

平成21年6月8日現在

研究種目：基盤研究（C）
 研究期間：2006～2008
 課題番号：18530499
 研究課題名（和文）患者およびその関係者が納得できる医療福祉場面における説明方法に関する研究
 研究課題名（英文）Analysis about a convincing explanation for patients and their families: How should do medical workers explain for patients and their families?
 研究代表者
 高尾 堅司（TAKAO KENJI）
 川崎医療福祉大学・医療福祉学部・助教
 研究者番号：00412263

研究成果の概要：医療従事者（医師・看護師）と医療を受ける側の人々（患者・患者家族・患者予備軍を含む）に対して質問紙調査を実施した。分析の結果、看護師が患者とのコミュニケーションで重視している点、患者側と医療従事者との間において情報量に対する知覚が乖離していること、患者側は医師の行為の原因を推論し、それに基づいて医師としての資質を評価すること、医師は患者から信頼を得ることが快体験の中心となることが確認された。

交付額

(金額単位：円)

	直接経費	間接経費	合計
2006年度	900,000	0	900,000
2007年度	500,000	150,000	650,000
2008年度	900,000	270,000	1,170,000
年度			
年度			
総計	2,300,000	420,000	2,720,000

研究分野：社会科学

科研費の分科・細目：心理学・社会心理学

キーワード：説明と同意，医療従事者，患者

1. 研究開始当初の背景

1990年に日本医師会の生命倫理懇談会が『説明と同意』についての報告書を提出して以来、医療・福祉関係者のみならず、国民の間でもインフォームド・コンセント（以後、説明と同意と称す）の重要性が認知されてきた。医療従事者と患者、患者家族、患者予備軍（以下、患者側と称す）の間における説明と同意は、医療従事者の立場として医療を進めるうえで欠かせない手続きのひとつとして重要であるばかりではなく、患者側が納得して治療に臨むうえでも不可欠な手続きで

ある。また、積極的に治療を進めることにつながり、またその治療効果も期待できるという意味で、説明と同意は医療従事者と患者側の双方にとって有益である。

医療現場における説明の重要性は、多くの医療従事者が認識しているに違いない。ただし、医療従事者がその重要性を認識していたとしても、常に患者側からすんなりと同意を得られる場合とは限らない。医療従事者が、同じ内容の説明を患者側に与えたとしても、直ちに納得できる患者だけではなく、納得できない患者がいても不思議ではない。

それでは、どのような説明方法が望ましいのだろうか。それに対する回答を求めるには、医療従事者としての医師や看護師、そして患者側がコミュニケーション過程において何を重視しているかを確認することが求められる。両者間におけるコミュニケーション過程において、重視する部分が異なるとすれば、それを抑えておくことで医療従事者側と患者側の良好なコミュニケーションを維持することができ、ひいては患者側にとって納得できる説明を行うことにつながるであろう。ところが、コミュニケーションを重視することの必要性は医療従事者側にとっては自明のことであり、どの部分を重視しているかについての検討は不十分なままである。

さらに、不十分な説明に対して患者側の立場がどのような推論過程を経て不満を覚えるのかという点について検討することも、患者側が納得できる説明を行ううえで有益である。一般論としては、患者側は医師による説明が不十分だと知覚した場合、患者側は当該医師の医師としての資質を疑うことが予想される。この点について、今さら言及する余地はないように思われる。しかし、説明の不十分さという知覚が、どのような推論過程を経て医師に対する資質の評価に結びつくかについては十分に検討されていない。

2. 研究の目的

以上の課題に対応するには、コミュニケーション過程に焦点を絞り、社会心理学的な枠組みから医療従事者と患者側との相互作用過程を分析することが有益であろう。言うまでもなく、説明はコミュニケーション過程のひとつである。いかにして良好なコミュニケーションを行うかを考えることが、患者側の納得を高める説明方法を検討するうえで不可欠と言えるであろう。そこで、本研究課題では、コミュニケーション（言語を媒体としたコミュニケーションと非言語的コミュニケーションを含む）を分析対象のひとつとし、説明のあり方について検討を加えてゆく。

