

## Shared decision making（意思決定のあり方） を支える医師の能力養成の現状と課題

藤崎和彦

岐阜大学医学部医学教育開発研究センター

岐阜大学の藤崎です。よろしくお願いします。大学時代は松田先生と一緒にでした。今日は「Shared decision making を支える医師の能力養成の現状と課題」ということでお話をさせていただきます。その前にセンターの説明から入りたいと思います。

最近医学教育を専門的に扱う部門が医学部のなかにできているところが、おそらく 6 割ぐらいから 7 割ぐらいになっています。それらは、医療教育がらみの仕事が増えてきて、今まではカリキュラム委員会とか、学務委員会とか、教務厚生委員会の先生たちが教授会などで分担して兼任されていましたが、**duty** が増えすぎたために、専任をおかなければならないということで作られてきました。そういう部門ができることは良し悪しです。専任の先生ができた途端に皆が「助かった。教育の仕事はあの先生にやってもらえる！」と言って、教育のゴミ箱状態となり、その先生だけがしんどくなって、他の先生はしらんぷりという状況が生まれることにもなるからです。でも岐阜大学のこのセンターは、学内のセンターというよりは、全国の共同利用施設という位置づけになっています。学内には医学教育の企画調整室が別にあり、そこのお手伝いはしますが、どちらかというと学外の先生たちの **Teacher training center** というような位置づけです。大学で教える教員には教育的なトレーニングが全然なく、また、研究業績が優秀な人が必ずしも教育は上手いとはかぎらないという場合が少なくありません。

そのようなこともあり、1960 年代の終わりから WHO が、それなりの **teacher training** をしたほうが良いと、**teacher training** を進めていました。オーストラリアのアジア・オセアニア地域の **WHO training teacher workshop** は 1968 年からスタートしました。医学教育学会の初代会長である当時の慶応の学部長をやっておられた牛場大蔵先生や日野原重明先生が最初に参加されました。先生たちが日本でもきちんとしなければならないということで医学教育学会を立ち上げられたという歴史があります。WHO は、アジア・オセアニア地域のセンターをつくるだけではなく、各国に **National teacher training center** をつくりなさいと早くから言っていました。韓国には早くからセンターができていましたが、日本の場合はなかなかできず、卒前教育は文部科学省、卒後教育は厚生労働省という縦割り行政のなかで、どちらも中途半端という状況でした。ところが 2001 年岐阜大学に予算がつき全国の共同利用施設ということでやっとセンターができました。医学部、医療系の教員の **teacher training center** として、年に 4 回、教員や病院の指導者を集めての **teacher training workshop** をやっています。最近では、医学部だけではなく、歯学部、薬学部、看護やリハビリの先生も熱心に参加されます。また、インターネットを通じての遠隔地教育とか **teacher training** もやっています。

そもそも、なぜ、そのような能力が必要かということですが、従来の医療におけるコミュニケーションに関わる教育において、その大半は心構え論の話だけでした。「患者の立場に立って考えなさい」とか「常に患者のことをいちばんに思いなさい」という心構えの話はしていましたが、具体的なトレーニングは何もなかった。心構え論ではインタラクションにならないということです。一方的な善意の押しつけ、或いは独善的なものになりがちです。医療者、特にドクターには、金を儲けたいとか、患者の不幸を食いものにしようという人はそんなに多くはありません。大概は患者のためによかれと思ってやっているのですが、結果は全くそのようにはなっていないケースのほうが多いということです。ですから、医療者にとっては一生懸命やっているつもりなのに、患者さんからの満足度は高く

ないし、逆に怒鳴られたり、裁判をおこされたり、ということが起きがちです。その中で少なくとも善意でやっているというのであれば、それが患者さんにも「一生懸命自分のことを考えてくれているのだなあ」ということが伝えられるような、善意をかたちにするトレーニングはしておこうということです。

「医療者にわざわざコミュニケーションなんて勉強させなければならぬのか。毎日やっていることなのに、なぜ必要なのか」ということはよく言われます。しかし、コミュニケーションは、非常に多様性があるし、個別性が高いものです。医学というのは普遍性の部分です。心臓がひとつとか肺が両方にあるとか、などのように、生物としての共通性、普遍性の部分で学問として成り立っています。しかし、コミュニケーションとは、あくまでも多様なバックグラウンド、多様な価値観の人たちにそれぞれ合わせて、個別的なやりとりが必要になる。ですから、いわゆるマクドナルドやロッテリアのようなかたちでマニュアル的にできるかという限界がある。マクドナルドなどで扱っているアイテムはせいぜい 30 アイテムとか 60 アイテムぐらいですが、医療の現場で扱っているものというのは山ほどあるわけです。マクドナルドでしたら、お金を持ってきているのが普通ですが、患者さんの状況は、お金がない人もいれば、どれだけでもお金を出すから何とかして欲しいという人までいるわけですし、緊急度も色々です。そのような患者の多様性、個別性に合わせたコミュニケーションが求められる。だからこそ、一方通行のマニュアルではなくて、インタラクションのなかで相手の状況を押さえながら、個別性のある対応が必要になる。そういうことは相互行為として行なわれるということです。なお且つ、扱う話題の中身というのは生死に関わるようなことですし、また、経済的な問題についてお話したり、家族関係のことも聞かせていただかなければならないこともあります。時にはセクシャルな状況で悩んでおられる場合などは、非常にプライベートなところまで踏み込んでまでお話を聞いたり、伝えたりしなければなりません。ですから、いわゆる日常会話のコミュニケーションとは違うレベルの能力が求められている。それはトレーニングをしなければ上手にならないということです。

従来、医者と患者とのコミュニケーションは、「問診」と呼ばれてきました。医学辞典でひくと「**History taking**」ということです。最近はそれを「医療面接」、「**medical interview**」へ言い換えようというような流れになっています。どう違うかということですが、問診というのは、医者が、或いは医療者が患者さんにどんな **problem** があるかということをアセスメントするための情報収集です。ですから、こちらから聞きたいことをいわゆる「**YES,NO Question**」の形式で聞きます。相手の返事をこちらが聞きたい情報についての、**yes** か **no** かに限定して聞いているわけですから、聞く側が聞きたいことを効率よく聞くには都合が良い。逆に言えば、患者としては、自分の返事に枠をかけられている状態です。医療者にとって聞きたい情報に限定されているわけですから、自分の言いたい事が枠からはずれていたら、それが後回しになるような質問です。「身体のどんなことが気になってるの？ どんな症状だったの？ ご家族でどんな話をされたの？」というようなエンドの開いた質問（オープンエンド）ではなく、「熱はあるの？ 痛みはあるの？ 夜は寝ているの？」というような **YES,NO Question** で聞く。問診のゴールというのは、いかに効率よく患者さんの **problem** を聞きだすか。こちらが聞きたいことをクローズエンドでぼんぼんと明らかにしていくことにあります。患者が聞いて欲しいことであっても、こちらが聞きたいことでなければ、そんな話に関わらせず、さっさとアセスメントをつけるのが良い問診だったわけです。

ところが、それでは診断はついても患者の問題解決にはつながらない。患者は聞いてほしいこと、教えてほしいことがあるわけです。その問題解決を患者さんの **problem** というものから見ると、患者さんが気になっていることを患者さんが主導で言えるようにしなければなりません。そのためには、同じ情報収集でも、クローズエンドの質問の連発で医者が聞きたいことだけ返ってくるスタイルではなく、オープンエンドで「もう少し詳しくどんなことか教えてもらっても良いですか？」というように、患者さんに自由や主導権を渡したかたちに変えていかなければならないと言われるようになりました。

今までは、問診で診断がついたら「私の言うとおりにしなさい」でおしまいましたが、近年は **informed consent** ということ、患者さんに自己決定を委ねなければなりません。しかし、患者さんに「選んでください」と言う時には、まずは、選ぶための情報提供が必要です。「いろいろ説明すればややこしいから、もういい。第一印象で決めて」とはいきません。どういう選択肢があり、どういうメリット、デメリットがあるかということを経験情報提供する必要があります。また、治療自体にも患者の治療参加が必要になってきています。高血圧の患者さんには、ちゃんと薬を飲んでもらわなければならない。糖尿病の患者さんには、自分で自己血糖測定をしてもらわなければならない。それを見ながらインスリン注射の量を決めてもらわなければならない。食事の量を自分なりに考えて気をつけてもらわなければならない。運動を心がけてもらわなければならない。そういうような意味で、患者さんの治療参加も不可欠になってきている。いくら医者が頑張っても患者さんがやる気を出して頑張ってくれないと、如何ともしがたいわけです。いろんなかたちで、いわゆる「説明・情報提供」ということが、意思決定や治療への患者さんの参加を促すために必要になってきている。そういう意味では一方通行の関係ではなくなってきています。

さらには、ただ情報が行き来すれば良いというものではなくて、患者さんの満足度がより大きくなるとか、信頼関係などの良好な治療関係が育まれるようなコミュニケーションにしていかなければならないということもあります。

