまい、何のためにやっているか双方がわからなくなってしまう、などである。最近報告された学習者のパフォーマンスに対するフィードバックやコーチングを含む面談モデル(R2C2モデル)<sup>4)</sup>は日本語版も紹介されており<sup>5)</sup>、このような段階別に具体的方略や言い回しが例示されている資料はコーチング初学者にとって役立つであろう。

### ●おわりに

千葉大病院で実施したCC中の学生に対する1対1コーチングの事例について紹介した。たとえ短い期間であっても、目的意識を持って現状や課題を客観視し、主体的な行動変容を促す機会を提供することは前述のプロフェッショナルリズムの要素や生涯学習を涵養する上で重要である。コーチングは厚生労働省が定める医師の臨床研修に係る指導医講習会の開催指針<sup>6)</sup>においても、指導医が

身につけるべき指導方法及び内容の1つとして明記されており、今後コーチングを修得した指導医を増やしていくことは、これからの複雑で多様なニーズへの対応が求められる医師の養成に大きく貢献するであろう。

#### 文 献

- 1) Van Nieuwerburgh C. Coaching in Education. 2012.
- 2) Deiorio NM et al. Coaching: a new model for academic and career achievement. *Med Educ Online* 2016; **1**; **21**: 33480.
- 3) Arnold L, Stern DT. What is Medical Professionalism? In: Stern DT, editor. *Measuring Medical Professionalism*. New York: Oxford university press; 2006. p.15-37.
- 4) Joan Sargeant, Jocelyn M. Lockyer, Karen Mann, et al. The R2C2 Model in Residency Education: How Does It Foster Coaching and Promote Feedback Use? *Acad Med* 2018; **93**(7): 1055-63.
- 5) 三好智子, 木戸敬之, 岡崎史子, 船越拓, 吉田 暁, 芳野純, 今福輪太郎・他. 効果的なフィードバックの伝達および省察・行動変容を促すコーチングをブレンドした面談モデル: R2C2モデルの紹介と日本語版. *医教育* 2022; **53**(1): 77-82.
- 6) 厚生労働省. 医師の臨床研修に係る指導医講習会の開催指針について. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000068462.html> (最終閲覧日: 2022年8月14日)



部会報告：第21期プロフェッショナリズム部会  
プロフェッショナリズム教育方略 連載第17回

## 17-2 チームコーチングによるプロフェッショナリズム教育

田口 智博\*

### 17-2 Medical Professionalism Education through Team Coaching

Tomohiro TAGUCHI\*

#### ●はじめに

グループとチームは異なり(表1)<sup>1)</sup>、個人とグループには、気づきにくい、あるいは変化させにくいメンタルモデルがあり、自分たちだけではチームになりやすく、効果的なチームは自然に形成されるものではない<sup>2)</sup>。

チームコーチングは、「グループからチームに変容するプロセスを支援し、ビジョン実現・リーダーシップ開発・より大きなシステム(当該組織を超えた地域、社会)への貢献を創り出すように相互の関わりを促進させる包括的な技術である」とされ、どのようなグループにも実施可能な汎用性を特徴とし、個人とチーム・組織に同時に変化を生み、成果を創り出すチーム・トレーニングや組織開発の手法である<sup>3)</sup>。

本稿ではチームコーチングによるプロフェッショナリズム教育の事例(専門職連携教育をテーマとした医療系学生へのチームコーチング)を紹介する。

#### ●プロフェッショナリズムのどの要素を涵養するのか

チームコーチングは実際の課題そのものを取扱い、グループの意思決定・成果達成のプロセスに

介入し、全員がリーダーシップの発揮を求められ、フィードバックを伴う振り返りをする環境を提供する。チームが成果を達成することを目的としているが、結果として、個人のリーダーシップが開発され、チームを取り巻く組織や地域に貢献する<sup>3)</sup>。

チームコーチングはSternらが提唱した医のプロフェッショナリズムの神殿モデル<sup>4)</sup>における卓越性、人間性、説明責任、利他主義、コミュニケーションスキルや専門職集団としての属性としてのプロフェッショナリズム<sup>5)</sup>における自律性、自己規制、チームワーク、さらには変容学習によるアイデンティティ形成<sup>6)</sup>を涵養することが期待できる。

#### ●教育の具体的内容(専門職連携教育をテーマとした医療系学生へのチームコーチング)

##### ・概要と目的

本事例の目的は、1年生「専門職連携教育」ですでに学修した1対1のコミュニケーションを振り返り、実践し、ブラッシュアップすることと、チームのコミュニケーションをテーマとして2年生以降におけるチーム活動に必要な基本的で実践的な知識とスキルを修得し、チームコーチングの意義を実感することである。

\* 藤田医科大学医学部地域医療学、Community Medicine, School of Medicine, Fujita Health University  
受付：2022年9月12日、受理：2022年9月13日

表1 グループとチームの違い (文献1) をもとに筆者が作成)

グループ	チーム
個人個人の目標に合意	共通の目的・一連の目標・アプローチに合意
時にメンバーが特定されず、大人数	メンバーが特定されている 少人数
個人の責任 他のメンバーの成果に責任を問われない	役割を超えた責任 連帯責任
相加効果	相乗効果

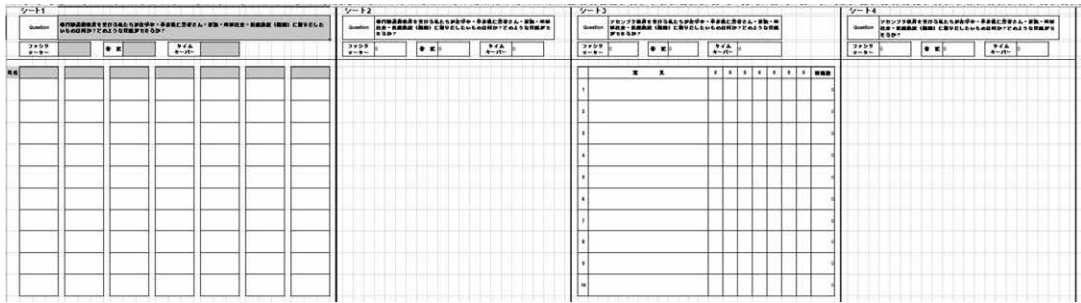


図1 セッション用エクセルワークシート

・対象者

藤田医科大学医学科・看護学科・リハビリテーション学科・医療検査学科・放射線学科1年生約630名。

・実施時期

1年生全13回(1回140分)コマがあり、自分を知る、相手を知る、聴く、観る、質問するといった1対1のコミュニケーションのテーマが終了した第11、12回の2コマ(11月)。

