

模擬患者 (SP) 参加型教育の実践

吉田登志子

岡山大学医療教育統合開発センター (歯学教育部門)

キーワード: 模擬患者, フィードバック, 経験学修, 医療教育

Practice for health care education using simulated patients

Toshiko Yoshida

Center for the Development of Medical and Health Care Education (Dental Education), Okayama University

はじめに

医学教育は従来の知識に重点をおいた教育から知識を応用し、問題解決できる実践力を育てる教育に移行し、同時に医療人として相応しい態度を育てる教育も強調されている。そして国際認証という新しい局面に入ったことにより、学生が教育過程修了時に知識、技能、態度を包括した国際的に通用する実践力を有していることを示すことを迫られている。つまり国際レベルでの教育の質保証が求められているのである。

模擬患者参加型教育は知識や技術のみならず、態度を育むとともに問題解決型の教育として対人コミュニケーションや医療面接、患者教育などの分野で実施されている。医療人として求められる患者中心の視点やコミュニケーション能力などを涵養するために、更なる充実した実施が期待されている。本稿では、医療教育における模擬患者参加型教育の歴史や効用を概説し、この教育の効果を左右する要因について論じる。

模擬患者参加型教育の歴史

模擬患者参加型教育を実施するにあたり、まずは人的教育資源としての模擬患者が用意されていなければならない。模擬患者 (simulated patient, SP) とはある特定の症状のみならず、心理的、社会的背景を含めて、本物の患者と同じようにその会話が再現できるように訓練をされた人である。本邦においては試験や評価における活用を目的とした模擬患者は標準模擬患者 (standardized patient, SP) と呼ばれ、主に教育 (ト

レーニング) において活用される模擬患者と区別されている。標準模擬患者は相手に与える情報や態度が一定化されており、繰り返し同じ模擬患者像を演じることが求められる。主に試験などの評価に活用される。一方後者の模擬患者は相手とのやりとりの状況によって応答が変わり、役の自由度がより高い。前者の標準模擬患者と後者の模擬患者を総称して模擬患者と呼ぶことが多く、そのどちらを指しているのかは文脈から判断せざるをえない状況である。

模擬患者 (以後 SP と記す) の活用が最初に報告されたのは1964年にさかのぼる¹⁾。当時南カリフォルニア大学の神経内科の教授であった H.S. Barrows は学生に神経学的所見を教育し、学生の医療面接や神経学的所見を評価するために、神経症候を模倣し演じられるようにプログラムされた患者を養成し、“programmed patient” と呼び、活用した。

本邦に SP が初めて紹介されたのは1975年の Barrows の来日講演においてであり、翌年にも SP の養成についてワークショップが開かれている²⁾。このようにその活用は比較的早く日本に紹介されていたのにも関わらず、その後の SP を活用した教育の拡がりは遅々として進まなかった。1990年代に入り、OSCE による臨床能力の評価の導入、一般市民の医学教育への参加に対する意識の高まりなどにとともに、ようやく SP の組織的養成が始り、SP 参加型教育が始動することとなった。2005年から医科大学・医学部、歯科大学・歯学部への共用試験 OSCE の導入により、その実施が急速に拡大した。

SP 参加型教育の効用

SP の活用に関する利点として、①いつでもどこでも活用できる、②繰り返して活用できる、③本物の患者

平成28年 8 月受理
〒700-8558 岡山市北区鹿田町 2-5-1
電話: 086-235-6597 FAX: 086-235-6597
E-mail: toshiko@md.okayama-u.ac.jp

では経験することが難しい条件の設定下で活用できる、④学生が安心して練習できる、⑤おこったことに対してその場で議論できる、⑥状況や条件の複雑さを調整できる、⑦時間の経過を経なければ観察できないような状況を一回の設定で利用できる、⑧SPからのフィードバックがえられる、などが挙げられている³⁾。SPの設定は本物の患者と同じように問題を抱えているため、学修者はそれを解決することが求められる。また、具体的なシナリオを使用することにより、現実的で動議づけになる。まさに学修者が能動的に学修することによって、倫理的、社会的能力や知識、経験などを含めた汎用的能力の育成を図る問題解決型のアクティブ・ラーニングなのである。SP活用の最大の利点はSPからのフィードバックが得られるという点であろう。通常本物の患者からのフィードバックは得られることが難しく、得られたとしても教育に役立つ形ではないことが多い。特に一般市民から養成されたSPからのフィードバックは医療の受け手の1人からの声が反映された教育となりえる。

