

【 用語解説 】

日本医学教育学会 齋藤宣彦会長(聖マリアンナ医科大学内科学教授・医師臨床研修指導ガイドライン作成検討会座長)および株式会社 照林社のご理解、ご協力を賜り、医学医療教育に関する用語解説への引用の許諾をいただき、『医学医療教育用語辞典』より一部ご紹介いたします。

『医学医療教育用語辞典』（2003年7月発行）

編集 日本医学教育学会
医学医療教育用語辞典編集委員会

発行所 株式会社 照林社

ISBN4-7965-2070-8

< 目次 >

医学教育ワークショップ <i>workshop on medical education</i>	．．．．． 3
SPICES	．．．．． 3
SBOs <i>specific behavioral objectives</i>	．．．．． 3
オスキー (OSCE) <i>objective structured clinical examination</i>	．．．．． 4
解釈モデル <i>explanatory model</i>	．．．．． 4
カリキュラム <i>curriculum</i>	．．．．． 4
基本的知識・技能・態度 <i>basic knowledge, skills and attitude</i>	．．．．． 5
教育目標 <i>educational objectives</i>	．．．．． 5
GIO <i>general instructional objective</i>	．．．．． 6
GCP <i>good clinical practice</i>	．．．．． 7
診療録 <i>medical record</i>	．．．．． 7
積極的傾聴 <i>active listening</i>	．．．．． 8
テュートリアル システム <i>tutorial system</i>	．．．．． 8
POS <i>problem oriented system</i>	．．．．． 9
POMR <i>problem-oriented medical record</i>	．．．．． 9
標準模擬患者 <i>standardized patient, SP</i>	．．． 10
問題基盤型学習 <i>problem based learning, PBL</i>	．．． 10
リトリート <i>retreat</i>	．．． 11
ロール プレイ <i>role play</i>	．．． 11

医学教育ワークショップ *workshop on medical education*

医学教育の改善・実施のために行われるワークショップあるいはリトリート。その淵源は、1970年代初頭に WHO が人材開発のために開始したワークショップにあり、講演会、講習会あるいは研修会などいずれの言葉にもあてはまらない、参加者全員がカリキュラム作成や教育評価などのテーマを決めて作業し、全員で成果をつくりあげるといふ、まさに作業場のことがワークショップである。アジア・西太平洋地域では、オーストラリア・シドニー市の New South Wales 大学医学部に WHO が設置した Regional Teacher Training Centre で、地域各国から医学教育指導者が参加したワークショップが 1973 年から始まった。その後各国でその成果を反映したワークショップ (echo workshop) が行われるようになり、わが国では 1974 年から全国的な「医学教育者のためのワークショップ」が始まり、2002 年には第 30 回を数えた。臨床研修研究会・医療研修推進財団が実施する臨床研修指導医講習会と称するワークショップとの両者が全国的規模のものである。また大学医学部や臨床研修病院でも、ファカルティ ディベロップメントの一環として医学教育ワークショップが盛んに行われるようになった。2001 年には 80 校中 74 校 (92.5%) で行われ、その後も増えている。カリキュラム プランニングの方法などを学ぶ研修型とクリニカル クラークシップの導入などの具体的課題に対する問題解決型のワークショップがある。

SPICES

学習方略の理念の 1 つとして、Harden, S. が提唱した (1984 年)。Student, Problem, Integrated, Community, Elective, Systematic の頭文字を並べたもの。スパイスと読む。学習方略には学習者が各 SBO に到達するために必要な学習方法の種類と順序が具体的に示されるが、その際、S: 学生中心に、P: 問題志向型で、I: 統合的に、C: 地域基盤型で、E: 選択科目を考慮して、S: 計画的に、学習方略を立てることが望ましいとされている。従来のカリキュラムは、ともすると、教師中心で、情報収集にとらわれ過ぎ、学科中心で、病院基盤型で、全科目必修で、場当たりのであったから、SPICES による学習方略が大切であるというのである。

SBOs *specific behavioral objectives*

行動目標 (群)。総論的・総括的に書かれている一般目標を、具体的・各論的に、観察可能な行動として表わしたもの。学習の成果としての一般目標に学習者が到達するには、学習者が具体的にどのようなことをできるようになればよいかを示したもの。学習者を主語にした表現をする。認知領域、精神運動領域、情意領域の各領域が区別され、それぞれの領域が含まれるような目標設定が望ましいとされる。

