

## 保健医療職種によるコミュニケーションの違い —RIAS による文献検討から—

二瓶映美<sup>1</sup>, 瀬在泉<sup>2</sup>, 川村千恵子<sup>3</sup>, 岡美智代<sup>4</sup>, 上杉裕子<sup>5</sup>, 木村聡子<sup>6</sup>,  
小坂素子<sup>7</sup>, 野呂瀬崇彦<sup>8</sup>, 樋口倫子<sup>9</sup>, 松本光寛<sup>4</sup>, 吉野亮子<sup>10</sup>  
1. 秀明大学 2. 防衛医科大学校 3. 甲南女子大学 4. 群馬大学大学院  
5. 金城学院大学 6. 京都光華女子大学 7. 神戸女子大学 8. 帝京大学  
9. 明海大学 10. 関西医療大学

### Differences in Communication among Health Professions: A Literature Review by RIAS

Emi Nihei, RN, PHN, PhD<sup>1</sup>, Izumi Sezai, RN, PHN, PhD<sup>2</sup>,  
Chieko Kawamura, RN, MW, PhD<sup>3</sup>, Michiyo Oka, RN, PhD<sup>4</sup>, Yuko Uesugi, RN, PhD<sup>5</sup>,  
Satoko Kimura, RN, MA<sup>6</sup>, Motoko Kosaka, RN, PHN, PhD<sup>7</sup>,  
Takahiko Norose, RPh, MBA, EdD<sup>8</sup>, Noriko Higuchi, PhD<sup>9</sup>,  
Mitsuhiro Matsumoto, RN, CNS, MSN<sup>4</sup>, Ryoko Yoshino, LAc, PhD<sup>10</sup>

<sup>1</sup>. Shumei University <sup>2</sup>. National Defense Medical College <sup>3</sup>. Konan Women's University  
<sup>4</sup>. Gunma University, Graduate School of Health Sciences <sup>5</sup>. Kinjo Gakuin University  
<sup>6</sup>. Kyoto Koka Women's University <sup>7</sup>. Kobe Women's University <sup>8</sup>. Teikyo University  
<sup>9</sup>. Meikai University <sup>10</sup>. Kansai University of Health Sciences

キーワード

多職種

コミュニケーション

RIAS

interdisciplinary

communications

the roter interaction analysis system (RIAS)

### I. はじめに

近年、医療が高度化、複雑化し、地域包括ケアシステムの構築が深化、推進される中、様々な職種と連携、協働する機会が増えている。保健医療分野における専門職種は、患者・家族のために最善を尽くすことを共通の目標としている。このため、患者・家族と交わされるコミュニケーションや職種間で交わされるコミュニケーションは重要な役割を果たす。

一方、各職種は異なった専門性を持ち、職種によって課題の捉え方や判断の仕方などが様々であるため、時にコミュニケーションは困難を伴うことが予想される。多職種が連携、協働する上では、こうした職種によるコミュニケーションの違いについて互いに認識しておく必要がある。

コミュニケーション分析の手法の1つに Roter Method of Interaction Process Analysis System (RIAS) がある。RIASとは Debra Roter によって開発された、医療場面におけるコミュニケーションの量的分析方法であり、主に欧米にて信頼性・妥当性についても検討され広く用いられている<sup>1)</sup>。RIASを用いた分析では、医療場面でのコミュニケーションを、それぞれの話し手のまとまった考えを示す最小単位である「発話」に区切り、それらを約40の用意されたカテゴリーのいずれかに分類する<sup>2)</sup>。例えば、社会情緒的カテゴリーとして、「【Approve】相手に対する直接的な承認・誉め」「【Disapprove】相手に対する直接的な非同意・批判」「【Agree】同意・理解」「【Empathy】共感」「【Concern】

不安・心配」などがある<sup>1)</sup>。そして、各カテゴリーが話し手それぞれによって使用された回数をもとに、その場面における会話の特徴を示す指標が算出される<sup>3)</sup>。

