

専門医共通研修へ繋がる  
臨床実習前医療コミュニケーション演習と学習評価

伊能利之

松本歯科大学病院 初診室(総合診断科・総合診療科)  
(主指導教員:音琴淳一 教授 )

松本歯科大学大学院歯学独立研究科博士(歯学)学位申請論文

キーワード:医療コミュニケーション 歯学教育 ロールプレイ コンテンツ プロセス

Construction and Evaluation for Medical Communication Skills  
at Pre-educational Clinical Clerkship Course that Lead to  
Common Training for Specialists

Toshiyuki INO

Department of Oral Diagnostics and Comprehensive Dentistry, Matsumoto Dental  
University Hospital

(Chief Academic Advisor : Professor Jun-ichi OTOGOTO )

The thesis submitted to the Graduate School of Oral Medicine,  
Matsumoto Dental University, for the degree Ph.D. (in Dentistry)

## 背 景

歯科医学教育モデル・コア・カリキュラム<sup>1)</sup>は、学習(学修)成果基盤型教育(卒業時到達目標から、それを達成するようにカリキュラムを含む教育全体をデザイン、作成、文書化する教育法(outcome-based education: OBE))との関連を見据えながら、学生が卒業時まで修得して身に付けておくべき実践的能力を明確にして、客観的に評価できるよう示している。さらに臨床実習については今後、国際的な水準確保のために更なる充実が求められると提唱している。したがって、参加する歯科学学生の適性と質を保証し、患者の安全とプライバシー保護に十分配慮した上で、診療参加型臨床実習や、その導入のための早期の体験や基礎実習について工夫することが望まれている。さらに歯科医学教育モデル・コア・カリキュラムではシミュレーション実習(相互実習)として、臨床実習開始までの基礎模型実習を含めた、技能教育に関する学修目標が掲げている。その中でコミュニケーション能力は「患者の心理・社会的背景を踏まえながら、患者及びその家族と良好な信頼関係を築く」ことが求められている。医療行動科学、とくにコミュニケーション教育は大学独自に行われていることが多い<sup>2)</sup>。また日本歯科医学教育学会のシンポジウムでは、コミュニケーション教育の目標は、一般的には社会が求める歯科医師としての専門的職業(Profession)が施行できるようになることで、その目標を考えるには、まずは学修目標としてのコアを明らかにして、段階的なカリキュラムとして目標を設定することが必要であるとした。その一例として、成人教育理論に沿った教育年次に合わせた螺旋型コミュニケーション教育の例などがあり、これからの医療コミュニケーション教育の目標設定について提示されてきた<sup>3)</sup>。

松本歯科大学(松歯大)は、診療参加型臨床実習に入る前の第4学年臨床予備演習で学修すべき項目として、診療参加型臨床実習を目指すため、共用試験OSCEの出題項目<sup>4)</sup>と連動する形で医療コミュニケーション演習を行っている。しかしながら、本学学生は医療コミュニケーション学(医療面接学)を第3学年前期に学修してから第4学年の臨床予備演習まで約1年間のブランクがある。そこで筆者らは短期間(4回:90分×8コマ)の演習で実効性をあげる工夫として、①ロールプレイによる歯科医と評価者を数多く行う演習と②客観的臨床能力試験(Objective Structured Clinical Examination: OSCE)形式<sup>2・5)</sup>(以下OSCE

形式とする)を組み合わせた演習を試みた。

このような卒前歯学教育における臨床実習前の医療コミュニケーション演習の報告は少なく<sup>6-8)</sup>、客観的臨床能力試験時における評価内容について分析を行っている医学分野の報告はわずかである<sup>9・10)</sup>。さらに臨床実習前の医療面接演習において歯科学生が修得しにくい項目の検討を行っている研究ならびにその際の対応を報告している研究はない。

歯学教育では前述した卒前教育だけでなく、卒直後臨床研修の目標<sup>11)</sup>において基本習熟コースに医療コミュニケーションの基本である医療面接が挙げられており、今回の内容であるコミュニケーションスキル獲得と病歴の聴取と記録能力は目標の最初から3項目に記載されている。さらに現在進行している日本歯科専門医機構が勧めている専門医取得のための共通研修<sup>12)</sup>では、患者・医療者関係の構築としてのコミュニケーションスキルが専門医の新規申請ならびに更新申請時において必ず履修することが求められている。

そこで松歯大では卒前教育として臨床実習前教育から臨床実習、卒後教育として臨床研修や専門医教育において医療コミュニケーション教育の一貫性を図り、医療コミュニケーションを適切にできる歯科医師を育成してきた。

本論文では、まず卒前教育臨床実習前の第一段階において第4学年に対して行ってきた臨床実習前の医療コミュニケーション演習を紹介する。限られた時間の中で学生に医療コミュニケーションスキルを獲得させるために本学独自の2種類の方法を詳細に示す。さらに演習時に行った評価分析により、歯科学生が医療面接演習により修得できた項目と修得しにくい項目を明確にしたので報告する。

## 対象者および方法

### 1 対象者(表 1)

#### 1) 歯科学生(学生)

2013 年度から 2017 年度の本学第 4 学年生のうち、総合講義演習の医療コミュニケーション演習を欠席せず全て受講した 374 名から、海外からの留学生と留年生を除く 296 名を対象(学生)とした。

#### 2) 指導歯科医

臨床経験 5 年以上の歯科医のべ 29 名が第 4 学年医療面接演習の指導歯

科医として指導を行った。

### 3) 模擬患者

今回は 2) の指導歯科医が模擬患者を務めた。模擬患者としてのトレーニングは演習前に実際に使用する診療チェアならびに資料を用いて行った。

## 2 医療面接演習における教育方法と内容 (表 2-1)

### 1) 座学(受動的学修)

(1) 第 3 学年前期に医療コミュニケーション学の講義を 90 分×15 回行った。ここでは歯学教育モデル・コア・カリキュラム<sup>1)</sup>に提示されている医療倫理の学修と、ビデオや相互演習を活用した医療面接の方法や聴取に必要なコンテンツを学修した。また以下の演習で行われる簡単なロールプレイ形式の演習(歯科医役⇒患者役⇒記録役)を 1 回行った。

(2) 第 4 学年後期においては演習の開始前に総合講義として、第 3 学年時の復習ならびに以降の医療面接演習を行うのに必要な初診時医療面接におけるプロセスと聴取に必要なコンテンツを 90 分間解説した。教育内容の復習・確認を行うためにマークシート五者択一形式の 5 問の復習テストを次週行った。正答率 60%未満の問題のフィードバックとして松歯大歯学部生用イントラネット(学生イントラ)に解説を掲示するとともに、以下の医療面接演習開始前に自習用資料として配布した。

(3) 本演習後には、総合講義として 90 分間医療面接演習と講義を行い、医療面接における知識の復習を行った。教育内容の復習・確認テストは(2)と同様に行い、フィードバックは学生イントラに掲示した。

### 2) 医療コミュニケーション演習 (表 2-2, 3)

#### (1) 演習実施時期, 実施時間数と実施環境

第 4 学年総合講義演習(表 2-2)の医療コミュニケーション演習は 9 月から 12 月にかけて 90 分×28 回(14 日)行った。演習は全学生を 4 クラスに分け、各科をローテーションする形式で 24 回(12 日)行った。その後 2 クラスに分け、2 クラスごとに 4 回(2 日)の演習を行った。学生 1 人当たりでは 4 回(90 分×8 回)の演習を行った。

医療コミュニケーション課題は初診時医療面接の急性症状と慢性症状(表

**3-1)**の2種類とした。課題には課題文(A)および健康調査票(B)(**表 1-1**)、クリップボードにメモ用紙を挟んだものを、課題を設置したサイドテーブル上に用意した。課題を読む位置は課題を行う診療チェアを俯瞰できる環境とした。**(図 1-2)**。

全ての演習場所は、診療用として使用していない旧病院の歯科診療チェア(エクシードピュア3型カートタイプ YU-EX, ヨシダ, 東京)を使用した。スツールはモア NR(ヨシダ, 東京)を使用した。学生は全て本学病院臨床実習で使用するユニフォーム(青)ならびに歯科医師用シューズ(白)を着用して演習を行った(**図 2**)。学生同士の会話は禁止とした。

指導歯科医は模擬患者でもあるため、白衣でない服装とした。指導歯科医同士の打ち合わせは演習開始1週間前までに行った。この時、演習内容についての概要と課題1、課題2の課題文とシナリオ、評価シートにおける評価内容と評価基準についての説明と評価のすり合わせを行った。

## (2) 医療コミュニケーション演習内容(**表 3-1, 2**)

### ① 第1クール: デモンストレーションとロールプレイ演習

まず、指導歯科医1名が4~5人の学生を担当した。指導歯科医が医療面接の流れを課題1と課題2に対して医療面接のデモンストレーションを行った。その際の模擬患者は1~3年目の指導歯科医が担当した。その後、学生が1人ずつ医療面接演習を課題1に関して行い、他の学生はその評価を行った。

また、デモンストレーションならびに学生が行う演習時には、指導歯科医が学生1名ずつに演習で使用する評価シートを手渡し、それぞれの評価項目における「実施における注意」と「実施中の評価における注意」を行った。その際には、**表 4-1, 2**に示す評価を行い、指導歯科医からのフィードバックとともに学生評価者がフィードバックする際の注意を行った。

引き続き、**表 3-2**に示す初診時医療面接の2課題8種類のうちランダムにロールプレイ形式での医療面接演習を行った(**図 3-1**)。演習を行う際は、1指導歯科医が1課題を担当するが、課題1と課題2に偏りがないように、課題を行う診療チェアを交互に配置した。診療チェアには経過時間が確認できるカウントダウンタイマーを設置して、課題文、健康調査票ならびにメモ

用紙は診療チェア背面のサイドテーブルに裏面の状態で設置した(図 1-2)。課題は、課題を読む時間 1 分⇒課題実施 5 分として、タイムキーパー役の歯科医師が開始、残り 2 分、終了ならびに移動のタイミングをアナウンスした(図 4)。

フィードバックは学生のスキルによってコメントの種類と内容が異なるため時間を制限しなかった。フィードバックはまず学生評価者が行い、その後指導歯科医がその後フィードバックを行い、学生は自分のノートにフィードバックの内容をメモすることとした。

歯科医として医療面接を行った学生は次の課題(診療チェアを用いたステーション)に移動し、評価者として評価ならびにフィードバックを行うこととした。(図 3-1, 図 4)。

最後に、全員に対して指導歯科医 1 名ずつからの総括フィードバックを行って演習を終了した。

## ② 第 2, 第 3 クール

まず第 1 クールで行った演習のフィードバック内容を再度全員に説明したのち、第 1 クールと同様のロールプレイ演習(図 3-1, 図 4)を行った。最後に全員に対して、指導歯科医 1 名ずつからの総括フィードバックを行って演習終了とした。

