

**The Journal of the Japanese Association of Health Communication**  
**Vol. 2, No. 1, 2011**

# **日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌**

## **第2巻 第1号**

### **特集号**

**ヘルスコミュニケーションの現状と展望－  
対人コミュニケーションから異文化コミュニケーション、  
マスメディア・キャンペーンまで**

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

<http://HealthCommunication.jp>

日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌  
第2巻第1号

特集号 ヘルスコミュニケーションの現状と展望－  
対人コミュニケーションから異文化コミュニケーション、  
マスメディア・キャンペーンまで

日本ヘルスコミュニケーション学会  
Japanese Association of Health Communication  
<http://HealthCommunication.jp>

# 目次

## S1 医療コミュニケーション研究への誘い

### —Part1:医療コミュニケーション研究の概論、そして量的研究を進めるために—……………5

藤 崎 和 彦

岐阜大学医学部医学教育開発研究センター

野 呂 幾 久 子

東京慈恵会医科大学日本語教育研究室

石 川 ひ ろ の

東京大学大学院医学研究科医療コミュニケーション学

田 口 則 宏

鹿児島大学大学院歯学総合研究科健康科学

小 川 哲 次

広島大学病院口腔総合診療科

## S2 ヘルスコミュニケーションのメッセージ:メディアの研究と実践の現状……………12

高 山 智 子

国立がん研究センターがん対策情報センター

中 山 健 夫

京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻健康情報学

赤 松 利 恵

お茶の水女子大学大学院人間文化創成学研究科

石 川 善 樹

自治医科大学公衆衛生学教室

小 畑 洋 一

読売新聞社社会保障部

溝 田 友 里

京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻健康情報学

山 本 精 一 郎

京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻健康情報学

## S3 専門教育:臨床と研究の対話について考える……………21

中 山 健 夫

京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻健康情報学

今 中 美 栄

京都大学大学院医学研究科／京都大学保健管理センター

上 嶋 悦 子

大阪大学大学院薬学研究科附属実践薬学教育研究センター

B・T・スリングスビー

京都大学大学院医学研究科

平 出 敦

近畿大学医学部附属病院救急診療部 (ER)

#### **S4 インターネットによるヘルスコミュニケーションー現状と今後……………25**

木 内 貴 弘

東京大学大学院医学研究科医療コミュニケーション学

石川ひろの

東京大学大学院医学研究科医療コミュニケーション学

高 山 智 子

国立がん研究センターがん対策情報センター

大 野 直 子

東京大学大学院医学研究科医療コミュニケーション学

栗山真理子

アラジーポット、日本患者会情報センター

佐藤(佐久間)りか

特定非営利活動法人 健康と病いの語りディベックス・ジャパン

#### **S5 医療現場におけるチーム医療……………38**

荒木登茂子

九州大学大学院医療経営・管理学講座

大倉朱美子

京都南病院

#### **S6 海外のヘルスコミュニケーション研究の現状……………44**

萩 原 明 人

九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学分野

濱 崎 朋 子

九州女子大学家政学部栄養学科

前 田 祐 子

京都大学医学研究科人間健康科学系専攻

岩 隈 美 穂

京都大学大学院医学研究科

社会健康医学系専攻医学コミュニケーション学

## **S7 医療コミュニケーション研究への誘い**

### **—Part2: 医療コミュニケーション研究の質的研究を進めるために—……………50**

青木伸一郎

日本大学松戸歯学部歯科総合診療学講座

斎藤清二

富山大学保健管理センター

高永茂

広島大学大学院文学研究科

田口則宏

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科

小川哲次

広島大学病院口腔総合診療科

## **S8 健康医療政策とコミュニケーションの研究と実践の現状……………59**

高山智子

国立がん研究センターがん対策情報センター

がん情報提供研究部

中山健夫

京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻健康情報学

秋山美紀

慶應義塾大学総合政策学部

杉森裕樹

大東文化大学大学院スポーツ・健康科学研究科

健康情報科学領域予防医学

渡邊清高

国立がん研究センターがん対策情報センター

がん情報提供研究部

## **S9臨床と教育の対話について考える……………68**

町田いづみ

明治薬科大学薬学部医療コミュニケーション学

中山健夫

京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻健康情報学

高津茂樹

日本大学歯学部医療人間科学

野 地 有 子

千葉大学大学院看護学研究科看護学部  
看護実践研究指導センター

園田由紀

一般社団法人日本 MBTI 協会代表理事  
東京大学大学院医学研究科  
京都大学大学院医学研究科非常勤講師

**S10 ヘルスコミュニケーションを「異文化」の視点で斬る……………79**

杉本なおみ

慶應義塾大学看護医療学部

町 恵 理 子

麗澤大学外国語学部

宮 原 哲

西南学院大学文学部外国語学科

## 医療コミュニケーション研究への誘い

### —Part1:医療コミュニケーション研究の概論、そして量的研究を進めるために—

藤崎和彦<sup>1</sup>、野呂幾久子<sup>2</sup>、石川ひろの<sup>3</sup>、田口則宏<sup>4</sup>、小川哲次<sup>5</sup>

1. 岐阜大学医学部医学教育開発研究センター
2. 東京慈恵会医科大学日本語教育研究室
3. 東京大学大学院医学研究科医療コミュニケーション学分野
4. 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科健康科学専攻社会・行動医学講座歯科医学教育実践学分野
5. 広島大学病院口腔総合診療科

#### 抄録

本稿では、医療コミュニケーションの実証的研究にかかわる、あるいはこれからかかわろうとする医療関係者並びに人文社会科学系の研究者の理解（共有）を深めるために、医療コミュニケーション研究の現状や特徴と課題の分析、そしてそれらと実際の研究手法との関係についての解説を行った。

第1に、日本における医療コミュニケーション研究の現状や問題点、研究の特徴と課題、様々な研究方法論（機能的アプローチ、社会言語的アプローチ、エスノメソドロジーアプローチ、ナラティブアプローチ、心理学的アプローチ、異文化コミュニケーションアプローチなど）の現状とその課題などについて概説し、これから研究をはじめる研究者へのアドバイスとした。

第2に、言語的コミュニケーションの量的評価法の1つである Roter Interaction Analysis System の概要と、その応用例として、診療場面の医師、患者のコミュニケーション、ジェンダー、満足度の関係について検討した研究について、その手法の有用性を含めて解説した。

第3として、非言語的コミュニケーションの量的評価法評価法では、医療面接における医師の非言語的コミュニケーションの客観的量的評価方法についての研究を例にし、文脈に依存する非言語コミュニケーションを客観的に評価する手法の開発とその信頼性（再現性）の確保などの重要性を述べるとともに、非言語コミュニケーション研究における客観性の難しさについても言及した。

**キーワード：** 医療コミュニケーション研究 量的研究法 質的研究法

これまでの医療コミュニケーションにかかわる実証的研究は、医療コミュニケーション教育にかかわってきた医療関係者が細々として行ってきたのであるが、ここにきてようやく医療関係者以外の人文社会科学系の研究者による実証的研究が報告されるようになり、医療関係者と人文社会科学系の研究者とが手を携えて研究にあたる事例が増えてきているようである。しかし、まだまだ、医療コミュニケーション研究に関する特徴や課題、そして手法については、これらの医療関係者と人文社会科学系の研究者との間で、十分な相互理解（共有）がすすんでいないのが現状のようである。

そこで、第2回ヘルスコミュニケーション研究会学術大会では、「医療コミュニケーション研究への誘い」をテーマとして、コミュニケーション研究に係る概説と量的研究手法並びに量的研究から質的研究法についてのシンポジウムを開催した（図1）。本稿では、その中、“Part 1：医療コミュニケーション研究の概説、そして量的研究を進めるために”から、コミュニケーション研究に係る概説と量的研究手法についての発表内容を整理し、第1項には、患者－医療者間コミュニケーション研究の方法論と題して、医療コミュニケーションにかかわる実証的研究が行われ難い現状、また、医療系以外の人文社会科学系の研究者の参入が行われ難いのかなどの現状分析、医療コミュニケーション研究の特徴とその課題、また様々な研究方法論の現状と課題などについて、第2項には、言語的コミュニケーションの量的評価方法と題して、言語的

コミュニケーションの量的評価法の1つである Roter Interaction Analysis System とその応用研究例について、第3項には、非言語的コミュニケーションの量的評価方法と題して、非言語的コミュニケーションの量的研究法として非言語的客観的評価法の開発からと応用例などなどについて、それぞれ概説する。

|                                                                                          |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| テーマ： 医療コミュニケーション研究への誘い                                                                   |       |
| 総司会：田口 則宏、小川 哲次                                                                          |       |
| スーパーバイザー：藤崎和彦 先生                                                                         |       |
| S1：part1：医療コミュニケーション研究の概説、そして量的研究を進めるために、・・・                                             | (90分) |
| ・講演：                                                                                     | (30分) |
| 藤崎 和彦 先生<br>岐阜大学医学部医学教育開発研究センター（MEDC）<br>「患者－医療者間コミュニケーション研究の方法論」                        |       |
| ・野呂 幾久子 先生<br>東京慈恵会医科大学日本語教育研究室<br>「現場データの量的解析法の概要」                                      | (20分) |
| ・石川 ひろの 先生<br>東京大学大学院医学研究科公共健康医学専攻医療コミュニケーション学分野<br>「非言語的コミュニケーションの量的評価方法：OSCE医療面接の分析から」 | (20分) |
| ・質疑                                                                                      | (20分) |
| S7：part 2：質的研究を進めるために、・・・・・・・。                                                           | (90分) |
| ・青木 伸一郎 先生<br>日本大学松戸歯学部歯科総合診療学講座<br>「現場データの量的・質的解析」                                      | (20分) |
| ・斎藤 清二 先生<br>富山大学保健管理センター<br>「臨床コミュニケーション研究法としてのナラティブ研究」                                 | (20分) |
| ・高永 茂 先生<br>広島大学大学院文学研究科<br>「会話分析と語用論」                                                   | (20分) |
| ・質疑・総合討論（S1：part1、S2：part2）                                                              | (30分) |

**図1. シンポジウム「医療コミュニケーション研究の誘い」(S1, S7)のプログラム**  
**第2回ヘルスコミュニケーション研究会**  
**(2010, 9.17-18, 京都)**

## 1. 患者-医療者間コミュニケーション研究の方法論

### 1.1 日本の医療コミュニケーション研究の現状

わが国における「患者 - 医療者間」のコミュニケーション研究の現状は以下の4点にまとめられよう。①研究者のポストが医療系学部でも社会人文科学系学部でも不足しており、多くの研究者がこのテーマを中心に研究をしてもポストが得にくい状況がある。②その背景の一つに、わが国のアカデミズム自体にある学問的伝統として、理論的研究を重視し、応用的・実証的な研究を軽視するような風潮が存在していることも無縁ではない。③さらには、研究対象フィールドである医療現場自体にも、社会人文科学的研究に対する理解不足や他の領域の研究者に対する閉鎖性があり、それらの研究者のフィールド・エントリーを阻害していること、④一方で社会人文科学系研究者の側にも医療職種に対する過度なアレルギーや、素人が口を挟みにくいようなコンプレックス感が存在している面もある。

### 1.2 医療コミュニケーションの特徴と研究課題

「患者 - 医療者間」のコミュニケーションが行われる医療コミュニケーションの場は、①制度的会話の場、②まなざしの交錯の場、③会話自体が治療的意味をもつ場という3点の特徴を持つ。

「制度的会話の場」という意味では、どんな会話フロアを誰が支配しているか、そこでの会話ではどんなディスコースがのぞまれているか、その場の中でどのように専門家的（医療的）リアリティが作られてい

くのか、通文化的なバイオメディシンがコミュニケーションの文化によってどのように土着化していくのかというようなことが研究課題として挙げられよう。

「まなざしの交錯の場」という意味では、専門家と患者との間でどんなネゴシエーションやポリティックスがそこで機能するのか、両者のまなざしの交錯は相反するまなざしのヘゲモニーをめぐる衝突なのか、はたまた相互構築的に機能するのか、等という点が研究課題として挙げられよう。

「会話自体が治療的意味をもつ場」という意味では、コミュニケーションプロセスが治療コンプライアンスや健康指標の改善、医療費削減や患者満足度といった種々のアウトカムにどんな影響を及ぼすのか、そもそも「語るという行為」、いわゆるナラティブ自体が持つ治癒力はどのように発現されるのか、等という点が研究課題として挙げられる。

### 1.3 様々な研究方法論の現状と課題

機能的アプローチの現状としては、修正ベイルズとしての RIAS の果たした役割が大きく、医療分野における量的なコミュニケーション研究で中心的役割を果たしている一方、非言語コミュニケーションの扱いが弱かったり、コンテクストに対するアプローチの弱さが課題としてあげられるだろう。

社会言語学アプローチの現状としては、turn taking をめぐる初期の研究など大きな成果がある一方、医療分野の研究は最近はやや弱い印象があり、他のアプローチとのトライアングレーションが今後の展開の鍵になるかもしれない。

エスノメソドロジーアプローチの現状としては、エスノメソドロジー/会話分析 (EM/CA) において医療分野は大きな研究フィールドの一つである一方、典型的でシンボリカルな相互作用場面をどう見つけるかがなかなか難しい側面もある。

ナラティヴアプローチについては、最近、注目を浴びているアプローチではあるものの、EBM⇔NBMなどと単純化したり、質的なものは何でもナラティヴといった首をかしげたくなるような議論も少なくない。そもそもナラティヴアプローチ自体は治療手法を指すのか研究手法なのか、人類学でいうナラティヴと心理学でいうナラティヴとの間の概念のすり合わせは可能かといった課題もあり、いずれにしる対象に巻き込まれることの距離のとり方が研究方法上の一つの鍵になると思われる。

心理学アプローチについては、精神医学と心理学との交錯と棲み分けの歴史が研究方法の現状に与える影響が大きく、展開の仕方もカウンセリングを医療現場にそのまま持ち込むのではなく、カウンセリング的技法をどう医療現場で生かすのかといった心理学側のアプローチが今後の課題になってくるのではないかな。

異文化コミュニケーションアプローチでは、患者 - 医療者関係を異文化ととらえるのか、一文化の中の亜文化ととらえるのか、そもそも異文化アプローチ自体が学際的で多様なアプローチの集合体で、それが医療コミュニケーションに用いられた時に異文化アプローチのエッセンスは残るのか等といった課題がある。

いずれにしる、コミュニケーション研究の各領域のアプローチ法が医療系研究者に

わかりにくいというえ、コミュニケーション研究者にしても他のアプローチ法にはなじみが薄く理解が難しい状況もあり、医療コミュニケーション研究会では研究者や大学生・大学院生の概観書として「医療コミュニケーション：実証研究への多面的アプローチ」（藤崎和彦/橋本英樹編著、医療コミュニケーション研究会編）篠原出版新社、2009 [1] を出版したので広く利用をよびかける。

## 2. 言語的コミュニケーションの量的評価方法

本項では、診療場面のコミュニケーションを量的に分析する方法である Roter Interaction Analysis System (RIAS) [2] について紹介した後、それを用いて行った研究例について簡単に述べる。

### 2.1 RIAS とは

RIAS とは、米国ジョーンズ・ホプキンス大学教授 Debra Roter が 1977 に開発した、診療場面における 2 者間あるいは 3 者間の会話をコンピュータ上で量的・機能的に分析する方法である。RIAS を用いた研究例は多く、2011 年現在欧米諸国を中心に約 240 件の研究が発表されており、近年は日本での研究数も徐々に増えている。

RIAS では、分析にあたり、会話を「発話 (utterance)」と呼ばれる単位に区切る。発話は、「カテゴリーに分類することが可能で分割できる最小単位」と定義されている。各発話を約 40 ある RIAS のカテゴリーのいずれか一つに分類していくことを「コーディング」と呼ぶ。カテゴリーには大きく分

けて、「業務的カテゴリー」（診療という業務を遂行するための発話のカテゴリー）と「社会情緒的カテゴリー」（人間関係や心理に関わる発話のカテゴリー）がある。「業務的カテゴリー」の中には「情報提供」「助言」「質問（開放型/閉鎖型）」があり、それぞれがさらに内容（医学的状态/治療方法/生活習慣/心理社会的なこと）により下位分類されるほか、「指示・方向付け」「理解の確認」「意見の要請」などのカテゴリーがある。「社会情緒的カテゴリー」には、「社交的会話」「同意・理解」「共感」「不安・心配」などがある。コーディングをコンピュータのRIAS画面上で行うと、カテゴリーごとの発話出現頻度が自動的に算出され、この数値を用いて研究の目的に沿った分析を行う。

## 2.2 RIAS を用いた研究例

RIAS を用いた研究例として、診療場面の医師、患者のコミュニケーション、ジェンダー、満足度の関係について検討した研究の概要を紹介する。なお、この研究は黒澤聡子、松島雅人、三浦靖彦と共同で行った。

方法だが、都内 3 か所の医療機関の総合診療科における、医師 11 名（男性 6 名、女性 5 名）とその初診外来患者 103 名（男性 53 名、女性 50 名）の診療における会話を録音し、医師、患者の言語的コミュニケーションを RIAS で解析した。また、診療についての患者の満足度を「日本語版 Medical Interview Satisfaction Scale (MISS)」[3] で測定した。

その結果、1) 女性医師は男性医師より言語支配度（総発話数に対する医師の発話数の割合）や指示・方向付けの発話の頻

度が低かった、2) 患者は男性医師より女性医師に対し社交的会話を多く行い、特に女性患者の感情表出の発話（共感、不安・心配を示す、安心させるなどの発話）や生活・心理面の情報提供は男性医師より女性医師に対して多かった、3) 患者満足度には患者ジェンダーとの関連は見られたものの（女性患者の満足度は男性患者より高かった）、医師ジェンダーとの関連は認められなかった。

以上のように、医師のジェンダーは医師および患者のコミュニケーションにいくつかの影響を与えていたが、患者満足度への影響は見られなかった。今後は、患者満足度に影響を与える医師のコミュニケーションのあり方について、医師、患者ジェンダーとの関わりの中でさらに検討していく必要がある。

## 3. 非言語的コミュニケーションの量的評価方法

前項で紹介した RIAS では、主に言語的なコミュニケーションが分析の対象とされることが多い。一方、医療場面における非言語的コミュニケーションの重要性はしばしば指摘されてきたが、わが国における実証的な検討は少なく、特に量的な分析はほとんど行われてこなかった。一般的に非言語的コミュニケーションは、第一印象や関係作りに主に影響し、情報交換などには二次的な役割であるとも言われている。ここでは、医療面接における医師の非言語的コミュニケーションの客観的量的評価方法と、それを用いた分析の結果を紹介する[4]。

### 3.1 非言語的コミュニケーション評価方法の開発

本研究で開発した非言語的コミュニケーション評価方法は、非言語的コミュニケーションを客観的（第三者評価）、量的に評価することを目標にした。また、非言語的コミュニケーションの全てを網羅的に扱うのではなく、医師のコミュニケーションとして重要（患者に影響を与えうる）と考えられたものに焦点をあてた。さらに、教育への実践的示唆を得るため、全体的な印象、伝わった感情ではなく、具体的な各コミュニケーションの影響を検討できるようにした。一方、非言語的コミュニケーションの意味・影響は、文脈に依存するため、言語的内容と合わせて捉えられるようにすること、医師-患者間の相互作用として、ユニット的に捉えることに留意して項目を開発した。さらに、面接の言語的内容も、診察に対する患者の評価に影響することから、分析では面接内容の質を考慮した上で影響を検討した。

以上を念頭に、先行研究のレビュー等に基づき、下記の 11 の非言語的コミュニケーションの評価項目を作成した。

- ① 話の内容に同調した表情の動き
- ② 患者への視線の量
- ③ 自分が話している時と相手が話している時の視線の分布
- ④ 患者の話し終わりに相槌・同意を示す際の視線の移動のタイミング
- ⑤ 患者の話を促すための頷き
- ⑥ ジェスチャー
- ⑦ セルフタッチングや不自然な動き・表情
- ⑧ 身体の傾き

- ⑨ 身体の向き
- ⑩ 話す速度・声の大きさの患者との一致

- ⑪ 話の内容に合った声の調子・抑揚

評価の信頼性を検討するため、20 診療を 2 人が独立に評価し、各項目の一致を検討した。その結果、 $\kappa$  係数が平均 0.71[0.46-1.00]で、ある程度の信頼性が確認された。

### 3.2 非言語的コミュニケーションと模擬患者の評価との関連

医学部 5 年生 89 人の OSCE における医療面接を用い、医学生の非言語的コミュニケーションが模擬患者による面接の評価に与える影響を、面接内容の質を統計的に制御した上で分析した。面接はビデオ撮影し、上記の評価方法を用いて研究者が評価した。また、模擬患者による評価、面接内容の質の評価として教員が評価した試験の採点項目より 5 項目を使用した。

模擬患者による評価の高さと関連した非言語的コミュニケーションは、「自分が話している時も聴いている時も均等に患者を見ている」「相槌や同意を示す際、最後まで患者を見ている」「話を促進させるような頷きがある」「セルフタッチングや不自然な動きがない」「患者に対して正面を向いて座る」「話す速度・声の大きさが患者と一致している」「話の内容に合った抑揚・声の調子の変化がある」であった。これらの関連の多くは、面接内容の質を制御しても有意であったことから、非言語的コミュニケーションが、小さいながらも面接内容の質そのものとは独立の影響を持つことが示された。今後、実際の診療場面における研究でも検

討していく必要はあるが、医学教育においても、言語的コミュニケーションだけでなく、このような非言語的コミュニケーションのトレーニングにも目を向けていくことの重要性を示唆する結果であると考え[5]。

### 3.3 本分析の限界と留意点

コミュニケーション、しかも非言語的コミュニケーションという一見、量的でないものを量的変数に変換して分析する試みとして、言語的コミュニケーションの評価方法の開発とそれを使用した研究を紹介した。量的な分析を行う場合、特にコーダーのトレーニングや信頼性の検討が重要になる。また、量的に捉えることで、検討できることとできないことがある。研究の目的に応じて、質的分析との使い分けや併用を検討していく必要があるだろう。

## 4. おわりに

本編では、第2回ヘルスコミュニケーション研究会学術大会のシンポジウム「医療コミュニケーション研究への誘い」の中、“Part 1：医療コミュニケーション研究の概論、そして量的研究を進めるために”から、コミュニケーション研究に係る概説と量的研究手法について述べたが、これを機に、医療コミュニケーション研究に関する特徴や課題、そして研究手法についての理解がすすみ、医療関係者並びに人文社会科学系の研究者が手を携えて実証的研究にあたる事例が増えることを願うものである。

## 文献

- [1] 藤崎和彦, 橋本英樹編著(医療コミュニケーション研究会編):「医療コミュニケーション:実証研究への多面的アプローチ」, 篠原出版新社、2009
- [2] Roter D, Larson S. The Roter interaction analysis system (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient Educ Couns* 2002; 46: 243-251.
- [3] 箕輪良行, 柏井昭良, 渡邊亮一. 診察満足度スケールの信頼性・妥当性の検討—日本語版 MISS の開発—. *日本医事新報* 1995;3736:30-33.
- [4] Ishikawa H., Hashimoto H., Kinoshita M., Fujimori S., Shimizu T., Yano E. Evaluating medical student's nonverbal communication during the OSCE. *Medical Education* 2006; 40: 1180-1187.
- [5] Ishikawa H., Hashimoto H., Kinoshita M., Yano E. Can nonverbal communication skills be taught? *Medical Teacher* 2010; 32(19): 860-863.

