日米医学部における医学教育の現状と課題
～臨床技能教育、特に医療面接に重きをおいて～

東京大学大学院 医学系研究科 医療経営政策学寄附講座 客員教授

橋本　英樹

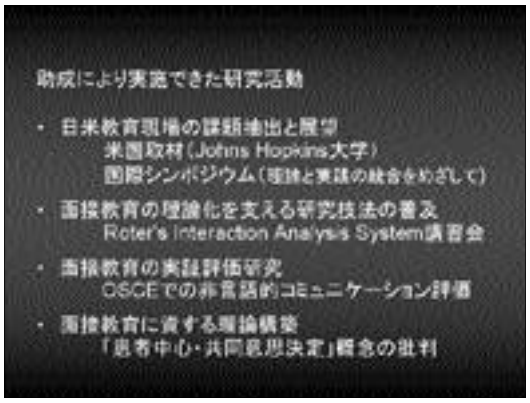
【スライド-1】

ご助成いただきました研究は、日米の医学部における医学教育で特に「患者の視点」という今回のテーマにも則していると思うのですけれども、中でも一番重要なものとして、医療面接、つまりお医者さんと患者さんの間のコミュニケーションというものをどう教育していくのか、この部分について課題を明らかにするというものです。

研究協力者として、帝京大の公衆衛生の石川ひろの先生、それから医療におけるコミュニケーションの研究でおそらく世界で第一人者と思いますJohns Hopkins大学のDebra Roter教授を、海外協力者という形でお招きして、行わせていただきました。

スライド-1

スライド-2



【スライド-2】

今回助成いただいて出来たことをここに列挙しました。

まず一つが、Johns Hopkins に取材に行ったこと。Johns Hopkins は特に医療コミュニケーションですとか、臨床実技の教育に関する教育改革を、ちょうど今3年越しで行っておりました。その部分を見せていただいたというのが一つ。それから、Johns Hopkins の担当者と日本の方で行っている研究者とを合わせた国際シンポジウムで、どのような理論に基づいてどういう形で教育実践を行っていくのかという、理論と実践の融合を目指したシンポジウムを開かせていただきました。

それから、面接の教育というものの理論化および実践評価を支えるための手段として、従来面接というのはどちらかといいますと、感覚といいますか経験といいますか、そうしたもので行われたということに対して、これを実証研究で行うためのツールとして先ほどご紹介したJohns Hopkins のRoter教授が開発されたシステムがあり、これの日本における講習会を行いました。日本における医療面接のコミュニケーション研

究者と、それから主に総合診療部などで実際に学生の教育を担当されていらっしゃいます医学部の教官をお招きしての講習会です。

そして更に実際の研究としまして、面接教育をどういうふうにやっているのかの評価の方法として、言葉をどのように交すかだけではなく、実際に身振り・手振りだとかアイコンタクトといった、いわゆる非言語的なコミュニケーションが非常に患者との関係作りの上で重要視されているにもかかわらず、これに関して、実は評価システムがあまり世界的に見ても良いものが無かったので、今回我々の方でその開発を行いました。

そして最後に、特に最近重要視されております患者中心的とか共同意思決定といったような概念についての、理論整理を行ってみました。

【スライド-3】

まず冒頭のものですが、臨床教育を日米で比較した場合何が違うかと申しますと、米国の場合と日本の場合の教育制度の違いから起こっていることなのですが、実はアメリカの場合メディカルスクールで臨床研修が始まり、ほとんど実践をメディカルスクールの中でやってしまっているのに対して、日本の場合は、2年短い分、実践は卒業してから行なわれている。そういうことで、どうしてもいわゆる“知識偏重の実践欠如”というのが、従来日本の教育において問題とされておりました。

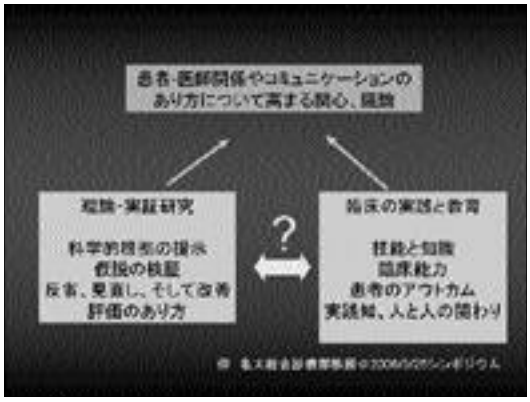
【スライド-4】

そこで、どういうふうに実践教育を行っていくかということが非常に重要視されてまいりまして、最近4年生などでは、全国統一の臨床実技試験などが導入されるようになったり、国家試験でもその導入が予定されるようになってきているのですが、問題はそれが本当に理論とか実証とかに基づいているのか。この部分がどうもちょっと怪しいというのが、問題提起としてされてまいりました。

