

総説

医療における対人コミュニケーション研究のアプローチ Research on Interpersonal Communication in Healthcare

石川ひろの¹⁾、高永茂²⁾、川島理恵³⁾、野呂幾久子⁴⁾、藤森麻衣子⁵⁾

Hirono Ishikawa, Shigeru Takanaga, Michie Kawashima, Ikuko Noro, Maiko Fujimori

1) 帝京大学, 2) 広島大学, 3) 京都産業大学, 4) 東京慈恵会医科大学, 5) 国立がん研究センター
1) Teikyo University, 2) Hiroshima University, 3) Kyoto Sangyo University, 4) The Jikei University School of Medicine, 5) National Cancer Center Japan

Abstract

This paper is a summary report of Symposium I at the 11th Meeting of the Japanese Health Communication Association, titled “Research on Interpersonal Communication in Healthcare.” In this symposium, we presented examples of: 1) a qualitative descriptive study (conversation analysis), 2) a quantitative correlational study (functional analysis: Roter Method of Interaction Process Analysis System [RIAS]), and 3) an intervention study (randomized controlled trial of communication skills training). This was followed by a discussion of challenges in and tips for conducting and publishing empirical studies on interpersonal communication in healthcare. Different research approaches and analysis methods are underpinned by unique paradigms and theoretical frameworks. Mutual understanding of this background is necessary to facilitate interdisciplinary research in this field and collaboration using different research methods.

要旨

本稿は、第 11 回日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会におけるシンポジウム I 「医療における対人コミュニケーション研究のアプローチ」から、各シンポジストの報告と会場での議論をまとめたものである。シンポジウムでは、①「そこで何が起きているのか」を明らかにしようとする質的・記述的な研究（会話分析）、②「どのような要因やアウトカムとどの程度関連するのか」という関連性を量的に示そうとする研究（機能分析：RIAS）、③「教育的介入によって変えられるのか」という教育の効果を明らかにしようとする研究（コミュニケーション・スキル・トレーニングの無作為化比較試験）を取り上げ、各研究がどのような理論的背景に基づき、何を明らかにしようとしてきたのか、日本における実証研究をもとに報告するとともに、研究を実施し、論文化していく上での困難や対処についても議論した。さまざまな分析方法、研究手法の背景には、それぞれのパラダイムや理論的枠組みがある。それらも含めた相互理解を広げていくことが、異なる研究アプローチのコラボレーション、学際的な共同研究を進めていく上で重要である。

キーワード：会話分析、機能分析、RIAS、無作為化比較試験、コミュニケーション・スキル・トレーニング
Keywords: conversation analysis, functional analysis, RIAS, randomized controlled trial, communication skills training

日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌 2020;11(1):13-20 (2020 年 1 月 6 日受付；2020 年 2 月 13 日受理)

1. 序文

ヘルスコミュニケーションの研究の中でも、医療場面における対人コミュニケーションの研究は早くから、社会学、文化人類学、心理学、コミュニケーション学などさまざまな分野の研究者によって行われてきた。そこで用いられてきた研究の方法論、アプローチもまたさまざまである(藤崎 & 橋本, 2009)。

2010 年の第 2 回日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会では、「医療コミュニケーション研究への誘い」と題した 2 つのシンポジウム「医療コミュニケーション研究の概論、そして量的研究を進めるために」および「医療コミュニケーション研究の質的研究を進めるために」

が開催された(青木, 斎藤, 高永, 田口, & 小川, 2011; 藤崎, 野呂, 石川, 田口, & 小川, 2011)。ここでは、日本における医療コミュニケーション研究の現状の概説とともに、日本における実証研究例に基づきながら量的研究法、質的研究法に分けて研究方法論が紹介された。その後 10 年近くを経て、日本においても少しずつ医療コミュニケーション研究の学会・論文発表が増え、そこにおける人文社会学系・保健医療系の研究者の協働も増えてきたように思われる。また近年、混合研究法 (Mixed Methods Research) に対する関心はさまざまな分野で高まっており、医療コミュニケーション研究においても例外ではない(川島, 樫田, 岡田, & 黒嶋, 2015)。

研究の方法論は、その研究が明らかにしたい問い（リサーチクエスション）によって規定されるものである。そこで、本シンポジウムでは、医療コミュニケーション研究においてよく用いられてきた方法論を取り上げ、異なる方法論的アプローチと研究デザインをとる医療コミュニケーション研究が、それぞれどのような理論的背景に基づき、何を明らかにしようとしてきたのか、日本における実証研究をもとに議論することを目的とした。そのため、以下の3つのタイプの研究を取り上げ、それぞれの研究者からの報告を得た。

