



Title	医療プロフェッショナリズム概念の検討
Author(s)	山本, 武志; 河口, 明人
Citation	北海道大学大学院教育学研究院紀要, 126, 1-18
Issue Date	2016-06-30
DOI	https://doi.org/10.14943/b.edu.126.1
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/62492
Type	departmental bulletin paper
File Information	010-1882-1669-126.pdf



医療プロフェッショナリズム概念の検討

山 本 武 志* 河 口 明 人**

【要旨】 医師，看護師，理学療法士の3職種の13のプロダクト（文書・声明文・綱領等）の内容を精査し，90のコード，21のカテゴリ，7領域，3分野で構成された「医療プロフェッショナリズム概念」を構築した。次に，1990年以降のプロフェッショナリズム概念の変遷を検討した。「科学的根拠に基づく医療・ケア」，「専門職連携・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」などの新しい概念の登場によるプロフェッショナリズム概念の拡大がみられた。また，患者の意思決定への参加から，患者の自律性を尊重するなど，プロフェッショナリズム概念の質の変化が認められた。概念の変化に応じた卒前・卒後の教育・学習の転換が求められるが，専門職連携教育をプロフェッショナリズムを涵養する1つの方略として提示した。

【キーワード】 専門職，プロフェッショナリズム，多職種連携教育，多職種協働

1. 本稿の目的

米欧の内科系専門医3団体（米国内科専門医認定機構財団（ABIM: American Board of Internal Medicine），米国内科学会（ACP-ASIM: American College of Physicians-American Society of Internal Medicine），ヨーロッパ内科学会（EFIM: European Federation of Internal Medicine））が2002年に共同で発表した「医師憲章」は「新ミレニアムにおける医のプロフェッショナリズム（Medical professionalism in the new millennium: a physician charter（ABIM Foundation, et al., 2002））と名付けられており，医師のあり方を示すグローバル・スタンダードとして認知されている。本邦では2015年に日本医学教育学会が「医師の資質・能力としてのプロフェッショナリズム（日本医学教育学会倫理・プロフェッショナリズム委員会，2015）」をまとめている。これらの動きは，医師に必要とされる能力や資質としてプロフェッショナリズムを定義し教育のアウトカム指標として位置づけるものだが，医師以外の職種においてもその重要性が認識されている。例えば米国理学療法士協会（APTA: American Physical Therapy Association, 2012）は，協会としてのプロフェッショナリズムの見解を示す“Physical therapy core values”を公表している。また，米国医療薬剤師会（The American Society of Health-System Pharmacists: ASHP, 2008）もまた“ASHP statement on professionalism”を提示しており，プロフェッショナリズムは医療専門職としてのあるべき姿を示す概念として浸透しつつある。

本研究では，第1に，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を参考に「医療プロフェッショナリズム概念」を検討し、職種間で提示されている内容の相違を検討する。第2に、各専門職団体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。プロフェッショナリズム概念を定義しその変遷を示すことは、医療専門職教育の観点から2つの意義がある。第1に、わが国の医学教育における「医学教育モデル・コア・カリキュラム」のような医療専門職の教育カリキュラムを構築する際に、学習アウトカムの1つとしてプロフェッショナリズムを位置づけることができるということ。そのことは、逆に、プロフェッショナリズム概念に基づいて教育内容やガイドラインを検討することも可能にするだろう。第2に、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と考えられる。

2. プロフェッション、プロフェッショナリズムとは何か？

プロフェッション (profession) すなわち「専門職」はどのように定義されているだろうか。Carr-Saunders & Wilson (1964) 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 (進藤, 2005)。また、教育学領域の専門職研究の大家であるLieberman (1956) 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 (今津, 1996)。また、社会学者のHall (1968) 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とHallが述べているように、専門職は、第1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2に「専門的技術を有する」(Carr-Saunders & Wilson, Lieberman) ことが挙げられる。また、Liebermanが「自治組織」、Carr-SaundersとWilsonが「専門的結社」と述べているように、第3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」が明文文化され、第4に「倫理綱領を有する (Carr-Saunders & Wilson, Hall)」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5として「自律性が認められる」(Carr-Saunders & Wilson, Lieberman, Hall)) が専門職の定義とまとめることができる。

