HOKKAIDO UNIVERSITY

| | |
|---|---|
| Title | 医療プロフェッショナリズム概念の検討および評価尺度の開発とその教育実践への応用 |
| Author(s) | 山本, 武志 |
| Citation | 北海道大学. 博士(教育学) 甲第12820号 |
| Issue Date | 2017-06-30 |
| DOI | 10.14943/doctoral.k12820 |
| Doc URL | http://hdl.handle.net/2115/67105 |
| Type | theses (doctoral) |
| File Information | Takeshi_Yamamoto.pdf |

Instructions for use

Hokkaido University Collection of Scholarly and Academic Papers : HUSCAP

博士学位論文

# 医療プロフェッショナリズム概念の検討および評価尺度の開発とその教育実践への応用

北海道大学大学院教育学院

博士後期課程　山本　武志

# 目　次


第一章　はじめに　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3

第一節　研究の視座　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3

第二節　医療プロフェッショナリズムとは　・・・・・・・・・・・・・・ 6

第三節　医療プロフェッショナリズムの測定・評価 ・・・・・・・・・・ 9

第四節　本研究の目的 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 10

第二章　医療プロフェッショナリズム概念の検討 ・・・・・・・・・・・・ 13

第一節　目的 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 13

第二節　医療プロフェッショナリズム概念の抽出に用いたプロダクト ・・・ 13

第三節　医療プロフェッショナリズム概念の抽出　・・・・・・・・・・・ 14

第四節　医療プロフェッショナリズム概念の時代的変遷　・・・・・・・・ 24

第五節　考察　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 28

第三章　医療プロフェッショナリズム評価尺度の開発　・・・・・・・・・ 37

第一節　尺度開発の目的及び概要　・・・・・・・・・・・・・・・・・ 37

第二節　アイテムプールの作成　・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 38

第三節　レベル１尺度（臨床実習前レベル）の開発：プレテスト　・・・・・ 39

第四節　レベル１尺度（臨床実習前レベル）の開発：本調査　・・・・・・ 44

第五節　レベル２尺度（卒業時レベル）の開発：本調査　・・・・・・・ 58

第六節　考察　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 68

第四章　医療プロフェッショナリズム概念を基盤とする初年次 IPE プログラムの開発　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 76

第一節　札幌医科大学の IPE／地域医療教育　・・・・・・・・・・・・・ 76

第二節　医療プロフェッショナリズム概念を基盤とする初年次 IPE プログラムの開発　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 77

第三節　医療プロフェッショナリズム概念を基盤とする初年次 IPE プログラムの評価　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 82

第五章　医療プロフェッショナリズム評価尺度を用いた教育実践の評価　・・ 88

第一節　札幌医科大学医学部医学科 3 年生地域滞在型地域医療実習の評価　・ 88

第二節　札幌医科大学医学部・保健医療学部初年次 IPE の評価　・・・・・・　96

第六章　　本研究の成果と課題　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・112

文献　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・115

資料　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・129

# 第一章　はじめに

## 第一節　研究の視座

本研究は、医療プロフェッショナリズム概念を表現するさまざまなプロダクトから医療プロフェッショナリズム概念を抽出、定義したうえで、医療プロフェッショナリズム概念を測定する尺度を開発し、医療専門職教育の教育実践の評価に活用することを目的とした研究である。著者は医療専門職の高等教育に従事しており、2011 年から千葉大学[i]及び札幌医科大学[ii]の Inteprofessional education（IPE: 専門職連携教育・多職種連携教育）に携わっている。英国専門職連携推進センター（CAIPE：Centre for the Advancement of Interprofessional Education）は、IPE を「複数の領域の専門職者が連携およびケアの質を改善するために、同じ場所でともに学び、お互いから学び合いながら、お互いのことを学ぶこと」と定義している[1]。また、Journal of Interprofessioal Care 誌の編集長をしている Reeves 氏は、「IPE の最終的な目標は患者の健康アウトカムとケアプロセスの向上である」と述べている[2]。すなわち、IPE のアウトカムは第一に患者の健康アウトカムを向上させること、第二に医療専門職の能力を向上させることにあると言える。

IPE は 1960 年代からすでに加国のブリティッシュ・コロンビア大学で導入されており[3]、1980 年代後半から医療専門職教育の教育方略として注目されるようになった[4]。日本では、「チーム医療」という言葉が 1970 年代から使われるようになり[5]、医療分野における専門職連携の重要性は以前から指摘されていた。しかし、医療専門職の大学教育に IPE が取り入れられるようになったのは 1990 年代に入ってからである[6]。日本の IPE の大きな推進力となったのは文部科学省「特色ある大学教育支援プログラム（特色 GP)」、及び「現代的教育ニーズ取組支援プログラム（現代 GP)」において、IPE をテーマにしたプログラムが 2004 年以降に多く採択されたことを端に発している。その後、特色 GP や現代 GP に採択された大学を中心に日本保健医療福祉連携教育学会（JAIPE：Japan Association for Interprofessional Education）[7]や、日本インタープロフェッショナル教育機関ネットワーク（JIPWEN：Japan Interprofessional Working and Education Network）[8]が組織され、学術的な発展と連携、情報共有がはかられている。

---

[i] 一年次から四年次まで 3 学部（医学部、薬学部、看護学部）合同で必修の IPE が 2007 年度より実施されている

[ii] 札幌医科大学の IPE の全体像、プログラムについては第四章で説明する

2000 年以降になって急速に推進された IPE であるが、急進的ゆえにいくつかの課題を抱えている。第一にモデルとなる標準的な教育内容の不在である。IPE は各教育機関の学科構成やカリキュラム構成から大きな影響を受ける。つまり、現存している教養教育、専門基礎教育、専門教育のカリキュラムに付加する形で IPE の教育科目が配置されるため、IPE の教育方法や教育内容はさまざまな制約のもとに開発、実施されている。大学教育の IPE を先導するいくつかの大学の IPE 科目の内容は、それぞれの大学の実情に合わせたものであり、大学によって大きく異なっている[6]。

第二に IPE を推進する資源の不足、不在である。文部科学省による高等教育への補助金事業全般の課題とも言えるが、GP 事業が終了すると予算がなくなるため事業を推進する人材の雇用が難しくなり、補助金受託時と同じように事業を継続することが難しくなる。GP 事業終了後も IPE 専任教員を雇用している大学は稀で、多くの大学では各学科の教員が自身の専門教育を担当しながら IPE に従事しているため、業務量の肥大化が懸念される。文部科学省が委託した調査[9]においても、GP 事業終了後の課題は「学内外からの経済的支援」と「全学・全学科的取り組み」とされており、IPE を推進する資源の確保が課題となっている。

第三に、IPE の到達目標や評価の不在である。IPE と患者の健康アウトカムの関係については、2013 年に Cochrane ライブラリーに収載されたレビューに 15 の研究論文が提示されている[2]。しかしながら、それらの全ての論文は現任教育の評価を行っており、卒前教育が患者の健康アウトカムに与える影響については検討されていない。医療専門職の能力向上、すなわち IPE による学習アウトカムの向上については様々な議論がある。学習アウトカムの要素について、Buring ら[10]は IPE によって育成されるべき学生のコンピテンシーとして、(1)チーム組織やチームの機能について知る、(2)チームのパフォーマンスを評価し向上させる、(3)チーム内コミュニケーション、(4)リーダーシップ、(5)コンフリクトの解消とコンセンサスの形成、(6)共通の患者のゴールを設定する、の 6 つを挙げている。Kent & Keating[11]は、IPE の学習アウトカムとして、(1)コンピテンシー、(2)自信、(3)資源の知識、(4)他者の役割の知識、(5)患者の利得、(6)チームワーク、(7)社会的・文化的気づき、の 7 つの領域を挙げている。また、Sakai ら[12]は多職種協働のコンピテンシーとして、(1)プロフェッショナルとしての態度・信念、(2)チーム運営のスキル、(3)チームの目標達成のための行動、(4)患者を尊重した治療・ケアの提供、(5)チームの凝集性を高める態度、(6)専門職としての役割遂行、を挙げている。

以上のように、IPE が意図するまたは IPE によって涵養が求められる学生のコンピテンシーは、単に医療専門職チームとのメンバーと円滑なチーム運営ができるだけではなく、医療専門職としての広範にわたる能力とみなすことができる。

卒前教育の IPE においてどのような学習内容や方法論を用いるべきか、また、学習アウトカムの評価方法についても確立されていない。卒前教育の IPE の評価には、多職種連携レディネスを測定する RIPLS（Readiness for Interprofessional Learning Scale）尺度[13]が世界的に用いられてきた。しかしながら RIPLS は尺度の信頼性、妥当性に問題があることが指摘されており[14]、教育のアウトカム評価に利用することは適切とは言えない。著者らは IPE の成果を測定できる評価尺度の開発に取り組み、Chiba Interprofessional Competency Scale (CICS29)を開発した[12,15iii]。CICS29 は IPE の成果を評価する尺度として有効である一方、多職種協働という高い水準のコンピテンシーを測定する尺度であり、能力開発の途上にある低学年の学生の教育効果の評価に用いることは難しい。

著者は 2014 年度から札幌医科大学の初年次 IPE の責任者を務めている。同年の本学におけるカリキュラム改正により、初年次 IPE 科目が医学部で必修 2 単位（2013 年度までは選択 1 単位）となり、従来の講義内容を全面的に見直す必要があった。2013 年度まで内部及び外部講師によってオムニバス形式で行ってきた講義をただ拡張するだけではなく、教育目標との関係から学習内容を見直し、限りある教育資源を用いて初年次 IPE 科目を運営することが喫緊の課題となった。しかしながら、先に述べたとおり IPE にはモデルとなる標準的な教育方法や、教育の成果を確認する評価方法が確立していない。高等教育における IPE の目的は連携・協働コンピテンシーの向上だけはなく、全人的な、医療専門職者としての成長を促すことにもある。そこで、本研究では「医療プロフェッショナリズム」に着目した。

IPE とプロフェッショナリズムは、それぞれが 21 世紀の医学教育改革の大きな柱の 1 つとされているが[16]、IPE とプロフェッショナリズムはしばしば相対する概念として位置づけられてきた。たとえば、プロフェッショナリズムは「専門性の境界において協同することを阻害する”専門性のサイロ（格納庫）”」といわれている[17]。しかし、IPE は個々の専門職の職業教育を阻害するものではない。Chandratilake[18]は「チームアプローチは

[iii] 論文 15 を本教育学院の「課題研究 1」として提出した

個別の職業教育よりもプロフェッショナリズム教育の有効な機会になり、プロフェッショナリズムの概念がより協働的な意味合いを持つことが期待されている」と述べている。同様に、朝比奈[19]も「IPEによって自職種が他職種に求められる専門性がより明確になり、個別の専門職教育における学習の動機づけになる」と述べている。プロフェッショナリズム概念そのものが、協働や多職種連携を含むものとして定義され、プロフェッショナリズム概念そのものが変化しているといえる。

## 第二節　医療プロフェッショナリズムとは

### (1) 医療プロフェッショナリズムの古典的定義

医療プロフェッショナリズムについて述べる前に、まず、プロフェッション（Profession）すなわち専門職の古典的な定義について述べる。Carr-Saunders & Wilson[20]は、専門職には、(1)専門的技術、(2)特別の責任感情、その表現形態としての倫理綱領、(3)専門的結社、(4)謝礼あるいは給与形態をとる固定報酬制、の4つの特質があることを指摘している[21]。また、教育学領域の専門職研究の大家であるLieberman[22]は、専門職の特性として、(1)比類のない、明確で、かつ不可欠の社会的サービスを提供する、(2)サービスを提供する際に、知的な技能が重視される、(3)長期にわたる専門的訓練を必要とする、(4)個々の職業人およびその職業集団全体にとって、広範囲の自律性が認められている、(5)職業的自律性の範囲内で行われる判断や行為について広く責任を負うことが、個々の職業人に受け入れられている、(6)職業集団に委ねられた社会的サービスの組織化および遂行の原理として強調されるのは、個人が得る経済的報酬よりも、提供されるサービスの内容である、(7)包括的な自治組織を結成している、(8)具体的事例によって、曖昧で疑わしい点が明確化され解釈されてきた倫理綱領をもつ、を挙げている[23]。また、社会学者のHall[24]は専門職の態度･行動特性として、(1)専門職集団を規準とした専門職としての考えや判断、(2)公衆へのサービス提供、(3)同僚による統制、(4)天職という感覚、(5)自律性、の5つを挙げている。

これらを集約すれば、Lieberman[22]とHall[24]が述べているように、専門職は、第一に「公衆への社会的サービスを提供する」存在であると言える。第二に「専門的技術を有する」[20,22]ことが挙げられる。また、Lieberman[22]が「自治組織」、Carr-Saunders&Wilson[20]が「専門的結社」と述べているように、第三に「専門職の組織化が図られている」といえる。その組織化により「専門職集団を規準とした専門職としての考えや判断」が明文化され、第四に「倫理綱領を有する」[20,24]特徴を持つ。このような専門職の組織化と高い技

術を含む社会サービスの提供により、第五に「自律性が認められる」[20,22,25]ことが専門職の古典的な定義としてまとめることができる。

以上のように示された専門職の定義は、いわば要件としての専門職の定義であり、すべての定義を満たす聖職者、医師、法曹、建築家といった職業が完全専門職（Full-profession）として崇められた。一方で、一部の要件を満たさない職業は準専門職（Semi-profession）とされ、職業団体として完全専門職化を目指す運動・活動に邁進することになる。教員や看護職は準専門職に該当し、教員の未熟な専門的技術（資格水準の低さや専門的知識と技術が未確立）[26]や看護職の専門性の未具現化と自律性の欠如[27]が、完全専門職を満たさない要件として指摘された。

### (2) 脱専門職化論

準専門職に位置づけられる職種の職業団体が完全専門職化を目指す活動・運動に励む中、完全専門職の完全専門職としての位置づけは、自律性の低下により、相対的に弱められているという指摘がある。医療界では 1990 年代に入ると、1990 年のブリストル王立小児病院で過剰死亡事件[28]や 1994 年のダナ・ファーバー癌研究所における抗がん剤の過剰投与など、一般市民の期待を裏切る医療事故が報道された。また、1993 年の Harvard Medical Practice Study[29]によって、医療事故の頻度が明らかにされた。以上によって、1990 年以降、医療の質の担保や安全の確保が医療専門職および医療専門職団体の自己規制によって一任されていることへの疑義を生じさせることとなった。また、勤務医の増加など完全専門職の官僚制組織内部への組み込みにより、古典的な専門職論の重要性が相対的に低下し、脱専門職化（De-professionalizasion）が進んだことが指摘されている。脱専門職化により、医療専門職団体は自己規制が医療の質の担保や安全の確保につながることを証明し、また、従来とは異なる手段で集団の規律化をはかる必要性に迫られることになった。そこで登場した概念がプロフェッショナリズムであった。

### (3) 医療プロフェッショナリズムの重要性

医療専門職においてプロフェッショナリズムという言葉は、少なくとも 1970 年頃まではほとんど使われていなかった[30]。1990 年代に入って ABIM（American Board of Internal Medicine）は「プロフェッショナリズム」という言葉を用いるようになり[31]、プロフェッショナリズムの定義を行い、評定ツール、質の水準やコンピテンシー、カリキュラムを開発するようになった[32]。1990 年代に入ってから、プロフェッショナリズムに関わる論文数は急増している[33]。この背景について、第一に前項で述べた脱専門職化の進

行が挙げられる。また、「医師達が患者の福利への伝統的な献身から逸脱し、社会との契約に違反してしまっている [32]」や、「医療と社会とのかかわり合いが増大かつ複雑化し、さらに近年における専門分化や、医療技術の発達、医療費の増大や医療ミスの増加、医療供給システムの変化などに伴い、医師としての責務遂行が危機に瀕し、医のプロフェッショナリズムを医師全体としてあるいは専門科別に明文化し、進むべき方向を示す必要が生じるに至った [34]」などの指摘がなされている。従来、医師や法律家などの専門職は、その職業が成立する社会的過程からプロフェッションとみなされてきたが [35]、社会契約を充分に履行しているとは言えないという指摘に基づいて、プロフェッショナリズムを身につける重要性が求められるようになってきた。

長尾 [35] によると、プロフェッショナリズムとは「専門職に特徴的に見出される固有の職業的活動への取り組み方ないしその遂行に関する共有の志向」と定義されており、簡潔に言えば「職業人としてのあり方・志向性」を意味している。すなわち、それぞれの専門職においてどのような「職業人としてのあり方・志向性」を目指すのかが明確にされなくてはならない。

最もよく知られている医師のプロフェッショナリズムの定義 [31] では、プロフェッショナリズムとは「診療上の臨床能力、コミュニケーション・スキル、倫理的理解および法的理解の基盤を通して示され、そのうえにプロフェッショナリズムの原則への希求とその賢明な適用、すなわち『卓越性』、『ヒューマニズム』、『説明責任』、『利他主義』が構築される」と述べられている。また、米欧の 3 団体（ABIM, ACP-ASIM: American College of Physician-American Society of Internal Medicine, EFIM: European Federation of Internal Medicine）が策定した「新ミレニアムにおける医のプロフェッショナリズム：医師憲章」[36] では、「患者の福利」、「患者の自律性」、「社会的正義の追求」という 3 つの基本原則と専門職としての 10 の責務がまとめられている。

また、プロフェッショナリズムを評価する尺度としては、加国のマギル大学で開発された P-MEX（Professionalism mini-evaluation exercise）[37] が著名で、「Doctor-patient relationship skills（医師・患者関係構築能力）」、「Reflective skills（省察能力）」、「Time management（時間管理能力）」、「Interprofessional relationship skills（医療者間関係構築能力）」の 4 因子が抽出されている。これら 3 つのプロフェッショナリズム概念を比較すると、重複する部分もあるが一致しない部分もある。医師のプロフェッショナリズム概念には一般化された共通の見解とされるものがなく、まずはその整理が必要と考えられ

る。

## 第三節　医療プロフェッショナリズムの測定・評価

医療プロフェッショナリズムを涵養するプログラムを作成しその評価を行うには、医療プロフェッショナリズムを操作的に定義し、測定する方法が必要となる。本節では「医療プロフェッショナリズム」の測定評価を試みた研究および尺度を精査し、本研究における尺度開発の意義について検証する。

最も頻繁に使われているプロフェッショナリズムを測定する尺度は、ABIM が 1995 年に定義したプロフェッショナリズムを基盤に、Arnold ら[38]が作成した尺度とそれを改変して利用したものである。ABIM は、1990 年に臨床能力の構成要素としてのプロフェッショナリズムを評価するプロジェクト「プロジェクト・プロフェッショナリズム（以下、”ABIM 1995”とする）」を立ち上げ、1995 年にプロフェッショナリズムを構成する要素を明らかにした[39]。ABIM はプロフェッショナリズムを「Altruism（利他主義）」、「Accountability（説明責任）」、「Excellence（卓越性）」、「Duty（責務）」、「Honor and integrity（誠実さ）」の「Respect for others（ヒューマニズム）」の 6 つの要素によって構成されると定義している。

ABIM のプロフェッショナリズムと比較すると、Arnold らが作成した尺度は「Duty（責務）」を含んでおらず、複数の因子にまたがって因子負荷量が高い項目も見受けられる。また、各下位尺度のα信頼性係数も 0.6 未満のものがあり、Arnold らも質問項目の追加の必要性を示唆している。Arnold らの尺度から 1 項目を削除し 6 項目を追加した Aramesh ら[40]の研究では、因子妥当性やα信頼性係数の数値は向上しているものの、基本的な因子構成は Arnold らの尺度と変わっていない。他にも Arnold らの尺度を援用した研究があるが[41,42]、これらも同様に尺度の因子構成は変わっていない。ABIM が 2002 年に医師憲章を公表しているように、プロフェッショナリズム概念は時代とともに変化しており、1995 年に提示されたこれらの 6 つの要素ではプロフェッショナリズム概念は包摂できなくなっていることが指摘できる。

P-MEX[37]は、カナダのマギル大学の 92 名が参加した FD (Faculty Development)を通じて開発された尺度である。プロフェッショナリズムの特性とその特性を反映する行動について 142 の項目を作成し、そこから「Doctor-patient relationship skills（医師・患者関係構築能力）」、「Reflective skills（省察能力）」、「Time management（時間管理能

力)」、「Interprofessional relationship skills（医療者間関係構築能力)」の 4 因子 24 項目を抽出した。P-MEX は既に日本語版[43]が翻訳され、構成概念妥当性や信頼性[44,45]が検証されている。しかしながら、FD を発端にした尺度開発の限界でもあるが、上記 4 因子は ABIM の 6 要素と比較してもプロフェッショナリズム概念を包含しているとは言いがたく、また、因子分析においては複数の因子にまたがって因子負荷量の大きい項目も多く認められ、構成概念妥当性の問題を指摘できる。

その他にも医師のプロフェッショナリズムを測定・評価する尺度等が開発されているが[46-50]、構成概念妥当性の検証が十分に行われていないものが多く見受けられる。医師のプロフェッショナリズム評価以外にも、理学療法士[51]や看護師[52]に特化したプロフェッショナリズムを評価・測定する尺度も開発されているが、信頼性・妥当性の点から実用に耐えうる尺度は存在していない。薬剤師向けに開発された専門職的行動（Professionalism behavior）を測定する 33 項目の尺度[53]は、信頼性・妥当性という観点から最も優れた尺度といえるが、質問項目が全般的に抽象的で具体性に欠けているのが欠点である（例えば「患者の守秘義務を守る」、「変化に適応する」、「ラポールを築く」などの質問項目)。また、2016 年末現在において、医療プロフェッショナリズムの評価にほとんど利用されていない。

以上、医療プロフェッショナリズム概念を測定・評価する方法について概観したが、従来から指摘されているように、医療プロフェッショナリズム概念を測定・評価する尺度には、信頼できる、妥当な、かつ包括的に概念を測定している尺度はない[40,54,55]。また、先に述べたように、医療プロフェッショナリズム概念も社会の要請の変化とともに変化しており、現在の医療プロフェッショナリズム概念を捉えた上で、それらを測定できる尺度が求められている。

## 第四節　本研究の目的

医療プロフェッショナリズムは、医療専門職としての「職業人としてのあり方・志向性」を意味する。米欧の医師の職業団体である ABIM、ACP-ASIM、EFIM がプロフェッショナリズムを定義するように、医療専門職のあるべき姿はそれぞれの職業団体が社会の要請に基づいて、または自律的に定義し、卒前および卒後教育において涵養されるべきものである。しかしながら、第二章で述べるように医師のプロフェッショナリズムの定義についても、ABIM、ACP-ASIM、EFIM の 3 団体によるものだけではな

く、様々な定義がなされている。そして、前節で述べたように、医療プロフェッショナリズム概念を包括的に測定する尺度は存在していない。職業団体として医療プロフェッショナリズムの涵養を重視するのであれば、医療プロフェッショナリズムをいかに操作的に定義し、涵養のための教育プログラムを開発し、科学的に評価するための方法が、とくにアウトカム基盤型教育の観点[56]からは重要と言える。

本研究の全体像を図1に示した。本研究では、第一に医療プロフェッショナリズム概念を抽出、定義することを目的とする。医療プロフェッショナリズム概念の測定、評価に関わる研究を総括し（第一章）、各国の医療専門職団体等が公表・提示しているプロフェッショナリズム及び倫理綱領の資料から、医療プロフェッショナリズム概念を抽出し、定義する（第二章）。さらに、医療専門職団体等がプロフェッショナリズム概念を提示し始めた1990年以降からの医療プロフェッショナリズム概念の変遷を考察し、医療専門職が社会から求められている役割･機能及び、専門職団体が自己規定する医療専門職のあり方がどのように変容を遂げているのかを明らかにする（第二章）。なお、精査の対象とする資料は医師だけではなく様々な医療専門職において涵養されるべき医療プロフェッショナリズムを対象とし、医療専門職種間での異同についても検討する。

前節で述べたように医療プロフェッショナリズム概念を測定･評価する尺度には、信頼できる、妥当な、かつ包括的に概念を測定しているものが存在していない。医療プロフェッショナリズム概念の時代的変化を捉えつつ、医療プロフェッショナリズム概念を包括的、かつ科学的に測定できる尺度を開発する（第三章）。これが第二の目的である。

本研究の第三の目的は、抽出された医療プロフェッショナリズム概念を用いて、医療プロフェッショナリズムを涵養する教育プログラムを開発することである（第四章）。著者は札幌医科大学で初年次IPE科目を2014年度から担当している。2014年度は科目概要（受講形態、時間数、科目内容）の改編時であったため、教育内容の変更に一定の自由度が認められた。そこで、教育実践として医療プロフェッショナリズム概念に基づいた科目内容を検討し、学生の授業評価によりプログラムの評価を行う。

第三章の成果によって、医療プロフェッショナリズム概念を測定可能な評価尺度の形にまで具現化できれば、医療専門職のプロフェッショナリズム教育の評価に活用することが可能である。本研究の第四の目的は、開発した医療プロフェッショナリズム評価尺度を用いて、実際の医療プロフェッショナリズム教育を評価し、教育プログラムの PDCA（Plan-Do-Check-Act）サイクルに活用することである（第五章）。

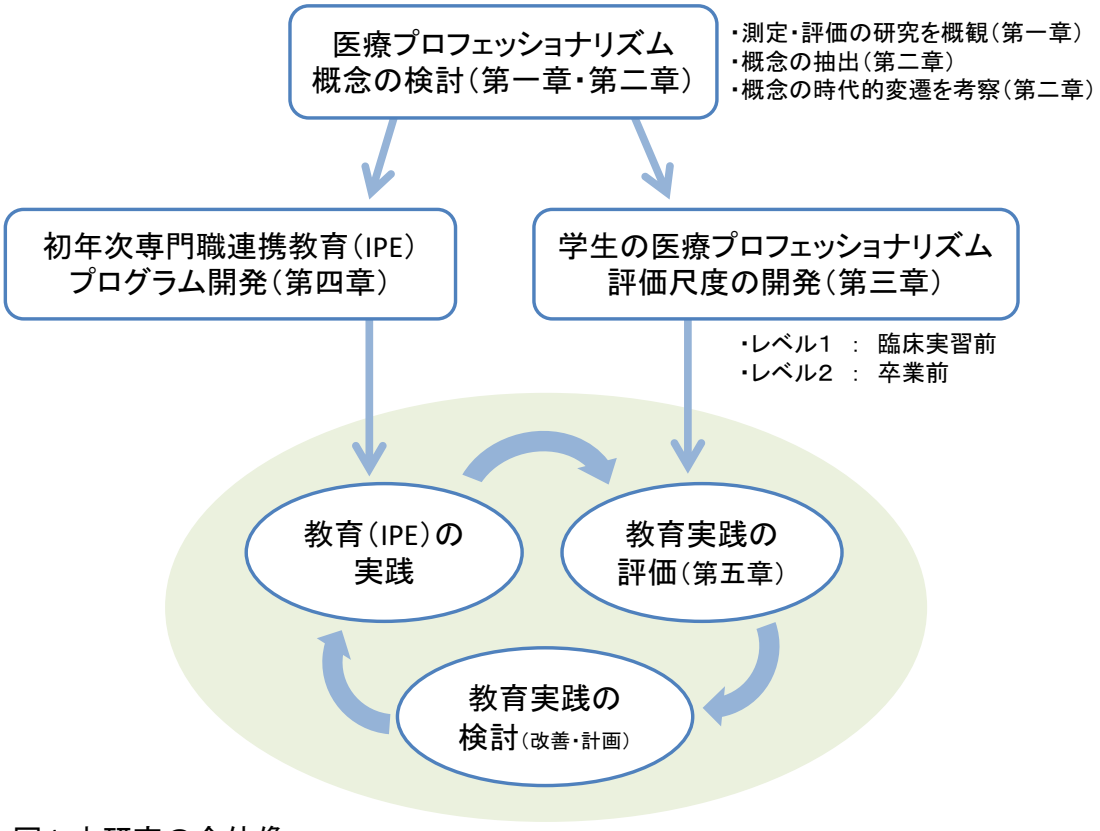


図1.本研究の全体像　注PDCAサイクルは本研究の終了後に推進される

# 第二章　医療プロフェッショナリズム概念の検討

## 第一節　目的

本章では、各国の医療専門職団体等が公表、提示しているプロフェッショナリズム及び倫理綱領の資料から医療プロフェッショナリズム概念を抽出し、医療プロフェッショナリズム概念を定義する。さらに、1990 年以降からの医療プロフェッショナリズム概念の変遷を明らかにする。また、医療専門職種間でのプロフェッショナリズム概念の異同や他の専門職とのプロフェッショナリズム概念の異同について検討する。

## 第二節　医療プロフェッショナリズム概念の抽出に用いたプロダクト

本節では、はじめに医療専門職のプロフェッショナリズム概念として述べられているプロダクトすなわち、宣言、憲章、声明文、指針、倫理綱領等にどのようなものがあるかを調査する。医療プロフェッショナリズムの概念はプロフェッショナリズムとして明記されている内容にとどまらず、各専門職団体が倫理綱領として提示しているものを包含しているため、本調査では各専門職団体において代表的な倫理綱領もまた調査対象とする。インターネットにおけるプロダクトの検索には医中誌 web、Pubmed、Google Scholar のデータベース及び検索サイトを用い、「(各職種の日本語名または英語名)」×「プロフェッショナリズム」及び「professionalism」のワードを用いて調べた。医療専門職の範囲は、(1)患者への直接的なサービス提供がある職種、(2)他職種との連携やサービス調整を必要とする職種、を対象とした。結果的に、医師、看護師、薬剤師、リハビリテーション関連職種（理学療法士、作業療法士など)、臨床検査技師、メディカル・ソーシャル・ワーカー（MSW）を上記の検索対象職種とした。

医療プロフェッショナリズム概念の抽出に用いるプロダクトの条件は、(1)専門職団体等によって規定・承認されている、(2)定められてから一定の期間があり時機をみた改訂が行われているまたはその予定がある、(3)体系だったプロフェッショナリズム概念（項目の羅列ではなく、包括的にプロフェッショナリズムを表現しており、上位概念や下位概念などの構造を有している）を提示している、の 3 点とした。以上を満たす医療プロフェッショナリズムに関するプロダクトが稀少な場合は、検索において「プロフェッショナリズム」及び「professionalism」のワードの替わりに「倫理綱領」及び「code of ethics」

を用いて検索を加えた。専門職団体が発行する以外のプロダクトとしては研究者による定義やレビューがあげられるが、その場合は、(4)頻繁な被引用等により学術的に一定の価値が認められている、ことを条件とした。

## 第三節　医療プロフェッショナリズム概念の抽出

第二節で述べた方法により、日本、米国、英国、加国の 4 カ国において、医師、看護師、理学療法士の 3 職種の各種専門職団体が公表・提示している 11 のプロダクトと 2 つの研究を医療プロフェッショナリズム概念の抽出に用いた（表 1)。

医師は、(1) 医師憲章（ABIM・ACP-ASIM・EFIM，2002）[57]、(2)Good medical practice（英国医事委員会(GMC: General Medical Council)，2015）[58]（以下"GMP 2015"とする)、(3)CanMEDS 2015 physician competency framework（加国専門医協会(Royal College: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2015)[59]（以下、"CanMEDS 2015"とする)、(4)医師の職業倫理指針（改訂版）（日本医師会，2008)、[60](5) プロフェッショナリズムの最終到達目標案（日本医学教育学会プロフェッショナリズム教育のコンセンサスを形成しよう WS タスクフォース, 2015）[61]（以下"日医教 TF" とする)、(6) 医の国際倫理綱領：International code of medical ethics（世界医師会(WMA: World Medical Association)，2008）[62]、研究として(7)プロフェッショナリズムの定義(Arnold & Stern, 2006)[31]、以上 7 つのプロダクトを選択した。

看護職については下記に示すように Miller（1988）[63] の(11)Wheel of professionalism in nursing を採用したが、（以下、"Miller モデル"とする）その他には看護職のプロフェッショナリズムとして明確な定義を示しているプロダクトがなかったため、 (8) Code of ethics for nurses（国際看護師協会(ICN: International Council of Nurses), 2012）[64]（以下"ICN code 2012"とする)、(9)The ANA nursing code of ethics（米国看護師協会(ANA: American Nurses Association, 2015)（以下、"ANA code 2015"とする）[65]、(10) 看護者の倫理綱領（日本看護協会，2003）[66] の 3 つの倫理綱領を選択した。

理学療法士は、(12) Physical therapy core values（米国理学療法士協会(APTA: American Physical Therapy Association), 2012) [67]（以下、"APTA values 2012"とする)、(13) Code of members' professional values and behaviour（英国理学療法士協会(CSP: Chartered society of physiotherapy)，2011）[68]（以下、"CSP code 2011"とする)、の 2 つのプロダクトを選択した。

表1. 各医療専門職団体等が作成している「プロフェッショナリズム」、「倫理綱領」などのプロダクト

| No. | 職種 | 名称 | 作成者・作成団体 | 作成・公表年 | 構成 | 主たる要素 | 付記 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 医師 | Medical professionalism in the new millennium: a physician charter（新ミレニアムにおける医のプロフェッショナリズム：医師憲章） | 米欧の3団体<br>1.ABIM: American Board of Internal Medicine（米国内科専門医認定機構財団：米国）<br>2.ACP-ASIM: American College of Physiciasn-American Society of Internal Medicine（米国内科学会：米国）<br>3.EFIM: European Federation of Internal Medicine（ヨーロッパ内科学会：EU全域を含む34カ国が加盟） | 2002 | 3つの原則<br>10の責務 | 1. 患者の福利優先の原則<br>(Principle of primacy patient welfare)<br>2. 患者の自律性に関する原則(Principle of patient autonomy)<br>3. 社会正義/公正性の原則(Principle of social justice) | ABIMは1990年にプロジェクト・プロフェッショナリズムを立ち上げ、1995年にプロフェッショナリズムの構成要素を公表している |
| 2 | | Good Medical Practice | General Medical Council<br>（英国医事委員会：英国） | 2013 | 4領域80項目 | 1. 知識、スキル、パフォーマンス(Knowledge, skills and performanc)<br>2. 安全と質(Safety and quality)<br>3. コミュニケーション、パートナーシップ、チームワーク<br>(Communication, partnership and teamwork)<br>4. 信頼を保持する(Maintaining trust) | 1995年に制定され、1998年、2001年、2006年に改訂、現在は2013年改訂版が用いられている |
| 3 | | CanMEDS 2015 physician competency framework | The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada<br>（カナダ専門医協会：カナダ） | 2015 | 7役割89項目 | 1. 倫理的実践を通じて、患者・専門職・社会へのコミットメントを発揮する<br>2. 専門職主導の自己規制への参加を通じて、患者・専門職・社会へのコミットメントを発揮する<br>3.自身の健康や持続可能な実践へのコミットメントを発揮する | 1996年にCanMEDSフレームワークが作成され、2005年、2015年に改定されている |
| 4 | | 医師の職業倫理指針[改訂版] | 日本医師会 | 2008 | 5領域39項目 | 1. 医師の基本的責務<br>2. 患者に対する責務<br>3. 医師相互間の責務<br>4. 医師以外の関係者との関係<br>5. 社会に対する責務 | 1951年に医師の倫理を定め、2000年に医の倫理綱領を作成。2004年に本職業倫理指針が制定され、2008年に改訂版が刊行される |
| 5 | | プロフェッショナリズムの最終到達目標案 | 日本医学教育学会（「プロフェッショナリズム教育のコンセンサスを形成しよう」WSタスクフォース） | 2015 | 3領域8ドメイン | 1.社会における医師<br>(1)社会的使命への貢献<br>(2)支援を受ける姿勢と支援する姿勢<br>(3)医師としての信頼に値する道徳性<br>2.組織やチーム、対人関係における医師<br>(4)多様な価値観の受容と性差への対応<br>(5)組織やチームのリーダー/フォロワーとしての役割<br>(6)人間性と患者中心の視点<br>3.個人としての医師<br>(7)卓越性の追求と生涯学習<br>(8)自己管理とキャリア形成 | 2014年に開催された「プロフェッショナリズム教育のコンセンサスを形成しよう」と題するワークショップの「医師のコンピテンシーとしてのプロフェッショナリズム」のセッションで発表された各グループのプロダクト、および、日本医学教育学会の女性医師キャリア教育検討委員会による「キャリア継続のための学習目標」の内容を統合して修正したもの |
| 6 | | International code of medical ethics | World Medical Association （世界医師会） | 2006 | 3領域<br>22の義務 | 1.医師の一般的な義務<br>2.患者に対する医師の義務<br>3.同僚医師に対する義務 | 1949年に採択され、3度の修正がなされている（最終修正は2006年） |
| 7 | | プロフェッショナリズムの定義 | Stern, D. T. Arnold, L. | 2006 | 3基盤4原則 | 基盤 (a)診療上の臨床能力<br>(b)コミュニケーション・スキル<br>(c)倫理的理解および法的理解<br>原則 1.卓越性<br>2.ヒューマニズム<br>3.説明責任<br>4.利他主義 | |

（つづく）

表1. 各医療専門職団体等が作成している「プロフェッショナリズム」、「倫理綱領」などのプロダクト（つづき）

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 | 看護師 | The ICN code of ethics for nurses （看護師の倫理綱領） | ICN: International Council of Nurses （国際看護師協会） | 2012 | 4基本領域<br>22行動基準 | 1.看護師と人々<br>2.看護師と実践<br>3.看護師と看護専門職<br>4.看護師と協働者 | 1953年に採用され、2012年改訂版が現在使用されている |
| 9 | | The ANA Nursing Code of Ethics (米国看護師協会倫理綱領) | ANA: American Nurses Association （米国看護師協会） | 2015 | 9領域42項目とその内容を説明する文章で構成 | 1.思いやりや敬意もったケアを行う<br>2.患者個人へのコミットメント<br>3.患者の健康、安全、権利を推進し、擁護し、守る<br>4. 看護実践への責任と説明責任<br>5.自身と他者への義務（健康と安全の推進、能力の維持、個人的・専門職的成長を続ける）<br>6.安全で質の高いケアの提供のための、倫理的な職場環境や状況を作り、維持、改善する。<br>7.実践、教育、管理、知識開発への貢献を通じて、専門職の進歩に寄与する。<br>8.コミュニティ、国家、国際的な健康ニーズを満たすために他の専門職と協働する<br>9.看護の価値を明らかにし、社会政策を形作る。 | 1950年に採用、近年では2001年改訂版が用いられていたが2015年に新刊公表された |
| 10 | | 看護者の倫理綱領 | 日本看護協会 | 2003 | 15の条文とその解説 | 1-6.患者の権利の尊重、患者との信頼関係、平等なケア提供、個人情報の保護、など<br>7-11.提供された看護への責任、継続学習、行動基準の設定、知識／技術の創造と開発、多職種との協働<br>12-13.自身の健康の保持／増進、品行の維持<br>14-15.環境問題への寄与、看護職の社会貢献とそれを目指す社会制度への関与 | 1988年に看護師の倫理規定が制定され、2003年に看護者の倫理綱領として改定・改題したもの |
| 11 | | A model for professionalism | Miller, B. K (米国) | 1988 | 2つの重要な軸と<br>8つの輻 | 軸：1)大学等における教育, 2)看護の科学的バックグラウンド<br>輻：1)倫理綱領の遵守,2)理論の開発・使用と評価 | 2012年に日本語版(田中, 2012)が作成されている |
| 12 | 理学療法士 | Professionalism: Physical therapy core values | APTA: American Physical Therapy Association (米国) | 2012 | 7つの価値体系と<br>69指標 | 1.説明責任、2.利他主義、3.思いやり/ケアリング、4.卓越性、5.誠実さ、6.専門職としての責務、7.社会的責任 | 2003年に公表、2012年に改訂されている |
| 13 | | Code of Professional Values and Behaviour | CSP: Chartered Society of Physiotherapy（英国） | 2011 | 4つの原則と<br>67項目 | 1.行為への責任<br>2.倫理的振る舞い<br>3.効果的なサービスの提供<br>4.卓越性の獲得 | |

なお、第二節で述べた検索式に該当するプロダクトは多数存在するが、多くのプロダクトは条件に該当しない。たとえば、米国病院薬剤師会（2008）の”ASHP statement on professionalism”[69]は専門職の 10 の特徴として短いステートメントを提示しているだけで「体系だったプロフェッショナリズム概念」に該当しない。また、日本薬剤師会は 1973 年に 3 つの条文からなる薬剤師綱領と 10 の条文で構成される薬剤師倫理規定[70]を定めており、1997 年に改訂されている。しかしながら、本研究の分析に値する体系だったプロダクトには該当しない。他にも世界作業療法士連盟や日本作業療法士協会の倫理綱領・職業倫理指針なども検討したが条件に該当しないため、上記 13 のプロダクトが分析対象となった。

次に、医療プロフェッショナリズム概念を抽出するために、選択された 13 のプロダクトについてその内容を精査し、コーディング作業を行った。コーディングされたワードまたは文章を意味内容に基づいて抽象化し、カテゴリ化する。たとえば、”GMP 2015”には No.14 に、”You must recognise and work within the limits of your competence（自身の能力の限界を認識し、その範囲内で働かなくてはならない）”という項目がある。これに｛能力の限界を認識する｝という暫定的な「コード」名をつける。また、”CanMEDS 2015”には”(Physicians are able to) Identify opportunities for learning and improvement by regularly reflecting on and assessing their performance using various internal and external data sources”という項目がある。これには｛パフォーマンスを振り返る｝というコードを暫定的につける。このようなコード化をすべてのプロダクトにおいて行い、類似したコードを集約する過程でコード名が洗練され、最終的には｛自身の言動や行為についてのピアレビューやフィードバックを求める｝、｛パフォーマンスを振り返る｝、｛自分の知識や能力・役割の限界・不足を正しく認識している｝の 3 つのコードが生成される。

生成されたコードは、KJ 法[71]の手法を援用して概念の抽象化が図られる。まず、すべてのコードをカード化し、カードの中から意味内容が近いコードを集めてグループ化する。グループ化したカードにはその集合体の意味を表す「表札」をつける。これが「カテゴリ」となる。次に、「表札」の意味内容が近いものをさらにグループ化して、その集合体の意味を表す「表札（大)」をつける。これを本研究では「領域」とした。さらに「表札（大)」をグループ化して「分野」とした。最後に、コードの段階に遡って、抽象化の過程を確認し、表札名を変更したり、帰属するグループを変更する作業を繰り返して、帰

納的、演繹的に医療プロフェッショナリズム概念を抽出した。

たとえば、上記の｛自身の言動や行為についてのピアレビューやフィードバックを求める｝、｛パフォーマンスを振り返る｝、｛自分の知識や能力・役割の限界・不足を正しく認識している｝の 3 コードは『内省・省察的実践』という表札（カテゴリ）が作成され、『内省・省察的実践』のカテゴリは『品性・誠実さ・思いやり』、『自己管理』、『コミュニケーション技術』、『継続学習・キャリア開発』の他の 4 つのカテゴリと統合されて、大表札（領域）［医療専門職の人格形成と社会的スキル］が抽出される。さらに、領域［医療専門職の人格形成と社会的スキル］と領域［高いスキルと知識に基づく実践］によって、分野＜医療専門職の基盤となる人格形成と知識・スキル＞が構築される。このように 13 のプロダクトを精査し、帰納的に概念を抽象化するとともに、抽象化された概念を演繹的に整理する過程を繰り返し、90 のコード、21 のカテゴリ、7 の領域、3 の分野からなる医療プロフェッショナリズム概念を抽出した（表 2)。

13 の各プロダクトにおいて、抽出された各コードに関する言及の有無について表 3 に示した。医療プロフェッショナリズム概念は、コードのレベルにおいては医師のみ、看護師のみ、理学療法士のみで言及された内容があるものの、カテゴリにおいては特定の職種のみで言及されたものはなかった。カテゴリ『マス･メディアの利用と情報提供のあり方』が看護師のプロダクトで言及がなかったものの、それ以外はすべてのカテゴリにおいて 3 職種いずれかのプロダクトで言及があった。すなわち、本研究で抽出された医療プロフェッショナリズム概念は、概ね三職種共通の概念であることが示された。

カテゴリ『マス・メディアの利用と情報提供のあり方』、はマス・メディアへの誠実・公正な対応とマス・メディア（広告を含む）への正確な情報提供を示している。たとえば”医師の職業倫理指針”では第四領域「医師以外の関係者との関係」において、「医師が医学的知識を公衆に対し伝達し説明する際には、まず学問的に十分な根拠をもった代表的意見を提供するよう努めるべきである。その発言は品位をもって行われなければならないし、自己宣伝は慎まなければならない。」と記されている。

また、理学療法士のプロダクトである”CSP code 2011”では、第二原則「倫理的振る舞い」において、「特定のサービスや製品を推薦、広告、提供、販売する時は専門職としての信頼に足る判断を用いる」と述べられている。しかし、看護師ではこのカテゴリに関する言及は認められなかった。医師に比較してマス・メディアに医療・健康情報を発信したり、特定のサービスや製品を推薦したりする機会が少ないことがその一因として考えら

表2. 各プロダクトの内容から抽出した医療プロフェッショナリズム概念

| 分野 | 領域 | カテゴリ | コード |
|---|---|---|---|
| 医療専門職の基盤となる人格形成と知識・スキル | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 品性・誠実さ・思いやり | 適切な接遇や言葉遣い |
| | | | 品性のある行動、知識を保つ |
| | | | 嘘をつかない、信頼できる人であること |
| | | | 知的謙虚さを保つ |
| | | 自己管理 | 自身の健康状態に留意し、維持・向上を図る |
| | | | 時間に正確である |
| | | コミュニケーション技術 | 効果的なコミュニケーションを行う |
| | | | 傾聴の姿勢 |
| | | 継続学習・キャリア開発 | 専門職として継続的に学習することの必要性を認識している |
| | | | 専門職として成長を続けることを追い求める |
| | | | キャリアプランを作成し実行する |
| | | 内省・省察的実践 | 自身の言動や行為についてのピアレビューやフィードバックを求める |
| | | | パフォーマンスを振り返る |
| | | | 自分の知識や能力・役割の限界・不足を正しく認識している |
| | 高いスキルと知識に基づく専門職的実践 | 高いスキルと知識に基づく実践 | 高いレベルのスキルと医学知識を保持し、それを発揮する |
| | | | 科学的根拠に基づいた意思決定、実践を行う |
| | | | 効率の良い、効果的なケアを提供する |
| | | | 科学の発展、新しい知識の創造のために研究活動を行う |
| | | | 治療/ケアに関する最新の情報を収集し、臨床に適用する |
| | | | 安全な医療を提供する |
| | | | 治療/ケアの結果の不確実性を理解している |
| | | 自律性の発揮 | 専門職として自律した学習、活動を行う |
| | | | 自律がもたらす責任を引き受ける |
| 患者・自職種・多職種との相互作用 | 患者中心のケアの提供 | 患者中心主義 | 患者のwell-being（幸福・健康な状態）を最大に高めることに治療・ケアの焦点を当てる |
| | | | 患者の利益、患者の意向を尊重した治療・ケアを提供する |
| | | | 患者との信頼関係やパートナーシップを確立した上で治療/ケアを提供する |
| | | | 患者にわかりやすい、正確な情報提供や説明を行う |
| | | | 患者にとって必要なときに連絡がつく状況を維持する |
| | | | 患者の期待を超えるサービスを提供する |
| | | | 患者が他の医師や医療専門職の意見を聞くことを尊重する |
| | | | 誤りがあったときには誠実に謝罪する |
| | | 患者の自律性を高める、支援する働きかけ | セルフケアを支援・エンパワーする |
| | | | 患者が自己決定できるように支援する |
| | | | 患者の自律性を尊重する |
| | | | 知識の獲得、アドヒアランス（コンコーダンス）を支援する |
| | | | 患者との適切な距離・関係を保つ |
| | | 一人間としての患者を理解し、関わる | 患者間の個人的文化的差異,価値観を尊重する |
| | | | 患者の権利、人間の権利を尊重する |
| | | | 患者の品位、尊厳を守る |
| | | | 学習スタイル、言語、認知能力などの個人差を考慮した対応ができる |
| | | | 患者の感情を理解して、思いやりのある行動をとる |
| | | | 患者の個人特性(性別・社会経済的状態など）にとらわれずに患者と関わりを持つ |
| | 専門職との連携・協働 | 多職種協働 | 他職種との協働に参加する |
| | | | 異なる価値観や信念を持った人と協働する |
| | | | チームの一員としてリーダーシップ/責任をとる |
| | | | 多職種で共有すべき患者情報の内容と範囲の判断ができる |
| | | | 他の医療者が必要なときに連絡がつく状況を維持する |
| | | | 職種間の調整を行い、緊張状態を緩和する |
| | | | 他職種の専門性や能力を見積もることができる |
| | | | 他職種に業務を引き継ぐ・委譲する判断を行い確実に実施する |
| | | | 施設間の患者の引き継ぎや移送を確実に、安全に実施する |
| | | | 他職種によるケア/治療の成果を的確に評価し、必要に応じて指導する |
| | | 自職種協働 | 同職種のスキル、価値観、能力に敬意を払う |
| | | | 必要に応じて他の同職種に連絡/報告/相談を行う |
| | | | 同僚にサポート、アドバイスをする |
| | | | 後進の教育やメンターを引き受ける |
| | | | 同職種間の調整を行い、緊張状態を緩和する |
| | | | 他の自（同）職種の治療/ケアを確認し、必要に応じて指導する |
| | 組織環境の整備 | ケアのための組織環境の整備 | 質の高い治療/ケアのための職場環境の整備 |
| | | | 文化の共有の推進 |
| | | 安全な医療の提供とその推進 | オープンで安全な文化を推進し奨励する（組織文化） |
| | | | 安全環境を整備し監視する |
| | | | 組織の質改善、安全活動に従事する |

