

EASEプログラムの行動目標設定場面において 効果的な看護師発話の特徴

木嶋千枝* 岡美智代** 茂木英美子**

Characteristics of an Effective Dialogue by Nurses When Establishing Behavioral Objectives for the EASE Program

*Chie Kijima **Michiyo Oka **Emiko Motegi

*Isesaki Municipal Hospital

**Gunma University Graduate School of Health Sciences

Abstract : [Objective] This study aimed to identify characteristics of an effective dialogue by nurses when establishing behavioral objectives for the Encourage Autonomous Self-Enrichment (EASE) program for patients. [Methods] An in-depth investigation was carried out to analyze dialogue employing the Roter Interaction Analysis System (RIAS). [Subjects] The EASE program was conducted, and dialogues of 10 nurse-patient pairs who could successfully establish behavioral objectives were used for analysis. [Results] 1) The mean number of dialogues was 397.1 (53.8% of all dialogues) in nurses, and 353.7 (46.2%) in patients, and the mean time required for patients to establish behavioral objectives was 29 minutes and 18 seconds. 2) Of nurse-patient dialogues, <closed questions>, <open-ended questions>, and <encouraging> were the most frequently observed types of dialogue by nurses. 3) Nursing experience was compared between more than and less than 10 years of nursing experience, and no significant difference was observed in the number of dialogues and time required to establish behavioral objectives. 4) When the period of involvement with patients was compared between less than 1 year, more than 1 year and less than 5 years, and more than 5 years, no significant difference was observed in the number of dialogues required to establish behavioral objectives and the period of involvement. [Discussion] The results indicated that

*群馬県伊勢崎市市民病院

**群馬大学大学院保健学研究科

<closed questions>, <open-ended questions>, and <encouraging> are effective types of dialogue to support patients to establish behavioral objectives by avoiding forcible and hasty approaches by nurses. The EASE program can be adopted for patient education irrespective of nursing experience or the length of patient involvement. These results may act as educational indications for nurses when conducting the EASE program.

キーワード：

EASEプログラム	Encourage Autonomous Self-Enrichment Program
コミュニケーション	communication
行動目標	behavioral objective
リアス	The Roter Method of Interaction Process Analysis System

I. はじめに

患者が生活場面でセルフマネジメントを行う事を目的に作られた患者教育支援プログラムの1つとして、Encourage Autonomous Self-Enrichment Program（以下、EASEプログラム）^{1～8)}（表1）がある。EASEプログラムでは、患者がセルフマネジメントのための行動目標を段階的に設定し、実施していく。行動目標の設定は、患者のセルフマネジメントへの意欲を維持するためにも、また、行動変容のアウトカムとして評価するためにも重要である。

しかし、歯の健康に関する目標設定は6.8%に留まっている⁹⁾ことから、行動目標設定が大変難しいことがわかる。このように、目標設定を行うこと自体に困難が伴う。

一方で、目標設定には医療者のコミュニケーションが影響するという報告もあり¹⁰⁾、一般的なコミュニケーションでは効果的な^{11～13)}技法が示されているが、これらは行動目標設定場面に特有のものではない。そこで、患者が行動目標を設定できる効果的なコミュニケーションを明らかにする必要があると考えた。

さらに、EASEプログラムでは88.6%に行動や自己効力などの向上が認められている⁷⁾ものの、看護師のコミュニケーションについては明示されていない。目標は、

高すぎると患者の自己効力が低下することがあり、低すぎるとデータが改善せず疾病が悪化することがあるため、EASEプログラムStep 1～3での行動目標の設定が、その後のStep 4～6の成否に関わる。従って、Step 1～3における効果的なコミュニケーションを明らかにする必要性は高い。そこで、実際に行動目標を自己決定できた組のStep 1～3に該当するコミュニケーションを実証的に分析することに意義があると考えた。

The Roter Method of Interaction Process Analysis System（以下、RIAS）は、医療コミュニケーションを量的分析する方法として開発されたものである¹⁴⁻¹⁶⁾。RIASは、コミュニケーションを発話単位でコード化し、一定の指標を用いる調査方法であり、国内の医学・薬学分野でのOSCEなどでも活用されている¹⁷⁾。そのため、本研究では行動目標設定できた患者と看護師の具体的な発話を実証的に明らかにするために、RIASを用いて分析することにした。

