

研修医の抱える問題から示唆された 卒前行動科学教育の課題

——グループインタビューによる質的分析——

鈴木 富雄* 阿部 恵子** 桑 畠 愛***
河野 直子**** 伴 信太郎*

Challenges reported by junior residents and implications
for undergraduate behavioral science education :

A qualitative analysis of group interview

*Tomio Suzuki, **Keiko Abe, ***Ai Kuwahata,
****Naoko Kouno, *Nobutaro Ban

*Department of General Medicine, Nagoya University Hospital

**Gifu University, Medical Education Development Center

***Department of General Medicine, Program in Health and Community Medicine,
Nagoya University graduate school of medicine

****Department of Geriatric Medicine, Program in Health and Community Medicine,
Nagoya University graduate school of medicine

Abstract :

Purpose: The aims of the study were to determine how residents perceive behavioral sciences; the challenges that residents face in the clinical consultation; and, in the light of the results, what were the implications for undergraduate curriculum.

Method: We conducted 100-minute group interviews with 17 residents from 2 residency programs at 2 different sites, one university hospital (one group of 5-residents and one of 6-residents) and one private general hospital (one group of 6-residents) in Nagoya from November 2006 to January 2007. These transcripts were analyzed thematically by 4 authors.

* 名古屋大学医学部附属病院総合診療科

** 岐阜大学医学部医学教育開発研究センター

*** 名古屋大学医学系研究科健康社会医学専攻総合診療医学講座

**** 名古屋大学医学系研究科健康社会医学専攻発育加齢医学講座

Results: Five themes were extracted. Firstly, residents have vague images about behavioral science and their knowledge was incomplete. Thus, Behavioral Sciences didn't relate to clinical practice. Secondly, there were challenges in the clinical settings, as residents felt themselves helpless and low in confidence and were sometimes unsure about how to conduct themselves. Residents found it difficult to deal with attending physicians who were not supportive, or emotional. Thirdly, due to the new residency program, residents have to rotate from one department to another. They reported difficulties related to; variations in minor rules in each departments; building good relationship with attending physicians; and, contradictions about ethical issues. Fourthly, residents need to have strategies for coping with stress. It was extremely important to have a safe room where residents can disclose themselves, and for young residents, feedback from the attending physician was crucial. There were difficulties in balancing professional life with private one. Finally, residents reported that undergraduates need to have opportunity for making clinical decisions, and therefore, the curriculum should prepare students by using clinical simulation activities.

Conclusion: Residents expressed facing a variety of challenges. Therefore, the training programs which lessen the gaps that exist between undergraduate situations and clinical practice. In addition, training in teaching techniques, for attending physicians is needed.

キーワード：

研修医	resident
コミュニケーション	communication
自己管理	self-control
ストレス	stress
行動科学教育	education of behavioral science

I. はじめに

医療者主導ではなく患者中心の医療に対する尊重, 生命予後から QOL 重視へという価値観の変化, 医師不足を基盤とした過重労働問題の出現など, 医療をめぐる多様な動きの中で, コミュニケーション能力, ストレス対処能力といった行動科学的な素養が, 今まで以上に医師に求められている。

研修医の抱える問題から示唆された卒前行動科学教育の課題

欧米では、研修医のバーンアウトが以前から問題になっており¹⁾²⁾³⁾⁴⁾、あるレビューによると、18%から82%の研修医が燃え尽き状態にあると言われ⁵⁾、1990年代より行動科学の理論の上に成り立つプロフェッショナルリズムの育成を重視した教育カリキュラムの導入が始まり、卒前医学教育の改革が進められてきた⁶⁾。北米では2000年頃から自己管理、健康維持に関する具体的な教育が行われるようになり、2005年の Boss & Smith の調査によると、142校の医学校の内、回答のあった71校 (50%) 中、Physician impairment に関する授業をしている学校が95.8%、Wellness に関する授業をしている学校が77.5%あり⁷⁾、多くの卒前教育の場で何らかのストレス対処に関する指導がなされている⁸⁾⁹⁾¹⁰⁾。また、それらのカリキュラムの妥当性を示唆する根拠となる医学生や研修医対象のストレス対処法に関する介入研究も小規模ながら多数行われており¹¹⁾¹²⁾¹³⁾、医学生対象のセルフケア教育により睡眠状況が改善し¹⁴⁾、研修医対象のストレスマネジメントに関するWSにより感情疲労が改善した¹⁵⁾ という報告がある。