（つづく）

表2. 各プロダクトの内容から抽出した医療プロフェッショナリズム概念（つづき）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 社会的責任を果たす | コミュニティ、専門職集団、社会への貢献 | 自職種の専門職集団への帰属・貢献 | 専門職集団の治療/ケアの質向上/改善に寄与する |
| | | | 専門職集団としての発展に寄与する |
| | | | 公衆と自職種の信頼関係を強める活動を行う |
| | | | 専門職組織へのメンバーシップを維持する |
| | | 地域の保健医療福祉活動に対する理解と貢献 | 地域医療・保健・福祉の活動に寄与する |
| | | | 地域医療・保健・福祉の専門職・施設との連携を深める |
| | | | 公衆衛生/予防医学の促進 |
| | | | 社会のニーズを認識しそれに応える責任を持つ |
| | | | 保健・医療・福祉制度について理解している |
| | | 健康政策への寄与 | 保健・医療・福祉の社会政策の形成に寄与する |
| | | | 政治的活動に寄与する |
| | | | 国際的な健康問題への寄与 |
| | | | 公的機関への協力 |
| | | マス・メディアの利用と情報提供のあり方 | マス・メディアへの誠実・公正な対応 |
| | | | マス・メディアや広告への正確な情報提供 |
| | 法や倫理綱領を理解し、社会的責任を全うする | 法や倫理綱領を守る | それぞれの専門職に適用される法、規則を守る |
| | | | 倫理的に適切と言える意思決定を行う |
| | | | 診療記録や研究データの改ざん、その他不正な書類の作成を行わない |
| | | | 臨床研究を行う場合、患者への説明や同意など、十分な倫理的な配慮を行う |
| | | 個人情報の適切な利用と保護 | 患者の情報(プライバシーに関わる情報を含む)を守秘する |
| | | | 多職種で共有すべき患者情報の内容と範囲の判断ができる |
| | | 医療専門職としての社会的責任を果たす | 自己の利益のために医療専門職の地位や立場を利用しない |
| | | | 患者や社会との信頼の上に職業が成り立っていることを受け入れる |
| | | | 患者から不当な報酬や謝礼をもらわない |
| | | | 診療記録に的確な内容を記し、確実に保存を行う |
| | | | 効率的な医療資源の利用、公平な配分を意識した実践を行う |
| | | | 勤務時間外における専門職としての責務 |

表3. 各プロダクトと抽出されたコードとの対応関係

| 分野 | 領域 | カテゴリ | コード | 医師 | | | | | | | 看護師 | | | | 理学療法士 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 1. 医師憲章 | 2.GMP | 3.CanMEDS | 4.医師の職業倫理指針 | 5.医学教育学会 | 6.WMA | 7.Stern | 8.ICN | 9.ANA | 10.日本看護協会 | 11.Miller | 12..APTA | 13.CSP |
| 医療専門職の基盤となる人格形成と知識・スキル | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 品性・良識・誠実さ | 適切な接遇や言葉遣い | | ○ | | ○ | | ○ | | | | ○ | | | |
| | | | 品性のある行動、知識を保つ | | | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | | | |
| | | | 嘘をつかない、信頼できる人であること | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ |
| | | | 知的謙虚さを保つ | | ○ | ○ | | | ○ | | | | ○ | | ○ | ○ |
| | | 自己管理 | 自身の健康状態に留意し、維持・向上を図る | | ○ | ○ | | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | | | |
| | | | 時間に正確である | | | ○ | | ○ | | | | | | | | |
| | | コミュニケーション技術 | 効果的なコミュニケーションを行う | | ○ | ○ | | ○ | ○ | | | ○ | | ○ | ○ | ○ |
| | | | 傾聴の姿勢 | | ○ | ○ | | ○ | | | | | | | | |
| | | 継続学習・キャリア開発 | 専門職として継続的に学習することの必要性を認識している | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | |
| | | | 専門職として成長を続けることを追い求める | | ○ | ○ | | | | | ○ | | ○ | | | ○ |
| | | | キャリアプランを作成し実行する | | ○ | ○ | | ○ | | | | ○ | | | | |
| | | 内省・省察的実践 | 自身の行為やケアについてのピアレビューやフィードバックを求める | | ○ | ○ | | ○ | | | | ○ | | | ○ | |
| | | | パフォーマンスを振り返る | | ○ | ○ | ○ | ○ | | | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ |
| | | | 自分の知識や能力・役割の限界・不足を正しく認識している | | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | ○ | ○ | | ○ | ○ |
| | 高いスキルと知識に基づく専門職的実践 | 高いスキルと知識に基づく専門職的実践 | 高いレベルのスキルと医学知識を保持し、それを発揮する | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | | | 科学的根拠に基づいた意思決定、実践を行う | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ |
| | | | 効率の良い、効果的なケアを提供する | ○ | ○ | ○ | | | ○ | ○ | | ○ | | | ○ | ○ |
| | | | 科学の発展、新しい知識の創造のために研究活動を行う | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | | | 治療/ケアに関する最新の情報を収集し、臨床に適用する | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ |
| | | | 安全な医療を提供する | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| | | | 治療/ケアの結果の不確実性を理解している | | ○ | ○ | | ○ | ○ | | | | | | ○ | ○ |
| | | 自律性の発揮 | 専門職として自律した学習、活動を行う | ○ | | ○ | | ○ | ○ | | | ○ | | | | ○ |
| | | | 自律がもたらす責任を引き受ける | | | | | | | | | ○ | | | | ○ |

（つづく）

注 ◯:コードに関連する2つ以上のステートメントが存在する

◯:コードに関連する1つのステートメントが存在する

表3. 各プロダクトと抽出されたコードとの対応関係（つづき）

| 分野 | 領域 | カテゴリ | コード | 医師 | | | | | | | 看護師 | | | | 理学療法士 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 1. 医師憲章 | 2.GMP | 3.CanMEDS | 4.医師の職業倫理指針 | 5.医学教育学会 | 6.WMA | 7.Stern | 8.ICN | 9.ANA | 10.日本看護協会 | 11.Miller | 12..APTA | 13.CSP |
| 患者・自職種・多職種との相互作用 | 患者中心主義 | 患者中心主義 | 患者のwell-being（幸福・健康な状態）を最大に高めることに治療/ケアの焦点を当てる | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ |
| | | | 患者の利益、患者の意向を尊重した治療・ケアを提供する | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ |
| | | | 患者との信頼関係やパートナーシップを確立した上で治療/ケアを提供する | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ |
| | | | 患者にわかりやすい、正確な情報提供や説明を行う | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | ○ |
| | | | 患者にとって必要なときに連絡がつく状況を維持する | | ○ | | | | | | | | | | | |
| | | | 患者の期待を超えるサービスを提供する | ○ | | | | | | | | | | | | |
| | | | 患者が他の医師や医療専門職の意見を聞くことを尊重する | | ○ | | ○ | | ○ | | | | | | | |
| | | | 誤りがあったときには誠実に謝罪する | ○ | ○ | | ○ | | | | | | | | | |
| | | 患者の自律性を高める、支援する働きかけ | セルフケアを支援・エンパワーする | | ○ | | | ○ | | | | ○ | | | ○ | ○ |
| | | | 患者が自己決定できるように支援する | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ |
| | | | 患者の自律性を尊重する | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | | | ○ | | | | ○ |
| | | | 知識の獲得、アドヒアランス（コンコーダンス）を支援する | | | | ○ | | | | | | | | | |
| | | | 患者との適切な距離・関係を保つ | ○ | ○ | | | | | | | | | | | |
| | | 一人間としての患者を理解し、関わる | 患者間の個人的文化的差異,価値観を尊重する | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ |
| | | | 患者の権利、人間の権利を尊重する | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ |
| | | | 患者の品位、尊厳を守る | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ |
| | | | 学習スタイル、言語、認知能力などの個人差を考慮した対応ができる | | ○ | | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ |
| | | | 患者の感情を理解して、思いやりのある行動をとる | | | ○ | | ○ | ○ | ○ | | ○ | | | ○ | ○ |
| | | | 患者の個人特性(性別・社会経済的状態など）にとらわれずに患者と関わりを持つ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ |
| | 専門職との連携・協働 | 多職種協働 | 他職種との協働に参加する | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ |
| | | | 異なる価値観や信念を持った人と協働する | | | ○ | | ○ | ○ | | | ○ | | | | |
| | | | チームの一員としてリーダーシップ/責任をとる | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | ○ | | | | ○ |
| | | | 多職種で共有すべき患者情報の内容と範囲の判断ができる | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | ○ | | ○ | ○ |
| | | | 他の医療者が必要なときに連絡がつく状況を維持する | | ○ | | | | | | | | | | | |
| | | | 職種間の調整を行い、緊張状態を緩和する | | | ○ | | | ○ | | ○ | ○ | | | | |
| | | | 他職種の専門性や能力を見積もることができる | | | ○ | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | | |
| | | | 他職種に業務を引き継ぐ・委譲する判断を行い確実に実施する | | ○ | ○ | ○ | | | | | ○ | | | ○ | ○ |
| | | | 施設間の患者の引き継ぎや移送を確実に、安全に実施する | | ○ | ○ | | | | | | | | | | |
| | | | 他職種によるケア/治療の成果を的確に評価し、必要に応じて指導する | | ○ | | | | | ○ | ○ | | ○ | | | |
| | | 自職種協働 | 同職種のスキル、価値観、能力に敬意を払う | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ |
| | | | 必要に応じて他の同職種に連絡/報告/相談を行う | ○ | ○ | ○ | | | ○ | | | ○ | | | | ○ |
| | | | 同僚にサポート、アドバイスをする | | ○ | | ○ | | | | ○ | | | | | ○ |
| | | | 後進の教育やメンターを引き受ける | | ○ | ○ | | ○ | | | | | | ○ | ○ | ○ |
| | | | 同職種間の調整を行い、緊張状態を緩和する | | | ○ | ○ | | | | | | | | | |
| | | | 他の自（同）職種の治療/ケアを確認し、必要に応じて指導する | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | ○ | ○ | ○ | | | |
| | 組織環境の整備 | ケアのための組織環境の整備 | 質の高い治療/ケアのための職場環境の整備 | | ○ | ○ | | | | | ○ | ○ | | | | ○ |
| | | | 文化の共有の推進 | | ○ | ○ | | | | | ○ | ○ | | | | |
| | | 安全な医療の提供とその推進 | オープンで安全な文化を推進し奨励する（組織文化） | | ○ | ○ | | | | | ○ | ○ | | | | |
| | | | 安全環境を整備し監視する | | ○ | ○ | | | | | ○ | ○ | | | | ○ |
| | | | 組織の質改善、安全活動に従事する | ○ | ○ | ○ | | ○ | | | ○ | ○ | | | ○ | |

（つづく）

注 ○:コードに関連する2つ以上のステートメントが存在する

○:コードに関連する1つのステートメントが存在する

表3. 各プロダクトと抽出されたコードとの対応関係（つづき）

| 分野 | 領域 | カテゴリ | コード | 医師 | | | | | | | 看護師 | | | | 理学療法士 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 1. 医師憲章 | 2.GMP | 3.CanMEDS | 4.医師の職業倫理指針 | 5.医学教育学会 | 6.WMA | 7.Stern | 8.ICN | 9.ANA | 10.日本看護協会 | 11.Miller | 12..APTA | 13.CSP |
| 社会的責任を果たす | コミュニティ、専門職集団、社会への貢献 | 自職種の専門職集団への帰属・貢献 | 専門職集団の治療/ケアの質向上/改善に寄与する | ○ | | | | | | | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | | | 専門職集団としての発展に寄与する | ○ | | ○ | | | | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ |
| | | | 公衆と自職種の信頼関係を強める活動を行う | | ○ | | | | ○ | | | ○ | | | ○ | ○ |
| | | | 専門職組織へのメンバーシップを維持する | ○ | | | | | | | ○ | | ○ | | ○ | ○ |
| | | 地域の保健医療福祉活動に対する理解と貢献 | 地域医療/福祉の活動に寄与する | | | | | | | | | | | | ○ | ○ |
| | | | 地域医療福祉の専門職/施設との連携を深める | | | | ○ | | | | | ○ | | | | |
| | | | 公衆衛生/予防医学の促進 | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | | | ○ |
| | | | 社会のニーズを認識しそれに応える責任を持つ | | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ |
| | | | 医療/介護/福祉制度について理解している | | | ○ | ○ | ○ | ○ | | | ○ | | | ○ | ○ |
| | | 健康政策への寄与 | 保健/医療/福祉の社会政策の形成に寄与する | ○ | | | | | ○ | | | ○ | | | ○ | ○ |
| | | | 政治的活動に寄与する | | | | | | | | | | | | ○ | ○ |
| | | | 国際的な健康問題への寄与 | | | | ○ | | ○ | | | ○ | | | ○ | ○ |
| | | | 公的機関への協力 | | ○ | | ○ | | | | | | | | | |
| | | マスメディアの利用と情報提供のあ | マス・メディアへの誠実・公正な対応 | | ○ | | ○ | | | | | | | | | |
| | | | マス・メディアや広告への正確な情報提供 | | ○ | | ○ | | | | | | | | | |
| | 法や倫理綱領を理解し、社会的責任を全うする | 法や倫理綱領を守る | それぞれの専門職に適用される法、規則を守る | | ○ | ○ | ○ | | ○ | | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ |
| | | | 倫理的に適切と言える意思決定を行う | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | | | ○ | | ○ | | |
| | | | 診療記録や研究データの改ざん、その他不正な書類の作成を行わない | | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | | | |
| | | | 臨床研究を行う場合、患者への説明や同意など、十分な倫理的な配慮を行う | | ○ | | ○ | | ○ | | | | | | | |
| | | 個人情報の適切な利用と保護 | 患者の情報(プライバシーに関わる情報を含む)を守秘する | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | ○ | | ○ | | ○ | ○ |
| | | | 多職種で共有すべき患者情報の内容と範囲の判断ができる | | ○ | | ○ | | | | | | ○ | | | |
| | | 医療専門職としての社会的責任を果たす | 自己の利益のために医療専門職の地位や立場を利用しない | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | | | | | ○ | ○ |
| | | | 患者や社会との信頼の上に職業が成り立っていることを受け入れる | | ○ | | ○ | ○ | | | | | ○ | | | |
| | | | 患者から不当な報酬や謝礼をもらわない | | | | ○ | | | | | ○ | | | | |
| | | | 診療記録に的確な内容を記し、確実に保存を行う | | ○ | ○ | ○ | | ○ | | ○ | ○ | | | | ○ |
| | | | 効率的な医療資源の利用、公平な配分を意識した実践を行う | ○ | | | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | | | | |
| | | | 勤務時間外における専門職としての責務 | | ○ | | ○ | | | | | | | | ○ | ○ |

注 ◯:コードに関連する2つ以上のステートメントが存在する

◯:コードに関連する1つのステートメントが存在する

れる。訪問看護ステーション等の広告や専門看護師や認定看護師など看護職の専門分化により、看護職においても事業主として広告を打ったり、特定のサービス・製品を推奨したりする機会が今後増えることが予想される。よって、本研究では看護師のプロフェッショナリズムの構成にもこのカテゴリが必要であると考える。

## 第四節　医療プロフェッショナリズム概念の時代的変遷

本節では医療プロフェッショナリズム概念の時代的変遷を明らかにするために、前節の医療プロフェッショナリズム概念の抽出プロセスにおいて用いられた 13 のプロダクトと、さらにそのなかで改訂のプロセスが明示されているプロダクトを参照して、1990 年以降の医療プロフェッショナリズム概念の変遷を 7 つの領域別に考察する。

過去に遡って精査したプロダクトは 5 つである。第一に、英国 GMC の発行する”Good Medical Practice”である。”Good Medical Practice”は 1995 年に初めて公開され、その後、1998 年、2001 年、2006 年、2013 年に改訂されており、この全ての 5 バージョンの内容の推移を精査した。第二に、加国の”CanMEDS”である。”CanMEDS”は 1996 年に初めて制定され、その後 2005 年に改定、さらに 2015 年版が公開されており、これら 3 バージョンを検討した。第三に、米欧の 3 団体による 2002 年の共同声明である”医師憲章”を挙げる。ABIM は 1990 年に、臨床能力の構成要素としてのプロフェッショナリズムの評価をするための「プロジェクト・プロフェッショナリズム」（以下”ABIM1995”とする）を立ち上げ、1995 年にプロフェッショナリズムを構成する要素を明らかにしており、この 7 年間の変化を精査した。第四に、”ANA code”の 2001 年版と 2015 年版を精査した。

次項からは、第三節で抽出した医療プロフェッショナリズム概念の 7 つの領域別に、1990 年以降のプロフェッショナリズム概念の推移について分析、検討する。

### (1) 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル

領域［医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル］はカテゴリ『品性・誠実さ・思いやり』、『自己管理』、『コミュニケーション能力』、『継続学習・キャリア開発』、『内省・省察的実践』によって構成され、医療専門職の資質や内面的な充実・成長、基本的な対人スキルを含む領域である。”ABIM1995”は、1980 年代に「integrity（誠実さ）」、「respect（敬意）」、「compassion（共感）」などの「humanistic qualities（人間性）」を臨床能力の 1 要素として定義した。本研究における『品性・誠実さ・思いやり』のカテゴリは、医療プロフェッショナリズムにおいて比較的古くから重要視されている要素といえる。他の

カテゴリについても、少なくとも 1995 年前後のプロダクトにおいて何らかの言及が認められている。

### (2) 高いスキルと知識に基づく実践

領域［高いスキルと知識に基づく実践］は、『高いスキルと知識に基づく実践』と『自律性の発揮』の 2 つカテゴリと 9 つのコードで構成されている。”CanMEDS 1996”には、「科学的根拠（Evidence）に基づく標準的ケアを最新のものにしておく」、「科学的根拠に基づく医療（Evidence-based medicine：EBM）といった記載があり、2002 年の医師憲章には「科学的根拠に基づく知識の統合に責任がある」や「適切に科学的知識を利用する」といった記述がある。また、”ICN code 2012”においても「根拠に基づく実践（Evidence-based practice：EBP)」が明示されている。一方で、1995 年の”ABIM1995”にはプロフェッショナリズムの要素として卓越性（Excellence）は挙げられているものの、科学的根拠に関する記載は無い。また、”GMP2006”には、「入手できる最良の科学的根拠に基づいて効果的な治療を提供する」と書かれているが、それより以前のバージョンに科学的根拠にまつわる記述は無い。看護師や理学療法においては、EBM ではなく EBP として、”ANA code 2015”、” ICN code 2012”、”CSP code 2011”、”APTA values”の 2012 年版及び 2003 年版において記載がある。しかし、”ANA code 2001”や看護者の倫理綱領、”Miller モデル”にはその記載が無い。

EBM は、1991 年に加国の Guyatt[72] が書いた editorial がはじまりとされており、米国・英国で浸透したのは 1995 年前後である [73]。また、看護領域では 1997 年に雑誌「Evidence-based nursing」が刊行されており、医師における EBM と看護領域における EBP の隆盛のタイムラグはほとんど無いと考えられる。”CanMEDS 1996”における EBM の登場が例外的に早期であることを除けば、EBM・EBP が各職域に十分に浸透した 2000 年以降になって、「科学的根拠に基づく実践」が医療プロフェッショナリズムに含まれるようになったことが推察できる。

自律性については、従来、専門職論の観点から、専門職の有する 1 つの重要な特徴として「専門職的自律性（Professional autonomy)」が挙げられてきた。自律性は「独立しており、自由で、他からの指示を受けない、という特質ないし状態」[74] と定義される。専門職の自律性は、それぞれの専門職が質の高いケアを提供するために必要な要素（”ANA code 2015”）である。しかしながら、自律性の強調は、患者や他の医療専門職の意思決定を阻害することにつながるため、自律性は「他者への利益のために用いたり、自律性に伴

う責任を引き受ける（”CSP code 2011”）」等の限定がなされていたり、「医療専門職の自律性と患者の自律性の双方を尊重することによる衝突が危惧される(医の国際倫理綱領)」など、医療プロフェッショナリズムの要素としてとりわけ強調される要素ではなくなっている。次項で述べるが、自律性という言葉は、専門職の要件としてより、患者の自律性を重視するという文脈においてその言葉が使われるようになってきている。

### (3) 患者中心のケア提供

領域［患者中心のケア提供］は『患者中心主義』、『患者の自律性を高める、支援する働きかけ』、『一人間としての患者を理解し、関わる』の 3 カテゴリ、19 コードで構成されている。”医の国際倫理綱領”では、意思決定に対して患者が「関わる」こと、もしくは医師が患者を「巻き込む」必要性が述べられている。”GMP 1995”では、「患者のケアの決定について、患者が完全に関わる（involved）権利を尊重しなさい」と述べられている。2000 年以降のプロダクトではさらに踏み込んで、「患者の自律性」について述べられている。”医師憲章”では三原則の 1 つとして「患者の自律性に関する原則」を掲げ、「医師は治療に関するインフォームド・ディシジョンについて、患者をエンパワーしなくてはならない」と記されている。また、”ANA code 2015”においても、「患者の自律性（患者の意思決定の方法を尊重し、患者が多様な文化的な背景を持つことを認知する）をサポートする」ことが述べられている。2000 年以降、「自律性」は「専門職的自律性」の意味ではなく、患者の意思を尊重する意味で頻繁に用いられる言葉となっていることがわかる。患者の自律性を尊重し意思決定をいかに支援するかが、医療専門職の責務となってきている。

### (4) 専門職との連携・協働

領域「専門職との連携・協働」は 2 つのカテゴリ『多職種協働』、『自職種協働』と 16 のコードで構成される。他職種との連携･協働については、1995 年の”ABIM1995”には、同僚や他の職種への敬意について論じられているものの、チーム医療に関する具体的な記述はない。”GMP 1995”では、「多職種チームで建設的に働き、そのスキルと貢献に敬意を払う」ことや「チームでの意思決定」、「リーダーシップ」について述べられている。2000 年以降の他のプロダクトでも同様の記述があり、この 20 年における顕著な変化は認められない。しかし、他職種との協働について”CanMEDS 2015”では更に踏み込んで「協働の文化を支持するやり方で、理解を促し、差異を調整し、コンフリクトを解決するための戦略を実施する」と具体的な協働の指針が述べられている。同様に、”ICN code 2012”では「（多職種間での）機能の固有性や重複、多職種連携の緊張に気づき、コンフリクト・マ

ネジメントの戦略を作り出す」と記載されている。

多職種連携のコンピテンシーについて、Yamamoto らは[15]は 6 つの因子を挙げており、そのなかの第二因子「チーム運営のスキル（Team management skills)」、第五因子「チームの凝集性を高める態度（Attitudes that improve team cohesion)」が、上記の 2 つのプロダクトで述べられている内容に該当する。また、Interprofessional education collaborative(IPEC)[75]が提示している多職種協働のコア・コンピテンシーにおいても、第四領域の「Teams and teamwork」において多職種間のコンフリクトに対処する重要性が述べられている。具体的な連携・協働の調整活動やコンフリクト・マネジメントにまで踏み込んだ内容が、医療プロフェッショナリズム概念の一部として挙げられていることが近年の変化といえる。

施設間連携については、”CanMEDS 2015”では、医師の collaborator の役割として「Hand over（ハンド・オーバー)」が提示されている。「ハンド・オーバー」は、患者が他の医療専門職、施設、ステージに移行する際に、安全なケアの継続を容易にする引き継ぎのことである。この概念は”GMP 2015”にも「Continuity and coordination」の項で提示されている。また、医師の職業倫理指針（改訂版(2008))」では「引き継ぎ」は記されていないものの、医療関係職種や福祉職との連携の必要性は明示されている。「ハンド・オーバー」は”GMP 2006”、”CanMEDS 2005”には掲載されておらず、また、看護師や理学療法士のプロダクトには地域コミュニティとの連携に関する記載はあるものの、「ハンド・オーバー」やケア・マネジメントに関する記述は認められない。近年、本邦では救命救急センターにソーシャル・ワーカーが配置される [76] など、急性期病院においても施設外・施設間連携、ケア・マネジメントの重要性が高まっている。その背後には、急性期病院における在院日数短縮のなどの医療費抑制政策の影響があるが、すべての医療専門職における「ケア・マネジメント」や「ハンド・オーバー」に関わる能力、すなわち施設内連携から施設外連携までを視野に入れた多職種との連携が、医療専門職の能力として求められるようになってきた、という変化がうかがえる。

### (5) 組織環境の整備

領域［組織環境の整備］は『ケアのための組織環境の整備』と『安全な医療の提供とその推進』の 2 つのカテゴリで構成されている。”CSP code 2011”では、第 3 原則「効果的なサービスを提供する」において「安全で、ポジティブで、健康的な職場環境を維持・推進する」や、”ANA code 2015”では「安全文化を推進する専門職としての責任」について

明示されている。なかでも安全文化の推進は比較的新しいもので、”CanMEDS 1996”、”GMP 2006”以前にはそのような記載は認められない。医療における安全文化の普及・推進は 2000 年の”To err is human” [77] の出版が大きなきっかけの 1 つであることから、安全文化の普及・推進が医療専門職一人ひとりの役割、責務としてみなされるようになったのは 21 世紀に入ってからであるといえる。

### (6) コミュニティ、専門職集団、社会への貢献

領域［コミュニティ、専門職集団、社会への貢献］は『自職種の専門職集団への帰属・貢献』、『地域の保健医療福祉活動に対する理解と貢献』、『健康政策への寄与』、『マス・メディアの利用と情報提供のあり方』の 4 つのカテゴリによって構成される。

第三節で説明を加えたカテゴリ『マス・メディアの利用と情報提供のあり方』については、2000 年以前のプロダクトではメディアとの関係はほとんど触れられていない。”ANA code 2015”では、ソーシャル・メディアに関連した情報の秘匿について注意喚起がはかられているが、情報提供という視点では述べられていない。今後は、ソーシャル・メディアを用いた情報提供活動や広告活動の広がりが予測される。その効果は大きいがリスクもまた大きい [78] ことから、医療プロフェッショナリズム概念におけるこのカテゴリの重要性が増すことが予想される。

### (7) 法や倫理綱領を理解し、社会的責任を全うする

領域［法や倫理綱領を理解し、社会的責任を全うする］は『法や倫理綱領を守る』、『個人情報の適切な利用と保護』、『医療専門職としての社会的責任を果たす』の 3 つのカテゴリで構成される。この領域は 1990 年以後の様々なプロダクトにおいて言及されており、この 20 年において変化に乏しい医療プロフェッショナリズム概念であるといえる。

## 第五節　考察

### (1) 医療プロフェッショナリズム概念の構成

次に、本研究で抽出された医療プロフェッショナリズム概念に基づいて、本研究における医療プロフェッショナリズム概念を定義する(図 2)。本研究では医療プロフェッショナリズム概念を「医療専門職としての人格形成と知識・スキルを基盤とし、多職協働による患者中心のケアを提供し、また、ケア提供を通じて社会的責任を果たすための態度、価値観、行動様式」と定義した。具体的に説明すると、本研究で抽出された分野＜医療専門職の基盤となる人格形成と知識・スキル＞は、医療プロフェッショナリズムフェッショナリ

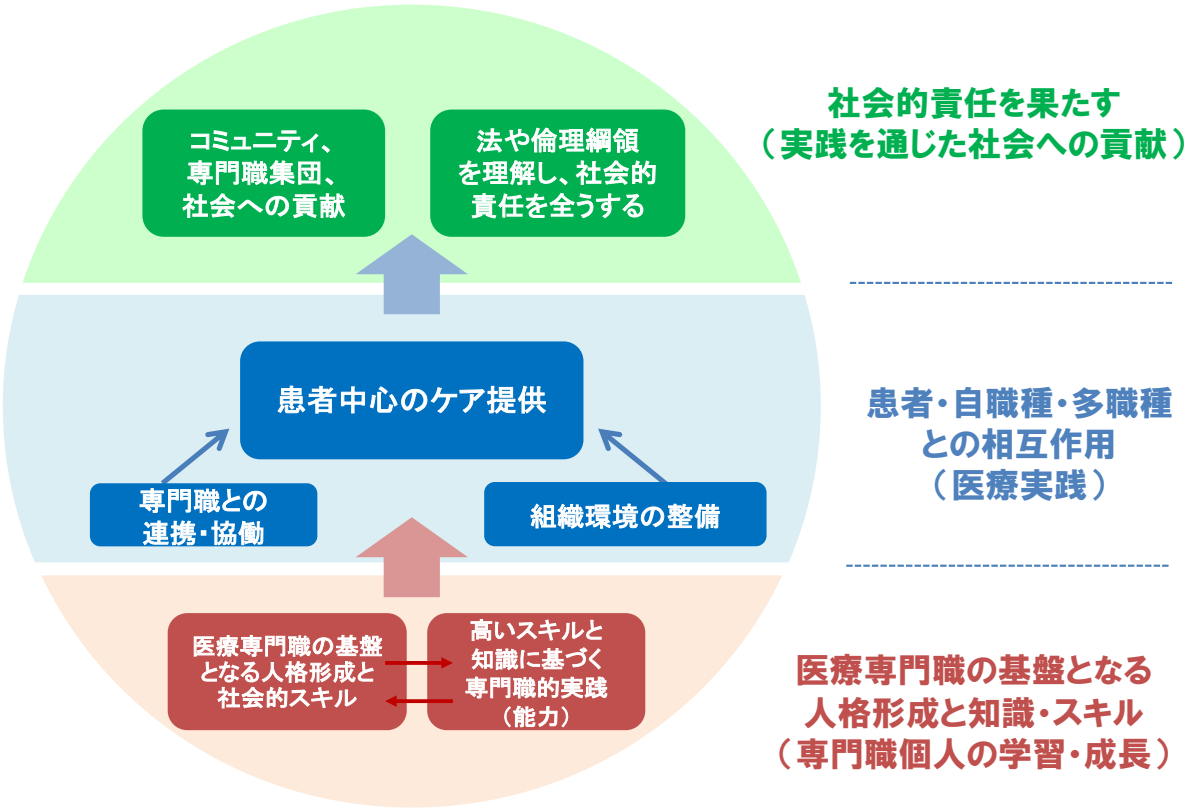


図2.本研究における医療プロフェッショナリズム概念

ズムの基盤となる構成概念である。この分野は［医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル］と［高いスキルと知識に基づく専門職的実践］の 2 領域で構成され、これら 2 つの領域は相互に関連し合っている。これらの基盤に基づき、＜患者・自職種・多職種との相互作用＞という医療実践が行われる。この医療実践は［患者中心のケア提供］を目的に、領域［専門職との連携・協働］、［組織環境の整備］の下支えによって遂行される。この医療実践を通じて、［コミュニティ、専門職集団、社会への貢献］、［法や倫理綱領を理解し、社会的責任を全うする］の社会的責任を果たす。以上のように定義をした。

次に 1990 年以降のプロフェッショナリズム概念の変遷について考察する。その結果、約 20 年間の医療プロフェッショナリズム概念の変化として、概念の拡大と転換があったと考えられる。第一に概念の拡大だが、「科学的根拠に基づく治療・ケア」、「多職種連携・協働におけるコンフリクト・マネジメント」、「ハンド・オーバー」、「安全文化の普及・推進」、「マス・メディアの利用と情報提供のあり方」といった概念がこの 20 年間に新たに付加された一方で、縮小・消滅したプロフェッショナリズム概念はなかった。医療専門職は新たな教育・学習方法と、それに伴う習得すべき医学知識の増大、施設内での連携や文

化の共有、他施設との連携、対外的な情報発信といった新しい役割・責務を担わなくてはならない。医療専門職における医療プロフェッショナリズム概念の拡大による役割・責任の付加は、医療専門職の自己定義であるとともに社会からの要請を反映したもの、またはその要請に対応したものと捉えることができる。

医学教育において学ぶべき知識は指数関数的に増加しており[79]、医学知識の増大、医療プロフェッショナリズム概念の拡大に対してどのような教育・学習方法により知識・能力を涵養すべきかが、今後の課題として指摘できる。また、医学知識の増大や専門分野の細分化・高度化は、新たな専門性、専門領域をも生み出している。例えば、「医療メディエーター」[80]、「リンクナース」[81-83,iv]、「医療安全管理責任者」[84]、「医師事務作業補助者」[85]といった新しい役割・専門領域の出現である。これらは職種として独立したものではなく、各専門職が拡張的に専門知識や技術を習得することによって付与される資格職である。これらの新しい専門領域の出現は問題解決を促進する一方で、新たな連携の問題を生み出すことも指摘できる。

第二に概念の転換だが、治療・ケアの意思決定に関する医療専門職の立ち位置が大きく変わってきていることが挙げられる。1990 年代の意思決定は、患者をいかに医療専門職の意思決定に参加させるかが課題であった。しかし、2000 年以降の意思決定は、いかにして患者の意思決定をサポートするか、すなわち患者の自律性を尊重することが医療専門職の役割として変化している。これを実現するには、意思決定の方法、あり方について十分な学習・教育をすることが、医療専門職と患者・市民の双方に求められる。とりわけ患者・市民に対しては、従来の知識提供型の患者教育ではなく、必要な情報を探索したり、知識を意思決定に活用したり、意思決定そのもののプロセスを学んでいく必要があるだろう。また、他の概念の転換としては、連携・協働の質の変化が挙げられる。施設内だけではなく施設外との連携・協働の機会や必要性が増し、連携・協働のためのより具体的なスキルや方法論が必要とされている。本研究で提示されたカテゴリやコードは、習得するべきスキルの目標として活用することができるだろう。

---

iv リンクナースとは、専門性の高い専門看護師・認定看護師・医師と患者・家族の間に立ち情報整理をしたり意思決定支援をするほか、専門職同士の連携・協働を推進する役割を担う[81]。

### (2) 医療プロフェッショナリズム概念と他職種のプロフェッショナリズム概念との比較

本項では、第三節で抽出した医療プロフェッショナリズム概念について、専門職と呼ばれる他の職種との比較を行い、医療プロフェッショナリズム概念の特徴について考察する。専門職の要件を高い基準で満たす専門職として医師、会計士、弁護士、建築家を挙げることができるが[86]、ここでは、本研究で取り扱っているプロフェッショナリズム概念に相応する米国建築家協会（AIA：American Institute of Architects）の”2017 Code of Ethics and Professional Conduct[87]”と、日本弁護士連合会の”弁護士職務基本規程[88]”との比較を行う。まず、本研究で抽出した医療専門職の医療プロフェッショナリズム概念を図 3、建築家のプロフェッショナリズム概念を図 4、弁護士のプロフェッショナリズム概念を図 5 としてまとめた。

本研究では、医療プロフェッショナリスム概念を＜医療専門職の基盤となる人格形成と知識・スキル＞、＜患者・自職種・多職種との相互作用＞、＜社会的責任を果たす＞の 3 つの分野から構成される概念と定義した。この 3 つの分野の存在は、建築家と弁護士においても認められるものであった。次に、領域単位で比較すると、[医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル]の領域では、3 職種は誠実さや品性が求められている職種であると言える。専門職的実践は、それぞれの職種における技術や知識を意味し、また、その職種の存在意義に関わる内容になっている。医療専門職においては、｛安全な医療を提供する｝、｛高いレベルのスキルと医学知識を保持し、それを発揮する｝、｛科学的根拠に基づいた意思決定、実践を行う｝といったコードに代表される、患者の生命や健康を守るという医療専門職の使命が、医療専門職の医療プロフェッショナリズムにおいて重大かつ 1 つの特徴として認められる。

クライアントまたは患者との関係においては、相手を尊重し、誠実に対応するという点は 3 職種共通のプロフェッショナリズム要素といえる。しかし、患者と医療者の関係は、建築家や弁護士のクライアントとの関係に比較して、患者の自律性やセルフケアの概念が強調されており、医療専門職は高度なコミュニケーション技術や患者との関係性をより深く構築することが求められている職種といえる。

［専門職との連携･協働］においては、『多職種協働』が医療専門職のプロフェッショナリズムの重要な要素であるといえる。建築家や弁護士においても、他職種との関わりや職場環境の整備は 1 つの要素として挙げられているものの、｛チームの一員としてリーダー

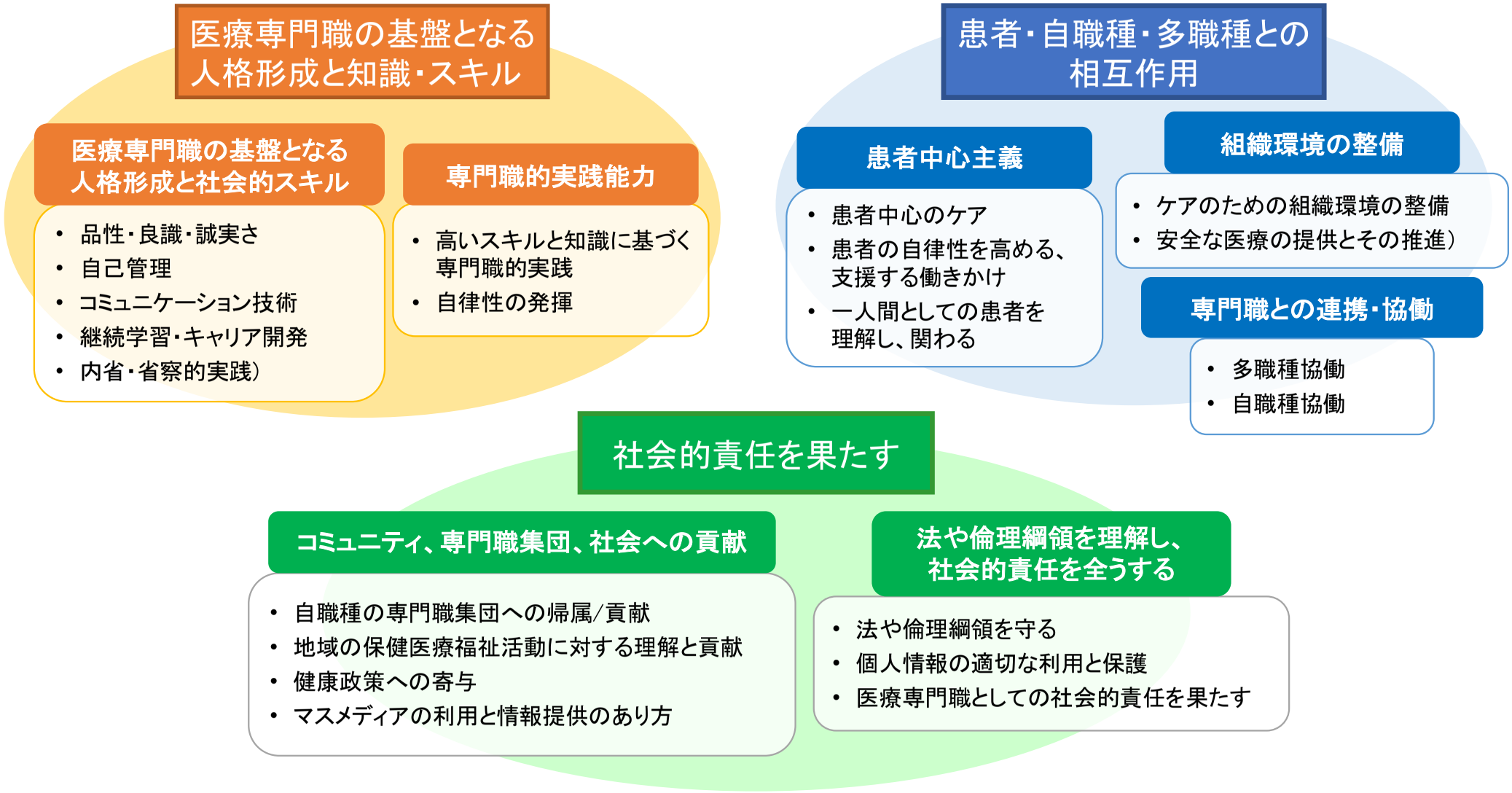


図3. 医療専門職のプロフェッショナリズムの要素

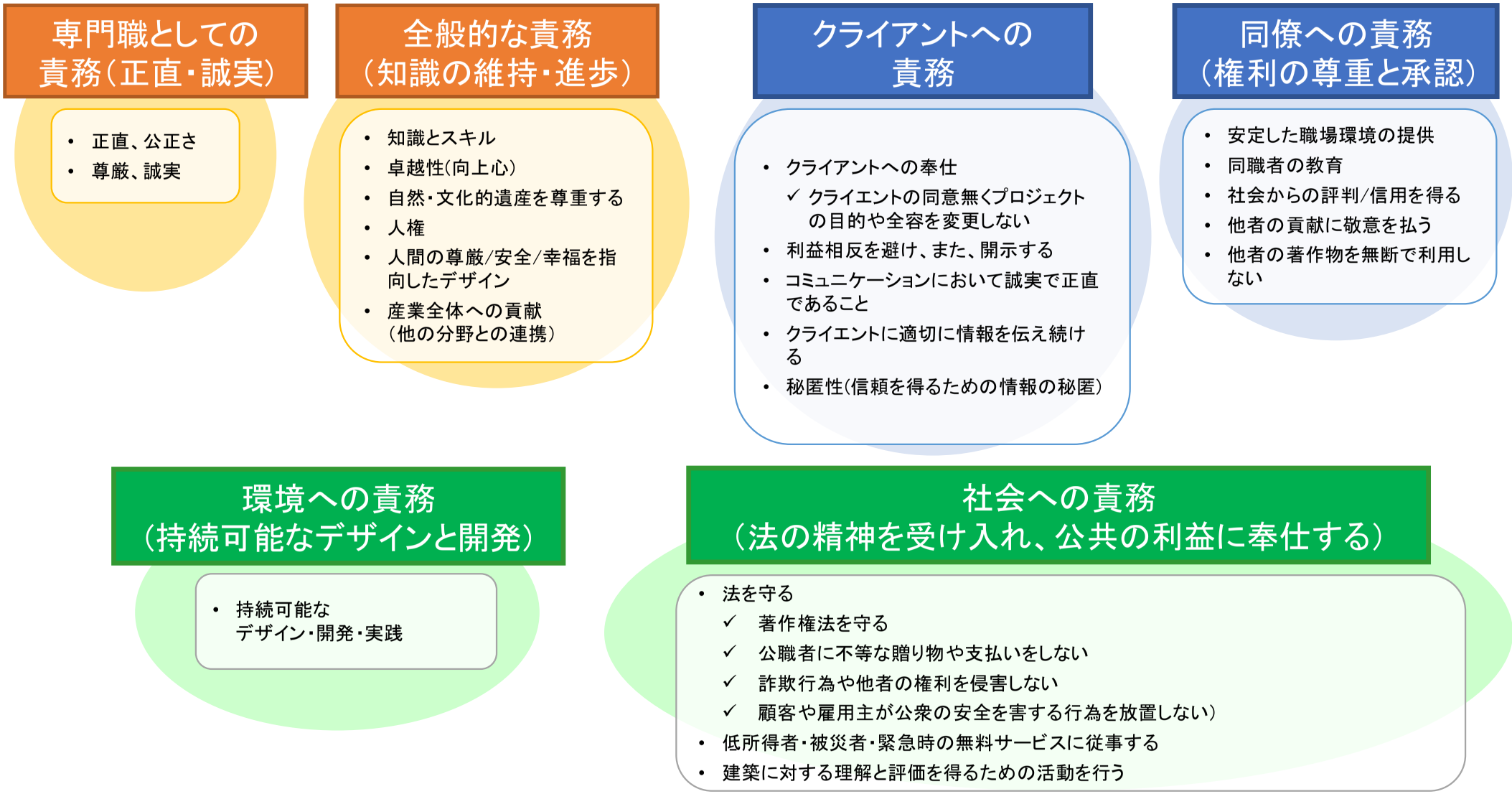


図4. 建築家のプロフェッショナリズムの要素

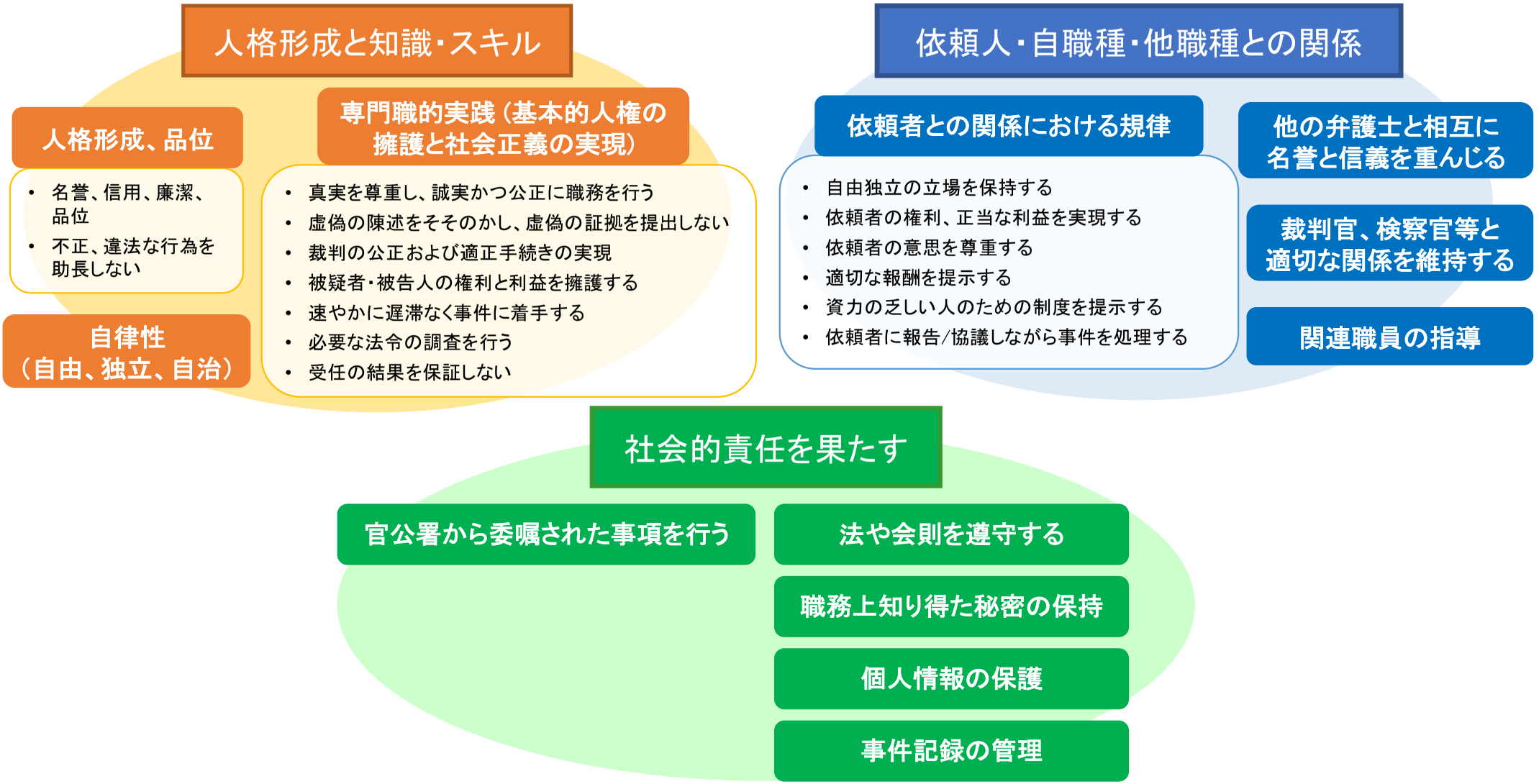


図5. 弁護士のプロフェッショナリズムの要素

シップ/責任をとる}、{職種間の調整を行い、緊張状態を緩和する} といったコードに見られるように、日常的に多職種チームでコミュニケーションをとり、意思決定を行うような活動は建築家や弁護士には認められない。

［コミュニティ、専門職集団、社会への貢献］の領域においては、{地域医療/福祉の活動に寄与する}、{地域医療福祉の専門職/施設との連携を深める} のコードが医療専門職において特徴的である。これは、医療が人の健康･病気に関わる営みであり、自施設の患者との場面的な関わりで完結しないことを示している。施設内だけではなく、施設外の保健福祉サービスや行政サービスを視野に入れたケア提供や、それらの施設との連携、地域サービスへの貢献など、地域を視野に入れた広い範囲の活動が医療専門職に求められるようになってきている。

