

TOPICS ■ 医療コミュニケーション教育について考えるー1

医療コミュニケーションの学習と模擬患者(SP)

国際医療福祉大学大学院教授 (創薬育薬医療分野長)・
大分大学医学部創薬育薬医学客員教授 (大分大学名誉教授)

中野重行

はじめに

医学生を対象にした医学教育ではこれまで長い間、患者への接し方は「問診」として教えられてきました。つまり、まず鑑別診断が効率的にできることを目指していたわけです。医師は、病気の正確な診断ができてはじめて、適切な治療法が選択できると考えられています。したがって、卒前の医学教育においては「診断学」がもっとも重視されており、その上に「治療学」が付け加えられています。

「問診」は医師主導の「一方向性の対話」です。しかし「医療面接 (medical interview)」は患者の言葉に耳を傾け、良好な関係を目指す「双方向性の対話」です。その上に立って、診断に必要な情報を患者から得ていきます。つまり、患者の語る自分自身を主人公とする「病のストーリー」を、自分の言葉で話してもらい、そのうえで医学的に必要な情報を入手しながら、患者との信頼関係、治療のパートナーシップを短時間のうちに作り上げていくことに、焦点を当てています。

この十年の間に、「医療面接」は医学生が臨床実習に入る前の、OSCE (objective structured clinical examination: 客観的臨床能力試験) として取り入れられる時代になりました。「医療面接」の能力が臨床実習には必須の能力であると認識されるようになり、これを学んだうえで臨床実習に入ることの重要

性が、広く認められるようになったのです。医師に育っていく過程で、先輩から盗むようにして自分自身で身につけていった技能と態度が、卒前医学教育のカリキュラムに組み込まれ、評価される時代になったのです。このような動きは、医学教育だけでなく、歯学教育や薬学教育など、広く医療者*教育の世界に浸透しつつあります。

患者は治療を求めて医療機関を訪れます。診断はあくまでも治療のための準備なのです。また、医療は、歴史的に眺めてみると、「病を患い健康上の不安を有する患者を何とかして楽にしてあげたい」という、人間のところに湧き上がってくる素朴な気持ちから生まれた人間の営みなのです。ですから、医療は、患者の健康上の不安を和らげるものでなければなりません。

医学生として覚えなければならないこと、学ばなければならないこと、つまり知識レベルで身に付けなければならないことが、山のように沢山あります。しかし、医療の対象は健康上の不安を抱いている患者です。患者は英語では“patient”といいます。つまり「耐えている人」です。したがって、初診の対応のときから、患者の不安を和らげることができると技能と態度を身に付けていることが、重要なのです。初診時から、診断のためのプロセスのなかで、医師の言葉と態度による「癒し」がすでにはじまっているのです。

*本論文では、医師と医学生だけでなく、医療従事者すべてに当てはまる記述に際しては、「医療者」という用語を採用することとした。

また、医師と患者の間の信頼関係が重視されるのには、他の理由もあります。医師と患者の間の信頼関係ができあがると、治療上必要な正確な情報を患者から得られやすくなります。その結果、治療の効率も高まるのです。

コミュニケーションとは

コミュニケーションの定義はいろいろありますが、突き詰めると「シンボルを介した当事者間の相互作用のプロセス」であるということが出来ます。動物や鳥や魚でも、コミュニケーションは生きていくうえで欠かせないものです。しかし、最小単位として2人の人間同士が、よりよいコミュニケーションを求めていく際には、コミュニケーションを「2人の間で互いに情報を共有しようとするプロセス」として理解するほうが役立つように思います。私どもが、何をしなければならないか、がわかりやすくなるからです。「2人の間で互いに情報を共有しようとするプロセス」という表現のなかに、3つの重要なキーワードが入っています。2人とも自分の情報を持っていること（このなかにはお互いが知っている情報と、一方が知っているが相手は知らない情報があります）、情報を共有しようとしていること、時間とともに共有される情報が変化していく（実際には増えていく）こと、の3つです。

人間がお互いに、言葉だけでなく、頭の中にある「イメージ」を共有することが重要なのです。イメージが共有できると、コミュニケーションがとれてお互いに理解しあえるわけです。表現を変えると、コミュニケーションでは、「イメージ」を言葉（や態度）というシンボルを使って相手に伝えるのです。

コミュニケーションとは、一方的に相手に情報を与えることではありません。それぞれ違う考えや価値観を持って生きている人間を相手に、一方的に知識を提供しても、よいコミュニケーションにはなりません。コミュニケーションとは、人間同士が言葉や表情や態度を通して、お互いにわかり合うための手段なのです。しかし、自分が話したことを相手がそのまま理解してくれるとは限りません。まず、自分が何を伝えたいのかが自分にわかっていないと、相手に伝える言葉や方法を探すことができません。

そこで、自分自身を知る姿勢は、よいコミュニケーションを作っていく際にとっても重要です。

コミュニケーションの基本的事項

コミュニケーションを構造的に理解しようとする、次のようになります。

コミュニケーションは、話し手（発信人）、聞き手（受信人）と、その間を行き交うメッセージ（情報）から構成されています。メッセージとは、言葉や文字であり、声の高さや調子、表情やしぐさです。話し手が相手に伝えたいことを、言葉や表情という暗号に置きかえて送ります。この手続きを暗号化（コード化）と呼びます。このコード化されたメッセージの意味を聞き手は考えます。この過程を暗号の解読（脱コード化）と呼びます。

