

地域医療に従事する総合診療医をどう育成するか

宮田靖志¹⁾, 森崎龍郎¹⁾, 八木田一雄²⁾, 山上実紀¹⁾,
福森則男¹⁾, 夏目寿彦¹⁾, 寺田豊¹⁾, 山本和利¹⁾

¹⁾ 札幌医科大学医学部地域医療総合医学講座

²⁾ 松前町立松前病院

How can we educate medical students who contribute to community medicine as a general practitioner?

Yasushi MIYATA¹⁾, Tatsuro MORISAKI¹⁾, Kazuo YAGITA²⁾, Minori YAMAGAMI¹⁾,
Norio FUKUMORI¹⁾, Toshihiko NATSUME¹⁾, Yutaka TERADA¹⁾, Wari YAMAMOTO¹⁾

¹⁾ Sapporo Medical University, School of Medicine, Department of Community and General Medicine

²⁾ Matsumae Town Hospital

ABSTRACT

Medical students' motivation and their self-image as future physicians change during their undergraduate medical education. Establishing sound community medicine and general medicine curriculum in undergraduate medical education is imperative to foster general physicians who engage in community in Hokkaido. Community medicine clerkship is said to be the important element of current undergraduate medical education for cultivating the community orientation of medical students. However, there are few studies that demonstrate what medical students have actually learned from their community medicine clerkship. We need to conduct a study that reveals what medical students have learned from their community medicine clerkship experience. And, we need to revise the curriculum by considering the study results. We are now creating a new community medicine clerkship curriculum that cultivates community responsiveness and narrative competence of medical students.

(Accepted December 27, 2008)

Key words: Community medicine, General physician, Reflection, Portfolio, Narrative competence

1 はじめに

地域医療の崩壊が止まらない。既に、一大学医局、一大学医学部で事態を解決できる状況ではないところまできている。市町村、そして国まで含めた医療行政の根本的なあり方から地域医療を見直すべき時期にきている。実際、地域医療崩壊の議論は医療体制の再構築に向かいつつある。しかし一方で、このような状況で第一線の地域医療を死守している個々の臨床医が存在していることを忘れることはできない。大学医学部として現在の地域医療崩壊に貢献できることの一つは、このように地域の最前線で地域医療を死守するプロフェッショナルリズム溢れる医師の育成であると我々は考えている。

当講座は、「本大学の設立の理念・目的のひとつである『地域医療への貢献』を、より積極的かつ継続的に果たすため、①系統的・総合的な卒前及び卒後教育を通して地域医療を担うことのできる医師（総合診療医）または研究者の育成、②地域医療、総合診療、等に関する研究の推進」を

目的として、1999年に開設された。具体的には、「地域医療を担う総合診療医の養成の役割を持ち、医学生に対する教育、研究生に対する教育、を行うために、地域医療学・総合診療医学、等の講義、地域医療の実習、地域医療に関する短期実習研修、等の教育コースを設定し、総合的、計画的に教育・研究を行う」ことが求められている。

本論では、地域医療に従事する総合診療医を育成するため、これまでに我々が取り組んできた地域医療・総合診療に関する医学生教育の研究内容を紹介する。

尚、総合診療医、プライマリ・ケア医の定義については議論のあるところであるが、本論文では同義語として用いる。

2 学生は、なぜ医師を目指し、どのような医師を目指しているのか？

最近の医学生はやる気がなく、人間性にも問題がある、などの批判的議論が展開されることがある¹⁾。実際、医学生の中には、医療に従事することを生活の糧を稼ぐためのただの手段と思っている場合があることが指摘されている²⁾。

札幌医大の学生の場合はどうであろうか。

札幌医大に入学してきた医学生に対する質的研究³⁾の結果では、個人的医療体験、医療現場で働く家族の影響、医科学に対する関心の3点が、彼らの医学部志望の主要な動機として抽出された⁴⁾。このことから、学生はヒューマニティおよびプロフェッショナリズムに動かされ医学部を志望してきていることがうかがわれる。しかし一方で、収入が安定しているという生活の視点も少数ながら抽出されており、このような生活志向の医学生が今後増えてくることは予想できる。この傾向は今後の医学教育上で問題となってくることは必至である⁵⁾。将来の自分の医師像に関しては、札幌医大の新生生の3分の2は具体的なイメージをもっておらず、抽象的な医師像として、患者を理解できる医師、患者の信頼を獲得できる医師、人間性をもった医師といった人間性の側面を重要視したイメージを抱いていた。残りの3分の1の学生は具体的な将来像をイメージしており、そのうちの40%を占めたのが、地域医療・プライマリ・ケア医であった。これは全体の18.6%であった⁴⁾。医学生の5人に1人は入学時に地域医療、プライマリ・ケアを志向していると言える。

3 将来への医師像はどのように変わるのか？

札幌医大では、入学時に地域医療、プライマリ・ケアを

志向する学生が一定程度存在し、多くの学生は人間性の側面を重視した将来像をもっていることがわかった。しかし、一般的には、卒前医学教育を受けていくうちに医学生の情熱と人間性は徐々に低下していくことが指摘されており⁶⁾、プライマリ・ケア志向性も減少していくと言われている⁷⁾。この点に関して、果たして札幌医大の医学生は6年間どのような変化をしていくのであろうか？