これら3つの役割を同時並行的に行えるような面接というものが求められるようになってきました。ですから、従来の診断のための問診というのは、パラダイムが変わってきているということです。そこで、そのための教育が必要になってきました。心構え論から直接本物の患者との面接に移行するのではなく、シミュレーションによる準備教育をしようというように変わってきています。「海で泳ごう」ということを考えてみて下さい。最終的に海で泳ぐことになるとしても、水泳の練習というのは、まずは洗面器に顔をつけるところから始めます。足のつくところで手を持ってもら

いバタバタして、次はビート板に変えてバタバタして息つぎを教えて、さらに足のつかないところへ行ってみようか、飛び込みやってみようかというなかで、最終的には海で泳げるようになるのを目指します。シミュレーションによる技能教育とは、このような教育です。しかし、今までの教育とは戸塚ヨットスクールのような教育で、海の真ん中へ連れて行き、「さあ泳げー！」と放り出していました。それでも多くの方は泳げるようになります。しかし、ものすごく自己流であるとか、効率が悪くて必ずしも良い泳ぎではなかったりする。なお且つ、何割かの方はその放り込まれた恐怖感がトラウマになって、「もう水泳なんかしたくない」という人も出てくるという教育でした。また、そんな状態でバタバタとやられたら、支えられる患者にとってはいい迷惑です。患者側の安全管理とか、患者の人権擁護というような意味からも、能力をある程度 *qualify* されたレベルの人に診てもらえるようにすべきですし、「学生だからあきらめて」とか、「学生だから我慢して」とか言うのは OK ではありません。

ですから、最低限の能力を身につけるには、まずシミュレーションで行って欲しいという流れになってきています。学習者同士がやるロールプレイや市民のボランティアによる模擬患者さんを相手にしたロールプレイというようなシミュレーションを用いた教育法が具体的、問題解決的な方法です。実際の医療場面に近い課題をやりますから、現実的です。なお且つ総合能力が問われます。現実近づけるためのトレーニングですから「これをできるようにならなければ」という意味では、学習者の動機づけにもなります。且つ、学生は、ただぼーっと聞いたり見たりしているだけではなく、具体的にやらされるわけですから、能動的、参加的な学習ということになります。また、本物の患者には害が及ばないので、本物の患者にとって安全であるし、学習者の側も本物の患者を相手にして、「失敗したあー！ 患者はそれで自殺したあー」ということではしやれにもなりません。学習者も間違いが許される状況でのトレーニングです。良い練習というのは安全であり間違いが許される状況を繰り返しできるものです。プールで泳ぐ場合だったら足がつくところで泳ぐ。流されて死んでしまうような流れの急なところで練習する必要はありません。安全な環境で練習できると

いうのは学習者にとっても良いことです。

しかし、時間はかかります。100人相手に1時間でポイントだけ講義したらすむことでも、ひとりひとりに実習をさせますから当然のことながら時間がかかります。それから、教員はその場その時に起きたことを学生にフィードバックしなければなりません。教員の腕力によってフィードバックできる部分が決まってきます。何が起こるかはやってみなければわかりません。見ていれば「だめだ」ということはわかりますが、「何がどうだったからこんな具合になってしまった」とか、「何がどうだったからここがうまくいったのか」というように、内容を切り分ける能力が教員にはある程度必要となります。事前に計画したとおりに話が進むとは限りません。その場で起きたことはその場で料理できる腕力がある程度必要だという意味では、教員の力量に依存します。

それから、現実的でインパクトがある分、学習者はわかった気になりやすいということもあります。特に、いまの学生たちは、マニュアル志向的ですから、よくあることなのですが、「にこにこした笑顔がよかった」と言われたら、どんなひどい状況でもにこにこする。「もっと状況を考えたらどう？」と学生に時々言うこともあります。それから気づきに個人差があります。ちょっとした体験で「ああーこんなことか」とかなりの部分が気づける人もいれば、全然気づかないわけではないけれども、「それだけしか気づけないの？」というような人もいます。気づきはいろいろあって、学びもいろいろありますが、気づきや学びというのは、その人の **readiness** に依存します。その人の準備状態によって出てくるものですから差が大きくなります。講義形式の場合はゴールが決まっているので、そこへ一度に皆をもっていく方向で行いますが、体験学習というのはそうではないのでかなり個人差が出やすい。ですから、体系的な知識の教育にはシミュレーションだけでは無理があるということです。

シミュレーションを使った教育としては、学生同士で、或いは現職のドクターや研修医同士やナース同士でやる、いわゆるロールプレイとよばれるものと、SP（Simulated Patients＝模擬患者）さんにやってもらうロー

ルプレイとを考えます。学生同士のロールプレイは SP さんにいてもらわなくても良いのでいつでも行えます。しかし、リアリティという点では、特に今の学生に「生活感のある患者を」と言っても、彼ら自身に生活感がありません。新入生で家から通っている学生だと、地域のごみの日がいっであるのかも知らないとか、買い物もろくに行ったことがないので卵が 1 パックいくらかで売っているのかもわかりません。そういう人に、「子育てで大変な患者」と言っても全然イメージがわからないことがよくあります。そういう意味では、学生に医療者役でも「ナース役やドクター役をやれ」と言ってもリアリティがないのは仕方がない。その辺は限界です。

しかし、ロールプレイのいちばん大きなポイントというのは患者としての体験ができるということです。SP さんを相手にできるのは、常に医療者役しかできない。SP さんが間接的に患者として感じたことをフィードバックしてくれるけれども、自分の体験ではありません。ロールプレイというのは、自分の体験として「ああ、患者というのはこんな気持ちになるんだ」とか、「ああ、こんなふうになかなか専門職相手だと喋りにくくなるんだ」とか、「ああ、あんな言い方されたらだめだ」ということに、自分で気づける。これはロールプレイが唯一できる部分です。ところが、日本人はロールプレイに慣れていないためか、照れとか気恥ずかしさがあるので、ロールプレイを実施する時にはそこをうまくはずす必要があります。なお且つ、医学生というのは、ずっと優等生できているので人前で恥をさらすということに耐えられない部分や強い不安があります。そこで、笑ってごまかそうと冗談を言ってみるなど、そういうことが起きがちです。そこをどう乗り越えるかというのは結構難しいです。一般に医学部でも看護学部でもロールプレイを何回かやっていますが、多くの看護師さんが学生時代にやったロールプレイを振り返ると「つまらなかった。いやだった。面白くなかった。」と言います。それはこの辺がうまく乗り越えられてないことが非常に多いからだと思います。

一方、SP さんを使ったトレーニングは、当然 SP さんに学習の場においてもらう必要がある。市民のボランティアさんがしてくれるわけですから、リアリティは明らかに高くなります。なお且つ、学生同士のロールプレイ

の場合は、学生であっても基本的に医療系専門職グループの身内のフィードバックですから、専門用語はお互いにわかってしまいがちですが、模擬患者さんは素人さんの立場からのフィードバックですので、専門職同士のなかでは気づかないような点まで含めてフィードバックをしてもらえます。しかし、学生が直接的に患者役をするわけではないので、学生のまなざしの転換にはならない。ところが学生の意欲や心構えは SP さんが来ることでものすごく変わります。ひとつには、ロールプレイだと「笑ってごまかそう」とか「なあなあで許してもらおう」という態度をとることがあります。教員が患者役をやった場合でも、身内なので笑ってごまかして許してもらおうということになりますが、市民のボランティアさんがわざわざ来てくださっている時はそうはいきません。笑ってごまかそうとしても、「あんた、何がおかしい？」ということになりますから、やはりしゃきっとしていなければかっこ悪いというところがあります。その上、自分たちが良い医療職になるためにボランティアで来てもらえるということはそれだけ期待されているのだという使命感を感じるので、それに応えられるように勉強しなければならない、頑張らなければならないというモチベーションも上がります。そういう意味では SP というのは非常に教育的インパクトがあります。

ロールプレイがうまくいかない理由としては、最初の緊張感をほぐしたりアイスブレイクがうまくできていないケースが多いことがあげられます。また、ただでさえ「生活感のある患者」のイメージがない学生に、大ざっぱなシナリオでは役づくりができないので、イメージができるようなシナリオがきちんと準備出来るかどうかが大事です。それから、医療者役と患者役のシナリオを分けたほうが良いということもあります。心理学で行うロールプレイはその目的がわかっているし、お互いに行うなかで考えようとしみじみしますから、結構アバウトなシナリオで、なお且つシナリオを共有して、こういう状況のインタラクションをちょっとやってみようということが多いようです。心理学でロールプレイを勉強したことのある人が多いため、大ざっぱなシナリオで状況設定だけ共有してやってみようとするのが医療系の教育でも多いのですが、その場合は、ネタがばれているというか、

