

日本のPBLチュートリアルと 医療コミュニケーション教育の現状と課題

藤崎和彦*

**PBL-tutorial and Communication Skill Training
in Japanese Health Professional Education**

Kazuhiko Fujisaki

Gifu University School of Medicine,
Medical Education Development Center

The present state and problems concerning PBL-tutorial and communication skill training in Japanese health professional education are described. Many schools are beginning to introduce a PBL-tutorial curriculum, but some schools are facing up to problems due to lack of proper understanding of adult learning theory. Also many schools are beginning to use simulated/standardized patients in communication skill training programs. Participation of lay persons in health professional education is meaningful in advancing curriculums based on a more patient-centered model.

キーワード

PBLチュートリアル PBL-tutorial

コミュニケーション教育 communication skill training

医療面接 medical interview

成人教育 adult learning

模擬患者／標準模擬患者 simulated patient / standardized patient

I. 医療者教育を取り巻く環境の変化

ここ十年くらいで医療者教育が急激に変化してきている。医学、歯学、看護、薬学、リハビリ、栄養、鍼灸などの大学や養成機関で、従来型の大講義室での講義に替わって、少人数グループによるPBL（Problem Based Learning：問題解決型）チュートリアルが徐々に導入されるようになり、また、医療コミュニケーションの教育にも、従来型の学習者同士によるロールプレイだけでなく、市民ボランティアの模擬患者の協力によるトレーニングやOSCE（Objective Structured Clinical Examination：客観的臨床能力試験）による評価が広まってきた。

これらの医療者教育における変化は、この間の教育を取り巻く環境の変化を受けたものであり、本稿ではまず冒頭に、この間の医療者教育を取り巻く環境の変化を概観してみよう。

1) 知識詰め込み型から自己学習能力、問題解決能力の養成へ

この20～30年間の医学医療に関する知識の増加量は目を見張るものがあり、それに伴い学生が学ぶべき知識量も膨大になってきている。その上、新しい検査法や治療法も加速度的に産み出され、知識自体の寿命も3年や5年といわれている。したがって、従来の知識詰め込み型の教育では、そもそも定められた教育期間で教えられる絶対量に限界があるうえ、たとえ無理やり押し込んだとしても詰め込まれた知識自体がすぐに古くなって使えなくなってしまう。こういった状況の中で医療者教育に求められているのは、将来の医学医療の進歩に対応できる応用力を備えた堅固な基本知識の土台作りと、新しい課題に対応できる自己学習能力、問題解決能力の養成であるといわれており、その改善の試みとして少人数グループによるPBLチュートリアルの導入が行われるようになってきている。

2) 変貌する医療環境

医療技術の高度化と共に医療費問題が先進国共通の課題となり、また医療環

境が厳しくなる中でコストや負担について無関心では医療を担い得なくなってきた。さらに医療をめぐる人権意識の昂揚は、患者の権利やインフォームド・コンセント、安全管理や医療事故対策に対して十分な配慮のできる健全な民主的行動能力と社会経済的問題に対するセンス、マネージメント能力の育成を医療者教育に求めるようになってきている。こういった領域に対する日本の医療者教育は、卒前・卒後ともに欧米と比較しても最も遅れている部分であり、行動科学教育にも多くの期待がされている部分であるが、単なる教養講座的な基本的知識の教育を越えて、真に医療者の行動が変わるような現実的、実践的な教育的介入が望まれている分野でもある。

3) 求められる全人性

ストレス性疾患の増加や臨死医療に対するニーズの上昇、さらには介護保険の導入などにより医療が福祉と連係する必要性の増加など、従来の身体医学中心の教育だけでは不十分なことがますます明らかになり、身体・心理・社会面すべてに総合的に対処できる全人的な能力の開発も求められている。さらに近年では、いわゆるbio-psycho-socialの後ろにcultural-spiritualも付け加えられてきている。増え続ける外国人労働者に対する医療や海外医療援助の際に文化に対する医療人類学的センスがなければ、異文化間のギャップが乗り越えられないケースが増えてきており、また臨死医療に対するニーズの増加は、心理面のみならず魂の面に対するケアまで期待の幅を広げてきているといわれている。欧米の医療者教育においては、こういった心理社会的側面の教育はまさに行動科学教育の真骨頂が発揮されるところであるが、まだまだわが国では、そういった役割を十分に担う状況が出現しているとは言い難いのが現状である。

このような状況の中で、医療者教育に求められるようになったのは、受動的な講義室の教育から学習者が参加し体験するような教育への変化と、医学知識をただ暗記だけさせるような教育ではなく、心理・社会・倫理・経済・安全など多面的側面から現実に対応しい行動を実践しコミュニケーションできるような、より現実に近いシミュレーションを用いるような教育への変化であり、具体的にはPBLチュートリアルと模擬患者（SP）に代表されるような教育である。

Ⅱ．成人教育の理論

PBLチュートリアルも模擬患者（SP）も、成人教育（あるいは、成人学習）の理論に影響を受けた教育法であり、次に成人教育理論についておさらいしておく。

従来、教育学というと学校における子どもを対象とした教育学を意味することが多く、そもそも教育学という言葉自体が英語でペダゴジー（Pedagogy）といって、この言葉の前半は英語でいう小児科Pediatricsと同じで、ギリシャ語で子どもを表すパドという言葉から構成されているように、子どもに対する教育学というイメージが中心になって形成されてきたのである。これに対して、成人教育の理論はその端緒は1900年代から始まり、特に第2次世界大戦後になって、社会教育や労働者教育の分野から、成人に対する教育は子どもと同じようなやり方では必ずしもうまくいかないということが指摘されるようになり、成人に対する教育学という独自の領域が成立・発展してくることになる。

