

展 望

医師-患者間のコミュニケーション向上に関する研究動向

—患者のコミュニケーションスキル教育介入研究に関する文献的検討—

松田 与理子*・柴田 恵子*・奥田 訓子*・石川 利江**

Improving physician-patient communication : A review of the literature on patient communication skills training intervention studies

Yoriko Matsuda*, Keiko Shibata*, Noriko Okuta*, Rie Ishikawa**

Abstract

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Substantial research studies from Western countries suggest change in the physician-patient relationship from paternalism to a shared decision-making model, and the increased importance of physician-patient communication and its effect on various patient outcomes. This paper reviews interventions that aim to train patients to better communicate with physicians through printed educational materials such as booklets and leaflets, and discusses potential benefits of patient communication skills training in Japanese medical settings.

METHODS: 18 studies were examined, including sample populations, types of printed materials used in interventions, and measures of patient communication processes and outcomes.

RESULTS: 18 studies showed a variety of communication process and outcome measures. Whilst the results varied, overall, the effects of low-cost printed materials on improved patient communication skills were demonstrated. 8 studies suggested interventions significantly increased patient question-asking during consultations. Further, 3 out of 5 studies showed no increase in consultation length resulting from these interventions.

DISCUSSIONS: Although the physician-patient relationship is still dominantly paternalistic in Japan, recent studies suggest patient preference is changing to become increasingly active. Future research on patient communication training interventions with printed materials utilizing typically long waiting time in Japanese medical setting needs to be conducted.

キーワード：医師患者関係 (Physician-patient relationship)、患者 (patient)、コミュニケーションスキル (communication skills)、
(Key Words) 教育 (training)

I. はじめに

近年、医師患者間の効果的な情報交換による良好なコミュニケーションが患者の健康面、心理面

の様々なアウトカムに肯定的な影響をもたらすことが、実証的な研究を通して明らかにされてきた。同時に、コミュニケーションの実態に関する問題点が指摘されており、最近になって、医師のコミュ

* 桜美林大学大学院国際学研究科 (Obirin University Graduate School of International Studies)

** 桜美林大学 (Obirin University)

受稿2006.5.20 受理2006.7.10

コミュニケーションスキル教育を医学教育のカリキュラムに積極的に組み込む姿勢が見られる。一方、二者間の相互作用であるコミュニケーションの片方を担う患者のコミュニケーションスキルに関する研究はまだ少なく、今後注目されるべき課題であると考えられる。そこで本稿では、医師患者関係、医師患者間コミュニケーション研究の動向および日本の現状について概観した後、患者コミュニケーション教育介入研究の文献検討を行い、日本における患者教育の必要性について考察する。

医師患者関係の変遷

医師患者関係は、過去数十年にわたって、医師の権威と患者の自律の均衡／不均衡によってモデル化されてきた (Emanuel & Emanuel, 1992; Roter, 2000)。欧米では、1950年代まで支配的であった医師の圧倒的な権威を象徴するパターナリズム (父権主義) から、1980年代にはその対極である患者の自律を主張するコンシューマリズム (消費者主義) の台頭により、医師患者間の力関係が変化してきた。近年では、上記二つのモデルの中間に位置する、医師と患者の意思決定共有 (Shared decision-making) を伴うパートナーシップ型が主流となっている (Coulter, 1999; Elwyn et al., 1999)。その背景として、医学の進歩による急性疾患の減少と高齢化に伴う慢性疾患や癌罹患率の増加により、治療の意思決定における患者の参加が重要となってきたことが挙げられる (清, 2000)。しかし、患者は誰でも常に意思決定の共有を望むのか、またどの程度意思決定への関与を好むのかについては十分明らかにされてこなかった (Coulter, 1999; Schneider et al., 2005)。2001年になって米国で治療の意思決定関与に関する社会調査が行われたが、その調査回答者の96%が治療等における選択肢を医師から与えられること、医師に意見を求められることを望んでいることがわかった。

しかし同時に、約半数が、症状等に関する知識は自ら収集するよりも医師から得たい、治療等の決定は医師に任せたいと回答した。属性別でみると、女性、高学歴、若年 (45歳以下)、健康状態が良好な方が意思決定への関与を好む傾向にあった (Levinson et al., 2005)。年齢が上がるにつれ、また症状が深刻なほど医師中心の医療を好む傾向はその他の研究でも実証されている (Kaplan et al., 1995; Schneider et al., 2005)。これらの研究結果は、医師が患者の意思決定関与に対する選好を適切に把握し、患者の特性に合わせてテイラー化した医療を提供する必要性を示唆している (Coulter, 1999; Elwyn, 1999; Levinson et al., 2005; Stewart, 2001)。