①「そこで何が起きているのか」を明らかにしようとする質的・記述的な研究（会話分析）

Four ways of delivering very bad news in a Japanese emergency room. *Research on Language and Social Interaction*. (Kawashima, 2017)

②「どのような要因やアウトカムとどの程度関連するか」という関連性を量的に示そうとする研究（機能分析：RIAS）

The impact of gender on medical visit communication and patient satisfaction within the Japanese primary care context. (Noro et al., 2018)

③「教育的介入によって変えられるのか」という教育の効果を明らかにしようとする研究（コミュニケーション・スキル・トレーニングの無作為化比較試験）

Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: a randomized controlled trial. (Fujimori et al, 2014a)

日本発の医療コミュニケーションの実証研究の論文は少しずつ蓄積されてきているものの、まだそれほど多くない。シンポジウムにおいては、医療における対人コミュニケーション研究を計画、実施し、研究論文として発表していく過程における難しさ、留意点などについても論文著者としての経験を踏まえて共有し、今後の日本における実証研究とその成果の発信を後押しできるような議論もあわせて行うことを目指した。

2. シンポジウムにおける各報告

2.1 会話分析による研究

会話分析の源流は Goffman (1983)の相互行為秩序解明への探究にある。そのベースにあるのは、医療などの社会制度が成立する基盤がその制度のメンバー同志の相互行為にあるという考えである。会話分析は、実際のやりとりの中で成立する *social reality* を細かく記述する方法論である。

今回の発表では、特に医療場面における意思決定過程のコミュニケーションの様相について、会話分析を使って見えることのいくつかを紹介した。特に救急医療やトリアージなど困難な決断が迫られる場合に着目し、それらのコミュニケーションを円滑に行うための相互行為上のリソースをいくつか紹介した。

意思決定過程において治療方針の決定をスムーズにする重要な部分は、医師－患者・家族が検査結果や状況に関する情報を十分に共有し、交渉への基盤を形成することである (Fineberg et al., 2011; 川島, 2013; Kawashima, 2017)。例えば、救急医療という切迫した状況で患者家族に対して状況が説明される際、医師からの説明の多くは「救急隊が到着した時は・・・」のように医療が介在した瞬間の状況からスタートし、それ以降時系列の流れを使った物語りの形態が採用される。そうすることで説明に時間軸が生まれ、同時に提案の方向性が示唆されるのである。

またその物語りの中に特定の表現を埋め込むことで、ある一定の状況理解を促すこともある。具体的には、「心臓マッサージを行っていますが、やはり心臓の動きは再開していない状況です」といった発話において「やはり」という共通理解を参照するような表現が使われる。こうした表現が複数使われることで、はっきりと明示されないうちに「困難な状況」であることが、その後の提案の前提として成立していく。

ただ医師からの説明や提案は、一方的に組み立てられているものではないことも、細かな会話のやり取りの分析から浮かび上がってくる。医師の説明がなされる際、受け手である患者家族は必ずしも何も反応を返さないわけではない。家族は、医師の説明に対して、あいづちや「はい」などの受け取りを示す反応や沈黙などを通じて微細ではあるがなんらかの応答を行なっている。そして何よりも重要なのは、それらの応答に応じて医師もまた説明の組み立てを微妙に調整していることだ。例えば、説明の内容として、全体的に現状が厳しく、蘇生の可能性が低いことが伝えられた場合、家族からの反応として沈黙が増えることがある。その際、医師はそのまま現状の厳しさだけで説明を終えるのではなく、「そういった状況ですが、もう少し治療を継続してみますので、少しお待ちください」として治療の継続を提示することもある。つまり家族の応答の無さから、なんらかの受け入れ辛さを予測し、より受け入れやすいような方向性を示しているのだ。

救命救急の場合、それでも最終的に治療を断念することを決断せねばならないことも多い。そうした際、最終決断が行われる会話の様相がそうした微妙なやりとりによって成り立つことも多い。以下の例では、救命救急センターに運び込まれた患者家族に対して、これまでの治療に関する説明が行われ、一旦心拍は再開したものの次回心臓が止まった際の治療について話し合いが行われている最終局面である。この会話の直前で医師は、これ以上心臓マッサージを続けた場合肋骨が折れるなど患者の負担が大きくなること、脳死など予後が極めて悪いことを家族に説明した。

例 11_09_08_1829 (Kawashima, 2017 より抜粋)

