

## 【医学各論】

- I 先天異常、周産期の異常、成長・発達の異常 約 5%
- 1 妊娠の異常 (約20%)
  - 2 分娩・産褥の異常 (約20%)
  - 3 胎児・新生児の異常 (約30%)
  - 4 性分化・染色体異常、先天異常および成長・発達の障害 (約30%)
- II 精神・心身医学的疾患 約 5%
- 1 器質性精神障害および精神作用物質関連障害 (約20%)
  - 2 気分障害および統合失調症、統合失調型障害、妄想性障害 (約20%)
  - 3 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害 (約20%)
  - 4 生理的障害および身体的要因に関連した障害 (約20%)
  - 5 幼児・小児・青年期の精神・心身医学的疾患および成人の人格並びに行動障害 (約20%)
- III 皮膚・頭頸部疾患 約11%
- 1 炎症性皮膚疾患 (約 9%)
  - 2 腫瘍・母斑性皮膚疾患 (約 9%)
  - 3 その他の皮膚疾患 (約 9%)
  - 4 視機能異常・視神経疾患 (約 9%)
  - 5 外眼部・前眼部疾患 (約 9%)
  - 6 後眼部疾患 (約 9%)
  - 7 外耳・中耳疾患 (約 9%)
  - 8 内耳・神経疾患 (約 9%)
  - 9 鼻腔・副鼻腔・喉頭疾患 (約 9%)
  - 10 咽頭・口腔・唾液腺疾患 (約 9%)
  - 11 損傷、奇形 (約 9%)
- IV 呼吸器・胸壁・縦隔疾患 約 7%
- 1 感染性呼吸器・胸壁・縦隔疾患 (約 8%)
  - 2 気管・気管支・肺の形態異常 (約14%)
  - 3 閉塞性肺疾患 (約21%)
  - 4 びまん性肺疾患 (約14%)
  - 5 腫瘍性呼吸器・胸壁・縦隔疾患 (約14%)
  - 6 乳腺・乳房疾患 (約 8%)
  - 7 その他の呼吸器・胸壁・縦隔疾患 (約21%)
- V 心臓・脈管疾患 約10%
- 1 不整脈 (約10%)
  - 2 心不全 (約10%)
  - 3 先天性心疾患 (約10%)
  - 4 弁膜症 (約15%)
  - 5 虚血性心疾患 (約20%)
  - 6 心筋・心膜疾患、心臓腫瘍、外傷 (約10%)
  - 7 血圧異常 (約10%)
  - 8 脈管疾患 (約15%)
- VI 消化器・腹壁・腹膜疾患 約13%
- 1 食道疾患 (約 8%)
  - 2 胃・十二指腸疾患 (約20%)
  - 3 小腸・結腸疾患 (約12%)
  - 4 直腸・肛門疾患 (約 8%)
  - 5 肝疾患 (約12%)
  - 6 胆道疾患 (約 8%)
  - 7 膵疾患 (約 8%)
  - 8 横隔膜・腹膜・腹壁疾患 (約 8%)
  - 9 急性腹症 (約 8%)
  - 10 損傷、異物 (約 8%)
- VII 血液・造血器疾患 約 5%
- 1 赤血球系疾患 (約30%)
  - 2 白血球系疾患とその他の骨髄性疾患 (約30%)
  - 3 悪性リンパ腫類縁疾患 (約20%)
  - 4 出血性疾患と血栓傾向 (約20%)
- VIII 腎・泌尿器・生殖器疾患 約12%
- 1 糸球体病変 (約 9%)

2	血管・尿細管・間質病変	(約 9%)	2	膠原病と類縁疾患	(約50%)
3	腎機能の障害による異常	(約13%)	3	原発性・続発性免疫不全症	(約20%)
4	腎・尿路結石と尿路閉塞性疾患	(約 9%)			
5	腎・尿路・生殖器の炎症	(約 9%)	XII	感染性疾患	約 8%
6	腎・尿路・男性生殖器の腫瘍	(約 9%)	1	ウイルス感染症	(約20%)
7	女性生殖器の類腫瘍・腫瘍	(約13%)	2	クラミジア・マイコプラズマ・リケツチア感染症	(約20%)
8	月経異常、不妊、不育	(約13%)	3	細菌感染症	(約27%)
9	更年期・閉経後障害	(約 9%)	4	抗酸菌〈マイコバクテリア〉感染症	(約20%)
10	その他の尿路・生殖器異常	(約 9%)	5	その他の感染症・真菌症・原虫症・寄生虫症	(約13%)
IX	神経・運動器疾患	約 9%	XIII	生活環境因子・職業性因子による疾患	約 5%
1	脳血管障害	(約11%)	1	食中毒および病害動物による疾患	(約20%)
2	脳腫瘍	(約 7%)	2	アルコールによる障害および薬物依存・中毒	(約30%)
3	神経変性疾患、脱髄性中枢性神経疾患、末梢神経疾患、筋疾患	(約18%)	3	産業中毒およびその他の職業性疾患	(約30%)
4	けいれん性疾患、てんかん、機能的疾患、自律性疾患	(約12%)	4	物理的原因による疾患およびその他の生活環境因子による障害	(約20%)
5	脊椎・脊髄疾患、骨・関節系統疾患	(約12%)			
6	上肢および下肢の運動器疾患、非感染性骨・関節・四肢軟部疾患	(約18%)			
7	骨・軟骨腫瘍と類似疾患、損傷	(約12%)			
8	脳・脊髄の奇形、神経・皮膚症候群、感染性疾患、小児に特徴的な神経疾患	(約12%)			
X	内分泌・代謝・栄養疾患	約 8%			
1	間脳・下垂体疾患	(約20%)			
2	甲状腺疾患と副甲状腺〈上皮小体〉疾患	(約13%)			
3	副腎疾患	(約13%)			
4	その他の内分泌疾患	(約13%)			
5	糖質・脂質・蛋白・アミノ酸代謝異常	(約20%)			
6	その他の代謝異常	(約20%)			
XI	アレルギー性疾患、膠原病、免疫病	約 5%			
1	アレルギー性疾患	(約30%)			

## 主な検査項目の表記（出題基準抜粋）

出題に際して、主な検査項目の表記は以下に準拠する。

なお、「2 血液学検査」、「3 生化学検査」、「4 免疫学検査」については、下線の引いてある検査項目以外、出題に際して必ず基準値を記載する。

### 1 一般臨床検査

- A 尿検査 肉眼的所見、尿量、比重、浸透圧、pH、尿蛋白、尿糖、ウロビリノゲン、ケトン体、ビリルビン、アミラーゼ、尿潜血、尿沈渣鏡検、細菌検査  
[尿蛋白1+、尿糖2+、尿蛋白〇g/日または尿所見：蛋白±、糖-、沈渣に赤血球〇～〇/視野などと表記]
- B 糞便検査 肉眼的所見、顕微鏡検査（虫卵など）、便潜血反応、細菌検査
- C 喀痰検査 肉眼的所見、細胞診、細菌検査
- D 脳脊髄液検査 圧〈Queckenstedt現象〉、肉眼的所見、細胞数、種類、Nonne-Apelt反応、Nonne-Froin徴候、Pandy反応、トリプトファン反応、蛋白定量、糖定量、IgG%、ミエリン塩基性蛋白、クロール定量、細胞診、細菌検査
- E 穿刺液検査 肉眼的所見、比重、Rivalta反応、蛋白定量、細胞数、細胞診、細菌検査