行動目標の書き方の原則は、1) 学習者を主語として書くこと、2) 動詞を含む文章で書くこと、3) 使用する動詞は、「理解する」というような包括的、概念的な動詞ではなく、観察可能な行動を具体的に表すような動詞であること、4) 各行動目標は一般目標と関連していること、5) 各行動目標には学習者の到達すべきレベルが示されていること、6) 認知領域、精神運動領域、情意領域の各領域は、おのおの区別して記述すること。医学生用の医療面接の例をとって、一般目標と行動目標の例の一部を下記に示す。

一般目標: 患者と望ましい患者 - 医師関係を醸成しつつ必要十分な情報を引き出すことができるようになるために、医療面接に関する基本的な知識、技能、態度を身につける。

- 行動目標: 1) 医療面接の目的を説明できる。
2) 医療面接の4つの要素(尋ねる、聴く、こたえる、観察する)を列挙できる。
3) 傾聴的態度を示す。(以下略)

オスキー (OSCE) *objective structured clinical examination*

客観的臨床能力試験。1975年スコットランドのHarden, W.によって創始された評価方法。ステーションと呼ばれる小部屋を多数準備し、各部屋にそれぞれ課題を準備する。学生は順次それらの部屋にローテーションして与えられた時間内に課題をこなす。評価者はあらかじめ準備された評価表に沿って評価を行う。この評価法は臨床実技を評価するのにたいへん適している。各ステーションの制限時間は5分間が多いが、課題によっては10分間などと設定することもできる。また、試験官のいないステーションを設け、そこでは前のステーションとの関連問題を解かせることもできる。欧米では、基本的臨床技能の評価のみならず、卒業試験として全科の臨床能力を問うことにも利用されている。その場合23ステーションにもものぼる場合がある。カナダでは医師国家試験や家庭医の専門医試験に導入されている。わが国では、1993年に川崎医科大学で最初に導入され、2002年時点では80大学のすべてに導入されている。

現在では、医師国家試験への導入も検討されている。客観的臨床能力試験が臨床実習前のテストとして行われる場合には、以下のような課題が課せられる。1) 医療面接、2) 頭頸部診察、3) 胸部(肺)診察、4) 心臓診察、5) 腹部診察、6) 神経学的診察、7) POMRにおける問題リスト作成、8) 心肺蘇生、など。

解釈モデル *explanatory model*

患者が自らの病気(illness: 医師のとらえる疾病 disease と区別される)をとらえている解釈の枠組みを、解釈モデル(説明モデルとも訳される)という。Harvard 大学医学部の医療人類学と精神医学の教授である Kleinmann, A. が提唱した概念。患者が素人の立場から、自分の病気の原因をどうとらえ、なぜ発症したのか、どの程度重いのか、予後はどうなのか、どんな治療が必要なのか等、患者自身が考えている自分の病気の解釈のストーリーを、患者の口から患者の言葉で明らかにする。これにより、両者のコミュニケーションギャップを少なくし、患者にとってより納得、満足のいく診療が進めていけるようになる。

カリキュラム *curriculum*

教育カリキュラム educational curriculum を意味する教育活動計画書で、単なる授業時間割ではない。機関の一般目標 - コースの一般目標 - ユニット(10~20時間)の一般目標がヒエラルキーを構成し、ユニットの一般目標の下には数個~10数個の行動目標が明示される。目標は知識、技能、態度・習慣の3領域を含み、学習者を主語とする動詞文で表現される(図)。行動目標を習得するための方略(方法の種類と順序、人的資源、物的資源、時間、予算)が立てられ、それに準拠して実施された学習の成果が評価される。この目標・方略・評価が教育カリキュラムの必須の3要素であり、教員の助力により、学習者は期待される目標に到達する。カリキュラムは学習成果やカリキュラム自体の評価によって、見直され改変されなければならない。各科目(discipline)別カリキュラムから、種々な形と程度の統合カリキュラムならびにコアカリキュラムへの移行が進んでいる。

