



**日本ヘルスコミュニケーション学会誌**  
**第12巻1号 2021年**

**Health Communication Research**  
**Vol. 12, No. 1, 2021**

**日本ヘルスコミュニケーション学会**  
**Japanese Association of Health Communication**

＜第 12 回日本ヘルスコミュニケーション学会報告＞

基調講演：健康格差対策におけるヘルスコミュニケーションへの期待

近藤尚己 . . . . . pp. 1 - 9

シンポジウム 1：患者、住民、コミュニティを育てる・動かすヘルス

コミュニケーション—当事者のエンパワメントと社会的包摂に向けて

秋山美紀・今村達弥・寛裕介・永井昌代・福田吉治

. . . . . pp. 10 - 18

シンポジウム 2：多様性を理解し、支える医療コミュニケーション

石川ひろの・武田裕子・大坂和可子・岡本左和子・藤崎和彦

. . . . . pp. 19 - 29

特別シンポジウム：新型コロナウイルス感染症に関するリスク

コミュニケーション

渡邊清高・北澤京子・佐藤正恵・忽那賢志・武藤香織

. . . . . pp. 30 - 41

優秀演題賞受賞者

. . . . . p. 42

＜学術論文＞

原著論文 患者の希望や意向を知る医師のコミュニケーションに関する  
検討：血液がん患者へのインタビュー調査にもとづく質的研究

堀抜文香・御子柴直子・荒井俊也・本島信子

. . . . . pp. 43 - 50

その他 対応困難な患者を想定した模擬患者との医療面接演習に関する実践  
報告

市倉加奈子・守屋利佳・千葉宏毅・井上彰臣・島津明人・堤明純

. . . . . pp. 51 - 55

## 基調講演

# 健康格差対策におけるヘルスコミュニケーションへの期待 Three Ways in which Health Communication Contributes toward Equitable Health Promotion

近藤尚己  
Naoki Kondo

京都大学  
Kyoto University

### Abstract

#### 英語抄録

There are two types of population strategy in preventive medicine. One aims to promote public awareness for healthy behavior while the other is directed towards changing the social environment. The former may widen health inequity given that socially vulnerable people are less likely to have sufficient resources to follow behavioral recommendations. Thus, the latter approach is more important for achieving health equity. Given this, as a social epidemiologist, when it comes to obtaining equitable outcomes, I expect the active commitment of health communication researchers in relation to the following three activities. First, promoting advocacy and eliminating the perspective of individual responsibility from health services. Second, applying the latest scientific theories of behavior, including “nudge” theory, in health communication, so that daily lives can be structured in a way that allows people to undertake healthy actions without incurring a heavy cognitive burden. Third, developing organizational communication models to promote community organizing for equitable social actions at the global, national, and local levels. Community organizing is essential for being able to undertake actions that have a synergic impact on both population health and other social values, e.g., as seen with the UN Sustainable Development Goals. Health is “a major resource for social, economic and personal development,” “but not the objective of living” (WHO Ottawa Charter, 1986). We need good partnerships with other sectors. For this reason, health communication sciences are likely to become increasingly important.

### 要旨

#### 日本語概要

従来からの「知識の普及啓発型のポピュレーションアプローチ」は、健康づくりに前向きになる生活上のゆとりがない人々への効果が期待できないため、健康格差を拡大させる可能性がある。健康格差の制御には「環境改善型のポピュレーションアプローチ」が必要である。そのために①アドボカシーの推進、②ナッジの実装、③コミュニティの組織化の推進の3つにおいて、ヘルスコミュニケーションの活躍を期待する。①アドボカシーについては、自己責任論を払しょくするコミュニケーションを進めていただきたい。②ナッジをヘルスコミュニケーションに取り入れ、誰もが自然と健康に慣れる環境をデザインしていただきたい。③健康以外のセクターの「やる気」を引き出し、健康推進に役立ち、かつそのセクターのメリットにもなる活動を進めるコミュニケーション技法を発展させていただきたい。合意形成のためのデジタル技術の応用や、社会的処方等の医療と社会福祉との一層の連携推進も重要である。SDGs全体の中で健康づくりは一部でしかない。健康の専門家という立場を相対化して多様なセクターと円滑な連携が進むためにも、ヘルスコミュニケーションはますます重要になってくる。

キーワード：社会疫学・健康格差・社会環境

Keywords: social epidemiology, health inequality, social environment

本稿は2020年9月26日にオンライン開催されました第12回日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会基調講演の内容を抜粋したものです。

#### 1. 健康格差について

健康格差というと、堅苦しい感じがします。どのよう

に研究していけばいいかわからないというご意見も聞きます。そういったとっつきにくさを今日お聞きの皆さんが払拭していただければ、今日の講演は成功と思っています。

私が専門とする社会疫学を黎明期からけん引してきたマイケル・マーモット教授が近著でこのように言ってい

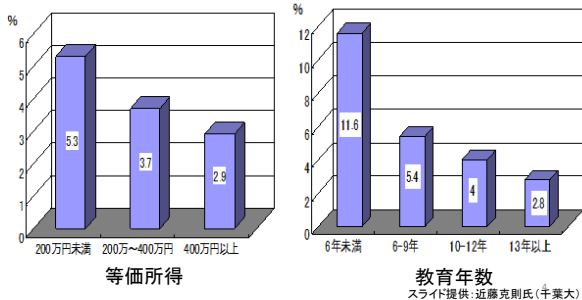
ます。「せっかく治療した患者を、なぜ病気にした環境に戻すのか」。この言葉は私が病院で研修医をしていた時に、いろいろな患者さんに出会って感じたことと合っています。糖尿病で入院して血糖値のコントロールが良くなっても、家に帰るとまた元の生活に戻ってしまい、血糖値も不安定になり、ひと月もせずに再入院。そういった患者さんたちに出会いました。患者さんを元気にして病気にならないようにするには、自宅や地域の環境を変える、社会の環境を変えることが大事なのではと思っています。それが健康格差対策につながると感じています。

今日の話題は健康格差です。まず健康格差とは何かについて確認します。「健康格差とは、社会的な背景が異なるグループ間の健康状態の違いのこと」と、ここではします<sup>1</sup>。所得や資産、教育歴、職業や職位など、いろいろな背景による格差があります。健康格差という言葉には通常、その格差は社会的に問題であるという価値判断が含まれていると思ったほうがいいでしょう。

健康日本 21(第2次)でも、健康格差があるといっていて、これを是正しようという目標をたてています。地域間格差だけでなく、例えば高齢者の閉じこもりの格差もある。所得や学歴が低い人ほど閉じこもり、つまり週に1度も外出しない人が多いことが見て取れます。閉じこもりは高齢者保健で重視されている対策のターゲットです。閉じこもりはその後、要介護や死亡するリスクであることが知られています。

### 「閉じこもり高齢者」の割合

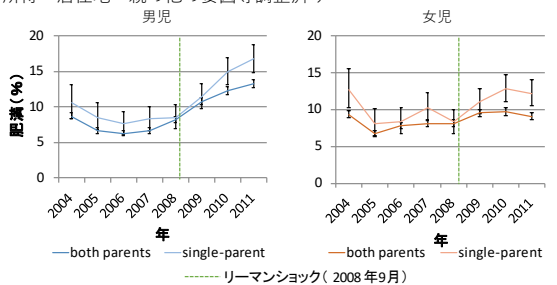
65歳以上の高齢者 n=32,891(平井・近藤, 2005)



今、新型コロナウイルスのパンデミックが起きていま

### 一人親世帯の子どもは肥満になりやすい リーマンショックで格差拡大が

肥満 (BMI>25相当) 割合の推移 21世紀新生児縦断調査  
所得・居住地・親の他の要因等調整済み

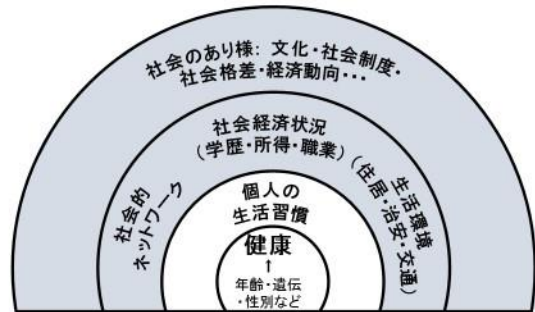


低所得世帯も同様にリスク増大(Ueda, Kondo, Fujiwara, 2015)

すが、危機は健康格差を広げるということは昔から知られています。私たちの過去の研究でも、2008年後半におこった経済危機リーマンショックの後一人親世帯の子どもがそれ以外の世帯の子どもにくらべて太りやすくなったという分析結果が得られています。景気低迷による物質的困窮や心理的なストレスによって、家族全体に余裕がなくなって、子どもの食生活が乱れたり、その他の色々なことがあったりして肥満になってしまうのかもしれない。

このように健康格差が存在することはほぼ明らかで、疑う余地はありません。図に示したように、健康というのは一人ひとりの生活習慣で決まる部分がありますが、その生活習慣自身が、本人を取り巻く社会的な環境——人のつながりや社会経済的な状況——そして住んでいる地域の環境の影響を受けます。さらに、景気動向やコロナのパンデミックなど、よりマクロな社会動向の影響を受けます。社会疫学では、このように健康は多重レベルの社会的な要因で決まるという見方をしています。

### 健康の社会的決定要因 (SDH) 健康は多重レベルの要因で決まる



近藤尚己. 健康格差対策の進め方: 効果をもたらす5つの視点. 東京: 医学書院; 2016.

### 2. 健康格差対策の考え方

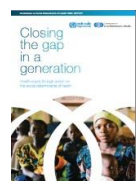
健康日本 21 でも、最初の10年では、個人の主体的な健康づくりを支援しようということで、まずは個人の自覚にもとづく行動変容にフォーカスをあてた活動が進みました。ただそれがうまくいかなかったという反省のもとにできたのが、健康日本 21 の第2次です。その中に健康格差の縮小という目的が追加されました。

世界保健機関は健康の社会的決定要因への対応につい

### 世界保健機関： 健康格差対策3つの推奨事項

(WHO Commission on Social Determinants of Health最終報告書, 2008)

1. 生活環境の改善
  - 「健康」の前にまず「環境」
  - 教育・労働・交通・休暇・・・
2. 連携の強化
  - 必要な資源を必要な人に真っ先に届けるために
  - 部門連携で効果的なケアの創成と提供を
3. 格差の視覚化と活動のアセスメント
  - 見える化
  - 対策の効果を予測して、改善
  - アセスメントを通じた合意形成



て、3つの推奨事項を示しています。非常によくまとまっていると思います。1つ目が生活環境の改善。「健康になりましょう」という教育、あるいは普及啓発活動をする前に、まずは環境を整えることを重視しています。環境とは何か。例えば教育、労働、交通、あるいは休暇のとり方などが挙げられます。これらは、医師も含めて私たち健康づくりの専門家では手が出せないところです。なので、2.「連携」が必要になります。多様なセクターとコラボしていくということです。そして、連携するには課題を客観的なデータで評価し、考案した対応の方法が本当に安全で効果的かを、データでアセスメントしていくことが必要です。そこで、3つ目、格差の視覚化と活動のアセスメントがあります。見える化して対策をする。アセスメント活動を通じて合意形成を進めるヘルスインプクトアセスメントを行うという事です。コミュニケーションが重要なところですね。

### 3. ヘルスコミュニケーションへの期待 1: アドボカシー

二

今日は、3つのお願いというか、ヘルスコミュニケーションの活動に期待することを述べたいと思います。

## 健康格差是正に向けた「環境デザイン」のために

### 1. Advocacy

- ・弱い立場の人々を代弁し、理解を促す
- ・自己責任論を台頭させない

### 2. Nudge

- ・自然と健康行動がとれる環境をつくる
- ・健康格差是正に資する取り組みに向けて人と組織を動かす
- ・弱い立場の人々のおかれた状況を理解しやすい環境をつくる

### 3. Community organizing

- ・コミュニティを、社会を「ワンチーム」にして、ゴールへ

まず、アドボカシー。社会的に弱い立場の人を代弁して、その方々の権利を守るために社会の認識を深める活動です。健康格差対策の時に問題となるのが、自己責任論だと思います。自分の健康は自分で守る。そういう面はあるかもしれませんが、守れないような環境、自分ではどうしようもない環境にいる人にこのメッセージを出してしまうと、その人は居場所を失ってしまいます。直接そのようなことを言わなくても、自己責任論的な認識や態度が出てしまうことはよくあります。2013年に麻生大臣が「食いたいだけ食べて飲みたいだけ飲んで糖尿病になって病院に入るやつの医療費を俺たちが払う、公平ではない、無性に腹が立つ」と述べました。長い言葉の一部を切り取ったものであり断定的な解釈をしてはいけません。自己責任論的で配慮が十分な言葉とは言えないと思います。まだまだ、さまざまな立場に置かれている方々への理解を深めるようにアドボカイトする必要があります。さきほど、リーマンショックで一人親

世帯の子どもが太りやすくなっていると言いましたが、小さな子どもにいくら「太らないように努力しろ」と言っても難しいでしょう。子どもに自己責任論を言う人は少ないと思います。大人だって、自己責任を強く言われてうれしい人はいません。言われても、おかれた社会環境によって行動できない人もたくさんいます。

### 4. ヘルスコミュニケーションへの期待 2: ナッジ

2つ目、ナッジです。おそらく今日はこの話を期待されて、私にお声かけいただいたのかなと思います。私は行動科学の研究者ではありませんが、健康格差対策への大きなヒントになると思い、早くからナッジに注目してきました。

### Nudge (行動経済学・心理社会学) の応用: 人のリスク認知のクセ「認知バイアス」を逆手に取り、健康的な行動をとりたくなるように環境をデザインする

iNcentives	インセンティブ
Understand mapping	選択と結果の関係をわかりやすく見せる
Defaults	デフォルトオプションを望ましいものに
Give feedback	結果をフィードバック
Expect errors	ミスは起こると前提してデザイン
Structure complex choices	選択肢を整理して見せる・絞る

環境をデザインすることで  
これらを引き起こす (choice architecture)

17

自然と健康になれる環境をデザインしてほしい。そのための研究を進めていただきたいということです。健康格差是正に資するナッジをしてほしいのです。また、社会的に弱い立場に置かれた人の状況を多くの人が理解するために役立つ行動を起こすようなナッジの環境をデザインしてほしいです。ナッジは、肘でつつくとか、そつと後押しをする、という意味合いの言葉です。ナッジについては最近、保健分野でも認識が高まってきていますので、詳しい説明は不要だと思いますので、ごく簡単に。

私たち人間は2つの認知システムを持っていると言われています。1つは自動システム。無意識で制御はないけどすばやいものです。疲れて帰宅したとき、ケーキが机の上にあるのを見て無意識にそれを食べてしまう。そんな経験をした方もいると思います。もう1つは熟慮シ

### ヘルスコミュニケーションへの期待②

### Nudge: 自然と健康になれる環境をデザインしてほしい

- ・自然と健康行動がとれる環境をつくる
- ・健康格差是正に資する取り組みに向けて人と組織を動かす
- ・弱い立場の人々のおかれた状況を理解しやすい環境をつくる



#### リスク認知にかかわる2つのシステム

プロスペクト理論 (Kahneman, 1979) など

認知システム	特徴	行動
自動システム (system 1)	制御なし・無意識	早い
熟慮システム (system 2)	制御されている・意識的	遅い

システム1は認知バイアスを生む: 不合理な選択をする (例: 空くじを買う)

#### 我々はどう選択しているか

ホモ・エコノミクス: 合理的経済人 (エコノ)

- ・期待効用 (価値×確率) を常に最大化する
- ・手持ちの情報をすべて活用
- ・学習によってこのスキルを徐々に獲得

ホモ・サピエンス (ヒューマン)

われわれ: 感情で動く 限定合理的

16



システム。しっかり合理的に考え選択をする。ケーキだ！  
…でもちょっと待って。昼にラーメンを食べたら今日は  
やめておこう、という理性に基づく判断と行動をすること  
です。

私たちの日々の選択のほとんどが自動システムで行わ  
れていると言われてます。ただ、直感的・経験的なの  
で、ときにそれが確率的には損をする選択になることが  
あります。得をする選択と言いましたが、これは期待効  
用、確率的に得られる効用が最大になるように選択をす  
るという事です。これが合理的経済人：ホモ・エコノミ  
カスの行動です。手持ちの情報をすべて活用して、期待  
雇用を最大化する選択をします。ただしホモ・エコノミ  
カスは架空のもので、実際には、私たちはホモ・サピエ  
ンス。常にそのようにふるまえるとは限りません。自動  
システムで動いてしまうため、ときに“不合理”な選択  
をします。その典型として、宝くじを買うというのあり  
ます。確率的には必ず損をするのについて買ってしま  
う、あるいは、経済合理性は無視して、楽しみで買いま  
す。人間にはそのような特性があります。

ナッジはこれを活用して、つい気軽に行動を起こした  
ら、それがよい選択になりやすいように環境をデザイン  
する、という考え方です。例えば、その行動へのインセ  
ンティブを与える。選択するとどのような結果が得られ  
るかを明確にイメージできるように見せる。デフォルト  
オプション、つまり無意識に選択するものが一番望まし  
いものになるようにする。結果を即座にフィードバック  
する。こういったことを、環境をデザインすることで工  
夫していくのがナッジのポイントです。

関連するものとして、大阪大学の松村先生が「仕掛け学」  
を提案しています。ナッジする物理的な仕掛けについて  
定義しています。つまり、誰も不利益をこうむらない「公  
平性」、行動が誘われる「誘因性」、そして仕掛ける側と  
仕掛けられる側の目的が異なる「目的の二重性」です。  
特に目的の二重性という定義がとてもわかりやすいと思  
います。例えばこの仕掛け。ゴミ箱のうえにバスケット  
ゴールが付いています。ついゴミをシュートしたくなる。  
仕掛ける側はゴミをポイ捨てしてほしくない。仕掛けら  
れる側はシュートして楽しみたいという意図があります。  
これを1つの者に組み込むと「仕掛け」になります。子

## 体験によるインセンティブ： スウェーデンのピアノ階段



19

ども向けの「シカケコンテスト」といった面白い活動も  
されているようです。発想が柔軟な子どもたちは良い仕  
掛けのアイデアを出してくれそうですね。これはピアノ  
が階段になっているナッジ。つい階段を使いたくなる仕  
掛けです。

他にも、メキシコの地下鉄の入り口のスクワットマシ  
ーンなんてものもあります。10回やると、地下鉄の1回  
乗車券が無料になるという金銭によるインセンティブで  
す。

他にもたくさんナッジの仕組みはありますが、いずれ  
も、理性ではなく「感性に働きかける」というものと言  
えるでしょう。ナッジはすでに多くの企業がマーケティング  
戦略として行ってきています。厚生労働省がポテト  
チップスのパッケージの裏に成分表示を指示して「よく  
考えて選択しなさい」と理性に働きかけているのに対し、  
カルビーは「今だけ20%増量」というような金銭的イン  
センティブを働かせたり、損失回避バイアスを使って、  
買わないと損だ、と思わせたりすることで、つい何袋も  
手にするような戦略をとっています。私の恩師であるハ  
ーバード大学の社会疫学者イチロー・カワチ先生に言わ  
せれば「私たちには勝ち目が無い」わけです。

## 企業の戦略に学ぶ

カルビー(ナッジ) VS 厚労省(成分表示)

脳への働きかけは・・・



厚労省に勝ち目なし! ?

ではどうすれば良いのか。ぜひ企業の戦略に学び、真  
似してみることで、そして時には一緒にやってみたらいい  
と思います。

例えば東京都の足立区がおこなったキャンペーンがあ  
ります。足立区は健康格差対策を非常に積極的に、戦略  
的にやっている自治体です。区内の800店の飲食店など

感性に訴える「お得感」戦略は健康格差対策になるか？  
足立区の食育月間のキャンペーン



22

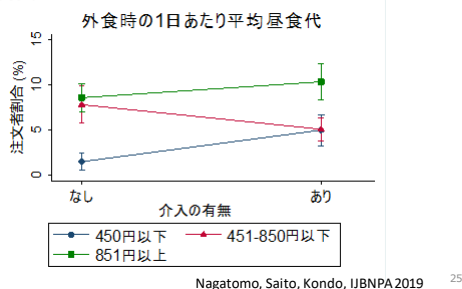
と連携をとり、野菜たっぷりメニューや野菜から食べるメニューを提供してもらっています。ある年、その協力店でそれらの野菜メニューを食べると「もれなく 50 円引き！」というキャンペーンを行いました。共同研究としてその効果評価をさせてもらいました。

たった 50 円ですので、割り引いてもレギュラーメニューよりも安くなるとは限りません。そうであれば、もし野菜に全く関心がなければ、実際は割高になってしまうことになります。それでも「いまだけお得」という情報で自動システムが優位になり、つい頼んでしまう。食べてみたら、野菜メニューも結構おいしいな、と気づく。そんなことが期待できるかもしれません。

評価の結果、キャンペーン中、野菜増量メニューの購入者は 1.3 倍。店も、50 円余計に払ったとしても一日当たり平均 1 万 5000 円近く売上が伸びていました。更に所得の代用変数として普段の昼ごはん代を聞いたところ、昼ご飯代が最も少ないグループは、キャンペーン前は野菜たっぷりメニューを最もオーダーしないグループだったのですが、キャンペーン中はオーダーが増え、その増加率が最も高いグループでした。

## 結果

- ・キャンペーン中、野菜増量メニュー注文者は、3倍に
- ・1日あたりの店舗売り上げは平均14,820円上昇（割引を店舗負担として推計）
- ・普段の昼食代（収入の代用変数）が低い人。非正規雇用者ほど野菜増量メニュー



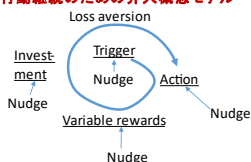
このように、食選択についてナッジすることで、健康格差の是正に貢献できるかもしれません。その際に大事なことは、健康とする価値を受け取ってもらう、健康サービスを売る、その為の「マーケティングをする」というスタンスです。釈迦に説法かもしれませんが、マーケティングにおいては、needs ではなくて wants、顧客が何を

## 健康格差是正に向けた新しい「公衆衛生マーケティング」理論の確立に向けて

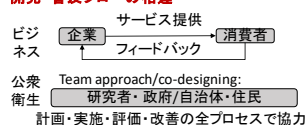
(文部科研基礎A, 2018-2022)

**健康格差対策におけるMarketing Mix**  
 Product: 行動変容ステージごとに適したサービス  
 Price: ターゲットの支払い能力へ対応  
 Place: アクセスコストの低減  
 Promotion: 効果持続のための工夫

### 行動継続のための介入概念モデル

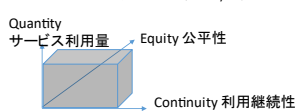


### 開発・普及フローの相違



### 介入効果量の評価枠組み

(ビジネス・マーケティングでは Quantity 一軸のみ)



望んでいるかを把握してその方々にターゲットを絞って製品やその届け方をデザインします。

現在文部科研の課題として、公衆衛生におけるマーケティングのあり方を整理しています。例えば、ごく単純に言えば、ビジネスのマーケティングにおけるゴールは、

## 「健康」を“売る”マーケティングを

- ・顧客の利益・関心 (wants) を把握
- ・顧客の類別化とターゲティング
- ・マーケティング・ミックスの 4 P・4 C

Product・consumer	製品・サービス・品質・デザイン・ブランド/顧客の価値
Price・customer cost	価格・割引・支払い法/顧客が払うコスト
Promotion・communication	販促・宣伝法/コミュニケーション
Place・convenience	流通・チャンネル・立地・在庫/利便性

×総花的な対策

○ターゲットを絞り資源を有効活用

○ターゲットの wants を探り、どうやったら顧客が行動を起こしてくれるかを考え・実行する

26

質の良いサービスをつくりその利用量が増え売りが上がることです。公衆衛生ではさらに公平性が大切になります。

## 5. ヘルスコミュニケーションへの期待 3: コミュニティの組織化

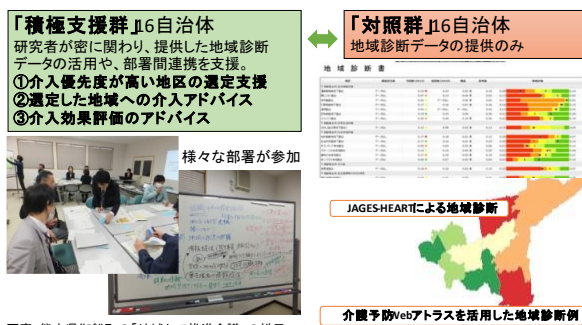
最後の期待は community organizing (コミュニティの組織化) です。コミュニティを、社会を、「ワンチームでゴールに」向かわせる。そのためのコミュニケーションのあり方の研究に期待します。ミンクラーによれば、community organizing は「コミュニティの中の組織同士が共通の課題を特定し、資源を用いて、戦略的に活動続けるために助け合うプロセス」です。コラボして、みんなでゴールに向かいましょうということです。関連する概念にソーシャル・キャピタルがあります。一人や一つの組織でできることは限られています。しかし、ほかの人や組織とつながれば、使える資源が相乗的に増えるという考えです。community organizing は組織や人同士を有機的に結びつけ、より多く、より早くゴールを達成させることを目指しているといえます。その好事例が日本が進める「地域包括ケア」だと思います。地域包括ケアは高齢者に適切なケアを届けるための community organizing の取組といえます。住み慣れた町で最後まで安寧に過ごすために、多様な組織が、公的・私的なものも含めて、連携しあってケアを届けます。それを発展させ、高齢者に限らず、またケアを一方向的に届けるのではなく、互いが助け合う形で「共生」するための community organizing をしましょう、としたのが、今年 6 月には法的根拠が示された地域共生社会の概念と理解しています。お互いに助け合って一緒に生きていくまちをつくっていくということです。

私は、日本老年学的評価研究: JAGES (ジェイジス)

という研究チームのコアメンバーの一人です。リーダーは千葉大学の近藤克則教授です。JAGESの研究フィールドをつかい、ある疑似実験をしてみました。JAGESでは3年ごとに自治体に住んでいる高齢者に対してアンケート調査をおこなっています。その集計結果を自治体に返して自治体は介護保険事業計画をつくるためのデータとして用いています。

さらに力のある自治体では、そのデータを活用してcommunity organizingを進めています。長崎県松浦市では、「買い物ができない、かつ独居」の人の割合を地区ごとにレーダーチャートにして、住民との地区懇談会で示しました。各地区の住民とデータを共有して、一緒に課題を考え、共に活動しようというものです。ある地区では、データを見て、これはまずいと立ち上がりまして、「お寄りませ」という会食つきのサロン（通いの場）を自主的に立ち上げました。人が集まったおかげで、これまで過疎化してなくなった移動販売車も来てくれるようになりました。そのおかげで孤立の問題や買い物ができないという問題が解決されました。こうしたコミュニケーションをうまく進めることも大事とおもいます。

問題は、こういった活動をどうスケールアップするかです。例えば、先ほど示した、世界保健機関が掲げる環境改善・連携・見える化という推奨事項を自治体で進めると本当に住民の健康が底上げされ、その社会経済的な格差は正が達成されるのでしょうか。JAGESのフィールドで、それを準実験手法で検証しました。コミュニティの組織化を積極的に支援する16自治体と、対照群として地域診断データのみ提供した自治体に分けました。支援する自治体にはデータを渡すだけでなく、データを使った介入頻度が高い地区の選定や、介入効果評価のアドバイスなどを、コーチング理論などを参考にしてやりました。年3回くらい、訪問して地域ケア推進会議のようなところでお話をしたり、準備のために、自治体のスタッフと一緒に考えたりしました。



例えば熊本県の御船町は成功事例の一つです。2013年に高齢化対策に関する多部門連携を進める「地域包括ケア推進会議」というものを立ち上げ、運営し、私たちがそれをバックアップしました。会議には、総務や税務、農村振興など、健康に関係のあるところ・ないところを含めた様々なスタッフが集まって、まちの高齢化についてデータをもとに考えました。会議では、一緒にできる