相手の状況がわかっているのです、おままごとみたいになってしまい緊張感をもてなくなる。それよりは、患者用のシナリオは患者の立場のリアリティしかなく、医療者用のシナリオは医療者の立場での情報とリアリティしかない、というようにわけた方がよい。現実の医療現場では、お互いが相手の状況がわからないままに話をしていく中で、だんだんわかってくるものです。ですから、それと同じようなリアリティを作るために敢えてシナリオを分ける。そうすると現実に近いリアリティも出ますし、「敵はどんなネタを隠しているのだろう」というように少しゲームっぽくもなるので、緊張感や照れも乗り越えやすくなる。そういうような意味で、シナリオの分離ができていないかできていないかが結構大きなポイントになりますが、実際は分離ができていないシナリオでやっていることが多いということです。

先ほどから模擬患者さんを SP と言っていますが、SP さんとは Simulated Patient 或いは Standardized Patient のことです。どちらも S で始まる Patient です。それぞれ模擬患者、或いは標準模擬患者と呼んでいますが微妙に違います。「模擬患者」とは、普通のセミナーやトレーニングの時に患者を演じる人です。「標準模擬患者」とは試験で演じる患者です。去年 12 月から医学部と歯学部では共用試験 OSCE という全国共通のテストがスタートしています。これは臨床実習に出る学生が、臨床実習に出るのにふさわしい知識、技能、態度が身についているかどうかを事前に評価をするもので、要は路上教習に出る前の仮免認定試験のようなものです。トライアルは 4 年ぐらい前からやっていますが、去年（2005 年）12 月から医学部と歯学部で共通して正式実施しています。医学部ですと大体 100 人の学生、歯学部だと 60-80 人の学生に対して同時に試験を行います。模擬患者さんが学生によって難易度を変えていると試験になりませんから、どの学生に対しても同じレベルの同じ演技がある程度できなければならない意味で、standardized（標準化）された演技ができる患者さんのことを「標準模擬患者」と呼びます。特に共用試験レベルの標準化の場合は、基本的な医学的に聞かなければならないことを聞ける能力があるかどうかと

いうことを確かめています。学生が聞いたからわかった話なのか、患者のおしゃべりでこちらが聞く前から話してもらえたのでわかった話なのかということで区別がつかなくなると困るので、標準模擬患者は聞かれたことしか答えないようにしている部分があります。模擬患者がべらべら喋っていたのでは、学生の能力がないのにも関わらず必要な情報がいっぱい入ってくるということになりますので、聞くべきことをきちんと聞けるように練習します。クローズドで聞かれたらクローズドで返事をして、オープンで聞かれたら、この程度まではしゃべるがここから先はもう一回ドアをノックしてもらわないと答えられないというような役づくりをしています。特に共用試験の場合には、口数の少ない自動販売機型の SP を揃えており、そうすることで評価に利用できます。5～10 分という限られた時間で細かいところが聞けているのかをチェックするという役目もあります。

試験ではなくセミナーの場合には演技を揃える必要がありません。ですから、いかにも不安げな学生と、いかにも俺はできるというような学生とがいれば、それぞれ様子を見ながら難易度を変えてあげる。いかにも不安げな学生には少し優しくしてあげて、そうではない学生には、難易度を上げることができるわけです。また、比較的 10 分とか 15 分とかゆっくりと時間をかけて、深いところまでインタビューできるかどうかを見ることができます。こちらのほうは自由度が高く、バリエーションをつけやすいです。

セミナーの場合、基本的には SP さんがいちばん腑に落ちるシナリオや役づくりで行います。だからこそ、自分のリアリティとして返答できるしフィードバックもできるわけです。しかし、OSCE のシナリオというのは、大概いつでも実施できるように汎用性を考えて作ってありますから、「自分はこうは言わないのだけど」と思っても、共通の内容に揃えさせられています。自分のリアリティとしては腑に落ちてない演技もさせられて、その時にきた返事はリアリティとずれがあるので、本当に自信をもって返せるかというとなかなか難しい部分があります。そういう意味では、セミナーでやるシナリオは、SP さんひとりひとりに合わせて作ってあります。前者は演技も自分でしっかり役づくりをしてやる演技で、後者は自分が納得

するとか腑に落ちるよりは、皆と揃えるのを重視しているので、役づくりも違ってきます。

セミナーの場合には時間もあるので、SPさんも細かいところまで自分で振り返ってフィードバックすることができますが、試験の時は、とりあえず10人とか15人とかをちぎっては投げ、ちぎっては投げとするので、あまりゆっくりとフィードバックできません。なお且つSPさんは点数つけをするので、終わってからせいぜいひと言、ふた言コメントする程度だということです。普通は学生がどう受け止めているかに合わせてフィードバックもかけるわけです。「だめだった」と落ち込んでいる学生に対して心臓に杭を打つような話でフィードバックをしても仕方がありません。その学生には「そんなことはなかったよ」と良いところを一生懸命探してあげながらフィードバックをしますし、逆に、大してできているわけでもないのに、「俺はうまくいった」というような人には「もしもし、ちょっと」と問題点がわかるようにフィードバックをします。学習者の状況を見てフィードバックをかけるのもSPさんの本来の役割ですが、OSCEの場合にはそんな時間はありません。見境なくフィードバックをしますから、こちらにも責任をとることができません。

また、医療面接のステーションだけではなくて、診察などの他のステーションと並んで実技試験をやるわけです。ですから、医療面接で最初にぼーんとSPさんに言われて、すごく落ち込んで動揺した状態で次のステーションに行って、そこから先がぼろぼろだとすると、SPさんもちょっと気が重くなりますから、結局は人畜無害のことぐらいしか言えないわけです。そういう意味でもフィードバックにもいろいろな難しさがあります。

共用試験OSCEという方法が導入された結果、学校の先生は教えるのは関心がなかったけれどもとりあえずは試験をするということで、学生にしてみれば教育もしていないのに評価するなという状況が結構ありました。これは歯学部も同じですし、薬学部もこれからOSCEを導入するという話がありますから同じことでしょう。学校の先生は試験のことしか考えていないけれど教育の方は大丈夫なのか、ということがよくあります。しかし、本来は、教育の成果がふさわしいものであったかを評価するのが試験です

から、教育がまず先です。

模擬患者の歴史ですが、1964年にH.S.Barrowsというアメリカの神経内科の先生が神経所見のデモンストレーションとして始めたのが最初です。パーキンソン病の人のぺこぺこというペンギンのような歩きかたとか、「pill-rolling」という薬莢をこねるような震えとかを見せるなど、これまでは入院患者さんなどを使ってデモンストレーションをしていたのですが、いつも授業にちょうど良い患者が入院していたり外来に来ていたりするとは限らないわけです。そのように患者の確保も大変という側面がありますし、60年代というのは患者の権利運動やフェミニズム運動や消費者運動などもありましたから、患者さんを実際の講義の場に連れてくるのも若干難しくなりかけていたという状況がありましたので、模擬患者を使ったということです。

Barrowsは最初、Programmed Patientと言っていたましたが、途中からSimulated Patientという言い方に変えています。70年代に全米各地に広がり、70年代末には8割ぐらいの対人関係スキルの教育プログラムでSPが使われていました。その頃は主にデモンストレーションで見せるだけが中心で、まだ試験として使うものではありませんでした。70年代の半ばにBarrowsは日本医学教育学会と、日野原先生の聖路加ライフ・プランニング・センターの招きで2年続けて日本へ来られました。日本でも模擬患者さんの養成のようなこともされたのですが、残念ながらその時は広がりませんでした。当時は、医学教育の分野でもそこまでコミュニケーションに力を入れなければならないという認識にはなっていなかったという部分もありますし、また、市民の側もボランティアというのは、特殊な立場の特殊な人が時間を使ってわざわざやらせてもらってしていますという雰囲気はまだ当時はありましたので、そういうことに市民が関わるという状況でもありませんでした。

80年代になってイギリスでOSCE: Objective Structured Clinical Examination（客観的臨床能力試験）という評価法が作られ、開発されて世界中に広がってきました。90年代のアメリカ、或いは世界的な医学教育

の 2 大トピックスは、少人数参加型の PBL チュートリアルという教育法と模擬患者、或いは OSCE であるということが言われるようになりました。日本でも、92 年 Barrows 先生の弟子筋にあたる小児科の P.Stillman 先生が来日され、模擬患者の話をしてくださったのをきっかけに、日本の SP の活動が始まりました。ちょうどその年は、COML（ささえあい医療人権センター）の辻本さんが、アメリカヘインフォームド・コンセントの調査に行った年です。辻本さんはアメリカで調査をしていた際、ニューヨークのマウント・サイナイ医学校の医学教育センターで、ハリウッドの俳優の卵がバイトで模擬患者をやっているのを見てこられました。「ああ、こういうふうに市民が参加して行うことは大事だ」ということで、一緒にいらった中川米造先生に「こんなことをやりたい」と言ったところ、僕を紹介され、「一緒にやろう」ということで始まりました。それが 1992 年です。COML 事務局の山口育子さんは、最初の 4 人の SP さんのうちのひとりです。