教育学者のM. Knowlesはペダゴジーに対する対比として、ギリシャ語で人間や大人を表すアンドロという言葉の文頭に持ってきて、成人教育学すなわちアンドラゴジー（Andragogy）という造語を世に広げている。学習者主体という意味合いでは、成人教育といわないで成人学習理論（Adult Learning Theory）といわれることもある。

M. Knowlesは、成人教育の特徴として以下の4点について挙げている。

- ① 自己決定的：成人学習者は人から指示されての学習よりも、自律的な学習者として扱われ、学びたい課題を自分で決めて学習することの方を好む。したがって、成人学習を進めるためには自主性を重んじる雰囲気が必要で、教員と学習者が協力して学習を進められるような相互的（interactive）で形式ばらないインフォーマルな環境を作る必要がある。また、学習目標や学習計画、到達度の評価についても、教員から一方的に与えられるのではなく、学習者の意思を尊重しての自己決定や学習者と話し合いながらの協

同作業が望ましいと考えられている。

- ② **体験・経験重視**：成人学習者には既に多くの学習経験や社会経験があり、各自の得意な学習スタイルも身につけていて、真っ白なところに絵を描いていける子どもの教育のように教育が進行しない。また、教育形態も座学中心の受動的教育より、学習者自身がいろいろと主体的に学ぶことのできる参加体験型教育の方が望ましいとされている。子どもの教育のように「将来いつか役に立つ」というだけでは、学習の動機の維持が難しく、逆に学習が実際にすぐに役立つような経験が学習を刺激する。ただ、既に学習経験があるといっても、すぐに成人学習者として自律的に学習できるとは限らないので、自己の今までの学習体験を振り返り、自律的な学習者としての学び方を学ぶための支援も必要となる。
- ③ **ニーズに基づく学習が効果的**：成人学習では学習者のニーズに基づいて学習することが効果的であり、カリキュラムデザインも教育機関や教員の側のニーズ（これぐらい知っていてほしい）より学習者のニーズ（これを学びたい、できるようになりたい）に応じていく必要がある。また、学習者のニーズが十分に掘り起こせていない時は、適切な動機づけを行うことで学習者自身が求められている社会的役割を認識でき、能動的学習へとつながられるような工夫も必要である。また、学習者のレディネスを重視し、同質のレディネスごとでグループ編成したり、逆に異質なレディネスのグループで相互に刺激し合えるように配慮したり、常に学習者のレディネスに注目していく必要がある。
- ④ **問題中心的、作業中心的学習を好む**：成人学習者は一人一人の関心に合った学習展開で学ぶことを好み、縦割りの学科目ではなく問題領域によるシステム化されたカリキュラムでの学習が学びを進める上で重要となる。

次頁の表1に子どもの教育と成人教育の比較をまとめて示す。

表1 子どもの教育と成人教育との比較

	子どもの教育	成人教育
自己概念	依存的	自律的
経験	重視しない	貴重な資源
レディネス	社会的圧力	役割課題
時間軸	将来役に立つ	すぐに役立つ
学習の方向付け	科目中心	問題中心
環境	権威的, 形式的, 競争的	相互的, 協力的, 非公式
学習計画	教員が立てる	学習者と教員の協同
評価	教員が行う	自己(相互)評価

Ⅲ. 学習への動機づけとしてのPBLチュートリアル

PBLチュートリアルのゴールには、単元（コースやユニット）ごとのゴールとPBLチュートリアルというカリキュラム全体を通じてのゴールという2種類のゴールが存在している。

単元（コースやユニット）ごとのゴールとしては、なぜこの領域について学ぶのか、この領域の学習にどんな意義があるのか、といった学習者の動機づけがPBLチュートリアルを通じて行われることがまずは目指されている。

従来の講義中心の受動的な教育システムにおいては、優秀な講義というものは講義ノート自体が教科書になるようなものがすばらしい講義と考えられる傾向にあった。そうするとたいてい講義は「総論」部分から開始されることが多くなる。しかし「総論」というのは、ある程度その領域について分かってきた人が、この領域全体に通じる基本概念を一番抽象的にまとめ上げた部分であって、ある程度中身が分かった人が全体をまとめ上げる上では分かりやすいのだが、初学者には一番抽象的でイメージのわきにくい部分である。

たとえば病理学だと、まず「炎症とは」というところから講義が始まることが多い。しかし、初めて病理学を学ぶ学生には、突然「炎症とは」と言われて

も何の事だかさっぱり分からない。それよりは「足が腫れて赤くなって熱が出ている人がいて、この人はなぜこんな症状が出ているのでしょうか」とか「誰々さんは昨日から食事がとれなくなっている、どうして食事がとれなくなっているのでしょうか」と事例を先に提示され、その事例を通じて「病理学って何の意味があるのだろうか、何の役に立つのだろうか」と考えていく中で、「ああ、病理学ってこういうことをやっているのだ」ということが分かってくる。ところが講義中心に従来のように「総論」から教育が始まってしまうと、学習する方は全然イメージがわかなくて、集中的に試験勉強する試験直前くらいになってやっと「病理学ってこういう学問だったのか」ということが分かったりするものが現状である。そういう意味で、一番よく分かっていなくてその学問に対する関心すら生まれていない時期に、一番抽象的な総論から講義が始まっても、学生にとっては何の意味があるのかよく分からないから一番つまらないわけであり、プロブレムベースでまずは最初に事例を出してもらって、それこそ後から学んだ事を整理する上で総論的なことをやった方がずっと勉強になるわけなのだ。