### 2 血液学検査

- A 血球検査 赤沈、赤血球、ヘモグロビン〈Hb〉、ヘマトクリット〈Ht〉、平均赤血球容積〈MCV〉、平均赤血球ヘモグロビン〈MCH〉、平均赤血球ヘモグロビン濃度〈MCHC〉、網赤血球〈Ret〉、白血球〔桿状核好中球〇%、分葉核好中球〇%、好酸球〇%、好塩基球〇%、単球〇%、リンパ球〇%などと表記〕、血小板、末梢血・骨髓血塗抹〔顆粒球、赤芽球、リンパ球、単球などと表記〕
- B 凝固・線溶・血小板機能検査 出血時間、プロトロンビン時間〈PT〉（秒、%、INRで表示）、活性化部分トロンボプラスチン時間〈APTT〉、血漿アンチトロンビンⅢ、トロンビン・アンチトロンビン複合体〈TAT〉、血漿フィブリノゲン、血清FDP、Dダイマー、プラスミン・プラスミンインヒビター複合体〈PIC〉、血小板粘着能、血小板凝集能
- C 造血能・溶血に関する検査 総鉄結合能〈TIBC〉、不飽和鉄結合能〈UIBC〉、赤血球浸透圧抵抗試験、Ham試験、シュガーウォーターテスト〈砂糖水試験〉、Donath-Landsteiner試験
- D 血液型・輸血関連検査 血液型〔A型、Rh(+)などと表記〕、交差適合試験〈クロスマッチ〉

### 3 生化学検査

- A 糖 空腹時血糖〈FBS〉、ブドウ糖負荷試験〈OGTT〉、ヘモグロビンA<sub>1c</sub>〈HbA<sub>1c</sub>〉

B	蛋白	総蛋白〈TP〉、アルブミン〈Alb〉、A/G比、蛋白分画 {Alb、 $\alpha_1$ ・ $\alpha_2$ ・ $\beta$ ・ $\gamma$ -グロブリンなどと表記}、 $\alpha_1$ ・ $\beta_2$ -ミクログロブリン、免疫グロブリン {IgG、IgA、IgM、IgD、IgEなどと表記}、血清フェリチン
C	含窒素成分	尿素窒素〈UN〉、クレアチニン〈Cr〉、尿酸〈UA〉、アンモニア
D	脂質	総コレステロール〈TC〉、トリグリセライド〈TG〉、リン脂質〈PL〉、HDL-コレステロール〈HDL-C〉、遊離脂肪酸〈FFA〉、胆汁酸
E	生体色素	総ビリルビン、直・間接ビリルビン
F	酵素	AST〈GOT〉、ALT〈GPT〉、LDH、ALP、 $\gamma$ -GTP〈 $\gamma$ -GT〉、コリンエステラーゼ〈ChE〉、アミラーゼ〈AMY〉、リパーゼ、エラスターゼI、クレアチンキナーゼ〈CK〉、CK-MB、酸性ホスファターゼ、アンジオテンシン変換酵素
G	電解質	Na、K、Cl、Ca、P、Mg、浸透圧
H	重金属	Cu、Fe、Zn
I	ビタミン	ビタミンA、ビタミンB <sub>1</sub> 、B <sub>2</sub> 、B <sub>6</sub> 、B <sub>12</sub> 、ビタミンC、ビタミンE、ニコチン酸、葉酸、パントテン酸
J	ホルモン	
	下垂体	甲状腺刺激ホルモン〈TSH〉、成長ホルモン〈GH〉、黄体形成ホルモン〈LH〉、副腎皮質刺激ホルモン〈ACTH〉、卵胞刺激ホルモン〈FSH〉、プロラクチン〈PRL〉、抗利尿ホルモン〈バソプレシン〉〈ADH〉
	甲状腺	トリヨードサイロニン〈T <sub>3</sub> 〉、サイロキシシン〈T <sub>4</sub> 〉、遊離トリヨードサイロニン〈FT <sub>3</sub> 〉、遊離サイロキシシン〈FT <sub>4</sub> 〉、甲状腺 <sup>123</sup> I摂取率、サイログロブリン、カルシトニン
	副甲状腺〈上皮小体〉	副甲状腺ホルモン〈PTH〉
	副腎皮質	コルチゾール、アルドステロン、デヒドロエピアンドロステロンサルフェート〈DHEAS〉、17 $\alpha$ -ヒドロキシプロゲステロン
	副腎髄質	アドレナリン、ノルアドレナリン、メタネフリン、ノルメタネフリン
	消化管	ガストリン、セクレチン、コレシストキニン
	膵島	インスリン、グルカゴン
	腎臓	血漿レニン活性〈PRA〉、アンジオテンシン、エリスロポエチン
	性腺・胎盤	エストロゲン、エストロン〈E <sub>1</sub> 〉、エストラジオール〈E <sub>2</sub> 〉、エストリオール〈E <sub>3</sub> 〉、プロゲステロン、プレグナジオール、テストステロン、絨毛性ゴナドトロピン〈hCG〉、
	心臓	心房性ナトリウム利尿ペプチド〈ANP〉、心室性ナトリウム利尿ペプチド〈BNP〉
	肝臓・骨・軟骨	インスリン様成長因子〈IGF-I〉
	腫瘍	副甲状腺ホルモン関連タンパク〈PTHrP〉
	尿中ホルモン	17-KS、17-OHCS、遊離コルチゾール、カテコラミン、バニルマンデル酸〈VMA〉、Cペプチド〈CPR〉
4	免疫学検査	
	A 感染免疫抗体	C反応性蛋白〈CRP〉、梅毒血清反応、Widal反応、Weil-Felix反応、Paul-Bunnell反応、ストレプトリジンO抗体〈ASO〉 {血清ストレプトリジン

ンO抗体陽性、ASO(+)などと表記)、トキソプラズマ抗体、寒冷凝集反応、マイコプラズマ抗体、ウイルス血清反応 {HTLV-I抗体陽性、HIV抗体陽性、HBs抗原・抗体陽性、HCV抗体陽性などと表記}

B 自己抗体

リウマトイド因子(RF) {リウマトイド因子陽性などと表記}、LE細胞、抗核抗体、抗DNA抗体、抗ssDNA抗体、抗dsDNA抗体、抗ENA抗体、抗RNP抗体、抗Sm抗体、抗SS-A抗体、抗SS-B抗体、抗Jo-1抗体、抗Scl-70抗体、抗ミトコンドリア抗体、抗平滑筋抗体、抗サイログロブリン抗体、抗甲状腺ミクロゾーム抗体、抗TSH受容体抗体、直接・間接Coombs試験

C 補体

血清補体価 (CH50、C3、C4)、免疫複合体

D 免疫蛋白

免疫電気泳動、Bence Jones蛋白

E アレルギーに関する検査

アレルギー検査、レアギン検査 (RIST、RAST)、皮膚反応 (貼布試験、皮内反応)、誘発試験

F 細胞免疫・食菌能検査

リンパ球表面抗原検査、{CD4陽性リンパ球〇%などと表記}、CD4/8比、Tリンパ球系機能検査、Bリンパ球系機能検査、好中球機能検査、マクロファージ遊走阻止試験、リンパ球刺激試験、白血球粘着阻止試験、ツベルクリン反応

G 移植免疫

組織適合検査 {HLA-B27などと表記}

H 腫瘍マーカー

$\alpha$ -フェトプロテイン(AFP)、CEA、CA19-9、CA125、SCC、NSE、PA (PSA)、PIVKA-II、CA15-3

5 微生物学検査

A 病原体検査

細菌検査 (塗抹、培養、同定、薬剤感受性試験)、結核・抗酸菌検査 (塗抹、Gaffky号数、培養、感受性試験、核酸検査)、スピロヘータ、リケッチア、クラミジア、マイコプラズマ、ウイルス、真菌 (培養、Wood灯)、原虫、寄生虫 (細菌の学名はイタリック体で、ウイルスはローマン体で表記)

例: *Staphylococcus aureus*, poliovirus}、核酸検査

6 病理組織学検査、細胞診

A 光顕・電顕標本

B 染色法

hematoxylin eosin 染色 (H-E染色)、PAM染色、Sudan III染色、PAS染色、Congo-Red染色、Gram染色、Ziehl-Neelsen染色、Grocott染色、May-Giemsa染色、Papanicolaou染色 {子宮内膜生検H-E染色標本、腎生検電顕写真、気管支肺胞洗浄液塗抹Papanicolaou染色標本、乳腺腫瘍凍結切片H-E染色標本などと表記}、免疫組織化学 {蛍光抗体法、酵素抗体法と表記}、酵素組織化学 {ペルオキシダーゼなどと表記}