## ヘルスコミュニケーションのメッセージ:メディアの研究と実践の現状

高山智子<sup>1</sup>、中山健夫<sup>2</sup>、赤松利恵<sup>3</sup>、石川善樹<sup>4</sup>、  
小畑洋一<sup>5</sup>、溝田友里<sup>1</sup>、山本精一郎<sup>1</sup>

1. 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研究部
2. 京都大学大学院医学系研究科社会健康医学系専攻健康情報学
3. お茶の水女子大学大学院人間文化創成科学研究科
4. 自治医科大学公衆衛生学教室
5. 読売新聞社会保障部

### 抄録

我々の生活は、多くの情報にさらされている。テレビ、新聞、雑誌などのマスメディアからの情報は、我々の考え方や認識そして行動にも、明確な形で、あるいは、暗黙のうちに影響を及ぼす。本報告では、これまでほとんど蓄積がない健康領域におけるメディアの研究と実践の現状について、「食品広告に関する事例研究」、コミュニケーション・エージェンシーの視点から見た「アメリカのパブリックヘルスキャンペーンの考察」、マスメディア側の報道機関の立場から「新聞の医療・福祉報道について」、「メディア関係者を対象としたメディア・セミナーの実践」、「ヘルスコミュニケーションを活用したがん予防知識・行動の普及に関する研究」の5つの事例を紹介することで、今後のさらなる実践的な研究や我が国のメディアに関する課題克服のための糸口とすることを試みた。

マスメディアが、健康領域において、強力な武器となり、よいパートナーとしての存在になるためには、キャンペーンそのものを作る過程において、ニュースとエンターテイメントの要素を統合したよりよいキャンペーンを作ることが重要であり、その情報普及の機能を最大限にする必要がある。しかしその過程には、多くの関係者が関与するため複雑であり、マスメディアとパブリックヘルス領域の機能やゴールの違いによるコンフリクトがあるということも、今後メディアの研究と実践を進める上で意識しておく必要がある。

**キーワード:** ニュース 広告 ヘルスキャンペーン ソーシャルマーケティング

## 1. はじめに

我々の生活は、多くの情報にさらされている。インターネットの普及により、個人の利用する情報はより個別化、多様化してきているとはいえ、依然として、テレビ、新聞、雑誌などのマスメディアからの情報は、我々の考え方や認識そして行動にも、明確な形で、あるいは、暗黙のうちに影響を及ぼしている[1]。健康の領域において、これを意図的な活動として位置づけているのが、ヘルスキャンペーンである。我が国においては、健康の領域におけるマスメディアに関する研究は、まだほとんど蓄積がない。

本報告では、これまでほとんど蓄積がない健康領域におけるメディアの研究と実践の現状について、5つの事例を紹介することで、今後のさらなる実践的な研究や我が国のメディアに関する課題克服のための糸口とすることを試みた。

## 2. メディア研究と研究者とメディアの連携

### 2.1 食品広告の現状と課題～新聞に掲載された健康食品の広告と子どもをターゲットとした間食のテレビコマーシャルの事例研究から～

何を選んで何を食べるか。われわれは自分たちの意思で食事を決めていると思うが、実際そうではない。様々な食環境要因がわれわれの食生活に影響を与えている。したがって、食環境の整備は健康的な食生活を送る上で重要な課題である。食環境の整備には、「食物」と「食に関する情報」の整備が含まれる。つまり、どのような食物、また、どのような食に関する情報を入手でき

るか、その環境が重要である。食に関する情報では、広告の影響が大きい。

広告がEBN (evidence-based nutrition) に基づいた食生活へ導いてくれる場合は問題がないが、多くの場合それとは逆の食生活をアピールする。特に、健康をアピールする広告では、それが自分の健康に本当に良いのか判断するのが難しい。そこで、わが国では、食品の医薬品的効能効果表示や健康増進効果に関する著しく事実と相違または誤認させる表示を禁じている。しかし、その情報が著しく事実と相違あるいは誤認させるかは受け止める側の要因も関連するため、厳密な取締りはなく、市場には実際、多くの健康をうたう食品が出回っている。

全国5紙の新聞に掲載された健康食品の広告を1か月間調べた結果、広告全体(13,445個)の内、健康食品の広告は4.0%(541個)であり、その約20%が保健機能食品(特定保健用食品および栄養機能食品)の広告であった[2]。すなわち、約80%が保健機能食品には該当しない「いわゆる健康食品」と呼ばれる健康食品の広告であった。

「いわゆる健康食品」の広告は、お得感や効果を示す文句を強調していた。また、栄養機能食品のすべての広告で強調されている成分と栄養機能食品の表示対象成分が異なっていた。このように、健康食品の広告では、誤認させる表示の問題があった。

また、食品広告に関しては、子どもをターゲットとしたマーケティングの課題がある。中学生を対象に、間食とテレビ視聴時間を調べた結果、間食をよく食べる子どもおよび1日4時間以上テレビを見る子どもは、間食を選ぶ際「流行・販売促進」を重視して選ぶと回答した[3]。そこで、間食に

関するテレビコマーシャルを調べた結果、間食のコマーシャルは食品のコマーシャルの内、50%を超えており[4]、テレビの視聴時間が長い子どもたちは、間食のコマーシャルに暴露されている時間も長いことが考えられた。このような問題から、子どもを企業のマーケティングから守るため、法的規制を設けている国も多く、WHO はそれら規制をまとめた報告書「子どもを対象とした食品のマーケティング規制に関する報告書 (Marketing Food to Children: the Global Regulatory Environment)」を2004年に発表している[5]。

実際に食品の広告が、消費者の食行動にどれぐらい影響しているのか、調べることは難しいが、広告から情報を入手し、それによって食品選択を行っていることは少なからずある。食品に関する広告を「食に関する情報」の1つと捉え、食環境整備とメディアリテラシー教育について検討する必要がある。

## 2.2 あのパブリックヘルスキャンペーンはどうやって作られたのか？：コミュニケーション・エージェンシーの視点から

疫学研究などの成果により、がん予防に寄与する生活習慣が明らかにされ、わが国でも「日本人のためのがん予防法」(平成21年2月改訂)として、科学的知見の整理が進められてきた。一方でがん予防知識・行動は、必ずしも国民各層に広く浸透・実践されているわけではない。

そこでわが国における次なるがん予防の課題は、エビデンス・プラクティス・ギャップの解消、すなわち、科学的知見として蓄積されたがん予防知識・行動を、いかに

して国民各層に普及して行くかにあると考えられる。本発表では、多くの人への影響力をもちうるということから、がん予防知識・行動の普及手段としてよく用いられる、マスメディアを用いたキャンペーンの構築プロセスにおいて、マーケティングや広告の専門家がどのように関与するのか、米国の青少年を対象に行われた禁煙キャンペーン“Truth”を事例として、特に、マーケティングや広告の専門家が得意とする、マーケット調査による深層心理(インサイト)の発掘についての話題を中心に報告を行った。

Truth キャンペーンは、世界で最も成功したヘルスキャンペーンの一つとされている。1998-2002 にかけて行われたキャンペーンにより、米国青少年の喫煙率を 25.3%から 18.0%に減少させ(キャンペーン寄与率は 22%)、約 19 億ドルの医療費削減効果がみられたと報告されている[6][7]。

従来の禁煙キャンペーンと Truth との違いは、喫煙を非難するのではなく、タバコ会社を非難した点にある[8]。マーケティング調査により発掘した、米国青少年の「(権力に対する)反抗」という深層心理(インサイト)を巧みに利用し、「タバコを吸わない=狡猾なタバコ会社に対する反抗」へと変換することで、禁煙を促すことを狙った。

このようなインサイトが発掘された背景には、ビジネス領域で培われたマーケティングリサーチの関与がある。Truth キャンペーンを計画・実施したアメリカンレガシー財団内には医学および公衆衛生の専門家に加えてマーケティングの専門チームがおり、十分なリソースをキャンペーンデザインのためのマーケティングリサーチに費やされ

ている。

EBM すなわち Evidence Based Medicine (根拠に基づいた医療) は、現代の医療における大原則であり、薬剤等と比べ低い侵襲性から軽視されがちであるが、がん予防知識・行動の普及においてもその有効性・妥当性および倫理性を考慮するためには、系統的な手続きを踏む必要があると考えられる。その際に、マスメディアを用いたキャンペーンにおいては、その制作過程に研究者だけでなく、マーケティングや広告の専門家など、仕事の進め方や倫理観などの異なる様々な関係者が関与するため、混乱も生じやすい。そこで、キャンペーンの構築プロセスにおいて、誰がどのような役割を果たすべきか、今後もさらなる検討が求められる。

### 2.3 新聞の医療・福祉報道について～マルチメディア時代のニュース発信～

新聞の医療・福祉報道は、①制度改革に関するもの②事件・事故に関するもの③技術開発に関するもの④how toに関するもの——に大別される。例えば、①は「後期高齢者医療制度見直しの概要固まる」「介護報酬3%上げへ」、②は「抗がん剤で副作用死相次ぐ」「年金記録漏れ 新たに発覚」、③は「遺伝子治療実用化へ」「アルツハイマーに新薬」、④は「高齢者向け住宅の選び方に注意」「腰痛ケアのポイント」などである。読売新聞社では、①を政治部と社会保障部、②を社会部、③を科学部、④を医療情報部と社会保障部が主に担当している。このうち、近年特に重要視されているのが④で、読者に役立つ多種多様な情報を、いかに的確に伝えるかが課題となっている。インタ

ーネットの利便性には一目置いているが、そのニュースコンテンツを供給しているのは新聞社などの報道機関で、将来「紙」という媒体が衰退することはあっても、取材・調査、原稿化、価値判断という作業の重要性は、変わらないと考えている。むしろ、医療・福祉が高度化し、患者や高齢者、家族ら当事者の制度・サービスへの関心、権利意識が高まる中で、専門的なテーマをわかりやすく、正確に伝えるためには、より高い取材力・表現力が要求されることになり、報道機関の果たすべき役割は重さを増すのではないか。一方、「ドラッグ・ラグ」「EBM」「保険者の機能強化」などのキーワードが、一般紙ではそのまま使うことができないため、このような話題を紙上で紹介・解説することが難しいという問題があり、今後の検討課題である。

### 2.4 Medicine in the Media 日本版の実践

国民が受け取るがん情報は、新聞やテレビ、インターネットのニュースなどのメディアを通して伝えられることが多い。しかしメディア報道に関して、“伝えたいことが伝わらない”“伝えたいこと”と“伝わっていること”が違っていると認識している医療者や研究者は多い。医療者・研究者から見たメディア側に対する懸念には、たとえば薬剤や治療の効果や利点を誇張して害を過小にレポートする、健康上のリスクを過剰に取り扱うということがあげられる[9]。一方“伝えたいことが伝わらない”と考えていながら、医療者・研究者が情報発信の努力を怠っていることも多くある。その背景をさらに見ていくと、メディア側の背景や状況として、報道員の担当分野が2,3年で変わる

ことで、一つのテーマを一貫して勉強することが難しいことや、医療者・研究者側に見れば、どのように情報発信を行ったらいいか、実際にどう伝えていいかわからない、ということも多い。

このように、“伝えたいことが伝わらない”と医療者・研究者が感じる問題の所在には、ジャーナリスト側にあるもの、医療者・研究者側にあるもの、そして科学や科学的根拠の取り扱われ方の違い、といった内容に関するものの3つが少なくともあると考えられる。国立がん研究センターがん対策情報センターでは、広く国民に情報を提供する立場にあるメディア関係者を対象に、米国 NIH の Medicine in the Media のプログラム[10]を参考に、“信頼のおけるがん情報をより広い対象に届けるにはどうすればよいか”をテーマとして、メディア・セミナーを提供している。メディア関係者と医療者・研究者が、“正しさ or 注目”ではなく、“正しさ and 注目”をどうしたら達成できるかを一緒に考える場を提供することを目標として、医学論文や研究の評価の仕方、がんに関するテーマの現在の動向やその背景等について演習と講義をまじえた対話形式で、平成 19 年度から年 10 回のメディア・セミナーのプログラムを提供している[11]。

このようなセミナーを試行錯誤しながら進める中で、メディア関係者と医療者・研究者らのそれぞれの情報提供の特徴が浮かび上がってきた。たとえば、内容については、エビデンスレベルの高い臨床試験の結果は、なかなか報道されないこと、またされにくい背景があること、医療者や研究者に対して批判的な記事は掲載されやすいこと、またコミュニケーションの取り方の特

徴として、メディア関係者は、明確で簡潔な表現を追求するのに対して、医療者・研究者は、あいまいな表現を多用することなど、があげられた。このような特徴をお互い知ること、そして知った上で、互いに相手にどう伝えるかを学ぶことが必要である。また、こうした互いの特徴を知るだけでなく、具体的な方策として、特に背景の複雑な報道者側にもある程度の勉強の時間が必要なテーマについては、事前のプレスレクチャーといった報道する側が理解を深められる場を設けることが必要である。さらには、どのような関心を市民が持つのかについて、医療者・研究者側が、メディア関係者から事前に学ぶことによって、市民が知りたいと思う情報を提供できるよう、医療者や研究者も努力することが可能になると考える。

## 2.5 ヘルスコミュニケーションを活用したがん予防知識・行動の普及に関する研究

がん予防に関して、いくつか十分なエビデンスのある生活習慣などがわかっているものの、必ずしも広く実践されているわけではない。そこで、エビデンス・プラクティス・ギャップを埋めるため、がん予防知識・行動の普及と普及方法の開発を行っているが、その経過について報告する（図 1）。

本研究の最大の特徴は、ソーシャルマーケティングの手法をがん予防行動の普及に取り入れる点である。ソーシャルマーケティングとは、費用効果を重視し、徹底した市場調査に基づき商品等のプロモーションを行うマーケティング手法を、公衆衛生に取り入れ、一般市民への普及

啓発を戦略的に行う取り組みである。2 点目の特徴として、がん予防に関する新しい規範を形成し、メディア等を戦略的に活用することで、より広い普及と社会規範としての醸成を目指す点があげられる。それらの実現のために、マーケティング、PR の実務者を研究班のメンバーに組み込んでいる。

普及を行うがん予防方法を、「禁煙・防煙」、「野菜摂取量の増加」、「身体活動の増加」の 3 つとした。また、総合的ながん予防の知識・行動の普及のためのツールとして、シリアスゲームの開発およびその評価を行うこととした。本研究では、ソーシャルマーケティングの手法に従い、普及対象者候補の選定後、(1)対象者の特性を明らかにする Habit & Practice 調査、(2)対象者層のコミュニケーション戦略分析、(3)対象者の価値観や趣向等の特性を用いたセグメンテーション調査とクラスタリング分析、(4)行動科学モデルの構築、(5)コンセプト/メッセージの開発・評価、(6)クリエイティブ(普及資材)の制作・評価、(7)情報環境分析調査・メディアプランニング、(8)実際の普及と普及方法の評価の順に進める。「禁煙・防煙」を先行して実施し、普及方法を確立し、その手順に従って「野菜摂取量の増加」、「身体活動の増加」を進めることを目標とした。

「禁煙・防煙」については、(1)～(8)のステップに従って、大学生を対象に「就職のためにタバコを吸わない」というコンセプトについて、実際の普及と評価を行った。普及にあたり、メディアを活用した一大キャンペーンを実施し、調査によるエビデンス作りと調査結果のリリー

ス、大学生を対象とするシンポジウムの開催、ウェブサイトの制作、ユーチューブへの動画配信などを行うとともに、普及効果の測定・評価も行った。本研究の取り組みや調査結果が NHK 報道番組で 3 回、日本経済新聞など 6 紙の新聞、Yahoo! ニュースなど 30 以上のポータルサイト、数百のブログなどで紹介され、普及効果の測定・評価においても大きな成果が得られた。1 回のキャンペーンでは終わらせず、今後も継続的に活動を行い、「就職のためにタバコを吸わない」という風潮作りを進めていく予定である[12-14]。

「野菜摂取量の増加」と「身体活動の増加」についても、「禁煙・防煙」に倣ってそれぞれ上記のステップで検討を進め、「野菜摂取量の増加」については 40～50 歳代の独居男性を対象とする「あと 1 皿多く野菜を摂取する」ためのキャンペーン、「身体活動の増加」については、40～50 歳代の犬の飼育者を対象とする「犬の健康のためにもう少し多く／長く犬の散歩に行く」ためのキャンペーンを行うための具体的な案を作成した。シリアスゲームの開発については、ゲームクリエイターの協力を得、プロトタイプ版ゲームを作成した後、改良を加えたプロトタイプ拡張版を完成させ、小学生～50 歳代の男女 40 人を対象に評価調査を実施した。

本研究によって、エビデンスに基づき、ソーシャルマーケティングの手法を日本のがん予防方法の普及に活用する方法が、非常に有効な手段であることが明らかとなった。

平成 23 年度からは、国立がん研究センターがん研究開発費によって研究班を継

続し、今後も引き続き、普及を行うとともに、本研究班の取り組みの過程や手法、作成した普及のためのコンセプトや資料を、本研究班ウェブサイト

(<http://prev.ncc.go.jp/>) やメディア、報告会などを通じて広く公開するとともに、地域や学校等に提供していく。

## ソーシャルマーケティングを活用したがん予防行動の普及

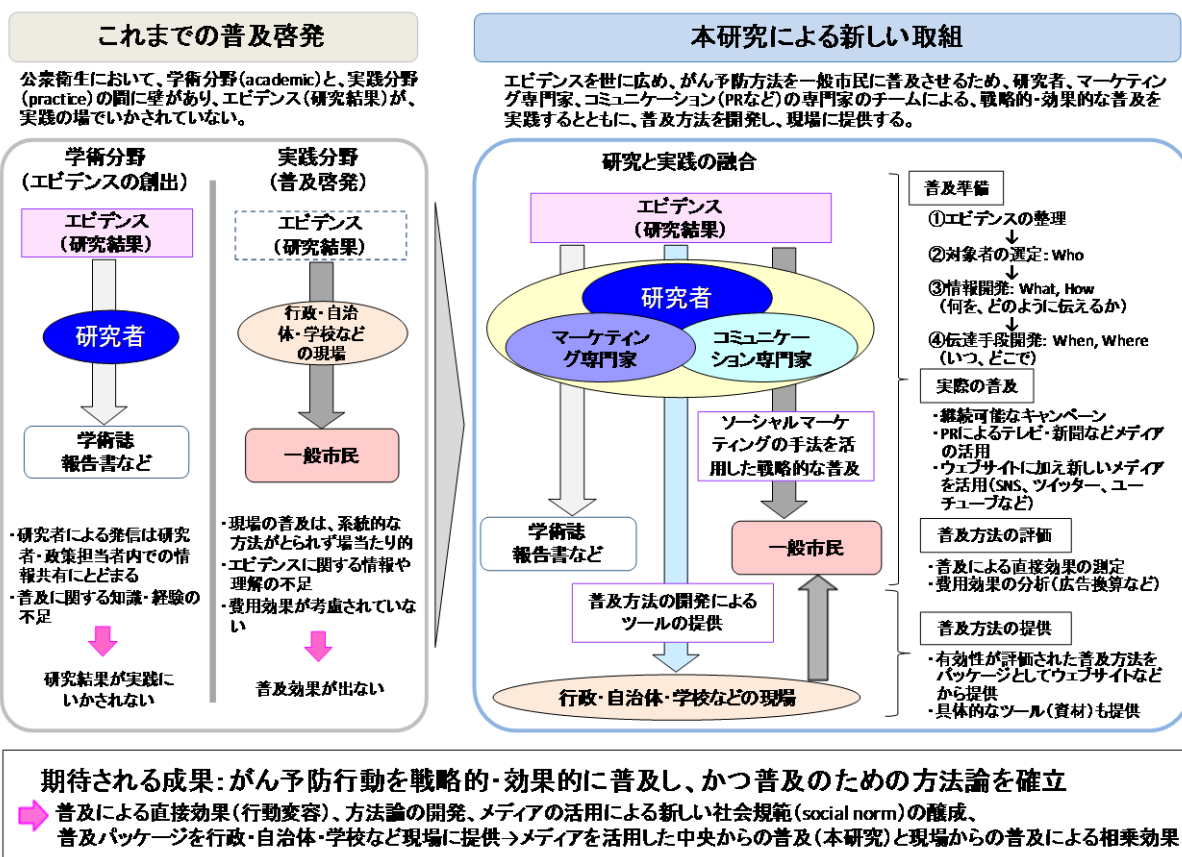


図1 研究全体の枠組み

### 3. 考察

マスメディアからの情報は、多くの人々に、定期的に健康に関する情報を伝えるためにとても重要な役割を果たす。医療や福祉が高度化し、当事者らの関心や権利意識が高まる中で、専門的な内容をわかりやすく国民に伝えるというマスメディアの制作者への期待は増している。一方さまざまな素材からなるマスメディアからの情報は、

それが健康にとってよい影響もあれば、食品の広告のように逆の影響を及ぼす場合もある。健康増進のために行われる包括的なヘルスキャンペーンは、日本においてはそのものの蓄積がまだ十分とは言えないが、海外で行われた研究において、包括的なヘルスキャンペーンの効果が、限定的となりがちなことや、さらに個々の行動を変容するには、社会的に作られた健康問題に対してほんの一部の解決にしかならないことも

指摘されている[15][16]。

マスメディアが、健康領域において強力な武器となり、よいパートナーとしての存在になるためには、Truth キャンペーンやがん予防行動の普及方法の開発の研究に示されたように、キャンペーンそのものを作る過程において、研究者だけでなく、マーケティングや広告の専門家等の関係者を加え、ソーシャルマーケティングの手法を取り入れるなど、ニュースとエンターテインメントの要素を統合したよりよいキャンペーンを作ることが重要である。そして、その情報を普及させる機能をどのように最大限にす

るかを考えなくてはならない。しかしその過程は、専門の異なるさまざまな関係者が関与するため複雑である。さらに、今後メディアの研究と実践を進める上では、表1に示したように、マスコミュニケーションとパブリックヘルス領域の機能やゴールの中のそれぞれの役割や機能の違いによるコンフリクトがある[17]ということも、意識しておく必要がある。そしてさらなる研究や実践活動を通じて、これらのコンフリクトを克服につなげるよう期待したい。

**表1. マスメディアとパブリックヘルス機関の相反する優先事項**

| マスメディアの目的                                                                                                                                                                                     | パブリックヘルスの目的                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>● 楽しませる、説得する、情報を提供すること</li><li>● 利益をもたらすこと</li><li>● 社会を反映すること</li><li>● 個人の関心事を取り上げること</li><li>● 短期的な出来事をカバーすること</li><li>● ある題材の目立った断片を伝えること</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>● 教育すること</li><li>● 人々の健康を増進すること</li><li>● 社会を変えること</li><li>● 社会の関心事を取り上げること</li><li>● 長期的なキャンペーンを行うこと</li><li>● 複雑な情報の理解を生むこと(作り出すこと)</li></ul> |

## 文献

[1] Seale C. Media and Health, SAGE Publications 2002 London.

[2] 赤松利恵, 梅垣敬三. 新聞に掲載された健康食品に関する広告の内容分析. 日本公衆衛生雑誌. 2010 Apr; 57(4):291-7.

[3] 赤松利恵. 中学生の間食選択に関する食態度の検討「間食選択動機」調査票の作成. 日本公衆衛生雑誌. 2007 Feb; 54(2):89-97.

[4] 赤松利恵. 子どもを対象とした間食に関するテレビコマーシャルとその商品の内容分析. 日本公衆衛生雑誌. 2010 Jun;

57(6):467-74.