そして、具体的な事例を通じて関心やイメージがある程度できてきた段階で、 $+a$ として講義とか実習でそれに関連するテーマを扱ったら、既に自分たちにも他人事ではない関心のあるテーマになっているから学習にもドライブがかかるのであって、受け身型の学習形態というのは、セルが回りエンジンがかかって回転数が上がってからであれば意味があるけれども、モチベーションが上がってなくてイメージがわいていないところで最初から受け身型でやるというのは、学習効率が非常に悪いのである。

Ⅳ. 領域全体のオリエンテーションと学び方を学ぶ

もうひとつのPBLチュートリアルの単元（コースやユニット）ごとのゴールとしては、領域全体のオリエンテーションと学び方を学ぶということがある。

いくつかの代表的な事例についてPBLチュートリアルを通して検討し、こ

の領域の学問というのはどんなことをしているのかが分かってきたら、後の問題はGIO（一般教育目標）とSBO（行動目標）で「このことは知っていなさい」ということが掲げられているのだから、残りは学習者の自己学習にゆだねられることになる。PBLチュートリアルを通して、学習者は教科書のどこにどんなことが書かれているか見当がついてくるから、一人で教科書も読めるようになってくる。そういったその学習領域のオリエンテーションというか地図が見えるようになるための入り口となるのが、コアタイムの事例なのである。コアタイムでやったことについて関連する授業で補足してもらう。学生も関心が生まれているから授業も熱心に受ける。まず事例があって、その後でトピックスを講義などで補足したり、総論的にこの学問領域とはどんなものかという全体像をつかめるような話をしてもらう。こういったコアタイムから始まって全体として自己学習を支援していくシステム全体がPBLチュートリアルであり、PBLの事例ですべての領域をカバーすることはそもそも不可能なのであって、あくまでも自己学習が基本にあって、それをうまく動機づけて支援していくようにシステム全体を組み立てることが重要なのである。

そういった意味で、PBLチュートリアル＝コアタイム＝グループ学習といった誤解のもとに、事例を提示してそれについてグループ学習すればそれでPBLチュートリアルが行われていると勘違いされていることが少なくはないのであるが、PBLチュートリアルとはあくまでも自己学習を支援していくシステム全体のことを指すことを改めて確認しておく必要があるだろう。

V. PBLチュートリアル全体を通じてのゴール

単元（コースやユニット）ごとのゴールを受けて、PBLチュートリアルというカリキュラム全体を通じてのゴールを見てみよう。

1) 自己学習能力

個々の単元ごとの学習を通じて、学習者はものごとの調べ方や学び方、データの集め方、得られた情報の吟味の仕方を身につけていく。

2) 問題解決能力

コアタイムで提示された事例を理解していくために必要な学習課題を学習者が順番に解決していくプロセスを通じて、学習者は問題解決能力を身につけていくことになる。ただし、ここで注意しておかなければならないのは、PBLチュートリアルにおける「問題」とは、あくまでも学習者にとっての学習課題であって、臨床上的問題解決とは異なるということである。この部分の混同がPBLチュートリアルの導入時に起きやすいので注意が必要である。

3) クリティカル・シンキングの能力 (批判的検討能力)

単に学習課題を見つけるだけならば、自分一人でも学習課題を見つけることは可能である。しかし、コアタイムの中でそれをグループの中でディスカッションすることを通じて、自分だけで見つけた限られた狭い視点からの学習課題から、みんなでいろいろな角度から見ることによって得られるある程度網羅的な視点へと学習課題がブラッシュアップされることになる。このようなプロセスを経て、批判的多角的に物事を考える能力が養成されていくのである。

4) グループダイナミクスのスキル

当然のことながらコアタイムのたびごとにグループ討論をするわけだから、グループダイナミクスのスキルは確実に身についてくる。筆者がマクマスター大学で研修した際は、最後の10分ぐらいは討論プロセスの振り返りのセッションがあり、「今日は君の参加が良かった」とか「君の発言ですごくアイデアの幅が広がった」「君は今日はあまり参加していなかった」とか「君は自分の考えに固執しすぎていたのではなかったか」とかを5～10分でフィードバックしていた。わが国ではここまでできているところは少ないが、いずれにしろチーム医療の時代に必須のグループダイナミクスのスキルの養成もゴールのひとつである。

5) 臨床的推論スキル

事例に基づいて議論をしていく中で、単なる医学知識が身につくだけでなく、それらの知識を有機的に連携させた臨床的推論を展開する能力も同時に身につけてくる。この部分も従来の受動的な講義中心の学習形態では得られない

重要なゴールのひとつである。

6) 疾病ではない病いに対する理解とまなざし

同様に単なる疾病に関する知識を習い覚えるのではなく、病いを持つ人間の事例を常に扱うことで、病いに苦しむ人間に対する理解とまなざしが学習の過程を通して形成されていくのである。

7) 医療者としてのプロフェッショナルリズム

今、世界的な医療者教育の大きな関心は、医療専門職としてのプロフェッショナルリズムをどのように養成するかにあるといわれている。PBLチュートリアルのゴールも最終的には医療専門職としてのプロフェッショナルリズムを十分に涵養していくことにあるのである。

VI. PBLチュートリアルにおける コアタイムの位置づけと自己学習、グループ学習

ここまでの議論を通じて明らかになってきたことは、PBLチュートリアルにおける基本的な重要性は、学習者が身につけていく学習プロセスにあるということだ。学習者がコアタイムの事例をトリガーとして、システムティックに自己学習を進めていくことがPBLチュートリアルの主目的であって、単にコアタイム中のパフォーマンスを見たり、グループ学習のプロダクトであるレポートを見たり、グループ発表を評価するだけでは、PBLチュートリアルの成果を正当に評価したことにならないのである。