医師患者間コミュニケーションの重要性と現状

患者が治療の意思決定に参加するために必要な医師患者間の情報交換は、二者間のコミュニケーションを介して行われる (Bruera et al., 2003; Ong et al., 1995; Street & Bradford, 2001)。コミュニケーションは、治療に関わる最も重要な要素の一つであるとされ (Kaplan et al., 1989; Ong et al., 1995; Walker et al., 2001)、診断と治療決定の約60~80%が、検査等なしに医療面接だけで行われていることが示されている (Frederikson, 1995)。慢性疾患の治療管理には患者の参加が不可欠であり、良好なコミュニケーションにより患者が積極的に関与することで、医療への満足度が向上し、治療計画を守り、健康に対する統制感が高まり、健康状態が改善することが実証されている (Kaplan et al., 1989; Like & Zyzanski, 1987; Michie et al., 2003; Stewart, 1984; Street & Bradford 2001)。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 et al., 1987; Ong et al., 1995; Roter, 2000)、癌患者においてその傾向は特に強いことが示されている (Cuisinier, 1986; Ong et

al., 1995)。しかし実際には、患者は心配や悩みの25%以下しか表現できていない (Lang, 2000)。Roterら (1998) は、診察時における会話の割合は、患者が40%、医師が60%で、患者の会話の約半分が医師の質問に対する回答、医師への質問は10%に満たないと報告している。その理由の一つとして、患者は医師との会話において恥や冷笑を恐れる、医師の限られた時間を危惧するなどが挙げられる (Lang, 2000)。また多数の研究において、患者の情報希求に対する医師の過小評価、医学的専門用語の多用といった (Bourhis, 1989; Ong et al., 1995)、医師の情報提供の問題が指摘されている (Bruera et al., 2003; Cegala et al., 2000a; Ong et al., 1995)。Frankel & Beckman (1989) は、医師は患者が主訴を話し始めてから平均18秒で会話を遮ると報告している。医師のコミュニケーションスキルは経験だけでは向上せず、教育によって知識、技能、態度等を習得できるが (Simpson et al, 1991)、これまで疾患中心のアプローチに重点が置かれてきたことから、医師が医学教育や臨床現場で患者の心理社会的なケアについて学ぶ機会が少なかった (Cuisinier et al, 1986; Thistlethwaite, 1999)。しかし最近では、医師患者間コミュニケーションの重要性が実証されてきたことから、コミュニケーション教育が医学教育のカリキュラムに不可欠な要素となってきた (Harrington et al, 2004; Simpson et al, 1991)。

日本の医師患者関係および医師コミュニケーション教育の現状

日本では、医師のインフォームドコンセントの意識の不在と患者のおまかせ精神を主な要因として、パターナリズムと患者の自律の低さが根強く定着しており、患者が治療意思決定に関わる機会が少ないとされている (Sekimoto et al., 2004)。患者は医師の前で感情を表すべきでないと思ってお

り、また日本では言葉にすることの重要性を低く評価するとされている (Takayama et al., 2001)。医師患者の診察時におけるコミュニケーション行動を日米で比較したOhtakiら (2003) の研究では、診察時に占める沈黙の割合が米国では8.2%であるのに対して日本では30%とより高いことが示された。医学教育においては、臨床医学よりも基礎医学が重視され (山口, 2004)、コミュニケーションスキルの教育にける時間もその範囲も限定され、他のカリキュラムから分離されてきた (Mukohara et al., 2004)。しかし、最近になって、患者中心の医療への要請が高まり、模擬患者を使ったトレーニングやOSCE (Objective Structured Clinical Examination: 客観的臨床能力試験) の導入による臨床能力の査定など、コミュニケーション教育が急速に取り入れられている (藤崎, 2004; 佐伯, 2004; 山口, 2004)。また、薬害や医療事故、不祥事報道などが近年に相次いだことから、患者の権利や医療への関与などに対する意識が高まってきた (Feldman, 1999; 西垣ら, 2004; 佐伯, 2004)。

このような医療環境の変化のなかで、日本における医師患者関係、医師患者のコミュニケーションに関する実証的研究は、欧米に比べまだ極めて少ないとされている (中川, 2000; 西垣ら, 2004)。「医学中央雑誌」のデータベースで「医師、患者、関係、コミュニケーション」をキーワードとして1995年以降の文献検索を行なったところ、総説や解説を除く原著論文は16件であった。日本の医師患者関係を研究する上では、個人主義のもと患者の自律に重きを置く欧米の医師患者関係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。日本人の特性である集団主義による家族のかかわりや、間接的または非言語的な表現形態の重要性 (Hoshino, 1995; Ishikawa & Yamazaki, 2005; 西垣ら, 2004) などを考慮する必要があるだろう。

患者のコミュニケーションスキル向上を目的とした教育研究

二者間の情報交換をより効果的に行うためには、医師に対する教育だけでなく、相互作用の一方を担う患者に対するコミュニケーションスキル教育が求められている。患者のコミュニケーション教育に関連する研究は欧米でもまだ極めて少ないとされているが (Cegala et al., 2000a)、いくつかの研究で、患者のコミュニケーションスキル教育介入により情報交換が改善し、診療の質が高まることが示唆されている (Bruera et al., 2003; Butow et al., 2004; Cegala et al., 2000a; Stewart, 1995)。医学中央雑誌のデータベースで「患者、コミュニケーション、スキル、教育」を含む1995年以降の日本における文献を検索した結果、195件が該当したが、そのうち患者のコミュニケーションスキル教育を目的とした研究は0件であった。そこで本稿では、患者コミュニケーションスキル教育に関する欧米の研究動向を把握する目的で文献的検討を行い、最後に日本における患者コミュニケーション教育研究の必要性について考察する。