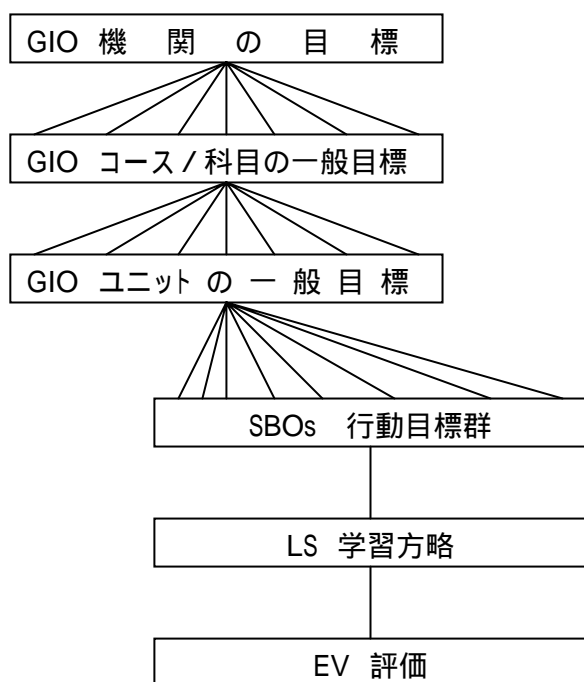


図 目標のヒエラルキー、方略、評価

基本的知識・技能・態度 *basic knowledge, skills and attitude*

医学教育には、知識、技能および態度の3領域の教育が必要である。そのなかでも、どんなタイプの医師であろうとも最低限備えておくべき知識、技能と態度がある。それらを基本的知識・技能・態度という。これらを厳密に規定することは難しいが、教育目標に明示しなければならない。卒前医学教育の目的は、これらの基本事項を教育することであり、この考えから、コアカリキュラム、クリニカルクラークシップにおけるコア診療科のローテーションなどの採用が必要とされるのである。

教育目標 *educational objectives*

教育とは学習者の行動に価値ある変化をもたらすプロセスである。学習者は学習によって、より望ましい状態に行動を変容する。このより望ましい状態が学習目標として、学習者にわかりやすく明示され、学習者自身がよく理解している必要がある。学習目標は教育者側からみれば教育目標である。目標に到達するのは学習者で教師ではない。しかし目標は、助力者である教師も理解している必要がある。のみならず、関係がある学内・学外(国内・国外)の教育者でもある。また評価のためにも教育目標は不可欠である。貿易やスポーツの場合のように数値目標は誰にもわかりやすいが、教育目標はそれとは異なり、言語で明示する、つまり動詞で終わるセンテンスで表現するほかないので、やや難しい。

目標は一般目標 general instructional objective (GIO) と行動目標 specific behavioral objectives (SBOs) とからなり、いずれも主語は学習者である。

一般目標は学習の成果、つまりどのような能力を修得するかを包括的に示すもので、「理解する」「身につける」「修得する」などが用いられ、また「何のために」(目的やニーズ)を目標センテンスの前段に含む。1

つの一般目標は 10～10 数個の行動目標からなり、知識、態度・習慣、技能の 3 領域にわたることが望ましい。

行動目標は学習者が GIO を達成するためには、どんなことができるようになるかを、観察ならびに測定可能な行動を示す動詞で終る短いセンテンスで具体的に記したものである。列挙する、説明する、適用する、配慮する、参加する、挿入する、などの動詞が使われ、知識、態度・習慣、技能がそれぞれ別の SBO で設定される。SBO は方略(方法の種類と順序 + 資源)ならびに評価の標的となる教育現場の目標である。行動目標は教育ユニット(10～20 時間で、ある程度複雑な概念や能力を修得するのに必要な学習単位)において、一般目標、方略、評価とともにきわめて重要な要素である(図)。