特にその中でも問題になっているのがコミュニケーション教育です。私が学生だった頃などは、「そんなものは自分でやれ」とか「上がやっているのを見ろ」とされたから、だいたいろくでもないことを学んできてしまったのですが、現在医学部はこれを教えるようなシステムを持つようになってはまいりました。

スライド-3

スライド-4



【スライド-5】

ただそのコミュニケーションというものが、これだけ目的を持っているものであるということに対して、これを本当にちゃんと教えられる体制があるのか。それに基づいてやれるだけの理論を持てているのかというところが、実は問題になっています。

【スライド-6, 7】

特に、日本でこの領域の教育の第一人者であります東京医大の大滝教授に問題提起していただいたところでは、「何を教えるのか」というよりは「テストで何をやるからどう教えるのか」という本末転倒が起こってしまっているのが、現状の日本の問題として挙げられておりました。つまり、本来でしたら「何を習得すべきか」から評価が上がっていくはずなのに、現状ではその逆が起こってしまっているということです。

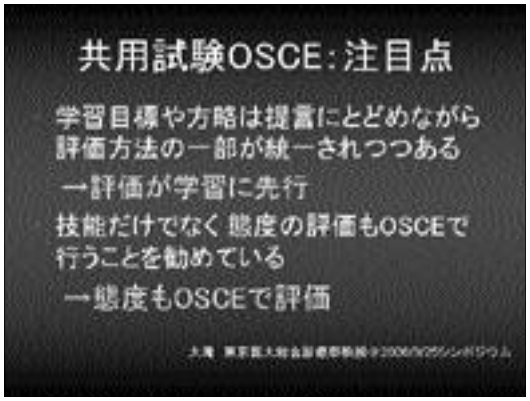
【スライド-8】

では、アメリカの方ではどうなのか。

Johns Hopkins 大学の教育担当副学科長Thomas教授にうかがったところ、コミュニケーションに関しては平均50時間を費やしている。日本などはせいぜい数時間ですので、確かに非常に多大な労力は注いでいる。その点では進んでいるのですが、しかし何をどう教えるのかという点に関しては模索中であって、例えば向こうで今問題になっているものとして、いわゆる文化的なsensitivityのようなものがあります。何をもって文化的なsensitivityというのか、それをどういう項目として教えたらいいのか、ということについては定義が曖昧で、名前先行になってしまっている部分がある。こういったことから、やはり向こうでもそうい

