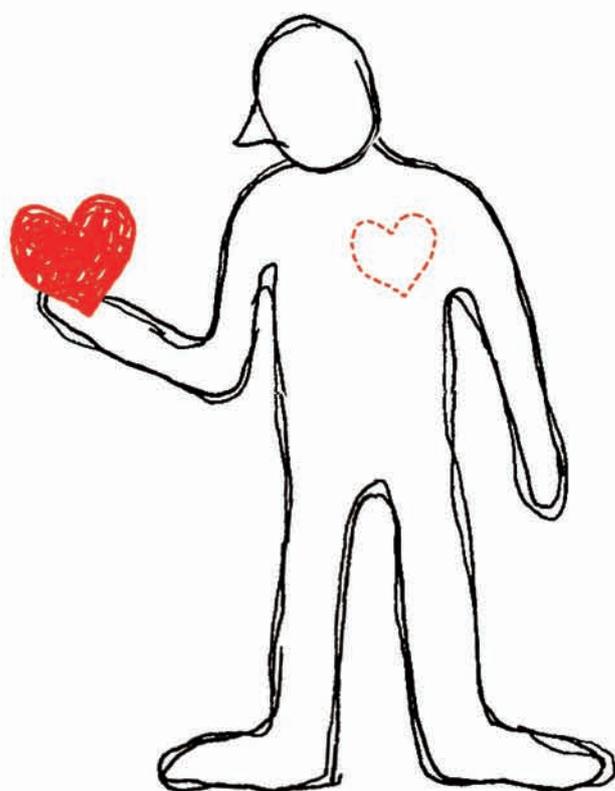


日本医学教育学会
行動科学・人間関係教育委員会 報告書

行動科学教育を考える

—プロフェッショナルの教育をめざして—



2006年3月

第14期 行動科学・人間関係教育委員会

行動科学・人間関係教育委員会 報告書

行動科学教育を考える—プロフェッショナルの教育をめざして—
目次

目次.....	01
記録写真.....	02
発刊に寄せて	齋藤 宣彦 05
委員会を代表して	中村 千賀子 06
行動科学・人間関係教育委員会について.....	07
第一部 行動科学人間関係教育について.....	08
行動科学人間関係教育について	中村 千賀子 09
わが国の医学教育はなぜ「ガラパゴス諸島の生物」に喩えられるのか？ — 行動科学教育のこれからのあり方 —	津田 司 12
IMPROVING MEDICAL EDUCATION -Enhancing the Behavioral and Social Science Content of Medical School Curricula - Institute of Medicine 2005	藤崎 和彦 18
日本医学教育学会「行動科学・人間関係委員会」活動記録	中村 千賀子 21
行動科学人間関係教育ワークショップ2004 開催趣旨	中村 千賀子 22
行動科学人間関係教育ワークショップ2004 まとめ	北村 聖 23
行動科学人間関係教育ワークショップ2005 まとめ.....	三原 祥子 24
第二部 アメリカの行動科学・人間関係教育.....	25
参加メンバーおよび日程表	25
視察旅行について 臨床医と行動科学 米国視察を通じて	尾関 俊紀 26
日本行動科学委員会アメリカ東海岸視察旅行報告.....	阿部 恵子 27
アメリカ医学教育にみるプロフェッソナリズム	阿部 恵子 30
Drexel大学 視察報告	鈴木 康之 相野田 紀子 32
資料 Improving Medical Education ~Enhancing the Behavioral and Social Science Content of Medical School Curriculum.....	Novack DH 34
Johns Hopkins大学 医療コミュニケーション教育ツールの比較 -School of Medicine, Johns Hopkins University の事例を中心に-	杉本 なおみ 42
Clinical Education Center, School of Medicine, Johns Hopkins Universityにおける PETAおよびGTAの養成に関して	三原 祥子 47
Rochester大学における行動科学教育	尾関 俊紀 48
第三部 Tips集.....	51
横浜市立大学における人間関係（行動科学）教育.....	後藤 英司 52
東京大学における人間関係(行動科学)教育.....	大滝 純司 55
多職種が参加する医療者教育—Inter-professional Education (IPE).....	福島 統 56
医療系大学「行動科学・コミュニケーション基礎教育」1	中村 千賀子 58
医療系大学「行動科学・コミュニケーション基礎教育」2	中村 千賀子 60
鳥取大学医学部における人間性教育「医学部医学科科目ヒューマン・コミュニケーションI」高塚 人志.....	65
藤田保健衛生大学でのコミュニケーション授業	松井 俊和 68
生活者中心のヘルスケアと「医療環境論」	星野 晋 71
グループ課題：高齢化社会における保健・医療システム	星野 晋 74
岐阜大学医学部医学科における医療面接実習について.....	加藤 智美 75
コミュニケーションゲーム	藤崎 和彦 80
思いやりを考える『パズル&スキット』—臨床実習前の情意教育—	井上 千鹿子 82
コミュニケーションと看護：看護専門学校3年次生を対象として.....	相野田 紀子 84
行動科学・人間関係教育のための書籍リスト.....	藤崎 和彦 86
執筆者一覧.....	87
編集後記.....	三原 祥子 87

米国医学校「行動科学・人間関係教育プログラム」視察



視察前のメンバーミーティング
(ジョンズ・ホプキンス大学にて)

平成17年6月11日～19日、日本医学教育学会「行動科学・人間関係教育委員会」、同委員会「ワーキング・グループ(WG)・メンバー」が参加し、わが国の医療系大学における「行動科学・人間関係教育」のカリキュラム策定のための資料を得ることを目的として、米国の医科大学を視察した。

米国の医科大学の中で、行動科学・人間関係教育が充実している3大学(ジョンズ・ホプキンス大学, ドレクセル大学, ロチェスター大学視察)を訪問した。

(→第二部 各大学の行動科学・人間関係教育 p.23～)

Johns Hopkins 大学 (メリーランド州 ボルティモア)



ジョンズ・ホプキンス大学では、医学部の現行の行動科学プログラム、2007年度施行予定の新カリキュラム、独立した特徴的なプログラム(Healers Art, Death and Bereavement)が紹介された。



ジョンズ・ホプキンス病院

病院内4階にあるClinical Examination Center(臨床試験センター)では、全体的なセンターの機能、SPの役割、学生の臨床技能練習などの話を聞いた。



ジョンズ・ホプキンス大学医学部の校舎
視察の際には改装中だった。



ジョンズ・ホプキンス氏の肖像画



ナイチンゲールが晩年使っていたという車椅子



Clinical Examination Center (ジョンズ・ホプキンス病院内)にて

模擬患者トレーナーのMarian Rubach (左)とRose Zaeske (中央)から、医療面接のVTR (右)を使って身体診察教育担当の模擬患者 (一般身体診察用模擬患者 = PhysicalExam Teaching Associates [PETA]および生殖器・泌尿器診察用模擬患者 = Genito-urinary Teaching Associates [GUTA])による教育実践について講義を受けた。

Drexel大学 (ペンシルバニア州 フィラデルフィア)



ドレクセル大学



朝食持参で講義を聞く視察メンバー



ドレクセル大学にて

Novack教授 (最前列中央)を囲んで視察メンバーおよびドレクセル大学の先生方

Rochester大学 (ニューヨーク州 ロチェスター)

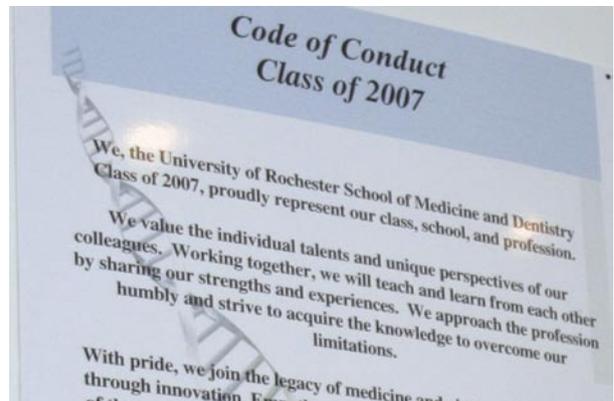


ロチェスター大学



Quill教授による講義

2005年5月に東京でもQuill教授の講演会「行動科学と Humanityの医学教育への統合」が行われた



「学生の誓い」

講義室の壁には入学時に学生たちが話し合って決定した Code of Conductが掲示してある。



ロチェスター大学のチュートリアル室 (左)
通常の病室と同じようにベッドサイドには医療機器が
備え付けられている。(右上、右下)



写真:北村聖 (東京大学 医学教育国際協力研究センター)

発刊に寄せて

日本医学教育学会 会長 齋藤宣彦

「医療は医学の社会的応用である」という言葉があります。これは医療から社会的な視点を見ずしてしまえば、それは医療ではなくなるという意味だと私は解釈しています。しかし、このような考え方が生まれるずっと以前から、社会で生きる人々は、今でこそ「医療」と呼ばれるようになった営みを時折あてにしながら生きてきました。その病気も、その折おりによってさまざまに姿を変え、時には身体に直接の不都合をもたらすもの、また、人間関係に障りをもたらす、あるいは日常生活に不具合をもたらすものなど、時代、国、民族によって実にさまざまであったと思います。

さて、日本医学教育学会では、2003年に「行動科学・人間関係教育委員会」を中村千賀子理事を担当理事として組織しました。これは、人間が抱える病気や苦しみを和らげ癒す医療人の教育には、生物学的視点とともに社会・心理学的視点が必須であることから、行動科学の医学教育への定着をめざして設置された委員会で、日本医学教育の中でもきわめて重要な位置を占めています。

この委員会では、2回のワークショップ、Rochester 大学医学部の Quill 教授による「行動科学と Humanity の医学教育への統合」と題する講演会、また、それに続く米国の医学校への視察などを行いました。このたび、その活動を踏まえて、多くの会員のお力添えで、米国の行動科学教育についての見聞報告と、行動科学・人間関係教育をめぐるチップス集を合わせ、『行動科学教育を考えるープロフェッショナル教育をめざしてー』として発刊する旨の報告を受けました。

高齢化の著しいわが国でも、ときあたかも人口減少の時代に突入とか、身体さえ健全であれば健康、というわけではない上に、誰もがいつまでも 18 歳の若人ではいられないことをひしひしと感じます。そのような中、社会のみなさまに大いにあてにいただけるようなプロフェッショナルとしての医療者教育に邁進しておられる先生がたにとって、この「行動科学・人間関係教育委員会」からの報告書が、ほんの少しでもご参考になるならば、学会のお世話役を仰せつかる者として望外の喜びとするところであります。

2006 年 3 月

行動科学教育を考えるープロフェッショナルの教育をめざして

- 行動科学・人間関係教育委員会を代表して -

東京医科歯科大学教養部 中村千賀子

日本医学教育学会が新たな活動をめざし、第14期学会運営を開始したのが、佐賀医科大学で開催された第35回日本医学教育学会大会終了後の平成15年（2003年）8月でした。斉藤宣彦新会長による所信表明において、この10年間の医学教育の流れがことのほか早く、国際的には医学教育のグローバル化に向けての変革、国内的には医学教育のコア・カリキュラムの提示と全国共用試験の実施へ向けての準備、平成16年（2004年）度からの卒後臨床研修の必修化なども考慮し、今期の活動では、特に多くの会員の力を結集し、広い視野に立って日本の医学教育の在り方を検討し、行政機関にも提言をとの決意が述べられ、新体制の活動が開始されました。

その趣旨を受けて、単年度活動であったさまざまなワーキンググループに替わって理事会の下部組織としておよそ20の各種委員会活動が開始されました。その一つに「行動科学・人間関係教育委員会」があります。

行動科学・人間関係教育委員会が目標と掲げたものは、クライアントの同伴者として、病を得たその人にさまざまな視点から深い関心を寄せ、効果的なコミュニケーションとともに専門家としての知識や技術を効果的に提供できるプロフェッショナルの教育です。クライアントが医療者との人間関係を通して新しい人生を踏み出せるような、そんな医療面接を実践できるようになる教育の組み立てです。

しかし、行動科学については、名称はともかく、その概念は現場の教師たちでさえ共有されているとはいえませんでした。そこで、行動科学にこれまでも関心を寄せ、教育現場で細々ではあっても実際に学生にプログラムを提供している担当者に参加を依頼し、行動科学について自由に考えるワークショップを開催することから活動を始めました。

2年半にわたる委員会の活動を通して、うっすらとはですが、透けて見えてきたことは、今、多くの医学教育者が関心をよせるプロフェッショナル教育の重要な基本には、行動科学・人間関係教育があるということでした。クライアントとしての人に、医療者である人間が関わっていく、自然科学のみならず、人文・社会科学なども手を取り合って共通の言葉を用いて、複雑かつ個別の人間存在に迫っていこうとする試みであった行動科学こそ、こうした教育の基盤となると考えるにいたったわけです。

2002年の『Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter』（Annals of Internal Medicine, 136(3), 243-246, 2002.）により、日本でも、Professionalismという言葉は多くの医学教育者の心を動かしました。Professionとはいわゆる商売人とは異なり、その使命は公共の利益（Public mission）であり、その活動目標は一人ひとりの自由な人間としての市民の幸福と安寧です。Learned Professionと呼ばれる医師には、常にその時代の最高の知識と技術を身につけ、クライアントである一人ひとりの人間を対象に、その要請によって、健康で幸福に生きるその人を援助する役割が与えられてはいますが、その医師もまた、自らも社会に生きる一人の人間としての存在です。その医療者の安寧と健康が担保されなければなりません。自らも一人の人間としてその質を保つことでクライアントの要請にも応えられるものです。行動科学・人間関係教育は、医師自身の安寧と健康も守るために多くの役割を持つこともわかってきています。

幸いなことに、多くの医師とともに、非医療系会員の方々の支えにより、メーリングリストも立ち上がり、2005年12月には第14期運営委員会の活動は無事終了しました。

約2年半にわたるさまざまな活動のうち、米国医学校の行動科学・人間関係教育の視察のご報告に、日本で実践されている教育プログラムのTips集を添え、行動科学教育への関心を広めたい委員会ならびにワークショップのメンバーによって、今般、『行動科学教育を考えるープロフェッショナルの教育をめざしてー』をお届けできることになりました。不備不足が多々ありますが、ご寛容の上、現場での教育にご活用いただければ幸いです。

2006年3月

日本医学教育学会「行動科学・人間関係教育委員会」について

本委員会は、阿部恵子氏（名古屋大学）、北村聖氏（東京大学）、後藤英司氏（横浜市立大学）、津田司氏（三重大学）藤崎和彦氏（岐阜大学）、三原祥子氏（東京女子医科大学）の各委員と、中村千賀子（担当理事・東京医科歯科大学）からなる。

活動方針:学部教育、研修医教育を通しての行動科学系教育、コミュニケーション教育の中で、以下の4点を踏まえて目標・方略・評価方法を模索し、提言する。

- A. 行動科学・人間関係教育の基本理念とその目標の模索
- B. 行動科学・人間関係プログラムの具体例の試作
- C. コミュニケーション教育の陥りやすいワナについて
- D. コミュニケーション教育から医療面接へのスムーズな橋渡し

第14期「行動科学・人間関係教育」委員会の活動

- 1) 2003年10月 委員会の活動方針を決定
- 2) 2004年7月「行動科学・人間関係教育」WSその1 行動科学・人間関係教育」の目標の洗い出し
- 3) 2005年4月 同報告書（CD）作成・参加者に配布
- 4) 2005年5月 Rochester大学医学部 Quill教授講演会 ー行動科学とHumanityの医学教育への統合
- 5) 2005年6月「行動科学・人間関係教育」視察のため米国3医科大学訪問
- 6) 2005年7月「行動科学・人間関係教育」WSその2「行動科学・人間関係教育」のカリキュラム&プログラム
- 7) 2006年3月 視察旅行の報告と「行動科学・人間関係教育」チップス集の合本「行動科学教育を考えるープロフェッショナルの教育をめざしてー」（本誌）を発行。

第一部 行動科学について



行動科学・人間関係教育とは何か？ 行動科学についての基礎、歴史的な流れ、これからの動向などのほか、日本医学教育学会「行動科学・人間関係委員会」のこれまでの活動、および委員会で行われてきた「行動科学人間関係教育ワークショップ」のまとめなど、それぞれの道のりをまとめた。

行動科学・人間関係教育について

東京医科歯科大学教養部 中村千賀子

はじめに

2002年 の『Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter』(Annals of Internal Medicine, 136(3), 243-246, 2002.) により、日本でも、Professionalism 教育という言葉は多くの医学教育者の心を動かした。いわゆるビジネスマンとは異なり、プロフェッションの使命は公共の利益であり、その目標は一人ひとりの自由な人間としての市民の幸福と安寧である。Learned Profession と呼ばれる医師には、したがって、常にその時代の最高の知識と技術を身につけ、その一人ひとりの人間を対象に、その人々からの要請によって、その健康と幸福を援助する役割が与えられている。プロフェッションが援助するクライアントは、一人ひとり異なる、それぞれの人生の主人公である。その上、その人の現在だけでなく、その将来にもわたる生活をその人の自由意志を通して支えるという、とてつもなく困難な役割をプロフェッションは担っている。しかも、プロフェッションといえども、自らも成長途上にいる人間でありながら、自分よりはるかに長く深い人生経験を持つクライアントに関わらなければならないことも多い。プロフェッションに必要な態度として、社会に生きる人々を尊重し (Respect)、社会に対して医療者としての責任を遂行し (Responsibility)、適切なコミュニケーションを通して人々とかかわり (Communication skill)、かつ医療行為の主体者としての自分自身の在り様に気づき (Self-awareness)、自らの行為を常に見極める (Self-evaluation) 力を身につけなければならない。したがって、質の良い、クライアントやその集団である社会が了解する医療活動には、①医療者の、クライアントを全人的に理解し、その問題を発見し、診断を下すために人間存在を生物学的な視点からのみ分析するのではなく、その行動や社会生活の視点からも理解できる能力、さらに、②医療者自身の、社会に生きる人間としての成熟、また、専門家としての成熟を自らが評価しつつ、心がけなければならないという態度の開発、の二つが欠かせない。

このような困難な使命があらためて認識された今、医学教育は科学的視点に立って行われなければならないとした Flexner Report 以来の大きな節目を迎えたともいえる。このような動きについて、日本医学教育学会は、全人的医療と態度教育をキー・ワードに『医学教育』で「行動科学」の特集を組み、行動科学の医学教育カリキュラムへの導入を提案していた (医学教育 14 卷、

1983 年) が、今期になり、あらためて、行動科学・人間関係教育を考える委員会を設置することになったのである。

行動科学・人間関係教育について

行動科学といえば、1949 年シカゴ大学の心理学者 Miller, J. G. が、「人間の行動を経験的に検証し得る一般理論の展開をめざし、そこに含まれるだろう歴史学、人類学、経済学、政治学、社会学、社会心理学、心理学、精神医学、医学、生理学、生物学の間に共通する言葉を作り、これら各分野の経験的技術を用いて検証可能な形で相互に関連する諸仮定、諸定理の系を作り出すこと」を提唱したことを思い起こさなければならない。Miller が行動諸科学 Behavioral Sciences と名づけたこの領域こそ、2004 年末、アメリカの Institute of Medicine of the National Academy が刊行した『Improving Medical Education — Enhancing the Behavioral and Social Science Content in of Medical School Curricula』で言及された行動科学・社会科学の領域であり、キー・ワードは「人間の理解」である。

Miller 以来、行動科学は、欧米の医学教育カリキュラムにおいて、全人的医療の基本概念を提供するものとして、また、対人能力技能・コミュニケーション能力を医学生に獲得させ、対人関係を容容させることで、学生自身の人格の成熟、医療の人間化を進める「態度教育」の一つとして取り入れられてきた。行動科学教育は人間関係教育と車の両輪のように扱われてきたのである。

日本でも医学教育カリキュラムへの行動科学の導入を提唱していた九州大学医学部心療内科の初代教授池見西次郎は、George Engel が提唱した、いわば欧米主導の Bio-psycho-social model に、さまざまな哲学的思索を重ね、個人の人間としての信念、生きがい、価値観などの Spiritual といわれる領域を加え、Bio-psycho-socio-ethical model とした。以下に述べる 1998 年の WHO による健康の定義への spiritual という文言による改定の動きも重ねると、池見が東洋の知恵を日本から独自に発信したことは意味深いことである。

独自性の尊重

その健康の定義「Health is a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity」は新しい二つの形容詞を加え、「Health is a dynamic state of complete physical, mental, spiritual and social well-being and not

merely the absence of disease or infirmity」と改定されようとしたものの、健康度の測定が難しくいまだ審議中である。しかし、人間の健康が well-being の well によって定義されるならば、量的測定が困難でも、その個人の独自の価値観を抜きに人間の健康は語れないだろう。人間の測定可能な客観的側面ばかりではなく、信念、価値観、意味づけなど、個人の独自性が人間の健康、ひいては個人が抱える「病」に確実に大きな役割を果たすのである。

プロフェッションは「目の前の、意味を求めながら生きる、その人」を全人的に理解するためにこれまでもさまざまな工夫を重ねてきた。A・カレルによる「人間、この未知なるもの」である。たいそう複雑な存在の理解を追い求めるものにとって、人文・社会・自然科学の体系が統合されるオールマイティーとしての行動科学への期待は大きい。しかし、個人の独自性を重視する限り、行動科学・人間関係教育もその受け手である人間の価値観の総和としての民族性、文化にも深い関心を払わなければならない。言い換えれば、特に行動科学・人間関係教育に関しては、欧米の教育方法の「いいとこどり」をするばかりではなく、当然、日本人の、日本人による、日本人のための医療観、健康観を洗い出した後の、独自の教育プログラムを産みだす苦しみは避けてはならない。

日本の医学校における行動科学・人間関係教育

日本でも、医学教育のコア・カリキュラム策定以後、行動科学的手法を取り入れた様々なプログラムが試みられている。地域の医療・福祉施設を訪問し、協同作業を通してさまざまな人々との出会いを得る体験学習や、模擬患者とのインタビューでの患者の解釈モデルの聞き取りや、患者への情報の伝え方など、さまざまな実践的な教育、臨床に直結する演習を経験できるようになった。しかし、多くの場合、教師も学習者も行動科学の概要やコミュニケーション教育の基本理論について理解が十分でないままの演習となるので、本来の教育目標がずれることも多い。施設で人々に出会い、その人々の心の動きや相手の立場に立ってみるなど、自分自身の動きや思いが観察・分析の対象になるべきところ、訪問後のレポートに書かれる現場で見聞した「事柄」や、利用者との出会いで話し合われた「内容」などそのものが体験学習の「成果」とされてしまうことも多々ある。

ロールプレイなどでも、医師役と患者役の二人の間でどのようなやり取りが行われていたのか、話されていた内容、どのような姿勢や表情が二人の関係を基本に

起こってきていたのか、話し手と聞き手の感情の流れなど、証拠のある事実 evidence を教室内の全員が共有し、コミュニケーションについて学びあうことが科学としての行動科学であるが、実際は、医師役の感想を聞き、その後、二人のやり取りの観察者、患者役の感想を聞く方法が多く取られている。感想には evidence とともにそれぞれの思いが混在するものである。こうした感想に医師役の学習者は批判されていると思い、必要以上に緊張し、学びが進みにくい場合もある。こうした否定的反応を回避し学習意欲をそがないため PNP 方式というやり方が勧められることがある。学習者にまず演習で良かったところを伝え (Positive)、その後、改善点について伝え (Negative)、その後、再び良いところを伝える (Positive)。しかし、良いところを伝えること=ほめること、改善点を伝えること=批判すること、という考え方に縛られる教師では、PNP 方式を「ほめて、けなして、ほめること」という単なる「やり方 skill」として読み替え、本来の演習目標からかけ離れた授業になる。効果的な話し方、情報の取り方などのやり方、「正解」が目標になるからである。そもそも行動科学・人間関係教育では、人間関係教育では、「我と汝」の関わりについての evidence 分析が目標である。あの発言が良かった、この発言が悪かった、で終わるのでは、私と目の前に生きる人であるクライアントとの関係、Buber の「我と汝」という視点は失われる。基本を固め、応用が利く、行動科学・人間関係教育の必修科目としての導入、また、専門担当者の充実が急がれる現状であろう。

人間性教育

人生の苦しみや孤独を直視できるまでに成長しきれていない日本の若い医学生には、専門家としての診断や予測をクライアントに適切に伝えるという方法を学ぶ以前に、その情報を伝えるメディアとしての「自分自身」を理解し、理性的に行動を取る体勢をとれるようになる教育が用意されなければならない。

このような領域は、これまで「人間性教育」として括られ、時には、教養教育にその役割が期待されることも多かった。文学に親しみ、芸術を愛で、歴史から学び、社会を考え、人生の意味を探求しながら、「自分自身を理解する」ことは、教養教育の目標ではあるものの、全学に共通する教育、教養教育、一般教育などを「(イッ)パンキョウ (イク)」と呼ぶ時代にあっては、「言うは易く、行なうは難い」ことである。だが、幸いなことに、そのような領域の学びも行動科学の手法をもって促すこ

とができることが知られるようになった現在、医学生は、日本人に適した行動科学・人間関係教育を通して、自分自身と出会い、理解し、受け入れるという自己理解の機会を持つ必要があるのではないだろうか。

これからの課題

アメリカの医学生は、4年制の大学を卒業し、あらためて進路を選択、大学院課程としての医学校に入学する。心身ともに成長の著しい時期に4年間の教養教育の修了と、学習者自身が莫大なローンを組んで学資を得ているとなれば、社会的な責任への自覚も大きく、彼我の差は大きい。こうしたアメリカの医学校で用いられる行動科学の教科書では、医師—患者関係、行動の基礎、ライフサイクル、職業と健康、患者の意思決定、慢性疼痛など、日常行動と深くかかわる病気や心理病理学の基礎などが網羅され、人間の病気や健康を左右する因子、地域の習慣や文化がどのように病気や受療・保健行動に影響するかなどの知識が豊富で、トピックスは医学・医療に限定されている。そうした知識・理論や技術を駆使して効果的な医療を展開するプロフェッションには人間関係能力や社会的自覚に関わる資質が求められるが、アメリカの医学生はすでにそうした基本的資質については長時間にわたる入学試験で確認されているのである。

基本的な態度の整っている学生が学ぶ米国医学校のカリキュラムを医学・医療の専門的なトピックスから検討した場合、それでもまだ行動科学・社会科学的視点が不足しているとして『Improving Medical Education — Enhancing the Behavioral and Social Science Content of Medical School Curricula』が提言された。したがって、ひとり人間としての成長途上にある日本の医学生に適した提案としてそのまま日本に应用するには検討が必要なのは当然である。

専門的な科学技術や知識が、倫理的、かつ、クライアントにとって意味あるものになるためには、医療者自身の態度の基本となる人間観などさまざまな spirit というか思想が開発されていなければならない。「医療行為の主体者」である医学生の思想や人間観を育む視点はアメリカでは行動科学の教科書には必要ないかもしれないが、受験勉強にエネルギーをつぎ込み、青年としての日常生活の中での体験に乏しいまま医学校に入学することも多い日本の医学生には、欠かせない領域となるだろう。プロフェッションとして社会からの要請に応え、自らも毎日の活動に深い喜びを得られるようなプロフェッショナルリズムを身につけた医療者を育てるために、もうそろそ

ろ、先の『医学教育』の特集のミッションを受け継ぎ、行動科学・人間関係教育を必修科目として日本におけるその意味をとことん極め、医学校のカリキュラムに定着させることが必要なのではないだろうか。

本委員会でも日本独自の行動科学・人間関係教育の定着をうながすような活動をめざしていきたい。

わが国の医学教育はなぜ「ガラパゴス諸島の生物」に喩えられるのか？

ー 行動科学教育のこれからのあり方 ー

三重大学大学院医学系研究科 家庭医療学 津田 司

近年わが国でも医学教育改革が盛んになってきているが、2001年10月から6ヶ月間東京大学医学教育国際センター客員教授として滞在した米国オレゴン健康科学大学医学部・副医学部長のGordon L. Noel教授は、日本の医学教育を評して「ガラパゴス諸島の生物に喩えることができる」と発言された¹⁾。その後「独特の進化を遂げている」と追加されたそうであるが、更に「もっと諸外国の医学教育を参考にして改革すべきである」旨のことを述べられているところを見ると、やはり日本の医学教育は進化から取り残されていると言いたかったのであろう。実際に、われわれ日本人も国際的な医学教育学会に参加してみると進化から取り残されていることを実感することができる。

わが国では現在、PBL-チュートリアル、診療参加型臨床実習などの改革が進行中である。しかし、世界の国々ではこれら以外に多くの点で教育改革が進行しており、しかも第一にそれらの改革は研究データに基づいた改革である。例えばPBL-チュートリアルを創始したカナダのMcMaster大学や、世界をリードするオランダのMaastricht大学などでも、常にエビデンスを踏まえて抵抗勢力を説得しながら改革を進めている。これをbest evidence medical educationと呼ぶ²⁾。次いで決定的な違いは、わが国の改革が単なる表面的な教育方法の改革に終始しているのに対して、世界は教育理論の抜本的な変革を基にした教育改革を進めている点である。この為に世界の医学教育では教育効果が非常に高くなっている。

ここではそれらの重要な教育理論を紹介して、わが国の医学教育がどんな点で遅れているかを明らかにしたい。そして、今後医学教育改革を進める中で行動科学教育を積極的に取り入れて行くにはどうすればよいかについて言及する。

1) 子ども教育学 (pedagogy) から成人教育学 (andragogy) へ³⁾

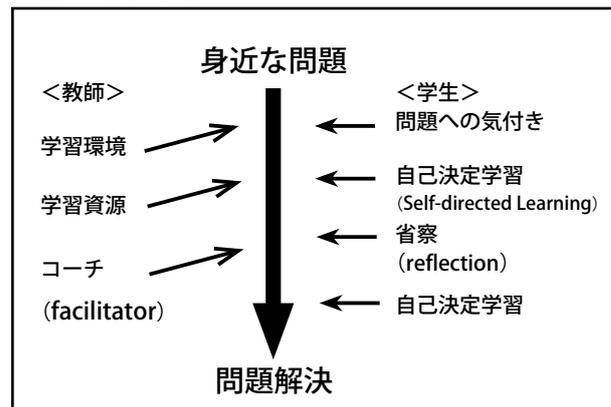
教育の歴史を見てみると、7世紀に子ども達に読み書きの技能を教えたのが最初であった。この教育では相手が子どもであるため、知識と技能を伝達することが目的であると考えられていた。その後宣教師による初等教育がヨーロッパや北アメリカおよび世界の各国に普及したが、そこでもこの受動的な方法が採用され補強されて

いった。12世紀末に開始された大学においても同様に子どもへの教育のしかたが採用され、20世紀の変わり目頃に開始された教育心理学者による学習に関する科学的な研究によっても子ども教育学 (pedagogy) が崇め奉られるようになった。

一方、子ども教育法に対して成人の学習者がしばしば抵抗を示すことが観察されるようになり、1920年代に成人の教育法が研究され始め、その後成人教育学 (andragogy) として体系化された。

成人教育学は、成人は身近な問題や事象に興味をもつとその問題を解決したり、事象を理解するために自己決定的に学習するという成人学習理論に基づいている。その際学習者は問題の所在がどこにあるのか、その問題を解決するには何を学習したらよいのか (自己決定学習 self-directed learning)、そして自己学習した結果、まだ何が足りないのかを省察 (reflection) しながら問題解決へと学習を進める。この能動的な学習の仕方は、医師になっても常に心掛けるべきであり、全ての医師が reflective practitioner (常に自己を省みながら自らを高める医師) として^{4) 5)} 生涯学習をする必要があり、その意味で reflective learner (自己省察しながら前向きに学習する人) として教育することは非常に重要である。この学習法の下では教師の役割は全責任をもって学生に何かを教え込むという役割から、むしろ学生が主体的に学習するのを援助し、コーチするという役割に変わることが求められる (図1)。

図1 成人学習



PBL-チュートリアルやクリニカルクラークシップはまさにこの理論に基づいた改革であり、単なる教育方法の変革ではなく、子ども教育学から成人教育学への抜本的な改革なのである。教育理論の抜本的改革なしにPBL-チュートリアルを導入すると、従来の子どもの教育学に基づいた講義の中に1部チュートリアルタイムを

作ったりすることになる。これでは教員も学生もその意義は分からないため、教育効果は非常に低いことになってしまう。

わが国の学生は米国や英国とは違って成人になりきっていないので成人教育は無理だと主張する人が多いが、世界では大学入学と同時に医学学習へのモチベーションを高める仕組み作りをし、その上で能動的学習への準備教育を組み込めば、成人教育が十分成り立つとされている。

2) 構成主義 (constructivism) 6)

認知心理学によると、人は新たな知識を獲得する場合、その人の現在の知識と関連づけながら構造化して記憶すると言われている。したがって、浅い学習をして深い関連づけもせずに暗記すると記憶は永く残らず、深い学習をして関連づけながら学習すると構造化されて記憶されるので記憶は永く残り、かつ実際に役立つ知識となる。

一方で学習者の興味・関心はその学習者が「それまで何を知っているか」によって異なり、その既存の知識と関連づけた学習を積極的に学習しようとする傾向にある。そして自分で知識を作り上げて構成して行く。こうして獲得された知識は実際に役に立つ知識となる。このことは教育に関する構成主義としてPBL-チュートリアルなどの能動的自己学習の有効性を強く支持する理論的根拠になっている。

これらの理論を基に考えると、教師が持つ「絶対的に正しい知識」を学習者に伝達するよりも、学習者自らが自分に必要な知識を既知の知識と関連づけながら知識体系を拡大して行くように学習するほうが効果的であることになる。

したがって、PBL-チュートリアルでは基礎医学と臨床医学を有機的に関連づけながら学習するほうが効果が上がり、また現実的な臨床症例や事象をもとにシナリオを作成することによって学習者の興味を増させると更に効果的である。

そんなことでは基礎医学の学問体系を教えることができない、とする考え方がわが国では支配的である。しかし、教師が絶対的に正しい知識を伝達したとしても、それを受け取る学生は学習の意義がわからないので興味がわかず、浅い学習をしてしまいがちである。その結果、役に立つ知識にはならず、早晩忘れてしまうことになる。したがって、基礎医学もコアの部分の臨床と結びつけながら深く学習するほうがはるかに効果的であり、コアからもれた部分はその後必要に応じて学習すればよいと考えられている。