7 生体機能検査

A 呼吸機能

スパイロメトリ {%VC、FEV<sub>1.0</sub>%などと表記}、動脈血ガス分析 {PaO<sub>2</sub> 〇〇 Torr、HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 〇〇 mEq/l (mmol/l) などと表記}

- B 心機能 心電図 {Holter 心電図、運動負荷心電図などと表記}、心音図、心カテ  
テル (造影) 検査
- C 消化・吸収機能 唾液分泌検査、胃液検査
- D 肝・胆道機能 色素排泄試験 {ICG 試験 (15分値)、BSP 試験などと表記}
- E 膵機能 セクレチン試験、PABA 排泄試験
- F 内分泌・代謝機能 L-Dopa 負荷試験、インスリン負荷試験、グルカゴン負荷試験、グルコー  
ス負荷試験、絶食試験、TRH 試験、CRH 試験、GHRH 試験、LHRH  
試験、アルギニン負荷試験、メトピロン負荷試験、デキサメサゾン抑制  
試験、水制限試験、高張食塩水負荷試験、ACTH 試験、フロセミド負  
荷試験、PTH 負荷試験 (Ellsworth-Howard 試験)、プロゲステロン負  
荷試験、エストロゲン・プロゲステロン負荷試験、ゴナドトロピン負荷  
試験、妊娠反応
- G 腎機能 クレアチニンクリアランス、濃縮試験 (Fishberg 試験)、パラアミノ馬  
尿酸 (PAH) クリアランス、糸球体濾過値 (GFR)、レノグラム
- H 神経・運動機能 脳波、筋電図、徒手筋力テスト、関節可動域テスト
- 8 内視鏡検査 {胃内視鏡写真、気管支内視鏡写真、色素内視鏡検査、内視鏡的生検な  
どと表記}
- 9 画像検査
- A エックス線単純撮影・断層撮影  
{胸部エックス線撮影 (胸部の時のみ「単純」を略す)、胸部エックス線断層撮影、頭部  
エックス線単純撮影、軟エックス線撮影、乳房エックス線単純撮影、脊椎 (頸椎) (胸椎)  
(腰椎) エックス線単純撮影、四肢エックス線単純撮影、産科的骨盤エックス線単純撮影、  
胎児エックス線単純撮影などと表記}
- B 造影撮影  
{上部消化管 (食道) (胃) (十二指腸) 造影、低緊張性十二指腸造影、小腸造影、注腸造  
影、経口胆嚢造影、静脈性胆道造影、経皮経肝胆道造影 (PTC)、内視鏡の逆行性胆管膵  
管造影 (ERCP)、気管支造影、脊髓腔造影 (ミエログラフィ)、脊髓腔造影後 CT、静脈  
性尿路 (腎盂) 造影、点滴静注尿路造影、逆行性尿路 (腎盂) 造影、脳血管造影、大動脈  
造影、冠動脈造影、選択的腹腔動脈造影、デジタルサブトラクション血管造影 (DSA)  
などと表記}
- C 単純・造影 CT  
{頭部 (胸部) (腹部) 単純 CT などと表記}
- D 単純・造影磁気共鳴画像 (MRI)、磁気共鳴血管撮影 (MRA)、磁気共鳴胆管膵管撮影  
(MRCP)  
{頭部単純 MRI、頭部 MRA などと表記}
- E 超音波検査  
{腹部超音波検査、心エコー検査、前立腺経直腸超音波検査、内視鏡的超音波検査などと  
表記}
- F 核医学検査  
{脳ポジトロンエミッション断層撮影 (PET)、脳シングルフォトンエミッション CT  
(SPECT)、骨シンチグラフィなどと表記}

1~148 ページより一部抜粋

平成 17 年版

医師国家資格試験出題基準

定価 3,500円 (本体 3,334円)

---

2004年 7 月 第 1 刷

監 修 医事試験制度研究会

---

発 行 株式会社 まほろば

〒105-0001 東京都港区虎ノ門 1-25-12

TEL 03-3503-7846 FAX 03-3503-7847

E-mail: mahoroba@h2.dion.ne.jp

---

©2004

Printed in Japan

ISBN4-89636-008

※本書の内容を無断で転載、複写することを禁じます。

# 客観的臨床能力試験

—OSCE—

ばん のぶたろう  
伴 信太郎

名古屋大学医学部附属病院総合診療部教授

## はじめに

客観的臨床能力試験 (objective structured clinical examination ; OSCE) は 1975 年に Harden ら<sup>1)</sup>によって発表されて以来、臨床能力の評価法として急速に普及してきた。日本においても、筆者ら<sup>2,3)</sup>が初めて紹介したのが 1994 年であるが、その後の導入は急速で、2004 年の時点では、80 大学のすべてで OSCE がすでに実施されている。これまで、認知領域の評価に偏していた臨床能力評価に OSCE のような技能 (および態度の一部) が評価できる評価法が導入された意義は、「評価法が学習者の学習行動に最も大きな影響を及ぼす」<sup>4)</sup>ということに鑑みてもきわめて大きい。

筆者は、1995 年に発表した OSCE に関する総説<sup>5)</sup>で「OSCE は精神運動領域を中心とした評価法として今後日本においても重要な位置を占めるようになると思われる」と予測したが、10 年間でここまで広がることは正直言って考えていなかった。日本においては、1994 年にわれわれが提案した基本的臨床技能の評価法がイコール OSCE であるとの誤解もあるが、OSCE は精神運動領域 (技能) の評価法として広く応用可能 [情意領域 (態度) も一部可能] な方法であり、基本的臨床能力の評価法に限られたものではなく、各種の領域の専門医試験など高度の臨床能力の評価にも応用可能である。

本稿では、まず OSCE の実施法の概略を述

べ、その評価法としての意義を略述する。

## I. OSCE とは

### 1. station の配置

OSCE では、いくつかの部屋 (station と呼ばれる) が用意され、それぞれの station で臨床能力を評価するための課題が出される。受験者は、順に回って課題に取り組む。

### 2. 出題される課題

各課題は、「医療面接」「身体診察」「診断手技 (例：尿の遠沈と沈渣の検鏡など)」「治療手技 (例：モデルを使った気管内挿管など)」「画像診断 (例：胸部 X-P の読影など)」「患者に対する説明 (例：禁煙指導など)」のような基本的臨床技能の課題から、「頭痛を主訴とした 25 歳男性」というような症例課題まで可能である。また、ペーパーテスト [例：SP (sumulated patient ; 模擬患者) で提示された症例についての MCQ (multiple choice questions ; 多肢選択式問題) テストなど] も出題できる。このように OSCE は認知領域 (知識)、精神運動領域 (技能)、情意領域 (態度) の各領域の評価に使うことが可能であるが、何といても精神運動領域の評価法として画期的である。

### 3. 時間

Harden らのオリジナルは<sup>1)</sup>、各 station 5 分間であった。その後、5~60 分といろいろな長さの時間が試みられているが、最もよく使われるのは、5~20 分である<sup>5)</sup>。

### 4. 評価目的

OSCE は形成的評価 (合否、進級などを目的としない、今後の改善のための評価) にも、総括的評価 (合否、進級などの判定を目的とした評価) にも用いることができる。前者の場合、各 station 終了後に、受験者の改善が必要な点について 1~3 分のフィードバックを行うときわめて教育効果が高い。

### 5. 評価者

教員だけではなく、SP や患者が参加している



station では SP や患者自身が評価者になることもできる。各 station の評価者の数は 1 人で十分で、1 つの station の評価者数を増やすよりも station の数を増やしたほうが評価法としての信頼性は高まるとされている<sup>5)</sup>。

教員が評価者になれば、学生の修得レベルから、教え方における問題点についてフィードバックが得られるという利点があるが、形成的評価が目的であればレジデント（卒後 3～4 年目）レベルでも評価者として十分である。