本研究では、RIASを用いた先行研究から発話に焦点を当てて、保健医療職種の患者・家族に対するコミュニケーションの違いについて明らかにし、多職種連携の深化を考える上での一助にすることを目的とした。

## II. 方法

### 1. 文献の検索方法

Pubmed, CINAHL, 及び医学中央雑誌 web 版 (医中誌) にて、「The Roter interaction analysis system」をキーワードとして検索した (検索日: 2021 年 12 月 6 日)。

### 2. 対象文献の選定方法

データベース検索の結果、Pubmed 310 件、CINAHL 67 件 (Pubmed での重複除く)、医中誌 11 件であり、合計 388 件が該当した。その後、4 人の研究者にてタイトルおよび抄録を吟味した。最終的に、保健医療分野における職種として、少なくとも医師または薬剤師、看護師のいずれかのコミュニケーションを職種間で比較検討した文献を抽出したところ、5 件となり、これらを分析対象とした。

### 3. 分析方法

文献検索により該当した全ての文献について、文献ごとにタイトル、対象職種、対象場面、研究目的、データ収集方法、研究の結果を抽出した上、4 人の研究者で継続的に検討を重ねながら分析を行った。また、分析対象となった文献については、発話の長さ、カテゴリーの特徴の視点で分析を行った。

### 4. 倫理的配慮

著作権法に基づき、文献は出典を明記の上引用し、論旨を損なわないように配慮した。

## III. 結果

5 件の文献について、概要を述べる。

### 文献 1. 地域の薬局における、吸入ステロイド剤に関するカウンセリングの場面<sup>4)</sup>

オランダでは薬剤師数が日本の 7 分の 1 程度であ

り、薬剤師アシスタント (アシスタント) が薬剤師の監督のもと、調剤、服薬指導、医薬品管理などの幅広い業務に従事している。アシスタントは、2 年間の専門トレーニングを受けた後に登録でき、5 年ごとの更新制となる。薬局 1 件あたり 薬剤師 1, 2 人、アシスタント 7, 8 人が在籍している<sup>5)</sup>。

研究の目的は、オランダの地域の薬局において、薬剤師またはアシスタントが喘息あるいは COPD の患者に対し、吸入ステロイド (ICS) の使用経験や有効性、起こりうる副作用、適切な使用についてのカウンセリングを行う場面において、コミュニケーションの違いを比較することであった。12 薬局において、薬剤師 12 名 (うち男性 6 名) およびアシスタント 12 名 (全員女性)、18 歳以上で ICS を 1 年以上使用し、前年度に ICS を 2 回以上処方した患者 169 名を対象とした。患者は、薬剤師とアシスタントのいずれか 1 回とカウンセリングを行った。

結果、薬剤師のカウンセリング時間は平均 16.46 ± 0.80 分であり、アシスタントの平均 11.34 ± 0.80 分よりも有意に長かった ( $p < 0.001$ )。また、発話の加重平均でみると、感情的な発話は、薬剤師では平均 89.02 ± 5.48 分とアシスタントの平均 63.72 ± 5.53 分よりも有意に多かった ( $p < 0.001$ )。同様に、医学的な発話は、質問 (薬剤師平均 3.42 ± 0.43 分、アシスタント平均 1.86 ± 0.43 分) や情報提供 (薬剤師平均 9.25 ± 1.35 分、アシスタント平均 3.60 ± 1.36 分) おいて薬剤師ではアシスタントよりも有意に多かった ( $p < 0.001$ )。一方、心理社会的な発話は、質問 (薬剤師平均 0.32 ± 0.08 分、アシスタント平均 0.25 ± 0.08 分) および情報提供 (薬剤師平均 1.18 ± 0.26 分、アシスタント平均 1.09 ± 0.26 分)、カウンセリング (薬剤師平均 0.03 ± 0.02 分、アシスタント平均 0.00 ± 0.02 分) の全てにおいて、薬剤師、アシスタントのいずれも少なかった。