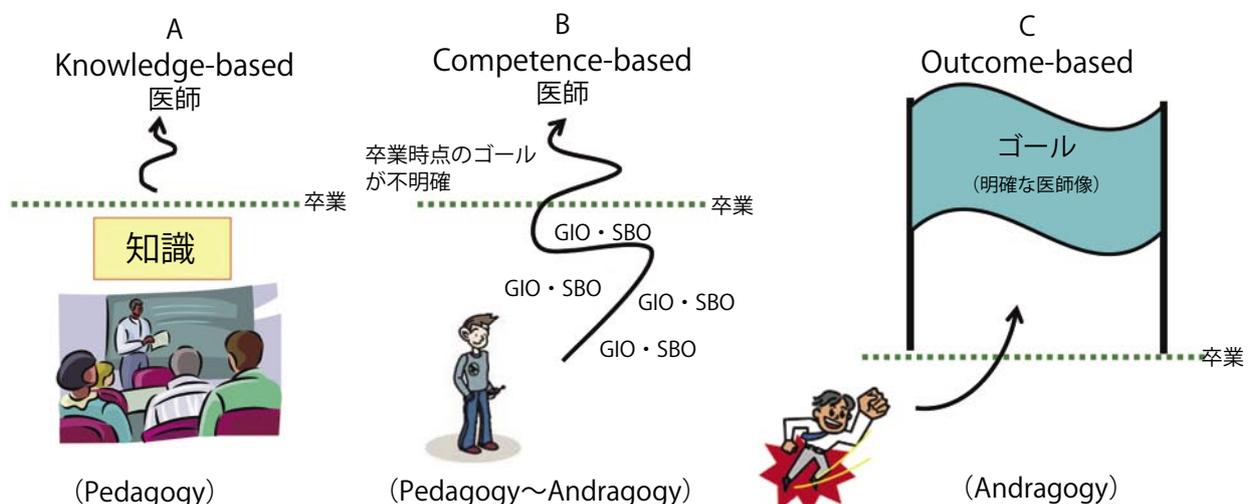
3) outcome-based education 7)

成人学習理論、構成主義理論からわかるように、学生にいかにか能動的自己学習をさせるかが重要な時代になってきた。そのためにはどうすればよいのであろうか。

子ども教育学がもてはやされた7~19世紀頃は、教育の目的は「知識ある人 (knowledgeable person)」を育てることであった³⁾。知識さえ授ければ社会に出て優秀な人材に育つであろうと考えられた時期であり、knowledge-based educationの時代である (図2-A)。

20世紀になって、知識が普及して技術革命が進行するにつれて、教育の使命を「能力ある人 competent person」を生み出すことに定義しなければならなくなった³⁾。つまり、変化する時代の中で自分の知識を応用できる人々を育てなければならなかったのである⁷⁾。こうして1970~80年代にかけてcompetence-

図2 教育に対する考え方の変遷



based educationが急速に普及し、医学教育でもGIO（一般目標）、SBO（行動目標）が盛んに用いられるようになった（図2-B）。しかし、この方法でもまだ学生を十分に能動的学習者にするにはできなかつた。この原因としては、GIO、SBOを大量に示しても項目数が多すぎるため、目の前の目標は理解できても卒業時の最終ゴールが明確にならないこと、受動的な講義が主流を占めていたことなどが挙げられる。

学生を能動的学習者に仕立てるには、彼らに最終的な目標（outcome）を示し、その目標に向かって能動的に自己決定学習を行うようにするoutcome-based educationが提唱され、今世界の医学教育はこの方向で大きな改革が行われている^{8) 9)}（図2-C）。The Institute for International Medical Education (IIME)¹⁰⁾が示したoutcomeは、大項目7項目、小項目60項目で構成され、これを参考にして世界の様々な大学や中国の伝統校8校でも改革が進められている。

このように世界の医学教育界ではGIO、SBOは既に使われなくなって久しい。にもかかわらず、わが国では未だに使用されていることなどを見て、Noel教授は進化から取り残されていると考えたのではなかろうか。

outcome-based educationの下で明確な最終目標に向かって能動的に深く学習するには、コアカリキュラムとしての学習項目を提示する必要がある。しかも学生がいつでも参照できるように各大学のWebサイトに掲示しておくことが大切である。欧米の大学ではこのことが徹底されている。また、わが国のコアカリキュラムは世界のコアカリキュラムに比べて非常に広い範囲が含まれており、真のコアカリキュラムになっていない。このことも進化から取り残されていると評される所以であろう。

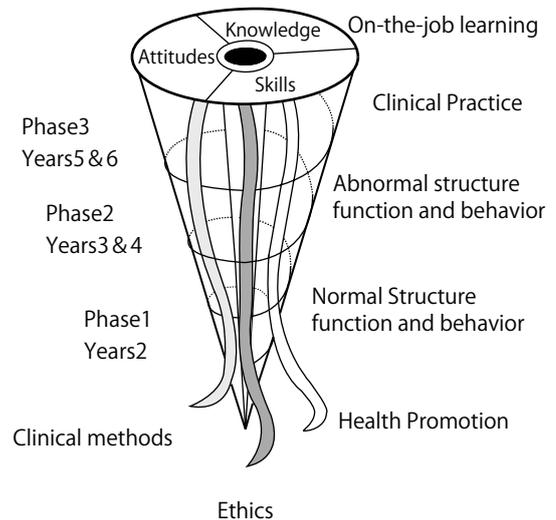
4) 積み上げ方式から螺旋モデルへ

受動的な講義を主体にして「知識ある人」を育成する時代は、まず教養を身につけ、基礎医学を学び、そして臨床医学を学習し、最後に臨床実習を行うという順番で徐々に積み上げて教育する方式が採用されてきた。このため、医学部に入学したのに医療と接することなくクラブ活動やその他の遊びに没頭する学生が増え、基礎医学の教育が始まっても、何のためにむずかしいことを学ばなければならないのかと疑問を抱くばかりで学習に身が入らず、臨床医学も暗記することばかりで面白くなく、期待した臨床実習も見学中心で知識を獲得することに主眼がおかれて、あげくの果てに広範囲の浅い知識を要求される国家試験対策に追われる、というのがわが国の医学教育の現状である。これでは優秀な医師が育たないの

も無理はない。

これまで述べてきた理論、とりわけ成人学習理論に基づいて能動的な自己決定学習を促進して教育効果を高めるためには、従来の積み上げ方式では学生の興味が湧かないことは明白である。そこで提唱されたのがspiral model（螺旋モデル）である¹¹⁾（図3）。

図3 螺旋モデル

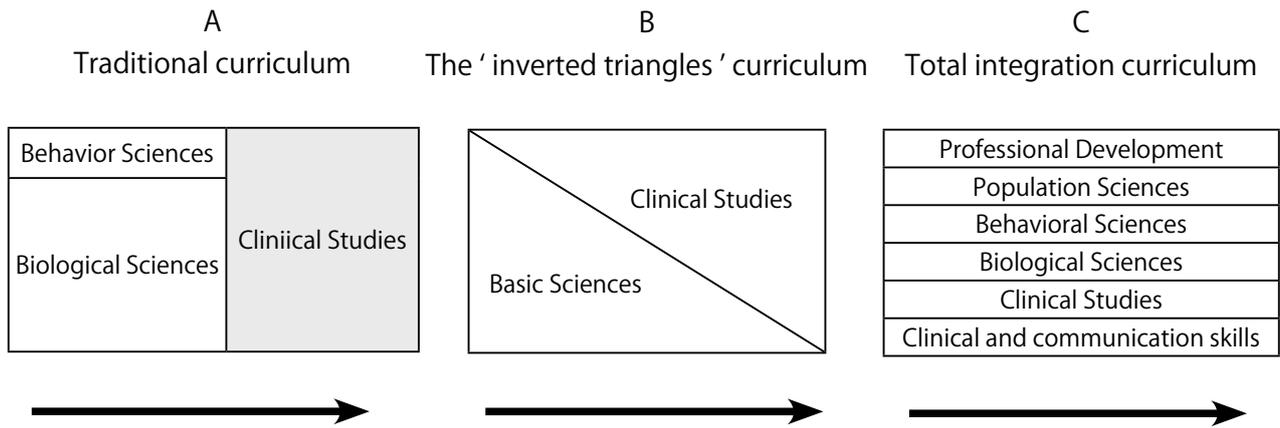


これは入学と同時に臨床に触れ、基礎医学を学ぶとともにコミュニケーション技能や医師としての姿勢などについて学習し、そして臨床実習を行う方式である（図4-B）。

しかし最近では更に進化し、学生の興味を最大限に引き出して能動的学習を促進するには全統合型カリキュラム（Total Integration Curriculum）が最もよいとされ、世界の先進的の大学はこのカリキュラムを採用している¹²⁾（図4-C）。例えば、PBL-チュートリアルで基礎と臨床を統合した循環系の学習をする時期に並行して循環系の解剖や身体診察法を学習するカリキュラムである。

このような全統合型カリキュラムは手っ取り早く臨床医を育てようとしているに過ぎないのではないかと、「病を科学する心」をもった医師の育成には繋がらないのではないかと意見をよく耳にする。しかし、成人学習理論、構成主義理論を基にすれば理解できるように、医学学習へのモチベーションを高め、基礎、臨床、そして行動科学などを有機的に結びつけて学習できるようにすれば、学生は臨床事項のみならず病態生理まで深く学習する。そのため教育効果が高く、むしろこの方式のほうが病を科学する心を教育し易くなるのである。実際、米国のハーバード大学やデューク大学、その他の国々の伝統校が積極的にTotal integration curriculumを取り入れており、特にハーバード大学は常に少人数に対するトラ

図4 教育カリキュラムの進化



イアルの結果を踏まえて、全学生に対して導入してきたのである。

わが国における行動科学の教育は、従来からほとんどなされて来なかったが、最近の医学教育改革、特にコミュニケーション教育が普及し始めた1985年頃から多くの大学で取り入れられるようになった。しかし、図4-Aに示す如く、積み上げ方式で基礎生物学を学ぶ時期に一致して短時間教育される程度であった。

世界の先進的の大学では、図4-Bや4-Cに示すようなカリキュラムの中で、入学と同時に卒業時まで生物科学や臨床医学と平行して学習するプログラムを構築し成果を上げている。例えば、ハーバード大学はPatient-Doctor Relationship Courseとして1学年ではコースI、2学年でコースII、3、4学年でコースIIIとして多数科の教員がかかわる形で教育している^{13) 14)}。こうしてPBL-テュートリアルで学ぶ知識、コミュニケーション、臨床倫理やProfessionalismなどを有機的に関連づけながら実際に役立つ知識や技能、態度を学習することができるようになっている。

5) SPICESモデル

成人学習理論やoutcome-based educationなどに基づいて教育改革を実行するときの障害になるのは教員のモチベーションである。講義をして学生に知識を伝達することに意義を感じていた教員の中には、新しい教育法の下でのコーチ役にもの足りなさを感じる人が少なくない。講義もさせてもらえないのでは教員の遣り甲斐がなくなるという意見が多く聞かれる。しかし、この意見はあくまで教員中心 (teacher-centered) の考え方に基くものであり、今の時代は顧客中心、学生中心 (student-centered) の考え方が求められている。新しい医学教育では、教員はコーチ役に長けることに喜びを見出すこと

が求められているのである。このことは既に20年前からHardenによって指摘されている¹⁵⁾ (表1)。

■表1 SPICESモデル

Student-centered.....	Teacher-centered
学生中心	教員中心
Problem-based.....	Information-gathering
問題指向	情報収集
Integrated.....	Discipline-based
統合型	学問体系別
Community-based.....	Hospital-based
地域基盤型	病院基盤型
Elective.....	Uniform
選択制	画一的
Systematic.....	Apprenticeship-based
体系的	徒弟的
	Opportunistic
	場当たりの

また、その他に臨床実習なども含めて、①大学病院中心から地域中心へ、②知識中心から問題解決中心へ、③学問体系中心から統合型カリキュラムへ、④均一カリキュラム制から選択カリキュラム制へ、⑤場当たりの教育から体系的教育へ、が現在の医学教育の方向性である。

行動科学の教育に関しては、「大学病院中心から地域中心へ」について注目する必要がある。世界の国々では大学病院という限られた環境下に限定するのではなく、地域の中小病院や診療所などの医療ニーズ全体を理解できる教育をしている。このことは特に行動科学やProfessionalismを教育する上では重要である。なぜならば、大学病院の中でもProfessionalism、倫理等々について考える機会はあるが、地域に出ることによって更に社会全体の医療ニーズを踏まえた行動科学の関連問題に遭遇する機会が多くなるため教育効果が高くなるからである。

6) 評価法の進化

「評価法の如何によって学生の学習態度が変わる。」と言われるように、能動的学習で問題解決レベルの深い知識を獲得し、医師としての態度や技能を身につける教育改革を実行しても、評価法が旧態依然としていては教育効果は全く上がらない。学生は大学の崇高な到達目標 (outcome) とは無関係に、単にテストにパスするための学習しかしないからである。したがって、評価を考えるときに教員は「何を評価するのか」をまず熟慮する必要がある¹⁶⁾。

現在わが国で行われている評価法は、主として筆記試験としては五肢択一問題 (MCQ)、論述試験、レポート、技能試験としては OSCE が採用されている。五肢択一問題は想起レベルやせいぜい解釈レベルの浅い知識を問うのが目的であり、問題解決レベルの深い学習をした学生の評価には不十分である。そこで、10 数個の選択肢を準備する多重選択肢問題 (extended-matching item questions)¹⁷⁾ や、従来の論述試験の客観性と採点時間の負担を軽減した改良型論述試験 (modified essay questions)¹⁸⁾ が多く採用されるようになってきている。また、新しい医学教育では、reflective practitioner を養成するために、学生時代に能動的学習を行い、reflective learner になることを期待している。その効果を高めるためにはポートフォリオ (portfolio) 評価¹⁹⁾ が非常に有効であり、多くの大学が採用している。特に英国においては学生が提出する 5 年間のポートフォリオによって卒業判定をするほどである。このように、世界では教育目標に合致した評価法、つまり妥当性の高い評価法を採用しているのである。

この観点から考えてみると、わが国の医師国家試験は五肢択一問題で、広範囲に渡る想起レベルや解釈レベルの知識を評価するのが主体であり、大変遅れていると言わざるを得ない。そして、最も重要なことは、この国家試験の方式がわが国の医学教育改革の阻害因子の一つになっていることである。

わが国では医師としてのあり方 (professionalism) や臨床技能を評価するために 4 年次の OSCE を導入し、共用試験にも採用している。このことは大変有意義なことである。しかし、outcome-based education の考え方からすると、各大学で定めた卒業時の最終ゴール、あるいは国が期待する医師像に照らし合わせて評価するには、卒業試験あるいは国家試験で医師の卵としての臨床能力、特に技能や態度を含めた臨床問題の解決能力を評価することが肝要である。技能や態度を含めた臨床能力の国家

試験は、カナダでは 1992 年から、米国では 2004 年から開始されており、韓国は 2009 年から導入予定である。

行動科学教育の評価に関しては、近年国家試験の必須領域で出題されるようになったことが特筆すべきことである。しかし、行動科学の場合は、Miller²⁰⁾ のいう 4 段階のうち、「knows」、「knows how」や「shows how」では不十分であり、「does」のレベルの評価をすることが肝要である。そのためには、客観的には behaviorally anchored scales²¹⁾ や Likert scales²²⁾ を用いた評価法を取り入れる必要がある。また、医師には常に自己評価し、セルフコントロールできることが生涯にわたって求められている²³⁾。つまり、倫理観を含む専門職としてのあり方 (professionalism) や、行動科学で学ぶことを生涯磨き上げていかなければならない。その意味で客観的評価以外に自己評価を取り入れて内省 (reflection) を促進することが肝要である。この目的に叶う評価法としては、logbook²⁴⁾ や portfolio¹⁹⁾ が有用であるとされている。

今後わが国において行動科学の教育を充実させるためには、世界の国々で行われているように全学年を通じて教育するとともに、それに対する適切な評価法を導入して教育効果を高めることが重要である。

おわりに

これまで述べてきたように、世界の医学教育は成人学習理論に基づいて、学生が能動的に深く学習できる仕組みを採用して、非常に教育効果の高い教育システムを構築している。それに比べてわが国の医学教育は、子ども教育学の下でコアカリキュラム、PBL- テュートリアル、クリニカルクラークシップの形だけを導入して Competence-based education をしているの、残念ながら世界のレベルから約 30 年遅れていると言わざるを得ない。特に行動科学の教育の遅れは相当なものである。

今後、わが国が世界のレベルに追いつくには、形だけの改革ではなく、これまで述べて来た教育理論を導入した仕組みを構築して、魂を入れるように努めることが肝要であると考えられる。

そのためには、医科学の専門家が積極的に国際学会に参加して国際レベルを維持しているのと同様に、医学教育の領域でも積極的に国際学会に出席して、世界から学ぶことを心掛ける事が必要であろう。例えば米国の行動科学の学会である ABSAME (The Association for the Behavioral Sciences and Medical Education) は行動科学の教育をテーマにした学会であり、参加すると非常に有益である²⁵⁾。

■文献

- 1) 加我君孝監訳 変貌する日本の医学教育 (Gordon L. Noel: Changing Japanese Medical Education), P198 ~ 201, 金原出版, 東京, 2004
- 2) Harden RM, Buckley G, Hart IR: Best Evidence Medical Education. BEME(Best Evidence Medical Education) Guide, Scotland 1999
- 3) 堀薫夫, 三輪建二監訳 成人教育の現代的実践—ペダゴジーからアンドラゴジーへ—, 鳳書房, 東京, 2002
- 4) Kidd J, Nestel D : Facilitating reflection in an undergraduate medical curriculum, *Medical Teacher* 26(5) : 481 ~ 438, 2004
- 5) Schon DA : Educating the reflective practitioner : toward a new design for teaching and learning in the professions, Jossey-Bass, San Francisco, 1987
- 6) Prideaux D : Integrated learning, in *A Practical Guide for Medical Teachers* (ed. Dent JA and Harden RM), P156, Elsevier, Edinburgh, 2005
- 7) AMEE Education Guide; Outcome-based Education. AMEE(Association for Medical Education in Europe), Scotland, 1999
- 8) Simpson JG, Furnace J, Grosky J, et al : The Scottish doctor – learning outcomes for the medical undergraduate in Scotland : a foundation for competent and reflective practitioners, *Medical Teacher* 24 : 136 ~ 143, 2002
- 9) ACGME (Accreditation Council on Graduate Medical Education), ACGME Outcome Project 2001 <http://www.acgme.org/outcome/comp/compFull.asp>
- 10) <http://www.iime.org/iime.htm> (Global Minimum Essential Requirements がダウンロード可)
- 11) Harden RM, Stamper N : What is spiral curriculum? *Medical Teacher* 21(2) : 141 ~ 143, 1999
- 12) Leinster S : The undergraduate curriculum, in *A Practical Guide for Medical Teachers* (ed. Dent JA and Harden RM), P19 ~ 27, Elsevier, Edinburgh, 2005
- 13) Branch W, Arky R, Woo B, et al : Teaching medicine as a human experience : a patient-doctor relationship course for faculty and first-year medical students, *Annals of Internal Medicine* 114(6) : 482 ~ 489, 1991
- 14) Branch W, Kern D, Haidet P et al : Teaching the human dimensions of care in clinical settings, *JAMA* 286(9) : 1067 ~ 1074, 2001
- 15) Harden RM, Sowden S, Dunn WR : Some educational strategies in curriculum development : the SPICES model, *Medical Education* 18 : 284 ~ 297, 1984
- 16) Harden RM: How to assess students: an overview, *Medical Teacher* 1(2):65-70, 1979
- 17) Case SM, Swanson PR : Extended-matching items; a practical alternative to free-response questions, *Teaching and Learning in Medicine* 5 : 107 ~ 115, 1993
- 18) Knox JDE : How to use modified essay questions, *Medical Teacher* 2 : 20 ~ 24, 1980
- 19) Davis MH, Ponnampertuma GG : Portfolios, projects and dissertations, in *A Practical Guide for Medical Teachers* (ed. Dent JA and Harden RM), P346 ~ 355, Elsevier, Edinburgh, 2005
- 20) Miller GE : The Assessment of clinical skills/competence/performance, *Academic medicine* 65(7) : S63 ~ S67, 1990
- 21) Smith PC, Kendall LM : Retranslation of expectations : an approach to the construction of unambiguous anchors for rating scales, *Journal Applied Psychology* 47 : 149 ~ 155, 1963
- 22) Likert RA : A technique for the measurement of attitudes, *Archives of Psychology* 140 : 1 ~ 55, 1932
- 23) Falchikov N, Boud D : Student self-assessment in higher education, *Review of Educational Research* S9 : 345 ~ 430, 1989
- 24) Paice E, West G, Grant J : Association of use of a logbook and experience as a pre-registration house officer : interview survey, *BMJ* 314 : 213 ~ 215, 1997
- 25) ABSAME の ホーム ページ : <http://www.absame.org/index.html>

IMPROVING MEDICAL EDUCATION

-Enhancing the Behavioral and Social Science Content of Medical School Curricula - Institute of Medicine 2005
 岐阜大学医学部医学教育開発研究センター 藤崎和彦

世界的な医学教育改革の流れと行動科学教育の誕生

近代医学は第二次世界大戦前後を通じて米国を中心に大きく進歩した。麻酔・救命技術や手術法、抗生剤等の進歩は病院を拠点とした近代医学の治療力を格段に伸ばし、同時に専門分化を促すこととなった。しかしこの進歩は同時に、医療の病院集中や第一線医療の荒廃、過度の専門化と治療医学の偏重、予防・リハビリの軽視、身体ばかり見て人間を見ない医療などといった弊害も生み出すこととなり、それに対する医学界内部や社会からの批判を受けて、世界的に医学教育は1960年代から大きく変わりだしていくのである。そしてその中で行動科学教育は医学教育の中に組み込まれていくことになる。

1960年代の大きな改革は①行動科学教育を中心とした全人性教育、②包括的医療の教育としての臓器別講義等の統合型カリキュラム、③プライマリ・ケア医養成のための地域志向型教育等の導入という形で、主に新しい学習領域の再編成という形で展開されることになった。これに対し1970年代以降の医学教育改革は、自己学習能力の養成のための小人数による問題解決型チュートリアル(PBL tutorial)方式の導入や、評価法としてのOSCE(Objective Structured Clinical Examination)の開発、普及という新しい学習法や評価法というmethodologyの分野での改革へと変移していくことになる。

米国の医学教育における行動科学の位置づけ

医学教育における行動科学の位置づけは、米国における医師国家試験(NBME Part1)にbehavioral sciencesが組み込まれていることであらわされるように、基礎医学の一つとしての位置づけにあった。

それはちょうど、解剖学、生化学、生理学、病理学といった学問領域が生物学的側面からみたヒトの正常な構造と機能、および、それが病的な状態になったときのありようを学んでいるのに対して、行動科学は心理社会的側面から見た人間の保健行動の正常なありかた、病気になった時それらの行動がどう変わるのか、あるいは病的な行動とはどういう行動か、病的な行動にどう働きかけたら健康的な行動へと変えられるのか、ということ学んでいるからであって、まさに全人的な人間理解をするうえでの心理社会的側面からみた基礎医学という位置

づけを医学教育の中で担っているのである。

具体的には、米国における医師国家試験(NBME Part1)の科目概要によると行動科学は①行動生物学、②個人行動、③対人関係と集団過程、④文化と社会の4分野から構成されることになっている。またArnettによる北米での調査において、行動科学教育における一般的な教育主題は下記の10テーマが挙げられている¹⁾。

①human development、②mental disorders、③human sexuality、④behavioral medicine、⑤interviewing、⑥death and dying、⑦substance abuse、⑧aging、⑨psychosocial aspects of illness、⑩stress and stress management

いずれにしても、教えるべき領域は多岐に渡っており、心理学、社会心理学、社会学、文化人類学、コミュニケーション学、精神医学、心身医学、家庭医療学などの複数の学問領域から構成される学際的学問領域として、どちらかというとな人の教員がすべての教育を担当するというよりも、複数の教員によって集団的に教育が行われることが多いようであり、宗像によると米国における行動科学教育においては、行動科学教育を担当しているのは①精神医学部、②精神医学部と地域医療学部(家庭医療学)、③社会医学と地域医療学部(家庭医療学)、④独立した行動科学部、⑤多科による委員会方式の5つのパターンであると報告している²⁾。

基礎医学の1科目からprofessionalism教育の核としての行動科学へ

上記のように行動科学教育はももとは基礎医学教育の1科目として心理社会的側面から全人的教育を補完するという役割を担っていた。ところが、多くの医学校で対人コミュニケーション教育が1年生の入学当初からSP参加型などで行われるようになり、また、臨床実習での実際の体験を臨床倫理やターミナルケアの視点から整理することが、臨床実習中の学生の悩みやストレスの解決になる上に学習効果という意味でも優れており、また、臨床カンファレンス自体も臨床倫理や文化人類学的な視点で行われるようになるなど、4年間の医学校生活全体を通じた教育の必要性が高まってくることとなった。

このような流れを受けて、Harvard大学では"patient and doctor"(図1)、Johns Hopkins大学では"physician and society"(図2)等というタイトルでの教育が4年間を通じて毎週半日は行われるようなカリキュラムが普及し、いわゆるprofessionalism教育の核としての行動科学教育が認識されるようになってきている。

図1: Harvard 大学医学部カリキュラムでの “patient and doctor”

Typical Week				
Mondy	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday
AM				
Lecture				
Tutorial	Exercise	Tutorial	Exercise	Tutorial
PM				
	Selective	Pt.-Dr.		

図2: Johns Hopkins 大学医学部カリキュラムでの “physician and society”

Johons Hopkins : Physician & Society (PAS) Course
<input type="checkbox"/> Introduced with 1991 Curriculum Reform <input type="checkbox"/> 4-year longitudinal course <input type="checkbox"/> Sections : Year I / Year II / Year 3/4 <input type="checkbox"/> Small group discussions <input type="checkbox"/> Large group presentations, some activities, selectives, papers <input type="checkbox"/> 2x/month; breakfast at 8; activities from 8:30-10

この4年間を通じたコースの中で、コミュニケーションスキル、地域保健、医療人類学、ターミナルケア、緩和医療、臨床疫学、医療安全、保健システム、人間の発達とライフサイクル、医療倫理、医療社会学、医療経済学、臨床栄養学、患者教育、ヘルスプロモーション、薬物乱用等、多岐にわたるテーマがカバーされている。

また、教育形態は講義形式と小グループ討論の組み合わせが多く、とりわけ小グループ討論の助言者として多くの臨床系スタッフが関わっていることが、こういった教育を一部の専門家任せにするのではなく、大学全体がアウトカムとして目指す医師像を具現化するロールモデルとして機能することが、真の意味のprofessionalism教育を進める重要な鍵になっているように思われる。

Institute of Medicineの報告書“IMPROVING MEDICAL EDUCATION”

このように医学教育の中で大きく位置づけが変移しつつある行動科学教育であるが、各大学ごとでの取り組みの温度差や扱っている学習領域のバリエーションは米国においてもかなり差があるようで、2005年にInstitute of Medicine of The National Academiesは、全国の医学校の行動科学教育についてレビューしたう

えて“IMPROVING MEDICAL EDUCATION—Enhancing the Behavioral and Social Science Content of Medical School Curricula”という報告書を出し、全国的な行動科学教育の底上げを強く訴えている³⁾。

報告書はまず冒頭で、喫煙や飲酒、不適切な食・運動習慣など米国の全死亡の半数にわたるものは心理社会的要因に関わっているにも関わらず、医師や医学生の行動科学的知識や技能は未だそれに見合ったものになっておらず、4年間の医学教育を通じた行動科学教育の充実が急務であることを強調している。そのうえで、米国においても行動科学教育の大学間のバリエーションが多いため、行動科学教育におけるコアカリキュラムの確立の必要性を結論付けており、そのたたき台として以下の6領域26テーマを医学教育の中に緊急に取り入れるべき行動社会科学的テーマとして示している。

一方で、行動科学教育充実の障害としては、フレキシナー報告以来の生物医学モデル偏重主義が心理社会的教育に対する理解を遅らせていること、医学校におけるリーダーシップが拡散しているためカリキュラム改革が進みにくいこと、過密な教育カリキュラムが新しい学習テーマの導入に対する壁になっていること、行動科学教育にかかわる教員のポストや講座、専門家の教育体制が全体としてまだまだ不十分なこと等が述べられている。

そして最後に、行動科学教育に対する重点化の必要性を改めて訴えたいうで、特に国家試験に行動科学的テーマを増加させることで、医学教育改革を進める起爆剤とすることが現実的な対策として勧告されている。

行動科学教育におけるコアカリキュラム

報告書の中で行動科学教育のコアカリキュラムのたたき台として示された「医学教育の中に緊急に取り入れるべき行動社会科学的テーマ」6領域26テーマのうち、20テーマは特に優先性が高いものとしている。

6領域とは、次の通りである。1)健康と疾病をめぐる心身相関、2)患者行動、3)医師役割と行動、4)医師—患者相互関係、5)保健ケアをめぐる社会文化的問題、6)保健政策と経済学

各領域ごとの優先性の高いテーマについて表に記する。

まとめとして

本稿ではInstitute of Medicineの報告書“IMPROVING MEDICAL EDUCATION”の紹介を兼ねて、米国における行動科学教育の位置づけの変化を見てきた。確かに報告書の記述を見るかぎり、米国においても行動科学教育を

Domains: 健康と疾病をめぐる心身相関	
High Priorities	Medium Priorities
<ul style="list-style-type: none"> 心理社会的因子を繋ぐ 生物学的メディエーターと健康 慢性疾患の心理、社会、行動的因子 疾病と病いに影響する人間発達の心理社会的側面 疼痛の心理社会的側面 	<ul style="list-style-type: none"> 身体化に関わる心理社会、生物学的問題とそのマネジメント 病いと家族ダイナミクス、文化との相互関係
Domains: 患者行動	
High Priorities	Medium Priorities
<ul style="list-style-type: none"> 健康にリスクをもたらす行動 行動変容の原理 心理社会的ストレスや精神障害が他の病いの表現形や保健行動に及ぼす影響 	
Domains: 医師役割と行動	
High Priorities	Medium Priorities
<ul style="list-style-type: none"> 専門職行動の倫理的ガイドライン 患者ケアに影響を及ぼす個人的価値観、態度、バイアス 医師自身のwell-being 社会的説明責任と社会的責任 保健ケアチームや組織の中での労働 患者ケアを補う社会資源の利用と連携 	
Domains: 医師－患者相互関係	
High Priorities	Medium Priorities
<ul style="list-style-type: none"> 基本的コミュニケーションスキル 複雑なコミュニケーションスキル 	<ul style="list-style-type: none"> 患者の社会経済的状況の文脈とセルフケア能力のキャパシティ、協働での意思決定に関与できる能力 難しく問題の多い医師－患者関係のマネジメント
Domains: 保健ケアをめぐる社会文化的問題	
High Priorities	Medium Priorities
<ul style="list-style-type: none"> 保健ケアの社会的不平等が及ぼす影響と健康状態を決定させる社会的因子 文化的対応能力 	<ul style="list-style-type: none"> 代替補完医療の役割
Domains: 保健政策と経済学	
High Priorities	Medium Priorities
<ul style="list-style-type: none"> 米国の保健ケアシステムの概観 患者の保健関連行動に影響する経済的インセンティブ 費用、費用効果対比と医師の経済的インセンティブに対する反応 	<ul style="list-style-type: none"> ケアにおける多様性

めぐる状況はけしてバラ色であるとは言えない状況であるが、しかし、実際のカリキュラムや教育内容・時間数・教員数を見るならば、質・量ともに彼我の差は歴然であり、曲がりなりにもPBLやOSCEが普及してきたわが国の医学教育のなかで、今一番遅れて取り残されているのが、この行動科学教育を核としたprofessionalism教育の部分といっても間違いではないように思われる。行動科学教育の充実が急務であることは、米国以上にわが国の医学教育であることは誰の目からも明らかであり、この報告書で示された行動科学のコアカリキュラム案の一つのめやすとして、わが国のコアカリキュラムの見直しにも取り組んでいく必要があると思われる。本稿がその端緒となることを切に願うばかりである。

文献：

- 1) Arnett JL, Hogan TP. "The role of the behavioral sciences in North American medical schools: an overview". J Med Educ. Mar;58(3):201-203. 1983
- 2) 宗像恒次. "アメリカの医学校の行動科学教育の現状".医学教育;19(3):179-184. 1988
- 3) Institute of Medicine of The National Academies "IMPROVING MEDICAL EDUCATION－Enhancing the Behavioral and Social Science Content of Medical School Curricula"National Academy Press 2005

日本医学教育学会「行動科学・人間関係教育委員会」について

東京医科歯科大学教養部 中村千賀子

本委員会は、阿部恵子氏（名古屋大学）、北村聖氏（東京大学）、後藤英司氏（横浜市立大学）、津田司氏（三重大学）藤崎和彦氏（岐阜大学）、三原祥子氏（東京女子医科大学）の各委員と、中村千賀子（担当理事・東京医科歯科大学）からなる。

活動方針として、学部教育、研修医教育を通しての行動科学系教育、コミュニケーション教育の中で、以下の4点を踏まえて目標・方略・評価方法を模索し、提言することとなった。

- A. 行動科学・人間関係教育の基本理念とその目標の模索
- B. 行動科学・人間関係プログラムの具体例の試作
- C. コミュニケーション教育の陥りやすいワナについて
- D. コミュニケーション教育から医療面接へのスムーズな橋渡し

第14期「行動科学・人間関係教育」委員会 活動報告

1) 2003年10月 委員会の活動方針を決定

日本の医学教育現場の状況、さらには市民の医療に対する期待などを重視した上で、医学生・研修医教育のカリキュラムに「行動科学・人間関係教育」の定着をめざす。その一歩として、各委員の実践経験を基に、学部教育（6年間）、研修医教育（2年間）を通してのコミュニケーション教育の中で次の4点をふまえて目標、方略、評価を、試作し、提言する。

- ①行動科学・人間関係教育の基本概念と目標
- ②行動科学・人間関係プログラムの具体例
- ③コミュニケーション教育の陥りやすいワナについて
- ④医療面接へのスムーズな継続

2) 2004年7月「行動科学・人間関係教育」WSその1「行動科学・人間関係教育」の目標の洗い出し」

於 東京大学 医学教育国際協力研究センター

3) 2005年4月 同報告書（CD）作成）・参加者に配布

4) 2005年5月 Rochester大学医学部 Quill教授講演会

—行動科学とHumanityの医学教育への統合

於 東京大学 医学教育国際協力研究センター

『医学教育』36巻（4）p. 248に報告

5) 2005年6月「行動科学・人間関係教育」視察のため米国3医科大学訪問

6) 2005年7月「行動科学・人間関係教育」WSその2「行動科学・人間関係教育」のカリキュラム&プログラム」

於 東京大学医学部主催 日本医学教育学会にて

7) 2006年3月 視察旅行の報告と、「行動科学・人間関係教育」チップス集を合本

2004年、高知での第36回医学教育学会を迎える直前の7月10日、11日には、東京大学・医学教育国際協力研究センターにおいて、行動科学・人間関係教育委員会の目標を具現化すべく、クローズド・ワークショップを全国の医科大学などから30名を越える参加者を得て開催した。そこでは、行動科学、あるいは人間やその生活、社会について学生を指導する医師と、専門を医学に限定しない多くの専門領域の教育者から意見や経験が発表され、貴重な意見が交わされた。その報告書は、三原祥子氏（東京女子医科大学）と井上千鹿子氏（立教大学）によって、”Report on WS in Tokyo”としてCDにまとめあげられ、参加者に配布された。