つまり、話し手が相手（聞き手）に伝えたいことを、次のプロセスを通じて伝えているのです。

- ① 言葉などに置き換えてメッセージを作る（暗号化、コード化）
- ② そのメッセージを聞き手に送る
- ③ 聞き手はその内容を理解する（解読、脱コード化）

コミュニケーションですれ違いが生まれやすいのは、メッセージの暗号化のプロセスと解読のプロセスです。双方が自分自身の暗号表を使って、自分の頭に浮かんだ言いたいことを言葉に変換して相手に送り、相手から聞いたことを自分の言葉に変換して理解するプロセスだからです。言葉に変換する際に使う暗号表が、人によって異なっており、多様性があるからです。医療者と医学の素人である患者の間では、専門用語などの暗号表も違ってきます。ある専門用語は、聞いたことがあり知ったつもりになっても、実際には正しく理解されておらず、誤解していることさえあります。そこで、暗号化や解読のプロセスでは、とくに慎重でなければなりません。日頃から自分自身のコミュニケーションの癖を見直し、他人の生き方や考え方を尊重していると、相手の暗号表への配慮や、自分の解釈の際の慎重さも生まれます。つまり、平素からの人間へ対処する基本的な態度への配慮が、医療者と患者の間のコミュニケーションを円滑にします。

表1 言語的メッセージと非言語的メッセージ

言語的メッセージ	: 言葉
準言語的メッセージ	: 声の調子, 大きさ, 抑揚
非言語的メッセージ	: 表情, アイコンタクト (まなざし), 位置や姿勢の取り方, 身振り, 手振り, うなずき, ちょっとしたしぐさ, スキンシップ, 服装, ヘアスタイルなど

コミュニケーションで間違いを防ぐには「たしかめ」を行うと役立ちます。つまり、

④ 話し手から聞き手にメッセージが正しく届いたかどうか、話し手の意図通りにメッセージを解読できたかどうか

⑤ 聞き手から、自分が話し手の意図通りにメッセージを理解しているかどうか

について、相手に言葉で確かめることです。

「たしかめ」を行うと、2人の間に自由な雰囲気生まれると同時に、落ち着いた関係が生まれます。言葉による「たしかめ」は、言葉を作った人間にしてはじめてできることなのです。ここに「たしかめ」の大切な役割があります。この「たしかめ」を、どのような言葉と態度で、どのような声のトーンで伝えるか、ということもとても重要です。聞き方によっては、相手は確かめてもらえたと感じますが、場合によって、詰問されているように感じられれば、コミュニケーションが混乱します。

したがって、コミュニケーションの基本は、たんなる言葉遣いや話し方の技術ではなく、自分の平素の人間観や価値観など、普段の自分の生き方や考え方や密接に関連しているといえます。

また、患者とのコミュニケーションでは、自分の考えや感情を意識することが大切です。自分が今どのようなことを考えているのか、また、どのように感じているのかなど、自分について知ることが、とても重要になります。「自分を知る」ということは、深く考えると難しいことになりますが、少なくとも、「自分はどのように感じているのか」「自分はどのように考えているのか」「自分は相手に何を伝えたいのか」「自分は今、どうしたいのか」がわかっていると、コミュニケーションが取りやすくなります。

自分の意図と実際の行動が一致していることは重要なことです。とくに、医療では大切です。自分の意図と行動が一致していないと、相手を疲れさせま

す。「癒し」を提供しようとする医療の場では、相手を疲れさせることは、意識して避ける必要があります。

コミュニケーションにおいて取り交わされるメッセージは、言葉による「言語的メッセージ」と言葉によらない「非言語的メッセージ」に分類できます（表1）。時と場面にもよりますが、一般に「言語的メッセージ」で伝達される情報量よりも「非言語的メッセージ」によって伝達される情報量のほうが大きいものです。つまり、伝わる情報量の大きさは、言語的メッセージ<準言語的メッセージ<非言語的メッセージの順序になっています。人間は言葉を作ったばかりに、言葉について頼ってしまう傾向があります。しかし、言葉による情報伝達は、発生的に考えても人類の歴史のなかでごく新しいものです。人間以外のすべての動物は、言葉によらないコミュニケーションによって情報伝達を行っており、人間のコミュニケーションで非言語的メッセージが、言語的メッセージよりも重要な役割を果たしているのは、ごく当然のことです。

よい医療者患者関係を築くためには、「言語的メッセージ」よりも「非言語的メッセージ」を有効に用いると効果的です。「目は口ほどにものを言う」という諺がありますが、実際には「目は口以上にものを言う」のです。ここでは「目」は、「非言語的コミュニケーション」の代表として語られています。

言語的メッセージと非言語的メッセージが矛盾している場合には、一般に人は後者を信じます。人生の長い間の経験を通して、後者のほうが信用できると感じてきたからです。つまり、人は言語では嘘をつくことはできても、態度で嘘をつくことは難しいのです。このことを、人は経験的に学んでいます。矛盾した「言語的メッセージ」と「非言語的メッセージ」が同時に発せられる場合は、「ダブルメッセージ」になります。医療における「ダブルメッセージ」はしばしば問題を引き起こします。そこで、医療の

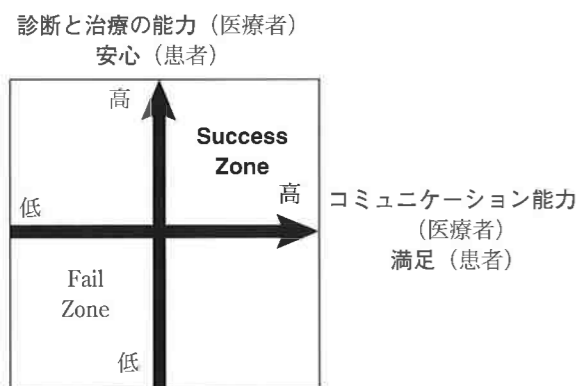


図1 医療者の「診断と治療の能力の軸」と「コミュニケーション能力の軸」から見た患者の「安心」と「満足」

なかでは「言語的メッセージ」(言葉)と「非言語的メッセージ」(態度)は、できる限り一致するように努めることが望ましいのです。たとえば、医療者が確信を持っていないことを自覚しているときには、それを隠そうとするよりも、そのことを患者に率直に告げて、これからその点を解決できるように努力することを伝えるほうが患者は混乱しないですみます。

