

日本薬学会  
第3回医療人養成としての  
薬学教育に関するワークショップ

“患者中心という視点を  
薬剤師養成教育に活かしてみよう！”

報告書

平成28年9月

## 目次

頁

「第3回医療人養成としての薬学教育に関するワークショップ」概要……………	1
「第3回医療人養成としての薬学教育に関するワークショップ」プログラム……………	2
参加者および班分け……………	3
ワークショップ開催の経緯……………	5
第一部「事例検討してみよう」……………	7
セッション1:事例検討……………	7
セッション2:患者インタビュー……………	7
「患者(模擬患者)に質問してみよう!」……………	7
「インタビューを踏まえ、患者のプロブレムを再検討」……………	7
第二部「患者・生活者本位の視点を身に付けるための授業モデルを作成してみよう!」……………	8
グループ討論報告書……………	13
第一部「事例検討してみよう」……………	14
第二部「患者・生活者本位の視点を身に付けるための授業モデルを作成してみよう!」……………	31
参加者アンケートまとめ……………	63
教育講演「患者中心の医療コミュニケーションーナラティブと云う観点からー」原稿……………	71

## 「第3回医療人養成としての薬学教育に関するワークショップ」概要

改訂薬学教育モデル・コアカリキュラムに準拠した新カリキュラムが平成 27 年度から各大学で導入されています。そのような状況の中で、日本薬学会は、平成 25、26 年度に文部科学省「大学における医療人養成推進等委託事業」として「医療人養成としての薬学教育に係る教材や教育方法の開発に関する調査研究」を実施し、その一環として過去2回の「医療人養成としての薬学教育に関するワークショップ」を開催しました。これらのワークショップでは、「A 基本事項」及び「B 薬学と社会」を中心に、授業担当者の理解を深め、各大学での新カリキュラム構築に資することを目指してきました。文部科学省委託事業は平成 26 年度に終了いたしました。教育の改善と開発には継続が欠かせないことから、日本薬学会教育委員会において協議された結果、同委員会の事業として引き継がれることとなり、その下に「医療人養成としての薬学教育に関するワークショップ実行委員会」が設置され、平成 28 年1月 26 日に「第3回医療人養成としての薬学教育に関するワークショップ」が開催されました。第3回は、医療人養成教育のさらなる深化を目指し、「患者中心という視点を薬剤師養成教育に活かしてみよう！」をテーマとして掲げ、平成 27 年度にスタートした新カリキュラムにおける「コミュニケーション」及び「心理学・行動科学」、ならびに「薬学臨床」に関する教育内容や教育方法について立案するワークショップとしました。ワークショップには、実務実習事前学習担当者(原則として責任者)が 73 校の薬科大学・薬学部から各大学1名ずつ、さらに日本薬剤師会から4名ならびに日本病院薬剤師会から5名参加していただきました。

ワークショップでは、患者中心の医療コミュニケーション教育を推進するために、患者の背景を理解し気持ちに寄り添うことができる薬剤師の養成教育について、討論を行いました。第一部では、模擬症例をもとにまず参加者各自で患者のプロブレムをあげ、続いて模擬患者へのインタビューを通して自らが挙げたプロブレムの再検討をグループで行い、「ナラティブは患者理解にどう影響する？」ということについて全員で考えてみました。その後、齋藤清二先生(立命館大学大学院応用人間科学研究科・教授)から「患者中心の医療コミュニケーション -ナラティブと言う観点から-」のテーマで教育講演を受け、ナラティブに関する理解を深めました。第二部では、第一部での経験と議論を受け、それらを大学教育に活かすためにはどうしたら良いかを考えるために、「患者・生活者本位の視点を身に付けるための授業モデルを作成してみよう！」をテーマとしました。ナラティブという観点を持って患者に対応できる能力を養成する授業モデルについて、方略(教材作成)、評価方法などを具体的に立案しました。最後に、これらの新しい授業を導入する際の課題と解決策をグループで議論し、各大学での実践へと繋げることを目指しました。本報告書は各グループのプロダクトをまとめたものであり、その内容を各大学の教育に有効活用していただければ幸いです。

## 「第3回医療人養成としての薬学教育に関するワークショップ」プログラム

公益社団法人日本薬学会

### 第3回医療人養成としての薬学教育に関するワークショップ 「患者中心という視点を薬剤師養成教育に活かしてみよう！」

主 催: 日本薬学会薬学教育委員会

日 時: 平成28年1月26日(火) 9時～17時

場 場: 慶應義塾大学薬学部芝共立キャンパス(東京都港区芝公園 1-5-30)

参加者: 82名(大学教員 73名、日本薬剤師会4名、日本病院薬剤師会5名)

グループ: 3チーム、9グループ(3P9S): 1グループ9～10名

会 場: 2号館1階・4階

#### プログラム

9:00 3P 開会の挨拶 日本薬学会薬学教育委員会委員長 赤池昭紀

9:05 3P 開催の経緯

#### 第一部 「事例検討してみよう」

9:15 3P 作業説明

P セッション1: 事例検討

10:10 P セッション2 患者インタビュー「患者(模擬患者)に質問してみよう！」

10:25 S SGD1「インタビューを踏まえ、患者のプロブレムを再検討」

10:55 3P 全体共有「ナラティブは患者理解にどう影響する？」

11:20 3P 教育講演 「患者中心の医療コミュニケーションーナラティブと言う観点からー」

齋藤清二先生 (立命館大学大学院応用人間科学研究科 教授)

(12:00～ 各Sで昼食)

#### 第二部 「患者・生活者本位の視点を身に付けるための授業モデルを作成してみよう！」

12:45 3P 作業説明

13:00 S SGD2

13:15 S SGD3「実務実習で対応できる能力を大学でどのように教育するか」

15:00 S SGD4「新しい授業を導入する際の課題と解決策を考える」

16:00 P 発表、討論

16:40 3P 講評 齋藤教育講演講師、文部科学省 前島一実薬学教育専門官

16:50 3P 参加者アンケート

16:55 3P 閉会の挨拶 日本薬学会会頭 太田 茂

# ワークショップ参加者および班分け

## I チーム

チーフタスクフォース: 第一部 有田悦子  
第二部 平田收正

A班	
岩尾 岳洋	名古屋市立大学
北田 光一	日本病院薬剤師会
木下 淳	姫路獨協大学
島田 憲一	就実大学
高田 充隆	近畿大学
武隈 洋	北海道大学
竹平 理恵子	城西国際大学
難波 弘行	松山大学
水野 恵司	帝京平成大学
山本 美智子	昭和薬科大学

タスクフォース: 有田悦子

## II チーム

チーフタスクフォース: 第一部 後藤恵子  
第二部 小佐野博史

A班	
阿部 真治	徳島大学
大上 哲也	青森大学
久保田 洋子	北陸大学
小林 靖奈	昭和大学
津田 真弘	京都大学
廣谷 芳彦	大阪大谷大学
藤原 邦彦	日本薬科大学
三宅 圭一	日本薬剤師会
山内 淳史	福岡大学

タスクフォース: 後藤恵子

## III チーム

チーフタスクフォース: 第一部 野呂瀬崇彦  
第二部 鈴木 匡

A班	
石塚 和美	星薬科大学
上島 悦子	大阪大学
岸川 幸生	東北薬科大学
木村 康浩	安田女子大学
島添 隆雄	九州大学
田崎 嘉一	日本病院薬剤師会
中村 智徳	慶應義塾大学
日高 慎二	日本大学
脇屋 義文	愛知学院大学

タスクフォース: 鈴木 匡

B班	
遠藤 泰	北海道医療大学
岡田 裕子	高崎健康福祉大学
柏倉 康治	静岡県立大学
片岡 和三郎	武庫川女子大学
片山 周也	日本薬剤師会
芝田 信人	同志社女子大学
杉山 奈津子	国際医療福祉大学
二宮 昌樹	徳島文理大学香川
平田 純生	熊本大学
三原 潔	武蔵野大学

タスクフォース: 亀井美和子

B班	
伊藤 鍛	奥羽大学
角本 幹夫	立命館大学
坂爪 重明	新潟薬科大学
櫻田 大也	千葉大学
佐和 章弘	広島国際大学
中嶋 幹郎	長崎大学
松原 和夫	日本病院薬剤師会
三輪 高市	鈴鹿医療科学大学
森本 泰子	神戸学院大学

タスクフォース: 小佐野博史

B班	
池田 義明	金城学院大学
伊藤 憲一郎	日本薬剤師会
井上 みち子	東京薬科大学
加賀谷 肇	明治薬科大学
工藤 賢三	岩手医科大学
坪井 宏仁	金沢大学
中嶋 弥穂子	崇城大学
村田 実希郎	横浜薬科大学
横大路 智治	広島大学

タスクフォース: 入江徹美

C班	
石井 伊都子	日本病院薬剤師会
入倉 充	第一薬科大学
大嶋 繁	城西大学
桂木 聡子	兵庫医療大学
佐藤 秀紀	北海道薬科大学
三田 智文	東京大学
田内 義彦	神戸薬科大学
館 知也	岐阜薬科大学
吉岡 三郎	徳島文理大学

タスクフォース: 平田收正

C班	
石井 敏浩	東邦大学
五郎丸 剛	福山大学
首藤 誠	摂南大学
藤 秀人	富山大学
富岡 佳久	東北大学
松村 智子	日本薬剤師会
矢野 義孝	京都薬科大学

タスクフォース: 長谷川洋一

C班	
青山 隆夫	東京理科大学
恩田 光子	大阪薬科大学
黒野 俊介	名城大学
鈴木 彰人	九州保健福祉大学
名倉 弘哲	岡山大学
巾 正美	千葉科学大学
丸山 桂司	帝京大学
屋地 慶子	日本病院薬剤師会
吉川 真一	いわき明星大学

タスクフォース: 中村明弘

ディレクター	
赤池 昭紀	薬学教育委員長

実行委員長	
小澤 孝一郎	広島大学

オブザーバー	
太田 茂	会頭

事務局	
土肥 三央子	日本薬学会

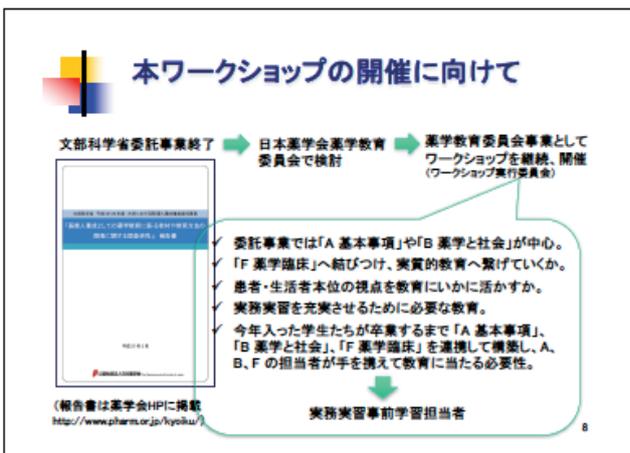
講師	
齋藤 清二	立命館大学

模擬患者	
澤田 信人	北里大学薬学部SP会
水野 哲男	
若尾 昌宏	

行政	
前島 一実	文部科学省
佐口 健一	
吉光 紗綾子	

タスクフォース	
有田 悦子	北里大学
石川 さと子	慶應義塾大学
入江 徹美	熊本大学
小澤 孝一郎	広島大学
亀井 美和子	日本大学
小佐野 博史	帝京大学
後藤 恵子	東京理科大学
鈴木 匡	名古屋市立大学
中村 明弘	昭和大学
野呂瀬 崇彦	北海道薬科大学
長谷川 洋一	名城大学
平田 收正	大阪大学





### 本日のプログラム概要

- 第一部「事例検討をしてみよう」
- 教育講演「患者中心の医療コミュニケーション  
～ナラティブと言う観点から～」  
齋藤清二先生(立命館大学)
- 第二部「患者中心の視点を身に付けるための授業モデルを作成してみよう！」
- 発表
- 講評

## 第一部「事例検討してみよう」作業説明

第3回 医療人養成としての薬学教育に関するWS  
2016.01.26

### 第一部 事例検討をしてみよう!

ナラティブが服薬支援にどのような意味をもつのかを体験する!

野呂瀬 崇彦、有田 悦子、後藤 恵子

### 第一部の流れ

1. ワークの説明 (全体)  
→ 各P会場へ移動
2. 自己紹介 (グループ毎)
3. SGD1 (グループ毎)  
「シナリオを読んで、患者のプロブレムをあげる」
4. 患者インタビュー (P)
5. SGD2 (グループ毎)  
「患者面談を踏まえ、患者のプロブレムを再検討」  
→ 全体会場へ移動
6. 全体ディスカッション

### SGD1

「患者のプロブレムをあげてみよう」

#### ワーク①

「シナリオを読んで、患者のプロブレムを検討してみよう!」

#### ワーク②

「この患者さんに質問したいことをあげてみよう!」

まず個人で考えて(10分)、グループ内で共有しよう!

※ グループで進行役、記録係2名(ホワイトボード、ワークシート)、薬剤師役を決める!

### 患者インタビュー

「患者(模擬患者)に質問してみよう!」

#### 1. チェーンインタビュー

各グループの薬剤師役が、順に患者に質問

1グループ 3分ずつ × 3グループ

#### 2. 全体から追加質問タイム

### SGD2

「インタビューを踏まえ、患者のプロブレムを再検討」

#### ワーク

「インタビュー内容を踏まえ、この患者のプロブレムを もう一度検討してみよう!」

まず個人で考えて、グループ内で共有しよう!

※ グループで進行役、記録係、発表役を決める!

### 全体共有

「患者のナラティブは患者理解にどう影響する?」

#### 1. 各Pから患者インタビュー報告

#### 2. 患者背景の共有

& SPさんからフィードバック

#### 3. 「患者さんのナラティブ」は服薬支援にどのような影響をあたえるだろう?

第二部「患者・生活者本位の視点を身に付けるための授業モデルを作成してみよう！」作業説明

第3回 医療人養成としての薬学教育に関するWS  
2016.01.26

**第二部 患者・生活者本位の視点を身に付ける授業モデルを作成してみよう！**

患者・生活者本位の教育を進めるためのナラティブな視点を薬学臨床教育に組み込む！

鈴木 匡

**薬学モデル・コアカリキュラムの改訂**

現在のモデル・コアカリキュラムは  
今の薬剤師業務に必要な知識・技能・態度を教えるカリキュラム。

↓

平成25年度改訂 モデル・コアカリキュラムは  
少なくとも10年後の薬剤師業務に必要な  
基本的能力・社会で求められる資質を教育するカリキュラム。

**薬剤師として求められる基本的な資質(1)**

豊かな人間性と医療人としての高い使命感を有し、生命の尊さを深く認識し、生涯にわたって薬の専門家としての責任を持ち、人の命と健康な生活を守ることを通じて社会に貢献する。  
6年卒業時に必要とされている資質は以下の通りである。

**【薬剤師としての心構え】**  
医療の担い手として、豊かな人間性と生命の尊厳について深い認識をもち、薬剤師の職務及び法令を遵守するとともに、人の命と健康な生活を守る使命感、責任感および倫理感を有する。

**【患者・生活者本位の視点】**  
患者の人権を尊重し、患者及びその家族の秘密を守り、常に患者・生活者の立場に立って、これらの人々の安全と利益を最優先する。

**【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。

**【チーム医療への参画】**  
医療機関や地域における医療チームに積極的に参画し、相互の尊重のもとに薬剤師に求められる行動を適切にとる。

2

**薬剤師として求められる基本的な資質(2)**

**【基礎的な科学力】**  
生体および環境に対する医薬品・化学物質等の影響を理解するために必要な科学に関する基本的知識・技能・態度を有する。

**【薬物療法における実践的能力】**  
薬物療法を主体的に計画、実施、評価し、安全で有効な医薬品の使用を推進するために、医薬品を供給し、調剤、服薬指導、処方設計の提案等の薬学的管理を実践する能力を有する。

**【地域の保健・医療における実践的能力】**  
地域の保健、医療、福祉、介護および行政等に参画・連携して、地域における人々の健康増進、公衆衛生の向上に貢献する能力を有する。

**【研究能力】**  
薬学・医療の進歩と改善に資するために、研究を遂行する意欲と問題発見・解決能力を有する。

**【自己研鑽】**  
薬学・医療の進歩に対応するために、医療と医薬品を巡る社会的動向を把握し、生涯にわたり自己研鑽を続ける意欲と態度を有する。

**【教育能力】**  
次世代を担う人材を育成する意欲と態度を有する。

**薬学教育モデル・コアカリキュラム (平成25年12月改訂、27年度から実施)**

・6年制薬学部のカリキュラム作成の参考となる教育内容ガイドラインであり、学生が卒業までに身に付けておくべき必須の能力の到達目標を示す。  
・「薬師として求められる基本的な資質」を規定し、それを身に付けるための一貫目標、到達目標を設定する学習成果基盤型教育 (outcome-based education) に力点。  
・教育課程の総数時間の7割はモデル・コアカリキュラムに示された内容を、3割は大学独自のカリキュラム等を履修。

**薬学教育モデル・コアカリキュラム**

**A: 基本事項**

(1) 薬師としての心構え (2) 基礎的な科学力 (3) 薬物療法における実践的能力 (4) 地域の保健・医療における実践的能力 (5) 研究能力 (6) 自己研鑽 (7) 教育能力

**B: 薬学と社会**

(1) 人と社会に関する基礎知識 (2) 人と社会に関する基礎技能 (3) 人と社会に関する基礎態度 (4) 人と社会に関する基礎知識・技能・態度の統合

**C: 薬学基礎**

(1) 薬物の物性・作用 (2) 薬物の製剤 (3) 薬物の薬理・薬効 (4) 薬物の毒性・副作用 (5) 薬物の臨床応用 (6) 薬物の臨床薬理 (7) 薬物の臨床薬理 (8) 薬物の臨床薬理 (9) 薬物の臨床薬理 (10) 薬物の臨床薬理

**D: 薬生薬学**

(1) 薬の作用と作用機序 (2) 薬の吸収・分布・代謝・排泄 (3) 薬の臨床薬理 (4) 薬の臨床薬理 (5) 薬の臨床薬理 (6) 薬の臨床薬理 (7) 薬の臨床薬理 (8) 薬の臨床薬理 (9) 薬の臨床薬理 (10) 薬の臨床薬理

**E: 医療薬学**

(1) 薬の作用と作用機序 (2) 薬の吸収・分布・代謝・排泄 (3) 薬の臨床薬理 (4) 薬の臨床薬理 (5) 薬の臨床薬理 (6) 薬の臨床薬理 (7) 薬の臨床薬理 (8) 薬の臨床薬理 (9) 薬の臨床薬理 (10) 薬の臨床薬理

**F: 薬学臨床**

(1) 薬師としての心構え (2) 基礎的な科学力 (3) 薬物療法における実践的能力 (4) 地域の保健・医療における実践的能力 (5) 研究能力 (6) 自己研鑽 (7) 教育能力