## 6. 測定法

通常はあらかじめ評価項目を決め、チェックリストまたは評定尺度 (rating scale) に従って評価するので、定量的評価が可能である。このような評価シートには、評価マニュアルを用意することが多いが、これは評価の信頼性を確保するためである。小規模施設で評価者が 1 人で形成的評価を目的にするのであれば、このようなマニュアルを用意する必要は必ずしもない。

## 7. 測定形式

各 station には、実地試験 (実際の患者または SP が参加)、客観試験、口答試験、論述試験などいろいろな測定形式の評価法を織り込むことができる。どのような測定形式の試験をするかは、参加可能な教員の人数や受験者数にも左右される。しかし、何といたっても OSCE の真価が発揮されるのは実地試験である。

## II. OSCE の評価法としての意義

評価法を考えるときには、表 1 に掲げたような諸点を勘案する必要がある。これらの諸点に照らしてみると OSCE は以下のようなことがいえる<sup>4)</sup>。

### 1. 妥当性

OSCE は実際の技能そのものを評価できるために、技能の評価法としては筆記試験より妥当性の面で優れているのは明らかである。また、OSCE は、評価の対象として重要な技能を選択できる。このことは内容の妥当性を高める。た

表 1 評価法を考えるときに考慮すべき点

- |                   |
|-------------------|
| 1. 妥当性            |
| 2. 信頼性            |
| 3. 学習者の学習態度に与える影響 |
| 4. 公平性            |
| 5. 客観性            |
| 6. 実施運営の容易性       |
| 7. 透明性            |

例えば、実際の診療場面の観察評価では、必ずしもその患者の診療の際に評価したい技能がすべて含まれるとは限らない。

### 2. 信頼性

OSCE ではすべての受験者が、同一課題に、同一条件で取り組み、かつ、それを同一の評価基準で評価されるように標準化できるので、信頼性は高くなる。

### 3. 学習者の学習態度への影響

評価法に求められる要件として妥当性、信頼性、実施の容易さ、などの側面にも増して大切なことは、学習者の学習態度に及ぼす影響である。この点において OSCE は絶大な効果をもたらす<sup>5)</sup>。

### 4. 公平性

OSCE ではすべての受験者が、同一課題に、同一条件で取り組み、かつ、それを同一の評価基準で評価されるので、公平性も担保される。

### 5. 客観性

評価シートで評価対象項目を明確にし、さらには評価マニュアルを準備すれば客観性が確保される。

### 6. 実施の容易性

OSCE の最大の問題点は、多くの人的資源と時間を要するという点である。評価の要件を 100% 満足するような評価法は現実的にはありえない。現場の制約に応じた柔軟な評価デザインを工夫する必要がある。

### 7. 教員の教え方に有用なフィードバックが得られる

OSCE においては、受験者がどのような技能

について十分習熟していないかが一目瞭然となるので、その技能についての指導の問題が明確になり、次回からの教育の改善につながる。

### おわりに

医学部の卒前教育のなかで、平成17年度から、臨床実習の開始前に、学生の臨床能力評価を全国レベルで行うということ〔共用試験と呼ばれ、知識はコンピュータを用いた多肢選択式試験 (computer based test; CBT) で、技能はOSCEで評価される〕が決まっている (コラム参照)。また、国家試験への導入は、すでに平成11年の報告で将来導入の方向性が打ち出され<sup>6)</sup>、さらに、平成15年の報告で、共用試験よりレベルの高い実技試験として導入の方向で検討する方針が明らかにされた<sup>7)</sup>。今後の医学教育の評価は、OSCEなしには語れないといっても過言ではない。

- 1) Harden RM, Stevenson M, Downie WW & Wilson GM : Assessment of clinical competence using objective structured examination. *Br Med J* 1975 ; 1 : 447—451.
- 2) 伴 信太郎, 津田 司, 田坂佳千他 : OSCEによる「臨床入門」実習の評価. *医学教育* 1994 ; 25 : 327—335.
- 3) Ban N, Tsuda T, Tasaka Y, et al : The benefits of an OSCE as an end-of-course assessment of "Introduction to clinical medicine" course. eds Rothman AI, Cohen R, In *Proceedings : The Sixth Ottawa Conference on Medical Education*, University of Toronto Bookstore Custom Publishing, Toronto, 1995 ; 157—159.
- 4) van der Vleuten C, Verwijnen M : A system for student assessment. eds van der Vleuten C, Wijnen W, In *Problem-based learning : Perspectives from the Maasticht experience*, Thesis, Amsterdam, 1990 ; 27—49.
- 5) 伴 信太郎 : 客観的臨床能力試験 臨床能力の新しい評価法. *医学教育* 1995 ; 26 : 157—163.
- 6) 医師国家試験改善検討委員会 : 医師国家試験改善検討委員会報告書. 平成11年4月15日.
- 7) 医師国家試験改善検討委員会 : 医師国家試験改善検討委員会報告書. 平成15年4月17日. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/04/s0417-2b.html>

column

### 共用試験 OSCE

#### —臨床実習開始前の態度・技能のチェック—

日本の卒前医学教育は、海外に留学した医学生の話などを聞いても、認知領域に関しては、諸外国に比して遜色ないどころか彼らを凌駕している。ところが、臨床の態度・技能の教育については、きわめて不十分な時代が今日まで続いてきた。

このような過去を踏まえて、「診療参加型臨床実習に参加する学生に必要とされる技能と態度に関する学習・評価項目」として態度・技能の目標案が平成14年6月22日に示され、さらに、その改正案が平成14年11月25日に示された。今年 (平成16年) は、さらにその改訂第2版が作成された。

しかし、目標はただ示されただけでは多くの場合“絵に描いた餅”に終わる。そこで、「共用試験 OSCE」が準備された。このような目標の達成度の評価を、個々の医科大学・大学医学部が行うのはきわめて大きな時間的・金銭的・人

的・物的負担となるので、それをオールジャパンで行おうという試みである。

このような目標の策定、評価法の準備は、日本の卒前医学教育に欠けていた態度・技能の教育に関する一大改革である。このような試みは、日本の医学教育史においてエポック・メイキングな出来事であるのみならず、世界に対しては誇るべき試みである。そして、これはひいては患者さんへの大きなメリットとして還元されるはずである。

共用試験実施機構では、平成17年度からの正式実施に向けて「共用試験 OSCE」については6つの柱を立てている。すなわち、①基本6 station (医療面接、頭頸部診察、胸部診察、腹部診察、神経診察、救急蘇生または基本外科手技) の実施、② station の課題は機構が選定、③各 station に最低1人、外部評価者を派遣、④派遣される外部評価者は固定化を避け、機構が決定、⑤合格基準は各施設の責任の下で設定、⑥外部評価者の交通費は機構が負担、である。

(伴 信太郎)

## 基本的臨床能力への招待

②

### 行動医学〔1〕

#### 心理・社会的側面の解説—医師-患者関係の構築

・名古屋大学医学部附属病院総合診療部

阿部恵子\* 伴 儼太郎\*

#### 行動医学とは？

行動科学・行動医学という言葉をしばしば耳にするが、いったい何なのか？言葉からその実体を想像するのは難しい。行動医学の歴史を概観すると、精神分析に対抗して発展した行動療法の流れをくんでいるため、「行動」という言葉が使われたということが分かる<sup>1)</sup>。60年代中頃は主に心因的な問題に対して行動療法がおこなわれていたが、技法が発展した60年代後半になると肥満・喫煙などの健康に関する行動問題に対して応用されるようになった<sup>2)</sup>。

70年代、米国のThe Surgeon General's Reportにより、衝撃的な結果が明らかになり行動医学は大きく前進する。その結果は死因の50%がストレス、過食、喫煙、アルコール依存などの不健康な生活スタイルや行動因子によるもので、20%は食品添加物、アスベストなどの環境因子、20%は生物学的因子、残りの10%は不十分な医療サービスに関係するということだった<sup>3)</sup>。その他いくつかの同様な調査報告と相まって、行動因子の重要性に対する認識が沸き上がり、Engelにより「生物的、心理的、社会的、文化的、環境的因子の相互作用によって病気が作られる」という“新医療モデル”が提唱された<sup>4)</sup>。