II. 方法

これまでの研究で、対面による患者教育が糖尿病患者の血糖値管理や日常生活機能の改善などに効果を示しているが (Greenfield, 1988)、本稿では、介入実施にかかる資金や人材資源、教育普及の観点から、より低資源で開発および導入が可能な教育用印刷資材を用いた研究を検討対象とした。文献の検索は、PubMed (1980-2005年) のデータベースから “patient” “physician” “communication” “participation” “intervention” “training” “skills” をキーワードに関連文献を抽出した後、“booklet” “leaflet” “written” のキーワードを用いて印刷資材を用いた介入研究を検索し、収集した文献の引用

文献欄からさらに該当文献を選出した。

III. 結果

抽出条件に該当する研究はデータベース検索で8件、収集文献の引用文献欄から10件、最終的に18件となった (Table 1)。

1. 研究目的：

18研究の目的は全て、教育用印刷資材が診察時のコミュニケーションにおける患者の関与と患者アウトカムにもたらす効果を評価することであった。

2. 研究方法と対象者：

15研究が無作為化比較試験 (RCT) を採用し、うち9件がPlacebo対照群 (Table 1: 1, 2, 3, 4, 6, 9, 14, 15, 16)、6件が介入なし対照群 (Table 1: 7, 8, 10, 11, 12, 13) との比較を行っていた。その他、1研究は準実験デザインを採用し (Table 1: 5)、2研究では対照群の設定がなかった (Table 1: 17, 18)。研究対象者は、疾患別では癌が6研究 (Table 1: 4, 7, 12, 15, 16, 17)、慢性疾患が2研究 (Table 1: 9, 14)、残り10研究では対象者が限定されていなかった。対象者数は、33~1,077名と幅広く、最も多い1,077名を対象としたFleissig ら (1999) の研究は、1施設内3つの診療科で実施されていた (Table 1: 8)。対象者の平均年齢の範囲は30-77歳であったが、40-50歳代を対象とした研究が半数 (Table 1: 4, 6, 7, 9, 11, 12, 15, 16, 18)、高齢者を対象とした研究が2件あった (Table 1: 10, 13)。性別では、15研究で女性の比率が52%~100%と高く (Table 1: 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 18)、うち3研究は産婦人科受診と乳癌患者であった (Table 1: 2, 3, 15)。冠動脈疾患患者を対象としたオランダのMartinaliら (2001) の研究のみ、男性患者が80%と多かった (Table 1: 14)。研究実施場所は、大学病院外来クリ

Table 1 患者のコミュニケーションスキル教育介入研究の概要

研究者	研究方法	研究対象	実施場所	介入群 (Intervention= I)	対照群 (Control= C)	資料の効果評価指標	結果
1 Tabak E. (1988)	RCT	外来患者67名、女性80.6%、平均年齢35歳	大学家庭医学部付属クリニック	受診前にブックレット配布 (n=35)	Placebo (n=32)	質問数 患者満足度	NS NS
2		(研究1) 産婦人科受診女性53名	民間診療所	受診前に健康問題に関するリスト、線付メモ用紙を配布 (n=29)	Placebo (n=24)	患者満足度 不安感 質問数 診察時間	NS C>I C<I NS
3 Thompson et al. (1990)	RCT	(研究2) 産婦人科受診女性49名 平均年齢30.0歳	民間診療所	介入群 (I1): 受診前にチェックリスト配布(n=13) 介入群 (I2): 医師の奨励メッセージ配布(n=18)	Placebo (n=18)	患者満足度 不安感 患者のコントロール感 質問数 想定した質問の実践	C<I1& I2 NS C<I1& I2 NS C<I1& I2
4 Butow et al. (1994)	RCT	癌患者142名、女性84% 平均年齢51歳	大学病院	「質問プロンプト・シート」 受診前に、診察時の質問を促す質問例を一読後、質問を5-6問選択し空欄に記載。	Placebo	患者満足度 質問数 (予後に関する質問数) 質問時間	NS NS C<I NS
5 Frederikson & Bul (1995)	準実験デザイン	外来患者80名	一般外科クリニック	受診前にリーフレット、The Patient's Guide to Consultationを配布 (n=40)	配布物なし(n=40)	医師の診察に対する評価	C<I
6 McCann & Weinman (1996)	RCT	外来患者120名、女性61% 平均年齢42.8歳	GP	受診前にリーフレット"Speak for Yourself"を配布 (n=59)	Placebo (n=61)	質問数 診察時間 医療面接に対する満足度 医師の評価	全体はNS C<I NS NS
7 Brown et al. (1999)	RCT	癌患者60名、女性52% 平均年齢53.1歳	大学病院	介入群(I1): 受診前に質問プロンプト・シート(QPS)を配布。(n=20) 介入群(I2): QPSに加えて、受診前に心理士によるコーチングのセッション。(n=20)	配布物なし (n=20)	質問数 診察に対する満足度 QPSの使用による不安感	C<I1+I2* NS NS
8 Fleissig et al. (1999)	RCT	新規外来患者1077名 女性76%	婦人科、整形外科、皮膚科の外来クリニック	2週間前にヘルプカードと情報レターを郵送 (n=315)	配布物なし (n=385) 介入前群 (n=377)	医師、患者の診察に対する認知	NS
9 Maly et al. (1999)	RCT	慢性疾患患者205名 女性約60% 平均年齢 介入群: 54.3歳 対照群: 52.8歳	大学病院付属の家庭医学クリニック	受診前に配布 1)患者の質問リスト 2)前回受診記録のコピーと一般的医学用語と略語辞典 (n=103)	Placebo (n=102)	患者満足度 患者アドヒアランス 診察時間 身体的機能状態	C<I NS NS C<I
10 Tennstedt SL. (2000)	RCT	高齢住民355名、女性83% 平均年齢77.4歳	36のコミュニティ・サイト	2時間のグループ・プログラム開始前にブックレット、キュー・カードを配布 (n=155)	配布物なし (n=200)	患者満足度 受診時の積極的行動	C<I C<I

