

## キーワード

模擬患者	simulated patient / standardized patient
身体診察	physical examination
医学教育	medical education
意識調査	attitude survey
全国調査	nationwide survey

## I. はじめに

医師になる前に臨床技能を十分習得しておくことは医療の質の向上だけでなく臨床技能に自信がないことから由来する不安の減少にも役立つであろう<sup>1) 2)</sup>。医療面接技能を学ぶための実習・演習・セミナーなど（以後「実習」と総称）に関して、模擬患者（以後「SP」）参加による教育が年々増加している。SPとは、医療者の医療面接の練習相手として患者役を演じる人を意味し、一般模擬患者/Simulated Patientと標準模擬患者/Standardized Patientの2通りある。主に前者は実習に参加する比較的自由度が高い患者役を演じるSPである。一方、後者は試験などの評価に参加する標準化された患者役を演じるSPである。本稿では主に前者を意味する。2005年度より本格的に開始した全国80医科大学医学部の共用試験である客観的臨床技能試験（Objective Structured Clinical Examination, 以後「OSCE」）<sup>3)</sup>の導入によりSP参加型教育は重要教育方略として広くカリキュラムに組み込まれるようになった。水嶋らの調査<sup>4)</sup>ではSPの協力を得る教育を導入している大学は回答のあった76校全校で導入していると報告された。

北米では1992年にAssociation of American Medical CollegesがSPの協力を得た臨床技能教育と評価を積極的に実施することを合意し<sup>5)</sup>、その後の1993年のAndersonの調査では既に北米80%の医科大学でSPの協力を得た臨床技能教育と評価に参加していると報告された<sup>6)</sup>。更には、医学の卒前教育を統括するLiaison Committee Medical Education<sup>7)</sup>がSP参加の臨床技能教育を義務づけた。SP以外にも、Teaching Associate（以後「TA」）、Patient Instructor（以後「PI」）等で呼ばれる身体診察技術の訓練を受けた一般人が腹部、胸部、神経、心肺音、女性生殖器、男性生殖器及び直腸などの身体診察専門教師となり教育に貢献している。このため、コミュニケーション教育のみならず身体診察技能教育も充実している<sup>8) 9)</sup>。

日本における身体診察実習に関しては、学生同士で練習あるいは身体模型を用いた実習が行われているがその頻度は十分ではない<sup>10)</sup>。SP参加型身体診察実習はまだほとんど行われていない。日本のSPの活動範囲は狭く、医療面接でのコミュニケーション教育がほとんどで、諸外国に比べるときわめてその範囲は限定されている。SPの数は2004年の調査で532名と報告され<sup>11)</sup>、現在は600人以上と予測されるが身体診察に参加するSPは一部に過ぎず、報告は稀である。

羞恥心が強い日本の文化的傾向<sup>12)</sup> およびその他の理由からSPの身体診察への参加は賛否両論があり、長い間医学教育及びSP養成者の間で議論になっている。そこで、筆者らは「では、実際にSPはどう考えているのだろうか?」という点に疑問を持ち、その意識調査の必要性を感じた。本研究は日本におけるSP及びSP養成者の意識調査の一部である。全国SP調査第一報の日本の模擬患者の現況<sup>11)</sup>、第二報の標準模擬患者の練習状況とOSCEに対する意識<sup>13)</sup>、を報告した。本稿ではSPおよびSP養成者がSPの身体診察実習への参加に対してどのように考えているかを明らかにし、SP参加型の身体診察の方向性を示すことを目的とする。

## II. 方法

### 1. 調査対象と方法

調査時点で活動の確認が出来た59 SPグループのSP養成者とSPを対象に自記式アンケート調査を実施した。2004年4月1日に見本アンケート票と協力可否・SP人数記入返信用はがきを同封し、SP養成者宛に調査の協力を要請した。返信用はがきにて協力への意思表示のあったグループにSP人数分のアンケート票、および返信用封筒と切手を送付した。協力可否が未回答の研究会に対しては、4週間後に再度依頼し、更に、6～8週間後に3度目の依頼を行った。SPのアンケート協力は自由意思とし、SP自身が各自で封筒に入れて返信する方法で回収した。調査協力の有無はSP養成者に明らかになることはない点、また協力しなくても何ら不利益は被らない点を名古屋大学医学部附属病院の倫理委員会の承認を受けた説明書にて説明し倫理的配慮を行った。アンケート票の回収は同年6月末日までとした。

### 2. 分析方法

統計分析についてはSPSS 11.5Jにて $\chi^2$ 検定を行い、さらに有意差が $p < 0.05$ 認め

られた場合はANOVAのBonferroniによる多重比較検定を行った。また、「その他」の欄に記載されたコメントについては質的分析を行った。2人の評価者が個別に全文に目を通し、オープンコーディングをし、カテゴリー化をした後、2人の意見を同定し、そこから生み出される概念を集約した。

### 3. アンケート調査票

アンケート票は人口統計、活動内容、活動にともなう意識と問題点、および身体診察に関する意識を含む。SPアンケート票は27項目（選択問題19問と自由記載8問）、SP養成者アンケート票は39項目（選択問題31問と自由記載8問）で構成されている<sup>14)</sup>。

## III. 結果

依頼文を発送した59のSPグループのうち54グループから協力可能な返答を得た。残り5グループはまだ発足後間もない、近々発足予定などの理由で今回の調査に含まなかった。SPの総数は532名であった。最終的アンケート票回収率はSP332人(62%)、SP養成者33人(61%)であった。そのうちの男女比はSPが男性62人、女性267人でSP養成者が男性24人、女性9人であった。

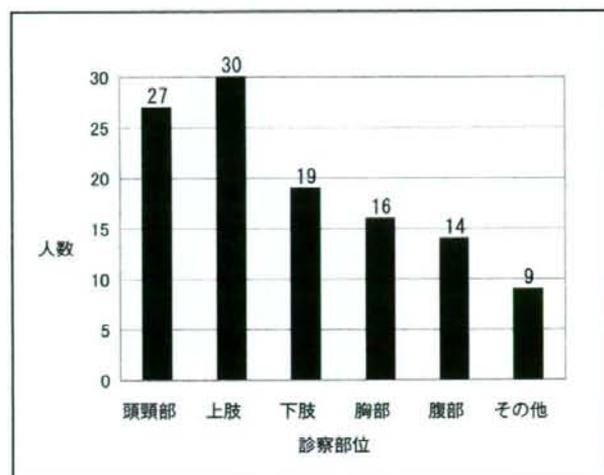
### 1. SPの身体診察参加経験

身体診察の経験が「ある」と答えたSPは54人(16%)であった。男女比は男性が17人(28%)で女性が37人(14%)で男性実施者が有意( $P=0.006$ )に高かった。身体診察の経験回数は1回が最も多く25人、次に2回が8人でそれ以上は12回まで散見された。経験した診察部位は図1のごとくで、その他の部位として目、口、耳があった。また、「腹部」「胸部」の診察経験があると答えたSPの受けた診察方法は、「衣類を脱ぎ身体に直接触られる診察」が最も多く13人(男7人:女6人)であった。「衣服やタオルで覆った状態で身体に直接触られる診察」は6人(男2人:女4人)、「衣服の上からの診察」は4人(男2人:女2人)であった。また、「衣類を脱ぎ身体に直接触られる診察」の経験があると答えた13人のSPの年齢は40代から80代の幅があり、男性の平均年齢は $58.57歳 \pm 10.69$ 、女性は $60.00歳 \pm 16.73$ であった。

