

臨床と教育の対話について考える

町田いづみ¹、中山健夫²、高津茂樹³、野地有子⁴、園田由紀⁵

1. 明治薬科大学薬学部医療コミュニケーション学
2. 京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻健康情報学
3. 日本大学歯学部医療人間科学
4. 千葉大学大学院看護学研究科看護学部看護実践研究指導センター
5. 一般社団法人日本MBTI協会代表理事（東京大学大学院医学系研究科、京都大学大学院医学研究科非常勤講師）

抄録

複雑多様化する医療の中で、医療者に求められる機能もまた、変化進展していくことが必要となる。医療教育の課題の一つに、臨床的な人材の育成がある。中でも、患者－医療者間の良好なコミュニケーションは、人間関係だけでなく治療成績にも反映することは明らかである。こうした事情を背景にして、卒後臨床教育の中では、以前からコミュニケーションの重要性が叫ばれてきた。そして現在それは「医療コミュニケーション学」という学問として独立するようになった。

医療コミュニケーション学教育に関しては、卒後教育だけでなく、卒前教育においても関心が高まってきている。しかしこの卒前教育の内容や方法論は、各関係教育機関で思考錯誤の形で実践されているのが現状である。

本稿では、これら教育をさらに効果的に展開、発展させていくことを目的に、歯科医師、看護師、薬剤師教育の各分野における教育内容について紹介した。

3分野の教育内容は、独自に考案されたものであるが、有用な「臨床家」育成のという点で共通していた。そして、いかに臨場感を伴った教育を提供できるかというところでの努力がなされていた。すなわち、医療コミュニケーション学教育は、臨床と教育との対話なくしては成り立たないことがわかる。

上記の教育が、臨床家教育に効果をあげている一方で、個々学生の感受性の違いが教育効果の差として現れてしまうことも事実であ

る。

こうした場面で、より効率的かつ確実な教育方法として、すでに効果が実証されている様々な教育メソッドを導入、活用していくことが提案される。とくに、本稿で紹介したMBTIを用いたコミュニケーション訓練は、自らの認知の成熟を促進するもの、すなわち、個人内での成長を促すという点でも、その教育効果が期待される。

医療の中で、医療コミュニケーション学は今後ますます必要とされる分野になると考える。それ故に、その教育をいかに発展させていくかは、医療コミュニケーション学教育にあたる者の重要な課題となるだろう。

キーワード： 医療コミュニケーション学 インフォームド・コンセント 医療面接 認知スタイル

1. はじめに

医療の中で、インフォームド・コンセントという用語や行為が一般化されて久しい。そして、その延長線上で情報開示や患者の権利などについて頻繁に論じられるようになった。さらに、患者の高齢化や重症化が進む中で、医療安全の確保は将来に向けて、更なる課題となるだろう。

このように、医療を取り巻く環境の変化に伴い、医療者の機能も複雑多様化し、業務内容にも様々な変化が生じている。そうした中で、人間関係やコミュニケーションのトラブルは避けられない事実としてある。不適切な患者－医療者関係は医療過誤の原因の一つにも挙げられており、その対策は、医療者の重要な課題ともなっている。

また、医療者には臨床のあらゆる場面で、個々の患者に適した過不足のない情報収集と情報提供、その結果としてさらに、患者が十分に理解、納得し、医療に参加できる患者中心医療の提供が求められる。

いずれも、患者－医療者間のコミュニケーションが鍵となることは言うまでもない。そしてすでに、卒後教育のみならず卒前教育においても、医療コミュニケーション学教育の重要性が認識され、展開されている。

卒前教育における医療コミュニケーション学教育の目標は、医療倫理に基づいた「医療者」としての基本的な資質の向上から、より効果的な治療やケアを提供するための知識や技能の習得に代表される「治療者」としての技能の向上など様々である。しかし、いずれの目標も、臨床と乖離した内容であっては、将来の臨床家を教育することにならない。言い換えれば、どれだけ臨床実践に必要な認識と技能を教育できるかが、卒前教育の評価の基準となる。