RCT: 無作為化比較試験、I: 介入群、C: 対照群、NS: 有意差なし

Table 1 患者のコミュニケーションスキル教育介入研究の概要 続き

研究者	研究方法	研究対象	実施場所	介入群 (Intervention= I)	対照群 (Control= C)	資料の効果評価指標	結果
11 Cegala et al. (2000a) Cegala et al. (2000b)	RCT	家庭医外来患者 150名 女性71% 平均年齢 介入群1:43.4歳 介入群2:46.3歳 対照群: 46.1歳	大学病院付属のクリニック 個人診療所	介入群(I1): 予約日の2~3日前にブックレットを配布。受診日にその利用実態を確認。 a. 情報提供: b. 情報希求: c. 情報確認: (n=50) 介入群(I2): 受診前に2頁のブックレット要約を配布 (n=49)	配布物なし(n=51)	コンプライアンス全般 行動療法のコンプライアンス 次回予約/紹介 薬物療法 病状に関連する質問数 情報希求 医師への情報提供 要約発言 患者コントロール	C&I2<I1, C<I2 C<I1 C<I1 NS C&I2<I1 C&I2<I1 C&I2<I1 C&I2<I1 C&I2<I1
12 Brown et al. (2001)	RCT	癌患者318名 女性44% 平均年齢56.12歳	2つの大学病院 外来クリニック	腫瘍医をランダムに2群に割付: 医師『受動群』: 通常のスタイルで診療を行う 医師『積極群』: 質問行動の重要性を推奨 介入群(I1): 質問プロンプト・シート(QPS) + 医師『積極群』(n=81) 介入群(I2): QPS + 医師『受動群』(n=79)	配布物なし (n=158)	質問数 診察時間 (有意に短い) 不安感 患者満足度 診察内容の想起	予後に関する質問 C<I1+I2* C&I2<I1 C&I1<I2 NS I2<I1
13 Cegala et al. (2001)	RCT	外来高齢患者 33名、女性58% 平均年齢 介入群:72.0歳 対照群:71.9歳	大学の家庭医センター	受診の3日前にトレーニング用ブックレットを配布。受診の30分前に利用実態確認。 a. 情報希求: b. 情報提供: c. 情報確認: (n=16)	配布物なし (n=17)	直接的、主張的な質問の数 情報希求 質問あたりの情報収集量 医師への情報提供 応答型の反応 詳細情報の提供 情報確認	C<I C<I C<I C<I C<I C<I NS
14 Martinali et al. (2001)	RCT	冠動脈疾患患者103名、 女性20% 平均年齢64.3歳	大学病院の循環器外来 (オランダ)	受診一週間前にチェックリストと指示書を郵送。 (n=53)	Placebo(n=50)	不安状態 患者満足度 診察時間	C>I NS NS
15 Bruera et al. (2003)	RCT	外来受診の乳癌患者60名 平均年齢53.75歳	大学附属の乳癌センター 名	受診前にPrompt Sheet (PS) (質問表)を配布。 (n=30)	Placebo (n=30)	ブックレット記載情報の全般的な有用性 コミュニケーションにおける情報の有用性 質問数	C<I C<I 診断のみ C<I
16 Butow et al. (2004)	RCT	癌患164名、女性54% 平均年齢 介入群:57.5歳 対照群:59.1歳	大学附属の外来クリニック	48時間前までにCancer Consultation Preparation Package (CCPP)を郵送。	Placebo	医師への質問数 好ましい意思決定の実現 患者満足度 不安感	C<I 仮説と異なりC>I NS 診察前: C<I 診察後: NS
17 Wells et al. (2004)	非比較 研究	癌患者100名、女性76% 平均年齢60.5歳	腫瘍外来クリニック	受診前に研究参加用シートを配布	設定なし	記載された質問数	NS
18 Tran et al. (2004)	非比較 研究	住民110名、女性73% 平均年齢53歳	コミュニティ・センター7カ所	2時間プログラム"How to Talk to Your Doctor"開始前に、チェックリストとブックレットを配布。	設定なし	患者のコミュニケーションに対する自信	介入前<介入後