いくつかのユニットの一般目標が1つのコースの一般目標に関連し、さらにいくつかのコースの一般目標が機関の一般目標と関連し、教育目標はヒエラルキーを形成している。

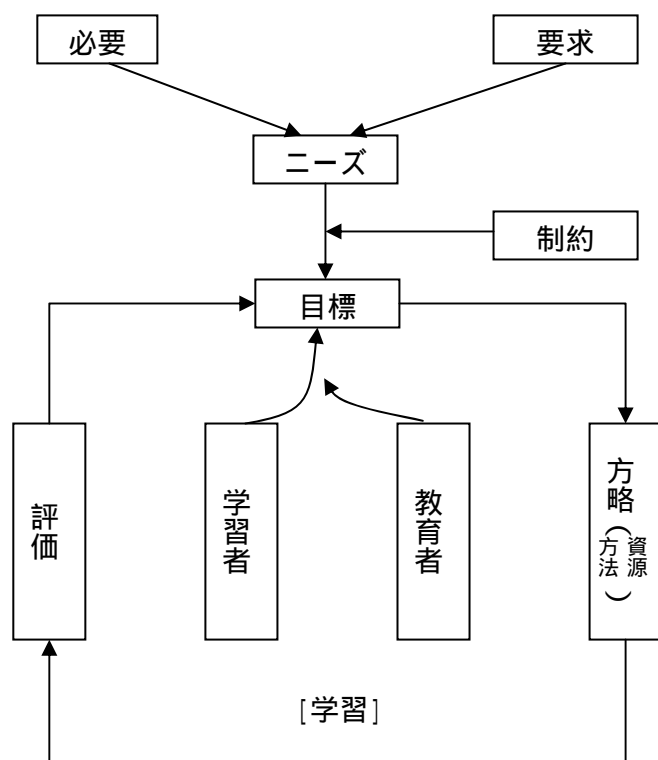


図 学習のプロセス

GIO *general instructional objective*

カリキュラムは、目標、方略、評価の 3 要素からなるが、学習終了時に期待される成果を示したものを一般目標(GIO)という。当然、GIO は学習前に学習者に明示されていなければならない。そして、その GIO を達成したことを示すために、学習者は何ができるかが行動目標 specific behavioral objectives (SBOs) として示される(おおむね1つの GIO に対して 10～15 の SBOs が作成される)。GIO のもつべき性格としては、現実に即し、理解可能で、かつ達成可能なものでなければならない。医科大学の卒前教育の場合を例にとると、医育機関としての GIO があり、各コースの GIO があって、さらにその下に各ユニットの GIO があるという組み立てになる。GIO は学習者が主語で書かれ、その文章の構築には、1) ニーズを示す「～のために」という語句を入れておくとう理解しやすく、2) 次のフレーズで認知、情意、精神運動の 3 領域を含む

ことを示し、3)「理解する」とか「修得する」といった複雑な概念をもつ動詞を用いて締め括るとよいとされ、しばしばこのスタイルで表記される。

GCP *good clinical practice*

GCPとは、治験(薬事法第2条による治験の定義:医薬品の製造・輸入承認申請のための臨床試験の試験成績に関わる資料の収集を目的とする試験の実施をいう)における倫理性(=被験者の人権と安全の保護)と科学性(=科学的な質とデータの品質保証)とを確立するための枠組みである。

GCPにおける被験者の人権についての考え方は、「ニュールンベルクの綱領」(1947年)、「ヘルシンキ宣言」(1964~1996年、4回改正)、「患者の権利章典」(1973年、米国病院協会)、「リスボン宣言」(1991年)などが基盤になっている。そしてこれに、質の管理、すなわちクオリティーコントロールの考え方をあわせもたせたのがGCPである。

わが国のGCPは、はじめ1988年に厚生省薬務局長名で、医薬品の臨床試験に関する基準として通知され(この時点では行政指導であり法制化されていない)、1990年10月より実施された。その後、中央薬事審議会GCP特別部会からの答申を受けて、1996年6月に薬事法の一部が改正され、1997年4月より施行された。この薬事法一部改正のポイントは、1)GCPの法制化、2)治験に関する指導・相談の充実、3)申請資料の信頼性確保、4)医薬品の市販後調査の法制化、5)医薬品の副作用・回収報告などの法制化、の5点で、ここで初めてGCPが法制化された。このGCPの具体的内容については、1991年以来開催されていた日・米・EC(現在のEU)医薬品規制ハーモナイゼーション国際会議のGCP(ICH-GCP)と厚生省の医薬品安全性確保対策検討会の報告を受けた形で「医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令」(省令GCPという。これがいわゆる新GCP)で示され、1997年4月1日より施行された。

新GCPの特徴は以下の4点である。1)治験総括医師を廃止し治験責任医師制度を導入。治験依頼者の責務を拡大。2)インフォームドコンセントはすべて文書同意。救命的治療や意識のない場合の治験規定を策定。3)標準業務手順書の作成、データのモニタリング、監査や記録の保存など、管理システムを明確化。4)治験実施医療機関の長が設置する治験審査委員会の委員構成や運営手順の拡大・明確化による治験審査委員会の強化、である。

