

これからの歯科医療に求められる共感的・全人的医療の実践 —臨床の基本技能としての歯科医療面接—

伊藤 孝訓^{1,2)}

1. 歯科界に求められる歯科医療行動科学

歯科医療における医療者の業務は、医療面接に始まり治療の施行に診療録等の記録、そして説明指導と多忙を極め、さらには治療技術の高度化による生涯学修も求められている。そのような環境下でも、治療における患者-医療者の関係は、患者中心、患者本位な立ち位置を意識しなければならない。しかし、患者の個性や価値観を顧みず、治療の協働性とはほど遠い画一的な歯科医療が繰り返されているとの批判を耳にすることがある。また、歯科医療は団塊の世代が75歳以上の後期高齢者になる2025年に向かって、ケアを必要とする歯を持つ高齢者が増加する。歯科を訪れる高齢患者は、身体障害などの能力障害や健康問題をかかえているので、最初の面接段階でしっかりと信頼関係を築くための時間を確保した傾聴を心がけて、それぞれの高齢患者の事情に対応しないと、「歯科医師が自分に寄り添ってくれない」という思いを抱かせることになる。

共感的・全人的医療を展開するには、単に歯科医療技術だけでなく人間行動そのものを理解しなければならない。人間行動を科学的に理解するには、人間の思考、記憶などの知的機能の解明を目的とした認知心理学を基盤とした医療者・患者の行動を具体化させることも必要である。そのため、歯学教育においては、これまでの基礎医学、臨床歯科学に加えて、人の心理・社会行動を学ぶ学問としての「医療行動科学」¹⁻³⁾が必須であると考えられる。

歯科医療行動科学は、1980年代の米国において、すでにBehavioral Science in Dental Practice（歯科医療行動科学）としてカリキュラムガイドラインが作成されているが、わが国の歯学教育においては未だ学問的確立には至っていない。現在、医学部はいわゆる「2023年問題」⁴⁾の課題の一つに挙げられているため、各大学医育機関は対応を急いでいる。

近年、医療者教育に積極的に取り入れられている医療プロフェッショナリズム教育においても、重要な基本要素として、「行動科学や医療人教育」があげられている。ヘルスケアのアプローチ方法も、従来の「生物医学モデル（Bio-Medical Model）」から「生物心理社会的モデル（Biopsychosocial Model）」⁵⁾へとパラダイムシフトが見られている。

患者の心理・社会行動を明らかにして全人的医療を実現するためには、医療面接を通じて、患者をよく理解することが求められる。患者の心理・社会行動などを理解するためには、医療面接が最重要の臨床能力に位置づけられるのである。

2. 生涯学習でさらに伸ばす医療面接技法

医療面接⁶⁻⁸⁾に関する能力は、過去にはトレーニングによって修得することが難しい“技（アート）”である、と言われていたが、現在では科学的根拠に基づいた教育手法の開発がすすみ、適切な教育手法を用いて学習すれば容易に修得できると考えられている。13年前から実施されている共用試験OSCE⁹⁾において、初診時医療面接は臨床実習開始前までに修得すべき課題のひとつとして組み込まれた。歯科界において、医療面接が広く周知されるようになったことは、極めて大きなエポックであった。

しかし、共用試験OSCEの初診時医療面接課題の立場は、あくまで臨床実習開始前までに学生に求められる医療面接に関する能力が修得できていることの確認である。そのため、医療面接に関する能力のうち、臨床実習以降に修得すべきとされた一部の能力（たとえば診断など）については、共用試験OSCEには含まれていない。臨床実習開始前までに、学生がすべての能力を身につけておくことは不可能であるため、やむを得ないことではあるが、共用試験OSCEの初診時医療面接課題しか知らない教員や学生からは、医療面接は単なる態度教育やコミュ

¹⁾ 日本大学松戸歯学部歯科総合診療学講座 主任教授

²⁾ 日本総合歯科学会 理事長

¹⁾ Chief, Department of Oral Diagnostics, Nihon University School of Dentistry at Matsudo

²⁾ Chief director of Japanese Society of the General Dentistry

ニケーション教育のひとつにすぎないと誤解されている懸念がある。

また、共用試験 OSCE は評価を単純化するために、学生の行動に基づく評価を行うシステムを採用しており、患者との相互関係はあまり評価に影響しない。そのため、医療面接を教育する過程において、教員側が共用試験を意識するあまり、初診患者と初めて会うときの挨拶の仕方や質問内容だけを画一的に学生に伝達している場合もあるようである。それでは共用試験 OSCE はクリアできたとしても、臨床の現場で使えるような、本来の医療面接の技法が教育されていないことになる。

