

The Journal of the Japanese Association of Health Communication
Vol. 1, No. 1, 2010

日本ヘルスコミュニケーション研究会雑誌

第1巻第1号

特集

**医療系大学等におけるヘルスコミュニケーション教育
—現状及びその意義と役割**

日本ヘルスコミュニケーション研究会

Japanese Association of Health Communication

<http://HealthCommunication.jp/>

日本ヘルスコミュニケーション研究会雑誌

第1巻 第1号

特集号

医療系大学等におけるヘルスコミュニケーション教育
—現状及びその意義と役割—

日本ヘルスコミュニケーション研究会
Japanese Association of Health Communication
<http://HealthCommunication.jp>

目次

発刊のご挨拶 ― 21世紀の課題はコミュニケーション ― 4

木内貴弘

東京大学大学院医学系研究科医療コミュニケーション学

中山健夫

京都大学大学院医学研究科健康情報学

荒木登茂子 萩原明人

九州大学医学研究院医療コミュニケーション学

東京大学大学院医学系研究科医療コミュニケーション学教室の ヘルスコミュニケーション学教育の概要.....6

木内貴弘 石川ひろの

東京大学大学院医学系研究科医療コミュニケーション学

医療コミュニケーションと日本語の教育 東京慈恵会医科大学の取り組み.....13

野呂幾久子 大場理恵子 太田昌宏

東京慈恵会医科大学日本語教育研究室

効果的治療のための医療コミュニケーションの知識と技能.....18

町田いづみ

明治薬科大学医療コミュニケーション学

看護系学部におけるヘルスコミュニケーション教育.....23

杉本なおみ

慶應義塾大学看護医療学部

医療学教育におけるコミュニケーションとナラティブ ―現状と展望― 29

斎藤清二

富山大学保健管理センター

ヘルスコミュニケーションの課題と可能性

EBM・診療ガイドライン・患者参加の視点から……………34

中山健夫

京都大学大学院医学研究科健康情報学

医学コミュニケーションについての覚え書き……………43

岩隈美穂

京都大学大学院医学研究科医学コミュニケーション学

臨床コミュニケーション教育

—PBL から対話論理へ、対話論理から実践へ —……………48

池田光穂 西村ユミ

大阪大学コミュニケーションデザイン・センター

広島大学歯科医学系のコミュニケーション教育……………53

小川哲次 田中良治 小原勝 西裕美 大林泰二

広島大学病院歯系総合診療科口腔総合診療科

前田純子

岡山 SP 研究会

奥迫恵理

広島 SP 研究会

佐々木友枝

広島大学病院歯系総合診療科口腔総合診療科

田口則宏

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科歯科医学教育実践学

高永茂

広島大学大学院文学研究科

九州大学大学院における医療コミュニケーション学教育について……………62

荒木登茂子 萩原明人

九州大学医学研究院医療コミュニケーション学

発刊のご挨拶

21世紀の課題はコミュニケーション

日本ヘルスコミュニケーション研究会雑誌編集

(代表) 木内 貴弘 東京大学大学院医学系研究科医療コミュニケーション学

中山 健夫 京都大学大学院医学研究科健康情報学

荒木登茂子 九州大学医学研究院医療コミュニケーション学

萩原 明人 九州大学医学研究院医療コミュニケーション学

ヘルスコミュニケーション学は、医療・公衆衛生分野を対象としたコミュニケーション学です。日本国内では、医療コミュニケーション学、医学コミュニケーション学等と呼ばれることが多いのですが、英語圏では Health Communication という言葉を用いるのが一般的です。医療・公衆衛生分野では、従来、技術細分化型(外科⇒胸部外科⇒心臓外科⇒小児心臓外科)の専門分化が主流でしたが、ヘルスコミュニケーション学は、コミュニケーション学という独自の理論、方法論を持った学問の医療・公衆衛生への応用となります。医療・公衆衛生分野での具体的なコミュニケーションの機会として、1)医療従事者・医療消費者間のコミュニケーション、2)医療従事者間のコミュニケーション、3)医療消費者間のコミュニケーションが主として考えられます。これらのコミュニケーションは、古くは対人で行われていましたが、現代では、各種のメディアを介したコミュニケーションの重要性が増しています。

医療・公衆衛生の分野では、コミュニケーションが重要な課題として認識されるようになっていきます。医学研究の成果は、それが一般市民に分かりやすく正確に伝えられることによって、はじめて健康行動や医療行動の変容につながります。このために分かりやすく正確に伝えるということが非常に重要です。更に近年では効果的な情報の『伝え方』としてのコミュニケーションだけでなく、関係者がお互いに伝え、受け取る、双方向のコミュニケーションへの関心も高まりつつあります。医療機関では患者との良好なコミュニケーションが患者満足度の向上、紛争の予防・解決に結びつくという認識が広まっています。また職員のやる気・能力を高め、組織内の紛争を防ぐためにもコミュニケーションが果たす役割は重要です。このような状況を受けて、最近、日本でもヘルスコミュニケーションの教育、研究に携わっている方々が、ある程度の数になってきていました。しかしながら、従来、「ヘルスコミュニケーション」というキーワードで集まる場がありませんでした。このような場をつくるべく、この分野の専任教員である木内貴弘、中山健夫、荒木登茂子、萩原明人の4名が3回にわたる協議・検討を経た後、平成21年7月10日

に第1回日本ヘルスコミュニケーション研究会を東京で開催することができました。本発刊号は、第1回研究会発表者に執筆をお願いしております。また平成 22 年 9 月 17－18 日には、京都において、第2回日本ヘルスコミュニケーション研究会が開催され、大変な盛況でした。

近代医学は、19世紀に細胞レベルの生物学を基礎として始まり、現代では分子生物学に発展して医学研究を支えています。20世紀には、統計学的・疫学的手法を用いて、ヒトを対象とした治療法・診断法等の厳密な評価とこれに基づく医療が確立しました(EMB=Evidence-Based Medicine)。21世紀には、ヘルスコミュニケーション学を医療・公衆衛生学のための3本目の柱として確立していくことが重要な課題であると考えています。

本研究会の開催によって、ヘルスコミュニケーションに関心を持つ人のコミュニケーションの場が設立されたとともに、ヘルスコミュニケーション学を独自の学問分野として、医療の世界で認知してもらうための第一歩となったと考えています。ヘルスコミュニケーション学では、学問としての側面も重要ですが、実務的側面(実践、教育、研修)も重要視されます。私達の考えるヘルスコミュニケーション学の専門家は、下記のような能力を持つ人を想定しています。

- 1) 大学学部・大学院及び医療機関等において、実践的なヘルスコミュニケーション学の講義、実習、研修が幅広く体系的にできる。
- 2) ヘルスコミュニケーションの一定領域についての専門的研究能力を有する。

ヘルスコミュニケーション学は、医療・公衆衛生の実務、教育、研究のすべての分野で必須な学問です。私達は、将来、すべての医療系大学(医科、歯科、薬学、看護、検査等)にヘルスコミュニケーション学を専門とする専任教員がいて、必要な講義、実習が行われるようになることを願っています。

東京大学大学院医学系研究科医療コミュニケーション学教室の

ヘルスコミュニケーション学教育の概要

木内貴弘 石川ひろの

東京大学 大学院医学系研究科 医療コミュニケーション学分野

抄録

東京大学大学院医学系研究科医療コミュニケーション学教室は、平成19年度に東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻（専門職課程修士）に設置された。現在、主として公共健康医学専攻の修士課程学生を対象に「医療コミュニケーション学講義」、「医療コミュニケーション学実習」を実施している。その特徴は、まず第1に将来医療・公衆衛生の様々な分野に進む人のために、ヘルスコミュニケーションの各分野を幅広く教育していること、第2にヘルスコミュニケーション実践、指導等を行っている実務家に多くの講義・実習を依頼していること、第3に各々のコミュニケーション理論・技法の違いよりも、共通性を強調することによって、多様に見える講義・実習の背景に共通するコミュニケーションというものの本質を理解できるように配慮していることにある。対人、メディアコミュニケーションのバランスの取れた日本における標準的なヘルスコミュニケーション学教育カリキュラムをつくり、その学問の領域を明確にするために試行錯誤を続けている。

上記の他、医療コミュニケーション学を専門とする博士課程大学院生、研究生、及び公共健康医学専攻（専門職課程修士）等の参加希望者を対象に毎週木曜日の午前、午後に輪読会・抄読会を実施している。午前には、基本的なヘルスコミュニケーション学教科書の輪読と論文1件抄読（精読）を行っている。午後には、やや専門的なヘルスコミュニケーション学の書籍の輪読と論文3本抄読（多読）を行っている。

1.はじめに

東京大学大学院医学系研究科医療コミュニケーション学（以下、東大医療コミュニケーション学）分野は、平成19年度に東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻（専門職修士課程）に設置された。医科系では、九州大学につづき、日本で2番目である。尚、平成20年度には、京都大学に医学コミュニ

ケーション学分野が設置されている。

東大医療コミュニケーション学分野では、公共健康医学専攻（専門職修士課程）の大学院生を対象に「医療コミュニケーション学講義」、「医療コミュニケーション学実習」を実施している。他の専攻の大学院生も何人か受講している。これらの他、医療コミュニケ

ーション学を専門とする博士課程大学院生、研究生、及び公共健康医学専攻（専門職課程修士）等の参加希望者を対象に毎週木曜日に輪読会・抄読会を実施している。本稿では、上記の東大医療コミュニケーション学分野のヘルスコミュニケーション教育の内容について概説し、考察を行う。

2. ヘルスコミュニケーション学教育の内容

2.1 医療コミュニケーション学講義

医療コミュニケーション学講義は、大きく、総論（3回）、対人コミュニケーション（5回）、メディアコミュニケーション（4回）、対人・メディア総合（4回）の4つに区分される（表1）。

総論は、ヘルスコミュニケーション学全般についての総論的講義を「コミュニケーション学入門」、「医療コミュニケーション学入門」、「ソーシャルマーケティング」の3つに分けて著者が行っている。

対人コミュニケーションでは、主として医療従事者・患者コミュニケーションについて、「医療機関の立場から」と「患者の立場から」の講義の他、医療者側の「医療コミュニケーション実践法」について講義がなされる。「医療機関の立場から」では、東京大学医学部附属病院（東大病院）総合研修センター長で、実際に東大病院の臨床研修システムを統括している北村聖教授に講義を御願ひしている。

「患者の立場から」は、NPO 法人ささえあい医療人権センターCOML の辻本好子氏に講義をしていただいている。COML は、患者側の立場から、患者からの各種電話相談、患者教育を実施してきた。近年は、医療崩壊に伴い医療者側からの相談も受けている。医療者

側の「医療コミュニケーション実践法」については、日本ヘルスサイエンスセンターの石川雄一氏に演習を大きく取り込んだ形の講義をしていただいている。

メディアコミュニケーションでは、「新聞」、「テレビ」、「インターネット」についての実務を長く経験した講師によって講義が行われる。新聞（小畑洋一氏）、テレビ（真崎理香氏）は、各々新聞記者、テレビディレクターとして、活躍してきた実務家である。インターネットを担当する木内（著者）は、医学・医療関係者向けの大学病院医療情報ネットワーク（UMIN）の実務責任者として、長い実務経験がある。

対人・メディア総合では、対人・メディアの両方を用いたコミュニケーションについての講義を行っている。「医療コミュニケーション研究の方法論と臨床・教育への応用」では、石川（著者）が研究と実務の橋渡しについての話を行っている。

「健康キャンペーン」では、広告代理店に長く勤務し、現在 AC ジャパン（旧：公共広告機構）専務理事をつとめる草川衛氏が実践的な講義を行っている。「医療専門家相互のサイエンスコミュニケーション」では、長年の大学での研究経験を持つ著者が、講義を行っている。「災害・緊急時のコミュニケーション」は、この分野で研究実績のある青木則明テキサス大学准教授が講義をしている。

2.2 医療コミュニケーション学実習

「医療コミュニケーション学実習」は、大きく対人コミュニケーション実習、メディアコミュニケーション実習に区分される（表2）。対人コミュニケーション実習では、「コーチング実習」、「接遇実習」、「MBTI によるコミュニケーション実習」を実施してい

表1. 医療コミュニケーション学講義一覧(平成22年度)

*実際の講義は、講師の日程の都合等で、この順番とおりに実施したわけではない。

回数	内容	担当
1	I. 医療コミュニケーション学総論 コミュニケーション学入門	木内貴弘
2	I. 医療コミュニケーション学総論 医療コミュニケーション学概論	木内貴弘
3	I. 医療コミュニケーション学総論 ソーシャルマーケティング	木内貴弘
4	II. 対人コミュニケーション 医療従事者・患者コミュニケーション (1)-医療機関の立場から	北村聖 (東大病院 総合研修センター)
5	II. 対人コミュニケーション 医療従事者・患者コミュニケーション (2)-患者の立場から(その1)	辻本好子 (COML)
6	II. 対人コミュニケーション 医療従事者・患者コミュニケーション (3)-患者の立場から(その2)	辻本好子 (COML)
7	II. 対人コミュニケーション 医療従事者・患者コミュニケーション (4)-医療従事者のための医療コミュニケーションの実践法(1)	石川雄一 (日本ヘルス サイエンスセンター)
8	II. 対人コミュニケーション 医療従事者・患者コミュニケーション (5)-医療従事者のための医療コミュニケーションの実践法(2)	石川雄一 (日本ヘルス サイエンスセンター)
9	III. メディアコミュニケーション マスメディアによるコミュニケーション (1)テレビ	真崎理香 (財団法人放送番組 国際交流センター、 NHK)
10	III. メディアコミュニケーション マスメディアによるコミュニケーション (2)新聞	小畑洋一 (読売新聞)
11	III. メディアコミュニケーション インターネット	木内貴弘
12	IV. 対人・メディア総合 医療コミュニケーション研究の方法論と 臨床・教育への応用	石川ひろの (滋賀医大)
13	IV. 対人・メディア総合 健康キャンペーン	草川衛 (公共広告機構)
14	IV. 対人・メディア総合 医療専門家相互のサイエンスコミュニケーション	木内貴弘
15	IV. 対人・メディア総合 災害・緊急時のコミュニケーション	青木則明

る[1]。MBTI は、Myers-Briggs Type Indicator の略であり、ユング心理学に基づいた 16 の類型に各個人を区分することにより、お互いの心理学的な癖の違いを理解することによって、良好なコミュニケーションをはかることを目指している。各々の実習は、各々の対人コミュニケーション理論・技法の研修指導を専門に行っている方に実習を依頼している（表 2）。メディアコミュニケーション実習は、著者自らが実施している。「新聞実習記事執筆・分析」では、前半に、実際の行われた記者会見を再現し、学

生に新聞記者になったつもりで、新聞の記事を執筆してもらい、実際に新聞記者の書いた本物の記事と比較・検討をおこなっている。後半には、新聞やインターネットの医療系のニュースを分析して、そのエビデンスについての評価を実施している[2]。「映像メディアの制作法と撮影実習」では、映像メディアの特性や作成の方法について一通り話した後、小さなドラマの製作・撮影を実施している。2 回にわたる「インターネット実習」では、Blog、Wiki を用いて、コンテンツの作成法を実習している。

表2. 医療コミュニケーション学講義一覧(平成22年度)

***実際の講義は、講師の日程の都合等で、この順番とおりに実施したわけではない。**

回数	内容	担当
1	I. 対人コミュニケーション実習 接遇実習	宮本朋子 (JAL アカデミー)
2	I. 対人コミュニケーション実習 コーチング実習	鱸伸子 (オフィスセレンディピティ)
3	I. 対人コミュニケーション実習 MBTI に基づくコミュニケーション術 (1)	園田由紀 (日本 MBTI 協会)
4	I. 対人コミュニケーション実習 MBTI に基づくコミュニケーション術 (2)	園田由紀 (日本 MBTI 協会)
5	II. メディアコミュニケーション実習 新聞記事執筆・分析	木内貴弘
6	II. メディアコミュニケーション実習 映像メディアの制作法と撮影実習	木内貴弘
7	II. メディアコミュニケーション実習 インターネットコミュニケーション実習 (1)	木内貴弘
8	II. メディアコミュニケーション実習 インターネットコミュニケーション実習 (2)	木内貴弘

2.3 医療コミュニケーション学輪読会・抄読会

医療コミュニケーション学を専門とする博士課程大学院生、研究生、及び公共健康医学専攻(専門職課程修士)等の参加希望者を対象に、

毎週木曜日の午前、午後に輪読会・抄読会を実施している。午前には、基本的なヘルスコミュニケーション学教科書の輪読と論文 1 件抄読(精読)を行っている(合計約 2 時間)。午後

には、やや専門的なヘルスコミュニケーション学の書籍の輪読と論文3本程度抄読（多読）を行っている（合計約2時間）。表3に午前の輪読会で輪読した書籍の一覧、表4に午後の輪読会で輪読した書籍の一覧を示す。

3. 考察

3.1 医療コミュニケーション学講義、

医療コミュニケーション学実習

医療コミュニケーション学講義、医療コミュニケーション学実習のカリキュラム開発に当たって努力した点は下記の3点である。

(1) 講義・実習範囲の幅広さ

将来医療・公衆衛生の様々な分野に進む人のために、ヘルスコミュニケーションの各分野を幅広く教育している。その理由は、専門職修士

課程（公共健康医学専攻）の講義、実習として企画されたことによる。公衆衛生・医療の第一線の実務につく人に向けて、ヘルスコミュニケーションを幅広く身に着けてもらうことが目的だからである。また講義・実習の内容は、ヘルスコミュニケーション学の分野の取り扱う範囲の概要を示すものとなっている。

(2) 実務家の教育への参加

ヘルスコミュニケーション実践、指導等を行っている実務家に多くの講義・実習を依頼している。その理由は、やはり専門職修士課程（公共健康医学専攻）の講義、実習として企画されたことによる。実務を教育するためには、やはり実務家が必要である。

表3. 医療コミュニケーション学症読会・輪読会 I（木曜日午前10時－12時）輪読書一覧

輪読開始年月	輪読した書籍の書誌情報
2008/04	Glanz K, Rimer BK, Lewis FM (editors). Health Behavior and Health Education – Theory, Research, Practice 3rd edition, 2002
2008/09	John W. Creswell. Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches, 2008
2009/01	Athena du Pre. Communicating about health – Current Issues and Perspectives 2nd edition, 2005
2009/04	Philip Kotler, Nancy R. Lee. Social Marketing: Influencing Behaviors for Good. Sage Publications 2007.
2009/09	Parker JC, Thorson E. Health Communication in the New Media Landscape. Springer Publisher. 2009.
2010/04	Athena Du Pre. Communicating About Health: Current Issues and Perspectives 3rd edition. Oxford Univ. Press 2009

表4. 医療コミュニケーション学症読会・輪読会 II(木曜日午後1－3時)輪読書一覧

輪読開始年月	輪読した書籍の書誌情報
2007/04	Thompson TL, Dorsey A, Miller K, Parrott R. Handbook of Health Communication (Lea's Communication Series), 2003
2007/09	Schiavo R. Health Communication Health -Communication: From Theory to Practice, 2007
2008/04	Mattelart A, Mattelart M. Theories of Communication - Short Introduction 4th edition, 1998
2008/09	Ron Cody. Learning SAS by Example: A Programmer's Guide, 2007
2009/04	Arvind Singhal. Entertainment Education - A Communication Strategy for Social Change, 1999.
2009/09	Anthony Giddens. Sociology(6th edition), 2009
2010/04	Glanz K, Rimer B, Viswanath K. Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice,

(3) 各種コミュニケーション理論・技法の共通点の特徴

総論において、各々のコミュニケーション理論・技法の違いよりも、共通性を強調することによって、多様に見える理論・技法の背景に共通するコミュニケーションというものの本質を理解できるように配慮していることにある。コミュニケーションには、1対1の個人間コミュニケーションから、インターネット、マスメディア等を介した数百万人以上を対象としたコミュニケーションまで様々なものが存在する。コミュニケーション学は、こうした様々な様態の情報伝達・交換を「コミュニケーションの視点」から、統合的に取り扱う。各々のコミュニケーション理論・技法には、独自の性質と、コミュニケーション理論・技法に共通する性質がある。著者は、コミュニケーションを、

「伝える」、「わかる」、「感じる」という言葉で表現するようにしている。どのように「伝える」か、どのように「伝える」と「わかる」かということは、コミュニケーションの重要な研究課題である。医学・医療の分野で、特に重要な行動変容につなげていくには、「感じる」の要素である。「感じる」とは、「洞察」、「納得」、「了解」、「腑に落ちた」等の言葉で表現される、単なる「わかる」以上の感情面での了解である。

ヘルスコミュニケーション学の教育は、欧米においても、教える側が得意な分野（対人コミュニケーション、メディアジャーナリズム、ヘルスキャンペーン等）に偏って、教育が行われていることが多い。そして、そうした事情を反映して、ヘルスコミュニケーションの教科書も著者が得意な分野を中心に記述されているこ

とが多い[3][4]。de Pre による教科書は、様々なヘルスコミュニケーションの分野を考慮した数少ない例である[5]。Handbook of Health Communication は、教科書というよりは、研究の発展状況を記載した総説であり、各分野のバランスは配慮してあるが、教科書として使うには、内容が難しく、分量也多すぎる[6]。著者らは、対人、メディアコミュニケーションのバランスの取れた日本における標準的なカリキュラムをつくるべく、試行錯誤を続けている。

3.2 医療コミュニケーション学輪読会・抄読会

輪読会・抄読会には、共同で書籍、論文を読み、議論を行うことによって、お互いの理解を深める効果がある。ヘルスコミュニケーション学に関する学問的な輪読会・抄読会は、日本ではわずかな大学等で実施されているのみであり、貴重な機会と考えている。

文献

- [1] 園田由紀(訳). MBTI への招待—C.G.ユングの「タイプ論」の応用と展開. 金子書房; 2002.
- [2] 折笠秀樹、折笠奈緒美. どう読む?新聞の統計数字. ライフサイエンス選書; 2006.
- [3] Northouse PG, Northouse LJ. Health Communication: Strategies for Health Professionals (3rd Edition). Prentice Hall; 1997.
- [4] Schiavo R. Health Communication: From Theory to Practice. Jossey-Bass; 2007.
- [5] du Pre A. Communicating About Health: Current Issues and Perspectives. McGraw-Hill; 2004.
- [6] Thompson TL, Dorsey A, Miller K, Parrott R, editors. Handbook of Health Communication. Lawrence Erlbaum; 2003.

