

患者・医師間コミュニケーションの分析法に関する 批判的検討と新しい評価システム開発の試みについて

橋本英樹*

A critical review of analytic tools of patient-physician communication, and the development of a new evaluation system

Hideki Hashimoto, Department of Hygiene and Public Health School of Medicine
Teikyo University

Abstract

Medical communication between a patient and her/his physician has attracted a lasting interest from various academic areas. Although pilot introduction of objective structured clinical examination has started in medical schools for communication training, basic research on the process and outcome of medical communication is still under-developed in this country. My intention in this article is to make a critical review of the theoretical assumptions of previous research on medical communication mostly conducted in the U.S., and to propose a new analytical framework to go beyond limitations of previous studies.

Based on the review, I claim that previous studies that relied on the interaction process analysis have had a limited scope constrained by “politico-economy” theories in which the patient-physician relationship is assumed as a power game. Instead, by referring to medical anthropology and a recently revised “patient-centered” model, I argue that the cooperative effort of the patient and physician to define and solve patient’s “problem” should be the focus of medical communication.

By reframing the medical communication as a joint effort to build a “common ground” in terms of problem definition, goal setting, solution search, and emotional attribute of illness experience, I have newly developed two evaluation scores: “Shared Problem Solution” (SPS) score and “Empathic Formation” (EF) score. SPS score evaluates how seriously the physician takes theoretically necessary steps to help the patient and himself reach the “common ground”. On the other hand, EF score taps into the physician’s quality of empathy expression to the patient, based

*帝京大学医学部衛生・公衆衛生学教室

患者・医師間コミュニケーションの分析法に関する批判的検討と新しい評価システム開発の試みについて
on Rogers' humanistic psychology theory.

The reliability and validity of the scales were checked using a practical sample of 106 conversations between outpatients with rheumatoid arthritis and their 8 rheumatologists. Internal consistency and/or inter-rater correlation of the score were modest for the complicated task of scoring. The correlation between SPS score and the ratio of patient's question asking/ physician's asking question was positive as expected, the correlation with patient's satisfaction was only weak. On the other hand, EF score showed a negative correlation with the ratio of patient's question/physician's question, and a moderately positive correlation with patient's satisfaction and his/her perceived sense of being understood by the physician. The result suggested that the shared problem solution and the empathy formation may have inter-twined, but relatively independent impacts on the patient's perception during a medical encounter. A discussion on future implication and limitations will follow.

キーワード

患者・医師間コミュニケーション patient-physician communication
会話プロセス分析 interaction process analysis
共同意思決定 shared decision making
共感形成 empathy formation

I はじめに

医療現場でのコミュニケーションについて、様々な形で医療従事者のみならず利用者側の視点からも高い関心が寄せられてきた。インフォームドコンセントにみるような「情報」開示の流れ、「患者」の「自主的」決定、一方で「癒し」を促す「共感的」姿勢、「患者」を「全人的」にとらえることなど、枚挙にいとまがない。現場にいる者として問題となるのは、これら「 」で括られたものが何を意味するのかがそれほど明確ではないために、どうみずから実践し、どう後に続く者に教育したらよいのか暗中模索しなければならないことである。

近年、いわゆる医療の質が問われるようになってきた。技術的な側面については、質を定義し、それを定量的・定性的に測定し、評価することで漸進的に改善を進めることができ次第に常識化しつつある。しかるに、対人的サービス、こ

とにコミュニケーションについては、様々な試みがあるものの、精神論にとどまってみたり、各個人の技量や努力に委ねられている部分が依然として多い。コミュニケーションを個人個人の「アート」(art) にとどめず、「サイエンス」(science) として定量・定性的分析の対象として取り扱うことが、実践内容を評価・改善し、それを系統的に教育していくために不可欠と考える。

医療現場でのコミュニケーションの分析研究は、本邦ではまだ緒についたところで、構成型客観的面接試験など実践的試みがみられる一方、基礎的な研究に立ち後れが目立っている。しかし、欧米においてはその歴史は長く、様々な学術分野から取り組みがなされている。本論文の目的は、それら先行研究を総括的かつ批判的に検討し、医療現場でのコミュニケーション、特に「患者」と「医師」の間の外来面接における会話に焦点を絞って、分析手法の背景となる理論を整理し、新たな分析・評価法を提案することにある。

次節で、これまでのコミュニケーション分析ならびに関連研究を批判的に吟味し、評価尺度を作成するための理論的準備過程を記述する。次いで第3節では、今回新たに作成した尺度の内容、その信頼性ならびに妥当性に関する検討結果を示す。最終節では、本尺度の可能性と限界性につき考察を加える。