一方、欠点も存在する。このような経験型の学修は経験する時間もさることながら、自分のしたことに対して他の人からフィードバックを受けたり、自分が経験したことを振り返る時間が必要になるため、時間がかかる。また、フィードバックを受けることによって気づきもたらされるが、これを促進する役目を担うのが教員（ファシリテーター）である。学修者の気づきを学びに深めるためにはファシリテーターとして技量が大きく左右する。講義のように知識伝授型の一方向形式であれば、この技量が試されるリスクは少ない。しかしSP参加型教育においては周りとの相互作用を通し学修していくため、相互作用を促進していく技量の差で学修者の学びに個人差が現れるリスクが高い。さらにSPの養成に際して手間や費用などがかかり、負担が大きいという点も挙げられる。しかしながら、学修者はSPのフィードバックの重要性を認識しており、学修意欲が高まることが報告されている⁴⁾。したがってSP参加型教育は上記の欠点を補っても余りある教育法であるといえる。

SP参加型教育の効果を左右する3つの要因

1. SPの質

冒頭にも述べたようにSP参加型教育を実施するにあたり、教育資源としてSPが用意されていなければ

ならない。健全なパーソナリティを持ち、医療従事者に対して攻撃性を持っていなければSPとしての活動が可能である。SPの役割として大きく分けて演技とフィードバック（口頭、筆記、チェックリストなど）が挙げられる。これら2つのスキルの質を担保するべきである。

教育（トレーニング）において活用されるSP（模擬患者）は学修者とのやりとりがアドリブになることが多いので、多少の役者心が必要になるかもしれない。また、症状の表現は本物の患者を観察し、専門家の指導のもとに訓練が必要な場合もある。役作りを間違えると一挙にリアリティを失ってしまうことにもなりかねないので、ある症状に対応した想定される医学的な質問に対応できるようにしておく必要がある。一方、OSCEのような評価を目的に活用される際のSP（標準模擬患者）の演技は、評価の公平性や信頼性を保つために、情報をどの程度答えるかが標準化され、かつその正確性と反復性が求められる。

SPのもう一つの役割であるフィードバックをする際には、SPはその役から離れて、学修者とのやりとりを振り返る。役を演じていた時にどう感じたか、そして学修者のどのような行動や態度がそのように感じさせていたのかを思いおこし、学修者に伝えなければならない。例えば、「〇〇（役名を使用して）は自分の気持ちを素直に話すと責められるのではないかと心配だったのですが、反対に素直に話したことを大切に受け止めて下さったので、安心して気持ちをお話できました。」また、「話しのテンポが速かったので、口が挿めず、最後まで質問ができなかったため、言い足りない気持ちが残りました。」などと学修者が実際に行った行動（会話内容、しぐさ、表情など）に言及して、それらをSPがどう解釈し、どう感じたかを明確にして提示する必要がある。そうすることによって学修者は自分のどの行動が良かった、もしくは改善すべきだったのかが理解でき、その行為を強化や修正することができるからである。このようなフィードバックがその場の相手役であるSPにしかできないものであり、学修者の行動や態度を具体的にかつある程度客観的に示すことが大切である。

他に注意すべき点として、学修者のレベルに見合ったフィードバックが必要である。もし学修者にとって難しすぎるようなことを改善点に挙げると、学修者はそのような上級な対応はできないと諦めてしまう結果

になりかねない。また、他の学修者と比較しない、学修者が容易に変えられない事柄（体格や容姿など）については差し控える、ファシリテーターの視点に立たない、サンドイッチ法（肯定的、否定的、肯定的）で示す、どうすればより良かったかを示す、などがフィードバックの注意点として挙げられる^{5,6)}。何よりも大切なことは、SPは患者の代表としてではなく、あくまでもその場でおこったことに対して1人の患者の目線で感じたことを伝えることである。特に経験のあるSPはファシリテーターからのフィードバックに慣れてしまい、教員としての目線でフィードバックを行ってしまうことに注意を要する。さらにSPのフィードバックはインパクトが強いこともあり、諸刃の剣になりかねないことを認識しておくことが重要である。そのためにもネガティブフィードバックをする際には、学修者がそのフィードバックを前向きにとらえるような方法を心がける必要がある。

SPが効果的な人的教育資源としての役割を發揮するためにはトレーニングが必要である。本邦においては認定という制度はとっていないものの、日本医学教育学会の委員会がSP養成カリキュラムを提案しており、その教育の質保証に努めている⁷⁾。SPの役割の中でも特にフィードバックに対してSP自身が難しさを感じており⁸⁾、数回のトレーニングでは応答の正確性よりもフィードバックスキルの向上が難しいことが報告されている⁹⁾。