SP のタイプにはおおよそ 4 つの系統があります。1 つ目は症状シミュレーション系です。震えとか麻痺とか、腹壁反射などを再現します。お腹の炎症が腹膜にまで及んでいる時というのは、お腹を押さえて離れた時に腹壁や腹膜と一緒に振動すると、腹膜全体に炎症が及んでいるので痛くないところも離れた瞬間に痛みが出ます。そういうことを学生相手にやってみます。「ここは痛くないですね？」と触って、「ちょっと離しますよー」と言う時に「あー痛い！」ということをやってみせます。

2 つ目は臨床診察能力トレーニング系です。全身の診察をする際の練習台になってくれる模擬患者さんというのがいます。特に、婦人科とか泌尿器科の診察をする場合は、本物の患者さんに向かう前にシミュレーター（模型）を使いますが、この模型と本物の患者さんの間をつなぐ役割として専門の模擬患者さんがいます。T.A.あるいはトレーナーと言ひ、診察の教育についてはプロ級です。「あなた、それではよくわからないから、もっと奥まで指をちゃんとつつこみなさい」とか教えてくれる役目をします。日本でも「助産婦さんの中には、そういう役目をやっても良い」という人がい

ますが、なかなか実際にはすぐにはできません。あまり変なことを言うとセクシュアル・ハラスメントと捉えられかねない場合もあり、話がややこしくなりますから難しいのです。アメリカとは文化が違うこともあり、日本では医学教育でも看護教育でも男子学生と女子学生の扱いが難しいのです。例えば診察の練習でも、女子学生に脱いでもらうわけにはいけないので、男子学生に脱いでもらうということが多いです。清拭の実習では、看護師さんが体を拭く練習も男子学生は男子学生同士だけでやるとか、女子学生と一緒にやる場合には、男子学生だけがいつも脱がされているという場合が多いようです。男子ばかりいつも脱がされるので「逆セクハラだ」と言われることもあります。しかし、アメリカの学生の場合には、男も女も関係なく一緒に服を脱いで練習をしていますが、それが問題になるということはありません。日本でやろうとすれば大変なセクハラ騒ぎとなるでしょうが、そこは文化の違いなので、仕方がないことかもしれません。そうするとイスラム系の医学校などはどうやって教育をしているのか想像もつきません。

3 つ目はコミュニケーション・トレーニング系です。これは今までお話しをしてきた、コミュニケーションをとるための練習台となる模擬患者さんです。

4 つ目は総合臨床能力評価系です。総合能力という意味ですと、共用試験 OSCE などでは、診察のステーションとインタビューのステーションが分かれています。アメリカの国家試験 OSCE では、もう少し長いステーションで普通の患者さんを診るように、インタビューの後、そのままその患者さんの診察をして、結果を患者さんに説明したりする、というリアルな患者さん相手に行うのと同じような診察もインタビューも含めた総合能力という系統もあります。

SP の利点については次のとおりです。1.いつでもどこでも使えます。2.何回でも繰り返して使えます。3.常に同一の患者役の設定が利用できます。OSCE の試験の場合には、学生が変わってもまた元の患者に戻ってできるわけです。また、4.学年に合わせて役づくりを優しくしたり、難しくした

り、一般外来の患者であったり、救急外来の飛び込みの患者であったりというように変えることができます。5.患者に関する議論がその場でできます。6.本物の患者には害が及ばないし、7.学生は間違いが許されるので安心して利用できます。8.SP さんからのフィードバックがもらえます。且つゆっくりと時間をかけてやることができます。9.ある程度の時間の制約は考えなくても良いということです。

SP さんは、どのような人になるのかと言いますと、基本的には医療者にはない視点が大事なので、患者や生活者の視点になれる人です。役に入る能力と役から出られる能力も求められます。そして、フィードバックをするためには、出来事とか、心の動きを覚えておくことができ、それを言語化できる能力が必要になります。あくまでも医療者の教育のお手伝いをするボランティアですから、私的なリベンジをする場ではないので学生に対して攻撃性を持っていないことが必要です。

SP さんには、必ずしも医療体験が必須ではありません。実際の患者もいろいろです。病人キャリアの長い人もいれば、初めて入院して戸惑うような人もいます。しかし、入退院 20 回の人、「私にはもう、初めての入院でとまどうような場面はできない」というケースもありますし、それを演じてくださいというのも難しいことです。患者体験がある場合には、自分の病気であったならいちばんリアルだから良いのではないかと思う部分もあります。しかし、その患者体験が結構エモーショナルなものと結びついている場合には、客観的な評価ができなくなります。自分の思いがあるので、学生のパフォーマンス以上に嬉しくなったり、感動してしまったり、逆に学生のパフォーマンスがそんなに悪くなくても、今までの自分の感情のどこかを突かれてしまうと必要以上に腹が立ってしまうようなことが起きてくることがあります。そうすると、本来の目的である評価とかのものさしにはなりません。そのような場合には自分の病気や似た状況は避けてもらうことが必要になります。難しいのは、感情のコントロールです。感情が動き、それをフィードバックするわけですから感情は動いてもらわないと困りますが、ある程度コントロールできることが大事になります。インタラクションのなかで涙が出てきたり、腹が立ったりすることはあつて

も、フィードバックの時には役を出て、冷静にフィードバックできる能力が必要になります。

SPさんが医療者教育に参加してくれることの意義は、外から市民が参加することにあります。そうすると学生は、しっかりやろうということで、学習態度は格段に飛躍します。また、ボランティアで参加してくれることに対して、自分たちに対する期待とか使命感を自覚するので、一所懸命勉強しようという動機づけに関わります。なお且つ、素人であるSPからのフィードバックは医療消費者の声ですから、市民に開かれた医療者教育の実現ができます。医学教育の養成に関わる側が、市民の患者側に近い人たちと一緒に良い医療従事者を養成するために行う活動としては、非常に意味があると思っています。

日本のSP養成は92年ごろからスタートしましたが、98年ぐらいまでは100名ぐらいの数でした。それがどんどん増えてきています。去年（2005年）12月から共用試験OSCEがスタートしていますので、それもあって、全国で80グループから90グループぐらいあるだろうと言われています。少なくとも700-800人のSPさんがいます。医療生協のなかでも100人以上はSPさんがいるように思います。SP活動に取り組んでいる医療生協だけでも15生協ぐらいあると思います。全国的なSPグループの分布ですが、2002年の段階では、基本的に東日本には少なく、西日本にグループが多いです。西日本にかけてはどちらかというと熱心です。

今後のSPの養成の課題ですが、教員がコミュニケーションを専門にしている人が少ないので、SPを効果的に使う教育の実施が難しいということがあります。現在実施している共用試験は仮免レベルのテストですから、マニュアル主義的な教育でも乗りきれないわけではありません。SPさんは、それでは飽きてきます。「もっと高いレベルの教育をしてほしい」とSPさんが教員に求めますが、教員の側がそれに応えられなかったり、教員の側はとりあえず共用試験OSCEができたらいいいので、「それだけで結構です」という感じになります。そういうことから、SP参加型教育をファシリテートできる教員の数も量も質も上げる必要があります。

多様な職種にみあったシナリオ開発や評価法の開発が必要になります。特に、リハビリは症状シミュレーションがある程度できないと困ることがあります。麻痺などの症状も併せてできるようなシナリオをどう作るかが課題です。

一方 OSCE が広がったのは良いのですが、今のレベルではマニュアル主義的だという問題もあります。学生が「今日はどうされましたか？」と聞くと、SP が「お腹が痛いんです」と言う。共用試験的には、「もう少しその症状について詳しく教えてください」ともう一回オープンクエスチョンをかけて、患者さんが自由に症状についてしゃべれるようにする、という流れになっています。最初から「ずきずきした痛みですか？」「朝から痛いんですか？」とクローズクエスチョンにしてしまわないことになっています。そこで、2 回目のオープンクエスチョンができたなら、これで 1 点獲得、その後会話のどこかで「大変でしたね」と共感の言葉で答えるようにしていくとまた 1 点獲得。尚且つ今の OSCE の場合は、診察に入る前のところで終わっていますから、なぜそこで患者さんの思いが聞けないといけいいのか、あるいは社会的な状況まで踏み込んで聞く必要があるのかがわかりません。実際には、診察に入ったあとのコミュニケーションで、そういう情報が大事であり、学生が困るのかというのはその後です。診察結果を伝え、今後の治療方針や検査方針と一緒に相談する段階で、相手の状況や思いが聞けているか、聞けていないか、また、良い関係ができていないか、できていないかで、その後のコミュニケーションは変わってきますから、終わりまで実施することが本当は大事です。しかし、今は、診察に入る前に終わっていますから、学生は、なぜ共感の声をかけるのか、なぜ心理的なこと、社会的なことを踏み込んで聞かなければならないのかがわからない。なぜわからないのに声かけをするのかといえ、そうしなければ点数にならないので、と考えているからです。その部分をどう乗り越えるかが問題です。