診療録 *medical record*

通常、カルテといわれている。医師法第24条第1項で、医師は診療をしたときは遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならないと法的に記載が義務づけられている。また第24条第2項では、医師の勤務する病院または診療所の管理者によって5年間の保存が義務づけられている。診療録の記載事項は、医師法施行規則第23条によって、1)診療を受けた者の住所、氏名、性別および年齢、2)病名および主要症状、3)治療方法(処方および処置)、4)診療の年月日などの記載事項は決められているが、具体的記載方法について特に規定はない。社会保険診療上、保険医療機関及び保険医療費担当規則第22条では、様式第1号またはこれに準じるものとして書式を定めている。診療録の書き方としてはPOSに基づくPOMRが、客観的かつ合理的であるとされている。

積極的傾聴 *active listening*

相手の言葉の意味を聴き手の枠組みにあてはめて理解するのではなく、相手にとっての意味を理解し、その奥底にある感情を敏感に受容すること。Rogers, C. R.が使い出した言葉(1955年)とされる。病いなどの苦境に陥った人を援助しようとする者には「自己一致」「受容と尊重」「共感的理解」といった態度条件が求められるとし、これらをまとめて全体的に表現したのが「積極的傾聴」である。簡単にいうと、心をこめて熱心に聴くこと、相手の言葉の意味とその背景にある感情に耳を傾けることである。コミュニケーションが、人と人との間で、考え、感情、態度、行動などを伝達し合うことであるならば、相手の枠組みのなかで理解し、相手が感じているように感じる共感的理解の態度がないと、コミュニケーションは成立しない。医療面接において、積極的傾聴は必須のプロセスといえる。「相手のいった言葉をそのまま繰り返す」「相手が伝えたいと思っていることを別の言葉に言い換えて明確にする」などを、積極的傾聴の技法の1つとするものがある。形だけ繰り返しても共感的理解の態度にはならない。

テュートリアル システム *tutorial system*

テュータによる少人数教育の一般的な総称である。テュータ(個別指導教育)が、少数学習者に対して個別指導をする教育形態をいう。従来からある演習(セミナー)、個別的な学生生活指導、家庭教師などもこの範疇に入る。一方医学教育では、小グループで討論をしながら学生自身が主体的に学ぶ学習方法を意味することが多い。問題立脚型学習あるいは問題基盤型学習と呼ばれる。従来一般的なテュートリアルと区別する意味もあって、しばしばPBLテュートリアル problem based learning tutorialあるいは単にPBLと略称されることが多い。PBLテュートリアルは1952年米国 Case Western Reserve 大学で創案され、1969年カナダの McMaster 大学医学部で確立された新しい医学教育モデルであるが、その後オランダ Maastricht 大学(1974年)、オーストラリア Newcastle 大学(1978年)、米国 Harvard 医学校(1985年)などが先駆的に導入し、現在では世界的規模で医学教育の中心的な学習形態の1つとなっている。わが国では1990年に東京女子医科大学医学部で初めて導入され(当時学長、吉岡守正)、全国80医学部・医科大学のうち2001年10月現在39校が導入をしている。

PBLテュートリアルは具体的な状況を事例として与え、少人数グループ討論を通して学生が自主的に自分に必要な学習項目を設定し、自らの力でそれを習得することを通して、自己開発型学習の学び方を修得させようとするものである。学習課題はグループ全体に共通なコアとなるべきものと、個人差に応じて各自が設定するものがある。PBLテュートリアルでは学習デザインが構造化されている。予測される一連の学習行動が順調に展開できるように、適切な事例や資料を用いて学習を構造化する。テュータはこの自学自習のプロセスを援助し、個々の学生の学習行動を評価し、改善への提言を行う。

医学教育のなかでPBLテュートリアルが必要とされる理由はいろいろある。生命科学や科学技術の急速な進歩や、社会構造のめまぐるしい変化に対応し、医療に対する社会のニーズに応じて生涯学習を継続するためには、固定化した知識ではなく、自己啓発の能力が必要とされる。したがってPBLテュートリアルの主要目的は「能力育成」であって、単なる知識の獲得をめざすものではない。自学自習能力の育成(学び方を学ぶ)、統合型学習の実践、臨床的推論能力の育成、対人技能の育成、個別的学習指導などが達成できるように、学習行動のプロセスを展開させることが重要である。