## ③ 第 4 クール

ステーション内の設定は第 1, 第 2, 第 3 クールと同様とし(図 1-2), 指導歯科医の誘導を伴う OSCE 形式で演習を行った。演習は 2 課題を同時に行った(図 3-2)。この 2 課題は、第 1, 第 2 クールと同様に急性症状と、慢性症状の初診時医療面接とした。しかし課題の患者氏名やシナリオはそれぞれ第 1, 第 2 クールと違う内容とした。第 1, 第 2 クールと同様に、課題文を読む時間は 1 分、課題を実施する時間は 5 分とした。フィードバックはその場では最小限として、次への移動時間は 1～22 分とした。

評価は 1 名の受験者に対し、2 名の指導歯科医で行った。課題実施後に次の課題あるいは控室への誘導を行った。

演習終了後に、各指導歯科医からの総括フィードバックを行った。

## (3) 医療面接演習における評価項目(表 4-1, 2)

医療面接演習で用いた評価項目数は 16 項目で、評価は 2 段階(0 点, 1 点)あるいは 3 段階(0 点, 1 点, 2 点)で行い、総合計点数は 29 点とした。

細分化すると、プロセスは 9 項目 15 点(2 段階評価:3 項目, 3 段階評価 6 項目)であり、コンテンツは 7 項目 14 点(3 段階評価:7 項目)とした。

プロセス項目は挨拶、自己紹介と患者確認、面接を行う内容説明と同意、患者との位置関係、話し方、言葉遣い、面接時の態度、患者の言い忘れの確認、聴取内容のまとめの 9 項目で、挨拶、患者との位置関係、患者の言い忘れの確認の 3 項目が 2 段階評価とした(表 4-1)。

コンテンツ項目は主訴、現症、現病歴、局所既往歴、全身既往歴、受診行動、解釈モデル、であり、それぞれ 3 段階評価とした(表 4-2)。

#### (4) 評価内容

##### プロセス-1:

###### ・患者に挨拶ができた

患者に適切な挨拶ができるかを評価した。時候の内容(「おはようございます」「こんにちは」)、初対面の意識(「はじめまして」)を含めた言語的側面と、姿勢や患者との位置関係などの非言語的側面を含めて 1 点とした。

##### プロセス-2:

###### ・自己紹介と患者の名前の確認ができた

自己の所属・立場(臨床実習生・歯科学学生)を含めた自己紹介を行うことが 1 点、フルネームによる患者確認を行うことが 1 点の合計 2 点とした。

##### プロセス-3:

###### ・面接を行うことについての説明と患者の同意が得られた

患者にこれから行う内容(症状の聴取等)についてインフォームド・コンセントを行ったかを評価した。この際、これから行う内容の説明を行ったものが 1 点、さらに患者の意思で同意を得た場合は 1 点とした。しかしながら、患者の同意を誘導した場合(「～でよろしいですね」「～となります」)には 0 点とした。

プロセス-4:

- ・患者との着席位置関係が適切にとれた

医療コミュニケーション実施にあたり、患者に負担のない位置関係を構築してからコミュニケーションが行われているかを対象とした。患者正面からやや右斜め前という相対角度ができていて1点とした。患者との距離の適切さは患者との接触がないこと、患者よりも低い位置とすることで1点とした。患者との距離が接触するほど近接し過ぎた場合、椅子の高さが高い、あるいは立位のままで行い、患者が上を見上げるように行う場合は0点とした。

プロセス-5:

- ・声の大きさ、わかりやすさにおいて、適切な話し方ができた

患者にとって声の大きさは聞き返す必要が無い程度の大きさで、他の診療チェアに確実に聞こえないように話をする、聞き取りやすく、活舌よく発音ができているかを対象とした。患者が聞き直した場合には2回目から1点減点とした。

プロセス-6:

- ・患者に敬意を持って接し、適切な日本語を使用できた

質問の際に開放型質問と閉鎖型質問を適切に使い分けているか、患者に対し敬意をもった態度をとっているか、適切な日本語での言語的コミュニケーションができているかを評価した。不適切な質問形式の多様や2回以上の専門用語の使用などで1点減点とした。

プロセス-7:

- ・相手を見て話し、共感的態度をとることができた

コミュニケーション中に、概ね半分以上の時間をかけて相手とアイコンタクトを行い、非言語コミュニケーションがとれていれば1点、主訴に関する内容聴取において、適切なタイミング・形式で「あいづち」「うなづき」等の態度が共感的態度と言語・非言語的にとれていれば1点とした。

プロセス-8:



- ・質問事項以外の言い忘れの確認ができた

全ての聴取が終了し、患者が歯科医に伝えたいこと、質問したいことが残っていないかという質問を行えば 1 点とした。

#### プロセス-9:

- ・訴えの要約と再確認ができた

患者から聴取した内容をまとめて患者に話ができれば 1 点とした。その内容は概ね主訴に関する内容であれば 1 点とした。さらに、その内容に誤りがないか再度確認を行うことができた場合に 1 点とした。

#### コンテンツ-1:

- ・主訴:部位(場所の特定)を適切な順番で聴取できた

「何が」、「何処が」主訴となっているのかを 3 段階で評価した。「何が」では、例えば歯の疼痛があるのか、歯肉に疼痛があるのか、を聴取すれば 1 点とした。「何処が」では、奥から何番目に疼痛があるのか、歯肉疼痛であればそれは全体的なのか、部分的であればどこの部分なのか、といった質問を行えば 1 点とした。

#### コンテンツ-2:

- ・現症:主訴の性状、症状の誘発・関連痛などの症状を聴取できた

本項目では主訴症状の程度(疼痛や腫脹)について聴取できれば 1 点とした。さらに症状の誘発・関連する咬合や接触、刺激があるかどうか質問した場合に 1 点とした。

#### コンテンツ-3:

- ・現病歴:いつから、現在までの変化を聴取できた

現病歴の情報を聴取しようとしたかを評価した。現在発症している主訴の症状がいつ発現したかを質問すれば 1 点、そこから現在に至るまでの変化を聴取できれば 1 点とした。

#### コンテンツ-4:

・受診行動を聴取できた

主訴症状が出てから患者の判断で他の歯科医院へ受診したかどうかを聴取した。受診した場合には「いつ」受診し、「どんな処置を行ったか」を聴取した。また、自らが服薬した場合、受診した歯科医院で処方された薬を服用したかについても時間があれば服薬種類も併せて聴取した。点数は歯科医院での受診行動聴取を1点、服薬についての内容聴取を1点とした。

コンテンツ-5:

・解釈モデル、来院動機、希望を聴取できた

上記の3項目を聴取できたかを3段階で評価した。評価の段階は、「聴取しなかったか、1つしか聴取しなかった」で0点、「2つ聴取できた」で1点「3つ聴取できた」で2点とした。

コンテンツ-6:

・局所既往歴を聴取できた

口腔内における局所既往歴を聴取したかを3段階で評価した。ここでは、主訴に関連する部位の治療履歴の有無を聴取すれば1点、歯科用局所麻酔の既往を質問すれば1点とした。

コンテンツ-7:

・全身既往歴を聴取できた

健康調査票にある全身既往歴について記載内容の確認を1つできれば1点、2つ以上できれば2点とした。ここでは、主訴の発症や治療に支障がある可能性がある疾患について注意が払えているかも評価した。

(5) 演習時のフィードバック方法

限られた演習時間において、学修者に効果的にフィードバックを行うために評価する学生および指導歯科医には今回以下の手法を徹底して行った。

- ① 課題実施直後に行う
- ② フィードバック内容は被評価者が実習ノートに記録する
- ③ フィードバックは良い点から行い、次に改善点を指摘する

- ④ フィードバックは評価を行った学生から行い、その後指導歯科医が行う

### 3 評価方法と統計学的分析

第 1, 第 2 及び第 3 クールでは「ロールプレイ形式」の演習を行い、第 4 クールでは「OSCE 形式」の演習を行った。評価者としての評価の分析は、「ロールプレイ形式」の演習では学生と指導歯科医に分けて行い、「OSCE 形式」の演習では指導歯科医のみを行った。評価は課題 1「初診時医療面接：急性症状」、課題 2「初診時医療面接：慢性症状」のそれぞれに対して行った。

#### 1) 評価方法については 5 年間全体の評価を行った。

##### (1) 学生(被評価者)が実施した課題数

各年度における第 1, 第 2 および第 3 クールごとのロールプレイ形式の課題実施回数の平均値を実施クールごとと年度ごとに比較した。

##### (2) 学生による評価点数と指導歯科医による評価点数の比較

被評価点数の推移は指導歯科医の評価した点数により行った。演習クールごとの評価点数の比較を行うとともに、各年度の評価点数の差異を比較した。さらに第 1, 第 2 および第 3 クールにおいて学生が評価を行った総評価点数と指導歯科医の評価点数の比較を行った。

##### (3) 達成できなかった項目数

減点を受けた項目を達成できなかった評価項目とした。第 1, 第 2, 第 3 および第 4 クールにおける比較：コンテンツ／プロセス実施項目別に、減点を受けた項目数／学生の実施数を達成できなかった項目の割合として年度ごとに算出し、実施クールごとに比較を行った。

#### (4) 評価能力

① 第 1, 第 2, 第 3 および第 4 クールにおける指導歯科医と学生の評価(点数)の一致割合を評価項目ごとに比較した。

② 第 1, 第 2 および第 3 クールにおける指導歯科医と学生の評価不一致項目数およびコンテンツ／プロセス項目での不一致数の比較を行った。

#### (5) 座学試験と演習評価との関連

各年度における OSCE 形式の演習評価においてプロセスおよびコンテンツに含まれている用語について、本演習後に行われた講義での確認テスト(五者択一の客観試験)で評価を行った。そこで、プロセスのうち「患者との位置関

係」「適切な話し方」、コンテンツのうち「現病歴」「解釈モデル」「全身既往歴」の評価項目に対して OSCE 形式の演習時の達成度、評価者として指導歯科医との評価一致／不一致、確認テストの点数の関連を調査した。

## 2) 統計学的分析

分析には統計解析ソフト(エクセル統計, 社会情報サービス, 東京)を用いた。

(1) 学生(被評価者)が実施した課題数:年度ごとの学生の実施総数, 演習実施形式(ロールプレイ/OSCE)ごとにおける比較を **unpaired Student-*t*** 検定にて行った。また, ロールプレイ実施ごとの実施回数の比較を **Paired Student-*t*** 検定にて行った。有意水準は 5%とした。

