Akita University

Akita J Med　**38**：57-61, 2011　

ロールプレイ形式によるコミュニケーション技術教育の医学生における有用性の検討

―― がん診療における『悪い知らせ』を伝える場面を中心に ――

武村　　史・武村　尊生・清水　徹男

秋田大学大学院医学系研究科医学専攻病態制御医学系　精神科学講座

（平成 23 年 6 月 6 日受付，平成 23 年 11 月 7 日掲載決定）

Educational efficacy of communication skills training incorporating role-play for medical students

―― in the cancer consultations with breaking 'bad news'

Fumi Takemura, Takaubu Takemura and Tetsuo Shimizu

Department of Neuropsychiatry, Akita University Graduate School of Medicine, Akita 010-8543, Japan

Abstract

We examined efficacy of communication skills training incorporating role-play in the cancer consultations with breaking 'bad news' for medical students, because it is not examined enough, although such trainings for physicians have been intensively studied.

We performed 2-hour lectures about communication skills in the cancer consultations with breaking 'bad news' incorporating role-play training for 3 groups of 7 sixth-year medical students. We conducted a questionnaire survey on students before and after the lecture with the Death Attitude Inventory formed by Hirai *et al.* and the Japanese Version of the Frommelt Attitude toward Care of the Dying Scale (FATCOD-B-J), and analyzed those scores with Wilcoxon's signed-ranks test.

20 students participated. The scores of the Death Attitude Inventory did not change statistically. FATCOD-B-J is devided into 2 scales, "Attitude toward care of the terminally ill" and "Recognition toward patient-family-centered care". The former scores did not change, but the latter scores increased after the lecture ($p<0.05$).

We conclude that the attitude of medical students cannot be changed easily, but the recognition can be changed by only one lecture. We should discuss further educational efficacy of role-play training for medical students.

Key words：communication skills, cancer consultations, bad news, role-play

緒　　言

わが国では現在，3 人に 1 人ががんで亡くなっており，がん診療に対する国民の期待も高まっている．一般市民および遺族を対象として「がんになった場合に大切にしたいと考えていること」を聞いた調査では，「苦痛がない」「臨んだ場所で過ごす」などの項目と共に，「医療スタッフとの良好な関係」が上位に挙がっ

Correspondence：Fumi Takemura, M.D.
Department of Neuropsychiatry, Akita University Graduate School of Medicine, 1-1-1 Hondo, Akita 010-8543, Japan
Tel：81-18-884-6122
Fax：81-18-884-6445
E-mail：fumitake@mint.odn.ne.jp

Akita University

ている[1]．

がん診療においては，患者に病名や再発，積極的抗がん治療終了などの『悪い知らせ』を伝える場面が避けられない．特に病名告知場面については多くの研究が行われており，医師のコミュニケーション技術の良し悪しと，がん患者の精神的苦痛や医療への満足感との間に有意な相関が認められている[2,3]．このような経緯から，がん医療における医師のコミュニケーション技術の重要性が認識されてきており，特にロールプレイを取り入れた研修会が広く行われるようになった．これを受けて，医学教育でも同様の講義を行う大学が増え，医学生が主体的に考え議論する様子が紹介されている[4-6]．我々も平成21年度から，がん告知場面のロールプレイを取り入れた講義を開始し，受講した医学生や見学者からは概ね好評を得，彼らの意見を参考に試行錯誤しつつ講義内容に改良を加えてきた．しかし，回を重ねる毎に，実際に告知を行っている医師と医学生とでは，教育効果が異なるのではないかと感じるようになった．このため，学生に起きた変化について検討し，ロールプレイ形式の講義の有用性と効率性について考察したので報告する．

対象と方法

対象は，平成22年度の秋田大学医学部6年生のうち，臨床配属で精神科を選択した21名である．講義前に，本研究の主旨について口頭および文書で説明し，同意を得た．7名ずつのグループで，『悪い知らせ』を伝えるロールプレイを取り入れた体験型講義を約2時間行い，講義前後にFrommeltの医療者のターミナルケア態度尺度[7]日本語版（FATCOD-B-J）[8]および臨老式死生観尺度[9]を施行した．FATCOD-B-Jは2つの下位尺度別に，死生観尺度は7つの因子別に集計し，講義前後の差をWilcoxonの符号付き順位検定にて比較検討した．また，講義後の感想を自由に記載してもらった．

