

第9回日本作業療法教育学会講演

コミュニケーションスキルの教育と評価：ロールプレイとSP

Teaching and evaluation communication skill using role-play and simulated/standardized patient

藤崎 和彦
Kazuhiko Fujisaki

Japanese Journal of Research for the Occupational Therapy Education 5(1) 2-6, 2005.

要旨：コミュニケーション教育の必要性が高まるなかで、従来の心構え論の教育を脱却して、ロールプレイやSPといったシミュレーションによる教育法が急速に広がってきている。本稿では、こういったロールプレイ、模擬患者、標準模擬患者によるコミュニケーション教育法について、その違いと特徴、模擬患者参加型教育法の現状と意義について概説する。また、コミュニケーションのチェックポイントについて確認したうえで、作業療法のコミュニケーション教育にロールプレイやSPを導入するうえでの課題についても簡単に言及する。

キーワード：コミュニケーション教育、ロールプレイ、模擬患者、標準模擬患者、OSCE

I. 従来のコミュニケーション教育

従来の医療者教育の中でのコミュニケーションは、患者さんの立場を念頭に置きなさい等の講義を中心とした心構え論の教育が大半であった。しかし、必ずしも患者の視点や立場で考えようとするのが結果的に患者さんにとっていいコミュニケーションに繋がるとは限らないし、善意は必ずしも結果を保証しない。そのうえ、善意であるがゆえに、患者にとっては残酷なことでも平気で言い放ってしまうということがおきてしまう。現実的なスキルとして、その善意が形になって患者に伝わるようなトレーニングが必要になってくる。

欧米ではこのような教育は1960年代から広がって

きた。日本はずっと遅れてきたがここ10年ぐらいで急速に広がってきている。模擬患者との医療面接を含んだ実技テストはOSCE（オスキー）と言われているが、平成17年から共用試験という全国共通テスト、いわゆる実習に出るための仮免試験が医科歯科同時に準備されており、その中にもOSCEが入っている。また、医師国家試験への導入も議論されている。

II. コミュニケーション教育の必要性

コミュニケーション教育が必要になってきた背景には三つの側面がある。

一つ目としては医療自体のあり方が変わってきたことにある。1960年頃までは急性疾患、伝染病を中心に医療をやってきたので、コミュニケーションがなくても何とかやってこれた。基本的に急性疾患や伝染病というのは、短期集中で病気をそのものを治してしまいさえすれば良いので、あんまりコミュニケーションが必要ではなかったのである。ところが、

岐阜大学医学部 医学教育開発研究センター
〒501-1194 岐阜市柳戸1番1
Professor of Medical Education Development Center
Gifu University School of Medicine
Yanagido 1-1, Gifu 501-1194, Japan

病気の中心が急性疾患から慢性疾患に変わってきた。これらの病気は症状が出てからの対処では困る。尿糖が出たり、血圧が高くても、症状がないからと言って放っておかれたら困る。逆にいうと、慢性疾患や生活習慣病が中心になってくると、痛くも痒くもない人に、服薬の必要性、運動療法の必要性・食事療法の必要性を理解してもらって、それに取り組んでもらわないといけな。尚且つ、治療は長期にわたる療養を自分でやっていかなければならない。そうすると今までどおりの地域での生活・家庭での生活・職場での生活と折り合いをつけながら、患者自身が治療に取り組まないといけな。そういう意味で、本人がしっかり納得して取り組む状態まで医療者がもっていかないことにはそもそも医療自体がすまない時代になってきたのだ。

二つ目としてはインフォームドコンセントであるとか、患者の権利とか、患者の満足度とかという意味で高いレベルのコミュニケーションが望まれるようになってきている。患者の権利とかインフォームドコンセントとかというと難しくなるが、基本は人間としての尊厳が守られるようなコミュニケーションがなされることである。常に一人の人間としてそれにふさわしい扱いになっているかどうかということが大切で、それが基本的な問題になっている。

その上で、三つ目に障害の受容をめぐる援助ということにどういう風に関われるかということがある。障害の受容というのは基本的には「がっかりする事態を受けとめる」ということである。ところが、「がっかりを受けとめる」ためのコミュニケーションが日本人は得意じゃない。どうしてかという、日本人のコミュニケーションの原則は相手の気を悪くしないことにあり、相手が聞いてがっかりすることはお互い口に出さない気配りの文化だからだ。しかし、「がっかりを受けとめる」ためにはそれを口に出して、しっかり悲しむこと、しっかりがっかりすることが実は必要になってくる。しかし、そのがっかりを共に分かち合うことがなかなかできない。障害の受容をめぐる医療者がどう関われるかによって展開が変わってくるし、患者の受けとめも変わってくるのであるから、そういう意味でもコミュニケーションが重要なのである。

III. 行動科学・体験学習の重要性

医療者のコミュニケーションにはどう患者と寄り添いながら援助していくかということが大事である。そのためには知識としての人間行動の正常と異常を扱う行動科学が非常に大切である。欧米の医学教育では心理社会的に見て人間行動の正常なあり方とはどうなのか、正常な人が病気になったらそれがどのように変調するか、あるいは病的なあり方とはどういふものなのかということを経験する行動科学という科目が存在している。しかし、日本ではこういう行動科学の学問自体が弱く、医療者教育においても十分教えられているとは言えない。だから、コミュニケーションや患者心理に対する知識がまずないし、尚且つ、具体的なコミュニケーションスキルのトレーニングもない。

また、コミュニケーション教育ほど講義だけでいくら教育しても意味のないことはない。講義で「傾聴が大事です」と強調しても、受講している学生は「そうだ、やってます」ということだけで終わってしまう。だけど、いざ実際にやってみると、できているかというところではない。それを、模擬体験を通して気づいてもらう。そこで初めて学生は真の意味で、「出来るようにがんばらなきゃいけない」「やっぱりそういうことは大切だ」ということになる。体験学習を入れながら、実際に医療者の思いがそれにふさわしい形で患者さんに伝えることが出来るようになる所までもっていく。そこまでもって行く最終的なトレーニングになると、模擬患者さんとリアリティのあるところでトレーニングする方が学びになる。だが、最初の動機付けや必要性の理解はロールプレイによるトレーニングがあってはじめて大事だと感じてもらえるのだ。

IV. ロールプレイ・模擬患者・標準模擬患者

医療コミュニケーション教育で使われるシミュレーションとして、従来から医療者教育の中で利用されてきたロールプレイと模擬患者、標準模擬患者の三形態について簡単に整理しておこう。

「ロールプレイ」は最も簡単なシミュレーションで、あるシナリオにおける医療者や患者の役割を学習者が自分達で演じるものである。特に訓練された模擬患者などを用意しなくても自分達だけで出来るのが利点である。ただその分、それぞれの役割を演じる学生達の経験や能力に全体のリアリティや深ま

りが依存するので、特に低学年ではその役割の人物がおかれた状況や心境について十分にイメージを膨らませたうえで演じないと、ロールプレイ全体が平板な深まりのないものになりやすい。しかし、患者としての体験を模擬体験できるというのはロールプレイのみにある利点であり、リアリティよりは患者側へのまなごしの転換による気づきが重視されている。

「模擬患者」(Simulated patient)は、学生の相手になる患者役を一定の訓練を受けた模擬患者が演じ、実際の患者と同じような症状や会話を再現できる患者役を相手に学生が医療者として演じるもの。当然のことながら、訓練を受けた模擬患者がまず必要となる。ロールプレイと異なり学生は医療者側だけを演じるので、直接的に患者側に立ったまなごしの転換はできない。模擬患者を使った場合は、まなごしの転換よりも現実に近いというリアリティの方が重視されている。そのかわり、セッション終了後、模擬患者から患者として気付いた点についてフィードバックが得られるので、間接的にまなごしの転換が可能となる。またロールプレイの場合、学生の気づきの範囲や深まりがその学生の経験や成熟の程度によって異なってきてしまうのが、模擬患者のフィードバックの場合はある程度の客観性とレベルが確保できるのが特徴である。

「標準模擬患者」(Standardized patient)は、単に患者の症状や気持ちをシミュレーションするだけでなく、一定のレベルで標準化されてOSCE等の試験や評価にも利用できるようになったものを標準模擬患者という。模擬患者が標準模擬患者として使用されるためには、その模擬患者が演じる患者像が演じるたびごとや相手の学生によってコロコロと変わったりしては、評価として使用する際の信頼性が確保できないので、反復して同じ患者像を演じられる信頼性が模擬患者に要求されている。そのためただの模擬患者と比較して、標準模擬患者の場合は模擬患者の持っている自由度は小さくなってしまふ側面もある。逆に言うと役柄がきっちりと規定されているので初心者でも演じやすいのは標準模擬患者の方である。

V. 模擬患者・標準模擬患者について

わが国への模擬患者／標準模擬患者(SP)の導

入は、1964年に世界で初めてSPの利用について報告したH. S. Barrowsが、1975年に来日し講演したことに始まる。さらに翌年にも氏は実際のSPを連れて再び来日しており、SPによる教育についてのセミナーを行い、同氏の指導のもとにSP養成も行なっている。このように比較的早い時期にわが国へ紹介されたにもかかわらず、その後はほんの一部の教員がデモンストレーション的にわずかに利用する以上には広がってこなかった。その理由としては、わが国の医療者教育においてコミュニケーション教育が伝統的に高く評価されてこなかったこと、SPを組織的に養成することが難しかったこと、市民側の教育参加に対する意識の問題などが挙げられよう。

しかし、1992年にP. L. Stillman 女史が医学教育学会で来日されたことがきっかけになり、この数十年でSPの養成とSP参加型教育は急速に広がってきた。現時点では共用試験OSCEが導入される医学部、歯学部を中心に広がっているが、看護、リハビリテーション、鍼灸等の医療系職種の教育でも徐々に広がりつつある。SPグループも地域差はあるものの全国で70グループくらい、約600人以上になってきている。グループの成り立ちからいうと大学を中心に広がってきているグループが6割くらい、あとは病院を中心にしていくグループと市民グループとが半々くらいの状態である。

SPの演技はせりふが決まっている通常の演劇での役者の演技とは違い、状況設定は決まっているものの、医療者役の関わり方次第によってその患者として応答していく一種のアドリブ劇になっている。そういう意味ではSPとして演劇がバックグラウンドにあると良いのは人前であがらないくらいで、7～8割の普通の人には基本的に役に入り込みSPとしての演技ができると思われる。しかし、SPのもうひとつの重要な役割である、セッション終了後のフィードバックはかなり難しく、長年やっているSPでも毎回これでいいのかなと悩みながら行っていたりするので、やはりフィードバックはそれ相応のトレーニングがいると思われる。

VI. 市民が医療者教育に参加することの意味

市民がSPという形でボランティア的に医療者教育に参加することの意味は以下の3点である。

まず第1には、市民が医療者教育の場に参加する

ことで、学習者の学習態度が各段に向上することである。見なれた身内である教員ではなく、まれ人であり外の社会に属する市民が参加することで、学生たちは良い意味で緊張し、「なあなあ」や甘えの通じない外の社会の人間に対して失礼にならないように、社会性を持った存在として振る舞おうとし、結果的に学生の積極的な学習態度を引き出すのである。第2には、自分たちの教育に市民がボランティアで参加してくれるという事実に対して、学生たちは社会の側の医療専門職に対する期待を身を持って実感し、その期待にしっかりと応えないといけないう自らの社会的使命を深く自覚する。同時に、期待してもらえ自分をうれしく感じて、前向きに学習に取り組もうという強力な動機づけを持つこともできる。そして第3には、SPのセッションでは、医療の受け手であり、医療に素人であるSPからフィードバックが得られるということである。ロールプレイも含めて従来のコミュニケーション教育は、あくまでも医療関係者の内輪だけの学習方法であり、コミュニケーションの相手であるところの患者の声が入り込むことはほとんどなかった。しかし、非医療者のボランティアであるSPからのフィードバックは、まさに、サービスの受け手であるユーザーの声であり、医療の世界に対するフィードバックである。

