

座談会

# 模擬患者 (SP) 参加型 ロールプレイを活用した 医療コミュニケーション教育



近年、医学生や看護学生などの教育現場で導入され、その学習効果が評価されている「模擬患者参加型医療面接教育」。小誌は2014年12月、CRCを対象としたSP参加型の医療コミュニケーション教育を主題に据え、都内で座談会を開催した。(編集部)

## 出席者

- |              |   |
|--------------|---|
| (司会) 中野 重行 氏 | [大分大学 名誉教授 / 大分大学医学部創薬育薬医療コミュニケーション講座 教授]     |
| 神永 教子 氏      | [特定非営利活動法人 響き合いネットワーク 東京 SP の会 理事長]           |
| 黒野 富男 氏      | [協同組合 臨床開発支援ネットワーク (SMONA) 教育研修委員会委員長 / 事務局長] |
| 白木 克枝 氏      | [協同組合 臨床開発支援ネットワーク (SMONA) 事務局]               |
| 後藤 美穂 氏      | [トライアドジャパン株式会社 新薬開発支援部 CRC]                   |

中野 今日「模擬患者 (SP) 参加型ロールプレイを活用した医療コミュニケーション教育」というテーマで座談会を行うにあたり、多角的な意見交換をするために、3つの立場の方々にお集まりいただきました。

まず模擬患者参加型の研修を企画・運営されている立場から、協同組合臨床開発支援ネットワーク (SMONA) 事務局の黒野富男さん、白木克枝さんにご出席いただきました。そして模擬患者のグループから、特定非営利活動法人響き合いネットワーク東京 SP の会の理事長を務めておられる神永教子さん。さらに、実際にこうした研修会に参加されてきた CRC として、トライアドジャパン株式会社の後藤美穂さんをお願いしました。

これから皆さんから、模擬患者参加型ロールプレイによるインフォームドコンセント体験研修について、その目的や参加した感想、今後の課題など、忌憚のないご意見を頂戴できればと思います。

### 模擬患者参加型研修を始めた経緯

中野 黒野さんと白木さんから、SMONA で模擬患者参加型の研修を企画・実施することとなったきっかけなどについて、お話しいただけますか。

黒野 SMONA ではこれまで、コミュニケーションをテーマに据えた研修を実施してきました。一つは「コミュニケーションスキルアップ研修」で、自己の性格分析や場面設定での演技と講評などを主とした基礎的なコミュニケーションの研修を行っています。もう一つはコーチング研修で、部下の育成や、職場の問題解決に必要なコミュニケーションの方法を学ぶ機会を提供しています。しかし、これらはいずれも職場を中心としたコミュニケーションであり、CRC にとっては患者さんとのコミュニケーションが最も重要であるという視点から、模擬患者参加型のインフォームドコンセント体験研修を2009年から始めています。

白木 こうしたコミュニケーション研修のほかに

開催している「事例検討会」という研修に参加した CRC の方々のご意見が、模擬患者参加型研修の実施を後押しすることにもなりました。事例検討会は CRC がさまざまなテーマに沿って自分が体験したことを発表するグループワークですが、その中で患者さんに同意説明を行う場面でさまざまな悩みがある、という声が多数上がりました。そうした背景を考慮し、SMONA の教育研修委員会の中で模擬患者が参加する研修の企画をぜひ実施しよう、という運びになったことを記憶しています。

中野 つまり、CRC の人たちが患者さんと接するとき、「難しい」と感じている場面がかなりある、と。その問題の解決のために、実地の研修会で体験学習として始まったということですね。

### 日本における模擬患者の養成

中野 では次に、模擬患者について話題を展開しま

しょう。日本に「模擬患者」が紹介されたのは1975年くらいで、聖路加国際病院名誉院長の日野原重明先生は日本に模擬患者を紹介されたお一人です。私が模擬患者の養成に携わるようになったのが2001年、大分医科大学 (現:大分大学医学部) で医療コミュニケーションの授業と試験の責任者となった関係でスタートしました。その後、2006年から私が東京でも仕事をしようになり、大分での養成研修に参加した神永さんから「東京でもやりましょう」というお声がけをいただいたことがきっかけで、東京でも模擬患者の養成が始まりました。神永さんのほうから、響き合いネットワーク 東京 SP の会における模擬患者の養成について紹介をしていただけますか。

