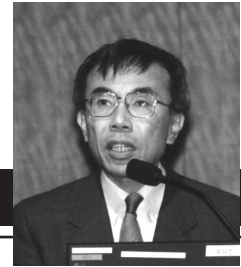


異なった社会状況下での模擬患者導入； 参加的医学教育への可能性探索から準備／ 試行に至る過程での国際比較事例研究

福岡大学医学部公衆衛生学教室・教授

守山 正樹



【スライド-1】

模擬患者導入に関する国際比較事例研究について発表させていただきます。

【スライド-2】

医療が医療者中心から市民や患者中心へと転換するのは、世界的な流れと言えます。それと関連して我が国では、アメリカやカナダで発展した模擬患者の教育方法が臨床実習に導入され始め、医師国家試験への導入も予定されています。

我が国の導入状況をさらに見ていきますと、模擬患者作成の技術論が先行する一方で、社会的・文化的背景の検討はほとんどなされていません。発表者は医学部の公衆衛生学教室に所属し、予防医学的な方向で模擬患者を導入することに関心を持っています。そして、市民が医学教育に参加することの意味を問うことから始め、模擬患者の社会的・教育的な意味を明らかにした上で、我々に合った等身大の教育技術として取り入れ、さらに発展させることの重要性を痛感してきました。

このような時期に本助成をいただくことができましたために、研究に着手いたしました。

【スライド-3】

6名の共同研究者を示します。

左側3名が日本から、右側の2名は米国から、最後の1名は韓国から本研究に参加しました。

【スライド-4】

研究の焦点を明らかにし共有することを

スライド1

異なった社会状況下での 模擬患者導入

参加的医学教育への可能性探索から
準備／試行に至る過程での
国際比較事例研究

スライド2

研究の目的

- 医療が、医療者中心から市民/患者中心へと転換するのは、世界的な流れであり、参加型の医療と医学教育を指向した研究が求められている。
- それと関連して、我が国ではアメリカやカナダで発展した模擬患者や客観的臨床能力試験(OSCE)が、医科大学で臨床実習に導入され始め、数年後には医師国家試験にも導入される。
- しかし我が国の導入状況を見ると技術論が先行する一方、社会的、文化的背景の検討は十分ではない。模擬患者を導入することの、本来の意味は何なのか、模擬患者教育では何が大切なのか？

スライド3

研究者

守山 正樹
(福岡大学医学部)



Delwyn L. Harnisch
(米国、伊利ノイ大学教育学部、現、ネブラスカ大学)



福島 哲仁
(福岡大学医学部)



Ronald W. Brewster
(米国、伊利ノイ大学医学部)



杉本 なおみ
(フェリス学院大学、現、慶應義塾大学看護医療学部)



Choong Won Lee
(韓国、啓明大学医学部)



目的として、最初に作成した概念図を示します。

人間的な側面と社会背景を中心に模擬患者の意味を考えることにしたため、模擬患者、学習者としての医学部の学生、指導する教員、それを囲む社会を重要な要素と考えました。

【スライド-5】

スライドの数字が間違っています。1999年を2000年に訂正して下さい。研究を開始したのはアメリカのイリノイ州からで、時期は2000年の1月です。イリノイ州の3箇所を訪問し、聞き取り調査を行いました。

【スライド-6】

模擬患者を先進的に行っている地域としてイリノイ州を選びました。

最初に訪問したイリノイ大学アーバナシャンペイン校は、イリノイ大学医学部システムの中でも最も少人数教育を行っている場所であり、アメリカ側の2人の共同研究者の本拠地でもあります。

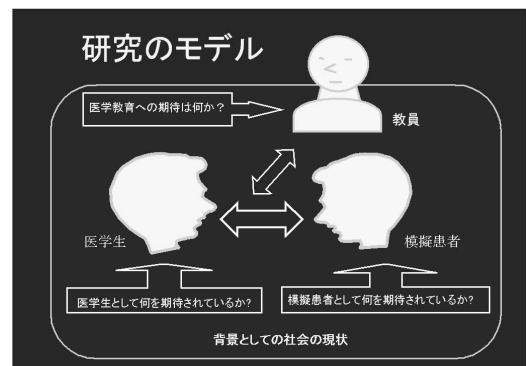
次に訪問したのは南イリノイ大学です。模擬患者を世界で最初に開発したのは、1960年代に当時カナダのマクマスター大学におられたバロウズ先生ですが、バロウズ先生はその後南イリノイ大学に移られ、模擬患者を用いた教育や問題解決型学習のコースを指導してきました。このため、南イリノイ大学の現状は模擬患者が本来あるべき姿を反映していると考えられました。