34 DOC: もう、そういう状況だから、

35 FAM : ええ.

36 DOC : あの:: 今度心臓止まったときは[ね.]

37 FAM : [はい.]

38 DOC : もうあの:: [これ以上は, ちょ]つとね.

39 FAM : [° 特に/もうなにも°]

40 FAM : はい, わかりました. [(うなずき)]

41 DOC : [(うなずき)]

記号の説明 ([]音の重なり::音の引き延ばし(())非言語行為 ° 小さい声 -途切れ . 下降調, 継続調 /候補)

34 行目で医師はこれまでの説明をまとめ、家族もそれに対して「ええ」と理解を示している。その上で「今度心臓止まったときはね」という条件節を述べ、それに対して「もうあの::これ以上はちょっとね」(38 行目)とこれ以上の治療が困難であることを述べる。ここで着目したいのは二点である。まずは家族が医師の発話の途中で「特に」(39 行目)と発話している点である。これはすでに医師からの説明を理解し、医師が「もうあの」と述べた時点で次にくる部分を予測し、発話を同時に完了させようとしている。一つの発話を共同で完成させることができるのは、両者の間にこれ以上の治療が困難であるという一定の共通理解が成立しているからである。

二つ目は、そうした家族からの反応を受け医師が 38 行目の提案をかなり省略した形で終了している点である。家族が「特に」と返した直後医師は「ちょっとね」と発話を終わらせている。結局この提案の主な内容となる「何もできないことがない」という部分は明示されていない。家族は、医師からのこの不完全な発話を提案として受け止め、「はい、わかりました」とうなずきながら発話している。ここで医師は同時にうなずき、両者が治療方針について合意に至ったことが示されている。結果として、どちらが提案し、同意したのかも曖昧なまま「これ以上の治療を行わない」という交渉が成立している。これにより意思決定の責任の所在自体も曖昧なままにすることが可能となっている。

会話分析は本来質的な研究方法であるが、そこで得られた現象をもとに計量的な手法と組み合わせて研究を行うことも可能である。例えば、医療救護訓練におけるトリアージ会話の研究では、動線研究と組み合わせて分析を行い、医師から傷病者への最初の質問の形態によってトリアージにかかる時間が変化することを明らかにした(川島他, 2017)。

今回の発表で示したいいくつかの現象は、極めて微細なコミュニケーション上の仕組みである。これらは、それぞれの参加者がお互いの発話やうなずきなどの非言語的部分に敏感に反応し合っているからこそ成り立つものである。こうした交渉の流れによって医療現場において極めて決断しにくい治療方針が成立していく。会話分析はそうした細部に着目することで、医療現場において意思決定過程が成立する医師・患者両者のやり取りを明らかにすることのできる一つの手法である。

2.2 機能分析 (RIAS) による研究

2.2.1 RIAS とは

1) RIAS の概要

Roter Interaction Analysis System(RIAS)は、1975 年に米国 Johns Hopkins University, Bloomberg School of Public Health の Debra Roter 教授によって開発された医療コミュニケーションを分析するためのツールで、診療場面における 2 者間あるいは 3 者間のコミュニケーションを機能の観点からカテゴリー化し、結果を量的に表すことによって、そのコミュニケーションの特徴を客観的かつ体系的にとらえようとする方法である。RIAS を用いた研究は、開発国である米国はもとより、ヨーロッパ、アジア、アフリカ等で広く行われている。その背景として、RIAS の持つ強みが挙げられる。例えば、RIAS では診療場面を録音・録画したデータから直接コーディングすることができるため、逐語録を作成する必要がなく、短時間で分析を終えることが可能である。また、分析結果が数値で得られるため、患者満足度や健康状態といったアウトカムとの関係を検討しやすく、医療従事者にとってはコミュニケーション改善のための手掛かりを得やすい。

2) RIAS の理論的背景

RIAS の理論的背景には、「社会的交換理論(Social exchange theories)」がある。「社会的交換理論」とは、人間の相互作用は「資源」を提供し合うことで成り立っていると考え、それを報酬とコストという観点から分析しようとする理論である。RIAS では、医師は診断・治療の知識や技術という資源を、患者は現在の病状、病の経験、生活環境、医療への期待に関する情報という資源を持ち、それらを診察における「会話」を通して交換すると捉えている。その会話は、医療の専門家(医師)と自分自身の専門家(患者)の間で行われる対等な「専門家同士の会談」であり、それが医師-患者関係の構築や診療過程、アウトカムを左右すると位置づけている(Roter & Hall, 2006)。このような会話を重視する見方は、現在の私たちにとっては珍しいものではないが、「生物医学モデル」が中心であった 1970 年代の医療においては新しいものであり、それを分析するために開発された RIAS は、その後の医療コミュニケーション研究を牽引する一つの柱となった。