日本では研修医のコミュニケーション能力、自己管理能力、やりがいなどに關する研究は一部で行われているに過ぎず、実態は明らかではない。前野らの研修医のストレスに関する調査では、研修開始後に新たに抑うつ反応を呈した研修医は25.2%に上り、現場での高い質的・量的負荷と著しく低い裁量度・達成感がストレスの特性であると結論づけられた¹⁶⁾。また、木村らは研修医のストレス要因を探る質的研究から、研修医のストレス要因を「医学生時代と医療現場とのギャップがもたらす産物」と特徴づけた¹⁷⁾。これらの結果からも、日本の医療現場で研修医にかかっているストレスの質と大きさが推測される。

一方、そのような研修医が抱えるストレスや医療現場でのジレンマに対して、行動科学的視点から卒前医学教育に言及された報告はほとんどない。本研究では、研修医が臨床現場で実際にどのような問題に遭遇し、その問題に具体的にどのような対応しているかを明らかにし、今後の卒前行動科学教育の方向性を探っていくことを目的とした。

II. 方 法

1. 対 象 者

調査対象者は研修医17名。内訳は市中病院勤務の研修医6名（卒後1年目3名，2年目1名，3年目2名）と大学病院勤務の研修医11名（卒後1年目6名，2年目5名）であり，男女比はほぼ半々であった。市中病院で1グループ，大学病院の11名は卒後年次が均等になるように，5人，6人の2グループに分けた。全員に対して紙面で研究参加に関する同意を得た。

2. 調 査 方 法

平成18年11月から19年1月にかけて，主となる2名の研究者が，表1のインタビューガイドを用いた半構造化インタビューを上記3グループに行った。各グループに対し，約100分間のインタビューとディスカッションを行い，内容を録画した。

表1：インタビューガイド

-
- 1) 行動科学をどのように理解しているか
 - 2) 現場でどんな問題に遭遇しているか
 - 3) その問題をどのように対処しているか（うまくいった経験，うまくいかなかった経験を踏まえて）
 - 4) 卒前の医学教育の中で行動科学教育は可能と思われるか
-

3. 評 価 方 法

録画テープより逐語録を作成し，4名の研究者が2名ずつペアになり3グループの分析を分担した。最初に2名の研究者が独立して，逐語録の中から鍵となる重要な発言を抽出したのち，同義の文脈を集めた上でカテゴリー化を行い，その結果を2人の評価者で議論し，ひとつの意見に集約した。次に主研究者2名が3グループの分析後の集約カテゴリーをもう一度見直して，最終的な重要概念を抽出した。その過程において，あるカテゴリーが意味する概念の内容を的確に表現すると思われる単語や文章を用い，カテゴリー名を付けた。