それから、全国で一斉に共用試験がスタートしましたが、SP さんの演技がその試験にふさわしいだけ統一されているのかと言えまだまだで、

SP グループによって玉石混淆という状態です。それを揃えることが必要です。しかし、評価教員のレベルもバラバラですから、まずは、そちらを揃えることが大事です。また、身体診察とリンクした SP 養成も考えなければなりません。SP さんだったら何をしても許されるというわけではありませんから、SP さんのストレスサポートとマネジメント策の検討も大事です。SP さんの中には、良いフィードバックを返そうと思っていてもその時に思いつかなくてあとで落ち込む人もいます。また、今まで優等生できて、人前で恥もかいたこともない医学生だと、うまくいかないのが自分のせいであるはずですが、SP さんに逆ギレするという場合も時々あります。フィードバックを素直に受け止められる学生もいれば、そうでない学生もいます。

医療面接教育全体としての現状と課題です。昨年（2005 年）12 月より医科、歯科同時に共用試験 OSCE が開始されました。薬学部も今年（2006 年）の新入生から 6 年制導入となり、4 年後に共用試験 OSCE の導入を予定しています。共用試験 OSCE では、4 年生時に患者さんとのコミュニケーションや調剤の能力を評価します。つまり今までは基礎科学だけでしたが、6 年制では臨床に強い薬剤師を出すということになっています。ただ、6 年制の薬学部は人気がありません。新設の学校は全て 6 年制で医療職というものを売り物として出していますが学生の集まりが悪いようです。

看護は進んでいるようで実は進んでいません。教員も必ずしも面接教育へ熱心に関わってくるわけでもないようです。看護者の場合は心理社会的な問題への踏み込みがドクター以上に求められます。しかし、そこへ踏み込んで、対処できないような想定外の出来事に対面しても怖いので、「君子危うきに近寄らず」と自己規制をしているケースが非常に多いです。例えば、不安を訴えてもしっかりと聞かずに、すぐに「大丈夫よ」と無責任に言うとか、「それは先生に聞いてくださいね」と他人へふるということがあります。診療の補助や患者のお世話が、保助看法でいうナースの業務になっていますが、実際にはドクターの診療補助が多く、「患者さんのベッドサイドへ行ってお話を聞きたいけれどもできない」という不満の声もありま

す。それで、電子記録システムを導入し PDA でデータ入力をして、ひとつのマザーコンピュータに入れられるようにしたところ、勤務時間にして1日に10数分の労働効率は上がりました。しかし、看護師さんのタイムスタディをすると、空いた時間にベッド回りの掃除や患者さんのケアには走りますが、コミュニケーションにはいけないというケースが実際にあるということです。

リハビリ、栄養士、鍼灸師という裾野にも広がりつつあります。鍼灸師医療面接のテキストやビデオの教材もありますし、鍼灸学校でも OSCE を実施し始めています。いま自由化の流れの中で薬学部もどんどんできていますが、鍼灸や柔整やリハビリ（理学療法）の学部を持つ学校もたくさん増えています。ところが、はっきり言って過当競争で、特に専門学校の場合は、四大ほどは敷居が高くありませんから医療従事者の質の維持が難しい部分があります。学生をその単位取得過程で OSCE によって評価するようにしないと質の保証ができなくなるかもしれないという学校協会の不安もあります。しかし、共用試験 OSCE というのは、仮免レベルでのトレーニングしかしていませんので、そこから先につながってっていないというのが現状です。欧米の学生の OSCE は、卒業時点で患者教育や禁煙カウンセリングや、栄養カウンセリング、思春期の女の子に対する避妊の性教育指導や、アルコール症の患者さんに対する関わり、悪い情報（バッドニュース）を患者さんに伝えるようなケースもあれば、誘惑してくる患者さん、麻薬を注射するように脅す患者さん、腹を立てている患者さんといった **Problem patient** に対するトレーニングも行っています。しかし、日本の場合には、教員もこのような状況のコミュニケーションを教えられず、また、それは卒前のレベルではないと思っている教員も少なくありませんから、なかなか欧米のようにはならない状況です。

最後に、現場の課題は何かということですが、**Informed consent** ということで選択のメニューは示すようになったのですが、そこから先が問題だということです。今までは医者におまかせで患者には説明すらなかったものが、説明と選択肢は示してくれるようになった。しかし、今度は逆に患者まかせで、「メニューは出したのだから後は勝手に考えて」という状況が

増えてしまいました。「前もってメニューを説明させていただきます。最近はこの治療法を載せてあり、一般的ですが、うちの場合にもコースはAからDまで4つのコースがあります。こういう違いがございます。最近はこの治療法も試されています。では、ご家族でよく話し合っていていただいて結論が出ましたら」というような **Informed consent** が増えています。これでは **Shared decision making** ではなく、「責任はとらない」という丸投げ状態です。医療者側の本来の **Shared decision making** とは、医療者側の持っている医学的な情報について、どういう状況だとか、主治医としてはこういうのが良いのではないかと思っているという主治医の意見を伝え、それと同時に、患者さん側の事情や思いをくみ取ることだと思います。患者さんも、自分がどういう状況にいるのか、どういうことを希望されているのか、どういうことを心配しているのかということを、お互いにつき合せて、共通の土俵をつくり、その中でどうやっていくのがいちばん良いのかと共に悩み考える。そのパートナーシップが、本来の **Shared decision making** です。しかし、多くの大学病院ではメニューは詳しくなったけれど副作用もばんばん言うようになったというだけで、実際は言っぱなしで終わっています。

患者さんとのコミュニケーションのチェックポイントですが、患者さんとの話の「導入部分（オープニング）」、そして「締めくくり（クロージング）」部分があります。それらにはさまれてメインの部分が4つあります。患者さんの「傾聴・情報収集」として聞くという方向。「説明・情報提供」で伝えるということが良い感じで進められているかどうかという「共感的なコミュニケーション」になっているか。また、「患者さんの問題解決につながるような関わりとか締めくくり」があるか。ですから、大きく分けて6つのカテゴリーがあります。今未熟なドクター（共用試験レベルでもできていないわけではないが、十分できているとは言えない。こちらの説明はするけれども傾聴・情報収集ができていないということが多い。特に医学的情報も、社会的な背景、心理的な状態、或いは患者さんの思いの解釈モデルが聞けていない。また、共感の声かけができていない。共感してい

るつもりでも、言葉と態度できちんと伝えるという作業ができていないケース）が多いです。これが第1段階です。

第2段階は共同作業です。現状としては、患者の事情を考慮した上で共に悩み考えるというところできていません。メニューを示して、後は丸投げのケースが非常に多いです。

ビデオを観ていただきたいと思います。悪い情報を患者さんに伝える（bad news telling）場面です。模擬患者さんですが、30代前半の女性で子宮ガン検診を受けたら要精密検査ということで2週間前に病院の婦人科外来を受診されました。先生が内診をされた段階で、「これは汚いね。もしかしたら悪いかもしれない」と悪い結果についての可能性も言われたうえで組織の病理検査を受けました。その結果を聞きに来たところです。検査結果は残念ながら悪性の子宮頸ガンで、ステージ的にはⅠ期と思われる。子宮頸ガンとはこの頸部の粘膜のところから発生するガンですが、発生したガンが頸部に限局している段階をⅠ期と言う。胎部まで行くとⅡ期。近接臓器、遠隔転移でⅢ期、Ⅳ期とジャンプしますが、Ⅰ期は比較的早期です。しかし、Ⅰ期のなかにもⅠa期とⅠb期とサブステージがある。Ⅰa期は、2、3mmの粘膜上皮で発生したガンがまだ2、3mmの粘膜上皮で限局している場合で、いわゆる早期ガンとして扱えますから、そこだけレーザーで焼いたり、頸部円錐切除術によってぐるりと皮を剥くように頸部を削ったりというオペでも対応が可能だと言われています。ところが、この人の場合は6、7mmまで浸潤していましたので、もうⅠa期としては扱えず、Ⅰb期だということ。Ⅰb期以降の子宮頸ガンは子宮頸ガンの取り扱い規約によれば、広範子宮全摘出の適応ということで、教科書的には子宮全部を取らなければならないし、付属臓器や靱帯も少し大きめに取っておかないと再発のリスクがあります。そういうようなレベルのオペが必要と思われる子宮頸ガンだったということをドクターが伝える場面です。

