

## 総説

# 患者教育に関する医療者教育をどう改善すべきか

大西弘高<sup>\*1</sup> 飯岡緒美<sup>\*2</sup> 高田和秀<sup>\*3</sup>

<sup>\*1</sup> 東京大学医学教育国際協力研究センター

<sup>\*2</sup> 北里大学薬学部薬学教育研究センター講座研究員

<sup>\*3</sup> 聖マリアンナ医科大学3年

### はじめに

医療面接の目的は、大きく（１）医師-患者関係の構築、（２）健康問題の評価、（３）健康問題のマネジメントの３つに大別される<sup>1)</sup>。３つめは、主に「患者教育」と呼ばれる医療面接の領域であり、診療を行う上で不可欠な理論や技法を数多く含んでいるが、わが国では患者教育に関して医学生や医師に対する十分な教育が行われているとは言い難い。

本稿では、患者教育に関する医療者教育をどう改善すべきかについて、今後のあり方を考察するために、文献的な調査を行った内容を記す。

### 政府レベルでの取り組み

1991年5月、厚生省健康政策局の臨床実習検討委員会は最終報告を出し、「医学生の臨床実習において、一定条件下で許容される基本的医行為の例示」をすると共に、「臨床実習前の知識・技能の評価の適正な実施」を勧告した<sup>2)</sup>。これを受け、1999年4月に出された「21世紀の命と健康を守る医療人の育成を目指して（21世紀医学・医療懇談会第4次報告）」において、わが国において、米国でのクリニカル・クラークシップのような臨床実習（診療参加型臨床実習と呼ばれる）を実現すべきといった提言がなされた<sup>3)</sup>。これを受けて2001年3月には、医学・歯学教育の在り

方に関する調査研究協力者会議の「医学における教育プログラム研究・開発事業委員会」が医学教育モデル・コア・カリキュラムを提言した<sup>4)</sup>。この中で患者教育に関連した内容は、A. 基本事項、3. コミュニケーションとチーム医療、（２）患者と医師の関係の中の到達目標において、「カウンセリングの重要性を概説できる」、E. 診療の基本、3. 基本的診療技能、（２）医療面接の中で、「２）医療面接の目的・意義（情報収集、良好な医師-患者関係、治療・教育的効果）を説明できる」、G. 臨床実習、1. 全期間を通じて身につけるべき事項、（１）診療の基本、【医療面接】の中の「医療面接における基本的コミュニケーション技法を実践できる」といった非常に大まかな言及に留まっている。医学教育モデル・コア・カリキュラムは2007年に改訂されたが<sup>5)</sup>、患者教育にまつわる内容については特に変化がみられていない。

2005年12月には、医学教育モデル・コア・カリキュラムに対応する評価として、医学系共用試験の正式実施が開始された。また、これに先立ち、「診療参加型臨床実習に参加する学生に必要とされる技能と態度に関する学習・評価項目—医学系—正式実施第1版(Ver 1.0)」が策定された<sup>6)</sup>。II. 医療面接、5. 患者さんに話を伝える、の項においては、「患者さんにわかり易い言葉で話をする」、「患者さんが話を理解できているかどうか確認す

## 総説

る」, 「話の途中で患者さんに質問がないかを確認する」, 「患者さんが質問や意見を話せるように配慮する (雰囲気, 会話の間など)」が挙げられるに至った。この内容については, 近年になっても本質的な変更はないままである。

医師国家試験出題基準については, 平成 13 年版では必修の基本的事項の大項目 5. 医療面接, 中項目 B. 医療面接の意義, 小項目 c 教育, 調整, 動機付けの項と, 同じ大項目内で中項目 H. 患者教育と治療への動機付けの項がみられる<sup>7)</sup>。平成 17 年版では, 同様の中項目 H. 治療への動機付けの中に, 小項目②コンプライアンス, アドヒアランスの項が新設されたが<sup>8)</sup>, やはり大きな変化とは言えないだろう。