最後に訪問したのはイリノイ大学のシカゴ校です。ここには模擬患者を用いて学生評価を行うセンターがあり、模擬患者の普及を考える上で参考になる点が多いと判断されました。

【スライド-7】

最初に訪問したイリノイ大学アーバナシャンペイン校で、模擬患者を用いた教育プログラムを中心になって動かしている4名の人々です。実際に模擬患者をトレーニングしているのは、我々の共同研究者でもあり臨床教育センターの副主任でもあるブルーワー氏、および開業看護婦としても仕事をしているカールソン氏です。これら2人の模擬患者コーディネータ

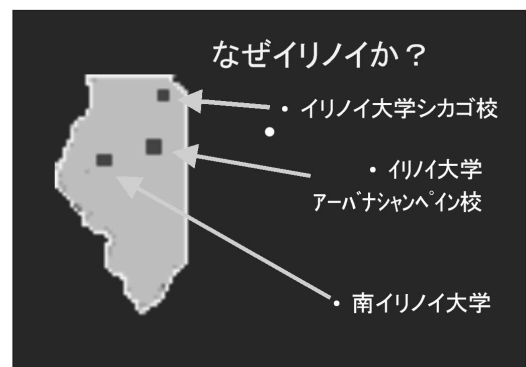
スライド4



スライド5



スライド6



ーとともに教育に関わり、進むべき方向性をリードしているのが、教育学者であるマスター氏と小児科の教授であるハッチ氏です。アーバナシャンペイン校の学生数は1学年25人で、講義と問題解決型学習に模擬患者を組み合わせた少人数教育を行ってまいりました。

スライド7



【スライド-8】

次は南イリノイ大学です。

この大学は医学部の学生のために2つのコースを用意しており、定員は講義中心コースが40名、問題解決コースが30名です。模擬患者を用いた実習はいずれのコースでも行われます。

医学教育棟の中央にある観察・評価室から、マジックミラー越しに学生による模擬患者の診察状況を見たのが、上の2つの写真です。下の写真は、模擬患者実習の後で診察室から出てきた模擬患者にインタビューしたときのものです。

左端は共同研究者のハーニッシュ氏です。これらの模擬患者の人々はいずれも大学の周辺に住んでいる市民で、ボランティアです。市民として医学教育に関われることの楽しさや期待を語ってくれました。

南イリノイ大学においても、実際に模擬患者をトレーニングし、模擬患者を使った教育を進行させているのは、スライドの真ん中の写真の2人の模擬患者コーディネーターの方々でした。それぞれソーシャルワークあるいは看護のご経験があってこの道に入ってきた方です。

スライド8



【スライド-9】

3番目に訪問したイリノイ大学のシカゴ校です。

イリノイ大学医学部システムの中でも最も学生数が多く、1学年175名です。ここの教育センターは、シカゴ周辺にある他の医学部に対しても模擬患者を用いた教育評価を提供しています。このセンターは南イリノイ大学のようなマジックミラーを備えた評価室はなく、その代わりにいくつかある模擬患者診察室のビデオカメラ映像を集中的に見られる設備がありました。

ここでは何人かの医学生と模擬患者にインタビューすることができました。シカゴは劇場などの文化施設が多い町ですが、ここの模擬患者は全員が俳優を本職としており、

スライド9



役がもらえない時期を中心にボランティアとして模擬患者になっています。

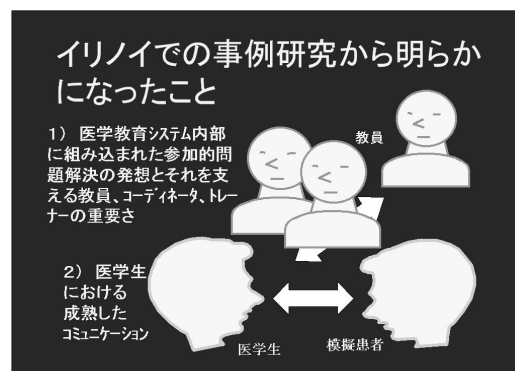
既に紹介した2つの施設と同様に、模擬患者プログラムの中心には模擬患者コーディネーターがあり、模擬患者のトレーニングからプログラムの進行まで、2人のコーディネーターが中心に行っていました。これらの方々は教育学のバックグラウンドを持って医学教育に入ってきておられました。

【スライド-10】

イリノイでの事例研究で明らかになったことを述べます。

研究の概念モデルにおいて、当初我々は、模擬患者を用いる教育の人間的な枠組みをスライド4の図のように捉えていました。しかし、イリノイでの聞き取り調査を通して、最初に変化したのは、当初右上に置いた教員の位置です。最初の概念図では、教員は医学生と模擬患者の間の、やや離れたところに位置していると我々は考えました。しかし実際にはそうではなく、イリノイの3カ所ではいずれも、医学教育部門の内部にいる模擬患者コーディネーターとトレーナーが非常に大きな役割を担っていました。