ところで、この卒前教育については、各教育機関がそれぞれの職種に求められる機能に基づいて、思考錯誤しながら、より効果的な教育方法を模索しているといった現状にある。こうした独自で、有用な教育内

容が開示，共有されたならば，さらに教育の質は向上し，より実践的な医療者を臨床に送り出すことができるのではないかと期待する。

そこで，本稿ではまず，歯学部，看護学部，薬学部における医療コミュニケーション学教育について，一教育機関の例を用いて紹介する。そして次に，患者－医療者間の関係性の向上を目指した実践的で効果的な教育ツール（認知スタイルの理解）について紹介し，今後のより効果的な教育の展開に役立てられることを期待する。

2. 歯学部・看護学部・薬学部におけるコミュニケーション教育の実際

2.1 歯学部におけるコミュニケーション教育

日本大学歯学部の医療コミュニケーション教育：医療福祉現場の早期見学実習から

日本大学歯学部では，平成12(2000)年から，学生が歯科医師になっていく段階にあわせて，人間関係や医療・福祉に対する見方、感じ方を考えていく場を提供している。その現場で，歯学部が行っている医療コミュニケーション教育の概略を報告する。

本教育の目的は，歯科医療機関や福祉施設の現場で，早期からコミュニケーションのとり方を見学実習することで，人間性豊かな医療人を育てることである。

方法として，早期見学実習を，夏期休暇中に1日行っている。1学年は歯科医院，2学年は付属歯科病院，3学年は社会福祉施設（特別養護老人ホーム，介護老人保健施設，児童相談所，知的障害者支援施設等）で，コミュニケーション（言葉，音声の表現，言葉以外）を中心に見学させている。

結果，1学年では，挨拶の大切さ，患者の年齢層で使う言葉を変えていた。患者さんへの配慮がいろんところで伺えた等。

2学年では，口腔外科での患者さんへの説明が詳しかった。たえず患者さんとのコミュニケーションに気を配っていた等。3学年では，職員の方はたえず利用者のことを考えながら働いていた。認知症の人への認識を新たにした等の感想が多くみられた。

上記結果から以下のように考察する。早期のコミュニケーション見学実習により，1学年では，将来自分たちがつく職業を明確化させ，ほとんどの学生において，今後の学習への動機づけとなっていた。2学年では，近い将来，歯科臨床教育を受ける現場を見学することで，臨床への関心を高めていた。3学年では，今後さらに歯科医療で大きなかわりを持ち，歯科医療の提供先となる分野へ目が向けられていた。

1学年から3学年にわたる早期見学実習を体験することで，各学生のコミュニケーション能力の向上に加えて，患者・家族を大切にする医療観が高まってきていると考える。

2.2 看護学部におけるコミュニケーション教育

看護学教育研究共同利用拠点における 教育－研究－実践をつなぐ看護職育成支援プログラムの開発 ～看護教育と臨床の対話から～

看護という営みの起源は古く，人間の生老病死の現象に多角的に取り組んできた。看護基礎教育の大学化の中で，最良のナースが育つことの大切さの原点に立ち，国際水準を視野に入れた看護教育と臨床との対

話が重要性を増してきている。「患者は物語を求めて病院に出かけるが、診断名をもらって帰ってくる」という現代医療の課題もある。

文部科学省では、多様化する社会と学生のニーズに応えつつ質の高い教育を提供していくために、各大学の有する人的・物的資源の共同利用等を推進することで大学教育全体として多様かつ高度な教育を展開していくために、平成 21 年 9 月、文部科学大臣による「教育関係共同利用拠点」の認定制度を創設し、国公私立大学を通じた教育関係共同利用拠点の整備を推進することとした。平成 22 年 3 月、千葉大学大学院看護学研究科附属看護実践研究指導センターは、文部科学大臣より「看護学教育研究共同利用拠点」として認定された。看護実践研究指導センターでは、全国の看護系大学の教員、及び臨地実習を担当する国公私立大学病院等の医療施設の看護職者を対象として、教育に関する研修事業（FD）、看護管理や医療専門職の実践に関する研修事業（SD）、看護研究の共同研究事業を実施している。特に平成 22 年度からは、文部科学省の特別経費（高度な専門職業人の養成や専門教育機能の充実）により、「教育—研究—実践をつなぐ組織変革型看護職育成支援プログラムの開発」事業を展開している。