・実施方法

Teamsを活用したオンライン。7人×15チーム×6クラスに編成、15チームを教員6-7名が担当。全体での説明⇔チームでのグループワークで実施。

・準備物

- 1) 第11回：セッション用エクセルワークシート(図1)
- 2) 第11回：前半セッションの振り返り用エクセルワークシート(うまくいっている点や改善点、セッションルールに沿った振り返り、3役が機能していたか)
- 3) 第11回：個人課題1(セッションの体験からの学びや気づき)
- 4) 第12回：セッションの振り返り用エクセル

ワークシート(セッションの体験からの学びや気づき)

- 5) 第11回・第12回：個人課題2・振り返りとアンケート(1. 実習での学びや気づき、どのように活かすか、2. 実習の振り返り(積極的な発言、他のメンバーを理解し、理解されたか、正直な表現、冒険したか、チームへの貢献)、3. 実習内容の修得度、4. エクセル(ワークシート)の操作性・効果性、5. 実習の評価(役に立つか、時間、難易度、満足度、良かった点、改善点、疑問点など)

・具体的方法

<第11回>

- 1) 教員の自己紹介と“チームをつくる”ことへの思いや学生に対する期待
 

教員が学生に対して自己紹介，“チームをつくる”ことへの思い(重要性など)や学生に対する期待を述べる。
- 2) チームコーチングセッションの体験
  - ①アイスブレイキング
 

グループ内での自己紹介とこれまでの1対1のコミュニケーションの振り返りとチームでのコミュニケーションで得たいことと今の気持ちを伝える。

## ②セッションルール<sup>7)</sup>提案

1. 決める：当事者意識で意図したことを具体的に肯定的に決めます。
2. 正直：自分自身と他のメンバーに意見や感じたことを率直に伝えます。
3. 参加100%：全面的に“今、ここ”に関与します。
4. パートナーシップ：お互いがうまくいくようにします。他のメンバーが言うことを理解することに責任をとり、分からないことは質問します。
5. 冒険：自分自身の限界（パターン・安全圏）を突破します。

③チームでルールの確認（検討・合意）と質問についてチームで合意を形成する（前半セッション）

セッションの質問は「専門職連携教育を受ける私たちが在学中・卒業後に患者・家族・地域や社会・医療施設（組織）に創りだしたいものは何か？ どのような貢献ができるか？」でビジョン（現実的・達成可能で、イメージできる魅力的な未来像）についての質問である。

3役（ファシリテーター・書記・タイムキーパー）を説明し、学生で決めて、以下グループワーク毎に交代する。

セル1つに1つの意見を記載（複数可）、似た内容があれば島を形成、意見（島）に投票4票/人、得票数の多い3~4つを中心にチームで検討し、チームで合意したビジョンを30文字（目安）以内で書く、という作業の流れについてデモンストレーションし、プロダクトのイメージを提示、練習後にセッション用エクセルワークシート（図1）で共同編集する。

④前半セッションの振り返りと教員からのフィードバック

前半セッションの振り返り用エクセルワークシートで共同編集する。

教員からのフィードバックの例を下記に示す。ビジョンそのものの内容についてではなく、セッション中の話し合いでのチームの状態や主体性（リーダーシップ）と関係性（パートナーシップ）についてである。

・セッションルールに関連したフィードバック例「出た意見のキーワードを足し合わせる、相加

効果だけになっていました。出た意見からこういうアイデアもあるよね、こうできるとさらにいいよね、といった相乗効果を意図するとさらに効果的と感じました」

・ファシリテーター・書記・タイムキーパーに関連したフィードバック例「時間をどのように使うか考えていませんでした」

⑤後半セッションの話し合いの進め方についてメンバーで確認と質問についてチームで合意を形成する（後半セッション）

## ⑥課題の説明

セッションのチームの視点からの振り返りは個人課題とし、第12回ではその課題をもとにチームで振り返る予定であることを伝える。

## 3) クロージング

まとめと次回のアナウンス、個人課題2として振り返りとアンケートを実施。

<第12回>

1) チェックイン、第11回のチームでの振り返り

①チームでのチェックイン+第11回のチームでの振り返り

第12回で得たいこと+今の気持ちを伝え、第11回チームコーチングセッションの体験をチームでセッションの振り返り用エクセルワークシートで共同編集して、振り返る。

## ②教員からフィードバック

第11回での前半と後半のセッションの変化・成長について、主に承認を中心にチームでの気づきの強化、チームで気づかなかったが重要なポイントといった気付いたことを伝える。

## 2) 成果発表

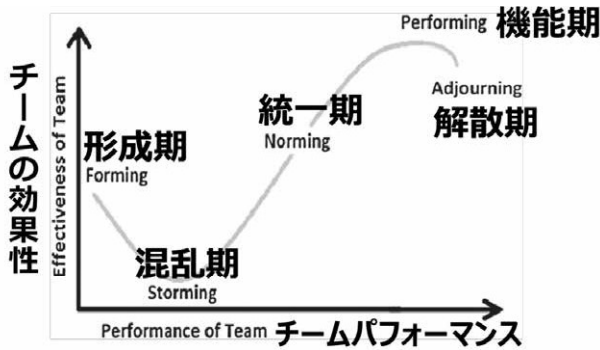
第11回セッションでの成果を発表することで、成果達成の意識を醸成するとともに、振り返りでの学び・気づきを発表することで成果達成のプロセスにおけるチームでのポイントを修得する。また、それらをチーム以外のものも共有することで自分やチームをメタ認知する機会を提供する。

