

## 関節リウマチ患者と医学生のコラボレーションで得られた 患者と医学生の声：今後の医学教育に必要なこと

### Feedback from Rheumatoid Arthritis Patients and Medical Students after Joint Group Work: Implications for Future Medical Education

大浦智子<sup>1)</sup> 小嶋雅代<sup>2)</sup> 荘子万能<sup>3)</sup> 西明博<sup>4)</sup> 橋本里穂<sup>3)</sup>  
石橋茉実<sup>5)</sup> 山中寿<sup>6)</sup> 中山健夫<sup>7)</sup>

Tomoko Ohura<sup>1)</sup> Masayo Kojima<sup>2)</sup> Mano Soshi<sup>3)</sup> Akihiro Nishi<sup>4)</sup> Riho Hashimoto<sup>3)</sup>  
Mami Ishibashi<sup>5)</sup> Hisashi Yamanaka<sup>6)</sup> Takeo Nakayama<sup>7)</sup>

- 1) 星城大学リハビリテーション学部\*
- 2) 名古屋市立大学大学院医学研究科医学・医療教育学分野
- 3) 大阪医科大学医学部医学科\*
- 4) 医療法人鉄蕉会亀田総合病院\*
- 5) 京都大学医学部医学科\*
- 6) 東京女子医科大学膠原病リウマチ内科学講座
- 7) 京都大学大学院医学研究科 社会健康医学系専攻

- 1) Faculty of Care and Rehabilitation, Seijoh University\*
  - 2) Department of Medical Education, Nagoya City University Graduate School of Medical Sciences
  - 3) Faculty of Medicine, Osaka Medical College\*
  - 4) Kameda Medical Center\*
  - 5) Faculty of Medicine, Kyoto University\*
  - 6) Department of Rheumatology, School of Medicine, Tokyo Women's Medical University
  - 7) Kyoto University School of Public Health
- \*所属は研究実施時

#### Abstract

In order to clarify what is necessary for medical education, a questionnaire was administered to nine rheumatoid arthritis (RA) patients and three medical students following joint group work. Analysis of the answers using theme analysis showed that patients identified the following four categories: *chances to interact with patients, the willingness of trying to understand patients, the pursuit of the correct understanding of an illness in its context, and the development of human capital*. The medical students' responses can be categorized in four categories: *the patient's daily condition and their relationship with their physician, the importance of knowing the daily condition of patients outside the consulting room, acceptance of what a physician can do even while pursuing an ideal response, and the limits and possibilities of what physicians and medical students can experience in real life*. In summary, RA patients want to talk about their illness and medical students realize the necessity of understanding the daily lives of their patients.

#### 要旨

医学教育に必要なことを明らかにするために、関節リウマチ (RA) 患者 9 名と医学生 3 名の合同グループワーク後に、質問紙調査を行った。テーマ分析の結果、医学教育に必要なこととして、患者から「患者とかわる機会」、患者を理解しようとする姿勢、周囲に対する病気の正しい理解の促進、人材の育成の 4 カテゴリー、医学生から「患者さんの日常状態と医師との関係」、診察以外の日常状態の患者さんを知る重要性、医師の対応に対する諦めと理想の追求、医師・医学生として経験できることの限界と可能性の 4 カテゴリーが抽出された。RA 患者は伝えたい・教えたいと感じ、医学生は生活像理解の必要性を実感していた。

キーワード：関節リウマチ フォーカスグループインタビュー 合同グループワーク 患者視点 医学教育  
Key words: Rheumatoid arthritis, Focus group interview, Joint group discussion, Patient perspective, Medical education

## 1. 序文

根拠に基づく医療 (Evidence-based medicine: EBM) [1] の普及と共に、日常の診療においても根拠に基づく診療ガイドライン (診療 GL) を用いた診療が浸透してきた。診療 GL は、「診療上の重要度の高い医療行為について、エビデンスのシステマティック・レビューとその総体評価、益と害のバランスなどを考量して、患者と医療者の意思決定を支援するために最適と考えられる推奨を提示する文書」[2]である。欧米を中心に、診療 GL や患者向け GL において患者参加と協働の試みが進みつつあり[3]、わが国でも 2014 年に出版された関節リウマチ (RA) 診療 GL では作成過程で患者の声を積極的に反映する試みが行われた[4]。