### (3) 医療プロフェッショナリズム概念とジェネリック･スキルの比較

高等教育における学習アウトカムとして、経済産業省による「社会人基礎力」[89] や文部科学省中央教育審議会による「学士力」(2007：中央教育審議会）が提示されている。これらの能力は学士課程を通じて育成される大学生全般に習得が求められる能力で、ジェネリック・スキルともいわれている [90]（森田：2015)。松下 [91] は大学生のパフォーマンス評価の方向性について、標準化（一律の手順と評価方法）を指向する心理測定学的パラダイムと、大学・学科独自の評価基準を設定しようとするオルタナティブ・パラダイムがあることを述べている。心理測定学的パラダイムの 1 事例として CLA(Collegiate Learning Assessment）が挙げられている。CLA は米国の CAE（Council for Aid to Education）が開発した、学生の統合的な能力を評価するテストである。CLA は大学版 PISA（Programme for International Student Assessment）と呼ばれる OECD-AHELO（Assessment of Higher Education Learning Outcomes）のジェネリック・スキルの評価に採用されている。OECD-AHELO は教育の質を評価し学生の質を保証するための、大学生の卒業時の知識・技能・態度を評価する調査である。ジェネリック・スキルのテストは「批判的思考」、「分析的推論」、「問題解決」、「文章コミュニケーション」の 4 つの次元で評価するように構成されている。

また、日本国内では大学生のジェネリック・スキルを評価する方法として、学校法人河合塾と株式会社リアセックが開発した PROG（Progress Report on Generic Skills）が知られている [92]。PROG は、学生のジェネリック・スキルをリテラシーとコンピテンシーの 2 側面に分けており、リテラシーは知識を用いた「言語処理能力」、「非言語処理

能力」、「問題解決力（情報収集力、情報分析力、課題発見力、構想力)」等の要素によって構成される[93]。コンピテンシーは「対課題基礎力」、「対人基礎力」、「対自己基礎力」の 3 つの基礎力によって構成されている。

大学生に求められているジェネリック・スキルと本研究における医療プロフェッショナリズム概念を比較すると、ジェネリック・スキルは文字通り、より汎用的なコンピテンシーに位置づけられ、医療プロフェッショナリズム概念は医療専門職固有のコンピテンシーを表現している。例えば、PROG の対人基礎力は、親和力（円滑な人間関係を築く)、「協働力（協力的に仕事を進める)」、「統率力（場をよみ、目標に向かって組織を動かす)」によって構成されているが、これらは、後述する本研究の医療プロフェッショナリズム評価尺度（レベル 2）における第二因子「患者中心のケア提供」、第四因子「連携・協働」、第五因子「人間関係の構築」に対応した内容である。OECD-AHELO の「批判的思考」、「分析的推論」、「問題解決」や PROG の「問題解決力」は、本研究レベル 2 尺度の第一因子「安全で質の高いケア提供」や第二因子「患者中心のケア提供」の能力の基盤にあるものとして位置づけられると考えられる。

また、松下は[91]、オルタナティブ・パラダイムを指向する 1 例として米国のリベラルアーツ・カレッジであるアルヴァーノ・カレッジの評価フレームワークを挙げている。ここでは、「社会的インタラクション」、「効果的な市民参加」、「グルーバルな視野の発達」、「美的な関わり」など、リベラルアーツ系・カレッジとしての独特な能力評価が行われている。本研究におけるレベル 2 尺度の第六因子「コミュニティヘルスへの関心」、第七因子「倫理、社会的責任」は医療専門職独自のコンピテンシーのように見えるが、「自身（の仕事）と社会との相互作用」というジェネリック・スキルの延長上にあるコンピテンシーに位置づけられると考察できる。

現状では、大学生に涵養が求められるジェネリック・スキルと本研究の医療プロフェッショナリズムの関係は推論に過ぎず、今後、客観的な評価によってその関係性を明らかにすることが求められるだろう。それにより、一般教養教育や早期体験型教育(early exposure)の方法、さらには入学試験の方法に対する示唆を得ることができると考えられる。

# 第三章　医療プロフェッショナリズム評価尺度の開発

## 第一節　尺度開発の目的及び概要

第一章第三節で述べたように、医療プロフェッショナリズムの評価にはいくつかの尺度が用いられているものの、妥当性、信頼性が十分に確保され、教育評価の研究に耐えうる評価尺度は存在していない。そこで本章では医療プロフェッショナリズム評価尺度を独自に開発し、教育実践の評価（第五章）に活用する。尺度開発の流れについては、図 6 に全体像を提示した。まず、医療プロフェッショナリズム概念を抽出し（第一章・第二章）、尺度項目の原型となるアイテムプールを作成する（第三章第二節）。アイテムプールから実際に調査する質問項目を選び出し調査を行う。

尺度の開発にあたって、評価される学生のレディネスに応じて 2 つの尺度を開発することとした（第三節・第四節・第五節）。大学設置基準第 25 条に示されているように、大学教育は講義、演習、実験、実習、実技の授業方法でカリキュラムが構成されているが、医療専門職の高等教育は概ね、講義（知識の習得）、演習（知識の応用、技術の習得）、実習（患者を対象にした実践）の 3 段階で組まれている。医療専門職の教育段階において大

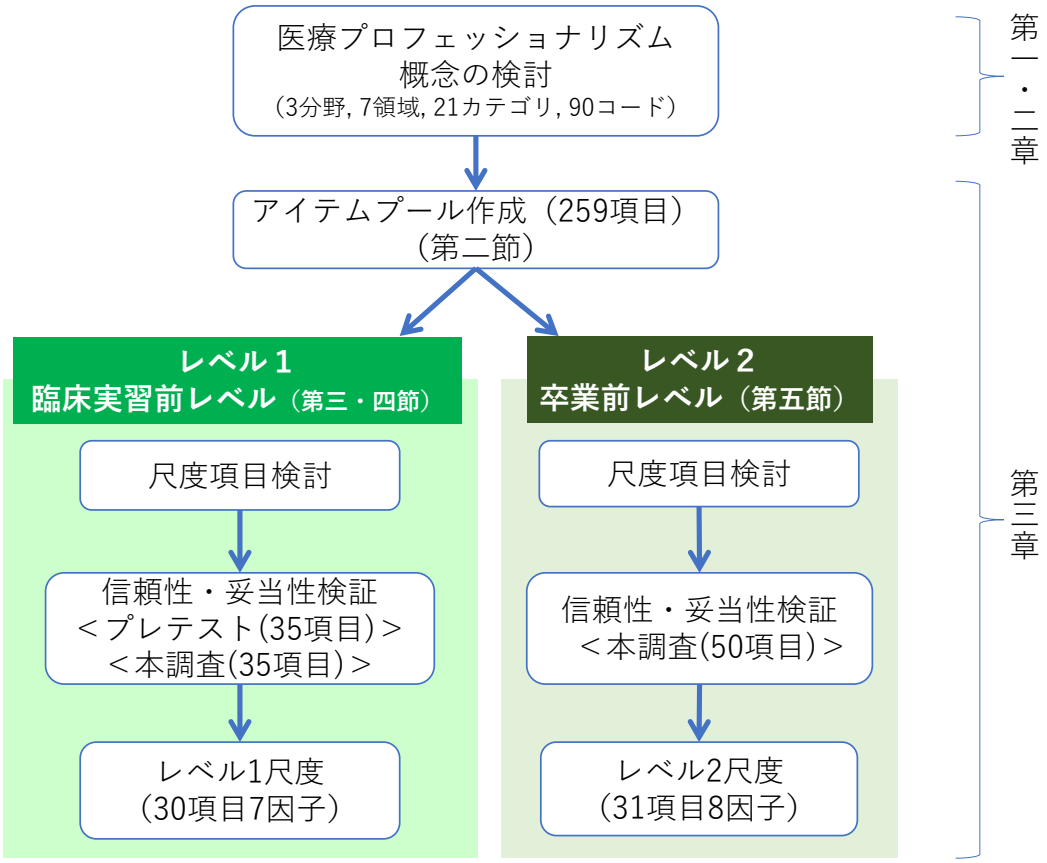


図6.尺度開発のプロセス

きな転機となるのは、実際の患者を対象とした臨床実習科目の開始である。たとえば慶応大学医学部では五年生の臨床実習開始時に白衣式を行い、プロフェッショナルとしての自覚を促す契機としている[94]。札幌医科大学医学部においても、プロフェッショナリズム教育の一環として同時期に学生に Student Physician（SP）章を授与し式典を行っており[95]、他大学においても同様の取り組みが見られる[96]。臨床実習はこれまで学習してきた知識と技術を駆使して専門職としての実践を行う、統合的な学習に位置づけられる。

以上により、本研究ではこの臨床実習が開始するまでに学生が到達・涵養すべき医療プロフェッショナリズムをレベル 1 とし、卒業時に学生が到達・涵養すべき医療プロフェッショナリズムをレベル 2 として、2 つの医療プロフェッショナリズム尺度を開発することとした。近年では大学入学早期から体験型の臨床実習をカリキュラムに取り入れている大学も多く見られるが[97-99]、本格的な臨床実習は六年制である医学部医学科においては五年次から、主として四年制カリキュラムとなっている他の医療専門職では三年次後期から開始されるため、その時期の前までの学生を対象とした評価尺度をレベル 1、それ以降卒業時までの学生を対象とした評価尺度をレベル 2 とした。

## 第二節　アイテムプールの作成

医療プロフェッショナリズム評価尺度の作成にあたって、まず尺度項目の候補となるアイテムプールを作成した。第二章で抽出した医療プロフェッショナリズム概念（表 2）の 90 コードを吟味し、1 つのコードに最低 1 つの質問項目を作成した。例えば、分野＜社会的責任を果たす＞内の領域［法や倫理綱領を理解し、社会的責任を全うする］内の、カテゴリ『個人情報の適切な利用と保護』内の、コード｛患者の情報(プライバシーに関わる情報を含む)を守秘する｝に対し、「他人の秘密やプライバシーに関わる情報は絶対に他言しない」、「守秘義務を果たし、プライバシーに配慮できる」、「実習等で知り得た患者の情報を、友人や家族などに話さない」の 3 つの項目を作成した。

著者が候補となるすべての質問項目案を作成した上で、著者を含む 7 名の作業グループ（医学教育に精通する医師 5 名、医学教育学を専門とする教員 2 名）でアイテムプールを精査し、項目の改変および追加の作業を行った。その結果 259 のアイテムプールを作成した。アイテムプールには尺度の最終項目数の 3-4 倍以上の項目数が必要[100]とされているが、後述するように、最終的に使用された尺度の項目数は 53 項目（レベル 1 尺度が 30 項目、レベル 2 尺度が 31 項目で、両レベルに重複して用いられているのが 8 項目）

であり、アイテムプールの 259 項目という数は概ね妥当な項目数と言える。

## 第三節　レベル 1 尺度（臨床実習前レベル）の開発：プレテスト

本節では、第二節で作成したアイテムプールの項目を用いて、医療系の大学生を対象とした、無記名自記式調査票を用いた質問紙調査を行い、レベル 1 尺度を構成する質問項目の基礎を作る。

### (1) 方法

#### 1） 研究デザイン

研究デザインは、無記名自記式調査票を用いた集合調査による横断研究である。調査時期は 2016 年 4 月（A 大学）および 6 月（B 大学）である。

#### 2） 対象

対象は A 大学の 8 学科（薬学科、歯学科、看護学科、臨床福祉学科、臨床心理学科、理学療法学科、作業療法学科、言語聴覚療法学科）の一年生 679 名、A 大学歯学部附属歯科衛生士専門学校の一年生 35 名、B 大学医学部医学科の一年生 110 名とした。A 大学の 8 学科と歯学部附属歯科衛生士専門学校の一年生は IPE に関わる必修の合同教育の科目があり、その科目の講義開始前に調査票への記入を依頼し、回収した。B 大学医学部医学科一年生においても必修の IPE に関わる科目があり、その科目の講義終了後に調査票への記入を依頼し、回収した。

#### 3） 調査項目

基本属性として学部・学科、学年、性別を調査した。第二節で作成したアイテムプールから医療プロフェッショナリズム（レベル 1）に相当する 35 項目を選択し、調査項目とした。アイテムプール 259 項目から 35 項目を選択する際は、①レベル 1 段階の学生のレディネス、すなわち臨床実習で実際の患者と接するに値する学生のありかたを評価できる項目を選択する、レベル 1 段階の学生のレディネスとして適切な項目を選択する、②1 カテゴリから 1 項目以上を選択する、③領域の概念が包含されるように項目を選択する、以上の 3 点を基準に項目を選択し、第二節で述べた 7 人の作業グループで最終的に項目を検討した。その結果、3 分野 6 領域 14 カテゴリに該当する 35 項目をプレテストの調査項目として選択した（表 4）。第二章で抽出した医療プロフェッショナリズム概念（3 分野・7 領域・21 カテゴリ）から質問項目が選択されなかった領域及びカテゴリは、1 領域〈組織環境の整備〉と 7 カテゴリ『自律性の発揮』、『一人間として患者を理解し、関わ

表4. 医療プロフェッショナリズム評価項目（プレテスト・レベル1・35項目）

| 項目ID | 項目 | 該当する医療プロフェッショナリズム概念 | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | コード | カテゴリ | 領域 | 分野 |
| 1 | 状況や立場に応じた言葉遣いや態度を取ることができる | 適切な接遇や言葉遣い | 品性・誠実さ・思いやり | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 医療専門職者の基盤となる能力 |
| 2 | 幅広い教養を身につけている | 品性のある行動、認識を保つ | | | |
| 3 | ソーシャルメディアに品性に欠ける投稿をしない | | | | |
| 4 | 友人から信頼され、頼りにされている | 嘘をつかない、信頼できる人であること | | | |
| 5 | わからないことはわからないと謙虚に言える | 知的謙虚さを保つ | | | |
| 6 | 自分の健康状態にいつも気を配っている | 自身の健康状態に留意し、維持・向上を図る | 自己管理 | | |
| 7 | 講義・演習・実習の開始時刻には学ぶための準備がいつもできている | 時間に正確である | | | |
| 8 | 自分の日々のスケジュールを確実に把握している | | | | |
| 9 | 初対面の人と打ち解けて話をすることができる | 効果的なコミュニケーションを行う | コミュニケーション技術 | | |
| 10 | 相手の反応を見ながら会話することができる | | | | |
| 11 | 相手の話を遮らずに根気強く聞くことができる | 傾聴の姿勢 | | | |
| 12 | 会話の相手に共感を示しながら聞くことができる | | | | |
| 13 | 試験や小テストがなくても日々学習する習慣がある | 専門職として継続的に学習することの必要性を認識している | 継続学習・キャリア開発 | | |
| 14 | 学習計画を立ててそれを実行することができる | キャリアプランを作成し実行する | | | |
| 15 | 自身の将来像にむけて、今なにをすべきかがわかる | | | | |
| 16 | 自身の成長を促す学内外の活動に参加している | 専門職として成長を続けることを追い求める | | | |
| 17 | 常に現状に満足しない向上心をもっている | | | | |
| 18 | 他人からの指摘や評価を受け容れることができる | 自身の言動や行為についてのピアレビューやフィードバックを求める | 内省・省察的実践 | | |
| 19 | 自身の現在の能力やその限界を正確に見積もることができる | 自分の知識や能力・役割の限界・不足を正しく認 | | | |
| 20 | 失敗の原因を振り返り、その後に活かすことができる | | | | |
| 21 | 最新の医学・医療に関する知識を、新聞やテレビなどのメディアから入手している | 治療・ケアに関する最新の情報を収集し、臨床に適用する | 高いスキルと知識に基づく専門職的実践 | 高いスキルと知識に基づく実践 | |
| 22 | セカンドオピニオンという言葉の意味を説明できる | 患者が他の医師や医療専門職の意見を聞くことを尊重する | 患者中心主義 | 患者中心のケアの提供 | 患者・自職種・多職種との相互作用 |
| 23 | セルフケアやエンパワメントの概念について説明できる | セルフケアを支援・エンパワーする | 患者の自律性を高める、支援する働きかけ | | |
| 24 | 他学科の学生との人間関係をうまく構築することができる | 他職種との協働に参加する | 多職種協働 | 専門職との連携・協働 | |
| 25 | グループにおけるリーダーシップの取り方がわかる | チームの一員としてリーダーシップ/責任をとる | | | |
| 26 | 他学科の学生が学んでいる専門知識やスキルに関心がある | 他職種の専門性や能力を見積もることができる | | | |
| 27 | 他者の主張や価値観に配慮しながら、自分の意見を主張することができる | 同職種のスキル、価値観、能力に敬意を払う | 自職種働 | | |
| 28 | 学科内の学生と互いに助け合える関係を構築している | 同僚にサポート、アドバイスをする | | | |
| 29 | 後輩への指導・教育に積極的に関わりたいと思う | 後進の教育やメンターを引き受ける | | | |
| 30 | 友人や家族に対して、自分が学んでいる専門分野について具体的に説明できる | 公衆と自職種の信頼関係を強める活動を行う | 自職種の専門職集団への帰属・貢献 | コミュニティ、専門職集団、社会への貢献 | 社会的責任を果たす |
| 31 | 病院内の医療だけではなく、地域で展開されている保健活動や福祉・医療について関心がある | 地域医療・保健・福祉の活動に寄与する | 地域の保健医療福祉活動に対する理解と貢献 | | |
| 32 | 医療施設（病院・診療所）以外の保健・福祉施設で働いている専門職について知っている | 地域医療・保健・福祉の専門職・施設との連携を深める | | | |
| 33 | 知り得た他人の秘密を絶対に漏らさない自信がある | 患者の情報(プライバシーに関わる情報を含む)を守秘する | 個人情報の適切な利用と保護 | 法や倫理綱領を理解し、社会的責任を全うする | |
| 34 | 出来事について、要点をおさえて簡潔に要約して人に伝えることができる | 診療記録に的確な内容を記し、確実に保存を行う | 医療専門職としての社会的責任を果たす | | |
| 35 | 将来、医療従事者になるという自覚をもって、日々行動している | 勤務時間外における専門職としての責務 | | | |

る』、『ケアのための組織環境の整備』、『安全な医療の提供とその推進』、『健康政策への寄与』、『マス・メディアの利用と情報提供のあり方』、『法や倫理綱領を守る』であった。いずれも条件①を満たす項目がないために調査項目には含めなかった。35 項目の回答選択肢は、そうである(5 点)、まあそうである(4 点)、どちらともいえない(3 点)、あまりそうではない(2 点)、そうではない(1 点)、の 5 段階とした。

#### 4) 分析方法

はじめに、基本属性の分析と前項の 35 項目について度数分布、平均値、標準偏差等の基本統計量を算出した。次に、35 項目について天井効果、床効果の分析と、35 項目全体の総得点と各項目の相関関係を示す IT（Item-Total）相関係数を算出した。天井・床効果は、各項目の平均値±標準偏差が各項目の上限値・下限値を超えている項目を回答に偏りがある項目と判断し、IT 相関の基準は相関係数の絶対値 0.3 未満とし、いずれの場合もこの条件に該当した項目を尺度に含めるか検討する。なお、本研究では天井・床効果は項目の削除基準として絶対的なものではなく、因子分析などの結果とともに総合的に判断することとする。なぜなら、医療プロフェッショナリズムの調査項目は、倫理的に遵守すべき事項など多くの対象者にとって「身についている」「できている」が身につけることが必須である内容も含まれており、そのような内容の項目は天井効果が生じやすい。

尺度の妥当性の評価として、内容的妥当性は著者を含む研究グループの討議によって確認した。構成概念妥当性は、探索的因子分析により尺度の因子構造を確認した。因子抽出法は主因子法、プロマックス回転を用い、因子数は固有値 1 以上を基準に決定した。因子分析でははじめに全 35 項目を投入し、いずれの因子においても因子負荷量が 0.3 未満である項目を 1 項目ずつ除外し、最終的にいずれかの因子において因子負荷量が 0.3 以上になる項目だけになるようにした。また、複数の因子において 0.3 以上の因子負荷量を有し、帰属する因子が判別できない項目や、因子の含意にそぐわない項目も除外した。因子分析の適合性の基準としては KMO(Kaiser-Meyer-Olkin)[101] と Bartlett の球面性検定を用い、前者は 0.8 以上、後者は $p<0.05$ をもって確認した。各因子の合計得点を基本属性（学部/学科、性別）別に算出し、一元配置分散分析および Games-Howell 法による多重比較、二標本 t 検定（Welch 法）により基本属性のカテゴリ別の得点差を算出した。

分析には IBM 社の SPSS Statistics 22.0 を使用し、有意水準は $p<0.05$ とした。

### 5) 倫理的配慮

調査には無記名式自記式調査票を用いた。調査票配付時に長型3号封筒を添付し、調査に協力する（調査票に回答する）場合も、協力しない（調査票に回答しない）場合も、封筒に入れてもらってから回収することで、回収時に調査協力の可否が調査対象者の行動によって識別できないように配慮した。対象者には口頭及び書面にて、研究の目的、方法、倫理的配慮、研究成果の公表等について説明し、同意を得た上で調査を実施した。倫理的配慮としては、(1)個人を識別できる情報を公開しない、(2)個人を識別できる情報を削除したうえで研究に用いる、(3)情報の保管・管理に留意する、(4)研究への協力・非協力に関わらずそれによる不利益が生じない、等を明示した。電子データはログインにパスワード入力が必須のデスクトップPCのハードディスクに、紙媒体は研究者が在籍する研究室内の鍵のかかるキャビネットに保管し、いずれも研究終了後10年以上保存し、廃棄時はいずれも復元できないように処理を施す。

なお、本研究は北海道大学北海道大学大学院教育学研究院研究倫理委員会及び札幌医科大学倫理委員会（27-2-58）の承認を得て実施した。

## (2) 結果

### 1) 回収率および基本属性

回収率は、A大学一年生98.4%（668名回収／679名配付）、A大学歯学部附属歯科衛生士専門学校一年生97.1%（34名回収／35名配付）、B大学医学部医学科一年生91.8%（101名回収／110名配付）であった。A大学では9学科のうち入学定員に準じて薬学科、看護学科、理学療法学科、歯学科の学生が多く、性別は女性（64.2%）が男性よりも多くなっていた。一方でA大学では男性（66.3%）が女性よりも多かった（表5）。表6に35項目の分布（平均値±標準偏差）、天井・床効果の分析結果、IT相関係数を示した。天井効果については、項目3：ソーシャルメディアに品性に欠ける投稿をしない（4.17±0.89）、項目33：知り得た他人の秘密を絶対に漏らさない自信がある（4.10±0.90）、の2項目が基準をわずかに超えており、

表5. 分析対象者の基本的属性(n=803)(プレテスト・レベル1)

| 変数 | カテゴリー | n | % |
|---|---|---|---|
| 学科 | B大学医学科 | 101 | 12.6 |
| | A大学薬学科 | 169 | 21.0 |
| | A大学歯学科 | 83 | 10.3 |
| | A大学看護学科 | 114 | 14.2 |
| | A大学臨床福祉学科 | 41 | 5.1 |
| | A大学臨床心理学科 | 67 | 8.3 |
| | A大学理学療法学科 | 85 | 10.6 |
| | A大学作業療法学科 | 43 | 5.4 |
| | A大学言語聴覚療法学科 | 66 | 8.2 |
| | A大学附属歯科衛生科 | 34 | 4.2 |
| 性別 | 男性 | 318 | 39.6 |
| | 女性 | 485 | 60.4 |

表6. 医療プロフェッショナリズム評価項目の基本集計（プレテスト・レベル1）

| 項目ID | 項目 | 平均値±標準偏差 | 天井・床効果 | IT相関 |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 状況や立場に応じた言葉遣いや態度を取ることができる | 4.22±0.64 | | 0.41 |
| 2 | 幅広い教養を身につけている | 3.00±0.83 | | 0.44 |
| 3 | ソーシャルメディアに品性に欠ける投稿をしない | 4.17±0.89 | * | 0.23 |
| 4 | 友人から信頼され、頼りにされている | 3.24±0.72 | | 0.55 |
| 5 | わからないことはわからないと謙虚に言える | 3.99±0.86 | | 0.38 |
| 6 | 自分の健康状態にいつも気を配っている | 3.54±1.03 | | 0.36 |
| 7 | 講義・演習・実習の開始時刻には学ぶための準備がいつもできていた | 3.62±0.95 | | 0.42 |
| 8 | 自分の日々のスケジュールを確実に把握している | 3.52±1.02 | | 0.55 |
| 9 | 初対面の人と打ち解けて話をすることができる | 3.29±1.14 | | 0.50 |
| 10 | 相手の反応を見ながら会話することができる | 4.00±0.81 | | 0.49 |
| 11 | 相手の話を遮らずに根気強く聞くことができる | 3.79±0.91 | | 0.42 |
| 12 | 会話の相手に共感を示しながら聞くことができる | 4.03±0.72 | | 0.44 |
| 13 | 試験や小テストがなくても日々学習する習慣がある | 2.75±1.08 | | 0.45 |
| 14 | 学習計画を立ててそれを実行することができる | 2.77±1.08 | | 0.53 |
| 15 | 自身の将来像にむけて、今なにをすべきかがわかる | 3.45±1.00 | | 0.53 |
| 16 | 自身の成長を促す学内外の活動に参加している | 2.72±1.16 | | 0.42 |
| 17 | 常に現状に満足しない向上心をもっている | 3.44±0.93 | | 0.47 |
| 18 | 他人からの指摘や評価を受け容れることができる | 3.86±0.81 | | 0.42 |
| 19 | 自身の現在の能力やその限界を正確に見積もることができる | 3.38±0.91 | | 0.49 |
| 20 | 失敗の原因を振り返り、その後に活かすことができる | 3.75±0.72 | | 0.52 |
| 21 | 最新の医学・医療に関する知識を、新聞やテレビなどのメディアから入手している | 3.00±0.99 | | 0.44 |
| 22 | セカンドオピニオンという言葉の意味を説明できる | 3.53±1.27 | | 0.34 |
| 23 | セルフケアやエンパワメントの概念について説明できる | 2.11±1.01 | | 0.39 |
| 24 | 他学科の学生との人間関係をうまく構築することができる | 3.19±0.92 | | 0.54 |
| 25 | グループにおけるリーダーシップの取り方がわかる | 2.85±1.05 | | 0.54 |
| 26 | 他学科の学生が学んでいる専門知識やスキルに関心がある | 3.75±0.95 | | 0.38 |
| 27 | 他者の主張や価値観に配慮しながら、自分の意見を主張することができる | 3.46±0.86 | | 0.59 |
| 28 | 学科内の学生と互いに助け合える関係を構築している | 3.44±0.94 | | 0.53 |
| 29 | 後輩への指導・教育に積極的に関わりたいと思う | 3.39±1.02 | | 0.45 |
| 30 | 友人や家族に対して、自分が学んでいる専門分野について具体的に説明できる | 3.30±0.95 | | 0.53 |
| 31 | 病院内の医療だけではなく、地域で展開されている保健活動や福祉・医療について関心がある | 3.54±0.96 | | 0.43 |
| 32 | 医療施設（病院・診療所）以外の保健・福祉施設で働いている専門職について知っている | 3.06±0.98 | | 0.47 |
| 33 | 知り得た他人の秘密を絶対に漏らさない自信がある | 4.11±0.90 | * | 0.27 |
| 34 | 出来事について、要点をおさえて簡潔に要約して人に伝えることができる | 3.10±0.99 | | 0.55 |
| 35 | 将来、医療従事者になるという自覚をもって、日々行動している | 3.70±0.93 | | 0.51 |

いずれも学生の自己評価が高い項目となっていた。IT 相関については、天井効果の基準を超えていた項目 3（r=0.23)、項目 33（r=0.27）の相関係数の絶対値が 0.3 を下回っていた。

### 2） レベル１尺度（臨床実習前レベル）の妥当性・信頼性

レベル 1 尺度の構成概念妥当性の検証のため、探索的因子分析を行った。なお、天井効果および IT 相関係数 0.3 未満の項目 3 と項目 33 はこの段階では削除せずに因子分析に投入した。因子分析の結果、方法の項で提示した基準を満たさない 11 項目が因子分析から除外され、24 項目からなる 5 因子が抽出された（表 7, 表 8)。KMO は 0.892、Bartlett の球面性検定は有意であり（$p<0.001, \chi^2=5365.3$, df=276)、因子分析の妥当性が示された。5 つの因子は、第一因子「コミュニケーション・スキル」、第二因子「人間関係の構築」、第三因子「学習態度」、第四因子「自己管理」、第五因子「コミュニティヘルスへの関心」と名付けた。

大学・学部別の各因子の合計得点を表 9、性別の得点を表 10 に示した。第二因子「人間関係の構築」、第三因子「学習態度」、第四因子「自己管理」において学部・学科別得点に有意な差が認められ、全般的に B 大学医学部医学科で得点が高く、A 大学臨床心理学科において得点が低い傾向が認められた。性別では第三因子「学習態度」においてのみ有意な差が認められ、男性の得点が高くなっていた。

## 第四節　レベル１尺度（臨床実習前レベル）の開発：本調査

本節では、第三節で作成した医療プロフェッショナリズム評価尺度（プレテスト版）の項目を修正して、医療系の大学生を対象とした無記名自記式調査票を用いた質問紙調査を行い、信頼性及び妥当性を検証し、レベル 1 尺度の完成を図る。

### (1) 方法

#### 1） 研究デザイン

研究デザインは、無記名自記式調査票を用いた集合調査による横断研究である。調査時期は 2016 年 9 月である。

#### 2） 対象

対象は C 大学医学部医学科の四年生 131 名、同大学薬学部四年生の 40 名とした。C 大学の四年生は専門職連携に関わる必修の合同教育の科目があり、その科目の講義開始前に調査票への記入を依頼し、回収した。

表7. 医療プロフェッショナリズム評価項目の因子分析の結果(プレテスト・レベル1)

| 項目ID | 分野 | 領域 | カテゴリ | コード | 項目 | 因子負荷量 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | 第一因子(コミュニケーション・スキル) | 第二因子(人間関係の構築) | 第三因子(学習態度) | 第四因子(自己管理) | 第五因子(コミュニティヘルスへの関心) |
| 11 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | コミュニケーション技術 | 傾聴の姿勢 | 相手の話を遮らずに根気強く聞くことができる | 0.73 | −0.083 | −0.03 | −0.012 | 0.035 |
| 12 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | コミュニケーション技術 | 傾聴の姿勢 | 会話の相手に共感を示しながら聞くことができる | 0.654 | 0.136 | −0.26 | 0.032 | 0.144 |
| 33 | 社会的責任を果たす | 法や倫理綱領を理解し、社会的責任を全うする | 個人情報の適切な利用と保護 | 患者の情報(プライバシーに関わる情報を含む)を守秘する | 知り得た他人の秘密を絶対に漏らさない自信がある | 0.507 | −0.269 | 0.08 | 0.008 | 0.08 |
| 18 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 内省・省察的実践 | 自身の言動や行為についてのピアレビューやフィードバックを求める | 他人からの指摘や評価を受け容れることができる | 0.505 | −0.055 | 0.03 | 0.031 | 0.075 |
| 10 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | コミュニケーション技術 | 効果的なコミュニケーションを行う | 相手の反応を見ながら会話することができる | 0.476 | 0.385 | −0.07 | −0.023 | −0.059 |
| 1 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 品性・誠実さ・思いやり | 適切な接遇や言葉遣い | 状況や立場に応じた言葉遣いや態度を取ることができる | 0.443 | 0.073 | 0.23 | −0.001 | −0.213 |
| 20 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 内省・省察的実践 | 自分の知識や能力・役割の限界・不足を正しく認識している | 失敗の原因を振り返り、その後に活かすことができる | 0.315 | 0.035 | 0.24 | 0.078 | 0.032 |
| 9 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | コミュニケーション技術 | 効果的なコミュニケーションを行う | 初対面の人と打ち解けて話をすることができる | −0.132 | 0.842 | −0.12 | 0.156 | −0.034 |
| 24 | 患者・自職種・多職種との相互作用 | 専門職との連携・協働 | 多職種協働 | 他職種との協働に参加する | 他学科の学生との人間関係をうまく構築することができる | −0.118 | 0.679 | 0.20 | −0.042 | 0.013 |
| 28 | 患者・自職種・多職種との相互作用 | 専門職との連携・協働 | 自職種働 | 同僚にサポート、アドバイスをする | 学科内の学生と互いに助け合える関係を構築している | 0.051 | 0.541 | 0.14 | −0.067 | 0.06 |
| 27 | 患者・自職種・多職種との相互作用 | 専門職との連携・協働 | 自職種働 | 同職種のスキル、価値観、能力に敬意を払う | 他者の主張や価値観に配慮しながら、自分の意見を主張することができる | 0.11 | 0.386 | 0.25 | −0.102 | 0.166 |
| 34 | 社会的責任を果たす | 法や倫理綱領を理解し、社会的責任を全うする | 医療専門職としての社会的責任を果たす | 診療記録に的確な内容を記し、確実に保存を行う | 出来事について、要点をおさえて簡潔に要約して人に伝えることができる | 0.247 | −0.05 | 0.61 | −0.024 | −0.094 |
| 2 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 品性・誠実さ・思いやり | 品性のある行動、認識を保つ | 幅広い教養を身につけている | 0.039 | 0.057 | 0.54 | 0.115 | −0.205 |
| 23 | 患者・自職種・多職種との相互作用 | 患者中心のケアの提供 | 患者の自律性を高める、支援する働きかけ | セルフケアを支援・エンパワーする | セルフケアやエンパワメントの概念について説明できる | −0.145 | −0.006 | 0.53 | 0.032 | 0.094 |
| 16 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 継続学習・キャリア開発 | 専門職として成長を続けることを追い求める | 自身の成長を促す学内外の活動に参加している | −0.169 | 0.155 | 0.40 | 0.096 | 0.088 |
| 30 | 社会的責任を果たす | コミュニティ、専門職集団、社会への貢献 | 自職種の専門職集団への帰属・貢献 | 公衆と自職種の信頼関係を強める活動を行う | 友人や家族に対して、自分が学んでいる専門分野について具体的に説明できる | 0.072 | 0.067 | 0.39 | −0.044 | 0.241 |
| 13 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 継続学習・キャリア開発 | 専門職として継続的に学習することの必要性を認識している | 試験や小テストがなくても日々学習する習慣がある | −0.104 | −0.036 | 0.12 | 0.667 | 0.051 |
| 14 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 継続学習・キャリア開発 | キャリアプランを作成し実行する | 学習計画を立ててそれを実行することができる | −0.06 | −0.026 | 0.20 | 0.59 | 0.079 |
| 7 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 自己管理 | 時間に正確である | 講義・演習・実習の開始時刻には学ぶための準備がいつもできている | 0.245 | −0.06 | −0.01 | 0.479 | −0.032 |
| 8 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 自己管理 | 時間に正確である | 自分の日々のスケジュールを確実に把握している | 0.235 | 0.069 | 0.00 | 0.475 | 0.003 |
| 6 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 自己管理 | 自身の健康状態に留意し、維持・向上を図る | 自分の健康状態にいつも気を配っている | 0.034 | 0.19 | −0.10 | 0.42 | −0.046 |
| 31 | 社会的責任を果たす | コミュニティ、専門職集団、社会への貢献 | 地域の保健医療福祉活動に対する理解と貢献 | 地域医療・保健・福祉の活動に寄与する | 病院内の医療だけではなく、地域で展開されている保健活動や福祉・医療について関心がある | 0.088 | −0.053 | −0.09 | 0.084 | 0.711 |
| 26 | 患者・自職種・多職種との相互作用 | 専門職との連携・協働 | 多職種協働 | 他職種の専門性や能力を見積もることができる | 他学科の学生が学んでいる専門知識やスキルに関心がある | 0.074 | 0.139 | −0.01 | −0.042 | 0.432 |
| 32 | 社会的責任を果たす | コミュニティ、専門職集団、社会への貢献 | 地域の保健医療福祉活動に対する理解と貢献 | 地域医療・保健・福祉の専門職・施設との連携を深める | 医療施設(病院・診療所)以外の保健・福祉施設で働いている専門職について知っている | −0.019 | 0.002 | 0.34 | −0.031 | 0.404 |

表7. 医療プロフェッショナリズム評価項目の因子分析の結果(プレテスト・レベル1)(抜粋)

| 項目 | 因子負荷量 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 第一因子(コミュニケーション・スキル) | 第二因子(人間関係の構築) | 第三因子(学習態度) | 第四因子(自己管理) | 第五因子(コミュニティヘルスへの関心) |
| 相手の話を遮らずに根気強く聞くことができる | 0.73 | −0.083 | −0.03 | −0.012 | 0.035 |
| 会話の相手に共感を示しながら聞くことができる | 0.654 | 0.136 | −0.26 | 0.032 | 0.144 |
| 知り得た他人の秘密を絶対に漏らさない自信がある | 0.507 | −0.269 | 0.08 | 0.008 | 0.08 |
| 他人からの指摘や評価を受け容れることができる | 0.505 | −0.055 | 0.03 | 0.031 | 0.075 |
| 相手の反応を見ながら会話することができる | 0.476 | 0.385 | −0.07 | −0.023 | −0.059 |
| 状況や立場に応じた言葉遣いや態度を取ることができる | 0.443 | 0.073 | 0.23 | −0.001 | −0.213 |
| 失敗の原因を振り返り、その後に活かすことができる | 0.315 | 0.035 | 0.24 | 0.078 | 0.032 |
| 初対面の人と打ち解けて話をすることができる | −0.132 | 0.842 | −0.12 | 0.156 | −0.034 |
| 他学科の学生との人間関係をうまく構築することができる | −0.118 | 0.679 | 0.20 | −0.042 | 0.013 |
| 学科内の学生と互いに助け合える関係を構築している | 0.051 | 0.541 | 0.14 | −0.067 | 0.06 |
| 他者の主張や価値観に配慮しながら、自分の意見を主張することができる | 0.11 | 0.386 | 0.25 | −0.102 | 0.166 |
| 出来事について、要点をおさえて簡潔に要約して人に伝えることができる | 0.247 | −0.05 | 0.61 | −0.024 | −0.094 |
| 幅広い教養を身につけている | 0.039 | 0.057 | 0.54 | 0.115 | −0.205 |
| セルフケアやエンパワメントの概念について説明できる | −0.145 | −0.006 | 0.53 | 0.032 | 0.094 |
| 自身の成長を促す学内外の活動に参加している | −0.169 | 0.155 | 0.40 | 0.096 | 0.088 |
| 友人や家族に対して、自分が学んでいる専門分野について具体的に説明できる | 0.072 | 0.067 | 0.39 | −0.044 | 0.241 |
| 試験や小テストがなくても日々学習する習慣がある | −0.104 | −0.036 | 0.12 | 0.667 | 0.051 |
| 学習計画を立ててそれを実行することができる | −0.06 | −0.026 | 0.20 | 0.59 | 0.079 |
| 講義・演習・実習の開始時刻には学ぶための準備がいつもできている | 0.245 | −0.06 | −0.01 | 0.479 | −0.032 |
| 自分の日々のスケジュールを確実に把握している | 0.235 | 0.069 | 0.00 | 0.475 | 0.003 |
| 自分の健康状態にいつも気を配っている | 0.034 | 0.19 | −0.10 | 0.42 | −0.046 |
| 病院内の医療だけではなく、地域で展開されている保健活動や福祉・医療について関心がある | 0.088 | −0.053 | −0.09 | 0.084 | 0.711 |
| 他学科の学生が学んでいる専門知識やスキルに関心がある | 0.074 | 0.139 | −0.01 | −0.042 | 0.432 |
| 医療施設(病院・診療所)以外の保健・福祉施設で働いている専門職について知っている | −0.019 | 0.002 | 0.34 | −0.031 | 0.404 |

表8. 医療プロフェッショナリズム評価項目の因子分析の結果により除外された11項目(プレテスト・レベル1)

| 項目ID | 分野 | 領域 | カテゴリ | コード | 項目 |
|---|---|---|---|---|---|
| 3 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 品性・誠実さ・思いやり | 品性のある行動、認識を保つ | ソーシャルメディアに品性に欠ける投稿をしない |
| 4 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 品性・誠実さ・思いやり | 嘘をつかない、信頼できる人であること | 友人から信頼され、頼りにされている |
| 5 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 品性・誠実さ・思いやり | 知的謙虚さを保つ | わからないことはわからないと謙虚に言える |
| 15 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 継続学習・キャリア開発 | キャリアプランを作成し実行する | 自身の将来像にむけて、今なにをすべきかがわかる |
| 17 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 継続学習・キャリア開発 | 専門職として成長を続けることを追い求める | 常に現状に満足しない向上心をもっている |
| 19 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 内省・省察的実践 | 自分の知識や能力・役割の限界・不足を正しく認識している | 自身の現在の能力やその限界を正確に見積もることができる |
| 21 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 高いスキルと知識に基づく実践 | 高いスキルと知識に基づく専門職的実践 | 治療・ケアに関する最新の情報を収集し、臨床に適用する | 最新の医学・医療に関する知識を、新聞やテレビなどのメディアから入手している |
| 22 | 患者・自職種・多職種との相互作用 | 患者中心のケアの提供 | 患者中心主義 | 患者が他の医師や医療専門職の意見を聞くことを尊重する | セカンドオピニオンという言葉の意味を説明できる |
| 25 | 患者・自職種・多職種との相互作用 | 専門職との連携・協働 | 多職種協働 | チームの一員としてリーダーシップ/責任をとる | グループにおけるリーダーシップの取り方がわかる |
| 29 | 患者・自職種・多職種との相互作用 | 専門職との連携・協働 | 自職種働 | 後進の教育やメンターを引き受ける | 後輩への指導・教育に積極的に関わりたいと思う |
| 35 | 社会的責任を果たす | 法や倫理綱領を理解し、社会的責任を全うする | 医療専門職としての社会的責任を果たす | 勤務時間外における専門職としての責務 | 将来、医療従事者になるという自覚をもって、日々行動している |

表9. 医療プロフェッショナリズム評価項目の大学学科別因子別得点(n=803)（プレテスト・レベル1）

| 因子 | 大学・学科 | | | | | | | | | | 検定 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | B大学医学科 n=(101) | A大学薬学科 n=(169) | A大学歯学科 n=(83) | A大学看護学科 n=(114) | A大学臨床福祉学科 n=(41) | A大学臨床心理学科 n=(66) | A大学理学療法学科 n=(85) | A大学作業療法学科 n=(43) | A大学言語聴覚療法学科 n=(66) | A大学附属歯科衛生科 n=(34) | p（一元配置分散分析） | 多重比較（Games-Howell法） |
| 第一因子（コミュニケーション・スキル） | 27.2 | 27.8 | 27.5 | 28.6 | 27.9 | 27.1 | 27.5 | 28.4 | 27.5 | 28.5 | 0.07 | - |
| 第二因子(人間関係の構築) | 14.7 | 12.9 | 13.7 | 13.8 | 12.2 | 12.1 | 13.5 | 13.7 | 13.1 | 13.1 | ＜0.001 | B大学医学科>A大学薬学科,A大学臨床福祉学科,A大学臨床心理学科,A大学言語療法学科<br>A大学臨床心理学科＜A大学看護学科 |
| 第三因子 (学習態度) | 15.7 | 13.8 | 14.5 | 14.1 | 13.8 | 13.3 | 14.2 | 14.6 | 14.1 | 13.7 | ＜0.001 | B大学医学科>A大学薬学科,A大学看護学科,A大学臨床心理学科,A大学理学療法学科,A大学言語聴覚療法学科,A大学附属歯科衛生科 |
| 第四因子(自己管理) | 15.9 | 16.5 | 16.6 | 16.9 | 16.0 | 14.5 | 16.6 | 15.9 | 16.0 | 16.0 | 0.005 | A大学薬学科,A大学歯学科,A大学看護学科,A大学理学療法学科>A大学臨床心理学科 |
| 第五因子（コミュニティヘルスへの関心） | 10.7 | 10.2 | 10.2 | 10.7 | 10.3 | 9.8 | 10.3 | 10.6 | 10.5 | 9.8 | 0.10 | - |

表10. 医療プロフェッショナリズム評価項目の性別因子別得点(n=803)
（プレテスト・レベル1）

| 因子 | 性別 | | p (t検定) |
|---|---|---|---|
| | 男性 n=(318) | 女性 n=(485) | |
| 第一因子 (コミュニケーション・スキル) | 27.5 | 27.9 | 0.11 |
| 第二因子(人間関係の構築) | 13.5 | 13.3 | 0.54 |
| 第三因子 (学習態度) | 14.7 | 13.9 | ＜0.001 |
| 第四因子(自己管理) | 16.3 | 16.2 | 0.61 |
| 第五因子 (コミュニティヘルスへの関心) | 10.2 | 10.5 | 0.17 |

### 3) 調査項目

基本属性として学部・学科、学年、性別を調査した。レベル 1 の医療プロフェッショナリズムを評価する項目として、第三節で因子分析等により選択された 24 項目と、アイテムプール等から 11 項目を加え、計 35 項目を設定した（表 11)。

プレテストでは、カテゴリ『継続学習・キャリア開発』の内容に関わる因子が抽出されず、本来は異なるカテゴリに属する 5 つの項目で構成される第三因子「学習態度」が合成された。本調査にあたって、プレテストで採用されなかった項目 ID15「自身の将来像にむけて、今なにをすべきかがわかる」を採用し、新たにアイテムプールから「自分がこれから学ぶべき課題をみつけることができる（項目 ID102）を採用した。一方で、第三因子「学習態度」に帰属する項目 ID2「幅広い教養を身につけている」、ID23「セルフケアやエンパワメントの概念について説明できる」、ID30「友人や家族に対して、自分が学んでいる専門分野について具体的に説明できる」、ID34「出来事について、要点をおさえて簡潔に要約して人に伝えることができる」は本調査において除外した。カテゴリ『品性・誠実さ・思いやり』はプレテストで 3 項目が除外され、残った 2 項目（項目 ID1「状況や立場に応じた言葉遣いや態度を取ることができる」、項目 ID2「幅広い教養を身につけている」）も異なる因子に帰属する結果となった。

よって、新たに 2 項目「いつも正直であることを心がけている（項目 ID105)」、「他人の気持ちをできるだけ理解しようと努めている（項目 ID106)」をアイテムプールから加えた。カテゴリ『地域の保健医療福祉活動に対する理解と貢献』は因子分析の結果の第五因子に該当する。因子分析で採用された項目 ID26「他学科の学生が学んでいる専門知識やスキルに関心がある」はもともとカテゴリ『多職種協働』の項目であり、これを除外し

表11. 医療プロフェッショナリズム評価項目（本調査・レベル1・35項目）

| 項目ID* | 項目 | 該当する医療プロフェッショナリズム概念 | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | コード | カテゴリ | 領域 | 分野 |
| 10 | 相手の反応を見ながら会話することができる | 効果的なコミュニケーションを行う | コミュニケーション技術 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 医療専門職者の基盤となる能力 |
| 11 | 相手の話を遮らずに根気強く聞くことができる | 傾聴の姿勢 | | | |
| 12 | 会話の相手に共感を示しながら聞くことができる | | | | |
| 101 | 自分の言いたいことを論理的に述べることができる | 効果的なコミュニケーションを行う | | | |
| 9 | 初対面の人と打ち解けて話をすることができる | | | | |
| 13 | 試験や小テストがなくても日々学習する習慣がある | 専門職として継続的に学習することの必要性を認識している | 継続学習・キャリア開発 | | |
| 14 | 学習計画を立ててそれを実行することができる | キャリアプランを作成し実行する | | | |
| 15* | 自身の将来像にむけて、今なにをすべきかがわかる | | | | |
| 16 | 自身の成長を促す学内外の活動に参加している | 専門職として成長を続けることを追い求める | | | |
| 102 | 自分がこれから学ぶべき課題をみつけることができる | 専門職として継続的に学習することの必要性を認識している | | | |
| 6 | 自分の健康状態にいつも気を配っている | 自身の健康状態に留意し、維持・向上を図る | 自己管理 | | |
| 107 | 健康的な生活習慣を身につけている | | | | |
| 7 | 講義・演習・実習の開始時刻には学ぶための準備がいつもできている | 時間に正確である | | | |
| 8 | 自分の日々のスケジュールを確実に把握している | | | | |
| 18 | 他人からの指摘や評価を受け容れることができる | 自身の言動や行為についてのピアレビューやフィードバックを求める | 内省・省察的実践 | | |
| 19* | 自身の現在の能力やその限界を正確に見積もることができる | 自分の知識や能力・役割の限界・不足を正しく認識している | | | |
| 20* | 失敗の原因を振り返り、その後に活かすことができる | 自分の知識や能力・役割の限界・不足を正しく認識している | | | |
| 1 | 状況や立場に応じた言葉遣いや態度を取ることができる | 適切な接遇や言葉遣い | 品性・誠実さ・思いやり | | |
| 105 | いつも正直であることを心がけている | 嘘をつかない、信頼できる人であること | | | |
| 106 | 他人の気持ちをできるだけ理解しようと努めている | 嘘をつかない、信頼できる人であること | | | |
| 5 | わからないことはわからないと謙虚に言える | 知的謙虚さを保つ | | | |
| 21* | 最新の医学・医療に関する知識を、新聞やテレビなどのメディアから入手している | 治療・ケアに関する最新の情報を収集し、臨床に適用する | 高いスキルと知識に基づく専門職的実践 | 高いスキルと知識に基づく実践 | |
| 103 | 実践で必要とされるであろう知識や技術を日々習得している | 高いレベルのスキルと医学知識を保持し、それを発揮する | | | |
| 104 | 情報を得るための論文データベースを操作するスキルがある | 科学的根拠に基づいた意思決定、実践を行う | | | |
| 27 | 他者の主張や価値観に配慮しながら、自分の意見を主張することができる | 同職種のスキル、価値観、能力に敬意を払う | 自職種働 | 専門職との連携・協働 | 患者・自職種・多職種との相互作用 |
| 28 | 学科内の学生と互いに助け合える関係を構築している | 同僚にサポート、アドバイスをする | | | |
| 24 | 他学科の学生との人間関係をうまく構築することができる | 他職種との協働に参加する | 多職種協働 | | |
| 108 | グループワークを円滑に進めるためにはどうしたらよいか知っている | チームの一員としてリーダーシップ/責任をとる | | | |
| 31 | 病院内の医療だけではなく、地域で展開されている保健活動や福祉・医療について関心がある | 地域医療・保健・福祉の活動に寄与する | 地域の保健医療福祉活動に対する理解と貢献 | コミュニティ、専門職集団、社会への貢献 | 社会的責任を果たす |
| 32 | 医療施設（病院・診療所）以外の保健・福祉施設で働いている専門職について知っている | 地域医療・保健・福祉の専門職・施設との連携を深める | | | |
| 109 | 疾病の治療・ケアだけではなく、地域での保健活動・疾病予防活動にも関心がある | 公衆衛生/予防医学の促進 | | | |
| 110 | 地域で暮らす患者さんの生活をイメージすることができる | 地域医療・保健・福祉の活動に寄与する | | | |
| 111 | 自分の利益のために他人を利用してはいけないと思う | 自己の利益のために医療専門職の地位や立場を利用しない | 医療専門職としての社会的責任を果たす | 法や倫理綱領を理解し、社会的責任を全うする | |
| 33 | 知り得た他人の秘密を絶対に漏らさない自信がある | 患者の情報(プライバシーに関わる情報を含む)を守秘する | 個人情報の適切な利用と保護 | | |
| 112 | テストや口頭試問などで、何があっても不正を行ってはいけないと思う | 診療記録や研究データの改ざん、その他不正な書類の作成を行わない | 法や倫理綱領を守る | | |