一方で、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 (Arnold, 2002)。1990年代に入ってABIMは「プロフェッショナリズム」という言葉を使うようになり (Arnold & Stern, 2006)、プロフェッショナリズムの定義をし、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 (Hafferty, 2009)。この背景について、「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 (Hafferty, 2009)」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 (永山, 2009)」などの指摘がなされている。

先に示した専門職・プロフェッションの定義は社会学的な分析に基づく定義で、専門職としての要件を示している。たとえば天野 (1972) は完全専門職 (full-fledged profession) と半専門職 (semi-profession) を対比し、後者は、専門訓練期間は短期で、知識を創造することなく、完全な自律性を容認されることなく管理の対象とされる、と述べている。ゆえに、半専門職と見なされる職種は、完全専門職の要件を満たすべく、職業団体としての活動・運動に精を上げることになる。後者のプロフェッショナリズムは、医療専門職養成における専門職団体としての内在的問題を解決するために、また、それらの問題が表面化し、社会問題化されることに呼応する形で持ち出された概念である。本稿では専門職要件としての専門職ではなく、内在的に、社会的に、医療専門職に涵養されるべき1990年以降に定義されたプロフェッショナリズムを取り扱うこととする。

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 (Arnold & Stern, 2006) 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・法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、「医師憲章 (2002)」では、「患者の福利優先の原則」、「患者の自律性に関する原則」、「社会正義の原則」の3つの原則と専門職としての10の責務がまとめられている。プロフェッショナリズムを評価する尺度としては、加国のマクギル大学で開発された“P-MEX” (Professionalism mini-evaluation exercise) (Cruess et al., 2006) が著名で日本語版 (津川・徳田, 2009) も開発されているが、P-MEXでは「医師—患者関係スキル」、「内省スキル」、「時間管理」、「専門職連携スキル」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、共通の見解となるものがなく、まずはその整理が必要と考えられる。

3. 「医療プロフェッショナリズム概念」の検討

3.1. 精査するプロダクトの条件と範囲

本稿の目的を達成するために、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 (宣言、憲章、声明文、指針、倫理綱領等) にどのようなものがあ

るかを調査した。プロフェッショナリズムの概念は倫理綱領として提示されている内容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した。Webでの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。

プロフェッショナリズム概念の構築に用いるプロダクトの条件は、(1)専門職団体等によってオーソライズされている、(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を提示している、の3点とした。以上を満たすプロフェッショナリズムに関するプロダクトが稀な場合は、検索において「プロフェッショナリズム及び professionalism」のワードの代わりに「倫理綱領または code of ethics」を用いた。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、を条件とした。

3.2. 「医療プロフェッショナリズム概念」の構築に用いたプロダクト

3.1.の方法により、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」の構築に用いた（表1）。

医師は、(1)医師憲章（ABIM・ACP-ASIM・EFIM, 2002）、(2)Good medical practice（英国医事委員会（GMC: General Medical Council）、2013）（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)（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）、(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）（日医教TF）、(6)医の国際倫理綱領: International code of medical ethics（世界医師会（WMA: World Medical Association）、2008）、研究として(7)プロフェッショナリズムの定義(Arnold & Stern, 2006)、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) の(11)Wheel of professionalism in nursingを採用したが、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）（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）、(10)看護者の倫理綱領（日本看護協会、2003）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）（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