**G: 薬学研究**

(1) 薬学と社会に関する基礎知識 (2) 薬学と社会に関する基礎技能 (3) 薬学と社会に関する基礎態度 (4) 薬学と社会に関する基礎知識・技能・態度の統合

4

**A: 基本事項**

**【医療人として】**  
常に**患者・生活者の視点**に立ち、医療の担い手としてふさわしい態度で行動する。(態度)

**【コミュニケーション】**  
相手の**心理状態とその変化**に配慮し、対応する。(態度)  
適切な聴き方、質問を通じて相手の**考え方や感情を理解**するよう努める。(技能・態度)

5

## B:薬学と社会

### 【人と社会に関わる薬剤師】

人・社会が医薬品に対し抱く考え方や思いの多様性について討議する。(態度)

### E3: 薬物治療に役立つ情報

#### 【患者情報】

個別の患者情報と医薬品情報をもとに、薬物治療を計画・立案できる。(技能)

6

## F:薬学臨床

### 【薬物療法の実践】

患者の状態(疾患、重症度、合併症、肝・腎機能や全身状態、遺伝子の特性、心理、希望等)や薬剤の特徴(作用機序や製剤の性質等)に基づき、適切な処方提案できる。(知識・態度)

### 【チーム医療への参画】

医師・看護師等の他職種と患者の状態(病状、検査値、アレルギー歴、心理、生活環境等)、治療開始後の変化(治療効果、副作用、心理状態、QOL等)の情報を共有する。(知識・態度)

7

### 薬学実務実習に関するガイドライン

#### 参加・体験型の臨床実習の充実

- 実務実習では、実践的な臨床対応能力を身につける参加・体験型学習を行う。  
 (集合研修や講義で教えられることは大学で、医療現場でしか学べない内容を実習で体験しながら身につける。)
- 臨床現場で幅広く事例や症例を体験して、薬剤師業務の意義・役割を理解する。

8

### 薬学実務実習に関するガイドライン 資料より

#### 薬局→病院連携実務実習 実習内容・期間の例示

薬局実習	病院実習
●薬局実習導入 1週間	○病院実習導入 1週間
●保険調剤 3~4週間 (調剤、監査、疑義照会、基本的な投薬)	○内服、外用薬調剤 1週間 ○注射薬調剤・無菌調製 1週間
●薬物治療モニタリング・ 情報提供 5~6週間 (処方解析、薬歴活用、服薬指導、健康相談)	○病棟業務実践 6~9週間 (チーム医療や急性期医療含む) ○がん化学療法 (レジメンチェック、抗がん剤調製)
●地域貢献の実践 2~3週間 (セルフメディケーション、在宅支援、 地域保健活動)	○ODI、TDM、医薬品管理 2週間

9

### 薬学実務実習の目指すもの

「任せる」実習 「自分の患者」という体験  
 —患者・生活者本位の医療を実感する—

その患者の生命や生活に直接関わる緊張感と責任感は臨床現場でしか体験できない!

医薬品という物質を、実際の個々の患者のために調製し、投薬し、その療法に責任を持つことを体験することで、基礎から薬学を学ぶ意義・医療人の心構えを醸成する大切さを理解する。

### 薬学実務実習の目指すもの

個々の患者に最適な「薬物療法」  
 を考えるには・・・

処方の変遷は薬歴やカルテで確認するとして

病状・併用薬・他科受診・副作用・アレルギー  
 OTC・健康食品・飲酒・喫煙の聞き取り・・・

生活の状況・家族の状況・家族の病歴・疾患の変遷  
 考え方・性格・治療についての希望・・・  
 多くの情報を収集し、患者の状況がきちんと整理され  
 見えてきて、そこから個々の「共感」「指導」や「教育」が始まる。

## 薬学実務実習に関するガイドライン

### 大学の臨床準備教育の充実と施設連携

- 円滑で学習効果の高い実務実習を行うために、適切かつ充実した臨床準備教育を実施。
- 実習施設による個々の学生の実務実習実施計画書の作成に積極的に関与し、実習の内容、目標、評価指標を提示。
- 実習施設と連携を密にして、内容と質の担保に関与し、学習効果を常に確認。
- 各学生ごとに実習での研修の情報を実習施設間で共有できるよう、大学が主体的に関与。
- 実習に関する大学の責務について、教員間で意識を共有。

## 大学から実習施設への円滑な連携

### <病院・薬局で参加・体験型実習を行うために>

大学では、授業で臨床現場に必要な基本的な知識等をできる限り修得させる。

薬局・病院の実習では、大学で学んだ知識等を活用し、臨床現場で実際に患者や来局者の課題に対応して実践的な能力修得を目指す。

#### (例示)【薬物療法の実践】

- 前) 病態や生理的特性等を考慮し、薬剤の選択や用法・用量設定を立案できる。
- 患者の状態(疾患・・・心理・希望等)や薬剤の特徴に基づき、適切な処方提案できる。

## 第二部 セッション1

患者の生活や心理を把握した患者指導や患者教育を行う能力を身につけるための授業を作ろう！

### 作業①

医療現場で経験した場面を思い出してください。

「患者の生活や心理を詳細」に把握する重要性を感じた体験はありませんか。

まずは 皆さんの経験を是非共有してください。

実際の「医療現場」で経験された事例をまず共有し、ナラティブな視点の重要性を確認しましょう。

### 作業1

患者などの物語の聞き取りが重要だと感じた体験

- 病棟で病院の薬とは別に健康食品を隠れて服用していた。病院の薬は飲みたくないと言って相談された。

### 作業②

実務実習で対応できる能力を大学でどのように教育するか

病院・薬局での実務実習で患者のナラティブな情報を的確に聞き取り、整理する能力を身につけるための大学での学習方略(授業)を具体的に考えてみましょう！

皆さんの大学で実施している講義や演習・実習でコミュニケーションや情報収集などを学ぶ優れたカリキュラムがあれば、まずはご紹介ください。それらを参考に6年間の学年進行に合わせた具体的な授業計画を作成ください。

## プロダクト作成にあたって

- 授業・実習、開講時期等は自由に決めてください。
  - 6年間での位置付けを考慮して、実務実習までに必要な授業モデルを考えてください。
  - 授業回数も自由です。
  - 評価方法や観点も入れてください。
  - 授業計画はいくつ作っても構いません。
- 各授業計画の具体的な内容をお願いします。

## 授業計画 1

通し番号

II-A  
グループ名

- 授業名: 薬学臨床演習 I
- 開講時期: 3年生前期
- 授業形式: ロールプレイとSGD
- コマ数: 3コマ
- 学習目標: 患者個々の薬物療法の効果的な指導には患者の生活背景の把握が重要であることを学ぶ
- 学習資源:
  - 人的資源: 教員、模擬患者、チューター(6年生)
  - 物的資源: シナリオ、PC
- 評価方法および評価の観点:
  - チューター、担当教員がルーブリックで評価を行う。
  - 模擬患者は形成的評価を随時行う

## 具体的な授業内容

授業計画 1

授業計画の  
番号

- <1コマ>  
全体・本日の学習概要説明(スケジュール、目標、留意点など)  
SGD(6人/1グループ)・患者資料から患者さんのプロブレムを抽出、患者に聞く内容を列挙。出てきた内容をホワイトボードに列挙し患者さんに聞く内容を整理。  
全体・SGDの結果を発表。
- <2コマ>  
全体・模擬患者インタビュー 薬剤師役の学生が順次インタビューしていく。模擬患者による適宜フィードバック。  
SGD・患者のプロブレムを再度検討、追加で聞く内容を確認。
- <3コマ>  
全体・模擬患者インタビュー 再度追加のインタビューを行う。  
SGD・聞き取りの前後で何がどのように変化したか確認共有する。  
全体・SGDの結果を発表。模擬患者による背景設定説明と感想・評価。

“学部6年間を通して、さらに卒業後も継続して修得していくべき内容”  
という観点から魅力的な授業をご提案ください！

## 第二部 セッション2

実際に 患者の生活や心理を把握して患者指導や患者教育を行う能力を身につける学習を行うために  
課題となることは何か・・・  
そして それを解決するためには  
どうしたら良いか、何が必要か・・・  
具体的に 考えてみよう！

## 作業③

新しい授業を導入する際の課題と解決策を考える

患者のナラティブな情報を取り扱う授業を導入するにあたり、課題となることをあげ、その解決するための具体的な方法を考えてみよう！

皆さんの大学で実際に新しい授業を導入する際に工夫した事例があれば、まずはそれをご紹介ください。  
作業②で考えた授業を実現するために課題になることを具体的に挙げその解決策もいろいろ考えてみましょう。

## 課題と解決策

### 【課題】

- 1) カリキュラムが過密で新しい授業を入れるのは困難。
- 2)

### <解決策>

- 1) カリキュラムマップを学内教員で再検討する。

### 第二部 セッション1

13時～13時15分

作業①SGD 経験した現場を思い出す (各S会場)

13時15分～14時50分

作業②SGD 大学の授業を考える

休憩 コーヒーブレイク (10分)

### 第二部 セッション2

15時～15時50分

作業③SGD 課題と解決策

16時 P会場に集合

各班 作業②③を通してスライドで発表

作業①は報告書をお願いします。

発表 8分 質疑応答 2分

# グループ討論 報告書

## 第一部 「事例検討してみよう」

### IA グループ

患者インタビューから、この患者は、糖尿病患者によく観られるような病識があまりない患者であることが分かった。また、家族もなく生きる意欲をなくしていることが理解でき、何か投げやりになっていうようにも感じられた。このような患者に対して薬剤師としては、単なる薬学的管理だけの介入では解決できない問題が多く、何かやりたいことを見つけるなどの生活支援ができれば理想的であるが、なかなか困難であろうというのがグループ内での意見であった。SGD1 および SGD2 におけるプロダクトは以下の通りである。

SGD1:

提示されたシナリオから①この患者のプロブレムを挙げ、②次回来局時に、薬剤師としてこの患者にどんな質問をするかについて検討した。

ワーク①

「この患者のプロブレムを挙げてみよう！」

1. 飲酒とハルシオンの問題点を理解できているかどうか心配。
2. アドフィードが余ることを何故医師に伝えないのか。
3. 糖尿病の合併症などを理解できているかどうか。
4. 自分の血糖値や HbA1c を知っているか。
5. 服薬状況が不明確(ジャヌビアは服用できているようだが、何故夜のメグルコは服用できていないのか)。
6. 家族の関与が分からない。

②「次回来局時に、薬剤師としてこの患者にどんな質問をする？」

1. 飲酒したときにメグルコを服用しないのはなぜですか。
2. 糖尿病の合併症のことは知っていますか。
3. お薬手帳や糖尿病手帳は持っていますか。
4. 医師から自分の血糖値や HbA1c のことを教えてもらっていますか。
5. ご家族はいますか。
6. 日頃の生活状況はどのような感じですか。
7. どのような仕事をされていましたか。

SGD2:

「患者へのインタビュー内容を踏まえ、この患者の問題をもう一度検討した。

1. 病識がない。
2. 生きる意欲をなくしている。やりたい事はないのか。
3. 一人暮らしで家族がいない。地域での多職種による連携が出来ているか。
4. 低血糖の経験があるか。
5. 車の運転をしているのか。

(報告者:高田充隆)

## IBグループ

ワーク①「この患者のプロブレムを挙げてみよう」では、SGD1 のプロダクトにある 15 個のプロブレムが挙げられた(挙げられた順番に#1～#15)。病識についてはそれ程悪くないという意見もあり、この段階では記載しなかった。

ワーク②「次回来局時に、薬剤師としてこの患者にどんな質問をする？」では、糖尿病コントロール、不眠、腰痛についての情報が不足しているので、患者に質問する項目となった(腰痛は除く)。また、アドヒアランス不良が予測されたため、残薬状況の質問も項目として挙げられた。生活保護を受けている患者であり、将来の生活についてどのように考えているのかも重要な質問事項と考えられた。

### プロダクト(SGD1 ワークシート)

ワーク①「この患者のプロブレムを挙げてみよう」

- #1. 検査値(BS、HbA1c、腎機能、肝機能)
- #2. 収入(合計)、食費の割合
- #3. メトグルコのアドヒアランス
- #4. 家族歴
- #5. 生活習慣(酒、タバコ、運動、食事)
- #6. 病歴(発病時期)、薬歴
- #7. 食事のとり方
- #8. 血圧等バイタル、体重
- #9. 薬を他人にあげる→向精神薬ハルシオンは？
- #10. ハルシオンの服薬状況(アルコールとの併用)
- #11. ふらつきの有無(低血糖、ハルシオン)
- #12. メトグルコを飲酒時に服用しない理由
- #13. 薬の管理状況
- #14. 腰痛の状況、頻度
- #15. NSAIDs などの OTC、他科受診の有無

ワーク②「次回来局時に、薬剤師としてこの患者にどんな質問をする？」

- 検査値はご存知ですか？(BS、HbA1c、腎機能、肝機能)
- DM はいつから治療していますか？
- なぜ、他院から紹介されたか？
- 同居人はいるか？
- なぜ眠れないのか？(不眠状況)
- 他科受診の有無

- 残薬状況
- 将来の生活について、どのように考えているか

ワーク「インタビュー内容を踏まえ、この患者の問題をもう一度検討してみよう！」では、インタビューの結果、この患者には病識がないこと、生活設計がなく投げやりになっていること、独居でありサポートがないことが特に大きな問題点として挙げられた。

そのような問題を解決するために、薬剤師と患者の関係を構築しコミュニケーションを取ることで、心理過程の状況を把握したり、治療の動機付けを行ったりすることが必要との意見が出された。お酒は唯一の楽しみでやめられないと話しており、現状では説得は無理と考えられるので、晩酌を続けながら治療を行っていく方法について患者と話し合うなどの意見もあった。

### プロダクト(SGD2 ワークシート)

ワーク「インタビュー内容を踏まえ、この患者の問題をもう一度検討してみよう！」

- #1. 病識の欠如、将来的に合併症の発現
- #2. 生活設計なし、どうしても良いという心理状態
- #3. 独居(子供はいないが、親・兄弟がいるかは不明)
- #4. アドヒアランス不良(夜はお酒のせいでメグルコを服用せず。アルコールとの相互作用を意識しているわけではない)
- #5. 塩分過多(食事)6 g/day 超えている？ 血圧は？ 合併症は？

さらに質問したい事柄や今後の方針について議論した。薬剤師が患者と良い関係を保つためには、一人では無理で、チーム医療で対応していくことで患者の味方を増やすことが治療の動機づけになることを前提に、以下の内容が抽出された。

- 生保、行政との連携により、生活保護に至った経緯を知る
- 心理過程の状況(糖尿病治療の「悔い」の状況?)の把握
- 受診のきっかけは？(前医からA医院へ転医した経緯を含めて)
- チーム医療で治療の動機付け(栄養士や保健師等と連携した指導)
- 晩酌を継続するために治療？(唯一の楽しみである晩酌を取り上げるのではなく、1回摂取量を減らしたうえでアルコールと相互作用がない治療法を考えて、晩酌を認めてあげて治療の動機づけにする)
- 薬剤師と患者の関係を構築

(報告者:三原 潔)

## ICグループ

### SGD1 ワーク①「シナリオを読んで、この患者のプロブレムを挙げてみよう！」

はじめに薬に関すること、次にそれ以外のことについて各人がプロブレムを挙げた。

#### 薬に関するプロブレム

1. コンプライアンス不良
2. メトグルコ・ハルシオンの服用の仕方がわかっていない
3. シップをどのように貼っているのか
4. シップを近所のひとにあげている
5. 薬が余っているのか(残薬の有無)
6. GE医薬品を希望しているのか、拒否しているのか
7. お薬手帳の有無
8. 薬による副作用(低血糖等)を、理解しているか、起こしたことがあるか

#### その他のプロブレム

1. 血糖値を測定しているか
2. 既往歴
3. 腎機能
4. 飲酒・喫煙量
5. 食事の内容
6. 睡眠の状況
7. 生活習慣(食事、運動)
8. 病識、治療の意思・希望

以上のように、薬に関する問題だけでなく、患者の生活や治療に対する意識など、メンタルな面における問題も多数挙げられた。

### ワーク②「次回来局時に、薬剤師としてこの患者にどんな質問をする？」

集まった16のプロブレムを検討していく中で、大きく6つの質問内容にまとめることができた。

- ①体調変化として、「良くなっているのか、いないのか」
- ②コンプライアンスは、「お薬余っていませんか」、「自己管理か、家族は」、「お薬手帳を持っていますか」
- ③生活習慣について、「食事の状況・内容・時間、睡眠状況」、「運動療法について」
- ④腎機能について、「おしっこの量は」(排尿状況の確認)

⑤嗜好品について、「お酒・タバコの量は」

⑥副作用(低血糖)について、「知っているか、起こしたことがあるか」

これらは通常考えられる質問内容ということで、さらに聴きにくいところではあるが、「なぜ移院されたのか?」、「生活保護はいつから受給されているのか?」、「治る希望があるのか?どうか?」という踏み込んだ質問も挙がった。

### SGD2 ワーク「インタビュー内容を踏まえ、この患者のプロブレムをもう一度検討してみよう！」

薬剤師としてありがちな質問内容に終始した感があり、改めて患者の問題点を見直すことになった。そこで、「病気」、「生活」のプロブレムを別々に整理し検討する必要があるのではということで、以下のようにプロブレムを再検討した。

- アドヒアランス向上を目指し、患者ライフスタイルを尊重した処方変更を提案する必要があるのでは。「朝1回投与にまとめる」とか。
- 患者は、きちんと薬を服用していなくても現在全く不都合がない状況にあり、明らかに病識の理解が欠如している。このままきちんと服用しなかった場合にどうなるのか理解してもらう必要がある。
- 患者の不安など気持ちを理解する、そのためには過去を探る必要がある。  
コミュニティとの関わりがないのは、なぜなのか理由を探る必要がある。  
独り暮らし(独居)であり、行政(民生委員など)と連携し状況を把握する必要がある。
- 「シップをあげると他人が喜んでくれる、お酒が楽しみ」この喜び・楽しみを追求、生活の意義から生への意識・患者の希望につなげる必要がある。
- 薬剤師の聞き取りの際に、さまざまな「変化」を具体的に毎回聞く必要がある。

### 考察

患者の態度・話し方等から患者の物語に想いを馳せる、ただ書いてある記録からだけでは見つけにくい患者の物語を読む、すなわち「多様性を理解する」ということが、効果的な薬物治療を実践するためには重要であるということを実感できたワークショップであった、と考える。

(報告者:吉岡三郎)

