

原 著

医療面接における 患者コミュニケーション行動モデルの検証

松田 与理子* • 柴田 恵子* • 神庭 直子* • 石川 利江**

Testing a model of patient communication behaviour during medical consultations

Yoriko Matsuda*, Keiko Shibata*, Naoko Kamba*, Rie Ishikawa**

Abstract

Background & Objectives: Although a number of western studies demonstrate that physician-patient communication has a significant impact on a variety of patient outcomes, little is known about Patient Communication Behaviour (PCB) in Japanese medical settings. The purpose of this study was to examine the factors influencing patient's communication behaviour during Japanese medical consultations and to test a hypothetical model of PCB.

Methods: A paper and pencil questionnaire survey was conducted with 103 undergraduates and 460 adults (261 males & 302 females, Mean age: 39.1 years, SD:15.27). PCB, self-construals, assertiveness, and patient's self-efficacy in interactions with the physician were measured. Path analysis was used to verify a hypothetical model.

Results & Conclusions: ANOVA revealed women reported more problems in their communication with physicians than men. Path analysis confirmed the validity of the model. The results of path analysis propose that women with higher interdependent self-construal demonstrate more problematic communication behaviours than those with higher independent self-construal, whereas a link between self-construals and PCB was not observed in men. Self-efficacy and assertiveness lead to less problematic communication behaviours for both men and women. Future study needs to focus on educational interventions designed to enhance patient self-efficacy.

Key words: patient, communication, self-construals, assertiveness, self-efficacy.

I. 問題と目的

近年、欧米の実証的な研究を通して、医師患者間のコミュニケーションが、医療への満足度、治療計画の遵守、健康に対する統制感などの向上、さらに健康状態の改善といった患者の健康面、心

理面の様々なアウトカムに影響をもたらすことが明らかにされてきた (Kaplan, Greenfield, & Ware 1989; Like & Zyzanski, 1987; Michie, Miles, & Weinman, 2003; Stewart, 1984; Street & Millay, 2001)。

また、最近になって患者のコミュニケーション

* 桜美林大学大学院国際学研究科 (J.F.Oberlin University, Graduate School of International Studies)

** 桜美林大学 (J.F.Oberlin University)

受稿2008.10.21 受理2009.3.10

行動に焦点を当てた研究が始まり (Cegala, Marinelli, & Post, 2000)、性別、年齢、パーソナリティといった患者の個人的特性によって医療面接における患者の関与が異なる事がこれまでに示されている (Street, Gordon, Ward, Krupat, & Kravitz, 2005)。女性は権威ある相手に対して“適切に振る舞う”ことを期待されており、医師との相互作用において受け身で自己を主張しない傾向にあるといった、女性に対する社会的期待の影響が指摘されている (Elderkin-Thompson & Waitzkin, 1999; Beck, 1997)。この傾向は、医師が男性である場合にさらに強まるとされている。年齢差については、患者の年齢が若いほど、診察への関与により積極的で、また医師からより包括的な説明を受ける傾向にあることが報告されている (Roter & Hall, 2006)。

本邦における医師患者間コミュニケーションに関する実証的研究は欧米に比べまだ少なく (西垣・浅井・大西・福井, 2004)、患者のコミュニケーション行動に焦点を当てた研究は見当たらない。本邦で研究を進めていくうえで、個人主義のもと患者の自律に重きを置く欧米のモデルを日本の社会文化的背景にそのまま適用する事は難しいとされている (Ishikawa & Yamazaki, 2005; 西垣ら, 2004)。Ishikawa and Yamazaki (2005) は、医師患者の相互参加モデル実現の目的は、患者の権威や自律の強化というよりも医師患者間の相互的理解を築くことになり、その際に日本人の社会文化的な文脈を考慮することが重要であると提言している。これらのことから、医師患者間コミュニケーションに影響を及ぼす日本文化に特定的な要因を検討することが必要と考えられる。

近年、文化心理学研究を中心に、思考、感情、動議づけといった心理的プロセスの形成に文化がもたらす影響に関する理論が提唱されており、その主要な概念に文化的自己観が挙げられる (石井・北山, 2004)。Markus and Kitayama (1991) は、あ