RCT: 無作為化比較試験、I: 介入群、C: 対照群、NS: 有意差なし

ニックが10研究と最も多く (Table 1: 1, 4, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16)、次いでプライマリ・ケア (個人診療所 GP) が6研究 (Table 1: 2, 3, 5, 6, 8, 17)、地域対象が2研究であった (Table 1: 10, 18)。12研究で医師の盲検化が行われており (Table 1: 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 16)、医師が介入内容を把握していたのは3研究であった (Table 1: 5, 7, 17)。医師への同時介入を行ったBrownら (2001) の研究では、医師を「積極群」と「受動群」に割付け、「積極群」は患者の教育用印刷資材活用を推奨するように求められた (Table 1: 12)。介入に用いる教育用印刷資材の配布方法をみると、待合室で受診日当日に配布したのが11研究 (Table 1: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 12, 15, 17)、受診日の前に郵送したのが5研究であった (Table 1: 8, 11, 13, 14, 16)。地域を対象にした2研究では、グループワークによる教育プログラム実施当日に配布する方法が採用されていた (Table 1: 10, 18)。教育用印刷資材の利用方法は、受診日当日に待合室で、あるいは受診日前に自宅で資材に目を通し、医師への質問等を書き留める形式が10研究 (Table 1: 2, 3, 4, 6, 8, 9, 12, 15, 16, 17)、研究者が患者の資材利用実態を確認する方法が2研究 (Table 1: 11, 13)、教育用印刷資材に加えて研究者が患者にコーチングを行う研究が1件であった (Table 1: 7)。

3. 教育用印刷資材：

教育用印刷資材の形態は、複数頁で構成されたブックレット形式が6研究 (Table 1: 1, 10, 11, 13, 16, 18)、1-2頁のリーフレット／カード形式が4研究 (Table 1: 5, 6, 8, 17)、簡易なチェックリスト形式が4研究 (Table 1: 2, 3, 9, 14)、質問プロンプト (促進) ・シート形式4研究 (Table 1: 4, 7, 12, 15) に分類できた。6つのブックレットのうち5つに共通していたのは、患者の情報希求スキル促進を目的とした医師への質問例の記載、患者自身が質問を書きとめる欄、症状や不安、心配などについて

書きとめる欄を設けたワークブック形式であることだった。地域を対象としたTranら (2004) の研究では、医師とのコミュニケーションの阻害要因や改善に必要な行動、見本となるスタイルの提示などが盛り込まれていた (Table 1: 18)。Cegalaら (2000a, 2000b, 2001) は、ブックレットの構成を、患者の医師への情報提供、情報希求、情報確認の3項目で整理していた (Table 1: 11, 13)。情報提供は、症状だけでなく心理的問題も含め医師と話し合いたい内容について、情報希求は、診断、治療、予後などに関する質問例と患者による質問の書きとめ、情報確認においては、医師の説明に対する確認を促す方法例などが挙げられていた。対象となった研究で用いられたリーフレットは、ブックレットと類似した内容を簡易にし、医師への質問や受診理由、医師と話し合いたい事項について書きとめる欄が用意されたものであった。対象研究で用いられたチェックリストは、診察時に確認すべき質問が記載されており、該当する項目を患者が選び、患者自身の質問を書きとめる余白が設けられているものだった。質問プロンプト・シートは全て癌患者用で、一般的な質問例と患者が質問を書き込めるもので構成されていた。

4. 教育用印刷資材の効果：

A. コミュニケーション行動への効果

教育用印刷資材のコミュニケーション行動への効果を評価する方法として多く用いられたのは、患者の質問数を診察の会話録音から数えるものであり (18研究中12件 - Table 1: 1, 2, 3, 4, 6, 7, 11, 12, 13, 15, 16, 17)、うち8研究において、教育用印刷資材使用によって質問数が有意に増加することを報告している (Table 1: 2, 4, 7, 11, 12, 13, 15, 16)。次いで、効果評価方法として5研究に用いられたのが、実際の診察時間を計測し介入が診察時間に及ぼす影響を測るものであった (Table 1: 2, 6, 9, 12, 14)。5研究のうち、医師が介入群に対し教育用印刷資材

の活用を奨励した痛患者対象のBrownら(2001)の研究では、診察時間が有意に短い結果を示した(Table 1: 12)。英国で実施されたMcCann & Weinman(1996)の研究では、介入群の診察時間が有意に長い結果を示し(Table 1: 6)、残り3研究では、介入群と対照群で診察時間に有意な差異は見られなかった。医師が提供する情報の患者による確認を調べた2研究のうち(Table 1: 11, 13)、Cegalaら(2000a, 2000b)は、医師の情報を患者が要約する発言が介入群において有意に増加したと報告している(Table 1: 11)。