## II A グループ

### 1. 討論の経緯

自己紹介を行い、役割を決めて討論を開始した。

提示された症例について、班員個々で提示症例のプロブレムについて考える時間が与えられ、その後に各人の意見を発表した。提示される事例を患者のプロブレムと確定するためには、さらに突っ込んだインタビューの必要があり、これらの意見がワーク②の次回来局時の質問事項となった。従って、患者のプロブレムは、ワーク①のプロダクトに示したように4項目となり、病識がないことは明らかなプロブレムであるが、他の3項目は推測の域を出なかった。

次に、模擬患者にワーク②の質問事項を聞くことによって、患者の基本情報や生活の背景から、基本的には妻を亡くして一人暮らしであるという寂しい状況から派生しているノンアドヒアランス事例であることが分かり、患者のプロブレムを再検討した。

### 3. プロダクト

#### 1) ワーク①「この患者のプロブレムを挙げてみよう！」

- #1 糖尿病でありながら飲酒習慣があること、血糖値や HbA<sub>1c</sub> の検査値に無頓着なようであることから病識がないと考えられる。
- #2 貼付薬(アドフィード)を余らして、他の人にあげたりしていることから薬識の欠如が考えられ、生活保護を受けている状況からも服薬ノンコンプライアンスかもしれない。
- #3 65歳で生活保護を受けていることから、食事、運動などの生活習慣が乱れているかもしれないことや、仕事の状況(種類、勤務形態など)、患者背景が独居かどうかなどがアドヒアランス低下の一因となっているかもしれない。
- #4 副作用歴は無いとのことだが、軽度のため気づいていないだけで、低血糖症状などを経験していたかもしれない。

#### 2) ワーク②「次回来局時に、薬剤師として患者にどんなことを質問する？」

- ・患者の状況を明らかにするため、家族構成(独居、家族有)、仕事、1日の生活時間など
- ・食事の頻度、時間、質
- ・飲酒の習慣について・・・お酒の種類、頻度、量
- ・運動の習慣・・・種類、頻度など
- ・薬を決められた時間に服用できているかどうか
- ・病歴の確認

- ・アドフィードの処方理由
- ・お薬手帳の有無
- ・飲み残している薬の存在、飲み残しがあればその量
- ・副作用経験の有無を再度確認

### 3) ワーク③「インタビュー内容を踏まえ、この患者のプロブレムをもう一度検討してみよう！」

#### #1 病識・薬識の欠如に関連した服薬アドヒアランスの低下

##### 【根拠】

- ・自覚症状がないので、服薬に無頓着である。
- ・血糖値などの検査値を知らない。そのことに関心がない。

#### #2 生活指導不足と本人の生活習慣改善への意欲低下に関連した服薬アドヒアランスの低下

##### 【根拠】

- ・元来、酒も甘いものも好きで、特に妻が死んでから、毎晩晩酌している。
- ・医師からは、飲酒を控えるように言われているが、自覚症状がないので、なぜダメなのかが分からず、控えるつもりはない。
- ・無職のため、毎日ゴロゴロと生活している。
- ・妻が死んでからは食事に無頓着(糖尿病を考えた食事内容ではない)。

#### #3 無職・独居に関連した生活習慣改善に向けた意欲低下

##### 【根拠】

- ・10年前に妻を亡くし、現在は無職で一人暮らし。
- ・元来、話し好きだが、仕事を辞めてからは話す相手も少なくなり、基本的に寂しい生活。
- ・無職のため規則的な生活を送っているわけでもなく、テレビを見たりしてゴロゴロした毎日。
- ・運動をすることもない。気が向けば散歩をする程度である。
- ・酒を飲まないと眠れない。

##### 【対策】

- ・薬剤師以外にケースワーカー、保健士、栄養士などの関与も必要。

(報告者:藤原邦彦)

## IIB グループ

### 第一部 事例を検討してみよう

IIB 班は、前回までの記録から、患者のプロブレムについて討議をおこない、以下のプロブレムが抽出された。

- #1 病識がない
- #2 人に薬をあげている
- #3 飲酒とメトホルモンおよび飲酒とハルシオンの相互作用
- #4 検査値が判らない

このプロブレムリストを元に、次回の来局時にどのような質問をするかを検討した。

1. 患者の生活背景について、服薬状況・飲酒と喫煙の量も含めて聞く
2. 糖尿病に対する理解度を聞く、糖尿病教室などでの指導の有無
3. 残薬について
4. 食事状況について
5. 低血糖の経験
6. 検査値について
7. 何時から抗糖尿病薬を服薬しているか、病歴について
8. 家族構成と生活内容
9. アドヒアランス
10. ハルシオンはどの程度服用しているか
11. 運動状況
12. 主治医にちゃんと伝えているか

このプロブレムリストを元に、模擬患者へのインタビューを行った。患者の返答は、下記の通りである。

S: A5年前に風邪をこじらせ入院して、検査で糖尿病と判った。その頃から体調に変わりはない。10前に妻が車の事故で亡くなり、その頃から眠れなくなり、飲酒を始めた。貼り薬は、妻が亡くなってから運転手(職業)を辞めたので、現在はほとんど動くこともないので余る。楽しみは、テレビを眺めているだけ。

インタビューを受けて、再度、患者のプロブレム検討した結果、次のプロブレムを抽出した。

#### #1 アドヒアランスが低い

→ ①病識が低い。②治療意欲が低い、③治療薬の意義が分かっていない。

#### #2 合併症の有無の確認が必要(飲酒による肝機能、睡眠障害・うつ病の疑い)

→ ①腰が痛い、②意欲の低下(一人暮らし)、③10年前の妻の事故死に対する心のケアが必要か？

#3 主治医との関係性が不明

#4 支援者がいない(支援が必要)

模擬患者からの意見

1. 患者の言葉で聞いて欲しい。
2. 一緒に治そうという質問は良かった。

(報告者:松原和夫)

## II C グループ

【シナリオ】佐藤和男さん 65 歳 男性 生活保護

処方

ジャヌビア1錠 28 日分

メトグルコ 3 錠 28 日分

ハルシオン1錠14日分

アドフィードパップ 30 枚 腰

飲酒+ タバコ+ アレルギー、副作用歴なし

SGD1

ワーク①

「この患者のプロブレムを挙げてみよう」

病識なし、治療に消極的

初めにハルシオンの処方量から不眠の原因が飲酒による中途覚醒かと思った。薬局での検査値把握ができていない、糖尿病に対する意識の有無、日常生活の把握ができていないことから、まず薬局での信頼関係を作ることが第一と考えた。

ワーク②

「次回来局時に薬剤師としてこの患者にどんな質問をする？」

生活面・・・話が聞けていない。「共有」なし。コミュニケーション不足

(日常生活、飲酒量、腰の具合、運動、楽しみ)

薬剤面・・・併用薬、低血糖の有無

病識・・・一緒に病気に取り組んでいくことを伝え、検査値など教えてもらいたいと伝える。

SGD2

ワーク

「インタビュー内容を踏まえ、この患者のプロブレムをもう一度検討する」

患者さんと話をしてみると、意外に話し好きで、これまでなぜ薬剤師が話せていなかったのかと思った。孤独で生きがいが見出せない。治療の目的を共有することで薬剤師が支えることが大切であると思った。

病識

合併症

生きがい

残薬確認

薬の処方意図

毎日の楽しみを考えていくことで、ご自身の生活を見直してもらおう。それができたら病識説明、処方意図を伝えることができる。検査結果も継続して検討できることで、褒めて、支えて、信頼関係が作れる。それがで

きてから一つ一つの事を考えたい。例えば夕食は酒とつまみだけで済ませていること(食事)。腰痛あり(運動)。湿布は友達関係を作るためのものとのことでしたが、安易な薬の譲受は危険である。飲酒後のハルシオン服用の危険性を伝えることもしなければならない。酒と薬を一緒に服用してはいけないと Dr から言われているからメトグルコの夜服用を止めているというが、ハルシオンは服用していること、孤独であるが、本当は自分のことを解ってもらいたいなど、話している内容を考えると、いずれにしても、薬剤師が真のパートナーになり心からの信頼関係を作ることが第一であることを感じた。

(報告者:松村智子)

### ⅢA グループ

第一部「事例検討をしてみよう」では、「ナラティブが服薬支援にどのような意味をもつのかを体験する」ということを目的に、以下の2つの課題に関してスモールグループディスカッションを行った。

#### 1. SGD1 課題「患者のプロブレムをあげてみよう」

SGD1では「患者のプロブレムをあげてみよう」という課題に取り組んだ。まずワーク①では、配布された患者シナリオを各自読み、「患者のプロブレム」を列挙した。患者は65歳の生活保護を受けている男性で、糖尿病、不眠および腰痛に対する処方を持って来局してきたという設定であった。グループ討議となり、各自のプロブレムが挙げられ、患者の病識や薬識が低く、血糖コントロールや生活習慣に問題がある可能性が想定された。列挙されたプロブレムに基づき、ワーク②では「次回来局時に薬剤師として質問すべき事項」について討議したところ、患者基本情報(身長・体重、食事回数・内容、家族構成、既往歴など)や食事療法・運動療法の指導内容、糖尿病やその治療薬に関する主治医からの説明内容などで不足している情報を聴取する必要性が指摘された。しかしその討議の終盤で、この患者に不安の有無を聴取する必要性についても挙げられた。昼食を取りながら、一部のグループメンバーで患者の不安について自由な意見交換が行われた。

#### 2. SGD2 課題「患者へのインタビューを踏まえた患者プロブレムの再検討」

午後の後半のSGD2では、午前中の討議内容をもとに各グループの代表者が薬剤師役として模擬患者を相手にインタビューを行った。インタビューの前半では、患者基本情報や食事・運動の現状、病識・薬識の確認が主体で、患者の受け答えも無関心に近い印象であったが、インタビューの最後に不安の有無について聴いた際に表情に変化が見られ、喪失感や孤独感が強く、将来に対する不安が存在していることに気付かされた。インタビュー後のSGDでは、患者プロブレムの見直しが行われ、患者の不安についても少し踏み込んで聴取する必要性があることが話し合われた。病識が低いことや、服薬 non-adherence、パップ剤の不適正使用、服薬への無関心などを改めるためには、患者の不安へのきめ細かな対応から信頼感を得たうえで、改めて患者対応を行う必要性があるとの意見がでた。

#### 第1部のまとめ

薬剤師が患者からの情報収集を行うに当たり、一般的に聴取すべき基本事項は確かにあるが、患者のナラティブに踏み込んだ対応は、より効果的な服薬支援を行ううえで非常に重要であることが理解できた。しかしナラティブな視点を持った能力を醸成する薬学臨床教育の困難さが認識され、その教育のあり方について、真剣に議論する必要性と切迫性を強く感じた。

(報告者:中村智徳)

### ⅢB グループ

第3回医療人養成としての薬学教育に関するワークショップのテーマは「患者中心という視点を薬剤師養成教育に活かしてみよう！」であった。第1部は事例検討で、ナラティブが服薬支援にどのような意味をもつのかを経験する、というものであった。第1部ではシナリオを読んで患者のプロブレムを抽出し、それをもとに模擬患者にインタビューを行った後、そのインタビュー内容を踏まえて患者のプロブレムを再度検討するという流れで行われた。

まず A、B、C 班に分かれ、処方内容や薬歴等が書かれたシナリオを読み、各自で患者のプロブレムを抽出した。次に個人で抽出したプロブレムをもとに、グループとして患者のプロブレムを整理しまとめた(表 1)。

表 1 患者のプロブレムリスト

① 病識がない ・糖尿病についての理解不足 ・検査値を知らない、飲酒(+) 喫煙(+)、食事
② 患者に関する情報不足 ・主治医との関係性 ・病歴はいつからか ・他の医療機関の受診 ・生活環境(食事、運動、喫煙、飲酒量)
③ 薬識不足 ・糖尿病治療薬(ジャヌビア、メトグルコ) ・ハルシオン ・アドフィード(なぜ使用しているのか) ・残薬(コンプライアンスは?)
④ 副作用の有無

次に各班からそれぞれ 1 名が薬剤師役となって模擬患者にインタビューをしたのち、参加者が患者へ追加質問を行った。その後再び各班に分かれ、インタビュー内容を踏まえて患者プロブレムの再検討を行った。インタビュー後に新たに加わったプロブレム等を追加したものを表 2 に示す。このなかで、アンダーラインを引いたものがインタビュー後に加わったものである。

表2 インタビュー後の患者のプロブレムリスト

<p>① 病識がない</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病についての理解不足</li> <li>⇒ <u>・医師からも正しく伝えられていない</u></li> <li><u>・病識を持つ以前に生きる意欲を持つことが先決</u></li> <li><u>・周囲(福祉)との連携(民生委員を介した連携)</u></li> <li>・検査値を知らない、飲酒(+)<u>喫煙(+)</u>、食事</li> </ul>
<p>② 患者に関する情報不足</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・主治医との関係性 ⇒ <u>・薬局として主治医との連携をはかる</u></li> <li>・病歴はいつからか ⇒ <u>・受診のきっかけは何か</u></li> <li><u>・5年前に何があったのか</u></li> <li>・他の医療機関の受診</li> <li>・生活環境(食事、運動、喫煙、飲酒量)</li> </ul>
<p>③ 薬識不足</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病治療薬(ジャヌビア、メトグルコ)</li> <li>・ハルシオン</li> <li>・アドフィード(なぜ使用しているのか)</li> <li>・残薬(コンプライアンスは?) ⇒ <u>・アドヒアランスの向上</u></li> <li><u>・残薬を薬局に持参してもらい確認する</u></li> </ul>
<p>④ 副作用の有無 ⇒ <u>・低血糖症状はおきていないか</u></p>
<p>⑤ <u>経済面</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><u>・生活費は十分なのか</u></li> <li><u>・生活費をギャンブルに使っていないか</u></li> </ul>

まず、項目として新たに⑤が加わった。また、インタビュー前のプロブレム①～④のそれぞれにも、患者インタビュー後にプロブレムや今後の患者への対応が追加された。まず、①「病識がない:糖尿病についての理解不足」については、患者は医師からも糖尿病について正しく伝えられていないのではないかという意見が出された。そしてグループ討論を進めていくなかで、患者は病識を持つ以前にまず生きる意欲を持つようにすることが先決で、これが患者の最も重要な問題ではないかということになった。そのためには、患者が独居であることから周囲との連携が大切であり、民生委員との関与を通じて福祉との連携を図る、という意見が出された。②の主治医との関係性についても、①との関連で薬局として主治医との連携を図るという意見が出された。

個人的な感想になりますが、患者の話す言葉とその様子をきちんと受け止めることの大切さを再確認させられた。

(報告者:中嶋弥穂子)

### ⅢC グループ

#### SGD1:「ワーク① 患者のプロブレムをあげてみよう」

アイスブレーキングを兼ね、自己紹介と役割分担を行い、さっそく各自で提示されたシナリオを読みながら患者のプロブレムを列挙した。その後、グループ内で発表し情報共有を行った。列挙されたプロブレムは下記のとおり。

- ・検査値不明(腎・肝機能)
- ・バイタル、自覚症状、病態が不明
- ・アドヒアランスが低い⇒残薬が多く発生しているのでは？
- ・病識が低いのではないかと？⇒本当のところは不明
- ・薬識が低いのではないかと？⇒自分に処方された貼付薬を他人に譲渡している
- ・生活習慣改善に対する意識(独居ということもあり、節酒、禁煙、栄養管理が難しいのではないかと)
- ・家族からの支援が得られる状況か？
- ・睡眠薬の使用と飲酒の相互作用
- ・睡眠の状況
- ・腰痛の状態(貼付薬の使用状況を含む)
- ・合併症の有無
- ・過去の服薬歴(いつから服薬しているのか、低血糖症状その他副作用の経験)
- ・職業は(無職？)
- ・転院した理由
- ・経済状況(生活保護)
- ・初回来局時に収集した情報の精度

#### SGD1:「ワーク② 次回来局時に、薬剤師としてこの患者にどんな質問をする？」

ワーク①で共有したプロブレムを踏まえて、実際にこの患者に接した際に確認する事柄について検討した。

- ・生活の様子(食事、飲酒、喫煙の状況)
- ・睡眠の状態(良く眠れているか？ハルシオンの使用状況)
- ・(可能ならば)血糖値、血圧などをたずねてみる。
- ・腰痛の状態、貼付薬の使用状況
- ・メトグルコやジャスビアの服用状況(アドヒアランスの確認)

## 患者インタビュー「患者(模擬患者)に質問してみよう！」

まず3グループから各1名が薬剤師役となり、チェーンインタビューを実施(3分×3G)。  
その後、全体から追加質問。

## SGD2:「インタビューを踏まえ、患者のプロブレムを再検討」

インタビューを通して明らかになった点について、ワーク①で挙げられたプロブレムに沿って情報整理を行った。

- ・検査値をはじめ、自らの健康状態を正確に把握していない
- ・バイタル、自覚症状、病態はよくわからない(無関心)
- ・薬識、病識、アドヒアランスいずれも低い(特に昼、夕に飲み忘れが多い)
- ・現在は無職、経済的には生活保護を受け特に困窮しているわけではない
- ・合併症は今のところ大丈夫? 自覚症状はない
- ・不眠状態が続いている⇒将来のことを考えると不安で眠れなくなるので、お酒と睡眠薬の助けを借りて眠るようにしている
- ・医師や薬剤師とのコミュニケーションが不足している
- ・家族は、配偶者と死別し子どもはなく、現在独居である
- ・生活が不規則⇒特に栄養管理に課題
- ・生活習慣改善のモチベーションは低い
- ・腰痛の際に貼付薬を使用しているが、余った薬を時々知人にあげると喜ばれると嬉しそうに話される

## 議論の経緯

インタビューの結果、プロブレムは複数把握できたが、総合すると次のように整理できるのではないかと。

- ・孤独感⇒生きがいや生きる目標がない⇒すべてに無関心⇒治療へのモチベーションが低い
- ・身体的には自立しているものの、精神的サポートが必要(子どもがなく、配偶者と死別して以来独居で寂しさを抱えている)
- ・生活習慣改善や、病態、治療に関して無関心⇒生きがいが見いだせないことに起因?

## 議論のおもな帰着点

このような状況にある患者を目の前にして、薬剤師としては、情報収集以前に、この患者にとって病気の治療は人生のごく一部を占めるにすぎない課題であることを理解した上で、まず患者の気持ちに寄り添う姿勢をもつことが必要なのではないか?