る文化において歴史的に作り出され、暗黙の内に共有されている自己についての前提を文化的自己観と呼んでおり、相互独立的自己観と相互協調的自己観といった二つの異なる自己についての文化モデルを提唱した。文化的自己観は、文化的準拠枠を構成するもので、多くの場合、それとして認識されることは稀であることから、暗黙かつ不可視的であるといえる (北山・唐澤, 1995)。自己を他と切り離した存在として捉える相互独立的自己観は、北米を中心とした西欧文化に見られるもので、これに対して、日本を含む東洋文化は、自己は他と根源的に結びついていると捉える相互協調的自己観を前提としている (北山, 1994)。石井・北山 (2004) によると、各文化における自己観は、その文化で日常的に行われているコミュニケーション様式と密接にかかわっている。西洋文化で優勢な相互独立的自己観は、文脈独立的で情報を言語的に明確に伝達する機能を重視したコミュニケーションを促し、日本をはじめとする東洋文化で優勢な相互協調的自己観は、文脈依存的な、「以心伝心」で表される関係形成機能を重視した明示的でないコミュニケーションを促す (石井・北山, 2004)。

ところがこのような日本文化で日常的に行われるコミュニケーションが医療場面では問題となる可能性が考えられる。なぜならば、患者は医師からできるだけ多くの情報を欲しており (Beisecker & Beisecker, 1990; Newall, Gadd, & Priestman, 1987; Ong, De Haes, Hoos, & Lammes, 1995; Roter, 2000)、また医師に単に身体的な状態だけでなく、患者の価値観や考え方、悩みなど、患者が捉える病気の世界について伝達したいと思っているからである (西垣, 2005)。最近の医療に関する国際比較調査では、「患者の話をよく聞いてくれる（よく聞く）」などの設問において肯定的回答（7～10点）を選択した日本の住民の割合は3～4割であったのに対し、日本の医師は7

～8割と両者の間に意識の乖離が見られた。米国、仏、韓国ではこのような医師と患者の意識の乖離は日本ほど顕著にみられなかった（江口, 2005）。また、2001年に13カ国で実施された糖尿病患者の心理社会的状況に関する大規模調査では、日本人糖尿病患者の60%以上が「医療スタッフと自分の病気についてよく話し合えていない」と回答しており、11カ国中、下位2番目であった（森川, 2004）。これらから、医療場面においては、医師と患者相互のより積極的な情報交換にもとづいたコミュニケーションが重要であると考えられる。

積極的な情報交換を促すうえで有効な自己主張のしかたにアサーティブネスが挙げられる。アサーティブネスとは、自分の権利を守り他人の権利も尊重しながら自分の思いを率直に表現するスキルである（清水・森田・竹沢・赤築・久保田・三島・永田, 2003）。相手との関係性や文脈の認知によって行動を規定する傾向が強い日本人にとって、葛藤や意見の対立がある状況下で常に自己を主張することは容易でないが（玉瀬・馬場, 2003）、米国ではアサーティブネスは社会的スキルの一つである（Kim, Klingle, Sharkey, Park, Smith, & Cai, 2000）。また、患者のアサーティブな行動を伴った医療面接参加を予測する重要な要因に、情報交換を中心とした医師との相互作用における患者のセルフエフィカシーが挙げられる（Kim et al., 2000; Kroll, Rothert, Davidson, Schmitt, Holmes-Rovner, Padonu, & Reischl, 2000）。セルフエフィカシーとは、ある結果を生み出すために必要な行動をどの程度うまく行うことができるかという個人の確信のことである（Bandura, 1977）。医師と

の相互作用における患者のセルフエフィカシーは、患者の医療面接への参加という文脈ではアサーティブネスと同様の意味を持つとされている（Kim et al., 2000）。これらから、医師の前でアサーティブな行動がとれるという確信が高く、実際の自己表現スキルも高い患者は、医師と効果的な情報交換を行い積極的に医療面接に参加することができると考えられる。

医事紛争の7～8割が医者と患者のコミュニケーション不足から生じていること（萩原, 2006）などを踏まえると、本邦において患者のコミュニケーション行動とその影響要因を検討することが必要であろう。そこで本研究では、文化的自己観が医療面接における患者のコミュニケーション行動に及ぼす影響について検討することを目的とした。その際に、医師との相互作用における患者のセルフエフィカシーおよびアサーティブネスを含めた関連を検討することとした。上記にもとづく因果モデルをFigure 1に示す。そして以下のような仮説を設け、パス解析により因果モデルの検証を行うこととした。

