

診療場面における医師－高齢患者 －家族間コミュニケーション：日米比較研究

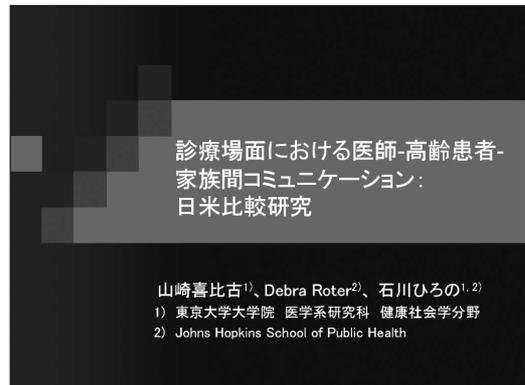


東京大学医学系研究科健康科学・看護学専攻健康社会学分野 助教授 山崎喜比古
代理発表者：東京大学大学院医学系研究科博士課程院生 石川ひろの

【スライド-1】

平成13年度国際共同研究として「診療場面における医師－高齢患者－家族間コミュニケーション：日米比較研究」ということで助成をいただきました。今日、他の発表をいろいろ聞かせていただいて、比較的マクロなアプローチの研究が多い中で、こうした診療場面の内部のコミュニケーションという比較的ミクロな視点の研究にも目を向けて助成をいただいたことに感謝申し上げたいと思います。

スライド1



【スライド-2】

研究の背景ですが、65歳以上の高齢者は現在わが国の人口の約19%を占めておりますが、この集団は他の年齢集団に比較して、保健医療サービスの頻繁な利用者であるとされています。

一方で診療場面における医師との関係に関して、患者が高齢である場合に特有の問題が指摘されてきています。

とりわけ、しばしば家族等に伴われて受診する患者が多いことから、そうした

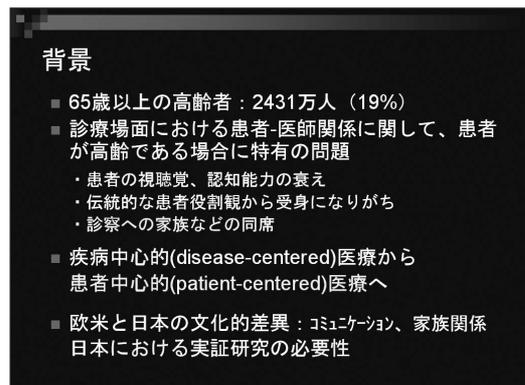
家族等の付添の診察への同席が、医師との関係やコミュニケーションをさらに複雑なものにしているとも考えられていて、研究者の関心を集め始めています。

望ましい診療コミュニケーションのあり方として、1980年代以降欧米を中心に、「患者中心的」という概念が注目されてきています。

わが国においても近年「患者中心的医療」という言葉が、メディア等においても散見されるようになってはいますが、実証的な根拠に基づいた議論はまだ少ないのが現状だと思われます。

日本と欧米とでは、コミュニケーションの様式を含む対人関係や、家族関係に関わる社会文化的な規範が異なることがこれまでも指摘されていることから、医療場面に

スライド2



おけるコミュニケーションや、付添・家族の役割と影響、それから患者中心的な診察と患者アウトカムとの関係についても、日本の社会文化的な文脈で検討していくことが、今後の日本における望ましい診療のあり方を考えていく上で重要であると考えます。

【スライド-3】

そこで本研究では、第1に、Roter Interaction Analysis Systemという欧米において医師－患者間コミュニケーションの分析に広く用いられてきたツールを拡大修正し、付添を含む診療における三者間コミュニケーションへの適用を図ること、それから、日本の三者間診療におけるコミュニケーションの特徴を二者間診療との比較および米国との比較を通して明らかにすること、第3番目に、三者間診療における付添の役割および影響を明らかにしていくこと、そして最後に、患者中心的な診察が患者の健康アウトカムへ与える影響を検討すること、を目的として行いました。