説明と同意が医療従事者と患者側との間におけるコミュニケーション過程で行われることを踏まえると、両者間におけるコミュニケーションに対する知覚の相違の有無について確認しておく必要がある。コミュニケーションに対する知覚が、両者間において著しく異なるのであれば、良好なコミュニケーションを形成することが困難になる。その結果、医療従事者側が患者側の納得を得ることが困難になることが予想される。したがって、コミュニケーションという枠組みから、医療従事者側と患者側の間における相互作用過程の実態を把握することが求められる。以上の問題意識に基づき、本研究課題では以下の研究目的を設定した。

(1) 言語的コミュニケーションと非言語的コミュニケーションの相対的重要性

①医療従事者側の知覚

医療従事者側の患者側に対する態度の例の一つとしては、医療従事者から患者側への説明時における言語的および非言語的コミュニケーションが挙げられる。患者側に理解してもらい、そして納得してもらうためには、医療従事者は患者側に与える情報量を調節したり、説明時に図を用いるなどの工夫を必要とする。また、患者側が質問をしてきた際の受け答えにも注意しなければならない。患者側から発言が認められた場合は、目線を合わせてうなずき、患者側が発言しやすいように工夫する必要がある。

また、言語的および非言語的コミュニケーション要因のうち、医療従事者が患者側から納得を得るうえで、どの部分が特に重要と知覚しているかによって、患者側への対応の質が変わることが考えられる。仮に、患者側への情報提供量が最も重要とみなす医療従事者は、相対的に患者側からの質問に対するうなずき等を重視しないであろう。一方で、情報量よりもむしろうなずきや口調を重視する医療従事者の場合、患者側に伝える情報量は必要最小限に抑え、患者側とのコミュニケーションを円滑にする部分に重きをおくであろう。このように、医療従事者が言語的および非言語的コミュニケーション要因のうち、どの部分を特に重視しているかによって患者側への対応が異なり、その結果として患者側からの反応が異なることが予想される。

②患者側の知覚

一方、患者側の医療従事者側に対する態度の例として、医療従事者の説明および傾聴行為に対する知覚が挙げられる。患者側が重視する言語的および非言語的コミュニケーション要因と、医療従事者が重視するそれとが一致すれば、医療従事者と患者側の双方のコミュニケーションは円滑に進み、患者側の納得度を高めることが容易になることが考えられる。逆に、医療従事者が重視するコミュニケーション要因と、患者側が重視するそれとが一致しない場合は、両者間のコミュニケーションに齟齬が生じ、患者側の納得度を高めるには至らない可能性がある。

(2) 医療従事者側の患者側に対する知覚

患者側にとって納得できる説明方法を検討するうえで、医療従事者がどのような説明場面で対応に苦慮するかという医療従事者側の視点も調査しておく必要がある。なぜなら、前者の医療従事者が不快もしくは快と感じることで、医療従事者が意識せざる部分で患者側に伝わる可能性があるためである。

医療従事者と患者側とのやりとりにおい

て、医療従事者はさまざまな局面に直面する。治療を進めるうえで必要な指示を遵守しない患者もいれば、説明に納得していたはずの患者が、後日「そんな説明は受けていない」と言い出すこともある。また、「わかりました」と口頭では述べていたはずの患者が、後日「そんなことは聞いていない」と口述を翻すなど、医療従事者が対応に苦慮することは少なくない。

一方で、患者側から感謝の念を表されることもある。治療の甲斐あって回復に至ったような場合、あるいは患者側から信頼を寄せられていることを実感するような出来事があった場合、医療従事者側と患者側のコミュニケーションは一層盛んになるだろう。その結果として、患者側の治療効果が高められることが予想される。以上のように、肯定的な関係であろうとなかろうと、医療従事者側と患者側の相互作用という観点からすれば、医療従事者がどのような場面において不快な（もしくは快い）感情を抱くのかについて検討することが必要である。

(3) 医療従事者による不十分な説明行為に対する評価に影響を及ぼす要因

ところで、以上の重要度評定以外にも、患者側の医療従事者の説明に対する評価を規定する主要な心理的要因がある。それは、医療従事者がはたらいた行為（本研究の場合は説明）の理由に関する推論過程である。