コミュニケーションを理解するには「コンテンツとコンテキストの概念」が役に立ちます。「コンテンツ (content: 内容)」とは、具体的に言語で表現されているメッセージのことです。「コンテキスト (context: 文脈)」とは、その内容の枠組みを作るもう一つの意味とでもいうべきものです。コンテンツは、コンテキストの存在下ではじめて一定の意味を持ちます。医療の場では、「コンテキスト」はその場の「雰囲気」として感じられます。その場の「空気」といってもよいと思います。コミュニケーションの効果を規定しているのは、「コンテンツ(言葉)」よりも「コンテキスト(雰囲気)」であることが多いのです。

医療コミュニケーションのポイント

医療面接の機能として、次のようなことがあげられます。

- ① 信頼関係の構築: 良好な医者患者関係をつく

ること

- ② 情報の入手: 診断と治療に役立つ情報を患者から入手すること
- ③ 治療への動機付け: 患者の治療(検査を含む)への動機づけをすること

①は信頼関係(ラポール)を築くことです。信頼関係が形成されない場合には、「疑心暗鬼」の関係が続き、何を言っても正しく伝わらない、極端な場合には、説明すればするほど深みにはまっていくという最悪のパターンになりかねません。いわゆる「言い訳パターン」です。

②は患者を理解するための情報収集です。患者から聞きだした情報だけで、約75%の患者の診断が可能になり、これに診察により得られる身体所見を加えると、約90%の患者の診断が可能だと言われています。医師が初診の患者の医療面接を行う際には、①と②が重視されます。

2回目以降来院時の医療面接では、初診時の上記の3つの目的を含みながら、それに加えて治療的側面の比重が徐々に大きくなっていきます。これから医学生が臨床実習に入るという段階では、当然のことながら、「初診時における患者との医療面接」が重視されます。

適切な診断および治療の能力を向上させることはもちろん重要ですが、適切な診断と治療の能力という軸を縦軸にして、コミュニケーション能力の軸を横軸に設定して、二次元で考えると役立ちます。この縦軸は医者側の言葉で説明すると「適切な診断と治療の能力」となり、患者側の言葉で表現すると「安心」となります。一方横軸は、患者の「満足」につながってきます。もちろんまったく重なるわけではありませんが、要点はこれでほぼ押さえられる感じだと思います。つまり、患者の「安心」と「満足」を同時に満たすことを目指すと、右上の第一象限の範囲(Success Zone)に入ってきます(図1)。

これからの医療では、患者の「安心」と「満足」がキーワードになってきます。それを医療の専門用語で言い換えると、安心は「標準化」、満足は「個別化」をすることにより達成されます。さらに「標準化」は「サイエンス」により、「個別化」は主として「コミュニケーション」により達成されます。

1) 信頼関係(ラポール)の形成

医療者患者関係でもっとも重要なものは信頼関係です。「良好な医療者患者関係」とか「信頼関係」と呼ばれる概念の実体は、コミュニケーションのあり方で決まります。しかも、コミュニケーションの「コンテンツ」ではなく、「コンテキスト」とより密接に関係しています。信頼関係が形成されると「以心伝心」の関係が生まれ、双方にとって快い関係となります。

医療コミュニケーションでは、「マニュアル化」というコンテキストが形成されてしまわないように、注意が必要です。コミュニケーションのあり方がマニュアル化してしまうと、すべての「コンテンツ」は形骸化してしまいます。また、コミュニケーションをとるために、言葉の内容と表現ばかりに注意を向けていると、もっとも大切な「医療者患者関係のダイナミックな変化」についての大切なポイントを見落としがちになります。

2) 傾聴

「傾聴」とは、たんに聞く(hear)ことではなく、相手の話に熱心に耳を傾けて聴く(listen)、耳と心で聴くことです。相手が自由に自分を表現できるように、言語的メッセージと非言語的メッセージを送りながら聴くことです。患者の話をお聴くときには、適宜相手と視線を合わせ、うなずき、相槌を打つなどして、話をよく聴いていることを相手に伝えましょう。

「傾聴」のもっとも基本となる態度は、「相手の話を決してさげすみず、常に肯定的関心を持って耳を傾け続ける」ということです。具体的には、相手の話にぴったりとついていく態度、つまり言語的追跡が「傾聴」の基本になります。医療者の方から一方的に唐突に話題を飛躍させたり、相手が十分に話し終わらないうちに一方的にコメントしたりしない態度です。傾聴はたんなる情報収集の手段ではなく、そのプロセス自体に心理療法的効果も含まれています。

傾聴に際しては、沈黙(邪魔しないこと)、うなずき、あいづち、うながし、繰り返し(やまびこ式応答)、明確化、言い換え、などを交えつつ、相手の話を聴くことが行われます。

3) 受容

良好な医療者患者関係が成立するためには、患者が医療者によって受入れられている(受容されている)と感じることが重要です。患者は、自分の存在そのものが受容されると、安心感を抱き、リラックスすることができます。「受容されている」という感じは、医療者の言葉や態度が患者に伝えられることから生まれます。傾聴は、患者の存在そのものを受入れているというもっとも強力なメッセージです。リラックスできず、絶えず周囲に気を使わされている患者は、常に精神的エネルギーを消耗させられる状況にあり、ストレス状態にあります。このストレスは容易に「怒り」に転化し、種々のトラブルに発展し、最悪の場合には医療訴訟などに発展することさえ起こりえます。

