

(2008. 11. 3) デモンストラーション「ボライトネス理論を応用した医療コミュニケーション教育プログラムの有効性」(吉岡泰夫、相澤正夫、田中牧郎、宇佐美まゆみ、早野恵子、徳田安春、三浦純一、西崎祐史)、日本語学会 2008 年度秋季大会、岩手大学

ボライトネス理論を応用した医療コミュニケーション教育プログラムの有効性

吉岡 泰夫^{*1} 相澤 正夫^{*1} 田中 牧郎^{*1} 宇佐美 まゆみ^{*2}
 早野 恵子^{*3} 徳田 安春^{*4} 三浦 純一^{*5} 西崎 祐史^{*4}

^{*1} 国立国語研究所 ^{*2} 東京外国語大学 ^{*3} 済生会熊本病院 ^{*4} 聖路加国際病院／聖ルカ・ライフサイエンス研究所 ^{*5} 公立岩瀬病院

1. 研究の目的

近年、医療現場では安全で信頼される患者満足度の高い医療の実践が提唱され、社会からの要請も高まっている。その実現には医療現場におけるコミュニケーションの適切化が不可欠であり、これはそのまま医学教育の重要な課題ともなっている。医療コミュニケーションの適切化は、患者・家族と医療従事者が医療情報を共有し、合意を形成して最善の医療を選択する患者参加型の意思決定を行うことや、ラポール（共感を伴う心の交流）に基づく信頼関係、闘病の同志（医療チーム）と言える協力関係を築くための前提条件である。

この研究は、このような社会的要請に応えるために、患者と医師の双方を対象にした各種調査の分析結果に基づいて、医療コミュニケーション適切化の具体策を検討することを目的とする。その一環として、ボライトネス理論を応用した医療コミュニケーション教育プログラムを開発し、それを医師教育の場で実施・評価することによって、医療コミュニケーションの適切化、および、医療従事者のコミュニケーション・スキル向上に有効であることを検証する。

2. 理論的背景

この研究では、Brown & Levinson (1987) のボライトネス理論を医療面に応用する。B & Lは、相手のポジティブ・フェイス（親近欲求＝他者から理解され、共感され、称賛されたいという欲求、他者との心理的距離を縮めたい、親しく接してほしいという欲求）を満たすように働きかけるポジティブ・ボライトネス（親近方略）の15のストラテジーと、相手のネガティブ・フェイス（不可侵欲求＝他者に立ち入ってほしくない、邪魔されたくないという欲求、他者との心理的距離を保っておきたい、礼儀正しく接してほしいという欲求）を脅かさないうに配慮するネガティブ・ボライトネス（不可侵方略）の10のストラテジーをあげている。

3. ボライトネス理論を応用した医療コミュニケーション教育プログラムの開発

科研費研究の研究分担者・研究協力者である5人の医師と協力して、教育プログラムを開発した。まず、Brown & Levinson (1987: 101～211) があげているボライトネス・ストラテジーを医療面に応用できるか、5人の医師のこれまでの診療経験に基づいて検討した。次に、そのひとり、矢吹清人医師（矢吹クリニック、宇都宮市）の診察室で2日間、外来診療の参与観察を行い、ボライトネス・ストラテジーの実践例を収録した。検討の結果、および、収録した実践例を踏まえて、医療コミュニケーションの適切化に効果的なポジティブ・ボライトネスの16のストラテジー、ネガティブ・ボライトネスの7のストラテジーを抽出した。

ポジティブ・ボライトネスについてみると、医療コミュニケーションに応用できるのは、B & Lの15のストラテジーより多い16のストラテジーである。B & Lはあげていない、《過剰な敬

語の使用を控えて、患者との心理的距離を近づけるように話す」ストラテジーが、医療コミュニケーションでは効果的であることが分かった。実践例は、患者が必要以上に距離を置かれていると感じないように、簡素な敬語を使うことや、患者に対する敬称を「さま」から、親近感が湧く「さん」に変えることなどである。

ネガティブ・ボライトネスについてみると、医療コミュニケーションに活用できるのは、B & Lの10ストラテジーより少ない7のストラテジーである。応用できないのは、《悲観的に言う》(Strategy 3: Be pessimistic)、《話し手も聞き手も非人格化する》(Strategy 7: Impersonalize S and H: Avoid the pronouns 'I' and 'you')、《名詞化する》(Strategy 9: Nominalize) の3つのストラテジーである。特に、《悲観的に言う》ストラテジーは、ただでさえ病氣や怪我を悲観している患者を奈落の底に突き落とすような言語行動であり、医療現場では禁忌とされる。また、B & LのStrategy1: Be conventionally indirect と Strategy2: Question, hedge とは合わせて、《緩衝的・間接的表現や婉曲表現を使って、やわらげて言う》ストラテジーにまとめられる。さらに、Strategy10: Go on record as incurring a debt, or as not indebted H は、《患者の協力に対して感謝のことは述べる》ストラテジーと、《患者をねぎらう》の2つのストラテジーに分けることができる。