野呂幾久子¹ 大場理恵子² 太田昌宏³

1. 東京慈恵会医科大学 人間科学教室 日本語教育研究室 准教授

2. 東京慈恵会医科大学 人間科学教室 非常勤講師

3. 東京慈恵会医科大学 人間科学教室 非常勤講師

抄録

慈恵医大の医療コミュニケーション教育の特徴は2点ある。複数の学年にわたり複数の授業の連携のもとに行われている点、1年次の「日本語表現法」という授業の中でアカデミックなコミュニケーション能力を通してその基礎教育が行われている点である。本稿では2点目を中心に述べる。

「日本語表現法」は1年次2単位の必修演習科目で、医学科、看護学科あわせて149名が受講している。この科目は、一つには、大学での知的学習活動・研究活動に耐えうるアカデミックなコミュニケーション能力（情報を収集する、レポートを書く、発表や討論を行うなどの力）を、入学後のできるだけ早い段階で育成する目的を持っている。同時に、学生は将来医療者になる人として、医療の場で必要とされるコミュニケーション能力の基礎も身につけなくてはならない。両者は、自らのコミュニケーションを他者の視点から客観的にとらえる視点、すなわち「他者視点」が必須である点で共通している。このため、「日本語表現法」では、まず「他者視点を育てること」を第一の目標としている。授業では、傾聴法、対話、論理的文章作成法などの内容を扱っているが、本稿ではこれらの中から例として、ピア活動を通じて「読み手の視点を持った書き手」を育成する取り組みを紹介する。

1. はじめに

東京慈恵会医科大学（慈恵医大）は、1881年に高木兼寛が創立した成医会講習所を源流とする私立の医学部単科大学である。医学科、看護学科の2学科から成り、1学年の学生定員は医学科105名、看護学科40名である。キャンパスは1年次のみ東京都

調布市国領町で、2年次以降は港区西新橋である。（看護学科は1年次から4年次まで国領町。）本章では、医学生を対象としたコミュニケーション教育について、慈恵医大の取り組みの例を紹介する。

2. 慈恵医大の医療コミュニケーション教育の特徴

慈恵医大の医療コミュニケーション教育の特徴は2点ある。1点目は、コミュニケーションの教育が1年次から4年次までの複数の学年にわたり、かつ複数の授業が連携を取る形で展開している点である。複数の授業とは、1年次～4年次に置かれている「医学（医療）総論Ⅰ～Ⅳ」、1年次の「日本語表現法」、3年次の「行動科学」などである。慈恵医大では2008年に、これらの科目の担当者を中心とする部会（医学総論演習検討小委員会）が発足した。その委員会の中で、コミュニケーション教育を含む教育内容について検討し、各学年のコミュニケーション教育のテーマを、1年次「体験を通して気づく」、2年次「観察によりコミュニケーションへの理解を深める」、3年次「練習する」、4年次「特に医療の場面に応用する」と定めた。この目標に沿って段階的に、かつ授業内容が相互に連携性、継続性を持った形でコミュニケーションの力を育てるカリキュラムを目指している。

特徴の2点目は、1年次の「日本語表現法」という授業の中で、アカデミックなコミュニケーション能力と、それを通して医療コミュニケーションのための基礎教育が行われている点である。ここで言うアカデミックなコミュニケーション能力とは、大学での知的な学習活動・研究活動に必要な、情報を収集する、レポートを書く、発表や討論を行うなどの力を指す。以下はこの点を中心に述べる。

3. 「日本語表現法」の位置づけ

まず「日本語表現法」という授業だが、これは1年次におかれた2単位の必修演習科目で、医学科と看護学科が共に学ぶ共習科目である。平成22年度の学生数は、医学科106名、看護学科43名で、合計149名の学生が受講している。授業は1週間に1回、通年にわたって行われる。授業では、学生を6クラスに分け、3名の教員が2クラスずつ担当することで、1クラス約25名の少人数クラスを実現している。

4. 「日本語表現法」の目標としての「他者視点」

「日本語表現法」が目標としているのは、先に触れたように、アカデミックなコミュニケーション能力と医療コミュニケーション能力の基礎の育成である。まず前者だが、1990年代初め頃から、医学生に限らず大学生全般の日本語能力の低下が問題視されるようになった。レポートが書けない、発表やディスカッションができない大学生が増えているという問題である。このような状態は大学における知的な学びや研究を困難にすることが危惧され、多くの大学で入学後のできるだけ早い段階、多くは1年次に、アカデミックなコミュニケーション能力を育成するための教育が導入されるようになった[1]。これらの科目は大学によって名称が異なるが、筒井は総称して「日本語表現法科目」と呼んでいる[2]。慈恵医大の「日本語表現法」も、一つには同様の目的を持って2001年に設置された。

しかし、アカデミックなコミュニケーション能力が不足しているという場合、大きく分けて二つのケースがある。一つは日本

語力の問題で、もう一つは他者視点の問題である。例えば筆者らは、「自分のコミュニケーション経験を他者にわかるように説明する」というテーマで学生に文章を書いてもらい、それを簡単に分類した。その結果、36 例の文章のうち表記や語彙に誤りがあった、すなわち日本語力に問題があったものが 3 例、日本語としては正しいが、読み手が理解するために必要な情報（説明）が不足している、主語・目的語が省略されすぎている、具体例が示されていないなどの理由で理解できない/わかりにくい文章が 18 例あった。つまり、日本語力が不十分な学生もいるが、相手が理解する上で必要な情報は何か判断し、それを相手にわかりやすい形で表現しようとする配慮や視点、「他者視点」が十分でない学生の方が多かった。この例のように、学生のレポートや発表やディスカッションの様子を見ると、日本語力や知識はあるのに、他者視点が欠けているために相手との意思疎通がうまくいかない例がしばしば見受けられる。そこで慈恵医大の「日本語表現法」では、まず「他者視点を育てる」ことを第一の目標としている。

一方で、医学生は医師を目指す人間として、患者との信頼関係を構築する、患者の話を聴く、病状や治療法についてわかりやすく説明するなどの、将来医療の場で必要とされるコミュニケーション能力も身につける必要がある。このような医療の場でのコミュニケーションとレポートを書くなどの力は一見全く異なるもののように見えるが、ともに「他者視点」が必要不可欠である点で共通している。自らのコミュニケー

ションを相手の視点から客観的に捉え、齟齬が生じれば修正するという力がないと、読み手が理解できるレポートが書けないし、同時に患者への説明も一方的な知識の伝達になってしまう。これではたとえコミュニケーションのための技法を身につけていても、患者や他の医療スタッフ理解し合えるコミュニケーションは成立しない。そこで、医療コミュニケーションに必要な具体的な技法や内容は 2 年次以降の他の科目で行うことにして、1 年次の「日本語表現法」では、まず、日本語の教育を通じて、体験を通して他者視点の重要性に気づくことを主眼とする教育を行っている。

5. 「日本語表現法」の内容

「日本語表現法」が扱っている内容は、コミュニケーションについての基礎知識、敬語、傾聴法、論理的文章作成能力、対話、ディベートなどである。表 1 に 2010 年度の概要を示した。これらの内容を演習形式で行っている。

6. 「読み手の視点を持った書き手」を育成する取り組み

表 1 の内容のうち、「論理的文章を書く」という分野の中で「読み手の視点を持った書き手」を育成する取り組みを、例として紹介する。

「論理的文章を書く」講座では、4 回の授業を通して学生に意見文を書かせ、それを構成、内容、表現表記の面から自己修正し、レポートの形にまとめている。その際に、自分の書いた文章を自分だけで検討したのでは、なかなか気付かなかったことを

表 1 2010 年度「日本語表現法」の内容

内容		
ガイダンス	授業の進め方・目標・注意点など	1 コマ
コミュニケーションについての基礎知識	コミュニケーションの定義・プロセス・種類、非言語、コミュニケーションの齟齬、医療とコミュニケーション	2 コマ
敬語	敬語の種類、尊敬語、謙譲語、新しい敬語	2 コマ
傾聴法	自分の聴き方の傾向、傾聴法の技法、ロールプレイ	2 コマ
スピーチ	スピーチと他者評価	2 コマ
「つながる」ための共同学習	チームを意識する、学び合う、書いて伝える、聞いて考える、自己開示する、対話する	8 コマ
レポートの書き方	構想を練る、情報を調べる・絞る、組み立てる、書く・点検する	4 コマ
論理的文章を書く	情報をわかりやすく説明する、論理的文章のポイントを知る、論理的文章の構成を練る、アカデミックな文体・表記のポイント	4 コマ

読み手とともに検討し、読み手の視点を獲得するという目的で、ピア・レスポンスという作文技法を取り入れている。ピア・レスポンスとは、「仲間同士がお互いの文章をよりよくするために話しあい、そこでの検討内容をもとに、文章の構想を練り直し、推敲を重ねていく学習方法」[3]と定義される。重要な点は、ピア・レスポンスの活動を通して、「読み手の視点を持った書き手に成長すること」であると考えている。

具体的な活動実践例を以下に紹介する。

まず、具体的手順だが、ピア・レスポンス活動の前に、学生は、「公立小学校 1 年生から英語の授業を必修にすべきか」というテーマで書いた自分の意見文を、授業で学んだ構成や表現表記のポイン

トにしたがって自己修正した。その後、以下の手順でピア・レスポンスした。① 3 人が 1 グループになり、お互いにグループのメンバーが書いた文章を読みあう。②たとえば、メンバー A の文章を対象とした場合、本人ではなく文章を読んだメンバー B が、A の文章の要点と構成を簡単に説明する。これは、A の文章が読み手にとって理解しやすい流れであるかのひとつの目安になる。③A の文章に対して、質問やアドバイス、感想などを言いあう。④上記の手順で 3 人の文章をピア・レスポンスしたあと、書き手は自分の文章をグループのメンバーからもらったアドバイスや質問などをもとに「読み手にとってよりわかりやすい文章」に改善する。

具体的な読み手からのレスポンスの種

類としては、「素朴な感想」「別な観点からの指摘」「欠点の指摘」「評価・ほめ」などが観察された。この指摘は書き手から見れば、納得がいくものもあればいかなないものもあるが、「まず、読み手はどのように読むのだ、読み手はどのように考えるのだ」ということを受け止め、自分の文章を改善するヒントにできないかを考えさせた。

このようなピア・レスポンス活動を学生はどう受けとめたのかを授業後に実施した自由記述アンケートから分析した。まず、目立つのは「楽しかった、面白かった」という感想である。次に、他者の意見を聞くことへの肯定的な感想と、その意義への気付きが見られた。また、このような活動に対して、「眠くならなかった、飽きなかった」という素朴な感想や「もっとやりたい」という積極的な反応も見られた。今回はたまたま否定的、批判的な感想がなかったが、メンバーに対する不満やこのような活動に対する抵抗感を現す学生ももちろん、現実には存在する。それらを防ぐためにも、また、活動を効果的にするためにも、活動の前に、ピア・レスポンスの意義を学生に明示すること、グループメンバーをある程度教師が見極め、策定すること、クラスにおけるお互いの発言を許容する場作りをしておくことなどの工夫が必要とされる。

7. 最後に

以上、簡単ではあるが、慈恵医大のコミュニケーション教育について紹介した。学生たちが入学までに受けてきた国語教育を主体とするコミュニケーション教育は、近年少しずつ変わってきてはいるも

の、他者視点に焦点をあてた内容はまだ少ない。このため、とすれば学生は、「書けば（話せば）伝わる」と考えがちである。しかし、どんなに優れた発想や考えを持っていても、相手に理解されなければコミュニケーションにはならない。

「他者に理解され、他者と通じ合って初めてコミュニケーションは成立する」という認識を持ち、それを実践できるようになるには、大きな意識転換が必要である。慈恵医大では、コミュニケーションの基礎は他者視点にあるとの認識に基づき、その重要性に大学教育の早い段階、すなわち初年次に体験を通して気づいてもらい、それを2年次以上の継続的な教育により育成するというカリキュラムを目指している。

文献

- [1]野呂幾久子. 日本人大学生を対象とした日本語話し言葉教育の試み. 静岡大学教育学部研究報告「教科教育学篇」. 2000;31:1-10.
- [2]筒井洋一. 富山大学における「言語表現法科目」の新設とその意義. 一般教育学会誌. 1995;17:157-62.
- [3]大島弥生. 池田玲子. 大場理恵子. 加納なおみ. 高橋淑郎. 岩田夏穂. ピアで学ぶ大学生の日本語表現-プロセス重視のレポート作成. ひつじ書房; 2005.

効果的治療のための医療コミュニケーションの知識と技能

町田いづみ

明治薬科大学 医療コミュニケーション学

抄録

平成 18 年 4 月より新 6 年制薬学教育がスタートした。新教育の最も特徴的な部分は、実習期間の延長である。薬剤師志望の全ての学生は、保険薬局と病院の各々で、2.5 ヶ月の実習をおこなう。多くの薬学系大学において、こうした臨床教育への関心は、学内の他の教育内容にも反映されるようになった。明治薬科大学においても、すでに 2005 年より、医療コミュニケーション学が講義および演習として実施されている。本科目は、当初、選択科目としてのスタートであったが、現在、新 6 年制教育 3 年次、4 年次の必修科目として生まれ、実施 2 年目を迎えている。しかし、未だ、教育内容や方法は試行錯誤の段階であり、確立していないのが現状である。初年度の教育終了時の学生アンケート調査では、学生の認識に、これまでの「薬剤の専門家」から「薬物治療の専門家」への変化がみられた。しかし、こうした意識の変化が、薬物治療という薬剤師の機能に生かされるか否かといった評価にまでは至っていない。

真の評価は、学生を臨床に送り出した以降になるが、それまでの期間にあって、より効果的な授業に発展させる努力は必要である。効果的な教育内容へ発展させるためにも、現行の教育内容やその効果の評価方法についての検討が今後の大きな課題となるだろう。

1. 序言

治療のプロセスでは、ときに、患者に辛い内容を伝えなければならないことがある。こうした場面でもし、医療者が冷たい態度や表情で淡々と説明したならば、患者はひどく傷つき、悲しむだろう。さらには、傷つけられた、見放されたと感じた患者と対応した医療者との間に、良好な関係は保たれない。結果として、効果的治療には至らない。

患者が医療者に治療を求める場面という

のは、換言すれば、患者が命や健康といった自分にとって最も重要なものを医療者に預ける覚悟したときでもある。それゆえに、患者は医療者に大きな信頼と期待を寄せるのである。医療者の「医療コミュニケーション教育」は、このような患者からの期待や信頼に応え、効果的な治療を提供することをスローガンに始まったと認識する。ここでは、病気を診るのではなく、患者を診ることが基本

的な姿勢であり、そのためには、患者の生物学的な側面だけでなく、心理・社会的側面を含めた、いわゆる全人的医療をおこなうことが目標となる。

筆者は、薬学教育の中で、医療コミュニケーション学教育を担当する教員のひとりである。

さて、明治薬科大学における医療コミュニケーション学の教育目標は、「効果的治療を目指した全人的医療の展開」である。そしてこの目標達成のためのさらに具体的な目標が、「治療者としての認識の向上」と「効果的治療に必要な医療コミュニケーション学の知識と技能の向上」である。

しかし、このように教育目標を提示することは容易であるが、実際の教育を通して、その目標を達成させるところには、きわめて多くの困難があり、未だ、試行錯誤をくり返している。

本稿では、明治薬科大学における医療コミュニケーション学・演習教育の試行錯誤の過程を振り返りながら、本教育の今後の課題について考察する。

2. 薬物治療者としての認識の向上

臨床では、さまざまな職種が各々専門家として働いている。その中にあって薬剤師は、薬物治療の専門家として機能することになるため、必然的に、薬物治療者としての確固たる認識と責任をもつこと、向上させることは重要な教育目標となる。

以下に、その教育の一部を紹介する。

【患者】花粉症に良く効く薬が欲しいのですが・・・。

【薬剤師】花粉症のお薬ですね。
花粉症は辛いですね。
こちらのお薬はいかがでしょう。
朝1回1錠の服薬ですし、
比較的、眠気や口の渇きが少ないです。
すのでよろしいかと思います。

【患者】それは助かります。
では、これをお願いします。

【薬剤師】かしこまりました。お薬を飲まれて、
もし困る事がありましたらいつでも
ご相談下さい。
私、薬剤師の**と申します。

【患者】ありがとうございます。

【薬剤師】どうぞお大事にしてください。

【患者】この睡眠薬、飲んでも
効かないんです。
他の薬に変えてもらえませんか。

【薬剤師】先生にはそのことを
伝えましたか？

【患者】今日も話したのですが、
話を聞いた後で「やはりこの薬でいいでしょう」と言うんです。

【薬剤師】恐らく先生はお話を聞いて、
の上でこの薬が良いと判断された
のでしょう。もう少しこの薬を試して
みませんか。それでも効果がない場
合には、私と一緒に先生に聞いてみ
ましょう。

【患者】わかりました。
ありがとうございます。
では、もう少し試してみます。

上記の患者の訴えに対する薬剤師の対応はどのように評価されるだろうか。確かに、両者とも丁寧な対応ではあるが、薬剤師としての機能を果たしているだろうか。

まず、「花粉症」の例において、「花粉症」と認識しているのは患者であって、専門家が情報に基づいて評価したものではない。どのような症状をもって「花粉症」と患者が認識したのかを、さらなる患者の話から確認する必要がある。

「薬を変えてほしい」と言っている例でも、不眠のタイプ、服薬時間、薬や不眠に関する理解や意識など、効果的な薬物治療をおこなうために評価しなければならないことは多い。

薬剤師の機能は、薬剤や薬物治療の知識・技術を患者情報に適応させ、治療することであるため、ここでは、薬剤師としての視点から評価する技能が求められる。ここでいう薬剤師としての視点とは、患者に起こっている事象と薬物治療との関係性を診ることである。それは単に、症状対薬ということではない。患者を取り巻く心理・社会的情報と薬物治療との関係性を含む。当然これらの情報収集は、閉ざされた質問形式だけでは情報量が乏しく、かつ誘導的になりやすい。そこで、患者に自由に話してもらうことになるが、治療に必要な情報を過不足なく収集するためには、患者の状況を観察、評価しながら介入するためのコミュニケーション技能が必要となる。ここでは学生はさらに、「効果的な治療を展開できるように薬剤師として対応する」といった明確な解答のない課題を通して、治療者としての認識の向上を目指していく。

