

厚生労働科学研究費補助金

医療技術評価総合研究事業

「客観的臨床能力評価試験における医療面接評価の根拠」研究

平成 14 年度総括研究報告書

主任研究者 竹村 洋典

平成 15 年

目 次

I. 総括研究報告

「客観的臨床能力評価試験における医療面接評価の根拠」

に関する研究 --- 1

竹村洋典

II. 研究成果の別刷 -----25

厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）
総括研究報告書

「客観的臨床能力評価試験における医療面接評価の根拠」
に関する研究

主任研究者 竹村洋典（三重大医学部附属病院総合診療部・助教授）

研究要旨

医療面接のもつ医師患者関係を向上させたり情報収集量を増加させる能力に関する研究は欧米では盛んに行われているが、日本ではほとんど行われていない。本研究の目的は、医療面接のいくつかの技法が情報収集能力および患者満足度に与える影響を日本において比較的大きな対象を使用して検証することである。

本研究は全国の6ヶ所の医学部・医科大学において行われた。対象は、2000年から2003年間に客観的臨床能力試験（Objective Structured Clinical Examination）を受けた第4学年と第5学年の医学生1,527人である。1人または2人のよく訓練された評価者が、医療面接評価票を用いて、その医療面接を評価した。標準模擬患者が満足度を評価した。本研究では、まず各々の評価票の信頼性の検定をし、その上で医療面接と得られた情報量または患者満足度の関連を調査した。

本研究においては、欧米でいわれているように、自由質問法、心理社会的アプローチ、受療行動情報等は、患者から得られる情報量を増加させたが、欧米では医師患者関係に影響するとされる反映（共感的態度）、良好な医師患者関係、解釈モデルも、本研究では、得られる情報量に関与していることが示唆された。また、欧米と同様、本研究においても反映（共感的態度）や良好な医師患者関係は、患者満足度によい影響があることが示唆されたが、良好な医師患者関係や患者中心／解釈モデルが「話をよく聴いてくれた」に好ましくない影響がある可能性も示唆された。また、欧米では得られる情報量に影響するとされる自由質問法、心理社会的アプローチ、受療行動情報、患者背景なども、本研究では医師患者関係に良好な影響があることが示唆された。適切な患者と医師の位置関係を作ることや十分な視線を維持することなどの非言語的コミュニケーションが、情報量を増加させる効果がある可能性があることが示唆された。また、これらが「話をよく聴いてくれた」と必ずしも感じさせない可能性も示唆された。

分担研究者

津田司（三重大医学部附属病院総合診療部・教授），横谷省治（三重大医学部附属病院総合診療部・助手），大滝純司（東京大医学教育国際協力研究センター・助教授），松岡健（東京医科大霞ヶ浦病院第 5 内科・教授），櫻井裕（防衛医科大衛生学・教授），伴信太郎（名古屋大医学部附属病院総合診療部・教授），平田一郎（大阪医科大第 2 内科・助教授），三木哲郎（愛媛大医学部老年医学・教授）

A. 研究目的

医師患者関係が患者満足度、コンプライアンス、そして健康状態に影響していることがわかってきた (Epstein R.M., 1993; Boon H. and Stewart M.A., 1998; Kaplan S.H., 1998; Stewart M.A., 2000)。欧米には、患者満足度と医療面接の関連について調査した多くの研究が存在している。ここ数十年に、リラックスさせること (Freeman B., 1971; Hall J.A., 1988)、患者中心のアプローチ (Balint M., 1957; Stewart M.A., 1984; Roter D.L., 1987; Street R.L., 1992; Kaplan S.H., 1995)、遮りのない医療面接 (Stewart M.A., 1984; Roter D.L., 1987; Street R.L., 1987; Kaplan S.H., 1995)、密接な関係 (Buller M.K., 1987)、心理社会的アプローチ (Bertakis K.D., 1991; Suchman A.L., 1993)、制御しない医療面接 (Cecil D.W., 1997)、そして共感的態度 (Suchman A.L., 1997) 等は、患者満足度に強い影響を与えていることがわかってきている。