医師と言語研究者が協力して抽出した、ポジティブ・ボライトネスの16のストラテジーと、ネガティブ・ボライトネスの7のストラテジーを、実践例を添えて、以下に列挙する。

3.1 ポジティブ・ボライトネス (親近方略) 16のストラテジー

《1》 過剰な敬語の使用を控えて、患者との心理的距離を近づけるように話す。(B&Lに無し)

例：患者が必要以上に距離を置かれていると感じないように、簡素な敬語を使う。

例：患者に対する敬称は「さん」を使う。

《2》 患者の興味、望み、要求、利益に注目し、耳を傾ける。

(B&L, Strategy1: Notice, attend to H (his interests, wants, needs, goods))

例：患者が何を求めて来たか、主訴に対してどうしてもらいたいのか、傾聴する。

例：患者に寄り添って、患者の視点でいっしょに病気をみる。

《3》 患者に対する関心・賛同・共感を強調する。

(B&L, Strategy2: Exaggerate (interest, approval, sympathy with H))

例：患者の努力を認めて褒める。

例：患者の意思に賛同し、共感を覚えることをはっきり表現する。

《4》 患者への関心を増大する。(B&L, Strategy3: Intensify interest to H)

例：患者を人間として心理的・社会的側面にも関心を持って、情報を収集する。

例：真の受診動機を明らかにする。

《5》 仲間内アイデンティティ・リーダーを使う。

(B&L, Strategy4: Use in-group identity makers)

例：患者が使う方言を理解し、ときには患者と同じ方言を使って、気さくに話す。

《6》 同意点を探る。(B&L, Strategy5: Seek agreement)

例：患者が理解できる用語や表現でなるべく噛み砕いて、分かりやすく説明する。

例：同意点を探るために、患者の解釈モデルを把握する。

例：復唱する。要約する。確認する。合意を形成する。

《7》 不一致を避ける。(B&L, Strategy6: Avoid disagreement)

例：患者にメニエールを提示して、選択させる。

例：交渉する。すり合わせをする。

《8》 協力関係を提案する。(B&L, Strategy7: Presuppose/raise/assert)

例：「いっしょに頑張りますよ」「共にゴールに向かって歩みましょう」

《9》 患者の緊張を和らげ、前向きにするユーモアを交える。患者がジョークを言ったそれに応じる。(B&L, Strategy8: Joke)

《10》 患者の要求に対して自分の知る限りを明言する、または、推定する。

(B&L, Strategy9: Assert or presuppose S's knowledge of and concern for H's wants)

例：患者の納得を得る段取りとして、あるいは、ヒーリング・セラピーとして、はっきり言う。「検査結果をみても99%大丈夫です。心配ありません」

《11》 提案する。約束する。(B&L, Strategy10: Offer, promise)

例：医師としてお断りを提案する。

例：「私が責任を持って退院後も診ます」と約束する。

《12》 楽観的に言う。(B&L, Strategy11: Be optimistic)

例：「早期に発見できてよかったですね」「上手に転びましたね」「これぐらいで済んでよかったですね」

《13》 患者を医療チームの一員に加える。

(B&L, Strategy12: Include both S and H in the activity)

例：情報を共有して患者参加型の意思決定を行う。

《14》 訳を言う機会を与える。理由を尋ねる。(B&L, Strategy13: Give (or ask for) reasons)

例：患者の言い訳を肯定する。

例：理由を尋ねるとき、尋問風にならないよう、決して患者を責めない。「なぜ禁煙できなかったのか、一緒に考えてみましょう」

《15》 患者と医師の相互利益を想定する、または主張する。

(B&L, Strategy14: Assume or assert reciprocity)

例：検査結果が異常なしの患者に「悪性腫瘍が見つからなくて、私もほっと安心しました。手術の腕を振るうチャンス失って私もうれい」と言う。

《16》 患者に有益な情報 (バベツレット, Take Home Message, 相談窓口やHPの情報、など) を与える。(B&L, Strategy15: Give gifts to H (goods, sympathy, understanding, cooperation))