なお，講義の構成は各グループとも一貫して

① アイスブレーキング（参加者の緊張をほぐすゲーム）　5分程度
② ロールプレイの方法についての説明　5分程度
③ ロールプレイの練習とディスカッション　12分程度×4回
④ 休憩　10分
⑤ 悪い知らせを伝える際に配慮が足りない医師の例をDVD[10]で観賞　5分
⑥ ロールプレイとディスカッション　12分程度×4回

とした．③⑥のロールプレイは，各回毎に，状況設定を記載したシナリオを作成し，参加者全員に配布した．学生の1人（Aとする）にはこの状況で行うべき課題を提示し，もう1人（Bとする）には課題を知らせないでおく．シナリオや課題を読み込んだ後，A，B2人で5分間のロールプレイを行い，他の5名はそれを見学する．終了後に，Aが自分の「戦略」を振り返り，見学者やBと共に討論を行う．Bを演じた次の回にはAを担当し，その次は見学というように，1人ずつ席をずれながら順番にB，Aの役が当たっていくようにした．なお，③の初回のみAを教員が担当し，デモンストレーションとした．⑥では，Aが医師役として『悪い知らせ』を伝える課題を行い，Bは患者役となる．シナリオは各グループで共通のものを用い，他グループに事前に情報を漏らさないよう協力してもらった．また，詳細な講義マニュアルを作成し，3グループとも均一な講義になるよう努めた．

結　　果

21名中，有効な回答を得た20名について検討した．FATCOD-B-Jでは，「I. 死にゆく患者へのケアの前向きさ」については統計上有意な変化はなかったが，「II. 患者・家族を中心とするケアの認識」については有意に上昇した（表1）．また，死生観尺度については，いずれの因子も統計上有意な変化は認められなかった（表2）．

講義後の感想としては，ほぼ全員が「意外に楽しかった」という内容を書いていた．また，「患者さんが見たり感じたりしている世界を初めてリアルに想像した」「医者って人の人生を左右してしまう，本当に大変な仕事なんだと分かった」「急に現実感が湧いた」といった，医療者になる実感について記載した者が多くいた．

考　　察

がん医療における『悪い知らせ』を伝えるコミュニケーション技術研修会は，各国でも行われている．医師を対象としたものは，最短でも半日，長いものだと4日間にわたる．その有効性について，本来は患者か

Akita University

表 1.　FATCOD-B-J の下位尺度別得点とその変化（Mean±S.D.）

	講義前	講義後	差	p*
I.　死にゆく患者へのケアの前向きさ	55.10±6.248	55.05±7.577	−0.70±4.014	n.s.
II.　患者・家族を中心とするケアの認識	50.55±5.577	53.05±6.901	2.50±3.576	<0.05

*Wilcoxon の符号付き順位検定

表 2.　死生観尺度の因子別得点とその変化（Mean±S.D.）

	講義前	講義後	差	p*
I.　死後の世界観	10.40±6.286	11.05±6.747	0.65±3.233	n.s.
II.　死への恐怖・不安	15.30±5.814	14.70±6.300	−0.70±5.069	n.s.
III.　解放としての死	10.35±6.777	11.35±6.393	1.10±6.625	n.s.
IV.　死からの回避	10.15±4.522	10.65±4.056	0.50±3.606	n.s.
V.　人生における目的意識	14.25±3.985	14.70±3.672	0.45±2.259	n.s.
VI.　死への関心	11.70±5.069	12.55±5.472	0.85±3.167	n.s.
VII.　寿命観	9.75±4.655	9.35±4.880	−0.40±2.186	n.s.

*Wilcoxon の符号付き順位検定

らの評価を基に検討すべきであるが，そのような報告はほとんどない．これは，患者側から見た場合，『悪い知らせ』自体が再現性に乏しく，研修受講前後での比較が困難であるためだと思われる．医師の主観的・客観的評価では有効性が示されており，特に，共感的な言動の増加や，コミュニケーションに対する自信の増加がみられ，これらは研修 3 ヶ月後でも維持されたという[11-14]．本邦でも 2 日間の研修プログラムが開発され，全国規模で行われており，その有効性について検討されている最中であるが，概ね他の研究と同様の結果である[15]．

学生に対するロールプレイ形式によるコミュニケーション技術教育については，看護学生や薬学生に対しては数多くの検討がなされている[16-19]．しかし，肝心の医学生に対する報告は少ない[20]うえ，標準化された評価ツールを用いた検討は皆無である．これは，そもそもロールプレイという形式自体が時間も労力も要することから，ただでさえ多忙な大学（あるいは大学病院）勤務医が，教育業務にそれだけの労力を割くのが難しいことも一因と考えられる． 筆者らも，この講義を複数回行うために，他業務の調整に大いに苦慮した．従って，せっかく労力を割く以上は，効率の良い講義を行うべきであり，その方法や効果，目的を十分に検討する必要がある．