3) RIAS の研究方法

RIAS の分析では、まず診療場面のコミュニケーションを「発話(utterance)」と呼ばれる単位に分割する。発話は「カテゴリーに分類することが可能で、分割できる最小単位」と定義されている(野呂他, 2011)。次に、各発話をオリジナルでは 41 あるカテゴリーのいずれか 1 つに分類する。カテゴリーは、医療者と患者が良好な関係を構築することを主眼とする「社会情緒的カテゴリー」(社会的会話、笑い・冗談、同意・理解、共感など)と、診断や治療といった診療業務を目的とする「業務的カテ

ゴリー」(情報提供、助言、情報収集など)に大別される。医療のコミュニケーションの目的は、究極的には全て診療であるが、その中に少しでも情緒的なメッセージが含まれているものは「社会情緒的カテゴリー」に分類する。コーディングが終わると、カテゴリーごとの発話の頻度(frequency)と会話の流れ(sequence)という 2 つの結果が自動的に算出される。ほとんどの研究が、このうち頻度の結果を用いて分析を行っている。

2.2.2 RIAS を用いた国内の研究

国内で初めて本格的に RIAS を用いて行われた研究は、Ishikawa 他 (2002) である。日本のがん患者の医師、患者のコミュニケーションと患者満足度について検討したこの研究は、医師が患者より多く話し、その多くが生物医学的な内容であるなどの点で、基本的に西欧におけるコミュニケーションと類似していたことを報告し、RIAS を日本の診療場面に用いることの妥当性についても検討・確認している。

高齢化社会を迎える中、高齢患者に家族などが付き添うケースが増えているが、付き添いの同席が高齢患者と医師のコミュニケーションに与える影響についても、RIAS により研究が行われている。例えば Ishikawa 他 (2005) は、日本の付き添いの発話割合は米国の付き添いより多く、患者に代わって医師に情報提供や質問をし、患者に話すよう促すなど、活発な役割を果たしていたことを報告している。

教育介入の効果を調べた研究としては、コミュニケーション・トレーニング (SPIKES) を受ける前後の薬剤師のコミュニケーション行動を RIAS で分析、比較することで、トレーニングの効果を検証した Hanya 他 (2017) の研究などが見られる。

最後に、属性に焦点を当てた研究として、Noro 他 (2018) を紹介する。これは、日本の内科初診場面における医師、患者のジェンダーと医師のコミュニケーション、患者満足度の関連を調べた研究である。都内の大学病院などに勤める 11 名の内科医師 (男性 5 名、女性 6 名) とその初診患者 103 名 (男性 53 名、女性 50 名) の診療場面の会話を録音し、それを RIAS で分析するとともに、患者には診療に対する満足度を「日本語版 Medical Interview Satisfaction Scale (MISS)」で評価してもらった。

その結果、ジェンダーとコミュニケーションの関係については、男性医師より女性医師の方が患者ジェンダーによるコミュニケーションの差が大きかった。男性医師の場合は、患者が男性でも女性でもコミュニケーションの取り方にほとんど差がなかった。これに対し、女性医師の場合は、男性患者より女性患者の診療の方が、相手を承認したり同意したりする肯定的な発話、共感などの感情を表出する発話、生活・心理についての言及が多く、患者中心度 ((医師の生活・心理に関する発話+患者の質問+患者の生活・心理に関する情報提供+医師と患者の感情に関する発話+医師の促し) / (医師の医学的質問+指示

+患者の医学的情報提供)により算出)が高かった。このように、患者の医学的側面だけでなく生活・心理的側面にも関心を向けること、共感などの感情や肯定的な態度を示すことは、患者中心的コミュニケーションの特徴と言われている。また、共感などの感情や肯定的な態度を示すことは一般的に女性のコミュニケーションに多く見られるコミュニケーションの特徴でもある。このことから、女性医師は女性患者の診療においては通常に近いコミュニケーション・スタイルを取り、男性患者の診療ではそれを少し控えたのではないかと推測された。

また、患者満足度に影響する医師のコミュニケーションを医師と患者のジェンダーの組み合わせごとに見ると、特に女性同士のペアと男性同士のペアの間に多くの差異が見られた。男性同士の組み合わせでは、医師の質問が多く診療時間が長いと満足度が低下したのに対し、女性同士の組み合わせでは、医師が話しすぎず言葉で肯定的な姿勢や共感などの感情を示すと満足度が高くなった。ここから、男性医師-男性患者の診療では診断や治療を主体としたコミュニケーションが、女性医師-女性患者の診療では肯定的で共感的なコミュニケーションが、患者の満足につながりやすいと考えられた。以上のように、日本の内科初診診療場面においても、属性(ジェンダー)、コミュニケーション、満足度は関連していると考えられた。