例：説明カード、図解メモなどを書いて渡す。分かりやすい病気の解説や治療法の説明をプリントして渡す。

3.2 ネガティブ・ボライトネス (不可侵方略) 7のストラテジー

《1》 患者に敬意を表す。(B&L, Strategy5: Give deference)

例：「いっしょに挨拶し、初めての患者には自己紹介する。」

例：敬称、尊敬語、謙譲語、丁寧語、丁寧語などの敬語を適切に使う。

《2》 緩衝的・間接的表現や婉曲表現を使って、やわらげて言う。

(B&L, Strategy1: Be conventionally indirect) (B&L, Strategy2: Question, hedge)

例：患者に精神的苦痛を与えるような露骨な表現を避けて、やわらげて言う。

《3》 患者の負担を軽減するように言う。(B&L, Strategy4: Minimize the imposition, RX)

例：「秘密は守ります」「どうしても言いにくいことは、言わなくてもいいですよ」

《4》 患者の協力に対して感謝のことは述べる。

(B&L Strategy10 : Go on record as incurring a debt, or as not indebting H)

例：治療に協力した患者に「頑張ってくださいとおかげで、スムーズに治療できました」と言う。

《5》患者をねぎらう。

(B&L Strategy10 : Go on record as incurring a debt, or as not indebting H)

例：「おつかれさまでした。リハビリたいへんでしたね」

《6》ことわり、お詫び、前置きを言って謝罪する。(B&L Strategy6 : Apologize)

例：性や家計など患者が話しにくいことを尋ねるときに、お詫びを言って謝罪する。

例：手術が終わって眠っている患者に注射をするとき、「お休みになってたんですね。すみません。抗生剤の注射をしますので、左腕を出してくださいませんか」と言う。

《7》患者が被害されたくないと思う領域まで、踏み込んでしまう可能性のある問診や診療行為を、一般的なルールとして述べる。

(B&L Strategy8 : State the FTA as a general rule)

例：この疾患ではブライバイザーに関わることを尋ねるのが、感染の広がりを防ぐ一般的なルールだと説明する。

例：患者の恥ずかしさに配慮して、「この病気の原因をつきとめるためには、どうしてもこのことをお尋ねしなければなりません」と言う。

4 医療コミュニケーション教育プログラムの有効性の評価

ブライトネス理論を応用した医療コミュニケーション教育プログラムを用いて、聖路加国際病院（一般内科など 41 診療科、520 床、東京都）の内科後期研修医 5 人を対象に、コミュニケーション教育を実施し、教育介入の前と後の外来診療をビデオ録画した。また、教育を受けた研修医が、外来診療でブライトネス・ストラテジーを効果的に活用できるようになったか、受診した患者による評価、研修医の自己評価、指導医の評価によって総合的に評価した。目的は、この教育プログラムの医療コミュニケーション教育への有効性を評価し、改良に役立てることである。

診療場面のビデオ録画、および、診療後の患者評価表の記入は、研究の目的・背景・手順・参加の自由・ブライバイザーの保護などを説明し、ビデオ映像に患者は写さないことを条件に、同意を得られた患者 102 人を対象にした。なお、ビデオ録画は拒否したが、評価表の記入は承諾した患者が 1 人いたので患者評価表は 103 人分回収した。

5 結果と考察

5.1 研修医の自己評価の結果

5 人の内科後期研修医は、医学部で新しく始まったコミュニケーション・スキル習得を重視する医療面接教育も客観的臨床能力試験 (OSCE) による評価も受けている若い世代の医師である。コミュニケーション教育は受けているが、ブライトネス・ストラテジーを学習するのは初めてである。

自己評価表は、3.1 に示したボジティブ・ブライトネスの 16 のストラテジー、および、3.2 に示したネガティブ・ブライトネスの 7 のストラテジーについて、それぞれ次の四つの指標で行動変容を評価するものである。

- ☐ このストラテジーは効果的と納得したので、実行するようになった。
- ☐ もともとこのストラテジーを実行していたので、自信を持った。
- ☐ このストラテジーは効果的と納得したが、実行できなかった。

☐ このストラテジーは効果的ではないと思ったので、実行しなかった。
また、それぞれのストラテジーについて、自分の外来診療ビデオ映像でジョブレビューして、感じたことや考えたことも書いてもらった。