近年、医学・医療の変化の一つとして、患者の考え方の変化が挙げられ、患者の能動性や主体性、価値観の多様化が指摘されている[5]。一方、最近の医学教育では、

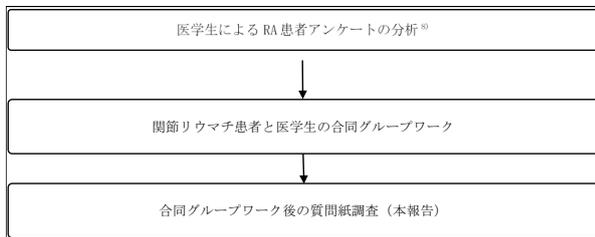


図1. 本報告の位置づけ

表2. 患者の基本情報と本取り組みの感想

N=9	
性別	
女性	9
男性	0
年齢	
60 歳代	5
50 歳代	2
40 歳代	1
不明	1
診断時の年齢	
50 歳代	1
40 歳代	3
30 歳代	1
20 歳代	4
話しやすさ	
話しやすかった	9
まあまあ話しやすかった	0
あまり話しにくかった	0
話しにくかった	0
話すことができた	
話すことができた	6
まあまあ話すことができた	3
あまり話せなかった	0
話せなかった	0
学生であることへの話しやすさ	
あった	6
なかった	1
わからない	2
学生であることへの話しにくさ	
あった	0
なかった	9
わからない	0
医学教育への必要性	
思う	9
思わない	0
わからない	0

表3. 医学生の基本情報と本取り組みの感想

N=3	
性別	
女性	2
男性	1
年齢	
20 歳代	3
話しやすさ	
話しやすかった	0
まあまあ話しやすかった	2
あまり話しにくかった	0
話しにくかった	1
話すことができた	
話すことができた	0
まあまあ話すことができた	0
あまり話せなかった	3
話せなかった	0
聞きやすさ	
聞くことができた	0
まあまあ聞くことができた	1
あまり聞けなかった	2
聞けなかった	0
医学教育での必要性	
そう思う	3
そう思わない	0
全く思わない	0

背景において、医学生が、「医療者でも一般市民でもない」という立場を活用することによって、新しい患者支援の在り方を模索できるのではないかと考えた。

今回の研究で RA 患者を対象とした理由は、RA は痛みを主症状とする代表的な炎症性の慢性疾患であり、日本における RA の推定有病率は 0.6-1.0%[6]と比較的高く、病状の変動が日常生活に影響することから、医学生が診療場面以外の患者の声を聞く意義が大きいと考えたためである。また、2014 年に出版された RA 診療 GL の作成過程で「患者の声」を聴くために公益社団法人日本リウマチ友の会 (以下、リウマチ友の会) 会員を対象に行われた質問紙調査 (回答者数 1,484 人[7]) のデータが利用可能であったためである。そして、医学生がこの質問紙データを精読した後に生じた新たな疑問を RA 患者から直接聴く機会をもつことによって、医学生が患者から学ぶだけでなく、RA 患者が自身の体験を医学生に話す

表1. トピックリスト

- (1)患者さんにとって「(病気の) つらさ」には、どんなものがありますか？ (病気、生活、人付き合い、家事、仕事など)
- (2)その「つらさ」は、どうしたら解決できると思いますか？どうやって解決したいですか？
- (3)「(つらさ)を軽減するために、患者さん自身が行っていることやできることはありますか？
- (4)「(つらさ)を軽減するために) 医師に期待することはありますか？医療者に期待することはありますか？逆に、医師や医療者に話しにくいことはありますか？それはどんなことですか？
- (5)「(つらさ)の軽減や解消のために) 医療や保険制度も含めて、どうなるとういと思いますか？ご自身で行われている工夫はありますか？それはどんなものですか？

ことが、両者にどのような気づきをもたらすか、この経験を経て両者が医学教育に何を必要と考えるかを明らかにする必要があったと考えた。

## 2. 目的

本研究の目的は、RA 患者と医学生とが合同のグループワークで話し合う中で、1) 両者があらためて気づいたこと、2) 特に両者が医学教育に何が必要と考えるかを明らかにすることである。

## 3. 方法

RA 患者 (リウマチ友の会会員) と医学生の合同グループワークを実施し、その後合同グループワークでの気づきと医学教育に必要と考えることに関する質問紙調査を行った。RA 患者と医学生との合同グループワーク実施までの流れと、本報告の位置づけを図1に示す。