### 個々の現場での教育

現在岐阜大学医学部医学教育開発研究センターの藤崎は, 1993 年に大阪 SP 研究会が発足した後, 医療面接にまつわるロールプレイ教育などを展開してきた<sup>9), 10)</sup>。医療面接全体の教育が 90 年代以降急激に拡がっていったのは, 数多くの大学に総合診療部が設置されたこと, いくつかの大学が OSCE に関心を持ち, 実施し始めたこと, 日本医学教育学会総合診療教育ワーキンググループが大学における卒前総合診療教育カリキュラムを打ち立てたことなどが挙げられるだろう<sup>11)</sup>。

患者教育に関連した教育プログラムが実施された例も散見される。Onishi は, 佐賀医科大学附属病院総合診療部にて医学生にロールプレイや講義によって患者教育の技法を教育し, 患者教育が卒前教育ではほとんど触れられてこなかった領域であることについても議論した<sup>12)</sup>。田川は, 模擬患者参加型で臨床実習前に患者教育や悪い知らせの教育を行った<sup>13)</sup>。

### 患者教育に関する医療者教育カリキュラム

カリキュラム開発の手順に基づき, 教育のニーズ, 教育目標, 教育方法, 教育評価といった各項

目に関して吟味すべきであろう<sup>14)</sup>。以下にそれぞれについて論じていく。

#### A. 患者教育に関する医療者教育のニーズ

疾病構造は, 20 世紀後半には感染症中心から生活習慣病中心に変化した<sup>15)</sup>。これに伴い, 患者は疾病に罹患しつつ一定の健康状態を維持することが一般化すると共に, 健康状態維持にはセルフケア行動がより求められるようになっている。

患者-医療者関係の教育においては, 診断的な面接, bad news telling, informed consent といった側面については教育機会が増え, カリキュラムの明確化が進んでいる。しかし, 上でも触れたように, 患者教育に関する医療者教育は系統化されているとは言い難い。

#### B. 患者教育に関する教育目標

患者教育領域においては, 生活習慣病患者のセルフケア行動をどのようにエンパワーすべきかに関する内容は, 比較的理論化が進んでおり, 表 1 のような個別目標を挙げるができるだろう。これら 3 つの目標は, 1 → 3 の順に学習することが望ましい。

#### C. 患者教育に関する教育方法

表 1 の教育個別目標に関し, おそらくこれまでは 1 や 3 は重視されていたが, 2 についてはあまり十分な配慮がなされてこなかったのではないかと考えられる。しかし現場での教育を改善するためには, 1 と 3 の間ではあまりにも落差が大きすぎるため, 2 の充実を図ることが必要であろう。この領域の教育方法としては以下の例がある。

##### 1. 同僚間 (医療者間) でのロールプレイ

医療者同士で患者役と医療者役を決め, それぞれが予めある程度決められたシナリオを読み込んで役作りをする。そして, 決められた時間の中で, それぞれの役割 (ロール) を演じる (プレイ) こ

# 総説

表1. 生活習慣病患者のセルフケア行動をどのようにエンパワーすべきかに関する教育個別目標

1. 理論を列挙できる
  - ◎健康信念モデル (Health belief model) <sup>16), 17)</sup>
  - ◎自己効力感 (Self efficacy) <sup>18)</sup>
  - ◎計画的行動理論 (Theory of Planned Behavior) <sup>19)</sup>
  - ◎変化ステージモデル (Transtheoretical model) <sup>20)</sup>
  - ◎LEARN アプローチ <sup>21)</sup>
2. 実践の場に出るための準備ができている
  - ◎実際の診療の場以外 (例えば、模擬患者を相手にする実習など) で、患者教育に関する技法を見せることができる
  - ◎セルフケア行動のエンパワーメントが重要であると認識できる
3. 診療場面で実践できる
  - ◎自らが診療場面で採った戦略を自ら言語化し、吟味できる (省察的实践)
  - ◎特に戦略が上手くいかなかった症例については、理論的背景を絡めて解決策を分析し、他の医療者にも活かせるような教訓として言語化できる