米国における視察旅行について

このWSをきっかけに、北村聖氏（東京大学）の発議から、2005年6月11日～19日には、米国東部メリーランド州ボルティモアのJohns Hopkins大学、ペンシルバニア州フィラデルフィアのDrexel大学、ニューヨーク州オンタリオ湖のほとりのRochester大学において、委員会の委員とWS参加者の有志の総勢8名に、Johns Hopkins大学に留学・研究活動中の阿部恵子氏（名古屋大学）のコーディネーター役を得て、医学教育学会の後援のもと、行動科学・人間関係教育についての視察が実現できた。参加者には、視察費用や日常業務のやりくりなど多大な努力を通しての視察参加であったものの、日本医学教育学会による初の海外視察への補助を受け、私費参加者への渡航費用の補助と現地医学校のスタッフとの交流費にあてることができた。あらためて日本医学教育学会に感謝を捧げる。

WS資料 2004年7月「行動科学・人間関係教育」WS 「行動科学・人間関係教育」の目標の洗い出し

於 東京大学 医学教育国際協力研究センター

行動科学・人間関係教育委員会 WS 開催趣旨

東京医科歯科大学教養部 中村千賀子

1800名を越す会員を擁する日本医学教育学会では2003年7月から齊藤宣彦会長、伴信太郎副会長、堀内三郎副会長の率いる新執行部体制のもと、20名の新しい理事が学会活動に関わっています。この第14期の理事会は、編集・出版委員会をはじめとする合計21の委員会を承認し、現代社会の医療に対するニーズを勘案し、医学教育をさらに充実させようと活動を開始しました。そのひとつが、行動科学・人間関係教育委員会です。

本委員会の活動方針は、「学部教育(6年間)、研修医教育(2年間)を通してのコミュニケーション教育の中で次の4点を踏まえて、目標、方略、評価法を試作し、提言する。A. 行動科学・人間関係教育の基本理念と目標 B. 行動科学・人間関係教育プログラムの具体例 C. コミュニケーション教育の陥りやすいワナについて D. 医療面接へのスムーズな継続」といたしました。しかし、どの項目にも難問が山積しています。

そこで、今回、本委員会の阿部恵子、北村聖、後藤英司、津田司、藤崎和彦、三原祥子諸氏のご提案を得て、本委員会の初の実践活動として、行動科学・人間関係教育に造詣が深く、日ごろからその領域で教育を実践されておられる方々にお集まりいただき、本委員会の抱える難問のブレークスルーにお力をお貸しいただくという企画を立てたわけです。出張旅費もなく、皆様には手弁当でお集まりいただいたことを心から感謝いたします。また、会場については東京大学の北村聖氏にご便宜をおはかりいただきました。

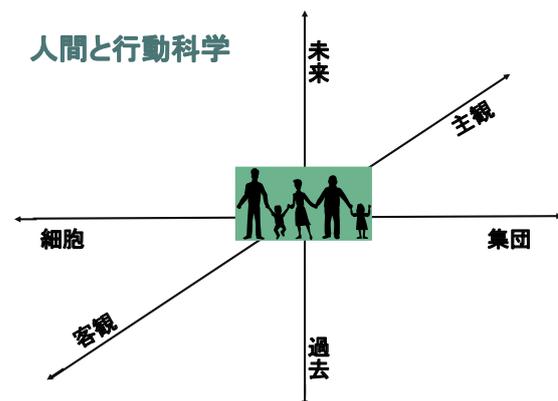
さて、本ワークショップの趣旨説明とのことですが、行動科学については、まず、その提唱者であるChicago大学のJ. G. Millerに倣って、「人間の行動を経験的に検証し得る一般理論の展開をめざし、そこに含まれるだろう歴史学、人類学、経済学、政治学、社会学、社会心理学、心理学、精神医学、医学、生理学、生物学の間に共通する言葉をつくり、これら各分野の経験的技術を用いて検証可能な形で相互に関連する諸仮説、諸定理の系をつくりだすこと」という点を忘れずにワークショップを進めていきたいと思っています。

この提言のあった1960年代から半世紀近くを経た現在では、人間社会の中で大きく変わってしまったものも

多い中、大きく変わ"れ"ないものも厳然として存在すると思います。身体を持ち、心がさまざまにゆれ動く、一人ひとりなかなか変わりきれない人間を中心に、そして、変化の激しい地球世界をも包含するような熱い討論をお願いしたいと思います。

このワークショップの今後の目標は、人間の幸福に寄与できる医学・医療を担う人々をはぐくむためのカリキュラムにここで得られた果実を反映させることです。このワークショップが、諸科学の担い手である参加者の方々が、バベルの塔よろしく、それぞれの言葉をそれぞれの解釈で用いている普段の世界から、少し背を伸ばして諸科学の間にある壁から互いに手を携え、「人間」という共通の目標に向かってともに親しく討議できる機会となることを期待します。

「行動科学が何であるか」についてはこれから参加者の方々に討論していただくのですが、仮にお示しすれば(図)、動物としてのヒトや、新皮質の発達した人間の特徴を踏まえ、細胞⇄集団、主観⇄客観、過去⇄未来などのさまざまなものが行動科学の座標軸として考えられるかと思っています。参加者の方々が互いに理解しあえる言葉を用いて、包括的な、かつ、活発な議論を進めていただければ幸いです。



WS資料 2004年7月「行動科学・人間関係教育」WS 「行動科学・人間関係教育」の目標の洗い出し

於 東京大学 医学教育国際協力研究センター

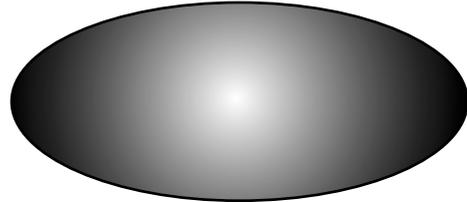
行動科学教育委員会 ワークショップ まとめ

実は委員会活動そのものが
このワークショップそのものが
行動科学の実践でした

北村 聖

医療における行動科学とは？ Behavioral Science in Medicine

- ・なんでもあり（藤崎）
- ・社会学、人類学、心理学などとの連携（星野）



どこまでを赤色とよぶか？

医学教育で行動科学の何を教えるか？

- ・医療のあいまいさ/感情と体/ひきうける
- ・コミュニケーション・心理・行動・社会・倫理・安全など
- ・宗教は？
- ・どこの医科大学でも、歯科大学でも、看護大学でも教えるべき内容を明確にしませんか →

医学教育における行動科学のコアカリキュラムを提言しましょう

いつどのように教育するのか？

- ・医学・歯学・看護学などの混合教育：利点・欠点・妨害因子
- ・方法の工夫：体験実習・ロールプレイ・PBLなど

モデルカリキュラムを提案しませんか？

行動科学教育の評価

- ・行動科学教育の目標は？
- 学生の状態変容
- ・学生の評価は？
- ・カリキュラム・教育方略の評価は？
- ・指導者の評価は？

学内外での認知度を高めるためにも
評価は必要!!

行動科学人間関係教育委員会ワークショップ 2005 報告「行動科学のコア・カリキュラムを創る」

＜医療現場から離れない、でも、人間を置き去りにしない医療教育のために＞

東京女子医科大学日本語学研究室 三原祥子

日時：2005年7月30日 15時～18時

於：第37回 日本医学教育学会（東京大学本郷キャンパス）ワークショップ7

参加者：36名（主催者も含む）

目的：1学年から6学年の医学生にその教育課程の中で、わが国独自の行動科学的視点を醸成させるコア・カリキュラムの試作（第37回日本医学教育学会大会予稿集、p.25より）

内容：

まず、米国ドレクセル大学、ジョーンズ・ホプキンス大学、ロチェスター大学における行動科学教育プログラムの視察（2005年6月）の報告が行われた。

次に、カリキュラムを創るためのヒントとなる4発表がなされた。「体験学習とモジュールについて」（東京女子医科大学三原祥子）では、体験学習デザインのためのキーコンセプトの提示、「私の実践-1：生活者中心のヘルス・ケアと『医療環境論』（山口大学星野晋氏）では、行動科学と社会・文化的アプローチとの関わり、および、Life（Lifeをいとなむもの＝生活者）を軸とする授業の展開例の紹介、「私の実践-2」（横浜市立大学後藤英司氏）では、横浜市立大学における6年間全体の行動科学・人間関係教育関連カリキュラムの紹介、「私の実践-3」（鳥取大学高塚人志氏）では、乳幼児との継続的な交流から得られる「役立ち感」「自己効力感」の気づきを重視した授業「ヒューマン・コミュニケーションI」の紹介が行われた。その他、行動科学・人間関係教育委員会編『Tips集』のドラフトなど多数の資料が提示された。

その後、5グループに別れ、約1時間かけて行動科学のコア・カリキュラムを創るための議論がなされた。このグループ作業では、「何のために（例：患者を守る、医療者を守る、人間の尊重、個人の尊重）」「何を（例：知識、思想、習慣、態度、技術、行動）」「いつ（例：基礎系教育、臨床系教育、研修医教育）」「どのようにして学ぶ（教育方法）（例：講義、実習、体験学習、概念学習、ケースメソッド、on the job training）」「どのようにして効果を測る（教育評価法）（例：ペーパーテスト、

ポートフォリオ、面接、実地試験）」という観点を共有し、ディスカッションをした。

その後、約20分で作業結果の報告と質疑応答が行われた。主な意見としては、「継続性を重視し、単発の経験に終わらせないようにすべきである。学習というよりは、適性に気づいてもらいたい。そのためには、フィードバックや進路指導が必要である。方略としては、仲間同士によるディスカッションやピア・レビューを導入し、個人としての成長や日本特有の文化についての気づきを促す。評価は、次のステップにつなげる形成的評価で、目標の個別化（ポートフォリオ、多面的評価の導入）が有効であろう。」「全人的医療を実践できる医師を養成するためには豊かな人間性を養う必要がある。そのためには、相手の気持ちを理解し、適切な行動をとることができるようになることが重要である。そのためには、方略として異なる学年を組み合ったケースメソッドを導入し、学生同士に評価させ、教員は見守るべきである」「個人の尊厳を理解するために、相手に対するいたわりや施設に行くためのマナー態度の教育が6年間を通して必要である。そのためには、老人ホームや介護施設での実習が有効であろう」「生活者中心の医療を行うことができるように、自己肯定感を、相手と向き合うことができる医療者の育成を目指す。経験に基づいて思考を形成し、それに従った行動ができるようにする」「アーリーエクスプージャーのような体験学習も重要だが、体験だけでは不十分である。システムティックな学習も必要である。たとえば、講義をイントロダクションとして活用し、これから学ぶ内容に関する気づきを促すことも重要である」などがあつた。

参加者の感想としては、「他大学のユニークな取り組みを知り有意義だった」「継続が学生の変化を起こすと知った」「体験学習の具体例の提示後のプログラム試作がよかった」「情意領域の教育に関心がある」「当然過ぎて気づいていなかったことに気づけた」「すぐに始められるレベルの内容もあつたのでよかった」「大学以前の教育の役割も考えさせられた」「自分の成長、仲間が互いに育て合う『専門家』教育の行動科学に興味がある」「『科学化』がキーワードだと思う」「現在のモデル・コア・カリキュラムとの関連を知りたかつた」などがあつた。

第二部

アメリカの行動科学・人間関係教育

米国医学校「行動科学・人間関係教育プログラム」視察

<参加メンバーならびに日程>

参加メンバー：日本医学教育学会「行動科学・人間関係教育委員会」

同委員会「ワーキング・グループ (WG)・メンバー」(敬称略 ABC順)

阿部 恵子 (名古屋大学、Johns Hopkins 大学、委員会委員) ※現在 岐阜大学医学部医学教育開発研究センター

相野田 紀子 (金沢医科大学、日本医学教育学会評議員、WGメンバー)

藤崎 和彦 (岐阜大学、日本医学教育学会理事 委員会委員)

北村 聖 (東京大学、日本医学教育学会理事 委員会委員)

三原 祥子 (東京女子医科大学、委員会委員)

中村 千賀子 (東京医科歯科大学、委員会担当理事)

尾関 俊紀 (協立総合病院、日本医学教育学会評議員、WGメンバー)

杉本 なおみ (慶応義塾大学、WGメンバー)

鈴木 康之 (岐阜大学、日本医学教育学会評議員、WGメンバー)

日程：平成17年6月11日～19日

6月11日 成田 (セントレア) 発

6月11日 ワシントン (ボルティモア) 着

6月12日 ジョンズ・ホプキンス大学視察、セミナー (米国メアリランド州 ボルティモア)

6月13日 ドレクセル大学視察、セミナー (米国ペンシルバニア州 フィラデルフィア)

6月14～15日 ジョンズ・ホプキンス大学視察、セミナー (米国メアリランド州 ボルティモア)

6月16～17日 ロチェスター大学視察、セミナー (米国ニューヨーク州 ロチェスター)

6月18日 ロチェスター発 シカゴ (デトロイト) 着・発

6月19日 成田 (セントレア) 着

目的：米国の医科大学の中で、行動科学・人間関係教育が充実している3大学を訪問し、わが国の医療系大学における「行動科学・人間関係教育」のカリキュラム策定のための資料を得る。

臨床医と行動科学 - 米国視察を通じて

協立総合病院 尾関俊紀

ずいぶん医療にたいする評判が悪くなって、医療を人間的なものにどう再構築するかということが私達に課せられた大きな課題になっている。

『病気を診るが、病人を見ない。』という批判には、過度の専門分化に対する批判もあれば、患者の気持ちを理解していないという問題も含まれている。また医師の資質や、態度に対する意見もたくさん出てきている。実は家族や病人の見方を私達は公式には勉強してこなかった。国試にもそういう問題の出題は無く、そうした態度は実践する中で自然に身につくという理解だった。

医療倫理の分野では、インフォームドコンセントや患者の自己決定権など患者と医師の関係の変化が現れ、私達は忙しすぎて時間が無いという口実や、日本の独自文化に隠れようとしてきたが、従来のパターンリズムは通用しなくなっている。

また、急性疾患中心の時代から、慢性疾患が増えてきた今日の医療においては、発展した科学的医学がうまく患者のニーズに合わない事態が増えてきて、患者の参加が課題になり。情報の正しさとともに良い伝え方が必要になった。

こうした医療の、患者医師関係、価値に関する基本的部分について、習った事もないものを基本概念と据えて、実践し、教えなければならない時代になってきている。

今から10年以上前に、こうした人間らしい医学の再構築に解決の糸口を与えるような概念が紹介された。1つは Biopsychosocial model であり、もう1つが行動科学であった。米国においては生物学的な基礎科学以外の心理社会的な医療に必要な内容を基礎医学として教育しているということが非常に興味を引いた。習った事の無いものが基本といわれれば学ぶしかない。

一方で米国留学生から、行動科学の大切さをいう人もある一方で、『レジデントはみんな嫌がっていたよ』と芳しくない評価のあることを聞いたことはショックであった。

そんななか、2001年より藤崎先生にお願いして、2ヶ月に1回行動科学の研修医向け自主講座を開いてきた。これは藤崎先生の腕でとつきにくい心理社会的問題のアプローチを紹介する会であった。

こうした経過の中で、米国の行動科学教育の見学があり、おそらく米国で標準的と思われる Hopkins と、全体の教育に Biopsychosocial Approach への情熱があふれている Rochester を見学させてもらったのは、卒後教

育にも非常に参考となった。

Rochester のカリキュラム改革の中で Biopsychosocial Approach を4年間を通じて貫くように変えたという理由には、従来そのままでは行動科学を、『おまごど』や『お遊び』といった2流の初歩段階のものと低く見て、生物医学的なものが本当の医学なのだという理解に学習者が陥りやすいということがあり、そうした傾向は米国においても存在するということが確認された。青年の中にある不確実なものへの不安、自己が巻きこまれ、傷つくことへの不安や、これまでの伝統的な臨床教育の hidden curriculum は、日本でも、今後行動科学教育を進めていこうとするときに大きな障害になると思われる。

Quill 先生は医学教育の機構改革だけでなく、地域に対する倫理と緩和医療のサポートチームをつくって24時間のサービスを行っていた。最前線で苦悩している臨床のスタッフをどうサポートするかを心を砕いておられる姿勢こそが本当の変化を起こして行くのだと感じられた。

つまるところ、行動科学教育の必要性を説き、良い統合されたカリキュラムを実践し、不安を持つ臨床医に実践の症例の中から心理社会的見方をガイドして援助し、新しい臨床の文化を作って行く作業が私達に求められていると思われた。

行動科学・人間関係委員会アメリカ視察 旅行記

Johns Hopkins大学* 阿部恵子

ことのはじまり

留学直前の2004年7月、東大での行動科学委員会ワークショップが無事に終わり、反省会が和やかに行われていた。やれやれ私の任務はここまで・・・と顔がほころんでいたころ、突然、北村聖先生の「阿部先生の留学中にアメリカに視察旅行にいきましょう！」という爆弾発言に頭の中は真っ白・・・この話は流れるに違いないと自分に言い聞かせながら肩の重荷を振り払いアメリカに飛び立ったのでした。

視察校選び

10月に参加したABSAME(Association of Behavioral Science and Medical Education)学会では教育法略の問題(専門家が独自の方法で教えるので学生は全体の目標がとらえにくい、教育者間の連絡・FD不十分など)が議論されており、アメリカでもまだ発展途上にあることが見えてきた。‘IOM report on enhancing Behavioral Science Education in Medical School curricula: Can we get there from here?’の口演者、Dennis Novack先生と、たまたま会場(ロッキー山脈の麓Vail, Colorado)から空港まで一緒のバスに乗り合わせ、その穏和な語り口に吸い込まれるようにSPの事、行動科学の事など話していると、OSCE, コミュニケーションの授業のある12月の初めにDrexel大学に招待してくれた。12月に訪れたDrexel大学では医学部3年生を対象に実施されていたPsychiatry/Ethics OSCEは唯一psychosocialな問題だけを扱ったOSCEということでTBSテレビが取材に来ていた。このような特徴と初対面の一研究者に惜しみなく情報を提供してくれるNovack先生の教育者としての姿勢に感動し是非Drexelを視察校の一つにしたいと密かに思っていた。

12月も半ば、視察準備の話が持ち上がり視察校選びが始まった。視察校選択は行動科学の特徴的なプログラム、カリキュラム構成、教員の組織体系において良い結果を出している学校を基準にと参加者から意見が出され、Johns Hopkinsも候補になった。Sir William Oslerの魂を引き継ぎ、毎年US Newsの一位を維持するJohns Hopkinsの医学教育は誰もが素晴らしいと思うたがわらないのであるが、実は医学教育に関して資金が投入されたのはごく最近のことで、伝統的な教育法がまだ色濃く残っている学校であった。このような現実を知ったとき視察校として選択すべきか否か大変迷ったが、

curriculum reformが進んでいることが分かり、逆に最新の情報が得られるのではないかと期待し視察校に決定した。そして先に挙げたDrexel。もう一校はIOMの出版している「Improving Medical Education: Enhancing the Behavioral and Social Science Content of Medical School Curricula」の中で推奨されているRochesterとUCSFが挙げた。時間的効率を考え今回は東海岸に限定しRochesterに決定した。かくして視察3校が決定し、いよいよ視察旅行は現実の物となってきた。

スケジュール作成の悪戦苦闘

時既に3月、ここから6月11日の視察日まで自分の責任においてすべてをコーディネートしなくてはならないその重責に自分の勉強はそっちのけで取り組んだ。最も頭を抱えたのは口演内容と講演者の選択であった。Public Healthに所属していた私は医学部とのコネクションがあまりなかった。留学間もないころ、医学教育も見たいと思い、指導教授から紹介された先生にメールで依頼していたが良い返事が得られずにいた。その内、Johns Hopkinsは閉鎖的・・・という噂が聞こえてくるようになり医学部の敷居の高さに悶々とした気分で冬を迎えたのだ。転機が訪れたのは小3の娘が友達と一緒に通ったバレエ教室でのこと。初めてゆっくり話したその友達のお父さんはなんとHopkinsの医学教育担当の小児科医Dr. Baroneだった。この運命的な出会いには心から感謝した。その後は彼の紹介で行動科学関係の講義などの見学をさせてもらえるようになった。視察の企画に関しては彼のブレインを借りて何人かのkey personにコンタクトを取りスケジュールを詰めていった。土曜日のダンス教室の待合室が私たちの打ち合わせの場になったのは言うまでもない。子供達に感謝。

スケジュールの調整には何度も足を運び、またメールをし、何重にも確認をした。そのため4月、5月はクルートの学生さながらビシッときめ、エレガントさを演出しつつ笑顔で「日本の医学教育の救世主になって下さい！」(ちょっと大げさ)とコミュニケーションストラテジーをフル活用しお願いに回った。Dr. Baroneの紹介、中村委員長からの手紙、姉妹校の定款を結んでいる名古屋大学医学部出身という強力なバックアップに助けられ、お会いした20人のどの先生、秘書の方からも温かく迎えられた。しかしながら、6月の視察という時期はアメリカでは丁度学期末にあたるため講義はすべて終了してしまい、実際の授業の見学、学生との交流などスケジュールに組み込むことができなかったことはとても

残念だった。準備の2ヶ月間、すべてが順調に行くわけもなく、メールの返事が来ない（時に日本から！）時間調整がうまくいかない、などなど・・悩む日々が続いた。しかし、各委員の励まし、米国の先生方の好意的で協力的な姿勢に励まされ何とか形にすることができました。彼らの人格者としての姿に感動し、自分のロールモデルとして脳裏に焼き付けたのだった。

視察開始

2005年6月11日、東京、名古屋から2グループ8名の先生方がボルチモア入りした。翌日の日曜日、人気のないパブリックヘルスの新館2階にあるガラス張りのカンファレンス室でメンバーミーティングが行われた。中村委員長の挨拶から始まり、各参加者の行動科学に対する意見交換、役割分担を決め、一週間の視察旅行の成功と安全をみんなて願った。

Drexel大学視察

視察第1日目、早朝6:00、10人乗りのリムジンでフィラデルフィアのDrexel大学へ向かった。青空の広がる中、Novack先生と秘書のBarbaraに迎えられ講義室へと向かった。2階建ての大学内は緑と青が基調となり、吹き抜けの中央には樹木が植えられ自然と調和した雰囲気醸成されていた。朝食を食べながらの講義にアメリカ的なリラックスした雰囲気を実感した。また口演者はDrexel大学から4人、ジェファーソン大学から2名、ペンシルバニア大学から1名で構成され、1度に3大学での行動科学教育の新しい取り組みを学ぶことができ大変有益であった。

フィラデルフィアは独立宣言を行ったアメリカ生誕の地である。午後は「自由の鐘」「独立記念館」など歴史地区を訪問し、返礼夕食会の会場Victor'sに向かった。ここは音大の学生がアリアを歌うイタリアンレストランで、100年の歴史があり、声楽家を夢見る若き男女が表情豊かに歌うその美声にだれもが食事の手を止め聞き入っていた。

Johns Hopkins大学視察

第2日目はJohns Hopkins。Dr Baroneが朝7:30から1時間、友情出演でJohns Hopkinsの名所?大きくてたくましいイエスが両手を広げて迎えるメモリアルホール、改装されたばかりの小児科病棟、モダンな建築の研究棟を案内してくれた。増築に次ぐ増築で各ビルディングが渡り廊下や地下道でつながりまるで迷路

のようであったが、幸いにも迷子の先生は出ずに済んだ。Johns Hopkinsでは1日目の午前が医学部の現行の行動科学プログラム、午後が2007年度施行予定の新カリキュラムについての紹介と、独立した特徴的なプログラム(Healers Art, Death and Bereavement)の2つの紹介であった。天井の高い壁に歴代の学長の肖像画が飾られた格調高いBoardroomで新旧カリキュラムについて活発な議論をし、多くを学んだ。

しかし、アメリカのどこの建物でもそうであるように、ここでも冷房はガンガンにかかり、寒さに震えながらセッションを聴くことになった。はやくアメリカも京都議定書にサインして欲しいと願わずにはいられなかった。ここでもう一つ不合理に思ったことが、ビデオ、プロジェクターの賃貸料だった。Public Healthから無料で借りた物を持ち込もう準備を整えたところ、医学部所蔵品でなければ技術的なサポートを受けられないと言われ、非常時に備えなくなく\$180を支払い機器を借りました。学部間の連携はずこぶる悪く、その非効率なことには閉口した。

2日目は場所を病院内4階にあるClinical Examination Center(臨床試験センター)に移し、全体的なセンターの機能、SPの役割、学生の臨床技能練習などの話を聴いた。コミュニケーション、身体診察の幅広い教育と頻回に行われるSPセッション(年間2500回、学生1人が卒業までに25~30回練習)は隔世の感があったが、「模擬のtrainingとevaluationが今後教育の中心になるであろう。この10年で臨床実習前の模擬練習は劇的に拡大されるだろう」というセンター長Shatzer先生の言葉に更に圧倒され、日本も頑張らなければと強く感じたのであった。

病院1階の中庭に面したレストランで昼食、ギフトショップとブックショップを眺め、午後はPublic Healthへと移動した。Roter教授から自ら開発した医師患者会話分析ツールであるRIASの紹介とビデオを使って学習者にフィードバックするという教育方略について学び、評価の重要性を再確認した。最後は精神科医のDr. ClarkからPhysician and Society(PAS)のお話を伺った。PASは臨床とのつながりから見てうまく機能していないという批判とは対照的に、Clark先生の熱意と自信に満ちたセッションは印象的であった。来年度のPAS4年全体のCourse directorに立候補したが12名の激戦であるという話を聞き、前日の新カリキュラムの話との温度差を感じた。しかし、新カリキュラムが始まるまでの残り1年、情熱をもって取り組まれる姿は素晴

らしいと思った。

Rochester大学視察

4日目は移動日。朝やや遅めの便でNYはRochesterへ。あいにくの雨で肌寒く感じられた。博物館、町の散策で午後を過ごし、夕方4時ごろロチェスター大学へ向かった。今回の視察の目玉でもあり、Quill先生とは東京講演からの再会とDouble Helix教育を学ぶ、ということで他の大学とはまた違った楽しみと期待を膨らませた訪問であった。レセプションでお茶とお菓子を頂きながらロチェスターでの行動科学についてQuill先生からのoverviewがあった。また、Quill先生執筆の本、ロチェスターロゴ入りバックとマグカップなどのお土産を頂きそのあたたかい心遣いに感激した。

視察最終日は朝8時から4時までぎっしり10人の講義予定が入っていた。時差ボケとハードな旅で参加者の疲労度は頂点に達しリズムカルな英語は子守歌のようで時々意識が飛ぶような姿も見受けられたが、セッションは各先生それぞれに特徴ある内容で、またコーディネーターのはからいで途中講義室やチュートリアル室などの見学も入り気分転換しながら何とか持ちこたえた。もちろん参加者は質問になると人が変わったように活発になった。半円に椅子が置かれ、ゆったりとしたスペースのある講義室にはプロジェクター、録画装置などが完備され映画館または国際会議場さながらの雰囲気、その壁には各学年の「学生の誓い」が大きく飾られていた。チュートリアル室には中央にコンセントのついた楕円のテーブル、テレビ、そして医療面接のための椅子、身体診察用の診察台、医療器具などが完備されていた。小グループで議論しすぐに実践出来る効率の良さはさすが学習者中心と感心した。その後、ご招待頂いたQuill先生のお宅へと向かった。

暗い山の中に迷い込んだように家も点々としたところにQuill先生のお洒落で品の良い邸宅があった。キッチン大きなガラス窓からは木々の中ずっと下に沢が見え、その眺めはまさに絶景、毎日別荘に暮らす趣であった。自然と一体化した生活の中でpsychosocialな豊かな発想が生まれたのであろうかと思いを巡らせた。奥様の手料理に舌鼓を打ちながらしばし歓談に耽った。Quill先生は病気治療中にもかかわらず、温かく迎えて下さり、行動科学・人間関係を真に実践されている姿に教育者として、人間としての奥深さ、偉大さを感じた。アメリカでの最後の夜を十二分に堪能したあとも、みんなの興奮冷めやらず、帰りの車の中では歌の大合唱となった。メ

ンバーが一体化し、満足感・達成感に満ちた一瞬でもあった。安堵感が満ちた。

最後になったが、今回の視察がハードスケジュールだったにも関わらず、大きな問題もなく、楽しく心地よい、実り多き1週間になったのは、参加メンバーの明るく寛大な性格と、全員の陰に日向に協力し合い、配慮しあったお陰と心から感謝している。さらに、視察のためにご協力頂いた日本医学教育学会、各大学の先生方、担当部署のスタッフ・秘書の方々、そして、帰りを辛抱強く待ってくれた私の家族に感謝する。

Oct. 10. 05 ボルチモアより

阿部恵子

アメリカ医学教育にみるプロフェッショナルリズム

Johns Hopkins大学* 阿部恵子

医療を取り巻く環境の急速な変化（遺伝子工学の進歩、テクノロジー依存、患者の不満、QOL、患者中心医療など）を背景に、1984年、GPEPレポートで Professional skills and perspectives 育成を重視した教育に改革するよう報告があった。その後、年の Medical School Objectives Project によるカリキュラム見直しの再勧告を経て、10年ほど前から、多くの医学校がプロフェッショナルリズム教育に力を入れるようになった。ただ医学の知識・技術があるだけでなく、患者を全人的に理解し、全ての患者に差別することなく最善の医療を提供する態度を兼ね備えた能力をもって初めて専門職としてのプロフェッショナルと呼ぶ、という概念である。アメリカの医学卒業前教育を総括する公的認定機関である LCME も (Liaison Committee on Medical Education) は次の4項目 1) Behavioral Science and Socioeconomics, 2) Cultural Competence, 3) Communication Skills, 4) Medical Ethics の教育を義務づけ、プロフェッショナル教育を重視している。

プロフェッショナルリズムの中には、患者側理解と医師側理解の2つの側面がある。私は特に医師の自己管理など医療者側の心理・社会面に光を当てた教育に興味を持っているので、いわゆる医学生・研修医・医師の心のケア教育を中心に、今回訪問した Drexel, Johns Hopkins, Rochester の3校で実施されているプログラムの紹介と感想を述べたい。

第1訪問校の Drexel 大学では主に Physician and Patient (1年生) コースの小グループディスカッションで行われる。特に「Relationships with Significant Others/Balance and Self-Care」というトピックで人生における自己管理とバランス、ストレスの対処法を教えている。また、その他の授業でも、セッションの最後に Personal Awareness: topics for reflection として学生自身の気持ち、「喘息発作の患者を目前にしてどう思うか?」、「癌の告知をするときどんな気持ちになるか?」など、不安を共有しその対応の仕方を議論する。今後臨床において多くの非日常的な場面に遭遇する医学生に心の準備をさせることは、臨床におけるカルチャーショックを緩和させる意味でとても有効と感じた。

その他に3年生を対象に Professionalism Curriculum を独自に設けている。175名の学生が小グループに分かれ、医師としての義務と基本的価値観を再考し、医療チームの一員としてのコミュニケーションスキル、プロ

フェッショナルリズムの知識向上を目指している。以下の12のトピックについて議論されている。

1) Professional Behavior, in the different clinical clerkship experiences with peers, administration, and professional staff、2) Conflict Resolution Skills、3) The 'Culture of medicine' on the wards and in the clinics、4) The impaired physician、5) Medical Student abuse Sexual Harassment、6) Death and Dying, communicating with dying patients and their families、7) Using self-awareness and mindfulness in patient care、8) Boundary Issues、9) Dealing with Difficult People、10) Cultural, Ethnic, Gender and Sexual Diversity、11) Life-style and Career choices Balancing Professional and Personal Life、12) Professionalism and professional Behavior, looking back/looking forward

ここでも再度 P B L で現実に臨床現場で起きている身近な問題について考える機会を与え、医師としての正しい態度とその問題の対処法を教えている。このようなケーススタディを通して、医師としての普遍的な信念と態度を教育する。ただ単に崇高な理想論で終わることのないよう、現実の生活とのバランスの取り方、impairment にならないための予防策など、ノウハウも併せて教育しているのは、最善の医療提供は医師の最善の健康状態に依るという基本を押さえていて素晴らしいと思った。

第2の訪問校 Johns Hopkins では、プロフェッショナルリズム教育は Physician and Society (PAS:1-4年) のコースで扱われ、1, 2年次は患者理解の側面、3/4年合同コースでは「医者になるということはどういう事か」、「全患者を平等に扱えるか」、「医師としての志を維持するにはどうしたらいいか」、well-being, burnout 予防など、主に医師の側面について、小グループで議論が行われる。毎回3人が担当となり、そのトピックに関しての現状紹介、ロールプレイなどでディスカッションを盛り上げる。担当者はそのトピックに関してのレポートが評価の一部となる。私がこれまで見学した小グループセッションでは患者または家族との関係における問題点などが多様な背景を持った学生の視点からディスカッションされていた。例え有効な解決法が見いだせなくても、様々な考えに触れられるだけでも有益に感じた。しかし、この PAS コースは臨床とのつながりが希薄、研究評価がされていないため学習効果が分からないという意見があり、現在カリキュラムの再編が行われている。

また、医療現場で増加している burnout, emotionless の医師を背景に 7 年前から Healers Art (UCSF, Rachel Naomi Remen, MD 開発) を選択授業に導入している。5 回シリーズのトピックは次の通りである。

1) Discovering and Nurturing your wholeness、2) Sharing grief and honoring loss I、3) Sharing grief and honoring loss II、4) Beyond Analysis: Mystery and Awe in Medicine、5) The Care of the Soul

医療の性質上、患者の多くの苦しみ・悲しみを共にすることは避けて通れない。患者を救うことが出来なかった悲痛感・無力感は医者になれば誰しも感じる事。その感情を麻痺させることなく、grief を認めつつ、自分の心の癒し方を学ぶ。患者の側に居るだけで、話を聞くだけで癒しを与えることが出来るという信念を持たせる。また、病の不思議を認め、患者に対して畏敬の念を持つことを忘れない。このような信念を通して、生涯医者として働くための普遍的な意味を持ち、職業に対する満足感を持続させることを目的としている。医療の暗い部分に焦点を当てた画期的なコースだと思うが、少し神秘的な印象を受けた。具体的な教育方法が分かるともっと理解しやすかったと思う。実際のセッションを見てみたい。

第 3 の Rochester 大学では 1999 年より二重らせん構造という Basic Science と Clinical Science の統合教育を実施している。プロフェッショナルリズムは 1 年次の Introduction to Clinical Medicine (ICM) 通年コースの中に散りばめられている。頻回にある模擬患者とのセッションから医師としての態度、自己認識を上達させるためセンスを学ぶ。コースの最後では学生が自分の家系図と自分が経験した病気のストーリーを書くことで、自分たちの家族・文化が自分の態度・動機にどのような影響を与えているかを考えるというセッションを取り入れている。また、態度目標として 1) Professionalism、2) Self awareness、3) Humanism and Compassion、4) Honesty and Integrity の 4 項目を挙げて、2 年生の最後の 2 週間で Basic Science, Clinical Skills, information management, professionalism を統合した Professional Competence の総合評価を実施している。評価内容は下記の 9 項目で多岐にわたる。