神永 最初の中野先生と、日本における模擬患者の第1号である前田純子先生のお二人に定期的に、ワークショップの形で“模擬患者とは何か”を学ぶことから始まりました。当時、集まったのは私の主人の大学の友人やゴルフ仲間でした、その方たちがいまも月2

### 「模擬患者 (SP) 参加によるインフォームドコンセント体験研修」の実際

協同組合 臨床開発支援ネットワーク (SMONA) は2014年10月19日 (日)、SMONA セミナー「臨床試験 (治験) のインフォームドコンセント体験研修 2014」を都内で開催。59名の参加者が模擬患者 (SP) 参加によるロールプレイを実践した。

SMONA では2009年以降、SP (Simulated Patient) 参加型のロールプレイ研修を本研修を含めて5回開催してきた。SP は2011年から「NPO 法人 響き合いネットワーク東京 SP の会」が協力しており、今回、東京 SP の会事務局長の神永貞信氏ら10名がボランティアとして参加した。

当日は、大分大学の中野重行氏と昭和大学の日々野文代氏による医療コミュニケーションを主題とした講演の後、午前と午後ロールプレイ研修が行われた。

#### ● SP はさまざまなキャラクターを演じ、参加者に“気づき”をフィードバック

ロールプレイは、1グループ5~6名の計10グループで行われた。各グループのうち1名がCRC役となり、1名のSPを患者役として自らのグループに迎え入れる。ロールプレイの時間は約20分。参加者は研修中に1回、CRC役を経験する。

SPが演じる患者の病気は、本態性高血圧と2型糖尿病の2種類。それぞれの試験に関する説明文書はSMONA事務局により用意された。さらに、患者タイプとして「I型:知識があり、CRCの説明に懐疑的」「II型:



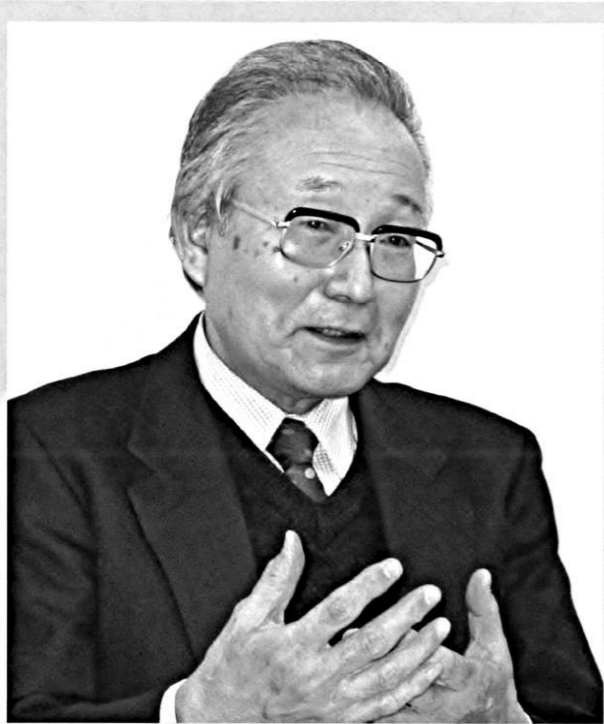
病識がなく、医師から選ばれた理由によっては参加する」など5種類が設定されており、10名のSPは病気と患者タイプを組み合わせたキャラクターを演じる。

CRC 役以外のすべての参加者は、ロールプレイの観察者となる。さまざまなキャラクターを演じる SP に対して、CRC 役がどのようにコミュニケーションを図るかを客観的に評価し、ロールプレイの終了後に表情や話し方、説明の進め方などで気づいた点を CRC 役にフィードバックする。さらに、演じ終えた SP も患者役としての気づきなどを参加者に伝えていく。

すべてのロールプレイが終了したあとに行われたディスカッションでは、「すぐに治験の話をするのではなく、患者さんが持つ背景などを受け止め、信頼関係を築くことの大切さがわかった」「今日の学びを持ち帰り、社内で共有したい」など、さまざまな意見や感想が示されていた。

アドバイザーを務めた中野重行氏は、「コミュニケーションは双方の情報を共有するプロセス。医療者は試験に関する膨大な情報を持っているが、患者もさまざまな背景や気持ちを抱えながら、CRCの説明に対応している。その事実を思いを致して、患者の思いをまず受け止める姿勢が必要」と語った。