しかし、医療者は常にいかなる場合にも患者を受容しなければならない、と頑なに考えてしまうと、これはこれで医療者にとって大きなストレスになります。あまりにも真面目すぎる医療者は、そのストレスに耐えきれずに、ある時点で患者を突き放す、投げ出すという対極行動に出る危険性もあります。成熟した医療者とは、「自分の限界」を知り、「無力の自分」をも素直に受入れることができる人です。

4) 共感(compassion, empathy)

共感とは、感情面への対応です。共感(compassion)という言葉は、com-(共に) passion(苦痛・激情)に由来します。苦しみの共有により、患者の苦しみや不安は完全に解決されることはないにしても、ともに背負ってくれる人の存在により軽減され、部分的に癒されるのです。

良好な医療者患者関係を築くためには、患者の感情に共感的な理解を示しながら聴くことが重要となります。患者は「症状」のみを訴えているのではなく、それに伴う「苦しみ」を訴えているのです。一人の人間として患者のそばにいてその言葉に耳を傾けるとき、医療者の心の中にも、この苦しみを共有しようとする心の動きが生まれます。これが共感という現象のもっとも素朴な例です。

折に触れ、患者の話に同意し、相手に共感的な対応をすると、患者は理解されたという印象を抱き、話を円滑に進めることができます。患者が話す内容

のなかで、感情を表す言葉（つらい、苦しいなど）や態度を注意深くとらえて、それに適切に対応することが、より良好な医療者患者関係を作ることにつながります。

共感を伝える基本的な技法として、反映（患者から見てとった感情を、医療者が言葉にして述べること）、正当化（患者の感情面での体験を承認し、妥当であると認めることを伝えること）、個人的支援（一人の医療者として患者を支援したいという意味を伝えること）、協力関係（患者と一緒に協力していくことを伝えること）、尊重（患者の問題への取り組みに敬意を払うこと）などがあります。

しかし、私どもは同じ人間ではないので「完全な共感」という状態はありえません。「他人の痛みは3年でも我慢できる」と言う言葉があるように、医療者は平然としていることもできます。しかし、患者の痛みを和らげることができないとき、医療者も違った意味で苦しみをともに背負うこととなります。医療者と患者がともに「同じ内容」を感じていなければならないのではありません。患者が苦しみ、医療者が患者を救えないという自責に苦しみつつ、できるだけのことをしようとしてそばに居続けるとき、そこには compassion が存在します。共感、コーラスで生まれるハーモニーに例えることもできます。同じ音程の音を出したのでは、新しいハーモニーは生まれません。互いに異なった音程の音で協和音を発するとき、新しい快適なハーモニーが生まれるのです。

5) わかりやすい説明

医療の専門用語を使うと患者にはまず理解できないことが多いので、できる限り一般的な言葉を用いる必要があります。医療者は平素、業界用語である医学用語を使って学習し情報交換をしていますが、患者にとっては外国語にも等しい用語を避けなければ、医療者と患者のよきコミュニケーションは成立しません。医療者は知らず知らずのうちに医学用語を使ってしまう傾向があるので、注意が必要です。

「言葉を聞いたことがある」という言葉に関する「認知度」と、「言葉の中身が正しくわかっている」という「理解度」とは異なることに注意が必要です。なかには誤解している場合さえあります。わかりや

すい説明に際しての原則としては、「漢語」や「カタカナ外来語」をできるだけ使わずに「やまとことば」を使うように心がけるのがお勧めです。また、常に相手に応じたわかりやすい説明を心がけることが大切です。

医療コミュニケーションに関する患者の満足度調査の報告によると、患者の満足度を上げるのは「訴えに共感を示す」「他に何かありませんか？と確かめる」「患者の訴えを要約する」「会話を続けるように促す」であり、逆に、患者の満足度を下げるのは、「会話を遮る」「医学の専門用語が多い」といったことです。

模擬患者 (simulated patient: SP) の意義と歴史

コミュニケーションに必要なスキルは、医療面接の核心部分になります。コミュニケーション能力を向上させるために模擬患者 (simulated patient: SP) が誕生したのですが、その歴史を振り返っておきたいと思います。

- ・1960年代: 米国で精神科医の Barrows HS が、模擬患者を programmed patient として活用し始め、報告しました。
- ・1970年代から: 米国やカナダでは医学・看護教育に模擬患者を取り入れ、成果を上げています。
- ・1975年: Barrows HS が来日し、日本に紹介しました。
- ・1988年: 川崎医科大学でわが国第一号の模擬患者 (前田純子氏: 現 NPO 法人 響き合いネットワーク岡山 SP 研究会代表) が養成されました。
- ・1994年: 川崎医科大学で客観的臨床能力試験 (objective structured clinical examination: OSCE)、SP を用いた実習スタイルのコミュニケーション教育と評価が始まりました。その後、1990年代の後半になり全国的に広がりました。
- ・2002年: OSCE トライアル開始
- ・2005年: 全国医学部4年生を対象にした共用試験の OSCE の一部にコミュニケーション能力の評価が始まりました。これによりすべての医学生が、医療面接の教育と評価を受けることが求められるようになりました。今や、コミュニケーションスキル

表2 模擬患者 (simulated patients: SP)