1) Standardized Patient Exercise、2) Pre-encounter Exercise、3) Post-encounter Exercise、4) Take-home Structured essays、5) Teamwork Exercise、6) Computer-based Exercise、7) Peer and Self Assessment、8) Video Review Groups、9) Reflection Groups

この総合評価で Professional Competence を評価した

研究では、ロチェスターの Double Helix 教育は学生にとって有用であり、reflection と態度変容を育成すると報告されている。

Rochester 大学が他の 2 校と違う点は小グループディスカッションでの議論だけではなく、模擬患者 Exercise という疑似体験を通して学ぶという点である。理論と実践を同時進行させることで、知識・技能・態度が総合的に学べる利点は大きいと思う。しかし、教育者の膨大な労力を要求されるのも事実である。

これらの視察校をみてもアメリカの医学教育が、単なる知識・スキル・態度教育にとどまらず、更にその上の、総合的に成熟した「医師としての人間性の育成」に向かっているのは明らかである。2004 年度、北米のほぼすべての医学校の卒業式で誓われ、医師の原点である「…私は能力と判断の限り患者に利益すると思う養生法をとり、悪くて有害と知る方法を決してとらない…いかなる患者を訪れるときもそれはただ病者を利益するためであり、あらゆる勝手な戯れや墮落の行いを避ける。女と男、自由人と奴隷の違いを考慮しない…この誓いを守り続ける限り、私はいつも医師の実施を楽しみつつ、生きてすべての人から尊敬されるであろう。もし、この誓いを破るならばその反対の運命を賜りたい」というヒポクラテスの誓いを生涯忘れてはいけぬ。そのためには自分を律する強い精神と信念を養う必要がある。これがプロフェッショナルリズム教育の根底にあるのだと思う。現代の医療情報過多、過酷な労働体制、多様な患者、などなどのストレスフルな環境の中で、常に重心を失わないようにするために、生涯医師として貫く普遍的な信念を持ち、それを道しるべとするのである。

米国はこの 20 年で医療面接教育の著しい発展を遂げ、世界中に普及させた。しかし、ここにとどまらず、それを扱う人間としての医師の人格を高めるための教育へと進化させた。常に問題に敏感で、改善を追求し、正しい教育を求めるその姿勢と努力には大いに学ぶ点がある。

さて、日本においても、医療現場では医療過誤、医師の不適切な行為、burnout、同僚・患者とのコミュニケーションがうまくいかない、などの問題が急増している。日本にプロフェッショナルリズム教育は急務と感じる。しかしながら、公共で自分の感情、特に負の感情を表現することを恥とする文化において、また、根性主義をよしとする文化において、このような教育が受け入れられるかは議論が分かれるところである。十分に検討しつつ実践の方向性を探る時期に来ていると思う。

ドレクセル大学視察報告

岐阜大学 鈴木康之
金沢医科大学 相野田紀子

ドレクセル大学医学部

訪問日時：2005年6月12日 8:30—15:30

ドレクセル大学（ペンシルベニア州，フィラデルフィア）の概要：

1891年，慈善家のAnthony J DrexelによってDrexel Institute of Art, Science and Industryとして設立されたことに始まる。2002年にMCP Hahnemann Universityを吸収合併。全キャンパスが無線ランで連結されていることでも有名。医学部の規模は国内最大級のひとつ。Dr Engelに師事したDr Novackが指導的立場で行動科学教育を推進している大学のひとつである。

記録：

8:30

自己紹介

9:00

Dr. Novack DH (副医学部長, Office of Educational Affairs, Clinical Skills and Clinical Skills Assessment 担当)



米国医学教育における行動科学の歴史

演者 (Dr Novack) は 1975 年に初めて G Engel に会った。1979 年, American Academy on Physician and Patient (AAPP) が医師患者関係指導者のための訓練を開始。1980 年代からは, スキルの内容と機能 (three-function model) について検討され始めた。機能については, Toronto report, Kalamazoo report, IOM (Institute of Medicine) report の 3 つのコンセンサス・レポートがある。スキルについては, NBME (National Board of Medical Education), GCME (General Council on Medical Education), ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education), ABIM (American Board of Internal Medicine), ABMS (American Board of Medical

Specialists) などで検討されている。本学では, ウェブ上での訓練プログラム doc.com を開発した。

Dr. Daetyler C (Technology in Medical Education) : doc.com の開発者

* 現在開発中の教育ツール doc.comの紹介

Interactive learning resource for healthcare communicationとも言い、ウェブ上で種々のコミュニケーションの場面を医師の立場、患者の立場から動画で示し、学習してゆくツール。下記からデモ版を体験することができる。

<http://webcampus.med.drexel.edu/demo/doccom/>

Dr. Novack DH

* 少人数グループ教育の紹介

コミュニケーション・コースでは1グループ6名。各グループに1名のSP。1年前期の前半で、コミュニケーションの基本的なスキルをSPと共に学び、後半では教員とのコミュニケーションを学。後期では身体診察でのコミュニケーション、難しい患者とのコミュニケーション技法を学ぶ。

10:15

Dr. Ranchandami D: Behavioral Science and Psychiatry Curricula at Drexel <資料>

* Drexel大学では1-2年生の医学教育をIFM(Interdisciplinary Foundations of Medicine)とPIL(Program for Integrated Learning)という2種のカリキュラムを並行させて実施している。IFMは従来型の講義重視のコースで175名が対象で、1年で基礎医学コースと臨床症状別モジュール、2年で臓器別モジュールを学ぶ。行動科学は1年生の48時間(数モジュール)と2年生の精神科(28時間、主として精神医学)で学ぶ。PILは70名が対象で、1~2年を通してPBLを主体として学習している(講義は補足的に組み込まれている)。PILコースでは1~2年を通じて行動科学を学ぶ。両コースの学生に大きな差はないが、印象としてはPIL(PBL)の学生のほうが少し良い。3・4年はaffiliated hospitalsでのCCS。精神科は6週間の実習があり、2カ所の異なる背景を持つ病院で実習を行う。bioethicsについても学習する。

11:00

Dr. Lane JL & Dr. Jerpak CM (Jefferson Medical College, Pediatrics director): A New First Year

Communication Curriculum - Start to Finish <資料>

*ジェファーソン大学における1年対象の新カリキュラムを紹介。

新しい学部長のもとで教育カリキュラムの改革が進行している。学生数は各年255名。新カリの特徴は基礎医学、行動科学、臨床医学との統合。4ブロック（胎生学と解剖学、遺伝学と生化学、組織学と生理学、神経科学）に分けられており、各週3コマの講義（年間140コマ）と半日の少人数グループ学習がある。行動科学教育についてはMedical practice for the 21st century (MP-21)という名称でカリキュラムが組み立てられており、コミュニケーション、プロフェッショナルリズム、医療倫理、臨床技能などが効果的に組み合わせられている。コミュニケーションのコースでは、14コマの講義、12回の少人数（11-12名）学習、3回の臨床実習が含まれる。

12:50

Dr. Templeton B (Professor of Psychiatry): Year 1 IFM Behavioral Science Instruction<資料>

*1年におけるIFMカリキュラムの行動科学授業（講義式）の2005年度シラバスを紹介。

計41コマで7種のモジュール、14個のトピックスを含む。試験は5回。

13:30

Ms. Cohen DG (Director of Standardized Patient Program) : Standardized Patients Training at Drexel <資料>

*模擬患者は教材というより教員に近い役割。

女性乳房診察では1時間35ドル、乳房・女性生殖器診察では医学生1名につき125-145ドル。評価はBrown Interview Checklistを使用。

13:45

Clinical Skills Centerを見学：中央監視室からマジックミラーによって全ての実習室を見ることができ、ビデオ収録も可能。

14:00

Dr. Novack DH (Committee on Behavioral and Social Sciences in Medical College Curricula の一員) : 米国医学部行動科学カリキュラム検討委員会の活動報告 <スライド>

Institute of Medicine of the National Academies: Improving Medical Education: Enhancing the Behavioral and Social Science Content of Medical School Curricula. Washington: The National Academies Press, 2001
米国126医学部の中、25校が行動科学教育ファンドに

応募

行動科学教育の積極的導入は米国医学教育史において革命的なできごとと言える。

15:30 終了

感想

今回の視察旅行全体を通して印象深かった事は、教育に関与する人材の多さとその専門領域の多様性、教育効果を評価しようとする積極的な姿勢、教育そのものに対する臨機応変さなどであった。他方、各教育スタッフの専門性が明確にされていることと対峙して、自分の専門以外の領域に関する関心の薄さを感じられ、カリキュラムが“統合的”という割には、スタッフ間の統合性はどうかと意地悪い感想を持った。しかしながら、教育改革進行中のどの大学でも、学生にとって良い教育プログラムを提供したいという情熱は大きく、刺激的な視察旅行となったことには間違いない。

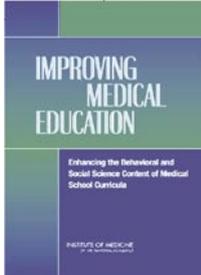
“医学教育における行動科学カリキュラムの導入と現状”の研修が目的だった今回の視察で、エンゲルから教えを受け、当領域のリーダーの一人であるノバック教授が所属するドレクセル大学の視察が1日目に組み込まれていたことは、印象に残る視察順序であった。ドレクセル大学は歴史的に優れた通信技術を誇っており、医学教育にもそれが十分に活用されていた。とくに詳しく紹介されたウェブでの教育ツール、doc.comは興味を引くものであった。E-learningは現在、種々の分野でそのツールが開発され発表されているが、医療面接に焦点を当てたこのdoc.comは、学習者中心という教育概念に立脚して開発されており、デモ版で実際に試してみても使いやすい感じを強く受けた。今後、学生の学習速度や学習スタイルがさらに多様になるであろうと予想される医学教育現場において、いつでもどこからでもアクセスできるこのような教育ツールの開発は必須と考える。課題は、このようなツールをどのようにカリキュラムの中に組み込むかということになる。

最後のセッションでは既刊のImproving Medical Education: Enhancing the Behavioral and Social Science Content of Medical School Curriculaに基づいた講義（本誌p34～41に掲載）があり、あらためて米国におけるこの領域のパワーを感じさせられた。米国と我が国における医学教育史の相違、行動科学領域に対する社会の認識の相違、さらには国民性の相違を十分に考慮して、ドレクセル大学で学んだ内容を活かすことが重要と考えている。

Improving Medical Education Enhancing the Behavioral and Social Science Content of Medical School Curricula

Novack DH

Drexel大学を視察の際、Improving Medical Education: Enhancing the Behavioral and Social Science Content of Medical School Curricula に基づいた講義で使用された資料を、執筆者のNovack氏の了解を得てここに掲載したい。

	Institute of Medicine
<p>Improving Medical Education</p>  <p>Enhancing the Behavioral and Social Science Content of Medical School Curricula</p>	

	Institute of Medicine
<p>12 Committee Members</p> <p>NEAL A. VANSELOW (Chair) - Tulane University Health Sciences Center ROBERT DAUGHERTY, JR. - University of South Florida College of Medicine PEGGYE DILWORTH-ANDERSON - University of North Carolina at Chapel Hill KAREN EMMONS - Harvard School of Public Health; Dana-Farber Cancer Institute EUGENE K. EMORY - Emory University DANA P. GOLDMAN - RAND Corporation and University of California Los Angeles TANAA. GRADY-WELIKY - University of Rochester THOMAS S. INUI - Regenstrief Institute for Health Care; Indiana University DAVID M. IRBY - University of California San Francisco School of Medicine DENNIS H. NOVACK - Drexel University College of Medicine NEIL SCHNEIDERMAN - University of Miami Behavioral Medicine Research Ctr HOWARD F. STEIN - University of Oklahoma Health Sciences Center</p>	

	Institute of Medicine
<p>Sponsors</p> <p>Office of Behavioral and Social Sciences Research at the National Institutes of Health</p> <p>Robert Wood Johnson Foundation</p>	

	Institute of Medicine
<p>Charge to Committee</p> <p>(1) Review the approaches used by medical schools that have incorporated behavioral and social sciences into their curricula.</p> <p>(2) Develop a list of prioritized topics from the behavioral and social sciences for possible inclusion in medical school curriculum. As an alternative to a numerical list, clustered priorities (e.g., top, high, medium, low) may be assigned to topic areas.</p> <p>(3) Provide options for how changes in curriculum can be achieved; such as encouragement the leadership of medical schools to incorporate behavioral and social sciences, funding opportunities that would advance this goal, or other novel approaches that would achieve this aim. In developing these options, the barriers to implementing curriculum change and approaches to overcome these barriers should be considered.</p>	

	Institute of Medicine
<p>Committee Procedure</p> <ul style="list-style-type: none"> • Met 5 times between December, 2002 and October, 2003 • Reviewed literature and pertinent websites • Collected a limited amount of primary data • Received several presentations 	

	Institute of Medicine
<p>List of Associations, Organizations, and Medical Schools Represented by Invited Speakers</p> <ul style="list-style-type: none"> • Association of American Medical Colleges • Association for the Behavioral Sciences and Medical Education • Liaison Committee on Medical Education • Society of Behavioral Medicine • The Society of Teachers of Family Medicine • National Board of Medical Examiners • University of California, San Francisco • University of Rochester Medical Center • Brody School of Medicine, East Carolina University 	

	Institute of Medicine
<p>Background</p> <ul style="list-style-type: none"> • Roughly half of all deaths in the United States are linked to behavioral and social factors (McGinnis and Foege, 1993; NCHS, 2003a). • The leading cause of preventable death and disease in the United States is smoking (Mokdad et al., 2004). • A sedentary lifestyle, along with poor dietary habits, may soon overtake tobacco as the leading cause of death (Mokdad et al., 2004). • Excessive Alcohol consumption is the third leading cause of preventable death in the United States (Mokdad et al., 2004) 	

	Institute of Medicine
<p>Background</p> <p>To make measurable improvements in the health of Americans, physicians must be equipped with the knowledge and skills from the behavioral and social sciences needed to recognize, understand, and effectively respond to patients as individuals. Part of the response is knowing how best to treat patients who exhibit unhealthy behaviors</p>	

	Institute of Medicine
<p>Background</p> <ul style="list-style-type: none"> • Underrecognition of depression, anxiety, other mental health problems • Undertreatment of pain • Ineffective management of somatization • Ineffective management of chronic diseases • visits to alternative practitioners rising 	

	Institute of Medicine
<p>Background</p> <p>Medical students need better training in understanding the scientific evidence linking biological, behavioral, psychological, and social variables to health, illness, and disease.</p>	

	Institute of Medicine
<p>General Comments</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medical education is a continuum and material from the BSS should be included in all phases of the continuum • Medical school curriculum is extremely crowded and almost every discipline is pushing for more curricular time • Relative lack of data in the areas covered by our charge 	

	Institute of Medicine
<p>Conclusion 1</p> <p>Existing national databases provide inadequate information on behavioral and social science content, teaching techniques, and assessment methodologies. This lack of data impedes the ability to reach conclusions about the current state and adequacy of behavioral and social science instruction in U.S. medical schools.</p>	

	Institute of Medicine
<p>Curriculum Management and Information Tool (CurrMIT)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Operated by the Association of American Medical Colleges • Collects curriculum data from U.S. and Canadian medical schools 	

	Institute of Medicine
<p>Current Situation</p> <ul style="list-style-type: none"> • All medical schools teach some BSS • Great Variability • Little consensus on BSS core • BSS most likely taught in first 2 years 	

	Institute of Medicine
<p>Current Situation (cont'd)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Some schools include: <ul style="list-style-type: none"> Communication skills Psychosomatic medicine Physician self-awareness Biopsychosocial issues affecting populations • Variety of faculty teach BSS • Variety of teaching techniques used 	

	Institute of Medicine
<p>Recommendation 1 Develop and maintain a database.</p> <p>The National Institutes of Health's Office of Behavioral and Social Sciences Research should contract with The Association of American Medical Colleges to develop and maintain a database on behavioral and social science curricular content, teaching techniques, and assessment methodologies in U.S. medical schools. This database should be updated on a regular basis.</p>	

	Institute of Medicine
<p>Conclusion 2a</p> <p>Human health and illness are influenced by multiple interacting biological, psychological, social, cultural, behavioral, and economic factors. The behavioral and social sciences have contributed a great deal of research-based knowledge in each of these areas that can inform physicians' approaches to prevention, diagnosis, and patient care.</p>	

	Institute of Medicine
<p>Conclusion 2b</p> <p>Within the clinical encounter, certain interactional competencies are critically related to the effectiveness and subsequent outcomes of health care. These competencies include the taking of the medical history, communication, counseling, and behavioral management.</p>	

	Institute of Medicine
<p>Recommendation 2 Provide an integrated, 4-year curriculum in the behavioral and social sciences.</p> <p>Medical students should be provided with an integrated curriculum in the behavioral and social sciences throughout the 4 years of medical school. At a minimum, this curriculum should include the high-priority items delineated in this report and summarized in Table ES-1. Medical students should demonstrate competency in the following domains:</p>	

	Institute of Medicine
<p>Six Domains :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mind–body interactions in health and disease • Patient behavior • Physician role and behavior • Physician–patient interactions • Social and cultural issues in health care • Health policy and economics 	

	Institute of Medicine
<p>The committee selected potential priority topics on the basis of:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) relevant evidence-based articles and reports in the literature; 2) presentations to the committee by content experts and medical school representatives; 3) literature and other material from the AAMC and LCME; 4) considerations related to the health of the public, driven mainly by root causes of morbidity and mortality; and 5) the gap between what is known and what is actually done in practice. 	

	Institute of Medicine
<p>Behavioral and Social Science Topics of High and Medium Priority for Inclusion in Medical School Curricula</p> <p>26 Priorities in 6 Domains</p> <ul style="list-style-type: none"> - 20 High Priorities - 6 Medium Priorities 	

	Institute of Medicine
<p>Six Domains :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mind–body interactions in health and disease • Patient behavior • Physician role and behavior • Physician–patient interactions • Social and cultural issues in health care • Health policy and economics 	

	Institute of Medicine
<p>Domain: Mind-body interactions in health and disease</p> <p>Focuses on 4 primary pathways of disease:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Biological • Behavioral • Psychological • Social <p>Students:</p> <ul style="list-style-type: none"> - need to recognize and understand the many complex interactions among these pathways that can compromise health. 	

Institute of Medicine	
Mind-Body Interactions in Health and Disease	
High Priority	High Priority
<ul style="list-style-type: none"> • Biological mediators between psychological and social factors and health • Psychological, social, and behavioral factors in chronic disease • Psychological and social aspects of human development that influence disease and illness • Psychosocial aspects of pain 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychosocial, biological, and management issues in somatization • Interaction among illness, family dynamics, and culture

Institute of Medicine	
Mind-Body Interactions in Health and Disease	
<i>Psychological/Biological</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Developmental psychobiology • Genetic basis of behavior/environmental influences on gene expression • Psychophysiology (CNS/ANS, PNI, PNE) • Stress/ Allostasis • Psychobiology of specific disease processes, e.g., GI, CV, HIV, etc. 	

Institute of Medicine	
Mind-Body Interactions in Health and Disease	
<u>Social/Biological</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • Biological consequences of social isolation, economic upheaval, poverty, SES gradient, income distribution, • Protective effects of social support, social capital, community cohesiveness, religiosity 	

Institute of Medicine	
Domain: Patient behavior	
Centers on:	
behavioral pathways to promote health and prevent disease.	
Students :	
- need education about behaviors that pose a risk to health.	

Institute of Medicine	
Patient Behavior	
High Priority	Medium Priority
<ul style="list-style-type: none"> • Health risk behaviors • Principles of behavior change • Impact of psychosocial stressors and psychiatric disorders on manifestations of other illnesses and on health behavior 	

Institute of Medicine	
Domain: Physician role and behavior	
Emphasizes:	
the physician's personal background and beliefs as they may affect patient care and personal well-being.	
Students should learn how to:	
<ul style="list-style-type: none"> - care for themselves - function in a team environment - use ethical judgment - use community resources 	

Institute of Medicine	
Physician Role and Behavior	
High Priority	Medium Priority
<ul style="list-style-type: none"> • Ethical guidelines for professional behavior • Personal values, attitudes, and biases as they influence patient care • Physician well-being • Social accountability and responsibility • Work in health care teams and organizations • Use of and linkage with community resources to enhance patient care 	

Institute of Medicine	
<p>Domain: Physician-patient interactions</p> <p>Focuses on communication</p> <p>Students need :</p> <ul style="list-style-type: none"> - the skills to elicit a patient history - to provide appropriate counseling regardless of patients' personality or social/economic situation 	

Institute of Medicine	
Physician-Patient Interactions	
High Priority	Medium Priority
<ul style="list-style-type: none"> • Basic communication skills • Complex communication skills 	<ul style="list-style-type: none"> • Context of patient's social and economic situation, capacity for self-care, and ability to participate in shared decision making • Management of difficult or problematic physician-patient interactions

Institute of Medicine	
<p>Domain: Social and cultural issues in health care</p> <p>Discusses:</p> <p>what physicians need to know and do in order to provide appropriate care to patients with differing social, cultural and economic backgrounds</p> <p>Students need:</p> <ul style="list-style-type: none"> - to be taught to consider a person's social and cultural background when treating them 	

Institute of Medicine	
Social and Cultural Issues in Health Care	
High Priority	Medium Priority
<ul style="list-style-type: none"> • Impact of social inequalities in health care and the social factors that are determinants of health outcomes • Cultural competency 	<ul style="list-style-type: none"> • Role of complementary and alternative medicine

Institute of Medicine	
<p>Domain: Health policy and economics</p> <p>Emphasizes:</p> <p>What doctors should know so they can understand the health care system they are practicing in and thereby provide more optimal care</p> <p>Students need:</p> <ul style="list-style-type: none"> - exposure to the health care system in which they will eventually practice. 	

Institute of Medicine	
Health Policy and Economics	
High Priority <ul style="list-style-type: none"> • Overview of U.S. health care system • Economic incentives affecting patients' health-related behaviors • Costs, cost-effectiveness, and physician responses to financial incentives 	Medium Priority <ul style="list-style-type: none"> • Variations in care

Institute of Medicine	
Enhancing BSS in Medical School Curricula: Generic Barriers	
<ul style="list-style-type: none"> • Flexnerian/biomedical model • Diffuse medical school decision-making power • Crowded medical school curriculum 	

Institute of Medicine	
Enhancing BSS in Medical School Curricula: Specific Barriers	
<ul style="list-style-type: none"> • BSS viewed as a "soft science" • Lack of faculty consensus on BSS topics • No faculty "home" for BSS faculty • Inadequate faculty numbers • Lack of leadership • Inadequate financial resources 	

Institute of Medicine	
Conclusion 3	
<p>Instruction in the behavioral and social sciences suffers from a lack of qualified faculty, inadequate support and incentives for existing faculty, and the absence of career development programs in the behavioral and social sciences.</p>	

Institute of Medicine	
Recommendation 3	
<p>Establish a career development award strategy.</p> <p>Because the provision of career development awards has been an effective strategy for improving instruction and research in other health-related areas, the Office of Behavioral and Social Science Research of the National Institutes of Health or private foundations, or both, should establish a career development awards program to produce leaders in the behavioral and social sciences in medical schools.</p>	

Institute of Medicine	
Conclusion 4	
<p>Financial support for efforts by U.S. medical schools to improve their curricular content, teaching methodologies, and assessment of student performance in the behavioral and social sciences is inadequate.</p>	

	Institute of Medicine
<p>Recommendation 4</p> <p>Establish curriculum development demonstration project awards.</p> <p>The National Institutes of Health or private foundations, or both, should establish a program that funds demonstration projects in behavioral and social science curriculum development at U.S. medical schools.</p>	

	Institute of Medicine
<p>Conclusion 5</p> <p>The subject matter covered by questions on the U.S. Medical Licensing Examination has a significant impact on the curricular decisions made by U.S. medical schools. The committee believes that the U.S. Medical Licensing Examination currently places insufficient emphasis on test items related to the behavioral and social sciences.</p>	

	Institute of Medicine
<p>Recommendation 5</p> <p>Increase behavioral and social science content on the U.S. Medical Licensing Examination.</p> <p>The National Board of Medical Examiners should review the test items included on the U.S. Medical Licensing Examination to ensure that it adequately reflects the topics in the behavioral and social sciences recommended in this report.</p>	

	Institute of Medicine
<p>Summary of Recommendations</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Develop and maintain a database. 2. Provide an integrated, 4-year curriculum in the behavioral and social sciences. 3. Establish a career development award strategy. 4. Establish curriculum development demonstration project awards. 5. Increase behavioral and social science content on the U.S. Medical Licensing Examination. 	

	Institute of Medicine
<p>http://grants.nih.gov/grants/guide/rfa-files/RFA-OD-05-001.html</p>	

	Institute of Medicine
<p>Can we get there from here?</p>	

医療コミュニケーション教育ツールの比較

School of Medicine, Johns Hopkins University の事例を中心に

慶應義塾大学看護学部 杉本なおみ

■Blackboard

米国の教育機関・企業が利用している“Blackboard” (e-education システム)の、Johns Hopkins大学における導入実態。汎用性の高いシステムを、科目や教員ごとの特性に合わせ、柔軟に導入している。

■Mannequin Family

Johns Hopkins大学看護学部にある、看護技術教育用マネキン。「患者の顔が見える教育」に一役買っている。



Examination Checklists & Johns Hopkins大学臨床教育センター(Clinical Education Center)では、身体診察教育と、それに携わる模擬患者の養成が行われている。また、同センターにおいては、これら身体診察評価用紙の開発が行われている。

■Interpersonal Skills Form

これに加え、模擬医療面接場面の評価用紙として上記の書式が用いられている。いわゆる「チェックリスト」ではあるが、一見「客観的」な行動チェックリストではないという点において、左記の身体診察用評価用紙と性格を異にする。

■The Roter Interaction Analysis System

Johns Hopkins大学公衆衛生大学院で開発された医療面接分析ツール。指導の省力化・均一化を可能にする。

■Reflections

Johns Hopkins大学のカリキュラム及びその改革、また実際に使用されている教育ツールを概観した感想。

Blackboard

ジョンズホプキンス大学医学部

Harry Goldberg 教授

多機能e-educationシステムBlackboard は、米国の各種学校・企業などで利用されている、汎用性の高いe-educationシステムである。以下はJohns Hopkins大学の導入例である。

主な機能

授業評価、授業用リーディング(動画・アニメーションなど)の提示、学生が行った医療面接ビデオの視聴、課題の提示、授業ビデオの視聴活用法1(従来型講義の補助)

対象科目:

冊子体の教科書のような従来型教材の方が学習効率が高い科目。

対象教員: 学生を前にした講義を得意とする教員。

流れ:

教員は学生を前に、通常の講義を行う。授業終了後、その録画映像がblackboard上で提供される。欠席・復習などの理由で視聴を希望する学生は、(パスワード管理されている)クラス別ページにアクセスし、録画の視聴・課題の提出などを行う。その後、授業(小グループでのディスカッション)に出席する。導入以来、講義の出席率は20%低下したが、録画により繰り返し再生が可能になったことから、学生は講義の細部に至るまで理解するという効果がみられた。また、突然の休講時には過去録画分を教室で上映することで補講とできる利点も認められた。

活用法2(従来型講義の代替)

対象科目:

解剖学のように、三次元の立体画像やCG技術を駆使した動画などを用いた方が理解しやすい科目。

対象教員:

学生を前にするよりも、自らの専門分野に特化した視覚教材の作成を得意とする教員。

流れ: 授業はすべてオンライン上で行われる。学習目標の提示に始まり、各単元の内容(例:循環器の構造)がコンピュータグラフィックスを駆使した映像となって提供される。これは従来の紙媒体(教科書)に代わる教材である。学生は1つのプログラムの途中で、あるいは一通り視聴を終えてから、難解箇所を繰り返し再生できる。これにより、学生個人の興味や特性に沿った学習が可能



Blackboard

BlackboardはBlackboard Inc.が開発した教育システム。価格は\$50000までであるが、JHでは\$9000程度のパッケージを利用している。

<http://www.blackboard.com>

となった。

なお、教員が教室で直接学生の質問に答える時間も確保されている。

特色

教員・学生個人の特性に合わせた運用は、多様性の国、米国らしい発想だと感じた。新システムを一律に適用するのではなく、「部分最適→全体最適」という理念のもと、新しい教育モデルの強要ではなく、教員個人の長所を尊重しつつ短所を補うような形で利用されている。この柔軟さは、日本のFaculty Developmentへのヒントともなるように感じた。

また、IT化により教育の「省力化」を図るのではなく、講義録画により生まれた時間的余裕を小グループでの指導に充てるなど、常によりよい教育を念頭においた改革の姿勢から学ぶ点が多かった。

看護学部における行動教育

ジョンズホプキンス大学看護学部

Linda Gerson 教授

学部の沿革：

3年制の病院付属看護学校として開学。ナイチンゲールの時代から続く米国で数少ない看護学部の一つ。1970年代に一旦閉校するが、4年制学部として再開。米国で6番目の看護学部。現在は、13ヶ月の大学院プログラム（入学時期：6月と9月 各150名）、小児・成人・家族などのNurse Practitioner資格取得のための看護学修士課程、Business of Nursing 修士課程、臨床専門看護師課程、看護学博士課程などがある。これらのプログラムにはすべて在学者対象の学費補助が用意されている。卒業後あるいは在学中に、看護学修士号と経営学修士号の双方を取得する者も多い。

詳細はwebsite参照のこと。 <http://www.son.jhmi.edu/>

内容：

単独で人間関係・行動教育を扱う科目は開講されていないが、ペプロウの理論的枠組みなどを用いて、科目横断的に人間関係論／看護者－患者間の治療的關係に関する教育を行っている。

方法：

当学部の特色の一つとして、カリキュラム全体に占める臨地実習の割合の高さが挙げられる（4単位の科目で、座学12時間、実習112時間）が、実習時の学生／教員比率（教員1名に対し、学生7～8名）を最大限に生かした教育を行っている。また、看護技術科目においても、全人的な視点を保つことができるよう、身体各部ではなく、人間の形をした「マネキンファミリー」を用いて、バイタルサインの測り方などを教育している。過去に、うつ症状などを演じることのできる模擬患者を用いて高い教育的効果を得たが、コストがかさむため、助成金の打ち切りと共に中止となった。

模擬患者活用のための教育ツール3種

Johns Hopkins 大学では、一般市民から募った模擬患者を、貴重な教育資源として活用している。

以下、このような模擬患者参加型医学教育において使用される教育ツール3種を紹介する。

（実際の模擬患者養成方法に関しては、別項 三原祥子氏の報告書「Clinical Education Center, School of Medicine, Johns Hopkins University における PETA および GTA の養成に関して」を参照のこと）

模擬医療面接場面

Examination Checklists（身体診察評価表）

ジョンズホプキンス大学

Clinical Examination Center 模擬患者トレーナー

Marian Rubach

Rose Zaeske

本センターにおいては、身体診察教育担当の模擬患者

（一般身体診察用模擬患者 = PhysicalExam Teaching Associates [PETA] および生殖器・泌尿器診察用模擬患者 = Genito-urinary Teaching Associates [GUTA]）があり、いずれも学習者（医学生・研修医）と一対一で向き合い、自らの身体をもって適切な身体診察の方法を教える。

この際に使用される評価表（Abdominal / Pulmonary / Cardiovascular / Neurologic / Breast & Pelvic / Sexual Assault Examination Checklists）は、身体診察動作を基

本に忠実に行ったか否かを記録するためのチェックリストである。

- ・ドアをノックして患者の返事を待ったか。
- ・診察に必要な機器をチェックし、患者の見える前で手洗いを行ったか。
- ・腕を胸の前で交差するように指示したか。
- ・診察用ガウンを患者自身に上げさせたか。
- ・左手を患者の上に、右手を下にあてて触診を

Marian Rubach



行ったか。

「対人関係能力評価用紙」と最も大きく異なる点は、ほとんどすべての項目が、主観の介在する余地が皆無に等しい点である。

PETAやGUTAは、このチェックリストに従い、「どの部位にどのように触れられると痛いのか」「どのような姿勢であれば最も苦痛が少ないのか」といった、非常に具体的な情報を学習者に伝える。

まさに、自らの身体を教育の道具として、文字通り「手取り足取り」根気強く教えるのである。

Interpersonal Skills Form コミュニケーション評価表
ジョンズホプキンス大学
Clinical Examination Center 模擬患者トレーナー

Marian Rubach

Rose Zaeske

具体的な身体診察の方法ではなく、一般的な医療コミュニケーションに関する教育の場合、本センターにおける模擬患者（以下 SP）の役割は次のように変化する。「客観的」なチェックリストで医療者の所作を判定し、より適切な方法を示すのではなく、あくまでも自らの印象をフィードバックする立場となる。

対人コミュニケーション能力評価用紙の項目には、この変化が如実に反映されている。医療者とのやりとりを患者としてどのように受け止めたかという「主観的」「包括的」項目が増加する。主な項目は以下の通りである。

<言語能力 Verbal Skills>

- ・問診は順序正しく行われたか。
- ・難解な質問をしなかったか。
- ・患者の話を遮らず、回答時間を十分に与えたか。
- ・説明はわかりやすかったか。
- ・患者が質問しやすい雰囲気だったか。

<周言語能力 (注1) Paraverbal Skills>

- ・聞きやすい声の調子だったか。
- ・患者のおかれた状況への関心が反映された話し方だったか。

<非言語能力 Nonverbal Skills>

- ・発話の内容と表情は乖離していなかったか。

この評価用紙の特徴は、項目が特定の行動と結びついてはいない（例：遮らない≠15秒間黙っている）点である。「直結型」評価用紙の弊害である「自分の頭で考えられないマニュアル依存」ではなく、「一つの目標（例：わかりやすい説明）に到達する方法は複数存在する（例：ゆっくり話す、大きな声で話す、専門用語を使わない）」ことへの理解を促し、「何がわかりやすくて、何が難解かは相手により異なる」という医療面接指導上の大きな課題に気づかせるツールであると感じた。

注1：従来“paralanguage”と呼ばれていた領域だが、“language”には言語的要素と非言語的要素の双方が含まれるため、学習者が「言語能力」と混同しがちであった。“paraverbal”という呼称によりそのような混乱が防



Rose Zaeske

げるのではないだろうか。

The Roter Interaction Analysis System (RIAS)

医療面接分析ツール

ジョンズホプキンス大学 公衆衛生大学院

Debra Roter 教授



<http://www.rias.org/>

RIAS (The Roter Interaction Analysis Systems) は、医療面接指導のための、教育サポートシステムである。

医療面接終了後、録画内容がサポートスタッフによりコーディングされる。「開かれた質問の使用」などのような評価項目に従い、特別なトレーニングを受けた評価者が、発話内容をチェックし、以下のような表（実際には画面左上に表示）完成させる。