## 3) レクチャー：チームコーチングとは？

①なぜチームコーチングなのか？ チームコーチングの必要性

## ②チームコーチングの概要

③チームコーチングの理論 グループの成長段



形成期	お互いの探り合いと依存、課題に向き合う、目的が不明確
混乱期	役割と要求される行動に対する敵対心、グループ内の葛藤や対立
統一期	目的に合意、ルールと役割の確立、本心の表現、一体感の醸成
機能期	柔軟な役割、課題達成にフォーカス
解散期	グループの解散、心配や悲しみ

図2 グループ成長段階 (文献8) をもとに筆者が作成)

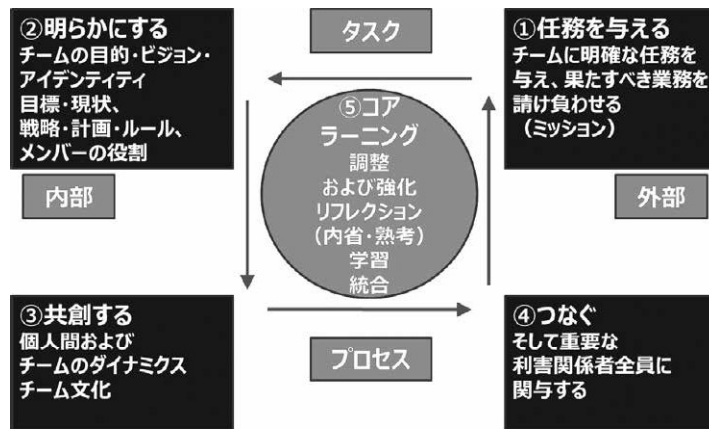


図3 高業績をあげるチームの5つの基本原則 (文献1) をもとに筆者が作成)

階<sup>8)</sup>(図2) と高業績を上げるチームの5つの原則<sup>1)</sup>(図3)

4) 振り返り

目的はチームコーチングセッションの体験、発表、レクチャーを通して学びと意義を深めることである。

①チームコーチングがどのような深い意義・効果があるか、をチームで共有する。

②教員からフィードバック

変化・成長について気付いたことや今後の期待を伝える。

フィードバック例「みなさんの主体性や関係性が向上し、話し合いの成果が向上していくのを感じました」

5) クロージング

まとめ、参考文献・参考情報の提示、個人課題2として振り返りとアンケート。

●評価

本事例では、第11回個人課題1セッションの振り返りと、第11回及び第12回でそれぞれ個人課題2振り返りとアンケートを実施した。実習内

容の評価は個人課題2振り返りとアンケートのうちのアンケート項目である。

個人の振り返りでは、積極的な発言・他のメンバーを理解し、理解されること・正直な表現・冒険したか・チームへの貢献、チームコーチングの概要・必要性和効果性・実践の修得度、エクセルのワークシートの操作と効果性はいずれも第11回に比べて第12回で向上する傾向にあった。

### ●学習者からの声・反応

「メンバー全員が意見を出し、可視化することができ、合意しやすかった」「チームを体験できた。今後も活用していきたい」「成長が実感できた」「ファシリテーターをやってみたのは自分にとってたくさんの学びがあった」など多くの肯定的な意見があった。

### ●成功の秘訣・注意すべき点

本教育を実践するにあたってのポイントの一つは、学生を支援する教員の理解と協力である。教員を対象とした事前内容確認会を開催し、説明用のパワーポイントや配布資料などに加えて、フィードバックのポイントなどを記載したマニュアルを活用するとよい。また、オンラインで実施する場合、学生は1人1台パソコンやタブレットを準備してもらい、オンラインでセッションに集中できる環境で臨んでもらうようにすること、共同編集するワークシートの事前準備をすること、作業の流れを学生に理解してもらうことが肝要である。

### ●おわりに

CAIPE (Centre For The Advancement Of Interprofessional Education) による専門職連携教育とは、二つあるいはそれ以上の専門職が協働とケアの質を改善するために、共に学ぶ、お互いから学び合う、お互いのことを学ぶ、ことであ

る。チームコーチングではさらにチームの成果達成を目的として、主体性や関係性とチーム意識が向上することでプロフェッショナルリズム教育においても期待ができると感じている。

本稿によってプロフェッショナルリズム教育と医療において成果を上げるチームが増えることに貢献できれば幸いである。

### 文 献

- 1) ピーター・ホーキンズ (著), 田近秀敏 (監修). 第1部高業績を上げるチーム, チームコーチング——集団の知恵と力を引き出す技術. 英治出版, 東京, p.22-89, 2012.
- 2) ピーターM. センゲ. 第三部 核となるディシプリン——「学習する組織」の構築. 学習する組織——システム思考で未来を創造する, 英治出版, 東京, p.191-366, 2011.
- 3) 染屋光宏. 組織・人材開発の新手法「チームコーチング」とは: コーチングは, 「個人」から「チーム」の時代へ! 企業と人材2012; 45 (991); 48-52.
- 4) Arnold L, Stern DT. What is Medical Professionalism? In: Stern DT, editor. Measuring Medical Professionalism. New York: Oxford university press; p.15-37, 2006.
- 5) Cruess SR, Cruess RL. 宮田靖志・訳. 第1章プロフェッショナルリズムの認知的基礎. 医療プロフェッショナルリズム教育【理論と原則】, リチャード・クルーズ, シルヴィア・クルーズ, イヴォンス・シュタイナート・編著, 日本医学教育学会 倫理プロフェッショナルリズム委員会編, 日本評論社, 東京, p.26-33, 2012.
- 6) Goldie J. Assessment of professionalism: A consolidation of current thinking. *Med Teacher* 2013; 35: e952-956.
- 7) Eight Elements of Personal and Organizational Effectiveness Living an Extraordinary Life by Robert White. Extraordinary Resources; 3rd edition (June 1, 2005).
- 8) Tuckman BW. & Jensen MAC. Stages in small group development revisited. *Group and Organizational Studies* 1977; 2(4): 419-27.