本日、全てをご報告することは出来ませんので、主な結果を少しずつご紹介したいと思います。

【スライド-4】

調査対象です。

日本の調査は、東大病院の老年病科外来で行われました。米国の調査は、米国内の3つの大学病院の外来診療を対象としています。

対象患者の選定基準は、どちらも65歳以上の再診患者のうち、痴呆等の症状が無く、調査の主旨を理解した上で同意を判断できる者としています。

日本の調査では、付添とともに受診すると見込まれた患者は全員、それ以外は無作為に2, 3人おき程度を外来予約リストから抽出して、診察当日待合室で調査への協力を依頼しました。

対象者数は医師が9人、患者が145人となりました。

米国の方では、調査日に受診した患者のうち付添の有無にかかわらず、基準を満たす患者をすべてリクルートしています。対象者数は日本より少し大きく、医師37人を含み、付添有りの患者が79人、付添無しの患者が315人となっています。

スライド3

目的

1. Roter Interaction Analysis System (RIAS)を拡大・修正し、付添を含む診療における三者間コミュニケーションへの適用を図る
2. 日本の三者間診療におけるコミュニケーションの特徴を、二者間診療との比較、および米国との比較を通して明らかにする
3. 三者間診療における付添の役割および影響を明らかにする
4. 患者中心的な診察が患者の健康アウトカムへ与える影響を検討する

スライド4

対象

■ 調査場所

日本：東大病院老年病科外来診療

米国：Case Western Reserve University (Missouri)

University of New Mexico (New Mexico)

St. Louis University (Ohio) の外来診療

■ 対象患者選定基準

* 65歳以上

* 初診患者ではない

* 調査の主旨を理解した上で調査への同意を判断できる

■ 対象者数

日本：医師 9人

患者145人（付添あり63人、付添なし 82人）

米国：医師 37人

患者394人（付添あり79人、付添なし315人）

【スライド-5】

調査の方法ですが、調査参加の同意が得られた場合、診察の前後に調査票に記入してもらい、診察場面の録音を行っています。さらに診察の約4週後に電話調査を行いました。

米国の方の調査もほぼ同様の形態をとっているのですが、そちらでは診療場面はビデオ録画されています。

今日ご報告する結果の分析に使用した米国のデータは、診療場面のコミュニケーションの分析のみですが、以下、日本のデータの分析で用いた、その他の変数についてご説明します。

診察前の質問紙では、診察中の付添の役割に関して、間接的な役割3項目、直接的な役割3項目について、患者がどの程度やって欲しいと考えているか、付添がどの程度この役割を果たそうと考えているかを、それぞれ3件法で取っています。

その後の分析では、これら6項目における患者と付添間での得点の差の絶対値の総和を、患者の期待と付添の意図との相違として分析に用いています。

スライド5

方法(1) 診察前質問紙: 患者・付添

- 付添の役割：患者の期待・付添の意図
 - 1) 医師の説明・指示の記憶
 - 2) 医師の説明・指示の言い換え
 - 3) 患者の話の促し
 - 4) 医学的情報の提供
 - 5) 心理社会的情報の提供
 - 6) 質問
- 患者の期待と付添の意図の相違
 - 上記6項目の患者-付添間での得点差の絶対値の総和

注：1-3は間接的役割、4-6は直接的役割。

【スライド-6】

診察後の質問紙では、まず患者による診察の患者中心性の評価を聞いています。患者の病体験が話し合われたか、治療等について共通の認識を得たか、患者が全人的に理解されたか、ということについて、12項目で取っています。

また、付添とともに受診した患者については、付添がいたのでより安心して医師と話せた等、3項目について付添の有用性の評価を聞いています。

スライド6

方法(2) 診察後質問紙: 患者

- 患者による診察の患者中心性の評価
 - Stewartら(2000)によるスケール (12項目 / 4件法)
 - スケールの理論値：1-4点、平均：3.20 (SD=0.48) 点
 - * 患者の病体験が話し合われたか (4項目)
 - * 治療などについて共通の認識を得たか (7項目)
 - * 患者が全人的に理解されたか (1項目)
- 患者による付添の有用性の評価
 - 3項目 / 5件法
 - スケールの理論値：1-5点、平均：3.01 (SD=1.25) 点
 - ①付添がいたので、より安心して医師と話せた
 - ②付添がいなかったら、症状などを医師にうまく説明できなかった
 - ③付添がいたので、医師がより丁寧に対応してくれた