また、医療面接に優れた情報収集能力があることは以前から知られており、医療面接によって患者からの情報の80%が得られるという報告もある (Hampton J.R., 1975)。そして自由質問法 (open-ended question) や促進等の医療面接技法が患者からの情報量を増加させることも欧米では明らかになってきた (Beckman H.B., 1984; Roter D.L., 1987; Myerson S., 1990)。

日本は欧米と文化的背景や医療システムも異なっているが、このような医療面接のもつ医師患者関係を向上させたり情報収集量を増加させる能力に関する研究はほとんど行われていない。欧米で「よい医療面接」が日本においてもよいとは限らない。とくに、欧米で行われている医療面接に関する多くの研究が比較的少ない対象数で行われているので、これらを日本の医療の中で検証する必要がある。

本研究の目的は、医療面接のいくつかの技法が情報収集能力および患者満足度に与える影響を日本において検証することである。さらに、比較的大きい対象数を用いてこれらを検証し、高い精度でこれらの関係を検証することもこの研究の目的と言えよう。

B. 研究方法

本研究は以下の6ヶ所の医学部・医科大において行われた。

北海道大学医学部

東京医科大学

名古屋大学医学部

三重大学医学部

大阪医科大学

愛媛大学医学部

対象は、第4学年と第6学年の医学生である。対象は、2000年から2003年の間に客観的臨床能力試験（Objective Structured Clinical Examination、以下OSCE）を受けた。OSCEは、卒前医学教育で、学生の臨床能力を評価する方法である。5つの医学部・医科大では、基本的臨床技能教育を履修して、臨床実習を履修できるか否かを評価するために4年生に対してOSCEが実施された。残る1医学部では、臨床実習後、卒業前の評価として第6学年の医学生に対してOSCEが実施された。OSCEは、1～2日で行われた。OSCEの医療面接ステーションでは、医療面接を行う能力を評価する。医療面接ステーションでのプロトコルは、川崎医科大学において使用されていたものが土台となっており、各々の大学で大きな違いがなかった。医療面接ステーションで医学生（以下医師）は標準模擬患者（Standardized Patient、以下SP）を相手に5分間の医療面接を行った。SPは、ある患者症例を演じられるように、また、医師の質問に対して病歴や症状を答えられるように数ヶ月以上の訓練を受けた。症例としては、緊張型頭痛、偏頭痛、過敏性腸症候群、十二指腸潰瘍、高血圧等が含まれる。医師には、どの症例の患者と医療面接をするか、前もって知らせなかった。1人または2人のよく訓練された評価者が、医療面接評価票を用いて、その医療面接を評価した。その医学部・医科大の教官が医療面接の評価者となった。

医療面接評価票は、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を含む13の面接技法の評価から成り立っている。すなわち、自由質問法（Open-ended Question）、促進、心理社会的アプローチ、受療行動情報、患者背景、レビュー・オブ・システム（Review of System）、反映（共感的態度）、良好な医師患者関係、リラックスさせる配慮、自己紹介、患者中心／解釈モデル、適切な位置関係、十分な視線の13項目である。これらの項目は、2から4段階のカテゴリー尺度にて評価した。解析上、このカテゴリー尺度は、「最低段階」と「最低段階でないもの」の2段階尺度に再分類した。これによって、「まったく能力なし」に対して「少しでも能力はある」の影響を知ることができた。対象から496人を抽出してこれらの項目について評価者間の信頼性を評価したところ、「促進」と「リラックスさせる配慮」については κ 係数が両者とも0.2以下であり、対象項目から除外した。

医療面接評価と同時に、患者から得られた情報量も、医療面接の評価者によって測定された。情報量は5項目のコンポーネントで評価した。すなわち、時間、部位、強度、背景、随伴症状の5項目である。これらの項目も、2から4段階のカテゴリー尺度にて測定されたが、「まったく情報がない（0）」と「少しでもその情報が得られた（1）」の2段階に再分類した。情報量の各項目に関しても、496人の対象でこれらの項目についての評価者間の一致を評価したが、5つすべての項目に関して、 κ 係数は0.6以上であり、これらを採用した。この5つの項目のスコアの合計を総情報量と定義した。総情報量の最低値は0で最高値は5であり、この総情報量の平均が3.74であったので、