*項目ID15,19,20,21はプレテストの因子分析で採用されていない項目

項目ID101－112は本調査で新たに追加された項目

て「疾病の治療・ケアだけではなく、地域での保健活動・疾病予防活動にも関心がある（項目 ID109)、「地域で暮らす患者さんの生活をイメージすることができる（項目 ID110）をアイテムプールから加えた。カテゴリ『高いスキルと知識に基づく専門職的実践』は、因子分析で採用されなかった項目 ID21「最新の医学・医療に関する知識を、新聞やテレビなどのメディアから入手している」を採用の上、新たに「実践で必要とされるであろう知識や技術を日々習得している（項目 ID103)」、「情報を得るための論文データベースを操作するスキルがある（項目 ID104)」の 2 項目を追加した。また領域〈法や倫理綱領を理解し、社会的責任を全うする〉は、因子分析において独立した因子として抽出されなかったため、新たに項目 ID111「自分の利益のために他人を利用してはいけないと思う」、項目 ID112「テストや口頭試問などで、何があっても不正を行ってはいけないと思う」の 2 項目を加えた。その他に、項目 ID19「自身の現在の能力やその限界を正確に見積もることができる」と項目 ID20「失敗の原因を振り返り、その後に活かすことができる」は因子分析において採用されなかったが、内省・省察的実践の中核を担うべき項目と考え、本調査においても採用した。

以上の通り、プレテストの因子分析で採用された 24 項目から、項目内容と因子帰属が一致しない 5 項目を除外し、因子分析で採用されなかった 4 項目を加え、新たに 12 項目をアイテムプールから追加し、本調査の項目は計 35 項目となった。35 項目の回答選択肢は、プレテスト同様の 5 段階とした。

他の調査項目として、KiSS-18[102](資料 4)を用いた。KiSS-18 は社会心理学者の菊地が開発した青年期の社会的スキルを測定する 18 項目で、信頼性及び妥当性が確認されている尺度である。KiSS-18 は社会的スキルにおいてもコミュニケーション能力や対人関係を構築する能力を問う内容となっている。本研究の医療プロフェッショナリズム尺度（レベル 1）の基準関連妥当性の検証には、学生のレベル 1 段階におけるプロフェッショナリズムを測定できる信頼性・妥当性が確保された既存の尺度を用いるべきだが、そのような尺度は存在していない。医療プロフェッショナリズム尺度（レベル 1）はコミュニケーション能力や対人関係構築能力を含んでいる概念であるため、本研究では KiSS-18 を基準関連妥当性の評価に用いる。KiSS-18 の回答選択肢は 5 段階で、いつもそうだ(5 点)、だいたいそうだ(4 点)、どちらともいえない(3 点)、たいていそうでない(2 点)、いつもそうでない(1 点)となっており、得点が高いほうが社会的スキルに優れていることを評価する尺度である。

#### 4) 分析方法

尺度の内容的妥当性と構成概念妥当性，信頼性に関わる分析は第三節と同様である。ただし、因子分析において基準となる因子負荷量を 0.4 に設定し、因子間の概念の弁別性がプレテスト時よりも高まるようにした。また、各因子の合計得点および KiSS-18 の合計得点を基本属性（学部、性別）別に算出し、二標本 t 検定(Welch 法)により基本属性のカテゴリ別の得点差を算出した。

尺度の基準関連妥当性として、KiSS-18 と各因子を構成する項目の合計得点との相関係数を算出した。KiSS-18 は社会的スキルを評価・測定する尺度であるため、医療プロフェッショナリズム尺度との相関では、コミュニケーション・スキル等、対人関係に関わる下位尺度との相関が中程度（0.5）以上になることが想定されるが、他の下位尺度については弱い正の相関が認められることが予想される。

尺度の信頼性として、下位尺度毎および全項目の信頼性係数（Cronbach's α coefficient）を算出した。

#### 5) 倫理的配慮

倫理的配慮は第三節と同様とする。

### (2) 結果

#### 1) 回収率および基本属性

回収率は、C 大学医学部医学科四年生 88.5%（116 名回収／131 名配付)、C 大学薬学部四年生 97.5%（39 名回収／40 名配付）であった（表 12)。144 名の性別は男性（58.3%）が女性（41.7%）よりも若干多くなっていた。

KiSS-18 の平均点と標準偏差は 62.65±10.44 であった。医療系の大学生の得点は 60 点前後と評価されている研究[99,103,104]が散見されることから、本研究の分析対象者の社会的スキルは概ね標準的であると評価できる。

表 13 に 35 項目の分布（平均値±標準偏差)、天井・床効果の分析結果、IT 相関係数を示した。天井効果については、項目 33：知り得た他人の秘密を絶対に漏らさない自信がある（4.22±0.89)、項目 112：テストや口頭試問などで、何があっても不正を行ってはいけないと思う（4.47±0.82)、の 2 項目が基準を超えており、いずれも学生の自己評価が高い項目となっていた。IT 相関については、天井効果の基準を超えていた項目 33(r=0.33)、項目 112（r=0.41）の 2 項目も含めて、相関係数の絶対値が 0.3 を下回っている項目はなかった。

表12. 分析対象者の基本的属性(n=144)(本調査・レベル1)

| 変数 | カテゴリー | n | % | 平均値<br>±標準偏差 |
|---|---|---|---|---|
| 学科 | C大学医学部医学科 | 105 | 72.9 | |
| | C大学薬学部 | 39 | 27.1 | |
| 性別 | 男性 | 84 | 58.3 | |
| | 女性 | 60 | 41.7 | |
| KiSS-18 | | 143 | | 62.65±10.44 |

## 2) レベル１尺度（臨床実習前レベル）の妥当性・信頼性

レベル１尺度の構成概念妥当性の検証のため、探索的因子分析を行った。なお、天井効果に該当する項目 33 と項目 112 はこの段階では削除せずに因子分析に投入した。因子分析の結果、方法の項で提示した基準を満たさない 5 項目が因子分析から除外され、30 項目からなる 7 因子が抽出された（表 14，表 15)。KMO は 0.839、Bartlett の球面性検定は有意であり（$p<0.001$，$\chi^2=1384.8$, df=435)、因子分析の妥当性が示された。7 つの因子は、第一因子「人間関係の構築」、第二因子「計画的学習」、第三因子「コミュニティヘルスへの関心」、第四因子「省察的実践」、第五因子「知識と技術」、第六因子「倫理的･社会的責任」、第七因子「自己管理」と名付けた。

学部別の各因子および KiSS-18 の合計得点を表 16 に示した。第一因子「人間関係の構築」、第二因子「計画的学習」、第三因子「コミュニティヘルスへの関心」においては、学部間で有意な差が認められ、C 大学薬学部より医学部の得点が高くなっていた。一方で、第四因子「省察的実践」、第五因子「知識と技術」においては、C 大学医学部より薬学部の得点が高くなっていた。性別では第四因子「省察的実践」、第五因子「知識と技術」、第六因子「倫理的･社会的責任」に有意な関係が認められ、女性の得点が高くなっていた。KiSS-18 については、C 大学薬学部より医学部で得点が高く、性別では有意な差は認められなかった。

基準関連妥当性については、7 因子の得点と KiSS-18 の相関係数(r)は 0.23～0.76 で第一因子「人間関係の構築」との相関が最も高く(r=0.76)、「知識と技術」(r=0.23)や「倫理的・社会的責任」(r=0.23)との相関係数が最も低くなっていた（表 17)。また 30 項目の合計得点と KiSS-18 の相関係数は 0.71 であった。

7 因子の信頼性係数(α係数)は 0.63～0.86 で、第一因子「人間関係の構築」が最も高く

表13. 医療プロフェッショナリズム評価項目の基本集計（本調査・レベル1）

| 項目ID | 項目 | 平均値±標準偏差 | 天井・床効果 | IT相関 |
|---|---|---|---|---|
| 10 | 相手の反応を見ながら会話することができる | 4.28±0.69 | | 0.47 |
| 11 | 相手の話を遮らずに根気強く聞くことができる | 4.06±0.75 | | 0.38 |
| 12 | 会話の相手に共感を示しながら聞くことができる | 4.17±0.68 | | 0.42 |
| 101 | 自分の言いたいことを論理的に述べることができる | 3.68±0.93 | | 0.54 |
| 9 | 初対面の人と打ち解けて話をすることができる | 3.58±1.01 | | 0.57 |
| 13 | 試験や小テストがなくても日々学習する習慣がある | 2.68±1.02 | | 0.54 |
| 14 | 学習計画を立ててそれを実行することができる | 3.24±1.02 | | 0.60 |
| 15 | 自身の将来像にむけて、今なにをすべきかがわかる | 3.47±0.89 | | 0.64 |
| 16 | 自身の成長を促す学内外の活動に参加している | 3.19±1.27 | | 0.48 |
| 102 | 自分がこれから学ぶべき課題をみつけることができる | 3.67±0.89 | | 0.56 |
| 6 | 自分の健康状態にいつも気を配っている | 3.50±1.09 | | 0.40 |
| 7 | 講義・演習・実習の開始時刻には学ぶための準備がいつもできている | 3.29±1.05 | | 0.54 |
| 8 | 自分の日々のスケジュールを確実に把握している | 3.73±1.01 | | 0.51 |
| 107 | 健康的な生活習慣を身につけている | 3.23±1.10 | | 0.36 |
| 18 | 他人からの指摘や評価を受け容れることができる | 4.24±0.61 | | 0.49 |
| 19 | 自身の現在の能力やその限界を正確に見積もることができる | 3.83±0.77 | | 0.44 |
| 20 | 失敗の原因を振り返り、その後に活かすことができる | 3.92±0.71 | | 0.65 |
| 1 | 状況や立場に応じた言葉遣いや態度を取ることができる | 4.1±0.80 | | 0.53 |
| 105 | いつも正直であることを心がけている | 3.94±0.95 | | 0.36 |
| 106 | 他人の気持ちをできるだけ理解しようと努めている | 4.34±0.61 | | 0.40 |
| 5 | わからないことはわからないと謙虚に言える | 4.11±0.77 | | 0.40 |
| 21 | 最新の医学・医療に関する知識を、新聞やテレビなどのメディアから入手している | 2.93±1.03 | | 0.35 |
| 103 | 実践で必要とされるであろう知識や技術を日々習得している | 3.05±0.96 | | 0.56 |
| 104 | 情報を得るための論文データベースを操作するスキルがある | 3.26±1.24 | | 0.26 |
| 27 | 他者の主張や価値観に配慮しながら、自分の意見を主張することができる | 3.92±0.70 | | 0.63 |
| 28 | 学科内の学生と互いに助け合える関係を構築している | 3.97±0.80 | | 0.45 |
| 24 | 他学科の学生との人間関係をうまく構築することができる | 3.79±0.88 | | 0.60 |
| 108 | グループワークを円滑に進めるためにはどうしたらよいか知っている | 3.66±0.80 | | 0.66 |
| 31 | 病院内の医療だけではなく、地域で展開されている保健活動や福祉・医療について関心がある | 3.24±1.08 | | 0.51 |
| 32 | 医療施設（病院・診療所）以外の保健・福祉施設で働いている専門職について知っている | 3.20±1.00 | | 0.46 |
| 109 | 疾病の治療・ケアだけではなく、地域での保健活動・疾病予防活動にも関心がある | 3.32±1.05 | | 0.47 |
| 110 | 地域で暮らす患者さんの生活をイメージすることができる | 3.24±1.00 | | 0.54 |
| 111 | 自分の利益のために他人を利用してはいけないと思う | 3.86±1.09 | | 0.29 |
| 33 | 知り得た他人の秘密を絶対に漏らさない自信がある | 4.22±0.89 | * | 0.33 |
| 112 | テストや口頭試問などで、何があっても不正を行ってはいけないと思う | 4.47±0.82 | * | 0.41 |

表14. 医療プロフェッショナリズム評価項目の因子分析の結果(本調査・レベル1)

| 項目ID | 分野 | 領域 | カテゴリ | コード | 項目 | 因子負荷量 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | 第一因子(人間関係の構築) | 第二因子(計画的学習) | 第三因子(コミュニティへルスへの関心) | 第四因子(省察的実践) | 第五因子(知識と技術) | 第六因子(倫理・社会的責任) | 第七因子(自己管理) |
| 10 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | コミュニケーション技術 | 効果的なコミュニケーションを行う | 相手の反応を見ながら会話することができる | 0.841 | 0.075 | −0.11 | −0.083 | 0.03 | −0.093 | −0.104 |
| 12 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | コミュニケーション技術 | 傾聴の姿勢 | 会話の相手に共感を示しながら聞くことができる | 0.711 | −0.221 | 0.04 | −0.095 | −0.101 | 0.176 | 0.042 |
| 108 | 患者・自職種・多職種との相互作用 | 専門職との連携・協働 | 多職種協働 | チームの一員としてリーダーシップ/責任をとる | グループワークを円滑に進めるためにはどうしたらよいか知っている | 0.707 | −0.007 | 0.08 | 0.09 | 0.069 | −0.049 | 0.052 |
| 28 | 患者・自職種・多職種との相互作用 | 専門職との連携・協働 | 自職種働 | 同僚にサポート、アドバイスをする | 学科内の学生と互いに助け合える関係を構築している | 0.672 | −0.168 | −0.15 | 0.103 | 0.103 | −0.034 | 0.142 |
| 101 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | コミュニケーション技術 | 効果的なコミュニケーションを行う | 自分の言いたいことを論理的に述べることができる | 0.56 | 0.208 | 0.17 | 0.019 | −0.139 | −0.079 | −0.1 |
| 1 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 品性・誠実さ・思いやり | 適切な接遇や言葉遣い | 状況や立場に応じた言葉遣いや態度を取ることができる | 0.546 | 0.078 | −0.05 | −0.082 | 0.014 | 0.156 | 0.106 |
| 27 | 患者・自職種・多職種との相互作用 | 専門職との連携・協働 | 自職種働 | 同職種のスキル、価値観、能力に敬意を払う | 他者の主張や価値観に配慮しながら、自分の意見を主張することができる | 0.524 | 0.247 | 0.04 | 0.156 | 0.026 | 0.013 | −0.13 |
| 9 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | コミュニケーション技術 | 効果的なコミュニケーションを行う | 初対面の人と打ち解けて話をすることができる | 0.518 | 0.059 | 0.28 | −0.06 | −0.024 | −0.054 | 0.064 |
| 102 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 継続学習・キャリア開発 | 専門職として継続的に学習することの必要性を認識している | 自分がこれから学ぶべき課題をみつけることができる | −0.098 | 0.741 | 0.02 | 0.13 | 0.09 | −0.098 | −0.01 |
| 15 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 継続学習・キャリア開発 | キャリアプランを作成し実行する | 自身の将来像にむけて、今なにをすべきかがわかる | 0.038 | 0.722 | 0.03 | −0.013 | −0.013 | 0.152 | −0.01 |
| 16 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 継続学習・キャリア開発 | 専門職として成長を続けることを追い求める | 自身の成長を促す学内外の活動に参加している | 0.076 | 0.655 | −0.04 | 0.042 | 0.015 | 0.036 | −0.139 |
| 14 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 継続学習・キャリア開発 | キャリアプランを作成し実行する | 学習計画を立ててそれを実行することができる | −0.052 | 0.608 | −0.07 | −0.144 | 0.113 | 0.184 | 0.297 |
| 13 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 継続学習・キャリア開発 | 専門職として継続的に学習することの必要性を認識している | 試験や小テストがなくても日々学習する習慣がある | −0.017 | 0.518 | 0.03 | −0.096 | 0.168 | 0.096 | 0.161 |
| 31 | 社会的責任を果たす | コミュニティ、専門職集団、社会への貢献 | 地域の保健医療福祉活動に対する理解と貢献 | 地域医療・保健・福祉の活動に寄与する | 病院内の医療だけではなく、地域で展開されている保健活動や福祉・医療について関心がある | −0.038 | −0.068 | 0.95 | 0.072 | 0.001 | 0.002 | −0.043 |
| 109 | 社会的責任を果たす | コミュニティ、専門職集団、社会への貢献 | 地域の保健医療福祉活動に対する理解と貢献 | 公衆衛生/予防医学の促進 | 疾病の治療・ケアだけではなく、地域での保健活動・疾病予防活動にも関心がある | 0.025 | −0.027 | 0.78 | −0.087 | 0.107 | 0.124 | −0.052 |
| 32 | 社会的責任を果たす | コミュニティ、専門職集団、社会への貢献 | 地域の保健医療福祉活動に対する理解と貢献 | 地域医療・保健・福祉の専門職・施設との連携を深める | 医療施設(病院・診療所)以外の保健・福祉施設で働いている専門職について知っている | −0.01 | −0.019 | 0.61 | 0.006 | 0.121 | −0.067 | 0.154 |
| 110 | 社会的責任を果たす | コミュニティ、専門職集団、社会への貢献 | 地域の保健医療福祉活動に対する理解と貢献 | 地域医療・保健・福祉の活動に寄与する | 地域で暮らす患者さんの生活をイメージすることができる | 0.06 | 0.209 | 0.54 | 0.016 | −0.153 | −0.015 | 0.084 |
| 5 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 品性・誠実さ・思いやり | 知的謙虚さを保つ | わからないことはわからないと謙虚に言える | −0.066 | 0.119 | 0.03 | 0.72 | −0.146 | −0.104 | −0.005 |
| 18 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 内省・省察的実践 | 自身の言動や行為についてのピアレビューやフィードバックを求める | 他人からの指摘や評価を受け容れることができる | 0.127 | 0.032 | −0.08 | 0.634 | 0.204 | 0.102 | −0.111 |
| 19 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 内省・省察的実践 | 自分の知識や能力・役割の限界・不足を正しく認識している | 自身の現在の能力やその限界を正確に見積もることができる | −0.098 | 0.224 | −0.11 | 0.537 | 0.123 | −0.016 | 0.104 |
| 106 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 品性・誠実さ・思いやり | 嘘をつかない、信頼できる人であること | 他人の気持ちをできるだけ理解しようと努めている | 0.078 | −0.189 | 0.11 | 0.508 | −0.039 | 0.15 | 0.059 |
| 105 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 品性・誠実さ・思いやり | 嘘をつかない、信頼できる人であること | いつも正直であることを心がけている | −0.111 | −0.12 | 0.06 | 0.449 | −0.12 | 0.237 | 0.235 |
| 104 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 高いスキルと知識に基づく実践 | 高いスキルと知識に基づく専門職的実践 | 科学的根拠に基づいた意思決定、実践を行う | 情報を得るための論文データベースを操作するスキルがある | −0.01 | 0.081 | −0.04 | 0.008 | 0.644 | 0.013 | 0.062 |
| 21 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 高いスキルと知識に基づく実践 | 高いスキルと知識に基づく専門職的実践 | 治療・ケアに関する最新の情報を収集し、臨床に適用する | 最新の医学・医療に関する知識を、新聞やテレビなどのメディアから入手している | 0.003 | 0.154 | 0.20 | −0.027 | 0.622 | −0.136 | −0.018 |
| 111 | 社会的責任を果たす | 法や倫理綱領を理解し、社会的責任を全うする | 医療専門職としての社会的責任を果たす | 自己の利益のために医療専門職の地位や立場を利用しない | 自分の利益のために他人を利用してはいけないと思う | −0.183 | 0.138 | 0.13 | 0.084 | −0.114 | 0.695 | −0.121 |
| 112 | 社会的責任を果たす | 法や倫理綱領を理解し、社会的責任を全うする | 法や倫理綱領を守る | 診療記録や研究データの改ざん、その他不正な書類の作成を行わない | テストや口頭試問などで、何があっても不正を行ってはいけないと思う | 0.104 | 0.232 | −0.072 | 0.02 | −0.075 | 0.57 | −0.05 |
| 33 | 社会的責任を果たす | 法や倫理綱領を理解し、社会的責任を全うする | 個人情報の適切な利用と保護 | 患者の情報(プライバシーに関わる情報を含む)を守秘する | 知り得た他人の秘密を絶対に漏らさない自信がある | 0.232 | −0.143 | −0.054 | 0.069 | 0.188 | 0.426 | −0.013 |
| 7 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 自己管理 | 時間に正確である | 講義・演習・実習の開始時刻には学ぶための準備がいつもできている | −0.072 | −0.026 | 0.085 | 0.019 | 0.196 | −0.059 | 0.792 |
| 6 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 自己管理 | 自身の健康状態に留意し、維持・向上を図る | 自分の健康状態にいつも気を配っている | 0.177 | 0.179 | −0.125 | 0.053 | −0.348 | −0.123 | 0.517 |
| 8 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 自己管理 | 時間に正確である | 自分の日々のスケジュールを確実に把握している | 0.161 | −0.051 | 0.063 | 0.161 | 0.064 | −0.078 | 0.447 |

表14. 医療プロフェッショナリズム評価項目の因子分析の結果(本調査・レベル1)(抜粋)

| 項目 | 因子負荷量 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 第一因子(人間関係の構築) | 第二因子(計画的学習) | 第三因子(コミュニティヘルスへの関心) | 第四因子(省察的実践) | 第五因子(知識と技術) | 第六因子(倫理・社会的責任) | 第七因子(自己管理) |
| 相手の反応を見ながら会話することができる | 0.841 | 0.075 | −0.11 | −0.083 | 0.03 | −0.093 | −0.104 |
| 会話の相手に共感を示しながら聞くことができる | 0.711 | −0.221 | 0.04 | −0.095 | −0.101 | 0.176 | 0.042 |
| グループワークを円滑に進めるためにはどうしたらよいか知っている | 0.707 | −0.007 | 0.08 | 0.09 | 0.069 | −0.049 | 0.052 |
| 学科内の学生と互いに助け合える関係を構築している | 0.672 | −0.168 | −0.15 | 0.103 | 0.103 | −0.034 | 0.142 |
| 自分の言いたいことを論理的に述べることができる | 0.56 | 0.208 | 0.17 | 0.019 | −0.139 | −0.079 | −0.1 |
| 状況や立場に応じた言葉遣いや態度を取ることができる | 0.546 | 0.078 | −0.05 | −0.082 | 0.014 | 0.156 | 0.106 |
| 他者の主張や価値観に配慮しながら、自分の意見を主張することができる | 0.524 | 0.247 | 0.04 | 0.156 | 0.026 | 0.013 | −0.13 |
| 初対面の人と打ち解けて話をすることができる | 0.518 | 0.059 | 0.28 | −0.06 | −0.024 | −0.054 | 0.064 |
| 自分がこれから学ぶべき課題をみつけることができる | −0.098 | 0.741 | 0.02 | 0.13 | 0.09 | −0.098 | −0.01 |
| 自身の将来像にむけて、今なにをすべきかがわかる | 0.038 | 0.722 | 0.03 | −0.013 | −0.013 | 0.152 | −0.01 |
| 自身の成長を促す学内外の活動に参加している | 0.076 | 0.655 | −0.04 | 0.042 | 0.015 | 0.036 | −0.139 |
| 学習計画を立ててそれを実行することができる | −0.052 | 0.608 | −0.07 | −0.144 | 0.113 | 0.184 | 0.297 |
| 試験や小テストがなくても日々学習する習慣がある | −0.017 | 0.518 | 0.03 | −0.096 | 0.168 | 0.096 | 0.161 |
| 病院内の医療だけではなく、地域で展開されている保健活動や福祉・医療について関心がある | −0.038 | −0.068 | 0.95 | 0.072 | 0.001 | 0.002 | −0.043 |
| 疾病の治療・ケアだけではなく、地域での保健活動・疾病予防活動にも関心がある | 0.025 | −0.027 | 0.78 | −0.087 | 0.107 | 0.124 | −0.052 |
| 医療施設(病院・診療所)以外の保健・福祉施設で働いている専門職について知っている | −0.01 | −0.019 | 0.61 | 0.006 | 0.121 | −0.067 | 0.154 |
| 地域で暮らす患者さんの生活をイメージすることができる | 0.06 | 0.209 | 0.54 | 0.016 | −0.153 | −0.015 | 0.084 |
| わからないことはわからないと謙虚に言える | −0.066 | 0.119 | 0.03 | 0.72 | −0.146 | −0.104 | −0.005 |
| 他人からの指摘や評価を受け容れることができる | 0.127 | 0.032 | −0.08 | 0.634 | 0.204 | 0.102 | −0.111 |
| 自身の現在の能力やその限界を正確に見積もることができる | −0.098 | 0.224 | −0.11 | 0.537 | 0.123 | −0.016 | 0.104 |
| 他人の気持ちをできるだけ理解しようと努めている | 0.078 | −0.189 | 0.11 | 0.508 | −0.039 | 0.15 | 0.059 |
| いつも正直であることを心がけている | −0.111 | −0.12 | 0.06 | 0.449 | −0.12 | 0.237 | 0.235 |
| 情報を得るための論文データベースを操作するスキルがある | −0.01 | 0.081 | −0.04 | 0.008 | 0.644 | 0.013 | 0.062 |
| 最新の医学・医療に関する知識を、新聞やテレビなどのメディアから入手している | 0.003 | 0.154 | 0.20 | −0.027 | 0.622 | −0.136 | −0.018 |
| 自分の利益のために他人を利用してはいけないと思う | −0.183 | 0.138 | 0.13 | 0.084 | −0.114 | 0.695 | −0.121 |
| テストや口頭試問などで、何があっても不正を行ってはいけないと思う | 0.104 | 0.232 | −0.072 | 0.02 | −0.075 | 0.57 | −0.05 |
| 知り得た他人の秘密を絶対に漏らさない自信がある | 0.232 | −0.143 | −0.054 | 0.069 | 0.188 | 0.426 | −0.013 |
| 講義・演習・実習の開始時刻には学ぶための準備がいつもできている | −0.072 | −0.026 | 0.085 | 0.019 | 0.196 | −0.059 | 0.792 |
| 自分の健康状態にいつも気を配っている | 0.177 | 0.179 | −0.125 | 0.053 | −0.348 | −0.123 | 0.517 |
| 自分の日々のスケジュールを確実に把握している | 0.161 | −0.051 | 0.063 | 0.161 | 0.064 | −0.078 | 0.447 |

表15. 医療プロフェッショナリズム評価項目の因子分析の結果により除外された5項目(本調査・レベル１)

| 項目ID | 分野 | 領域 | カテゴリ | コード | 項目 |
|---|---|---|---|---|---|
| 11 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | コミュニケーション技術 | 傾聴の姿勢 | 相手の話を遮らずに根気強く聞くことができる |
| 20 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 内省・省察的実践 | 自分の知識や能力・役割の限界・不足を正しく認識している | 失敗の原因を振り返り、その後に活かすことができる |
| 24 | 患者・自職種・多職種との相互作用 | 専門職との連携・協働 | 多職種協働 | 他職種との協働に参加する | 他学科の学生との人間関係をうまく構築することができる |
| 103 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 高いスキルと知識に基づく実践 | 高いスキルと知識に基づく専門職的実践 | 高いレベルのスキルと医学知識を保持し、それを発揮する | 実践で必要とされるであろう知識や技術を日々習得している |
| 107 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 自己管理 | 自身の健康状態に留意し、維持・向上を図る | 健康的な生活習慣を身につけている |

表16. 医療プロフェッショナリズム評価項目およびKiSS-18の大学学科別得点(n=144)（本調査・レベル1）

| 尺度・因子 | 大学・学科 | | | 性別 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | C大学医学部医学科 n=(105) | C大学薬学部 n=(39) | p (二標本t検定) | 男性 n=(80) | 女性 n=(64) | p (二標本t検定) |
| 第一因子 (人間関係の構築) | 32.2 | 29.1 | ＜0.001 | 31.1 | 31.7 | 0.48 |
| 第二因子 (計画的学習) | 16.8 | 14.8 | 0.002 | 15.9 | 16.8 | 0.18 |
| 第三因子 (コミュニティヘルスへの関心) | 13.7 | 11.1 | ＜0.001 | 12.9 | 13.2 | 0.60 |
| 第四因子 (省察的実践) | 5.9 | 7.0 | ＜0.001 | 5.9 | 6.7 | 0.01 |
| 第五因子 (知識と技術) | 12.4 | 13.1 | 0.047 | 11.9 | 13.4 | <0.001 |
| 第六因子 (倫理・社会的責任) | 10.6 | 10.2 | 0.31 | 10.2 | 11.0 | 0.04 |
| 第七因子 (自己管理) | 20.6 | 20.0 | 0.16 | 20.3 | 20.6 | 0.45 |
| KiSS-18 | 64.7 | 57.1 | ＜0.001 | 63.0 | 62.1 | 0.59 |

表17. 医療プロフェッショナリズム評価尺度(本調査・レベル１）のKiSS-18との相関関係および信頼性係数(α係数)

| 因子名 | KiSS-18との相関関係 r | p | 信頼性係数(α) |
|---|---|---|---|
| 第一因子：人間関係の構築(8項目) | 0.76 | <0.001 | 0.86 |
| 第二因子：計画的学習(5項目) | 0.52 | <0.001 | 0.82 |
| 第三因子：コミュニティヘルスへの関心(4項目) | 0.44 | <0.001 | 0.84 |
| 第四因子：省察的実践(5項目) | 0.46 | <0.001 | 0.72 |
| 第五因子：知識と技術(2項目) | 0.23 | <0.01 | 0.63 |
| 第六因子：倫理的･社会的責任(3項目) | 0.23 | <0.01 | 0.63 |
| 第七因子：自己管理(3項目) | 0.43 | <0.001 | 0.64 |
| 合計得点（30項目） | 0.71 | <0.001 | 0.90 |

(α=0.86)、「知識と技術」が最も低く(α=0.63)なっていた（表 17)。また全 30 項目の信頼性係数は 0.90 であった。

## 第五節　レベル２尺度（卒業時レベル）の開発：本調査

本節では、前節までの医療プロフェッショナリズム評価尺度（レベル 1）の作成をふまえて、アドバンス版となるレベル 2（卒業時）評価尺度を開発する。なお、レベル 2 尺度では後述するようにレベル 1 尺度で開発した項目の一部を採用するため、一定の信頼性、妥当性が確保されていることが予測される。よって、レベル 2 尺度はプレテストを行わず本調査のみとした。

### (1) 方法

#### 1） 研究デザイン

研究デザインは、無記名自記式調査票を用いた集合調査または郵送調査による横断研究である。調査時期は 2016 年 3 月から 4 月（初期研修医）および 9 月（看護学部学生）である。

#### 2） 対象

対象は B 大学の臨床研修病院群で研修する 35 病院の初期研修医 352 名[v]、C 大学看護学部四年生 83 名とした。35 病院については、まず、各病院の臨床研修に関わる窓口に研究協力の可否について書面で調査を行い、協力の得られた病院に対して人数分の調査票を送付した。各病院の担当者から研修医に調査票を配付してもらい、回収方法は、担当者が回収してまとめて郵送してもらうか、個々の研修医から直接郵送してもらうか、いずれかの方法を各病院に選択してもらった。C 大学の四年生は IPE に関わる必修科目があり、その科目の講義開始前に調査票への記入を依頼し、回収した。

#### 3） 調査項目

基本属性は、C 大学看護学部四年生には性別、学部・学科および学年、研修医には性別、出身大学、研修医の経験年数、現在研修を受けている病院の種別（管理型またはたすき掛け型）を調査した。

第二節で作成したアイテムプールから、医療プロフェッショナリズムを評価する項目としてレベル 2 に相当する 50 項目を選択し、調査項目とした。アイテムプール 259 項目

[v] 初期研修医の人数は 2015 年度と 2016 年度の年度当初に入職している研修医の人数であり、調査時点で実際に勤務している研修医の人数ではない

から 50 項目を選択する際は、①レベル 2 段階の学生のレディネス、すなわち医療専門職として卒業時のあるべき姿に値する項目を選択する、②1 カテゴリから 1 項目以上を選択する、③領域の概念が包含されるように項目を選択する、④分野＜医療専門職の基盤となる能力＞は医療プロフェッショナリズム概念としてレベル 1 とレベル 2 で必要とされる内容に大きな差異がないことが想定されるため、第四節でレベル 1 尺度として採用された項目を中心に選択する、以上の四点を基準に項目を選択した。第二節で述べた 7 人の作業グループで採用する項目を検討し、最終的な項目選択を行った。その結果、3 分野 7 領域 17 カテゴリに該当する 50 項目を本調査の調査項目として選択した（表 18)。なお、50 項目中 22 項目はレベル 1 尺度で採用された項目をそのまま選択した。

第二章で抽出した医療プロフェッショナリズム概念（3 分野・7 領域・21 カテゴリ）から質問項目が選択されなかった 4 カテゴリは、『自律性の発揮』、『ケアのための組織環境の整備』、『健康政策への寄与』、『法や倫理綱領を守る』であった。いずれも条件①を満たす項目がないために調査項目には含まれなかった。50 項目の回答選択肢は、「そうである(5 点)」、「まあそうである(4 点)」、「どちらともいえない(3 点)」、「あまりそうではない(2 点)」、「そうではない(1 点)」、の 5 段階とした。

他の調査項目としては、レベル 2 の医療プロフェッショナリズム評価尺度との基準関連妥当性を検証するために、研修医のプロフェッショナリズムを評価する尺度としてしばしば用いられている P-MEX(Professionalism Mini-Evaluation Exercise)[37] の日本語版 [43]（資料 5）の一部の項目を用いた。P-MEX 日本語版は 4 因子 24 項目からなるが、卒業時の時点で概ね修得されていると予想される第二因子「省察能力（5 項目)」と第三因子「時間管理能力（3 項目)」の計 8 項目を用いた。なお、P-MEX は自己評価ではなく他者評価に用いられるため、回答選択肢は「期待を超えてとても良かった (4 点)」、「ほぼ期待どおりであった (3 点)」、「期待以下であった(2 点)」、「不適切であった(1 点)」、「評価不能(0 点)」となっている。本研究は自己評価として尺度を用いるため、回答選択肢を、「そうである(4 点)」、「まあそうである(3 点)」、「あまりそうではない(2 点)」、「まったくそうではない(1 点)」に改変して用いた。

#### 4) 分析方法

尺度の内容的妥当性と構成概念妥当性に関わる分析は第四節と同様である。また、各因子の合計得点を基本属性（職種、性別）別に算出し、二標本 t 検定(Welch 法)により基本属性のカテゴリ別の得点差を算出した。

表18.医療プロフェッショナリズム評価項目（本調査・レベル2・50項目）

| 項目ID | 項目 | 該当する医療プロフェッショナリズム概念 | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | コード | カテゴリ | 領域 | 分野 |
| 1 | 状況や立場に応じた言葉遣いや態度を取ることができる | 適切な接遇や言葉遣い | 品性・誠実さ・思いやり | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 医療専門職者の基盤となる能力 |
| 2 | 幅広い教養を身につけている | 品性のある行動、認識を保つ | | | |
| 3 | ソーシャルメディアに品性に欠ける投稿をしない | | | | |
| 4 | 友人から信頼され、頼りにされている | 嘘をつかない、信頼できる人であること | | | |
| 5 | わからないことはわからないと謙虚に言える | 知的謙虚さを保つ | | | |
| 6 | 自分の健康状態にいつも気を配っている | 自身の健康状態に留意し、維持・向上を図る | 自己管理 | | |
| 7 | 講義・演習・実習の開始時刻には学ぶための準備がいつもできていた | 時間に正確である | | | |
| 8 | 自分の日々のスケジュールを確実に把握している | | | | |
| 9 | 初対面の人と打ち解けて話をすることができる | 効果的なコミュニケーションを行う | コミュニケーション技術 | | |
| 10 | 相手の反応を見ながら会話することができる | | | | |
| 11 | 相手の話を遮らずに根気強く聞くことができる | 傾聴の姿勢 | | | |
| 12 | 会話の相手に共感を示しながら聞くことができる | | | | |
| 13 | 試験や小テストがなくても日々学習する習慣があった | 専門職として継続的に学習することの必要性を認識している | 継続学習・キャリア開発 | | |
| 14 | 学習計画を立ててそれを実行することができる | キャリアプランを作成し実行する | | | |
| 15 | 自身の将来像にむけて、今なにをすべきかがわかる | | | | |
| 16 | 自身の成長を促す学内外の活動に参加している | 専門職として成長を続けることを追い求める | | | |
| 17 | 常に現状に満足しない向上心をもっている | | | | |
| 18 | 他人からの指摘や評価を受け容れることができる | 自身の言動や行為についてのピアレビューやフィードバックを求める | 内省・省察的実践 | | |
| 19 | 自身の現在の能力やその限界を正確に見積もることができる | 自分の知識や能力・役割の限界・不足を正しく認識している | | | |
| 20 | 失敗の原因を振り返り、その後に活かすことができる | | | | |
| 201 | 教科書の範囲を超えた医学・医療知識を習得している | 高いレベルのスキルと医学知識を保持し、それを発揮する | 高いスキルと知識に基づく専門職的実践 | 高いスキルと知識に基づく実践 | |
| 202 | 一般的な疾患について、標準的な治療法・ケアの方法を知っている | 効率の良い、効果的なケアを提供する | | | |
| 203 | 治療・ケアを行う際の安全確保の基本的な考え方を理解している | 安全な医療を提供する | | | |

（つづく）

*項目ID0から199まではレベル1調査でも使用した共通項目、200番はレベル2調査独自の項目

表18. 医療プロフェッショナリズム評価項目（本調査・レベル2・50項目）（つづき）

| 項目ID | 項目 | 該当する医療プロフェッショナリズム概念 | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | コード | カテゴリ | 領域 | 分野 |
| 204 | 患者のQOLを考慮した治療・ケアの方針を検討することができる | 患者のwell-being（幸福・健康な状態）を最大に高めることに治療・ケアの焦点を当てる | 患者中心主義 | 患者中心のケアの提供 | 患者・自職種・多職種との相互作用 |
| 205 | 患者と信頼関係を築くための努力をしている | 患者との信頼関係やパートナーシップを確立した上で治療/ケアを提供する | | | |
| 206 | 患者にとってわかりやすく、かつ正しい説明をすることができる | 患者にわかりやすい、正確な情報提供や説明を行う | | | |
| 207 | セカンドオピニオンの意図や主旨を理解している | 患者が他の医師や医療専門職の意見を聞くことを尊重する | | | |
| 208 | 自分の失敗やミスは、指導者に包み隠さずに報告している（報告することができる） | 誤りがあったときには誠実に謝罪する | | | |
| 23 | セルフケアやエンパワメントの概念について説明できる | セルフケアを支援・エンパワーする | 患者の自律性を高める、支援する働きかけ | | |
| 209 | 患者が意思決定するのに必要な情報を提供することができる | 患者が自己決定できるように支援する | | | |
| 210 | 患者が自ら学んだり、知識を得たりできるように関わることができる | 知識の獲得、アドヒアランス（コンコーダンス）を支援する | | | |
| 211 | 患者の価値観や生活背景を深く知るように努めている | 患者間の個人的文化的差異、価値観を尊重する | 一人間としての患者を理解し、関わる | | |
| 212 | 患者の気持ちや考えなどを予想しながら患者と関わっている | 患者の感情を理解して、思いやりのある行動をとる | | | |
| 213 | 他職種との人間関係をうまく構築することができる | 他職種との協働に参加する | 多職種協働 | 専門職との連携・協働 | |
| 214 | 他職種の価値観や信念の違いを尊重することができる | 異なる価値観や信念を持った人と協働する | | | |
| 215 | チームにおけるリーダーシップを発揮するべき状況や、そのとりかたが分かる | チームの一員としてリーダーシップ/責任をとる | | | |
| 216 | 他職種の知識やスキル、専門性を理解し、相談することができる | 他職種の専門性や能力を見積もることができる | | | |
| 217 | 同じ職種の先輩・同僚と、治療・ケアのあり方について議論することができる | 同職種のスキル、価値観、能力に敬意を払う | 自職種働 | | |
| 218 | 自（同）職種の同僚と、互いに助け合える関係を構築している | 同僚にサポート、アドバイスをする | | | |
| 29 | 後輩への指導・教育に積極的に関わりたいと思う | 後進の教育やメンターを引き受ける | | | |
| 219 | インシデント・アクシデントレポートを提出することの意義を理解している | 組織の質改善、安全活動に従事する | 安全な医療の提供とその推進 | 組織環境の整備 | |
| 220 | 一般市民に対して自身の専門性や活動を説明できる | 公衆と自職種の信頼関係を強める活動を行う | 自職種の専門職集団への帰属・貢献 | コミュニティ、専門職集団、社会への貢献 | 社会的責任を果たす |
| 221 | 地域の特性に基づいて展開されている医療や保健活動、福祉について知っている | 地域医療・保健・福祉の活動に寄与する | 地域の保健医療福祉活動に対する理解と貢献 | | |
| 222 | 病院以外の保健・医療・福祉施設で働く専門職の機能・役割について知っている | 地域医療・保健・福祉の専門職・施設との連携を深める | | | |
| 223 | 自身の専門職としての発言が、市民や社会に与える影響の大きさを理解している | マスメディアへの誠実・公正な対応 | マス・メディアの利用と情報提供のあり方 | | |
| 224 | 実習等で知り得た患者の情報を、友人や家族などに話さない | 患者の情報(プライバシーに関わる情報を含む)を守秘する | 個人情報の適切な利用と保護 | 法や倫理綱領を理解し、社会的責任を全うする | |
| 225 | 医療専門職の肩書きを利用して不相応な利益を得ない（製薬会社からの物品供与等） | 自己の利益のために医療専門職の地位や立場を利用しない | 医療専門職としての社会的責任を果たす | | |
| 226 | 患者から謝礼・金品を渡されても固辞できる | 患者から不当な報酬や謝礼をもらわない | | | |
| 227 | 診療記録に記入すべき内容を理解し、的確に記入している | 診療記録に的確な内容を記し、確実に保存を行う | | | |
| 228 | 職場の外においても医療専門職としての自覚を持ち続けることができる | 勤務時間外における専門職としての責務 | | | |

*項目ID0から199まではレベル1調査でも使用した共通項目、200番はレベル2調査独自の項目

尺度の基準関連妥当性として、P-MEX（2 因子）と各因子を構成する項目の合計得点との相関係数を算出した。P-MEX は省察能力と時間管理能力の 2 因子によって構成されるため、医療プロフェッショナリズム評価尺度の下位尺度である省察的実践や計画的学習に関連する項目群の得点との間で、高い相関係数が算出されることが期待される。

尺度の信頼性としては、下位尺度毎および全項目の信頼性係数（Cronbach's α coefficient）を算出した。

分析には IBM 社の SPSS Statistics 22.0 を使用し、有意水準は $p<0.05$ とした。

#### 5） 倫理的配慮

倫理的配慮は第三節と同様とする。

### (2)結果

#### 1） 回収率および度数分布

研修医においては 166 名から回答が得られた(回収率 46.0%)。C 大学看護学部四年生では 74 名から回答が得られた（回収率 89.2%）（表 19）性別は男性（48.3%）であり、女性（51.7%）のほうがやや多くなっていた。

表19. 分析対象者の基本的属性(n=237)(本調査・レベル2)

| 変数 | カテゴリー | n | % |
|---|---|---|---|
| 職種・所属 | 医師(前期研修医) | 163 | 68.8 |
| | C大学看護学部4年生 | 74 | 31.2 |
| 性別 | 男性 | 114 | 48.3 |
| | 女性 | 122 | 51.7 |

表 20 に 50 項目の分布（平均値±標準偏差)、天井・床効果の分析結果、IT 相関係数を示した。天井効果については、項目 3：ソーシャルメディアに品性に欠ける投稿をしない（4.58±0.69)、項目 219：インシデント・アクシデントレポートを提出することの意義を理解している（4.42±0.62)、項目 224：実習等で知り得た患者の情報を、友人や家族などに話さない（4.34±0.80)、項目 225：医療専門職の肩書きを利用して不相応な利益を得ない（製薬会社からの物品供与等）（4.49±0.77)、項目 226：患者から謝礼・金品を渡されても固辞できる（4.37±0.80)、の 5 項目が基準を超えており、いずれも学生の自己評価が高い項目になっていた。

表20. 医療プロフェッショナリズム評価項目の基本集計（本調査・レベル2）

| 項目ID | 項目 | 平均値±標準偏差 | 天井・床効果 | IT相関 |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 状況や立場に応じた言葉遣いや態度を取ることができる | 4.09±0.65 | | 0.60 |
| 2 | 幅広い教養を身につけている | 3.11±0.94 | | 0.53 |
| 3 | ソーシャルメディアに品性に欠ける投稿をしない | 4.58±0.69 | * | 0.22 |
| 4 | 友人から信頼され、頼りにされている | 3.50±0.78 | | 0.58 |
| 5 | わからないことはわからないと謙虚に言える | 4.05±0.76 | | 0.32 |
| 6 | 自分の健康状態にいつも気を配っている | 3.54±1.04 | | 0.47 |
| 7 | 講義・演習・実習の開始時刻には学ぶための準備がいつもできていた | 3.05±1.07 | | 0.54 |
| 8 | 自分の日々のスケジュールを確実に把握している | 3.52±1.01 | | 0.54 |
| 9 | 初対面の人と打ち解けて話をすることができる | 3.49±1.03 | | 0.45 |
| 10 | 相手の反応を見ながら会話することができる | 4.06±0.84 | | 0.55 |
| 11 | 相手の話を遮らずに根気強く聞くことができる | 3.89±0.91 | | 0.48 |
| 12 | 会話の相手に共感を示しながら聞くことができる | 4.08±0.76 | | 0.56 |
| 13 | 試験や小テストがなくても日々学習する習慣があった | 2.60±1.00 | | 0.49 |
| 14 | 学習計画を立ててそれを実行することができる | 3.00±1.04 | | 0.50 |
| 15 | 自身の将来像にむけて、今なにをすべきかがわかる | 3.23±1.05 | | 0.63 |
| 16 | 自身の成長を促す学内外の活動に参加している | 2.99±1.21 | | 0.51 |
| 17 | 常に現状に満足しない向上心をもっている | 3.52±0.95 | | 0.50 |
| 18 | 他人からの指摘や評価を受け容れることができる | 4.02±0.74 | | 0.34 |
| 19 | 自身の現在の能力やその限界を正確に見積もることができる | 3.48±0.76 | | 0.44 |
| 20 | 失敗の原因を振り返り、その後に活かすことができる | 3.79±0.74 | | 0.67 |
| 201 | 教科書の範囲を超えた医学・医療知識を習得している | 2.27±0.93 | | 0.42 |
| 202 | 一般的な疾患について、標準的な治療法・ケアの方法を知っている | 2.89±0.94 | | 0.55 |
| 203 | 治療・ケアを行う際の安全確保の基本的な考え方を理解している | 3.24±0.90 | | 0.68 |
| 204 | 患者のQOLを考慮した治療・ケアの方針を検討することができる | 3.37±0.97 | | 0.66 |
| 205 | 患者と信頼関係を築くための努力をしている | 4.18±0.73 | | 0.54 |
| 206 | 患者にとってわかりやすく、かつ正しい説明をすることができる | 3.42±0.96 | | 0.61 |
| 207 | セカンドオピニオンの意図や主旨を理解している | 3.87±0.76 | | 0.55 |
| 208 | 自分の失敗やミスは、指導者に包み隠さずに報告している（報告することができる） | 4.04±0.74 | | 0.45 |
| 23 | セルフケアやエンパワメントの概念について説明できる | 2.96±1.13 | | 0.53 |
| 209 | 患者が意思決定するのに必要な情報を提供することができる | 3.42±0.9 | | 0.67 |
| 210 | 患者が自ら学んだり、知識を得たりできるように関わることができる | 3.42±0.9 | | 0.66 |
| 211 | 患者の価値観や生活背景を深く知るように努めている | 3.92±0.81 | | 0.52 |
| 212 | 患者の気持ちや考えなどを予想しながら患者と関わっている | 4.02±0.78 | | 0.57 |
| 213 | 他職種との人間関係をうまく構築することができる | 3.72±0.8 | | 0.67 |
| 214 | 他職種の価値観や信念の違いを尊重することができる | 4.00±0.76 | | 0.57 |
| 215 | チームにおけるリーダーシップを発揮するべき状況や、そのとりかたが分かる | 3.18±0.95 | | 0.69 |
| 216 | 他職種の知識やスキル、専門性を理解し、相談することができる | 3.67±0.88 | | 0.67 |
| 217 | 同じ職種の先輩・同僚と、治療・ケアのあり方について議論することができる | 3.57±0.94 | | 0.66 |
| 218 | 自（同）職種の同僚と、互いに助け合える関係を構築している | 3.87±0.80 | | 0.57 |
| 29 | 後輩への指導・教育に積極的に関わりたいと思う | 3.94±0.84 | | 0.41 |
| 219 | インシデント・アクシデントレポートを提出することの意義を理解している | 4.42±0.62 | * | 0.40 |
| 220 | 一般市民に対して自身の専門性や活動を説明できる | 3.62±0.89 | | 0.65 |
| 221 | 地域の特性に基づいて展開されている医療や保健活動、福祉について知っている | 3.14±1.02 | | 0.59 |
| 222 | 病院以外の保健・医療・福祉施設で働く専門職の機能・役割について知っている | 3.34±0.99 | | 0.64 |
| 223 | 自身の専門職としての発言が、市民や社会に与える影響の大きさを理解している | 3.63±0.84 | | 0.44 |
| 224 | 実習等で知り得た患者の情報を、友人や家族などに話さない | 4.34±0.80 | * | 0.22 |
| 225 | 医療専門職の肩書きを利用して不相応な利益を得ない（製薬会社からの物品供与等） | 4.49±0.77 | * | 0.38 |
| 226 | 患者から謝礼・金品を渡されても固辞できる | 4.37±0.80 | * | 0.41 |
| 227 | 診療記録に記入すべき内容を理解し、的確に記入している | 3.68±0.82 | | 0.60 |
| 228 | 職場の外においても医療専門職としての自覚を持ち続けることができる | 3.73±0.82 | | 0.51 |