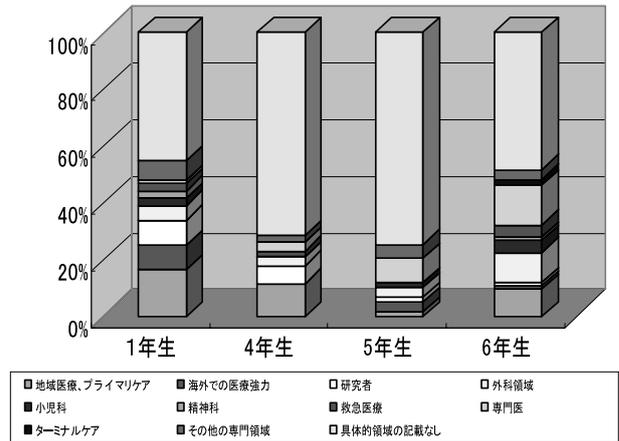


図1 学生はどのような医師になりたいと思っているのか

表1 学生は将来どのような医師になりたいとおもっているのか

(** ; p<0.01, *p<0.05)

テーマ	学年	1 (%)	4	5	6
地域医療、プライマリ・ケア		19 (18.6)	11 (11.5)	** 1 (2.1)	9 (9.5)
海外医療協力		10 (9.8)	0 (0.0)	2 (3.4)	1 (1.1)
研究		10 (9.8)	6 (8.3)	1 (2.1)	1 (1.1)
外科		6 (5.9)	3 (1.0)	2 (3.4)	10 (10.5)
小児科		3 (2.9)	0 (0.0)	1 (2.1)	4 (4.2)
精神科		3 (2.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.1)
救急		3 (2.9)	2 (2.1)	0 (0.0)	4 (4.2)
いわゆる専門医		1 (1.0)	3 (3.1)	5 (8.5)	13 (13.7)
緩和医療		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (2.1)
その他		8 (7.8)	2 (2.1)	3 (5.1)	3 (3.2)
小計		50 (49.2)	28 (29.2)	* 15 (25.4)	50 (56.2)
特定の記述なし		52 (51.0)	68 (70.8)	44 (74.6)	45 (47.4)
総計		102	96	59	95a

表2 将来の医師像に影響を与えた要因

テーマ	学年	1st	4	5	6
新聞、テレビ、書籍		32	9	4	4
自分自身の不快な医療体験		17	12	5	4
自分の家族の病気		14	9	2	9
医療関係者である家族		11	9	1	1
自分自身の良好な医療体験		9	3	1	3
日々の生活全般		7	7	3	4
現在の医療状況からの考察		4	6	7	4
講義		1	10	4	0
クリニカルクラークシップ		1	9	3	40
その他		5	2	0	4
特定の記述なし		1	25	29	25
Total description		102	101	59	98

表3 将来の医師像の抽象的要素

(* ; p<0.01)

テーマ	学年	1	4	5	6
患者を理解する		19	14	5	7
患者の信頼を得る		17	8	6	13
しっかりとした技術をもつ		13	7	4	5
人間性あふれる		10	3	3	4
患者のこころをケアする		10	0	0	6
患者の話を聴く		10	9	3	0
親しみをもたれるようにする		9	8	3	5
豊富な医学知識をもつ		4	4	0	1
患者を満足させる		2	1	2	3
全コメント数		94	54	26	44
1学生のコメント数の平均		0.92	*0.56	*0.44	*0.46

1年次の学生で自分の将来の医師像として最も多い地域医療医、プライマリ・ケア医は、学年が進むとともに減少し、6年次にこれらを志望する学生は全体の9.5%であった(図1)⁸⁾。特に5年次にはこの値は最低であった。5年次にはもともと将来の具体的なイメージを持つことが有意に低い(表1)。これは1年間のクリニカルクラークシップで様々な診療科をローテートし、自分の将来を色々と吟味しているためとも考えられる。このことは、6年次に自分の将来像に影響を与えたものとして、40%の学生がクリニカルクラークシップを挙げていることから推察できる(表2)。また、学生が持つ将来の医師像に関する抽象的なイメージのコメント数は、1年次と比較して4、5、6年次には有意に少なくなっている(表3)。このことは先行研究のごとく、卒前医学教育の中で学生は情熱と人間性を失っていることを示しているのかもしれない。医学生は学年が進むにつれ医療を冷めた批判的な目でみるようになり、理想を失っていき⁹⁾、そして社会的側面への関心が低下していくと言われている¹⁰⁾。同様のことが札幌医大でもみられているとしたら、人間性、プロフェッショナルリズムを涵養する教育を卒前教育で継続的に行うカリキュラム構築の必要性があると言える¹¹⁾。

4 プライマリ・ケアを生涯キャリアとして選択する要因は何か？

札幌医大の6年生では、1年次よりは低下するものの、9.5%の学生が地域医療、プライマリ・ケアを志向していることが分かった。日本で唯一行われている全国規模のプライマリ・ケア・キャリア・チョイスの研究では、5.7%の医学生がプライマリ・ケアを志向していることがわかっている¹²⁾。しかし、この研究は1992年に実施されており、現在の医療状況と学生気質は当時と大きく変わっており、新たな研究の必要があると考える。我々は北海道の3大学の医学部6年生のプライマリ・ケア志向の割合とそれに影響を及ぼす要因を調査した。

我々の研究では、北海道の3大学医学部6年生のプライマリ・ケア志向は平均すると8.4%であった(表4)¹³⁾。この割合は先行研究よりも増加していると考えられた。医学生のプライマリ・ケア志向に影響を及ぼす要因は、多変量解析の結果、ライフスタイルを考慮しないこと、男性であること、入学前の社会経験があること、プライマリ・ケア医である教官との親密な接触があることの4つであった(表5)。米国の医学生はライフスタイルがコントロールしやすいことをキャリア・チョイスの要因としてあげるようになってきており、ライフスタイルがコントロールしにくいプライマリ・ケア