ドクター    どうぞ、お座りください。

患者        こんにちは。はじめまして。

ドクター    コウモトさんですかね？    はじめまして。

- 患者 よろしくお願ひします。
- ドクター 今日は寒いですね。雪まで降って。今日は主治医の山本先生が出張なので、私、上田が代診いたしますのでよろしくお願ひいたします。
- 患者 はい、よろしくお願ひします。
- ドクター 先日いらした時に、私はちょっと席をはずしていたもので、質問に重複することがあるかもしれませんが、その点は失礼をお許しください。ご職業は？
- 患者 衣料関係の…
- ドクター 洋服メーカー…
- 患者 そうです。
- ドクター 卸関係ですかね？
- 患者 卸というか、製品を企画したり、制作したりします。
- ドクター そうなんですか。ところで、ご家族のほうは？
- 患者 今、私は独身で家族とは別に暮らしてしています。
- ドクター 一人暮らしをなさっているんですか。僕もそうなんですけど…失礼ですけども、結婚の経験とかはおありでしょうか？
- 患者 はい、20代の初めに一度、はい…
- ドクター 本当に失礼なんですけども、妊娠の経験はおありでしょうか？
- 患者 ないです。
- ドクター あーそうですか。ところで、今日検査の結果が出たんですけども、はっきり申しますと、まだ本当に小さくて、手術で取りさえすれば健康体に戻れるであろう、ごく良性の、本当に初期の子宮ガンなんです。腫瘍と言っても、取りさえすればOKなんです。手術でもしてですね…例えば、虫歯なんかでも、ちょっと虫歯があれば歯がこうあったとして、このちょっと黒い部分があっても、かなり削りますよね？ それと一緒にガンというのも、本当に小さくても子宮ガンの場合は、やはり、子宮の全部を取らなくては、あとあとのことを考えると大変というか、将来、10年後、20年後のあなたの健康を考えた時に、子

宮を全摘したほうがよろしいんですけどもね…

患者 初期って、今おっしゃいましたが、その場合はそれほど広い範囲ではないということですよね？ それをなぜ全部？

ドクター ガンというのは、すごく恐ろしい病気なんですよ。検査でこの部分、ちっちゃいガンだとわかりますよね？ 例えば、これ子宮とした時に、ここのほんとに角の一部だけが子宮ガンって検査でわかったとしても、ここが、対極にあるこの辺が正常だとしますよね、この辺の灰色の部分というのがあるんですよ、やっぱり…どうしても、今の医学ではわからない部分が…そこも取りたいと…虫歯と同じで…安全圏まで取りたいと、そう考えた時に、やっぱり子宮というのは全部取らないと 10 年後、20 年後を考えた時に安全とは言えないんですよ。

患者 そしたら、初期ということなんで、へんな言い方ですけど、とりあえず今悪いところだけを取っておいて、子宮全部…取ってしまうというのは…ちょっと…今、私としては非常に困るんですよ。今、この時期に取ってしまうというのは、私にとっては、ちょっと…ですから、なんとか今のところは初期なんであれば、その悪いところだけ取るとか…少しでも残しておくということを私としては考えて…治療してもらいたいと思うんですけども。

ドクター お気持ちはよくわかるんですけども、子宮というのは胃なんかとはちょっと違ってですね、部分的に切ってどうっていうもんじゃないんですよ。全体として機能をなすものなんですよ。例えば、目とかがそうですね。角膜がやられただけで…角膜というのは、この目の、いちばん前の、黒目の前にあたる部分なんですけど、全体でひとつなんですよ。だから、部分的にというわけには…

患者 じゃ、今すぐ手術する必要はあるんですか？

ドクター もうちょっと、もう少し早く見つければ…頸部と言って、子宮のいちばん出口ですよ、そこだけを取ることができた

んですけども…ちょっとだけ間が悪かったというか…そういった感じなので、本当にあなたの 10 年後を考えると…

患者           どれくらい延ばせますか？

ドクター    というと？

患者           手術…

ドクター    オペまでですか？ 手術までは…ご都合はどうなっているんですか？

患者           もし、全部取ってしまわなければならないのであれば…

ドクター    心の整理もありますよね…

患者           できたら、1 年先！

ドクター    やっ！ それはだめです。やっぱり命あつての物種ですから…

患者           でも、さっき初期だっておっしゃったでしょ！

ドクター    はい、ガンというのは、あなたは特に若いですからもうすごく速いスピードで進行するんですよ。こうして話している間にも進行は…しまったあー(笑)…私は外科医として子宮を全部取ることをお勧めします。

…というケースです。教科書通りに説明しているのはわかります、学生ですから。いろいろ不備はありますが、いちばんの問題は、患者さんの状況を聞きだせていないことです。こちらが必要だということは、一生懸命に言っているのですが、患者さんは手術に前向きではありません。「今この時期に取るのは困る！」と言っているのですから、何が困るのかを聞く必要があります。困っているけれど、手術が怖いわけでもなく、嫌でもないわけです。実は、この人は 30 代の女性ですがバツイチです。20 代の初めに結婚したけれども、今は独身で一人暮らしです。実は再婚の話があるのです。相手の男性もバツイチですが、男性には前の奥さんとの間に子どもがいます。彼は大変子ども好きな人でその子どもをととてもかわいがっている。それについては、彼女自身はどうしようもないわけですし、納得しているわけです。しかし、できれば 2 人の間に子どもをもうけて、その子も、子ども好きの彼にかわいがってほしいと思っている。付き合いだしてしば

らく経つけれども、前の奥さんとの間に子どもがいるので、すぐに再婚というわけにはならなかった。ところが今回籍を入れることになったもうひとつの理由は、2人の間で、特に35になるまでに子どもを産みたいという話があった。それにもかかわらず、今この時期に子宮を取らないといけないのは困るということなのです。

しかし、学生はそのことについて聞きだせていません。傾聴ができて初めて患者さんの状況や思いがわかりますから、「ああ、そういう状況だったら、今子宮を取らなければいけないのはつらい選択になるよねえ」と共感の声かけができるけれども、傾聴ができてなければ共感を振るネタがわかりません。ですから、ありきたりの共感の声かけをしなくてはならない。傾聴と共感というのは、片方がうまくいくと状況や思いがわかりますから、そこで共感の声かけをすればわかってもらえた！ということが伝わるので、もっとしゃべってみようかなということになりやすい。ありきたりの共感の声かけしか返ってこなければ、「この医者はもうひとつわからない人だな」ということで、患者としてもしゃべる元気がなくなり、さらに傾聴も進みにくくなります。学生は「お気持ちはわかりますが」と何回も言っています。しかし、それは一般論としてのみだけです。ろくに聞きもしないうちに「いやーお気持ちはわかります」と言われても、「何も聞いていないのに何がわかるの？」ということだけです。彼は共感的なコミュニケーションということで「僕も一人暮らしです」と愛想を振っていますが、それよりは傾聴ができることが肝心です。

彼は、患者を納得させようと思って、最初は医学的な説得で彼なりに思いつく例え話をいろいろ出してわかりやすくしようと工夫はしていますが、納得はしてくれません。そこで、ネゴシエーションとかバーゲニングとかの取引戦略になっていきます。最初はあまりがっかりさせまいとしてディスカウントをして、「ごく良性の初期の子宮ガンです」と訳のわからない説明をしています。ところが、患者さんは「ごく良性の初期だ」と言われながらも子宮を全部取るということに納得してくれません。ちょっと安売りしすぎと思った彼は、「いや、もうちょっと早かったのならよかったんだけど、ちょっとだけ間が悪くてね」と諦めてもらおうとします。ところが

それぐらいでは諦めてはくれません。すると、「10年後、20年後を考えると、今取っておいたほうが良いですよ」と取引にのってもらおうとしますが、それでもだめです。そうになると、取引戦略を諦めざるを得ない。残っているのは医学的な脅迫です。「命あつての物種ですから…ガンはすごく恐ろしい病気で、こうやって話している間にもガンは進行しています」と。さすがに本人もそう言っている途中で言い過ぎていることに気がつきます。そうになると医学的な脅迫を使えないとすると最後に残るのは、何の根拠もない権威主義になります。「俺は専門家だから、俺の言うことを聞きなさい。」…「私は外科医として手術をすることをお勧めします。」

しかし、それでもうまくいっていないわけです。彼は一生懸命善意でやっている。ところが一方通行のコミュニケーションにしかなくておらずに、こういうことが日常的にもおきがちということです。こちらは善意でも、患者さんには善意であるとは全く伝わっていませんし、最初は「ごく良性の初期だ」と言いながら、最後は「いつ死んでもおかしくない」という話になれば、この先生の何を信用すれば良いのかさえわからなくなります。そこをどう乗り越えるかということです。今のトレーニングで乗り越えられるレベルの話と今のレベルではまだまだ越えることができない、「メニューを示してからの後の Shared decision」ということであれば、もう少しレベルをアップしたトレーニングが今後必要ではないかと思います。

【司会】 1 時間半たっぷりとお話をしていただきまして、内容も非常に豊富なものでした。質疑応答で、まず報告についての質問をしていただき、その後でコミュニケーションや意思決定、今後の展開ということまで広げた話まで進めていきたいと思います。

【フロア】 シナリオをかなり細かく設定されていて、今のビデオにも、患者さんの背景にも配慮されていますね。シナリオは、どういう人がどういう感じで作っていらっしゃるのですか。