研修医の抱える問題から示唆された卒前行動科学教育の課題

表2：研修医の抱える問題と行動科学への認識

テーマ	抽出された概念	代表される発言		
行動科学の理解	1) 漠然としたイメージと特定の側面のみ理解	「知らない、今聞きました」「授業を受けたが漠然としていて覚えていない」「学際的なイメージ」「禁煙指導などの行動変容を目指すもの」「意識を変えていく」		
	2) 現場とリンクしていない座学	「2年間やっても使う機会がない」「知識だけで現場とリンクしていない座学」		
現場で遭遇する問題	1. 患者との関係	1) 自分自身に対する無力感と自信のなさ	「何もしてあげられない自分に無力さを感じる」「いつになったらできるようになるのか……」「知識があっても経験がなければ自信がもてない」「死期が近づいていると、もう、話しかける言葉がない。足が遠のく」	
		2) コミュニケーションスキルの不足	「言葉の壁があって分かってもられない」「医療面接のテキストがいっぱいあり、型は覚えるけど、現場で実際にどう使えばいいのかわからない。知識と現場の間を埋めるものがない」	
		3) 現場に対応しながらの自己コントロールの難しさ	「医学教育で『患者の話しは聴きましょう』と習ったけど、やればやる程自分の生活は浸食される。でも冷たい医師にはなりたくない」「自分の気持ち健全じゃないと患者さんに優しくできない」「自分のことが一番わかっていない」「当直で2日寝ないと効率落ちる。100%の活動は無理。」「昼食はいつもカップラーメン。患者さんの食事指導の内容と自分は正反対の生活を送っている」	
	2. 指導医との関係	コミュニケーションが取りにくい指導医に対する悩み	「指導医次第で仕事のしやすさが全然違う」「自分を感情的に抑えられない指導医がいる」「患者さんとのコミュニケーションで悩むより、指導医とのコミュニケーションで悩む方が圧倒的に多い」「研修医は受け持ち患者が少なくてもあっぴあっぴ、指導医によっては『できるだけたくさん見た方がいい』と考え、受け持ち患者数の考え方がさまざま」	
		3. 病棟での問題	1) システムに不慣れ	「病棟によってマイナールールが違うから難しい」「システムを理解するのに時間が掛かる」
			2) 看護師との関係に苦心	「ここ（市中病院）の看護師さんは優しい方が多くて関係良好。大病院に行った時は常にびりびり、つんつんした感じで空気悪かった」「手術室では邪魔、そこいってと言われる」「謝りながらやっていく」「最初と最後に挨拶が重要」
	3) 患者利益と現実の業務との矛盾	「標準的な薬の出し方が通用しない。患者の利益を第一に考えるように学んだので、初めはびっくり、でも言われる通りにした」「自分の判断だけでは決められない。患者の有効性と病棟の運用面を考えなければいけないことを痛感」		

表 2 つづき

	4. 問題の対応法	1) 感情表出	「長距離電話で同期と愚痴の言い合い」「月に一度同期の飲み会」「友人や親に話すと楽になる」
		2) 安全な場の確保	「研修医室で悩みを聞いてもらう」「研修室は上の先生のいない安全な場所」
		3) セーフティーネットとしての指導医	「指導医の一番のポイントはフォローしてもらえる安心感」「調べても分からないこといっぱいある。怒られてもいいから答えを返してくれる先生はありがたい」「教育的な視点を持っている上級医がいると楽」
		4) 線引き・度合い・加減	「患者の苦しみをまともに受け止めると本当に苦しい。忘れるわけではないが、それを考えると自分の行動が制限され、更に苦しくなる。忘れるようにする。」「できることと、できないことをはっきり言う」「自分の時間も必要。まともに考えたらまずい」「医師がどこまで24時間医師であるかの加減」「患者との距離を取る」
		5) 情報交換	「各科のマイナールールを教えてもらう」「地雷を踏まないようにする」
卒前教育の可能性	1) ストレス対応力に関する卒前教育の可能性には否定的	「難しいと思う。学生は責任がないので、それ程のストレスがないから」「医師になってからの、現場での『ぶつかり稽古』のようなもの」	
	2) 医師の責任を実感できるような実習	「ポリクリ時代から研修医に近いことをする」「患者との関わり」「現場に近い授業をする」	

III. 結 果

対象の研修医は、市中病院と大学病院と異なった勤務先であったが、グループ間の差は少なく、ほぼ同様な結果が得られた。抽出された概念を表 2 に示す。

行動科学に関する認識に関しては、漠然としたイメージでしかなく、現場では役立たない座学との意見も出され、具体的には禁煙指導に見られる行動変容に関するものというように、局面的な理解に留まった。