評価ツールの選定にあたっては，ロールプレイ形式の講義によって学生のコミュニケーションが変化すると仮定した場合，その理由として，1）患者の置かれた状況に対する理解や共感性の変化，2）学生自身の死生観の変化，の 2 点を想定した．このため，この 2 点を評価し得ること，さらには妥当性・信頼性が検証済みである[8,9]ことから，FATCOD-B-J および臨老式死生観尺度を選択した．

FATCOD-B-J は，死にゆく患者に対する，医療者のケア態度を測定する尺度である．30 項目により構成され，それぞれ 5 段階で評価する．当初は看護師用に開発されたが，医師や他のコメディカルでも用いることができるように，Form B という形で改訂された．下位尺度として，「I. 死にゆく患者へのケアの前向きさ」「II. 患者・家族を中心とするケアの認識」に分かれており，下位尺度毎の計算が推奨されている[7,8]．

臨老式死生観尺度は国内で開発されたものであり，7 因子 27 項目により構成され，それぞれ 7 段階で評価する．既に多くの研究で，死生観の変化や因子毎の比較に用いられている．

結果として，死生観尺度の全ての因子について，統計上有意な変化はみられなかった．平川らは，終末期医療の講義が医学生の死生観に与える影響について，同じ死生観尺度を用いて検討している[21]．我々同様，1 回の講義ごときでは死生観までは変わらないことを示唆しており，死生観の形成を講義の目標とすること

Akita University

は非効率的であると考えられる.

FATCOD-B-J の「I. 死にゆく患者へのケアの前向きさ」についても，統計上有意な変化はみられなかったが，「II. 患者・家族を中心とするケアの認識」については有意に上昇した．すなわち，患者に対する姿勢までは変わらないが，1 回の講義であっても患者に対する認識は変えられる可能性が示唆された．講義後の感想を見ても，多くの医学生にとって，『悪い知らせ』を伝えるような対応の難しい場面は，机上の勉強の想定外にあるように思われる. 従って, コミュニケーション技術そのものよりも，まずは医療場面でどのような現実が待っているかを疑似体験させ，各人なりに考えてもらい，問題意識を持ってもらうことの方が重要であり，講義の効率性からも適っているのではないかと考えられた．すなわち，講義の目標としても，学生に行動変容まで求めるのではなく，意識変容を促すことに重点を置いた方が良いと思われた.

大学によっては，ロールプレイを行う学生数名以外の一学年全員が見学者という形式をとっている講義もある[5,20]．見学者があまり多いと，ロールプレイを行う学生の緊張が高まり，実力が発揮できず自己不全感に苛まれたり，ディスカッションも盛り上がらない危険性が考えられ，教員のファシリテート技量に講義の成否がかかってくる．しかし，一学年のほぼ全員が同じ体験を得られ，教員にとっては時間的にも労力の面でも効率が良いというメリットもある．他にも様々な講義方法や工夫を行っている大学があり，それらによる有効性の違いが分かれば，学生の性質や教員の状況に応じて手法を選ぶことも可能になるであろう.

今回は，臨床配属で精神科を選択した学生を対象としたため，もとから面接法や，相手の気持ちを探索することに興味を持っている学生が多かった可能性も考えられる．今後は，対象者の幅を広げ，数を増やして検討していく必要がある．ただし，教員にとっても効率の良い方法を考え出して行くことも重要と考えられる．また，最終的には，学生の時にこの講義を受けた群と受けなかった群とで，医師になってからのコミュニケーション技術に違いが生じるのか，検討すべきと考えられた.

本稿の要旨は，第 23 回日本サイコオンコロジー学会総会（平成 22 年 9 月 24 日，名古屋）にて発表した.

引用文献

1) Miyashita, M., Sanjo, M., Morita, T., Hirai, K. and Uchitomi, Y.（2007） Good death in cancer care ; A nationwide quantitative study. *Ann. Oncol.,* **18**, 1090-1097.

2) Mager, W.M. and Andrykowski, M.A.（2002） Communication in the cancer "bad news" consultation : Patient perceptions and psychologiacal adjustment. *Psycho-Oncology*, **11**, 35-46.