【藤崎】 いろいろですが基本的には状況設定です。簡単なものは練習に

はなりませんから、ある程度のコミュニケーション能力が求められるような場面で、且つコミュニケーション能力が良ければ良い方向に動くけれど、上手くなければそうではない方向へ行くような、想定される相手の能力のところで、センシティブになるようなものにしてあります。ですから、誰がやっても扱えないようなシナリオでしたらあまり練習にはなりませんし、逆に誰がやっても簡単にできるようなシナリオでも上手いかないということです。バッドニュースを告げる場面とか、告げた後に、今のようにオペには前向きではない背景があるとか、入院してもらわなければならない病状ではあるけれども、患者さんは仕事の都合や家の都合ですぐに入院ができないような状況とか。或いは患者教育でこういうことをしなければならぬが、実は患者さんはこういう事情があつてなかなか言われているようにはできにくいというようなことを医学的に考えて作ります。それをその SP さんに合った背景でまわりを作ります。

ビデオの場合は、仕事をしている方でしたから、衣料関係の仕事をしているというような設定にしました。例えば、ずっと家庭に入っている人がやる場合には、長男の嫁に来てずっと子どもができなくて、義父母に「どうやった？ どうやった？」と言われて、大きな家で跡取りを期待されている状況にあるので、子宮を取らなければいけないがそれは困るとかというように。或いは、入院できない事情にも、子どもが小さくて入院ができないということにしたり、年配の人であれば親の介護をされていて入院できないということにしたりなど、SP さんに合わせて入院できない事情はつくりまします。SP さんに合わせて作るものと、医学的な状況設定を作るのはコラボレーションですから協力して作ります。最近 COML のシナリオは僕と事務局長の山口さんとで一緒に作っています。

【フロア】 先ほどの報告で全国で大体 700 人ほどの SP さんがいるというお話しでした。いろいろとお話を伺っていると、OSCE では患者の持つ背景と医学的な状況とを両方チェックされるそうですね。また、背景については地域によっても異なるものがありそうですが、そういう部分については必ずしもチェックできない部分があると思うのですが、どのようにし

てその辺の評価もするのでしょうか。

【藤崎】 共用試験のシナリオに関しては、課題はあまり高いレベルではありませんから、背景もそんなに個人にカスタマイズされておらず、誰がやってもできるような役作りしかありません。尚且つ、踏み込んだコミュニケーションまで今のところは求められていません。年齢と性別はシナリオによって違います。性別は、大体男用と女用と、各世代のシナリオもあります。年齢的には 20 代の最初から 65 から 70 近いシナリオまであります。やはり自分に合った年齢を選んでくださいとは SP さんに言っています。OSCE の共用試験のレベルでは地域性などはあまり出ない状況になっています。

OSCE しか SP をやっていないグループも結構あります。学生教育の時には SP さんがいなくて、試験時のみ SP さんに会うとか、教育時はロールプレイと見本のビデオを観ただけというところも、まだあります。しかし、地域性によって全然違ってきますから、大阪弁のコミュニケーションと東北弁のコミュニケーションと博多弁のコミュニケーションは明らかに違いますし、模擬患者さん自身も、関西でしたら結構働いている人や、主婦でも以前働いていたりということですが、静岡の SP さんでしたら農家の人がいたりとか、そうすると、それにあった背景とコミュニケーションが必要になるという違いがあります。

【司会】 SP さんには、どんな人がやっておられる人が多いですか？ 年齢とか性別とか…。

【藤崎】 いちばん多いのが、50 代、60 代の女性です。女性 7 割、男性 3 割です。女性で多いのは、50 代、60 代で、男性で多いのは 60 代、70 代です。要するにリタイアした人たちが多いわけです。

【フロア】 先ほど SP 教育の課題として、教員のレベルアップの話がありましたが、私は修士論文で患者と人のコミュニケーションに関すること

についていろいろと研究していたのですが、お医者さんのコミュニケーションスキルのことをいろいろなレポートにまとめている中で、とてもコミュニケーションがとりにくい人がいたという経験がありました。現状として今どんな人が教育現場に就いていらっしゃるのでしょうか。

【藤崎】 コミュニケーションを研究している人で、コミュニケーションに問題を抱えている人が結構います。それは心理やカウンセリングを勉強した人の何割かは自分の癒しとか救いを求めてその方面へ行くとか、精神科のドクターの何割かは自分の **problem** との関係の解決を求めてとか、どっちが患者かよくわからない先生だとかは結構います。精神科看護を勉強している人にも、いかにも精神科看護だなという人だということもままあるということです。あってもおかしくないという気はします。特に認知レベルでそれを理解しようとするのは、逆に言えば、そういうアプローチの仕方をしないとすっきりフィットしない、ということでもあります。ですから、ポンと感覚的に入っている人はあんまり悩まないと言いますか、ずっと行く場合もあります。敢えて認知レベルからそういうようなところへ入ってこようとする場合には、そこの違和感を乗り越えるために知的なレベルでやるということもあるだろうということがひとつです。

それから、実際医療教育を行っているのは誰かということですが、医学部に関しては内科系の先生や総合診療系の先生が多いです。外科系の先生で行ってないわけではありませんが、あまり関心のない人が多い。また、心療内科とか、精神科の先生が行ってないわけではないが、あまり行っていない。どちらかというとい内科系の先生です。精神科の先生はあまりコミュニケーションが得意でない人が結構多いです。いわゆる精神科のメジャーの精神病と呼ばれる病気は、脳の器質的な部分に関して研究することが多いので、コミュニケーションがどうというよりは、薬の匙加減で症状をコントロールしたほうが簡単にできるという場合がないわけではないため、コミュニケーションができていなくても仕事ができるという部分もあります。しかし、コミュニケーションができるほうが良いに決まっています。精神科の患者さんもエンパワーをきちんとされていないので、問題を抱え

ていても誰もとりあってくれず、密室のなかで埋もれているということが多く、また、精神科のドクターのコミュニケーションが悪かったり、変な人であったりというのはめずらしくはありません。

それもありますし、どちらかと言えば、医療教育においては精神科の **problem** がメインではなく身体疾患のことが結構多いので、今はいわゆる卒後研修必修化で全ての人が内科疾患と言いますか、ひと通りの共通の医学的なトレーニングをやるようになりました。でも教える先生たちはずっとストレート研修といって、卒業してから精神科に入っていたので、身体疾患が絡んでくると「よくわからないので自信がないから避けたい」というのが結構多いです。ですから、どちらかという内科系、総合診療系の先生がキャプテンになっているケースが多いと思います。

【フロア】　すごく興味深い話をいろいろ聞き、おもしろい点がたくさんありました。最初に感想として、私は医療系が専門ではありませんが、こういうロールプレイのいろいろな実習のスキルだとか、他のさまざまな教育とか福祉の対人援助に関わるような領域の教育とか研修に基本的に大事なところがたくさんありますから、領域を越えたロールプレイ実習のスキルの共有もできるのではないかと思います。相手が自分の想定外の人という意味では、いろいろな対人援助の領域で大事な視点ですし、多様性や個別性がすごく大事だと思いましたし、一般の大学でもなかなか大学に行っている間に自分の想定外の人と出会う機会がなかなかありません。そのなかでも特に薬学や医学という理系の場合には勉強が大変ななかで、例えばアルバイトなどの時間はものすごく少ないわけですから、ますますいろんな背景を持つ他者との出会いの機会が少ないだろうと思い、実習の意義というのを強く感じました。

ひとつ質問ですが、私の知り合いに泌尿器科の先生がいるのですが、特に思春期の男性の相談も積極的されている方がおられます。医者の方の業務の点数過程のなかに相談を聞いた分が入らないので病院としての評価にはならないようですが、その先生は熱心でひとり頑張っているらしいです。そういうなかで、実際にこういう医学教育は大事だと思います。現場では、

実際にこういう患者と医師とのコミュニケーションというものをやっていこうというのはどうなのでしょう。

【藤崎】 本題に入る前にロールプレイの展開をお話ししましたが、一橋大学の宮地尚子さんという精神科医ですが（元京都府立医大の卒業生で、近大の公衆衛生におられた人です）、その方が近大におられたところに、患者が受けた被害をドクターに伝えた時のドクターの対応のことでロールプレイをしたことがあります。それは医学教育の雑誌に論文として掲載されています。そういうような利用があります。実際に PSW という資格制度ができた時に、専門学校の教育だけを受けてやってきた人にトレーニングをしてくださいと SP セミナーの依頼を受けたこともあります。最近共用試験 OSCE が始まって、以前と比べて若い先生の態度が良くなっています。名古屋のある病院で電子カルテが入りました。電子カルテと今までの紙カルテでコミュニケーションがどう異なるかを調べる目的で調査をしたことがあります。それは模擬患者さんに協力してもらいました。実際の場면을内科の先生に 20 人ぐらい協力してもらって、ビデオで撮影させてもらい、コミュニケーションを分析します。すると、紙と電子カルテとは確かに違いがあります。紙カルテのほうがアイコンタクトは良く、電子カルテは変換が入るのでブラインドで打てる人も少ないのでアイコンタクトが悪くなります。紙はさっと書くのが簡単ですが、ディスプレイだとそうもいかず、手書きでしたら患者も口をはさめますが、電子カルテだと入力している時に遠慮して口をはさめないわけです。こういう変化はありましたが、それ以上に大きな違いは、そのような教育を受けたことがある 4 年目、5 年目ぐらいまでの研修医とそうでない先生の差のほうが大きい。その教育を受けた人は、紙カルテであろうとも、電子カルテであろうともそれなりにちゃんと聞けます。しかし、それから上の先生は、全く自己流です。上手い先生は、紙でも、電子カルテでもまあまあですが、そうでない先生は紙とか電子カルテの問題ではないという感じです。そんなに差が大きいとは思わなかったのでびっくりしました。そのような感じでコミュニケーションの良い若手の先生が増えてきていますから、上の先生の対応の悪さがどん