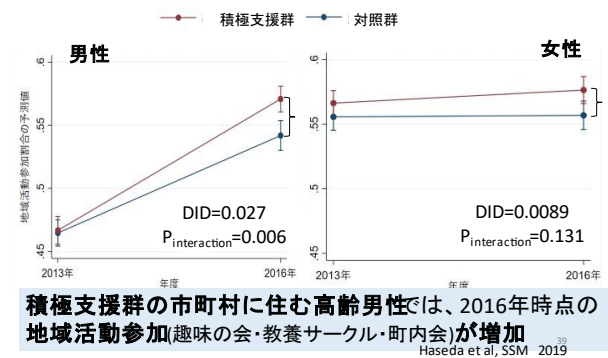
ことは何かを検討したり、同じようなことをダブってやったりしてないかが確認されました。私たちから、ぜひやってみましょうと答えを出すような提案はせずに、答えが自然と出てくるようなコーチングをしました。

例えば、高齢化率が50%を超える水越地区で、松浦市がやったような地区懇談会を行いました。自治体のスタッフは、データ共有して、何をしようかを相談して、住人さんから声を上げるのをじっと待ちました。地区の住民がつくる「水越地区活性化協議会」の方々が立ち上がり、これまで運営してきたサロンには来ないような、閉じこりもがちな方々も来なくなる新しいサロンをつくらう、という話になりました。廃校になった小学校、懐かしの校舎を使って、会食つきの学校タイプのサロン「ほたるの学校」が始まりました。これはとても盛り上がり、今も継続してまして「数年間顔を見なかったひとり暮らしの方が来てくれた」といったエピソードも聞いています。

御船町はうまく行った事例ですが、本当に全国の多様な自治体でも効果が期待できるか。これを検証しないといけないと思います。そこで、まず3年間追跡して実証しました。その結果、まず、保健師のソーシャル・キャピタルが増え、医療福祉以外の行政外のつながりが増えました。地域の役員さんとのつながりも、相対的に増えました。

住民の健康には効果があったか。まず、通いの場になかなか来てくれない、保健師さんの悩みの種である、男性高齢者の参加が増えたことが観察されました<sup>2)</sup>。

## 住民の地域活動参加割合の経年変化



さらに、死亡率も男性では介入の自治体で下がっていることもわかりました。もともと頑張っている自治体が積極支援群に選ばれたのではないかという選択バイアスの影響を懸念する方がいるかと思いますが、積極支援群への選ばれやすさについては、傾向スコア法でできるだけ調整し、ベースラインの自治体のバランスはとれていることは確認しています。さらに、所得水準別に評価しても、高所得者層・低所得者層、ともに同じように社会参加の増加と死亡率の減少が見られました。

自治体に対して都道府県なり研究者なりが支援に入るときもマーケティングの考え方が大事です。それを踏まえたコミュニケーションの在り方があると思います。自



治体によって、needs も違うが、担当者が今どんな wants を持っているかを把握することが大切です。自治体職員も人間なので、wants に応えるようなコミュニケーションをすることで、今までよりも活動がしやすくなると思います。特に健康格差対策はカタイ感じがするのでやりづらいんです。そこをいかにナッジするか。ナッジの対象は住民だけでなく、組織の方々も、です。

## 市町村支援のマーケティング・ミックス： 市町村職員の見え方！

マーケティングミックスの要素	市町村支援における対応物	工夫
Product/ consumer	支援の内容：市町村（職員）が得る価値	市町村職員にとって魅力的な支援提案（例：シンプル・成果が見えやすい・楽しい・わかりやすい・・・）・ブランドイメージ
Price/ customer cost	支援を受けるに必要な市町村（職員）のコスト	支援の内容に見合うコスト（対応に必要な費用・時間・人数）を提案する
Promotion/ communication	支援やその効果を普及・継続させるための工夫・宣伝	支援の声かけ・伴走方法・支援を求める市町村の募集方法（広く呼び掛ける場合）
Place/ convenience	支援の実施場所が便利か	支援を受けやすい場所・時間・頻度などを検討

42

## 6. 社会的処方 social prescribing

患者ケアにまつわるコミュニティの組織化の取組として注目しているものに「社会的処方」があります<sup>3,4</sup>。地域共生社会づくりを進めるための医療と地域福祉の連携の取組です。話の冒頭に「せっかく直した患者さんをなぜ病気にした環境に戻すのか」と言う言葉を紹介しました。患者さんが来て、この人は生活が苦しくて治療どころではないと思っても、医者としては「薬を飲んでね」とか、「運動してくださいね」と言うくらいしかできないことが多い。医療にやれることは実はそんなに多くない。患者さんが地域で共生できる環境をつくるためには、地域だけでなく、医療従事者、医療機関をエンパワーする必要があります。英国では、そのような活動を social prescribing と呼び、NHS が普及を進めているようです。ごく大雑把に言いますと、リンクワーカーという役割のスタッフが生活上の課題を抱える患者と面談して、信頼関係をつくりながら、地域の資源につなげていく、といった取り組みです。

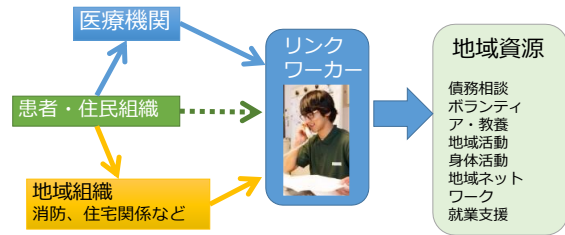
日本でも手弁当で頑張っている医療機関はあります。そこで、日本でも、それをスケールアップするための政策のあり方について検討がすすめられています。今年の政府の骨太方針では欄外で紹介されました。

大切なのは、患者さんを地域の活動につなげようにも、資源が十分でなければ受け皿が足りず、効果的な“処方箋”が見つからないという点です。コミュニティの組織化を進め、一緒につくっていくことが必要になってくるのだと思います。

例えば、生活保護の受給者への健康管理支援が令和3年から全国で始まります。頻回受診対策が計画にあがっています。頻回受診の人をデータから見つけ出して個別に「頻回受診しないように」などとシンプルに指導して

## 医療と福祉の更なる連携に向けて： 社会的処方 social prescribing

貧困や孤立を発見、「診断」して、地域資源を“処方”する



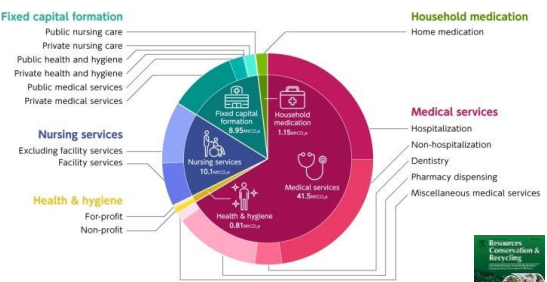
**予防**：治療効果改善・重症化予防・不必要な医療サービス利用は正  
**共生**：地域コミュニティの組織化・疾病への理解・対応力強化

Mackenzie G, 2017: Healthy London Partners 抄訳・一部改変<sup>43</sup>

しまえば、かえって逆効果になってしまうでしょう。私たちの分析によれば、頻回受診をされた経験のある方は、一人暮らしや外国籍、そして就労していない人に多い<sup>5</sup>。地域で孤立して、相談相手がいないから、無料で相談できる医療機関に行ってしまうのかもしれませんが。社会的処方の活動を進め生活に寄り添う支援を行う事で、医療機関の負担も、患者の負担も減るかもしれません。

## 予防は“地球の健康”にもよい可能性

医療サービス関連の活動で、保健医療全体による二酸化炭素排出量の半分を占める廃棄された処方箋関連の二酸化炭素排出量は大きい



Nansai et al. Carbon footprint of Japanese health care services from 2011 to 2015. Resources conservation & recycling, 2019

## 7. 省庁をまたぐコミュニケーションでパブリックヘルスを変える

最後に、強調したい提案をします。今日はこれまで、自治体など、小さな地域の中での連携の話をしました。公正で健康な社会づくりのためにはより大きなレベルでの連携が必要です。どういう連携が必要でしょうか。

## 保健医療・社会保障だけでなく他の分野とともにWin-winを目指す

- 組織連携すれば、双方の資源を互いに活用できる
- 全体での効果 (collective impact) の最大化をねらう



＜例：国民の身体活動を増やす取り組み＞

- 厚労省のみでできること
  - 情報提供による理性的行動の誘発：「運動不足は脳卒中のリスクです」
  - 二次予防事業：特定健診・特定保健指導
- 他省庁・民間団体との連携でできること
  - オリパラを活用したスポーツ普及・関連市場の拡大（文部科学省）
  - 自転車利用推進（国土交通省・警察）

46

SDGs(エスディーゼーズ)の話ははずせません。SDGsの推進において、私たち保健医療に携わるものはどう振るまうべきでしょうか。

広く省庁を超えた連携を意識することで、私たち保健医療セクターもエンパワーされ、取組の幅が広がります。例えば、国民の身体活動を増やす取組を考えましょう。厚生労働省だけでやろうとすると、情報提供による理性的行動の誘発、つまり、「メタボは危険です!」といった啓発とか、二次予防事業として特定健診や指導などを行う事になります。一方、他の組織と連携すればより多くのことができます。

健康の社会的決定要因の概念を踏まえると、他省庁の活動のほうが根本的で大きな影響力を持つ保健活動になり得る場合もあります。例えばオリパラです。スポーツ人口が増える、それによって健康な人が増えます。自転車利用の推進もよい事例です。国土交通省が今推進しています。これらとうまく連携すれば、厚生労働省の予算を使わずに人々を健康にできます。財政上も有利です。省庁間のつながりが、資源になる。ソーシャル・キャピタルの考え方です。

コペンハーゲン自転車天国の街として有名です。自転車専用ハイウェイがあったり、グリーンウェイという、20キロで走行すると赤信号にかからないように調整されている信号システムがあるなど、自転車天国。自転車が好きな私にはとてもうらやましい都市です。ある推計ではヨーロッパ167カ国がコペンハーゲン並の自転車促進をしたら、1万人死亡が減るとしています<sup>6</sup>。省庁連携で自転車利用を推進すると、健康にも効果があり、渋滞緩和、大気汚染減少など、多くの省庁同士がWin-Winになれる取組みとなるでしょう。健康だけでなく、多様な側面のトータルな価値、すなわちコレクティブ・インパクトを最大化するような活動を戦略的に進めていくことがSDGsに求められています。そのためのコミュニケーションが求められているのではないのでしょうか。

## 自転車の活用促進で得られる省庁横断的な効果

- ・健康推進（厚生労働省）
- ・渋滞緩和（国土交通省）
- ・大気汚染減少（環境省）
- ・産業育成（経済産業省）
- ・サイクリング振興（文部科学省）
- ・地方創生（内閣府）
- ・社会保障費削減？（財務省）



49

「健康」は他省庁にもウリになります。例えば環境省。国立環境研究所の南齋先生たちとの推計によれば、医療技術を広げるよりも、疾病の予防活動をしたほうが二酸化炭素排出量を減らせます。保健医療に関する産業による二酸化炭素排出量の総量のうち、医療で占めるのが6

～7割。予防活動はわずかです<sup>7</sup>。予防が増えれば、二酸化炭素も減り、「地球の健康」にも良いことになります。

大事なのは、「保健医療セクターにできることは多くない」と思ったほうが良いということです。健康づくりは他のセクターに任せる。そういっても過言ではないと思います。組織レベルの協調行動を起こすためのナッジがこれからも求められていると思います。

足立区はガバメントからガバナンスへの変換を区全体でやっているそうです。それまでは、多くの自治体同様、区が委託をして、受託業者がそれぞれ独立で事業を進めてきた。いわば一方通行の「ガバメント」体制でした。今は「協創プラットフォーム」を作って、計画段階から多様な組織が「ガバナンス」体制をつくり、それぞれの得意技をうまく連携させて、コレクティブなインパクトの大きな政策を打ち出すことを目指しているようです。

まとめになります。まずはアドボカシー。ヘルスコミュニケーション学への期待として、自己責任論を払しょくするコミュニケーション法を開発してほしい。2つ目に、ナッジ。自然と健康に慣れる環境をデザインしてほしい。活動を評価するときは、所得別、地域別など社会属性別の効果を見ることで、格差を縮めるか広げるか、そういった視点での効果を見ることでできます。情報通信技術の活用、これはコミュニケーション上でも有益なナッジをしやすくする技術なので、どう活用すれば健康格差の是正につながるかも研究していただきたい。最後に、Community organizing。健康以外のセクターをやる気にさせ、健康かつそのセクターのメリットになる活動を進める。それが可能となるメッセージの出し方やコレクティブな活動がすすむコミュニケーション方法の研究です。民主的な合意形成の手続きを加速するための技術開発とその評価も有益でしょう。合意形成のためのデジタル技術の応用や、社会福祉分野での一層の連携もこれから大事になってくると思います。

連携を進める際、健康セクターは「一歩引く」態度が大事だと思います。SDGs全体の中で健康づくりは一部でしかない。健康は幸福のための手段でしかない、と謙虚になって、立場を相対化して付き合っていくスタンスが求められると思います。みんなでどうやってよりよい社会をつくっていくか、という議論の中で、健康も是非、すこし考えていただく、というスタンスが大事だと思います。ご清聴ありがとうございました。

## ヘルスコミュニケーション学への期待

1. **Advocacy** : 自己責任論を払しょくするコミュニケーション法を開発してほしい
  - ・相互理解を促し健康の自己責任論を抑えるコミュニケーションの研究
2. **Nudge** : 自然と健康になれる環境をデザインしてほしい
  - ・介入効果は集団ごとに評価&集団間の効果の格差を評価
  - ・情報通信技術の活用が健康格差是正に及ぼす効果の検証
  - ・それら新技術の適切な使い方、普及法の検討
3. **Community organizing** : 社会をワンチームにするコミュニケーション法を開発してほしい
  - ・他セクターをやる気にさせる効果的なメッセージの研究
  - ・コレクティブな活動が進むコミュニケーションの研究
  - ・民主的合意形成の手続きを加速するための技術開発とその評価
  - ・社会福祉分野との共同研究推進
  - ・[Health]の戦略的な相対化→ HIAP (Health in all policies) 2.0 : 保健セクターはSDGs推進におけるservant leader

53

## 研究資金

本講演の内容は次の研究助成金を受けて進めた研究事業の成果を含みます：JSPS 挑戦的研究（萌芽）生活保護受給者の健康管理支援優先度導出システムの開発と利用による効果の実証分析（20K20774）・厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）生活習慣及び社会生活等が健康寿命に及ぼす影響の解析とその改善効果についての研究・厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）健康日本 21（第二次）の総合的評価と時期健康づくり運動に向けた研究（代表：辻一郎）・JSPS 基盤研究（A）健康格差是正にむけた新しい公衆衛生マーケティング理論の構築と実践モデルの効果検証（18H04071）・AMED「地域包括ケア推進に向けた地域診断ツールの活用による地域マネジメント支援に関する研究」。

## 利益相反自己申告

なし

## 引用文献

1. 近藤尚己. 健康格差対策の進め方：効果をもたらす5つの視点. 東京: 医学書院; 2016.
2. Haseda M, Takagi D, Kondo K, Kondo N. Effectiveness of community organizing interventions on social activities among older residents in Japan: A JAGES quasi-experimental study. *Soc Sci Med.* 2019 Nov;240:112527.
3. 西岡大輔, 近藤尚己. 社会的処方事例と効果に関する文献レビュー. *医療と社会.* 2020;29(4):527-44.
4. 西岡大輔, 近藤尚己. 医療機関における患者の社会的リスクへの対応：social prescribingの動向を参考にした課題整理（特別寄稿）. *医療経済研究.* 2018 2018/12/14:5-19.
5. Nishioka D, Ueno K, Kondo N. Frequent outpatient attendance among people on the governmental welfare program in Japan: assessing both patient and supplier characteristics. *BMJ Open.* in press.
6. Mueller N, Rojas-Rueda D, Salmon M, Martinez D, Ambros A, Brand C, et al. Health impact assessment of cycling network expansions in European cities. *Prev Med.* 2018 2018/04/01;109:62-70.
7. Nansai K, Fry J, Malik A, Takayanagi W, Kondo N. Carbon footprint of Japanese health care services from 2011 to 2015. *Resources, Conservation and Recycling.* 2020;152:104525.

**\*責任著者 Corresponding author : Naoki Kondo, e-mail: naoki-kondo@umin.ac.jp**

## シンポジウム 1

# 患者、住民、コミュニティを育てる・動かすヘルスコミュニケーション —当事者のエンパワメントと社会的包摂に向けて Health Communication for Empowerment and Social Inclusion

秋山美紀<sup>1)</sup>、今村達弥<sup>2)</sup>、寛裕介<sup>3)</sup>、永井昌代<sup>4)</sup>、福田吉治<sup>5)</sup>  
Miki Akiyama, Tatsuya Imamura, Yusuke Kakei, Masayo Nagai, Yoshiharu Fukuda

- 1) 慶應義塾大学
  - 2) ささえ愛よろずクリニック
  - 3) NPO 法人イシュープラスデザイン
  - 4) APCO Worldwide
  - 5) 帝京大学
- 1) Keio University
  - 2) Sasaeai-Yorozu Clinic
  - 3) Issue Plus Design
  - 4) APCO Worldwide
  - 5) Teikyo University

### Abstract

This paper is a summary report of Symposium I at the 12th Meeting of the Japanese Health Communication Association, titled "Health Communication for Nurturing and Moving Patients, Residents, and Communities". At this symposium, three practitioners working on empowerment and social inclusion of vulnerable parties having difficulties in their lives. First, a psychiatrist Dr. Imamura introduced "Tojisya-Kenkyu" by clients with mental disorder, which is a collaborative process of studying oneself through communication with others who share similar experiences. Next, Mr. Kakei as a designer introduced their project, "How to walk in the world of dementia", which conveys the world experienced by people with dementia so that people without dementia can understand it. Then, Ms. Nagai specializing in public affairs reported on a case study of macro-level advocacy, which enabled policy changes for women's health promotion. After the presentations, Dr. Fukuda of Teikyo University wrapped up the symposium. He presented a new aspect of health communication, which is "Communication FOR Health" and concluded that health communication will be more interesting, involve more researchers and practitioners, and improve people's health.

### 要旨

本稿は、第12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1「患者、住民、コミュニティを育てる・動かすヘルスコミュニケーション」における各シンポジストの発表と総合討論を取り纏めて報告するものである。このシンポジウムでは、様々な生きづらさを抱える当事者のエンパワメントや社会的包摂に取り組んでいる3名の実践家が、各自の取り組みを報告した。まず精神科医の今村が、精神障害のある者が自らの体験を自らの言葉で伝える「当事者研究」について報告した。続いてコミュニケーションデザイナーの寛が、認知症のある人が経験している世界を認知症でない人にもわかるように伝える「認知症世界の歩き方」について報告した。最後にパブリックアフェアーズを専門とする永井が、制度や政策の整備や変革に向けて働きかけるマクロレベルのアドボカシーの具体的なアプローチについて報告した。これらの実践報告の総括として帝京大学の福田が、「Communication FOR Health」というヘルスコミュニケーションの新しい側面を提示し、今後のヘルスコミュニケーションがさらに面白く、多くの研究者や実践者を巻き込み、人々の健康にさらに貢献するであろうと締めくくった。

キーワード：エンパワメント、アドボカシー、社会的包摂、当事者研究、デザイン

Keywords: Empowerment, Advocacy, Social inclusion, Tohjisha-Kenkyu, Design



## 1. 序文

健康の社会的決定要因に関する知見が次々と明らかになる中、格差の底辺にいる人たち、社会的に不利な立場に置かれている人たちを知り、その状況を改善する取り組みが、公衆衛生、医療、福祉などヘルスケアに関わる者に求められている(WHO CSDH, 2008)。近藤ら(2015)によると、最大の健康リスクとして知られている貧困とは、単に低所得を意味するものではなく、社会参加や他者との交流、社会保障等の制度との接点、労働市場における地位など様々な社会的な不利が内包された概念である。さらに社会的排除や孤立と健康状態の関係は一方向ではなく、例えば社会的排除によるストレスから精神疾患を発症すると社会経済的地位が低くなりさらに孤立の状態が強まるといのように、双方向に影響しあうことも指摘されている(大平ら,2015)。

そもそも人の健康状態は、活動や社会参加に大きな影響を受ける(WHO, 2001)。ヘルスプロモーションにおいても、個人というマイクロレベルの焦点だけでなく、その人を取り巻く家族や組織というメゾレベル、さらに国の制度や政策というマクロレベルへの働きかけを視野に入れた「エコロジカルアプローチ」(McLeroy, et al. 1998)が重要であると言われてきた。

一方で、個を対象とするヘルスケアや援助においては、これまで、人の問題に焦点を置き、問題となっている行動を望ましいとされる方向に修正しようとする行動変容アプローチ(Thomas, 1967; Edberg, 2010)が中心であった。すなわち客観的なエビデンスを重視し、「正解」とされる行動ができるように教育等の手段で働きかけるといものであり(Tengland, 2012)、疾病予防や管理におけるヘルスコミュニケーション戦略もこの枠組みで発展してきた(US NCI,2001)。

こうした従来のアプローチとは別に、当事者自身が語る物語の中から現状の問題や当事者が持つ強み等を見つけ、物語を通して自己と取り巻く社会の変容をも視野に入れるナラティブなアプローチが、近年ケアや援助の分野で注目されている(野口,2002)。従来の、対象者の弱点に焦点をあてる援助観に対して、対象者のストレンクスを伸ばしていく視点(Rapp and Goscha, 2001)やエンパワメント・アプローチ(Judith, 1994)の重要性も、広く認識されるようになっていく。

そこで、学術集会初日のシンポジウム1では、ヘルスコミュニケーションの新たな挑戦分野として、障害等の困難があり社会で生きづらさを感じている人々のエンパワメントにつながるコミュニケーションの実践に焦点を当てることにした。社会的排除の状態におかれがちな人々を包摂していくためにヘルスコミュニケーションは何ができるのか、従来の学問領域に囚われない新たな視点・視座・視野を得ることを目的とした。

本稿では、続く第2節で、精神科クリニック院長の今村達弥が、精神障害がある当事者本人と医療者の協働的な取り組みである「当事者研究」の可能性を報告する。

第3節では、コミュニケーションデザイナーの寛裕介が、認知症の人々が見ている世界を知ってもらう「認知症世界の歩き方」について報告する。第4節では、政策や社会へ変化をもたらすマクロ・アドボカシーのプロセスについて、永井昌代が具体例を示しながら述べる。最後に、シンポジウムの座長で指定討論者であった福田吉治が、ヘルスコミュニケーション学の地平における本シンポジウムの意義や位置づけを総括する。

## 2. 「当事者研究」がもたらす当事者-専門家双方の変化の行方

新潟市の精神科クリニック「ささえ愛よろずクリニック(通称「よろクリ」)」では、当事者・家族・専門家が共に考え共に創る「コ・プロダクション・モデル」を念頭に、より人間的な精神医療サービスの道筋を探っている。本節筆者の今村は、長期間大量の薬物療法に反応の乏しかった統合失調症の患者が「当事者研究」(向谷地ら, 2018)のセッションを経て劇的に回復する姿を目の当たりにして以来、チーム医療にこの当事者研究を組み込むようになった。以来、従来の医学モデルの治療とは異なる、当事者のナラティブを尊重する独自のアプローチが開拓されつつある。本節では、当事者研究とはどのようなのかを概説した後、このプロセスを通して患者自身がどのように変化していったのか、さらに精神科医である今村がどのように変化したのかを報告する。

2001年に北海道浦河町の社会福祉法人「浦河べてるの家」で始まった当事者研究というアプローチは、障害や病気をはじめ、様々な困りごとを抱えた本人が、その解釈や解決を専門家や支援者に丸投げするのではなく、支援者と協同的に研究していく取り組みである(向谷地ら, 2018; 熊谷, 2020)。この取り組みは、英国の精神保健福祉サービスの中核概念である“Co-Production”(NEF, 2013)の理念にも通じるものであり、“Tojisy-Kenkyu”として世界でも徐々に知られるようになっていく。

具体的なプロセスは、自助グループ的なミーティングの中で、自分の抱えている苦労や弱さを自己開示することから始まる。その苦労や弱さに皆でネーミングをし、そこから参加者が互いに語りを広げていく。参加者も、語った人の体験を自分の体験と重ね合わせたりしながら言葉を紡ぎだす。いわば「言葉のジャズ・セッション」を重ねる中で、本人に合った「自分の助け方」を見出し、いこうとするものである。

よろクリでの当事者研究セッションは、精神科デイケアの場で月1回行われているが、別に週2回行われているソーシャル・スキル・トレーニング(SST)の下地が活かされている。よろクリデイケアでは、SSTにより互いの「いいところ探し」をしながらコミュニケーションの練習を積み、互いに何を言っても大丈夫という安心感が醸成されている。当事者研究はまず、他の人の体験談を聞くことから始まる。体験談は、デイケア以外にセミナーや、障害を持つ当事者が書いた本などで得ることもある。

人の体験の中に自分も似たところがあるなど感じ、日記をつけたりして自分自身を振り返る中で、その人なりの気づきが得られると、やがてそれをデイケアの場で発表してみようということになる。筆者やクリニックのスタッフは、患者が他の人の体験を聞けるきっかけをつくったり、デイケアに誘ったりという役割も担っている。

よろクリの当事者研究では、語る人の横にホワイトボードが置かれ、語られる独自の体験や世界観を、本人やファシリテーター、サブファシリテーターが、図やイラストなどで可視化していくのに用いられる。体験の分かち合いにおいては、ロールプレイが用いられることもある。当事者研究のセッションが理想的な形で進行するとまさに「言葉のジャズ」という形容がふさわしいコミュニケーション空間が生まれる。体験を聞いている人たちも、自分の体験と重ね合わせたりしながら、自分なりの解釈や対処法を披露したりと、話に広がりや生まれていく。自分一人の気づきとは違う、多様な気づきや視点が得られたり、誰かの新しい言葉によって現実認識が再構築されたりする。そうして得られた新しい解釈や感触、対処法を実生活に持ち込み、どのような違いが出るかを実験してみるという流れである。

当事者研究で快復していった佳子さんの症例を紹介する。佳子さんは30年以上にわたり幻聴に悩まされてきた40代の女性である。三女として生まれた佳子さんは、6歳の時に弟（両親にとっての長男）ができた。その後、中学校でいじめを受け不登校になり、26歳で結婚し子どもが一人できた。離婚を経て、現在は両親、弟、息子と暮らしている。

症状が悪かった頃の佳子さんは、悪い幻聴に支配されており、4回の精神科入院を経て、当クリニックに通うようになった。その後も悪い幻聴（後に「クロ」と名付けられる）に妨害されて通院できなくなった佳子さんは、当院からの月2回の訪問診療と週1回の訪問看護を利用するようになった。その頃の筆者は、とにかく悪い幻聴を消さなければならないと、薬物で治療をすることに力を注いでいた。一方、訪問看護師は心理社会的アプローチを用いた介入をうまくやっていたのだが、筆者はその成果をうまく活用できないまま分業を続け、薬物治療に行き詰まりを感じていた。

訪問看護師の働きかけのおかげで、佳子さんは得意の漫画で自身の幻覚体験を描くようになったのだが、漫画を描く過程で、佳子さんには「悪い幻聴」だけでなく、支えになるような「良い幻聴」（後に「雅子さん」と名付けられる）、さらに傍観者的な幻聴（後に「髭じい」と名付けられる）など複数の幻聴が常にあることが判明していった。悪い幻聴に囚われ服薬を拒否することもあったが、SSTで介入しロールプレイで佳子さんが悪い幻聴との対話を試みると、悪い幻聴は自分が薬で消されることが嫌で服薬を妨害していたことが分かった。

ちょうどその頃タイミングよく、院外で開催された向谷地生良さん（浦河べてるの家理事）の当事者研究ワー

クショップへ、佳子さんも参加することになった。飛び入りセッションにおいて佳子さんから、良い幻聴（雅子さん）は、弟ができた6歳の頃、お母さんを取られたように感じて寂しいと感じた時に初めて現れたということが語られた。筆者も知らないことであったが、その場で佳子さんは向谷地さんから「幻聴に育てられた人」の異名をもらい、拍手喝采を得たのである。さらに佳子さんによると、その会場には悪い幻聴の「クロ」も来ていたのだが、クロに対して「来てくれてありがとう」と言うと、会場から拍手が沸き起こり、初めてクロがニヤリとするのを佳子さんは見たという。その時から、クロも含めた幻聴たちの気持ちを佳子さんはだんだんと汲み取れるようになっていった。