得られた結果を以下に示す。

(1) 「このストラテジーは効果的と納得したが、実行できなかった」、および、「このストラテジーは効果的ではないと思ったので、実行しなかった」に 5 人中 3 人以上がチェックしたストラテジーはない。つまり、過半数の研修医が実行できなかった、あるいは、しなかったブライトネス・ストラテジーはないという結果である。

(2) ブライトネス理論を応用した医療コミュニケーション教育プログラムを受講した後、5 人中 3 人の研修医が「このストラテジーは効果的と納得したので、実行するようになった」のは、次のボジティブ・ブライトネス・ストラテジーである。

《4》患者への関心を増大する。(3 人)

例：患者を人間として心理的・社会的側面にも関心を持って、情報を収集する。

例：真の受診動機を明らかにする。

《7》不一致を避ける。(3 人)

例：患者にメニューを提示して、選択させる。

(3) 5 人中 3 人以上の研修医が「もともとこのストラテジーを実行していたので、自信を持った」、つまり、ブライトネス理論を応用した医療コミュニケーション教育プログラムを受講して、自分がすでに実行していたことにさらに自信を持ったのは、次のボジティブ・ブライトネス・ストラテジーである。

《3》患者に対する関心・賛同・共感を強調する。(4 人)

例：患者の努力を認めて褒める。

例：患者の意思に賛同し、共感を覚えることをはっきり表現する。

《6》同意点を探る。

例：同意点を探るために、患者の解釈モデルを把握する。(3 人)

例：復唱する。要約する。確認する。合意を形成する。(5 人)

特に《6》の合意を形成するプロセスの例は、受講した研修医全員がチェックしている。《6》ネガティブ・ブライトネスのすべてのストラテジーについて、「このストラテジーは効果的と納得したが、実行できなかった」、および、「このストラテジーは効果的ではないと思ったので、実行しなかった」にチェックした研修医はいないが、すべて 1 人である。つまり、研修医にとって、ネガティブ・ブライトネス・ストラテジーのほとんどは効果的だと納得できるし、医療面接で実行するようになったか、実行にさらに自信を持ったかのいずれかである。

(5) ネガティブ・ブライトネスについては、5 人中 3 人以上の研修医が「もともとこのストラテジーを実行していたので、自信を持った」、つまり、ブライトネス理論を応用した医療コミュニケーション教育プログラムを受講して、自分がすでに実行していたことにさらに自信を持ったのは、次のストラテジーである。

《1》患者に敬意を表す。(3 人)

例：ついおいに挨拶し、初めての患者には自己紹介する。

例：敬称、尊敬語、謙敬語、丁寧語、丁寧語などの敬語を適切に使う。

《2》緩衝的・間接的表現や婉曲表現を使って、やわらげて言う。(4 人)

例：患者に精神的苦痛を与えるような露骨な表現を避けて、やわらげて言う。

例：患者が悲観的になるような直接的な表現を避ける。否定的なことを言わない。

《3》 患者の負担を軽減するように言う。(4人)

例：「秘密は守ります」「どうしても言いにくいことは、言わなくてもいいですよ」

《5》 患者をねぎらう。(4人)

例：「おつかれさまでした。リハビリたいへんでしたね」

《6》 ことわり、お詫び、前置きを言って謝罪する。(3人)

例：性や家計など患者が話しにくいことを尋ねるとき、前置きでお詫びする。

例：〈侵襲のお詫び〉手術が終わって眠っている患者に注射をするとき「手術のお

疲れでお休みになってたんですね。すみません。抗生剤の注射をしますので」

《7》 患者が侵害されたくないと思う領域まで、踏み込んでしまう可能性のある問診や

診療行為を、一般的なルールとして述べる。(3人)