同様に共用試験 OSCE では、「歯周病の病態」、「ブラッシング指導」などの説明・指導系課題においても、学生の行動を基にした評価が行われている。すなわち、評価の単純化のために、学生が言葉として「説明したか／しないか」で評価がなされているのである。

本来、患者への説明や支援に関する医療面接では、患者の応答やメタメッセージ（字義でない伝えたい意味）に含まれている「患者の理解度」を探りながら説明することが必須である。生活習慣病としての歯科疾患は、患者の行動が治療に及ぼす影響が大きいので、患者心理を理解したコミュニケーションが大切な要素となる。

また、聴取（質問）だけでなく、質問（尋ねる）、説明（伝える）、インフォームドコンセント（承認・同意）、交渉（価値観、関係）、指導（患者教育、動機づけ、行動変容）、問題解決（診断・治療の選択・決断）などの多様な要素が含まれている。臨床実習から先の医療面接においては、これらの要素のレベルを高めていかないと、患者から「話を聞いてもらえなかった」とか、「説明が理解できなかった」、「説明してもらえなかった」という評価を受けることになる。

図1に医療面接技法の一般的発達段階を示す。生涯にわたり医療面接の能力を高めるには、これらの発達段階も考慮すべきであろう。たとえば、6年次臨床実習終了時には、「2. 診断的面接を行う」から「3. 患者を教育する」までのプロセスを意識し、臨床診断名の決定、診断に基づいた処置方針、発症している症状の病態説明、などの能力が臨床実習を通じて修得されていることが望ましい。6年次臨床実習終了時 OSCE が行われるのであれば、当然、そのレベルの評価に焦点をあてるべきである。

そして、臨床研修、専門医研修以降の医療面接では、「4. 患者のケアに包括的に責任を持つ」以降の発達段階が求められるため、生物心理社会的アプローチのスキルが重視されるようになる。すなわち、患者の価値観に基づいた治療方針（Values-based Practice¹¹⁾、「患者にとって最善」の医療を求めた協働的意思決定（Shared Decision Making）を意識した医療面接を修得することが、真の患者中心の医療の実践につながるであろう。

上記のように、医療面接の生涯学習においては、医療面接技法の発達段階を意識することが医療面接スキルの向上の近道であると考えられる。各ステージにおけるマイルストーンの設定とルーブリック評価の作成・提示を行えば、学習者が修得すべきことが整理されて理解しやすくなると考えられ、重要な事項となっている。

なお、医療面接において「6. 難しい状況や人格に対応する」ことができるようになるのは、臨床経験を積んで、ある程度の生物心理社会的アプローチのスキルがあり、問題を解決する手段をリソースとして持っていることが前提である。

3. 医療面接の構造と機能

医療面接の能力を高めるためには、医療面接の全体像を把握しておくことが必要である。医療面接の構造と機能の概要は、図2のようにまとめることができる。

医療面接の開始から終わりまでの間には、一連のステップがあり、骨格とも言うべき役割を果たしている（黒矢印部分）。この各ステップにはさまざまなスキルや態度が密接に関連しており、それらの習熟度が医療面接の成否に大きく関わっている。

また、医療面接のコンピテンシーについては、プロ

医療面接技法の一般的発達段階

(Weston & Lipkin, 1989)

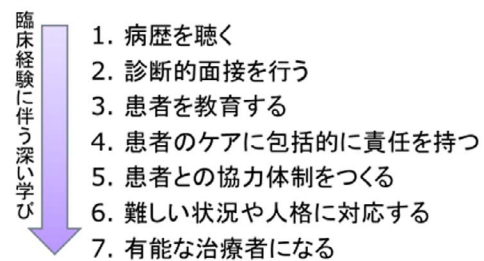


図1 医療面接を学ぶ学習プロセス

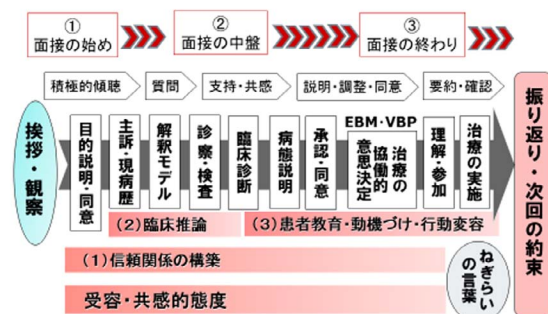


図2 医療面接の構造（流れ）と機能

セスとコンテンツに分けて考えられることが多い。プロセスはコンテキストともいわれ、患者の背景にあるもの（文脈）や、コミュニケーション、心理状態などのことであり、コンテンツは質問内容で具体的に表現される診断情報などが該当する。