(小誌 No.46 掲載記事を一部改変)



**なかの・しげゆき** 岡山大学医学部卒。スタンフォード大学医学部臨床薬理学部門に留学。大分医科大学臨床薬理学教授、大分大学医学部附属病院院長、大分大学学長補佐などを歴任。大分大学名誉教授。大分大学医学部創薬育薬医学教授、国際医療福祉大学大学院教授を経て現職。日本臨床薬理学会名誉会員(元理事長)・専門医・指導医、日本臨床精神神経薬理学会名誉会員(元会長)、日本心身医学会功労会員・認定医・指導医、日本内科学会認定医、臨床試験支援財団理事長。響き合いネットワーク連絡協議会理事長として、医療コミュニケーションを学ぶ全国的なワークショップ(大分、岡山、東京、長崎、山形)の企画・運営に携わっている。http://www.med.oita-u.ac.jp/pharmaceutical

大分で模擬患者を養成する際にも来ていただいて、さまざまなアドバイスを頂戴しました。前田さんは、その現場で起こった心の動きを医療者にフィードバックする、ということをとっても大事にする方で、それを東京でもご指導いただきました。

それから「やわらかな1.5人称」とは、過去に開催した医療コミュニケーションのワークショップの場で生まれた言葉です。自分が1人称、相手が2人称、そして医療に携わるプロフェッショナルの一人として業務を行いつつ、患者さんの気持ちに寄り添う。つまり、1人称と2人称との間で自由な心の動きができる視点を「やわらかな1.5人称」と名づけました。治験を含む臨床研究で被験者に寄り添うCRCは、このコミュニケーションのイメージを大切にしてほしいと考えています。

**神永** この会が医学教育の一環としてさまざまな大学などに行くと、「まるで本物の患者さんのようなりアリティのある演技ですね」というお褒めの言葉をいただきます。そういうことができるようになった原点はどこか、というと前田先生の教えになります。

**中野** 前田さんは演劇も勉強していらっしゃるという背景がありますが、あの方自身が感性の豊かな方なので、そのときどきで心が柔軟に動く。そして、「どう感じたか」という心の動きを医療者にフィードバックする。そこが響き合いネットワーク東京SPの会にも受け継がれている、ということですね。

## CRCの立場から見た模擬患者参加型研修

**中野** では、実際に模擬患者参加型の研修会にCRCとして参加して、後藤さんはいかがでしたか？

**後藤** 初めて模擬患者参加型の研修に参加したのは、国際医療福祉大学の大学院で中野先生にご指導いただいていた際の授業の一環でした。もともとCRCとしてインフォームドコンセントは行っていたので、「それなりにできるんじゃないかな」という多少の自信を持って挑みましたが、実際にやってみると難易度が高く、かなり苦労しました。

これまでインフォームドコンセントをするときは、医師のほうからある程度、「この患者さんだったら大

丈夫」という情報を得た上で、比較のおだやかな人に説明をすることが多かったのですが、研修で私が対応したのは、始めから猜疑心を持っている上、怒りっぽいタイプの模擬患者さんだったので、「この人にどうやって治験を説明していこうか」とすごく考えさせられました。

こちらがドキドキしながらしゃべっていると、それが相手に伝わり、余計怒らせてしまったりしたため、そこをどう乗り越えていくか、というところも難しかったです。試行錯誤しながら説明を進めたその途中、模擬患者さんの肩に触れ、「大丈夫ですよ」とお伝えしながら話をしたところから、こちらの話を受け入れてくれるようになり、説明を進めることができたことを覚えています。

**中野** 最初の体験はととても強烈ですね。それまでにCRC同士のロールプレイは行っていましたか？

**後藤** はい。

**中野** 模擬患者がいる研修とCRC同士のロールプレイの違いには、どのようなところがあるのでしょうか。

**後藤** まず臨場感が違いますし、CRC同士でロールプレイをすると、模擬患者の方と違って役作りがそこまでしっかりしていないため、結構スムーズに終わってしまいます。

**中野** それにお互いの立場をわかってしまうから、つい甘くなってしまう、という傾向があるかもしれませんね。

**後藤** それが模擬患者の方だと妥協点も何もないので、とても苦労しました。

**中野** 簡単に同意が得られてしまうとあまり研修にならない。だから研修は、少し難しい内容でセッティングをしている、というところはありますね。黒野さんにお聞きしたいのですが、こうした研修に参加したCRCの人たちの感想は、どのようなものがあるのでしょうか？