アメリカでは、医学教育の方向性が社会ニードを反映したプライマリ・ケアの方向に大きく方向転換して行く上で、1966年に提出された通称MILLIS報告と呼ばれる市民委員会の手による、医学教育の改善に関する提言書が大きな影響力を持ったといわれている。わが国でも同じ1960年代後半には、大きな社会問題となったインターン制度の問題があったのであるが、社会問題とはなったものの、教育の中身に関する議論は専門家に任せられたままで、残念ながら市民の声が医学教育に反映する機会にはなり得なかった。そういう意味で近年のSPグループの急速な増大は、市民の声を医療者教育に反映させようという社会的機運がとうとうわが国でも広がってきたと言えるのではないだろうか。まさに時代は、ただ病気が治ればいい、生命が長らえればいいという時代から、QOLと呼ばれるような生命の質や中身、患者の満足度が問われる時代へと変化してきている。21世紀の高齢化社会を迎えて医療全体がシフトしていくためには、医療への市民参加が不可欠であると

思われる。

VII. コミュニケーションのチェックポイント

医療者と患者とのコミュニケーションをチェックするポイントは以下の諸点である。

1: オープニング

- ①あいさつ、自己紹介、患者確認ができていますか
- ②面接の目的を患者に告げ了承を取っているか
- ③面接の前半で開かれた質問をうまく使えているか

2: 共感的コミュニケーション

- ①視線を合わせ、適切な姿勢・態度（ボディランゲージ）でいたか
- ②コミュニケーションを促進させる言葉がけやうなずき、相槌などをうまく使えているか
- ③事実のオウム返しがかうまく使えているか
- ④感情のオウム返し（反映）がかうまく使えているか
- ⑤まとめ・明確化がかうまく使えているか

3: 傾聴・情報収集

- ①必要な医学的情報が聴きだせているか
- ②患者の生活や個人的事情に関わる情報が聴きだせているか
- ③患者の思いや不安が聴きだせているか
- ④患者の病気に対する考えや理解（解釈モデル）が聴きだせているか
- ⑤受診にいたる患者の受療行動や過去の対処行動を聴きだせているか
- ⑥患者の気持ちや背景に迫る機会を踏み込んで聴いているか、直線的応答でつぶしていないか

4: 説明・情報提供・真実告知・教育

- ①患者にオリエンテーションがつくように説明できたか
- ②わかりやすい言葉で説明できたか
- ③患者の理解のテンポにあわせて話が進められたか
- ④患者が質問できるような雰囲気を作れたか
- ⑤患者が会話の主導権をとる機会、スペースを作ることができたか

5: 問題解決・マネジメント

- ①心理的・社会的問題に対してふさわしいアセスメント・介入ができたか

②選択肢を示した上で患者の自己決定を援助できたか

③患者の事情を考慮した上で、患者とともに悩み考えることができたか

6：クロージング

①言い残したことがないか尋ねたか

②今後の具体的なオリエンテーションを患者に示したか

③何かあればいつでもコンタクトできることを患者に示したか

VIII. 作業療法のコミュニケーション教育にロールプレイとSPを導入するうえでの課題

ロールプレイやSP等のシミュレーションを使用した医療コミュニケーション教育の欠点は、①時間がかかる（講義と比べて明らかにシミュレーションは時間がかかり、シミュレーションを一人ずつこなうためには大変な時間が必要になってくる）、②教員の力量に依存する（教員は、シミュレーションの場で起きた事をその場でフィードバックする必要がある、経験と力量が求められる）、③わかった気になってしまう（体験学習は非常にインパクトが強く、学生が簡単にわかった気になってしまいやすい）、④気づきに個人差がある（シミュレーションでは学

生の成熟度や経験によって個人差が出来やすい）、⑤体系的な知識の教育には向かない（体験学習全体に通じる特徴であるが、講義等とは違い体系的な知識や理論の教育には向いていない）、等が挙げられている。

こういった欠点をふまえたうえで作業療法のコミュニケーション教育にロールプレイやSPを導入する際に問題になるのは、①コミュニケーション教育を実施するカリキュラム上の時間枠の確保、②コミュニケーション教育を担当する教員の質的・量的なレベルアップ、③作業療法のコミュニケーション教育にみあったシナリオの開発や評価法の開発、④身体症状シミュレーションも出来る作業療法向けSPの養成、⑤OSCE普及の弊害として起きやすいマニュアル主義の克服・脱皮、等であろう。

いずれにしろ医療現場ではますます患者の側の医療職に求めるコミュニケーションレベルが高くなってきているなかで、一方では昨今の学生達のコミュニケーション下手もますます進行しており、こういったギャップを如何に教育で補っていくかということが、ある意味待ったなしで養成校の教員に突きつけられてきているのが現状であり、21世紀に相応しい作業療法のコミュニケーション教育を如何に実践していくかということは、避けては通れない急務の課題になっているのではないだろうか。

研究と報告

本校における PBL の試み

A trial of problem-based learning at Kobe Co-medical College

嘉納 綾
Aya KANO

Japanese Journal of Research for the Occupational Therapy Education 5(1): 7-13, 2005.

要旨: 能動的な学生を育てることは、養成施設の目標である。しかし、講義を主体としたカリキュラム構成では学生の能動性を育成することは難しく、能動性を促進するための教育方法が必要となる。そこで当校では、少人数での problem-based learning (以下、PBL) を3年制の2年生前期で試みた。その結果、学生の意識・態度に若干の変化が見られた。また、方法の改善点も示唆された。本校の実情に合った PBL の方法を模索すると共に、今回の試みが評価実習・臨床実習でどのように活かされるか、今後も学生の行動に注目したい。

キーワード: 作業療法教育, 作業療法学生, 教育効果

はじめに

臨床実習に出た学生が、受身的で主体性がない、何に困っているか意思表示が出来ないと指摘される経験は、どこの養成施設でもあるのではないだろうか。本校では、臨床教育指導者会議で上記のような問題点が挙げられ、自ら行動する態度を身につけた学生を育てることの重要性と、現段階ではそれが出来ていないことが再認識された。

中野¹⁾は、医療従事者に求められる最低限の能力は知識だけではなく臨床的な技能、患者や他の医療スタッフと良いコミュニケーションをとる態度・心構えが三位一体となったものであるが、旧来の多人数対象の一方通行的な講義を主体とする医学教育では知識を伝授することに主眼が置かれ技能や心の教育は考慮されず、その結果医療従事者の臨床能力やコミュニケーション能力の不足を招いていると述べ、講義主体のカリキュラムで生じる問題を指摘してい

る。Lim Hua Beng²⁾は講義型学習の問題点として情報の過剰負荷による丸暗記学習、知識の統合の欠如、試験は良くできるが臨床には無関係ということを挙げ、臨床実践の現実に向けて臨床家を育てるには PBL カリキュラムに基づいた問題指向型学習がよいと述べている。藤原³⁾は教育と臨床が乖離している今日では、学内で学んだはずの知識を現実の文脈に沿って想起・統合できないなどの問題を解決するために、作業療法教育にテュートリアルを導入することには意味があると述べている。テュートリアルは、PBL のかたちでこれまで多くの医学系大学で取り入れられてきた。神津⁴⁾によると、PBL は学習項目発見型の自己開発型学習で学習プロセスの訓練が主眼であるが、対人技能の育成も重要な役割の一つであり、少人数グループ討論を通して対話能力・討論能力・チームプレイなどが涵養される。また、PBL の目的を十分に達成するためには統合カリキュラムを導入し、その中で知識を伝授するための一斉講義と、技術を学ぶための実習と、学び方を訓練する PBL とが三位一体の形で互いに連携させ、共通の目標を達成するために有機的な機能分担をすることが必要であるし、正規の授業時間の中に個人学習をするための十分な

神戸総合医療介護福祉専門学校 作業療法士科
〒654-0142 兵庫県神戸市須磨区友が丘7丁目1番21
Department of Occupational Therapy, Kobe Co-medical
College 7-1-21, Tomogaoka, Suma-ku, Kobe,
654-0142, Japan

時間を確保しなければならない。

本校の学内教育を考えると、講義を中心としたカリキュラム構成で学生は受身的に聞いているだけであるため、知識と臨床場面の統合・解釈が不十分である。自分の考えを言語化できない、コミュニケーション技術が不足しているなどの講義型学習で指摘されている問題が生じ、臨床実習で能動的に行動できないと考えられる。本校では臨床実習において特にコミュニケーション能力の問題を指摘されることが多いので、少人数でのグループ討論を通してコミュニケーション能力と学び方を学ぶ PBL が問題の改善には適しているのではないかと考え、導入を検討した。その結果、講義・実習・PBL を連携させる統合カリキュラムの導入は困難であるが、少人数での PBL は可能ではないかということとなり、3 年制の 2 年生前期で試みたので報告する。

目 標

この PBL では、「なぜ？」と思う感性、「なぜ？」を追求する態度、そして調べた知識を関連づけ理解する能力、及び自分の思考過程を言語化して表現できる能力を、事例を通して身につけることを目標とした。

方 法

2 年生 45 名を 5 名ずつ 9 班に分け、平成 16 年 5 月 21 日から 7 月 30 日までの金曜日全日を費やし、合計 10 回実施した。

対象領域は担当教員の専門により発達障害領域 2 班、精神障害領域 2 班、身体障害領域 1 班、老年期障害領域 4 班に分かれた。

担当教員の経験した事例をシナリオで提示し、それをもとに学生同士が討論して問題点を明らかにし、図書室等を利用して調べていく。調べた結果をさらに討論し、問題点の解決あるいは新たな問題点の抽出を行う。必要に応じ新たなシナリオを提示し、この作業を繰り返す。また、この期間中に事例に関連する施設見学を一箇所以上行った。10 回のうち最後 2 回で施設見学及び事例について学んだことを発表した。

能動学習には自習の時間が必要となるので、授業の入っていない月曜の 4・5 限と、期間限定の授業で

あった火曜の 1・2 限、木曜の 1・4・5 限を自己学習の時間として使用した（表 1 参照）。

学生に対しては、事例について学習した内容のレポート提出、他班の発表に対する意見の記入及び提出、PBL 終了後の反省を含めた感想文提出を課した。

今回の試みは学生の能動性を引き出すことに主眼をおいたため不合格は出さず、レポート課題・出席・発表をもとに担当教員が A B C 判定を行い、コメントをつけてフィードバックすることで次の評価実習につなげることを目指した（表 2 参照）。

経 過

筆者の担当した老年期障害領域の班を例にとり経過を述べる。

まず、教員はオブザーバーであり自分達で進める学習方法であることを説明し、毎回司会者を決めて進行し、全員が討論に参加するよう意識付けを行った。学生の発言に対して批判はせず、良い意見が出れば褒め、発言のない者には適宜声をかけることを心がけた。