II 医療会話評価の理論的視座

1. 評価の枠組みについて

医療の質を評価する場合、よく参照されるのが Donabedian (1980) のモデルである。質を評価する方法には、構造 (structure), プロセス (process), そしてアウトカム (outcome) の 3 つの側面からアプローチすることができる。コミュニケーションの場合、たとえばカーテンで仕切られただけの面接室や限られた面接時間などが「構造」に相当する。患者満足度やコンプライアンス、臨床的指標による評価は「アウトカム」からのアプローチである。本研究では、コミュニケーション実践上の問題点を明らかにするための情報を得ることが最大

患者・医師間コミュニケーションの分析法に関する批判的検討と新しい評価システム開発の試みについての関心であることから、プロセスを評価するためのシステムを開発することとした。

2. これまでのプロセス研究の批判的検討

コミュニケーションプロセスの分析・研究には、実に様々な学術分野がかかわってきた。社会言語学領域では「会話を誰が牛耳っているか？」に最大の関心を払い、話し役の変り目 (turn-taking) に注目 (Sacks, et al., 1974), 医師が質問を用いて話の流れをコントロールしていることを明らかにしてきた (West, 1992)。これを定量的に分析したのが、会話プロセス分析 (interaction process analysis) である。主に Bales (1950) もしくは Roter (1989) の手法が医療現場での会話を分析する目的で用いられてきた。医師・患者双方についてすべての発話 (utterance) を機能ごとに分類、カウントし、面接中の質問・説明など「業務的機能」(task-oriented) や共感・支援・励ましなど「情緒的機能」(emotional) の総発話に占める比率を検討するものである。すでに、医師の総発話数が多いほど、また医師の質問や指示的発話が目立つほど患者の満足度が低いことが明らかにされている (Roter, 1977)。逆に、患者の質問を促すような介入教育を行った結果、満足度は低下したが臨床的指標で改善がみられたなどの報告 (Kaplan, et al., 1989) もみられる。

これらの分析に共通する構図は「患者と医師のパワーゲームとしての面接」という構図である。Freidson (1970) によって70年代に完成された政治経済的モデル (politico-economy) では、「情報」を握る「専門家＝医師」が患者を支配し、意思決定を独占する様が描かれている。自由主義倫理の根幹である「自己決定権」(autonomy) 「自律」(self-governance) を患者が取り戻すには「情報」不均衡を破ること、すなわち医師の説明と患者の自発的質問が必要であると考えられたわけである。しかし、このモデルそのもの、そして上述した会話機能分析にはいくつかの限界がある。

まず、患者と医師は本来的に対立するものではなく、ある特定の問題の解決策を探る目的で外来という場に登場していることがあげられる。近代以降、社

会そのものが医療や医療専門家に対する一定の役割期待をもち、疾病に関連する問題を「医学的」に解釈・解決する指向性を有している。Armstrong (1987) が指摘するように、政治経済的モデルでは、この社会的期待に沿った「共同作業」がどう進められるのかを明らかにしきれていない。一方、機能分析の方法論的問題として、各発話が文脈から切り離されているために、面接会話の流れ全体のなかでの機能を明らかにできない点が、最も重大な欠陥として指摘される。すなわち、共同作業の過程を全体の文脈を保つつづ評価する方法が求められている。

3. 「共同作業」の概念化

患者と医師が行う共同作業については、いわゆる相互関係モデル (mutual relationship : Szasz & Hollender, 1956) の発表以降、比較的自明のことと誤解されてきた。たとえば「全人的医療」思想や80年代の「患者中心型医療」モデル (Levenstein, 1989) においても、患者を対等な存在と認識し、その社会・心理的背景を医師がくみとて医療判断を行うことが強調されてきた。しかし、患者側は情報提供者としては参加できても意思決定そのものは医師に委ねる形になりかねない、むしろ患者の社会的問題まで「医療化」することで、父権的関係 (paternalism) のより強化したものをつくり上げる可能性を秘めてしまっていた。そこで、90年代に入り、「共同」が何を意味するのかを明確にする努力が払われてきた。

たとえば、臨床意思決定モデル (clinical decision making) では、明確な役割分担のもと医師は医学的事実を、患者は主観的趣向を提示することで、効用 (utility) を最大化する選択肢を共同で選択する過程を示した (Eddy, 1990)。これがインフォームドコンセントの方法論的素地を提供している。一方これに対し、Emanuel ら (1992) は、交換される情報に付与される価値が絶対的「客観性」を示すことは現実にはほとんどありえず、患者・医師双方の異なる価値観やそれを左右する社会・心理的背景を解釈・提示・交渉することが必要な場合もある、と主張している。しかし、具体的にその交渉を成立させるのに何が