総情報量が1、2、または3のものを「低情報群」、4または5のものを「高情報群」と対象を分類した。

同時に、医療面接を受けたSPも、SP評価票を用いて、その医師から受ける印象をいくつかの項目について評価した。すなわち、よいマナー／態度、話をよく聴いたか、正確に理解したか、わかりやすい言葉づかい、またこの医師にかかりたい、の5項目である(表1)。これらの項目を患者満足度の指標として用いた。実際、対象の医療面接のうち、278の医療面接において、SPが医師による医療面接に対する満足度をVisual Analogue Scale (VAS)で測定したが、VASと各々5つの評価項目の相関関係は全て有意($p < 0.0001$)であった。したがって、SP評価票は、患者満足度を測定する方法として妥当なものといえよう。SPによって評価された5つの項目は、4段階のカテゴリー尺度にて評価した。解析上、このカテゴリー尺度は、最高の評価を得た「十分に」と、それ以外の「十分ではない」の2段階尺度に再分類した。

全対象数は1,527人であった。ある医療面接の医療面接評価票やSP評価票において答えが不十分な場合には、その解析に必要とされるデータから、その医療面接のデータ分を削除した。各々の医療面接と総情報量の関連、および医療面接と患者満足度の関連は、カイ二乗法によった。P値は、すべて両側検定の値である。すべてのデータは、SASソフトウェア(バージョン8)によって解析した(SAS Institute, 2002)。

(倫理面への配慮)

倫理的措置及び対策

本研究実施に当たり、厚生労働省・文部科学省による「疫学研究に関する倫理指針」に準じた措置・対策を講じた。すなわち、個人情報の保護に関わる体制を整備し、資料の保存及び利用に関しては、個人情報の漏えい、混交、盗難、紛失などが起こらないように、適切に、かつ、研究結果の確認に資するよう整然と管理した。特に資料が三重大大学にある期間は、特別な保管庫にて保存し、利用時もその取り扱いに細心の注意を払った。また、三重大大学にて資料使用後は、できうる限り速やかにこれを各大学に返却した。また、研究結果の公表に際しては、個々の研究対象者を特定できないように行うよう、注意を払っている。

C. 研究結果

表2—1は使用された医療面接技法の状況である。このうち「自己紹介」をしたものがほとんどであった。表2—2は医療面接で得られた各々の情報の内容と総情報量の状況である。表2—3は医療面接の対するSPの評価の状況であ

る。

表3は医療面接やそれに対するSP評価と得られた情報量の関係を示している。自由質問法、心理社会的アプローチ、受療行動情報、良好な医師患者関係、患者中心／解釈モデル、さらに適切な位置関係と十分な視線が、総情報量と正の関連があることがわかった。また、情報量は、「話をよく聴いたか」、「正確に理解したか」、「わかりやすい言葉づかい」、「またこの医師にかかりたい」の評価とも正の関連を示していた。

表4は医療面接と「よいマナー／態度」との関係を示している。自由質問法、反映（共感的態度）、良好な医師患者関係は「よいマナー／態度」と正の関連があったが、レビュー・オブ・システムとは負の相関があることが分かった。

表5は医療面接と「話をよく聴いたか」との関係である。心理社会的アプローチは、「話をよく聴いた」と正の関連があったが、自由質問法、良好な医師患者関係、患者中心／解釈モデル、そして適切な位置関係や十分な視線と負の関連にあることが分かった。

表6は医療面接と「正確に理解したか」との関係を示している。「正確に理解したか」は心理社会的アプローチや患者背景と正の関連があることが分かった。

表7は医療面接と「わかりやすい言葉づかい」との関係であるが、これはよい医師患者関係と正の関連があり、その他の項目とは、関連はなかった。

そして表8は医療面接と「またこの医師にかかりたい」との関係を示している。これは受療行動情報、反映（共感的態度）、良好な医師患者関係、そして十分な視線と正の相関があることが分かった。