初回は 9 時にシナリオ（表 3 参照）を提示し、その内容について「何がわからないか」「何が興味深いか」「何を学習すべきか」などを約 1 時間討論した。出された意見をまとめ、この日に何を誰が調べるかを決め、各自で学習した。3 時に集合して調べた内容をもとに討論し、解決された問題点、まだ理解できない問題点、新たに生じた問題点を確認した後、次週までに調べることを決め各自で学習を進めた。

初回シナリオのねらいと学生が実際に疑問として挙げたものを表 4 に示す。学生にとって馴染みのない腎不全、心筋梗塞などの疾患がまず疑問として挙げられたが、それらが生活にどう影響しているかは考えられていなかった。また、教員の予想より学習の進行が遅く調べきれない状況が生じたため、学生が気付かなかった疑問や理解が不十分な内容を含めて次のシナリオを作成し、学生の進行状況にあわせて提示した。

二回目は前回の課題について一週間で調べたことを各自が報告し、それをもとに討論した。生活に与える影響については表面的にしか考えられていなかったため、さらに深く考える材料として次のシナリオを提示した。その後の流れは初回と同様である。PBL で学生が学習した内容を表 5 に示す。シナリオ

表1 平成16年度2年生前期時間割

	月	火	水	木	金	土
1	作業療法 評価法実習Ⅰ	作業療法 技術論実習Ⅱ (7回)	整形外科	作業療法 評価法実習Ⅱ (4回)	作業療法 評価法実習Ⅲ (5回)	作業療法 評価法実習Ⅲ (7回)
2			基礎作業学実習 Ⅳ	精神医学		
3	作業治療学Ⅰ	作業治療学Ⅱ		作業治療学Ⅳ	PBL(10回)	X
4		神経内科学	小児科学	作業療法 技術論実習Ⅲ (6回)		
5			作業療法 評価法実習Ⅱ			

■ PBLを行なった時間
□ 自習に使用した時間

は合計4枚提示した。4枚目のシナリオで自宅の構造を示し教員が事例を演じることで、自宅での入浴方法についても討論された。

施設見学は、透析を行っている病院と老人保健施設に学生自身が連絡を取り調整し、三人と二人の2班に分かれて行った。

結果

多くの疾患を抱えている事例であったため、当初学生は、疾患の理解に大半の時間を費やしていた。しかし、PBLを進め施設見学で透析を受けている方を見たり話を聴く中で、週三回病院に通わなくてはならない大変さ、透析中の状況、透析後の身体のしんどさ、普段から気をつけなければならないことなど、疾患の症状を理解するだけでなく、それが生活にどう影響を及ぼしているのかを理解することの必要性も感じたようである。

また、全介助での起き上がり、トランスファー、浴槽への出入りなどの方法を調べ自分達で色々試す中で、事例の動きを真似ることや動作分析を行うことの重要性に気付いたようである。

この事例に対し、学生はリフトを使用した入浴を考えた。ベッドから全介助で車椅子に移り脱衣場へ

行き、吊り具をつけて浴槽へ入る方法である。しかし、衣服の着脱をどこでどのように行うのか、洗体をどうするのかということまでは考えられておらず、入浴動作が一連の流れとして捉えられていないという問題が残った。また、浴室の広さと福祉用具との適合や制度利用を含めた経済面への配慮など、まだまだ考えなければならないことがあることに気付いたようである。

グループでの討論・発表ともに中心となり積極的に行う学生と受身的になる学生に分かれ、最後まで積極的になれない学生もいた。

考察

1. シナリオについて

今回4枚のシナリオを提示したがねらい(到達目標)が多すぎ、学生の能力以上のことを要求していたようである。初回シナリオでは気付いて欲しいことを8項目挙げていたが、実際に学生が調べることができたのは3項目であり、PBL2回分の内容を盛り込んでいたようである。到達目標は欲張らず、学生の能力にあったものにしなければならない。

また、チュートリアル成功はシナリオにより決まると言われている。学生の議論が湧くようなスト

表 2 PBL 評価用紙

作業療法士科 2 年 PBL 評価結果			
		学籍番号	
		学生氏名	
1. 出席状況			
欠科	回		
遅刻	回		
2. 発表 (内容・態度・コメント)			
3. レポート			
A: 簡潔で読みやすく, 内容が十分に伝えられる			
B: 迂遠な説明や大雑把な表現が多いが, 伝えたいことはわかる			
C: 構成に欠け文章も稚拙で, 何を伝えたいのかわからない			
4. 総合評価	A	B	C
5. 総評			
		平成 年 月 日	
		担 当 教 員	
印			

表 3 初回シナリオ

80 歳女性。定年退職した夫との二人暮らし。
 腎不全で、週三回人工透析を受けている。
 平成 15 年 12 月に心筋梗塞を起こし、K 病院に入院していた。
 心臓の状態が落ち着いたので退院の運びとなったが、自宅のお風呂で入浴できるかどうか不安である。

表 4 初回シナリオのねらい (気付いて欲しいこと) 及び結果

1. 腎不全とは	
2. 人工透析とは	
3. 心筋梗塞とは	
4. 現在の症例の身体状況は	
5. 自宅の構造は	
6. 透析を受けることでどのような影響がでるのか	
7. 心筋梗塞後に注意することは	
8. 家族の介護力は	
ものが――1, 2, 3	学生が疑問として挙げ, 実際に調べた
の――4, 5	疑問としては挙げたも
して挙げたもの――2, 6	学生が次週までの課題と

表5 学生の学習内容

1回目	シナリオ1提示	疾患について
2回目	シナリオ2提示	疾患について
3回目	シナリオ3提示	介護保険制度について
4回目	入浴補助用具について	
5回目	施設見学	(二箇所)
6回目	シナリオ4提示	接遇について
7回目	症例の入浴方法の検討	
8回目	同上	

表6 PBL終了後の学生の感想

- ・ 時間をかけて色々なことを調べたり、議論したり、面白かった。
- ・ 講義のような受け身ではなく、積極的に授業ができた。
- ・ PBLと講義を両方するとよい。
- ・ 自分の考えを言葉にして伝えられるようになったのでよかった。
- ・ 質問すること、疑問を持つことに自信のなかった自分が前向きになれた。
- ・ 表現能力や問題解決能力など、自分が一番苦手としていたことが学べてよかった。
- ・ 話し合うことで他人の意見を取り入れることができ、視野が広がった。
- ・ 自分の意見を伝えることや、人の意見を聞き理解しようとするのが身に付いた。
- ・ 周りの考えるスピードについていけず、人の意見に対して納得するしかできず困った。
- ・ 自分の意見を言えず、今後言えるようになるだろうかと不安を感じる。
- ・ 班編成だと積極的に学習を行なう者と行なわない者に差が生まれると感じた。
- ・ 他の班員の理解を待たなければならず、意見交換まで発展しなかったのが、学習意欲が低下した。
- ・ 最初は自分が参加できていないような気がして悩んだ。
- ・ これから少しずつ意見を言えるようになりたい。
- ・ もっと授業数が欲しかった。
- ・ 講師によって目的や方針が異なり、あまり統一性がなかったように感じた。
- ・ 領域によって全く習うことが違い、先生の方針も違っていたので困惑することがあった。
- ・ 教員の授業の進め方やゴールを統一すればよりよいものになると思う。
- ・ 担当講師が一日でなく午後の数分の日もあり、私達が行っている場を見てもらいたかった。

表7 学生に対する教員の意見

- ・ 一人が発表するのではなく、役割分担がされていた。
- ・ 発表にデモンストレーションを入れるなど、他の班に伝えるための工夫がされていた。
- ・ 質疑応答の際、一部の決まりきった学生のみが質問するのではなく、ほとんどの学生が参加していた。
- ・ 自分達の経験と照らし合わせて質問がされていた。
- ・ 他の班の発表中に、寝ている学生がいなかった。
- ・ 他の班の発表に対するコメントが、しっかり書かれていた。
- ・ 自分達でよく調べていた。
- ・ 班での意見交換で、最初は発言できなかった学生も、回を重ねるごとに意見を言えるようになっていった。
- ・ まだ言語化できない学生もいるが、発言しようと努力している様子がうかがえる。

一リーが、シナリオに求められる。今回シナリオを書くに当たり、学生の想像力を膨らませるため極力情報量を少なくするよう留意したが、疾患中心のシナリオになっていた。1つのシナリオの中に学生に馴染みのない疾患が3つもあれば、疾患中心の学習

になっても仕方がないと思われる。学生に対象者の生活を考えてもらうためには、生活に目がいくシナリオにしなければならない。入浴ができないという生活障害を前面に出し、その原因を考える中で疾患が出てくるシナリオにすればよかったのではないだ

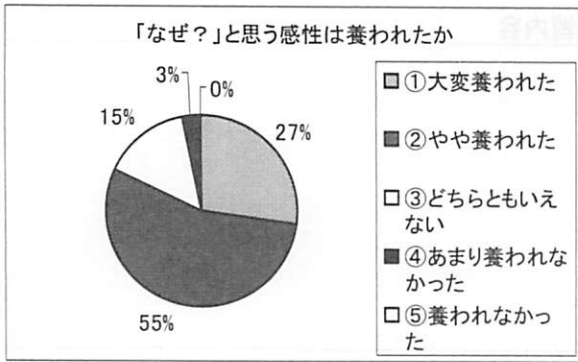


図1 アンケート結果1

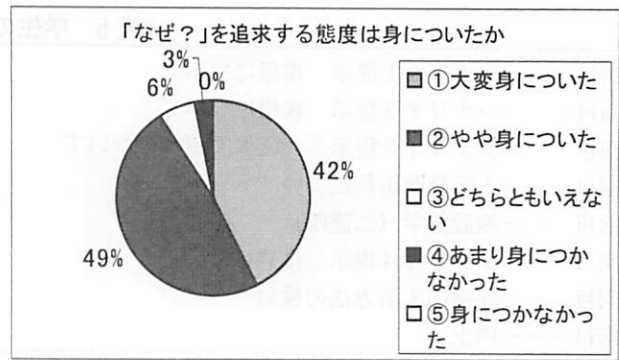


図2 アンケート結果2

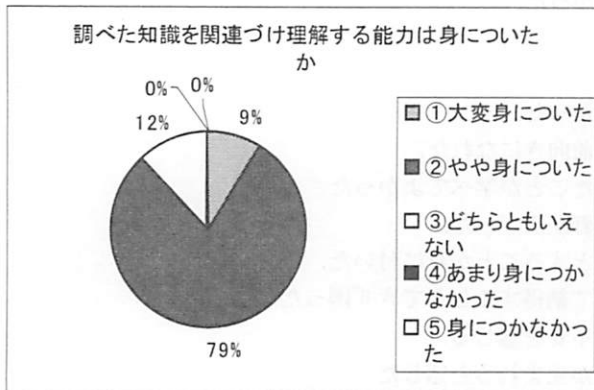


図3 アンケート結果3

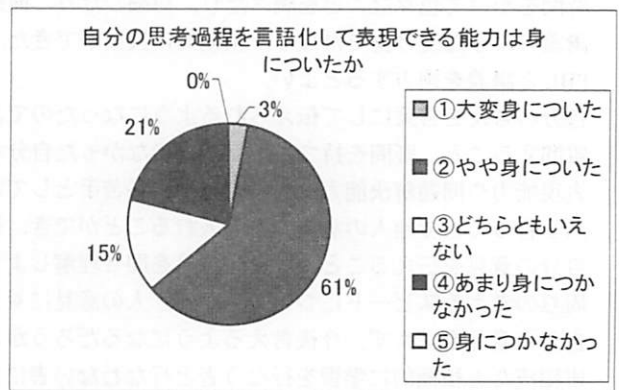


図4 アンケート結果4

ろうか。今後はシナリオの書き方も工夫し、学生の興味をひき積極的に取り組めるものにしていく必要がある。

2. PBL の進め方について

今回、2年生前期の授業で PBL を試みたが、教員間で進め方の統一がなされておらず全体の足並みがそろっていなかった。シナリオのねらいに学生を導くため指示をしたり講義をする教員がいたり、学生の自由に任せている教員もいて、学生は戸惑っていたようである。統合カリキュラムを導入している大学では PBL の課題に関連した講義や実習が必要なときに組み込まれているが、当校ではそのようなカリキュラムにはなっていない。また、班ごとに分野や課題が違うため、現在のカリキュラムの講義の中に全ての班の課題に関連した内容を組み込むことは困難である。このような状況では、PBL の中で必要に応じ講義を行わざるをえないこととなる。実際、講義をして欲しかったという学生の意見も聞かれた。しかし、8回という少ない時間を講義に大半を費やしてしまえば、取り組みの意味がなくなってしまう。