また、支援に必要なすべての情報を患者から直接得ることは難しいことから、他職種と協働し患者情報を共有化することが不可欠であろう。

(報告者:恩田光子)

## 第二部「患者・生活者本位の視点を身に付けるための授業モデルを作成してみよう！」

### I A グループ

第二部セッション1の導入では、「患者などの物語の聞き取りが重要だと感じた体験」として、6名のメンバーから自分あるいは担当学生が関わった事例が挙げられた(プロダクト:作業①)。

続いて、「患者のナラティブな情報を的確に聞き取り、整理する能力」を身に付けるための授業計画立案の作業に入り、まず各大学での取り組みについて意見交換した。早期体験学習として他学部と連携し、高齢者の多い地域の住人の話を聴く機会を設けている、介護施設でのボランティア体験、模擬患者とロールプレイではなく自由に話をする機会を設けているなどの取り組みがあった。また、患者からナラティブな情報を聴き出す上で、それぞれの患者には自分が経験していない多様な経験があることを知る必要があることや、一般的なコミュニケーションスキル(マナー)を身に付けることが必要であるため、低学年から実務実習に入る前までに段階的な授業が必要であるとの考えにまとまった。これらの考えをもとにして、1年生の「早期臨床体験」、3年生の「臨床心理演習」、4年生の「医療系合同演習」の3科目の授業計画を立案した。

1年生の「早期臨床体験」では、介護施設でのボランティア活動を想定し、学習目標を高齢者や介護を必要とする方の生活・実情を実感することとした。さらに高齢者等と医療従事者との多様な係わりの経験を聴き出すことを課題として設け、それを相互に発表することにより学生間で患者の経験を共有できる授業内容とした(プロダクト:授業計画1)。

#### 作業①

I-A 班

#### 患者などの物語の聞き取りが重要だと感じた体験

- 肺がん患者 (若いご主人&お子さん(幼児))  
承認前の薬の使用について、どうするか協議中に、翌日脳梗塞で死亡  
家族の問題、薬(費用)の問題、治療の選択など 多くの問題が残ったまま
- 透析 DM 年齢:40くらい 男性 足切断 → 入院 → 数週間後に死亡  
入院中:キャラメルなど食べてる、購入者は家族
- てんかん患者(高校生くらい) 医師の希望服薬の大切さを説明  
きいてくれない。なんともできなかった。
- 泌尿器系がん 副作用しびれ、体力低下 → 脂肪  
薬の副作用の話が主になってしまって、生活まで踏み込めなかった
- てんかん発作(大学生) → 実はパニック障害で医者にかかっている状態  
家族とのトラブル、研究室教員とのトラブルなどが原因らしい。  
教員として他に何ができるのか。
- 喘息患者 薬をつかうと震える 医師に言わないでとの患者の希望  
事情を医師に説明し、ナラティブを意識して治療がうまくいった例

#### 授業計画 1

I-A

- 授業名:早期臨床体験
- 開講時期:1年生
- 授業形式:実習
- コマ数:事前(1コマ)訪問(1日:4コマ)事後(3コマ)
- 学習目標:ボランティア活動を通して、高齢者や介護を必要とする方の生活・現状を実感する。
- 学習資源:  
 人的資源:教員、施設職員・入居者、  
 物的資源:介護施設
- 評価方法および評価の観点:  
 施設職員による評価(観点:挨拶、服装、質問態度)  
 レポート、発表

#### 具体的な授業内容

##### 授業計画 1

- <訪問前準備>  
身だしなみ(挨拶、マナー等)  
施設職員の指示に従う  
守秘義務
- <訪問時>  
職員の指示に従って、食事等の介助や、施設のレクリエーションに参加する。  
過去の医療従事者の経験について、インタビューする。
- <訪問後>  
プロダクト作成  
発表会

3年生の「臨床心理演習」では、模擬患者とのロールプレイを通じて、患者状態(心理・希望等)を聴きだすことを学習目標とした。さらにこの授業では、1-2年次に履修する一般心理学と臨床心理学とのつなぎの役割を持たせることを狙い、心理専門の教員を人的資源として加え、1-2年次の心理学で学んだ内容の振り返り及び患者心理に関する導入講義を設けた(プロダクト:授業計画2)。

<p style="text-align: center;"><b>授業計画 2</b> <span style="float: right;">I-A</span></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 授業名:臨床心理学演習</li> <li>• 開講時期:3年生</li> <li>• 授業形式:講義、演習</li> <li>• コマ数:演習前講義(1コマ)演習(2コマ) 演習後講義(1コマ)</li> <li>• 学習目標:患者状態(心理・希望等)を聴きだす</li> <li>• 学習資源: 人的資源:教員(薬学、心理)、模擬患者 物的資源:シナリオ、映像資料</li> <li>• 評価方法および評価の観点: ループリック評価(質問OC、傾聴、共感) フィードバック(SP、学生、教員(心理))</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>具体的な授業内容</b></p> <p><b>授業計画 2</b></p> <p>&lt;演習前講義&gt; 心理教員による講義(1,2年次の心理学で学んだ内容の振り返り、患者心理に関する講義)</p> <p>&lt;演習&gt; 映像資料閲覧→SGD 模擬患者とロールプレイ→FD 心理教員等からのフィードバック</p> <p>&lt;演習後講義&gt; 心理教員、薬学教員からのまとめ講義 ※両方の観点からの講義を聴き、学習内容を振り返る</p>
---	---

4年生の「医療系合同演習」では、医学部生、看護学部生など医療系の他学部生と合同で授業を行い、各学部生と模擬患者とのロールプレイを通じて、それぞれのインタビュー手法と取るべき情報の違いを理解することを学習目標とした。この目標は、職種によって患者インタビューの視点が異なるため同じ患者が相手でも引き出されるナラティブが異なることを感じるのが重要であり、薬剤師としての役割を認識する上でも有用であるとの考えから設定された(プロダクト:授業計画3)。いずれの授業でも、演習の前後に講義を入れるほうが効果的であるとの意見で一致した。

<p style="text-align: center;"><b>授業計画 3</b> <span style="float: right;">I-A</span></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 授業名:医療系合同演習</li> <li>• 開講時期:4年生</li> <li>• 授業形式:演習</li> <li>• コマ数:導入講義(1コマ)演習(3コマ)講義(1コマ)</li> <li>• 学習目標:薬学、医学・看護等(医療系)それぞれのインタビュー手法と取るべき情報の違いを理解する。</li> <li>• 学習資源: 人的資源:各学部教員、模擬患者、他学部学生 TA(実務実習後の学生) 物的資源:シナリオ、</li> <li>• 評価方法および評価の観点:ループリック、学生同士</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>具体的な授業内容</b></p> <p><b>授業計画 3</b></p> <p>&lt;演習前講義&gt; 各学部ごとで、教員による講義 全体講義</p> <p>&lt;演習&gt; 各学部学生による模擬患者とのロールプレイ→FD SPからのフィードバック 各学部教員等からのフィードバック</p> <p>&lt;演習後講義&gt; 各学部教員によるまとめ講義</p>
--	---

セッション2では、立案した授業計画を実行する上での課題とその解決策について意見交換した。「早期臨床体験」で必要となる介護施設職員による評価、「医療系合同演習」で必要となる他学部との連携やスケジュール調整、学年進行の違い(看護では低学年から実習が始まっている)、臨床教育の充実、模擬患者の養成、予算の確保などが課題として挙がり、プロダクトに示す解決策が提案された(プロダクト:課題と解決策)。その他に、介護ボランティアでは事故防止のため、食事介助など簡易なものに留める必要があ

る、模擬患者は実習には自大学で、OSCE は他大学との相互派遣を実際に行っているなどの意見が挙げられた。

## 課題と解決策

- **学部間連携** → 単科大学では難しい。大学間協定を！
- **施設職員による評価** → 簡単な評価表などを大学で準備する。最低限のマナーに関することなどであれば施設に依頼が可能では。
- **SP養成** → 大学間連携(学部間連携、例えば医学部とではSPの種類が違う)
- **臨床教育(コミュニケーション等)** → 臨床系教員だけでなく、全学での協力体制が必要。人としての教育は、基礎系の教員も！
- **予算確保** → 全学で！

(報告者:武隈 洋)

## IBグループ

薬剤師として求められる基本的な資質として、「患者・生活者本位の視点、すなわち、患者の人権を尊重し、患者及びその家族の秘密を守り、常に患者・生活者の立場に立って、これらの人々の安全と利益を最優先すること」が求められている。そこで、午後のセッションでは、ナラティブな視点を薬学臨床教育に組み込み、患者・生活者本位の教育を実践する授業モデルを作成した。

まず、「作業 1」では、ナラティブな視点の重要性について、実際の医療現場で経験した事例を話し合い、患者の生活や心理を詳細に把握するために患者・生活者の聴き取りが重要だと感じた体験を共有した。抽出された事例は以下の通りで、臨床の中で何らかの関わりは必ず経験しており、聴き取り（傾聴）の大切さを実感した。

- ・終末期の best supportive care のがん患者さんは、疼痛管理に薬剤師が対応していたが、疾病の発見が遅く手術の機会を逸したことから医療者への不信感を抱いていた。
- ・心を閉ざして話してくれない患者さんは、医療スタッフ側も問題患者であると思い、相互の意思疎通が取れなくなっていた。薬剤師が何度も訪問するうちに薬剤師にのみ心を開いてくれた。
- ・クレマーの患者さんは、医療者がクレームの内容が理解できなくて対応できなかった。その後、患者背景がわかれば対応も可能だったかなと思った。
- ・パーキンソン病の患者さんは、病態が進み体の動きがとりにくくなってきた。薬が増えると症状は改善するが、副作用が増え悩んでおられることがわかった。
- ・乳がんの患者さんは、抗がん剤投与を拒否されていた。実は自身の病気について不安感が募っていたが、誰にも相談できないでいたことがわかった。
- ・服薬を拒否する患者さんは、副作用が不安で薬をのめなかったことがわかった。実は薬の数を減らしたいと思っていたことがわかった。
- ・薬局で応対していた患者さんは、体調不良を医師に訴える度に、薬の剤数が増えていった。ジェネリック薬を紹介したところ、ジェネリックへの変更を希望されたが、新薬にジェネリックがないことに対して激怒された。でもその激怒の理由は、実はポリファーマシーが問題で服用方法が分からなくなっていたことであった。薬を整理して剤数を減らせるように対応したことで服薬を受け入れて戴けた。
- ・糖尿病の患者さんは、サプリメントは服用していないと言われていたが、話し合ううちに、血糖降下作用があるサプリメントを服用していることがわかった。
- ・心筋梗塞の患者さんは、従来健康であったが、急に心筋梗塞を発症し服薬を開始した。多剤併用療法となり、在宅へ移行後にノンアドヒアランスになった。薬剤師には信頼感を持ってくださり、副作用が心配でノンアドヒアランスになっていることを話してくれた。患者さんの思いを聞くことでアドヒアランス不良が改善された。
- ・服薬を拒否されていた患者さんは、元教師で、人から教わるのが不得意な方であることが分かった。現役で仕事をされていた頃のお話を伺ううちに、打ち解けあうことができ、患者さんの背景を知ることで指導方法

を改善できた。

次に、「作業 2」では、病院・薬局での実務実習で患者のナラティブな情報を的確に聴き取り、整理する能力を身につけるために、大学での学習方略(授業)を話し合い、実務実習で対応できる能力を大学でどのように教育するか、6年間の学年進行に合わせた具体的な授業計画を作成した。まず、大学で実施している講義や演習・実習で、コミュニケーションや情報収集などを学ぶカリキュラムの実施例を出し合った。1年次の早期体験学習/薬学概論の実施と振り返り、1年次のコミュニケーション論/薬学概論から、継続的に4年次ではSP(模擬患者)養成を兼ねた講義を実施、3年次の医療福祉実習、他でも高齢者の視点に立った不自由体験の実習、患者さんを交えたSGDの実施、具体的にはがん患者会や薬で困った経験がある患者さんからお話を伺った。これらの事例を参考に、Narrative based medicine(NBM)に基づく6年間の学年進行に合わせた継続的に進行する具体的な授業計画を作成した。

1年次(授業計画1)にはナラティブの目的を考え、3年次と6年次には演習形式でNarrative based medicineを実践する授業を企画した。1年次は、医療コミュニケーション概論の一部を利用し、3年次の演習はNBM演習1、6年次の演習はNBM演習2として、実務実習前後に実施することで、NBMへの理解を深めることができると考えた。プロダクトは以下のとおりである。

#### 授業計画 1.

授業名:医療コミュニケーション概論

開講時期:1年

授業形式:SGD(6~10名/1グループ)で患者の話聞く

コマ数:90分3コマ(講義-SGD-発表)

学習目標:高齢者の生活背景を聴くことによってナラティブとは何かを学ぶ

学習資源:人的資源:教員、高齢者(70歳以上)

物的資源:PC、模造紙、菓子・茶

評価方法および評価の観点:発表プロダクト、レポート、e-ポートフォリオ

1~3コマの具体的な授業内容は以下の通りである。

<1コマ>

15~20分:講義形式:全体で本日の概要説明(スケジュール、目標、留意点など)

50~60分:SGD(6~10人/1グループ)患者Aさんを交えての討論(一人目)

<2コマ>

50~60分:SGD(6~10人/1グループ)患者Bさんを交えての討論(二人目)

30~40分:まとめ

<3コマ>

プロダクト発表:模造紙によりプロダクトを発表する。

授業計画 1 の特徴は、談話がはずむように茶菓を用意したこと、時間を変えて 2 人の方と話し合い、多角的な話題を得ることができるようにした。グループの発表は模造紙を用いて紙ベースで行うが、フォーマットを統一した e-ポートフォリオを導入して、1 年次から卒業まで継続して使用することで、学生自身の向上を容易に振り返ることができるようにした。また、授業に協力をいただける高齢者の招聘は、市役所やコミュニティセンターの掲示板を使った募集方法などがあげられた。

## 授業計画 2

授業名:NBM 演習 1

開講時期:3 年

授業形式:ロールプレイ、SGD (6~10 人)

コマ数: 90 分 5 コマ

学習目標:生活背景を踏まえた NBM を学ぶ

学習資源:人的資源:教員、模擬患者、チューター (NBM 演習 2 を終えた 6 年生)

物的資源: シナリオ、PC

評価方法および評価の観点:発表プロダクト、レポート、e-ポートフォリオ、

チューター (TA、SA) 及び担当教員がルーブリックで評価を行う。

模擬患者は形成的評価を随時行う。

1~5 コマの具体的な授業内容は以下の通りである。

<1 コマ>

15~20 分:講義形式:全体で本日の概要説明(スケジュール、目標、留意点など)

50~60 分:SGD1(症例1)6~10 人/1 グループ

患者資料から患者さんのプロブレムを抽出、患者にインタビューする内容を列挙する。出てきた内容をホワイトボードに書き出し患者さんにインタビューする内容を整理する。

<2 コマ>

ロールプレイ:模擬患者インタビュー:各グループの薬剤師役の学生が順次インタビューしていく。

SGD2(症例1) ロールプレイの内容をふまえて討論する

模擬患者によるフィードバックを行う

教員からのフィードバック、総評を行う

<3 コマ>

プロダクト発表(パワーポイント)

<4 コマ>

SGD3(症例 2)6~10 人/1 グループ、<2 コマ>と異なる SP さん

患者資料から患者さんのプロブレムを抽出、患者にインタビューする内容を列挙する。出てきた内容をホ

ホワイトボードに書き出し患者さんにインタビューする内容を整理する。

ロールプレイ:模擬患者インタビュー:各グループの薬剤師役の学生が順次インタビューしていく。

SGD4(症例 2) ロールプレイの内容をふまえて討論する

模擬患者によるフィードバックを行う

教員からのフィードバック、総評を行う

<5 コマ>

SGD5(症例 2) SGD4 の結果を踏まえて、再度 SP さんとロールプレイを行う。

プロダクト発表(パワーポイント)

評価方法および評価の観点:発表プロダクト、レポート、e-ポートフォリオ、

チューター(TA、SA)及び担当教員がルーブリックで評価を行う。

模擬患者は形成的評価を随時行う

「授業計画 2(NBM 演習 1)の特徴は、NBM に関するシナリオを作りこむこと、SP さんは、Standardized Patient ではなく、Simulated Patient であること、授業成功の秘訣は SP さんのリアリティにある。NBM 演習は、継続して行い、5 年次実務実習を終了した 6 年次には「NBM 演習 2」として、ロールプレイに取り組み NBM 学習を完成させる。学生個人は、e-ポートフォリオで NBM の向上を振り返ることができる。以上の授業計画により、1 年次から 6 年次まで継続して NBM 教育を実践できる。

1 年次:医療コミュニケーション概論

2 年次:臨床心理学 等の講義科目

3 年次:NBM 演習 1

4 年次:事前学習

5 年次:実務実習

6 年次:NBM 演習 2

最後に、「作業 3」として、「作業 2」の実践に当たり、課題となることをあげ、それを解決するための具体的な方法を討論した。

作業 3.課題と解決策

具体例は別表を参照

以上、本会ワークショップでは、ナラティブという観点から患者中心の医療コミュニケーション教育の実践方法について議論してきた。NBM は、大学内の教育だけで終わりではなく、臨床現場での体験も重要である。実務実習に於いて NBM を意識して実習に組み込むためには、指導薬剤師の協力が不可欠である。現場の指導薬剤師が大学の NBM 実習へ参加する、また、大学教員が施設へ出向いて NBM について情報提供を行うなど、施設・大学間連携を一層強固にすることが望まれる。

表：作業 3.課題と解決策

	課題	解決策
1	人的資源不足	6 年生が (TA、SA) として参加する 現場の指導薬剤師が大学の NBM 実習へ参加する
2	時間の確保 (特に 3 年次。医療コミュニケーションへの追加は難しい。)	1 年次は薬学概論に含めて実施する。確保できない場合には、集中講義形式で行う。 3 年次の講義時間が決まっていない場合には、改定コアカリキュラムの演習枠を 3 年次に入れることができる
3	現場の指導薬剤師の NBM の理解不足	大学教員が出向いて、指導薬剤師の NBM について情報提供を行う 現場の指導薬剤師が大学の NBM 実習へ参加する
4	SP の養成	フィードバックが出来る SP*が対応する、または模擬患者に不適な SP**は高齢者役で参加する
5	NBM に関するシナリオ	臨床系教員ならびに現場の指導薬剤師にシナリオを作成してもらう
6	基礎系教員の臨床教育への理解不足 (非協力的な態度)	SP 役として参加してもらう

※ フィードバックが出来る SP とは、Simulated Patient のことである。

※※模擬患者に不適な SP とは、Standardized Patient に不適との意味である。

(報告者：二宮昌樹)