【スライド-7】

その4週後に電話の調査を行っています。まず、服薬アドヒアランスについて、服薬に関する困難感、薬の飲み忘れ、薬の飲み間違い、自己判断での調節の有り無しについて、それぞれ回答を得て、4項目の合計を尺度得点としています。

また、健康状態については、診察前質問紙でも聞いているのですが、SF-8に基

スライド7

方法(3) 電話調査(4週後): 患者

- 服薬アドヒアランス
 - 4項目 / 2件法
 - スケールの理論値：4-8点、平均：7.30 (SD=0.87) 点
 - (1) 服薬に関する困難感 (2) 薬の飲み忘れ
 - (3) 薬の飲み間違い (4) 自己判断での調節
- 健康状態
 - SF-8に基づく8項目 / 5件法
 - スケールの理論値：8-40点、診察前平均：32.5 (SD=5.8)
 - 4週後平均：34.6 (SD=6.2)
 - 健康状態の改善 = 4週後のスコア - 診察前のスコア

づく8項目について再度回答を得ました。分析に際しては、健康状態の改善として4週後のスコア マイナス 診察前のスコアを改善としています。

【スライド-8】

次に、コミュニケーションの分析に用いられたRIASについて少しご紹介します。

RIASによる分析では、個々の発話、例えば、「こんにちは。調子はいかがですか。」というようなものを、「こんにちは」は社交的な会話、「調子はいかがですか」は医学的状态に関する質問といったように、表の右側に示したような約40のカテゴリーに分類して、その頻度をカウントしていきます。

本研究では、それらのカテゴリーを、大きく表の左側に示したようにOpen-endedの質問、Closed-endedの質問、医学的内容の情報提供、心理社会的内容の情報提供といったような大きな分類にまとめて使っています。

また、コーディングの信頼性については、全サンプルの20%にあたる診察について、2人のコーダーが独立にコーディングを行い、コーダー間の信頼性を確認しました。

スライド8

本研究での分類	RIASカテゴリー
Open-endedの質問	全ての話題(医学的状态、治療、ライフスタイル、社会心理的感情)に関するOpen-endedの質問
Closed-endedの質問	全ての話題に関するClosed-endedの質問
情報提供: 医学的	医学的状态、治療に関する情報提供・助言
心理社会的	ライフスタイル、心理社会的感情に関する情報提供・助言
感情表現(Pt)	心配を示す、楽観・励ましを示す、自己開示(Dr)、共感(Dr)、励ましを求める
情緒的応答(Dr)	
パートナーシップ	言い換え・確認、相手の理解を確認、繰り返しを求める、意見を求める(Dr)、サービスの要求(Pt)
肯定的応答	同意、賞賛を示す
否定的応答	反対、批判を示す
方向付け(Dr)	方向付け
社交的会話	挨拶、個人的な会話、笑い・冗談を言う

【スライド-9】

RIASというツールは、もともと医師-患者の二者間のコミュニケーションの分析を想定して作られたものであるため、三者間診療に特徴的なコミュニケーションをコードするためのカテゴリーを作成することが、本研究の第1の目的でした。

この表に示した9つのカテゴリーが、今回新たに作成されたものです。

これらは付添の役割に関する先行研究のレビュー、それから家族とともに受診したがん患者40人の診療場面の分析、また老年病科での診察の観察に基づいて作られました。

これらの追加カテゴリーは、先ほど示したRIASのカテゴリーと合わせて、今回の分析に用いられました。主にこれらは、付添と患者のやりとりをコードするのに使われています。

スライド9

カテゴリー名	発話者→ 発話相手	内容
患者への通訳	C→P	患者のために医師の質問・説明などを伝え直す
医師への通訳	C→D	医師のために患者の質問・説明などを伝え直す
促し	C→P	患者の情報提供、意思表示、質問を促す
同意を求める	C→P	自分の発言への同意・支持を求める
同意を示す	P→C	患者(付添)の発言に同意を示す
非同意を示す	C→P	患者(付添)の発言に対する非同意、否定を示す
批判	P→C	患者(付添)を批判する
説得	C→P	医師の権威を利用して、患者の考え・行動を変えようとする
付添の話題	C→D	付添自身の健康などに関するもの