B. 患者アウトカムへの効果

教育用印刷資材の患者アウトカムへの効果を評価する方法として、患者満足度を用いた研究が11件と最も多かったが(Table 1: 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 12, 14, 16)、効果が見られたのはそのうち3研究であった(Table 1: 3, 9, 10)。次いで多かったのが6研究で用いられていた不安感であり(Table 1: 2, 3, 7, 12, 14, 16)、全てSpielbergerの不安尺度が使用されていた。うち2研究で受診後の不安感が介入群において有意に低い結果を示した(Table 1: 2, 14)。痛患者を対象に、ブックレットを受診の48時間前に患者に郵送したButowら(2004)の研究では、受診前の不安感が介入群において有意に高かった(Table 1: 16)。医師を「積極群」と「受動群」に割付けたBrownら(2001)の研究では、「積極群」医師から資材活用の奨励を受けた介入群1の不安感が、「受動群」医師の診察を受けた介入群2と対照群よりも有意に低い結果となった(Table 1: 12 [介入群2])。また、コンプライアンス/アドヒアランスを測定した研究が2件あり(Table 1: 9, 11)、Cegalaら(2000a)の研究では、受診日から2週間後に電話で患者にインタビューを行い、患者の自己報告によるコンプライアンスの確認を行なった。その結果、コンプライアンス全般および行動治療、次回予約/紹介の下位尺度でコンプライアンスが介入群において有意に高かった(Table 1: 11)。し

かし、服薬のコンプライアンスには、群間に有意差は見られなかった。その他の評価方法として、患者のコントロール感(Table 1: 3, 11)、身体的機能状態(Table 1: 9)などが用いられ、教育用印刷資材の利用によりそれぞれ介入群で有意に高い結果を示した。教育用印刷資材のみの使用に対し、資材に加えて研究者が患者にコーチングを行い、教育方法による効果の違いを測ったButowら(1999)の研究では、コーチングを加えても効果に有意な差異は見られなかった(Table 1: 7)。

IV. 考 察

本稿で検討を行った18研究では、多様な効果測定指標が用いられ、結果にもばらつきが見られたが、全般的には、低資源の教育用印刷資材が患者の診察への関与を促し、患者アウトカムの向上を支援する可能性が示唆された。患者は情報を欲しているにもかかわらず診察時の会話に占める質問割合が低いが(Harrington et al., 2004; Roter et al., 1988)、8研究で介入群による質問数が有意に増加したこと、また、Brownら(1999)の研究で、コーチングを加えても介入の効果に差が見られなかったことなどから、低資源の教育用印刷資材による教育効果が期待できる。

診察時間は、介入によって時間が長引く事を医療者が懸念するため、重要な評価方法であるとされている。これまでの米国における研究では、介入による診察時間への影響は見られない結果が主である(Cegala et al, 2002; Harrington et al, 2004)。今回検討した研究においても、英国における1研究では診察時間が介入群において有意に長い結果(1分13秒)を示したが、その他3研究で診察時間に変化がなくこれまでの研究と同様の結果を示し、1研究では診察時間が介入群で有意に短い結果であった。

今後の課題としては、短期的な患者アウトカム

指標である患者満足度だけでなく、縦断的研究による健康状態のアウトカムや受診行動の変容など長期的な効果測定が望まれる。また、ブックレットを用いた介入は、情報量の点から受診前の郵送が主流で事前準備に費用と患者の時間を要するため、教育用印刷資材の形態による効果の違いの検証も必要であろう。最後に、Brownら（2001）の研究で医師が診察時に資材の活用を奨励した場合に患者の不安感が有意に低く診察時間が有意に短かった結果から、医師の参加を促す事により資材の有用性が強化される可能性が高い。

日本における患者コミュニケーションスキル教育研究の必要性

最近の医療に関する国際比較調査では、「患者の話をよく聞く」など医師患者関係に関して日本は米国、仏、韓国に比べ、医師と患者の意識が乖離していることが明らかになった（江口, 2005）。また、Sekimotoら（2004）は、病状、治療方法やリスクなどに関する十分な情報が医師から与えられた場合には、患者は意思決定への関与に肯定的な姿勢を示すと報告している。これらの結果は、より効果的な医師患者間の情報交換の重要性を示唆しており、日本においても患者コミュニケーションスキル教育を進める事が必要であろう。その際に、日本特有の社会・文化的背景や医療システムを踏まえ、本稿で検討した欧米の研究成果を参考とすることは十分に意義があると考えられる。日本で教育用印刷資材を用いた患者コミュニケーションスキル教育を進めるにあたって考慮すべき点として、1) 診察時間が初診診療5~7分（箕輪, 2004）と短い 2) 非言語的コミュニケーションが重要である 3) 家族のかかわりが大きい、などが考えられる。3時間待ち3分診療に象徴される日本の医療システムにおいても、長い待ち時間を有効に活用し、教育用印刷資材を用いた介入を行うこ

とは可能であろう。また、診察に満足した患者は診察時間を実際の時間よりも長く評価するとの報告もあり（Cape, 2000）、診療の質が高まることで、絶対時間の短さを克服できる可能性がある。最後に、医師による患者の教育用印刷資材活用への支援を促し、患者の家族も含んだ教育の開発を行うことで、患者コミュニケーション行動変容へのより大きな効果が期待できるであろう。