表4 診療科の選択

	A 大学	B 大学	C 大学	p value	Total
決めている	68 (71.6)	56 (71.8)	54 (83.1)	0.22	178 (74.8)
決めていない	26 (27.4)	22 (28.2)	11 (16.9)		59 (24.8)
無回答	1 (1.1)	0	0		1 (0.4)
臨床医	74 (77.9)	58 (74.4)	54 (83.1)	0.45	186 (97.4)
非臨床医	1 (1.1)	2 (2.6)	2 (3.0)		5 (2.6)
無回答	20 (21.1)	18 (23.1)	9 (13.8)		47 (19.7)
プライマリ・ケア	5 (5.3)	10 (12.8)	5 (7.7)	0.2	20 (8.4)
内科系専門科	23 (24.2)	15 (19.2)	19 (29.2)	0.38	57 (23.9)
外科系専門科	35 (36.9)	25 (32.1)	25 (38.5)	0.7	85 (35.8)
小児科	6 (6.3)	5 (6.4)	4 (6.1)	0.99	15 (6.3)

表5 プライマリ・ケア選択に影響を与える要因

	プライマリ・ケア選択	
	オッズ比	95% CI
年齢 < 24	1.28	(0.50 - 3.29)
男性	3.52	(0.79 - 15.6)
入学前に社会経験有り	3.1	(1.10 - 8.77)*
出生地の人口 < 10,000	1.95	(0.52 - 7.29)
親が医師	0.33	(0.075 - 1.48)
ライフスタイルを重視	0.08	(0.010 - 0.59)*
プライマリ・ケア教官との接触	2.59	(1.020 - 6.60)*
講義	1.3	(0.51 - 3.29)
地域医療実習の満足度	2.91	(0.83 - 10.26)
地域医療への関心	13.81	(3.13 - 61.04)*
地域医療への従事志向	9.34	(2.12 - 41.21)*
地域医療を重要と考える	4.81	(0.63 - 36.87)

多変量解析の結果

	OR	CI
ライフスタイルの重視	0.073	0.009 - 0.58
男性	9.83	1.23 - 78.8
入学前に社会経験有り	4.63	1.12 - 19.2
プライマリ・ケア教官との接触	3.4	1.19 - 9.8

医を生涯のキャリアとして選択することを敬遠する傾向がある¹⁴⁾。一方で、プライマリ・ケアを志向する学生は利他主義的傾向が強く、ヒューマニティを強く持っている傾向があるとされる¹⁵⁾。我々の結果の、ライフスタイルを考慮しないこととプライマリ・ケア志向性の有意の相関は、米国での研究結果と同じ意味を持つと考えられる。しかし、医療崩壊が進んでいる現在、自分のライフスタイルをどこまで犠牲にし、利他主義の精神で医療を行えるのかは議論を要する。我々は現在、利他主義を強く持つ傾向があるとされるプライマリ・ケア医が、地域で疲弊しないで医療を行うためにはどのような姿勢で臨むのがよいのかを提案するために、感情労働の視点から医師の疲弊を分析する基礎研究に着手している。これまでの研究では、医師・患者間の価値観が異なるとき、医師の役割があいまいなとき、医師が患者の期待に応えられないと感じたときに、プライマリ・ケア医は心理的ストレスを感じており、感情労働に影響を及ぼすことが明らかになりつつある（山上研究からの私信）。

我々の研究で重視すべきもう一つの点は、卒前医学教育でのプライマリ・ケア教育への満足度とプライマリ・ケア志向性との間に相関がみられなかったことである。一方で、プライマリ・ケア医である教官との親密な接触は有意な相関がみられた。後者の結果はロールモデルの重要性を意味している。このことは、正式なカリキュラム（formal curriculum）よりも非公式なカリキュラム（informal curriculum）の方が重要であることを示唆している可能性がある。確かにロールモデルの影響は医学教育の中で大きな位置を占めており、また、プライマリ・ケア志向への影響は大きい¹⁶⁾。一方で、もし正式カリキュラムが、プライマリ・ケア医養成に影響を及ぼさないことが真実だとすると、プライマリ・ケア医学教

育者にとっては非常にネガティブなデータである。しかし、一見ネガティブデータに見えるこの結果の解釈として、我々はむしろ正式カリキュラムの不十分さを考慮すべきと考えている。かつては、札幌医大だけでなく日本のほとんどの大学で、プライマリ・ケア教育は行われていなかった。このことは null curriculum と呼ばれ、学習者に教えないことで学習者の学習体験や社会の中ではこのトピックは重要な問題ではないというメッセージを学習者に与えること、として知られている¹⁷⁾。現在、やっと当大学でも正式な総合診療、プライマリ・ケア、地域医療教育のカリキュラムが充実しつつあり、今後これらの教育内容がプライマリ・ケア医のキャリア・チョイスに大きな影響を及ぼすと考えている。