能動学習の教育方法についてもっと勉強し、当校の実情に合った方法を模索し、教員の関わり方・態度も統一していく必要がある。また、疾患に対する理解が不十分な2年生前期で行うのがよいのかどうか、実施する時期についても検討する必要がある。

PBL を行った金曜日は、午前中に臨床に出ている教員が多い。一日学校にいる教員とそうでない教員とでは班にかかわる時間に差が生じ、学生は不満を感じたようである。しかし、臨床に出ているからこそシナリオで提示した事例の臨床場面を学生に見せることができ、自分達が調べたことを事例に結び付けて理解する経験を提供することができている。教科書ではなかなか理解できない臨床像を、学生に伝えることができる。臨床に出る利点を生かし欠点を極力少なくするためにはどうすればよいか、今後考えていきたい。

今回は班全体で共通理解をしながら進めたため、理解の早い学生は物足りなさを感じていたようである。班全体で理解を進めていくのがいいのか、班で行うものの個人理解を中心に行っていくのいいの

か検討するとともに、班で進めていく場合は理解の早い学生への対応も考えなければならない。

3. 学習目標について

PBL 終了後に全学生に対し無記名でアンケート調査を行った結果（回収率73%）、学習目標として掲げていた「なぜ？」と思う感性、「なぜ？」を追求する態度、調べた知識を関連づけ理解する能力、自分の思考過程を言語化して表現できる能力が多少身についたと、大半の学生は感じているようである（図1～4参照）。また学生の感想からは、初めのうちは人の意見を聞く一方で参加できていないと悩んでいたが徐々に自分の意見を伝えることができるようになり、討論により色々な考えを取り入れ広い視野を持てるようになってきている学生の姿がうかがえる（表6参照）。教員からは、学習過程では自ら学習し自分の意見を言える学生が増え、発表では伝えようという意識が高く発表を工夫し、全員が参加し質疑応答が活発だったなど、学生の態度に変化があったとの意見が聞かれた（表7参照）。なかには自分の考えをまだ言語化できない学生もいるが、言葉を捜そうと努力している様子が見え、現状ではいけないという自覚を持ち変わろうとする意識の変化を感じることができる。学生が伝えようとする態度を評価し、言語化できるように今後も援助することが必要である。また、少人数の中でも受身的になってしまう学生に対し適切なフィードバックを行うなど、少しでも能動的に行動できるような関わり方や指導方法を見つけていきたい。

PBLで獲得を目指している能動性、対人技能、コミュニケーション能力は、最終的には他の授業や臨床実習、学生生活でも活かされなければならない。学生が般化できるように援助していく必要もあると考える。

PBLを取り入れるだけで、能動的な学生が育成できるとは思わない。しかし、今までよりは疑問の解決のため自ら行動し、他者と意見交換できる学生になってきているのではないかと期待している。今回の試みが評価実習、臨床実習でどのように活かされるか、今後も学生の行動に注目したい。

引用文献

- 1) 中野隆：基礎医学教育の方法。リハビリテーション教育研究，7：1-4，2002。
- 2) Lim Hua Beng：作業療法教育カリキュラムへのPBL Problem Based Learningの導入～シンガポールの経験から学ぶもの。第7回日本作業療法教育学会資料，2002。
- 3) 藤原瑞穂：作業療法教育へのチュートリアルシステム導入の可能性。作業療法ジャーナル，36：1069-1073，2002。
- 4) 神津忠彦：医学教育におけるPBLチュートリアル。作業療法ジャーナル，36：1074-1076，2002。

研究と報告

作業療法学生に対する面接技法教育の課題 —臨床実習指導者と教員に対するグループインタビューから—

Issues in teaching medical interview to students in occupational therapy school : From the group interviews of the clinical supervisors and occupational therapy school teachers

湯浅 孝男, 石井 良和, 石川 隆志, 金城 正治, 大友 和夫
Takao YUASA, Yoshikazu ISHII, Takashi ISHIKAWA, Masaji KINJO, Kazuo OHTOMO

Japanese Journal of Research for the Occupational Therapy Education 5(1): 14-20, 2005.

要旨: グループインタビューにより面接技法の教育における課題を検討した。対象者は作業療法士養成校の教員と臨床実習指導者だった。対象の教員は9名, 臨床実習指導者は40名だった。教員のグループインタビューは臨床実習指導者の話し合いの1ヶ月前と1週間後の2回行った。臨床実習指導者は6~7名の6グループに分かれて話し合いを行った。教員の話し合いは録音の逐語記録を元に, そして臨床実習指導者については記録係のメモを元に分析を行った。その結果, 以下の課題が明らかになった。学生が示しがちな問題として教員と臨床実習指導者が共通してあげていたのは, ①面接の機能の中の情報収集かまたは関係の構築のどちらかに気をとられがちな傾向, ②得た情報を要約して記述したり報告する能力の不十分さだった。インタビュー全体から浮かび上がった課題は, 面接という用語から思い浮かべるイメージが学生, 臨床実習指導者, 教員の間で様々なことだった。

キーワード: 面接技法, グループインタビュー, 作業療法教育, コミュニケーション

はじめに

面接は作業療法士が臨床で利用する重要な手段である。面接とは面接者と被面接者によって共同で構成される言語的な経験であり, 質問と質問への応えに基づいて組織立てられると定義づけられる¹⁾。この定義で重要なのは面接とは共同で構成される経験ということであり, 面接者側からの一方的な質問とそれに対する答えで成立するものではないということである。面接が重要視されてきている背景には最近の作業療法をとりまく状況の変化がある。作業療法の対象者のうちで慢性疾患の患者の占める割合

が急増しているが, それらの患者は完全に治ることを期待できない場合が多い。長期に渡る療養では本人や家族の納得を得られなければ作業療法士の役割が疑問視されてしまうであろう。また, 作業療法ばかりでなく医療全般の傾向であるが患者や家族の権利を重視するようになってきていることも面接が重要視されるようになってきていることに関係しているだろう^{2) 3)}。

従来は面接(医療面接)は経験的に身につけるものであり, “自然に”上達していくものであるという, 漠然とした仮説から成り立っていた。しかし単に臨床経験の蓄積だけでは上達しないことが明らかになってきた⁴⁾。最近ではビデオ装置の普及などから面接には構造と機能があり, 基本的な面接技法の習得ならば限られた時間の中で可能なことが示されるようになってきている。医師教育においては近年コミュニケーション教育プログラムが実践されるよう

秋田大学医学部保健学科作業療法学専攻
〒010-8543 秋田市本道 1-1-1

Department of Occupational Therapy, College of Allied
Medical Science, Akita University: 1-1-1, Hondo,
Akita-city, Akita Prefecture 010-8543, Japan

になり、医療面接とかメディカルインタビューというタイトルの本も出版されるようになってきている。しかし作業療法の分野においては面接がクライアントとの関係構築や評価においても重要と考えられるにもかかわらず、作業療法教育の中でどのように位置付け、どのように教育していくかについては試みの段階にあると考えられる⁵⁾。したがって、今後の教育を構築する上で、養成校の教員や臨床実習指導者の面接についての考えを知ることが重要と捉えて、グループインタビュー法で調査した。

対象と方法

養成校の教員としての対象はA大学の作業療法学専攻の教員9名であった。教員9名のうち作業療法士は7名で、他2名も作業療法士教育に10年以上関係してきた。臨床実習指導者はA大学の臨床実習指導者会議に出席した40名で、そのうち身体障害分野は13名(33%)、精神障害分野は9名(22%)、老年期障害分野は16名(40%)、発達障害分野は2名(5%)だった。教員のグループインタビューは臨床実習指導者の話し合いの1ヶ月前と1週間後の2回行った。教員の2回目の話し合いは、臨床実習指導者の意見を受けた上での話し合いであり、今回の研究課題のまとめと位置づけた。教員の話し合いは学内の教員室で行い所用時間は約60分だった。話し合いは録音し、逐語記録を作成した。逐語記録を面接に関する意見毎に分割して区分を作成した。各区分を意味的類似性により分類してカテゴリーを作り、さらに各カテゴリーを関連づけて上位のカテゴリーを求めた。発言内容の分析の過程を図1に示す。臨床実習指導者の話し合いの際は教員が司会者となった。司会者は事前にフォーカスグループインタビュー^{6) 7)}について学んだ。臨床実習指導者40名は6~7名の6グループに分かれて話し合いを行った。話し合いは学内の教室で行われ、所用時間は約60分だった。臨床実習指導者の話し合いについては記録係がその場で筆記記録を行い、その筆記記録を6グループ分集めたものを臨床実習指導者の意見とした。臨床実習指導者の意見も教員の意見の分析と同様に意味のまとめごとの区分を拾い出し、次に各区分を分類してカテゴリーを抽出し、それらをさらに上位の大カテゴリーに分類した。分析は共同研究者の話し合いで行ったが最終的な判断は筆頭者が行った。臨床実習

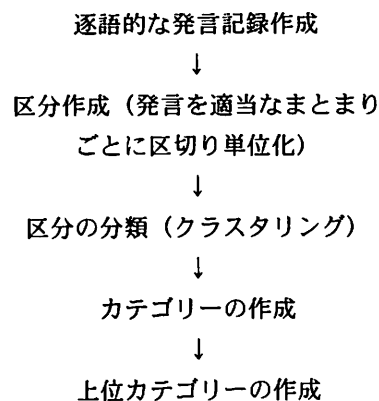


図1 発言内容の分析過程

指導者の意見をまとめたものは報告書として指導者全員に郵送した。

以下に臨床実習指導者へのグループインタビューの目的やインタビュー内容を示したインタビューガイドを示す。

テーマ：「臨床実習指導者が実習生を通して考えた面接の概念と指導上の課題に関するインタビュー」

目的：

①臨床実習指導者が面接とはどのようなものであると考えているか、②面接に必要な技法にはどのようなものがあると考えているか、③現実に行っている指導上の工夫、以上の3点を知ることにより今後の教育の課題を考える手がかりとすることを目的とする。

対象：

臨床実習指導の経験者.1グループあたり6~7名.