### 1) 合同グループワークの開催に向けた準備

まず、患者理解に関心を持つ医学生4名 (5年生3名、6年生1名) が、RA 診療 GL 作成時に行われた患者調査の自由記述欄 (「リウマチの治療を受ける上で、あなたが主治医に、または医療に希望するものは何ですか?」) の回答[4][7]の内容分析を行い、医学生の立場で「患者の視点」に関する理解を深めたところ、患者が希望するのは「生活上の問題」、「心理的な問題」、「社会的な問題」からなる「不安・不満の解消」であり、さらにこれらの不安・不満の解消を阻害する要因は、「患者視点に欠ける医療体制および診療内容」であることが明らかとなった[8]。この結果に基づいて、病気のつらさと解決方法等に焦点を

医学生が Student doctor として実際の診療現場で医療チームの一員として参加して学ぶことが重要視されており、今後さらに機会が増えると考えられる。このような

あて、合同グループワークにおけるトピックリストを作成し(表1)、RA患者と医学生の合同グループワークを計画した。

## 2) 合同グループワークの実施

合同グループワークの参加者はリウマチ友の会(会員数約13,000人[9])本部を通して近畿地区の役員に協力を依頼し、9名(女性)の参加を得た。また学生参加者は、患者調査の内容分析に取り組んだ4名中3名が参加した。RA患者9名は全て女性で、20歳代で診断された者が4名含まれていた。調査時点の年齢は60歳代が5名であった(表2)。一方、医学生は女性が2名、男性が1名だった(表3)。

合同グループワークは、筆頭著者がファシリテーターを務めるフォーカスグループインタビュー(FGI)と、学生がファシリテーターを務めるグループディスカッション(GD)の二部で構成された。FGIは、各自の自己紹介の

表4. 合同グループワークでの気づき(患者)

カテゴリ	コード
痛みと薬	・「つらさ」と痛み ・軽減する武器は薬
患者を知ろうとすることへの期待	・患者の身になって考えられる医者になることへの期待 ・病気の人たちの経験を医療に役立てばという期待 ・当事者から話を聴き取り組みへの良い評価
他の患者の話を聞く機会としての評価	・患者同士の共通話題 ・参考となる他の患者の意見
機会提供への感謝	・機会提供への感謝 ・話すことができた実感 ・話のしやすさ ・リウマチを知ろうとする医学生へのうれしさ ・医学生が話を聞いたことへの感謝 ・医学生の熱心な態度への感謝

後に約25分間、「病気のつらさ」をテーマに行った(表1(1))。FGIの後、患者3名・医学生1名ずつの3つの小グループを編成し、「病気のつらさの軽減と解決」(表1(2)-(5))をテーマに、約1時間の自由討議形式のGDを実施した。最後に各グループの討議内容を医学生が代表して報告し、全員で共有した。

## 3) データ収集と分析

合同グループワークの実施後に無記名自記式質問紙調査を用いて、両者の合同グループワーク参加の感想と医学教育に必要と考えることについて回答を得た。

性別や年齢、感想に関する選択式回答は実数を集計し、自由記述内容の分析には質的分析手法であるテーマ分析を用いた[10][11]。手順として、帰納的に文脈の意味単位ごとにコードを付し、類似したコードからカテゴリに集約した。質的分析は筆頭著者が行い、別の1名が内容の確認を行うとともに、意見の相違がある場合には協議による合意形成を図った。

質問紙の自由記述の質問文を以下に示す。

### 【患者】

- ・本日の面接について、お気づきになったことをご記入ください。
- ・医学生の教育において、必要だと思うことを教えてください。

### 【医学生】

- ・本日の面接で気づいたことを、できるだけ具体的に記入ください。(たとえば、事前準備から面接で感じた事、面接で気づいたこと、面接を前と後で変化したことなど、なんでもかまいません。)
- ・今回の面接を通じて、医学生の教育において、どんなことが必要だと思いましたか？

## 4) 倫理的配慮

本研究は、星城大学研究倫理委員会の承認(2016C0011)と書面による参加者の同意を得て実施した。RA患者には、合同グループワークと質問紙調査について、文書と口頭によって十分な説明を行い、書面による同意を得た。医学生に対する質問紙調査は、研究目的等を十分に説明し、書面による同意を得た。

## 4. 結果

### 1) 合同グループワークの感想(選択式回答)

表5. 合同グループワークでの気づき(医学生)