[5] Hawkes C. Marketing food to children: the global regulatory environment [Internet]. Switzerland: World Health Organization; 2004 [cited 2011 Oct 27]. Available from: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/regulatory\\_environment\\_2004/en/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/regulatory_environment_2004/en/)

[6] Farrelly MC, Davis KC, Haviland ML, Messeri P, Heaton CG. Evidence of a dose-response relationship between “truth” antismoking ads and youth smoking

- prevalence. Am J Public Health. 2005 Mar;95(3):425-31.
- [7] Holtgrave DR, Wunderink KA, Vallone DM, Heaton CG. Cost-utility analysis of the National truth campaign to prevent youth smoking. Am J of Prev Med. 2009 May;36(5):385-8.
- [8] Hicks JJ. The strategy behind Florida's "truth" campaign. Tob Control 2001 Mar;10(1):3-5.
- [9] Schwartz LM and Woloshin S, Ann Intern Med. 2004; 140:226-8.
- [10]独立行政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サービス. 平成 23 年度メディア・セミナー; [cited 2011 Dec 17]. Available from: [http://ganjoho.jp/public/event/2011/h23\\_media\\_seminar.html](http://ganjoho.jp/public/event/2011/h23_media_seminar.html)
- [11] Medicine in the media -Challenge of reporting on medical research; [cited 2011 Dec 17]. Available from: <http://medmediacourse.nih.gov/>
- [12] 溝田友里, 山本精一郎. エビデンスの最前線&ナラティブな実践事例【第 3 回】ソーシャルマーケティングを活用したがん予防行動の「普及」の試み. 公衆衛生情報. ライフ出版社. 2011;3:26-32.
- [13] 溝田友里、山本精一郎. がん予防のためのソーシャルマーケティング手法. 体育の科学 2011 (in press).
- [14] 溝田友里、山本精一郎. 人事担当者における就職応募者の喫煙に関する認識. 日本衛生学雑誌 2011 (in press).
- [15] Lovato C, Watts A, Stead LF. Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Oct 5;(10):CD003439.
- [16] Lecouturier J, Rodgers H, Murtagh MJ, White M, Ford GA, Thomson RG. Systematic review of mass media interventions designed to improve public recognition of stroke symptoms, emergency response and early treatment. BMC Public Health. 2010 Dec 23;10:784.
- [17] Atkin C, Wallack L. Mass Communication and Public Health, Complexities and Conflicts. Sage Publications, 1990 Newbury Park.

## 専門教育1：臨床と研究の対話について考える

中山健夫<sup>1</sup>、今中美栄<sup>2</sup>、上嶋悦子<sup>3</sup>、  
スリングスビー B T<sup>4</sup>、平出 敦<sup>5</sup>

1. 京都大学大学院医学研究科健康情報学
2. 京都大学大学院医学研究科／京都大学保健管理センター
3. 大阪大学大学院薬学研究科附属実践薬学教育研究センター
4. 京都大学大学院医学研究科
5. 近畿大学医学部附属病院救急診療部（ER 部）

### 抄録

近年、さまざまな医療・健康関連の専門職にとって、コミュニケーション能力が不可欠の技能として、その能力向上が強く求められている。望ましいコミュニケーションの在り方の科学的な検討は緒に就いたばかりであるが、徐々に量的・質的な方法が発展しつつある。臨床におけるコミュニケーションが研究対象となることで、望ましい医療・保健領域のコミュニケーションの特性が明らかにされ、その成果がプロフェッショナリズムの視点から医療・健康専門職の教育プログラムに体系化されるという一貫した取り組みの実現が望まれる。

キーワード：

### 1. はじめに

近年、さまざまな医療・健康関連の専門職にとって、コミュニケーション能力は不可欠の専門的スキルとして、その向上が強く求められている。本稿ではシンポジウムで報告を頂いた、さまざまな医療・健康関連の専門職の取り組みを通して、医療・健康領域におけるコミュニケーションの実践と教育、そして研究の現状と課題、今後の方向性を考える手がかりを提示したい。

### 2. 専門教育における臨床と研究の対話

#### 2.1 自主的な行動変容を促すためのウェブ集団支援システムの開発：臨床栄養学の試み

メタボリックシンドロームに対する保健指導において、管理栄養士は専門職として対象者の食生活を始め、日常行動などの生活習慣の変容を促すことが求められる。保健指導では、積極的な医療的介入の前に、対象者自らの気づきによる生活習慣改善へ

の自主的な行動変容をサポートするコミュニケーション技術が必要となる。指導方法としては面談による個人指導が有効とされているが、時間や場所などの拘束もあり、個人指導を継続することは容易ではない。

この面談指導に代わるものとして、ITによるコミュニケーションツールとして、ウェブや E-mail を活用した保健指導が考えられる。これらは時間や場所などの制約を受けないなどのメリットがある一方、声やしぐさなど、対象者を観察する non-verbal communication からの情報を得ることができない。また、E-mail 指導では、きめ細やかな個人指導が可能であるが、Peer support や Group dynamics などの集団指導の利点を活かすことは困難である。ウェブ指導では、チャットなどでのグループコミュニケーションは図れるが、1 人ひとりへのきめ細やかな個人指導は難しい。

これら、集団指導と個人指導のメリットを活かした、他者の情報が共有できる環境で減量指導を行う「ウェブ集団支援システム」を開発した。本システムを用いたメタボリックシンドローム改善を目的とした無作為化比較試験を実施した結果、Web 上の集団支援でも Group dynamics が生じ得ること、比較群よりも有意に多い体重減少を実現できることを実証した。課題としては、初動時の積極性にグループ全体が左右される傾向がみられることが見出された。今後、参加者のフィードバックを解析し、本プログラムの汎用性を高めるための改善に取り組みたい。

## 2.2 医療薬学とヘルスコミュニケーション

2006年4月より、薬学6年制が開始され、

新しい教育制度のもとで教育を受けた薬学出身者が臨床で活躍することにより、臨床薬学の新たな展開が期待されている。6年制薬学教育では特に、従来の知識偏重教育を脱し、知識のみならず、技能、態度の3者のバランスのとれた薬剤師養成を目指しており、中でもコミュニケーション教育が重視されている。

米国ヘルシーピープル 2010 によると、“ヘルスコミュニケーションのゴールとは、コミュニケーション方略を用いて、健康を改善すること”とされている。また、効果的なコミュニケーションの特徴として、正確で、役に立ち、偏っておらず、矛盾がなく、科学的根拠に基づき、広範に広めることができ、確実に信用でき、タイムリーで、わかりやすく、繰り返し伝えることが挙げられおり、まさに、目指すべき臨床薬学の実践そのものといっても過言ではない。しかし、だからこそ、伝えるべき情報の吟味を行える確かな知識と分析力を高め、伝えるべき時に正しく伝えることができるコミュニケーション力を鍛えることが求められる。それは、より複雑化、高度化する薬物療法の専門家として薬剤師がチーム医療の一翼を担うため、患者、家族、他の医療職と適切な関係を構築するための能力であり、専門的技能と言える。さらに、根拠に基づく良好なコミュニケーションは新たな研究の原動力ともなりうる。今後、国内の薬学部・大学院薬学研究科におけるコミュニケーションを基盤とした医療薬学教育の一層の充実が期待される。

## 2.3 臨床と研究における医療プロフェッショナルリズム

臨床や研究には有効なコミュニケーション

ンは必要不可欠である。そのコミュニケーションの背後にあるのは、医療プロフェッショナルリズムである。医療プロフェッショナルリズムは、能力、コミュニケーションスキル、倫理的理解及び法的理解の基盤を通して示され、そのうえにプロフェッショナルリズムの原則への希求とその賢明な適用、すなわち卓越性、ヒューマニズム、説明責任、利他主義が構築される。また、医療プロフェッショナルリズムの「医療」とは、臨床のみならず研究・国際保健・医療政策といった医療にかかわる全ての領域との意味合いが含意される。今後、研究医と臨床医が学際的なアプローチをもって実験室での発見を臨床現場に適応するトランスレーショナル・リサーチが増える中で、有効なコミュニケーションと医療プロフェッショナルリズムがますます重要とされるであろう。

#### 2.4 医学部におけるコミュニケーションへの新しいアプローチ

医療面接におけるコミュニケーションスキルの学習は、卒前の臨床実習前の技能試験として全国の医学および薬学の大学にとりいれられた結果、急速に普及した。臨床におけるコミュニケーションのとらえ方は、この10年間に医学教育を受けた医師と、それ以前の医師とでは格段に異なるといわれる。ただし、こうした教育の内容が、ステレオタイプで表層的ではないかという指摘が、常に、なされている。

医療におけるコミュニケーションの教育の内容が表層的になるという危険性は、一つは、研究的なアプローチが不十分であるからである。また専門として研究対象にする人も少ない。したがって、教育の内容は、欧米で構築されたコミュニケーションスキ

ルの体系を教条的に盛り込んだものとなりがちであり、オリジナルな工夫や検討も限られたものとなる。関係者の片手間の仕事として、本腰を入れた検証や評価が行われにくい状況といえる。

近年、臨床におけるコミュニケーションの特徴を明らかにするひとつのツールとして、RIAS (Roter Interaction Analysis System) の利用が広がりつつある。これは、医療におけるコミュニケーションの内容を逐次コーディングして、その内容を分類し、解析するものである。たとえば、学生の面接を評価する際に、評価者による評価が高かった面接と低かった面接は、どのように特徴づけられるか、分析することができる。また、医療安全の授業の中で、患者に対して有害事象がおこった場合、患者や家族に対する説明の仕方や姿勢を客観化するツールとしても、活用できる可能性がある。コーディングは、情報の受け渡しに関する発話と、情緒に関する発話と分けて行っており、模擬患者の満足度との関連が解析できるからである。こうした研究は、臨床におけるパフォーマンスに基づく評価といった視点からも発展性が期待されるアプローチではないかと考えられる。今後、医療コミュニケーションの実証的研究を推進する手がかりの一つとしてRIASの長所と限界が理解され、適切に活用されることが期待される。

### 3. 考察

臨床現場でのさまざまなコミュニケーションを研究対象としていくため、量的・質的方法、さらに両者の組み合わせによる方

法など、それぞれの長所と限界を踏まえた検討が必要とされる。臨床におけるコミュニケーションが研究対象となることで、望ましい医療・保健領域のコミュニケーションの特性が明らかにされ、その成果がプロフェッショナリズムの視点から医療・健康専門職の教育プログラムに体系化されるという一貫した取り組みの実現が望まれる。

### 参考文献

- ・ 安藤昌彦, 今中美栄, 増谷友江, 西邑周子, 古谷尚子, 畑尾亜紀, 高山宏江, 秋丸明子, 井上育子, 奥藤美智子, 石見拓, 阪上優, 後藤雅史, 武本一美, 川村孝. 保健指導の有効性に関する、ウェブシステムによるグループ支援と電子メールによる個別支援の無作為化比較試験. CAMPUS HEALTH. 2010;47(1):140-141
- ・ 今中美栄, 坂本裕子他, 栄養士のための栄養指導論. 化学同人社 藤岡由夫, 今中美栄他, Nブックス 疾病の成り立ち—臨床医学—. 建帛社
- ・ 新井節男, 竹中晃二, 山田富美雄, 今中美栄他. 現代ストレス学. 信山社. 1992 年.
- ・ 竹中晃二, 今中美栄他 監訳. ガイドブックストレスマネジメント. 信山社. 1995 年
- ・ 上島悦子編著, 黒川信夫監修. 薬学的管理実践のためのエッセンシャルシートとフォローアップシート前編. 医薬ジャーナル社, 2006 年
- ・ 上島悦子編著, 黒川信夫監修. 薬学的管理実践のためのエッセンシャルシートとフォローアップシート後編. 医薬ジャーナル社, 2007 年
- ・ 上島悦子. 臨床薬学エッセンシャル ～臨床薬学は何を目指そうとしているのか～欧米と日本の臨床薬学のエポックと今日の臨床薬学. 医薬ジャーナル 2010;46(7):1866-1871.

- ・ デヴィット・トーマス・スターン 他編. 医療プロフェッショナリズムを測定する—効果的な医学教育をめざして. 慶應義塾大学出版会, 2011 年
- ・ Kubota Y, Yano Y, Takada K, Seki S, Maeda Y, Sakuma M, Morimoto T, Akaike A, Hiraide A. Analyses of communication-skills in OSCE for pharmaceutical students using Roter interaction analysis system (RIAS). Medical Teacher 2009; 12(Supl 2)
- ・ 窪田愛恵, 矢野義孝, 関進, 高田香織, 作間未織, 森本剛, 平出敦. 薬学 OSCE における情報収集能力の評価に関する検討. 医学教育 2010;41(4):273-279
- ・ Kubota Y, Yano Y, Seki S, Takada K, Sakuma M, Morimoto T, Akaike A, Hiraide A. Assessment of pharmacy students' communication competence using the Roter Interaction Analysis System during objective structured clinical examinations. Am J Pharm Educ 2011;75:43

## インターネットによるヘルスコミュニケーション ―現状と今後

木内貴弘<sup>1</sup>、石川ひろの<sup>1</sup>、高山智子<sup>2</sup>、  
大野直子<sup>1</sup>、栗山真理子<sup>3</sup>、佐藤（佐久間）りか<sup>4</sup>

1. 東京大学大学院医学系研究科医療コミュニケーション学
2. 国立がん研究センターがん対策情報センター
3. アラジーポット、日本患者会情報センター
4. 特定非営利活動法人 健康と病いの語りディペックス・ジャパン

### 抄録

医療側によるインターネットヘルスコミュニケーションの活用事例として、「UMIN ―SNS（旧称：会員制ホームページサービス）」、「国立がん研究センター ―がん情報サービス」、「東京大学大学院医療コミュニケーション学分野 ―研究室におけるインターネット活用」の紹介を行った。また患者側の活用事例として、「アラジーポット」、「日本患者会情報センター」、「DIPEX-Japan」の活動の紹介を行った。これらの事例は、すべてインターネットの普及によって実現可能になったものか、もしくはインターネットの利点を積極的に活用しているものである。今後は、コンテンツ作成のための人の輪づくりや、Web 2.0 の積極的な活用によって、一層インターネットによるヘルスコミュニケーションが発展していくことが期待される。

キーワード： インターネット ヘルスコミュニケーション Web2.0

### 1. はじめに

インターネットの出現と普及によって、従来の対人コミュニケーション、メディアコミュニケーション（テレビ、新聞、電話、郵便、FAX 等）だけの時代と比較して、海外等の遠隔地を含む双方向コミュニケーションが、安価に、簡便に、頻回に行えるようになった。更に Web や携帯電話等の技術革新によって、インターネットを利用する

ための閾値が大幅に低下した。今や幼児や高齢者を除けば、ほとんどの人がインターネットを利用している。こうしたインターネットの普及は、コミュニケーションのあり方に大きな変化をもたらした。

本稿では、医療分野におけるインターネットによるヘルスコミュニケーション活用事例について、平成 22 年 9 月 17-18 日開催の第 2 回日本ヘルスコミュニケーション研

研究会（京都）でのシンポジウム「インターネットにおけるヘルスコミュニケーションー現状と今後」での発表事例を紹介するとともに、インターネットによるヘルスコミュニケーションの今後について考察を行う[1]。

## 2. インターネットにおけるヘルスコミュニケーションの事例

### 2.1 医療者・医学研究者によるインターネットヘルスコミュニケーションの実例

#### 2.1.1 UMIN -SNS（旧称：会員制ホームページサービス）OASIS、ISLET

UMIN（University hospital Medical Information Network：大学病院医療情報ネットワーク）では、従来より、OASIS（大規模学会向け）、ISLET（中小規模学会・研究会向け）会員制ホームページホスティングサービスを運用してきた。これは、学会・研究会等が、会員専用のホームページを開設するためのサーバを提供するサービスである。学会、研究会等は、ホームページを直

接 HTML(HyperText Markup Language)で書き換える必要があり、学会・研究会等の担当者が直接書き換えることが難しく、専門の業者に発注することが一般的であった。また会員への一方的な情報伝達にとどまり、会員と学会・研究会、もしくは会員相互の双方向コミュニケーションを行うことが困難であった。

近年、Web 技術を活用した Wiki、Blog、BBS の普及によって、直接 HTML を書き換えなくても、簡便に Web による情報発信が可能となってきた。またこれらの技術によって、学会・研究会等から会員への一方的な情報伝達から、学会・研究会等と会員の双方向コミュニケーションへと変化しつつある。UMIN は、2009 年度に Wiki、Blog、BBS を会員制ホームページと同様のアクセス制限で利用可能とし、UMIN 会員制ホームページサービス 2.0 と名付けた。2011 年度には、これを UMIN SNS(Social Network Service)と改称した。このサービスは、多くの学会、研究会、研究グループ等に活用されている（図 1）[2]。

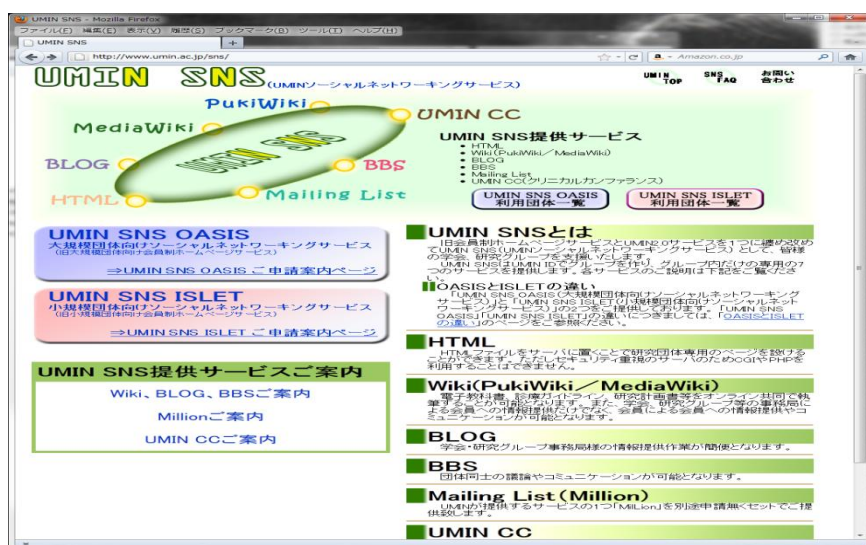


図1. UMIN SNS(Social Network Service)ホームページ

## 2.1.2 国立がん研究センター ーがん情報サービス

国立がん研究センターがん対策情報センターでは、平成 18 年 10 月の開設時より、がん情報サービス(図 2) [3]により、一般向け、医療関係者、がん診療連携拠点病院向けにインターネットを通じてがん関連情報を発信している。がん情報サービスから発信される情報は、がん対策推進の大きな力となった国民からのがん情報の均てん化への期待、つまりは、患者・一般市民と医療関

係者の間、医療者や医療機関の間、地域間でのがん情報の均てん化をめざす取り組みの情報の発信元として機能するための役割を担っている。インターネットで配信する情報の範囲の広さや対象による違いなど、提示や発信の仕方については、改善の余地が多数残されている。また、医療に関する情報については、送り手と受け手、医療者と患者等による情報ニーズの違い、情報の探し方の違い、内容や表現のインパクトの違いにも配慮した配信が必要である。

独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター  
**がん情報サービス ganjoho.jp**

このサイトの使い方 お問い合わせ サイトマップ

一般の方へ 医療関係者の方へ がん診療連携拠点病院の方へ

各種がんの解説 予防と検診 診断・治療方法 がんにつき合う 統計 冊子・ビデオ・用語集 病院を探す

患者必携のページ

がんに関する情報をまとめた冊子「患者必携」が完成しました。

● 患者必携

各種がんの解説ページ

胃がん 大腸がん 肺がん 肝細胞がん 乳がん その他のがんの解説

相談支援センターのページ

相談支援センターは、全国にあるがんの相談窓口です。どなたでもご利用いただけます。

● 相談支援センターの情報

※がん診療連携拠点病院に設置されています

がん診療連携拠点病院 がんに関する冊子 がん用語集 国立がん研究センター がん対策情報センター がん情報サービスに関するご意見募集 がん対策

トピックス

RSSについて お知らせ一覧 イベント一覧

被災者の方々の援護に関する情報 (国立がん研究センターホームページ)

がん診療連携拠点病院の状況と受け入れ体制 (一覧表 PDF、随時更新)

震災関連情報

2011年03月20日 震災関連情報

2011年03月18日 がん情報サービス携帯版に「震災によるがん診療連携拠点病院の被災状況およびがん患者受け入れ体制」を掲載しました

2011年07月15日【お知らせ】「[「バスターデータベース クリニカルパス（検査や治療の計画表）の情報」](#)を更新しました。

2011年06月24日【お知らせ】「[「都道府県がん対策関連情報」](#)を更新しました。

2011年06月17日【お知らせ】[震災によるがん診療連携拠点病院の被災状況およびがん患者受け入れ体制一覧](#)

2011年04月08日【お知らせ】「[動画 患者必携『がんになったら手にとるガイド』を活用していただくために](#)」を掲載しました。

2011年04月01日【お知らせ】「[病院を探す がん診療連携拠点病院の情報](#)」に平成23年4月1日に新たに指定を受けた病院の情報を追加しました。

2011年03月25日【お知らせ】「[「患者必携の入手や活用方法など（よくある質問）」](#)を更新しました。

2011年03月25日【お知らせ】「[「患者必携 患者さんのしおり（『がんになったら手にとるガイド』概要版）」](#)を掲載しました。

2011年03月25日【お知らせ】「[「患者必携 がんになったら手にとるガイド」](#)を更新しました。

2011年03月23日【お知らせ】[平成23年度「患者・市民パネル」募集終了と応募状況のご報告](#)

2011年03月08日【お知らせ】「[「各種がんのエビデンスデータベース」](#)を更新しました。

▶トピックス一覧へ

図2. 国立がん研究センターがん対策情報センターホームページ

同じようにとらえられる一般市民と考えた場合でも、がん罹患していない人、健康に関心のある人・ない人では、情報の探し方や関心の持ち方も違うため、それぞれのターゲット層に合った情報提供の仕方が必要になる。2008 年に約 4000 名の市民を対象に行った情報探索に関する調査では、「健康情報が届きにくい人々（情報到達困難群）」（既存のがん関連の施設や制度の認知の程度と健康情報を探す力の程度によって定義）と「その他の人々」では、利用する情報媒体の違いが見られていた[4]。情報格差ができるだけ生じないようながん（健康）情報の提供を行うには、どのようなところに格差が生まれやすいかを明確にした上で対策を講じる必要があるだろう。

また、日本国内のインターネットを利用する人口は年々増加しており、今後はソーシャル・メディアを利用した健康情報の発信も期待されるところである。しかし一方で、ソーシャル・メディアの健康情報への活用範囲の増大は、海外でもコメントポリシーをもつ、一貫性のある情報提供や、トレーニングを受けたスタッフの対応も求められ、それ相応のコストと労力が求められることが海外のがん情報サービス領域でも指摘されている。こうした利用者側の著し

い情報事情の変化は、今後も続くと考えられ、社会の求めに応じたがん（健康）情報の体制作りが望まれる。

### 2.1.3 東京大学大学院医療コミュニケーション学分野 ー研究室におけるインターネット活用

東京大学大学院医学系研究科医療コミュニケーション学分野では新しいコミュニケーション形態としてのインターネットの Web2.0、特に Wiki に注目している[2][5]。Wiki とは ウェブブラウザからコンテンツの作成・編集が誰にでもできるソフトウェアツールである。複数人が共同で Web サイトを構築していく利用法を想定しており、閲覧者がインターネット環境さえあれば個々人が簡単にページを修正出来る点が強みである。