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		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 1.ABIM: American Board of Internal Medicine (米国内科専門医認定機構財団: 米国) 2.ACP-ASIM: American College of Physicians-American Society of Internal Medicine (米国内科学会: 米国) 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 10の責務	1. 患者の福利優先の原則 (Principle of primacy patient welfare) 2. 患者の自律性に関する原則 (Principle of patient autonomy) 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 (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 performance) 2. 安全と質 (Safety and quality) 3. コミュニケーション、パートナーシップ、チームワーク (Communication, partnership and teamwork) 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 (カナダ専門医協会: カナダ)	2015	7役割89項目	1. 倫理実践を通じて、患者・専門職・社会へのコミットメントを発揮する 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 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	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 2. 患者に対する責務 3. 医師相互間の責務 4. 医師以外の関係者との関係 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 (1) 社会的使命への貢献 (2) 支援を受ける姿勢と支援する姿勢 (3) 医師としての信頼に値する道徳性 2. 組織やチーム、対人関係における医師 (4) 多様な価値観の受容と性差への対応 (5) 組織やチームのリーダー/フォロワーとしての役割 (6) 人間性と患者中心の視点 (7) 個人としての医師 (8) 卓越性の追求と生涯学習 (9) 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「医師のコンディ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 (WMA 医の国際倫理綱領)	World Medical Association (世界医師会)	2006	3領域 22の義務	1. 医師の一般的な義務 2. 患者に対する医師の義務 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 (b) コミュニケーション・スキル (c) 倫理的理解および法的理解 原則 1. 卓越性 2. ヒューマニズム 3. 説明責任 4. 利他主義	
8		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 22行動基準	1. 看護師と人々 2. 看護師と実践 3. 看護師と看護専門職 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	看護師	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. 思いやりと敬意もつたケアを行う 2. 患者個人へのコミットメント 3. 患者の健康、安全、権利を推進し、擁護し、守る 4. 看護実践への責任と説明責任 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) 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。 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。 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 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、個人情報保護、など 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 12-13. 自身の健康の保持/増進、品行の維持 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 8つの軸	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 軸: 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 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 67項目	1. 行為への責任 2. 倫理的振る舞い 3. 効果的なサービスの提供 4. 卓越性の獲得	

society of physiotherapy), 2011) (以下, “CSP code 2011” とする), の2つのプロダクトを選択した。

なお, 5.1. の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” 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。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を定めており, 薬剤師倫理規定は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とは言いがたい。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。

3.3. 「医療プロフェッショナリズム概念」の構築

プロフェッショナリズム概念を構築するために, 選択された13のプロダクトについてその内容を精査し, まず, コーディング作業を行う。次に, 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。これを, 「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」がつけられる。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。生成されたコードについてKJ法 (川喜田, 1967) の手法を援用して概念の抽象化を図る。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。これが「領域」となる。さらに「表札 (大)」をグループ化して「分野」が作られる。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・省察の実践」という表札 (カテゴリ) が作成され, 「内省・省察の実践」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4つと統合されて, 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抽象化する過程を経て, 90のコード, 21のカテゴリ, 7の領域, 3の分野

表 2. 各プロダクトの内容に基づいて構築した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
			品性のある行動、認識を保つ
			嘘をつかない、信頼できる人であること
		自己管理	知的謙虚さを保つ
			自身の健康状態に留意し、維持・向上を図る
		コミュニケーション技術	時間に正確である
			効果的なコミュニケーションを行う
		継続学習・キャリア開発	傾聴の姿勢
			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
	高いスキルと知識に基づく実践	内省・省察の実践	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
		自律性	治療/ケアの結果の不確実性を理解している
			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
		患者の自律性を高める、支援する働きかけ	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
			セルフケアを支援・エンパワーする
		一人間としての患者を理解し、関わる	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(コンユーダンス)を支援する
	専門職との連携・協働	多職種協働	患者との適切な距離・関係を保つ
			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
		自職種協働	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
			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
組織環境の整備	組織環境の整備	組織環境の整備	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
		安全な医療の提供とその推進	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

分野	領域	カテゴリ	コード
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
		健康政策への寄与	保健・医療・福祉制度について理解している
			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
		マス・メディアの利用と情報提供のあり方	公的機関への協力
			マス・メディアへの誠実・公正な対応
	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	マス・メディアや広告への正確な情報提供
			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
		個人情報の適切な利用と保護	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
			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
		医療専門職としての社会的責任を果たす	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
			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

からなる「医療プロフェッショナリズム概念」を構築した(表2)。

「医療プロフェッショナリズム概念」は、コード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職種のいずれかのプロダクトにおいて言及があった。すなわち、本研究で構築された「医療プロフェッショナリズム概念」は概ね3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4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に努めるべきである。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2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れる。今後は、専門看護師、認定看護師など看護職の専門分化や訪問看護ステーション等の広告など、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ルリズムの構成にもこのカテゴリが必要であると考えられる。

4. プロフェッショナリズム概念の時代的変遷

本章では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、3.3. で構築された「医療プロフェッショナリズム概念」について、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。

