

医学教育とプロフェッショナリズム

大生 定義

立教大学社会学部, 東京

Teaching Medical Professionalism

Sadayoshi Ohbu

Department of Sociology, Rikkyo University, Tokyo

Key words: profession, medical professionalism, social contract, P-Mex, physician-ship

はじめに

寄稿の機会を頂き、心から感謝する。筆者は、卒後17年間は内科医・神経内科医として主に臨床研修指定病院で研修医・指導医を務め、その後4年間臨床疫学を学びながら産業医の時期を過ごした。再び6年間臨床現場に戻り、新しい勤務先で新臨床研修制度での立ち上げを行った後、大学教職となり、現在、学校医・総合病院非常勤医師などしながら、4, 5カ所の医学部や医療関連教育施設で教育の機会を得ている。また、内科学会や医学教育学会などでプロフェッショナリズム関連の事業に携わる機会があり、この機会を頂いたものと理解している。

プロフェッショナリズムは、医学教育では最も重要なテーマのひとつであり、以前から論議はされてきたが、各人各様でまさに同床異夢であった。取り組み自体も2, 3の先進的な大学を除き、遅れているように思われる。このある意味、危機的な状況に対し、医学教育学会倫理・プロフェッショナリズム委員会では、医療界に対する社会からの強い要請として、プロフェッショナリズムを具えた医療専門職の育成が求められているとの認識に立ち、医師育成におけるプロフェッショナリズム教育導入の必要性について提言を行った(骨子を表1に示す)¹。まず、この事実をご紹介します。

本稿ではプロフェッション、プロフェッショナリズム

ムの定義、教育の方略・評価、教育の問題点などを紙面の許す範囲で順次述べるが、強調したいことは要約すると4つの事項である。

1, 医師養成課程におけるプロフェッショナリズム教育の導入と具体化は喫緊の課題であり、まずは所属の施設でプロフェッショナリズムの意味するものを明示することが重要であり、第一歩である。

2, 一方プロフェッショナリズムの定義も多様であり、まずは、狭い意味のプロフェッショナリズムとして行動様式を、コアとすることが現実的ではないかと考える。

3, 明示されている公式のカリキュラムよりも非公式のカリキュラムが大きな影響をあたえる。ロールモデル・組織文化の状況が重要である。

4, チーム医療や患者中心の医療を行う現代では、もはや医師単独の精神論で「医師のプロフェッショナリズム」を考えることはできない。社会の視点や医療を遂行する多くの職種との相互作用の中で考えていくことが必須である。

1. プロフェッション、プロフェッショナリズムの定義

2005年11月に発覚したいわゆる姉菌問題(一級建築士が虚偽の構造計算をして、建築物の耐震性を著しく劣化させた建物の建築に手を貸した事件)で、素人には容易に理解できない仕事に従事する専門職には職業倫理の確立と尊重が求められること、そして専門職

Correspondence to Sadayoshi Ohbu, Department of Sociology, Rikkyo University, 3-34-1 Nishiikebukuro, Toshima-ku, Tokyo 171-8501, Japan

E-mail: s-ohbu@rikkyo.ac.jp

Journal Website (<http://www.nms.ac.jp/jmanms/>)

表1 提言の骨子 医師養成課程におけるプロフェッショナル教育の導入と具体化について

- ・日本医学教育学会は、プロフェッショナル教育の導入と具体化の第一歩として、卒前医学教育カリキュラム、臨床研修プログラム、および、各学会や医師会における生涯教育プログラムに、「プロフェッショナル」に関する教育内容について、目標のみならず方略・評価も含めて明記し運用することを提言する。またそのためには、「プロフェッショナル」修得のための効果的な学習方略や評価法、および、非公式カリキュラムを通じた学習に関する研究を、より豊かに発展させる必要がある。
- ・さらに、医のプロフェッション側のこのような努力を、医師ならびに医療に対する社会の信頼の醸成に結びつけるため、医療界を挙げた活動を展開することを提案するものである。

表2 専門職の分類

分類	職業	特徴
地位専門職 (status profession)	医師, 弁護士, 聖職者	高い社会的地位, 非(賃金)労働
職業専門職 (occupational profession)	看護師, 技術者, 会計士, 建築士, など	職業としての専門性, 労働の対価のとらえ方

田中朋弘「職業倫理とプロフェッショナル—哲学的, 歴史的観点から—」より
 エリオットの見解を要約・整理し作成。(Elliott, Phillip, The Sociology of the Professions, pp.14 ff, Macmillan, 1972).