どん目だっています。なお且つ、医療機能評価で病院の評価を受ける時に項目のなかで、クレームに対する対応の問題が必ず出てきます。ナースや事務職は、そのような研修をある程度しているわけですが、医者に対するクレームが非常に多いのにもかかわらず、医局でコミュニケーションの研修ができていないことが多く、機能評価で指摘されて、あわてて「研修をやってくれ」と頼まれることが増えています。

筋が良い人は変わることもありますが、ただ、10年、20年やっていたスタイルを変えるのは結構大変です。若い人は何もないのでずっと伸びてきます。研修の必要性を感じているのは部長クラスなどの管理職クラスです。研修をしても現場のドクターは不満たらたらで集まってくるケースが少なくないし、いちばん来てほしいような困った先生は来ません。こなくて良いような先生が出席して、「やあ、勉強になりました」とおっしゃいます。それでも病院のレベルが全体として上がってくれば、いちばんダメな人でもいちばん後ろからついて行かざるを得なくなるか、ギャップが多くなり居られなくなるかのどちらかになります。しかし、徐々に集客とか患者の満足度とかが、病院側にとって非常に重要なファクターになっています。今は、自分も名乗って、相手も名指しをして、いつ、どこでというクレームが圧倒的に病院としては増えています。困った先生の扱いには病院側も困っているようです。すごく広がっているわけではありませんが、そういうことが進んでいく状況になりつつあるのは確かです。

**【フロア】** いま、患者さんのクレームとおっしゃいましたが、バーというのは全体的には高くなってきていると思います。そう考えると、効率という発想からしても、逆にコミュニケーションが上手くできないと効率が非常に落ちるという状況が発生する気がしますが。

**【藤崎】** その通りだと思います。情報量でもほとんど覚えてないわけです。水かけ論で、「受けてください」「嫌です」だけです。それよりは、情報が多ければ対策まですっといくわけですから、そういう意味ではそこでスタックしてしまい終わっているわけです。ですからそれを乗り越える力

が必要です。今、弁護士に対する苦情がすごく多いです。今まで弁護士は市民との接触がなかったのですが、市民社会の法制度ということで、弁護士さんがいろいろなところへ相談に積極的になるようになったので、対応の悪さで苦情が増えています。いまは、**Simulated client**、**SC** の養成のお手伝いをしています。

【フロア】 よく大学病院では診察時間が短くてコミュニケーションがあまりとれていないということをよく聞きますが、大学病院でコミュニケーションを重視していくという努力はされているのでしょうか。

【藤崎】 大学病院だから時間が短いというわけではありませんし、時間をかけなければならない人にはかけています。基本的には本人がどれぐらいかけようと思っているのかということです。社会的な立場の圧力があるというのがひとつです。それから、決して全ての患者さんに時間がたくさん要るわけではありません。例えば心療内科の場合には、初診は1時間かけることがあります。もし、そこでしっかりと関係ができているのであれば、後は5分外来でもすむようになってきます。何かあった時だけ、ちょっと時間をかければ良いというようなところがあります。ですから、全ての患者さんにたくさんの時間が必要なわけではなく、多くの患者さんの場合には、ある程度信頼関係が築けたら、しばらくしてから診察では「お変わりないですか?」「はい」で良いわけです。つまり、何かがあった時にちゃんと時間をとってくれるという信頼関係があれば患者とのコミュニケーションはとれます。どうしても時間がない時は、「悩みがあればこの時間が空いているのでその時に来てよ」というようにできます。ただ、絶対的な患者数の質が落ちる限界というのはあると思います。

例えば、午前中9時から13時まで外来をするとすれば、25人まではある程度できると思います。しかし、40人とか50人になれば絶対に質を維持できません。以前タイムスタディをやったことがあります。外来の患者さんは平均8分ぐらいきちんと面接をしています。実は病棟患者のコミュニケーションのほうが3分ぐらいで、行って挨拶とひと言、ふと言です

むとか、ずっと入院しているにも関わらず今日は一度も先生が現れなかったとか、来ても挨拶程度で込み入った話ができないことがあります。ですから、できないわけではありませんが、あくまでも客観的なむちゃくちゃな状況ではできようがないということです。

【司会】 Shared decision の話に触れますと、今の SP のお話で、意思決定をする場合にどういう情報を共有化するかということで、ひとつには医学的な意味では身体情報を獲得するということがあり、医師がそれを引き出しつつも情報で共有していく。そうするとその医学情報をどう伝えるかということも問題になります。一方で意思決定するためには、医学情報以外に、患者側のいろいろな要因が関係していて社会的な、或いは家族的な、要するに文脈とか、そこに関わる価値観などが関係してきます。そういう意味で何を共有するかという点で何かを提言するのかを伺いたいのと、それを踏まえて SP が日本ではまだ発展途上にありますから、求められている社会的なニーズと今の医学教育委員会の主たる潮流というのがどこにあるのかを教えていただければと思います。

【藤崎】 ですから、医学的な情報を伝えることに関しては実行するようになっているのは確かですが、基本的に伝えるべき中身は医者が決めるというような思いがまだまだ強いです。患者さんにとって必要な情報は患者さんからのニーズが出ないと伝えられないのですが、そこまで聞いてやる必要はないと。あくまでも自分の説明で医学的にわからないことは説明をしてあげるが、患者さんの状況からの思いで聞きたいことまでは答えられないので勝手に考えて、というようなかたちで、出来合いのものは出すが患者ごとにオーダーメイドにはしないというのが今の医師側の感覚だと思います。そのところをどう乗り越えて、オーダーメイドにするかというのが課題です。そうするとこちらが一緒に悩まなくてはならない。しかし、悩みたくはないわけです。

しかし、Shared decision making というのは悩みも共有することにあるということです。ですからそこが求められていると思います。悩みの共有

のなかで大事なものは、がっかりの **Share** ということです。ハッピーなことはコミュニケーションでは問題ないわけですから、問題になる部分はがっかりすることなのです。日本人はそもそも **Bad news** をめぐるコミュニケーションは下手です。日本人のコミュニケーションの大原則は相手の気を悪くさせないということです。相手が聞いてがっかりしたり、ショックになるような話題は話題にしないのが日本的な気くばりです。対人的にも悪いことは本人には言わないということでした。しかし、今は、相手ががっかりしようがしまいが言うようになっています。要するに大事なことは、がっかりを **Share** してくれるかどうか。一緒に分かち合ってくれるかどうか大事ということです。

**Bad news** を受け止めるプロセスというのは、「しっかり」「がっかり」する作業が受け止める側にも必要で、その作業があって受け止め難いものが受け止められるようになるわけですから、「しっかり」「がっかり」させるのを **Share** することが患者さんたちの医療の援助にもなります。しかし、多くの場合には、すぐに励ましたりします。それは「よりまし論」で、あなたが落ち込んだのはマイナス 100 とかマイナス 90 ではなくて、マイナス 60 ですから、30 から 40 はお得だったからよかったという説得をします。しかし、患者さんは、ゼロがマイナスになっているのがすでに受け止め難いのに、30 から 40 をお得だと言われても少しもそうは思わない。そういうことを無理やり押し付けにすることが多いということです。日本文化の中では、「がっかり」を抱え込んだ人は家族も **Share** してくれない。結局ひとりで抱え込んで具合が悪くなっていることが非常に多い。あの人はそのことを気にしすぎているので話題にしないでおこうという看護目標が立っていたりして、たまたまノーテンキな学生がうっかり聞くことがあります。すると、患者さんは「初めて聞いてくれた。嬉しい」と涙を流して喜びながら、一所懸命つらい気持ちを打ち明けて、患者さんは喜んでくれるにも関わらず、看護師さんは「とんでもないことをしてくれた」ということで学生は怒られたとか、そんなこともあります。みんな怖いので触れないように逃げている部分がある。しかし、患者さんにとっては、それがいちばん必要な援助だったりするような状況があります。その辺を一緒に

悲しむ。悲しむなかで本人がそのことをしっかり受け止めることが大事な  
ことなのです。