4.1. 精査に加えたプロダクト

第1に、英国GMCの発行する“GMP 2013”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2に、加国の“CanMEDS 2015”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3に、「医師憲章」は既に述べたとおり米欧の3団体による2002年の共同声明であるが、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「プロジェクト・プロフェッショナリズム（以下、“ABIM プロジェクト”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いる。第4に、“ANA code 2015”の2001年版を精査した。第5に、「医の国際倫理綱領」の初版である「International code of medical ethics（WMA, 1949）（以下、“医の国際倫理綱領1949”とする）」を精査した。

4.2. 領域別医療プロフェッショナリズム概念の変遷

4.2.1. 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・省察の実践」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んでいる。ABIM（1995）は、1980年代に“integrity”, “respect”, “compassion”などの“humanistic qualities”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、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。

4.2.2. 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つのカテゴリと9つのコードで構成されている。1960年代にさかのぼると、Hall（1968）が提示したプロフェッショナリズム概念においては、学術雑誌の購読と専門職間のコミュニケーションによって知識の獲得と共有を図ることが謳われている。“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」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」が明示されている。一方で、1995年の“ABIMプロジェクト”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。看護や理学療法においては、EBMではなくEvidence-based practice (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(2003)」,「Miller(1998)のプロフェッショナルリズムのモデル」にはその記載が無い。

Evidence-based medicine (EBM)は、1991年に加国のGuyatt氏が書いた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(池田, 2000)。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の隆盛と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、それらがプロフェッショナルリズムに含まれるようになったことが推察できる。

4.2.3. 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。「患者中心のケア提供」については、“医の国際倫理綱領1949”では「医師は患者に完全なる忠誠を負う」と述べられている。1990年代のプロダクトでは、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、領域「信頼を保持する」において「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。その一方で2000年以降のプロダクトでは、「患者の自律性」について述べられている。「医師憲章」では3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。2章において専門職の自律性について述べたが、2000年以降では「自律性」は患者に対して用いられる言葉で、とくに意思決定においては医療専門職は役割行為者ではなく、行為を支援する役割にシフトしていることを示していると考えられる。

4.2.4. 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」, 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“ABIMプロジェクト”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 (2014) は6つの因子を挙げており, そのなかの第2因子「チーム運営のスキル (team management skills)」, 第5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, 2011) 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4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の1つといえる。

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, 「職業倫理指針 (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が明示されている。「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。わが国の事例では, 近年, 救命救急センターにおいてもソーシャル・ワーカーが配置される (中村・佐藤, 2014) 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経済的外圧力があるが, すべての医療専門職におけるケア・マネジメント, 「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変化がうかがえる。

4.2.5. 組織環境の整備

領域「組織環境の整備」は「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“To err is human” (Kohn et al.(edit), 1999) 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ことが推察される。

4.2.6. 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。

3章3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、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かった。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。その効果は大きいものの、リスクもまた大きい（松岡，2014）ことから、プロフェッショナル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。

4.2.7. 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プロフェッショナルリズム概念であるといえる。

5. 考 察

5.1. 医療プロフェッショナルリズム概念の検討

本稿は、医療専門職に共通するプロフェッショナルリズムの概念を構築し、1990年以降のプロフェッショナルリズム概念の変遷を考察した。構築した「医療プロフェッショナルリズム概念」には職種特有のカテゴリはほぼなく、3職種で提示されているプロフェッショナルリズムの内容に大きな差は認められなかった。専門職とは専門的技術を不可欠とし、各職種には身につけられるべき個別の知識と技術があり、ゆえに、他職種とは独立した体系で専門職教育を行うことが是とされてきた。しかし、本研究によれば、少なくともプロフェッショナルリズム概念は、プロフェッショナルリズムが謳われている医師、看護師、理学療法士の3職種においては概ね共通であることがわかった。

次に本研究で構築された「医療プロフェッショナルリズム概念」について、7つの領域別に1990年以降のプロフェッショナルリズム概念の変遷を検討した。その結果、約20年間のプロフェッショナルリズム概念の変化として、概念の拡大と転換、すなわち量的および質的な変化があったと考えられる。

第1に量的な変化だが、「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ル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プロフェッショナル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もできる。また、