優れた看護実践家が育つために、教育と臨床の対話は最も重要な課題のひとつである。看護実践の教育では、教室においても、臨床の状況の中に身を置くことを初學者である学生がイメージできることが必要になる。抽象的な知識と、学生がイメージするケアが連動するように、実際の事例を用いて「看護師はどのように考え行動するか」

の思考過程を深めるクリティカル・シンキングの導入がすすめられている。

特に、看護実践の特徴では、状況にあわせた個別ケアが重視され、知識やエビデンスの応用に重点が置かれるので、臨床において何が起こっているのかといった状況の本質を見極めることや、関係性のスキルが求められる。

コミュニケーションは、文脈（状況）の理解や関係性の構築に役立つだけでなく、コミュニケーションによって、文脈や関係性を変革する力があるので、医療や看護実践においては、ヘルスコミュニケーションの視点からも、教育と臨床の対話が重要となってきた。

また、看護師ひとり一人の実践力が高まるだけでは、医療現場のケアの質が向上しないという側面もある。病棟や、看護部や病院などの組織変革を通して看護サービスの向上を目指すためにも、組織におけるヘルスコミュニケーションという視点からは、看護管理において学習がすすめられ、倫理的な態度の形成を目指している。

2.3 薬学部におけるコミュニケーション教育

明治薬科大学における実践的薬剤師育成を目標とした医療コミュニケーション学教育

治療の中で、薬物治療が占める割合は極めて大きい。当然、薬物治療を実施する専門家には、薬剤に関する知識が必要不可欠である。しかし、単に「知識」だけでは、効果的な薬物治療を展開させることはできない。

薬物治療は、患者からの情報収集に始まり、評価、治療計画、患者への治療内容の

説明と同意といったプロセスを経て実行される。そして、薬物治療がおこなわれる期間、このプロセスが循環することになる。つまり、薬物治療の専門家には、薬剤に関する知識に加えて、治療のプロセス全てを遂行するための知識や技能が求められる。そして当然のこととして、この薬物治療者としての機能は、病気を治す、病気にさせないといった治療者としての基本的、かつ普遍的な認識に基づくことは言うまでもない。明治薬科大学における医療コミュニケーション学教育では、こうした薬物治療の専門家としての機能を薬剤師の果たすべき機能と考える。臨床場面で、薬剤師が「治療者」としての確固たる認識をもって薬物治療にあたるのが、効果的な薬物治療に結びつくことは言うまでもない。そして、これは既存の薬剤師の課題となる。同時に、治療者としての新たな薬剤師機能への転換と向上を保証できる教育を展開させること

は薬学教育の目標となる。

演習の紹介

演習の大目標は患者の病気を治すこと/患者の症状を緩和させること/効果的な薬物治療おこなうこととする。下位目標は、①患者の身体的・心理的・社会的情報を収集し、状況の理解および共感ができる。②患者の身体的・心理的・社会的な状況を評価し、適切な介入をすることができる、の2点とする。

<演習の方法>

患者背景の演じる役者に対して、学生は一人ずつ医療面接をおこなう。

面接終了後以下の3点について検討する。

1. 検査結果やカルテ情報から得られた患者の身体的・心理的・社会的状態は？
2. 面接から得られた症例の身体的・心理的・社会的状態や現在の問題点は？
3. どのような介入（対応）をしたか？ どのような介入（対応）が必要か？