患者・医師間コミュニケーションの分析法に関する批判的検討と新しい評価システム開発の試みについて
必要かは示せていない。

これら共同作業の定義を探る試みで欠如していた視点が、医療人類学などから提示されていた (Mishler, 1984 ; Kleinman, 1978)。医師は医学という論理によって、患者は自己の生活や病い体験にもとづく論理によって、同じ現象を目の前にしながら異なった解釈や価値づけを行う。いわば異文化同士の接触の場である医療面接では、解決策を議論する以前に、問題の定義や意味・価値、そして目標などを「共通の土台」(common ground) (Brown, et al., 1995) の上に築くことから始めなくてはならないのである。すなわち共同作業とは、誰が決定に際して影響を振るったかではなく、決定の土台となる部分をどう作り上げたか、という問題に帰着される。分かち合う (share) のは、「情報」や権限、決定の責任や内容よりも、むしろ決定に至る現状認識や前提・価値・目標なのである。80年代後半から修正されてきた「患者中心型医療」モデルではこの「共通の土台」づくりを最も重要かつ危機的なステップと認識している。

一方、医療会話においては合理的問題解決のみならず、情緒的治療関係を築くことも必要とされる。これまでの会話研究でも「業務的会話」(task-oriented) と、「社会的・情緒的会話」(socio-emotional) とを区別していたが (Hall, et al., 1987)，これは医療現場で発生する問題が合理的問題解決のみで収まらず、情緒的共感による「癒し」を必要とすることがままあることを経験してきたからだろう。この情緒的治療関係を共通の土台の上に築くには、もちろん前提や価値・目標の一致も重要だが、Rogers によれば、①傾聴、②無批判的受け入れ、③一貫性などが医師側の態度として求められる (Rogers, 1961)。

4. 測定のモード

以上の検討から、共同作業としての会話プロセスを文脈内部で測定することが必要と考えられた。文脈を活かして評価するうえでは、Rating Scale を用いる Pendleton (1984) や Henbest (1989, 1990) の方法があった。Rating Scale 法では尺度信頼性の検討も行いやすく、評価にかかる労力も会話プロセス分析などに比べて少なくてすむが、採点者の総合的判定に拠るところが大きく、具

体的にどのような会話行動が問題なのかを特定しにくい欠点をもつ。その点、Brown らの方法 (1995) は、会話中に話されたテーマごとに医師の発言内容を評価することが可能であった。しかし、これまでに尺度精度に関するデータが発表されておらず、また共同での問題解決や共感形成過程の記述が貧弱であった。そこで Brown らのものを参考に、意思決定と共感形成の記述を強化したものを作成することとした。

なお、今回の評価では言語的コミュニケーション (verbal communication) だけに焦点を絞り、非言語的コミュニケーションは基本的に無視することとした。非言語的メッセージ (声のトーンなど para-language も含む) が特に情緒的交換において重要な役割を果たし、その用い方に性差などがみられるることは、医療会話のみならず一般の会話でも認められている (DiMatteo, et al., 1986)。しかし、非言語的に伝えられるメッセージは非特異的であること、現実的問題としてビデオなどの画像情報が入手できなかったことから評価対象からはずすこととした。一方、そのために情緒的交換に関する情報が一部失われたり、ダブルバインドされたメッセージを語彙どおりに誤解する可能性を念頭に置く必要がある。

III 評価法の開発と信頼性・妥当性検討

1. 評価対象の選択

本研究では、慢性関節リウマチ外来に通院中の患者と専門医を対象とした。一般内科の代わりにリウマチ専門外来を選択したのは、3つ理由がある。まず、慢性関節リウマチは現時点で根治性に乏しい一方、生命予後的には比較的保たれている。すなわち、一生涯患者は「病い」とともに生きることを余儀なくされている。そのため特定の医師と長い関係をもつことが多く、比較的スタイルが固定した患者・医師関係を観察しやすい。第2に、現在の薬物療法では効果が不確実である一方、致死的な副作用もありえるため、患者も医師も様々な局

患者・医師間コミュニケーションの分析法に関する批判的検討と新しい評価システム開発の試みについて面での意思決定に直面することが多い。そして最後に、特定の疾患・状態の患者・医師関係に焦点を絞ることで、会話中に出てくるテーマの幅をある程度限定できるので、あらかじめ評価項目を想定しやすいこともあげられる。都内某病院のリウマチ専門外来で診療する8人の医師を通じ、診断後半年以上経過し継続的に外来に3か月以上通院している、合計131人の外来患者につき調査参加を要請、このうち、外来会話録音と質問票調査（別途実施）の両方に参加した106人のデータを用いた。病院倫理委員会の審査を経た後、参加者に書面で説明を行い、承諾書を頂戴した。

2. 評価シートの構成について

前節の理論的考察を踏まえて、① task-oriented な「共同問題解決」過程と、② socio-emotional な「共感形成」過程の2つを指標化することとした（資料参照）。「共同問題解決」を構成する過程については、グループ意思決定理論（Hirokawa, et al., 1983）に依拠し、①「問題の共有」；問題の性質に関する共通認識の形成作業（Brown らのいう「共通の土台づくり」に相当）と、②「解決過程の共有」；個々の解決法の短所・長所に関する情報や選択基準の共有作業が必要条件であると考えた。「問題の共有」を具体的に記述するには、Brown らの評価項目を参考に、