現場で遭遇する問題に関しては、患者との関係、指導医との関係、病棟との関係、の 3 つのカテゴリーに分けられた。患者との関係においては、1) 自分自身に対する無力感と自信のなさ、2) コミュニケーションスキルの不足、3) 現場に対応しながらの自己コントロールの難しさ、の 3 つの問題に集約された。指導医

研修医の抱える問題から示唆された卒前行動科学教育の課題

との関係においては、コミュニケーションが取りにくい指導医に対する悩みが挙げられた。病棟との関係においては、1) システムに不慣れ、2) 看護師との関係に苦心、3) 患者利益と現実の業務との矛盾、の3つの問題にまとめられた。

これらの問題から起こるストレスへの対処に関しては、1) 感情表出、2) 安全な場の確保、3) セイフティーネットとしての指導医、4) 線引き・度合い・加減、5) 情報交換、の5つの方法が示された。

卒前教育における行動科学教育について、医療現場で起こってくるストレスへの対応力を学べる場となる可能性に関しては、研修医の意見は否定的であったが、医師の責任を実感できような卒前臨床実習を充実させることの重要性も指摘された。

IV. 考 察

行動科学の理解

行動科学という言葉を全く知らなかった研修医は1名のみで、ほぼ全員が、大学での単発の授業、半期に渡る選択授業、就職後の病院での研修会などの場で、行動科学に関する何らかの教育機会が与えられていた。しかし、その理解に関しては、一種漠然としたイメージであり、具体的に禁煙指導や糖尿病患者の行動変容以外の事項は想起できず、あくまで生活習慣病の患者教育のための一つの知識というとらえ方にとどまっていた。

患者と家族の発言や行動の意味をどう考えるか、他の医療者とどのようにコミュニケーションをとっていくか、ストレスの多い現場で自分自身の心の在り方や行動基盤をどのようにつくっていくべきかなど、行動科学に関する重要で有用な側面の認識はされておらず、現場では役に立たない座学というように捉えられていた。

日本では、系統立てた卒前行動科学教育が行われている大学は稀であるが、岐阜大学、東京医科歯科大学などでは少しずつ導入が始まっている。今後は、今回の結果を踏まえ、アウトカムベースに教育成果を評価し、医療現場でのより良き実践に結びつくようなカリキュラムが求められている。

現場で遭遇する問題

1) 患者との関係における問題

(1) 自分自身に対する無力感と自信のなさ

研修医は、終末期の患者や難しい病態の患者に対して、自分一人では何も出来ない無力感を感じ、時として現場を意識的に避けているという罪悪感をいだき、医師としての自信をなくしてしまっている。卒前教育の中で断片的な知識を学んできてはいるが、現場で何をどうすべきかは教えられておらず、患者に対してどのようにふるまってよいかかわからない。前野らの報告にあるように、「研修医の現場における裁量権の低さ」¹⁶⁾もこの問題に関与している可能性がある。また、木村らの報告にある学生時代と臨床現場とのギャップの中の一つとされる「未熟な研修中の医師としてのストレス：プロフェッション・ギャップ」¹⁷⁾とも言うべきジレンマが、困難な臨床現場に投げ込まれた研修医の立場から表出されている。

(2) コミュニケーションスキルの不足

学生同士や模擬患者との医療面接実習とは異なり、実際の患者は様々な心理社会背景から多様な解釈モデルを抱いている。また、小児、超高齢者、言葉が伝えられない患者、外国人の患者などもおり、より多様なコミュニケーションスキルが求められる。このような中で、コミュニケーションがうまくとれず、患者のニーズと噛み合わず、信頼関係を得ることが難しいとも感じている。一方で、患者の心理社会的、文化的背景に応じ、説明の仕方、訪問頻度や話す時間の長さ、話す内容の深さなど、アプローチ方法の工夫をすることによって、関係性が良い方向に変化していくことへの気づきも表出された。この結果から、基本の医療面接技術が備わっていれば、より高度なスキルの部分は現場に出てからでも時間をかければ身につけてくる可能性も示唆された。4年生対象に行われる共用試験 OSCE (Objective Structured Clinical Examination: 客観的臨床能力試験) 以降の卒前の医療面接教育の最終達成目標に関しては、大学ごとにばらつきがあり、評価も一定の基準で行われておらず、カリキュラムの中の何をコアとして、どの範囲まで広げるのかを、今後も引き続き検討していかなければならない。