このようなプロセスを経てしばらくすると、今度は傍観者的な幻聴の「髭じい」が、自ら仲裁役を申し出て、悪い幻聴「クロ」と良い幻聴「雅子さん」の和解が成立することになった。図1は佳子さんが描いた幻聴たちの和解の場面である。この和解以来、悪い幻聴クロは佳子さんにあまり悪い命令をしなくなり、佳子さんは、ついにデイケアに通所ができるようになった。訪問診療を始めてから2年半が経過した頃のことであった。

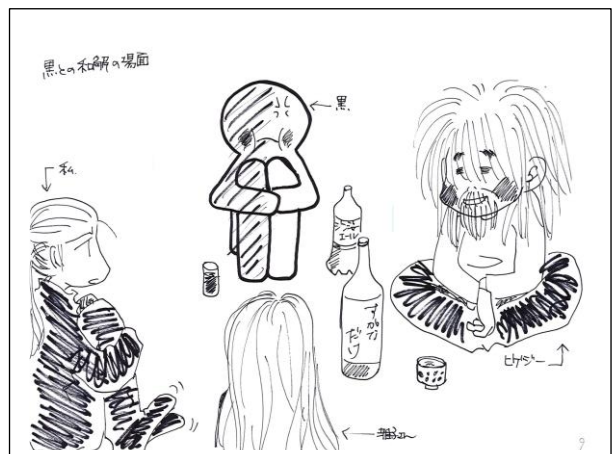


図1 佳子さんが描いた幻聴の和解

佳子さん以外には誰にも見えない「幻聴さん」たちであるが、当事者研究によって幻聴どうしの関係性など佳子さんの見ている世界が、本人の言葉やイラストで可視化されていくことにより、そこに意味や理由があったことがわかるようになった。

たとえば佳子さんの生家は、古くからその地区に伝わる観音様を守る役目を代々担っており、男子の跡継ぎを切望していたという事情があった。佳子さんが6歳の時に待望の男子が初めて生まれて両親は大喜びしたわけだが、その時の寂しさが幼少の佳子さんの幻聴出現のきっかけだった。後に佳子さんの母親より、実は母親自身も男子を産めないことのプレッシャーで、一頃ノイローゼになりかけていた話などを聞き、家族史の中で、いわば必然的とも思える経緯があって生まれてきた幻聴の役割や関係性を理解できるようになった。佳子さんが言うに、

和解後のクロは自分を佳子さんのお母さんから家族と認めてもらいたいという願望を述べたそう。当時は筆者も気づかなかったが、佳さんの気持ち、つまり家族として再結成したいという願望を、クロという幻聴が代弁していたのではないかと考えている。

最後に、当事者研究の実践によって筆者に起きた変化を述べる。筆者は当初、多くの精神科医と同じように、幻聴や妄想をあまり実体化すると、逆にそれを強めてしまうと考え、まともに受け合えないようにしていた。当事者研究と出会ってから約1年後に、ようやく患者の中の幻聴を実体化して交渉相手としてもいいかと納得するようになり、その後、生物学的治療だけでなく、心理社会的アプローチや当事者研究を統合的に用いるようになった。当事者が、幻聴の声だけでなく感情にまで思いを巡らすことで、次第に幻聴のキャラクターが浮き彫りにされて、むしろ幻聴からの被影響感が減弱し、当事者が逆に幻聴に働きかけることが可能になり、治療の関係性を保つことができるようになったのである。筆者は、幻聴は悪いものばかりではなく、良い幻聴や寡黙な傍観者的な幻聴の存在も確認できるようになった今、実は薬物療法こそが、本当は敵でないものを実体化して捉え、脳内を爆撃してしまっていたのではないかとすら思うようになっていく。

その後の筆者は、看護師の心理社会的アプローチを分業的態度で接するのではなく、薬物療法と統合していく観点でチーム医療を試みている。「幻聴さん」に薬の効き方を直接インタビューしたりと、あらゆるものへ対話の可能性が開かれていると信じてみたい気持ちになっている。いわば「幻聴さんも含めたコ・プロダクション」と言えるかもしれない。さらには、幻聴を解離性障害の交代人格と見立てると、統合失調症の新たな精神療法的アプローチにつながっていくのではないかと手ごたえを感じている。

### 3. 認知症世界の歩き方

この節の筆者である寛は、全国各地のまちづくりや社会課題の解決に、デザインというアプローチで取り組んできた。各地で取り組んできた社会課題には、児童虐待やDVなど深刻なものも含め様々ある。

これから紹介する「認知症世界の歩き方」は、産学官が参加する「認知症未来共創ハブ」(代表 慶應義塾大学健康マネジメント研究科 堀田聡子教授)で取り組んでいるプロジェクトのひとつで、ウェブサイト(<https://designing-for-dementia.jp/guide/about/>)でも公開している。認知症の人が見ている世界、体験している世界を、認知症でない一般の人がひとつひとつ、納得できるような形で体験していける連載型のコンテンツである。認知症の人が見えている世界や見えている風景は、我々にはわからない。その世界を、ご家族、支援者、さらに一般市民が理解することが、認知症とともによりよく生きるために重要であるとの思いから、この「認知症世界

の歩き方」を作成するに至ったのだが、始めるきっかけとなったエピソードがある。

若年性アルツハイマー型認知症の丹野智文さんから当事者が集まる会でのこと、あるご夫妻が丹野さんのところに寄ってきた。奥さんによると、夫にはレビー小体型認知症があり、汚れた帽子を片時も脱ごうとせず困っているとのことであった。奥さんが帽子を洗濯したいのと脱がせようとする、夫が怒って暴力的になり、それでも絶対に脱ごうとしないので、途方に暮れているという。丹野さんが「ご主人と2人で話をさせてください」といって、直接本人に訊いてみると、本人には頭の上から木が垂れ下がっているという幻視が見えており、その帽子は頭に怪我をしないように木の枝から守るためにかぶっていると、非常に論理的でわかりやすい説明があったという。つまり夫の中には帽子を脱げないもっともな理由があったのだが、妻にはその幻視の世界がうまく伝わっておらず、両者の間にコミュニケーションの問題があったことに気づいた。家族が困りごとと感じているのは、互いに見えている世界が異なっていることを前提にしたコミュニケーションがうまく機能していないことに端を発していることがわかった。この出来事がきっかけとなり、コミュニケーションデザイナーである著者は、どういう物を作れば認知症の人が生きている世界が一般の人にもうまく理解してもらえるかを考えるようになった。

「認知症世界の歩き方」は、前述の丹野さんの他に、レビー小体型認知症の樋口直美さんら、多くの当事者の方々へインタビューを行い、その内容をベースに制作し、最終的に当事者に監修を受けている。「サッカク砂漠」「七変化温泉」「アルキタイヒルズ」など、ユニークに命名された場がそれぞれ体験のストーリーとなっており、13話で構成される。この世界に行くと誰もが記憶、注意、空間認識などが脳の誤作動によりいろんなハプニングを経験する、そんな旅を楽しみながら、認知症について学んでいただくという内容である。

では、認知症世界の一部を具体的にご紹介しよう。まずは「顔無し族の村」。ここは、人を顔で見分けることはできない人々が暮らしている、認知症世界の中の村である。ベースになっているのは、営業職の時にお客さんの顔が見分けられなくなって困ってしまったという丹野さんの体験談である。私が初めて丹野さんにお会いしたとき、「僕は人の顔を覚えられないから、次に会ったときにわからないと思うけど気にしないで。話していると思いつくから」とあっけらかんと話された。丹野さんがどのように人の顔を認識できないのか、詳しく話を聞いていくと興味深い実態が見えてきた。たとえば丹野さんは、同じ人であっても写真に写っている顔と目の前の人の顔はまったく違うものに見えてしまい、一致を認識できないという世界に生きていた。テレビドラマを見ていても、登場人物の顔がわからないから、役の区別がつかず、全然楽しむことができないという。しかし、最近になって、アニメの場合だとキャラクターの違いがわかることに気

づいたそうだ。この丹野さんの話から見えたのは、人は顔を認識するとき、必ずしも画像として捉えているわけではなく、自分の頭の中の過去の記憶と見えている世界を適合させつつ顔を認識しているということだ。我々が10年以上も会っていない昔の同級生でも再会した時に分かるのは、記憶と視覚の情報とを合わせてその整合性から判断しているのであり、見た目だけで判断しているわけではない。認知症のある人が「顔が分からない」ということは、単に忘れてだけでなく、記憶と視覚情報を結びつけて顔を認識するという機能にトラブルを抱えた状態で生きてると推察された。そこで、この「顔無し族の村」で暮らす人々は、声や体の特徴、その人との大切な思い出でお互いを見分けてお互いに繋がっているという設定にした。

続いて紹介するのは、「カクテルバーDANBO」という認知症世界のバーである。カクテルパーティ効果という言葉がある。パーティ会場などザワザワとうるさい中でも、人には必要な情報を聞き分けて、そこに注意を向けることができるという機能がある。しかし認知症の人の中には、バーテンダーと会話していても、いろんな人の声が全部耳に入ってきてしまい、自分が聞きたいマスターの話に注意を寄せられないという人がいる。会話に集中できず、言いたいことが言えないという認知症世界のバーで、誰かと話しているときに外で救急車のサイレンが鳴る。我々は「あ、救急車だ」と気がついて話を一瞬は止めても、また元の話に戻ることができるだろう。しかし認知症世界では、目の前の人との会話に注意を戻すことができないばかりか、救急車が通りすぎた後でも、頭の中でサイレン音が鳴り響いてしまい、その後も満足に会話ができなくなる。そのような注意に関するトラブルを体験するストーリーである。

次の世界「ミステリーバス」では、自分がどこにいるか、どこに向かうのかわからないという不思議な体験をしてしまう。あるバスに乗って「これならば8時半に目的地に着けるな」と思っている時に、フーンと意識がなくなる。ハッと意識が戻ったとき、自分がどこにいるのか、なぜバスに乗っているのか、どこに向かっているのか、自分がいる場所や今やっている行為が消えてしまうという話だ。



図2 アルキタイヒルズ「認知症世界の歩き方」より  
(<https://designing-for-dementia.jp/guide/column/008/>)

最後に紹介する「アルキタイヒルズ」は、幸せな思い出とともに歩き回れる街だ。自分にとって強い思い出が残っている場所、たとえば絶世の美女とデートした思い出など、楽しい昔の記憶がどんどん呼び起こされ、まるで昔の記憶の世界に迷い込んだかのようにどんどん歩みを進みたくなる街である。認知症を経験していない我々も街歩きの際に、ここは幼馴染みと遊んだ公園、あっちは昔会社に通った道で、ここは仕事終わりによく立ち寄った店だというように、街の風景と自分の記憶を結びつけて歩くことがある。そんな時は、懐かしい思い出に浸ってなんとも心地よく、気持ちが安らぐ。「アルキタイヒルズ」は、「徘徊」と呼ばれる認知症の代表的な行動について、認知症の当事者側に立って描いている。その人が無目的で歩いていると誤解されがちだが、20年前に勤めていた会社に足が向いたり、ほぼ必ずその背景には過去の記憶や本人の意図があるという。時々タイムスリップして、その時代のその場所を歩いてしまうという認知症世界を、認知症でない人も納得感を持てるように描いた。

以上のように、認知症の人が様々な領域で抱える脳の誤作動・トラブルを、いかに本人でない人が体感し、腑に落ちるように、感覚的にわかってもらうかということ意識して13のストーリーを展開してきた。頭で理解してもらうというよりは、認知症の人の見えている風景を心で感じたり、感覚的に理解してもらうようなコミュニケーションが大切だと感じている。わかりにくいものではあるが、当事者の話の中から核になるものを掴んで、それを、皆が知りたい、感じたいと思うように表現するところが、デザイナーの腕の見せどころだと感じている。

#### 4. アドボカシーにおいて重要な役割を果たす患者・住民・コミュニティ

ここからの第4節では、医療・健康政策に影響を与える効果的なアドボカシーについて、永井が論じていく。永井が所属するAPCO Worldwideは、米国ワシントンDCに本社を持ち、世界38都市に拠点を持つパブリックアフェアーズを専門とするコンサルティング企業である。戦略的なコミュニケーションを立案するコンサルタントとして、世界各国の様々なアドボカシー活動に関わっている。ヘルスケア分野においても製薬企業やNPO、医療機関等の依頼を受けて、アドボカシー戦略を立案してきた。

アドボカシーは多様な立場の人が多様な目的で行っているものであり、何もヘルスケア分野に限ったものではない。ヘルスケアの分野では、世界保健機関(WHO)が「個人的、社会的アクションを組み合わせたものであり、特定の健康事業や健康目的のための政治的コミットメント、政治的支援、社会からの受容、制度的支援を勝ち取ること」とアドボカシーを定義している(WHO, 1998)。こ



の定義を神馬は「多くの人々から支持され、政治家や行政官からの支援も得て、事業の実現を目指す諸活動」(神馬, 2017)と要約している。これらの定義が示すように、アドボカシーにおいては、その事柄が関連する様々なステークホルダー(利害関係者)と話し合いなどによって関わり、その期待や関心を考慮しながら進めることが必須となる。このような多様なステークホルダーと関係をつくっていくことを「マルチステークホルダー・エンゲージメント」と言う。

誰もがインターネットで情報を発信できる今日、ステークホルダーは政治家や議会、マスメディアなど特定の力を持つ人だけではない。特に公益に資する健康政策等の実現に関しては、患者や市民、コミュニティといった多様なステークホルダーとともにアドボカシーを進めていくことでゴールを達成しやすくなると考えている。では、実際にどのようにアドボカシーを進めていくのか、筆者が関わった「働く女性の健康増進プロジェクト」という具体例を紹介する。

このプロジェクトは、ある製薬会社からの相談を機に始まり、マルチステークホルダー・エンゲージメントにより、大きなうねりとなったアドボカシー活動である。背景に、日本では若年女性が婦人科を気軽に受診できる環境が整っておらず、婦人科検診の受診率を見ても8割を超えている欧米や韓国などに比して著しく低いという課題があった。女性自身も自らの健康に関するリテラシーや意識が高いとは言えず、サポートする制度や仕組みも十分でない。そこを変えていきたいというのがそもそもの狙いであった。

折しも当時の政権は、経済活性化の3本の矢の1つとして女性活躍を進める方針を示し、2014年の国連総会で首相が女性活躍社会の実現を表明するなど機運が高まっていた。我々のプロジェクトは、本来は子どもから高齢者まで幅広い年齢層の女性の健康増進を求めて2015年の春先から準備を始めたのだが、このようなタイミングだったので、戦略的に「働く女性」を切り口とし、名称を「働く女性の健康増進のためのプロジェクト」とすることにした。ステークホルダーである政府や企業には、他にも取り組むべき様々な健康課題がある中で、女性の健康の優先順位をあげてもらわねばならない。政権の中心的な政策に沿うような文脈で見せることにより、ステークホルダー達の取り組みを加速させ、確実に推進してもらうことができると考えた。女性活躍推進法により、女性管理職の登用30%とか、子育て支援などいろいろな形で施策がスタートしたのに、根本となる女性の健康に対する施策は十分でないというロジックは、誰にとってもわかりやすい。という経緯で「働く女性」がプロジェクトの入り口となった。

我々の具体的な狙いのひとつは、婦人科診療の受診を向上させることであった。欧米では、初経を迎えた女子が母親とともに婦人科診療ができるクリニックを訪ねて、以降はかかりつけ医として女性特有の健康に関する様々

な相談ができるようになっている。一方の日本では、妊娠、出産を機に初めて婦人科を訪れる、あるいは子宮がんなど重篤な疾患になってはじめて婦人科を訪れるという現状があり、これを変えたいという狙いがあった。当然ながら、年齢ごとに女性の身体は変化していき、女性特有の疾患も出てくる。全ての世代の女性が婦人科にもっと積極的に行けるように、婦人科に行くことのハードルを下げたいという思いがあった。妊娠・出産期、更年期、骨粗鬆症防止といったライフサイクルに沿った健康増進プランを進めることを目標にプロジェクトを推進した。

プロジェクト開始後、最初に着手したのは、働く女性が健康を損なうとどのくらいの社会的損失があるかという試算であった。医療政策シンクタンクである日本政策医療機構と共同で実施した我々の試算によると、年間6.37兆円もの経済損失があり、これは日本の国土交通省の年間予算よりも大きいことを示すことができた。アドボカシーを進める上で、エビデンス(根拠となるデータ)を、政策の意思決定に関わる人にわかりやすく提示することは非常に重要である。この6.37兆円という数字が出た時には、プレスリリースを発行し、報道メディアへのブリーフィングを行った。この数字のインパクトは大きく、結果として、新聞社、テレビのキー局、経済紙誌、さらに共同通信等を通じてほぼすべての地方紙までもが記事にしてくれるなど、主要メディアに掲載された。

こうした試算とほぼ同時期に行ったのが、働く女性の健康増進に関する重要なステークホルダーである企業へのアプローチである。少し前から始まっていた健康経営銘柄やなでしこ銘柄といった企業の価値を上げるための動きともうまく連動させながら、推し進めたいと考えた。もし女性社員の健康が損なわれれば、当然ながら企業の医療保険の負担額も増えるので、このプロジェクトは企業にとってメリットがある。また、女性活躍推進法という法律はできたものの、実際のところ企業の多くは、自分の会社は何をやったらいいのか迷っていたという状況があった。そこで東洋経済と組んで、企業の役員クラス向けに、女性活躍と女性の健康増進に関する情報を提供するイベントを開催したところ、100人の枠に160人も企業の役員が申し込みがあった。イベントでは、日本航空やワコール等の企業による女性社員の健康増進の具体的な取り組みケースを紹介、前述の医療政策機構と実施した調査結果の紹介、経済学者の講演等が行われた。参加者の反響は大きく、何をしたら良いか悩んでいる企業が多いことが良く分かった。

こうした活動以外にも、働く女性の健康に対する知識と職務上のパフォーマンスとの関係、継続的な調査を行い、パートナーのシンクタンクと様々な情報発信を行ってきた。

一方、働く女性の健康増進の取組みをやればやるほど、当事者である女性たちのヘルスリテラシーを上げることの重要性に気づくことになった。企業内で活躍する女性

と話をすると、高学歴で真面目で一所懸命な女性ほど、キャリアの追及に追われて自分の健康に思いが至らなかったり、病気なのに頑張りすぎていたり、望んでいたのに出産が難しい年齢になってしまっていたりしていることがわかった。女性の健康リテラシーの低さを克服し、健康に関する知識の底上げをしていくことが重要だと痛感した。

そこで、働く女性の健康増進を押し進めるのと並行して、思春期までの女子にどのような健康教育が必要かを国立成育医療センターの先生らと議論し、2019年施行の成育基本法で制度づくりを進められるように、青少年の問題の緊急提言を行ったり、第五次男女共同参画基本計画策定に向けた委員への働きかけなども行った。

こうした一連の活動の結果、国会の予算委員会の場合、我々が試算した損失額6.37兆円の数字を挙げて議員が質問したり、与党の勉強会に招かれて調査結果を報告する機会を得ることもでき、女性の健康を包括的に支援する制度の整備が進むことになった。さらに、経済産業省に働きかけをした結果、健康経営銘柄の選定基準の項目として、女性社員の健康増進の取組みを必須項目として入れないと選定できないようにするという成果を勝ち取ることもできた。

通常、我々の顧客は企業であり、企業がアドボカシーの主体となるのだが、この働く女性の健康増進のための一連のアドボカシー活動においては、成果を上げるために医療政策機構などのシンクタンクとパートナーシップを組み、様々なデータを収集し比較できる資料を作ったり、国立成育医療センターをはじめ様々な医療の専門家とも連携した。また、子宮頸がんの啓発や乳がんの啓発をしているNPOや患者団体などとも一緒にセミナーを開催したり、シンポジウムの登壇者としての相互協力も行った。特に日本のNPOは人的資源や資金面でも厳しい状況にある団体が多く、それに対してもサポートするようにして連携をしてきた。

表1に、企業主体の場合と、患者・住民・コミュニティ主体の場合と、それぞれのアドボカシーの比較を示した。幸いにも働く女性の健康増進プロジェクトは、企業が自社の利益ではなく、女性の健康増進のためにやれることをしたいと尽力した例外的なものであったが、一般的に企業がアドボカシーをする場合は利益優先であることが多い。製薬会社をはじめ医療系の企業は、自社のマーケティングにどう直結するかを意識しており、短期的な結果を求めがちで、じっくりと時間をかけるようなアドボカシーができないという課題がある。しかし企業には、我々のようなエージェンシーをはじめ様々なリソースを使って調査をする力がある。特に外国の企業内には「パブリックアフェアーズ」という部署があり、プロフェッショナルなアドボカシーのノウハウも蓄積されている。

表1 アドボカシーにおける「企業」と「患者・住民・コミュニティ」の比較

企業主体	患者・住民・コミュニティ主体
企業の利益優先	社会の利益優先
短期的な結果	長期的な取り組み
一定の予算と人員の投資	リソースの欠如
プロフェッショナルのノウハウ	アマチュア

一方、患者・住民・コミュニティが主体だと、資金などのリソースも乏しく、知識やノウハウがないという課題がある。政策形成の知識がないために、意思決定に影響力を持つネットワークに関わることも難しい。メディアにどう発信したらいいのか、誰とどのようにパートナーシップを組むべきかもわからない。しかしそうであっても、アドボカシーには患者・住民・コミュニティの参加が不可欠だと、私は考えている。お金儲けのためではなく、実際に困っていたり悩んでいたりにしている患者・住民・コミュニティは、社会を良くしていこうとする主体である。そのような人たちがアドボカシーの中心になることで、望ましい社会が実現され、それはひいては企業のためにもなると考える。企業は企業の利益になるようなアドボカシーを今後もしていきたくらうが、そんな企業をパートナーとして活用することを、患者や住民団体は考えても良いのではないかと感じている。一人一人の国民がこうした知恵や知識を身につけて力をつけていくことも大切だと考えている。

最後に、私は今ビジネスとして、企業のために、企業の立場でアドボカシーを行っているが、翻って一納税者の立場で考えると思いは複雑である。女性の健康増進はもちろん賛成だが、もし自分が違う立場、たとえば女性でなかったり、あるいは他の特定疾患で非常に苦しんでいたりと、あるいは健康自体に価値を感じずもっと違う政治的に優先してほしいことがある場合には、女性の健康を政策として優先する正当な理由を示して欲しいと思うだろう。何を優先すべきか、何処までが個人の利益で、どこまでが社会の利益なのか、あるいはどこまでが企業の利益かの線引きは難しい。それ自体を社会全体で議論してコミュニケーションしていく必要があるだろう。

## 5. 総括—新しいヘルスコミュニケーションに向けて

シンポジウムの指定発言者であった帝京大学の福田が、最後にこのシンポジウムで感じたことを述べ、本報告の纏めをする。

帝京大学で開催となったヘルスコミュニケーション学会学術集会の数か月前に、このシンポジウムの指定発言の依頼を受けた。大会の少し前にシンポジストの抄録を読み、正直めんくらった。今回のシンポジストは、3人ともそれぞれが大変すばらしい活動をされている。でも、これって、ヘルスコミュニケーションなの？私はいったい何を発言すればいいのだろうと悩む日々であった。

大会当日、3人の発表を聞いたオーディエンスは、私

と同様に、ヘルスコミュニケーションをどう捉えたらよいか、モヤモヤと考えてしまったのではないだろうか。

改めて3名の抄録を読み直していると、私の懐かしい時代が思い出された。私が大学院を修了し、東京のとある研究所で研究員として働き、これからどんな分野で研究をしていこうか、研究者として、やっつけられるかと思っていた頃のことだ。

その時に出会ったのが、“健康格差”と“ヘルスコミュニケーション”だった。当時、欧米でマイケル・マーモットやイチロー・カワチらが、健康の社会的決定要因に注目し、社会疫学という分野を確立しつつあった。一方、ヘルスコミュニケーションは、医療におけるリテラシーの格差が問題となり、また、米国疾病予防管理センター（Centers for Disease Control and Prevention：CDC）などによる健康情報提供のためのヘルスコミュニケーションの体系化が進んでいた。

よし、私もこの分野でいこうと、健康格差についての研究を始め、他方、ヘルスコミュニケーション研究会（通称、ヘルコム研）なるものを立ち上げた。平成10年あたりのことである。幸い、健康格差の研究は時勢にも乗り、このような指定発言をするような立場にもなった。かたや、ヘルスコミュニケーション研究会は3回で終わってしまった（泣）。日本ヘルスコミュニケーション学会の前身の日本ヘルスコミュニケーション研究会の第1回が開催されたのが平成21年なので、私が始めた研究会がうまく継続していれば、今頃、私がヘルスコミュニケーション学会の理事長に君臨していたかもしれない。

さて、さらにさかのぼること数年。私が大学院生だった頃のマイブームは医療社会学だった。石川ひろの先生のお師匠さんでもある山崎喜比古先生ら、東大の先生方にも大変お世話になった。

医療社会学、Medical Sociology ってなに？ といえば、それは、大きく二つに分けることができると書いてあった。Sociology in Medicine、医療の中の事象を扱う社会学、もうひとつは、Sociology of Medicine、すなわち、医療を研究の対象とした社会学である。なるほどと思ったものだ。

これと同じことがヘルスコミュニケーションにと当てはまるのではないだろうか。Communication in Health と Communication of Health。前者は、医療やヘルスケアの中でのコミュニケーション、後者は健康情報のコミュニケーションである。このふたつが混在するため、ヘルスコミュニケーションは面白いのである。

さらに、このシンポジウムで、もうひとつのヘルスコミュニケーションがあることに気がついた。Communication for Health、すなわち、健康のためのコミュニケーションである。人々を健康にするためにさまざまなコミュニケーションをどう使うかということを考えるものである。

この3つ目のヘルスコミュニケーションが加わると、ヘルスコミュニケーションはさらに面白く、多くの研究

者や実践者を巻き込み、人々の健康にさらに貢献するであろう。このシンポジウムは、新しいヘルスコミュニケーションの分野を拓く記念すべきものだと思う。

## 研究資金

なし

## 利益相反自己申告

報告すべき利益相反はない。

## 引用文献

- Edberg, M. (2009). *Essential Readings in Health Behavior Theory and Practice*. Jones and Bartlett Publishers.
- Judith, A. B. L. (1994). *The Empowerment Approach to Social Work Practice*. Columbia University Press.
- McLeroy, K. R., Steckler, A. and Bibeau, D. (Eds.) (1988). *The social ecology of health promotion interventions*. *Health Education Quarterly*, 15(4):351-377.
- NEF. (2013). *New Economic Foundation. Co-production in mental health A literature review Commissioned by Mind*.  
<[https://neweconomics.org/uploads/files/ca0975b7cd88125c3e\\_ywm6bp311.pdf](https://neweconomics.org/uploads/files/ca0975b7cd88125c3e_ywm6bp311.pdf)> (last access 2021/01/05)
- Rapp, C. A., & Goscha, R. (2012). *The strengths model: A recovery-oriented approach to mental health services*. New York, NY: Oxford University Press.
- Tengland, P. A. (2012). *Behavior Change or Empowerment: On the Ethics of Health-Promotion Strategies*. *Public Health Ethics*, 5(2), July 2012, 140-153.  
doi.org/10.1093/phe/phs022
- Thomas, E.J. (1967) *Behavioral science for social workers*. Free Press.
- US NCI. (2001). *US. National Cancer Institute. Making health communication programs work*. NIH Publication. No. 04-5145.
- WHO. (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: World Health Organization.  
<<https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>> (last access 2021/01/05)
- WHO. (2001) *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva: World Health Organization.
- WHO CSDH. (2008). *Closing the gap in generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the commission on social determinants of health*. Geneva: World Health Organization.  
<[https://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/csdh\\_finalreport\\_2008.pdf](https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf)> (last access 2021/01/05)

- 大平英樹, 笠井清登, 西村幸香. (2015). 社会的ストレスと脳神経機能. In 川上憲人, 橋本英樹, 近藤尚己 (編). 社会と健康—健康格差解消に向けた統合的アプローチ. 東京大学出版会.
- 熊谷晋一郎. (2020). 当事者研究—等身大の<わたし>の発見と回復. 岩波書店.
- 近藤尚己, 阿部彩. (2015). 貧困・社会的排除・所得格差. In 川上憲人, 橋本英樹, 近藤尚己 (編). 社会と健康—健康格差解消に向けた統合的アプローチ. 東京大学出版会.
- 神馬征峰. (2017). アドボカシー実践に必要な2つの成長. 日本健康教育学会誌 25(2), 107-111.
- 野口祐二. (2012). 物語としてのケア—ナラティブアプローチの世界へ. 医学書院.
- 向谷地生良, 浦河べてるの家. (2018). 新・安心して絶望できる人生 「当事者研究」という世界. 一麦出版社.