IT 相関については、項目 3（r=0.22）、項目 224（r=0.22）の 2 項目において相関係数が基準（r≧0.3）を満たしていなかった。

### 2） レベル 2 尺度（卒業時レベル）の妥当性・信頼性

レベル 2 尺度の構成概念妥当性の検証のため、探索的因子分析を行った。なお、天井効果および IT 相関係数 0.3 未満の項目は、この段階では削除せずに因子分析に投入した。因子分析の結果､方法の項で提示した基準を満たさない 19 項目が因子分析から除外され、31 項目からなる 8 因子が抽出された（表 21，表 22）。KMO は 0.886、Bartlett の球面性検定は有意であり（$p<0.001$，$\chi^2=3794.1$, df=465）、因子分析の妥当性が示された。8 つの因子は、第一因子「安全で質の高いケア提供」、第二因子「患者中心のケア提供」、第三因子「計画的学習」、第四因子「連携･協働」、第五因子「人間関係の構築」、第六因子「コミュニティヘルスへの関心」、第七因子「倫理・社会的責任」、第八因子「省察的実践」と名付けた。

職種別の各因子および P-MEX の 2 因子の合計得点を表 23 に示した。第八因子「省察的実践」を除く 7 つの因子と P-MEX の 2 因子で有意な差が認められ、医師（前期研修医）より C 大学看護学部四年生の得点が高かった。性別においては、第三因子「計画的学習」、第四因子「連携･協働」、第八因子「省察的実践」と P-MEX「省察能力」を除く因子において有意な差が認められ、男性よりも女性において得点が高くなっていた。

次に、レベル 2 尺度の基準関連妥当性の検証のため、P-MEX（2 因子）と各因子を構成する項目の合計得点との相関係数を算出した（表 24）。P-MEX の第二因子「省察能力」と医療プロフェッショナリズム評価尺度（レベル 2）との相関は、0.28～0.59 で中程度の相関が認められた。なかでも、評価項目の内容が類似している第八因子「省察的実践」との相関係数は 0.59 と高くなっていた。P-MEX の第三因子「時間管理能力」と医療プロフェッショナリズム評価尺度（レベル 2）との相関は、0.33～0.60 で中程度の相関が認められた。

レベル 2 尺度の $\alpha$ 信頼性係数は 0.71（第七因子「倫理・社会的責任」）から 0.87（第一因子「安全で質の高いケア提供」）の範囲にあった（表 24）。全 31 項目の $\alpha$ 係数は 0.93 であった。

表21. 医療プロフェッショナリズム評価項目の因子分析の結果(本調査・レベル2)

| 項目ID | 分野 | 領域 | カテゴリ | コード | 項目 | 因子負荷量 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | 第一因子（安全で質の高いケア提供） | 第二因子（患者中心のケア提供） | 第三因子（計画的学習） | 第四因子（連携・協働） | 第五因子（人間関係の構築） | 第六因子（コミュニティへルスへの関心） | 第七因子（倫理、社会的責任） | 第八因子（省察的実践） |
| 204 | 患者・自職種・多職種との相互作用 | 患者中心のケアの提供 | 患者中心主義 | 患者のwell-being（幸福・健康な状態）を最大に高めることに治療・ケアの焦点を当てる | 患者のQOLを考慮した治療・ケアの方針を検討することができる | 0.965 | 0.080 | 0.028 | −0.004 | −0.031 | −0.008 | −0.012 | −0.205 |
| 203 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 高いスキルと知識に基づく実践 | 高いスキルと知識に基づく専門職の実践 | 安全な医療を提供する | 治療・ケアを行う際の安全確保の基本的な考え方を理解している | 0.846 | −0.237 | −0.090 | 0.045 | 0.158 | 0.073 | 0.139 | 0.017 |
| 202 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 高いスキルと知識に基づく実践 | 高いスキルと知識に基づく専門職の実践 | 効率の良い、効果的なケアを提供する | 一般的な疾患について、標準的な治療法・ケアの方法を知っている | 0.760 | −0.256 | 0.122 | 0.000 | 0.031 | −0.068 | −0.066 | 0.167 |
| 206 | 患者・自職種・多職種との相互作用 | 患者中心のケアの提供 | 患者中心主義 | 患者にわかりやすい、正確な情報提供や説明を行う | 患者にとってわかりやすく、かつ正しい説明をすることができる | 0.573 | 0.283 | −0.047 | −0.165 | −0.008 | 0.021 | −0.125 | 0.209 |
| 209 | 患者・自職種・多職種との相互作用 | 患者中心のケアの提供 | 患者の自律性を高める、支援する働きかけ | 患者が自己決定できるように支援する | 患者が意思決定するのに必要な情報を提供することができる | 0.535 | 0.318 | 0.006 | 0.029 | −0.119 | 0.062 | −0.146 | 0.064 |
| 207 | 患者・自職種・多職種との相互作用 | 患者中心のケアの提供 | 患者中心主義 | 患者が他の医師や医療専門職の意見を聞くことを尊重する | セカンドオピニオンの意図や主旨を理解している | 0.434 | 0.292 | 0.055 | −0.017 | −0.047 | 0.063 | 0.099 | −0.170 |
| 211 | 患者・自職種・多職種との相互作用 | 患者中心のケアの提供 | 一人間としての患者を理解し、関わる | 患者間の個人的文化的差異、価値観を尊重する | 患者の価値観や生活背景を深く知るように努めている | −0.149 | 0.868 | 0.050 | −0.036 | 0.069 | 0.035 | −0.032 | −0.062 |
| 212 | 患者・自職種・多職種との相互作用 | 患者中心のケアの提供 | 一人間としての患者を理解し、関わる | 患者の感情を理解して、思いやりのある行動をとる | 患者の気持ちや考えなどを予想しながら患者と関わっている | −0.125 | 0.733 | −0.165 | 0.072 | 0.208 | 0.029 | 0.070 | 0.031 |
| 205 | 患者・自職種・多職種との相互作用 | 患者中心のケアの提供 | 患者中心主義 | 患者との信頼関係やパートナーシップを確立した上で治療/ケアを提供する | 患者と信頼関係を築くための努力をしている | 0.253 | 0.678 | −0.115 | −0.129 | 0.124 | −0.115 | 0.171 | −0.056 |
| 210 | 患者・自職種・多職種との相互作用 | 患者中心のケアの提供 | 患者の自律性を高める、支援する働きかけ | 知識の獲得、アドヒアランス（コンコーダンス）を支援する | 患者が自ら学んだり、知識を得たりできるように関わることができる | 0.073 | 0.530 | 0.136 | 0.156 | −0.159 | 0.096 | −0.106 | 0.063 |
| 13 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 継続学習・キャリア開発 | 専門職として継続的に学習することの必要性を認識している | 試験や小テストがなくても日々学習する習慣があった | −0.026 | −0.034 | 0.832 | −0.013 | 0.037 | 0.026 | −0.033 | −0.034 |
| 14 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 継続学習・キャリア開発 | キャリアプランを作成し実行する | 学習計画を立ててそれを実行することができる | −0.056 | −0.173 | 0.703 | −0.121 | 0.125 | 0.171 | 0.016 | 0.204 |
| 7 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 自己管理 | 時間に正確である | 講義・演習・実習の開始時刻には学ぶための準備がいつもできていた | 0.218 | 0.042 | 0.544 | 0.074 | −0.017 | −0.068 | 0.101 | −0.092 |
| 8 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 自己管理 | 時間に正確である | 自分の日々のスケジュールを確実に把握している | 0.101 | 0.172 | 0.423 | 0.130 | −0.005 | −0.043 | 0.075 | −0.083 |
| 218 | 患者・自職種・多職種との相互作用 | 専門職との連携・協働 | 自職種働 | 同僚にサポート、アドバイスをする | 自（同）職種の同僚と、互いに助け合える関係を構築している | −0.023 | −0.078 | −0.110 | 0.870 | 0.139 | −0.036 | 0.116 | −0.109 |
| 217 | 患者・自職種・多職種との相互作用 | 専門職との連携・協働 | 自職種働 | 同職種のスキル、価値観、能力に敬意を払う | 同じ職種の先輩・同僚と、治療・ケアのあり方について議論することができる | 0.055 | −0.048 | 0.005 | 0.833 | −0.127 | 0.047 | −0.045 | 0.062 |
| 29 | 患者・自職種・多職種との相互作用 | 専門職との連携・協働 | 自職種働 | 後進の教育やメンターを引き受ける | 後輩への指導・教育に積極的に関わりたいと思う | −0.081 | 0.081 | 0.177 | 0.526 | 0.136 | −0.146 | −0.067 | −0.117 |
| 216 | 患者・自職種・多職種との相互作用 | 専門職との連携・協働 | 多職種協働 | 他職種の専門性や能力を見積もることができる | 他職種の知識やスキル、専門性を理解し、相談することができる | 0.102 | 0.052 | −0.052 | 0.509 | −0.095 | 0.183 | −0.016 | 0.139 |
| 9 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | コミュニケーション技術 | 効果的なコミュニケーションを行う | 初対面の人と打ち解けて話をすることができる | 0.034 | 0.007 | 0.108 | −0.039 | 0.740 | 0.058 | 0.024 | −0.067 |
| 10 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | コミュニケーション技術 | 効果的なコミュニケーションを行う | 相手の反応を見ながら会話することができる | −0.006 | 0.293 | −0.136 | 0.058 | 0.574 | 0.074 | −0.056 | 0.076 |
| 4 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 品性・誠実さ・思いやり | 嘘をつかない、信頼できる人であること | 友人から信頼され、頼りにされている | 0.029 | 0.179 | 0.193 | 0.194 | 0.504 | −0.168 | −0.057 | 0.021 |
| 221 | 社会的責任を果たす | コミュニティ、専門職集団、社会への貢献 | 地域の保健医療福祉活動に対する理解と貢献 | 地域医療・保健・福祉の活動に寄与する | 地域の特性に基づいて展開されている医療や保健活動、福祉について知っている | 0.030 | −0.027 | 0.043 | −0.010 | −0.011 | 0.886 | 0.008 | −0.069 |
| 222 | 社会的責任を果たす | コミュニティ、専門職集団、社会への貢献 | 地域の保健医療福祉活動に対する理解と貢献 | 地域医療・保健・福祉の専門職・施設との連携を深める | 病院以外の保健・医療・福祉施設で働く専門職の機能・役割について知っている | 0.042 | 0.039 | 0.069 | −0.097 | 0.037 | 0.810 | 0.143 | −0.066 |
| 220 | 社会的責任を果たす | コミュニティ、専門職集団、社会への貢献 | 自職種の専門職集団への帰属・貢献 | 公衆と自職種の信頼関係を強める活動を行う | 一般市民に対して自身の専門性や活動を説明できる | 0.020 | 0.114 | −0.056 | 0.284 | 0.056 | 0.402 | −0.039 | 0.077 |
| 225 | 社会的責任を果たす | 法や倫理綱領を理解し、社会的責任を全うする | 医療専門職としての社会的責任を果たす | 自己の利益のために医療専門職の地位や立場を利用しない | 医療専門職の肩書きを利用して不相応な利益を得ない（製薬会社からの物品供与等） | 0.119 | −0.119 | −0.092 | 0.110 | 0.012 | −0.052 | 0.756 | 0.156 |
| 226 | 社会的責任を果たす | 法や倫理綱領を理解し、社会的責任を全うする | 医療専門職としての社会的責任を果たす | 患者から不当な報酬や謝礼をもらわない | 患者から謝礼・金品を渡されても固辞できる | −0.069 | 0.015 | 0.113 | 0.126 | −0.026 | 0.106 | 0.639 | −0.033 |
| 224 | 社会的責任を果たす | 法や倫理綱領を理解し、社会的責任を全うする | 個人情報の適切な利用と保護 | 患者の情報（プライバシーに関わる情報を含む）を守秘する | 実習等で知り得た患者の情報を、友人や家族などに話さない | −0.103 | 0.210 | 0.045 | −0.198 | −0.014 | 0.124 | 0.539 | 0.019 |
| 19 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 内省・省察的実践 | 自分の知識や能力・役割の限界・不足を正しく認識している | 自身の現在の能力やその限界を正確に見積もることができる | 0.047 | −0.132 | −0.069 | −0.070 | 0.106 | 0.039 | −0.071 | 0.804 |
| 18 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 内省・省察的実践 | 自身の言動や行為についてのピアレビューやフィードバックを求める | 他人からの指摘や評価を受け容れることができる | −0.062 | 0.034 | 0.053 | −0.031 | −0.116 | −0.123 | 0.176 | 0.641 |
| 208 | 患者・自職種・多職種との相互作用 | 患者中心のケアの提供 | 患者中心主義 | 誤りがあったときには誠実に謝罪する | 自分の失敗やミスは、指導者に包み隠さずに報告している（報告することができる） | −0.064 | 0.340 | 0.061 | −0.028 | −0.152 | −0.125 | 0.261 | 0.451 |
| 20 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 内省・省察的実践 | 自分の知識や能力・役割の限界・不足を正しく認識している | 失敗の原因を振り返り、その後に活かすことができる | 0.057 | 0.073 | 0.139 | 0.104 | 0.202 | 0.000 | −0.024 | 0.429 |

表21. 医療プロフェッショナリズム評価項目の因子分析の結果(本調査・レベル2)(抜粋)

| 項目 | 因子負荷量 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 第一因子(安全で質の高いケア提供) | 第二因子(患者中心のケア提供) | 第三因子(計画的学習) | 第四因子(連携・協働) | 第五因子(人間関係の構築) | 第六因子(コミュニティへルスへの関心) | 第七因子(倫理、社会的責任) | 第八因子(省察的実践) |
| 患者のQOLを考慮した治療・ケアの方針を検討することができる | 0.965 | 0.080 | 0.028 | −0.004 | −0.031 | −0.008 | −0.012 | −0.205 |
| 治療・ケアを行う際の安全確保の基本的な考え方を理解している | 0.846 | −0.237 | −0.090 | 0.045 | 0.158 | 0.073 | 0.139 | 0.017 |
| 一般的な疾患について、標準的な治療法・ケアの方法を知っている | 0.760 | −0.256 | 0.122 | 0.000 | 0.031 | −0.068 | −0.066 | 0.167 |
| 患者にとってわかりやすく、かつ正しい説明をすることができる | 0.573 | 0.283 | −0.047 | −0.165 | −0.008 | 0.021 | −0.125 | 0.209 |
| 患者が意思決定するのに必要な情報を提供することができる | 0.535 | 0.318 | 0.006 | 0.029 | −0.119 | 0.062 | −0.146 | 0.064 |
| セカンドオピニオンの意図や主旨を理解している | 0.434 | 0.292 | 0.055 | −0.017 | −0.047 | 0.063 | 0.099 | −0.170 |
| 患者の価値観や生活背景を深く知るように努めている | −0.149 | 0.868 | 0.050 | −0.036 | 0.069 | 0.035 | −0.032 | −0.062 |
| 患者の気持ちや考えなどを予想しながら患者と関わっている | −0.125 | 0.733 | −0.165 | 0.072 | 0.208 | 0.029 | 0.070 | 0.031 |
| 患者と信頼関係を築くための努力をしている | 0.253 | 0.678 | −0.115 | −0.129 | 0.124 | −0.115 | 0.171 | −0.056 |
| 患者が自ら学んだり、知識を得たりできるように関わることができる | 0.073 | 0.530 | 0.136 | 0.156 | −0.159 | 0.096 | −0.106 | 0.063 |
| 試験や小テストがなくても日々学習する習慣があった | −0.026 | −0.034 | 0.832 | −0.013 | 0.037 | 0.026 | −0.033 | −0.034 |
| 学習計画を立ててそれを実行することができる | −0.056 | −0.173 | 0.703 | −0.121 | 0.125 | 0.171 | 0.016 | 0.204 |
| 講義・演習・実習の開始時刻には学ぶための準備がいつもできていた | 0.218 | 0.042 | 0.544 | 0.074 | −0.017 | −0.068 | 0.101 | −0.092 |
| 自分の日々のスケジュールを確実に把握している | 0.101 | 0.172 | 0.423 | 0.130 | −0.005 | −0.043 | 0.075 | −0.083 |
| 自(同)職種の同僚と、互いに助け合える関係を構築している | −0.023 | −0.078 | −0.110 | 0.870 | 0.139 | −0.036 | 0.116 | −0.109 |
| 同じ職種の先輩・同僚と、治療・ケアのあり方について議論することができる | 0.055 | −0.048 | 0.005 | 0.833 | −0.127 | 0.047 | −0.045 | 0.062 |
| 後輩への指導・教育に積極的に関わりたいと思う | −0.081 | 0.081 | 0.177 | 0.526 | 0.136 | −0.146 | −0.067 | −0.117 |
| 他職種の知識やスキル、専門性を理解し、相談することができる | 0.102 | 0.052 | −0.052 | 0.509 | −0.095 | 0.183 | −0.016 | 0.139 |
| 初対面の人と打ち解けて話をすることができる | 0.034 | 0.007 | 0.108 | −0.039 | 0.740 | 0.058 | 0.024 | −0.067 |
| 相手の反応を見ながら会話することができる | −0.006 | 0.293 | −0.136 | 0.058 | 0.574 | 0.074 | −0.056 | 0.076 |
| 友人から信頼され、頼りにされている | 0.029 | 0.179 | 0.193 | 0.194 | 0.504 | −0.168 | −0.057 | 0.021 |
| 地域の特性に基づいて展開されている医療や保健活動、福祉について知っている | 0.030 | −0.027 | 0.043 | −0.010 | −0.011 | 0.886 | 0.008 | −0.069 |
| 病院以外の保健・医療・福祉施設で働く専門職の機能・役割について知っている | 0.042 | 0.039 | 0.069 | −0.097 | 0.037 | 0.810 | 0.143 | −0.066 |
| 一般市民に対して自身の専門性や活動を説明できる | 0.020 | 0.114 | −0.056 | 0.284 | 0.056 | 0.402 | −0.039 | 0.077 |
| 医療専門職の肩書きを利用して不相応な利益を得ない(製薬会社からの物品供与等) | 0.119 | −0.119 | −0.092 | 0.110 | 0.012 | −0.052 | 0.756 | 0.156 |
| 患者から謝礼・金品を渡されても固辞できる | −0.069 | 0.015 | 0.113 | 0.126 | −0.026 | 0.106 | 0.639 | −0.033 |
| 実習等で知り得た患者の情報を、友人や家族などに話さない | −0.103 | 0.210 | 0.045 | −0.198 | −0.014 | 0.124 | 0.539 | 0.019 |
| 自身の現在の能力やその限界を正確に見積もることができる | 0.047 | −0.132 | −0.069 | −0.070 | 0.106 | 0.039 | −0.071 | 0.804 |
| 他人からの指摘や評価を受け容れることができる | −0.062 | 0.034 | 0.053 | −0.031 | −0.116 | −0.123 | 0.176 | 0.641 |
| 自分の失敗やミスは、指導者に包み隠さずに報告している(報告することができる) | −0.064 | 0.340 | 0.061 | −0.028 | −0.152 | −0.125 | 0.261 | 0.451 |
| 失敗の原因を振り返り、その後に活かすことができる | 0.057 | 0.073 | 0.139 | 0.104 | 0.202 | 0.000 | −0.024 | 0.429 |

表22. 医療プロフェッショナリズム評価項目の因子分析の結果により除外された19項目(本調査・レベル2)

| 項目ID | 分野 | 領域 | カテゴリ | コード | 項目 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 品性・誠実さ・思いやり | 適切な接遇や言葉遣い | 状況や立場に応じた言葉遣いや態度を取ることができる |
| 2 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 品性・誠実さ・思いやり | 品性のある行動、認識を保つ | 幅広い教養を身につけている |
| 3 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 品性・誠実さ・思いやり | 品性のある行動、認識を保つ | ソーシャルメディアに品性に欠ける投稿をしない |
| 5 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 品性・誠実さ・思いやり | 知的謙虚さを保つ | わからないことはわからないと謙虚に言える |
| 6 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 自己管理 | 自身の健康状態に留意し、維持・向上を図る | 自分の健康状態にいつも気を配っている |
| 11 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | コミュニケーション技術 | 傾聴の姿勢 | 相手の話を遮らずに根気強く聞くことができる |
| 12 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | コミュニケーション技術 | 傾聴の姿勢 | 会話の相手に共感を示しながら聞くことができる |
| 15 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 継続学習・キャリア開発 | キャリアプランを作成し実行する | 自身の将来像にむけて、今なにをすべきかがわかる |
| 16 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 継続学習・キャリア開発 | 専門職として成長を続けることを追い求める | 自身の成長を促す学内外の活動に参加している |
| 17 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 継続学習・キャリア開発 | 専門職として成長を続けることを追い求める | 常に現状に満足しない向上心をもっている |
| 201 | 医療専門職者の基盤となる能力 | 高いスキルと知識に基づく実践 | 高いスキルと知識に基づく専門職的実践 | 高いレベルのスキルと医学知識を保持し、それを発揮する | 教科書の範囲を超えた医学・医療知識を習得している |
| 23 | 患者・自職種・多職種との相互作用 | 患者中心のケアの提供 | 患者の自律性を高める、支援する働きかけ | セルフケアを支援・エンパワーする | セルフケアやエンパワメントの概念について説明できる |
| 213 | 患者・自職種・多職種との相互作用 | 専門職との連携・協働 | 多職種協働 | 他職種との協働に参加する | 他職種との人間関係をうまく構築することができる |
| 214 | 患者・自職種・多職種との相互作用 | 専門職との連携・協働 | 多職種協働 | 異なる価値観や信念を持った人と協働する | 他職種の価値観や信念の違いを尊重することができる |
| 215 | 患者・自職種・多職種との相互作用 | 専門職との連携・協働 | 多職種協働 | チームの一員としてリーダーシップ/責任をとる | チームにおけるリーダーシップを発揮するべき状況や、そのとりかたが分かる |
| 219 | 患者・自職種・多職種との相互作用 | 組織環境の整備 | 安全な医療の提供とその推進 | 組織の質改善、安全活動に従事する | インシデント・アクシデントレポートを提出することの意義を理解している |
| 223 | 社会的責任を果たす | コミュニティ、専門職集団、社会への貢献 | マス・メディアの利用と情報提供のあり方 | マスメディアへの誠実・公正な対応 | 自身の専門職としての発言が、市民や社会に与える影響の大きさを理解している |
| 227 | 社会的責任を果たす | 法や倫理綱領を理解し、社会的責任を全うする | 医療専門職としての社会的責任を果たす | 診療記録に的確な内容を記し、確実に保存を行う | 診療記録に記入すべき内容を理解し、的確に記入している |
| 228 | 社会的責任を果たす | 法や倫理綱領を理解し、社会的責任を全うする | 医療専門職としての社会的責任を果たす | 勤務時間外における専門職としての責務 | 職場の外においても医療専門職としての自覚を持ち続けることができる |

## 第六節　考察

第三章では、臨床実習前（レベル 1）と卒業時（レベル 2）の 2 つの段階で用いることができる医療プロフェッショナリズム評価尺度を作成した。レベル 1 尺度はプレテストと本調査の 2 回の調査を経て、レベル 2 尺度は本調査によって、内容的妥当性および、因子妥当性、基準関連妥当性の観点から構成概念妥当性を検証した。

### (1) 医療プロフェッショナリズム評価尺度の構成概念妥当性

因子分析によりレベル 1 尺度は、第一因子「人間関係の構築」、第二因子「計画的学習」、第三因子「コミュニティヘルスへの関心」、第四因子「省察的実践」、第五因子「知識と技術」、第六因子「倫理的･社会的責任」、第七因子「自己管理」の 7 つの因子が抽出された。

表23. 医療プロフェッショナリズム評価項目の職種別得点(n=237)（本調査・レベル2）

| 尺度・因子 | 職種 | | | 性別 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | C大学 看護学部 4年生 n=(74) | 医師 (前期研修医) n=(163) | p (二標本t検定) | 男性 n=(114) | 女性 n=(122) | p (二標本t検定) |
| 第一因子：安全で質の高いケア提供(6項目) | 22.0 | 19.4 | ＜0.001 | 19.4 | 20.9 | 0.008 |
| 第二因子：患者中心のケア提供(4項目) | 17.5 | 14.7 | ＜0.001 | 14.6 | 16.4 | ＜0.001 |
| 第三因子：計画的学習(4項目) | 13.3 | 11.7 | ＜0.001 | 11.8 | 12.5 | 0.11 |
| 第四因子：連携･協働(4項目) | 16.0 | 14.6 | ＜0.001 | 14.7 | 15.4 | 0.06 |
| 第五因子：人間関係の構築(3項目) | 11.9 | 10.6 | ＜0.001 | 10.5 | 11.5 | ＜0.001 |
| 第六因子：コミュニティヘルスへの関心(3項目) | 11.5 | 9.5 | ＜0.001 | 9.7 | 10.5 | 0.03 |
| 第七因子：倫理・社会的責任(3項目) | 14.1 | 12.8 | ＜0.001 | 12.7 | 13.7 | ＜0.001 |
| 第八因子：省察的実践(4項目) | 15.7 | 15.2 | 0.13 | 15.3 | 15.3 | 0.92 |
| P-MEX:省察能力（5項目） | 15.9 | 15.1 | 0.003 | 15.1 | 15.5 | 0.17 |
| P-MEX:時間管理（3項目） | 9.8 | 8.8 | <0.001 | 8.9 | 9.4 | 0.01 |

表24. 医療プロフェッショナリズム評価尺度(本調査・レベル2）の信頼性係数(α係数)
および P-MEXとの相関関係

| 因子名 | 信頼性係数(α) | P-MEXとの相関関係 | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 省察能力(5項目) | | 時間管理能力(3項目) | |
| | | r | p | r | p |
| 第一因子：安全で質の高いケア提供(6項目) | 0.87 | 0.37 | <0.001 | 0.60 | <0.001 |
| 第二因子：患者中心のケア提供(4項目) | 0.82 | 0.47 | <0.001 | 0.45 | <0.001 |
| 第三因子：計画的学習(4項目) | 0.78 | 0.28 | <0.001 | 0.58 | <0.001 |
| 第四因子：連携･協働(4項目) | 0.78 | 0.41 | <0.001 | 0.55 | <0.001 |
| 第五因子：人間関係の構築 | 0.77 | 0.32 | <0.001 | 0.44 | <0.001 |
| 第六因子：コミュニティヘルスへの関心(3項目) | 0.83 | 0.36 | <0.001 | 0.50 | <0.001 |
| 第七因子：倫理・社会的責任 | 0.71 | 0.31 | <0.001 | 0.33 | <0.001 |
| 第八因子：省察的実践(4項目) | 0.72 | 0.59 | <0.001 | 0.45 | <0.001 |
| 合計得点（31項目） | 0.93 | 0.53 | <0.001 | 0.70 | <0.001 |

レベル 2 尺度では、第一因子「安全で質の高いケア提供」、第二因子「患者中心のケア提供」、第三因子「計画的学習」、第四因子「連携･協働」、第五因子「人間関係の構築」、第六因子「コミュニティヘルスへの関心」、第七因子「倫理・社会的責任」、第八因子「省察的実践」の 8 因子が抽出された。レベル 1 のレディネスに見合わないと判断されて除外された概念群を除けば、表 2 で示されている観念的な医療プロフェッショナリズム概念との齟齬もなく、網羅的に医療プロフェッショナリズムを評価できる尺度になっていると考えられる。

レベル 1 尺度（プレテスト)、レベル 1 尺度（本調査)、レベル 2 尺度を構成する項目の内容の変化について表 25 にまとめた。分野＜医療専門職の基盤となる人格形成と知識・スキル＞、領域［医療専門職の人格形成と社会的スキル］は、3 尺度において、この領域を構成する概念を網羅的に評価する項目群になっている。しかしながら、採用されている項目数はそれぞれレベル 1 尺度（プレテスト）14 項目、レベル 1 尺度（本調査）18 項目、レベル 2 尺度 9 項目で、レベル 1 尺度におけるこの領域の重要性を示唆する結果となった。因子においては、レベル 1 尺度（プレテスト）で抽出されていなかった「省察的実践」がレベル 1 尺度（本調査）とレベル 2 尺度では抽出されており、項目の内容をより反映した尺度構成になっていることが示された。

表25. 医療プロフェッショナリズム評価尺度の項目と医療プロフェッショナリズム（コード）の対応関係[i]

| 分野 | 領域 | カテゴリ | コード | レベル1尺度（プレテスト） | レベル1尺度（本調査） | レベル2尺度 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 医療専門職の基盤となる人格形成と知識・スキル | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | 品性・誠実さ・思いやり | 適切な接遇や言葉遣い | ○ | ○ | △ |
| | | | 品性のある行動、知識を保つ | ○△ | | △△ |
| | | | 嘘をつかない、信頼できる人であること | △ | ◎ | ○ |
| | | | 知的謙虚さを保つ | △ | ○ | △△ |
| | | 自己管理 | 自身の健康状態に留意し、維持・向上を図る | ○ | ○△ | △ |
| | | | 時間に正確である | ◎ | ◎ | ◎ |
| | | コミュニケーション技術 | 効果的なコミュニケーションを行う | ◎ | ○○○ | ◎ |
| | | | 傾聴の姿勢 | ◎ | ○△ | △△ |
| | | 継続学習・キャリア開発 | 専門職として継続的に学習することの必要性を認識している | ○ | ◎ | ○ |
| | | | 専門職として成長を続けることを追い求める | ○△ | ○ | △△ |
| | | | キャリアプランを作成し実行する | ○△ | ◎ | ○△ |
| | | 内省・省察的実践 | 自身の言動や行為についてのピアレビューやフィードバックを求める | ○ | ○ | ○ |
| | | | パフォーマンスを振り返る | | | |
| | | | 自分の知識や能力・役割の限界・不足を正しく認識している | ○△ | ○△ | ◎ |
| | 高いスキルと知識に基づく専門職的実践 | 高いスキルと知識に基づく実践 | 高いレベルのスキルと医学知識を保持し、それを発揮する | | △ | △ |
| | | | 科学的根拠に基づいた意思決定、実践を行う | | ○ | |
| | | | 効率の良い、効果的なケアを提供する | | | ○ |
| | | | 科学の発展、新しい知識の創造のために研究活動を行う | | | |
| | | | 治療/ケアに関する最新の情報を収集し、臨床に適用する | △ | ○ | |
| | | | 安全な医療を提供する | | | ○ |
| | | | 治療/ケアの結果の不確実性を理解している | | | |
| | | 自律性の発揮 | 専門職として自律した学習、活動を行う | | | |
| | | | 自律がもたらす責任を引き受ける | | | |
| 患者・自職種・多職種との相互作用 | 患者中心のケアの提供 | 患者中心主義 | 患者のwell-being（幸福・健康な状態）を最大に高めることに治療・ケアの焦点を当てる | | | ○ |
| | | | 患者の利益、患者の意向を尊重した治療・ケアを提供する | | | |
| | | | 患者との信頼関係やパートナーシップを確立した上で治療/ケアを提供する | | | ○ |
| | | | 患者にわかりやすい、正確な情報提供や説明を行う | | | ○ |
| | | | 患者にとって必要なときに連絡がつく状況を維持する | | | |
| | | | 患者の期待を超えるサービスを提供する | | | |
| | | | 患者が他の医師や医療専門職の意見を聞くことを尊重する | △ | | ○ |
| | | | 誤りがあったときには誠実に謝罪する | | | ○ |
| | | 患者の自律性を高める、支援する働きかけ | セルフケアを支援・エンパワーする | ○ | | △ |
| | | | 患者が自己決定できるように支援する | | | ○ |
| | | | 患者の自律性を尊重する | | | |
| | | | 知識の獲得、アドヒアランス（コンコーダンス）を支援する | | | ○ |
| | | | 患者との適切な距離・関係を保つ | | | |
| | | 一人間としての患者を理解し、関わる | 患者間の個人的文化的差異、価値観を尊重する | | | ○ |
| | | | 患者の権利、人間の権利を尊重する | | | |
| | | | 患者の品位、尊厳を守る | | | |
| | | | 学習スタイル、言語、認知能力などの個人差を考慮した対応ができる | | | |
| | | | 患者の感情を理解して、思いやりのある行動をとる | | | ○ |
| | | | 患者の個人特性(性別・社会経済的状態など）にとらわれずに患者と関わりを持つ | | | |
| | 専門職との連携・協働 | 多職種協働 | 他職種との協働に参加する | ○ | △ | △ |
| | | | 異なる価値観や信念を持った人と協働する | | | △ |
| | | | チームの一員としてリーダーシップ/責任をとる | △ | ○ | △ |
| | | | 多職種で共有すべき患者情報の内容と範囲の判断ができる | | | |
| | | | 他の医療者が必要なときに連絡がつく状況を維持する | | | |
| | | | 職種間の調整を行い、緊張状態を緩和する | | | |
| | | | 他職種の専門性や能力を見積もることができる | ○ | | |
| | | | 他職種に業務を引き継ぐ・委譲する判断を行い確実に実施する | | | |
| | | | 施設間の患者の引き継ぎや移送を確実に、安全に実施する | | | |
| | | | 他職種によるケア/治療の成果を的確に評価し、必要に応じて指導する | | | ○ |
| | | 自職種協働 | 同職種のスキル、価値観、能力に敬意を払う | ○ | ○ | ○ |
| | | | 必要に応じて他の同職種に連絡/報告/相談を行う | | | |
| | | | 同僚にサポート、アドバイスをする | ○ | ○ | ○ |
| | | | 後進の教育やメンターを引き受ける | △ | | ○ |
| | | | 同職種間の調整を行い、緊張状態を緩和する | | | |
| | | | 他の自（同）職種の治療/ケアを確認し、必要に応じて指導する | | | |
| | 組織環境の整備 | ケアのための組織環境の整備 | 質の高い治療/ケアのための職場環境の整備 | | | |
| | | | 文化の共有の推進 | | | |
| | | 安全な医療の提供とその推進 | オープンで安全な文化を推進し奨励する（組織文化） | | | |
| | | | 安全環境を整備し監視する | | | |
| | | | 組織の質改善、安全活動に従事する | | | △ |
| 社会的責任を果たす | コミュニティ、専門職集団、社会への貢献 | 自職種の専門職集団への帰属・貢献 | 専門職集団の治療/ケアの質向上/改善に寄与する | | | |
| | | | 専門職集団としての発展に寄与する | | | |
| | | | 公衆と自職種の信頼関係を強める活動を行う | ○ | | ○ |
| | | | 専門職組織へのメンバーシップを維持する | | | |
| | | 地域の保健医療福祉活動に対する理解と貢献 | 地域医療・保健・福祉の活動に寄与する | ○ | ◎ | ○ |
| | | | 地域医療・保健・福祉の専門職・施設との連携を深める | ○ | ○ | ○ |
| | | | 公衆衛生/予防医学の促進 | | ○ | |
| | | | 社会のニーズを認識しそれに応える責任を持つ | | | |
| | | | 保健・医療・福祉制度について理解している | | | |
| | | 健康政策への寄与 | 保健・医療・福祉の社会政策の形成に寄与する | | | |
| | | | 政治的活動に寄与する | | | |
| | | | 国際的な健康問題への寄与 | | | |
| | | | 公的機関への協力 | | | |
| | | マス・メディアの利用と情報提供のあり | マス・メディアへの誠実・公正な対応 | | | △ |
| | | | マス・メディアや広告への正確な情報提供 | | | |
| | 法や倫理綱領を理解し、社会的責任を全うする | 法や倫理綱領を守る | それぞれの専門職に適用される法、規則を守る | | | |
| | | | 倫理的に適切と言える意思決定を行う | | | |
| | | | 診療記録や研究データの改ざん、その他不正な書類の作成を行わない | | ○ | |
| | | | 臨床研究を行う場合、患者への説明や同意など、十分な倫理的な配慮を行う | | | |
| | | 個人情報の適切な利用と保護 | 患者の情報(プライバシーに関わる情報を含む)を守秘する | ○ | ○ | ○ |
| | | | 多職種で共有すべき患者情報の内容と範囲の判断ができる | | | |
| | | 医療専門職としての社会的責任を果たす | 自己の利益のために医療専門職の地位や立場を利用しない | | ○ | ○ |
| | | | 患者や社会との信頼の上に職業が成り立っていることを受け入れる | | | |
| | | | 患者から不当な報酬や謝礼をもらわない | | | ○ |
| | | | 診療記録に的確な内容を記し、確実に保存を行う | ○ | | |
| | | | 効率的な医療資源の利用、公平な配分を意識した実践を行う | | | |
| | | | 勤務時間外における専門職としての責務 | △ | | △ |

[i] ◎：尺度項目において2項目が対応するコードに該当する
○：尺度項目において1項目が対応するコードに該当する
△：尺度項目において採用されなかった1項目が対応するコードに該当する

分野＜患者・自職種・多職種との相互作用＞、領域［患者中心のケア提供］においては、レディネスの関係からレベル 1 尺度は（本調査）では項目を配置しなかったが、レベル 2 尺度では 9 項目が採用されており、この領域がレベル 2 尺度の中心的な 1 つの要素であることが示された。

分野＜患者・自職種・多職種との相互作用＞、領域［専門職との連携・協働］においては、採用されている項目数はそれぞれレベル 1 尺度（プレテスト）4 項目、レベル 1 尺度（本調査）3 項目、レベル 2 尺度 4 項目と大差ない。しかし、各項目が帰属している因子は、レベル 1 尺度（本調査）では第一因子「人間関係の構築」に収斂されており、レベル 2 尺度では第四因子「連携・協働」に該当する。また、同じコード｛同職種のスキル、価値観、能力に敬意を払う｝に該当する項目を比較すると、「他者の主張や価値観に配慮しながら、自分の意見を主張することができる（レベル 1 尺度（本調査））」と「同じ職種の先輩・同僚と、治療・ケアのあり方について議論することができる（レベル 2 尺度）」では、後者のほうがより実践的な内容になっているのが分かる。以上のように、レベル 1 尺度（プレテスト）からレベル 1 尺度（本調査）への変遷により、尺度項目の内容に対応した因子が抽出され、レベル 1 尺度（本調査）とレベル 2 尺度の比較においては、レベル 2 尺度ではケア実践に関わる内容が加わり、基礎的なスキルから対患者や医療現場での実践に必要とされる能力を測定する尺度構成となっていると考察される。

次に、以下、本研究で開発した尺度と、最もよく用いられている ABIM の尺度と [38]、P-MEX の尺度 [37] の構成概念の比較を試みる（表 26）。ABIM の尺度 [38] は「Altruism（利他主義）・Respect for others（ヒューマニズム）」、「Excellence（卓越性）」、「Honor and integrity（誠実さ）」の 3 因子に分かれている。「Altruism（利他主義）・Respect for others（ヒューマニズム）」は、たとえば「検査のスケジューリングや処置の実施が、患者にとってではなく、自分達にとって都合が良い」といった、患者中心主義や多職種との連携・協働に関わる内容になっており、これは本研究のレベル 2 尺度と照合すると、第二因子「患者中心のケア提供」と第四因子「連携･協働」、に該当する。「Excellence（卓越性）」もまた、第二因子「患者中心のケア提供」と第四因子「連携･協働」に該当する。「Honor and integrity（誠実さ）」は第二因子「患者中心のケア提供」、第七因子「倫理・社会的責任」と第八因子「省察的実践」に該当する。

P-MEX[37] は「Doctor-patient relationship skills（医師・患者関係構築能力）」、「Reflective skills（省察能力）」、「Time management（時間管理能力）」、

表26.医療プロフェッショナリズム尺度とABIM尺度、P-MEX尺度の概念構成の比較

医療プロフェッショナリズム尺度（レベル2）

| 因子名 | 主たる内容（領域レベル） |
|---|---|
| 第一因子<br>(安全で質の高いケア提供) | 患者中心のケアの提供 |
| | 高いスキルと知識に基づく実践 |
| 第二因子<br>(患者中心のケア提供) | 患者中心のケアの提供 |
| 第三因子<br>(計画的学習) | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル |
| 第四因子<br>(連携･協働) | 専門職との連携協働 |
| 第五因子<br>(人間関係の構築) | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル |
| 第六因子<br>(コミュニティヘルスへの関心) | 地域の保健医療福祉活動に対する理解と貢献 |
| 第七因子<br>(倫理、社会的責任) | 法や倫理綱領を理解し、社会的責任を全うする |
| 第八因子<br>(省察的実践) | 医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル |

ABIM尺度

| 因子名 | 主たる内容（領域レベル） | 医療プロフェッショナリズム尺度（レベル2）において該当する因子 |
|---|---|---|
| 卓越性 | ロールモデルの存在・上司による教育/支援 | 第四因子 |
| | 患者中心主義 | 第二因子 |
| 誠実さ | 誠実さ | 第二因子・第八因子 |
| | 法の遵守 | 第七因子 |
| 利他主義・ヒューマニズム | 人間関係の構築 | 第四因子 |
| | 患者中心のケア提供 | 第二因子 |

P-MEX尺度

| 因子名 | 主たる内容（領域レベル） | 医療プロフェッショナリズム尺度（レベル2）において該当する因子 |
|---|---|---|
| 医師・患者関係構築能力 | 患者への傾聴、敬意 | 第二因子 |
| | 患者ニーズへの対応 | 第二因子 |
| 省察能力 | 省察能力 | 第八因子 |
| 時間管理能力 | 時間管理能力 | 第三因子 |
| 医療者間関係能力 | 同僚への敬意 | 第四因子・第五因子 |

「Interprofessional relationship skills（医療者間関係構築能力）」の 4 因子 24 項目で構成されている。これを本研究のレベル 2 尺度と照合すると、「Doctor-patient relationship skills（医師・患者関係構築能力）」は第二因子「患者中心のケア提供」、「Reflective skills（省察能力）」は第八因子「省察的実践」、「Time management（時間管理能力）」は第三因子「計画的学習」、Interprofessional relationship skills（医療者間関係構築能力）」は第四因子「連携･協働」と第五因子「人間関係の構築」に相当する。

上記 2 つの尺度の構成概念は本研究のレベル 2 尺度によって包摂されており、逆に、レベル 2 尺度の第一因子「安全で質の高いケア提供」、第六因子「コミュニティヘルスへの関心」は 2 つの尺度に含まれていない概念である。第六因子「コミュニティヘルスへの関心」は全ての医療専門職が身につけるべきプロフェッショナリズムであるかどうか、議論が分かれるかもしれない。しかしながら、第二章第四節でも述べたように、在院日数の短縮により急性期ケアに従事する医療専門職も患者の退院後の生活や生活環境を念頭に置いた治療・ケアが求められている。また、例えば医師の職業倫理指針 [60] では社会に対する責務として「地域住民全体の健康、地域における公衆衛生の向上および増進に協力」することや「地域における保健活動などへの協力」が明示されている。また、"ANA code 2015" [65]、では、第 8 領域「コミュニティ、国家、国際的な健康ニーズを満たすために他の専門職と協働する」において、「地域組織、地域グループを通じて、看護師は大衆を教育する（インフォームドチョイスを促進する、病い/疾病/傷害に寄与する条件/環境を発見する、健康的なライフスタイルを助長する、健康を守り増進する法的/制度的な活動に参加する）」ことが述べられている。以上から、医療プロフェッショナリズム尺度における「コミュニティヘルスへの関心」（レベル 1 尺度：第三因子，レベル 2 尺度第六因子）の存在意義を確認できる。

第一因子「安全で質の高いケア提供」は臨床能力とみなすか、プロフェッショナリズムを構成する卓越性とみるか、意見が分かれるところであろう。スターン [105] によれば、臨床能力はプロフェッショナリズムを下支えする能力で、プロフェッショナリズムそのものではない。しかしながら、医師憲章 [57] では「ケアの質改善への忠誠」として「医療ミスを減らし、患者の安全を高め、医療資源の過剰使用を抑え、ケアのアウトカムを最大化するために他の専門職と協働する」と述べられている。以上から、本研究で開発したレベル 2 尺度の第一因子「安全で質の高いケア提供」は、医療プロフェッショナリズム尺度の構成概念として相応しいと考えられる。

### (2) 医療プロフェッショナリズム評価尺度の基準関連妥当性および信頼性

医療プロフェッショナリズム評価尺度の基準関連妥当性については、レベル 1 尺度は社会的スキルを測定する KiSS-18[102] との相関関係を検討した。その結果、KiSS-18 との相関係数は 0.23～0.76 の範囲にあった。KiSS-18 の内容と最も近似している第一因子「人間関係の構築」との相関が最も高く（r=0.76）、回答者が項目の内容に的確に反応して回答していることがうかがえ、概ね基準関連妥当性は確保できたと言える。

信頼性に関しては 0.7 以上が望ましい[106] など様々な基準があるが、レベル 1 尺度については第五因子、第六因子、第七因子について 0.7 を満たしておらず、一定程度の信頼性は確保されていると判断できるものの、今後、尺度の改訂も含めた再検討が必要であるかもしれない。

レベル 2 尺度においては、P-MEX[107] の「省察能力」と「時間管理能力」との相関関係を検討した。その結果 P-MEX との相関係数は 0.31～0.70 の範囲にあった。「省察能力」との関係では第八因子「省察的実践」の相関係数が 0.59 と最も高くなっていた。「時間管理能力」については、必ずしも時間の正確さを測定している概念ではなく、「時間に正確であった」、「仕事をきちんと信頼できるやり方で遂行した」、「患者や同僚の求めに対し、すぐ対応できる状態であった」といった内容であった。本研究のレベル 2 尺度との関係においては、個別に対応する因子がないため、合計得点との相関係数が最も高くなっていることは理に適っている。

信頼性については、0.71～0.93 の範囲に有り、レベル 2 尺度においては高い信頼性が確保できたと言える。

### (3) 医療プロフェッショナリズム評価尺度の限界と課題

本研究では、医療プロフェッショナリズム評価尺度をレベル 1（臨床実習前）とレベル 2（卒業時）の 2 つの段階の尺度を作成した。

本尺度の限界と課題については、第一に、前項でも述べたように、レベル 1 尺度は信頼性（内的一貫性）を高める余地が残されており、今後、尺度の改訂も含めた再検討が必要であるかもしれない。第二に、本研究では内的一貫性としての信頼性を取り上げており、時間的安定性は取り上げていない。レベル 1 尺度、レベル 2 尺度ともに再テスト法による検証が今後必要とされる。第三に、本研究はあくまでも自己評価尺度であり、学生が身につけた医療プロフェッショナリズムの能力そのものを直接に測定しているわけではない。現段階では、次章で用いられているように、学生の自己評価の相対的な変化を評価す

ることによって、医療プロフェッショナリズムの涵養を縦断的に評価するかたちで尺度を用いることが想定される。今後、予測妥当性、すなわち、本尺度で測定評価された得点によって、臨床における医療専門職の評価を予測できることが確認できれば、本尺度の得点を絶対的な評価として用いることが可能になると思われる。

# 第四章　医療プロフェッショナリズム概念を基盤とする初年次 IPE プログラムの開発

第四章では著者が所属する札幌医科大学の初年次 IPE 教育において、第二章で抽出した医療プロフェッショナリズム概念をもとに科目内容を検討し、医療プロフェッショナリズム教育の評価を行う。