PBLテュートリアルの原型は上述した学習者のニーズに基づいて課題探求/問題解決を行う「学習項

目発見型」学習であるが、その基本の上に立って「診療問題解決型」学習を組み入れることもある。これは臨床的事例 paper patient を用いて、病態の理解や臨床的推論、診療上の問題発見とその解決を訓練するための PBL テュートリアルである。大学を卒業してから医学部へ入学し、2年間の臨床前教育のあと直ちに診療参加型の臨床実習を行う米国の医科大学で導入されることが多い。東京女子医科大学では2001年度から「入門チュートリアル」「学習項目発見型 PBL テュートリアル」「診療問題解決型 PBL テュートリアル」をくさび型に加味していく「累進型 PBL テュートリアル」を導入している。

POS *problem oriented system*

problem oriented system (問題志向システム)の略である。さまざまな問題を抱える状況のなかで、何が最も重要であるか問題点を明らかにし、それを解決しようとする行動理論である。POS は古くからいろいろな学問領域で検討されており、1)問題の発見、2)問題点の明確化、3)情報の収集、4)計画の立案、5)結果の評価などの作業段階をたどる問題解決の科学的方法として知られている。

POS を医療の世界で創始したのは Weed, L. L. (1968 年)である。彼は患者の問題点を重視してリストをつくり、それを診療録の最初に problem list として記載した。このように POS に基づく診療録を problem oriented medical record (POMR) と呼び、米国に始まり、世界の臨床医に広く普及していった。ポスとはいわない。

POMR *problem oriented medical record*

problem oriented medical record (問題志向型診療録)の略である。POMR は表のような構造をもつ。基礎データは患者に関するすべての情報であり、徹底した情報収集 data gathering が重要である。集められた多くの基礎データは、整理・分類され、何が最も重要か、問題点が明確化される。これをリストにする。次に問題を解決するための計画を立てるが、初診患者に最初に立てる計画であるから初期計画である。経過記録は経過をみていくときの記録である。患者が直接提供する情報が S、医師が得る客観的情報が O、これらの情報について医師がどう判断するかが A、アセスメントで論じられた判断が正しいことを実証するために立案する計画を P として記録する (SOAP)。

なお、POMR が適切に書かれているかどうかを評価するのが監査 audit である。Audit では、情報収集が十分行われたか、問題リストが適切にあげられているか、アセスメントは適切か、などについてチェックする。Audit は指導医あるいは他者 (peer review) から行われることによって、診療録の質が向上する。POMR は、従来のカルテにみられた、ともすると主観的、非系統的記載法に陥ることなく、客観的、合理的記載法といえる(表)。

表 POMR の構成

<p>1 . 基礎データ data base</p> <p>1) 主訴、現病歴、既往歴、家族歴など</p> <p>2) 生活像</p> <p>3) 診察所見</p> <p>4) 検査成績</p>
<p>2 . 問題リスト problem list</p> <p>1) ナンバーとタイトルをつける</p> <p>2) active と inactive の区別をつける</p>
<p>3 . 初期計画 initial plan</p> <p>1) 診断的計画 diagnostic plan</p> <p>2) 治療的計画 therapeutic plan</p> <p>3) 教育的計画 educational plan</p>
<p>4 . 経過記録 progress note</p> <p>1) 叙述的記録 narrative note</p> <p>S (subjective data): 患者の訴え</p> <p>O (objective data): 診察所見、検査成績</p> <p>A (assessment): 評価 (医師の判断、考察)</p> <p>P (plan): 計画</p> <p>2) 経過一覧表 flow sheets</p>
<p>5 . 退院時要約 discharge summary、要約記録 summary note</p>

標準模擬患者 *standardized patient, SP*

模擬患者 *simulated patient* が単に患者の症状や気持ちをシミュレーションするのと異なり、一定のレベルで標準化されて試験や評価にも利用できるようになったものを標準模擬患者と呼ぶ。模擬患者が動機づけやイメージづくりとしてシミュレーションを演じてみせたり、実際の具体的な技法をトレーニングするのに用いられるのに比べ、標準模擬患者の場合は、客観的臨床能力試験 *objective structured clinical examination (OSCE)* などの総合的な能力評価の一手段として利用されるところが大きな違いである。最近では卒前医学教育だけでなく、国家試験や卒後の研修、専門医試験における総合能力の判定手段としても標準模擬患者が使われるようになってきている。標準模擬患者として使用されるためには、評価の物差しとしての信頼性が確保されるよう一定の標準化された演技が模擬患者に要求されており、結果的には模擬患者と比較して演技の自由度は小さくなっている。