スライド10



この関連を図に示すとスライド10のようになります。

もう1点、我々が目を向け始めたのは、医学生におけるコミュニケーションの能力です。初等教育からディベートやロールプレイを大切にする環境で育っているアメリカの学生に対して、日本の学生はそのような環境にまだ十分に慣れていません。日本の学生が模擬患者のような対話的教育場面に適応して、多くのことを学び始めるにはどうすればいいかが、次の課題になりました。

【スライド-11】

研究の展開です。

1月のイリノイでの調査を終了した我々は、特に福岡のメンバーと韓国デグー市の啓明大学リー氏とは、帰国直後から日本や韓国の現状に合った模擬患者の形、参加的な医学教育の形について考え始めました。

スライド11



【スライド-12】

まず試みましたが、2つの大学での学生グループによる電子メールを用いた交流です。6月から交流を開始した直後は、韓国では医薬分業に端を発した医療大乱がピークに達し始めた時期に重なり、啓明大学も含めて

韓国の全病院全医学部が診療拒否やストライキに突入するという事態になりました。

画像は啓明大学の学生から送られてきたもので、韓国の全土の医学生がソウルで集会を開いたときの様子です。

この事態により、本研究に関連して、福岡とデグーとで7月～9月にかけて参加的な模擬患者を使った授業を行い、学生が交流するという計画は中止せざるをえなくなりました。しかし、電子メールでの学生の交流は

進み、医療大乱やストライキの様子を知らせてくるデグーの学生からのメールに触れて、福岡の学生がそれまで関心が無かった医療や医薬のシステムに関心を向け始め、学生は交流から社会を学ぶことが段々に明らかになってきました。

スライド12



【スライド-13】

1月にイリノイから開始した本研究について方向性が見え始めた10月に、今度は福岡で共同研究者全員が集まって検討会を持ちました。注意を払ったのは、福岡や韓国デグーの環境に適した模擬患者、医学生、教員の関係をどう捉えるかです。

このとき、福岡大学では内科で模擬患者演習を行っていたので、我々も観察者として参加し、模擬患者と学生の対話状況およびフィードバックの状況に触れました。

この写真は医学部の5年生が模擬患者に問診しているところです。これら2人の模擬患者の方は福岡市内で活動している劇団のメンバーで、ボランティアとして模擬患者をしています。

共同研究者であるイリノイ大学のハーニッシュ氏とブルワー氏および啓明大学のリー氏にとっては、これが日本の模擬患者教育に接する初めての機会でした。

スライド13



【スライド-14】

この模擬患者実習で大変印象的だったことがあります。フィードバックも兼ねた反省検討会の場面ですけれども、左側上の学生達のグループと右上の模擬患者のグループが、それぞれグループとして着席する位置関係で、模擬患者の方から問診中の学生の発言や態度、動作について指摘、フィードバックが行われます。写真はフィードバックを受けている一学生の表情です。とても緊張して

スライド14



いる様子がうかがえます。

このようなフィードバックが一段落したとき、それまで黙って見ていた共同研究者のブルワー氏が突然立ち上がり、矢印の位置まで移動して、学生達に「You did a great job!」と話を始めました。

【スライド-15】

ブルワー氏が学生達に話しかけている状況です。

打ち合わせたわけでもありませんが、もう一人の共同研究者ハーニッシュ氏も続いて同様の行動をとりました。イリノイでの調査の結果、アメリカの模擬患者教育で教員の果たす役割の大きさが指摘されていたのですが、イリノイから来た2人の研究者は、初めて出会った福岡の模擬患者実習で、学習者を支える教員の役割の大きさを参加的に実証してくれたわけです。

【スライド-16】

さて、このようにして本研究の後半における課題が明らかになってきました。すなわち福岡とデグーのそれぞれにおいて、どのように医学生認識とコミュニケーション能力を育て、市民の輪に入って行けるようになるかです。

【スライド-17】

10月の検討会から1ヶ月後、福岡で新しい試みを始めました。焦点は学生が模擬患者の社会背景をどこまで深く論理的に理解するかです。

スライドに示すのはフィードバックの場面ですが、学生がリラックスしている様子がおわかりいただけるかと思います。

【スライド-18】

これは実習のまとめです。模擬患者の方々と学生達との意見の交換を行いました。

スライド 15



スライド 16



スライド 17



スライド 18



【スライド-19】

福岡での試みを受けまして、今年、今度は韓国デグー市の啓明大学のリー先生のところで新しい試みが始まりました。

デグー市の電話帳から600人の市民を無作為に抽出してボランティアを依頼し、結局9人の市民模擬患者を得ることが出来ました。このようにして模擬患者を得たのは、たぶん韓国では初めての試みだと思われます。