CINAHL、Medlineならびに医中誌を使い、発行年を制限せずに検索したところ、RIASを用いた看護師－患者のコミュニケーション分析の英語研究は5編¹⁸⁻²²⁾、日本語文献は1編検索された²³⁾。しかし、これらの研究は家族計画の指導場面¹⁸⁾や、患者教育ワークショップ前後の効果検証¹⁹⁾などであり、行動目標設定場面の分析ではない。また、看護領域におけるコミュニケーションの量的研究は、臨床看護場面の分析²⁴⁾がある。しかし、いずれも患者がセルフマネジメントの行動目標を決定できた実際の場面のコミュニケーションを分析した研究ではなかった。このように、国内外においてコミュニケーションに関する量的研究は少なく、且つ、患者教育の行動目標設定場面という観点からは明らかにされていない。コミュニケーションを実証的に分析することは、その特徴を客観的に明確にすることに繋がる。さらに、どのようなコミュニケーションが患者教育に効果的か普遍的な表現で医療従事者へ伝達でき、今後の患者教育に応用できると考えた。

そこで、行動目標設定に至ったコミュニケーションをRIASで分析し、行動目標設定場面において効果的な看護師発話の特徴を明らかとすることは、EASEプログラムを活用する看護師への示唆となり、患者のセルフマネジメント向上の一助となると考えた。

Ⅱ．目的

本研究の目的は、EASEプログラムを用いた患者教育の中でも患者が行動目標設定に至った場面を対象とし、①看護師による発話の特徴を明らかにする、②RIASのカテゴリグループ毎の看護師と患者の発話数の差異を明らかにする、③看護師の経験年数と発話数との関係を明らかにすることである。

表1 EASEプログラムのアクションプラン

Step 1 医療内容の妥当性を含めたアセスメント 1) 医療的対処内容の確認 2) エンゲージメント（関わり・契約）の準備の確認 3) 疾患やセルフマネジメントについての知識や考え方の確認 4) 身体的能力の確認
Step 2 困難事の明確化と解決意義の確認 1) 生きがいの明確化 2) 困難事とキュー（cueきっかけ）の明確化 3) 生きがいと困難事の連結
Step 3 行動目標の設定と自己効力感の確認 1) 行動目標の決定 2) 自己効力感の確認 3) 影響要因の調整
Step 4 技法の選択 1) 各技法の説明 2) 技法の選択 3) 各技法に合わせた項目の設定
Step 5 実施 1) 実施状況の確認 2) 技法の特徴と行動を関連付けたフィードバックを行う 3) 自己効力感低下の確認
Step 6 評価・考察 1) 結果を正しく評価する 2) 対象者とともにプログラムの活用の評価を行う 3) 今後の方針を決める

Ⅲ．用語の定義

1. **患者教育**：本研究における患者教育とは、患者と看護師とのラポール形成のもと、

患者を全人的に包括したケアの一環として、患者教育は患者にとっての権利であり、看護師にとっての義務である。また、適切な時間や空間の中で疾患や治療に関する情報提供や説明だけでなく、各人のニーズに沿って患者自身の決断や対処技能習得を目的として理論やリソースを活用して行われる教育実践であり、相互行為であり、動的なプロセスである。

- 2. コミュニケーション：**本研究におけるコミュニケーションとは、知覚、感情、思考の伝達、言語、文字、その他視覚、聴覚に訴える各種のものを媒介とし、言語・非言語的に人間対人間の間関係を確立し、そのことによって患者と共有していく看護の目的を実現させるプロセスである。