問題基盤型学習 *problem based learning, PBL*

増大する医学情報を従来型の教科目基盤の講義で学生に伝えるには、いくら授業時間を増やしても追いつかない。教師も学生も疲れ果て、かつ学生の身につく知識量は、伝えた情報の数%以下であろう。か

つ最も重要な点は、知識がいくらあっても、それを実際の場で適用し問題を解決できなければ、その知識は死んだも同然である。

それと対照的なのが問題基盤型学習である。「まず初めに問題ありき」である。カナダの McMaster 大学で problem based learning と称して始められ、Harvard 大学を含む世界の革新大学が取り入れ、わが国では、問題立脚型ないし問題指向型などとも訳され、東京女子医大が、次いで岐阜大が先導的にそれに踏みきり、系統講義がなくなった。2001 年版の『医学教育カリキュラムの現状』によると 80 校中 46 校が実施している。

問題基盤型学習は以上のテュートリアル学習のみに限られてはいない。筆者は約 35 年前から「剖検症例解析学習」と称し、5 人に 1 剖検症例のすべての資料(ただし病理医の検討結果を除く)を提供し、グループメンバーによる解析、発表、討議の場をもった。病理学講義を減らし独自に実施したところ、学生の参加は 100% で、学生からきわめて高い評価を得、グループ ダイナミクスは予想以上のものがあつた。まさに今いう問題基盤型学習を先取りしていたことになる。病棟実習は格好の問題基盤型学習の場であるが、教員側にその意識がなければ、見学型ないしはクルズスともいわれるミニレクチャーに終わってしまう。問題基盤型学習への転換は教員の意識の問題である。

リトリート *retreat*

医学的に直訳すれば「再治療」となるが、宗教界では「退修会」といわれている。つまり日常の場では日々、目の前の仕事に追われて、自分を顧みることはたいへん難しい。時には仕事を離れ、別の場所から自分を見直してみることが必要である。川を下る舟に例えると、乗ったままで流されている自分を客観的にみることは難しい。しかし少し窪んだ入り江に舟を入れ、川の流れるを見ると、今まで見えなかったものが見えてくるようなものである。このことは教育・研究・診療の場にもあてはまる。教育ワークショップを現場から離れ、美しい自然環境のなかで行うことが推奨されるのは、このゆえである。米国では教育ワークショップを「リトリート」なる名称でもたれることがしばしばである。

ロール プレイ *role play*

ロールプレイとは「ある問題状況を設定して、そのなかで一定の役割を論じて討論させ、そこから問題点と解決法を探り出すことを目的とした問題解決法」と定義される。通常、2 人以上の参加者に役割と場面を与えて、グループの前で実演することで進められる。面接技法の訓練、問題解決力の訓練、自己理解、個人成長、人間関係の訓練などさまざまな学習に用いることができる。利点として次のようなことが挙げられる。1) 対人関係を体験的に学習することができる、2) 感受性、洞察力の養成によい、3) 自己反省ができる、4) 他人の立場を理解できるようになる、5) 自主性、創造性を高めることができる、6) 自由に状況を選定できるので、比較的簡単である、7) 参加者に現実感や興味を与えることで、満足感をもたせる。一方、欠点として次のようなことがある。1) 演技に時間と場所がかかる、2) ファシリテーターに多少の演技性が要求される、3) 参加者の照れと、それをファシリテーターが感じて導入に抵抗感のあることがある、4) 参加者の緊張をとらねばならず、ふざけてもよくないので、その調節が難しいことがある、などがある。時に散漫になることもあるので、ロールプレイの後、短い講義を入れる。ロールプレイをビデオテープに収録して、後に演技者を含めてテープを再生してみるにより、演技中には気づかなかつた問題点を発見したり、演技者自身が問題に

気づくことがある。他人から問題点を指摘されるより、自分自身で問題点に気づくほうが、改善にはより有効である。