## “白日の下”となる同意説明の実際

**黒野** 実際に同意説明が行われる現場は、CRCと患者さんは1対1です。いわば密室であり、そこでCRCが何をどういう風に説明したのかは患者さんに



**かみなが・のりこ** 北海道赤平市立病院中央検査科、北海道芦別市立病院検査科を経て、中野共立病院中央検査科(検査科室長、技術部門副部長)。中野勤医協理事・評議員、日本核医学技術学会東京・関東地区インビトロ研究会理事・監事、東京都臨床衛生検査技師会理事・役員推薦委員、日本臨床衛生検査技師会理事・常務理事、日本血液検査学会評議員などを歴任。第12回豊の国医療コミュニケーションの集い参加、日本医科大学SP養成講座受講、城西国際薬科大学SP養成講座受講、日本歯科大学SP養成講座受講。響き合いネットワーク東京SPの会理事長、響き合いネットワーク連絡協議会副理事長。http://kaminaga.moo.jp

しかわかりません。ところが、模擬患者参加型のロールプレイ研修の場合は、自分が普段行っている説明が白日の下にさらされ、さらに、模擬患者や同じグループになったメンバーからフィードバックがあります。“密室ではない”というところがこの研修の良い点であり、アンケートでは、「自分の説明を模擬患者の方やほかのCRCから講評を受ける機会がこれまでなかったの、すごく参考になった」という回答が多数寄せられます。そういう意味で、とても良い研修になっているのではないかと私たちは捉えています。

**中野** 先ほど後藤さんから、「難易度」や「臨場感」というポイントが挙げられましたが、今度は質問の中身について「普段こんな質問をされたことがなくて、難しかった」ということはありましたか？

**後藤** 「要は人体実験なんですよね？ 何が違う

## 互いが持つ情報を共有

中野 いま、後藤さんがとても重要なことをおっしゃったと思うのですが、よくあるパターンは「人体実験じゃないんですか？」と模擬患者から言われたとき、CRCは皆、身構えます。やはり、あまりそういう質問はされたくない。そして、そこからどういう対応をするかで、そのあとの雰囲気が変わるんです。CRC側が身構えたまま、「人体実験ではありません」という否定的な回答をすると、模擬患者さんとの間に不信感がスーッと広がっていく。このときに重要なのは、その模擬患者さんが言っている人体実験のイメージと、自分が頭に描く人体実験のイメージのすり合わせを行うことです。すぐに自分のイメージで答えてしまうと、食い違いがひどくなってしまいます。

したがって、こうした場合の受け答えの例としては、「いま、人体実験とおっしゃいましたが、どのようなイメージをお持ちですか？」と聞き返し、相手のイメージを聞いてみる。そこで、たとえばナチスの人体実験の話が出てきたら、「ナチスの人体実験とはここが違うんですよ」という説明ができますよね。そうして対話を重ねていくうちに、模擬患者との距離感を縮め、相手の理解を得られるようになる。つまりコミュニケーションとは何なのかというと、1対1の場合、お互いが持っている情報を共有していくプロセスです。「人体実験」と言ったとき、その「人体実験」のイメージを話しながら共有することができれば、コミュニケーションが成立する。だから、この研修ではそういう学習を行っているわけであり、このような気づきはとても重要です。

後藤 あと、「問の取り方」ということも教えていただきました。私は会話の途中で問が空いてしまうことが苦手で、問を作らないように話し、質問に対してはすぐに反応しようとしていました。SMOの社内研修で行うロールプレイだと、そこは誰からも指摘されなかったのですが、模擬患者の方が役になりきって、その役の視点でフィードバックをしてくれる中で「問の重要性」に気づくことができ、その後、実際に行うインフォームド Consentの中で役に立っています。

中野 日本の文化では「問」がとても重要だと私は考えていて、たとえば「人間」という言葉は「人の間」と書くし、それから「世間」という言葉も「問」がある。話している時間より、間のちょっとした沈黙というのが重要な場合もありますね。問が重要だと気づけたのも素晴らしいことです。

