

博士論文

薬学教育における模擬患者参加型実習で

薬学生は「何を」「どう」学ぶのか

学生、医療者、患者の語りの分析を通じた、薬剤師に
求められるコミュニケーション能力とその学習方法の検討

野呂瀬 崇彦

内容

第 1 章 序論	6
1.1 本論文の構成	6
1.2 薬剤師の役割	7
1.2.1 わが国の薬剤師	8
1.2.2 今日の薬剤師の課題と期待される役割	11
1.3 薬学教育の現状	18
1.3.1 薬学教育の変遷	18
1.3.2 薬学教育カリキュラム	22
1.3.3 薬学共用試験	24
1.3.4 薬学実務実習	26
1.3.5 薬学教育におけるコミュニケーション教育の現状	28
1.3.6 薬剤師の生涯教育	34
1.4 本研究の目的	36
1.4.1 「何を学ぶか」～薬学生が修得すべきコミュニケーション能力	36
1.4.2 「どう学ぶか」～模擬患者参加型実習の授業設計への示唆	38
1.5 研究者の背景	38
1.6 本章のまとめ	47
第 2 章 医療コミュニケーションと模擬患者参加型実習	48
2.1 医療コミュニケーション教育	48
2.1.1 コミュニケーションとは	48
2.1.2 医療コミュニケーションの諸相	50
2.1.3 医療コミュニケーション教育の方法	52
2.2 模擬患者参加型教育の実際	52
2.2.1 模擬患者とは？	52
2.2.2 模擬患者参加型実習の実施方法	60
第 3 章 薬剤師－患者間と医師－患者間との関係性の違い	64
3.1 目的	64
3.2 方法	65

3.2.1	研究方法	65
3.2.2	研究参加者	65
3.2.3	データ採取方法	66
3.2.4	分析方法	67
3.2.5	倫理的配慮	67
3.3	結果	67
3.4	考察	75
3.4.1	医師中心型コミュニケーションスタイル	75
3.4.2	薬剤師中心型コミュニケーションスタイル	76
3.5	本章のまとめ	77
第4章 患者の語りの分析を通じた薬剤師とのかかわりに影響を与える患者の要因 80		
4.1	目的	80
4.2	方法	80
4.2.1	研究方法	80
4.2.2	研究参加者	81
4.2.3	データ採取方法	81
4.2.4	分析方法	82
4.2.5	倫理的配慮	83
4.3	結果	83
4.3.1	薬局選択の根拠	87
4.3.2	薬局・薬剤師に期待する役割	88
4.3.3	薬剤師のあり方	89
4.3.4	薬剤師による情報収集	90
4.3.5	薬剤師による情報提供	91
4.3.6	医師との関係性	92
4.3.7	医療費への関心	92
4.4	考察	93
4.4.1	薬局選択の根拠	93

4.4.2	薬局・薬剤師に期待する役割	94
4.4.3	薬剤師との関係性に影響を与える要因	95
4.4.4	かかりつけ薬剤師としての役割の発揮に向けて	96
4.5	本章のまとめ	97
第5章	薬剤師に求められるコミュニケーション能力	99
5.1	目的	99
5.2	方法	99
5.2.1	研究方法	99
5.2.2	薬剤師を取り巻く外部環境分析	100
5.2.3	海外の指針等の文献調査	101
5.2.4	患者、他職種へのフォーカス・グループ	101
5.2.5	PCS 構築	102
5.2.6	PCS の検証	103
5.3	結果	103
5.3.1	薬剤師を取り巻く外部環境分析	103
5.3.2	海外の指針等の文献調査	104
5.3.3	患者、他職種へのフォーカス・グループ	105
5.3.4	PCS 構築	108
5.3.5	ACSTにおけるPCSの有用性の検討	111
5.4	考察	111
5.4.1	「患者本位」の視点からの検討	111
5.4.2	「他職種連携」の視点からの検討	113
5.5	本章のまとめ	115
第6章	模擬患者参加型実習の学びに影響を与える要因	116
6.1	目的	116
6.2	方法	116
6.2.1	研究方法	116
6.2.2	実習方法	117
6.2.3	データ採取	119

6.2.4	分析方法	120
6.2.5	倫理的配慮	121
6.3	結果	121
6.3.1	SCATによる学生の語りの分析結果	121
6.4	考察	125
6.4.1	過去の対人支援体験が及ぼす影響	125
6.4.2	実習へのレディネスが及ぼす影響	126
6.4.3	コミュニケーション能力の自己認識が学びに及ぼす影響	127
6.5	本章のまとめ	129
第7章	結論	131
7.1	各章のまとめ	131
7.2	模擬患者参加型教育への提案	132
7.2.1	模擬患者参加型教育の学習目標に関する提案：「何を学ぶ」か	132
7.2.2	模擬患者参加型教育の方略に関する提案：「どう学ぶ」か？	134
7.3	本研究の課題	135
参考文献		138
謝辞		151

第1章 序論

1.1 本論文の構成

本研究は、薬剤師養成を目的とした6年制薬学教育カリキュラムにおけるコミュニケーション教育の方略の1つである、模擬患者（Simulated Patient: SP）参加型実習において、学生が「何を学ぶ」のか、「どう学ぶのか」を、文献研究および、医療と教育の当事者である医療者、患者、学生へのフォーカス・グループの分析結果から明らかにすることを試みるものである。本論文の構成を図1に示す。

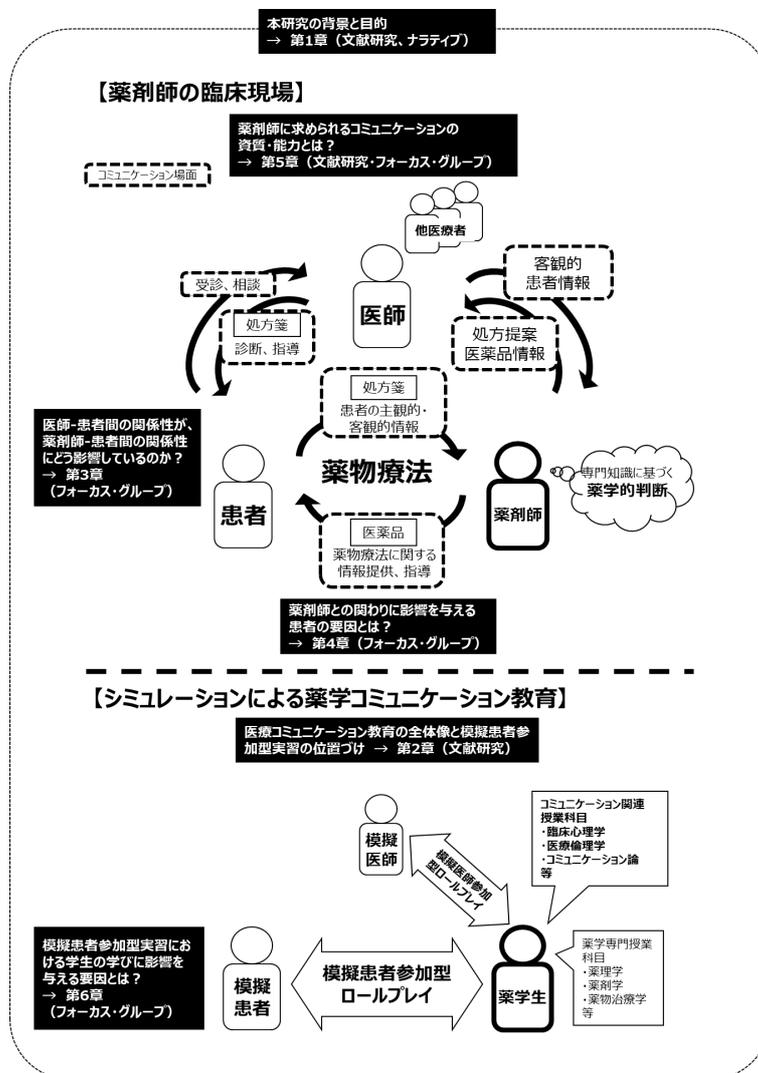


図1 本論文の構成

本章では、冒頭にて本論文の構成を述べる。第2節、第3節では、本研究の背景となる、薬剤師の成り立ちとその社会的役割、薬剤師養成課程および、薬剤師に求められるコミュニケーション能力について述べる。第4節では、先行研究に基づく本研究の課題と目的を述べる。第5節では、筆者の研究者としての背景と問題意識をナラティブ形式で述べる。

第2章では、医療コミュニケーションの全体像を俯瞰したうえで、患者コミュニケーションの位置づけと教育方法、患者コミュニケーション教育の一手法としての、模擬患者参加型実習について述べる。ここでは、筆者が着目した「模擬患者」「標準模擬患者」という用語について考察を加える。

第3章～第5章では、医療現場における薬剤師－患者間の関わり、薬剤師に求められるコミュニケーション能力を明らかにすることにより、学部教育における模擬患者参加型実習で「何を学ぶか」を検討する。第3章では、医師－患者関の関係性が、薬剤師－患者間の関係性にどのように影響しているのかを論じる。第4章では、薬剤師とのかかわりに影響を与える要因を検討する。第5章では、医療現場において薬剤師に求められるコミュニケーション能力について述べる。

第6章では、模擬患者参加型実習における学生の学びに影響を与える要因を検討し、「どう学ぶか」を考察する。

第7章では、本研究全体を総括し、今後の模擬患者参加型教育のあり方に関する提言を試みる。

1.2 薬剤師の役割

本研究領域である薬学教育におけるコミュニケーション教育を論じるうえで、薬剤師が社会においてどのような役割を果たしてきたのか、今日においてどのような問題点が指摘されているのか、明らかにする必要があると考える。そこで本節では、社会における薬剤師の役割とその変遷を詳述する。

1.2.1 わが国の薬剤師

本項では、薬剤師という職能がどのようにしてこの世に生まれたのか、それはわが国の医療の中でどのように位置づけられてきたのかを、福島ら（2014）、小村（2018）、日本薬学会（2018）の著述の内容をまとめて述べる。

薬剤師という職能が確立したのは、ローマ帝国にてフリードリヒⅡ世が、医薬の分業と医師の処方に対する規制に関する法律を1240年に発布した後である。それ以前、紀元前2世紀頃にはギリシアのガレヌスが薬の調合や製剤の理論と技術を考案する等（ガレヌス製剤）薬物に関する科学が発達しており、この時代のヨーロッパでは、専門化した医師は診療を中心とし、多様な薬の調剤や製剤は助手に任せるといった、いわば分業の原型が広くみられたといわれる。すなわち、より高い質の医療を提供するために生まれた専門の分業化である。一方、祈祷師や魔術師等による偽医療、偽薬が流通する中、当時薬を扱っていた香料商が質の高い薬を扱うことを重視し、薬の扱いを専門に取り扱う商人が出現した。これがヨーロッパの薬剤師の起源と呼ばれる。すでにこの時代から、薬を扱う専門職は、医療において調合や製剤等を行う技術者として、さらには質の高い薬を安定して提供するための供給者としての役割を担っていたことが読み取れる。

わが国の医療においては、中国から伝来してきた漢方薬を中心とする生薬を用いた治療が中心であった。鎌倉時代以降、武家社会になり、全国各地で薬草園が開設され、江戸時代にはわが国独自の処方である本草学も発達してきた。医者（当時は薬師とも云われた）は、患者を診断したのち患者に見合った薬を調合して服用させることで治療してきた。また「富山の薬売り」に代表される配置販売業が発達し、いわゆる売薬と呼ばれる、医者の診断によらずに入手できる薬も販売されていた。従って、わが国において国民が自身の治療のために薬を入手する手段としては「医者にかかって医者から薬をもらう」あるいは、「市販の薬を自分で購入する」というのが慣わしであったといえる。

一方、江戸中期以降は鎖国が続いていたものの、長崎の出島ではオランダとの貿易が認められ、オランダ商館に駐在する医師や薬剤師を通じオランダ医学、薬物学がわが国にもたらされた。明治時代に入り政府は政治や軍事を中心

に、主にドイツより西欧文化を導入し近代化を協力を推進してきた。医療制度に関しても、当時ドイツから招いた軍医であるミュレルの提言により、診断を担う医師と、医薬品を取り扱う薬剤師が独立した医療専門職として医療に携わることが制度化された。これが「薬律」と呼ばれる 1889 年に発布された「薬品営業並薬品取扱規則」である。薬律により、従来の免許薬舗は「薬局」、免許薬舗主は「薬剤師」と呼ばれるようになり、わが国に「薬剤師」という言葉が誕生した。当時の薬剤師の定義は「薬局を開設し、医師の処方箋により薬剤を調合する者をいう」とされ、ヨーロッパでは当然の仕組みであった「医薬分業」が制度として明確化された。

しかしながら、薬律には附則として「医師は自ら診療する患者に限り（中略）自宅において薬剤を調合して販売授与することを得」という例外が定められており、実質的に院外処方箋の発行は進んでいなかった。第二次世界大戦後、GHQ の勧告により、いわゆる「医薬分業法案」が国会に上程されたものの、1955 年に可決された法案は、事実上「任意分業」を認めるものとなった。その後 1961 年にかけて国民皆保険制度が導入され、増大しつつあった医療費を適正化するためにも、実質的な医薬分業の推進が議論されるようになった。1974 年に診療報酬において医師の処方箋料が引き上げられたことで、全国的に処方箋発行がすすむようになった。後に「分業元年」と呼ばれる年である。その後 1985 年には医療法において地域における薬局に係る規定が設けられ、2008 年には院外処方箋発行率が 55% を超えたことを受け、医療提供施設に「調剤を実施する薬局」が明記された。厚生労働省（2016）医師・歯科医師・薬剤師調査の概況によれば、薬局に従事する薬剤師は 172,142 人であり、医療機関に従事する薬剤師数の約 3 倍である。また、1982 年の調査時から約 4 倍に増加していることから、医薬分業が進展してきたことが示されている。

一方で、病院においては医師の処方箋（院内処方箋）に基づく調剤、製剤が行われてきた。個人経営の診療所等では、「例外規定」により診断する医師が自ら、あるいはその指示監督の下、看護師等が調剤し、診療の窓口で薬を渡すことが多かった。一方多くの入院患者、外来患者を抱える病院では、診断を医師が担当し、医師が発行する院内処方箋をもとに薬剤師が調剤や製剤を担って

きた。前出の厚生労働省（2016）によれば、医療施設（病院、診療所）に従事する薬剤師は 58,044 人である。このうち約 90%は病院において従事しており、その数は 1982 年と比較しておよそ 2 倍になっている。この間、診療所は微増傾向にあるものの病院¹の数はほぼ変わらないことから、施設あたりの薬剤師数が増加しているといえる。病床の機能分化は進んでいるが、病床数自体は削減する傾向にあるため、病院あたりの規模の増大が理由とは考えにくい。一方で、感染症対策やがん治療、緩和医療における薬剤師業務が診療報酬上で評価されたことは、施設あたりの薬剤師数増加の要因の一つであると考えられる。この点は後述する。

また、いわゆる市販薬（Over-The Counter drug: OTC）を販売する店舗も、制度の変遷とともに、変化を遂げてきた。2014 年に薬事法が大きく改正され、名称も「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」（略称 医薬品医療機器等法）と改正された。厚生労働省（2018）によると、医薬品医療機器等法では、薬局とは「薬剤師が販売又は授与の目的で調剤の業務を行う場所」であり、それ以外の場所は「薬局」という名称を用いてはならないとされた。一方「主に要指導医薬品または一般用医薬品を店舗において販売または授与する」店舗は「店舗販売業」に区分されており、調剤業務は認められていない。要指導医薬品も一般用医薬品も、処方箋がなくても一般消費者が購入することができるが、要指導薬品は薬剤師による対面販売が義務付けられており、インターネットでの購入はできない。また一般用医薬品は「その効能および効果において作用が著しくないもの」「薬剤師その他医療関係者から提供された情報に基づき、需要による選択が目的とされているもの」とされているが、副作用のリスクの程度により第一類、第二類、第三類に分類されている。第一類医薬品は薬剤師でなければ販売できないが、第二類、三類は登録販売者と呼ばれる医薬品販売資格者が販売できる²。また、分類毎に販

¹ 医療法第一条において、入院施設（病床）が 20 以上のものを病院、19 以下のものを診療所と呼ぶことと定義されている。

² 一般用医薬品についても、薬剤師等は医薬品のリスクの情報提供に努めることとされていたが、店舗での薬剤師不在等の実態があること、比較的リスクの低い医薬品であっても、一律の情報提供を求めていること等が指摘されていた。このような背景を踏まえ「リスクの程度に応じた情報提供の重点化（メリ

売方法や販売記録の保管等に関する規制がある。この他、薬局以外の医薬品の販売形態として配置販売業が認められている。厚生労働省（2016）によると、店舗販売業・配置販売業に従事する薬剤師は11,759人である。

ここまでに述べた業種その他、薬剤師は、医薬品製造販売業等（30,265人）大学（5,046人）、衛生行政機関・保健衛生施設（保健所等）（6,813人）等、様々な職業に従事している（数字はいずれも厚生労働省（2016））。薬剤師法の第一条には、薬剤師の任務として「薬剤師は、調剤、医薬品の供給その他薬事衛生をつかさどることによって、公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保するものとする。」と定めている。また、世界規模で捉えると、WHOはPharmaceutical Careの諸相として「個々の患者のためのファーマシューティカルケア」と「地域におけるファーマシューティカルケア」を挙げ、それぞれにおける薬剤師の役割を述べている。薬剤師の本質的な存在意義は変わらないが、科学や医療技術の進歩、社会構造の変化とともに役割は大きく変わりつつある。次節では、昨今の社会情勢を踏まえて、今日の薬剤師の課題と期待される役割について述べる。

1.2.2 今日の薬剤師の課題と期待される役割

1.2.2.1 地域包括ケアにおける薬剤師の役割と「薬局ビジョン」

医薬分業の進展により、薬物療法の安全性・有効性の向上やそれに伴う医療保険財政の効率化は進みつつある。医薬分業のメリットの1つとして、医師が発行した処方内容が、個々の患者に適切であるかを薬剤師の視点からチェックすることが挙げられる（日本薬剤師会：医薬分業Q&A、online）。2013年の調査では、薬局が受け付ける年間7.9億枚の処方箋のうち約5%に当たる4,300万枚相当の処方箋に対して薬剤師が医師への疑義照会³している。また、院内

ハリ）と実効性の向上」、「一般用医薬品の販売にふさわしい、薬剤師以外の専門家の資質確保」を目的として、2006年薬事法（当時）の一部が改正され、2009年より現行の一般用医薬品販売制度が施行された（厚生労働省、2009）。

³ 処方箋に記載された医薬品について、用法用量や調剤方法、併用薬との相互作用等によりその適切性が疑われる場合等に、処方医に問い合わせること。薬剤師法第24条において「薬剤師は、処方箋中に疑わしい点があるときは、その処方箋を交付した医師、歯科医師又は獣医師に問い合わせ、その疑わしい

処方比べ、患者が薬をもらうための待ち時間の短縮が図られるだけでなく、薬の効果、副作用等に関する丁寧な説明を受けることができる。

また、今日では、特に高齢者医療における多剤併用のリスクが問題となっている。その解消のきっかけとしてブラウンバッグ運動⁴等の残薬（飲み残しの薬）の実態把握と、減薬の取り組みが行われている。約9割の薬局は交付する医薬品の減量を行っており、そのきっかけの約4割が薬剤師から患者への提案である等、残薬の解消にも貢献している。在宅医療での残薬管理によって、後期高齢者で推計約400億円の薬剤費の削減効果が見込めるとの報告がある。

また、薬剤師は後発医薬品の使用促進により医療保険財政の効率化等にも貢献している。後発医薬品への置き換えにより削減された金額は、2013年時点での推計での約4,000億円とされており2014年度の調査では、患者が後発医薬品に変更したきっかけは、約7割が薬剤師からの説明となっている。厚生労働省は2013年に「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」を策定し、2018年度から2020年度末までの間のなるべく早い時期に80%以上とする目標を、2017年に閣議決定した。後発医薬品の使用割合は年々上昇しており、2015年度の調査では56.2%であったが、2019年度では74.6%に上る（厚生労働省、2015）。

しかしながら、医薬分業における薬局の役割が十分に発揮されていないとする指摘も見られる。2015年の規制改革会議の検討で、「医薬分業推進の下での規制の見直し」が取り上げられ、「医療機関の周りにいわゆる門前薬局が乱立し、患者の服薬情報の一元的な把握の機能が必ずしも発揮できていない等、患者本位の医薬分業になっていない。」「医薬分業を推進するため、患者の負担が大きくなっている一方で、負担の増加に見合うサービスの向上や分業の効果等、本来の分業のメリットを実感できていない。」といった問題点が提示され

点を確かめた後でなければ、これによって調剤してはならない」と規定されている。

⁴ アメリカの薬局において1980年代に開始された、医師から処方された患者の飲み残しの薬を回収して整理し、薬物療法の適正化を試みた。茶色い紙の買い物袋に入れて持参を促したことからこの名前がついたといわれる。全国各地の薬剤師会で、同様の取り組みがなされている。

た。また、「薬剤服用歴を記録することなく診療報酬上の薬剤服用歴管理指導料を算定していた。」「薬局において、薬剤師以外の者が軟膏剤の混合を行っていた。」といった、国民からの薬剤師・薬局への信頼を揺るがしかねない事案も発生しており、薬剤師・薬局のあり方自体が大きく問われる状況となっている。

一方で、少子高齢化を背景に進展しつつある在宅医療において、薬局・薬剤師の役割が高まりつつある。2000年に介護保険制度が創設されて以来、介護サービスの利用者は着実に増加しており、団塊の世代の約800万人が75歳以上になる2025年以降は、高齢者の医療や介護の需要がさらに増加することが見込まれている。2005年の介護保険法改正で「地域包括ケアシステム」という用語が初めて使われ、2011年の同法改正では、条文に「自治体が地域包括ケアシステム推進の義務を担う」と明記され、システムの構築が義務化された。一方で、介護と医療の制度の壁により制度と利用者の実態との乖離が叫ばれる中で、2015年の同法改正では、地域包括ケアシステムの構築に向けた在宅医療と介護の連携推進、地域ケア会議の推進、「介護予防・日常生活支援総合事業」の創設等が取り決められた。厚生労働省は、2013年、2014年の地域包括ケア研究会報告書のなかで、地域包括ケアシステムの構成要素として「住まいと住まい方」「生活支援」「介護」「医療」「予防」の5つを掲げた（厚生労働省、2013）。その中では、個々人の抱える課題に合わせて「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」が専門職によって提供される（有機的に連携し、一体的に提供）。ケアマネジメントに基づき、必要に応じて生活支援と一体的に提供すべきであると述べられている。薬剤師が患者宅を訪問し服薬指導や薬剤管理指導等を実施する訪問薬剤管理指導業務は、従来の医療保険に基づく在宅薬剤管理指導だけでなく、介護保険を活用した居宅療養管理指導としても実施されており、その重要性はますます高まりつつある。

こうした状況を踏まえ、同年、厚生労働省（2015）は「患者のための薬局ビジョン～「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ」（以下薬局ビジョン）を策定した。薬局ビジョンは、「患者本位の医薬分業の実現に向けて、かかりつけ薬剤師・薬局の今後の姿を明らかにするとともに、団塊の世代が後期

高齢者（75 歳以上）になる 2025 年、更に 10 年後の 2035 年に向けて、中長期的視野に立って、現在の薬局をかかりつけ薬局に再編する道筋を提示するものである。」(p.5) とし、その基本的な考え方として次の 3 点が示された。

① ～立地から機能へ～

- ・ いわゆる駅前薬局等立地に依存し、便利さだけで患者に選択される存在から脱却し、薬剤師としての専門性や、24 時間対応・在宅対応等の様々な患者住民のニーズに対応できる機能を発揮することを通じて患者に選択してもらえようにする。

② ～対物業務から対人業務へ～

- ・ 患者に選択してもらえる薬剤師・薬局となるため、専門性やコミュニケーション能力の向上を通じ、薬剤の調製等の対物中心の業務から、患者・住民との関わりの度合いの高い対人業務へとシフトを図る。

③ ～バラバラから 1 つへ～

- ・ 患者・住民がかかりつけ薬剤師・薬局を選択することにより、服薬情報が 1 つにまとまり、飲み合わせの確認や残薬管理等安心できる薬物療法を受けることができる。
- ・ 薬剤師・薬局が調剤業務のみを行い、地域で孤立する存在ではなく、かかりつけ医を始めとした多職種・他機関と連携して地域包括ケアの一翼を担う存在となる。

以上の基本的な考え方をもとに、かかりつけ薬剤師・薬局の今後のあるべき姿や、かかりつけ薬剤師・薬局が持つべき機能、かかりつけ薬剤師・薬局の実現に向けた対応策が示された。その具体例として掲げられたのが、「KPI (Key Performance Indicator) を活用した PDCA サイクルの実施」および「ICT を活用した服薬情報の一元的・継続把握推進」である。

さらに、翌 2016 年には、「薬局ビジョン」の実現をより強力に推進するために設置された「患者のための薬局ビジョン実現のためのアクションプラン検討委員会」は、薬剤師・薬局が抱える現状の課題とその解決のための方策、参考となる事例等を報告書としてとりまとめた。2017 年の厚生労働省告示により、かかりつけ薬局となる基本的な機能を有する薬局として「健康サポート薬局」の基準が定められ、薬局としての施設基準や勤務する薬剤師の資質（認定薬剤師の取得等）を満たす薬局は「健康サポート薬局」を標榜することが可能となった。

このように、医薬分業の進展、地域包括ケアの推進にともない、薬局・薬剤師の役割は拡大しつつある。

1.2.2.2 チーム医療における薬剤師の役割の高まり

高齢社会を迎え、医療の高度化、複雑化が進む中で、室の高い医療を提供していくために、様々な医療スタッフが、各々の高い専門性のもとで互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供する「チーム医療」が求められている。2010 年 4 月の厚生労働省医政局長通知（医政発 0430 第 1 号）「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」では、現行法のなかで医師以外の医療スタッフが実施することができる業務の内容が示された。

チーム医療において薬剤の専門家である薬剤師が主体的に薬物療法に参加することが求められる一方で、現状では病棟や在宅医療の場面では薬剤師が十分に活用されておらず、本来薬剤師が担うべき注射剤の調製（ミキシング）や副作用のチェック等の薬剤の管理業務を、医師や看護師が行っている場面も少なくない。そこで、現行制度の下で薬剤師が実施することができることから、薬剤師を積極的に活用することが望まれている。同通知では、その例として以下のような業務が示された。

- ① 薬剤の種類、投与量、投与方法、投与期間等の変更や検査のオーダー⁵について、医師・薬剤師等により事前に作成・合意されたプロトコールに基づき、専門的知見の活用を通じて、医師等と協働して実施すること。
- ② 薬剤選択、投与量、投与方法、投与期間等について、医師に対し、積極的に処方を提案すること。
- ③ 薬物療法を受けている患者（在宅の患者を含む。）に対し、薬学的管理（患者の副作用の状況の把握、服薬指導等）を行うこと。
- ④ 薬物の血中濃度や副作用のモニタリング等に基づき、副作用の発現状況や有効性の確認を行うとともに、医師に対し、必要に応じて薬剤の変更等を提案すること。
- ⑤ 薬物療法の経過等を確認した上で、医師に対し、前回の処方内容と同一の内容の処方を提案すること。
- ⑥ 外来化学療法を受けている患者に対し、医師等と協働してインフォームドコンセントを実施するとともに、薬学的管理を行うこと。
- ⑦ 入院患者の持参薬の内容を確認した上で、医師に対し、服薬計画を提案する等、当該患者に対する薬学的管理を行うこと。
- ⑧ 定期的に患者の副作用の発現状況の確認等を行うため、処方内容を分割して調剤すること。
- ⑨ 抗がん剤等の適切な無菌調製を行うこと。

同年 10 月には日本病院薬剤師会が、「厚生労働省医政局長通知（医政発 0430 第 1 号）『医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について』日本病院薬剤師会による解釈と実践事例（Ver. 1.0）』を示し、「通知に例示された業務は今後の薬剤師の標準業務の中に位置づけられる」としたうえで、通知に示された業務の解釈と具体例を提示した。具体的には、各通知項目について、具体的な業務の文脈においてどのような薬剤師の関わりができるのかを「解釈」で示し、続けて具体的な疾患の薬物療法やチーム医療場面におけ

⁵ 薬効の確認、副作用発現の予防等を目的として、患者の病態や薬物血中濃度を把握するための臨床検査の実施を医師に依頼する場合がある

る業務実践を「具体例」として例示した。2016年4月には、4年間をへて蓄積された実践例をさらに加えた Ver. 2.0 を提示した。

1.2.2.3 学校教育における薬剤師の役割

地域における薬剤師の役割の1つとして、学校薬剤師の活動が挙げられる（日本薬剤師会：学校薬剤師とは、Online）。学校保健安全法では、大学以外の学校（幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、高等学校、中等教育学校、特別支援学校、高等専門学校）には学校薬剤師を置くことが義務付けられている。また、認定こども園及び専修学校も同法が準用され、学校薬剤師を置くこととなっている⁶。

学校薬剤師の配置が義務化された背景には、1930年、小樽市の小学校で発生した事故があるといわれる（西川、2010）。同校において風邪をひいた女子児童に、解熱鎮痛剤であるアスピリンを服用させるべきところを、当時消毒薬として用いていた塩化第二水銀（昇汞）を服用させたために死亡させてしまったという痛ましい事故が起きた。この事件をきっかけに、学校における医薬品の管理を指導するために学校に薬剤師を配置することとなり、翌1931年に小樽市が学校薬剤師を委嘱することとなった。その後、この流れは全国に波及し、1958年には学校保健法が制定公布され、学校には学校医、大学以外の学校には学校歯科医又は学校薬剤師を置くものとする、と定められた。学校薬剤師の多くは通常は病院や薬局に勤務する薬剤師であり、委嘱を受けて学校薬剤師の任につく。学校薬剤師の主な業務は次のとおりである。

- ・学校薬事衛生（薬品類の使用・保管等）の維持管理
- ・学校環境衛生（換気、採光、照明等）の維持管理（1958年より）
- ・健康相談、保健指導（2009年より）

⁶ 学校保健安全法 第23条 学校には学校医を置くものとする。
第2項 大学以外の学校には学校歯科医及び学校薬剤師を置くものとする。
第3 学校医、学校歯科医及び学校薬剤師は、それぞれ医師、歯科医師及び薬剤師のうちから任命し、又は委嘱する。
第4 学校医、学校歯科医及び学校薬剤師は、学校における保健管理に関する専門的事項に関し、技術及び指導に従事する。

学校保健衛生上のニーズの広がりとともに、時代と共に学校薬剤師の役割も変わりつつある。2012年度からは、中学校保健体育で「医薬品の正しい使い方」の学習が組み込まれるようになった。国民医療費の高まりとともにセルフメディケーションが推進され、医療用医薬品として使用されていたものが、数多く市販薬（スイッチ OTC）として販売されるようになり、市販薬とはいえど使い方を誤れば大きなリスクとなるものもある。加えて、一部規制はあるものの、2014年からは市販薬がインターネットで購入できるようになり、医薬品に関する正しい知識を身につけることの重要性が高まりつつある。さらに近年は、喫煙や危険ドラッグ等違法薬物の乱用も若年齢化しており、その防止活動、教育も学校薬剤師が担うテーマとなっている。

1.3 薬学教育の現状

1.3.1 薬学教育の変遷

前節で述べたように、少子高齢化、医療の高度化に伴い、薬剤師の役割は重要視されるようになり、より幅広くかつ高度な能力が求められるようになった。本項では、小村（2011）や日本薬学教育学会（2016）を参考に、薬学教育6年制教育導入の経緯を概観する。

1991年文部省（当時）の大学設置基準の大綱化をうけて、1996年に大学教育者からなる「薬学教育の改善に関する調査協力者会議」が設置された。同年3月に「薬学教育の改善について（最終まとめ）」が公表され、参考として「薬系大学のモデルカリキュラム（シラバス付）」が示された。これは、わが国最初の薬学教育モデルカリキュラムである。同カリキュラムでは、従来の4年制教育を踏襲しつつ、医療薬学の充実と1ヶ月程度の実務実習により学部教育で薬剤師全体の資質向上を計り、薬剤師免許取得後に大学院で2年間をかけて高度専門職業人育成を提案する、いわゆる「4+2案」であった。このモデルカリキュラムをもとに、一部の大学院の修士課程に臨床薬学専攻等が設置された。一方で同報告は大学教育者のみから構成された委員での議論であり、職能団体である日本薬剤師会、日本病院薬剤師会の意向は汲み取られることはなく、不満を残すこととなった。

そこで、1996年に文部省、厚生省（当時）、日本薬剤師会、日本病院薬剤師会の関係者による薬剤師養成問題の意見交換の場として、「薬剤師養成問題懇談会」（通称四者懇）が設置された。しかしながら教育に関する議論が深まらないことを受け、新たに国立大学薬学部長会議と私立薬科大学協会を加え、「新六者懇」として協議が進められた。思うように議論は進展しなかったが、2002年に同懇談会において薬剤師養成問題の課題が取りまとめられて公表されたことを受け、厚生労働省は同年「薬剤師問題検討会」を設置し、薬剤師国家試験受験資格等について審議し、2003年の中間報告で「20世紀末に6年制とし、薬剤師国家試験受験資格として長期（6ヶ月以上）実務実習を受けること」という基本方針を発表した。一方、文部科学省は2002年に「薬学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議」を設置した。2004年に提出された同会議の最終報告では、1) 医療技術や医薬品の創製・適用における科学技術の進歩、医薬分業の進展等、薬学をめぐる状況が大きく変化してきている中、薬剤師を目指す学生には、基礎的な知識・技術はだけでなく、豊かな人間性、高い倫理観、医療人としての教養、課題発見能力・問題解決能力、現場で通用する実践力等を身につけることが求められていること、2) このため、各大学で教養教育を充実しつつ、モデル・コアカリキュラムに基づく教育を進めるとともに、特に臨床の現場で相当期間の実務実習を行う等、実学としての医療薬学を十分に学ばせる必要があること、3) 各大学がモデル・コアカリキュラムに基づく教育に加えて、それぞれの個性・特色に応じたカリキュラムを編成することが必要であること、4) こうした様々な要請に応えるには、薬学教育の現状の修業年限（4年間）は薬剤師養成には十分な期間とは言えず、今後は、6年間の教育が必要であること、が提言された（文部科学省、2004）。

また、教育制度の在り方として、薬剤師養成のための薬学教育は6年間の学部教育を基本とするが、多様な人材の養成といった薬学教育の果たす役割にも配慮して4年間の学部教育も必要である、とされた。そこで、中央教育審議会は同年、薬学教育の修業年限や設置基準の在り方等をまとめた「薬学教育の改善・充実について（答申）」（中央教育審議会、2004）を文部科学省に提出した。

答申では、医薬品の安全使用や薬害の防止といった、社会的要請に応えるため、薬剤師の養成のための薬学教育は、教養教育や医療薬学を中心とした専門教育及び実務実習を有機的に組み合わせた教育課程を編成し、効果的な教育を実施する必要があるとした。さらには、諸外国における薬剤師の養成のための薬学教育の実施状況を見ると6年間の教育が行われている例が多いことも踏まえ、薬剤師の養成を目的とする薬学教育は、学部修業年限を4年から6年に延長することが適当であるとした。一方で、従来の4年制薬学教育では、薬剤師の養成だけでなく、生命科学研究、創薬に関する研究、開発、医薬品情報提供、衛生行政等、様々な分野の人材を育成してきた。このため、薬学系の基礎教育を中心とした教育を行う4年の学部・学科を存続させることも必要であるとした。