2.2.3 RIAS 研究を行う上での留意点

RIAS を研究に用いる上での留意点は、他の研究方法と同様ではあるが、強みと限界を踏まえることである。RIAS の強みは、医療コミュニケーションの在り方を大きく客観的、体系的にとらえられる点や、RIAS という共通の分析枠を用いることにより国際比較研究が可能になる点である。

一方で RIAS には限界も指摘されている。その一つが文脈から切り離されるという点である。例えば、RIAS では「患者の情報提供が〇〇回」という結果は得られても、その情報提供が医師のどのような言語行動によって可能になったのかなどの影響のプロセスを明らかにすることは不向きである。また、RIAS は言語的コミュニケーションをコーディングするためのツールであるため、声の調子や表情、しぐさを考慮に入れてコーディングすることは可能であるが、言語を伴わない非言語行動(「no」のつもりで黙って首を振るなど)はコーディングに反映されない。これらの限界を補うとすれば、会話分析などの質的方法とコラボレーションをしたり、RIAS による言語分析と声の調子や非言語行動の分析を併用することなどが考えられる。いずれにしても、RIAS の限界を踏まえた上で、強みを活かせる研究に用いることが肝要であると考えられる。

2.3 コミュニケーションを変化させる教育介入研究

SHARE のフレームに基づく分析

2.3.1 がん医療における患者－医療者間のコミュニケーション

インフォームドコンセントを前提とする医療において、医師は患者に対して心身の状態と検査や治療といったこれから行われる医療行為について十分説明を行い、きちんと理解したことを確認し、患者の自由意思に基づいた合意が求められる。平成 19 年 6 月に施行されたがん対策基本法では、取り組むべき施策として「がん医療における告知等の際には、がん患者に対する特段の配慮が必要であることから、医師のコミュニケーション技術の向上に努める」ことが挙げられている。

医療者が病気の状態や医療行為について説明する際には、患者にとって望ましくない情報も提供されることになる。患者にとって望ましくない情報は「悪い知らせ」と呼ばれ、将来の見通しを根本から否定的に変えてしまう知らせと定義されている (Buckman, 1984)。がん医療においては、難治がんの診断や再発・転移、抗がん剤治療中止といった知らせが悪い知らせとして挙げられる。がん患者は診断後から短い時期にうつ病の有病率 (Burgess et al., 2005) や自殺率 (Yamauchi et al., 2014) が一般人口よりも高いことが示されている一方で、患者と医師との関係が良好であると、患者の心理的ストレスを抑制できることから (Uchitomi et al., 2001)、医療者は悪い知らせの際のコミュニケーションに配慮する必要がある。

患者－医療者間の望ましいコミュニケーションの成立には、双方向で円滑な情報交換に加え、言葉だけでなく、表情や姿勢、身振りといった非言語的なメッセージが大きな役割を果たす。例えば、目の前の患者が苦しそうに歪めた表情で「大丈夫です」と言ったとしても、言葉どおり「大丈夫」とは判断しないように患者－医療者間のコミュニケーションにおいては、まずは言語的情報に注意が向きがちになるが、特にネガティブな感情が伴う話し合いの際には、言語的な情報以上に非言語的な情報に十分配慮することが重要である。このようなコミュニケーション・スキルは、文脈を考慮せずに表出しても意味はなく、個々のコミュニケーション行動の意味を理解した上で、他者に認識されるように適切に表出する必要がある。

2.3.2 望ましいコミュニケーション

悪い知らせの際の望ましいコミュニケーションに関しては、これまでの研究で患者が望むコミュニケーションが検討されている (例えば、Parker et al., 2001)。我が国においても、通院中の 529 名のがん患者を対象として、がん告知を含む悪い知らせの際の医師のコミュニケーションに対する意向に関する調査が行われ、「Supportive environment (支持的な場)」、「How to deliver the bad news (悪い知らせの伝え方)」、「Additional information (様々な情報)」、「Reassurance and Emotional support (安心感と情

緒的支持)」という 4 つの構成要素が抽出され、頭文字から SHARE とまとめられている (Fujimori et al., 2007)。コミュニケーションに対する意向に関連する要因として、若年であること、女性であること、教育経験年数が長いことなどが示唆されているが、いずれもその関連は弱く、コミュニケーションに対する意向は個別性が高いと考えられる (Fujimori et al., 2017)。