演習一女性症例 入院患者		患者情報記録
患者コード:123-456	担当医:山田 二郎病棟	病棟:内科病棟
氏名:小田 香	生年月日:昭和35年3月10日(50歳)	住所:清瀬市 野塩1-111-2
主訴:右肋骨の上方の痛み	記載日:平成22年3月30日	
身体所見 身長 158cm, 体重 42kg 体温36.8℃ 血圧 135/75mmHg, 脈拍90reg. SpO2 94% (酸素:6L/min)	現病歴:疼痛コントロール目的で入院 肺がん(小細胞肺がんExtensive Disease), 病気による痛みの憎悪。 2009年5月 会社の健康診断で胸部異常影が認められ、当院にて検査 肺癌(小細胞癌)と診断。頭部転移あり。 PE療法:シスプラチン+エトポシドによる化学療法4コース施行 2010年2月 背部痛出現のため疼痛コントロール開始 既往歴: 2010年3月30日 右肋骨の上方に疼痛があり動けなくなる。 帰宅: 帰宅した娘が救急車を要請し、当院救急外来を受診し、そのまま、疼痛 緩和目的で入院となる。	
既住歴: 特記すべきことなし	アレルギー歴:なし	
副作用歴:なし	家族構成:夫と子供(♀・高3)の3人家族	生活状況:飲酒:(-) タバコ(-)
家族歴:特記すべきことなし		食事:3食/日 食欲不振(体重減少) 睡眠障害:(-) 日常生活動作は自立可
持参薬: 硫酸モルヒネ徐放剤(MSコンチン)30mg 4錠/日 酸化マグネシウム0.5g 3包/日	OTC薬・健康食品: なし	

検査所見】(Day1:3月30日)			血算+血液像		
生化学検査			検査項目		
検査項目	基準値	測定値	検査項目	基準値	測定値
TP	6.7~8.3	6.2 g/dL	WBC	35~85	80 百/mm3
ALB	3.8~5.3	3.2 g/dL	RBC	370~490	378 万/mm3
TBIL	0.2~1.2	0.7 mg/dL	HGB	11.5~15.0	11.7 g/dL
AST	7~38	46 IU/L	HCT	35.0~45.0	34.3 %
ALT	4~43	19 IU/L	MCV	83~100	90.5 fL
LD	80~200	573 IU/L	MCH	28.0~34.0	30.9 pg
TC	135~219	148 mg/dL	MCHC	32.0~36.0	34.1 %
Na	136~146	139 mEq/L	PLT	15.0~35.0	20.8 万/mm3
K	3.6~5	3.6 mEq/L	NEUT	40~70	85.5 %
Cl	96~108	100 mEq/L	LYMPH	20~50	8.7 %
Ca	8.7~11.0	8.7 mg/dL	MONO	2~9	5.2 %
BUN	8~20	8.9 mg/dL	BASO	0~2	0.2 %
Scr	0.40~1.10	0.54 mg/dL	EO	1~6	0.4 %
UA	3.4~7.0	3.3 mg/dL			
Glucose	70~110	124 mg/dL			
CRP	0~0.29	4.8 mg/dL			
CEA	0~5.0	41.3 ng/mL			

看護記録	
3/30	身長 158cm, 体重 42kg, BMI 16.8kg/m2 体温 36.8°C, 血圧 135/75mmHg, 脈拍90reg, SpO2 94% (酸素:6L/min) 痛み(+)呼吸苦(+)全身倦怠感(+)肺雑音(+)胸水貯留(+)浮腫(-) 3月30日処方 硫酸モルヒネ徐放剤(MSコンチン)60mg 1回1錠 1日2回(8時・20時服用) 硫酸モルヒネ徐放剤(MSコンチン)30mg 1回1錠 1日2回(8時・20時服用) 塩酸モルヒネ錠10mg 1回3錠 痛みを感じたとき服用 酸化マグネシウム0.5g 1回1包 1日3回
3/31 10:00	体温37.2°C, 血圧 105/65mmHg, 脈拍85reg 昨晩は痛みなく、久々に良く眠れたと、笑顔が見られる。現在、ほとんど痛みは感じないとのこと。「今回、麻薬の量はどのくらい増えたのですか」と聞かれたので、量は、個人にあった量で決まるので心配はないこと、また、服薬と服薬の間で痛みを感じた時には、レスキューを伝えることを伝える。
14:00	布団にもぐりこんでいたので、声をかけると、レスキューを使いたいとの申し出がある。塩酸モルヒネ錠10mg 3T服用。その後も、なかなか痛みが治まらない様子あり。1時間半後、再度、痛みの確認をすると「大丈夫です」と返事が返ってきた。
17:00	痛みなく過ごす。
1:00	痛みの訴えなし。眠れている。
4/1	体温 38°C, 血圧 90/55mmHg, 脈拍90reg