当研究室内では、Wiki を日常的に使用し、博士課程大学院生の輪読会・抄読会の担当者の管理を共同で行っている。また、医療コミュニケーション学教室の担当である公共健康医学（SPH）修士課程では、医療コミュニケーション学実習として Wiki による医療コミュニケーション学教科書作成を行っており、毎年度改訂が学生より行なわれている（図3）。



図3. 医療コミュニケーション勉強会ホームページ

## 2.2 患者等によるインターネットヘルスコミュニケーションの実例

### 2.2.1 アラジーポットーアラジーポットホームページ等

「アラジーポット」は「社会、特に教育の場でのアレルギーの正しい理解により、子どもたちが安心して通える教育環境の整備を、多くの方々とそれぞれの立場を大切にしながら連携し、実現していく」ことを目的に 2002 年 12 月に設立された。現在会員数は、約 1500 名ほどである。活動はホームページとメールニュースによる情報提供

からスタートした(図4)。ホームページからは、アラジーポットで開発したパンフレットや紙芝居などの「入園入学マニュアル」を無料でダウンロードすることができる。インターネットの積極的な活用によって、アラジーポット会員内のコミュニケーション、及び対外的な広報活動が非常に容易になった。アラジーポットは、インターネットがあったからこそ設立され、活動している組織であり、現在の活動を紹介すると共に、インターネットを通じた活動の今後の可能性を考えていきたいと考えている。



図4. アラジーポットホームページ

アラジーポットの活動は、3つの柱に基づいて行われている。

1) シャベリ場：患者の思いや不安、疑問を、親だけの交流の場で、誰からも、

どのような批判も評価もされずに話せる場。定期（自由が丘／八王子）、不定期に日本各地で開催している。開催情報は、ホームページ上で広報すると同時に、会員にメール

ニュースで広報している。不定期の各地でのしゃべり場開催の相談は、メール (info@allergypot.net) で受け付け、原則 5 人集まればどこでも出張開催している。設立から現在まで、北海道から鹿児島まで、他の患者会・学校・保育園・幼稚園・児童館・保健所・保健センター・図書館・県立病院等と共同で開催を重ねている。

2) 学びの場：アラジーポットでは、通常の医療に関する情報発信は全てガイドラインに基づいて行っている。が、一年に一回（毎年 2 月 11 日、東京青山のこどもの城）だけ「最新の医療、研究情報」を研究者や医師の講演で開催している。参加は会員だけに限らずに自由参加。開催の広報は、ホームページとメールニュースが主で、時にメディアでの情報発信も行っている。

3) 発信の場：アラジーポットでは「患者自らが情報を収集し、蓄積し、整理して、患者自らが発信する」という患者視点での情報を、患者・市民に加え、教育、医療、行政、メディア等へ直接発信（今までは、研究者やメディアが代弁者であった）していくことを大切にしている。発信内容や成果は、ホームページでのメールニュースやトピックスとメールニュースとして会員へ届けている [6][7]。

○行政への発信：厚生労働省、文部科学省、内閣府など国レベルでのアレルギー関連他の委員会に設立から現在まで 13 委員会、現在も 9 委員会「患者視点」での発信を続けている。同時に、東京都、千葉市などのアレルギー関連の委員として、患者視点での「患者の声」を届けている。発言の際には日頃のしゃべり場や電話相談、講演会での質疑応答などに加え、各委員会

のテーマに沿ったメールニュースでのアンケートによる体験や意見募集を行い、発言に反映させている。

○班会議等での研究協力：設立から現在までに 9 つの厚生労働科研費（ガイドライン、がん、リスクコミュニケーション等）や文部科学科研費（生命倫理、医科学研究等）などの研究班での研究協力者として活動し、患者視点での発表の場の一つとなっている。

○学会での座長やシンポジストと出展：アレルギー関連の学会（日本アレルギー学会、日本小児アレルギー学会、日本小児難治喘息・アレルギー疾患学会）やその他（日本外来小児科学会、日本歯科医師学会等）で、座長やシンポジストとして「患者視点」での発言を続けている。加えて前記の学会以外でも日本小児科学会、日本小児看護学会等で、患者会として患者会活動の紹介のブースを出展し、患者視点のパンフレット、紙芝居、人形劇の DVD などの紹介や配布を行なっている。

○講演・執筆：頂いた仕事は断らない、を原則にして活動しているため、教育機関（医学系大学院、大学、小学校の保健委員会、教諭・養護教諭、保健教諭、幼稚園関係者などの研修や教育委員会での研修会等）、行政機関（行政の主催する保健師研修、養護教諭研修、栄養教諭研修会、保育士研修会等）で、「患者視点での患者の声」を直接届けている場が増えている。また、学会誌への執筆や医療職の方々の読む雑誌などへの執筆により「患者の声」「患者の想い」を伝える活動を行っている。これらの活動はほとんど各媒体からホームページなどに掲載されるため、インターネットで検索で

きる情報となって紹介され、社会への患者視点の発信となっていくと考えている。

## 2.2.2 患者会情報センター — 患者会情報センターホームページ等

日本患者会情報センターは、疾病構造が急性疾患から慢性疾患に変わる中、患者は、医療医学の専門家ではないが、疾患がありながら日常生活を営む上での専門家であり、患者会は、その知識が集積している場と位置づけた(図5)。患者会は社会資源であり、社会の中で患者会としての役割を果たしたいと考え、その機能を有する患者会のデータベースを開発して、運用を行なっている。データベースの内容は、A4、16 ページにも及ぶアンケートにお答えいただいた内容となっており、これにより各患者会の活動内容の概要と有する機能について知ることができるようになっており、患者が患者会を探すのと同時に、医療、行政など、「患者の声」を聞きたいと考える組織や人々に応える機能を持った患者会が探せるように作られている。また、「患者の声」を直接届ける[場]を増やすために、医療、行政と患者団体のマッチングのためのサポートも行なっている。

アンケートの項目は

○団体の概要：人格／設立年／支部数／活動拠点／会員数／顧問医の有無／学会との関係

○会員の状況：会員種別の有無／会員の資格・限定条件の有無

○団体の活動状況：交流会の実施状況／相談業務の実施状況／問い合わせ対応／調査研究事業の実施／臨床試験への協力の有無／その他

○団体の運営状況：理事会の開催状況／会計報告の実施状況／会費収入の割合／会費収入以外の収入／患者ニーズの把握のための活動状況

○医療政策への参加状況：行政が主催する会議への参加実績／参加の経験／参加についての意向／会議参加についての考え方

○今後の団体の取り組み（自由記入）

となっている。これにより、それぞれ異なるビジョンのもとに立ち上げている患者団体の、異なるからこそ有用な社会資源として社会に役立つ機能を明らかにすると同時に、医療や行政にガイドライン作成メンバーや審議会、検討会等の委員として「患者の声」を届けた実績も公にしている。今までの[患者会本]と言われるものの多くは、会の名前と対象となる疾患、設立年度と代表者、会員数、会費、所在地などの記載が主なものであり、有する機能や実績については掲載されるようなボリュームを持ちにくかった。その上、患者会は毎年 100 団体ができ 100 団体が消えるというように、本による情報は、作成に時間がかかり、本の完成時には掲載された団体の情報が古くなっている、または解散しているなどの現状の反映にタイムラグが起こることによっての混乱が生じやすい。その点、インターネットを活用したデータベースは、掲載団体からの積極的な申し出や日本患者会情報センターからの問い合わせによる情報の反映もリアルタイムにでき、会に関する情報に格段の量の掲載が可能となっている。また、一つのサイトに疾患や地域の別なく掲載（必要に応じて、疾患ごと、地域ごとに検索が可能）されていて患者会の情報を探ることができるようになっているのは日本

で初めての取り組みともなっている。



図5. 患者会データベースホームページ

### 2.2.3 DIPEX-Japan ー健康と病いの語りデータベース

2009 年 12 月、当法人が運営するウェブサイト「健康と病いの語りデータベース」(www.dipex-j.org) 上に、「乳がんの語り」のページが公開された。43 人の乳がん患者の語りをビデオカメラや IC レコーダーで記録し、本人の許可を得て映像や音声、テキストの形でインターネット上に公開している (図 6) [8] [9]。なるべく多様な体験を集めるべく、地域、年齢、家族構成、病

期、選択した治療法などが異なる人々にインタビューを行い、その中からトピックごとに 1 ～ 4 分程度の短い語りを抽出して、トピック別・診断時の年齢別に分類してデータベース化したものである。乳がんだけで、およそ 400 個を超す (時間にして 12 時間超の) 語りのクリップが収録されている。2010 年 6 月には 49 人の体験者による「前立腺がんの語り」のページも公開された。



図6. DIPEX-Japan ホームページ

英国の Healthtalkonline をモデルとしたこのウェブサイトの特徴として、1) 匿名化されてはいるものの、動画を通じて生身の語り手の表情や声に触れることができること、2) 語りの内容が専門家によるチェックを経て紹介されていること、3) 闘病記のように1人の体験を時系列で追っていくのではなく、「治療を選択するとき」、「薬の副作用が出たとき」「上司に病気のことを伝えるとき」など闘病中の場面場面で、様々

な立場の人がどのように選択し、対応したかがわかるようになっていること、が挙げられる。患者や家族に病気と向き合うための情報や心の支えを提供するのみならず、医療者や医療系学生の教育研修にも有用なウェブサイトとなっている。

このウェブサイトの2010年5月1日から7月31日にかけてのアクセス状況を分析したところ、月間ユニークユーザー（ひと月にサイトを訪問した人の数で同一ユーザー

が複数回訪問しても1人と数える)は6,000～10,000人であった。平均ページビュー数9.4ページで、滞在時間8分43秒と、通常のウェブサイト比べて、見るページの数も多く、滞在時間は長かった。トップページや目次以外で一番良く見られているページは、乳がんの語りのページの中の、「再発・転移の徴候と診断」

[http://www.dipex-j.org/bc\\_topic/c/446.html](http://www.dipex-j.org/bc_topic/c/446.html) というトピックであり、乳がん患者の多くが再発の不安を抱えてこのサイトを閲覧していることが推測された。

また、ウェブサイト寄せられた「意見・感想」には以下のようなものがあつた。「同じ非浸潤がんの方の意見が聞けてよかったです」「がんだということを知った上で付き合い、結婚された方の体験談があれば、とても励みになります」ともに「乳がんの語り」を見て)、「再発患者の声を探せませんでした。是非ぜひお願いします」「重粒子線療法の経験談が面白く聞きました」(ともに「前立腺がんの語り」を見て)。

今後の予定としては、乳がん・前立腺がんの語りページの評価研究として、ウェブサイトユーザーへのアンケート調査や医療関係者への認知度調査を行うほか、インタビュー協力者に対してウェブサイト公開により何らかの影響があつたかを調べるフォローアップ調査を予定している。また、現在「認知症本人と介護家族の語り」のデータベース化も進行中であり(文部科研基盤B:富山大学・竹内登美子代表)、新たに「がん検診」の体験をめぐる語りのデータベースの作成も検討中である(厚労科研第3次対がん総合戦略研究事業:京都大学・中山健夫代表)。

### 3. 考察

#### 3.1 ヘルスコミュニケーションにおけるインターネットの役割

インターネット出現以前は、マスコミ、官公庁広報等の少数のメディアが情報発信をする一方で、一般人が多数の人に情報発信するためには、これらの助けを借りないといけなかった。今回、紹介した全事例とも、インターネット普及以前の対人コミュニケーション、メディアコミュニケーション(テレビ、新聞、電話、郵便、FAX等)だけでは、運用が困難であつたか、著しい制約が生じたものである。つまり、これらの事例は、インターネットにより、初めて可能、もしくは現実的になったのである。特にDIPEX-Japanのように音声や映像の使用を前提としたものの場合には、CD-ROMやDVD作成や送付にコストがかかる。また参照時にメディアをコンピュータに入れる必要がある等、自分のパソコンから、インターネットのようにいつでも気軽にというわけにはいかない。

#### 3.2 インターネットによるヘルスコミュニケーションの今後の課題

インターネットによって、ヘルスコミュニケーションの可能性が大きく広がった。情報発信を含むコミュニケーションは、より簡便に安価になり、誰でも気軽に行えるようになりつつある。インターネット普及以前に比較して、はるかによくなった。しかしながら、インターネットをより有効に活用するためには、課題が残されている。

- 1) ヘルスコミュニケーション実現のための関係者のコミュニケーション  
インターネットの普及によりよいコンテ

ンツを作成して提供するためには、技術や資金より、内容が重要になってきている。内容の充実のためには、各人自らの得意な分野のコンテンツを作成するとともに、コンテンツ全体の内容の調和を保つ必要がある。このためには、人の輪が重要な役割を果たす。医療者、患者等のメリットにつながるヘルスコミュニケーションを実現するためには、サービスを実現するための関係者のよいコミュニケーションが重要である。このことは、特に患者会では重要である。研究機関、医療機関であれば最初から組織ができており、組織の長も決まっている。しかしながら、患者会では組織づくりから始め、これを継続的に維持管理していかなければならない。会員相互で、負担の割合、利害の衝突等が生じがちであり、良好なコミュニケーションを保つための積極的な努力が必要である。

## 2) Web 2.0 の積極的な活用

電子掲示板、Wiki、ブログ等は、一般のインターネットユーザによる情報発信を本当に容易にした。電子掲示板によるコミュニケーションによって、マスコミの伝えない情報の流通とこれによる世論形成が可能となった。Wiki によって、不特定多数による文書の作成と共有が可能となった。ブログにより個人の情報発信が容易になり、作者と読者のコミュニケーションも容易になった。これらによって、組織や情報技術を持つ個人ではなく、ごく一般のインターネット個人ユーザがコンテンツ作成の主体・主流となった。これにより、多対多によるコミュニケーションが容易に実現可能となった。インターネットは、「情報」のメディアから「コミュニケーション」のメディア

へと大きく進化を遂げた。この現象は、Web 2.0 と呼ばれている。ブログ、SNS 等で医療の話題が取り上げられることは非常に多い。医学・医療の分野でも Web 2.0 関連技術の利用は始まっているが、まだ医学・医療関係者の認知、活用度は十分でない。Wiki による論文、診療ガイドライン共同執筆、ブログによる学会等の情報発信等、Web 2.0 関連技術の一層の活用が期待される。

## 文献

[1]第2回日本ヘルスコミュニケーション研究会  
ホームページ

(<http://HealthCommunication.jp/hc2010/>)

[2]UMIN SNS ホームページ

(<http://www.umin.ac.jp/sns/>)

[3] 国立がん研究センターがん対策情報センター(<http://ganjoho.jp/>)

[4]高山智子. がん情報をどう入手したらいいのか. 現代のエスプリ: がん患者のこころ. 松島英介(編). 至文堂; 2010.

[5]木内貴弘. 石川ひろの. 東京大学大学院医学系研究科医療コミュニケーション学教室のヘルスコミュニケーション学教育の概要. 日本ヘルスコミュニケーション研究会雑誌. 2010;1:6-12.

[6]栗山真理子. 患者が望むアレルギー診療 (VII 患者の視点で考えるアレルギーの診療: 専門医のためのアレルギー学講座). アレルギー. 2010;59: 659-66.

[7]日本小児アレルギー学会監修. 家族と専門医が一緒に作った小児喘息ハンドブック 2008. 協和企画; 2008.

[8]佐藤(佐久間)りか. 和田恵美子. “患者の語りデータベース”を活用した医療コミュニケー

シヨンの試み. 科学技術コミュニケーション.  
2008;3: 89-100.

[9]佐藤(佐久間)りか.「患者体験」を映像と音  
声で伝える～「健康と病いの語り」データベース  
( DIPEX ) の 理 念 と 実 践 . 情 報 管 理 .  
2008;51:307-320.

# 医療現場におけるチーム医療

荒木登茂子<sup>1</sup>、大倉朱美子<sup>2</sup>

1. 九州大学大学院医療経営・管理学講座

2. 京都南病院

## 抄録

近年、医療現場では患者の疾患をより専門的にみる細分化と同時に、全人的医療が必要とされ、各分野が協働して患者を診ていくチーム医療が求められている。医師、看護師、薬剤師等の多くの医療職がそれぞれの専門性を最大限に発揮し、連携・協働して双方向のコミュニケーションをとり、患者中心の医療を提供していく事がチームの目的となる。これを実現するためには、多くの専門職が対等な立場であるという認識を持って協働的行為を実践する必要がある。

ここでは、臨床心理の立場からチーム医療について概観した。チーム医療を円滑に進めるためには、相互の役割分担を治療の流れに沿って柔軟に相補的に担うこと、そのためにチーム内での確かつ迅速で柔軟な双方向のコミュニケーションをとること、患者も含めたチーム内の橋渡し役を取ること、患者から出てきたイメージやアイディア（患者の実生活に根差した資源）を利用してそれぞれの患者にあった治療を提供できることなどが重要であると考えられた。

現場でのチーム医療の問題点としては、専門職間の目標や価値観や仕事内容の理解が十分でないこと、相互の境界が曖昧で職務内容に重複と間隙があることから医療行為の重複と欠落が生じること、権威勾配があること、教育体制が十分整っていないこと等があげられた。

キーワード： チーム医療 専門職の協働 双方向のコミュニケーション

---

## 1. はじめに

近年、医療現場では患者の疾患をより専門的にみる細分化と同時に、全人的医療が必要とされ、各分野が協働して患者を診ていくチーム医療が求められている。チーム

医療とは患者を全人的にとらえ、多職種の医療従事者と患者や家族が目標を共有し、患者や家族にとってベストの選択を模索し、互いの心身の QOL を高めていくことだと考えられる。

## 2. チーム医療とは

理想的なチームの持つ特徴は、①共通の目標を持つ、②構成員は目標の達成に向けて協働意思を持つ、③チーム内の情報伝達は双方向のコミュニケーションによってなされることである。医療現場においては、医師、看護師、薬剤師等の多くの医療職がそれぞれの専門性を最大限に発揮し、連携・協働して双方向のコミュニケーションを取り、患者中心の医療を提供していく事がチームの目的となる。これを実現するためには、多くの専門職が対等な立場であるという認識を持って協働的行為を実践する必要がある。

しかしその実現にあたっては現状では多くの問題がある。

### 2.1 多職種の集団

医療現場では、医師、看護師、助産師、薬剤師、放射線技師、臨床検査技師、理学療法士、言語療法士、臨床心理士、診療録管理士、医療ケースワーカー、臨床工学技士、栄養士などの多職種が存在する。それぞれが高度な知識や技術が必要な専門職であり、その協働が求められる。どの専門職が構成員として必要かを多面的に評価して構成員をマネジメントするリーダーないしはチームコーディネーターの存在も必要である。

しかし、互いの職種の境界は明確ではなく曖昧な場合が多い。職種間の職務内容の重複と間隙があり、そこから医療行為の重複と欠落が生じる。互いの専門領域の目標や価値観や仕事内容の理解と、状況に応じた柔軟性が協働には必要である。

### 2.2 医師を頂点とする組織

医療現場は医師法により医師を頂点とする組織で成り立っている。医師もチームの一員として、他職種と対等な立場に立って協働し双方向のコミュニケーションをとることを求められる。しかし、他の専門職種は医師に対して遠慮するなどの権威勾配による多くの問題を抱えている。

### 2.3 チーム医療に関する教育や実習の必要性

チーム医療を進めるには、対等な立場での協働意識や双方向のコミュニケーションに関する教育や実習が必要だが、チーム医療についての十分な教育や実習を受けていない世代や職種があり、現場での十分な相互理解と協働が進まない場合も多い。

## 3. チーム医療に対する診療報酬の加算、経済的保障

現在行われているチーム医療には、緩和ケアチーム、褥そう対策チーム、リハビリテーション総合計画、栄養管理などがある。そのほかにも現場では個々の事例に応じて専門職がチームとしてかかわっている。チーム医療に対する診療報酬の加算が認められているものもあるが、診療報酬加算が認められておらずサービスとして行われている場合も多い。チーム医療を進めるには診療報酬という経済的な基盤が必要になる。

## 4. チームの構成員としての患者や家族

チーム医療の構成員として、患者や家族も入れるという動きが始まっている。患者や家族の医療への貢献として、第一に診察

料などの医療費を支払い医療行為の経済的な基盤を支える事がある。第二に医療行為の基礎となる情報（患者として有する疾病に関する情報：症状やその原因と考えられる生活習慣など）の提供がある。そのうえで第三に、自らの治療に関する医療従事者との協働、即ち治療への主体的参加があげられる。英国では、医療機関でエキスパート・ペイシャント・プログラムが行われている。患者は病気（主に慢性疾患）を抱えて生きるエキスパートであり、より良く生きるための多くの情報を持っている。エキスパート・ペイシャントは、病気を抱えた患者に対して療養や生活面での有用な情報や病気をコントロールするための対処法を提供できるように訓練するためのプログラムをマスターしたうえで、患者の支援にあたる。このような患者参加は今後日本でもますます必要になってくると考えられる。

## 5. チーム医療が奏功した事例についての検討

### 5.1 医療者相互の役割分担を考慮するチーム医療の事例

症例は60歳男性。バージャー病・恐慌性障害、慢性疼痛障害。20年以上にわたりアルコール1.8リットル/日、タバコ50本/日进行続け、バージャー病発症。強い攻撃的感情のコントロール不能のために病状が不安定であり、また治療関係での怒りの行動化が認められた。入院時に治療チームを組み、主治医（現実原則の重視、父性的）と心理士（感情の表出と受容、母性的）が相補的な役割を分担し、攻撃的感情の処理と昇華を目的に絵画療法を導入した。作品による

他の医療スタッフとの交流もチーム医療の一環に取り入れた。その結果治療関係の安定化、疼痛の緩和が認められた。（内容は適宜改変）

### 5.2 患者や家族が治療の主体となり、セルフコントロールを目指すチーム医療の事例

症例は40歳女性。咳喘息、気分変調性障害。34歳で発症。症状の背景に母子関係での依存欲求の抑圧があると考えられたため、入院時に治療チームを組み、主治医（現実適応の援助）、心理士（母子関係での問題の処理）が相補的な役割を分担した。さらに治療中に患者が外在化した幼児期の患者（人形）を養育するための役割を患者と看護師と入院中の同室者と患者の母親が担った。その結果依存欲求の充足と患者自身の成長と症状の軽快が認められた。（内容は適宜改変）

患者中心のチーム医療は、発症や症状の変化に関連する心理社会的因子を治療の枠組みに入れること、患者の詳細な観察とライフヒストリーを聴取すること、柔軟な視点でチーム医療を進めることなどで可能になる。チーム医療を円滑に進めるためには、相互の役割分担を治療の流れに沿って柔軟に相補的に担うこと、そのためにチーム内での確かつ迅速で柔軟なコミュニケーションをとること、患者から出てきたイメージやアイディア（患者の実生活に根差した資源）を利用してそれぞれの患者にあった治療を提供できることなどが重要であると考えられた。

## 6. 糖尿病チーム医療における臨床心理士の役割

糖尿病患者に糖尿病と共存した無理のない生活習慣の実現を目指した指導を行うためには、的確な病態把握に加えて心理社会的側面の理解が重要である。そのための糖尿病治療教育入院に際しては、患者の心理特性を把握し、行動変容を促すはたらきかけが出来るよう、臨床心理士もチームの一員として参加している。

臨床心理士は教育入院の中で、糖尿病教室でストレスについての講義とリラクゼーション法の指導を行い、同意が得られた教育入院患者に対して個別面接と心理検査を施行している。