D. 考察

1 患者から得られる情報量を増加する医療面接

欧米の研究では、自由質問法(Beckman H.B, 1984; Roter D.L., 1987; Myerson S., 1990)、心理社会的アプローチ(Freidin R.B., 1980)、受療行動情報、さらには反映（共感的態度）(Cox A, 1981)、患者中心／解釈モデル (Greenfield S., 1985; Marvel M.K., 1999) などが得られた情報量と正の関連があるとされている。本研究は、この点で欧米における研究と一致している。また本研究では、良好な医師患者関係が、得られる情報量にも影響していることが分かった。

2 患者の満足度を向上させる医療面接

従来の欧米の研究では、反映（共感的態度）(Bellet P.S., 1991)や良好な医師患者関係(Buller M.K., 1987)が患者満足度により影響を与えていることが指摘されているが、本研究は、これを支持する結果となった。

特記すべきは、欧米の多くの研究で医師患者関係に良好な影響を及ぼすとさ

れている患者中心／解釈モデル(Roter D.L., 1977; Stewart M.A., 1984; Street R.L., 1992; Kaplan S.H., 1996; Cecil D.W., 1997; Wissow, L.S., 1998; Kinnersley P., 1999; Mead N., 2002)が、本研究では「話をよく聴いたか」を減少させる結果となった。

欧米の研究では、自由質問法、心理社会的アプローチ、受療行動情報、患者背景などは、医療面接で得られる情報量を増加させるとされているが、本研究では、患者満足度にも影響していた。竹村による日本における研究によると、自由質問法は患者満足度に好影響を与えることが示されている(Takemura Y (竹村), 1999)。本研究はこれと同じ結果となった。

レビュー・オブ・システムを取ることが「よいマナー／態度」に好ましくない影響を与えている可能性が本研究で指摘された。

本研究では自由質問法が「話をよく聴いた」に負の影響を与えている可能性が示唆された。

3 非言語的コミュニケーション

従来の研究では、適切な位置関係や十分な視線など、よい非言語的コミュニケーションは得られた情報量を増加させるとされている(Mehrabian A., 1969; Friedman H.S., 1979)が、今回はこの結果を支持する結果となった。

また、十分な視線がまたこの医師にかかりたいと思わせることが本研究で分かったが、これも、欧米の研究と一致している(Mehrabian A., 1969; Friedman H.S., 1979)。

興味深いのは、本研究において、適切な位置関係や十分な視線が「話をよく聴いたか」に負に関係していることが示唆されたことである。

4 本研究の長所と短所

本研究の対象数は比較的多く、これによって研究の解析力が向上していることは、本研究の長所といえる。また、患者としてSP、すなわち標準化された患者を使用したことは、結果に影響するであろうその他の因子を制御している可能性が高い。また、面接時間は患者満足度などのアウトカムに大きな影響を与えることが分かっている (Smith C.K., 1981; Gross D.A., 1998; Dugdale D.C., 1999; Buetow S., 2002; Wilson A., 2002)。本研究で面接時間を制限したので、医療面接時間による影響も制御しえたと考えられる。さらに、本研究は6つの医学部／医科大において行われたので、外的妥当性も比較的維持されていると考えられる。

一方、本研究はいくつかの短所も存在していると思われる。第一に患者としてSPを使用したことである。実際、患者としてSPを使用した場合と実患者を使用した場合で評価が異なることが指摘されている (Tamblyn R., 1994)。SPを使用することの長所とともに、これらの欠点も考慮すべきであろう。また、患者満足度の測定する際の妥当性や信頼性などは、しばしば問題としてあがって

る。しかし、それでも、この種のほとんどの研究においては、質問票をもちいて満足度を測定していることも事実である。

E. 結論

欧米でいわれているように、自由質問法、心理社会的アプローチ、受療行動情報等は、本研究でも患者から得られる情報量を増加させたが、欧米では医師患者関係に影響するとされる反映（共感的態度）、良好な医師患者関係、解釈モデルも、本研究では、得られる情報量に関与していることが示唆された。