## ICグループ

実務実習で対応できる能力を大学でどのように教育するか、そのための授業計画を作成した。本グループでは、ナラティブを理解するためには、患者個々が多様な考えを持つことを知ることから始まる。との観点から人々は多様な考えをもつこと、その考えには個人の背景が大きく関与している。そのことを学ぶための授業計画を作成した。授業名は、「コミュニケーション演習」とした。1年次は学習目標を「ナラティブとは何か」を理解することとした。授業は全部で3コマで、1コマ目に導入講義とビデオや絵本を教材として用いて他者の心情・想いを理解する。想いの背景が重要であることを理解する。また同じものを見ても、それぞれの感じ方が違うという多様性を理解する。2コマ目は、登場人物の想いに気付き、その発言や行動の背景にあるものをSGDで共有化する。個人ごとに感じ方が異なることも合わせて理解する。3コマ目では登場人物の背景に関する追加の情報を与えた上でSGDを実施し、登場人物の想いをさらに深く議論する。高学年の学生をファシリテーターとして利用する。その評価は、レポートやピアレビューで行う。2年次は題材を施設入居や薬害被害者として、その背景にあるものをグループで討議する。3年次はSPを用いて、4年次は在宅・がん患者など実際の患者でロールプレイを実施し、シナリオに基づいた課題から患者からの聴き取りが重要であることを学ぶ。6年次はIPEを実施し、看護学生、医学生などとともに学び、それぞれの視点の違いを体感する。

課題として、「各学年3コマ」いう授業形態を工夫する必要があるが、3コマで単位として取るのは難しい面もあるので、コミュニケーション演習の一部に取り込んでもらうのなど工夫をして、臨床コミュニケーションの授業の中で組み入れて行う。教員、ファシリテーター、SPの養成に関しては、先行している看護学部の教員の協力をお願いする。心理学の専門家の依頼に関しては、臨床系の他職種から得ることで十分との意見であった。実務実習においても、ナラティブな視点を取り入れてもらうためにも、現場の薬剤師さんの協力も必要である。そのためには、病院や薬局との連携も必要であり、大学での教育内容に関する情報を提供する。評価は、ルーブリックを用いるとの意見もあったが、レポート（「ナラティブとは何か」を理解しているかを確認する）、ピアレビューとして評価の内容を開示することとした。ただし、評価に関してさらなる検討が必要である。IPEを6年生で実施としたが、課題として授業を設けるのが難しい面もある。しかし実務実習で患者とのコミュニケーションを積んできているのでぜひ行えるように進める必要がある。またIPEを実践するのは、すべての学生では難しいので、希望者など一部の学生で、介護、福祉等、可能な所で開始するべきとの意見であった。

(報告者:佐藤秀紀)

## IIA グループ

まず第二部セッション1、作業①「医療現場で経験した場面を思い出して下さい。」テーマ「ナラティブな聞き取りが重要と感じた体験」に従って、参加者が各自 10 分程度の時間を使って臨床経験を思い出した。

### 「ナラティブな聞き取りが重要と感じた体験」

- がん臨床治験(医師主導、第1相試験)において、聞き取りが重要と感じた。
- プレドニン:子供への服薬指導、副作用。
- 便秘:軽く見られがちであるが、患者様にとって重要な悩み。
- 透析センターで研修中:血液透析中の患者に「先生、もう殺してくれ」といわれた。何も言えなかった。
- 整形外科医:骨粗しょう症の薬の副作用の説明によって患者が不安になった。
- 入院時の事例(自例):特にサプリメントなどについて、患者はなかなか正直に医療スタッフには言わない。例:漢方人参。また、入院中、栄養士は毎日病棟にくるが、薬剤師は1回/週程度であった。
- 自殺例:焼身自殺例。
- 一包化薬に異物混入があったという経験から、一包化した薬剤は服用を拒否し、全てヒートの薬剤の服用を希望する患者がいた。
- TDM:免疫抑制薬(内服薬)の服用について薬剤師として説明を子どもにしっかりしていたが、実は母親が服薬コントロールしていた。

などの経験談が紹介された。

次に II-A 班では作業②「実務実習で対応できる能力を大学でどのように教育するか」というテーマに従って、病院・薬局での実務実習で患者のナラティブな情報を的確に聞き取り、整理する能力を身につけるための大学での学習方略(授業)を具体的に考えた。II-A 班としては、あまり低学年では臨床実習がイメージできないのではないかと、また出来るだけ実務実習に近い時期に開講した方が良いのではないかと、さらにイメージや想像するための時間がかかるので時間をかけてじっくり授業をやるべきとの意見が出された。その結果、講義の開講時期は2つの期に分けるとし、「4 年次前期」と「4 年次後期」という案も出されたが、多くの大学で「4 年次後期」は事前学習を実施している時期であり、その他、OSCE、CBT とカリキュラムが接近しているので、「3年次後期」と「4 年次前期」の方が良いのではないかとということで、この時期に分けて行うことにした。ただ、「事前学習中に実施」という意見は出なかった。

II-A 班で出された意見としては、「3年次後期では、ナラティブな情報を正確に聞き取るためのコミュニケーションスキルを身につけること」を目的とした。

次に授業計画を具体的に立てた。まず、3年次後期の授業名を「臨床演習 I (コミュニケーションスキル)」、4 年次前期の授業名を「臨床演習 II (ケーススタディ)」とした。「臨床演習 I (コミュニケーションスキル)」の授業計画は以下の通りである。

## 「臨床演習 I」

授業名: 臨床演習 I (コミュニケーションスキル)  
開講時期: 3 年次後期  
授業形式: ロールプレイ、SGD、講義(発表会、ビデオ)  
コマ数: 10 コマ(1 コマ 90 分)  
学習目標: ナラティブな情報を的確に把握するためのコミュニケーションスキルを身につける。  
人的資源: 教員、チューター(5年生数名)、外部講師(臨床心理士、ソーシャルワーカー)  
物的資源: シナリオ、PC、ビデオ  
評価方法および評価の観点: 担当教員とチューターがルーブリックで評価

大学毎に1コマあたりの時間や1単位の考え方が違ったので、II-A 班では、「1 コマ 90 分、10 コマで1単位」とした

次に 10 コマ分の講義内容を考えた。

- 1 コマ: 全体講義、オリエンテーション、説明
- 2 コマ: ビデオ(ドラマ)
- 3 コマ: ナラティブの重要性に関する講義(ソーシャルワーカーや臨床心理士)
- 4 コマ: Case 1 調査
- 5 コマ: Case 1 SGD
- 6 コマ: Case 1 ロールプレイ(グループ内などで人生録を聴取)
- 7 コマ: Case 2 調査
- 8 コマ: Case 2 SGD
- 9 コマ: Case 2 ロールプレイ(グループ内などで人生録を聴取)
- 10 コマ: まとめ・総括

この中で、2 限目のビデオについては学生の興味を引きつけるためにドラマにした方が良いとの意見が出されたため。また、6限目と9限目に行くロールプレイは、グループ内などで各学生の人生録を聴取し、それを参考にロールプレイを行うこととした。「人生録を聴取する」方法は、一部の小学生などが商店街で実施するとのことであるが、小学校時代に「人生録を聴取する」ことを経験していない学生にとっては、こうすることでナラティブな聞き取り方法を身につけるための訓練となることが期待されるとの意見が出された。また、将来、より深みを付けた会話が成立するのではとの考えからであった。

## 「臨床演習Ⅱ」

授業名: 臨床演習Ⅱ (Case Study)  
開講時期: 4年次前期  
授業形式: ロールプレイ、SGD、講義(発表会、ビデオ、患者あるいは患者の家族)  
コマ数: 16コマ(1コマ90分)  
学習目標: ナラティブな情報を活用した服薬指導の実践を行う。  
人的資源: 教員、チューター(6年生数名)、SP、患者あるいは患者の家族  
物的資源: シナリオ、PC  
評価方法および評価の観点: 担当教員とチューターがルーブリックで評価、SPからの形成的評価

次に10コマ分の講義内容を考えた。

- 1コマ: 全体講義、オリエンテーション、説明
- 2コマ: 患者さんからの話を聞く
- 3コマ: ナラティブの重要性に関する講義
- 4コマ: Case 1 調査
- 5コマ: Case 1 SGD
- 6コマ: Case 1 ロールプレイ(グループ内などで人生録を聴取)
- 7コマ: 発表・振り返り・患者あるいは患者の家族からのフィードバック
- 8コマ: Case 2 調査
- 9コマ: Case 2 SGD
- 10コマ: Case 2 ロールプレイ(グループ内などで人生録を聴取)
- 11コマ: 発表・振り返り・患者あるいは患者の家族からのフィードバック
- 12コマ: Case 3 調査
- 13コマ: Case 3 SGD
- 14コマ: Case 3 ロールプレイ(グループ内などで人生録を聴取)
- 15コマ: 発表・振り返り・患者あるいは患者の家族からのフィードバック
- 16コマ: まとめと総括

「臨床演習Ⅱ」では、時期を4年次前期に開講することとした。Case は2つで良いのではとの意見もあったが、より実践的に訓練するためには、3症例くらいは必要だろうということで Case 3 まで設定した。また、これまでの薬学教育はとにかく詰め込み式だったことから、「ゆっくり時間をかけて」ということとした。また、最後の16コマ目にそれぞれのケースをまとめて総括するとの意見が出されたが、やはり忘れてしまうので、それぞれのケースが終わった毎に発表や振り返りを実施した方が良いとの意見から、7、11、15 コマ目に

「発表・振り返り・患者あるいは患者の家族からのフィードバック」を入れることにした。2 コマ目の「患者さんの実体験を拝聴する」という講義について、実際に患者体験談を学生に聞かせた大学の職員からも意見が出され、同じような背景を持つ学生もいるので、実施に当たっては、事前にかなり注意が必要であることになった。

## 課題と解決策

### 課題

次に今回 IIA グループで考えた授業内容と計画について、「課題と解決策」について話し合った。以下は、課題としてあげられたものである。

- (1) 薬剤師としての聞き取り能力の向上
- (2) 教員の資質の担保
- (3) 1グループあたりの SGD の最大人数
- (4) SGD 場所
- (5) SGD を担当する教員
- (6) 成果の評価とどのように統一性を持たせるか
- (7) 「臨床演習 I、II」の6年間の全体カリキュラムでの位置づけ
- (8) 実務実習後の時間の使い方の指導
- (9) 実務実習事後学習の実施方法の具体例

### 解決策

- (1)～(2)、(5): 臨床心理士やソーシャルワーカーなど様々な職種の参画を依頼する。
- (3)～(5): SGD を行う場合、1グループあたり最大の人数は7～8人くらい。ただし、学生数が多い大学は、SGD の行う場所や教員・チューターの数その分だけ必要であるが、解決の方法は見いだせなかった。
- (6): 教員間での評価のバラツキをどのように統一させるかについて、事前に数回の講習会やテストランなどを実施するのが良いのではとの意見が出された。
- (7)～(9): 臨床演習を行って実務実習に行った後に、将来に亘って薬剤師としてのナラティブな聞き取り能力・資質を維持するために、実務実習事後学習などで振り返りや実習中での経験事例の共有なども必要であるとの意見が出された。

このような講義を組み立てるに際し、大学間での教育状況の差異(物的資源や人的資源など)が明らかになった。また、このような科目を「新コアカリキュラム」に従って実施する場合、既存の科目の取り扱いについてどうするか議論がされなかった。すなわち、現行のカリキュラムに従って開講されている講義科目の上に、「さらに追加する」形でこの講義を実施するのか、あるいは「1増1源の考え方でこの講義を実施するのか」、については意見がなかった。仮に「さらに追加する」ことになった場合、実務系実習を担当している教員と人数は今後もほぼ同じと予想されるので、パラレル開講は実質的に不可能に思われる。また、SP 実習について具体的な意見は出なかった。

(報告者:小林靖奈)

## ⅡBグループ

### 【Ⅰ】「患者などの物語の聞き取りが重要だと感じた体験」に関して

本討議では、参加者から実際の体験を発言してもらい次の①～⑤の内容の体験談が得られた(プロダクト1)。

- ①特に精神科領域においては、患者背景に関する情報を入手することが重要であり処方適正化を考慮するために患者の物語の聴取の必要性が感じられた。
- ②高齢な患者とキーパーソン(娘など)との間で、いじめたり、いじめられたりすることで、相互の関係が悪化し、薬剤の服用に支障をきたすことを経験した。
- ③糖尿病患者が注射薬を効くだろうと思って経口投与していたことがあった。
- ④がん患者が食欲不振であることが判明し、エンシュアで対応した。
- ⑤経鼻栄養液の投与ボトルを適正に使用していなかったため、ボトルが汚染し、感染にまで至るケースがあった。

#### 《プロダクト 1》

##### 患者などの物語の聞き取りが重要だと感じた体験

- 患者さん自身の情報が処方適正化には必要(精神科では特に)
- 高齢者の未服薬: 嫁との関係がこじれて(いじめ→いじめられて)
- 糖尿病患者が注射薬を(効くだろうと思って)経口投与していた。
- がん患者が食欲不振→エンシュアで対応
- 経鼻栄養液の投与ボトルの汚染→感染

### 【Ⅱ】「患者中心の視点を身につけるための授業モデル作成」

患者中心の視点を身につけるために必要と考えられる「授業計画」、「具体的な授業内容」、「作成した授業モデルの課題と解決策」に関して討議した。その結果、当グループでは次の2種類の授業モデルを作成した。

#### 【授業モデル①】

##### 授業計画《プロダクト 2》:

実際の老人施設において患者とふれあうことや、医療施設を受診した患者に付き添い、受付から薬剤交付までを実地で体験することが、患者中心の視点を身につけるために重要であるとの意見が出され、1つ目の授業モデルとして討議した。

授業名は、「医療コミュニケーション入門」とし、早期に体験させることが重要との考えで、1年後期に開講とした。授業形式は、老人施設や医療機関での施設見学の他、医療機関での患者の付き添いや生活者との会話から患者背景を聞き取り・会話することで、患者や生活者とのコミュニケーションの取り方を学習することを目標とした。

コマ数は概ね15コマとし、人的資源は名誉教授を含む全教員、施設スタッフ、患者及び生活者、物的資源は医療施設などとした。また、授業モデル①の評価には、形成評価、SGDプレゼンテーションの評価を用いることとした。

《プロダクト2》	<b>授業計画 1</b>	II-B
<ul style="list-style-type: none"><li>• 授業名:医療コミュニケーション入門</li><li>• 開講時期:1年生後期</li><li>• 授業形式:現地での施設見学・体験・演習・SGD</li><li>• コマ数:概ね15コマ</li><li>• 学習目標:患者・生活者とのコミュニケーションの取り方を学習する</li><li>• 学習資源:<ul style="list-style-type: none"><li>人的資源:全教員(名誉教授含む)、施設スタッフ、患者・生活者</li><li>物的資源:医療施設等</li></ul></li><li>• 評価方法および評価の観点:形成的評価・SGDプレゼンテーションの評価</li></ul>		

### 具体的な授業内容《プロダクト 3》:

次の①～④とした。

①施設に行く前に施設スタッフによる導入講義を設定し、学生の聞き出す能力を引き出すほか、守秘義務やマナーなどを含めた講義(2コマ)を実施する。

②良い傾聴の仕方を学ぶための演習として、コミュニケーションに関するロールプレイを実施する(1コマ)。

③患者及び生活者との体験を実地で行う。

老人施設は2回訪問することとし、1回訪問後にSGDを実施し、学習した内容の振り返りと次の訪問に対する計画を立て、2回目訪問。最後に医療機関1施設を訪問する。これらの体験を通じて相手を惹きつける、楽しませるような会話を自分達で構築していく。施設訪問毎(老人施設2回、医療機関1回、計3回)に3コマ、SGDに1コマを割り当て、計10コマで実施する。

④体験した内容に関してSGDを実施する。

さらに、プロダクトの作成とプレゼンテーションを実施し、患者や生活者とのコミュニケーションの取り方について全体で討議する(2コマ)。

《プロダクト3》

## 具体的な授業内容

### 授業計画 1

#### 1年次開講:

老人施設における生活者からの聞き取り・会話。  
病院での受付から支払いまで、および薬局での薬剤の交付の間に患者さんに付き添い、対話から患者背景を聞き取り・会話する方法を学ぶ(学生毎)。

- ・導入講義(施設スタッフによる講義(守秘義務やマナーを含む))2コマ  
聞き出す能力を引き出す。
- ・良い傾聴の仕方を学ぶ演習(コミュニケーションロールプレイ)1コマ
- ・患者・生活者体験9(3施設×3)コマ・SGD1コマ  
老人施設は2回訪問する。間にSGDを入れて、より充実した訪問となるようにする。相手を惹きつける(楽しませる)会話を自分達で構築していく。
- ・SGD(体験した内容についてプロダクトを作成)・プレゼンテーション2コマ

### 課題と解決策《プロダクト 4》:

本授業モデルでは、肝心の受け入れ施設の確保が課題であるとの意見が出され、対象地域を広げるなどの工夫が必要であると考えられた。施設への交通の手段及び安全面に関する課題に関しては、貸切バスを利用するなどの案が出されたが、安全面に対しては詳細な議論には至らなかった。人的資源として薬学部全教員が参加可能であるかといった課題に関しては、FDとして実施する方法もあるが、全員のモチベーションを保てるか疑問が残るとの意見も出された。その他、大学と施設間での連絡や情報交流が必要となるが、実習に対する大学側の思いが連携施設に伝わるかが不安視されたが、合同セミナーを開催するなどに対応可能であるとの結論に至った。

《プロダクト4》

## 課題と解決策

#### 課題(・)と解決策(→)

- ・受け入れの老人施設の確保ができるのか?  
→ やるしかない。対象地域を広げる。
- ・施設への交通手段・安全面  
→ 貸切バスなどで移動。
- ・(薬学部)全教員が参加できるのか?  
→ FDとして実施したらよいのではないかと。全員のモチベーションを保てるかどうかは疑問。医療系だけの対応という大学も多い。  
→ 全教員が対応することが望ましい、という表現か?
- ・このような授業を立ち上げる覚悟があるか?(覚悟がない場合はどうするのか?)  
→
- ・大学と施設との連絡、情報交流(特に実習に対する思いが伝わるか?)  
→ 合同セミナーなどを開催

### 【授業モデル②】

#### 授業計画《プロダクト 5》:

患者中心の視点を身につけるために重要なこととして、多職種との連携を学ぶ必要があるとの意見が出され、2つ目の授業モデルとして討議した。

授業名は、「多職種連携」とし、実務実習前の4年生、1年後期に開講とした。授業形式は、演習とSGDからなり、他学部学生との関わりを通して、他職種連携を経験し、最良の医療サービスについて議論することを学習目標とした。

コマ数は16コマとし、人的資源はロールプレイを実施することから、他学部学生(医学、看護学など)、教員、SP、(オブザーバーとして施設スタッフなど)、物的資源はシミュレーター、PC、シナリオ等とした。また、授業モデル②の評価には、形成的評価、プレゼンテーション、レポートの評価を用いることとした。

《プロダクト5》	<b>授業計画</b> 2	II-B
<ul style="list-style-type: none"><li>• 授業名:多職種連携</li><li>• 開講時期:4年生(期間外)</li><li>• 授業形式:演習・SGD</li><li>• コマ数:16コマ</li><li>• 学習目標:他学部学生との関わりを通して、他職種連携を経験し、最良の医療サービスについて議論する</li><li>• 学習資源:<ul style="list-style-type: none"><li>人的資源:他学部学生(医学、看護学など)、教員、SP、(オブザーバーとして施設スタッフなど)</li><li>物的資源:シミュレーター、PC、シナリオ等</li></ul></li><li>• 評価方法および評価の観点:形成的評価、プレゼンテーション、レポートの評価</li></ul>		