医学教育 2023, 54(3): 297~304

部会報告：第 21 期プロフェッショナリズム部会  
プロフェッショナリズム教育方略 連載第 18 回

## 18 自治医科大学における Professional Identity Essay を活用した教育方略

松山 泰\*

要旨：

Kegan の「構造発達理論」と結び付けて、医師の Professional Identity Formation (PIF) の発達段階を示したのが Kalet らである。また、Kalet らは PIF の発達段階を評価するツールとして Professional Identity Essay (PIE) を開発した。本稿では自治医科大学の地域医療臨床実習で PIE を使用し、医学生に内在するプロフェッショナリズムと紐付けて現在と未来との自己像を描出することで、臨床実習における担当教員との学びの効果を高める教育方略を紹介する。その目標は、医学生が PIE の記述に基づいてプロフェッショナリズムを意識して自己省察し、自分の将来像と共通点を持つ担当教員のプロフェッショナルらしい学習行動にしっかりと着目するよう、自ら動機付けることである。この省察、学習行動、動機付けは Zimmerman が提唱した自己調整学習 (self-regulated learning : SRL) の基本要素である。本教育方略は筆者が提唱している PIF-SRL 理論を、実践形態へと落とし込んだものといえる。

**Keywords:** Professional Identity Essay, Professional Identity Formation, 自己調整学習

### 18 An Educational Strategy Using Professional Identity Essay at Jichi Medical University

Yasushi MATSUYAMA\*

Abstract:

In conjunction with Kegan's Constructive Developmental Theory, Kalet et al. defined the developmental stages of a physician's Professional Identity Formation (PIF). Kalet et al. also developed the Professional Identity Essay (PIE) as a tool to assess the developmental stages of PIF. This paper introduces an educational strategy to enhance the effectiveness of learning with the faculty by using the PIE in community-based clinical clerkship at Jichi Medical University. Students create self-images of the present and future in relation to the professionalism inherent in their mind. The goal is to motivate medical students to reflect sincerely on themselves based on their PIE descriptions and to focus closely on the learning behaviors of the faculty that has something in common with their future images. The reflection, learning behavior, and motivation are the basic elements of self-regulated learning (SRL) proposed by Zimmerman. This educational strategy is a practical application of the PIF-SRL theory proposed by the author.

**Keywords:** Professional Identity Essay, Professional Identity Formation, Self-regulated learning

はじめに

本稿で紹介する教育方略は、学習者に内在するプロフェッショナルの価値観や規範を言語表出

し、その内容を参照してプロフェッショナルとして働く自分の将来をより鮮明にイメージし、そのうえで将来像と対比させて現在の自らを省察し、能動的に自己研鑽に励む行動を動機付けることを

\* 自治医科大学医学教育センター, Medical Education Center, Jichi Medical University

受付：2023年5月8日, 採択：2023年5月8日

目的としている。省察、学習行動、動機付けに自ら能動的に関わることを、教育心理学では自己調整学習 (self-regulated learning : SRL) と呼ぶ<sup>1)</sup>。筆者は自ら行った質的研究で、「自己調整学習を促進させる学習コンテキストとして、プロフェッショナルとしてのアイデンティティが顕著に形成されるコンテキストが重要である」可能性を示した<sup>2,3)</sup>。近年、医療系教育においてプロフェッショナルとしてのアイデンティティが形成されていく様を Professional Identity Formation (PIF)<sup>4)</sup> という概念に基づき議論されていることから、筆者は前述の関連性を PIF-SRL 理論として提唱している<sup>1)</sup>。本稿では、その理論を実践形態へと落とし込んだ教育方略を紹介していく。

## プロフェッショナリズムのどの要素を涵養するのか

### 1. プロフェッショナル・アイデンティティ形成を通じた自己調整学習の涵養

Cruess らは、「医療プロフェッショナルの特性、価値観、規範を内在化し、個人が医療人のように考え、行動し、感じられるように、時間の経過とともに段階的に達成される自己の形成」を PIF と定義した<sup>4)</sup>。Cruess らは、近代における医療プロフェッショナルの特性として、ヒポクラテスの誓いで強調されているような「癒す人」が有する道徳・倫理感のほか、社会への説明責任を果たせるプロフェッショナル集団の構成員としての価値観や規範の順守を強調している。このプロフェッショナル集団としての価値観や規範について、表面的な理解に基づいて立ち振る舞われたり、罰則によって強制されたりするのでは十分ではない。個人のアイデンティティとして内在化でき、医療人らしく考え、行動できたうえ、プロフェッショナル集団が持つべき価値観や規範と自分自身が持つ価値観や規範との間に生じる対立や葛藤に折り合いを付けながら、「私らしい」成熟した医療プロフェッショナルの人生を歩むことを目指すべきと主張している<sup>4)</sup>。

Cruess らが主張するプロフェッショナル・アイデンティティの段階的な形成を、Robert Kegan の「構造発達理論」と結び付けて、医師

の PIF の発達段階 (ステージ) として示したのが Kalet らである<sup>5)</sup>。Kegan のステージのうち、0 や 1 は乳児から小児期までのものに相当し、医学生・医師における PIF では扱われない。一方、ステージ 2 から 5 については、ステージ間の移行期を含めて発達段階の詳細が Kalet らによって示されている (表 1)。

さらに、Kalet らは医学生・医師の PIF のステージを識別するための自由記述回答票を開発し、Professional Identity Essay (PIE) と名付けた<sup>5)</sup>。そして、医学生を対象に PIE を実施し、記述内容をルーブリックで評価し、個々の PIF のステージに応じたプロフェッショナリズム教育を行うことを提案している。多様なプロフェッショナリズム教育の中で、筆者らが注目したものは、医学生の日常の中心的活動である学習行動であった。その理由として、競争的な大学入試で選抜された医学生が陥りやすい、単位修得や試験の合格を価値基準とした試験指向的な学習行動や自己の能力を顕示するための学習行動から脱し、医療のプロフェッショナルとして健康問題を抱える患者に向き合い、課題の分野や特性に関わらず目の前の患者の問題解決のために自然に学習が動機付けられ、学習の具体的な行動やその結果を自己省察できるようにすることが、わが国の医学教育の課題であると考えたからだ<sup>1)</sup>。