引用文献

- Beisecker, A., Beisecker, T. D. 1990 Patient information-seeking behaviors when communication with doctors. *Medical Care*, 28(1): 19-28.
- Bourhis, R. Y., Roth, S., MacQueen, G. 1989 Communication in the hospital setting: A survey of medical and everyday language use amongst patients, nurses and doctors. *Social Science and Medicine*, 28: 339-346.
- Brown, R. F., Butow, P. N., Boyer, J., Tattersall, M. H. 1999 Promoting patient participation in the cancer consultation: evaluation of a prompt sheet and coaching in question-asking. *British Journal of Cancer*, 80: 242-248.
- Brown, R. F., Butow, P. N., Dunn, S. M., Tattersall, M. H. 2001 Promoting patient participation and shortening cancer consultations: a randomised trial. *British Journal of Cancer*, 85(9): 1273-9.
- Bruera, E., Sweeney, G., Willey, J., Palmer, J. L., Tolley, S., Rosales, M., Ripamonti, C. 2003 Breast cancer patient perception of the helpfulness of a prompt sheet versus a general information sheet during outpatient consultation: A Randomized, controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 25: 412-419.
- Butow, P., Devine, R., Boyer, M., Pendlebur, S., Jackson, M., Tattersall, M. H. N. 2004 Cancer consultation preparation package: changing patients but not physicians is not enough. *Journal of Clinical Oncology*, 22: 4401-4409.
- Butow, P. N., Tattersall, M. H. N., Jones, Q. J. 1994 Patient participation in the cancer consultation: evaluation of a question prompt sheet. *Annals of Oncology*, 3(5): 199-204.
- Cape, J. 2002 Consultation length, patient-estimated consultation length, and satisfaction with the consultation. *British Journal of General Practice*, 52(485): 1004-6.
- Cegala, D. J., Marinelli, T., Post, D. 2000a The Effects of patient communication skills training on compliance.

- Archive of Family Medicine*, 9: 57-64.
- Cegala, D. J., McClure, L., Marinelli, T. M., Post, D. M. 2000b The effects of communication skills training on patients' participation during medical interviews. *Patient Education and Counseling*, 41 (2): 209-22.
- Cegala, D. J., Post, D., McClure, Leola. 2001 The Effects of Patient Communication Skills Training on the Discourse of Elderly Patients during a Primary Care Interview. *Journal of the American Geriatrics Society*; 49(11): 1505-11.
- Coulter, A. 1999 Paternalism or partnership? Patients have grown up-and there's no going back. *BMJ*, 319: 719-720.
- Cuisinier, M. C. J., Eijk, V., Jonkers, R., Dokter, H. J. 1986 Psychosocial care and education of the cancer patient: Strengthening the physician's role. *Patient Education and Counseling*, 8: 5-16.
- 江口成美 2005 医療に関する意識の国際比較. *Cardiovascular Med-Surg*, 7(2): 201-205.
- Elwyn, G., Edwards, A., Gwyn, R., Grol, R. 1999 Towards a feasible model for shared decision making: focus group study with general practice registrars. *BMJ*, 319: 753-756.
- Emanuel, E.J., Emanuel, L. L. 1992 Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*, 267: 2221-2226.
- Feldman, M. 1999 Apricot orchards: doctors and patients in Japan. *The Western Journal of Medicine*, 171 (5-6): 388.
- Fleissig, A., Glasser, B., Lloyd, M. 1999 Encouraging out-patients to make the most of their first hospital appointment: To what extent can a written prompt help patients get the information they want? *Patient Education and Counseling*, 38: 69-79.
- Frankel, R., Beckman H. 1989 Evaluating the patient's primary problem(s). In Stewart M, Roter D (eds): *Communicating With Medical Patients*. Sage Publications, Newbury park, Calif, 86-98.
- Frederikson, L. G., Bul, P. E. 1995 Evaluation of a patient education leaflet designed to improve communication in medical consultations. *Patient Education and Counseling*, 25: 51-57.
- Frederikson, L. G. 1995 Exploring information-exchange in consultation: the patients' view of performance and outcomes. *Patient Education and Counseling*, 25(3): 237-46.
- 藤崎和彦 2001 日本のPBLチュートリアルと医療コミュニケーション教育の現状と課題. *日本保健医療行動科学学会年報*, 19: 1-25.
- Greenfield, S., Kaplan, S. H., Ware, J. E., Yano, E. M., Frank, H. J. L. 1988 Patients' participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. *Journal of General Internal Medicine*, 3(5): 448-457.
- Harrington, J., Noble, L. M., Newman, S. P. 2004 Improving patients' communication with doctors: a systematic review of intervention studies. *Patient Education and Counseling*, 52(1): 7-16.
- Hoshino, K. 1995 Autonomous decision making and Japanese tradition. *Cambridge quarterly of healthcare ethics*, 4(1): 71-4.
- 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 (1): 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.
- Kaplan, S. H., Gandek, B., Greenfield, S., Rogers, W., Ware, J. E. 1995 Patient and visit characteristics related to physicians' participatory decision-making style. Results from the Medical Outcomes Study. *Medical Care*, 33(12): 1176-87.
- Lang, F. 2000 The Evolving roles of Patient and Physician. *Archive Family Medicine, Editorial*, 9: 65-67.
- Levinson, W., Kao, A., Kuby, A., Thisted, R. A. 2005 Not All Patients Want to Participate in Decision Making: A National Study of Public Preferences. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 6: 531-535.
- Like, R., Zyzanski, S. J. 1987 Patient satisfaction with the clinical encounter: social psychological determinant. *Social Science and Medicine*, 24(4): 351-357.
- Maly, R. C., Bourque, L. B., Engelhardt, R. F. 1999 A randomized controlled trial of facilitating information giving to patients with chronic medical conditions: effects on outcomes of care. *Journal of Family Practice*, 48(5): 356-63.
- Martinali, J., Bolman, C., Brug, J., van den Borne, B., Bar, F. 2001 A checklist to improve patient education in a cardiology outpatient setting. *Patient Education and Counseling*, 42(3): 231-8.
- McCann, S., Weinman, J. 1996 Empowering the patient in the consultation: a pilot study. *Patient Education and Counseling*, 27: 227-31.
- Michie, S., Miles, J., Weinman, J. 2003 Patient-centredness in chronic illness: what is it and does it matter? *Patient Education and Counseling*, 53(3): 197-206.
- 箕輪良行 2004 患者とのコミュニケーションスキル. *臨床栄養*. 105(4): 446-456.
- Mukohara, K., Kitamura, K., Wakabayashi, H., Abe, K., Sato, J., Ban, N. 2004 An evaluation of a communication skills