また、欧米と同様、本研究においても反映（共感的態度）や良好な医師患者関係は、患者満足度によい影響があることが示唆されたが、良好な医師患者関係や患者中心／解釈モデルが「話をよく聴いてくれた」に好ましくない影響がある可能性も示唆された。また、欧米では得られる情報量に影響するとされる自由質問法、心理社会的アプローチ、受療行動情報、患者背景なども、本研究では医師患者関係に良好な影響があることが示唆された。

適切な患者と医師の位置関係を作ることや十分な視線を維持することなどの非言語的コミュニケーションが、情報量を増加させる効果がある可能性があることが示唆された。また、これらが「話をよく聴いてくれた」と感じさせない効果がある可能性も示唆された。

F. 健康危険情報

該当せず

G. 研究発表

1. 論文発表

Takemura Y, the Japanese Group for Research on the Medical Interview. The medical interview in Japan: Results of the Japanese Group for Research on the Medical Interview. Primary Care Japan 2003;1:50-54.

(さらに4件の予定)

2. 学会発表

Takemura Y, Sakurai Y, Yokoya S, Igase M, Nakamura H, Otaki J, Hirata I, Ban N, Miki T, Matsuoka K, Tsuda T. Relationship between medical interview and patient satisfaction in Japan. 23rd Annual Conference on Family and Health (Society of Teachers of Family Medicine conference); 2003: Kiawah Island, SC, USA.

(さらに国内学会2件の予定)

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

参考文献

- Balint M. The doctor, his patient and the illness. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1957.
- Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med* 1984;101:692-696.
- Bellet PS, Maloney MJ. The importance of empathy as an interviewing skill in medicine. *JAMA* 1991;266(13):1831-1832
- Bertakis KD, Roter D, Putnam SM. The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *J Fam Pract* 1991;32(2):175-181.
- Boon H, Stewart M. Patient-physician communication assessment instruments: 1986 to 1996 in review. *Patient Educ Couns* 1998;35:161-176.
- Buetow S, Adair V, Coster G, Hight M, Gribben B, Mitchell E. Qualitative insights into practice time management: Does 'patient-centered time' in practice management offer a portal to improved access? *Br J Gen Pract* 2002;52:981-987.
- Buller MK, Buller DB. Physicians' communication style and patient satisfaction. *J Health Soc Behav* 1987;28:375-388.
- Buller MK, Buller DB. Physicians' communication style and patient satisfaction. *J Health Soc Behav* 1987;28:375-388.
- Cecil DW, Killeen I. Control, compliance, and satisfaction in the family practice encounter. *Fam Med* 1997;29(9):653-657.
- Cox A, Holbrook D, Rutter M. Psychiatric interviewing techniques VI. Experimental study: eliciting feeling. *Br J Psychiat* 1981;139:144-152.
- Dugdale DC, Epstein R, Pantilat SZ. Time and the patient-physician relationship. *J Gen Intern Med* 1999;14(Suppl 1):S34-S40.
- Epstein RM, Cambell TL, Cohen-Cole SA, McWhinney IR, Smilkstein G. Perspectives on patient-doctor communication. *J of Fam Pract* 1993;37(4):377-388.
- Freemon B, Negrete VF, Davis M, Korsch BM. Gap in doctor-patient communication: doctor-patient interaction analysis. *Pediat Res* 1971;5:298-311.
- Freidin RB, Goldman L, Cecil RR. Patient-physician concordance in problem identification in the primary care setting. *Ann Intern Med* 1980;93:490-493.
- Friedman HS. Nonverbal communication between patients and medical practitioners. *J Soc Issues* 1979;35(1):82-99.
- Greenfield S, Kaplan S, Ware JE, Jr. Expanding patient involvement in care. *Ann Intern Med* 1985;102:520-528.
- Gross DA, Zyzanski SJ, Borawski EA, Cebul RD, Stange KC. Patient satisfaction with time spent with their physician. *J Fam Pract* 1998;46:133-137.
- Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in