[注] D=医師、P=患者、C=付添

【スライド-10】

コミュニケーションの日米比較の結果です。

平均の診察時間は、二者間診療、三者間診療とも米国の方が3, 4分程度長いという結果でした。

コミュニケーションの内容別に見ると、医師、患者、付添とも情報提供の占める割合が米国で多く、医師の情緒的な対応、また患者の感情表現も米国の方で多くなっていました。

一方日本では、相手の発言に同意したり、相づちを打ったりというような、肯定的応答がより多くの割合を占めていました。

また、同席した家族等の付添がコミュニケーションにどの程度参加していたかを見ると、日本では診察全体の約22%を付添の発話が占めており、米国の15%と比較して多くなっていました。

また付添の発話数が患者よりも多かった診療は、米国では21%だったの対し、日本では40%以上に上っており、日本の方が付添家族が診療場面に活発にかかわっている印象がありました。

もちろん、サンプル間での患者の健康状態の違い等の、他の要因も考えられるので、この結果だけからすぐに結論づけることは出来ないのですが、これまで医療場面における意思決定に関する研究等でもしばしば指摘されてきたような、患者の意思や自律性を第1とする米国の風潮と、より家族が大きな影響を持つ日本の違いということから、解釈可能な結果と考えています。

【スライド-11】

それから、付添が加わることによる診察でのコミュニケーションの変化を、二者間診療と三者間診療の比較から見ると、医師の発話が占める割合は、二者間の診療54%から三者間診療では48%へと減少しており、心理・社会的内容の情報提供や診察での方向づけの発言の割合が増えた一方で、パートナーシップ・ビルディングの発言、また肯定的応答の占める割合は減少していました。

これらの差は、患者の健康状態の差を制御しても有意でした。

同様に患者の発話の占める割合も、三者間診療では大きく減少し、特に患者の質問の割合が減少していました。

三者間診療において、付添の発話は平均で全体の22%を占めていたのですが、患者のコミュニケーションと比較すると質問の占める割合が多く、逆に医学的内容の情報提供や感情表現は少ないという特徴が見られました。

また、付添は患者のコミュニケーションを促したり、支持したりする発話を8%程度していました。

スライド10

日米比較

- 診察時間
 - 二者間診療：日本10分、米国17分
 - 三者間診療：日本14分、米国20分
- 診察におけるコミュニケーション
 - 情報提供：医師・患者・付添とも米国で多い
 - 医師の情緒的対応・患者の感情表現：米国で多い
 - 医師の方向付け：米国で多い
 - 肯定的応答：医師・患者・付添とも日本で多い
- 付添家族の参加度
 - 平均発話割合：日本22.2%、米国15%
 - 付添発話数>患者発話数の診療：日本41%、米国21%

スライド11

二者間診療-三者間診療の比較

	二者間	三者間
■ 医師	総発話割合：54.1%	48.7%
● 心理社会的情報提供、方向付け：	↑	
● パートナーシップ、肯定的応答：	↓	
■ 患者	総発話割合：45.9%	29.1%
● 質問：	↓	
■ 付添	総発話割合：	22.2% [0-54%]

患者のコミュニケーションと比較して：

- 質問：↑
- 医学的情報提供、感情表現：↓

患者のコミュニケーションをサポートする発話が約8%

【スライド-12】

目的3の診察中の付添の役割について、患者の期待と付添自身の意図を尋ねた結果です。

両者は全体的には正の相関を示していたのですが、付添の意図の方が高い傾向でした。特に、医師への情報提供や質問などの直接的な役割については、患者が期待している以上に付添がやろうとしているという関係が読み取れました。

スライド12

付添の役割： 患者の期待と付添の意図

	患者期待	付添意図
間接的役割	6.82	7.48
1) 医師の説明・指示の記憶	2.62	2.75
2) 医師の説明・指示の言い換え	2.05	2.35
3) 患者の話の促し	2.13	2.38
直接的役割	5.84	7.22 ***
4) 医学的情報の提供	1.97	2.42 ***
5) 心理社会的情報の提供	1.95	2.40 ***
6) 質問	1.92	2.40 **