5 患者はプライマリ・ケア医に何を求めているのか？

プライマリ・ケア医と専門医の連携による地域医療の再構築が医療崩壊への対策として重要と我々は考える¹⁸⁾。我々の医学教育の真のアウトカムは、現在約10%弱の学生しか志向していないプライマリ・ケアの専門分野に従事する医師が増加し、そのような医師が地域医療の最前線で専門医と連携して医療を行うようになり、地域住民の健康が向上することと考えている。しかし、果たして患者はそのようなプライマリ・ケア医を本当に望んでいるのであろうか？また、プライマリ・ケア医に患者は何を望んでいるのであろうか？このことが分かれば、良質な医療を提供できるプライマリ・ケア医を養成するためのひとつの指針となる¹⁹⁾。専門各科の医師に患者が期待することは比較的想像しやすい。つまり、その特定領域の訴え、疾患に対する専門的治療がその最たるものであろう。しかし、プライマリ・ケア医に患者が期待するものに関する研究は今まであまり行われてこなかった²⁰⁾。

我々は、札幌医大付属病院の総合診療科に通院する患者の思いを質的に分析した²¹⁾。患者の思いから抽出されたのは、総合診療医に対する期待と満足の要素であった。患者には、全人的に、あるいは、ひとりの人間としての全体を診てほしい、適宜専門診療科へコンサルトしてほしい、必要があれば専門各科に紹介してほしい、との期待があった。また、患者は、話を聴いてくれること、説明を充分してくれること、診療時間を長くとってくれること、安心を与えてくれること、優しく接してくれること、に満足感を得ていた。これらのことから、全体性、紹介、コミュニケーション、快適さの4点を重要な要素としてまとめた。もちろん、医学的な知識・スキルは重要であるのは間違いないが、それらを備えた医師の基盤となるものとして、これら4つの要素をプライマリ・ケア医は身につけることが必要である。また、地域住民の患者の思いについても質的に調査した。この研究は、北海道の道東と道南の町で実施された。研究で明らかになった患者が医師に望む要素は、コミュニケーションを重視した良好な医師患者関係の構築、同一医師による長期的な継続診療、

幅広い領域で適切に判断できる診療能力、病診連携を生かした適切な後方病院への紹介の4点であった(八木田研究からの私信)。幅広い臨床能力と病診連携による紹介とは、まさにプライマリ・ケアと専門診療の有機的統合と考えられるであろう。現在、総合診療医学会、家庭医療学会、プライマリ・ケア学会のジェネラリスト3学会の合併の動きが進行しており、ここではジェネラリストの正式な専門医制度が検討されている。今後、これらの要素を含んだジェネラリスト養成の正式なカリキュラム構築がなされていくであろう。

6 札幌医大の総合診療科実習での総合診療医養成とその問題点は何か?

我々が明らかにしてきた患者の期待に応え患者の満足を得られる医療を提供できるプライマリ・ケア医を、我々はどうのようにして育てようとしてきたのか。

2003年夏までに大学附属病院で実施してきた総合診療科実習の効果について、我々は検討した²²⁾。研究では、総合診療科実習で学生が何を感じ取ったのかを質的に分析した。分析の結果、従来型の実習である入院患者実習には、学生はあまり強い印象をもっていないことがわかった。一方で、学生は診療参加型の実習形態をとった医療面接実習に大きな印象を受けていた。とりわけ模擬患者医療面接実習において形成的評価を受けたことは大きなインパクトを与えていた²³⁾。また、学生はプライマリ・ケアとしての総合診療科では人間を全体として診ると理解はしていたが、総合診療の具体的特徴についての印象はほとんど得ていなかった。以上のことから、学生にプライマリ・ケアを教育するには、診療に十分に参加できること、適切な評価を与えることが重要と考えた。病院内での総合診療科の役割については以前から様々な議論があり、病院内で総合診療本来の業務を遂行

することがうまくできていないケースが多いことが指摘されており²⁴⁾、我々の研究結果からも附属病院内でプライマリ・ケアの教育を行うことは非常に困難であることが再認識された。特に、地域医療を担うプライマリ・ケア医を育てるためには、学生が地域の医療機関で臨床実習することが必要であることが、近年、特に強調されるようになってきている²⁵⁾。これらを考慮し、我々のグループの中でも実習の現場を附属病院から地域医療機関へ移すことが検討されるようになった。すでに、2000年から6年生の総合診療科選択臨床実習では4週間の臨床実習をすべて地域医療機関で実施してきており、この実習から学生が何を学んでいるかの質的研究の結果が得られており、この研究結果も議論の推進力となった。この研究結果によると、地域医療実習に参加した学生は、地域に住むことの意味、地域医療への積極的な従事志向、地域医療に必要な条件の理解、地域医療の内容に関する否定的考え、などを学んでいた(表6)²⁶⁾。

この結果より、地域医療実習は学生のプライマリ・ケア、地域医療従事への前向きな態度に一定程度以上貢献すると判断し、我々は2週間の総合診療科・臨床実習を、2003年秋からすべて地域の医療機関で実施することにした。

7 地域医療実習で学生は何を学ぶのか?

地域医療に従事するプライマリ・ケア医の教育を卒前レベルから充実させるために、特に近年になって、多くの大学で地域医療実習の取り組みが始まっている。しかし、地域に学生を送るだけで地域医療を担うプライマリ・ケア医を養成できるとは思えない。地域社会のヘルスプロモーションまで視野にいれた地域指向性のある医師を育てるための周知なカリキュラム設計が必要である²⁷⁾。そのためには、実施されたカリキュラムの中で学生が実際に学んだことを検証し、その結果を基にカリキュラムの改善を重ねていくことが必須である²⁸⁾。しかし、地域医療実習に関するそのような研究は、本邦ではほとんど行われてこなかった。