(2) 指導歯科医による評価点数の比較:年度ごとあるいはクールごとに指導歯科医の評価点数を比較した。各年度におけるクールごとの点数の比較は **Paired Student-*t*** 検定を, 演習クールごとにおける各実施年度の点数の比較 **unpaired Student-*t*** 検定で行った。有意水準は 5%とした。

(3) 学生による評価点数と指導歯科医による評価点数の比較:第 1, 第 2 および第 3 クールにおいてクールごとに比較を **unpaired Student-*t*** 検定にて行った。有意水準は 5%とした。

(4) 達成できなかった項目数:各プロセスならびにコンテンツの項目ごとに **Paired Student-*t*** 検定でクール間の値を比較した。有意水準は 5%とした。

(5) 評価能力:各プロセス項目ならびにコンテンツ項目それぞれについて, 2013 年度から 2017 年度における第 1 クールから第 3 クールまでの演習実施回数ごとに指導歯科医の評価点数と学生の評価点数の一致／不一致を確認し, 全ての演習における評価の不一致割合を算出した。学生の評価が指導歯科医の評価よりも低い場合には負の値として算出した。クール間の評価不一致割合を **unpaired Student-*t*** 検定で比較した。有意水準は 5%とした。

(6) 座学試験と演習評価との相関:「患者との位置関係」「適切な話し方」「現病歴」「解釈モデル」「全身既往歴」の 5 つの評価項目に対して, OSCE 形式の演習時の達成度(2 点か 0 点), 評価者として指導歯科医との評価一致／不一致(正誤), 本演習後に行われた講義の五者択一の確認テストの点数の関連を検討するために **Spearman** の相関係数を求めた。

#### 4 倫理審査について

以上の臨床予備演習に関するデータ使用については松本歯科大学の研究等倫理審査委員会の許可(許可番号 447 号)を受けて行った。

### 結 果

#### 1 学生(被評価者)が実施した課題数(図 5, 表 5)

表 5 に示すように調査したロールプレイ形式実施総数ならびに演習の学生ごとの総実施数についてはほぼ一定数が行われており、有意差見られなかった。

また図 5 に示すように、ロールプレイ形式においては第 1 クールと比較して第 2, 第 3 クールの実施課題数は多くなった。これは、第 1 クールではデモンストレーション演習を行っていたことによるものである。OSCE 形式の第 4 クールの実施課題数は 2 回と一定である。同じ演習条件となる第 2 クール, 第 3 クールでは実施数に有意差は見られなかった。また各年度の実施数に有意差は見られなかった。

#### 2 指導歯科医による評価点数の比較(図 6-1, 2)

各年度の演習回数に対して、毎年被評価点数の平均値が増加しており、各年度で第 1 クールよりも第 4 クールの点数が有意に増加した(図 6-1)。

演習各クールにおける演習各年度による学生の被評価点数の推移を検討すると、図 6-2 に示すように増減があり、特に 2013 年度と 2016 年度の点数は有意差が見られた。

#### 3 学生による評価点数と指導歯科医による評価点数の比較(図 6-3)

ロールプレイ形式の演習を行った際の、学生による評価点数と指導歯科医による評価点数の比較を図 6-3 に示す。演習開始 1 回目において、どの年度においても学生による評価点数が有意に高かった。その後演習第 2 クールや第 3 クールにおいては指導歯科医の点数よりも学生の評価点数は高い傾向を認めたが点数差は小さくなり、どの年度においても有意差が見られなくなった。

#### 4 プロセス評価項目, コンテンツ評価項目ごとに達成できなかった学生の割合(図 7-1, 2)

各年度の合計で調査を行った結果、図 7-1 に示すようにプロセス評価項目においては、ほぼ全ての評価項目で演習の回数が増加するのに従って達成できない学生の割合が減少した。

#### 1) プロセス評価項目 (図 7-1)

「適切な話し方」の項目を達成できなかった学生が第 1 クールと比較して第 3 クールと第 4 クールで有意に減少した。

「適切な日本語・用語の使用」「共感的態度・アイコンタクト」についても第 1 クールと比較して第 4 クールにおいて達成できなかった学生が有意に減少した。第 4 クールにおいて達成できなかった学生の割合が最も大きかったのは「言い忘れの確認」であり、次いで「聴取の要約と再確認」であり、学生の 3 分の 1 以上 (39%) であった。しかしながら達成できなかった学生の割合は、共に第 1 クールと比較して第 4 クールで減少が見られた。逆に、「挨拶」や「面接の説明と同意」、「自己紹介と患者確認」、「患者との位置関係」については、第 1 クールからほぼ全員 (95% 以上) の学生が達成できていた。

#### 2) コンテンツ評価 (図 7-2)

プロセス項目と同様に、第 1 クールから次第に各項目において達成ができない学生の割合が減少した。特に、「現病歴の聴取」と「解釈モデル・希望の聴取」については、第 1 クールと比較して第 4 クールにおいて達成できなかった学生の割合は有意に減少した。第 4 クールにおいて達成できなかった学生が最も多かった評価項目は「現症の聴取」(37%) であった。

### 5 医療コミュニケーション評価における指導歯科医と学生の評価不一致が起こる割合

#### 1) プロセス評価 (図 8-1)

評価の不一致割合は第 1 クールから第 3 クールにかけて減少する傾向を示したが、「共感的態度・アイコンタクト」と「聴取内容のまとめと確認」は第 3 クールで学生評価が指導歯科医評価よりも低い値を示した。「適切な話し方」「適切な日本語の使用」「共感的態度・アイコンタクト」では第 1 クールと比較して第 2 クールで不一致割合が有意に減少した。「適切な話し方」「適切な日本語の使用」「共感的態度・アイコンタクト」「言い忘れの確認」「聴取内容のまとめと確認」については、第 1 クールと比較して第 3 クールで不一致割合が有意に減少した。第 3

クールにおいて評価の不一致割合が最も大きかったのは「共感的態度・アイコンタクト」の－17.9%であった。

## 2) コンテンツ評価 (図 8-2)

プロセス評価項目と同様に、第 1 クールから演習を重ねるに従って、評価の不一致割合は減少した。「主訴部位」ならびに「局所既往歴」の第 2 クールにおいては学生評価の方が低い値を示した。「現症」「現病歴」「解釈モデル・希望」については第 1 クールと比較して第 2 クールにおいて評価の不一致割合が有意に減少した。「現症」「現病歴」「受診行動」「解釈モデル・希望」については第 1 クールと比較して第 3 クールにおいて評価不一致割合が有意に減少した。「全身既往歴」については第 2 クールと比較して第 3 クールにおいて評価の不一致割合が減少した。第 3 クールで評価の不一致割合が最も大きかったのは「解釈モデル・希望」の 12.5%であった。

## 6 座学の成績と演習時の成績と評価時の正誤との関連 (表 6-1, 2)

表 6-1 に示すように、プロセス項目の「適切な話し方」は学生の演習時の成績に対して本演習後に行われた講義の確認テストの成績 ( $\rho = 0.621$ ) および指導歯科医との評価一致度 ( $\rho = 0.545$ ) との強い相関を認めた。「患者との位置関係」は演習時の成績と確認テストの成績および指導歯科医との評価一致度との相関を認めなかった。

表 6-2 に示すように、コンテンツ項目の「現病歴」は学生の演習時の成績に対して本演習後に行われた講義の確認テストの成績との強い相関を認めた ( $\rho = 0.724$ )。「解釈モデル」は学生の演習時の成績に対して確認テストの成績 ( $\rho = 0.532$ ) および指導歯科医との評価一致度との強い相関を認めた ( $\rho = 0.825$ )。「全身既往歴」に関しては確認テストの成績との相関が見られなかった。

## 考 察

患者中心の医療が提唱されてから医療コミュニケーションが医療スキルの中心になっている。その査証として、歯科医学教育モデル・コア・カリキュラム(平成 28 年度版)<sup>1)</sup>のみならず医学教育モデル・コア・カリキュラム、歯科医師・医師臨床研修<sup>11)</sup>、総合歯科専門医<sup>12)</sup>等の目標内容のほぼ最初の項目に記載されていることか

らも明らかである。

具体的には歯科医学教育モデル・コア・カリキュラム(平成 28 年度版)においては、最初の項目「A 歯科医師として求められる基本的な資源と能力」として「チーム医療の実践」の前項目に「コミュニケーション能力」があり、その中に「(1)コミュニケーション(の基本)」ならびに「(2)患者と歯科医師の関係」が挙げられている。また臨床実習前に実施される共用試験の目標<sup>4)</sup>においては、その実技試験の第一に「初診患者の医療面接」が課せられている。そのために今回検証したような演習が必要となる。

歯科医師臨床研修<sup>11)</sup>においては「基本習熟コース」が設定されており、これは研修歯科医が医療の安全を確保し、かつ患者に不安を与えずに行うことができることを想定している。その一項目に「医療面接」があり、「患者中心の歯科診療を実践するために医療面接についての知識、態度及び技能を身に付け、実践する」とされており、詳細な項目として、「(1)コミュニケーションスキルを実践する」からはじまり、「(2)(3)病歴の聴取」、「(4)(5)患者の心理的、家族背景の配慮」、「(6)(7)患者のインフォームド・コンセントやプライバシーへの配慮」、「(8)患者の QOL や治療への動機づけ」などが設定されている。さらに、2021 年度以降は目標の改正が行われ、前段に述べた歯科医学教育との連動をより重視し、「①歯科医師として身につけるべき基本的価値観及び基本的診療能力の修得」として記載されるようになった。医療コミュニケーション能力は、基本的能力の 5 番目として記載されるようになった(第一は医学・医療における倫理性、第二は歯科医療の質と安全の管理と順が変更になった)。

一方では、歯科専門医機構が提唱している、歯科医師臨床研修後に目指す専門医取得のための共通研修<sup>12)</sup>の中では、「Ⅰ 必修:専門医の新規申請や更新申請時において必ず履修することが求められている項目」の「①医療倫理」において、医療倫理の基本や関連法規の遵守や医療項目とともに「患者・医療者関係の構築」があり、インフォームド・コンセントやコミュニケーション(能力)が含まれている。同時に、このインフォームド・コンセントやコミュニケーションは、「Ⅱ 選択:専門医の新規申請や更新申請時において履修することが望ましい項目」の最後に「④その他:必修項目に関する高度かつ専門的な研修」としても記載されている。これらの項目は新しい専門医制度においても、日本顎咬合学会としても継続的に取り組まなければならない事項となつてゆく可能性がある。