社会心理学領域において、他者の行動の原因に関する推論過程を帰属と称する。一般的に、原因の帰属の次元として統制可能性と安定性の二つの次元に分けられる。前者は、行為者の意志で統制が可能か否かに関する次元である。たとえば、「努力」は統制可能であるが、「適性」は統制不可能とされている。後者は、原因が特性や適性、環境の不変性といった永続性を有するかどうかの次元である。安定的であるということは、時間を越えた一般性に関係するものである。安定的な原因によって引き起こされた行為は、また別の機会に繰り返されることが予測される。

この帰属理論に基づき、医師と患者とのやりとりを想定すると次のようになる。たとえば、医師による説明が不十分だったとしよう。一般論としては、不十分な説明を受けたという知覚そのものが、医師に対する不満に直結すると考えられる。しかし、帰属理論の枠組みからすれば、患者の認知における複数のパターンが予測可能である。たとえ説明が不十分だったとしても、研修期間を経て間もない医師だった場合と、十分な説明が可能であるはずだが単なる怠慢で説明を行った医師の場合とでは、前者の医師には情状酌量の余地があるとして、後者の医師よりも否定的感情（怒り、嫌悪感等）は低く評定されることが

考えられる。本稿では、上記の(1)から(3)の研究成果について報告する。

3. 研究の方法

(1) 手続き

上記の(1)および(2)の計4つの調査手続きは以下のとおりである。

①医療従事者（看護師）が知覚する言語的コミュニケーションと非言語的コミュニケーションの相対的重要性に関する調査

2007年11月に、中国地方のある総合病院で実施された職員教育講演会に参加した142名の看護師（すべて女性）を対象に、質問紙を配布した（平均年齢：30.2；標準偏差：8.7）。

主な調査項目は、年齢、性別、職種等のデモグラフィック要因をはじめ、「以下の項目は患者にとって納得できる医療を提供するうえでどの程度重要だと思いますか」という問に対して、言語を媒介としたコミュニケーション要因として2項目（「医療従事者が患者側に対して極力多くの情報を提供すること」、「時間をかけて患者側の声に耳を傾けること」）、非言語的コミュニケーション要因として2項目（「医療従事者が患者側に説明する時の口調」、「患者側の意見を聞く際の態度」）の計4項目から構成された。それぞれの項目は、1（まったく重要ではない）から5（非常に重要）の5件法での評定を求めた。

②言語的コミュニケーションと非言語的コミュニケーションの相対的重要性に関する調査：医療従事者（医師・看護師）と患者の比較

2008年8月から2009年3月にかけて、近畿地方の病院に勤務する医師（開業医・勤務医）と看護師を対象に、質問紙調査（郵送配布・郵送回収）を行った。回答者のうち、勤務医は31名（男29名、女2名）（平均年齢：40.7歳；標準偏差：9.8）、開業医は5名（男5名、女0名）（平均年齢：49.8歳；標準偏差：5.3）、看護師20名（男0名、女20名）（平均年齢33.4歳；標準偏差：8.0）だった。

主な質問項目として、年齢、性別、職種等のデモグラフィック要因をはじめ、説明と同意を構成する要素としての説明と傾聴に関わる評定項目を作成し、患者側にとって納得できる医療を実施するうえでの重要度（1：まったく重要ではない；5：非常に重要である）について、医師、看護師、患者側のそれぞれに回答を求めた。また、医療従事者に対しては、説明と同意に関する諸項目に加え、日常業務場面における遂行度（1：まったく実行できていない；5：常に実行している）についてそれぞれ評定を求めた。さらに、自由記述項目を用意し、説明時に困ったこと、不快に感じたことについて具体的に記すよう求めた。

③医療従事者（医師）が知覚する対患者場面

における快・不快経験の調査

2008年8月から2009年3月にかけて、近畿地方の病院に勤務する医師（開業医・勤務医含む）を対象に、質問紙調査（郵送配布・郵送回収）を行った。36名の回答者のうち、快体験あるいは不快体験に関する記述があった33名（男31名、女2名）（平均年齢：41.6歳；標準偏差：9.8）を分析対象とした。