我々は、大学附属病院から地域医療機関に移した札幌医大の2週間の総合科臨床実習、すなわち地域医療実習で学生が学んだことを、Significant Event Analysis (SEA)²⁹⁾を用いた振り返りを用いて検討した³⁰⁾。2006年度の札幌医大5年生で実施された2週間の地域医療実習の最終日にSEAのセッションを持ち、その内容をビデオ録画し分析した。学生のSEAの内容から地域医療実習で学んだことを抽出しカテゴリー化した。また、学生が行ったSEAの振り返りの深さを4つのレベルに分類した。この研究から、学生は、医療システム、医師の役割、患者中心性、ロールモデル、臨床倫理について学び、体験の感想を述べ、体験を一般化できるレベルの振り返りを行っていることがわかった。この結果より、地域医療実習では、個々の医学知識、技術的なことよりもシステムに基づく医療、プロフェッショナルリズムについて学んでいると結論づけられた(表7)。

学びにおける“振り返り (reflection)”はDeweyによっ

表6 地域医療実習に参加した学生が学んだことの質的分析

学生	A	B	C	D	E	F	G
実習施設	A	A	A	A/B	B	B	B
地域での生活の厳しさ				◎	○		
地域医療実習教育への高評価	◎	◎		○	○		
行政との関わり					○	◎	
地域医療の実践内容への否定的考え						◎	
地域医療実習への肯定的態度		◎					
地域医療に対する全般的な否定的態度		○		○	◎	◎	
地域医療従事に関する前向きな考え		◎	◎	◎	○		○
地域医療での責任の重要性					○	○	
患者との深いつながり				○		○	
人間関係の難しさ			○				
地域医療の実践内容への肯定的考え							○
地域医療医の行動に対する肯定的考え					○		
地域医療医の行動に対する否定的考え						○	
地域医療に対する全般的な否定的態度	◎						
特定の医師の診療態度に対する肯定的考え			○				
地域医療従事に関する中立的な考え						○	○

(○) ; 学生の発言から抽出された概念, (◎) ; 抽出された概念のうち強調されたもの, 太字は重要と考えられた概念)

表7 SEA から抽出された学びの項目

学びの項目	頻度
医療システム	17
医者の役割	10
患者中心性	8
臨床判断	6
家族	6
生涯教育	6
知識と技能	6
倫理的問題	6
コミュニケーション	5
ポジティブ・ロールモデル	4
キャリア・チョイス	3
他の専門職の役割	2
ネガティブ・ロールモデル	2
地域と文化	2
医師の責任	1
医療の限界	1
死の神聖さ	1

て初めて導入され³¹⁾, Kolb らによって提示される“経験学習 (experiential learning)”のサイクルの主要なステップである³²⁾. 近年, 体験を振り返ることをはっきりと意識して学ぶことの重要性が強調されており, “省察的実践家 (reflective practitioner)”が専門職の成長モデルとして提示されている³³⁾. 我々が行っている地域医療実習のまとめのSEAは, 地域で体験した出来事の意味づけを再構築し学びを深め³⁴⁾, 地域指向性を涵養する試みである. 我々の研究結果において学生の学びの焦点が医療の科学的側面よりも医療のプロフェッショナリズム事項にあったことは, 地域医療実習が医療の社会的側面を学ぶのに重要な体験であったことを意味している. 現在の医療崩壊をはじめとした医療におけるプロフェッショナリズム問題は, 医学教育においても重要な課題である³⁵⁾. 地域医療の臨床の最前線で学生が体験する事項は, 地域指向性のみならず医療の基本的なプロフェッショナルな態度を涵養するのに有用な体験となっていることが明らかとなり, 地域基盤型の臨床実習の有用性はさらに広く認識されるべきものと考えた³⁶⁾.

8 地域医療実習で日々の振り返りを涵養する教育手法

我々の研究結果にてSEAは有用な教育手法であることが再確認された. しかし, 地域に2週間滞在する学生には, 日々振り返りを行い毎日の体験を学びに変えていくことが求められる. このために我々は, SEAに加えどのような方法をもちいればよいのだろうか. 近年, ポートフォリオによる学習が振り返り学習のツール, または, 学生の学びの評価として医学教育に用いられるようになってきている³⁷⁾. ポートフォリオは, カリキュラムのアウトカムに照らした学習の学びの成果を収めたものであり, 診療した患者や手技のリストのようなログブックとは, 振り返りの要素が含まれていることが決定的な違いである³⁸⁾. このポートフォリオは日々

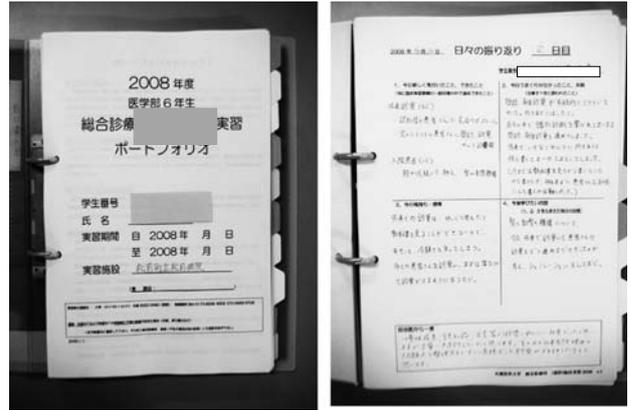


図2 ポートフォリオの実例

図3 振り返りシート

の振り返りを涵養するために有用なツールである.