### 文献 2. リウマチ専門外来におけるリウマチ患者の診療場面<sup>6)</sup>

英国では、診察や診断を行うナース・プラクティショナーが導入されており、診療所で軽症患者の診察や慢性疾患の管理など高度な実践を行う看護師が活躍している<sup>7)</sup>。

研究の目的は、開業医による診療所と専門看護師

による診療所のリウマチ専門外来において、リウマチ患者の診療場面におけるコミュニケーションについての比較であった。9施設の医師9名（うち男性4名）および専門看護師9名（うち男性1名）、医師が診察した63名の患者、専門看護師が診察した44名の患者を対象とした。

結果、医師の面接時間は7～50分（中央値＝18分）で、専門看護師の方がそれよりも平均4.2分長く、統計的に有意であった（ $p = 0.01$ , 95%CI 7.4-0.9）。Mann-Whitney U 検定を用いた分析により、医師と専門看護師の発話により差異を評価したところ、専門看護師の方がより多くの「データ収集」を行っていた（ $p = 0.002$ ）。同様に、専門看護師の方がより多くの「関係構築」に関与していた（ $p = 0.01$ ）。関係構築に関する発話には、「個人的なコメント・社会的会話」「不安・心配」「安心・励ましの要請」が含まれた。

### 文献3. ホスピス施設におけるケアプラン作成にかかる会議の場面<sup>8)</sup>

研究の目的は、ホスピスにいる患者の家族介護者（介護者）のチーム会議への参加の有無がチームコミュニケーションにどのような影響を及ぼすか検討することであった。米国中西部の2つのホスピスにおいて、2週間に1回、チーム会議で患者のケースについて話し合う標準的なホスピスケア会議の20場面と、家族介護者が参加するアクティブ会議の20場面を比較した。ホスピスチームの主な職種には、医局長および看護師、ソーシャルワーカー、チャプレンが含まれていたが、各職種の人数は不明であった。

結果、会議時間は標準会議では平均3分38秒（6分40秒～50秒）に対し、アクティブ会議では平均9分（4分～19分）と長かった。発言数は、標準会議では385件に対し、アクティブ会議では1186件と約3倍であった。アクティブ会議では、標準会議と比較し、医師と看護師はソーシャルワーカーやチャプレンよりも生物医学的な教育に従事しており、看護師は介護者教育に大きく関与していた（平均4.45回）。ソーシャルワーカーは、心理社会的カウンセリングを非常に多く行っていたが（平均1.3回）、介護者への心理社会的カウンセリングは全体的に少なかった（医局長平均0.2回、看護師平均0.35

回、チャプレン平均0.40回）。看護師は最も多くの質問をしたが（23%）、その大半は心理社会的な話題（平均0.4回）ではなく、生物医学的な話題に費やされた（平均3.35回）。また、看護師は医師よりも感情的な発話（看護師平均1.9回、医師平均0.35回）や肯定的な発話（例えば、介護者の仕事を褒める）（看護師平均1.25回、医師平均0.1回）によってラポール構築を医師よりも優位に進めた。医局長は、他のメンバーと比較して、介護者とのラポール形成にほとんど関与していなかった（医局長平均14%、看護師平均29%、ソーシャルワーカー平均36%、チャプレン平均52%）。

### 文献4. 救急外来に受診した患者との診療場面<sup>9)</sup>

英国では、救急診療部において救急看護師がトリアージや処置をするだけでなく、医師と同様に患者の診断や治療を行っており<sup>10)</sup>、重要な役割を果たしている。研究の目的は、救急看護師（Emergency Nurse practitioner: ENP）と患者のコミュニケーションは、医師と患者のコミュニケーションと比較し、患者の転帰にどのような影響を及ぼすか検討することであった。英国では、卒後2～3年目の基礎研修を行っている医師はシニアハウスオフィサー（Senior house officers: SHO）と呼ばれ、その後は病院で専門医研修を受けるスペシャリストレジストラ（Specialist registrars: SpR）または診療所の一般医（General practitioners: GP）となる<sup>11)</sup>。本研究では、救急診療部におけるSHO10名、SpR7名、GP12名、ENP35名を分析対象とした。また、分析対象となった患者の診察場面は、社会的に恵まれない多民族を対象とする、都心の病院の救急診療部で、トリアージナスによって症状が軽微であり、緊急の蘇生処置や入院が必要でないと判断された、296件であった。内訳は、GP103件、SHO87件、SpR60件、ENP46件であった。