番号	氏名	提出用
<p>評価表:評価Ⅲ(個人)</p> <p>1.検査結果やカルテ情報から得られた患者の身体的・心理的・社会的状態は？</p> <ul style="list-style-type: none"> *薬物治療:患者にはレスキュー使用への抵抗が予測される。レスキュー使用の理解度だけでなく、病気への認識や受容の程度についても確認する必要がある。 *家族構成から、在宅療養を希望する可能性があるが、今回、痛みの出現により緊急入院となったことから、新たな不安や葛藤が生じている可能性がある。 *検査値から、体のたるさを感じていることが予測される。また、朝方の検温で発熱が見られたことから、面接中の患者の疲労感や状態の変化に注意する。 <p>2.面接から得られた症例の身体的・心理的・社会的状態や現在の問題点は？</p> <ul style="list-style-type: none"> *レスキューを使用すると病気が進展したように感じられ、死が近づく恐怖を感じることから、その使用を痛みの限界まで我慢している。 *家族で過ごす時間を大切にしたいと思い、これまで在宅療養を希望していたが、大学受験を控えた娘に迷惑をかけたくない。今回、自宅で痛みが出現し、一番心配をかけたくなかった娘に病院まで連れてきてもらった。今後、同じような心配はかけたくない。 <p>3.どのような介入(対応)をしたか？ どのような介入(対応)が必要か？</p> <ul style="list-style-type: none"> *患者が不安を感じているだろう内容を予測して問いかけ、服薬に対する表現し難い否定的感情を話しやすい方向に導くようにする。また、モルヒネの量=病状ではないことをくり返し説明した。 *十分な痛みのコントロールのために薬物治療設計をおこない、痛み症状の変化に対応できる方法(薬剤師の在宅訪問など)を検討し、チームカンファレンスで在宅医療の可否について検討する。 		

演習の評価と今後の展開

<演習中・終了後の学生からのコメント>

*紙面上のイメージと現場(実習上の「現

場」ですが)ではこうも違うのかと思わざるを得なかった。

*その場しのぎでしか言葉をつなぐことの

できなかった自分が悔しかった。

*患者さんが苦しんでいるのがわかるのに、薬剤師として何か役に立ちたいと強く思った

のに、何もできない自分が情けなかった。
*一回も目を合わせてくれなかった患者さんや、娘に会いたいけど迷惑はかけられないと泣いていた患者さんの様子が頭を離れず、実習後も、あの時こうしていればよかったかな、こう声をかければよかったのかなと考えていた。

* 私のつたない言葉1つ1つにも涙を流し、「ありがとう」と言ってくれた患者さんを忘れたくない。

上記は、学生から寄せられたコメントの一部であるが、多くの学生が患者から身体的・心理的・社会的情報を収集し、その中にあるさまざまな「痛み」と向き合っていた。それは、態度の真剣さのみならず、顔面の紅潮・全身の緊張・泣く・笑う・戸惑う等の感情表出や背をさする、布団を直すといった気遣いなどの言動からも評価された。患者の身体・心理・社会的状況を「理解」し「共感」することを主たる目的とした演習は、治療者としての感性を引き出す効果はあると期待される。しかし、薬物治療者として機能するためには、その先で、個々の患者にとって真に効果的な薬物治療の提供と展開が不可欠であることは言うまでもない。そこで今後の「治療者認識」教育を薬物治療教育の流れの中に位置づけていくことを検討したい。