我々は, 2週間の地域医療実習にポートフォリオを導入し(図2), 学生の学びを分析した. ポートフォリオの中には日々の振り返りシートが用意され(図3), ①今日気づいたこと・できたこと, ②今日うまくいかなかったこと・失敗, ③今の気持ち・感情, ④今後学びたいこと, を記載することが毎日の課題とされた. 我々は, ポートフォリオを分析して地域医療実習の効果を検証するために, 医学生100人が記載したすべての振り返りシートを集め, その中の記載から学生が学んだと考えられる記載をすべて抽出した. 抽出した記載を

表 8 学びのカテゴリー

(振り返りシート総数 872 枚)

(振り返りシート総数 872 枚)	
知識	334
コミュニケーション	232
手技	214
家族	117 (5.2%)
臨床推論	111
診療マネジメント	106
患者マネジメント	102
地域	84 (3.7%)
学習への気づき	83
患者の立場	76
患者中心性	76
疫学	67
他職種理解	66
医師の態度	65
チーム医療	56
診療機能	51
医師の技能	45
医師のあるべき姿	40
情報マネジメント	35
医師患者関係	30
施設機能	27
医療経済	22
医療制度	19
包括医療	16
医療資源	17
診療各科の理解	16
医療問題	15
診療環境	13
医療環境	13
他職種の姿勢	12
予防	11
学習環境	10
施設環境	9
生と死	7
職場環境	6
医療の限界	5
医療政策	4
キャリア・チョイス	3
医療の不確実性	2
危険因子	2
分類不能	24
計	2243

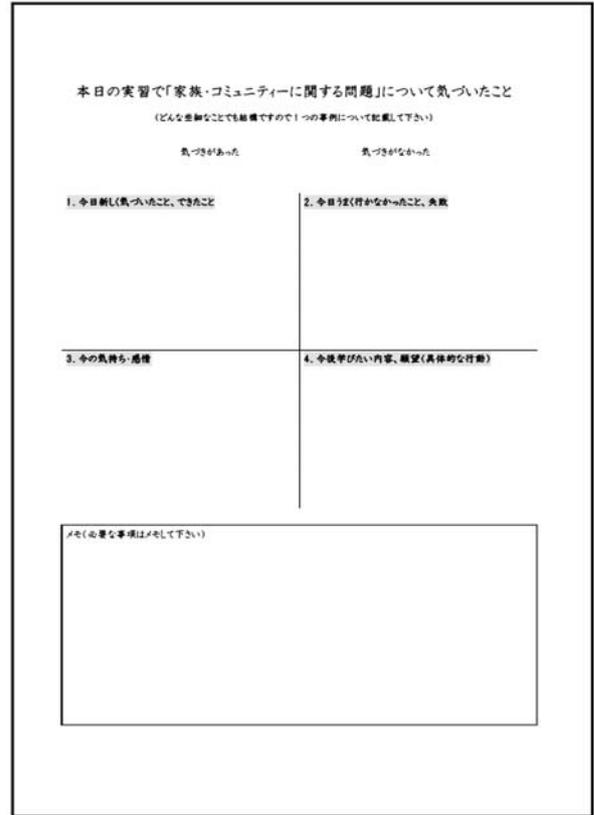


図 4 地域家族に関する気づきのための振り返りシート

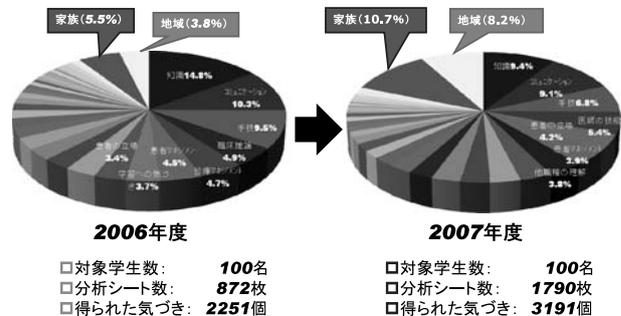


図 5 地域医療実習における学びの変化

その内容を表す概念に置換し、同様の内容の概念をまとめ、カテゴリー形成し、これを学びの要素とした。分析結果から得られた学生の学びは多岐にわたっていた。知識、コミュニケーション、手技、臨床推論、診療マネジメント、患者マネジメントの項目の合計が全体の49%を占め、その他に医療の社会的側面やプロフェッショナリズムについても学んでいた。しかし、地域特有の事項や患者家族に特有の事項については、それぞれ全体の5.2%、3.7%しか得られていなかった(表8)。このことから我々は、医学生として求められる医師の能力について地域医療実習で学生は一定程度学んでいると思われたが、地域でしか学ぶことのできない、また、ぜひ学んで欲しい地域特有の事項、患者家族の背景の学びは

十分ではないと考えた。我々は、学生がこれらを学ぶことのできる方略を考える必要があると結論づけた。

これを受け、翌年度の地域医療実習では、地域・家族に関する学びを振り返るためのシートをポートフォリ内に追加して学生の振り返りの機会を改善する試みを行った(図4)。これにて、学生の地域、家族に関する学びはそれぞれ8.2%、10.8%に有意に増加した(図5)。量的な変化だけでなく、地域、家族に関する学びの内容の質的な変化も見られた。地域に関する学びでは、地域のコンテキストに合わせた医療、医療機関周囲の地理的理解が新たにみられるようになった。また、家族に関する学びでは、家族介護の負担、患者家族の配慮の要素が目立つようになった。この結果は、振り

返りの視点を変えるだけで、同じ体験からでも学びが大きく変わることを示している。振り返りシートの改訂による研究結果は、ポートフォリオ作成による振り返りの重要性に加え、体験の振り返りをうまくファシリテートする方法、振り返りの枠組を設定することの重要性を示している。