## 第一節　札幌医科大学の IPE／地域医療教育

札幌医科大学は北海道札幌市にある、2 学部 4 学科（医学科、看護学科、理学療法学科、作業療法学科）で構成されている医科大学である。当大学は、2004 年に文部科学省の「現代的教育ニーズ取り組み支援プログラム（現代 GP)」に採択され、4 学科合同の地域医療教育・IPE に取り組んでいる[108,109]。その当該科目である「地域医療合同セミナー」は第一学年から第四学年まで開講されており、講義・演習・実習を行っている。第一学年においては 2008 年より「離島地域医療実習」として同大学の臨海医学研究所（2012 年 3 月に閉鎖）を中心とした生物学実習と地域医療実習を融合させた実習プログラムが構築された。2011 年 4 月より、第一学年のカリキュラムは「地域医療合同セミナー１」に名称変更された。「地域医療合同セミナー１」は、夏季休暇中に行われる地域滞在型（3-5 日）の地域医療基礎実習と、学内での講義・演習を伴う 1 単位 30 時の教育プログラムに改定された。また、2014 年度からは「地域医療合同セミナー１」は医学部医学科で必修科目となり、かつ 2 単位 60 時間となった。2016 年度は医学部医学科 110 名（必修）と保健医療学部 21 名（選択：看護学科 17 名、理学療法学科 2 名、作業療法学科 2 名）の計 131 名が受講した（表 27)。

当科目の学習目標は「１．地域医療を展開するために必要とされる基本的な知識を獲得する」、「２．パートナーシップを形成する基本的態度を身につける」、「３．他者との間で双方向コミュニケーションを実践する」の３つを掲げており、医学教育モデル・コア・カリキュラムとの関連では、コミュニケーション（A-3-(1)）、患者と医師の関係関係（A-3-(2)）、患者中心のチーム医療（A-3-(2)）、課題探求・解決能力（A-4-(1)）、学習の在り方（A-4-(2)）、地域医療（B-(2)）のガイドライン項目との関連が挙げられている。これらの学習目標との対応関係を考慮しつつ 2014 年度以降の学習内容は構築され、さらなる改善を試みている。当科目は、医療系のカリキュラムに見られる早期体験実習や early exposure

に該当するが、その教育的意義は、学習の動機付け、他職種との連携・協働、コミュニケーションの実践、医療専門職としての責任・自覚を認知させるなど、様々なものが挙げられる[97,110,111]。札幌医科大学では、この「地域医療合同セミナー１」の他に初年次の科目として「医学概論・医療総論１（医学部)」、「保健医療総論１（保健医療学部)」が設定されている。「医学概論・医療総論１（医学部)」は 0.5 単位 24 時間の必修科目で附属病院でのボランティア実習を主たる教育内容としている。「保健医療総論１」は 1 単位 30 時間の必修科目で、コミュニケーション技法を学ぶ演習となっている。「地域医療合同セミナー１」の講義/演習時間数の多さや地域滞在型の実習を含んでいるという点で、また、医療プロフェッショナリズムを包括的に取り扱っているという点で、当科目が初年次教育で担う役割は大きい。

表 27.　地域医療合同セミナー１の学科別受講者数の推移（2013 年～2016 年）
(実習参加人数者/受講者人数)

| 年度 | 医学部 | 保健医療学部 | | | 北海道医療大学[1] | 計 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 医学科 | 看護学科 | 理学療法学科 | 作業療法学科 | | |
| 2013 | 10/18 | 9/9 | 2/3 | 3/3 | 7/- | 31/33 |
| 2014[2] | 36/110 | 7/8 | 0/5 | 5/5 | 9/- | 57/128 |
| 2015 | 30/110 | 13/28 | 7/8 | 6/7 | 4/- | 60/153 |
| 2016 | 51/110 | 15/17 | 2/2 | 2/2 | 2/- | 72/121 |

[1] 2 大学の連携協定に基づいて 2013 年度より実習に参加
[2] 2014 年度より医学部必修化に伴い受講者数が増加

## 第二節　医療プロフェッショナリズム概念を基盤とする初年次 IPE プログラムの開発

### (1) 札幌医科大学初年次 IPE「地域医療合同セミナー１」の再構成

前節で述べたように、札幌医科大学の IPE 科目である「地域医療合同セミナー１」は、2014 年度から医学部医学科必修化により受講者数が激増し、また、2 単位 60 時間化により授業時間数も倍となった。著者が 2014 年度からこの科目の責任者になるに当たり、医療プロフェッショナリズム概念を基盤とした教育内容への改訂に取り組んだ。

2013 年度の「地域医療合同セミナー１」のシラバスを資料 1 に示す。到達目標は「1.地域医療を展開するために必要とされる基本的な知識を獲得する」、「2.パートナーシッ

プを形成する基本的程度を獲得する」、「3.能動的な学習態度を形成する」、となっていた。前期は地域医療に関わる講義（座学）と夏季の地域医療基礎実習の準備を一部行い、8 月には「地域医療基礎実習」、後期はメディカル・カフェ演習と称するグループでの演習が行われた（2013 年度は「小学生を対象とした健康教育 （テーマ例:小学生に臓器の機能を説明する)」という設定)。

2016 年度の「地域医療合同セミナー１」のシラバスを資料 2 に示す。まず、本科目の到達目標について再検討し、「１．地域医療を展開するために必要とされる基本的な知識を獲得するために、①地域で暮らす人と、その家族の生活について理解できる、②地域社会と健康の関連を理解できる。」、「２．パートナーシップを形成する基本的態度を身につけるために、① 自己を理解すること、他者を理解することに関心を持つことができる、②基本的信頼関係を構築できる態度をとることができる。」、「３．他者との間で双方向コミュニケーションを実践するために、①基本的なコミュニケーション技能を身につける、②情報収集・提供の多様な技能の基本を身につけ、状況に応じて適切に使うことができる。」とし、これに到達するためには医療人としての人間教育・プロフェッショナリズム教育が欠かせないことを確認した。

その上で、医療プロフェッショナリズム概念 7 領域の内容が、この科目に含まれるように、また、「医学教育モデル・コア・カリキュラム」との関係も考慮しつつ、全 39 回の授業内容を作成した（表 28)。なお、2016 年度の教育内容は 2014 年度からすぐに更新されたわけではなく、三年間をかけて暫時修正、改定されてきた結果であり、2017 年度においても一部変更を予定している。

### (2) 札幌医科大学初年次 IPE「地域医療合同セミナー１」の学習方略

前項では「地域医療合同セミナー１」の 2014 年度から受講者数、受講時間数増にともなう教育内容の再検討を行った。本項では、具体的な学習方略について述べる。

第一に、Team-Based Learning[112] を援用した少人数グループ制の採用である。カリキュラム上、120-150 人の学生を 2 つの時間帯に分けて授業を行う方法がとれなかったため、受講生を一堂に集めて授業を行う必要性があった。大きな講義室での講義は学生への目が行き届かず、学生の学習意欲も上がりにくいと推察され、医学部の教育も大講義室の講義から少人数グループでの学習者主体の学習方式に移行しつつある [113]。本科目では一部の講義（表 28：⑤・⑧・㉙）を除いてほとんどの授業を少人数グループ（5〜7 名）で課題に取り組む方式に変更した。チーム学習では人的資源の配分が不均等であることや、

表28. 札幌医科大学初年次IPE科目「地域医療合同セミナー1」の講義・演習の内容及び学生による評価:2015年度及び2016年度の比較

| 講義・演習回 | | ① 4月 | | ② 4月 | | ③ 5月 | | ④ 5月 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| テーマ | | グループ学習の基本 | | チームワーク・リーダーシップ | | プロフェッショナリズム、職業倫理 | | 医療コミュニケーションの基礎 | |
| プロフェッショナリズム概念との対応 | | ・専門職との連携・協働<br>・医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | | ・専門職との連携・協働<br>・組織環境の整備<br>・医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | | ・プロフェッショナリズム全般<br>・専門職との連携・協働 | | ・医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル<br>・患者中心のケア提供 | |
| 方法 | | 講義・演習 | | 講義・演習 | | 講義・演習 | | 講義・演習 | |
| 対象者 | | 全受講者 | | 全受講者 | | 全受講者 | | 全受講者 | |
| 内容・手順[i] | | ＜講義＞<br>・到達目標、シラバスの説明<br>・グループ学習、アイスブレイクの意義について<br>・グループとチームの違いについて<br><br>＜演習:形成期のチームを体験する＞<br>(1)グループメンバーの共通点と相違点を見つける | | ＜講義＞<br>・ 米国AHRQのTeamSTEPPSのコアとなる4つのコンピテンシー(リーダーシップ、状況モニタリング、相互支援、コミュニケーション)等を紹介<br><br>＜演習:チームワークの重要性をグループ作業を通じてを体験する＞<br>・TeamSTEPPSの4つのコア・コンピテンシー等を用いて、効果的・効率的的な共同作業について振り返る | | ＜講義＞<br>・ プロフェッショナリズム概念(医師憲章やCanMEDSのフレームワーク等)の紹介と、その重要性について<br><br>＜演習:1年後のプロフェッショナリズムの到達目標を考え、自己評価する＞<br>(1)卒業時の到達目標22項目を学生に提示する<br>(2)1年後の到達目標を考える<br>(3)グループで協議し、1年後の到達目標22項目を作成する<br>(4)グループの意思決定プロセスを振り返る<br>(5)22項目に回答し、評価結果を1週間後にフィードバックする | | ＜講義＞<br>・医療者-患者関係の類型<br>・医療コミュニケーションに関する実証研究の紹介<br>・コミュニケーションスキルについて<br>・SPIKES(悪い知らせを伝える)、SHAREプロトコル(がん医療に関するコミュニケーション)の紹介<br><br>＜演習:シナリオを用いたロールプレイ＞<br>(1)シナリオ1:主訴の焦点が定まらず話が長い患者と聞き役の医師を演じる<br>(2)シナリオ2:部活動において、キャプテンが同僚に悪い知らせを伝える<br>(3)ロールプレイの振りかえりをする | |
| 2016年度の変更点 | | ・講義の分量を減らし、グループワークの時間を増加 | | ・AHRQの教材ビデオに日本語訳を付加<br>・講義内容を整理、スリム化 | | ・とくになし | | - | |
| 学生評価[ii] | 年度(n) | 2015年度(n=135) | 2016年度(n=119) | 2015年度(n=133) | 2016年度(n=123) | 2015年度(n=130) | 2016年度(n=122) | 2015年度 | 2016年度(n=120) |
| | 評価点 | 3.26 | 3.33 | 3.30 | 3.60 | 3.26 | 3.24 | 実施せず | 3.37 |
| | F(自由度) | $F_{(1, 249)}=-1.34$[iii] | | $F_{(1, 251)}=-31.23$[iii] | | $F_{(1, 247)}=-0.07$[iii] | | - | |
| | p, 効果量 | $p=0.25$, $\eta^2=0.005$ | | $p<0.001$, $\eta^2=0.11$ | | $p=0.79$, $\eta^2<0.001$ | | - | |

| 講義・演習回 | | ⑤5月 ・⑧6月・㉙ 11月 | | ⑥ 5月 | | ⑦ 6月 | | ⑨ 6月-⑮ 7月 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| テーマ | | 北海道の地域医療を学ぶ(1)-(2),(7) | | 他者と関わる技法について学ぶ | | プロフェッショナリズム、職業倫理 | | 地域の医療・市民生活を知る | |
| プロフェッショナリズム概念との対応 | | ・コミュニティ、専門職集団、社会への貢献<br>・医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | | ・医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | | ・プロフェッショナリズム全般<br>・法や倫理綱領を理解し、社会的責任を全うする | | ・コミュニティ、専門職集団、社会への貢献<br>・患者中心のケア提供 | |
| 方法 | | 講義 | | 講義・演習 | | 講義・演習 | | 講義・演習 | |
| 対象者 | | 医学科のみ | | 全受講生 | | 全受講者 | | 地域医療基礎実習に参加する学生 | |
| 内容・手順[i] | | ＜講義＞<br>・ 北海道の各地域の地域医療を担っている医師による講義<br>・地域医療の実態<br>・ロールモデルの提示、医師としてのキャリア教育 | | ＜講義＞<br>・マイクロカウンセリング、無知のアプローチ、ナラティブ・セラピーについて<br><br>＜演習:コミュニケーションの実践＞<br>・かかわり行動の演習(座る位置、姿勢、視線、オウム返し、言い換え、姿勢反響)<br>・自分史を書き、グループのメンバーと共有する | | ＜講義＞<br>・ プロフェッショナリズム概念の構成要素<br>・臨床倫理、社会的ジレンマについて<br><br>＜演習:シナリオを用いた意思決定＞<br>(1)葛藤が生じる状況を設定し、自身がとる行動・判断について考える<br>事例1:担当していた患者さんが、院内で「お礼」を渡そうとしてきた<br>事例2:恩義のある相手に、怪しげな健康食品の販売を手伝うよう頼まれた<br>(2)事例4まで、自身の判断・行動を決定し、その理由を考え、グループで共有する | | ＜講義＞<br>・各地域の実習指導者(看護師・保健師)からの講義<br><br>＜演習:北海道の各地域の保健医療福祉の現状や地域住民の生活を理解する＞<br>(1)各実習地の地域の概況や保健医療福祉について事前学習する。<br>(2)事前学習した内容についてプレゼンテーションする<br>(3)地域で生活する患者さんの事例について検討し、実習指導者との双方向的なやりとりを通じて学習を深める | |
| 2016年度の変更点 | | ・4コマから3コマに削減<br>・実施時期を集中させずに分散 | | ・とくになし | | - | | ・夏季休暇中の実習に参加する学生に限定して講義・演習を実施 | |
| 学生評価[ii] | 年度(n) | 2015年度(n=101) | 2016年度(n=97) | 2015年度(n=102) | 2016年度(n=120) | 2015年度 | 2016年度(n=118) | 2015年度(n=130) | 2016年度(n=68) |
| | 評価点 | 3.27 | 3.52 | 3.30 | 3.31 | 実施せず | 3.49 | 3.19 | 3.63 |
| | df, t | $F_{(1, 194)}=20.4$[iv] | | $F_{(1, 217)}=0.06$[iii] | | - | | $F_{(1, 194)}=48.4$[v] | |
| | p, 効果量 | $p<0.001$, $\eta^2=0.10$ | | $p=0.80$, $\eta^2<0.001$ | | - | | $p<0.001$, $\eta^2=0.20$ | |

[i] 講義・演習の内容は2016年度の内容

[ii] 質問項目は「講義/演習に集中してとり組むことができた」、「講義/演習に興味や楽しさを感じた」、「講義/演習で学びがあった」の3項目で、回答選択肢は「1. 全くそう思わない」、「2. あまりそう思わない」、「3. まあそう思う」、「4. かなりそう思う」の4段階。3項目の回答の平均値を評価点とした。201年度と2016年度の評価点の比較には二標本t検定(Welch法)を用いた

[iii] 2015年度と2016年後の評価点の比較は一般線型モデルによって行い、性別、実習の参加/不参加の別、学部の要因(主効果のみ)を同時に投入して分析した

[iv] 2015年度と2016年後の評価点の比較は一般線型モデルによって行い、性別、実習の参加/不参加の別の要因(主効果のみ)を同時に投入して分析した

[v] 2015年度と2016年後の評価点の比較は一般線型モデルによって行い、性別、学部の要因(主効果のみ)を同時に投入して分析した

[vi] 2015年度と2016年後の評価点の比較は一般線型モデルによって行い、性別の要因(主効果のみ)を同時に投入して分析した

(つづく)

表28. 札幌医科大学初年次IPE科目「地域医療合同セミナー1」の講義・演習の内容及び学生による評価:2015年度及び2016年度の比較(つづき)

| 講義・演習回 | | ㉒-㉔ 10月 | | ㉕-㉘,㉚-㉝ 10-12月 | | ㉟-㊳ 1月 | | ㊴ 1月 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| テーマ | | 北海道の救急医療について学ぶ | | 地域医療の充実を考えるグループ演習 | | 地域における保健医療福祉の連携の実際について | | リフレクション・生涯学習 | |
| プロフェッショナリズム概念との対応 | | ・コミュニティ、専門職集団、社会への貢献<br>・高いスキルと知識に基づく専門職的実践<br>・専門職との連携・協働 | | ・コミュニティ、専門職集団、社会への貢献<br>・高いスキルと知識に基づく専門職的実践<br>・医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | | ・コミュニティ、専門職集団、社会への貢献<br>・高いスキルと知識に基づく専門職的実践<br>・専門職との連携・協働<br>・患者中心のケア提供 | | ・医療専門職の基盤となる人格形成と社会的スキル | |
| 方法 | | 講義・演習 | | 演習 | | 講義・演習 | | 講義・演習 | |
| 対象者 | | 全受講生 | | 実習不参加の医学科学生 | | 全受講生 | | 全受講生 | |
| 内容・手順[i] | | ＜講義＞<br>・北海道の救急医療体制/システムについて<br><br>＜演習:二次医療圏の救急医療体制/システムの実情と問題を理解する＞<br>(1)各グループに北海道内の二次医療圏を割り当てる<br>(2)割り当てられた二次医療圏の一次救急、二次救急、三次救急の救急医療体制を調べて提出する<br>(3)北海道の救急医療について需要と供給の側面から問題と解決策を検討する | | ＜演習:北海道の医療問題を解決する仮想プロジェクトを立ち上げる＞<br>(1)テーマの指定:1)北海道の医療専門職の地域偏在を解消するプロジェクト、2)北海道の救急医療の充実・効率化を図るプロジェクト、3) 医学部6年間の学びを充実させる大学改革プロジェクト<br>(2)グループでテーマを選択し、プロジェクト試案をまとめ提出する<br>(3)教員が添削した内容に基づき、プロジェクト案を練り直す<br>(4)考案したプロジェクトについてプレゼンテーションを行う<br>(5)360度評価を行う | | ＜講義＞<br>・地域での多職種連携の実践について紹介<br><br>＜演習:事例検討＞<br>(1)地域で多職種での関わりが必要な事例を提示<br>(2)対象者に対する支援を各自で検討する<br>(3)KJ法を使って、必要な支援をグループでまとめ、検討する | | ＜講義＞<br>・1年間のふり返り<br>・リフレクション、経験学習、生涯学習について<br><br>＜演習:学習方略の検討＞<br>(1)自分の学習方法のポイント・問題点を整理する<br>(2)小グループで各自の学習方法のポイント・問題点について話し、互いにアドバイスする<br>(3)小グループで話し合ったことをグループで共有する | |
| 2016年度の変更点 | | ・前期終了時の中間レポート(自治体の概況と医療提供体制を調べる)において、割り当てられた自治体を含む二次医療圏を演習で担当する | | ・とくになし | | − | | ・とくになし | |
| 学生評価[ii] | 年度(n) | 2015年度(n=127) | 2016年度(n=112) | 2015年度(n=73) | 2016年度(n=54) | 2015年度 | 2016年度(n=114) | 2015年度(n=135) | 2016年度(n=120) |
| | 評価点 | 3.30 | 3.43 | 3.53 | 3.54 | 実施せず[v] | 3.44 | 3.34 | 3.44 |
| | df, t | $F_{(1, 234)}=2.41$[iii] | | $F_{(1, 124)}=0.18$[vi] | | − | | $F_{(1, 250)}=0.55$[iii] | |
| | p, 効果量 | $p=0.12$, $\eta^2=0.01$ | | $p=0.67$, $\eta^2=0.001$ | | − | | $p=0.46$, $\eta^2=0.002$ | |

[i] 講義・演習の内容は2016年度の内容

[ii] 質問項目は「講義/演習に集中してとり組むことができた」、「講義/演習に興味や楽しさを感じた」、「講義/演習で学びがあった」の3項目で、回答選択肢は「1. 全くそう思わない」、「2. あまりそう思わない」、「3. まあそう思う」、「4. かなりそう思う」の4段階。3項目の回答の平均値を評価点とした。

[iii] 2015年度と2016年後の評価点の比較は一般線型モデルによって行い、性別、実習の参加/不参加の別、学部の要因(主効果のみ)を同時に投入して分析した

[iv] 2015年度と2016年後の評価点の比較は一般線型モデルによって行い、性別、実習の参加/不参加の別の要因(主効果のみ)を同時に投入して分析した

[v] 2015年度と2016年後の評価点の比較は一般線型モデルによって行い、性別、学部の要因(主効果のみ)を同時に投入して分析した

[vi] 2015年度と2016年後の評価点の比較は一般線型モデルによって行い、性別の要因(主効果のみ)を同時に投入して分析した

グループ内の小派閥の形成がグループ・ワークの障害となることから[112]、グループ・メンバーの構成は可能な限り多学科での構成とし、グループ内の男女比は受講者全体の男女比（2016年度の男女比は概ね3：2）を反映させた。また、グループ・メンバーの構成は授業毎に更新される。他学科学生との交流はもちろんだが、とりわけ医学科は人数が多いことから、学科内交流を含めた学生間交流が進むように配慮した。一方で、毎回の授業でグループが更新されるのは学生にとってもストレスになるという学生からの指摘も有り、各回の授業冒頭では必ずアイスブレイクを取り入れて、グループ・ワークが円滑に進むように配慮した。

第二に、アクティブラーニングの導入である。2013年度までの「地域医療合同セミナー1」では、実習準備を除けばほとんどが座学での講義が行われていた。しかしながら、本科目の到達目標に鑑みて、知識を習得するのではなく問題発見/解決能力、深い/高度な思考、他者との相互作用などの能力を育成する必要がある。アクティブラーニングとは[114]、「学生にある物事を行わせ、行っている物事について考えさせること」、そしてその特徴として、「(a)学生は、授業を聴く以上の関わりをしていること、(b)情報の伝達より学生のスキルの育成に重きが置かれていること、(c)学生は高次の思考（分析、総合、評価）に関わっていること、(d)学生は活動（例：読む、議論する、書く）に関与していること」が挙げられている。例えば、2016年度の第2回の授業では、チームワークやリーダーシップについて簡潔に講義を行う。その後で、グループで作業を行い、チームワークに必要な要素を体感してもらう。第9回からの講義では、夏季の地域医療基礎実習で指導を受ける各実習地の担当者（看護師・保健師）からの講義がある。この際にも事前に実習地域について学習し、担当者の前で学生がプレゼンテーションを行ってから講義をしてもらい、学習してきたことと講義の内容が統合されるように配慮している。なお、グループでの協同学習には「話し合い」「教え合い」「問題解決」「図解」「文章作成」の5つの技法があるが[115]、本科目ではその5つをバランス良く使い、学生が飽きずに参加できるよう、グループ・ワークの内容を検討した。

第三に、リフレクション・シートを導入した。講義や演習におけるグループ・ワーク（実習を除く）のほぼすべての回でリフレクション・シートを学生に配付し、終了時に講義・演習の評価と自身の学習のふり返りをしてもらうことにした。リフレクション・シートの内容は（資料3)、定性的な項目として「1．講義/演習で、とくに学びになったことを書いてください」と「2．講義/演習に対する質問、意見、感想等を書いてください」の2項目

を設定している。定量的な項目として「1.講義/演習に集中してとり組むことができた」、「2.講義/演習に興味や楽しさを感じた」、「3. 講義/演習で学びがあった」の 3 つを設定し、「1. 全くそう思わない」、「2. あまりそう思わない」、「3. まあそう思う」、「4. かなりそう思う」の 4 段階で回答する。また、講義・演習の内容に応じて「4.講義/演習で得たことを活用したいと思った」、「5.あなたのグループは『チーム』として機能していましたか？」などの項目も加えた。

リフレクション・シートを用いる意義は、第一に、毎回の講義・演習の終了時に学習内容をふり返り、学習効果を高めるということ、第二に、（講師側で）学生毎にファイリングしたすべてのリフレクション・シートを年度末に返却し、最終レポートのテーマである一年間の学びのふり返りに活用してもらうこと、第三に、講義/演習中に表明されない学生の意見や質問を集約し、次回の講義で紹介したり、講師から意見や回答を述べたりすることで、講義・演習の双方向性を担保すること、第四に、本稿もその一部であるが、リフレクション・シートの回答を分析することで各回の内容を調整したり、科目全体の構成を再検討するなど、翌年度以降の講義・演習運営に活用できる、という点にある。なお、リフレクション・シートは学生自身の自由な考え、意見を書く媒体であることを保証するため、毎回配付されるシートには「成績には反映されない」ことを明記し、口頭でも同様の説明を加えている。

## 第三節　医療プロフェッショナリズム概念を基盤とする初年次 IPE プログラムの評価

### (1) 目的

前節では、札幌医科大学における初年次 IPE プログラムである「地域医療合同セミナー１」の科目内容の再構成と具体的な学習方略について述べた。本節では、学生から提出された 2015 年度のリフレクション・シートの定量的および定性的評価をもとに、2016 年度の授業の評価を行い、さらに、2017 年度の見直しを行う。

### (2) 方法

第一に、2014 年度以降に刷新した講義・演習の内容及び採用した学習方略について考察する。第二に、講義や演習におけるグループ・ワーク（実習を除く）のほぼすべての回で学生に配付・回収している 2015 年度及び 2016 年度のリフレクション・シートをデータとし、定量的および定性的項目の評価を行う。リフレクション・シートの内容は、定性

的な項目として「1. 講義/演習で、とくに学びになったことを書いてください」と「2. 講義/演習に対する質問、意見、感想等を書いてください」の 2 項目を、定量的な項目として「1.講義/演習に集中してとり組むことができた」、「2.講義/演習に興味や楽しさを感じた」、「3. 講義/演習で学びがあった」の 3 つを設定し、「1. 全くそう思わない」、「2. あまりそう思わない」、「3. まあそう思う」、「4. かなりそう思う」の 4 段階で回答してもらった。分析は、定量的評価 3 項目の回答を講義・演習回または講義･演習群ごとに個人別平均値を算出し、そこから各講義･演習回(群)の評価の平均値（以下、「評価点」とする）を算出した。一般線型モデルによって、性別、夏季の地域医療実習への参加の有無、学部（医学部または保健医療学部）を要因として投入し、2015 年度と 2016 年度の評価点の差の有無を検討した。また、年度間の得点の差について効果量（イータ二乗：$\eta^2$）を算出した。$\eta^2$は、（各要因の平方和）／（全体の平方和）の計算式によって計算され、効果量の目安としては、0.01(小)、0.06(中)、0.14(大)とされている [116]。

分析には IBM 社の SPSS Statistics 22.0 を使用し、有意水準は $p<0.05$ とした。

### (3) 倫理的配慮

受講学生には本研究への協力依頼として、「地域医療合同セミナー１」におけるリフレクション・シート等の提出物について、研究資料として利用することの説明を行い、文書にて承諾の得られた学生のみ本研究の分析に用いた。また、倫理的配慮として、(1)個人を識別できる情報を公開しない、(2)個人を識別できる情報を削除したうえで研究に用いる、(3)情報の保管・管理に留意する、(4)分析は成績確定後に開始する、(5)研究への協力・非協力に関わらずそれによる不利益が生じない、(6)研究協力の撤回が可能である、等を文書及び口頭で説明した。なお、本研究は札幌医科大学倫理委員会（27-2-58）の承認を得て実施している。

### (4) 結　果

#### 1) 回収率及び基本属性

データ提供への同意は、2015 年度 144 名中 140 名（同意率 91.5%）、2016 年度 129 名中 123 名（同意率 95.3%）であった。分析対象者の基本属性を表 29 に示した。学部学科は、保健医療学部が選択科目となっているため、2015 年度（39 名）と 2016 年度の人数（17 名）は大きく異なる。性別についても保健医療学部の受講者数の影響が大きく、2015 年度はおおよそ半数（49.3%）が女性をであった。地域医療基礎実習への参加は、2016 年度は参加する学生の定員枠を増やしたため、2015 年度より参加した学生が多くなってい

る(68 名）。

表29. 分析対象者の基本属性

| | | 2015年度 (n=140) | | 2016年度 (n=123) | |
|---|---|---|---|---|---|
| 変数 | カテゴリ | n | % | n | % |
| 学科 | 医学部医学科 | 101 | 72.1 | 106 | 86.2 |
| | 保健医療学部 | 39 | 27.9 | 17 | 13.8 |
| | 看護学科(再掲) | (24) | (17.1) | (13) | (10.6) |
| | 理学療法学科(再掲) | (8) | (5.7) | (2) | (1.6) |
| | 作業療法学科(再掲) | (7) | (5.0) | (2) | (1.6) |
| 性別 | 男性 | 71 | 50.7 | 74 | 60.2 |
| | 女性 | 69 | 49.3 | 49 | 39.8 |
| 地域医療基礎実習への参加 | 参加なし | 88 | 62.9 | 68 | 55.3 |
| | 参加あり | 52 | 37.1 | 55 | 44.7 |

## 2) 学生による各講義・演習回の授業の評価

リフレクション・シートを回収した各回の講義・演習について、3 項目の回答の平均値を算出し、時系列に並べたものを表 28 に示した。学生による 3 項目の 4 段階評価の平均値は 3.26 から 3.63 の範囲にあった。2015 年度は全般的に 3.3 前後の評価であったが、2016 年度は 2015 年度よりも得点が高い傾向く、年度間で統計的に比較した 9 講義・演習群のうち 3 講義・演習群で有意差が認められた。

最も高い評価が得られたのは、2016 年度の⑨-⑮「地域の医療/市民生活を知る」の講義・演習群で、2015 年度からの評価点の変化が最も大きい講義・演習群でもある（2015 年度：3.19, 2016 年度 3.63, 効果量 $\eta^2$=0.20)。具体的な内容は、(1)学生が自分が実習する地域の概況や保健医療福祉について事前学習する、(2) 各実習地の実習指導者（看護師・保健師）に来ていただき、指導者の前でプレゼンテーションをする、(3)前 2 項をふまえて指導者から講義をしてもらう。この講義演習群の最終回では、実習指導者から(4)地域で生活する患者の事例検討の指示が事前に出され、(5)学生が事前学習した内容を実習指導者との双方向的なやりとりを通じて学習を深める。学生から寄せられた感想は、「調べたり考えたりすることが今まで浅かったなと思った」、「実際に実習地に行って疑問に思ったことを確かめたいと思った」、「実習に行く良い準備ができた」など、学びが深められた。

なお、この講義・演習群は 2015 年度までは全受講学生を対象にしていたが、2016 年

度は実習に参加する学生のみを対象とした。地域医療の実態やその地域の市民生活を知るという意味で、実習に参加しない学生にとっても価値のある内容を提供しているが、実習参加学生と実習非参加学生のモチベーションの高さの違いもあり、両者の受講態度に大きな差が観察された。2015 年度の両者の評価点も、実習参加学生が 3.43、実習非参加学生が 3.00 で、Welch の t 検定において有意な差が認められた（t=5.11, df=109.0, p<0.001）。よって 2016 年度からは実習参加学生のみの講義・演習に変更している。なお。実習非参加の学生はその部分の授業コマ数を㉕-㉘,㉚-㉝「地域医療の充実を考えるグループ演習」に振り替え（2015 年度：5 コマ，2016 年度 8 コマ）、この部分の演習を手厚く行うことで学生の不利益がないように配慮している。

次に学生の評価が高かったのは 2016 年度の②「チームワーク・リーダーシップ」の講義・演習で、2015 年度からの評価点の変化も 2 番目に大きい講義・演習群でもある（2015 年度：3.30, 2016 年度 3.60, 効果量 $\eta^2$=0.11）。内容は、米国 AHRQ（gency for Healthcare Research and Quality）の TeamSTEPPS[vi]（Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety）のコアとなる 4 つのコンピテンシー（リーダーシップ、状況モニタリング、相互支援、コミュニケーション）[117] 等を紹介したうえで、グループでの作業を通じてチームワークを体験する内容となっている。2016 年度は AHRQ のチームワークに関わる教材ビデオについて日本語訳を作成し、グループでの作業とチームワークの概念の関係についてより詳しく説明をした。

次に学生の評価が高かったのは、2015 年度及び 2016 年度の㉕～㉘,㉚～㉝「地域医療の充実を考えるグループ演習」で、2015 年度と 2016 年度の間で有意な評価点の変化は認められなかった（2015 年度：3.53，2016 年度 3.54，効果量 $\eta^2$=0.001）。この演習群は医学部医学科で夏季の実習に参加していない学生が対象で、グループにテーマを与えて、数回のグループワークのあと、プレゼンテーションをしてもらうという内容である。具体的には以下のような手順で行う。(1)行政、大学、住民組織、企業のいずれかの立場から、北海道の医療問題を解決する仮想のプロジェクトを立ち上げる。(2)テーマは、① 北海道

[vi] 米国 AHRQ は、ヘルスケアがより安全で、質が高く、利用しやすいものにするためのエビデンスを生み出したり、それが理解され、利用されるようにすることを使命とする組織である。TeamSTEPPS は、AHRQ が米国国防省と連携して、患者の安全、コミュニケーション、チームワークスキルを向上させるためにデザインされたトレーニングプログラムである。

の（医師などの）医療専門職の地域偏在を解消するプロジェクト、② 北海道の救急医療の充実、効率化を図るプロジェクト、③ 医学部六年間の学びを充実させる大学改革プロジェクト、④自由（ただし、本科目と関係のある内容に限る）、いずれかを選ぶ。(3)学生は配布されたワーク・シートにプロジェクト案をまとめ教員に提出する。(4)教員はプロジェクト案を添削し、学生に返却する。学生はプロジェクト案を練り直し、プレゼンテーションの準備をする。(5)1 グループ 10 分（発表 7 分、質疑応答 3 分）のプレゼンテーションを行い、360°評価（教員評価、グループ間学生評価、グループ内自己評価）により評価点を決定する。学生から寄せられた感想は、「プレゼンテーションの学習になった」、「グループで協力することの大切さを学んだ」、「他のグループの発表を通じて学ぶことができた」、「参加型の授業で集中できた」など専ら好意的であった。

次に評価点が高かったのは⑤,⑧,㉙「北海道の地域医療を学ぶ(1)-(2),(7)」で、2015 年度からの評価点の変化も 3 番目に大きい講義・演習群でもある（2015 年度：3.27，2016 年度 3.52，効果量 $\eta^2$=0.10）。この講義群は医学部医学科の学生のみが対象で、地域医療の実践や地域医療に従事する医師のキャリアパスについて学ぶ内容となっている。2015 年度は 4 コマで、うち 3 コマが後期の一時期に集中していた。各地域の医療にはそれぞれの特徴はあるものの共通する点も多いことから、2016 年度は 3 コマに減らし、提供する時期も一年間のなかで分散させることにした。

### (5) 考　察

本章では、医療プロフェッショナリズム概念を基盤にした初年次 IPE 教育のプログラム開発と、学生によるプログラム評価の結果を示した。新プログラム導入前（2013 年度）と新プログラム（2016 年度）を比較すると、講義回数の増加に伴い量的な充実はもちろんであるが、質的な充実をはかることができたといえる。38 回の講義・演習は、第二章で提示された医療プロフェッショナリズム概念との対応がすべて検討され、初年次のレベルにおいて医療プロフェッショナリズムを包括的に学習できる授業内容を提供することができた。日本の医療専門職の大学教育における IPE は、それぞれの専門職の機能や役割を座学で学び、事例検討などのチーム医療教育を演習として行う[6]のが一般的であるが、IPE の歴史は浅く、IPE の標準的な学習内容は確立されていない。

本研究で提示された医療プロフェッショナリズム概念に基づいて、とりわけ医療専門職の基礎教育の IPE において、少人数でのグループ学習を基本とした医療プロフェッショナリズム教育を行うことを広く提案したい。学生による評価は、2015 年度と 2016 年

度を比較して 2016 年度の評価のほうが概ね良好であった。講義・演習の内容や学習の技法は、学生が提出するリフレクション・シートや講義・演習中の観察に基づいて改編しており、その成果と考えられる。2017 年度以降も 2016 年度の評価をもとに改定をすすめる予定である。

一方で、学生評価による限界も指摘しておきたい。第一に、2015 年度と 2016 年度では受講生が異なるため、両年度の得点差は授業改善によるものではなく、受講生の質の違いによる差であることが考えられる。第二に、各講義・演習回の評価は、実習に参加している学生だけであったり、医学部医学科の学生だけの場合がある。これも、第一の理由と同じ理由で評価点に差が生じる可能性が有り、評価する学生の標本が異なる場合は、一概に得点の高差を比較することはできない。学生の授業評価は教員の同僚評価と中程度の相関がある[118]ことが知られており、学生による評価には一定の妥当性があると言えるが、今後は同僚評価など多面的な授業評価に取り組んでいきたいと考える。

# 第五章　医療プロフェッショナリズム評価尺度を用いた教育実践の評価

第五章では、第三章で開発した医療プロフェッショナリズム評価尺度（レベル 1）を用いて、第一節は札幌医科大学医学部医学科三年生の地域滞在型地域医療実習（3 日間）の実習前後での評価、第二節は同大学一年生の IPE プログラム（3 ヶ月間）の前後評価を行い、同大学で行われている地域医療教育および IPE の教育実践の評価を行う。

## 第一節 札幌医科大学医学部医学科三年生地域滞在型地域医療実習の評価

### (1) はじめに

札幌医科大学医学部では、2016 年度から医学部医学科三年生の必修科目である「医療概論・医療総論 3」の内容を刷新し、地域滞在型の地域医療実習を導入した。近年、医学部の臨床実習は単一の大学病院・教育病院での実習から、プライマリ・ケアを中心とする地域の診療所や病院での実習が増えてきている。加国では、前者は Rotation-based clerkship (RBC)、後者は Longitudinal integrated clerkship (LIC) と呼ばれており、20 年以上の歴史がある [119]。本邦においても三重大学が五年生のクリニカル・クラークシップにおいて「プライマリ・ヘルスケアの考え方をプライマリ・ケアの場で展開する」ことをコンセプトに掲げた CBME（Community-based medical education）を導入している [120]。札幌医科大学においても五年次以降の臨床実習を LIC・CBME 方式で行うプログラムを導入・発展させているが、三年次の早期体験型臨床実習である「医療概論・医療総論 3」はにおいても、短期間ではあるが LIC・CBME の教育を念頭に置いた教育実践の取り組みが始まったところである。

札幌医科大学の地域滞在型地域医療実習のプログラムは以下の通りである。実習地域は都市部から離れた 5 地域 19 地区で、各地区に 4–6 名の学生が配置される。各地区の基幹病院が滞在 3 日間の実習の中心施設となり、大学と基幹病院の協議によって教育プログラムが構築される。実習のおおよそのスケジュールは、初日（月曜日）に実習オリエンテーションと実習の準備を学内で行う。2 日目は午前中に地域毎にバスで移動して現地に到着し、午後から 4 日目の午前中まで実習を行う。実習内容のモデルケースは、①病院内での他職種体験、②病院内外で患者インタビュー、③老人保健施設等医療福祉施設でのコミュニケーション実習、④病院内または福祉施設・学校等で健康教育セミナー、以上によ

って構成される。4 日目午後にバスで帰学し、5 日目（金曜日）は学内で実習報告会を行う。

本節では、この地域滞在型地域医療実習の開始前と終了後に医療プロフェッショナリズム評価尺度（レベル 1）による評価を行い、当実習のプログラム評価と今後のプログラム開発に資するものとする。

### (2) 方法

#### 1) 研究デザイン

研究デザインは、記名式調査票を用いた集合調査による縦断研究である。地域滞在型地域医療実習の開始前と終了後の 2 回の調査を行う。調査時期は 2016 年 9 月である。

#### 2) 対象

対象者は札幌医科大学医学部医学科三年生 102 名である。なお同学年は 117 名の学生がいるが、他学科と合同で行われている選択科目「地域密着型チーム医療実習」が「医療概論・医療総論 3」の相互単位認定科目となっているため、「地域密着型チーム医療実習」を履修する 15 名は地域滞在型地域医療実習には参加していないため、本研究対象には含まれない。地域滞在型地域医療実習のオリエンテーション前に第 1 回調査を行い、実習の終了後の報告会の前に第 2 回調査（第 1 回調査の 1 週間後）を行った。

#### 3) 調査項目

2 回の調査を結合させるため、学籍番号と氏名を記入してもらった。第三章第四節で作成された医療プロフェッショナリズム評価尺度（レベル 1）30 項目（表 14）により、医療プロフェッショナリズムの修得状況を評価した。

他の調査項目としては、第 2 回調査において、性別、実習地域、実習への参加態度、実習への意見（自由回答）を調査した。実習への参加態度は「地域滞在型地域医療実習（4 日間）へのあなたの参加態度を評価してください」と尋ね、積極的だった(5 点)、やや積極的だった(4 点)、どちらともいえない(3 点)、やや消極的だった(2 点)、消極的だった(1 点)の 5 段階の回答選択肢で自己評価してもらった。

#### 4) 分析方法

はじめに各項目および医療プロフェッショナリズム評価尺度（レベル 1）の 7 下位尺度および全 30 項目の合計点の度数分布、平均値、標準偏差等の基本統計量を算出した。次に性別、実習地域（5 地域）、実習への参加態度別に医療プロフェッショナリズムの 7 下位尺度毎の実習前の平均得点を算出し、二標本 t 検定（Welch 法）または一元配置分散

分析（Welch 法）を行った。次に、7 下位尺度毎の実習前後の得点変化について対応のある t 検定によって検討し、効果量(d)を算出した。なお効果量 d の算出については、水本ら[116]の定義に基づき、二標本 t 検定の効果量（図 7）を対応のある t 検定用に調整する式（図 8）を用いて算出した。なお、効果量 d の目安としては、0.20(小)、0.50(中)、0.80(大)とされている。

最後に、実習前後の得点変化を反復測定の分散分析により、実習前後での変化(主効果)、性別(主効果)、性別による実習前後の変化の違い(交互作用効果)を検討し、2 つの主効果と 1 つの交互作用効果について効果量（イータ二乗：$\eta^2$）を算出した。$\eta^2$は、（各要因の平方和）／（全体の平方和）の計算式によって計算され、効果量の目安としては、0.01(小)、0.06(中)、0.14(大)とされている[99]。性別以外の説明変数としては、実習地域、実習への参加態度をそれぞれ別々に分析に投入して、医療プロフェッショナリズム評価及びその変化に与える影響を検討した。なお、実習への参加態度は「積極的だった」、「やや積極的だった」を 1 点、「どちらともいえない」、「やや消極的だった」、「消極的だった」を 0 点とし、二値データ化をして分析に用いた。さらに、主効果において有意な関係が認められる変数が複数あった場合、すべての要因（主効果のみ）を分散分析に投入して交絡因子を明らかにする。

分析には IBM 社の SPSS Statistics 22.0 を使用し、有意水準は $p<0.05$ とした。

$$d = \frac{(\text{実験群の平均} - \text{統制群の平均})}{\sqrt{\frac{\text{実験群の標準偏差}^2 + \text{統制群の標準偏差}^2}{2}}}$$

**図 7. 効果量 d(二標本 t 検定)の計算式**

$$d_{Diff} = \frac{d}{\sqrt{2(1 - \text{対応のあるデータの相関係数})}}$$

**図 8. 効果量 $d_{Diff}$(対応のある t 検定)の計算式**

### 5) 倫理的配慮

倫理的配慮は第三節と同様とする。ただし、本節の調査では、2 回の調査データを氏名および学籍番号で連結させるために、調査票に氏名および学籍番号を記入してもらう必要がある。よって、倫理的配慮としては、(5)対象者の氏名・学籍番号は 2 回の調査の回答を結合するときにのみ用いる、を加えて学生に対して明示し、説明した。

### (3) 結果

#### 1) 回収率および度数分布

97 名から回答が得られた（回収率 95.1%)。性別は男性が 75.3%を占めていた（表 30)。実習への参加態度は、「積極的だった(40.2%)」、「やや積極的だった(45.7%)」であり、9 割弱の学生が肯定的な回答をしていた。

表30. 分析対象者の基本的属性(n=97)（札幌医科大学3年生地域滞在型地域医療実習の評価）

| 変数 | カテゴリー | n | % |
|---|---|---|---|
| 性別 | 男性 | 73 | 75.3 |
| | 女性 | 24 | 24.7 |
| 実習地域 | V地域 | 25 | 25.8 |
| | W地域 | 19 | 19.6 |
| | X地域 | 14 | 14.4 |
| | Y地域 | 16 | 16.5 |
| | Z地域 | 23 | 23.7 |
| 実習への参加態度（自己評価） | 積極的だった | 37 | 40.2 |
| | やや積極的だった | 42 | 45.7 |
| | どちらともいえない | 12 | 13.0 |
| | やや消極的だった | 1 | 1.1 |
| | 消極的だった | 0 | 0.0 |

#### 2) 医療プロフェッショナリズム評価尺度(レベル 1)の得点変化

医療プロフェッショナリズム尺度(レベル 1)の 7 下位尺度の得点および全 30 項目の得点について実習前後の平均値を算出し、対応のある t 検定により前後の変化を検討し、その効果量を算出した（表 31)。7 つの下位尺度及び 30 項目の合計得点は、いずれも実習前に比較して実習後の得点が上昇し、対応のある t 検定の結果はすべて 0.01%水準で有意となっていた。効果量($d_{Diff}$)の大きさは因子によって異なっており、とくに「30 項目合計得点（$d_{Diff}$=1.06)」、第三因子「コミュニティヘルスへの関心（$d_{Diff}$=1.05)」、第二因子「計画的学習（$d_{Diff}$=0.80)」、第一因子「人間関係の構築（$d_{Diff}$=0.65)」、第四因子「省察的実践（$d_{Diff}$=0.64)」の効果量が大きくなっていた。

次に、実習前の医療プロフェッショナリズム評価尺度の得点を、性別、実習地域、実習への参加態度別に比較した（表 32)。その結果、性別、実習地域では、全ての因子で有意な差が認められなかった。実習への参加態度では、第一因子「人間関係の構築」、第

二因子「計画的学習」、第四因子「省察的実践」、第六因子「倫理的･社会的責任」、「30項目合計得点」において、実習への参加態度が積極的またはどちらでもない学生の得点が高くなっていた。

表31. 医療プロフェッショナリズム評価尺度(レベル1)の得点変化(n=88)
（札幌医科大学3年生地域滞在型地域医療実習の評価）

| 変数 | 実習前 | 実習後 | t | p | $d_{Diff}$ |
|---|---|---|---|---|---|
| 第一因子:人間関係の構築(8項目) | 29.5 | 31.8 | −6.1 | <0.001 | 0.65 |
| 第二因子:計画的学習(5項目) | 15.3 | 17.3 | −7.5 | <0.001 | 0.80 |
| 第三因子:コミュニティヘルスへの関心(4項目) | 12.3 | 15.5 | −9.6 | <0.001 | 1.05 |
| 第四因子:省察的実践(5項目) | 19.3 | 20.7 | −6.0 | <0.001 | 0.64 |
| 第五因子:知識と技術(2項目) | 5.9 | 6.5 | −3.7 | <0.001 | 0.39 |
| 第六因子:倫理的･社会的責任(3項目) | 12.6 | 12.9 | −1.7 | <0.001 | 0.18 |
| 第七因子:自己管理(3項目) | 10.3 | 11.1 | −4.3 | <0.001 | 0.46 |
| 合計得点(30項目) | 105.0 | 115.7 | −9.9 | <0.001 | 1.06 |

次に、実習前後の得点変化を反復測定の分散分析により、実習前後での変化(主効果)、性別(主効果)、性別による実習前後の変化の違い(交互作用効果)について検討した。まず、性別(主効果)および性別＊得点変化（交互作用）を要因とした分析では、医療プロフェッショナリズム評価尺度(レベル 1)の 7 つの下位尺度および全 30 項目合計得点との関係で、性別(主効果)および性別＊得点変化（交互作用）との有意な関係は認められなかった（表 33)。第五因子「知識と技術」において女性より男性の得点が高い（男性 6.3，女性 5.8）傾向が見られるものの、有意確率は 0.12 であった。

実習地域との関係においても実習地域(主効果)および実習地域＊得点変化（交互作用）との有意な関係は認められなかった（表 34)。

実習態度の自己評価との関係では、実習態度の主効果は第五因子「知識と技術」と第七因子「自己管理」を除く、第一因子「人間関係の構築(p<0.001)」、第二因子「計画的学習（p=0.006)」、第三因子「コミュニティヘルスへの関心(p=0.03)」、第四因子「省察的実践(p<0.001)」、第六因子「倫理・社会的責任(p<0.001)」、「30 項目合計得点(p<0.001)」にお