(3) 現場に対応しながらの自己コントロールの難しさ

卒前教育では、「患者さんの話をじっくりと聴く」ことの重要性が強調され、

研修医の抱える問題から示唆された卒前行動科学教育の課題

研修医も、傾聴的態度で患者の意向を尊重しながら最善をつくしたいと思っている。しかし、慣れない業務をこなしながらそのように振る舞えば振る舞う程、自分の時間がなくなり精神的にも追い詰められ、多忙な業務とプライベートとのバランスを取るのが非常に難しいと感じていた。さらに、患者の対応と日常業務に忙殺される中で自分の到達目標を意識する余裕がなく、進歩している自分の立ち位置が見えないため、不安を感じ抑うつ的になっているとの意見も出されていた。また、気持ちが健全でないと良い医療が出来ないとの思いも感じており、他の研修医のストレス対応法にも関心を抱いていた。厳しい医療現場で働く医師という職業人を育てる上で、これらの研修医の声は軽視できない重みがあり、卒前の行動科学教育の方向性として、ストレスコーピングの技法の教育も含め、この部分にどうかかわっていただけるかが問われている。

2) 指導医との関係における問題

研修医は指導医次第で仕事のしやすさが全然違うと述べ、指導医によって、指導の仕方はもとより、受け持ち患者の数に対する考え方、治療方針決定上の価値観なども大きく違うことに戸惑いを感じていた。さらに、医療現場では指導医が絶対的な権限を持っていることから、指導医との関係は業務のストレスと直結しており、ネガティブ・フィードバックや相談に応じてくれない態度など、指導医とのコミュニケーションでの問題が表出された。

卒前教育の場では学生の立場は気楽であり、指導教員との関係も希薄である。研修医と指導医との関係は社会に出たからこそ、初めて遭遇する新たに生まれた濃厚な人間関係であるとも考えられる。これは、木村らが報告する研修医のストレス要因の中の「新米社会人としてのストレス要因：社会人ギャップ」¹⁷⁾に相当する。しかしながら、指導医の側ではそのような研修医の内面的ストレスについての認識度は低く、指導医対象のFD (Faculty Development: 教員・指導医教育) の内容を見直しながらも、より充実させていく必要があると考える。

3) 病棟における問題

(1) システムに不慣れ

研修医は、研修する複数の診療科の病棟を1カ月から3カ月ほどでローテート

しなければならぬ。病棟毎の業務上のルールの違いがあるため、ローテートするたびに戸惑い、間違え、注意を受ける。やっとそのシステムに慣れたところにローテート期間が終了し、次の病棟で一から同じことが始まる。病院全体としての業務の統一がなされていないが故のストレスと思われるが、医師としての基本業務を覚えていく段階にある研修医にとって、過剰なストレスとなっている。近年、医療安全管理上、病院内の業務の統一は大きな課題となっているが、研修環境の整備という見地からも、その改善が急がれる。

(2) 看護師との関係に苦心

現場では常に怒っているような看護師さんが多いとの発言もあり、緊張関係の中で関係づくりに苦心する研修医の姿が表出された。研修医は、自らの経験や技術が未熟であると自覚しながら、現場での実践的経験がはるかに豊富で、技術的にも秀でている看護師に対して指示を出し、方針を示していかなければならぬ矛盾した立場に置かれている。看護師と良好な関係を築くことができれば、病棟業務において大きなサポートを得ることができるが、一步間違えればその逆が待っており、コミュニケーションをいかにうまくとっていかかが求められている。

(3) 患者利益と現実の業務との矛盾

服薬方法や血糖値の測定時間など、実際の現場では業務の流れの中で患者の利益が必ずしも最優先されているわけではないことに対して、驚きと矛盾を感じつつも、現実として適応していかななくてはならない困難さが表出された。