主な質問項目として、年齢、性別、職種等のデモグラフィック要因をはじめ、快体験（「患者もしくは患者家族（あるいは外来者）に説明した際、あなた自身がうれしかったり、心地よい気持ちを感じたことはありますか」と不快体験（「患者もしくは患者家族（あるいは外来者）に説明した際、あなた自身が困ったり、悩んだり、不快な気持ちを感じたことはありますか」）についてそれぞれ想起してもらい、できるだけ多く、具体的に記述するよう求めた。

④医療従事者による不十分な説明行為に対する評価に影響を及ぼす要因

2007年9月に、私立大学大学生の計111名（男31名、女80名）を対象に質問紙調査を実施した（平均年齢：19.4歳；標準偏差：1.4）。質問紙は、表紙を含めて5ページで構成された。表紙を除き、すべてのページに医師による患者に対する説明が不十分であったことを示すシナリオと（各シナリオの説明不十分の原因は異なっている）、医師の行為もしくは医師の資質、医師に対する感情的反応を測定する評定項目（5件法）を用意した。

4. 研究成果

(1) 言語的コミュニケーションと非言語的コミュニケーションの相対的重要性に関する調査

①看護師の知覚

言語を媒介としたコミュニケーション要因と非言語的コミュニケーション要因に対する重要度評定値をそれぞれ加算し（各2項目）、t検定による比較を行った。分析の結果、看護師は言語を媒介としたコミュニケーション要因（M=8.8；SD=0.7）よりも、相対的に非言語的コミュニケーション（M=9.6；SD=1.1）を重視していることが確認された。

②医療従事者と患者の比較（図1）

一元配置の分散分析を実施したところ、ほとんどの項目において統計的に有意な差が認められた。下位検定（テューキーのHSD法）による分析の結果、「口調」「多くの情報提供」「傾聴」「態度」の項目において、医療従事者（医師・看護師）と患者間において有意な差が認められた。「口調」「傾聴」「態度」に対する重要度知覚は医療従事者に比して患者が低かった。「多くの情報提供」については、医療従事者に比して患者の方が重要であると知覚していた。ただし、おおよそ平均値

が4点以上であることから、医療従事者と患者間における重要度知覚の差については慎重に解釈すべきであろう。

(2) 医療従事者と患者間の関係性に対する評価（図2）

一元配置の分散分析を実施したところ、ほとんどの項目において統計的に有意な差が認められた。下位検定（テューキーのHSD法）による分析の結果、「患者に手の内を明かすこと」については、医療従事者に比して患者の方が肯定的に評価していた。「医師の考えの優先」「患者の意思を度外視した説明行為」については、医師と患者に比して看護師は否定的に評価していた。