身体診察経験者の感想は47人から得られた。そのうち33人からは肯定的意見、14人からは問題点の指摘であった。肯定的意見として、(1)違和感や問題はなかった(18人)、

(2) 学生により診察や言葉がけに大きな差があることが分かったので意義のある教育と感じた (11人), (3) 学生の熱心さに役に立ったと実感した (4人), (4) 医療者に対する信頼が深まった (2人), などであった。一方, 否定的な意見は, (1) 身体的負担を感じた (3人), (2) 大勢に注目され恥ずかしかった (2人), (3) 医療者・教育者の対応が不適切だった (3人), などであった。

図1：身体診察経験のあるSPの診察部位 (n=54)



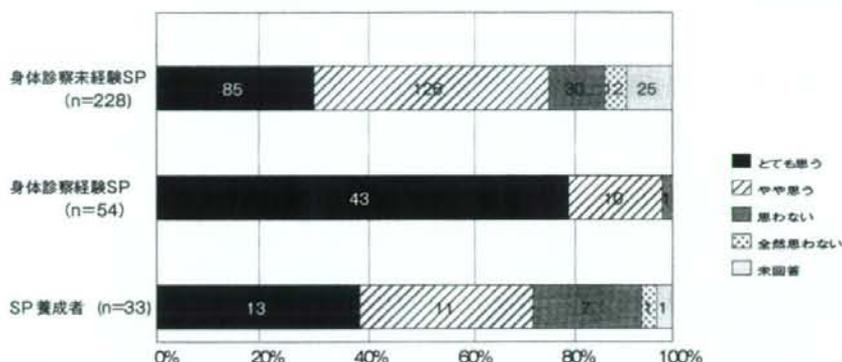
## 2. 身体診察にSPが参加することに対する意識

「身体診察はSPが参加することでより効果的になると感じますか?」という問いに対し, 身体診察未経験のSPと経験ありのSPとで比較検討した。図2のごとく, 上記の質問に「とても思う」「やや思う」と答えた身体診察未経験SPは211人 (76%) で, 身体診察経験SPは53人 (98%) であった。身体診察経験SPと身体診察未経験SPを対象に $\chi^2$ 検定した結果は $p < 0.001$ でグループ間の有意差が見られたことから, 身体診察経験SPの方が身体診察未経験SPより, 身体診察はSPが参加することでより効果的になると感じていることが示された。また, 性別・年齢・職業・活動年齢で比較した結果, グループ間の有意差はなかった。

一方, SP養成者は「とても思う」が13人 (40%), 「やや思う」が11人 (33%), 「あまり思わない」が7人 (21%) で「全く思わない」が1人 (3%) であった。SP養成者が「思う」と答えた理由は, (1)リアリティがある (12人), (2)面接から診察への一連の流れを学べる (6人), (3)学生の緊張感が高まる (3人), (4)診察の与える患者

心理を理解できる（3人），であった。[思わない]と答えた理由は，(1)SP募集・養成に限界がある（4人），(2)SPの負担・プライバシーの問題（3人），(3)SPである必要がない（3人），(4)違和感がある（2人），(5)正常所見では意味がない（1人），であった。

図2：身体診察はSPが参加することで効果的になると思うか？

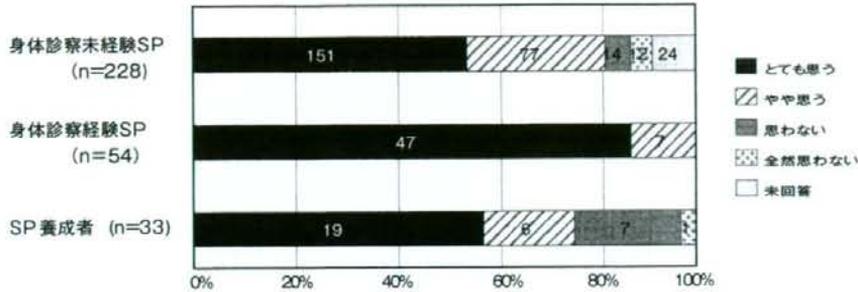


### 3. 身体診察中の「言葉がけ」練習にSPが参加することに対する意識

SPに対する「身体診察中の言葉がけの練習はSPが練習相手になることでより効果的になると思いますか？」の問いに対し先の質問同様に $\chi^2$ 検定を行った。図3のごとく，上記の質問に「とても思う」「やや思う」と答えた身体診察未経験SPは228人(82%)で，身体診察経験SPは54人(100%)であった。身体診察経験SPと身体診察未経験SPを対象に $\chi^2$ 検定した結果は $p < 0.001$ でグループ間の有意差が見られたことから身体診察経験SPの方が身体診察未経験SPより，身体診察中の言葉がけの練習はSPが練習相手になることでより効果的になると思っていることが示された。また，性別・年齢・職業・活動年数を比較した結果有意な差は見られなかった。

一方，SP養成者は「とても思う」が19人(58%)，「やや思う」が6人(18%)，「あまり思わない」が7人(21%)，「全く思わない」が1人(3%)であった。SP養成者が「思う」と答えた理由は，(1)重要なコミュニケーションで必要なこと(8人)，(2)患者の気持ちや不安をより理解できる(7人)，(3)医療者の診察に対する無頓着さを改善できる(4人)であった。一方，「思わない」と答えた理由は，(1)患者から学ぶこと(5人)，(2)SPである必要がない(2人)，(3)一般人の感覚が失われる(1人)，(4)学習するレベルのものではない(1人)であった。

図3：身体診察の言葉がけはSPが参加することで効果的になると思うか？



#### 4. SPが協力できると考える身体診察部位と方法

「あなたは身体診察の教育に協力してもよいと思いますか？その場合、どのような診察について協力してもよいと思いますか？」の問いに対する回答は表1に示す通りである。「衣類から出ている部位の診察」に関しては、上肢、頭頸部、下肢共に「しても良い」が最も多く75%~85%で、「したくない」が10%前後、そして、未回答のSPは約10%であった。次に、診察方法に許容度に違いがあるかどうかを確認するために同じ部位に対し3つの方法を提示した。1番目の衣服をつけた上からの診察方法では、胸部、背部、腹部診察共に「しても良い」が最も多かった。2番目の衣類やタオルで覆った状態で直接接触される方法では、背部のみ「してもよい」が146人(44%)で僅かに「したくない」の142人(43%)を上回るが、胸部、腹部に関しては逆転し、「したくない」が共に50%前後、「してもよい」が共に約36%であった。3番目の衣服を脱いで身体に直接接触される診察方法については、胸部、背部、腹部共に、「したくない」が60-66%に増え、「してもよい」は20-30%に減少した。