PBLチュートリアルの個人的なプロダクト評価は、学習の成果であるポートフォリオとしてのレポートの評価と、ユニット終了後のテストによるミニマムの達成の確認で十分であって、グループのプロダクト評価は副次的なものに過ぎない。コアタイムについては、あくまでも実習と同じ参加主義の学習であるから、出席していることが大前提になるが、いくらコアタイムで積極的に発言していても、その後自己学習を十分に進められないのであれば、本来のPBLチュートリアルの目的に合致しているとは言いがたいし、逆にコアタイムでの

発言は少なくとも、しっかりと自己学習ができているのであれば、それはそれなりに評価に値することなのである。

しかし実際には、少なくない医療者養成カリキュラムにおいて、PBLチュートリアル＝コアタイム＝グループ学習といった誤解が存在しており、一人のチューターが同時に複数のグループのコアタイムを担当していたり、評価をグループ発表のパフォーマンスにのみ依存していたりということが散見される。しかし、コアタイムにチューターが参加していなければ、学習者がどんな学習プロセスをたどっているのかが全く分からないし、結果的にプロダクトでの判断となると、高校までのグループ学習、グループ発表と全く変わりがなく、それでは真の意味でのPBLチュートリアルとは言えないのである。

重要なのは自己学習能力を身につけるためのプロセスの部分であるのに、グループレポートやグループ発表のみが教員に注目されていると、必然的に学習者の関心もそちらの方に引っ張られてしまい、グループのプロダクトをでっち上げるために奮闘するブレインの学生は「毎回、自分だけがやらされている」と苦情を言うし、周りの学生はただブレインにぶら下がっているだけ、というような本来のPBLチュートリアルとは似ても似つかないものになっている。

Ⅶ. PBLチュートリアルがうまくいかない理由

何らかの形でPBLチュートリアルが導入されてきても、必ずしもPBLチュートリアルがうまくいっていないという声を、時に学生や教員から耳にすることがあるが、どうもそういうところというのは、①PBLチュートリアル期間中に講義や実習が多くて、本来促進されるべき自己学習のための自習時間が十分に確保されていない場合や、②一連の授業や実習の後のおさらいとしてPBLチュートリアルが組み込まれていて学習者にとって学びや発見の喜びに乏しく、なぞり書きを無理やりやらされているような自己学習とは程遠いものになっている場合、③教員が学習者の自己学習を信用できていないために、すぐ後に

厳しい試験が控えていたりして、学習者は試験が気になって自己学習どころではない場合、④チュートリアル期間中に他の科目の再試験や実習が入っていて、やはり自己学習に集中できない場合、⑤グループレポートやグループ発表が評価対象として重視され過ぎていて、本来の目的とは別のものさしで学習の成果が評価されている場合、などというような原因が多いようである。

総じて言うならば、「学生に学習者として一定の責任が与えられ、学生自身の関心による自由な学習が奨励され、学生が生き生きのびのびと自己学習できる環境が確保されていない」ということになるのであろう。逆に言うと、まずは、「自律した成人学習者として学習者の能力と意欲を信じる」ことからPBLチュートリアルという教育システムは始まるということに他ならないのである。

Ⅷ. 問診から医療面接へ

従来の日本の医療者教育の中での患者—医療者関係に関する教育は、「患者の立場に立て」「患者のことを慮れ」といった抽象的な心がまえ論が中心であった。しかし、医療者の善意は必ずしも結果を保証するわけではないし、前述のように近年の医療者教育をめぐる環境の変化は、具体的な行動として体现できるようなコミュニケーション教育を求めてくるようになった。そのような流れの中で、従来、「問診：history taking」と言われてきた医療者と患者の会話は、近年は「医療面接：medical interview」と言い換えられるようになってきている。

従来型の「問診」と新しい「医療面接」がどのように違うのかというと、「問診」というのは、医療者がアセスメントを確定するために必要な情報を医療者が主体となって情報収集するという単一の役割のみを持つものであった。効率よく医療者がアセスメントに必要な情報を得るためには、closed-end questionを尋問のように連発して医療者側が聞きたい情報のみを聞き、たとえば患者が聞いて欲しいことがあってもそんなことに耳を貸さずに話を終わらせるのが良い「問診」だったのである。

ところが新しい「医療面接」においては、同じ情報収集であってもopen-

end questionをうまく使って、患者の言いたいことを患者のペースで聞けるように配慮し、患者の問題解決に必要な情報を患者の関心に沿って収集することが情報収集の基本となる。また、ただ情報収集さえできれば終わりというのではなく、インフォームド・コンセントの時代に相応しく、患者が治療上の意思決定に主体的に参加できるような真実告知や情報提供も必要であるし、慢性疾患中心の時代であるので、患者のセルフケア能力を向上させるような患者教育や情報提供も必要となってくる。さらには、単に情報が患者—医療者間で双方向的に行き来すれば良いというのではなく、それがよりよい治療関係を構築できるような共感的なコミュニケーションのもとに展開されることも重要なこととなってきている。そういった意味では新しい「医療面接」においては、①患者の問題解決に必要な情報を患者の関心に沿って収集し、②患者が治療上の意思決定や治療過程への主体的な参加を促すような情報提供を行い、③良好な治療関係を構築できるような共感的なコミュニケーションを展開する、といった3つの機能が含まれるようになったとされており、医療コミュニケーション教育に求められる内容もそれに伴って大きく広がってきている。