プロセスとコンテンツは医療面接の各ステップの中に複雑に入り込んでおり、患者中心の医療を行うためには、両者のバランスを取ることが肝要である。コンテンツ偏重の医療面接は医師中心・診断重視の面接スタイルになりがちであり、患者の好みや価値観、社会的背景などが診療に反映されにくくなる傾向にある。逆に、プロセス偏重の医療面接は患者とのコミュニケーションには役立つが、治療の根拠となる診断ができなければ患者の問題解決ができないため、信頼関係を損なうことになる。

医療面接の機能については、Steven Coleらにより提唱されている三つの機能軸¹⁰⁾もよく用いられている。これらの機能軸の役割を端的に示すと、図3のように(1) 医師-患者関係の構築と患者の感情面への対応にあたるコミュニケーション力（人間関係）、(2) 健康問題の評価である診断力（診断推論）、(3) 健康問題のマネージメントに関わる（患者）教育力（教育、調整、動機づけ・行動変容）とも言い換えることができる。これらの3つの能力とそれらに含まれる構成概念について修得し、さらに臨床現場で臨床経験を重ねるごとにスキルアップすることによって、患者に奏功できるようにしなければならない。これらのベースの上に安心、安全で信頼される良好な患者-医療者関係が構築される。



図3 医療面接の三つの能力

(1) 患者関係-医療者の関係構築（感情面への対応）

医療面接の第1の機能は、医療者の最も基本的な課題である。人間関係を最も重要な要素として位置づけ、十分なラポールを築くことなくして、患者の問題を理解し効果的に扱うことは不可能である。熟練した歯科医師は、初めて出会った瞬間から医療者-患者関係の技法を用いて、患者の評価やマネージメントをどのように行ったらよい患者かについて考えている。人の認知は約7秒間で表情、性格、自分に迷惑をかけない人か、親しくなれる人かまで読みとっているとのことである。患者は字のごとく、病気からくる感情面の問題をもっている。感情面の揺さぶりに対して医療者がどのように対応できるかによって、医療者-患者間のラポールの質がかなり左右され、患者のアドヒアランスや自己の課題に影響を及ぼす。医療者に対する満足度が高ければ患者のアドヒアランスも向上し、マネージメントも優れ、最適なケアが行える。いわゆる「病気の生物心理社会的モデル」の基本的な考え方に基づいた患者対応は歯科医療の質の評価につながるといえる。

Kleinman¹²⁾が提唱した「解釈モデル」は、患者が自らの病気をどのように考え、どのように対処するのかついて捉えた病気対処行動の形式的描写のことをいう。これを会話の中で開かれた質問で聴き取れると、医療者の一方的な質問では出てこない考えや疑問を知ることができる。Kleinmanは8つの質問項目、①患者にとっての問題点、②問題の原因、③問題となる理由、④問題による患者への影響、⑤患者が考えている治療、⑥問題による生活への支障、⑦患者の希望、⑧心配事について、それらを明らかにする作業は、まさしく患者の物語（NBM：Narrative based Medicine）を聴くことを意味しているといっている。例えば、「なぜこの病気にかかったか、思い当たることがあれば教えてください。」などと尋ねる。解釈モデルを何うことで、患者の気持ちは落ち着き、聴いてもらえた安心感、希望を理解された信頼感、この内容に沿った行動を取ることでトラブル防止にもつながり、患者-医療者の関係構築に役立つといえる。解釈モデルについては登院前OSCEで評価項目になっているが、その価値は理解が難しいと思われる。臨床で話される個々の患者の希望、顔貌などの背景を通して、患者そのものを深く知ることと、解釈モデルの重要性が理解できるとと思われる。

(2) 健康問題の評価（臨床推論）

臨床推論¹³⁻¹⁷⁾とは歯科医師が医療面接や身体診察、各種検査を行って、患者の抱える問題を解き明かしていくまでの認知プロセスである。狭義には診断推論と同じであるが、広義には治療やマネージメントに関する内容、あ