3番目の診察方法について、SPの胸部・背部・腹部診察の許容度を性別および年齢のグループ間で $\chi^2$ 検定にて比較した。性別は表2のごとく胸部( $p<0.001$ )、背部( $p=0.006$ )、腹部( $p=0.016$ )といずれも男性の方が有意に高い結果となった。年齢に関しては表3に示す通り50代を区分に胸部( $p<0.001$ )、背部( $p=0.001$ )、腹部( $p=0.001$ )といずれも50以上の方が有意に高い結果となった。また、性別・年齢の多重比較をした結果、胸部( $p=0.314$ )、背部( $p=0.331$ )、腹部( $P=0.038$ )となり、腹部の許容度が50才以上の男性で有意に高いことが明らかになった。

表1：あなたは身体診察の教育に協力しても良いと思いますか？それとも、したくないと思いますか？  
 しても良いとお考えの場合、どのような診察について協力しても良いとお考えですか？

診察方法と部位	してもよい n (%)	したくない n (%)	未回答 (非協力) n (%)
1. 衣服から出ている部位の診察			
1) うで (血圧・脈拍の測定など)	281 (85%)	22 (6%)	31 (9%)
2) 頭部・首 (リンパ節・甲状腺などの診察)	257 (77%)	43 (13%)	32 (10%)
3) 足 (むくみ・反射などの診察)	248 (75%)	52 (15%)	32 (10%)
2. 衣服を付けた上からの診察			
1) 胸部診察 (聴診・打診・触診)	181 (55%)	107 (32%)	44 (13%)
2) 背部診察 (聴診・打診・触診)	212 (64%)	76 (23%)	44 (13%)
3) 腹部診察 (聴診・打診・触診)	178 (54%)	108 (32%)	46 (14%)
3. 衣服やタオルでおおった状態で身体に直接接触される診察			
1) 胸部診察 (聴診・打診・触診)	118 (36%)	170 (51%)	44 (13%)
2) 背部診察 (聴診・打診・触診)	146 (44%)	142 (43%)	44 (13%)
3) 腹部診察 (聴診・打診・触診)	124 (37%)	163 (49%)	45 (14%)
4. 衣服を脱いで身体に直接接触される診察			
1) 胸部診察 (聴診・打診・触診)	71 (21%)	219 (66%)	42 (13%)
2) 背部診察 (聴診・打診・触診)	91 (28%)	200 (60%)	41 (12%)
3) 腹部診察 (聴診・打診・触診)	82 (25%)	208 (63%)	42 (12%)

表2：SPの胸・背・腹部診察に対する性別及び年齢別許容度比較\*

	性 別			年 齢		
	男 (n=50) M (SD)	女 (n=236) M (SD)	P value	50才未満 (n=87) M (SD)	50才以上 (n=199) M (SD)	P value
胸 部	0.67 (0.48)	0.15 (0.36)	0	0.10 (0.31)	0.30 (0.46)	0
背 部	0.67 (0.48)	0.24 (0.43)	0	0.20 (0.40)	0.36 (0.48)	0.006
腹 部	0.63 (0.49)	0.21 (0.41)	0	0.18 (0.39)	0.32 (0.47)	0.016

\*  $\chi^2$ 検定 1:許容, 0:許容しない

表3：SPの胸・背・腹部診察に対する性・年齢別受容度多重比較\*

	50才未満		50才以上		P value
	男 (n=5) M (SD)	女 (n=82) M (SD)	男 (n=45) M (SD)	女 (n=154) M (SD)	
胸 部	0.40 (0.55)	0.09 (0.27)	0.69 (0.47)	0.19 (0.39)	0.314
背 部	0.40 (0.55)	0.18 (0.39)	0.69 (0.47)	0.26 (0.44)	0.331
腹 部	0.20 (0.44)	0.18 (0.39)	0.67 (0.48)	0.22 (0.42)	0.038

\* ANOVA Bonferroni による多重比較検定

## 5. SP 養成者の将来的ビジョン

### 1) SP参加の身体診察実習に必要な場面・設定

「身体診察の実習にSPの協力が必要な場面・設定があると思いますか?」の質問に対し、「ある」と答えた人は58% (19人) で、「ない」は 33% (11人), 未回答が 9% (3人) であった。場面設定に対する17人のコメントでは, (1)すべての場面, (2)バイタルサイン, (3)神経・胸部・腹部, (4)肌の露出に対する配慮の場面, (5)パーキンソン病の患者の診察・甲状腺の診察, (6)救急対応場面, などが挙げられていた。

### 2) 現医療面接SPに対する身体診察教育の協力依頼

「現在医療面接を行っているSPの皆様へ身体診察教育への協力をお願いすることをどう思いますか?」という問いに対し、「あまりお願いしたくない」が 13人 (39%), 「出来ればお願いしたい」が12人 (36%) でほぼ同数であった。そして、「是非お願いしたい」と「全くお願いしたくない」が 3人 (9%) で同数だった。

### 3) 身体診察に協力が得られるSPの募集

「新たに身体診察に協力して頂けるSPを募集し, 身体診察への参加を実施したいと思いますか?」という問いに対して, 「あまり思わない」が12人 (37%) で最も多く, 次に「やや思う」が 10人 (30%), 「とても思う」は7人 (21%), 「全く思わない」は 6% (2人) だった。この問いに対する27人からコメントがあった。賛成意見として「既にやっていて有効」, 「学習効果が期待できる」, 「SPの質・バリエーションの向上が必要」, 「医療面接だけでは不自然」, 「現SPは医療面接でお願いしているから, 新たな募集が必要」など多様な意見が数名ずつあった。一方で, 反対意見として「SPを道具視するのは間違い」, 「信頼を失う」, 「現SPの医療を良くしたいと考える内容とずれる」, 「プライバシーの侵害」, 「SPの身体的負担」, 「わざわざ外部の人に依頼するメリットがない」, 「学生同士で十分」など, さまざまな意見が挙げられた。また, 募集したいができないという意見もいくつかあった。その理由として「労力・精神力不足」, 「時間が足りない」, 「反対者の存在」, 「現実的には難しい」が2名ずつあった。