### 6.1 臨床心理士の専門性と情報の共有の工夫

心理検査は有用な情報を得ると同時に施行する患者に負担を与えるものでもある。それゆえ、臨床心理士は、その実施や解釈に精通すること、またその結果が他の医療スタッフに理解され、その後の治療に活かされるようなアセスメント能力を身につける必要がある。教育入院患者用の「糖尿病受容アセスメントシート」は、患者の医学的・心理的なプロフィールを簡潔に記載し、医師の提示している治療目標に対して、「食事療法」「薬物療法」「運動療法」「自分が糖尿病であるという事実」に関して患者がどのように感じているかを、看護師・栄養士・薬剤師・臨床心理士が変化ステージモデルを用いて受容段階を評価し、記載する様式となっている。このシートにより、それぞれの職種が患者の受容段階をどのような根拠で評価しているかなど一見してわ

かり、情報が共有できる。

### 6.2 チーム医療における臨床心理士の役割

心理アセスメントは心理検査のみでなく、心理面接で得た情報や観察などを総合して行うものである。臨床心理士は、糖尿病治療においては直接患者の診療にかかわらない存在であるため、姿勢によっては患者にとって他の医療スタッフと違った存在となりうる事ができる。患者の語りに耳を傾けることにより、治療への思いを聴き、糖尿病以外のその人を知ることができると、そこから患者の「人となり」を感じることができると考えられる。そしてそのありのままの「人となり」を受容することにより、患者理解が深まると考えられる（患者の物語を紡ぐ）。

チーム医療は複数の専門職がかかわることで、患者をより複眼的にみることができ、患者に対して身体的、心理的、社会的にかかわることで治療を円滑かつ効果的に行うことができる。しかし、他職種間の連携が機能するためには、それぞれが診療チームの一員としての役割や担当領域を確認し、情報交換を密にすることが大切である。医師や他の医療スタッフにも、それぞれの立場があり、患者理解の方法論がある。いかに職種間の狭間を補うかという点は、チーム医療の問題点のひとつである。チーム医療が奏功するように、狭間を埋めるにあたっては患者や各スタッフの言葉の内容や、伝える時期に配慮することが必要である。

糖尿病治療チームにおける臨床心理士の役割を考えた時、客観的な目で見た心理アセスメント結果と、直接診療にかかわらない立場でないことで聴けた患者の本音を各

医療スタッフに伝えることで、患者と医療スタッフの橋渡し役、患者のトランスレーターの役割を果たすことができれば、糖尿病チーム医療を円滑に進める一助となると考えられる。

## 7. チーム医療のあり方についての参加者全員のディスカッション

以下にディスカッションの結果の要点をまとめた。

- ①専門職がそれぞれの立場での専門性を生かすためには、時間や空間を共有できる話し合いの場と、話し合いを進めるための共通言語や共通の指針が必要になる。また共通の時間や空間の確保と医療従事者の疲弊の予防のための勤務体制や勤務条件を整える事も重要である。
- ②専門職が職種間の接点を持ち、仕事内容とチーム内での役割についての相互理解を深める事が必要である。現場では、医療従事者、特に医師が多職種と対等な立場に立つことが難しいという問題がある。オスキーの導入前の医師への再教育が必要だと考えられる。現状では歯科医師も医師と対等な立場に立ちにくい。歯科医師は専門医、総合医としての自覚を持つことが生きがいにつながると考えられる。
- ③チーム医療に関する教育を充実させるために、学生の時から他職種の存在を知ること、また多職種チームでの合同カンファレンスに参加して体験的にチーム医療を学ぶ機会を持つことが必要である。
- ④専門職としてのかかわりに経済的な裏付けがある事が専門職としての自覚を促し、役割りや責任を持つことにつながる。保

険診療の中でチームとして機能することが患者の治療や経済的なメリットにつながるという実績を積み重ねていくことが必要である。

- ⑤専門職相互の境界が曖昧である。また仕事内容の重なり合いと隙間が存在する。チーム医療を導入することで、専門領域の隙間で患者の問題点が見逃される危険性がある。
- ⑥患者中心の医療を進めるためにチームを統合してチームの方針を定めるリーダーと、専門職間の相互理解の促進と隙間を埋めるコーディネーターの育成が必要になる。

## 8. 最後に

チーム医療によって患者中心の全人的医療を進めるためには、各専門職の協働と双方向のコミュニケーションが必要だが、その実現には多くの問題がある。教育体制、経済的基盤の確立をはかりつつ、各専門職が生きがいを持って協働できるための歩みが不可欠であると考えられた。

## 参考文献

- ・山中康裕. なぜ今、こころのケアが必要か？－臨床心理学の立場から. 糖尿病 43:3-7, 2000
- ・荒木登茂子. 心身症とチーム医療. 久保千春, 中井義英, 野添新一(編):現代心療内科、永井書店、253-259,2003.
- ・大倉朱美子. 糖尿病診療におけるチーム医療と医療心理士の役割. 心身医学 50:905-912, 2010
- ・荒木正見, 荒木登茂子. 医療コミュニケーション,日本医療企画、2010.

## 海外のヘルスコミュニケーション研究の現状

萩原明人<sup>1</sup>、濱崎朋子<sup>2</sup>、前田祐子<sup>3</sup>、岩隈美穂<sup>4</sup>

1. 九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学分野
2. 九州女子大学家政学部栄養学科
3. 京都大学医学研究科人間健康科学系専攻
4. 京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻医学コミュニケーション学

### 抄録

近年、わが国の医学および医療系大学では、医療コミュニケーションに関する研究や教育が活発に行われるようになった。しかしながら、海外の研究状況に関し、個々のテーマではなく、全体的な状況を把握している者は殆どいないと思われる。そこで、分野を医学系、社会医学系およびコミュニケーション学系に大別し、各分野で代表的な専門雑誌を数点選択し、研究をキーワード別に分類し、過去数年間の研究動向を探った。

その結果、医学系分野では、実際の医療現場において重大な Outcome に関連するコミュニケーションについての介入研究、および、医師－患者－介護者、複数医療従事者間といった複数者間のコミュニケーションについて分析、検討が行われていた。社会医学系分野では、社会構造、健康格差、社会的不平等の社会的システム関連、慢性疾患やメンタルヘルス、psychological distress、primary care、医療面接などに関する研究が多く行われていた。更に、集団間・内コミュニケーション、組織コミュニケーションに関する研究が多いが、思考・価値観に関する個人内コミュニケーションの研究は少ないことが示唆された。コミュニケーション学系では、2大コミュニケーションジャーナルにキーワードが記載されていなかったのも、Medical Care を使用した（Issue 44～48、2981 キーワード）。総括すると疾病そのものというより、ヘルスケア制度関連、医療を経済的視点からみたキーワード、それからクオリティに関してのターム登場が目についた。さらに Handbook of health communication の索引で10行以上の記載があったキーワードに注目したところ、

Medical Care ジャーナルと重なっているキーワード(例えば、Patient、Cancer、AIDS、ナース)も多々見られた一方で、Community (41行)、Communication (25行)、Health communication (34行)は、Medical Care ではほとんど登場していなかった。

キーワード： 海外ヘルスコミュニケーション 医学 社会医学コミュニケーション学

## 1. はじめに

わが国では、近年、医療コミュニケーション問題への関心が高まり、医療コミュニケーションを専門に扱う講座を設置する大学が増えている。しかし、欧米では、早い時期から、医療のコミュニケーションに関する研究の必要性や重要性が広く認識され、非常に活発に研究や教育が進められている。医学教育の専門雑誌や社会医学系雑誌ではほとんど毎回、総合一般系雑誌や内科系雑誌でも相当頻繁に、医療者と患者のコミュニケーションに関する論文が掲載されている状況である。

教育面においても相当以前から、実践的な試みが活発に行われてきた。医学部でSP（模擬患者）を使った面接技法の向上を目的とした臨床教育が行われ、大きな実績をあげている。公衆衛生大学院や看護学部でも即戦力になりうる医療従事者を養成するため、コース・ワークとフィールド・ワークを組み合わせた、密度の濃い教育が行われている。

本セッションでは、欧米の研究面に着目し、社会医学分野、医学分野、ケア分野における代表的な専門雑誌を取り上げ、そこで見られるコミュニケーション研究を概観することとした。常時、研究者は個別のテ

ーマを追っており、案外、研究全体の動向には疎い。しかし、時として、全体を把握することにより、新たな視点から個々のテーマを見ることが出来る場合もある。その意味で、今回の企画は、欧米の研究動向を把握し、今後を展望するうえで役に立つのではないと思われる。

## 2. ジャーナルキーワードに見るヘルスコミュニケーションの動向：医療コミュニケーションに関する文献検討（JAMA, NEJM, Lancet 誌）

### 2.1 諸言

欧米の医学系総合雑誌のうち “The Journal of the American Medical Association”（以下 JAMA）、“New England Journal of Medicine”（以下 NEJM）、“The Lancet”（以下 Lancet）3 誌を対象論文とし、医療コミュニケーションに関連する研究の動向をについて検討を行った。期間は 2001 年から 2010 年の 10 年間である。キーワードとして、“Communication”、“Patient”のキーワードでヒットしたもののうち、さらに Abstract を精査し、医療コミュニケーションに関連する文献として適当であると判断した 26 件を分析対象文献とした。ちなみに、2 つのキーワードでヒットした文献がこの期間のすべての原著論文に占める割

合は、JAMA が 0.6%(11/1690)、NEJM が 6.9%(143/2082)、Lancet が 1.6%(28/1742) と非常に低い割合であった。

## 2.2 結果

全ての文献を対象とし分析を行い、以下のような結果を得た。

(1) 診療科別では、外科が最も多く、次に内科、終末期ホスピスの順で多かった。(2) コミュニケーション当事者の分類を行った結果、医療者一患者間が最も多く、その他、医療従事者間、医療者一家族間、医療者のみ、患者一家族間、医療者一患者一介護者間に分類された。(3) コミュニケーションで扱われた内容は、コミュニケーションスキルや患者または医師教育といったコミュニケーションスキル自体の向上を目的としたものと、治療やケアの 1 つの手段として、または特殊なコミュニケーション手段を用いた場合の QOL や治療効果、有害事象減少といったものに分類された。(4) コミュニケーション手段としては、話し合いといった口頭によるもの、Web やバーコードなど電子によるもの、チェックリストや、掲示ボード、情報パンフレットといった紙ベースによるもの、および、医学生に対する OSCE など、特別なコミュニケーションスキル法などがあった。(5) 研究方法については、介入研究が最も多く、次に、前向きコホートが多くみられた。(6) Outcome としては、有害事象の有無が最も多く、その他にはコミュニケーションスキル、治療法および手術の選択などの患者意思決定、死亡率や生存率など直接生命に関連するもの、後悔など精神的な QOL に関連するものが指標となっていた。(7) Outcome 指標

を生命に直接関わるものを程度大として分類したところ、生命に直接関わらないが医療ミスや症状の悪化など、程度が中等度から大であるものが最も多かった。

つぎに、近年における医療コミュニケーションの研究の特徴を明らかにすることを目的として、年次比較を行った。(1) 2001-2004 年では外科の研究が多く、2005 年以降では内科、ホスピスおよび複数科にわたるものが多かった。(2) 2001-2004 年で取り扱われているコミュニケーションの種類は医療者一患者間がほとんどであったが、2005 年以降では医療従事者間、患者一家族間および患者一医療従事者一介護者など多岐にわたっていた。(3) 2005 年以降では、複数者間のコミュニケーションについて取り扱っているものがみられた。

(4) 2001-2004 年で取り扱われているコミュニケーションの内容は患者教育が多かったが、2005 年以降では QOL などへの影響などを検討したものが増加していた。(5) コミュニケーションの方法として 2005 年以降では電子、Web などが多くなっていた。

(6) 2005 年以降では、Outcome として、死亡や生存率など生命に関わるものが多かった。

## 2.3 結論

Lancet, JAMA, NEJM の 3 誌において、医療コミュニケーションを取り扱った論文について、その研究の動向を検討したところ、近年では、実際の医療現場において重大な Outcome に関連するコミュニケーションについての介入研究、および、医師一患者一介護者、複数医療従事者間といった複数者

間のコミュニケーションについて分析、検討が行われていた。（文責、濱寄朋子）

### **3. 欧米の社会医学系専門雑誌に見る医療コミュニケーション研究の現状と展望**

#### **3.1 緒言**

近年、医療コミュニケーションは、保健分野に必須に要素である。健康増進や疾病予防、公衆衛生や医療サービスの提供の向上、健康やQOL向上のための社会規範の奨励、また、公衆衛生や医療サービスの提供の向上、臨床分野における医療関係者と患者関係での活用、そして医学教育学等においての教育関連に活用されている。そこで、今回は欧米の社会医学系専門雑誌に発表される論文を基に、今日の医療コミュニケーション研究の現状を把握し、そこから今後のヘルスコミュニケーションのあり方を考えることにした。

#### **3.2 方法**

欧米の社会医学分野における代表的な雑誌である、Patient Education & Counseling と Social Science & Medicine を用いて、近年どのような研究が行われているかを過去3年間の論文のキーワードを参考に動向を探った。

#### **3.3 結果**

ヘルスコミュニケーションに関連する研究をキーワード別に分類すると、社会構造、健康格差、社会的不平等の社会的システム関連、慢性疾患やメンタルヘルス、psychological distress、primary care、医療面接などに関する研究に分けられた。また、医療コミュニケーションの研究論文に

おいては、集団間・内コミュニケーション、組織コミュニケーションに関する研究が多いが、思考・価値観に関する個人内コミュニケーションの研究は少ないことが示唆された。すなわち、個人レベルの社会的認知や帰属過程、社会的欲求、対人レベルでの自己開示、自己呈示、説得、対人関係などは多くの研究が進んでいるが、集団レベルでの集団心理、リーダーシップ、社会的促進等のコミュニケーションに関しては、今後の課題である。

#### **3.4 考察**

日本だけでなく世界的に現在進行している社会経済格差の拡大は、さまざまな疾病と結びついていること、更に、社会的、心理的ストレスの拡大によりすべての人々の健康に悪影響を及ぼすことが明らかにされている。また primary care の観点から慢性疾患に対する医療面接などの教育のあり方の研究が行われている。社会科学系では医療における研究は個人レベルと対人レベルの研究が多くされているが、それだけでは政策提言を行えない。今後の課題として、公衆衛生政策提言を行っていく中で、社会医学系の研究を軸とし、科学的根拠のある提言を行っていくこととコミュニケーション教育の必要性が示唆されているなど、医療コミュニケーションを通じて、今後どのように研究されていくかが課題である。

### **4. Medical careに見る医療コミュニケーション研究の現状と展望**

#### **4.1 はじめに**

最新の情報が循環し、「知」の合意形成が行われ、学問領域の輪郭を形作る磁場で

あるジャーナルが果たす役割は多大であると言える。医学・看護・コミュニケーション学の各研究コミュニティにとっての関心テーマ、そしてこれからの方向性を探る手がかりとして、主要ヘルスコミュニケーションジャーナルのジャーナルキーワードに着目する、というのがパネルの目的であった。その中で、岩隈担当はコミュニケーション学での2大ヘルスジャーナル (Journal of Health Communication と Health Communication) を予定していたが、両雑誌とも「キーワード」をつけておらず、急きよ Medical Care を使ったの研究を行った。

## 4.2 研究方法

### 4.2-a. Medical care より

2006 年～2010 年の Medical care (Issue 44~48) に記載されていたキーワードをエクセルシートに抜き出し、頻度を数える。その際、Issue、タイトル、第一オーサーの所属も記録した。

### 4.2-b. 「参考までに」 : Handbook of health communication

コミュニケーション学よりジャーナルの代わりに代表的著書として、Handbook of health communication (2003 年) を取り上げ、索引より 10 行以上にわたるワードを記載に注目した。ヘルスコミュニケーションは、米国コミュニケーション学の中でも、特に近年伸びているフィールドで、多くの大学でヘルスコミュニケーションを教える際、この本は教科書として採用されており、コミュニケーション学におけるヘルスコミュニケーション分野を総括できる資料 といえる。

## 4.3 結果

### 4.3-a: Medical care

#### Issue 44

一番多い頻度は、5 回 (Health serves)。それ以外はサービスやアクセスといった言葉が見られた。

#### Issue 45 (593 キーワード)

メディケア (7 回)、マネージドケア (5 回)、メディケイド (4 回) と前年では見られなかったキーワードが登場した。また、Quality of care (6 回)、quality improvement, quality of life (各 4 回) といった、Quality が入ったキーワードが目立った。

#### Issue 46 (711 キーワード)

メディケイドが 13 回 (前年 4 回)、メディケア、格差、健康保険 (各 6 回) などが登場した。

#### Issue 47 (801 キーワード)

メディケアが 18 回 (前回 6 回)、そしてコストについてのキーワード、ヘルスケアコスト (9 回)、費用対効果 (6 回) が初登場した。「クオリティ」に関するタームも頻度が高かった。

#### Issue 48 (328 キーワード、ただし発表当時)

クオリティが 7 回登場した。そのほか、quality improvement, quality indicators, quality measurement, quality of care (各 2 回) が見られた。

### 4.3-b: Handbook of health communication より

索引で 10 行以上の記載があったキーワードに注目した結果、Medical Care ジャーナルと重なっているキーワード (例えば、Patient, Cancer, AIDS、ナース) も多々

見られた。一方で、Community（41行）、Communication（25行）、Health communication（34行）は、Medical Careではほとんど登場していなかった（各、4回、6回、0回）。

#### 4.4 考察

Issue 44～48（2981キーワード）を総括すると、疾病そのもの（Depression, diabetes, Chronic disease）のキーワードはあまり多くなく、ヘルスケア制度関連（メディケア、メディケイド、ヘルスサービス、格差、ケアへのアクセス）、医療を経済的視点からみたキーワード（コストがつくもの）、それからクオリティに関してのターム登場が目についた。またメディケア、メディケイドが頻繁に見られるのは、大多数のジャーナルオーサーたちが米国の大学に在籍していることも関連していると思われる。また、2009年にオバマ大統領が誕生するさいの、その選挙戦での争点の一つがヘルスケア改革であり、その関心・期待の高まりが今回取り上げられたジャーナルキーワードにも反映されていた可能性がある。

のが実情である。しかし、これらの分野の知を融合させることが「ヘルスコミュニケーション」という複合領域では必要と考え、代表的な海外ヘルスジャーナルで取り上げられていたテーマの動向を報告した。

### 5. おわりに：“越境する”ヘルスコミュニケーション

ヘルスコミュニケーションとは、医療、看護、薬学、福祉、コミュニケーションなどの領域にまたがっている、つまり越境している分野だと言える。しかしこれまで、各分野で研究者が行く学会もわけられ投稿するジャーナルも分野によって異なるため、他分野でどのような研究が行われているのかを目にする機会がほとんどなかった

## 医療コミュニケーション研究への誘い

### —Part2:医療コミュニケーション研究の質的研究を進めるために—

青木伸一郎<sup>1</sup>、斎藤清二<sup>2</sup>、高永茂<sup>3</sup>、田口則宏<sup>4</sup>、小川哲次<sup>5</sup>

1. 日本大学松戸歯学部歯科総合診療学講座
2. 富山大学保健管理センター
3. 広島大学大学院文学研究科
4. 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科健康科学専攻社会・行動医学講座歯科医学教育実践学分野
5. 広島大学病院口腔総合診療科

#### 抄録

本稿では、前編[1]に引き続き、医療コミュニケーションの実証的研究における質的研究手法について概説した。

第1に、現場データの量的・質的アプローチ法として、量的・質的手法を臨床実習生の教育への活用例を挙げて解説した。臨床実習生（学習者）が自らの臨床現場で実体験した患者との医療面接場面の動画像からトランスクリプトを作成し、それをRIAS（Roter Interactive Analysis System）、テキストマイニングや内省法などを用いて、コミュニケーションスキルの使用、メタメッセージ、語の意味、文脈のずれ、診断思考プロセス（診断推論）などを分析することで、患者－医療者間のコミュニケーションについても高コンテキストなレベルでの評価が可能となることなどについて概説した。

第2に、注目を集めているナラティブアプローチとして、臨床実践を、時間にそって刻々と生起するできごとの体験のプロセスととらえ、特定の状況と特定の個人の経験におけるプロセスの意味、価値を描写し、解釈し、表現し、行動選択に結び付けることを研究の目的とするという立場を明確にした上で、ナラティブ研究について考察した。物語研究の方法論では、研究方法は極めて多彩であり、何らかの一つの方法だけが、“正しい”物語研究であるわけではないとし、物語研究が“科学的な”研究として認められる要件を紹介した。臨床実践における物語研究の実例として、慢性疼痛に苦しむある青年の治療経験についての質的研究の一例を示した。

第3に、言語的アプローチ法として、「会話分析」と「語用論」の成り立ちや方法論を比較しながら、両者の特徴を述べた。「語用論」は言語がその使用

者によって実際の言語活動の中で個々の文脈と結びついてどのような意味を伝え、解釈されるかを説明することに重点を置く。そのため、発話による意図の伝達と解釈、コンテキストと意味などが問題となる。一方「会話分析」は、社会の構成員が日常どのような方法で相手を理解しながら自分たちの社会の秩序を作り上げ、維持していくかを探求しようとする。そのために、先入観にとらわれずに、日常の自然な会話データの録音・録画に基づいて、参加者の発話を会話の連鎖の中で詳細に分析するという方法をとる。会話分析は、エスノメソドロジーの方法論の影響を強く受けている。

**キーワード：** 医療コミュニケーション研究 量的研究法 質的研究法

医療コミュニケーション研究に関する特徴や課題そして手法について、医療関係者と人文社会科学系の研究者との間での十分な相互理解（共有）をすすめるために、第2回ヘルスコミュニケーション研究会学術大会では、「医療コミュニケーション研究への誘い」をテーマとして、コミュニケーション研究に係る概説と量的研究手法並びに量的研究から質的研究法についてのシンポジウムを開催した（図1）。この中で前編では“Part 1：医療コミュニケーション研究の概説、そして量的研究を進めるために”の内容を中心に、患者－医療者間コミュニケーション研究の方法論と題して、医療コミュニケーションにかかわる実証的研究の現状分析や特徴とその課題並びに様々な研究方法論の現状と課題などについて概説した。また、言語的コミュニケーションの量的評価方法と題して、言語的コミュニケーションの量的評価法の1つである Roter Interaction Analysis System とその応用研究例について、非言語的コミュニケーションの量的評価方法と題して、非言語的コミュニケーションの量的研究法として非言語の客観的評価法の開発からと応用例など

について、それぞれ述べた。

|                                                                            |              |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>テーマ： 医療コミュニケーション研究への誘い</b>                                              |              |
| 総合司会：田口 則宏、小川 哲次                                                           |              |
| スーパーバイザー：藤崎和彦 先生                                                           |              |
| <b>S1：part1：医療コミュニケーション研究の概説、そして量的研究を進めるために、・・・</b>                        | <b>(90分)</b> |
| ・講演：                                                                       | (30分)        |
| 藤崎 和彦 先生<br>岐阜大学医学部医学教育開発研究センター（MEDC）<br>「患者－医療者間コミュニケーション研究の方法論」          |              |
| ・野呂 幾久子 先生                                                                 | (20分)        |
| 東京慈恵会医科大学日本語教育研究室<br>「現場データの量的解析法の概要」                                      |              |
| ・石川 ひろの 先生                                                                 | (20分)        |
| 東京大学大学院医学研究科公共健康医学専攻医療コミュニケーション学分野<br>「非言語的コミュニケーションの量的評価方法：OSCE医療面接の分析から」 |              |
| ・質疑                                                                        | (20分)        |
| <b>S7：part 2：質的研究を進めるために、・・・・・・・</b>                                       | <b>(90分)</b> |
| ・青木 伸一郎 先生                                                                 | (20分)        |
| 日本大学松戸歯学部歯科総合診療学講座<br>「現場データの量的・質的解析」                                      |              |
| ・斎藤 清二 先生                                                                  | (20分)        |
| 富山大学保健管理センター<br>「臨床コミュニケーション研究法としてのナラティブ研究」                                |              |
| ・高永 茂 先生                                                                   | (20分)        |
| 広島大学大学院文学研究科<br>「会話分析と語用論」                                                 |              |
| ・質疑・総合討論（S1：part1、S2：part2）                                                | (30分)        |