評価項目	回数
閉じられた質問	5
開かれた質問	3

このような「下準備」を、スタッフが行うため、指導医の「予習」抜きでの指導が可能となる。面接ビデオ中の、各評価項目に該当する部分にタイムスタンプが押されているので、指導者はビデオの早送り・巻き戻し等に煩わされることなく（Microsoft Word の「検索」機能と同等の簡便さで）、特定の言動を横断的に再生し、指導を行うことができる。

Roter 教授は、このシステムの利点を、「忙しい指導医に入念な指導を期待するには限度があるという医学教育の現状を踏まえ、医師より時給単価の低いサポートスタッフに『お膳立て』をさせ、指導医を教育に関するストレスから解放するためのシステム」と捉えているようだったが、これに加え、専門的なトレーニングを受けたスタッフがすべての医療面接を横断的にコーディングすることで、指導医間の解釈や着眼点の不統一性などの問題点が容易に解決できるという利点が存在すると感じた。

このソフトウェアは、非常に操作性の高いものであるが、一方付随する分析カテゴリーは一層の精査が必要と思われる。欧米で開発されたツールを日本で導入する場合、しばしば「文化的同等性」が問題となるが、本システムに関しては、それ以前に信頼性・妥当性などの面で疑問が残る。最大の問題点は、各項目が mutually exclusive ではなく、1つの発話に対して複数の項目が該当するにも拘わらず、実際の判定においてはどちらか片方として記録・集計されるという点であろう。今後の開発に期待したい。

Reflections

Johns Hopkins 大学で開発・利用されている教育ツールを概観して痛感したのは、(月並みな感想ながら) 道具は「何を使うか」と同等、あるいはそれ以上に「どう使うか」が重要という点である。今回の視察を通じて考えたことを以下にまとめた。

チェックリストの功罪

今回の視察旅行で米国における人間関係・行動教育の実態に触れるまで「チェックリスト」を用いたコミュニケーション教育に対して懐疑的であった。

しかし、ジョンズホプキンス大学臨床教育センターの評価用紙を一見して、ようやく自分がチェックリストという形式に拒否反応を示していたのではなく、「1項目 = 1行動」というような一部の既存チェックリストの運用上の問題に反応していたのだということに気がついた。

- ・患者の話を冒頭 15 秒遮らなかった。
- ・患者との角度を常に 45 度に保った。
- ・閉じられた質問より、開かれた質問を用いた回数の方が多い。
- ・視線を患者から外さなかった。
- ・最後に「何か質問はありませんか」と尋ねた。

といった項目が並ぶチェックリストを目にしたことがある（上記はジョンズホプキンス大学で使用されているものではない。また既存の特定のチェックリストを指しているわけでもない）。フィギュアスケートやシンクロナイズドスイミングの判定に例えるならば、technical merits（技術点）の判定である。

各項目が狭義の「正しいコミュニケーションテクニック」と連動しているかのような印象を与えるため、ともすれば不可解な「コミュニケーション教育」に一定の「客観性・科学性」を演出をすることができる。その一方で、「コミュニケーション」は特定の行動に細分可能とされ、その複雑性・不可逆性・不可避性などは見過ごされがちになる。

一方、前述の Interpersonal Skills Form のような評価用紙は、特定の行動との一対一対応ではなく、あくまでも患者役が受けた印象を核に構成されている。先のたとえに例えば、さながら artistic impression（芸術点）に相当する。同じことばであっても相手によりその受け取り方はさまざまだという原則をはじめ、コミュニケーションの複雑性などに気づかせるには優れた構成であるが、難しさばかりが強調されてしまうと、学習者の意欲がそがれかねない。また、試験での使用を視野に入れた

場合、「客観性の演出」が難しくなるという問題点も存在する。

ジョンズホプキンス大学臨床教育センターの場合、この2種類の評価用紙を、目標によって使い分け、模擬患者と学習者の関わり方も、用紙によって区別している点が、特に優れていると感じた。

PETA/GUTA を用いた身体診察教育の場合には、「技術点」評価用紙で事足りるとし、模擬患者にも、学習者と一対一で指導する機会を与えている。その一方で、医療面接教育の場合には、「芸術点」評価用紙を採用し、模擬患者には一人の人間としての感想を述べさせるにこめていっている。

同様に、教育ツールとしては、全くの「素材」に過ぎない blackboard の導入にあたっては、最新のシステムを一律運用することではよしとせず、個々の教員や学生の特性に最大限配慮した利用法を考え、コンテンツの開発や、IT 化により余裕の生じた人的教育資源を、小グループ討論のような、よりきめ細やかな指導に振り分けるといった方法で、常に「このツールをどのように使ったら最大の教育効果を上げられるか」が念頭にあるように見受けられた。

理念の追求と徹底した文献調査による裏付け

今回視察した大半のカリキュラムにおいて、まず「理念」すなわちどのような医師を育てたいのかという点が教員間で議論され、一定のコンセンサスを得ていた。Drexel 大学のように、改革に携わる教員すべてが、郊外での宿泊を伴う「理念合宿」に参加し、改革の前提となる理念を徹底的に話し合うという事例も紹介された。

次に特筆すべきは、その「理念」に近づくためのカリキュラム設計の段階において、教育の内容と方法の双方に関する徹底した先行研究のレビューが行われている、という点である。「理念」から一足飛びに「経験則」に基づいて改革を行うのではなく、その時点で入手可能な関連分野の先行研究（原著論文を一つ一つあたる時間がない場合には、レビュー論文）すべてに遡り、一定の科学的根拠や裏付けを得たものからカリキュラムに取り入れるという姿勢は評価に値する。

例えば、前述のジョンズホプキンス大学臨床教育センター評価用紙の作成に際しては、行動科学全般の文献レビューの結果が、その内容に反映されている。すなわち、「適当に10項目書き出した」というようなツールは存在しないのである。

この点に関する現時点の課題は、日本独自の「医学教

育に関する基礎研究」「行動科学・人間関係教育に関する基礎データ」の不足ではないかと反省しきりであった。

評価の「評価」

今回視察したカリキュラムの多くに共通した特徴であるが、とりわけジョンズホプキンス大学において顕著だったのは、カリキュラム設計・改革前後における評価が一連の流れに組み込まれているという点である。

ジョンズホプキンス大学における精神科学関連カリキュラム紹介の際、学生が現行カリキュラムに対して抱いている不満と全国的調査の結果を比較し、特に全国平均を下回る項目から改革に着手した、という報告があった。

全国的調査に限らず、自校で開発した教育ツールなども含め、教育のあらゆる場面において執拗なまでに評価データを蓄積する実態は、米国の成果主義の弊害と揶揄されるかも知れないが、教育機関として学習者のみならず社会的責任をも担う姿勢は高く評価されるべきであろう。

このようなカリキュラム設計・改革の手順が根付くためには、全国調査の実施とその結果の公開やデータの蓄積が大前提となる。単独の教育機関だけでは解決できない問題であるだけに、今後学会や関連団体・機関による活発な働きかけがますます重要になるのではないかと感じた。

最後になりましたが、医学教育の素人である私に対し、視察旅行行程および前後を通して忍耐強くご指導下さいました日米両国の諸先生方に深く感謝申し上げます。

Clinical Education Center, School of Medicine,
Johns Hopkins UniversityにおけるPETAおよびGTA
の養成に関して

東京女子医科大学 三原祥子

視察日：2005年6月15日

報告者：Marian Rubach, Rose Zaeske（コーディネーター）

PETA = Physical Exam Teaching Associates

（一般身体診察用模擬患者）

GTA(or GUTA) = Genito-urinary Teaching Associates

（生殖器・泌尿器診察用模擬患者）

1-1. PETA（一般身体診察用模擬患者）の採用（リクルート）方法

- ・登録しているSPの中からの採用
プログラムを紹介し興味をもった人に手を挙げてもらう、フィードバック技術に長けているSPから選ぶという2種類の方法がある。
- ・教員と共に医療面接に関わっている人の中からの採用
この場合、もともと身体診察には適しているが、指導能力を確認する必要がある。
- ・健康管理の分野の人の中からの採用
- ・広告・宣伝による採用
この場合、いろいろな背景・目的の人がいるので、スクリーニングが重要。

1-2. 採用基準

- ・自身の身体や身体診察に抵抗がない人
- ・情報や専門家としてのマナーを明確に伝えられる人
- ・教育や医療関係者のための貢献に関心のある人

1-3. PETA候補者のスクリーニング法

- ・医療面接のビデオを視聴してもらい、視聴後に質疑応答もしくはディスカッションを行う
質問内容例：「どうしてこの職につきたいのか。」
- ・指導法についての文書を読ませ、練習させる（「読解力」と「指導スタイル」を測る）
- ・要点を明確に説明できる能力の確認
- ・インタビュー中の非言語の観察（人に不快感を与えないかを確認）

2. GTA（生殖器・泌尿器診察用模擬患者）の採用（リクルート）方法

- ・登録しているSP、PETAの中からの採用
すでにスクリーニングがされており指導能力も分かっているので、採用しやすい。

3. PETAおよびGTAの養成法

- ・教材：文字化された教材、図、ビデオテープ
- ・練習後にパフォーマンスのモニター（振り返り）を行い、次の練習につなげる

4. 質の管理

- ・ビデオで録画し、質の管理をしている

5. コーディネーターとして重視していること

- ・雰囲気作り：専門家としての態度（professional）、愛想のよさ・人をひきつける感じ（engaging）、親しみやすさ（friendly）
- ・適材適所
- ・相手の耳に届くようなフィードバック

6. 感想

今回の報告者がSPコーディネーターという形で医学生教育に関わっていることに誇りを持っている姿が非常に印象的だった。報告者のうちの一人は、実際にGTAとしても活動経験があるが、GTAの医学教育における意義を理解していたので始める際に抵抗を感じなかったとのことである。

筆者は、SP養成のための方法論、知見（特に、フィードバックの観点・内容）は、医学生・医療者の教育において、患者の視点を理解・再確認するために有効だと感じている。

このため、アメリカでSPコーディネーターやSPが講義や実習などで医学生を直接指導しているところはあるか、もしくは、SP養成の手法が医学生教育に直接生かされているところはあるかと報告者に質問した。

報告者の一人であるRose Zaeske氏によると、ジョンズホプキンス大学では、SPコーディネーターやSPは医学部の教員や臨床医と協働でフィードバックをしておりそれで十分影響を与えているので、SPコーディネーターやSPによる直接的な指導は行われていないとのことであった。しかし、ジョージワシントン大学では行われているらしいとのことであった。機会を見つけ、ジョージワシントン大学での実践例についても調べてみたい。

Rochester大学における行動科学教育

協立総合病院 尾関俊紀

1. はじめに

Rochesterはニューヨーク州北部、オンタリオ湖に接する中都市であり、フィルムメーカーのコダックの本社がある。Rochester大学は私立の大学で1学年100人の定員の医学部がある。1970年代に精神科のRomanoとEngelがインタビューの授業と精神科のカリキュラムで生物心理社会モデルを教えて以来、その伝統を引き継いだ特徴ある教育を行っている。

2. 生物心理社会モデル

Engelは1977年に、Flexner以降の生物医学(バイオメディシン)による疾患中心の還元型アプローチの限界を指摘し、患者をとりまく環境を、二者関係、家庭、集団、地域、文化、社会とシステムの捉え、心理社会的側面を生物学的側面と同等に重視した全人的な診療モデルを提唱した。また、精神と身体の2元論でなく相互に影響するものとしてみる必要性を強調した。

生物心理社会モデルの長所は、心理社会的問題に焦点を当てることにより、患者満足度の向上のみならず、いくつかの慢性疾患における臨床結果の改善、費用対効果の優れている事が報告されている。また患者中心の方法(Moira)や関係性中心の方法、システム的な家族療法と結合して臨床的な実践に結びつく。

さらに、アートとサイエンスという2分法に対して、バイオメディシン以外の部分も科学として考えるので、心理社会的な部分の研究も必要であるし、素養と直感によるのではなくて、人間的に接するにあたっての知識と技能を修得するための学習が重要であるということが導かれる。

このモデルに対して、幅が広すぎて何でも入ってしまっただけという批判や、対人関係や情緒をすべて科学の方法であらわすことができるだろうかという疑問も出されている。さらに心理社会的な広い範囲のことを探索しようとするのは日常臨床では時間がかかりすぎてしまうという意見もあるが、これに対しては適切に心理社会的な事に焦点を当てずにバイオメディシンだけを扱おうとするとかえって医療資源を無駄遣いするケースも多くなるという反論も出ている。

3. 『二重螺旋プログラム』

Rochester大学では従来より、生物心理社会的な側面を行動科学のカリキュラムとして、また精神科のカリ

キュラムで重視して教育してきたが、1999年よりこれを『二重螺旋プログラム』として発展させた。これは基礎医学と臨床医学をDNAの2本鎖にたとえて、基礎が終わってから臨床へ進むのではなく、1年から4年までを通して、基礎と臨床をDNAの対応のように、基礎の事項と臨床の内容をかみ合わせて学習して行く方法である。

改革をした理由は、低学年で生物心理社会モデルにふさわしい行動科学の内容を教育しても上級生になって臨床へ出ると、バイオメディシンの鑑別診断などで汲々となって、教えられた行動科学がソフトメディシンとして軽視されがちなので、臨床においてもバイオメディシンと心理社会的側面が統合される姿を学ばせようという意図からである。

4. 第1学年の行動科学関連科目

① Introduction to clinical medicine

入学して1週間後から、医療面接、身体診察について、臨床講義が進んでいなくても、関連事項を教えながら患者中心の方法を実習して行く。週2回×午後2コマを18週間

② medical humanities seminars

2時間のセミナーで、必修8コマと選択でさらに8コマの履修が義務付けられている。内容は、研究と倫理、社会的不公平、移植と倫理、子供の発達と法、家庭内暴力、ラテン語と医学、モーツァルト、シャーロックホームズ、映画、バイアス、プライバシーなど

③ ethics and law in medicine

ほかの内容を含んだPBLの中で 約15時間分が当てられている。PBLは人体構造と機能、分子から細胞、宿主と防衛の3つのテーマで1年目は行なわれる。PBLのシナリオ心理社会的側面を含んだシナリオが作られており、それに即した倫理と法の側面が論議される。

④ core ambulatory clerkship

外来、診療所において、グループに分かれて、1年半行なわれる。1年目は週2回×午後2コマを18週間、臨床的事項については、毎回の実習でテーマが与えられており、内容に即した参考文献が渡される。テーマは1年目は健康と予防に焦点が当てられ、以下のごとくである。予防サービスガイドライン、新生児の診察、小児と発達、ワクチン、溶連菌感染、結核、青年の診察、家庭内暴力、運動、アルコール、禁煙、老人の診察、カルテ記載、地域の予防、文化の多様性、医療の格差など

5. 第2学年の行動科学関連科目

① medical humanities seminars

2年目は2時間×16コマ、内容は臨床倫理、芸術と医学、医学の歴史など

② ethics and law in medicine

2年目のPBLは、心と脳と行動、疾患の過程と治療1と2の3つに分かれ、その中で20時間分が倫理と法に関する部分として論議が行なわれる

③ core ambulatory clerkship

2年生では 外来クラークシップの続きが週2回×2コマで32週間、行なわれる。2年目は外来で一般的な病気、慢性疾患、ケアの継続、診断過程に焦点が当てられる。一痴呆、頭痛、自殺、うつ病、脳梗塞、眩暈、糖尿病、尿路感染、高血圧、胸痛、喘息心電図、関節炎、薬の処方、治療を断る権利など

④ 患者訪問

ambulatory clerkship の中で慢性疾患の患者の訪問を3週にわたって行ない。第1日目には医学的診断、2日目には在宅での機能評価、3日目には指示書など、倫理的側面について調査を行ない、レポートを書く

⑤ integration conference

週に半日(2コマ分)、基礎と臨床の内容が統合されたカンファレンスに参加する。

⑥ 評価

第2学年の終わりに、USMLEと、OSCEを含む総合評価が行なわれる。

6. 第3,4学年の行動科学関連科目

① basic science block

コアと選択のクラークシップが2年間行なわれる中で、3年目に2週間づつ4回、基礎の内容の教育が行なわれ、4年では3週間の発展的コースの中で基礎が選択可能となっている。

② community health improvement clerkship

4年目に4週間の地域での実習

③ クラークシップの中で統合された内容

小児科で3時間、内科、産婦人科で各1時間のインフォームドコンセントの学習、

④ 生物心理社会カンファレンス、倫理、緩和医療カンファレンス

こうした内容のカンファレンスが月1回開かれていて、参加する

⑤ 選択科目としての、倫理、緩和サービスチーム

地域を含めた24時間の、緩和医療のコンサルテーショ

ンサービス、倫理についてのコンサルテーションサービスチームがあって、選択科目として学生も参加できる。

7. Rochester大学における教育の特徴

① 行動科学に重点を置いて、生物心理社会モデルを実践する有能な臨床医を作ることに目的が置かれている。この事に大学全体の理解とそれに向けた医学教育の歴史がある。

② 1年の始めから臨床技能を積極的に教え、ほかの知識が不足していればその実習の場で補う。この事は学生のモチベーションを落とさないようにして満足度を上げているという。また知識の不足による実習上の問題はあまり生じていないとのことである。

③ 学習の方法としてはPBLとクラークシップに重点を置いて、講義の比率は少なくしている。学生のプリセプター、学生担当の副学長が学生とのコミュニケーションをよくとって役割を果たしている。看護など他の学部学生と協同で学習する機会は公式にはない。

④ 基礎と臨床をできるだけ統合した形で学習し、臨床の場面で心理社会的側面を討議する場面を多く経験させることで、上級生になっても生物心理社会モデルに基づいた理解が進むよう工夫している。

8. Rochesterの教育の長所について(感想)

① インタビュースキルや臨床倫理といった行動科学的側面はプライマリケアだけでなく、救急の場面など病院の医療においてより重要で、臨床上統合されなければならないという認識がある。

② 生物心理社会モデル、家庭医療レジデンシーでは家族志向のプライマリケアと言った分かりやすい目標が明確に打ち出されている。またそのために有効な臨床の方法を発展させ、大学の教育上の特徴としてうちだし、全体の理解が進んでいる。

③ 臨床倫理、緩和医療はサービスシステムを持っているので、新しい試みが反発されるより学内や地域全体への理解が進むであろう。緩和や倫理カンファレンスを通じて臨床の問題が高いレベルで議論されておりカリキュラム改革の成果が現れていると感じられた。

④ 入門コース、外来クラークシップの資料は充実しており、患者訪問のテーマの絞り方やレポートの書き方など参考とすべき点が多い。

9. Rochester訪問にあたってのレクチャープログラム

Rochester大学の訪問にあたり下記のレクチャー・質疑

応答が行なわれた。内容は報告書に反映させたが、詳細についての資料を希望される方は報告者に連絡をいただきたい。

1. Introduction to Clinical Medicine : Timothy Quill, M.D. Prof of Medicine, Psychiatry and Medical Humanities, Director, Center for Palliative Care & clinical Ethics,

2. Humanity & Clinical Ethics : Stephanie Brown-Clark M.D., Ph.D. Assistant Prof Division of Medical Humanities, Jane Greenlaw, JD, Co-director, Center for Palliative Care and Clinical Ethics Director,

3. Integration of Behavioral Sciences in the Double Helix Curriculum :

Tana Grady-Weliky, M.D. Senior Associate, Dean for Medical Education, Associate Prof of Psychiatry and Ob/Gyn,

4. Mind, Brain and Behavior in the Double Helix Curriculum :

Jeffrey Lyness, M.D. Associate Prof of Psychiatry, Director, Program in Geriatrics and Neuropsychiatry,

5. Cultural Diversity in the Double Helix Curriculum :

Chin-To Fong, M.D. Associate Prof of Pediatrics, Biochemistry, Biophysics and Dentistry, Director of General Education

6. Undergraduate Medical Education :

David Lambert, M.D. Associate Dean Undergraduate Medical Education,

7. Faculty Development/Recruitment :

John Hansen, Ph.D Associate Dean for Admissions,

8. Curriculum assessment :

Stephen J. Lurie, M.D. Ph.D. Educational Researcher.

9. Behavioral Science Education-Faculty and Students :

Kathryn Markakis, M.D. Associate Prof of Medicine Ambulatory Clerkship Director

以上の準備をしていただいた、Director, Curricular Affairs Office の John R. McCarthy氏を始めレクチャーして下さった皆さんに大変感謝をしております。

尾関俊紀

第三部 Tips集

医学の専門教育の担当者が、医学教育における「行動科学・人間関係教育」の重要性を十分に理解し、実践しようとしても、「なじみのなさ」ばかりからではなく、タイトな専門教育の時間割に行動科学・人間関係教育のためのコマの確保は、コア・カリキュラム導入の際のような状況でもないかぎり至難の技であることは想像に難くない。実際に行動科学・人間関係教育が市民権を得て日本の医学教育に正式に組み込まれるまでには、制度、スタッフ、予算の確保など、まだまだ長い時間がかかるだろう。

とは言うものの、すばらしいことに、日本の医科大学でも、各大学における責任者の指導のもと、あるいは、草の根運動のような形で、時には、ゲリラ戦にも似た仕掛けで、行動科学・人間関係教育関連の教科の導入がそこ、ここで試みられている。そこで、この章では、すでに日本のここ、かしこで始まり、引き継がれ、応用され、あるいは発展的に解消され新しい科目の誕生につながった「行動科学・人間関係教育」関連の中から寄稿を許された Tips を紹介した。

行動科学・人間関係教育への関心のこれまでのありようだったから、集まった Tips は平原の野火にも似て、ほんの小さいものだったり、消えそうなものであったり、また、ひとつの体系や理論ではなかなか美しさをアピールできないものであったりする。しかし、こうした教育の遠からず大きなうねりになるだろうことを予感させる Tips であることを各位に実感していただき、各大学での行動科学・人間関係教育構築のヒントに利用していただければ幸いである。

横浜市立大学における人間関係（行動科学）教育

横浜市立大学医学部 後藤英司

横浜市立大学医学科では、人間関係（行動科学）教育を1年次から4年次にかけて行い、病棟における患者に直接接する実習に連結させている。

学習内容においては、一般的なコミュニケーションに関する事項から次第に医療に関係したものに移行するように順次性を重んじている。また、学習方法として、講義、グループ討議、実習などを組み合わせ、さらに、医学・医療以外の分野の専門家にも講義や指導を依頼して、多様な視点から人間の心理・行動や人間関係について学べるように工夫している。

なお、このような人間関係教育を医療における法、倫理、安全に関する教育と統合してカリキュラムを編成して、医療安全学習を最大の目標とした6年一貫コース「患者と医師」としている（図1. 実践的な安全管理教育コース「患者と医師」）。

人間関係教育に関連した授業科目一覧（1回は90分）。

- 1 「医学序説」1年、コミュニケーション関係は3回
2. 「福祉施設実習」1年、夏期集中1週間
3. 「医のコミュニケーション」2年、12回
4. 「心と行動の科学」2年、7回
4. 「医学概論」3年、コミュニケーション関係は4回
5. 「医療面接」4年、4回

以下に各科目の目標、内容などについて紹介する。

1. 「医学序説」

位置づけ：共通教養

単位数：2・必修

対象：医学科1年、60名（医学科以外に8名）

クラスサイズ：一斉講義

時間：コミュニケーション関係は3回（1回は90分）

担当：福祉施設等医師、医学部教員

学習目標：医療、福祉における現代的課題について学ぶ。

学習内容：

- ・重症心身障害者施設について 担当：山田美智子
- ・高齢者の介護 担当：明間勤子
- ・患者の心 担当：朝日新聞者 上野 創

評価方法：出席率

2. 「福祉施設実習」

位置づけ：共通教養・実践科目

単位数：2・必修

対象：医学科1年、60名（医学科以外に5名）

クラスサイズ：1グループ6-8名

時間：オリエンテーションと発表会で3回、

実習は夏期集中1週間

担当：福祉施設等職員、医学部教員

学習目標：特別養護老人ホーム、重症心身障害者施設、ハンセン病療養所において介護等の実習を通して福祉の意義を理解し、意思疎通の方法やスキルについて学ぶ。

授業・講義内容：福祉の意義や役割を学び、福祉施設等において入所者との交流を通してヒューマン・リレーションについて体験的に学習する。各施設において6名前後のグループに分かれ、夏期休暇期間に40時間の集中実習を行う。指導は各施設の医師もしくは指導員が行う。また、事前（7月上旬）に施設と実習例の紹介などのオリエンテーションを行う。また、実習後（1月初旬）に発表会を開催する。

実習先：横浜市総合保健医療センター、神奈川県立こども医療センター、社会福祉法人 訪問の家 朋、社会福祉法人 聖星学園、ハンセン病国立療養所 多摩全生園、横浜市南部地域療育センター

評価方法：観察記録、発表会、レポート

学習上の留意：実習先での服装、マナー、実習態度などに注意すること。時間は厳守。

授業スケジュール：

7月上旬：オリエンテーション

8-9月：夏期集中実習

1月初旬：実習報告会、2回

所要日数：5日間（40時間）

3. 「医のコミュニケーション」

位置づけ：医学専門課程 必修

対象：医学科2年、60名

クラスサイズ：1グループ6-8名

時間：12回（1回は90分）

担当：医学部教員、看護部職員、他大学教員

学習目標：将来、医師として患者と良好なコミュニケーションをとり、医療チームの中で適切な役割を果たせるように、患者医師関係の基本事項について学ぶ。

評価方法：出席率

授業スケジュール：

1. グループ・ワーク（1）：倫理事例を通してコミュニケーションの意義を学ぶ。
2. グループ・ワーク（2）：初歩的な面接技法について

図1. 実践的な安全管理教育コース「患者と医師」

	コミュニケーション・患者医師関係	生命倫理	医療安全
1年	医学序説		
	患者のこころ 障害児の医療 ホスピス、ハンセン氏病問題など グレートブックスセミナー	医療倫理の歴史	医療訴訟 新聞報道の解釈
	医のコミュニケーション		
	コミュニケーション理論 聴覚、視覚障害者との交流 子どものこころのナラティブ 医療面接ロールプレイなど	守秘義務 ロールプレイ	医療事故 (KJ法)
3年	医学概論		
	マナー入門 患者から見た医療面接 老人の心、など	医の倫理・自律原理 守秘義務・個人情報 研究倫理・ヘルシンキ宣言 インフォームド・コンセント など	航空機における危機管理 医事紛争
4年	診断入門 (診断学実習)		医療安全管理学
	医療面接・ロールプレイ 模擬患者実習など	インフォームドコンセント (ロールプレイ) Bad Newsの伝え方	一次救急実習 医療事故後の対応 医療安全演習 事例検討の手法 与薬事故 危険予知など (平成17年度導入)
5年	総合講義		医療サービス論
6年	チーム医療とコミュニケーション 老人医療 ターミナルケア ADIS	遺伝子診断 生殖医療 医療倫理 臓器移植	リスクマネージメント 医療安全管理基盤法的 基盤 事例検討 医療事故後の対応
	全職員対象セミナー		
		生命倫理セミナー	医療安全セミナー

てロールプレイ形式で学ぶ。

3. 日本語表現 (1) : 学生が間違えやすい日本語表現について演習形式で学ぶ。

担当: 東京慈恵会医科大学 佐伯晴子

4. 日本語表現 (2) : 文章作成術を演習形式で学ぶ。

5. 患者医師関係 (1) : AIDS 患者の看護をとおした交流について現役看護師が語る。

6. 患者医師関係 (2) : 看護の立場から患者医療者関係を解説する。

7. 患者医師関係 (3) : 眼科医師が視力を失った患者との交流について解説する。

8. 患者医師関係 (4) : 聴力障害患者とのコミュニケーションの方法について。

9. 患者医師関係 (5) : アトピー患者とのコミュニケーション上の問題点を紹介する。

10. グループ・ワーク (3) レクリエーション専門教員の指導で実践的にコミュニケーションを学ぶ。

担当: 鳥取大学 高塚人志 → 東京新聞および NHN による取材記録あり。

11. グループ・ワーク (4) : KJ 法により医療事故の誘発因子について考えてまとめる。

12. グループ・ワーク (5) : 二元展開法により医療事故防止策をまとめる。

4. 「心と行動の科学」

位置づけ: 医学専門課程 必修

対象：医学科2年、60名
クラスサイズ：6-8名グループ、あるいは60名の
一斉講義
時間：7回（1回は90分）
担当：医学部教員、他大学教員
学習目標：心と行動の関係について、科学的な視点から
学ぶ。
評価方法：出席率とレポート
授業・講義内容：
1. 非言語的表現
2. ストレス反応（心理学と生理学）
3. 生涯発達と精神保健
担当：東洋英和女学院大学人間科学部 山田和夫
4. 対人関係
担当：明星大学人文学部 石井雄吉
5. 知覚と認識行為：思いなし
担当：静岡大学 半田智久
6. 記憶と認識行為：つくりごと
担当：静岡大学 半田智久
7. 知識と認識行為：識慮
担当：静岡大学 半田智久

5. 「医療面接」（メディカルインタビュー）

位置づけ：医学専門課程、診断学実習の一環として実施
する。必修

対象：医学科4年、60名
クラスサイズ：6-8名グループ、あるいは60名の
一斉講義

時間：4回（1回は90分）
担当：医学部教員、東京SP研究会、武蔵野赤十字病院
医師

学習目標：医療面接（メディカルインタビュー）の目的、
内容、スキルについて学ぶ。

評価方法：OSCE

内容：

- ・医療面接に関する基本事項
 - ・ロールプレイ
 - ・模擬患者（SP）を対象とした実習
- NHN による取材記録あり

6. 「医学概論」

位置づけ：医学専門課程、コミュニケーション関係は4
回 必修

対象：医学科3年、60名

クラスサイズ：6-8名グループ、あるいは60名の
一斉講義

時間：コミュニケーション関係は4回（1回は90分）

担当：医学部教員、日本航空ジャパン職員、東京SP研
究会、医院院長、東京慈恵会医科大学 福島 統

学習目標：コミュニケーションに必要なマナーの基本や
患者医師関係について学ぶ。

評価方法：出席率

学習内容：

- ・マナーの基本 担当：日本航空ジャパン職員 秋元礼
子 → NHK の取材記録あり
- ・患者の立場に立ったメディカル・インタビュー 担
当：東京SP研究会 佐伯晴子
- ・老人の心 担当：荒井保男
- ・医療におけるコミュニケーション 担当：東京慈恵
会医科大学 福島 統

東京大学における人間関係(行動科学)教育

東京大学医学教育国際協力研究センター 大滝純司

東京大学医学部医学科の教育カリキュラムの中で、人間関係(行動科学)教育に関連していると思われるものを紹介する。東京大学の学生は初期の2年間は教養学部 に所属しているが、専門課程への割り振りが確定した後の、つまり2年目の後半のカリキュラムの一部には医学部医学科としての教育が含まれており、この時期を東京大学では「M0:エムゼロ」と呼んでいる。3年目から6年目までは、それぞれM1からM4と呼んでいる。ここでは、主にM0からM4までのカリキュラムについて述べるが、教養学部にいる間に、学生によっては、人間関係(行動科学)に関連した更に幅広い教育カリキュラムを組むことも可能である。

○臨床心理学(M0)

職業選択、患者の立場、医療面接などを含む約10コマ(90分×10)の授業。

○シリーズ講演「医の原点」(M0~M4)

『医療・医学とは何か』『医師になるとはどういうことか』『医師は患者に何をなすべきか』といった根源的な問いに関するシリーズ講演(年7~9回)。大学内外に公開。

○チューター制度(M1~M4)

教員と学生の人間的な触れ合いを増やす目的で学生6~7名毎に1名の教員をチューターとなり学習だけでなく生活全般にわたって学生の相談に乗る。

○介護実習(M1)

老人福祉施設で1週間の介護体験実習。

○PBLテュートリアル「メディカルヒューマニティ」(M2)

医療倫理や安全管理などの『答の無い』課題をPBLテュートリアル方式で学習。

○模擬患者による医療面接実習(M2)

理論を講義と演習(約3時間)で学んだ後、6~7名ずつのグループ実習の形式で全員が初診外来の設定で模擬患者と面接実習。

○基礎臨床社会医学統合講義(医学部医学科2, 3, 4年生)

通常の授業よりも高いレベルの多面的包括的な統合講義。一部に心理・社会面の視点からの講義を含む。

○医療倫理(M4、他)

臨床の総まとめ的な臨床統合講義の中で1コマ(90分)の授業。

臨床実習中の少人数セミナー。

大学院生や社会人を主な対象とした生命・医療倫理人材養成ユニット(大学院)を開講。

多職種が参加する医療者教育

—Inter-professional Education (IPE)

東京慈恵会医科大学教育センター 福島 統

慈恵医大でのInter-professional Education

平成 17 年度特色ある大学教育支援プログラム（特色 GP）で、東京慈恵会医科大学の「多くの職種が参加する医療者教育— Inter-professional Education—」が採択された。IPE は Multi-professional Education とも呼ばれている。慈恵医大での IPE を示すため、特色 GP の申請書類からその内容をしめす。

「従来の医学教育では医師が医学生を教え、看護学教育でも看護師が看護学生を教えていた。しかし、医師も看護師も専門職業であり、その職種が持つ独自の価値観・文化を持っている。医学生を医師のみで教育することは、医師という職業がもつ独自の価値観を学生に刷り込む結果となっている。この状況は医療者養成のみではなく、広く、わが国の専門職業職者教育に当てはまる「hidden curriculum」ではないだろうか。

慈恵医大の建学の精神は「病気を診ずして病人を診よ」であり、「病人を診る」ためには、患者さんには様々な文化や生活があることを知らなければならない。すなわち、学生には他者理解という人間としての成長が求められている。また、1885 年、高木兼寛が日本で最初の看護婦教育所をつくった時に「医師と看護婦は車の両輪の如く」と残した言葉は、現代風に言い換えれば、「医療は多くの職種とのチームワーキングである」ということになる。

慈恵医大は学生が、学部教育の中でどのようにしたら他者理解ができる人間としての成長をとげ、異なる文化を持つ他の職種の人とチームワーキングができるようになるかを考え続け、その手法として Inter-professional Education を平成元年から取り入れた。

平成元年に医学科 4 年次に「看護業務見学実習」を導入し、看護師が医学生を教えるプログラムを開始した。平成 4 年に医学部看護学科を設置し、医学生と看護学生との共修科目を設定し、ともに学ぶ環境をつくった。看護学科は開設以来、3 年次の「老人看護実習Ⅰ」、「母性看護学演習」、「小児看護学演習」、「小児看護実習」、「地域看護実習」で、介護福祉士、生活指導員、保育士、開業助産師が指導者となるプログラムを行ってきた。この経験は医学科の平成 8 年度からのカリキュラム改訂に生かされ、1 年次の「福祉体験実習」では福祉施設のスタッフ、2 年次の「重度心身障害・難病医療体