### 4) 今後取り入れていきたいと思う身体部位と方法

新たに身体診察に協力が得られるSPの養成を希望する18人に対して身体診察の部位と方法を尋ねた結果, 表4に示すとおり, 衣類から出ている部位の頭頸部, 上肢,

下肢についてはおおむね全員が取り入れていきたいと思っていた。一方、衣類から出していない部位の診察については、男性の「身体を露出しての直接診察」方法で腹部、背部、胸部が共に13人と最も多かった。それ以外の「衣類・タオルで覆って直接診察」、「服の上から間接診察」において、男女とも3～5人が散見された。乳房・生殖器・直腸診察に関しては取り入れたいと考えている人はほとんどいなかった。この3部位では「実現困難と思う」と答えた人が男女に対してともに90%前後を占めた。

表4：新たに身体診察に協力して頂けるSPの募集をしたいと答えたSP養成者が今後取り入れていきたいと思う身体診察の部位（回答者は新たに身体診察に協力して下さるSPを募集したいと答えた18人で本調査回答者の55%に当たる）

1) 衣服から出ている部分の診察について

部 位	男性	女性	実現困難と思う
頭頸部（リンパ節・甲状腺等の診察）	16	17	1
上肢（血圧・脈等の測定）	18	16	0
下肢（浮腫・深部腱反射）	16	14	1

2) 衣服から出していない部位の診察について

部 位	身体に直接触れる診察				服の上から間接的診察		実現困難と思う	
	身体を露出する		衣類・タオルなどで覆う					
性 別	男	女	男	女	男	女	男	女
腹部（視・聴・打・触診）	13	4	3	4	3	4	0	3
背部（視・聴・打・触診）	13	4	3	3	3	5	1	2
胸部（視・聴・打・触診）	13	2	3	4	1	2	5	7
乳房診察（視・触診）	/	1	/	2	/	1	/	16
生殖器診察（視・触診）	0	1	0	0	/	/	14	16
直腸診（視・触診）	0	1	0	0	/	/	17	16

## IV. 考察

本調査からSP及びSP養成者が身体診察に対してどのような考えを抱いているのかについて考察を試みる。

### 1. 身体診察教育にSPが参加することに対する意見

7～8割の身体診察未経験SPおよびSP養成者が身体診察はSPが参加することで効果的になると考えていることが明らかになった。また、同様の結果が身体診察中の言葉がけに対しても示された。さらに、身体診察経験SPの意見はほぼ全員が身体診察、

そして言葉がけとともに効果的になると答え、身体診察未経験SPとSP養成者より有意に高い結果が得られた。これらの結果から、身体診察を実際に経験したSPがよりSP参加による身体診察教育が重要だと感じていることが示唆された。また、身体診察教育にSPが参加する事に対するニーズが高いことも示唆された。

言葉がけの練習に対するコメントの中に、「学習するレベルのことではない」、「自然に身に付くこと」の指摘があった。筆者らが「身体診察中の言葉がけが大切」と認識するに至った経緯は先行研究<sup>15)</sup>でSPから得られた「思いやりのある言葉がけは大事、練習するのは意義がある」、「患者は心身共に弱っているから、ちょっとしたことでも敏感です」、「優しい言葉がけひとつで、ふっと緊張が取れたり、安心したりします」などの発言からであった。身体診察行為は単に肉体の観察や診察だけではなく、対象が尊重すべき生身の人間であることを常に意識する態度を学ぶという点で、SPが参加する身体診察教育は大変重要であると考ええる。

## 2. SPが協力可能と考える身体診察部位と方法

頭頸部・上肢・下肢の衣類から出ている部位は許容度が高い。一方、衣類で覆われている部位である胸・背・腹部の診察については診察方法によって変化が見られた。服の上からの診察方法で許容度が高かったのが、脱衣し直接身体に触って診察する方法になると、結果は逆転し、許容度が劇的に減少した。Jacoby<sup>16)</sup>が「人は裸の身体をさらすことに対して、元型的な恥の感情が結びついている」と主張しているように、肌を露出することへの羞恥心が最も大きな原因で、公共での脱衣という非日常的行為、直接肌に触れて診察されることへの違和感などが許容できない要因ではないかと考えられる。

しかし、身体診察経験SPが身体診察未経験SPに比べて身体診察参加への意識が有意に高いことから、経験することでSPの意識が変化し、身体診察参加への意識が高まる可能性があることが示唆された。SP養成者はSPに対して教育意義、身体診察方法や経験者の話など情報提供をし、SPの許容できる身体診察部位と方法を理解し、強制することなく協力を得ることが必要と考える。また、実施に関しては先行研究<sup>2)</sup>でSPが提案した(1)実習時の適切な環境作り、(2)SPの個々の状況把握、(3)SPへの事前指導、(4)学生の真摯な態度の4点に対して十分準備と配慮をすることが重要なポイントと考える。

SP養成者の今後取り入れていきたいと考える身体診察部位と方法もSPと同様、

頭頸部・上肢・下肢であった。衣類から出ている部位に関してはSPの許容度も高く、双方の一致が見られた。また身体診察へのSPを新たに募集する際は性別・年齢の比較結果でより協力してもよいと思っている割合の高かった50才以上、あるいは男性の方が採用の可能性が高いであろうことが示された。

### 3. SPの協力を得た身体診察導入の可能性

SPの協力を得た身体診察教育はSP及びSP養成者双方の同意が不可欠である。今回の結果から、頭頸部・上肢・下肢の診察に関しては双方の同意が得られやすく、身体診察プログラムの実施は十分可能であることが示唆された。脱衣の必要な胸・背・腹部に関してはやや困難がともなうであろう。しかし、身体診察経験SPでは男性が有意に高いこと、また胸・背・腹部の許容度でいずれも男性SP、あるいは50歳以上が有意に高いことから、新たに身体診察に協力してくれるSPを募集する際は男性、あるいは50歳以上の方を募集すると実現の可能性は高まるのではないかと推測できる。

コンセンサスが得られた後は十分な事前準備と練習をし、慎重に取り組むのみならず、Tシャツの上からの診察実習など、方法論についてもSPと個別に対応していく必要があると考える。生殖器に関する身体診察は今回の調査ではSPとの信頼関係に何らかの影響を与えるとの危惧から、SP養成者のみ対象の質問項目としたため、SPの意見をすることは不可能であるが、生殖器診察導入はSP養成者の多くが実現困難と答えていることから現時点での実現可能性は極めて低いと思われる。北米では前述のTA、PIらの教育効果が高いことから、今後検討の余地があるであろう。しかしながら、文化的背景などの理由からシミュレーターを積極的に利用する教育がより有効であると思われる。

### 4. SP養成者の将来的ビジョン

SP養成者では身体診察にSPを導入することに対する意見がほぼ二分していることが明らかになった。現在医療面接に参加しているSPに身体診察の協力をお願いすることにに対しては「お願いしたくない」が「お願いしたい」を僅かながら上回った。その理由は医療面接として採用したという契約に反することになるとの認識と今まで築き上げた信頼関係を崩したくないという思いがあるためと理解できる。また、SP養成者は身体診察に参加するSPを募集することにもやや消極的である。約半数近くが「あまり思わない」「全然思わない」と答え、「とても思う」と答えた積極的なSP養