21 世紀において卒前卒後、専門医取得前や生涯教育には上記に記載しているような、倫理観を持ち、医療コミュニケーション能力を有する歯科医師を養成し、専門医へ導いていく必要がある。しかしながら、その医療コミュニケーションに関する学修手法あるいは教育手法について詳細に検討し、検証した報告は少ない。歯学部や歯科大学では様々な教育手法を模索する状態が継続しているとともに、日常臨床現場における旧態依然とした現場教育に委ねざるを得ないことが継続している。わずかに提唱されている手法もビデオ学修程度のもので<sup>13)</sup>、あくまでも人とのコミュニケーション教育では二次元媒体では不足しているため、模擬患者を充実される取り組み<sup>14)</sup>とともに現時点では VR などの活用も視野に入れる必要がある。

今回は訓練を受けた模擬患者を採用せずに、教員が患者役を務める 2 種類の演習内容を備えた第 4 学年後期の医療コミュニケーション演習を紹介し、その効果を検証した。松歯大においては、2000 年代初頭から医療コミュニケーション演習を第 4 学年後期に行っているが、カリキュラムの変更などがあり、現在は他科との合同による演習を行っている(表 2-2)。本演習は週 1 回行われているが、①学生一人あたり 4 回の演習(90 分×2:1 回あたり)である、②次の演習まで中 3 週間空く、③本演習が修了してから第 5 学年の臨床実習まで約 3 か月の期間が空く、という欠点がある。そこで、演習効果を上げるために 1 回の演習で繰り返し行うことと、「評価者」という役割を体験することで演習の修得・記憶効果を上昇させることを試みた。その結果、松歯大学生は共用試験医療面接課題において全員合格するという成果をあげてきた。

文献を渉猟すると、医学教育ではシミュレーション教育<sup>15, 16)</sup>が望ましく、この手法によりコミュニケーションなどの non-technique skill (NTS) が修得できる<sup>17)</sup>ことが特徴である。シミュレーション教育のステップは①事前学修、②学修目標の確認、③シミュレーション、④振り返り、⑤学修のまとめとなっている。本演習では①事前講義、②デモンストレーションと演習解説、③シミュレーションとしてのロールプレイ、④振り返りとして指導歯科医と同級生学生からのフィードバックとその記録、⑤演習総括としており、それぞれを忠実に実践できるシステムが第 1 クールから第 3 クールまで継続する。

学生を 4 つのグループに分けているために、学生自身は毎週演習ができるわけではないが、教育者としての指導歯科医は毎週この教育を行っている。そのため

学生が直面しやすい状態や欠点を再確認できる環境が整っており、④振り返り、⑤演習総括が毎週充実したものになっていき、この手法の効果が認められたと推察できる。

またロールプレイ演習については評価⇒演習の循環により各学生の良い部分と悪い部分をフィードバックしながら、指導歯科医によって自分で気付くことができなかった内容を学修できる利点がある。医療面接課題のシナリオは急性症状と慢性症状の違いがあるものの、各回では異なるものを設定した。そのため学生は1回の演習ごとに新しい医療情報を収集していく演習を行いながら、医療面接に必要な態度スキルと聴取スキルを修得できると考えた。

学生が評価者のロールプレイを行うことによって、医療面接の環境への慣熟、他の学生の評価を客観的視点から省察ができる。例えば、受験者の学生が模擬患者に対して分かりにくい質問の仕方を行っていた場合、評価している学生がそれを自己に当てはめることによって、自分が受験者であるときの質問の仕方を工夫することを期待できるのである。

この④振り返りについては「省察」という用語を用いることが多い。Schön<sup>18)</sup>が提唱したプロフェッショナルは実践の過程で振り返りつつ学びを深化させていく、省察的实践(reflective practice)をさす。この概念は、医療者の生涯学修を実践していく上でも有用である。専門家は2つの省察を通して自分のアプローチを新たに作り替え、知識と手腕を実践の中で絶えず発展させていく。1つ目は行為の中の省察である(Reflection in Action)。専門家は、解決困難な問題に直面した時に現在や過去の経験を創造的に応用しながら、情報を収集したり、推論したり周囲に助けを求めたりして問題解決に向けて対応する。2つ目は行為後に生じる省察である(Reflection on Action)。何が起きたのか、何が寄与して予想しなかった出来事が起きたのか、なされた行動が適切なものであったのかどうか、この状況がどのように将来の実践に影響を及ぼすかなどについて、振り返って考えてみることの過程である。この振り返りを通して新しい理論が導き出され、取り組むべき課題を認識でき、新たな行為へと繋がる。このサイクルを通して医療プロフェッショナルとして成熟していくと考えられている。

最後に行った OSCE 形式の演習は、進級の要件にもなっている共用試験の模擬試験形式に近いものである、緊張感を持ってコミュニケーションに臨むという意義大きい。その結果、ほとんどの学生がロールプレイ形式の演習で得たコミュニケ

ーションスキルを緊張下においても実践できた。このことによって、結果として全員が合格点をクリアしたアウトカムを示すことができた。

## 1 医療コミュニケーションスキルの場の構築 (図 2)

演習場所は旧病院診療室を利用した。

医療コミュニケーションは机と椅子さえあれば、簡便なトレーニングをすることが可能であるが、臨床実習前によりリアリティのある場の構築が必要だと考え、

- 1) 学生はユニフォームとドクターシューズで参加する
- 2) 模擬患者でもある指導歯科医が白衣でない服装とする
- 3) 学生同士の会話を禁止する

の条件を徹底させた。

医療コミュニケーションの方法においては、模擬患者として一般の人を育成し、臨床教育に参加させる大学も少なくない<sup>2)</sup>。本学では 2000 年代から本方法を利用しているので 5 年以上の指導歯科医にとっては模擬患者として対応しながら評価を行うスキルが確立されている。したがって、指導歯科医による評価点数を今回の演習における評価基準(正答)とした。

## 2 医療コミュニケーションスキル判定項目 (表 4-1, 2)

医療コミュニケーションにおける評価をプロセスとコンテンツに分類した<sup>19)</sup>。筆者らは常住らの分析に用いられた評価尺度<sup>20)・21)</sup>を参考とした。

福本らの検討<sup>22)</sup>では、「話を促進させる」、「良好な関係を築くよう心がける」、「主訴を十分につかむ-どの程度」と「解釈モデルを尋ねる」に明確な評価者間の評価一致割合の低下が現れたと報告している。また、3 肢選択の一致割合にはかなりの差があり、2 肢選択に比べて一致割合が悪かったとも述べている。それらを以下のプロセス・コンテンツにおける評価数とのバランスも考える必要がある。今回は、プロセスとコンテンツ項目数、評価点数に全く一致を認めなかったが、評価シートは表 4-1 のプロセス項目を左側、表 4-2 のコンテンツ項目を右側にして使用したことにより、教育側も学修者も頭の中を整理しやすかったと推察できる。プロセス 1~9 の項目は基本的に医療コミュニケーション演習を行う順とした。その理由としては学修者である学生がその手順を理解しやすいからである。コンテンツ 1~7 の項目も同様に医療コミュニケーション演習を行う順とした。このように提示した結果が、評価もしやすいことと記憶に残りやすいことが繋がったと考えられる。

### 3 教育効果

年度別にみた各クールでの学生の被評価点数は、年度ごとに点数の増減が認められた。これは各年度の学生の能力差によるものと推測される。この差は結果でも述べたように、特に2013年度と2016年度に、統計学的に有意差が認められた。しかし、第4クールでは、その有意差が認められなくなった。このことから、本演習の教育効果により、2016年度の学生の能力が、他年度の学生の能力と同等に引き上げられたと推察される。(図 6-2)

プロセス-1:

- ・患者に挨拶ができた(図 7-1, 8-1)

挨拶は、演習の最初に行うので、演習効果が最も著明になる可能性が高くあり、結果として全員が1点満点を取得できた。

プロセス-2:

- ・自己紹介と患者の名前の確認ができる(図 7-1, 8-1)

自己紹介と患者の名前の確認の評価は、第2クール・第3クール間で達成度の低下がみられた。また、指導医と学生による評価の不一致割合では、第1クールで評価の開きがあったが12%程度であり、特に教育効果が強い項目ではなく、知識として修得していれば実践できた項目であると推察された。

プロセス-3:

- ・面接を行うことについての説明と患者の同意を得ることができた(図 7-1, 8-1)

医療面接開始前の説明と同意では、ほとんどの学生において行うことができ、指導歯科医と学生間の比較はほぼ同値であり、この項目の修得においても問題がなかった。

プロセス-4:

- ・患者との着席位置が適切にとれた(図 7-1, 8-1)

患者との着席位置に関してはほぼ全ての期間で適切にとれていると評価された。指導歯科医—学生評価者間では、明確な差異はなかった。患者との距離に関してはほぼすべての学生が適正であった。しかし、患者との相対角度により、患者の顔の角度が不自然になる場面が散見された。このような場合は減点としなかった、指導歯科医から注意するように配慮した。

このように、客観的評価シートの項目を達成したからと言って問題ないという訳で

はないためこれからも常に注意深く評価するとともに、学生教育においても伝えていくことが重要であろう。

#### プロセス-5:

- ・声の大きさ、わかりやすさにおいて適切な話し方ができた(図 7-1, 8-1)

声の大きさ、わかりやすさといった非言語の評価は、指導歯科医評価の結果によれば、第1クールにおいては50%程度の達成割合であった。その後、第4クールにいくに従って達成割合は有意に増加して、80%を超える達成割合となった。これに伴って、指導歯科医との評価一致割合も増加した。

授業で習うために学生同士では通用する専門用語・専門的な表現をいかにして歯科知識のない患者へ伝え、質問し、患者の医療情報を得るかに苦慮して演習中に言い淀む学生も散見された。実際に、フィードバック中あるいは演習終了後に「どのようにして質問をすればよいのか」という質問がほぼ毎回寄越された。これらの質問は演習が進行していく中で、プロセス5の点数上昇と相対するような形で減少した。

#### プロセス-6:

- ・患者に敬意を持って接し、適切な日本語を使用できた(図 7-1, 8-1)

患者への敬意と適切な日本語の使用に関して学生の達成割合は80%を超え、指導歯科医との評価一致割合も90%を超えた。本演習での「適切な日本語」とは、日常生活レベルを超えて一部接遇レベルのものが求められる。実際に演習では敬語をうまく使いこなせていない学生や、過去形・現在形の誤った使用も散見された。そのため、今後の講義内容に、適切な日本語を使用した接遇の項目を導入する必要があると思われる。

#### プロセス-7:

- ・相手を見て話し、共感的態度を取ることができた(図 7-1, 8-1)

アイコンタクトと共感的態度に関しては、第1クールでは40%程度の学生が達成できておらず、第4クールでも70%程度の達成度に留まった。指導歯科医と学生間の評価の差は第1クール以外ではほぼ無くなっていた。他項目と比較し重要度が低く認識されていたことが原因であると考えられた。客観的に評価はできるものの、患者への共感的態度を示すことができない未成熟な学生が一定数いることが示された。患者の共感して欲しい要点を見つけ出す議論をさせるなどの臨床実習前指導が必要であるものと示唆された。