#### 具体的な授業内容《プロダクト 6》:

次の①～④とした。

①医療他学部の学生の参加により、医療職種間の関わりについてロールプレイを実施する。

なお、他学部または他施設からも参加を募る。

②職種間の場面を設定して、患者との対峙ケースの教材を参考にしながらシナリオを作成する。

③ロールプレイなど通じ、職種間の専門性を学び、医療に対する視野を広げる。

④合同講義を1コマ実施する。

その後、シナリオ毎に、SGD1コマ⇒ロールプレイ(シミュレーター、模擬患者)1コマ⇒プレゼンテーション1コマを実施する。

なお、シナリオは5種類用意し、計15コマ実施する。

《プロダクト6》

## 具体的な授業内容

授業計画 2

4年次開講:

医療他学部の学生に参加してもらって、関わりについてロールプレイ。

他学部、または他施設から参加してもらおう。

職種間の場面を設定して、(鈴木先生に提示していただいた)患者さんとの対峙ケースの教材を参考にしながらシナリオを作成する。

→ロールプレイなどを行い、職種間のそれぞれの専門性を学び、医療に対する視野を広げる。

合同講義1コマ→

SGD1コマ→ロールプレイ(シミュレーター、模擬患者)1コマ→プレゼンテーション1コマ ×5シナリオ

### 課題と解決策《プロダクト7》:

本授業モデルでは、他学部の学生を確保すること、実施時期に関して学部間の調整が必要になることが課題として挙げられた。これに対しては、夏休みなど講義期間外に開講することで実施可能ではないかとの意見が挙げられた。また、シミュレーターなどの資材が大学によっては無い施設もあるとのことで、その確保が課題として挙げられた。また、実務経験がない教員は、現場に対して恐怖感を持っているとの意見もあり、教員に対する教育も必要であると考えられた。

《プロダクト7》

## 課題と解決策

課題(・)と解決策(→)

・他学部の学生を確保できるか？学部間の時期などの調整は？

→夏休みを実施 →医学部は夏休みに確保困難

・シミュレーターなど資材の確保

→大学によっては無い施設もある

・実務経験がない教員は、現場に対して恐怖感を持っている。

→教員の教育

(報告者:櫻田大也)

## II C グループ

以下、作業①～③のテーマに沿って、議論を行い、プロダクトの作成を行った。

### 作業①『医療現場で経験した場面を思い出してください』

まず、「患者の生活や心理を詳細」に把握する重要性を感じた体験、実際の「医療現場」で経験した事例を各自紹介し、情報共有し、ナラティブな視点の重要性を確認することとした。

(事例)

- ・呼吸器がん患者へのケア。

肺がん、30代男性。終末期。緩和ケア。できるだけ経口での服薬がいいだろうということで支援。家族構成は、奥様、5歳児、3歳児。家のローンを組んだばかり。ご本人が亡くなった後のことが心配で、心理的苦痛が増してこられた。経口のモルヒネの薬価が高いため、経済的な心配もされていたケースがあった。

- ・患者様の血圧のコントロールがうまくいっていなかったケース。

医師が、降圧薬の量を増やす、種類を増やすということがあったので、患者様によくお聞きしたところ、実は、服薬をされていないことがわかったというケースがあった。

- ・患者の満足に応じて治療効果が変わるとおっしゃっている医師のお話。

どうなりたいの？とまず患者に聞かれる医師がいらっしゃった。手術は完璧でも、患者の満足が得られないケースがある。薬によって治る病気も、思う効果が得られないケースもある。満足が得られないケースがある。そこには、患者への共感・支えが必要。

- ・糖尿病患者に対して、合併症のお話をする。その後、服薬のお話をする。それでうまくいくケースもあるが、患者には共感・支えが必要。共感・支えることで、アドヒアランスが向上することがある。

- ・緑内障患者がいらっしゃった。その方は、初めは治療もまじめにされていたが、そのうち、治療も苦痛になられていた。その気持ちを察する医療従事者が側にいなかったように感じたケースがあった。

医療従事者としては、病態・治療等に注視しがちになり、時に患者の生活や心理の詳細を知ることをお座なりにしてしまうことがある。しかし、実は、それらを把握することが患者にとって、とても重要なケースがあるということ、これら事例を通して再確認することができた。

### 作業②『実務実習で対応できる能力を大学でどのように教育するか』

病院・薬局での実務実習で患者のナラティブな情報を的確に聞き取り、整理する能力を身に付けるための大学での学習方略(授業)を具体的に考えるために、まず、大学で実施している授業などの事例を各自

紹介し、情報共有した。

(事例)

- ・「医療の担い手としての心構え」とうテーマで現場の先生による講義をしている。
- ・医学・薬学・看護学の各学部の学生グループで医療施設に行く(1年)。
- ・高齢者施設(2年)に行って、高齢者と1対1でコミュニケーションをとる授業を行っている。
- ・ヒューマニズム(2年)の科目で、医学部と共同の授業。(薬学)教員が患者シナリオを作成する。臨床倫理の四分割表を用いて、医師の意向・患者の意向・薬剤師の意向、QOL を考え、「治療方針≠患者の意向」なケースがあり、その中で、医療では解決できないことがあるといったことを知る。  
(例:看取りの意向のある患者、孫の顔が見たいという意向があつて、余命を伸ばせないかということ薬剤師に相談したといった場面設定)

次に、これら事例紹介を踏まえて、患者のナラティブな情報を的確に聞き取り、整理する能力を身に付けるための大学での授業は、実務実習に出す前に学習すべきであろうという点を確認した。また、薬剤師として求められる基本的な資質(患者・生活者本位の視点)を身に付けられることを意識しつつ、1年次から順次性のあるラセン型カリキュラムに載せられるような計画にしようということを協議し、順次性を意識しながら、議論を進め、以下の3つの授業計画の作成を行った。

授業計画 1 <span style="float: right;">II-C</span>	授業計画 2 <span style="float: right;">II-C</span>
<ul style="list-style-type: none"><li>・ 授業名:コミュニケーション①</li><li>・ 開講時期:1年次後期</li><li>・ 授業形式:講義・演習(SGD・見学)</li><li>・ コマ数:講義-2コマ、見学-5コマ、SGD-8コマ</li><li>・ 学習目標:相手を理解するためのコミュニケーションの必要性を理解する。基本的なコミュニケーション方法を学び、他者を尊重できる。</li><li>・ 学習資源:   人的資源:教員、高齢者施設の生活者・医療従事者   物的資源:</li><li>・ 評価方法および評価の観点:レポート(30%)、ピア評価(30%)、観察記録(40%)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 授業名:コミュニケーション②</li><li>・ 開講時期:2年次前期</li><li>・ 授業形式:講義・演習(SGD・見学)</li><li>・ コマ数:講義-2コマ、見学-5コマ、SGD-8コマ</li><li>・ 学習目標:医療現場における患者とのコミュニケーションの必要性を理解する。医療現場でのコミュニケーション方法を学び、患者を尊重し、共感できる。</li><li>・ 学習資源:   人的資源:教員、医療施設の患者、医療従事者   物的資源:</li><li>・ 評価方法および評価の観点:レポート(30%)、ピア評価(30%)、観察記録(40%)</li></ul>

## 授業計画 3

Ⅱ-C

- 授業名: 実務実習事前学習
- 開講時期: 4年次前期
- 授業形式: 講義・演習
- コマ数: 講義-2コマ、ロールプレイ-5コマ、SGD-8コマ
- 学習目標: 患者の生活や心理を把握した患者指導や患者教育を行う能力を身に付ける。患者がおかれている苦境を、患者の視点から想像し、解釈し、共感することができる。医療における多様な視点からの複雑な生活世界を把握し、そこからある程度の一貫性を持つ物語を紡ぎだすことができる。
- 学習資源:
  - 人的資源: 教員、模擬患者
  - 物的資源: シナリオ
- 評価方法および評価の観点: 担当教員によるルーブリック評価、模擬患者は形成的評価を随時行う。

### 作業③『新しい授業を導入する際の課題と解決策を考える』

次に、患者のナラティブな情報を取り扱う授業(授業計画①～③)を導入するにあたり、課題となることをあげ、その解決のための方法を議論した。

#### 【授業計画①】

##### <課題>

- 1) 引率者の数が少ない。
- 2) 受け入れ施設の確保、事故があった時の対応。

##### <解決策>

- 1) 実務実習修了学生に引率させる。
- 2) 学生には、会話する等、侵襲性の少ない介助のみをさせ、手伝う範囲を限定する。施設と大学の事前打ち合わせを綿密に。

#### 【授業計画②】

##### <課題>

- 1) 引率者の数が少ない。
- 2) 受け入れ施設の確保、事故があった時の対応。
- 3) 病棟へ上がることが難しい。
- 4) 学生によるボランティア自体が難しいのではないか。

##### <解決策>

- 1) 実務実習修了学生に引率させる。
- 2) 学生には、会話する等、侵襲性の少ない介助のみをさせ、手伝う範囲を限定する。施設と大学の事前打ち合わせを綿密に。
- 3) 病棟担当/薬局の医療従事者に体験講義(ナラティブな話)をしてもらう。薬局見学 で対応できるか。
- 4) ボランティアをしている方に同行する。

### 【授業計画③】

#### <課題>

- 1)シナリオの準備(背景の作成と更新・授業の流れ)が大変。
- 2)評価が難しい。

#### <解決策>

- 1)現場の先生にナラティブな経験談をアンケートする。  
5・6年生にナラティブな経験談をレポートとして提出させ、それらを資源とする。
- 2)適切なルーブリックの作成と評価のトレーニングの実施。

(報告者:首藤 誠)

### ⅢA グループ

「課題:患者中心の視点を身に付けるための授業モデルを作成してみよう」に向けて作業に入った。

作業①「医療現場で経験した場面を思い出してください」では、メンバー全員が、過去の実際の「医療現場」で経験されたナラティブな視点が必要であったと考えられる事例を挙げた。

- 昼夜が逆転したような生活リズムを持った症例(夜間労働など)
- 病識不足、薬識不足等により、入退院を繰り返す症例
- 在宅療法での独居の症例
- 親の介護、本人の疾患が重なり、本人がなかなか治療に踏み切れない
- インスリン導入時の症例
- 医師には内緒で健康食品を摂取している症例
- I型糖尿病の患児を持った家族からの相談事例

いずれの症例・事例においてもナラティブな視点を必要とし、患者の生活状態や心理状態、取り巻く環境等の情報が不可欠である。

作業②「実務実習で対応できる能力を大学でどのように教育するか」では、現在各大学で実施している授業の中で、授業モデルの参考となる事例を挙げた。

- チーム医療を考える
- 患者心理を聞いたり・読んだりする
- 患者手記を読む
- 患者会の方々をお呼びして話を聞く(複数大学有り)
- 薬害被害者等の患者の話聞く(複数大学有り)
- 患者からのクレームを題材とする
- 禁煙外来を想定したロールプレイ

以上のような具体例が挙げられ、さらにその事例ごとの目的・方法、工夫している点、問題点などが話し合われた。

次に、これらの事例や議論を参考に、病院・薬局での実務実習で患者のナラティブな情報を的確に聞き取り、整理する能力を身につけるために、大学での学習方略を具体的に考えた授業モデルを作成した。

当班では、「患者体験談Ⅰ」、「患者体験談Ⅱ」の2つを作成した。

「患者体験談Ⅰ」では、2年次に開講し、患者の手記・体験談を読み SGD を行うモデルである。「患者体験談Ⅱ」では、3年次に開講し、実際に患者を講師として招き、患者の口から自ら受けた医療体験談を聞き SGD を行うモデルとした。

この2つの授業は、ナラティブな情報得ることができるようなコミュニケーション能力を身に付けるためには、1学年で終了では無く学年毎の継続性を持ち、学年進行に連れて文章から患者自身へと臨場感を持たせ、患者心理、背景を段階的に深め、ナラティブを修得できるように配慮した。また各授業とも軽い疾患から始

め、重篤な疾患へと対象疾患を変化させ、さらに、患者に係わる介護者等の体験談も盛り込むことで、ナラティブな視点を理解できるように考えた。評価方法はレポート、SGD と発表内容をルーブリック評価とした。作業③「新しい授業を導入する際の課題と解決策を考える」では、全員で議論を行った。

課題としては、「ナラティブ ベースド メディシン」という語句になじみが薄い、コミュニケーション関連科目に「ナラティブ ベースド メディシン」の要素が不足している、評価の方法(指標)が困難、人的資源(教員)の不足等が挙げられた。

解決策としては、FD 講演会や教員と薬剤師との WS、研修会、関連学会、関連団体で取り上げていただき、理解を深める。コミュニケーション関連科目におけるカリキュラムや講義内容の見直し、評価基準の確立、自己評価やピア評価を活用し教員不足の補助や TA や基礎系教員の協力等が挙げられた。

今回の WS では改訂モデル・コアカリの A 項目、B 項目そして F 項目に関連する「Narrative-based Medicine」について学ぶことができた。しかしこれらの能力は簡単に醸成できるものではなく、大学での教育から、社会での教育へと継続していかなければならないと感じたしだいである。

<p style="text-align: center;"><b>第二部 患者・生活者本位の視点を身に付ける授業モデルを作成してみよう</b></p> <p style="text-align: center;">Ⅲ-A プロダクト</p>	<p style="text-align: right;">Ⅲ-A 班</p> <p><b>作業①</b></p> <p style="text-align: center;"><b>患者などの物語の聞き取りが重要だと感じた体験</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 生活リズムにずれ(夜間労働など)がある症例</li> <li>● 入院を繰り返す症例</li> <li>● 在宅療法で独居の症例</li> <li>● 家族内で疾患が重なり、思い通りの医療が受けられない</li> <li>● インスリン導入の症例</li> <li>● 健康食品を摂取している症例</li> <li>● 1型糖尿病の患児の家族からの相談事例</li> </ul>
<p style="text-align: center;">現在の授業で参考となるもの</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● チーム医療を考える</li> <li>● 患者心理</li> <li>● 患者手記</li> <li>● 患者会のお話を聞く(複数施設において)</li> <li>● 学内で患者のお話を聞く(被害被害者など)</li> <li>● 患者クレーム対応</li> <li>● 禁煙外来を想定したロールプレイ</li> </ul>	<p style="text-align: right;">Ⅲ-A</p> <p style="text-align: center;"><b>授業計画 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 授業名: 患者体験談I</li> <li>● 開講時期: 2年</li> <li>● 授業形式: 講義とSGD</li> <li>● コマ数: 4</li> <li>● 学習目標: 患者の経験談を読んで患者の気持ちを理解する</li> <li>● 学習資源:             <ul style="list-style-type: none"> <li>人的資源: 5・6年生(実務実習経験者)、教員</li> <li>物的資源: 患者経験談など、PC</li> </ul> </li> <li>● 評価方法および評価の観点: レポート、SGDと発表内容をルーブリック評価</li> </ul>

## 具体的な授業内容

### 授業計画 1

#### <1コマ>導入

概要説明。経験談(生活習慣病)を読む。

SGDの観点は共感できる点、できなかった点(医療者側のナラティブな面)、その後の対応など。

SGDの結果を発表。

#### <2コマ>

経験談(リウマチ)を読む。

SGDの結果を発表。

#### <3コマ>

経験談(支援・介護側)を読む。

SGDの結果を発表。

#### <4コマ>

経験談(がん)を読む。

SGDの結果を発表。

## 授業計画 2

Ⅲ-A

- 授業名: 患者体験談II
- 開講時期: 3年
- 授業形式: 講義とSGD
- コマ数: 4
- 学習目標: 患者の経験談を聞いて患者のナラティブを理解する。
- 学習資源:
  - 人的資源: 患者、教員
  - 物的資源: PC
- 評価方法および評価の観点: レポート、SGDと発表内容をルーブリック評価

## 具体的な授業内容

### 授業計画 2

#### <1コマ>

概要説明。導入講義。患者(生活習慣病)の話聞く。質疑応答。

SGDの結果を発表。

#### <2コマ>

導入講義。患者(リウマチ)の話聞く。質疑応答。

SGDの結果を発表。

#### <3コマ>

導入講義。介護者(認知症)の話聞く。質疑応答。

SGDの結果を発表。

#### <4コマ>

導入講義。患者(がん)の話聞く。質疑応答。

SGDの結果を発表。

## 課題と解決策

- 大学教員、薬剤師のナラティブベースドメディスンに対する理解が浅い  
→FD講演会、WS(教員と薬剤師)、研修会、関連学会、関連団体の関与
- コミュニケーション関連科目にナラティブベースドメディスンの要素が不足している  
→カリキュラムの再構築  
→既存講義内容の見直し
- 評価方法(評価指標)が困難  
→評価基準の確立
- 人的資源(教員)が足りない  
→自己評価、ピア評価の活用、TA、基礎系教員の協力

(報告者: 脇屋義文, 岸川幸生)

### ⅢBグループ

目的:患者中心の視点を身に付けるための授業モデルの作成

議論の経緯:

1. 患者などの Narrative(物語)の聞き取りが重要だと感じた体験について話し合った。

- ・末期がん患者に対する化学療法施行後の対応を通して学んだこと。

患者の気持ち(生きがい)やその背景を共有し、患者さんと話すタイミングなどを考慮する必要があると感じた。

- ・患者が病気を受け入れ、病気との向き合い方を考慮した支援が必要である。
- ・維持透析患者は、自分の病気・薬について詳しいと思っている。

他人である医療従事者には自分の大変な経験がわからないと思っていることが多い。

2. 授業計画立案のプロセス

授業計画1

(1)薬学臨床演習Ⅰ「命を学ぶ」をテーマとして話し合った。

- ・3年前期

薬害被害者の体験を聴講する・・・宿泊を伴う合宿形式が望ましい。

被害者と打ち解けて話すためにも合宿し、インタビュー及びSGDを行う。

- ・学生の自己学習:担当する薬害についてグループで事前学習し、まとめる。
- ・講義:薬害の歴史、発生状況、対応など。

(2)学習目標の設定

- ・傾聴することの重要性を学び、態度・技能を習得するとした。

学習した知識をもとに、薬害被害者を通して命の尊さと、生活背景・心情を理解する。

(3)学習資源として対象学生は40名程度が望ましい。

- ・人的資源としては、薬害被害者、教員
- ・物的資源としては、PC、プロジェクター、ホワイトボード、宿泊施設など

(4)学生の評価方法および評価の観点としては、出席およびレポート提出。

- ・全体発表で授業をまとめる。

(5)授業コマ数

〈2コマ〉自己学習、講義

〈6コマ〉患者体験の聴講・インタビュー(合宿形式)とSGD(命の尊さ・心情、社会環境について)