\*責任著者 Corresponding author : e-mail  
miki@sfc.keio.ac.jp



## シンポジウム 2

### 多様性を理解し、支える医療コミュニケーション

#### Diversity Sensitive Communication in Healthcare

石川ひろの<sup>1)</sup>、武田裕子<sup>2)</sup>、大坂和可子<sup>3)</sup>、岡本左和子<sup>4)</sup>、藤崎和彦<sup>5)</sup>  
 Hirono Ishikawa<sup>1)</sup>, Yuko Takeda<sup>2)</sup>, Wakako Osaka<sup>3)</sup>, Sawako Okamoto<sup>4)</sup>, Kazuhiko Fujisaki<sup>5)</sup>

- 1) 帝京大学大学院公衆衛生学研究科
- 2) 順天堂大学大学院医学研究科医学教育学
- 3) 慶應義塾大学看護医療学部
- 4) 奈良県立医科大学公衆衛生学講座
- 5) 岐阜大学医学教育開発研究センター
- 1) Teikyo University Graduate School of Public Health
- 2) Juntendo University Graduate School of Medicine
- 3) Faculty of Nursing and Medical Care, Keio University
- 4) Nara Medical University
- 5) Medical Education Development Center, Gifu University

#### Abstract

Over the past several decades, patient and public involvement and collaboration with healthcare providers have been increasingly emphasized in health care. Various studies have indicated that patients' active participation in their care and healthcare decision making could lead to improved health outcomes and quality of healthcare. However, barriers to active participation and the characteristics of those who are likely to suffer from these barriers have also been suggested. Healthcare providers and institutions are increasingly expected to become sensitive to the diversity of their patients in communicating with them. Such communication could facilitate patient activation and participation, and decrease social inequality in health by supporting those vulnerable populations. The current article reports the discussion in the symposium of diversity sensitive communication in healthcare, focusing on the current status and future agenda of collaboration between healthcare provider/professional and patient/public in Japan.

#### 要旨

治療における患者の主体的な参加、意思決定の共有など、近年、保健医療のさまざまな場面で患者・市民の参加、医療者との協働が求められている。患者・市民が自分の健康を主体的に管理し、健康や医療に関するさまざまな意思決定に積極的に関わることが、健康アウトカムの向上、医療の質の向上につながることを示唆されてきた。一方、それを阻害する要因や、意思決定への参加、医療者との協働に困難を抱えがちな人々の属性も指摘されてきている。医療者、医療機関が、患者や市民の多様性を理解し、受け手に合わせたコミュニケーションを通じて、その主体化や参加を促していくことは、困難な立場にある患者・市民の支援、格差の解消につながる可能性がある。本稿では、このような医療者・医療機関側の取り組みや教育の例を取り上げた学術集会シンポジウムにおける報告と議論を共有するとともに、医療者・専門家と患者・市民との協働に向けたコミュニケーションについて、日本における取り組みの現状と今後の課題を議論する。

**キーワード：**やさしい日本語、Shared Decision Making、意思決定ガイド、コミュニケーション教育

**Keywords:** Easy Japanese, Shared Decision Making, Decision aids, Communication skills training

## 1. 序文

新型コロナウイルス感染予防対策に関連して、しばしば行動変容という言葉が聞かれるようになったが、医療者・専門家がコミュニケーションを通じて、患者や市民の態度や行動に働きかけ、望ましい健康行動をとるように促そうとする試みは、健康教育や患者教育において長く取り組まれてきたことでもある。とりわけ、慢性疾患の増加とともに、医療場面において、患者が自分の病気や健康について理解し、適切な行動をとっていくこと、医療者と協働して治療法を含めたさまざまな意思決定に積極的に関わることが求められてきた。患者・市民が自分の健康を主体的に管理し、健康や医療に関するさまざまな意思決定に積極的に関わることが、健康アウトカムの向上、医療の質の向上につながるとされている。

一方、それを阻害する要因や、意思決定への参加、医療者との協働に困難を抱えがちな人々の属性も指摘されてきている。年齢や社会経済的地位、ヘルスリテラシーなどさまざまである。保健医療専門職や保健医療機関が、患者や市民の多様性を理解し、受け手に合わせたコミュニケーションをとっていくことは、困難な立場にある患者・市民の支援、ひいては格差の解消につながる可能性がある。

本稿は、第12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2「多様性を理解し、支える医療コミュニケーション」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、患者・市民との協働に向けた医療者・医療機関側の取り組みや教育の例を取り上げた。

第2節の「外国人診療に『やさしい日本語』：誰にとってもやさしい医療を」は、順天堂大学の武田裕子氏の報告によるものである。日本語が十分に通じない外国人の患者さんとのコミュニケーションに役立つ「やさしい日本語」の普及を目指した取り組みについて紹介する。

第3節は、慶應義塾大学の坂和可子氏による「Shared Decision Makingを促進する意思決定ガイドの活用」に関する報告に基づいている。日本でも近年少しずつ聞かれるようになった Shared Decision-Making の概念とその促進のためのディシジョンエイドの開発、日本における現状とその

実用化に向けた取り組みについて述べる。

第4節は、奈良県立医科大学の岡本左和子氏による、「患者の視点とタイミングを大切に医療を伝える～『患者さんのために』は伝わらない～」と題した報告からである。協働を目指しながら、なぜ医療者と患者の思いはしばしばずれ違い、医療者の善意が必ずしも役に立たないことがあるのか、米国の大学病院で患者と医療者をつなぐ Patient Advocate として活動した経験も踏まえて、コミュニケーション学的な視点から分析されている。

本稿ではこれらの報告とシンポジウムにおける議論を共有するとともに、医療者・専門家と患者・市民との協働に向けたコミュニケーションについて、日本における取り組みの現状と今後の課題を議論する。

## 2. 外国人診療に「やさしい日本語」：誰にとってもやさしい医療を

### 1) なぜ英語ではなく「やさしい日本語」か？

日本に住む外国人は、今や300万人近い。外国人診療は英語と考える医療者は少なくないが、図1に示す通り、日本に住む在留外国人で英語圏の出身者の割合はわずかである。英語を話せるのは4割程度といわれている。一方、法務省の「2016年度外国人住民調査報告書」では、回答者の8割が日本語で日常生活に困らないと答えている（図2）。

そこで、相手に合わせて分かりやすく伝える「やさしい日本語」が、日本語を母語としない方々への支援に提案されている。「やさしい日本語」は、阪神淡路大震災をきっかけに注目され、東日本大震災でさらに広まった。行政の窓口や生活情報提供、訪日ツーリズムの場で効果を発揮している。しかし、医療者にはほとんど知られていない。

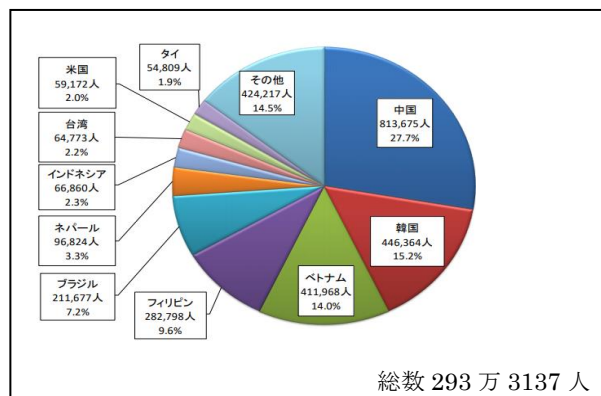
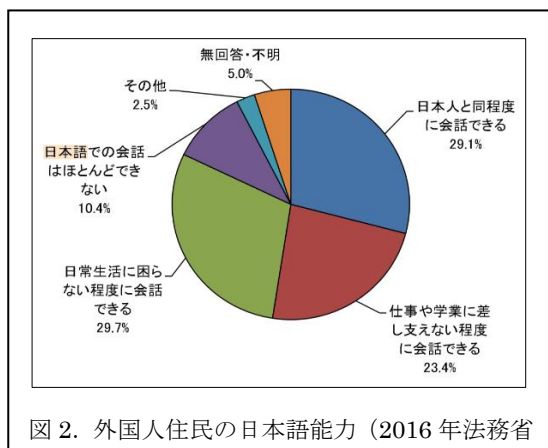


図1. 国籍地域別在留外国人(2019年)



## 2) 「やさしい日本語」はスキルというよりマインド

「やさしい日本語」を話すのに、新しい単語や文法を覚える必要はない。少しのコツや工夫で話すことができる(表 1)。大事なものは、伝えたい、理解してもらいたいという思い(マインド)だと考える。それがあれば、言葉の引き出しを開けて忍耐深く相手に伝わる日本語を探すことができる。

表 1. 「やさしい日本語」のコツ

- ① 話し出す前に整理する
- ② 一文を短くし、語尾を明瞭にして文章を区切る(「です」・「ます」で終える)
- ③ 尊敬語・謙譲語は避けて、丁寧語を用いる
- ④ 単語の頭に「お」をつけない(可能な範囲で)
- ⑤ 漢語よりも和語を使う
- ⑥ 外来語を多用しない
- ⑦ 言葉を言い換えて選択肢を増やす
- ⑧ ジェスチャーや実物提示
- ⑨ オノマトペは使わない
- ⑩ 相手の日本語力が高い場合は「やさしい日本語」をやめる

思い切って「日本語は分かりますか?」と声をかけてみよう。相手の応答の仕方が、どの程度の日本語レベルかを推測するヒントになる。どの単語、言い回しなら伝わるかは、相手の表情を見ながら判断する。日本に長年住み、尊敬語も謙譲語も使いこなす方もいれば、「ことばの壁」に不安な気持ちで受診している方もいる。相手に分かりやすい日本語が「やさしい日本語」であるなら、どのような言葉が伝わりやすいか、相手の背景を

十分に考えると同時に、伝わりやすくするさまざまな工夫(表 2)も「やさしい日本語」の構成要素と言える。

表 2. 在住外国人とのコミュニケーションの工夫

- ・「日本語は分かりますか?」という声かけから
- ・表情を見て相手の理解度をいつも確認する
- ・相手の言葉を繰り返して待つ
- ・どう理解したか話してもらう
- ・漢字文化圏の方には漢字で書く
- ・紙に書いて渡す
- ・説明の際には実物を見せたりネットの画像検索も活用
- ・多言語翻訳アプリを使ってみる

## 3) 医療通訳者は不可欠な存在

外国人診療では医療通訳者の存在が欠かせない。「やさしい日本語」は、日本語を母語としない相手に分かりやすく、こちらの言いたいことを伝えるのにも役立つ。しかし、こちらがどんなにやさしく説明しても、相手が自分の話したいことをどれだけ表現できるかはその人の日本語能力によって変わる。正確な情報収集が必要な医療では、やはり医療通訳者の助けが不可欠である。また、深刻な病気の説明や、難しい選択を患者やその家族に求めるときなど、医療通訳者による正確な通訳が必要な場面は少なくない。

一方、「やさしい日本語」は一文を短くし結論を最初に述べるため、通訳しやすい。翻訳デバイスでも普通の日本語よりも「やさしい日本語」の方がより正確に伝えられるという特徴がある。医療機関では、「やさしい日本語」と医療通訳は車の両輪ともいえる。

## 4) 「やさしい日本語」は誰にとってもやさしい

研修会で「やさしい日本語」に触れた医師や看護師からは、「外国人だけでなく日常業務に必要」、「外国人に限らず、高齢者や障害者にも幅広く役立つ」と言うコメントが寄せられる。特に、手話通訳者の方から、「やさしい日本語」は通訳しやすく助かるという言葉をいただく。

あまり知られていないが、日本手話は、日本語に

手話を付けた日本語手話と異なり日本語とは別の言語といってもよいほどの違いがある。外国語通訳者と同じで、手話通訳者は意味を考えながら手話に置き換えていく作業をするため、要点を率直に伝える「やさしい日本語」はとても通訳しやすいという。

「やさしい日本語」を初めて聞いたとしても、実はこれは特別なものではない。私たちは、同僚に話すときと上司に話すときでは言葉使いを変える。小児科の子どもや高齢患者さんと話すときにも自然に言葉を使い分けている。相手との社会的関係に応じて、意識してあるいは無意識に言葉を選択し調整しており、これを言語学では「言語調整行動」と言う。外国人に話すときも同様で、少しコツが必要だが、このコツを覚えていれば、だれでも「やさしい日本語」を使える。

##### 5) 医療者への「やさしい日本語」の啓発・普及

###### ● “医療×「やさしい日本語」研究会” HP

筆者らは、2019年1月に研究会を立ち上げ、研究会開催やHPを通しての教材の無料提供を実施している。



図 3.研究会 HP の QR コード

研究会メンバーは、共生社会コーディネーターの新居みどり氏（NPO 法人国際活動市民中心）、日本語教育学の岩田一成教授（聖心女子大学）と著者の石川ひろの、武田裕子の4名である。

2020・21年度はトヨタ財団特定課題2019年度「外国人材の受け入れと日本社会」の助成金を得て、オンラインでの研修会を開催している。全国各地の医療機関で開催される「やさしい日本語」研修会を開催してほしいと願っており、研修教材はすべて研究会HPからダウンロードできる。開催に際して必要に応じてサポートも行う。

その他、2021年度は、日本プライマリ・ケア連合学会学術集会や日本医学教育学会大会などでも研修会を開催する。

###### ● 東京都と大学との共同事業：動画教材作成

忙しい医療者にとって、講演会や研修会への参加はなかなか困難である。そこで、細切れの時間に

も学修できる動画教材を東京都と大学（順天堂大学・帝京大学・聖心女子大学）とで作成し、YouTubeにて配信している。動画は、順天堂医院の各部署の協力を得て、受付や外来、検査部や放射線部、薬剤部、病棟、会計など、様々な場面での医療者と外国人との会話を一般的な日本語と「やさしい日本語」で行っている。研究会HPから一挙に閲覧できる。

###### ● 医学部での「やさしい日本語」演習

国内医学部で初となる「やさしい日本語」の演習を外国人留学生の協力を得て行った。詳細は大学ホームページに掲載されている (<https://www.juntendo.ac.jp/core/education/yasashii-nihongo202011.html>)。

「やさしい日本語」教育は、医学部に限らず医療系学部で必修にする意義があると考えられる。さらに、多文化共生社会の推進に小・中学校で学ぶ機会があれば、医療者になったときにより円滑なコミュニケーションが可能となるのではないだろうか。

##### 6) おわりに

著者の武田が「やさしい日本語」に出会ったのは、ゼミの一環として「外国につながるのある子どもたち」を支援している団体の活動に学生と参加した時である。「ことばの壁」が医療機関受診をひどく遅らせていることを学んだ。

コロナ禍のなか、日本語を母語としない方々は、ますます医療機関を受診しにくくなっている。「やさしい日本語」で「ことばの壁」と、さらにそれによって生じている「こころの壁」を低くしたい。

### 3. Shared Decision Making を促進する意思決定ガイドの活用

#### 1) Shared Decision-Making (SDM) と意思決定ガイド

Shared Decision Making (SDM) は、患者と医療者の意思決定とその合意形成における医療の新しいコミュニケーションとして関心が高まっている。我が国でも、SDMを志向する患者は増えつつあり、SDMを実践する医療者も少しずつ増えているが、米国、カナダ、オーストラリアなどでは、患者中心の医療の重要な要素として国の政策に取り入れる動きもある。また、患者のSDM参加を促進する補助ツールである Patient Decision Aids (意思決定ガイド) の開発とその効果を検証する研究も多数行われており、意思決定ガイド提供によるエビデンスも蓄積されている (Stacey et al., 2017)。本稿では、

SDM を促進する意思決定ガイドの活用について紹介する。

SDM とは、医療者と患者・家族がエビデンスに加え選択肢、ベネフィットとリスクや害、患者の価値観や希望・状況を共有し、医療者と患者家族と一緒に健康に関わる意思決定に参加するプロセスと定義される（中山，2017）。SDM は、医師および医療者は医療の専門家であり、患者は自分の人生の専門家であるという対等な関係性を前提としている。SDM が重視される理由には、1) 患者中心の医療やケアの提供、2) 患者の自律性の尊重（知る権利、自己決定の権利の尊重）、3) 患者の健康関連アウトカムの向上の可能性などが挙げられる。

SDM がより重要となるのは、選択肢があり、それぞれベネフィットとリスクがあり、選択し実行したことが、生命、人生に影響する可能性があり、実行後、後戻りできないような場合である。例えば、早期乳がん手術方法には、乳房温存手術（+放射線療法）と乳房全切除術の2種類があるが、生存率が同等であるものの（乳癌診療ガイドライン，2018）、乳房内再発リスクやがんの取り残しのリスクなどの確率が異なる。また、ボディイメージが変化し精神的影響を受ける患者もおり、これらのリスクや影響をどのように評価するかは、個々の患者によって異なる。そのため、選択肢についてベネフィットだけでなくリスクについて十分に情報を得てよく検討する必要があり、不確実性を伴うリスクが実際に発生した後の後悔をなるべく小さくし手術後の Quality of Life への影響を向上するためにも、患者の意思決定への参加を促し、SDM を実施する必要がある。

意思決定ガイドは、「選択肢に関連した情報と、価値観を明確にする方法を提供し、選択肢の中からよく考え系統的な決定を支援するためにデザインされた介入」と定義されている（Stacey et al., 2017）。提供方法はインターネットやDVD、印刷資料などがあり、医師をはじめとする医療者と選択肢の中から1つを選ぶ際の補助ツールという位置付けではあるものの、SDM を促進するツールとみなされている。

意思決定ガイドには、いくつかの特徴がある。意思決定に関する理論に基づいて構成されていること、選択肢に関する情報として、それぞれのベネフィットやリスク、選んだ結果どのような状況になるかなどについて、バイアスを減らし分かりやすく中立の立場で示していること、ベネフィットや

リスクのうちどれを重視したいか生活への影響について検討ができる内容が盛り込まれており、様々な価値基準を提示することによって患者が多角的に吟味することができるように作られていることが挙げられる。

例えば、前述した通り、早期乳がんの術式選択の場合、乳房温存手術（+放射線療法）と乳房全切除術という術式の違いによる生存率は同等である（乳癌診療ガイドライン，2018）。しかし、双方にベネフィット、リスクがあり、さらに乳房全切除術を受ける場合の乳房再建を行うか行わないかについても、ベネフィットとリスクがあるため、SDM が重要な領域とみなされている。演者が開発した早期乳がんの術式選択のための意思決定ガイド（大坂ら，2014）では、選択肢それぞれの特徴を比較検討できるよう一覧表を作成している。欧米で開発された重症心不全患者の人工補助心臓の選択についての意思決定ガイドでは、エビデンスやリスク情報について、文章、数値、ピクトグラフの3種類で示している（Larry et al., 2020）。意思決定ガイドの国際基準において、エビデンスやリスク情報は2種類以上の表示の仕方が望ましいと示されており、エビデンスやリスクに関する確率について多様な理解の仕方に対応できるような形で示されている。さらに、意思決定ガイドは、患者の価値観を明らかにする内容も含まれる。早期乳がん術式選択の意思決定ガイドでは、様々な価値基準を検討できるように工夫した。例えば「胸を残すというのはどれぐらい大事ですか？」という問いを立て、「重要ではない」から「重要ではある」まで5段階で、患者が自分で○をつけ重みづけをする。また「あなたにとって、手術方法の違いによる再発リスクの数パーセントの差はどのぐらい大事ですか？」という問いを立て、「重要ではない」から「重要ではある」まで5段階で、患者が自分で○をつけ重みづけをする。このように、価値観をひとつひとつ客観的に検討することは、選択時のトレードオフに役立つ。胸を残すことを重視したい場合は、乳房温存手術（+放射線療法）が適しているかもしれないが、ほんのわずかでも再発のリスクを下げたい場合は、乳房全切除術が適しており、ベネフィットとリスクについて、十分に吟味し何を最も重視して決めたいのか患者自身の価値観を明確にする手助けとなる。

意思決定ガイドの質を保つため、2003年には意思決定ガイドの研究者らによって、International



Patient Decision Aids Standards (IPDAS) Collaboration という国際組織が発足し、国際基準が開発された。翻訳された 44 項目の国際基準 (大坂ら, 2019) では、適格基準が 6 項目あり、それらをすべて満たすことが意思決定ガイドの要件となっている (表 3)。

表 3. 意思決定ガイドの国際基準 IPDASi (International Patient Decision Aids Standards Instrument) : 適格基準 (6 項目)

項目	評価
Q1 DA は、決定を必要とする健康状態や健康問題 (治療、手術または検査) について記述している。	はい いいえ
Q2 DA は、考慮すべき決定について明確に記述している。	はい いいえ
Q3 DA は、決定のために利用可能な選択肢を記述している。	はい いいえ
Q4 DA はそれぞれの選択肢のポジティブな特徴 (利益、長所) を記述している。	はい いいえ
Q5 DA はそれぞれの選択肢のネガティブな特徴 (害、副作用、短所) を記述している。	はい いいえ
Q6 DA は、選択肢の結果として経験することがどのようなものか記述している (例. 身体的、心理的、社会的)。	はい いいえ

(Joseph-Williams et al., 2014 を大坂らが翻訳)

DA: Decision Aids

また、系統的に開発することが国際的に推奨されており (Culter et al., 2013)、開発プロセスにおいて患者の協力を得ることも重視されている。開発した早期乳がん術式選択意思決定ガイドの開発プロセスは、図 4 の通りである。

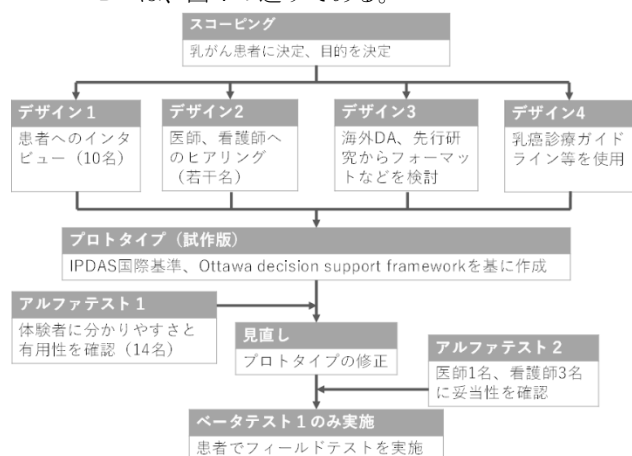


図 4. 早期乳がん術式選択の意思決定ガイド開発過程

まず、試作版作成前に患者へのインタビューを行い、ニーズを把握した上で試作版を作成した。試作版作成後、乳がん体験者に分かりやすさ等の評価や意見を踏まえ修正後、乳がんの手術予定の患者 210 名を対象としてフィールドテストを行った。早期乳がん術式選択の場合は、医師が治療方針について話し合う少し前の段階に提供することにした。これは、患者が治療方針を話し合う前からすでにインターネット等で情報収集を開始するためである。情報収集時に混乱しないよう少し早めの段階で提供した。他の選択時に提供する場合の意思決定ガイドの場合は、いつ提供するのがよいか、誰から提供するのがよいか異なるため、検討が必要となる。

## 2) 意思決定ガイド提供による効果や受容性

乳がん手術を予定している患者を対象としたフィールドテストでは、受容性の検討と効果検証を行った。意思決定ガイドに、他の患者の体験談を入れた方がよいのか、入れない方がよいのかも併せて検討するため 2 種類の意思決定ガイドを用意したが、他の患者の体験談を含まないグループの方が「理解しやすい」と回答した割合がほんのわずかに高かった (大坂, 2015)。また、意思決定ガイドを提供するグループと通常ケアのグループでは、プライマリーアウトカムである意思決定の葛藤尺度合計得点が術式決定後は得点の差が小さかったが、手術 1 ヶ月後に測定した場合、通常ケアに比べて意思決定ガイドを提供したグループで、有意に意思決定の葛藤が低減しており、意思決定ガイドに他の患者の体験談を含むグループと含まないグループでは、意思決定の葛藤尺度合計得点にはほぼ変わりがないこともわかった (Osaka et al., 2017)。意思決定ガイド提供の効果に関するシステマティックレビューでは、意思決定ガイドを提供した場合と通常ケアの場合の比較において、意思決定ガイドを提供した場合に、知識が増えたり、意思決定の葛藤が減少したり、より情報を得られたと感じられたり自分の価値観がより明確になるという点において、質の高いエビデンスが示されている (Stacey et al., 2017)。これらのことから、意思決定ガイドを提供することは、患者にとって益となると考える。

## 3) 意思決定ガイド活用の課題と意思決定ガイド活用を普及するための取り組み

欧米で開発された意思決定ガイドのうち、検証後も何らかの形で活用されているものは44%であったという報告もある(Stacey et al., 2019)。活用される割合が低い理由として、資金不足や情報が古いまま更新されないこと、医療者が意思決定ガイド活用に同意しないことなどが挙げられている。日本の場合、ヘルスケアシステム上の課題もあるが、質の高い意思決定ガイドがまだほとんど開発されていないこと、意思決定ガイドの認知度が低いこと、そして意思決定ガイドをどのように活用するのかについて医療者教育の機会が少ないことが普及のバリアとなっていると考える。現在、筆者は、がん患者向けに系統的に開発し、活用できる医療者育成プログラムを開発中である。開発にあたっては、がん以外の他の医療選択の意思決定ガイドの系統的開発と活用ができる医療者育成にも役立てたいと考えている。また、他の研究者と意思決定ガイドの共同開発も行なっている。SDMや意思決定ガイドを活用した支援について今後、臨床現場での導入や定着が課題になってくる。今後も、意思決定ガイドを活用したSDMを普及するための活動を続けていきたい。

#### 4. 患者の視点とタイミングを大切に医療を伝える ～「患者さんのために」は伝わらない～

このセクションでは医療現場でのコミュニケーションの実践を考える。「患者さんのために」と思うのは、医療者も患者・家族も同じである。そのために研究で検証された理論や考え方があり、現場で使うためにツールやスキルがある。そして、さらに振り返りや研究が進められ、ツール・スキルの効果が増していく。医療においては、患者・家族と医療者、医療者同士、医療者から社会へと対象は様々である。「患者さんのために」と思うと、医療者が伝えたいことを一生懸命繰り返してしまい、人によって多様な考えがあることを忘れるとか、スキルを使うことに気がまわりがちになる。一方的に相手を思いやるのも、自分を押し殺して単純に「わかります」と言いながら黙って話を聞くだけでもコミュニケーションは成り立たない。医療では、治療を進め、患者を治すまたはできるだけ日常生活が送れるようにするなどの明確な目標がある。その中でコミュニケーションであるため、単純なPersonal communicationではなく、目標を遂行するためのOrganizational communicationの要素が強く含まれる。医療ではこれらの視点と手法をミッ

スしながら進めるコミュニケーション能力が必要になる。

#### 1) メカニズムを頭に入れる

医療コミュニケーション学は、理論や研究結果に基づいた手法から実践での利用と効果までを範囲とする学際分野である。さらに、継続してその効果を確認する調査や研究と並行して、医療現場において相手にメッセージが本当に伝わっているのか、行動変容に影響を与えられるのかを確認しながら進めることまでが視野に入る。

医療現場では、「事実に対して自分の見方だけが絶対ではなく、相手の見方もある」という当たり前のことが、理屈ではわかりながら、多忙な中で忘れてしまうことが多いのではないだろうか。