IX. 医療コミュニケーションをどうやって教えるのか

前述のように、わが国の医療コミュニケーション教育も抽象的な心がまえ論の教育から、具体的な技術に関する教育へと変わってきており、従来から行われてきたロールプレイによるシミュレーション教育のみではなく、よりリアリティの高い模擬患者によるトレーニングが医療者教育の中に急速に導入されてきている。

もちろん、最終的には実際の患者を相手に面接できるようになることがゴールなのであるが、コミュニケーション技術がまだ未熟な段階から実際の患者と面談させることは、やや荒っぽいやり方であり、安全性の面からも（言葉だけでも十分患者に危害を及ぼす危険性があることは忘れてはならない）、患者の人権に対する配慮という面からも、多くの場合はまずはシミュレーションを利

用した教育ということにならざるを得ないのである。

シミュレーションを使用した医療コミュニケーション教育の利点・欠点は以下の通りである。

まず利点については、①問題解決的である（模擬患者やロールプレイは実際に問題を抱えた患者を設定したシナリオに基づいているので、学生は演じられた患者とのコミュニケーションを通じて患者の持つ問題点を明らかにし、それを解決していくことが求められている）、②現実的である（シミュレーションは、実際の現実場面になるべく近い状況を再現することを目的としており、講義形式の教育と比べて明らかに現実的である）、③総合的である（シミュレーションの中では、様々な技術や能力を駆使して現実の問題解決に当たるという総合力が試されている）、④動機づけになる（教科書や講義で抽象的に習うのではなく、実際にシミュレーションを体験することは学生にとって非常にイメージがわきやすくインパクトがあり、問題点も明確になりやすい）、⑤能動的・参加的である（近年、医療者教育の中で講義中心の受動的な教育形態の見直しが行われており、学生がより能動的に参加できる教育形態が求められている）、⑥安全である（危機的状況やターミナル期の患者に対して、実際に未熟な学生を直接コミュニケーションさせることは、患者にとっても学生にとっても危険性を孕むことである）、などである。

欠点については、①時間がかかる（講義と比べて明らかにシミュレーションは時間がかかり、シミュレーションを一人ずつ行うためには大変な時間が必要になってくる）、②教員の力量に依存する（教員は、シミュレーションの場で起きた事をその場でフィードバックする必要があり、経験と力量が求められる）、③分かった気になってしまう（体験学習は非常にインパクトが強く、そのことで逆に学生が簡単に分かった気になってしまいやすい）、④気づきに個人差がある（シミュレーションでは学生の成熟度や経験によって気づきに個人差がしやすい）、⑤体系的な知識の教育には向かない（体験学習全体に通じる特徴であるが、講義などとは違い体系的な知識や理論の教育には向いていない）、などである。

いくら水泳法の教科書を読んでも実際に水に入らなければ泳ぎがうまくならないのと同様に、医療コミュニケーション教育も実際に面接の練習を繰り返さなければ能力の向上は期待できない。そしてその練習のためには、前述のようにいくつかの欠点はあるものの、やはり問題解決的、現実的、総合的であり、学生にとってインパクトがあり、かつ患者に迷惑のかからないこのシミュレーション的方法が非常に有効な教育法となるのである。

X. ロールプレイ・模擬患者・標準模擬患者

それでは次に医療コミュニケーション教育で使われるシミュレーションとして、従来から医療者教育の中で利用されてきたロールプレイと模擬患者、標準模擬患者の三形態について簡単に整理しておきたい。

「ロールプレイ」は、最も簡単なシミュレーションで、あるシナリオにおける医療者や患者の役割を学習者が自分たちで演じるものである。特に訓練された模擬患者などを用意しなくとも自分たちだけでできるのが利点である。ただその分、それぞれの役割を演じる学生たちの経験や能力に全体のリアリティや深まりが依存するので、特に低学年ではその役割の人物がおかれた状況や心境について十分にイメージを膨らませた上で演じないと、ロールプレイ全体が平板な深まりのないものになりやすい。しかし、患者としての体験を模擬体験できるとするのはロールプレイのみにある利点であり、リアリティよりは患者側へのまなざしの転換による気づきが重視されている。

「模擬患者」(simulated patient)は、学生の相手になる患者役を一定の訓練を受けた模擬患者が演じ、実際の患者と同じような症状や会話を再現できる患者役を相手に、学生が医療者として演じるものである。当然のことながら、訓練を受けた模擬患者がまず必要となる。ロールプレイと異なり学生は医療者側だけを演じるので、直接的に患者側に立つてのまなざしの転換はできない。模擬患者を使った場合は、まなざしの転換よりも現実に近いというリアリティの方が重視されている。そのかわり、セッション終了後、模擬患者から患者とし

て気づいた点についてフィードバックが得られるので、間接的にまなごしの転換が可能となる。またロールプレイの場合、学生の気づきの範囲や深まりがその学生の経験や成熟の程度によって異なってきてしまうのが、模擬患者のフィードバックの場合はある程度の客観性とレベルが確保できるのが特徴である。

「標準模擬患者」(standardized patient)は、単に患者の症状や気持ちをシミュレーションするだけでなく、一定のレベルで標準化されてOSCEなどの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いう。模擬患者が標準模擬患者として使用されるためには、その模擬患者が演じる患者像が演じるたびごとや相手の学生によってコロコロと変わったりしては、評価として使用する際の信頼性が確保できないので、反復して同じ患者像を演じられる信頼性が模擬患者に要求されている。そのためただの模擬患者と比較して、標準模擬患者の場合は模擬患者の持っている自由度が小さくなってしまふ側面もある。