プロセス-8:

- ・質問事項以外の言い忘れの確認ができた(図 7-1, 8-1)

言い忘れの確認に関しては、達成できなかった学生の割合が第1クールから第3クールまで60%を超えており、第4クールでは有意に減少したものの40%以上の学生が達成できなかった。この理由としては、5分という時間が非常に短いことが原因と考えられた。ただし、できていないからといって他のプロセス(プロセス9を除く)ができていないわけではないので、課題の設定あるいは本評価項目に工夫が必要になると考えられた。

プロセス-9:

- ・訴えの要約と再確認ができた(図 7-1, 8-1)

訴えの要約と再確認に関してはプロセス8ほどではないものの第1クールで達成していない学生の割合が50%を超え、第4クールにおいて達成していない学生の割合が30%以上となっていた。この理由としてはプロセス8と同じ理由に加え、聴取した内容を短時間でまとめる能力に乏しい学生が少なくないということが考えられる。その結果として、学生と指導歯科医との評価の不一致割合が比較的大きなままであったと考えられる。この結果により、本演習とは別にまとめる能力を養う演習も企画することが必要であることが示唆された。

コンテンツ-1:

- ・主訴:部位を適切な順番で聴取できた(図 7-2, 8-2)

主訴部位の特定の項目では聴取の達成割合はばらつきが認められたが、第3クールで20%以上の学生が達成できていなかった。しかし、指導歯科医と学生による評価の一致割合は全て10%未満であった。

一方で、第2クールから第3クールでは部位の特定が途中で終わってしまう学生が多くみられた。歯が痛いという主訴の場合、「何に」症状があるかという情報、あるいは大まかな部位特定で満足してしまい、「どこに」症状があるかを正確に聴取できなかった学生が散見された。しかし、第3クール最終のフィードバックで複数の指導歯科医からその点を指摘されたことで、第4クールの達成割合が上昇したと考えられる。

コンテンツ-2:

- ・現症:性状、症状の誘発・関連痛などの症状を聴取できた(図 7-2, 8-2)

現症の項目においては、達成度は第 1 クールから第 4 クールにおいて変化が最も小さく約 1/3 (34%) の学生が達成することができなかった。しかし、指導歯科医と学生による評価一致割合は第 2 クールから有意に上昇してほぼ適正な評価であることが示された。上記の誤差が生じてしまうことは、例として「痛い」という回答が引き出されればそれで詳細は視診触診という客観的評価で良いという旧態依然とした臨床推論が現在もあることを示唆していた。

このことから、いかに本人の判断、症状の程度が診断や治療の基準とするために NBM 聴取<sup>23)</sup>という形としてしっかり聴取できる能力の育成をこれから進めていく必要があることが推察できた。

#### コンテンツ-3:

- ・現病歴:いつから、現在までの変化を聴取できた(図 7-2, 8-2)

現病歴に関しては第 1 クールで 50%以上の学生が達成していなかったが、演習に伴って達成度が上昇し、第 4 クールでは達成していない学生は 10%未満であった。それに伴って指導歯科医と学生による評価の一致も増加し、達成度と同様に学生の評価スキルも上昇したと考えられた。その理由は、他の病歴聴取と比較して、主訴に関する病歴聴取は想起しやすく自然に質問できるようになったためであると推察された。しかも課題となる疾患や症状は学生にとっても比較的多く向き合う齲蝕や歯周病中心であるために、その疾患の経緯を推論するように聴取できたのではないかと推察できた。

#### コンテンツ-4:

- ・受診行動とその後の経緯を聴取できた(図 7-2, 8-2)

受診行動に関しては演習の進行に伴って指導歯科医と学生の評価の一致割合が有意に増加した。しかし、聴取できた学生の割合は第 1 クールから第 4 クールにかけて変化が小さく(28~42%)、演習の効果により達成できた学生の割合が他の評価項目と比較して少なかった。その理由は、病歴の中に患者の服薬や受診行動が含まれているため、短期間の演習でそれを聴取することに限界があると考えられた。1つの主訴に対して5分程度の聴取時間しかなければ、項目数から考えて病歴聴取が簡単になってしまうのはやむを得ない。よって、このような課題設定や演習設定の欠点を補うためには、病歴聴取演習として別途10分程度の演習を加えることが必要であることも示唆された。

#### コンテンツ-5:

・解釈モデル，来院動機，希望を聴取できた(図 7-2, 8-2)

指導歯科医の評価において第 1 クールと比較して第 4 クールで達成割合が大きく上昇した。しかしながら第 1 クールから第 3 クールまでは 60%以上の学生がこの項目を達成できなかった。その理由の 1 つは，第 1 クールの演習で知識があっても実践しにくい項目であること，そして他の学生の状態を見ても評価できる「解釈」ができていなかったことが挙げられる。したがって，この評価項目に関しては，実際のどのような場面でこれらの質問をするのが良いのかを学生間で議論を行わせたり，より具体的な講義やビデオ学修や指導歯科医のデモンストレーションが必要であると考えられた。

さらに，このコンテンツは解釈モデル，来院動機，希望の聴取と 3 種類の評価が混在しており，「0～1 つ聴取できた」，「2 つ聴取できた」，「すべて聴取できた」と最も評価が困難であったことが否めない。これからの評価シート修正が喫緊の課題であると思われた。

コンテンツ-6:

・局所既往歴を聴取できた(図 7-2, 8-2)

局所既往歴の聴取に関しては，10～30%の学生が達成していなかった。第 1 クールと比較した第 4 クールの達成割合としてはばらついており，第 3 クールでは達成していない学生が増加した。第 3 クールでは指導歯科医の評価が厳しく行われ，2 点から 1 点へ評価が減少した学生が多くなったものと推察された。局所既往歴は質問方法を駆使して聴取が必要なために，教育者の心理として 1 回目の演習(第 1 クール)ではまずはプロセスを重視し，質問していた結果から 2 点をつけたものと考えられた。2 回目以降は症状に併せて質問を行う必要があるため，成績の下がった学生の割合が増加したと考えられる。演習の観点からみると，第 2 クールにおいては，演習のはじめに指導歯科医による医療面接の指導を行っていたが，第 3 クールでは指導は行われず，すぐにローテーション方式で演習を実施したからと考えられた。また，その際は前述したように学生が実習演習を受講する期間が，各クールの間で 1 か月ほど空いており，要点を失念してしまったことが窺えた。

指導歯科医と学生による評価の一致割合もそれを受けて各演習クールにおける増減が見られた。この結果を踏まえて指導歯科医への評価のすり合わせに関するより詳細な注意喚起が必要であると考えられた。

コンテンツ-7:



・全身既往歴を聴取できた(図 7-2, 8-2)

全身既往歴に関しては、第 1 クールの 20%から達成していない学生が徐々に減少し、第 4 クールでは 10%未満となった。有意差は見られなかった。指導歯科医と学生による評価の不一致割合では第 1 クールだけでなく第 2 クールでも 20%を超えていた。その理由として、健康調査票にある質問をなぞるだけで、あるいは健康調査票に書いてあるからと患者に質問を行わなかった、さらにその同意をとることに集中してしまい、聴取(閉鎖的質問)ができていない学生が多かったことが挙げられた。

#### 4 将来への展望

今回は臨床実習前の演習実施の紹介ならびにその成果を示した。初期には十分な医療面接を行えなかった学生が、本演習を経て共用試験 OSCE においては全員合格を果たす成果を残した。

その後、医療コミュニケーション教育は卒前教育における臨床実習から卒後教育における臨床研修に継続し、認定医取得から専門医取得を目指すプロセスにおける共通研修においても継続してゆく。

筆者らは今回報告した臨床実習前教育の結果を受けて、臨床実習における患者への対応の指導も学生に対して行っている。第 5 学年における病院での臨床実習は、時間の限られた臨床実習前教育とは違い、患者からの聴取、あるいは説明については時間制限を明確にすべきではない。一方で、患者との面接中においては直接指導することができない。また、臨床実習の初期における学生はかなり緊張する環境となるため、松歯大では臨床実習を行う現場にて少しずつ演習を行える環境を提供していることは次報で紹介したい。また、本学には多くの留学生が在籍しており、医療コミュニケーションの基本となる日本語教育を臨床実習と並行する形で行っている。この手法と評価については今後引き続き検討したい。

医療コミュニケーション教育においては、卒前教育から臨床研修、さらに専門医取得のための共通研修を通じて、経験豊富かつ幅広い教育手法を持ち、倫理教育もできる指導歯科医を養成していくことも必要となる。したがって、教育現場では臨床でいう「認定医」「専門医」レベルの指導歯科医育成方法も同時に紹介ならびに提言したいと考えている。

## 結 論

松本歯科大学(本学)第4学年の臨床予備演習において、ロールプレイ形式とOSCE形式の演習を組み合わせた医療コミュニケーション演習を行った。その中で医療コミュニケーションのプロセス9項目とコンテンツ7項目の評価を試み、一定の成果を得た。

2013年度から2017年度の5年間に本演習を受講した296名を対象に分析した。その結果、医療コミュニケーション演習初期においては、歯科学生が時間制限により全部の質問をおこなうことができず、達成できなかった項目が多かった。また、症状聴取により医療推論を行うための病歴聴取や、患者の主観を引き出す解釈モデル、治療希望などを聴取することができていない学生が1/3程度存在していた。

一方では、演習を重ねることで患者と信頼関係が築けるコミュニケーションに必要な日本語を修得することが可能であることも示された。しかしながら、全てを網羅できる内容ではないため、臨床実習⇒臨床研修⇒専門医共通研修と連続性を持たせた螺旋型教育が不可欠であると推察できた。

今回の研究に関しては COI に関する企業はありません。

## 参考文献

- 1) 歯科医学教育モデル・コア・カリキュラム平成 28 年度版。  
<http://www.mext.go.jp/accreditation/wfmf.php>. 2020 年 10 月 26 日.
- 2) 伊藤孝訓, 大山 篤, 多田充裕, 木尾哲朗, 吉田登志子, 鈴木一吉, 青木伸一郎, 大沢聖子, 俣木志朗, 小川哲次(2019) 歯学における「行動科学」の体系化を目指した全国歯科大学・歯学部のシラバスの分析. 日歯教誌 35:100-112.
- 3) 小川哲次, 吉田登志子, 緒方哲郎, 鈴木一吉, 大石美佳, 千葉逸郎, 田口則宏, 伊藤孝訓, 堀 陽香(2008) これからの医療コミュニケーション教育の目標設定とカリキュラムストラクチャー. 日歯教誌 24:261-266.
- 4) 公益社団法人医療系大学間教養試験実施評価機構編(2020) 共用試験