カテゴリ	コード
インタビューの難しさ	・インタビューで聞きたいことを聞く難しさ ・質問の方法の難しさ ・(十分な理解をしている患者に対する)インタビューへの困惑 ・話す時間の制約 ・インタビュー時の患者さんの戸惑い
痛みの存在	・医師の一言が患者にとって大きいことを痛感 ・教科書やアンケートから知っていたつもりのリウマチにとっての痛みの重要性 ・患者医師関係の大部分を占める痛みのコミュニケーション ・痛みの存在の大きさの再認識 ・患者さん像の変化
リウマチに対する否定的表現	・患者のリウマチに対する否定感情 ・結婚・介護時の心ない言葉への患者の「つらさ」
患者同士の関わり	・患者が実感している友の会での意見の共有の大切さの重要性 ・患者会幹部としての啓もうの立場としての自覚
実習とは異なる患者像	・患者さんの知識量の多さ ・患者自身の話は解決済み・あきらめ ・今回の患者さんに圧倒 ・実習では知らないことの多い患者さんに対して自分から関わる姿勢

合同グループワーク終了後の調査では、すべての患者・学生から本取り組みに対する肯定的な回答が得られたが、医学生の感想には「あまり話せなかった」や「あまり聞くことができなかった」の回答が認められた(表2,3)。

### 2) 合同グループワークを通じた気づき(自由記述式回答の概要)

患者の気づきは各々0~101文字の記載から全13コードが抽出され、<痛みと薬>、<患者を知ろうとすることへの期待>、<他の患者の話を聞く機会としての評価>、<機会提供への感謝>の4カテゴリに集約された(表4)。医学生の気づきは各々249~264文字の記載から全18コードが抽出され、<痛みの存在>、<リウマチに対する否定的表現>、<患者同士の関わり的重要性>、<実習とは異なる患者像>の4カテゴリのほか<インタビューの難しさ>に集約された(表5)。

### 3) 医学教育に必要と考えること(自由記述式回答の概要)

患者が考える医学教育に必要なことは各々0~82文字の記載から全13コードが抽出され、医学生が<患者とかかわる機会>や<患者を理解しようとする姿勢>、全般的

なこととして＜周囲に対する病気の正しい理解の促進＞、＜人材の育成＞の4カテゴリに集約された(表6)。医学生が考える医学教育に必要なことは各々179~336文字の記載から全14コードが抽出され、＜患者さんの日常状態と医師との関係＞、＜診察以外の日常状態の患者さんを知る重要性＞の2カテゴリに加え、＜医師の対応に対する諦めと理想の追求＞、＜医師・医学生として経験できることの限界と可能性＞が抽出された(表7)。

### 5. 考察

今回、RA患者と医学生の合同グループワークを実施し、患者は医学生が患者理解を試みる姿勢や他患者と話す機会として前向きに捉え、医学生はRA患者の痛みだけでなく社会における病気の捉えられ方や患者同士の関わりの重要性に気づくことができた。さらに医学教育については、両者が患者理解と患者と関わる機会を必要と捉えていた。限られた集団・対象者数ではあるものの、本研究により、病院実習とは異なる状況での意見交流の機会

表6. 医学教育に必要なこと(患者)

カテゴリ	コード
患者と関わる機会	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者に触れること</li> <li>質疑を含む患者の生の声を聞く機会</li> <li>患者の生の声を聞くこと</li> <li>患者との話し合い</li> <li>各支部で行っている集会などへの参加</li> </ul>
患者を理解しようとする姿勢	<ul style="list-style-type: none"> <li>医学的知識だけでなくメンタルの勉強</li> <li>医療者以前に患者に寄り添いよくなってほしいという思いを持ち続けること</li> <li>人の命や人生の質に関わっていることを忘れないこと</li> <li>患者一人一人の生活や人生に想いをはせる想像力の醸成</li> <li>相手の気持ちを察すること</li> <li>「やさしさ」</li> </ul>
周囲に対する病気の正しい理解の促進	<ul style="list-style-type: none"> <li>(老人の病だと思っている人もいるので) 病気のことを正しく伝えること</li> </ul>
人材の育成	<ul style="list-style-type: none"> <li>リウマチを学ぶ人の育成</li> </ul>

が、RA患者と医学生にとって意義があることが示唆された。

以下に、RA患者と医学生が合同グループワークで気づいたことと、両者が考える医学教育に必要なことについて考察する。

#### 1) RA患者と医学生の合同グループワークで得た気づき

RA患者は本取り組み後の気づきとして、＜医学生が患者を知ろうとすることへの期待＞と＜他の患者の話を書く機会としての評価＞を挙げ、医学生も＜患者同士の関わりの重要性＞と＜実習とは異なる患者像＞のほか、＜インタビューの難しさ＞を挙げた。医学生は、自身の病気の状況や感じていることを語る患者に対し、実習で接する患者像とは異なる＜インタビューの難しさ＞を感じるとともに＜患者同士の関わりの重要性＞に気づき、患者は＜他の患者の話を書く機会としての評価＞を気づきとして挙げていた。つまり、患者同士のコミュニケーションとして交わされる患者相互の情報交換や支えが、健康情報を理解し活用する力であるヘルスリテラシー[12]を高める機会として両者が捉えた可能性がある。