結果、患者教育やカウンセリングに関する発話数は、GP（平均38.1回、95% CI 25.2～57.5）とENP（平均33.2回、95% CI 17.3～63.8）で、SHO（平均13.6回、95% CI 8.6～21.4）より有意に多く、SpR（平均25.3回、95% CI 14.3～44.7）よりも多かったが有意差はなかった。また、Mann-Whitney U 検定により、ENP（平均12.04回、範囲0～41）はSHO

(平均 9.22 回, 範囲 0 ~ 34) よりも治療計画書に関する情報を有意に多く提供していた ( $p < 0.05$ )。

#### 文献 5. 心臓外科手術患者への術前教育場面<sup>12)</sup>

オランダでは, 心臓手術患者は, 医師や看護師, Health educator (医療教育者) など様々な職種が関わる。研究の目的は, 心臓外科手術における, 医師や看護師, 医療教育者の術前教育が患者の情報ニーズに適合しているか (重複, ギャップ, 矛盾の有無) について検討することであった。オランダの心臓センターのクリニック 1 施設において, 医師 4 名 (うち女性 1 名), 看護師 23 名 (うち女性 17 名), 健康教育者 4 名 (全員女性), CABG (冠動脈バイパス術) または弁置換術の待機患者 51 名 (うち男性 41 名, 平均年齢 62.6 歳) を分析対象とした。面接は, 1 名の患者に医療教育者, 医師 (心臓胸部外科の研修医), 看護師の順番で行われた。医療教育者は, 患者とその家族に, 手術に関する時間や期間などの情報と術後 1 泊 2 日の集中治療室 (ICU) に関する情報 (例: 規則, 面会時間など) を提供した。医師は最後の身体検査を実施し, 患者へ医療情報を提供した。看護師は, 心臓外科病棟の組織やサービス, 規則について情報を提供し, 術前・術後のケアやリハビリテーションについて患者へ情報提供した。

結果, コミュニケーションの特徴として, 医学的な発話は, 医師は発話全体の 75.2% を占め, 看護師は 29.8% であった。また, 各職種の情報提供の担当が明確でなく, 医師と看護師において医学的な発話の重複や患者への教育内容の相違があり, 患者の混乱に繋がっていた。半数以上の患者 (51.0%) は, どの面接においても一度も心理社会的な質問 (例えば, 「明日のことで緊張していますか」など) を受けていなかった。大半の医療従事者は, 不安の程度を探らず, 話題さえも取り上げなかった。

#### IV. 考察

5 件の文献については, それぞれ場面や対象とされた職種が異なるため, 職種ごとのコミュニケーションの違いを明確に述べることは難しい。

しかし, コミュニケーションに関する傾向として, 医師や薬剤師は医学的な発話が多く<sup>4) 12)</sup>, 看護師はそれに加えて関係性構築に関する発話<sup>6)</sup> や感情的