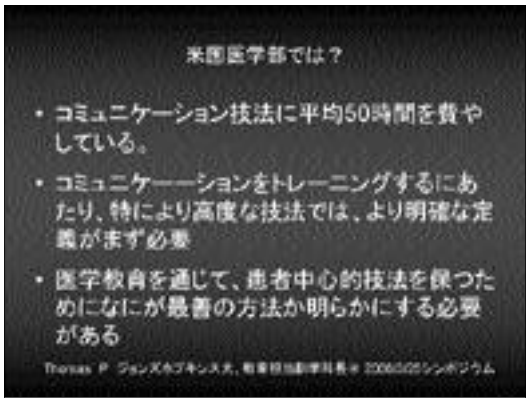
スライド-5

スライド-6



スライド-7

スライド-8

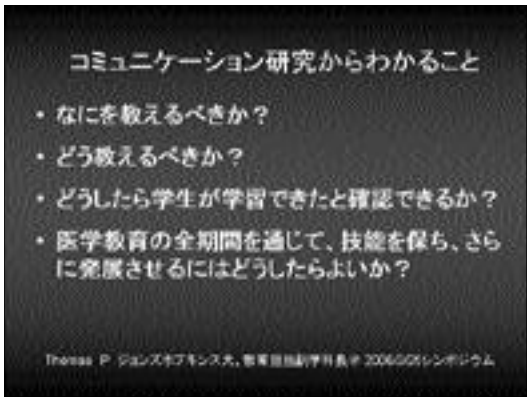


う理論とか実証といった点がまだ教育上欠けていて、その点では同じだということが明らかにされました。

【スライド-9】

そこで、コミュニケーション研究をどのように教育に使うのかといったところで問題になってくるのが、ここに挙げたようなことです。

スライド-9



【スライド-10】

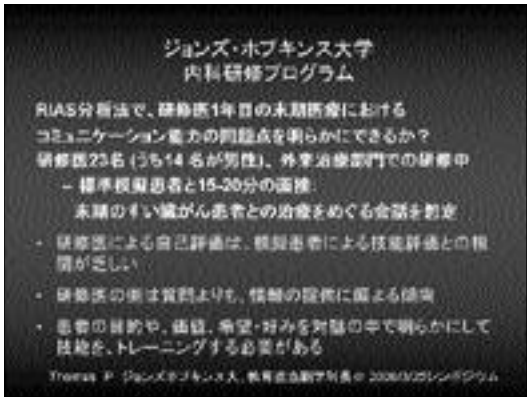
それの一つとして、講習会を開きましたRoter教授の“RIAS”と呼ばれる分析方法を、実は既にJohns Hopkinsの方は導入しておりました。総合診療を担当しているお医者さんの実際の会話、もしくは模擬患者さんとの会話をこのシステムで解析してみた結果、このような特徴が挙げられています。これなんかは既にArch Intern Medなどに載せられているものです。

スライド-10

【スライド-11】

また、内科の研修プログラムに入っている、研修医が末期癌の患者さん等に対するコミュニケーションをどういうふうにやれるのかということについて、これを模擬患者を使ったトレーニングで評価して、それをフィードバックしてあげる。その結果、例えば質問とか情報提供とかの方が多くなって、耳を傾けて聞いてあげるというところが少ないということが、数量的にも明らかにされた。それを数字としてフィードバックしてあげることで、研修医が自分の弱点であるとか、そういったものを明らかにすることができるようになっている。

スライド-11



【スライド-12】

幸いにして、これの日本語版を作ってくださった先生方がいらっしゃいます。今岐阜大学にいらっしゃる阿部先生達なのですけれども、それを使わせていただいて講習会を行いました。それがこのRIAS と呼ばれるものです。

時間の関係で細かいところは省略せていただきますが、基本的には、会話のパーツを分類していくことで明らかにしていくという形のものになっています。

【スライド-13】

このように、色々な場面での会話を全部で41項目に分類してやる、というものです。

【スライド-14】

医療会話というものを、勘であるとか倫理の問題とは別に、科学の対象として、かつ理論に基づいて、どういう形で系統的に教えるのか。こういう医療会話の解剖学といったものを設立していくことが重要であるということを確認することができました。

【スライド-15】

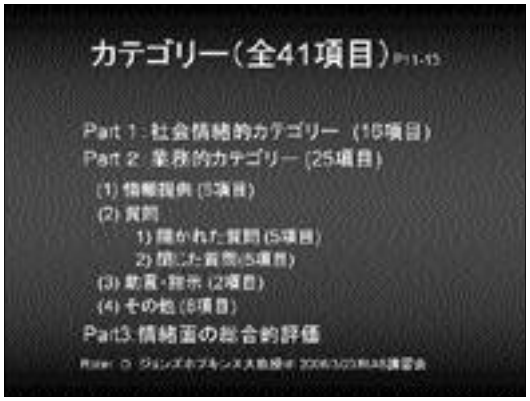
コミュニケーションが持っている治療効果のメカニズムということに関して、これはRoter教授が出された仮説なのですけれども、悔しいことに、既にアメリカの方では、どういう会話をしたらどういうふうに関係を変えるかだけではなくて、例えば糖尿病の患者さんがどういうふうに状態が良くなったかなどということが、89年ぐらいには既に論文で出されています。残念ながら日本ではこれに合うような研究がまだ出されていません。現在準備中でありますが、こういったことを拡げることが、教育を進めていく上でも重要であろうということだと思います。