このため同答申では、薬剤師を養成する教育課程は修業年限を6年、創薬研究等基礎薬学を担う人材を養成する教育課程は修業年限を4年とし、各々の人材養成の目的に応じた適切な教育課程の構築が不可欠であり、6年生学部・学科には「モデル・コアカリキュラム」を参考にしつつ、主として医療薬学及び実務実習の拡充が図られる必要があるとした。また、こうした教育を提供するための大学の設置基準が示された。

中教審の答申を受けて、2004年6月に、薬学教育を6年制とするための学校教育法の一部を改正する法案が国会で可決された。その際に、次の点が附帯決議に盛り込まれた。

- ① 医療薬学充実のため、指導体制の整備、教育・実習設備の確保に努めること
- ② 第三者評価体制の整備に努めること → 薬学教育評価機構の設立
- ③ 薬剤師の生涯学習の充実
- ④ 国際競争力を持つ創薬等の研究開発人材の育成に努めること
- ⑤ 実務実習の円滑な実施のため、共用試験の導入について検討すること

- ⑥ 4年制と6年制の学部・学科の並立により、受験生に混乱が生じないように、両学部・学科の目的・内容の違いについて十分な情報提供を行うとともに、転部・編入学等も活用して、制度の弾力的運用を多様な人材の受入に努めること

さまざまな課題は残しつつも、改正学校教育法は2006年度から施行され、薬剤師養成過程のための薬学教育は6年制となった。図2に制度移行のイメージを示す。

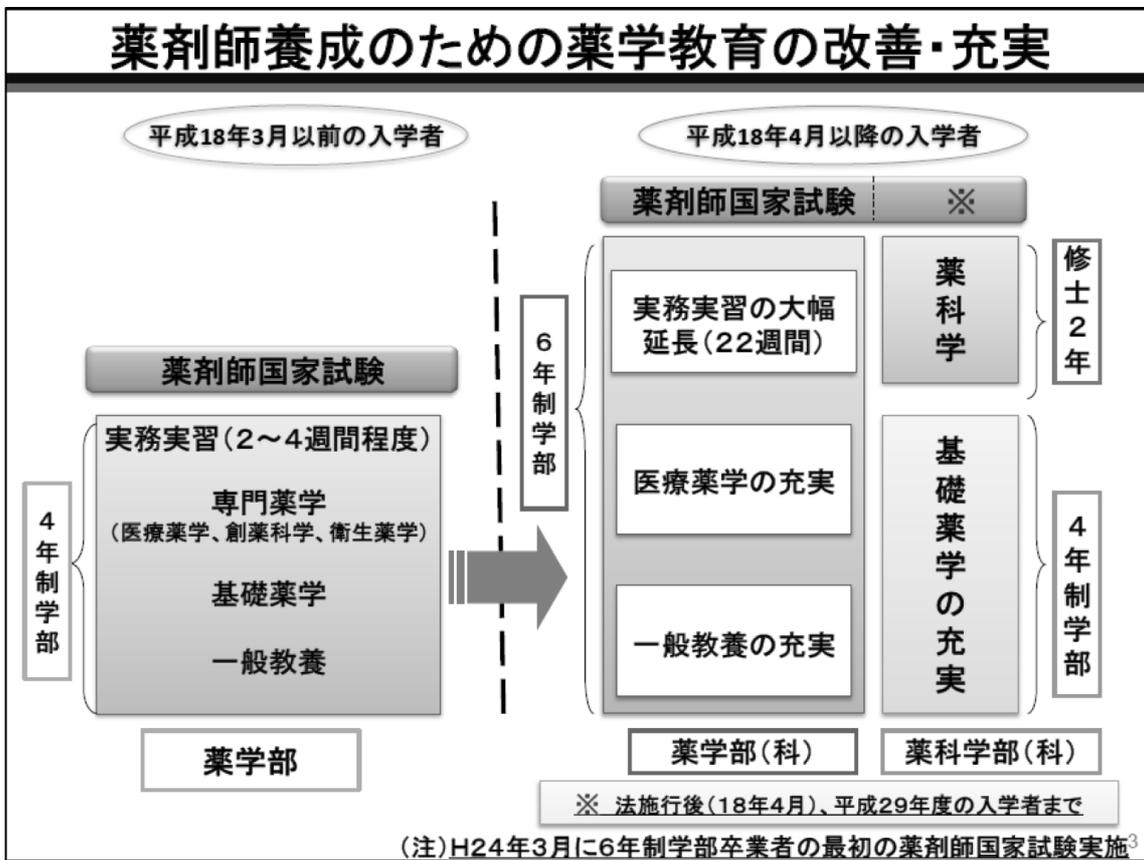


図2 薬剤師養成のための薬学教育6年制移行のイメージ

(厚生労働省、2011)

1.3.2 薬学教育カリキュラム

1.3.2.1 薬学教育モデル・コアカリキュラム策定の経緯

2001年に国立大学薬学部長会議と私立薬科大学協会がそれぞれのカリキュラム案を提出したことを受け、「薬剤師養成問題検討懇談会（六者懇）は、日本薬学会に両案を踏まえた統一案の策定を委託した。薬学会は、「薬学教育カリキュラムを検討する協議会」を設置し、新たなカリキュラムの検討を進め、国公私立大学、日本薬剤師会、日本病院薬剤師会、日本製薬工業協会、文部科学省、厚生労働省等関連団体にも意見を求め作成した、日本薬学会編「薬学教育モデル・コアカリキュラム、薬学教育実務実習・卒業実習カリキュラム（日本薬学会、2002）」を公表した。しかしながら、時間的制約もあり、日本薬学会編の実務実習に関するカリキュラムは十分に検討されなかった。そこで「薬学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議」は2003年に「実務実習モデル・コアカリキュラム作成に関する小委員会」を設置した。大学関係者、病院関係者、薬局関係者で構成される作業部会では、実習の実施時期を見据え議論を重ね、同年12月に「実務実習モデル・コアカリキュラム」を公表した。

1.3.2.2 薬学教育モデル・コアカリキュラムの概要

「薬学教育モデル・コアカリキュラム」は、先行して導入されていた医学教育モデル・コアカリキュラムを参考に、学生主体の表現で学習目標を提示するGIO（General Instructive Objectives：一般教授目標）/SBO（Behavioral Objectives：個別行動目標）方式で記載された⁷。コアカリキュラムでは、全体を3領域（A. 全学年を通して：ヒューマニズムについて学ぶ、B. イントロダクション C. 薬学専門教育）に分類し、それぞれに学習領域毎に、包括的な表現でGIOとして一般目標が示され、GIOを達成するための具体的な到達目標としてSBOが設定された。SBOはその性質毎に「知識」「技能」「態度」が明記された。

⁷ 薬学教育モデル・コアカリキュラムでは、GIOを「一般目標」、SBOを「到達目標」と表記している。

また、「実務実習モデル・コアカリキュラム」は、薬局 2.5 ヶ月、病院 2.5 ヶ月の長期実習を通じて行う、従来の「見学型」ではなく「参加型」の実務実習を想定して構築された。表記方法は薬学教育モデル・コアカリキュラムと同様に GIO/SB0 形式である。全体を「事前学習」「薬局実習」「病院実習」に分けるとともに、各実習先でどのように実習を実施すればよいかの一助として、学習方略案もあわせて示された。

薬学教育モデル・コアカリキュラムの導入に当たっては、各大学のカリキュラム全体のうちコアカリキュラムの内容を全体の 7 割程度として組み入れ、残りの 3 割程度は各大学にて特色のある教育を実施するとのガイドラインが前文に明記された。

1.3.2.3 薬学教育モデル・コアカリキュラムの改訂

2006 年に施行された 6 年制薬学教育カリキュラムは、薬学教育モデル・コアカリキュラム、実務実習モデル・コアカリキュラムに沿って順調に実施されてきた。一方で、作成されたモデル・コアカリキュラムが、必ずしも薬剤師養成を目的とする 6 年制薬学教育のみを想定したものではなかったことや、コアカリキュラム策定後の薬学領域の進歩や法改正等の社会情勢の変化等によって、教育内容もその実態に合わせ必要性が生じてきた。そこで、2011 年に「薬学教育モデル・コアカリキュラム改訂に関する専門研究委員会」が文部科学省に設置された。専門委員会は関係諸団体へのヒアリングをもとに、6 年制薬学教育のアウトカムとしての「薬剤師に求められる基本的資質（案）」を作成し、全国の薬系大学を対象に、コアカリキュラム改訂に関する方針等についてアンケート調査を行った。これらを踏まえ、専門委員会は、①6 年制薬学部・学科の学士課程教育に特化した内容とすること、②2 つに分かれていた薬学教育モデル・コアカリキュラム、実務実習モデル・コアカリキュラムを関連付けてひとつのコアカリキュラムとして作成すること、③薬剤師として求められる資質を明確にし、その資質を身に着けるために学ぶという形で編成すること、という基本方針を決定した。その後文部科学省の委託を受けて、日本薬剤師会に「薬学教育モデル・コアカリキュラムおよび実務実習モデル・コアカリ

キュラムの改訂に関する調査研究委員会」が設置され、全国の薬系大学 74 大学や職能団体等関連団体らも参画し、123 名による改訂チームメンバーが選出され、領域毎に具体的な改訂作業が進められた。

改訂コアカリキュラム（文部科学省、2013）は、A. 基本事項、B. 薬学と社会、C. 薬学基礎、D. 衛生薬学、E. 医療薬学、F. 薬学臨床、G. 薬学研究から構成されている。特徴として、卒業時に身に付けているべきアウトカムである「薬剤師として求められる 10 の基本的な資質」の修得に向けて学習目標が展開されるとした、学習成果基盤型（Outcome-based）教育を導入したこと、医学教育モデル・コアカリキュラムにはない「薬学研究」や「教育能力の醸成」を組み込んでいることが挙げられる。

1.3.3 薬学共用試験

1.3.3.1 薬学共用試験実施の経緯

6 年制薬学教育にともなって参加型実務実習を導入するにあたり問題となったのは、無資格者である薬学生が、薬局や病院等の医療現場で薬剤師業務を行うことの法的根拠であった。参加型実務実習を先行して実施していた医学・歯学教育が導入している共用試験に倣い、薬学教育においても共用試験の導入が、薬学教育モデル・モデルコアカリキュラムの作成と並行して議論された。共用試験は、無資格者である学生が臨床現場で参加型実習を行うにあたり、最低限の知識と技能、態度を身につけていることを担保する、いわば「質保証」の仕組みである。しかしながら、医学、歯学教育における実務実習は、学生が所属する大学の附属病院で実施されるのに対し、薬学教育の多くは所属する学生すべてを受け入れる附属施設例はほぼない。このため、実務実習は学外に頼らざるを得ないという点で、医学・歯学とは異なるスタンスで共用試験を設定する必要があった。

その後全国の薬系大学の教育担当者が参加する薬学教育者アドバンストワークショップ⁸等において、モデル・コアカリキュラムのなかで実務実習前に修

⁸ 6 年制薬学教育のあり方を議論するための組織として、日本薬学会において日本薬学会薬学教育改革大学人会議（2004 年～2011 年）が設置された。こ

得しておくべき項目や評価方法について議論された。その結果、医学教育に倣い、CBT(Computer Based Test)で知識を、OSCE (Objective Structured Examination) で実技・態度を評価することとなった。また、共用試験の実施主体として、2006年に特定非営利活動法人薬学共用試験センターが発足し、今日までその運営を担っている。

1.3.3.2 薬学共用試験の概要

薬学共用試験は、全国の6年制薬学科の4年次学生が、原則として12月1日から1月31日の間に受験することとされている。本試験で不合格となった学生は再試験を受験するが、さらに不合格となった場合は実務実習に参加することは認められない。本試験の合格によって、実務実習に必要な知識と技能が担保される期間は一年間であり、なんらかの理由で一年以内に実務実習を開始できなかった場合、再度、共用試験を受験しなければならない。

CBTは、薬学生が実務実習を行うために必要な知識、態度が、一定の基準に達しているかを、コンピュータを使って客観的に評価するものである。各受験生は、PCの画面に提示された問題に、画面上で解答する。出題範囲はゾーン1（物理、化学、生物系薬学 100題）、ゾーン2（医療薬学 110題）、ゾーン3（基本事項、薬学と社会、衛生薬学、薬学臨床 100題）の合計310題から構成されており、正答率60%以上で合格となる。全て多肢選択式であり、複合的な知識を問うものはなく、特別な準備をしなくても正答率が70~80%となることを想定している。なお、CBTで出題される問題は、ゾーン毎の問題数はかわらないが、問題の内容は受験生ごとに異なる。しかし、体験受験や過去の試験の結果から各問題の正答率が得られており、各受験生に出題される合計310題の問題群は、この期待正答率の和が等しくなるように組み合わせで作成されるため、各受験生が受験するCBTの難易度は変わらない仕組みになっている。

の間、教育と研究、教養試験、薬学教育第三者評価、実務実習をテーマとして計14回の「薬学教育アドバンスワークショップ」が開催された。

OSCEは、実務実習で求められる一定レベルの技能、態度が身についているかを評価する実技試験である。学生は①患者応対、②薬剤の調整（2課題）、③調剤鑑査、④無菌操作の実践、⑤情報の提供の5種類6課題を受験し、すべてに合格しなければならない。試験は1ブース1名の受験者に対して、評価の信頼性を高めるために2名の評価者が共通の評価規準（チェックリスト）を用いて評価をして実施される。コミュニケーション系の課題である①患者応対、⑤情報の提供では、患者とのロールプレイが課題となる。従って、患者役となる模擬患者は、すべての学生に対して同じように患者役を演じなければならない。OSCEのように一定の対応を何度も繰り返し演技するようにトレーニングされた模擬患者を、わが国では標準模擬患者と呼んでいる⁹。

1.3.4 薬学実務実習

1.3.4.1 薬学実務実習の導入の経緯と現状

前述したように、1993年から大学院にて臨床薬学専攻を設置した大学も含め、4年制教育の時代から病院実習を中心に臨床実習を導入していた大学もあるが、その数は限られていた。また、実習期間も一ヶ月程度と短いケースがほとんどであったことから、実習内容は見学が中心であった。医師、歯科医師と同様に、臨床現場におけるプロフェッショナルとしてその役割を果たすためには、参加型実習は不可欠であった。十分な期間の実務実習を行うことは、薬学教育年限延長の背景の一部でもあった。実務実習モデル・コアカリキュラムの作成と平行して、実習機関の確保、実習先への学生の振り分け、実習指導を担当する指導薬剤師の養成等、実習にまつわる様々な業務の調整を行う機関として、2008年に病院・薬局実務実習中央調整機構委員会が発足し、原則として各地区の調整機関が実質的にその役割を果たすこととなった。2010年から6年制長期実務実習が開始された。

その後、医療、保健、福祉等における社会的ニーズに貢献できる薬剤師育成等の観点から、「薬剤師として求められる基本的な資質」を策定し、学生が卒業時までにはその資質を身に付けるため（学習成果基盤型教育，outcome-based

⁹ 「模擬患者」、「標準模擬患者」については、第2章で詳しく述べる。

education) に薬学教育モデル・コアカリキュラムが 2013 年に改訂された。改訂モデル・コアカリキュラムでは事前・病院・薬局実習が「薬学臨床」に一本化され、「安全で有効な薬物療法の提案とそれを実施・評価できる能力の修得」、および「チーム医療・地域医療への参画能力の修得」に新たな力点が置かれた。これに従って、「薬学実務実習に関するガイドライン」(文部科学省、2017) が作成され、大学が主導的な役割を果たし、実習を行う実習施設(病院及び薬局)と円滑に連携して、実習の水準の確保・向上を図ることを求めている。

実務実習は医療現場における薬剤師の役割を体得するとともに、臨床に係る実践的能力を培うために必須なものである。そのため、実習内容の均質化と参加型の質の高い実習を行うことが基本となる。また改訂モデル・コアカリキュラムでは、実習生が実習期間中に継続的に関わる必要がある「代表的な疾患(がん、高血圧症、糖尿病、心疾患、脳血管障害、精神神経疾患、免疫・アレルギー疾患、感染症)」が新たに規定された。

2019 年度(実質的には 2019 年 2 月)から実施される改訂コアカリキュラムによる実務実習は、薬局実習、病院実習の順に 11 週間ずつの実習を連続して実施することとされた。これまでは薬局実習と病院実習が独立して実施されてきたが、改訂実務実習では両者が連携をとり、一貫性のある指導内容とすること、施設間の連携については大学が主導的に関わることを求められている。評価についても、従来の SB0 単位での評価ではなく、複数の知識、技能、態度が組み合わせた業務単位としてパフォーマンス評価を導入し、ルーブリックや実習記録等の複数の評価方法を組み合わせによって行われる。

1.3.4.2 実務実習指導薬剤師

6 年制薬学教育の実施に当たり検討すべき事項の 1 つとして、「教員資格を持たない薬局、病院の薬剤師が実務実習において教育を担うことの法的根拠」が挙げられた。これを解決すべく、厚生労働省の補助事業として 2005 年に財団法人(当時)日本薬剤師研修センターが認定実務実習指導薬剤師の養成を開始した。2010 年に補助事業は終了し、その後は薬剤師研修センターの独自事

業となったが、その実施主体は各地区の調整機構や薬剤師会等が担っている（日本薬剤師研修センター：認定実務実習指導薬剤師認定制度実施要領、Online）。

認定実務実習指導薬剤師の応募要件として、5年以上の薬剤師実務経験、一定レベルの薬剤師業務を実施する薬局または病院に勤務するもの等があり、さらに認定要件として、2日間の指導薬剤師養成ワークショップの参加、5日間の座学形式の講習会の受講が求められている。ワークショップの内容は、医学教育で実施されてきた指導医養成ワークショップを手本とし、カリキュラムの三要素である学習目標、学習方略、評価方法の立案を中心にグループディスカッションの技法や実務実習モデル・コアカリキュラムの内容を学ぶものとなっている。改訂モデル・コアカリキュラムでは、学習成果基盤型教育の考え方を基にしており、評価方法にルーブリックを導入する等の変更点も生じたことから、指導薬剤師養成ワークショップの内容も一部修正された。開始当初は当面7,000名の指導薬剤師の養成が目標に掲げられたが、2018年12月31日現在で24,955名（病院：8,453名 薬局：16,502名）の指導薬剤師が認定されている（日本薬剤師研修センター：認定実務実習指導薬剤師の認定者名簿、Online）。

1.3.5 薬学教育におけるコミュニケーション教育の現状

これまでに述べたように、近年の薬剤師業務は従来の「モノ」としての医薬品の調剤や供給だけでなく、その「情報」を扱う対人業務が大きな役割を占めてきている。当然、患者と関わる頻度も増加し、単なる情報収集や情報提供に留まらず、患者や家族の心理面に配慮した関わりも求められる。こうした状況に鑑み、改訂モデル・コアカリキュラム（文部科学省、2013）に掲げられた「薬剤師に求められる基本的な資質」の1つとして、

（コミュニケーション能力）

患者・生活者、他職種から情報を適切に収集し、これらの人々に有益な情報を提供するためのコミュニケーション能力を有する。

が掲げられている。この資質を身につけるために、モデル・コアカリキュラムでは様々な学習目標が設定されている。コミュニケーション能力に関連する主な学習目標をあげる。

A. 基本事項

(3) 信頼関係の構築

G10 患者・生活者、他の職種との対話を通じて相手の心理、立場、環境を理解し、信頼関係を構築するために役立つ能力を身につける。

SBO

【①コミュニケーション】

1. 意思、情報の伝達に必要な要素について説明できる。
2. 言語的及び非言語的コミュニケーションについて説明できる。
3. 相手の立場、文化、習慣等によって、コミュニケーションの在り方が異なることを、例を挙げて説明できる。
4. 対人関係に影響を及ぼす心理的要因について概説できる。
5. 相手の心理状態とその変化に配慮し、対応する。(態度)
6. 自分の心理状態を意識して、他者と接することができる。(態度)
7. 適切な聴き方、質問を通じて相手の考えや感情を理解するように努める。(技能・態度)
8. 適切な手段により自分の考えや感情を相手に伝えることができる。(技能・態度)
9. 他者の意見を尊重し、協力してよりよい解決法を見出すことができる。(知識・技能・態度)

【②患者・生活者と薬剤師】

1. 患者や家族、周囲の人々の心身に及ぼす病気やケアの影響について説明できる。
2. 患者・家族・生活者の心身の状態や多様な価値観に配慮して行動する。(態度)

(4) 多職種連携協働とチーム医療

G10 医療・福祉・行政・教育機関及び関連職種の連携の必要性を理解し、チームの一員としての在り方を身につける。

SBO

1. 保健、医療、福祉、介護における多職種連携協働及びチーム医療の意義について説明できる。
2. 多職種連携協働に関わる薬剤師、各職種及び行政の役割について説明できる。
3. チーム医療に関わる薬剤師、各職種、患者・家族の役割について説明できる。
4. 自己の能力の限界を認識し、状況に応じて他者に協力・支援を求める。(態度)
5. チームワークと情報共有の重要性を理解し、チームの一員としての役割を積極的に果たすように努める。(知識・態度)

F. 薬学臨床 (※ 前) は実務実習前に修得しておくことを想定している)

SBO

(2) 処方箋に基づく調剤

【④患者・来局者応対、服薬指導、患者教育】

1. 前) 適切な態度で、患者・来局者と応対できる。(態度)
2. 前) 妊婦・授乳婦、小児、高齢者等への応対や服薬指導において、配慮すべき事項を具体的に列挙できる。

3. 前) 患者・来局者から、必要な情報（症状、心理状態、既往歴、生活習慣、アレルギー歴、薬歴、副作用歴等）を適切な手順で聞き取ることができる。（知識・態度）
4. 前) 患者・来局者に、主な医薬品の効能・効果、用法・用量、警告・禁忌、副作用、相互作用、保管方法等について適切に説明できる。（技能・態度）
5. 前) 代表的な疾患において注意すべき生活指導項目を列挙できる。
6. 前) 患者・来局者に使用上の説明が必要な製剤（眼軟膏、坐剤、吸入剤、自己注射剤等）の取扱い方法を説明できる。（技能・態度）
7. 前) 薬歴・診療録の基本的な記載事項とその意義・重要性について説明できる。
8. 前) 代表的な疾患の症例についての患者対応の内容を適切に記録できる。（技能）
9. 患者・来局者に合わせて適切な対応ができる。（態度）
10. 患者・来局者から、必要な情報（症状、心理状態、既往歴、生活習慣、アレルギー歴、薬歴、副作用歴等）を適切な手順で聞き取ることができる。（知識・態度）
11. 医師の治療方針を理解した上で、患者への適切な服薬指導を実施する。（知識・態度）
12. 患者・来局者の病状や背景に配慮し、医薬品を安全かつ有効に使用するための服薬指導や患者教育ができる。（知識・態度）
13. 妊婦・授乳婦、小児、高齢者等特別な配慮が必要な患者への服薬指導において、適切な対応ができる。（知識・態度）
14. お薬手帳、健康手帳、患者向け説明書等を使用した服薬指導ができる。（態度）
15. 収集した患者情報を薬歴や診療録に適切に記録することができる。（知識・技能）

また、改訂モデル・コアカリキュラムと合わせて、例示として公表された「薬学準備教育ガイドライン」では、コミュニケーションの前提としての対人理解に必要な行動や心理に関する学習目標として、次のような学習目標を例示している。各大学では、必要に応じてこれらの目標を含めたカリキュラムを導入している。

(2) 人の行動と心理

G10 人の行動と心理に関する基本的な知識と考え方を修得する。

SBO

【①人の行動とその成り立ち】

1. 行動と知覚、学習、記憶、認知、言語、思考、性格との関係について概説できる。
2. 行動と人の内的要因、社会・文化的環境との関係について概説できる。
3. 本能行動と学習行動について説明できる。
4. レスポンデント条件づけとオペラント条件づけについて説明できる。
5. 社会的学習（モデリング、観察学習、模倣学習）について概説できる。
6. 健康行動の理論（健康信念モデル、変化のステージモデル等）について概説できる。

【②動機づけ】

1. 生理的動機、内発的動機、および社会的動機について概説できる。
2. 欲求とフラストレーション・葛藤との関連について概説できる。
3. 適応（防衛）機制について概説できる。

【③ストレス】

1. 主なストレス学説について概説できる。

2. 人生や日常生活におけるストレスラーについて例示できる。
3. ストレスコーピングについて概説できる。

【④生涯発達】

1. こころの発達の原理について概説できる。
2. ライフサイクルの各段階におけるこころの発達の特徴および発達課題について概説できる。
3. こころの発達にかかわる遺伝的要因と環境的要因について概説できる。

【⑤パーソナリティー】

1. 性格の類型について概説できる。
2. 知能の発達と経年変化について概説できる。
3. 役割理論について概説できる。
4. ジェンダーの形成について概説できる。

【⑥人間関係】

1. 人間関係における欲求と行動の関係について概説できる。
2. 主な対人行動（援助、攻撃等）について概説できる。
3. 集団の中の人間関係（競争と協同、同調、服従と抵抗、リーダーシップ）について概説できる。
4. 人間関係と健康心理との関係について概説できる。

これらの学習目標に到達するためのコミュニケーション教育の具体的な方略については、第2章で詳しく述べるが、ここで問題提起すべきは、「薬学コミュニケーションとは何か」が定義されていないことである。すなわち、それはどのような構造をもち、医学コミュニケーション、看護コミュニケーションと何が同じ、あるいは類似し、何が違うのか、その特殊性は何か明確になって

いない。また、研究の蓄積が少なく、依って立つ理論が何かも明確になっていない。従って、大学教育において用いるテキストの多くは、行動科学やカウンセリング等の心理学を援用しつつ、臨床上の経験にもとづくハウ・ツーにとどまっている。

また、モデル・コアカリキュラムでは薬学部卒業時に修得すべき学習目標が明示されているが、前節でのべたように、作成過程は大学教員並びに職能団体の薬剤師による合議によるものであり、医療現場において薬剤師がどのようなコミュニケーションを交わしているのか、どのようなコミュニケーションがどの程度のレベルで求められるのかを学術的に調査して導かれたものではない。このため、コアカリキュラムで提示される学習目標の妥当性が検証できていないのが現状である。

1.3.6 薬剤師の生涯教育

薬剤師は、薬剤師法第一条¹⁰に掲げられているように、薬事衛生を掌る役割を担っており、幅広く医薬品や疾患、衛生管理に関する知識が求められる。一方で、近年の医療の高度化、専門化に対応するために、専門領域において深い知識と経験を持つ薬剤師も求められている。そのため、薬剤師の生涯学習の重要性が高まっている。

薬剤師の生涯学習の草分けは、公益財団法人日本薬剤師研修センターが提供する研修認定薬剤師制度（同センター、研修認定薬剤師制度とは）であろう。同制度は、一定期間内に集合研修や自己研修等を通じて等、定められた単位を取得し、生涯にわたる自己研鑽によって資質向上の努力を継続している薬剤師に対して、その成果を同センターが認定薬剤師証を発行することで証明する制度として、1994年から始まった。研修認定薬剤師とは、同制度のもと、一認定期間（新規4年以内、更新3年毎）に所定の単位を取得したと認定された薬剤師を指す。本制度に基づく認定は、他の医療従事者や患者からの信頼を高め、常

¹⁰（薬剤師の任務）

第一条 薬剤師は、調剤、医薬品の供給その他薬事衛生をつかさどることによって、公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする。

に時代に即した薬学的ケアを行える薬剤師であることを示すとともに、免許の更新と同じ効果を期待するものでもある。

職能団体が提供する生涯学習制度としては、日本薬剤師会が実施するJPALS（ジェイパルス）が挙げられる（日本薬剤師会：JPALSの概要、Online）。インターネット上で利用できる生涯学習支援システムであり、学習の記録である実践記録（ポートフォリオ）の蓄積と段階制の仕組みであるクリニカルラダー毎に設定される昇格試験に基づき自身の能力を客観的にモニタリングする制度であり、薬剤師の資質向上に寄与し、国民の保健・医療・福祉に貢献することを目的としている。クリニカルラダーレベル5以上になると「JPALS認定薬剤師」として認定される。

日本病院薬剤師会では、高度化する医療の進歩、チーム医療の推進に伴い、医療の質の向上及び医療安全の確保の観点から、薬剤師が薬物療法に主体的に参加するという社会的要請に応えるため、高度化・複雑化する薬物療法等の幅広い知識及び高度な技能を習得し、臨床現場における実践力を有する薬剤師を養成し、国民の保健・医療・福祉に貢献することを目的として、従来の生涯研修制度とは別に、2014年から日病薬病院薬学認定薬剤師制度を開始した。同制度も、研修記録の提出および認定試験をもって認定資格が得られる仕組みである（日本病院薬剤師会：日病薬病院薬学認定薬剤師制度、Online）。

この他、薬剤師として継続的に学習を続け、自身の資質向上を図ることを目的とした認定資格としては、日本医療薬学会が実施する認定薬剤師制度が挙げられる。また、指導的立場にある薬剤師が、指導者としての資質を認定する資格として、前出の日本薬剤師研修センターが実施する認定実務実習指導薬剤師、日本医療薬学会が実施する指導薬剤師等がある。

専門知識や経験を認定する資格としては、日本医療薬学会が実施するがん専門薬剤師制度、日本病院薬剤師会が認定するがん薬物療法認定薬剤師、感染制御認定薬剤師、精神科薬物療法認定薬剤師、妊婦・授乳婦薬物療法認定薬剤師等、専門学会や職能団体が様々な専門薬剤師制度を運用している。また、こうした生涯学習制度の質を担保するために、各生涯研修・認定制度を客観的に評

価・認証する第三者機関として、2004年に薬剤師認定制度認証機構が設立された。2018年現在30団体の生涯研修認定制度が認証されている。

1.4 本研究の目的

本研究の目的は、薬学教育における模擬患者参加型教育における学生の学びのあり方を探ることにある。ここでいう学びのあり方とは、「何を」「どう学ぶか」を意味する。

1.4.1 「何を学ぶか」～薬学生が修得すべきコミュニケーション能力

前節までで述べた通り、薬学教育では、2006年から施行された薬学教育6年制教育にあたり「薬学教育モデル・コアカリキュラム」「薬学教育実務実習モデル・コアカリキュラム」が定められ、卒業時までには修得すべきコミュニケーション領域に関する学習目標も定められた。同モデル・コアカリキュラムは2013年に改定され、その際に示された「薬剤師として求められる10の基本的な資質」を修得するための学習目標として再編された。しかしながら、そもそも臨床の場で働く薬剤師にどのようなコミュニケーション能力が求められるのかについては明らかにされていない。

第2節で述べたように、厚生労働省（2015）は「薬局ビジョン」を策定した。本ビジョン全体を貫く基本的な考え方の1つが「対物業務から対人業務へ」であり、「患者に選択してもらえらる薬剤師・薬局となるため、専門性やコミュニケーション能力の向上を通じ、薬剤の調製等の対物中心の業務から、患者・住民との関わりの度合いの高い対人業務へとシフトを図る」（厚生労働省、2015）、ことが謳われている。つまり、かかりつけ薬剤師としての役割を果たすためには、患者の心理等にも配慮して傾聴し、平易でわかりやすい情報提供・説明ができるコミュニケーション力が求められている。

しかしながら、医療現場において薬剤師に、どのようなコミュニケーション能力をどの程度のレベルで要求されているかの客観的な指標はない。薬剤師に求められる資質に関しては、Johnら（2008）による American College of Clinical Pharmacy (ACCP) のによる “Clinical Pharmacist Competencies”、

The National Association of Pharmacy Regulatory Authorities (2013) が公表する “Professional COMPETENCIES for Canadian Pharmacists at Entry to Practice”、Pharmacy Council of New Zealand (2010) の”COMPETENCE STANDARDS FOR THE PHARMACY PROFESSION”、The Pharmaceutical Society of Ireland (2007) が定める CORE COMPETENCYFRAMEWORK for Pharmacists、Riderら (2006) が報告する The Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)の “Communication skills competencies” 等、海外ではいくつかのスタンダードが構築されている。しかしながら、これらのスタンダードは、各々が成立した社会的背景や文化に依存して成立する薬剤師-患者の関係に基づいて構築されたものであり、わが国においてそのまま適用することは妥当ではないと考える。また、わが国では、2009年日本薬剤師会から「薬剤師に求められるプロフェッショナルスタンダード」が示され、その後、改訂の後に現行版 (2011) に到っている。本スタンダードは4領域に渡る383項目の資質を示しており、その中にはコミュニケーションに関するものが39項目含まれている。しかし、これらの項目には具体的なパフォーマンスとして表現されていないものもあり、医療現場において薬剤師がどの領域でどの程度のコミュニケーションレベルを有するべきかの指針としては具体性に欠けると考える。また、佐藤 (2016) や能城 (2017) のようなアンケート形式によるかかりつけ薬剤師・薬局に求められる機能や期待に関する調査報告はあるものの、質問項目は研究者らが構築したものであり、患者や他医療者が潜在的に期待するコミュニケーションニーズを明らかにしているとはいえない。

薬学教育モデル・コアカリキュラムに示された、学部時代に修得すべきコミュニケーション能力としての学習目標に必然性を与えるためには、まず、現場の薬剤師に求められるコミュニケーション能力を明らかにすることが必要であると考えた。

そこで、本論文では、「そもそも患者は薬剤師に対してどのような役割を求めているのか」を二つのフォーカス・グループを用いた研究により明らかにし、その上で「薬剤師に求められるコミュニケーションの能力とはどのようなものか」を、文献研究およびフォーカス・グループにより検討する。これらの

研究結果から、薬学生在学部教育において修得すべきコミュニケーション能力とは何か、すなわち「何を学ぶか」を考察する。

1.4.2 「どう学ぶか」～模擬患者参加型実習の授業設計への示唆

医療者教育における模擬患者の導入は1960年代のアメリカ医学部教育に遡る。その後今日に至るまで、模擬患者参加型ロールプレイにおける模擬患者の役割、演技やフィードバックの方法、指導者のあり方や評価への導入方法等に関する様々な実践研究が重ねられてきた。しかしながら、学習者である学生の過去の体験や自己効力感、知識といった属性の、学びへの影響に関する報告は見られない。多くの学生に限られたリソースの中で教育を提供しようとする場合、学生個々の知識や背景に配慮した学びの場を作り出すのは困難である。しかしながら、とりわけ医療者教育におけるコミュニケーショントレーニングのような、知識や技術を活用しつつ支援者としての役割と、患者である相手の心情や体調に配慮しながら情報共有を行うといった、きわめて高度な能力を修得する場面では、学習者の個々の属性は大きく影響を与えるものと考えられる。

そこで、本研究ではこれまで光の当てられてこなかった、模擬患者参加型教育における学習者の属性に焦点を当て、模擬患者参加型実習を受講した学生の語りのなかから、学びに影響を与える要因を明らかにすることを試みた。この結果を踏まえ、これまでに蓄積されてきた模擬患者参加型教育の諸理論を俯瞰し、どのような教育プログラムを構築し、指導に当たるべきかを検討する。