1. 標準模擬患者
2. 自由模擬患者

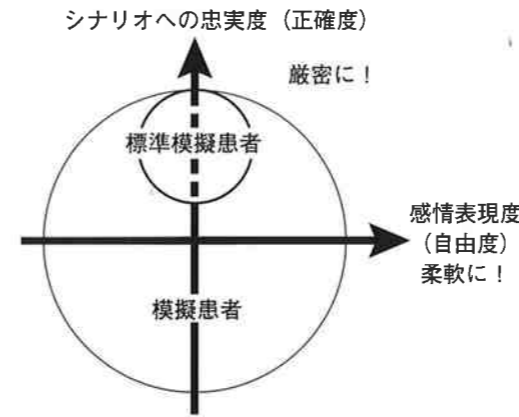


図2 模擬患者と標準模擬患者: 模擬患者がこれらを演じるときのポイント

の習得は、医師や医療者になるために必須の基本的事項として認められるようになったのです。

1990年代以前に教育を受けて大学を卒業した医師は、上記のような医療コミュニケーションの教育を受ける機会がありませんでした。つまり、医師を取り巻く環境は、この10年で大きく変わってきているのです。医療におけるコミュニケーションスキルは、医療者に必須となる技術です。よいコミュニケーションにより、良好な医療者患者関係が築かれ、診療に関する患者満足度が高まります。その結果、患者の治療意欲が向上します。患者の有する医学的に正しい知識が増え、医療者の治療方針を理解したうえで守ることのできる患者が増えます。つまり、医療者の治療方針を共有するという意味で患者の「アドヒアランスの向上」が期待されます。その結果、いろいろな慢性疾患のコントロールがよくなります。ドクターショッピングなどの望ましくない患者の行動が減少し、また、医療訴訟が減少することが期待されます。これらは医療者側の満足度の向上にもつながってきます。

米国の医学生は、臨床研修前に20~40回の医療面接実習を経験しているのに、日本では3~6回程度といわれています。

岐阜大学医学教育開発研究センターの藤崎和彦教授によると、わが国の模擬患者の数は、1998年には15団体約100人であったものが、約10年後の2008年には120団体約1000人が活躍している、とされています。

患者本位の医療を実現するためには、医学教育や医療者の教育のなかで、患者役を演じてくれる人が必要です。これが模擬患者 (SP) です。なお、模擬患者 (SP) という用語には、2通りの意味があります。模擬患者 (simulated patient: SP) と標準模擬患者 (standardized patient) です。これらは別物ではなく、模擬患者 (simulated patient: SP) の一部に OSCE 対応の標準模擬患者 (standardized patient) が含まれています (図2)。用語の混乱を避けるために、筆者は、標準模擬患者以外の模擬患者を「自由模擬患者」と称することもあります (表2)。標準模擬患者では、定められた基本的なシナリオを学び、こう質問されたらこう答えるといった細かいところまで標準化された SP です。もう一つは、より自由に患者を演じるという自由模擬患者です。とくに医療教育では、両方とも意義があります。

それでは、標準模擬患者と自由模擬患者をどのように使い分けるのでしょうか。医学教育のなかでは、4年生の段階で、SPの方々に協力してもらい、臨床実習に入る前に医療面接の実習を行っています。臨床実習の前に、あるレベル以上のコミュニケーション能力を習得していなければなりません。この段階では、図1の横軸であるコミュニケーション能力のほうにウエイトがかかっており、標準模擬患者が必要となります。なぜなら、学生たちは基本的な「型」を学ぶ必要があるからです。学生が型を学ぶためには、SPのほうもある一定の型で対応しなければならないのです。また、評価という側面も含まれています。受験生ごとに異なる対応が許されている自由模擬患者では、評価の公平性が守られなくなります (表3)。

医学教育では、臨床実習終了後にも SPの方々の協力を必要とします。将来、医療面接が医師国家試験のなかにも含まれた場合に必要なのは標準模擬患者ですが、臨床実習前とは違って、診断と治療の能力も要求されます。つまり、きちんと診断ができ、治療方針を立てることができて、かつコミュニケー

表3 医療面接を学ぶ時期による違い (医学教育の場合)

1. 医学生：臨床実習前	標準模擬患者
2. 医学生：臨床実習終了後	標準模擬患者
3. 研修医：医師になった後	自由模擬患者

ジョン能力が高いということが求められるのです。

卒業して医師国家試験に合格した研修医に対する教育の場でも、医師になって間もないオリエンテーションの時期に、模擬患者として自由に演技をいただくことがあります。たとえば、大分大学医学部附属病院の研修医オリエンテーションでは、急に泣き出したり、尋ねてもいないことを取りとめもなく話したり、不快感を訴えたり、怒りだしたり、他の医師の悪口を言ったりと、いろいろなタイプの患者を演じてもらっています。多様な模擬患者と対応しながら、それぞれの患者に対する対応のしかたを、参加者全員でディスカッションしながら、体験として深めようとしています。

コミュニケーションは、一種の身体化された技能ですので、稽古のような繰り返し練習が不可欠です。その貴重な相手役を務めてくださるのが、模擬患者の方々なのです。

なお、模擬患者になるための学習に際して重要なことを要約すると、①シナリオの覚え方、②演技の仕方(「心のつぶやき」の込め方)、③フィードバックの仕方、の3つに集約されます。これは別に、模擬患者のための項で学ぶこととなります(前田純子：模擬患者(SP)として大切なこと、参照)。

模擬患者の参画する医療コミュニケーション 学習の場で医師&教師として 大切にしたいこと

OSCEとしての医療面接にも、医師になるための学習段階に応じたポイントがあります。

1) 臨床実習開始前の医療面接

どのような医師患者関係も、はじめて患者と出会うところから始まります。そこで、初診時の患者への対応の仕方は、その後の信頼関係を築いていくうえでとても重要です。医療面接で重要となる基本的

な事項が、このなかに含まれています。初診時の患者との医療面接に際して、これだけは是非身につけておきたいことを記します。いずれも、臨床実習を開始する際に必要となる医療面接の初級編ともいえる基本的な事項です。