問題の対応法

1) 感情表出

友達や親に話すと楽になる、同学年でストレス解消に月に一回必ず飲み会をするなど自分の内面を表出し、ストレスを貯めないことが大事との認識をもち、うまくバランスを取っているとの意見がみられた。その一方でストレスをうまく表出することができず、医師としての責任の重さを過剰に感じて苦悩する姿も見受けられた。責任感の強さとストレス対応力の弱さが背中合わせになっている危うさが存在し、そのような研修医に対してはバーンアウト予防のために何らかの対応が早急に必要と思われた。

2) 安全な場の確保

今回のインタビューの対象者となった2グループの大学の研修医の休憩室は各学年で独立しており、指導医の医局とも離れた場所にあるため、どんな愚痴でも同学年同士気兼ねなく話すことができ、なくてはならないストレス解消の場となっていた。一方、もう1グループの市中病院では、医局の一角に研修医の居場所が用意されているため、話は筒抜けで、ストレス解消の場としては有効に働いていないとの意見が出されていた。職場での愚痴を含め言いたい放題のことが言えてリラックスできる一種の「安全な場」の確保が、ストレス対応において重要な役割を果たすことが明確となった。

3) セイフティーネットとしての指導医

先に述べたように、指導医との関係において悩んでいる研修医が多いことが、今回明らかになった。その一方で、学習者中心指向と言えるような教育的な態度を身につけている指導医に恵まれ、何事においても相談できている研修医は、充実した研修が受けられていることも判明した。研修医にとってそのような指導医が一種の「セイフティーネット」となっており、その指導医に指導されているという安心感が重要であることが示唆された。木村らの報告でも、研修医のストレス緩和要因として、気軽に相談できる上級医の存在や指導医のポジティブ・フィードバックが挙げられており¹⁸⁾、今回の結果を裏付けていると言える。

4) 線引き・度合い・加減

研修医の勤務時間は平均85.0時間／週で、睡眠時間は平均5.7時間／日、自由時間は2.4時間／日と報告されていることから¹⁶⁾、卒前教育の中では経験した事のない過酷な状況に直面している。これは平成16年度から開始された卒後臨床研修制度の改革により緩和されている可能性もあるが、実態はまだ明らかにされていない。いずれにせよ、現在も研修医は、多忙でストレスの多い医療現場においてどこまで患者に深く関わるべきか、休日や夜中まで続く勤務の中でどの程度まで業務をこなさなければならないのか、医師である時間とプライベートの時間のバランスをどう取っていけばよいのかなどに関して、判断が難しいと感じている。その中で、自らが苦しみながらも、業務において自分のできる範囲とできない範

困を見極め、線引をしたり、患者への介入の度合いを調節したり、力の入れ所を加減することにより、これらのストレスに対応していることが判明した。

5) 情報交換

現場でストレスを感じた病棟の状況や、コミュニケーションがとりにくい指導医や看護師の名前などに関して情報を交換し、共有し合うことが、「地雷を踏まない」ためにも重要とされていた。一つ上の学年や後期研修医などの近い年代の医師からの情報も役立っていた。研修医同士での情報交換という協力体制が自然発生的にできていることは、ストレス回避のための手段として興味深いのが、それを日常的に気兼ねなく行えるためには、前述した「安全な場」の確保がより重要な条件となっていると言えよう。

卒前教育における教育の可能性

研修医は、現場でのストレスは職業人であるひとりの医師として患者に対する責任性から生じるものが大きく、学生時代にはそのような状況に置かれることはないために、実感として捉えることができず、卒前教育でそれらのストレスへの対応法を学ぶのは難しいのではないかと考えていた。研修医の言葉を借りると、それは現場での「ぶつかり稽古」のようなもので、確かに医学教育における on the job training の重要性について否定はしきれない。しかしながら、これは現場での実践的対応能力の教育に関してあまりにも無関心であったこれまでの卒前教育の偏ったあり方を裏付ける結果とも言える。