授業計画2

(1)薬学臨床演習Ⅱ「患者の気持ちに寄り添う」をテーマに話し合った。

- ・3年生前期(夏期集中)で看護体験、医療ボランティア体験を通して学ぶ。

(2) 学習目標の設定

- ・看護体験・ボランティア活動を通して、難治性の疾患を持つ患者の心情・社会状況を理解するとした。

(3) 学習資源として対象学生は、40名。

- ・人的資源: 教員、医師、看護師、薬剤師、患者・家族、ボランティアコーディネーター、臨床心理士、ソーシャルワーカーなど。
- ・物的資源: PC、プロジェクター、ホワイトボード、実習施設

(4) 学生の評価方法および評価の観点としては、出席およびレポート提出。

(5) 授業コマ数

〈6コマ〉2日間の体験実習(病院、ホスピスなど)

(2コマ) 報告会・全体討論

3. 課題と解決策について討論した。

(授業計画1)

- ・課題としては、経費と人的資源が挙げられた。
- ・解決策としては、医学部、歯学部、看護学部などを有する大学と、薬学のみ薬科大学では実施困難な場合があるので、大学間の連携や協力体制を要する。
- ・実施にはコーディネーターが必要である。
- ・公的資金の設立を要請したい。

(授業計画2)

- ・課題は、実施施設の確保が挙げられた。
- ・解決策としては、大学間の連携協力体制を要し、他学部(医師、歯科医師、薬剤師、看護師、心理・社会福祉士などとの連携と合同授業などの検討を要する。

(報告者: 加賀谷肇)

### ⅢCグループ

1) 各大学における患者視点の要素を含んだ講義、演習、実習の具体例

授業計画の作成の参考にするため、前段階として患者視点の要素を含むと考えられる講義や演習、実習の各大学における実施例の以下に示す紹介があった。

1 年次

○病院・薬局における早期体験学習 ○ロールプレイによる薬局窓口対応 ○薬局電話対応(薬局道順の説明、企業接遇教育スタッフに協力依頼)○薬害被害患者による講演 ○アナウンサーによるコミュニケーション法の講義 ○大学講義(心理学、コミュニケーション)

2 年次

○妊婦体験および不自由体験 ○老人ホームにけるコミュニケーション実習

4 年次

○他学部学生と薬学部学生とのチーム医療演習 ○セルフメディケーション演習  
○緩和医療専門医による講義

5 年次

○在宅医療の体験(患者背景熟知のもと医師と同行) ○教員作成シナリオと模擬患者を用いたロールプレイ

上記の実施例から薬害被害患者による講演と講演内容についてのスモールグループディスカッション(SGD)を授業計画の一部に取り入れることにした。

2) 授業計画概要

授業名、開講時期、授業形式等を含む授業計画の概要に関して意見交換を行った。授業名は患者ナラティブ情報、開講時期は、病院・薬局実習開始時期や CBT 試験を考慮し 4 年生前期とし、授業コマ数は 1 日あたり 2 コマ、4 日間、計 8 コマとした。授業形式は、学生の効率的理解を促すため、講義や講演に加えて、演習(SGD、ロールプレイ)を多く組み込むことにした。以下に構築した授業計画の概要を示した。(本ワークショップにおけるプロダクトスライドを引用)

授業計画	
授業名	患者ナラティブ情報
開講時期	4年前期、後期はそれどころではない
授業形式	講義・演習
コマ数	1日2コマ×4日(計8コマ、集中)、1単位
学習目標	患者のナラティブな情報を的確に聞き取り、整理し、患者の生活背景を把握することができる
学習資源	人的資源:教員、模擬患者、患者、6年生

	物的資源:シナリオ、PC、講義室
評価方法および 評価の観点	2コマ目に実技試験、4コマ目プロダクトシートをルーブリック評価、8 コマ目終了後、レポート提出(ルーブリック評価)

### 3) 具体的な授業内容

8 コマを 4 項目の授業テーマに割り振り、授業内容を作成した。各授業テーマ設定理由と具体的方略を以下に記載した。

#### 3)-1 ナラティブな情報の重要性と入手、整理技法の理解(必要コマ数:2 コマ)

導入授業として、講義形式で Narrative-based Medicine の概念、事例紹介によるナラティブな情報の重要性、抱え込み(非言語的メッセージ、傾聴技法、共感表現)と揺さぶり(保証、説明、自己開示)等の患者からのナラティブな情報の入手、整理技法を概説する(1 コマ目)。学生同士のロールプレイにより、あらかじめ教員が作成したシナリオに基づき薬剤師役が患者役からナラティブな情報の聞き取りをおこなう。ロールプレイの結果を学生が SGD 方式により評価し、ナラティブな情報の入手、整理技法に関し個人情動的観点からの困難さも含め方法論的問題点を抽出し、解決方法を議論する(2 コマ目)。

#### 3)-2 対極的な生活背景を有する患者への対応比較(必要コマ数:3 コマ)

医療におけるナラティブな情報の重要性を明瞭簡潔に理解させるため、処方および病態情報は同一であるが、対極的な生活背景を有する 2 人の患者への対応を比較検討する授業を考案した。

教員が予め作成した処方箋を提示し、処方情報のみから病態を予測しプロブレムリストを作成する(1 コマ目)。処方、病態情報にナラティブな情報も追加し、生活背景に含まれる問題の有無による患者対応の差異を、薬剤師役の学生による模擬患者 (SP)への服薬指導のロールプレイとロールプレイ後の SGD により評価し、ナラティブな情報の医療における重要性を理解させる(2 および 3 コマ目)。特に、患者の生活背景に潜在的問題点が認められる場合、処方、病態情報に偏重した患者対応は意味をなさず、Narrative-based Medicine を構築していくためには、処方・病態情報とナラティブな情報の重要性の度合いを個別化し的確に評価することが要求され、患者の生活背景状況によっては他の医療従事者ばかりでなく福祉関連従事者との連携や一部役割の分担も必要になることを理解させる。

#### 3)-3 薬害被害患者や”癌サバイバー”による講演(必要コマ数:2 コマ)

薬害被害患者や”癌サバイバー”に講演依頼し(1 コマ目)、講演後 SGD 方式により、薬害が患者に与えた身体的、心理的、社会的影響、がん告知されたときの気持ち、がん治療を含む患者に対する医療従事者の役割等を自他両側面の立場から多角的に議論する(2 コマ目)。死生観や倫理観、これら概念の多様性に関連したより本質的なナラティブな情報に踏み込んだ議論は、生涯にわたって narrative competence (患者と物語を共有し、患者の物語に心動かされて、患者のために行動する関係に参入できる能力)を養成するためのきっかけをあたえ、Narrative-based Medicine を構築していくことに役立つことが期待される。

#### 3)-4 6 年生による症例報告会(必要コマ数:1 コマ)

6 年生が病院・薬局実務実習を通して遭遇したナラティブな情報の重要性を示す具体的症例を報告し、

4年生と質疑応答する。6年次の症例報告を義務付ければ、明確なテーマを持ち病院・薬局実務実習に臨むことができナラティブな情報の重要性の理解を深めるばかりでなく、下級生の指導も含めて教育能力の向上にも寄与し増幅的効果が期待できる。

以下に4項目の授業テーマを細分化した各コマにおける授業内容を示した。(本ワークショップにおけるプロダクトスライドを引用)

授業名:患者ナラティブ情報	
コマ数	授業内容
1	講義---ナラティブ情報の重要性、事例紹介、患者情報を引き出すテクニック、患者心理
2	演習---学生同士による情報の収集と提供に関するロールプレイ
3	講義--- 薬害、がんサバイバーなどの患者の話聞く
4	演習---実際の患者の話で感じた、患者心理に影響を与える因子について話し合う(SGD)。SGD 終了後、発表。
5	演習---疾患・処方内容を提示し、患者情報をもとに病態を予測する。プロブレムリストを作成する(PBL)
6	演習---SP を使って情報を聞き取り(PBL)。患者背景によって、プロブレムリストの再構築。
7	演習---異なる生活環境を持つ SP を使って情報を聞き取り(PBL)。患者背景によって、聞き取り方法・服薬指導法が異なることを学ぶ。
8	演習---6年生が実務実習で体験したナラティブ情報の重要性について紹介する。4年生と6年生の双方向で意見交換・ディスカッション。

#### 4) 課題と解決策

予算的、人員的問題(教員の数、模擬患者の確保等)が課題の中心であった。特に、人員的問題においては、コミュニケーション教育等、薬剤師として求められる基本的な資質を有する薬剤師の養成教育に関与できる教員の絶対数が不足しており、全薬学教員の意識改革と再教育の必要性が議論された。以下に、取り上げられた課題と解決策を示した。(本ワークショップにおけるプロダクトスライドを引用)

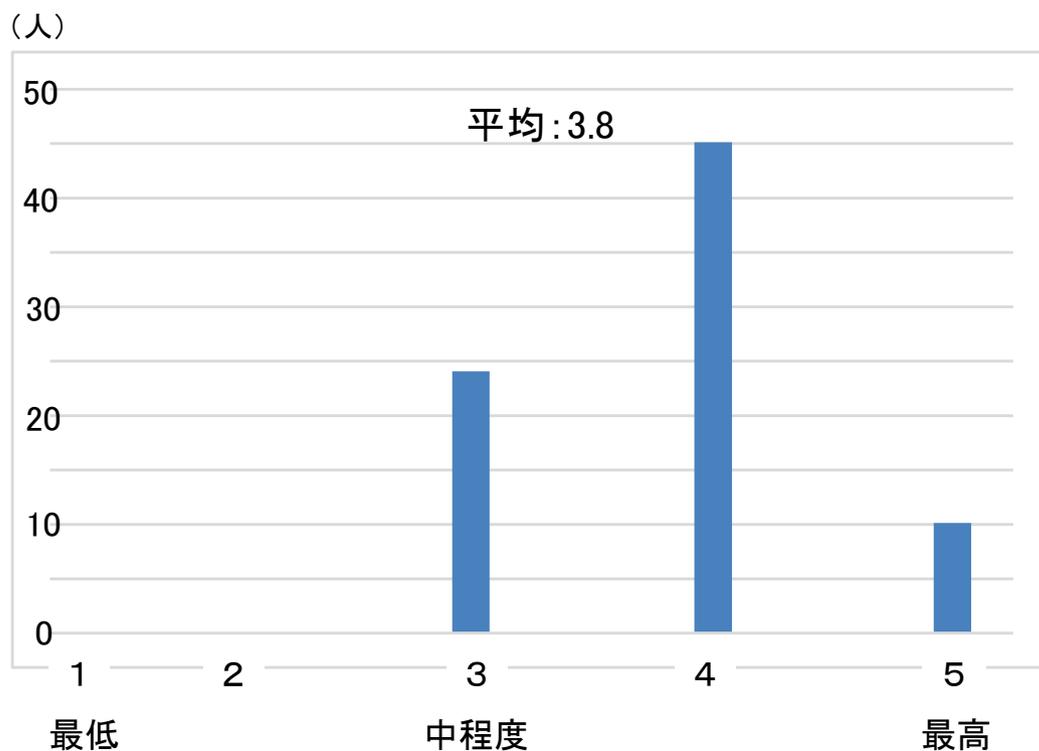
課題	解決策
シナリオ作成(学生が現場をイメージできるものでなくてはならない)。	実際の臨床現場であったことをシナリオにする(少なくとも4症例)。倫理委員会で審議し、承認を得る。

教員の数。1名/グループ(8名)	6年生をチューターとする。同時に SBO「後輩を指導する」もクリアできる。
模擬患者(SP)の確保	SP 研究会を持っていない大学は、早急に SP 養成を行う。地域でのネットワーク化・合同トレーニングでも可。
患者確保、必要経費(謝金、交通費など)	患者の会にお願いする。予め、予算計上しておく。
コミュニケーション教育の専門教員不足。	解決策が見つかったら苦勞しない。永遠の課題。
物語能力の重要性が周知されていない。	学生:低学年からの教育システムを構築。 教員:FD による <b>全教員</b> の情報共有。

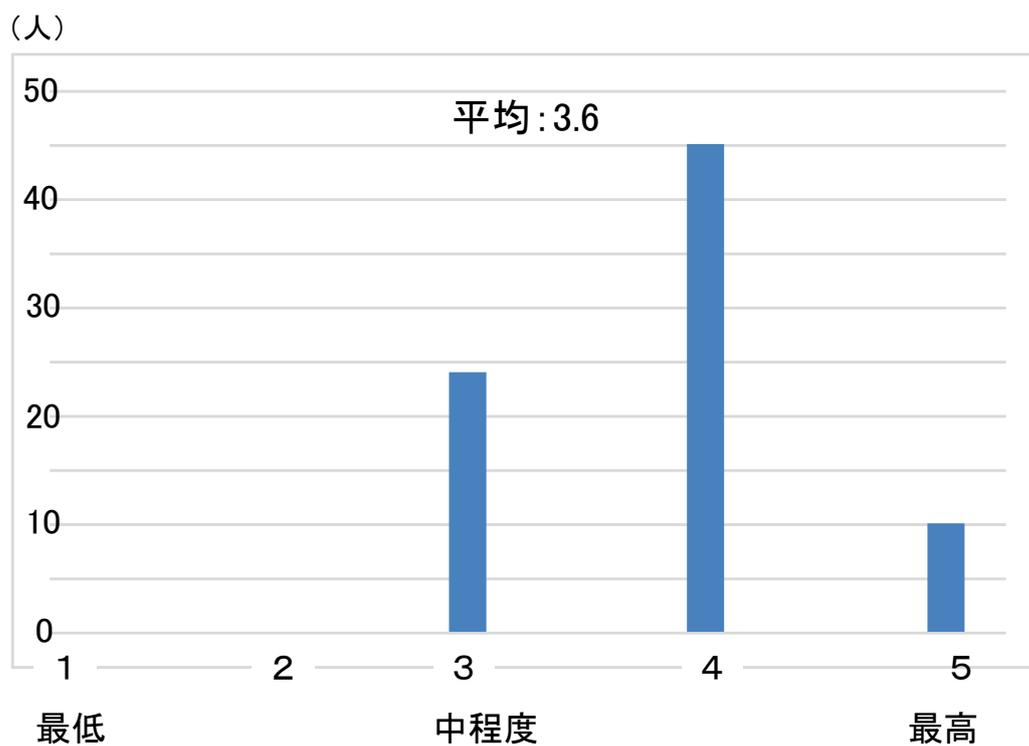
(報告者:巾 正美)

# 参加者アンケートまとめ

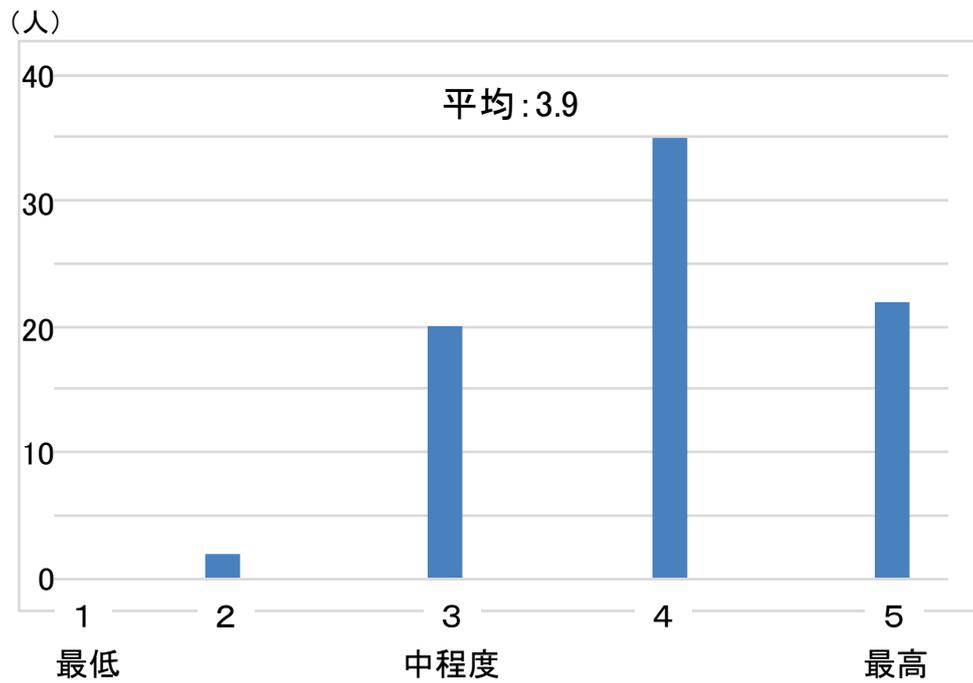
1. 今日のワークショップの流れにスムーズに入り込めましたか。



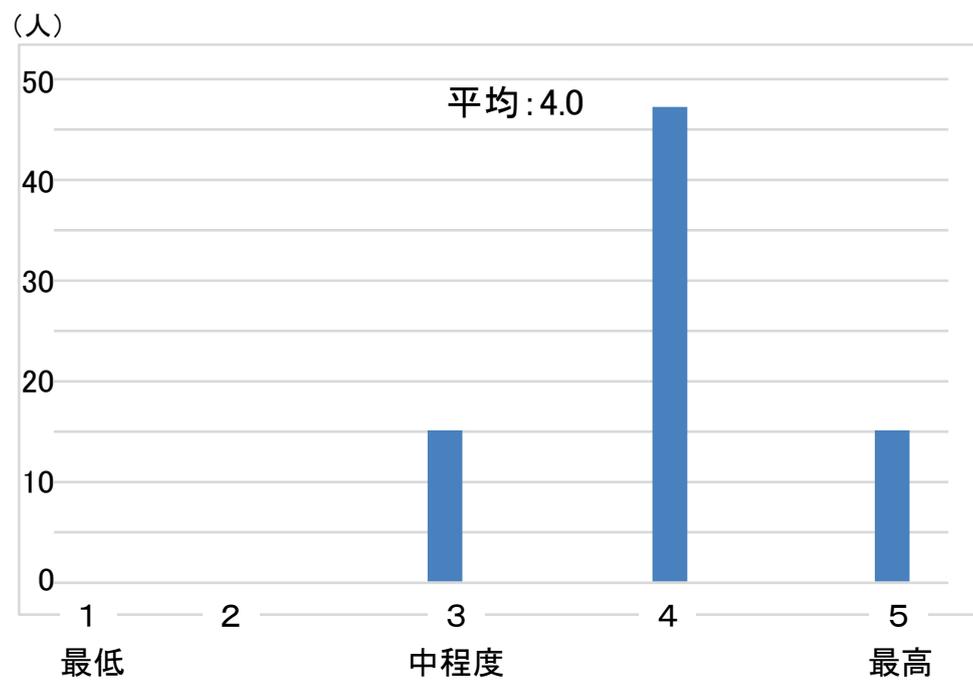
2. 今日、あなたは討議にどの程度参加されましたか。



3. 今日の内容は、あなたのニーズにマッチしましたか。



4. 今日のプロダクトは、貴学のカリキュラムに役立ちますか。



## 5. 今日、よく理解できたことは何でしたか。(同じ内容の意見は統一)

- ナラティブとは何か、その重要性。患者中心の医療の提供の重要性。評価の難しさ。
- Narrative な視点の重要性。Narrative な視点を教えることの難しさ。
- ナラティブを大学の教育に取り入れることが重要であること。大学教育での道しるべとなった。
- ナラティブコンピテンシーについて理解が深まりました。
- ナラティブベーストメディスンの導入の必要性や考え方。
- ナラティブを考慮した患者理解。
- 「ナラティブ」の考え方につきまして齋藤先生のご講義に大変感銘を受けました。ありがとうございました。
- 患者さんの心理を理解し、最終的には QOL に役立つ必要性について。又、その手法や考え方について理解できた。
- 薬学教員の意欲と熱意が理解できた。
- 自分自身の感受性を高める。技術ではない。
- ナラティブ導入時の問題点を具体的な策を学ぶ機会が得られ、実務実習にリンクさせていく必要性を実感できました。多様性を理解する事が大切。
- ナラティブとは何か。  
多様性の共存が重要。
- 心理等を理解し、引き出すことの重要性。患者さんの深層心理は良く知るべきだと思いました。
- 患者対応についての学習計画（学生に理解させるための）の立案の目的、流れ。
- いかにかストーリーを導き出すか。
- ナラティブには構造がある。ということ。
- ナラティブの観点を薬学教育に活用し教育する重要性を理解できた。
- 医療現場にいた当時は、本日の内容は常に意識していた（出来たかどうかは別）ことで、改めて整理された体系で聞き、良かったです。
- ナラティブの内容。A B F と連続した実習が必要。