表3 専門職を特徴づける態度

公益性	(1) 仕事を単なる金儲けの手段と見なさない (2) 個人的な出世より, 仕事の質に大きな関心を抱く (3) 仕事を, 社会に対して有益な貢献をなすものと見なす
道徳性	(4) 仕事に関する道徳的な責務を重視する (5) 一連の専門職的な美德を陶冶しようとする
専門性	(6) 専門的な能力を重視する (7) 仕事をより良いものにする為の方法を常に模索する

田中朋弘「職業倫理とプロフェッショナル—哲学的, 歴史的観点から—」より
 ボウイの見解を要約・整理して作成。(Bowie, Norman E. 'Are Business Ethics and Engineering Ethics Members of the Same Family?,' Journal of Business Ethics, 4, 1985, p.44)

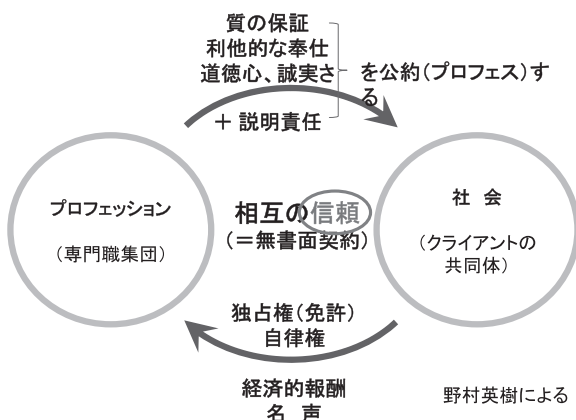


図1 プロフェッションと社会との契約

には免許制により特別な地位と独占性が認められている、ということが改めて浮き彫りになった。

プロフェッションとは、Cruessら²によれば、「複

雑な知識体系への精通、および熟練した技能の上に成り立つ労働を核とする職業であり、複数の科学領域の知識あるいはその修得、ないしその科学を基盤とする実務が、自分以外の他者への奉仕に用いられる天職である。そして、その構成員は、自らの力量、誠実さ、道徳、利他的奉仕、および自らの関与する分野における公益増進に対して全力で貢献する意志 (commitment) を公約 (profess) する。この意志とその実践は、プロフェッションと社会の間の社会契約 (social contract) の基礎となり、その見返りにプロフェッションに対して実務における自律性 (autonomy) と自己規制 (self-regulation) の特権が与えられる。」と定義されている (野村³)。専門職については表2, 3に田中による分類と特徴となる態度を示すが、医師は特に公益性、道徳性、専門性が強く求められていることは自明であり、個々の医師および医師集団は、意識す



医療のエキスパート
6つの側面を統合した核心部分
コミュニケーター
患者・医師関係を上手に進められる
協力者(医療チームの一員として効果的に仕事ができる)
マネージャー
医療チームに必須の一員としてのオーガナイザー、方針決定者としての仕事ができる

健康の唱道者

自身の持つ専門性や影響力を個人・地域・社会に対して用いることができる

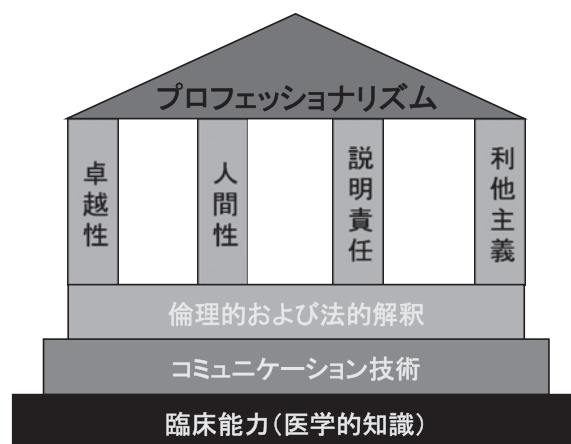
学者

生涯にわたって医学的知識の学習、応用、適用をきちんと見えるように続けることができる

プロフェッショナル

個々人や社会の健康などに倫理性・専門職としての自己規制・高い行動規範をもってかかわれる

図2 Copyright © 2005 The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. <http://rcpsc.medical.org/canmeds>. Reproduced with permission.