仮説1. 相互協調的自己観が高いほど、アサーティブネスとセルフエフィカシーが低い。

仮説2. アサーティブネスとセルフエフィカシーは正の相関関係にある。

仮説3. 相互協調的自己観が高いほど、受診時のコミュニケーション行動に問題が多い。

仮説4. アサーティブネス、セルフエフィカシーが高いほど受診時のコミュニケーション行動に問題が少ない。

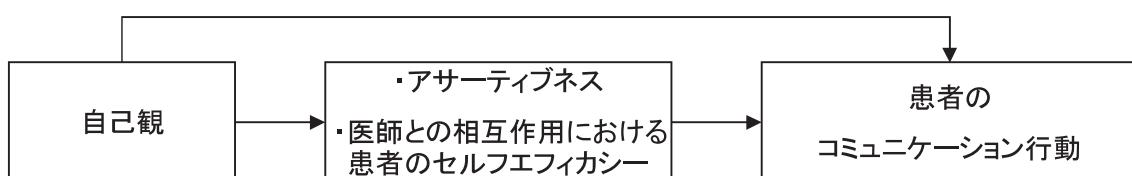


Figure 1 患者のコミュニケーション行動モデル

II. 方 法

調査対象と手続き

2006年9月下旬から10月下旬にかけて、18歳以上の一般成人を対象に機縁法により協力を依頼し、個別の無記名自記入形式による質問紙調査を実施した。都内4年制私立大学で心理学の授業を受講した学生103名、著者の家族や知人を通して都内の企業勤務者および都内S区にある有志運営ジョギングクラブ会員とその家族、その他に関西圏、北九州の一般成人を含め社会人558名、合計661名に協力を求めた。大学生には、授業内に集団一斉法にて質問紙への記入を求めた。社会人には、個別に依頼・回収する方法を用いて、職場による留置および個人への留置・郵送により質問紙の配布・回収を行った。統計学的解析には、Windows版統計ソフトSPSS 15.0JとAMOS 7.0を使用した。

質問紙構成

1) 受診時における患者コミュニケーション行動

松田・柴田・奥田・石川（2007）が作成した2因子10項目の受診時における患者のコミュニケーション行動尺度を使用した。第1因子「不本意行動」は医師の権威を知覚した患者の不本意な行動を表し、「医師の前では緊張して普段と違った振る舞いをしてしまう」、「医師の話がわからなくなる」など5項目から構成される。第2因子「抑制的思考」は医師や診療の場面に影響を受けた患者の抑制的な考えを表し、「的外れな質問をすると医師にあきれられるのではないかと考えてしまう」など5項目から構成される。回答方法は「まったく当てはまる（4点）」から「まったく当てはまらない（1点）」の4件法である。各項目の得点を単純加算し、値が高いほどコミュニケーション行動に問題が多いことを表す。

2) 相互独立・相互協調的自己観尺度

「相互独立的自己観」「相互協調的自己観」と

いう二つの区分から自己観の個人差を測定する尺度で、これら二つの自己観が個人の中に両方形成され、二つのうち相対的に優位性を持つ自己観が社会的行動の個人差を生じさせるとする仮説的モデルに基づいている（木内, 1995; 木内, 1996）。1因子構造、16対の強制選択式で（例えば「A：まわりの人の意見に合わせる、B：自分の意見を主張する」）、回答方法は「Aにぴったりとあてはまる（4点）」、「どちらかといえばA（3点）」、「どちらかといえばB（2点）」、「Bにぴったりとあてはまる（1点）」の4件法である（Aが相互協調的自己観の項目で、Bが相互独立的自己観の項目）。各項目の得点を単純加算し、値が高いほど相互協調的自己観が強いことを表す。

3) 日本語版Rathus Assertiveness Schedule (JRAS)

海外で広く使用されているRathus Assertiveness Schedule（以下RAS）は、Rathus（1973）によって開発されたアサーティブネスを測定する尺度である。本研究では、清水ら（2003）が開発した19項目の日本語版RASを使用した。「私は自分の意見をすぐに伝えるほうだ」、「人にはめられた時、その場でどう答えたらよいかわからなくなる」、「私は「ノー」とはっきり断れない」などの項目から構成される。回答方法は、「完全にあてはまる（6点）」から「まったくあてはまらない（1点）」の6件法である。

4) 医師患者間の相互作用における患者のセルフエフィカシー (PEPPI)

Maly, Frank, Marshall, DiMatteo and Reuben（1998）が開発した医師患者間の相互作用における患者のセルフエフィカシーを測定する尺度（Perceived Efficacy in Patient - Physician Interactions: PEPPI）を翻訳した質問紙を用いた（松田・奥田・柴田・石川, 2006）。医療面接で患者が医師に質問をする、懸念事項を説明する、医師の話が理解できない時には確認するといった行動に対

する患者のセルフエフィカシーを測定する尺度で、「あなたが話たいことを最後まで医師に聞いてもらうことができる」、「医師にどんな質問をすべきか、事前に考え整理しておくことができる」など、1因子10項目から構成される。回答方法は「非常に自信がある（4点）」から「まったく自信がない（1点）」の4件法である。