(1) 服装・身だしなみ

初対面の人に会うとき、会った瞬間の印象がその後の人間関係に大きく影響します。このことは、初対面の患者でも同様です。患者に少なくとも不愉快な感じを与えないような常識的な服装と身だしなみを心がける必要があります。

(2) 位置と姿勢

座るときは、身体を相手のほうに向けて、いつでも相手の姿が目に入るような姿勢をとります。一般に、真正面から向い合うよりも、約90度の角度を作って相対するほうが、患者へのプレッシャーが少なくなるため、患者は話しやすいものです。

腕組みをする、ふんり返る、手遊びするなどの態度は、相手に不快感を与えます。患者が安心感・信頼感を感じられるように、態度・姿勢には十分留意する必要があります。

(3) 挨拶

患者を診察室に招き入れた場合、まず相手の目を見て「お待たせしました」などの言葉をかけて挨拶します。

(4) 名前の確認

初対面では、相手の名前(姓と名)を確認します。

(5) 自己紹介

それから自己紹介します。

(6) 質問と対応

患者は理由があつて医療機関を訪れているのですから、まずそれを尋ねましょう。つまり、主訴を明らかにするわけです。最初は「今日はどんなことでいらっしゃいましたか」、あるいは「今日はどうされましたか」と尋ね、その質問に対する患者の最初の一言を、できるだけ患者の言葉で書き留めておくことが大事です。引き続いて「そのことについて、もう少し詳しく話していただけますか」などのように、比較的自由に答えられるような質問をします。

患者が訴えている「自覚症状」(主訴など)の周辺には、患者のいろいろな「思い」がまつわりつく

ようにして存在しています。その「思い」が、医療機関への受診動機になっていることが多いものです。したがって、主訴となる自覚症状を尋ねる際に、早目に「自覚症状」の背後にある患者の思いや、自分の病気のことをどのように思っているのか(患者の解釈モデル)を聴いておくことは、以後の医師患者間の信頼関係(ラポール)の形成と治療経過に好影響をもたらします。

患者の解釈モデルを引き出す質問としては「ご自分では何か原因のようなものが思い当たりますか」「こういう状態になってどうということが一番困りますか」「何かとくにこういうことを調べてほしい、こういう検査をしてもらいたい、こういう治療をしてほしい、というようなことがありますか」などが役立ちます。

質問のしかたには、大きく分けてオープンクエスチョン(open question: 開放型質問)とクローズドクエスチョン(closed question: 閉鎖型質問)があります。代表的な5つの質問の型としては、次のようなものがあります。

① 中立的型質問(住所、氏名、年齢などを聞くような質問、または、医師の意見や判断を入れずに患者の話を促すような質問)

② 閉鎖型質問(はい、いいえで答えられるような質問、または限られた情報を集めるための質問)

③ 開放型質問(自由に答えられるような質問)

④ 焦点を当てた質問(ある問題に焦点を当てた開放的質問)

⑤ 多肢選択型質問(いくつかの選択肢を与える質問)

初対面の患者では、まず傾聴する姿勢を持ちながら、オープンクエスチョンで質問していき、必要に応じてクローズドクエスチョンを加えていくことが大切です。患者は、なんらかの心身の症状を心配して医療機関を訪れているのです。患者の心配・悩みの内容や受診の動機を的確に知るためには、傾聴する姿勢でオープンクエスチョンをしていくことが必要です。オープンクエスチョンとは、「今日はどんなことでいらっしゃいましたか」「そのことについてもう少し詳しく話して下さい」などのように、相手の答え方を限定せず、広い範囲の答えを引き出す質問法です。

一方、クローズドクエスチョンは、「頭痛はありますか」「その症状はいつから始まったのですか」「どのくらいの時間痛みが続きますか」などのように、主として「はい」「いいえ」で答えることができるもので、限られた範囲の情報を集めることを意図した質問です。クローズドクエスチョンは、医師が意図した情報を的確に集められるという利点がありますが、その反面、限られた範囲の情報しか得られず、重要な情報を見落したり、患者が伝えたいことをうまく話せなかったりする可能性があります。

そこで、オープンクエスチョンとクローズドクエスチョンを適宜織り混ぜて質問することが必要です。一般に、約10分間の医療面接では、前半、とくに最初の2~3分間はオープンクエスチョンを多用し、その後、クローズドクエスチョンを加えながら患者を理解するようになっています。

患者へ質問すると、それに対する答えが返ってきます。患者の答えに対して医師も対応することが必要になります。その際の医師の対応の仕方(態度)として、傾聴と共感が重要です。

なお、態度(対応の仕方)には大きく分けて次の5つの型があります。

① 共感的態度

他人が感じることを自分のこととして感じ(ように)する態度(対応の仕方)。患者が、安心感を得やすく、会話が円滑に運びやすく、信頼感の形成にもっとも有効です。そのためには、患者の訴えをよく聴くことが重要です。治療的効果もあります。

② 支持的態度

患者が感じている不安や心配を当然のこととして支持し、励ますような態度(対応の仕方)。患者の一時的な不安は除かれることもありますが、繰り返しい時的な安心感を与えるような形になると、一時しのぎの安心感しか与えてくれない医師に不信感を抱くようになる可能性もあります。

③ 評価的態度

患者の感じ方、考え方に対して医師が善・悪、適・不適などの判断を示すような態度(対応の仕方)。患者は、良い評価の時には勇気づけられたり、自信を持ったりすることもあります。悪い評価を受けると、自分が非難されている、責められているという受け取り方をとすればするようになり、その後

の医師患者関係の構築の障害になることもあります。

④ 調査的態度

より多くの情報を得ようとして、微に入り細をうがってたずねるような態度 (対応の仕方)。患者との信頼関係がまだできあがっていない段階では、尋問聴取をされているように受け取られる可能性があります。しかし、得られる情報量は多くなります。