とにより、それぞれの役柄の心情に気づくことを一つの目標とする<sup>22)</sup>。このロールプレイを周囲で見ている人がいてもよく、その場合周囲で観察する人も含めて、気づき、振り返りの経験的学習を実施できる。なお、英語では Role-playing と表現されるため注意が必要である。

重要なオプションとして、ビデオでの録画の利用が挙げられる<sup>23)</sup>。ある役回りを演じた人が、自分自身でその演技を再生して見ることで、特に自分ではなかなか気づかないような非言語的コミュニケーションを振り返ることも可能となる。ただ、自分のロールプレイを見るという行為は、多くの学生、医療者にとって抵抗が大きい。そのため、心理的トラウマを残さないように十分な配慮が必要である。

なお、ロールプレイを実施するメンバーが、特に同じ職場で仕事をする者同士であったりする場合には、互いの役回りに没頭しきれないときなどに、特に「照れ笑い」が入って雰囲気を崩すことがある。この点は先に注意しておく方がよい。

次項の SP 参加型ロールプレイよりは、リアリティが低いことが課題とされることが多い。しかし、医療者自身が患者役を演じることが可能であり、患者の心情をなぞることを学習目標にしたい

場合には、利点が多い。

## 2. 模擬患者 (SP) とのロールプレイ

模擬患者とは、予めシナリオを覚えて、患者役を演じるように準備された教育用の人的資源であり、医療面接用、身体診察用などの種類がある<sup>10)</sup>。患者教育に関しては、模擬患者を相手に医療面接を行うことにより、患者に危害を加えるリスクを負わずに学習することが可能となる。

模擬患者は、必要最低限の役づくり以外の部分でアドリブを許容する simulated patient だけでなく、特に OSCE (客観的臨床能力試験) などの評価にも利用可能な十分な標準化を施した標準模擬患者 (standardized patient) も存在する。Simulated patient, standardized patient の両方を引くため SP という訳語で表すことも多い。

1と同様、ビデオでの録画をし、その様子を再生して振り返ることにより、非言語的コミュニケーションなど、自ら気づきにくい点を改めて振り返りやすくなる。1にない利点として、SP 自身によるフィードバックに教育的な意味合いを持たせることが可能である。その場合、SP が教育者として作用することになり、SP の否定的なフィ

## 総説

ードバックによって学習者が心理的に傷つく可能性もあるため、SPによるフィードバック技法について一定のトレーニングをしておくことが必須である。

### 3. 症例に関するディスカッション

本項で取り扱っている例は、いずれも実際に診療場面に出る以前に学習することを想定しているため、実際に学習者が診療場面に出ている状況は想定しない。よって、診療場面を経験せずに症例に関するディスカッションを行うことは、相当な想像力、あるいは類似経験（例えば、自ら患者体験がある、特に喘息のように小児期より疾病を抱えた健康状態を維持するためのセルフケア行動が必要であったというような場合）がない限り、難しいことが予測される。ただ、患者自らが語る逸話、それに類したTV番組や小説といったリアリティの高い内容により、学習者の意識変容を伴う学習が不可能ではない。その他にも、一定の学習準備状態を持つ学習者が、患者教育に従事する医療者の実践を見ることで観察学習を行うことも可能である。

### 4. シネメデュケーション (cinemeducation)

cinemaを用いた medical education の意味であり、医療の心理社会的、あるいはスピリチュアルな側面に関する教育を促すため、映画やドラマの一部や全てを用いる方法。医療場面が描かれた映画やドラマにおいて、患者の心情などをなぞることができる。Alexanderらが紹介したのがオリジナルである<sup>24)</sup>。日本でも、福島県立医大の葛西、熊本大の浅井らによる取り組みが知られている<sup>25), 26)</sup>。国内外にて様々な動画素材と教育目標に関するリソースが共有されており、利用は比較的簡単である。