インタビュー内容：

- 1) 学生が行う面接の実態
- 2) 学生の様子を見て感じた問題点
- 3) 指導上の課題と工夫

具体的な話題の提供は以下のように行った。

- 1) 学生がクライアントと面接をする様子を見た感想を何でもいいので話し合ってみてください。
- 2) 今までに学生に面接について指導してきたこと、そこで感じたことを何でもいいので話し合ってみてください。
- 3) 学生の面接の技能を高めるためにはどのようなことをしたらいいか話し合ってみてください。

教員対象の第1回目のグループインタビューは臨床実習指導者に対するものと同じ目的と同じインタビュー内容で行った。

教員対象の第2回目のグループインタビューのインタビューガイドは以下のとおりである。

テーマ：「臨床実習指導者の意見を元にした養成校での面接教育の課題」

目的：

教員が臨床実習指導者の意見を聞いて面接についてどのような考えを持ち、今度どのように指導していったらいいと思ったかのアイデアを共有して面接教育の課題を明らかにする。

インタビュー内容：

1) 臨床実習指導者の意見を受けての考えの変化

2) 面接教育の今後の工夫

具体的には以下のように話題の提供を行った。

1) 実習指導者の話を聞いて感じたことを何でもいいので話し合ってみてください。

2) 教員の役割として今後どのようなことが必要と思うか話し合ってみてください。

結果

データ収集は第一回目の教員のグループディスカッション、臨床実習指導者のグループディスカッション、臨床実習指導者からの意見を聞いた後での教員の第二回目のグループディスカッションの3回行ったので、結果もその順に述べる。各インタビューでのカテゴリーを表1に示す。

1. 教員から見た学生の面接技術と教育の工夫

教員の1回目の話し合いは61の区分に分割され、それらは4つの大カテゴリーに分類された。以下にカテゴリー別に述べる。

1) 学生の示しがちな問題点

学生は情報収集を目的とした一方通行の質問をしがちである。そして質問の仕方が羅列的な聞き方で、聞きたい事が頭の中で整理されていない。情報収集に気をとられて関係を作ることに気が向かない、または関係作りに時間をとられすぎて情報収集が不十分になるなどアンバランスになる傾向がある。県外出身者で対象者とのコミュニケーションをうまくとれないのを方言のせいにする人がいるが、それは方言だけの問題ではない。何故ならば構音不明瞭な人が作業療法の対象者（以下クライアント）になることは日常よくある。クライアントの発言を面接者がよく理解できない時の対応法に問題があるのだろう。また、相手の発言を聞くことに集中して自分の要求

を伝えることがうまくできない学生がいる。

2) 学生の立場

面接者が病院・施設のスタッフの場合は面接の場所や小道具の使い方を臨機応変に自由にできるが、学生は面接の環境作りはスタッフに比べて不利な立場なことがある。また、クライアントによっては学生を理解して信頼関係を形成するには時間が必要な人がいる。しかし学生はクライアントから拒否されると成績を低くつけられるという不安をかかえているため、必要以上の緊張を感じていることもある。学生の話の仕方の未熟さは悪い面ばかりでなく、クライアントによっては新鮮な刺激になる場合もあるので、学生には利点も伝える必要がある。

3) 教育の工夫

各教員が自分が担当している科目で行っている方法が話題になり、それらは以下のとおりであった。教員が面接している場面をビデオで見せる。教員の面接の逐語記録を教材にして受け答えの分析をする。ロールプレーで実際の場面に近い体験学習をさせる。ロールプレーの場面をビデオ撮影して話し合う。実習で学生を引率した場合には点を付けられる不安を学生に与えないでフィードバックを与える。実習で面接する際には学生の自由裁量で判断していいことを具体的に伝えておく。高齢者との話題の乏しさに対する対策としては70代、80代の人たちの時代背景を知る大切さを伝える。

4) 教員にも個性

各教員が担当している分野による違いのためか、面接の始め方には個性があり、話をすることに重点を置く人と身体に触れることから入る人がいる。

2. 臨床実習指導者から見た学生の面接技術

実習指導者の意見は以下の4つの大カテゴリーに分けられた。

1) クライアントとの関係で学生が示しがちな問題点

クライアントとの心理的な距離の取り方に問題がある学生がいる。例えば信頼関係が形成されないうちに慣れ慣れしすぎる態度をとったり、特定のクライアントと長時間かかわって疲れさせる場合がある。遠慮しすぎる場合には聞き返すことをためらって結果的に不信感を持たれることがある。話題に乏しく会話を発展できないために関係を形成することがうまくできない。関心が障害だけに向いてしまうためなのか、情報収集に気を取られて一方的な関係になることがある。

表1 各インタビューのカテゴリー

対象	教員（第1回目）	臨床実習指導者	教員（第2回目）
実施日	2月24日	3月19日	3月30日
カテゴリー	<p>学生の示しがちな問題点</p> <p>一方通行な質問</p> <p>羅列的な質問</p> <p>アンバランス（情報収集と関係形成）</p> <p>理解できない時の態度の未熟</p> <p>学生の立場</p> <p>環境作りの自由度の少なさ</p> <p>時間の必要なクライアントの特性</p> <p>成績への不安感</p> <p>学生の新鮮さの利点</p> <p>教育の工夫</p> <p>教員の面接のビデオ場面の提示</p> <p>逐語記録の教材</p> <p>ロールプレーの体験</p> <p>ロールプレーのビデオ学習</p> <p>成績の付け方の説明</p> <p>フィードバックとしての話し合い</p> <p>面接環境作りの自由と限界の説明</p> <p>対象者の時代背景への理解</p> <p>教員にも個性</p> <p>担当分野による面接観の違い</p>	<p>クライアントとの関係で学生が示しがちな問題点</p> <p>クライアントとの心理的距離</p> <p>話しやすい相手に密着</p> <p>急な親しげな態度</p> <p>挨拶の省略</p> <p>過度な遠慮</p> <p>話題の乏しさ</p> <p>障害だけに気を向ける</p> <p>情報だけに気を向ける</p> <p>評価としての面接</p> <p>評価用紙使用と狭く捉える傾向</p> <p>他からの情報に迎合した評価</p> <p>会話も評価と気づかぬ傾向</p> <p>聞き取り情報の文字情報への変換</p> <p>会話の羅列</p> <p>メモに執着</p> <p>冗長な丁寧語での記載</p> <p>指導者側の工夫や問題点</p> <p>他スタッフを面接のモデルに</p> <p>指導者との人間関係</p> <p>実習地の特性の理解</p>	<p>面接の概念の混乱</p> <p>学生、教員、指導者で面接のイメージに食い違い</p> <p>分野により面接の重点に差</p> <p>学生の対人関係の問題</p> <p>対面での会話の未熟さ</p> <p>レポート作成への偏重</p> <p>権威者への迎合</p> <p>実習地の違い</p> <p>施設と病院の時間の流れの違い</p> <p>違いについての事前の説明の必要性</p> <p>実習指導者の問題</p> <p>指導者と学生の人間関係が面接に反映</p> <p>抽象化能力を育てる必要性</p> <p>要点をまとめる能力</p> <p>まとめる能力は会話・文章化に共通</p> <p>抽象化能力を育てる教育の工夫</p> <p>ビデオ教材の利用</p> <p>授業の要点の提出</p> <p>実際場面での教育の必要性</p> <p>教員の臨床場面への参加</p> <p>実際のビデオの利用</p>

2) 評価としての面接

面接をある特定の評価用紙を使用して長い時間をかけるインタビューという狭い意味で捉えている学生がいる。実習指導者や他のスタッフからの情報が正解と思い込み、それからずれないような情報集めをする。会話も評価手段であることを忘れて検査結果だけに気をとられる。

3) 聞き取り情報の文字情報への変換

面接の内容をまとめて文章化できないため、会話を羅列するだけの記載になる。メモを取ることに気を取られて相手を見ない。記録は必要な情報をコンパクトにまとめる必要があるのに、冗長な丁寧語を書く。

4) 指導者側の工夫や問題点

学生には年齢的に近いスタッフをモデルにした方がいい場合があるので、同僚との関係を重視している。実習指導者との関係がうまくとれる学生はクライアントとの関係もうまくとれる。実習地が急性期なのか慢性・維持期なのかによって面接のスタイルが違うので、その違いを理解しないと学生は戸惑う。

3. 教員からみた学生の面接技術と課題

実習指導者からの意見を聞いた後での教員の2回目の話し合いは58の区分に分割され、それらは次の7つの大カテゴリーに分けられた。

1) 面接の概念の混乱

面接という語から受けるイメージが学生・教員・実習指導者で食い違う場合がある。学生ばかりでなく実習指導者の中にも面接を一定時間一定の場所で

行う構造化された面接という狭いイメージを持っている場合がある。急性期・慢性期、または身障・精神などの分野によって面接の重点の置き方に違いがあることの確認が必要である。

2) 学生の対人関係の問題

特定の親しい人とのeメールによる関係から対面でのコミュニケーションに発展できない学生がいる。実習の目的をレポート作成と捉えて情報収集に焦る学生がいる。権威ある人からの情報に合わせるように面接をする学生もいる。

3) 実習地の違い

構造化した面接の出来るところと出来ないところがある。施設と病院の時間の流れの違いが大きい。指導者からリアルタイムのフィードバックを受けられるところと受けられないところがある。以上のように実習地の特性に違いがあるので、事前に学生に対して実習地の違いについてオリエンテーションの必要性がある。

4) 実習指導者の問題

クライアントと実習生の関係は、クライアントと実習指導者の関係を反映する。具体的な課題や役割が学生に明確でないと、学生は関係しやすいクライアントとの関係に捕らわれる。

5) 抽象化能力を育てる必要性

要点をまとめて話し、書く能力が必要である。要点をわかりやすく伝える能力はクライアントとの関係構築にも必要である。

6) 抽象化能力を育てる教育の工夫

収録したテレビ番組を見せて内容をまとめさせると学生の観察力や情報の要点をまとめる能力を育てられるし、評価にもなる。前回の授業の要点を毎回書かせることで情報を整理する能力を育てている。メモを取る習慣をつけさせる。

7) 実際場面での指導の必要性

面接の実施に問題のありそうな学生には教員の臨床場面を見学させ、さらにビデオで再学習させることで教育効果が上がったことがあった。このように、ことばでの説明だけでは改善が難しい学生には、実際の場面で生じた問題に教員が関与して指導する必要がある。

考 察

面接の定義にもあるように医療面接とはそもそも

面接者が質問して被面接者が質問に答えるという一方的な関係ではない。しかし面接が狭い意味での評価の一手段として捉えられることもあるようで、面接という用語から思い浮かべるイメージが学生、臨床実習指導者、教員の間で様々であることが教員の第2回目のインタビュー結果に示されていた。富岡は⁸⁾作業療法士のもつ面接のイメージとして、第一に開始時の評価面接、あるいはインテーク面接、第二に患者と座って話し合っている場面、第三に日常的に患者に作業のやり方を教えている場面を例にあげて、どれが面接に含まれていいかと問いかけている。そして、対話のもつ目的性の有無が面接か否かの一つの分かれ道になってくると述べている。病棟の廊下での数分間の立ち話でも作業療法士がどのような目的をもって臨むかが面接かどうかを決めるのであろう。そのような面接の概念を教育の場面でしっかりとおさえておくことが必要と思われる。田島・木原³⁾による急性期の身体障害領域におけるリハビリテーションに関わっている作業療法士へのアンケート調査では障害受容への促しは面接で行えるとは思えないと回答した人がいたのも、面接をインテーク面接などの情報収集の手段の一つととらえる固定概念からくるものと思える。