5) 対象者の属性：年齢、性別、過去12ヶ月間の受診回数を尋ねた。

倫理的配慮

調査協力者に調査の目的、自由意志での参加、個人のプライバシーの保護、調査結果を研究目的以外に使用しないこと、調査への協力による不利益を一切被らないことなどを文書により説明した。

III. 結 果

1. 回答率と回答者の基本的属性

調査対象とした661名のうち572名（回答率87%）から回答が得られた。その内、著しく欠損値が多い9件を分析の対象外とした結果、有効回答者数は563名（回答率85%）であった。回答者の属性は、男性261名（46.4%）、女性302名（53.6%）で、平均年齢は39.1歳（SD=15.27）であった。過去12ヶ月間の受診回数は、受診なし

から最高80回までと幅広く、平均では7.6回（SD=9.85）であった（Table 1）。本研究では性別、年代別の比較を行うことから、回答数が少なかった10歳代19名と年齢不明6名を除いた538名を対象に以降の分析を行うこととした。

2. 各尺度の信頼性の検討

各尺度の信頼性について α 係数を用いて検討した結果、全ての下位尺度が0.78～0.91の値を示したことから（Table 2）、十分な内的整合性が得られたと考えられる。

3. 患者のコミュニケーション行動における性・年代の差異検討

性と年代による患者コミュニケーション行動の差異を検討するために、性と年代の2要因で各下位尺度を従属変数とした2要因分散分析を行った（Table 3）。「不本意行動」では性の主効果が有意な傾向にあり、女性は男性よりも不本意な行動が多い傾向にあった（ $F(1,528)=3.15, p<.10$ ）。年代に有意な主効果は認められず、性と年代2要因の交互作用も有意ではなかった。「抑制的思考」には性に有意な主効果が認められ、女性は男性よりも有意に抑制的思考が高かった（ $F(1,528)=24.89, p<.01$ ）。年代に有意な主効果は認められ

Table 1 回答者の属性（N = 563）

		n	%
性別	女性	302	53.6
	男性	261	46.4
年齢	10歳代	19	3.4
	20歳代	154	27.4
	30歳代	143	25.4
	40歳代	103	18.3
	50歳代	71	12.6
	60歳以上	67	11.9
	不明	6	1.1
平均		39.1歳	
SD		15.27	
過去12ヶ月の受診回数	平均	7.6回/年	
	SD	9.85	

ず、性と年代の交互作用も有意ではなかった。

4. 各変数間の相関係数

患者の受診時におけるコミュニケーション行動、自己観、アサーティブネスを表すJ-RAS、患者のセルフエフィカシーを表すPEPPIの間にどのような関連があるかについて相関係数を求めて検討した(Table 4)。その結果、全ての変数間に有意な

相関が見られた ($p < .01$)。受診時の患者コミュニケーション行動下位尺度の一つである「不本意行動」は、自己観 ($r = .325$) と正の相関、J-RAS ($r = -.409$) およびPEPPI ($r = -.517$) との間に負の相関を示した。同様に、患者コミュニケーション行動のもう一つの下位尺度である「抑制的思考」も、自己観 ($r = .264$) と正の相関、J-RAS ($r = -.335$) およびPEPPI ($r = -.421$) との間に負の相

Table 2 各下位尺度の α 係数

	α 係数
患者コミュニケーション行動	.88
不本意行動	.83
抑制的思考	.78
自己観	.84
J-RAS	.83
PEPPI	.91

Table 3 受診時の患者コミュニケーション行動の性・年代比較(分散分析)

	男性 (n=255)	女性 (n=283)	性 主効果 <i>F</i>	年代 主効果 <i>F</i>	(性 X 年代) 交互作用 <i>F</i>	
不本意行動						
全体	1.8 (0.61)	2.0 (0.62)				
20代	1.8 (0.64)	2.1 (0.65)				
30代	1.9 (0.67)	1.9 (0.61)				
40代	1.8 (0.51)	1.9 (0.61)	3.15 †	0.97 ns	1.11 ns	
50代	1.8 (0.52)	2.0 (0.53)				
60歳以上	1.8 (0.65)	1.8 (0.56)				
抑制的思考						
全体	2.1 (0.62)	2.4 (0.63)				
20代	2.0 (0.51)	2.4 (0.68)				
30代	2.2 (0.74)	2.4 (0.61)				
40代	2.2 (0.61)	2.5 (0.56)	24.89 **	1.05 ns	0.57 ns	
50代	2.2 (0.62)	2.5 (0.62)				
60歳以上	2.0 (0.56)	2.3 (0.62)				