3) Ishikawa, H., Takayama, T., Yamazaki, Y., Seki, Y. and Katsumata, N.（2002） Physician-patient communication and patient satisfaction in Japanese cancer consultations. *Social Sciencs and Medicine*, **55**, 301-311.

4) 羽野卓三，川邊哲也，栗山俊之，羽場政法，畑杢義雄（2009） 和歌山県立医科大学における医療問題ロールプレイの取り組み．医学教育，**40**, 201-204.

5) 中谷俊彦，橋本龍也，齊藤洋司（2009） 緩和ケアの教育を拡大するために―ロールプレイを取り入れたチュートリアル教育―．がん患者と対症療法，**20**, 123-128.

6) 首藤太一，広橋一裕（2009） 医学部低学年時での医療コミュニケーション能力獲得に向けて．第 22 回日本サイコオンコロジー学会総会抄録集，50.

7) Frommelt, K.H.（2003） Attitudes toward care of the terminally ill : an educational intervention. *Am. J. Hosp. Palliat. Care*, **20**, 13-22.

8) 中井裕子，宮下光令，笹原朋代，小山友里江，清水陽一，河　正子（2006） Frommelt のターミナルケア態度尺度日本語版（FATCOD-B-J）の因子構造と信頼性の検討―尺度翻訳から一般病院での看護師調査，短縮版の作成まで―．がん看護，**11**, 723-729.

9) 平井　啓，坂口幸弘，安部幸志，森川優子，柏木哲夫（2000） 死生観に関する研究．死の臨床，**23**, 71-76.

10) 内富庸介，藤森麻衣子編（2007） がん医療におけるコミュニケーション・スキル―悪い知らせをどう伝えるか―．医学書院.

11) Abel, J., Dennison, S., Senior-Smith, G., Dolley, T., Lovett, J. and Cassidy, S.（2001） Breaking bad news―development of a hospital-based training workshop. *Lancet Oncology*, **2**, 380-384.

Akita University

12) Fallowfield, L., Jenkins, V., Farewell, V., Saul, J., Duffy, A. and Eves, R. (2002) Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists : A randomized controlled trial. *Lancet*, **359**, 650-656.

13) Lenzi, R., Baile, W.F., Berek, J., Back, A., Buckman, R., Cohen, L. and Parker, P.A. (2005) Design, conduct and evaluation of a communication course for oncology fellows. *Journal of Cancer Education*, **20**, 143-149.

14) Back, A.L., Arnold, R.M., Baile, W.F., Fryer-Edwards, K.A., Alexander, S.C., Barley, G.E., Gooley, T.A. and Tulsky, J.A. (2007) Efficacy of Communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Archives of Internal Medicine*, **167**, 453-460.

15) 藤森麻衣子，白井由紀，久保田馨，勝俣範之，浅井真理子，秋月伸哉，内富庸介 (2010) コミュニケーション技術研修プログラムの開発．第 23 回日本サイコオンコロジー学会総会抄録集，183.

16) 松田裕子，八木敬子，平井みどり (2001) 神戸薬科大学における模擬患者の養成と実習への導入．医療薬学，**31**, 125-135.

17) 江川 孝，柴田隆司，谷口律子，石本綾乃，岡松沙哉佳，松田りさ，小野浩重，島田憲一, 五味田裕 (2010) 実務実習事前学習における対話型シミュレーターを活用した体系的コミュニケーション演習の構築．*Jpn. J. Pharm. Health Care Sci.*, **36**, 476-485.

18) 森 恵子, 雄西智恵美, 板東孝枝, 今井芳枝 (2010) 看護学生の『がん患者への関わり』に関するロールプレイからの気づきと学び．日本がん看護学会誌，**24 Suppl**, 150.

19) 池田智子 (2010) 終末期の看護におけるグループワークの学生の学び 学生のレポートからの分析．神奈川県立よこはま看護専門学校紀要，**6**, 14-19.

20) 吉田修平，藤阪保仁，坂東園子，川口哲史，田村洋輔，藤田一彦，倉田宝保，高須太三郎，池田宗一郎，後藤 功 (2009) がん診療における『悪い知らせ』を伝えるコミュニケーション技術教育の医学生に対する有用性の検討．第 7 回日本臨床腫瘍学会学術集会抄録集，268.

21) 平川仁尚，益田雄一郎，葛谷雅文，井口昭久，植村和正 (2007) 終末期医療・看護に関する授業と医学生の死生観との関係．日本老年医学会雑誌，**44**, 247-250.