例：この疾患ではグライバシーに関わることを尋ねるのが一般的なルールだと説明

する。

例：患者の恥ずかしさに配慮して、「この病気の原因をつきとめるためには、どう

してもこのことをお尋ねしなければなりません」

5.2 指導医による評価と患者による患者満足度評価との関連

ビデオ映像の分析に基づく医療面接の評価は、指導医5人が評価表を用いて行った。指導医

の評価表は、以下に示す項目について、3段階評価（良い＝3 ふつう＝2 悪い＝1）

【医療面接の進め方】3段階評価（良い＝3 ふつう＝2 悪い＝1）

《1》 患者が自由に話せるように配慮する。

《2》 患者に共感的理解を示す。

《3》 患者の心理的・社会的側面の情報収集。

《4》 患者の解釈モデルを把握する。

《5》 患者の受療行動を把握する。

《6》 真の受診動機を明らかにする。

《7》 インタビューの内容を要約する。

《8》 質問や追加したいことがないかを尋ねる。

【医療面接による情報の把握】3段階評価（良い＝3 ふつう＝2 悪い＝1）

《1》 主訴を十分に把握する。

必須7項目（部位、性状、程度、経過、状況、影響因子、随伴症状）

《2》 現病歴を的確に把握する。

【電子カルテ入力時のタイピング】2段階評価（適切＝2 過剰＝1）

※ 電子カルテの入力作業に気をとられ、患者に集中できていない場合や適切なアイコン

タクトができていない場合には、タイピング過剰と判断。

【ボライトネス評価：ポジティブ】

《17》 患者との心理的距離を縮める言動行動をする。（非言動行動を含む）

① ワイクを使わずに患者を呼び入れる。2段階評価（ワイクを使わず ワイクを使って）

② アイコンタクト。3段階評価（良い＝3 ふつう＝2 悪い＝1）

③ タッチング（身体診察とは別の場面で触れること）。3段階評価（良い＝3 ふつう＝2 悪い＝1）

患者による評価に用いた評価表は、患者満足度を尋ねる以下の14項目について、5段階（た

いへん良い＝5 良い＝4 普通＝3 悪い＝2 たいへん悪い＝1）で評価するものである。

《1》 気持ち良い敬称で呼んでくれた。

《2》 適切な敬語を使って、気持ち良く話してくれた。

《3》 話しやすい雰囲気だった。

《4》 自分の訴えをよく聞いてくれた。

《5》 自分の訴えに共感を示してくれた。

《6》 患者の気持ちを大切にしてくれ、感じた。

《7》 話をさえぎらずに聞いてくれて、言いたいことが十分に言えた。

《8》 自分の訴えをまとめてくれた。

《9》 専門用語を使わず、分かりやすく説明してくれた。

《10》 症状や治療について十分な説明してくれた。

《11》 堅苦しくない、気さくな話し方だった。

《12》 気持ちのこもった、ねぎらい、いたわりの言葉をかけてくれた。

《13》 終わり頃に、「ほかには何かありませんか？」と尋ねてくれた。

《14》 また、この医師に診てもらいたいと思った。

14項目すべてに最高の5点が付けられた場合、つまり、患者満足度の満点は70点である。

指導医による評価の項目の中で、患者による評価の患者満足度との関連がみられたのは、次

の4項目である。分析の結果を、それぞれ図に示す。

【医療面接の進め方】

《1》 患者が自由に話せるように配慮する。…………… 図1

《3》 患者の心理的・社会的側面の情報収集。…………… 図2

【ボライトネス評価：ポジティブ】

① ワイクを使わずに患者を呼び入れる。…………… 図3

② アイコンタクト。…………… 図4

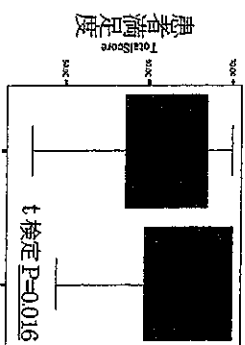


図1 患者が自由に話せるように配慮する

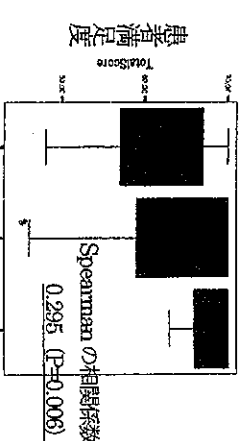


図2 患者の心理的・社会的側面の情報収集

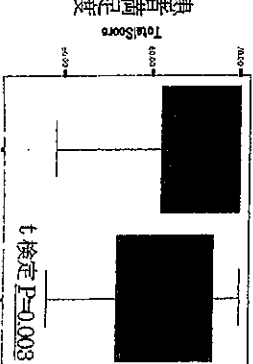


図3 ワイクを使わずに患者を呼び入れる

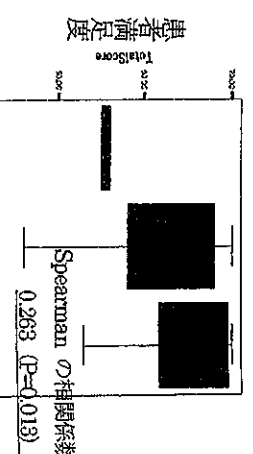


図4 アイコンタクト

【一般口演2：教育・コミュニケーション1】第4会場(302) 9:00～10:00

2-5

医療コミュニケーション適切化の研究

○西崎祐史1), 吉岡泰夫2), 徳田安春3), 藤谷志野1),
田巻弘道1), 森信好1), 瀬戸山健1), 野村征太郎1)