験実習」では介護福祉士、3 年次の「在宅ケア実習」では訪問看護師、4 年次の「病院業務実習」では病棟看護師、薬剤師、栄養士、5 年次の「医療の安全管理と倫理ワークショップ」では大学および附属病院の全職種（一般事務職、診療技術職員、看護師、看護学生など）が指導者として、評価者として医学生教育に関わるプログラムが導入された。看護学科は平成 15 年度からのカリキュラムの大改訂で、医学科と同じようにこの Inter-professional Education を 1 年次から 4 年次まで体系的に導入することとなり、平成 17 年度に 3 年次までの Inter-professional Education プログラムが実施に移される。

Inter-professional Education (IPE) は、これからの専門職業職者教育のキーワードである。本学では IPE をその教育の柱の一つに挙げ、他職種が医学・看護学教育にかかわるシステムの中で、チームワーキング能力をもつ医療者を育てている。

Inter-professional Working (IPW) の継続学習

平成 16 年 1 月から毎月第 3 土曜日の午後に 4 付属病院（本院、青戸病院、第三病院、柏病院）で順番に「医療の安全管理と倫理ワークショップ」を開催している。このワークショップは医師、研修医、医学生（5 年生）、看護学校生、看護師、診療技術系職員、一般職員の病院に関する全ての職種がグループワークに参加するもので、異職種間コミュニケーションを目的としたわが国ではユニークな取り組みであると考えている。

このワークショップは 5 年次から 6 年次の進級要件となっており、5 年次学生全員が受講する。平成 16 年度からの必修化された臨床研修プログラムでも修了要件の一つになっており、研修医を受け入れている本院、第三病院、柏病院の研修医 1 年目も全員受講している。

ワークショップは病院ごとに開催される。学生はワークショップ開催時に配属されている病院でワークショップを受講する。たとえば、第三病院で開催されるワークショップには、その時、第三病院で臨床実習を行っている 5 年次学生、第三病院の研修医 1 年目、第三病院看護専門学校生、そして第三病院の医師、看護師、診療技術系職員、一般職員が参加する。

ワークショップは午後 1 時から始まる。1 時からのオリエンテーション後、青戸病院医療事故についての講義、2 時からグループワーク、4 時から各グループの発表があり、5 時に終了する。参加者は終了後レポートを作成（1 ヶ月以内に提出）し、ワークショップを完了する。

グループは医師、医学生、看護学生、診療技術系職員、一般職員が各1名、看護師が2～3名の合計7～8名構成である(異職種が集まりグループ作業を行う)。1回のワークショップでグループは7～15できる(1回の参加者60～110名)。グループワークは2時間であるが、

初めの1時間は講演「青戸病院医療事故」を聞いて考えること、と題しK-J法によるグループワークを行う。K-J法では始めに、自分ひとりで考えたことをカードに記入し(6枚以上)、次に参加者一人ひとりから、どうしてその言葉を思い浮かべたかを説明しながらカードを並べる。全参加者がカードを並べたら、似た内容のカードを集め、「島」を作りながら討論を続け、その「島」にタイトルである「表札」を付けていく。この作業を通じて、職種を超えても共通な感覚、考えがあることを参加者は実感するようである(学生も他の参加者と対等に討論できるようになる)。この作業でお互いの理解が少し進んだところで次のテーマに移行する。

残り1時間は、「自分の職種からみた、この病院の問題点」をテーマに各職種から日ごろ疑問に思っていたり、改善すべきことと考えたりしていることをプレゼンテーションしてもらい、グループ討論を行ってもらう。グループメンバーは全て同じ病院で働く(学ぶ)者であるので、職種が異なっても、発言内容を自分の日々の病院内での活動と直結して考えるようである。

4時からの全体会議ではあらかじめ決められた発表者(各グループに一人事前に指定している、これは各職種から満遍なく発表してもらうため)から話をしてもらうが、話の内容はグループワークの内容ではなく、発表者個人の意見をお願いしている。グループ内で決められた発表者以外に話したい人がいる場合は、1グループ5分間の制約の中で何人でも自由に話しをすることができる。参加者は、青戸病院医療事故の詳細について話を聞き、職種を超えたグループ討論をし、各職種の人からの意見表明を聞き、そして、考えたことはレポートにまとめ、気づきを文章化することで医療安全の意識を定着してもらうようにこのワークショップは企画されている。

このワークショップは、学生の立場から見れば、IPEであるが、学生以外の参加者である医師(研修医)、看護師、診療技術系職員、一般職員にとってはInter-professional Working (IPW)のための生涯継続学習の機会となっている。学生は職業にはまだ就いておらず、その視点は職業を持つ者とは異なっている。職業文化では

忘れ去られる視点を参加者たちは学生から気づかされる場面もある。病院には多くの職種と学生がいる。このワークショップは病院という職場が一つの learning community になる可能性を示している試みであると考えている。

医療系大学「行動科学・コミュニケーション基礎教育」
東京医科歯科大学教養部 中村千賀子

目標：コミュニケーションの基本を体験的に理解し、講義で知識を整理する

適用学年：1年生

クラスサイズ：120名ほどまで可能

時間数：3コマ（1コマ：90分）

演習①—演習②—講義

方法：

<演習① 自己紹介>

数名のグループに分かれての対話の演習

①これからの演習の注意として、与えられる指示の意味を自分で考えて動くように、また、クラスで互いに協力して、積極的に楽しく動くように、伝える。

②原則5名のグループ（過不足のある場合は4名）を作らせる。（5～10分）

その際、普段余り話したことのない人を選んで積極的にグループを作るように促す。クラスによってはここでかなりの時間がかかるが、トレーナーは学習者が自主的に動いてグループを作るまで待つ。

③互いに自己紹介をするように指示（7分～8分）。

グループでは、互いに顔がよく見えるように、ひざを寄せ合ったきれいな形の五角形になるように指示。きちんと座って話すことにテレを感じることもあるが、そのテレを克服するためにもまっすぐ顔をあわせて座るように指示する。自己紹介の目的は「互いに知り合うこと」と伝え、「自己紹介の後に目の前の人が少しでもわかったと思えるように自由に自分なりに工夫して話すように」に伝える。

④時間がきたら、途中でも話を止めるよう合図し、ノートに次のことを記入させる。

a.グループのメンバー名（漢字でフルネームを書く）

b.メンバーの名前をノートに数行おきに書き出し、その人が、それぞれ今の7～8分にどのようなことを話したか、覚えていることを少し丁寧に思いだして書き出す

c.自分が今の7～8分にどのようなことを話したかを思い出して書き出す

④ノートに書き出した今、どのようなことを感じ、考えているか、もう一度、互いにわかりあうように話してみる

⑤グループを新しく替える。学生の人数と演習の時間によってはこのグループ演習を3～4回繰り返す。時間が豊富にある場合は、いくつかのグループから自己紹介後

に感じた感想を発表してもらってもよい。

⑥トレーナーからのコメント。

・自己紹介は「互いに知り合うこと」であり、まず自分から話さないと相手にわかってもらえないこと、

・自己紹介は、「自分について話す（外的事項）」ほかに、「自分を話す（内的事項）」こともあると伝え、自分がどのようなことを考え、感じているか、またどのようなことを希望しているか、ゆっくり自分に目を向けながら話すことも試みるなど、目の前の人があくまでわかったと思えるような工夫をするように伝える。

⑦この演習で、実際に動いてみての感想を言葉に表現するため、感想カードを各自記入して、終了

<演習② 自分を伝える、相手を理解する>

数名のグループに分かれての対話の演習

①5名の新しいグループを作るように指示

②この時間内に、互いに少し相手のことがわかったと思えるように話してみる（7分～8分）。話す内容は自由だが、勇気を持って「自分を話す」という意味で、先回の授業で行ったことやその後に考えたことなど、感想を話してみるように伝え、また、目の前にいる相手を理解しようと工夫をしながら話しを聴くように指示

③時間がきたら、話を止めさせ、ノートを出して、以下を記入させる

a.グループ・メンバーの名前

b.グループ・メンバーが、今の7～8分にどのようなことを話したか、覚えていることを少し丁寧に思いだして書く

c.私が今の7～8分にどのようなことを話したかを書き出す

d.私が今の7～8分にどのようなことを感じていたか、感情を表す言葉で書き出す

e.今、以上の事柄を書いた今、どのようなことを感じているか、書き出す

④メンバーで話してきての感想を話す

⑤新しいグループを作る

⑥互いに先ほどのグループでやったことについての感想を、互いにわかりあうように話してみる

⑦話を止め、ノートを出して、以下を記入させる

a.グループ・メンバーの名前

b.グループ・メンバーが、今の7～8分にどのようなことを話したか、覚えていることを少し丁寧に思いだして書く

c.私が今の7～8分にどのようなことを話したかを書き

出す

d.私が今の7～8分にどのようなことを感じていたか、感情を表す言葉で書き出す

e.今、以上の事柄を書いた今、どのようなことを感じているか、書き出す

時間がある場合は、⑤、⑥、⑦を繰り返す

⑧最後のグループで話を止めた後、ノートを出して、以下を記入させる

a今日の授業で会ったすべてのグループ・メンバーの名前

b.今のグループ・メンバーが、今の7～8分の間にどのようなことを話したか、覚えていることを少し丁寧に思いだして書く

c.私が今の7～8分にどのようなことを話したかを書き出す

d.私が今の7～8分にどのようなことを感じていたか、感情を表す言葉で書き出す

e.今、以上の事柄を書いてみて、今、どのようなことを感じているか、書き出す

⑨ノートをグループ・メンバーでまわし、自分の名前の書いてある部分を読ませてもらう

⑩ノート回しをしての感想をさらに互いにわかるように話してみる

⑪トレーナーから、次のようなコメントを伝える

- ・ 個人の名前を大切にすることは、その人を大切にする一歩であること
- ・ 人と人が話すときには、話される内容と、言葉にはならないまでも感情が流れていることに気づくこと。そして、感情は、自分の中で常に流れ、変化していること、それこそが私自身であることにも気づくこと
- ・ 自分の話は伝えたつもりでも相手にそのまま伝わっているかどうか、また、きちんと聴いていたつもりでも本当に話し手の言いたいことがそのまま理解できたか、ノートに書かれている内容を読ませてもらうまでは確信が持てなかつただろうことに注目すること
- ・ 実際の生活では、ノートを取って相手に見せることはないので、相手の話で「わかったことを言葉にして」タシカメることが大切であること
- ・ そのタシカメも、「あなたの発言内容を私は正しく把握したはず」というような尊大な姿勢で伝えれば、話し手は「理解してもらえた」とは思えない場合が多いこと
- ・ 相手を理解するということは、相手に「私のこのような理解でよろしいか？」を常に問うていく姿勢である

こと、タシカメは相手を大切にするために行う行為であること に気づく必要があること

⑫今日、いろいろとやってみての感想を言葉に表現するために、感想カードを各自、記入して、終了

<講義 コミュニケーションの基礎>全体クラス

① 2回の演習後の感想カードから、他の学生にも伝えたい内容のものを選んで氏名は伏せて読み上げる。

② その中から、コミュニケーションのメッセージに関するもの（例：自分を伝えることと自分について伝えることの違い。話された内容、言葉にはならない感情の流れ、心の働きには知情意がある）などをえらび、講義の素材とする。さらに自己を語る辛さや恥ずかしさの体験、医療におけるコミュニケーションの意味などについても適宜講義する。

講義項目例：「情報」交換と「自分」を伝えることの違い

コミュニケーションの成分（話し手と聞き手とメッセージ）

語と音声とボディ・ランゲージ

メッセージについて（暗号化と解読）

個人の暗号表について

メッセージの種類

チャンネルの種類

自分の知・情・意を相手に伝える意味

タシカメの意味と必要性

③ 感想カードを記入して終了

評価：演習では、感想カードの記述内容（自分と他者の考えや感情の違いの受容、他者に触れた自分を振り返る記述などの有無）、知識についてはペーパー・テストの得点

医療系大学「行動科学・コミュニケーション基礎教育」
東京医科歯科大学教養部 中村千賀子
「人間科学教育」

この科目がめざすのは、学習者が自分を、そして、自分と同じようにかげがえのない存在である目の前の人を「体験的に理解していく」ことである。さらに、体験を振り返り、深め、整理して、自分自身の日常の行動に溶かし込むような経験化¹⁾の作業を歩むことである。プロフェッションの教育に最も重要なことは Reflection であるとされる²⁾。人と対話をする中で自分自身を振り返るこの科目³⁾は、プロフェッション教育の核となるべく、モットーをプラトンの「汝自身ヲ知レ」⁴⁾として導入された。

特色：

クラスにおいては講義・演習を通してコミュニケーションについて学びつつ、地域の施設の協力でさまざまな活動に参加する体験学習をプログラムの中心に据えている。地域の多様な施設ではコミュニケーションの実践を通して、人間理解を深め促す機会を得る。いわば、社会に生きる人々を対象とする、診療参加型臨床実習のプレメディカル版、低学年版といえる。

なお、この体験学習科目には、同時平行して、一般教育、教養教育ないしは専門教育における「生命倫理・哲学」、「医療・臨床心理学」、「法学・医事法制」の講義（各 15 コマほど）の提供が期待される。健康・病気、福祉・医療、生活・社会などについて人間の行動や制度について学ぶ機会がないまま、施設での学習やコミュニケーション演習の体験だけでは、人間理解は不十分になりがちで、心理学、哲学、法学などのよく整理された知識と理論についての学習が不可欠である。

適用学年：1～2年生

クラスサイズ：学習者15～20名のグループに1人のトレーナーを配し、それぞれの人数にみあう個別の部屋と専任コーディネーターにより、100名を超えるクラスでも実践可能である。

学習者は医・歯・保健衛生などの各学科生が混在するグループが好ましい。また、トレーナーとしては、カウンセラーの訓練またはコミュニケーション教育の研修を受けたスタッフが望ましい。

時間数：学習者の行動変容には時間がかかるので、通年の科目としての設定が重要。通年プログラムとして22コマほど（1コマ：90分）用意したい。

1学期：講義Plenary Sessionとグループ演習Small Group Discussionを1：3程度で組み合わせる 12コマ程度

夏休み（学外活動をまとめて確保できる期間）：5日間ほどの地域施設での体験学習（宿泊または通所）

8時間/日×5日間

2学期：グループ演習と「まとめ」の中間発表会（クラスサイズによって1～2コマ）、最終クラスは、全員での振り返りクラス 10コマ程度

目標：人間とその生活、相互理解について、地域の医療系・福祉系施設での体験学習と、クラスでの1年間のコミュニケーション演習を通して、人間とその生活、相互理解について体験的理解を深めること。体験目標としては、学外施設の人々との出会いを体験し、クラスで分かち合い、互いに理解しあえるコミュニケーションについて試行錯誤し、互いに演習を通して、自己理解と他者理解の意味と限界を体験的に知り、自らのコミュニケーション行動に反映させること。達成目標としては、必要に応じて誰とでも適切なコミュニケーションが取れるようになること。向上目標としては、より論理的に、より創造的に練達を重ね、医療者としての態度を磨くことである。

方略：

グループ演習について

このグループ演習では、①トレーナーからのそのつど出される指示の意味を、各自が自分に照らし合わせ考え積極的に動くこと、②互いに協力しながら動くこと、③演習を楽しむの3項目を伝えておく。さらに、④各クラスの終了時には毎回、感想カードを記入・提出してもらうが、それは、自分の中で起こってくること（自分の考えや感情、希望）に注目しながら演習を受けるためであること、さらに、学習者の様子を踏まえながらトレーナーがプログラムを進めるためであることを伝えておく。

体験目標のための方略としては、コミュニケーションについての基礎講義と、少人数グループでの対話の訓練である。この訓練では、学習者はただ話すだけではなく、目の前にいるクラスメイトを「そのまま」わかるように、体験学習や学外講師からの講義をひとつのTriggerとして、自分の感想などを互いに話し、理解してもらうことを試み続ける。テーマとしてはその時々に応じて体験学習で得られた気づきや不満、喜びについて話すように指示するものの、トレーナーは常に学習者の様子を観察しながら必要に応じて、学習者の今ここでの想いなどを取

授業の組み立て

1学期	1-1	講義「人間についてー人間関係行動を通して自分自身を知る」	人間関係チェックリスト（資料参照）の実施①
	1-2	演習①「コミュニケーションの基礎ー1」	自己紹介
	1-3	演習②「コミュニケーションの基礎ー2」	対話と観察「話しの内容」
	1-4	演習③「コミュニケーションの基礎ー3」	対話と観察「感情の流れ」
	1-5	講義「夏休みの体験学習と人間理解」	体験学習先の学外講師（医療系）
	1-6	講義「夏休みの体験学習と人間理解」	体験学習先の学外講師（医療系）
	1-7	演習④「学外講師の講義を聞いて」	感想を互いに話しあう
	1-8	講義「コミュニケーションの成り立ち」並びに「施設についての説明」	
	1-9	演習⑤「コミュニケーションの実践ー1」	テーマ：施設で学びたいこと
	1-10	演習⑥「コミュニケーションの実践ー2」	テーマ：体験学習に備える私
	1-11	演習⑦「コミュニケーションの実践ー3」	テーマ：自分を知ってもらい、人をそのままわかる
	1-12	講義「体験学習に向けての準備クラス」	先輩から後輩への体験学習についてのメッセージ
夏休み		1グループ（2-3名）で、学外医療・福祉施設で5日間ほどの体験学習をする	
2学期	2-1	演習① 施設での体験を話しあう 「施設での出会いについて」	
	2-2	講義「体験学習を振り返って：人間観について」	
	2-3	演習② 施設での体験を共有する	「体験学習で困ったこと」
	2-4	演習③ 「体験学習から得られたもの」	まとめのテーマ・グループ作り
	2-5	演習④ 「体験学習から得られたもの」作成	（作業はクラス外でも行う）
	2-6	演習⑤ 「体験学習から得られたもの」作成	
	2-7	全員で OHPによる「まとめ」の中間発表	
	2-8	演習⑥ 人に応える：会話の分析	
	2-9	演習⑦ 人に応える：会話の分析	
	2-10	講義「この1年を振り返って」ならびに まとめの提出	人間関係チェックリストの実施②

り上げ、グループ全員がその学習者をそのまま理解する機会を作り出すように心がける。そのプロセスの中でコミュニケーションとはどういうものを学習者は体験的に理解していく。さらにクラスの終了時には必ずこの時間に自分が感じたことを感想カードに記入していくが、このカードは単に授業に対する要望や評価ではなく、自分の中に起こってきたことに注目し、言語化することを求める Reflection である。

向上目標達成の方略としては、社会で活躍中の先輩や先達からの講義や経験談を聴く機会を用意する。Professionalism 教育の重要な一部として、プレメディカル課程では貴重な Role Model に触れる機会を持つことにもなる。

具体的なグループ演習について

①自己紹介グループ：

互いにわかりあえるような自己紹介をすることを指示し、普段あまり話さない仲間を選び、5名ほどのグループを作る。数分間、互いに自己紹介をする。グループを

解散し、あらためて仲間を見つけ次のグループを作り、工夫をしながら自己紹介をするように指示する。これを繰り返してグループを数回作り直し、工夫しつつ自己紹介を試みる。最後のグループでの自己紹介が終わったときに、各自、次の5項目（カッコ内には、それぞれの意味を挙げておく）についてノートに書き出す。①これまでのグループで自己紹介をしあったメンバー氏名（個人とは、その固有の名前で呼ばれることから始まる。氏名を覚えることはその人を大切にする第一歩である）。

②最後のグループ・メンバーの名前とその人の話したこと（人の話は耳に聞こえてくるが、自分の関心や好みによって、覚えていられるものと覚えていられないものがある）③自分が話したこと（あまり意識せずに話してしまうので覚えていないことも多い）④自分が話しながら感じていた感情の流れ（言葉にはならないまでも、感情は流れている）⑤以上の項目を書き終わった今、自分の中に流れている感情（感情は時々刻々と変化して流れていく）である。

その後、グループ・メンバーが互いに和んでいたら、

互いの自己紹介の内容を書き出したノートの該当部分の回し読みをするのもよい（自分の話しが相手にそのまま理解されたかどうかは、聞き手からノートに書かれた言葉で返されて明らかになることから、話し手が聞き手に理解されたという確信は、文字や言葉による「Feedback 確かめ」をされて初めて起こってくる。また、自分のノートをクラスの仲間に見せる恥ずかしさを通して、患者さんが自分の弱みや苦しみを医療者に伝えるときの複雑な思いを一部、体験することができる）。各項目をノートに記入した後、あるいは、ノート回しの後に、項目ごとの（ ）内の説明を解説する。

この自己紹介で、学習者は、自己を伝える難しさ、相手の言葉や話をそのまま理解することの難しさ、その上、表現されない感情の存在、また、その感情がたやすく変化することを体験的に知る。また、人と人が話すときには、「話の内容」が聞こえ、「感情の流れ」が目や耳に伝わってくることも気づく。人をそのまま理解する時には、「内容」も「感情」も欠くことができないことを体験的に理解する。さらに、理解されたと確信するには、話された内容や感じている感情を「言葉」で確かめてもらうことが必要であると知る。

さらに、自己といっても、「自分について話す」と、「自分を伝える」との違いを知る。「自分について話す」とは、自分の外側のこと、出身地、住所、家族状況、趣味など、相手を信頼していなくとも比較的容易に伝えられる事柄を話すことであり、「自分を伝える」とは、外からは見えない、自分の考え、悩み、信念、信条、感情の流れ、希望など知情意についても、心を啓き、勇気を持って話す（自分から信頼し、自己啓示をする）ことだと知る。こうした自分自身の中に起こることは、他の人とは異なる「私らしさ」だが、学外講師の講義は、学習者の心にはこうした私らしいさまざまな感想をもたらす Trigger となる。講義のほか、映画、文学作品、絵画、詩歌、音楽鑑賞も同様な働きをする。

②対話と観察について－「話の内容の理解」と「感情の理解」：

4名グループになりA、B、C、Dを決める。AとBは「互いにそのままわかりあう」ために、講義の感想などを話し、聴きあい、対話をする（Discussion Group）。また、CはBを、DはAを、それぞれの真横から50センチほど離れて観察し、数分間の二人の対話をメモし、同時に表情や姿勢を観察する（Observation Group）ように指示する。CやDは、対話に直接には参加しないが、

観察相手をそのままわかってほしいとして、発言をできるだけメモしながら、観察をさせる。観察のポイントは、実際に話された言葉を書き留め、話の内容が理解できるように、また、表情や声の抑揚、話題の変わり方などに注目して、観察相手の心に流れる感情の言語化を試みるように指示する。

対話を開始する際、AとBに対して、数分の対話の後、少しでも相手のことがわかった、また相手にわかってもらえたと思えるように工夫をしながら話すように伝える。

5～7分ほどのABの対話後、二人には、相手に伝えたことを思い出してノートに書き出すように、また、観察者のC、Dには、メモの整理をして観察相手の話したことを「主に伝えていたこと」、あるいは「感情の流れ」を大きくとらえて言葉に表現し、ノートに書きとめておくように伝える。その後、A－D、B－Cが向かい合い、先ほどの対話中の観察相手を観察者が理解する時間として、「確かめFeedback」の時間を持つ。D（またはC）が対話の時間内のA（またはB）を、そのまま理解できるように、次のような工夫をする。

観察者は、観察相手に、観察していて「わかったこと」を、「私はあなたの話をこのように理解しましたが、よろしいですか」と言葉にして「確かめ」ていく。この「確かめ」こそ、相手を尊重する態度としての具体的行為である。一度に完全に相手を理解することは不可能だが、「確かめ」のあくなき繰り返し、努力が人間尊重、人間理解につながる。

「わかったこと」を確かめ行為は、話し手の心、言葉や意図をそのままに理解したいという聞き手の態度の表われである。「私がわからないこと」を質問してしまうと、話は話し手の意図から遠く離れていきやすい。相手の話にとどまり、その意図を大切にするという「確かめ」を重ねることは、その情報の精度を挙げることもつながることを開設するとよい。

「確かめ」を学習者に意識してもらうためには、相手は「どのようなことを言ったか」、「どのような気持ち（感情）で話していたか」という表現で配慮するように伝えることもよい。なお、「言った事」と、「言いたかった事」は常に一致するとは限らない。この演習が進んだときには、一定の発言をまとめて、そこでは「どのようなことを言いたかったのか」を確かめていけるようになることが望ましい。

ここで繰り返し行った「話の内容の確かめ」、「感情の流れの確かめ」は、コミュニケーション演習の基本として、この後のプログラムに共通して用いる。

コミュニケーションについての基本的な講義として、コミュニケーション理論の、話し手、聞き手、メッセージの3成分について伝える。

③夏休みの体験学習について

学外のさまざまな施設に協力を依頼し、夏休みの5日間、学生は2～3名が1グループとなって、施設での体験学習に参加する。協力施設は、医療機関、第1次予防の現場として健康教育、保健指導を活動の中心に置く市民グループ、第2次予防の現場として、総合病院の診療室、第3次予防では、リハビリテーション部門、あるいは在宅ケアを進めているNPO法人などである。福祉施設は、高齢者を対象とする施設、障害者（児）を対象とする施設、児童養護施設、地域福祉施設などである。学習者はこうした多くの機関・施設について情報をあらかじめ得て、本人の希望により配属先が決まる。

体験学習について、施設によっては、福祉系学生のための介護技術の会得・実践を主とするプログラムなど用意されがちだが、この体験学習は、利用者、スタッフ、さまざまな背景を持つ多くの人々に出会い、コミュニケーションの機会を得ることが目標であると各施設に事前に納得していただくことが肝要である。

所定の施設での体験学習が終了した直後には、「体験学習に参加して困ったこと、印象に残ったこと」などをテーマにレポートを1週間以内にまとめ提出するように指示する。このレポートも、自分自身の知情意を言葉に表す役目を持っている。

④体験学習後の演習（2学期）について

2学期には、1学期のグループ演習の方法を応用し、自分たちの体験をクラスメイトと共有し、互いに分かり合うことを実践する。また、素朴な体験は風化しやすいことから、学習者から提案されたテーマごとにグループを作り、「体験学習から得られたもの」と銘打ったまとめを作成し、体験の経験化を試みる。この「まとめ」の中間発表を全員参加のクラスで行い、互いのテーマの深化を狙いつつ、プレゼンテーションの姿勢なども学びあう。

会話分析のひとつとされるPorterの態度分析を基本に、ロールプレイを試みる、あるいはペーパーペーシェントの発言への応答など、自分自身の応答傾向を知るなども良い。

評価：

この科目は、人間理解、すなわち「自らを知り、他者を知る」をモットーとしている。自分の考え方、価値観など、これまでの人生で作上げた自分の判断枠を見据える作業でもある。したがって、体験学習に参加した学生が何を考え、感じ、出会った人々や、見聞きしたシステムについて、どのように考え、理解したかを知ることが評価のひとつになる。自分のこれまでの考え方、捉え方に固執しながら、目の前の人間という対象を、いわば不自由な心の状態で理解したのか、それとも、相手の反応などに配慮し、苦しみながらも自分の考え方や価値観を変化させながら、臨機応変に理解しようとしたのか、レポートに書かれた文章を素材として分析することもできる⁵⁾。

さらに、「人間関係チェックリスト」を作成し、科目開始時と終了時に実施して、人間に対する姿勢や捉え方の変化を評価の一つとして活用することなどもできる。

参考文献：

- 1) 森 有正：思索と経験をめぐって、講談社学術文庫、講談社、1995
- 2) D. A.Schön.: Educating the Reflective Practitioner, Jossey-Bass Publishers, San Francisco,1987.
- 3) 東京医科歯科大学教養部人間科学教育課程年報0号～9号、1994年から2003年、
- 4) プラトン：パイドロス、藤沢令夫訳、岩波文庫、岩波書店、2000.
- 5) 中村千賀子、山崎久美子：個人特性からみた「学外体験学習」の効果、東京医科歯科大学教養部紀要、27、29-49、1997.

資料「行動科学基礎」 人間関係チェックリスト

次の質問を読み、現在の自分によくあてはまる選択肢を選び、数字を「現在」の回答欄に記入のこと。さらに、4月の頃の自分を思い起こし、当時の自分にあてはまる選択肢を4月の回答欄に記入してください。

学籍番号	氏名	男・女選択肢：
1. 全くその通り 2. まあ、その通り 3. やや違う 4. 全く違う		
1) 私は、他の人を尊重しようといつも心がけている。 (現在) (4月)	15) 私は人に対して、自分が感じたことを自由に言うことができる。 (現在) (4月)	
2) 私は、相手をわかろうとして他の人に関わっている。 (現在) (4月)	16) 私は人前でも率直に自分を出すことができる。 (現在) (4月)	
3) 私は、自分のことを良くわかっている。 (現在) (4月)	17) 私は自分と違う考え方をする人とでも普通に付き合っていける。 (現在) (4月)	
4) 私は、物事に対していろいろな見方ができる。 (現在) (4月)	18) 私は相性の悪い人とは付き合わないようになっている。 (現在) (4月)	
5) 私は、相手の話すことが私の理屈にあわないと相手を理解できない (現在) (4月)	19) 私は自分の欠点や弱点を受け入れることができる。 (現在) (4月)	
6) 私は、知識さえあれば他の人をよく理解できていると思っている。 (現在) (4月)	20) 私は自分の個性を大事にしている。 (現在) (4月)	
7) 私は、理屈さえわかれば自分の行動を変えられると思っている。 (現在) (4月)		
8) 感情は人にとって本当に大切だと心の底から感じる。 (現在) (4月)		
9) 人間はまさに一人ひとり、かけがえのない存在だと感じられる。 (現在) (4月)		
10) 人と人は互いにわかりあえるものだと思う。 (現在) (4月)		
11) 人はかなり変わることができると思う。 (現在) (4月)		
12) 人を理解するということは、相手の秘密や心の底を知ることだと思う (現在) (4月)		
13) 良い人間関係をつくるには、自分自身について充分知る必要がある (現在) (4月)		
14) 医療者である前に自分は一人の人間だと痛切に感じる。 (現在) (4月)		

鳥取大学医学部における人間性教育

医学部医学科科目 ヒューマン・コミュニケーションⅠ
鳥取大学医学部教育支援室 高塚人志

1. 履修 年次

1年前期または後期：学生を2グループに分け、半分ずつ実施、必修2単位

2. 授業の目標

日常生活の中で自然に人間関係が学べた時代と違い、人間関係が希薄な現代にあっては、乳幼児から高齢者まで年齢を超えた人間関係づくりや、コミュニケーション（お互いの考えや気持ちを理解し合うこと）を学ぶ場を意図的に作る必要がある。この授業では、コミュニケーション能力の開発を支援する「気づき（アウエアネス）の体験学習」を通して、ひたすら自分と向き合い、自分を見つめ、今の自分自身の人間関係を見直し、どのような人間関係を築いていくのかを考える場を学生に提供する。さらに、この授業で気づき学んだことを、保育園児との交流の中で体験的に理解させることを目標とする。こうした交流は、保育園児との年齢を超えた人間関係の存在を感じさせる場としての意義も大きいものと考えられる。

人と関わるには、相手の心の有り様を想像し、相手の心に寄り添った行動をすることが大切である。つまり、パートナー（園児）との交流では、自分のパートナーがどうしたら喜んでくれるかを真剣に考えながら接することが求められる。心のこもった交流をすることで、園児達は「うれしい」という満足感を抱く。すると学生達は、園児から喜ばれたり、大切にされることで「役立ち感」を実感し、「自己肯定感」が生まれ、安心感と充実感で気持ちが一杯になる。

自分を好きになり「生きていてうれしい」という気持ちを実感することで、学生達には大きな自信が生まれ、より意欲的な生活を営んだり、仲間（同級生）にも温かいまなざしを向けることができるようになる。こうした連鎖ができてくると、コミュニケーションはさらによくなり人間関係は膨らんでいく。クラスの中には互いの信頼感や一体感が構築され、学間に打ち込める雰囲気生まれることが期待される。

3. 授業の概要

授業（講義・演習・交流実習）に向けて、まず始めに心とからだの調子を整えるアイスウオーーム（氷のような

気持ちを解きほぐす）を、コミュニケーション・ゲームの技法を用いて行う。コミュニケーション・ゲームは簡単な動作を通して、躊躇なく人と関わったり一緒に楽しく活動する契機となり、他人に対して心を開くきっかけの役目を果たす。講義・演習の中心は、「気づき（アウエアネス）の体験学習」である。私たちは、日常生活で様々な体験をして、その体験の中からいろいろなことを学び人間的に成長する。その体験の場を意図的にこの学習の場に設け、頭で理解するだけでなく、体験を通して、自分のあり方や人との関わり方など対人関係の問題について、気づき・学ぶのが「気づき（アウエアネス）の体験学習」である。

「気づき（アウエアネス）の体験学習」は、生き生きとした人間関係を求めて、1）相手の気持ちの理解、2）ホスピタリティ、3）相互協力、4）自分を知ること、5）話しのきき方など様々な演習を行い、まず体験をして、体験で起きたことを自分で見つめる。そして、「どうしてそうなったか？」「次にどうしたらいいか？」と自分に問いかけ考える。何かが分かると、次に同じような生活場面に会った時、その分かったことを「試す」ことになる。このように、気づきによって自らが行動変容していけるように支援する学習を、学生に体験させる。

そして、授業・演習で気づいたことを、園児との1対1の継続的な異年齢交流において身をもって「試す」ことにより、上記の目標が達成できることになる。10週（2時限/週）にわたり継続的に同一の園児と交流を持つので、学生は責任のある関わり方をしなければならない。パートナーの気持ちを表情や言動から酌み取り、どうしたら園児に喜んでもらえるかを考え、目標を立てて行動する。うまくいかなければ、次の交流ではどうしたらいいのかを考え計画を立てる。そして、園児からの信頼を得ることで、交流をより膨らませていくことを目標とする。

4. 授業のレベル

人間関係を学ぶ基礎編（講義・演習）を受けて、人間関係の応用編（交流実習）では、保育園の園児と1対1で関わり、基礎編の授業で気づき学んだことを体験的に理解する。

5. テキスト・参考書

参考文献：【自分が好きになっていく（アリス館）】
【いのちにふれる授業（小学館）】

6. 授業の形式

講義・演習：10時限（平成18年度より20時限）

実習：20時限（平成18年度より40時限）

7. 授業の評価

出席状況（40%）

毎時間の「学習記録シート」「自己学習シート」の提出状況（40%）

授業に取り組む姿勢・態度（20%）

8. 担当教官から学生へのメッセージ

この授業を受講することで、より良い人間関係をつくり出す力や、その関係の中で生きる力を育む一助になると考える。自分としっかり向き合い、今よりもっとすてきなあなたになって輝いてほしい。また、人はどんな時でも、「自分をみつめていてもらいたい」、「話をきいてもらいたい」、「認めてもらいたい」、「大切にされたい」のではないかと。つまり、私たちは「自分は生きるに値する人間なんだ」、「自分は役に立つ人間なんだ」という感覚を持ってほしいのだ。その感覚が何よりも、私たちが生きていく上での原動力になる。まさに、「人間としての基盤」なのだ。自分を肯定する気持ちがあってはじめて、他人を受け容れたり、大切に思う気持ちができる。「役立ち感」、「自己肯定感」、「自尊心」を育むことは、今日の時代にあっては、最優先課題ではないだろうか。生きる希望や学習意欲も、「役立ち感」、「自己肯定感」から生じる「他者への肯定感」なしには生まれてこない。