- ア) 患者の訴えを、当初医師が聞きとめたか、それとも無視したか？（「聞き取り」）
- イ) 患者の「問題」に関する訴えが、医師の閉鎖的質問や一方的打ち切り（例：「わかりました」とか「ところで」とか）などに妨害されず「語り」として展開することが許されたか？（「自由度」）
- ウ) 患者の「語り」をさらに深めて聞き取るような言動を医師がとったか？（「掘り下げ」）

を評価した。これに加えて、

- エ) 医師が診察・検査した結果を言語化し、「問題」をどのように認識していることかを患者に伝えたか？ そのフィードバックの内容は患者の訴え

と一致しているかどうか？（「フィードバック」）

オ) もし訴えと診察所見・検査とに乖離がある場合（患者は痛いと言うけど、医師は腫れていないなどと言うとき），対立を解消するための交渉がなされたか？（「視点のすり合わせ」）

をコード化し、これをあらかじめ決めたアルゴリズムにより得点化した。患者の訴える「問題」としてはA.症状、B.機能的問題（例：痛くて眠れない）、C.

資料 会話評価票 実際のコード票を例をあげつつ提示する。

患者医師会話分析 評価シート（その1）

患者側「問題の共有」

A. 症状	聞き取り	自由度	掘り下げ	フィードバック	すり合わせ
左膝の痛み	⊕ - R	⊕ -	+ ⊖	一致 不一致 不明	+ ⊖
_____	+ - R	+ -	+ -	一致 不一致 不明	+ -
_____	+ - R	+ -	+ -	一致 不一致 不明	+ -
_____	+ - R	+ -	+ -	一致 不一致 不明	+ -

* 患者が「左膝の痛み」に関して訴えたのを、医師が「どんなふうに痛いの？」と返した。その後はつっこんで聞きこまず。医師の診立て（「腫れてるね」）と患者の訴えは一致。

B. 機能的影響	聞き取り	自由度	掘り下げ
痛くて眠れない	+ ⊖ R	+ ⊖	+ ⊖
_____	+ - R	+ -	+ -
_____	+ - R	+ -	+ -

* 患者が「痛くて眠れない」と訴えたが、医師は別の話題について質問で返した。

C. 評価	聞き取り	自由度	掘り下げ	フィードバック	すり合わせ
前より調子悪い	⊕ - R	+ ⊖	⊕ -	一致 不一致 不明	+ ⊖
_____	+ - R	+ -	+ -	一致 不一致 不明	+ -
_____	+ - R	+ -	+ -	一致 不一致 不明	+ -
_____	+ - R	+ -	+ -	一致 不一致 不明	+ -

* 患者が「前回より調子悪い」と言ったのを聞きとめてから、医師が手首の症状についてのみ調子を聞き込んだ。医師側の診立ては、言語化されなかった。

D. 説明モデル	聞き取り	掘り下げ	医師モデルとの一致	すり合わせ
寒くなって痛む	⊕ - R	+ ⊖	一致（不一致）不明	+ ⊖
_____	+ - R	+ -	一致 不一致 不明	+ -
_____	+ - R	+ -	一致 不一致 不明	+ -

* 患者が「寒くなったら痛むのだろう」と言ったのを聞きとめたが、医師は病気そのものが活発化したからだと、別のモデルを提示。見解の相違についてすり合わせはなし。

患者・医師間コミュニケーションの分析法に関する批判的検討と新しい評価システム開発の試みについて治療の効果判定や状態の善し悪しなどを取り上げた。また、いわゆる「説明モデル」(「なぜ」よくなつた、悪くなつたか。Kleinman, et al., 1978) を患者が提示したときには、それについて医師が自己の医学的モデルとのすり合わせを行ったかどうかを判定した(D. 説明モデル)。なお、「問題」のなかには、患者が自覚できず、医師側が認知・告知する問題(たとえば自覚症状のない肝機能異常など)も存在する。これについては、医師がその問題の説明を患者が理解

患者医師会話分析 評価シート (その2)

医師側「問題の共有」

問題	説明	促進	
尿たんぱく	⊕ -	+ ⊖	薬の副作用で尿たんぱくが出ていると
_____	+ -	+ -	説明したが、患者の質問は促さず。
_____	+ -	+ -	

「解決過程の共有」

解決策の内容	提案者	Pros	Cons	促進	コンフリクト	合意作業
現行薬剤中止	Pt ②	⊕ -	⊕ -	⊕ -	⊕ -	+ ⊖

* 医師は副作用が出てるので現行の治療薬中止を提案。統ければ腎臓を悪くすること、ただし止めるとリウマチの調子は悪くなることを説明。患者は仕事の都合があるので、今より悪くなるわけにはいかない、と言ったが、副作用で体を壊したら元も子もないと医師が説得。患者はしぶしぶ合意。

