

4. SP 養成^{*1}

藤崎 和彦^{*2}

1. 我が国の SP 養成の流れ

わが国への模擬患者 (Simulated patient : SP^{注1}) 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年に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、模擬患者による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なった。しかし、この時点では模擬患者の活動は、一部でわずかに試行された以上には広がってこなかった。その理由としては、わが国の医学教育において臨床推論やコミュニケーション能力の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、市民の側の医学教育への参加に対する意識がまだそれほど熟成してきていなかったことなどの点が挙げられる。

わが国の組織的な SP 養成は、P. L. Stillman 女史来日の際に第 24 回医学教育学会で特別講演され、また、川崎医大総合診療部でわが国初の OSCE が開始された 1992 年から徐々に始まってきた。さらに、1996 年から始まった医学教育学会基本的臨床技能教育ワーキンググループによるワークショップにより OSCE が全国の医学部・医科大学に普及し始めると、模擬患者養成の意義や必要性も徐々に認識されるようになり、1998 年末の段階で全国で 15 グループ、108 名の SP が生まれることになった¹⁾。1999 年からは医学教育学会 SP 養成ワーキンググループによる SP 養成

者のための WS もスタートし、2001 年から医歯学部での共用試験 OSCE トライアルも始まりだすと、全国に SP 養成が急速に拡大し 2002 年 4 月で 40 グループ約 450 名まで SP 養成が拡大している。その後の 2005 年の医歯学部共用試験正式実施、薬学教育 6 年制化を受けての 2009 年の薬学部共用試験 OSCE 正式実施という流れの中で、現在では全国で 135 グループ、1,200~1,400 名の規模にまで増加してきている。

2. 医療系教育への広がり と SP の大学独自養成

共用試験 OSCE が医学部、歯学部、薬学部に広がり、定着をみせていくにつれて、単に OSCE 本番の SP を確保するために他の団体から SP 派遣を受けるといったレベルから、試験に向けて学生が複数回十分に練習できるように大学独自で SP 養成を実施するような傾向が進んできている。2002 年 4 月段階では SP を大学独自養成しているのは医学部・医科大学 80 校中 24 校だけで、歯学系や薬学系の大学・学部は皆無であった。ところが、著者による現時点での聞き取り調査の結果では、医学部・医科大学 80 校のうち SP を大学独自養成しているもの 54 校、学外の他団体から派遣を受けているもの 26 校、歯学部・歯科大学 29 校のうち SP を大学独自養成しているもの 16 校、

注 1) : 模擬患者が標準化された教育や評価に参画する場合、標準模擬患者 (Standardized patient) と称して区別するが、共に SP と略される。単に SP と呼ぶときは、敢えて両方の意味を含めようとするときと、文脈から読み取るべきときとがある。以下、区別が必要な場合は、それぞれ「模擬患者」、「標準模擬患者」の表現を用いる。

*1 Simulated Patient Training

*2 Kazuhiko FUJISAKI 岐阜大学医学部医学教育開発研究センター

同じ大学の他学部の SP 団体から派遣を受けているもの 5 校、学外の SP 団体から派遣を受けているもの 8 校、薬学部・薬科大学 36 校のうち SP を大学独自養成しているもの 25 校、同じ大学の他学部の SP 団体から派遣を受けているもの 9 校、学外の SP 団体から派遣を受けているもの 2 校と、トータルで 145 校中 95 校（学内の他学部と共同養成しているところも含めると最大 109 校）と約 2/3~3/4 という多くの大学で SP の大学独自での養成が行われるようになってきている。

3. SP 標準化の現状と問題点

医科、歯科、薬科と共用試験 OSCE が拡大し、それに伴って SP の量的増加が進む一方で、SP の演技の標準化の問題があちこちで議論されるようになってきている。SP の標準化が求められるのは、OSCE において標準模擬患者として業務する場面においてであるが、現状では未だ標準化不足を指摘される局面も少なくない。大学独自で養成している SP グループの場合、①養成担当者の標準化に対する認識が不足していて、単にシナリオを SP に提示するだけでほとんど標準化のための練習がされていない、② SP の個人単位での練習機会はあっても、同じシナリオを演じる他の SP との間の演技の標準化をする場が不十分、③養成担当者がボランティアである SP に対して遠慮をしてしまい、十分な演技の標準化ができていないにもかかわらず、SP の熱意に負けてしまって OSCE への参加を断れなくなってしまっているなどの点が問題点として指摘されている。また逆に、学外の SP 団体に依頼をしている場合、SP 団体が独自に演技の標準化に努力している場合が多い半面、学内担当者が SP 団体に丸投げ状態になっていて非常に当事者意識が少ないことも問題点として指摘されている。

また、医療者役がたとえ、ある事項について質問したとしても、声が小さかったり質問法がまずかったりして、SP には中身が伝わっていなかった場合、OSCE においては正しく質問をしたこととしては評価しないことが一般的であり、評価の物差しは医療者役が聞いたことではなくて、SP

が聞かれたと思って答えたことで評価することが本来的である。しかし、この点に関して評価者の理解が不十分であったり、評価者間のコンセンサスができていないことが、SP の標準化不足として指摘されることも少なくない。例えば、話題が消化器感染症などで同居家族の症状についての話がずっと続いた後で、医療者役が突然に「ご家族で大きな病気をされた方は？」などと質問した場合、話の流れで SP が家族で想定するのは「同居家族」であって、突然に頭が「血族家族」に切り替わることは難しい。たとえ実家の父ががんで亡くなっていてもそのことは頭に浮かばず、「特にありません」と返事することも少なくない。この場合、医療者役が話の流れを考慮せず、「血のつながったご家族」ではなくて単純に「ご家族」とした尋ね方に問題があるにもかかわらず、評価者からは「家族歴に実家の父ががんで亡くなっているとあるのになぜそう応えないのか」と SP の標準化不足の問題点として指摘されたりもする。こういった点に関して評価者の理解や評価者間のコンセンサスを進めることも重要である。

4. OSCE 中心の活動の負の影響

OSCE シナリオでの標準模擬患者としての演技ばかりに慣れてしまうと、模擬患者としての演技の役作りが不十分になるという側面も指摘されている。OSCE での演技は、SP 自身が役作りで納得しようが納得してなかりうが、シナリオに「こう聞かれたらこう答える」と書かれている通りに正確に演じることが求められている。したがって、SP の役作りが分裂していたり腑に落ちてなくても「表面上シナリオ通りに演じる」ことの方が重視されてしまい、一貫性のある役作りの方は軽視されてしまう側面がある。しかし、模擬患者 (simulated patient) としての演技やフィードバックを行う場合は、役作りがしっかりできていないと演技のリアリティが落ちてしまったり、フィードバックの質が下がってしまうことが少なくない。SP の活動が、OSCE 準備教育と OSCE 本番で終わるのではなく、それ以前の準備教育や OSCE 後のアドバンスなコミュニケーション教育に広がりつつある中で、こういった OSCE 的

役作りの負の問題点も指摘されるようになってきている。

5. 身体診察 SP について

身体診察 SP も、身体診察技能教育やアドバンス OSCE の場面などで徐々に広がりつつあるが、まだそれほど多くはない。看護教育では、身体清拭や食事介助の練習相手として SP が参加することも徐々に広がっている。確かに学生にとってはリアリティがあって教育効果は高いのだが、コミュニケーション場面のほとんどない SP は、

単なるシミュレータの代わりのようなもので、参加する SP からは SP が参加する教育的意義がよく分からないなどという声もよく聞かれる。こういった面についても十分に検討したうえでの導入が望まれよう。

■文 献

- 1) 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) : 71-6.