3. 臨床実践的コミュニケーションツール「ヘルスコミュニケーションの現状と展

望:対人コミュニケーションから異文化コミュニケーション」～個々人の認知スタイルと固有のコミュニケーションスタイルという観点から～

日常のなにげない会話から、重要な情報を伝達する言語のやりとりを含めて、絶えずわれわれは「コミュニケーション」をしている。このコミュニケーションとは、関係性が良好なときは、多少のギャップが生じて問題にならない。しかし関係性が確立する前であったり、お互い探りあいをしている状態や双方に利害が対立している場合、あるいは文化の違いをはじめ、専門分野が異なったり、立場が異なる場合は、いったんミスコミュニケーションがおきると、双方における信頼関係の構築に失敗し、不信感を助長させ、場合によっては訴訟問題に発展するほどに深刻なことになる。しかし、たいていはみな良かれと思って情報を取捨選択し、最善と考えられる情報を提供しているはずであるのに、なぜこのようなミスコミュニケーションが生じるのか。それは、一人ひとりの固有の認知スタイル(心のメカニズム)の違いに起因することが多い。

今回は、ミスコミュニケーションの軽減もしくは未然に防ぐことを可能とするメソッドを紹介したい。本メソッドはMBTI®というもので、米国をはじめ欧米諸国の医療界からその有用性が証明され、60年もの実績があり現在世界で最も利用されている。米国の医療機関での事例の紹介をまじえ、各大学で担当させていただいている授業内容もあわせて報告したい。「コミュニケーション」というものを、あらためて人間一人ひとりの認知スタイルとの関係から考

え、このメソッドが特に立場や専門分野の違いが混在する医療界においてどのように有益なのかについて検討していただける内容としたい。

<医療における事例の紹介>

米国

- UCSF for the health Professions Center: より安全なヘルスケアシステム構築のためにリーダーシップスキルの向上を図るために導入。結果、医師たちが、自ら自分の強みや改善箇所を理解し、自分と他者の長所を引き出しながら、効果的なコミュニケーションができることになったことで、効率のよいチームの構築が可能となった
- Baptist Health Care: 1970年代に従業員の満足度の深刻な低下をきっかけに、導入
- Kaiser Permanente: コミュニケーションの改善のために導入。結果患者が Communication に満足する機会が増え、患者自身が気にかけていると感じ、医師・医療従事者を信頼し、医師・医療従事者が、実際より有能にみえる