2.3.3 コミュニケーションの学習方法

医療者が望ましいコミュニケーションの学習方法として、コミュニケーション・スキル・トレーニング (CST) が開発されている。CST は、トレーニングを受けたファシリテーターがいる小グループで、学習者中心のワークショップである。その内容は講義、ビデオ観察、ロールプレイ、ピアディスカッション等で構成されている (Kissane et al., 2012)。構造化されたフィードバックを行うトレーニング方法である。その評価アウトカムに関して、Kissane ら (2012) は、Kirkpatrick の 4 レベルモデルを用いて、レベル 1: 反応の評価として態度や自己効力感といった参加者評価アウトカム、レベル 2: 学習の評価として模擬患者との面談の評価アウトカム、レベル 3: 行動の評価として実際の診察場面の行動評定や発話分析アウトカム、レベル 4: 結果の評価として信頼感や満足感といった患者評価アウトカム、健康アウトカムを提案している。

2.3.4 我が国におけるコミュニケーション・スキル・トレーニング (CST)

我が国においても、患者の意向に即したコミュニケーション・スキルを医師が学習するための 2 日間の CST プログラムが開発され (Fujimori et al., 2014b)、その有効性が無作為化比較試験で確認されている (Fujimori et al., 2014a)。その評価は以下のとおりである。レベル 1: 反応の評価として、医師のコミュニケーションに対する自己効力感を評価し、介入群は統制群と比して、介入後に自己効力感が有意に高くなることが示された。レベル 2: 学習の評価、レベル 3: 行動の評価として、模擬患者との模擬面接場面を録画し、SHARE のフレームワークを用いて、第 3 者による印象評定を行い、介入群は統制群と比して、介入後に自己効力感が有意に高くなることが示された。レベル 4: 結果の評価として、患者の抑うつ、不安、コミュニケーションに対する満足感、医師に対する信頼感を評価し、介入群の医師の診察を受けた患者は統制群の医師の診察を受けた患者よりも抑うつの程度が有意に低く、医師への信頼感が有意に高いことが示された。不安、コミュニケーションの満足感に関する差は見出されなかった。

2.3.5 CST の普及

我が国において患者の意向に基づき開発された CST は、レベル 1: 反応の評価として医師の自己効力感、レベ

ル 2: 学習の評価、レベル 3: 行動の評価として模擬患者との面談の印象評定、レベル 4: 結果の評価として患者の抑うつ、医師への信頼感の観点から有効性が示された。本結果が含まれた系統的レビュー (Moore et al., 2018) によっても CST は参加した医療者の共感性などの望ましいコミュニケーション・スキルの獲得への有効性が示されており、米国臨床腫瘍学会が作成した患者-医療者間のコミュニケーションに関するコンセンサスガイドラインにおいても強く推奨されている (Gilligan et al., 2017)。

我が国においては、平成 19 年のがん対策基本法施行以降、厚生労働省の委託事業、あるいは日本サイコオンコロジー学会主催/日本緩和医療学会共催として CST が全国の医師に提供されており、平成 30 年度までに 1480 名が修了し、200 名のファシリテーターを輩出している。

がん医療において重要な患者-医療者間のコミュニケーションを効果的に促進するために、有効性が示されている CST を今後さらに普及することが求められる。

3. シンポジウムにおける議論の要点

(1) コミュニケーションは多面的な性格を持っている。藤森報告にもあるように、望ましいコミュニケーションの成立には医師-患者間で円滑な情報交換が必要となるが、その際には言葉だけでなく、表情や姿勢、身振りといった非言語的なメッセージも大きな役割を果たす。さらに文脈(コンテキスト)を考慮することも必要である。つまり、コミュニケーションの全体像を明らかにするためには、言語、非言語、コンテキストを総合的に研究する必要がある。コミュニケーションという複雑な現象を捉えるために量的研究と質的研究の両方のアプローチが必要となる場合もあるだろう。両者の長を合わせ持つ混合研究法を開発することにつながっていくかもしれない。川島報告では、言語データを主として扱う会話分析と組み合わせることで動線分析を導入して新たな知見が得られたという事例が紹介された。また、RIAS を取り上げた野呂報告にあるように、RIAS の利点を活かしつつ不足している部分(言語を伴わない非言語行動)の分析を補完するために、会話分析のような質的研究法とコラボレーションすることも意義のある取り組みである。

(2) 医療・公衆衛生分野の研究者の多くは、量的研究のアプローチをとっているのではないだろうか。その場合、質的研究を行っている研究者と共同研究を行うとき、両者の理解をどのように進め、深めていくかが課題となる。また、調査・研究の成果を発表する際に、研究論文を医療系の学術雑誌に投稿したとき質的研究がどのように評価されるのかもいささか危惧されるところである。共同研究を行う際にも論文を投稿する際にも問題となるのが妥当性や一般化、信頼性、再現性である。例えば、論文投稿時に量的研究の評価軸をそのまま適用してしまうと、質的研究の中には研究論文としての採択に至らないケースも少なからず出てくる。

