

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

**日本医学教育学会  
医学教育専門家  
—認定用ポートフォリオ作成ガイド—  
Ver 1.2**

**2015年12月1日 改訂**

**日本医学教育学会  
医学教育専門家制度委員会**

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

## 目次

1. はじめに	4
1-1. 認定用ポートフォリオとは？	4
2. コース後レポートについて	5
2-1. 何を記述すればよいか？	5
2-2. どのように記載するのか？	5
2-3. どのように評価されるのか？	5
2-4. その他、記載にあたっての具体的な注意点	6
3. 教育実践・振り返りレポートについて	7
3-1. 何を記載すればよいか？	7
3-2. どのような点に注意して記載すればよいか？	7
3-3. どのようにタイトルをつけるのか？	7
3-4. どのようなフォーマットで記載するのか？	8
3-5. どのように各領域の教育事例を選択し、記載するのか？	8
3-6. どのように評価されるのか？	9
3-7. その他、記載にあたっての具体的な注意点	9
4. 学術活動の成果について	10
4-1. 何を記載すればよいか？	10
4-2. どのようなフォーマットで記載するのか？	10
4-3. どのようにカテゴリーを選択し、記載するのか？	10
4-4. どのように評価されるのか？	11
4-5. その他、記載にあたっての具体的な注意点	11
5. 教育履歴について	12
5-1. 何を記載すればよいか？	12
5-2. どのようなフォーマットで記載するのか？	12
5-3. どのように各レポートを記載するのか？	12
5-4. どのように評価されるのか？	14
5-5. その他、記載にあたっての具体的な注意点	15
6. 教育と学習( Teaching & Learning )レポートのフォーマット・評価項目・例示	16
6-1. 教育実践・振り返りレポート フォーマット	16
6-2. 教育実践・振り返りレポート 評価項目	17
6-3. 教育実践・振り返りレポート 例示	19
7. 学習者評価( Assessment )レポートのフォーマット・評価項目・例示	26
7-1. 教育実践・振り返りレポート フォーマット	26
7-2. 教育実践・振り返りレポート 評価項目	28
7-3. 教育実践・振り返りレポート 例示	30
8. カリキュラム開発( Curriculum Development )レポートのフォーマット・評価項目・例示	36
8-1. 教育実践・振り返りレポート フォーマット	36
8-2. 教育実践・振り返りレポート 評価項目	37
8-3. 教育実践・振り返りレポート 例示	40
9. その他( Others ) レポートのフォーマットと評価項目	44
9-1. 教育実践・振り返りレポート フォーマット	48
9-2. 教育実践・振り返りレポート 評価項目	49
10. 学術活動の成果のフォーマットと評価項目と例示	50
10-1. 学術活動の成果 フォーマット	50
10-2. 学術活動の成果 評価項目	51
10-3. 学術活動の成果 例示	52

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

11. 教育履歴.....	53
11-1. 教育履歴 1)教育経験に関する業績リスト フォーマット .....	53
11-2. 教育履歴 2)キャリアヒストリー フォーマット .....	55
11-3. 教育履歴 2)キャリアヒストリー 評価項目 .....	57
11-4. 教育履歴 2)キャリアヒストリー 例示 .....	58

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

## 1. はじめに

ほとんどの医師・医療者は、大学などの教育機関を卒業し医療の実践家になった後、教育に携わる。しかしながら「どのように教育すればよいか？」について学ぶ機会はこれまでそれほど多くなく、また「指導医」「教員」という名称は必ずしも教育能力を保証するものではなかった。今回、日本医学教育学会が医学教育専門家制度を構築するのは、「専門家でないと医学教育に関わることができない」状況を目指すためではなく、「自分自身の教育能力を高めていくためにはどのようにすればよいか？」という指導医・教員の問いに対して、ある程度の道標（みちしるべ）を示すためである。具体的には、教育能力を生涯かけて向上させていくにあたり、自分が今どのあたりにいて、今後どのように歩んでいけばよいかをポートフォリオというツールを用いて言語化することにより、明確にしていく。本制度は「認定」という総括的評価を主たる目的としているが、同時に、教育活動の振り返りを重視し、形成的評価の性格も含めたものとなっている。

### 1-1. 認定用ポートフォリオとは？

本制度では、認定用ポートフォリオを「自らの教育活動について他人にわかるように記述し、自らの言葉で振り返り、多様なエビデンスによってこれらを裏付けた、教育業績についての厳選された記録」と定義する。本認定制度でポートフォリオを使用する理由は、教育の持つ「多面性」をできるだけ残しつつ、ポートフォリオとして「見える化」し、評価可能な記録とすることにある。認定用ポートフォリオは、図1に示したような割合で、評価ポートフォリオの色彩の強いものとなっている。

日本医学教育学会が認定する医学教育専門家の取得に向けて申請するには、以下の書類の提出が必要である。

- コース後レポート(3コース分)
- 教育実践・振り返りレポート(4項目中3項目)
  - 1)「教育と学習(Teaching and Learning、以下 TL)」
  - 2)「学習者評価(Assessment、以下 A )」
  - 3)「カリキュラム開発(Curriculum Development、以下 CD)」
  - 4)「その他(Others、以下 OT)」
- 学術活動の成果(論文・学会発表など)1編  
学術論文、著書・翻訳書、学会発表資料、研究報告書・その他
- 教育履歴
  - 1)教育経験に関する業績リスト
  - 2)医学教育者としてのキャリアヒストリー

図 1)

	学習ポートフォリオ	評価ポートフォリオ
指導医・教員としてのポートフォリオ どう教えているのか？	5%	75%
学習者としてのポートフォリオ 教育についてどう学んでいるか？	5%	15%

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

## 2. コース後レポートについて

### 2-1. 何を記述すればよいか？

コース参加者の自身の事例(教育経験)をもとに、各コース「教育と学習(TL)」「学習者評価(A)」「カリキュラム開発(CD)」において、当該領域の活動を記述し、課題を列挙し、根拠に基づき批判的吟味を行い、各自の環境に見合った改善計画を立案し、記述する。教育実践・振り返りレポートでは、実践の振り返りに焦点を当てているのに対して、コース後レポートは、過去の実践に対する改善の計画立案に焦点を当てている点に留意されたい。最終的には、合計3つのコース後レポートを提出し、評価を受けることになる。

### 2-2. どのように記載するのか？

コース後レポートのフォーマットに準じて記載する。体裁は、A4のワードファイルで、レイアウトは上下に24.5cm、左右に19.05cm程度の余白を設ける(「やや狭い」のレイアウト)。MSPゴシックで、フォントサイズ10.5を使用のうえ、行間は、シングルスペース1.0と設定する。

1) プロファイル: 受講した参加した日付・氏名・所属を明記する。

2) タイトル: 参加者自身が教育計画の背景にある狙いや理論的フレームワークが示唆されるようなタイトルを考案し、記載する。以下に例を示す。

TL: 経験的学習サイクルに基づく、考えさせる初期体験実習に向けた教育改善計画

A: 信頼性を保ちつつ、教育的インパクトにも考慮した6年次OSCEへの改善計画

CD: アウトカム基盤型のカリキュラムから顧みた、8週間の内科診断学コースの改編計画

3) 実践の活動内容: 参加者が実際に行った当該コースの領域(「教育と学習(TL)」「学習者評価(A)」「カリキュラム開発(CD)」)に関連する実践活動について、記載された説明文に準じて記載する。図表は最終ページに貼付する。

4) 活動の問題点: 記載された項目に準じて、活動の課題をそれぞれ記述する。

5) 改善計画: 上記2-1の各課題に対応させて、以下の観点を含む改善計画を記述すること。

- ✓ どのような変更をするのか
- ✓ 変更によって期待される改善点と、その教育学の根拠・理由(モデル・知見・先行研究など)をもとに、どのように改善案への応用がなされるのか
- ✓ 具体的な導入計画と実現可能性

6) 引用文献: 本文中に引用箇所を明記し(著者名、出版年)、医学教育の投稿規程に従って記載する(5~10編)。記載方法は学会誌の医学教育誌の投稿規程を参照すること。

### 2-3. どのように評価されるのか？

1) 事務局にレポートを提出する。執筆期間はコース終了後、約6-8週間を見込んでおり、締切日はその都度発表される。

2) コースのタスクやレポート評価のトレーニングを一定積んだ評価者2~3名から、評価を受ける。提出レポートは、各評価者に機械的に振り分けられるが、評価者と参加者の利益相反関係に配慮した措置は講じられる(例えば、両者が同じ教育機関に所属する場合には、他の評価者に交代するなど)。

3) コース後レポートは、コースの領域ごとに準備されたルーブリックにより評価される。ルーブリックは、主に記載形式・現状の問題分析・周到な改善計画の3つの領域で構成される。特に周到な改善計画の記述は重要視され、計画の

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

概要の整合性(明確な目標・的確な方略・周到的な運営・評価)・教育理論への言及の有無・実現可能性等の観点から評価される。

- 4)「合格」の評価の場合には、当該コースの修了と承認される。
- 5)最初にレポートは事務局でチェックされる。記載あるいは提出書類に不備がみられるレポートは受理されず、いったん修正箇所を指摘のうえ返却される。返却された書類は、8日以内に修正のうえ再提出をする。
- 6)評価者より「要修正」の評価を受けた場合は、レポートに添付されたコメントを参考の上、およそ6-8週間以内に再提出する。締切日はその都度発表される。再提出された課題は、同様の評価プロセスと基準により、十分な修正がなされたかについて同一の評価者から評価を受ける。

#### 2-4. その他、記載にあたっての具体的な注意点

- 1)文字数は、トップページと引用文献・図表を除き、2600字-3200字(上限)とする。構成は、以下の五項目からなる
  - ①「プロフィールとタイトル」参加期日、氏名、所属、レポートタイトルを記入する
  - ②「実践の活動内容」600-800字程度
  - ③「活動の問題点」600-800字程度
  - ④「改善計画」1400-1600字程度
  - ⑤ 引用文献<注意点>
  - ✓ 図表・写真等は3つまでとし、すべてワードのレポートに貼り付け・挿入すること。
  - ✓ 動画の添付は、原則として許可しない。
  - ✓ 医学教育学の教科書を引用する場合は、具体的な参考箇所(ページなど)を記載する。
- 2)提出する教育事例に関しては、個人情報や特定できないように工夫するなど、倫理的配慮を行って問題を十分に踏まえること。具体的には、大学・医療機関を特定できるような固有名詞は記載せず、規模(大学病院、地域中核病院、研修指定病院、中小病院、診療所など)などの情報にとどめる。
- 3)医学教育学の用語の使用について不明な場合は、医学教育学の教科書、日本医学教育学会誌に連載されている以下の総説論文などを参照する。
  - ① 西城卓也, 田川まさみ. 医学教育に携わる人が備えるべき教育能力. 医学教育 2013; **44**(2)
  - ② 西城卓也, 菊川誠. 医学教育における効果的な教授法と意味のある学習方法(1). 医学教育 2013; **44**(3)
  - ③ 菊川誠, 西城卓也. 医学教育における効果的な教授法と意味のある学習方法(2). 医学教育 2013; **44**(4)
  - ④ 田川まさみ, 西城卓也. 医学教育における学習者の評価(1) 総論. 医学教育 2013; **44**(5)
  - ⑤ 錦織宏, 西城卓也. 医学教育における学習者の評価(2) 各論. 医学教育 2013; **44**(6)
  - ⑥ 田川まさみ, 西城卓也, 錦織宏. 医学教育におけるカリキュラム開発. 医学教育 2014; **45**(1)
  - ⑦ 錦織宏, 西城卓也, 田川まさみ. 医学教育におけるカリキュラム/プログラム評価. 医学教育 2014; **45**(2)
- 4)レポート提出の際は、PDF 等には変換せずワードファイルのままメールに添付の上、コースごとに設定される締切日までに、下記事務局アドレス宛にメールすること。
- 5)締切日(同日24時まで)を過ぎたレポートは受理されず、該当するコースの修了とは認められない。
- 6)送付先: 日本医学教育学会医学教育専門家事務局メールアドレス jsme-cmes@asas.or.jp(左記@は全角です。メール送信時には半角に換えて下さい)

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

### 3. 教育実践・振り返りレポートについて

#### 3-1.何を記載すればよいか？

自らの教育実践における「教育と学習（TL）」「学習者評価（A）」「カリキュラム開発（CD）」「その他（OT）」などの領域の活動について、教育実践事例の概要、および振り返り（実践についての他者評価・自己評価）を記載する。コースで学んだ内容を参考にして適宜、医学教育学の用語や考え方を使用して記述する。取り上げる実践事例については、自らの教育活動の状況を反映したもので、なおかつ医学教育学的な動向を踏まえたものであることが望ましい。原則として、自施設で本人が主体的に行った教育活動を事例として選択するが、もし適切な事例がない場合は、上記に該当しないものも自らの役割等を明記したうえで、提出することは可能である。振り返りについては、自らの専門家としての成長を振り返った自己省察と医学教育専門家としてふさわしい学術的考察がバランスよく記載されることが期待される。後ろのページにある「教育実践・振り返り記入例」を適宜、参考にすること。

#### 3-2. どのような点に注意して記載すればよいか？

##### 1)施設の匿名化の厳守と第3者(評価者)に理解できるよう記載する。

教育実践の内容は、個人情報や特定できないよう施設を匿名化することを厳守し、かつ評価者はあなたが働いている大学・病院・施設・診療所の状況については知らないため、評価者である第3者が読んでも理解できるようあなたの教育環境を記載し、教育内容は説明的な言葉を添えて記載する。そのため、あなたが教育実践しているコンテキスト(文脈)とその文脈で使用されている教育内容を説明的な言葉あるいは図や写真などを使用し、第3者にも理解できるよう記載する。例えば、「振り返りの4分割表を使用して…」という記述は、第3者がどんな4分割評価を使用しているか分かるように、「できたこと・できなかったこと・感情・次の目標といったカテゴリーが記載された振り返りの4分割表を使用して…」などの記載をする。

##### 2)あなたの施設で主体的に実践した教育活動を記載する。

教育実践・振り返りレポートは、あなたの施設で主体的に実践した教育活動を記載する、あるいは複数のメンバーで関わったプロジェクトや制度などの場合は「あなたの役割」を明記し、「あなたの役割」がどのようにプロジェクトや制度に影響を与えたかについて記載する。

#### 3-3. どのようにタイトルをつけるのか？

レポートに記載される内容は、教育実践事例の概要と振り返りである。従って、教育実践を端的に表したタイトルを考案し記載する。各領域におけるタイトルの例を以下に示す。

- TL: 医学部4年生に対しプロフェッショナリズム習得を目的としたPBLの振り返り
- A: 初期臨床研修終了時に総括的評価として実施したOSCEの評価
- CD: 消化器内科後期研修医5名に実施した上部内視鏡研修のカリキュラム開発と評価
- OT: A大学の模擬患者の育成について

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

### 3-4. どのようなフォーマットで記載するのか？

#### ○構成

- 1) <教育実践事例> : 事例を選択した理由および実際の教育実践経験を記述する。この際に、自分自身が担った役割についても明確に記載すること。また、どうしてそのような教育を行うに至ったのかについて、(医学教育学の)理論的な説明も含めること。
- 2) <振り返り> : 以下の各項目について、実践の振り返りをそれぞれ記述する。
  - ① 実践についての他者評価: 学生や研修医からの評価のみならず、同僚や上司からの評価もできるだけ記載する。量的な評価のみならず、質的な評価も含めるようにする。
  - ② 実践についての自己評価: うまくいったこと・うまくいかなかったことの両面から教育経験を振り返り、認知・感情の両面から自己評価を行って、その内容を記述する。学生・研修医などから見て素晴らしいと評価される教育のみではなく、あまりうまくいかなかった教育実践に対して行われた優れた省察も評価される。
- 3) <参考文献> : フォーマットは日本医学教育学会誌である雑誌「医学教育」の投稿規程を参照すること。本文中には、その引用を用いた箇所を明記(著者名、出版年)のうえ、10 編以内で記載する。

#### ○体裁

A4 のワードファイルで、作成されたフォーマットに従い記載する。MSP ゴシックで、フォントサイズ 10.5 を使用のうえ、行間は、シングルスペース 1.0 と設定する。分量は 3-4 枚とし、なるべく余白を残さぬよう、十分な情報を記載し、1 ページの行数は文字を行グリッド線に合わせる。また、画像・図表などは適宜、ワード上に貼り付けてかまわないが、伝えたい情報の量に配慮する。本資料の 8 の例を参考にすること。

### 3-5. どのように各領域の教育事例を選択し、記載するのか？

#### 1) 教育と学習: TL

この領域は原則として、一つの内容の **1 回の授業や実習などの教育実践**(学習者の理解やインターアクションなど)に焦点を当てて記載する。例えば、勉強会、ワークショップ、講義、シミュレーション実習、グループ実習などである。実践の背景となる理論を理解したうえで、どのような教育計画を立て、どのような教育方法を学習者に合わせて実施し、学習環境を整えていったのかなどについて記載する。もう少し大きいスケールでのカリキュラムの開発、教育機関内部のコミュニケーション、運営、カリキュラム評価などに焦点を当てる場合には、CD の領域で記載する。

#### 2) 学習者評価: A

この領域は原則として、総括的評価、ないしは学習者の(形成的)評価が当該学習者、組織、プログラムなどに影響・変化を及ぼした内容を記載する。前者には入学試験(面接、試験など)、国家試験、研修終了試験などがあり、また具体的な評価方法としては MCQ (Multiple Choice Questions)、EMI (Extended Matching Items)、論述試験、Mini CEX (Mini Clinical Evaluation eXercise)、OSCE (Objective Structured Clinical Examination) などがある。後者には学生の定期試験や研修医の実技評価後に、学習者の変化、組織やプログラムへの影響を記載する必要がある。また、評価方法の理論的背景を理解したうえで、どのように評価計画を立て、どのように学習者あるいは環境に合わせて実施し、どのように検証したかを記載する。システム評価やプログラム評価は比較的大きな視点での評価となるため、これらに焦点を当てる場合には、CD の領域の一部に記載する。