XI. 米国における模擬患者の歴史

模擬患者による医療者教育は、米国を中心として発達し、現在ではヨーロッパも含めて世界中に大きく広がってきている。なぜ米国がその中心になってきたのかという点については、いくつかの理由が挙げられるだろうが、ここでは大きなものとして、第1に米国にはW. オスラー以来のベッドサイドでの臨床教育やコミュニケーションを重視する伝統があったということ、第2に1960年代くらいから米国で広がった公民権運動をはじめとした民主化運動の中で患者の権利が主張されるようになり、安易に実際の患者を教育に利用することが困難になってきたことなどが挙げられよう。

初めて模擬患者について報告しているのは、1964年のH. S. Barrowsによるものが最初である。彼は当時南カリフォルニア大学の神経内科の教授であり、学生達に様々な神経学的所見について教育する上で、そういった症状を完ぺきに模倣して演じられるようにあらかじめプログラムされた患者を活用することの有効性に気がついたのである。彼は当初模擬患者をprogrammed patientと

呼んでいたが、後にsimulated patientと呼び方を変えて、1971年にはこの名前で教科書も出している。

1970年代を通じて模擬患者はこの呼び方で全米各地に広がっていき、70年代末には79%の対人関係技術の医学教育プログラムの中で模擬患者が活用されるようになっていた。ただし、その関わり方はまだデモンストレーションが中心であり、評価にまで利用しているところはそれほど多くはなかったようだ。しかし1980年代に入ってから、医師や医学生の様々な臨床能力の評価に模擬患者を活用することの可能性が広く認識されるようになってきた。また、OSCEやmultiple-station examinationといった客観的評価のための手法も開発されてきた。そして1980年代後半になってからは主に評価に関わることを念頭においた標準模擬患者（standardized patient）という呼び方の方が一般的に使われるようになってきている。近年ではビデオモニターやハーフミラーの付いた診察室のある、模擬患者専用の施設を持つ医学校が非常に増加しており、模擬患者による教育がますます重要視されてきていることが窺われる。

XII. 模擬患者による教育の教育目的とその利点

欧米の模擬患者による医療者教育の教育目的は大きく分けて4つの系統に別れている。

- ① 症状シミュレーション系は、最初のBarrowsの場合のように脳血管疾患や神経疾患における神経症状のシミュレーションや急性腹症における腹部所見のシミュレーションなど、学生が理解しにくい症状についてデモンストレーションして見せることを目的とした使い方である。
- ② 臨床診察能力トレーニング系は、臨床実習の導入としての系統的な理学所見の取り方のトレーニングや乳房や女性性器、泌尿器などの練習の難しい部分についての診察の仕方をボランティアの模擬患者に協力してもらってトレーニングすることを目的とした使い方である。
- ③ コミュニケーション・トレーニング系は、インタビューや病歴聴取、患者

教育，カウンセリングなどのコミュニケーション技術についてのトレーニングを目的とした使い方である。

- ④ 総合的臨床能力評価系は，あらかじめ設定されたシナリオに基づく模擬患者とのセッションを持つ中で，診察能力とコミュニケーション能力の両方にわたる総合的臨床能力の評価を目的としたものである。

歴史的にはまずは，①の系統の教育から始まり，②③を経て最近は④の系統へと重点が移ってきている。

Barrowsは模擬患者を利用した教育の特徴として次の9点の利点を挙げている。

- ①いつでもどこでも使える，②何回でも繰り返して使える，③常に同一の患者役の設定が利用できる，④状況や条件を調節できる，⑤患者に関する議論をその場でできる，⑥本物の患者に害が及ばない，⑦学生が安心して練習できる，⑧模擬患者からのフィードバックが得られる，⑨時間の制約がない。

繰り返しが可能で失敗が許されるという，練習台として必要不可欠な特徴が模擬患者には備わっている。またその場ですぐに議論ができるということは，具体的にどこに問題があるかがすぐに分かるということでもある。さらには医療の受け手である模擬患者からのフィードバックが得られるということは，医療関係者の仲間内だけでやるロールプレイと根本的に異なる非常に重要なポイントである。

XIII. わが国での模擬患者導入の現状

わが国への模擬患者の導入は，1964年に世界で初めて模擬患者の利用について報告したH. S. Barrowsが，1975年来日し講演したことに始まる。さらに翌年にも氏は実際の模擬患者を連れて再び来日しており，模擬患者を使った教育についてのセミナーを行い，同氏の指導のもとに模擬患者養成も行っている。このように比較的早い時期にわが国へ紹介されたにも関わらず，その後はほんの一部の教員がデモンストレーション的にわずかに利用する以上には広がっ

てこなかった。その理由としては、わが国の医療者教育において医療コミュニケーション教育が伝統的に高く評価されてこなかったこと、模擬患者を組織的に養成することが難しかったこと、市民の側の教育参加に対する意識の問題などが挙げられよう。

しかし、近年になってインフォームド・コンセントをはじめとした医療者のコミュニケーション能力に対する社会的関心の高まりと共に、模擬患者の利用が徐々に進んできた。特に1992年P. L. Stillman女史が来日されたこと、川崎医大でOSCEを使つての臨床能力評価も開始されたこと、また1996年以降、医学教育学会による基本的臨床技能教育ワークショップが毎年開催されるようになったこと、などが刺激剤になって模擬患者の活用も急速に拡大するようになった。さらに、医学部ならびに歯学部で2001年度から試行が開始されて2005年から本格実施が予定されている共用試験においても、模擬患者による医療面接を含めたOSCEの実施が予定されていたり、2001年度の医師国家試験ガイドライン改訂においても、次回改訂以降におけるOSCEなどの実技試験導入の方向性が示されていたりすることなどに伴って、全国的に大部分の医学部、歯学部でOSCEが実施されるようになり、それに牽引される形で模擬患者のグループも全国で多数作られるようになってきている。