** $p < .01$, † $p < .10$

Table 4 各変数間の相関

	抑制的思考	自己観	J-RAS	PEPPI
不本意行動	.678 **	.325 **	-.409 **	-.517 **
抑制的思考	-	.264 **	-.335 **	-.421 **
自己観		-	-.559 **	-.275 **
J-RAS			-	.453 **

** $p < .01$

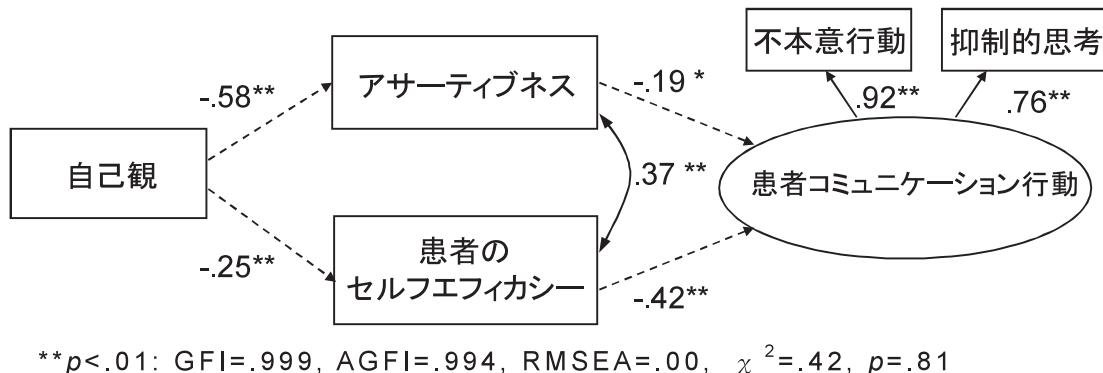
関を示した。さらに、J-RASとPEPPIとの間には正の相関が見られ ($r=.453$)、自己観とJ-RAS ($r=-.559$) およびPEPPI ($r=-.275$) との間には負の相関が見られた。

5. 患者のコミュニケーション行動モデルの検証

Figure 1の患者コミュニケーション行動における理論的因果モデルと前述の相関関係にもとづいて、パス解析による仮説の検証を行った結果、高い適合度を示した ($\chi^2=.45, p=.93, GFI=1.000, AGFI=.998, RMSEA=.000$)。患者コミュニケーション行動に性差が見られたことから、男女別にパス解析を行ったところ、男女ともにモデルとデータが高い適合度を示した（男性： $\chi^2=.42, p=.81, GFI=.999, AGFI=.994, RMSEA=.000$ 、女性： χ^2

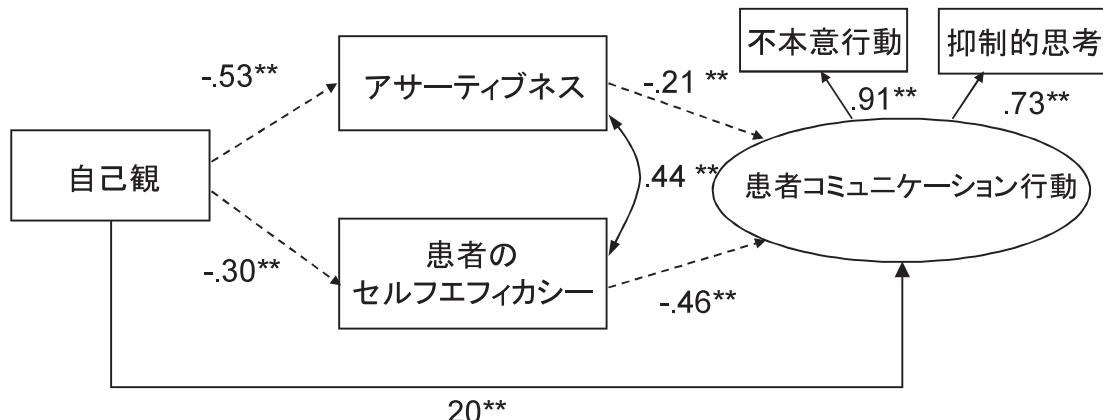
= $1.33, p=.52, GFI=.998, AGFI=.982, RMSEA=.000$ ）。男女それぞれの最終モデルをFigure 2とFigure 3に表した。実線は正のパス係数、波線は負のパス係数である。有意でないパス係数と各変数の残差係数は図に記載せず省略した。

自己観から患者コミュニケーション行動への直接効果のパスに相違が見られた以外は、男女のモデルは類似した特徴を示した。男女いずれも、自己観がアサーティブネス（男性： $\beta=-.58, p<.01$ ；女性： $\beta=-.53, p<.01$ ）とセルフエフィカシー（男性： $\beta=-.25, p<.01$ ；女性： $\beta=-.30, p<.01$ ）に有意な負のパスを示したことから、自己観のアサーティブネスおよびセルフエフィカシーへの影響に関する仮説1は支持されたといえる。この結果は、自己観は得点が高いほど相互協調的自己理