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

### 3) カリキュラム開発:CD

この領域は、一連の内容を、**複数回にわたって行った教育実践**について、カリキュラムの開発と評価に焦点を当てて記載する。例えば、卒前教育では、講義や実習のシラバス作成・評価、PBL 全体の計画と運営、臨床実習の計画・運営・評価など、卒後教育では研修全体(初期、後期)のカリキュラム構築、研修医のローテーション内容・スケジュールの調整、ハーフデイバックなどでの専門研修の構築、などである。このように一つの教育セッションや実習だけでなく、複数の授業や実習を一連のカリキュラムとしてとらえ、それをカリキュラム開発の理論的背景を理解したうえで、どのようにニーズ評価を行い、計画を立て、体系的かつ円滑に実施し、カリキュラム評価を行ったかを記載する。

カリキュラムの開発、教育機関内部のコミュニケーション、運営、カリキュラム評価などに焦点を当てる場合には、1)で述べたようにこの領域で記載する。2)で述べたようにシステム評価やプログラム評価は比較的大きな視点での評価となるため、これらに焦点を当てる場合には、この領域の一部に記載する。

### 4) その他:OT

この領域は、上記、TL/A/CD に該当しない教育活動と振り返りについて記載する。他領域と同様に教育実践であることが前提であり、実践の主目的が指導医・研修医・医学生・コメディカル等の能力、技術、姿勢などに働きかけ、その成長を促すことに直接に関わっていること、あるいは実践の評価が指導医・研修医・医学生・コメディカル等の能力、技術、姿勢などの伸長・向上の度合いをみることが可能であることが必要である。例えば、教育支援データベースの開発、教育改革の経験、各種委員会活動、その他教育に関連する活動などでの学習者・参加者の成長(の評価)などを記載する。

## 3-6. どのように評価されるのか？

- 1)4 領域のうちから選択した 3 領域のレポートと他の必要な書類をすべて、事務局に提出する。
- 2)評価者トレーニングを一定積んだ評価者 2~3 名から、各領域の教育実践・振り返りレポートの評価を受ける。
- 3)本資料の 6-2、7-2、8-2、9-2 に掲載された評価項目に則り、4 段階で概略評価される。作成の際に適宜参照する。

## 3-7. その他、記載にあたっての具体的な注意点

1)分量は引用文献・図表を含めてワードファイル 3~4 枚とする。以下の三項目に沿って記載する。

①<教育実践事例>

②<振り返り>

③<参考文献>

<注意点>

- ✓ 図表・写真等は 3 つまでとし、すべてワードのレポートに貼り付け・挿入すること。本文中に入らない場合は、A4 用紙 2 枚までの分量として**別途図表や写真等を**PDF で添付資料とすること。
- ✓ 動画の添付は、原則として許可しない。
- ✓ 医学教育学の教科書を引用する場合は、具体的な参考箇所(ページなど)を記載する。

2)提出する教育事例に関しては、個人情報や特定できないように工夫するなど、倫理的問題を十分に踏まえて提出すること。具体的には、大学・医療機関を特定できるような固有名詞は記載せず、規模(大学病院、地域中核病院、研修指定病院、中小病院、診療所など)などの情報にとどめる。

3)医学教育学の用語の使用について不明な場合は、医学教育学の教科書や雑誌「医学教育」に掲載されている総説論文(2-4 参照)などを参照する。

4)提出レポートは、PDF 等には変換せずワードファイルのままメールに添付して提出すること。

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

## 4. 学術活動の成果について

### 4-1. 何を記載すればよいか？

今回の認定用ポートフォリオの一部である学術活動の成果に位置づけられるものは、「学会発表、学術論文、著書・翻訳書、研究報告書、その他」となる。また内容は、医学教育に関連した学術活動の成果に限る。よって、臨床医学、基礎医学、社会医学領域の内容で医学教育に関連しない学術活動の成果は、記載の対象とならない。

### 4-2. どのようなフォーマットで記載するのか？

○構成

選択したカテゴリーによってフォーマットが異なるため、4-3を参考にする。

○体裁

A4のワードファイルで、フォーマットに従い記載する。MSPゴシックで、フォントサイズ10.5を使用のうえ、行間は、シングルスペース1.0と設定する。分量は1枚までとし、なるべく余白を最小限にとどめ、十分な情報を記載し、1ページの行数は文字を行グリッド線に合わせる。また、資料(論文、教科書、報告書など)やポスターを添付する場合はその旨を記載すること。本資料の10-3の例を参考にする。

### 4-3. どのようにカテゴリーを選択し、記載するのか？

カテゴリー別に、以下のフォーマットに沿って記載する。また倫理的配慮・利益相反に関しても言及すること。

#### 1) 学会発表(研究報告;口演・ポスター発表、講演、講義、シンポジウム等を含む)

□以下の例によって記載すること。

発表者名、題目、発表学会名、都市名、報告の種類、開催年月日、抄録ページ(p〇-p〇)。

例: 〇田〇志. IPE(Interprofessional education)からTPE(Transprofessional education)への展開.

第44回日本医学教育学会大会. 日吉. ポスター発表. 2012年7月28日. 抄録p〇-p〇

□以下2点を送付すること。

①学会抄録(以下項目を含む);タイトル、背景、目的、方法、結果、考察

②口演した資料(パワーポイントなど)あるいはポスターのコピー(A4サイズ)の郵送あるいは添付

#### 2) 学術論文

□以下の例によって記載すること。

著者名(3名まで). 標題. 誌名 発行年;巻:ページ(p〇-p〇)

例: 伴信太郎, 津田司, 田坂佳千 他. 学生実習に対する患者の受け止め方の検討. 医学教育. 1994; 25: 35-42

□以下2点を送付すること。

①抄録(アブストラクト)

②本論文

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

### 3) 著書・翻訳書

以下の例のいずれかによって記載すること。

- ① 単著及び共著; (共) 著者名, 標題, 書名, 発行所, 発行地, 発行年, ページ(p〇-p〇).
- ② 分担執筆; 分担執筆者名, 分担題目, 編・監修者名(編/監), 書名, 発行所, 発行地, 発行年, 分担執筆ページ(p〇-p〇).
- ③ 単著の翻訳書; 原著者名/翻訳者名(訳), 訳書名, 発行所, 発行地, 発行年
- ④ 共著の翻訳書; 分担翻訳者名, 分担翻訳章等の題目, 原著者名/監訳者名(監訳) 訳書名, 発行所, 発行地, 発行年, 分担翻訳ページ(p〇-p〇).

実際の著書・翻訳書を送付するか、あるいは出版されていることが証明できるような Web ページ (Amazon® など) を送付すること

### 4) 研究報告書、その他

- 学術論文の記載様式に準じて記載する。
- どういう役割を果たしたかを明示すること
- 原則として、報告書を送付する

#### 4-4. どのように評価されるのか?

公開した本資料の 10-2 の評価項目に則り、4 段階で概略評価される。作成の際に、適宜、後ろのページにある評価項目参照すること。

#### 4-5. その他、記載にあたっての具体的な注意点

- 1) 提出する教育事例に関しては、個人情報や特定できないよう工夫するなど、倫理的問題を十分に踏まえて提出すること。具体的には、大学・医療機関を特定できるような固有名詞は記載せず、規模(大学病院、地域中核病院、研修指定病院、中小病院、診療所など)などの情報にとどめる。
- 2) 医学教育学の用語の使用について不明な場合は、医学教育学の教科書や日本医学教育学会誌に連載されている総説論文(2-4 参照)などを参照する。
- 3) 提出レポートは、PDF 等には変換せずワードファイルのままメールに添付し、送付すること。

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

## 5. 教育履歴について

### 5-1. 何を記載すればよいか？

今回の認定用ポートフォリオの一部である教育履歴は、1)教育経験に関する業績リストと2)キャリアヒストリー、の2つの部分からなる。また内容は、医学教育に関連したものに限る。よって、臨床医学、基礎医学、社会医学領域の内容で医学教育と関連のないものは、記載の対象とならない。

### 5-2. どのようなフォーマットで記載するのか？

Microsoft ワードで作成し、フォーマットに沿って記載すること。文字の大きさは MSP ゴシックで、フォントサイズ 10.5 を使用のうえ、シングルスペース(行間 1.0)で記載すること。用紙サイズは A4 とし、分量は 1)教育経験に関する業績リストは 6 枚程度、2)キャリアヒストリーは 3~4 枚とする。なるべく余白は最低限にとどめ、十分な情報を記載し、1ページの行数は文字を行グリッド線に合わせる。本資料の 8 の例を参考にすること。

### 5-3. どのように各レポートを記載するのか？

「教育経験に関する業績リスト」と「キャリアヒストリー」は各々、以下のように記載する。

#### 1) **教育経験に関する業績リスト**

- 別紙フォーマットに沿って、自らの教育経験に関する業績リストを作成する。それぞれの欄に、スペースに収まる程度の分量で、簡潔にまとめて記述すること。
- 「学会入会日」や「会員番号」が不明の場合は、学会事務局に問い合わせること。
- 「学歴」、「職歴」は簡潔にまとめて記述すること。
- 「主要な医学教育実践実績」は、簡潔にまとめて記述すること。
- 「医学教育に関する学習、FD や WS 等への主要な参加歴」は、主要なものに限定して記述すること。
- 医学教育に関する研修でのタスクフォース、講師等体験歴」は主要なもの 20 件以内でスペースに収まる分量とし、毎年継続して行っているものについては、記入例を参考にまとめること。
- 「医学教育に関する学習、FD や WS 等への主要な参加歴」、「医学教育に関する研修でのタスクフォース、講師等体験歴」の欄は、申請者が申請資格である「富士研 WS、臨床研修指導医養成講習会、それ以外の医学教育 FD (2日間程度の参加型WSでカリキュラム・プランニングが含まれる)の受講者」であった事実を証明する重要な項目であるため、その資格に値する受講歴ないしはタスクフォース、講師等体験歴が分かりやすく伝わるような記述に努めること。
- 「医学教育における委員などの活動歴」は所属施設内、所属施設外、学会などに分けて簡潔に記述すること。
- 「医学教育に関する著作、論文」への記入は、書籍と論文に分けて、主要なもの 20 件までとする。医学教育の専門家として相応しいかどうかの判断材料となるため、医学教育学領域のものを中心に番号をふって記述すること。
- 「医学教育に関する学会発表」も同様に、主要なもの 20 件までとして、番号をふって記述すること。
- 「医学教育に関する表彰など」には、該当するものがあれば記載すること。

#### 2) **キャリアヒストリー**

キャリアヒストリーは総じて、「私の医学教育者としての医学教育実践に関わる歩み」についての振り返りを記載するものである。

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

キャリアヒストリーは大きく分けて、次の4つの部分で構成される。

#### ◆医師または専門家としてのキャリアプロセスマップ

医学教育者としての「歩み」を、医学教育への関わりを軸とした時期区分で視覚的に整理し、振り返りのツールとしたものが「キャリアプロセスマップ」である。

□申請者自身が医学教育者としてどんな成長を遂げてきたかを、医学教育への関わりや関わり方の変化のきっかけや転機となった経験や出来事を区切りとして、2～5程度の時期に分ける。

\* 時期区分は、医学教育者としての成長を振り返って、「区切り」や「転換点」になったと思われる時点を2, 3選び、その間を1つの時期と考えて記述する。

□タテ軸をキャリアステージ(時期)とし、各時期に、簡単なタイトルをつけ、概要を簡略に記述する。

□ヨコ軸を、医学教育に関わる以下の①～⑤の観点(ルーブリックの規準)として、各時期の医学教育者としての経験や学びの特徴を示すキーワードを考え、各欄に適宜、記入する。

- ① 医学教育の基本的理解と姿勢(以下「基本的理解と姿勢」)、
- ② 医学教育者の役割に関する理解と自覚(以下「役割」)、
- ③ 医学教育者としての実践力(以下「実践力」)、
- ④ 医学教育者としての適切な態度や倫理(以下「態度や倫理」)、
- ⑤ 医学教育者としての自己研鑽(以下「自己研鑽」)。

\* キーワードは、各時期の自分にとって特に重要な印象に残った言葉や事柄、その時期の医学教育者としての自分の役割やあり方を代表するような言葉や表現を選び、規準ごとに記入する。

\* 例えば、「態度や倫理」欄では、「後輩医師のメンター」「学生との関係性構築」「WS 参加者のフィードバックへの注目」など、その時期の自分の医学教育者としての態度や倫理に関わる役割や実践テーマを挙げる。

\* 記述される言葉には、個人によって違いが生じてくる。例えば、時期区分に、学生時代が含まれる人と含まれない人が出る。

\* あてはまるものがなければ、空欄があっても構わない。

#### ◆医学教育者としてのキャリアをどう形成してきたか

□各々の時期とキーワードに合わせ、これまでの医学教育への取り組みや今の考えなどを、医学教育学の知見を踏まえながら、自分の言葉で記載する。医学教育への問題意識と関心を含む。

□次の内容について、上記の時期区分を使って具体的に例を挙げて記述する。

- (1) 医学教育者として、特に力を入れてきた分野やテーマ
- (2) 医学教育実践への取り組みの大まかな経緯
- (3) 医学教育者として、いかに知識やスキルを獲得し、自己研鑽してきたか(ターニングポイントがあればその時期を中心に)
- (4) 医学教育実践で、特に印象に残っていること
- (5) 医学教育実践で、困難や課題として認識してきたこと
- (6) 以上のプロセスの中で、自分は医学教育についてどんな信念や考え方を培ってきたと思うか

\* 医学教育の専門家として相応しいかどうかの判断材料となる文書であるため、可能な限り、医学教育学の考え方や知識を踏まえた記述が望ましい。

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

- \* 基礎研究など教育実践と直接に関係ない事項は、医学教育実践に直接に影響を及ぼしたものに限り、含むことができる。
- \* 写真や簡単な資料などがあると事例の概要がより明解に伝わりやすいが、規定の分量を厳守するため、必要最小限にとどめる。

#### ◆医学教育者としての現段階と今後の課題

これまでの成果がどう生かされているか、現在、直面している問題点や課題、その解決に向けた展望などについても記述すること。

#### ◆参考文献

この「キャリアヒストリー」の作成のために参考・引用した文献を、簡潔に提示すること。

- \* 全体の分量は、必要に応じて、A4 用紙 3~4 枚を上限に、まとめること。

#### 5-4 キャリアヒストリーでは、どのような内容や書き方が期待されるのか？

キャリアヒストリーの内容には、事実そのものの記述より、その事実が、医学教育者としての当時の自分の成長にどのような意味があったのか、また、それが医学教育者としての今の自分にどんな影響を与えていると思うかについての丁寧な振り返りがなされていることが重要である。キャリアヒストリーが、履歴書と大きく違うのは、対象とする時期の長さや事実関係の記述である。履歴書は、現在に至る申請者の学歴や職歴を年代順(時系列的)に漏れなく一覧化するもので、どの時期も均一の情報量で書くが、キャリアヒストリーは、医学教育者としての職歴や学習歴のうち、申請者が、医学教育者としての仕事や経験の中から、自らが特に成長したと思われる時期に注目し、現在の医学教育への取り組みに影響を与えている経験や出来事を取り上げて記載する。そこで、自らが医学教育について何をどう学び、何が変わったのかを、現在の視点から記述することが求められる。事実の詳しい記述は最小限に留め、実践の振り返りを丁寧に書くことが重要である。

#### 5-5. キャリアヒストリーはどのような観点から、いかに評価されるのか？

キャリアヒストリーはアメリカの組織心理学者 Edgar H. Schein の提唱した「キャリアアンカー」を見出す手立てでもある。キャリアアンカーとは、自分の職業人生を丁寧に振り返った時に見えてくる「どうしても犠牲にたくないコンピテンスや動機、価値観」を指す。キャリアヒストリーを書く中で、医学教育者としてのこのようなキャリアアンカーが明確になれば、今後の医学教育者としての成長可能性も期待される。(エドガー・シャイン著『キャリアアンカー—自分のほんとうの価値を発見しよう』、白桃書房、2003)

以上を踏まえて、申請者が「医学教育者としての自分のキャリア」の流れや変遷を大枠で捉える中で、自らのキャリア形成に何が最も影響を与え、何が重要な意味をもってきたのか、キャリアの分岐点や転換点は何だったのか、自分が培ってきた最も重要な価値観は何か、などを考えること、そのような振り返り方ができているかなどが、最終的な評価の観点になる。

言い換えれば、キャリアヒストリーに正解はないし、「こう書けば最高点がつく」といったノウハウもあり得ない。自分の医学教育者としてのこれまでの歩みを、医学教育者として、医学教育の文脈で振り返っている(振り返ろうとしている)姿勢がまず大切であり、その限りにおいては「不合格」もない。時期区分は、その歩みを振り返る際に、ただ事実関係を長々と羅列するのではなく、自分の医学教育実践にとって重要性が高かったと思われる 2, 3 の時期や時点に焦点を当て

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

ること。そこで自分がどう変わったか、何を考えたか、何に悩み、何に取り組んでいったかなどを思い返し、医学教育者としての軌跡を具体的に言葉にする。時期区分が「適切」か否かは、申請者自身が自分なりの振り返りのために、時期区分を活用できているかどうかによって、決まる。本資料の 11-3 の評価項目に則り、4 段階で概略評価される。作成の際に、適宜、参照すること。

#### 5-6. その他、記載にあたっての具体的な注意点

- 1) 医学教育学の用語の使用について不明な場合は、医学教育学の教科書や 2013 年から日本医学教育学会誌に連載されている総説論文(4-6 参照)などを参照する。
- 2) 提出文書は、PDF 等には変換せずワードファイルのままメールに添付して送付すること。
- 3) 個人名は特定できないよう匿名化・加工すること。配慮や工夫がないものは、評価の対象とならない場合がある。

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

## 6. 教育と学習 (Teaching & Learning) レポートのフォーマット・評価項目・例示

### 6-1. 教育実践・振り返りレポート フォーマット

医学教育専門家の認定評価のために、あなたが関わって教育機関ないし医療機関でおこなった実践事例から一つ選んで、記載して下さい。下記の内容が盛り込まれていることかどうか、確認しながらお書き下さい。分量は必要に応じて、**A4 用紙 3~4 枚**を上限に、まとめて下さい。その実践を行った背景や状況を医学教育学の知識や考え方を含めて記載して下さい。