利点として、よい動画素材を用いることにより、参加者を巻き込みやすい、共感を呼び起こしやすい、記憶に残りやすい、誰かを傷つける危険性が

少ない、時間効率がよい、多数の参加者を同時に相手しやすい、といった点が挙げられる。欠点として、強く感情を揺さぶり過ぎる、論点の過剰な単純化や固定観念化を来す、現実の深刻な問題を軽く扱い過ぎる、といった可能性が指摘される。1～3と異なり、あくまでも受動的学習のセッションであるため、学習者が何らかの理由（冒頭部分に関心が持てなかった、眠かったなど）によって参加しきれなかった場合にはほとんど効果を持たない可能性がある。

### 5. 糖尿病劇場

糖尿病患者教育における医療者—患者関係を劇に仕立て上げ、実際に医療者が頻繁にやっている患者介入を描くと共に、そこに生じる患者の葛藤を、「黒子が医療者や患者の思いを言語化する」という方法論にて聴衆にも気づかせるタイプの教育セッション。京都医療センターの岡崎、東大の大橋らによる取り組みが知られる<sup>27)</sup>。患者の気持ちを黒子が代弁することで、劇としては寸断される問題があるのだが、参加者全員が患者の気持ちを共有しやすくなるため、効果が大きい面がある。

重要なのは、劇を見て、黒子による患者や医療者の気持ちを知った上で、聴衆がどこまで議論に参加できるかであろう。その点では、あまり参加者が多くなると、この重要なセッションへの個々の参加度は下がってしまう。受動的学習のセッションであることは4と同様である。特に、医療者側の思いに共感できるためには、医療者として糖尿病患者教育に携わった経験が必要かもしれない。

### 6. FCE (Family Centered Experience)

患者さんを医学的観点からだけでなく、一人の人間として総合的に受け止めるための教育法である。具体的には、まず医療系学生が深刻な疾患や慢性疾患に罹患している患者さんとその家族を直接訪問して話を聞く。そして、訪問の数週間後に10～12人のグループに分かれ、それぞれが経

## 総説

験したことに基づいてディスカッションを行う。さらに、自身が得た理解と経験を好きな媒体で表現をする、という流れで実施される<sup>28)</sup>。

医学生と患者さんとの間に長期に及ぶ信頼関係の構築、学生が各自の意見や印象を安全に話し合える環境とサポート、アドバイザー・メンター・人間的医療の規範として、医療者、教育者と学生との間の親密な関係を築けるといった特徴がある<sup>29)</sup>。

利点として、病気が患者に与える衝撃、健康に関する信念、各年齢における影響、環境が及ぼす影響、家族からの影響、医療資源、経済資源、慢性状態の理解、コミュニケーション、文化的影響、医療の矛盾、医療の決定権、医療サービスへの誘導、代替医療等の知識を習得できる<sup>30)</sup>。教育対象者の自己形成がどの段階まで達しているかにより、患者中心の価値観のとらえ方に違いがみられるという点には注意が必要である<sup>31)</sup>。

これら6つの教育カリキュラムの特徴を表2にまとめた。卒前から卒後にかけて連続的で理想的なカリキュラムを構成することを想定するならば、卒前教育ではシネメデュケーションによる機会を持つと共に、Family centered experienceを実施することが入門編としては有効と思われる。ある程度理解の進んだ時期には、学生間のロールプレイを行い、模擬患者参加型ロールプレイでの学習や評価を加えていくことも可能になるだろう。症例に関してディスカッションや糖尿病劇場を通じて学べるレベルになるには、現場での一定以上の経験が必要であり、卒後の学習機会に活かされるのがよいだろう。