成者は7人に留まった。新たに募集したいとは思わない主な理由には「労力不足」、「精神力不足」や「時間がない」など多忙な勤務状態からくるものと、「SPの道具視反対」、「プライバシーの侵害」など人権に関わるものなど簡単ではない問題が示された。難しい問題ではあるが、前者の勤務体制の問題に関しては、医学教育者増員により十分な協力者や理解者を確保することが今後の課題であろう。教員の熱意は教育にとって何よりも必要とされることである。後者の人権に関してはSPの人権確保のためSPの雇用制度や専門職とするなどの身分保障の確立が課題であろう。また、身体診察にSPが参加することの意義や実施内容について教員側とSP側の理解と同意、そして協力が最も重要になると考える。

今後の身体診察実習に対する課題としてSPのみならず他の方法を検討する必要があるだろう。学生同士の練習は有効であるが、女子学生が男子学生の被験者になることに抵抗感があるなどgenderに関する問題も指摘されている<sup>17)</sup>。各大学教育機関での高性能なシミュレーター、モデルの導入も重要課題であろう<sup>18)</sup>。下級生・研修医、教員、病院ボランティアがSPを演じた場合の有効性も報告されている<sup>19) 20) 21)</sup>。これらの方法のいずれにも利点や欠点があり、信頼性、妥当性、利便性などについて更なる検討が今後の課題である。しかしながら、どれか一つや二つやれば十分というのではなく、反復学習と段階的学習で統合されるべきであると考え。そして、統合学習の最後の段階としてより実際の患者に近いSPとの練習はことさら意義は大きい。このような統合されたプログラムが開発されれば、卒業前後の臨床技能は大きく発展する可能性があるであろう。今後、さらにSPの状況、意識がどのように変化していくのか追跡調査をしたい。

#### IV. まとめ

今回の全国SP意識調査から約80%の身体診察未経験SP およびSP養成者、また身体診察経験SPのはほぼ全員が「身体診察」と「身体診察中の言葉がけ」はSP参加型教育により効果的になると考えていることが明らかになった。診察部位は頭頸部・上肢・下肢の許容度が約80%と高いことからSPが身体診察教育に参加することは十分可能であることが示唆された。一方、脱衣の必要な胸・背・腹部に関しては許容度が約25%であるため、SP養成者とSPの相互理解に対する努力は必要であるが、十分な事前情報と診察部位・方法の同意を得て、適切に対応することで実践可能になると思われる。新たに身体診察に協力するSPを募集する場合は男性、あるいは50歳以上の人

が採用の可能性が高いことが示唆された。

#### 参考文献

- 1) Robins LS, Alexander GL, Dicken L, Belville W, Zweifler A: The effort of a standardized patient instructor experience on students' anxiety and confidence levels performing the male genitorectal examination. *Teaching and Learning in Medicine*, 9: 264-9, 1997
- 2) 阿部恵子, 西城卓也, 向原圭, 他: 模擬患者の協力を得た医療面接と身体診察実習の試み—実習前後の学習者及び模擬患者の感想の比較—, *医学教育*, 36: 207-13, 2005
- 3) CATO (Common Achievement Tests Organization CBT-OSCE) 社会法人医療系大学間共用試験実施評価機構URL: <http://www.cato.umin.jp/index.html>
- 4) 水嶋春朔: 医学・歯学教育における模擬患者 (SP) の協力を得る卒前教育の現状, *医学教育*, 36補冊: 7, 2005
- 5) Anderson MB, Kassebeaur DG (Eds.): Proceedings of the AAMC's consensus conference on the use of Standardized Patients in the teaching and Evaluation of clinical skills, *Academic Med*, 68: 437-84, 1993
- 6) Anderson BM, Stillman PL, Wang Y: Growing use of standardized patients in teaching and evaluation, *Teaching and learning in Medicine*, 6: 15-22, 1994
- 7) Liaison Committee of Medical Education Accreditation of Standards: (accessed on January 20th) <http://www.lcme.org/standard.htm>
- 8) Stillman PL, Regan MB, Philbin M, et al: Results of a survey on the use of standardized patients to teach and evaluate clinical skills, *Acad Med*, 65: 288-92, 1990
- 9) Carr SE, Carmody D: Outcomes of teaching medical students core skills for women's health: The pelvic examination educational program, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 190: 1382-7, 2004
- 10) Kozu T: Medical Education in Japan. *Academic Medicine*, 81:1069-73, 2006
- 11) 阿部恵子, 鈴木富雄, 藤崎和彦, 伴信太郎: 日本の模擬患者 (SP) の現況及び満足感と負担感: 全国意識調査第一報, *医学教育*, 38: 301-7, 2007
- 12) 武田敏, 他: 性的羞恥心と看護の課題, *看護技術*, 30: 24, 1984
- 13) 阿部恵子, 鈴木富雄, 藤崎和彦, 伴信太郎: 標準模擬患者の練習状況とOSCEに

- 対する意識：全国調査第二報，医学教育（印刷中）
- 14) SP意識調査・SP養成者意識調査  
URL：http://www1.gifu-u.ac.jp/~medc/sp/spsurvey.htm
  - 15) 阿部恵子，向原圭，伴信太郎：模擬患者の持つ身体診察に対するイメージグループインタビューによる分析一，医学教育，36: 107-11, 2005
  - 16) マリオ・ヤーコビ：恥と自尊心：その起源から心理療法へ，高石浩一訳，新曜者，1-28, 2003
  - 17) 田川まさみ，一瀬正治，田邊政裕：身体診察実習アンケートから明らかになった医学部学生のGenderに関する意識，医学教育，2004 35: 33-42
  - 18) 天木嘉清，池内句子，井上大輔：シミュレーター教材による医学教育の進歩と展望，医学教育，32: 261-64, 2001
  - 19) Wang WD, Yang Pan-Chyr, Chen C, et al: Using senior residents as standardized patients for evaluating basic clinical skills of medical students, J Formos Med Assoc 2004, 103:519-25
  - 20) 豊田省子：看護教員がSPになってわかったこと：私の模擬患者体験，看護教育，45: 828-33, 2004
  - 21) 山本浩司，平出敦，富田奈留也：病院医療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: 415-20, 2001