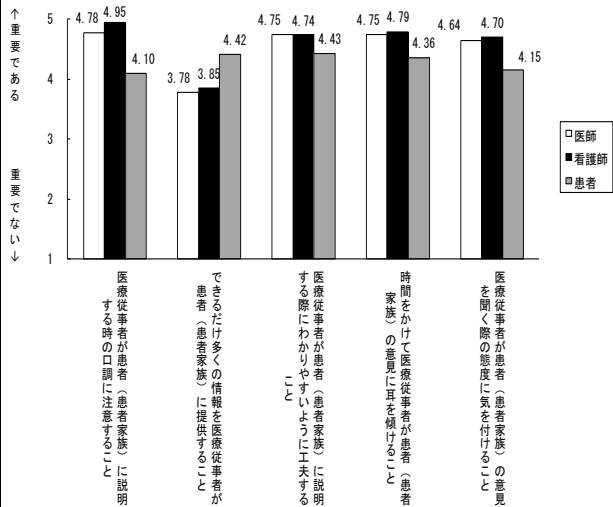


図1 説明と同意に関する知覚

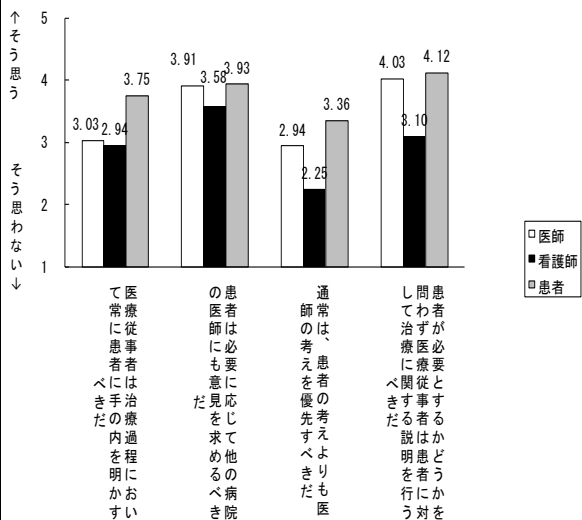


図2 医療従事者と患者間の関係性に関する知覚

(3) 医療従事者（医師）が知覚する対患者場面における快・不快経験の調査

調査対象者の回答に対して、KJ法の1ラウンドを適用した。まず、快、不快体験ごとにチーム編成を行った。次に、各チームの相互関係を探るために、快、不快体験ごとにA型図解化およびB型文章化を実施した。

KJ法のチーム編成手順に基づき、快、不快体験ごとに自由記述の回答を分類し、チーム編成を行った。その結果、快体験については「患者と医師との意見の一致」、「患者からの感謝」、「患者からの支持」といった「患者からの信頼獲得」にかかわる快体験が、全回答(25件)中、19件(76%)を占めた(表1)。一方、不快体験については、「自己中心的な患者」にかかわる不快体験が、全回答(41件)中、26件(63.4%)を占めていた(表2)。

KJ法のA型図解化手順に基づき、快、不快体験ごとにA型図解を作成した。その結果、快体験では、患者からの信頼獲得が良質な説明と同意に結びついており、信頼獲得の中核には患者と医師との意見の一致が内在していることが見いだされた。一方、不快体験においては、医師、医療への患者の不満、不信感が、自己中心的な患者の態度と相互作用し、説明と同意の質的低下を招いている可能性が示唆された。

表1 患者に対する説明場面における医師が知覚した快体験

チーム名				回答内容(抜粋)	延べ件数
I	II	III	IV		
患者と医師が一体となり治療を推し進める	説明による効果	説明に対する高い関心	症状改善への寄与	症状の改善及び疾病の軽快	2
			治療に対する患者の意欲向上	冷静に受けとめ、前向きに立ち向かおうという気持ちを感じられる時	2
			説明に対する高い関心	きちんと聞き、質問される	1
	患者と医師との意見一致	患者からの同意	患者の理解、納得	病気の治療法につき、理解を得られた時	6
			患者からの同意	説明した内容について「大変良く判りました。先生の治療を受けます」と言ってもらった時	2
			患者-医師間の相互理解	医師、患者相互の理解が得られた場合	1
			患者からの一任	患者が十分に理解され、おまかせするという反応が得られたとき	1
	医師の責任	患者からの感謝	患者からの感謝	ありがとうと言ってもらった時	8
			患者からの支持	「転勤されても先生について行きます」と言ってもらった時	1
			医師の責任	責任を感じだけです	1

合計 25

表2 患者に対する説明場面における医師が知覚した不快体験

チーム名			延べ件数
I	II	III	
医師自身の思い通りに事が運ばない	自己中心的な患者	説明に対する無関心さ	8
		医師、治療への不満、不信感の表明	7
		暴言、怒り	3
		治療、服薬への反発	2
		勝手な判断、振る舞い	2
		わがまま	2
		良識のなさ	2
	理解・納得の困難	伝わりにくさ	6
		説明に対する理解の不確かさ	2
		理解力の不足	1
		病識のなさ	1
	治療意欲・要求の乏しさ	説明による服薬への悪影響	1
		治療意欲・要求の乏しさ	2
告知のつらさ	告知のつらさ	1	
	家族の問題	1	
合計			41

(4) 医療従事者による不十分な説明行為に対する評価に影響を及ぼす要因

シナリオ上の医師による不十分な説明行為に対する各評定項目のうち、「納得」、「満足度」、「怒り」、「怠惰」、「同情」、「医師としての資質」のすべての項目において、統制可能性および安定性の両次元に主効果が認められ、また交互作用が認められた。交互作用が認められたため、交互作用における単純主効果の検定を行ったところ、「医師としての資質」のみににおいて、統制可能性の効果が安定性の次元の不安定においては認められないことが確認された。この結果は、不十分な説明の原因が安定性次元において「不安定」であり、なおかつ統制可能性次元において「統制不可能」である場合は、「安定」かつ「統制可能」である場合よりも肯定的に(「医師としての資質がある」)評価されることを示唆する。