新薬の開始	Pt ②	⊕ -	⊕ -	+ ⊖	+ ⊖	+ ⊖
-------	------	-----	-----	-----	-----	-----

* 医師からその代わりに新薬を使うことが提案される。期待される薬効、可能性のある副作用について説明があった。患者からの質問を促すこともなく、患者も先生におまかせしますと言うだけ。

Pt Dr	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -
Pt Dr	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -

「共感形成過程」

E. 情緒的問題	聞き取り	掘り下げ	受け入れ	操作
やんなっちゅう	⊕ -	+ ⊖	⊕ -	⊕ -
_____	+ -	+ -	+ -	+ -
_____	+ -	+ -	+ -	+ -

* 患者が「なかなかすっきりいかなくてやになっちゃう」と言ったところ、医師は「お気持ちはわかりますが(受け入れ)、新しい薬が効いてくれば調子は戻りますよ。気をとりなおして(操作)」と励ました。

できる形で説明し、患者の質問を促したかどうかを判定した（医師問題の共有、「説明」と「促進」）。

「解決過程の共有」については、治療法・検査計画などについて、メリット・デメリットに関するディスカッションがなされたか（“Pros”と“Cons”）、患者の質問や意見の提示が求められたか（「促進」）、などをコードした。患者がもち出した「問題」ごとに、上述したコード化を行い、あらかじめ定めたアルゴリズムに沿ってこれを得点化、各「問題」で得られた得点の算術平均をとって「共同問題解決」スコアを算出した（得点計算のアルゴリズムは誌面の都合で掲載できないが、筆者から入手可）。

最後に、「共感形成」スコアは、患者が訴えた「情緒・社会的問題」について、医師の傾聴の程度（「聞き取り」「掘り下げ」）、無条件的な「受け入れ」の有無を判定した。一方、励ましや情緒コントロールを促すような助言は「操作」的対応とし、特に十分な傾聴を伴わない励まし（「気をとりなおしてがんばりましょう」など）は、共感形成を妨害する最大の要因と考え、これを最低得点とするアルゴリズムを用意した。

3. 評価者の選択、教育、評価の実施

特に「共同問題解決」スコアについては、筆者自身が評価を行った場合、その背景（内科医師）のために判定内容にバイアスが生じることを恐れ、できるかぎり患者の視点に近い評価者を別途選定することとした。これまでにまったく医療従事経験のない2人（ともに女性）について、評価手順マニュアルの教育を半年程度、グループないし個人セッションで約10回程度行ってから、最終的なスコアリングを行ってもらった。

評価者は、テープ起こししてテキスト化された会話を熟読しながら、評価手順マニュアルに沿ってスコアリングすることを求められた。評価シートは回収後そのままスコアを入力し、あらかじめ定めておいたアルゴリズムに従い、最終スコア（共同問題解決と共感スコア）を算出した。会話の長さは3分程度から20分以上と幅があったが、平均して5～7分程度のものが多く、スコアリン

患者・医師間コミュニケーションの分析法に関する批判的検討と新しい評価システム開発の試みについて
グには平均して1件当たり約30分程度要した。

4. 尺度信頼性の検討

時間的・資源的制約のために、評価者1と評価者2には、それぞれ73件スコアリングしてもらい、うち40件を両者共通で行ってもらった。したがって、全106件とも筆者以外の評価者のうち、どちらか一方には必ずスコアリングされていることになる。表1に共通の40件をスコア化したときの、「共同問題解決」スコアの内的整合性係数 (Cronbach's α) と評価者間のスコアの Pearson's correlation を示す。

予想どおり、筆者と2人の評価者の間で距離がみられるため、筆者がつけたスコアは放棄して、評価者2人のスコアから、妥当性検討のためにスコアを算出した。共通40例における両評価者の得点分布をもとに、スコアを標準化した後、両者のスコアを平均して最終スコアとした。一方しかスコアがない場合はそれをもって代表させた。

次に、「共感」スコアにつき評価者間の相関係数 (Pearson's) を表2に示す。著しく評価者1のスコアが遊離した。念のため第3の評価者に15例だけスコ

表1 「共同問題解決」スコアの内的整合性ならびに評価者間信頼性 (N=40)

	筆 者	評価者1	評価者2
内的整合性係数 (Cronbach's α)	0.43	0.56	0.52
評価者間相関係数 (Pearson's)			
評価者1	0.36
評価者2	0.43	0.50

表2 「共感」スコアの評価者間信頼性 (Pearson's correlation) (N=40)