今更ながらではあるが、コミュニケーションの実践では、常にコミュニケーションは双方向であることに加え、相手の理解範囲や何に焦点があつてこちらのメッセージに反応を示しているのか、どこで強く感情が振れるのかを念頭に入れておく必要がある(Shanon & Weaver, 1949; Sherif & Sherif, 1967) (図5)。

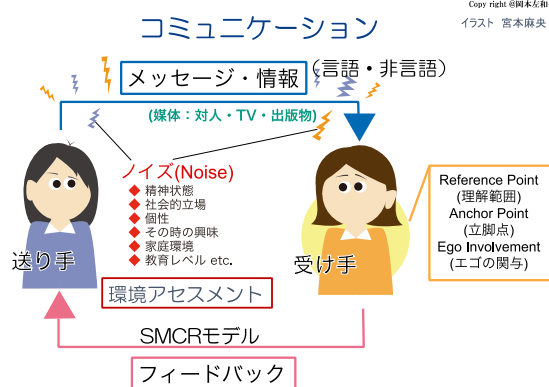


図5. コミュニケーション

#### 2) ノイズの理解

医療者は当然ながら問題解決に焦点があたり、診断がつくと治療に集中するが、患者にとって病は生活と共存するため、判断をする時には生活を基本に考えた上での決断となる。医療者からみてあまり大事に思えないことで、患者が治療を躊躇したり、継続困難になったりするのは視点が異なるからである。理論や理屈だけでは医療現場のコミュニケーションが進まない理由はここにある。EncodingとDecodingに対する課題と言えそうですが、人の反応は個体差が多く多様であるため、

その違いを医療現場でどのように埋めるのが重要になる。

情報の送り手が「これならばわかりやすいであろう」「理解しやすいはずだ」と考えるアプローチは役に立たないことが多い。性差や教育、社会的地位やその時の状況など想像しやすいノイズもあるが、一方、気づきにくいノイズも数多く存在する。例えば、人の情報処理の仕方などに癖があることは、多忙な医療現場では気づきにくい。人が相手の話す内容を理解するには、言語だけで理解できるのは7%程度と言われ、後は非言語（視覚、聴覚、触覚などを使う体感覚）から得られる情報を通して理解するようだ。視覚が強い人は話し方も人の話を理解するのも早い、うっかり勘違いすることも多い。逆に聴覚や体感覚を主に使って情報を理解する傾向がある人は、理解に時間がかかるが、勘違いや一度覚えたことを忘れることは少ないとされる（Mehrabian, 1971）。

### 3) タイミング

コミュニケーションの齟齬を補う一つの方法がタイミングである。相手の考えや思考をサポートされてその流れに沿って説明が進むと理解しやすくなる。このタイミングを外すと、それはまたノイズを増やすことになる。あるメッセージに対して、相手がどのような考えや感情を持ち、反応を示すのかは、その相手が持つ経験にそのメッセージがどのように響くのかによる。そして、それを基に表出する反応の仕方はメッセージの送り手が想像する以上に多様である（Patterson et al., 2002）（図 6）。

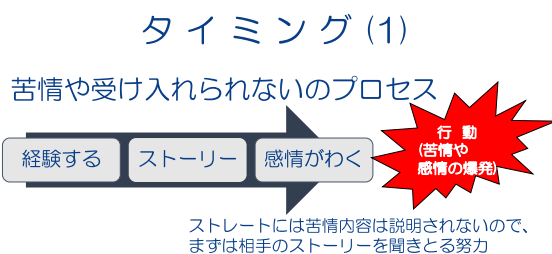


図 6. タイミング (1)

さらに、その反応には、目的を達するための行動や情動記憶などで増幅された感情の影響など、相手に語ってもらうことで理解できるノイズも多く

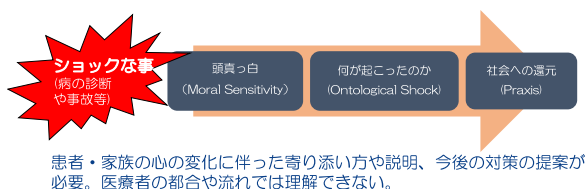
含まれる。送ったメッセージに対する相手のストーリー展開がどのように感情と行動に関係しているかを理解するためには、情報を多く持つ側（相手が患者であれば、知識や情報、人材などのリソースを多く持つ医療者）から相手に語ってもらうことを促す必要がある。

医療では、診断の深刻さ、服薬や食事制限などの避けられない日常生活での制限や不便さを患者が受容することは治療の一環と見なしているであろう。医療者としては「患者さんのために速やかに治療を」と思うのが当然だが、病を持って医療者の思考テンポについていけない患者や生活の制限から逃げたい気持ちになる患者、診断の重篤度や人と異なる日常を送ることがショックでもあり、受け入れられない患者もいるであろう。

人はメディアで見聞きするようなショックなことが自分に起こると、思考が一時的に機能なくなり、整理して話を聞き、順序立てて対応できなくなる時期（Moral Sensitivity）、何が起こったのかを考えようとする時期（Ontological Shock）、自分の経験を社会へ還元しようとする時期（Praxis）という順序をへて、ショックな現実を自分に起こったこととして受け入れる（Mullett, S., 1988）（図 7）。医療では重篤な診断がつき、早急に治療が必要な時でも、患者が医師の話を自分に受け入れやすいようにニュアンスを変えて理解するか、生活や行動変容にすぐ結びつかないのは、混乱している時に詳細を伝えられることで正確に医療者の説明が聞けていないことも一つの原因である。相手が受け入れられる状態に合わせた説明内容や情報量が

## タイミング (2)

イベントに遭遇した方の心の変化



ら始める必要があり、伝わらない時は「待つ」ことも大切である。

図 7. タイミング (2)

特に、医療事故の場合は、情報の開示、真実の説明、適切な謝罪、今後の対策を伝えることが基本的な対応とされているが、医療者はこれらを Moral Sensitivity の段階で伝える傾向がある。論理的に考

えられない上、極めてわずかし記憶に残らないので、「医療者側にしたら何度説明しても理解してもらえない」と思い、疲弊につながり易い。相手にタイミングを合わせながら対応できることが医療者の負担を軽減し、患者にとっても分かり易い (Okamoto, et al., 2011)。

#### 4) 患者に語ってもらうには

医療コミュニケーションでは、情報の送り手と受け手双方にかかる多様なノイズを克服し、タイミングを外さずに話を進めるために、最初の一步は「相手(特に患者)に語ってもらえるか」である。行動科学的な知識を持つことは助けになるが、心理学者やカウンセラーになるのではない。医療現場での同僚同士や患者・家族、一般市民に向けて、医療者からメッセージが適切に発することができ、患者に治療を適切に、タイムリーに実践するという目的のためには、患者・家族の話を目的もなく聞くだけでは医療コミュニケーションは実践できない。

また、患者にも理解する努力は必要であるが、語らない患者に学ぶことを期待しても、成果につながっていくとは考えにくい。診断が理解できない、どのように考えて病を受け入れたらいいのか分からない、治療に前向きになれない、一方で不必要に怖がりすぎ、インターネットからの情報に左右されるといった患者に、学ぶことを期待するのは難しい。

相手が語ることができるように促す行動としては、質問をする、黙って聞く、否定しない、共感を示す、聞き返す、意味の明確化、自分の解釈を伝える、自分の感想や提案を述べるなどの適切なスキルを駆使し、ツールを活用することである。その結果、相手が大切に思っているところに立脚して、理解できる範囲で、強く振れる感情を大切にしながら、相手にわかるように説明できれば、その過程を経る中で相手の信頼を得られる可能性は高くなる。また、聞かれたことに応えよう、説明しようとするうちに患者自身についても内省が始まる。与える情報について、生活や病への思いなどの内省の過程で患者の主体性を引き出すことが期待できる。

多くの患者に対してはこれらの努力は不必要かもしれない。しかし、医療コミュニケーションの上達は、話さない、または治療に前向きにならない患者への日々の対応で医療者が疲弊することを予防し、医療者をサポートすることにもつながるとさ

れる (Feldman, et al., 2008)。

#### 5. シンポジウムにおける議論

コミュニケーションは、しばしばキャッチボールに例えられる。キャッチボールをするためには、まずは相手が誰なのか(たとえば、子どもなのか、女性なのか、野球選手なのか)、どうやってボールを受けようとしているのか(たとえば、素手なのかグローブなのか、座って受けているのか立って受けているのか)などを確認し、そこに合わせてボールを投げる必要がある。そのように考えると、第2節で議論されているのは、受け止めやすい球を投げること、第4節は、受け手の状況を考えることの重要性であるととらえることができる。また第3節では、キャッチボールが難しい時には、ただボールを投げる以外の補助ツールが必要な場面もあること、それが協働のための基盤づくりにつながるということが指摘されている。

これらを通じて見えてくるのは、とりわけ日本の医療におけるコミュニケーション教育の中で伝統的に見られた、医療者が真心をもって患者に接すれば通じるという精神論だけでは、必ずしも十分な結果が保証されないという限界への気づきである。そのような医療者側の態度の重要性は前提としつつも、具体的な患者との協働のためには、患者とのコミュニケーションを図り、意思決定を共有していくための新たなスキルやツール、考え方を身につけていくことが必要とされるようになっていく。そうしたスキルやツールは、これまで多くの医療コミュニケーション研究によって開発され、その効果も実証されてきている。

一方で、「やさしい日本語」に関する報告において強調されたように、こうしたスキルやツールは、それが使用される文脈(コンテキスト)と切り離して考えることはできない。コミュニケーションにおいて、どのようなスキルもツールも、その効果は使用する側の意図、受け止める側の解釈によって変わってくる。たとえば、Shared Decision Making のための「意思決定ガイド」も単に配布し、使用すればいいのではなく、何を達成するためにそれを使用するのかを意識することは重要である。コミュニケーションを円滑にするための知識やスキルとともに、多様な立場にある患者や市民の視点を理解しようとする視点を医療者教育の中に取り込んでいくこと、医療現場において社会的弱者を支え、

エンパワーしていくための仕組みを構築していくことは、今後の重要な課題であると考えられる。

## 6. 結語

医療における患者参加、患者や市民の主体化が強調される一方で、主体的に情報を集め、医療者と上手にコミュニケーションを図り、自分や周囲の健康を維持向上させるために利用できる人と、そうではない人の差が拡大し、そのまま健康の格差につながることも懸念される。患者・市民のヘルスリテラシー向上に向けた取り組みなど、主体的に参加できるよう患者・市民側をエンパワーしていくような教育の機会を充実させることが重要であるとともに、そのような参加ができてくれない人でも大丈夫な仕組みづくり、うまく参加させることができる保健医療者を育成していくことも同様に重要である。

本稿で紹介した取り組み以外にも、類似の、あるいは別の角度からの同様の趣旨の取り組みは日本においてもさまざまに行われている。そのような取り組みをつなげて、日本の臨床現場、保健医療制度、社会文化の中に根付かせていくことが必要である。ヘルスコミュニケーションの研究は、理論に基づいたスキルやツール、教育プログラムの開発はもちろん、それらが現場で活用され根付いていくよう、その効果や実用性を示す実証的根拠の蓄積に貢献していくことが期待される。

## 研究資金

JSPS 科研費 17K19792 (研究代表者: 石川ひろの)

JSPS 科研費 18H03030 (研究代表者: 武田裕子)

## 利益相反自己申告

開示すべき利益相反はない。

## 引用文献

- Coulter A., Stilwell D., Kryworuchko J., et al. (2013). A systematic development process for patient decision aids. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 2013;13 Suppl 2(Suppl 2):S2.
- Feldman, M. D., Phil, M., & Christensen, J. F. (2008). *Behavioral Medicine: A Guide for Clinical Practice* (3rd Ed.). NY: McGraw-Hill.
- Joseph-Williams N, Newcombe R, Politi M, et al. (2014). Toward Minimum Standards for Certifying

Patient Decision Aids: A Modified Delphi Consensus Process. *Medical Decision Making*. 2014 34(6):699-710.

Larry A. Allen, Daniel D. Matlock, Jocelyn S. Thompson, et al. (2020). A decision aid for Left Ventricular Assist Device (LVAD). A device for patients with advanced heart failure. Retrieved from <https://patientdecisionaid.org/wp-content/uploads/2020/10/Lvad-pamphlet-9.29.20-QR-code-V1.pdf>

Mehrabian, A. (1971). *Silent messages*. Belmont, CA: Wadsworth.

Mullett, S. (1988). Shifting perspectives, a new approach to ethics. In L. Code, S. Mullett, & C. Overall (Eds.) *Feminist perspectives; Philosophical essays on method and morals*. (pp. 109-26) Toronto: Univ. of Toronto Press.

Osaka W, Nakayama K. (2017). Effect of a decision aid with patient narratives in reducing decisional conflict in choice for surgery among early-stage breast cancer patients: A three-arm randomized controlled trial. *Patient Educ. Couns.* 100(3) 550 – 562.

Patterson, K., Grenney, J., McMillan, R. & Switzler, A. (2002). *Crucial Conversations: Tools for talking when stakes are high*. NY: McGraw-Hill.

Shanon, C. E. & Weaver, W. (1949). *The mathematical theory of communication*. Urbana: University of Illinois Press.

Sherif, M. & Sherif, C. (1967). *Attitude, ego involvement and change*. New York; Wiley.

Stacey D, Samant R, Bennett C : Decision making in oncology : a review of patient decision aids to support patient participation, *CA Cancer J Clin*, 2008 ; 58 : 293-304. DOI : 10.3322/CA.2008.0006

Stacey, D., Legare, F., Lewis K., et al. (2017). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017.

Stacey D., Suwalska V., Boland L., et al. (2019). Are Patient Decision Aids Used in Clinical Practice after Rigorous Evaluation? A Survey of Trial Authors. *Med Decis Making* ; 39(7): 805-815.

Okamoto, S., Kawahara, K., & Algren, M. (2011). Transformative possibilities of communication in medical error cases in Japan. *Intl J Quality in Health Care*, 23(1), 26-35.



大坂和可子 (2015) .体験者のナラティブを活用した意思決定ガイドの効果: 早期乳がん患者の術式選択における意思決定の葛藤に関するランダム化比較試験. 聖路加国際大学博士論文.

大坂和可子, 中山和弘 (2014) . 自分らしく“決める”ガイド 乳がんと診断された患者さんが乳がんの手術方法を納得して決めるために.

Retrieved from

[https://www.healthliteracy.jp/pdf/decisionaid\\_breastcancer\\_wo\\_narrative.pdf](https://www.healthliteracy.jp/pdf/decisionaid_breastcancer_wo_narrative.pdf)

中山和弘. 健康を決める力 “ヘルスリテラシーを身につける” Retrieved from

<http://www.healthliteracy.jp/>

中山健夫編著 (2017). これから始める！シェアード・ディシジョンメイキング 新しい医療のコミュニケーション. 日本医事新報社.

日本乳癌学会 (2018). 乳癌診療ガイドライン 2018 年版. 金原出版. Retrieved from

<http://jbcs.gr.jp/guideline/2018/>

**\*責任著者 Corresponding author : 石川ひろの**  
**e-mail [hirono-ky@umin.ac.jp](mailto:hirono-ky@umin.ac.jp)**

## 新型コロナウイルス感染症に関するリスクコミュニケーション

### Risk Communication Regarding COVID-19 Outbreak in Japan

渡邊清高<sup>1)2)</sup>、北澤京子<sup>2)3)</sup>、佐藤正恵<sup>2)4)</sup>、忽那賢志<sup>5)</sup>、武藤香織<sup>6)</sup>

Kiyotaka Watanabe<sup>1)2)</sup>, Kyoko Kitazawa<sup>2)3)</sup>, Masae Sato<sup>2)4)</sup>, Satoshi Kutsuna<sup>5)</sup>, Kaori Muto<sup>6)</sup>

- 1) 帝京大学医学部内科学講座腫瘍内科
  - 2) メディアドクター研究会
  - 3) 京都薬科大学
  - 4) 千葉県済生会習志野病院図書室
  - 5) 国立国際医療研究センター病院、国際感染症センター
  - 6) 東京大学医科学研究所
- 1) Division of Medical Oncology, Department of Medicine, Teikyo University School of Medicine
  - 2) Media Doctor Japan
  - 3) Kyoto Pharmaceutical University
  - 4) Chibaken Saiseikai Narashino Hospital
  - 5) Disease Control and Prevention Center, National Center for Global Health and Medicine Hospital
  - 6) Department of Public Policy, Human Genome Center, The Institute of Medical Science, The University of Tokyo

#### Abstract

At the end of 2019, a novel coronavirus was identified as the cause of severe acute respiratory syndrome. The virus caused a pandemic throughout the world. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) has been a global public health issue since early 2020. We held a special symposium at the 12th Annual Meeting of the Japanese Association of Health Communication under the theme of “risk communication regarding COVID-19” in September 2020. In this session, panelists debated about various aspects of COVID-19: 1) methods of gathering reliable information, literature searches, 2) updates on prevention, diagnosis, and treatment, and 3) social and public issues. Health and economic disparity, and legal and ethical aspects were also highlighted. Discussion with panelists and meeting participants was held online and useful information on COVID-19 was shared. Participants shared their views about the importance of effective risk communication and the need for health literacy of citizens, together with various health-related issues in medical news reporting that have been discussed in Media Doctor Research Japan (established in 2007 for better health news reporting and communication). During the pandemic threat, participants were able to share a wide range of information to cope with the new era of the pandemic.

## 要旨

2020年初頭から国内および世界各地での流行の状況を踏まえ、「新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) に関するリスクコミュニケーション」をテーマに第 12 回日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会 (2020年9月)において特別シンポジウムを開催した。信頼できる情報源、検索や活用の方法、予防・診断・治療・感染症対策に関する最新知見、健康や経済格差、情報格差、法的・倫理的な課題、偏見の問題など、健康や医療にとどまらないさまざまな課題が浮き彫りになってきていることについて、幅広い立場のパネリストと発言者の参加を得て、有用な情報を共有することができた。刻々と変わる情勢のなか、新たな感染症による健康リスクに対しどのように伝え、受けとめるか。どのように向き合い、取り組んでいくのがよいか、オンライン開催形式であるメリットを活かし、全国各地の参加者により議論を重ねた。メディアドクター研究会で活用している健康や医療報道に関する評価指標 (<http://mediadoctor.jp>)を織り交ぜつつ、参加者は効果的なリスクコミュニケーション、一般市民のヘルスリテラシー向上の必要性などを共有した。新たな健康や医療を脅かす脅威に対して、議論のエッセンスを生かせる取り組みを、継続的に発信していくことが重要と考えられた。

キーワード：新型コロナウイルス感染症、リスクコミュニケーション、ヘルスリテラシー、医療健康報道、メディアドクター

Key word: COVID-19, SARS-Cov2, risk communication, health literacy, health news reporting, mediadoctor

\*\*\*\*\*

### 1. はじめに

2019年12月に中国湖北省武漢市に端を発した新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) について、世界各地で流行が報告されており、感染の根絶から制御 (アンダーコントロール)、共存を見据えた新たな向き合い方が求められている。予防や備え、診断・治療・感染症対策について、国内外から多くの情報が日々生み出されている一方で、健康格差、経済格差、情報格差、偏見など、さまざまな課題が浮き彫りになってきている。刻々と変わる情勢のなか、新たなリスクに対しどのように伝え、受けとめるか。何がわかっている、何がわかっているのか。リスクについてどのように向き合い、取り組んでいくのがよいか。本特別シンポジウムは、COVID-19に関する最新の知見や情報発信、コミュニケーションの事例を参照し、メディアドクター

研究会で活用している「科学的根拠」「情報源」「効果の定量化」などの評価指標 1 を織り交ぜつつ、ウェブ会議システムを活用しリアルタイム方式で議論する新たな試みとして開催した。

学術大会開催時である 2020年9月下旬は、いわゆる第 2 波について新規感染者がピークを越えた状況下であり、COVID-19に関する議論についてこれまでを振り返りつつ、今後の課題として課題を共有するとともに、改善策を議論する機会を得たと考える。リスクコミュニケーションとは、社会に取り巻くリスクに関する正確な情報を、関係者間で共有し、相互の意思疎通を図る、一般市民に説明するプロセス全体を指すと定義されている (National Research Council, 1989)。大規模災害、食品、化学物質、感染症、低線量被ばく、など、我々を取り巻くさまざまなリスクに関するこれらのプロセ

スのいずれかに問題があっても、深刻な課題を引き起こしうる。信頼できる医療・健康情報源、COVID-19の最新知見、そして倫理的法的社会的問題に関してシンポジストから話題提供いただき、さまざまなステークホルダーが新しいリスクについてどのように情報を伝え、対話していくかについて議論を深めることとした。

## 2. 「新型コロナウイルス感染症に関する情報検索とデータベース使い分けのポイント」佐藤正恵

COVID-19パンデミックは、ロックダウンなど社会的な影響が高まるにつれ、SNS等でのインフォデミックが話題となった。学術情報流通においては、臨床医学分野での速報性が重要視されている。これらの状況を踏まえ、本発表は、医学図書館司書の立場から医学情報の最新動向および信頼できる医学情報を得るための具体的なポイントと注意点を述べる。

### 1) 6Sピラミッドとデータベース使い分け

図書館司書は、さまざまな学術データベースの特性を把握したうえで、組み合わせて検索し論文や情報を入手している。カナダのマクマスター大学は「6Sピラミッド」と呼ばれる情報のカテゴリーを提唱している。ピラミッドの下から上へ、具体的なトピックから編集・選別されたトピックとなる。括弧内に日本で主に使用されるデータベースを記載した。

- ・ **Systems**: 臨床意思決定支援システム。AI等を活用。(Isabel, Visual DX など)
- ・ **Summaries**: 要点のまとめ (教科書、診療ガイドライン、UpToDate、DynaMed 等)
- ・ **Synopses of syntheses**: 系統的レビューのまとめ (コクラン・エビデンス・サマリー等)
- ・ **Syntheses**: 系統的レビュー (コクラン等)
- ・ **Synopses of Single Studies**: 単一研究のまとめ (APC Journal Club 等)

・ **Single Study**: 単一研究。評価・編集されていない論文データベース (PubMed、医中誌等)

### 2) 新 PubMed の特徴

米国立医学図書館 (NLM) は約 10 年ぶりに PubMed の大幅なリニューアルを行い、URL も変更した (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>)。PubMed は医学論文データベース MEDLINE を含むヘルスサイエンス系統合データベースの無料インターフェースであり、3 千万件以上のデータを提供している。NLM はスマートフォンなど情報機器の変化によるアクセスや検索結果閲覧の膨大なデータを解析し、新 PubMed では主にモバイル機器対応画面、検索結果の表示変更 (最新から関連度順へ) の 2 点の変更を行った。従来の PubMed は Legacy PubMed と呼ばれ、2020 年 11 月末でクローズしたが、AI 活用により検索アルゴリズムも変更されているため、新 PubMed では同じ検索式でも結果が異なる可能性がある。

また、NLM は一般市民向けに信頼できる医療情報として MEDLINE Plus (<https://medlineplus.gov>) を英語・スペイン語で提供している。

### 3) プレプリント・サーバーの動向

学術論文の刊行は査読システム等により速報性に欠ける点があり、物理学等の分野では、査読前の完成原稿であるプレプリント論文が重要視され、プレプリント・サーバーと呼ばれるリポジトリが著者から投稿されたプレプリント論文を無料公開している。プレプリント・サーバーは、臨床医学分野では査読の重要性からこれまであまり普及しなかったが、COVID-19 により投稿数が急増している。図 1 に主なプレプリント・サーバーとその特徴を挙げた。

さらに、NIH（米国立衛生研究所）が資金提供した研究成果については、NIH プレプリント・パイロットにより収集が進められ、PubMed 掲載対象となった。PubMed でのプレプリント論文入手方法の例を挙げる。

- ・ PMC サイトにアクセス：

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/>

- ・ 検索窓に以下検索式を入力

Preprint[filter] COVID-19

しかし、プレプリント論文は玉石混合で論文撤回も多く、査読の必要性が指摘されてきた。そこで、2020年8月頃から、プレプリントの速報性を生かしつつ査読を行う試みが登場している。図2はMIT Press とカリフォルニア大学によるオーバーレイ・ジャーナル[Rapid Reviews COVID-19 (RR:C19)]の提案する新たな査読システムの流れである。従来の査読と異なり、膨大なプレプリント論文からAIで査読すべき対象を選別し、7日以内に査読を完了し、2週間以内にRR:19で公開される。オーバーレイ・ジャーナルとは、オリジナルの論文ではなくオープンアクセス論文を編集して提供するスタイルである。

また、査読誌を刊行する学術出版社も[C19 Rapid Review Initiative]を立ち上げ、2020年8月現在、20以上の出版社、80か国以上約2,000人の研究者が査読者として登録している。

(<https://www.hindawi.com/post/c19-rapid-review-initiative-reaches-20-participants-milestone-0/>)

#### 4) 検索エンジン検索のポイントと注意点

情報を探す上で、日常的に最も使用頻度が高いのはGoogleやYahoo!などの検索エンジンであろう。

Google 検索時には、トップページ(<http://google.com>)下部に小さく表示されている「設定」をクリックし、「検索オプション」を使うと便

利である。モバイル機器の場合は、Gマークのアプリではなく、上記のPC版URLを使用すると良い。

「検索オプション」では、and, or, not 検索のほか、完全一致（フレーズ）検索、数値の範囲も指定できる。検索結果から二次検索（絞込み検索）する方法として、上記PC版URLからの検索結果一覧上部にツールバーがあり、一番右に「ツール」メニューがある。ここから「期間指定」「言語指定」「完全一致」により検索結果の絞込みができる。特に医学情報は情報の鮮度が重要であるので、更新時期の期間指定を行うことで古い情報を除去することができる。Yahoo!でも同様の検索オプションが用意されている。

便利な検索エンジンだが、「フィルターバブル」が問題視されている。GoogleはAIを活用して検索者の嗜好に合わせて検索結果の表示を変えており、これが情報の多様性を阻む要因となり、インフォデミックを誘発する原因ともなりうることに注意が必要である。

### 3. 「新型コロナウイルス感染症の最新知見（疫学・診断・治療・感染対策） 忽那賢志

新型コロナウイルス感染者（COVID-19）はSARS-CoV-2による呼吸器感染症である。これまでにコロナウイルス感染症として4種類のヒトコロナウイルス、SARS コロナウイルス、MERS コロナウイルスが知られてきたが、SARS-CoV-2はヒトに感染する7つ目のコロナウイルスとなる。2019年12月から武漢で流行が始まった新型コロナウイルス感染症は、またたく間に世界中に拡大し、2020年12月10日現在、世界中で6900万人の感染者が報告されており、日本では11.7万人の感染者が報告されている。

新型コロナウイルス感染症の潜伏期は14日以内であり、多くの症例が曝露から概ね5日で発症する。臨床症状はインフルエンザや感冒に似ている



が、一部の患者で嗅覚異常・味覚異常を訴える患者が存在する。新型コロナウイルスにおいて典型的であるのはその経過であり、一部の症例は発症から7日目前後から呼吸状態が悪化し、さらに重症化する事例では10日目以降に集中治療室に入室という経過を辿る(Li Q, et al. N Eng J Med 2020)(Huang C, et al. Lancet 2020) (図3)。

重症化のリスクファクターとして、高齢者、基礎疾患(心血管疾患、心不全、不整脈、糖尿病、悪性腫瘍、慢性呼吸器疾患、など)が知られている。

日本ではPCR検査でSARS-CoV-2を検出することで診断するのが一般的である。喀痰が採取できれば喀痰での感度が最も高いが、採取できない場合には鼻咽頭拭い液が用いられる。またSARS-CoV-2は唾液からも検出されることから、唾液を検体として用いることもできる。新型コロナウイルス感染症と確定診断されれば、2020年12月時点では感染症法での指定感染症に指定されており、診断した医師は速やかに保健所に届け出を行わなければならない。保険適用とはなっていないが、抗体検査も臨床研究や自由診療として行われている。PCR検査、抗原検査、抗体検査の違いを表1に示す。