医療面接を修得可能な技術であるとして Cole & Bird⁹⁾ は効果的な医療面接が果たす三つの機能を取りあげている。それらは、関係作り、健康問題の評価、そして健康問題のマネジメントであるが、臨床実習指導者へのインタビューと第1回目の教員のインタビュー結果には、学生は面接の機能の中のどれか一つに時間や気をとられすぎる傾向があることを指摘する意見があった。たとえば情報収集(評価)に重点を置き過ぎてクライアントと一方的な関係になるか、または関係の構築に時間を取り過ぎて情報収集が不十分になる問題である。面接の機能の中の健康問題のマネジメントについては臨床実習指導者も教員も学生の面接技術の問題点としてはとりあげていなかった。これは健康問題のマネジメントに関する面接を学生が行えているという意味ではなく、高度な技術であって学生の課題とは捉えられていない可能性が考えられる。患者の健康問題のマネジメントとは患者の教育と、推奨する治療方針に従って患者を動機づけることであるが、患者の教育は簡単ではないと指摘されている⁹⁾。また、磯部は被教育者の臨床技術の到達段階は様々であり、治療への動

機付けや外来でのインフォームドコンセントに至る訓練などは高度な実習が必要であると述べている¹⁰⁾。健康問題のマネジメントについては卒業後教育の中で重点的に研修されるような内容であり、教員も臨床実習指導者も学生の到達目標とは考えていないために学生の面接の問題点の中では話題として出なかったものと思われる。

面接とはことばのやりとりで行われるものであるが、面接から得られた情報を書き言葉としてまとめる能力の不十分さが臨床実習指導者と第2回目の教員のインタビューに述べられていた。特に記録として記載する場合に問題が表面化するようである。斉藤等¹¹⁾は、「要約技法」は通常の臨床実習体験の中では会得できず、スモールグループ実習などの特別な教育体験を必要とすると述べている。そして、患者から聴き取った内容の理解を患者と共有するために言語化する「要約と確認」の技法は適切に教育されなければ実行することは難しく、医療面接技法の中でも特に重点的に教育する価値のある技法である述べている。今回のグループインタビューで指摘されていたのはレポートとして情報を要約する能力のことであるが、面接の場面でも相手の発言内容を要約して相手に伝えることが必要な場面は頻回にある。得られた情報を要約して文字言語としてレポートを書く能力と相手の発言を要約して口頭で伝える能力とは全てが重なるとは言えないまでもかなり類似した能力と思える。作業療法教育の中でも相手の話を要約する技術を意識的に育てる必要があるだろう。

学生の話題の乏しさについて教員も実習指導者も問題点としてあげていた。病者も楽しいことを探しているし、苦悩を共有しようと迫ってくる人にこころを開くことなんてできそうにないと述べている人がいる¹²⁾。面接は導入部では一般的な日常的な関係から入っていく場合が多いと思われるが、その場合には共通の話題をもっているかどうか大きな影響を与えることが考えられる。高齢者が生きた時代背景でもいいし、日常の話題でもいいし、楽しいことから始める方が関係が長く続けられるのかもしれない。

今回の調査方法の限界は臨床実習指導者の意見の分析は各グループのインタビュー記録を元にしたものであるため発言全部の記録を反映していない可能性があることである。グループインタビューという手法を使った利点は、臨床実習指導者や教員という立場を均一にした上でグループを構成して自由に日

頃考えていることを発言してもらった結果の分析であるため、実態をよく反映していることと思える。なお、第2回目の教員のグループインタビューを、当初は第1回目の教員の意見と臨床実習指導者の意見を受けた全体のまとめと位置づけていた。しかし第1回目の教員のグループインタビューで出た内容は必ずしも第2回目には出ないこともあり、全体のまとめと位置づけることには無理もあったために、考察では3つのグループインタビューを並列に位置づけて行った。

まとめ

学生がクライアントとの面接で持ちがちな問題点として臨床実習指導者と教員が共通してあげていたのは評価もしくは関係の構築のどちらかに気をとられてしまうことと、話題の乏しさからストレートに問題点に入っていくがち傾向だった。臨床実習指導者から特に指摘されていたのは面接の内容を要約して記述する能力の乏しさだった。面接の概念が臨床実習指導者、教員そして学生で様々なので、今後共通したイメージをもてるようにしていく必要性が示唆された。

文献

- 1) Henry AD: The Interview Process in Occupational Therapy. In Crepeau EB, Cohn E, Schell BAB (Ed.): Willard and Spackman's Occupational Therapy 10th ed. Philadelphia: J. B. Lippincott Co, 285-297, 2003.
- 2) 田島明子, 木原寿紀: 作業療法における面接技術 - その1 - . 作業療法, 20 (特1), 591, 2001.
- 3) 田島明子, 木原寿紀: 作業療法における面接技術 - その2 - . 作業療法, 20 (特1), 592, 2001.
- 4) Cole SA, Bird J (飯島克巳, 佐々木将人 訳): メディカルインタビュー - 三つの機能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, 3-7, 1994.
- 5) 青山 宏: 面接技法の研修について考える. 作業療法ジャーナル, 38 (11), 1025-1028, 2004.
- 6) 高山忠雄, 安梅勅江: グループインタビュー法の理論と実際. 川島書店, 1998.
- 7) 安梅勅江: ヒューマン・サービスにおけるグルー

- インタビュー法. 医歯薬出版, 2001.
- 8) 富岡詔子: 作業面接の意義と構造(上). 作業療法ジャーナル, 23(9), 664-672, 1989.
- 9) Cole SA, Bird J (飯島克巳, 佐々木将人 訳): メディカルインタビュー—三つの機能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, 41-58, 1994.
- 10) 磯部光章: 医学部における新しいコミュニケーション教育: 模擬患者を使った医療面接実習の導入. 信州医学雑誌, 47(3), 229-240, 1999.
- 11) 齊藤清二, 松井三枝, 牛 麗沙, 渡辺明治: 医療面接技能の客観的臨床能力試験(OSCE)による評価—特に認知行動特性との関連について—. 医学教育, 31(4), 213-219, 2000.
- 12) 佐伯晴子, 日下隼人: 話せる医療者—シミュレイテッド・ペイシエントに聞く—. 医学書院, 157-158, 2000.

作業療法教育研究 第6巻1号 機関誌投稿論文募集

日本作業療法教育研究会の逐次刊行物「作業療法教育研究」は、2000年に第1巻第1号が創刊されて以来、毎年1巻のペースで発行されています。第6巻1号は、2006年7月末の発刊予定です。

研究論文や実践報告、事例研究をはじめとして、現在の作業療法教育に対する提言、問題提起、教育現場でのちょっとした工夫、学生の声などを広く募集します。詳細については「作業療法教育研究」巻末の投稿規程をご覧ください。

【投稿原稿の送付先・連絡先】

日本作業療法教育研究会事務局 田丸あき子
〒433-8558 浜松市三方原町 3453
聖隷クリストファー大学リハビリテーション学部
作業療法学専攻 田丸あきこ研究室内
TEL:053-439-1400 FAX:053-439-1406
E-mail : info@joted.com

研究と報告

作業療法士養成校での面接技法の体験型教育

Medical interview training in the school of occupational therapy

湯浅 孝男, 津軽谷 恵, 石井奈智子, 高橋恵一, 新山喜嗣
Takao YUASA, Megumi TSUGARUYA, Nachio ISII, Keiichi TAKAHASHI,
Yoshitsugu NIIYAMA

Japanese Journal of Research for the Occupational Therapy Education 5(1): 21-28, 2005.

要旨: 作業療法士養成校の2年生20名の学生に対して面接技法の教育を試みた。授業は7回で構成され、第1回は面接の録音テープと逐語記録による学習、第2回は面接についての基礎知識の講義と難しい例の録音テープと逐語記録による学習、第3回は2人組でのロールプレアの体験、第4回はクライアント・セラピスト・観察役の3人組でのロールプレアによる面接技法の学習、第5・6回は介護老人保健施設での実際の面接実習、第7回はグループインタビューだった。学生へのアンケートやグループインタビューの結果では学生達は面接技法の実習に対して貴重な勉強の体験と応え、今後も体験型の教育方法を求めている。特にフィードバックから学ぶことが多いとの応えが多く、今後はフィードバックについての学習を組み込んだ教育がより大きい教育効果を生むことが考えられた。ただし、学生間での実習には限界もあり異年齢を対象にした経験や初対面の人との実習の経験も求めている。

キーワード: 面接技法, フィードバック, ロールプレー, 作業療法教育

はじめに

医療の領域でインフォームド・コンセント(説明と同意)の重要性が説かれるようになって久しい。従来の「任せなさい」「お任せします」という一方的な関係では納得しない人が増えてきている。また、いわゆる治るという概念では対応しきれない慢性疾患を抱えている方と信頼関係を築いていくためにはコミュニケーションの技術が不可欠になっている。「クライアント中心」の作業療法においてもクライアントと作業療法士との効果的なコミュニケーションがなければクライアント中心のものにはならない¹⁾。医師国家試験ガイドラインにおいては医療面

接の実技試験の導入が課題となっており医療面接に関する本も出版されている^{2)~4)}。このような状況の中で医療面接とコミュニケーション教育は作業療法教育の中でも重要な課題となっていると考えられる。

面接とは面接者と被面接者によって共同で構成される言語的な経験であり、質問と質問への応えに基づいて組織立てられると定義づけられる⁵⁾。この定義によると面接は従来型の「問診」という医療者が主体となって情報収集するという単一の機能にとどまらず、より広い概念となる。面接技法は従来は経験的に身につけるものであり、“自然に”上達していくものであるとされていたが、単なる経験だけでは上達しないことが次第に明らかになってきた⁶⁾。面接技法は適切な情報を収集するという「技能」だけでなく、クライアントとの良好な関係の確立という「態度」が要求されるものであり、面接技法の修得には実習を含んだ多様な教育形態が必要になる⁷⁾。面接技法修得のための実習としては医療現場で実際

秋田大学医学部保健学科作業療法学専攻
〒010-8543 秋田市本道1-1-1
Department of Occupational Therapy, College of Allied
Medical Science, Akita University: 1-1-1, Hondo,
Akita-city, Akita Prefecture 010-8543, Japan

のクライアントに面接する方法と、ロールプレーや模擬患者によってシュミレーションする方法がある。模擬患者によるフィードバックは他の教育方法では得られない効果を持つことが知られていて次第に教育に取り入れられてきている⁸⁾。

コミュニケーション技術や面接については従来であれば精神障害領域の作業療法の教育でとりあげられてきた感があり、学校教育の中では簡易な模擬面接などの形で行われるか、または卒業後の自己学習で行われてきている現状がある⁹⁾。コミュニケーション教育の目標は、医学教育モデル・コア・カリキュラムから抜粋すると①医療の現場におけるコミュニケーションの重要性の理解と信頼関係の確立に役立つ能力の修得、②患者（クライアント）の個別的背景の理解と問題点把握能力の修得、③チーム医療の重要性の理解と連携能力の修得があげられる¹⁰⁾。そして期待される教育効果は例えば、①コミュニケーションを通じて良好な人間関係を築くことができる、②クライアントの精神的、身体的苦痛に十分配慮できる、③クライアントが抱える問題点を抽出・整理できる、④自分の能力の限界を認識し、必要に応じて他の医療従事者の援助を求めることができる、などがあげられる¹⁰⁾。このように面接を従来よりも広い概念でとらえると、面接技法は精神障害とか身体障害というような分野を超えた作業療法士としての基本的な技能の一つとして考えられる。そこで面接技法を養成校で学生にどのように身につけさせるかは教員にとって重要な課題と考えて授業の中に組み込んでみた。今回は学生側から見た意見を元に検討する。