この授業では、コミュニケーション能力を育む授業で気づいたことをいかに実践できるか、継続的な交流実習を通して身を持って体験してもらおうと共に、人と人が関わることの楽しさや喜びを体感してもらおう。諸君のパートナーとなる0歳から3歳の園児達は、なかなか自分の思うようにならないかもしれないが、自分のパートナーに寄り添い、相手の気持ちを表情や言動から推し量り、必至になって自分のこととして考え、関わりを持ってほしい。そんな体験を積み重ねた皆さんは、心を揺さぶられ、「役立ち感」、「自己肯定感」を実感し、安心感と充実感で一杯になるだろう。

医学部の学生は、将来、人と向き合う医療職につくことになる。医療人が、社会的な責任を果たしていくためには、洗練されたプロ意識を持たねばならないが、プロ意識を支える基盤はなんといっても人間性に他ならない。人間性が貧しかったら、道を踏み外し医療過誤や医

師のモラルが問われる事態になりかねない。この学習をステップにして、将来、患者さんの立場を尊重し、患者さん中心の医療を行い、思いやりに溢れた医師に人間成長してくれることを期待したい。

9. 授業計画

1) 「気づき（アウエアネス）の体験学習」

2時限（180分）×4回（毎回、学習記録シート・自学自習シートの提出）

①アイスビルドとアイスブレイク（アイスブレイク）・自己開示（気づきの体験学習1）

ねらい：人と関わる時に受け入れ難い態度などを体験し、人と出会い、心を開き、関わり合うことの大切さを学ぶ。学んだことを振り返り、1ヶ月後の自分に宛てた手紙を書く。

②ホスピタリティの実際Ⅰ・Ⅱ（気づきの体験学習2・3）

ねらい：相手の気持ちを理解するために、話し手と聴き手の役割を相互に体験する。「自分にとってのホスピタリティ」、「生きる意味」、「幸福とは何か」を考える。

③図形作りにチャレンジ（気づきの体験学習4）

ねらい：協力してパズルを完成させる体験により、力を合わせるこの意味や大切さについて学ぶ。言葉が使えない状況の中で、自分や他者の感情の動きなどについて学ぶ。

④二人で散歩（気づきの体験学習5）

ねらい：相手の気持ちや考えを理解し、相手のために行動することを体験的に学ぶ。

⑤あなたが言われたことは（気づきの体験学習6）

ねらい：相手の考えを聴きとるスキルを身につける。

2) 保育園の乳幼児（0歳から3歳）との交流体験

2時限（180分）×10回（交流開始から終了まで毎回、学習記録シート提出）

ねらい：「気づき（アウエアネス）の体験学習」で気づいたこと学んだことを、園児との交流の中で体験的に理解すると共に、パートナーがどうしたら喜んでくれるかを考え、関わることを学ぶ。また、学生達は園児との関わりの中から「役立ち感」を実感し、「自己肯定感」を育むことで、大きな自信となり、意欲的な生活を営み、仲間（同級生）にも温かいまなざしを向ける一助とする。
○交流内容：はじめましての会、園庭で自由遊び、農道を散歩、川でメダカ取り、砂場でどろんこ遊び、プール遊び、水遊び、お別れ会など。

3) 交流の振り返りと「ヒューマン・コミュニケーション

ンI」の授業のまとめ 2時限(180×1)

ねらい：継続的な園児との交流体験を通して、「役立ち感」、「自己肯定感」といった感覚にどのような変化が生じたかを気づかせる場とする。また、「仲間からのメッセージ」や「励ましの手紙」などを通して、仲間から見た自分を知ること、自己成長のきっかけとする。

10. 授業によって期待される効果

- ①学生が「役立ち感」を実感し、「自己肯定感」を育むことで、以後の学習や生活全体へのモチベーションの向上が期待できる。
- ②社会の構成員として必要なコミュニケーション力をもった人間を育成できる。
- ③患者の心に寄り添い、患者の話に耳を傾け、患者の気持ちを理解できる人間性豊かな医療人を養成できる。
- ④将来、チーム医療の一員として働く際に、コミュニケーションの欠落、不足から起こる医療事故の防止を未然に防ぐことのできる医療人を養成できる。

11. 学生の声(学習記録から)

●こんな授業は今までに受けたことがなく、とにかくビックリするとともに、初めのうちは戸惑いがあった。しかし、授業がすすむうちに、相手に対して心を開くということが何となくわかってきた。でも、自信をもって相手と接することができるには、やはり自分と向きあい磨くことが大切だと思うので、この授業で頑張っていきたい。やはり、コミュニケーション能力は絶対に不可欠なものだし、特に私たち医師を目指す学生はその能力に長けている必要があるということ、あらためて認識することができた。毎週、この授業が受けられることがとてもうれしい(女子学生)。

●今日で2回目の授業だが、この授業はすごい有意義な時間だと思う。相手の気持ちを考えることがどれほど大切なことか再認識させられた。話し手も相手に熱心さを伝え、聴き手も聴いていることをアピールすることが良いコミュニケーションの基礎だと言うことをあらためて考えさせられた。このような授業が今の時代には必要だと感じた(男子学生)。

●図形を作るときに、言葉を使わず紙片を交換するのが難しい。誰が何を必要としているかわからないので、自分が他のメンバーが持っているものをみて、「こんなのはいるのかな」と思うことが一番大切だった。一人の人が完成しても、他の人が完成しないと、ひょっとして完成した自分の図形を崩さないといけないというグループ

全体に目を向けて考えることが大切だと気づかされた。私たちの生活の中で、このように自分より、全体という考え方がどれだけ実践されているだろうか。いつも自分が「自分だけの世界」のように、周りに目を向けないことが多い。人として、社会の一員になるなら、医師になるとかならない以前の問題で、周りが見える人間にならなければならないと思った。

●絶えず話しかけていたが、返事が返ってくることはまれで、やはり、ノンバーバルなコミュニケーションのみだった。今までのコミュニケーション力を高める学習が役に立ったと思う(0歳児担当・男子学生)

●0歳児のパートナーは、寝ているときも含めて、赤ちゃんの表情はおもしろい。ストレートかなと思うと、ときどき複雑そうでよくわからない表情をする。これからよく見ていきたい。また、子育ての大変さを思い知った気がして、母親や父親への感謝の念にかられた(0歳児担当・男子学生)。

●子どもが好きなのですぐに園児とうちとけられるだろうと楽観していたが、実際は大苦戦でした。なかなか、自分に心を開いてくれない子どもと接していると、将来、医師になったとき同じようなことは多々あるだろうと思え、逆に一層やる気が出てきた。帰り際にパートナーの園児が、少し心を開いてくれたように思えたときのうれしさを忘れず、後9回がんばりたい(2歳児担当・男子学生)。



1年次「ヒューマン・コミュニケーション1」
乳児にあたたかいまなざしを届ける医学生



1年次「ヒューマン・コミュニケーション1」
相手の考えや気持ちを理解しながら相手のために行動することを学ぶコミュニケーション力を高める「気づきの体験学習」より

藤田保健衛生大学でのコミュニケーション授業

藤田保健衛生大学 松井俊和

平成12年本学での医学教育ワークショップで、今までのカリキュラムの問題点を点検したところ色々な検討課題が浮かび上がってきた。英語に関する語学力、問題発見・問題解決能力、発表能力、基本的臨床技能、コミュニケーション能力などで改善すべきことが多いことが判明した。そこでカリキュラムの改訂にあたりこれらを解決すべく小グループ学習を多く含んだ能動的授業を可能な限り増やしてゆくことになった。

入学時の新入生オリエンテーションから始まり1年では早期臨床体験、読書ゼミナール、2年でHuman biology、3年から4年にかけてのチュートリアル・PBL、臨床実習前の4年3学期に行う基本的診療技能修得のための臨床医学総論実習を組んだ。臨床医学総論実習は医療面接、バイタルサイン、頭頸部診察、胸部診察、腹部診察、神経診察などを含んでおり、その評価をOSCE（客観的臨床能力試験）で行った。また学内で養成した模擬患者（SP）の協力を得て臨床実習の期間中に医療面接実習を学生一人一人に対して行った。

ここでの経験から学生が形にとらわれすぎてしまい言葉だけで共感的な態度を示そうとしたりするようなパターンが気になってきた。

医療人にとってのコミュニケーション学習は医学部に入学した初期の段階の一般社会人としてのコミュニケーション学習から医学の知識が少し入った段階でのまだ患者さんに接する前の医療面接学習、さらには臨床実習での医療面接、医学の知識が備わったインフォームドコンセントや臨床推論のトレーニングもできるような医療面接、医師になり患者さんの心のケアができるようなカウンセリングテクニック、同僚の医療人や後輩の医療人に適切なアドバイスができるようなコーチングテクニックの修得などそれぞれの場面で必要なことがどんどん増えてきている。

この問題点を解決するためには医学部の全期間（時には卒後の研修医や大学院の期間も含めた）で行動目標を明確にした系統だったコミュニケーション学習の組み立てが重要である。

本学ではまず、1年でのコミュニケーション学習の充実を図った。

1年での医療コミュニケーション授業「医療コミュニケーション」

アイスブレイキングやKJ法によるグループでのコミュニケーション、色々な場面を設定したロールプレイ、一般社会人との面接の3つのユニットから成っており、スタッフも教員に加え心理士の参加を得た。

〔一般目標〕

医療の現場におけるコミュニケーションの重要性を理解し、信頼関係の確立に役立つ能力を身に付ける。

〔行動目標〕

1	コミュニケーションの方法と技能（言語的と非言語的）を説明し、コミュニケーションが態度あるいは行動に及ぼす影響を概説できる。
2	コミュニケーションを通じて良好な人間関係を築くことができる。
3	医療人にとってのコミュニケーションの重要性を知る。
4	問題を発見・解決するために討論が有用であることを知る。
5	面接を体験する。
6	体験した面接の評価ができる。

〔方略〕

担当教員

臨床医学総論 教授 松井俊和

倫理学 助教授 佐藤芳

精神科 助教授 内藤宏

臨床医学総論 講師 長田明子

客員講師（薬剤師） 半谷眞七子

精神科（心理士）のみなさん

不老会藤田保健衛生大学支部の皆さん（協力）

〔内容〕

オリエンテーション：教員の自己紹介と授業の進め方、レポートの提出法などの説明。

インターネットなど使用したことがない学生が約半数いるので、コンピュータ学習室で授業で行った。コンピュータの使用法やメールの出し方を説明し実際授業中に臨床医学総論のアドレスまでメールを送ってもらい着信したかどうか確認し、その場でフィードバックした。プリナリーは100人はいる大教室で、グループワークは40人はいる中教室で4つのグループ（1グループ8～9名）、1教室34名。教員を4つのグループに対し2名配置。

アイスブレイク：アイスブレイクにはアートギャラリー

「医療コミュニケーション」授業のスケジュール（1コマ90分）

回数	内容	テーマ	準備する物
1	オリエンテーション	授業の概略、コンピュータの使い方、メールの出し方、	藤田ネットのアドレス確認
2	アートギャラリー	忘れられない医療体験	画用紙（四つ切）100枚、マジックインキ中、大
3	コミュニケーションゲーム	砂漠での遭難&ミップ・ウオー	砂漠での遭難の課題（プリント） ミップ・ウオーの課題（プリント） 振り返り（プリント）
4	KJ法①（グループワーク）	医師として必要な能力は何か。	模造紙15枚 文殊カード のり15本 サインペン黒45本 マジックインキ黒・赤・青・緑各10本
5	KJ法②（発表）		
6	ロールプレイ	①失恋	シナリオ、評価表、ビデオ
7		②心配	
8		③患者の怒り	
9	グループワーク	初対面の人に面接する時、必要なこと	プリント
10・11* *	インタビュー	「～さんが期待する医療人はどんな人ですか？」	不老会のみなさん（17名）、教員20名（1人10分、150名の学生全員面接）
12* *	インタビューのまとめ・発表		発表時間10分。全16グループが4ヶ所に分かれ発表。

1クラスは100名で必修授業。3～4の中教室を使用、1つの教室に1グループ8～9名で4グループ配置、教員は各教室2名（計6名）、グループは乱数表を用い決定した。

*10・11・12回目 インタビューは衛生学部看護学科2年との合同授業（学生数150名）、医学部学生と看護学科学生が同じグループで討論を行う。教員は面接時20名。

で「忘れられない医療体験」につきイラストを書き、グループ毎に発表者が説明した。

KJ法：グループでの討論の仕方、問題の解決法を体験するためにKJ法を行った。

テーマは「医師に必要な能力とは」

ロールプレイ：1コマ（90分）で1つのシナリオに関しロールプレイを行う。グループ内で1度ロールプレイし、評価表を参考にグループ討論そこでの反省点を改善し2度目のロールプレイを30名の前で行う。このときビデオ撮影する。シナリオは「失恋」「心配」「患者の怒り」の3種類用意した。

社会人との面接の準備：一般社会人との面接を前に、面接に望みどういふ態度や、技能、知識が必要かグループ討論する。

社会人との面接：このコースのメインの授業。系統解剖献体グループ「不老会」藤田保健衛生大学支部の皆さん

（17名）の協力を得て行った。授業に参加する学生は医学部1年100名と衛生学部看護学科2年50名の計150名。一般社会人1名に対し9名の学生に面接をして戴く。面接時間は一人10分。テーマは「～さんが期待する医療人はどんな人ですか？」

面接の後、医学生と看護学生が混じりグループ討論と発表を行う。発表会には参加可能な不老会の皆さんも参加していただく。

〔評価〕

授業態度・レポート・教員等からの評価・同僚評価・自己評価を総合的に行う。

レポートは毎回 インターネットのメールで臨床医学総論まで提出。

〔学生・参加した社会人からの授業評価〕

「あなたはどんな医師にかかりたいですか」というテーマで一般社会人に面接を行ったのが最も印象深く、有意義であったと評価している。学生には社会人との面

接を行う上でどういう態度で

臨むかグループ討論し皆服装・言葉使いなど充分考えにいれ面接に臨んだ。この面接には系統解剖に献体するグループの“不老会”の藤田保健衛生大学支部の皆さんの協力で実施できた。不老会の皆さんからは「学生さんが一生懸命医学の勉強に取り組んでいるのを直接見ることができ大変勉強になった。どんな学生さんに解剖されるのかわかり安心して献体できる。これからも学生さんが医師になるのに協力してゆきたい。」と話されたのが印象的だった。

まとめ

コミュニケーション・スキルは卒前・卒後を問わず医療人にとって生涯にわたりトレーニングしてゆく必要がある。特に医療の質や医師・患者関係に重きが置かれるようになってきている今日では必須の事柄です。私たちの大学でもこれらをふまえてコミュニケーションに関する授業を系統的に考えてゆく段階に入りました。まず低学年でのコミュニケーション授業の充実を始めました。コミュニケーションに関しては受動的な授業では不十分でできるだけ小グループを中心に能動的な授業を行うようカリキュラムを考えました。一般社会人に授業に参加していただく方法は学生に緊張感を維持させこれから医学を学んでゆく動機付けを高めるためにも有用でした。また、一般社会人として系統解剖の献体グループ“不老会”の藤田保健衛生大学支部の皆さんに協力いただきました。不老会の皆さんはいままでどんな学生に解剖されるかあまり御存知なかったようですが、面接に参加していただき一人一人の学生と話をしていただき、さらにそこでの面接を基にグループ討議にも参加していただいたところ「こんな学生さんが医師になっていただける。安心した。」と学生との相互理解が深まったようでした。

今後の課題として①生命倫理学・行動科学などの教科との有機的な相互乗り入れ。②チュートリアル・PBLなど問題発見・問題解決型授業への導入。③臨床推論のトレーニングの充実。④臨床実習前の医療面接実習のさらなる充実。⑤卒業時に Clinical Skill Assessment 形式での advanced OSCE の導入。⑥卒後臨床研修でのトレーニングとして模擬患者の導入。⑦卒後教育・臨床系大学院教育としてカウンセリングテクニックやコーチングテクニックの導入し充実をはかりたい。

生活者中心のヘルスケアと「医療環境論」

第37回医学教育学会大会・ワークショップ

『行動科学・人間関係教育』のコア・カリキュラムを創る

山口大学医学部 星野 晋

1. 医療環境学講座

高年次教養

専門科目（医学）と教養科目の橋渡し

主に人文・社会科学的なアプローチ

○担当科目（発足当時）

医療環境論 1（地球環境、科学史、文化）

医療環境論 2（社会、マスコミ、経済、法、国際、政策）

総合科目 1（生命倫理）

総合科目 2（スポーツ、健康科学・行動科学、医療情報）

●担当科目（現在） 生命倫理

行動科学（心理、コミュニケーション、健康科学）

医療倫理医療環境論

※保健学科と合同授業

2. 医療環境論

目標

医学・医療の前提をなす自然・社会・文化的条件（環境）すなわち「医療環境」の全体像を、地球環境、身体、科学、歴史、社会文化的多様性等の概念・軸を用いて理解し、その中における医学・医療の位置づけを把握する。そのことによって、よき医療者になるために必要な、人間の病と健康をめぐるさまざまな問題を総合的に捉える視点と態度を身につける。

特徴

共通教育と専門教育の橋渡し

外部の視点から医学・医療を見る

総合的な人間理解に基づく

授業形態

オムニバス形式の講義

スモール・グループ・ディスカッション

評価：出席、毎回のレポート、SGDのプレゼンテーション

3. 講義でとりあげた主なトピック

生物学の生命観

地球環境と人間

科学史

医学史

医療の社会史

医療人類学

出産の文化

医療社会学

医療経済学

マスコミと医療

法と医療

国際保健

医療現場における文化摩擦

身体と認知

保健・医療政策

パーソナリティ・社会心理

ジェンダと医療

ライフステージと死生観

高齢化社会と医療

4. 試行錯誤から見いだした課題

問題点

学びたいこと、学ばせたいこと、医学外・素人の立場から学んでほしいことのギャップ

皮膚から内側の生物学

理系と文系の乖離

個人と普遍の両極端

※対象を「患者」ととらえる視点・技術

社会・生活者の視点の欠如

オムニバス講義の問題

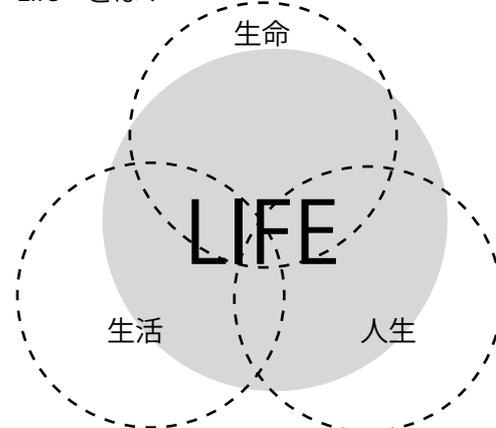
課題

素人と専門家、文系と理系の接点をどこに見つけるか

専門家と素人、理系と文系をつなぐもの

キーワード：LIFE 身体

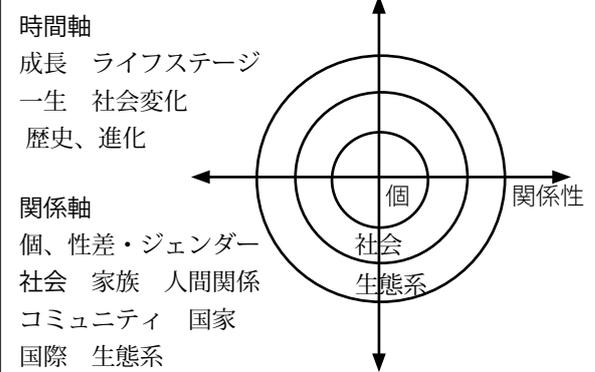
5. Life とは？



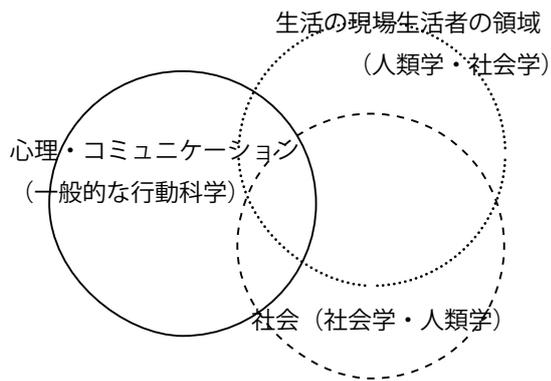
5. Life とは？

- ・ QOL?
- ・ 病気を、Lifeが脅かされている状態と位置づける
- ・ Lifeをいとなむものすなわち「生活者」
- ・ 「患者」ではなく、生活者が病むとはどういう状態？

補足：時間軸と関係軸



行動科学と社会・文化的アプローチ



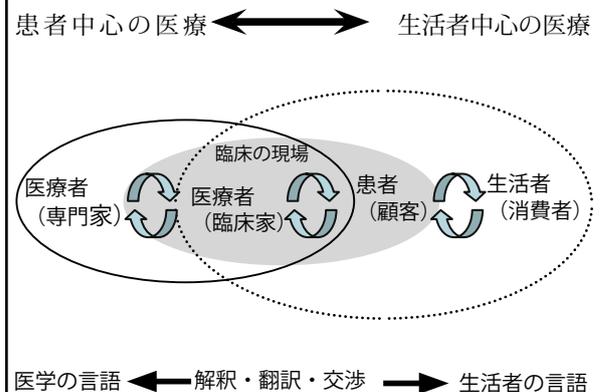
6. Lifeを軸とする授業展開

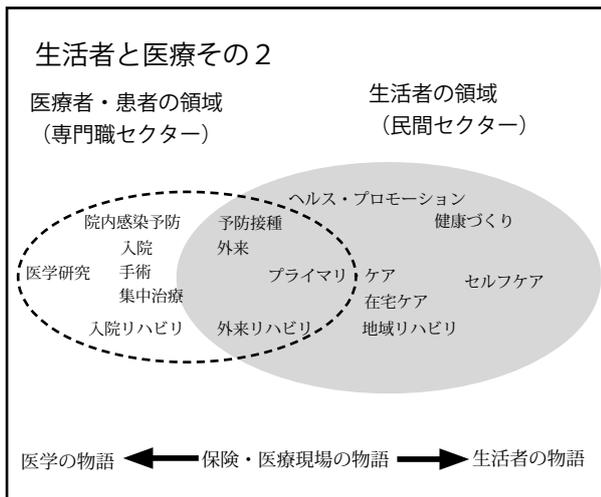
- 生命
 - 生物学の生命観
- 身体
 - 身体と認知、社会・文化的身体
- 文化
 - 医学史、医療人類学、親子、ライフステージ
- 社会
 - 医療社会学、ジェンダー、コミュニティ
- 生活者
 - 病の語り、健康日本21、プライマリ・ケア

7. 生活者にとっての病いとヘルス・ケア

- ・ 生活者は病いではなく、これと関わるsuffering (つらさ)を軸に思考・行動する
- ・ 病いはLifeとの関連でとらえられる
- ライフスタイル、人生、経済状態、人間関係など
- ・ 病いは、生活の言語で説明・納得される
- 仕事を休まなければならない状態
- 兄弟を別に寝かせた方がいい状態
- 晩ご飯はおかゆの状態
- ファンヒーターからオイルヒーターに変えた方がいい状態
- 遺言状を書いた方がいい状態

生活者と医療 その1





8. SGD の課題の設定

- ・学生による自由な課題設定
- ・輸血拒否、臓器移植、女子割礼など（倫理とは異なる立場で）

- ・人物観察とインタビュー
- ・実践的な課題：プランニング

健康日本21の地方計画策定

プライマリ・ケア

小児科の開業

国際医療協力

9. なぜ健康日本21やプライマリ・ケアをとりあげるか

- ・高齢化にともない、政策は、病者をコミュニティに返す方向に動いている
- ・生活者の視点に立つ必要性
- ・地域特性を知る必要がある
- ・利用可能な社会資源の発掘が求められる
- ・行政、福祉、民間がど、医療以外の人たちとの連携が必要である
- ・未解決の課題である

10. グループワーク

- ・条件の設定、資料収集・ディスカッション
 - ・プレゼンテーション
 - ・学生による評価
- 説得力のある資料
内容の充実
プレゼンテーションの説得力
将来は明るい？得した？
※点数化の上、上位3グループを決める

11. 残された課題

- ・臨床経験もなく人生経験も乏しい学生の段階で、実感をもって生活者のことを理解することは難しい。
 - ・もともと専門家になるということは、素人とは異なる視点・知識・技術を身につけることであるため、その途上にある学生にとって、生活者（素人）を理解するといことと折り合いをつけることは難しい
 - ・方向性
- 将来問題に遭遇した際の思い起こせる種を植える
実態調査、ケースの組織的な蓄積
卒後際学習できる機会の必要性

グループ課題：高齢化社会における保健・医療システム

山口大学医学部 星野晋

1. 課題：21世紀の日本社会に適した保健・医療システムについて、以下の何れかに関わる提案をすべく企画書を作成し報告することが課題である。

- (1) プライマリ・ケア（診療所、かかりつけ医）の制度、システムの改革のための提言
- (2) 健康日本21の市町村レベルでの計画策定（たとえば健康字部21）を試みる
- (3) 地域社会における地域リハビリテーション計画策定
- (4) 上の三つを関連づけた地域の保健・医療システムを提案する

班ごとに以下の何れかの形を選択して、現状分析（資料収集を含む）、問題点の抽出、コンセプトの決定、提言あるいは計画書の作成という流れで討論・作業し、報告できるようにまとめる。テーマについて調べるだけでなく、具体性・実現可能性のあるオリジナル企画、提案、提言を含むこと。ただし日本全体か特定の地域（都市、地方、僻地）か、医療全般か小児科・整形等特定の医療か、あるいは在宅ターミナル・システムの構築かなどの諸条件は、各班が独自に設定したものでかまわない。

2. 課題の目的と意図

この課題に取り組む目的は、特定の社会的条件の下に時代・状況に即した新たな医療サービスを展開するための企画・提案をすることにあり、医学知識・医療技術を遺憾なく発揮できる「医療環境」を医療者としての立場からどのように整えるかを模索することにある。

3. セッティング

(1) 条件

・現状の「医療環境」を改善する魅力的なプランであり、具体的かつ実現可能である。（理想と現実の折り合いをどのようにつけるか？）

・現状分析に根ざしたものである。（時代性、地域性、経済状況、社会変化、人口動態、疾病構造、産業構造、医療状況の把握etc.）。

なぜそのような企画・提案が適切かという「根拠」が示すこと

(2) 日本の保健・医療をめぐる「医療環境」の現状

- ・入院治療は在院日数を減少させる方向性にある。
- ・人口動態は少子高齢化の傾向にある
- ・患者や家族の消費者としての意識が芽生えつつある。
- ・病院・診療所等の赤字解消が急務となっている
- ・国の財政における医療費削減が求められている
- ・IT等の技術革新、ネットワーキングがすすんでいる

- ・自家用車等、交通手段が発達した。
- ・医療・保健・福祉・行政の連携が叫ばれている

(3) ポイント（すべてを満たす必要はない）

◆共通

- ・生活者の視点にたつ
- ・社会資源（人、モノ、制度、情報）を把握しヘルス・リソースとして活用する。
- ・住民、患者、地域社会のニーズをどのように把握し、またそれに応えるか？
- ・医療・保健・福祉・行政とどのように連携するか？
- ・プロジェクトの担い手、役割分担をどのようにするか？

◆プライマリ・ケア

・プライマリ・ケアの役割・仕事の範囲をどのように考えるか？

- ・病院との役割区分、関係はどうあったらいいか？
- ・採算の取れる開業、システムは？
- ・アメリカのような家庭医の是非？
- ・EBMをどのように活用するか、またその限界は？
- ・セルフ・ケア、代替医療をどのように位置づけるか？
- ・開業医や診療所の医師は地域社会（まちづくり等を含む）にどのように関わるか？

◆健康日本21、地域リハビリテーション

- ・委員会の構成メンバー、組織を検討する
- ・健康、障害などの概念について検討する
- ・早世を減じ、健康寿命を延ばす（健康日本21）
- ・リスク・グループを減じる
- ・財政出動をできる限り減じる
- ・住民主体・参加の方法
- ・数値目標を立て、評価するシステムを構築する

4. 作業のプロセス

(1) 全体の流れ

1.テーマ、プロジェクト名の決定 2.役割分担 3.資料収集 4.分析 5.企画書の作成 6.報告 7.評価（発表班以外による）

(2) プレゼンテーション

- ・10分程度（質疑応答を含む）、説得力がありインパクトのあるプレゼンテーションを心がける。資料等を用いて、主張の根拠・裏付けを示す
- ・各プレゼンテーションを他班が採点、評価をする。

(3) 報告書

プレゼンテーションの作業記録、内容要約、資料等をまとめて提出する。班のメンバーの具体的役割分担を示した表を添付する。枚数制限はなし。

岐阜大学医学部医学科における医療面接実習について

岐阜大学医学部医学教育開発研究センター 加藤智美
【はじめに】

岐阜大学医学部では、1997年の終わりに、模擬患者参加型医療面接実習を開始し、2001年岐阜大学医学部医学教育開発研究センター発足後は当センターが中心となり、総合診療部、内科、小児科、その他の診療科の協力を得て運営している。模擬患者については、市民の公募ボランティアからなる「岐阜大学模擬患者の会」を結成し、会員のご協力のもと、本実習を開催している。

【位置づけ】必修

【学習目標】

一般目標：医療コミュニケーションの重要性を理解し、医療面接を適切に行う能力を身につける。

行動目標：

- ①適切な導入を行うことができる
あいさつ、自己紹介、自由質問法の使用
- ②共感的コミュニケーションをとることができる
アイコンタクト、相づち、オウム返し
- ③傾聴的に話を聴くことができる
- ④症状について7項目を聴くことができる
- ⑤心理社会的背景について聴くことができる
- ⑥解釈モデルを聴くことができる
- ⑦わかりやすくオリエンテーションがつく説明ができる
- ⑧実際に起こりうる難しいコミュニケーション場面を体験して、問題解決に向けたポイントを理解する

【内容】

<参加者>

学習者：医学科5年、臨床実習班1班（8-9名）

模擬患者（SP）：岐阜大学模擬患者の会会員8-10名

教員：MEDC教員4-5名

※医療コミュニケーション教育に関心のある、その他の医学部教員が参加する場合もあり。

<時間> 1班あたり2回×10班＝20回（1回120分）

<使用教材>「模擬診察シナリオ集—病気になって初めて知ったこと&スケルトン病院第五版」（加藤智美 藤崎和彦 高橋優三編著 三恵社より出版）※添付資料参照

1回目の実習	初級編」に分類されているシナリオ（情報収集や平易な説明のシナリオ）
2回目の実習	「中級編」「上級編」に分類されているシナリオ（bad news telling や心理社会的背景が複雑なシナリオ）

使用するシナリオの選択はSPに一任している。医師役学生は、その場で、患者役SPが選択したシナリオを読み、模擬診察を行う。

<実習の進め方>

■ I. 全体実習（30分）

1	学生の代表者が医師役、模擬患者の代表者が患者役となって、医療面接を行う。 （医療面接の制限時間は10分程度）
2	医師役学生のふりかえり
3	その他の学生の感想
4	患者役SPからのフィードバック
5	その他のSPからのフィードバック
6	教員からのフィードバック
7	教員のファシリテーション

■ II. グループ実習（90分）

3-4グループ（1グループ：学生2-3名、模擬患者2-4名、教員1-2名）に分かれ、全体実習と同様に実習を行う。参加学生全員が1回以上医療面接を行う。＊毎回、実習終了後、参加者全員で30分程度の交流会を行っている。

【評価方法】ポートフォリオ形式のレポート（4ページ・A3 1枚）による形成的評価（添付資料参照）

<レポート内容>

レポート内容	提出
1. 実習を前に	あらかじめ記入
2. 実習Ⅰを終えて	1回目の実習終了後に提出
3. 実習Ⅱを終えて	2回目の実習終了後に提出
4. 総括	

レポートは1ページ目に「医療面接実習のねらい」と「ポートフォリオとは」と題した説明を記載、そして<1>をあらかじめ記入することにより、本実習のねらい、自分自身の目標を確認した上で実習に臨めるようにしている。2回とも担当教員がフィードバックを記入し、学生のレポートの受け取りをもって、実習終了としている。

なお<2><3>は、医療面接の基本的構成要素である1. マナー、2. 傾聴・共感的コミュニケーション、3. 医学的情報収集、4. 説明・情報提供、5. オープニング・クロージングにつき、それぞれ「ふりかえり」「今後の課題」を記入することとしている。

学生へのアンケート結果からは、ポートフォリオ形式レポートは、学生が学びや気づきを言語化し、客観的に自分自身を見つめるのに有効であり、教員のフィードバックも好評で、高い評価をうけている。

【今後の課題】

現在本実習は臨床実習中の医学部5年時のみ行っているが、実際の患者と接する臨床実習に入る前の4年時に、1回は行っておくのが望ましいと考えている。

また現在、医療コミュニケーション教育は、この実習など単発で行っているのが実態である。今後は、医療コミュニケーション教育を系統だったカリキュラムとし、その一環として、本実習を行うことができれば、さらに教育的効果の高い実習になると考えている。



いかりや ちょうすけ (ながこ)

錨屋 長助 (長子)

ひどく怒っている

上級編

外科

場面設定：病院の外科外来 再診 患者：50歳以上 男性/女性

<医師用シナリオ>

今日は外科外来担当日である。外来はいつもより混んでいるようで、待合室には多くの患者さんが待っている。

さっき小学校から連絡が入り、「児童が体育の時間に怪我をして出血しているので診ていただきたい。」とのことだった。数十分後に母親とともにその子がやってきた。連絡のあった通り出血のある怪我をしていたので「何針かは縫わないといけないうちもいれない」とその子を先に診ることにし看護師に診察室へ呼び入れてもらった。

外来を続けていてしばらくすると、待合室の方から大きな声が聞こえた。すると看護師が「先生、錨屋さんが長く待たされているのに、ちっとも呼ばれないとおっしゃるのです。怒っていらっしゃるようですが、どうしたらよいのでしょうか。」と伝えにきた。

今日はいつもより混んでいて少しは待たせているかもしれないが、順番どおりにやっている。錨屋さんを忘れていているというわけではない。それなのにどうしてそんなに怒っているというのだろうか。

錨屋さんは当院で胃がんの手術をして、二ヶ月前に退院をした患者さん。手術後の定期受診のために何回か外来に来ている。手術は成功し、術後は順調に回復してきており、今のところ異常は見当たらない。真面目な方のように、食事のしかたなどきちんと守っておられるようだ。