それ以来、行動医学がそれぞれの分野から研究され、実践方法・評価・分析において発展を続けている。このような歴史的背景から行動医学の扱う行動という概念は幅広く、人間の行動

に影響を与えているさまざまな要因を考える医療であることが分かる。

#### これから向かうべき医療とは？

行動医学は多領域にわたる学問であるため定義がむずかしく、また、さまざまであるが、Feldmanは「人間の行動の生物学的側面と心理社会的側面を総合的にみて、臨床に適応させることを目的にした学際的領域」と定義している<sup>5)</sup>。つまり、疾患を診るだけでなく、「病む人」の不安・痛み・苦しみなどの心理的背景やその人の暮らしている家庭・地域・職場などの社会的背景を理解するという全人的医療を実践するための学問といえる。

そのために必要な領域には、心理学・社会学・文化人類学・倫理学・コミュニケーション学・哲学・生態学など多くの学問が含まれる。従来から行われてきた疾患を重視した医療ではなく、「病む人」の心とからだと環境を総合的に把握し、尊い人間として対応する行動医学こそがこれからの医療の向かうべき道であろう<sup>6)</sup>。

#### 行動医学に必要とされる知識とは？

欧米ではプライマリ・ケア専門医になるために行動医学は必修科目になっている。その内容は医師-患者関係、医療面接、ライフサイクル、病む人の心理、臨床倫理、ターミナルケア、性に関する問題、精神疾患症状、慢性疾患、健康に関する行動、行動変容アプローチ、医師の自

己管理など多岐に渡る<sup>7)8)</sup>。これらの項目から、疾患に関する知識より心理社会的側面の理解に重点が置かれていることが理解できる。

今回、行動医学を3回に分け、多くの項目の中から特に重要と思われる心理社会的側面に焦点を当て、医師-患者関係、患者理解と行動変容の方法についてまとめてみる。第一回目は医師-患者関係の構築、第二回目はライフサイクルと患者の心理、そして、最後に患者教育としての行動医学的アプローチの実際について述べる。

### 1. 医師-患者関係構築の重要性

Cohen-Cole は医療面接の3つの役割の一つとして医師-患者関係の重要性について述べている<sup>9)</sup>。良い医師-患者関係が構築できると患者の満足度が得られ、コンプライアンスに良い影響を与えることが明らかになっている<sup>10)</sup>。また、Balint は、「診療において、何よりも患者にとっての薬になっているのは医師自身である」と、医師-患者関係のあり方そのものが治療的であり、その役割の重要性を述べている<sup>11)</sup>。

行動医学を実践する上で、患者の心理社会的背景を知ることとはとても重要な意味をもつ。なぜならば、医療面接で十分な情報が得られなければ、的確な行動変容のアプローチができないからである。一歩踏み込んだ心理社会的情報を得るためには、良い医師-患者関係は欠かすことの出来ない前提条件といえる。その他にも良い医師-患者関係が生む効果として、表1に示すことが明らかになっているので是非とも身につけて欲しい技能である<sup>12)</sup>。なお、医療面接の全体説明については、『基本的臨床能力への招待』シリーズ④～⑧の医療面接で詳しく述べられて

表1 良好な医師-患者関係によって生まれる効果

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 患者の満足度が上がる</li> <li>2. 患者のコンプライアンスが高くなる</li> <li>3. 患者から得られる情報が増加する</li> <li>4. 患者のQOLが高まる</li> <li>5. 患者の治療効果が高まる</li> <li>6. 医師、患者の自己啓発になる</li> </ol> |
|---|

いるので参照されたい<sup>13)</sup>。

### 2. 良い医師-患者関係を構築するための実践方法

では、実際の診療で良い医師-患者関係を構築するためにはどうすれば良いのか？ 実践方法として表2に示すように多くの方法が考えられる。ここでは誌面が限られているため、その中でも特に重要と思われる共感的態度を示す方法を取り上げ説明する。

#### ● 共感的態度を示す

良い医師-患者関係を構築する効果的方法として共感的態度を示すことが一番目に挙げられる。患者の感情をあたかも自分のこととして感じ、それを理解し、受容することである。患者の感情について理解していることを直接伝えることは、医師-患者関係では最高の働きかけであり、患者の心をいやし不安を減少させるうえで大きな力を持つ。患者は医師に対して親しみと信頼感を高め、心を許す関係の構築が容易となる<sup>14)</sup>。

米国の調査によると医療訴訟の70%がコミュニケーションの問題に起因している<sup>15)</sup>。Hyde は訴訟の根本的な原因は単に金銭的や医療過誤の問題ではなく、医師の心ない言葉や無関心な態度に不満と怒りを抱いていることにであると報告している<sup>16)</sup>。このことからいかに医師と患者の信頼関係が重要であるかが理解できる。日本の文化的特徴から人に面と向かって共感の気持ちを表現するというに違和感を持つ医師も多いかと察するが、我が国でも医療過誤に関する事件は毎日のように誌面を飾っており、対岸の火事では済まされない時期にきている。Platt らの報告では共感的コミュニケーション能力は個々の性格で決定されるのではなく、学習可能であることが明らかにされている<sup>17)</sup>ので、個々が研鑽を積まれることを願う。

ここでは、Cohen-Cole の即実践できる患者の感情に積極的に対応するための基本的技術を紹介する<sup>18)</sup>。共感を示す方法には言語メッセージと、非言語メッセージの二通りあり、初めに、

表2 良い医師-患者関係を構築するための実践方法

<p><b>I 医療面接が始まる前</b></p> <p>1. 良い第一印象を与える</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・身なりを整える</li> <li>・部屋の環境を整備する</li> </ul> <p>2. コミュニケーションノイズ (障害) を取り除く</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・心理的ノイズ: 「いらいら」など人間の内面からくる障害</li> <li>・物理的ノイズ: 騒音, 温度, 明るさ, 壁の色, 時間, 白衣など</li> <li>・生理的ノイズ: 頭痛, 腹痛, 空腹など</li> <li>・社会的ノイズ: 医者と患者という立場の違いからくる障壁</li> </ul> <p>3. カルテに書かれている情報から1人の人間をイメージする</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・性別, 年代からライフサイクルにおける問題を予測する</li> <li>・再診であれば, 前回に得た情報を思い出す</li> <li>・患者のイベントに対するちょっとした質問, コメントを考える</li> </ul> <p><b>II 医療面接のはじめ</b></p> <p>1. 患者の非言語メッセージに注意を払う</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・痛みや苦痛の程度を察知する</li> <li>・大まかに患者の性格を予測する</li> <li>・患者の表情に敏感になる</li> </ul> <p>2. あいさつ, 患者確認, 自己紹介を行う</p> <p>3. ちょっとした世間話: 天気, 時事, 患者のイベントなどに関する短い話しをする</p> <p><b>III 医療面接を通して</b></p> <p>1. 言葉使いに気をつける</p> <p>2. 共感的態度を示す</p> <p>1) 言語メッセージ (PEARLS: 患者の感情に対応するための技術)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・Partnership 協力関係: あなたの問題について一緒に考えていきましょう</li> <li>・Empathy/Reflection 共感/反映 : 話すのもつらそうですね。そこが不安なのですね</li> <li>・Apology 謝罪: 大変お待たせしてもうしわけありませんでした</li> <li>・Respect 尊敬: よく頑張っていますね。なかなか出来ないことです</li> <li>・Legitimization 正当化: 本当にそうですね。誰でもそう思いますよ</li> <li>・Support 支援: お困りになったらいつでもご相談ください</li> </ul> <p>2) 非言語メッセージ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・Body Placement: 姿勢, 自分の身の置き方</li> <li>・Eye contact: 視線を合わせること</li> <li>・Loyal Touch: 患者の身体への接触</li> <li>・Paralanguage: 声の強弱・高低, 話す速さ, 抑揚, 咳, 間, 笑い声</li> </ul> <p>3. 自己開示をする</p> <p>自己紹介を含め, 自分の趣味, 家族のことなどを話すと患者もうちとけやすくなり, 相互理解が深まる</p> <p><b>IV 医療面接の終わり</b></p> <p>1. 他に言い残したことはないか尋ねる</p> <p>2. 症状改善を願う言葉を表現する</p> <p>「早く痛みが治まるといいですね, お大事にしてください」など</p> <p>3. 慢性疾患の患者には次の再会を楽しみにしている意を伝える</p> <p>「では, この食事の方法で頑張ってみてください, 一カ月後楽しみにしていますね。」</p>
--