プロフェッショナリズム概念の拡大は、新たな専門性、専門領域をも生み出している。例えば、「医療メディエーター」、「リンクナース」、「安全管理責任者」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その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が、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2に質的な変化だが、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、他の質的な変化としては、連携・協働の質の変化が挙げられる。施設内での、施設外との連携・協働の機会や必要性が増し、そ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、習得すべきスキルの目標として活用することができるだろう。

5.2. プロフェッショナリズム教育への示唆

5.1. で述べたように、拡張し続けるプロフェッショナリズム概念に対応して、教育・学習によってプロフェッショナリズムの涵養が求められる。公衆衛生学の大家であるFrenkら(2010)はLancet誌において21世紀の医療専門職教育の改革案として10の項目を掲げているが、第2の項目として専門職連携教育(多職種連携教育、IPE: Interprofessional education)と住民参加型教育(TPE: Transprofessional education)の推進を挙げている。英国専門職連携推進センター(CAIP: Centre for the Advancement of Interprofessional Education, 2002)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(埼玉県立大学(編), 2009)」と定義している。FrenkらはIPEで学ぶべき内容としてより踏み込んだ指摘をしており、分析能力(意思決定の際のエビデンスと倫理的熟慮の両方を効果的に使用する)、リーダーシップ、マネジメント能力(不確実な状況において希少な資源を有効に取り扱う)、コミュニケーション・スキルなどの、職種横断的な一般能力の育成にIPEは焦点を当てるべきだと述べている。また、医学教育の専門家であるThistlethwaite&Moran(2010)は、医療専門職の学習アウトカムを「特異的アウトカム(各職種特有の学び)」、「共通アウトカム(1): 基礎医学領域など複数の職種共通の知識・態度・スキル」、「共通アウトカム(2): コミュニケーション・スキル、チームワーク、協働、リフレクション、倫理、役割と責任など、全ての関連職種で満たすべき学習項目」の3つのアウトカムに分けている。彼らは共通アウトカム(2)の学習アウトカムは、IPEに関わるべきところとして指摘している。5章1節で述べたように、涵養されるべき医療プロフェッショナリズム概念は医療専門職による大きな違いがないことから、多様な学習者がともに切磋琢磨しながら医療専門職としての基盤となるプロフェッショナリズムを効果的に身につけていくことができる手段の一つがIPEであるといえる。なお、著者ら(山本, 2013)は大学初年次学生のIPEがコミュニケーション能力の醸成に有効であることを既に示している。

IPEは1960年代からすでに加国のブリティッシュ・コロンビア大学において導入されていた

が (Szasz, 1969), 1980年代後半から注目を浴びるようになった概念である (田村他, 1998)。日本においては, 「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 (細田, 2012), 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きたことであるが, 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 (埼玉県立大学(編), 2009)。IPEは卒前, 卒後を問わない専門職連携教育を指すが, 米欧の各国では現職での in-service training が中心で, 日本では大学での卒前教育が中心に行われている。日本の大学教育では, 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 (埼玉県立大学(編), 2009) 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。医療プロフェッショナリズム概念の構成概念に鑑みて, プロフェッショナリズム教育は従来の講義に基づく系統的学習ではなく, アクティブ・ラーニング (中井, 2015) の導入などが検討されるべきと考える。具体的な方法論やカリキュラムの設計については, 今後の医療専門職教育の課題として指摘できる。本研究で提示された「医療プロフェッショナリズム概念」は, とりわけ医療専門職の基礎教育の IPE において, プロフェッショナリズム教育を含むプログラム開発やアウトカム評価に活用できるものと考えられる。

6. おわりに

本研究は, 医師, 看護師, 理学療法士の13のプロフェッショナリズム等のプロダクトから, 医療専門職に共通する「医療プロフェッショナリズム概念」を構築した。さらに, プロフェッショナリズム概念の時代的変遷を考察し, 21世紀におけるプロフェッショナリズム概念の展開を検討した。プロフェッショナリズム概念の変化に応じた卒前・卒後の教育・学習が求められるが, 本研究で構築した「医療プロフェッショナリズム概念」を用い, プロフェッショナリズム教育のプログラム構築やアウトカム指標の作成を行うことが今後の課題である。