新型コロナウイルス感染症は8割の人が軽症であり自然治癒するため、原則として治療薬は残り2割の中等症～重症の方が対象となる。

新型コロナの経過は、発症から1週間程度は風邪様症状や嗅覚・味覚異常などの症状が続く。この時期はウイルス増殖期と考えられるため、抗ウイルス薬によって増殖を抑えることが理にかなっていると考えられる。また、感染者の2割は肺炎が増悪し、炎症反応が過剰に起こることによって重症化する。この時期は過剰に起こった炎症を抑えるためにステロイドなどの抗炎症作用を持つ薬剤を使用するのが合理的と考えられる。つまり、現時点では新型コロナウイルス感染症の中等症・重症例に対する治療薬は「抗ウイルス薬」と「抗炎症薬」を

併用し、さらに、これに加えて凝固異常に対してヘパリンなどの抗凝固薬を使用することも一般的になってきている。

新型コロナウイルス感染症は、接触感染および飛沫感染するため手指衛生や咳エチケットが重要となる。また発症前にも感染性があることから、症状の有無に関わらず屋内ではマスクを装着するユニバーサルマスクという概念が定着してきている。さらに換気の悪い空間で近距離で会話をするという、いわゆる3密と呼ばれる環境が感染を広げやすいことが分かっており、こうした環境を避けることが感染対策上重要である。

#### 4. 「新型コロナウイルス感染症に関する倫理的・法的社会的課題」 武藤香織

これまで、萌芽的・新規的な技術が社会で実装されるプロセス、あるいはその後で生じる様々な倫理、法制度、社会の問題を予測し、解決策を考えるという、ELSI (Ethical, legal and social implications; 倫理的・法的社会的課題) 研究に関わってきた。

COVID-19は、従来の萌芽的・新規的な技術の事例とは大きく異なる。まず、影響を受けるのは限られた関心層ではなく、社会のほぼ全ての人々に及ぶ点である。そして、発生が予測しにくく、地域ごとに流行状況や対応が違うという点で、災害との比喩は示唆的だが、その影響の終わりが予測しにくい点は災害と別の難しさであろう。

COVID-19がもたらしたELSIの課題群は、状況に応じて変化したものもあれば、ずっと残り続けている問題もある。まず、倫理的な課題としては、資源が限られている集中治療のトリアージ、感染対策によって尊厳を損なわれた看取りに注目が集まった。さらに、医薬品及びワクチン開発に伴う確実な被験者保護と利益相反の課題も浮上した。緊急時における手続きの省略は容認される反面、稚拙な研究デザインの試験を容認すると、被検者へ

の被害が大きくなるほか、結果的に安全な医薬品やワクチンの開発を遅らせる。

法的な課題としては、今回初めて運用された新型インフルエンザ等対策特別措置法の論点が挙げられる。同法は、人々の私権制限の最小化を重視して成立したが、国から都道府県の権限移譲にかかる調整が多く発生したうえ、事業者への要請に対する経済的な援助が盛り込まれていないため、迅速な施策実行を困難にしている。また、感染症予防法はパンデミックを想定していない。個人情報保護法と各地の条例のバラバラさも相まって、対策の根幹となる迅速な疫学分析が困難となった。個人情報保護を最大限尊重して開発された接触確認／感染者通知アプリがどの程度普及し、効果を上げるかも注視すべきであろう。

社会的な課題としては、感染者ら、医療・介護・福祉事業者、社会機能を維持する事業者への誹謗中傷が挙げられる。なかでも感染リスクを賭して診療に従事する医療従事者に対する偏見や差別は特異的な事象であった。自治体・事業所からの感染者情報の公表方法が多様であり、まん延防止に資さないような詳細な情報の公表が契機となって、他の情報源から個人を特定する行為も散見された。しかし、自治体の公表情報がクラスター対策にとって重要なリソースとなっている皮肉な現実もある。さらに、流行地である都市部と非流行地である地方部が直面する課題や人々が抱く恐怖感のギャップは拡大し、「流行地中心主義」ともいえる政策によって非流行地側の不公平感も増している。

これまで政府の対策に関わるなかで、政府と専門家の間でのコミュニケーション、報道機関と専門家との間でのコミュニケーションの2つの位相で様々な経験をしてきた。

政府にリスクコミュニケーションを統括する組織が存在していないのは、2009年の新型インフルエンザ流行時と同様である。政府と専門家の関係

性でいえば、2月から一貫して、専門家がリスク評価の役割を超え、政府が負うべきリスク管理とリスクコミュニケーションにまで立ち入らざるを得ない場面が続いている。報告者自身も、4月の緊急事態宣言の前には、恐怖を感じた人々が都市部から地方部に流出し、感染拡大することが懸念され、「新型コロナ専門家有志の会」として直接の情報発信をするに至った経緯もある(武藤, 2020)。市民への協力の呼びかけは、政府が責任をもつべきところ、政府から時機を得て、一貫した、人々の琴線に響くメッセージの発出がなされない点は、市民から対策への不信を高め、その成否を分けかねないため、非常に大きな課題である(図4)。

報道機関と専門家の関係でいえば、各媒体の得意な方法を生かして専門家の発信に多大な協力をして頂いた。一定時間の経過後に、誤解を解いたり、思いを代弁してくれた記事にも助けられた。ただし、専門家が伝えたいことと、報道機関にとってのニュース性にはギャップがあり続けた。例えば、情報番組で、保健所業務と検体搬送の方法、重症患者の定義や病床管理の方法など、平時ならば決して取り扱わないテーマを、単純なフレーミングで取り扱うために不要な対立の構図がつけられたり、不正確な情報が流布したりした。また、報道機関の収益構造が与える影響も無視しえない。インターネットで配信される記事では、記事本文の趣旨とは異なる煽情的な見出しがつけられやすく、見出ししか読まない人々から誤解を受けることもあった。報道機関には、この感染症をともに乗り越えるための新しい役割を見出して頂きたいと願っている(武藤, 2020)。

これらのコミュニケーションの困難は、日々の情報源が世代間で大きく異なるという構造からも厳しい影響を受けている。分断を超えていかにこの感染症を乗り越えられるかは、今後とも課題である。

## 5. パネルディスカッション

3人のパネリストからの発表に続いて、参加者からオンラインで提示された質問や問題提起に応えるかたちで、パネルディスカッションがなされた。議論から COVID-19 に関する情報発信、コミュニケーション、そして情報を扱うときのリテラシーなど重要な要素について紹介する。

### 1) 信頼性とインパクト（興味・関心）のバランスはどうあるべきか

感染症に関する当初の情報源は、当初は限定的である。政府と専門家、報道機関と専門家といったかたちで、現状と課題、今後の見通し、備えや対応策が発信される。感染のフェイズに応じて具体的な事例や著名人のエピソードなど、より身近な話題として、リスクに関する情報が提示され、受け手である市民の関心事もその都度変わっていく。時相によって、それぞれの関係者が、それぞれの地域で自分の興味のあるかたちで受け入れるときに起こる、いろいろな誤解、差別や偏見の課題を含め提示いただいた。

Q: 専門家自身による発信が非常に注目されているなかで、検証されていない未査読の情報が、個人の仮説や意見として広がる事例がある。専門家個人の発信が増えることで情報にアクセスしやすくなる一方で、どのように信頼性を確保していくか。  
ディスカッション： 関心のあるテーマは多くの注目を集める一方で、同じメッセージであっても見方が変わることによって批判を受けることもありうる。検証が不十分な情報を発信する場合は注意が必要であり、一流の医学雑誌においてもねつ造されたデータを扱った事例もあった。間違った情報の拡散につながりうることから、検証や評価のプロセスが重要といえる。

さらに、いったん発信された情報に関して、対話や補完することによって、より適切なリスクコミュニケーションに発展していくものと考えられる。

### 2) リスクコミュニケーションは正しい行動や意思決定につながっているか

未知のリスクに対して、冷静に評価し適切な行動に結びつけることはしばしば困難である。2011年の東日本大震災、さらに福島第一原子力発電所事故に伴う低線量被ばくの健康影響に関して、誰にどのようなリスクがあるのか、何がこれから自分に起こるの「分からない」なかで、不安に駆られる中で、当事者に対する差別や偏見が生じる構造は、10年前と今と共通点が多いと思われる。情報源に限られるなかで、メディアとの協業、科学者・研究者とメディアの情報共有や連携という視点で、取り組める可能性があるのではという提案がなされた。

Q. 短期的には COVID-19 の問題もあるものの、長い年月を経た今でも続いている差別・偏見、そしてそれが定着化している現状をどう考えるか。

ーこれに対して、まだまだ息の長い議論が必要だろうと考えられる。当事者として、例えばクラスター、感染が蔓延している地域、アウトブレイクが発生した職場・地域・医療機関などでは、矛先が当事者に向かうことがたびたび起こり、それが二重三重の苦しみを生む要因となっている。報道機関として、差別や偏見を打ち消す視点での報道や、多面的な視野での洞察など、メディアとして可能な取り組みがあるのではという提示もなされた。

### 3) リスクコミュニケーションにおいて、受け手に何が求められるか

信頼性と新規性をどのように両立するか。スクープ記事というかたちで未発表のものを伝達する、というのはなく、記事の背景や関連する内容の丁寧な説明、分かりやすく伝えるための工夫など、メディアのこれからの役割について提案がなされた。新たなリスクに関するさまざまな情報を発信する

中で、メディア、新聞、テレビも含めて、役割や位置付けが変わってきており、検証や振り返りを取り入れるなど、メディアの性質に応じて伝え方が変わってきていると考えられた。

新興感染症の話題は、今回に始まったものではなく、我々は 2003 年の SARS コロナウイルスや 2009 年の新型インフルエンザウイルス感染症でも経験している。当時との違いでいえば、インターネットやソーシャル・ネットワーキング・サービスの急速な普及により、さまざまな立場から気軽に情報発信することが可能になった。こうした中で、不確かな情報や不安をあおる情報が衆目を集めやすく、冷静で中立な情報は注目されにくいという問題が起こってきた。清濁併せ持つネット情報が押し寄せるなかで、適切なリスクコミュニケーションを実践していくためには、受け手である一般市民のヘルスリテラシーが鍵となる。情報の発信だけでなく、受け手として備えていくことがますます重要になってきていると言える。一般市民も含め、どうリテラシーを高めていくのか、そしてその必要性をどう共有していくかをまだまだ議論していく必要があると感じられた。リスクコミュニケーションに関わる幅広い関係者が課題も含め共有し、改善点を教訓としてきちんと生かしていけるような取り組みをこういった学会や研究を通じてやっていくことが重要と考えられた (図 5)。

## 6. 結語

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) について、2020 年初頭から国内および世界各地での流行の動向を踏まえ、信頼できる情報源へのアクセス、予防・診断・治療・感染症対策に関する最新知見、そして、健康格差、経済格差、情報格差、偏見など、さまざまな法的社会的倫理的課題が浮き彫りになってきていることについて、幅広い立場のパネリストと発言者の参加を得て、有用な情報を共有す

ることができた。刻々と変わる情勢のなか、新たな感染症による健康リスクに対しどのように伝え、受けとめるか。どのように向き合い、取り組んでいくのがよいか、オンラインでのメリットを活かし、全国各地の参加者により議論を重ねた。COVID-19 に関する最新の知見や情報発信、コミュニケーションの事例を参照し、メディアドクター研究会で活用している健康や医療報道に関する評価指標を織り交ぜつつ、効果的なリスクコミュニケーション、一般市民のヘルスリテラシー向上の必要性など、まだまだ具体的な事例を交えながら議論していきたいと感じた。さまざまな立場の専門家・研究者・ジャーナリストが集い、課題や提案、改善に向かうプロセスも含めて共有し、今後の COVID-19 の再拡大、あるいは新たな別のリスクに対する備えとして、議論のエッセンスを生かせる取り組みを、本学会始めさまざまな活動を通じて継続的に発信していくことが重要と考えられた。

## 利益相反

本報告に関して、開示すべき利益相反はありません。

## 謝辞

第 12 回日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会大会長の石川ひろの先生、および実行委員会、メディアドクター研究会、運営に携わった皆様に感謝申し上げます。

## 引用文献

- メディアドクター研究会ホームページ (<http://mediadoctor.jp/>) (2020 年 12 月 24 日閲覧)
- National Research Council 1989, Improving Risk Communication
- Li Q, Guan X, Wu P, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected

Pneumonia. *The New England journal of medicine* 382:1199-1207, 2020.

Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet (London, England)* 2020; **395**(10223): 497-506.

武藤香織, 仁木崇嗣, 田中幹人. 「新型コロナ専門  
家有志の会」の全世代に向けた情報発信の活動よ  
り」. *保健の科学*, 62(10), 2020/10.

武藤香織, 対話を通じ共通目標の模索を. *新聞研  
究*, 827:34-35, 日本新聞協会, 2020/8.

**\*責任著者 Corresponding author : 渡邊清高**  
e-mail kiyowata@med.teikyo-u.ac.jp



図 1. 主なプレプリント・サーバーの特徴

主なプレプリント・サーバーの特徴 (Xはギリシャ語のカイ)			
ArXiv (アーカイブ)	<a href="https://arxiv.org/">https://arxiv.org/</a>	1991年～ ロスアラモス研究所 (米国) コーネル大学	物理学分野のファーストチョイス。ペレルマン「ポアンカレ予想」投稿。
SSRN (Social Science Research Network)	<a href="https://www.ssrn.com/">https://www.ssrn.com/</a>	1994年～ 2016年5月にSocial Science Electronicからエルゼビア社へ	人文・社会科学系 公衆衛生、臨床、社会科学系に関するCOVID-19関連のプレプリント収載
BioRxiv (バイオアーカイブ)	<a href="https://www.biorxiv.org/">https://www.biorxiv.org/</a>	2013年～ コールドスプリングハーバー研究所	生物学分野のプレプリントサーバー オープンアクセス誌PLoSと連携
MedRxiv (メドアーカイブ)	<a href="https://www.medrxiv.org/">https://www.medrxiv.org/</a>	2019年6月～ BMJ、イェール大学、コールドスプリングハーバー研究所	Medical & Health Science 分野のプレプリントサーバー 査読前だが、DOIが付与され、Web上で検索・引用が可能

佐藤正憲@ヘルスコミュニケーション学会シンポジウム20200927

図 2. プレプリント・サーバーと査読 RR:C19

## プレプリントサーバーと査読 “RR:C19 (Rapid Review Covid-19)”

2020年6月29日 MIT Newsプレスリリース  
<https://news.mit.edu/2020/mit-press-and-uc-berkeley-launch-rapid-reviews-covid-19-0629>  
 MIT Press (マサチューセッツ工科大学出版局) + カリフォルニア大学バークレー校

<https://rapidreviewscovid19.mitpress.mit.edu/>

AI活用により  
プレプリント選択

7日以内に  
査読完了

2週間以内に公開

従来の査読  
ではない!

その研究が信頼できるか?  
COVID-19対策に使えるか?

オーバーレイ・ジャーナル



佐藤正憲@ヘルスコミュニケーション学会シンポジウム20200927

図 3. 新型コロナウイルス感染症の典型的な経過

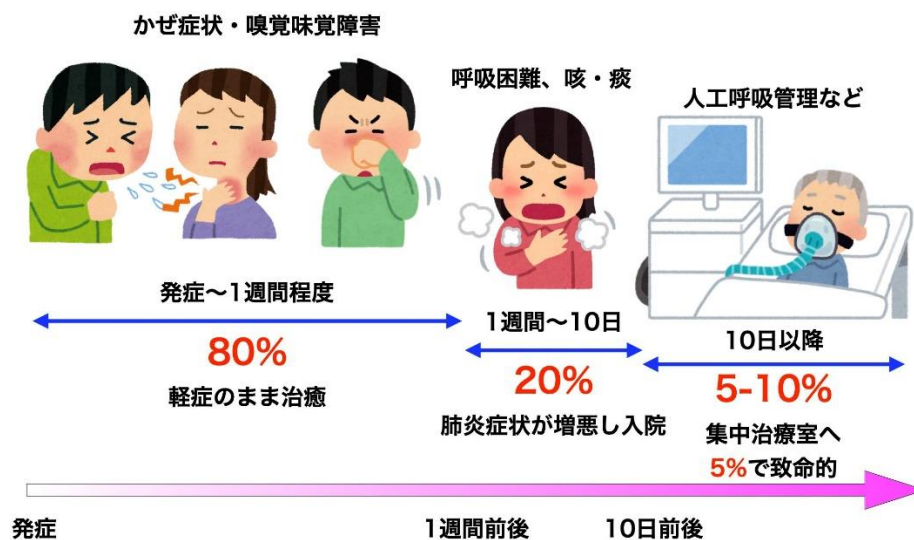


表 1. 新型コロナウイルス感染症における PCR 検査、抗原検査、抗体検査の違い（筆者作成）

	意義	検体	長所	短所
PCR検査	今感染しているかどうかを判定	唾液、鼻咽頭拭い液など	感度が高い	結果までに時間がかかる(1~6時間)
抗原検査			短時間(約30分)で判定可能	感度が低い 偽陽性が起こり得る
抗体検査	過去の感染の有無を判定	血液	感染症流行の全体像を把握できる	現在の感染は分からない 感染後時間が経つと陰性になる

図 4. 政府における COVID-19 対策の主な実施体制 (2020 年 9 月)

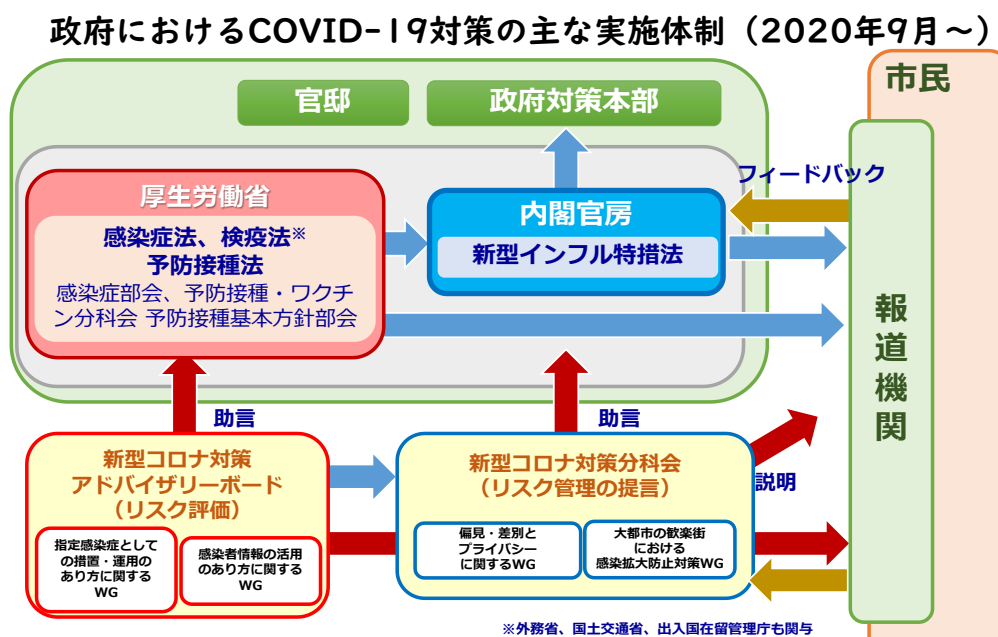
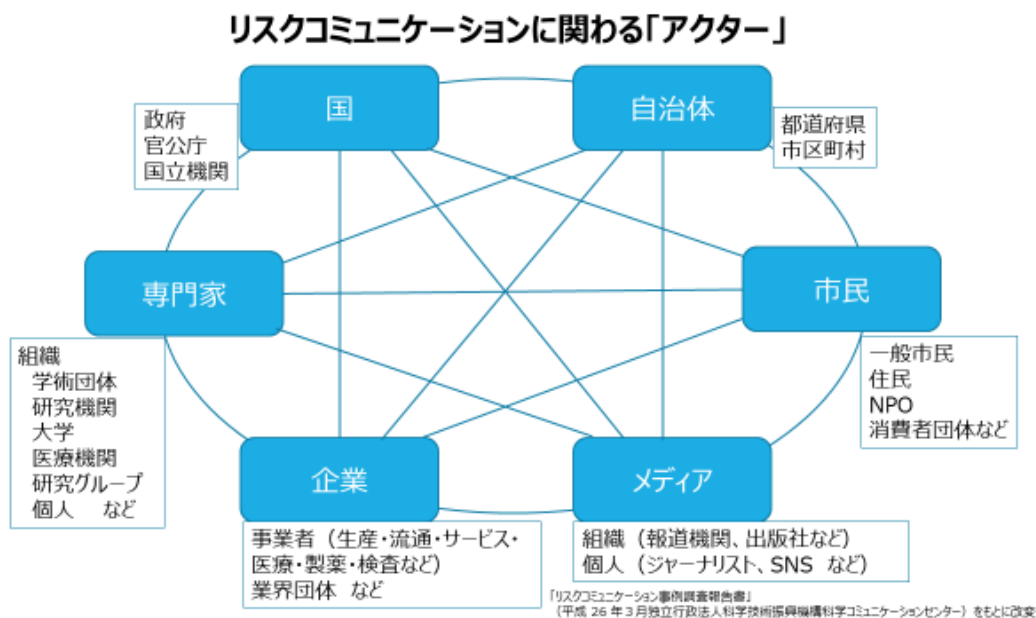


図 5. リスクコミュニケーションに関わる「アクター」



## 最優秀口演賞

ギャロドット大学ろう者学部  
皆川愛さん

言語的マイノリティとしてのろう者を対象にした  
手話版大腸がん資料の作成

がん治療の場面では、患者が理解して意思決定するための情報提供が求められています。ろう者の第一言語である日本手話でわかりやすく情報を提供するために、国立がん研究センターの大腸がん冊子を手話への翻訳にあ



たって検討したことを整理しました。検討過程では、手話特有の表現技法が調整され、ろう社会で定型化していない医療用語の手話表現の工夫がなされました。これは、受け手の心理的反応への配慮や、断定しすぎない表現を必要とする医療マスコミュニケーション上の方略を、手話表現に応用する方法であったと考えられます。ろう者の医療情報格差を埋めるべく、今後も手話での情報資料開発と翻訳技術向上のための研究を積み重ねていきます。

## 最優秀ポスター賞

国立研究開発法人国立がん研究センター  
がん対策情報センターがん情報提供部  
齋藤弓子さん

男性がん患者から求められる性に関する情報と支援についての検討：医療者を通じて収集した患者の語りから

がんの分野において男性患者への性に関する支援が少ないことが指摘されています。本研究では、全国がんセンター協議会に加盟する 22 施設 540 名の医療職を通して収集した男性がん患者の性に関する質問や疑問等を基に、求められる情報や支援について検討しました。その結果、患者に質問や疑問を表出してもらうための工夫（パンフレットや HP 等の資料の活用）や医療者側からの働きかけ、パートナーとの関係に関わる自分や相手の気持ちの変化に対処するための情報を提示する必要があることが示されました。患者と医療者が使用する言葉には相違があることを意識し、患者の言葉を用いた情報作成と医療者側からの説明が求められます。



## 原著論文

### 患者の希望や意向を知る医師のコミュニケーションに関する検討： 血液がん患者へのインタビュー調査にもとづく質的研究

#### Exploring Physicians' Communication Approaches to Know their Patients' Wishes and Will from the Patients' Perspectives: A Qualitative Study Based on Interviews with Patients Diagnosed with Hematological Malignancies

堀抜文香<sup>1)</sup>、御子柴直子<sup>1)</sup>、荒井俊也<sup>2)</sup>、本島信子<sup>3)</sup>  
Fumika Horinuki<sup>1)</sup>, Naoko Mikoshiba<sup>1)</sup>, Shunya Arai<sup>2)</sup>, Nobuko Motojima<sup>3)</sup>

- 1) 東京大学大学院 医学系研究科 健康科学・看護学専攻
- 2) 東京大学医学部附属病院 血液・腫瘍内科
- 3) 東京大学医学部附属病院 看護部
- 1) Division of Health Sciences and Nursing, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo
- 2) Department of Hematology and Oncology, The University of Tokyo Hospital
- 3) Department of Nursing, The University of Tokyo Hospital

#### Abstract

**Introduction:** This study aimed to describe the patients' perspectives of physicians' communication approaches to know and respect patients' wishes and will.

**Method:** We conducted semi-structured interviews with patients diagnosed with hematological malignancies. We asked about communication experiences with physicians, with a particular emphasis on whether they felt their wishes and will were known to, and respected by physicians. We also asked for patients' ideas about physicians' communication approaches. We made verbatim records and analyzed the data qualitatively using content analysis techniques.

**Results:** We interviewed 11 patients. From the patients' perspectives, the physicians' communication approaches to know and respect patients' wishes and will were classified into three categories: 1) Making a comfortable environment to talk, 2) Reaching out, and 3) Expressing understanding. Making a comfortable environment to talk included greetings, smiling, and daily conversations. Reaching out included asking the patients about their wishes and will with regards to the treatment of the diseases, and the way of life. Expressing understanding included showing recognition verbally to the patients' wishes and will.

**Conclusion:** The combination of the physicians' active communication approaches would contribute to the development of the patients' perception that their wishes and will are respected in daily healthcare.