### D. 患者教育に関する評価

ほとんど議論されてきていない領域であると思われるが、以下のような方法が考え得る。

#### 1. SP 利用による評価

Onishi の報告<sup>12)</sup> で用いられている方法。必要

な患者情報をきちんと聞いているか、患者を脅すようなことなく必要な医学的情報を伝えることができているか、患者さんの今後の生活や人生に関する不安について耳を傾け、対応できるか、といった項目は重要であろうと考えられる。しかし、どのような性格のSPに対し、どのような患者教育技法を実施できれば何点にすべきなのかといった点で、妥当性については、十分な検証がなされていない。

#### 2. 実際の診療場面に対する評価

患者さんからのインフォームド・コンセントを得た後に、実際の診療場面を評価者が直接観察する、あるいはビデオ録画された内容を評価者が後で評価するといった取り組みを行うことで、患者教育に関する技能を評定することが可能となるだろう。しかし、これも妥当性検証をするためには、どのような実践がよい臨床アウトカムにつながるといった基礎的データと共に検討する必要があるだろう。

#### まとめ

患者教育に関する医療者教育に関して、わが国での取り組みと、考え得る教育カリキュラムについて概説した。本稿が、患者教育に関する医療者教育の改善の一助になれば幸いである。

#### 附記

当研究は、「ともに考える医療」のための新たな患者—医療者関係構築を目的とした実証・事業研究」(平成20年度科学研究費補助金基盤研究(A)、研究代表者:尾藤誠司、実施年度:平成20年~23年)における分担研究「患者がもつ文脈と医学情報以外の情報を医療者が把握するための教育手法の開発及び妥当性の検証」の一部である。

総説

表 2. 患者教育に関する教育カリキュラムの比較

学習形態		同僚間のロールプレイ	模擬患者とのロールプレイ	症例に関するディスカッション	シナメデュケーション	糖尿病劇場	Family centered experience
学習形態	能動的	能動的	能動的	能動的	受動的	受動的	能動的
	コスト	低い	高	低	低	高	高
人	指導者	指導者	指導者, SP	指導者	指導者	指導者と役者	実際の患者とその家族
	長所	・医療者側, 患者側双方の心情を体験できる	・SP からフィードバックを受けることが可能	・事前準備は最小限で済む	・コンテンツによって参加度を高くしやすい ・一度に多くの人数を対象にできて時間効率がよい	・黒子が医療者や患者の気持ちは代弁するため, 参加者は共通理解を得やすい	・患者やその家族に対して医学的観点からだけでなく, 総合的な視点から意見を聞く機会が得られる
特徴	短所	・役割に入り込めない, 照れ笑いが生じて集中できない, 演技後に役から抜けきれない, などの問題が生じうる	・SP が教育に関与するにはフィードバック技法のトレーニングが必要	・プレゼンテーション能力が必要 ・指導者には適切な患者教育の実践経験と教育スキルが必要	・教育目標に合致したコンテンツがないこともある, その際はコンテンツに目標を合致させることになる ・感情の強すぎる挿さぶり, 論点のステロタイプ化の可能性	・コンテンツ作成と役割に多くの時間や準備が必要	・患者やその家族の協力が必要
	想定される学習者のレベル	医療系学生や現役の医療者	医療系学生や現役の医療者	現役の医療者	医療系学生や現役の医療者	現役の医療者	医療系学生