[注] Paired t-test: ** p<.01, *** p<.001

【スライド-13】

次に、そのような付添の役割に対する患者の期待と付添の意図のズレが、患者による付添の有用性の評価に与える影響を検討しました。その結果、患者の健康状態を制御した上で、患者の期待と付添の意図とのズレが少ない場合に、患者は、より付添がいてくれて良かったと評価していることが示されました。

スライド13

付添の役割に対する患者の期待と付添の意図の相違が患者による付添の有用性の評価に与える影響

	B	z
健康状態	-0.094	-7.39 ***
患者期待-付添意図の相違	-0.447	-2.03 *

[注1] * p<.05, *** p<.001

[注2] 医師の影響を調整済み

【スライド-14】

さらに三者間の診療において、診察の患者中心性の評価に関連する要因を検討したところ、患者の発話割合が多かった診療、つまり逆に言うと付添の発話が少なかった診療ほど、患者は患者中心的な診療だったと感じていました。

さらに、Model2に示すように、診療時間との間に交互作用が見られています。

スライド14

三者間診療における患者中心性の評価の関連要因

	Model 1		Model 2	
	B	z	B	z
健康状態	-0.011	-3.35 **	-0.010	-2.39 *
診察時間	0.017	1.37	0.018	1.88 †
患者の発話割合	0.008	2.06 *	0.010	3.39 **
診察時間 × 患者発話割合			-0.002	-2.03 *

[注1] † p<.10, * p<.05, ** p<.01

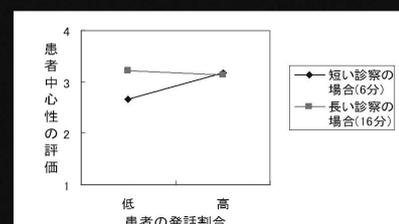
[注2] 医師の影響を調整済み

【スライド-15】

というのは、診療時間が長い場合には、患者の発話割合は患者中心性診療の評価にあまり影響を持たないのに対して、診察時間が短い場合には、患者自身がどの程度話したかということが患者中心性の評価と強く結び付いていました。

スライド15

三者間診療における患者中心性の評価の関連要因



【スライド-16】

最後に、このような患者中心性の評価が患者自身の健康アウトカムにもたらす影響を検討したところ、服薬アドヒアランスについて見ると、診察が患者中心であったと感じていた患者ほど、服薬アドヒアランスが高くなっていました。

また、付添が同席した患者でアドヒアランスが良いという関連も示されました。

【スライド-17】

同様に健康状態の改善を従属変数とした場合も、診察が患者中心であったと評価していた患者ほど改善が大きいという結果が示されました。

【スライド-18】

結論をまとめます。

診療場面におけるコミュニケーションで、付添が果たしている役割の種類は日米で類似していましたが、日本の方が付添のコミュニケーションへの参加が活発である可能性が示唆されました。

また、診察におけるコミュニケーション全体についても、これまでの比較文化的な研究が示唆してきたのと一致するような、日米での違いが示唆されました。

今後、家族等の付添の役割と影響を含め、日本における医療コミュニケーション研究をさらに進めていく必要があると思われる。

三者間診療と付添の影響に関して、診察でのコミュニケーションにおける付添の役割に関する患者の期待と付添の意図の相違が見られており、付添の過度の参加による弊害の可能性も本研究の分析から示唆されました。

患者が付添に何を期待しているのかを受診前に予め話し合っておくことは、付添の同席を患者にとってより有用なものにし、患者中心の診療を達成する上でも重要であると考えます。

一方、付添が同席した患者ほど、服薬アドヒアランスが高いという関連も示されたことから、家族が診療場面に同席し、患者の病状、治療計画等を共有することが、医療機関と家庭におけるケアの連携を円滑にし、家庭におけるケア機能の強化につなが

スライド16

服薬アドヒアランスに関連する要因

	B	z
年齢	-0.002	-0.213
性別	-0.182	-1.178
診察前QOL	0.001	0.056
診察時間	-0.014	-0.866
付添の同席	0.341	2.039 *
診察の患者中心性	0.513	3.129 **
R ²	0.101	