## 医会だより

〈日本眼科社会保険会議シンポジウム報告〉

第61回日本臨床眼科学会シンポジウム

## これからの保険医療と眼科

—平成20年度診療報酬改定に向けて—

社会保険部

日時：2007年10月14日（日）9：00～10：30

オーガナイザーのことは：

愛媛大 大橋 裕一  
山岸眼科 山岸 直矢

シンポジウム：

- |                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| 1. 手術件数とアウトカムをめぐる          | 聖路加国際病院 福井 次矢    |
| 2. Value-Based Medicine とは | 順天大 平塚 義宗        |
| 3. QOL を考えた高齢者医療のあり方       | 名古屋大・総合診療部 伴 信太郎 |
| 4. 診療報酬改定後のコンタクトレンズ診療について  | 吉田眼科 吉田 博        |

## オーガナイザーのことは

愛媛大学眼科 大橋 裕一  
山岸眼科医院 山岸 直矢

平成20年度診療報酬改定に向け、このシンポジウムでは、国民の医療を守り、社会貢献を高め、いくために今後考えておくべき種々の課題を取り上げる。

第一に、手術診療報酬の評価である。外保連では依然として、時間×技術度×人数での評価、つまり人件費に重点を置いている。しかしながら、現実には、医学の進歩に伴って手術機器が高機能化、高価格化しているほか、ディスポ化の進行の

中、手術報酬に手術材料費の占める割合が急増している。日本病院協会の調査によると、手術材料費率の第1位は水晶体再建術の59%である。手術機器や手術材料の経費を手術診療報酬に適切に反映しなければ、評価としては片手落ちであると言わざるを得ない。さらに社会的貢献度など手術によって得られる成果（アウトカム）も反映する必要がある。この手術診療報酬の評価に関連して、福井次矢氏には、手術件数とアウトカムについてのご講演をお願いした。

第二に、Value-Based Medicine (VBM) を取り上げたい。これは、平成19年4月の日眼総会での講演以降、眼科でも徐々に認識されるようになった概念である。実際、白内障術後の患者の喜

びを目の当たりにすると、その Performance と Value とを強く実感する。この Value を数値化して、個々の医療行為を比較すれば、限られた医療費を効果的かつ適正に配分する上でのひとつの有力な指標となる。平塚義宗氏には、VBM のコンセプトについてご講演をお願いした。

第三に、後期高齢者医療である。現時点では、眼科医にとってはまったく中身の見えない状態であり、人頭割り制度とフリーアクセスや包括化と出来高制など、この制度の基本方針について、厚生労働省、日本医師会、保険者の3者の意見が対立している。議論は財政論に終始し、医療を享受する国民への視線が欠落した状態で進められている。各々の疾患に対応する医師が連携して治療にあたること、さらに手術料など技術料は、75歳以上も、75歳未満も差がなく、出来高にすべきことなどが、共通の認識として持たれつつある。何にも増して、QOLの維持が重要であり、QOVがQOL全体に大きく影響することについても大方の意見の一致が得られている。伴信太郎氏には、後期高齢者医療について、QOLを維持する観点から、ご講演をお願いした。

最後に、平成18年度の診療報酬改定より新設されたコンタクトレンズ (CL) 検査料である。これには、包括点数に本質的に内在する不合理点や出来高との区別の難解さを伴うが、基本的には医療費削減策であり、不適正な診療請求を行うCL診療所のみならず、適正な診療を行っている一般眼科診療所にも大きな影響を与えたのは周知のとおりである。概算医療費に着目すると、眼科診療所の入院外医療費は平成17年度の6,032億円から平成18年度の5,791億円へと241億円も減少(-4.0%)している。1日当たり医療費も平成17年度の6,002円から平成18年度の5,775円へと227円減少(-3.8%)している。CL検査料についての現状解析と平成20年度診療報酬改定の展望について、吉田博氏にご講演をお願いした。

## 手術件数とアウトカムをめぐる

聖路加国際病院 福井 次矢

### 1. 手術件数と診療報酬

平成14年度の診療報酬改定時、医療の質と効率性の観点から、『10年以上の経験を有する医師が手術を行う；全国で年間5,000~10,000例行われている手術は50例以上、1,000~5,000例行われている手術は10例以上、1,000例未満しか行われていない手術は5例以上』という年間手術数に関する基準を満たさない医療機関での手術料は70%に減算された。

その結果、診療報酬を100%受け取るためには、体外循環を要する心臓血管外科手術やPTCAは100例以上、人工関節置換術は50例以上、乳児の外科手術は20例以上行うよう求められることとなった。このような改定を行った背景は、海外の医学文献の結論とされた。

しかしながら、この診療報酬改定に対する反対の意見は強く、平成14年10月には対象となる手術群を71から19に大括りとし、専門医が手術を行った場合は症例数の要件が緩和された。平成16年度の診療報酬改定時には、施設基準の見直しとともに、減算するのではなく、要件を満たしている場合には5%加算することとし、①10年以上の経験を有する医師、②説明文書、③年間手術件数の揭示、などを欠く場合のみ、30%減算することとされた。

平成16年秋から平成17年12月にかけて、医療技術評価分科会にて、手術件数と手術成績の関係に関する調査を実施し、その結果、手術件数と手術成績 (アウトカム) は相関するとはいえないとの結論が出され、平成18年度の診療報酬改定で、手術点数の加算はエビデンスが乏しいため一旦廃止とし、加算対象となっている手術については年間手術症例数を院内に揭示することを点数の算定要件とすることとなった。同時に、臨床医学、疫学、統計学等の関係分野の有識者により構成される検討会で、手術件数だけでなく手術成績に影響すると考えられる他の因子をも含めて、手術成績を決定する要因に関する調査及び検証を実施す

ることが決められた。それを受けて、平成18年7月、中央社会保険医療協議会（中医協）診療報酬調査専門組織「手術に係る施設基準等調査分科会」が設置された。

## 2. 手術に係る施設基準等調査分科会での検討状況

分科会に課せられた任務は、①手術件数及びその他の手術成績に影響すると考えられる諸因子と手術成績との関係に関する調査研究を実施すること、②その結果を踏まえて評価・検証すること、③手術に係る情報開示の在り方を検討すること、そして④中医協診療報酬基本問題小委員会に報告することであり、この分野の研究に携わってきた委員からの報告や新たな調査研究の結果を踏まえて、中医協診療報酬基本問題小委員会に報告をする予定である。

外国で行われた大規模な調査研究としては、2000年5月11日に米国 Institute of Medicine が開催したセミナーで、Mount Sinai School of Medicine の Halm EA らが、8疾患の手術について Medline Search し、850の論文から、①1980年以降のもの、②集団を対象とした研究（症例報告は除く）であること、③同じデータに基づく複数の報告は除外、④アウトカムが従属変数として扱われている、⑤手術件数が独立変数として扱われている、などの条件を満たす88の論文を選び、病院の手術件数とアウトカムが有意に相関しているという結果の論文が88論文中の79%、医師の手術件数とアウトカムが有意に相関しているという結果の論文が88論文で77%あったと報告している。しかも、手術件数とアウトカムが逆相関（手術件数が多ければ多いほどアウトカムが悪くなる）しているという結論の論文は1つもなく、最もエビデンス・レベルが高い（質の高い）論文16の結果はすべて「相関あり」であった。手術件数とアウトカムの相関が顕著な手術は、新しい手技、もともと患者数が少ない手術、リスクが高い手術であるという。