2. ケースシナリオの質

まず、使用するケースのシナリオには学修目標に対応した狙いが盛り込まれるべきである。ねらいをより鮮明化させるためには学修者と患者とのまなざしの違いが生じるような設定が望まれる。シナリオに狙いがなければ、学修者の経験はまとまりのないものになり、学修効果が軽減されるかもしれない。また、シナリオの学修目標はSPが演じる役と対応をしていなければならない。例えば学修目標が患者の心配を引きだし、それに対応することであれば、SPがなにがしかの心配事を抱えている設定にしなければならない。また、その心配事がどの程度重大なのか或いは複雑なのかといった難易度は学修者のレベルに合ったものが望ましい。上述したように学修者は問題解決しようとはせずに容易に諦めてしまうことになりかねないからである。学修者のレベルに合った学修目標を立てることが重要である。

3. ファシリテーターの質

SP参加型教育を実施する際のファシリテーターはその実習の進め方などのマネジメントを担当すると同時に、学びを学修の場で促進するように手助けする援助者である。SP参加型実習のような経験型学修は振り返りがその学びの重要な一端を担う⁹⁾。フィードバックセッションにおいて学修者は自分の経験を振り返り、自分が頑張った点や改善すべき点などを述べる。次に観察者から学修者の良かった点や改善点をフィードバックする。最後にSPが学修者の行動や態度をどのように受け止め、感じたかということ述べる。他の人からのフィードバックに先んじて学修者のフィードバックから始めるのは、学修者がすでに気づいていることを予め把握しておき、気づいていない点を中心にフィードバックをするためである。これは自分を相手に開示し（自己開示）、また自分が気づいていない部分を相手から教えてもらうこと（フィードバック）により相手との良好な人間関係が形成されていくという考えのモデルに基づいている¹⁰⁾。このモデルは自分がわかっているか否か、および相手がわかっているか否かで、自分も相手もわかっている領域は「開放」、相手はわかっているが、自分はわかっている領域が「盲点」、自分はわかっているが、相手はわかっている領域が「秘密」、そして自分も相手もわかっている領域は「未知」という4つに分けて示され、「ジョハリの窓」と呼ばれている。開放の領域が大きいほど相手とのコミュニケーションの構築が促進されるという考えである。図1に示すように、相手に自分の本当のことを伝える自己開示と相手からのフィードバックにより

		私が	
		わかっている	わかっていない
相手が	わかっている	開放	フィードバック 盲点
	わかっていない	自己開示 秘密	発見 (気づき) 未知

図1 ジョハリの窓から見た自己開示、フィードバックおよび発見（文献10をもとに作成）

「秘密」と「盲点」の領域を縮小し、開放領域を拡大することで相手との人間関係や自己理解が深まる。さらに、自分が学んだことを話し、観察者やSPからのフィードバックを受けることによって、自分も相手も気づかなかったところに発見（気づき）が生じ、秘密の領域が開放領域に変化し、ますます相手とのコミュニケーションがとり易くなり、関係性が構築されやすいのである。

ファシリテーターの重要な役割は、学修者のフィードバックと観察者やSPからのフィードバックを結びつけながら、観察したことや経験したことの意味をその実習に参加した人たちとの相互作用を通して構築していくことである。たとえば、学修者が意図したこととSPが解釈したことの間に行き違いがおこっていたなら、学修者の行動はなぜSPから学修者の意図したことと違うように受け取られたのかを紐解いていく。そうすることで学修者は医療者のまなざしと患者のまなざしの違いに気がつく。同時に観察者からの意見を交えながら振り返ることで、偏った視野に陥らず多角的な視野がえられる。

また、ファシリテーターはSPからのフィードバックに含まれていなかった重要な点を指摘するとともに、SPからのフィードバックに含まれていたが、非常に重要であった点については繰り返しその点を言及し、学修者の注意を促すべきである。さらに、SPのフィードバックが患者-医療者間コミュニケーションにおいて一般的に通じることなのか、たまたまそのSPが個人的に感じたことなのかを区別をすることも重要である。学修者はともすればSPの感じたことを拡大解釈、または絶対的なものと解釈して、「患者さんは皆こう感じるのだ」「どの患者さんに対してもこうすればうまく行くのだ」と安易な考えを抱き誤解することが見受けられる。画一的な対応ではなく、患者さんの人となりや生活、あるいはニーズなどといった個別的状况に対応していくことの重要性に言及することも必要である。