**図1. シンポジウム「医療コミュニケーション研究の誘い」(S1, S7)のプログラム、第2回ヘルスコミュニケーション研究会 (2010, 9.17-18,京都)**

本稿では、前述のシンポジウム「医療コミュニケーション研究への誘い」中の“Part 2：医療コミュニケーション研究の質的研究を進めるために”（図1）を中心に、現場データの量的・質的アプローチ、ナラティブアプローチ、言語的アプローチについて述べる。

## 1. 現場データの質的・量的解析 —歯科医療面接—

### 1.1 はじめに

歯科医学におけるコミュニケーション教育は患者中心の医療を安心安全に施行する上で必要不可欠である[2]。コミュニケーションに関する講義は4年次に15コマの「医療面接・臨床判断学」講義と15コマの「医療コミュニケーション」実習を行っている。今回の会話分析に用いた資料は登院後3か月程度が経過した臨床実習中の5年次生である。比較的訴えや疾患がはっきりとした同意が得られた初診患者を選択し、「挨拶から病歴聴取までの場面」についてビデオ撮影した後に、量的・質的な解析を行ったので、本講座の取り組みの一端を紹介する。

### 1.2 量的解析

RIASによる解析は野呂ら[3]の分類を用いて、学生、患者の発話を全会話数における%率で算出した。また総会話比（患者の会話数/学生の総会話数）も算出し、学生の医療面接内容について検討を行った。

RIASを用いた分析の結果、社会情緒的カ

テゴリーは学生および患者で大きな違いは認められなかった。業務的カテゴリーの情報提供は学生よりも患者の割合が多かった。医学的情報に関する質問は学生が患者よりも多い傾向であったが、医学的情報以外の質問では学生、患者ともに低い傾向であった。また理解の確認、正確な伝達、明確化のための言い換えは学生が患者よりも多い傾向であった。医療面接全体に占める学生、患者の総発話比は、平均0.9で、学生と患者の発話数はやや学生の方が多い傾向であった。

以上より、患者—学生間のコミュニケーション[4]の主要な部分は医学情報に関する質問や情報提供に関する発話がほとんどを占め、生活習慣や社会心理的なことに関する発話は少なく、医療情報の聴取を第一に考えている傾向が認められ、学生は初診場面での情報収集に重点を置き、聴く時は同意と相づちを行い、言い換えの明確化をしていることが明らかになった。

表1 RIASによる検討結果(1)

| 分類項目                                | 学生   | 患者   |
|-------------------------------------|------|------|
| 1. 社会情緒的カテゴリー                       |      |      |
| [Personal](個人的なコメント、社交的会話)          | 2.7  | 1.5  |
| [laughs](笑い、冗談)                     | 0.7  | 1.2  |
| [Approve](相手の直接的な承認・誉め)             | 0.5  | 0.2  |
| [Comp](相手以外の承認・誉め)                  | 1.3  | 0.3  |
| [Agree](同意・理解)                      | 16.7 | 13.7 |
| [BC](あいづち)                          | 9.2  | 2.0  |
| [Remediation](謝罪、関係修復、気づかい)         | 0.6  | 0.5  |
| [Disapprove](相手への直接的な非同意・批判)        | 0.0  | 1.1  |
| [Crit](相手以外への非同意・批判)                | 0.1  | 0.1  |
| [Empathy](共感)                       | 1.1  | 0.0  |
| [Legit](正当性の承認)                     | 0.6  | 0.0  |
| [Sdis](自己開示)                        | 0.0  | 0.0  |
| [Concern](不安、心配)                    | 0.0  | 0.8  |
| [RO](安心させる言葉、励まし、楽観的な姿勢)            | 0.2  | 0.0  |
| [?Reassure](安心・励ましの要請)              | 0.0  | 0.1  |
| 2. 業務的カテゴリー(情報提供、助言・指示)             |      |      |
| [Gives-Med](医学的狀態に関する情報提供)          | 1.7  | 57.9 |
| [Gives-Thera](治療方法に関する情報提供)         | 0.2  | 7.8  |
| [Gives-L/S](生活習慣に関する情報提供)           | 0.1  | 2.8  |
| [Gives-P/S](社会心理的なことに関する情報提供)       | 0.5  | 3.3  |
| [Gives-Other](その他の情報提供)             | 0.1  | 1.1  |
| [C-Med/Thera](医学的狀態、治療方法に関する助言・指示)  | 0.0  | 0.0  |
| [C-L/S-P/S](生活習慣、社会心理的なことに関する助言・指示) | 0.0  | 0.0  |

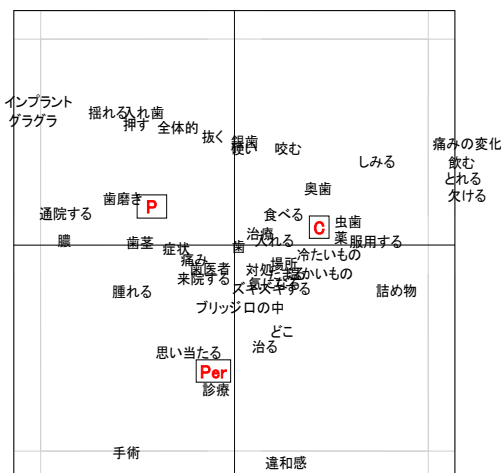
表2 RIASによる検討結果(2)

| 分類項目                             | 学生   | 患者  |
|----------------------------------|------|-----|
| 2. 業務的カテゴリー(質問、プロセス)             |      |     |
| [?Med](医学的狀態に関する開かれた質問)          | 12.9 | 0.3 |
| [?Thera](治療方法に関する開かれた質問)         | 2.0  | 0.2 |
| [?L/S](生活習慣に関する開かれた質問)           | 0.9  | 0.0 |
| [?P/S-F](社会心理的なことに関する開かれた質問)     | 0.2  | 0.0 |
| [?Other](その他の開かれた質問)             | 0.6  | 0.0 |
| [?Med](医学的狀態に関する閉じた質問)           | 9.2  | 0.6 |
| [?Thera](治療方法に関する閉じた質問)          | 0.9  | 0.1 |
| [?L/S](生活習慣に関する閉じた質問)            | 0.1  | 0.0 |
| [?P/S-F](社会心理的なことに関する閉じた質問)      | 0.0  | 0.0 |
| [?Other](その他の閉じた質問)              | 0.0  | 0.0 |
| [Partner](パートナーシップ)              | 0.0  | 0.0 |
| [?Opinion](意見の要請)                | 0.9  | 0.0 |
| [?Permission](許可の要請)             | 1.8  | 0.1 |
| [Check](理解の確認、正確な伝達、明確化のための言い換え) | 21.3 | 0.7 |
| [?Bid](繰り返しの要請)                  | 0.1  | 0.6 |
| [?Understand](相手の理解の確認)          | 0.9  | 0.2 |
| [Orient](指示・方向づけ)                | 3.7  | 0.0 |
| [?Service](サービスや薬の要請)            | 0.1  | 0.0 |
| [Trans](接続後・移行の合図)               | 8.1  | 2.9 |
| 3. カテゴリー外                        |      |     |
| [Unintell](意味不明の発話)              | 0.0  | 0.0 |

総発話比(患者の総発話数/学生の総発話数)=0.9

### 1.3.1 テキストマイニングを用いた解析

以上より、臨床推論を進めるに当たって、疾患の特徴を踏まえて、疾患名を想起させる症状との関連性を考えた鑑別診断を行っていることが推察された。



## 図2. テキストマイニングによる結果

治療経験の乏しい学生の場合、OSCE 経験の影響が大きく、評価項目をルーチンのごとく順番に聞いていく傾向があり、何故この情報が必要なのかなど推論過程での理解がされていない。また、学生は「分かりました」という言葉をよく使うが、患者の求める意味とは異なり、単に話しを終わらせたために使われているに過ぎないことなどがわかった。

今回当講座で行っている会話に関する質的・量的解析を用いた研究・教育の一端を紹介した。コミュニケーション教育における量的・質的解析法については、それぞれの特徴を生かして検討していくことが重要であり、Best Evidence を明らかにすることで、患者－医療者間のコミュニケーションについても高コンテクストなレベルでの評価が可能となると思われる。

## 2. 臨床コミュニケーション研究法としてのナラティブ研究

### 2.1 はじめに

臨床現場におけるコミュニケーションの質的な研究法として、ナラティブ（物語・語り）への注目が近年著しく高まっているが、その概念、理論的背景、方法論が明確にされているとは必ずしも言えない。質的研究一般に言えることであるが、仮説検証を主たる目的とする量的研究とは、そもそも研究論的なパラダイムが異なっているために、臨床実践をどのような世界観から理解するのか、臨床現場における研究とは何を目的として行われるのかといった研究の前提が明確にされていないと、質的研究の意味や価値に対する不毛な議論が生じやすい。本稿では、臨床実践を、時間にそって刻々と生起するできごとの体験のプロセスにとらえ、特定の状況と特定の個人の経験におけるプロセスの意味、価値を描写し、解釈し、表現し、行動選択に結び付けることを研究の目的とするという立場を明確にした上で、ナラティブ研究について考察したい。

### 2.2 物語研究の方法論

Greenhalgh(2006) [6]は、物語を用いた質的研究法として、1) 物語面接 Narrative interview、2) 自然主義的物語収集 Naturalistic story-gathering、3) 談話分析 Discourse analysis、4) 事例研究 Case study、5) アクション・リサーチ Action research、6) メタ物語的系統レビュー Meta-narrative systematic review の6種類を報告している。物語研究の方法論は極めて多彩であり、何らかの

一つの方法だけが、“正しい”物語研究であるわけではない。Greenhalghは物語研究が“科学的な”研究として認められる要件を、以下の6つのチェックリストによって示している。1) 研究者は、明確で焦点づけられた研究疑問に答えるために、物語の収集、解釈、照合、提示を行っているか？ 2) 研究者は、明確な方法論的アプローチ（物語面接、エスノグラフィー、複数の方法を用いた事例研究、アクション・リサーチなど）を用いているか？ 3) その研究法は厳密に、かつ透明性を確保して行われているか？ サンプルングの枠組み、研究ツールの選択、データ収集法、分析法などについて、詳しく検討されているか？ 4) 研究者は、研究のプロセスと研究者の役割の全ての側面について、反省的な洞察を示しているか？ 5) 分析単位（例えば、個人、事件、対話、チーム、組織機構、患者の経過など）が明確にされているか？ 6) 経験的に収集されたデータが、明確な理論的枠組みを用いた、有効で透明性のある方法によって分析されているか？言い換えると、研究者は「物語自身に語らせる」という段階を超えて先に進んでいるか？

### 2.3 臨床実践における物語研究の実例

演者が経験した慢性疼痛に苦しむある青年の治療経験についての質的研究の実例を示し、臨床における物語研究法の一例を示した[7]。この研究は、「青年期慢性疼痛事例における語りの変容過程」と名付けられた質的研究であり、研究の目的は質的改善研究であり、効果研究ではない。ある青年期慢性疼痛事例との心理治療的関わりの経過を、事例の語りの変容過程として描き出

し、慢性疼痛患者への援助（治療）を改善するための、実践現場で役に立つ理論（仮説・モデル）を生成することが目的であった。データ収集の範囲（分析単位）は単一事例の語り。データ収集法は物語面接および自然主義的物語収集。データ分析法としては修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いた[8]。面接記録のテキストデータから直接暫定的な概念生成を行い、個々の概念についてのワークシート（概念名、定義、ヴァリエーション、理論的メモを含む）を作成。ワークシートを用いて、生成された概念と面接データを連続比較することによって概念を精緻化し、17個の概念を作成。各概念間の関係を検討し、6つのカテゴリー、「難問（アポリア）としての痛み」「未完の発達課題」「メタファーとしての死と再生」「意味の探求と創成」「共生可能なものとしての痛み」「日々是好日」を生成し、さらに連続比較を行い、プロセスのスキーマとストーリーラインにまとめた。

生成されたストーリーラインは、以下のとおりである。クライアントは、最初、「未完の発達課題」と、「難問としての痛み」の間での悪循環に取り込まれている。この状況から、クライアントは好むと好まざるにかかわらず、「メタファーとしての死」のプロセスへと導かれる。そして、「メタファーとしての死」が完遂されると、そこに新しい説明（意味）が浮上し、「意味の探求と創成」のプロセスが開花する。そして、新たな意味の創成と発達課題の完遂に伴って、「難問としての痛み」は「共生可能な痛み」へと変容し、クライアントはそれなりの日常（「日々是好日」）を最終的に獲得する。

このような研究によるモデル生成は、臨

床実践にどのように役にたつのであろうか。臨床知の生成過程はそれのみで終結するのではなく、その臨床知を応用する第3の人間によって理解され、研究された事例と似てはいるが異なった特性を持つ別の事例に応用されることになる。臨床の知の生成と応用というモデルにおいては、実践者、研究者、応用者という個別性を持った人間を設定し、人間とデータ、人間とセオリー、人間と事例との相互交流を何よりも尊重する。このように考えると、語りを重視する臨床においては、研究と実践の区別は実質的にはほとんど存在しないということになるだろう。

### 3. 会話分析と語用論

#### 3.1 はじめに

本稿の目的は、会話分析と語用論の方法論的特徴を整理することである。語用論の方法論的特徴、会話分析の方法論的特徴の順に議論を進めていきたい。それぞれの方法論の特徴を知ることが、質的研究を進める上で重要である。

#### 3.2 語用論

語用論では、言語が実際の言語活動の中で、個々のコンテキストと結びついてどのような意味を伝え解釈されるかを解明することが目標である。発話による意図の伝達と解釈や、コンテキストと意味の関係が主要な課題となっている[9][10]。

語用論には、協調の原則（Grice）、ポライトネスの原則（Leech）、発話行為理論（Austin, Searle）、関連性理論（Sperber and Wilson）、ポライトネス理論（Brown and

Levinson) 等の研究分野が含まれる。それぞれが関連し合いながら語用論という研究領域を発展させてきた[9][11]。

### 3.2.1 語用論の分析対象

実際の発話を分析する際に、語用論は以下のようなものを分析対象とする。

あいづち、フィラー・言いよどみ、談話標識、隣接ペア、ターンテイキング・話者交代、発話の重複、共同発話、スモールトーク、フレーム・スキーマ・スクリプト、非言語的要素 など

この中で隣接ペアやターンテイキング・話者交代は、次に述べる会話分析と重なっている。このような点が、語用論と会話分析の区別を曖昧にしている一因になっている。

### 3.2.2 まとめ

語用論の方法論的特徴をまとめると次のようになる。

- ①ある理論的前提から演繹的に発話行為の記述枠組みを整備し、それとの差異を通して実際の行為を記述するというやりかたをとる。
- ②いかにして一貫した理論的枠組みの中で説明できるか、という点に研究者の関心がある。
- ③原則や格率を社会の成員が内面化すれば、これに従って行為を行うようになり、安定的に発話が継続すると考える。

## 3.3 会話分析

会話分析は、コミュニケーションにおける相互作用の仕組みを解明する研究の一つで、1960年代から70年代にかけて、「エスノメソドロジー」の研究に触発された社会

学者の Sacks、Schegloff、Jefferson らによって提唱された[12][13]。

会話分析の目標は、社会の構成員が日常どのような方法で相手を理解し、相手に自分の理解を伝えながら、自分たちの社会の秩序を作り上げて維持していくかを探求することである。同時に、社会の構成員が日常的な出来事や構成員の組織的な慣行について持っている、知識を体系的に研究することである[12][14]。

### 3.3.1 会話分析の分析対象

実際の発話を分析する際に、会話分析は以下のような点に注目する。

ターンテイキング・話者交代、連鎖（組織）・隣接ペア、優先性（好まれる応答・好まれない応答）、修復、成員性、非言語的素材（発話のテンポ、音の大きさ、音の長さ、声調、声質、間隙、吸気、呼気、等）、身体的素材（視線、表情、上体の向き、身振り、等）など

この中でも特に、ターンテイキング・話者交代、連鎖（組織）・隣接ペアは重要な位置を占めている。また、非言語素材と身体的素材を微細に観察するところに会話分析の特徴が見いだされる。

### 3.3.2 まとめ

会話分析の方法論的特徴をまとめると次のようになる。

- ①先入観にとらわれずに、日常の自然な会話データの録音・録画に基づいて、参加者の発話を会話の連鎖の中で詳細に分析する。
- ②会話分析では、研究者によってあらかじめ準備された行為カテゴリーをそのまま記述に用いることはしない。

③一見同じ名前と呼べるように見える行為の事例について、その形式的特徴の相違から異なる行為が行われていることを記述したり、これまでに名付けられたことのない行為を、その形式的特徴に注目して記述したりする。

(注) セッションの発表時には実際の発話を分析したが、本稿では紙面の制限があるために割愛せざるを得なかったことをお断りしておく。

## 文献

- [1] 藤崎 和彦, 野呂 幾久子, 石川 ひろの, 田口 則宏, 小川 哲次. 医療コミュニケーション研究への誘い—Part1: 医療コミュニケーション研究の概論、そして量的研究を進めるために—, 日本ヘルスコミュニケーション学会誌、2巻、2011.
- [2] 伊藤孝訓, 寺中敏夫編著. 患者ニーズにマッチした歯科医療面接の実践. クインテッセンス出版; 2008.
- [3] 野呂幾久子, 阿部恵子, 石川ひろの. 「医療コミュニケーション分析の方法」. 三恵社; 2007.
- [4] 青木伸一郎他. 歯科学生のコミュニケーションスタイルについて RIAS を用いた検討. 第 28 回日本歯科医学教育学会総会・抄録集. 2009; 110.
- [5] 大沢聖子, 青木伸一郎他. 歯科学生を対象とした医療倫理教育の評価について—第 1 報 テキストマイニング法による試み—. 日歯教誌. 2007; 20: 24-30.
- [6] Greenhalgh T (2006): What seems to be the trouble: Stories in illness and healthcare. Oxon UK: Radcliffe Publishing Ltd. (斎藤清二訳 (2008): グリーンハル教授の物語医療学講座. 三輪出版.)

- [7] 斎藤清二(2008): ナラティブ・ベイスト・メディシンと臨床知—青年期慢性疼痛事例における語りの変容過程—. やまだようこ(編), 質的心理学講座2: 人生と病いの語り, 東京大学出版会, p133-163.
- [8] 木下康仁. (2003). グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践—質的研究への誘い. 弘文堂.
- [9] 高原脩ほか『プラグマティクスの展開』勁草書房 2002
- [10] ヤコブ・L・メイ(小山亘訳)『批判的社会語用論入門』三元社 2005
- [11] 林宅男編著『談話分析のアプローチ』研究社 2008
- [12] 串田秀也著『相互行為秩序と会話分析』世界思想社 2006
- [13] 前田泰樹ほか編『エスノメソドロジー』新曜社 2007
- [14] 医療コミュニケーション研究会編『医療コミュニケーション』篠原出版新社 2009

## 健康医療政策とコミュニケーションの研究と実践の現状

高山智子<sup>1</sup>、中山健夫<sup>2</sup>、秋山美紀<sup>3</sup>、杉森裕樹<sup>4</sup>、渡邊清高<sup>1</sup>

1. 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研究部
2. 京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻健康情報学
3. 慶應義塾大学総合政策学部
4. 大東文化大学大学院スポーツ・健康科学研究科健康情報科学領域予防医学

### 抄録

我々の生活にとっては欠かせない重要な役割を担う、総合的かつ包括的なヘルスコミュニケーションの実践が求められる場として、健康医療政策におけるコミュニケーションの場面がある。ここでは、対人間、グループ内、組織間内、マズレレベルなど、さまざまなレベルのコミュニケーションの実践が求められる。本報告では、重要とされながら、これまで十分に検討が行われてこなかった健康医療政策におけるコミュニケーションの実践と研究において、現在どのような取り組みが行われているのかについて、3つの事例をもとに概観し、そこから、今後のさらなる実践への留意点や研究への発展の可能性について考察した。

「地域協働型のがん情報提供の試み」「医薬品・医療機器行政の安全性情報に関するリスクコミュニケーション」「がん患者必携での取り組みから」の3つの事例を概観した結果、健康医療政策におけるコミュニケーションにおいては、対人間のコミュニケーションで不可欠とされる双方向性や対話という要素だけでなく、合意形成、多層的な情報提供といったコミュニケーションの要素が、キーワードとして浮かび上がった。

今後は、健康医療政策において効果的なヘルスコミュニケーションを行うために、多様でかつ多層的な媒体をどう組み合わせ、活用していくか、またその結果どのようなインパクトがあるのか、また、そうした実践を生むプロセスでの健康医療領域の合意形成やコンフリクト・マネジメントの方法についても重要な研究課題になっていくと考えられた。

**キーワード：** 健康医療政策 市民/患者参加 アウトリーチ  
合意形成 ヘルスリテラシー

## 1. はじめに

総合的かつ包括的なヘルスコミュニケーションの実践が求められる場として、健康医療政策におけるコミュニケーションの場面がある。ここでは、対人間のコミュニケーションだけでなく、グループ内のコミュニケーションや組織におけるコミュニケーション、そして、マスメディアでのコミュニケーションなど、健康医療政策を形作り、対話し、普及させ、さらなる課題の抽出や改善に至るまで、当事者（市民）を巻き込んだ、さまざまなレベルのコミュニケーションの実践が求められる我々の生活にとっては欠かせない重要な役割を担うコミュニケーションの領域である。

このように重要とされながら、これまで十分に検討が行われてこなかった健康医療政策におけるヘルスコミュニケーションの実践と研究において、現在どのような取り組みが行われているのかを3つの事例をもとに概観し、そこから、今後のさらなる実践への留意点や研究への発展の可能性について考察する。

## 2. 日本で行われている健康医療政策とコミュニケーションの実践と研究

### 2.1. 地域協働型のがん情報提供の試み：慶應義塾大学からだ館がん情報ステーション

国は「がん対策基本法」に基づき、がん診療拠点病院内に地域住民に開かれたがん相談窓口と情報提供の拠点を設置することを進めている[1]。しかし相談窓口のみで、住民自らが自発的にがんについて調べられ

る場が併設されている病院は少ない。また人的資源の不足等から院外の患者や一般市民に対してはまだ十分に対応しきれていない拠点病院も多い。

こうした中、山形県鶴岡市に本拠地をおく慶應義塾大学先端生命科学研究所は、一般市民が、がんに関する各種の情報にアクセスできる場として2007年11月に、公共図書館内にがん情報コーナー「からだ館がん情報ステーション」（以下「からだ館」）を開設し運用を開始した。からだ館には、各種がんの診療ガイドラインや解説書、闘病記といった書籍（2010年9月現在、約1300冊）、一般向けのがん医療に関する雑誌、パンフレット、患者会資料等を選書して取り揃え、インターネット検索用の専用端末も設置し、相談員が来館者の情報探しの支援をしている。また、アウトリーチ活動として、各地の公民館等を会場にした勉強会、患者サロン、料理教室といった催しを頻繁に開催している。