Ratanawongsa らによると、研修医時代のやりがいや充実感は、職業人としての成長と密接に関係しており、その経過の中で自己犠牲と自己優先のバランスがうまく調節できずに、一時的に大きく変動し得る不安定な時期¹⁹⁾と特徴づけられた。今回の結果からも、研修医は現場でそのような不安定な状態にあることが確認された。研修医のバーンアウトを予防し患者の利益を損なわないためにも、ストレスコーピングの技法も含め、行動科学的な見地に立った卒前教育カリキュラムを確立していく必要がある。

今後の卒前行動科学教育に向けた提言

今回の研究結果を踏まえた上で、今後の卒前行動科学教育の方向性を見据え、以下の提言をしたい。

- 1) 卒業後に現場で実践的に対応できるように、各種のコミュニケーション障害因子を加えた医療面接実習や、現場と同様な設定での、より実践的なシミュレーション教育のプログラムを構築し、その普及に努める。量、質ともに未だ不十分ではあるが、現在各大学で少しずつ増えてきた Advanced OSCE での取り組みに、その萌芽は見受けられる。
- 2) 学生が臨床現場で診療チームに加わり、その一員として責任を持って役割を果たしながら診療の質を向上させ得る、真の意味での「参加型臨床実習(クリニカル・クラークシップ)」の重要性を強調し、実現させていく。単なる見学とは違い、患者と向き合い、他職種やチームの中でコミュニケーションをとりながら、責任のある一員として診療に貢献することができたという経験は何ものにも代え難く、卒業後、研修医としての現場での姿勢に大きな影響を与えると考える。
- 3) 将来的には、卒前行動科学教育に関する6年間で一貫した形での体系的なモデルカリキュラムを作成する。各学年における到達目標が示され、単なる座学に終わらないように、少人数のレクチャー、体験実習、ロールプレイ、ストレスコーピング技法習得のためのセミナー、長期にわたる現場での実習などを取り入れる。成人学習の基本に乗っ取り、現場で役立つための実践的な教育であることを学生に意識させ、ポートフォリオなど学生自らの振り返りを重視した評価手法を用いる。各大学の現状に合わせて柔軟に応用する。

また、卒前教育での介入とは異なるが、現在各地で頻繁に行われている研修病院の指導医講習会のようなFDの内容を今一度吟味し、研修医の感じている現場での問題点への理解やセイフティーネットとしての指導医の役割認識などに関する教育を、その中に入れ込んでいくことも重要と思われる。

本研究のリミテーションとして、分析資料の提供者となった対象者が少ない点と、研修病院により、指導プログラム、指導体制などの違いがあったが、分析時の考慮に含めなかった点が挙げられる。また、本研究は質的研究であり、今後本

研究からの知見をもとに、量的な観点からの介入研究をも組み合わせることにより、行動科学的視点に立った教育カリキュラムの妥当性を評価していくことが必要であろう。

V. おわりに

研修医の抱える問題についてグループインタビューを行い、質的に分析した結果、研修医は行動科学について漠然としたイメージでしか理解していないことが明らかになった。また、自分自身に対する無力感と自信のなさ、自己管理の難しさ、指導医・看護師との関係、患者との距離の取り方、仕事とプライベート時間のバランスなど、多様な問題から大きなストレスを引き起こしていることが明らかになった。今後の課題として、多様なコミュニケーションの障害因子を設定した模擬実習を提供し、現場とのギャップを縮めるため、より臨床における医師の役割・責任を実感できるような実習のあり方を検討すること、指導医への教育指導が重要と考える。将来的には6年間一貫した卒前行動科学教育のモデルカリキュラムの構築が望まれる。

謝辞

研修医の紹介と研究方法にご助言いただきました植村和正先生、また調査に協力してくださった研修医の先生方に深謝申し上げます。

なお、本研究は平成18年～20年度科学研究費補助金（基盤C18590489代表：鈴木富雄 研究課題名：日本の医学部教育における6年間統合型行動科学教育プログラムの開発に関する研究）の助成を受けて実施した。