- medical encounters. *Medical Care* 1988;26(7):657-675.
- Hampton JR, Harrison MJE, Mitchell RRA. Relative contribution of history taking, physical examination and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. *BMJ* 1975;2:486-489.
- Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE, Jr. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 1989;27:S110-S127.
- Kaplan SH, Gandek B, Greenfield S, Rogers W, Ware JE. Patient and visit characteristics related to physicians' participatory decision-making style: results from the Medical Outcomes Study. *Med Care* 1995;33(12):1176-1187.
- Kaplan SH, Greenfield S, Gandek B, Rogers WH, Ware JE Jr. Characteristics of physicians with participatory decision-making styles. *Ann Intern Med* 1996;124:497-504.
- Kinnersley P, Stott N, Peters TJ, Harvey I. The patient-centeredness of consultations and outcome in primary care. *Br J Gen Pract* 1999;49:711-716.
- Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improve? *JAMA* 1999;281(3):283-287.
- Mead N, Bower P. Patient-centered consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Educ Couns* 2002;48:51-61.
- Mehrabian A. Significance of posture and position in the communication of attitude and status relationships. *Psychol Bull* 1969;71(5):359-372.
- Myerson S. Investigating stresses in general practice using an open-ended approach in interviews. *Fam Pract* 1990;7(2):91-95.
- Roter DL. Patient participation in the patient-provider interaction: the effects of patient question asking on the quality of interaction, satisfaction and compliance. *Health Educ Monogr* 1977;5(4):281-315.
- Roter DL, Hall JA. Physicians' interviewing styles and medical information obtained from patients. *J Gen Intern Med* 1987;2:325-329.
- Roter DL, Hall JA, Katz NR. Relations between physicians' behaviors and analogue patients' satisfaction, recall, and impressions. *Med Care* 1987;25(5):437-451..
- Smith CK, Polis E, Hadac RR. Characteristics of the initial medical interview associated with patient satisfaction and understanding. *J Fam Pract* 1981;12(2):283-288.
- Stewart MA. What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. *Soc Sci Med* 1984;19(2):167-175.
- Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, Jordan J. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000;49(9):796-804.
- Street RL, Jr. Analyzing communication in medical consultations: do behavioral measures correspond to patients' perceptions? *Med Care* 1992;30(11):976-988.
- Street RL. Analyzing communication in medical consultations: Do behavioral measures

- correspond to patients' perceptions? *Med Care* 1992;30:976-988.
- Suchman AL, Roter D, Green M, Lipkin M Jr, the Collaborative Study Group of the American Academy on Physician and Patient. Physician satisfaction with primary care office visits. *Med Care* 1993;31:1083-1092.
- Suchman AL, Markakis K, Beckman HB, Frankel R. A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA* 1997;277(8):678-682.
- Takemura Y, Tanaka H, Takaya T, Nishida M, Kugai N. The medical interview and patient satisfaction: the importance of the open-ended question in the medical interview. *Jpn J Prim Care* 1999;22(2):127-30 (in Japanese).
- Tamblyn R, Abrahamowicz M, Schnarch B, Colliver JA, Benaroya S, Snell L. Can standardized patients predict real-patient satisfaction with the doctor-patient relationship? *Teach Learn Med* 1994;6(1):36-44.
- Wilson A, Childs S. The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: A systematic review. *Br J Gen Pract* 2002;52:1012-1020.
- Wissow LS, Roter D, Bauman LJ, Crain E, Kercksmar C, Weiss K, Mitchell H, Mohr B. Patient-provider communication during the emergency department care of children with asthma. *Med Care* 1998;36(10):1439-1450.