## “気づき”の重要性

中野 このように、さまざまな“気づき”がこの学習にはありますが、前田さんは「気づきを促す」、それが模擬患者の命だ」といつもおっしゃっている。「気づき」というのは、CRCに限らず、どの職業でも肝心で、何事にも進歩していくためには気づきがあり、「ここをこうしないといけない」と気づかない限りは、いくら教えても動かない。本人が気づくことから、あらゆる事が動き始めるのです。

黒野 “気づき”がコミュニケーションのスタートなんですね。

中野 “気づき”というのは感性なので、「人間関係の感性を磨く」というところでしょうか。

黒野 気づくことによって意識が変わり、意識が変わると行動が変わるといいますね。

中野 そう。そして行動が変わると習慣が変わって、習慣が変わると人生が変わる。スタートは“気づき”です。

白木 アンケートでも、気づきの部分に関する感想を数多くいただいています。たとえば、「社内でロールプレイをすることはあっても、患者さん視点からの意見や見え方についてフィードバックをもらえることはなく、自分がどう見えるかを聞いて本当に良かった。経験1年以内のCRCは皆、体験すべきだと思う」という意見や、「患者様によって、さまざまな質問があり、いかに臨機応変に対応していくか、CRCの工夫が必要だと思いました。どれだけ患者様の心を和らげ、患者様を理解し、その声に耳を傾けていくことが同意説明の成功につながることを学びました」といった感想が寄せられています。



しらき・かつえ 大手広告代理店の管理部門にて人事、経理関係業務に従事。労務・会計管理のほか人材採用・人材開発、人事制度の構築に携わり、主に新入社員と中途入社社員の教育研修を担当。2006年より協同組合臨床開発支援ネットワーク(SMONA)事務局でSMOや医療機関のCRCのための導入・継続研修会の企画・運営のほか、理事会・運営委員会の設営、各種の専門委員会の統制など事務局業務全般に携わる。SMONA共同治験での医療機関情報の管理、臨床薬理学会との実務対応、臨床試験・臨床研究の専門職としてのCRCのキャリアアップのサポートとCRCの地位向上を目指して活動、現在に至る。

## 目の前にいる相手の戸惑いや不安への理解

中野 模擬患者が参加するCRCの研修会は、同意説明をして同意をもらう、という場面が中心になります。CRCの頭の中には、説明したいことがいっぱいあるし、しなければいけないことも数多くある。そうすると、相手の頭の中にあること、具体的にいうと模擬患者の役が抱えるさまざまな戸惑いや不安はなかなか見えなくなってしまいます。けれども、CRCにとって大切なことは、目の前にいる相手のそうした事柄をどれだけピックアップできるのか、理解できるか、そういうことだと思います。

神永 そうですね。結局そこですよ。そして模擬患者は、その気づきをどう促していくかというところに注力しているわけです。

中野 それから、さまざまな質問が出てくる中で、

の？」という質問ですね。そのとき、そう聞かれた私は、一方的に自分の思いを答えてしまったんです。ロールプレイが終わったあとの振り返りのときに、模擬患者の方から、「本当は自分なりの思いを抱えていたので、それをあなたに聞いてほしかった」と言われ、そこから「相手の気持ちや思いを確認しないまま、自分の思いや考えを述べてしまう」という自分のコミュニケーションの癖を発見することができました。

その後、実際の現場でインフォームド Consentを行うときは、患者さんに質問された場合、「どうしてそういう質問をしたのだろうか」ということを聞いて、それに合わせて答えていくことができるようになりました。これを学ぶことができたのはすごく良かったです。こうしたことに気づくことができることも、模擬患者参加型研修の特徴だと思います。

CRCでは対応ができないものも、当然出てくると思っています。ですが研修の様子を見てみると、それをごまかそうとしたり、そのままなんとかぐり抜けようとして、ちょっと答えを逸らしてみたりする参加者の方がいるんですね。でも、それも相手に伝わってしまうし、適当なことを答えていると、あとから自分が困ることにつながります。やはり医療者として、患者さんと接するとき、わからないところは、「わからないので調べてお答えします」とか、治験だったら治験責任医師がいるわけだから、「責任医師から改めてお話をしてもらいます」という返答に持っていくこともできますよね。CRCがすべてを答えなければいけないわけではないのです。