るいは心理社会的な側面の内容までも含むものである。診断推論のプロセスは認知心理学的にもまだ明らかにされていないため教育は難しいといわれている。基本的診断思考^{18,19)}は開かれた質問で得た情報を切っ掛けに、早期にいくつかの仮説診断名を頭に浮かべ、患者の散漫な訴えの中から意味を探しパターン認知して絞り込んでいくプロセスである。診断推論は高度な臨床技能であるが、医科と異なり歯科の対象疾患は比較的 Common Disease が少なく、視診による所見が多いので比較的診断しやすい。解釈モデルは患者の言葉で提供される診断情報なので、患者が訴える解釈モデルを利用することで糸口が見つかり誤診を防止できたり、関係性を上手く成立させたり、重要な役割を担うのでしっかりと修得する必要がある。臨床推論についてはこれまで多くの参考文献が医科の総合診療医によってまとめているので学習することを薦める。

熟練した医療者は、身体所見、X線検査よりも面接で得られる病歴情報を重視して高い確率で正確な診断に導くといわれている。そのためには限られた時間内に正確に分量で、しかも診療に役立つ情報を効率よく収集するコミュニケーションに長けていなければならない。例えばその技法として、主訴などの自覚症状は、主観的な日常語であるが、患者の言葉を医学専門用語に変換することを、Semantic Qualifier (SQ)²⁰⁾というが、これが上手にできると推論も正確になり正しい診断に導かれる。「患者の言葉」をただ受動的に受け止めるのではなく、SQを使って患者から能動的に情報を引き出し、焦点を絞りながら考えると効率的な思考になる。

また、近年、電子カルテシステムの記録法として、POシステム (Problem-oriented System : POS)²¹⁾の理念と構造が重視されている。POSとは、患者のもっている医療上の問題に焦点を合わせ、その問題をもつ患者の最高のケアを目指して努力をする一連の診療の評価記録システムである。このシステムは単に診療記録を作るのではなく、作成した内容を監査し、根拠に基づく診療記録として修正し、患者のケアに活かす仕組みを提供するものである。初診から診療終了後の継続的なケアまでも含めている。POシステムは第I段階：問題志向型診療記録 (Problem Oriented Medical Record : POMR)²²⁾の作成、第II段階：POMRの監査、第III段階：記録の修正の3つの段階で構成されている。特に、患者の治療中の評価として重視されているのが、患者の問題の経過状況を記載する経過ノートである。記録はSOAP (ソープ)の4項目に整理して患者の問題の経過を記載する。

S : (subjective) 患者が提供する主観的訴え

O : (Objective) 医療者が明らかにした客観的情報 (病歴や診察所見, 検査データ)

A : (Assessment) 医療者の評価, 診断

P : (Plan) 患者の今後の見通し, 診断, 治療, 教育計画

このSOAPを受診時に記録することで、患者の状況が要領よく理解することができるので、問題解決のプロセスがより明確にまとめられる。

歯科の臨床特性から健康問題の評価を考えると、診断推論よりも重視する必要があるのは、臨床決断、すなわち治療方針の決定である。治療方針の決定は患者個人のもつ多様性に視点を当てて、そこから生まれる価値に対応するようにすることが、わが国の保険と自費診療が混在する歯科領域において大変意義ある事項である。患者の多様性にしっかりと向かい合う関係を確立することは信頼にも繋がる。そのためお互いの価値を理解するには、どちらの価値を優先するとかではなく、お互いが理解しあうための対話によるコミュニケーションが必須である。「価値観に基づく診療 Values-based Practice : VBP」²³⁾は、患者の価値一辺倒ではなく、医療者自身の価値も重視するとともにエビデンスも重要としている。つまり、EBMとVBPは治療方針の決定において相互に補完的な役割を担い、両者がよりバランスの取れた臨床意思決定を協働で行うことと考える。

(3) 健康問題のマネジメント (教育, 調整, 動機づけ・行動変容)

最後に、3つめの機能として健康問題のマネジメントがある。含まれる内容は患者教育、患者の思いの調整、動機づけ・行動変容などである。歯科はケア重視へとシフトがさらに加速すると、医療者本位な一方的な予防指導から、患者の動機づけを意識したファシリテーションなどの教育力を用いて、患者の行動変容につながる説明教育する能力が求められるようになる。医療面接は Medical Interview の語源から、医療者が一方的に患者に質問するのではなく、患者との良好なコミュニケーションを図りながら、患者と共に患者の持つ問題点について考えていく「患者と医療者相