IV. 方法

1. 研究デザイン：実態調査研究²⁵⁾

- 2. 対象：**EASEプログラム作成者から、EASEプログラムについて講義をした看護師と所属施設の紹介を受け、承諾を得られた2施設を対象施設とした。さらに、過去に受講経験のある看護師を通じてEASEプログラム介入経験のある看護師の紹介を受けた。対象患者は、慢性疾患患者でEASEプログラム介入予定者とし、対象看護師より紹介を受けた。なお、言語的コミュニケーションに何らかの影響が考えられる患者は対象外とした。このような条件を満たした2者で行われるEASEプログラム実施場面Step 1～3全ての発話を対象とした。

3. データ収集方法

- 1) 看護師の属性：質問紙へ自己記入の依頼をした。
- 2) 患者の属性：研究者がカルテを参照し、その場で転記した。
- 3) EASEプログラム実施場面：看護師と患者の同意内容に沿って録画または録音できるように機器を準備した。さらに補助データとするために参与観察（非参加型）を行った。

4. データ分析方法

1) RIASカテゴリーについて（表2）

（1）RIASカテゴリーへのコーディング

RIASでは、コミュニケーションを約42のRIASカテゴリーに分類する事をコーディングといい、分類する最小単位を発話という。コーディングは基本的規則に沿って、必ず映像を見ながら、または音声聞きながら直接コーディングする。そのため、発話は文字だけの意味を超えて情緒的側面を映し出す。

（2）RIASカテゴリーのカテゴリグループ化

「患者教育」「コミュニケーション」の用語の定義、EASEプログラムの特徴、先行研究^{26～29)}から、RIASカテゴリーを<信頼関係構築><否定的発話><閉じた質問><開かれた質問><情報提供><助言・指示><促し><その他>の8カテゴリグループとした。

表2 RIASカテゴリーとカテゴリグループ

RIAS カテゴリー	カテゴリグループ
Personal（個人的なコメント・社会的会話）、Laughs（笑い・冗談）、Empathy（共感）、Agree（同意・理解）、Remediation（謝罪・気遣い・関係修復）、Legit（正当性の承認）、 Approve（相手への直接的な承認・誉め）、Comp（相手以外の承認・誉め） Sdis（自己開示）、Concern（不安・心配）、Pertner（パートナーシップ）	信頼関係構築
Disapprove（相手への直接的な非同意・批判、皮肉、防衛） Crit（相手以外の非同意・批判、皮肉、防衛）	否定的発話
[?]-Med（医学的情報に関する閉じた質問）、[?]-L/s（生活習慣に関する閉じた質問） [?]-Thera（治療方法に関する開かれた質問）、[?]-Other（その他の閉じた質問） [?]-P/S（社会心理的なことに関する閉じた質問）	閉じた質問
?-Med（医学的情報に関する開かれた質問）、?-L/s（生活習慣に関する開かれた質問） ?-Thera（治療方法に関する開かれた質問）、?-Other（その他の開かれた質問） ?-P/S（社会心理的な事に関する開かれた質問）	開かれた質問
Gives-Med（医学的情報に関する情報提供）、Gives -L/s（生活習慣に関する情報提供） Gives -Thera（治療方法に関する情報提供）、Gives -Other（その他の情報提供） Gives -P/S（社会心理的なことに関する情報提供）	情報提供
C-Med-/Thera（医学的情報・治療方法に関する助言・指示） C-L/S-P/S（生活習慣・社会心理的なことに関する助言・指示）	助言・指示
Check（言い換え・確認）、?Service（サービスの要求）、?Bit（繰り返しの要求） BC（相槌）、?Opinion（意見の要求）、?Permission（許可の要求）	促し
Trans（接続語・移行の合図）、Orient（指示方向付け）、Unintell（意味不明な発生）	その他

2) 分析対象場面：分析対象場面は、EASEプログラム実施場面の内容と文脈、声や映像などをもとに十分推敲し決定した。

(1) 分析対象場面の始まり

各組の看護師と患者が「EASEプログラムを開始する」と認識する看護師の発話を始まりとした。例えば「では、(始めます)」 「お願いします」が該当する。これはカテゴリグループ<信頼関係構築>か<その他>に属する。従って、看護師カテゴリグループ<信頼関係構築>か<その他>に属する看護師の発話から分析対象とした。