3. 薬剤師に求められる医療コミュニケーションの知識と対応方法

患者を診るためには、「その人」を理解することが必要不可欠である。目の前の患者がどんな人であるのかを統合的に理解し、評価していくことになる。

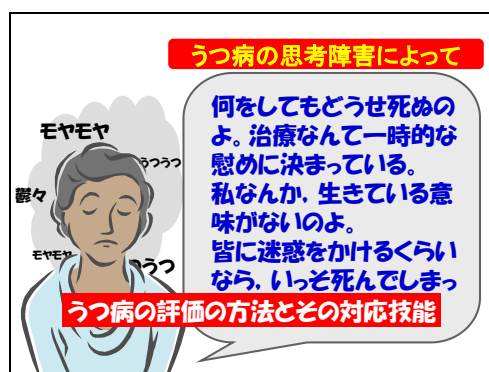
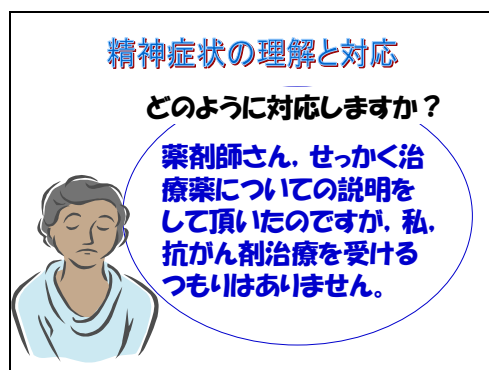
薬学教育の中で学生は、当然、薬物に関する知識や技能について専門的な教育を受けることになる。しかし、薬物治療をおこなうためには、薬物の知識だけでは十分ではない。なぜなら、治療の先には、さまざまな心理・社会的背景をもった患者がいるからである。すでに上記したように、こうした、心理・社会的背景についての情報収集や情報評価のためには、それらに関する基本的知識もまた必要不可欠となる。明治薬科大学における医療コミュニケーション学の講義では、その知識と対応方法の基本として以下の項目を取り入れている。この内、薬剤師物語 DVD I～III巻とは、薬剤師が薬物治療を通して成長していく過程をドラマ風に表したもので、本学が独自に製作した教育ツールである。臨床場面を知らない学生が、状況をイメージ化しやすく、かつ、学生の興味は大きいようである。

明治薬科大学における 医療コミュニケーション学講義内容

- * 医療面接：ラポールの形成
(傾聴・共感／支持的療法)
- * 患者心理の理解と対応
(薬剤師物語 DVD I～III巻の視聴)
- * 性格傾向の理解と対応
- * 精神疾患の理解と対応
- * 予防医療
- * 緩和ケアの理解と対応

講義形式の 80 分間の教育では、学生の集中力や興味を維持することが困難であるため、何らかの工夫が必要となるが、明治薬科大学の講義は 160 人×2 を対象としたマス教育であるため、そのハードルは高い。可能な努力として、例えば、傾聴や共感といったスキルについて説明する場合には、単にその定義を示すのではなく、患者－薬剤師のやり取りを示し、どのように対応するかを考え、場合によっては、その場で演習をする。

この方法は、患者心理を理解するための講義でも、さらに、精神症状や精神疾患に関する講義でも取り入れている。以下に、そのひとつの例を挙げる。



最初に左側の例を示し、まず、各自で考えてみる。その後、うつ病の症状を当てはめて評価する。さらにその後、その評価をもとに対応する。ここでは、意欲の減退や思考障害などのうつ病の症状が十分に理解できていな

いと、面接場面で患者に苦痛を与えることになり、さらに、必要な受診援助をおこなうことができないことを理解する。仮に、患者の思考障害が強ければ、患者の話を了解的に捉えて過ぎてしまうと病気を見失うことを、さらに、患者に希死念慮が存在する場合には、患者の希望を聴くだけではなく、目的的な問診をおこなうことの必要性を理解する。マス教育にあっては、こうした演習はプリント上での実施が限界であるが、くり返すことの効果は少なくないと考えられる。

4. 効果的薬物治療のための 医療コミュニケーション学演習

講義教育が終了した後に、学生は 20～25 名のグループに分かれ、約 4～5 時間の演習に参加する。明治薬科大学では、プロの役者に、模擬患者を依頼している。

学生は、事前に提示された資料参考に、必要な事前学習をおこなう。例えば、保険薬局での演習の場合では、資料は処方箋と患者の自己記入式問診票、病院での演習の場合では、検査記録と看護記録などのカルテ上の情報となる。これらの限られた資料をもとに、患者の状態をイメージし、面接時間内に注意や配慮すべき点を理解し、その後におこなう模擬医療面接によって患者の全体像の把握、評価をしながら薬物治療計画を立てる。

しかしながら、演習の最大の目標は「医療人としての認識の向上」にあるため、役者の方には、学生が「薬剤師（役）として、目の前にいる患者のために、できることを精一杯やろうとしている」、「患者の状況をよくしたいとの思いがある」と感じられた場合のみ、学生を治療のパートナーとして受け入れるような仕掛けを依頼している。

5. 考察

明治薬科大学における医療コミュニケーション学・演習についての紹介と振り返りをおこなった。本教育は始まったばかりであり、より良い教育効果をあげるために試行錯誤の段階にある。

選択科目としてスタートした本教育2年目で実施した、学生へのアンケート調査[1]では、講義終了後の学生認識に有意な変化が見られた。講義受講前の多くの学生は、薬剤師の機能を調剤や薬の管理、服薬説明といった、いわゆる「薬剤の専門家」と捉えていたが、講義終了後には、薬物治療の評価、病気・病状の評価等を含めた「薬物治療の専門家」と認識していた。

こうした認識の変化が、実際の治療場面で反映されるか否かの評価には未だ至っていない。本来、教育効果は、実践での薬物治療の効果をアウトカムとして評価することが理想であるが、これは教育エリアを越えるために難しい。しかし、やはり教育内容の評価

は必要である。ここでは、各々の学生の演習内容を評価することがひとつの方法と考えられる。

役者を使った演習場面では、何割かの学生が、患者の話や背景要因に共感（感情移入のレベルであるかもしれないが）し涙を流す。しかし、学生が感情を揺さぶられる状況をもって、演習の目標である「治療者としての認識の向上」の評価とするのにはやはり無理がある。

こうした教育内容や効果の評価は、効果的、効率的な教育の展開にとって必要不可欠であり、今後の大きな課題であるともいえるだろう。

文献

[1]町田いづみ. 医療コミュニケーション学に関する新たな教育の試み. 明治薬科大学研究紀要. 2008;37:89-93.

看護系学部におけるヘルスコミュニケーション教育

杉本なおみ

慶應義塾大学 看護医療学部

抄録

医療コミュニケーションの目的を「診断・治療・説明に必要な情報の交換」と捉えれば、その教育は「正確な情報伝達を阻む要因を予防あるいは除去する力を学習者が獲得するプロセス」と考えられる。慶應義塾大学看護医療学部ではこの理念に基づき、1年選択科目「コミュニケーションの理論と実際」を開講している。

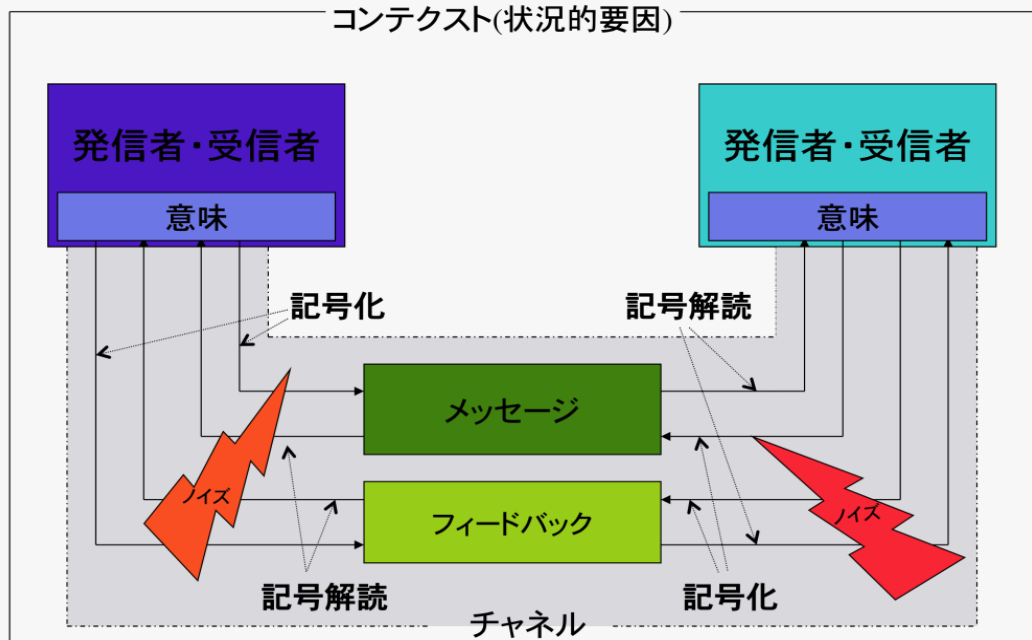
本科目の特色の1つは、体験参加型学習を通してコミュニケーションの概念や原理を体得する点である。この「アクティビティ」は、関連領域の先行研究を参考に設計されており、次のテーマに対応している。(1) プロセス性・無意図性・不可避性・不可逆性、(2) シンボルの恣意性とコンテキスト依存度、(3) 言語・非言語・側言語の機能、(4) 医療現場での記号化・記号解読にかかる負荷、(5) 正確な情報伝達を阻害する要因の予見・予防・除去方法、(6) 対立場面・組織内・異文化間コミュニケーションに適した行動。もう1つの特色は、コミュニケーションに関する観察を計画・遂行・分析・報告するグループ課題である。単なる知識の習得でなく、卒前・卒後を通じて自律的に学ぶ力を養うと同時に、学生が抱きがちな先入観や偏見に気付かせるような授業設計を行っている。

学生による授業評価の結果は、全項目において5点満点中4.4以上であり、一定の評価を得ていると考えられるが、履修者が1年生のみという制約を解消し、学年横断的な教育を実現するという課題が残されている。

1. はじめに

コミュニケーション学においては、コミュニケーションという行為・現象を「シンボルを介した意味の伝達」と考える。「意味」すなわち医療従事者・利用者双方の中にある情報は、聴覚や視覚といった「経路」(チャネル)を通り、さ

まざまな状況的要因の影響を受けながらやりとりされる。この「意味」の正確な伝達を妨げる諸要因を、コミュニケーション学では「ノイズ」と呼ぶ(図1参照)。「経路」という「血管」に生じる「血栓」に喩えられるものである。



杉本なおみ著「医療者のためのコミュニケーション入門」精神看護出版 p. 17

図1:「医療現場のコミュニケーション」モデル

この考え方によれば、医療コミュニケーションは「できるだけノイズを生じさせない」「できてしまったノイズは取り除く」ことを目標とする「診断・治療・説明に必要な情報の交換」と捉えられる。したがって、医療コミュニケーション教育は「ノイズを生じさせない（予防）」あるいは「できたノイズは取り除く（治療）」力を学習者が獲得するプロセスとなる。

慶應義塾大学看護医療学部（以下「当学部」）では、この理念に基づき「コミュニケーションの理論と実際」（以下「本科目」）を開講している。本科目においては、下記の諸概念や原理を、体験参加型学習を通して検証・体得することをその目的としている。

1. コミュニケーションのプロセス性・無意図性・不可避性・不可逆性
2. シンボルの恣意性およびコンテキスト依存度
3. 言語・非言語・側言語の機能
4. 記号化・記号解読に負荷が生じる状態
5. 各経路に特有なノイズの予見・予防・治療
6. 対立場面で回避すべきコミュニケーション行動
7. 組織内・異文化間コミュニケーションに適した行動

本稿では、看護系学部におけるヘルスコミュニケーション教育の一事例として、本科目の教

育内容・方法を紹介する。

2.「コミュニケーションの理論と実際」

本科目は、心理学や生命倫理学科目と並ぶヒューマンケアリング領域の選択科目である。春学期（＝前期）開講であり、学生が入学後最初に履修する科目の1つとなっている。

2-1 主題と目標

当学部においては、他に心理学科目（「心理学」・「ストレスマネジメント」）や情報学科目（「看護情報リテラシー」・「ヘルスケア情報学」）が開講されている。そのため本科目では、これら関連領域を取り上げる必要がなく、対人・小集団コミュニケーションの基礎教育に特化できる利点がある。これを踏まえ、本科目の主題と目標は次の通りに設定されている。

本科目では、コミュニケーションが日常生活および看護医療場面に与える影響について考える。理論と実践の両立を目指し、参加型授業を通してコミュニケーションへの理解を深める。まず、コミュニケーションに関して一般的に信じられている「迷信」の誤りを正すところから講義を始める。次に、コミュニケーションにおける要素（意味とコンテキスト、発信・受信、メッセージフィードバック、チャネル、ノイズ）について理解を深める。最後に、対立場面、集団・組織、異文化接触といった特殊な状況におけるコミュニケーションの諸相を概観する。

（詳細は、慶應義塾大学看護医療学部ホームページ <http://www.nmc.keio.ac.jp/voice/voice3.html> 参照）

2-2 各回の授業内容

本科目は、週1回・半期13回の開講であり、内容・方法において2つの特色がある。まず、大講義室で100名近くが履修する科目でありながら、講義は行わず、体験参加型である点が最大の特色である。

もう1つの特色は、米国の大学のように、教科書を読んでから授業に出席することが求められている点である。学生は、この授業のために書き下ろされた教科書[1]の中から、毎週指定された章を読んだ上で出席する。授業では、その章で取り上げられた概念や原理を検証・体得するアクティビティに参加し、教科書から得た知識を、体験に裏付けられた強固なものとする。例えば、「コンテキスト（状況的要因）」に関する章を読んだ後、実際に「高・低コンテキスト」スタイルを変換し、両者の違いを体験する。各回の授業で扱うテーマと教科書との関連は下表の通りである。

2-3 各回授業の流れ

各回90分の授業の流れは、おおよそ以下の通りとなっている。

0:00-0:05 連絡事項伝達

0:05-0:10 主題の提示と教科書該当箇所の解説

0:10-1:10 体験・参加型学習による理論の検証

1:10-1:30 コメントカード記入

毎回約1時間をかけて体験参加型学習を行った後、本科目のもう1つの特色であるコメントカードの記入を行う。これは、織田(1991)の開発した「大福帳」[2]の理念に基づく学生・教員間の双方向フィードバックシステムである。出席カードやリアクションペーパーとは違い、何を書いてもよいことになっている。一学期を通じ、1枚の紙を介したやりとりが続くため、大人数科目にも拘わらず、学生と教員の情報交換が促進され、円滑な授業運営に役立っている。

表1:「コミュニケーションの理論と実際」における各回の授業内容と対応する教科書の章

週	各週のテーマ	教科書該当箇所
1	概要説明	
2	コミュニケーションとは何か	第1章 迷信だらけの「コミュニケーション」
3	意味とコンテキスト	第2章 人の中にある「意味」 第3章 私たちをとりまく「コンテキスト」
4	発信と受信	第4章 同時に起きる「発信」と「受信」
5	メッセージとフィードバック	第5章 刺激は「メッセージ」、反応は「フィードバック」
6	チャネルの種類と注意点	第6章 メッセージの通り道「チャネル」
7	ノイズの種類と原因	第7章 誤解の始まりは「ノイズ」から 第8章 コミュニケーションの「くせ」
8	集団・組織コミュニケーション	第9章 チームでのコミュニケーション
9	対立場面を整理する	第10章 対立場面で生じる「感情のささくれ」
10	対立場面に対処する	第11章 「トゲ抜き」で防げる感情のささくれ
11	文化とコミュニケーション	ゲストスピーカー（国際医療従事者）の講演
12	グループプロジェクト発表(1)	第12章 プロセスを味方につける
13	グループプロジェクト発表(2)	Revelation～あとがきにかえて

2-4 体験参加型アクティビティ

授業の核を成す体験参加型アクティビティは、すべて各回の目標に合わせて教員が作成する。例えば「チーム医療場面での役割の違いから生じるノイズを理解する」という目標に沿って“Food Talk”という4人組で行う謎解きゲームを開発した。これは、チーム医療における（歯科）医師・看護師（衛生士）・患者・家族（受付）の役割に関するエビデンスを、ゲームのルールに置き換えて設計したものである。

3. 成績評価

本科目の課題は下表の通りである。学期末の筆記試験が成績評価の半分を占め、グループ課題がそれに続く。成績算出は、当学部規定により絶対評価を用いている。

表2:「コミュニケーションの理論と実際」における採点課題

課題名	内容	成績評価に占める割合	形態
研究計画書	どのような観察を計画しているのか報告する	10%	グループ
レポート	上記観察の結果について考察する	20%	
発表	上記成果を発表する	10%	
授業参加態度	受講態度（減点法） 注：出席は自由	10%	個人
筆記試験	教科書・講義から出題された質問に回答する	50%	

3-1 筆記試験

学期末試験は、各問1点50問の四肢択一問題で構成される。客観式試験ではあるが、知識面の短期記憶を試すのみならず、次例のように、応用力を試す問題も含まれている。

例：以下はナースステーションにおける看護師二人の会話である。教科書第3章「私たちをとりまく『コンテキスト』」で説明された「高コンテキスト」コミュニケーションの例として最も適切なものはどれか。

- 1) 「今日お休みは?」「吉田さんと高橋さん」
- 2) 「斉藤さんの退院予定はいつですか」
「来週の水曜日です」
- 3) 「谷さんの点滴、見てきましょうか」
「まだお昼届いていないから」
- 4) 「師長に叱られて泣いちゃった」
「勤務が終わったら食事に行かない?」

3-2 「コミュニケーションの観察」課題

グループプロジェクトを活用する教育方法は、慶應義塾大学湘南藤沢キャンパスの特色であり、当学部・本科目においてもその根幹を成す。特に本課題では「コミュニケーションに関する観察」が課され、学生は5名以上のグループで、観察の計画・遂行・分析・報告を行う。

まず、学期半ばに研究計画書を提出し、倫理性や科学的厳密性に関するチェックを受ける。大学入学後初めて提出する課題でもあるため、論文作法上の助言も受ける。

その後実際に観察を行い、結果をレポートと発表両方を通じて報告する。特に発表は、本科目受講の集大成として、内容のみならず方法についても評価を受ける。

3-2-1 課題を通した学生と教員の対話

研究計画書とレポートに関しては、学生自身

が無意識のうちに抱いている先入観や偏見に気付かせることも目標としている。例えば、「公園で男女二人連れを観察し、交際中はお揃いのものを持つが、結婚すると持たなくなることを検証する」という計画書が提出されたことがある。これを巡り、以下のような対話がなされた。

教員：交際中の男女と結婚している男女を
どうやって判別するのか?

学生：10代・20代は交際中、30代以上は
結婚後と分類する

教員：10代でも既婚者はおり、30代でも
交際中の男女はいる。また、相手に尋ね
ずに対象者の年代を特定できるのか?

学生：…

学期を通じ「先入観や偏見なく相手と対峙することの重要性」について繰り返し学んでいても、実際の提出課題ではこういった思い込みが露呈することが多い。このような視野の狭さは、しばしばヘルスコミュニケーションにおける大きな阻害要因となるため、課題をめぐる対話を通じて学生自身がそのことに気付くような授業設計を行っている。

3-2-2 課題を通した発見

一方、身近なテーマから大きな発見を得るグループもある。「球技における『お見合い』は声を出すことで防げるのか?」という仮説を検証した例を紹介する。

このグループは、テニスやバレーボールなどの球技経験者ばかりで構成されていた。プレー中に「お見合い」（球が飛んできた方向にいる選手同士の連携が取れず、球を落としてしまうこと）が生じると、コーチや監督に「声が出ないからだ」と叱られた経験から、両者の関係に興味を持ち、その検証を行った。

さまざまな球技のビデオ映像を分析し、「お見合い」を防ぐには、声を出すことではなく、視線を合わせるの方が重要という結果を得た。そしてこれは、医療器具の受け渡しなどの場面にも応用可能であるという結論に至った。このように、単なる知識の習得でなく、卒前・卒後を通じて自律的に学ぶ力を養う課題を設定している。

4. 本科目の評価と今後の課題

2009年度の授業調査では、下記5項目（各5点満点）のうち、「主題・ねらい」が平均4.5点、他の項目は平均4.4点という評価であった。

表3:「コミュニケーションの理論と実際」2009年度
授業評価調査結果

設問	自由記述回答例
授業担当者の教え方に満足した	いつも内容の濃い授業で 教材などに工夫がみられた。とても実践的でわかりやすかった。
科目内容に満足した。	「なんとなく」ではなく、はっきりと何が間違っていて正しいのか理由も含めて理解できた。
授業の主題やねらいがはっきりとしていた	解説がしっかりしていてわかりやすい。
講義内容の理解を助ける教材を使用していた	教材が読みやすかったため毎回読むことが苦にならなかった。
教員は必要に応じ、学生が質問や発言を行える機会を設けた	出席帳のコメントにフィードバックがあったので質問しやすかった。

しかしその一方で、看護系カリキュラム内の位置付けという観点からは、いくつかの課題が残されている。

本科目は学則上1・2年配当選択科目であるが、時間割編成上（同一曜限に2年必修科目が

開講されるため）実際に履修できるのは1年生のみである。これに伴い、いくつかの制約が生じる。

まず、学生・教員共に医療に関する十分な知識や経験がないため、医療に特化した内容を扱えない。次に、単一学年のみが履修するため、臨床実習前後の学年（例：1年生と4年生）を超えた対話が生まれない。次に、1年次の学習成果が、2年後（3年次）の臨床実習にはほとんど活かされない。同時に、3年次には類似科目の設置がなく、臨床実習時に経験する現実的な問題の受け皿がない。

これらの課題を克服するためには、1年次前期の単発開講ではなく、看護学科目と螺旋を描くように展開する、学年横断的なヘルスコミュニケーション教育が必要と思われる。

文献

- [1]杉本なおみ. 医療者のためのコミュニケーション入門. 精神科看護出版; 2005.
[2]織田揮準. 大福帳による授業改善の試み-大福帳効果の分析-. 三重大大学教育学部研究紀要. 1991;42(教育科学):156-174.