- seminar for students in a Japanese medical school: Non-randomized controlled study. *BMC Medical Education*, 4: 24.
- 中川薫 2000 医師と患者のコミュニケーションに関する文献学的検討－「情報のやりとり」という側面について－. 日本保健行動科学会年報, 15: 236-251.
- 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・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.
- Ohtaki, S., Ohtaki, T., Fetters, M. D. 2003 Doctor-patient communication: a comparison of the USA and Japan. *Family Practice*, 20: 276-282.
- 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.
- Roter, D. 2000 The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship. *Patient Education and Counseling*, 39: 5-15.
- Roter, D. L., Hall, J. A., Katz, N. R. 1988 Patient-physician communication: a descriptive summary of the literature. *Patient Education and Counseling*, 12: 99-119.
- 佐伯晴子 2004 患者心理とコミュニケーション. 月刊保険診療, 59(12): 26-30.
- Schneider, A., Korner, T., Mehring, M., Wensing, M., Elwyn, G., Szecsenyi, J. 2005 Impact of age, health locus of control and psychological co-morbidity on patients' preferences for shared decision making in general practice. *Patient Education and Counseling*, Article in press.
- 清 俊夫 2000 患者に期待される役割と適応. 現代のエスプリ別冊, 患者の心理, 67-78.
- Sekimoto, M., Asai, A., Ohnishi, M., Nishigaki, E., Fukui, T., Shimbo, T., Imanaka, Y. 2004 Patients' preferences for involvement in treatment decision making in Japan. *BMC Family Practice*, 5(1): 1-10.
- Simpson, M., Buckman, R., Stewart, M., Maguire, P., Lipkin, M., Novack, D., Till, J. 1991 Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ*, 303(6814): 1385-7.
- Stewart, M. 2001 Towards a global definition of patient centred care. *BMJ*, 322: 444-445.
- Stewart, M. A. 1984 What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. *Social Science and Medicine*, 19(2): 167-175.
- Stewart, M. A. 1995 Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Canadian Medical Association Journal*, 152(9): 1423-33.
- Street, Jr. RL., Millay, B. 2001 Analyzing patient participation in medical encounters. *Health Communication*, 13: 61-73.
- Tabak, E. 1988 Encouraging patient question-asking: a clinical trial. *Patient Education and Counseling*, 12: 37-49.
- Takayama, T., Yamazaki, Y., Katsumata, N. 2001 Relationship between outpatients' perceptions of physicians' communication styles and patients' anxiety levels in a Japanese oncology setting. *Social Science and Medicine*, 53(10): 1335-50.
- Tennstedt, S. L. 2000 Empowering older patients to communicate more effectively in the medical encounter. *Clinics in Geriatric Medicine*, 16(1): 61-70, ix.
- Thistlethwaite, J. E. 1999 Integrating communication skills and history-taking. *Medical Teacher*, 21: 83-84.
- Thompson, SC, Nanni, C., Schwankovsky, L. 1990 Patient-oriented interventions to improve communication in a medical office visit. *Health Psychology*, 9(4): 390-404.
- Tran, A. N. Street, L. O'Malley, Jr., K. J. F, Martin, Ashton, C. M. Empowering communication: a community-based intervention for patients. *Patient Education and Counseling*, 2004(52): 113-121.
- Walker, K. L., Arnold, CL, Miller-Day M, Webb, LM. 2001 Investigating the physician-patient relationship: examining emerging themes. *Health Communication*, 1(14): 45-68.
- Wells, T., Falk, S., Dieppe, P. 2004 The patients' written word: a simple communication aid. *Patient Education and Counseling*, 54(2): 197-200.
- 山口真人 2004 医療と人間関係トレーニング－患者中心の医療の実現のために. 医学のあゆみ, 209(7): 420-421.