学会員番号	領域
	■TL, □A, □CD, □OT(1つを■に置き換える)
教育活動の実践名	
<p>&lt;教育実践事例&gt; 以下の内容を含め、できるだけ具体的に記述して下さい。&lt;k</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● 事例選択の理由</li><li>● 当該実践における役割やコミットメント</li><li>● 担当期間</li><li>● 実践の具体的内容;教育目標、教育内容、教育方法、教育目標への認識、学習状況・成果の確認、学習者理解と学習者の自己評価</li></ul> <p>以上の理解のために必要と思われる背景や状況(補足説明として)や医学教育学の知識と考え方の活用</p> <p>&lt;振り返り&gt;</p> <p>以下の内容を含め、医学教育などのフレームワークなどを用いて自己の教育事例を相対化し、複数の視点で多面的に自らの実践を捉え、次につながる改善事項と実践プランを具体的に記述して下さい。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● 実践についての他者評価;学習者からのフィードバック、同僚・上司からの評価など</li><li>● 実践についての自己評価</li></ul> <p>&lt;参考文献&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1)</li><li>2)</li></ol> <p><b>【留意事項】</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>* 可能な限り、医学教育学の考え方や知識を踏まえた記述が望まれます。</li><li>* 写真や具体的な教材などがあると、事例の概要がより明解に伝わります。</li></ul>	

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

## 6-2. 教育実践・振り返りレポート 評価項目

□ 教育と学習(Teaching & Learning)のカテゴリーに該当するか? :p9 の 3-4 を参照すること

### 1)教育実践

1. 事例選択の妥当性 :自らの教育活動の問題点や課題を反映しているか/医学教育学の動向を踏まえているか/原則として、一つの内容を1回で扱う教育実践を、事例として選んでいるか
2. 教育目標:教育的課題や社会的要請が考慮されているか/学習者(医学生・研修医)のニーズや現場のニーズに対応しているか/学習者のレディネスに配慮し、達成可能なものか/ 学習成果の確認がしやすいか/具体的でわかりやすいか
3. 教育内容:教育目標に見合った内容か/学習者(医学生・研修医)のレディネスとニーズに基づいているか/学習者の学ぶプロセスが考慮されているか/分量や構成のしかたは適切か
4. 教育方法:方法は教育・学習理論(成人学習理論、最近接領域、正統的周辺参加論等)に基づき、適切に選ばれているか医学教育学上の根拠をもち、適切に選択されたか/選ばれた教育方法は、教育目標、教育内容、学習者(医学生・研修医)のレディネスに対応しているか/教育方法の特徴・長短所を適切に踏まえた、学びのプロセスへの支援や配慮がなされているか/場所・機材・教材・配布資料などは適切か/現場の状況や学習者の課題に対し、適切・柔軟なサポートがなされているか
5. 教育目標への認識、学習状況・成果の確認:個々の場面で、自らの教育実践が、教育目標を適切に踏まえられたものになっているか、確認しながら進めているか/自らの教育実践で、どのような学びや成果が得られているか、適切な方法で確認し、必要な配慮を施しているか/学習成果を次の教育実践につなげるために、段取りや工夫がみられるか
6. 医学教育学の知識と成果、考え方の活用:全体として、医学教育学の基本的な定義や概念を、正確な理解の上で使用しているか/関連する医学教育学の成果を活用しているか/医学教育学の考え方を具体的場面に適用しているか
7. 学習者理解と学習者の自己評価:学習者(医学生・研修医)のニーズや実態、学習の促進・阻害要因が適切にと捉えられ、配慮されているか/学び方や学習プロセスに十分な注意が向けられており、個人差への配慮もなされているか/学習者が、自らの到達度や成果を確認し得たか

### 2)振り返り

1. 自らの教育活動を振り返る視点と姿勢:自らの教育活動で学習者(参加者)がどう学び、それが個々の学習者にどんな影響を及ぼしたか、との視点から、振り返りがなされているか/教育活動で生じた実際の変化を手がかりに、他者評価を活用しながら、客観的な振り返りができているか/主観的な印象や判断を、異なる視点から再検討し、自らの教育活動を謙虚に見つめなおす姿勢があるか

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

2. 医学教育学の知見の活用: 振り返りに適した医学教育学の知見が適切に選択・引用されているか／選ばれた知見に沿った適切な振り返りがなされたか／選ばれた知見の特徴や長所・短所が踏まえられた考察か
3. 論理的一貫性と説得力: 教育活動の記述・分析・考察が、首尾一貫した論理で構成されているか／教育活動の記述・分析・考察に、説得力があるか
4. 専門的・多面的な視点からの振り返り: 自らの専門職としての成長の現段階を知り、発展につながる振り返りになっているか／複数(医学生・教師・研修医・指導医・患者等)の視点で選択された情報を使った効果的な振り返りができているか
5. 振り返りの内容を踏まえた改善事項: 改善事項は、明確に示されているか／改善事項は、振り返りの内容が踏まえられ、実現可能で評価可能なものか

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

### 6-3. 教育実践・振り返りレポート 例示

学会員番号	例 1 111-111-1111	領域	■TL, □A, □CD, □OT(1つを■に置き換える)
教育活動の実践名	家庭医療後期研修医向けの糖尿病外来管理のレクチャー		
<p>&lt;教育実践事例&gt;</p> <p>● 事例選択の理由</p> <p>私が勤務している病院内の研修医向け講義は、知識の応用・定着の確認ができておらず、一方向性の講義がほとんどであった。今回改めて講義の理論的背景を踏まえたうえで、インタラクションにも目を向け講義を組み立てたことで、講義の意味づけが変わり、自身の教育観にも変化が出たためこの事例を報告する。</p> <p>● 当該実践における役割やコミットメント</p> <p>後期研修医の指導医として教育に携わる役割を担っていた。本事例は後期研修医に対して外来での糖尿病マネジメントのレクチャーをした内容である。</p> <p>● 担当期間</p> <p>2010年6月～9月(その中でも最初の講義をビデオで振り返った)</p> <p>● 実践の具体的内容:教育目標、教育内容、教育方法、教育目標への認識、学習状況・成果の確認、学習者理解と学習者評価</p> <p>講義という教育方法においては、教育者が能動的となる一方で、学習者は相対的に受動的になるおそれがある<sup>1)</sup>。一方で学習者にブルームのタキソミー<sup>2)</sup>でいう知識や理解の領域においてまでを提供する方略としての講義の役割は十分提供されうるものとする<sup>1)</sup>。</p> <p>一般的に講義が学習者に提供できるものとして以下の2つがあげられる<sup>1)</sup>。</p> <p>1)印刷物として公表されていない情報を提供</p> <p>2)印刷物として公表されているもので、多数の資料に基づいて総合的にまとめられた情報を提供</p> <p>今回は2)を目的として講義を作成した。インストラクショナルデザインとしてはガニエの9事象<sup>3)</sup>(以下の①～⑨はガニエの9事象)を意識し、講義を組み立てた。</p> <p>・学習者理解</p> <p>まずは後期研修医からのインタビューによるニーズ調査を実施し、検査の頻度や合併症の評価などが抽出された。また各研修医による知識の差もあると実感していたため知識の標準化のために診断基準や必要病歴・診察を教育内容に組み込んだ。</p> <p>・教育目標</p> <p>4回の講義終了時に「ガイドラインに沿った糖尿病診療ができる」こと</p> <p>これを踏まえレクチャー内容は以下の4つに絞り込み、内容ごとに目標も設定した。</p> <p>・教育内容</p> <p>第1回目:糖尿病の診断基準・フローチャート                      第2回目:糖尿病に関する必要病歴・診察</p> <p>第3回目:糖尿病の検査のタイミング(初診時と再診時)      第4回目:合併症の評価・治療</p> <p>例えば第1回目のレクチャーでは、①糖尿病の診断基準を説明できる。②境界型糖尿病の評価方法・意義について説明できる。③MEDEM(monitoring, education, diet, exercise, medication)について項目について説明することができる。④外来で糖尿病と診断した際に治療計画を立てることができる。といった目標を挙げた。</p>			

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

#### ・教育方法

実際は従来から行われているランチ勉強会(40分)を利用して計4回の後期研修医向けの講義を行った。20分の講義で学べる量は50分の講義で学べる量と等しいということがレジデントを対象とした研究からもわかっており<sup>4)</sup>、また一方で学生の注意力は45分を過ぎると低下することが明らかになっている<sup>5)</sup>。そこで今回の講義は前半・後半に分けて20分・20分で間に5分間の休憩を作るようにした。

講義の進め方としては、まずは糖尿病が当院の総合内科外来でもっとも頻度が多い疾患であることを伝え、今回の学習会の必要性を周知(①学習者の注意を喚起する)、今日の講義の目標を提示(②授業の目標を知らせる)した。次に研修医が知っている糖尿病の知識の確認をし(③前提条件を思い出させる)、足りないところをパワーポイントと資料を使って補うようすすめていった(④新しい事項を提示する)。実際の外来ではすべてを一度に評価することは難しいので、最低限覚えるところを明確にし(⑤学習の指針を与える)、あとは外来カルテレビューをしながら糖尿病の診療の振り返りをしていくことを結びとした(⑥練習の機会を作る)。外来での振り返りでは、フィードバックや学習成果を評価し、必要に応じて教科書や文献を読む機会を研修医と共有した(⑦フィードバックを与える ⑧学習の成果を評価する ⑨保持と移転を高める)。他に講義を計画・実施するにあたっては授業構成(導入⇒本体⇒結論)の視点や授業方略の視点(古典型、問題中心型、連続型)、インタラクションプロセスの視点など<sup>6)7)</sup>も踏まえながら行った。

#### ・学習者評価

講義のフィードバックは学習者からの口頭もしくは授業評価シートに記入することで得られる<sup>8)</sup>ため学習者からの授業アンケートを実施し、定量的に分析した。

#### ・学習状況・学習成果の確認

非公式のインタビューと外来レビューで糖尿病診療の到達度も評価した。研修医の到達度評価としては、学習会以降、非公式のインタビューではあるが研修医から「ケトアシドーシスのプリントが当直で役に立ちました。」「外来で先生が学習会で言っていたことを患者さんにも言っています。」とあり、また外来レビューでも検査や内服の選び方などもガイドラインに沿って一定診療が行われていることが分かった。

#### <振り返り>

##### ● 実践についての他者評価

講義自体の評価では内容が明快、興味がそそられる、関連性の部分では1;全く思わない 4;とてもそう思うのLikert scaleで平均3以上の評価であったが、改善点としてプリントの字が読みづらいとの意見があった。(表1アンケート評価添付)

##### ● 実践についての自己評価

第1回目の講義を収録したビデオを見て自己省察も行った。ビデオによる自己評価では、接頭に“エー”などの言葉を無意識的に使用していること、ホワイトボードの前に立つときに全員に字が見えているかをあまり意識していないこと、ボードに字を書く時にボードをどのように使っていくか考えていなく、○やアンダーラインを頻回に使うため雑然としてまとまりがないようにホワイトボードが見えることが反省点として気付き、以降の講義では予めカテゴリーごとにペンを色分けし、ホワイトボードも見やすく書くように工夫した。2回目の講義ではプレセスレコード<sup>8)</sup>を実施した(図1)。その後の非公式のインタビューや外来レビューからは今回の講義自体が各研修医の診療・診察に役立ち、患者に提示する医療内容にも影響を与えた可能性がありうれしく感じた。ビデオやその後の研修医の反応から、今までは知識を伝えることだけが指導医の役割だと思っていたが、何を教えるかを明確にし、どのように教えるかを意識することで研修医の学びの深さが変わることを認識した。準備は大変だったが、外来での

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

研修医の成長をみるのが教育の成功体験となった。これらは教育の場において学習者の自由度を保ったままで高い学習効果が生じることを、意図したインストラクショナルデザインを通して、自身のレクチャーだけではなく講義の位置づけまで振り返ることで自身の教育観の変化が起きた結果だと感じた。準備⇒実施⇒他者評価⇒自己評価という作業を通じて、どのように場や学習者の状況をくみ取って発言しているかを意識することができ、さらには自分の癖や自分の学習提供スタイルというのが確認できたのも収穫である。この機会を通じて自身の糖尿病に関する知識の確認・定着ができたのもよかった点である。ただし、資料の部分に改善の余地があるため、もう少し読みやすい資料づくりを心がけたい。また、講義自体は知識の伝達というツールであるが、今後はそれをきっかけに学習者のモチベーションをあげるという付加価値をつけた講義を意識していきたい。

#### <参考文献>

- 1) 伴信太郎 佐野潔. 臨床の場で効果的に教える方法「教育」というコミュニケーション、南山堂、東京、2002、p97～118
- 2) Bloom B et all. Taxonomy of Educational Objectives Book 1: Cognitive Domain. Addison Wesley Publishing Company. 2nd edition. New York. 1956
- 3) Gagne RM. The Conditions of Learning. Wadsworth Pub Co; 4 Sub edition. New York. 1985
- 4) Bryer CL. Learning as a function of lecture length. Fam Med.1995;27:379-382
- 5) 小泉俊三 大西弘高. 医学教育プログラム開発 6段階アプローチによる学習と評価の一体化. 篠原出版、東京、2003
- 6) John A .Dent Ronald M.Harden. A Practical Guide For Medical Teacher 3rd edition. Churchill Livingstone. London. 2009
- 7) Brown G, Manague M. AMEE Medical Education Guide No22; Refreshing Lecturing: a guide for lecture. Medical Teacher. 2001;23(3):231-244
- 8) 山口美和 プロセスレコードと反省の構造 臨床教育人間学2、世織書房、横浜、2006
- 9) Cantillon P. ABC of learning and teaching in medicine: Teaching large groups. BMJ 2003;326:437-439

#### < 第1回目の講義の写真 >



#### < 講義で使ったスライド >

##### 本日の目標

- 糖尿病の診断基準を説明できる。
- 境界型糖尿病の評価方法・意義について説明できる。
- MEDEM(monitoring,education,diet,exercise,medication)について個々の項目について説明することができる。
- 外来で糖尿病と診断した際に治療計画を立てることができる。

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

<図 プロセスレコードの一部>

運動について

“どのように運動を進めていますか？” →週3回30分の散歩を進めています。3の倍数で覚えておくといくと学習者よりあり。

では、どうしてそのような説明をしているのか？ →効率のよい運動の進め方と言われている？からの答え。

→ある研究で効率的で継続できる運動は週3回の30分程度の速歩と言われていること

→週3回というのは運動効果が切れるのは72時間、なのでおおよそ週3回の運動が必要

“では、運動強度はどれくらい？” →脈拍は正常の脈拍×1.2~1.5 くらいと覚えています。

うん、そういうおぼえかたもいいですね。そうすると60位の人は80~90位になるけど・・・

おおよそ100/分程度(正確には100+(180-年齢))と覚えておくといくとおもいます。あとは“歌が歌える”速さで歩くというのも分かりやすく覚えやすい運動強度です。

正確には自覚運動強度というのを測ってやりますが、指導には直接難しいので割愛します。

“なによりも継続が大切で、どのように継続していくかを相談しましょう。一般に3~4週間くらい運動の効果が出るのにかかるといわれているので・・・”

<表 講義評価 質問紙 9) 参照 >

回答者;5名 後期研修医4名 初期研修医1名

学習者	1	2	3	4	5	平均
<b>講義の内容について</b>						
明解であった	4	4	4	4	4	4
興味がそそられた	4	4	4	4	4	4
見やすかった	2	4		4	3	3.25
よくまとまっていた	4	4	4	4	4	4
関連していた	4	4	4	4	4	4
<b>講師について</b>						
熱心	4	4	4	4	4	4
聞き取りやすい	4	4	4	4	4	4
自信に充ち溢れていた	4	4	4	4	4	4
明確に解説	4	4	4	4	4	4
参加を促した	4	4	3	4	4	3.8
違うテーマでもやってほしい	4	4	4	4	4	4

自由記載欄

○今後希望する学習会 脂質異常症 2名

○ティーチングのフィードバック

良い点:前回までの復習がある点、最後にその日の内容のまとめがある点

実際の診療に即した内容で明日にでも使えると思いました。

改善点:配られるプリントの字がよみづらい。全部参加できなかったのもう一度してほしい。

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

学会番号	例 2 222-222-2222	領域	■TL, □A, □CD, □OT(1つを■に置き換える)
教育活動の実践名	初年次セミナーにおける「君の目指す医師」のグループワーク指導		
<p>&lt;教育実践事例&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 事例選択の理由 自分がかかわっている大学内の教育活動の中で、単一の内容について1回で行う教育機会であり、1回きりであるもの比較的長時間の教育機会を与えられている授業でもあり、6年間にわたる学習の出発点となる動機付けの機会としてとても重要であるとも思うので、今回の機会に、あらためて振り返ってみようと思って選択した。</li> <li>● 当該実践における役割やコミットメント 本学医学部新入生が入学式を挟んだ入学直後に行う3日間の「初年次セミナー」の中で、2日目午前～午後の約5時間を使って「君の目指す医師」というタイトルのグループワークの指導を一人で担当している。</li> <li>● 担当期間 2007年～2014年</li> <li>● 実践の具体的内容:教育目標、教育内容、教育方法、教育目標への認識、学習状況・成果の確認、学習者理解と学習者の自己評価 ・教育目標:GIO これからの6年間で共に学ぶ集団としてのクラスの仲間づくりを行い、同時にグループ作業を通して、自分と繋がった文脈の中で目指すべき医師像を具体的に考え、これからの学習に対する動機を持つ。</li> </ul> <p>SBO: 1. クラスメイトとグループで討議することが出来る 2. グループ作業を通じてプロダクト(成果物)を作ることが出来る 3. 目指すべき医師の持つべき具体的な能力について列挙することが出来る 4. グループでプロダクト(成果物)を適切にプレゼンすることが出来る 5. 明日からの学びを通して良い医師を目指していこうという動機を持てる</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・教育内容: 1. アイスブレイク①身体を使ってのゲーム(40～50分)②グループ内での自己紹介(10分)</li> <li>2. 頭と口を柔らかくする練習ー魚介類、植物の名前を思いつく限りたくさん出す(15分)</li> <li>3. ブレインストーミング①ブレインストーミングのルールに則って、古ペットボトルや古ストッキングの再利用法を出しながら、ブレインストーミングのやり方の練習(15分)</li> <li>4. ブレインストーミング②望ましい医師に求められる能力をできるだけたくさん出す(15分)</li> <li>5. キャッチフレーズ作成ー①求められる能力を 3、4 カテゴリーに分類し、分かりやすいカテゴリーの名前を付ける、②カテゴリー名をまとめる「キャッチフレーズ」を考えて、OHPシート1、2枚にカテゴリー名を作図する(90分)</li> <li>6. 各グループのプレゼン(各グループ2分×20グループ:全体で50～60分)</li> <li>7. まとめの講演(約30分)</li> </ul> <p>プロダクト(成果物)の例 を左記に掲載する。</p> <p>午前中は、バス移動後、全員でグループ作業の為の机の設営等に20～30分。その後、身体を使ってのゲーム(アイスブレイク①)を40～50分、その後は昼食で、グループ内自己紹介以降は昼食後に実施。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・教育方法:入学したての新入生の様子を観察して気づ</li> </ul>			