この目指すべき学習行動は、教育心理学者である Barry J. Zimmerman が「学習者自身が自分の学習プロセスにおいて、メタ認知的省察、動機付け、学習行動にどれだけ能動的に関与できるか」と定義した SRL の概念と合致する。筆者らは、同一の学習課題に取り組んだわが国の医学生と地域医療総合医との学習行動の比較や、医学部 6 年の同時期に学生主導で学習内容を選択できるカリキュラムに進んだ学生と教員主導で組まれたカリキュラムに進んだ学生の学習行動を分析した研究<sup>2,3)</sup>から、「SRL を促進させるために重要なのは PIF を重視した学習コンテキストである」と考えた。そして、そのコンテキストを確立するための具体的な教育方略をデザインし、その有用性を検証した<sup>6)</sup>。



表1 構造発達理論に基づいた医学生・医師の PIF ステージ

ステージ2:	一般人として医学部に入学し、プロフェッショナリズムは自分のアイデンティティとして統合されていない。特定の環境に置かれ、課題を与えられれば、一見プロフェッショナルらしく振る舞うことができるが、自分の立場を守る(例:いかに効率的に試験を通過して単位を取得するかを考える、個人の能力誇示のために学習する)ことを優先する。
ステージ2/3:	ステージ3への移行期。プロフェッショナルの価値観や規範を他者から学び、個人の能力獲得を超えた習熟度を重視し始めている。
ステージ3:	プロフェッショナルに求められる価値観や規範が内在化された段階。医師としての社会ニーズ、責任、役割などに敏感となり、プロフェッショナル集団の価値基準を尊重するようになり、集団の中で規範となる人物(ロールモデル)らの価値観、考え方、行い、振る舞いに強い眼差しを向けるようになり、価値観や規範を受け入れる態勢が整っている。プロフェッショナリズムの概念に支えられた適切な価値観、考え方、行い、振る舞いが示されれば、適切なプロフェッショナリズムが医学生のアイデンティティとして内在化され、医療人らしく考え、行動し、感じられるようになる。
ステージ3/4:	医師としての役割における自己の理解が深まり、専門職として誠実さを欠くことに対処する方法の選択に高い意識を持っている。
ステージ4:	医師としての価値観や規範と自分の中核となる信念体系との間の対立や葛藤に折り合いを付け、時に医師としての価値観や規範を批判的に捉え、感情や欲望をコントロールできる。価値観や規範を妄信せず、主体的に自分自身のプロフェッショナルの価値体系を確立する。独善的とならないようにしながらプロフェッショナルとしての自らの価値やキャリアを追究する。
ステージ4/5:	医療プロフェッショナルにおける複数の考え方や在り方の間に生じる矛盾を理解し、調整しはじめる。
ステージ5:	医学部を卒業してプロフェッショナルとしての経験はある程度積んでから、組織や社会で優れたリーダーシップを発揮するような、ごく一部の人物のみが到達できる段階。医療プロフェッショナルの中でも個々が所有する多様な価値体系を俯瞰し、統合していきながら新たなプロフェッショナルとしての包括的な価値体系を確立していくことができる。

(文献5より、筆者が和訳・改変して引用)

## 2. 自治医科大学の地域医療臨床実習における PIF-SRL 理論に基づく教育方略

本稿で紹介する方略では、PIEを用いて医学生の内面に潜在するプロフェッショナルの価値観や規範をまず言語表出してもらい、ある学生は言語表出しただけでも、それらを保有していた自己のアイデンティティに気付いてメタ認知的省察が促されるかもしれないが、先行調査でわが国の多くの医学生がステージ2や2/3レベルであったことから<sup>1)</sup>、発達途上なPIFを有する彼らがプロフェッショナルにふさわしい学習行動を確立していくために、ロールモデルとなる実習担当教員とより深い社会的交流を行う場が必要であると考えた。その際、アン・プロフェッショナルまたはプロフェッショナリズムからの逸脱(ラプス)と思われる考え方や価値観が是正または解消されるような指導が必要なこともあるかもしれないが、し

ばしば教員からの直接的な指摘は、彼らからすると叱責や懲罰的なものとしてとらえられるため、結局はそれを回避するような表面的な行動の取り繕いに止まり、ステージ2や2/3レベルから先へと発達しない可能性がある。

そこで、PIF-SRL理論に基づいた教育方略では、PIEを用いて医学生が有するプロフェッショナルの価値観や規範を言語表出してもらった後、それらを参照しながらプロフェッショナルとしての自己の将来像を記述し、そのうえで現在の自己を省察する。一方、実習担当教員はプロフェッショナルとしての現在の自己像を記述する。自治医科大学(以後、自治医大)の地域医療臨床実習は、医学生が将来勤務する出身都道府県の地域の医療機関で、同門の卒業生が実習担当教員となって臨床実習を行う。このことは、将来像と重なる特性を有する担当教員とペアリングさせるという

PIF-SRL 理論に基づく方略を成立させる条件の1つを容易に達成できる。医学生は描いた将来像と現在の自分とのギャップを埋める学習課題を設定し、将来像と重なる特性を有する担当教員である卒業生医師と地域の臨床実習中に協働学習を行う。これによって、自分の将来像と紐付いたコンテンツのなかでプロフェッショナルとして望まれる学習行動を実験し、自己調整的な学習への変容が促される。

## 教育の具体的内容

### 1. 対象者

医学部5年生（臨床実習2年目）

### 2. 実施時期

PIF-SRL 理論に基づいた教育方略は、我々の調査結果から<sup>7)</sup>、将来像と重なるロールモデルとの「リアルな設定」における協働学習の機会が必要と考えられる。そして、医学生の多様な将来像を考慮して、選択制臨床実習やそれに類似する自由選択カリキュラムで導入することが望まれる。しかし、自治医大では全ての医学生が地域医療総合医を目指すことから、必修科目であるが、地域医療総合医として活躍する卒業生医師と触れ合う5学年の「地域医療臨床実習」を導入の場として選択した。自治医大のカリキュラムでは、共用試験CBTと臨床実習前OSCEは3学年末に行われ、臨床実習は4学年の5月から始まり、1~3週間ごとに各科をローテートする臨床実習を約2年間行う。地域医療臨床実習は、臨床実習2年目となる5学年のカリキュラムの8月末から9月上旬、夏季休暇明けの2週間で行われる。本方略の導入については、6月から担当教員へのオリエンテーションを始め、7月中に学生へのオリエンテーションとPIEの記載とが行われ、その後、医学生と教員のベースで、地域医療臨床実習が終了するまで繰り返しPIEの情報を活用したコミュニケーションが行われた。