【文献】

- American Board of Internal Medicine. 1995. Project Professionalism [Online]. Available: <http://www.abimfoundation.org/~media/Foundation/Professionalism/Project%20professionalism.ashx?la=en> [Accessed 12/11 2015].
- American Nurses Association. 2015. Code of Ethics for Nurses with Interpretive Statements. Silver Spring: American Nurses Association.
- American Physical Therapy Association. 2012. Professionalism IN Physical Therapy: Core Values [Online]. Available: http://www.apta.org/uploadedFiles/APTAorg/About_Us/Policies/BOD/Judicial/ProfessionalisminPT.pdf [Accessed 12/11 2015].
- American Society of Health-System Pharmacists. 2008. ASHP Statement on Professionalism. American journal of health-system pharmacy, 65, 172-174.
- ABIM Foundation, American Board of Internal Medicine, ACP-ASIM Foundation, American College

- of Physicians-American Society of Internal Medicine, European Federation of Internal Medicine. 2002. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Annals of Internal Medicine*, 136, 243-246.
- 天野正子. 1972. 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*, 22, 30-49.
- Arnold, L. 2002. Assessing professional behavior: yesterday, today, and tomorrow. *Academic medicine*, 77, 502-515.
- Arnold, L. & Stern, D. T. 2006. What is medical professionalism?, STERN, D. T. (ed.) *Measuring medical professionalism*. New York: Oxford University Press. 15-37.
- CAIPE. 2002. Available: <http://www.caipe.org.uk/resources/> [Accessed 3/4 2014].
- CanMEDS 2000 project societal needs working group, The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. 1996. Skills for the new millennium: report of the societal needs working group [Online]. Available: https://www.surgeons.org/media/301671/canmeds_e.pdf [Accessed 12/15 2015]
- Carr-Saunders, A. M. & Wilson, P. A. 1964. *The professions*, F. Cass. London.
- Chartered Society of Physiotherapy. 2011. Code of Professional Values and Behaviour [Online]. Available:<http://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-les/sportex/clinical-physiotherapy/support/FAQs/6CSPCodeofMembersProfessionalValuesandBehavioursummary.pdf> [Accessed 07/01 2015].
- Cruess, R., Mcilroy, J., Cruess, S., Ginsburg, S. & Steinert, Y. 2006. The Professionalism Mini-evaluation Exercise: a preliminary investigation. *Academic medicine*, 81, S74-78.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., KE, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D. & Zurayk, H. 2010. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*, 376, 1923-1958.
- General Medical Council. 2013. Good medical practice 2013 [Online]. Available: http://www.gmc-uk.org/guidance/good_medical_practice.asp [Accessed 5/1 2015].
- Hafferty, F. W. 2009. Professionalism and the socialization of medical students. Cruess, R. L., Cruess, R. & Steinert, Y. (eds.) *Teaching medical professionalism*. New York: Cambridge University Press. 53-70.
- Hall, R. H. 1968. Professionalization and Bureaucratization. *American Sociological Review*, 33, 92-104.
- 細田満和子. 2012. 「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.
- 池田俊也. 2000. 欧米におけるEBMの展開. *海外社会保障研究*, 133, 27-37.
- 今津孝次郎. 1996. 変動社会の教師教育, 名古屋, 名古屋大学出版会.
- International Council of Nurses. 2012. The ICN code of ethics for nurses [Online]. Available: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf [Accessed 12/09 2015].
- IPEC-expert-panel 2011. Core competencies for interprofessional collaborative practice.
- 川喜田二郎. 1967. 発想法, 東京, 中央公論社.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (edit). 1999, *To err is human: building a safer health*