他の患者さんには申し訳ないが、順番を早めて次に錨屋さんと呼び入れることにした。

知っていますか？ 怒っている患者への対応

★ なぜ怒るのか？ 一般的理由

- 1) 医療者側に主なる原因があり、患者が怒っても当たり前。
- 2) 患者が怒りたくなる原因が他にあり、怒りが爆発するきっかけを医療者側が作っただけ。

★ 怒りに対してどう対処したらよいのか？

- 1) 患者の話を充分に聞く。話を充分に聞いてあげるだけで怒りが静まることもある。
- 2) 相手の目を見て話を聞く。
- 3) 患者が明らかに間違っている、すぐには反論しない。医療側も感情的になるのは絶対に良くない。
- 4) 怒りの本当の原因がどこにあるのかを客観的に分析し、考える。
- 5) その後どのような対応をとるのかは医療側の見識そのものである。

* 大勢の人が、医師より教養のある人も含めて、扱いにくい人物への医療側の対応を見守っている。対処の仕方が悪いと医療者側の信頼をも落としてしまう。

<患者役用シナリオ>

私は一軒家で家族と一緒に暮らしています。

3ヶ月前に胃癌であると告げられ、うまく手術が出来れば助かる可能性もあるが、再発することもあるとのことだったので、家族会議で散々悩んだ末に手術を受けることになりました。

幸い手術は成功し、体力も少しずつ回復してきました。しかし胃がなくなったため、1日に5～6回と何回にも分けて食事をしなければならなかったり、今まで食べていたものも思うように食べられなくなり、食事にはかなり気をつけなくてはいけなくなりました。手術をするまでは、美味しいものが好きで、自分の好きなように食べたり飲んだりしていたので、今の食生活は仕方がないと思ってやはり非常に苦痛です。食べられないことでイライラして、たまに家族のいない間に少々食べ過ぎて、ダンピング症候群（胃切除後症候群の一種：胃がなくなったために食べたものが急速に十二指腸に流れ込んでしまうことから異常発汗、吐き気、めまい、脱力、頻脈、動悸などの症状が起こる）になったりもしました。

手術直後は手術が成功したことに喜んでいましたが、だんだん日がたつにつれて今度は再発や転移の不安が出てきました。「手術成功といっても取り残しがあって、また癌が出てきやしないだろうか、別のところに転移していたらどうしよう、次また癌になったら今度は助からないかもしれない」と考えると、眠れないときもしばしばあります。

その不安な気持ちでイライラすると、家族に当り散らすこともあります。しかし家族は「手術は成功したとあんなに喜んでいて、いまさらなにを言うのか」と、不安な気持ちを聞いてくれようとしません。逆に「こんなに気を使って面倒を見ているのに、どうして当り散らさなければいけないのか」と怒られることもあります。

今日は手術後の経過観察のために外科外来にやってきました。毎回診察のたびに医師から「実はまた癌が・・・」と言われるのではないかと不安で不安で仕方ありません。今日の外来はいつもより混んでいるようで診察の順番を待って1時間ほどたつたところ

です。周囲の顔ぶれを見て、そろそろ自分の番かと思っていた時に、母親らしき人に連れられた、右肘に三角巾を巻いた小学生の子がやってきました。かと思うや否や、すぐに看護師に診察室に呼び入れられていきました。その状況に驚き、「自分はこんなに苦しい思いをしながら長い間待っているに、なんで後から来て、すぐに呼ばれるのだ！子供だからといっても許しがたい！」と思いました。次の呼び入れのため待合にきた、さっきとは別の看護師に、「どうして後から来た子どもが先に呼ばれるのか？！私はさっきから1時間近くも待っているのに！！」と大声で抗議をした。その看護師は「すみません、さっきの小学生の子は怪我をしていたので、先に診させていただきました。」と謝られるものの怒りはおさまりません。仕方なさそうに看護師は主治医に伝えに行き、やっと自分の名前が呼ばれました。

さあ、診察室に入って下さい。あなたの怒りを医師にぶつけて下さい。(資料1.「模擬診察シナリオ集」より)

医療面接実習
ポートフォリオ

() グループ 氏名：

ポートフォリオの使い方

* 実習前に*

- ・まず表紙を読む。
- ・（１）実習を前に書いておく。

* 実習Ⅰ終了後*

- ・（２）実習Ⅰを終えて書く。
- ・翌週月曜日（休日の場合は火曜日）までにMEDC事務室に提出。
- ・担当教員がコメント記入の上、実習Ⅱの際に一旦返却。

* 実習Ⅱ終了後*

- ・（３）実習Ⅱを終えてと（４）総括を書く。
- ・翌週月曜日（休日の場合は火曜日）までにMEDC事務室に提出。（担当教員がフィードバックを記入）
- ・提出後２週をめどにMEDC事務室に取りにくる。

★ ポートフォリオのうけとりをもって、実習終了とします。（MEDC事務室：医学部5階・5S21）

医療面接実習のねらい

医療面接実習の目的は、患者の心や立場を理解する場を提供することによって、学生諸君が患者とのコミュニケーションの重要性に気づき、自分自身を見つめるきっかけを作ることです。

決して患者への対応をマニュアル化するものではありませんし、評価を目的とする OSCE の際の医療面接とは一線を画するものです。

時間内にうまくやろうと思う必要はありません。まず患者さんの言葉を心で聴いてください。

またこの実習では、模擬患者や同級生、教員が、医師としてのあなたの良いところ、悪いところを教えてください。ひとたび医療現場に入ってしまうと、患者から見た自分、同僚から見た自分を知る機会はまず皆無。この実習は自分自身を見つめる、実に貴重な数少ない機会なのです。

ポートフォリオとは

学びや気づきを言語化することで、学習の到達点を確認し、自己の学習課題を明確にできるといわれています。この時ただ漫然と自省するのではなく、重要な視点を網羅したフォーマットを基に、自分自身の学習の記録を書きとめることが重要です。

ポートフォリオに記入するのは、学生です。自分の成長の記録ですから、実情を飾ることなく、書きます。教員によく思われようとして書いたら、本末転倒です。何の意味もありません。書けたら、これを教員に提出します。これを読んだ教員の一言でも感想が書いてあれば、学生の成長は促進されます。すなわち、学生の成長の伴走をするのです。

(4) 総括

①医療面接実習で一番印象に残ったことは？

②あなたがめざす医師像は？

③このポートフォリオ形式のレポートについてどう思いますか？

④自由記載（実習の運営法などに関する要望など何でもかまいません。）

ファシリテーターからのフィードバック

・良かったこと

・今後へ向けてのアドバイス

サイン ()

(資料2-1. 医療面接実習ポートフォリオ P1/P4)

コミュニケーションゲーム

岐阜大学医学部医学教育開発研究センター 藤崎和彦

コミュニケーションゲームはコミュニケーションの学習の導入として、アイスブレーキングをかねて用いることが多い。

ここでは以下の3つのコミュニケーションゲームについて紹介する。

① 道案内

ファシリテーターが学習者に対して道案内をする。学習者は頭の中で想像しながら、道案内どおりに歩いていくかどうかを試すゲーム。

1回目 メモなしで道案内どおり歩く

2回目 メモをしながら道案内どおり歩く

<道案内内容>

まず、北向きに立ちます。

自分のいるところから右へ200m行き、左に曲がって200m進み、右に曲がって100m進み、右に曲がって200m進み、左に曲がって200m進み、右に曲がって100m進み、右に曲がって200m進み、左に曲がって200m進み、右に曲がって100m進み、右に曲がって200m進み、左に曲がって200m進み、右に曲がって100m進みなさい。

さて、あなたはどこにいますか？

医療の現場では、患者に対してさまざまな説明を行うことは少なくない。

専門家の側は自分の話す内容に対してイメージを持っているが、話を聞く患者の側は説明内容のイメージが十分に持っていないことも多い。

イメージが十分に持っていない状態で、メモもなしで一方向的に専門的な中身についていろいろ言われても、患者の側は何のことかよくわからないままに終わりがちである。臓器のこと、病気のこと、検査のことなど口頭で説明する際に、聞き手の側がイメージがわくように、メモを取ってもらうとか、図で分かりやすく示すとかしなければ患者には伝わらない。

専門家の側が説明したことと患者がわかったことは別である。こちらが説明したつもりでも、患者がよく分かっていないような状態は「説明錯覚」と呼べるような状態である。

② お絵描き

ファシリテーターが以下の通りに説明し、学習者は言われた通りにお絵描きをする。説明はワン・センテンスごとに行い、学習者が一通り書き終わったことを確認しながら、次のセンテンスの説明に入るようにする。

<お絵描き内容>

白紙を横に使います。

まず、画面中央に大きな教会があります。その教会の上には太陽が昇っており半分顔が雲にかくれています。その教会の玄関左には小さな広場があり、広場の真ん中には噴水があります。教会の正面には大きな川が流れており、小さな丸木橋がかかっています。川の上流には風車小屋があり、その上にはとんびが3羽飛んでいます。川の下流には、牛が1頭水を飲みに来ていて、水遊びをしています。遠くの山の向こうには、大きな虹がかかっています。

学習者はまったく同じ内容の説明を聞いているにもかかわらず、各自がイメージして書いた絵はそれぞれ異なり、かなりの多様性が示される。これは、個人の多様性を反映したものである。医学や科学は生物としてのヒトの普遍性の部分を網羅することで成り立っているが、コミュニケーションは常にこの個人の多様性を前提にする必要がある。

また、コミュニケーションは、話し手と聞き手の両方から構成されるもので、その情報伝達の過程でも話し手がどう言語化できるか、言語情報が音声としてどう伝わるか、聞き手が聞いた情報をどう解釈するかといった各々のステップで種々の多様性が発生してくる。

もし、コミュニケーションで多様性をのぞまないのなら、発語者が思っているように相手に伝わったかどうかということ、聞き手がわかったといっても同じものが伝わったかどうかというのを確認する必要がある。また患者さんに話す場合には、自分の言いたいことを相手の分かりやすい言葉で言語化できるかどうか、音声信号として正しく伝わる条件があるかどうか、字に描いたり絵に書いたりして音声信号以外にも情報伝達出来るかどうか、最後に聞き手がどう受けとめるか等の点が問題になるということを前提にコミュニケーションすることが重要なポイントになる。

③ 一方通行、両方通行

ファシリテーターが学習者に対してAとBの二つの図形や絵を口頭で説明する。学習者は説明を聞きながら、説明どおりに絵を書くことが出来るかどうかを試すゲーム。

A：一方通行のコミュニケーション（質問なしの一方的説明）

B：両方通行のコミュニケーション（質問を受けながらの説明）

一方通行と両方通行ではどのくらい伝わりかたがちがうか。

一方通行のコミュニケーションは質問がないので、それこそ一方的に簡単に説明は進んでいくが、両方通行は相手にわかってもらえるまで説明が必要なので時間がかかる。しかし、結局は一方通行でよく理解してもらえないならば、何度も同じ説明を繰り返すことになるので、質問を受けながらよく理解してもらおうほうが時間的にも無駄がないことになる。

日常では、質問を受けないで一方的に患者に説明していることが多い。あるいは、長い長い説明を全部話しが終わってしまってから、「質問はありませんか」と最後に言われても、どの部分について何をどのように聞けばよいか既に患者には分からなくなっている事も少なくない。

質問は、まずはオリエンテーション付けをして全体像がある程度わかった上で、はっきりしない部分についてここがどのようになっているか聞くのが質問である。説明する側は当たり前と思っているフレームワークの部分が、実は患者さんとの間で共有出来ているとは限らないのだ。質問できる機会を細かく分けてつくらないと、あまりにもわからないことが多くなって、もはや質問すらできないということも少なくない。

思いやりを考える『パズル&スキット』

ー臨床実習前の情意教育ー

SPグループPerformance Collection 井上千鹿子

概要:

2005年4月23日に金沢医科大学で行われた第十六回医学教育セミナーとワークショップ（MEDC、金沢医科大学 共催）で開催されたワークショップ『「思いやり」の教育 ー臨床実習前の情意教育ー』についての報告をしたい。企画主催者の堀 有行（金沢医科大学 医学教育・情報学）先生の呼びかけで、臨床実習前の学生を対象にした情意教育の試みとしてWSが開催された。ホスピス、解剖学、心理学、演劇などの立場のタスクフォースからそれぞれ発表、参加者も交えたカリキュラムづくりを行うワークショップが行われた。ここでは筆者がWSで実施した演劇的手法を用いた情意教育の授業提案を報告する。

対象:臨床実習前の学生を対象(主に1～2年生対象)

目的:情意教育

目標:

一般目標: 思いやり、協力といったテーマを体感する。

個別目標:

- ・ゲームの中から「思いやり」「協力」などのテーマが学生の中から導き出される。
- ・非言語コミュニケーションの困難さと重要性を知る
- ・問題解決のための援助とはどういったものかを考える。
- ・ゲームの中から導き出されたテーマを日常の場面に照らし合わせて考え、表現する。
- ・日常のコミュニケーションについて再考する。

方略:6人前後の小グループに分かれ、1グループ最低1名の観察役のチューターを付ける。

方法: 行動科学教育等で用いられているゲームと演劇的手法を組み合わせる。

教育ツール: ペーパー・プレゼント（※詳細別途）

授業スケジュール: (授業時間90分～120分)

- ① ゲーム(ペーパープレゼント) 20～30分
- ② ゲームの振り返り20～30分(振り返りシート配布)
- ③ 場面づくり 15分～30分
- ④ 発表 1グループ=1分～5分
- ⑤ 振り返り(タイトル付け) 30分

振り返りシート(ゲーム後に配布)

ゲームのふりかえりと場面づくり

1. このゲームから何を学びましたか?
2. このゲームで感じたものを日常の場面に置き換えて想像してみてください。

3. 想像した場面をグループの中で共有してください。
4. グループ内で共有した場面のうち、一つを選んで、その場面を実演してみてください。人数は何人でもかまいません。(台詞はあっても無くてもかまいません。)
5. ほかのグループが作った場面にタイトルを付けてみてください。

内容:

1.ゲーム

まずはじめにゲームを使って「思いやり」「協力」のテーマを体感させる。ゲームは「協力ゲーム」とも呼ばれる体験型学習の手法を用いる。

このゲームは、5～6人程度の小グループに分かれ、無言のまま個々に渡されたパズル片を相手に渡す行為を繰り返しながら、参加者全員が同じ大きさ・同じ形のパズルを完成させていくものである。ゲームの参加者が互いに協力しない限りパズルが完成しない。また相手にとって必要なパズルを観察して渡さなければならない。

2.ゲームの振り返り

パズルが完成した時点で、上記の振り返りシートを配布する。他のグループがパズルを完成していない時点でディスカッションすると他グループの作業の妨げになるため、黙ったまま、振り返りシートの項目1と2を記入するように指示する。全てのグループがパズルを完成したら、沈黙を解除して自由にディスカッションしてもかまわない。振り返りシートの項目3に従い、ゲームの中で感じたこと、日常の場面に置き換えた場合を話し合う。

3.場面づくり

今回使用した教育ツールはゲーム後、特定項目に沿ったフィードバックを入念に行う学習方法だが、今回はスキット(即興劇)を作るためのきっかけとして用いた。ゲームの中で出てきた課題をいかに日常の場面に照らし合わせて考え、表現するかがポイントとなる。

4.発表

作った場面を発表することにより、各グループで出てきた問題について全員で共有することが目的である。

5.振り返り

即興劇作りの作業の中でコミュニケーションに関する課題を見つけていくことが重要である。従って場面づくりは課題を見つけていくための課程であり、演技や即興劇そのものに対する良し悪しの評価はおこなわない。

振り返りとして、他グループのタイトル付けを行う作業を行う。他のグループではどのようなコミュニケーションの話題が取り上げられたのか、即興の場面で取り上げられたテーマに関して話し合いながらタイトルを付

ける作業を行う。

ポイント:

「協力ゲーム」という名称では、あらかじめから「気付き」が意味付けされてしまうので、「ペーパープレゼント」の名称を利用した。また最初からパズルの形を示してしまう名称「正方形づくり」「三角パズル」等の名称の使用も避けたい。ゲームのルールについては、互いに力をあわせる、協力しあうなどのキーワードは「気付き」の疎外になるため学生に手渡す資料の中から外し、パズルの完成を他グループと競う「競争」に関係したルールも外すこと。

評価方法:

- ・ 振り返りシート
- ・ 発表内容について、学生同士の評価をする。
- ・ 自己評価

～まとめ～

情意面に重点を置いたプログラムの提案に当たって、「思いやり」を体感し、体現することを目的にした。対人関係を考えるきっかけや課題を学生自らが見つけることを念頭に置き、ゲームと演劇的手法を組み合わせた「パズル&スキット」を開発した。

課題やシナリオを与えられるロールプレイでは、学生自らがロールプレイの場面を設定できることはなかなかできないが、演劇的手法を用いることにより自分で場面を設定することができる。

応用のポイントとして、すでに医療現場や福祉の現場で経験のある学習者を対象にする場合には、振り返りシートの中で「日常の場面」とした箇所について、具体的な医療場面を想定しても構わない。患者・医者関係、チーム医療、などをテーマを学習する際のオリエンテーションとしても応用が可能である。その場合には具体的なケース（患者・医師・看護師・患者家族などの協力が必要となる場面など）を提示した上で場面作りをさせた方が効果的であると推察されるが、具体的なケースについては今後の課題としたい。

今後の課題として、フィードバックのポイントや評価方法、他のカリキュラムとの関わり合いをどのような形にするのかなどを考える必要がある。

ペーパー・プレゼント¹

体験型学習の手法の一つで、別名「協力ゲーム」とも呼ばれる。個々に渡されたパズル片を相手にプレゼントしながら、参加者全員が同じ大きさ・同じ形のパズルを完成させていくゲームである。ゲームの後に特定の項目

に従ったフィードバックを念入りに行う。

単純な図形を組み立てるもの^{i~v}や、文字や単語を組み立てるものⁱ、絵や写真を使ったものⁱⁱ、その場で紙を切ってパズルを作るもの^{iv}、タングラムと呼ばれる数理パズルを用いる場合もある。いずれの場合にも、①ゲーム中は言葉を交わさない、②パズル片を要求するジェスチャーの禁止、③自分からパズル片を要求することはできないが、自分の持っているパズル片を相手に渡すことは可能、などのルールが共通している。

元々はアメリカの全米教育協会の訓練部門－NTL (National Training Laboratories)－が開発した成人を対象とした体験学習の方法の1つだが^v、協調性を育む目的でグループワークトレーニング、人間関係教育、社会人教育、企業研修等の様々な分野で工夫され、コミュニケーション・トレーニングとして用いられてきている。下記に参考資料として挙げたもの以外でも類似の資料があり、ゲームの名称も様々である。

参考資料

i 日本GWT協会（1995）『新グループワーク・トレーニング』遊戯社p.65～78、ii 坂野公信（1988）『リーダーのGWT』遊戯社 p.38～49、iii 藺田碩哉、高尾都茂子（著）、（財）日本レクリエーション協会（監修）（1998）『こころ・からだを耕すゲーム－ふれあいづくりと自分づくりのために』あすなろ書房 p.88～89、iv 諏訪茂樹（2000）『人と組織を育てるコミュニケーショントレーニング』日本経団連出版p.97～102、v 柳原光著（1976）『Creative O.D. 人間のための組織開発シリーズ』行動科学実践研究会 p.172～

演劇的手法に関して

演劇と教育に関係した考え方は主に ①演劇の専門教育（演劇を教育すること）Teaching about theatre、②演劇による教育（演劇を用いて人間を教育すること）Learning through drama がある。①が演劇作品研究、俳優教育を指しているのに対し、②は主に①以外の演劇を用いた教育を指している。最近では、寸劇・即興劇などの手法や俳優の訓練方法を演劇以外の分野に応用する場合には「演劇的手法」と表現されることが多い。参加・体験型学習学校教育における『総合的な学習』の導入で、英語、国語や社会科の授業等で用いられるほか、企業の研修や生涯学習などへの応用が行われている。「演劇的手法」で用いられる寸劇や即興に関する用語は、利用目的や開発者の考え方の違いから様々な形態のものがある。

コミュニケーションと看護：看護専門学校3年次生を対象として

金沢医科大学医学教育・情報学 相野田紀子

背景：

金沢医科大学付属看護専門学校では、3年間の教育カリキュラム総単位数94（3,030時間）の中、33単位（1,035時間）、ほぼ1/3が臨床実習に当てられており、学生は1年次で225時間、2年次で270時間、3年次で残りの540時間を臨床の場で過ごすことになる。3年次生が臨床現場に出かける1か月前に、「コミュニケーションと看護」というテーマで2回（1回90分）の授業を受け持つ機会を得たので、その内容を具体的に報告する。

目標：

一般目標：看護におけるコミュニケーションの重要性を理解する。

個別目標：計180分という短い時間なので、受講生が日常何気なく行っているコミュニケーションの重要性に気付くことを目標とした。

目標（1）日常コミュニケーションの重要性を認識する。

目標（2）コミュニケーション技法の重要性を認識する。
到達目標：1回目の授業では（1）コミュニケーションの要素を理解する。（2）相手が安心できるコミュニケーションという考えを理解する。

2回目の授業では（1）患者が解ってもらえたと思えるコミュニケーションの重要性を理解する。（2）そのようなコミュニケーションを実行するための技法を工夫することの重要性を理解する。

方略：

学生自身が振り返ること、疑似体験することを重視した。

内容：

受講生数は3年次の計52名（女48名、男4名）で、授業内容の構成は以下のとおりである。

1回目の授業では（1）担当教員の自己紹介、授業の位置づけと目標の確認：20分間、（2）タスク1：15分間、（3）コミュニケーションを構成する要素についての講義：35分間、（4）タスク2：10分間。

2回目の授業では（1）タスク2に関する担当教員の感想、（2）タスク3：10分間、（3）ロールプレイ（4場面）：60分間、（4）タスク4：10分間、（5）授業評価票の記入。4つのタスクとロールプレイの内容については次節に示す。タスクの目的は自分の行った事

を振り返って考えることであり、ロールプレイではコミュニケーションの多様性を感じることを目的とした。ロールプレイのための疾患として喉頭摘出症例と脳梗塞症例を設定したが、受講生たちは疾患についての基本的な知識を講義ですでに修得しており、かつ担当教員の実際の臨床（元言語治療士）体験に基づいて選択したものである。

タスクの内容を示す。

<タスク1>

自己の日常コミュニケーションの振り返り（書字による）、

設問1) あなたは「コミュニケーション」と聞いて何を考えますか？

設問2) 昨日、自分のコミュニケーションで問題を感じたこと。

設問3) 昨日、他人のコミュニケーションで問題を感じたこと。

<タスク2>

講義で聞いたコミュニケーションの要素別に、自分自身のコミュニケーションを評価する（書字）。

<タスク3>

患者さんとのコミュニケーションを想像し、臨床実習での不安点を明確にする（書字）。

<タスク4>

ロールプレイの感想（書字）

ロールプレイの内容を示す。講義室と同じ教室で、3人1グループで行った。一人は患者役、一人は実習生役、残りの一人は観察者という設定である。各場面は15分で、内容の内訳は役を決める時間3分、実行時間5分、患者役と実習生役が感想をグループ内で言う時間4分、同様に観察者が感想を言う時間3分である。

次に4種の場面設定について述べる。

<場面1>

入院中の元医学部教授（男性、85歳）に、看護実習生として自己紹介をする。

<場面2>

同じく入院中の主婦（85歳）に自己紹介をする。

<場面3>

咽頭癌で喉頭全摘術を受けた入院中の55歳男性。バス運転手。明日から音声リハビリテーションを受けることになっている。主治医からその事をすでに説明されているが、実習生が部屋に行った時にそのことを尋ねられた。

<場面4>

脳梗塞後遺症としての運動性構音障害を示している65歳の女性。リハビリテーションを開始して1週間になるが、効果が出ず非常に落ち込んでいる。実習生は指導者の許可を得て励ましに行った。

評価方法：

この授業は看護教員の要望に基づき単位外の特別枠で設定されているので、受講生を評価する必要はない。次年度に向けて、担当者が個人的に受講生から授業の評価を得ており、2回目の授業終了直後に無記名で授業評価アンケートを実施した。設問と結果は以下のとおりである。

(1) 目標達成についての自己評価（5段階尺度評定：5＝完全に到達した，1＝まったく到達しなかった）：授業1の到達目標1については段階4と段階5の回答者が計51名中47名（92%），到達目標2については同じく34名（67%）であった。また授業2については到達目標1で42名（82%），到達目標2で41名（80%）という結果であった。

さらに、授業の意義についても評価してもらった。この授業でコミュニケーションに興味を持ったかという質問に対して、「はい」と答えた受講生は51名中49名（96%），看護職におけるコミュニケーションの重要性が理解できたかという質問に対してはすべての受講生が「はい」と答えた。さらに、この授業全体はあなたにとって意味があると思ったかという質問については、47名（92%）が「はい」と答えた。

以上の結果から2回の授業の目標は概ね達成できたと考えているが、「相手が安心できるコミュニケーション」ということの理解についてはこの授業だけでは不十分であると考え。看護実習中あるいは終了後に同じ構成内容で授業を再び行い、受講生が自分自身の変化を認識する機会がぜひほしい。

授業についての全体の感想を自由に書いてもらったが、「ロールプレイの場面は受講生自身が設定してはどうか」という案が出され、彼らは1・2年次ですでに基礎的な実習を体験しているので、今後はこの提案も考慮したい。与えられたテーマより自分自身で作ったテーマを使用する方が、はるかに教育的効果は大きいと考えられるからである。また「他の授業で学んだ内容と整合性が無い」との指摘を受け、これは授業担当者の基本的な課題と受け止めている。

以上、看護学校でのコミュニケーションに関する授業を紹介した。

行動科学・人間関係教育のための書籍リスト

(2004年7月行動科学・人間関係教育WS「『行動科学・人間関係教育』の目標洗い出し」配布資料 提供 藤崎和彦)

	題名	著書	訳	出版社	ISBN	発行年	価格 (税抜き)
1	講座人間と医療を考える③ 行動科学と医療	中川米造監修 長谷川浩、 宗像恒次編集		弘文社	4-335-61013-0	1991	4563
2	シリーズ患者・家族の心理と看護ケア① 病気と人間行動	岡堂哲雄		中央法規出版	4-8058-0441-6	1987	1600
3	行動医学の実際 —メディカルとコメディカル—	山上敏子		岩崎学術出版社		1987	5800
4	応用心理学講座1 組織の行動科学	三隅二不二、山田雄一、 南隆男		福村出版	4-571-20531-7	1988	3800
5	行動科学ハンドブック	吉田敦也、蓮花一己、 金川智恵、他		福村出版	4-571-20041-2	1989	2472
6	新図説臨床看護シリーズ13 臨床看護行動の科学	三隅二不二、師岡孝次 前田マスヨ		学研	4-05-151618-0	1995	2427
7	対人行動学ガイド・マップ	対人行動学研究会編		ブレン出版	4-89242-018-2	1990	1165
8	医学のための行動科学	鈴木二郎		金芳堂	4-7653-0644-5	1992	5631
9	他領域で学ぶ人のための行動科学入門	磯博行		二瓶社	4-931199-85-2	2002	1800
10	行動医学の臨床 予防からリハビリテーションまで	S.Pearce J.Wardle	山上敏子	二瓶社	4-931199-36-4	1995	3800
11	健康のための行動変容 保健医療従事者のためのガイド	ステファン・ロルニック ピップ・メイソン クリストファー・バトラー	(社)地域医療 振興協会 公 衆衛生委員会 P M P C 研究 グループ 代 表 中村正和	法研	4-87954-372-1	2001	3500
12	行動科学とは何か	千葉康則		日本放送協会		1970	
13	系統看護学講座基礎10 行動科学			医学書院	4-260-35395-0	1994	1900
14	行動科学と看護理論 看護における研究・実践の発展のために	Wooldridge, Schmi Skipper, Leonard	南裕子	医学書院	4-260-34026-3	1990	3800
15	患者行動の変容	Michael D. LeBow	大久保幸郎	医歯薬出版株式会社		1975	2500
16	病気と患者の行動	Ruth Wu	岡堂哲雄	医歯薬出版株式会社		1975	2000
17	人間行動の変容 —行動療法の原理と技法—	ハロルド・R・ビーチ	藤野武	誠信書房		1974	2500
18	行動科学 「人間」について何がわかっているか	バーナード・ベレルソン、 ガーリー・A・スタイナー	犬田充	誠信書房		1968	680
19	入門から応用へ 行動科学の展開—人的資源の活用	Paul Hersey Dewey E. Johnson Kenneth H. Blanchard	山本 成二 山本 あづさ	生産性出版	4-820116843	2000	3360
20	最新行動科学からみた健康と病気	宗像 恒次		メヂカルフレンド社	4-83921025-X	1996	4627
21	医学と医療の行動科学	河野 友信 (編集)		朝倉書店	4-254300417	1991	6825
22	医療・保健スタッフのための健康行動理論の基礎—生活習慣病を中心に	松本 千明		医歯薬出版	4-263233379	2002	1890
23	医療・保健スタッフのための健康行動理論(実践編)	松本 千明		医歯薬出版	4-26323393-X	2002	1890
24	保健医療への行動科学的アプローチ —健康教育から健康学習へ—	石川雄一		(社)地域医療振興 協会		1987	1500
25	現代のエスプリ 第44号 行動の科学	編集・解説 南博、犬田充		至文堂		1970	460
26	Behavioral Sciences PRETEST Self-Assessment and Review Sixth Edition	Evan G. Pattishall, Jr		McGraw-Hill, Inc. Health Professions Division	0-07-051996-X	1993	
27	Rypins' Medical Boards Review Basic Sciences Fifteenth Edition Volume 1	Edward D. Frohich, M.D.		J. B. Lippincott Company	0-397-50906-5	1989	
28	Understanding Human Behavior in Health and Illness Third Edition	Richard C. Simons, M.D.		Williams and Wilkins	0-683-07741-4	1985	
29	STUDY GUIDE AND SELF-EXAMINATION REVIEW FOR UNDERSTANDING HUMAN BEHAVIOR IN HEALTH AND ILLNESS THIRD EDITION	MARITA J. KEELING, M.D. RICHARD C. SIMONS, M.D.		Williams and Wilkins	0-683-04571-7	1986	
30	BEHAVIORAL SCIENCE FOR THE BOARDS THIRD EDITION	Frederick S. Stierles, M.D.		MedMaster, Inc	0-940780-19-4	1987	
31	behavioral science	Jerry M. Wiener		WILEY MEDICAL	0-471-82924-2	1987	
32	behavioral science 2nd edition	Jerry M. Wiener		Williams and Wilkins	0-683-06202-6	1990	
33	MEDICAL BEHAVIORAL SCIENCE	THEODORE MILLON, Ph.D.		W. B. Saunders Company	0-7216-6387-7	1975	
34	BEHAVIORAL SCIENCE for Medical Students	Frederick S. Stierles, M.D.		Williams and Wilkins	0-683-07730-9	1993	
35	Behavioral Sciences Third Edition	Ronald S. Krug Alvah R. Cass		Springer-Verlag	0-387-97782-1	1992	
36	BEHAVIOR AND MEDICINE SECOND EDITION	Danny Wedding		Mosby	0-8151-9142-1	1995	

執筆者一覧（アルファベット順）

	名前	所属
A	阿部 恵子	岐阜大学医学部 医学教育開発研究センター 助手
	相野田 紀子	金沢医科大学 医学教育・情報学 助教授
F	福島 統	東京慈恵会医科大学 医学教育研究室 教授
	藤崎 和彦	岐阜大学 医学部 医学教育開発研究センター 教授
G	後藤 英司	横浜市立大学 医学部 医学教育学教室 教授
H	星野 晋	山口大学 医学部 医療環境学講座 講師
I	井上 千鹿子	SPグループ Performance Collection,立教大学（在籍）※表紙デザイン
K	加藤 智美	岐阜大学医学部 医学教育開発研究センター 助手
	北村 聖	東京大学 医学教育国際協力 研究センター 教授
M	松井 俊和	藤田保健衛生大学 医学部 臨床医学総論 教授
	三原 祥子	東京女子医科大学 日本語学研究室
N	中村 千賀子	東京医科歯科大学 教養部 助教授
	Dennis H. Novack	Drexel University College of Medicine, professor
O	大滝 純司	東京医科大学病院総合診療科 教授
	尾関 俊紀	協立総合病院 総合診療部長
S	齋藤 宣彦	日本医学教育学会 会長、聖マリアンナ医科大学 教授
	杉本 なおみ	慶應義塾大学 看護医療学部 教授
	鈴木 康之	岐阜大学医学部 医学教育開発研究センター センター長、教授
T	高塚 人志	鳥取大学医学部 教育支援室 助教授
	津田 司	三重大学 医学医療教育開発推進センター センター長、教授

編集後記

委員に任命されたばかりの2年半前、中村委員長に、「『行動科学』とは、いったいどのように理解すればいいのでしょうか」と質問し続けておりました。2年半前にも中村委員長は今回の報告書に記載されているのと同様の内容を丁寧にご説明くださったのですが、勉強と体験が不足していたせいで、なかなか実感をもって理解することができませんでした。

しかし、2回のワークショップ（行動科学人間関係教育ワークショップ2004、2005）の運営・参加、および、その後のメーリングリストでの意見交換、米国視察、委員会での議論、今回の報告書の編集を通して少しは成熟できたのか、日本という土壌、そして何よりも今現在目の前にいる医学生に適した行動科学・人間関係教育とはどのようなものかを少しは具体的にイメージできるようになり、非常に嬉しく思っております。2年半前に、この報告書のように理念、理論に加え、実際の事例を豊かに有するものがあれば、行動科学の理解も数倍のスピードで促され、実践にもより早く反映されたことと思います。

医学部は過密なカリキュラムで非常に忙しいです。しかし、本報告書で紹介されているような理念、理論は暖め続けることができるものですし、チップス集で紹介されている事例は、カリキュラム全体の見直しの前段階として単発の授業および活動としても取り入れやすいものです。理念、理論と事例との間を往還しながら、行動科学・人間関係教育についてさらにご検討いただければ幸いです。

最後になりましたが、本報告書発行にあたりご支援くださいました日本医学教育学会、ご多用にも関わらずご寄稿くださった先生方、2度に渡るワークショップおよびその後のメーリングリストでの意見交換にご参加くださった皆様、そして、編集全般に多大なるエネルギーを注いでくださった井上千鹿子さんに深く御礼を申し上げます。

この報告書をきっかけとし、行動科学・人間関係教育に関心のある人々のネットワークがよりいっそう拡充し、そこでの成果が、教育・学習、人間理解、人間・専門家としての成長、そして、関わる者すべての安寧と健康に反映されることを心より願っております。

2006年3月 東京女子医科大学 日本語学研究室 三原祥子

行動科学・人間関係教育委員会 報告書
行動科学教育を考える
—プロフェッショナルの教育をめざして—

2006年3月発行

発行	日本医学教育学会
発行責任者	東京医科歯科大学 教養部 中村千賀子
編集	第14期 行動科学・人間関係教育委員会
表紙デザイン	井上千鹿子
印刷所	三鈴印刷株式会社 〒101-0051 東京都千代田区神田神保町3-32-1 TEL 031 (5276) 0811