$**p<.01: GFI=.999, AGFI=.994, RMSEA=.00, \chi^2=.42, p=.81$

Figure 2 受診時の患者コミュニケーション行動のパス図—男性



$**p<.01: GFI=.998, AGFI=.982, RMSEA=.00, \chi^2=1.33, p=.52$

Figure 3 受診時の患者コミュニケーション行動のパス図—女性

解が高いことから、相互協調的自己観が高ければ自己表現スキルであるアサーティブネスと医師との相互作用における患者のセルフエフィカシーが低いことを示している。アサーティブネスとセルフエフィカシー（男性： $r=.37, p<.01$ ；女性： $r=.44, p<.01$ ）の間には、男女いずれも有意な正の相関が見られたことから、仮説2は支持されたといえる。自己観は、女性のモデルにおいてのみ患者コミュニケーション行動に有意な正のパスを示した（男性： $\beta=.03, ns$ ；女性： $\beta=.20, p<.01$ ）ことから、仮説3は部分的に支持されたといえる。アサーティブネス（男性： $\beta=-.19, p<.05$ ；女性： $\beta=-.21, p<.01$ ）とセルフエフィカシー（男性： $\beta=-.42, p<.01$ ；女性： $\beta=-.46, p<.01$ ）は、いずれも患者コミュニケーション行動に有意な負のパスを示したことから、仮説4は支持されたといえる。

IV. 考察

本研究では、自己観、アサーティブネスおよび医師との相互作用における患者のセルフエフィカシーが受診時の患者のコミュニケーション行動とどのように関連しているのかについて検討を行った。

1. 患者のコミュニケーション行動における性・年代差の比較

患者のコミュニケーション行動に性差が認められ、女性は、受診時における医師とのコミュニケーションにおいて、男性よりも不本意な行動をとることが有意に多い傾向にあり、また、男性よりも抑制的な思考を持つことが有意に多いことが明らかになった。この結果は、女性は男性に比べ医師とのコミュニケーションにより多くの問題を認知していることを示唆している。前述のように欧米研究では、女性患者と男性医師とのコミュニケ

ションに問題が生じやすいことが報告されているなか、本邦の女性臨床医師割合は2005年に約17%と、医師国家試験合格者比率では女性の割合が約3割を占め今後増加が予測されるものの（平成17年度厚生労働省調査）、現状は医師の大半が男性である。そこで本邦でも、患者と医師それぞれの性が相互のコミュニケーション行動に及ぼす影響について検討が必要と考えられる。その際に、生物学的な性だけでなく、社会的性役割の違いによる影響も考慮すべきであろう。

先行研究では、高齢者は若年層に比べ医師とのコミュニケーションにより消極的であることが示されているが（Maly et al., 1998）、本研究では、コミュニケーション行動の年代による差異は認められなかった。本研究の高齢回答者のサンプル数が他の年代に比べて少なかったこと、高齢回答者が相対的に健常であったことなどの影響も考えられるため、高齢者層のサンプル数を増やし今後さらに検討する必要がある。

2. 患者のコミュニケーション行動モデル

パス解析の結果、男女いずれのモデルにおいても自己観はアサーティブネスとセルフエフィカシーそれぞれを介して、患者のコミュニケーション行動に影響を持つことが本研究の因果モデルで示された。また、アサーティブネスとセルフエフィカシーは中程度の相関を示した。

相互協調的自己観が高いほどアサーティブネスが低く、また医師への質問や懸念事項の説明といった相互作用におけるセルフエフィカシーも低く、ひいてはコミュニケーション行動により問題が多いといった本研究の結果は、次のように解釈できるであろう。つまり、相互協調的自己観が高い患者は、相互独立的自己観が高い患者と比べて医師との関係性をより重んじるため医師との対立を避けようと自己主張をせず、また、医師と効果的な情報のやりとりができる自信度も低いため、医師

から必要な情報を得る、医師に必要な情報を提供するといった積極的なコミュニケーションが図れない。これは前述したように、関係形成を重視し、「以心伝心」に表される明示的でない表現を用いる日本人の日常的なコミュニケーションが医療場面でのコミュニケーションには適さないことを示唆している。本研究でこの傾向は男女のいずれにおいても認められた。