XIV. 模擬患者活動の全国状況

1992年にP. L. Stillman女史が来日され、第24回医学教育学会で模擬患者についての特別講演をされた時点で、コミュニケーション教育に模擬患者の参加を得ていたのは川崎医大1校のみであった。1992年後半頃より、東京、大阪で相次いで模擬患者の養成が始まり、1993年の第25回医学教育学会から模擬患者に関する演題発表も登場してきている。また1993年以降、模擬患者関連の研究に対する医学教育振興財団や文部省の科学研究費の助成などの後押しもあったり、1995年の第27回医学教育学会では実際に模擬患者によるワークショップが開催されたりするなどして、1995年以降、全国的に模擬患者のグループが徐々

に設立されるようになりだし、1998年末の時点で全国で15グループ108名の模擬患者が活動するようになってきた。その後、模擬患者グループの数は加速度的に増加を続け、2000年末の段階で21グループ、2001年7月で34グループ、2002年4月では40グループ約450名、現在では約60グループ約550名と大きく発展してきている。

2002年4月時点での模擬患者グループの状況をもう少し詳細に見るならば、地方的には、北海道・東北2、関東7、中部8、近畿5、中国4、四国3、九州・沖縄11というグループ分布の状況である。設立母体別におおまかに分類するならば、市民グループや財団が中心となった地域グループが8、研修病院が中心になったものが8、大学が中心になったものが24となっている。1998年末の時点での調査では、地域グループが4、研修病院中心が3、大学中心8となっており、もともと大学中心のグループが多かったものの、さらにその割合が増加してきていることがわかる。

性別・年齢別にみた全国の模擬患者の構成をみると（表2）、調査ができた33グループの模擬患者だけを見ても、男性の模擬患者が102名、女性の模擬患者が313名、全体で415名と、1998年末の時点の、男性21名、女性87名、全体で108名と比較して、全体で約4倍という数になっている。また、男女比は、約1：4という割合から、約1：3と男性の模擬患者の比率が徐々に増えてきていることも明らかになった。年齢的には男性は60歳以上のものが多く、女

表2 性別・年齢別にみた全国のSPの構成（人）

	男性	女性
20歳未満	1	6
20～39歳	24	87
40～59歳	33	172
60歳以上	44	48
計	102	313
全体		415

*調査できた33グループの集計分 2002/4

性は40～59歳の世代のものが非常に多かった。この年齢分布の傾向は1998年末の調査とほぼ同様な割合になっている。しかし、20歳未満の模擬患者は、全国合わせても10名弱であり、思春期や小児科領域での模擬患者はまだまだ、試行段階であると思われる。

XV. 模擬患者によるコミュニケーション教育の今後の課題

模擬患者の養成や模擬患者によるコミュニケーション教育に関わる教員の役割としては、①模擬患者の協力で行われる教育カリキュラムのデザイナー、②実際の模擬患者セミナーでのファシリテーター、③模擬患者のトレーナー、④模擬患者グループのコ・マネージャーの役割を果たす必要がある。こういった役割を果たすべき教員の養成を目的として、医学教育学会SP養成者教育ワーキンググループでは、1999年12月以降、模擬患者養成に関わる教員を対象としたワークショップを開催してきている。この間のワークショップを通じて模擬患者養成者教育の現状と課題が、徐々に明らかになってきている。

まずは、模擬患者の協力による教育に関わる教員のニーズとしては、模擬患者養成を準備中の養成機関を中心に、どうやって模擬患者を集めるのか、シナリオをどう作るのか、どのようなトレーニングを（リアリティ、医学的側面、標準化、フィードバックの各側面について）すればいいのか、といった「狭義の模擬患者養成法」といえる点に関心が高かった。一方、既に模擬患者グループの活動を開始しているところでは、コミュニケーション教育において、何を、どこまで、どのように教えればいいのかという点、特に模擬患者による教育において、どうファシリテーションするのか、何をフィードバックするべきか、学習者のレディネスに合わせてどう効果的に伝えるのか、といった点に関心が移動してきていることが挙げられた。

特に重要なのは、コミュニケーション教育に関わる教員のファシリテーション能力の向上である。模擬患者のセミナーにおいて模擬患者がフィードバックできるのは、あくまでその患者としてセッションの中で医療者と面接する過程

で感じたことを返すことができるだけであり、それが患者—医療者コミュニケーションにおいて普遍的に通じることなのか、たまたまその患者が個人的に感じたことなのかといった区別や、そのセッション中には起きなかったが実際には重要なコミュニケーション上のポイントの指摘などは、ファシリテーターである教員がフィードバックしなければならない重要な役割である。しかし現状においては、まだまだ教員側が十分なファシリテーション能力がないために、少くない教育の場で、模擬患者に対する授業の「おまかせ」や「まる投げ」とも言える状態が生じており、模擬患者側からも「私たちは教員ではないのだから、最終的な責任は取れない」という困惑の声が挙がっている。そういった意味では、模擬患者の養成に関わる教員がコミュニケーション教育におけるファシリテーターとして相応しい能力を向上させることが、今後の課題としてはますます急務であると言えよう。