SP参加型実習のような経験学修では、具体的経験をし、その経験を内省的に観察し、振り返り、一般化し、それを踏まえて新たな状況で試みるという連続したサイクルを通して学ぶ(図2)。実際に体験をして、そこから一定の結果や知見を得て、それを新たな場面で試していく途中に自らの経験を構造的に振り返り、分析するというステップが組み込まれており、これが経験

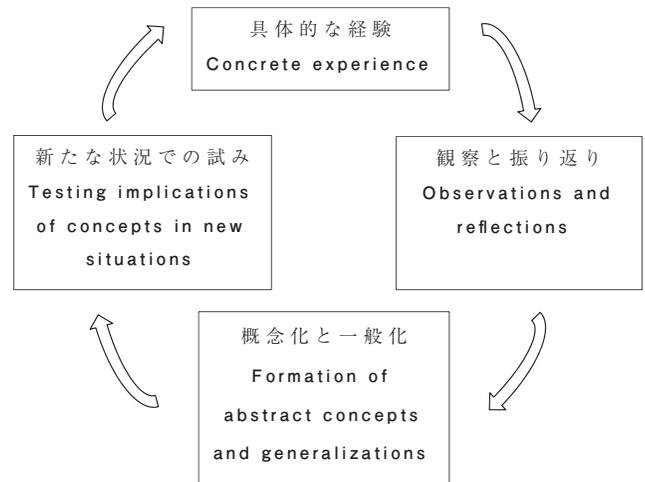


図2 Kolbの経験学修モデル(文献9より)

を学修に結び付けていく上で重要な位置づけになる。したがってファシリテーターには意味のある振り返りを促す技能が求められる。

今後の課題と展望

SP参加型教育を効果的に実施するためにはSPの質、ケースシナリオの質、そしてファシリテーターの質を確保することが重要である。大学教育においては教員がファシリテーターを担当することが多く、同時にその教員はカリキュラムデザイナーとしてケースシナリオの作成や人的資源であるSPの養成にまでその仕事が及ぶことが多い。SP参加型教育をあまり熟知していない教員が担当になった場合、SPの演技指導や実習でのファシリテーションに関して、経験のあるSPに依存しすぎてしまうケースが見受けられる。学修者は振り返りの中で観察者やSP、そしてファシリテーターからの形成的評価を受けながら学びを深めていく。このような学びのプロセスを理解し、学びを促進できる教員を育むことが、SP参加型教育の普及を推し進めるうえで、最も緊急の課題であると考えられる。

文 献

- 1) Barrows HS, Abrahamson S: The programmed patient: A technique for appraising student performance in clinical neurology. J Med Educ (1964) 39, 802-805.
- 2) 医学教育マニュアル5 シミュレーションの応用, 日本医学教育学会教育開発委員会編, 日本医学教育学会監修, 篠原出版, 東京 (1984) p40.
- 3) Barrows HS: An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. Acad

- Med (1993) 68, 443-451.
- 4) 鈴木富雄, 阿部恵子, 佐藤元紀, 伴信太郎, 松井俊和, 石原 慎, 大槻真嗣: 模擬患者 (SP) 参加型診療シミュレーション実習の意義 — 2 大学 3 年間の学生による評価票調査から —. 医学教育 (2014) 45, 69-78.
 - 5) Wallace P: Coaching standardized patients for use in the assessment of clinical competence, Springer, New York (2007) pp215-225.
 - 6) Yoshida T, Ogawa T, Taguchi N, Maeda J, Abe K, Rodis OM, Nakai Y, Shirai H, Torii Y, Konoo T, Suzuki K: Effectiveness of a simulated patient training programme based on trainee response accuracy and appropriateness of feedback. Eur J Dent Educ (2014) 18, 241-251.
 - 7) 志村俊郎, 吉井文均, 吉村明修, 阿部恵子, 高橋優三, 佐伯晴子, 藤崎和彦, 阿曾亮子, 井上千鹿子: 第16期日本医学教育学会教材開発・SP 委員会: 模擬患者・標準模擬患者 (SP) 養成のカリキュラム. 医学教育 (2012) 43, 33-36.
 - 8) Abe K, Roter D, Erby LH, Ban N: A nationwide survey of standardized patients: who they are, what they do, and how they experience their work. Patient Educ Couns (2011) 84, 261-264.
 - 9) Kolb DA, Fry R: Towards an applied theory of experiential learning; in Theories of group processes, Cooper CL (ed), Willy, London (1975) pp33-58.
 - 10) Luft, J: Group processes: An introduction to group dynamics (3rd Edition), Mayfield Publishing Company, California (1984).