(2) 分析対象場面の終了

患者が行動目標設定に至り、看護師と患者の双方が行動目標として認識する発話までの2パターンとした。一つは患者が行動目標を看護師に伝え、看護師が同意するまでである。例えば、患者「今日から散歩をする」、看護師「そうですね」などである。これらは、患者カテゴリグループ<情報提供>と看護師カテゴリグループ<信頼関係構築>に属する。よって、看護師カテゴリグループ<信頼関係構築>までを分析対象とした。もう一つは、患者が行動目標を伝え、看護師が内容を確認し、患者が同意するまでである。例えば、患者「今日から散歩をする」、看護師「今日から散歩をするのですね」、患者「はい」などである。それぞれ、看護師カテゴリグループ<促し>と患者カテゴリグループ<信頼関係構築>に属する。従って、患者カテゴリグループ<信頼関係構築>までを分析対象とした。

3) コーディングの信頼性 (内的信頼性)：分析対象10組のうち3組を選び、研究者2名が各自RIASカテゴリーにコーディングした。その結果をカテゴリグループで集計し、同一カテゴリグループの研究者間の発話数を χ^2 検定またはFisherの直接確率検定を実施した。本研究では、RIAS研究会日本支部開催のRIASコーダートレーニングワークショップを受講し、認定された研究者が実施した。

4) 倫理的配慮

群馬大学大学院医学系研究科臨床研究倫理審査委員会の審査を受け承認を得た。

V. 結果

1. コーディングの信頼性 (内的信頼性)；研究者2名のコーディング結果を検定し

たところ、2群間に有意な差がなかった。

2. 対象

1) 看護師：対象看護師は合計7名で、男性2名、女性5名、年齢は約 39.9 ± 10.9 （平均 $\pm$ 標準偏差：以下SD）歳、看護師経験年数は 13.0 ± 7.2 （平均 $\pm$ SD）年であった。EASEプログラムに関する研究や論文発表経験者0名で、介入経験は平均1.2例だった。対象患者の援助に携わっていた期間は、0～1年未満4名、1年以上5年未満4名、5年以上2名であった。

2) 患者：対象患者は合計10名で、男性6名、女性4名、年齢は 49.7 ± 11.4 （平均 $\pm$ SD）歳であった。入院患者2名、外来患者8名、原疾患は糖尿病7名、閉塞性動脈硬化症1名、慢性腎臓病2名で、全員患者教育を受けた経験があり、通院期間は 5.5 ± 4.0 （平均 $\pm$ SD）年であった

3) 看護師－患者のコミュニケーション：14組から同意を得たが、このうち10組を分析対象とした。除外した4組は、行動目標の自己決定に至らなかったなどの理由により対象外とした。

①EASEプログラム実施場面の概要；各組における発話数と時間、各カテゴリグループの発話数とその割合は記述統計を行った（表3）。対象10組における平均発話数（ $\pm$ SD）は看護師397.1（ $\pm$ 219.0）発話、患者353.7（ $\pm$ 225.0）発話であった。これらは、総発話数の平均750.2（ $\pm$ 441）発話に対して看護師53.8%、患者46.2%を占めていた。行動目標設定までに平均1758秒（29分18秒）であった。

看護師平均発話数におけるカテゴリグループの内訳は、＜促し＞174.6発話（41.0%）、＜信頼関係構築＞118.3発話（29.7%）の順であった。同様に患者平均発話数では、＜情報提供＞170.0発話（48%）＜信頼関係構築＞96.8発話（27.3%）の順であった。

②カテゴリグループ毎の看護師と患者の平均発話数の差：カテゴリグループ毎の看護師と患者の平均発話数の差を明らかにするために、Mann-WhitneyのU検定を行った（表4）。その結果、カテゴリグループ＜閉じた質問＞（ $p=0.00$, $U=9.5$ ）、＜開かれた質問＞（ $p=0.00$, $U=3.5$ ）、＜促し＞（ $p=0.00$, $U=13.0$ ）で看護師の発話が有意に多かった。また、カテゴリグループ＜情報提供＞（ $p=0.00$, $U=92.0$ ）で患者発話が有意に多かった。