【スライド-16, 17】

その上で今回、研究協力者の石川先生と実施した研究として、非言語コミュニケーションをどう評価するのかというこ

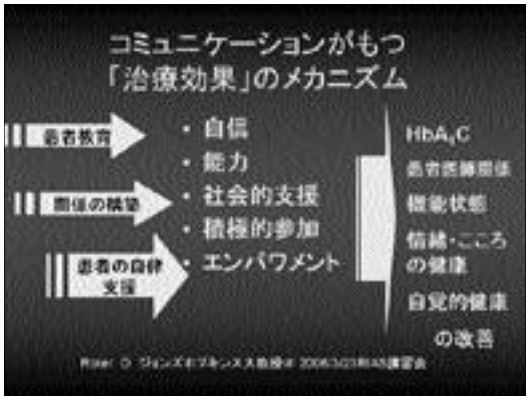
スライド-12

スライド-13

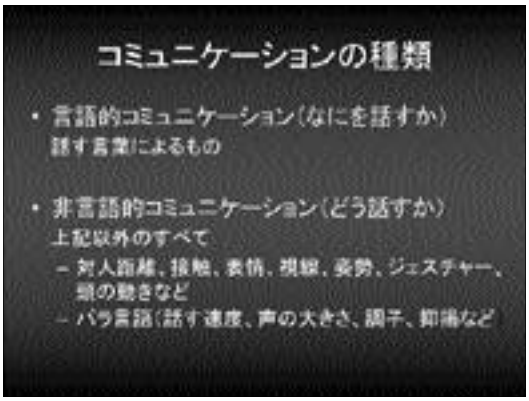


スライド-14

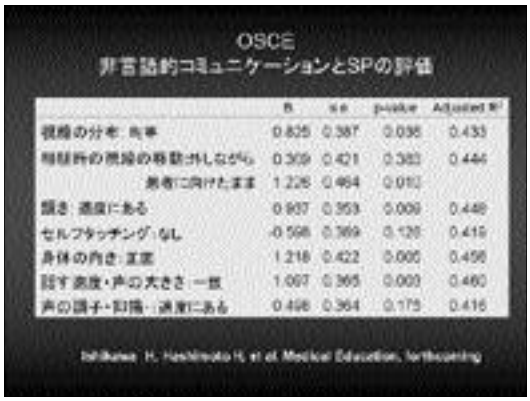
スライド-15



スライド-16



スライド-17



とがあります。これを患者さん・・・この場合模擬患者さんなのですが、模擬患者さんがどういうふうに受け止めたのかといったことを、数量的に明らかにしてみました。

ここで明らかになったことなのですけれども、例えば、よく医療現場で、患者さんとお話をしているときにアイコンタクトをとるというのが重要であると言われます。要するに、目を見て話しなさいということで、これは何となく当たり前だと思いますけれども、実はよくよく見てみると、質問するときは目を見ているのですけれども、患者さんが喋っているときは「ふんふん」と言って、カルテの方を見てしまっていることが、実は多いのです。実は見ている量ではなくて、視線の分布が重要なのです。質問しているときも見ているけれども、話を聞いているときも見ているかどうか、それが均等であるかどうかというのは、有意に患者さんの受け止め方に影響していました。

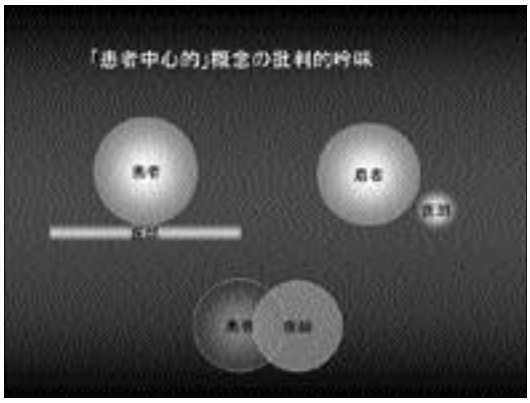
更に面白かったのが、患者さんが話しているときに「うんうん、なるほど」と言ってフッと目を外すということがあると思いますが、これが「うんうん、なるほどね」と言ってからフッと目を外すのと、「ああ、そうですか」と言いながら目を外すのと、下を向いたまま「そうですか」と言うのとでは、明らかに患者さんの受け止め方が違う。つまりそういうふうな態度、そういう非言語的なもので、患者さんとの間に有意に関係性の違いが出てきているといったことが明らかになりました。これは実は先週Medical Educationに掲載されました。

現在、次の段階の研究として、これを実際に教育したら本当に変化が出るのかというようなことを、来週からスタートすることにしております。

【スライド-18】

もう一つ、実際に教えていく上で重要なものは、使っている用語を明確に出来るかどうかということです。例えば「患者中心的」という言葉については、ある意味、モラル的にも正しく聞こえるので非常に流行っているのですが、何をもって「患者中心的」と言うのかということについては、実は思ったほど統一した定