#### 2) RA患者と医学生が考える医学教育に必要なこと

まず、患者は＜患者とかかわる機会＞と＜患者を理解しようとする姿勢＞を挙げていた。これらの重要性はこれ

まで多く指摘されており[13][14]、現在の医学教育にも取り入れられつつある。コードに示された「患者の生の声を聞くこと」や「患者一人一人の生活や人生に想いをはせる想像力の醸成」、「相手の気持ちを察すること」などは、医学教育モデル・コア・カリキュラム[15]において「医師として求められる基本的な資質・能力」として掲げられた9項目中、「プロフェッショナリズム」、「診療技能と患者ケア」、「コミュニケーション能力」の3項目と関連する。また、患者の意見の中には、＜周囲に対する病気の正しい理解の促進＞や＜人材の育成＞等のようにRA患者を取り巻く環境への理解を求めるものも挙げられていた。特に、＜周囲に対する病気の正しい理解の促進＞は、障害受容における社会受容に関連するものと考えられる。障害受容には、「障害のために変化した諸条件をここから受け入れること」という自己受容と、「社会が障害者を受け入れること」という社会受容がある[16]。障害を病気と読み替えると、RA患者自身の受容と、社会から

表7. 医学教育に必要なこと(医学生)

カテゴリ	コード
患者さんの日常状態と医師との関係	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院実習では知ることができない患者さんの診察時の感じ方</li> <li>患者さんの感じる医師との関係・期待・思い悩み</li> <li>患者さんにとって病院や診察は非日常の場</li> <li>診察している側が認識すべき患者さんの非日常状態</li> <li>一人一人のエピソードと教科書の中の「痛み」</li> </ul>
診察以外の日常状態の患者さんを知る重要性	<ul style="list-style-type: none"> <li>疾患特性にもよるが患者さんの実際の声を診察の場以外で聞くことの重要性</li> <li>日常状態に置かれている患者さんと話す経験の必要性</li> <li>日常に根ざした話を聞くための診察以外の場の重要性</li> </ul>
医師の対応に対する諦めと理想の追求	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者さんと話す貴重な体験</li> <li>学生のうちに患者の声に触れることが理想を諦めないように精進する足がかり</li> <li>実習中に感じる医師の冷たさに対する実際場面での諦め</li> </ul>
医師・医学生として経験できることの限界と可能性	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師の立場で聞くことの難しさ</li> <li>医学生全員が機会を得ることの難しさ</li> <li>現在の医療の問題点について話し合う機会の必要(医学生)</li> </ul>

の受け入れと捉えることができる。社会からの受け入れには一般市民・社会の理解が不可欠であり、RA患者は個々の患者に対する治療だけでなく、市民や文化的なヘルスリテラシー[12]向上の役割をも医学教育に期待していることが示された。

医学生は、＜診察以外の日常状態の患者さんを知る重要性＞を感じ、医学教育に日常の患者さんやその生活を知ることを取り入れることが必要と考えていた。今回のグループワークを通して、より患者の日常生活や価値観などを知ることが治療をする上で重要であることに気付かされたものと考えられる。これにより、医学教育において患者の語りを通して患者さん自身や日常生活を知る事が重要であると示唆された。一方、＜医師の対応に対する諦めと理想の追求＞や＜医師・医学生として経験できることの限界と可能性＞のように医学生が既存の教育システムで患者と関わる機会に限界があることを理解しながらも、医師を目指す者としてできることを模索していることが推察された。

#### 3) 限界

本研究にはいくつかの限界がある。まず、対象者はRA患者に限定しており、本研究の結果をすべての疾患にあてはめられるものではない。対象数が限られているため、性別や年齢と本取り組みの感想に関する選択式回答の集

計は統計学的分析を用いず、結果の記述にとどめた。また、今回参加した RA 患者は女性のみであったことに加え、地域の患者会の代表者として日頃から患者相談などに従事し、RA に対する理解や他者に話すことに精通していたと推察される。同時に、本研究に参加した医学生数が限られているうえ、「患者を理解したい」という強い熱意を持っていたことから、バイアスをふまえた解釈が必要である。本研究での取り組みに対する実施直後の評価は、その後も持続するのか、また標準的な患者および医学生でも同様の評価が得られるのかについてはさらなる研究が必要である。