対象と方法

秋田大学医療技術短期大学部2年生20名を対象とした。面接技法についての授業は老年期障害作業治療学の中と、授業以外の学生の空き時間を利用して行った。老年期障害作業治療学では、学生は高齢者のニードを面接と観察から知ることができることを目標の一つとしており、時間割の中に介護老人保健施設での実習を2回入れてある。面接技法の授業はその実習の準備段階として組まれた。面接に関連する授業は、面接についての講義、ロールプレーによる体験学習、介護老人保健施設での実習、実習後の

小グループでの話し合いの全部で7回行なった。今回の面接についての授業の教育目標は「クライアントとの援助関係を築くための基本的技術を身につける」と「クライアントの問題点を把握できる」とし、期待される教育効果としては「クライアントとの良好な人間関係を築ける」ことと、「クライアント自身が重要と考える問題点を把握できる」だった。

本研究で分析の対象としたのは第4回目の授業後に行ったアンケート調査結果と、第7回目に行った小グループでのインタビューの結果だった。グループインタビューは録音をし、逐語記録を作成して分析を行った。グループインタビューの逐語記録は意見毎に分割して区分を作成し、各区分を意味的類似性によって分類してカテゴリーに分けた。

面接に関する具体的な授業の内容は以下のとおりであった。

第1回：カナダ作業遂行測定（以下COPM）について説明した。COPMを利用した面接の録音テープと逐語記録により症例紹介を行った。COPMを面接の授業で利用したのは面接の枠組みを提供する上で有用と考えたからである。授業は90分×1回だった。症例の問題点と課題を整理するレポートを1週間後に提出させた。

第2回：様々な質問の仕方や面接についての基礎知識の講義を行った。教員が行ったがあまりうまくいかなかった質問の実例を録音テープと逐語記録を元に説明をした。時間は90分×1回。

第3回：二人組になり、COPMを利用した面接のロールプレーを体験させた。役割は普段の自分でもいいし、何らかの患者役を想定してもいいことにした。面接終了後に互いにフィードバックを行い、その後、経験したことをクラス全体で話し合った。時間は90分×1回。

第4回：三人組になり、シナリオを元にクライアント役・セラピスト役・観察役をそれぞれ体験させた。シナリオは3種類用意した。具体的内容は付録に示す。それぞれにクライアント用のシナリオとセラピスト用のシナリオがあり、観察役はクライアントとセラピストの両方のシナリオを読むことができるが、クライアント又はセラピスト役は自分のシナリオのみを読むことができることにした。役割を交代するごとに別の種類のシナリオを使用した。各回終了後に3人の中でフィードバックを行い、その後

にクラス全体で経験したことを話し合い、問題点や気づきを共有する機会を作った。時間は90分×2回。第4回の授業終了後に表1のアンケート調査を行った。

第5・6回：介護老人保健施設で実習を行った。時間は午前中の約1時間をあてた。1回目は面接中心で、2回目は観察とケースにより身体面の評価なども含めた。実習は二人組ないし三人組で一人のクライアントに面接する形式で面接を行った。クライアントは施設の作業療法士が本人の同意を得て選択した。疾患名は脳卒中、認知症、整形疾患など様々だった。この実習には教員2名と施設の作業療法士1名関わった。

第7回：小グループ（3グループ）に分かれてのグループインタビューを行った。小グループは6～7名の学生と司会役の教員で構成された。グループインタビューのテーマは以下の3点であった。①実習を体験しての感想、②面接の授業についての感想、③面接の授業についての希望。時間は90分×1回。

結果

1. アンケート結果

表1の項目は学生に示したが、記述は自由としたので、提出されたアンケートの内容は学生にとって特に印象に残っていることが重点的に記載されていた。そこで結果についてはアンケート項目でまとめるのではなく、内容から分類して以下に述べる。

1) 体験型授業の印象

学生20名中14名（70%）が今回のような体験型の授業をプラスに評価するコメントを自主的に書いていた。例えば、このような授業形態を増やしてほしい、講義だとわかったつもりになるが実践してみると思ったとおりにならないことに気づける、実践的で貴重な体験になるので今後もこのような機会を授業で取り入れて欲しい、この形式の授業はいつもと違って楽しくてためになる、などの感想があった。

2) フィードバックについて

感想の中で特徴的だったのはロールプレー後に行ったフィードバックについてのコメントが多かったことで、17名（85%）がフィードバックをもらえたことが勉強になったとフィードバックについて直接言及していた。例えば、フィードバックにより気づけなかったことに気づけた、違う視点を知ることができて新鮮だった、一つの状況に十人十色の感じ方

表1 アンケート項目

-
1. シナリオに対する感想はいかがですか。
 2. 面接の設定時間（6分）はどうでしたか。
 3. 役割設定（クライアント、セラピスト、観察）はどうでしたか。
 4. 今回の面接技法の授業に関する感想を何でも述べてください。
-

があることを知ることができた、と述べていた。また、フィードバックを得ることがとても勉強になることを経験してフィードバックの大事さに気づけたという感想があった。1名が適切なフィードバックを行うのは難しいと思ったと述べていた。

3) シナリオについての感想

シナリオについての感想を述べていたのは10名（50%）で、4名（20%）が今回のようなシナリオがあると演じやすく話を進めやすいと述べていたが1名（5%）は今回のシナリオは役になりきるのが難しかったと応えていた。他には、シナリオは詳しい場合と簡単な場合の両方を経験してみたい、セラピスト用のシナリオが短い、同じシナリオでもグループによって展開が違うことを知ることができた、などの感想があった。

4) 役割の体験

クライアント・セラピストの役割を体験したことについては20名全員が感想を述べていた。クライアント役については7名（35%）が貴重な体験だったと述べていて、ちょっとした言葉遣いで安心したり不安になったりするので言葉づかいの大切さに気づいた、自分の思いがセラピスト役に伝わったかどうかが不明な体験をしてクライアントの立場を考える機会になった、沈黙があっても嫌ではない体験ができた、などの感想があった。セラピスト役については8名（40%）が感想を述べていた。特に質問の仕方の難しさについては6名（30%）が述べていて、セラピストが聞きたい内容にそって話を進めるのではなくクライアントの話にそって進めていくには技術が必要だ、質問の切り出し方には工夫が必要だ、などの感想があった。

5) ロールプレーの体験

学生同士のロールプレーの体験については4名

(20%)が感想を述べていた。友人同士なので初めての相手と信頼関係を築く体験はできない、いろいろな年齢のクライアントへの対応を経験してみたい、友人相手なので気を使わなくてすんだ、友達相手でも緊張する、などの感想があった。

6) ロールプレートの時間の長さ

ロールプレートの時間は一組につき6分と設定したが、その時間は短いと述べていた者が6名(30%)いた。1名は時間的には短かったが現実には短時間しか時間をとれないクライアントもいるはずだから短時間の練習にも意味があると述べていた。

7) 面接場面設定と非言語的コミュニケーション

セラピストとクライアントの座る位置、相手との距離、視線の合わせ方、などについては5名(40%)が述べていて、相手の状態に合わせた態度が大切である、人それぞれに視線や姿勢の特徴がある、などの感想があった。

2. グループインタビュー結果

学生の意見は以下の6カテゴリーに分けられたのでカテゴリーごとに発言を紹介する。

1) クライアントへの対応

相手の感情、特に悲観的な感情が表された時の対応が難しかったという発言があった。質問をしても例えば「何もない」などと言って思うような答えを引き出せない時の対応に困ったという発言が複数あったが、直接的に質問すると答えてくれないが昔の体験などの話から入ると答えてくれたという発言もあった。しゃべりすぎる人の対応に困ったという発言もあり、限られた時間内に相手の話にもものりながら情報も取るというバランスをとるには技術が必要だという意見があった。

2) 複数組になったの体験について

学生が複数で面接することに対する感想は、実習の前にはいつも緊張して眠れなくなるが、今回は組になれるので普段の心理状態でいられたとか、余裕があったので改善すべき点などに気づけたという発言があった。これは二人組で行う場合には一人が主にクライアントとのやりとりを行い、他方は補助役として参加するので、話しに行き詰まることを心配しないで相手の話を聞けたという意見である。補助役の時はクライアントと面接役の学生の両方を観察できたので、普段だったら見落とすことをいろいろ気づけたと述べていた。しかし、補助役として気

づいたり、聞いてみたいと思うことがあっても話題が別の方に行ってしまうこともあったとのことである。また、自分の言葉使いににがてな意識を持っている学生は自主的に補助役に回ってしまった場面も紹介されていた。三人組になった学生の中には役割分担が難しいとか、相手に初めは威圧感を与えてしまったという意見があった。

3) 実習生としての限界

面接の場所の設定の大切さがわかったが、環境の設定には学生としての限界も感じたという意見があった。テーブルを置く場所や簡単な飲み物の用意など、学生には自由にならないことがあって、不便に感じたとのことだった。

4) ロールプレートの授業について

学校での体験が実際の面接のイメージ作りに役立ったという意見があったが、学校の体験で形成したイメージと全く違うクライアントを担当して戸惑ったという意見があった。しかし、学生の中には学校でのロールプレートの時に予期しない質問の体験をしていたので、実際に似た質問が来た時には余裕があったという発言もあり、ロールプレートの体験から吸収している内容が学生によって様々だった。実習を体験してみて、学校でもう一度練習ができるのなら、思い切り困る相手を想定したロールプレーで練習してみたいという発言もあった。

5) 実習後の小グループでの話し合いについて

実習で失敗感を持っている学生や不安感の強い学生は実習後の小グループでの話し合いの体験を求めている。難しい体験をしたのは自分だけではないことを知り安心したり、他の人の意見が役に立ったという意見が多かった。また、いろいろな体験や意見がでてくることに驚き、新鮮だったという意見もあった。

6) その他

実際にクライアントと接することで、話しだけでなく表情や身振りなどの観察の大切さがわかったという発言があった。

考 察

医療面接には science と art が含まれると言われるが、医療面接技法の教育法としては第1；講義のみによる方法、第2；ロールプレーを盛り込んだ講

義による方法、第3；医療面接のロールプレーがある¹¹⁾。第3の医療面接のロールプレーとは医師役(セラピスト役)、患者役(クライアント役)、評価者の三人一組で行われることが多い。本研究は第3の方法をとっている。学生達はアンケート結果に示されるように面接技法の実習についてはプラスに評価しており、今後も体験型の学習を求めていた。今回の授業では学生同士でロールプレーを行ったがこの方法の限界もあり、そのことがアンケートでの異年齢の相手との体験がしたい、初対面と友人では導入部分では違うなどの意見に現れていた。最近ではクライアント役を模擬患者(simulated patient: SP)を利用して教育が行われることが増えてきている。一定の訓練を受けたSPが演ずる患者役によりシミュレーションする方法ではリアリティがあり効果的な学習が行われる。しかし訓練を受けたSPを一定数確保することは難しい面もあり、学生やボランティアの協力を得て行う方法も工夫されている¹²⁾¹⁴⁾。ロールプレーによる方法の利点はクライアントとしても体験を模擬体験できることであり、リアリティよりは気づきが重視されている。本研究では学内ではシナリオを元にしてクライアント役、セラピスト役、観察役の体験を交互に行うロールプレーによる医療面接実習を行った。学生達は全体的にロールプレーの体験実習は大切な体験と捉えていた。しかしシナリオを元にしていたとはいえ、学生(2年生)は実体験に乏しいために、役作りには限界があるようだった。ロールプレーによる学習の限界は役割を演ずる学生達の経験や能力にリアリティが依存するため、学生によっては実際とは違うイメージを持ってしまう可能性も考えられる。年代の違う患者を演ずることは学生にとって難しいことが多く、役に専念しにくいことが指摘されており¹⁵⁾、今回の学生からのアンケート結果にも同様なことが指摘されていた。