	筆 者	評価者1	評価者2
評価者1	-0.05
評価者2	0.61	0.29

アしてもらった結果、筆者のスコアとは0.46の相関を示したが、評価者1とはやはり相関を認めなかった(0.02)。したがって、評価者1のスコアを放棄することとした。全例でのスコアリングは時間の関係で筆者しか行えなかつたため、筆者のスコアをもって最終スコアとし、以下の妥当性検討を行った。

5. 妥当性の検討

スコアの妥当性を検討するために、同時に測定した以下の尺度との相関係数を計算した。

ア) Roter (1989) のプロセス分析法を簡略化して作ったスコア

質問比（患者の質問数／医師の質問数、自然対数変換）

説明／指示比（医師の説明／医師の指示的発言数、arc-tangent 変換）

いずれも信頼性としては評価者間相関係数が0.80を超えていた。

イ) 満足度

説明内容、ていねいさ、共感、コミュニケーションの促し方などについて13項目の Likert 尺度を用いて、自記入式質問票により患者回答を得た。Cronbach's $\alpha = 0.89$

ウ) 「医師からの理解」認知度

痛みなどの症状、関心、不安などについて、主治医がどの程度自分のことをわかってくれていると感じたかを 5 項目の Likert 尺度で測定。Cronbach's $\alpha = 0.86$ 。

まず全106例について、「共同意思決定」スコアは平均 -0.1 ± 0.4 （中央値

表3 「共同意思決定」と「共感」スコアの妥当性検討

(Pearson's Correlation, N = 106)

	「共同意思決定」 スコア	「共感」 スコア
質問比（患者質問／医師質問）	0.27	-0.22
説明／指示比（医師説明／医師指示的発言）	0.34	-0.13
患者満足度	0.10	0.20
「医師からの理解」認知度	0.09	0.19

患者・医師間コミュニケーションの分析法に関する批判的検討と新しい評価システム開発の試みについて
-0.1, -1.1~1.0), 「共感」スコアは平均-0.1±0.4 (中央値0, -1.0~1.0)
であった。相関係数を計算した結果を表3に示す。

IV 考 察

開発された評価尺度は、患者と医師が双方のロジックの違いを乗り越え、共通の土台づくりを進めながら、合理的な問題解決への到達と、共感によって結ばれた治療関係の形成を目指す過程を理想形とした。文脈を残るために、患者の提示した一つ一つの「問題」につき、必要なステップがとられたかどうかを判定したことで、具体的なコミュニケーションの流れを詳細に記述することを可能にし、かつ、技法的改善点を直接提示できるように工夫した。

しかし一方で、判定手順はやや複雑となり、評価者には注意深いテキストの読み取りと解釈を要求するものになった。技術的習熟の影響については、教育早期と晚期でスコアの評価者間相関を検討してみたが、学習効果は強いものを認めなかった。Roterなどのプロセス分析法にもとづいたスコアは評価者間信頼性係数も0.90を超えるものが報告されているが、文脈を考慮しない分、スコアリングそのものも比較的単純なこと、医療面接の専門知識をもった者がトレーニングを受けて行っていることから説明がつく。今回の研究ではあえて医療従事経験のない者にスコアリングを行わせたが、前節で示した信頼性係数はこうした事情を考慮すれば決して低いものではなく、むしろ非医療従事者の観点からみても十分利用可能な評価の枠組みが作れたと思われる。

しかし、より高い信頼性を得るために、いくつかの改善点が考えられる。まず、今回は言語化された情報だけを用いたが、特に「共感」スコアなど情緒面に関する評価では、非言語的情報を併用する余地があるだろう。ビデオは現時点では現場医師や患者の抵抗などもあり使いにくいが、せめて声のトーンなどのpara-linguisticな情報を加えるだけでも、評価者間でのばらつきを抑え、安定したスコアリングが得られるかもしれない。

「共同意思決定」スコアと従来の会話プロセス分析由来の指標との関係はほ

ほぼ予想されたとおりの結果が得られた。質問比（患者質問／医師質問）と説明比（医師説明／医師指示的発言）に対して正相関がみられたことは、より患者が積極的な質問を行い、より医師が積極的な情報提供を行うことが「共通の土台」を作っていくうえで重要であることを示唆している。一方、満足度とは弱い正相関がみられるにとどまった。

これに対して「共感」スコアは、質問比・説明比とも逆相関がみられた。これまで患者の質問と満足度の関係は、正相関と逆相関と双方が報告されているが、患者質問を促す介入教育を行った例では、質問をしたものほど満足度が低いことが報告されている (Kaplan, et al., 1989)。本研究の例でも、患者の質問絶対数はきわめて少なく、質問が出る場合はむしろ何らかの「問題」（多くは治療法の限界に関連する）が起こっているために、医師にしがみついてでも情報を取ろうとしていることが多かった。また、そうした場合、医師は患者に質問される以前に大量の「医学的情報」を「説明」として渡すことで、患者に「納得」もしくは「あきらめて」もらおうとしていることが多かった。こうした背景から、「共感」スコアでは低い値がみられたものと推察される。一方、「共感」スコアは満足度とも「医師からの理解」認知とも中程度の正相関をもっていた。以上から、合理的な問題解決と共感形成とでは、重なり合いながらも異なる機能を医療会話のなかで果たしている可能性が示唆された。