作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

くことは、新入生が緊張してガチガチであることが多いこと、男子学生と女子学生が見事に分かれて別々に座っていること、そしてとてもおとなしいということである。そのうえ、初年次セミナーのタイムスケジュールを見てもわかるように、この研修まではほとんど、座学で一方的にお話を聞く状況であるので、身体も口も固く、受身的な姿勢でこの研修を迎えることとなる。

身体の固さやこわばり、緊張があることが、発話や思考の固さやこわばり、緊張に繋がっていくことは、身体論の側面<sup>1)</sup>でも、ボディワークの領域<sup>2)</sup>でも指摘されており、入学直後の緊張や固さをほぐしてスムーズにグループワークに移行していくにあたって、お口や頭のアイスブレイクの前に、身体を使ったゲームによる身体のアイスブレイクが必要であると考えて、バス移動後の準備時間を使ってアイスブレイク①を実施している。

また、小グループ討論においても、冒頭の部分の滑り出しの議論の重要性が指摘されており<sup>3)</sup>、Alex F. Osborn のブレインストーミング等の手法を用いたアイスブレイクを入念に行った<sup>4)</sup>。

また、ブレインストーミングで出てきた望ましい医師に求められる能力を 3、4 カテゴリーに分類し、さらにそれらのカテゴリー群を「キャッチフレーズ」にまとめるというグループワーク手法は、KJ法を変形してゲーム形式で各班対抗でカッコいいキャッチフレーズとプレゼンというプロダクト作成を能動的に追及させようと考えて編み出したオリジナルの方法である。各グループのプレゼンはストップウォッチできっちり 2 分で計時して、時間オーバーすれば途中で打ち切りというスタイルで行い、そのことによる緊張感とプレゼンター(複数人で行ったり全員で行うことも多い)の熱心な準備を促すと同時に、プレゼン時間全体の効率の良い運営も意図して行っている。

初年次セミナー全体は教務厚生委員会の主催ということで、教務厚生委員のメンバーがセミナーに多く出席しているので、各委員には各グループのグループ作業のプロセスとプロダクトについて評価を行う評価票の記載をお願いしており、参加した教員にも学生の作業に関心を持って参加してもらう工夫を行うとともに、総合点で競い合うというゲーム性も学生に対して確保している。プレゼン終了後はまとめの講義を行って、目指すべき医師像に関する簡単な整理と方向付けを行うと同時に、その実現のスタートは、まさに明日からのみなさんの学習生活にあることを強調して、明日以降の学習に対する動機づけとしている。

・教育目標への認識: 医学生が「良い医師になりたい」という熱い理想を持って入学してきたにもかかわらず、すぐに医療に結びつく様な実感のない一般科目・基礎科目の受身的な受講が続く中で、理想主義が早期に廃れて、「とにかく試験に何とか受かりさえすればそれでよい」といったようなニヒリズムに代わっていくということが、1960年代初頭に Becker, HS.等の "Boys in White"<sup>5)</sup>により指摘され、そのことが米国における Behavioral Sciences や Early Clinical Exposure の導入へとつながっていったと言われているが<sup>6)</sup>、そういった意味で、同様な「良い医師になりたい」という熱い理想を持って入学してきたわが国の新入生が、1年間の一般教育の期間を理想を失わないでサバイバルしていくうえで、この研修は、その後の1年前期の初期体験実習、1年後期の地域体験実習へとつなげていく出発点となる重要な研修であると位置づけている。本学ではプロフェッショナリズム・コミュニケーション系のアウトカムを達成させていくうえでのロードマップとして、Harden の 3 circle モデル<sup>7)</sup>にならってアウトカム基盤型教育として、継続的に繰り返し学習するようなカリキュラムデザインを行っており(下表)、その出発点としての位置づけが本授業なのである。

そのようなアウトカム基盤型教育の中の本研修の SBO3~5 の三項目は掲げられており、また SBO1、2 についても、教育方法の候で記述したような新入生の固さや緊張をほぐして、スムーズにグループワークに入っていけ

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

1年生入学時	新入生初年次セミナー
1年生 4月～7月	医学概論
1年生 5月・6月	初期体験実習
1年生 10月・11月	地域体験実習
2年生 4月	PBLガイダンスⅠ
3年生 5月	PBLガイダンスⅡ
3年生 11月・12月	医師・患者関係
4年生 9月	臨床入門実習
4年生 12月～5年生 11月	医療面接実習

ること、グループ作業を通してプロダクトを作りだすことを目指して掲げられている。

・学習状況・成果の確認：身体動かし系ゲームによる新入生の固さや緊張のほぐれ具合や、アイスブレイクによるグループダイナミクスの確立の程度に関しては、常時ファシリテーターとしてグループ間を周りながらチェックしているし、メインのグループ作業である「キャッチフレーズ」作成時も同様に自らチェックするだけでなく、教務厚生委員の先生方にも観察をお願いして、その様子を適宜、教えて頂きながらそれぞれのグループの学習状況をモニターし介入して

いる。またプロダクトのプレゼン発表の場においても、同様に教務厚生委員の先生方とともに学習成果の確認を行っている。

・学習者理解と学習者の自己評価：教育方法の所で述べたように、新入生の実態を見ての教育方法の工夫や、6年間のアウトカムロードマップを考えてこの研修のニーズの確認は行っている。新入生の学習阻害要因は緊張や固さ、初めてのグループ作業、理想の医師像という新入生にとって今まであまり具体的に考えたことのないテーマに対する議論をすること(この阻害要因については後述する)、などであると思われる。新入生は、研修の最後に、自分たちで挙げた望ましい医師に求められる 3、4 カテゴリーの能力ごとに、その能力を身につけていくために「明日から行うこと」「1年生のうちにやりたいこと」「6年間の医学生の間に行いたいこと」をリストアップした表を各自作ってもらい、それを持って帰ってもらっている。この作業を通じて、学生それぞれが自分たちで話し合っ

て作った学習成果である望ましい医師像を自分の文脈に落として振り返りを行い、そのことを意識して明日からの学生生活を送ってもらえればということを期待して、各自にその表を持って帰ってもらっている。

#### ● 実践についての他者評価

研修を始めると、入学したてで緊張してカチカチだった学生、男子学生と女子学生が見事に分かれて座っていて、ほとんど会話も出来ていなかった学生たちが、徐々にイキイキ、のびのびとして来て、活発にグループ作業を展開していく変化は、見ていて明らかに感じる変化である。また、参加している教務厚生員の先生方や教務事務係の事務職員からも、「面白いですねえ」「先生のオリジナルなんですか」「元気に作業進めていますねえ」と声をかけてもらえるので、研修が効果的に進んでいることは感じている。ただ、主催の教務厚生委員会ではこの初年次セミナー自体の学生評価を取っていなかったし、自分でも研修後に感想文等を書いてもらうことをしていなかったもので、ちゃんとした形での学生評価を得ていなかったことに今回の振り返りを書いていて気がついた。他大学の同内容の評価はあるが、自分の大学の研修でしっかり学生評価を取っていなかったことは大きな反省点であるし、評価項目も単なる満足度だけではなく、もう少し踏み込んだ細かい内容について評価する必要があると思うので、これは次年度以降の課題として解決していきたいと思う。

#### ● 実践についての自己評価

この振り返りをするために改めてこの研修を振り返っていて気がついたことは、「学習者理解と学習者評価」の阻害要因の所で後述すると書いた「理想の医師像という新入生にとって今まであまり具体的に考えたことのないテーマに対する議論をすること」の難しさについて乗り越えるための方略についてである。新入生にとって「理想の医師像」は、総論的抽象的にはある程度述べることはできるとしても、具体的にどういった場面でのどういった

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

能力を言うのかとなると具体的なイメージが湧かないことが多いと思われる。突然、「理想の医師像」についてグループ討論してくださいと言われても、おそらく、総論的、抽象的な意見しか出てこないのではないかと思っている。しかし、まずブレインストーミングで「望ましい医師に求められる能力をできるだけたくさん出してください」という課題を出すと、ブレインストーミングには「数が質を生む」という考えがあって、とにかく基になるアイデアの数が多ければ議論の質が高くなると考えられているし、それ以前の「頭と口を柔らかくする練習」やブレインストーミング①で、グループで意見をたくさん出すことを十分練習していることもあって、通常、40～60位のいろいろな能力がグループの中で出てくるようになってきている。この出てきたアイデアを3、4カテゴリーに分類し、さらにそれらのカテゴリー群を「キャッチフレーズ」にまとめるという作業は、当初はKJ法の変形のような形で、せっかく出てきたアイデアをまとめてみるのは面白いだろうと単純に思って始めたことであるが、よく考えてみると(1)自分たちで理想の医師に求められる能力のアイデアを出し、(2)それぞれの能力の具体的な中身を考えながら振り返って分類し、(3)それらを最終的に3、4カテゴリーに分類していくというステップは、まさにコルブの学習サイクル<sup>8)</sup>の「具体的な体験」→「内省的観察」→「抽象的概念化」のステップに沿ったものに他ならないということなんだということに今回気がつくことが出来た。また、議論の出発点を、抽象的な「理想の医師像」から始めるのではなく、自分たちで考え出した「理想の医師に求められる具体的な能力」から議論を始めることは、ヴィゴツキーのいう「最近接領域：zone of proximal development」という意味合いから見ても、新入生にとって最もイメージしやすいところからグループ作業を進めていくことになっているのではと思えるようになってきた。そういった意味合いでも、このグループ作業のやり方は、新入生の持つ阻害要因を乗り越え、効果的なグループ討論を行う上での方略として医学教育学的にも意味が多いことについて確認することが出来た。

ただ、今回あらためて振り返ってみてもう一つ感じたのは、SBO5の「明日からの学びを通して良い医師を目指していこう」という動機を持てる」という点に関して、グループ作業後に各自で、自分たちで挙げた望ましい医師に求められる各カテゴリーの能力ごとに、「明日から行うこと」「1年生のうちに行いたいこと」「6年間の医学生の間に行いたいこと」の表を作ってもらい持って帰ってもらっていることに関して、いかにもやりっ放しでその後のフォローが出来ていないことである。せっかく、自分の計画表を作ったのなら、1月後や半年後に、各自がその取り組みを振り返るような作業が行えないか、工夫して考えてみる必要があることを強く感じている。

<参考文献>

- 1) 竹内敏晴「ことばがひらかれるとき」ちくま文庫,1988, 264-273
  - 2) 松井洋子「ワークは人生を面白くする」アニメ 2001,1991, 30-40
  - 3) Rudland, JR.「小グループでの学習」Dent, JA. And Harden, RM.編,鈴木康之,錦織宏監訳「医学教育の理論と実践」篠原出版新社,2010, 66-76
  - 4) 藤崎和彦「アイスブレイキング」医学教育 Vol.20 No.1,1989, 52-57
  - 5) Becker, HS. Geer, B. Hughes, EC. Strauss AL. "Boys in White: Student Culture in Medical School", Chicago, University of Chicago Press,1961
  - 6) 藤崎和彦「医師」,黒田浩一郎編「現代医療の社会学」世界思想社,1995,33-58
  - 7) Harden, RM, et al. "AMEE Guide no. 14: outcome-based education: Part 5 From competency to meta-competency; a model for the specification of learning outcomes," Med Teacher 1999; 21(6):546-552
  - 8) パトリシア・クラントン,入江直子他訳「おとなの学びを拓く」鳳書房,2005,55-62
- ヴィゴツキー,柴田義松訳「思考と言語 新訳版」新読書社,2001

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

## 7. 学習者評価 (Assessment) レポートのフォーマット・評価項目・例示

### 7-1. 教育実践・振り返りレポート フォーマット

医学教育専門家の認定評価のために、あなたが関わって教育機関ないし医療機関でおこなった実践事例から一つ選んで、記載して下さい。下記の内容が盛り込まれていることかどうか、確認しながらお書き下さい。分量は必要に応じて、**A4 用紙 3~4 枚**を上限に、まとめて下さい。その実践を行った背景や状況を医学教育学の知識や考え方を含めて記載して下さい。

学会員番号		領域	■TL, □A, □CD, □OT(1つを■に置き換える)
教育活動の実践名			
<p>&lt;教育実践事例&gt; 以下の内容を含め、できるだけ具体的に記述して下さい。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● 事例選択の理由</li><li>● 当該実践における役割やコミットメント</li><li>● 担当期間</li><li>● 実践の具体的内容; 評価方法の選択、継続可能性、評価の適用・実践、信頼性、学習者に与える影響 以上の理解のために必要と思われる背景や状況(補足説明として)や医学教育学の知識と考え方の活用</li></ul> <p>&lt;振り返り&gt;</p> <p>以下の内容を含め、医学教育などのフレームワークなどを用いて自己の教育事例を相対化し、複数の視点で多面的に自らの実践を捉え、次につながる改善事項と実践プランを具体的に記述して下さい。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● 実践についての他者評価; 学習者からのフィードバック、同僚・上司からの評価など</li><li>● 実践についての自己評価</li></ul> <p>&lt;参考文献&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1)</li><li>2)</li></ol> <p><b>【留意事項】</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>* 可能な限り、医学教育学の考え方や知識を踏まえた記述が望まれます。</li><li>* 写真や具体的な教材などがあると、事例の概要がより明解に伝わります。</li></ul>			

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

## 7 - 2. 教育実践・振り返りレポート 評価項目

□ 学習者評価(Assessment)のカテゴリーに該当するか? :p9 の 3-4 を参照すること

### 1)教育実践

1. 事例選択の妥当性: 自らの教育活動の問題点や課題を反映しているか/医学教育学の動向を踏まえているか/原則として、総括的評価、ないしはそれに順じた評価の事例を選択しているか
2. 評価方法の選択の妥当性: 教育目標に見合った選択がされているか/学習環境や学習者(医学生・研修医)の実態に見合った評価方法が選ばれているか/医学教育学の考え方や成果を踏まえているか
3. 継続可能性: 人的・時間的・資金的要件は妥当か/設備・備品・教材・資料などは調整・調達可能か/今後の継続可能性は検討・確保されているか
4. 適用・実践: 評価方法の特徴と長短所の理解は的確か/評価の実施上の準備や手続きは適切か/総じて、適切な評価がなされたか
5. 評価の適用のしかたの妥当性: 学習活動の特色を考慮した形で、評価が適用されたか/評価を適用する際、学習者(医学生・研修医)のレベルや強み・弱みに応じた配慮がなされたか/妥当性確保のための努力や工夫をしたか
6. 評価方法の信頼性: 評価の信頼性に十分な裏付けがあるか/評価に影響を及ぼす諸要因が検討されたか/信頼性確保のための努力や工夫をしたか
7. 学習者に与える影響: 評価実践に関する事前の説明・周知は十分か/評価が学習への動機づけに及ぼす影響など、学習者(医学生・研修医)の心理的側面に配慮しているか/評価後のサポートを準備しているか
8. 医学教育学の知識と考え方の活用: 全体として、医学教育学の基本的な定義や概念を、正確な理解の上で使用しているか/関連する医学教育学の研究成果を適切に選択・引用しているか/医学教育学の考え方を具体的場面に適用しているか

### 2)振り返り

1. 自らの教育活動を振り返る視点と姿勢: 自らの教育活動で学習者(参加者)がどう学び、それが個々の学習者にどんな影響を及ぼしたか、との視点から、振り返りがなされているか/教育活動で生じた実際の変化を手がかりに、他者評価を活用しながら、客観的な振り返りができているか/主観的な印象や判断を、異なる視点から再検討し、自らの教育活動を謙虚に見つめなおす姿勢があるか
2. 医学教育学の知見の活用: 振り返りに適した医学教育学の知見が適切に選択・引用されているか/選ばれた知見に沿った適切な振り返りがなされたか/選ばれた知見の特徴や長所・短所が踏まえられた考察か

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

3. 論理的・一貫性と説得力: 教育活動の記述・分析・考察が、首尾一貫した論理で構成されているか／教育活動の記述・分析・考察に、説得力があるか
4. 専門的・多面的な視点からの振り返り: 自らの専門職としての成長の現段階を知り、発展につながる振り返りになっているか／複数(医学生・教師・研修医・指導医・患者等)の視点で選択された情報を使った効果的な振り返りができているか
5. 振り返りの内容を踏まえた改善事項: 改善事項は、明確に示されているか／改善事項は、振り返りの内容が踏まえられ、実現可能で評価可能なものか