③看護師の経験年数における発話数の関係；看護師を、経験年数が10年以上と10年

未満に分け、発話数の差を明らかにするためにMann-WhitneyのU検定を行った。

その結果、目標設定までの平均発話数と平均時間において有意差はなかった。

- ④対象患者の援助に携わっている期間と発話数の関係；対象看護師が対象患者に直接援助に携わっている期間を1年未満、1年以上5年未満、5年以上の3期に分け、携わっている期間と発話数の関係を明らかにするためにKruskal-Wallisの検定を行った。その結果、看護師カテゴリグループ<情報提供> ($p=0.04$)、<助言・指示> ($p=0.03$)、患者カテゴリグループ<閉じた質問> ($p=0.04$)、<促し> ($p=0.04$) において有意差が示された。有意差が示されたカテゴリグループ間を多重比較した結果、いずれも有意差は示されなかった。

表 3 各組における発話数と行動目標設定に要した時間

組	発話数			時間 (秒)
	看護師 (%)	患者 (%)	合計	
A	451 (55.3)	364 (44.7)	815	1021
B	532 (55.7)	423 (44.3)	955	342
C	211 (56.6)	162 (43.4)	373	848
D	72 (55.0)	59 (45.0)	131	1046
E	235 (59.0)	163 (41.0)	398	2733
F	395 (48.0)	435 (52.0)	830	2244
G	252 (49.9)	253 (50.1)	505	1786
H	846 (49.3)	869 (48.3)	1715	3198
I	538 (54.7)	446 (45.3)	984	2553
J	439 (55.2)	357 (44.8)	796	1809
平均	397.1 (53.8)	353.7 (46.2)	750.2	1758.0
SD	219.1	225.0	441.0	929.7

表 4 看護師・患者平均発話数に対する各カテゴリグループの発話平均数と割合

カテゴリグループ	平均発話数		U値	P値
	看護師 (%)	患者 (%)		
信頼関係構築	118.3 (29.7)	96.8 (27.3)	38.0	0.36
否定的発話	1.9 (0.5)	4.6 (1.3)	76.0	0.05
閉じた質問	26.4 (6.6)	3.3 (0.9)	9.5	0.00
開かれた質問	12.0 (3.0)	0.7 (0.2)	3.5	0.00
情報提供	39.2 (9.9)	170.0 (48.0)	92.0	0.00
助言指示	39.2 (9.9)	—	—	—
促し	174.6 (41.0)	61.3 (17.3)	13.0	0.01
その他	20.1 (5.1)	16.4 (4.7)	39.0	0.40
合計	397.1 (100.0)	353.7 (100.0)		

VI. 考察

1. コーディングの信頼性（内的信頼性）

研究者2名によるコーディング結果に有意差がなかった。この事から研究者2名の分析内容の信頼性が担保されていたといえる。

2. 看護師—患者のコミュニケーション

1) EASEプログラム実施場面の概要：分析対象10組のEASEプログラム実施場面において、総発話平均数に対して看護師53.8%，患者46.2%であった。看護師と患者の発話割合にわずかしき差がなかった理由として、看護師—患者のコミュニケーションが相互行為³⁰⁾であったためと考えた。しかし、わずかに看護師の発話が多かった理由として、看護師は話を聞いていることを意図的に示していたためと考えた。実際、参与観察では患者の一つの発話に対して看護師が複数ヶ所で相槌を打つ姿がみられていた。

2) カテゴリグループ毎の看護師と患者の平均発話数の差：カテゴリグループ毎の看護師と患者の平均発話数は、カテゴリグループ＜閉じた質問＞、＜開かれた質問＞、＜促し＞で看護師の発話が有意に多かった。また、カテゴリグループ＜情報提供＞で患者発話が有意に多かった。これらは、「患者教育」＝「看護師が情報提供し、患者は聞く」と一般的に思われがちであった患者教育の概念を払拭し、話を聞くことの重要性を裏付けた結果といえる。今回分析したコミュニケーションは患者が行動目標を自己決定できた組である。そのため、看護師が強制的・短絡的に目標を決定せずに患者自身による行動目標設定を支える看護師の発話カテゴリグループは＜閉じた質問＞、＜開かれた質問＞、＜促し＞であることが明らかとなった。