1.5 研究者の背景

本節では、この研究テーマを取り上げるに至った経緯を、筆者のバックグラウンドを交えて述べる。これは、自らのナラティブを語ることで、本研究のなかで採用しているSCATを初めとする質的研究方法では、分析者としてどのような背景をもって分析にあたっているのかを明確にすることが重要であると考えられるからである。

筆者は薬剤師の資格を持ち、8年間の臨床経験を持つ実務家教員として薬学部勤務している大学教員である。高校時代にバイオテクノロジーに興味を持った筆者は、1988年に大学に入学したが、1、2年次の教養科目の成績不振により希望する農学部には学部移行できず、薬学部に進級した。卒業研究で薬物代謝酵素に関する実験研究に取り組んだが、研究職としての自分の将来はイメージできなかった。父親が当時薬種商としてドラッグストアに勤務していたことも影響し、周囲が大学院や研究職を目指す中で、将来的には薬剤師として薬局を開業したいと考えていた。筆者は、病院や調剤専門の薬局で病気に罹った患者の治療に関わるよりも、一般市民のセルフメディケーションを支援する薬剤師でありたいと考えていた。健康である市民に予防を啓発し、当時成人病と呼ばれていた慢性疾患に罹らないように様々な手段でアプローチすることが医療費の適正化につながり、本当に医療を受けるべき人が適切な医療を受けられるような社会を実現できると考えていた。大学教員となった今でも、その考えは変わっていない。

1992年に大学を卒業後、経営学を学ぶため3年間アメリカに留学し、大学院で学ぶ機会を得てMBAを取得した。当時のアメリカではドラッグストアが業態として成熟期を迎え、特色あるドラッグストアチェーンが規模を拡大していた。そのままアメリカのドラッグストアにてマネージャー候補として就職することも考えたが、同時期に居住している地域で立て続けに日本人が射殺される事件が発生する等の治安上の問題もあり、帰国して大学で4年間を過ごした札幌でドラッグストアの薬剤師として就職した。就職後4年間は、市販薬の販売を担当する管理薬剤師としてドラッグストアに勤務した。セルフメディケーションの考え方の中では、基本的には来局者の求めに応じて医薬品を販売する。患者の症状に応じて薬品を選択する場合もあれば、症状によっては医療機関を受診勧奨する場合もある。病気によっては生活習慣の改善も含めた養生方法を指導する場合もある。また、ドラッグストアで扱う商材は医薬品に留まらず、洗剤や殺虫剤、化粧品等の化学製品が多数あり、その適正使用やアレルギーへの対応等も求められる。オムツ等のベビー用品や介護用品も扱うため、販売にあたっては製品特徴に基づく情報提供はだけでなく、生活の実態に合わせた使

用法や注意事項を伝えることもある。タバコを扱う店舗では喫煙者が来店するため、禁煙支援を呼びかけることもある。こうした経験のなかで、「街の科学者¹¹」であり、健康な市民が利用する店舗における身近な医療専門職である薬剤師の役割を、身をもって実感してきた。

その後、同じ会社の調剤部門の業務拡張に伴い、調剤薬局の薬剤師として異動し勤務することとなった。調剤薬局の薬剤師の役割は、患者が持参した処方箋に基づき調剤し、適切な使用方法や注意事項といった情報とあわせて患者に医薬品を交付することにある。しかしこれらは患者から見える表面的な薬剤師業務のごく一部である。実際には初来局時のアンケートや患者への質問を通じてアレルギーや併用薬等の患者情報を収集し、処方された医薬品が適切な種類、用量、用法であるかを確認し（これを処方監査という）、必要に応じて処方医にコンタクトを取って処方変更を提案する（これを疑義照会という）こともある。また、継続して医薬品を服用している来局者に対して、健康状態や体調の変化等をインタビューしながら、処方されている医薬品の効果や副作用の発現等がないかを確認している。これらの判断をするためには、医薬品や疾患に関する十分な知識はもちろんのことだが、その判断に足る患者情報の十分な把握が必要不可欠であること、あるいは患者に対して医薬品の使用にあたっての適切な情報を、「伝える」のが大事なのではなく「伝わる」ことが重要であることを強く認識した。

調剤部門に異動して2年ほどしたところで、アメリカの薬剤師業務の視察旅行に参加する機会を得た。視察先では、ドラッグストアだけでなく、アメリカではPharmacyと呼ばれる調剤薬局、さらには病院薬剤師の業務まで見学することができた。日本とは異なり多くの国民が民間の医療保険会社を利用していることから、医療機関も患者もコスト意識が強く、今日の日本でようやく普

¹¹ 我が国において薬剤師は、明治期以降「街の科学者」と呼ばれているが、その由来は明らかではない。いくつかの文献ではこの表現が用いられているものの、引用元は示されていない。「薬剤師の将来ビジョン」（日本薬剤師会、2013）では、「薬学とは、『人と化学物質の橋渡し』をする学問であるとも言われるが、薬学を修得した医療人たる薬剤師は、地域に最も近い『街の科学者』として、地域社会に対し多くの貢献を成し得る立場にある。」との記載がある。

及し始めたジェネリック医薬品はすでに幅広く導入されていた。また、薬剤師業務も多岐に渡り、病院での高度な治療では処方決定に強い発言権を持つほか、地域の薬局においても処方医と連携してあらかじめプロトコール¹²を決めておくことにて、薬局で薬剤師が血液検査等を行って、処方内容の変更を薬剤師の判断で行うといった取り組みも始まっていた。この視察に参加し、いかに自分が狭い世界のなかで薬剤師の業務をとらえていたのかを痛感した。それまでは来局者のニーズにあわせてOTCを販売し、医師の発行する処方箋に基づき調剤して服薬指導とともに患者に薬を渡すことが薬剤師の業務であると認識していたが、深い専門知識をもとに、患者個々にあわせた費用対効果も加味した薬物療法の立案に深く関与できることがわかった。そして、より深く幅広く医療全体を俯瞰してみたいという思いを持つに至った。8年間務めた会社を退職し、札幌市内を中心に、広く北海道全域においてクライアントを持つ医療コンサルティング業務を行う会計事務所に、医療経営コンサルタントとして転職した。

転職先では、主に病院を対象とした、職員の人事考課制度の設計と導入、医療機能評価やISO9001といった第三者評価受審の準備を通じての経営管理体制の構築、経営管理手法の1つであるバランスト・スコアカードによる業績管理手法の導入等に取り組んだ。これらの経営改善への取り組みは、元来患者満足や職員満足のために実施されてきているはずなのであるが、実際には仕組みを導入しただけでは思うような効果は得られないケースを多数経験してきた。結局どのような仕組みを導入したとしても、それを運用する職員自身がその仕組みや導入した組織を信じ、自分や組織を高めていこうとする意識がない限り仕組みは形骸化してくのだということを痛感した。そんな折にたまたま手にとった書籍の1つが、当時ビジネス界で注目されつつあったコーチングという対人支援方法に関するものだった。「相手の可能性を信じ、指示や指導をするのではなく、対話を通じて相手の自発的な行動変容を促す」という関わり方は筆者にとっては斬新であり、人材育成だけでなく自身のコンサルティング業務に

¹² 「手順」「手続き」のこと。医療においては特定の場面や状況を想定してあらかじめ定める規定、手順、治療計画等を指す。

も活用できると考えた。また、薬剤師としての経験を振り返ったときに、特に生活習慣病のような、患者が主体的に医療に関わる必要のある疾患の治療過程では非常に有用なコミュニケーション手法であると感じた。そこで、自身のコンサルティングの軸にコーチングを据えることを試みようとしたが、経営者の方針もあり所属先の会計事務所ではそれは不可能であった。そこで、当時は数少なかったコーチ養成機関でコーチングのトレーニングを受けるとともに、会計事務所を退職し、経営コンサルタント、コミュニケーションやリーダーシップをテーマとした研修講師として独立した。

コーチングを学ぶ過程では、何度もロールプレイトレーニングを行った。コーチ役、クライアント役に分かれて、座学やディスカッション等で学んだコーチング手法を実践するものである。ロールプレイの後は、クライアント役が、コーチングの過程で何をどう感じたのかをコーチ役にフィードバックする。ロールプレイの中で、クライアント役は、自身に何らかの課題や問題点を抱えており、コーチングによりそれらを解決するための行動を明確化することを想定した役割を演じる。このとき、実際に自分が抱えていない問題点を抱えるクライアント役をその場で演じようとしても思うような対応ができず、コーチングのトレーニングとしてはあまり効果的なロールプレイにならなかったという経験を何度もした。また、フィードバックをする際は、クライアント役として自身が感じたことの原因を、ロールプレイ中に生じた事実、たとえば話した内容や話し方、表情、しぐさといった、コーチ役である相手にとっての行動を根拠として添えることが有用であることも学んだ。また、コーチングのロールプレイでは必ず第三者である「観察者」を設定していた。ロールプレイの過程を客観的な視点で観察して、ロールプレイ後にフィードバックをする役割であった。第三者からのフィードバックを得ること、あるいは第三者として客観的に対話を観察しフィードバックをすることを通じて、自分の行動を客観視することの重要性を認識した。これは、単にロールプレイトレーニングで自身のコーチ役としての関わり方を第三者の視点から認識できたというだけでなく、日常生活のなかで自分のふるまいを客観視することで、対人関係で問題を抱えた場合でも「今何が起きているのか」を把握し、冷静に次のステップに

つながる解決策を考える上で有用であることを学んだのである。また、自身が支援を受けたパーソナルコーチのバックグラウンドが心理カウンセリングであったこともあり、コーチングという対人支援技法の背景にある対人心理の諸理論とはどのようなものなのかに興味を持つようになった。ここから、対人心理やコミュニケーション、カウンセリング、ロールプレイング等の理論を学ぶようになり、コーチングは単なる技法ではなく、対人支援を実践するうえでの、スキルや思考の枠組みであるということを認識するに至った。

独立後、コンサルティング業務のなかでコーチングの要素を取り入れたり、組織活性化や人材育成に活かすコーチングの研修に取り組んだりしてきた。社会的にもコーチング・ブームともよべる状況となり、書店にはコーチングに関する書籍が大量に並び、ビジネスだけでなく医療分野、とりわけ人材育成に積極的な看護領域では、コーチングを学び活用することを試みる医療機関が増えていた。学んだことは現場で活用して初めて価値を生み出すが、多様な問題、課題、相手の状況があるなかで、コーチングだけが唯一無二の支援方法となりえるはずもない。コーチングを導入してみたものの、思うように成果が上がらない、自立性を尊重するばかりに、組織としての目標達成と兼ね合いがつかない、といった声が増えていった。その後コーチング・ブームは衰退していく。この頃に、リーダーシップに関するも様々な理論を学んでいたが、「1分間リーダーシップ」として改めて脚光を浴びていた Hersey、Blanchard (1977) が提唱したリーダーシップ理論である、SL 理論 (Situational Leadership Theory) ¹³に触れ、「状況に合わせて関わり方を調整する」とい

¹³ SL 理論とは、1977 年に P. Hersey と K. H. Blanchard が提唱したリーダーシップ条件適応理論の 1 つ。部下の成熟度によって、有効なリーダーシップスタイルが異なる、という前提に拠っている。フィドラーのコンティンジェンシー・モデルの状況要因を掘り下げて、部下の成熟度に着目し発展させた。

SL 理論では、縦軸を仕事志向、横軸を人間志向の強さとして 4 象限に分け、それぞれの状況でリーダーシップの有効性（指示決定の指導の強弱、説得・参加型スタイル等）を高めていくにはどうすれば良いかを示している。SL 理論では有効なリーダーシップは、部下の成熟度のレベルによって次のように規定される。

S1：教示的リーダーシップ（部下の成熟度が低い場合）

→ 具体的に指示し、事細かに監督する

S2：説得的リーダーシップ（部下が成熟度を高めてきた場合）

う、一見当たり前の考え方が、コーチング一辺倒の現状を打破するきっかけになると考えた。

そしてこれは、リーダーシップにとどまらず、対人支援全般に応用できる考え方なのではないか、さらには医療における患者とのかかわりにおいても活用できるのではないかと考えるに至った。そこで、対人支援者のクライアントへの介入方法について Heron が提唱した「6つの介入分析」¹⁴と SL 理論をもとに、薬剤師による患者の支援を目的としたコミュニケーションモデルである「服薬サポートモデル」を考案し¹⁵、コーチングの基本的な考え方とともに著書としてまとめた。

札幌市を中心に、薬剤師や医療者を対象としてコーチングやコミュニケーションに関する研修を重ねるなかで、2005年から北海道薬科大学（統合によ

→ こちらの考えを説明し、疑問に答える

S3：参加的リーダーシップ（更に部下の成熟度が高まった場合）

→ 考えを合わせて決められるように仕向ける

S4：委任的リーダーシップ（部下が完全に自立性を高めてきた場合）

→ 仕事遂行の責任をゆだねる

¹⁴ Heron（2001）は、対人支援における支援者の介入方法を次の6つに分類している。

1. 権威的介入

① 情報提供的介入：知識情報提供による支援

② 指示的介入：行動の指示による支援

③ 対決的介入：対決的姿勢による省察支援

2. 促進的介入

① カタルシスの介入：心理的開放の促進による支援

② 支持的介入：行動、思考の支持、承認による支援

③ 触媒的介入：自発的行動変容の促進による支援

これらに優先順位等はなく、相手の状況に合わせた介入が効果的であるとされる。

¹⁵ 「患者に対する服薬支援の目的は、薬物療法における自律と自立である」としたうえで、患者の薬や病気に対する知識レベルと治療への不安の度合い合わせて、4つのサポート・コミュニケーションを使い分けることを提唱したモデル。

① 患者の不安が大きく治療に積極的になれない場合

→ カウンセリング（傾聴や承認による心理的サポート）

② 患者の薬や病気に対する知識が不足している場合

→ ティーチング（患者に不足する知識・情報を提供するサポート）

③ 患者の意欲はあるが健康行動に結びつかない場合

→ コーチング（対話を通じた患者の自発的な行動変容のサポート）

④ 患者は薬物療法において自律しているが、不足した知識や判断を求められた場合

→ メンタリング（患者の相談に応じて知識や見解を示すサポート）

り現北海道科学大学)において、模擬患者参加型ロールプレイ実習の進め方に関する研修会である「SP研究会」において外部講師を担当する機会を得た。2006年度からの薬学教育6年制カリキュラム施行を控え、薬学教育モデル・コアカリキュラムに基づき、カリキュラムにおいてコミュニケーションに関する授業や実習を組み込むことが求められていた。また、6年制薬学教育の特徴のひとつである、医療現場での長期実務実習に参加するための質の担保として、当時医学教育において導入されていたOSCEが4年次に予定されていた。コミュニケーション系の課題においては模擬患者とのロールプレイで評価することとなっており、OSCE前の実習も含め模擬患者参加型実習の導入は不可欠な状況であった。一方で薬局の現場においてもコミュニケーション研修の必要性は高まっていたことから、北海道薬科大学社会薬学分野(当時)が主催して、大学教員ならびに薬局の教育担当者を対象とした、本研修会が企画された経緯がある。本研修では、ロールプレイ実習の進め方やフィードバックの仕方の指導を中心に担当したが、模擬患者参加型実習についてはこのときから学び始めた。国内外の模擬患者参加型教育実践事例や、医学教育共通利用拠点である岐阜大学医学教育開発研究センターの研修やワークショップへの参加を通じて、シミュレーショントレーニングとしての模擬患者参加型ロールプレイに興味を抱き、さらに深く学びたいと感じた。そんな折に、同大学の教員であった大学時代の同期から、コミュニケーション担当教員としての誘いを得て、2006年4月から大学教員として勤めることとなった。6年制薬学教育カリキュラムが施行された年に重なる。

大学では、主に医療コミュニケーション関連の授業科目を担当した。自身の経験から、コミュニケーションとは身体化された技能であり、座学で理論を学習したとしても決して能力は向上しない、体験を通じて理論を体感し、習得していくべきものであるという信念があった。このため、低学年次の教養科目としてのコミュニケーション論や、4年次の専門教育としての臨床コミュニケーション論等の講義科目であっても、Buzz SessionやCase Discussion、コミュニケーションゲーム等の参加型授業を取り入れてきた。また実習においては、医療者に求められる「共感」を体感するために、感受性訓練等で導入され

ている Blind Walk¹⁶を取り入れる等の工夫を試みた。また、筆者が入職した当時から、臨床実習の一部に学生同士によるロールプレイ実習が導入されていたほか、大学院の臨床薬学コースでは、上述の SP 研究会に参加していた教員が担当していた実習で模擬患者参加型ロールプレイを実験的に導入していた。2007 年度からは筆者が同実習を担当することとなり、他の実習区分で扱っていた症例検討と組み合わせた模擬患者参加型ロールプレイ実習を開発した。その後、教務担当として Problem-based learning (PBL)、Team-based learning (TBL) の導入を主導してきた。

2009 年度の OSCE 実施に向け、筆者が入職した 2006 年頃から日本薬学会薬学教育委員会の委託のもと、日本ファーマシューティカル・コミュニケーション学会が、全国の薬系大学、薬学部のコミュニケーション教育担当教員を対象に、模擬患者参加型ロールプレイの実施方法に関する研修会を開催していた。また、OSCE で患者役を担当していただく一般市民を対象とした模擬患者養成方法に関する研修会も実施されていた。筆者も参加者として、あるいはワークショップのタスクフォースとしてこうした研修会に参加してきたが、研修会の中で強調される「OSCE では知識は問わない。技能と態度のみを評価する。」という考え方に違和感を覚えていた。確かに当時の薬学教育モデル・コアカリキュラムは、Bloom(1972)による Taxonomy をもとに、「知識（認知的領域）」「態度（情意的領域）」「技能（精神運動的領域）」（括弧内は Bloom Taxonomy における表現）という目標分類を用いて、GIO と SBO で構成されていた。また、限られたリソースのなかで客観性を担保した評価を行おうとする現状において、学生の能力の「部分」を、チェックリストを用いて評価せざるを得ないという背景もあったのだろう。しかし、臨床を経験してきた実務家教員の立場からすると、この試験の目的が「長期実務実習に参加できる最低限の能力を担保すること」なのであれば、行動の評価の背景にある知識を評価するのは当然なのではないか、と感じていた。OSCE という総括評価が全国の薬学部を導入され

16 二人一組で、一人が目を閉じ、もう一人がガイド役となってペアで歩くワークで、不自由体験の一つ。上地（1990）において学校教師のためのカウンセリングトレーニングのための実施方法として紹介されているほか、ライフスキル獲得に関する研究（東海林 2012）としても報告されている。

たとしても、すくなくとも教育の段階では OSCE の要求レベルには留めたくない、臨床に通じる、患者対応場面における薬剤師としての関わりの意義や目的、臨床上の判断に必要な知識の重要性を学ぶことができるようなコミュニケーション教育をしたい、という強い思いがあった。そして、そのような事前実習を設計し試みてきたはずなのだが、OSCE 直前になると、学生はチェックリストの暗記と、判で押したような想定問答の反復練習に励んでいた。この現象の背景には、薬学教育モデル・コアカリキュラムの構造として、知識、技能、態度を切り分けた学習目標を設定する Bloom の Taxonomy の考え方があり、OSCE においては「知識は問わずチェックリストに沿った行為がなされていればよい。」という評価方針があると考えられる。

筆者が博士課程に入学したのは、大学に入職して 4 年後の 2010 年である。ちょうど OSCE 導入の年と重なり、上述した教育プログラムの導入に心を砕きつつも、学生の現実的な対応に愕然としていた時期であった。表面的な学習方略論を基に模擬患者参加型ロールプレイ実習を続けているだけでは、教育効果に限界があるのではないか、実習における学生個々の学びの背景に何があるのか、本当に教育すべきことは何か、どこに向かって教育していけばよいのかを、筆者自身が明らかにしなければならぬと強く感じた。これが、本研究テーマの設定の強いモチベーションとなっている。

1.6 本章のまとめ

本章では、第 1 節にて、本論文の構成を示した。第 2 節では、我が国における薬剤師に期待される役割について、主に制度の変遷に沿って述べた。第 3 節では、薬剤師養成教育について、6 年制薬学教育の導入の背景と現状に焦点を当てて述べた。これらを背景として、第 4 節では本研究の問題意識と目的、各章で論じる研究について詳述した。本研究は主に質的研究方法を用いているため、第 5 節として、本研究の背景の一部として、筆者のナラティブを加えた。

第2章 医療コミュニケーションと模擬患者参加型実習

2.1 医療コミュニケーション教育

2.1.1 コミュニケーションとは

本節では、コミュニケーションの基本概念について整理するとともに、本論文で用いる用語について定義する。

シャノン・ウィーバー（1949）は、コミュニケーションを「意味の転移」としてとらえ図式モデル（図3）を作成した（池田：「コミュニケーション」、Online）。これによると、コミュニケーションとは情報発信者の意図を受信者が解釈するプロセスであることがわかる。人と人とのコミュニケーション（これを対人コミュニケーションと呼ぶ）で考えてみる。ある意図を持った情報発信者が、その内容（メッセージ）を伝えるための言葉や態度を想起し（記号化）、口頭やジェスチャー等（発信機）によりメッセージ（発信信号）を受信者に送る。受信者はその言葉やジェスチャー（受信信号）を耳や目（受信機）を通じて取り入れ、解釈してそのメッセージの意図するところを受け止める（解読内容）。このプロセスを阻害する要因がノイズである。受信者の解読内容が発信者のメッセージと重なれば「コミュニケーションがとれている」状態であり、何らかのノイズにより重ならなければ「コミュニケーションとれていない」（これをディスコミュニケーションと呼ぶ）ことになる。

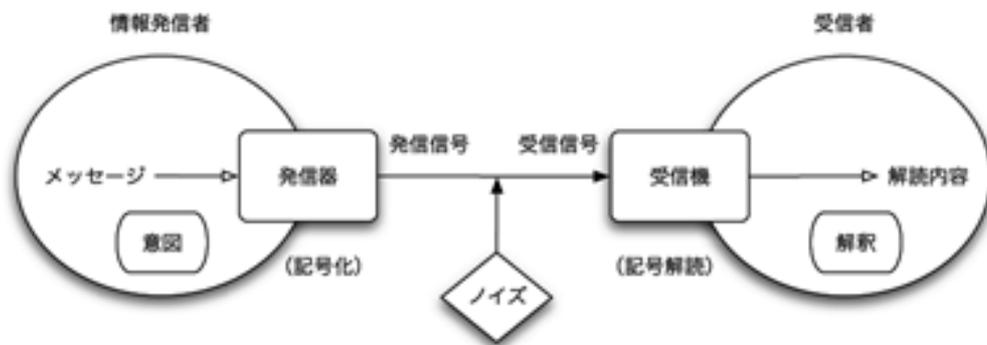


図3 シャノン・ウィーバー（1949）によるコミュニケーションの図式モデル
（池田原図）（池田：「コミュニケーション」、Online）

このモデルで考えれば、人とコンピュータでもコミュニケーションは成り立つ。例えばパソコンを使っている人が、ワープロソフトを使って日本語で「あ」と画面に表示させたい場合（意図）、キーボードの「A」（記号）を押す（メッセージの発信）。コンピュータはキーボードのAが押されたことを認識し（受信）、ワープロソフトが起動し、日本語変換モードになっていることを前提として、「A」の信号を「あ」と判断し（理解）、画面に「あ」という言葉を表示させる（解読内容）。

このモデルを用いて、医療の文脈、たとえば薬剤師による患者への服薬指導におけるディスコミュニケーションの要因について考えてみる。

情報発信者である薬剤師は、受信者である患者に対して、処方された薬の服用方法や注意すべき副作用等のメッセージを伝えようとする意図を持っている。このメッセージを、薬剤情報提供文書¹⁷を用いて口頭で、場合によってはジェスチャーも交えて説明を試みる。患者はその説明を聞き、自分なりに解釈して理解を試みる。しかし、例えば薬剤師の説明や情報提供文書に使われている言葉が専門用語であれば、患者はその言葉の意味が理解できないため、正しくメッセージは伝わらない。この場合言葉の理解度の違いがノイズになっている。また、患者が「薬剤師は医師の指示通りに薬を渡すだけの役割なんだから、説明なんかする必要ない。」という考えを持っていたとすれば、そもそも薬剤師の説明を聞き流してしまい、メッセージを「受信」さえしない場合もある。当然ながらメッセージは患者には伝わらない。この場合「患者が認識する薬剤師の役割」がノイズとなる。すなわち、コミュニケーションを阻害する要因は、メッセージの伝え方や受け止め方だけでなく、発信者や受信者の知識や経験などの内的要因、両者の関係性など多岐にわたると考えられる。

薬剤師 - 患者の関係に限らず、人が人とコミュニケーションをとろうとする場合はその過程でディスコミュニケーションは生じうる。それゆえに、受信者が何をどう理解したのかを発信者にフィードバックし、そのずれを調整する必要がある。薬剤師が意図するメッセージを患者と共有するためには、予想でき

17 調剤済みの医薬品を患者が正しく理解し服用するための情報をまとめたもの。医薬品の写真や刻印されている記号、服用方法、注意すべき副作用、疑問が生じた場合の問い合わせ先（薬局の連絡先）が記載されている。

る多様なノイズをできるだけ事前に排除するとともに、コミュニケーションの過程で発生したディスコミュニケーションをその場で認識し、要因をつきとめ解決していくことが重要になる。

本論文では、コミュニケーションと表記する場合、断りがない限り対人コミュニケーションを意図しており、コミュニケーションを円滑にすすめるための知識やスキル、態度を総称して「コミュニケーション能力」と呼ぶことにする。

2.1.2 医療コミュニケーションの諸相

池田は、「ある具体的な解決を目的として行われるコミュニケーション」を臨床コミュニケーションと呼んでいる（池田：臨床コミュニケーション、Online）。ここでいう臨床は、医療や学校教育、法律相談など、さまざまな場面が想定できる。本論文では、医療の文脈において、患者の健康を目的として交わされる対人コミュニケーションを「医療コミュニケーション」と呼ぶことにする。医療コミュニケーションの代表的なものは医療者と患者またはその家族とのコミュニケーションであるが、医療者間のコミュニケーションも重要なテーマである。とりわけチーム医療が重要視される今日にあつては、薬局であつても病院であつても、他職種との情報共有は不可欠である。

薬局の薬剤師にとって、もっとも多くコミュニケーションをとる医療者は処方医であろう。処方箋を監査し、疑義がある場合には処方医に疑義照会をすることが法的に義務付けられており、今日では第一章で述べたように総処方箋枚数の5%は疑義照会の対象となっていることが報告されている。また、近年の在宅医療の進展に伴い、訪問医師や訪問看護師だけでなく、ケアマネージャーや、ヘルパー等の介護専門職とのコミュニケーションの機会も増えつつある。

病院薬剤師の場合、病棟における患者や家族とのコミュニケーションは不可欠であるが、薬局薬剤師以上に多くの医療職種とのコミュニケーションが求められる。近年のチーム医療では感染制御チームや栄養サポートチーム、緩和ケアチーム等さまざまな医療チームがその目的毎に組織されており、構成メン

バーも医師、看護師、薬剤師の他、歯科医師、臨床検査技師、栄養士、理学療法士等のリハビリテーション専門職、臨床心理士等さまざまな専門職が関わっている。当然ながら各専門職の背景となる知識や価値観は異なるため、患者の治療という共通の目的があったとしてもコミュニケーションに困難が生じるケースは少なくない。一方で、知識や背景が異なるからこそ、多様な視点から患者や疾患を捉え治療に結び付けていくことが可能となるのであり、それこそがチーム医療の意義であるともいえる。

しかし、多くの場合、医療現場でもっとも重視されているにも関わらずさまざまな困難を抱えるのは、患者とのコミュニケーションであろう。以降、本論文では、「医療コミュニケーション」を「患者またはその家族とのコミュニケーション」の意味で用いることとする。服部は「医療現場は一種の異文化コミュニケーションの舞台といえる」として、文化的に異なる相手を「わかる」といったときに、①存在することを知る、②意味がわかる、③正しいと思う、④世界観に組み込まれる、⑤内面化されてその人を突き動かす、の5つの段階があるとして、患者と医療者とのあいだにどの「わかる」があるのかを認めることが重要であると説いている（服部、2006）。そのうえで、「立場が全く異なる相手を理解するための1つのコツは『完全にはわかりあえない』ということを覚悟しておくことかもしれない」と述べている（服部、2006）。「わかった」と思い込むことが「わかりあおう」という心の姿勢を失うきっかけとなり得る。だからこそ「謙虚さ」という姿勢が大切なのであろう。

一方で、患者の治療という明確な目的を持った医療コミュニケーションでは、さまざまな概念モデルが存在する。Snadden(2005)は、医療コミュニケーション教育における概念モデルとしてSilvermanら(1998)の5つの基本的な領域を例に引き、「特殊な状況下でのコミュニケーション」を教える前に、これらの基本的なコミュニケーションの領域を教育すべきであると述べている。5つの領域とは、①面接の開始、②情報の収集、③良好な関係の構築、④説明と今後の計画についての話し合い、⑤面談の修了、である。

これらは、医師による医療面談を想定したモデルであるが、薬剤師と患者との面談においては、④の「説明と今後の計画の話し合い」が、「服薬指導」となるのみであり、プロセスは本質的には変わりはないと考える。本稿では、医療コミュニケーション焦点を当て、その教育方法の1つとしての模擬患者参加型実習について考察する。

2.1.3 医療コミュニケーション教育の方法

臨床におけるコミュニケーション教育では、臨床現場で体験したコミュニケーションからの学びを、いかにその他のコミュニケーション場面に適用できるかが重要となる。臨床現場を経験していない学生にとっては、自らが経験したことの無いコミュニケーション場面について学ぶこととなる。したがって、学生を対象とした医療コミュニケーション教育では、教員によるデモンストレーションは重要な方略となる

体験を通じて学ぶ重要な方略としてロールプレイが挙げられる。学生自身が医療者の役割をとり、医療コミュニケーション場面の疑似体験を通じて、自身のコミュニケーションの取り方を振り返り、コミュニケーションスキルを修得する。ロールプレイにおいては学生や教員が患者役となる場合もあるが、非医療者である模擬患者がその役割を担うことが多い。次項では、模擬患者参加型ロールプレイについて具体的に述べる。

2.2 模擬患者参加型教育の実際

2.2.1 模擬患者とは？

2.2.1.1 模擬患者の誕生と教育への活用

Barrows (1968) は、医療者や教育者ではない素人が患者役となって、問診等の患者面談場面のロールプレイを医学生と演じ、ロールプレイ後に医学生に対してフィードバックする学習方法を編み出した。当時は *programed patient* と命名されたが、のちに Norman ら (1982) によって *simulated patient* と呼ばれ「臨床家が実患者と区別がつけられないレベルまで十分に演技指導された者」と定義された。その後 *simulated patient* はトレーニングだけでなく医学

生の評価にも活用されるようになった。この場合、患者役として何度も同じ状況を同じように演じる必要があるため、演技自体に「標準化：standardized」が求められるようになった。その結果 standardized patient という言葉が一般に用いられるようになったといわれる（JP Collins、1999）。RCSA(1993)は standardized patient を “people with or without actual disease who have been trained to portray a medical case in a consistent fashion. These people may portray their own problem(s) or ones based on those of other patients” と定義した。すなわち、simulated patient が演技の reality に重点をおいているのに対し、standardized patient が演技の consistency に焦点が当てられているといえる。なお、Simulated Patient も Standardized Patient も略語では（SP）と表現される。

また、トレーニングであっても評価であっても、患者役を演じるのは必ずしも演技のトレーニングを積んだ素人（simulated patient）とは限らず、実際の患者（real patient）がトレーニングや評価の場面で自身が患う傷病の「患者役」を演じる場合もある。とりわけ臨床現場における医師をはじめとする医療者のトレーニングでは、実患者が重要な役割を果たす。ただしトレーニング場において、同じ症例の課題であっても、実際にその症例を患う real patient と、トレーニングを積んだ simulated patient を用いた場合、トレーニングの参加者のパフォーマンスは両者の間で有意な差は見られなかったことが報告されている（Norman、1982）。

後に Barrows（1993）は、これらの概念を整理し、“The term standardized patient (SP), the umbrella term for both a simulated patient (a well person trained to simulate a patient ‘s illness in a standardized way) and an actual patient (who is trained to present his or her own illness in a standardized way).” と説明している。

すなわち、standardized patient という大きな概念の中に real patient と simulated patient が存在するが、必要とされる課題（scenario）の複雑さのため、要求される演技のトレーニングの度合いは異なるといえる（図4）。

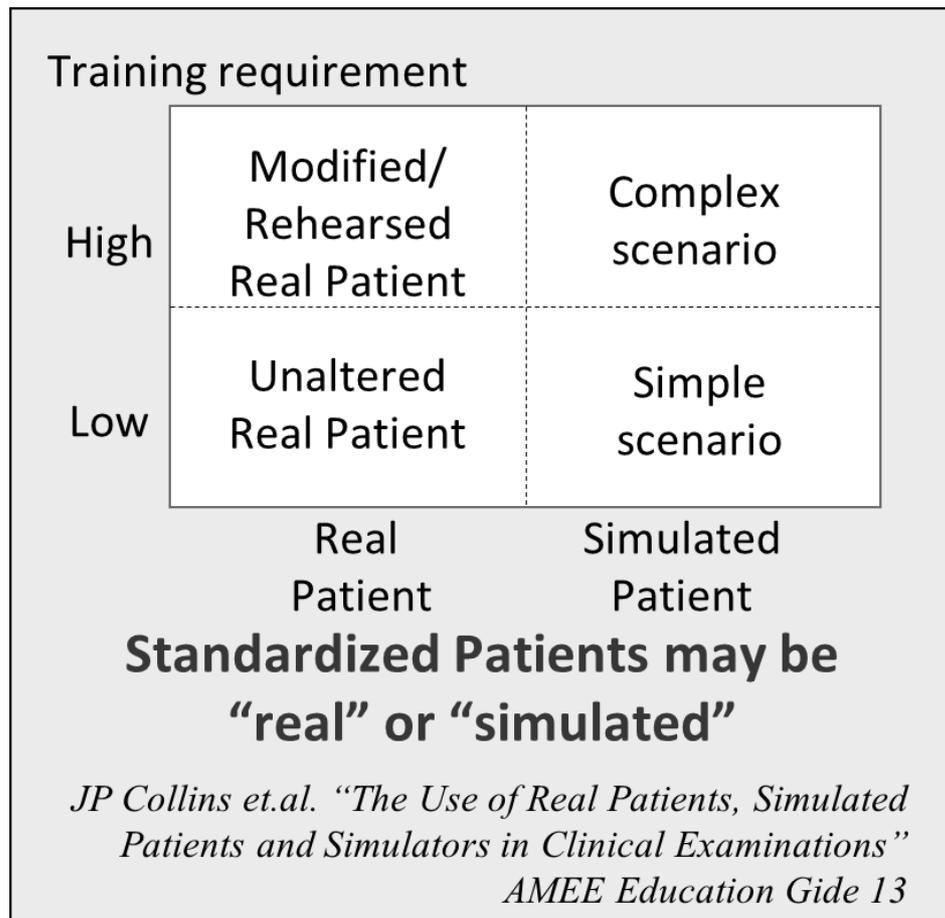


図 4 Standardized patient の分類とトレーニングの要求度
(AMEE Education Guide 13 より抜粋)