表3 各評定項目の平均値および標準偏差

評定項目	満足度		納得		怒り		怠惰		同情		資質	
	可能	不可能	可能	不可能	可能	不可能	可能	不可能	可能	不可能	可能	不可能
安定性/統制可能性	1.3 (0.06)	1.9 (0.06)	1.3 (0.74)	2.1 (0.85)	4.7 (0.60)	3.3 (0.96)	1.3 (0.74)	2.1 (0.85)	1.8 (1.07)	2.5 (0.94)	4.2 (0.85)	2.5 (0.89)
不安定	1.9 (0.06)	2.3 (0.08)	2.0 (0.84)	2.4 (0.99)	3.6 (1.13)	2.7 (0.84)	2.0 (0.99)	2.4 (1.00)	2.8 (1.03)	2.9 (0.82)	3.0 (0.82)	2.3 (0.90)

注) 数値は平均値で()内は標準偏差。各項目は「まったくそう思わない」から「非常にそう思う」の5件法で測定された。

(5) 結論

以上の分析結果を踏まえると、医療従事者は非言語的コミュニケーションに配慮する

と同時に、患者側が求める情報内容を迅速に察知し、患者側の要求に応じた情報を提供することが、患者側の納得する説明を行ううえで必要であることが考えられる。

また、患者側は説明の不十分さという事実のみではなく、その背後にある原因を推論し、それに基づいて医師としての資質を評価することが確認された。現実的には、緊急手術などにより、医師は時間的にも量的にも不十分な説明に終始せざるを得ない場合がある。それをやむないこととして患者側に何らその事情を伝えないと、患者側は独自の推論過程を経て、当該医師に対する資質を疑う可能性がある。

本研究の分析結果に基づくと、患者側に不十分な説明に終始せざるを得ない理由を明確に説明し、誤った原因の推論を防げば、医師に対する資質に対する評価を肯定的に保つことができると考えられる。医師としてふさわしい人材に治療を受けることを望む患者側に対しては、不十分な説明に終始せざるを得ない場合、医師がその理由を明確に伝えるほうが、患者側から納得を得やすいであろう。つまり、推論過程のメカニズムを把握した対応をすることは、納得できる医療を進めるうえで有益であろう。

ただし、仮に医療従事者と患者側との間に信頼関係が形成されているのであれば、誤った原因の推論は行われなかもしれない。医師の快体験の分析結果において、患者からの信頼獲得が快体験の中心であることに表れているように、医療従事者の立場からすれば信頼関係の形成は積極的な医療を進めるもっとも有効な要因のひとつである。今後は、医療現場という特殊性を考慮した、医療従事者と患者間の信頼間の構造についてより詳細に検討する必要がある。

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[雑誌論文] (計1件)

- ① Takao, K., Mizuko, M., and Kanemitsu, Y. Nurses' perception of necessary factors in gaining consent from patients: verbal-mediated communication and non-verbal communication, *Kawasaki Journal of Medical Welfare*, in press, 査読有

[学会発表] (計3件)

- ① 高尾 堅司, 水子 学, 金光 義弘, 看護師が知覚するインフォームド・コンセントに関する心理学的分析(1), 日本心理学会, 2008年9月21日, 北海道大学

- ② 水子 学, 高尾 堅司, 金光 義弘, 看護師が知覚するインフォームド・コンセントに関する心理学的分析(2), 日本心理学会, 2008年9月21日, 北海道大学
- ③ 高尾 堅司, 水子 学, 手続き的公正知覚と原因帰属: 診察場面を例に, 日本社会心理学会, 2007年9月23日, 早稲田大学

6. 研究組織

(1) 研究代表者

高尾 堅司 (TAKAO KENJI)

川崎医療福祉大学・医療福祉学部・助教

研究者番号: 00412263

(2) 研究分担者

金光 義弘 (KANEMITSU YOSHIHIRO)

川崎医療福祉大学・医療福祉学部・教授

研究者番号: 80110568

水子 学 (MIZUKO MANABU)

川崎医療福祉大学・医療福祉学部・講師

研究者番号: 50341160