Measuring Medical Professionalism by David Thomas Stern (2006), p. 19 Fig. 2-1
(By permission of Oxford University Press, Inc)

図3 プロフェッショナリズムの定義

る、意識しないに関わらず、図1にあるような無書面の契約を結んでいるといえよう。この社会契約や Profess すること（キリスト教を基盤にする社会では神に対してであろう）については、宗教的な背景のないわが国では、少なからずしっくりこない感じがあるのではないかと筆者は考えているが、医療訴訟になると、この無書面の契約関係は当然のこととされている。

医師はいろいろな期待を社会や患者から当然のように抱かれている。1983年に中川米造は魔法使い、学者、科学者、技術者、援助者など5つの医師の顔を挙げた。医師の多様な役割を、カナダのCamMEDSで図2に示す。この中でもプロフェッショナルは分けて論じられている。なお、プロフェッショナルは専門職集団や当事者をさし、イズムは行動やプロセスを意味する。プロフェッショナリズムは、専門職の集合的行為の総意、あるいは個人的理解、リフレクション、思慮深い行為により獲得されねばならない社会的プロセスである。

プロフェッショナリズムについて、ArnoldとStern⁴は、図3に示すように「定義」をしている。臨床能力・コミュニケーションスキル・倫理的・法的理解の土台の上に立つ、卓越性・人間性・説明責任・利他主義の4つの柱でプロフェッショナリズムを支えているとするものである。このような大枠で大きくとらえるものもあるが、定義はいろいろなものがあり、人によって意味するところも異なり、明確に論じられない場合もあるように筆者には思われる。迫りくる医療の危機に対応して、欧米内科3学会・組織合同は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⁵

を作成して具体的に原則と責務を提示した。これはその後多くの国々・学会で適切と承認されている。憲章では、3つの原則：すなわち、患者の福利優先の原則、患者の自律性（autonomy）に関する原則、社会正義（social justice、公正性）の原則と、10の責務：すなわちプロフェッショナルとしての能力に関する責務、患者に対して正直である責務、患者情報を守秘する責務、患者との適切な関係を維持する責務、医療の質を向上させる責務、医療へのアクセスを向上させる責務、有限の医療資源の適正配置に関する責務、科学的な知識に関する責務（科学的根拠に基づいた医療）、利害衝突（利益相反）に適切に対処して信頼を維持する責務、プロフェッショナル（専門職）の責任を果たす責務（仲間や後進の育成など）を掲げ、これの順守を求めている。

オスラーは「医療はアートであり、取引ではない、使命であって商売ではない。その使命を全うする中で、あなたはその心を頭と同じくらい使うことになる」とミッションとしての医療を述べ、医師に科学性と人間性を強く強調していた。現代の医師はさらに明確に社会との契約によって、社会に対する説明責任をも求められていることを忘れてはいけない。

ここで、筆者の考えるプロフェッショナリズムについて簡単にまとめたい。医師に求められるもののコアは変わらない（特にヒーラーの側面）が、プロフェッショナルの面は社会・文化の影響を受ける。そのため、定義はいろいろなものがあり、歴史的、文化的な差異は必然でコンテキストに依存する部分もある。であるので、その教育あるいは医療施設で何を指すのか十分に話し合い、構成員、学習者、指導者に周

知確認することが重要である。またプロフェッショナルリズムについて大きくとらえる見方と医師としての身の処し方, physician-ship として狭義にとらえる見方があるが, 筆者は一応, 「行動様式」として狭い意味でとらえておきたい。医師のプロフェッショナルリズムは, 自律性を持ち, 社会契約に基づいた医師という専門職の姿勢・構え・行動様式であり, その背景には健全な倫理観がある。コンピテンシーとして分けて論じられたり, 多面的な役割が含まれているが, 基本的には科学性・人間性・社会性の要素があり, 適切にこれらが濃淡をもって具現化するのが診療場面である。常に振り返り, 学習しながら向上をめざす姿勢, 同僚や後輩への教育的な態度とともに, 自己研鑽・自己規制などをやりぬく強い意思をどう現実の場面で持続していくか, 研修するものも指導するものもよいロールモデルになるような不断の努力が必要である。

なお, 蛇足ながら医師のプロフェッショナルとしての行動様式の評価については, P-MEX⁶ (医師・患者関係構築能力, 省察能力, 時間管理能力, 医療者間関係構築能力の4分野の評価のみ) というスケールに注目して妥当性検証を筆者らは進めている⁷。チーム医療や患者中心の医療を行う現代では, もはや医師単独で「医師のプロフェッショナルリズム」を考えることはできない。社会の視点や医療を遂行する多くの職種との相互作用の中で考えていくことが必須である。

2. 教育：方略と評価

プロフェッショナルリズムの教育の概要を表4⁸にあるように, 1) 目標を設定しそれを明示する。2) 習得のための学習経験を積む。そして3) 成果を評価することからなる。白衣式あるいはそれに類する式典は数大学ですで行われているようだが, プロフェッショナルリズムの教育は, 最初の知識のレベルから, 時期を追って態度・姿勢・実際の行動へのレベルに継続的に, 実践的でなくてはならない。学習者にとって重要なイベントを振り返ることができるような, 体験を持ってもらうような方略やプロフェッショナルリズムのあり方を身をもって示してくれるようなロールモデルの存在や良いあり方を模索するような文化・環境に身をおくことも大変重要である。医療者間の協力の重要性や多視点をもった考え方ができるような, 多くの関連学部が連携するような (inter-professional education) 教育も必要である。より良い教育は, 望ましい個人的体験を得てもらうことが重要である。