SPの役割の重要な点は患者としての演技をするだけでなくフィードバック能力であり、フィードバックは他の教育法では得られない教育効果を持つことが知られている⁸⁾。今回は学生同士のロールプレーではあったが、多くの学生がフィードバックが貴重な勉強となったと述べていた。フィードバックはインパクトが大きいだけに不慣れなSPの場合には学生に心的外傷を与える危険があるが、今回は友人同士ということもあってかアンケートには不快な体験は述べられていなかった。しかし、学生同士とはい

えフィードバックは大きな影響を与えていることがアンケート結果からもわかり、今後はフィードバックの仕方についてのオリエンテーションの工夫なども必要と思える。

グループインタビューによると施設実習では順調に面接を行えた組、質問してもなかなか応答を得られないクライアントを体験した組、話しすぎるクライアントの対応に苦慮した組と様々であった。これは学生の技量と同時に実習に協力していただいたクライアントの特徴も関係していた。実習後の話し合いから難しいケースもあることを学生は理解し、今後は難しいクライアントを想定しての学習を求める動機付けが高まっていた。難しいコミュニケーションについてはさらに面接法の上達をめざさなければならぬが、未熟な段階から難しいクライアントの相手をさせることは学生にとってもクライアントにとっても危険性がありシミュレーションを利用した教育を十分に行う必要がある¹⁶⁾。

実習先の都合もあって今回は2人組または3人組になっての面接となったが、3人組の場合にはクライアントによっては圧迫感を感じずる人がいたり、学生が役割分担が難しくなる面があったため2人組の方が利点は多いようである。

実習後の小グループでの話し合いはほとんどの学生がプラスに評価しており、特に困難な体験をした学生や不安感を抱いている学生にとっては重要な体験となっていた。実習で体験したことを互いに共有し相互にフィードバックしあう場を用意することが今回のような体験学習の場合には是非必要と思われる。

教育効果としては、クライアントとの良好な人間関係を築けることはグループインタビュー結果からほぼ達成していたことが伺えたが、クライアントの特性に左右される面もあった。クライアントの考える問題点の把握の能力の修得については今回のアンケートやグループインタビューでは評価できなかった。具体的なケースを取り上げての具体的な話し合いが必要と思える。

まとめ

面接技法の体験学習について学生は実践的な勉強であると評価し、今後もこのような教育をしてほしいと望んでいた。アンケートやグループインタビュ

一の結果から特にフィードバックから学ぶことが多いとの応えがあり、今後はフィードバックについての学習を組み込んだ学習がより多くの教育効果を生む可能性が考えられた。施設での実際の面接の体験の場合には様々な印象を持つ学生がいるので、実習終了後に小グループで体験の共有をする機会が是非必要と思われた。

文 献

- 1) Sumsion T (田端幸枝, 森下孝夫, 近藤敏, 山田大豪, 吉川ひろみ, 他訳): 「クライアント中心」作業療法の実践. 協同医書出版社, 2001.
- 2) Cole SA, Bird J (飯島克巳, 佐々木将人 訳): メディカルインタビュー—三つの機能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.
- 3) 斉藤清二: 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.
- 4) 福島 統: 医療面接技法とコミュニケーションのとり方. メジカルビュー社, 2003.
- 5) Henry AD: The Interview Process in Occupational Therapy. In Crepeau EB, Cohn E, Schell BAB (Ed.): Willard and Spackman's Occupational Therapy 10th ed. Philadelphia: J. B. Lippincott Co, 285-297, 2003.
- 6) Cole SA, Bird J (飯島克巳, 佐々木将人 訳): メディカルインタビュー—三つの機能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, 3-7, 1994.
- 7) 藤崎和彦: 医療面接とコミュニケーション教育. 現代医療, 34 (7), 1591-1596, 2002.
- 8) 磯部光章: 医学部における新しいコミュニケーション教育: 模擬患者を使った医療面接実習の導入. 信州医誌, 47 (3), 229-240, 1999.
- 9) 青山 宏: 面接技法の研修について考える. 作業療法ジャーナル, 38 (11), 1025-1028, 2004.
- 10) 福島 統 (編): 医療面接技法とコミュニケーションのとり方. メジカルビュー社, 12-13, 2003.
- 11) 津田 司: コミュニケーション技法教育の実際. 臨床教育マニュアル (日本医学教育学会教育技法委員会編), 篠原出版, 208-214, 1994.
- 12) 山本浩司, 平出敦, 富田奈留也, 他: 病院ボランティアの協力による面接技法の実習—多人数の模擬患者の養成—. 医学教育, 32 (6), 415-420, 2001.
- 13) 坂本敦子, 犬伏美雪, 小宮良輔, 他: 医学生が標準模擬患者として参加する医療面接実習. 医学教育, 31 (3), 199-202, 2000.
- 14) 磯部光章, 坂本敦子, 犬伏美雪, 小宮良輔, 高山啓, 武井英樹: クリニカル・クラークシップにおける医療面接実習. 医学教育, 32 (1), 47-52, 2001.
- 15) 今道英秋, 原健二, 佐々木将人, 飯島克巳, 楡木満生, 五十嵐正紘: ロール・プレーによる診療実習の新しい試み. 医学教育, 27 (4), 1996.
- 16) 田川まさみ, 田邊政裕: 模擬患者の参加した患者教育と「悪い知らせ」の学習. 医学教育, 34 (6), 369-374, 2003.

付録. 患者役とセラピスト役用のシナリオ3種

シナリオ①

セラピスト用:

私は今年の春に就職したばかりのフレッシュ作業療法士 (OTR)。先輩 OTR が急に転職することになり、木村和子 (和夫) さんを担当することになりました。今後どのようにしたらいいのか、とりあえず面接をしてみることにしました。

入所者氏名: 木村和子 (和夫) 55 歳

現病歴: 平成 15 年 7 月 7 日 脳梗塞発症 右片麻痺

社会的背景: 病前まで食品会社にて運転と事務手伝いに従事。夫 (妻) は 3 年前に死亡。子供なし。収入が

無くなったため弟が治療費を支払い、最低限の経済援助をしている。持ち家あり。他の家族無し。
身体所見：車椅子で自操可能。右利きで食事はスプーン使用。

クライアント用：

私は木村和子（和夫） 55歳

平成15年5月7日午後3時頃、工作中に歩けなくなって座り込みました。右手にも力が入らなくなり、^{呂律}も回らなくなりました。会社の人にタクシーに乗せられて病院に行きました。病院では脳梗塞のために体の右側に麻痺がおこったといわれました。

病気で倒れるまでは食品会社で運転と事務手伝いをしていました。夫（妻）とは3年前に死別しています。

子供はいません。収入が無くなったので治療費などは弟が支払ってくれました。小さいながらも自宅がありますので、家に帰りたいと思っています。家族は他にいません。

現在はある施設に入所中です。施設内の移動は車椅子で行っています。右手で箸やハサミを使うことはなんとか可能だと自分では思っているのですがスピードは遅くなかなかうまく使えません。折り紙や塗り絵が手のリハビリにいいと施設の先生は言うのでやってみているのですが、子供の時のように上手にはできないし、なんだかやる気もあまり起こりません。でも他にやることはないののでしかたなく参加しています。

面接では、将来の見通しもないままに施設生活を送らなければならない患者になりきってセラピストと話しをして下さい。セラピストとのやり取りは、あなたに任せます。アドリブで頑張ってみて下さい。

シナリオ②

セラピスト用：

私は非常勤OTRとしてこの施設で働くことになりました。黒田さんを担当するように言われて今日が最初の面接です。

入所者氏名：黒田良夫（良子） 82歳

両膝関節症のため移動は歩行器使用。

黒田さんは日中臥床傾向にあり、集団レクリエーションに誘っても参加拒否することが多い。同室者ともあまり話をしていない様子。

クライアント用：

私は黒田良夫（良子） 82歳

両膝の痛みで思うようには動けません。歩行器を使えばなんとか移動できます。家で長男夫婦と同居していましたが、食事の好みなどちょっとしたことで言い争いになってしまうことがよくありました。いつも家の中で遠慮して暮らさなければならぬし友達もいないので生きているのもばからしくなることがありました。息子が施設を探してきたのでここにお世話になることにしました。

私の学歴は尋常小学校。小学校卒業後はずっと農業でした。朝は真っ暗なうちから働き、夜も暗くなるまで働いて子供達を育てました。辛くても頑張れば子供は立派になり、年をとったら子供や孫に囲まれて幸せな暮らしができるのだとばかり思っていました。ところが子供が結婚したらいつのまにか、何もかもうまくいかなくなりました。

若い人はいつも自分達のことばかり考えているし、どうせ裏切られるからあまり人とは話さないでいようと思います。この施設に入所してからは食事とお茶の時間は食堂に行きますが、日中は大抵ベッドで横になっている時間が多いです。寝てばかりいるのも結構辛いものです。

今日は私の部屋の担当の介護の人が、新しく来たりハビリの先生が私と話しをしたいと言っていると言いに来ました。ことわるのも気がひけるので「わかりました」と言っておきました。

面接では、人の交流を避ける一方で、何もすることがない辛さを抱えているクライアントになりきってセラ

ピストと話しをしてみてください。

シナリオ③

セラピスト用：

私は非常勤作業療法士として今月からこの施設に勤務することになり、渡辺さんを担当してほしいと言われたので今日面接のスケジュールを組んであります。

入所者氏名：渡辺則夫（則子） 76歳

診断名：パーキンソン病

歩行は歩行器を使用しているが前のめりの早足歩行となり、何度か廊下で転びそうになっている。居室では転倒することが最近多くなっていると担当介護者から報告を受けている。看護部門からもこのままではいずれ転倒、骨折となり寝たきりとなるのではと危ぶむ声があがっている。

クライアント用：

私は渡辺則夫（則子） 76歳。

私はだんだん歩けなくなってきました。病院の先生は私の病気の名前はパーキンソン病といって一生治らない難病だと言ってました。今は歩くのが不自由ですが、しだいに手も動かなくなってしまいには死ぬのだそうです。私は若いころはスキーをやったり山登りをやったりで、スポーツでは人には負けにくいぐらいの自信がありました。ところが年をとったらこのざまです。娘は正月に家に帰るためには歩けるようにならなければならぬと言っています。私は車椅子は絶対に嫌です。看護婦さんは転ぶと危ないからと言ってさかんに車椅子をすすめます。でも車椅子になれば足がだめになるので歩行器で頑張っています。施設の人は私が車椅子になった方が楽なのでしょうが私はまだ大丈夫です。だいたいとして施設の人は看護婦もリハビリの先生も私の顔を見ると車椅子の話ばかりして嫌になります。私は手も動くし、やれと言われれば何でもやります。この施設にいても何の楽しみをありません。

面接では、身体機能がどんどん低下していくことにあせりととまどいの気持ちをかかえたクライアントになりきってセラピストと話しをしてみてください。セラピストとのやりとりは、あなたにまかせます。アドリブで頑張ってみてください。