2.2.1.2 わが国の「模擬患者」と「標準模擬患者」

わが国に模擬患者参加型教育が導入されたのは1970年代である。その際に *simulated patient* と *standardized patient* の和訳として宛てられたのは「模擬患者」と「標準模擬患者」という言葉であった。その後これらの用語はわが国の医学教育に定着し「医学教育用語辞典」(医学教育学会、2003)では、次のように定義している。

「模擬患者(*simulated patient*)

＝動機付けやイメージづくりとしてシミュレーションを演じてみせる自由度の高い患者役」

「標準模擬患者(*standardized patient*)

＝試験や評価で用いられるように一定のレベルで標準化された自由度の低い患者役」

この定義によれば、「模擬患者」と「標準模擬患者」は、教育上異なる場面(実習等の教育場面とOSCE等の評価の場面)で活用されるものであり、かつ演技の自由度によって識別されることから、異なる概念を示すものと考えられる。しかしながら、日本語としての表記を考えた場合、「標準模擬患者」は「標準」という「模擬患者」の性質を現す語を冠したものであり、文法上は「模擬患者」の部分集合、すなわち「模擬患者という概念の一部として、“標準”模擬患者という特性を持った概念がある」と捉えるのが自然であると考えられる。また、元の言葉と訳語との対応を考えた場合、“*standardized patient*”は直訳すれば「標準化患者」と表現するのが自然であろうし、「標準模擬患者」を意味する英語を想起するのであれば、“*standard simulated patient*”と訳されるだろう。

筆者は、第1章で述べたように、6年制薬学教育カリキュラムに基づくコミュニケーション教育に携わり、学会等を通じて模擬患者参加型実習やOSCEにおける指導者、模擬患者、評価者の養成研修に取り組んできた。こうした研修

のなかで、これらの用語を説明するにあたり、その表記と意味のズレに違和感を抱いていた。

2つ模擬患者と標準模擬患者は、模擬患者参加型教育の根幹となる重要な学術・教育用語である。そうであるならば、それぞれの言葉が一義的であり、欧米の概念の訳語として用いられるのであれば、その意味する概念は一致すべきであると考ええる。

そこで筆者は、わが国の薬学領域のコミュニケーション教育において「模擬患者」「標準模擬患者」が示す意味とその関係性がどのように認識されているのかを明らかにするために、薬学部で模擬患者参加型教育を担当している担当教員またはファシリテーターおよび模擬患者を対象に、質問紙法による調査を行った（野呂瀬、2016）。

【「模擬患者」「標準模擬患者」の意味と関係性の認識に関する実態調査】

方法：

薬系大学、薬学部 72 校において、模擬患者参加型教育の進行を担当する教員（またはファシリテーター）および模擬患者を対象とする質問紙を、各大学・学部のコミュニケーション教育担当者宛に郵送した。教育担当者には、1) 対象となる教員、模擬患者への本調査の趣旨の説明、2) 同意が得られた協力者への質問紙の配布と記入依頼、3) 記入済み質問紙の回収、4) 質問紙に同封した返信用封筒による回収済み質問紙の返送、を依頼した。なお、回答者数に上限は設けず、同意が得られた協力者全員に回答を依頼した。

質問紙は、進行担当者¹⁸、模擬患者が識別できるようにしたが質問内容は共通とし、性別、年代、活動歴、トレーニング歴等の回答者の属性および、「模擬患者」「標準模擬患者」という言葉の意味、それらの言葉の関係性に関する認識を問うものとした。質問紙は無記名とし、倫理面に配慮した。回収した質

¹⁸ 模擬患者参加型教育においては、医療者役を演じる学習者、模擬患者、ロールプレイを進行し、フィードバックやふり返りを促す進行担当者が必要である。薬学教育においては多くは大学教員が担当する。学習者の学びを促す（ファシリテート）する役割として、ファシリテーターとも呼ばれる。

問紙を集計し、統計解析ソフト（SPSS Ver.23）を用いて、回答者の「模擬患者」と「標準模擬患者」の関係および、属性との関連を検討した。

結果：

進行担当者 102 名、模擬患者 420 名から回答が得られた。回答者の属性は図 5 のとおりである。

また、模擬患者と標準模擬患者の関係性の認識に関する調査結果を図 6 に示す。「模擬患者の中に標準模擬患者が含まれる（模擬患者 \supset 標準模擬患者）」、「広義の模擬患者の中に、狭義の模擬患者と標準模擬患者が含まれる（広義の模擬患者 \supset 狭義の模擬患者、標準模擬患者）」、「模擬患者と標準模擬患者とは別のものである（模擬患者 \neq 標準模擬患者）」と回答したのは、ファシリテーターがそれぞれ 51.0%、37.5%、4.2%、模擬患者は 42.6%、35.4%、10.7%であった。また、これらの認識と、性別、年齢、活動歴、トレーニング歴との間には相関は見られなかった。

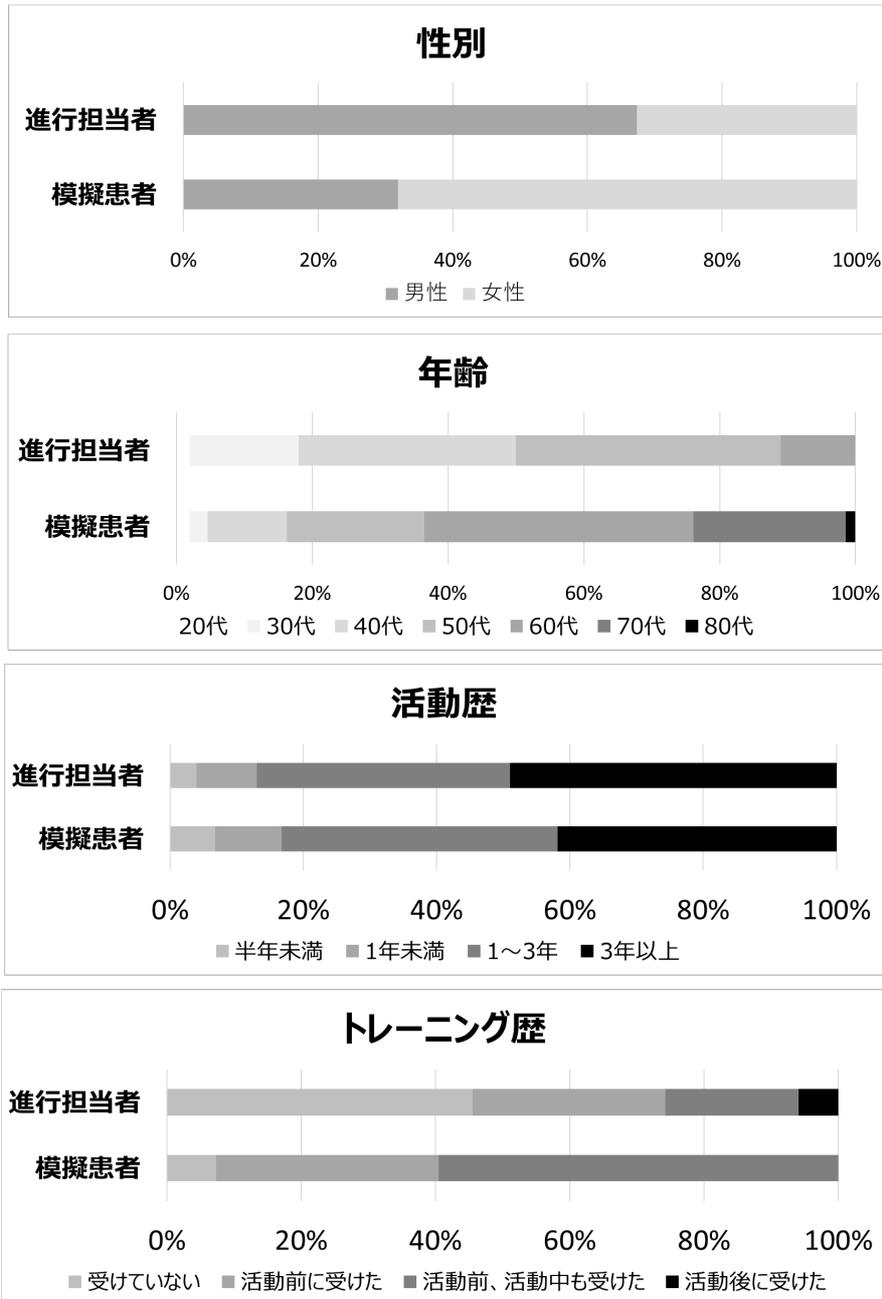


図 5 回答者属性

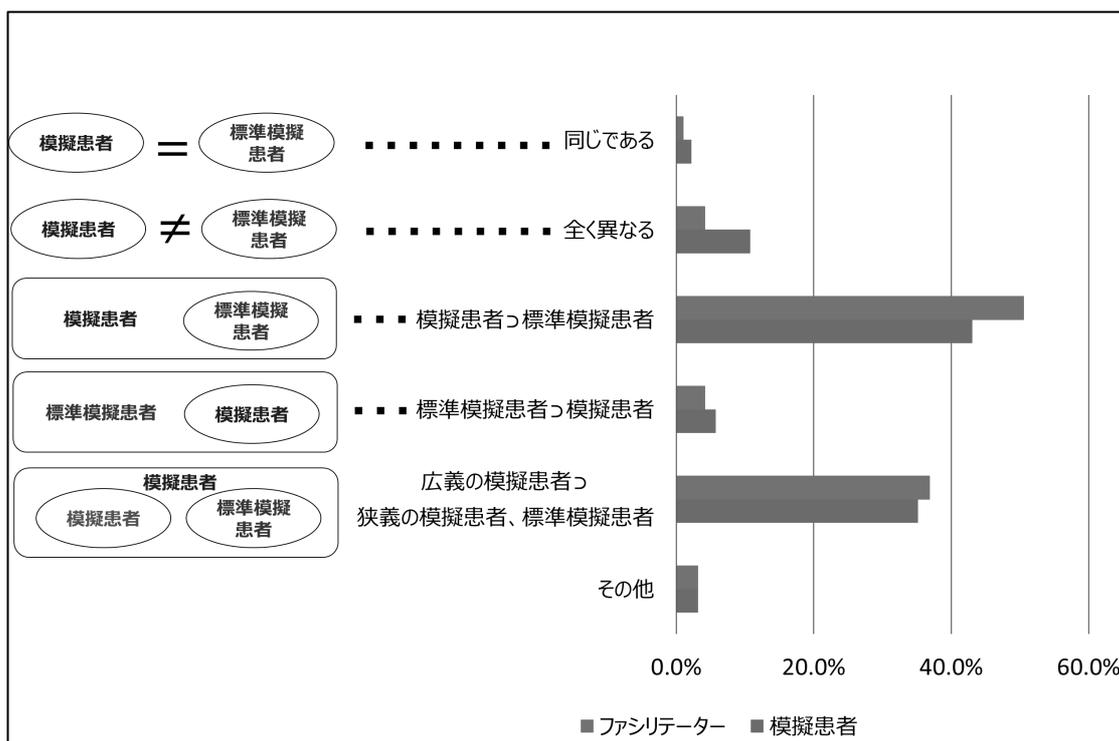


図6 「模擬患者」「標準模擬患者」の関係性に関する認識

考察：

回答者の属性に関係なく、全体のおよそ8割が「標準模擬患者は、模擬患者の一形態である」と認識する一方、医学教育用語辞典の定義の通り、両者は別のものであると理解していたのは1割程度であった。また、前述のとおり、欧米における言葉の定義では、Standardized patientという言葉の中に、Simulated patientとReal patientという言葉が含まれると認識されているが、その訳語として説明されている「標準模擬患者」「模擬患者」については、今回の調査ではまったく逆の関係にあると認識していることが示された。

要因として、文法上の言葉の認識と定義の表記とに齟齬があり、言葉の理解に混乱をきたしているためと考えられる。今日の薬学教育では、演技の自由度が高い simulated patient が評価に活用されることもあれば、より強く標準化が求められる standardized patient がトレーニング場面で用いられることもある。一方で、わが国の医療者教育において real patient が教育場面にかかわるのは臨床実習場面にほぼ限られており、必ずしも Barrows(1993)の定義

がわが国の教育の実情に即した枠組みであるとは言えないと考える。国際的に認識されている学術用語との整合性を取りつつ、現在わが国で独自に認識されている「実習で活用される模擬患者」「OSCE等の評価に活用される模擬患者」の識別ができるような用語の再定義が必要と考える。一方で、本研究においては、回答者の国語力や論理的思考力と回答の関連については検討していない。このため、質問の意図が十分に理解されないまま回答されている可能性も否定できない。この点については今後の課題である。

2.2.2 模擬患者参加型実習の実施方法

2.2.2.1 模擬患者参加型実習の流れ

模擬患者参加型実習は、学習目的やリソースによって様々な形態をとりうるが、一般的には以下の流れで実施する。なお、ここではロールプレイの進行役が指導者であることを前提として説明する。

① 学習目標の確認

模擬患者参加型実習は、患者対応能力の向上を目的とする場合もあれば、臨床場面における問題解決能力の修得を目的とする場合もある。また、学習者の知識や技能レベル等によっても、到達目標は異なる。実習を開始するにあたり、「この実習の学習目標は何か」を学習者が十分に認識しておく必要がある。

② 役割の確認

ロールプレイとは、関わる登場人物がそれぞれの役割を取り、その役割を演じることを通じて新たな気づきを得るプロセスである。従って、ロールプレイで自分が何の役を演じるのか、それはどのようなシチュエーションなのかを明確にしておく必要がある。模擬患者参加型ロールプレイの場合、学習者は通常、医療者役を演じ、模擬患者は患者役を演じる。目的によっては患者家族を演じてもらう場合もある。また、ロールプレイのシチュエーションや前提となる状況設定について、指導者、学習者、模擬患者が共通認識を作っておくことが重要である。学習者が初学者であり、自身

の役割をイメージしにくい場合には、指導者がロールプレイ場面を見せる (modeling) 場合もある。

③ ロールプレイの実践

状況設定に従いロールプレイを実施する。学習目的に応じて、時間を気にすることなく一場面すべてを演じきる場合もあれば、時間を区切って実施する場合もある。また、ロールプレイの内容によっては、医薬品や医薬品情報提供文書等のツールを用いる場合もある。模擬患者参加型ロールプレイの場合は、学習者は通常、白衣を着用し、模擬患者は演じる患者背景に見合った服装（病室のシチュエーションであれば病衣）や演技に配慮する。また、リアリティを高めるために、ロールプレイの場所に家具や小物を設置する場合もある。

④ フィードバック

ロールプレイ終了後に、模擬患者からフィードバックを得る。ここでいうフィードバックとは、「患者として感じたこと、気づいたこと、相手への印象等を、ロールプレイ中に起こった具体的な事象とあわせて述べること」である。学習者は、患者役を演じた模擬患者から「患者として」のフィードバックを得ることで、医療者役としての自身の言動が相手にどのような影響を与えたのかを認識することができる。学習目的や授業の構成によっては、ロールプレイを他の学生が観察する場合がある。また、観察する学生がフィードバックを述べる場合もある。患者とはまた異なるピア（同僚）の視点でのフィードバックが学習に効果的な場合もある。

⑤ ふり返り

指導者は、ロールプレイを終えフィードバックを受けた学生に対してふり返りを促す。ふり返りでは、ロールプレイ場面で学生が何を意図して何を試みたのか、実践してみてそれをどのように自身は捉えているのか、フィードバックをどのように捉えたのか、自身の課題をどのように捉え、今回の体験やフィードバックをどのように次回に活かそうとしているのかを促す。必要に応じて具体的な指導を加える場合もある。

2.2.2.2 模擬患者参加型ロールプレイの理論的背景

模擬患者参加型ロールプレイは、臨床シミュレーション教育の一形態であるといえる。Peter (2015) は、臨床シミュレーション教育も含め、臨床技能教育では、教育者であるファシリテーターは「人（学習者）」「タスク」「環境」の3つの次元を考慮して、プログラムや評価基準を策定すべきであると述べている。「人」の次元とは、学習者自身の属性に関するものであり、意欲、興味、経験や予備知識等が挙げられる。模擬患者参加型教育では、学習者は、医療者役として「人」の次元であるとともに、観察者として「環境」の次元にもなりうる。次に「タスク」の次元とは、「どのような技能」を「どのレベルで学ぶか」、という学習内容そのものを指す。単一の技能を修得する場合と、複数の技能を組み合わせることが求められる場合とでは、当然ながら必要な時間や資源等が要素となる。模擬患者参加型教育においては、模擬患者は中核的な教育資源であり、初学者の学生には相応のタスクとしてシンプルな症例、患者背景の実習とすべきであり、臨床現場の医療者向けのプログラムであれば、高度なタスク、すなわち合併症の症例であったり、複雑な患者背景であったりといった、学習者の背景に見合った教育プログラムを構築すべきである。そして「環境」の次元では、部屋のレイアウト等の物理的環境、ファシリテーターや他の学習者との信頼感や協力体制等が挙げられる。模擬患者参加型教育では、模擬患者や指導者からの的確な指示やフィードバック等がこの次元に含まれる。従って、模擬患者参加型教育の効果を高めるためには、これらの3つの次元について相互関係を考慮しつつ各々の質の向上を図ることが重要であると考えられる。

「タスク」の次元において質を高めるためには、学習目的および学習者のレベルに合わせた適切な教育プログラム設計とともに、模擬患者の演技やフィードバックの質の向上が求められる。一般に、模擬患者参加型ロールプレイの構成要素は1) コミュニケーションの理論的側面の説明（モデリングを含む）、2) ロールプレイング、3) フィードバックであり、その理論的背景にはKolbら(2014)の経験学習理論、Bandura(1969)による社会的学習が挙げられる。たとえば、学生個々ロールプレイの実践（経験）を複数の学生が観察・フ

フィードバックし、ディスカッションや教員のアドバイスにより一般化される。また、他者のロールプレイの観察はロール・モデルによる学習にもつながる。また、模擬患者の質の観点からは、模擬患者の役割、募集、トレーニング、フィードバックのあり方に関する知見が数多く蓄積されてきたことが示されている（2009、Clelandら）。

また、「環境」の次元で質を高めるためには、指導教員となるファシリテーターの質の向上が重要となる。Harden(2009)は医療教育に携わる教員の役割として「ファシリテーター」「ロール・モデル」「情報提供者」「学習資源の開発者」「プランナー」「評価者」の6つを掲げている。また、Issenberg(2009)、McGaghieら(2010)は、シミュレーション教育の領域において教員が持つべき能力として、1) 適切なフィードバックの実施、2) 学習ニーズに応じたプログラムの考案、3) 学習者に応じた難易度の調整、4) 繰り返し学習の機会の提供、5) 臨床現場のバリエーションの設定、6) 肉体的、精神的に過度の負担とまらない学習環境の設定、7) シミュレーション教育のカリキュラムへの導入、が重要であると報告している。

2.3 本章のまとめ

本章では、本論文のテーマである「模擬患者参加型教育」の概要について主に述べた。第1節では、コミュニケーションの基本概念、医療者教育における広義での医療コミュニケーション教育の全体像および、狭義の医療コミュニケーションとしての対患者コミュニケーションの教育の位置づけを概説した。第2節では、模擬患者参加型ロールプレイが開発された経緯に触れるとともに、わが国で広く用いられている「模擬患者」「標準模擬患者」という言葉について、海外における simulated patient/standardized patient の概念との違い、その語用と文法上の表現と齟齬の観点から検討を試みた。さらに、模擬患者参加型実習の具体的な進め方、背景となる理論についても詳述した。

第3章 薬剤師－患者間と医師－患者間との関係性の違い

3.1 目的

厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会（2018）は「薬機法等制度改正に関するとりまとめ」のなかで、「今後の薬局・薬剤師のあり方について、薬剤師・薬局がその役割を果たすためには、各地域の実情に応じ、医師をはじめとする他の職種や医療機関等の関係機関と情報共有しながら連携して、患者に対して一元的・継続的な薬物療法を提供することが重要である」と述べている。また、その具体策として患者が自分に適した薬局を主体的に選択することができるよう、従来の薬局開設許可に加え、特定の機能を有する薬局を法令上明確にすることを打ち出した。すなわち「地域において、在宅医療への対応や入院時をはじめとする他の医療機関、薬局等との服薬情報の一元的・継続的な情報連携において役割を担う薬局」と「がん等の薬物療法を受けている患者に対し、医療機関との密な連携を行いつつ、丁寧な薬学管理や、高い専門性を求められる特殊な調剤に対応できる薬局」である。この取りまとめ案をもとに、2019年には大規模な薬機法改正が見込まれており、今後ますますかかりつけ薬局、薬剤師の役割はその重要性を増しているといえる。

一方で、厚生労働省（2017）「患者のための薬局ビジョン実現のための実態調査報告」によると、薬剤師を対象とした質問（n=460）では、「患者情報の一元的な把握の取り組みを行ってよかったこと」として96.5%が「重複投与を防ぐことができた」、83.7%が相互作用のある薬の飲みあわせを防ぐことができた」と回答しており、かかりつけ薬剤師による患者情報の一元管理が安全な薬物療法を実現するうえで重要な役割を果たすことが示唆されている。一方で、「患者が服用した、自局で調剤した医薬品以外の医薬品情報を把握する際に支障となること」として、77.9%が「患者からの情報が得られないこと」と回答しており、本来必要なはずの情報の入手が困難な状況が読み取れる。また、患者を対象とした質問では、「薬局は何をすところか」という問いに対して「処方された薬を受け取る場所」（94.8%）、「処方された薬について説明する場所」（76.2%）（n=2,025）である一方、「服用している薬やアレルギー歴等の情報を管理する場所」と回答したのは45.4%であり、薬局の機能

が十分に理解されていない状況があると考えられる。薬局・薬剤師が患者にとってかかりつけとして情報を一元管理し、安全で効果的な薬物療法を実現していくためには、薬局・薬剤師の役割を患者に理解してもらう必要がある。しかしながら、実態として患者の薬局への期待は様々であり、患者と薬剤師との関係性、コミュニケーションのとり方もまた多様であることが推察される。

これまで、医療者-患者関係に関するコミュニケーションモデルとしては、Emanuelら（1992）による医療者患者関係4モデルや、Szaszら（1956）による医療者・患者関係3モデル等が提唱されているが、いずれも1対1の関係性モデルである。しかし、患者の受療行動は多くの医療職との関わりによって完結するものであり、各々の関係性が他の医療職との関係性に影響を与えている可能性がある。外来診療を受け院外の保険薬局にて薬を受け取る患者の場合、患者はまず医療機関を受診して医師と対話し、その後保険薬局に処方箋を持参して薬剤師と対話する。すなわち、2つの医療職が介在する過程を経て、一連の医療が完結することとなる。そこで本研究では、患者の語りを通じて外来医療において患者が認識する医師、薬剤師の役割および各職種との関係性について明らかにし、薬剤師-患者間のコミュニケーションにおける有用な示唆を得ることを試みた（野呂瀬、2016）。

3.2 方法

3.2.1 研究方法

本研究は、一般的に概念化されておらず、かつ量的に測定できない、患者の薬剤師、医師に対する役割意識および関係性を、患者の語りを通して探索的に解明することを目的としていることから、質的研究法を用いた。データの採取はフォーカス・グループを採用した。得られた対話データを質的に分析して概念化し、理論の生成を試みた。

3.2.2 研究参加者

研究参加者は、現在外来診療を受けており、かつ保険薬局にて薬剤交付をうけている患者またはその家族とした。家族である場合は、研究参加者が家族に

付き添って、医師または薬剤師と直接コミュニケーションをとっている者を対象とした。研究参加者の選定にあたっては、機縁法を採用した。筆者が関与する、主に X 大学で薬学教育に関わる模擬患者グループのメンバーのうち、本研究の概要を告知され、興味を示した個人に対して口頭にて研究の説明を行った。このうち、本研究の主旨を理解し同意の得られた個人を研究参加者とした。研究参加者には謝礼等は渡していない¹⁹。対象とした模擬患者グループは X 大学周辺に住む一般市民である。薬学教育において模擬患者として活動しているため、薬剤師の職能に対する理解は深いと考えられる。また、筆者とグループのメンバーとは、模擬患者活動を通じて知己があり、互いに話しやすい関係性がすでに築けていた。募集にあたっては、対象とするメンバーに医療関係者を含めず、年齢や性別、職業等の多様性に配慮する等してフォーカス・グループを行った。

3.2.3 データ採取方法

データの採取にあたり、半構造化した質問項目に沿ってフォーカス・グループを実施した。質問項目は、Emanuel ら (1992)、Szasz ら (1956) の医療者-患者関係性のモデルを参考に設定した。質問項目を「医者との対話と薬剤師との対話は違うのか」「その違いはどこからくるのか」とし、研究参加者が自身の体験をもとに、できるだけ自由に話すことができるように配慮した。回答内容には、研究参加者が個々に抱える疾患や治療等のプライバシー性の高い内容を含み得ることから、フォーカス・グループの構成は、グループ内の参加者間で、すでにある程度の関係性が構築されているメンバーとなるように配慮した。なお、フォーカス・グループの実施にあたっては、2つのフォーカス・グループに対して研究者らが一名ずつデータ採取にかかわり、同時に実施した。

¹⁹ 本研究の研究参加者は X 大学の模擬患者であり、通常の実習参加時には謝金が支給されている。また、月例で模擬患者学習会を行い演技やフィードバックのトレーニングを実施しており、その際には謝金は支給されないが交通（専用の送迎バス）が手配されるなどの配慮がなされている。本研究のフォーカス・グループは学習会に引き続き実施されたものであることから、フォーカス・グループのための謝金は支払わないこととした。

前述のとおりフォーカス・グループを実施した研究者は研究参加者と既知の関係にあったが、倫理上問題となる関係性はない。

面談は 20XX 年に研究者らの所属機関の面談室にて実施した。時間は 60 分程度とした。発話は、研究参加者の同意を得て録音し、逐語録に起こした。

3.2.4 分析方法

分析方法は、3 章の研究でも用いた大谷（2008, 2011）が開発した質的データ分析手法である SCAT(Steps for Coding and Theorization)を採用した。

3.2.5 倫理的配慮

本研究は、北海道薬科大学倫理委員会（承認当時：現北海道科学大学倫理委員会）の承認を得て実施した（承認番号 12-04-002）。なお、本論文では、研究参加者の特定を避けるため、フォーカス・グループの対象となった模擬患者グループの所属機関、実施年度は曖昧に記載している。

3.3 結果

研究参加者は、男性 4 名、女性 7 名、年齢は 38 歳～78 歳であった。実際のフォーカス・グループの時間は、約 50 分であった。

データの中から、医師、薬剤師に対する役割意識、自身との関係性に関する発話内容を分析した。以下に、分析から得られた理論記述を、結果として示す。なお、文中の [] 内は、SCAT の分析過程で生成した、セグメント毎に生成した構成概念を示す。筆者が案出した概念もあるが、その意味は考察の中で説明を試みる。また、各理論記述の後に、その背景となる患者の語りの例を斜体で示す。語りの意図がわかりにくい場合は、() にて筆者が補足している。

・患者は医療の文脈において自分という [人：person] と、本来はその一部であるはずの [検査数値：data] を別のものとして捉えることがある。

「一番に感じることは、お医者さんは、まあ、ある程度症状を言ったら、まず検査しましょうと、検査ですよ。そして最後は、もう、データを見て判断することが多いんですよ。」

・患者は [person-centered medicine] を求めており、[data-centered medicine] に対しては、部分的に信頼感を寄せつつ、不全感を感じている。

「まあ、データで判断してくれるんだから、この結論は正しいんだろうな、とは信じますけどね。」

「なんていうの、心の交流っていうんですか。コミュニケーションっていうんですか。そういうのは、薄いなーと思いますね。」

・[Person-centered medicine] を提供する薬剤師とはコミュニケーション量が多くなり、[data-centered medicine] を提供する医師とのコミュニケーションは限局的なものとなる。

「人間的なコミュニケーションは、薬剤師さんのほうが、すごく多いですよ。」

「いろんな嗜好品だとか、そういうのから、全部きちんと頭に入れて、そして薬作ってくださってますからね、ええ。」

・患者は、[論理性・包括性を持つ医師] を [治療の主提供者] として捉えているのに対し、薬剤師を [薬の説明と提供の担当者] として捉えることがある。

「まあ、先生の言葉っちゅうのは、非常に頼りになる場合もあるんですよ。こう、診察をしていただいてね、『ああ、分かったよ。どこどこにどういう症状があるから、だからこういう薬を飲んだら、もう1週間で治るよ』と。こうい

うね、力強い言葉を頂いて、その薬の使い方を先生に教えてもらって、で、安心して薬局に行く。」

「で、処方箋、薬局にはね、もう処方箋を出すだけで、あとは、聞かれることにね、こう返事するだけ。あの一、症状とかそういうのは、もう先生に言っているんでね、あとは、薬剤師さんが、その使い方ですよ。」

・[治療の主提供者]である医師に対しては情報共有の必要性を認め[積極的対話]を試みるのに対し、[補足的役割]である薬剤師とは[消極的対話]となる。

「やっぱりね、先生の説明のほうが、あの、情報、いっぱい出しますよね。で、薬剤師さんには、先生よりは少ないです。」

「この薬を処方してもらったんだから、後は、この薬のね、使い方を自分で覚えればいい。あの、守ればいいなということなんで、症状については、あまり意識しないですね。」

・患者は、かかりつけ医に対して[なじみ患者]としてのかかわりを好意的に捉えるとともに、[被理解感]を感じる体験を通じて[安心提供者]として認識する。このような患者は薬剤師を[薬の提供者][販売者]として捉え、処方変更等、対話の必然性が生じない限り、[消極的対話]が維持される。

「で、こっちからこう話しすると、『いや、そんなのは大丈夫だよ、皆があることだから。そんな気にすることないよ』とかって、言ってくざさると、ああ、そんなに細かいこと気にしなくても、この程度の症状だったら、ちょっと普通にあることなんだな、というような安心感を持ちながら。で、『薬もどう?』とかって言うから、こういう薬が残って、今このくらいのこういう状態で、『したら、これを出しておくね』っていうような感じで、そういうようなコミュニケーション取ってくれると。」

「調剤に関しては、そのとこ、調剤薬局に流すんですよね。それで一応、薬、処方箋持って伺いますよね。そしたら『こういう薬が出てます』って言って、変わってる薬があると、『きょうはこれが変わってますね』って言って、『こういう感じですよ』っというような、お話の具合なんですよね。で、あと、その薬剤師さんとの関わり中では、同じ薬局にかかっているものですから、その症状的には、あまり聞いてこなくて、よっぽど薬が変わったときには、『どうでした？』とかって聞くけど、話す内容量としては、情報量も、格段の差があるんですけど……。」

- ・患者は薬剤師を薬に関する限定的な相談相手としてみなしており、プライバシーが保護された環境では、プライバシー性の高いトピックについて薬以外の日常生活指導に対しても好意的に受け止める、いわば「条件付有用性」を認識している。

「ただ、印象的に残ったのは、たまたま初診でかかったときに、前もお話したんですけど、泌尿器科のお薬を頂きに行ったときに、こう、おなじカウンターで、このとこに何かついたてがあって（プライバシーを守るため、一枚のカウンターを個別に仕切りで隔ててあって）。で、女性の薬剤師さんで年配の方だったんですね。すごく、何かベテランの方だったんで、『どうされましたか』っていう形で、これ1枚のついたてで、こっち側で話してくれたんです。で、泌尿器科だったもので、なんかそういう面がすごく、こう、この1枚のこれ（ついたて）っていうのが、話しやすいついていうか。『日常生活、こういうことも気をつけたほうがいいですよ』っというような形で話してくれたときに、あ、こういうコミュニケーションてありなんだな、というか。ただ、薬の渡しだけじゃなくて、日常生活こういうことも気を付けられたほうがいいですよ、とか。それは、同性っていう立場もありましたけど、すごく、このついたて1枚っていうのは貴重だったなど。」

・患者の [プライバシー感受性] は、[環境依存的] であることが予測される。

「病院には、まるっきりそういうことはないですよ。ただカウンターで、こう、薬できましたよ、って行って、『きょう、この薬出てますから』って説明を受けるぐらいで。そういうチャンスっていうか、そういう機会はないので。」

・患者は医療者に対して、自身の医療に対する負担感や不安に [共感] を求めしており、自身の存在への承認欲求を満たしてくれる相手に対して相談しようとする。

「その後に行ったときは、私は全然覚えてなかったけど、向こうのほうが、『前は薬そろわなくて、いや、失礼しました』って、向こうから声かけてくれたので、ああ、ちょっと覚えててくれたんだなっていう感じあって。で、今、そこの調剤薬局行って、すごくこう、薬剤師さんもお話聞いてくれて、すごい親身になってくれて。」

・医師に対して信頼を寄せられないと感じる患者は、保険薬局に信頼感と安心感を求める。

「いや、なんかね、クリニックのほうへ行ったら、先生居るでしょう。そうして奥の（処置室の）ほうに、何か、またぐったりしてるのよ、女の人（患者さん）で。そして、その他に、看護師さんも居るのね。なんか、すごく言いづらいついていうか。」

「薬局ではね、なんとなく、こう向かい合って座って。女の人だったので、こう、紙出してくれて、あれしたら、すごく話がしやすかった。そして、やっぱり、一対一で、こうやってね、話しするから、話はすごくしやすかった。」

・ 専門家としての意見が見られない医師に対しては、自分の考えに [過剰配慮] していると認識し、不信感、不安感を感じる。

「そういう会話って、なんかね、今行ってるクリニックにできないっていうか。なんか、先生が、すごく患者を気にしすぎてるというのかな。気、遣いすぎてるというのかな。なんかそんな感じで、言えないような。逆に、言えないような感じで。」

・ 患者は、医師に対しては [専門性に基づく判断] を求め、時として患者の意に沿わなくとも [毅然とした対応] をとることにより信頼感を寄せる。

「なんか、すごい、今の先生って、あんなに気遣って。いや、分かんないけど、私、そんなきついこと言ってるわけじゃないのよ。でも、なんか、すごくね。いや・・・。本当にいいのかな、っていう感じ、です。」

「やっぱり、先生がきちっと言ってくれないとね。こっちは素人だし、片や専門家なんですからね。」

・ 患者は繁忙度の高い医師の診察で [一往復診察] [制限時間付き診察] を体験し、話しづらさを感じている。

「まあ、病状によってなんでしょうけども。それで、『ああ、そうですか。じゃあちよっと、こういう薬を飲みましょうか』って、『はい、血圧の薬出しますね、これは XX の薬出しますね。これで様子見ましょう』って言って、終わり。」

「それもあるし。もう、病院は患者さんがいっぱい居て、混んでて、もう時間、1人に何分の単位で、流れ作業でやってるっていう意識があるので。私もできるだけ質問しないで、早くこっから帰ったほうが、いいんじゃないかなっていう思いがある。」

- ・ 医師との話しづらさを感じる患者は、薬剤師を「薬に関する重要な存在」として認識し、重要視する。

「薬局は、えーと、お医者さんは、薬は、『血圧の薬出しますね。これ XX の薬出しますね』と言うだけで、薬局のほうは、これはなんとかっていう薬の名前を言って、そして、『朝飲んでください、夜飲んでください』って、細かい説明をしてくださいますよね。だから、お医者さんは病名の名前を言った（ら）薬（を出しますとしか言ってくれないけれど）、薬剤師さんは、病名に対して薬の名前を言ってくれる、細かくいろんな説明をしてくれる、というのが、大きな違いですよ。」