表32. 分析対象者の基本的属性別医療プロフェッショナリズム評価尺度の得点:実習前(n=97)（札幌医科大学3年生地域滞在型地域医療実習の評価）

| 変数 | カテゴリー | 第一因子:人間関係の構築（8項目） | | 第二因子:計画的学習（5項目） | | 第三因子:コミュニティヘルスへの関心(4項目) | | 第四因子:省察的実践（5項目） | | 第五因子:知識と技術（2項目） | | 第六因子:倫理的･社会的責任（3項目） | | 第七因子:自己管理（3項目） | | 合計得点（30項目） | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 得点 | p | 得点 | p | 得点 | p | 得点 | p | 得点 | p | 得点 | p | 得点 | p | 得点 | p |
| 性別[1] | 男性(n=69) | 29.9 | ns | 15.7 | ns | 12.5 | ns | 19.2 | ns | 6.0 | ns | 12.3 | ns | 10.3 | ns | 105.9 | ns |
| | 女性(n=23) | 29.1 | | 14.8 | | 11.9 | | 19.4 | | 5.4 | | 13.1 | | 10.3 | | 104.0 | |
| 実習地域[2] | V地域(n=23) | 30.2 | | 16.1 | | 13.8 | | 19.6 | | 6.4 | | 12.5 | | 10.0 | | 108.6 | |
| | W地域(n=18) | 31.4 | | 16.1 | | 11.7 | | 20.0 | | 6.1 | | 12.1 | | 11.2 | | 108.7 | |
| | X地域(n=14) | 29.1 | ns | 13.5 | ns | 11.0 | ns | 18.6 | ns | 5.4 | ns | 12.1 | ns | 9.7 | ns | 99.4 | ns |
| | Y地域(n=16) | 29.8 | | 15.6 | | 12.3 | | 19.6 | | 5.7 | | 13.5 | | 10.6 | | 107.1 | |
| | Z地域(n=21) | 28.0 | | 15.5 | | 12.1 | | 18.4 | | 5.5 | | 12.5 | | 10.0 | | 102.0 | |
| 実習への参加態度[1]（自己評価） | 積極的だった/やや積極的だった/どちらともいえない(n=75) | 30.0 | * | 15.7 | * | 12.5 | ns | 19.6 | * | 5.9 | ns | 12.8 | ** | 10.4 | ns | 107.0 | *** |
| | やや消極的だった/消極的だった(n=12) | 26.3 | | 13.2 | | 10.8 | | 17.5 | | 5.6 | | 11.0 | | 9.8 | | 94.3 | |

* p<0.05, ** p<0.01, ***p<0.001

[1] 二標本t検定(Welch法)

[2] 一元配置分散分析(Welch法)

表33. 医療プロフェッショナリズム評価尺度(レベル1)の得点変化と性別の関係：一般線型モデル(反復測定)による分析(n=88)（札幌医科大学3年生地域滞在型地域医療実習の評価）

| 従属変数 | 要因 | 平方和 | 自由度 | F | p | $\eta^2$ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 第一因子：人間関係の構築(8項目) | 得点変化 | 138.1 | 1 | 23.2 | <0.001 | 0.21 |
| | 性別 | 37.7 | 1 | 1.2 | 0.28 | 0.01 |
| | 得点変化*性別 | 8.3 | 1 | 1.4 | 0.24 | 0.02 |
| 第二因子：計画的学習(5項目) | 得点変化 | 131.1 | 1 | 41.7 | <0.001 | 0.33 |
| | 性別 | 19.7 | 1 | 0.9 | 0.34 | 0.01 |
| | 得点変化*性別 | 0.1 | 1 | 0.0 | 0.87 | <0.001 |
| 第三因子：コミュニティヘルスへの関心(4項目) | 得点変化 | 371.9 | 1 | 74.1 | <0.001 | 0.46 |
| | 性別 | 2.8 | 1 | 0.2 | 0.63 | 0.003 |
| | 得点変化*性別 | 1.0 | 1 | 0.2 | 0.67 | 0.002 |
| 第四因子：省察的実践(5項目) | 得点変化 | 61.1 | 1 | 24.3 | <0.001 | 0.22 |
| | 性別 | 0.001 | 1 | 0.001 | 0.99 | <0.001 |
| | 得点変化*性別 | 0.9 | 1 | 0.4 | 0.50 | <0.001 |
| 第五因子：知識と技術(2項目) | 得点変化 | 14.7 | 1 | 10.3 | <0.001 | 0.11 |
| | 性別 | 11.0 | 1 | 2.5 | 0.12 | 0.03 |
| | 得点変化*性別 | 0.001 | 1 | 0.001 | 0.98 | <0.001 |
| 第六因子：倫理的･社会的責任(3項目) | 得点変化 | 1.7 | 1 | 1.1 | 0.29 | 0.01 |
| | 性別 | 9.9 | 1 | 1.7 | 0.20 | 0.02 |
| | 得点変化*性別 | 1.1 | 1 | 0.7 | 0.40 | 0.01 |
| 第七因子：自己管理(3項目) | 得点変化 | 18.6 | 1 | 10.7 | 0.00 | 0.11 |
| | 性別 | 2.6 | 1 | 0.3 | 0.60 | <0.001 |
| | 得点変化*性別 | 2.3 | 1 | 1.3 | 0.25 | 0.02 |
| 合計得点（30項目） | 得点変化 | 3568.4 | 1 | 69.2 | <0.001 | 0.45 |
| | 性別 | 198.2 | 1 | 0.6 | 0.46 | 0.01 |
| | 得点変化*性別 | 33.1 | 1 | 0.6 | 0.42 | 0.01 |

表34. 医療プロフェッショナリズム評価尺度(レベル1)の得点変化と実習地域の関係：一般線型モデル(反復測定)による分析(n=88) （札幌医科大学3年生地域滞在型地域医療実習の評価）

| 従属変数 | 要因 | 平方和 | 自由度 | F | p | $\eta^2$ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 第一因子：人間関係の構築(8項目) | 得点変化 | 210.2 | 1 | 35.1 | <0.001 | 0.30 |
| | 実習地域 | 173.7 | 4 | 1.4 | 0.24 | 0.06 |
| | 得点変化*実習地域 | 22.4 | 4 | 0.9 | 0.45 | 0.04 |
| 第二因子：計画的学習(5項目) | 得点変化 | 167.2 | 1 | 53.8 | <0.001 | 0.39 |
| | 実習地域 | 149.4 | 4 | 1.8 | 0.14 | 0.08 |
| | 得点変化*実習地域 | 12.3 | 4 | 1.0 | 0.42 | 0.05 |
| 第三因子：コミュニティヘルスへの関心(4項目) | 得点変化 | 467.8 | 1 | 95.6 | <0.001 | 0.54 |
| | 実習地域 | 73.0 | 4 | 1.6 | 0.18 | 0.07 |
| | 得点変化*実習地域 | 26.5 | 4 | 1.4 | 0.26 | 0.06 |
| 第四因子：省察的実践(5項目) | 得点変化 | 80.7 | 1 | 32.6 | <0.001 | 0.28 |
| | 実習地域 | 58.0 | 4 | 1.5 | 0.21 | 0.07 |
| | 得点変化*実習地域 | 11.1 | 4 | 1.1 | 0.35 | 0.05 |
| 第五因子：知識と技術(2項目) | 得点変化 | 20.2 | 1 | 14.6 | <0.001 | 0.15 |
| | 実習地域 | 11.3 | 4 | 0.6 | 0.66 | 0.03 |
| | 得点変化*実習地域 | 8.1 | 4 | 1.5 | 0.22 | 0.07 |
| 第六因子：倫理的･社会的責任(3項目) | 得点変化 | 2.9 | 1 | 1.9 | <0.001 | 0.02 |
| | 実習地域 | 29.0 | 4 | 1.2 | 0.31 | 0.06 |
| | 得点変化*実習地域 | 4.7 | 4 | 1.2 | 0.54 | 0.04 |
| 第七因子：自己管理(3項目) | 得点変化 | 32.8 | 1 | 18.1 | <0.001 | 0.18 |
| | 実習地域 | 55.1 | 4 | 1.5 | 0.22 | 0.07 |
| | 得点変化*実習地域 | 1.4 | 4 | 0.2 | 0.94 | 0.01 |
| 合計得点（30項目） | 得点変化 | 4895.2 | 1 | 97.7 | <0.001 | 0.54 |
| | 実習地域 | 1963.2 | 4 | 1.4 | 0.23 | 0.06 |
| | 得点変化*実習地域 | 305.5 | 4 | 76.4 | 0.20 | 0.07 |

表35. 医療プロフェッショナリズム評価尺度(レベル1)の得点変化と実習態度の関係：一般線型モデル(反復測定)による分析(n=88) （札幌医科大学3年生地域滞在型地域医療実習の評価）

| 従属変数 | 要因 | 平方和 | 自由度 | F | p | $\eta^2$ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 第一因子：人間関係の構築 | 得点変化 | 49.0 | 1 | 8.3 | 0.005 | 0.09 |
| (8項目) | 実習態度 | 447.3 | 1 | 16.4 | <0.001 | 0.16 |
| | 得点変化*実習態度 | 18.9 | 1 | 3.2 | 0.08 | 0.04 |
| 第二因子：計画的学習 | 得点変化 | 62.9 | 1 | 21.3 | <0.001 | 0.20 |
| (5項目) | 実習態度 | 158.7 | 1 | 7.8 | 0.006 | 0.08 |
| | 得点変化*実習態度 | 1.2 | 1 | 0.4 | 0.52 | 0.005 |
| 第三因子：コミュニティヘルスへの関心 | 得点変化 | 217.2 | 1 | 43.8 | <0.001 | 0.34 |
| | 実習態度 | 53.4 | 1 | 4.7 | 0.03 | 0.05 |
| (4項目) | 得点変化*実習態度 | 0.2 | 1 | 0.0 | 0.85 | <0.001 |
| 第四因子：省察的実践 | 得点変化 | 20.3 | 1 | 8.2 | 0.01 | 0.09 |
| (5項目) | 実習態度 | 150.6 | 1 | 19.1 | <0.001 | 0.18 |
| | 得点変化*実習態度 | 6.8 | 1 | 2.8 | 0.10 | 0.03 |
| 第五因子：知識と技術 | 得点変化 | 1.8 | 1 | 1.3 | 0.25 | 0.02 |
| (2項目) | 実習態度 | 13.2 | 1 | 2.9 | 0.09 | 0.03 |
| | 得点変化*実習態度 | 4.4 | 1 | 3.3 | 0.07 | 0.04 |
| 第六因子：倫理的･社会的責任 | 得点変化 | 0.1 | 1 | 0.1 | 0.82 | 0.001 |
| (3項目) | 実習態度 | 103.2 | 1 | 23.0 | <0.001 | 0.21 |
| | 得点変化*実習態度 | 3.2 | 1 | 2.3 | 0.14 | 0.03 |
| 第七因子：自己管理 | 得点変化 | 11.7 | 1 | 6.6 | 0.01 | 0.07 |
| (3項目) | 実習態度 | 10.0 | 1 | 1.1 | 0.31 | 0.01 |
| | 得点変化*実習態度 | 0.6 | 1 | 0.3 | 0.57 | 0.004 |
| 合計得点(30項目) | 得点変化 | 1537.5 | 1 | 30.8 | <0.001 | 0.27 |
| | 実習態度 | 4941.0 | 1 | 16.6 | <0.001 | 0.16 |
| | 得点変化*実習態度 | 151.2 | 1 | 3.0 | 0.09 | 0.03 |

表36.医療プロフェッショナリズム評価尺度(レベル1)の得点と実習態度の関係(調整平均):一般線型モデル(反復測定)による分析(n=88)(札幌医科大学3年生地域滞在型地域医療実習の評価)

| 従属変数 | 実習態度(自己評価) | | p(表35再掲) |
|---|---|---|---|
| | 積極的 | どちらともいえないまたは消極的 | |
| 第一因子:人間関係の構築 | 31.3 | 26.6 | <0.001 |
| 第二因子:計画的学習 | 16.7 | 13.9 | 0.006 |
| 第三因子:コミュニティヘルスへの関心 | 14.1 | 12.5 | 0.03 |
| 第四因子:省察的実践 | 20.4 | 17.7 | <0.001 |
| 第五因子:知識と技術 | 6.3 | 5.5 | 0.09 |
| 第六因子:倫理・社会的責任 | 13.1 | 10.8 | <0.001 |
| 第七因子:自己管理 | 10.8 | 10.1 | 0.31 |
| 合計得点(30項目) | 112.7 | 97.2 | <0.001 |

いて有意な関係が認められ、いずれも実習態度が積極的だったと自己評価した群の尺度得点が高くなっていた（表 35, 表 36)。実習態度＊得点変化（交互作用）との関係では、どの下位尺度とも有意な関係が認められなかった。第一因子「人間関係の構築」、第四因子「省察的実践」、第五因子「知識と技術」、「30 項目合計得点」については、いずれも有意確率が 0.1 前後であったため、実習態度別得点推移を図 9〜図 12 として示した。第一因子「人間関係の構築」、第四因子「省察的実践」、30 項目合計得点では、実習態度が積極的の者において得点の伸びが大きく、それに比較して実習態度が消極的またはどちらでもない者の得点の伸びが鈍化している傾向が見られた。第五因子「知識と技術」においては、実習態度が消極的またはどちらでもない者の得点がむしろ低下する傾向に有り、実習態度が積極的である群との得点差が広がる傾向が見られた。

## 第二節　札幌医科大学医学部・保健医療学部初年次 IPE の評価

### (1) はじめに

Interprofessional Education (IPE)は 1960 年代の英国での取り組みが発祥である。新興感染症、急速な人口・疫学的転換による脅威や医療費の高騰など、医療専門職への付加的な要求が増加する一方で、従来の医療専門職の教育は断片化した、時代遅れの、変化のない

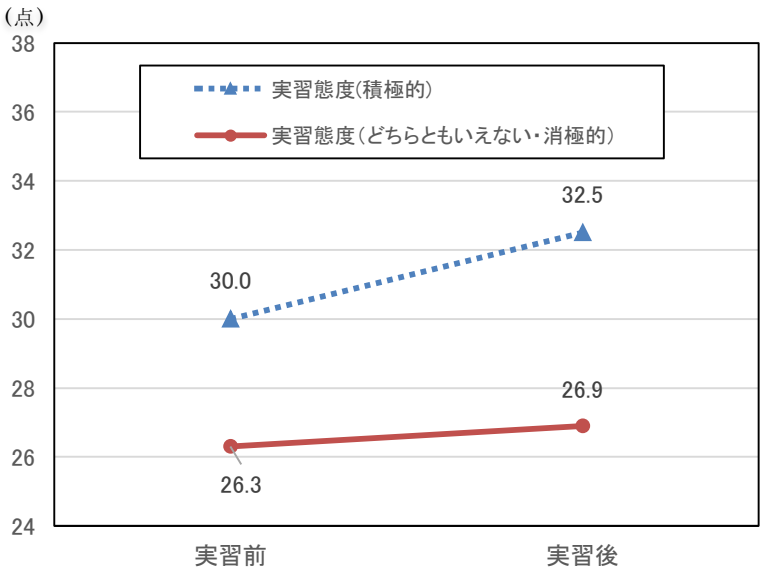


図9. 医療プロフェッショナリズム評価尺度(レベル1)
第一因子「人間関係の構築」の得点推移
(実習態度別)
一般線型モデル(反復測定)による分析(n=88)
(札幌医科大学三年生地域滞在型地域医療実習)
交互作用効果(p=0.08:表35再掲)

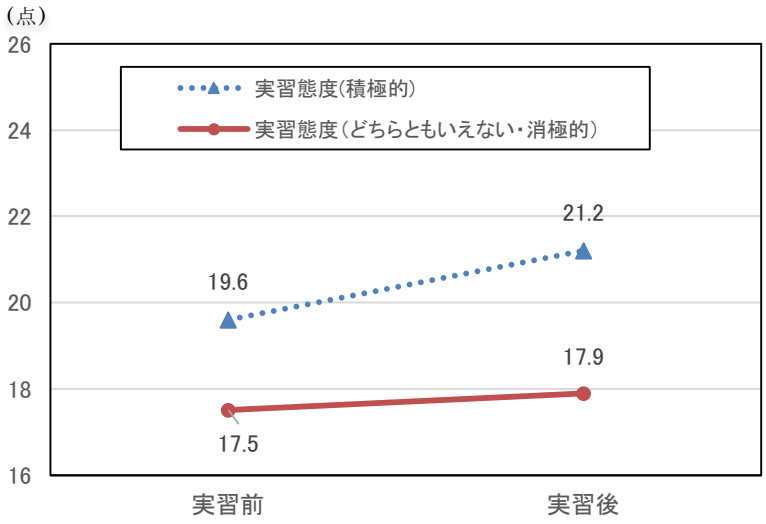


図10. 医療プロフェッショナリズム評価尺度(レベル1)
第四因子「省察的実践」の得点推移(実習態度別)
一般線型モデル(反復測定)による分析(n=88)
(札幌医科大学三年生地域滞在型地域医療実習)
交互作用効果(p=0.10:表35再掲)

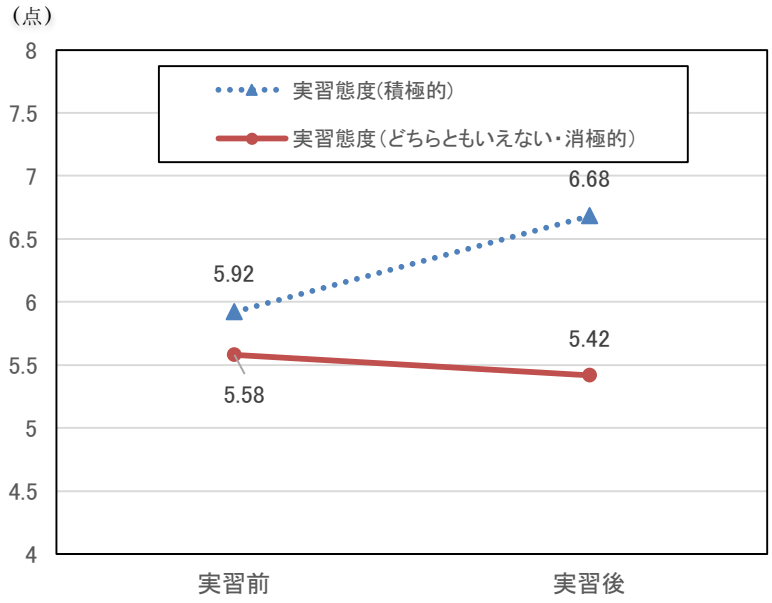


図11. 医療プロフェッショナリズム評価尺度(レベル1)
第五因子「知識と技術」の得点推移(実習態度別)
一般線型モデル(反復測定)による分析(n=88)
(札幌医科大学三年生地域滞在型地域医療実習)
交互作用効果(p=0.07:表35再掲)

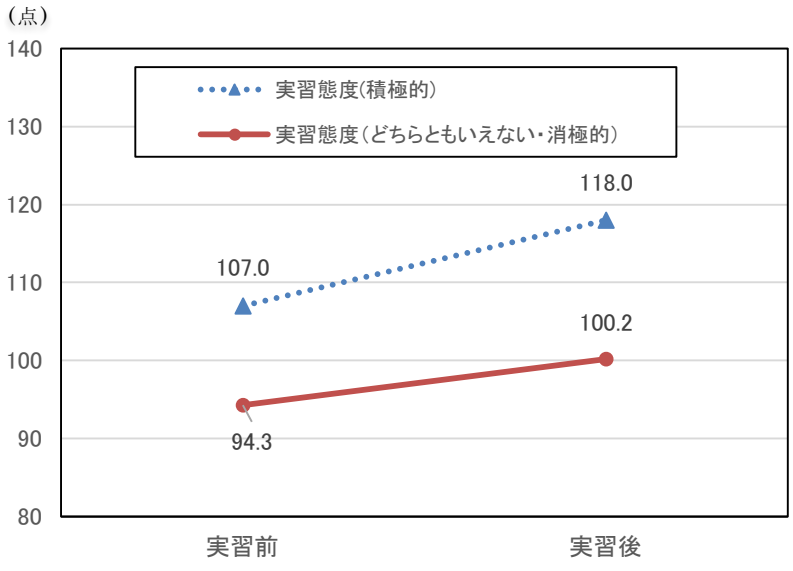


図12. 医療プロフェッショナリズム評価尺度(レベル1)
30項目合計得点の得点推移(実習態度別)
一般線型モデル(反復測定)による分析(n=88)
(札幌医科大学三年生地域滞在型地域医療実習)
交互作用効果(p=0.09:表35再掲)

カリキュラムが継続されており、これらは部分的には部族主義（Tribalism）によるものであると批判されている[16]。その解決策として英国以外の諸外国でも医療専門職の教育にIPEが導入されており、わが国においても2000年前後からIPEを大学教育の教育課程に取り入れる大学が増加している[6]。2001年のレビューでは、大学生を対象としたIPEには知識、スキル、態度や信念に変化をもたらす教育効果があるとされている[121]。しかし、IPEの教育効果を検討する論文はエビデンスレベルが高いとされているRandomized Control Trial(RCT)が研究デザインとして用いられていなかったり、IPEの長期的な効果を検証する研究がないという問題が指摘されている[2]。多職種での単純な協同学習ではなく、多職種連携や多職種協働を目的としたIPEの効果を評価する研究について2001年以後の論文をレビューすると、2010年前後からその論文数は急激に増加している。単発のプログラム[122,123]から、3日間の集中的なセミナー[124]、1ヶ月間のモジュール[125]、正課としての中期的な評価[126]や、Webを利用した協同学習[127]など、IPEプログラムの内容、期間の長さ、教育方法・媒体、各職種の組み合わせ、評価指標はさまざまであるが、多くの研究ではIPEによる教育効果かとしてポジティブな効果が認められることを報告している。各研究のエビデンスレベルについては議論があるが、IPEの評価研究は対象、方法、内容によってどのような効果がもたらされるのか、より一歩踏み込んだ検証が必要とされる段階に来ている。

第四章で述べたように、札幌医科大学では2004年に医学部医学科、保健医療学部看護学科・理学療法学科・作業療法学科でのIPEに着手し、現在では第一学年から第四学年までの各学年において、「地域医療合同セミナー」が開講されている[108]。それぞれの科目の教育目標に応じて内容は異なるが、講義、演習、実習によって構成され、地域医療において多職種が連携・協働するための知識と態度を身につけることをねらいとしている。

第一学年の「地域医療合同セミナー1」は、「コミュニケーション能力の向上」と、「地域において多職種が協働するための知識と態度を身につける」ことを主な到達目標に掲げている。第一学年のプログラムでは評価尺度等を用いた研究が過去に行われており、その効果が確認されている[128]。2012年には本科目の講義・演習・実習の内容が刷新され、RIPLS[129]とKiSS-18[102]の評価尺度を用いた実習前後の教育効果について検討した[99]。しかし、多職種連携を学ぶための準備状態（レディネス）を測定する尺度であるRIPLSは、その妥当性に問題があると指摘されている[130]。また、著者らの2013年の論文[99]では夏季の短期間の実習のみを評価しており、通年で行われている科目そのものの評価はしていない。さらに、地域医療合同セミナーの教育目標は多職種連携能力の向上だけではなく、

むしろ、医療専門職としての総合的な能力の基盤を構築することを意図していることから、学生の総合的な能力向上を評価できる評価尺度に測定が必要とされる。

そこで本節では、第三章で開発した医療プロフェッショナリズム評価尺度（レベル１）を用い、札幌医科大学一年生を対象に開講されている「地域医療合同セミナー１」の後期の開始前と終了時の 2 回の測定を行い、教育効果の評価を行う。

### (2) 方法

#### 1) 研究デザイン

研究デザインは、記名式調査票を用いた集合調査による縦断研究である。「地域医療合同セミナー１」の後期講義開始前(10 月)と講義終了時(1 月)の 2 回の調査を行う。調査時期は 2016 年 10 月と 2017 年 1 月である。

#### 2) 対象

対象者は「地域医療合同セミナー１」を受講する札幌医科大学医学部医学科一年生 109 名（必修）と同大学保健医療学部看護学科・理学療法学科・作業療法学科一年生 19 名（選択）である。

#### 3) 調査項目

2 回の調査を結合させるため、学籍番号と氏名を対象者に記入してもらった。第三章で作成した医療プロフェッショナリズム評価尺度（レベル 1）の 30 項目により、医療プロフェッショナリズムの修得状況を評価した。

他の調査項目としては、性別、学部学科、夏季の地域医療基礎実習への参加の有無を調査した。

#### 4) 分析方法

はじめに各項目および医療プロフェッショナリズム評価尺度(レベル１)の 7 下位尺度および全 30 項目の合計点の度数分布、平均値、標準偏差等の基本統計量を算出した。次に性別、学部・学科、地域医療実習への参加の有無別に医療プロフェッショナリズムの 7 下位尺度毎の実習前の平均得点を算出し、二標本 t 検定（Welch 法）を行った。次に、7 下位尺度毎の実習前後の得点変化について対応のある t 検定によって検討し、効果量(d)を算出した。なお効果量 d の算出については、水本ら[116]の定義に基づき二標本 t 検定の効果量（図 6）を対応のある t 検定用に調整する式(図 7)を用いて算出した。なお、効果量 d の目安としては、0.20(小)、0.50(中)、0.80(大)とされている。

最後に、実習前後の得点変化を反復測定の分散分析により、実習前後での変化(主効果)、

性別(主効果)、性別による実習前後の変化の違い(交互作用効果)を検討し、2 つの主効果と 1 つの交互作用効果について効果量（イータ二乗：$\eta^2$）を算出した。$\eta^2$は、(各要因の平方和)／(全体の平方和)の計算式によって計算され、効果量の目安としては、0.01(小)、0.06(中)、0.14(大)とされている [99]。性別以外の説明変数としては、学部・学科、夏季の地域医療基礎実習への参加をそれぞれ別々に分析に投入して、医療プロフェッショナリズム評価及びその変化に与える影響を検討した。さらに、主効果において有意な関係が認められる変数が複数あった場合、すべての要因（主効果のみ）を分散分析に投入して交絡因子を明らかにする。

分析には IBM 社の SPSS Statistics 22.0 を使用し、有意水準は $p<0.05$ とした。

#### 5) 倫理的配慮

倫理的配慮は第一節と同様とする。

### (3) 結果

#### 1) 回収率および度数分布

128 名から回答が得られた（回収率 100.0%)。性別は男性が多く(61.7%)、学部学科では医学部の医学の学生が 8 割以上を占めていた(85.2%)(表 37)。保健医療学部の中では看護学科の学生が 15 名であり、最も多くなっていた。夏季の地域医療実習への参加は、70 名(54.7%)が参加しており、保健医療学部の学生 19 名は全員が実習に参加していた。

表37.分析対象者の基本的属性(n=128)
（札幌医科大学1年生多職種連携教育の評価）

| 変数 | カテゴリー | n | % |
|---|---|---|---|
| 性別 | 男性 | 79 | 61.7 |
| | 女性 | 49 | 38.3 |
| 学部・学科 | 医学部医学科 | 109 | 85.2 |
| | 保健医療学部(看護学科/理学療法学科/作業療法学科) | 19 | 14.8 |
| 地域医療実習への参加 | あり | 70 | 54.7 |
| | なし | 58 | 45.3 |

#### 2) 医療プロフェッショナリズム評価尺度(レベル 1)の得点変化

医療プロフェッショナリズム尺度(レベル 1)の 7 下位尺度の得点および全 30 項目の得

点について実習前後の平均値を算出し、対応のあるt検定により前後の変化を検討し、その効果量を算出した(表38)。7つの下位尺度及び30項目の合計得点は、2016年10月(後期の講義開始前)と2017年1月(後期終了時)を比較して、大きな変化は認められなかった。統計的に有意な変化が認められたの第四因子「省察的実践」と第七因子「自己管理」の2つであった。第四因子「省察的実践」は3ヶ月の間で得点が19.3から19.9に上昇し、第七因子「自己管理」は得点が10.9から10.5に低下していた。しかしながらいずれも効果量は0.3未満で、実質的効果が大きいとは言えない。

**表38. 医療プロフェッショナリズム評価尺度(レベル1)の得点変化(n=120)(札幌医科大学1年生多職種連携教育の評価)**

| 変数 | 後期開始時<br>(2016年10月) | 後期終了時<br>(2017年1月) | t | p | $d_{Diff}$ |
|---|---|---|---|---|---|
| 第一因子<br>(人間関係の構築) | 30.3 | 30.7 | −1.67 | 0.10 | 0.14 |
| 第二因子<br>(計画的学習) | 16.4 | 16.5 | −0.52 | 0.61 | 0.06 |
| 第三因子<br>(コミュニティヘルスへの関心) | 14.0 | 14.1 | −0.54 | 0.59 | 0.04 |
| 第四因子<br>(省察的実践) | 19.3 | 19.9 | −2.68 | 0.008 | 0.27 |
| 第五因子<br>(知識と技術) | 5.6 | 5.5 | −0.05 | 0.96 | 0.01 |
| 第六因子<br>(倫理・社会的責任) | 12.3 | 12.4 | −0.78 | 0.44 | 0.07 |
| 第七因子<br>(自己管理) | 10.9 | 10.5 | 2.12 | 0.04 | 0.23 |
| 合計得点(30項目) | 108.7 | 109.7 | −1.06 | 0.29 | 0.11 |

次に、実習前の医療プロフェッショナリズム評価尺度の得点を、性別、学部、地域医療実習への参加の有無別に比較した(表39)。その結果、地域医療実習に参加した者は第一因子「人間関係の構築」、第二因子「計画的学習」、第三因子「コミュニティヘルスへの関心」、30項目合計得点において、実習に参加していない者に比較して得点が有意に高くなっていた。また、学部では、保健医療学部の者が第二因子「計画的学習」、第三因子「コミュニティヘルスへの関心」、30項目合計得点において、医学部の者に比較して得点が有意に高くなっていた。また、性別では、女性が第三因子「コミュニティヘルスへの関心」において、男性に比較して得点が有意に高くなっていた。

表39. 分析対象者の基本的属性別医療プロフェッショナリズム評価尺度の得点:後期開始時(n=128)(札幌医科大学1年生多職種連携教育の評価)

| 変数 | カテゴリー | 第一因子:人間関係の構築(8項目) | | 第二因子:計画的学習(5項目) | | 第三因子:コミュニティヘルスへの関心(4項目) | | 第四因子:省察的実践(5項目) | | 第五因子:知識と技術(2項目) | | 第六因子:倫理的・社会的責任(3項目) | | 第七因子:自己管理(3項目) | | 合計得点(30項目) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 得点 | p | 得点 | p | 得点 | p | 得点 | p | 得点 | p | 得点 | p | 得点 | p | 得点 | p |
| 性別 | 男性(n=73) | 30.2 | ns | 16.3 | ns | 13.4 | *** | 19.2 | ns | 5.5 | ns | 12.3 | ns | 10.8 | ns | 107.9 | ns |
| | 女性(n=49) | 30.6 | | 16.6 | | 15.1 | | 19.6 | | 5.7 | | 12.2 | | 11.2 | | 111.0 | |
| 学部・学科 | 医学部医学科(n=103) | 30.2 | | 16.2 | | 13.7 | | 19.3 | | 5.6 | | 12.3 | | 10.9 | | 108.1 | |
| | 保健医療学部看護学科/理学療法学科/作業療法学科(n=19) | 31.2 | ns | 17.6 | * | 16.3 | *** | 20.1 | ns | 5.5 | ns | 12.5 | ns | 11.3 | ns | 114.5 | ** |
| 地域医療実習への参加 | 参加していない(n=55) | 29.2 | ** | 15.6 | * | 12.9 | *** | 18.8 | * | 5.5 | ns | 12.2 | ns | 10.6 | ns | 104.8 | *** |
| | 参加した(n=67) | 31.3 | | 17.1 | | 15.0 | | 19.9 | | 5.7 | | 12.4 | | 11.3 | | 112.7 | |

* p<0.05, ** p<0.01, ***p<0.001

検定は二標本t検定(Welch法)を用いた

次に、3ヶ月間の得点変化を反復測定の分散分析により、医療プロフェッショナリズム評価尺度(レベル 1)の 7 つの下位尺度および全 30 項目合計得点に影響を与える、3ヶ月間の変化(主効果)、性別(主効果)、性別による 3ヶ月間の変化の違い(交互作用効果)について検討した。性別の主効果は第三因子「コミュニティヘルスへの関心」のみ有意(p=0.003)で、性別の最小二乗平均値は男性(13.5)より女性(14.9)の得点が高かった（表 40・表 41)。性別による 3ヶ月間の変化の違い(交互作用効果)は、いずれの分析においても有意な関係は認められなかった。

次に、3ヶ月間の変化(主効果)、学部(主効果)、学部による 3ヶ月間の変化の違い(交互作用効果)について検討した。その結果、学部の主効果は第三因子「コミュニティヘルスへの関心」 (p<0.001)、30 項目合計得点(p=0.04)において有意であった（表 42)。第三因子「コミュニティヘルスへの関心」では、最小二乗平均値は医学部（13.7）に比較して、保健医療学部（16.1）の得点が高くなっていた（表 43)。30 項目合計得点においても、最小二乗平均値は医学部（108.3）に比較して、保健医療学部（113.9）の得点が高くなっていた。学部による 3ヶ月間の変化の違い(交互作用効果)は、いずれの分析においても有意な関係は認められなかった。

最後に、3 ヶ月間の変化(主効果)、地域医療実習への参加(主効果)、地域医療実習への参加による 3ヶ月間の変化の違い(交互作用効果)について検討した。その結果、地域医療実習への参加の主効果は第一因子「人間関係の構築」(p<0.001)、第二因子「計画的学習」(p<0.001)、第三因子「コミュニティヘルスへの関心」(p<0.001)、第四因子「省察的実践」(p<0.001)、30 項目合計得点(p<0.001)において有意であった（表 44)。地域医療実習への参加の有無別最小二乗平均値は、いずれも実習に参加した者の得点が高くなっていたが（表 45)、効果量（$\eta^2$）は最大で 0.17（第三因子「コミュニティヘルスへの関心」）であり、実質的効果が大きいといえる。地域医療実習への参加による 3 ヶ月間の変化の違い(交互作用効果)は、いずれの分析においても有意な関係は認められなかった。第三因子「コミュニティヘルスへの関心」と 30 項目合計得点は、複数の要因が有意であったため、交互作用を含まない有意な主効果のみを投入して多変量解析を行った。その結果、第三因子「コミュニティヘルスへの関心」も 30 項目合計得点も、地域医療実習への参加の有無のみが有意な変数として認められた（表 46)。

表40.医療プロフェッショナリズム評価尺度(レベル1)の得点変化と性別の関係
:一般線型モデル(反復測定)による分析(n=120)(札幌医科大学1年生多職種連携教育の評価)

| 従属変数 | 要因 | 平方和 | 自由度 | F | p | $\eta^2$ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 第一因子:人間関係の構築 | 得点変化 | 12.2 | 1 | 2.95 | 0.09 | 0.02 |
| | 性別 | 25.0 | 1 | 1.00 | 0.32 | 0.01 |
| | 得点変化*性別 | 0.9 | 1 | 2.95 | 0.65 | 0.002 |
| 第二因子:計画的学習 | 得点変化 | 1.3 | 1 | 0.31 | 0.58 | 0.003 |
| | 性別 | 14.0 | 1 | 0.85 | 0.36 | 0.01 |
| | 得点変化*性別 | 0.3 | 1 | 0.09 | 0.77 | 0.001 |
| 第三因子:コミュニティヘルスへの関心 | 得点変化 | 0.1 | 1 | 0.05 | 0.82 | <0.001 |
| | 性別 | 116.8 | 1 | 9.20 | 0.003 | 0.07 |
| | 得点変化*性別 | 8.1 | 1 | 3.00 | 0.09 | 0.02 |
| 第四因子:省察的実践 | 得点変化 | 17.6 | 1 | 6.52 | 0.01 | 0.05 |
| | 性別 | 8.8 | 1 | 1.04 | 0.31 | 0.01 |
| | 得点変化*性別 | 0.4 | 1 | 0.14 | 0.70 | 0.001 |
| 第五因子:知識と技術 | 得点変化 | 0.1 | 1 | 0.03 | 0.86 | <0.001 |
| | 性別 | 0.2 | 1 | 0.65 | 0.80 | 0.001 |
| | 得点変化*性別 | 0.8 | 1 | 0.48 | 0.49 | 0.004 |
| 第六因子:倫理・社会的責任 | 得点変化 | 1.0 | 1 | 0.82 | 0.37 | 0.01 |
| | 性別 | 0.2 | 1 | 0.05 | 0.83 | <0.001 |
| | 得点変化*性別 | 0.8 | 1 | 0.65 | 0.42 | 0.01 |
| 第七因子:自己管理 | 得点変化 | 9.5 | 1 | 4.58 | 0.03 | 0.04 |
| | 性別 | 10.1 | 1 | 1.38 | 0.24 | 0.01 |
| | 得点変化*性別 | 0.2 | 1 | 0.11 | 0.74 | 0.001 |
| 合計得点(30項目) | 得点変化 | 46.4 | 1 | 0.94 | 0.33 | 0.01 |
| | 性別 | 707.7 | 1 | 3.01 | 0.09 | 0.03 |
| | 得点変化*性別 | 6.1 | 1 | 0.12 | 0.73 | 0.001 |

表41. 医療プロフェッショナリズム評価尺度(レベル1)の性別得点(調整平均値)
:一般線型モデル(反復測定)による分析(n=120)
（札幌医科大学1年生多職種連携教育の評価）

| 従属変数 | 性別 | | p(表40再掲) |
|---|---|---|---|
| | 男性 | 女性 | |
| 第一因子:人間関係の構築 | 30.2 | 30.8 | 0.65 |
| 第二因子:計画的学習 | 16.2 | 16.7 | 0.36 |
| 第三因子:コミュニティヘルスへの関心 | 13.5 | 14.9 | 0.003 |
| 第四因子:省察的実践 | 19.5 | 19.8 | 0.31 |
| 第五因子:知識と技術 | 5.5 | 5.6 | 0.80 |
| 第六因子:倫理・社会的責任 | 12.3 | 12.4 | 0.83 |
| 第七因子:自己管理 | 10.6 | 11.0 | 0.24 |
| 合計得点(30項目) | 107.8 | 111.3 | 0.09 |

表42. 医療プロフェッショナリズム評価尺度(レベル1)の得点変化と所属学部の関係
:一般線型モデル(反復測定)による分析(n=120) （札幌医科大学1年生多職種連携教育の評価）

| 従属変数 | 要因 * | 平方和 | 自由度 | F | p | $\eta^2$ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 第一因子:人間関係の構築 | 得点変化 | 2.5 | 1 | 0.61 | 0.44 | 0.01 |
| | 学部 | 25.0 | 1 | 24.95 | 0.99 | 0.01 |
| | 得点変化*学部 | 1.7 | 1 | 0.40 | 0.53 | 0.003 |
| 第二因子:計画的学習 | 得点変化 | 0.0 | 1 | 0.01 | 0.92 | 0.001 |
| | 学部 | 53.9 | 1 | 3.32 | 0.07 | 0.03 |
| | 得点変化*学部 | 0.6 | 1 | 0.16 | 0.69 | 0.001 |
| 第三因子:コミュニティヘルスへの関心 | 得点変化 | 0.5 | 1 | 0.18 | 0.68 | 0.001 |
| | 学部 | 184.3 | 1 | 15.20 | <0.001 | 0.11 |
| | 得点変化*学部 | 3.9 | 1 | 1.43 | 0.23 | 0.01 |
| 第四因子:省察的実践 | 得点変化 | 5.7 | 1 | 2.11 | 0.15 | 0.02 |
| | 学部 | 15.9 | 1 | 1.89 | 0.17 | 0.02 |
| | 得点変化*学部 | 1.4 | 1 | 0.53 | 0.47 | 0.004 |
| 第五因子:知識と技術 | 得点変化 | 0.001 | 1 | 0.00 | 0.98 | <0.001 |
| | 学部 | 0.2 | 1 | 0.07 | 0.79 | 0.001 |
| | 得点変化*学部 | 0.001 | 1 | 0.001 | 0.98 | <0.001 |
| 第六因子:倫理・社会的責任 | 得点変化 | 0.1 | 1 | 0.11 | 0.74 | 0.001 |
| | 学部 | 0.1 | 1 | 0.01 | 0.91 | <0.001 |
| | 得点変化*学部 | 2.0 | 1 | 1.75 | 0.19 | 0.01 |
| 第七因子:自己管理 | 得点変化 | 8.4 | 1 | 4.01 | 0.05 | 0.03 |
| | 学部 | 2.4 | 1 | 0.32 | 0.57 | 0.003 |
| | 得点変化*学部 | 1.0 | 1 | 0.46 | 0.50 | <0.001 |
| 合計得点(30項目) | 得点変化 | 0.03 | 1 | 0.001 | 0.98 | <0.001 |
| | 学部 | 976.4 | 1 | 4.19 | 0.04 | 0.03 |
| | 得点変化*学部 | 58.2 | 1 | 1.19 | 0.28 | 0.01 |

*学部：1=医学部, 2=保健医療学部

表43. 医療プロフェッショナリズム評価尺度(レベル1)の学部別得点(調整平均値)
:一般線型モデル(反復測定)による分析(n=120)
(札幌医科大学1年生多職種連携教育の評価)

| 従属変数 | 学部 | | p(表42再掲) |
|---|---|---|---|
| | 医学部 | 保健医療学部 | |
| 第一因子:人間関係の構築 | 30.4 | 31.2 | 0.32 |
| 第二因子:計画的学習 | 16.2 | 17.5 | 0.070 |
| 第三因子:コミュニティヘルスへの関心 | 13.7 | 16.1 | <0.001 |
| 第四因子:省察的実践 | 19.5 | 20.2 | 0.17 |
| 第五因子:知識と技術 | 5.6 | 5.5 | 0.79 |
| 第六因子:倫理・社会的責任 | 12.3 | 12.4 | 0.91 |
| 第七因子:自己管理 | 10.7 | 11.0 | 0.57 |
| 合計得点(30項目) | 108.3 | 113.9 | 0.04 |

表44. 医療プロフェッショナリズム評価尺度(レベル1)の得点変化と地域医療実習への参加との関係:一般線型モデル(反復測定)による分析(n=120)
(札幌医科大学1年生多職種連携教育の評価)

| 従属変数 | 要因 | 平方和 | 自由度 | F | p | $\eta^2$ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 第一因子:人間関係の構築 | 得点変化 | 12.6 | 1 | 3.05 | 0.08 | 0.03 |
| | 実習への参加 | 263.5 | 1 | 11.40 | <0.001 | 0.09 |
| | 得点変化*実習への参加 | 2.5 | 1 | 0.62 | 0.43 | 0.01 |
| 第二因子:計画的学習 | 得点変化 | 1.0 | 1 | 0.24 | 0.63 | 0.002 |
| | 実習への参加 | 182.5 | 1 | 12.00 | <0.001 | 0.09 |
| | 得点変化*実習への参加 | 0.2 | 1 | 0.04 | 0.84 | <0.001 |
| 第三因子:コミュニティヘルスへの関心 | 得点変化 | 1.1 | 1 | 0.38 | 0.54 | 0.003 |
| | 実習への参加 | 273.3 | 1 | 24.10 | <0.001 | 0.17 |
| | 得点変化*実習への参加 | 1.3 | 1 | 0.47 | 0.49 | 0.004 |
| 第四因子:省察的実践 | 得点変化 | 19.3 | 1 | 7.10 | 0.009 | 0.06 |
| | 実習への参加 | 96.0 | 1 | 12.39 | <0.001 | 0.10 |
| | 得点変化*実習への参加 | 0.1 | 1 | 0.02 | 0.88 | <0.001 |
| 第五因子:知識と技術 | 得点変化 | 0.0 | 1 | 0.002 | 0.97 | <0.001 |
| | 実習への参加 | 0.8 | 1 | 0.24 | 0.62 | 0.002 |
| | 得点変化*実習への参加 | 0.9 | 1 | 0.60 | 0.44 | 0.01 |
| 第六因子:倫理・社会的責任 | 得点変化 | 0.7 | 1 | 0.60 | 0.44 | 0.01 |
| | 実習への参加 | 3.6 | 1 | 0.78 | 0.38 | 0.01 |
| | 得点変化*実習への参加 | 0.002 | 1 | 0.001 | 0.97 | <0.001 |
| 第七因子:自己管理 | 得点変化 | 8.1 | 1 | 3.93 | 0.05 | 0.03 |
| | 実習への参加 | 23.8 | 1 | 3.30 | 0.07 | 0.03 |
| | 得点変化*実習への参加 | 1.9 | 1 | 0.92 | 0.34 | 0.01 |
| 合計得点(30項目) | 得点変化 | 62.6 | 1 | 1.27 | 0.26 | 0.01 |
| | 実習への参加 | ##### | 1 | 19.70 | <0.001 | 0.14 |
| | 得点変化*実習への参加 | 23.7 | 1 | 0.48 | 0.49 | 0.004 |

表45. 医療プロフェッショナリズム評価尺度(レベル1)の地域医療実習への参加の有無別得点(調整平均値):一般線型モデル(反復測定)による分析(n=120)
（札幌医科大学1年生多職種連携教育の評価）

| 従属変数 | 地域医療実習への参加 | | p(表44再掲) |
|---|---|---|---|
| | 参加していない | 参加した | |
| 第一因子:人間関係の構築 | 29.3 | 31.4 | 0.43 |
| 第二因子:計画的学習 | 15.5 | 17.2 | <0.001 |
| 第三因子:コミュニティヘルスへの関心 | 12.9 | 15.0 | <0.001 |
| 第四因子:省察的実践 | 18.9 | 20.2 | <0.001 |
| 第五因子:知識と技術 | 5.5 | 5.6 | 0.62 |
| 第六因子:倫理・社会的責任 | 12.2 | 12.4 | 0.38 |
| 第七因子:自己管理 | 10.4 | 11.0 | 0.07 |
| 合計得点(30項目) | 104.6 | 112.9 | <0.001 |

表46.医療プロフェッショナリズム評価尺度(レベル1)の得点変化と性別、学部、実習への参加との関係:一般線型モデル(反復測定)による分析(n=120)
（札幌医科大学1年生多職種連携教育の評価）

| 従属変数 | 要因 | 平方和 | 自由度 | F | p | $\eta^2$ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 第三因子:コミュニティ・ヘルスへの関心 | 得点変化 | 0.2 | 1 | 0.07 | 0.79 | 0.001 |
| | 性別 | 19.2 | 1 | 1.76 | 0.19 | 0.01 |
| | 学部 | 41.6 | 1 | 3.83 | 0.05 | 0.03 |
| | 実習への参加 | 125.1 | 1 | 11.50 | <0.001 | 0.09 |
| 合計得点(30項目) | 得点変化 | 0.8 | 1 | 0.02 | 0.90 | <0.001 |
| | 学部 | 51.4 | 1 | 0.25 | 0.62 | 0.002 |
| | 実習への参加 | 3153.1 | 1 | 15.10 | <0.001 | 0.12 |

### (4) 考察

#### 1) 札幌医科大学医学部医学科三年生地域滞在型地域医療実習の評価

本章第一節では、札幌医科大学医学部医学科三年生の地域滞在型地域医療実習の教育効果を医療プロフェッショナリズム評価尺度（レベル 1）を用いて評価した。その結果、尺度の全 8 因子及び合計得点において得点が上昇していた。「合計得点(30 項目)」の効果量は 1.06 と大きく、早期体験型の地域滞在型実習が学生の総合的なプロフェッショナリズム涵養に有効であることが明らかになった。医学部医学科三年生を対象とした地域医療実習を行っている山口大学医学部においても、その効果として「将来、医師として働くことの動機付け」、「大学での学習の動機付け」、「医学的な知識や技術の向上」「コミュニケーション能力の向上」になったと回答した学生が多いことが示されている [131]。群馬大学においても三年次の臨床でのチームワーク実習には、チーム医療に対する態度の向上が認められている [132]。医学部医学科三年次の教育は一般教養の教育が終わり、基礎医学教育から臨床教育へのつなぎの時期であるが、実践的な教育プログラムが少なく学生のモチベーションが下がりやすい時期でもある。他の基礎科目とのバランスを考慮した上で、この時期の早期体験型地域医療実習の導入が期待される。

各因子の得点変化については、とくに第三因子「コミュニティヘルスへの関心」の効果量（$d_{Diff}$=1.05）が大きくなっていた。札幌医科大学の実習が都市部ではなく僻地を含む地域医療を学ぶことを主眼に置いているため当然のことではあるが、実習の第一の目的が果たされたことを確認できる結果であった。医学生を対象に、地域医療や僻地医療に対する意識を調査した研究では、一年生に比較して三年生は僻地医療への関心や情熱が低下するという報告がある [133]。プロフェッショナリズム涵養という視点のみならず、本格的な臨床実習に移行する前に地域医療への関心を取り戻すという意味でも、この時期の地域医療実習の有効性が確認された。

第二因子「計画的学習」の効果量（$d_{Diff}$=0.80）も大きくなっていた。医学部に入学する前に高い意欲を持った学生が、入学後、学習意欲を失っていくことが指摘されているが [134,135]、三年次の地域医療実習が、学習意欲の向上や学習計画の再構築にも効果があることが示された。

第六因子「倫理・社会的責任」については、実習前後の得点に 0.1%水準で有意な差が認められたが、しかしながらその変化量は d=0.18 と小さかった。患者のケアへの関わり

が薄い早期体験型の実習では、個人情報を保護するなど倫理的・社会的責任に関する事項との関わりが薄いことがその原因と考えられる。別な学習、研修の機会を設けるか、臨床実習における教育のほうが効果的であることが考えられる。

医療プロフェッショナリズム評価に関連する要因としては、性別、実習地域による差が認められなかった。実習地域については、大学側と各実習地区の中核となる病院の担当者と事前に協議し、大学側としてのモデルカリキュラムを提示したことが、実習地域による得点差が認められなかったことの要因であると考えられる。性別については、プロフェッショナリズムに関わる態度の性差や[136]、医学生の非専門職的な行動（アンプロフェッショナル行動）の性差[137]はあまりないことが知られており、妥当な結果といえる。