⑤ 解釈的態度

患者の訴えに対して、解釈を下し、説明しようとする態度 (答え方)。患者は、的確な解釈が与えられた場合には良いのですが、医師の解釈が患者の思いと異なっている場合には、混乱し、抵抗を示し、医師患者関係がギクシャクする可能性があります。

上記のような態度 (対応の仕方) には、それぞれ一長一短がありますので、うまく使い分ける必要があります。初診時の医療面接では、医師患者間の信頼関係 (ラポール) の形成が重視されるため、共感的態度 (対応の仕方) が多用されます。

(7) 現病歴・既往歴・家族歴

上記のような態度で患者の自覚症状を聴きながら、症状をよりはっきりとさせていきます。症状に関する不足部分を直接的質問法で補います。① どこが? ② どのように? ③ どの程度? ④ どのようなときに? ⑤ いつから? ⑥ 影響する因子は? ⑦ 随伴症状は? そして、既往歴、家族歴についても聴きます。

(8) 要約と確認

話の節目で、適宜相手の言葉を要約して確認しましょう。こうすることによって患者は、医師に話を確かに聴いてもらっている、わかってもらっているという印象を抱き、医師に対して話しやすくなると同時に信頼感をもつことができるようになります。

医学専門用語を使うと患者にはまず理解できないことが多いので、できる限り一般的な言葉を用いる必要があります。医師は平素、業界用語である医学用語を使って学習をし、仲間内で互いに交流していますが、患者にとっては外国語にも等しい用語を使っていると、医師と患者のコミュニケーションは成立しません。医師は知らず知らずのうちに医学専門用語を使ってしまう傾向がありますので、注意が必要です。

(9) 「言い残しはないか」を尋ねる

最後に「他に何か言い残していることはないでしょうか」と尋ねましょう。ときには、本当に言いたいことや訴えたいことが、言いにくいまま最後まで残っていることもあります。そのようなことが起こらないように聴くことが大切なのですが、それでも最後にとっても重要なことを話したり、質問したりする患者がいます。極端な場合には、退室する際にドアの取っ手に手をかけて、重要なことを話さずともあります (door knob question)。したがって、医師もこのことを意識して、最後に「何か言い残したことはないでしょうか」と尋ねる必要があります。重要な質問が返ってきた場合、時間に余裕があれば聴くこともできますが、余裕がない場合には「今日は時間がとれないので、次回の診察日にその点について詳しくお聴きしたいと思います」と伝えましょう (もちろん、その約束は必ず守らなければなりません)。

(10) 医療面接終了後の段取りについての説明

実際の臨床における初診時の医療面接では、「では、診察をしますので～」と言って、身体的診察場面に誘導したり、実施する検査について説明したり、身体的診察の後で可能な場合には、病気や今後の治療法の概略を説明することもあります。これは、「患者の教育と治療への動機づけ」になります。

2) 臨床実習終了後の医療面接

いわゆる advanced OSCE に対応する医療面接で、上記のような医療コミュニケーションを大切にしながら、診断と鑑別診断ができることが目標となります。

医療コミュニケーションの学習で 役立つコンセプト

1) 「やわらかな 1.5 人称」を目指して

私どもが目指すビジョンは「やわらかな 1.5 人称」です。この「やわらかな」という言葉の意味は、「自由に柔軟に自分と相手との間を行ったり来たりできる」という意味です。自分は 1 人称だが、相手は自分からみると 2 人称です。つまり、医療の専門家と

しての 1 人称をしっかりと維持しながら、相手の気持ちにも寄り添える (2 人称に近づける) ということです。これをイメージ化すると、抽象的な表現で「1.5 人称」になるわけです。「やわらかな 1.5 人称」というコンセプトは、実際の医療における医療面接の場面で、医療者と患者の双方にとって重要になると思います。

2) 「かた (型)」に「ち (血)」を通わせて、自分の「かたち (形)」をつくる!

医療の技能 (スキル) だけでなく、芸ごと・スポーツなどにも共通する上達のコツです。何事においても、上達のコツは、まず「かた (型)」を学ぶこと、その「型」に自分の「こころ」、つまり、「ち (血)」を通わせて、「かた+ち=かたち (形)」にすることにあります。OSCE 対応の医療面接は、その「型」を学ぶことに対応しています。早く「型」を身につけて、それに自分の「こころ」を通わせて、自分の「形」をつくるのが大切です。

その際には、まず「型」と「形」の違いを意識することが、最初のステップになります。「型」はお辞儀や服装のようなものです。しかし、「型」は「ち (血)」が通わないと「形」にならないのです。「ち」は血 (ち) ですが、乳 (ち) でもあり、また霊 (ち) でもあり、とても重要なものの意です。「型」に自分のこころ (血) が通って、はじめて自分の「形」ができるのです。

「生け花」「茶の湯」「書道」「琴」などの練習には、「稽古」(昔のことを考えるの意) という言葉を使います。なぜなのでしょう。これらの伝統技芸には、古くから伝えられた「型」があつて、その「型」から入っていくからではないでしょうか。その意味では医療コミュニケーションの学習も、「稽古」として身につけるつもりで対応すると、上達も早いように思います。

3) 「聴くは効くに通ず!」と「話すは放すに通ず!」

「聴く」と「話す」、「効く」と「放す」はコインの表と裏の関係になっています。つまり、「聴くは効くに通ず!」と「話すは放すに通ず!」は、同じコインの表と裏なのです。

4) 「疾患モード」と「病人モード」をやわらかく使い分けられるトレーニングを!