言葉による方法を説明する。

#### 1) 言語メッセージによる共感

医師-患者関係の構築にもっとも重要なものは何かというと、辛い、苦しい、あるいは、悲しい状態にある患者の身になって考えているということを言葉で患者に伝える能力である。言葉による共感とは相手に伝える最も効果的な方法といえる。その技法を身につけ、自分の行動に取り入れていくことが大切である。技法については表2に示したPEARLSにそって説明を加える。PEARLSは言語メッセージのみではなく、非言語メッセージも伝えることができる技法であるがここでは言語メッセージに焦点をあてて説明する。

##### a. 反映：Reflection

反映とは患者が表現した感情を医師が述べることをいう。この方法で共感するには常に患者の感情表出を敏感に感じ取らなくてはならない。そして、患者の感情が表れたらすぐに対応することが重要なポイントとなる。

医師：鈴木さん、今日はどうされましたか？

患者：朝起きると、胃がきりきり痛むんです。仕事も忙しいし……本当に困ってます。

医師：そうですか、仕事が忙しいときに胃が痛んでお困りなんですね。

初めの反映の言葉は重要な意味を持つ。医療面接の初め、開放的質問で患者の話をしっかり聴くと、患者の多くは感情表出をするのでしっかり耳を傾けよう。初めに反映による共感がうまくいくと、患者は自分の気持ちを分かちてもらえたという満足感と共に信頼できる医師と認識し、もっと話してみようと思うのである。逆に、メモを取るのに夢中になって患者の感情を見逃してしまうと、患者は医師が自分の気持ちに関心がないと思い、余分なことは言ってはいけないと判断してしまう。

表現する言葉にも注意しなくてはならない。「すごく怒っていらっしゃるようですね」「絶望的だと思っいらっしゃるのですね」など強い否

定感情を表す言葉を使うとラポールを妨げるばかりか、患者に罪の意識や恥の意識をもたらすことになるのでかえって逆効果になってしまいう<sup>19)</sup>。「気分を悪くしていらっしゃるようですね」「気分が沈んでいるようですね」というやわらかい言い方をすべきである。

##### b. 正当化：Legitimization

正当化とは、患者の感情は理解できるものであり、医師にとって「なるほどと思えることである」と認めることをいう。この方法により患者は感情を落ち着かせることができ、医師の理解が得られたことで孤立感を感じなくなる。

(子供が喘息発作を起こし、電話相談後、小児科受診する)

患者：先程は電話で取り乱してすみませんでした。子供が苦しいというので、びっくりしてしまっ……

医師：びっくりされたんですね。子供さんが苦しがっていたら、親なら誰でも動揺しますよ。

正当化は医師と患者の役割の違いはあるものの、「人間として対等である」という気持ちを伝えるためのきわめて大切な役割をになっている<sup>20)</sup>。

##### c. 支援：Support

医師は患者のためにできるだけ支援の手を差し伸べたいという気持ちを伝える方法である。医師から個人的支援を受けることで患者は安心感が得られ医師-患者関係を強固なものとする。

医師：いつでも相談にのりますので、遠慮なくおっしゃってください。

##### d. 協力関係：Partnership

協力関係とはチームアプローチを意味し、患者と医師・看護婦が同じゴールに向かって一緒に頑張ろうという意味表示をすることである。患者は心細い闘病に大きな力を得たと感じ、治療に対して積極的になるという効果がある。

協力関係を表す言葉として、英語では we, us を必ず使う。日本語では主語を省くので、同様の意味を伝える言葉として「いっしょに」とい

う言葉を意識的に使うとよい。

医師：〇〇さんにとって一番いい方法をいっしょに考えていきましょう

e. 尊敬：Respect

普段の診療では、患者を尊重していることを非言語で伝えることはあっても、言葉で表現することはあまりないかもしれない。しかし、痛治療や厳しい環境の中での闘病など難しいことに立ち向かっている患者に尊敬の念を表すことは患者の救いとなる。

医師：お店を切り盛りしながら、寝たきりの奥さんの介護をし、糖尿病のコントロールをするなんてなかなかできることではありませんよ。本当に感心します。

f. 謝罪：Apology

こちらの不注意が原因で患者に害を及ぼした時、それが小さな問題であっても、素直に謝罪すべきである。

医師：全くこちら側の不注意です。申し訳ございませんでした

謝る行為は権威を下げるのではなく、医師が謝ることで患者は納得でき、怒りを沈めさせることが出来るのである。対等な人間という立場に立てば当然のことであるが、真摯な態度を示したという点で、逆に医師としての評価があがることもある。

これら6つの共感を表すメッセージすべてに共通して注意すべきことは、どのメッセージも医師の本心から表出されたものでなくてはならない。そうでなければ、単に白々しい言葉になり、相手を傷つける行為にもなりうるのである。

2) 非言語メッセージによる共感

コミュニケーションの大部分は非言語メッセージが占めている。Bensing は共感的コミュニケーションにおいて、言葉によるのは7%、声のトーンが22%、顔の表情が55%を占め、感情表現に非言語コミュニケーションが果たす役割の重要性を述べている<sup>21)</sup>。

非言語メッセージには言語機能の代理、強調、否定の3つの機能がある<sup>22)</sup>。第1の代理機能は儀式、スポーツの試合、騒々しい場所、言語が理解されない時など顔の表情、手振り、身体動作が言葉の代わりをする。第2の強調機能はいさつをする際、「宜しく願います」と言いながらお辞儀や手を握ることで言葉の意味を強調する。第3の否定機能は、たとえばあなたが30分遅刻した時、相手が顔をこわばらせ、低い声で「いいよ」と言ったならば、その非言語メッセージは否定の機能をもつことになる。

第3の否定機能は医療において特に重要な意味をもつ。「非言語メッセージに本音が現れる」というこの機能を意味する概念は一般的に認識されており、真偽を疑うようなとき、人は無意識に相手の表情で判断する。したがって、自分の病気に不安を抱いている患者は、常に医師・看護婦の表情、視線、身振りに注目し、ちょっとしたことでも敏感に反応するのである。医療者は患者の目を見て誠意を尽くして話し、患者をいたずらに不安にさせないような配慮が必要である。

a. 位置：Body Placement

患者に対して自分のいる位置や姿勢のことをいう。対人関係における距離とコミュニケーションの特徴を調べた文化人類学者のHallによると、二者間で個人的な話題を扱うときは0.46～1.22m離れた位置が心地よいとされている<sup>23)</sup>。

外来診察では机の角を使った90度法が良い。机の角を利用することで心地よい距離が保て、カルテに記入する際も患者の方を向いたまま書くことができ、患者に安心感を与えることができる。入院患者に対して、医師はしばしば患者の足もとに立ったまま話をするが、患者を見下ろすことになるため、威圧感を与えてしまう。また、ポケットに手を突っ込んだまま話したり、ドアの付近から声をかけたりするのも圧力や急いでいるという非言語メッセージを伝えてしま

う。

患者と視線の高さを合わせる事が大切である。筆者の入院経験で恐縮であるが、医師がベッドサイドに立つと、どうしても圧迫感を感じてしまい、聞きたいことも聞けないことがしばしばであった。ところが、ある看護婦さんがベッドサイドに跪いて声をかけてくれたときには、ホットするような、何とも言いがたい心地よさを感じ、いろいろ話ができたとある。こんなちょっとしたことで患者は安らぎを得て、心を開くことができる。適切な距離・視線の位置を取ることにより、患者に「楽にしてください。あなたの話をじっくり聴きますよ」という重要な共感の意味を伝えているのである。まずは椅子に座って話すことから始めてみよう。