この理由は、慢性疾患患者には個々の価値観や長年培ってきた「生活」と共に個々の病気体験や病みの軌跡³¹⁾が存在しているためと考えた。つまり、患者が病気体験などを語ることで、患者は健康に対する気づきを得て行動目標設定が促されたのではないだろうか。

3) 看護師の経験年数における発話数の関係と援助に携わっている期間における発話数の関係：看護師の経験年数による目標設定までの平均発話数と平均時間において有意差はなかった。さらに、対象看護師が対象患者の援助に携わっている期間で比較したところ発話数と平均時間において有意差はなかった。

この理由は、EASEプログラムのように構造化されたツールを活用して患者教育を行うことで、達人看護師³²⁾でなくとも行動目標設定が一定水準を担保していたためと考えた。現場では、有限時間内での行動目標設定が求められているため、患者教育プログラムの一つとしてEASEプログラムは質の担保に有効であったと考える。

Ⅶ．結論

EASEプログラムにおいて患者が行動目標設定できた組を分析した結果、以下の事が明らかとなった。

1. 分析対象場面の総発話は平均750.2発話であり、看護師の発話は総発話の53.8%であった。特に多かったカテゴリグループは<促し>、次に<信頼関係構築>であった。
2. カテゴリグループ<閉じた質問><開かれた質問><促し>で看護師の平均発話数が有意に多かった。EASEプログラムにおいて、看護師が質問を投げかけ、患者の参加を促す働きかけが有効である。
3. 看護師の経験年数や、対象看護師が対象患者の援助に携わっている期間によって、発話数や平均時間の差がなかった。看護師がEASEプログラムを活用する事で均質化した患者教育が可能となる。

謝辞

本研究にご協力くださいました対象者の皆様、RIAS JAPANの皆様、研究過程で多くの示唆を与えてくれた皆様に感謝致します。

引用・参考文献

- 1) 中西陸子：TASCシリーズ・3 実践成人看護学—慢性期, 54-59, 建帛社, 東京, 2010
- 2) 岡美智代：透析患者のセルフケアの動機を高める介入方法1, 臨透析, 13 : 1667-1672, 1997
- 3) 岡美智代, 伊藤早苗, 滝口成美：行動変容を促す技法とその理論・概念的背景, 看護研究, 36 : 39-49, 2003

- 4) 岡美智代：透析患者のセルフケアの動機を高める介入方法 2. 臨床透析, 13 : 1797-1802, 1997
- 5) 岡美智代：セルフマネジメントにおける行動変容を支援するEASEプログラム, Kitakanto Med J, 57 : 323-324, 2007
- 6) 岡美智代:透析患者の自己効力感を高める行動変容プログラムとアクションプラン, 看護学雑誌, 69 : 558-563, 2005
- 7) 恩幣宏美, 岡美智代, 山名栄子, 李孟蓉, 柿本なおみ, 後藤真希, 高橋純子:EASEプログラムに関する文献研究 介入効果とEASEプログラムを実践する看護者に必要な要素の検討, 日本腎不全看護学会誌, 10 : 80-85, 2008
- 8) 岡美智代：患者のセルフマネジメントとそれに関わる家族を支援するプログラム—EASE（イーズ）プログラムを中心として—, 日本慢性看護学会誌, 5 : 19-22, 2011
- 9) 山口恵, 萱場一則, 尾島俊之, 高久悟, 新村洋未, 柳川洋：全国の市区町村における健康日本21による歯の健康に関する項目の現状把握と目標達成に関する調査結果：日本公衆衛生雑誌, 54 (2) , 107-114, 2007
- 10) 高林雅子, 岩田文乃, 村上晶：ロービジョンケアの初期対応が困難であった1例：臨床眼科, 63 (9) : 1451-1455, 2009
- 11) 岡堂哲雄：ナースのための心理学 4 人間関係論入門, 52-68, 金子書房, 東京, 2000
- 12) 小森まり子：行動科学に基づく理論と技法 入門 健康カウンセリング, 54-69, ヘルスカウンセリングインターナショナル, 東京, 2005
- 13) 中西睦子：TASCシリーズ 3 実践成人看護学—慢性期, 49-53, 建帛社, 東京, 2010
- 14) Roter D, Larson S : The Roter interaction analysis system (RIAS) : utility and flexibility for analysis of medical interactions, Patient Educ Couns, 46 : 243-51, 2002
- 15) Ishikawa H, Takayama T, Yamazaki Y, Seki Y, Katsumata N : Physician-patient communication and patient satisfaction in Japanese cancer consultations, Social Science & Medicine, 55 : 301-311, 2002
- 16) 阿部恵子, 石川ひろの, 野呂幾久子：医療コミュニケーション分析の方法, 1-71, 三恵社, 愛知, 2007
- 17) 野呂幾久子, 阿部恵子, 松島雅人, 福島統, 木村直史:医学生ジェンダー差とコミ