このような状況においては、双方の違いを認識するこ

とに留まらず、量的研究の専門家と質的研究の専門家が学術的な交流を通じてお互いの仕事からどのように学び合えるか対話を重ねることが重要である(松山, 2019)。今回企画したシンポジウム I もそのような意図を持っていた。

(3) 研究が、実践的な貢献と理論的な貢献の両面で成果を上げるためには、パラダイム・理論、方法論、研究手法の間に一貫した流れがあり、その流れに沿って研究をまとめることが重要である(今福, 2019)。シンポジウム I において、川島報告で取り上げられた会話分析は「相互行為の秩序」の探求を源流として持ち、野呂報告で取り上げられた RIAS は社会的交換理論を理論的背景として持っている。藤森報告のコミュニケーション・スキル・トレーニング(CST)による教育的介入の研究では、SHARE というフレームが採用されている。演者とフロアとのやり取りの中で、構想から SHARE を開発し CST を実用化するまでに 10 年を要したという説明があった。パラダイムや理論を身に付けるのにも相応の時間が必要である。このように、それぞれに特色を持つ研究の基盤には時間をかけて築き上げられた確固としたパラダイムや理論的枠組みがあって、その土台の上に方法論や研究手法が存在することを忘れてはいけない。研究をデザインするには方法論や分析手法だけを取り入れるのではなく、その背後にあるパラダイムや理論にも目を向けることが求められる。

4. 結語

本稿では、第 11 回日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会のシンポジウム I「医療における対人コミュニケーション研究のアプローチ」から、各シンポジストの報告と会場での議論をまとめた。多面性をもつコミュニケーションの全体像をとらえるために、医療における対人コミュニケーション研究においても、さまざまな分析方法、研究アプローチが用いられてきた。シンポジウムでは、異なる方法論や研究デザインをとる医療コミュニケーション研究が、それぞれどのような理論的背景に基づき、何を明らかにしようとしてきたのか、日本における実証研究をもとに報告いただくとともに、研究を実施し、論文文化していく上での困難や注意点についても議論した。

従来の量的研究、質的研究といった境界を乗り越えようという試みが、双方の領域の研究者によってなされている。一方で、それぞれの分析方法、研究手法の背景には、それぞれのパラダイムや理論的枠組みがある。それらも含めた相互理解を進めていくことが、異なる研究アプローチのコラボレーション、学際的な共同研究を進めていく上で重要になってくるだろう。今回のシンポジウムは、そのための対話の場となることも意図して企画されたものであり、今後の医療コミュニケーション研究における協働のきっかけとなることを願っている。

研究資金

本研究に関連した資金提供はない。

利益相反自己申告

開示すべき利益相反はない。

引用文献

Buckman, R. (1984). Breaking bad news: why is it still so difficult? *Br Med J*. 288(6430):1597-9.

Burgess C., Cornelius V., Love S., Graham J., Richards M., Ramirez A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ*. 330(7493):702.

Fineberg, IC., Kawashima, M., Asch, S. (2011). Communication with family facing life-threatening illness: A research based model for family conferences. *Journal of Palliative Medicine*. 14 (4) p.421-427.

Fujimori M, Akechi T, Morita T, Inagaki M, Akizuki N, Sakano Y, Uchitomi Y. (2007). Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. *Psychooncology*. 16(6):573-81.

Fujimori M., Akechi T., Uchitomi Y. (2017). Factors associated with patient preferences for communication of bad news. *Palliat Support Care*. 15(3):328-335.

Fujimori M., Shirai Y., Asai M., Akizuki N., Katsumata N., Kubota K., Uchitomi Y. (2014b). Development and preliminary evaluation of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communicating bad news. *Palliat Support Care*. 12(5):379-86.

Fujimori M., Shirai Y., Asai M., Kubota K., Katsumata N., Uchitomi Y. (2014a). Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol*. 32(20):2166-72.

Goffman, E. (1983). The interaction order: American sociological association, 1982 presidential address. *American Sociological Review*, 48(1), 1-17.

Gilligan T., Coyle N., Frankel RM., Berry DL., Bohlke K., Epstein RM., Finlay E., Jackson VA., Lathan CS., Loprinzi CL., Nguyen LH., Seigel C., Baile WF. (2017). Patient-clinician communication: American society of clinical oncology consensus guideline. *J Clin Oncol*. 35(31):3618-3632.