**神永** 患者さんとの信頼関係を失うようなことはやってもらいたくないですね。これはコミュニケーションの基本だと思います。コミュニケーションの場面では、知識の有無よりも、接し方のほうが相手により強い影響を与えます。

## 研修：企画準備などの配慮

**中野** 白木さんは企画の準備段階から当日まで、さまざまな対応をされていると思います。その準備の段階ではどういうことに気を配っておられますか？

**白木** まずこの研修の企画については、中野先生と神永さんと日程調整や内容のご相談をさせていただきます。そして日程が決まったら研修の案内告知を出し、申し込み受付が始まりましたら、神永さんには模擬患者のシナリオ作成に入らせていただきます。その際、「今回は〇人くらいの参加がありそうなので、模擬患者さんを△人くらいでお願いしたいと思います」とお伝えし、前回の研修では10人分のシナリオを作っていました。細かい人物設定で、その方の疾患、年齢、家族構成、どういった生活を送っているかなど、背景までしっかり作っていただくので、大変なご苦労だと思います。

**中野** グループの構成などはどのように行いますか。

**白木** 研修はグループワークで進めていきますが、同じ会社からもたくさんお申し込みがありますので、

1つのグループにはなるべく同じ会社の人が入らないように振り分けます。それから、やはりほかのCRCさんの同意説明を聞いて勉強になることも大いにあるので、キャリアも1年未満の方ばかりのグループになってしまった、というような偏りが出ないように、グループのメンバーにさまざまなキャリアの方が入るように振り分けの工夫をしています。そのグループ分けができたならグループ表を神永さんに送り、それを確認した神永さんが、今度は模擬患者さんのローテーション表を私に送ってくださいます。“この順番で、このグループを回ります”，と。当日はそのローテーション表をもとに、待合室を想定した模擬患者さんが座っている席までCRCの方が呼びに行く、という段取りになっています。

**中野** ベテランと経験の浅い参加者をバランス良く振り分け、同じ会社で固まらないようにする、などグループのメンバーをどのように組むかという配慮は、とても重要ですね。さまざまな医療コミュニケーションのワークショップの際も、グルーピングにすごく時間をかけて頭を痛めながら行っています。

## 「キークエスチョン」というミッション

**中野** さて、模擬患者側の準備段階では神永さんにシナリオを作らせていただきますが、そのあたりで大変なのはどのようなことでしょうか？

**神永** 実はある程度パターンが決まっていることもあり、“大変な苦勞”という感じではないんです。プロトコルは事前に白木さんに決めてもらっていますし、これまでにさまざまなところで使ってきたシナリオがあるので、それをアレンジしていく、という形で進めています。たとえば、前回の研修のプロトコルは高血圧と糖尿病でしたが、それぞれに「医師への対応に不満があるタイプ」とか「病識がないタイプ」といった患者タイプを分けて、それに合わせる形で模擬患者の性格も含めてシナリオを作ること、私にとっていろいろアイデアが浮かんで楽しい作業です。

**中野** 神永さんたちに参加していただくときに、「キークエスチョン」を作ってもらおうよう、私のほうからお願いしました。治験を含む臨床試験の説明には、

外すことのできないキーワードがいくつかあります。たとえば、「ランダム化」「二重盲検法」「プラセボ」「治験」。こういったものは、そもそも何なのか。そうしたキーワードになるものをミッションとして模擬患者に与え、「必要なときはCRCに聞いてみてください」と伝えていきます。その説明が納得いくかどうか、それをものすごく重視している。だから、普通の現場で実際に説明している患者さんより、難しい場面が結構あるのではないかと思います。

**後藤** おっしゃる通り、対応の難しい場面がたびたびあります。先ほどの人体実験もそうですし、あとはプラセボの説明など、できれば聞かれたくないようなところを質問されますね。

**中野** プラセボの説明も皆さん困ることが多いようですね。模擬患者の「プラセボはなぜ使うのですか？」という質問や、「プラセボではないほうを使いたいのですが」というような発言は、実はミッションなんです。普通の患者さんであればそうした質問をあまりしないけれども、もしも言われたらどう答えるかというのは、大変重要なことです。これは、臨床試験の基本がわかっているかどうか、ということにもつながります。

## 想定しない事柄への対応

**後藤** 特に新人のCRCは、説明文書を読んで自分が理解した内容を、そのまま伝えようという思いが強い印象があります。そこで「プラセボって何ですか？」と尋ねられて、そこに書いてあることをそのまま話しても、相手に伝わりませんよね。もっとわかりやすく、どうやって伝えていくかというところが、模擬患者の方がいる研修では大変良いトレーニングになると思います。