### 3. 実施場所

後述するオンライン入力フォーム上のメッセージ交換が本教育方略の主要なツールであるが、オ

ンラインフォームだけではなく、直接対話することを必須とした。実習担当教員は地域医療に従事している自治医大を卒業した医師であり、遠隔でのコミュニケーションが必須であったことから、教員と学生とで利用しやすい通信方法を選択してもらった。ちょうどインターネットを介したオンライン会議システム（Skypeなど）が広く利用され始めた時期であり、それらを使用した例が多かった。一方、教員や医学生のいずれかがその利用に慣れていない場合は、電話によるコミュニケーションが行われた。また、臨床実習中の協働学習は地域医療臨床実習先である医療機関で行われた。

### 4. 準備物

・実習担当教員（学生1~3名あたり1名）

PIF-SRL 理論に基づいた教育方略の特徴の1つは、学生が抱く自己の将来像と重なる担当教員とのペアリングである。自治医大の場合、全医学生が地域医療総合医を目指し、全ての地域医療臨床実習担当教員が学生と同じ出身都道府県で活躍する地域医療総合医であり、学生の将来像と重なる担当教員とのペアリングが容易であった。本方略を他大学で実施する場合は、後述するPIF-SRL フォーム上で医学生が十分に将来像の表出を行ったうえ、選択制カリキュラムのなかで適切な教員が在籍している診療科ないし研究室に医学生を配置させる必要がある。

・PIF-SRL フォーム（表2）

実習前に医学生はPIEの質問項目に記述回答し、さらに言語表出されたプロフェッショナルリズムに紐付いた将来像を記述する。これらの記述はオンライン入力フォーム（通称PIF-SRL フォーム）で行う。一方、実習担当教員は現在のプロフェッショナルリズムに紐付いた自己像を同じフォーム上で入力する。医学生はそれを閲覧しながら自己の将来像をイメージすることもできる。また、実習責任者（自治医大の事例では筆者）は医学生のPIEの記述を読み、ループバックを用いて各医学生のPIFのステージを評価する。実習担当教員は医学生とのコミュニケーションを図る際、PIFステージやPIEの具体的な記載内容

表2 PIF-SRL フォームの入力項目

**【第1部】 Professional Identity Essay (実習前・実習後共通)**

この自由記載は、学習過程の現時点で、プロフェッショナルリズムをどのように理解し、専門職としての医学倫理的なアイデンティティとどのように関連するかを調査するものです。これまでの研究で、プロフェッショナルリズムと専門職としての自己のアイデンティティは自分のキャリアを通じて進化することが示されています。各設問にできるかぎり回答してください。皆さんの自己評価、自己省察および目標の設定の援助が目的です。

1時間使ってこれらの質問にできる限り回答してください。各質問に少なくとも1段落は文章を書いてください。

1. 医療専門職のメンバーになることはあなたにとってどのような意味を持ちますか。どのようにその考えにたどり着きましたか。
2. 一人前の医師となるために、何を自分自身に求めますか。
3. (医師という) 専門職は、あなたに何を求めますか。
4. 自分自身のことと、患者やその家族および他の専門職への責任との間にどのような対立(葛藤)が生じますか、もしくは生じることが考えられますか。どのようにそれらを解決しますか。
5. 自分自身に抱いた期待に応えられなかった際、あなたにとって最悪なことは何でしょうか。
6. 患者の期待に応えられなかった際、あなたにとって最悪なことは何でしょうか。
7. 臨床医としての社会からの期待に応えられなかった際、あなたにとって最悪なことは何でしょうか。どのようにその考えにたどり着きましたか。
8. プロフェッショナルリズムの模範となる臨床医を想像してください。その人を選んだ理由を、それを支持する出来事、判断のパターン、行動とともに記載してください。
9. 医学部や地域社会の中で、専門職(臨床医)になる意味について、考えが変わるきっかけとなった経験などを思い出し、記述してください。

**【第2部】 (実習前)**

実習に向けて、改めて現在の自分と将来の自分とを考えてみましょう。

1. 現時点で思い描いている将来の医師としての自己像を記述してみてください。
2. 現時点で実感している医学生としての自己像を記述してみてください。
3. 実習担当教員にアピールするため、これまでの臨床実習で自信を持って獲得している手技、知識、能力を記載してください。
4. 実習担当教員にアピールするため、実習中に学びたい知識、体験したい実技を書いてみましょう。
5. 現在の自分を見つめて、実習中に絶対達成することを書いてみましょう。

第1部、第2部の質問に全て回答したあと、実習担当教員からのフィードバックが送られます。

これらの記述をもとに医学生と実習担当教員とで、少なくとも1つ以上の学習課題を設定し、実習中に学習するようにしましょう。(担当教員と連絡を取り、直接話し合っ)て学習スケジュールをたてましょう。

**【第2部】 (実習後)**

1. 現時点で思い描いている将来の医師としての自己像を記述してみてください。
2. 実習担当教員の学習の様子を観察し、自ら計画した課題を学習した中で、新たに知り得た学習方法を記述してください。
3. 現在の自分を見つめて、今後学んでいきたいことを記述してください。

第1部、第2部の質問に全て回答したあと、実習担当教員からのフィードバックが送られます。

フィードバックを読みながら自己省察したところで本フォームでの学習は終了です。

を参照することができる。

・PIFのステージ評価のためのルーブリック

Kaletらの好意で、PIEの記載内容からPIFのステージ評価を行うためのルーブリックをいただいた。日本語と英語のバイリンガルである米国人教員の協力のもと、筆者によって日本語版ルーブリックを作成した。

・実習担当教員へのガイドブック

PIF-SRL理論に基づいた教育方略の趣旨を記

載したうえで、地域医療臨床実習前、実習中、実習後の具体的なアクションを、チェックボックス付きの説明文で記述し、ガイドブックとした。ガイドブックには質問やトラブルがあったときの連絡先(筆者宛)を記載し、個々の質問やトラブルに対応した。