[注1] * p<0.05, ** p<0.01
[注2] 医師の影響を調整済み

スライド17

健康状態の改善に関連する要因

	B	z
年齢	-0.212	-4.117 ***
性別	-0.753	-1.046
診察前健康状態	-0.296	-4.296 ***
診察時間	-0.009	-0.122
付添の同席	1.042	1.320
診察の患者中心性	2.477	3.161 **
R ²	0.266	

[注1] ** p<0.01, *** p<0.001
[注2] 医師の影響を調整済み

スライド18

- 結論
- 日米比較
 - 診療場面における付添の役割の種類は類似
 - 日本の方が付添の参加が活発である可能性
 - 診察でのコミュニケーション・パターンの違い
 - 三者間診療と付添の影響
 - 付添の役割に関する患者の期待と付添の意図の相違、付添の過度の参加による弊害の可能性
 - 医療機関と家庭におけるケアの連携を円滑にし、家庭におけるケア機能の強化につながる可能性
 - 患者中心の診療
 - 患者が「患者中心の診察」を受けたと感じることは、患者の健康の改善という点からも重要
 - 患者による「患者中心の診察」の評価の有用性

っている可能性も考えられます。

最後に患者中心の医療という概念についてですが、診察が患者中心だったと感じていた患者ほど服薬アドヒアランスは高く、4週後の健康状態の改善がみられたことから、診察の中で患者が問題だと思っていることについて十分に話す、その問題や今後の治療について医師と共通の認識を持つ、さらに医師が全人的な理解・関心を払っていると感じることは、患者の健康の改善という点からも重要であることが示唆されました。

また、こうした患者による評価と患者の健康アウトカムとの関連が示されたことから、このようなスケールを用いた患者による患者中心の診察の評価の有用性が示唆されました。

一方で二者間診察と三者間診察では、患者による診察の患者中心性の評価に影響する要因が違ふ可能性もあることから、今後慎重に検討していく必要があると考えます。

質疑応答

座長： 医師の発話は、二者間診察で54%、三者間で49%と、三者間で低くなっています。これはわが国ではご家族といいますか、付添の方の主導型で事が運ばれるということでしょうか。

A： 三者間診察で患者さんの発話割合が少なくなるのは、多分、付添が患者さんのコミュニケーションを肩代わりしている部分があると思うのですが、同時にその付添は、医師のコミュニケーションをも肩代わりしている部分があるというように考えます。

例えば、特に三者間診察で医師のコミュニケーションの減少が見られたのが、パートナーシップ・ビルディングであるとか、肯定的応答の発話だったのですが、そうした患者のコミュニケーションを促すような発話を、代わってその家族の方がすることで、診察全体としてはバランスをとっているのかなと解釈しております。

座長： 前のセッションで、戈木クレイグヒル滋子先生が、小児がんの病名告知における日米比較を行うと、告知すべきと思っはいるが告知していない医師が、日本に多いと発表されました。その理由について、生命倫理がどうだとかいろいろな話が出たのですが、先生のお話をうかがうと、日本の場合には、家族（親）主導型で医療が行われるという現実がよく理解できます。

A： はい、私もそのように感じました。

Q： RIASというものは私の関心領域と近いものですから、インターネットで引いてマニュアルを拝見しました。やはりアメリカの医療の現場で患者さんたちが表現でき

る言葉とか、欧米人の表現力というのは、日本人とはかなり差があるのではないかと思います。先生は、アメリカと日本を比較されてお感じになったところとか、RIASの課題について教えていただけたらと思います。

A： 日本とアメリカとの違いということについては、意外に似ているのではないかとというのが私の印象です。診察場面のコミュニケーションの全体的な構成はよく似ていて、RIASのマニュアルそのものも日本語訳して用いられていますが、日本でも十分に使えるものでした。

一方で、今回は言語化された (verbal) コミュニケーションしか評価の対象にしていないのですが、RIASはノンバーバルの部分は少しは評価しているものの、評価しきれない部分があります。それは今後の課題で、特に日本語のコミュニケーションでは、言語化されていない部分でのコミュニケーションが結構強く出ているのではないかとされているので、今後十分検討していく必要があると考えています。