ユニケーション・スタイルの関係：RIASによるOSCE医療面接のパイロット研究, 医学教育, 39 : 13-18, 2008

- 18) Kim YM, Kols A, Bonnin C, Richardson P, Roter D : Client communication behaviors with health care providers in Indonesia. Patient Educ Couns, 45 (1) : 59-68, 2001
- 19) Lamiani G, Furey A : Teaching nurses how to teach : An evaluation of a workshop on patient education. Patient Educ Couns, 75 (2) : 270-3, 2009
- 20) Scott AH, Chase LM, Lefkowitz R, Morton-Rias D, Chambers C, Joe J, Holmes G, Bloomberg S : A national survey of admissions criteria and processes in selected allied health professions. Journal Of Allied Health, 24 (2) : 95-10, 1995
- 21) van Weert JC, van Dulmen AM, Spreeuwenberg PM, Ribbe MW, Bensing JM : Effects of snoezelen, integrated in 24h dementia care, on nurse-patient communication during morning care. Patient Educ Couns, 58 (3) : 312-26, 2005
- 22) Lamiani G : Furey A Teaching nurses how to teach: An evaluation of a workshop on patient education. Patient Educ Couns, 75 (2) : 270-273, 2009
- 23) 出石万希子, 豊田久美子, 平英美, 石川ひろの : 看護師—患者間のコミュニケーションに関する研究—RIASによる会話分析—, 日本保健医療行動科学会年報, 26 : 142-157, 2011
- 24) 岩脇陽子, 滝下幸栄: 臨床場面における看護師のコミュニケーション技術の特徴 行動コーディングシステムを用いた分析. 日本看護学教育会誌, 16 (3) : 1-11, 2007
- 25) Polit D, Beck C. 近藤潤子 (監訳) : 看護研究 原理と方法, 165-205, 医学書院, 東京, 2010
- 26) Roter D, Larson S : The relationship between residents' and attending physicians' communication during primary care visits: an illustrative use of the Roter Interaction Analysis System, Health Communication, 13 : 33-48, 2001
- 27) Ong M, Visser R, Lammes B, Haes C: Doctor-patient communication and cancer patients' quality of life and satisfaction, Patient Educ Couns, 41 : 145-56, 2000
- 28) Roter D, Hall J, Katz R : Patient-physician communication: A descriptive review of the literature, Patient Educ Couns, 12 : 99-119, 1998
- 29) Ishikawa H, Takayama T, Yamazaki Y, Katsumata N. Physician-patient communication and patient satisfaction in Japanese cancer consultations. Social

Science & Medicine, 55 (2) : 301-311. 2002

- 30) P.Northouse, L.Northouse, 信友浩一（訳）, 萩原明人：ヘルスコミュニケーション
これからの医療者の必須技術, 1-22, 九州大学出版会, 福岡, 2000
- 31) Woog P, 黒江ゆり子（訳）：慢性疾患の病みの軌跡, 1-28, 医学書院, 東京, 2010
- 32) Benner P, 井部俊子（監訳）：ベナー看護論 新訳版 初心者から達人へ, 30-32, 医学書院, 東京, 2005