以上から、今回開発した2つの評価スコアは一定程度の信頼性と妥当性をもっていると考えられ、今後技術的改善を加えつつ、医療会話の質の評価や、医療面接教育において、従来の会話プロセス分析に加えて新しい情報をもたらすことが期待される。ここで、本研究が対象をリウマチ専門外来の患者・医師としたことについては言及が必要であろう。今日の医療面接の多くは慢性疾患の治療に割かれている。治療法や症状など面接のトピックは疾患や診療施設により異なるが、患者も医師も長期にわたり関係を築き、患者の抱える臨床的・社会情緒的問題を同定し、治療の長所・短所を鑑みながら解決策を模索している。したがって、問題解決的な視点から面接を評価するうえで、今回とりあげた評価項目はリウマチに限らないミニマムエッセンシャルと考えられるが、今後他

患者・医師間コミュニケーションの分析法に関する批判的検討と新しい評価システム開発の試みについて疾患を対象とした検討が必要と思われる。また本研究では、対象患者を確定診断から6か月以上、現担当医との関係が3か月以上経ている者に絞った。関係がある程度安定化した群を選んだのは、病初期では心理的適応が不安定で、医師との距離感も変動が大きいと予想されるため、横断的調査での検討にむかないと判断したためである。今後、本評価システムを時系列的な評価に用い、患者・医師関係の変化と関連がみられるかについても検討が必要である。

こうした適用範囲の問題とは別に、本評価システムはこれまでの会話分析法と同じ限界ももっている。まず本評価法も表出された「言動」を第3者が観察し判定しているため、患者や医師の内面で実際にどのような意味づけをされているのかは測れない。Tucketらの研究(1985)のように、面接後に患者・医師双方にインタビューで確認する方法を併せてとり、第3者評価の妥当性を確認することが今後必要となる。

また、患者が一見病状や治療内容に関する質問を発していながら、実は将来に関する不安や自己存在のゆらぎによって起こる苦悩などを表現しようとしている場合がある(Charmaz, 1983)。このように、「病い」によって生じた「自己存在」そのものへの危機に対処するために、「患者の語り」(patient's narrative)が用いられる場合(Kleinman, 1988)、また治療者側が語りを通じて患者の自己再構築を援助していくとする場合(Mattingly, 1991)、従来の会話プロセス分析でも今回開発した評価法でもその意味を表現することはできない。「問題解決」や「共感」というものを超えた医療会話の機能については、現時点では解釈学的分析に頼るほかはない。患者・医師に対して背景インタビューなどを行い、会話を医療現場だけでなく患者と医師を囲む世界の中に位置づける必要があるだろう。今後、こうした質的・解釈学的分析と、スコアリングによる数量的分析をハイブリッドさせていくことで(Roter, et al., 1992)、より医療現場でのコミュニケーションの意義や性質を深く掘り下げていくことが必要であると考える。

本研究は筆者の学位論文(Hashimoto, 1999)の一部に加筆したものである。学位研

究をご指導いただいた Harvard School of Public Health の Daltroy 博士, ご助言を賜った飯島克巳 (前八丈島町立病院院長)・藤崎和彦 (奈良県立医科大学) 両先生, そして調査にご協力いただいた医師・患者の皆様に深謝申し上げる。なお, 本研究はファイザーヘルスリサーチ財団から助成された (96C023)。

文 献

- 1) Armstrong, D. (1987), *Bodies of knowledge : Foucault and the problem of human anatomy*. In Scambler, G. ed., *Sociological Theory and Medical Sociology*. London, Tavistock, pp.59-76.
- 2) Bales, R.F. (1950), *Interaction process analysis : a method for the study of small groups*. Cambridge, MA, Addison-Wesley.
- 3) Brown, J.B., Weston, W.W., Stewart, M.A. (1989), *Patient-centered interviewing part II : Finding common ground*. Canadian Family Physician, pp.35.
- 4) Brown, J.B., Stewart, M., Tessier, S. (1995), *Assessing communication between patients and doctors : Unpublished manuscript*. Research Park : Center for Studies in Family Medicine, The University of Western Ontario and Thames Valley Family Practice Research Unit.
- 5) Charmaz, K. (1983), *Loss of self : a fundamental form of suffering in the chronically ill*. *Sociology of Health and Illness*, 5(2) : 168-195.
- 6) DiMatteo, M.R., Prince L.M., Hays, R. (1986), *Nonverbal communication in the medical context : the physician-patient relationship*. In Blanck, P.D., Buck, R., Rosenthal, R. eds. *Nonverbal Communication in the Clinical Context*. University Park, Penn State University Press, pp. 74-98.
- 7) Donabedian, A. (1980), *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Ann Arbor, Health Administration Press.
- 8) Eddy, D.M. (1990), *Anatomy of a decision*. *Journal of American Medical Association*, 263 : 41-443.
- 9) Emanuel, E.F., Emanuel, L.L. (1992), *Four models of the physician-patient relationship*. *JAMA*, 267(16) : 2221-2226.
- 10) Freidson, E. (1970), *Professional Dominance : the Social Structure of Medical Care*. Chicago, Aldine.
- 11) Hall, J.A., Roter, D.L., Katz, N.R. (1987), *Task versus socioemotional*