### 2） 札幌医科大学医学部・保健医療学部初年次 IPE の評価

本章第二節では、第三章で開発した「医療プロフェッショナリズム評価尺度（レベル１）」を用い、札幌医科大学医学部・保健医療学部の一年生の約 3 ヶ月間の学びの成果を検討した。その結果、全般的には評価得点の変化に乏しく、第四因子「省察的実践」の得点が上昇し、第七因子「自己管理」の得点が低下していた。第四因子「省察的実践」の得点上昇については、事後調査が第 39 回「リフレクション・生涯学習（㊴）」の講義後に行われたため、講義内容が学生の回答にポジティブな影響を与えた結果であると推測される。第七因子「自己管理」については、入学時の緊張状態から徐々に生活・学習環境への慣れによって、規律ある態度や行動を取らなくなっていることがうかがえる。一年次の夏季から二年次の夏季までの医学生の行動規範を調査した研究では、一年間で講義の欠席や生活習慣等の規範に関する自己評価が低下すると報告されている[138]。

以上の二因子を除けば、一年次の後期 3 ヶ月間において医療プロフェッショナリズムの目立った修得は認められないといえる。その理由については、第一に、夏季の地域医療実習の影響が考えられる。表 44 に示したように、実習への参加は 4 つの因子と 30 項目合計得点においてポジティブな影響を及ぼしていた。すなわち、初年次学生には鮮烈な体験である夏季の実習によって医療プロフェッショナリズムが涵養され、10 月（第 1 回調査）時点で既に得点が高い状況にあったことが推定される。そして、後期の 3 ヶ月間の講義・演習という日常の生活・学習において、さらに医療プロフェッショナリズムが涵養されることはなく維持されるにとどまったことが考えられる。もう 1 つの理由としては、医療プロフェッショナリズムのような汎用的な能力は、日常での学習では目に見えるような速度では修得されないことが考えられる。群馬大学の初年次 IPE では、半期にわたる講

義・演習の前後比較において、チーム医療に対する態度の変化はなく、むしろ得点が低下する傾向が認められている[132]。医学系に限らない一般の大学生の調査では[139]、知識、問題解決能力、分析能力などの Generic Skills（汎用能力）は学年を追って緩やかに高まっていくことが示されている。医療プロフェッショナリズムは、医療専門職に求められる Specific な能力に近い汎用能力と言えるが、3 ヶ月という短い期間の評価ではなく、より中長期的に医療プロフェッショナリズムの涵養がどのように進んでいくのかを精査していく必要があるだろう。

### 3） 医療プロフェッショナリズム評価尺度を用いた教育実践の評価の課題

本章では第三章で開発した医療プロフェッショナリズム評価尺度（レベル１）を用いて、札幌医科大学医学部医学科三年次の地域滞在型地域医療実習と札幌医科大学初年次の IPE（講義・演習）の評価を行った。地域滞在型地域医療実習においては、下位尺度の種類にもよるが、医療プロフェッショナリズム醸成に関わる大きな効果が認められた。短期間であっても実際の患者や利用者との関わりを持つなど臨地・臨床での体験は、医療プロフェッショナリズム醸成に大きな効果をもたらすことが明らかにされた。しかし、このような実習による学びの効果はどれくらい中長期的に維持されるかは、本研究で明らかにすることはできない。クリニカル・クラークシップ[vii]の終了後にアンプロフェッショナル行動が増加するという報告[140]もある。今後は、実習終了後も継続的な調査および学年縦断的な調査によって教育効果の残存期間を明らかにし、さらに必要とされる学習内容やその時期について検討することが求められる。しかしながら、初年次 IPE の 3 ヶ月間の講義・演習で顕著な効果が認められなかったように、中・長期的な効果は学生自身のモチベーションの変化や他の講義・演習や Hidden Curriculum（隠れたカリキュラム）[141]などの様々な要因が評価に混入する可能性がある。教育の短期的な効果と長期的な効果のそれぞれを的確に把握できる研究計画が求められる。

[vii]学生が医療チームの一員として実際の診療に参加し、より実践的な臨床能力を身に付ける臨床参加型実習のこと。一般的には医学科第五年次に実施される。

# 第六章　本研究の成果と課題

本研究は、種々の医療プロフェッショナリズム概念を表現するプロダクトから医療プロフェッショナリズム概念を抽出・定義し、その概念に基づく教育実践の検討、医療プロフェッショナリズム概念を測定できる尺度を開発し、医療専門職教育に応用することを意図した研究である。

第一章では、医療プロフェッショナリズムの定義を行い、医療プロフェッショナリズムの測定、評価に関する研究を概観した。これまで定義されてきたプロフェッション（Profession）」とは、「公衆への社会的サービスを提供する」、「専門的技術を有する」、「専門職の組織化が図られている」、「倫理綱領を有する」、「自律性が認められる」の 5 つの特徴を持つ職業集団を指す。プロフェッショナリズムとは、「専門職に特徴的に見出される固有の職業的活動への取り組み方ないしその遂行に関する共有の志向」と定義されているが、そのような「職業人としてのあり方・志向性」がとくに医師については 1990 年代に入ってから問題視されるようになり、職業団体としてプロフェッショナリズムを明確にし、それを身につけるべく教育の必要性が指摘されるようになった。医療プロフェッショナリズムについては米欧の 3 医師団体が提示した医師憲章が広く周知されているが、医療プロフェッショナリズムを操作的に定義し、包括的に概念を捕捉し、信頼できる、妥当な評価尺度は存在していない。また、医療プロフェッショナリズム概念も時代に対応した変化を遂げており、現況のプロフェッショナリズム概念を捉えた上で、それらを測定できる尺度が求められていることを明らかにした。

第二章では、各国の医療専門職団体等が公表、提示しているプロフェッショナリズム及び倫理綱領の資料から医療プロフェッショナリズム概念を抽出し、1990 年以降からの医療プロフェッショナリズム概念の変遷を明らかにした。4 カ国の医師、看護師、理学療法士の 3 職種の各種専門職団体が公表・提示している 11 のプロダクトと 2 つの研究を精査した。医療プロフェッショナリズムに該当する内容にコーディング作業を行い、そこから概念の抽象化と具体化を繰り返し、90 のコード、21 のカテゴリ、7 の領域、3 の分野からなる医療プロフェッショナリズム概念を抽出した。カテゴリレベルにおいて職種特有のものはなく、抽出した医療プロフェッショナリズム概念は医療専門職共通であることがわかった。上記のように抽出した医療プロフェッショナリズム概念をもとに、本研究では医療プロフェッショナリズム概念を「医療専門職としての人格形成と知識・スキルを基

盤とし、多職協働による患者中心のケアを提供し、また、ケア提供を通じて社会的責任を果たすための態度、価値観、行動様式」と定義した。

1990 年以降のプロフェッショナリズム概念の変遷を考察すると、医療プロフェッショナリズム概念の拡大と転換がみられた。すなわち量的および質的な変化があったと考えられる。「科学的根拠に基づく治療・ケア」、「多職種連携・協働におけるコンフリクト・マネジメント」、「ハンド・オーバー」、「安全文化の普及・推進」、「マス・メディアの利用と情報提供のあり方」といった概念がこの 20 年間に新たに付加された一方で、縮小・消滅したプロフェッショナリズム概念はなかった。医学教育において学ぶべき知識も指数関数的に増加しており、いかなる教育・学習方法により知識・能力を涵養するのかが、今後の医療専門職教育の課題として指摘した。また、医療プロフェッショナリズム概念の拡大は、新たな専門性、専門領域、専門資格を生み出しており、これらの新しい専門領域の出現は問題解決を促進する一方で、新たな連携の問題を生み出すことも指摘した。

医療プロフェッショナリズム概念と建築家、弁護士のプロフェッショナリズム概念と比較したところ、＜医療専門職の基盤となる人格形成と知識・スキル＞、＜患者・自職種・多職種との相互作用＞、＜社会的責任を果たす＞の 3 つの大きな要素を持つことは 3 職種で同じだった。一方、医療専門職は(1)患者の生命や健康を守るという使命をもつこと、(2)患者の自律性やセルフケアの概念が強調されており、医療専門職は高度なコミュニケーション技術や、患者との関係性をより深く構築することが求められていること、(3)日常的に多職種チームでコミュニケーションをとり、意思決定を行うような活動が認められること、施設外の保健福祉サービスや行政サービスを視野に入れたケア提供や、それらの施設との連携、地域サービスへの貢献が求められているという点で、弁護士や建築家のプロフェッショナリズムと異なることを指摘した。

第三章では、学生の医療プロフェッショナリズムの涵養を包括的に評価するための、医療プロフェッショナリズム評価尺度を開発した。医療プロフェッショナリズム概念を参考に、259 のアイテムプールを作成し、レベル 1 尺度（臨床実習前レベル）とレベル 2 尺度（卒業前）を開発した。レベル 1 尺度はプレテストと本調査の 2 回の調査を経て、レベル 2 尺度は本調査によって、内容的妥当性、基準関連妥当性、構成概念妥当性を、α信頼性係数により信頼性を検証した。レベル 1 尺度は 30 項目 7 因子（第一因子「人間関係の構築」、第二因子「計画的学習」、第三因子「コミュニティヘルスへの関心」、第四因子「省察的実践」、第五因子「知識と技術」、第六因子「倫理的･社会的責任」、第七因子「自己管

理」)、レベル 2 尺度は 31 項目 8 因子（第一因子「安全で質の高いケア提供」、第二因子「患者中心のケア提供」、第三因子「計画的学習」、第四因子「連携･協働」、第五因子「人間関係の構築」、第六因子「コミュニティヘルスへの関心」、第七因子「倫理･社会的責任」、第八因子「省察的実践」）によって構成された。開発した尺度は従来の尺度に比較して、医療プロフェッショナリズムを包括的に測定することが可能であり、構成概念妥当性、基準関連妥当性を確保することができた。レベル 1 尺度については信頼性について検討の余地があるものの、概ね実用可能な水準の尺度を開発することができた。

第四章では、第二章で作成された医療プロフェッショナリズム概念を基盤に、札幌医科大学の初年次専門職連携教育（IPE）のプログラム開発と、学生によるプログラム評価を示した。2016 年度の新プログラムでは、少人数でのグループ学習を基本とした、アクティブラーニングの手法による、医療プロフェッショナリズムの涵養を目指した教育内容を構築した。学生が提出したリフレクション・シートの分析によると、2015 年度と 2016 年度を比較して 2016 年度の評価のほうが概ね良好であった。2017 年度についても、2016 年度の評価をもとに改定をすすめて更なる授業内容の向上を目指すが、今後は同僚評価などさらに多面的な授業評価に取り組むことが課題である。

第五章では、第三章で開発した医療プロフェッショナリズム評価尺度（レベル 1）を用いて、札幌医科大学の三年次地域滞在型地域医療実習（1 週間）と、同大学の初年次 IPE プログラム（3 ヶ月間）における事前-事後評価を行い、同大学で行われている地域医療教育および IPE の教育実践の評価を行った。地域滞在型地域医療実習では医療プロフェッショナリズム評価尺度の全 8 因子及び合計得点において得点が上昇しており、「合計得点(30 項目)」と第三因子「コミュニティヘルスへの関心」、第二因子「計画的学習」の効果量がとくに大きくなっていた。初年次 IPE プログラムにおいては全般的には評価得点の変化が乏しかった。学生自身のモチベーションの変化や他の講義・演習などの様々な要因が評価に混入するため、教育プログラムに限定した評価の効果は困難であった。

本研究は医療プロフェッショナリズム評価尺度の一定の活用可能性を示すことができた。しかし、本研究で開発した尺度は、医療プロフェッショナリズム教育の実践における PDCA サイクルに用いられることで、はじめて開発した意義が確認される。教育実践の PDCA サイクルの積み重ねと尺度の普及が今後の課題である。また、教育実践の評価として、短期的な効果と長期的な効果のそれぞれを的確に把握できる研究計画が必要とされる。

# 文　献


1. CAIPE. 2002; http://www.caipe.org.uk/resources/. Accessed 3/4, 2014.
2. Reeves S. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2013(3).
3. Szasz G. Interprofessional education in the health sciences. A project conducted at the University of British Columbia. *The Milbank Memorial Fund quarterly.* 1969;47(4):449-475.
4. 田村由美, 工藤桂子, 池川清子. 今,世界が向かうインタープロフェッショナル・ワークとは　21 世紀型ヘルスケアのための専門職種間連携への道　Inter-professional とは何か　Rawson,D.の概念モデル. *Quality nursing : the Japanese journal of nursing education & nursing research.* 1998;4(12):1032-1040.
5. 細田満和子. *「チーム医療」とは何か：医療とケアに生かす社会学からのアプローチ*. 東京: 日本看護協会出版会; 2012.
6. 埼玉県立大学(編). *IPW を学ぶ：利用者中心の保健医療福祉連携*. 東京: 中央法規出版; 2009.
7. Takahashi HE, Sato S. Establishment of the Japan Association for Interprofessional Education and perspectives. *Journal of Interprofessional Care.* 2009;23(6):554-555.
8. Ito T. JIPWEN(日本インタープロフェッショナル教育機関ネットワーク)によるインタープロフェッショナル教育(Interprofessional Education through JIPWEN (Japan Interprofessional Working and Education Network)). *Niigata journal of health and welfare.* 2010;10(1):73-78.
9. 山本眞一. 平成 19 年度文部科学省先導的大学改革推進委託研究：競争的な教育資金の効果の検証及び今後の在り方に関する調査研究：研究成果報告書　2007; http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/__icsFiles/afieldfile/2015/06/22/1257660_001.pdf. Accessed

1/31, 2017.

10. Buring S, Bhushan A, Broeseker A, et al. Interprofessional education: definitions, student competencies, and guidelines for implementation. *American Journal of Pharmaceutical Education.* 2009;73(4):59-59.
11. Kent F, Keating J. Interprofessional education in primary health care for entry level students--A systematic literature review. *Nurse Education Today.* 2015;35(12):1221-1231.
12. Sakai I, Yamamoto T, Takahashi Y, Maeda T, Kunii Y, Kurokochi K. Development of a new measurement scale for interprofessional collaborative competency: The Chiba Interprofessional Competency Scale (CICS29). *Journal of Interprofessional Care.* 2017;31(1):59-65.
13. Parsell G, Bligh J. The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). *Medical education.* 1999;33(2):95-100.
14. Mahler C, Berger S, Reeves S. The Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS): A problematic evaluative scale for the interprofessional field. *Journal of Interprofessional Care.* 2015;29(4):289-291.
15. Yamamoto T, Sakai I, Takahashi Y, Maeda T, Kunii Y, Kurokochi K. Development of a new measurement scale for interprofessional collaborative competency: a pilot study in Japan. *Journal of interprofessional care.* 2014;28(1):45-51.
16. Frenk J, Chen L, Bhutta Z, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet.* 2010;376(9756):1923-1958.
17. Holtman M, Frost J, Hammer D, McGuinn K, Nunez L. Interprofessional professionalism: linking professionalism and interprofessional care. *Journal of Interprofessional Care.* 2011;25(5):383-385.
18. Chandratilake M. From the professionalism of a profession to the

professionalism of a multiprofessional team. *Medical Education.* 2014;48(4):345-347.

19. 朝比奈真由美. 医療プロフェッショナリズム教育とその具体的な取り組み 専門職連携教育(IPE)は強力なプロフェッショナリズム教育である. *医学教育.* 2012;43(Suppl.):19.
20. Carr-Saunders AMS, Wilson PA. *The professions.* F. Cass; 1964.
21. 進藤雄三. 医療専門職とコントロール. 宝月誠, 進藤雄三(編), *社会的コントロールの現在 : 新たな社会的世界の構築をめざして*. 京都: 世界思想社; 2005:xi, 482p.
22. Lieberman M. *Education as a profession.* Prentice-Hall; 1956.
23. 今津孝次郎. *変動社会の教師教育*. 名古屋: 名古屋大学出版会; 1996.
24. Hall RH. Professionalization and Bureaucratization. *American Sociological Review.* 1968;33(1):92-104.
25. Barr H. Universities respond together to the interprofessional challenge in Japan. *Journal of interprofessional care.* 2012;26(5):350-352.
26. 市川昭午. *教師=専門職論の再検討*. Vol 1: 教育開発研究所; 1986.
27. 天野正子. 看護婦の労働と意識 : 半専門職の専門職化に関する事例研究. *社会学評論.* 1972;22(3):30-49.
28. 石垣千秋. 英国ブレア政権下における医療専門職規制の「近代化」―規制主体の変化を中心に―. *医療と社会.* 2010;20(3):251-262.
29. Weiler PC. *A Measure of malpractice : medical injury, malpractice litigation, and patient compensation.* Harvard University Press; 1993.
30. Arnold L. Assessing professional behavior: yesterday, today, and tomorrow. *Academic medicine.* 2002;77(6):502-515.
31. Arnold L, Stern DT. What is medical professionalism? In: Stern DT, ed. *Measuring medical professionalism*. New York: Oxford University Press; 2006:15-37.
32. Hafferty FW. Professionalism and the socialization ofmedical students. In: Cruess RL, Cruess R, Steinert Y, eds. *Teaching medical*

*professionalism*. New York: Cambridge University Press; 2009:53-70.

33. Smith LG. Medical professionalism and the generation gap. *The American Journal of Medicine.* 2005;118(4):439-442.
34. 永山正雄.「欧米合同医師憲章」の読み方とわが国での指針づくり. In: 宮崎仁, 尾藤誠司, 大生定義(編), *白衣のポケットの中：医師のプロフェッショナリズムを考える*(初版). 東京: 医学書院; 2009:19-30.
35. 長尾周也. *プロフェッショナルと組織*. 1995.
36. 永山正雄, 前田賢司, 浅野嘉延, 他. 米欧合同医師憲章と医のプロフェッショナリズム-日本版内科専門医憲章策定をめざすプロジェクトの成果. *内科専門医会誌.* 2006;18(1):45-57.
37. Cruess R, McIlroy J, Cruess S, Ginsburg S, Steinert Y. The Professionalism Mini-evaluation Exercise: a preliminary investigation. *Academic medicine.* 2006;81(10 Suppl):S74-78.
38. Arnold EL, Blank LL, Race KE, Cipparrone N. Can professionalism be measured? The development of a scale for use in the medical environment. *Academic medicine.* 1998;73(10):1119-1121.
39. AmericanBoardofInternalMedicine. *ABIM Project Professionalism.* 1995.
40. Aramesh KK. Measuring professionalism in residency training programs in Iran. *Medical teacher.* 2009;31(8):e356-361.
41. Ahadi T, Mianehsaz E, Raissi G, Moraveji S, Sharifi V. Professionalism in residents of physical medicine and rehabilitation in Iran. *Journal of medical ethics and history of medicine.* 2015;8:3-3.
42. DeLisa JA, Foye PM, Jain SS, Kirshblum S, Christodoulou C. Measuring professionalism in a physiatry residency training program. *American journal of physical medicine & rehabilitation.* 2001;80(3):225-229.
43. 津川友介, 徳田安春. 指導医のために　研修評価・研修医の評価・指導医の評価. *日本内科学会雑誌.* 2009;98(12):3178-3182.
44. Tsugawa Y, Ohbu S, Cruess R, et al. Introducing the Professionalism

Mini-Evaluation Exercise (P-MEX) in Japan: results from a multicenter, cross-sectional study. *Academic medicine.* 2011;86(8):1026-1031.

45. Tsugawa Y, Tokuda Y, Ohbu S, et al. Professionalism Mini-Evaluation Exercise for medical residents in Japan: a pilot study. *Medical Education.* 2009;43(10):968-978.
46. Morreale M, Balon R, Arfken C. Survey of the importance of professional behaviors among medical students, residents, and attending physicians. *Academic Psychiatry.* 2011;35(3):191-195.
47. Al Eraky M, Chandratilake M, Wajid G, Donkers J, van Merrienboer J. Medical professionalism: development and validation of the Arabian LAMPS. *Medical Teacher.* 2013;35 Suppl 1:S56-S62.
48. Gillespie CC. Residents' perceptions of their own professionalism and the professionalism of their learning environment. *Journal of graduate medical education.* 2009;1(2):208-215.
49. Klemenc Ketis Z, Vrecko H. Development and validation of a professionalism assessment scale for medical students. *International Journal of Medical Education.* 2014;5:205-211.
50. Jahan F, Siddiqui M, Al Zadjali N, Qasim R. Recognition of Core Elements of Medical Professionalism among Medical Students and Faculty Members. *Oman Medical Journal.* 2016;31(3):196-204.
51. 井関茜, 沖田一彦, 島谷康司. 理学療法士のプロフェッショナリズムの分析. *理学療法科学.* 2014;29(4):599-604.
52. Tanaka M, Yonemitsu Y, Rieko K. Reliability and validity of the Japanese version of the behavioral Inventory for professionalism in nursing. *インターナショナル nursing care research.* 2012;11(3):21-29.
53. Kelley KAKA. Cross-validation of an instrument for measuring professionalism behaviors. *American journal of pharmaceutical education.* 2011;75(9):179.
54. Cohen JJJJ. Professionalism in medical education, an American

perspective: from evidence to accountability. *Medical education.* 2006;40(7):607-617.

55. Blackall G, Melnick S, Shoop G, et al. Professionalism in medical education: the development and validation of a survey instrument to assess attitudes toward professionalism. *Medical Teacher.* 2007;29(2-3):e58-e62.

56. 田邊政裕. *アウトカム基盤型教育の理論と実践*. 篠原出版新社; 2013.

57. ABIM Foundation, American Board of Internal Medicine, ACP-ASIM Foundation, American College of Physicians-American Society of Internal Medicine, European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Annals of Internal Medicine.* 2002;136(3):243-246.

58. GeneralMedicalCouncil. Good medical practice 2015. 2015; http://www.gmc-uk.org/guidance/good_medical_practice.asp. Accessed 5/1, 2015.

59. TheRoyalCollegeofPhysiciansandSurgeonsofCanada. CanMEDS 2015 Physician competency framework. 2015; http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/canmeds/framework/canmeds_full_framework_e.pdf. Accessed 12/9, 2015.

60. 日本医師会. 医師の職業倫理指針(改訂版). 2008; https://www.med.or.jp/doctor/member/000250.html. Accessed 5/13, 2015.

61. 日本医学教育学会プロフェッショナリズム教育のコンセンサスを形成しよう WS タスクフォース. プロフェッショナリズムの最終到達目標案. 2015; https://docs.google.com/forms/d/1dxGjml_uJORyejdgdiQLSSAoXK3H_Lj_qzlTUI1uITM/viewform?c=0&w=1. Accessed 5/18, 2015.

62. 世界医師会. 医の国際倫理綱領. 2006; http://dl.med.or.jp/dl-med/wma/medical_ethics2006j.pdf. Accessed 2017, 2/1.

63. Miller BK. A model for professionalism in nursing. *Today's OR nurse.*

1988;10(9):18-23.

64. InternationalCouncilofNurses. The ICN code of ethics for nurses. 2012; http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf. Accessed 12/09, 2015.
65. AmericanNurseAssociation. *Code of Ethics for Nurses.* 2015.
66. 日本看護協会. 看護者の倫理綱領. 2003; https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/rinri.html. Accessed 07/01, 2015.
67. AmericanPhysicalTherapyAssociation. Professionalism in Physical Therapy: Core Values. 2012; http://www.apta.org/uploadedFiles/APTAorg/About_Us/Policies/Judicial_Legal/ProfessionalismCoreValues.pdf. Accessed 10/01, 2015.
68. CharteredSocietyofPhysiotherapy. Code of Professional Values and Behaviour. 2011; http://www.csp.org.uk/professional-union/professionalism/csp-expectations-members/code-professional-values-behaviour. Accessed 07/01, 2015.
69. AmericanSocietyofHealth-SystemPharmacists. ASHP Statement on Professionalism. *American journal of health-system pharmacy.* 2008;65(2):172-174.
70. 日本薬剤師会理事会. 薬剤師倫理規定. 1997; http://www.nichiyaku.or.jp/contents/info_97/n971031.html. Accessed 2/1, 2017.
71. 川喜田二郎. *発想法.* Vol 136, 210. 東京: 中央公論社; 1967.
72. Guyatt G. Evidence-based medicine. *American College of Physicians Journal Club.* 1991;114:A-16.
73. 池田俊也. 欧米における EBM の展開. *海外社会保障研究.* 2000;133:27-37.
74. フリードソン. *医療と専門家支配.* 東京: 恒星社厚生閣; 1992.
75. IPEC-Expert-Panel. *Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice.* 2011.
76. 中村球恵, 佐藤美佳. 救命救急センターにおけるソーシャルワーカー専

従配置 3 年の実践報告　「専任から専従へ」その効果と課題. *日本臨床救急医学会雑誌*. 2014;17(5):716-723.

77. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS, Institute of Medicine . Committee on Quality of Health Care in A. *To err is human：building a safer health system*. National Academy Press; 2000.
78. 松岡志穂. 病院におけるソーシャルメディアポリシーと広報活動ガイドラインの策定. *病院*. 2014;73(4):310-314.
79. Densen P. Challenges and opportunities facing medical education. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association*. 2011;122:48-58.
80. 中西淑美. 医療メディエーションでの SEIQoL の測定による Response Shift 評価の試み. *医療コンフリクト・マネジメント*. 2014;2(2):19-24.
81. 土田美樹, 大竹まり子, 森鍵祐子, 他. 医療処置が必要な患者の退院支援における組織的取り組みと病棟看護職の実践. *日本看護研究学会雑誌*. 2013;36(4):39-46.
82. 白石央子, 黒坂泰子, 入江昭子, 小賀坂好子. 獲得役割が促進される感染対策リンクナースへの支援. *日本看護学会論文集 看護管理*. 2013(43):3-6.
83. 日本看護協会. *看護師に対する緩和ケア教育テキスト（改訂版）*. 東京 2014.
84. 鈴木秀樹. 医療安全管理者の役割葛藤と役割の曖昧さの分析. *東北文化学園大学看護学科紀要*. 2015;4(1):43-49.
85. 園田美樹. 医師が考える医師事務作業補助者の現状評価と今後の業務拡大. *日本医療マネジメント学会雑誌*. 2016;17(3):150-153.
86. 山本正紀. *建築家と職能 ： 建築家のプロフェッションとは何か*. 清文社; 1980.
87. AmericanInstituteofArchitects. 2017 Code of Ethics and Professional Conduct. 2017. Accessed 3/20, 2017.
88. 日本弁護士連合会. 弁護士職務基本規程. 2014; https://www.nichibenren.or.jp/library/ja/jfba_info/rules/pdf/kaiki/kaik

i_no_70_160525.pdf. Accessed 3/30, 2017.

89. 経済産業省. 社会人基礎力. http://www.meti.go.jp/policy/kisoryoku/. Accessed 3/20, 2017.

90. 森田佐知子. 学士課程教育を通じたジェネリックスキル育成に対する 評価の課題. *豊橋創造大学紀要.* 2015;19:1-13.

91. 松下佳代. パフォーマンス評価による学習の質の評価 : 学習評価の構図の分析にもとづいて. *京都大学高等教育研究.* 2012(18):75-114.

92. 亀野淳. 大学入学時のジェネリック・スキルを規定する要因分析 : 北海道大学 1 年生に対する調査結果をもとに. *高等教育ジャーナル : 高等教育と生涯学習.* 2016(23):71-78.

93. PROG. ジェネリックスキルと PROG. http://www.riasec.co.jp/prog_hp/generic.html. Accessed 3/20, 2017.

94. 戸谷遼. 医師の使命を考える 医師・医学生の立場から 医学生の立場から優れた医師像、医学生の使命を考える 白衣式・誓いの言葉プロジェクトを通じて. *生存科学.* 2013;23:95-99.

95. 宮田靖志. 卒前教育におけるプロフェッショナリズム・コース開発の試み. *医学教育.* 2010;41(3):189-193.

96. 加藤博之, 松谷秀哉, 大沢弘, 若林孝一, 藤哲, 中路重之. 臨床実習開始時に行う「SD 章 (Student Doctor 章)」授与式による医学生へのプロフェッショナリズム教育の試み. *21 世紀教育フォーラム.* 2013;8:31-37.

97. 早川真奈美, 古田雅俊, 中村恵子. 早期体験実習の意義に関する文献検討. *中京学院大学看護学部紀要.* 2016;6(1):49-62.

98. 木内祐二, 倉田なおみ, 高木康, 他. 多職種連携教育:昭和大学の体系的、段階的なチーム医療教育カリキュラム. *医学教育.* 2014;45(3):163-171.

99. 山本武志, 苗代康可, 白鳥正典, 相馬仁. 大学入学早期からの多職種連携教育(IPE)の評価-地域基盤型医療実習の効果について. *京都大学高等教育研究.* 2013(19):37-45.

100. DeVellis RF. *Scale development : theory and applications.* 3rd ed. Thousand Oaks, Calif.: Sage; 2012.

101. Kaiser HF. An index of factorial simplicity. *Psychometrika.*

1974;39(1):31-36.
102. 菊池章夫. KiSS-18 研究ノート. *岩手県立大学社会福祉学部紀要*. 2004;6(2):41-51.
103. 工藤千賀子. G 大学看護学部における社会的スキルの実態. *北日本看護学会誌*. 2007;10(1):45-51.
104. 藤野ユリ子. 看護系大学四年生の学生生活や対人関係に関する認識と社会的スキル. *journal of uoeh*. 2005;27(3):263-272.
105. Ｖ．Ｔ．スターン. *医療プロフェッショナリズムを測定する：効果的な医学教育をめざして*. 東京: 慶應義塾大学出版会; 2011.
106. Nunnally JC. *Psychometric theory*. McGraw-Hill; 1978.
107. 津川友介. 医師のプロフェッショナリズム評価とその先行的実践から. *日本内科学会雑誌*. 2012;101(5):1440-1445.
108. 相馬仁, 山本武志, 苗代康可, 他. 医療・福祉系大学における多職種連携・チーム医療教育の現在と未来：札幌医科大学における IPE 教育. *保健医療福祉連携*. 2013;6(1-2):33-34.
109. Sohma H, Sawada I, Konno M, et al. Encouraging Appreciation of Community Health Care by Consistent Medical Undergraduate Education. In: Watanabe H, Koizumi M, eds. *Advanced Initiatives in Interprofessional Education in Japan: Japan interprofessional working and education network*. Tokyo: : Springer; 2010.
110. 白澤文吾, 藤宮龍也, 瀬川誠, 上田真寿美, 松井邦彦. 早期体験実習(early exposure)としての高齢者施設体験実習の現状と課題　アンケート結果を中心に. *山口医学*. 2014;63(4):263-267.
111. 大坪芳美, 酒見隆信. 医学科 1 年早期体験実習における実習の効果度と満足度の比較検討. *医学教育*. 2011;42(1):1-7.
112. Michaelsen L. *TBL-医療人を育てるチーム基盤型学習：成果を上げるグループ学習の活用法*. 2009.
113. 鈴木利哉. 医学教育改革について. *新潟医学会雑誌*. 2012;126(4):181-188.
114. 松下佳代(編), *ディープ・アクティブラーニング：大学授業を深化させ*

るために. 勁草書房; 2015.

115. Barkley EF, Cross KP, Major CH. *協同学習の技法 : 大学教育の手引き*. ナカニシヤ出版; 2009.

116. 水本篤, 竹内理. 効果量と検定力分析入門 : 統計的検定を正しく使うために. *外国語教育メディア学会関西支部メソドロジー研究部会 2010 年度報告論集*. 2011:47-73.

117. AgencyforHealthcareResearchandQuality. TeamSTEPPS. 2012; https://www.ahrq.gov/teamstepps/instructor/index.html. Accessed 2/1, 2017.

118. 吉村明修, 志村俊郎, 阿曽亮子, 他. 医学部学生による授業評価の信頼性に関する検討. *医学教育*. 2007;38(6):377-381.

119. McLaughlin K, Bates J, Konkin J, Woloschuk W, Suddards C, Regehr G. A comparison of performance evaluations of students on longitudinal integrated clerkships and rotation-based clerkships. *Academic medicine*. 2011;86(10 Suppl):S25-S29.

120. 田口智博. 診療所・小病院での学生・研修医指導を考える(第 1 回) 総論 CBME とは? *日本プライマリ・ケア連合学会誌*. 2013;36(3):242-245.

121. Cooper H, Carlisle C, Gibbs T, Watkins C. Developing an evidence base for interdisciplinary learning: a systematic review. *Journal of advanced nursing*. 2001;35(2):228-237.

122. Miller A, Morton S, Sloan P, Hashim Z. Can a single brief intervention improve participants' readiness for interprofessional learning? *Journal of interprofessional care*. 2013.

123. Wellmon R, Gilin B, Knauss L, Inman Linn M. Changes in student attitudes toward interprofessional learning and collaboration arising from a case-based educational experience. *Journal of allied health*. 2012;41(1):26-34.

124. 金谷光子. 多職種連携協働を目指す学生のための連携教育の実際(第 1 報) チームアプローチを通して. *保健医療福祉連携*. 2010;3(1):10-19.

125. Wakely L, Brown L, Burrows J. Evaluating interprofessional learning

modules: health students' attitudes to interprofessional practice. *Journal of interprofessional care.* 2013;27(5):424-425.

126. 牧野孝俊. チームワーク実習によるチーム医療及びその教育に対する態度の変化　保健学科と医学科学生の比較検討. *保健医療福祉連携.* 2010;2(1):2.

127. Boyle M, Williams B, Brown T, et al. Student attitudes toward a web-based interprofessional education package. *Journal of allied health.* 2013;42(2):e33-36.

128. 今野美紀, 澤田いずみ, 高橋由美子, 他. 地域医療マインドをもつ医療人の育成　札幌医科大学医学部・保健医療学部合同カリキュラム「地域医療合同セミナー」の評価. *日本ルーラルナーシング学会誌.* 2009;4:51-57.

129. 田村由美, ボンジェ・ペイター, 多留ちえみ, 白川卓, 石川雄一. IPE 科目の効果　クラスルーム学習と合同初期体験実習が大学一年生のIPW学習に及ぼす影響. *保健医療福祉連携.* 2012;4(2):84-95.

130. Mahler C, Berger S, Reeves S. The Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS): A problematic evaluative scale for the interprofessional field. *Journal of interprofessional care.* 2015;29(4):289-291.

131. 福田吉治, 中村浩士, 瀬川誠, 原田唯成, 田口昭彦, 安部真彰. 過疎地域の医療機関における包括的な地域医療実習の導入. *山口医学.* 2015;64(1):25-34.

132. Kururi N, Makino T, Kazama H, et al. Repeated cross-sectional study of the longitudinal changes in attitudes toward interprofessional health care teams amongst undergraduate students. *J Interprof Care.* 2014;28(4):285-291.

133. Tani K. Community-based clinical education increases motivation of medical students to medicine of remote area: comparison between lecture and practice. *The journal of medical investigation.* 2014;61(1-2):156-161.

134. 阿部和厚. 医学部教育と自然科学基礎実験. *高等教育ジャーナル.*

1996;1:34-38.

135. 垰田和史. 能動的な学習態度の形成を目的とした医学概論の試み. *医学教育*. 1998;29(6):385-391.

136. Kataoka HUHU. Measurement of empathy among Japanese medical students: psychometrics and score differences by gender and level of medical education. *Academic medicine*. 2009;84(9):1192-1197.

137. Stratton TDTD. Does gender moderate medical students' assessments of unprofessional behavior? *Journal of general internal medicine : JGIM*. 2012;27(12):1643-1648.

138. 西山緑, 橋本充代, 田所望, 他. 医学生として適切な行動や態度を自己評価するときに影響する生活習慣関連因子の検討　第 1 学年から第 2 学年への自己評価点の変化を中心に. *Dokkyo journal of medical sciences*. 2013;40(3):175-184.

139. 金子元久. 大学教育と学生の成長. *名古屋高等教育研究*. 2012(12):211-236.

140. Reddy S, Farnan J, Yoon J, et al. Third-year medical students' participation in and perceptions of unprofessional behaviors. *Academic medicine*. 2007;82(10 Suppl):S35-S39.

141. 板井孝壱郎. 指導医のために　プロフェッショナリズム　プロフェッショナリズム教育と、その実践の根底にあるもの　隠れたカリキュラム hidden curriculum. *日本内科学会雑誌*. 2012;101(1):201-205.

# 資　　料

**資料1. 地域医療合同セミナー1（2013年度版）のシラバス（抜粋・改定箇所あり）**

| 科　目　名 | 科目区分 | 学年及び単位数 | | |
|---|---|---|---|---|
| 地域医療合同セミナー1 | 演習 | 1　年　　通年 | 自由選択 | 1　単位 |
| 科目コーディネーター | | （　所　属　） | | |

「医学教育モデル・コア・カリキュラム」との関連

ガイドラインの項目

| | | |
|---|---|---|
| A　3　(1)　コミュニケーション | A　3　(2)　患者と医師の関係 | A　3　(3)　チーム医療 |
| A　4　(1)　課題探求・解決能力 | A　4　(2)　学習の在り方 | F　(2)　地域医療 |

【授業科目の学習教育目標】

1. 地域医療を展開するために必要とされる基本的な知識を獲得するために
①地域で暮らす人と、その家族の生活について理解できる。②地域社会と健康の関連を理解できる。
2. パートナーシップを形成する基本的態度を身につけるために
① 自己を理解すること、他者を理解することに関心を持つことができる。② 基本的信頼関係を構築できる態度をとることができる。
3. 他者との間で双方向コミュニケーションを実践するために
①基本的なコミュニケーション技能を身につけ②情報収集・提供の多様な技能の基本を身につけ、状況に応じて適切に使うことができる。

【授業の概要および学習上の助言】

本科目は、保健医療学部との合同カリキュラムであり、4年間にわたり通年で開講される地域医療合同セミナーにおける1年生を対象とした科目である。地域で必要となる基本的な知識と、パートナーシップを形成する基本的態度を獲得し、北海道が抱える保健医療の課題への理解を深める。また、医療基礎実習と実習を通じて、双方向コミュニケーションを実践的に学ぶ。

なお 「メディカル・カフェ」実習は、課外時間に学外の公共施設や地域で行うことになるので、規定された時間外のグループ作業が必要となる。

| 回数 | 学　習　主　題 | 学　習　内　容 | 学習方法 | 対象者 |
|---|---|---|---|---|
| 1 | オリエンテーション(1) | コース紹介，地域医療の実際について | 講義 | 全員 |
| 2 | オリエンテーション(2) | メディカル・カフェの意義・背景/企画について、グループ編成 | 講義・演習 | 全員 |
| 3 | コミュニケーション／パートナーシップ | 他者と関わる技法について学ぶ | 講義・演習 | 全員 |
| 4 | 北海道の地域医療について(1) | 北海道の地域医療の現状と課題 | 講義 | 全員 |
| 5 | 地域医療を学ぶにあたって | 地域医療を学ぶにあたっての心構え | 講義 | 全員 |
| 6 | 北海道の地域医療について(2) | 医療者として地域を視る眼をどう養うか | 講義 | 全員 |
| 7 | 振返りの方法（評価） | 自己評価をはじめ振返りの方法を学ぶ | 講義・演習 | 全員 |
| 8 | 実習準備 | 地域住民の暮らしと健康課題、医療の現状についてグループ別に検討 | 講義・演習 | 実習参加学生 |
| 9-16 | 地域医療基礎実習 | 北海道地域（留萌もしくは利尻の予定）で地域滞在実習 | 実習 | 実習参加学生 |
| 17 | メディカル・カフェ企画(1) | 情報収集/企画書作成/実施体制確認 | 演習 | 全員 |
| 18 | メディカル・カフェ企画(2) | 企画プレゼンテーション/テーマ決定 | 演習 | 全員 |
| 19 | メディカル・カフェ広報 | 広報戦略/宣伝材料/インタビュー | 演習 | 全員 |
| 20 | メディカル・カフェ設計 | カフェ準備/リハーサル | 演習 | 全員 |
| 21 | メディカル・カフェ実習 | 市民参加型イベント「メディカル・カフェ」実施 | 実習 | 全員 |
| 22 | まとめ・振り返り | 実習の振り返り・自己評価 | 講義・演習 | 全員 |

**資料2. 地域医療合同セミナー1（2016年度版）のシラバス（抜粋・改定箇所あり）**

| 科目名 | 科目区分 | 学年及び単位数 | | |
|---|---|---|---|---|
| 地域医療合同セミナー1 | 演習 | 1年 通年 | 医:必修<br>保:選択 | 医:2<br>保:1 単位 |
| 科目コーディネーター | | （ 所 属 ） | | |

「医学教育モデル・コア・カリキュラム」との関連

ガイドラインの項目

| | | |
|---|---|---|
| A 3 (1) コミュニケーション | A 3 (2) 患者と医師の関係 | A 3 (3) 患者中心のチーム医療 |
| A 4 (1) 課題探求・解決能力 | A 4 (2) 学習の在り方 | B (2) 地域医療 |

【授業科目の学習教育目標】

1. 地域医療を展開するために必要とされる基本的な知識を獲得するために、①地域で暮らす人と、その家族の生活について理解できる、②地域社会と健康の関連を理解できる。

2. パートナーシップを形成する基本的態度を身につけるために、① 自己を理解すること、他者を理解することに関心を持つことができる、②基本的信頼関係を構築できる態度をとることができる。

【授業の概要および学習上の助言】

本科目は、保健医療学部との合同カリキュラムであり、4年間にわたり通年で開講される地域医療合同セミナーにおける1年生を対象とした科目である。地域医療を展開する上で必要となる基本的な知識と、パートナーシップを形成する基本的態度を獲得し、北海道が抱える保健医療の課題への理解を深める。また、講義、演習、医療基礎実習を通じて、双方向コミュニケーションを実践的に学ぶ。

| 回数 | 学習主題 | 学習内容 | 学習方法 | 対象者 |
|---|---|---|---|---|
| ① | オリエンテーション | 科目紹介、履修上の注意、グループ学習の基本 | 講義・演習 | 全員 |
| ② | IPE／チーム医療論(1) | チームワーク・リーダーシップ | 講義・演習 | 全員 |
| ③ | プロフェッショナリズム、職業倫理(1) | プロフェッショナリズム、職業倫理 | 講義・演習 | 全員 |
| ④ | コミュニケーション／パートナーシップ(1) | 医療コミュニケーションの基礎 | 講義・演習 | 全員 |
| ⑤ | 北海道の地域医療を学ぶ(1) | 松前町立松前病院の事例から | 講義 | 医学部医学科 |
| ⑥ | コミュニケーション／パートナーシップ(2) | 他者と関わる技法について学ぶ | 講義・演習 | 全員 |
| ⑦ | プロフェッショナリズム、職業倫理(2) | プロフェッショナリズム、職業倫理 | 講義・演習 | 全員 |
| ⑧ | 北海道の地域医療を学ぶ(2) | 市立根室病院の事例から | 講義 | 医学部医学科 |
| ⑨ | 地域の医療・市民生活を知る(1) | 地域住民の暮らしと健康課題、医療の現状について検討 | 演習 | 実習参加学生 |
| ⑩ | 地域の医療・市民生活を知る(2) | 地域住民の暮らしと健康課題、医療の現状について検討 | 演習 | 実習参加学生 |
| ⑪ | 地域の医療・市民生活を知る(3) | 留萌地域の生活と健康・医療・福祉について学ぶ | 講義・演習 | 実習参加学生 |
| ⑫ | 地域の医療・市民生活を知る(4) | 利尻島の生活と健康・医療・福祉について学ぶ | 講義・演習 | 実習参加学生 |
| ⑬ | 実習オリエンテーション | 実習オリエンテーション | 講義・演習 | 実習参加学生 |
| ⑭-⑮ | 地域の医療・市民生活を知る(5) | 地域住民、患者さんの事例から学ぶ | 講義・演習 | 実習参加学生 |
| ⑯-⑳ | 地域医療基礎実習 | 地域に滞在しての実習(3-5日間) | 実習 | 実習参加学生 |
| ㉑ | オリエンテーション | オリエンテーション・課題提示 | 講義 | 実習参加学生 |
| ㉒-㉓ | 北海道の地域医療を学ぶ(3) | 北海道の救急医療について学ぶ(1) | 演習 | 全員 |
| ㉔ | 北海道の地域医療を学ぶ(4) | 北海道の救急医療について学ぶ(2) | 演習 | 全員 |
| ㉕-㉖ | 北海道の地域医療を学ぶ(5) | 地域医療の充実を考えるグループ演習(1) | 講義 | 実習非参加学生 |
| ㉗-㉘ | 北海道の地域医療を学ぶ(6) | 地域医療の充実を考えるグループ演習(2) | 講義 | 実習非参加学生 |
| ㉙ | 北海道の地域医療を学ぶ(7) | 別海町立別海病院の事例から | 講義 | 医学部医学科 |
| ㉚-㉛ | 北海道の地域医療を学ぶ(8) | 地域医療の充実を考えるグループ演習(3) | 演習 | 実習非参加学生 |
| ㉜-㉝ | 北海道の地域医療を学ぶ(9) | 地域医療の充実を考えるグループ演習(報告会) | 演習 | 実習非参加学生 |
| ㉞ | 実習報告会の準備(1) | 実習の振り返り・自己評価(1) | 演習 | 実習参加学生 |
| ㉟ | 実習報告会の準備(2) | 実習の振り返り・自己評価(2) | 演習 | 実習参加学生 |
| ㊱ | 実習報告会 | 成果発表 | 演習 | 全員 |
| ㊲-㊳ | IPE／チーム医療論(2) | 地域における保健医療福祉の連携の実際について | 演習 | 全員 |
| ㊴ | 1年間の学びを振り返る | 経験学習とリフレクションについて学ぶ(1) | 講義・演習 | 全員 |

## 資料3.　リフレクション・シート

リフレクションシート

名前＿＿＿＿＿＿＿＿　学籍番号＿＿＿＿＿＿＿＿　グループ番号＿＿＿＿＿＿＿＿

---

地域医療合同セミナー１：2016/4/19　　グループ学習の基本

---

１．　今日の講義について、あてはまるところに○をつけてください

①　講義/演習に集中してとり組むことができた

1.　かなりそう思う　　2.まあそう思う　　3.あまりそう思わない　　4.全くそう思わない

②　講義/演習に興味や楽しさを感じた

1.　かなりそう思う　　2.まあそう思う　　3.あまりそう思わない　　4.全くそう思わない

③　講義/演習で学びがあった

1.　かなりそう思う　　2.まあそう思う　　3.あまりそう思わない　　4.全くそう思わない

④　講義/演習で得たことを活用したいと思った

1.　かなりそう思う　　2.まあそう思う　　3.あまりそう思わない　　4.全くそう思わない

⑤　あなたのグループは「チーム」として機能していましたか？

1.　十分に機能していた　　2.まあ機能していた　　3.あまり機能していなかった　　4.全く機能していなかった

２．　講義/演習で、とくに学びになったことを書いてください

３．　講義/演習に対する質問、意見、感想等を書いてください

＊このリフレクションシートの記入内容は成績評価に利用しません

## 資料4.　KiSS-18(社会的スキル尺度)

以下の各項目を読んで、現在のあなたの状況に最もあてはまるところに○をつけてください。

| No | 項目 | いつもそうだ | だいたいそうだ | どちらともいえない | たいていそうでない | いつもそうでない |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 他人と話していて、あまり会話が途切れないほうですか | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2 | 他人にやってもらいたいことを、うまく指示することができますか | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3 | 他人を助けることを、上手にやれますか | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4 | 相手が怒っているときに、うまくなだめることができますか | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5 | 知らない人でも、すぐに会話が始められますか | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6 | まわりの人たちとの間でトラブルが起きても、それを上手に処理できますか | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7 | こわさや恐ろしさを感じたときに、それをうまく処理できますか | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8 | 気まずいことがあった相手と、上手に和解できますか | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9 | 仕事をするときに、何をどうやったらよいか決められますか | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10 | 他人が話しているところに、気軽に参加できますか | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11 | 相手から非難されたときにも、それをうまく片付けることができますか | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12 | 仕事上で、どこに問題があるのかすぐにみつけることができますか | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13 | 自分の感情や気持ちを、素直に表現できますか | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14 | あちこちから矛盾した話が伝わってきても、うまく処理できますか | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 15 | 初対面の人に、自己紹介が上手にできますか | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 16 | 何か失敗したときに、すぐに謝ることができますか | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 17 | まわりの人たちが自分とは違った考えをもっていても、うまくやっていけますか | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 18 | 仕事の目標を立てるのに、あまり困難を感じないほうですか | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

## 資料5. 日本語版P-MEX（省察能力(5項目:1-5)と時間管理能力（3項目:6-8）

以下の各項目を読んで、現在のあなたの状況に最もあてはまるところに〇をつけてください。

| | | そうである | まあ<br>そうである | あまり<br>そうでは<br>ない | まったく<br>そうでは<br>ない |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 自分の限界に気づいていることを示していた | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2 | 自分の失敗や怠慢を素直に認めていた | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3 | 他者からのフィードバックを積極的に求めていた | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4 | 他者からのフィードバックを快く受け入れていた | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5 | 困難な場面でも平静さを保っていた | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6 | 時間に正確であった | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7 | 仕事をきちんと信頼できるやり方で遂行した | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8 | 患者や同僚の求めに対し、すぐ対応できる状態であった | 4 | 3 | 2 | 1 |