参 考 文 献

- 1) Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK: Rates of medication errors among depressed and burnout residents, *BMJ*, 336 (7642): 488-491, 2008
- 2) Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL: Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program, *Ann Intern Med*, 136 (5): 358-367, 2002
- 3) Gelfand DV, Podnos YD, Carmichael JC, Saltzman DJ, Wilson SE, Williams RA:

研修医の抱える問題から示唆された卒前行動科学教育の課題

- Effect of the 80-hour workweek on resident burnout, *Arch Surg*, 139 (9): 933-938, 2004
- 4) McCray L, Cronholm P, Bogner H, Gallo J, Neill R: Resident Physician Burnout: Is there hope?, *Fam Med*, 40 (9): 626-32, 2008
 - 5) Prins JT, Gazendam-Donofrio SM, Tubben BJ, vander Heijden F, van de Wiel H, Hoekstra-Weebers J: Burnout in medical residents: a review, *Medical Education*, 41: 788-800, 2007
 - 6) Cuff A. P, Vanselow N: "Improving Medical Education: the Behavioral and Social Sciences Content of Medical Curricula" ed Committee on Behavioral and Social Sciences in Medical School Curricula, Institute of Medicine, Washington DC, 2004
 - 7) Boss SB, Smith PO: Wellness and Impairment Content in schools of Medicine Curricula in the United States and Canada, *Med Educ Online*, 12: 3, 2006
 - 8) Russell A, van Teijlingen E, Lambert H, Stacy R: Social and behavioral science education in UK medical schools: current practice and future directions, *Med Edu*, 38: 409-417, 2004
 - 9) Waldstein S, Neuman A, Drossman D, Novack D: Teaching psychosomatic (Biopsychosocial) medicine in United States medical schools, *Psychosomatic Medicine*, 63: 335-343, 2001
 - 10) Dyrbye LN, Thomas MR, Huntington JL: Personal life events and medical student burnout, *Acad Med*, 81 (4): 374-384, 2006
 - 11) Mitchell RE, Matthews JR, Grandy TG, Lupo JV: The question of stress among first-year medical students, *J Med Educ*, 58 (5): 367-72, 1983
 - 12) Rosenzweig S, Reibel DK, Greeson JM, Brainard GC, Hojat M: Mindfulness-based stress reduction lowers psychosocial distress in medical students, *Teach Learn Med*, 15 (2): 88-92, 2003
 - 13) Mattews DA, Classen DC, Willma JL, Cotton JP: A program to help intern cope with stresses in an internal medicine residency, *J Med Educ*, 63 (7): 539-47, 1988
 - 14) Ball S, Bax A: self-care in medical education: effectiveness of health-habits interventions for first year medical students, *Acad Med*, 77 (9): 911-917, 2002
 - 15) McCue JD, Sachs CL: A stress management workshop improves residents' coping skills, *Arch Intern Med*, 151 (11): 2273-2277, 1991
 - 16) 前野哲博, 中村明澄, 前野貴美, 小崎真規子, 木村琢磨, 富田絵梨子, 笹原真一郎, 松崎一葉: 新臨床研修精度における研修医のストレス, *医学教育*, 39 (3): 175-182, 2008
 - 17) 木村琢磨, 前野哲博, 小崎真規子, 大滝純司, 尾藤誠司, 青木 誠: わが国におけ

- る研修医のストレス要因の探索的研究, 医学教育, 38 (6) : 383-389, 2007
- 18) 木村琢磨, 前野哲博, 小崎真規子, 大滝純司, 松本真司, 尾藤誠司, 青木 誠: わが国における研修医ストレス反応とストレス緩和要因の探索およびストレス理論モデルの作成, 医学教育, 39 (3) : 169-174, 2008
- 19) Ratanawongsa N, Wright SM, Carrese JA: Well-being in residency: a time for temporary imbalance? Medical Education, 41 : 273-280, 2007