#### 要旨

**目的：**血液がん患者の視点をもとに、患者の希望や意向を知るための医師のコミュニケーション行動を記述する。

**方法：**血液がん患者に半構造化面接を行い、医師とのコミュニケーションの経験を探った。特に、医師が患者の希望や意向を分かりそれらを尊重してくれたと感じた経験や、そのようなコミュニケーションに対する考えを探った。面接は逐語録に起こし、質的記述的に分析した。

**結果：**患者 11 名に面接を行った。患者の希望や意向を知る医師の行動は、1) 話しやすい環境を作る、2) 知ろうと尋ねる、3) 理解を示すの 3 カテゴリに分類された。1) 話しやすい環境を作るは、挨拶や笑顔、日常会話を交わすこと、2) 知ろうと尋ねるは、病気・治療や生活・人生をめぐる患者の希望や意向を医師側から尋ねること、3) 理解を示すは、患者の希望や意向への理解を医師が言葉で患者に伝えることだった。

**結論：**提供される医療の中で希望や意向が尊重されているという患者の評価には、医師の積極的なコミュニケーション行動、すなわち話しやすい環境を作り、その上で患者の希望や意向を知ろうと具体的に尋ね、それらを理解し尊重する意図を明確に伝えることが重要であると示唆された。

**キーワード：**コミュニケーション、患者－医師関係、血液がん、インタビュー調査、質的研究

**Key words :** Communication, Patient-physician relationship, Hematological malignancy, Interview investigation, Qualitative study

## 1. 序文

これまでの患者－医師間コミュニケーションに関する研究では、患者と医師が持つ疾患や治療に関する情報の非対称性や(真野, 2004)パターンリズムへの批判から(Collins, Britten, Ruusuvuori & Thompson, 2007/2011)、患者に対する医師の情報提供のあり方が検討の中心だった(Meza & Passerman, 2011/2013)。近年では単なる情報提供だけでなく、医師が患者の希望や意向を知り、それらを理解し尊重することや(Koehler, Koenigsmann, & Frommer, 2009; McCormack et al., 2011)、そのためのコミュニケーションの重要性が広く指摘されるようになった(Epstein, 2007; 大石、高田、竹原、平原, 2014)。例えば Patient centered communication (以下、PCC) では、医療者が患者の見方を引き出すこと、心理社会的背景も含めて患者を理解すること、患者の意向を尊重しつつ意思決定に巻き込むことなどがその要点とされ(Epstein et al., 2005)、情報提供の場や患者の感情面への配慮(Fujimori & Uchitomi, 2009)、患者が求める情報量を把握すること(Ngo-Metzger, August, Srinivasan, Liao, & Meyskens, 2008)などが医師に求められるコミュニケーションの要素として提示されている。近年では、特に緩和ケアの場において、情報提供に加え、医師が患者自身への関心を示すこと、患者が言いたいことを探索し理解すること、患者のこぼしを言い換えて理解したことを伝えることが基本的なコミュニケーション技術の一つとして提示された(日本緩和医療学会, 2017)。すなわち、医師が患者の希望や意向を知り、それを理解し尊重することそのものに関するコミュニケーションの重要性は認知されているものの、医師に求められる具体的な行動は必ずしも明らかではなく、広く十分な実践には至っていないのが現状である。

本稿で論じる血液がんは、患者－医師間コミュニケーションの中心が、病気や治療に関する医師からの情報提供となる場合が多い。それは、血液がんが数多くの治療レジメンの中から患者の疾患に最も適した治療法を選択し(金倉, 2016)、診断後早急に治療を開始する必要がある疾患であるためである(金倉, 2015)。さらに治療への感受性や治癒の可能性が高い一方で、強度の高い治療を長期間にわたって繰り返す(神田, 2015; 金倉, 2015)。強度の高い治療は副作用も激しく致死的な経過をたどる場合もあり、治療中や寛解状態でも感染や出血が原因で死亡する患者や(Marie, Brodin, Pettersson, & Eklöf, 2003)、結果的に死亡直前まで治癒を目的とした治療を受ける患者が多い(Odejide, Salas Coronado, Watts, Wright, & Abel, 2014)。このような状況に置かれる血液がん患者は、固形がん患者と比較して医療に関する意思決定を医師に委ねる者が多いことや(Ernst et al., 2011)、病気や治療に関する医師の情報提供を十分に理解できないまま治療を受けていると報告されている(LeBlanc et al., 2017)。一方で、血液がん患者の遺族調査では、患者が望むような人生を生きることができたと遺族が感じる時、診断から亡くなるまでどのような状況にあっても、医療者がコミュニケーションを

通して、病気・治療や人生に対する患者の価値観や希望を知ってくれたことが重要だったとする報告もある(Horinuki et al., 2018)。

以上より、血液がん診療においても、患者－医師間コミュニケーションを患者に対する医師からの情報提供中心で捉えることには限界があり、疾患や治療の状況に関わらず、医師が患者の希望や意向を知ることは重要であると言える。また血液がん患者は、急変の可能性と隣り合わせの中で長期間の入院や外来通院での治療などを経験するため、治療に対する考えや希望、家族や仕事などの状況や生活の過ごし方に関する意向が刻々と変化しうる。さらに、診断から治療開始まで時間的余裕がなく、その後も治療が優先されるため、血液内科医は患者とのコミュニケーションの時間を十分にとれないことが指摘されている(Mache et al., 2011)。しかし、先に述べた疾患や治療の特徴のために、血液がん患者への調査は難しく、当事者である血液がん患者の経験や血液がん診療におけるコミュニケーションの実態は未だ明らかではない。そこで本研究は、血液がん患者が経験した医師とのコミュニケーションの中でも、医師が希望や意向を知ってくれたと評価するコミュニケーションや、実際には経験しなかったが、希望や意向を知ってもらったために、医師にしてもらいたかったと感じるコミュニケーションに着目し、患者の希望や意向を医師が知るためのコミュニケーション行動を記述することを目的とする。

## 2. 方法

### 研究デザイン

本研究は単施設における質的記述的研究である。

### 協力者

協力者は都内の一大学病院に通院／入院中の血液がん患者で、20歳以上で診断され、初回の寛解導入療法が終了し、身体的・心理的に面接調査に耐えられる者とした。血液がん種、病期、治療の種類、治療サイクル、寛解・非寛解の有無、造血幹細胞移植施行の有無は不問とし、診断時20歳未満、良性血液疾患、寛解導入療法施行前／試行中、感染リスクが高い者、日本語が母語でない者は除いた。なお協力病院は特定機能病院、地域がん診療連携拠点病院で、血液腫瘍内科は日本造血細胞移植学会の移植認定診療科である。

### 調査手順

血液腫瘍内科医師または病棟師長が患者を選定し、病棟医長が調査実施の可否を判断した。可能と判断された患者は、外来診察時または入院中に研究者に紹介された。紹介された患者に対し、研究目的や面接内容など研究概要を説明し協力を依頼した。口頭で調査協力に同意した患者と面接日程を決めた。面接前に研究目的、調査内容、協力の任意性、匿名性の保持等について改めて口頭と文書で説明し文書同意を得た後、プライバシーが保たれる



病院内個室で最長 45 分の半構造化面接を実施した。面接は血液内科病棟で看護師としての勤務経験がある第一著者と患者との対面で行い、患者の承諾を得て録音しメモを取った。患者には謝礼として Quo カード 3,000 円を渡した。また、診療録調査により患者の背景情報を収集した。調査期間は 2017 年 7 月～12 月だった。なお調査当時、第一著者は大学院博士課程の学生で、それまでに質的研究のトレーニングを受け、面接調査の経験を有していた。

### 調査内容

診断から調査当時までに経験した医師とのコミュニケーションを想起してもらい、病気や治療に関する疑問／心配や希望、これからの日常生活に関する不安や心配、家庭や仕事に対する希望や意向などについて、医師と話をした経験の有無、具体的な状況、それへの考えを聞き取った。具体的には、「外来通院中や入院中、医師とはどんなやりとりがありましたか。良かったことや困ったことについてお聞かせください」「医師にはどんなふうに接してほしい、関わってほしいと思いますか」など、インタビューガイドをもとに質問した。なお医師は主治医に限定せず、血液内科診療において関わりのあった全ての医師とのコミュニケーションについて尋ねた。診療録からはがん種、罹患期間等の情報を収集した。

### 分析方法

面接を逐語録に起こし、内容分析の手法を参考に以下の手順で質的記述的に分析した。内容分析は、データをもとにそれが組み込まれた文脈に関して再現可能でかつ妥当な推論を行うための調査技法で(Krippendorff, 1989)、コミュニケーション内容を客観的・体系的かつ定量的に記述し、何がどのように伝えられているかを明らかにすることに適している(有馬, 2007)。

- 1) 逐語録を通読し、患者が経験した／経験していないが望んでいると考えられる医師とのコミュニケーションに関する語りを抽出する。
- 2) 抽出した語りに内容を要約するコードをつける(コーディング)。
- 3) 患者の経験や認識、前後の文脈にもとづき、希望や意向を分かってくれたと患者が感じた医師の働きかけや、実際には経験しなかったが、希望や意向を分かってもらうために医師にしてもらいたかったと感じることに着目して、2) で作成したコードをカテゴリ化する。

なおコーディングは第一著者が行い、分析内容について、信用性(分析結果が面接内容を十分に表現しているか)、独創性(実践に対する新しい洞察を提供しているか)、共鳴性(研究参加者の実体験と関連性があるか)、有用性(汎用性のあるプロセスを示唆しているか)(Charmaz,

2014)の観点から、共同研究者間で議論しながら進めた。

### 倫理的配慮

本研究は東京大学医学部倫理委員会の承認を得て行った。調査にあたり、研究目的、内容、面接時間・回数、面接内容の匿名化と秘密保持、参加の任意性、結果公表について口頭と文書で患者に説明し、書面同意を得た。また患者の選定を行う医師と看護師長とは、調査協力は強制ではないこと、面接内容を共有しないことを確認した。患者には研究に不参加でも診療に影響はなく、面接内容は医師や看護師には伝えないことを強調した。さらに面接によって心理的負担が生じた場合は調査協力を中止できることや、患者の意向に沿ってその後の対応を検討することを説明した上で調査を行った。

## 3. 結果

### 協力者特性

血液がん患者 11 名が参加した。そのうち 3 名の面接に家族が同席した。体調不良のため参加を辞退した者が 1 名、面接調査不可能と病棟医長が判断した者が 1 名だった。なお、質的研究において均質なケースを扱う場合の適切なサンプル数は 10 程度であり、重要なのは得られた情報の質とされている(Sandelowski, 2013)。

参加者の年代は 50～80 代で、性別は男性 7 名、女性 3 名だった。がん種は悪性リンパ腫 5 名、多発性骨髄腫 3 名、急性骨髄性白血病 2 名、骨髄異形成症候群 1 名で、罹患期間は 2 ヶ月～5 年、がん患者の全身状態を表す ECOG Performance Status (以下、PS) は 0 が 8 名、1 が 3 名だった。

### 分析結果

#### (1) 結果の全体像

患者は医師とのコミュニケーションの中で、自身の希望や意向を医師が知ってくれた／知ってくれなかったと感じた経験や、それへの考えを語った。

患者は挨拶や日常会話などによって、医師が話しやすい環境を作ってくれること、希望や意向を知ろうと尋ねてくれること、それらに理解を示してくれることで、医師に希望や意向を分かってもらえたと感じているようだった。

表 1 に、患者の語りにもとづいて抽出した、患者の希望や意向を知るための医師のコミュニケーション行動 31 項目と、出現した語りの数を示した。医師の行動は、「話しやすい環境を作る」、希望や意向を「知ろうと尋ねる」「理解を示す」の 3 カテゴリにまとめられた。「知ろうと尋ねる」「理解を示す」は、希望や意向の内容によって【病気・治療】と【生活・人生】に関するサブカテゴリに分けられた。なお、「」は医師の行動を示すカテゴリを、【】は「知ろうと尋ねる」「理解を示す」それぞれのサブカテゴリにおける希望や意向の内容を示す。

以下に患者の語りを引用しつつ、医師の行動の例を記述する。患者の語りは斜字で示し、意味が通じにくい部

分は( )内に言葉を補い、語りを省略した箇所には「…」を挿入した。

## (2) 話しやすい環境を作る

患者が医師に希望や意向を知ってもらえたと感じた時、医師が顔を見ること、笑顔や温かな雰囲気身をまもって接することがその基礎となっていた。また挨拶や日常会話など病気や治療に直接関係しない話題を医師と交わすことによって、場の雰囲気が和らぎ、医師との距離が縮まると患者は感じるようだった。これらを「話しやすい環境を作る」としてまとめ、具体的な内容を表 1.1) ~8) に示した。

例えば医師が「3) 何気ない雑談や日常会話など、病気や治療以外についても話をする」ことによって、患者は医師との心理的な距離の近さや話しやすさを感じていた。特に治療一辺倒の生活を送る中で孤立を感じている入院患者にとって、医師が話しかけてくれ、雑談や日常会話を交わすことは、日常の感覚を取り戻し、安堵を感じる機会にもなることがうかがえた。

*(医師は) 気さくに話し掛けてくれる。(内容は) 本当の雑談。日常会話的な…「遊びに行っているの?」とか…本当の日常会話。普通におじさんとおばさんが話すような会話。(雑談は) やっぱいいんじゃない…入院してると孤立してるじゃないですか…しゃべれるのはその人たち(医師や看護師)しかいないので。(患者 E)*

## (3) 知ろうと尋ねる

患者は自身が置かれている状況やその時々希望や意向について、医師が「知ろうと尋ね」てくれることをはっきりと感じたとき、療養生活を過ごす中で直面する困り事、希望や要望などを医師に伝えることができるようだった。

### (3)-1 病気・治療をめぐる希望や意向を尋ねる

体調や困っている症状、病気・治療に関する疑問、治療への要望など、病気や治療に直接関係する患者の希望や意向を知ろうと医師が働きかけることを「病気・治療をめぐる希望や意向を尋ねる」としてまとめ、具体的な内容を表 1.9) ~13) に示した。

例えば医師が「11) 病気・治療に関する疑問や質問を尋ねる」ことは、特に自発的に質問しない患者にとって、それらを医師に伝える絶好の機会になっていた。

*自分からいろいろ質問したりするタイプでもないのに、何か大事なことがあれば(医師から質問がないか)言われますよね。その時は(自分でも医師に)聞きますけど、普段はそんなには質問したりするタイプじゃないんだよね。(患者 D)*

しかしたとえ医師が尋ねたととしても、それが病気や治療に関する一方的な説明のすぐあとだった場合には、その場で疑問を医師に伝えることは難しいと語る患者もいた。

*お医者さまって流れて会話しませんから…(病気や治療について) とんとんとんとん(と説明してすぐに)、「はい、何か分からないことありますか」って聞かれても、やっぱり急には分からないですね。(患者 J)*

患者が医師に望むのは、一方的な説明やその後すぐに質問がないか機械的に尋ねることではなく、患者の反応を見極め患者にとって質問しやすい状況であることにも配慮した上で、病気・治療をめぐる希望や意向を知ろうと尋ねることであるようだった。

### (3)-2 生活・人生をめぐる希望や意向を尋ねる

家族や仕事、趣味などこれまでの生活の様子や心配事、診断後の過ごし方の希望など、生活や生き方に関する希望や意向を知ろうと医師が働きかけることを「生活・人生をめぐる希望や意向を尋ねる」としてまとめ、具体的な内容を表 1.14) ~17) に示した。

例えば、患者は病気や治療に直接関係しなければ、たとえ大きな心配を抱えていても自分から医師に話すことは躊躇していた。しかし「15) 今、生活全般において困っていることや心配なことを尋ねる」という医師の働きかけがあれば、患者は相談のきっかけを得るようだった。

*(告知されて) ショックはショックだったんですけど…その時は翌日に、実は大きな仕事の予定があったんです、私为中心でね。だからその方が心配で…逆に病気の宣告のショックより、そちらの心配の方が大きかった…(医師には) 一切言いませんでした。言う機会もないし、逆に(医師から)聞かれたら言いますけれども、聞かれないのに自分から言うの、ちょっと不自然な感じがしますからね。(患者 H)*

患者にとって、生活や人生をめぐる困り事や心配事がないか医師が尋ねてくれることは、それらを表明し相談する数少ない機会となりうるようだった。

## (4) 理解を示す

患者は、医師が患者の置かれているその時々状況、希望や意向について、分かったことを明確に言葉にして理解を示してくれていると認識することにより、自身の希望や意向が医師に伝わっていることを実感するようだった。

### (4)-1 病気・治療をめぐる希望や意向に理解を示す

病気・治療に関する患者の疑問に答えたり、困ってい

る症状への解決策を提案したり、治療の希望を理解したことを伝えるなど、医師が病気・治療に関する患者の状況や考えに理解を示すことを「病気・治療をめぐる希望や意向に理解を示す」としてまとめ、具体的な内容を表 1. 18) ~22) に示した。

例えば患者は、「19) 治療に対する希望や要望を理解したことを伝える」という医師の明確な行動がない限り、自身の希望はうやむやにされたままだと感じながらも治療を受け続けざるを得ないようだった。治療に関する希望を医師に伝えてもそれに対する医師からの応答はなく、伝わったのかどうか分からないと語る患者もいた。

*(治らないなら) 余計な治療をしないで緩和ケアの方に回してくださいって…最初に面談した時に申しあげました… (医師からの反応は) 別になかったですね…だから言っておけばやってくれるのかなって、こっちは思ってるだけ…やっぱし (分かったと) 言ってくれたらいいよね。(患者K)*

患者は自身が表明した希望を医師が理解してくれたのか、それが治療に反映されるのか分からないまま治療に臨んでいたが、医師がそれらを理解したのかどうかだけでもはっきり伝えて欲しいと感じているようだった。

#### (4)-2 生活・人生をめぐる希望や意向に理解を示す

患者のこれまでの生活や今後の生き方に関する希望や意向を理解し、その上で医療を提供していく姿勢を医師が患者に伝えることを「生活・人生をめぐる希望や意向に理解を示す」としてまとめ、具体的な内容を表 1. 23) ~25) に示した。

例えば患者は医師の言動に、患者の人生を真剣に考えながら治療を行う真摯な姿勢や、病状の改善を我が事のように喜んでくれていることを感じ取ると「25) 人生や今後の生活について一緒に考えていることを伝え」てくれるメッセージとして受け取るようだった。ある患者は、異動のため担当を外れることになった医師との会話の中で、とにかく病気を治したいと治療を頑張る自身の気持ちを医師が理解し、一緒に頑張っていく気持ちを持って全力で治療にあたってくれていたことを知り感動した経験を涙ながらに語った。

*(治療を頑張ってきたことに対して、医師から) いろいろ感謝の気持ちもあって、握手してもらって。感動しました…こういう (自分のことをここまで考えてくれる) 先生もいるんだなって思って。全然気持ちが違いますよね。(病気を治すために) 私も協力したし、先生も協力してくれたし、そういうことが通じたのかなって。(患者K)*

治療が長期に渡り状況が目まぐるしく変化する患者にとって、生活や人生をめぐる希望や意向を理解し、それ

を真摯に考え尊重してくれる姿勢が伝わってくる医師の言動は大きな支えとなるようだった。

#### 4. 考察

本研究は、希望や意向を知ってもらえたと患者が認識した医師のコミュニケーションや、実際には経験しなかったが、希望や意向を知ってもらうために、医師にしてもらいたかったと感じるコミュニケーションに関する血液がん患者の語りにもとづき、「患者の希望や意向を医師が知るためのコミュニケーション行動」の記述を試みた。患者は、医師が挨拶や日常会話などによって「話しやすい環境を作」り、【病気・治療】や【生活・人生】に関する希望や意向を「知ろうと尋ね」、それらに「理解を示」していると感じると、自身の希望や意向を知ってもらえたと認識していた。

コミュニケーションとは、人間の相互作用の中で、意味の共有がなされる動的なプロセスである (Miller, 2005)。「話しやすい環境を作る」こと、患者の希望や意向を「知ろうと尋ねる」こと、それに対して「理解を示す」という一連の医師の行動は、患者の希望や意向の共有がなされる患者-医師間コミュニケーションのプロセスの一つを示していると考えられる。血液がんは固形がんと比較して全身性に進行し、進行速度も速く短期間で命にかかわる場合も少なくない。そのため診断直後から完全寛解を目指した治療が早急に開始され(金倉, 2015)、治療に関する意思決定を医師に委ねる患者が多い (Ernst et al., 2011)。また、患者は、急変や治療の状況が容易に変化する可能性の中で(Marie et al., 2003; Odejide et al., 2014)、長期間に渡って治療を受け続ける。そしてこの過程において、【病気・治療】や【生活・人生】に関する患者の希望や意向は様々に変化していくと考えられる。このように、コミュニケーションに一定の制約がある血液がん診療においては、一連の医師の行動が殊に重要で、患者-医師間コミュニケーションにおける相互的なプロセスの継続的な発展や、その時々患者の希望や意向という意味の共有のためには不可欠であると考えられる。さらに、本研究が提示した医師の行動は、血液がん診療にとどまらず他の診療科においても、日々変化する患者の希望や意向を知り、それを尊重した医療を提供するための手掛かりともなることが期待される。

本研究が記述した医師の行動のうち、特に患者の希望や意向に対して理解を示す行動は、これまでも重要性が度々指摘されている傾聴や共感との共通点も多い (Bonvicini et al., 2009; Jagosh, Boudreau, Steinert, Macdonald, & Ingram, 2011; Kim, Kaplowitz, & Johnston, 2004; McCormack et al., 2011)。しかし希望や意向を医師に知ってもらえたと患者が感じるには、傾聴や共感などのように、患者の表出に対して医師が理解を示すのみでは十分でないことが患者の語りからうかがえた。すなわち、ま

ず医師が、患者にとって「話しやすい環境を作る」ことが、患者との関係性を築き、希望や意向を引き出すための礎となる。その上で医師から、病気・治療はもちろんのこと、仕事や家族の状況なども含めたこれまでの生活や今後の人生の希望や意向について、「知ろうと尋ねる」ことにより、患者は慣れない医療の場でも自らの考えを表明できる。さらに患者の表明に対して、医師が明確に「理解を示す」ことによって、患者は希望や意向を医師に分かってもらえたと感じることができるのである。またこれは、PCCの枠組みにおいて(Epstein et al., 2005)、患者を知りたい、患者と関係を構築したいという医師の姿勢が、その実践のために欠くことができない基礎的かつ重要な要素であることを示唆するものであると考えられる。つまり、患者の見方を引き出し、心理社会的背景も含めて患者を理解するために、「知ろうと尋ねる」「理解を示す」という行動のみならず、自明のこととして必ずしも明文化されてこなかった「話しやすい環境を作る」ことをひとつの主要な医師のコミュニケーション行動として位置付ける必要があるということだ。医師には患者から何らかの表出があった場合、それを傾聴し、それに対して理解や共感を示すという受動的な態度や行動から一歩踏み込み、患者の希望や意向を引き出すために「話しやすい環境を作る」ことや「知ろうと尋ねる」積極的かつ能動的な働きかけが求められると考えられる。

「知ろうと尋ねる」「理解を示す」に関する患者の語りには、【病気・治療】が中心で【生活・人生】は少なかった。血液がん医療では、救命と寛解を第一優先に診断後早急に治療が始まる(Marie et al., 2003)。また血液がんの治療は、強力な化学療法が長期間必要なことが多く、様々な副作用を伴う(神田, 2015; Marie et al., 2003)。そのため患者はそれまでの日常生活から突如切り離され、長期に渡る治療中心の生活に突入し、医師とのコミュニケーションは【病気・治療】が中心となると考えられる。このように救命や治療が最優先となる状況では、特に【生活・人生】に関する患者の希望や意向について、医師が患者に尋ねる機会も、患者側から医師に伝える機会もほぼないままに治療が進行していく。しかし近年日本では、がん診療に携る医師を対象にした緩和ケア継続教育プログラムにおいて、患者の生活について尋ねること、病気だけでなく患者自身への関心を示すことなどが医師の基本的なコミュニケーション技術として提示されている(日本緩和医療学会, 2017)。さらにコミュニケーションスキルトレーニングによって、医師のコミュニケーションが向上することも明らかにされている(Epstein et al., 2016)。これらのことから、医師が患者の【生活・人生】に対する意識をより高め、希望や意向を知ろうと働きかけることは、患者の生活を尊重し、希望に配慮した医療を提供する糸口にもなりうると考えられる。

「理解を示す」は、「知ろうと尋ねる」に関する語りよりも少なく、患者はたとえ医師に希望や意向を伝えても、それが伝わったかどうか分からないまま治療を受けてい

る場合があった。医師が、病気や治療に関する疑問や質問がないか患者に尋ねることの必要性は周知の事実で、その実践は広がっている(内富、藤森, 2007)。一方、血液内科医は患者と話す機会や時間を多くとりたいと思いつつも、治療や雑務に追われそれができないことも指摘されており(Mache et al., 2011)、医師は慌ただしい診療の中で、患者の考えを尋ねていても、それを理解したことを十分に伝えられていない可能性がある。限られた診療時間の中でも、医師が患者の考えに対する理解を意識的に患者に伝えることは、希望や意向が尊重されているという患者の評価に資する可能性もあると考えられる。

本研究には複数の限界がある。まず、協力施設が治療を目的とした高度な医療が実施される1大学病院に限られていた点、協力者である外来通院中または入院中の患者の体調面への配慮から、インタビュー時間が最長45分であった点である。このことによって、患者が語るコミュニケーションの内容は病気や治療が中心となり、医師との間で経験した生活や人生を含む多様なコミュニケーションに関する語りが少なかった可能性がある。次に、協力者は医療者から紹介を受けた患者であったことから、もともと医療者との関係性が良好な患者の語りである可能性がある。加えて、患者の全身状態が比較的よいため、それまでの経験が全体として肯定的に語られた可能性にも留意すべきである。さらに、分析結果について患者の確認を受けることができなかったため、患者の実体験を十分に反映できていない可能性がある。また本研究は、コミュニケーションにおける一方の当事者である患者の経験に着目したため、実際のコミュニケーションの内容や医師の意図が必ずしも反映されていない点に注意が必要である。

以上のような限界はあるものの、提供される医療の中で、患者が自身の希望や意向が尊重されていると感じるには、話しやすい環境を作り、患者の希望や意向を知ろうと尋ね、それらへの理解を言葉にして明確に示し伝えるという能動的な働きかけが医師に求められることが示唆された。今後は医師の認識を明らかにするための医師への面接調査、本研究が提示した医師の行動を定量的に測定することによる臨床実践状況と関連要因、患者アウトカムとの関連の検討が必要である。

## 謝辞

本研究にご協力いただいた患者の皆様、病院関係者の皆様に心から感謝申し上げます。

## 研究資金

本研究は平成28年度 公益財団法人安田記念医学財団 癌看護研究助成、平成28年度 公益財団法人上廣倫理財団研究助成から支援を受けた。

## 利益相反自己申告

本論文に関して、開示すべき利益相反はない。

## 引用文献

- 有馬明恵. (2007). *内容分析の方法*. 京都: ナカニシヤ出版.
- Bonvicini, K. A., Perlin, M. J., Bylund, C. L., Carroll, G., Rouse, R. A., & Goldstein, M. G. (2009). Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters. *Patient Education and Counseling*, 75(1), 3–10. doi.org/10.1016/j.pec.2008.09.007
- Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory*. London, UK: SAGE.
- Collins S, Britten N, Ruusuvoori J, & Thompson A. (2011). 患者参加の質的研究 会話分析から見た医療現場のコミュニケーション (北村隆憲、深谷安子). (Patient participation in health care consultations, 2007, Berkdhire, UK: Open University Press)
- Epstein, R. M., Duberstein, P. R., Fenton, J. J., Fiscella, K., Hoerger, M., Tancredi, D. J., Xing, G., Gramling, R., Mohile, S., Franks, P., Kaesberg, P., Plumb, S., Cipri, C. S., Street, R. L., Shields, C. G., Back, A. L., Butow, P., Walczak, A., Tattersall, M.,... Kravitz, R. L. (2016). Effect of a Patient-Centered Communication Intervention on Oncologist-Patient Communication, Quality of Life, and Health Care Utilization in Advanced Cancer: The VOICE Randomized Clinical Trial. *JAMA Oncology*. doi.org/10.1001/jamaoncol.2016.4373
- Epstein, R. M., Franks, P., Fiscella, K., Shields, C. G., Meldrum, S. C., Kravitz, R. L., & Duberstein, P. R. (2005). Measuring patient-centered communication in Patient-Physician consultations: Theoretical and practical issues. *Social Science & Medicine*, 61, 1516–1528. doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.02.001
- Epstein, R. M., Street, R. L. (2007). *Patient-Centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering*. Retrived from [https://cancercontrol.cancer.gov/sites/default/files/2020-06/pcc\\_monograph.pdf](https://cancercontrol.cancer.gov/sites/default/files/2020-06/pcc_monograph.pdf)
- Ernst, J., Kuhnt, S., Schwarzer, A., Aldaoud, A., Niederwieser, D., Mantovani-Löffler, L., Kuchenbecker, D., & Schröder, C. (2011). The desire for shared decision making among patients with solid and hematological cancer. *Psycho-Oncology*, 20(2), 186–193. doi.org/10.1002/pon.1723
- Fujimori, M., & Uchitomi, Y. (2009). Preferences of cancer patients regarding communication of bad news: A systematic literature review. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 39(4), 201–216. doi.org/10.1093/jjco/hyn159
- Horinuki, F., Noguchi-Watanabe, M., Takai, Y., Yamahana, R., Ohno, N., Okada, S., Mori, S., & Yamamoto-Mitani, N. (2018). The Experience of Persons With Hematological Malignancy When Communicating With Health Care Professionals. *Qualitative Health Research*, 28(3), 479–490. doi.org/10.1177/1049732317739839
- Jagosh, J., Donald Boudreau, J., Steinert, Y., Macdonald, M. E., & Ingram, L. (2011). The importance of physician listening from the patients' perspective: enhancing diagnosis, healing, and the doctor-patient relationship. *Patient Education and Counseling*, 85(3), 369–374. doi.org/10.1016/j.pec.2011.01.028
- 神田善伸. (2015). *造血幹細胞移植診療実践マニュアル データと経験を凝集した医療スタッフのための道標*. 東京: 南江堂.
- 金倉謙. (2015). *最新ガイドライン準拠 血液疾患 診断・治療指針*. 東京: 中山書店.
- 金倉謙. (2016). *EBM血液疾患の治療2017-2018*. 東京: 中外医学社.
- Krippendorff K. (1989). *メッセージ分析の技法—「内容分析」への招待* (三上 俊治、椎野 信雄、橋元 良明). (Content Analysis: An introduction to its methodology, 1981, London, UK: SAGE)
- Kim, S. S., Kaplowitz, S., & Johnston, M. V. (2004). The Effects of Physician Empathy on Patient Satisfaction and Compliance. *Evaluation & the Health Professions*, 27(3), 237–251. doi.org/10.1177/0163278704267037
- Koehler, M., Koenigsmann, M., & Frommer, J. (2009). Coping with illness and subjective theories of illness in adult patients with haematological malignancies: Systematic review. *Critical Reviews in OncologyHematology*, 69, 237–257. doi.org/10.1016/j.critrevonc.2008.09.014
- LeBlanc, T. W., Fish, L. J., Bloom, C. T., El-Jawahri, A., Davis, D. M., Locke, S. C., Steinhauer, K. E., & Pollak, K. I. (2017). Patient experiences of acute myeloid leukemia: A qualitative study about diagnosis, illness understanding, and treatment decision-making. *Psycho-Oncology*, 26(12), 2063–2068. doi.org/10.1002/pon.4309
- Mache, S., Schö Ffel, N., Kusma, B., Vitzthum, K., Klapp, B. F., & Groneberg, D. A. (2011). Cancer Care and Residents' Working Hours in Oncology and Hematology Departments: An Observational Real-time Study in German Hospitals. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 41(1), 81–86. doi.org/10.1093/jjco/hyq152
- 真野俊樹. (2004). 医療情報提供の経済学的考察. 経営・情報研究, (8), 23–30.
- Marie, A., Brodin, H., Pettersson, S., & Eklöf, A. (2003). The final phase in acute myeloid leukaemia ( AML ) A study on bleeding , infection and pain. *Leukemia Research*, 27, 481–488.
- Mccormack, L. A., Treiman, K., Rupert, D., Williams-Piehot, P., Nadler, E., Arora, N. K., Lawrence, W., & Street, R. L. (2011). Measuring patient-centered communication in cancer care: A literature review and the development of a systematic approach. *Social Science & Medicine*, 72, 1085–1095. doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.01.020
- Meza J. P & Passemán D. S. (2013). *ナラティブとエビデンスの間—括弧付きの、立ち現れる、条件次第の、文脈依存的な医療* (岩田健太郎). (Integrating narrative medicine and evidence-based medicine, 2011, Kent, UK: Radcliffe Publishing)
- Miller, K. (2005). *Communication theories: perspectives, processes, and contexts*. New York, USA: McGraw Hill.