新たな調査研究としては、本分科会の大江和彦委員、松山裕委員による平成18年度厚生科学研究（政策科学総合研究事業）「外科手術のアウト

カム要因の解析と評価方法に関する研究」の結果を踏まえて、評価・検討する予定である。

## Value-Based Medicine とは

順天堂大学眼科 WHO 指定失明予防協力センター  
平塚 義宗・小野 浩一・村上 晶

近年 EBM (Evidence-Based Medicine) をもう一步進化させた概念として VBM (Value-Based Medicine) という考え方が提唱されている。従来の EBM が最も正確で再現性のある医学的事実に基づく医療とすれば、VBM は治療によって患者自身が受けとめる結果としての価値 (=value) に基づく医療といえる。つまり、治療によって得ることができる全体価値 (=utility: 効用) によって医療結果を評価しようという試みである。同時にその結果を得るのに必要なコストも含めて検討することで、より効率の良い医療を行うという目的がある。従来の医療アウトカム評価に医療経済学的な考えを取り込んだ概念であり、医師でありながら MBA (経営学修士) を取得している欧米の医師が率先して取り組んでいる。

Value とはどのように定義されるか。VBM では Value=QOL×持続期間と定義する。つまり QOL の質と量をかけ合わせたものである。では QOL はどのように定義されるか。QOL は主観であり、検査値や臨床所見など我々医師の視点ではなく、患者の視点に立脚した評価が必要とされる。眼科における QOL 測定法として VFQ-25 や VF-14 といった疾患特異尺度が存在するが、これらは眼科以外の多くの疾患間での比較ができない。VBM で利用される QOL 指標は効用と呼ばれる。効用とは医療サービスを受けることによって得られる総合的な満足度を示した指標である。視覚関連の QOL が、近くが見えるか、階段が下りにくくないか、車の運転は大丈夫かなどあらかじめ決められた条件に対する回答で QOL を評価しようする一方で、効用はその人自身が考えるあらゆる都合・不都合を総合して包括的に判断してもらうという考え方である。この測定は患者の選好に基づいて行われる。選好とは「現在の健康状態」

と「より良い健康状態になるために〈何か〉を失う」のは「どちらが良いか」という判断である。この失われる〈何か〉としては人生時間、金銭、死亡しない確率などが用いられるが最も一般的な方法では人生時間、つまり寿命の短縮が採用され、これを時間得失法 (Time-trade off method) という。この方法で得られた効用値に生存年数をかけ合わせたものを質調整生存年 (Quality Adjusted Life Years: QALYs) という。これは前述の Value=QOL×持続期間と同じものといえる。すなわち VBM における Value とはそのまま QALYs ということになる。この QALYs を用いることで従来の治療の評価に QOL を加味して考えることができる。たとえば、ここに乳癌で余命 12 ヶ月の患者が存在する。治療なしであと 1 年間生存する場合の QALYs を 1 とする。ここで先ず EBM の観点から化学療法を行うことで 1 ヶ月寿命を延長できると仮定する。この場合、1 ヶ月の延命により生存期間が 0.083 年 (1/12) 延びるので得られる QALYs は  $1+1 \times 0.083=1.083$  QALYs ということになる。次に、VBM 的な観点から考えてみる。例えば、化学療法中の患者の QOL が嘔吐や脱毛、倦怠感などの副作用が強いため低く効用値 0.7 であったとする。この場合得られる QALYs は  $0.7 \times (1+0.083)=0.76$  であり、これは治療を行わない場合の QALYs 1 より

りも低い値となる。つまり、患者の QOL を考慮した場合、化学療法を行うことは必ずしも最善の治療であるとはいえないということになる。このように、現在行われている医療を Value という切り口から考え直してみようという試みが VBM なのである。VBM 誕生の背景には医療費が GDP 比で 15.3% (OECD の平均は 8.9%) を占める米国の現状がある。現在、人口の少子高齢化が進む日本においても医療費抑制が叫ばれ、限られた医療費をどう有効利用するかという議論が求められている。本年 8 月に厚生省から発表された一人あたりの国民医療費でみると 65 歳以上の医療費はそれ未満の医療費の 4 倍以上という結果であり、このまま高齢化が進むと将来的な医療費は膨大となろう。今後、医療費問題への対策の一つとして VBM のような考え方も必要とされよう。

## QOL を考えた高齢者医療のあり方

名古屋大学医学部附属病院総合診療部  
伴 信太郎

### 1. はじめに

日本は、世界でも類を見ない高齢化社会に入ろうとしている。図 1 に示したように平成 17 年の総人口 1 億 2800 万人が平成 42 年には 1 億 1500

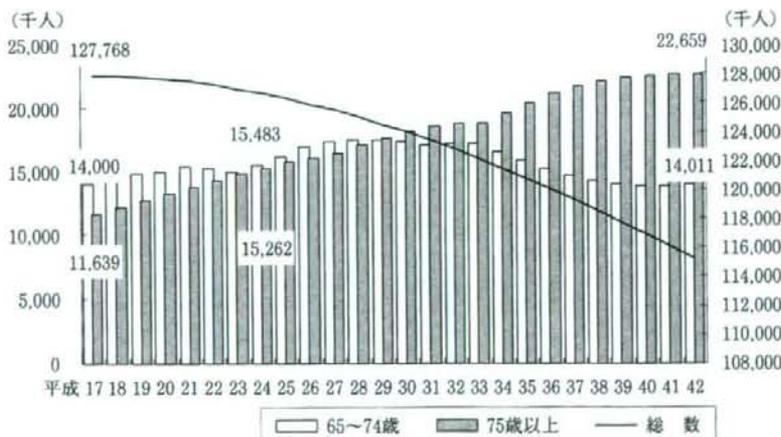


図 1 急速に高齢化する日本人口

万人に減るのに対して、高齢者人口の増加は続き、特に後期高齢者（75歳以上の高齢者）人口は平成17年に1163万人であったのが、ずっと増加が続き平成42年には2265万人に達すると予想されている。

## 2. 高齢者の特徴

高齢者は、表1に示したような特徴を有している。高齢者は正常から逸脱しているところを探し出すとつきがたい。即ち生理的な老化と治療すべき異常との区別、異常ではあるけれども治療すべきなのか放置しておいてもよいのかの見極め、異常が複数あるときの介入の優先順位の付け方、などが高齢者医療では重要になる。一方で、高齢者でも積極的な医療的介入が必要な場合もある。例えば、大腿骨頸部骨折の場合、積極的な手術が患者のQOLを維持するのに役立つ場合が多いし、眼科の白内障手術も年齢を問わず積極的に行うべき外科的介入である。