医療学教育におけるコミュニケーションとナラティブ

ー現状と展望ー

斎藤清二

富山大学保健管理センター

抄録

医療コミュニケーション教育はこの20年ほどの間に、本邦の医学卒前教育カリキュラムの中に一応の定着をみたと言える。しかし、医療コミュニケーション教育を科学的学術活動として理解しようとする時、このような実践を下支えする理論、方法論、有効性の評価法、改善のための戦略等についての論理的基盤が確立されていないことが問題になる。本稿では、医療コミュニケーションの教育実践の基盤となる、理論、方法論、実践法、研究法のセットとしてのナラティブ・アプローチについて考察する。医療におけるナラティブ・アプローチの特徴は、1) 物語としての病い、2) 語り手としての患者、3) 物語の複数性の容認、4) 線形因果論の非重視、5) 治療としての会話、とまとめられる。このような視点は近代医学の論理実証主義的な世界観とは真っ向から対立するものではあるが、医療コミュニケーション教育の目指す世界観とはむしろ親和性が高い。ナラティブ・アプローチは、医療の避け得ない特性である「不確定性」「複雑性」を認めた上で、医療者―患者間の対話に基づく物語生成を重視し、「偶有性」を共同構築することを目指す。教育的方法論としては、ナラティブ・コンピテンスの涵養を目指す具体的な方法論が注目を集めており、教育実践についての研究方法としては、効果研究よりもむしろ質的改善研究が重要視されるべきであると考えられる。

1. はじめに

医療におけるコミュニケーション教育が、医学生卒前教育カリキュラムの中に定着してきたのは、ここ20年くらいの現象であると思われる。筆者は1984年頃から、旧富山医科大学（現富山大学医学部）において、カウンセリング的コミュニケーション技法を応用した医療面接法を学生に教育してきた[1][2]。毎

年行われる実習指導における試行錯誤の中で経験を重ねつつ、教育法自体の改善を進め、その概要を教科書にまとめ出版した[3]。1990年代の後半には、日本医学教育学会主導の基本的臨床技能教育法が全国の医学部卒前教育に浸透し、2000年代前半に客観的臨床試験（OSCE）が全ての医学部の卒前教育において行われる

ようになるに至り、本邦の医学生卒前教育における医療面接教育の最低限のスタンダードがとりあえず確立されたと言える[4] [5]。

一方で本邦における医療コミュニケーション教育を、科学的学術活動として理解しようとする時、このような実践を下支えする理論、方法論、有効性の評価、改善のための戦略等についての基盤が定式化されていないということが指摘されるようになってきた。この問題の背景はかなり複雑であるが、いずれにせよ日本における医療コミュニケーション教育が、とりあえずの創立の時期から次のステップに移行してきたことの現れであろうと思われる。

上記のような視点を踏まえつつ、本項では、医療コミュニケーション教育の実践を下支えする概念、理論、方法論、実践、研究法のセットとしてのナラティブ・アプローチに焦点をあて、その現状と展望について考察したい。

2. なぜ医療コミュニケーション教育にナラティブという視点が必要か

そもそも医療/医学の領域に、ナラティブ・アプローチという概念が本格的に導入されたのは、1998年に英国で『*Narrative Based Medicine: Dialogue and discourse in clinical practice*』[6]と題するモノグラフが発行されたことに始まる。Narrative Based Medicine は、本邦においては一般に NBM（物語と対話に基づく医療）と略称されている[7]。Greenhalgh は一般医療におけるナラティブ・アプローチの特徴を、1) 「患者の病い」と「病いに対する患者の対処行動」を、患者の人生と生活世界における、より大きな物語の中で展開する「物語」とみなす。2) 患者を、物語の語り手として、また、物語における対象ではなく「主体」として尊重する。同時に、自身の病いをどう定義し、それにどう対応し、それをどう形作っていくかについての患者自身の役割を、最大限に

重要視する。3) 一つの問題や経験が複数の物語（説明）を生み出すことを認め、「唯一の真実の出来事」という概念は役に立たないことを認める。4) 本質的に非線形的なアプローチである。すなわち、全ての物事を、先行する予測可能な「一つの原因」に基づくものとは考えず、むしろ、複数の行動や文脈の複雑な相互交流から浮かび上がってくるもの、と見なす。5) 治療者と患者の間で取り交わされる（あるいは演じられる）対話を、治療の重要な一部であるとみなす、の5つに整理している[7]。

上記の特徴は、近代医学の常識（モダンな医療論）とは真っ向から対立するものである。近代医学は、1) 病気とは生物学的な異常である「疾患=disease」であると考え、2) 患者を診断され治療される「対象」であると考え、3) 病態生理や治療理論には唯一の正しいものがあると考え、唯一の科学的真実の追究を重視し、4) 疾患や医療上の問題は、原則として原因－結果という線形因果論で説明できると考える。そして何よりも、5) 対話はいくまでも、患者を診断したり治療したりするための手段であり、対話そのものは治療ではない、と考える。このような近代医学の常識に、ナラティブ・アプローチは真っ向から挑戦する。

しかし翻って、医療コミュニケーションという立場から近代の医療の在り方を振り返る時、ナラティブ・アプローチが主張する姿勢は、医療コミュニケーション教育の目指すところとかなりの程度一致することが明らかである。むしろ、このような概念レベルでの医療観の根本的見直しなしには、医療コミュニケーション教育は、単にこれまでの生物科学モデル一辺倒の医療において、患者から診断のための情報を聴取し、治療のための説明を有効に行うための手段にすぎないということになってしまう。もちろんこのような医療観の根本的変容を目指す姿勢は、「患者中心の医療」、「関係性中心の医療」等の他の概念によっても追及されてきた

ものであり、これらのムーブメントの目指すところには共通性がある。しかしながら、現在までのところこれらの医療ムーブメントは、実践としては評価されても科学としては認められない傾向があり、医療コミュニケーション教育を、従来の科学的方法論に基づいて評価することは非常に難しいとされてきた。医療コミュニケーション教育についての科学的研究や評価の方法論を適切に探究するためには、研究法をも巻き込んだパラダイムシフトが必要とされるのである。

3. 医療の不確定性、複雑性と偶有性

医療は本来的に、「不確定性」と「複雑性」という二つの避けがたい性質を持っている。不確定性とは、医療の現場で刻々と起こる現象を確実に判断・予測することはできないということであり、複雑性とは、医療の現場で実際に何が起こるかは一つの原因で決まるのではなく、複数の要因が関係することによって決まるということである。ある意味で、医療/医学の歴史とは、それ自体が本来的にもつ、「不確定性」と「複雑性」に対する戦いであったとも言える。しかしいつのまにか、医療/医学は、自らの不確定で複雑な本質を忘れてしまったようにも見える。医療が「確実」で「単純」なものであるという幻想の上にその理論や実践を構築している限り、現代の医療の問題は解決されないばかりか、益々混沌化し増大していくばかりであろう。原点としての「不確定性」と「複雑性」をしっかりと認めたうえで初めて、それに対するチャレンジが成り立つのである。

近代におけるその一つの挑戦は、「不確定性」に対して「確率論」的に対処しようとする試みであった。その代表は臨床疫学に基づく、Evidence Based Medicine (EBM) である。EBMは蓋然性という概念を持ち込むことによって、医療の不確定性を一部緩和する。しかし、それ

は当然のことながら、不確定性そのものを解決するわけではない。

医療の持つもう一つの本質として「偶有性：contingency」という概念が挙げられる。偶有性とは、「何が起こるかは完全には予想できないが、ある程度は予想できる」ということである。「完全には予想できない」というほうを強調すれば、「医療とは何が起こるか分からない怖いものである」という恐怖、不安を誘発するが、「ある程度は予想できる」に焦点をあてれば、「何も分からないという混沌よりはましである」という相対的な安心感が担保できるということになる。ある意味で、医療とはしょせんその程度のものではないだろうか。

物語と対話に基づく医療（narrative based medicine：NBM）は、「『患者が主観的に体験する物語』を全面的に尊重し、医療者と患者との対話を通じて、新しい物語を共同構成していくことを重視する医療」と定義できる。医療者は古来、物語的対話を通じて患者や家族と交流し、共に人生の不条理に対抗し、人生をともに生きて来たのである。対話の中で物語を紡ぎだし共有することは、人生の避けえない不確定性、複雑性を受け入れつつ、偶有性を創造する有力な手段となる。このような医療の原点に返ることが、現代までに発展してきた科学的医学の知見をも生かしつつ、現代の医療の困難さを、医療者と患者が共に生き抜いていくための基盤として再度見直される時が来ているのではないだろうか。

4. ナラティブ・コンピテンスの教育

医療におけるナラティブ・アプローチのもう一つの大きな流れとして注目すべき動きは、米国の Charon を中心とした、ナラティブ・メディスン（narrative medicine）の活動である[8]。ナラティブ・メディスンは、NBM と基本的な考え方を共有しつつ、医学教育、医療倫理により

直接的に焦点をあてており、特にナラティブ・医療者が涵養すべき中核的能力の概念を明確に提示していることが大きな特徴である。ナラティブ・コンピテンスは、1) 患者の言葉に耳を傾け、病いの体験を物語として理解し、解釈し、尊重することができる。2) 患者がおかれている苦境を、患者の視点から想像し、共有することができる。3) 医療における多様な視点からの複雑な物語を把握し、そこからある程度の一貫性を持つ物語を紡ぎ出すことができる。4) 患者の物語に共感し、患者のために行動することができる、などにまとめることができる。これらの能力を涵養するために、Charon は、医学生や医師に対する、文学的精読、反省的記述などを用いた教育法を公表している。本邦でも、特に医学教育の方法論としてすでにその一部が取り入れられ、実践の結果が報告されている[9][10]。

5. ナラティブ・アプローチの観点からみた研究法

すでに述べたように、医療コミュニケーション教育における研究法の確立は、医療コミュニケーションをひとつの科学的な領域として確立するために必須の課題である。しかし、近代的な論理実証主義的科学パラダイムだけに限定された科学観を採用している限り、適切な研究法を確立することができないことは、むしろ当然であるように思われる。医療コミュニケーション教育に関する研究法について考察する時に最も重要なポイントは、そもそもその研究はなんのために行われるのかという点を明示化しておくことだろう。例えば、医療コミュニケーション教育を行うことは良い医療者を育成するために効果があるのかどうかということは、本当に科学的研究によって検証しなければならないことなのだろうか？そのような研

コンピテンス (narrative competence) という研究疑問を検証するためには、教育対象の学生を無作為に実施群と対象群に割りつけて、何らかのアウトカム尺度を設けて教育の効果判定し、比較する、というような RCT の研究デザインが必要になる。しかし果たしてこのような研究デザインは、実際に意味をもつのだろうか。現代の医療学教育の状況において、医療コミュニケーション教育を全く行わないなどということが選択し得るのだろうか？ 筆者はそのような仮説検証的な研究が必要とされるのは、具体的な教育方法の中でマニュアル化しうる技法等についてのアウトカムを比較したい場合(例えば、医療面接において、開かれた質問の多用と閉ざされた質問の多用はどちらが患者満足度を高めるか、など) だけだと思う。

教育者にとって、あるいは教育の受益者である学生にとって重要なことは、いずれにせよ我々は学生に毎年医療コミュニケーション教育を行うことになるのだから、現時点で最も有効と思われる方法をていねいに実践し、その実践においてできるだけ詳細なデータを収集し、透明性のある方法で評価し、それを次の実践の改善に役立てるサイクルを構築するという方法論ではないだろうか。このような研究方法論は一般にアクション・リサーチと呼ばれ、原則として比較のための対照群を必要としない(というよりも目的から考えて、対照群をつくることは適切ではない)。

ナラティブ・アプローチにおける研究論的観点からいうと、これらの研究は、効果研究 (outcome research) ではなく、質的改善研究 (quality improvement research) として位置づけられる。この両者を明確に区別することは重要である。Greenhalgh は質的データとして物語テキストを用いる質的改善研究法として、1) 物語面接法 (narrative interview)、2) 自然主義的物語収集 (naturalistic story gathering)、3) 談話分析 (discourse

analysis)、4) 組織機構的事例研究 (organizational case study)、5) アクション・リサーチ (action research) 6) メタ物語的系統的レビュー (meta-narrative systematic review) を挙げている[11]。筆者は医療面接教育の実践において、自由記述アンケートを用いた質的研究の成果をすでに報告している[12]。また医療におけるナラティブ・アプローチの観点からの教育法についての質的な研究報告が近年いくつか報告されている[9][10][13]。今後このような幅広い視点からの研究が多数行われていくことが期待される。

文献

- [1] 斎藤清二, 渡辺明治. マイクロカウンセリングを応用した医学生への病歴聴取教育法. 医学教育. 1991;22:104-109.
- [2] 斎藤清二, 北啓一朗. 医学部卒前カリキュラムにおける心身医学的教育—特にカウンセリング的病歴聴取法の意義について. 心身医学. 1996;36:262-266.
- [3] 斎藤清二. はじめての医療面接—コミュニケーション技法とその学び方—. 医学書院; 2000.
- [4] 斎藤清二, 松井三枝, 牛麗沙, 渡辺明治. 医療面接技能の客観的臨床能力試験(OSCE)による評価—特に認知行動特性との関連について—. 医学教育. 2000;26:157-163.
- [5] 斎藤清二. OSCE の実際. 下条文武, 齋藤康, 監修. ダイナミックメディスン1. 西村書店; 2003. p. 2-114-118.
- [6] Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative based medicine,— Dialogue and discourse in clinical practice—. BMJ Books; 1998.(斎藤清二, 山本和利, 岸本寛史, 監訳. ナラティブ・ベイスト・メディスン—臨床における物語りと対話—. 金剛出版; 2001.)
- [7] 斎藤清二, 岸本寛史. ナラティブ・ベイスト・メディスンの実践. 金剛出版; 2004.
- [8] Charon R. Narrative Medicine—Honoring the stories of illness—. Oxford University Press; 2006.
- [9] 宮田靖志, 寺田 豊. 札幌医科大学における NBM カリキュラム. ナラティブとケア. 2010;1:52-60.
- [10] 北啓一朗. 「二つの視点からの物語作成」による医学生への教育. ナラティブとケア. 2010;1:61-69.
- [11] Greenhalgh T. What seems to be the trouble? : Stories in illness and healthcare. Radcliffe Publishing Ltd; 2006.(斎藤清二, 訳. グリーンハル教授の物語医療学講座. 三輪書店; 2008.)
- [12] 斎藤清二, 岸本寛史. 卒前教育における全人医学的教育. 心身医学. 2006;46:728-735.
- [13] 鶴岡浩樹. 少人数による NBM教育の試み. ナラティブとケア. 2010; 1:42-51.

ヘルスコミュニケーションの課題と可能性

EBM・診療ガイドライン・患者参加の視点から

中山健夫

京都大学大学院 医学研究科

社会健康医学系専攻健康情報学分野

抄録

国内におけるパブリックヘルス領域の初の専門大学院 (School of Public Health) として 2000 年に京都大学において社会健康医学系専攻が発足した。2004 年の専門職大学院への改組を経て、これまで MPH (Master of Public Health) を取得した卒業生は 200 名を越える。本専攻は医療職、病院管理、企業、行政、教育、メディアなどさまざまなバックグラウンドの人々が学ぶ大学院を中心に、医学部の卒前教育 (講義・チュートリアル) にも関与している。本専攻基幹分野のうち健康情報学分野は「人間を支え、力づけられるような情報・コミュニケーションのあり方を問う」新しい領域を目指している。健康情報学では情報を「つくる・伝える・使う」の視点で捉え、医療者に限らず、患者・介護者・支援者などの医療の利用者、生活者全般を対象とし、個人から社会レベルの意思決定の支援を想定している。本分野の課題の一つに、根拠に基づく医療 (evidence-based medicine: EBM) による各領域の診療ガイドラインの作成・利用・普及がある。EBM は国内では「臨床家の勘や経験ではなく科学的な根拠を重視して行う医療」と説明される場合が少なくないが、本来は “EBM is the integration of best research evidence with clinical expertise and patient values (Sackett ら)” である。一方、診療ガイドラインは、その拘束力への懸念が多いが、本来は「特定の臨床状況において、適切な判断を行なうため、臨床家と患者を支援する目的で系統的に作成された文書」(米国 Institute of Medicine) とされている。診療ガイドライン作成から普及の過程での一貫した患者参加は、国際的に大きな関心を集めており、国内でもいくつかの試みが進められている。研究会では、上記の EBM、診療ガイドラインをめぐる患者参加、医療者との情報共有、双方向のコミュニケーション、ナラティブ情報の可能性などを報告する。

1. 健康情報学の背景

パブリック・ヘルス領域の国内初の専門大学院として 2000 年に京都大学大学院医学研究科に社会健康医学系専攻本専攻 (School of Public Health) が開設された。2004 年の専門職大学院への改組を経て、これまで 300 名近くが MPH (Master of Public Health) として卒業した。本専攻は医療職、病院管理、企業、行政、教育、メディアなど多様なバックグラウンドの人々が学ぶ大学院を中心に、医学部の卒前教育にも関与している。健康情報学は本専攻 11 基幹分野の一つであり、組織変更と共に医療システム情報学から改称され、正式にスタートを切った。国内の医療系大学・院に健康情報学の名を冠する教室は片手に足りず、それらの教室の研究者の独自の取り組みの中で、新たな領域としての健康情報学が生成されつつある状況と言える。健康情報学の隣接領域とも言える医療情報学では、伝統的に病院の電子カルテはじめとする情報システム関係のテーマを中心にさまざまな取り組みが行われてきた。京都大学の健康情報学分野では、健康情報学を「生・老・病・死に向き合う時、人間を支え、力づけられるような情報・コミュニケーションの在り方を問う」実践的な学問領域として考えている。医学、そしてパブリック・ヘルスは、本来、人間の生・老・病・死を広く対象とするものである。医学は「不確実性の科学 (science of uncertainty) であり、確率の技術 (art of probability)」とされる (Osler、日野原) が、この特徴は個々の人間を対象とする臨床医学・医療だけでなく、人間集団を対象とするパブリック・ヘルスにも当てはまる。一方、情報とはデジタル理論の創始者である Shannon の定義を基に、「意思決定において不確実性 (uncertainty) を減ずるもの」とされる。臨床場面では、100% 確実な結果を保証する治療法はない。医療やパブリック・ヘルスでは、

期待する結果 (疾病の予防、治癒、生活の質の向上等) が得られるかどうか、多くの因子が複雑に絡む。このような不確実性の高い条件下での意思決定において求められる合理性・論理性は、後述する根拠に基づく医療 (Evidence-based medicine: EBM) の基礎となるものであり、健康情報学の大きな柱の一つとなっている。

また健康情報学では、情報を「つくる・伝える・使う」という視点から、「社会における情報の循環」として、そのダイナミズムを把握し、医療者に限らず、患者・家族などの医療の利用者、生活者全般に役立つこと、そして個人から社会レベルの意思決定の支援を想定している [1][2] (図 1)。従来の公衆衛生や臨床の枠組みにこだわらず、健康や医療に関わる情報を横断的に扱い、Evidence-based Healthcare、ヘルス・リテラシー (健康情報リテラシー)、e-ヘルス、ヘルスコミュニケーション、情報倫理などの教育・研究を進めている。海外で consumer health, consumer health informatics として提唱される領域にも近い内容を含んでいる。用いる研究手法は人間集団を対象とする疫学、データ統合型研究 (システムティック・レビュー、決断分析など)、人間や文献を対象とした質的研究など多岐にわたる。

健康情報学の取り組みを説明する上で Shaughnessy による医療・健康情報の有用性 (usefulness) を示す次式が役立つ [3]。

$$\frac{\text{適切性 (relevance)} \times \text{妥当性 (validity)}}{\text{労力 (work)} \times \text{費用 (cost)}}$$

適切性とは、解決すべき問題に応える内容である。糖尿病の情報を知りたいのに、高血圧の情報は直接役に立たないし、30 歳の日本人乳がん患者の治療方針の決定において、70 歳米国人乳がんの情報は適切ではない。