啓明大学5年生の学生が模擬患者に問診している様子を示します。

スライド19



【スライド-20】

模擬患者演習の後、講義室に学生達が集まり、模擬患者の方々のコメントを聞いているところです。

【スライド-21】

模擬患者の方々が発言している様子です。特に右下で話をしておられる方は、一人だけ日本語を話す模擬患者の方でした。日本に生まれた後、10代で朝鮮半島に渡り、北朝鮮にも長くおられた後韓国に戻り、看護婦として保険会社に勤められてから退職された方でしたけれども、デグー市の一市民として啓明大学の医学教育に貢献でき、とても嬉しいと話しておられました。

スライド20



スライド21



【スライド-22】

今年の啓明大学では、医学部内での模擬患者演習の他に、学生が白衣を脱いで街に出て市民の声を聞くストリートサーベイも初めて試みました。昨年の医療大乱の中で起きた病院閉鎖や医学生のスライキについて、市民は何を感じたかが主要テーマになったわけです。

スライド22

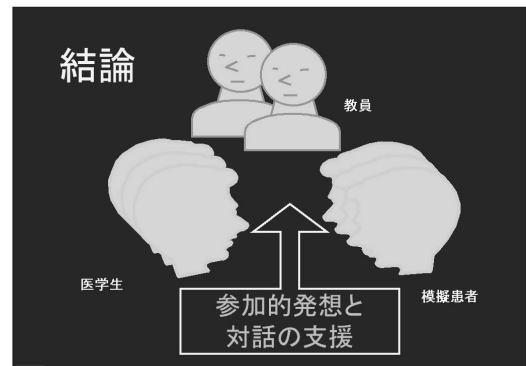


【スライド-23】

さて、今回の助成を得て行ってきました探究の暫定的な結論を示します。

医学生の認識とコミュニケーションの能力を、対話的な環境の中で支援し育てること。それを、どちらかというと技術先行になりやすい今の医学教育の教育環境の中で、どのように人間性を入れ、更に市民の声を入れていくか。そういうことの重要性が、少なくとも事例的には立証されたと考えております。

スライド 23



【スライド-24】

医学生の学習環境で対話をどのように育てるか、その方法論をどうするか等色々と課題がありまして、ここに示すようなものも試作しました。

我々は未だに、本助成をいただいて始めた問題提起を継続しているわけで、研究はむしろまだ始めの方にあると考えております。今後更にこの研究を継続していきたいと思っております。

スライド 24



質疑応答

Q： アメリカの場合、模擬患者のコーディネーターとトレーナーの役割はどういう分担になっているのですか。

A： 我々が見たところでは、特に役割の分担ということではなく、全般的に関わっておられます。2つの役割を持っておられるかなということで、適切な言葉がよくわからなかったのですが、この発表の中ではコーディネーター、トレーナーという言葉を使いました。医学教育のスタッフとして、かなり長年に渡って、模擬患者の募集からカリキュラムに至るまで、色々なことをコーディネートしております。

Q： だいたい2人くらいおられるわけですか。

A： はい

Q： それではスタッフになっておられるわけですね、常勤の。

A： はい

Q： アメリカの医学校について、一つの学校は学生数が25名、一つの学校は講義中心コースの学生数が40で模擬患者とか実習コースが30、それからシカゴ校が学生数は175名と、かなりバラバラですね。我が国の学校の場合は、一つの医学校の生徒は大体一定なのですが、アメリカの医学校というのはそんなに学生数がバラバラなのでしょうか。

A： 私もイリノイのことしか知らないのですが、アメリカの医学校はとにかく実験的です。実験的というのは、良い意味でトライアルをどんどんしていくということです。ですから、同じイリノイ大学の中で、学生が最初の教育は一緒に受けるのですが、2年からシカゴ行きを選ぶ学生は175名の中での大都市の医学教育を受けるわけです。アーバナシャンペインに留まると、今度は本当に少数教育で、かなりアカデミックな部分を重視した教育を受けます。その他に、ペオリアなどのいわゆるイリノイ州の田舎の方で、今度はFamily Medicineにかなり特化した教育を受けているところもあります。一方、イリノイ大学とは別の組織体である南イリノイ大学では、2つのコースを同時進行して走らせながら、常に教育評価を行っています。よくこれだけのトライアルを、こんな小さなところで出来るなのというのが、正直な印象です。