一方、自己観の患者コミュニケーション行動への直接的な影響は、男性においてはみられず、女性においては、アサーティブネスやセルフエフィカシーよりは弱いが有意な影響を示した。ある特定の状況や他者の性質によって自己の定義が大きく異なるとされる相互協調的自己観は、日本文化において、社会的にある役割に自らをあてはめ、それに合わせた行動を自発的に行う傾向を表す役割同一性と、「他の人の立場に立って」、「思いやりをもって」他者に接する行動傾向である情緒的態度の二つの特性で表出されている（北山・唐澤, 1995）。女性は、役割同一性に表される社会的な役割期待への対処に加えて、女性の性役割に対する社会的期待への対処が重なり合って、医師という権威、特にそれが男性の場合において、自己をより抑制する傾向にある可能性が考えられる。また、他者の立場に立って相手に接する情緒的態度においても、女性は男性に比べて非言語的コミュニケーションをより敏感に理解する能力が高いことから（Cross & Madson, 1997）、医師の言語的だけでなく非言語的な表現を察知し、そこから医師の立場を読み取ろうとする傾向があるとも考えられる。これらのことから、女性は相互協調的自己観が高い場合に医師とのコミュニケーションに不本意な行動や抑制的な思考を持つといった本研究の結果を解釈することが可能であろう。

自己観は、男女ともにセルフエフィカシーよりもアサーティブネスに対してより大きな影響を示していた。一方、患者コミュニケーション行動へ

の影響は、アサーティブネスよりもセルフエフィカシーのほうがより大きかった。これらの結果を踏まえ本邦における患者のコミュニケーション教育を検討するうえでは、文化的な枠組みである自己観を変容することは容易でないと考えられるため、相互協調的自己観が高い患者を対象に、患者コミュニケーション行動への影響が大きい情報交換を中心としたセルフエフィカシーを高める教育に焦点をあてることが有効であろう。セルフエフィカシーとアサーティブネスは互いに関連しあっていることから、セルフエフィカシーを高めることでアサーティブネスも高まることが想定できる。そのような患者教育によって、通常のコミュニケーションに比べてより正確な情報交換が求められる医師患者間のコミュニケーションがより効果的なものとなりうることが期待できる。

本研究の限界と今後の課題

本研究の対象者には、現在医療機関を受診している個人も含まれていたが、総体的に健常者が多かったことから、実際に医療機関を受診した際のコミュニケーション行動と、今回の調査の回答が同様であるかは明言できない。また、本研究の対象者はそのほとんどが首都圏在住であったが、居住地域によって医師との関係やコミュニケーション行動が異なる可能性が考えられる。今後の課題として、現在受診中の患者に対象者を限定し、また対象地域を広げて同様の調査を行う必要がある。さらに、本研究では一般的なアサーティブネスを測定する尺度を用いたが、医療場面に特定のアサーティブネスと一般的なものとは性質が異なる可能性が考えられるため、今後は、医療場面に特定の尺度を開発し同様の研究を行う必要がある。最後に、本研究では文化的要因として自己観を取り上げたが、今後は他の文化的要因についても検討を重ねたい。

付記・謝辞

本研究は桜美林大学大学院に提出した修士論文の研究結果を中心に、再検討し新たな考察を加え、加筆修正を加えた稿である。本研究の一部は、第71回日本心理学会において発表した。