さらに、①模擬患者参加型教育をファシリテートする教員の質的・量的なレベルアップ以外にも、②多様な医療関係職種にみあったシナリオの開発や評価法の開発、③OSCE普及の弊害としてのマニュアル主義の克服・脱皮、④全国共通テストとしての共用試験導入に向けた模擬患者の演技の質の標準化、⑤身体診察とリンクした模擬患者養成の可能性の検討、⑥模擬患者のストレスサポート／マネジメント策の検討など、今後の課題として検討すべきことは少なくない。

XVI. 市民が医療者教育に参加することの意味

最後に、模擬患者という形で市民がボランティア的に医療者教育に参加することの意味を書いておきたい。模擬患者が医療者教育に参加することの意義は、少なくとも以下の3点が挙げられる。

まず第1には、市民が医療者教育の場に参加することで、学習者の学習態度が格段に向上することである。見なれた身内である教員ではなく、まれ人であり外の社会に属する市民が参加することで、学生たちは良い意味で緊張し、「あなあ」や甘えの通じない外の社会の人間に対して失礼にならないように、

社会性を持った存在として振る舞おうとし、結果的に学生の積極的な学習態度を引き出すのである。

第2には、自分たちの教育に市民がボランティアで参加してくれるという事実に対して、学生たちは社会の側の医療専門職に対する期待を身にしみて実感し、その期待にしっかりと応えないといけないという自らの社会的使命を深く自覚する。同時に、期待してもらえぬ自分をうれしく感じて、前向きに学習に取り組もうという強力な動機づけを持つこともできる。

そして第3には、模擬患者のセッションでは、医療の受け手であり、医療に素人である模擬患者からフィードバックが得られるということである。ロールプレイも含めて従来のコミュニケーション教育は、あくまでも医療関係者の内輪だけの学習方法であり、コミュニケーションの相手であるところの患者の声がフィードバックされることはほとんどなかった。しかし、非医療者のボランティアである模擬患者からのフィードバックは、まさに、サービスの受け手であるユーザーの声であり、医療の世界に対するフィードバックである。

米国では、医学教育の方向性が社会ニードを反映したプライマリ・ケアの方向に大きく方向転換していく上で、1966年に提出された通称MILLIS報告と呼ばれる市民委員会の手による、医学教育の改善に関する提言書が大きな影響力を持ったと言われている。わが国でも同じ1960年代後半には、大きな社会問題となったインターン制度の問題があったのであるが、社会問題とはなったものの、教育の中身に関する議論は専門家に任せられたままで、残念ながら市民の声が医学教育に反映する機会にはなり得なかった。そういう意味で近年の模擬患者グループの急速な増大は、市民の声を医療者教育に反映させようという社会的機運がとうとうわが国でも広がってきたと言えるのではないだろうか。まさに時代は、ただ病気が治ればいい、生命が長らえればいいという時代から、QOLと呼ばれるような生命の質や中身、患者の満足度が問われる時代へと変化してきている。21世紀の高齢化社会を切り開くように医療全体がシフトしていくためには、医療への市民参加が不可欠であると思われる。

引用・参考文献

- 1) H. S. Barrows & S. Abrahamson (1964) : The Programmed Patient ; A Technique for Appraising Student Performance in Clinical Neurology, J. of Med. Edu., Vol.39, 802 - 85.
- 2) H. S. Barrows (1971) : Simulated Patients (Programmed Patient) ; The Development and Use of a New Technique in Medical Education, C. C. Thomas, Springfield, Illinois.
- 3) H. S. Barrows, R. G. Williams & R. H. Moy (1987) : A Comprehensive Performance-Based Assessment of Forth-Year Students` Clinical Skills. J. of Med. Edu., Vol.62, 805 - 809.
- 4) R. M. Harden & F. A. Gleeson (1979) : Assessment of Clinical Competence Using an Objective Structured Clinical Examination (OSCE), Med. Edu., Vol.13, 41 - 54.
- 5) G. S. Kahn, B. Cohen & H. Jason (1979) : The Teaching of Interpersonal Skills in U.S. Medical Schools. J. of Med. Edu., Vol.54, 29 - 35.
- 6) M. Knowles (1980) : The Modern Practice of Adult Learning ; From Pedagogy to Andragogy. 堀薫夫, 三輪健二監訳「成人教育の現代的実践—ペダゴジーからアンドラゴジーへ」. 鳳書房, 2002.
- 7) P. L. Stillman, et al. (1986) : Psychometric Characteristics of Standardized patients for the Assessment of Clinical Competence ; Final Report to the American Board of Internal Medicine Committee on Research and Development. Philadelphia, Pennsylvania, American Board of Internal Medicine.
- 8) P. L. Stillman, M. B. Regan, M. Philbin & H. Haley (1990) : Results of a Suvrey on the Use of Standardized patients to Teach and Evaluate Clinical Skills. Academic Med., Vol.65, 288 - 292.
- 9) 植村研一編 (1984) : 医学教育マニュアル5—シミュレーションの応用.

篠原出版.

- 10) 大滝純司 (1993) : 模擬患者を使って. 現代のエスプリ, 1993年8月号, 134 - 144.
- 11) 藤崎和彦 (1993) : わが国における医学教育の現状と問題点. 現代のエスプリ, 1993年8月号, 38 - 52.
- 12) 藤崎和彦, 尾関俊紀 (1999) : わが国での模擬患者 (SP) 活動の現状. 医学教育Vol.30, No.2, 71 - 76.
- 13) 藤崎和彦 (2002) : 新しい卒前医学教育3 : 模擬患者 / 標準模擬患者とコミュニケーション教育. 医学教育学会編「医学教育白書2002年版」. 篠原出版新社, pp.48 - 52.
- 14) 藤崎和彦 (2002) : 医療面接とコミュニケーション. 現代医療, Vol.34 No.7, 1591 - 1596.