- ガイドブック, 第 18 版, 239-243,248, 公益社団法人 医療系大学間教養試験実施評価機構, 東京
- 5) Cömert M, Zill JM, Christalle E, Dirmaier J and Härter M, Scholl (2016) Assessing Communication Skills of Medical Students in Objective Structured Clinical Examinations (OSCE) - A Systematic Review of Rating Scales. PLOS ONE11:1-15.
  - 6) Aspergen K (1999) BEME Guide No.2 : Teaching and learning communication skills in medicine – a review with quality grading of articles. Med Teach 21:563-70.
  - 7) Maguire P, Clarke D, Jolly B (1977) An experimental comparison of three courses in history-taking skills for medical students. Med Educ 11:175-82.
  - 8) 田口則宏, 佐々木友枝, 小川哲次 (2009) ビデオによる振り返りを用いた医療コミュニケーショントレーニング. 日歯教誌 25:115-121.
  - 9) 福本陽平, 村上不二夫, 今井一彰, 小早川節, 伊藤由香, 川村由吏可, 小野咲弥子, 村上泰昭, 立石彰男, 川崎 勝 (2002) 客観的臨床能力試験での医学教育. 医学教育 33:209-14.
  - 10) 岸 光男, 相澤文恵, 大平明範, 佐藤 仁, 佐藤雅仁, 東海林 理, 福田容子, 古内秀幸, 八木正篤, 戸塚盛雄, 米満正美 (2003) OSCEにおける評価の妥当性に関する検討—第2報 医療面接で評価者は何を評価しているか—. 日歯教誌 19:119-24.
  - 11) 厚生労働省: 歯科医師臨床研修の到達目標.  
<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/shikarinsyo/gaiyou/kanren/sekou/toutatsu.html>. 2020年10月29日.
  - 12) 日本歯科専門医機構: 歯科専門医「共通研修」認定申請書の手引き.  
[https://jdsb.or.jp/pdf/jdsb\\_kyoutsuukensyu\\_shinsei\\_tebiki.pdf](https://jdsb.or.jp/pdf/jdsb_kyoutsuukensyu_shinsei_tebiki.pdf). 2020年10月26日.
  - 13) 大山 篤, 清水チエ, 飯田浩司, 新田 浩, 荒木孝二, 黒崎紀正, 俣木志朗 (2005) OSCE評価者養成のためのビデオトレーニングに関する研究. ヘルスサイエンス・ヘルスケア5:69-76.

- 14) 吉田登志子, 板谷千穂, 下野 勉(1999) ロールプレイと模擬患者を活用した歯学教育におけるコミュニケーション実習の導入. 医学教育 30: 433-40.
- 15) Cohen JJ(2007) Viewpoint: linking professionalism to humanism: what it means, why it matters. 1st edition. Academic Medicine 82:1029-32.
- 16) 阿部幸恵(2016) 医療におけるシミュレーション教育. 日集中医誌 23: 13-20.
- 17) Maran N, Flin R(2008) Non-technical skills: identifying training, and assessing safe behaviours. In: Riley RH, editor. Manual of simulation in healthcare. New York: Oxford University Press:303-19.
- 18) Donald A. Schön(柳沢 昌一、他、2007):省察的实践とは何か. プロフェッショナルの行為と思考, 1 版, 鳳書房, 東京.
- 19) 石村源生(2011) 科学的技術コミュニケーション実践の評価方法:評価の一般的定義と体系化の試み. 科学技術コミュニケーション10:33-49.
- 20) 常住亜衣子, 石川ひろの, 木内貴弘(2013) 医療面接における医師・患者間コミュニケーションスキル評価尺度文献レビューと尺度構成項目の分析. 医学教育 44:335-44.
- 21) Kalet A, Pugnaire MP, Cole-Kelly K, Janicik R, Ferrara E, Schwartz MD(2004) Teaching communication in clinical clerkships: models from the macy initiative in. Acad Med79:511-20.
- 22) 福本陽平, 村上不二夫, 今井一彰, 小早川 節, 伊藤由香, 河村由吏可, 小野咲弥子, 村上泰昭, 立石彰男, 川崎 勝(2002) 客観的臨床能力試験での医療面接における評価の差の問題について. 医学教育 33: 209-14.
- 23) 谷田憲俊(2007) EBMとNBM. 山口医学56:189-91.

## 図表一覧

- 表1 対象者数:歯科学生と指導歯科医
- 表2-1 松本歯科大学における卒前医療コミュニケーション教育
- 表2-2 総合講義演習のカリキュラム
- 表2-3 医療コミュニケーション演習形式
- 表3-1 医療コミュニケーション演習課題:初診時医療面接
- 表3-2 医療コミュニケーション演習:実施手順と役割
- 表4-1 医療コミュニケーションの評価項目:プロセス項目と評価点数
- 表4-2 医療コミュニケーションの評価項目:コンテンツ項目と評価点数
- 表5 演習日による平均実施課題数
- 表6-1 医療コミュニケーション学修における演習成績(OSCE形式演習)に対する  
確認テストおよび指導歯科医との評価一致割合との相関係数(プロセス項目:  
2013～2017年度)
- 表6-2 医療コミュニケーション学修における演習成績(OSCE形式演習)に対する  
確認テストおよび指導歯科医との評価一致割合との相関係数(コンテンツ項目:  
2013～2017年度)
- 図1-1 医療コミュニケーション演習に使用した課題文(A)と健康調査票(B)
- 図1-2 演習に使用したステーションのレイアウト
- 図2 医療コミュニケーション演習の実施状況
- 図3-1 医療コミュニケーション演習における課題実施場所模式図:ロールプレイ  
形式(第1,第2および第3クール)
- 図3-2 医療コミュニケーション演習における課題実施場所模式図:OSCE形式  
(第4クール)
- 図4 演習実施時アナウンスと実施内容
- 図5 各年度の演習におけるクールごとの課題実施数
- 図6-1 指導歯科医による評価点数の推移(年度ごと)
- 図6-2 指導歯科医による評価点数の推移(演習クールごと)
- 図6-3 学生による評価点数と指導歯科医による評価点数の評価点数の比較
- 図7-1 プロセス評価項目を達成できなかった学生の割合(2013～2017年度)
- 図7-2 コンテンツ評価項目を達成できなかった学生の割合(2013～2017年度)
- 図8-1 指導歯科医と学生の評価不一致割合(プロセス評価項目:2013～2017年度)

図8-2 指導歯科医と学生の評価不一致割合(コンテンツ評価項目:2013～2017年度)

表1 対象者数：歯科学生と指導歯科医

評価者群	歯科学生	指導歯科医
年度	第4学年生	指導・評価経験5年以上
2013	48	5
2014	45	5
2015	76	5
2016	78	7
2017	49	7
	296	29

表2-1 松本歯科大学における卒前医療コミュニケーション教育

- 1)第3学年 : 医療コミュニケーション学
- ↓
- 2)第4学年 : 総合講義:総合講義演習
- ↓
- (共用試験)
- ↓
- 3)第5学年 : 臨床実習;総合講義
- ↓
- 4)第6学年 : 総合講義



表2-2 総合講義演習のカリキュラム

	時間	Aクラス	Bクラス	Cクラス	Cクラス
第1クール	1	医療 コミュニケーション	口腔外科	歯科麻酔	歯科放射線
	2				
	3	歯科放射線	医療 コミュニケーション	口腔外科	歯科麻酔
	4				
	5	歯科麻酔	歯科放射線	医療 コミュニケーション	口腔外科
	6				
	7	口腔外科	歯科麻酔	歯科放射線	医療 コミュニケーション
	8				
第2クール	9	医療 コミュニケーション	口腔外科	歯科麻酔	歯科放射線
	10				
	11	歯科放射線	医療 コミュニケーション	口腔外科	歯科麻酔
	12				
	13	歯科麻酔	歯科放射線	医療 コミュニケーション	口腔外科
	14				
	15	口腔外科	歯科麻酔	歯科放射線	医療 コミュニケーション
	16				
第3クール	17	医療 コミュニケーション	口腔外科	歯科麻酔	歯科放射線
	18				
	19	歯科放射線	医療 コミュニケーション	口腔外科	歯科麻酔
	20				
	21	歯科麻酔	歯科放射線	医療 コミュニケーション	口腔外科
	22				
	23	口腔外科	歯科麻酔	歯科放射線	医療 コミュニケーション
	24				
第4クール	25	医療コミュニケーション		口腔外科	
	26				
	27	口腔外科		医療コミュニケーション	
	28				

表2-3 医療コミュニケーション演習形式

	第1クール	第2, 3クール(第1クールと同じ実習)	第4クール
実習形式	デモンストレーション ロールプレイ形式	ロールプレイ形式	OSCE形式
評価者1	学生評価者AまたはB 1-2名	学生評価者AまたはB 1-2名	歯科医師評価者A
評価者2	歯科医師評価者AあるいはB	歯科医師評価者AあるいはB	歯科医師評価者B
フィードバック	面接後各評価者から行う	面接後各評価者から行う	全員試験終了後、学生全員に行う

OSCE: Objective Structured Clinical Examination; 客観的臨床能力試験

表3-1 医療コミュニケーション演習課題：初診時医療面接

- 課題1：初診時医療面接：急性症状
- 課題2：初診時医療面接：慢性症状
- 課題時間：5分間（カウントダウンタイマーで視覚可能）
- 評価項目：全13項目（プロセス9項目、コンテンツ7項目）
- 評価点数：29点（プロセス項目15点、コンテンツ項目14点）

表3-2 医療コミュニケーション演習:実施手順と役割

- 学生の役割:
  - 評価者役2→評価者役1→歯科医(受験者)役→次の課題の評価者役2
- 1) 歯科医(受験者)役:健康調査票を持ち、医療面接を行いながらメモ用紙に記入
- 2) 評価者1, 2:評価シートに記入し、フィードバック
- 3) 歯科医(受験者)役:フィードバックでは必ず内容を記録
- 指導歯科医の役割  
模受験者へのフィードバック

表 4－1 医療コミュニケーションの評価項目：プロセス項目と評価点数

• 1. 患者に挨拶ができた。言語, 非言語	できなかった: 0, できた: 1
• 2. 自己紹介と患者の名前の確認ができた。	できなかった: 0, 1つできた: 1, 2つできた: 2
• 3. 面接を行うことについての説明と患者の同意をえることができた。	できなかった: 0, 1つできた: 1, 2つできた: 2
• 4. 患者との着席位置関係が適切にとれた。	できなかった: 0, できた: 1
• 5. 適切な話し方ができた。声の大きさ, わかりやすい	できなかった: 0, 1つできた: 1, 2つできた: 2
• 6. 患者に敬意を持って接し、適切な日本語を使用できた。	できなかった: 0, 1つできた: 1, 2つできた: 2
• 7. 相手を見て話し、しかも共感的態度を取ることができた。	できなかった: 0, 1つできた: 1, 2つできた: 2
• 8. 質問事項以外の言い忘れの確認ができた。	できなかった: 0, できた: 1
• 9. 訴えの要約と再確認ができた。	できなかった: 0, 要約のみ: 1, 2つできた: 2