本研究を進めるにあたり調査にご協力頂いた皆様に心より感謝申し上げます。

引用文献

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Beck, C. S. (1997). *Partnership for health: Building relationships between women and health caregivers*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Beisecker, A., & Beisecker, T. D. (1990). Patient information-seeking behaviors when communication with doctors. *Medical Care*, 28, 19-28.
- Cegala, D. J., Marinelli, T., & Post, D. (2000). The effects of patient communication skills training on compliance. *Archive of Family Medicine*, 9, 57-64.
- Cross, S. E., & Madson, L. (1997). Models of the self: Self-construals and gender. *Psychological Bulletin*, 122, 5-37.
- 江口成美 (2005). 医療に関する意識の国際比較 *Cardiovascular Med-Surg*, 7, 201-205.
- Elderkin-Thompson, V., & Waitzkin, H. (1999). Differences in clinical communication by gender. *Journal of General Internal Medicine*, 4, 112-121.
- 萩原明人 (2006). 医事紛争の要因としての医師・患者コミュニケーションの定量的評価 *福岡医誌*, 97, 315-321.
- 石井敬子・北山忍 (2004). コミュニケーション様式と情報処理様式の対応関係：文化的視点による実証研究のレビュー *社会心理学研究*, 19, 241-254.
- Ishikawa, H., & Yamazaki, Y. (2005). How applicable are Western models of patient-physician relationship in Asia?: Changing patient-physician relationship in contemporary Japan. *International Journal of Japanese Sociology*, 14, 84-93.
- 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-S127.
- Kim, M. S., Klings, R. S., Sharkey, W. F., Park, H. S., Smith, D. H., & Cai, D. (2000). A test of a cultural model of patients' motivation for verbal communication in patient-doctor interactions. *Communication Monographs*, 67, 262-283.
- 北山忍 (1994). 文化的自己観と心理的プロセス *社会心理学研究*, 10, 153-167.
- 北山忍・唐澤真弓 (1995). 自己:文化心理学的視座 *実験社会心理学研究*, 35, 133-163.
- 木内亜紀 (1995). 独立・依存的自己理解尺度の作成および信頼性・妥当性の検討 *心理学研究*, 66, 100-106.
- 木内亜紀 (1996). 独立・相互依存的自己理解 - 文化的影響、およびパーソナリティ特性との関連 *心理学研究*, 67, 308-313.
- 厚生労働省 平成17年度事業評価書
<http://www.mhlw.go.jp/wp/seisaku/jigyou/05jigyou/index.html> (アクセス日: 2008.04.28)
- Kroll, J., Rothert, M., Davidson, W. S., Schmitt, N., Holmes-Rovner, M., Padonu, G., & Reischl, T. M. (2000). Predictors of participation in health care at menopause. *Health Communication*, 12, 339-360.
- Like, R., & Zyzanski, S. J. (1987). Patient satisfaction with the clinical encounter: Social psychological determinant. *Social Science and Medicine*, 24, 351-357.
- Maly, R. C., Frank, J. C., Marshall, G. N., DiMatteo, M. R., & Reuben, D. B. (1998). Perceived efficacy in patient-physician interactions (PEPPI) : Validation of an instrument in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46, 889-894.
- Markus, H., & Kitayama, S (1991). Culture and the self: Implication for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98, 224-253.
- 松田与理子・奥田則子・柴田恵子・石川利江 (2006). 診療場面での医師-患者間相互作用における患者のセルフエフィカシーと医療情報希求度に関する検討

- 日本ヒューマン・ケア心理学会第 8 回大会論文集, 29.
- 松田与理子・柴田恵子・奥田則子・石川利江 (2007). 受診時の患者コミュニケーション行動尺度の作成と因子的構造の検討 日本ヒューマン・ケア心理学会第 9 回大会論文集, 62-63.
- Michie, S., Miles, J., & Weinman, J. (2003). Patient-centredness in chronic illness: what is it and does it matter?. *Patient Education and Counseling*, 53, 197-206.
- 森川秋月 (2004). 自己管理 医療者と患者の間の溝 プラクティス, 21, 24-25.
- Newall, D. J., Gadd, E. M., & Priestman, T. J. (1987). Presentation of information to cancer patients: A comparison of two centres in the UK and USA. *British Journal of Medical Psychology*, 60, 127-131.
- 西垣悦代 (2005). 関係性の視点からみた日本の医師患者コミュニケーション 日本保健医療行動科学会年報, 20, 157-172.
- 西垣悦代・浅井篤・大西基喜・福井次矢 (2004). 日本人の医療に対する信頼と不信の構造－医師患者関係を中心に－ 対人社会心理学研究, 4, 11-20.
- Ong, L., De Haes, J., Hoos, A., & Lammes, F. (1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. *Social Science and Medicine*, 40, 903-918.
- Rathus, S. (1973). A 30 item schedule for assessing assertive. Behaviour. *Behaviour Therapy*, 4, 398-406.
- Roter, D. L. (2000). The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship. *Patient Education and Counseling*, 39, 5-15.
- Roter, D. L., & Hall, J. A. (2006). *Doctors talking with patients/ patients talking with doctors: Improving communication in medical visits*, 2nd ed. Westport, CT: Praeger.
- 清水隆司・森田汐生・竹沢昌子・赤築綾子・久保田進也・三島徳雄・永田領史 (2003). 日本語版 Rathus Assertiveness Schedule (RAS) の作成と信頼性・妥当性の検討 JOURNAL OF UOEH (産業医科大学雑誌), 25, 35-42.
- Stewart, M. A. (1984). What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. *Social Science and Medicine*, 19, 167-175.
- Street, R. L. Jr., Gordon, H. S., Ward, M. M., Krupat, E., & Kravitz, R. L. (2005). Patient participation in medical consultations. Why some patients are more involved than others. *Medical Care*, 43, 960-967.
- Street, R. L. Jr., & Millay, B. (2001). Analyzing patient participation in medical encounters. *Health Communication*, 13, 61-73.
- 玉瀬耕治・馬場弘美 (2003). アサーションに及ぼす場の認知の影響に関する研究 教育実践総合センター研究紀要, 12, 43-50.