- 患者・医師間コミュニケーションの分析法に関する批判的検討と新しい評価システム開発の試みについて
behaviors in physicians. *Medical Care*, 25 : 399-412.
- 12) Hashimoto, H. (1999), Communication between patients with chronic illness and their physicians. Submitted doctoral thesis. Department of Health and Social Behavior, Harvard School of Public Health.
- 13) Henbest, R.J., Stewart, M.A. (1989), Patient-centeredness in the consultation 1 : a method for measurement. *Family Practice*, 6 : 249-254.
- 14) Henbest, R.J., Stewart, M.A. (1990), Patient-centeredness in the consultation 2 : does it really make a difference? *Family Practice*, 7 : 28-33.
- 15) Hirokawa, R.Y., Pace, R. (1983), A descriptive investigation of the possible communication-based reasons for effective and ineffective group decision making. *Communication Monograph*, 50 : 363-379.
- 16) Kaplan, S.H., Greenfield, S., Ware, J.E. (1989), Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical Care*, 27 : S110-127.
- 17) Kleinman, A., Eisenberg, L., Good, B. (1978), Culture, illness and care ; clinical lessons from anthropologic and cross-culture research. *Annals of Internal Medicine*, 88 : 251-258.
- 18) Kleinman, A. (1988), The Illness Narratives : Suffering, Healing, and The Human Condition. BasicBooks.
- 19) Levenstein, J.H., et al. (1989), Patient-centered clinical interviewing. In Stewart, M., Roter, D. eds., Communicating with medical patients. SAGE, pp. 107-120.
- 20) Mattingly, C. (1991), The narrative nature of clinical reasoning. *The American Journal of Occupational Therapy*, 45(11) : 998-1005.
- 21) Mishler, E.G. (1984), The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews. Ablex Publishing, pp.171-182.
- 22) Pendleton, D., Schofield, T., Tate, P., Havelock, P. (1984), The Consultation: An Approach to Learning and Teaching. Oxford, Oxford University Press, pp. 67.
- 23) Rogers, C.R. (1961), A process conception of psychotherapy : On Becoming a Person. Boston, Houghton Mifflin Company, pp.125-159.
- 24) Roter, D.L. (1977), Patient participation in the patient-provider interaction : the effects of patient question asking on the quality of interaction, satisfaction, and

- compliance. *Health Education Monographs*, 5 : 281-315.
- 25) Roter, D.L. (1989), The Roter Method of Interaction Process Analysis. Unpublished manuscript. Department of Health Policy and Management, The Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, Baltimore, MD.
- 26) Roter, D., Frankel, R. (1992), Quantitative and qualitative approaches to the evaluation of medical dialogue. *Social Science and Medicine*, 34(10) : 1097-1103.
- 27) Sacks, H., Schegloff, E., Jefferson, G. (1974), A simplest systematics for the organization of turn-taking in conversation. *Language*, 50 : 696-735.
- 28) Stewart, M. (1995), Methods of Scoring Patient-Centeredness. In Stewart, M., Brown, J.B., Weston, W.W., McWhinney, I.R., McWilliam, C.L., Freeman, T.R., eds., *Patient-Centered Medicine : Transforming the Clinical Method*. Thousand Oaks, SAGE Publications, pp.191-203.
- 29) Szasz, T.S., Hollender, M.H. (1956), A contribution to the philosophy of medicine ; the basic models of the doctor-patient relationship. *Archives of Internal Medicine*, 97 : 585-592.
- 30) Tucket, D.A., Boulton, M., Olson, C. (1985), A new approach to the measurement of patient's understanding of what they are told in medical consultations. *Journal of Health and Social Behavior*, 26 : 27-38.
- 31) West, C. (1992), "Ask me no question..." An analysis of queries and replies in physician-patient dialogues. In Todd, D., Fisher, S. eds., *The social organization of doctor-patient communication* 2nd ed., NJ, Ablex Publishing Co., pp.127-160.