大学が地域の医療機関や行政と協力しながら、単に図書館機能にとどまらず、勉強会や出前講座等のアウトリーチを積極的に行い双方向の交流の場をつくることにより、がんに関する知識の普及と啓発を行っている点に特徴がある[2][3]。

からだ館を始めるにあたり、我々は国内外の患者図書館など先行する取り組みを視察し、蔵書構成や運営方法の検討を行った。さらに所在地の山形県庄内地方で住民ニーズを探る質問紙調査および医療者を対象とするインタビュー調査を行った。質問紙調査から、地域住民の情報ニーズは、治療法、予防法、検査データの見方、経済的支援、

闘病の体験談まで多岐にわたっていた。また医療情報を得るルートとしては、医療者、知人や家族など人を介する場合と、書籍やメディア等を介する場合とが混在することが明らかになった。インターネットで医療情報を検索したことのある人は3割程度であった。また地域の医療者のヒアリングからは、患者や家族の啓発、遺族のグリーフケア、患者と医療者のコミュニケーション支援を求める声が多く聞かれた。

これらの予備調査から、単に書籍や資料を揃えるだけでなく、むしろ人を介した情報提供の場づくり、特に地域の医療者や一般市民を巻き込んだ形での情報提供の方法を考える必要があることが認識された。こうした予備調査を踏まえて、活動のミッシ

ョンを「地域住民の健康レベルと QOL の向上」とし、それを実現するために以下の4点を活動の柱とした[2]。

1. がん疾患や治療法、術後の生活等に関する情報を提供する。
2. 患者や家族の自己決定のための相談・支援をする。
3. 同じ悩みを持つ人の出会いの場を提供する。
4. 相談や情報提供を行える人材を地域に育成する。

これらの活動を医療者や行政といった地域の多様な主体と協働して行うこととした(図1)。

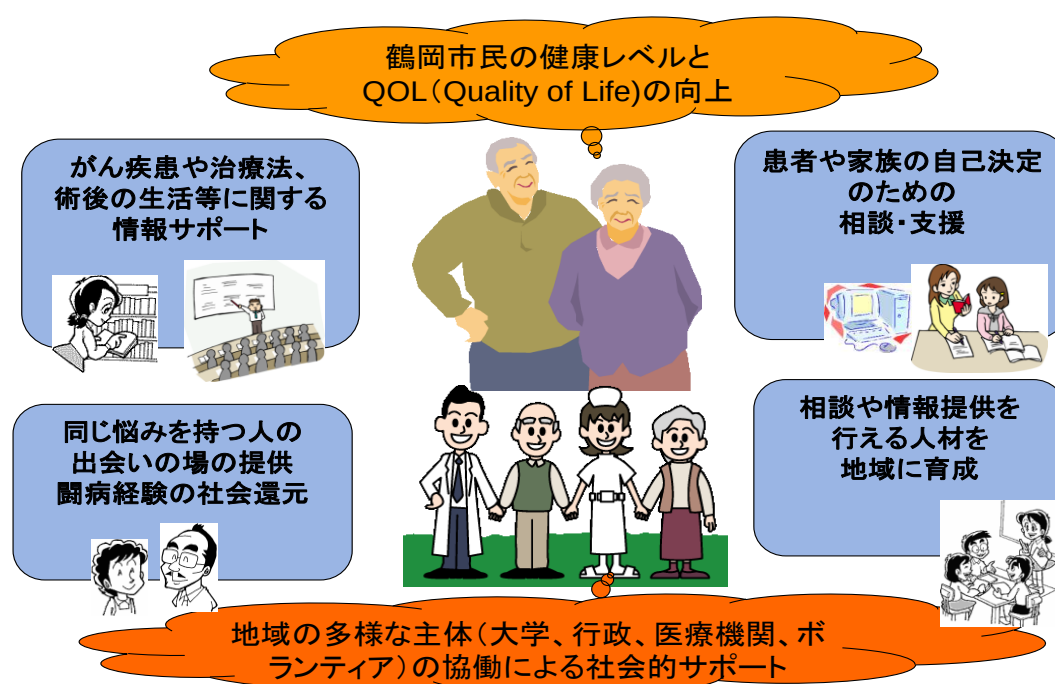


図1. からだ館のミッションと活動の柱

患者が闘病経験を共有できる場をつくることは、からだ館の重要な役割のひとつで

あり、2009年度からは、地域のがん患者サ  
ロン「にこにこ倶楽部」を毎月開催してい

る。毎回、約 20 名の患者がお茶を飲みながらおしゃべりする場として定着している。市民向けの勉強会や出前講座は、がん健診や予防法、旬の食材を使った料理教室といった一般住民向けのイベントから、リンパ浮腫のセルフドレナージ、手術後の食事をテーマにした患者向け勉強会まで内容は様々で、地域の保健師、医師、栄養士等、様々な職種が、講師として協力し活動を支えてくれている。

こうした様々な活動を地域に伝えるために、ニューズレターを隔月で発行し地域の公民館等を通じて配布している他、ウェブサイト (<http://karadakan.jp>) でも情報発信をしている。

オープンした 2007 年 11 月末から 2010 年 7 月末までに 215 件の相談を受けた。内訳は、治療に関する情報集めが半数以上、生活に関する相談が 20%であった (図 2)。がんや疾患の種類は多岐に渡っていた。相

談者の 62%は本人、30%は家族や親戚、8%は友人のがんに関する相談であった。

またこの間の蔵書の貸し出し件数は、1540 冊で、約 4 割が治療法に関する書籍、約 2 割が闘病記であった (図 3)。

からだ館には、隣接する酒田市をはじめとする庄内地方や山形県全域から患者や家族、一般市民が訪れている。また患者の友人や親戚、地域の医療職種や介護職種にも利用されていることから、病院の外にこのような中立的な情報提供機関を置くことの意義が示されつつあると考えている。

がん患者が安心して暮らせる地域づくりの一部として、今後も公立図書館内での書籍や資料、インターネット等を用いた情報提供と、図書館の外で地域の医療者や行政を巻き込んで行うアウトリーチ活動とを組み合わせ、多層的な情報提供を継続していきたい。

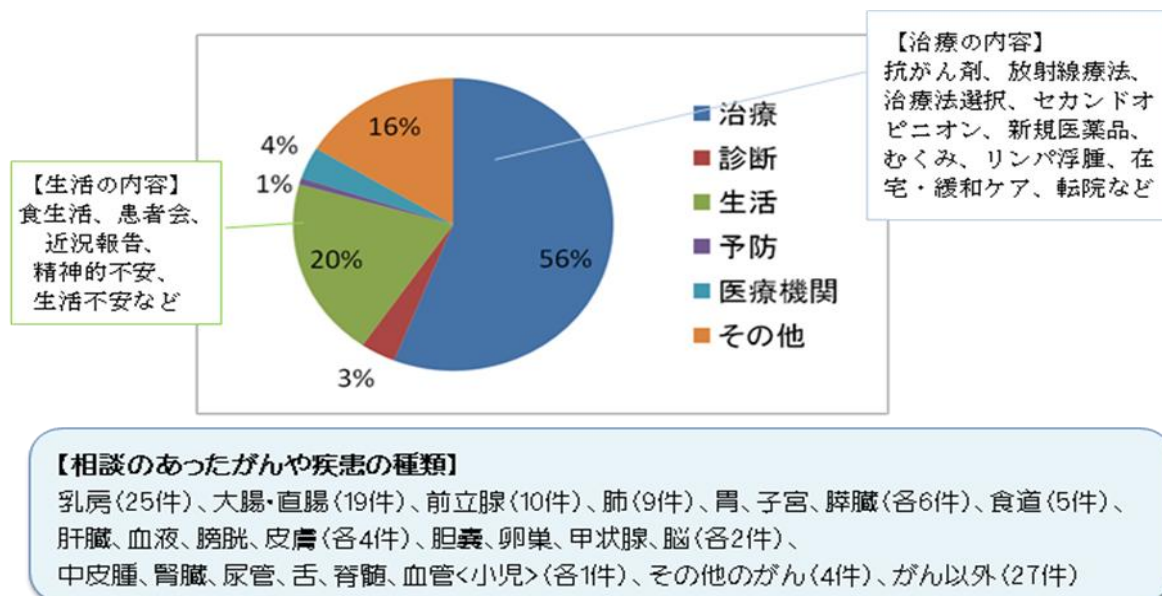


図2. 相談内容の内訳(計 215 件:2010 年 7 月末現在)

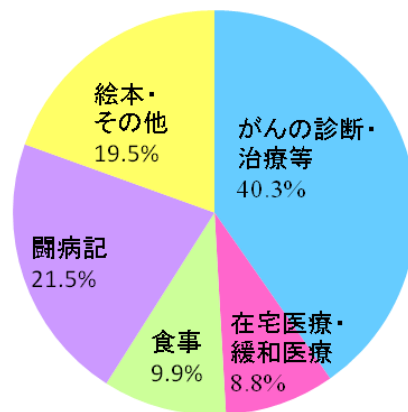


図3. 蔵書の貸し出し割合(計 1540 冊:2010 年 7 月末現在)

## 2.2 医薬品・医療機器行政の安全性情報に関するリスクコミュニケーション

わが国では、近年、医薬品・医療機器（以下医薬品とする）の安全性への信頼に疑問が投げかけられつつある今日（タミフルの精神・神経症状問題、フィブリノゲン製剤及び血液凝固第Ⅸ因子製剤による薬害肝炎問題等）、その適切な情報提供は喫緊の課題である。患者・消費者に対しては、医薬品のベネフィットとリスクの科学的不確実性のバランスについて、十分なコミュニケーションが必要であるが、安全性情報のリスクコミについては実体化されてはいない[4][5][6]。

一方、医療関係者に対しても、自己血糖測定用穿刺器具の使い回し問題等で明らかになったように、これまでの緊急安全性情報等の安全性情報や添付文書の提供だけでは情報伝達・共有が不十分である。米国では、2007 年の FDA 改革法(FDAAA)の立法化に伴い、患者・消費者への医薬品安全性情報の提供が強化された。また、新たに「リスクコミ諮問委員会」を設置し、インターネットによる医薬品情報のアクセスを改善した。医薬品のリスクコミの成立には、医療者側の適正な情報提供が前提だが、患者側因

子のヘルスリテラシー、特にドラッグリテラシーの向上（エンパワーメント）も欠かせない（図 4）[7][8]。

ここでは、逆に、医薬品のリスクコミを通して、患者のヘルスリテラシーを向上させる可能性をもつ。また、医療者も「患者（医療者とは違う視点の専門家）から学ぶ」ことも多く、情報提供のあり方の改善が期待できる。一方通行ではなく、両者の“歩み寄り”による双方向の情報交換が重要である。欧米の医薬品レギュラトリー機関（FDA、EMA、MHRA）では、患者代表を「リアルな闘病体験とネットワークを持つ、医療者とは違う視点の専門家」と捉え、事業の患者参加を進めており、透明化、情報共有化に力を入れている。参加する患者団体の適切な選択と質の担保も不可欠であり、EMA では参加できる患者団体の条件が定められている。

わが国でも、患者・消費者および医療関係者に対するリスクコミの基盤がさらに整備され、患者参加の対話型医療（Shared Decision Making）を目指すことが望まれる。そして未来に向けて、社会における医薬品への信頼性を向上させ、安全で満足度の高い医療システムの実現が期待される。

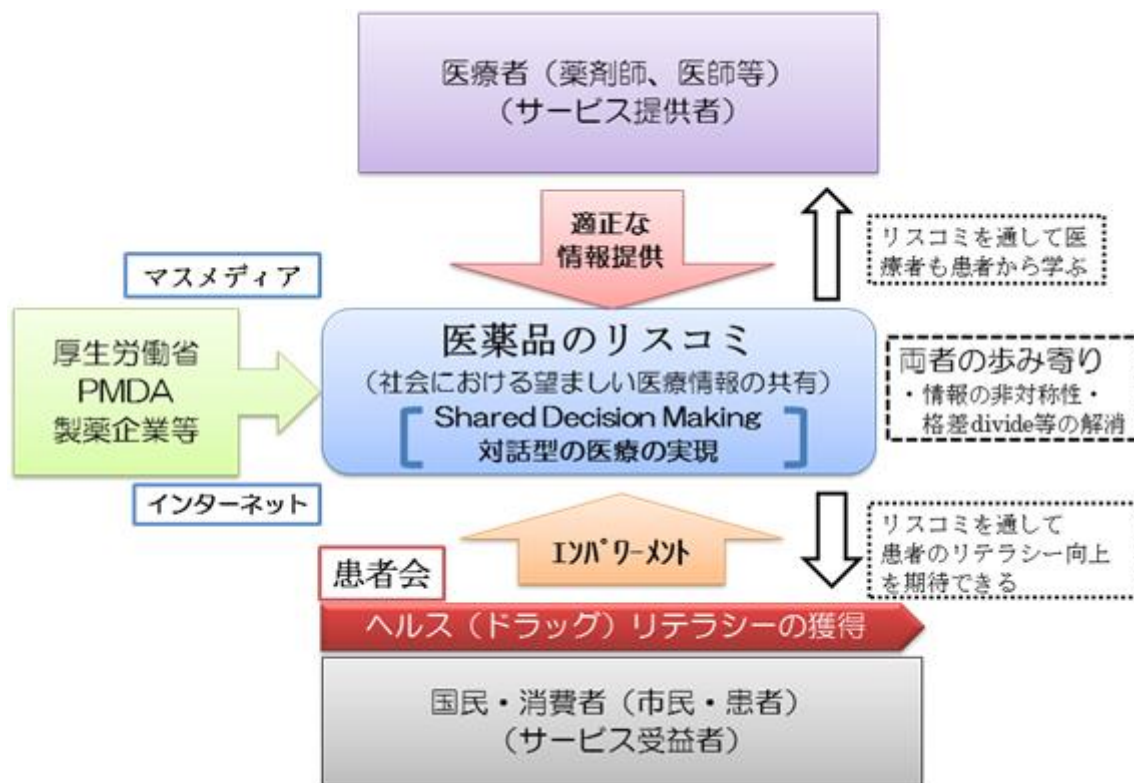


図4. 医薬品のリスクコミュニケーションの成立のためのコミュニケーション

### 2.3 情報づくりと普及にむけて がん患者必携での取り組みから

国立がん研究センターがん対策情報センターでは、ホームページ（がん情報サービス）[9]、冊子等を通して、信頼できる情報を分かりやすく届けるための取り組みを行っている。患者・国民が、格差なく治療や療養上の意思決定に必要な情報を得るためには、診療ガイドラインなどのエビデンスデータベースに基づく信頼できる情報源から、分かりやすく使いやすい形式で、適切な支援と共に提供されることが求められる。具体的には、情報の作成と普及、施策の実施プロセスに患者・家族・国民の視点を取り入れ、ユーザーの視点から情報を吟味・反映することで、よりよい患者・家族支援にむすび付けることが可能になる）[10]。

がん患者の治療や療養の意思決定には、信頼できる情報が、わかりやすく、親しみやすい内容で提供されることが求められる。がん対策推進基本計画において、すべてのがん患者と家族の療養生活の質向上を目指して、作成することと届けることが規定された「患者必携」とは、がん患者にとって必要な情報を網羅した「がんになったら手にとるガイド」と、自記式の手帳「わたしの療養手帳」から構成されている。試作版では地域に特化した情報を収載した「地域の療養情報」を提案し、各地域での検討が始まっている。患者必携の作成プロセスと評価・活用方法の検討に当たっては、企画理念を関係者で共有した上で、構成、テーマ出し、原稿チェック、体験記、活用方法の検討など、様々な段階での意見を、がん

対策情報センター「患者・市民パネル」やウェブアンケート等から収集吟味・反映し、試作版の作成を経て2010年6月に完成版のPDFをがん情報サービスにて公開した。現在書籍化や普及・活用支援のスキームなど、試験配布の結果などを踏まえて、情報の活用に向けた検討を行っている。情報提供と相談支援の地域におけるハブとなる全国のがん診療連携拠点病院の相談支援センターへの情報提供体制に関するアンケートを実施し、既存の情報の活用状況、情報ツールの配布・活用を促す取り組みについて調査

した。各地域や医療機関での情報提供ニーズは存在するものの、役立つがん情報の認知や活用支援を促すツール、地域での導入支援など、普及に向けて必要な要素も明らかになった[11]。

健康情報の普及における施策において一貫して重要な視点は、「つくる・集める・広げる・伝える・使う」の各プロセスにおいて、ユーザーである患者・国民の意見を踏まえ、情報の内容にとどまらない政策上の課題も含めて検討の俎上に乗せ、合意の形成と課題の抽出を行うことである。

## 患者必携

### がん対策推進基本計画より

- インターネットの利用の有無に関わらず、得られる情報に差が生じないようにする必要があることから、がんに関する情報を掲載したパンフレットやがん患者が必要な情報を取りまとめた患者必携を作成し、拠点病院等がん診療を行っている医療機関に提供していく。
- 当該パンフレットや、がんの種類による特性等も踏まえた患者必携等に含まれる情報をすべてのがん患者及びその家族が入手できるようにすることを目標とする。



図5. がん「患者必携」の政策上の背景と作成された情報(冊子)

### 3. 考察

3つの事例を概観して、浮かび上がってくるキーワードがいくつかあげられる。双方向性、対話といった対人間のコミュニケ

ーションにおいて不可欠な要素に加え、合意形成、多層的な情報提供といった、集団あるいは、健康医療政策において、強調されるコミュニケーションの要素があげられ

た。

健康医療政策におけるコミュニケーションでは、そこで提供されるべき情報は、広く周知することが必要な情報である。したがって、多層的なコミュニケーションを、利用者のニーズに合わせて、情報が届きやすい方法で、かつ、目指す目標に沿った形で、いかに戦略的に効率的に行うかは、非常に重要である。“地域協働型のがん情報提供の試み”や“安全性情報に関するリスクコミュニケーション”の試みにおいてあげられた、患者や当事者と医療者との対話だけではなく、患者サロンの場や患者会、市民向け勉強会やイベント、図書館の利用、そして、インターネットやマスメディアなど、さまざまな場面と媒体をどのように利用していくのか、また、そうした企画や運営をどのようにマネジメントし、その組み合わせによる効果は、どのようなで、どのくらいのインパクトがあるのかについても、今後の検討課題としてあげられるであろう。

健康医療政策という点では、最初に政策（あるいは、提供すべき情報）がはじめてから存在するのではなく、そこに関わる関係者ら多くの人どうしでの対話から、健康上の問題や課題を明らかにし、どのようなメッセージを伝えるかが重要になってくる[8]。“地域協働型のがん情報提供の試み”では、住民や医療者を対象とした質問紙やインタビュー調査からニーズを拾うことから始まり、そこを起点として、人を介した情報提供の要素を盛り込むことや、地域の医療者や一般市民を巻き込んだ形で情報提供の方法を考えることなど、地域に根ざした情報提供活動が盛り込まれた形で運営が進められた。また、“がん患者必携での取り組み”

においても、政策（がん対策推進基本計画）上作ると定められたものがあつたものの、患者必携の作成プロセスと評価・活用方法の検討の過程において、様々な段階で、利用者の意見を取り入れて作成されている。まさに、健康上の問題・課題から関係者を巻き込んで作り上げるというプロセスそのものが大事であると言えよう。今回紹介された事例にもあがっていたように、そのプロセスにおいては、合意形成というステップが要求される。今後、健康医療領域の合意形成 consensus building[12]やコンフリクト・マネジメント conflict management[13]の方法についても、効果的なヘルスコミュニケーションを行うための重要な研究課題になっていくと考えられる。

## 文献

- [1] 厚生労働省. がん対策推進基本計画.  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1a.pdf> [accessed 2011-06-10]
- [2] 秋山美紀,「大学による地域協働型のがん情報提供の試み: からだ館がん情報ステーション」医学図書館雑誌, 2010; 57(2): 193-198.
- [3] 剣持真弓, 秋山美紀「致道ライブラリーのいま—鶴岡でのユニークな取り組み—」慶應 Media Net 2009;16: 45-7.
- [4] 杉森 裕樹, 折井 孝男.【特集】リスクコミュニケーション——安全性情報の効果的な伝達、医療で求められるリスクコミュニケーションとは—対話に基づく医薬品の安全性情報の共有、月刊薬事.2011; 53(3): 307-312.
- [5] 山本美智子, 堀木稚子, 杉森裕樹, 中山健夫. 医薬品に関するリスクコミュニケーション —米国FDAリスクコミュニケーション戦略計画 2009を

中心に一、薬剤疫学. 2010; 15: 11-21.

[6] 杉森裕樹、種市摂子、他. 医薬品および医療機器の安全性におけるリスクコミュニケーション、医療と検査機器・試薬巻. 2010; 33: 361-365.

[7] 杉森裕樹・中山健夫(編)[特別企画]IT 時代のヘルスリテラシー. からだの科学 250 号. 日本評論社(東京); 2006.

[8] 米国立がん研究所(編集)、中山健夫(監修)、高橋吾郎、杉森裕樹、別府文隆(監訳)ヘルスコミュニケーション実践ガイド. 日本評論社; 2008.

[9] がん情報サービス 国立がん研究センターがん対策情報センター <http://ganjoho.jp/>

[10] 渡邊清高. 完成版 がん「患者必携」患者の求める情報を網羅したガイドとは 外来看護 2010; 15(6): 70-77.

[11] 渡邊清高、的場元弘、八巻知香子、朝戸裕二、谷水正人、田城孝雄、堀内智子、清水秀昭、辻晃仁、増田昌人. 厚生労働科学研究費補助金(第3次対がん総合戦略研究事業)「患者・家族・国民の視点に立った自立支援型がん情報の普及のあり方に関する研究」平成 21 年度総括報告書; 2010.

[12] ローレンス・E・サスカインド、ジェフリー・L・クルックシャンク著. コンセンサス・ビルディング入門 公共政策の交渉と合意形成の進め方、有斐閣 2008. Breaking Robert's Rules: The New Way to Run Your Meeting, Build Consensus, and Get Results, Lawrence E. Susskind and Jeffery L. Cruikshank. Oxford University Press, Inc. 2006.

[13] Pruitt DG, Kim SH, Social Conflict: Escalation, Stalemate, and Settlement, 3rd edition. McGraw-Hill 2004 New York.