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

### 7-3. 教育実践・振り返りレポート 例示

学会番号	例3 333-333-3333	領域	□TL, ■A, □CD, □OT(1つを■に置き換える)
教育活動の実践名	医学部卒業試験の改善		
<p>&lt;教育実践事例&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 事例選択の理由 平成20年に実施されていた医学部6年生の卒業試験は、1)400問で複数の科目の単位認定と総合点での卒業判定を同時に行なう複雑な試験、2)極めて少ない問題数で単位認定する科目の存在と根拠のない判定基準(平均点の6割)、3)学生による多数の不適切問題の指摘と回答の修正、4)学生にはクレームをつけ、学年の平均点を下げる操作により合格を得ようとする行動が見られるなど、数多くの課題が認められた。認知領域を評価する high-stakes な卒業試験として、試験の時期、内容、出題形式、集計、判定の全てを早急に改善する必要があった。</li> <li>● 当該実践における役割やコミットメント 試験の実施責任者であり、計画立案、運営、データ解析を担当した。教務委員、全講座の担当者の協力を要請できる立場である。</li> <li>● 担当期間 平成20年10月～現在(平成26年3月)</li> <li>● 実践の具体的内容;客観テストとして位置づけられている卒業試験を、平成21年4月に採択された教育到達目標の認知領域を評価する妥当性の高い総括的評価とするための変更を提案し、大学の関係者と協力して実施した。</li> </ul> <p><b>【評価方法の選択】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>評価計画</b> 科目の単位認定を行う領域別の試験は総合試験(最終試験)から分離し、各臨床講座が実施する独立した試験として内容妥当性と信頼性の向上を図った。領域ごとの学習を促す試験日程を調整した。最終試験は、医学部卒業に必要な認知領域の能力を評価する400問の試験としてブループリントを作成した。6年生が11月に理解しているべき内容を出題範囲として、医師国家試験の出題基準を参考に領域と領域ごとの問題数を決定した。問題解決レベルの認知を評価できる one best 形式の多肢選択問題<sup>1)</sup>を主たる出題形式として、臨床推論、判断等を評価する臨床問題の比率を2/3とし、内容妥当性の向上を図った。6年間の教育の成果を評価する時期としてそれまでの10月初めから11月末に変更した。試験問題の質改善のためにブラッシュアップ、学生への解説の配布も新たに実施することとした。</li> <li>2. <b>合否判定</b> 最終試験は絶対評価と相対評価を組み合わせる Hofstee 法<sup>2,3)</sup>を応用し、判定委員を教務委員より選出して絶対評価はアンゴフ法<sup>4)</sup>で行い、相対評価は過去5年間の卒業試験、国家試験の合格者数に基づいて検討することとした。</li> </ol> <p><b>【評価の導入・実践】</b>旧形式の試験直後に実施した学生アンケート、評価結果、実施状況を元に、平成21年4月に問題点の指摘と改善計画を教務委員会に提出し、審議後計画は教授会で承認された。新たな試験の導入にあたり、教務委員と科目コーディネーターからなる実施組織を構築した。対象学生に出題と合否判定方法の説明を行い、助教1名事務補佐1名と協力して、担当講座への問題作成依頼と講習会、問題入力用フォーマットの作</p>			

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

成、全学で行う問題のブラッシュアップの実施、判定委員による合格点(絶対評価)算出を試験前に実施し、11月本試験、12月再試験のそれぞれの実施後に、学生への解答と解説の配布、疑義問題への対応、データ集計、項目分析、信頼性の算出、合格点案作成を実施した。平成25年まで同様の形式で実施しており、問題作成のための講習内容の検討、ブラッシュアップの向上と効率化、事務的ミスの排除のためのダブルチェック、学生用解説の充実、合否判定方法の調整を毎年行って改善を図ってきた。

**【評価結果】**最終試験の設問と解答に対する学生から異議申し立ては激減し、平成25年度は本試験で8問のみであり、解答の修正が1問、削除問題はなかった。合格基準点は本試験と再試験、年度により上下したが、学生の得点傾向と一致しており、問題の難易度を反映した絶対評価による合格基準点が示されたと考えた。相対評価は従来の合格率を大きく逸脱しないことを前提としたため、最終的に検定した合格点は教員、学生からも受け入れられ、大きな混乱はなかった。本試験は cronbach  $\alpha$ 0.9 が継続しており、総括評価としての信頼性が確保された<sup>5)</sup>。

**【他の評価との関連】**最終試験は極めて高い信頼性であったので、他の試験との相関を検証することができた。4年次共用試験 CBT との相関係数は 0.67( $p < 0.01$ )であり、認知領域の試験としての特性が示された。また、CBT には卒業時の成績の予測妥当性があることから、早期の学習支援の重要性が示された。卒業前 OSCE との相関係数は 0.28( $p < 0.05$ )と有意であるが低く、両者は異なる能力を評価していると考えられることから、卒業判定におけるそれぞれの重要性が確認できた。

**【評価の影響】**領域別の試験は学習のペースメーカーとなったことが学生のアンケートに示された。医師国家試験の合格率が新しい試験導入前後の5年間平均で3.8%向上したが、最終試験では既出問題は出題しない方針として正しい能力評価と適切な合格基準点作成を目指した結果であり、また学生の学習を促す効果もあったと考えられた。問題の作成とブラッシュアップは各講座の担当者の協力を得て実施し、問題解決レベルの知識を問う良問作成の技能が定着してきた。その結果、実施後の学生からのクレームと解答の修正が減少しただけではなく、他の単位認定試験等のレベルアップにもつながると期待された。合否判定に Hofstee 法を導入したことにより、成績不良者の卒業判定が客観的に議論できるようになった。

<振り返り>

● 実践についての他者評価

試験直後の学生アンケートでは試験問題の領域、難易度、実施方法等について意見を聞いている。平成25年度は、2日間400題は適当(83%)、出題範囲は適当(54%)、難易度は研修医・専門医レベル(71%)、出題形式は良い(46%)自分の不得意領域がわかった(59%)という結果であった。医師国家試験の臨床問題が長文化し難しくなっているという傾向も参考に、本学の卒業試験としての難易度を検討したい。11月末の最終試験は国家試験勉強の妨げになるためもっと早く行なうべきという記載もあったが、6年生の教育のあり方と総括的評価の点から検討すべきと考えている。平成25年度の最終試験の成績が医師国家試験の合否と一致したこともあり、卒業生の能力を適切に判断できる試験として教授会等学内の理解は得られている。

● 実践についての自己評価

最終試験は医学部の high-stakes な総括的評価であるため、それにふさわしい妥当性の高い試験とするために大規模な改革を行なった。重要な判断を伴う試験を大きく変更することは、実施上の問題を引き起こし結果の判断を誤る危険を伴う。試験の計画・実施の原則<sup>6)</sup>に基づいて各ステップを丁寧に実施し、特に合格点の算出は複

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

数の判定委員で行ない、過去の実績を参考に慎重に行なったために大きな問題は生じなかった。さらに、学内の試験は全て形成的評価としての機能を持ち、試験前後の望ましい学習を促すことも重要と考え、新作問題での評価と解説の配布を検討した。総括的評価と形成的評価の両方の目的を達成するためには業務量の増加は避けられなかったが、教員数が少なく専門の技官もいない本学でも実施可能な範囲での変更で、内容、信頼性、合格判定の改善ができたと考える。

計画から判定までの全過程において、協力体制を構築するためには学生、教職員との意思疎通が重要であった。新しい方法を導入することが目的ではなく、好ましい学習と評価を行うための変更であるという主旨を理解してもらいたいと考えて運営した。最初の改善案の提案では、現状の問題点を具体的にあげて改善の必要性、可能性を委員会等で説明した。合否判定方法の変更には論理的な説明を受入れる学内の文化も幸いした。計画を実行に移すために、医学教育専門家として私自身が行なう業務と、関係講座の教育担当者に協力いただく業務を区別し、基本的には全学体制で実施することとして必要な FD を行いながら業務の依頼を行った。担当者には必要と思われる情報を全て提供して丁寧な説明をし、いただいた意見には真摯に対応して臨機応変に作業をすすめ、改善点を次の年度に反映させてきたことが理解を得られた一番の理由であると考え。学生に対しても、合否判定や問題の修正等の対応が学生の不利にならないことを繰り返し説明し、教員の意図を理解してもらうように努めた。

しかし、400 問の最終試験を新作問題で本試験、再試験の2回実施するには多くのリソースが必要となる。本学は臨床実習後に実施する卒業前 OSCE にも取り組み、これ以上の教育の負担は難しい。300 問に減らした場合は Spearman-Brown Prophecy Formula<sup>7)</sup>により  $\alpha=0.4$  程度が推測され、総括的評価としては不適である。本試験の1回のみで判定すること可能だが、病欠等で欠席した学生への対応として追試験の準備は必要である。また、学生の学習を支援する問題の開示と解説も重要であり、プール問題による問題作成業務の軽減を図ることも難しい。教育予算は限られており、問題作成ソフトの導入もできない。したがって、最終試験の実施方法は大きく変更せずに、パートの事務職員を含め学内の協力者の育成と事務作業の一層の効率化を図りながら、着実に質を維持・向上していきたい。

平成 25 年は、連問と多選択肢問題形式の出題、学生の視点に立った問題の解説文が課題となった。ブラッシュアップの協力者を増やすべきという意見もあり、次年度の改善点である。また、診療参加型臨床実習をふまえた卒業時にふさわしい臨床推論、判断を問う良問を出題する重要性が増している。これらに対応するためには講習会が重要な役割を果たす。本学は地域と講座の医師数減少を反映して、教育担当者が短期で交代し、学内に教育経験者が留まらないことも多い。1回の講習会では対象者全員の受講は期待できない。繰り返し指導し、初めて教育を担当する教員にも理解できるように例示を増やして具体的な方法の解説を行い、さらに疑問には個別に対応して理解を促し、教員の教育への関心を高め、負担感を減らして問題の質を維持する必要がある。臨床系教員の専門性を尊重し、多忙な業務を理解、配慮しつつも教育の重要性、面白さ、最新の動向を伝えることも私の業務のひとつである。

一方で、国家試験対策を行うべきという学内の根強い意見がある。最終試験は国家試験の範囲や出題形式を用いながらも、教育到達目標に掲げた臨床的な判断を問う問題に重点を置いた大学の試験をめざしてきた。卒業時にふさわしい試験であっても、国家試験の出題傾向と異なれば学生の理解は得られない。幸い、国家試験で臨床での判断を問う問題が増え、本学の目指す評価と大きく乖離していないことと、最終試験は国家試験と類似した能力を評価していることより、国家試験勉強の妨げにはなっていないと考えている。国家試験対策偏重の大学教育にならないためにも、認知領域の総括的評価だけを議論するのではなく、本学の卒業前 OSCE や臨床実

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

習の成績をも含めて提示し、教育成果をいかに評価し、どのような成果が得られているかを検討することが重要だと考える。

High-stakes examination に自身の判断が大きく影響することになったこの実践を通し、医学教育者としての専門性を高めて根拠ある実践をすることと、学生を尊重した教育を行い、教員との協力体制を自分自身が作り上げていくことの重要性を改めて理解することができた。

<参考文献>

- 1) Downing SM. (2006) Selected-response item formats in test development. In : S.M. Downing, T.M. Haladyna, (Eds.), Handbook of test development. Mahwah, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates (pp.287-301).
- 2) De Gruijter DN. (1985). Compromise models for establishing examination standards. Journal of Educational Measurement, 22,263-9.
- 3) Hofstee WKB. (1983). The case for compromise in educational selection and grading. In S.B. Anderson & J.S. Helmick (Eds.), On educational testing (pp. 107-127). Washington: Jossey-Bass.
- 4) Angoff, WH.(1971). Scales, norms, and equivalent scores. In R.L Thorndike (Ed., Educational measurement (2nd ed., pp.508-600). Washington: American council on education.
- 5) Downing SM. (2004). Reliability: On the reproducibility of assessment data. Medical education, 38, 1006-1012.
- 6) Downing SM. (2006) Twelve steps for effective test development. In : S.M. Downing, T.M. Haladyna, (Eds.),Handbook of test development. Mahwah, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates (pp.3-25).
- 7) Downing SM, Yudkowsky R, editors. (2009) Assessment in health professions education. New York, Routledge.0

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

学会員番号	例 4 444-444-4444	領域	<input type="checkbox"/> TL, <input checked="" type="checkbox"/> A, <input type="checkbox"/> CD, <input type="checkbox"/> OT(1つを■に置き換える)
教育活動の実践名	後期研修医採用のための面接試験		
<p>&lt;教育実践事例&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 事例選択の理由          これまで面接や試験を行ってきたが、進路変更や体調不良などで途中離職する研修医も毎年複数人いたことから、試験の妥当性を再度吟味することとし、そこで今回面接試験の意味づけを見直し、管理事務・看護師などでの多面的面接評価方法を構築したため本事例を選択した。</li> <li>● 当該実践における役割やコミットメント          地域の〇〇病院総合内科病棟にて総合内科後期研修プログラムのプログラムディレクターとして後期研修採用にも大きく関わる。</li> <li>● 担当期間          2008年～2010年3月</li> <li>● 実践の具体的内容: 評価方法の選択、継続可能性、評価の適用・実践、信頼性、学習者に与える影響          ・評価方法の選択: これまでの医師教育の選抜方法をみると、認知領域、その中でも記憶力、理解力レベルの知識を問うものが主流を占めてき(MacManus 2003)。しかし、これら比較的表層レベルでの認知領域の能力はその後の教育プログラムの中途あるいは終了時の同レベルの能力評価(筆記試験や長い症例による面接試験)においては再現性があるが、5年後、10年後の臨床現場における上級医師、同僚、コメディカル、患者からの評価とは相関が低いことがわかってきた(Hamdy et al 2006)。そのため医師だけではなく、病院のニーズを共有化したうえで複数の職種へのニーズ調査から抽出された医師の能力を基盤とした構造化面接フォーマットを作成した。これを医学教育への選抜にも最近用いられ始めている候補者の「過去の行動」に焦点をあてた構造化面接 Behavioral Description Interview (Easdown et al 2005)に落とし込み、ルーブリックを用いて評価することとした (Beatrice A. et al 2009)。          ・継続可能性: 複数の職種・スタッフで関わることと文書にしっかり残すことでの継続性を意識して実践した。          ・評価の適用・実践: 評価対象、評価者、評価内容は以下のとおりである。</li> </ul> <p>○評価対象</p> <p>2008年3月 当院総合内科 後期研修医希望の研修医 10名 定員8名 実際の採用者 8名          2009年3月 当院総合内科 後期研修医希望の研修医 6名 定員8名 実際の採用者 5名          2010年3月 当院総合内科 後期研修医希望の研修医 12名 定員8名 実際の採用者 8名</p> <p>○評価者          後期研修プログラムディレクターとして私自身が面接試験の筆頭評価者となった。面接試験の他の評価者には管理事務・管理看護師・患者のボランティアが担った。</p> <p>○評価内容          実現可能性な範囲で、どのような医師が望まれるかのフォーカスグループインタビュー(以下FGI)を実施した。当初、インタビュー対象は主に管理医師にお願いする予定であったが、信頼性を確保すると意味と地域で医師を育てるという視点を入れるため、管理医師には病院のニーズをあらかじめ聴取し、FGIは主に研修医に関わる管理事務・看護師・患者ボランティア3名に協力を募った。そこでは地域に根差した中規模病院の generalist(家庭医、総合内科、救急、小児科、リハビリ科など)として働くことができ、さらに研修経験の少ない施設・病院のなか</p>			

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

でも切磋琢磨して課題解決できる人物があげられた。

次に職務遂行能力の評価という観点から具体的な行動に焦点を当てた FGI を行い、以下の 4 項目が挙げられた。

- 1) 課題に取り組むことができる
- 2) 取り組んだ課題の解決に向けてのプロセスを提示できる
- 3) 最後まで取り組んで結果を出すことができる
- 4) 結果が成功であった場合も失敗であった場合もその課題での経験を次に生かせる

最後に望まれる医師の能力のニーズに対しても同様に FGI を行い、以下 6 つの能力に大別された。

- 1) 積極性: 意欲、行動力
- 2) 社会性: 他者理解、関係構築力
- 3) 信頼感: 責任感、達成力
- 4) 経験学習力: 課題の認識、経験の適用
- 5) 自己統制: 情緒安定性、統制力
- 6) コミュニケーション力: 表現力、説得力

これまでのインタビューを逐語録にし、キーワード抽出を行い、それぞれの能力分野を評価するために過去の行動に焦点を当てた質問内容とルーブリック評価表(各能力における評価と概略評価を含む)を作成した(本作成ガイドでは添付内容省略)。これらをもとに面接・評価を行った。またこのルーブリックを経年的に評価することも計画した。

・信頼性: 2008 年では 4 人の概略評価はクロンバック  $\alpha$  が 0.71 であり、面接評価としては一定の信頼性がある試験を開発できた。またルーブリックの書く 6 項目に関するクロンバック  $\alpha$  はそれぞれ 0.82、0.35、0.73、0.68、0.70、0.62 であった。2) の社会性を除き一定程度の信頼性があるルーブリックが開発できた。

・学習者に与える影響: 就職した後期研修医の多職種による 360 度評価は 2008 年以前に採用された研修医よりも高く評価される傾向にあった。また受験した研修医にインフォーマルにインタビューをしたところ、「堅苦しい面接ではなく楽しかった」「自分のこれまで意識しないでやってきたことが評価されたような感じがした」といった意見が聞かれた。

<振り返り>

#### ● 実践についての他者評価

面接に関わった管理事務・看護師・患者ボランティア 3 名に対して、インフォーマルなインタビューを施行したが面接のフォーマットやルーブリックの一部がわかりづらいとの意見もあり、今後修正が必要である。また概略評価は管理事務を除くとクロンバック  $\alpha$  が 0.822 と上がり目指すべき人物像を事前に十分に吟味しておくこと、さらにルーブリックの項目の 2) の社会性に関してはクロンバック  $\alpha$  が 0.35 と低かったためルーブリックの内容に関しても再度記述内容や項目について同意を得る必要があると考えられた。

#### ● 実践についての自己評価

面接の評価基準をはっきりさせること、手順を明らかにすることは社会的責任の担保と評価の客観性・効率性というメリットはあったが、各評価者へのルーブリックの事前の説明時間が足りなく、ハロー効果や対比誤差等が観察され、評価者間にばらつきがみられた。面接内容は過去の行動に焦点を当てた質問としたため、Miller の評価でいう Does の評価に近いが、本人の言動による評価のため Show how のレベルと考えた。また面接評価は他者評価で実施した 360 度評価との関連性も予想された(が検証はできていない)。

成果として、例年は 8 名のうち 1~2 名しか当院に残らないことが多かったのが、2008 年採用された後期研修医 8 名のうち、6 名が当院に引き続きのこることとなったことが挙げられる。しかしこれは面接だけの影響ではなく、他の教育体制なども影響している可能性も考えなければならない。ひとつの側面として考えられるのは、複数