**5. 具体的方法**

全体の流れを図式化した(図1)。以下、自治

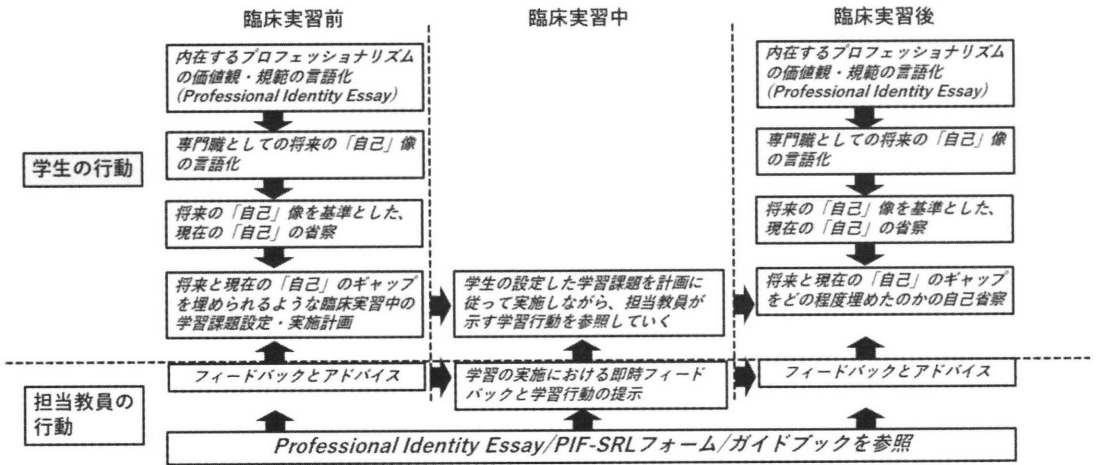


図1 PIEを活用した臨床実習での教育方略の構成

医大での事例を示す。

(1) 実習担当教員と医学生とにPIF-SRLフォームの使用に関するオリエンテーションを行った。その際、PIF-SRLフォームを使用する実習担当教員との協働学習については、実習成績には直接反映しないことを説明した。

(2) オリエンテーション終了後に、医学生と実習担当教員とにPIF-SRLフォームを入力してもらった。医学生のフォームの質問事項は表2の通りである。実習担当教員のフォームにも、プロフェッショナルとしての価値観や規範を含めた自己像を記述する項目を設けた。

(3) 筆者が医学生のPIFステージの評価を行い(初年度は教育心理学者にも評価してもらい、キャリアレーションを行った)、その後、学生の将来像の記述をチェックし、担当教員がその学生の将来像と共通する要素を十分に持っているかを確認した。また、学生のPIFのステージが著しく低い場合(ステージ2)には、担当教員へ個別に通知した。

(4) 医学生には、自分が入力した将来像と重なる担当教員が付き、地域医療臨床実習の前後に複数回のコミュニケーションが行われることを通知した。

(5) 実習前のコミュニケーションでは、PIF-SRLフォームの記載内容について、実習担当教

員が直接的に口頭指導するのではなく、記載内容をお互いに開示しながらプロフェッショナルになるうえでの困難や課題を共有し、医学生にプロフェッショナルとしての将来像と現在の自分との間にどのようなギャップがあるかを医学生に言語化してもらった。

(6) 地域医療臨床実習中に(5)で言語化したギャップを埋める学習課題を行えるよう、協働して学習計画を立てた。

(7) 学習課題に医学生と協働して取り組む際、医学生の将来像と重なる実習担当教員から、プロフェッショナルとしてあるべき学習行動を示してもらった。その他の実習中の指導に関してはとくにルールを定めなかった。

(8) 2週間の実習終了後、医学生と実習担当教員とで再度PIF-SRLフォームを入力し、入力内容を参照しながら計画した学習課題の達成度について共に振り返った。

### 6. 評価

自己調整学習の涵養という点において、実習後の効果が質的、量的解析で明らかとなった。この点については論文化されているため、そちらを参照いただきたい<sup>6)</sup>。

### 7. 対象者からの声・反応・その他

臨床実習後にPIFの発達が見られた医学生を

中心に、日々の学習に対する意識の変容を感じさせるコメントが示された。「自分がプロフェッショナルとして臨床の現場に立つという前提で、日々扱う教材をみることでできていなかった」、「以前よりも患者の存在を意識して、実際にその患者を診ることになったときに何を考える必要があるか、考えながら情報を集められた」、「受け持ち患者に対してはインプット型学習よりも『なぜ?』という疑問を提起し、それを解決することが一番だと、学習視点が変化した」などの声があがった。

実習担当教員にとっては PIF の発達段階の概念を知ることができ、PIE に記述された事項を読み、学生の将来像と重なる今の自分や、過去の自分と重なる医学生がとらえているプロフェッショナルリズムを実感しながら、表面的な医学知識以上に、プロフェッショナルの先輩として伝えなければいけないことを教育できた、という意見が聞かれた。

## 8. 成功の秘訣、注意すべき点

PIF-SRL 理論に基づいた教育方略では、学生自身の将来像と重なる担当教員が適正な PIF の発達段階にいる必要がある。本稿で紹介した実践では、担当教員が各都道府県の卒業生のなかで教育者としてふさわしい資質・能力を持っているものとして推薦されている人物であったことから、必然的に PIF の発達段階が高く、望ましい担当教員の条件を自ずと満たしていた。また、自治医大の全ての医学生が地域医療総合医を目指し、地域医療総合医として活躍している卒業生医師が担当教員となるため、ペアリングが極めて容易であった。

これを別の大学で行う場合には、本学の医学生と比べ、医学生が思い描く将来像が多様となりえるために、多様な専門性と特性とを有した学内外の教員に実習担当教員となってもらう必要がある。それを実現するため、多くの候補者を募り、予め候補者自身に PIE を回答してもらうことを提案する。PIE の分析に基づき、高い PIF の発達段階にある、多様な専門性、特性を有した担当教員を選抜することで、望ましいペアリングが実