- ・ 医師との話しづらさを感じる患者は、話しやすさの観点から、医師に対しては「目的志向の対話」となり、薬剤師に対しては「交流志向の対話」となる。

「えー、お医者さんには、何か、一言で答えてしまう。」

「うん。薬剤師さんには、なんかこう、日常会話みたく、枝葉を付けてしゃべってしまう。」

- ・ 患者は、病院内では院内システムによって、薬局ではお薬手帳によって患者情報が共有されていると認識しているが、その「共有された患者情報の活用」が顕在化しているのはお薬手帳のみであると認識している。

「コンピュータで、各先生方が、こう情報共有してるのは、先生、先生、先生、ていうのが居て、そっちのほうに入り込んだらいけないのかなっていう、なんかそういうものがあるのかなーって。一言も言われたことないんです、『ああ、呼吸器でなんかやってますね』とか、『何々科でなんかやってるんですね。ああ、こんな薬も飲んでるんですね』とかって、一度も聞かれたことがないです。」

「私は、薬局の、そのお薬手帳で、いろんな情報を、私のことを知ってくれたので、なんかすごく、こう、ああ、薬剤師さんて、いろんなことを、他のページもいろいろ見るんだなと思って、うわ、すごいな、と思いました。1つの薬じゃない、1つの病院じゃないっていう、そこまで見るんだな、というのが分かりました。で、病院のほうは、こっちから言わないと、たまたま、救急病院に行った内容も入ってたんですね。『あっ、救急で来たんですね』って言われて、あ、ちゃんと情報はちゃんと入ってるんだな、と思って安心したんですけども。」

分析結果から、保険薬局を利用する外来患者の薬剤師との関わりは、先行して関わる医師との関係性に大きく影響を受けていることが示された。そこで、患者が医師と良好な関係性を保っている場合を「医師中心型コミュニケーションスタイル」、医師との関係性があまり良好ではないと感じている場合を「薬剤師中心型コミュニケーションスタイル」として概念図を構築した（図7）。

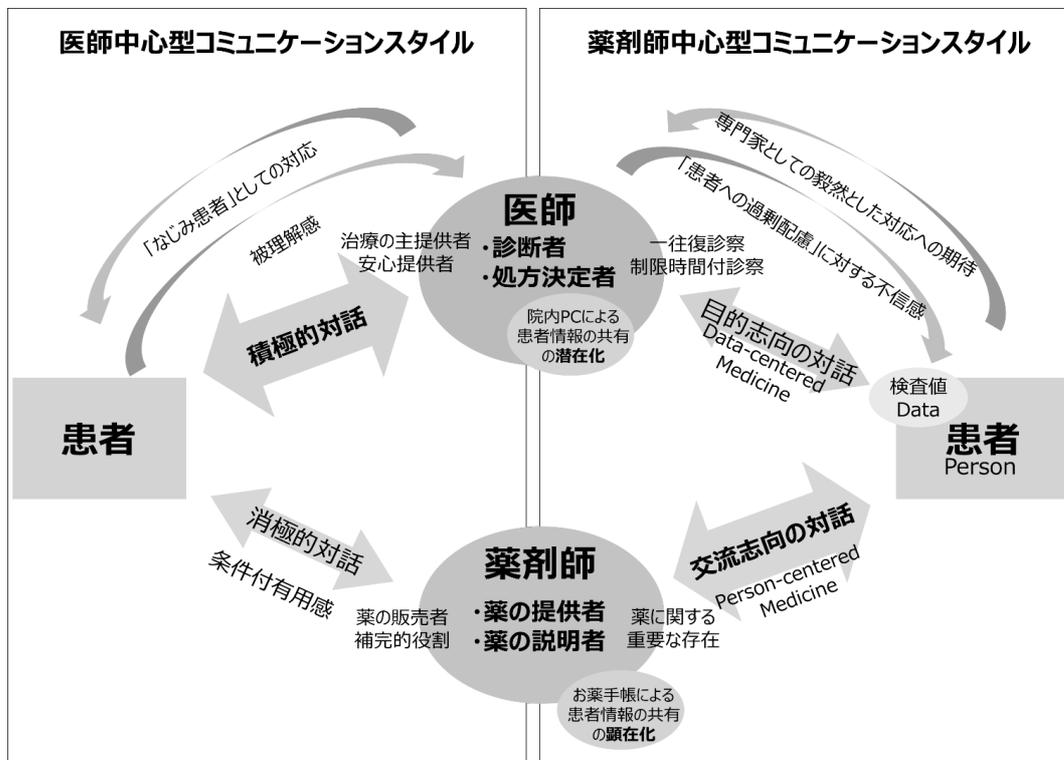


図7 外来医療における 医師－薬剤師 相互補完モデル

3.4 考察

3.4.1 医師中心型コミュニケーションスタイル

コミュニケーションのスタイルに関わらず、患者は、医師を「治療の主提供者」と認識し、薬剤師を「薬の説明と提供の担当者」と認識する。これらは、「患者のための薬局ビジョン実現のための実態調査報告」における、患者を対象とした調査結果を支持するものである。医師の診断が基点となり、薬局において処方箋を介して説明とともに薬を提供されるのが外来医療の本質である。このため、医療者との関係性にかかわらず、医師、薬剤師の基本的な役割に関する患者の認識は変わらないものと思われる。

ここで、患者が医師から「なじみ患者」のように対応される場合や、自分を理解してもらっていると感じるような対応をされる場合には、医師を「治療の主提供者」であり安心して医療を受けられる相手であると認識する。こうした相手に対しては自分の情報を共有しようとする意識が働き、結果として「積極的対話」が生まれているものと考えられる。

一方で、このような関係を医師と結んでいる患者は、薬局の薬剤師を薬の「販売者」すなわち、薬という「モノ」を提供する相手であると認識する。特定の場面では薬剤師の有用性を感じることはあるものの、基本的には自身が受ける医療のなかで「補足的役割」として認識し、質問されたことには応えるという「消極的対話」となる。これは、外来診療の第一段階である医療機関での診療において医師とのコミュニケーションが十分にとれており、病気や治療に関する不安や疑問の解消等の医療ニーズがすでに満たされていると感じているため、第二段階である薬局では、「薬の説明を聞き受け取る」という、コアの役割以上のものを期待していないことがその理由であると推察できる。薬局薬剤師は単に「モノ」としての薬を調剤し情報とともに患者に提供しているだけでなく、そこには様々な薬学的判断が介在し、疑義照会や調剤上の工夫等の役割も担っている。しかし、こうした薬剤師の見えない役割は患者には理解されておらず、あくまでも補完的な役割としてのみ認識されているものと考えられる。

3.4.2 薬剤師中心型コミュニケーションスタイル

医師、薬剤師に対する、コアとなる役割の認識は変わらないものの、医師との関係があまり良くないと感じている患者もいる。その背景の1つには、自分が受けている医療を、[人：person]ではなく、自分の一部である[検査値：data]を対象として診療している、いわば[data-centered medicine]と認識していることが挙げられる。これは、医師が診断に際して検査データも含め様々な患者情報を収集するという点で患者の[検査値：data]に焦点を宛てているのに対し、患者はデータをもっている[人：person]としての対応を期待していることの表れであると考えられる。この他、質問されて答えたら診察がもう終わってしまった（[一往復診察]）という経験や、混み合っている場合には医師も看護師も時間を気にしているため、あたかも制限時間があるなかで診察をうけている（[制限時間付き診察]）かのような経験も、医師との関係性に影響をあたえる。こうした医療の中では、自ずと医師に「聞かれたこと、必要なことだけ伝える」といった[目的指向の対話]となり、医者には話しづらいと感じる。一方で、医師が患者である自分の要望をすべて認めてくれることに対して気を遣いすぎていると感じると、[過剰配慮]をされていると認識して、かえって不信感を抱く可能性もある。この場合、だめなものはだめ、といった[専門家に基づく判断][毅然とした態度]を求めることがある。その背景には、患者自身が自分の要望を「本当は体には良くないかもしれない」あるいは「わがままなのではないか」と捉えており、それを認めた医師に対して「本当に自分の体のことを考えた上での対応なのか」と不安になっていることの表れと考えられる。医師は、こうした患者の要望を治療上許容できる範囲と判断した上で認めていたとしても、互いに「なぜそう思うのか」「なぜそう判断するのか」の背景が共有できていないという点でディスコミュニケーションが生じており、結果として患者の医師に対する不満につながっているものと考えられる。

医師との関係性が十分ではないと感じている患者は、薬剤師を単に[薬の提供者]としてだけでなく、[薬に関する重要な存在]と認識する。こうした患者は、薬剤師との間に[人：person]としての患者である自分に焦点をあて

た、いわば [person-centered medicine] ともよべる医療が成立していると認識する。このため信頼感が形成され、医師との対話が [目的志向の対話] であつたのに対し、薬剤師とは [交流志向の対話] が交わされる。これは、医師中心型コミュニケーションスタイルをとるケースと比較した場合、診察の段階では患者の医療ニーズは十分に満たされておらず、診察の段階で医師に聞けなかったことや不安に感じていたことを、薬局薬剤師との対話のなかで解決を試みていると考えられる。

興味深いのは、医療機関や薬局における [共有された患者情報の活用] に関する患者の意識である。患者は、薬局で薬剤師がお薬手帳の提示を求めた際に、手帳を確認した結果問題がなかったことを薬剤師から伝えられることによって、「自らが提供した患者情報が活用されている」と認識し、お薬手帳や薬剤師の存在意義を実感する。一方で、複数科をもつ病院等では電子カルテによって患者情報が共有されていることは患者も認識しているが、共有されたカルテ情報が自身の受ける医療に役立っていることを医療者から伝えられないため、情報が共有されることの意義を実感しにくい。医療では記録し共有されている患者情報を、様々な臨床判断場面で活用しているはずである。しかしながら患者にとってはその場面が見えないため、本当に役に立っているのかを疑問に感じていると考えられる。

3.5 本章のまとめ

本章では、外来医療において患者が認識する医師、薬剤師の役割および各職種との関係性を、患者の語りを通じて明らかにし、薬剤師-患者間のコミュニケーションに関する有用な示唆を得ることを試みた。その結果、保険薬局を利用する外来患者は、医師、薬剤師の専門性を認識しつつも、医療に関わる相談、意思決定については担当医師と薬局薬剤師の双方を一組として認識しており、一方との関係を他方が補完する「医師-薬剤師相互補完モデル」が形成されていることが示唆された。この実態を踏まえ、外来医療の二段階目を担う薬局薬剤師は、一段階目の医師による診療では掬い取れなかった医療ニーズに対応する役割を担う必要がある。ここでは、患者が感じる「顕在化した」ニーズ

だけでなく、対話を通じて患者自身が気づかない「潜在的な」ニーズも明らかにし、適切に対応していくことが重要となる。

コミュニケーションのあり方を考えるときには、Contents（どのような情報をやりとりするか）と Process（どのように関わるか）双方の視点から検討しなければならない。医師中心型患者コミュニケーションをとる患者は、Contents の面から考えると、患者自身が認識する「顕在化した」医療ニーズは満たされていると認識している。Process の面では、医師との関係性は良好であることから、薬剤師と積極的に関わることの必然性は感じていない。従って、「潜在的な」医療ニーズを明らかにするためには、薬剤師の視点から「医療上重要と考える点とその理由」を明示的に患者に伝えるべきである。その上で、「医師がどのように対応したか」をまず確認し、必要な情報の提供を求めべきである。医師との関係性が良好な患者は、薬局・薬剤師を「補完的な役割」として認識していることから、患者の潜在的なニーズを引き出すためには、「薬剤師が関わることの必然性」を患者に認識してもらう必要がある。そのためには、単に患者情報を得ようとするのではなく、「その情報を薬剤師がどのように活用して患者に価値を提供できるのか」を適切に伝える必要があると考える。

一方、薬剤師中心型コミュニケーションをとる患者に対しては、Contents と Process の両面から患者支えることになる。薬剤師と十分なコミュニケーションが取れる関係性が成り立っている場合には、薬学的判断に必要な情報を患者から得ることは可能であると考えられる。但し、患者は医療者に対しては単に「話しやすい」「話を聞いてくれる」といった Process 面での関係性を望んでいるだけではなく、専門家としての毅然とした態度に対して信頼感を覚えることも本研究結果は示唆している。あくまでも「安全で効果的な薬物療法の実現」という目的に沿った関係性の構築が望まれる。この目的から考えると、処方医と患者との間で十分なコミュニケーションが取れていないこと自体が医療上のリスクとなり得る。患者の医師への思いを尊重しつつ、医師と共有すべき情報があればそれを「毅然と」伝えることもまた必要となろう。内容や状況によってはお薬手帳をコミュニケーションツールとして活用したり、患者の了解

を得たうえで、薬剤師と医師とで患者情報を共有したりといったことも選択肢となると考える。

また、かかりつけ薬局として情報を一元化することの意義を患者が実感できるようにするためには、お薬手帳の活用に限らず、薬剤師が行っている臨床上の判断や思考過程を明示的に患者に伝えることも重要であろう。近年は臨床検査値が付された処方箋を発行する医療機関も増えつつあり、より多くの患者情報を薬局薬剤師が得られるようになってきた。これらの情報に基づき指導や対応が必要となった場合には、患者も情報提供の意義を実感できるだろう。しかし、「特に問題がなく経過観察」となる場合は、患者の語りで示されたように、医療者は「得た情報を元に状況を判断している」ことを患者に明確に伝えるべきであろう。患者の中には自身の病気や治療についてあまり話したくない人もいることは推察できる。そのため「医師に話したのだからもう薬剤師に話す必要はない（話したくない）」というケースもあることは容易に想像できる。だからこそ、薬剤師が、患者の病状や治療状況などの医療情報を薬剤師につたえることの「意義の共有」を地道に続けることで、患者自身が自らの情報を医療者と共有することの重要性の認識を深め、ひいては情報の一元化、かかりつけ薬局・薬剤師の意義の理解に結びつくものと考ええる。

なお、本研究では、こうした関係性の違いが生じる要因、例えば患者あるいは医療者の交流志向や面談場面の環境、他者（家族等）の影響等は検討していない。また、本研究からは見出せなかったものの、「医師とも薬剤師とも良好な関係を築き、コミュニケーションがとれている患者」「医師とも薬剤師とも良好な関係作らず（作れず）コミュニケーションが取れていない患者」がいる可能性もある。この点についての検討は今後の課題とする。

第4章 患者の語りの分析を通じた薬剤師とのかかわりに影響を与える患者の要因

筆者は JSPS 科研費（16K08417：研究代表者 東京理科大学後藤恵子教授）の助成を受け、研究チームの一員として、かかりつけ薬剤師に求められるコミュニケーションに関する資質（Pharmaceutical Communication Standard：PCS）の構築を試みてきた。同研究チームでは、第一段階として 1) ビジネス環境分析の手法を活用した薬剤師を取り巻く環境の分析、2) 海外における「薬剤師のコンピタンス」に関する文献調査、3) 患者を対象とした「薬剤師に期待する役割」に関する調査研究、4) 他医療職を対象とした「薬剤師に期待する役割」に関する調査研究の 4 班に分かれ、各々が担当する分析や調査研究を実施した。その後、第二段階として、各班で得られた結果から、PCS の構築および、PCS を修得するための模擬患者参加型トレーニングプログラムの構築に、チームメンバー全員で取り組んだ。

そこで本章では、第一段階として、3 名の共同研究者とともに筆者が主任研究者として取り組んだ、「患者の語りにみる薬剤師とのかかわりに影響をあたえる要因」について詳述する（野呂瀬、2018）。

4.1 目的

本章の研究では、かかりつけ薬剤師に求められるコミュニケーションスタンダード構築の基礎資料とすることを目的として、患者の語りを通して、患者が期待する薬剤師や薬局のあり方を探索的に解明することを試みた。

4.2 方法

4.2.1 研究方法

本章の研究の研究では、一般的に概念化されておらず、量的に測定できない、薬剤師との関わりに影響する患者の内的要因を、患者の語りを通して探索的に解明することを目的としている。そこで、データの収集はフォーカス・グループを採用した。得られた対話データを概念化し、複数のカテゴリを抽出したうえでカテゴリ関連図を作成して、理論の生成を試みた。

4.2.2 研究参加者

研究参加者は、現在または過去に複数の薬局利用経験があり、可能な限り、かかりつけ薬局・薬剤師を持っている患者またはその家族とした。本研究では、薬局利用者としての一般市民の視点を重視しているため、本人または家族が、職業として医療・介護に従事する人は除外した。

研究参加者の選定にあたっては、機縁法を採用した。研究者自身またはその知人の紹介を通じて本研究の概要を告知され、興味を示した個人またはグループを対象として、書面を用いて研究の説明を行った。このうち、本研究の主旨を理解し、同意の得られた個人を研究参加者とした。また、研究参加者には10,000円程度の謝金が支払われた。年齢や性別、職業等の多様性に配慮して、フォーカス・グループを重ねた。

4.2.3 データ採取方法

データの採取にあたって、半構造化した質問項目に沿ってフォーカス・グループを実施した。質問項目は、前出の薬剤師に求められるコンピテンシーに関する資料を参考に設定し、「薬局を選ぶときの理由」「かかりつけ薬剤師に対する期待」「薬局薬剤師とのかかわりで嬉しかったこと／不快になったこと、安心したこと／不安になったこと」「薬剤師とのコミュニケーションで気になったこと」「在宅医療における薬剤師への望み」「薬剤師との関わりで健康感・闘病意欲に変化があったか、それはどのようなものか」とした。回答内容には、研究参加者が個々に抱える疾患や治療等のプライバシー性の高い内容を含み得ることから、フォーカス・グループの構成は、グループ内の参加者間で、すでにある程度の関係性が構築されているメンバーとなるように配慮した。3回のフォーカス・グループのうち、筆者は2回目を実施した。1回目と3回目は共同研究者が実施した。筆者を含むフォーカス・グループを実施した研究者は一部の研究参加者と既知の関係にあったが、倫理上問題となる関係性はない。

面談場所は筆者らの所属機関の面談室、研究参加者の指定する場所で、プライバシーに配慮し、1～2時間程度行った。会話は、研究参加者の同意を得て録音またはビデオ撮影し、逐語録に起こした。

データ採取は、2016年11月～2017年2月にかけて、3回に分けて実施した。1回目のフォーカス・グループで得られたデータをもとに分析を行い、8つのカテゴリを抽出した。2回目のフォーカス・グループおよび分析を実施した段階で、研究参加者の属性に偏りがあると判断し、さらに3回目のフォーカス・グループと分析を行った。その結果、新たなカテゴリをいくつか抽出したものの、多くは2回目のフォーカス・グループに抽出したものと重なったことから、十分にカテゴリが抽出されたと判断した。

4.2.4 分析方法

分析方法は、要約的内容分析 (Frick, 2012) を採用した。この分析方法を採用したのは、本研究は、薬剤師に求められるコミュニケーションに関するコンピタンスを構築するための基礎資料とすることを目的としており、患者の語りから得られる構成概念の構造化が必要であると考えたためである。逐語録をデータとし、3回のフォーカス・グループをもとに次の質的分析を繰り返した。1) 患者と薬剤師、薬局との関わりに関する発話部分を切片化し要約する。2) 要約したデータを比較し、意味の類似したものをまとめて概念化しラベリングする。3) 得られたラベルをもとに、その意味する内容のまとまりによりカテゴリを抽出する。4) 抽出したカテゴリをもとに、元のデータに戻りカテゴリ間の関係性を確認し関連図を作成する。筆者を含むフォーカス・グループに携わった共同研究者3名で、作成した関連図の妥当性を互いに検証し、合意が得られた分析結果を元に、最終的なカテゴリリストおよびカテゴリ関連図とした。3名の共同研究者はいずれも医療コミュニケーションを専門とする大学教員であり、5年以上の質的研究、内容分析の経験を持つ。筆者は男性、他の共同研究者は女性で、いずれもフォーカス・グループに関するトレーニングを積んでいるとともに、内容分析だけでなく、その他の質的分析を実施した経験も積んでいる。

4.2.5 倫理的配慮

本研究は、共同研究者の所属先である東京理科大学倫理審査委員会の承認のもと実施した（承認番号 16005）。

4.3 結果

研究参加者は、1回目に70代の女性2名、男性1名、2回目に40代～60代の女性5名、3回目では40代～50代の男性3名の計11名で、予定していた研究参加者の全てがフォーカス・グループに参加した。また、すべての研究参加者は、あらかじめ定めた研究参加者の要件に適合していた。研究参加者の属性を表1に示す。実際のフォーカス・グループの時間は、1回目約60分、2回目約90分、3回目約60分であった。

3グループより得られたデータをもとに分析を行った結果、構成概念として42のサブカテゴリを抽出した。さらに、サブカテゴリの上位概念となる、7つのカテゴリを抽出した（表2）。

これらのカテゴリとサブカテゴリが、患者の保険薬局の利用場面と結びついており、さらにはその前段階でかかわる医師との関係性が影響していることが読み取れたことから、患者が外来診療を受けてから薬局において薬を受け取るまでの物理的な流れに沿って、図8に示すカテゴリ関連図を構築した。

表 1 研究参加者の属性

	発話者	性別	年代	背景（職業・活動、医療への関り、知識レベル等）
1回目	A	男性	70代	消化器系の疾患で継続通院中、門前薬局で服薬を受けている
	B	女性	70代	高血圧、骨粗しょう症などで継続通院中、門前薬局で服薬を受けている
	C	女性	70代	高血圧などで継続通院中、問診薬局で服薬を受けている
2回目	D	女性	40代	フルタイムで介護職（ケア・マネージャーとして勤務）、地域のコミュニケーション・サークルで活動
	E	女性	50代	パートタイム（販売）、地域のコミュニケーション・サークルで活動
	F	女性	50代	専業主婦、地域のコミュニケーション・サークルで活動、持病があり継続通院中
	G	女性	60代	専業主婦、地域のコミュニケーション・サークルで活動、過去に子供（難病指定）の通院経験あり
3回目	H	女性	60代	専業主婦、地域のコミュニケーション・サークルで活動、親の通院介助をしている
	I	男性	40代	甲状腺がんにより、甲状腺ホルモンを常用の患者。お薬手帳を積極的に活用し、患者と協働した医療の実践について、患者や医療者に積極的に情報
	J	男性	50代	1型糖尿病患者により、インシュリンを常用の患者。医療者ではないが自身の疾患、治療方法について自ら知識を得て積極的に関わっている。
	L	男性	40代	アトピー皮膚炎で薬を常用の患者。医療者ではないが自身の経験から積極的に医療者に情報発信している。

表 2 薬剤師との関わりに影響を与える要因のカテゴリおよびサブカテゴリ

(野呂瀬、2018)

カテゴリ		サブカテゴリ	
A	薬局選択の根拠	1	薬局へのアクセシビリティ
		2	待ち時間
		3	在庫不足とその対応
		4	薬局変更時の利便性
		5	薬局のミスへの対応
		6	店舗によらない薬剤師の質の担保
		7	災害時、緊急時の対応
		8	医療機関と薬局との連携
B	薬局・薬剤師に期待する役割	1	患者教育者としての役割
		2	相互学習者としての役割
		3	自己決定支援者としての役割
		4	健康情報ハブとしての機能
		5	コミュニティの健康学習のハブとしての機能
C	薬剤師のあり方	1	患者に寄り添う姿勢
		2	患者の「個」の尊重
		3	身内の様な親しみやすい姿勢
		4	薬剤師からの積極的な働きかけ
		5	状況適応的なコミュニケーション能力
		6	誠実な対応
		7	社会常識的な振る舞い
		8	「薬剤師」としてのプレゼンス
		9	患者の命を預かる覚悟
D	薬剤師による情報収集	1	患者の状態に合わせた症状の確認
		2	情報収集の抵抗感への配慮
		3	患者の意識化を促す問いかけ
		4	情報共有ツールとしてのお薬手帳の活用
		5	患者が話せる環境整備
		6	医療上のキーパーソンの把握
E	薬剤師による情報提供・相談対応	1	親切で丁寧な説明・対応
		2	患者背景の理解に基づく個別対応
		3	高度な専門知識に基づく相談対応
		4	医師と一貫性のある情報提供
		5	「薬周辺情報(医療機器、検査地、健康食品、生活習慣等)」に関する指導、対応
F	医師との関係性	1	医師への質問・提案のしやすさ
		2	医療選択としての多科受診
		3	医師による医療のコントロールの認識
		4	薬剤師より優先する医師への信頼感
		5	覚悟のある医師の態度
G	医療費への関心	1	ジェネリック医薬品、薬代への意識
		2	国民医療費への関心
		3	OTCの活用への関心
		4	保険診療を優先する姿勢

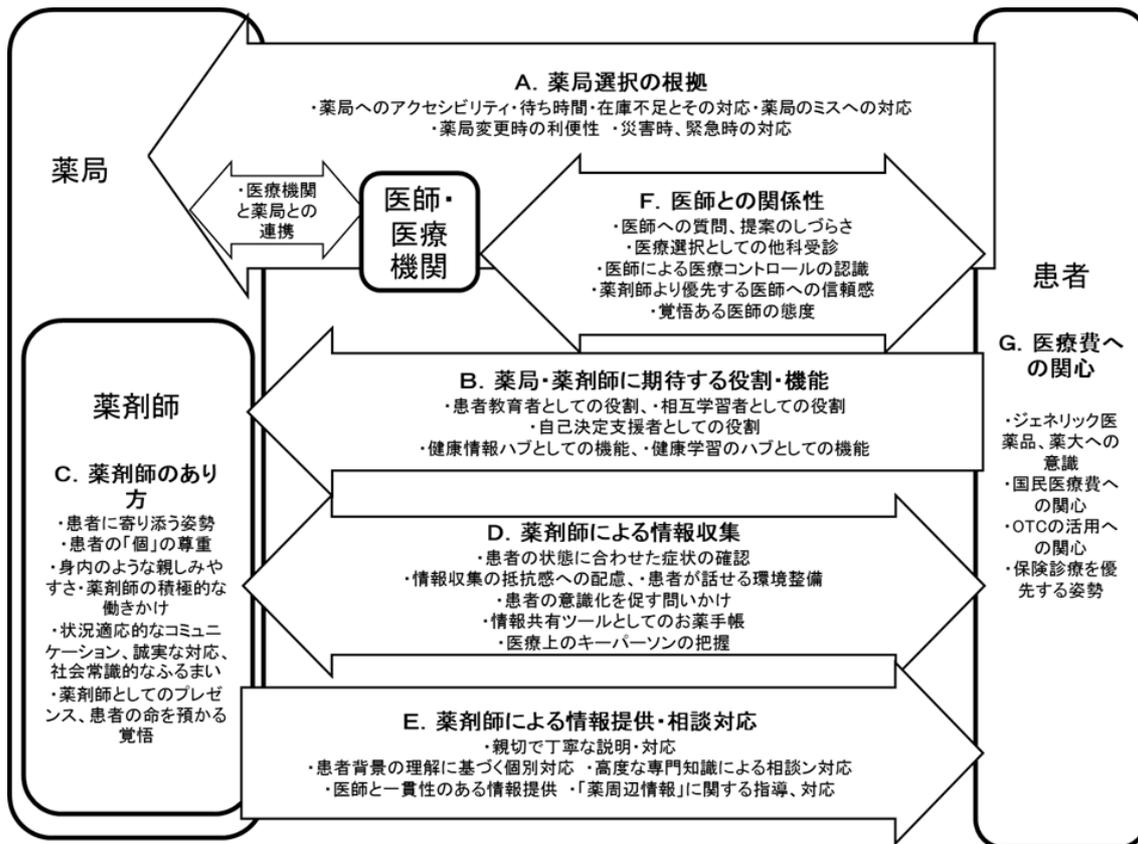


図 8 薬剤師との関わりに影響を及ぼす患者の要因

以下に、抽出した構成概念をカテゴリ毎に記述する。カテゴリ名を【】で、サブカテゴリ名を[]で示す。また、各カテゴリの構成概念の記述の後に、その背景となる患者の語りの例を斜体で示す。語りの中で意味がわかりにくい部分については、()内に筆者が適宜必要に言葉を補っている。

4.3.1 薬局選択の根拠

薬剤師の関わり的前提となる【薬局選択の根拠】として、7つのサブカテゴリを抽出した。患者は、「利用した医療機関や自宅から物理的に近接している」「自分の利用したい時間帯に開局している」といった[薬局へのアクセシビリティ]や、[待ち時間]が短いといった利便性を重視していた。また、処方箋に記載された医薬品の[在庫不足とその対応]、[薬局のミスへの対応]といった、ネガティブな体験に基づく薬局・薬剤師の対応が、患者の薬局利用の継続や中止に影響を与えていた。一方で利用薬局を変更すると自身の基本情報をはじめから提供する必要があるのがわずらわしいので、利用薬局をあまり変えないといった、消極的な意味での[薬局変更時の利便性]や、店舗によって薬剤師の質が異なる恐れがあるので、利用を継続するといった[店舗によらない薬剤師の質の担保]への期待も示された。この他、[災害時、緊急時の対応]や、自身が利用する[医療機関と薬局との連携]、すなわち、薬の使い方や治療方針に医師との齟齬がないことが、薬局選択の要素となっていた。

「私は勤務地の近くにある薬局をかかりつけ薬局にしています。そこは病院からは遠い、自宅からも遠いですがけれども、勤務地の近くで、昔から、ちょっと別で薬剤師の方と出会ったので、その方の薬局が私の勤務地に近かったのも、知り合いだしということをお願いするということがかかりつけ薬局になっています。」(発話者 I)

「要するに、例えば自宅が災害に遭った、火事に遭った、手元から紛失した、盗難した、インスリンなくなりましたというときに、実家であるとか、病院であるとかあるんですけども、例えば自宅の近くの薬局で、インスリンを別に処方

方する前のをストックしておいてくれとは言いませんから、処方されたものを預かっておいてもらったら²⁰、いつでも取りに行けるじゃないですか。」(発話者 J)

4.3.2 薬局・薬剤師に期待する役割

【薬局・薬剤師に期待する役割】カテゴリでは、5つのサブカテゴリが抽出された。患者の中には、「よりよい医療を受けるための患者の責任と役割」に注目し、身近な医療者である薬剤師に対して[患者教育者としての役割]を期待していた。また、患者が薬剤師から知識や情報を受けるだけでなく、薬剤師自身も患者とのかかわりを通じて、患者との関係性のあり方や多様性を学ぶ[相互学習者としての役割]を担うことで、患者と薬剤師がお互いに育てあう関係性の構築を期待していた。こうした患者は自身の受ける医療に積極的に関わろうとしており、薬剤師に対して[自己決定支援者としての役割]を望んでいた。また、薬局・薬剤師は薬に関する知識や情報の提供に留まらず、コミュニティにおける幅広い[健康情報ハブとしての機能][コミュニティの健康学習のハブとしての機能]を望んでいた。

「これを私は薬剤師が患者を教育すればいいと思って、全員患者ができるわけじゃないじゃないですか、医者 of 言ったことをメモするってそれなりに高度なことなので、全員ができるんじゃないかと、できそうな人にはここまで求めるし、でも、残薬何錠か数えるのは誰でもできるから、それはほぼ全員にさせようとか、相手、その患者さんによって、どこまでこのお薬手帳を使いこなさせるかというレベル分けをして教育をする。それによって患者にセルフメディケーションの気持ちを持たせるという患者教育に私は薬剤師がもっと入ってほしいと思っています。」(発話者 I)

²⁰ 現行の法制度では患者個人の薬を薬局が長期に預かることは認められていないが、今後はこのようなニーズに対応していくことも必要であると考え。

「今のBさんので触発されて、私が思ったのは、薬局の待合室で、もっとみんなが、町の人が集まれるような空間と、何かその中でみんなと一緒に学べるような場所づくりとかを、薬局主導であればいいのにとかいうのは日ごろから思っていますよね。」(発話者I)

4.3.3 薬剤師のあり方

【薬剤師のあり方】カテゴリでは、9つのサブカテゴリが抽出された。[患者に寄り添う姿勢]、[患者の「個」の尊重]といった、患者の個別性の尊重が求められていた。さらには[身内の様な親しみやすい姿勢]、患者に対する[薬剤師からの積極的な働きかけ]、患者の体調やニーズにあわせた[状況適応的なコミュニケーション能力]といった、患者との関わりにおけるコミュニケーションの姿勢に関する期待が示された。一方で、[誠実な対応]、[社会常識的な振る舞い]等、社会人として当然備えるべき対応や行動様式が改めて言語化された背景として、こうした対応、振る舞いにそぐわない薬剤師の言動、関わりを経験が語られていた。同様に、[「薬剤師」としてのプレゼンス]、[患者の命を預かる覚悟]といった、医療専門職としてのあり方に関する期待は、これらに欠ける薬剤師との関わりの体験に起因していた。

「やはりエモーショナルに、どう患者をあなたは見ているんですかというところの、やはりそこがまだドクターを比べると足りないよなと思う瞬間が。」(発話者L)

「だから、低血糖を起こしたら何をするだろうかと、無意識に低血糖を起こしている状態で何をするだろうとか、あとは、例えば頻尿の人だったらどういう行動をするだろうとか、何となくそれって、ちょっと置き換えれば分かるはずなんだろうけども、やはりそれをちゃんと分かってやる人ももちろんいるんですよ。だけども、そうじゃないケース。」(発話者L)

4.3.4 薬剤師による情報収集

【薬剤師による情報収集】カテゴリでは、6つのサブカテゴリを抽出した。【薬剤師のあり方】にもみられたように、患者の状況や個別性を尊重し[患者の状態に合わせた症状の確認]を重視していた。また、プライバシーの高い情報を収集することから、[情報収集の抵抗感への配慮]や[患者が話せる環境整備]も求められている。[情報共有ツールとしてのお薬手帳の活用]を抽出した背景には、お薬手帳に自身の症状や医師の説明のメモ等を記載して積極的に活用している例が示された一方で、お薬手帳を薬剤師に提示しても確認もせず、手帳に記載されている内容を口頭で質問された、といった例も語られていた。また、患者家族の場合は、情報収集過程で[医療上のキーパーソンの把握]が重要であることが示された。さらには、薬剤師の質問を情報収集としてだけでなく、質問することで患者の気づきをもたらす[患者の意識化を促す問いかけ]として認識している例もみられた。

「何かちょっと言いたくないなっていうときもありますよね。はっきり聞いているわけじゃないんだけども何か、あ、言わないといけないのかなみたいな感じで。でも、ここで言ったとしても何かあるのかなとかっていうふうに思っ
て。」(発話者G)

「そうですね。私のお薬手帳、正式に言うとこれは駄目なんですけど、でも、私のお薬手帳はこれで、シールを張った上で、例えば残薬が書いてあって、では、診察日のときに残薬を集めるんです。では、これは、これだけ多いから、これでいうと5日分減らしましょうみたいに書いてあるんです。あとは、症状です。別に起きた症状だとか、全部書いてあるし、例えばさっきJさんが言った、病名はとか言ってますけど、病名ももろに医者が出たことを全部書いてあって、そのデータとかも言われたとおりに書いてあるんです。でも、その場で医者が出ていることとかメモして、汚い字で申し訳ないんだけど、でも、取りあえず、何かバーツと医者が出たことで書き留めて、これで何か(わからないことがあれば、薬局に行って薬剤師に)聞いているんです。「どんな