1) 内科専門研修医(医師), 2) 国立国語研究所研究開発部門, 3) 一般内科(医師)

目的:「ボライトネス・ストラテジーによる医療コミュニケーション適切化教育プログラム」の有効性を評価する。方法:2007年10月～2008年1月に当外来担当の内科後期研修医5人を対象とした非ランダム化比較介入研究(教育プログラム実施前後の医療面接比較評価研究)。実際には、1)当外来の診察室にビデオカメラを設置し研修医の医療面接場面を録画する。2)診察を終了した患者より、医療面接についての患者による評価表の記入をお願いし、それぞれ回収する。3)医療コミュニケーション適切化教育プログラムを研修医対象に実施(介入)し、その後の医療面接について、介入後データ収集として上記1), 2)を再度行う。結果及び考察:医療面接について録画内容を言語学者、模擬患者、内科専門医、コミュニケーション専門家の4者による多面的評価を行う。当日は、結果を分析し、患者満足度を上げる医療面接の技術を、考察を加えて発表する。

分析の結果、次のことが明らかになった。

- (1) 【医療面接の進め方】については、「患者が自由に話せるように配慮する」, および、「患者の心理的・社会的側面の情報収集が適切な場合、患者満足度は顕著に高くなる。
- (2) 【ボライトネス評価:ボジティブ】については、「(診察室へ入るドアを開けて)マイクを使わずに患者を呼び入れる」, および、「(患者への)アイコンタクト」という非言語行動によるボジティブ・ボライトネス・ストラテジーが適切に実行された場合、患者満足度は顕著に高くなる。
- (3) 【電子カルテ入力のタイピング】の頻度や時間の多寡は、患者満足度に影響しない。

5.3 考察

患者医師間の信頼関係・協力関係の構築、情報の共有や患者参加型の意思決定に貢献するコミュニケーション・スキルとして、ボジティブ・ボライトネスの16ストラテジー、ネガティブ・ボライトネスの7ストラテジーが有効であることを、分析結果によって検証できた。これらのボライトネス・ストラテジーの習得を目的とする医療コミュニケーション教育プログラムは、総じて医師のコミュニケーション・スキル向上に有効と言える。さらに、患者のその時々ニーズ(欲求)を敏感に察知する力と、それを効果的に満たすボライトネス・ストラテジーを的確に選択する力をつける教育プログラムも開発し、これに加える必要がある。

電子カルテの普及に伴い、医療面接中に、その入力作業(タイピング)に気をとられて、相対的に患者と向き合う時間が減少することが懸念される。しかし、医療面接中の電子カルテ入力作業を避ける必要はなく、入力作業の合間に、適度のアイコンタクトを行うことで患者満足度を高めることができる。この適度なアイコンタクトは、患者医師間の心理的距離を縮める効果的なボジティブ・ボライトネス・ストラテジーである。また、電子カルテの前を離れ、医師が自ら診察室のドアを開けて、マイクを使わずに患者を呼び入れるのも、患者満足度を高める効果的なボジティブ・ボライトネス・ストラテジーである。

参考文献

- Brown, P. and Levinson, S. (1987) *Politeness: Some universals in language usage*. Cambridge University Press.
- 西崎祐史・吉岡泰夫・徳田安春・早野恵子・三浦純一・本村和久・竹井淳子(2008)「電子カルテ時代の医療面接技法の評価と患者満足度の関連性について」,『医学教育』第39巻補冊(第40回日本医学教育学会大会予稿集), 日本医学教育学会
- 吉岡泰夫・早野恵子・徳田安春・三浦純一・本村和久・相澤正夫・田中牧郎・宇佐美まゆみ(2008)「良好な患者医師関係を築くコミュニケーションに効果的なボライトネス・ストラテジー」,『医学教育』第39巻第4号, 日本医学教育学会
- 吉岡泰夫・早野恵子・徳田安春・西崎祐史・三浦純一(2008)「医療コミュニケーション適切化に有効なボライトネス・ストラテジー教育プログラム」,『医学教育』第39巻補冊(第40回日本医学教育学会大会予稿集), 日本医学教育学会

付記

本発表は、平成19～20年度科学研究費補助金(基盤研究(C)) 課題番号:19520408 課題名:医療コミュニケーションを適切化するボライトネス・ストラテジーの研究と資料の提供 研究代表者:吉岡泰夫)の研究成果である。