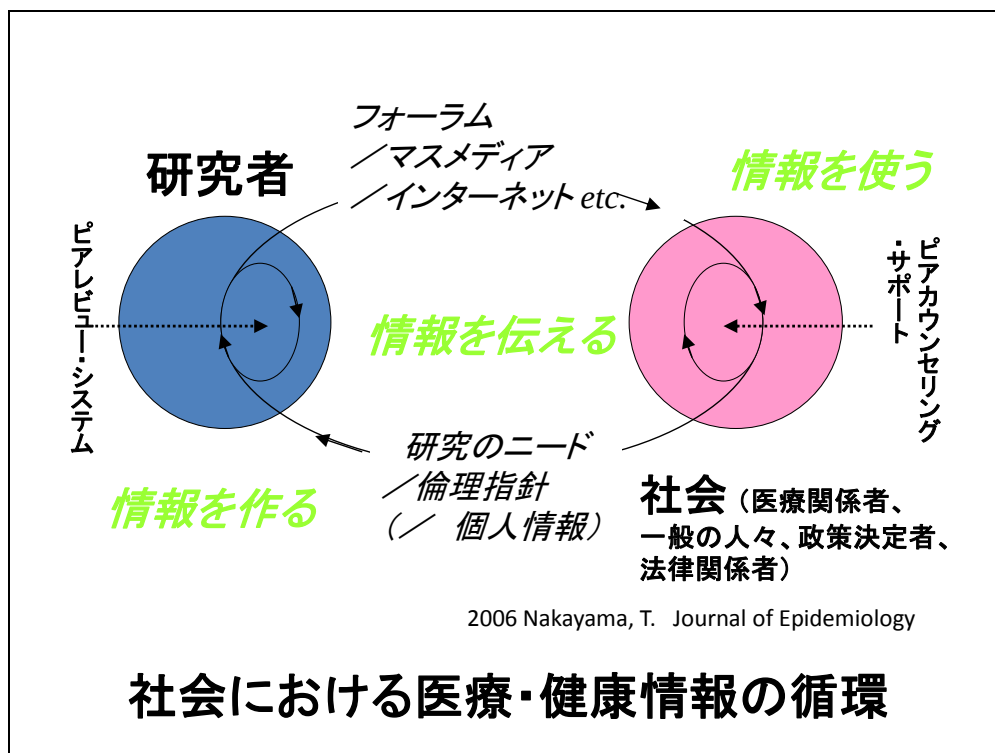


図1 社会における医療・健康情報の循環

妥当性は、医学研究によって得られた情報の質を意味する。研究デザイン・実施状況によって、その治療法の効果について確実に言える度合いが異なる。治療と効果の因果関係を十分証明できる研究が妥当性の高い、すなわち質の高い情報となる。近年では、インターネットの長所を反映させて双方向性 (interactivity) をこの分数の分子に加える提案もある。健康情報学の取り組みは、この分子を大きくし、分母を小さくする社会的基盤の整備を進めるものと言える。

2. 医療の質の向上に向けて:

エビデンスとそのコミュニケーション

2.1. 根拠に基づく医療 (EBM)

従来、医療は、解剖学・生理学・病理学などの医学的知識を基礎として、個人や限

られたグループの臨床家の経験に基づいて行われることが多く、同じ疾病に対しても医師によって治療方法が大きく異なることも稀ではなかった。社会全体の急速な情報化と共に、ある疾病の患者に一般的に勧められる最大公約数的な治療、すなわち良い結果が得られる確率が最も高いと考えられる医療行為に関する情報が注目されるようになった。1991年にカナダの Guyatt が提唱した EBM はこの方法論を体系化した [4][5]。質の高い医療 (≡期待される結果を得る可能性がより高い医療) を求める社会的意識の高まりを受けて、さまざまな臨床分野で普及しつつあり、健康情報学でも大きな柱としている。当初、臨床医へのメッセージとして提案された EBM であるが、現在はすべての医療専門職、そして健康政策レベルまで含め、” Evidence-based

healthcare” (Muir Gray) として展開されている[6]。

良い結果を得る確率を高めるための判断の根拠となる情報を、EBM の枠組みではエビデンスと呼ぶ。これらのエビデンスは、人間集団を対象として治療の有効性、原因と疾病罹患の関連性などの一般論に関し、論文文化された知見である（正確には個々の臨床家の経験もエビデンスと見なされるが、一般化するには論文で報告された知見の方が高いレベルのエビデンスとされる）。一方、人間を臓器、組織、細胞、DNA、分子レベル・・・に細分化する還元主義に立つ基礎医学研究から得られる生命現象に関わるミクロレベルの知見も科学的なエビデンスと言える。しかし EBM の主張は生きている（生活者としての）人間が実際にミクロの知見通りに疾病を発生し、理論通りに治療に反応するという確証はないこと、このような還元主義的アプローチだけでは、現実の人間の医療・医学に関する問題は解決できないという点であった。従って基礎医学的知見と臨床的なエビデンスの区別を明確にするため、EBM が重視する人間（集団）を対象とする研究成果を「臨床的エビデンス」として強調する場合がある。

以上のような背景から、EBM、そして健康情報学の視点からは、エビデンス≡臨床的エビデンス≡意思決定における不確実性を減じるもの≡情報 と見なすことができる。臨床的エビデンスを「つくる」研究として、多数の人間の観察を通して治療の有効性や疾病の原因・リスク、頻度、予後の解明を目指す疫学研究（臨床試験を含む）が重視されている。しかし誤解されている場合も多いが、EBM とは一般論としての研究成果によるエビデンスだけで個々の問題解決を

求めるものではなく、臨床的エビデンスと医療者の経験(clinical expertise)、そして患者の価値観(patient values)を統合し、より良い患者ケアの実現を目指すものである。この視点に立つと、質の高い（≡不確実性を減じる）エビデンス（≡情報）だけではなく、これらの情報を医療者間、医療者と患者・家族、そして時には患者間で共有するためのコミュニケーションが大きな役割を持つことが理解される。

2.2 診療ガイドライン：良質の臨床情報を臨床現場へ

近年、疫学的手法を活用して、多くの領域で実際の人間を対象とする臨床場面での意思決定に役立つ臨床的エビデンスが蓄積されつつあるが、新たな問題としてエビデンス・診療ギャップ (evidence-practice gap) に関心が高まっている。McGlynn らは、米国ではエビデンスに照らして適切な医療が提供されている患者の割合は約 5 割に留まるとしている[7]。意思決定のエビデンスとなる良質の情報を現場に「伝える」ツールとして注目されているのが EBM の手法による診療ガイドラインである[8][9]。診療ガイドラインは「特定の臨床状況のもとで、臨床家や患者が、適切な判断や決断を下せるように支援する目的で体系的に作成された文書」である。近年の診療ガイドラインは、EBM の手法を活用して、論文文化された質の高い臨床的エビデンスを系統的に収集・評価し、その結果に基づいて臨床家が自らの専門性や経験に照らして、推奨 (recommendations) を明示する。あるテーマについて、複数の論文のエビデンスが一致しない場合や、海外のエビデンスが日本の状況に当てはまりにくい場合もあるが、

診療ガイドラインを作成する専門家は、これらのエビデンスを重視しつつ、他の要因（コスト、安全性、利用可能性など）も考慮して推奨を決める。1990年代前半に米国で「A:行うよう強く勧められる B: 行うよう勧められる C: 行うよう勧めるだけの根拠が明確でない D:行わないよう勧められる」の4段階の推奨度が提案され、2000年前後に日本国内でも用いられた。しかし、現実の臨床的疑問の解決に役立つエビデンスが不足している場合が多く、C 判定がどの疾患でも頻繁に見られ、また「根拠が明確でない」という表現により臨床医が実施を躊躇し、患者が医療に対して不信・不安を頂くなど、解釈上の課題が指摘された。その後、C 判定を「C1: 行うことを考慮してもよいが 十分な科学的根拠はない C2: 科学的根拠がないので勧められない」に分けた修正版の推奨度が国内では普及している。

上記のような過程で作成された診療ガイドラインを臨床家が適切に活用することで、

エビデンス・診療ギャップが改善され、効率良く、より高い確率で望ましい臨床アウトカム（死亡率低下、生存期間延長、自覚症状の緩和、生活の質向上など）を得られる診療行為が普及していくことが期待される。

診療ガイドラインは、一般論、平均値的な情報であり、すべての患者に適用できるものではなく、経験豊かな臨床家の個々の判断を抑制するものではない。しかし、そのような特性を踏まえた上で利用すれば、医療者、そして患者自身にとって意思決定の拠り所となる有用な情報源となるであろう。健康情報学は、これらの診療ガイドラインの適切な作成・利用・普及のための基盤整備に大きな役割を担ってきた。国内では財団法人日本医療機能評価機構 Minds が、医療者・非医療者問わず無料で、EBM の手法で作られた各診療ガイドラインや関連情報、一般向け解説を提供している[10][11]（図2）。

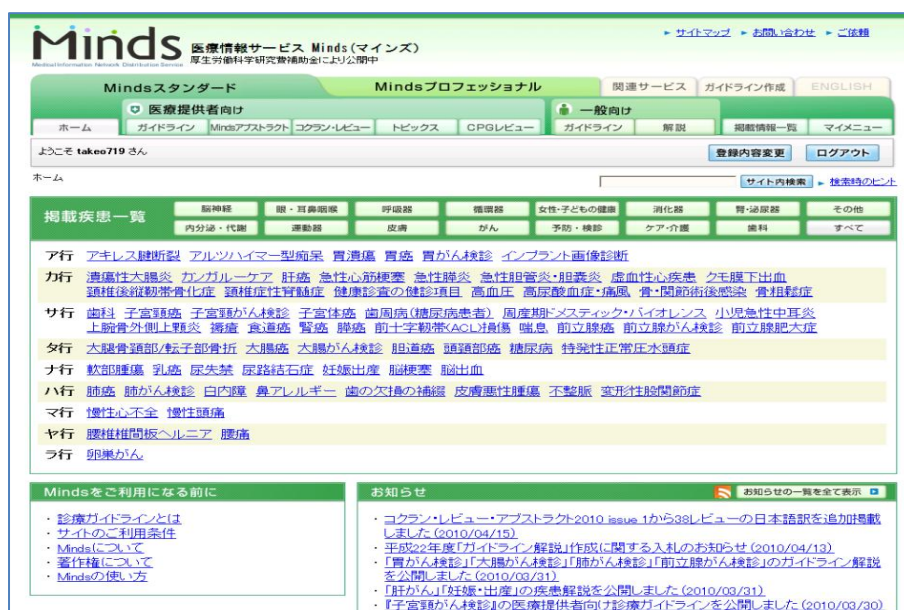


図2. 財団法人日本医療機能評価機構の医療情報サービス“Minds”

2.3. 患者と医療者の情報共有

患者・家族と医療者の対話に際して、コミュニケーションの基点(共通の手がかり)としての診療ガイドラインの役割を探る意義は大きい。診療ガイドラインに関する国際プロジェクトである AGREE の評価項目の一つに「患者の視点や選好は考慮されたかどうか」が問われ、「診療ガイドライン開発にあたって、患者の経験と期待に関する情報を知っておかねばならない。その方法として開発グループに患者の代表を含める、患者のインタビューから情報を得る、開発グループが患者の経験に関する文献をレビューする、などがある」と述べられている[12]。すなわち、診療ガイドラインは患者の視点を反映させることで、医療者のみならず、患者・家族にとっても適切性の高い、良質な情報となり得るのである[13]。英国国立健康・診療の質研究所 (National Institute for Health and Clinical Excellence: NICE) は患者を「病気と共に生きることの専門家」として位置づけ、専門部局として「患者・公衆参加推進部門 (Patient and Public Involvement Programme)」が診療ガイドライン作成への患者参加を支援している[14]。著者が主任を務めた厚生労働科学研究班では、患者会、非医療者を中心としたワーキンググループが、「診療ガイドライン作成への患者参加のためのガイドライン (Patient Involvement Guidelines: PIGL)」を作成し[15]、それを活用して、日本小児アレルギー学会との協働による「患者さんとその家族のためのぜんそくハンドブック 2008」[16]、厚生省研究班での新型インフルエンザ対策パンフレット(ぜんそく・糖尿病・がん・妊婦向け)を完成させた。

稲葉は法律家の立場から、医療者と患者が共にガイドラインの限界と役割を理解し、医療者は責任と倫理を踏まえて患者の陥りやすい問題を把握し、診療ガイドラインを用いてインフォームド・コンセントを行ない、対話の中で治療方針を共に決めていく調和的な医療モデルを提案している[17]。患者の視点も取り入れた診療ガイドラインは、インフォームド・コンセントを巡るトラブルを回避するだけではなく、インフォームド・コンセント自体を充実させ、その結果として医療の質・安全性、そして患者満足度を高めるための中核的な手段となり得る。さらに、意思決定の選択肢が複数ある場合は、患者と医療者が、診療ガイドラインの情報と、双方向のコミュニケーションのプロセスを共有した shared decision making [18] (定訳は無いが、ここでは情報、責任、コミュニケーションを共有する意味で「共有決定」とする)の実現も期待できる。EBM の手法による診療ガイドラインが、臨床現場にとどまらず、社会的にも適切に認知されていくには、EBM を基盤として、そこに患者の視点、さらに臨床倫理や法律的な検討を加えていくことが今後の課題と言える。

近年、社会的関心が高まりつつあることは、情報の利用者としての患者ではなく、情報の発信者としての患者の役割と可能性である。特に、患者が発信する情報としての「体験談・語り」、いわゆる「ナラティブ」が注目を集めている。英国発の患者の語りのデータベース・DIPEx (現 "Healthtalkonline") は、日本でも多くの賛同者を得て、乳がん・前立腺がんの方々を中心にインタビューが進められており、2009 年に「健康と病いの語りディペックス・ジャパン」として NPO 法人化された

[19][20] (図 3)。このようなナラティブ情報を、医療、そして医療者教育にどのように役立てていくか、新たな社会的資源

としてどのように整備し、活用していくか、さまざまな立場、視点からの検討による適切な方向付けが願われる[21]。

図 3. NPO 法人「健康と病いの語りディベックス・ジャパン」ホームページ

以上、EBM、診療ガイドライン、そして医療における患者参加の視点から、健康情報学とヘルスコミュニケーションの接点となる取り組みを紹介した。本研究会を通して、さまざまなテーマのヘルスコミュニケーションの研究・実践活動の情報が蓄積され、本領域の発展が加速することを祈念し、稿を終える。

文献

- [1] 中山健夫. 健康・医療の情報を読み解く:健康情報学への招待. 東京:丸善出版; 2008.
- [2] Nakayama T. Evidence-based healthcare and health informatics: Derivations and extension of epidemiology. *Journal of Epidemiology*. 2006;16(3):93-100.
- [3] Shaughnessy AF, et al. Becoming an information master: a guidebook to the medical information jungle. *The Journal of Family Practice*. 1994; 39:489-9.
- [4] Guyatt G. Evidence-based medicine. *ACP Journal Club*, 1991; 114:A-16.
- [5] Straus SE, Richardson WS, Glasziou P, Haynes RB. *How to Practice and Teach EBM* (3rd ed), Churchill Livingstone; 2005.
- [6] Muir Gray, JA.(津谷 喜一郎, 高原 亮治, 翻訳). *エビデンスに基づくヘルスケア, ヘルスポリシーとマネージメントの意思決定をどう行うか*. 東京:エルゼビア・ジャパン; 2005.
- [7] McGlynn EA, Asch SM, Adams J, et al. The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States. *N Engl J Med*. 2003 ;348:2635-45.
- [8] 中山健夫. EBMを用いた診療ガイドライン: 作成・活用ガイド. 東京: 金原出版; 2004.
- [9] Nakayama T. What are “clinical practice guidelines”? *Journal of Neurology*. 2007 Sep;254 Suppl 5:2-7.
- [10] 特集 Minds 入門:インターネットによる診療ガイドライン活用方法. *医事新報*. 2004;4184:1-15.
- [11] Satoh T, Nakayama T, Sato Y, et al. Physicians’ awareness regarding evidence-based medicine, practice guidelines and clinical information resources in Japan: Needs assessment prior to the initiation of “Medical Information Network Distribution Service “(Minds)”. *General Medicine*. 2004; 5:13-20.
- [12] Appraisal of Guidelines, Research, and Evaluation in Europe (AGREE) Collaborative Group. Guideline development in Europe: An international comparison. *Int J Technol Assess Health Care*. 2000;16:1039-49.
- [13] 高橋都, 佐藤(佐久間)りか, 中山健夫. 患者参加型の診療ガイドラインがもたらすもの. *クリニカル・プラクティス*. 2006;25:1042-6.
- [14] 鈴木博道. NICE ガイドライン開発への患者・介護者の参画. *あいみつく*. 2004;25:10-4.
- [15] 浅見万里子, 石垣千秋, 栗山真理子, 小島あゆみ, 中山健夫, 本田麻由美, 渡辺千鶴. 診療ガイドライン作成過程への患者・支援者三角のためのガイドライン (Patient Involvement Guidelines: PIGL). 厚生労働科学研究費補助金「根拠に基づく診療ガイドラインの適切な作成・利用・

- 普及に向けた基盤整備に関する研究：患者・医療消費者の参加推進に向けて（主任研究者：中山健夫）. 2006 年度報告書. p. 139-65.
- [16] 日本小児アレルギー学会. 家族と専門医と一緒に作った小児ぜんそくハンドブック 2008. 協和企画; 2008.
- [17] 稲葉一人. インフォームド・コンセントを充実させるためのガイドライン. 厚生労働科学「EBM を指向した『診療ガイドライン』と医学データベースに利用される『構造化抄録』作成の方法論の開発とそれらの受容性に関する研究」（主任研究者・中山健夫） 2002 年度報告書. p. 50-58.
- [18] Whitney SN, McGuire AL, McCullough LB. A typology of shared decision making, informed consent, and simple consent. *Ann Intern Med.* 2004;140:54-9.
- [19] 佐藤りか[佐久間]. 「患者体験」を映像と音声で伝える「健康と病いの語り」データベース(DIPEx)の理念と実践. *情報管理.* 2008; 51(5):307-20.
- [20] 佐藤りか[佐久間]. DIPEx 「健康と病いの語りデータベース:DIPEx-Japan」の活動について. *あいみつく.* 2007; 3 5-10.
- [21] 中山健夫. プラタナス・診療ガイドラインの今、これから. *医事新報.* 2008;4639:1.

医学コミュニケーションについての覚え書き

岩隈美穂

京都大学 大学院医学研究科
医学コミュニケーション学分野

抄録

京都大学で2008年から開講した医学コミュニケーションが目指す「医学と社会をコミュニケーションでつなぐ」というコンセプトは、イギリスで始まった科学コミュニケーションを基にしている。一方で日本では、90年代に医療者に対する不信感の高まりをはじめとして「医療崩壊」というキーワードが聞かれるようになった。医療崩壊、高度な専門知識を持つ医療者とのコミュニケーション不全の問題が、現在のヘルスコミュニケーションという分野への期待を高め、その可能性が注目される契機となったわけだが、医学コミュニケーション学分野では、医療コンテキストでのコミュニケーションを対人レベルだけでなく、その背後にある社会的・文化的要因にも関心を寄せて研究していきたい。

本稿では、まず(異文化)コミュニケーション、障害学、医療社会学といった私自身のバックグラウンドをここで紹介することによって、私の医学コミュニケーションにおける視座を明らかにしている。次に、医療社会学で使われる、「医療についての社会学」と「医療における社会学」を手がかりに、ヘルスコミュニケーションへのアプローチの可能性について言及した。その後、現在の京都大学における、医学コミュニケーションの授業フレームワークの紹介、そして最後に分野として求める学生像（医学コミュニケーション「を」学びたい人より、医学コミュニケーション「で」何をしたいのかが明確な学生、など）を挙げた。

医学コミュニケーションが目指すもの

京都大学で2008年から開講した医学コミュニケーションが目指す「医学と社会をコミュニケーションでつなぐ」というコン

セプトは、イギリスで始まった科学コミュニケーションを基にしている。90年代のイギリスでは、BSE（狂牛病）を発端に

した食の安全をめぐり、騒動の始まり当初は人体への影響を否定していた科学研究者への猜疑心、科学コミュニティの閉鎖性が高められた。その反省から科学者と一般市民が対話する草の根的な試みが後の科学コミュニケーション誕生へとつながっていったという経緯がある。

一方、日本でも 90 年代に医療者に対する不信感の高まりをはじめとして「医療崩壊」というキーワードが聞かれるようになった。またトマス・ルイスをして「最年少の科学」[1]と言わしめた医学では、遺伝子技術をはじめとした医学の急激な進歩、専門化・細分化が進み、一般の人たちとのコミュニケーションの乖離が問題視された。そして医療崩壊、高度な専門知識を持つ医療者とのコミュニケーション不全の問題が、現在のヘルスコミュニケーションという分野への期待を高め、その可能性が注目される契機となったわけだが、著者自身は問題は「対患者」だけにとどまらない気がしている。同じ医学コミュニティのなかでも専門が違えば使われているタームや広い意味での文化が違うため話が通じない、という現象が起きているからである。医学コミュニケーション学分野では、このようにさまざまな要因が絡み合っている、医療コンテキストでのコミュニケーションを対人レベルだけでなく、その背後にある社会的・文化的要因にも関心を寄せて研究していきたい。

私(岩隈美穂)について

現在、専任教員は私一人、という小さな講座ということから、私自身のバックグラウンドをここで紹介することによって、私

の医学コミュニケーションにおける視座をここで明らかにしたい。

障害学

私が現在所属している医学の世界では、「障害」とは、医学の力が及ばずに救えなかった「負の遺産」ととらえられ、その前提としてあってはならないもの、軽減され、できればないほうがよい、と考えられている。がしかし、医学が進めば進むほど、助かる命もある一方で、医学の発展が障害を生み出している部分もある。