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

の職種でのニーズ調査から具体的な面接フォーマット作成に関わることで、どのような医師が地域に必要なのか、そしてどのような医師を育てればよいのかという共通認識を持つことができたことである。その後、看護師長の医師研修委員会の発言や患者さんからの医師に求める声なども総じて医師を育てるという意識からのものが多く、医師以外の職種にも医師を地域で育てるという意識が芽生えた実感を得た。医師以外の職種が研修医に対して援助的な態度に変化したことも、研修医自身の当院で働きたいという動機づけになったことをうかがわせる。

現時点では面接試験の信頼性には課題が残り、妥当性は多面的な要素を考慮する必要があることがわかった。信頼性の担保には評価者に陥りやすい評価エラーを回避する意識してもらう必要がある(二村 2000)が、ルーブリック評価の説明時間も含めた評価オリエンテーション時間を一定時間確保するのは継続可能性が低く、昨年度の反省点・今年度の改善点を共有し、今年度の面接の方針を確認する時間を面接当日あるいは前日1時間取り、評価終了後に30分評価者全員で振り返りを行うサイクルが継続可能性の高い案として採用された。また毎年評価者は変わるものの、必ず前評価者から申し送りを受け、毎年少しずつ面接内容と方法をブラッシュアップしていくのが現実的であろうとの声もあった。また医師採用の妥当性の評価に関しては、今後も多面的にそして継続的にプログラム評価を継続する必要があると感じた。

#### <参考文献>

- 1) MacManus. How to derive causes from correlations in educational studies. BMJ. 2003;429-432
- 2) Hamdy H, Prasad K, Anderson MB, et al. BEME Guide No 5, BEME systematic review: Predictive values of measurements obtained in medical schools and future performance in medical practice. Medical Teacher. 28(2):103-116.
- 3) Easdown J, Castro PL, Shinkle EP. The behavioral interview. A method to evaluate ACGME competencies in resident selection: A pilot project. JEPM.2005;7(1):1-10.
- 4) Beatrice A. Boateng, Lanessa D et al. The Development of a Competency-Based Assessment Rubric to Measure Resident Milestones. J Grad Med Educ. 2009;1(1):45-48.
- 5) 大沢武志、芝祐順、二村英幸. 人事アセスメント・ハンドブック、金子書房、東京、2000、p89-p90

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

## 8. カリキュラム開発 (Curriculum Development) レポートのフォーマット・評価項目・例示

### 8-1. 教育実践・振り返りレポート フォーマット

医学教育専門家の認定評価のために、あなたが関わって教育機関ないし医療機関でおこなった実践事例から一つ選んで、記載して下さい。下記の内容が盛り込まれていることかどうか、確認しながらお書き下さい。分量は必要に応じて、**A4 用紙 3~4 枚**を上限に、まとめて下さい。その実践を行った背景や状況を医学教育学の知識や考え方を含めて記載して下さい。

学会員番号		領域	<input type="checkbox"/> TL, <input type="checkbox"/> A, <input checked="" type="checkbox"/> CD, <input type="checkbox"/> OT(1つを■に置き換える)
教育活動の実践名			
<p>&lt;教育実践事例&gt; 以下の内容を含め、できるだけ具体的に記述して下さい。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● 事例選択の理由</li><li>● 当該実践における役割やコミットメント</li><li>● 担当期間</li><li>● 実践の具体的内容;カリキュラム/プログラムのアウトカム、ニーズ評価、カリキュラム/プログラムの構成や運営、学習者理解と学習者の自己評価</li></ul> <p>以上の理解のために必要と思われる背景や状況(補足説明として)や医学教育学の知識と考え方の活用</p> <p>&lt;振り返り&gt;</p> <p>以下の内容を含め、医学教育などのフレームワークなどを用いて自己の教育事例を相対化し、複数の視点で多面的に自らの実践を捉え、次につながる改善事項と実践プランを具体的に記述して下さい。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● 実践についての他者評価;学習者からのフィードバック、同僚・上司からの評価など</li><li>● 実践についての自己評価</li></ul> <p>&lt;参考文献&gt;</p> <p>1)</p> <p>2)</p> <p><b>【留意事項】</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>* 可能な限り、医学教育学の考え方や知識を踏まえた記述が望まれます。</li><li>* 写真や具体的な教材などがあると、事例の概要がより明解に伝わります。</li></ul>			

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

## 8-2. 教育実践・振り返りレポート 評価項目

□ カリキュラム開発 (Curriculum development) のカテゴリーに該当するか? : p9の3-4を参照すること

### 1) 教育実践

1. 事例選択の妥当性: 自らの教育活動の問題点や課題を反映しているか/医学教育学の動向を踏まえているか/原則として、一連の内容を、複数回にわたって行った教育実践を事例として選択しているか
2. カリキュラムが目指すアウトカム: 内容に妥当性はあるか/内容が達成可能なものか/具体的にわかりやすい言葉で記載されているか/明確な基準での評価が可能か
3. ニーズ評価: 現場や社会の医療ニーズを捉え、対応しているか/学習者(医学生・研修医)のニーズを把握し、それを考慮しているか/ニーズ評価(インタビューやインシデント分析・観察評価など)に基づいたカリキュラムが作成されているか
4. カリキュラム/プログラムの構成: 適切な教育環境が構築されているか/適切な教育内容が盛り込まれているか/適切な教育方法が採用されているか/適切な評価方法が選択されているか/学習者(医学生・研修医)にとって無理なくバランス良く構成され、学習プロセスが考慮されているか/総じて、必要事項が網羅され、適切に構成されているか
5. カリキュラム/プログラムの運営: 準備や打ち合わせが十分になされているか/円滑に効果的に運営されたか/実態と展開に応じて、臨機応変に対応しているか/中長期的なカリキュラムを意識して取り組んでいるか
6. 医学教育学の知識と考え方の活用: 全体として、医学教育学の基本的な定義や概念を正確な理解の上で使用しているか/関連する医学教育学の研究成果を適切に選択・引用しているか/医学教育学の考え方を具体的場面に適用しているか
7. 学習者理解と学習者の自己評価: 学習者(医学生・研修医)のニーズや実態、学習の促進・阻害要因が適切にと堪えられ、配慮されているか/学び方や学習プロセスに十分な注意が向けられており、個人差への配慮もなされているか/学習者が、自らの到達度や成果を確認し得たか

### 2) 振り返り

1. 自らの教育活動を振り返る視点と姿勢: 自らの教育活動で学習者(参加者)がどう学び、それが個々の学習者にどんな影響を及ぼしたか、との視点から、振り返りがなされているか/教育活動で生じた実際の変化を手がかりに、他者評価を活用しながら、客観的な振り返りができているか/主観的な印象や判断を、異なる視点から再検討し、自らの教育活動を謙虚に見つめなおす姿勢があるか

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

2. 医学教育学の知見の活用: 振り返りに適した医学教育学の知見が適切に選択・引用されているか／選ばれた知見に沿った適切な振り返りがなされたか／選ばれた知見の特徴や長所・短所が踏まえられた考察か
3. 論理的一貫性と説得力: 教育活動の記述・分析・考察が、首尾一貫した論理で構成されているか／教育活動の記述・分析・考察に、説得力があるか
4. 専門的・多面的な視点からの振り返り: 自らの専門職としての成長の現段階を知り、発展につながる振り返りになっているか／複数(医学生・教師・研修医・指導医・患者等)の視点で選択された情報を使った効果的な振り返りができているか
5. 振り返りの内容を踏まえた改善事項: 改善事項は、明確に示されているか／改善事項は、振り返りの内容が踏まえられ、実現可能で評価可能なものか

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

### 8-3. 教育実践・振り返りレポート 例示

学会員番号	例 5 555-555-5555	領域	<input type="checkbox"/> TL, <input type="checkbox"/> A, <input checked="" type="checkbox"/> CD, <input type="checkbox"/> OT(1つを■に置き換える)
教育活動の実践名	自己主導型学習能力を身につけるための PBL のカリキュラム開発と評価		
<p>&lt;教育実践事例&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 事例選択の理由 PBL は成人学習理論に沿った自己主導的学習の方略として世界中で使われるようになり、1969 年カナダのマックマスター大学が講義を全廃してこの方式を中心にした。また 1985 年ハーバード大学が New Pathway という名称で取り入れた<sup>1)</sup>。当大学では「PBL チュートリアル教育」と呼ぶことし、2002 年秋から取り入れたが、当初は PBL の職員間の共通理解を得ることに苦労した。改めて本大学の PBL カリキュラム開発を振り返り、本大学の課題抽出、PBL の理論的背景を踏まえつつ、PBL カリキュラムを改善し、教育者・学習者の固定的な価値観の変容もあったと感じるためここに報告する。</li> <li>● 当該実践における役割やコミットメント 〇〇大学病院で〇〇科の講師として勤務し、2008 年から教授の命を受け医学部 4 年生の PBL の担当として関わった。</li> <li>● 担当期間 2008 年 9 月～12 月 12 回/3 か月 3 時間/meeting 医学部 5 年生臨床実習 2010 年 9 月～12 月 12 回/3 か月 3 時間/meeting 医学部 5 年生臨床実習</li> <li>● 実践の具体的内容;カリキュラム/プログラムのアウトカム、ニーズ評価、カリキュラム/プログラムの構成や運営、学習者理解と学習者の自己評価</li> </ul> <p>2008 年</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・カリキュラム/プログラムのアウトカム 学生が自ら課題を探求し自ら問題を解決する能力を育成することをアウトカムとした。</li> <li>・ニーズ評価 まずはこれまで施行されてきた PBL について過去にチューター経験のある 3 人の先生たちにインタビューを行いこれまでの問題点の整理をし、過去の学生評価を参考にどのような問題があるかを吟味し、2 つの問題点を抽出した。 <ul style="list-style-type: none"> <li>①PBL の目標がチューター、学生たちに周知されていない。</li> <li>②PBL のケースが、ある疾患のケースシナリオであるため、問題が医学的問題に偏ってしまい臨床問題解決能力に焦点が当たりすぎている。</li> </ul> </li> <li>・カリキュラムのアウトカムとカリキュラムの構成や運営;チューター・学生の評価を受けながら GNOME フレームワーク<sup>2)</sup>を用いて構成した。</li> <li>○目標と目的; Goals and Objectives 目標はアウトカムに準じて設定した。</li> <li>○概要 16 班にわけ、それぞれ 1 名のチューターが担当し、各班にチュートリアル室を用意した。課題はすべて臨床問題で全班共通であり、それぞれの班ごとにディスカッションが異なるためその後の課題や学習内容は異なること</li> </ul>			

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

を前提とした。1 課題を 4 回に分けて議論し、学習内容は 1 回 60-90 分のディスカッションとその後の自己学習であり、半年で 4 課題を実施。チューターへのオリエンテーションは 1 時間詳細に実施した。

○学習者のニーズ評価 Needs assessment of learners:

PBL のオリエンテーションを第 1 回目の前に 30 分かけて実施。チューターの先生を紹介したあと、各班に分かれチュートリアル室で PBL を開始した。そこで質問紙表をつかってニーズ評価を実施。結果として、半数以上が“臨床問題の解決”を選択し、次に多かったのが“基礎医学を用いた問題解決”で、以下“社会医学における問題の発見”“医学研究における問題の発見”と続いた。どのように学びたいかについては自由記載としたが、80%の人が空欄で、残りは“チューターの先生方の経験を聞きながら参考にしたい”“国家試験の臨床問題に即したような形がよい”“問題をどのように整理し、見つけていったらよいかを教えてもらいたい”といった内容であった。

○学習方法 Teaching /Learning Methods:

臨床のケースシナリオを提示し、各班のチューターがファシリテーターとなり、学生たちに自由討論をおこなってもらった従来の方法を継続した。

・学習者理解と学習者の自己評価

全 PBL の授業後学んだこと・感想を自由記載で書いてもらったが、“臨床問題の解決方法を知ることができてよかった”との声が多かったが、目標・目的でもあげた「学生が自ら課題を探求し自ら問題を解決する能力を育成すること」に関して言及した学生は一人もいなかった。PBL 終了後 3 人のチューターの先生にもインタビューを行ったが、学生の参加度合いに差があること、ファシリテーションをどのように実施していいかわからない、時間の都合をつけるのが大変という意見があった。学生自らの問題解決能力を育成するという目的に関しては、ファシリテーター自身が認識していないこともあったが、問題発見能力に課題がある学生が多いことがインタビューから分かった。PBL の目的である学習者の自己主導的学習スキルのレベルの向上を学習者とともにファシリテーターが意識する必要性と問題解決以前に問題発見能力に課題があることが分かった。ニーズ評価においても学習者自身がニーズを把握できていない可能性や質問紙表に選択バイアスがあり、臨床問題解決能力にフォーカスされた可能性も考えられた。本年度の課題として、①学習者とチューターに PBL の目標の意識化 ②臨床分野以外の広い範囲での問題発見能力の向上 を挙げた。

2010 年

・ニーズ評価

2008 年度の実践した内容を踏まえ、上記の①、②を主な課題として抽出した。

・カリキュラムのアウトカムとカリキュラムの構成や運営

前年度の反省を踏まえて、改めて GNORME モデル<sup>2)</sup>を使用して再構した。

○目標と目的;Goals and Objectives 2008 年の下線部分を追加修正

1)臨床分野に限らず基礎医学・社会医学(研究を含む)など広い分野において、自分が興味ある分野について調べ、それについてグループ全員がわかるようプレゼンテーションすることができる。

2)グループの司会の役割を担うものはディスカッションがスムーズにすすむことができるようファシリテーションすることができる。

○概要;この目標を反映するため、課題を臨床分野(若い男性の交通事故による脳死判定)、基礎分野(基礎分野のデータ改ざんの問題)、社会医学(10 年後の人口動態からみた医療)からケースを作成した。チューターの役割は問題発見能力・解決に至るプロセスをサポートすることとした。

○学習者のニーズ評価 Needs assessment of learners:

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

PBL 開始時には PBL 自体の理解が乏しいため、1 クール終了時の振り返りでこれからの PBL に期待することを学生同士の双方向性のインタビューにてニーズ評価を実施(チューターによる観察評価)した。2 クール以降可能なものは取り入れてもらうようファシリテーターに依頼した。

○学習方法 Teaching /Learning Methods:

自分が知らない分野(知らなければならぬと思つた分野)、興味のある分野、問題だと感じる分野を各グループディスカッションで各自抽出してもらい、2 回目以降その分野を選択した理由・概要・ケースに応用した場合の考え方を必ず発表内容に含めるようにし、ディスカッションは学生にファシリテーション役を担ってもらうことにした。ファシリテーションの方法については PBL1 回目に参考文献を提示し、チューターは学生ファシリテーターの補佐役を担ってもらうこととした。

・学習者理解と学習者の自己評価

学生ファシリテーターは各回終了後に自己評価を行い、チューターと Peer からフィードバックをもらうようにした。カリキュラム全体に関しては、学生のアンケートのほかに、チューターからもインタビューにて評価を行った。その後の変化についても観察した。

<振り返り>

● 実践についての他者評価

2008 年はチューター依存性に学習者の満足度に差(Likert scale 平均  $3.6 \pm 1.8$ ; 1-5)があったが、2010 年はチューターにかかわらず学習者の満足度は高かった(平均  $4.2 \pm 1.0$ ; 1-5)。PBL の最後にプレゼンテーションの自己評価・他者評価を実施し、最も良かったプレゼンテーションについてどの点がよかったかを話し合い、ルーブリック評価を作成したことでプレゼンテーションの技術が向上していることが見て取れた。また、学生のアンケートでは、おおむね満足度は高く、自由記載欄では「質問の仕方やプレゼンテーションの方法がみについたと思う」「こんな風にほかの授業も進めてもらえたら、もっと自発的に学べると思う」との意見や主体的に学ぶ姿勢を他のチューターから伺うことができた。チューターからは、「ファシリテーションを学生に担わせることで、自分も勉強になったし、徐々に学生たちが成長していくのを感じることができた」などの意見が抽出され、チューターも学生から学んでいることを改めて実感した。1 年後、複数人の学生から症例検討会をやりたいという声上がり、自発的に運営・開催されるようになり、それを教員としてサポートする形が取れるようになるグループも認められた。

● 実践についての自己評価

PBL を通じて、事前の情報収集やアイスブレイクがニーズ調査には必要であることや常に学習者と教育者という立場を固定するのではなく、学習者から教えられることも多かった。また GNORME モデルを援用することでカリキュラムのフレームワークを実体験として理解できただけでなく、目標設定理論<sup>3)</sup>を使用し自己評価・他者評価が無理なくできる学習環境作りなどの配慮もできるようになった。これらのプロセスにより 2010 年には学習者の反応も良くなり、学生たちのプレゼンテーションやファシリテーション能力も向上し、それが次年度の学生による主体的症例検討会につながった可能性があった。これらの経験を通して、改めて学生やチューターに明確な役割を担ってもらいながらも、どちらも成人学習者として扱うことで、ともに学びあえる環境をつくることも実感した。次年度はさらに、低学年の PBL や PBL チューターガイド作成などを学生や他の教員と一緒に構築し、学生だけでなく職員全体にも主体的に教育や学びに関われるように配慮していきたいと思う。

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

<参考文献>

- 1) 吉田一郎,大西弘高. 実践 PBL テュートリアルガイド. 南山堂、東京、2004.
  - 2) Roberts, K B. Educational principles of community-based education. Pediatrics. 1996; 98:1259-1263.
- Locke E.A. Latham G.P. A theory of goal setting and task performance. Prentice Hall College Div. NJ.1990.