#### b. 視線：Eye contact

目を見て話すことは患者を人間として尊重するための基本的態度である。患者の目を見て話す「話しを真剣に聞いている」というメッセージになり、そこにうなずき加わると「分かります」という共感のメッセージが伝わる。欧米に比べ、日本の文化ではじっと目を見つめられると逆に圧迫感を感じることもあるので、ときどき視線を患者の首や肩のあたりに移しながら話しをすると自然な感じになる。

#### c. 接触：Loyal Touch

患者の身体に触れることは、「手当をする」という文字通りの治療効果がある。Loyal Touchは昔、偉い人に触ってもらったら病気が治ったという言い伝えからきている。医療機器が発達した現在、検査に頼り、直接患部に触れて診るといふ触診がおろそかになっているように思う。患者は患部に直接触ってもらうことで「しっかりと診てもらった」と安心できるのである。

Touchingには触診だけではなく、そっと肩に手を当てたり、背中をさすったりすることで共感の気持ちを伝えることもできる。

#### d. 周辺言語/準言語メッセージ：Paralanguage

言語で「何をいうか？」と並んで、周辺言語では「どういうか？」が問題となる。周辺言語には、1) 高低の幅、音調、リズムなどの音声の性質 (Quality)、2) 笑い、叫び、咳払いなどの音声描写体 (characterizer)、3) 強さ、高さなどの音声資格体 (Qualifier)、4) 「あー」「えーと」、間などの音声分離 (Segregate) の4種類がある<sup>24)</sup>。

周辺言語の要素は一般的にはほとんど意識されていないが、文化的影響が少なくない。例えば、アメリカではアナウンサー、政治家、弁護士、医師が信頼性、説得性をもつためには、低い音階で響く声が音声的特徴として不可欠とされている。日本ではどうであろうか？あまり小さな声ではそばそ喋るより、低めの声でゆっくり、はっきりと話した方が信頼されるであろう。また、相づちを打つときも、「そうですか」と短めに言うより、「そ～ですか～」と抑揚をつけてゆっくり言う方が共感伝わりやすい。自分がどう話しているかというのを意識するのは難しいため、身近な人に尋ねて自分がどのような影響を与えているか分析してみるとよい。

以上、医師-患者関係の構築に重要な共感的態度の実践方法について説明した。次回はライフサイクルと病人の心理について述べる。

#### ●文 献

- 1) 飯島克巳：外来での行動医療学。日本醫事新報社、東京、pp.20-21、1997
- 2) Blanchard EB: Behavioral Medicine: Past, Present, and Future. Journal of Consulting and Clinical Psychology 50:795-796, 1982
- 3) U. S. Department of health, Education and Welfare, Public Health Service. 1979. Healthy People: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention. Washington, DC: U. S. Government Printing Office DHEW (PHS) Publication, No. 79-55071
- 4) Engle G: The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. Science 196:129-136.



- 1977
- 5) Feldman MD, Christensen JF: Behavioral Medicine in Primary Care: A Practical Guide, McGraw-Hill, New York, 1997
  - 6) 篠田知璋: これからの医療, 行動医学 1, 看護学雑誌, 47/5, 1983
  - 7) Carr JE, Dengerink HAD: Behavioral Science in the Practice of Medicine, Elsevier Biomedical, New York, 1983
  - 8) Feldman MD, Christensen JF: Behavioral Medicine in Primary Care: A Practical Guide, McGraw-Hill, New York, 1997
  - 9) 飯島克巳, 佐々木将人 (監訳): メディカルインタビュー—3つの役割軸モデルによるアプローチ (Cohen-Cole SA: The Medical Interview; The three-function approach), メディカル・サイエンス・インターナショナル, 東京, pp.25-32, 1994
  - 10) Philip L: Satisfaction, Compliance and Communication. British Journal of Clinical Psychology 21: 241-245, 1982
  - 11) Balint M: The Doctor, his Patient and the Illness, Churchill Livingstone, London 1964
  - 12) Lipkin M Jr: "The Medical Interview" in Behavioral Medicine in Primary Care: A Practical Guide (Feldman MD, Christensen JF ed.), McGraw-Hill, New York, p.6, 1997
  - 13) 向原 圭・他: 医療面接 [1] ~ [5]. 診断と治療 89: 8-12, 2001
  - 14) 福井次矢: メディカル・インタビューマニユアル: 医師の本領を生かすコミュニケーションの技法, インターメディカ, 東京, pp.39-42, 2000
  - 15) Beckman HB et al.: The Doctor-Patient Relationship and Malpractice. Lessons from Plaintiff Depositions. Archives of Internal Medicine 154: 1365-1370, 1994
  - 16) Hyde MJ: "Experts, Rhetoric, and the Dilemmas of Medical Technology: Investigating a Problem of progressive Ideology" in Communication & the Culture of Technology (Medhurst MJ, Gonzalez A and Peterson TR eds), Pullman WA Washington State Univ. Press, p.119, 1990
  - 17) Platt FW, Keller VF: Empathic Communication: A teachable and Learnable skill. J General Intern Med 9: 222-226, 1994
  - 18) 飯島克巳, 佐々木将人 (監訳): メディカルインタビュー—3つの役割軸モデルによるアプローチ (Cohen-Cole SA: The Medical Interview; The three-function approach), メディカル・サイエンス・インターナショナル, 東京, pp.27-32, 1994
  - 19) Lazare A: Shame and Humiliation in the medical encounter. Archives of Internal Medicine 147: 1653-1658, 1987
  - 20) Feldman MD, Christensen JF: Behavioral Medicine in Primary Care: A Practical Guide, McGraw-Hill, New York, p.11, 1997
  - 21) Bensing J: Doctor-patient Communication and the Quality of Care: An Observation Study into Affective and Instrument Behavior in General Practice, Nivel, Utrecht, Nederlands, p.44, 1991
  - 22) 古田 暁・他: 異文化コミュニケーション—新・国際人への条件, 有斐閣選書, 東京, pp.91-93, 1987
  - 23) Hall TE: The Hidden Dimension, Doubleday & Company, New York, p.113, 1966
  - 24) 古田 暁・他: 異文化コミュニケーション—新・国際人への条件, 有斐閣選書, 東京, pp.97-98, 1987
- 著者連絡先**
- 
- (〒466-8560)  
 名古屋市昭和区鶴舞町 65  
 名古屋大学医学部附属病院総合診療部  
 阿部恵子  
 [E-mail: kokeabe@med.nagoya-u.ac.jp]

## パネルディスカッション

### 内科学，統合性と専門分化をどう両立させるか？

#### 1. 総合的な内科教育のあり方

伴 信太郎

Key words：内科学，総合性，専門性，教育

#### はじめに

今回のパネルディスカッションのテーマ「内科学，統合性と専門分化をどう両立させるか？」というのは「内科学がいかにあるべきか」と言い換えてもよい。このテーマは，さらに表1のような幾つかの問題の立て方ができる。これらに対する答えは，さまざまな取り組み方が考えられ，百人百様であるといっても過言ではないだろう。

本稿では主に「内科診療がどうあるべきか」，「内科医を目指す人の研修・修練はどうか」というテーマを念頭に置きながら，特にその総合性のあり方について私見を述べる。

#### 1. 今日の内科学の問題点

内科医としての修練は、『卒前教育(6年間) + 卒後初期臨床研修(2年間)』の「基本的臨床能力」の教育期間(米国の場合は医学校の4年間)を経て，さらに数年間(米国の場合はこの期間は卒後のレジデンシーで3年間)の内科学全般の基盤的教育を受けた後，循環器内科，消化器内