表4-2 医療コミュニケーションの評価項目:コンテンツ項目と評価点数

• 1. 主訴部位(場所の特定)を適切な順番で聴取できた.	できなかった:0, 1つ聴取できた:1 両方できた:2
• 2. 現 症:性状, 症状の誘発・関連痛などの症状を聴取できた.	できなかった:0, 1つ聴取できた:1, 両方聴取できた:2
• 3. 現病歴:いつから、現在までの変化を聴取できた.	できなかった:0, 1つ聴取できた:1, 両方聴取できた:2
• 4. 受診行動(薬の服用・歯科医院への通院とその後の経緯)を聴取できた.	できなかった:0, 1つ聴取できた:1, 両方聴取できた:2
• 5. 解釈モデル, 来院動機, 希望 を聴取できた.	1つできた、できなかった:0, 2つ以上できた:1, 3つともできた:2
• 6. 局所既往歴を聴取できた.	できなかった:0, 1つ聴取できた:1, 2つ以上聴取できた:2
• 7. 全身既往歴を聴取できた.	できなかった:0, 1つ聴取できた:1, 2つ以上聴取できた:2

表5 演習日による平均実施課題数

	平均値±標準偏差
第1クール	3.9±0.6
第2クール	6.5±1.1
第3クール	6.9±0.9
第4クール	2.0±0.0
合計	19.3±2.5

表6-1 医療コミュニケーション学修における演習成績（OSCE形式演習）に対する確認テストおよび指導歯科医との評価一致割合との相関係数  
（プロセス項目：2013～2017年度）

評価種類	評価内容	演習評価：プロセス項目	
		: 患者との位置関係	適切な話し方
五者択一試験		$\rho = 0.058$	$\rho = 0.621$
指導歯科医との評価一致		$\rho = 0.121$	$\rho = 0.545$



表6-2 医療コミュニケーション学修における演習成績（OSCE形式演習）に対する確認テストおよび指導歯科医との評価一致割合との相関係数  
（コンテンツ項目：2013～2017年度）

評価種類	評価内容	演習評価：コンテンツ項目		
		現病歴	解釈モデル	全身既往歴
五者択一試験		$\rho = 0.724$	$\rho = 0.532$	$\rho = 0.028$
指導歯科医との評価一致		$\rho = 0.465$	$\rho = 0.825$	$P = 0.211$



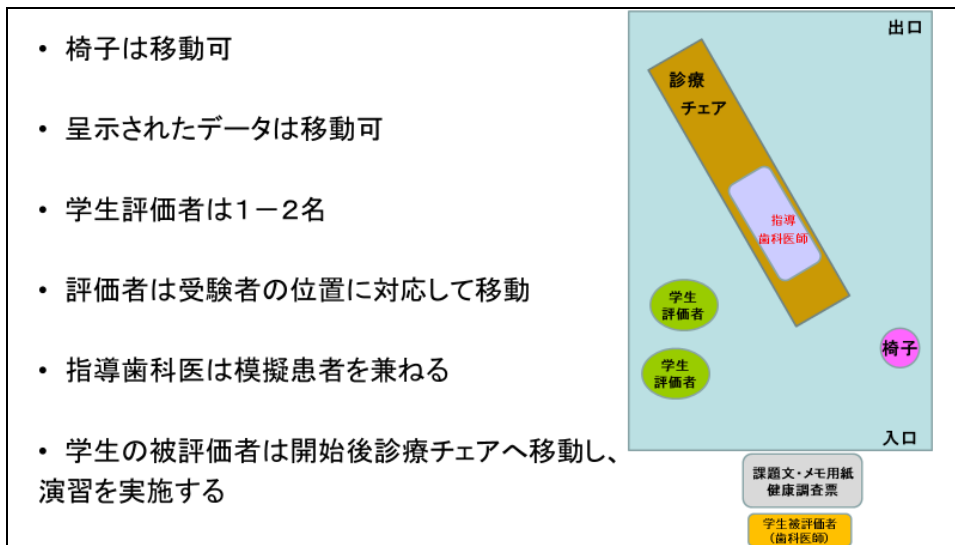


図1－2 演習に使用したステーションのレイアウト



図2 医療コミュニケーション演習の実施状況

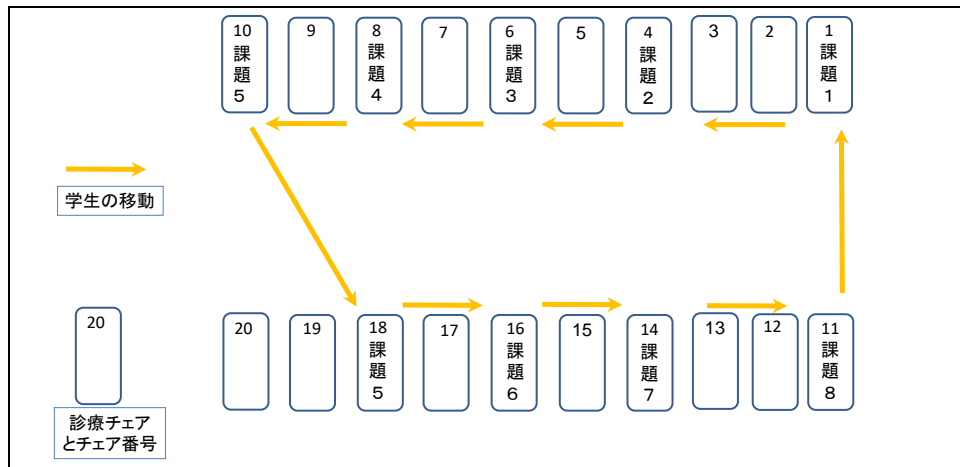


図3-1 医療コミュニケーション演習における課題実施場所模式図：ロールプレイ形式（第1，第2および第3クール）

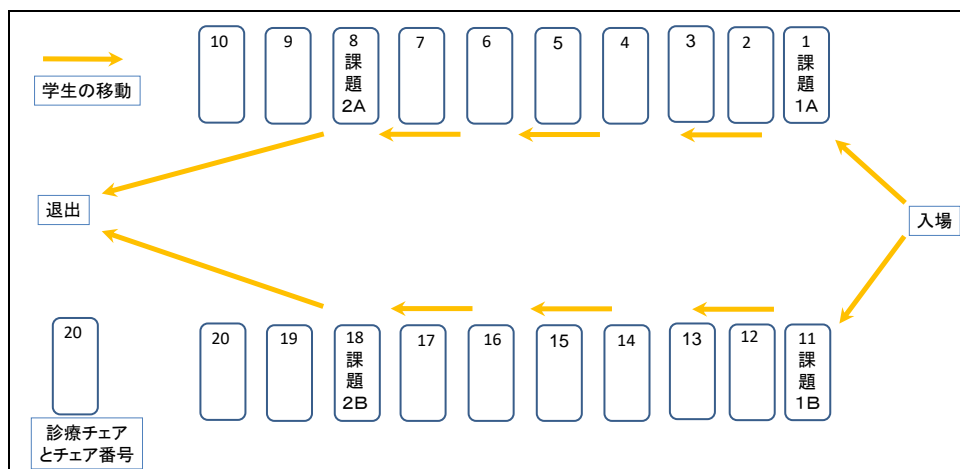


図3-2 医療コミュニケーション演習における課題実施場所模式図：OSCE形式  
(第4クール)

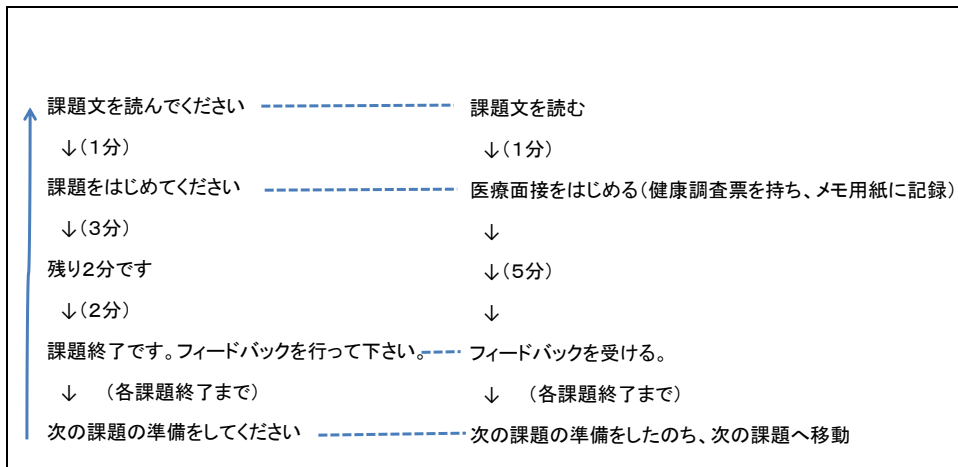


図4 演習実施時アナウンスと実施内容

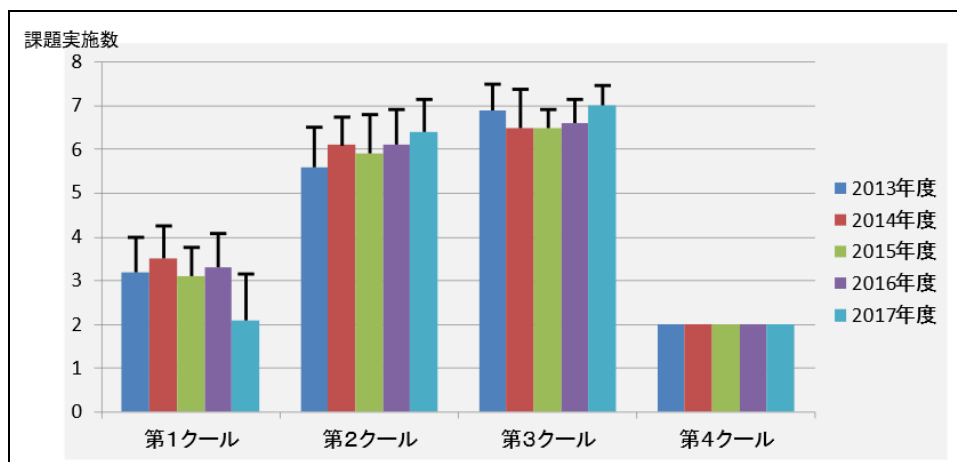


図5 各年度の演習におけるクールごとの課題実施数



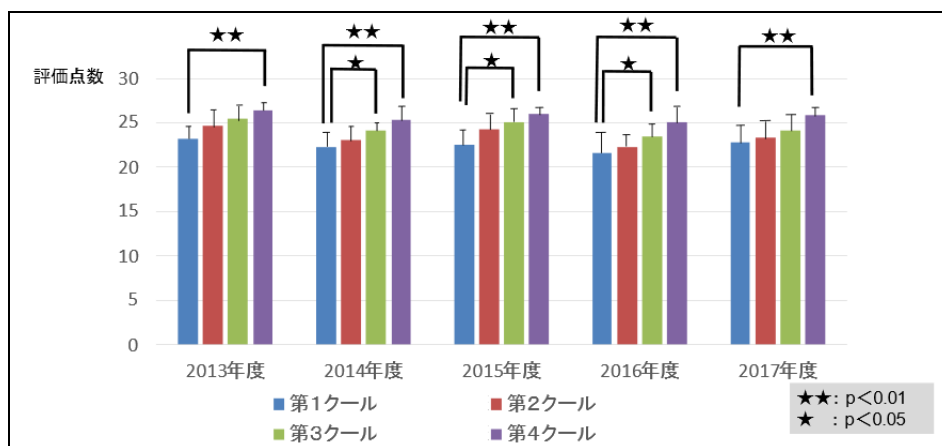


図6-1 指導歯科医による評価点数の推移(年度ごと)