評価については表4にもだれが評価を行うかという

表4 教育の大枠 (8) より

*望ましいあり方の設定

白衣式
オリエンテーションセッション
方針や手順
綱領や憲章

*学習環境の提供

公式カリキュラム
PBL (課題解決型学習)
倫理学を学ぶコース
患者-医師関係を学ぶコース
地域基盤型教育
国際選択科目
隠されたカリキュラム
ロールモデル
寓話
教師としての環境

*アウトカムの評価

医学部入学前の評価 (医療面接を何度か観察)
教員の評価
同僚の評価
患者の評価 (患者満足度)
多角的評価 (360度) 評価

点でまとめられている。しかしこのほかに, 筆者も一員であった, オッタワ会議のプロフェッショナルリズム評価検討グループでは⁹, プロフェッショナルリズムは, いわば連続性をなしており, 評価するものをレベルに分ける考え方が役立つのではないかと提案している (individual, inter-personal, societal-institutional)。もちろん, さらにこれらのレベルの相互作用もあるであろう。個々の努力だけでは大変難しく, 個々人間や組織全体の評価もあわせて行わないと本当の姿はとらえられない。

3. 教育の実践にあたっての問題点

実践に当たって, 1) 所属する組織や施設全体の議論により, その施設で定義の具体化や明確化をする中で, 積極的な支持を得ること。2) 学習者にその重要性を伝えること。3) 各部門のスタッフが協働運営すること。4) ロールモデル医師の育成や, 教員・指導者の意識改革を図ること などが重要である。組織や施設全体の文化をプロフェッショナルリズム教育に適合したかたちに変えていくことが重要で, 無理な精神論ではなく, 自然にそうなるようになる文化の熟成が鍵である。

実践に一番の問題は、いわゆる裏のカリキュラムである。患者さんには十分説明をすべきという公式のカリキュラムがあっても、実際の現場で説明が十分でない状況を学習者が見せつけられたり、忙しくて無理なんだと聞かされたりすれば、こちらの非公式のカリキュラムの方が、インパクトが強いことになる。また、このようにはっきり見えなくても、全人的な教育を謳い、どの科目も重要だと言っている医学部で、生理学や病理学が必修になっているのに、心理学や倫理学が選択になっていけば、その医学部では、無言の内に言行不一致となっている。さらにもっと潜在しているカリキュラムもあるかも知れない。明確な形で教育されている「表」のカリキュラムと、組織的あるいは個々の教育者に「裏」のカリキュラムがあり、それらが本当に整合性をもちながら教育や診療が行われないとプロフェッショナリズム教育にはならない。やはり、大学なら大学、組織なら組織の「理念」に真に立ち返ることが肝要なのであろう。

文 献

1. 宮田靖志, 野村英樹, 尾藤誠司ほか: 提言 医師養成課程におけるプロフェッショナリズム教育の導入と具体化について 第16期日本医学教育学会倫理・プロフェッショナリズム委員会. 医学教育 2011; 42: 123-126.
2. Cruess SR, Johnston S, Cruess RL: Professionalism for medicine: opportunities and Obligations. Med J Aust 2002; 177: 208-211.
3. 野村英樹: 健康保険制度における「プロフェッションの自律」内科系学会社会保険連合「ワークショップ」 「プロフェッショナリズムと保険診療」 <http://www.naihoren.jp/gijiroku/gijiroku104/104gian3-1.pdf>
4. Arnold L, Stern DT: What is Medical Professionalism? In: Measuring Medical Professionalism (ed), Stern DT 2006; pp 15-37, Oxford university press.
5. 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. Ann Intern Med 2002; 136: 243-246.
6. Cruess R, McIlroy JH, Cruess S, Ginsburg S, Steinert Y: The professionalism Mini-Evaluation Exercise: A preliminary investigation. Acad Med 2006; 81 (10 Suppl): S74-S78.
7. Tsugawa Y, Tokuda Y, Ohbu S et al.: Professionalism Mini-Evaluation Exercise for medical residents in Japan: a pilot study. Med Educ 2009; 43: 968-978.
8. Stern DT, Papadakis M: The developing physician—becoming a professional. N Engl J Med 2006; 355: 1794-1799.
9. Hodges BD, Ginsburg S, Cruess R et al.: Assessment of professionalism: Recommendations from the Ottawa 2010 Conference. Med Teach 2011; 33: 354-363.

(受付: 2011年3月30日)

(受理: 2011年4月5日)