- Ngo-Metzger, Q., August, K. J., Srinivasan, M., Liao, S., & Meyskens, F. L. (2008). End-of-life care: Guidelines for patient-centered communication. *American Family Physician*, 77(2), 167–174.
- 日本緩和医療学会 (2017). 緩和ケア研修会 教材 プレゼンテーション資料 M-8 コミュニケーション. Retrieved from [http://www.jspm-peace.jp/data/v3\\_a/M8\\_201702.pdf](http://www.jspm-peace.jp/data/v3_a/M8_201702.pdf)
- Odejide, O. O., Salas Coronado, D. Y., Watts, C. D., Wright, A. A., & Abel, G. A. (2014). End-of-Life Care for Blood Cancers: A Series of Focus Groups With Hematologic Oncologists. *Journal of Oncology Practice*, 10(6), e396–e403. doi.org/10.1200/JOP.2014.001537
- 大石醒悟、高田弥寿子、竹原歩、平原佐斗司. (2014). 心不全の緩和ケア 心不全患者の人生に寄り添う医療. 東京: 南山堂.
- Sandelowski M. (2013). 質的研究をめぐる10のキークエスション サンドロウスキー論文に学ぶ (谷津裕子、江藤裕之). 東京: 医学書院.
- 内富庸介、藤森麻衣子. (2007). がん医療におけるコミュニケーション・スキル 悪い知らせをどう伝えるか. 東京: 医学書院.

表 1  
患者の語りにもとづいて抽出した患者の希望や意向を知るための医師のコミュニケーション行動

カテゴリ	サブカテゴリ	医師の行動	語りの数
話しやすい環境を作る	—	1) 挨拶や自己紹介をし、患者の名前を呼んで話をする	3
		2) 患者の目や顔を見て話をする	9
		3) 何気ない雑談や日常会話など、病気や治療以外についても話をする	6
		4) 話をする機会を多く作る	12
		5) 話すときに忙しそうなそぶりを見せない	3
		6) やさしくあたたかい雰囲気や笑顔で接する	5
		7) 十分な時間を取り最後まで遮らずに患者の話聞く	3
		8) 患者が希望すれば患者の話や質問を聞く	1
知ろうと尋ねる	病気・治療をめぐる意向を尋ねる	9) 吐き気などの具体的な例を挙げ、困っている症状がないか尋ねる	5
		10) 体調の良し悪しを尋ねる	9
		11) 病気・治療に関する疑問や質問を尋ねる	35
	生活・人生をめぐる意向を尋ねる	12) 病気・治療に対する不安や心配を尋ねる	20
		13) 治療に対する希望や要望を尋ねる	20
		14) これまでの普段の生活全般の様子を尋ねる	15
		15) 今、生活全般において困っていることや心配なことを尋ねる	16
理解を示す	病気・治療をめぐる意向に理解を示す	16) 人生で大切にしていることを尋ねる	12
		17) 病気でなかったらやりたかったこと、病気が治ったらやりたいことを尋ねる	4
		18) 病気・治療に対する不安や心配を理解したことを伝える	18
		19) 治療に対する希望や要望を理解したことを伝える	18
	生活・人生をめぐる意向に理解を示す	20) 治療に対する頑張りや認め、いたわりや励ましを伝える	9
		21) 納得できるまで病気/治療について説明する	20
		22) 患者が相談した症状を放置せず、何らかの対処をする (例: 痛みの相談に対して、痛み止めの内服を勧める)	9
		23) これまでの生活や、今困っていることを理解したことを伝える	7
		24) 希望や人生で大切にしたいことを理解し、尊重していくことを伝える	5
		25) 今後の人生や生活について一緒に考えていることを伝える	5



## その他

### 対応困難な患者を想定した模擬患者との医療面接演習に関する実践報告

#### Training in Medical Interview with Simulated Difficult Patients

市倉加奈子<sup>1)</sup>, 守屋利佳<sup>2)</sup>, 千葉宏毅<sup>2)</sup>, 井上彰臣<sup>3)4)</sup>, 島津明人<sup>5)</sup>, 堤明純<sup>3)</sup>

ICHIKURA Kanako, MORIYA Rika, CHIBA Hiroki, INOUE Akiomi, SHIMAZU Akihito, TSUTSUMI Akizumi

- 1) 北里大学医療衛生学部健康科学科
- 2) 北里大学医学部医学教育研究部門
- 3) 北里大学医学部公衆衛生学
- 4) 産業医科大学 IR 推進センター
- 5) 慶應義塾大学総合政策学部

- 1) Department of Health Science, Kitasato University School of Allied Health Sciences
- 2) Department of Medical Education, Kitasato University School of Medicine
- 3) Department of Public Health, Kitasato University School of Medicine
- 4) Institutional Research Center, University of Occupational and Environmental Health, Japan
- 5) Faculty of Policy Management, Keio University

#### Abstract

**Introduction:** Ability to communicate with various people is one of the key competences of medical education. To our knowledge, there is no practical report on the undergraduate training in medical interview with difficult patients.

**Methods:** Third grade medical students role-played with simulated patients in four-type scenarios: annoyed, anxious, feigning, or silent patients in medical interview.

**Results:** Students learned about communication strategy to tailor flexibly to each difficult patient. We observed both medical students and simulated patients experienced psychological distress in the scenario about annoyed patients.

**Discussion:** We learned the importance of preparatory and reflection for both students and simulated patients, as well as the necessity of improving teacher's facilitation skill, to reduce psychological distress during medical interview training.

#### 要旨

**背景:** 医学生のコミュニケーション教育は重要であるが、対応困難な患者を想定した医療面接演習についての実践報告はない。

**方法:** 臨床実習前3年次の医学生を対象に、怒り、不安、せっかち、寡黙の感情や特性をもった患者に医療面接を行う設定で、模擬患者参加型ロールプレイ演習を実施した。

**結果:** 学生は患者の特性に合わせて柔軟に対応することを学んだ一方で、怒りをテーマとした演習では、学生と模擬患者の双方に心理的な負担がかかる可能性が伺われた。

**考察:** 学生と模擬患者の心理的負担軽減のために、両者に対する演習前の十分な説明と打ち合わせ、事後の振り返り、および、教員のファシリテーター技術の向上が必要と考えられた。

**キーワード:** 医療面接／医学教育／医学生／模擬患者／心理的負担

**Keywords:** Medical interview; medical education; medical students; simulated patients; psychological burden

#### 1. はじめに

患者の意思決定のために、その心理的および社会的な背景を踏まえながら、患者や家族と良好な関係性を築き、支援するコミュニケーション能力は、医師に求められる基本的な能力である。実際に、医療者が患者の気持ちに寄り添いながら共感する態度によって患者との信頼関係

が構築され、治療アドヒアランスや生活の質 (Quality of Life: QOL) の向上をもたらすことも明らかにされている [1-2]。このようなコミュニケーション能力は、教育介入によって獲得される可能性が示唆されてきた。たとえば、与えられたシナリオに応じて医療者や患者の役割を演じるロールプレイ演習は、学生の自己理解促進や共感能力

の向上につながるとして、コミュニケーションに関する卒前教育で活用されている[3-4]。なかでも患者の気持ちに焦点を当て「それは悲しい思いをされましたね」「さぞ腹が立ったでしょう」などと感情を反映する対応能力は、講義形式の授業による学習では向上が難しく、ロールプレイによる体験学習が必須とも言われている[5]。さらに、学生同士だけでなく、模擬患者（Simulated Patients: 以下SP）とロールプレイを行うことで、学生は緊張感をもって、実践的な体験をすることができるため、SP参加型のロールプレイ演習が有効とされている。

北里大学医学部においても、SP参加型のロールプレイ演習を活用した効果的な学修により、基本的なコミュニケーション能力の習得を目指している[6]。しかし基本的なコミュニケーションを学んでいる医療者であっても実際の臨床では、不安や焦燥などの心理状態や、こだわりの強さや気にしやすさなどの性格特性を抱えている患者に対して、対応困難であると感じている。これは臨床実習においても同様であり、学生はこうした様々な対応困難な患者に対する心の準備が必要であると言われている[7]。しかし対応困難な患者を想定した医療面接のトレーニングについて、医学生を対象とした卒前教育の中で実施された報告はほとんどない。海外では、SP参加型のロールプレイ演習で学生の中に生じたネガティブな感情をどうコントロールしているかを検証した研究があるものの[8]、対応困難な患者のみを想定した実践報告はない。本稿では、北里大学医学部で実践した対応困難な患者に対する医療面接を想定したSP参加型のロールプレイ演習を通して、認識された課題について報告する。

## 2. 医療面接演習の実際

### (1) 演習の準備

北里大学医学部では、医療面接の段階的なマイルストーンを定め(表1)、傾聴や共感能力向上を目的としたグループワークとSP参加型のロールプレイ演習を1年次より実施している。具体的には、1年次に聴く態度の基本、2年次に心理的危機にある人とのコミュニケーション、3年次に対応困難な人とのコミュニケーション、4年次に悪い知らせの伝え方について学ぶこととしており、いずれも臨床実習前に必要な体験であると考えている。今回、3年次に、「行動科学・医療面接」の1コマ(80分)として、SP参加型ロールプレイ演習を行った。対応困難な患者を想定したロールプレイ演習では、「様々な心理状態や性格特性を持つ患者と、ある程度の医学的知識を持った立場で医療面接を行うことにより、自らのコミュニケーションの特徴を知り、よりよいコミュニケーションをとることができるようになる」ことをねらいとした。医学教育を専門とする教員2名(うち内科専門医1名、教育心理学を背景に持つ教員1名)、精神保健学および臨床心理学を専門とする教員各1名が参画した。

参加したSPは、50~80歳代の女性14名であった。SPそれぞれには、怒り、不安、せっかち、寡黙のいずれかの

キャラクターが割り当てられており、事前に会話例なども記載された詳細な症例シナリオが配布された。また、事前にSP同士でロールプレイの予行演習を行うことで、キャラクターのイメージを膨らませるとともに、対応困難な患者を演じることの不安を軽減できるよう配慮した。最終的には基本となるキャラクターのイメージはそれぞれのSPがシナリオに基づいて事前に想定しておくように指示された。また当日の演習前には、SP全員と教員でミーティングを行い、SPが対応困難な患者を演じる上での不安等について確認・共有した。また、イメージがつきにくいとSPから疑問が挙がったキャラクターについては、教育・心理系教員がいくつかの具体例を提示して、キャラクターの特徴がSPに理解されるよう努めた。

### (2) 演習の概要

参加した学生は、3年次116名であった。学生には、「臨床実習に臨む学生として予診をとる立場として医療面接を行うこと」、また、「特異的なキャラクターをSPが演じること」を事前に説明し、キャラクターによっては面接時につらくなることもあるかもしれないので無理はしないことを教示した。どのSPにいずれのキャラクターが割り当てられているかについては情報を提示しなかった。

ロールプレイ演習では、それぞれのSPが学生5~6名の小グループをローテーションし、学生1名が順に医師役を演じる形で進行した。1回のロールプレイにおける時間配分は、面接5分、医師役の学生からの感想1分、観察役の学生からの感想1分、SPからのフィードバック1分で行った。SPは、自身がどのようなキャラクターで演じていたかを学生に伝え、SPとして感じたことをフィードバックした。

全6回のロールプレイが終了した時点で、対応が困難な患者に対するロールプレイ演習での学びについて教員による総括を行った。今回の経験で患者とのコミュニケーションに不安を感じたかもしれないが、医師役としてどのような感情が生じたかを自分で知ることが重要であること、(医師になった際には)そのような感情を自覚しながらも、患者に寄り添った対応を求められるようになること、および今後の実習などを通してコミュニケーション能力を向上させることは可能なことを伝えた。学生への課題として、「対応の難しい患者と接した際に、感じたこと、気が付いたこと」をテーマとしたレポートを課した。SPに対しては、すべての演習が終了した時点で感想や意見を求める時間を設け、教員側から普段のキャラクターとは異なる演技をしていただいた苦勞に対してねぎらいの声かけをした。

### (3) 演習の振り返り

医療面接演習が終了した後に、教員間で演習の振り返りを行った。学生からは、演習後に疲労の声が挙がっていたこと、とくに怒りのキャラクターへの対応について、

落ち込んだ、不安になった、イライラした、などの感想が聞かれたこと、が共有された。教員による観察においても、怒りのキャラクターに対応した学生のなかには、次第に表情が固くなる者や対応に困って演じることをあきらめてしまう者も認められた。一方で患者の感情表出にどのように対応すべきかを悩みながら試行錯誤して取り組んでいる様子も見られた。実際に、患者の話や感情に合わせて真剣に耳を傾け、患者が話しやすい表情を出すことなど、2年次で学んだことを活用している様子もあったことが教員から報告された。また、患者の性格的な特性をすみやかに把握して柔軟に話し方を変えていく、といった高度な対応を発揮できている学生も認められた。

SPにおいても、とくに怒りのキャラクターを演じたSPから、どのくらいのレベルまで演じて良いか分からなかった、怒り過ぎてしまったのではないかと不安になった、などの感想が聞かれたことが共有された。ほとんどのSPが迫真の演技で怒りを表出していた一方で、次第に感情がエスカレートし、ロールプレイ終了後のフィードバック時にも学生に強く当たってしまうなど、怒りを制御できなくなる例もあったと教員から報告された。

#### (4) 倫理的配慮

本報告は教育実践の報告であり、研究目的で実施されたものではないため、北里大学では「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に基づいた審査の対象とならない。ただし、教育的観点、個人情報保護法の観点に基づいて、学生およびSPが不利益を被ることのないよう、最大限の配慮をもって教育を行っている。本演習の実践を通して次年度以降の教育コンテンツ作成につなげていくことに関しては、講義にて口頭で説明し、協力を依頼している。また、学生やSPの授業内での発言、アンケート・レポートなどの提出物については、報告には含めない。なお演習は、教育・心理系教員が共同して実施しており、演習中は学生やSPの様子に教員が注意を向けて必要時は中断を促すこととし、演習後は全体の振り返りを通して学生やSPの感情面をフォローできるよう考慮した。

### 3. 対応困難な患者を想定した医療面接演習の意義

今回の演習では、臨床実習を控えた卒前教育として、対応困難な患者とのコミュニケーションについてSP参加型のロールプレイ演習を通して学ぶことがねらいであった。先行研究でも学生の心の準備が必要であると言われていたが[7]、今回の演習でSPとの緊張感をもったコミュニケーションを通したリアルな体験ができたことは、臨床実習前の貴重な経験であったと思われる。加えて、対応困難な患者に対しても、すでに学習している基本的な傾聴・共感などの基本コミュニケーションが活用できることを実感できた学生は、自己効力感の向上につながったであろう。実際に医療面接演習は、学生の患者コミュニケーションに対する自己効力感を構築するものであると考えられている[9]。したがって、臨床実習前の3年

次に対応困難な患者を想定したコミュニケーションに関する体験学習ができたことは有意義であったと思われる。

### 4. 対応困難な患者を想定した医療面接演習の課題

今回の演習を通して得られた学びの1つに、対応困難な患者に対する医療面接のロールプレイ演習は、学生やSPに心理的負担を与えうることが挙げられる。なかでも「怒り」のキャラクターを想定したシナリオでは、SPから医師役の学生への非難や苦情が繰り返され、学生とSPの双方が心理的負担を感じやすい可能性が示された。

医療者にとって最も苦痛を感じるのは、患者の怒りに対応する場面であると言われており、ベテランの看護師や心理職であっても、相当の労力をかけて、患者の怒りを受け止め、対応していることが指摘されている[10]。イライラしている患者に対して敵意や怒りを向けてしまう逆転移が起こることも、若手医療者や学生であればなおさらだろう。臨床実習未経験の学生にとって、ロールプレイ演習に参加すること自体が心理的負担であることも考慮すると[5]、SPの怒りを受け止めきれずに、疲弊したり、無力感に陥ったりすることは理解できる。また学生の特性や能力によって、SPからの反応をネガティブに受け止めすぎる場合があることも指摘されており[11]、SPから責められたことを敏感にとらえすぎて、想定以上に強い反応を示した学生がいた可能性もある。さらに患者の怒りは、認知・精神機能問題、不安増強、性格特性など様々な背景が想定される。3年次で患者から表出される感情の背景まで医学的に整理することが困難な可能性もあるが、臨床実習前に暴露されたことに意義があったと考えている。

怒りを抱えた患者を演じることは、SPにおいても心理的負担となる可能性があることは今回の演習での重要な気づきであった。怒りを表出する患者を演じているうちに徐々にSP自身の怒り感情が増幅するようにも見受けられた。演習終了後には、自身の怒りの表出に対する後悔や落ち込みも生じているようであった。SPの多くは、医学や学生の将来に貢献しているという社会的役割を見出すことで精神的健康を維持していると言われていた一方で[12]、自分の役割変化に心が揺れ動きやすい中高年と言うライフステージにもある。患者役割を演じること自体、心理的な負荷がかかり、不安や怒りなどの精神的苦痛を感じやすい状態とも言える。こうした中で、学生に負担をかける可能性がある怒りのロールプレイは、SPにとって、自分の役割を發揮できているかという苦悩につながるのかもしれない。またSP養成という観点では、シナリオに基づいた演技とそれに対するフィードバックが必要であると言われていた[13]。今回の演習では、一般的なSP養成プログラムを受けて十分な経験を積んでいるSPがほとんどであったが、対応困難な患者を演じることは初めての体験であった。これに対して、教員間で議論して事前に詳細なシナリオを配布するとともに、SP同士でのロールプレイの予行演習を行った。今後さらに

予行演習の時間や回数を増やすなどの対応が必要かどうか検討の余地がある。いずれにしても、われわれが知る限り、ロールプレイにおいて直面する SP の心理的負担に関する研究は行われておらず、今後、検討が重ねられる必要がある。

SP 参加型ロールプレイ演習において、学生や SP の心理的負担を軽減するために、以下の 3 点の工夫が考えられる。第 1 に、SP がキャラクターを不安なく演じられるように、事前情報を詳細に提供し、シナリオや時間配分の工夫を含めて綿密な打ち合わせをすることが挙げられる[6]。怒りの表出を伴う演習で起こりがちな課題を共有し、ロールプレイ演習の中で時間を区切り、後半は徐々に怒りがおさまって納得していくといったシナリオの工夫を共に行うことも良いかもしれない。「怒り・イライラを抱える役」と「医療者に従順すぎて意見が言えない役」のように 2 パターンの役を交互に演じてもらうことで負担を軽くする等の方法も検討の余地がある。第 2 に、演習終了後に、十分な振り返りの時間をとることは、SP、学生両者にとって必要である。たとえば、怒りは不安の表れであるとも考えられ、「病気が進行してこの先どうなってしまうのか」という不安が「病気が治らないのは医療者の能力のせいだ」という怒りに代わって表出されることがある。このような場面では、基本コミュニケーションの能力に加え、表出された怒りの裏に隠されている患者の不安を十分に理解したうえで、気持ちに寄り添った支援を提供することが求められる[14]。怒りの生じる仕組みやその対応について、振り返りで説明を受けることで、学生は演習で感じたもどかしさを解消できる可能性がある。また、ロールプレイ演習中に感じた苦痛を表出・共有する時間を作ることで、患者から怒りを表出された際に医療者が不安や怒りを感じるが起こりえることも学ぶことができる。ロールプレイ演習後に十分な振り返りを行うことは、学生の心理的負担の軽減につながるるとともに、演習の学習効果を高めるうえでも有効と思われる。最後に、演習の進行の工夫として、ロールプレイ終了を明快な音で区切る、深呼吸を促すなどの方法で、切り替えを徹底することが重要とされている。教員が、基本的なロールプレイの約束事を学び、ファシリテート技術を向上させて演習に臨むことも必要である[15]。

対応困難なケースを実地で演習する前に、基本的なコミュニケーション能力を学んでおくことも大切なことと思われた。学生からは、「医師と患者とのコミュニケーションはただの会話というだけでなくその患者の治療につながる。患者さんとコミュニケーションを取る上で、ただニコニコ話を聞いていればいいだけではない。その患者さんの話や感情に合わせて真剣に耳を傾け、患者が話しやすい表情をだすことが大切だと感じた」、「もっと自分自身に何ができて何ができていないのかについて分析すること、それに関してどのように対策していくのかについてはっきりさせていくのが課題だと感じた」という、対応困難な患者に対応する場面において、1～2 年次に

学んだ傾聴や共感能力の必要性に触れた感想が聞かれた。

## 5. おわりに

対応困難な患者を想定して医療面接を行う SP 参加型ロールプレイ演習の実践報告を行った。怒りを表出する患者とのロールプレイ演習では、学生と SP に心理的負担を生じる可能性が示された。医療面接におけるコミュニケーション能力の醸成にあたり、段階的に演習内容を組み立てていくことの重要性を再認識した。学生や SP の心理的負担を軽減するために、演習前後の十分な打ち合わせと振り返り、プログラムの工夫による演習内容の充実、教員のファシリテート技術を向上させることが必要と思われる。

## 謝辞

演習に協力いただいた北里大学 SP 研究会とコーディネーターの青木節子氏に感謝申し上げます。

## 利益相反自己申告

本報告において、申告すべき利益相反はない。

## 引用文献

1. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston M V. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Health Prof* 2004; 27: 237–251.
2. Neumann M, Wirtz M, Bollschweiler E, et al. Determinants and patient-reported long-term outcomes of physician empathy in oncology: a structural equation modelling approach. *Patient Educ Couns* 2007; 69: 63–75.
3. Patel S, Pelletier-Bui A, Smith S, et al. Curricula for empathy and compassion training in medical education: A systematic review. *PLoS One* 2019;14:e0221412. doi:10.1371/journal.pone.0221412
4. Son D, Shimizu I, Ishikawa H, et al. Communication skills training and the conceptual structure of empathy among medical students. *Perspect Med Educ* 2018;7:264–71. doi:10.1007/s40037-018-0431-z
5. 糸井真帆, 石田弓. カウンセリング技法の学習を目的としたロールプレイの問題点に関する研究. *広島大学大学院心理臨床教育研究センター紀要* 2010;9:42–53.
6. 井上彰臣, 堤明純, 守屋利佳ほか. 北里大学医学部における行動科学・行動医学教育の実践. *行動医学研究* 2020; 25(2): 152–158.
7. Steinauer JE, Teherani A, Preskill F, et al. What do medical students do and want when caring for “Difficult Patients”? *Teaching and Learning in Medicine* 2019; 31(3): 238–249.
8. Zhou Y, Collinson A, Laidlaw A, et al. How do medical students respond to emotional cues and concerns expressed by simulated patients during OSCE consultations? –a multilevel study. *PLoS One* 2013; 8 (10): doi: 10.1371/journal.pone.0079166.

9. Hagemeyer NE, Hess R, Hagen KS, et al. Impact of an interprofessional communication course on nursing, medical, and pharmacy students' communication skill self-efficacy beliefs. *American Journal of Pharmaceutical Education* 2014; 78(10): doi: 10.5688/ajpe7810186.
10. 中川典子. 看護師の患者・家族の怒りへの対応の特徴. *日本赤十字看護学会誌* 2017;17:35-41.
11. 野呂瀬嵩彦, 村上美穂. 学習者の背景は模擬患者参加型ロールプレイ実習の学びにどのような影響を与えるのか?: フォーカス・グループに基づく質的分析から: 学習者の背景が SP 参加型実習の学びに与える影響の検討. *日本ファーマシューティカルコミュニケーション学会誌* 2019;17:10-21.
12. 青木久恵, 窪田恵子, 三好麻紀ほか. 一般市民が模擬

- 患者ボランティアに参加する動機と継続するための課題. *福岡女学院看護大学紀要* 2014; 5: 1-10
13. 浜端賢次, 安藤恵, 本田芳香. 高齢者が参加しやすい模擬患者養成プログラムの検討. *川崎医療福祉学会誌* 2015; 25(1): 217-222
14. 吉川由希子, 渡邊由加利, 山本隆則ほか. 看護学教育に携わる模擬患者への継続支援についての検討. *札幌市立大学研究論文集* 2016;10:49-57.
15. Kourkouta L, Papathanasiou I V. Communication in nursing practice. *Mater Sociomed* 2014;26:65-7. doi:10.5455/msm.2014.26.65-67
- \*責任著者 Corresponding author : e-mail ichikura-crcha@umin.ac.jp (市倉加奈子)**

表1 北里大学医学部で設定している各学年での医療面接のマイルストーン

学年	到達目標	講義・演習概要	コマ数
5年次 および 6年次	実際に医療面接を行うことができる	臨床実習において実際の患者とのコミュニケーション、医療面接	
4年次	模擬的に医療面接を行うことができる 医療面接の目標を理解し、基本的な情報収集ができる 悪い知らせの伝え方のポイントを述べるができる	演習1: 悪い知らせの伝え方に関するグループワーク、悪い知らせを伝える場面を想定したSP参加型ロールプレイ 演習2: 基本的な医療面接実習	演習4 コマ
3年次	コミュニケーションをとることが難しい人と会話を進めることができる 専門職を目指すものとして心理的状況に配慮した面接をすることができる	演習: 医療者としてのコミュニケーションに関するグループワーク、対応困難な患者を想定したSP参加型ロールプレイ	演習2コマ
2年次	医学生として健康の悩みに関する話を聴くことができる 心理的危機にある人へ基本的な対応をすることができる	講義: ストレス、医師-患者関係、動機づけ、対人コミュニケーション 演習: 心理的危機にある人とのコミュニケーションに関するグループワーク、健康相談場面の一般市民を想定したSP参加型ロールプレイ	講義4コマ 演習2コマ
1年次	世代や背景の異なる人と適切な言葉遣いや態度で話ができる 適切な「聴く態度」の基本を实践できる	演習: 積極的傾聴に関する演習、SP参加型のコミュニケーション演習	演習2コマ

---

日本ヘルスコミュニケーション学会誌-第12巻第1号

The Journal of the Japanese Association of Health Communication Vol.12, No.1

2021年4月1日発行

日本ヘルスコミュニケーション学会誌編集委員会(2020-2021)

編集委員長

宮原 哲 (西南学院大学外国語学部外国語学科)

編集委員

岩隈 美穂 (京都大学大学院医学研究科医学コミュニケーション学分野)

榊原 圭子 (東洋大学社会学部社会福祉学科)

孫 大輔 (鳥取大学医学部地域医療学講座)

高永 茂 (広島大学大学院文学研究科)

高山 智子 (国立がん研究センターがん対策情報センター)

本間三恵子 (埼玉県立大学健康開発学科健康行動科学専攻)

アシスタント

岩崎舞子 (西南学院大学大学院文学研究科)

発行者日本ヘルスコミュニケーション学会

<http://healthcommunication.jp/>

---