最後に、医学生の回答には「あまり話せなかった」や「あまり聞くことができなかった」と言った否定的な感想も認められ、今回の GD においては患者が積極的に発話し、インタビューに不慣れた医学生が聞きたいと思うことを十分に聞くことができなかった可能性がある。患者側、医学生の双方において、どのような組み合わせおよび事前準備をしておくことにより、患者・医学生間の交流の最大値を得ることができるのか、今後の検討が必要である。

## 6. まとめ

RA 患者と医学生の合同グループワークを通じて、医学生は診察室の外で患者の生の声を聴き、病気だけでなく RA 患者の生活への影響を含む要因に目を向ける重要性を感じていた。また、患者は医学生が患者を理解しようとする姿勢を前向きに受け止め、医学教育に活かしている可能性が示唆された。さらには、患者同士のコミュニケーションとして交わされる患者相互の情報交換や支えが、健康情報を理解し活用する機会となる可能性がある。

**謝辞：**ご協力いただいた皆様に深謝申し上げます。

**研究資金：**厚生労働科学研究の一部（中山健夫）として実施した。

**利益相反自己申告：**申告すべきものなし。

## 引用文献

- [1] Straus SE, Richardson WS, Glaszou P, Haynes RB. Evidence-based Medicine : How to practice and teach it 4th edn. Elsevier. 2011.
- [2] 福井次矢, 山口直人 (監修), 森實敏夫・他 (編集). Minds 診療ガイドライン作成の手引き 2014. 医学書院, 2014
- [3] 中山健夫. 診療ガイドラインの今・これから. 東女医大誌 2018; 88 臨時増刊 1 号: 2-9.
- [4] 大滝純司. 医師養成カリキュラムの改訂-その背景と注目点. 日本内科学会雑誌 2016; 105(12): 2346-2352.

[5] 一般社団法人日本リウマチ学会 (編). 関節リウマチ診療ガイドライン 2014, メディカルビュー社, 東京, 2014.

[6] Yamanaka H, Sugiyama N, Inoue E, et al. Estimates of the prevalence of and current treatment practices for rheumatoid arthritis in Japan using reimbursement data from health insurance societies and the IORRA cohort (I). Mod Rheumatol. 2014; 24(1):33-40.

[7] Kojima M, Nakayama T, Otani T, et al. Integrating patients' perceptions into clinical practice guidelines for the management of rheumatoid arthritis in Japan. Mod Rheumatol. 2017; 27(6):924-929.

doi: 10.1080/14397595.2016.1276511.

[8] 莊子万能, 西明博, 橋本里穂, 他. 医学生は、患者視点をどのように学ぶことができるのか〜リウマチ患者へのインタビューを通じて〜. 第 8 回日本ヘルスコミュニケーション学会 2016 (東京) .

[9] 公益社団法人日本リウマチ友の会. 友の会概要. <http://www.nrat.or.jp/gaiyou.html> (2019 年 3 月 25 日アクセス)

[10] Pope C, Ziebland S, Mays N. Analysing qualitative data. In Pope C, Mays N (eds), Qualitative research in health care 3rd edn. Blackwell Publishing Ltd, Massachusetts, 2006, pp.63-81.

[11] Rice PL, Ezzy D (木原雅子, 木原正博・監訳). ヘルスリサーチのための質的研究方法 -その理論と方法. 三煌社, 東京, 2007.

[12] 中山和弘. 医療における意思決定支援とは何か. In: 中山和弘, 岩本貴編集. 患者中心の意思決定支援. 中央法規, 東京, 2012. p. 11-42.

[13] 中村千賀子. 医学教育における行動科学・社会科学の諸議論: 医学教育における行動科学とは何か. 医学教育 2015; 46 (4) : 299-307.

[14] 松村正巳. 医学教育の立場から. 日本内科学会雑誌 2017; 106(9): 2064-2066.

[15] 文部科学省. 医学教育モデル・コア・カリキュラム (平成 28 年度改訂版) .

[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/koutou/033-2/toushin/1383962.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/033-2/toushin/1383962.htm) (2018 年 12 月 7 日アクセス)

[16] 南雲直二. 社会受容[障害受容の本質], 荘道社, 東京, 2002.

**\*責任著者 Corresponding author: e-mail  
oh-ura@umin.ac.jp**