字？」とか、「それって何なの？」とかを（薬剤師に）聞いているんです。」

（発話者 I）

4.3.5 薬剤師による情報提供

【薬剤師による情報提供】カテゴリでは、5つのサブカテゴリを抽出した。本カテゴリでも、患者の個別性の尊重を前提とした[患者背景の理解に基づく個別対応]が重視されていた。また、薬剤師の専門性を期待した[高度な専門知識に基づく相談対応]や、【薬局選択の要因】カテゴリで医療機関との連携が求められていることとも関連し[医師と一貫性のある情報提供]を求めている。さらに、薬学的管理に限らず、医療機器や検査、健康食品、生活習慣の改善等、治療や健康維持全般に関わる、いわば[薬周辺情報（医療機器、検査値、健康食品、生活習慣等）に関する指導、対応]も期待されている。また、これらの情報提供にあたっては、[親切で丁寧な説明・対応]が前提となっていることが示された。

「インフルエンザのやつ、スーッと吸って2回ぐらい何かこう吸ったらオーケーというのを、その薬局の年配の50代ぐらいの薬剤師さんが『あら、お熱出ちゃったのかい、つらいかい、大丈夫かい』みたいな感じですよ。すごい子供にしっかりお話ししてくれて、『これをシューッと吸うんだよ。吸えるかな、上手にできるかな』なんて言いながらやってもらって、それはすごいね。私が何か飲ませなきゃいけないわけじゃないから、家へ帰って嫌がるのに粉薬を飲ますとか薬を飲ますっていうのはしなくてよかったので。そう。すごい上手にやってくれて、その薬剤師さんはすごいありがたいなと。」（発話者 E）

「今の私のかかりつけは、さっき言ったように「夜寝る前がいいですよ」みたいな生活パターンが分かった上で言ってくれるというのは、すごいありがたいなと思います。」（発話者 I）

4.3.6 医師との関係性

【医師との関係性】カテゴリでは、5つのサブカテゴリを抽出した。患者が薬剤師に質問や相談をしようとするか否かは、受診した[医師への質問・提案のしやすさ]に影響を受けている。また、自分の主治医である[医師による医療のコントロールの認識]があり、その背景には[薬剤師より優先する医師への信頼感]が示されていた。これは、患者自身の様々な医療の体験の中で、[覚悟ある医師の態度]を実感していることによるものと思われる。【薬剤師のあり方】のひとつとして抽出された[患者の命を預かる覚悟]への期待は、この裏返しとも読み取れる。また、患者は複数の疾患を持つ場合様々な医療機関を受診するが[医療選択としての多科受診]、その事実は各々の医師への遠慮から秘匿する傾向にあり、このことが薬剤師との関わりに影響を与えていた。

「よく先生が「新しい薬が出たので新しい薬にしておきます」とか言うときがあるじゃないですか。あれはなかなか、お医者さんにそう言われると、えっ？ と言えなくないです、言えないでしょう？」(発話者F)

「困ったら困ったなで患者さんと一緒に話してくれれば。最近私はがんのドクターに会うことが多いので、がんのドクターはやはり考えてコミュニケーションしているわと思うことがあって、それから考えると薬剤師さんでどれだけ考えているのだろうと。」(発話者L)

4.3.7 医療費への関心

【医療費への関心】カテゴリでは、4つのサブカテゴリを抽出した。[ジェネリック医薬品、薬代への意識][保険診療を優先する姿勢]が薬剤師との関わりに影響していた。また、健康食品や一般用医薬品等[OTCの活用への関心]が高い患者は、その活用法を薬剤師に求めようとしていた。こうした患者のなかには[国民医療費への関心]を示すケースもあり、薬剤師の役割が医療費削減につながる可能性があることにも言及していた。

「親切なところは、お薬手帳と処方箋を出したときに「ジェネリックがあるものはジェネリックでお出ししていいですか」って聞いてくださるところはあるんです。」(発話者 D)

「だから、逆に同じものをこの間ももらったのに点数が違うとか金額が違うといてもその説明もないので、これは間違っているのか何かの理由があるのかみたいな疑問はありますよね。」(発話者 H)

4.4 考察

本研究の対象者は、性別や年齢にやや偏りは見られるものの、我が国の外来患者の約 57%が女性、約 80%が 35 歳以上であること（厚生労働省、2017）、さらには、研究参加者だけでなくその家族の保険薬局の利用に関する語りも含まれることから、本研究の目的に照らし、研究対象者として概ね妥当な構成であると考えられる。

3 回のフォーカス・グループから得られたデータをもとに分析した結果、患者が期待する薬剤師や薬局のあり方に関する患者の意識の構成概念として 42 のサブカテゴリと、その上位概念である 7 つのカテゴリを抽出した。カテゴリは、「薬剤師との関わりに影響を与える患者の要因」、サブカテゴリは、その要因を構成する「薬剤師に対する患者の要望あるいは期待」を意味すると考えられる。「薬局ビジョン」は、今日において薬剤師が果たすべき役割の全体像を示すものであることから、抽出したカテゴリについて、「薬局ビジョン第 2-1 かかりつけ薬剤師・薬局が持つべき機能」1) に掲げられた (1) ～ (6) の観点を踏まえて考察した。

4.4.1 薬局選択の根拠

本研究では【薬局選択の根拠】として、[薬局へのアクセシビリティ]や[待ち時間]等の利便性、薬局を変更することで自身の基本情報等を提供し直すわずらわしさ等があげられていた。また、[在庫不足とその対応]、[薬局のミスへの対応]といった、薬剤師の「対応の仕方」等のヒューマンスキルや[災害

時、緊急時の対応] [店舗によらない薬剤師の質の担保] といった、患者の生活に根ざして提供される医療の質の担保についても言及されていた。

「薬局ビジョン」におけるかかりつけ薬剤師・薬局の意義としては、「服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導が行われ、医薬分業が目指す安全・安心な薬物療法を受けること」が挙げられており、研究参加者は「かかりつけ薬局・薬剤師」の意味を十分に理解していないながらも、その機能は自身の体験を踏まえて【薬局選択の根拠】として部分的にはあるが認識していたと考えられる。

4.4.2 薬局・薬剤師に期待する役割

【薬局・薬剤師に期待する役割】として[患者教育者としての役割]すなわち、医薬品に関する知識の提供に留まらず、「患者＝医療を受ける者」としての医療への向き合い方や医療者との関わり方に関する教育を担う役割が求められていた。さらには、患者が自ら受ける医療に関して主体的に関わる上での、[自己決定支援者としての役割]も期待されていることが示された。このことから、薬剤師は単に「知識の提供者」としてだけでなく、広い意味での、「患者の健康行動に関する支援者」としての役割が期待されている。

「薬局ビジョン」では、「かかりつけ薬剤師・薬局は、主治医との連携、患者に対する丁寧なインタビュー、患者に発行されたお薬手帳の内容の把握等を通じて、当該患者がかかっている全ての医療機関を把握し、要指導医薬品等を含めた服薬情報を一元的・継続的に把握する」と示され、かかりつけ薬剤師としての機能を果たす上で必要な情報を多面的に収集し、一元的に管理することの重要性が期待されている。本研究でも【薬剤師による情報収集】の際に[情報共有ツールとしてのお薬手帳の活用]や「医療上のキーパーソンの把握」の重要性が認識され、そのプロセスである「患者への配慮」や、情報収集過程を通じた「患者の気づきの促し」による[患者の意識化を促す問いかけ]等、より高い対人関係能力、コミュニケーション能力が期待されていることが示唆された。また、【薬剤師による情報提供】場面では、[高度な専門知識に基づく相談

対応]が求められ、情報提供の実践プロセスである[親切で丁寧な説明・対応]について言及されていることは注目に値する。

さらに本研究で【薬局・薬剤師に期待する役割】として示された[相互学習者としての役割]は、「薬局ビジョン」において、「2- (6) かかりつけ薬剤師としての役割の発揮」に薬剤師の資質の向上の手段として示されている。「研修の機会」や「薬剤師研修認定制度等の活用」だけでなく、患者との関わりを通じて学ぶ、いわば互惠関係の相手として薬剤師を認識していることは興味深い。このことは、患者が薬剤師を、薬剤師の持つ知識や情報を与えてくれる存在としてだけではなく、患者である自分をより深く理解し、治療や健康維持のために共に歩む「パートナー」として捉えていることを示唆している。患者側のこのような認識に薬剤師が応えるためには、医療専門職と患者がパートナーシップの基盤に立ち、一緒に薬に関する意思決定を行っていくコンコーダンス²¹⁾の実践が望まれる。

地域における【薬局・薬剤師に期待する役割】として、[健康情報ハブとしての機能]、[コミュニティの健康学習のハブとしての機能]があげられていることから、健康サポート機能に対するニーズも高いことが示唆された。

4.4.3 薬剤師との関係性に影響を与える要因

本研究では薬剤師との関係性に影響を与える要因として、[医療機関と薬局の連携]を抽出した。「薬局ビジョン」が掲げる「2- (4) かかりつけ 薬剤師・ 薬剤師・ 薬局が持つべき 3つの機能」の1つとして「かかりつけ医を始めとした医療機関等との連携強化」が挙げられており「医師-薬剤師」間の連

²¹⁾ 「患者と医療者がパートナーシップに基づき、両者間で情報を共有し、対等の立場で話合った上で治療（服薬も含みます）を決定していくこと」（くすりの適正使用協議会：くすりのしおりとコンコーダンス、**Online**）。医療者と患者が互いの価値観を共有しながら治療方針を決定していくシェアード・ディシジョン・メーカーと類似した概念だが、シェアード・ディシジョン・メーカーでは患者が自らの治療に積極的にかかわることを前提にしているのに対し、コンコーダンスは「医療者に任せて自分は医療に関わりたくない」という患者であってもその意思を尊重するという点で、より患者の価値観に沿った関係性であるといえる（Bond、2010）。

携による、安全で効果的な処方、患者個々の背景に合った医薬品情報の提供といった、患者への「価値の提供」が期待される。

また、【医師との関係性】や、医師、薬剤師の役割への認識が、薬剤師との関わりに影響していることが示唆された。このことは、外来医療において患者は「医師-患者」または「薬剤師-患者」の二者関係ではなく、患者が認識する医師、薬剤師の役割に応じて、相互補完的に医療ニーズを解決しているとの報告（野呂瀬、2016）を支持するものである。すなわち、薬剤師が自ら認識する役割のみに基づき患者と関わるのではなく、患者が自ら受ける医療において、医師や薬剤師の役割をどのように捉えているのかを考慮して関わることの重要性を示唆している。

また「薬局ビジョン」にない観点として、【G. 医療費への関心】が薬剤師との関わりに影響を与えていた。この要因は患者の内的な関心、認識に基づくものであり、こうした社会・経済的側面が患者の健康行動、すなわち受療行動や服薬、生活習慣の改善等における患者の意思決定に影響を及ぼしていることを勘案して患者と向き合うことの必要性を示唆していると考えられる。

4.4.4 かかりつけ薬剤師としての役割の発揮に向けて

「薬局ビジョン」には、本研究で示された【C. 薬剤師のあり方】に関する直接的な記述は見当たらない。それは、今回示されたカテゴリおよびサブカテゴリとして抽出された内容が、「かかりつけ薬剤師」である以前に、患者と関わる「一医療者」として求められるあり方・振る舞いであり、身につけていて当然の資質として厚生労働省が捉えているからであろうと推察できる。それにも関わらず、複数の患者グループの語りからこうしたカテゴリを抽出した背景には、これらの「あり方」が薬剤師に欠けていることを認識させるような、ネガティブな体験が多いことが推察される。薬剤師との関わりの中で患者にとって「好ましい（あるいは期待以上の）」経験がある一方で、「好ましくない」経験があることも、少なからず語られていた。例えば、在宅訪問して単に薬の説明をするだけでなく、玄関や部屋の片付き具合を観察しながら暮らしぶりを想像したり、薬の飲み方や効き目に関する会話を通して認知機能を推察したりし

ながら、薬の管理や副作用のリスクを評価している薬剤師の語りもあった。一方で、患者の理解度はお構いなしに立て続けに薬の説明を並べて、全部終わった後に「何か質問はありませんか？なければ以上です。お大事にどうぞ。」とまくしたてられて、何も言う気をなくした、といった経験も語られた。このことは、薬剤師が患者に「何を」聞くか、説明するか、といった Contents（コンテンツ）だけでなく、「どのように」関わるか、すなわち Process（プロセス）が、患者にとって重要な要因となっていることを示唆していると考えられる。かかりつけ薬剤師として期待される役割を果たしていくためには、その大前提として医療専門職としての高い倫理性と使命感を持ち、自らの薬剤師としてのあり方を深く認識することが求められている。

4.5 本章のまとめ

本章では、かかりつけ薬剤師に求められるコミュニケーションに関する資質（Pharmaceutical Communication Standard）の構築を志向し、その前段階として患者が期待する薬剤師や薬局のあり方を明らかにすることを目的として、薬局における薬剤師との関わりに関する患者の語りを質的に分析した。その結果、患者と薬剤師の関わりに影響する要因として、【薬局選択の根拠】【薬局・薬剤師に期待する役割】【薬剤師のあり方】【薬剤師による情報収集】【薬剤師による情報提供・相談対応】【医師との関係性】【医療費への関心】の7つのカテゴリ、42のサブカテゴリを抽出した。これらの多くは、2017年に厚生労働省が示した「患者のための薬局ビジョン」に描かれる「かかりつけ薬剤師・薬局」のイメージと重なる一方で、本来兼ね備えているべき基本的資質としての、医療者としての基本的な姿勢、倫理観、使命感を求めている。さらに、患者の自己決定の支援、患者と医師との関係性、患者のおかれる社会・経済的背景を考慮した対応等、幅広い視点と、高度なコミュニケーション能力への期待が示された。なお、本研究においては、薬剤師との関わりに影響を与える要因として、患者同士（他の患者）の関係性、薬剤師間関係性、メディア等を通じて患者が接する医療情報等の観点からは検討を加えていない。この点については今後の課題とする。

また、本研究では「薬剤師と患者の関わり」に焦点を当てたが、かかりつけ薬剤師には、患者との関わりだけでなく他医療職と連携をとりながら、地域に根ざした医療の実践が求められていることから、今後は、他医療職と薬剤師との関わりに影響を与える要因を明らかにする必要がある。また、今回の研究参加者は11名に留まったが、今後研究参加者の多様性を高めることで、さらに多くの要因が抽出されることが期待できる。今後は、患者・家族だけでなく、医療や介護・福祉の中で薬剤師と関わる多職種に対して同様の研究を重ねていく。

第5章 薬剤師に求められるコミュニケーション能力

5.1 目的

第4章では、患者の語りをもとに、薬剤師との関わりに影響を与える要因について検討した。第4章の冒頭で述べたように、この研究は、薬剤師に求められるコミュニケーション領域のコンピテンシーを明らかにする過程で行ったものである。そこで、本章では、かかりつけ薬剤師に求められるコミュニケーション領域のコンピテンシーリストとして Pharmaceutical Communication Standard (以下、PCS) の構築について述べる(後藤, 富澤, 有田, 沼田, 野呂瀬ら, 2019)。なお、コンピテンシーとは「高業績者の行動特性」として一般的に理解されているが、いまだ共通の見解は示されておらず様々な定義が存在する。そこで本研究では、対人サービスにおけるコミュニケーションの性質を踏まえ、大野が定義した「高い業績をもたらす行動特性とパーソナリティー」を採択した(大野, 2006)。

5.2 方法

5.2.1 研究方法

コンピテンシーリストを作成する方法として、本研究では演繹的アプローチを採用した(谷内, 2001)、(加藤, 2011)。制度としてのかかりつけ薬剤師は、規定されて年数も浅く、高業績者の行動特性をインタビューやアンケート等によってモデル化する帰納的アプローチよりも、将来のあるべき姿から未来志向のコンピテンシーを導く方法が適切であると考えた。そこで、演繹的アプローチによりこれからのかかりつけ薬剤師に求められる望ましいコミュニケーション領域のコンピテンシーリストの作成を、図9の手順に沿って進めた。①マクロ環境分析の手法の1つであるPEST分析、②諸外国の薬剤師会等の資料から薬剤師のコミュニケーションに関する指針や行動規範の収集、③患者および他職種を対象としたフォーカス・グループを実施した。これら3つの作業から、コンピテンシーの元となるキーセンテンスを抽出した。これらのキーセンテンスは、コンピテンシーの観点や要素であり、かつ望ましいパフォーマンスレベルを示唆するものである。そのキーセンテンスを分類し、クラスターに分

け、読み手にとって行動レベルで理解できるような短文（基準行動）を含む、コンピテンシーリストを作成した。さらに、アドバイザリー委員会にてリストの原案をブラッシュアップした。

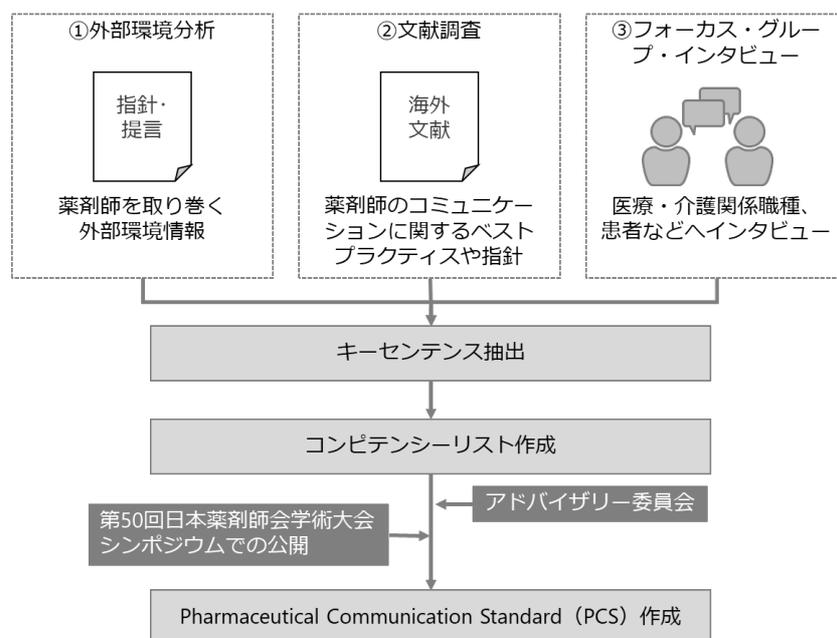


図 9 Pharmaceutical Communication Standard (PCS) 構築手順
(後藤、2019)

本研究は、東京理科大学倫理審査委員会の承認のもと実施した（承認番号16005）。

5.2.2 薬剤師を取り巻く外部環境分析

外部環境分析には PEST 分析を用いた。PEST 分析とは、政治的 (P: political)、経済的 (E: economic)、社会的 (S: social)、技術的 (T: technological) の頭文字を取った造語で、マクロ環境を網羅的に見ていくためのフレームワークである (有馬、2003)。政治的環境要因としては、法律や制度の改定、規制の強化や緩和、政治動向を、経済的環境要因としては、景気や消費動向を、社会的環境要因としては、人口動態、自然環境、世論や流行を、技術的環境要因としては、新技術の開発、IT の活用や普及を調査し、こ

の4つの視点から、コンピテンシーの元となるキーセンテンスを探索した。4つの視点の情報源は、Webメディア、業界誌、行政の報告書、書籍等を用いた。

5.2.3 海外の指針等の文献調査

海外では、WHO (World Health Organization) が提示した “Seven-Star Pharmacist (のちに researcher が加わり Eight-Star Pharmacist) ”

(WHO、2008) を筆頭として、薬剤師に求められる望ましい資質に関する指針やフレームワーク、行動規範等が示されている。そこで、諸外国薬剤師会等の資料を収集し、特にコミュニケーション能力や対人スキルに焦点をあて、フォーカス・グループにおける質問項目やコンピテンシー作成時の概念的枠組みを検討した。

5.2.4 患者、他職種へのフォーカス・グループ

患者グループと他職種グループを対象にフォーカス・グループを実施した。それぞれがかかりつけ薬剤師にもとめる望ましいコミュニケーションや対人スキルに関する質問によりデータ採取し、キーセンテンスを抽出した。データ採取にあたっては研究参加者が互いの体験およびその背景を共有することにより創発的なデータを生成することを意図して、フォーカス・グループを採用した。

5.2.4.1 データ採取方法

データ採取は2016年9月～2017年2月にかけて、患者グループに3回、他職種グループに4回実施した。面談場所は、筆者らの研究室または研究協力者の指定するプライバシーに配慮された個室で、1、2時間程度実施した。実施にあたっては研究参加者の同意を得て録音またはビデオ撮影し、その内容を逐語録に起こした。

5.2.4.2 研究参加者

研究参加者の選定にあたっては、機縁法を採用した。患者グループに対しては、現在または過去に複数の薬局利用経験があり、可能な限りかかりつけ薬局、薬剤師を持っている患者またはその家族を対象とした。他職種グループに対しては、日頃薬剤師と仕事上接点がある他職種（医師、訪問看護師、理学療法士、ケアマネージャー、デイサービス管理者）を対象とした。対象者に対して、書面を用いて研究の説明を行ったのち、本研究の主旨を理解し、同意を得られた個人またはグループを研究参加者とした。

5.2.4.3 分析方法

分析方法は、要約的内容分析を採用した。逐語録をデータとし、データ採取毎に次の質的分析を繰り返し行った。1) 患者と薬剤師、薬局との関わりに関する発話部分を切片化し要約する。2) 要約したデータを比較し、意味の類似したものをまとめて概念化しラベリングする。3) 得られたラベルをもとに、その意味する内容のまとまりによりカテゴリを抽出する。4) 抽出したカテゴリをもとに、元のデータに戻りカテゴリ間の関係性を確認し関連図を作成する。研究者間で分析および妥当性の確認を実施し、合意が得られた分析結果を元に、最終的なカテゴリリストを作成する。なお、分析に携わった研究者はいずれも医療コミュニケーションを専門とする大学教員であり、5年以上の質的研究の経験を持つ。いずれも内容分析に関するトレーニングを積んでいる。

5.2.5 PCS 構築

外部環境分析、文献調査、フォーカス・グループから得られたキーセンテンスを分類、クラスター分けした。さらに、かかりつけ薬剤師が普段の業務に落とし込みやすいよう、具体的な行動レベルでコンピテンシーを記述し、リスト化した。分類や表現の妥当性、適切性を客観的な視点から見直すために、薬局薬剤師3名、病院薬剤師1名、大学教員1名、患者2名、医療系NPO法人理事1名の計8名からなるアドバイザー委員会に諮り、委員からのコメントをもとにブラッシュアップした。策定案は第50回日本薬剤師会学術大会のシンポ

ジウム「かかりつけ薬剤師に必要なコミュニケーション能力を考える」にて公開し、参加者からの質疑応答を経て、最終版を構築した。

5.2.6 PCS の検証

PCS の有用性を検証するため、PCS のコンピテンシーを組み込んだ評価ツールを作成し、コミュニケーショントレーニングにおいて活用を試みた。具体的には、これまで日本ファーマシューティカルコミュニケーション学会で実施してきた Advanced Communication Skills Training (ACST: ルーブリックによる評価とフィードバックを組み入れた模擬患者参加型ロールプレイ) に、感情的な患者への対応、処方提案も含めた疑義照会、他職種連携等、PCS のコンピテンシーを発揮できるシナリオを加え、計 6 課題を作成した。また、各課題のロールプレイを評価するための評価基準として、シナリオ毎に設定したコンピテンシーを組み入れたルーブリックを作成し、著者らがファシリテーターとなり、使用を試みた。ACST6 課題について、ルーブリックを用いた評価に関わった参加者と薬剤師役を体験した参加者にヒアリングを行い、PCS のコンピテンシーが、医療現場の文脈で具体的にイメージできたかを検証した。

5.3 結果

5.3.1 薬剤師を取り巻く外部環境分析

政治的環境要因として、薬局に求められる機能や役割、関連法規や制度改革等が挙げられた。経済的環境要因としては、医療費や診療報酬が挙げられた。また、社会的環境要因として、高齢化、消費者心理、人種の多様化、ライフスタイルの変化等の要素を抽出した。さらに、技術的環境要因として、医療 ICT (Information and Communication Technology)、医薬品開発プロセス等の点が列挙された。たとえば政治的要因として、医政局長通知「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」、2010) から、プロフェッショナルリズム²²、提案力、調整力、交渉力といったキーセンテンスを挙げ、「ビジネ

²² 医学、医療の実践において医療者個人 (プロフェッショナル)、医療専門職集団 (プロフェッション) が持つべき基本的価値観・態度・行動のこと (日本医学教育学会: プロフェッショナルリズム・行動科学委員会、Online)。薬剤師

ス上の利害やヒエラルキーを排して、プロフェッショナルとして他職種と接する。」といった基準行動のもとを作成した。

5.3.2 海外の指針等の文献調査

諸外国でもコミュニケーション力は薬剤師が備えるべき資質として重要視されており、コミュニケーションに関するコンピテンシーはほぼ共通のフレームワークを持っていた (FIP、2012) (John、2008) (NAPRA、2014) (PCNZ、2010) (PSI、2007)。代表的なフレームワークとして①効果的なコミュニケーションスキル (薬剤師個人のスキル、専門職としての対人スキル、患者への共感等)、②効果的なコミュニケーションシステム (安全のためのシステム、情報の記録や保管、適切なテクノロジーの選択等)、③個人やグループへの教育 (学習ニーズの把握や評価、学習者に適切な教育法等) が挙げられた。

FIP(International Pharmaceutical Federation)が実施した国際的な調査では、“コミュニケーションスキル”はプロフェッショナル/パーソナルとして実践に焦点を当てたフレーム、“患者相談”は薬学的ケアとして患者に焦点をあてたフレーム、“医療情報と助言”は薬学的公衆衛生として国民全体に焦点をあてたフレーム等、コミュニケーションが必要とされる目的や質によりフレームも分けられていた (FIP、2012)。ACGME(Accreditation Council for Graduate Medical Education)が開発したコミュニケーション領域のコンピテンシーと他の5項目を評価するための Teaching toolbox (Elizabeth、2006) は、能力レベルにあわせたコミュニケーション教育のために20項目のサブコンピテンシーを加え作成されており、コンピテンシー作成におけるキーセンテンスのリソースとしてだけでなく、患者、他職種へのフォーカス・グループの質問項目作成の際の概念的根拠として採用した。

に関しては、日本薬剤師会が定めた「薬剤師倫理綱領・薬剤師行動規範」がある (日本薬剤師会、2018)。医学教育においてはプロフェッショナルリズムの教育方法の議論が進みつつあるが、薬学教育においては十分な議論がなされていないのが現状である。

5.3.3 患者、他職種へのフォーカス・グループ

5.3.3.1 患者へのフォーカス・グループ

研究参加者は、70代の女性2名、男性1名、60代の女性2名、50代の女性2名、男性2名、40代の女性1名、男性1名の計11名で、予定していた研究参加者の全てがフォーカス・グループに参加した。また、すべての研究参加者は、あらかじめ定めた研究参加者の要件に適合していた。実際のデータ採取時間は、60～90分であった。得られたデータをもとに分析を行った結果、構成概念として7つのカテゴリおよびカテゴリの内容を説明する42のサブカテゴリを抽出した。コミュニケーションに関する3カテゴリ、20サブカテゴリを抜粋して表3に示した。

表 3 患者の語りにみる薬剤師との関わり

(コミュニケーションに関するものを抜粋) (後藤、2019)

カテゴリ	サブカテゴリ	
薬剤師のあり方	1	患者に寄り添う姿勢
	2	患者の「個」の尊重
	3	身内の様な親しみやすい姿勢
	4	薬剤師からの積極的な働きかけ
	5	状況適応的なコミュニケーション能力
	6	誠実な対応
	7	社会常識的な振る舞い
	8	「薬剤師」としてのプレゼンス (存在感)
	9	患者の命を預かる覚悟
薬剤師による情報収集	1	患者の状態に合わせた症状の確認
	2	情報収集の抵抗感への配慮
	3	患者の意識化を促す問いかけ
	4	情報共有ツールとしてのお薬手帳の活用
	5	患者が話せる環境整備
	6	医療上のキーパーソンの把握
薬剤師による情報提供・相談対応	1	親切で丁寧な説明・対応
	2	患者背景の理解に基づく個別対応
	3	高度な専門知識に基づく相談対応
	4	医師と一貫性のある情報提供
	5	「薬周辺情報 (医療機器、検査地、健康食品、生活習慣等)」に関する指導、対応

5.3.3.2 他職種へのフォーカス・グループ

研究参加者は、医師 4 名 (男性)、訪問看護師 3 名 (女性)、理学療法士 1 名 (女性)、ケアマネジャー 5 名 (男性 1 名、女性 4 名)、デイサービス管理者

1名（男性）の計14名で、予定していた研究参加者の全てがフォーカス・グループに参加した。また、すべての研究参加者は、あらかじめ定めた研究参加者の要件に適合していた。実際のデータ採取の時間は、60～90分であった。得られたデータをもとに分析を行った結果、構成概念として13のカテゴリおよび、52カテゴリの内容を説明する42のサブカテゴリを抽出した。コミュニケーションに関する4カテゴリ、18サブカテゴリを抜粋して表4に示した。

表4 他職種の語りにみる薬剤師との関わり
(コミュニケーションに関するものを抜粋) (後藤、2019)

カテゴリ	サブカテゴリ	
専門性への期待	1	薬剤師の職能の特徴、強み
	2	かかりつけ薬剤師の存在
	3	薬局薬剤師のビジネスチャンス (患者・家族と継続した関わりを持つことによる機会)
チームの一員としての期待	1	チームへの貢献
	2	他職種の業務の理解と連携
	3	薬物療法において医師に対等にものを言える存在
	4	医師への橋渡しを期待
アピール不足	1	他職種業務へのお互いの理解不足
	2	薬局ができることの情報発信
	3	利用者から姿が見えない薬剤師
	4	積極的な地域参加
	5	他職種側からの薬剤師に対するアプローチの少なさ
	6	介護保険をよく知らない
	7	他職種からみた薬剤師の必要性の低さ
情報共有の大切さ	1	自己完結せずに連携を取る
	2	多職種連携の重要性
	3	つなぐ意識
	4	家族への報告の重要性

5.3.4 PCS 構築

外部環境分析、文献調査、フォーカス・グループの結果をもとに「クラスター」、「コンピテンシー」、「サブコンピテンシー」、そしてサブコンピテンシーに対して実際にどのような行動をとるべきかを示した「基準行動」の4つの項目に分け、コンピテンシーリストとしてPCSを構築した（表5-1、5-2）。アドバイザー委員会では、より理解しやすい表現、解釈に幅を与えないような表現、基準行動の難易度調整等が行われた。また、日本薬剤師会学術大会のシンポジウムでは、誰にでも理解できる表現が求められた。これらの意見をもとに最終版を完成させた。

表 4-1 Pharmaceutical Communication Standard (PCS) 一覧

【基本行動、対人行動】(後藤、2019)

クラスター	コンピテンシー		サブコンピテンシー	基準行動	
100	基本行動	110	自己をコントロールする	111 冷静さ	不測の事態が起きても、動揺して言動を乱すことなく冷静に対処している。
				112 安定性	自分や相手の感情に左右されず、安定した言動を取っている。
				113 倫理観	医療人・組織人としての倫理に則り、公平無私な態度を取っている。
				114 自己肯定	失敗やトラブル等にめげたり、言い訳したりせずに、自尊心を保ち、前向きな言動を取っている。
		120	プロフェッショナリズムを發揮する	121 自己研鑽の成果の發揮	専門職能だけでなく、対人スキル等の能力を高めるための研鑽を積み、かつその能力を他者のために發揮している。
				122 薬剤師としての職責と信念	相手との利害や立場(ポジションパワー)の違いに影響されずに、薬剤師としての職責を果たすために信念を貫く主張をしている。
				123 謙虚さ	自身の能力や職域の限界を認識し、必要に応じて他者に意見を求めたり、失敗やクレームに対して素直に謝罪したりする等、謙虚で真摯な言動を取っている。
				124 粘り強さ	相手の間違いや誤解、無関心さ、無理解を放置せず、両者にとって最善の解決策を見出すために、粘り強く説明、交渉、説得を続けている。
				125 リスクマネジメント	言い間違い、聞き間違い等のコミュニケーションエラーを防止するために、必要に応じて何度も確認し、記録を残している。
				200	対人行動
212 受容・共感	持続可能な信頼関係を構築するために、相手の情報や感情を受け止め、共感し、尊重している。				
213 言動の選択	相手の感情や理解度に配慮し、自らの言動を選択している。				
214 患者・生活者志向	常に患者・生活者の便益や安全性を最優先した判断と言動を取っている。				
220	よりよい人間関係を構築するためのコミュニケーション行動を実践している	221 豊富な言葉と非言語的コミュニケーション	相手に十分理解してもらうために、豊富な言葉と非言語的コミュニケーションを用いている。		
		222 傾聴	うなづき、相づち、オウム返し、要約等の傾聴のスキルを活用している		
		223 アサーション	相手の価値観や要望を尊重しつつ、自身の考えや提案をしっかりと相手に伝えている。		
		224 環境設定	プライバシーや個人情報に配慮し、相手が話しやすい環境や雰囲気を作っている。		
		225 医療 ICT の活用	コミュニケーションを促進するために、適切な医療 ICT を活用している。		
		226 配慮と工夫	通常のコミュニケーションが成立しにくい高齢者や障害者のような相手に対しても、配慮と工夫をしている。		
		227 プレゼンテーション	複数を対象とした場面において適切に情報提供を行っている。		
		228 社会人としての対人行動	社会人としての基本的なマナーを前提として、礼節をわきまえつつ、場面や状況に即して適切な態度、言葉遣いで相手に接している。		
230	チームをマネジメントする	231 専門領域のイニシアチブ	専門領域においては、他職種に対して積極的に意見を伝え、イニシアチブを發揮している。		

				232	リーダーシップ・フォロワーシップ	チームをマネジメントし成果を出すために、職種や職務範囲にこだわらず、積極的にリーダーシップ・フォロワーシップを発揮している。
--	--	--	--	-----	------------------	--

表 4-2 Pharmaceutical Communication Standard (PCS) 一覧

【問題解決行動、他職種連携】(後藤、2019)