Hanya, M., Kanno, Y., Akasaki, J., Abe, K., Fujisaki, K., and Kamei, H. (2017). Effects of communication skill training (CST) based on SPIKES for insurance-covered pharmacy pharmacists to interact with simulated cancer patients. *Journal of Pharmaceutical Health Care and Sciences*, 3:11.

Ishikawa, H., Roter, D.L., Yamazaki, Y., Takayama, T. (2005). Physician-elderly patient-companion communication and roles of companions in Japanese geriatric encounters. *Social Science & Medicine*, 60(10), 2307-20.

Ishikawa, H., Takayama, T., Yamazaki, Y., Seki, Y.,

Katsumata, N., Aoki, Y. (2002). The interaction between physician and patient communication behaviors in Japanese cancer consultations and the influence of personal and consultation characteristics. *Patient Education & Counseling*, 46(4), 277-85.

Kawashima, M. (2017). Four ways of delivering very bad news in a Japanese Emergency Room. *Research on Language and Social Interaction*, 50 (3) p.307-325.

Kissane DW., Bylund CL., Banerjee SC., Bialer PA., Levin TT., Maloney EK., D'Agostino TA. (2012). Communication skills training for oncology professionals. *J Clin Oncol*. 30(11):1242-7.

Moore PM., Rivera S., Bravo-Soto GA., Olivares C., Lawrie TA. (2018). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 7:CD003751.

Noro I, Roter DL, Kurosawa S, Miura Y, Ishizaki M. (2018) The impact of gender on medical visit communication and patient satisfaction within the Japanese primary care context. *Patient Educ Couns*. 101(2): 227-232.

Parker PA., Baile WF., de Moor C., Lenzi R., Kudelka AP., Cohen L. (2001). Breaking bad news about cancer: patients' preferences for communication. *J Clin Oncol*. 19(7):2049-56.

Roter, D., & Frankel, R. (1992). Quantitative and qualitative approaches to the evaluation of the medical dialogue. *Soc Sci Med*, 34(10), 1097-1103.

Roter, D.L., & Hall, J.A. (2006). Doctors talking to patients/patients talking to doctors: Improving communication in medical visits. 2nd Edition. CT: Praeger.

Uchitomi Y., Mikami I., Kugaya A., Nakano T., Okuyama T., Akechi T., Okamura H. (2001). Physician support and patient psychologic responses after surgery for nonsmall cell lung carcinoma: a prospective observational study. *Cancer*. 92(7):1926-35.

Yamauchi T., Inagaki M., Yonemoto N., Iwasaki M., Inoue M., Akechi T., Iso H., Tsugane S.; JPHC Study Group. (2014). Death by suicide and other externally caused injuries following a cancer diagnosis: the Japan Public Health Center-based Prospective Study. *Psychooncology*. 23(9):1034-41.

青木伸一郎, 齋藤清二, 高永茂, 田口則宏, & 小川哲次. (2011). 医療コミュニケーション研究への誘いーPart 2:医療コミュニケーション研究の質的研究を進めるためにー *日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌*, 2(1), 50-58.

今福輪太郎. (2019). 理論的貢献ができる研究をデザインする: 研究パラダイムの理解の重要性 *医学教育*, 50 (1), 53-60.

川島理恵 (2013) 「救急医療における意思決定過程」『社会学評論』 64 (4), p. 663-678.

川島理恵, 榎田美雄, 岡田光弘, & 黒嶋智美. (2015). 診療場面のコミュニケーション: 会話分析からわかるこ

と。東京：勁草書房。

川島理恵, 依田育士, 黒嶋智美, 太田祥一, 行岡哲男。
(2017). トリアージ効率化に向けた社会学と工学の融合
研究 *Japanese Journal of Disaster Medicine* 22(2)161-169.

野呂幾久子, 阿部恵子, 石川ひろの. (2011) .The Roter
Method of Interaction Process Analysis System (RIAS) –医
療コミュニケーション分析の方法–. 愛知：三恵社.

藤崎和彦, 野呂幾久子, 石川ひろの, 田口則宏, 小川
哲次. (2011). 医療コミュニケーション研究への誘い—
Part 1 : 医療コミュニケーション研究の概論、そして量的

研究を進めるために— *日本ヘルスコミュニケーション
学会雑誌*, 2(1), 5-11.

藤崎和彦, 橋本英樹. (2009). *医療コミュニケーション:
実証研究への多面的アプローチ*. 東京: 篠原出版新社.

松山章子. (2019). 健康科学分野における質的研究へ
の招待, *医学教育*, 50(4), 347-356.

***責任著者 Corresponding author : e-mail hirono-
tky@umin.ac.jp**