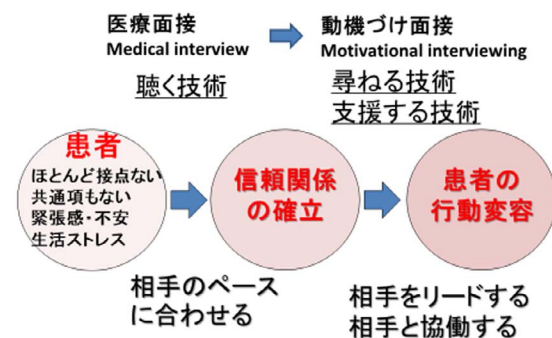


図4 動機づけ医療面接

互の情報のやりとり」として発展した概念である。生物心理社会的アプローチを重視するのであれば、傾聴中心からさらに支援するスキルを用いた教育手法を学ぶ必要がある。そのキーとなるのは患者の行動変容を求める動機づけ面接 (Motivational Interviewing)^{24, 25)}、そして患者の価値観を大切にしたい協働的意志決定を行う基盤となる VBP を学び、臨床現場で活用することである。図 4 のように、動機づけ面接による技法を用いて、患者の行動変容を促すことも医療面接の重要な範疇である。患者が行動や考え方を変えていくには、日常生活の中で変化するための努力を継続していく必要がある。動機づけ面接では、変わりたいけど変わりたくないという思いから両価性を明らかにして、患者の人生の目標や価値観との矛盾を探求し、患者のチェンジトークを引き出し行動の変化を促すことである。患者が変わるための具体的な目標を決め、その方向に変わらないといけないう気持ちが強くなるようにする。また、現状維持の利益と不利益や変わることの利益と不利益といった心の中の対立する感情を探って解消することによって、変化のための具体的な行動を起こせるように援助していく。つまり変化のための動機づけは、患者本人の中にあり、それを引き出していくのが動機づけ面接の方法である。行動変容のステージモデルにおいて眼前の患者がどのステージにいるかを見極め、それに応じた教育技法として、ティーチング、ファシリテーション、コーチングなどを選択し用いることが重要である。近年、トランスセオレティカル・モデル (多理論統合モデル: Transtheretical Model: TTM)²⁶⁾ と名付けられた行動変容モデルが保健医療分野で脚光を浴びている。TTM は個人を対象に、日々の行動を説明し、行動変容させることを目的に開発されたシステムである。その構成概念は、(1) 行動変容の 5 ステージ (前熟考、熟考、準備、実行および維持ステージ)、(2) 行動変容の 10 プロセス (行動変容を促進するための方略)、(3) 意思決定バランス (行動に伴う負担と恩恵)、(4) 行動変容のためのセルフエフィカシー (できるという見込み感) である。これについては、参考文献より学ぶことを薦める。動機づけ面接は、最初の医療面接で用いられる聴くためのコミュニケーションスキルとは異なり、尋ねる・支援するためのコミュニケーションスキルで患者-医療者の協働作業となる。

4. まとめ

歯科の医療面接は、約 10 年前に共用試験 OSCE をきっかけに周知されるようになった。しかし、共用試験 OSCE は臨床実習開始前の学生が修得すべき内容であり、医療面接の全貌を示すものではないことには注意が必要である。医療面接の能力を高めるためには、医療面接の構造と機能の全体像を把握しておく必要があり、関連したスキルや態度の習熟度が医療面接の成否に影響する。

また、医療面接の生涯学習においては、医療面接技法の一般的発達段階を意識することが医療面接スキルの向上の近道であると考えられる。医療面接に関する能力は「スキル」であり、学習により向上させることが可能である。医療面接に関して最終的なアウトカムを明示し、キャブストーンに向けた各段階のマイルストーンを一つずつ修得することで、医療者は医療面接の根拠に基づいた患者対応を行い、患者中心の歯科医療の実践ができると思われる。

謝辞ならびに利益相反

稿を終えるにあたり、長年にわたり医療面接に関する御指導を賜った広島大学名誉教授 小川哲次氏に厚く御礼申し上げます。なお、本研究は日本学術振興会科学研究費補助金 (基盤 (C)) 課題番号 26463193 の助成を受けた。