クラスター	コンピテンシー		サブコンピテンシー	基準行動		
300	問題解決行動	310	患者・生活者のニーズや問題点を把握する	311	解釈モデルの把握 効果的な質問を用いて、患者・生活者の訴え、まだうまく言語化できていない想いを傾聴し、解釈モデルの把握を試みている。	
				312	薬学的管理に必要な情報の収集 薬学的管理のために必要な情報（アドヒアランス、効果、副作用の発現状況、患者の生活背景等）を適切なタイミングで聞き出している。	
				313	情報共有ツールの効果的な活用（情報収集時） 患者情報の収集において、お薬手帳、健康手帳等の情報共有ツールを積極的に活用している。	
				314	問題抽出 得られた情報から患者・生活者のニーズや問題点を正確に把握するとともに、患者・家族および顧客自身が気が付いていない問題点を抽出している。	
				315	情報の記録 薬学的管理や顧客の健康行動支援のために必要な情報を十分に記録している。	
				320	患者・生活者と情報を共有する	321
	322	情報共有ツールの効果的な活用 情報共有において、お薬手帳、健康手帳等のツールを積極的に活用している。				
	323	問題解決 患者・生活者とともに実行可能な解決策を見出し、目標を設定し、解決行動の進捗を共有している。				
	324	理解度の確認 薬剤師が提供した情報を患者・生活者が確実に理解し、疑問点や不安がないかどうかを確認している。				
	330	患者・生活者を教育する	331	自己決定支援 患者・生活者が、望ましい薬物療法や健康行動を自己決定し、自己効力感を高められるよう十分な情報を提供している。		
			332	価値の説明 患者・生活者がお薬手帳等のツールを積極的に活用し、自身の情報を漏れなく提供することが、自分の便益や安全性の確保につながるということを患者・生活者に説明している。		
	400	他職種連携	410	他職種と協働する	411	人間関係構築 普段から親しみを込めた挨拶や連絡等を通じて、地域や自組織における良好な関係を構築しようと努めている。
					412	互いの理解 お互いの職能や役割を尊重しつつ、責任範囲、ニーズ、改善点等を常々確認し合っている。
					413	専門知識・技能の伝達 患者・生活者の支援のために、他職種に対して薬剤師の専門知識や技能を惜しまずに伝達・共有している。
		420	他職種と患者・生活者の問題を解決する	421	情報収集 患者・生活者の支援のために必要な情報を、関係するすべての職種から適切なタイミングで聞き出している。	
422				情報共有 自己完結せずに、適切なタイミングで関係する職種に「ほう・れん・そう」し、情報を共有している。		
423				問題解決 他職種とともに、患者・生活者の問題を抽出し、実行可能な解決策を見出し、目標を設定し、解決行動の進捗を共有している。		

5.3.5 ACSTにおけるPCSの有用性の検討

模擬患者・模擬医療者参加型ロールプレイとして6課題のACSTを実施し、PCSを組み込んだルーブリックを用いて、参加者のパフォーマンスを評価した。評価者、薬剤師役の双方に対するヒアリングの結果、作成したルーブリックが、評価者役、フィードバックをうける薬剤師役の参加者の双方にとって、PCSのコンピテンシーを共有できるツールとなることが確認できた。

5.4 考察

今回、薬剤師を取り巻く外部環境、諸外国の指針、患者や他職種のニーズから、かかりつけ薬剤師に求められるコミュニケーション領域のコンピテンシーの構築を試みた。策定されたPCSは、4項目のクラスター（大項目）、10項目のコンピテンシー（中項目）、40項目のサブコンピテンシー（小項目）、サブコンピテンシーを行動レベルで記述した基準行動からなる。我が国において、薬剤師業務のコンピテンシーに関する先行研究は極めて少なく（飯野、2006）（川村、2017）、コミュニケーション領域に特化されたものは見当たらない。PCSは日本で初めて体系化された薬剤師のためのコミュニケーションコンピテンシーリストと言える。PCSは、本研究メンバーが中心となって基本案を構築し、アドバイザー委員との討議、第50回日本薬剤師会学術大会シンポジウムにおける公開並びに質疑応答を通して最終案が策定された。PCSが、かかりつけ薬剤師に求められるコミュニケーションスタンダードとして相応しい内容となっているのかを、「患者本位」、「他職種連携」という2つの視点から考察する。

5.4.1 「患者本位」の視点からの検討

かかりつけ薬剤師・薬局が持つべき機能が「患者本位」であることは、薬局ビジョンに示されているところであるが、PCSには、「患者本位」を目指してどのようなコミュニケーションコンピテンシーが提示されているかを検証した。我が国では、Stewart et al.の「患者中心の医療の実践」（2003）家庭医

を中心によく知られているが、本稿では Wolters M et al. が提唱する UMPA-model (Utrecht's Model for Patient centred Communication in the Apotheek) と呼ばれる「薬局相談における患者中心のコミュニケーションモデル」(Wolters、2017) を参照した。【 】は、キー概念や、カテゴリ、コア・ドメイン等の中核概念を、[]は PCS サブコンピテンシーをそれぞれ表した。UMPA-model は、スコーピングレビューにより選択された 18 の論文をテーマ分析することで構築され、患者中心のキー概念は【問題定義の共有】と【意思決定の共有】とされている。中でも重視される【問題定義の共有】では、患者に関心を持ち、彼らの考えを奨励し、アクティブリスニングを用いて考えを探索し、理解し、共に考えることが示されている。これらの過程は本研究で作成した PCS サブコンピテンシー 211、311 に見出される。211[対人理解]：人に関心を持ち、相手の言動の背景にある想いや真意等の解釈モデル、価値観をくみ取ろうとしている。311[解釈モデルの把握]：効果的な質問を用いて、患者・生活者の訴え、まだうまく言語化できていない想いを傾聴し、解釈モデルの把握を試みている。また、UMPA-model では、相談は必ずしも患者からの求めによるものではなく、薬剤師が患者に行う服薬状況等の情報収集から始まる場合もあるとしている。PCS では、312[薬学的管理に必要な情報の収集]、314[問題抽出]が該当する。【意思決定の共有】に関しては、情報の共有、治療の選択肢と嗜好の考慮、具体的なアクションプランの提示、セルフマネジメントを可能にする、プランに承認を得るが挙げられている。患者中心の概念と並走するようにして発展してきたシェアード・ディシジョン・メーカーの概念は医師-患者間が前提となっている (Glyn、2012) が、UMPA-model では、薬剤師業務が前提となっている。PCS では、321[情報提供]、323[問題解決]、324[理解度の確認]、331[自己決定支援]に余すところなく包含されている。一方、UMPA-model の中で患者中心のコミュニケーションの前提として掲げられている “Patient as a person”、“pharmacist as a person” というような「役割を超えた一個人としての認識」に関する表現は PCS には見当たらず、アドバイザー委員会における討議でも「コミュニケーション以前の構え、人としてというような部分が足りないのではないか」とのコメントもあった。PCS 作成の

段階でその重要性は十分認識されていたものの、PCSは薬剤師が行動レベルで確認することができる基準行動として定義することを前提としていたため、上述の「個人としての認識のあり方」のような可視化し難い要素については、123[謙虚さ]、212[受容・共感]等に包含した。また、UMPA-modelでは、【問題定義の共有】によって薬剤師の役割を強化する可能性があるとしている。これは我々の考えと合致する。まず、患者の真のニーズや思い、ライフスタイル等を把握し、それによって、より適切な情報提供、薬物治療への貢献が達成するという考えは、患者本位の薬剤師業務の根底をなす通念と言えるであろう。このようにUMPA-modelとPCSでは患者との対面場面に関しては共通する概念も多く見出されたが、両者の大きな違いは、PCSでは対象を「患者、家族、生活者、顧客」と幅広く捉えるとともに、健康サポート薬局による種々の健康教室や他職種向けの薬剤関連の講演等をイメージして227[プレゼンテーション]を設ける等、患者本位を医療に留まらず予防から介護までの包括ケアの領域を視野に捉えていること、そして、モデルではなく、具体的なコンピテンシーリストとして策定した点である。

5.4.2 「他職種連携」の視点からの検討

患者本位の保健医療福祉を実践するためには、多職種連携は不可避の課題である。この点は、日本における職種を超えた共通コンピテンシーとして構築された「医療保健福祉分野の多職種連携コンピテンシー」（以後、「多職種連携コンピテンシー」）を参照した（多職種連携コンピテンシー開発チーム、2016）。「多職種連携コンピテンシー」では、コア・ドメインとして、【患者・利用者・家族・コミュニティ中心】と【職種間コミュニケーション】の2項目が挙げられている。【患者・利用者・家族・コミュニティ中心】では「協働する職種で患者や利用者、家族、地域にとっての重要な関心事/課題に焦点を当て、共通の目標を設定することができる」と述べており、【職種間コミュニケーション】では、「患者・サービス利用者・家族・コミュニティのために、職種背景が異なることに配慮し、互いに、互いについて、互いから職種としての役割、知識、意見、価値観を伝え合うことができる」ことが重要であるとしている。

る。これに対して、PCSは、あくまで薬剤師のコンピテンシーであることから、連携に関する項目はクラスター400番台<他職種連携>を中心に、200番台<対人関係>にまとめられている。【患者・利用者・家族・コミュニティ中心】については、423[問題解決]：他職種とともに、患者・生活者の問題を抽出し、実行可能な解決策を見出し、目標を設定し、解決行動の進捗を共有しているが該当し、【職種間コミュニケーション】については、412[互いの理解]が該当する。また、「多職種連携コンピテンシー」で設定されたコア・ドメインを支える4つのドメインの①【職種としての役割を全うする】に対しては413[専門知識・技能の伝達]、231[専門領域のイニシアチブ]が該当する。②【関係性に働きかける】には、複数の職種との関係性の構築・維持・成長の支援・調整と、職種間の葛藤に適切に対応するというの要素が含まれており、関係性の構築に関しては411[人間関係の構築]、232[リーダーシップ・フォロワーシップ]が、職種間の葛藤への対応については、223[アサーション]がこれに当てはまる。③【自職種を省みる】については、123[謙虚さ]：自身の能力や職域の限界を認識し、必要に応じて他者に意見を求めたり、失敗やクレームに対して素直に謝罪したりする等、謙虚で真摯な言動を取っているが、該当すると思われる。④【他職種を理解する】には、前掲の412[互いの理解]が該当する。Barr Hは、多職種連携能力には、(1)全ての専門職に保持されるべき共通能力、(2)他専門職と区別することができ、補完しうる専門能力、(3)他専門職種との協働に必要な協働的能力の3つの能力が備わることが必要としており(Barr、1998)、「多職種連携コンピテンシー」では、この中でも、複数の職種との連携協働を通じてはじめて学べる能力である、協働的能力に焦点を当ててコンピテンシーが開発された。主要6ドメインから構成される極めてシンプルな構造で、職種間の権威勾配を全く感じる内容構成となっている。PCSでは、イニシアチブ、リーダーシップ・フォロワーシップに加え、122[薬剤師としての職責と信念]等、【他職種連携】クラスター以外にも関連コンピテンシーが存在する。他職種フォーカス・グループでは、日々複雑化する薬物療法に対して、薬剤師の高度な知識と専門性を期待する声や感謝の声とともに、必要な場面であってもイニシアチブやリーダーシップを取りきれていない現状

が明らかとなった。これらの項目はかかりつけ薬剤師が今後意識的に獲得すべきコンピテンシーであると考えられた。

5.5 本章のまとめ

本研究を通じて、薬剤師のコミュニケーション領域における「高い業績をもたらす行動特性とパーソナリティー」というコンピテンシーが定義されたことで、初めて到達レベルが明確になった。短文として基準行動が記述されており、現状の自身のパフォーマンスと基準行動を比較し、自分の強み・弱みを把握することが可能となる。また、基準行動に尺度を設定することで、職場における上司部下間のパフォーマンス評価や人事評価にも用いることができると考える。コミュニケーションが必要とされる業務や目的によって発揮されるコンピテンシーが異なることは海外文献調査からも示唆されており (Elizabeth、2006)、何らかのコミュニケーション場面の存在下で初めて評価が可能となる。この点は、到達度を定量化することが難しい技能や態度の評価に対して有用とされるルーブリックを ACST で用いることで、PCS で掲げた複数のコンピテンシーを 1 つのコミュニケーション場面で評価することが可能となった。以上より、PCS はロールプレイ等のシミュレーショントレーニングのためのシナリオ設計や評価だけでなく、実際の医療現場におけるパフォーマンス評価にも活用できる可能性が示唆された。

なお、PCS はかかりつけ薬剤師に求められるコミュニケーションスタンダードとして構築しており、病院に勤務する薬剤師に活用できるかを検証する必要がある。また、この PCS をもとに、薬学部卒業時に何をどのレベルまで求めるか、実務実習開始には何がどのレベルまで求めるかについては、さらに検討が必要となる。これらの点については今後の課題とする。

第6章 模擬患者参加型実習の学びに影響を与える要因

6.1 目的

第2章で述べたように、シミュレーション教育の質に影響する3つの要素のうち、「タスク」「環境」の次元については、模擬患者参加型教育において多くの知見が重ねられている一方で、「人」の次元、すなわち学習の主体となる学習者の属性が学習過程にどのように影響するのか、学習者の背景に合わせたプログラムや学習環境はどのように構築すべきかといった研究はほとんど見当たらない。その理由としては、学習者の特性は多様であり、個々の特性にあわせたプログラムを構築することは困難であるためと考える。しかしながら、その「多様さ」を認識し、学びの場に活用することが、教育プログラムを設計するうえで重要であると考えられる。

そこで、本章では薬学部における医療コミュニケーション実習で実施した模擬患者参加型ロールプレイを受講した学生の語りを分析することで、学生個々の背景が学習にどのような影響を与えているのかを明らかにするとともに、模擬患者参加型実習のプログラム設計、教員の関わりおよび、学習環境設定における示唆を得ることを試みた（野呂瀬、2019）。

6.2 方法

6.2.1 研究方法

本研究では、質的研究法を用いる。質的研究とは「量的に測れない臨床上の問題に対応するもの」であり、「研究対象から数字で表現できない質的なデータを取り出し、できる限り科学的な手法を用いて分析し、データから理論を生み出し現実の再構成を試みる研究」名郷（2014）とされている。本研究は、いまだ一般的に概念化されておらず、かつ量的に測定できない学生の学びに影響する内的要因を、学生の語りを通して探索的に解明することを目的としているため、この手法を用いる。

6.2.2 実習方法

X 大学薬学部において 4 年次後期に開講された、医療コミュニケーションに関する 3 つの実習区分（以下同プログラム）を、本研究における模擬患者参加型教育の対象とした。この実習では、1 学年 216 名（フォーカス・グループ実施年時）を 36 名／班に分け、各班が医療コミュニケーションに関する実習 3 区分を含む 5 つの臨床実習区分をローテーションにより実施した。

医療コミュニケーションに関する区分とは、薬局者が一般用医薬品を購入する際の薬剤師の対応を学ぶ「区分 1 セルフメディケーションコミュニケーション実習」、病棟における患者面談（情報収集、服薬指導場面）の対応を学ぶ「区分 2 ベッドサイドコミュニケーション実習」、保険薬局における初回患者面談場面および、医師との疑義照会場面を学ぶ「区分 3 調剤業務コミュニケーション実習」である。これらの実習は各々 180 分×3 日間にわたり、初日に場面毎のコミュニケーションのあり方の説明およびモデリング（区分 1 においては担当症例に基づく医薬品調査）、2、3 日目に模擬患者（模擬医師）参加型ロールプレイを実施した（表 5）。

具体的には、各区分において、36 名の学生をさらに学生番号順に 3 班に分け、1 班 12 名でロールプレイグループを形成した。2、3 日目の模擬患者参加型ロールプレイでは、各日とも全員が 1 回ずつロールプレイを実施した。ロールプレイにおいては薬剤師役の学生以外は観察者となり、ロールプレイ終了後に、薬剤師役に対して模擬患者、観察者からフィードバックを行った。本実習の受講学生は、1 年次「コミュニケーション論」においてコミュニケーションゲーム等を通じて「聴く」「伝える」等のコミュニケーションの基本スキルを学んでいる。さらに、2 年次「介護福祉体験実習」において、高齢者や障害者とのコミュニケーションの方法について体験的に学んでいる。学生の中には部活動を行っている者、接客業のアルバイトを経験している者などもおり、複数他者とコミュニケーションをとる経験の多寡にはばらつきがあった。なお、本実習に参加している模擬患者は、X 大学模擬患者の会に所属しており、ほぼ毎月学習会を開催して、模擬患者としての演技やフィードバックに関するトレーニングを積んでいる。実習日数と、当該日に参加できる模擬患者の人数の都合により、同じ

模擬患者が異なる実習区分で模擬患者を担当することもあった。このため、学生によっては、実習場面（区分）は異なるが同じ模擬患者に対してロールプレイを実施するケースも見られた。ロールプレイの進行役として、教員の他、区分1においては現場薬剤師、区分2、3においては事前にトレーニングを積んだSA（スチューデントアシスタント：5年次学生）も携わった。

なお、Kolbら（2014）の経験学習理論によれば、モデリングとは、他の個人の行動と結果を観察し模倣することによって望ましい行動を学習することとされている。一方で、医学教育では、は、指導者による一方的な good model の提示は学習者に無批判に受け容れられる可能性があるといわれている

（Jochanan、2014）。そこで、区分2におけるモデリングは、望ましい部分もあれば、状況によっては望ましくないと考えられる対応も含む、「包括的モデル（comprehensive model）」を提示し、その対応について学生間で批評的に検討するグループディスカッションを組み込んだ。

実習日 (各3時間)	1日目	2日目	3日目
セルフメディケーション コミュニケーション実習	概要説明 医薬品調査	模擬患者参加型RP FB(学生、模擬患者、 現場薬剤師、教員) 8症例【12名×3G】	模擬患者参加型RP FB(学生、模擬患者、 現場薬剤師、教員) 8症例【12名×2G】
ベッドサイド コミュニケーション実習	概要説明 デモンストレーション	模擬患者参加型RP (初回面談場面) FB(学生、模擬患者、 教員・SA)【12名×3G】	模擬患者参加型RP (服薬指導場面) FB(学生、模擬患者、 教員・SA)【12名×3G】
調剤業務 コミュニケーション実習	概要説明 デモンストレーション	フィードバックの仕方模 擬患者参加型RP (初回面談場面) FB(学生、模擬患者、 教員・SA)【12名×3G】	模擬医師参加型RP (疑義照会場面) FB(学生、模擬医師、 教員・SA)【12名×3G】

※ RP: ロールプレイ、FB: フィードバック、SA: スチューデント・アシスタント
 ※ インタビュー実施年度の授業構成

表5 医療コミュニケーション実習 コースデザイン

6.2.3 データ採取

201X年の同プログラムを受講した4年次学生に対し、口頭および掲示にて本研究の趣旨を伝え、研究参加者を募った。協力を申し出た学生に詳細に研究の趣旨および方法を説明し、同意を得られた学生を研究参加者とした。

本研究では、医療コミュニケーション実習で実施した模擬患者参加型ロールプレイを受講した学生の語りを分析することで、学生個々の背景が学習にどのような影響を与えているのかを明らかにすることを目的としている。データ採取過程で研究参加者が互いの学習体験およびその背景を共有することで創発的なデータを生成することを意図して、フォーカス・グループを採用した。中嶋（2015）によれば、フォーカス・グループとは少人数（1グループあたり4～8名程度）の対象者に対し座談会形式でデータ採取を行う調査手法で、対象者の中から出された発言等を分析することによって、定量調査では捉えきれない、潜在的なニーズを顕在化することが可能であるとされている。

同プログラム終了の2ヶ月後に、研究参加者に対して、研究者（著者）が60分程度のフォーカス・グループによりデータ採取を行った。フォーカス・グループの内容は、1) これまでの自分の体験（過去の実習や学習体験、私生活等での体験等）が、今回の実習の中でどのように影響していたか、2) ロールプレイ（演技）をすることで気づいたことや学んだことは何か、3) 模擬患者や教員、他学生からのフィードバックを受けて気付いたことや学んだことは何か、4) 実習の構成は自身の学びにどのように影響したか、とした。フォーカス・グループの過程は、研究参加者の同意を得てビデオ撮影し、発話者が明確となるように逐語録に起こした。逐語録作成後は、倫理審査によって承認を受けた個人情報保護のための対応に沿って、撮影したビデオを破棄した。

なお、フォーカス・グループを担当した研究者は、本研究の対象プログラムの一部（区分2）を担当しており、研究参加者に直接指導する立場にあった。また、研究参加者の募集並びにデータ採取は、対象となる実習の成績評価の前に実施した。従って、実習指導者-受講学生という関係性が、研究参加の有無ならびに、研究参加者の発言に影響を及ぼしている可能性は十分に考えら

れる。この点については、研究参加の有無やフォーカス・グループにおける発言内容は、成績評価に一切関係しないことを募集時に伝えた。また、フォーカス・グループ時には、茶菓子等を準備する、学生にとってネガティブと捉えている体験に共感的に関わる、研究者自身の失敗例を交えて発言を促す等、可能な限り研究参加者がリラックスした状態にできるように配慮し、バイアスを可能な限り減じる工夫を試みた。

本実習の直接の担当者でもある研究者らは、ローテーション毎に実習の進め方や学生への問いかけ、時間配分等を改善しながら実習を進めていた。かつ、実習グループによって構成メンバーが異なることから、研究参加者が必ずしも全く同じプログラムを経験していたわけではない。そのため、フォーカス・グループ時に研究参加者間で、各々が経験した実習内容の情報共有を促すとともに、研究者が、グループ間でプログラムが異なった点等についての説明を適宜行なった。

6.2.4 分析方法

フォーカス・グループにより採取した逐語録をデータとし、大谷（2008, 2011）が開発した質的データ分析手法である SCAT(Steps for Coding and Theorization)を用いて分析した。SCATは、マトリクスの中にセグメント化したデータを記述し、セグメント毎に〈1〉データ内の着目すべき語句、〈2〉それを言い換えるためのデータ外の語句、〈3〉それを説明するための語句、〈4〉そこから浮き上がるテーマ・構成概念、の順に概念化を進める。そのうえで、データのまとまり毎に、テーマ・構成概念からストーリーラインを記述し、そこから理論記述を行う手続きをとる分析手法である。本研究のような比較的小規模なデータでも扱うことができ、かつ分析手続きが明確であることから、福士（2011, 2012）、石丸（2017）をはじめ医療分野の研究にも用いられている。

6.2.5 倫理的配慮

本研究は、北海道薬科大学倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号 12-04-002）。なお、本論文では、研究参加者の特定を避けるため、同プログラムを実施した教育機関、実施年度は曖昧に記載している。

6.3 結果

6.3.1 SCAT による学生の語りの分析結果

研究参加者は、男性 2 名、女性 4 名、年齢は 21 歳～23 歳で、フォーカス・グループの時間は、約 80 分だった。また、この 6 名の学生は各々が異なる実習グループに属していた。本表の作成にあたり、発話者が特定されることのないよう、発話の主旨が変わらない範囲で必要最小限の修正を加えている。以下に、分析から得られた理論記述を、結果として示す。文中の [] 内は、SCAT の分析過程でセグメント毎に生成した構成概念〈4〉を示す。これらの中には研究者が案出した構成概念も含まれるが、考察にてその意味するところを述べる。また、各理論記述の後に、その背景となる患者の語りの例を斜体で示す。

・学生の過去の実習における体験は、ロールプレイの中で [つながり感] [体験役立ち感] を伴って再認識されている。

「ベッドサイドの実習の時に、なんか患者さんが起きるときに補助してほしいとかっていう意見もあって、でも、そういうのは、なんか介護の実習の時にちょっと自分が介護の専門のことはできないかからそういうのに気をつけてやったりしてたので、そこは関係あるかなと思って」

「ドラッグストアに実習に行ったときに、何質問したらいいかっていうのは多少習ってたんで・・・多少選択はできたかなって・・・」

・学生自身の患者体験はロールプレイの中で医療者の役割を通して追体験され、[患者本位の態度の重要性] を認識するに至る。

「熱あつて具合悪いのに立ったまんま説明されるのかとか自分で感じる事があつて。自分が実習をやって患者の立場になって考えてみると、自然とこう気を使って「つらかったらかけてください」とか。」

・学生の接客アルバイトの経験等は、時として〔経験性過信〕をもたらす。それは、ロールプレイの中で、サービス業としての「顧客」ではなく、医療における「患者」として捉えるべき、という〔医療の特殊性〕の認識を学生に与える。

「3年くらい居酒屋でずっと働いてるんですけど、コミュニケーションの面、だから結構大丈夫かなと思って。ノリでいけるかなと思ったけど、ベッドサイドのときに、患者さん（に）『お客様』っていっちゃったんです」

・学生は、ロールプレイの事前準備として対話シミュレーションの SCRIPT を作成することがかえってコミュニケーションの自由度を狭め、結果としてスムーズな対応ができないことを、ロールプレイを通じて体験する。ここから〔臨機応変〕な態度が効果的なコミュニケーションをもたらすことを学ぶ。

「実習の時、僕、紙を見ながらやったんですよ。もうかみかみで。型にはまったことじゃなく、こう応用利かしてやっば。そういうふうになったからできなかったんで」

・実習の中で学生は、〔行動に必要な知識・情報の具備〕は結果として自信を持って患者に対応できる、という〔自己効力感の向上〕を認識する。これは〔準備不足〕の状態での〔学習機会〕と、そうでない場合との〔比較学習体験〕を通じて形成されたもので、本体験を通じて〔学習-知識-自己効力感の認識〕を持つにいたる。

「情報をちゃんと事前に知ってるかどうかで、あの、態度っていうか自信もった態度でできるようになるっていうのはすごい」

「調べた範囲と調べてない範囲で2回やったんで。ちゃんと分かってるっていう気持ちだけで安心するし、もっと自信もった態度で勤められるし、勉強しとくの大事かな」

・患者インタビュー場面で、患者への「質問の自己目的化」が「患者対応への不全感」をもたらすことを体験する。結果として「目的と行動の不可分性の認識」が生まれる。

「いや、もう、取りあえず質問はできてるとは思ったんですけど、その質問に対する答えが返ってきた時に、それに対して……。そうだったね。そうだった。聞いてない。言ったことで満足して。」

・「初対面嫌悪感」、「先行き不透明性不安感」を感じる学生は、「否定的予測」を持ってロールプレイに臨んでいる。このとき学生はとにかく終わらせようという「こなそう感」「無難志向」をもって臨むようになる。結果として「タスク重視」の患者対応となり、学生が本来目指している「関係性重視」の対応とはならないことに気づく。

「『もう嫌だ』みたいな。『SPさん嫌（いや）』みたいな。『知らない人だし』みたいな感じで。何やるかも分からない状態で『はい、明日やって』みたいな感じで、『へ？』みたいな『何やるんだろう？』みたいな感じで。『えー』みたいな感じで、まあ、まあ適当に乗り越える。」

・「関係性重視」の対応には「コミュニケーションエネルギー」が求められるが、「枯渇」すると「タスク重視」に陥る。

「いっぱいいっぱい、なんかしゃべ・・・会話をしようっていう意識はあんまりなくて。取りあえず『薬、薬、薬』みたいな感じでいたんで、そこをなんかあんまり考えてなかったんですけど、ベッドサイドで会話をして、なんかっという感じになって、エネルギーが切れて途中から・・・なんか最初は頑張って出たんですけど、もう結構パニックになっちゃって、ダメダメで終わったんですけど。」

・ロールプレイを体験した学生は、終了後に〔ネガティブな自己イメージ〕が残存し、具体的な自分の行動は何も残っていない、といった〔茫漠的後味〕を経験する。

「具体的に何をしゃべってまずかったのかわからなくて、まずかったっていう後味がすごい残ってるみたいな。」

「いろいろ悪いだろうなっていうのはいっぱい残ってるけど、「じゃあ今同じの再現してごらん？」って言われたら分からないんですよ。」

・学生は、ロールプレイ後に〔他者客観視〕に基づいてフィードバックを受けることで〔自己客観視の有用性を認識〕し、〔セルフコントロール〕への活用を試みる。

「すごく速いだとか、口がすごくこう、閉ったり開いたりすごっていうフィードバックがあって、『ああ、やっぱりそうなんだ』って感じたので。」

「今、こう、しゃべっていて、なんていうんだろう、早くなっているなっていうその自分に、気付いてあげるのが、すごく大事だなっていうのは、今回の実習では感じました」

・〔初対面嫌悪感〕、〔先行き不透明性不安感〕を感じる学生は、フィードバックをもらっても、聞いてはいるが何も心に残らないといった〔フィードバック・トンネル〕の状態になっており、〔気付きの阻害〕をもたらす。

「できれば波風立たずに行きたいなっていうのがあって。せっかくフィードバックをしてもらって。先生にもしてもらおうし、あの、患者さんにもしてもらおうけど、何も覚えてなくて。話はめっちゃ、すごい聞いてるんですよ。聞いてるんですけど何も残ってないんですよ。」

- ・ 学生はフィードバックを通じて自身が成長できていると実感できるような [成長承認欲求] を持つ。

「同じ人で調剤で当たって、『前よりよかったよ』って言われて、なんかちょっと『あ、自分ちょっとできそう』と思って。それがよかったなと思って。」

6.4 考察

本研究では、対象となる教育プログラムを受講した学生6名によるフォーカス・グループを行い、その語りから、個々の学生の背景が模擬患者参加型実習における学びにどのような影響を与えているのかを明らかにすることを試みた。その結果得られた構成概念から、学生の学びに影響を与える要因として、「過去の対人支援体験」「実習へのレディネス」「コミュニケーション能力の自己認識」3つのテーマが浮かび上がった。以下に、テーマ毎に考察を試みる。

6.4.1 過去の対人支援体験が及ぼす影響

学生は、自身のなんらかの形で支援を行った体験、あるいは支援を受けた体験が、ロールプレイを通じた学びに影響を与えていると認識していた。影響を与えた支援・被支援体験として、過去の実習での支援者体験、患者体験、接客アルバイト体験が挙げられた。

高校、大学入学後の対人支援実習等を通じた過去の支援者としての体験、あるいは自身が患者となって医療者に支援を受けた患者としての体験が、ロールプレイの中で役に立った感覚すなわち [体験役立ち感] や、過去の経験が今の自分の行動や思考につながる、[つながり感] を認識していた。また、学生

は、過去の支援した感覚、支援された感覚を、模擬患者参加型ロールプレイを通じて「医療者側として追体験」をし、さらに観察者である他学生や模擬患者からのフィードバックを通じて「患者本位の対応の重要性」を再認識するという学びに結びついていたといえる。

一方で、接客アルバイト経験は、学生に「きっと自分はいまできるだろう」という「経験性過信」をもたらしていた。こうした学生はロールプレイおよびその後のフィードバックを通じてサービス業における「顧客」と、医療における「患者」のギャップを認識し、結果として、これまで自身が体験してきた接客とは異なる「医療の特殊性」の理解につながっている。

6.4.2 実習へのレディネスが及ぼす影響

実習場面において「何を質問するか」「何を情報提供するか」といった、ロールプレイ前に必要な知識・情報がどれだけ自分に備わっているかという学生の自己認識、準備状況といった実習へのレディネスが、ロールプレイ実習を通じた学生の学びに影響を与えていた。

研究参加者のうち、自身の知識が不十分であるという認識をもつ学生は、過度の準備をしてロールプレイに臨むか、準備不足のままロールプレイに臨むかに分かれた。一部の学生はロールプレイの前段階で自分が発話しようとしている内容の SCRIPT を作成する等の過度の準備をしていた。その結果、ロールプレイ時には SCRIPT にとらわれてコミュニケーションの自由度が低下し、不自然な対話になっていることを認識していた。一方で、知識が不十分のまま準備不足の状態でもロールプレイに臨む学生は、ロールプレイで情報収集すべき内容やその意義を実感できず、患者に問いかける行為そのものが目的化してしまう状態、すなわち「質問の自己目的化」が起こっていた。いずれのケースであっても、前者の場合は「SCRIPT 通りに演じること」が、後者の場合は「インタビューという行為そのものを終えること」が目的となっており、「患者対応の不全感」を認識していた。しかしその不全感は、「患者インタビュー」という行動は、「患者情報の収集」という目的なくしては成立しえな

い、[目的と行動の不可分性の認識]の学びにつながっている可能性もあると考える。

一方で「知識が十分である」と自己認識していた学生（今回のフォーカス・グループでは2名）は、「自信を持ってロールプレイに臨むことができる」という[自己効力感の向上]を抱いており、ロールプレイ後や模擬患者からのフィードバックを通じて[患者対応の意味の体感]をしていた。このことは、「場面に応じた知識」が臨床実習場面の患者対応に対する自信につながるという学びを学生にもたらしていたといえる。

学生は本実習で、病棟場面、薬局場面、一般販売場面において計6回のロールプレイを経験している。従って、実習初期には知識不十分のままロールプレイに臨み、自身の知識不足、結果としての患者対応不全感を感じていた学生も、二回目以降のロールプレイ実習では事前に自己学習をし、知識がある状態でロールプレイに取り組むことで「患者対応の意味の体感」を認識することができていた。すなわち、事前の知識の有無がロールプレイのパフォーマンスに大きく影響していることを、二回のロールプレイ体験を比較して学ぶ、[比較学習体験]をしていたといえる。

6.4.3 コミュニケーション能力の自己認識が学びに及ぼす影響

学生が認識している自身のコミュニケーション能力が、ロールプレイに提示する教員によるモデリングやロールプレイの過程での学び、フィードバックの捉え方に影響を与えていた。

対人コミュニケーションへの不得意感を抱いている学生は、「望ましい」モデルの提示をうけても自信の無さから自分のロールプレイの実施イメージを描くことが困難であった。また、「不完全な」モデルの提示、あるいはモデルの提示が無い状況下では、ロールプレイの前段階で実施において「不透明な先行き」、あるいは[否定的な予測]しか描けず、結果としてとにかくこの場をやりすごせばよいという[無難志向]に陥っていた。こうした学生はロールプレイを、本来の患者面談の目的を見据えたコミュニケーションのトレーニングを行う場とは捉えられず、とにかく「聞くべきこと、伝えるべきことを伝えれ

ばよい」という〔タスク重視〕の認識、その場をなんとかやりすごす〔こなそう感〕をもってロールプレイに臨んでいた。当然ながらロールプレイ時点では〔患者応対への不全感〕を抱いており、ロールプレイ終了後には、上手に演じられなかった自分、すなわち〔ネガティブな自己イメージ〕しか残存しておらず、具体的に自分が何をやったのかをはっきりと覚えていない感覚だけが残る、〔茫漠的後味〕のみが残っていた。従って、ロールプレイ直後に、観察者である他学生や模擬患者からフィードバックを受けても、それが自身の行為であるとの認識がうまくできず、言葉だけが通り過ぎて自身の学びにつながらない、いわば〔フィードバック・トンネル〕の状況に陥っていた。フィードバックが機能していないように見える学生の背景として、コミュニケーションに対する苦手意識からくる〔タスク重視〕の思考に陥っている可能性が考えられる。

一方で、〔関係性重視〕のロールプレイを意識している学生は、相手と真剣に向き合い、コミュニケーションをとろうとする意欲、いわば〔コミュニケーションエネルギー〕が高い状態でロールプレイに臨んでいた。本実習では場面を変えつつほぼ同じメンバーでロールプレイグループを形成しており、場合によっては異なる場面ではあるが同じ模擬患者と対応する場面もある。従って、観察者である他学生や模擬患者から、前回の自身のロールプレイと比較して上達していると認められた、いわば〔成長承認要求〕を満たされるフィードバックが得られると、〔コミュニケーションエネルギー〕はさらに高められ、次回のロールプレイへの意欲が向上する、という好循環を生み出していた。

しかしながら、ロールプレイの中で、他学生や模擬患者がフィードバックの対象と捉えるポイントは、必ずしも前回から成長が見られた点であるとは限らない。薬剤師役である学生がネガティブなフィードバックを受けた場合、自身の成長を実感することができず、〔コミュニケーションエネルギー〕が枯渇して〔関係性重視〕の意識が薄れ、前述の〔こなそう感〕、〔タスク重視〕の認識を持ったままロールプレイに取り組む可能性がある。フィードバックの受け止め方は、その学生が自身のコミュニケーション能力をどのように認識している