- system. Washington, DC: National Academy Press, Institute of Medicine.
- Lieberman, M. 1956. Education as a profession, Prentice-Hall, New Jersey.
- 松岡志穂. 2014. 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, 73(4), 310-314.
- Miller, B. K. 1988. A model for professionalism in nursing. Today's OR nurse, 10, 18-23.
- 永山正雄. 2009. 「欧米合同医師憲章」の読み方とわが国での指針づくり. 宮崎仁, 他(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.
- 中井俊樹. 2015. アクティブラーニング, 東京: 玉川大学出版部
- 中村球恵 & 佐藤美佳. 2014. 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, 17, 716-723.
- 日本医師会. 2008. 医師の職業倫理指針 (改訂版) [Online]. Available: <https://www.med.or.jp/doctor/member/000250.html> [Accessed 5/13 2015].
- 日本医学教育学会第18期倫理・プロフェッショナリズム委員会, 2015. 医師の資質・能力としてのプロフェッ
 ショナリズム [Online]. Available: https://docs.google.com/forms/d/1kqJUby2GhSqcOmFFfqAqz_jJZrkHghfjmBYFRsUWJcE/viewform?c=0&w=1 [Accessed 10/01 2015].
- 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. プ
 ロフェッショナリズムの最終到達目標案 [Online]. Available: https://docs.google.com/forms/d/1dxGjml_uJORYejdgdQLSSAoXK3H_Lj_qzLTUIIuITM/viewform?c=0&w=1 [Accessed 5/18 2015].
- 日本看護協会. 2003. 看護者の倫理綱領 [Online]. Available: <https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/rinri.html> [Accessed 07/01 2015].
- The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. 2015. CanMEDS 2015 Physician competency framework [Online]. Available: http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/canmeds/framework/canmeds_full_framework_e.pdf [Accessed 12/9 2015].
- 埼玉県立大学(編). 2009. 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.
- 進藤雄三. 2005. 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. pp23-41.
- Snizek, W. E. 1972. Hall's Professionalism Scale: An Empirical Reassessment. American Sociological Review, 37, 109-114.
- Szasz, G. 1969. Interprofessional education in the health sciences. A project conducted at the University of British Columbia. The Milbank Memorial Fund quarterly, 47, 449-75.
- 田村由美, 工藤桂子, 池川清子. 1998. Inter-professionalとは何か: Rawson, D. の概念モデル. Quality nursing: the Japanese journal of nursing education & nursing research, 4, 1032-1040.
- 田中理子. 2012. Behavioral Inventory for Professionalism in Nursing (BIPN) 日本語版の信頼性と妥当性の検証. インターナショナルNursing Care Research, 11, 21-29.
- 田尾雅夫. 1980. 看護婦におけるプロフェッショナリズムの態度構造. 病院管理, 17, 289-296.
- Thistlethwaite, J. & Moran, M. 2010. Learning outcomes for interprofessional education (IPE): Literature review and synthesis. Journal of interprofessional care, 24, 503-513.
- 津川友介, 徳田安春. 2009. 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, 98, 3178-3182.
- World Medical Association. 1949. International Code of Medical Ethics, World Medical Association

Bulletin, 1(3), pp109-111.

World Medical Association. 2008. The international code of medical ethics [Online]. Available: <http://www.med.or.jp/wma/ethics.html> [Accessed 5/13 2015].

山本武志, 苗代康可, 白鳥正典, 相馬仁. 2013. 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, 19, 37-45

Yamamoto, T., Sakai, I., Takahashi, Y., Maeda, T., Kunii, Y. & Kurokuchi, K. 2014. Development of a new measurement scale for interprofessional collaborative competency: a pilot study in Japan. Journal of interprofessional care, 28, 45-51.

Review of the Concept of Medical Professionalism

Takeshi YAMAMOTO*, Akito KAWAGUCHI**

*Graduate School of Education, Hokkaido University

**Faculty of Health Sciences, Hokkaido University of Science

Key Words

Professionalism, IPE (Interprofessional Education), Profession, Collaborative practice, IPW (Interprofessional work)

Abstract

We constructed the concept of “multidisciplinary medical professionalism.” It comprised 90 codes, 21 categories, 7 domains, and 3 areas, and examined 13 products (e.g., document, statement, code, and study) from professional associations of doctors, nurses, and physical therapists. We traced the history of the concepts of professionalism from the 1990s. We identified the extending as well as the new concepts of professionalism: “evidence-based medicine and practice,” “conflict management in collaborative practice,” “hand over,” “dissemination and promotion of safety culture,” and “utilizing mass media and providing information to citizens.” Qualitative changes to the concept of professionalism, for example, the role of patients having changed from passive to active in the decision-making process, were identified. Hence, a transformation in pre-service and in-service training for professions in health-care coinciding with changes to the concept of professionalism is required. We propose introducing interprofessional education as a strategy to nurture medical professionalism.