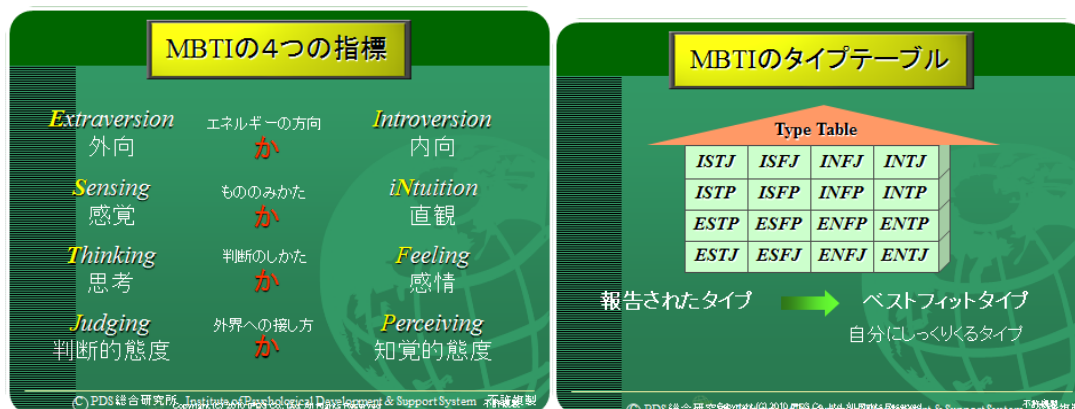
日本

- 東京大学大学院医学系研究科および京都大学大学院医学研究科
- 奈良地域の医療改革プロジェクト: チームビルディングの一環として

- 大学病院: リーダシップ教育の一環として
- 看護学校: チームビルディングの一環として

<MBTIの概要の紹介>

ユングの心理学的類型論をベースとした心理検査を指標とする自己分析フレームワーク。米国では20年もかけて開発され、日本版も10年以上、日本の文化や日本人の心象を研究したうえで2000年から導入された。現在は全世界で最も利用されているフレームワークである。MBTIは、通常の特性論（自分や他者、周囲という基準をもってそれと比較してその特性の量や程度の違いをみる手法）の性格の見方と異なり、そもそも人は固有の存在であるという類型論をもとに性格の違いを、良い悪しではなく捉える手法であるため、ひとの多様性への理解を「評価」を付加せず建設的にできるという利点がある。また類型論といっても、類型化することを目的とするのではなく、心を下記の通り、それぞれが二律背反で構成されるカテゴリーにわけて捉え、すべてのカテゴリーを人はもっているが、その二律背反のカテゴリーのなかでもどちらかのほうを手の利き手と同様、自然に用いているほうがあり、その組み合わせが認知（もののみかた判断のしかた）の違いが生じ、タイプが生成されているという観点で、人との違いをみる。



そして認知が異なれば、情報の取り方も処理の仕方も異なるため、結果コミュニケーションの違いにもつながってくるのである。そのためMBTIを用いたコミュニケーション訓練の場合、スキルを新たに身に付けることを強いるのではなく、自らの認知の成熟を促進するものであるというところが通常のコミュニケーション向上の訓練とは大きく異なる。

また前述したとおり、MBTIは検査というよりフレームワークであるため、結果報告書は、あくまでもきっかけとして、自分で自分のタイプを検証するプロセスが最も自己・他者理解を深めることとして重要視している。本大会でも、理論の説明だけでなく、自分の認知スタイルを検証する演習を一部紹介した。これは頭だけでは自分の実際の認知スタイルを認識することはできないためである。そのため全世界、国際基準で定められている訓練を受け、一定の基準をクリアしたものだけがMBTIを実施できるようになっており、専門家としての倫理規定順守も義務づけられている。現在日本では、医療従事者をはじめ、HR関係者、コンサルタント、臨床心理士、キャリアカウンセラー など 1100 名ほどMB

TIの有資格者は誕生しているだけでなく、関係論文は全世界で 10000 件以上にのぼる。® MBTI is a registered trademark of Myers-Briggs Type Indicator Trust in the US and other countries

4. 考察

効果的な医療者教育を展開させていくことを目的に、歯科医師、看護師、薬剤師の卒前教育についてみてきた。ここに挙げた3分野の教育内容は、個々の教育機関毎に独自に考案されたものである。しかし、いずれの教育も、「臨床」を基本としていること、そして、有用な「臨床家」の育成を目標としていることで共通していた。そのために、各教育機関では、学校教育といった物理的に臨床現場と離れた場所において、いかに臨場感を伴った教育を提供できるかというところでの試行錯誤と努力がなされていた。ここでは言うまでもなく、学校教育者と臨床家とが同じ教育目標をもつこと、とくに、患者を中心とした医療を展開させていくことで一致することが必要であり、臨床と教育との対話なくしては、医療コミュニケーション教育は成り立たないと考える。

このような「臨床」を感じることを目標とした教育は、実際に、臨床家教育においてその効果をあげていることは確かである。しかし一方で、個々学生の感受性の違いが教育効果の差として現れてしまうことも事実である。

こうした場面で、より効率的かつ確実な教育方法として、すでに効果が実証されている様々な教育メソッドを導入、活用していくことは、ひとつの有用な方法と考えられる。

とくに、本稿で紹介したMBTIを用いたコミュニケーション訓練は、スキル取得を目的とするものでなく、自らの認知の成熟を促進するもの、すなわち、個人内での成長を促すという点でも、個人間の差を埋める教育効果としても大いに期待される。