かが大きく影響しており、それ故に学生個々の背景に応じたフィードバックの方法が重要となってくるものと考えられる。

6.5 本章のまとめ

本章では、シミュレーション教育において配慮すべき、「人」「タスク」「環境」の3次元の中で、学習者である「人」に焦点を当て、薬学部における医療コミュニケーション実習で実施した模擬患者参加型ロールプレイを受講した学生の語りを分析した。学生個々の背景が学習にどのような影響を与えているのかを解明するとともに、模擬患者参加型実習のプログラム設計、教員による関わりおよび、学習環境設定について、次の示唆を得ることができた。

学生自身の過去の支援・被支援体験とロールプレイの関連付けは、医療場面におけるコミュニケーションの特性の認識に貢献し得ることが示された。このことから、ロールプレイ実施前段階で、自身の過去の支援・被支援体験の意識化を促すとともに、ロールプレイ実施後に、自身の体験がロールプレイにどのように影響を与えていたのかを省察するステップを組み込むことにより、より深い学びを得ることが期待できる。

また、学生が感じる、ロールプレイ場面に関連する知識不足は、患者面談における自己効力感の低下を招き、結果として不本意な学習体験につながっていた。一方で、知識を高めた状態でのロールプレイの追体験は、知識と技能・態度とのつながりの認識を促すことも示された。このことから、ロールプレイで扱う症例は、学生にとって既習の疾患、医薬品を用いること、同一あるいは類似場面について複数回のロールプレイの機会を設定することにより、学生の学習を深めることができると考える。但し、学生が自身のロールプレイの結果を「不本意」と捉えていたとしても、そこには不本意であったが故の学びは生み出されている。指導者は、学生に対してその「不本意さ」を「失敗」と捉えるのではなく、「そこから何を学べるのか」に焦点を当てた指導を試みるべきであろう。

さらに、学生が認識する自身のコミュニケーション能力によって、ロールプレイ前に示すモデルのあり方は異なることが示された。

また、対人関係に対して自己効力感の著しく低い学生は「ロールプレイの実施」そのものが自己目的化し、体験学習や模擬患者のフィードバック自体が機能しない〔フィードバック・トンネル〕の状況に陥る場合がある。こうした学生に対して漫然とロールプレイを重ねても、学習効果が期待しにくいことが予測されることから、実習前あるいは実習中に個別に面談して学生の背景を理解したうえで、スモールステップを設定する、フィードバックに配慮する等の個別対応をすることも必要となろう。

なお、本研究では学生の語りを通じて、模擬患者参加型実習の学びに影響を与える要因について検討したが、本来ならば影響を与えるだろう自己概念（有用感、無力感、苦手意識等）や、薬剤師を目指す上での希望や不安、学生間、教員との関係性等が、表出していない。これは、データ採取者と研究協力者である学生との関係性が影響している可能性も否定できない。さらに、学生の自己認識と客観的事実との乖離の可能性もある。例えば、「知識があると認識している」学生は本当に知識があるといえるのか、「知識が不十分であると認識している」学生は本当に知識が不十分なのかは不明である。今回の分析データは、研究参加者の語りと分析者の授業観察のみに基づいており、個々の研究参加者が、同プログラムにおいて事前に必要とされる知識をどの程度習得していたかについては検証していない。

また、本研究においては、医療におけるシミュレーション教育の領域の先行研究をもとに考察したが、今後は他のプロフェッショナル養成教育、たとえば教員や弁護士等におけるシミュレーション教育との比較も有用であると考えられる。さらには、教育者を対人支援として考えた場合には、クライアントである学生の状況に応じて介入方法を調整する、介入分析等の対人支援に関する諸理論の適用の可能性も考えられる。個々の学習者の背景に合わせたコミュニケーション教育を実現するためにも今後はより深く、多様なアプローチによる研究を進めていく。

第7章 結論

本章では、これまでの各章の内容を振り返りつつ、本研究の主題である「模擬患者参加型教育において学生は『何を』『どう学ぶ』のか」について、新たに得られた知見をまとめる。その上で、今後の模擬患者参加型教育に対する提案を試みる。さらに、本研究によりさらに明らかになった課題について述べる。

7.1 各章のまとめ

第1章では、薬剤師という医療職の本質と、社会構造や医療技術の変遷に伴い、さらに深さと広さが増した薬剤師の役割について触れた。さらに、薬剤師に期待される役割の変化にあわせて、薬学教育の制度がどのように対応してきたのかをまとめた。また、その総括として、今日の薬剤師になぜ従前以上にコミュニケーション能力が求められるのか、それは現在の薬学教育においてどのように捉えられているのかについてまとめた。

第2章では、模擬患者参加型実習が、医療コミュニケーション教育の全体像の中でどのように位置づけられるのかを確認したうえで、患者コミュニケーション教育における模擬患者参加型教育の概要とその理論的背景についてまとめた。さらに、これまでの模擬患者参加型教育の研究の中で、学習者の背景に焦点をあてた教育が欠けていたことを指摘し、本研究のテーマの意義を確認した。

第3章では、外来医療における患者の受療構造を鑑み、患者は薬剤師との関係性と医師との関係性との違いをどのように捉えているのかを、患者の語りから明らかにすることを試みた。その結果、患者は医師との関係性に応じて薬剤師の役割やコミュニケーションの取り方を調整しながら自身の医療ニーズを満たそうとしている、いわば「医師-薬剤師相互補完モデル」が形成されている可能性が示唆された。

第4章では、患者へのフォーカス・グループから、かかりつけ薬剤師に求める役割とその要因を明らかにすることを試みた。その結果、「薬局ビジョン」に描かれた薬剤師の専門職としての社会的役割だけでなく、医療者としてのあ

り方や覚悟といった、プロフェッショナリズムに関する期待が寄せられていることが明らかとなった。

第5章では、第4章の結果を踏まえて構築された Pharmaceutical Communication Standard をもとに、これからの薬剤師に求められるコミュニケーション能力の全体像を示した。

第6章では、模擬患者参加型教育の実践研究として、学生の語りを通じて、模擬患者参加型教育において学生の属性がどのように影響を与えるのかを検討した。その結果、学生の過去の支援、被支援体験、レディネスとしての知識の自己認識、自身のコミュニケーション能力に対する自己認識が、学生の学びに影響を与える可能性があることが明らかとなった。

7.2 模擬患者参加型教育への提案

本研究の主題は、「薬学教育における模擬患者参加型教育において薬学生は「何を」「どう学ぶ」のかである。そこで、前節のまとめを踏まえ、この主題に答える形で、模擬患者参加型教育への具体的な提案を試みる。

7.2.1 模擬患者参加型教育の学習目標に関する提案：「何を学ぶ」か

① 「プロフェッショナリズムの醸成」を学習目標に加える

本研究から、患者は今日の薬剤師に対して「プロフェッショナリズム」を發揮することを期待している可能性が示された。プロフェッショナリズムとはそもそも専門性の上に成り立つものであり、知識や技能面で未成熟な学部生がプロフェッショナリズムを發揮できるようなシナリオを模擬患者参加型教育の中で設定するは困難かもしれない。しかしながら、学部学生の段階では対応が困難なシナリオをあえて設定し、ロールプレイの中で学生が意図せずにとる「アンプロフェッショナルな態度」が、どのように患者に受けとめられるのかを、フィードバックを通じて学ぶことは可能かもしれない。ロールプレイのパフォーマンスとしては学生にとっては不本意な結果に終わるかもしれないが、思い通りにならない体験からもまた学びがえられることが本

研究から示唆されている。模擬患者からのフィードバックは学生にとっては耳が痛い結果になるであろうが、その後の指導者の関わり方や、同様の場面を繰り返しチャレンジできるような実習方略をとることで、少しずつであっても、学生自身が医療者としての自覚を意識できるような学習目標を設定することは重要であると考えられる。

同様の理由で、模擬患者のシナリオに「他医療職との関係性」や「薬剤師に対する役割認識」をあらかじめ設定し、消極的なコミュニケーションをとる傾向にある患者を演じてもらうこと方略も考えられる。この場合も、学生はロールプレイの中で思い通りのコミュニケーションがとれない経験をするが、模擬患者からのフィードバックの中で、他医療職との関係性や薬剤師への想いを語ってもらうことで、「多様な関係性の中に位置づけられる自分」という視点をもつことの学びに結び付けられるのではないだろうか。この経験は、医療コミュニケーションを考える上で、従来の医療者-患者の二者間のコミュニケーションモデルに留まらず、患者が関わる様々な医療関連職との関係性が相互に影響しあうダイナミズムを学生に想起させる。それは実務実習におけるカンファレンス等のチーム医療を経験する中で追体験され、学生により深い学びをもたらすことが期待できると考える。

② 「思考過程や判断の背景の言語化」を学習目標に加える

患者情報を収集することの理由、方法提供をすることの背景、お薬手帳の情報に基づく判断（処方に問題がある、なしに関わらず）の過程を言語化する訓練を取り入れても良いかもしれない。本研究からは、薬剤師としての様々な臨床判断を明示的に伝えることが、患者からの役割認識をより強固にし、信頼性を高めることにつながっていることが示唆された。プライバシーの確保を意識しながらも、薬剤師の臨床判断の「見える化」をトレーニングすることも、今後の薬剤師に必要なことなのかもしれない。

③ 次回薬学教育モデル・コアカリキュラム改訂において PCS の活用を提案する

この提案は模擬患者参加型教育への提案とは異なるが、学部教育の学習目標を示すモデル・コアカリキュラムの改訂に当たっては、「学部教育の先にある医療現場で、薬剤師にどのようなコミュニケーション能力が求められるのか」の視点を持って学習目標を設定することが重要であると考えられる。また、実習生を受け入れる病院や薬局の薬剤師に対しても、PCSに基づく生涯学習を提供することで、より一貫性のある学生指導が可能になるのではないかと考える。

7.2.2 模擬患者参加型教育の方略に関する提案：「どう学ぶ」か？

① 事前学習として「自身が誰かを支援した体験、支援された体験」に関する振り返りを促す

研究結果から、学生の学びに影響を与える要因として「過去の支援、被支援体験」があげられた。学生が経験してきた患者としての体験、私生活や実習等で他者を支援した、あるいはされた体験は、模擬患者ロールプレイの体験そのものやフィードバックによって想起され、学びの要因となっていた。従って、ロールプレイ実習に先立って自身の過去の経験を整理し、意識の中で顕在化することで、ロールプレイに体験および患者からのフィードバックに対する感受性を高め、結果として学生の学びをより深めることができるのではないかと考える。

② ロールプレイ実習の症例に用いる疾患、医薬品を事前に開示し、事前学習ができるようにする。

学生は、自身の知識不足の認識が自己効力感の低下につながり、その結果として思うようなパフォーマンスを出すことができず、患者・観察者からのフィードバックが十分に機能していない可能性があることが示された。従って、患者背景全体でなくとも、自身が担当する可能性のある症例に関する疾患や医薬品の知識を事前学習しておくことができるように配慮することで、

自己効力感の低下を最小限に留め、ロールプレイ場面において模擬患者に対して意識を向けられるような自己学習の支援を促すことが、学生の学びの深まりにつながると考える。

③ 模擬患者参加型ロールプレイの前段階に、学生同士のロールプレイを実施する

対人コミュニケーションに苦手意識を持つ学生は、ロールプレイ自体に消極的になり、本来ならば体験やフィードバックから得られる学びを実感できていない可能性がある。見ず知らずの一般市民である模擬患者とロールプレイをする前に、顔見知りである学生同士とのロールプレイを実施することで役割をとる体験を一段階増やし、模擬患者参加型ロールプレイに対する苦手意識を低減させることができるかもしれない。また、苦手意識がある学生に対しては、ロールプレイ実習の初期段階では模擬患者や教員からのフィードバックの表現方法に配慮し、ポジティブなフィードバックを心がけることも有用であると考えられる。

7.3 本研究の課題

なお、上記の提案は本論文で取り上げた研究結果に基づいているが、その研究結果はあくまでも限られた学生、患者を対象とした質的研究によって導かれたものであり、すべての薬学生や教育場面において有効であるとは断言できない。以下に、本研究の課題を述べる。

第2章では、模擬患者参加型実習について文献を基に考察した。そのなかで、我が国の医学教育で用いられる「模擬患者」と「標準模擬患者」という言葉について、薬学教育において模擬患者参加型実習に携わる指導者、模擬患者に対して、これらの言葉の意味の認識に関する、質問紙法によるアンケート調査を実施した。しかしながら、本調査においては、回答者の国語力や論理的思考力と回答の関連については検討していない。このため、質問の意図が十分に理解されないまま回答されている可能性も否定できない。模擬患者参加型実習は我が国の薬学教育だけでなく、様々な医療専門職教育において導入されてい

る。今後海外や他医療職の模擬患者参加型実習のとの比較研究を行っていくにあたっては、国内外で一義性のある用語を用いるべきと考える。今後は回答者の知識や背景と絡めた分析を志向し、薬学教育以外の医療者教育における模擬患者参加型実習の指導者、模擬患者対しても調査検討していきたい。

第3章では、薬局における医師-患者間の関係性が、薬剤師-患者間の関係性にどのように影響を与えるのかについて考察した。さらに、第4章では、薬剤師-患者間の関係性に影響を及ぼす要因について検討した。本研究から、患者の健康に関する問題解決の観点では、医師-患者間の関係性は薬剤師-患者間の関係性と、相互補完の関係にあることが示された。また、薬剤師のあり方や、地域における薬局の役割などの要因が影響していることが示された。しかしながら、本研究からは見出せなかったものの、「医師とも薬剤師とも良好な関係を築き、コミュニケーションがとれている患者」「医師とも薬剤師とも良好な関係作らず（作れず）コミュニケーションが取れていない患者」がいる可能性もある。また、こうした関係性の違いが生じる要因、例えば患者あるいは医療者の交流志向や面談場面の環境、他者（家族や他の患者等）、患者が触れる医療情報等については検討できていない。今後は多様な視点から薬剤師-患者間の関係性に影響を与える要因を検証していく必要があるだろう。

また、本研究では「薬剤師と患者の関わり」に焦点を当てたが、かかりつけ薬剤師には、患者との関わりだけでなく他医療職と連携をとりながら、地域に根ざした医療の実践が求められていることから、今後は、他医療職と薬剤師との関わりに影響を与える要因についても研究を進めたい。

第5章では、かかりつけ薬剤師に求められるコミュニケーションスタンダードとしてPCSの構築を試みた。これは薬局の薬剤師を想定して作成されたものだが、病院に勤務する薬剤師に活用できるかを検証する必要がある。また、このPCSは現場薬剤師が「何ができるようになるべきか」を示したものだが、ここから、薬学部卒業時においてどのコンピテンシーを求めるかを検討し、薬学教育モデル・コアカリキュラムに反映させて、学部教育に落とし込む必要がある。これらの点については今後の課題とする。

第6章では、学生の語りを通じて、模擬患者参加型実習の学びに影響を与える要因について検討したが、本来ならば影響を与えるだろう自己概念（有用感、無力感、苦手意識等）や、薬剤師を目指す上での希望や不安、学生間、教員との関係性等が、表出していない。これは、データ採取者と研究協力者である学生との関係性が影響している可能性も否定できない。さらに、学生の自己認識と客観的事実との乖離の可能性がある。例えば、「知識があると認識している」学生は本当に知識があるといえるのか、「知識が不十分であると認識している」学生は本当に知識が不十分なのかは不明である。今回の分析データは、研究参加者の語りと分析者の授業観察のみに基づいており、個々の研究参加者が、同プログラムにおいて事前に必要とされる知識をどの程度習得していたかについては検証し、「知識」が影響しているのか、「知識があるという自己認識」が影響しているのかについても検討したい。また、本研究においては、医療におけるシミュレーション教育の領域の先行研究をもとに考察したが、今後は他のプロフェッショナル養成教育、たとえば教員や弁護士等におけるシミュレーション教育に関する同様の研究との比較も有用であると考えられる。さらには、教育者を対人支援として考えた場合には、介入分析等の対人支援に関する諸理論の適用の可能性も考えられる。個々の学習者の背景に合わせたコミュニケーション教育を実現するためにも、多様なアプローチによる研究を進めていく。

本研究は、「薬学教育においてあるべきコミュニケーション教育」という全体像のごく一部を明らかにしたに過ぎない。しかし、本研究で取り入れたアプローチによって、患者や学習者の「真実」に近づくことは、多様な患者、学生を理解するうえで有用な視点をもたらし、結果として個々の状況に応じた患者対応や教育実践を可能にすると考える。本研究はここにひとつの成果を収めたものの、今後の医療コミュニケーション教育に新たなスタートラインの役割を果たすものであってほしいと筆者は願う。

参考文献

有馬賢治(2003), マーケティングにおける環境要因の再考, 立教経済学研究, 57(2): 31-52

飯野直子(2006), 薬局における薬剤師のコンピテンシー: 薬剤師のキャリア開発を視点としたコンピテンシーマネジメントの導入, 保健医療科学, 55:133-146

池田光穂「臨床コミュニケーション」

<https://www.cscd.osaka-u.ac.jp/user/rosaldo/050531ccmu.html>

(2020/01/22 閲覧)

池田光穂「コミュニケーション」

<https://www.cscd.osaka-u.ac.jp/user/rosaldo/090700communication.html>

(2020/01/22 閲覧)

石丸直人, 高屋敷明由美, 前野貴美 (2017), シナリオを用いた在宅ケアコースから医学部 2 年生が学んだこと-レポートの質的分析より-, 日本プライマリ・ケア連合学会誌, 40(2): 91-98

大熊由紀子, 開原成允, 服部 洋一(2006), 「患者の声を医療に生かす」医学書院

大野勝利(2006), コンピテンシーの定義に関する一考察, 大阪府立大学経済研究, 52・1(215): 99-111

大谷尚(2008), 4ステップコーディングによる質的データ分析手法 SCAT の提案-着手しやすく小規模データにも適用可能な理論化の手続き-, 名古屋大学教育発達科学研究科研究紀要, (54):27-44

大谷尚(2011), SCAT: Steps for coding and Theorization: 明示の手続きで
着手しやすく小規模データに適用可能な質的データ分析手法, 感性工学;
10(3): 155-160

加藤恭子(2011), 日米におけるコンピテンシー概念の生成と混乱, 産業経営プ
ロジェクト報告書, 34(2):1-23

上地安昭(1990), 学校教師のカウンセリング基本訓練, 北大路書房

川村和美(2017), 緩和薬物療法認定薬剤師のコンピテンシー開発
[http://idportal.gsis.kumamoto-u.ac.jp/wp-
content/uploads/sites/3/2017/04/kawamura_%E4%BF%AE%E5%A3%AB%E8%AB%96%E
6%96%87.pdf](http://idportal.gsis.kumamoto-u.ac.jp/wp-content/uploads/sites/3/2017/04/kawamura_%E4%BF%AE%E5%A3%AB%E8%AB%96%E6%96%87.pdf) (2019/08/04 閲覧)

くすりの適正使用協議会, くすりのしおりとコンコーダンス
<https://www.rad-ar.or.jp/siori/concordance/index.html> (2020/01/22 閲
覧)

公益財団法人日本薬剤師研修センター, 認定実務実習指導薬剤師制度
<http://www.jpec.or.jp/nintei/ninteijitumu/index.html> (2019/02/11 閲覧)

公益社団法人日本薬剤師研修センター, 認定実務実習指導薬剤師の認定者名簿
(2018)
http://www.jpec.or.jp/nintei/ninteijitumu/certified_list.html
(2019/02/14 閲覧)

公益社団法人日本薬剤師研修センター, 研修認定薬剤師制度とは
<http://www.jpec.or.jp/nintei/kenshunintei/index.html> (2019/02/14 閲覧)

厚生労働省(2003), 薬剤師問題検討会「中間報告書」(要旨)

<https://www.mhlw.go.jp/houdou/2003/10/h1029-3.html> (2019/02/14 閲覧)

厚生労働省(2009), 政策レポート「一般用医薬品販売制度の改正について」

<https://www.mhlw.go.jp/seisaku/2009/06/02.html> (2019/02/14 閲覧)

厚生労働省医政局長(2010), 医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について, 医政発 0430 第 1 号

厚生労働省(2012), 「平成 23 年度医薬分業指導者協議会資料」

https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iyakuhin/bungyou/dl/h23_kouen_02-2.pdf (2019/02/09 閲覧)

厚生労働省(2013) 「平成 25 年度厚生労働省保険局医療課委託調査 薬局の機能に係る実態調査」

厚生労働省(2015), 患者のための薬局ビジョン～「門前」から「かかりつけ」, そして「地域」へ～

[http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11121000-](http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11121000-Iyakushokuhinkyoku-Soumuka/vision_1.pdf)

[Iyakushokuhinkyoku-Soumuka/vision_1.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11121000-Iyakushokuhinkyoku-Soumuka/vision_1.pdf) (2018/01/05 閲覧)

厚生労働省(2017), 平成 26 年度患者調査の概況

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/dl/kanja-01.pdf>.

(2018/01/05 閲覧)

厚生労働省(2017), 平成 28 年度患者のための薬局ビジョン実現のためのアクションプラン検討事業「患者のための薬局ビジョン実現のための実態調査報告」

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11120000-Iyakushokuhinkyoku/actionplan02.pdf> (2019/02/03 閲覧)

厚生労働省(2017), 「平成 28 年医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/16/index.html> (2019/02/14 閲覧)

厚生労働省(2018), 厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会「薬機法等制度改正に関するとりまとめ」,
<https://www.mhlw.go.jp/content/11121000/000463479.pdf> (2019/02/03 閲覧)

後藤綾, 半谷眞七子, 吉見陽, 内田美月, 竹内佐織, 會田信子, 末松三奈, 阿部恵子, 安井浩樹, 亀井浩行, 野田幸裕(2017), 模擬患者参加型の多職種連携教育(つるまい・名城 IPE)の有用性, YAKUGAKU ZASSHI, 137(6):733-744

後藤恵子, 富澤崇, 有田悦子, 沼田千賀子, 野呂瀬崇彦, 井手口直子, 半谷眞七子, 平井みどり(2019), かかりつけ薬剤師に求められるコミュニケーションスタンダード(Pharmaceutical Communication Standard)の構築, 日本ファーマシューティカルコミュニケーション学会会誌, 17(2):17-29

佐藤健太, 森山幸彦(2016), 患者が求めるかかりつけ薬剤師とは: かかりつけ薬剤師に関するアンケート調査から, 調剤と情報, 22(14):124-132

衆議院厚生労働委員会(2004), 学校教育法等の一部を改正する法律案に対する
附帯決議
https://www.pharm.or.jp/kyoiku/pdf/monka_1604.pdf (2019/02/14 閲覧)

東海林祐子(2012), 大学体育授業がライフスキルの獲得に与える影響～単元前の学生のスキルレベルに着目して, KEIO SFC JOURNAL, 12(2):89-108

多職種連携コンピテンシー開発チーム(2016), 医療保健福祉分野の多職種連携コンピテンシー

http://www.hosp.tsukuba.ac.jp/mirai_iryu/pdf/Interprofessional_Competency_in_Japan_ver15.pdf (2019/08/04 閲覧)

谷内篤博(2001), 新しい能力主義としてのコンピテンシーモデルの妥当性と信頼性, 経営論集, 11:49-62

中央教育審議会(2004), 「薬学教育の改善・充実について(答申)」

http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo0/toushin/04021801.htm (2019/02/14 閲覧)

中畷洋(2015), 初学者のための質的研究 26 の教え, 医学書院, 60-63.

成井浩二, 三溝和男, 井上みち子, 渡辺謹三(2016), 大学内で展開する系統的なセルフメディケーション教育, YAKUGAKU ZASSHI, 136(7):945-950.

西川隆(2010), くすりの社会誌～人物と時事で読む 33 話～, 薬事日報社, 92-93

日本医学教育学会：プロフェッショナルリズム・行動科学委員会

<http://jsme.umin.ac.jp/com/pro/index.html> (2020/01/22 閲覧)

日本ファーマシューティカルコミュニケーション学会, 研修用教材/PCS

<https://pcoken.jp/pcs/> (2019/02/10 閲覧)

日本薬学会編(2016),「薬学総論Ⅱ. 薬学と社会」東京化学同人

日本薬学教育学会編(2016),「薬学教育6年制のあゆみ -教育改革 温故知新-」アークメディア

日本薬剤師会, 薬剤師に求められるプロフェッショナルスタンダード(PS)
(23年度版)について

<https://www.nichiyaku.or.jp/activities/jpals/standard.html> (2019/02/10
閲覧)

日本薬剤師会, 学校薬剤師とは

<https://www.nichiyaku.or.jp/activities/activity/about.html> (2019/02/06
閲覧)

日本薬剤師会, 医薬分業をご理解いただくために～医薬分業 Q&A～

<https://www.nichiyaku.or.jp/activities/division/faq.html> (2020/01/18
閲覧)

日本薬剤師会(2018), 薬剤師綱領・薬剤師行動規範・解説, 日本薬剤師会

日本病院薬剤師会, 日病薬病院薬学認定薬剤師制度

<https://www.jshp.or.jp/banner/byouinyakugaku/> (2020/01/22 閲覧)

名郷直樹(2014), 臨床研究のABC, メディカルサイエンス社

能城裕希, 赤羽優耀, 櫻井浩子, 益山光一(2017), 薬局での相談経験に関する薬剤師アンケート調査から考察したかかりつけ薬剤師・薬局に求められる機能(速報), 日本薬剤師会雑誌, 69(11):1457-1460

野呂瀬崇彦, 有田悦子, 半谷眞七子, 後藤恵子(2018), 患者はかかりつけ薬剤師に何を期待しているのか? ~フォーカス・グループに基づく質的分析から~, 社会薬学, 37(2):117-126

野呂瀬崇彦, 村上美穂(2019), 学習者の背景は模擬患者参加型ロールプレイ実習の学びにどのような影響を与えるのか? ~フォーカス・グループに基づく質的分析から, 日本ファーマシューティカルコミュニケーション学会会誌, 17(1):10-21

野呂瀬崇彦, 後藤恵子, 有田悦子, 井手口直子, 大谷尚(2016), 「模擬患者」と「標準模擬患者」の関係に関する教育者, 模擬患者の認識, 第48回日本医学教育学会(大阪), 要旨集

野呂瀬崇彦(2013), Simulated patient(SP)参加型 problem-based learning(PBL)チュートリアルによる統合型臨床対応能力の醸成, YAKUGAKU ZASSHI, 133(2):223-230

野呂瀬崇彦, 村上美穂(2016), 保険薬局を利用する外来患者が認識する医師および薬剤師の役割と関係性~相互補完モデル, 第7回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会抄録集 278

野呂瀬崇彦(1997), 薬局で活用するコーチング・コミュニケーション, じほう

福士元春, 名郷直樹(2012), 研修医は医療行使をすべきか悩み、誘導する, 日本プライマリ・ケア連合学会誌, 35(3): 209-215

福士元春, 名郷直樹(2011), 指導医は医師臨床研修制度と帰属意識のない研修医を受け入れられていない, 医学教育, 42(2): 65-73

文部科学省(1996), 薬学教育の改善に関する調査協力者会議「薬学教育の改善について(最終まとめ)」

http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/022/gijiroku/021201f.htm (2019/02/14 閲覧)

文部科学省(2003), 薬学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議 実務実習モデル・コアカリキュラムの作成に関する小委員会 「実務実習モデル・コアカリキュラム」

文部科学省(2004), 薬学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議「薬学教育の改善・充実について(最終報告)」

http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/022/toushin/04041501.htm (2019/02/14 閲覧)

文部科学省(2012), 薬学教育モデル・コアカリキュラム改訂に関する専門研究委員会「薬剤師に求められる基本的資質(案)」

http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/47/siryo/attach/1323630.htm(2019/02/14 閲覧)

文部科学省(2013), 薬学系人材養成の在り方に関する検討会「薬学教育モデル・コアカリキュラム -平成 25 年度改訂版」

http://www.mext.go.jp/a_menu/01_d/08091815.htm (2019/02/14 閲覧)

文部科学省(2017), 薬学実務実習に関する連絡会議 「薬学実務実習に関するガイドライン」

http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/058/gaiyou/_icsFile/s/afieldfile/2015/03/03/1355408_01_2.pdf (2019/02/14 閲覧)

薬学共用試験センター(2019), 薬学共用試験について

http://www.phcat.or.jp/?page_id=202 (2019/02/14 閲覧)

山下美妃, 野呂瀬崇彦, 早川達, 薬物療法における実践的能力の向上を目的とした統合型プログラムの導入とその評価(2016), YAKUGAKU ZASSHI, 136(3):361-367

Bandura, A. (1969), Handbook of Socialization Theory and Research. Goslin D. A., Rand McNally & Company; 213-262.

Barr, Hugh(1998), Competent to collaborate: towards a competency-based model for interprofessional education, J Interprof. Care, 12:181-187

Barrows, H. (1968), Simulated patients in medical teaching. Canadian Medical Association Journal, 98, 674-685

Barrows, H. (1993), An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. AAMC. Academic Medicine, 68(6):443

Blanchard K., (1985), 1分間リーダーシップ -能力とやる気に即した4つの実践指導法, ダイヤモンド社

Bond, Christine(2010), なぜ患者は薬を飲まないのか? 「コンプライアンス」から「コンコーダンス」へ, 薬事日報社

Cleland, J., Abe, K., Rethans, J. (2009), The use of simulated patients in medical education: AMEE Guide No 42. Medical Teacher, 31(6):477-486

Elizabeth AR, Constance HK. (2006), Communication skills competencies: definitions and a teaching toolbox. *Medical Education*, 40:624-629.

Emanuel EJ1, Emanuel LL. (1992), Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*, 267(16):22-29

FIP(2012), Pharmacy Education Taskforce, A Global Competency Framework Ver.1, FIP Education Initiatives, 6-7

Flick, Uve (2012), 新版質的研究入門<人間科学>のための方法論, 春秋社

Glyn Elwyn, Dominick Frosch, Richard Thomson, Natalie Joseph-Williams, Amy Lloyd, Paul Kinnersley, Emma Cording, Dave Tomson, Carole Dodd, Stephen Rollnick, Adrian Edwards and Michael Barry(2012), Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *J Gen Intern Med*, 27:1361-1367

Harden, R.M., Crosby, J. (2009), The good teacher is more than a lecturer - the twelve roles of the teacher, *AMEE Guide No 20. Medical Teacher*; 22(4):334-347

Issenberg S., Mcgaghie W., Petrusa E., et.al. (2009), Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review, *Medical Teacher*, 27(1):10-28

Jochanan B. (2014), Role Modeling in Medical Education: The Importance of a Reflective Imitation. *Academic Medicine.*, 89(4): 550-554

John A. Dent, Ronald M. Harden R. (2010), 医学教育の理論と実践, 篠原出版社

Snadden D., Ker J. S. (2010), 医学教育の理論と実践, 篠原出版社, 282-287

John M.B., William A.W., Anne P.S., Christopher W.C., Laura A., Karen E.B., et al. (2008), ACCP White paper Clinical Pharmacist Competencies, *Pharmacotherapy*, 28(6):806-815

John W., Nick B., Rachel E., Myfanwy M. (2005), Concordance, adherence and compliance in medicine taking. Report for the National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organization R & D (NCCSDO), 33-35

Johnson G., Scholes K. (1993), *Exploring Corporate Strategy* 3rd ed., Prentice Hall International (UK) Ltd.

JP Collins et.al. (1999), The Use of Real Patients, Simulated Patients and Simulators in Clinical Examinations AMEE Guide 13, AMEE

Kolb D. A., Boyatzis R. E., Mainemelis C. et.al. (2014), *Perspectives on thinking, learning, and cognitive styles*, Routledge, 227-247

McGaghie W., Issenberg S., Petrusa E., et.al. (2010), A critical review of simulation-based medical education research: 2003-2009, *Medical Education*, 44(1):50-63

NAMPRA: The National Association of Pharmacy Regulatory Authorities (2014). Professional COMPETENCIES for Canadian Pharmacist at Entry to Practice,

<https://napra.ca/sites/default/files/2017->

08/Comp_for_Cdn_PHARMACISTS_at_EntrytoPractice_March2014_b.pdf

(2019/8/4 閲覧)

Norman GR. et.al. (1982), A comparison of residents' performance on real and simulated patients, Journal of Medical Education, 60: 925-934

PCNZ: Pharmacy Council of New Zealand (2010), COMPETENCE STANDARDS FOR THE PHARMACY PROFESSION. New Zealand: Pharmacy Council of New Zealand, 16-19

Kirsty F., Judy M., Simon E., (2015), エッセンシャル臨床シミュレーション医療教育, 篠原出版社 53-70. 282-287. Peter D., Charlotte R.

PSI: The Pharmaceutical Society of Ireland (2007), CORE COMPETENCY FRAMEWORK for Pharmacists. Ireland: The Pharmaceutical Society of Ireland, 14

Stewart, Moira, Judith Belle Brown, Wayne Weston, Ian R. McWhinney, Carol L. McWilliam, Thomas Freeman (2003), Patient-Centered Medicine: Trans-forming the Clinical Method. 2nd ed, Radcliffe Medical Press

Szasz T., Hollender M. (1956), A Contribution to the Philosophy of medicine - The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship, AMA Arch Intern Med., 97(5):585-592

Smithson J, Bellingan M, Glass B, Mills J. (2015), Standardized patients in pharmacy education: An integrative literature review, *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, 7(6):851-863

Weaver M, Erby L. (2012), Standardized Patients. *Health Promotion Practice*, 13(2):169-174.

WHO: World Health Organization with International Pharmaceutical Federation (2008), *Developing pharmacy practice, A focus on patient care*, Handbook-2006 Edition, 15-17

Wolters, Majanne, Rolf van Hulsten, Lyda Blom, and Marcel L. Bouvy (2017), Exploring the concept of patient centred communication for the pharmacy practice, *Int. J. Clin. Pharm.*, 39:1145-1156

謝辞

本研究の機会を与えてくださり、終始ご指導、ご鞭撻を賜りました、名古屋大学大学院教育発達科学研究科教授 大谷尚 先生に深く感謝いたします。また、博士論文指導委員・審査委員としてご指導頂きました同研究科教授 阿曾沼昭裕 先生、柴田好章 先生、同研究科准教授 坂本将暢 先生に深く感謝いたします。

本研究の一部は、平成 24 年度北海道薬科大学（現北海道科学大学）教育研究奨励費により実施したものであり、資金面だけでなく、学位取得に向け精神面でも多大なるご支援をいただいた、北海道科学大学学長 渡辺泰裕 先生に、深く感謝いたします。

本研究の一部は、科学研究費助成事業（課題番号 16K08417）「かかりつけ薬剤師に求められるコミュニケーションスタンダード（PCS）の構築」の一部として実施したものであり、研究代表者である東京理科大学薬学部教授 後藤恵子 先生、共同研究者である北里大学薬学部准教授 有田悦子 先生、帝京平成大学薬学部教授 井手口直子 先生、城西国際大学薬学部准教授 富澤崇先生、神戸薬科大学薬学部教授 沼田千賀子 先生、名城大学薬学部 准教授 半谷眞七子 先生、兵庫県赤十字血液センター所長 平井みどり 先生に深く感謝申し上げます。

本研究を進めるにあたり多大なるご協力をいただいた北海道科学大学薬学教育学分野の皆さま、名古屋大学大学院教育発達科学研究科大谷ゼミの皆さま、並びに、本研究を進めるにあたり、データ採取にご協力いただいた学生、患者、医療職の皆さま、教育実践にあたりご協力いただいた北海道科学大学薬学部教員の皆さまに、謹んで感謝申し上げます。

最後に、常に筆者を励まし、協力してくれた家族、妻 野呂瀬由美子に、心より感謝いたします。