現代医学は、これまでに疾患 (disease) についての信頼できる多くの知識を集積してきました。「疾患」そのものは、目に見える形にして客観的に取り扱いやすいので、科学的な研究に馴染むといえます。しかし、「病人」はなかなか科学の対象になり難いものです。しかし、私どもの目の前にいるのは、「疾患」ではなく「疾患」を持った「病人」です。常に「疾患」は「病人」の一部として私ども医療者の前に現れます。つまり、私どもが治療の対象にしている「病人」とは、「疾患」(disease) を持った「病人」(patient) であり、このことは英語の表現でみるとわかりやすいと思います。英語の表現では、ある疾患を持っている患者は“patient with disease”になります。

そこで医療のなかで働く私どもが、常にここに置いておかなければならないことは、一方において「疾患」に対する科学的な態度を磨きながら、もう一方で「病人」に対して心理社会的要因を含めて診ようとする全人的な態度を磨く必要があるということです。ここで、前者のアプローチを「疾患モード」、後者のアプローチを「病人モード」と名づけてみたいと思います。前者のアプローチでは「理性」が、後者のアプローチでは「感性」が重要な役割を果たします。医療のなかでは、救急医療や手術といった診療場面では「疾患モード」に圧倒的な比重が移り、慢性疾患の診療場面では「病人モード」の比重が大きくなり、ストレス病を中心にする心身症の診療場面で「病人モード」に圧倒的な比重が移ります。つまり私ども医療者は、状況に応じて「疾患モード」と「病人モード」の使い分けが必要になるのです。「良き医療者」とは、個々の患者の諸々の特性に応じて、また患者のそのときの状態に応じて、この 2 つのモードを、柔軟に、やわらかく、巧みに使いこなせる医療者のことではないでしょうか。

5) 医療コミュニケーション教育の担当者と模擬患者の連携の重要性

コミュニケーション教育の場にコミュニケーションができあがっていないければ、コミュニケーション教育の成果が上らないのは当然といえるのではな

いでしょうか。教育の場の雰囲気のもたらす教育効果は何よりも重要です。模擬患者の育成のように、教育機関以外の人的資源の協力を必要とする場合には、とくに各教員の教育に対する姿勢が問われることとなります。これも広い意味での、コミュニケーションの問題です。

以上記してきたように、医療面接の学習と OSCE の実施には、模擬患者 (simulated patient: SP) の方々の協力を得ることは必須のことです。私どもの大分の地では、筆者がかつて大分医科大学 (現 大分大学医学部) 時代に医療面接教育の責任者を務めていた関係で、当時の国立西別府病院の森照明病院長 (現 湯布院厚生年金病院病院長) と協力してお世話をさせていただき、2001 年 12 月から「豊の国医療コミュニケーションの集い (ワークショップ)」(響き合いネットワーク大分) を開催しています。ここには種々の医療者、一般市民、患者、学生が多数参加しています。響き合いネットワーク岡山 SP 研究会代表の前田純子さんから貴重なアドバイスを受けながら、この集いから多くの SP が誕生し、育っています。

響き合いネットワークは、現在、大分、岡山、東京、長崎、山形、湯布院という全国の 6 つの地域に活動が広がっています。2010 年 6 月 20 日に「響き合いネットワーク湯布院」が設立された記念日に、響き合いネットワークの 6 つの団体の代表者が湯布院に集まり、「響き合いネットワーク連絡協議会」が設立されました。

推薦図書

推薦図書を紹介します (出版年度順)。

< 初級編として >

1) Cohen-Cole SA (著), 飯島克己・佐々木将人 (監訳): メディカルインタビュー (三つの役割軸モデルによるアプ

- ローチ), メディカル・サイエンス・インターナショナル, 1994 年 (¥3,200)
- 2) 飯島克己 (著): 外来でのコミュニケーション技法 (診療に生かしたい問診・面接のコツ), 日本医事新報社, 1995 年 (¥1,600)
- 3) 福井次矢 (監修): メディカル・インタビューマニュアル (医師の本領を生かすコミュニケーション技法), インターメディカ, 2000 年 (¥3,000)
- 4) 斎藤清二 (著): 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 年 (¥1,800)
- 5) 松岡健 (編集): 基本的臨床技能ヴィジュアルノート OSCE なんてこわくない, 医学書院, 2003 年 (¥3,000)

< 上級編として >

- 6) 土居健郎 (著): 新訂 方法としての面接 - 臨床家のために, 医学書院, 1992 年 (¥1,800)
- 7) Buckman R (著), 恒藤暁 (監訳): 真実を伝える - コミュニケーション技術と精神的援助の指針, 診断と治療社, 2000 年 (¥2,500)
- 8) Stuart MR and Lieberman III JA (著), 玉田太郎 (監訳): 15 分間の問診技法 - 日常診療に活かすサイコセラピー, 医学書院, 2001 年 (¥3,000)
- 9) Platt FW and Gordon GH (著), 津田司 (監訳): 困ったときに役立つ医療面接法ガイド - 困難な医師 - 患者関係に対処するコツ, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 2001 年 (¥3,400)
- 10) 熊倉伸宏 (著): 面接法, 新興医学出版社, 2002 年 (¥1,500)
- 11) Cole SA and Bird J (著), 飯島克己・佐々木将人 (訳): メディカルインタビュー (三つの役割軸モデルによるアプローチ) 第 2 版, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 2003 年 (¥3,800) ⇒ 1) の改訂版だが内容的には上級編

< 最近の書籍として >

- 1) 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, 2005 年 (¥2,100)
- 2) 松村真司, 箕輪良行 (編): コミュニケーショントレーニング 患者満足度の向上と効果的な診療のために, 医学書院, 2007 年 (¥3,500)
- 3) 日本ファーマシューティカルコミュニケーション学会 (編): 薬学生・薬剤師育成のための模擬患者 (SP) 研修の方法と実践, じほう, 2009 年 (¥2,400)