最後に、以下やや誇張した言い方になるかもしれないが、医療コミュニケーション学教育は、日本の医療の質に関わる重要な分野だと考える。それ故に、常に教育を発展させていく努力は、医療コミュニケーション学教育に当たるものの責務であろう。

今回の歯科医師、看護師、薬剤師教育の共有は、これまでにない試みであり、今後の医療コミュニケーション学教育の発展に貢献するものと確信する。

参考文献

- ・ 野地有子、山崎久美子(編著). 看護という営み, 現代のエスプリ510, ぎょうせい 2010.
- ・ Noji, A., Ogata, K.: Introductions on Japanese Self-Defense Force Nursing History, Third Annual Asia Pacific Military Nursing Symposium, Hanoi, Vietnam, 2009.
- ・ 神島滋子、野地有子、片倉洋子、丸山知子. 通院脳卒中患者の服薬行動に関する要因の検討—アドヒアランスの視点から. 日本看護科学学会誌, 28(1)21-30, 2008.
- ・ 福本良之、金一東、野地有子. インフォームド・コンセント過程における信頼の構築, 日本保健医療社会学会誌 19 (1), 2008.
- ・ 町田いづみ. 医療コミュニケーション学に関する新たな教育の試み. 明治薬科大学研究紀要 No.37, 2008, 89-93.
- ・ 町田いづみ、佐藤智代、井上三男、藤井彰夫. 精神科医療における薬剤師の現状と期待—第1報告—.最新精神医学 Vol.13 No.4, 2008, 363~374.
- ・ 藤井彰夫、井上三男、佐藤智代、町田いづみ. :精神科医療における薬剤師の現状と期待—第2報告—, 最新精神医学 Vol.14 No.1, 2008, 59~57.
- ・ Roger R. Pearman and Sarah C. Albritton, Boston, MA. *I'm Not Crazy I'm just Not You* : Nicholas Brealey Publishing, 1997,
- ・ R. Pearmanほか. 「MBTI®への招待」 園田由紀訳, 金子書房 2002.
- ・ 園田由紀. 「日本版 MBTI®マニュアル」 JPP 2010.
- ・ *Introduction to Type®* by Isabel Briggs-Myers with Linda K. Kirby and Katherine D. Myers, 5th Edition, Mountain View, CA: CPP, Inc., 1993, (園田由紀訳「タイプ入門」 JPP 2010.)
- ・ *Introduction to Type® in Organizations* by Sandra Krebs Hirsh and Jean M. Kummerow, Third Edition, Mountain View, CA : CPP, Inc., 1998, (園田由紀訳「タイプ入門: 職場編」金子書房 2002.)
- ・ *Introduction to Type® Dynamics and Development* by Katharine D. Myers and Linda K.

Kirby, Mountain View, CA : CPP, Inc., 1994, (園田由紀訳「タイプ入門:タイプダイナミクスと発達編」JPP 2010.)

・ *Introduction to Type® and Teams* by

Elizabeth Hirsh, Katherine W. Hirsh and Sandra Krebs Hirsh, Second Edition, Mountain View, CA : CPP, Inc., 2003, (園田由紀訳「タイプ入門:チーム編」JPP 2010.)

・ *In the Grip : Understanding Type, Stress, and*

the Inferior Function, Second Edition., by Naomi L. Quenk, Mountain View, CA : CPP, Inc., 2000, (園田由紀訳「タイプ入門:タイプとストレス編」JPP 2010.)

・ *Introduction to Type® and Communication* by

Donna Dunning, Mountain View, CA : CPP, Inc., 2003, (園田由紀訳「タイプ入門:コミュニケーション編」 JPP 2010.)

・ 米国医師エグゼクティブ学会. 医療マネジメントのエッセンス -臨床・研究に続く医師の第三のキャリア-青木 則明、大田 祥子、大石 まり子 (監訳) 2007.