## 総説

### 文献

- 1) Bird J, Cohen-Cole SA: The three function model of the medical interviewer—an educational device. *Adv Psychosom Med* 1990;20:65-88
- 2) 臨床実習検討委員会：臨床実習検討委員会最終報告，厚生省健康政策局，東京，1991
- 3) 文部省：21世紀の命と健康を守る医療人の育成を目指して（21世紀医学・医療懇談会第4次報告），1999，<http://www.umin.ac.jp/21med/dai4ji/fourth.htm>
- 4) 医学における教育プログラム研究・開発事業委員会：医学教育モデル・コア・カリキュラム—教育内容ガイドライン—，東京，2001
- 5) 文部科学省モデル・コア・カリキュラムの改訂に関する連絡調整委員会：医学教育モデル・コア・カリキュラム—教育内容ガイドライン—平成19年度改訂版，2007，[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/koutou/033/toushin/1217987\\_1703.html](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/033/toushin/1217987_1703.html)
- 6) 社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構（CATO）医歯学教育システム研究センター（全国共同利用施設）：臨床実習開始前の「共用試験」第3版，東京，2005
- 7) 医事試験制度研究会監修：医師国家試験出題基準（平成13年度版），株式会社選択エージェンシー，東京，2000
- 8) 医事試験制度研究会監修：平成17年度版医師国家試験出題基準，株式会社まほろば，東京，2004
- 9) 藤崎和彦：医療面接とコミュニケーション教育. *現代医療* 2002;34(7):113-118
- 10) 藤崎和彦：わが国での模擬患者（SP）活動の現状. *医学教育* 1999;30(2):71-76
- 11) 日本医学教育学会総合診療教育ワーキンググループ：大学における卒然総合診療教育カリキュラム，*医学教育* 1999;30(2):65-70
- 12) Hirotaka Onishi, Yasutomo Oda, Shunzo Koizumi : Lecture was more effective than role-play for patient education skill: an incomplete curriculum development in Saga Medical School, *家庭医療* 2004;11(1):10-17
- 13) 田川まさみ, 田邊政裕：模擬患者の参加した患者教育と「悪い知らせ」の学習，*医学教育* 2003;34(6):369 - 374
- 14) Kern DEら著，小泉俊三監訳：医学教育プログラム開発，篠原出版新社，東京，2003
- 15) 中川米造：医療の原点，岩波書店，東京，1996
- 16) Rosenstock IM: Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1996;11(1):1-47
- 17) Becker MH, Maiman LA: Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations, *Medical Care* 1975;13(1):10-24
- 18) Bandura A: Self-efficacy: toward a unifying theory of behavior change, *Psychological Review* 1997;84(2):191-215
- 19) Ajzen I: From intentions to actions. A theory of planned behavior. In J Kuhl, J Beckmann (eds), *Action-control: from cognition to behavior*. Heidelberg, Springer, 1985,pp11-39
- 20) Prochaska JO, DiClement CC: Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1983;51(3):390-395
- 21) Berlin EA, Fowkes WC: A teaching framework for cross-culture health care: application in family practice. *West J Med* 1983;139:934-938
- 22) 植村研一：シミュレーションの応用，*医学教育マニュアル5—シミュレーションの応用*. 篠原出版新社，東京，1984，pp62-111

## 総説

- 23) 中川米造：ロールプレイ．医学教育技法マニュアル，篠原出版新社，東京，1993，pp99 - 101
- 24) Alexander M, Hall M, Pettice Y: Cinemeducation—an innovative approach to teaching psychosocial medical care. *Fam Med* 1994; 26: 430-3
- 25) 葛西龍樹：CINEMEDUCATION 家庭医療教育の新しい試み，*家庭医療* 1997;5(1):27-32, 1997
- 26) 浅井篤：シネマの中の人間と医療 エシックス・シアターへの招待，医療文化社，2006
- 27) 朝比奈崇介，岡崎研太郎，大橋健他：糖尿病劇場（第1幕 入門編，第2幕 実践編）．*糖尿病* 2009;52suppl:104
- 28) Kumagai AK : A conceptual framework for use of illness narratives in medical education. *Academic Medicine* 2008;83(7):1-6
- 29) Kumagai AK. : The patient's voice in medical education, The Family Centered Experience Program. *Virtual Mentor* 2009;11:228-231
- 30) White CB, Kumagai AK, Ross PT et al : A qualitative exploration of how the conflict between the formal and informal curriculum influences student values and behaviors. *Academic Medicine* 2009;84(5):597-603