1999 年に出版された「障害学への招待」では「障害学、ディスアビリティスタディーズとは、障害を分析の切り口として確立する学問、思想、知の運動である」と定義されている[2]。別の言い方をすれば、障害学とは教育学、医学、福祉、歴史学、法律など多岐にわたってこれまでアカデミアで蓄積されてきた「障害(者)」に関しての知識と、障害者運動などで培われてきた経験を横断的にながめ整理する作業ともいえる。医学の世界では、障害を「生物学的・生理学的・医学的」に考え、障害学ではそれを「社会性・相対性・関係性」からとらえており、主に「障害学」からくる私の視座は 私の研究教育活動にも少なからずの影響を与えている。

(異文化)コミュニケーション学

順番は前後するが、ものもとの私の学位はコミュニケーション学である。コミュニケーションは実に幅広い分野であるが、その中で私の専門は日本でも 80 年代以降に急速にその名が浸透したといえる異文化コミュニケーションである。「異文化コミ

コミュニケーション」といえば、外国人との英語でのコミュニケーションや、言葉の違いによる摩擦、誤解といった「文化」を肌・言語の違いで定義する傾向が強いが、文化を構成する要因は知識体系、規範、世界観、シンボルなどが様々に絡み合い、言語はその一要因でしかない。要は何を「文化」と定義するかによっては、同じ日本人同士でも「異文化コミュニケーション」となりうるのである。そういう（異文化）コミュニケーションの観点からすれば、専門知識・バックグラウンドの違う医療者と患者のコミュニケーション、あるいは違った専門分野を持ち寄るチーム医療内でのやりとりも「異文化コミュニケーションの医療バリエーション」と言える。

また、障害学と異文化コミュニケーションとの接点にもこれまで何度か言及しており[3]、障害学とコミュニケーション学は医学コミュニケーションを形作る私の土台と言える。

2つの「知」の融合:「医学」と「コミュニケーション学」

医療社会学には、「医療における社会学」(Sociology in medicine)と「医療についての社会学(あるいは「医療を対象とする社会学」)(Sociology of medicine)という2通りのアプローチがある[4][5]。前者の「医療における社会学」は、社会学の知見や技法を医学教育や医学研究での応用を目的とし、主に医療者が問題解決のため用いる手法であるので対し、後者の「医療についての社会学」は、医療を多岐にわたる社会学の一つのフィールドととらえ、その現象の背後にある要因を探求する。また、

医療に「ついで」社会学のほうは、医療者が無意識に前提としている、システム、儀礼、社会関係、価値観などを社会学の視点から相対化して見せることが多く、いわば「医学を外側から眺めている」格好となる。

この2つの考え方は、医学コミュニケーションへも応用できるのではないだろうか。つまり、医療者が現場での問題を考える際にコミュニケーションを一つの手法とする場合と、医療・医学を複雑なコミュニケーションが交差する磁場と考え、その構造やコミュニケーション現象の要因を俯瞰した視点から見つめる、2通りのアプローチが考えられるのかもしれない。現在、日本でも医療におけるコミュニケーションの大切さが認識され、ヘルス・コミュニケーションを授業であつかう大学が増えている。が、医学部に関して言うならば、医療系出身の教員がコミュニケーション学に近づいているケースがほとんどであり、コミュニケーション出身の教員がコミュニケーションについて医学部で教えることはまだまだ数が少ない。私自身はコミュニケーション学で学位をとっており、(医療社会学でのカテゴリーを使って言うなら)コミュニケーションという切り口で医学を研究する、「医学についてのコミュニケーション」だと近年では意識するようになった。

ヘルス・コミュニケーションという名が示すように、ヘルス(医療・医学)とコミュニケーションを扱うこの分野では、医学からのアプローチ(「医療におけるコミュニケーション」)、コミュニケーション学からのアプローチ(「医療についてのコミュ

ニケーション」)、両方の入り口があり、どちらから入ってもいいし、両方向からの研究・フィールドへの貢献が望ましいと考えている。

授業フレーム

次に京都大学で行っている、現在の医学コミュニケーションの授業フレームについて簡単に説明したい。

前期・前半 医学コミュニケーション・基礎 (7回コース)

平成 21 年度から、医学コミュニケーション・基礎はコア科目の一つとなり、今まで以上に多彩な学生のバックグラウンド、興味、関心に配慮した内容を考える必要が出てきた。

ほとんどの受講学生の共通項として医療系であるという点と、7回しかない短期集中コースという点を考慮して、扱う内容は主にコミュニケーション学と医療社会学に絞り込んでいる。特に、コミュニケーションという、「一対一の対面での言語を使ったコミュニケーション」をまず思い浮かべることが多いので、まずその常識を崩すこと、そのために非言語コミュニケーションを中心に話している。またコミュニケーション学でつかわれているいくつかのフレームワークを紹介し、必要に応じて自分のリサーチに取り入れてもらうことを目的としている。

前期後半～後期 医学コミュニケーション・演習 (通年コース)

前期後半から始まり後期まで続くこのコースは平成 22 年度からの新しい試みで、まだその輪郭は定まっていない。しかし、前期前半での基礎コースが「イントロ」と

するなら、こちらは「本論」であり、前期で取り上げたテーマを深く取り上げたり、前期ではコマ数の関係で触れない「障害学」も扱ったりしている。先に紹介した長瀬は、「個人のインペアメント(損傷)の治療を史上命題とする医療、『障害者すなわち障害者福祉の対象』という枠組みからの脱却を目指す試み」^④が障害学である、と述べている。とするならば、障害当事者である私が教員という立場で、「障害」をインペアメント(損傷)あるいは福祉の観点から認識することが多い福祉・医療系の学生に、「障害という現象・障害をめぐるコミュニケーション」について語ることは、障害学の営みそのものであり、その意義は大きいと考えている。

また座学中心だった「基礎」のクラスに比べると、「演習」はワークショップなどをおして「実践」するコースと位置付けている。加えて半期以上の長丁場なので、クラス終了時にはジャーナル投稿のレベルを目指すリサーチペーパーが一本出来上がっていることを目的としたい。これは「単位取得のため」で終わってしまうレポートが非常に多い中、せつかく時間と労力を(時には少なからずのお金も)かけた研究をその先の段階までつなげてもらうためである。

医学コミュニケーション「を」学ぶ、ではなく、医学コミュニケーション「で」なにをしたいか:求める学生像

最後に、医学コミュニケーション学分野は 2010 年度で 3 年目を迎え、その過程でどういう学生をもとめていくのか、という学生像も輪郭を現しつつある。現在進行形

ではあるが今の段階で言えることは、自分のフィールドを持っていて、自分の研究プランに医学コミュニケーションというフレームを応用できる力を持った人、医学コミュニケーション「を」学びたい人より、医学コミュニケーション「で」何をしたいのかが明確な学生に分野を訪ねてきてほしい、と願っている。

文献

[1] 広井良典. ケアを問いなおす. ちくま新書; 2004.

- [2] 長瀬修. 障害学にむけて. In: 石川准, 長瀬修, 編. 障害学への招待. 明石出版; 1999.
- [3] 岩隈美穂. 健常者の文化から障害者の文化へ移行すること. In: 酒井郁子, 金城利夫, 編. リハビリテーション看護: 障害をもつ人の可能性とともに歩む. 南江堂; 2010. p. 44-48.
- [4] 黒田浩一郎. 医療社会学の前提. In: 黒田幸一郎, 編. 医療社会学のフロンティア. 世界思想社; 2001. p. 2-52.
- [5] 山崎喜比古. 健康と医療の社会学の対象. In: 山崎喜比古, 編. 健康と医療の社会学. 東京大学出版会; 2001. p. 3-18.

臨床コミュニケーション教育

PBL から対話論理へ、対話論理から実践へ

池田光穂 西村ユミ

大阪大学 コミュニケーションデザイン・センター

抄録

2006（平成 18）年度から今日にいたるまで、大阪大学コミュニケーションデザイン・センター（CSCD）では、全研究科の大学院生を対象とする全学共通科目である「コミュニケーションデザイン科目」をこれまで40種類以上提供してきた。私たちは臨床コミュニケーション関連科目群とよばれる5種類の授業（臨床コミュニケーション I と II、ディスコミュニケーションの理論と実践、現場力と実践知、医療対人関係論）を担当している。

本稿では、（1）この経験にもとづく「臨床コミュニケーション授業」の概要の紹介、（2）医学教育における対話型教育といえる「問題にもとづく学習」（Problem-Based Learning, PBL）についての簡潔な紹介と PBL 教育に関する技術的な問題点などについて検討をくわえる。

1.はじめに：臨床コミュニケーション教育

臨床コミュニケーションとは、人間が社会生活をおこなうかぎり続いていく、ある具体的な結果を引き出すためにおこなう対人コミュニケーションであると私たちは定義している。ここでの臨床は、狭い専門領域としての臨床（clinic）のことではなく、臨床は対人コミュニケーションにおいてあまねくみられる、その現場における実践状況（human care in practice）そのもののことをさす。

臨床コミュニケーションを人間的コミュニケーションの基盤としてみようとする私たちのアイディアのルーツは、1990年代から浮上する「臨床」という言葉に対するリビジョニズムの隆盛にある。1990年代、哲学者である中村雄二郎が〈科学の知〉に対抗し、それに置き換わる、〈臨床の知〉を

提唱した。人間どうしが相互作用のうちに読み取る、諸感覚（五感）を協働させる共通感覚と実践状況が不可分になった状態を〈臨床の知〉と呼んだ。1990年代、看護研究の現象学派の人たちが、アリストテレスの〈実践知〉概念などを手掛かりにして科学的認識からは捉えきれない、感性や現場の知恵の重要性に着目した〈アートとしての看護〉実践論が生まれた。

このように私たちにとって、臨床コミュニケーションは世の中のおよそ社会的とよばれる領域に遍在するものとみてよい。医療者と患者でみられる相互作用、学校教育、心理カウンセリング、法律相談、友人間の悩み事の解決など、臨床コミュニケーションとよばれる社会活動の範囲は広大である。

その現場は人間活動のほとんどあらゆる面で見られ、解決が求められている課題も

多様で、広範囲である。人間コミュニケーションに関するさまざまな諸分野の成果を活かしつつ、対話にもとづく現場の臨場感を反映させるような実践教育が不可欠。文理融合、学際、領域横断型の協働研究を通して、リアルタイムでその成果を伝える必要がある。ここでの問題は、臨床コミュニケーションは、はたして「教える」ことができるかということである。

現在、大阪大学大学院に所属する高度教養教育としてのコミュニケーションデザイン科目の下位科目群としての臨床コミュニケーションの授業は次のような形式でおこなわれている。20 から 60 名の受講生に対して 3 から 4 名の教員が参加する。教員と TA（ティーチングアシスタント）と大学院生が水平的な関係を維持し、対話を遂行する。授業の進行はつぎのような段取りですすむ。課題の提示からグループ討論に入る。そして討論結果の報告を経て、質疑応答や教員のコメントをおこなった後、さらに、全体討論でまとめる。授業終了後は、Reaction-Paper の作成をおこなう。その間に質問やコメントがある場合は随時教員が応答する。授業が終わった後は、教員による Reaction-Paper の分析をおこなう。教員集団は定期的に反省会を兼ねた小カンファレンスをおこない、それらの結果を教員の授業改善に反映させる。

取り上げられたテーマを列举してみると次のようになる：臨床コミュニケーションの広がり、語らぬコミュニケーション、騙るコミュニケーション、参加することの意味、自己との対話。病むことの意味、対話・対峙における即興、未知なるものとの対話、臨床的対話とはなにか、コミュニケーションとしての身体、言語を媒介とするコミュニケーション、身体を媒介とするコミュニケーション、病める身体「について／を通して」語ること、医療現場のコミュニケーション、医学教育における PBL と NBM、よ

い臨床コミュニケーションとは、偽りのコミュニケーションデザイン紛争におけるコミュニケーション、紛争とナラティブ、What is community?（英語による授業）、臨床コミュニケーションの未来像、などである。

授業をおこなう過程で浮上してきた問題がある。それは、実践教育としての臨床コミュニケーション教育に携わる教員は、自分たちの狭い理論の枠組みに囚われており、その十全たる教育効果の可能性については未だ信じていないということだった。他方、社会に羽ばたこうとしている学生は最初から私たち教員に十全な教育効果など期待せず、必修科目ではないことも手伝って、新しい形式の授業そのものを純粋に楽しんでいる。だから変わらなければならないのは、学生ではなく他ならぬ大学の体制と旧態依然としている大学教員そのものだ、というわけだ。

2. 教育改革における「問題にもとづく学習」の意味

ここで 1960 年代から今日に至るまでの米国医学教育についておさらいしてみよう。

1960 年代は、行動科学・コミュニケーション教育を中心とした全人教育、包括医療教育としての臓器別統合型カリキュラム、プライマリ・ケア医養成のための地域志向型教育などで特徴づけられる時代である。それが 1970 年代に入ると、後述する PBL チュートリアル教育の構想と先行実施という重要な時代に突入する。1980 年代では、1984 年の米国医科大学協会による『G P E P レポート』があり、ニューパスウェイ＝詰め込みではない学習主体教育（ハーバード大学医学校）。そして、コミュニケーション技能評価を含む O S C E（Objective Structured Clinical Examination: 「客観的構造化された臨床での試験」）の開発は忘れて

はいけない。

1990 年以降の米国医学教育ではさらにこれらの伝統が次のように展開する。1990 年代は、まさに O S C E の本格化がはじまり、PBL の世界中の先進国の医学校に普及する。日本でも、折衷型の PBL 教育が導入される。ニューミレニアム以降は、Outcome Based Education、プロフェッショナル教育、多職種間コミュニケーション、ポートフォリオ評価などが盛んになって今日にいたる。

学習者じしんが中心となり、反省的反复の作業をともないながら、実践される少人数グループの教育手法ことを「問題にもとづく学習」とよぶ。PBL とは、Problem Based Learning のアクリニム（頭文字による略記法）である。問題にもとづく学習は、一種のブランドあるいは確立された手法として理解されることが多いので、英語によるアクリニムにより、PBL と簡略ないしは、ジャーゴンでふつつ呼ばれている。医学領域における PBL による教育の牙城であったカナダ・オンタリオ州ハミルトンにあるマックマスター大学では PBL を意味深に以下のように定義している。

「PBL は、学習を引き起こす問題の中にある、あらゆる学習環境のことをさす。すなわち、学習者たちがいくつかの知識を学ぶ前には、すでに彼／彼女らにひとつの問題が与えられている。学生は、自分たちが問題を解くことができる前に、いくつかの新しい知識をまなぶ必要があるということを学生自身が先に発見できるように問題が仕向けられているのである」。

私の理解にもとづいて PBL を 4 項目にまとめて言い直してみよう。つまり、(i) 問題にもとづく学習 (PBL) は、学生が問題を取りくんでいる学習行為の全体のことであり、それには学習環境なども含まれる。

(ii) PBL の文脈の中では、我々は知識を習得しようと思う前にすでに何か解き明かすべき問題認識がある。(iii) 人は「～とは

何であるか」という命題化された問題に到達すれば、それを解くために新しく具体的な知識を仕入れなければならない。学習者がそのように自覚化している環境（＝「知的な文脈」）それ自体が PBL に他ならない。

(iv) PBL の学習観では、〈解かれるべき具体的問題〉の自覚と〈問題解決にむけた行為実践〉を切り離して考えることできないという立場をとる。

また、このマックマスター大学による定義を引用をしたウェブページでは、PBL による教育実践の理念的特徴を次の 3 つにまとめる。すなわち小グループ・自発性・自己評価による問題にもとづいた学習 (Small group, self-directed, self-assessed PBL) である。わずか 3 つの標語だが、そのことが学習者の行動理念を見事に表現している。すなわち、(1) 学習の単位は少人数のグループである。なお実際には、これにチューターという積極的な介入をしないと命じられている教員格の監督者が加わる。(2) チュートリアルという資料以外には資源が与えられないために、学習者はチーム内で分業し収集した知識や情報を発表し、協働で考え、さらなる情報収集のために自発的に討論に参加しなければならない。(3) チームという学習環境の中で自己の立場を明確に打ち出すことが期待されているので、学習の成果は適確な結論に到達したかという観点よりも、自分が協働作業にどのように関わりチームによる知識探究にどれだけ貢献したのか、つまりリーダーシップだけでも縁の下で力持ちだけでもダメという、そのような共同学習主体の存在証明を自分で表明しなければならない、ということにある。

3. 実践知習得手法としての PBL

マックマスター大学で編纂された教科書には、PBL と系統的学習の対比の例が面白おかしく描かれている。すなわち PBL の問

題とはこうである：「ここに故障したトースターがあります、これを直してください。でなければ、少しばかり要求を譲歩して、ちょっとでも使えるようにしてください」。ハワイ大学にある医学校——米国の医学教育は学部ではなく専門大学院でおこなわれる——では、PBL の第 1 回目の授業では、たとえば次のような問題が出される。「高校生の女性シンディは、下腹部の痛みが数日続いていた。彼女はいつもはファミレスでバイトしているが痛みがひどく、大学病院の外来を訪れた」（原文を大幅に改変している）。ただ、それだけである。またネバダ大学医学校 PBL のチュートリアル・ケース『ゲロ吐き少年！のケース』では、11 項目の情報が盛り込まれているが、最初の解説は「1. ランディ・ミルバーンは 10 歳の男性で、母親に連れられて君のオフィスにやってきたが、彼は虚弱、喉の渇き、そして継続する嘔吐発作を訴えている」という一文のみである。

ここでチューターならびにチュートリアルの用語法についてさまざまな留意が必要である。チュートリアルには複数の意味があるからだ。すなわち、(a) チューターを利用する少人数教育の形式そのものを指すことがある。そして (b) 文書や画像、データなどから構成されるチュートリアルという資料体を使うようなケーススタディを指す場合。そして、(c) チュートリアルを用いてかつチューターが授業に参加する PBL のスタイルからの連想される PBL の同義語としての用法である。

学習者は 5, 6 名からなる小グループ班を作り、このチュートリアルにもとづく学習課題がつづく限りチームで問題解決に取り組む。この患者にまず何をすべきか？ 患者が病院に訪れる前はどのような状態だったのか？ 病院ではどのような観察やデータが必要なのか？ どのようなインタビューによって患者のことを適確に知ることが

できるのか？ チュートリアルには、これらに関する状況説明、生物医学的データ、その後の医学的処置、さらに処置後の状況説明や、生物医学的データの変化などが、臨床の現場で手に入るような形で提供されている。チュートリアルの多くは事実に基づいた資料をベースにしているが事実そのものではない。

学習者は次にどのような資料を集めるのかを相談する。また、その授業の集まりで必要とされるような学問上の理論などを次回にまでにどれだけ学んでくるのか課題を設定する。そしていつごろ、どの程度の集まりをもつのか、チューターの都合はどうかなど、スケジュールを調整する。チューターの助言は必要かつ最低限なものであり、具体的な学習内容を指示することは控えている。

PBL の教科書やマニュアルを読むと、いかにも良いことづくめの記載が多い。そして PBL と聞いたり、そのことについて多少なりとも理解したりすると流行りものの最先端のようなブランドを身につけるような幻想に囚われる。

しかし、医学校の例で理解できるように、ごく普通の専門家がその社会の中で専門性を発揮した仕事をはじめる際のごくごく当たり前の事例が用いられる PBL は、具体的な問題解決に日々取り組んでいる専門家の現場での知識習得そのものである。そして専門家の育成教育において、このようなプロの感覚がいったいどのように身につけることができるのか。マニュアルによるインストラクションや、最初から答え（＝診断名）が提示されてあるレントゲン写真をみて病巣を確認するような従来の教育に限界があることは明白である。日常の診療のように教科書に載っていないようなあいまいな病像や、未経験のケースに直面しながら、専門家として対話論理の実践を通して鍛えられてゆくからである。

4. 総括

以上の検討により私たちによる総括は次の2点にまとめられる。

1. 授業を動的(dynamic)にするためには、受講学生が抱くこれまでの授業観を変更(deconstruction)する必要がある。授業参加者(=学生と教員集団)全員がその手順に馴染むことにより対話型の授業が円滑に進む大きく2つの促進要因がある;ひとつは学習者の授業参加への自発性の強化であり、他のひとつは教員がもつ古い教育に対する固定観念の解体である。これは予習・本習・復習を含めた学習の時空間のみならず、学習がおかれているより大きな社会文化的文脈への介入(=挑戦)が持続的におこなわれる必要性を示唆している。

2. コミュニケーション教育では授業参加者が対話論理を経由して、その成果を日常的実践に結実させることが求められている。臨床コミュニケーションの授業における言表(utterance)が、説明責任と応答責任(accountability and responsibility)を発話行為のなかで発生させない限り、実践はうまれなだろう。したがって現時点における臨床コミュニケーション教育の目標(=理想的状況)は、授業という場が社会空間であることを対話的他者である学生と共に認識し、あらゆる対話が私たちにしむける説明責任と応答責任を、授業のなかに具体的なかたちで呼び起こすことにある。

参考文献

[1]池田光穂.〈現場力〉について:言葉による概念の受肉化.臨床と対話.中岡成文,編.大阪大学;2007.