表1 高齢者の特徴

- |   |
|---|
| ① 一人で多くの疾患を持っている                                    |
| ② 症候が非典型的であったり、少なかつたりするために、正確な臨床判断が困難な場合が少なくない      |
| ③ 多くの重症患者が、精神・神経症候をもって発症したり、途中からそれが加わったりしやすい        |
| ④ 各種検査成績について個人差が大きい                                 |
| ⑤ 水・電解質などの異常を起こしやすい                                 |
| ⑥ 本来の疾患と関係のない合併症を併発しやすい                             |
| ⑦ 治療、ことに薬剤に対する反応が若年者とは異なっている                        |
| ⑧ 患者の予後が、医学・生物学的な面と共に、心理・社会・環境的な面によって支配されることがまれではない |

## 3. QOL を考えた高齢者医療のあり方

### 3-1 日本の高齢者医療・福祉の問題点

日本の高齢者医療・福祉は、1) 総合的な診療を展開できるジェネラリスト（総合する専門医）が少ない、2) 在宅医療・介護の条件が整っていない、のに在宅医療・介護が進められているという問題がある。

## 3-2 対策

(1)このような問題の対策で決定的に欠けているのが『地域医療の専門家→プライマリ・ケア専門医』の養成である。プライマリ・ケア専門医は欧米では、最低2年、多くは3-4年かけて養成されている。専門医というと、領域を狭く絞って深く掘り下げるタイプの専門医を直ぐに思い浮かべがちであるが、幅広く医療を展開するのの一つの専門医である。前者を『細分化する専門医』、後者を『総合する専門医』と筆者は呼んでいる。

このような総合する専門医である『プライマリ・ケア専門医』は、価値観への配慮も含めQOLを考えた高齢者医療が展開できる。

(2)高齢者医療には「過剰な医療も不十分な医療も避けることと安らかな見守り」の両立が必要となる。その為には、個人の価値観・人生観、家族の状況、地域資源の可能性などを十分に認識した『プライマリ・ケア専門医』が、福祉領域や保健領域の従事者と緊密な連携をとった医療・ケアが必須である。

## 4. おわりに

超高齢化社会においては、高齢者が1人でも安心して暮らせる社会は、何よりも多くの市民が望んでいるのではないであろうか。'地域おこし'の方向性として、このような地域作りが目指されても良いと思う。

### 【参考文献】

- 1) 伴信太郎：21世紀プライマリ・ケア序説。ブリメド社、大阪、2001。

## 診療報酬改定後のコンタクトレンズ診療について

吉田眼科 吉田 博

平成18年度診療報酬改定の概要は、全体の改定率-3.16%の中で診療報酬本体の改定率は-1.36%であった。その改定を実施するにあたっての基本的な方針の中でコンタクトレンズ（以下CL）診療は医療費の配分の中で効率化の余地が

あると思われる領域とみなされて、包括診療であるCL検査料の導入が行われた。

CL検査料は外来患者に占めるCL患者の割合が70%以上、未滿で施設基準が決められ、CL検査料の1と2では点数が半分になっている。更に、CLの初回装用者、既装用者で点数が決められて、初回装用者はCL検査料1では387点、CL検査料2では193点で既装用者ではそれぞれ112点と56点になっている。

CL患者の割合が70%未滿のCL検査料1ではその点数は平成17年度以前とはほぼ同額であるものの、初診患者でも既にCLを装用している患者の場合では既装用者の点数112点しか請求できないので、結果的には改定前の約3割の点数しか請求できない。

更に、CL検査料を導入するにあたってその運用が適切に行われる様に個別指導を重点的に実施することが明記されている。

平成18年度診療所の外来医療費の伸び率では、診療所全体では+0.5%の伸び率であったが、眼科では-4.0%の減額で削減率では各科の中でも最大であった。

その結果、眼科の外来医療費は平成17年度では6,032億円であったものが平成18年度では5,791億円になり、241億円の減額になっている。全体の診療所の外来医療費の増加から勘案すると、平成18年度の眼科外来医療費は約300億円程度の削減になっていると思われる。更に、日本眼科医会の「眼科レセプト調査」によると平成19年度は平成18年度から更に-2.4%の減少が見られることから、眼科診療所の外来医療費の削減額は平成17年度と比較して600億~900億円程度になるものと思われる。これは厚労省が当初目指したCL医療費の削減幅に近いものになっているのではないと思われる。

平成18年度末に実施された眼科診療所への個別指導はほぼ全国的に実施され、日本眼科医会での調査によるとCL診療所が101施設で一般眼科診療所61施設も個別指導の対象となっていた。

しかし、CL診療所においては診療報酬の不正・水増し請求が横行しており、現在も続いている。

その手口としては、CL患者が70%以上である

のにCL検査料1で請求しているケースで、医療機関の6ヶ月間のCL患者の割合が65.9%とか68.5%と限りなく70%未滿となっている。しかし、これらのCL診療所のレセプトには近視等の屈折異常病名のみでありながら、一般眼科検査料を請求しているレセプトが数多く見られており、意図的にレセプト操作をして、CL患者の割合を低く抑えているとしか思われぬ。また、既装用者を初回装用者として高い点数を請求したり、継続的にCL装用をしている患者を初診患者として算定したり、屈折異常以外の病名をつけて一般眼科検査料を請求したりしているケースもみられる。

また、短期間に廃院・開院を繰り返して、その都度全て初診扱いとして請求するケースもみられており、半年とか1年前後で開設者や管理者を移動・変更したり、医療機関の名称を変更して廃院、開院を繰り返すことによって、その都度全て初診患者として初診料を請求してきている。これらの診療所の中には、CL販売店に隣接しているながら、CL検査料の請求が1件もないCL診療所も認められる。

これらの不正な行為によりCL診療所の医療費の約6割程度が不正・過剰に請求されているものと思われる。

厚生労働省は平成20年度の診療報酬改定に向けて、このような悪質なCL診療所への医療費の削減を目的に、CL検査料の更なる減額、施設基準の見直しを示唆してきている。

これに対して、日本眼科医会（日本眼科社会保険会議）としては1. CL診療所の保険医療費は既に削減されており、適正化に向かっている。2. CL診療は一般眼科診療の中で重要な部門を占めており、CL検査料の導入により診療報酬上適性に評価されていない。3. CL医療費の削減はCLに関する学術的な発展に重大な支障をきたす。4. 悪質なCL診療所に対してはレセプト審査と行政による指導・監査との連携強化による取締りを行わなければ診療報酬改定のみでは是正は出来ないと、CL検査料の更なる減額には全面的に反対の姿勢を示しているが、次年度のCL検査料の改定についてはかなり厳しい状況になるものと思われる。