## 6. 今日、あまり理解できなかったことは何でしたか。(同じ内容の意見は統一)

- Narrative based medicine の教授法。
- Narrative な視点を教える方法。Narrative な視点を教えることのできる教員の育成法。Narrative な視点の評価法がまだ具体的に見えてこない。
- 意見交換により、これまでの疑問点はすべて解決いたしました。
- ナラティブの意味。(真の深い意味)
- ルーブリックと評価との関係。
- さらなるナラティブ。

- ナラティブ学習のつながり。
- カリキュラムへの反映や評価方法（継続して検討することが必要である）
- 「ナラティブ」の評価については分からなかった。NBM の評価法。
- 具体的な課題解決策が今一つでした。
- 具体的な授業計画の立案が不十分であった。
- 薬剤師におけるナラティブはどのような可能性があるか今後勉強していきます。
- さらに勉強すると、分からないことが出てくると思います。
- カリキュラム作りは難しい。
- 最初に、今日の end point（目的）をわかるように伝えてほしかった。薬学的 care と narrative の部分が最初一緒になってしまって分かりにくかった。
- 具体的な方法論。
- 実際にどのようにするとよいのか。
- （患者さんの深層心理は良く知るべきだと思う）  
上記のことが分かっているでも NBM をそんなに重要視すべきかどうか疑問であった。  
薬剤師にはもっと基本的にやらねばならないことがあると思います。
- 特にありませんが、今回の授業立案を実行するためには大きな労力が必要であると感じました。
- 特に無いが、Narrative based medicine を再認識できたが、十分な理解までに至っていないことが分かった。
- ナラティブを実務前実習にどのように導入するか難しく感じられた。
- 実務実習と大学での教育の違いがなにか？大学で実務的な課題を予備的にたくさんやってしまうと実務実習の受け入れ側の教育環境が良ければ（充実していれば）いいのですが、そうでないと実務実習が形骸化してしまいそうに思った。  
受け入れ側の薬剤師は、この教育環境の変化についていけるのか？
- 実務実習への反映について。
- 自分なりに理解できたと思う。
- 授業の作り方。難しいと感じた。
- 医療連携での情報共有の進め方。
- ナラティブの範囲。
- コミュニケーション専門教員不足についての対策。

## 7. その他のご意見(ご自由にお書きください)

- プログラムを計画していただいた先生方に感謝申し上げます。
- ナラティブについて初めて知った。
- ナラティブを導入することが重要だということを感じました。

- NBM は医療現場では既に行われていることだと思いますが、それがシステムティックに学ぶことができたと思います。ぜひ、医療現場にも周知できたらと思いました。
- 事前学習の中に取り入れたい。
- 薬学系の教員のお話を聞いていると、教員不足で SGD 等の質が向上できない。との事で、この辺の改善を目的としたワークショップも良いのではないのでしょうか。
- NBM をどのように取り入れていくか、今後考えていきたい。
- とても充実した WS だったと思う。今後も継続したい。
- また内容が異なる WS に参加したいです。
- 本日のシナリオや患者背景を使わせていただきたいです。ありがとうございました。
- カリキュラムに入れ込む作業が大変です。
- ナラティブの学生版テキスト期待しています。  
ナラティブ、アドバンス版のセミナーの企画  
(補足)ドクターは「観察する」印象に残りました。ありがとうございました。
- 第2部の作業は多すぎたように思います。
- 勉強になりました。齋藤先生の話、すばらしかったです。
- 患者さんや利用者さんを教育という名のもとに提供していることを理解して欲しい。  
提供(差し出されて)学ぶのではなく、自らが学びに行くこと、感じたことを学問にしていくこと等を考えて下さい。
- 各大学がより向学心を持った学生を送って下さることを期待します。今日のカリキュラムは意識づけによかったと思います。
- とても楽しかったです。
- 事前学習の代表者だけでなく、若手教員も対象にしても良いと思います。
- 大学での教育に生かしていきたいと思いましたが、なかなか難しいと思いました。
- 佐藤和男さんのシナリオの出来が非常に良かった。  
またそれを演じた SP さんの演技力が素晴らしかった。
- 医療人教育を行うとすると、どうしても他学部(科)の協力が必要になる。ここ10数年薬学における教育論が進んでいないことを痛感するとともに、医療系を横断した教育システム作りが必要であるとも感じた。
- 新しい流れを発見できました。
- 本ワークショップを運営していただいた先生方に感謝申し上げます。
- 時間厳守で進めて頂きたいと思います。
- 会場が寒いので改善をお願い致します。
- 改訂コアカリで教育内容を改善していく必要があることに対して理解が低い教員が多いことが問題だと思います。(もちろん WS への参加者の先生方ではありません・・・)

- 「ナラティブ」という特定の専門用語をキーワードにするのであれば、初めに「ナラティブ」という意味を話さないと「知ってますよね」という体で初めると、困惑します。班員の大半は「ナラティブ」を知りませんでした。
- 事前実習への応用について参加者のアンケートを取って頂きたい。
- IPE 等、調整が難しいと思いますが、グループメンバーの方々と今後も情報交換していきたいと思えます。タスクの先生方、ありがとうございました。
- 実務系の中でも、NBM の必要性について認識が異なることがわかった。
- ナラティブ学習についての評価は、ある程度のところまで中央で決定すべきである。
- 症例は大変参考になりました。このくらいインパクトがあると学生の理解も深まると思いました。
- 時間が少しおすのが気になった。少し焦点がぼやけている感じを受けた。
- 先進的なのとくみをしている大学の授業を見学させていただきたいと思いました。

## 教育講演

「患者中心の医療コミュニケーション-ナラティブという観点から-」

齋藤清二先生

(立命館大学大学院応用人間科学研究科 教授)

第3回医療人養成としての  
薬学教育に関するワークショップ  
2016.1.25

## 患者中心の 医療コミュニケーション —ナラティブという観点から—

立命館大学応用人間科学研究科特別招聘教授  
富山大学名誉教授  
齋藤清二

### 患者さんはなぜ安心できないのか？ 「保証」編

患者:「先生。このお薬って副作用は無いのでしょうか？」

医療者:「副作用ですか？このお薬は全世界で使われている安全な薬です。心配はありません。大丈夫です」

患者:「…でも先生、**根拠もないのに**、ただ大丈夫と言われても納得できません…」

医療者:「…」

### 患者さんはなぜ安心できないのか？ 「説明」編

患者:「先生。このお薬って副作用は無いのでしょうか？」

医療者:「副作用ですか？どのような薬でも副作用はあります。この薬の場合は、肝臓の働きが悪くなることがあります。それと白血球が減ることがあります。しかしその発現率は1%以下です。副作用はまれにしかありません。だから大丈夫です」

患者:「でも先生、まれにって言ったって、もし**万一私に実際に起こったら**どうしてくれるんですか…」

医療者:「…」

### 患者さんはなぜ安心できるのか？ 「対話」編(1)

患者:「先生。このお薬って副作用は無いのでしょうか？」

医療者:「このお薬に副作用があるかどうか、心配なんですね」

患者:「そうなんです。どんな薬でも副作用があるって聞いたので怖いんです」

医療者:「そうですね。確かに副作用が全くないという薬はないので、そう考えられるのは無理もないと思います。よろしければ、どういことが心配なのか、もう少し詳しく話していただけますか？」

### 患者さんはなぜ安心できるのか？ 「対話」編(2)

患者:「はい。知り合いで私と同じような病気で薬を飲んでた人がいたのですが、何でもお薬が肝臓にさわったとかで、入院するはめになったと聞いています。そういうことってこの薬でもあるのでしょうか？」

医療者:「なるほど、そんなことがあったのですか。そんなことを聞いたら誰だって心配になりますよね」

### 患者さんはなぜ安心できるのか？ 「対話」編(3)

患者:「はい。お薬はきちんと飲まなければいけないとは思っているのですが、そんなことを考えると怖くなってしまいます」

医療者:「お薬をきちんと飲むという気持ちと、副作用が怖いという気持ちと両方あって、すっきりしないというわけですね」

患者:「はい。そのとおりです」

## 患者さんはなぜ安心できるのか？ 「対話」編(4)

**医療者:**「それでは、説明致します。このお薬が肝臓にさわる可能性は確かにゼロではありませんが、確率はとても低く、100人に1人くらいです。もし万一そういうことがあっても、お薬をやめるか切り替えればもとにもどります。念のために、飲み初めてから1ヶ月後に血液の検査をさせていただきます。それで異常がなければ、その後は半年に1度くらいのチェックで十分です」

**患者:**「そうですか。説明していただいて、たいぶ気が楽になりました」

## 患者さんはなぜ安心できるのか？ 「対話」編(5)

**医療者:**「今の説明で分からない点とか、ほかに心配なこととかありませんか？」

**患者:**「いえ。今日のところは特にありません」

**医療者:**「そうですか。今後も心配な点があったら、遠慮なくいつでも聞いて下さい。またご説明いたします」

**患者:**「ありがとうございます。今後とも宜しくお願いします」

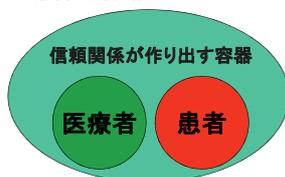
## “良質な対話”の構造

### ■ 抱える技法

- 非言語的メッセージ(関わり行動)
- 傾聴技法
- 共感表現

### ■ 揺さぶる技法

- 保証
- 説明
- 自己開示など



**抱えてから揺さぶる！(神田橋)**

## 医療における エビデンスとナラティブ

### ■ Evidence Based Medicine(EBM)

- 1991 Guyattにより提唱される。

### ■ Narrative Based Medicine (NBM)

- 1998 Greenhalgh らにより提唱される。

### ■ Google 検索(2015.12.16)

- 「エビデンス」and 「医療」: 525,000 hits
- 「ナラティブ」and 「医療」: 60,700 hits
- 「エビデンス」「ナラティブ」「医療」: 13,600 hits

## ナラティブとは何か？

- 日本語では「物語」「語り」「物語り」「ものごと」などと訳される。
- あるできごとについての言語記述(ことば)を、何らかの意味のある連関によってつなぎあわせたもの。
- ことばをつなぐことによって、「意味づける」行為。

## Medical Wisdom and Doctoring

(Robert B. Taylor, 2010)

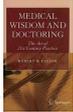
## Narrative-based Medicine

*The clinical act of helping the patient tell a part of his or her life narrative, and helping that person "fix the broken parts of the story."*

患者が自身の人生の物語を語ることを助け、『壊れてしまった物語』をその人が修復することを支援する臨床行為。

## Narrative-based Medicineの特徴

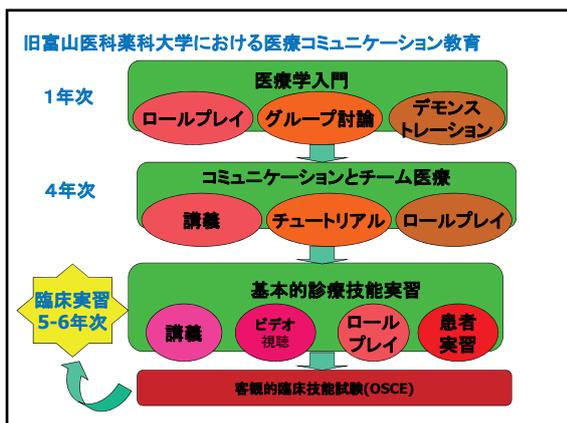
(Robert B. Taylor, 2010)



1. 病いは、患者の人生と「生活世界」という、より大きな物語において展開するひとつの「章(chapter)」と見なされる。
2. 患者は物語の語り手であるとともに主体として尊重される。
3. 医学的な仮説、理論、病態生理は、社会的に構成された物語であるとみなされ、常に複数の物語が共存することが許容される。
4. 患者と臨床家の対話から浮かび上がる新しい物語は治療的な影響(impact)をもたらすことが期待される。

## 医療における 物語能力(narrative competence)

- 1) 患者の言葉に耳を傾け、病いの体験を物語として理解し、解釈し、尊重することができる。
- 2) 患者がおかれている苦境を、患者の視点から想像し、共感することができる。
- 3) 医療における多様な視点からの複雑な物語群を把握し、そこからある程度の一貫性を持つ物語を紡ぎ出すことができる。
- 4) 患者と物語を共有し、患者の物語に心動かされて、患者のために行動する関係に参入できる。



## 参考書籍

- 『ナースのためのナラエビ医療学入門』日本看護協会出版会、2014
- 『関係性の医療学—ナラティブ・ベイスト・メディスン論考』遠見書房、2014
- 『事例研究というパラダイム—臨床心理学と医学をむすぶ』岩崎学術出版社、2013
- 『医療におけるナラティブとエビデンス—対立から調和へ』遠見書房、2012
- 『ナラティブ・メディスン—物語能力が医療を変える』医学書院、2011
- 『ナラエビ医療学講座—物語と科学の統合を目指して』北大路書房、2011
- 『ナラティブ・ベイスト・メディスンの臨床研究』金剛出版、2009
- 『グリーンハル教授の物語医療学講座』三輪書店、2008
- 『ナラティブと医療』金剛出版、2006
- 『保健専門職のためのNBWワークブック』金剛出版、2004
- 『ナラティブ・ベイスト・メディスンの実践』金剛出版、2003
- 『ナラティブ・ベイスト・メディスン—臨床における物語りと対話』金剛出版、2001
- 『はじめての医療面接—コミュニケーション技法とその学び方』医学書院、2000

第3回医療人養成としての  
薬学教育に関するワークショップ  
2016.1.25

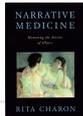
患者中心の視点を身につけるための授業  
モデルを作成してみよう。  
— 講評(あくまでも私的なものです) —

立命館大学応用人間科学研究科特別招聘教授  
富山大学名誉教授  
齋藤清二

## 印象に残った表現

- 「全ての授業には正解がある」を超えないと医療者にはなれない!
- →ナラティブには正解がない。多様性を理解し、共有できることがナラティブ教育の第一の目標
- 「ことば」は、「想い」から発せられるが、「ことば」がそのまま「想い」を現しているわけではない。
- →「ことば」の背景に想いをめぐらせることこそがナラティブの本質
- 薬学部生は「理屈ではない」が苦手、何らかの構造化のてがかりを与えられると、薬学生は生き生きとその能力を発揮する
- →「混沌とした現実世界」に、物語的な秩序を与えることがナラティブの機能。

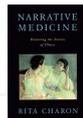
## What is Narrative Medicine ?



- ..defined as medicine practiced with the narrative competence to recognize ,absorb, interpret and be moved by the stories of illness.
- 病いのストーリーを認識し、吸収し、解釈し、それに心動かされて行動するというナラティブ・コンピテンス(narrative competence: 物語能力)を通じて実践する医療。

## ナラティブ・メディスンの 3つのムーブメント

Three Movements of Narrative Medicine



- 配慮(Attention)
- 表現(Representation)
- 参入/連携(Affiliation)



## 『神様のカルテ』

(夏川草介著。2009小学館)

「発熱は40℃。朝3時までには熱だけだったが、3時半に看護師がラウンドした時点で、腹痛が出現し、血圧は90台まで低下していた。点滴を開始したが、4時には意識レベルが悪くなり、今はよびかけに対するレスポンスも弱い」

(第一話「満天の星」文庫版p60)

## 『神様のカルテ』

(第三話:月下の雪、p219-221)

- ぼつりぼつりと、ふいに雨が降り出した。いかん...大切な手紙が濡れてしまう...馬鹿を言っちゃいけない。ここは病室だ。部屋の中でなぜに雨が降る...
- 文字がうるんだ。濡れた文字がぼやけた。泣いているのだ。私が泣いているのだ。雨など降ろうか、全部涙なのだ。
- ...形にならぬ哀感と対象の定まらない憤り、それらが走馬燈のように近づいては駆け抜けていく。
- 人が死ぬとはそういうことである。いつもの事ながら思う。私は悲しむのが苦手だ....

医療における

## ナラティブの重層性

- 医療実践の描写・記述としての**医療の物語 (medical narrative)**
- 医療実践としての**物語的行為 (narrative act)**
- 医療者－患者関係を変容させる契機としての**物語的対話 (narrative dialogue)**
- 医療者の基本的な臨床能力としての**物語能力 (narrative competence)**

日本薬学会薬学教育委員会

第3回医療人養成としての薬学教育に関するワークショップ実行委員

- 有田 悦子 (北里大薬)  
石川 さと子 (慶應大薬)  
入江 徹美 (熊本大薬)  
◎ 小澤 孝一郎 (広島大院医歯薬保)  
亀井 美和子 (日本大薬)  
小佐野 博史 (帝京大薬)  
後藤 恵子 (東京理大薬)  
鈴木 匡 (名市大院薬)  
中村 明弘 (昭和大薬)  
野呂瀬 崇彦 (北海道薬大)  
長谷川 洋一 (名城大薬)  
平田 收正 (阪大院薬)

◎実行委員長

発行 2016年10月

公益社団法人 日本薬学会

薬学教育委員会

第3回医療人養成としての薬学教育に関するワークショップ実行委員会