[2]21世紀COEプログラム「インターフェイスの人文文学」研究報告.2004-2006;8:27-41.

[3]池田光穂.コミュニケーション不全の活用法.Communication-Design.2006:27-33.

[4]池田光穂.伝わる言葉／伝わらない言葉:臨床コミュニケーション教育の経験から得たもの(1).電子情報通信学会技術研究報告(略称『信学技報』IEICE Technical Report).HCS2007;47-62 [ヒューマンコミュニケーション基礎]:19-23.

[5]池田光穂.医療の不確実性時代におけるコミュニケーション:EBMの人間観批判.大阪保険医雑誌.2009;510:24-26.

[6]池田光穂.「文化の翻訳」に資格はいらない:制度的通訳と文化人類学.こころと文化.2009;8(2):139-145.

[7]池田光穂.実践を生み出す論理の可能性:対話論ノート.Communication-Design,2010;3:210-224.

[8]池田光穂.看護人類学入門.文化書房博文社;2010.

[9]池田光穂,西村ユミ.臨床コミュニケーション教育における発話と実践の対話的関連性について.電子情報通信学会技術研究報告(略称『信学技報』IEICE Technical Report).HCS2009-6, HIP2009-6, WIT2009-6(2009-05):23-28.

[10]池田光穂,伊藤京子,西村ユミ.ディスコミュニケーションとコミュニケーション支援:その理論的素描.電子情報通信学会技術研究報告(略称『信学技報』IEICE Technical Report).HCS2010-5, HIP2010-5(2010-5):23-28.

[11]西村ユミ,池田光穂.サイエンスショップにおける臨床研究の可能性:市民の声から協働のあり方を探る.電子情報通信学会技術研究報告(略称『信学技報』IEICE Technical Report).HCS2009-10, HIP2009-10, WIT2009-10(2009-05):43-48.

広島大学歯科医学系のコミュニケーション教育

小川哲次¹⁾ 田中良治¹⁾ 小原 勝¹⁾ 西 裕美¹⁾

大林泰二¹⁾ 前田純子²⁾ 奥迫恵理子³⁾ 佐々木友枝^{1, 2)}

田口則宏⁴⁾ 高永 茂⁵⁾

1. 広島大学病院口腔総合診療科
2. 岡山 SP 研究会
3. 広島 SP 研究会
4. 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科
健康科学専攻 社会・行動医学講座 歯科医学教育実践学分野
5. 広島大学大学院文学研究科

抄録

わが国の歯科医学教育では、医学・歯学モデル・コアカリキュラムの導入後、臨床実習開始前の共用試験や卒業時の実技試験の導入などもあいまって、学士課程終了時に獲得すべき資質の1つである対人コミュニケーションの教育は以前に比べれば行われている。

広島大学歯学部では、かねてより、グローバル化とハーモニゼーションを視野に、言語学、教育学、行動科学、医学、歯科医学領域の専門家、そして、岡山 SP 研究会や広島 SP 研究会をはじめ広島コミュニケーション研究会、YMG assembly などの模擬患者組織の協力を得ながら、市民参加型の学士課程並びに卒後研修におけるコミュニケーション教育カリキュラムの構築を行ってきた。

本稿では、このような多方面からの支援と協力を得た広島大学歯科医学系の教養的教育、専門基礎教育におけるコミュニケーション教育について紹介し、併せて歯科医学系のコミュニケーション教育における問題点を提起する。

1. はじめに

世界の歯科医学教育界では、医学教育とともに、すでに、Competence-Based Learning あるいは Outcome-Based Learning に基づいて、学士課程教育における学位水準基標（ベンチマーク：Benchmark）や標準的カリキュ

ラムストラクチャーのあり方が議論されており、卒業までに獲得すべき行動特性をもつ能力（Competence）あるいは学習成果（Learning Outcome）が標準化されようとしている[1-4]。図1に欧州歯科医学教育学会の

提案するベンチマークとしての Competence を、図 2 にその Competence の 1 つの考え方を示しているが、この中で、ヘルスコミュニケーションあるいは対人コミュニケーション、リテラシーなどは、プロフェッショナリズムと並んで、学習者が卒業までに獲得すべき Competence あるいは Learning Outcome と位置づけされている [5, 6]。

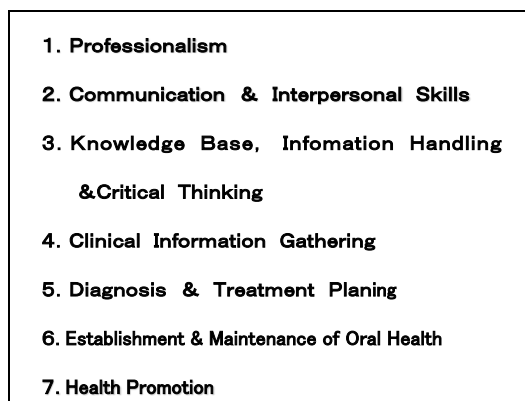


図 1. Competencies とベンチマーク(学位水準樹基標)は？(欧州歯科医学教育学会)

一方、わが国の歯科医学教育では、医学・歯学モデル・コアカリキュラムの導入と臨床実習開始前の共用試験や卒業時の実技試験の導入などもあり、以前に比べればコミュニケーションについての教育が行われている感はある。確かに、モデル・コアカリキュラムで謳われている医師・歯科医師に求められる 7 つの資質は、欧米における卒業までに獲得すべき Competence、すなわち Learning Outcome にあたると考えられる [5, 6]。しかし、教育改革並びにモデル・コアカリキュラムの提示及び共用試験によって、ようやく Objective-Based Learning が浸透した我が国では、学士課程教育におけるベンチマークや標準的カリキュラムストラクチャーのあり

方、そして、卒業までに獲得すべき Competence あるいは Learning Outcome、またこれらと Objective-Based Learning の関係や整合性についての十分な議論がないままである。

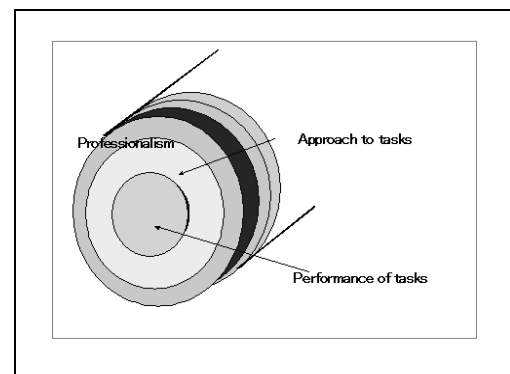


図 2. 求められる能力とは？(3 circle model: R.M. Harden et al より改変引用)

現在のコミュニケーション教育では、Objective-Based Learning としての行動目標が細分化され過ぎるために、ややもするとコミュニケーション技術というテクニック教育に偏る傾向が強く、結果的に「金太郎飴」に例えられるようなマニュアル化につながってしまうことになりやすい。これでは、学習者は、competence の獲得という学士課程教育本来の Learning Outcome に到達できない。

ようやく、我が国の中央教育審議学大学制度分科会が、全ての学士課程教育に共通する Learning outcome として、「学士力」を提唱した(平成 20 年 12 月 24 日)ところである。この中にはコミュニケーションが汎用性技能の 1 つに取り上げられている [7, 8]。

しかし、これが歯学・医学系の教養的教育と専門基礎教育のカリキュラム開発にさらなる混乱を招いているのも事実である。日本歯科医学教育学会では、2008 年に、「これか

らの医療コミュニケーション教育の目標設定とカリキュラムストラクチャー」と題するシンポジウムを開催し、ようやくOutcome-Based Learningに基づいたコミュニケーション教育についての議論が開始されたところである[9]。

本稿では、広島大学歯科医学系の初年次並びに教養的教育、専門基礎教育におけるコミュニケーション教育について紹介し、あわせて歯科医学系のコミュニケーション教育のカリキュラム改善や開発についての問題点を提起する。

2. 広島大学歯学部におけるコミュニケーション教育

本学歯学部では、口腔健康科学科（口腔保健学専攻、口腔工学専攻：学科定員 40 人）と歯学科（学科定員 60 人）という 2 学科 2 専攻の学士課程を抱える歯科医学系の総合学部として、かねてより、グローバルな視点をもつ歯科医療者並びに教育者及び研究者の養成を目標にした学士課程教育に取り組んでいる。また、現在、平成 23 年度からの Outcome-Based Learning 実施へ向けて、全ての学科目についてのカリキュラム改定作業を行っているところである。

グローバルなベンチマークとなりつつあるコミュニケーションやこれと密接に関係するプロフェッショナルリズムの教育については、すでに、モデル・コアカリキュラム導入時から取り組みをはじめ[12]、現在では、当初の Objective-Based Learning から Learning Outcome に基づくカリキュラムへの改善をはかってきたところである。

1) コミュニケーション教育と自己主導型学習

高等教育である学士課程は、自己主導型学

習によりすすめられる必要があるが、わが国では米国とは異なり、欧州と同じように高等学校卒業後に医療系の大学へ入学する。つまり、学習者は大学に入学するとともに中等教育から高等教育へ、また卒業と同時に高等教育から生涯教育（学習）への移行期に遭遇することになる。したがって、カリキュラムをデザインするにあたっては、発達期、成人期などにおける学習の特徴を十分理解しておく必要がある[10]。本学では、以前から初年次教育に教養ゼミとして学び方（自己主導型学習）を学ぶカリキュラムを実施しており、2 年前からこれを PBL チュートリアル形式に改めて実施している。

本学のコミュニケーション教育を主体とするカリキュラムでは、構成主義の学習理論を基本に、例え知識が中心の授業であっても態度や技能を伝えることができるとの考え[9, 11]にもとづいて授業を組み立てている。

2) コミュニケーション教育のカリキュラムデザインとストラクチャー

カリキュラムをデザインする上で、コミュニケーションについての特別なカリキュラムを講じる必要はなく、他の正課・非正課カリキュラム、そして潜在性カリキュラムによって学習される内容をも活用することが肝要である[13]。また、態度、技能、知識とそれぞれを分けてカリキュラムを作成するのではなく、正課カリキュラムの授業、演習、実習にコミュニケーション能力を育む要素があることを忘れてはならない[11]。

本学では、歯学科と健康科学科共通のコミュニケーション学を、専門基礎教育がはじまる 4 セメスタに開講し、コミュニケーションを科学するという内容の授業を行う。歯学科では、臨床系の専門基礎科目の授業と実習とを併行しながら、医療面接、インフォームド

コンセントなどの授業が7セメスタに、その演習と実習を9セメスタに開講し、初年次の教養的教育科目、専門基礎教育（基礎科目、臨床科目）の授業や実習とともに、螺旋型となるように構築している。勿論、カリキュラムを考えるときに、正課カリキュラム、非正課カリキュラムと潜在性カリキュラムの役割を考慮に入れる必要があることを忘れてはならない[13]。

個々の授業科目の Learning Outcome の設定については、図4に示したコミュニケーション

ョン学（4セメ）、総合歯科医療学（7セメ）における学習目標例（抜粋）のように、一般目標と行動目標による表現を用いずに、比較的長い文章により学習目標と具体的な内容を表した。また、学習目標を設定する場合には、Competence の3 circle model [5, 6] を念頭にしながら、学年進行によって、教育目標ドメインである態度・習慣（情意領域）、技能（精神運動領域）、知識（認知領域）のそれぞれについて、3～5段階のレベル（深さ）を加味して表している[13]。

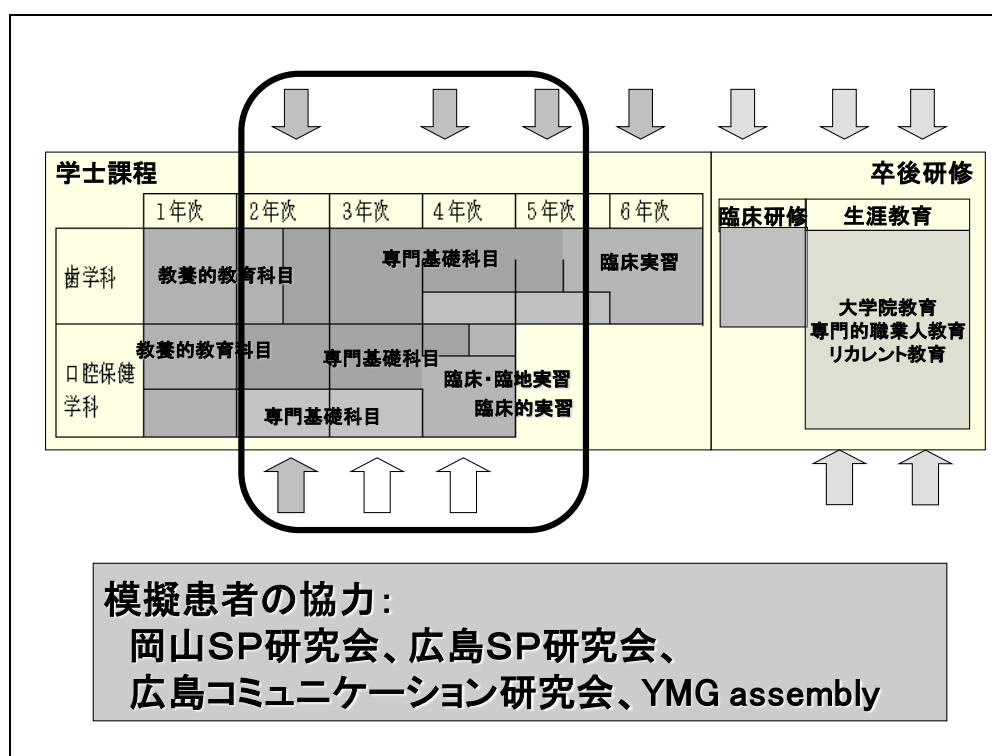


図3. 広島大学歯科医学系の学士課程におけるコミュニケーション教育

3)コミュニケーション教育の内容と 教授法

図5は、コミュニケーション学（4セメスタ、2単位）の内容・テーマと教授法を示している。ここでは、テクニク的な技術を習得するのではなく、将来の歯科医療者・教育者・研究者としてヘルスコミュニケーション、コミュニケーション、対人コミュニケーション、医療コミュニケーションを科学的に捉える（分析・評価する）ことを主たる学習目標にしており、自己主導型学習における気づきと Reflection を促すために、スモールグループ、ディベート、朗読、マイクロティーチング、ワークショップ、ロールプレイ、演劇などによる能動型の双方向授業を展開している。

また、この授業には、言語学、教育学、行動科学、医学、歯科医学領域の専門家、そして模擬患者組織の協力を得て実施している。総合歯科医療学は、専門基礎科目（臨床系）の1科目であり、コミュニケーション能力を必要とする患者中心、医療面接、インフォームドコンセント、指導（教育）そして在宅におけるコミュニケーションやナラティブなどについて、7セメでは、知識の応用・分析力（認知領域）や態度・習慣（情意領域）を、スモールグループ討論やロールプレイ、SPシミュレーションなどを用いた授業で、9セメでは、相互並びにSPシミュレーションによるロールプレイにより、これらの能力を習得する。

コミュニケーション学(4セメ)	総合歯科医療学(7セメ)
学習目標 社会生活をおくる上での良好な人間関係、医療・健康・福祉における良好な人間関係を構築するために、個人や集団の背景（年齢・性別、文化的・社会的・心理的・身体的背景）やコミュニケーション行動、情報伝達手段や記号（コード）などの手がかり情報を分析・評価し、聴く、話す、読む、書くという情報の収集・伝達方法と課程を実施・調節する対人並びにヘルスコミュニケーションについての基本的態度、知識、技能を修得する。 1. 学習者・教授者、社会人に求められる行儀作法、マナー、接遇、ホスピタリティとコミュニケーション能力とは？ 2. 健康・福祉・医療を担う医療者に求められるマナー、ホスピタリティとコミュニケーション能力とは？ 3. 異文化社会とのコミュニケーションと「察する・慮る」に代表される日本人社会に求められるコミュニケーション 4. 社会現象としてのコミュニケーションを捉える：メタコミュニケーション、メタメッセージ、解釈フレーム、信頼、関係、アイデンティティ 5. 情報メッセージの送り手と受け手の間でのメッセージコード（記号）の解読過程と水平的思考（クリティカルシンキング：吟味する）と垂直思考（推理・推論、論理的思考）の関係 6. メッセージを個人や集団の背景（年齢・性別、文化的・社会的・心理的・身体的背景）を含むコンテキスト（背景、文脈）から読み解き、伝える 7. メッセージのコンテキスト（背景・文脈）とメタメッセージ（主に非言語メッセージ）という、心（態度・習慣）の情報コード（側面）を読み解き、そして伝える。 以下 小略	学習目標： 包括的総合歯科医療における患者の病気の物語への対応や患者中心(Patient Oriented)、そして医療の質と医療安全に必要な初診医療面接、診察・検査、評価・診断、治療計画の立案とインフォームド・コンセント、患者指導（教育）の手法についての基本的な姿勢（態度）や習慣（マナー）、問題点の評価・解決力、情報収集・伝達法の基礎を身に付ける。 1. 医療倫理の行動規範並びに歯科医業の関係法規の遵守と、地域住民の背景、意志、Quality of Life、家族・周囲の意向に配慮する口腔保健管理のあり方 2. コミュニケーションスキルを用いて、問題を抱える初診患者の感情面に対応しながら、診察・検査、評価・診断、治療計画の立案に必要な患者の主観的情報の収集と患者教育を行う医療面接の手法。 3. 患者の問題点や主観的情報に対応する客観的情報収集のための口腔内診察・検査の意味と手法。 4. 初診医療面接と診察・検査から得られた主観的・客観的情報をもとに、推理・推論、批判的思考、論理的思考、臨床倫理的判断、決断科学を用いて行う、患者の問題点の分析・評価、総合治療計画の立案、治療の予後判定。 5. 患者の感情面に配慮しながら行う問題点への解決法（治療やケア）に関する説明、並びに患者の納得と同意を得るためのインフォームドコンセントのあり方。 6. 健康・予防管理のために、生活習慣の改善を目的として行う指導（教育）のあり方。 7. 在宅（訪問）歯科医療と病院・診療所における総合歯科医療の違い。

図4. 学習目標の事例:コミュニケーション学(4セメ)、総合歯科医療学(7セメ)

図5. コミュニケーション学の授業内容と授業法(平成 20 年度)

	日	曜	担当	授業テーマ	授業内容と方法
第 1 回	10/7	火	小川	コミュニケーションとホスピタリティー	授業法：レクチャー、ゲーム、定義や意味 ホスピタリティー、接遇、マナー、モデル
第 2 回	10/14	火	横崎	理想の医療者、これくらいの医療者にはなりたいたい・なれるだろう	授業法： ワークショップ (SGD) 医療者 (医療現場) に必要なコミュニケーション能力
第 3 回	10/21	火	先生	コミュニケーションは心を伝える？	授業法：ディベート、 コミュニケーションは「心」、「技能」？
第 4 回	10/28	火	小川	非言語コミュニケーション話す (伝える) 、聴く	授業法： ロールプレイ リタルダンシア語、パラ語、鸚鵡語
第 5 回	11/4	火	小川	歯科医療現場での非言語コミュニケーション	授業法： SGD フードトーク： 聴く、伝える
第 6 回	11/11	火	田口	非言語・言語コミュニケーションとコンテキスト	授業法： ロールプレイ、レクチャー、 絵、言葉をジェスチャー (非言語で説明する)
第 7 回	11/18	火	高永	歯科医療現場におけるコミュニケーションの実際	授業法：レクチャー どんな場面？どんなコミュニケーション能力が必要？チーム歯科医療？
第 8 回	11/25	火	先生	言語コミュニケーション 文章の表現力	授業法： ロールプレイ, SGD 文章による情報伝達： 手紙、メール
第 9 回	12/2	火	牛山	倫理とコミュニケーション (態度・習慣とコミュニケーション行動？)	授業法： レクチャー、ロールプレイ, SGD コミュニケーション行動の倫理的側面、 バイオエシックス？
第 10 回 歯学科	12/8	月	先生	非言語コミュニケーション 伝える？聴く？	授業法： ロールプレイ、SGD、レクチャー ミスコミュニケーション、コンテキスト、ノイズ、第一印象
第 10 回 保健学	12/9	月	小川	非言語コミュニケーション 伝える？聴く？	授業法： ロールプレイ、SGD、レクチャー ミスコミュニケーション、コンテキスト、ノイズ
第 11 回	12/16	火	衛藤	非・近 (準) 言語とプレゼン (表現) 力	授業法：朗読、マイクロティーチング ボイストレーニング
第 12 回	1/13	火	先生	非言語コミュニケーション 聴く・伝える	授業法：ロールプレイ、レクチャー 積極的傾聴 傾き、視線、あいづち
第 13 回	1/20	火	灘光	社会言語 (談話) 研究からみた言語・非言語コミュニケーション行動	授業法： ロールプレイ、レクチャー、フレーム、コンテクト、アイデンティティー
第 14 回	1/27	火	先生	言語コミュニケーション 言葉で何を伝える？	授業法： ロールプレイ、レクチャー、 ポライトネス、語用論
第 15 回 歯学科	2/3	火	小川	言語・非言語コミュニケーションのアセスメント (評価とフィードバック)	授業法： 模擬医療面接 患者さん (SP) と話しをしましょう。 聴き手となって、患者の訴えを聴く。
第 15 回 保健学	2/3	火	小川	言語・非言語コミュニケーションのアセスメント (評価とフィードバック)	授業法： 模擬入社試験 面接者に伝える・アピールする