9 地域医療実習の新たな試みと今後の課題

これまでの研究結果を受け、更に深く地域を診る能力、患者家族を含めて患者を全人的に診る能力を学生に涵養する教育手法の必要性を、我々は強く感じている。このため、我々は現在、地域医療実習でさらに新たな取り組みを行っている。

「地域視診・地区診断」は、白衣を脱ぎ捨て、医療機関のある地域を歩いて観察し、地域の特徴を理解するものである。特に、保健師と地域を歩いた学生による地域視診のレポートには、地域のコンテキストの十分な理解とそれによって導かれる地域での医療のコンテキストの理解がみられている(寺田研究からの私信)。「地域医療ミニ研究」は、地域医療機関でよくみられる、または、特徴的な健康問題を理解するために行う簡単な観察研究である。外来通院患者の訴えの特徴をまとめる学生がいる一方で、患者が療養医療機関から自立して地域内の自宅に戻るための医療資源調査と自立支援モデルを作成する学生もいる。短期間の実習中で、地域医療医が行うべき診療の質改善や地域包括医療の視点を学生が持つに至っていることは嬉しい驚きである(夏目・福森研究からの私信)。「ホームステイ実習」は、学生が地域住民の自宅にホームステイし、地域住民の生活を知る体験である。その地域の患者は、なぜ早朝早くから病院で診療時間を待っているのか、あるいは、なぜ1ヶ月毎の診療に顔をだせないのか。このような地域住民の受療行動は、地域住民の生活を知ることによって理解が深まる。学生は、漁師の舟に乗ったり、酪農家の家で作業の手伝いをしたりして、住民の生活を身をもって理解している。また、地域住民の家族の暖かさや、家族関係の深さも理解する。こうして学生は家族の意味をあらためて考え直し、家庭医療の理論を再確認することにもつながっている(森崎研究からの私信)。「ライフストーリー聴取」は、慢性疾患で療養する患者の今まで生きてきた人生の物語を聞き取るものである。患者の生きてきた人生を聴取することで、患者の持つ病の意味、患者を取りまく家族、知人、地域を理解する。慢性期病棟で両足切断され何年も寝たきりで療養している患者は、その地域に生まれ貧しく育ったためさまざまな差別を受けてきた。その後、レックリングハウゼン病を発症し、結婚してから家族内で様々な葛藤を経験しながら生き、ついには両足を切断し家族と離れて療養する生活を続けている。学生はこのように患者の疾患だけでなく、患者の人生の物語を深く聴取してきている。担当する寝たきりの老人にこのような物語が当たり前のよう存在していることを知り、学生は患者を全人的に診ることの重要性を再認識する(宮田研究進行

中)。「パラレルチャート」は、担当患者を診療した際の、自分の思いや患者の状況を物語風、或いは個人的日記風に書き留め、まとめるものである。通常のカルテには書くことのできない個人的な思いや感情は、どこかに書きとめられ、見つけ直される必要がある。これらを書き留め、その内容をグループで話し合うことで患者および医師としての自分のナラティブを再構築できる³⁹⁾(宮田研究進行中)。この方法はナラティブ能力を涵養するための有用な方法である⁴⁰⁾。

これらの新たな取り組みに関して、そのアウトカムの詳細な検証が現在進められている。このように、当講座は地域・家族に関するナラティブ能力を備えた地域指向性のある医師の養成を行うための教育研究に重点をおいて活動を行っている。

参考文献

1. Kay J. Traumatic deidealization and the future of medicine. *JAMA* 1990; 263: 572-573.
2. Fields SA, Toffler WI. Hopes and concerns of a first-year medical school class. *Med Educ* 1993; 27: 124-129.
3. 宮田靖志. 質的研究の背景と概観. 講座 質的研究・1. 理学療法ジャーナル 2003; 37: 57-62.
4. Miyata Y, Higashi H, Yamamoto W. A qualitative study of first-year medical students: Why do students want to become physicians? What kind of physicians do they want to become? *Gen Med* 2006; 7: 39-44.
5. Smith LG. Medical professionalism and the generation gap. *Am J Med* 2005; 118: 439-442.
6. Wolf TM, Balson PM, Frucett JM, et al. Retrospective study of attitude change during medical education. *Med Educ* 1989; 23: 19-23.
7. Miller KE, Fox BC, Mitchell GL. Medical students' and private family physicians' perceptions of family practice. *Fam Med* 1996; 28: 33-38.
8. Miyata Y, Yamamoto W. How does students' motivation for their future images as physician change during their undergraduate medical education. *家庭医療* 2006; 12: 16-23.
9. Woloschuk W, Harasym PH, Temple W. Attitude change during medical school: a cohort study. *Med Educ* 2004; 38: 522-534.
10. Zinn WM, Sullivan AM, Aotov N, et al: The effect of medical education on primary care orientation: results of two national surveys of students' and residents' perspectives. *Acad Med* 2001; 76: 355-365.
11. Stern DT, ed. *Measuring medical professionalism*. Oxford: Oxford University Press Oxford; 2006.
12. Ohtaki J, Fujisaki K, Terasaki H, Fukui T, Okamoto Y, Iwasaki S, Tsuda T. Specialty choice and understanding of primary care among Japanese medical students. *Med Educ* 1996; 30: 378-384.
13. Miyata Y, Morisaki T, Yamamoto W. Factors Influencing Primary Care Career Choice of Japanese Medical Students Graduating in 2004. *医学教育* 2007; 38 :231-238.