現すると思われる。

## おわりに

本方略を実践する際には、まず、PIE の分析に必要な PIF ステージを深く理解することが重要かと思われる。また、本稿で示した PIF-SRL 理論の実践に適した学習設定を確立することが必要かと思われる。一般的な医学部においては難しい設定であるかもしれないが、本稿では具体的な対応策をいくつか提示した。その対応自体も難しく思われたかもしれないが、理論自体を導いた研究はわが国で行われたものであり、わが国の医学教育のコンテキストで効果を発揮すると考えられ、実践の価値はあるかと思われる。

PIF の発達途中である医学生にとって、プロフェッショナルリズムを有した自己の将来像と重なるロールモデルとの交流の機会となり、個人のアイデンティティと高いプロフェッショナルリズムが融合した、理想的なプロフェッショナル・アイデンティティが形成されることを期待したい。

## 文 献

- 1) 松山泰. 医学部教育における自己調整学習力の育成—専門職アイデンティティ形成からの視座. 福村出版, 東京, 2021.
- 2) Matsuyama Y, Nakaya M, Okazaki H, et al. Contextual attributes promote or hinder self-regulated learning: A qualitative study contrasting rural physicians with undergraduate learners in Japan. *Med Teach* 2018; **40**: 285-95.
- 3) Matsuyama Y, Nakaya M, Okazaki H, et al. Does changing from a teacher-centered to a learner-centered context promote self-regulated learning: a qualitative study in a Japanese undergraduate setting. *BMC Med Educ* 2019; **19**: 152.
- 4) Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, et al. Reframing medical education to support the development of a professional identity. *Acad Med* 2014; **89**: 1446-51.
- 5) Kalet A, Buckvar-Keltz L, Harnik V, et al. Measuring professional identity formation early in medical school. *Med Teach* 2017; **39**: 255-61.
- 6) Matsuyama Y, Okazaki H, Kotani K, et al. Professional identity formation-oriented mentoring technique as a method to improve self-regulated learning: A mixed-method study. *TAPS*

2021; 6: 49-64.

7) Matsuyama Y, Nakaya M, Leppink J, et al. Limited effects from professional identity formation-

oriented intervention on self-regulated learning in a preclinical setting: a randomized-controlled study in Japan. *BMC Med Educ* 2021; 21: 30.

## “部会報告：プロフェッショナルリズム教育方略”の連載を終了するに当たって

日本医学教育学会 プロフェッショナルリズム部会を代表して  
部会長 宮田 靖志

プロフェッショナルリズム教育は、様々な研修プログラムで修得すべきコンピテンシーの一番目に挙げられています。プロフェッショナルリズムの定義の中核となる概念は、患者・社会との関係における信頼性、社会との関係の基盤となる無書面の社会契約です。医学教育に関わる者はこれを共通認識とし、医療実践の現場の中において様々な視点からプロフェッショナルリズムを考えています。多様な視点から導かれる学修目標は多岐にわたり、よってその教育方略も多岐にわたっています。

このことを鑑み、全国で様々なプロフェッショナルリズム教育に取り組んでおられる先生方が、ご自身のプロフェッショナルリズムの関心領域について、どのように学修者への教育に取り組まれているのか、これを幅広く収集してすべての医学教育者に届けることを目的として、プロフェッショナルリズム教育の具体的方略を連載することを部会報告として企画しました。

各執筆者の先生方には、プロフェッショナルリズムとして考えられるどのような領域の、何を、具体的にどう教えているのか、教育の成功の秘訣は何かについて、一定のフォーマットに従って記載していただき、読者が明日からのプロフェッショナルリズム教育に活用できるようにしていただきたいことを依頼しました。連載の一部はお願いしたフォーマットに沿うのが困難な原稿があり、全体としての統一感に欠けたことがありました。このことは部会での査読の甘さに依るものであったことは否めず、反省しているところです。

ただ、白衣式、道徳性の科学、臨床倫理カンファレンス、患者さんの語りを用いた教育、性別違和に関する偏見の解消、治療的自己、Appreciative Inquiry、有害事象分析（SEA）など、実践にすぐ応用できるもの、または教育の成功の秘訣を学んで方略を開発することにつながるものが紹介され、読者にとっては有用な内容を提供できたと自負しています。

一部の実践報告の内容には読者から異論が唱えられることがあり、誌上で非常に建設的な議論がなされたことがありました。このことはプロフェッショナルリズム教育に関する関心の高まりを感じる出来事であり、読者が熱心に連載を読んで

くださっていることを知る出来事でもありました。その他にも読者から様々な反応をいただきました。これらのことは、本企画推進のより一層の動機づけとなりました。

ところで、この連載はさらに7つのテーマを用意していましたが、今回で連載終了となりました。既に原稿を依頼していた方々には、執筆中止をお願いしたことを、この場を借りて再度お詫びを申し上げます。本連載は、プロフェッショナルリズム部会での議論を踏まえて、より広範なテーマを取り上げさらなる継続を企画していましたが、今回で終了することになってしまったことは非常に残念に思っています。本連載は部会報告として掲載してきました。しかし、実際には部会活動の成果報告でないこと、部会メンバーの執筆ではなく外部の執筆者への依頼となっており、編集委員会から独立した形で論文掲載のプロセスが進んでいることなど、学会誌編集のガバナンスに関するいくつかの点が編集委員会で議論され、その後、本部会との話し合いを経て今回の終了となった次第です。長期連載の中で、本部会と編集委員会との密なコミュニケーションが徐々に失われてしまっていたことが、終了のひとつの要因かもしれません。このことは、本部会の今後の活動の進め方についての大きな課題としたいと思います。

プロフェッショナルリズム教育は、世界的に見ても継続的に発展途上の領域です。ASMEのMedical Education、AAMCのAcademic Medicine、AMEEのMedical Teacherには実践例や執筆者のTipsなどが掲載されています。プロフェッショナルリズム部会で企画してきた本連載のような様々な教育者の実践例を広く紹介することが再度企画され、プロフェッショナルリズム教育がわが国でさらに浸透していくことを願って、本連載の終了に当たっての願いとしたいと思います。

本連載に寄稿してくださった先生方、連載を読んで各地でプロフェッショナルリズム教育に取り組んでくださった先生方に心より感謝申し上げて連載の筆を置きたいと思えます。4年間という長期にわたる連載に関心を寄せてくださったすべての医学教育者のみなさま、ありがとうございました。