図6. 総合歯科医療学(7セメ)の授業:

Case Based Learning:

初診面接から、インフォームドコンセント、指導(教育)、説得、交渉へ

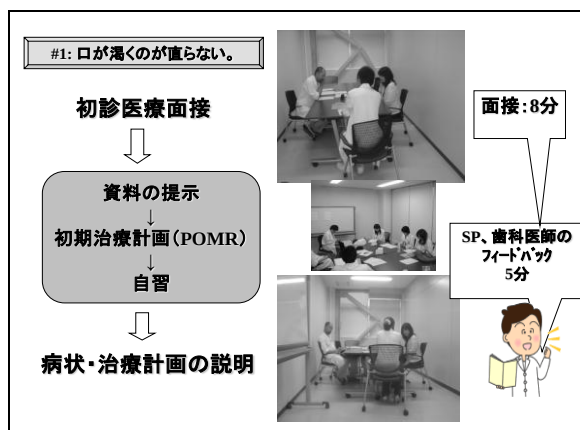


図7. 総合歯科医療学演習(9セメ):医療面接・病状説明のトレーニング(5年生)

さらに、学習スタイル調査、WebCT、ポートフォリオ (Portfolio-Based Learning) などによる自己主導型学習への支援、クリッカーの使用や授業についての疑問や感想への回答などによる双方向授業の実施など、Face to Face と e-Learning の両者を組み合わせた教授法を展開している。

なお、評価について[14-17]は、知識(認知領域)と態度・習慣(情意領域)は筆記試験

とポートフォリオ、態度・習慣(情意領域)と技能(精神運動領域)は観察記録とポートフォリオを用いて行っている。

3. まとめ

以上、本学歯学部のコミュニケーション教育について述べてきたが、医学あるいは歯学においても学士課程教育における Learning Outcome は明確にされているわけではない。

1例を挙げると、高コンテクストのコミュニケーションを重視する日本の社会、低コンテクストのコミュニケーションと言っても良い欧米の社会、といわれてきたが、明らかに現代の日本にも両者が混在している。例えば、医療現場の主役である患者さんは、壮年・熟年層(「察する・慮る」の世代)が多く、反対に医療者には若い世代(「言わないとわからない」世代)が多いということは、医療系学部においても、異文化(文化、年齢、地域、社会など)コミュニケーションについての学習の必要性を示している。また、異文化学、言語学、教育学、行動科学、そして保健・福祉・医療系のコミュニケーション研究者を交えた学術研究活動を通じて、日本における異文化コミュニケーション、日本の風土とそれぞれの世代(文化的・歴史的・地域的背景)にあったコミュニケーションの Best Evidence を探る必要があることも示している。このような中で、国民や社会のニーズとして期待されるコミュニケーション教育に必要なものは、第1に、学士課程終了時に獲得すべき Competence とその内容の明確化、第2に、それを学習者が学習できるだけの Best Evidence の収集、探求、そして、第3にその教育者並びに研究者の養成にあるといえる。

Portfolio-Based Learning 歯学部歯学科



図 8. ポートフォリオ(左)、双方向授業のアイテム(右)

謝辞

本学歯学部から病院（卒後、生涯）の教育・研修の実施に、模擬患者（SP）としてご協力をいただいている市民の方々に、感謝の意を表します。

文献

- [1] Oliver R, Kersten H, Vinkka-Puhakka H, Alpasan G, Bearn D, Cema I, et al. Curriculum Structure: Principles and Strategy. *Global Congress on Dental Education III*. Eur. J. Dent Educ.2008;12:74-84.
- [4] Taguchi N, Ogawa T. Globalization of

- [2] Cowpe J, Plasschaert A, Harzer W, Vinkka-Puhakka H, Walmsley AD. PROFILE AND COMPETENCES FOR THE GRADUATING EUROPEAN DENTIST Update 2009. ADEE. Available from: <http://www.adee.org/cms/index.cfm>
- [3] American Dental Education: Competences for the New General Dentist As approved by the ADEA House of Delegates on April 2, 2008. ADEA. Available from: <http://www.adea.org/Pages/default.aspx>
- Dental Education Lessons Learned from

- Europe. Proceeding of the 3rd Hiroshima Conference on Education and Science in Dentistry. 2009;23-26.
- [5] Clark JD, Robertson LJ, Harden RM. Applying learning outcomes to dental education. British Dental Journal. 2004;196:357-359.
- [6] Harden RM, Crosby JR, Davis MH. An introduction to outcome-based education. Med Teach. 1999;21:7-14.
- [7] 川嶋太津夫.ラーニング・アウトカムを重視した大学教育改革の国際的動向と我が国への示唆. 名古屋高等教育研究. 2008;8: 173-191.
- [8] 中央教育審議会大学分科会制度・教育部会.学士課程教育の構築に向けて(審議のまとめ)平成 20 年 12 月 24 日. 2008. p. 1-56.
- [9] 小川哲次, 吉田登志子, 緒方哲朗, 鈴木一吉, 大石美佳, 千葉逸朗, et al. これからの医療コミュニケーション教育の目標設定とカリキュラムストラクチャー. 日本歯科医学教育学会雑誌. 2008;24(3):261-266.
- [10] 田口則宏, 小川哲次. 学習者はどのように学ぶのか. 日本歯科医学教育学会雑誌. 2009;25:3-14.
- [11] 溝上慎一. 学生の学びと成長における大学教育の課題. 京都大学高等教育研究開発推進センター 第 76 回定例研究会. 2008. p. 41-55.
- [12] 小川哲次, 田口則宏, 他. 本学歯学部 2 年生への早期ヘルスコミュニケーション教育—模擬患者を用いた問題立脚型講義法—. 日歯教育誌. 2003;18(2): 454-460.
- [13] 大西弘高. 新臨床教育学入門—教育者中心から学習者中心へ—. 医学書院; 2005. p. 1-164.
- [14] 田口則宏, 佐々木友枝, 小川哲次. ビデオによる振り返りを用いた医療コミュニケーション・トレーニング. 日本歯科医学教育学会雑誌. 2009;25:115-121.
- [15] 小川哲次, 田口則宏, 赤川安正. 臨床研修におけるヘルスコミュニケーション能力教育—OSCEを用いた医療面接の評価結果について—. 日本歯科医学教育学会雑誌. 2002;17(2):274-282.
- [16] Ogawa T, Taguchi N, Sasahara H. Assessing Communication Skills for Medical Interview in a Postgraduate Clinical Training Course at the Hiroshima University Dental Hospital. Eur J Dent Educ. 2003;7:60-65.
- [17] Taguchi N, Ogawa T. OSCEs in Japanese postgraduate clinical training Hiroshima experience 2000-2009. Euro J Dent Educ. 2010 (in press).

九州大学大学院における医療コミュニケーション学教育について

荒木 登茂子 萩原 明人

九州大学 大学院医学研究院 教授

抄録

近年のわが国における医療は、少子・高齢化の進行に伴う医療構造の変化、医療技術の高度化・専門分化、医療に対する国民意識の変化に伴い様々な課題に直面している。そのような中で、従来の医療現場は細分化された診療科や職種ごとの分業で構成される医療に従事してきた。しかし、近年の医療構造の変化に伴い、政策・経営・管理・コミュニケーション等の医療を総合的・横断的に理解のうえ、問題を発見し、その解決にあたる医療専門家が求められている。我々が所属する医療経営管理学講座は、そのような人材の育成を目指して開設された。

講座は、医療政策、医療経営、医療管理および医療コミュニケーションの4分野で構成されている。教育体系は医療学専門科目群、共通基礎科目群、必須専門科目群、選択専門科目群からなり、医療コミュニケーション学に関する科目は、「医療コミュニケーション学1」「医療学コミュニケーション学1, 2」が必須専門科目群に、「医療コミュニケーション学2」「ケアコミュニケーション学」「病院コミュニケーション学」が選択専門科目群に配されている。

医療コミュニケーション能力は医療のあらゆる場面で必要とされる。医療の現場では新しい事象が絶えず生起しており、守備範囲も広い。これらの問題に対処するうえで役に立つ医療コミュニケーションの知識や技法を効率的に教授するためには、カリキュラムの不断の見直しが必要と思われる。

はじめに

医療経営・管理学講座は2001年に九州大学大学院に専門大学院として開設された。開設の背景は、昨今の急激な医療の変化に対応するための医療の専門家を育成するためである。

近年のわが国における医療は、少子・高齢化の進行に伴う医療構造の変化、医療技術の高度化・専門分化、医療に対する国民意識の

変化、生命倫理上の諸問題など、環境は一層複雑化し、様々な課題に直面している。

そのような中で、従来の医療現場は、主として国家資格の取得者が、細分化された診療科や職種ごとの分業で構成される医療に従事してきた。しかし、近年の医療構造の変化に伴い、政策・経営・管理・コミュニケーション等の医療を総合的・横断的に理解のうえ、

問題を発見し、その解決にあたる医療専門家が求められている。我々が所属する医療経営管理学講座は、そのような人材の育成を目指して開設された。

医療経営・管理学講座で育成する人材とは、具体的には現実存在する医療問題を解決するにあたって、目的を明確にし、具体的に対策を組み立て、結果を評価し改善するシステムを構築できる人材である。医療現場の具体的な問題に対して、測定、推計、設計によって PDCA サイクルを回して問題解決を可能にする能力の向上を図ること、またそれを現場に還元して、山積している多くの問題を解決し、現場を改善していく人材を育成することが本講座の目的である。

2、医療経営・管理学講座の概要

医療経営・管理学講座の概要は図1に示すとおりである。

対象は社会人・学士・大学院生・外国人留学生である。終了時に医療経営・管理学修士（専門職）が与えられる。修了年限は2年間であるが、2005年から3年間の長期履修制度が導入された。開講形式は原則的に昼間であるが、一部の授業は夜間にも開講している。



図1 医療経営・管理学講座の概要

入学定員は 20 名である。資格を持った社会人入学生は図2のとおりである。学生のバックグラウンドは多彩で、職種により興味や関心が異なり、経営や行政に志向性がある学生もいて、必ずしも医療コミュニケーション分野を専攻するわけではない。また患者として以外には医療現場に触れたことがない非医療系の学生もいる。本講座は医学研究院に属しているために非医療系の学生は外科手術の見学や、医学部の講義の一部に参加できるようになっている。

資格をもった入学生(7期生まで)

医師	14
歯科医師	5
薬剤師	8
看護師、助産師、保健師	23
その他、医療関係職種	16
公認会計士等	2

図2 資格を持った社会人入学生

本講座の理念は、ビジョン、ミッション、ゴールとして図3のように示される。良質適切な医療を提供すると同時に、職員も誇りと満足を持って働ける職場を作っていくことがもとめられる。それらを実現するためには経営効率の改善が基礎になる。専門分化した医療は時として縦割りになり、横の連携が不十分になりやすい。「安心・納得・一体感」を持った医療を提供するためには、医療者相互のコミュニケーションを図り、医療機関内部の統合・調整・組織化ができる職業人の育成が必要である。目的とするところは、経営効率や医療者相互のコミュニケーションの改善、医療者の過重労働や疲弊等のストレス、訴訟や医療事故に伴うコミュニケーションの問題等を解決するために、PDCA サイクルを回せる効果的なシステムを作ることである。

○ 医療経営・管理学講座の理念

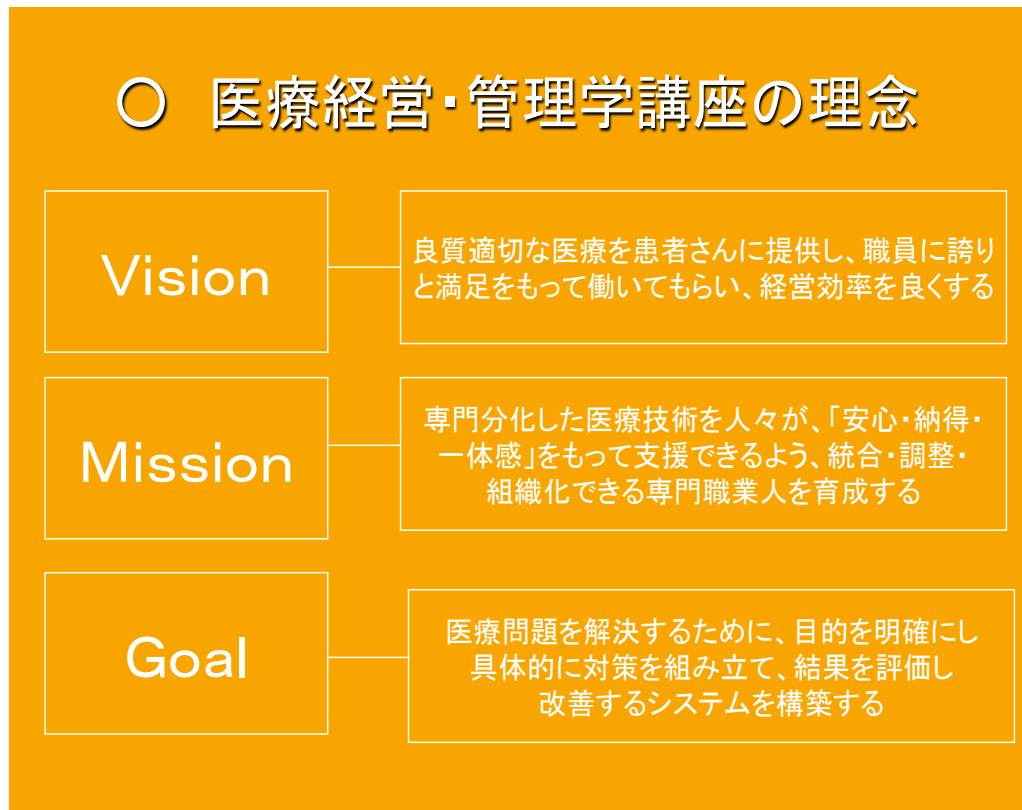


図3 医療経営・管理学講座の理念 ビジョン、ミッション、ゴール

医療経営・管理学講座の4つの分野と教育体系

本講座では医療コミュニケーション分野は他の4つの分野と密接に関連している。たとえば医療機関での医療者間のコミュニケーションを改善する役割を担う人材の育成のためには、経営や管理学など多分野にわたる基礎知識を押さえておくことが必要であると考えている。従って医療コミュニケーション分野の学生も、医療政策・医療経営・医療管理学分野の授業が必修である。

以下に4分野の授業の概要を示す。

- ・医療政策学分野：社会保障の理念と仕組み、現行制度の問題点を把握し、社会変容に対応したもっとも適切な医療システムの構築を目指す教育研究を行う。
- ・医療経営学分野：国民経済に占める医療経

済の位置づけ、医療資源の配分等マクロ、ミクロ両面にわたって医療経済、医療経営を理解し、医療機関の経営問題を中心とした教育研究を行う。

- ・医療管理学分野：診療科・医療チームの編成、作業の効率化等について分析・立案・実施を具体的に検討し、医療システムの円滑な運用と医療事故防止を目指した教育研究を行う。

- ・医療コミュニケーション学分野：医療現場における、医療者—患者関係、患者コンプライアンス、患者満足度、医療従事者のストレスマネジメント等、医療の質と関連する問題の教育研究を行う。

講座の教育体系は図4のように構成されている。

医療学基礎科目群と共通基礎科目群が土台

○ 教育体系（平成20年度）



図4 講座の教育体系

になり、その上に必須および選択専門科目群を学ぶことになる。卒業要件は卒業成果物（修士論文）を除いて30単位以上である。

医療コミュニケーション学分野の授業科目群は以下の通りである。

必須専門科目群

・医療コミュニケーション学Ⅰ：医療コミュニケーション学分野の基礎的な知識や技法を扱う。医療の対象の健康行動についての理解を深める。医療の場におけるコミュニケーションの特徴、阻害要因、医療コミュニケーションと医療の質との関係について理解する。異文化コミュニケーションについて理解する。医療スタッフとしての自己理解を深める。医療現場でのコミュニケーションの問題とそ

の対応をロールプレイで体験的に理解する。

・医療コミュニケーション学演習Ⅰ，Ⅱ：医療コミュニケーション学分野の研究テーマを設定した学生を対象に、卒業論文の指導を行う。

選択科目群

・ケアコミュニケーション学：患者の治療を効果的に行うために必要なコミュニケーション技法について論じる。ケアを提供する際の基本的な6段階のアプローチについて理解する。医療従事者のストレスマネジメントについて理解する。診療現場での臨床を通してケアコミュニケーションを理解する。患者および医療従事者をライフサイクルの観点から理解する。

・医療コミュニケーション学Ⅱ：医療マスコ

コミュニケーションについて扱う。医療情報の種類や、情報をどのように流すかによって、結果に大きな差が見られることを学ぶ。メディア・リテラシーについて学ぶ。

・病院コミュニケーション論：病院という組織や建物の内部に固有なコミュニケーションの特徴や、効果的技法について扱う。心理テストや箱庭と描画の実施で医療スタッフとしての自己理解を深める。病院のカンファレンスを見学する。対応が困難な患者や家族への理解を深め、望ましい対応について検討する。

医療コミュニケーション分野の研究テーマ

医療コミュニケーション分野のゼミナールを受講する学生が対象である。学生は興味や関心を生かしながら医療コミュニケーションと関連するテーマを選択して、ゼミナールで指導を受けながら成果物を完成させる。学生の興味やバックグラウンドが異なっていることもあり、成果物のテーマは多彩である。

以下に医療コミュニケーション分野の卒業生の成果物のテーマをあげる。

「医療コミュニケーションを妨げる曖昧な言語表現について」

「医療に対する相談・苦情の分析」

「医師への謝礼問題を通じて患者・医師関係を考える」

「医療安全に関する組織風土尺度(医療安全)の開発」

「コミュニケーションツールとしての問診表の可能性について」

「新人看護師が抱える職務上の主観的ストレスおよび早期離職行動の関連要因の検討」

「新人看護師の自我状態と心理的ストレス反応との関連について」

「自我状態の透過性調整力と職業性ストレスとの関連」

「医師説明において患者メモが理解度に及ぼす影響に関する実証的研究」

「アサーションを用いた新人ナースの効果的

なストレスマネジメントについての検討」

「看護職に対する適切な相互表現トレーニングプログラムの有効な枠組みに関する研究」

「病院職員の自我状態と職業性ストレスとの関係について（病院職員間のストレス状況の比較）」

「看護基礎教育における事故事例を用いた安全教育の教材作成の試み」

「臨床看護師を対象としたプリセプター教育支援プログラム構築に関する基礎的研究」

「我が国の難病患者のコミュニケーションに関する文献的考察」

「新人看護師の早期離職にかかわるストレス要因についての研究」

「A 病院新人看護師のストレス状況についての検討」

「肝臓移植におけるインフォームド・コンセント及び患者と医療従事者のコミュニケーションに関する検討」

「看護職員の透過性調整力とストレス状況についての検討」

「看護職のコミュニケーションスキルと自我状態の関連性」

「サークルドローイングとストレスに関する基礎的研究」

おわりに

医療経営、医療管理、医療政策のあらゆる場面において医療コミュニケーション能力が要求される。高齢者の増加に伴う医療費の増大、医療者の過重労働や疲弊、患者の権利意識の増大や医療訴訟の増加など、医療の現場では新しい事象や問題が絶えず生起しており、医療コミュニケーション学の守備範囲は広い。これらの問題に対処する上で役立つ知識や技法を、効率的に教授するためには、カリキュラムの普段の見直しが必要と思われる。

日本ヘルスコミュニケーション研究会雑誌 第1巻 第1号

The Journal of the Japanese Association of Health Communication Vol. 1, No. 1, 2010

平成22年10月15日発行

編集

(代表) 木内 貴弘 (東京大学大学院医学系研究科医療コミュニケーション学)
中山 健夫 (京都大学大学院医学研究科健康情報学)
荒木登茂子 (九州大学大学院医学研究院医療コミュニケーション学)
萩原 明人 (九州大学大学院医学研究院医療コミュニケーション学)

編集補助

石川ひろの、渡里香

発行者

日本ヘルスコミュニケーション研究会

<http://HealthCommunication.jp/>