スライド-18



義はございません。これについては昨年度にPatient Education Counselingというこの筋のジャーナルにおいても、shared decision makingであるとかpatient centeredness というものが、現行であまり定義がちゃんとできていないということに関する批判論文が出ておりました。これを克服するための理論論文を、多分今年中・・・あともう3週間くらいで出せると思うのですが、その内容をちょっとご披露させていただきたいと思います。

患者中心的と言ったときに、皆さんがどういうふうなものをメタファーとしてイメージするのか調べてみたのですが、患者さんがドンと真ん中にいるというのと、医者よりも患者が大きいという見方をするのと、お医者さんと患者さんが共同して患者さんの見方と医師の見方を統一したところでやっていくというのと、実は3種類くらいイメージがずれているということが明らかになっております。それぞれ理論的にも、そういうものが全て提示されているものになっています。このどれが患者中心的かによって、大分話が違ってしまう。

【スライド-19】

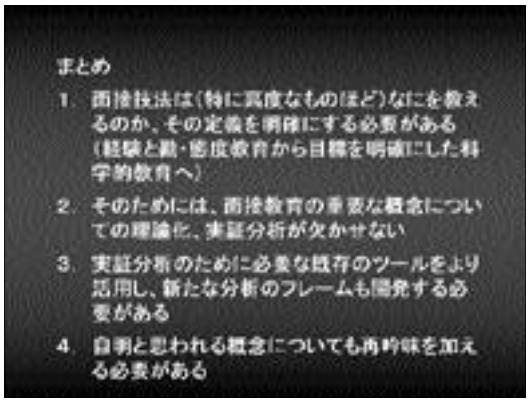
その理論的背景を明らかにするということを、現在やっております。

【スライド-20】

ということで、まとめといたしまして、今回ご助成いただきました研究をもちまして、教育目標であるとか、それの元になる理論といったものを明確にしていく。もしくはそのためのリサーチツールというものを、今後開発もしくはそれを普及していくということに、今回の研究の結果を使えれば、と思っております。

スライド-19

スライド-20



質疑応答

会場： 大変興味ある研究で、今までこういうのが日本にはほとんど無かったものですから、こうした研究が出てきたのを大変嬉しく思っております。

ただ、アメリカの場合なのですけれども、私もアメリカでこういう論文が幾つかあるのは知っているのですが、それが実際の教育の場に本当にどの位応用されているのか。そこのところがどうもよく分からないのです。研究だけが独立して行われているのか、あるいは本当にそれが役立っているのか、その辺のところはどんな感じになっているのでしょうか。

橋本： 実は、今回Johns Hopkinsを選んだ理由が、実はその手の論文の一番のはしりが、1976年に今東大にもいらしているThomas Inui教授がJohns Hopkinsにいたときにやった論文だったということなのです。高血圧の患者さんに対する教育の仕方をよくするために、医者にコミュニケーションの教育インターベンションを行った結果、教育を受けたお医者さんにかかった患者さんの方が血圧のコントロールが良くなったというのが、当時のAnn Inern Med（1976；S4(6)：646-51）に出ておりました。そういう伝統がある上で、こういう研究と実践とのつながりがもしかしたらあるのではないか、更にRoter先生もいらっしゃたので、つながりがある程度あるのではないかということを期待して行ったのですが、あにはからんや、ありませんでした。

逆に、今回の改革を通じて、その2つの接点を探るという作業をちょうど今やっているところになっておりました。その点で日本でもまだ追いつけるという確信をもっております。

会場： 今アメリカで、色々な診察の現場をシミュレーションにしています。ビデオでもあるいはDVDでも、ネットに流して、全ての医学生がそこにアクセスをしてシミュレーションでトレーニングができるというような仕組みが考えられているわけです。そういうライブラリーがどんどん増えている。イスラエルなど、他の国でもやっているようですけれども、ところが日本では、それはまだほとんど手もつかない状況にある。典型的な例のようなものを現場で消えてしまうのではなくて、コンピューターのシミュレーションを使ったものに残して、ライブラリーを作るということを医学教育で是非やっていただきたいと思います。

橋本： はい、ありがとうございます。

座長： 今のお話の中で、例えばコミュニケーションを目の動きとして捉えるというのは、我々のマネージメントの世界、特にマーケティングの人達は70年代からやっているのですが、その辺の研究とドッキングされると、非常に面白いものがまた出てくるのではないかという感じがします。

橋本： 特にマネージメント、それから社会言語学の方でやっている会話分析の方からも、実はヒントをいただいてやっております。そういった意味でも、医学に囚われない、もっと広い研究の学際的な繋がりがこの領域は必要だと思います。