**黒野** 想定しない状況にどれだけCRCが対応できるか、ということでもありますね。たとえば「毎日通院しないとイケないということだけど、週5日じゃだめなのか」というような、実際の現場ではなかなか出ないような質問を出していただいて、そのときにCRCがどういう反応を示すか。そういうことも研修ならではの教育になるのではないかと思います。加えて、こういうことは模擬患者さんだからこそできるこ



**ごとう・みほ** 山梨医科大学医学部看護学科卒。国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究所創薬医療分野にて医療福祉修士取得。上級者臨床研究コーディネーター、日本臨床薬理学会認定CRC。2013年日本臨床薬理学会CRC海外研修員としてオランダにて研修を受ける。論文(薬理と治療):うつ病患者の治験における同意説明文書の情報提示方法に関する研究—健康な一般市民との比較—。国立精神神経センター武蔵病院にて看護師として精神科病棟勤務後、トライアドジャパン株式会社に入社。新薬開発支援部にて精神科CRCとして勤務。日本SMO協会治験実務検討委員会委員。特定非営利活動法人CNSネットワーク協議会代表理事として精神科の情報を発信している。<http://www.cns-net.or.jp/>

とでもありますし。

**中野** 臨機応変に対応するためには、原理原則が身につけていないといけません。それから、柔軟に対応できる気持ちというのも大変重要です。

**白木** 医療用語を簡単なわかりやすい言葉に置き換えることも大事ですね。

**中野** その通りです。業務の中で使っている言葉の中には「業界用語」がたくさんありますが、それをそのまま患者さんの前で使ったら、患者さんは戸惑ってしまうでしょう。だから、それをいかに噛み砕いて伝えられるかは、CRCにとって欠かせないスキルです。そこで、研修の場ではあえて模擬患者に「それはどういう意味ですか？」と聞いてもらったりするわけです。

先ほども触れましたが、研修の様子を見てみると、

皆さんが特に困っているのはプラセボです。「なぜこれを使うのか」と聞かれたときの答えに、本当に頭を痛めている。プラセボに関しては、この研修会に限らず、もっと皆で勉強して、わかりやすい説明の仕方というものを身につける必要があると感じています。

## 研修：司会・進行中の配慮・気づき

**中野** さて、このように準備が進められているワークショップですが、当日の司会・進行を行うにあたり、白木さんから見て何か気づきや配慮をしていることはありますか？

**白木** まず、会場の雰囲気はとても気にしています。模擬患者さんの中にはシナリオの設定上、CRCに対して厳しい対応の演技をする方もいらっしゃいます。すると、場合によっては自分の説明がうまくいかず、感情が高ぶって泣いてしまうCRCの方がいるんですね。それをそのままにしていると会場の雰囲気に影響が出てしまうので、一人が終わったところで拍手をしたり、模擬患者さんに全員で拍手を贈るといったような、気持ちを切り替えられるポイントを作っています。これは中野先生から教えていただいたことですが、会場の雰囲気づくりにはとても効果的だと思っています。

**中野** 拍手は、演じているところから現実に戻るきっかけにもなるため、実は重要なのです。

**白木** あと、模擬患者さんにおかけいただく席と、説明するCRCの席について、進行上1点反省している点があります。各グループの中に3席、空いている席を用意していたのですが、そこで「CRCが説明しやすいところに座って、模擬患者さんをご案内してください」という説明をしたのですが、本来であれば、模擬患者さんがリラックスできる席を選んでもらうように誘導をお願いすべきだったと、あとから気づきました。

**中野** 患者中心か、CRC中心か、ということですね。患者役がリラックスできる場所を選べば、当然、こちらも話しやすい。

**白木** はい、そうです。進行も患者さん主体で行わなければいけないな、と思いました。

## 参加者への情報提供の範囲

**中野** それでは、今後クリアしていきたい課題や、実施してみたいアイデアなどあればお聞かせください。

**黒野** この模擬患者参加型の研修では、参加者に疾患と患者さんの名前と年齢が事前情報として与えられますが、もう少し情報があつたほうがより現実的ではないかと思っています。実際の場合だと、CRCは患者さんの顔はわからないかもしれませんが、カルテで状況はある程度把握していますから。