な発話や肯定的な発話<sup>8)</sup> など, 社会情緒的な会話が多かった。

#### 1. 看護師に特徴的な社会情緒的な関わり

看護師が患者や家族に対する社会情緒的な会話が多い背景の 1 つに, 倫理綱領の存在が考えられる。現在, 138 か国が加盟する「ICN (国際看護師協会) 看護師の倫理綱領」は, 看護師と看護学生の倫理的価値観, 責任, 職務上の説明責任を明記したものであり, 看護師が担う様々な役割の中で, 倫理的な看護実践を定め, 導くものである<sup>13)</sup>。この中で, 看護師と患者またはケアやサービスを必要とする人々の項目の 1 つに, 「看護師は, 敬意, 正義, 応答性, ケアリング, 思いやり, 共感, 信頼性, 品位といった専門職としての価値観を自ら体現する。」と示されている。つまり, 看護師は社会情緒的な価値観を持ち, 体現することを基礎教育の段階から受けており, 看護師として職務にあたる際にもそれが日常的に行われていることが示唆された。さらに, 「ICN (国際看護師協会) 看護師の倫理綱領」に基づき, 2003 年に改正された日本看護協会の「看護職の倫理綱領」では, 「看護職は, 対象となる人々との間に信頼関係を築き, その信頼関係に基づいて看護提供をする」と, 関係構築についてより具体的に明記されている<sup>14)</sup>。これは, 他の倫理綱領と比較して特徴的な点の 1 つであり<sup>15)</sup>, 国内外においても看護職の中で広く浸透しているものと推察される。

#### 2. 複数職種間で連携・協働する際の心理社会的な発話の必要性

心理社会的な発話とは, 「心理的関心や問題 (例えば, ストレス, 感情, 気持ち, 一般的な気分の状態, 哲学的な考え方, 価値観や信念, 個人的な嗜好や嫌悪のような感情に関わること)」を指す<sup>1)</sup>。これは, 保健医療分野における職種にとって, 患者・家族本位の保健医療サービスを提供する上では基盤となるものであり, 保健医療サービスを受ける患者・家族にとっても前提として期待されるものである。

しかし, 5 文献のうちの 1 番目 Drienaar ら<sup>4)</sup>の研究では, 薬剤師もアシスタントも心理社会的な発話よりも医学的な発話の方が長かった。文献 3 の Wittenberg-Lyles ら<sup>8)</sup> 心理の研究でも, 看護師は心理社会的な話題 (平均 0.4 回) よりも, 生物医学

的な話題(平均3.35回)を多く行っていた。一方、ソーシャルワーカーは、心理社会的カウンセリングを平均1.3回と、非常に多く行っていた。

これらのことから、多職種が連携、協働し、患者・家族に関わる場面では、医学を専門とする医師でない、薬剤師や看護師であっても、心理社会的な発話よりも生物医学的な発話の方が多いたことがわかる。一見すると、薬剤師や看護師は医療施設で勤務するため、生物医学的な発話が多いようにも思われるが、文献1のDriesenaarら<sup>4)</sup>の研究は、地方の薬局での薬剤師とそのアシスタントによる発話である。つまり、病院などの医療機関ではなくても、薬剤師や看護師のという資格は健康や身体に働きかける職種であることが再確認できる。

ソーシャルワーカーは、「ソーシャルワーカーの倫理綱領」<sup>16)</sup>の前文に、「人々がつながりを実感できる社会への変革と社会的包摂の実現をめざす専門職」と言明されている。この社会的包摂はソーシャルインクルージョンとも言われ、近年の日本の福祉や労働施策の改革とその連携にもかかわりの深いテーマであり、生活困窮者、非正規雇用者なども対象となる<sup>17)</sup>。このようにソーシャルワーカーは、医療だけでなく社会福祉にも関係することから、心理社会的カウンセリングを多く行っていたことも考えられる。

多職種連携の際には、医療、福祉、労働など、多様な社会保障を背景にした専門家もいることを認識して協働することが必要である。

しかし、文献5のWeertら<sup>12)</sup>の研究では51%の患者が一度も心理社会的な質問を受けていなかった。この理由の1つに、今回の研究では心理社会的な関わりについて自職種よりも他職種の役割であると考えている可能性が示唆される。実際、どの職種が心理社会的な関わりを中心に行うべきかについては明確でなく、ケースにより異なるものと考えられる。いずれにしても、こうした職種間の認識のずれにより弊害が生じ、結果として患者・家族にとって不利益が生じる。こうした状況から、保健医療分野において、多職種と連携、協働を行う上では、互いが持っている役割の認識を確認し合い、役割分担について事前に話し合っておくが必要であると考えられた。