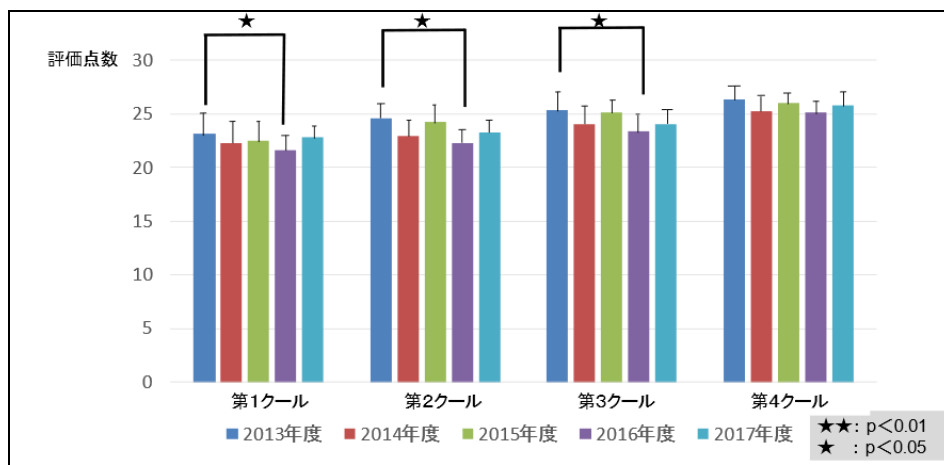


図6-2 指導歯科医による評価点数の推移(演習クールごと)

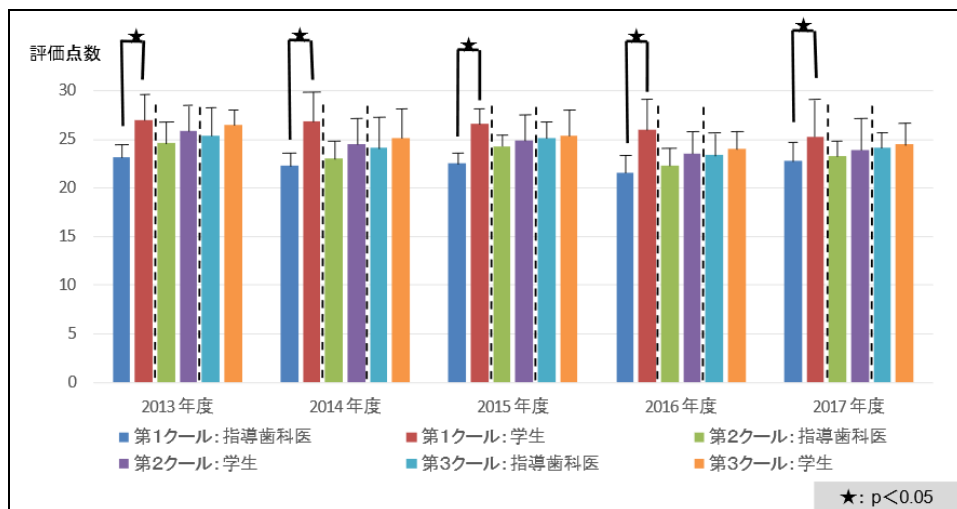


図6-3 学生による評価点数と指導歯科医による評価点数の比較

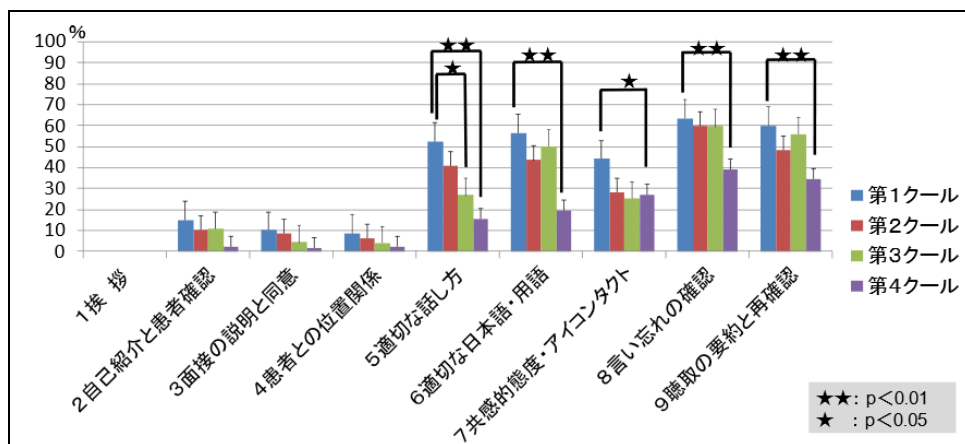


図7-1 プロセス評価項目を達成できなかった学生の割合(2013～2017年度)

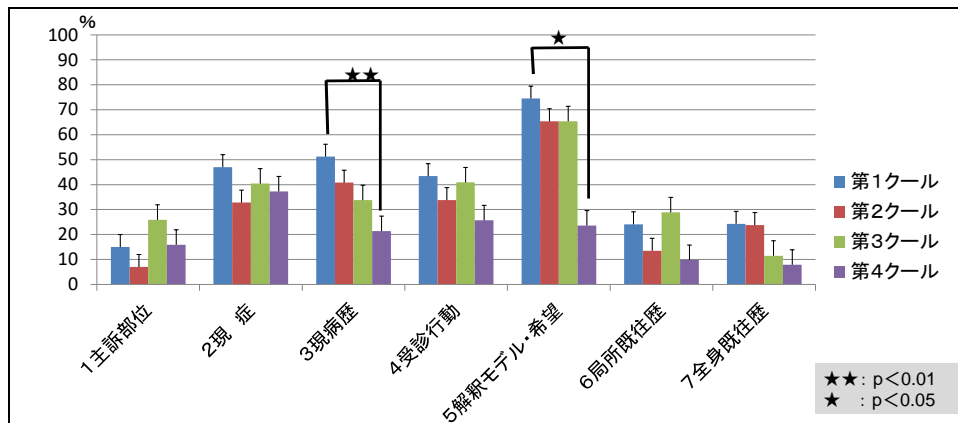


図7-2 コンテンツ評価項目を達成できなかった学生の割合(2013～2017年度)

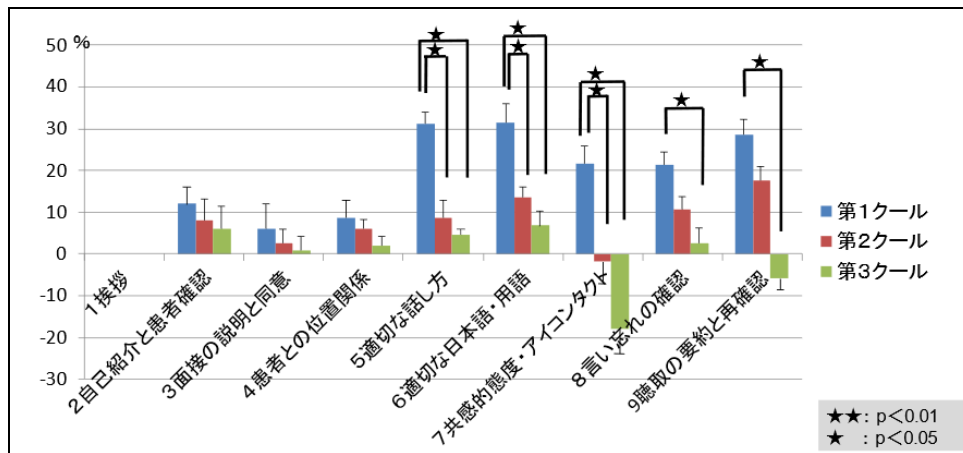


図8-1 指導歯科医と学生の評価不一致割合(プロセス評価項目:2013~2017年度)

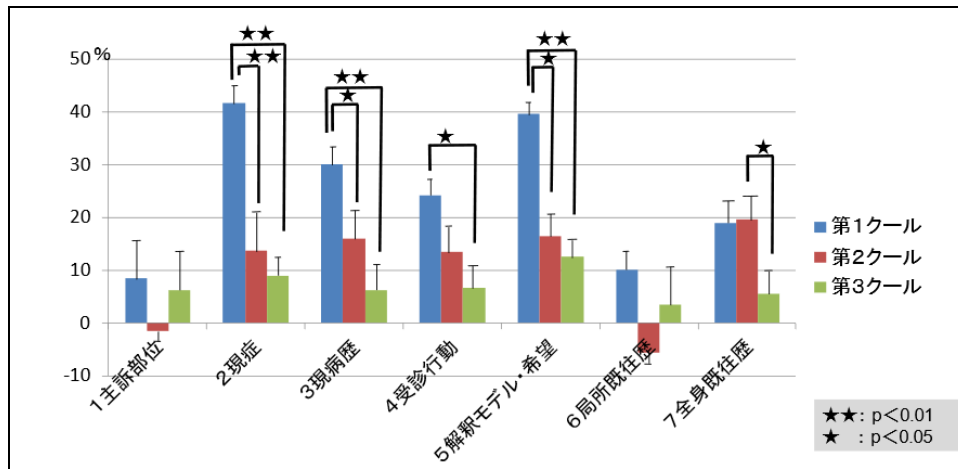


図8-2 指導歯科医と学生の評価不一致割合(プロセス評価項目:2013~2017年度)