14. Dorsey ER, Jarjoura D, Rutecki GW. Influence of controllable lifestyle on recent trends in specialty choice by US medical students. *JAMA* 2003; 290: 1173-1178.
 15. Vaidya NA, Sierles FS, Raida MD, Fakhoury FJ, Przybeck TR, Cloninger CR. Relationship between specialty choice and medical student temperament and character assessed with cloninger inventory. *Teach Learn Med* 2004; 16: 150-156.
 16. Connelly MT, Sullivan AM, Peters AS, Clark-Chiarelli N, Zotov N, Martin N, Simon SR, Singer JD, Block SD. Variation in predictors of primary care career choice by year and stage of training. *J Gen Intern Med* 2003; 18: 159-169.
 17. Arnold L, Stern DT. What is medical professionalism? In: Stern DT, editor. *Measuring medical professionalism*. Oxford: Oxford University Press; 2006.
 18. 山本和利. ジェネラリストと地域医療. *日本内科学会雑誌* 97; 866-871. 2008.
 19. Kravitz RL: Measuring patients' expectations and requests. *Ann Intern Med* 2001; 134: 881-888.
 20. 瀬島克之, 佐々木健, 山崎亮, 大川博樹. 質的アプローチをもちいた地域医療の外来形態に関する考察. ある地域病院に通院する高齢患者のニーズから. *プライマリ・ケア* 2004; 27: 186-196.
 21. Miyata Y, Yamamoto W, Kimura S, Kawabata H, Morisaki T, Sasaki N. Patients' perception of core values of a general medicine department in a Japanese university hospital. *Prim Care Jpn* 2005; 3: 40-48.
 22. Miyata Y, Yamamoto W, Kimura S, Kawabata H. What did students acquire from their general medicine clerkship? A qualitative analysis of student descriptions. *札幌医学雑誌* 2002; 71: 39-45
 23. Miyata Y, Yagita K, Yamamoto W. Student perception of SPs feedback during communication sessions. *医学教育* 2007; 38: 251-257.
 24. 福井次矢, 今中孝信, 青木誠, 大滝純司, 伴信太郎, 松村理司, 向原茂明. わが国の教育病院における総合診療の現状『総合診療に関する現状調査アンケート』報告. *医学教育* 1997; 28: 9-17.
 25. Deutsch SL, ed. *Community-based teaching. A guide to developing education programs for medical students and residents in the practitioner's office*. Philadelphia: ACP; 1997.
 26. Miyata Y, Yamamoto W. A qualitative evaluation of medical students, perceptions of their rural medicine clerkship experience. *プライマリ・ケア* 2006; 29: 168-175.
 27. Seifer SD, Hermanns K, Lewis J, ed. *Creating community-responsive physicians. Concepts and models for service-learning in medical education*. San Francisco: AAHE; 2000.
 28. Kern DE, Thomas PA, Howard DM, et al. *Curriculum development for medical education: a six-step approach*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1998.
 29. 宮田靖志. Significant Event Analysis (SEA) で振り返る. 山本和利編集. *総合診療医の最前線 医療再生を目指す General Physician.Modern Physician* 2009; 28: 240-243.
 30. 宮田靖志, 八木田一雄, 森崎龍郎, 山本和利. 地域医療必修実習における“Significant Event Analysis (SEA) を用いた振り返り”の検討. *医学教育* 2008; 39: 153-159.
 31. Dewey J. *How we think*. New edition. Dover publication: New York; 1997.
 32. Kolb D, Fry R. Towards an applied theory of experiential learning. In: Cooper CL, ed. *Theories of Group Process*. London: John Wiley & Sons; 1975, p.33-56.
 33. Schon DA. *Educating the Reflective Practitioner: Towards a New Design for Teaching and Learning in the Professions*. San Francisco: Jossey-Bass; 1975.
 34. 宮田靖志. 1対1の場で, 研修者に“気づき”を促そう. 尾藤誠司, 藤沼康樹編集. 決定版! スグに使える臨床研修指南の21原則. 東京: 医学書院; 2005. p.50-61.
 35. 宮田靖志, 岩田勲, 山本和利. 医療におけるプロフェッショナルリズムの日米医師の意識の違い. *医学教育* 2008; 39: 161-168.
 36. Patrick C, Alguire, Dawn E, Dewitt, Linda E, Pinsky, Gary S, Ferencick. 著, 山本和利監訳, 宮田靖志訳. あなたもできる外来教育. 地域立脚型外来教育ガイドブック. 東京: 診断と治療社; 2006.
 37. Friedman Ben David M, Davis MH, Harden RM, Howie PW, Ker J, Pippard MJ. AMEE Medical Education Guide No.24: Portfolios as a method of learner assessment. *Med Teach* 2001; 23: 535-551.
 38. Challis M. AMEE Medical Education Guide No.11. Portfolio-based learning and assessment in medical education. *Med Teach* 1999; 21: 370-386.
 39. Miyata Y, Yamamoto W. The 6 Cs Approach for Narrative Based Primary Care: A Case Report. *プライマリ・ケア* 2006; 29: 295-301.
 40. Rita Charon. *Narrative medicine. Honoring the stories of illness*. Oxford: Oxford university press Oxford; 2006.
-
- 別刷請求先: 宮田 靖志
〒060-8543 札幌市中央区南1条西16丁目
札幌医科大学医学部 地域医療総合医学講座
E-mail; ymiyata@sapmed.ac.jp
Tel; 011-611-2111 (内線 3561)
Fax; 011-614-3014