文 献

- 1) Gery Humphris, M.S. Ling. Behavioral Science for Dentistry (1st). UK: Churchill Livingstone Press: 2000.
- 2) 高江洲義矩編. 保健医療におけるコミュニケーション・行動科学. 第 1 版. 医歯薬出版: 2002.
- 3) 日本大学広報課. 松戸歯学部「医療行動科学」6 年間の継続学習でプロの歯科医を養成. 2013; 129: 16-19.
- 4) 日本医学教育評価機構. <https://www.jacme.or.jp/about/index.php> (最終アクセス日 2018 年 6 月 8 日)
- 5) 松下 明. 生物心理社会モデルと行動科学のまとめ. 医学書院/週刊医学界新聞 (第 2911 号 2011 年 01 月 10 日). http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA02911_10 (最終アクセス日 2018 年 6 月 8 日)
- 6) 伊藤孝訓. 歯科医療面接のアートとサイエンス. 第 2 版. 砂書房: 2003.
- 7) 伊藤孝訓, 寺中敏夫. 患者ニーズにマッチした歯科医療面接の実際. 第 1 版. クインテッセンス出版: 2008.
- 8) 伊藤孝訓. 医療行動科学を基盤とした歯科医療面接. 日本歯科医師会雑誌 2015; 68: 691-696.
- 9) 医療系大学間教養試験実施評価機構 (CATO). 臨床実習開始前の「共用試験」第 15 版 (平成 29 年). 第 15 版. 医療系大学間教養試験実施評価機構出版: 2017.
- 10) 飯島克巳, 佐々木将人 (翻訳). メディカルインタビュー 三つの機能モデルによるアプローチ. 東京: メディカル・サイエンス・インターナショナル; 2003. (原本: S.A. Cole, J. Bird: The Medical Interview: The Three-Function Approach (2nd), Mosby, New York, 2000.)
- 11) 大西弘高, 尾藤誠司 (翻訳). 価値に基づく診療 VBP 実践のための 10 のプロセス. 東京: メディカル・サイエンス・インターナショナル; 2016. (原本: K.W.M. Fulford, Ed Peile and Heidi Carroll: Essential Values-Based Practice: Clinical

- Stories Linking Science with People (1st), Cambridge university Press, UK, 2012.)
- 12) Kleinman, A. Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry (1st), University of California Press, Berkeley, 1980.
 - 13) 福井次矢. 臨床医の決断と心理. 東京: 医学書院: 1988.
 - 14) 久繁哲徳. 臨床判断学. 東京: 篠原出版: 1989.
 - 15) 久道 茂. 医学判断学入門. 東京: 南光堂: 1990.
 - 16) 竹村洋典. 臨床医になるための必修アイテム/医療面接から臨床判断学. 東京: 南光堂.
 - 17) 大西広高. The 臨床推論 研修医よ, 診断のプロを目指そう!. 第1版. 南山堂: 2012.
 - 18) 伊藤孝訓, 井出壺也, 他. 学生の歯科疾患診断時における情報収集過程について—第1報 仮説病名と主観確率について—. 日歯教誌 1994: 9: 86-93.
 - 19) 伊藤孝訓, 井出壺也, 他. 臨床的意思決定 (Clinical Decision Making) 教育の試み—医学判断学による専門医の decision tree と flow chart. 日歯教誌 1998: 14: 94-101.
 - 20) 大西弘高. 症例プレゼンテーションと臨床推論. 日本内科学会雑誌 2008: 97: 170-174.
 - 21) 日野原重明. POS—医療と医学教育の改革のための新しいシステム—. 東京: 医学書院: 1973.
 - 22) 梅村長生編. 特集望まれる 歯科診療録の書き方—POMR の実践をめざして—. 日本歯科医師会雑誌 2003: 55: 9-94.
 - 23) 尾藤誠司. 医療の多様性と“価値に基づく医療”. 日本内科学会雑誌 2014: 103: 2829-2834.
 - 24) 俣木志朗, 新田 浩, 足達淑子. モチベーション・インタビューイング. デンタルハイジーン 2016: 36: 476-495.
 - 25) 千神八重子, 江國大輔, 森田 学. 動機づけ面接法 (MI) により高齢者の口腔衛生の改善ができた1症例. 口腔衛生会誌 2017: 67: 29-34.
 - 26) 津田 彰, 堀内 聡, 金ウイ淵, 他. 理論統合モデル (TTM) にもとづくストレスマネジメント行動変容ステージ別実践ガイド. Kurume University Psychological Research 2010: 9: 77-88.