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

学会員番号	例 6 666-666-6666	領域	<input type="checkbox"/> TL, <input type="checkbox"/> A, <input checked="" type="checkbox"/> CD, <input type="checkbox"/> OT(1つを■に置き換える)
教育活動の実践名	臨床実習生向けの離島歯科医療実習		
<p>&lt;教育実践事例&gt;</p> <p>●事例選択の理由</p> <p>私の所属する学部では、従来から学部 6 年生(臨床実習生)を対象に「離島巡回歯科診療同行実習」を行ってきた。この実習は、本県歯科医師会が主体となって実施している「離島巡回歯科診療」(訪問歯科診療車を民間フェリーに載せ、人口 100 人程度の無歯科医離島へ出向き、10 人程度のチームで歯科診療を行うというかなり本格的な事業)に、本学部の学生を教員とともに同行させ、離島歯科医療の体験を通じて「地域医療」を理解させることを目的としたものである。限られた環境の中で行う事業のため、診療に対する事前の入念な準備こそ行われるものの、実習体制については教育的な配慮に著しく欠ける状態で実施されていた<sup>1)</sup>。そこで、平成 26 年度より学生や教員、および実習で訪れる「離島」の住民の意見も加味しながら、新しい形での実習体制を組み立て、実施した。現段階では教育改善も道半ばではあるが、実習に臨む学生や教員の認識も変化し始めていると感じており、本事例を報告する。</p> <p>●当該実践における役割やコミットメント</p> <p>私は本学部において、臨床実習(5, 6 年生)、臨床予備実習(5 年生)および臨床早期体験実習(1 年生)を統括する「臨床教育部会」の部会長を拝命して 2 年目になる。「離島巡回歯科診療同行実習」は、臨床実習の一部として実施されることから、一体として管理運営を行ってきた。「離島巡回歯科診療同行実習」に加え、平成 26 年度に新たに「離島歯科医療実習」を追加し実施した。平成 26 年 4 月に、これら 2 つの実習を統括する「地域・離島歯科医療実習実施部会」を立ち上げ、私部会長を拝命することになった。</p> <p>●担当期間</p> <p>上述の通り実習は大きく 2 つに分かれており、「離島巡回歯科診療同行実習」は通年で実施された。新規に開始した「離島歯科医療実習」は、平成 26 年度の 6 年生を対象に平成 26 年 4 月～6 月に実施された。</p> <p>●実践の具体的内容</p> <p>平成 25 年度まで実施されていた「離島巡回歯科診療同行実習」では、この実習に参加するにあたっての講義、事前学習や、事後の振り返り等教育場面は十分でなく、また教育目標や評価方法等の設定も不明確であったため、単に離島における歯科医療を「学生気分で見学する」にとどまっていた。その結果、ここ数年、実習先(離島)における学生の不適切な行動や言動等について現地住民や同行教員から改善を指摘されることが増え、教育方法としての本質的な見直しに迫られていた。</p> <p>●ニーズ評価(実習参加者および離島住民の意識調査)</p> <p>そこでまず、平成 25 年度後半より実習参加者(学生、教員)および離島の住民の方々からのアンケート調査を行い、問題点の抽出を行った。その結果、一つの大きな問題点は、現地住民と実習参加者との間に本事業への認識に乖離があること、すなわち、現地の住民にとっては歯科医療の重要かつ深刻なライフラインの機会であるにも関わらず、実習に参加する学生は医療現場の最前線を「学びに行く」というよりは、「南の島へ実習に出かけ</p>			

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

る」といった態度だったため、住民からのクレームが多くあるという点であった。この問題は、元をたどれば実習の目的が参加者間で共有されておらず、学生が実習でどのような行動が期待され、何を学ぶべきかを明確にしないまま実習が行われているところに根本原因があるようであった。

#### ●カリキュラムのアウトカム

そこで新たな部会を立ち上げ、実習全体を見直す際に、「将来の地域医療の担い手として市民の健康の維持管理、増進に貢献するために、離島、へき地を含む地域歯科医療を理解するための基本的知識、技能、態度を習得する」というGIOを定め、それに付随して7つのSBOsを設定した。ここではブルームのタキシノミーにおける3領域いずれも含まれているが、とりわけ情意領域における教育効果を期待した。本学はこれらの目標を学ぶ上で地理的に有利な環境を有しているものの、これまで十分に生かし切れていなかった。そこで、SPICES model2)を参考に、大学病院から「地域」へ学びの場を移すとともに、系統立ったカリキュラムを構築することとした。今回の新たな実習の追加をはじめとして、次年度以降はアウトカム基盤型教育3)の概念に基づき大幅なカリキュラム改革を予定しており、コンピテンス、コンピテンシーの設定とともに能力の発達段階に合わせたプログラムを構築していく予定である。

#### ●カリキュラムの構成

従来からある「離島巡回歯科診療同行実習」は、無歯科医離島における歯科医療を体験できる重要な実習であるが、資源の制約の多さを考慮すると、これだけでは「離島」における「地域歯科医療」を理解させることは困難であった。そこで、平成26年度より新規に「離島歯科医療実習」を追加した。この実習は、離島にある医療機関に学生を派遣し、見学、体験実習を行うものであり、本学医学部と共催し、同じ島に同じ時期に学生を医、歯学部とも3名程度ずつ派遣し、一部共同で実習を行った。歯学部の実習内容は、現地歯科診療所における見学や診療介助、また地域歯科保健活動への同行であり、医学部の実習では現地診療所における見学、診療介助とともに施設や居宅への訪問診療への同行が中心である。期間中、各学部生は一時共同で実習を実施したことから、歯学部生にとっては離島における歯科医療を、歯科診療所の中からだけでなく、医師や地元住民の視点を含め広く見ることが可能となり、地域全体の中における歯科の役割や地域における多職種連携4)の重要性を理解することが可能となったと考えられる。

#### ●カリキュラムの運営

実習を開始する前に、実習への参加希望者を対象にオリエンテーションを実施し、学習目標や実習に臨むにあたっての心構えについて指導を行った。同様に、実習に同行する教員等に対しても、実習の概要説明を行い、適切な教育環境5)を構築するよう依頼を行った。

実習の方法であるが、「離島巡回歯科診療同行実習」については前述の通りである。「離島歯科医療実習」は現在3つのコースを設定し、学生に自由に選択させた。訪問先は県内の離島3か所であり、それぞれの島の歯科診療所各1件に学生を3日間派遣し実習を行った(移動日を含めると、全行程は5日間)。同日程には、本学医学部がこれらの歯科診療所の近隣病院・診療所で同様の実習を行っており、毎日午後は両学部の学生の相互入れ替えを行う体制とした。

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

#### ●学習者の自己評価

実習中にポートフォリオを記載させ、実習内容の振り返りを促進した。また実習終了後にインタビューを行い、ポートフォリオの記載内容について確認を行った。

#### ●学習者理解

実習には各コースに教員が同行しているため、実習態度等随時観察し、適宜フィードバックを行った。実習期間中はほぼ毎晩、学生と教員とで懇談する機会を設け、非公式のインタビューやディスカッションを行った。また実習終了後は、経験した実習概要についてグループごとにまとめ、報告会を開催し、実習未参加者にも情報共有を行える場を作るとともに、成果の確認を行った。

<振り返り>

#### ●実践についての他者評価

今年度追加した「離島歯科医療実習」はトライアルとしての実施であったため、現6年生の中から希望者しか参加させることができなかったが、実習に参加しての評価はとても高かった。特に医学部と共同での実習は初めての経験でもあり、学びの広がりや深さを実感する良い機会となったようであった。事後アンケート結果で「離島における医療に興味がありますか？」の問いに、5段階評価で「4」以上の肯定意見が8割以上、「離島歯科医療実習は将来の自分のキャリア構築に影響すると思いますか？」の問いに、「4」以上の肯定意見が約7割であった。また、離島医療の魅力について、人と人とのつながりを強く感じられるところが最も指摘されており、実習を通じて住民同士、また住民との交流の大切さを認識したようであった。

#### ●実践についての自己評価

自分自身が臨床教育部会長の立場になって初めて気付いたが、離島の住民から学生の不適切な行動などを指摘されるまで、実習の体制が不十分であったことに気付かなかった点は大いに反省すべきであった。過去より繰り返し行われている実習のあり方に疑問を持ち改善につなげるためには、実習に関わるステークホルダーからの小まめな情報収集が欠かせない。また、それを組織的に改善につなげていく体制づくりの必要性を痛感した。今回は貴重な機会を得て、改善計画立案や一部実習を実施できたことは幸運であった。

身近に存在する事業が教育に適するものかの吟味は特に重要で、「離島巡回歯科診療同行実習」は現地住民の深刻度や治療効果が明確に求められる場であるので、未熟な状態の学生が安易に参加すべき内容ではないように感じた。教員が活用できる資源の特性を見極めたうえで、学生の能力発達段階に応じて段階的に教育を進め、これらの機会を効果的に活用すれば、より良い学びが期待できるものと感じた。

今回は本学医学部地域医療学講座の各教員の協力のもと、医学部生との共同による新たな実習体制を構築した。本学では学内において医歯学部間の共同授業はほとんど開講されていないため、実習を実現するにあたってかなりの苦労があったが、実習後の学生の反応はその苦労を上回る高評価であり、大変心強く感じた。次年度以降はさらに充実した体制を構築していきたい。

今回の実習には、同行教員として私も一つのコースに参加した。実習中は学生のニーズに細やかに対応しようと行動したが、後日学生からは「窮屈だった」とのコメントが得られ、適度な距離感を図ることの難しさを実感した。実習を通じて感じたことは、まずこの手の実習は、何より地元住民や現地スタッフの協力なしには達成できないものであり、人と人とのつながりの大切さ、有難さが身に染みて理解できた。その上で、先方に単なる協力やポ

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

ランティアを求めるのではなく、先方のメリットにも十分配慮し、双方にとって有益となる体制を作ることが重要であると感じた。

現地の医療者は、教育者として特別なトレーニングを受けているわけではないが、地元住民とのかかわりや医療の実践スタイルから、学生たちにとっては「島医者」のロールモデルのように映ったらしく、自身の医療者としての行動やキャリア構築に影響を受けたようであった。私も歯学教育の実践者として、自らの医療者としての行動の不十分さを見直し、学生と望ましい環境で関わる必要性を改めて認識した。

<参考文献>

- 1) Harden R M: Ten questions to ask when planning a course or curriculum. Medical Education.1986; 20: 356-365.
- 2) Harden R M, Sowden S and Dunn W R: Some educational strategies in curriculum development: the SPICES model. Medical.Education.1984; 18: 284-29.
- 3) 田辺政裕. アウトカム基盤型教育の理論と実践、篠原出版新社、東京、2013
- 4) Hammick M, Olckers L and Campion-smith C: AMEE Medical Education Guide No38; Learning in interprofessional teams. Medical Teacher. 2009; 31: 1-12.
- 5) Dent J A, Harden R M. A Practical Guide for Medical Teacher 3<sup>rd</sup> edition. Churchill Livingstone. London.2009

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

## 9. その他(Others) レポートのフォーマットと評価項目

### 9-1. 教育実践・振り返りレポート フォーマット

医学教育専門家の認定評価のために、あなたが関わって教育機関ないし医療機関でおこなった実践事例から一つ選んで、記載して下さい。下記の内容が盛り込まれていることかどうか、確認しながらお書き下さい。分量は必要に応じて、**A4用紙3~4枚**を上限に、まとめて下さい。**TL、A、CD以外のその他(Others)**を選択した理由を含め、その実践を行った背景や状況を医学教育学の知識や考え方を含めて記載して下さい。

学会員番号		領域	<input type="checkbox"/> TL, <input type="checkbox"/> A, <input type="checkbox"/> CD, <input checked="" type="checkbox"/> OT(1つを■に置き換える)
教育活動の実践名			
<p>&lt;教育実践事例&gt; 以下の内容を含め、できるだけ具体的に記述して下さい。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● 事例選択の理由</li><li>● 当該実践における役割やコミットメント</li><li>● 担当期間</li><li>● 実践の具体的内容;学習者(医学生・研修医)の実態やニーズ、社会や現場のニーズや課題、実践内容、実践のマネジメントとそこでのリーダーシップ</li></ul> <p>以上の理解のために必要と思われる背景や状況(補足説明として)や医学教育学の知識と考え方の活用</p> <p>&lt;振り返り&gt;</p> <p>以下の内容を含め、医学教育などのフレームワークなどを用いて自己の教育事例を相対化し、複数の視点で多面的に自らの実践を捉え、次につながる改善事項と実践プランを具体的に記述して下さい。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● 実践についての他者評価;学習者からのフィードバック、同僚・上司からの評価など</li><li>● 実践についての自己評価</li></ul> <p>&lt;参考文献&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1)</li><li>2)</li></ol> <p><b>【留意事項】</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>* 可能な限り、医学教育学の考え方や知識を踏まえた記述が望まれます。</li><li>* 写真や具体的な教材などがあると、事例の概要がより明解に伝わります。</li></ul>			

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

## 9-2. 教育実践・振り返りレポート 評価項目

□ その他(Others)のカテゴリーに該当するか? :p9の3-4を参照すること

### 1)教育実践

1. 事例選択の妥当性: 自らの教育活動の問題点や課題を反映しているか/医学教育学の動向を踏まえているか/当該領域で提出する事例として、選択理由に妥当性があるか
2. 学習者(医学生・研修医)の実態やニーズ: 教育的課題を踏まえたものか/学習者(医学生・研修医)の実態を考慮しているか/学習者のニーズに対応しているか
3. 社会や現場のニーズや課題: 社会的要請を考慮しているか/現場のニーズに対応しているか/現場の課題解決に貢献できるか
4. 実践の内容: 実践の目的は明確か/実践の目的に適した方法が選択されているか/結果・成果は、量的・質的に十分なものか/結果・成果において、目的が達成されているか
5. 実践のマネジメントとそこでのリーダーシップ: 実践の持続性・継続性は、確保されているか/実践の発展性の見通しや契機は、具体的に認識・追及されているか/実践のマネジメントは円滑に行われているか/実践のマネジメントにおいてリーダーシップが発揮されているか
6. 医学教育学の知識と考え方の活用: 全体として、医学教育学の基本的な定義や概念を、正確な理解の上で使用しているか/関連する医学教育学の研究成果を適切に選択・引用しているか/医学教育学の考え方を具体的場面に適用しているか

### 2)振り返り

1. 自らの教育活動を振り返る視点と姿勢: 自らの教育活動で学習者(参加者)がどう学び、それが個々の学習者にどんな影響を及ぼしたか、との視点から、振り返りがなされているか/教育活動で生じた実際の変化を手がかりに、他者評価を活用しながら、客観的な振り返りができているか/主観的な印象や判断を、異なる視点から再検討し、自らの教育活動を謙虚に見つめなおす姿勢があるか
2. 医学教育学の知見の活用: 振り返りに適した医学教育学の知見が適切に選択・引用されているか/選ばれた知見に沿った適切な振り返りがなされたか/選ばれた知見の特徴や長所・短所が踏まえられた考察か
3. 論理的一貫性と説得力: 教育活動の記述・分析・考察が、首尾一貫した論理で構成されているか/教育活動の記述・分析・考察に、説得力があるか
4. 専門的・多面的な視点からの振り返り: 自らの専門職としての成長の現段階を知り、発展につながる振り返りになっているか/複数(医学生・教師・研修医・指導医・患者等)の視点で選択された情報を使った効果的な振り返りができているか

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

5. 振り返りの内容を踏まえた改善事項:改善事項は、明確に示されているか／改善事項は、振り返りの内容が踏まえられ、実現可能で評価可能なものか



作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

## 10-2. 学術活動の成果 評価項目

1. タイトル:わかりやすいか
2. 要約部分:うまくまとめられているか／わかりやすいか
3. 背景 :先行研究を踏まえているか／理路整然としているか
4. 目的:社会的に妥当な内容か／時代に合っているか／明確に書かれてあるか
5. 方法:妥当性／信頼性
6. 結果:新しい知見を含んでいるか／分析方法は妥当か／他施設で利用できる内容か
7. 考察:深い考察がなされているか／研究の強みおよび限界が記載されているか／今後の研究に対して示唆を与えているか
8. 用語:医学教育学の用語が適切に用いられているか
9. 研究倫理:利益相反／倫理審査
10. 提出物:分量／体裁・デザイン

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

### 10-3. 学術活動の成果 例示

カテゴリー	■学会発表 □学術論文 □著書・翻訳書 □研究報告書
概要	○田○志. IPE (Interprofessional education) から TPE (Transprofessional education) への展開. 第 44 回日本医学教育学会大会. 慶応大学. ポスター発表. 2012 年. 抄録 p○-p○
<b>医学教育学会 学会員番号:111-111-1111</b>	
<p>医学教育学会抄録より</p> <p>&lt;タイトル&gt; 地域住民参加型 IPE (Interprofessional education) からカリキュラム TPE (Transprofessional education) カリキュラムへの発展</p> <p>&lt;背景/目的&gt; 本研究は中小病院のスタッフが、既存の地域健康教室(班会)を専門職種間連携教育(IPE)として実施した際、地域住民および医療者双方が何を学び、どのようにチーム形成したかを考察した事例研究である。</p> <p>&lt;方法&gt; 研究参加者は、医師・病棟看護師・理学療法士・薬剤師・栄養士の計 5 名の医療スタッフに加えて、6 名の地域住民である。研究手法は、2010 年度に筆頭演者が IPE のファシリテーター役を担う形で参与観察を行い、プログラム終了後に医療スタッフと地域住民にそれぞれ約 1 時間のフォーカスグループを実施した。さらに 2011 年度には医療スタッフとの Reflective Meeting を複数回行って、そこで作成された絵や構図、またディスカッションの観察記録、インタビューの内容をデータとして、学習者の学びを解釈し、チーム形成要因について考察した。</p> <p>&lt;結果&gt; 当初、参加者からは不安な言動・態度がみられたが、事前勉強会・住民参加型学習会・振り返りというプロセスを通じて職種間の距離が縮まり、互いを尊重するようになった。また、ロコミで学習会参加者が集まった成功体験によって、地域住民・医療スタッフの団結が高まり、活動の動機づけにつながった。さらには、職種間で集学的学びが機能したのみならず、地域住民・医療スタッフ間で双方向性の学びが生じ、自身・地域の役割の再認識をもたらした。そして活動が「地域住民と医療スタッフが協働し、相互に変化をもたらすシステム」として位置づけられるようになった。</p> <p>&lt;考察&gt; 職種間の境界領域にあるテーマの選択、テーマの生活近似性、越境コーディネーターの存在などが地域住民と医療スタッフの協働チーム形成のプロセスに関与していた。本事例を通して、病院から地域への活動の越境を、活動理論を応用した IPE から TPE への展開という形で提唱する。</p> <p>研究倫理規定等を遵守しましたか: はい 利益相反について: 利益相反はない</p>	

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

## 11. 教育履歴

### 11-1. 教育履歴 1)教育経験に関する業績リスト フォーマット

医学教育専門家の認定評価のために、あなたの教育経験に関する業績リストを記載して下さい。下記の内容が盛り込まれているかどうか、確認しながらフォーマットに従いお書き下さい。分量は必要に応じて、A4用紙6枚程度を上限に、まとめて下さい。

ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女	年 月 日	歳
学会入会日		会員番号		
所属				
住所				
学歴				
大学卒業時からの学歴を記載してください。				
職歴				
資格・学位				
取得年月日	資格・学位名			
年 月 日				
主要な医学教育実践実績				
期間	どこで何を行ってきたか	そこで特に工夫していたこと		
医学教育に関する学習、FD や WS 等への主要な参加歴				
参加日程	FD や WS の名前	そこで学んだこと		

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

医学教育に関する研修でのタスクフォース、講師等体験歴(主要なもの20まで)		
開催日程	研修会やFD、WSの名前	担当した役割
実践以外の医学教育における委員などの活動歴		
所属施設内		
期間	活動内容	
所属施設外		
期間	活動内容	
学会など		
期間	活動内容	
医学教育に関する著作、論文(主要20件まで)		
医学教育に関する学会発表(主要20件まで)		
医学教育に関する表彰など		
表彰時期	表彰内容	

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

## 11-2. 教育履歴 2) キャリアヒストリー フォーマット

医学教育専門家の認定評価のために、あなたのこれまでのキャリアヒストリーを簡潔にまとめて記載して下さい。下記の内容が盛り込まれていることかどうか、確認しながらお書き下さい。分量は必要に応じて、A4用紙4枚程度を上限に、まとめて下さい。

医学教育学会 学会員番号: - -

### <医師・専門家としてのキャリアの時期区分>

#### 1) 時期区分と概要の記述

これまでのキャリアを3~6程度の時期(キャリアステージ)に区分して、それぞれの時期にタイトルをつけて、そのタイトルの時期の概要を簡単に解説して記述して下さい。

#### 2) キャリアプロセスマップ

縦軸をキャリアステージ(時期)、横軸を以下の①~⑤を規準とし、各時期の特徴を表す簡単なキーワードを空欄に入れて下さい(すべての枠をキーワードで埋める必要はありません)。

- ① 医学教育学の基本的理解と姿勢
- ② 医学教育者の役割に関する理解と自覚
- ③ 医学教育者としての実践力
- ④ 医学教育者としての適切な態度や倫理
- ⑤ 医学教育者としての自己研鑽

キャリアステージ	基本的理解と姿勢	役割	実践力	態度や倫理	自己研鑽

### <医学教育者としてのキャリアをどう形成してきたか>

以下の内容について自分は医学教育についてどんな信念や考え方を培ってきたと思うか、具体的に例を挙げて記述して下さい。

#### ・医学教育学への問題意識と関心

医学教育に問題意識を持つようになった時期や契機、関心の具体的内容について書いて下さい。

#### ・医学教育者として、特に力を入れてきた分野やテーマ

これまで医学教育者として重点的に取り組んできたこと、また職務上、主に携わってきた内容を書いて下さい。

#### ・医学教育実践への取り組みの大まかな経緯

主として取り組んできた医学教育における実践の概要とその取り組みの発展・変遷の内容を書いて下さい。

#### ・医学教育者として、いかに知識やスキルを獲得し、自己研鑽してきたか (ターニングポイントがあればその時期を中心に)

医学教育者として仕事上、どんな機会や学習を行ってきたか、飛躍や発展、変化の時期に注目して下さい。

#### ・医学教育実践で、特に印象に残っていること

これまでの実践的取り組みの中から、特に今の自分に影響を及ぼしたと思われる点を書いて下さい。

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

**・医学教育実践で、困難や課題として認識してきたこと**

失敗や停滞など、医学教育上の自らの短所や弱点、課題をどう捉え、克服しようとしてきたかを書いて下さい。

**<医学教育者としての現段階と今後の課題>**

医学教育者としての蓄積の成果と捉えている点、現在抱えている問題点、今後への課題や展望について、具体的に書いて下さい。

**<参考文献>**

特に今の実践に影響を及ぼしている文献を中心に複数挙げて下さい。

**【留意事項】**

- \* 可能な限り、医学教育学の考え方や知識を踏まえた記述が、望まれます。
- \* 写真や簡単な資料などがあるとより明解に伝わりますが、必要不可欠の分量として下さい。
- \* 書類としての記載の順序は、以上のようなものである。個人によって、まず「医師・専門家としてのキャリアの時期区分」を書いてから「キャリアをどう形成してきたか」を書く方がスムーズに書ける場合と、まず「キャリアをどう形成してきたか」を書いてから「医師・専門家としてのキャリアの時期区分」を書く方が書きやすい場合とに分かれます。

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

### 11-3. 教育履歴 2) キャリアヒストリー 評価項目

キャリアヒストリーの評価にあたり、特に重視する観点は、①自らの医学教育者としての成長の道筋の振り返りが、適切かつ具体的にできているか、②医学教育者としての成長のプロセスが、適切な時期区分と各時期の特徴を示すキーワードで示されているか、③医学教育者としての経験や価値観を内省的に振り返り、今後の医学教育の目標や課題につなげようとしているか、の3点です。より具体的な評価項目は、下記を参照して下さい。

#### 1. 医学教育者としてのキャリアの時期区分と記載

時期区分／各時期への必要事項／「キャリアプロセスマップ」のキーワード／全体的な記載のしかた

#### 2. 医学教育学の基本的理解と姿勢

医学教育の目的と理念の理解／医学教育の政策動向や課題の理解

／職場における医学教育学上の課題への問題意識

#### 3. 医学教育者の役割に関する理解と自覚

医学教育者の役割の理解／学習者(医学生・研修医)への教育的対応／医学教育者としての自覚と責任感

#### 4. キャリアや職場の変化に応じた医学教育の実践力

学習の場や機会の設定／学習者への対応／適切な振り返りと次の段階への見通し

#### 5. 医学教育者として培われてきた態度や倫理

情熱・熱心さ／学習者への関心と共感／学習者の尊重・公正さ／オープンさ／信頼感／教育上の倫理への配慮

#### 6. 医学教育者としての自己研鑽

探究心／振り返りとその活用／ライフワークなど、生涯学習者として自らの課題に取り組み続ける態度

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

11-4. 教育履歴 2) キャリアヒストリー 例示

医学教育学会 学会員番号:111-111-1111					
<b>&lt;医師・専門家としてのキャリアの時期区分&gt;</b>					
<b>1) 時期区分と概要の記述</b>					
<b>I 初期研修医期(臨床研修必修化)</b>					
20××年3月にA医科大学医学部を卒業後、同年4月、B病院の初期研修医として入職。					
<b>II 後期研修医期(〇〇医療専門研修)</b>					
20 専門年4月引き続きB病院の〇〇医療後期研修プログラムに入り、20 後期年△△専門医を取得。					
20△専年～1年間×××× Nine Days Faculty Development Fellowship (Nine Days に参加。					
<b>III 病棟医長 兼 医学教育フェローシップ(医学教育従事者への転換期)</b>					
20 学教年4月より引き続きB病院の病棟医長を担いながら併行して医学教育フェローシップで医学教育に関するポートフォリオを作成(全6領域)。					
<b>IV 博士課程(医学教育研究への道)</b>					
20 博士年4月にC大学医学教育××センター博士課程に入学し、並行してがんプロフェッショナル緩和ケアコースにも所属。また×× Leadership Program(20××.4～20××.3) の Internship で20××.11～1ヶ月英国に短期滞在し、Interprofessional education について学ぶ機会を得る。					
<b>2) キャリアプロセスマップ</b>					
	基本的理解と姿勢	役割	実践力	態度や倫理	自己研鑽
<b>2004, 4～</b> <b>I 初期研修医</b>	振り返りとの出会い・学ぶ意味の模索	学び手	対話者	Professionalism	日々の実践研修
<b>2006, 4～</b> <b>II 後期研修医</b>	振り返りの必要性の認識と適用への熟達	伝達者・ファシリテーター・マネージャー	モデリング、一対一の実践に基づく指導、家庭医療の文脈の指導	Reflective practitioner(実践者)	現場の指導、指導医 WS、HANDS-FDF
<b>2010, 4～</b> <b>III 病棟医長 兼 医学教育フェローシップ</b>	視野の広がり(多職種、組織、地域)	ロールモデル・サポーター・管理者	教育実践の理論の適用と振り返り	Servant leadership	Teaching portfolio
<b>2011, 4～</b> <b>IV 博士課程</b>	医学教育全般の俯瞰、国内・国際状況の把握	橋渡し、研究者、教育アドバイザー	汎用可能な知識習得と転移、構築への試み	Reflective teacher	Research(PhD), Internship, 海外への学会参加

## <医学教育者としてのキャリアをどう形成してきたか>

### (1) 医学教育への問題意識と関心

私は初期研修医時<sup>1)</sup>に振り返りをすることを課せられたことで、「自分自身が学ぶ意味」に気付かされた。これまでの教育では知識を巾着袋に入れる作業をひたすら行い、そして必要に応じて知識を取出し応用することが私の中の学習であった。しかし、振り返りという他者の基準がないところで常に自分にとって何ができ、何ができなかったのか、そして自分の感情と向き合いながら、仲間や先輩たちとの対話でメタ認知の視点ができ、感情が浄化される、そのプロセスの中で医師としての知識・技術・態度を育んだ実感を得た。また、正統的周辺参加できる組織文化があったことも自身の学びを促進した要因にもなった。こういった主体的な学びが非常に自分にとって楽しく、心地よい経験となった。しかし、キャリア区分<sup>2)~4)</sup>で自身でも経験したが、主体的学びを促進するようなシステムは、個別の努力が必要であることを実感した。そこで、すべての医療者が積極的に生涯学習に参加できるような基盤づくりをしていきたいというのが今の関心事である。そのためには、研究者<sup>4)</sup>として、実践現場との橋渡しの役割として、これまでの経験基盤型の医学教育だけでなく、生涯学習としての教育学や医学教育の Evidence を十分に俯瞰し、それを応用するというプロセスが必要であることを実感している。

### (2) 医学教育者として、特に力を入れてきた分野やテーマ

現場で7年働いた経験や日本・海外の文献からも複雑で込み入った医療・福祉問題が増えてくることを実感しているが、それに対応すべく医療・福祉専門職の教育システムの構築はまだまだ進んでいない。大学院時<sup>4)</sup>に、英国の Internship や多職種連携教育; Interprofessional Education (IPE) の国際学会などに参加し、英国・カナダなどは自国の文脈に応じたカリキュラム開発や評価の現状を見聞きする経験があったが、日本ではかなり遅れていることがわかった。現在は、教育の理論的背景を踏まえた医療者研究をすすめる一方で、日本の文脈に応じた IPE のカリキュラム構築が必須であり、大学と実践現場をつなげられるような IPE/IPW のシームレスな実践と評価、加えてファシリテーションの評価に関する研究を進めている。

### (3) 医学教育実践への取り組みの大まかな経緯

2006年~後期研修医<sup>2)</sup>として初期研修医の指導に携わり、また教育プログラムが未整備だったこともあり、指導医とともに協同しながらカリキュラム構築に携わった。2009年~チーフレジデントとして初期から後期研修医全体の指導だけでなく、病棟スタッフ(多職種)のマネジメントや看護教育のアドバイザーとして関わるようになり、同時期にxxチーフレジデントで学んだリーダーシップやマネジメントを生かすことができた。

2010年~病棟医長兼医学教育フェローシップの時期<sup>3)</sup>は、初期研修医、後期研修医だけでなく、看護教育や地域住民を巻き込んだ健康教室のプログラム開発者として関わり、また研修医のメンタリング制度、研修医 OSCE の開発、家庭医療カリキュラム構築、病院スタッフ・診療所を巻き込んだ緩和ケアチームの運営などを行い、それらを Teachers Role (Harden, 2000) の領域に落とし込み、医学教育ポートフォリオを作成した。

2011年~C大学医学教育xx研究センターの博士課程<sup>4)</sup>に入学し、医学教育研究をすすめる傍らC大学医学部の共用試験 OSCE 運営委員(20xx)やC大学医学部医学科にてPBLチューター(20xx~)などで学部生の教育に関わっている。またB病院の医学教育アドバイザーとしてプログラム開発・評価や研修医のメンタリング、多職種の Faculty Development、In Training examination の開発などにも関わり、D病院家庭医療プログラムにおいても医学教育アドバイザーとしてポートフォリオの作成支援を行っている。20年度からは、医学教育学会△△委員会、保健医療福祉連携学会 IPE 推進委員会などにも参加させて頂いている。

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

#### (4) 医学教育者として、いかに知識やスキルを獲得し、自己研鑽してきたか(特に、④の転換期前後)

後期研修医<sup>2)</sup>の時は初期研修医の指導医として関わっていたので、指導医のためのWS(臨床研修指導医養成講習会など)に参加し、現場で役に立つような医学教育に関する知識・技術を習得した。その後××床研修指導医養成では、同年代の医師たちとの協働学習を通して医学教育の基本的な概念を学び、それを踏まえて知識・態度・技術それぞれの領域のWSの作成、その他にもリーダーシップやマネジメントスキル、交渉術、会議術などを学び、それを生かしてチーフレジデントマニュアルを作成した。翌年の医学教育フェローシップ<sup>3)</sup>では、E大学のMasterプログラムを終えたF先生をメンターとして迎え、Teachers Roleに準じ6領域に関してポートフォリオを作成した。ここでの実践を文献や教科書から学んだ理論的枠組みを踏まえ振り返り、経験学習サイクルを回したことが今の医学教育者としてのアイデンティティに大きく影響している。その後、C大学医学教育××研究センターの博士課程<sup>4)</sup>に入学したあとも、同大学で行われている医学教育基礎講座、医学教育セミナー、客員講師のFDに参加し、F大学で行われている定期的なセミナーにも年に2回以上は参加し、医学教育の基礎的知識・スキルをブラッシュアップしている。また20××年から医学教育学会で毎年発表を行っている。

#### (5) 医学教育実践で、特に印象に残っていること

初期研修医<sup>1)</sup>の時から、振り返りを課されていたため1ヶ月に1回振り返ることが日常化していた。しかし、後期研修医<sup>2)</sup>になると振り返る機会がなくなり、ストレスやモヤモヤが残り、日々の業務に支障をきたすことに気づいた。3年目の時、外来通院していたアルコール依存症の患者が外来日の夜に自殺したことがあった。当時研修中でもあった私は医師として自責感に悩まされた。しかし、一定の時間を経たあと関わったMSWとともに振り返ることが共有できたことで、起こった事象を脱文脈して捉えることができ、感情の浄化だけでなく、次の動機付けにもなることを実感した。その時改めて振り返りの効用について実感することができた。そして振り返りの場の安全性の確保や親近性を感じる仲間の存在が、振り返りをうまくすすめる重要な要素であることも実感できた。その後、後期研修医に対しても一定時間を確保し、1ヶ月に1回振り返りをする時間をつくるようにしている。また医学教育フェローシップ<sup>3)</sup>後は後期研修医に対して定期的にメンタリングを行うことで、集団・個々のニーズに合わせて振り返りを促せるような環境をつくるようにもした。

#### (6) 医学教育実践で、困難や課題として認識してきたこと

病院で働いているときキャリア区分<sup>1)~3)</sup>は、臨床業務が忙しいため、実践がメインとなり、理論的枠組みを獲得する機会を得ることが難しかった。そのため理論的基盤を理解し、振り返りをするためにはある程度の時間の確保とメンターとなる存在が必要になる。これは医学教育フェローシップ<sup>3)</sup>の時期に実感した。しかし、現場で医学教育の理論やフレームワークに長けた臨床家はまだまだ少なく、臨床の多忙さを考えると臨床に特化せざるを得ない状況である。そのような状況を踏まえると、大学と現場の往復ができるような医学教育研究実践者を育成する必要がある。これは専門職連携教育に関わる大学の教員と現場のスタッフにも同様に言えることで、大きな認識の乖離があるためシームレスなつながりを作ることができていない。その溝を埋められ、GlobalとLocal、そして実践と研究を橋渡しできるような実践研究者が今後必要になってくると感じる。

#### (7) 以上のプロセスの中で、自分は医学教育についてどんな信念や考え方を培ってきたと思うか

「振り返る」ことが身体化したことで、学びの概念が大きく変わった。前述したように、主体的に学ぶことが楽しいと感じることができるようになった。この変化が、自分の教育感にも影響しており、何を教えるのか、どう教えるのかではな

作成ガイドは改訂されますので、ポートフォリオ作成時は最新版を確認してください。

く、どう学ぶのか、どのような学習のサポートが必要なのかを探求する今の私の教育観につながっている。

#### <医学教育者としての現段階と今後の課題>

現段階では、医学教育者として研究を進める能力はまだまだ課題が残る。これは残りの大学院生活と生涯にわたって真摯に取り組んでいきたい。一方で、現場での関わりを継続的に作ることでスタッフの思いを踏まえたサポートは微力ながらできているように感じる。しかし、大学では大学以外の現場をほとんど知らないまま、あるいは忘れてしまった人達が教育現場に携わっていることによるマイナスの影響の Hidden curriculum を感じる。これは医師だけでなく、看護や他の職種も同様のことがいえるのではないだろうか？そんな中では、現場と大学教育の乖離はますます進んでいくのではないかと危惧する。今私ができることとして、IPE や緩和医療の分野で現場と大学をつなげるようなコミュニティーを模索しているが、根深く残る医療ヒエラルキーやセクショナリズムが進みすぎた日本の文脈に応じた卒前・卒後のカリキュラム構築(特に IPE や緩和領域)、研究が現場に役立つような教育研究を進めていくこと、そしてそのような横断的領域を研究でつなぐようなキャリアがあることを示すことが私のひとつの役割だと実感している。そのためにも、まずは私自身が医療従事者として、医学教育実践者として、そして医学教育研究者として、経験を積みながら、外部に発信していくことが大切であると感じている。

#### <参考文献>

- 1) Donald A. Schon. The Reflective Practitioner: How Professionals Think In Action. Basic Books.NY.1984
- 2) William H Shrank. G Christian Jernstedt. Fosterling Professionalism in Medical Education. J Gern Intern Med. 2004;19(8):887-892
- 3) Lyne Menard. Savithiri Ratnapalan. Reflection in medicine; Models and application. Canadian Family Physician. 2013;59(1).105-107