## V. まとめ

今回検討した文献は全て異なる場面での分析であり、職種ごとのコミュニケーションの違いを明確にすることは難しかった。今後、保健医療分野における複数職種間のコミュニケーションの違いを明らかにするためには、同じ場面や事例に基づいた研究手続きが必要であり、今後の課題と考える。

## 利益相反

利益相反はない。

## 引用文献

- 1) 野呂幾久子, 阿部恵子, 石川ひろの:医療コミュニケーション分析の方法, 第2版:2-3, 三恵社, 名古屋, 2011
- 2) 石川ひろの:医療コミュニケーション研究の方法論的議論と発展—「Communication in Medical Care」訳書からの検討—, 現象と秩序, 3:17-26, 2015
- 3) 石川ひろの, 中尾睦宏:患者—医師間コミュニケーションにおけるEBMとNBM:Roter interaction analysis systemを用いたアプローチ, 心身医学, 47(3):201-211, 2007
- 4) Driesenaar JA, Smet PAD, Hulsten R, Hu L, Dulmen S: Communication during counseling sessions about inhaled corticosteroids at the community pharmacy, Patient Preference Adherence, 2(10):2239-2254, 2016
- 5) 山崎由貴, 神崎哲人:オランダの薬剤師と薬学教育, 在宅薬学, 7:66-71, 2020
- 6) Vinal-Collier K, Madill A, Firth J: A multi-centre study of interactional style in nurse specialist- and physician-led Rheumatology clinics in the UK, Int J Nurs Stud, 59:41-50, 2016
- 7) 白瀬由美香:イギリスにおける看護師の業務範囲とその拡大, 健保連海外医療保障, 129:30-45, 2022
- 8) Wittenberg-Lyles E, Oliver DP, Kruse RL, Demiris G, Gage LA, Wagner K: Family caregiver participation in hospice interdisciplinary team meetings: how does it

- affect the nature and content of communication?,  
Health Commun, 28 (2): 110-8, 2013
- 9) Sandhu H, Dale J, Stallard N, Crouch R, Glucksman E : Emergency nurse practitioners and doctors consulting with patients in an emergency department: a comparison of communication skills and satisfaction, Emerg Med J, 26 (6) : 400-4, 2009
- 10) 白瀬由美香 : イギリスにおける医師・看護師の養成と役割分担, 海外社会保障研究, 174 : 52-63, 2011
- 11) 猪飼周平 : 病院の世紀の理論, 15-52, 株式会社有斐閣, 東京, 2010
- 12) Weert J, Dulmen S, Bär P, Venus E : Interdisciplinary preoperative patient education in cardiac surgery, Patient Educ Couns, 49 (2) : 105-14, 2003
- 13) 公益社団法人日本看護協会 : ICN 看護師の倫理綱領 (2021 年版)  
<https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/rinri/icncodejapanese.pdf?ver=20>  
公開日 : 2022 年 1 月 31 日 (検索日 : 2022 年 9 月 22 日)
- 14) 日本看護協会 : 看護職の倫理綱領  
[https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/rinri/code\\_of\\_ethics.pdf](https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/rinri/code_of_ethics.pdf)  
公開日 : 2021 年 3 月 15 日 (検索日 : 2022 年 9 月 22 日)
- 15) 小林道太郎, 竹村淳子, 真継和子, 山内栄子, 太田名美 : 看護倫理に関する歴史的概観, 大阪医科大学看護研究雑誌, 2 : 60-67, 2012
- 16) 日本ソーシャルワーカー連盟 (JFSW) 公式 WEB サイト, ソーシャルワーカーの倫理綱領,  
<https://jfsw.org/code-of-ethics/>  
(検索日 : 2022 年 9 月 22 日)
- 17) 第 22 回社会保障審議会, 社会的包摂政策を進めるための基本的考え方, 厚生労働省, 2011 年 <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ngpw-att/2r9852000001ngxn.pdf>  
(検索日 : 2022 年 9 月 22 日)