**中野** そうですね。シナリオの基本形が、「初めて患者さんに接するときの接し方」という医学生教育用になっているため、CRC用に情報量をもう少し増やして、実際の現場に近づけるとより有意義な研修になりそうです。

**白木** 現在いただいているシナリオには、主訴や家族歴まで入っているのですが、それが公開されるとまた違ってくると思います。

**神永** 病識がない、という設定の患者さんの場合には、その情報も入れておくと、導入のあとのコミュニケーションが良くとれるかもしれませんね。「はじめまして。はい、これから私が治験の説明をします」という流れも防げて、現実にもフィットするようになるのですが。

**中野** そこは少し慎重にしたほうがいいかもしれません。というのは、「病識がない」ということに気づくことが重要かもしれない。

**神永** なるほど。そこは気づきのポイントになるわけですね。

**中野** あまり情報を出しすぎても、コミュニケーション教育にならないかもしれないので、公開する情報については少し時間をかけて検討したほうがいいでしょう。

**白木** そうしましたら、次回はもう少しCRCに情報を公開する方向で、研修を開催してみたいと思います。

**中野** こうした議論も踏まえて、事前準備がいままでよりもきめ細かく、そして時間が必要なものになりますね。

**神永** 先ほど中野先生がおっしゃった通り、何をどこまでCRCの方に知らせるかという、その範囲がポイントになりますね。

**後藤** CRCとして、インフォームドコンセントをするときは、患者さんがどういう思いでいま、この席に座っていらっしゃるのかを考えながら行うようにしているので、実際の現場同様、カルテから読み取れる情報は開示していただけると、研修でも展開が広がりやすいかもしれません。

**黒野** あまり情報をたくさん提供してしまうと、気づきがなくなってしまうので、最低限、というところでしょうか。

**中野** そうですね。研修はその場で起こった心の動き、自分の心の動きも気づくし、相手の心の動きにも気づく、というトレーニングだから、必要以上に現場へ近づけることは避けたほうが良いかもしれません。

## CRCに必要な“3つの機会”

**中野** 後藤さんはCRCの立場から、今後に向けたご意見や提案はありますか？

**後藤** 先ほど白木さんが発表された感想の中にもありましたが、私も模擬患者参加型のロールプレイ研修を、CRC1年目の人が皆受けられるようになるというと考えています。実際、現場で患者さんに同意説明したあとに「どうでしたか？」と聞くことはできませんし、CRC同士でロールプレイを行って返してもらい意見よりも、模擬患者の役になりきった方から返してもらい意見のほうが気づきが多く、この研修からしか得られない内容だと思います。

早い段階でこの研修を受ければ、自分のコミュニケーションの癖に気づくことができたり、研修で得たものを実際の現場で活用できます。さらに、コミュニケー

ションがうまくとれないために治験がなかなか進まず、医師から「このCRCでは安心して任せられない」と思われたりすることが避けられ、大変有意義なのではないかと考えます。

**中野** 経験が浅い人向けの研修はもちろん、ある程度経験を積んだCRCに向けた内容の模擬患者参加型研修を行う、というのにも意味がありそうですね。

いずれにしても、模擬患者はフィードバックの仕方も学んでいるので、各自の気づきを促すことにつなげることができるのが、模擬患者参加型の研修の大きな特徴といえるでしょう。ただ、仲間同士で患者を演じるのも意味があると思います。自分が患者の立場に立ったときに気づくことがあるので、その機会も重要です。とはいえ、それでは患者の臨場感がなかなか生まれないし、患者としてのトレーニングができていないから、深めていくことは難しい。さらにもう一つは、実際の場面ですね。患者さんに同意説明を実際に行ってみて、気づくこと・得られるものがあると思います。

したがって、私はCRCにとって、①模擬患者参加型研修、②仲間同士での研修、③OJTにおける気づきや学び、この3つがすべて必要だと考えます。それぞれに良いところがあり、足りないところを補い合っている。CRCの方々には、この3つの機会を上手に活用して、より良い医療コミュニケーションを図れる人材となっていただきたいですね。また、研修を企画・運営する側はCRCに気づきを促す、より有意義な内容になるものを今後も展開していただければと思います。

**黒野** CRCにとって大切な気づきの機会を提供できるよう、ご指導を得ながら模擬患者参加型研修の質を高める努力を続けていきたいと思っています。

**中野** 本日はお忙しい中、ありがとうございました。一同 ありがとうございます。