表1. 内科学はいかにあるべきか

- ✓ 内科診療がどうあるべきか
  - 大学病院では
  - 地域の総合病院では
    - ◇ 大病院
    - ◇ 中小病院
  - 地域の診療所では
- ✓ 内科医を目指す人の研修・修練はどうか
  - 卒後後期研修
    - ◇ 内科基盤研修
    - ◇ 内科専門研修
- ✓ 大学の内科学教室がどうか
  - 教育
    - ◇ 卒前教育
    - ◇ 卒後教育
      - 卒後初期臨床教育
      - 卒後後期臨床教育
        - 内科基盤教育
        - 内科専門教育
  - 研究

科等の専門内科トレーニングを受けるのが望ましい(この専門科のトレーニングは米国ではフェロシップと呼ばれ2~3年とそれぞれの専門科で決まっている)。

近年の日本の大学の内科学講座は，臓器別再編が進んでいる。これは大学病院での診療，あるいは専門領域における研究からの要請によるところが大きい。

一方，これまでの日本では，大学の臨床系講座が，数年~数十年にわたって卒業後の医師の

ばん のぶたろう：名古屋大学医学部附属病院総合診療部

職業斡旋をする役割もあった。この講座が狭い範囲の領域に診療・研究対象を絞ると、人材育成（教育・研修）に重大な支障を来たすようになってきた。すなわち、幅広い内科的基盤教育の欠如である。このような問題に対する最も安直な解決策は、「内科の各分野を一定期間ずつローテーションする」というものであるが、「部分の総和は全体にならない」。総合的な医療を実践するには、総合性という専門性が必要であり、総合性と狭い意味での専門性をどうバランスさせるかということをも、「個人レベル～病院レベル」まで考えなければならない。

## 2. 総合的な内科診療

地域の医療現場では、身体的疾患の診断が占める割合は40～70%といわれている。残りは、「精神疾患」と「原因が特定できない場合」が約半ずつを占める。また、地域医療の現場では1) 病気ではなく病む人を対象とする、2) 不確実なことが多い、3) アプローチには多様性がある、4) 最終決断は患者・家族の価値観に支配される、といった臨床医学における特徴がとくに顕著であり、このような現場のニーズに対応するためには、身体的側面のみならず、精神・心理的側面、社会的側面に配慮した総合的な対応が必須となる。このような総合的な対応を的確に行うためには、それなりの修練を経て初めて身につく臨床能力が求められる。筆者は、領域を狭く絞って深く追求する“細分化する専門医”に“総合する専門医”を対置し、次のように定義している。

「諸要因と全体とを対比する時、焦点的意識を全体に向け、副次的意識を諸要因に向けている医師。人間の健康を大局的に見る専門医。“総合する専門医”にとっては、頻度、緊急度、重篤度の高い領域が対象となる領域である。」<sup>1)</sup>

内科領域の専門性・総合性については図1に示すようなスペクトラムが考えられ、その診療

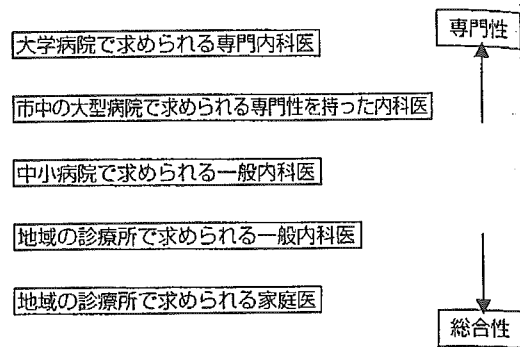


図1. 内科医に求められる専門性のスペクトラム

環境によって求められる臨床能力は異なってくる。

## 3. 総合的な内科診療に求められる臨床能力とは

それでは“総合する専門医”はどのような能力を身につけている必要があるのでしょうか。「総合的な臨床能力」は得てして「基本的臨床能力」(どの科の医師でも、臨床医ならば持つべき能力。例えば心肺蘇法。)と勘違いされていて、日々の臨床経験を積みば自然に身に付く能力のように思われがちだが、それは大間違いである。

この項では、まず臨床能力について述べ、次いで“総合する専門医”に求められる臨床能力について述べて、その独自性を明確にしたい。

### 1) 臨床能力とは

筆者は臨床能力を捉えるのに図2のような臨床能力マトリックスを用いている<sup>2)</sup>。このモデルは、医学教育において通常使われる‘知識’、‘技能’、‘態度’の3つの目標分類(Taxonomy)に加えて、臨床の現場では、目の前にいる患者さんの問題点がどこにあるかという情報を得る能力がきわめて重要になるので、‘情報収集能力’を一つの臨床能力として技能から抜き出して独立させてある。さらには収集した情報を専門的な知識に照らし合わせて判断する能力を

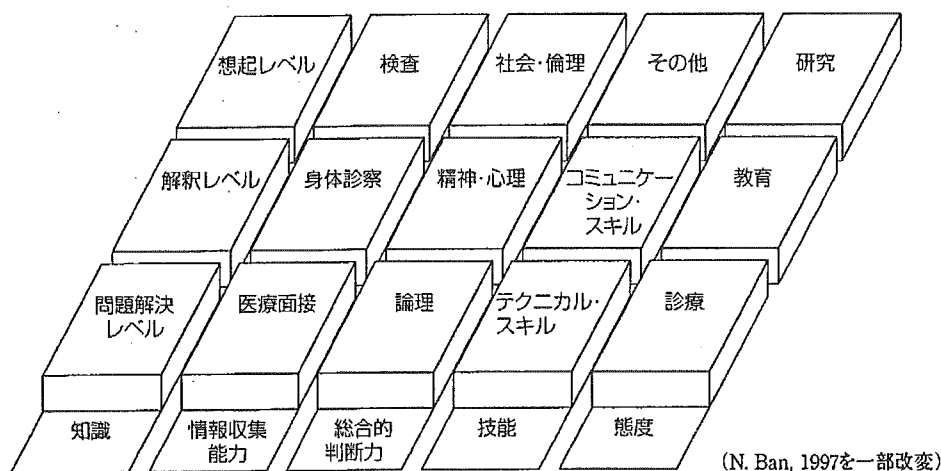


図2. 医師の臨床能力—臨床能力マトリックス

‘総合的判断力’として抜き出し、それぞれをさらに3つに垂分類して15の側面から臨床能力を捉えようとする考え方である。

#### (1) 知識

臨床の実践にとって医学・医療に関する知識が必須であることは言うまでもない。このモデルでは、知識はその深さに応じて、想起レベル、解釈レベル、問題解決レベルという3つに分類している。これは、医学教育の目標分類で使われる分類である。想起レベルの知識が本で読んで知っているような表層的なものであるのに対して、問題解決レベルの知識というのは、経験を通じて自家薬籠中のものとしているような知識を言う。

#### (2) 情報収集能力

情報収集能力については、臨床医が必ず使うのが医療面接 (Medical Interview) で、これは問診あるいは病歴聴取とこれまで言われていたものを含んでいる。問診あるいは病歴聴取というと、診断のための情報収集という狭い意味に限定されるので、今日ではコミュニケーションという広い意味を含めて医療面接と捉える考え方が普及してきている。次によく使う情報収集の方法が、身体診察法で、3番目の情報収集法としては血液、尿等を用いた、あるいは画像を用

いた検査がある。

#### (3) 総合的判断力

総合的判断力は、患者さんから収集した情報を、いろいろな専門的知識につぎ合わせて、どう判断するかという能力である。この総合的判断力というものはまさに総合的で、いろいろな側面があるが、大きく「論理的な側面」、「精神・心理的な側面」、「社会的および倫理的な側面」の3つに分けて捉えるとわかりやすいと筆者は考えている。

#### (4) 技能

医療面接法と身体診察法はすでに情報収集能力に位置付けた。その他の技能としてすぐ思いつくのは、内視鏡、エコーなどの診断的スキルや、心肺蘇生法などの治療的スキルなどのテクニカル・スキルだが、コミュニケーション・スキルは全ての臨床医にとって大変重要な能力の一つである。その他のスキルとしては、症例提示法、文献検索技能、正確かつ明瞭な診療録の作成などが含まれる。

#### (5) 態度

態度については、診療、教育、研究に関するものの3つに分けられる。