表1 SP評価票の項目

No	略 語	質 問
1	よいマナー／態度	マナーや態度は、適切でしたか？
2	話をよく聴いたか	話をよく聴いてもらったと思えますか？
3	正確に理解したか	あなたの話は正確に理解されたと思えますか？
4	わかりやすい言葉づかい	わかりやすい言葉づかいでしたか？
5	またこの医師にかかりたい	全体の印象として、あなたは次回もこの医師にかかりたいですか？

表2—1 使用された医療面接技法の状況

項 目	Number (%)	
	少しでもあり	まったくない
自由質問法 (Open-ended question)	1,345 (89.6)	157 (10.5)
心理社会的アプローチ	415 (60.0)	277 (40.0)
受療行動情報	768 (54.2)	650 (45.8)
患者背景	663 (61.7)	411 (38.3)
レビュー・オブ・システム	341 (51.0)	328 (49.0)
反映 (共感的態度)	1,260 (83.8)	244 (16.2)
良好な医師患者関係	721 (87.7)	101 (12.3)
自己紹介	1,507 (99.5)	8 (0.5)
患者中心／解釈モデル	1,057 (72.3)	405 (27.7)
適切な位置関係	794 (78.5)	217 (21.5)
十分な視線	1,335 (88.4)	175 (11.6)

表2—2 医療面接で得られた情報の状況

項 目	Number (%)	
	少しでも得られた	まったくなし
時 間	1,425 (94.6)	81 (5.4)
場 所	845 (65.2)	452 (34.8)
強 度	1,033 (70.7)	428 (29.3)
背 景	1,045 (76.0)	330 (24.0)
随伴症状	969 (66.6)	485 (33.4)
	高情報	低情報
総情報量	754 (61.8)	466 (38.2)

総情報量：時間、部位、強度、背景、随伴症状の5項目のスコアの合計点をもとに決められた、医療面接により患者から得られた情報量の指標

表2—3 医療面接に対するSPの評価の状況

項 目	Number (%)	
	最高である	最高とは言えない
よいマナー／態度	873 (65.0)	470 (35.0)
話をよく聴いたか	441 (30.4)	1,009 (69.6)
正確に理解したか	397 (27.5)	1,046 (72.5)
わかりやすい言葉づかい	459 (32.0)	974 (68.0)
またこの医師にかかりたい	376 (26.7)	1,032 (73.3)

表3 医療面接やそれに対するSP評価と総情報量の関係

項目	Number (%)		χ^2	P
	高情報群	低情報群		
自由質問法 (Open-ended question)	700 (64.3)	389 (35.7)	26.3	<0.0001
心理社会的アプローチ	54 (41.2)	77 (58.8)	28.2	<0.0001
受療行動情報	107 (40.2)	159 (59.8)	23.5	<0.0001
患者背景	298 (55.1)	743 (44.9)	0.40	0.53
レビュー・オブ・システム	168 (50.5)	162 (49.5)	2.38	0.12
反映 (共感的態度)	637 (63.5)	367 (36.6)	7.52	0.006
良好な医師患者関係	402 (57.6)	296 (42.4)	14.2	0.0002
自己紹介	453 (62.0)	462 (38.0)	3.72	0.05
患者中心/解釈モデル	599 (65.3)	318 (34.7)	15.1	<0.0001
適切な位置関係	436 (56.5)	336 (43.5)	29.5	<0.0001
十分な視線	720 (65.2)	385 (34.8)	54.9	<0.0001
	33 (29.5)	79 (70.5)		

表3 医療面接やそれに対するSP評価と総情報量の関係(つづき)

項目	目	Number (%)		χ^2	p
		高情報群	低情報群		
		S P 評価票			
よいマナー／態度	十分に	431 (62.2)	262 (37.8)	0.12	0.73
	十分ではない	231 (61.1)	147 (38.9)		
話をよく聞いたか	十分に	221 (69.1)	99 (30.9)	6.83	0.0090
	十分ではない	513 (60.8)	331 (39.2)		
正確に理解したか	十分に	213 (72.0)	83 (28.0)	13.5	0.0002
	十分ではない	521 (60.0)	347 (40.0)		
わかりやすい言葉づかい	十分に	272 (68.0)	128 (32.0)	6.39	0.012
	十分ではない	462 (60.5)	302 (39.5)		
またこの医師にかかりたい	十分に	202 (68.2)	94 (31.8)	4.92	0.027
	十分ではない	505 (61.0)	323 (39.0)		

総情報量：時間、部位、強度、背景、随伴症状の5項目のスコアの合計点をもとに決められた、医療面接により患者から得られた情報量の指標