## 臨床と教育の対話について考える

町田いづみ<sup>1</sup>、中山健夫<sup>2</sup>、高津茂樹<sup>3</sup>、野地有子<sup>4</sup>、園田由紀<sup>5</sup>

1. 明治薬科大学薬学部医療コミュニケーション学
2. 京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻健康情報学
3. 日本大学歯学部医療人間科学
4. 千葉大学大学院看護学研究科看護学部看護実践研究指導センター
5. 一般社団法人日本 MBTI 協会代表理事（東京大学大学院医学系研究科、京都大学大学院医学研究科非常勤講師）

### 抄録

複雑多様化する医療の中で、医療者に求められる機能もまた、変化進展していくことが必要となる。医療教育の課題の一つに、臨床的な人材の育成がある。中でも、患者－医療者間の良好なコミュニケーションは、人間関係だけでなく治療成績にも反映することは明らかである。こうした事情を背景にして、卒後臨床教育の中では、以前からコミュニケーションの重要性が叫ばれてきた。そして現在それは「医療コミュニケーション学」という学問として独立するようになった。

医療コミュニケーション学教育に関しては、卒後教育だけでなく、卒前教育においても関心が高まってきている。しかしこの卒前教育の内容や方法論は、各関係教育機関で思考錯誤の形で実践されているのが現状である。

本稿では、これら教育をさらに効果的に展開、発展させていくことを目的に、歯科医師、看護師、薬剤師教育の各分野における教育内容について紹介した。

3分野の教育内容は、独自に考案されたものであるが、有用な「臨床家」育成のという点で共通していた。そして、いかに臨場感を伴った教育を提供できるかというところでの努力がなされていた。すなわち、医療コミュニケーション学教育は、臨床と教育との対話なくしては成り立たないことがわかる。

上記の教育が、臨床家教育に効果をあげている一方で、個々学生の感受性の違いが教育効果の差として現れてしまうことも事実であ

る。

こうした場面で、より効率的かつ確実な教育方法として、すでに効果が実証されている様々な教育メソッドを導入、活用していくことが提案される。とくに、本稿で紹介したMBTIを用いたコミュニケーション訓練は、自らの認知の成熟を促進するもの、すなわち、個人内での成長を促すという点でも、その教育効果が期待される。

医療の中で、医療コミュニケーション学は今後ますます必要とされる分野になると考える。それ故に、その教育をいかに発展させていくかは、医療コミュニケーション学教育にあたる者の重要な課題となるだろう。

**キーワード：** 医療コミュニケーション学 インフォームド・コンセント 医療面接 認知スタイル

---

## 1. はじめに

医療の中で、インフォームド・コンセントという用語や行為が一般化されて久しい。そして、その延長線上で情報開示や患者の権利などについて頻繁に論じられるようになった。さらに、患者の高齢化や重症化が進む中で、医療安全の確保は将来に向けて、更なる課題となるだろう。

このように、医療を取り巻く環境の変化に伴い、医療者の機能も複雑多様化し、業務内容にも様々な変化が生じている。そうした中で、人間関係やコミュニケーションのトラブルは避けられない事実としてある。不適切な患者－医療者関係は医療過誤の原因の一つにも挙げられており、その対策は、医療者の重要な課題ともなっている。

また、医療者には臨床のあらゆる場面で、個々の患者に適した過不足のない情報収集と情報提供、その結果としてさらに、患者が十分に理解、納得し、医療に参加できる患者中心医療の提供が求められる。

いずれも、患者－医療者間のコミュニケーションが鍵となることは言うまでもない。そしてすでに、卒後教育のみならず卒前教育においても、医療コミュニケーション学教育の重要性が認識され、展開されている。

卒前教育における医療コミュニケーション学教育の目標は、医療倫理に基づいた「医療者」としての基本的な資質の向上から、より効果的な治療やケアを提供するための知識や技能の習得に代表される「治療者」としての技能の向上など様々である。しかし、いずれの目標も、臨床と乖離した内容であっては、将来の臨床家を教育することにならない。言い換えれば、どれだけ臨床実践に必要な認識と技能を教育できるかが、卒前教育の評価の基準となる。

ところで、この卒前教育については、各教育機関がそれぞれの職種に求められる機能に基づいて、思考錯誤しながら、より効果的な教育方法を模索しているといった現状にある。こうした独自で、有用な教育内

容が開示、共有されたならば、さらに教育の質は向上し、より実践的な医療者を臨床に送りだすことができるのではないかと期待する。

そこで、本稿ではまず、歯学部、看護学部、薬学部における医療コミュニケーション学教育について、一教育機関の例を用いて紹介する。そして次に、患者－医療者間の関係性の向上を目指した実践的で効果的な教育ツール（認知スタイルの理解）について紹介し、今後のより効果的な教育の展開に役立てられることを期待する。

## **2. 歯学部・看護学部・薬学部におけるコミュニケーション教育の実際**

### **2.1 歯学部におけるコミュニケーション教育**

日本大学歯学部の医療コミュニケーション教育：医療福祉現場の早期見学実習から

日本大学歯学部では、平成12(2000)年から、学生が歯科医師になっていく段階にあわせて、人間関係や医療・福祉に対する見方、感じ方を考えていく場を提供している。その現場で、歯学部が行っている医療コミュニケーション教育の概略を報告する。

本教育の目的は、歯科医療機関や福祉施設の現場で、早期からコミュニケーションのとり方を見学実習することで、人間性豊かな医療人を育てることである。

方法として、早期見学実習を、夏期休暇中に1日行っている。1学年は歯科医院、2学年は付属歯科病院、3学年は社会福祉施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、児童相談所、知的障害者支援施設等）で、コミュニケーション（言葉、音声の表現、言葉以外）を中心に見学させている。

結果、1学年では、挨拶の大切さ、患者の年齢層で使う言葉を変えていた。患者さんへの配慮がいろんなところで伺えた等。

2学年では、口腔外科での患者さんへの説明が詳しかった。たえず患者さんとのコミュニケーションに気を配っていた等。3学年では、職員の方はたえず利用者のことを考えながら働いていた。認知症の人への認識を新たにした等の感想が多くみられた。

上記結果から以下のように考察する。早期のコミュニケーション見学実習により、1学年では、将来自分たちがつく職業を明確化させ、ほとんどの学生において、今後の学習への動機づけとなっていた。2学年では、近い将来、歯科臨床教育を受ける現場を見学することで、臨床への関心を高めていた。3学年では、今後さらに歯科医療で大きなかわりを持ち、歯科医療の提供先となる分野へ目が向けられていた。

1学年から3学年にわたる早期見学実習を体験することで、各学生のコミュニケーション能力の向上に加えて、患者・家族を大切にする医療観が高まってきていると考える。

### **2.2 看護学部におけるコミュニケーション教育**

看護学教育研究共同利用拠点における 教育－研究－実践をつなぐ看護職育成支援プログラムの開発 ～看護教育と臨床の対話から～

看護という営みの起源は古く、人間の生老病死の現象に多角的に取り組んできた。看護基礎教育の大学化の中で、最良のナースが育つことの大切さの原点に立ち、国際水準を視野に入れた看護教育と臨床との対

話が重要性を増してきている。「患者は物語を求めて病院に出かけるが、診断名をもらって帰ってくる」という現代医療の課題もある。

文部科学省では、多様化する社会と学生のニーズに応えつつ質の高い教育を提供していくために、各大学の有する人的・物的資源の共同利用等を推進することで大学教育全体として多様かつ高度な教育を展開していくために、平成 21 年 9 月、文部科学大臣による「教育関係共同利用拠点」の認定制度を創設し、国公立大学を通じた教育関係共同利用拠点の整備を推進することとした。平成 22 年 3 月、千葉大学大学院看護学研究科附属看護実践研究指導センターは、文部科学大臣より「看護学教育研究共同利用拠点」として認定された。看護実践研究指導センターでは、全国の看護系大学の教員、及び臨床実習を担当する国公立大学病院等の医療施設の看護職者を対象として、教育に関する研修事業（FD）、看護管理や医療専門職の実践に関する研修事業（SD）、看護研究の共同研究事業を実施している。特に平成 22 年度からは、文部科学省の特別経費（高度な専門職業人の養成や専門教育機能の充実）により、「教育—研究—実践をつなぐ組織変革型看護職育成支援プログラムの開発」事業を展開している。

優れた看護実践家が育つために、教育と臨床の対話は最も重要な課題のひとつである。看護実践の教育では、教室においても、臨床の状況の中に身を置くことを初学者である学生がイメージできることが必要になる。抽象的な知識と、学生がイメージするケアが連動するように、実際の事例を用いて「看護師はどのように考え行動するか」

の思考過程を深めるクリティカル・シンキングの導入がすすめられている。

特に、看護実践の特徴では、状況にあわせた個別ケアが重視され、知識やエビデンスの応用に重点が置かれるので、臨床において何が起きているのかといった状況の本質を見極めることや、関係性のスキルが求められる。

コミュニケーションは、文脈（状況）の理解や関係性の構築に役立つだけでなく、コミュニケーションによって、文脈や関係性を変革する力があるので、医療や看護実践においては、ヘルスコミュニケーションの視点からも、教育と臨床の対話が重要となってきた。

また、看護師ひとり一人の実践力が高まるだけでは、医療現場のケアの質が向上しないという側面もある。病棟や、看護部や病院などの組織変革を通して看護サービスの向上を目指すためにも、組織におけるヘルスコミュニケーションという視点からは、看護管理において学習がすすめられ、倫理的な態度の形成を目指している。

## 2.3 薬学部におけるコミュニケーション教育

### 明治薬科大学における実践的薬剤師育成を目標とした医療コミュニケーション学教育

治療の中で、薬物治療が占める割合は極めて大きい。当然、薬物治療を実施する専門家には、薬剤に関する知識が必要不可欠である。しかし、単に「知識」だけでは、効果的な薬物治療を展開させることはできない。

薬物治療は、患者からの情報収集に始まり、評価、治療計画、患者への治療内容の

説明と同意といったプロセスを経て実行される。そして、薬物治療がおこなわれる期間、このプロセスが循環することになる。つまり、薬物治療の専門家には、薬剤に関する知識に加えて、治療のプロセス全てを遂行するための知識や技能が求められる。そして当然のこととして、この薬物治療者としての機能は、病気を治す、病気にさせないといった治療者としての基本的、かつ普遍的な認識に基づくことは言うまでもない。明治薬科大学における医療コミュニケーション学教育では、こうした薬物治療の専門家としての機能を薬剤師の果たすべき機能と考える。臨床場面で、薬剤師が「治療者」としての確固たる認識をもって薬物治療にあたることで、効果的な薬物治療に結びつくことは言うまでもない。そして、これは既存の薬剤師の課題となる。同時に、治療者としての新たな薬剤師機能への転換と向上を保証できる教育を展開させること

は薬学教育の目標となる。

## 演習の紹介

演習の大目標は患者の病気を治すこと/患者の症状を緩和させること/効果的な薬物治療おこなうこととする。下位目標は、①患者の身体的・心理的・社会的情報を収集し、状況の理解および共感ができる。②患者の身体的・心理的・社会的な状況を評価し、適切な介入をすることができる、の2点とする。

## <演習の方法>

患者背景の演じる役者に対して、学生は一人ずつ医療面接をおこなう。

面接終了後以下の3点について検討する。

1. 検査結果やカルテ情報から得られた患者の身体的・心理的・社会的状態は？
2. 面接から得られた症例の身体的・心理的・社会的状態や現在の問題点は？
3. どのような介入（対応）をしたか？ どのような介入（対応）が必要か？

| 演習一女性症例 入院患者                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 患者情報記録           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 患者コード:123-456                                                                             | 担当医:山田 二郎病棟                                                                                                                                                                                                                                                                     | 病棟:内科病棟          |
| 氏名:小田 香                                                                                   | 生年月日:昭和35年3月10日(50歳)                                                                                                                                                                                                                                                            | 住所:清瀬市 野塩1-111-2 |
| 主訴:右肋骨の上方の痛み                                                                              | 記載日:平成22年3月30日                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |
| 身体所見<br>身長 158cm, 体重 42kg<br>体温36.8℃<br>血圧 135/75mmHg,<br>脈拍90reg.<br>SpO2 94%(酸素:6L/min) | 現病歴:疼痛コントロール目的で入院<br>肺がん(小細胞肺がんExtensive Disease)、病気による痛みの憎悪。<br>2009年5月 会社の健康診断で胸部異常影が認められ、当院にて検査<br>肺がん(小細胞癌)と診断。頭部転移あり。<br>PE療法:シスプラチン+エトポシドによる化学療法4コース施行<br>2010年2月 背部痛出現のため疼痛コントロール開始<br>2010年3月30日 右肋骨の上方に疼痛があり動けなくなる。<br>帰宅した娘が救急車を要請し、当院救急外来を受診し、そのまま、疼痛<br>緩和目的で入院となる。 |                  |
| 既往歴:<br>特記すべきことなし                                                                         | 副作用歴:なし                                                                                                                                                                                                                                                                         | アレルギー歴:なし        |
| 家族構成:夫と子供(♀・高3)の3人家族<br>家族歴:特記すべきことなし                                                     | 生活状況:飲酒:(-) タバコ:(-)<br>食事:3食/日 食欲不振(体重減少)<br>睡眠障害:(-) 日常生活動作は自立可                                                                                                                                                                                                                |                  |
| 持参薬:<br>硫酸モルヒネ徐放剤(MSコンチン)30mg 4錠/日<br>酸化マグネシウム0.5g 3包/日                                   | OTC薬・健康食品:<br>なし                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |

| 検査所見】(Day1:3月30日) |           |            |        |           |            |
|-------------------|-----------|------------|--------|-----------|------------|
| 生化学検査             |           |            | 血算+血液像 |           |            |
| 検査項目              | 基準値       | 測定値        | 検査項目   | 基準値       | 測定値        |
| TP                | 6.7～8.3   | 6.2 g/dL   | WBC    | 35～85     | 80 百/mm3   |
| ALB               | 3.8～5.3   | 3.2 g/dL   | RBC    | 370～490   | 378 万/mm3  |
| TBIL              | 0.2～1.2   | 0.7 mg/dL  | HGB    | 11.5～15.0 | 11.7 g/dL  |
| AST               | 7～38      | 46 IU/L    | HCT    | 35.0～45.0 | 34.3 %     |
| ALT               | 4～43      | 19 IU/L    | MCV    | 83～100    | 90.5 fL    |
| LD                | 80～200    | 573 IU/L   | MCH    | 28.0～34.0 | 30.9 pg    |
| TC                | 135～219   | 148 mg/dL  | MCHC   | 32.0～36.0 | 34.1 %     |
| Na                | 136～146   | 139 mEq/L  | PLT    | 15.0～35.0 | 20.8 万/mm3 |
| K                 | 3.6～5     | 3.6 mEq/L  | NEUT   | 40～70     | 85.5 %     |
| Cl                | 96～108    | 100 mEq/L  | LYMPH  | 20～50     | 8.7 %      |
| Ca                | 8.7～11.0  | 8.7 mg/dL  | MONO   | 2～9       | 5.2 %      |
| BUN               | 8～20      | 8.9 mg/dL  | BASO   | 0～2       | 0.2 %      |
| Scr               | 0.40～1.10 | 0.54 mg/dL | EO     | 1～6       | 0.4 %      |
| UA                | 3.4～7.0   | 3.3 mg/dL  |        |           |            |
| Glucose           | 70～110    | 124 mg/dL  |        |           |            |
| CRP               | 0～0.29    | 4.8 mg/dL  |        |           |            |
| CEA               | 0～5.0     | 41.3 ng/mL |        |           |            |

| 看護記録          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3/30          | 身長 158cm, 体重 42kg, BMI 16.8kg/m2<br>体温 36.8℃, 血圧 135/75mmHg, 脈拍90reg, SpO2 94% (酸素:6L/min)<br>痛み(+)呼吸苦(+)全身倦怠感(+)肺雑音(+)胸水貯留(+)浮腫(-)<br><b>3月30日処方</b><br>硫酸モルヒネ徐放剤(MSコンチン)60mg 1回1錠 1日2回(8時・20時 服用)<br>硫酸モルヒネ徐放剤(MSコンチン)30mg 1回1錠 1日2回(8時・20時 服用)<br><u>塩酸モルヒネ錠10mg 1回3錠 痛みを感じたとき服用</u><br><u>酸化マグネシウム0.5g 1回1包 1日3回</u> |
| 3/31<br>10:00 | 体温37.2℃, 血圧 105/65mmHg, 脈拍85reg<br>昨晩は痛みなく、久々に良く眠れたと、笑顔が見られる。現在、ほとんど痛みは感じないとのこと。「今回、麻薬の量はどのくらい増えたのですか」と聞かれたので、量は、個人にあった量で決まるので心配はないこと、また、服薬と服薬の間で痛みを感じた時には、レスキューを使うことを伝える。                                                                                                                                               |
| 14:00         | 布団にもぐりこんでいたので、声をかけると、レスキューを使いたいとの申し出がある。 <u>塩酸モルヒネ錠10mg 3T服用。その後も、なかなか痛みが治まらない様子あり。</u> 1時間半後、再度、痛みの確認をすると「大丈夫です」と返事が返ってきた。                                                                                                                                                                                              |
| 17:00         | 痛みなく過ごす。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 1:00          | 痛みの訴えなし。眠れている。                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 4/1           | 体温 38℃, 血圧 90/55mmHg, 脈拍90reg                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| 番号                                                                                                                    | 氏名 | 提出用 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|
| 評価表:評価Ⅲ(個人)                                                                                                           |    |     |
| 1.検査結果やカルテ情報から得られた患者の身体的・心理的・社会的状態は？                                                                                  |    |     |
| *薬物治療:患者にはレスキュー使用への抵抗が予測される。レスキュー使用の理解度だけでなく、病气への認識や受容の程度についても確認する必要がある。                                              |    |     |
| *家族構成から、在宅療養を希望する可能性があるが、今回、痛みの出現により緊急入院となったことから、新たな不安や葛藤が生じている可能性がある。                                                |    |     |
| *検査値から、体のだるさを感じていることが予測される。また、朝方の検温で発熱が見られたことから、面接中の患者の疲労感や状態の変化に注意する。                                                |    |     |
| 2.面接から得られた症例の身体的・心理的・社会的状態や現在の問題点は？                                                                                   |    |     |
| *レスキューを使用すると病気が進展したように感じられ、死が近づく恐怖を感じることから、その使用を痛みの限界まで我慢している。                                                        |    |     |
| *家族で過ごす時間を大切にしたいと思い、これまで在宅療養を希望していたが、大学受験を控えた娘に迷惑をかけたくない。今回、自宅で痛みが出現し、一番心配をかけたくなかった娘に病院まで連れてきてもらった。今後、同じような心配はかけたくない。 |    |     |
| 3.どのような介入(対応)をしたか？ どのような介入(対応)が必要か？                                                                                   |    |     |
| *患者が不安を感じているだろう内容を予測して問いかけ、服薬に対する表現し難い否定的感情を話しやすい方向に導くようにする。また、モルヒネの量＝病状ではないことをくり返し説明した。                              |    |     |
| *十分な痛みのコントロールのために薬物治療設計をおこない、痛み症状の変化に対応できる方法(薬剤師の在宅訪問など)を検討し、チームカンファレンスで在宅医療の可否について検討する。                              |    |     |

演習の評価と今後の展開

<演習中・終了後の学生からのコメント>

\*紙面上のイメージと現場（実習上の「現

場」ですが）ではこうも違うのかと思わ

ざるを得なかった。

\*その場しのぎでしか言葉をつなぐことの

できなかった自分が悔しかった。

\*患者さんが苦しんでいるのがわかるのに、薬剤師として何か役に立ちたいと強く思った

のに、何もできない自分が情けなかった。  
\*一回も目を合わせてくれなかった患者さんや、娘に会いたいけど迷惑はかけられないと泣いていた患者さんの様子が頭を離れず、実習後も、あの時こうしていればよかったかな、こう声をかければよかったのかなと考えていた。

\* 私のつたない言葉1つ1つにも涙を流し、「ありがとう」と言ってくれた患者さんを忘れたくない。

上記は、学生から寄せられたコメントの一部であるが、多くの学生が患者から身体的・心理的・社会的情報を収集し、その中にあるさまざまな「痛み」と向き合っていた。それは、態度の真剣さのみならず、顔面の紅潮・全身の緊張・泣く・笑う・戸惑う等の感情表出や背をさする、布団を直すといった気遣いなどの言動からも評価された。患者の身体・心理・社会的状況を「理解」し「共感」することを主たる目的とした演習は、治療者としての感性を引き出す効果はあると期待される。しかし、薬物治療者として機能するためには、その先で、個々の患者にとって真に効果的な薬物治療の提供と展開が不可欠であることは言うまでもない。そこで今後の「治療者認識」教育を薬物治療教育の流れの中に位置づけていくことを検討したい。

### 3. 臨床実践的コミュニケーションツール「ヘルスコミュニケーションの現状と展

### 望：対人コミュニケーションから異文化コミュニケーション」～個々人の認知スタイルと固有のコミュニケーションスタイルという観点から～

日常のなにげない会話から、重要な情報を伝達する言語のやりとりを含めて、絶えずわれわれは「コミュニケーション」をしている。このコミュニケーションとは、関係性が良好なときは、多少のギャップが生じて問題にならない。しかし関係性が確立する前であったり、お互い探りあいをしている状態や双方に利害が対立している場合、あるいは文化の違いをはじめ、専門分野が異なったり、立場が異なる場合は、いったんミスコミュニケーションがおきると、双方における信頼関係の構築に失敗し、不信感を助長させ、場合によっては訴訟問題に発展するほどに深刻なことになる。しかし、たいていはみな良かれと思って情報を取捨選択し、最善と考えられる情報を提供しているはずであるのに、なぜこのようなミスコミュニケーションが生じるのか。それは、一人ひとりの固有の認知スタイル(心のメカニズム)の違いに起因することが多い。

今回は、ミスコミュニケーションの軽減もしくは未然に防ぐことを可能とするメソッドを紹介したい。本メソッドはMBTI®というもので、米国をはじめ欧米諸国の医療界からその有用性が証明され、60年もの実績があり現在世界で最も利用されている。米国の医療機関での実例の紹介をまじえ、各大学で担当させていただいている授業内容もあわせて報告したい。「コミュニケーション」というものを、あらためて人間一人ひとりの認知スタイルとの関係から考

え、このメソッドが特に立場や専門分野の違いが混在する医療界においてどのように有益なのかについて検討していただける内容としたい。

#### <医療における事例の紹介>

##### 米国

- UCSF for the health Professions Center: より安全なヘルスケアシステム構築のためにリーダーシップスキルの向上を図るために導入。結果、医師たちが、自ら自分の強みや改善箇所を理解し、自分と他者の長所を引き出しながら、効果的なコミュニケーションができることになったことで、効率のよいチームの構築が可能となった
- Baptist Health Care: 1970 年代に従業員の満足度の深刻な低下をきっかけに、導入
- Kaiser Permanente: コミュニケーションの改善のために導入。結果患者が Communication に満足する機会が増え、患者自身が気にかけていると感じ、医師・医療従事者を信頼し、医師・医療従事者が、実際より有能にみえる

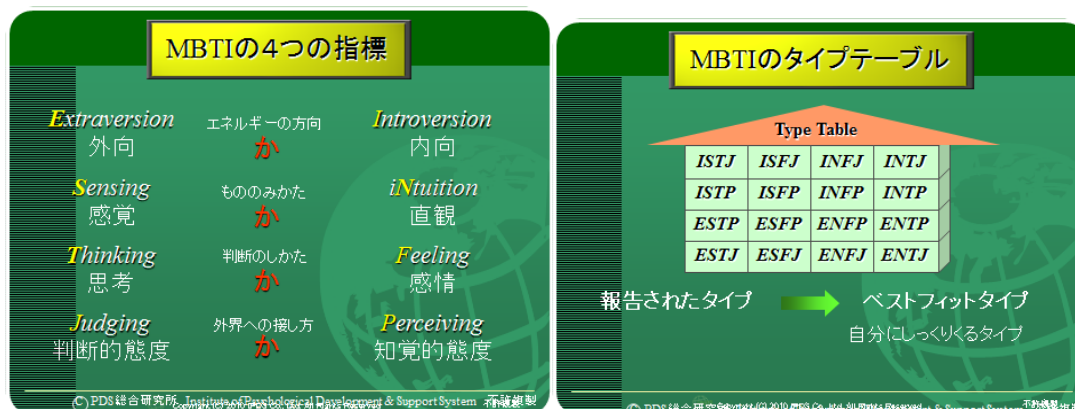
##### 日本

- 東京大学大学院医学系研究科および京都大学大学院医学研究科
- 奈良地域の医療改革プロジェクト: チームビルディングの一環として

- 大学病院: リーダシップ教育の一環として
- 看護学校: チームビルディングの一環として

#### <MBTI の概要の紹介>

ユングの心理学的類型論をベースとした心理検査を指標とする自己分析フレームワーク。米国では 20 年もかけて開発され、日本版も 10 年以上、日本の文化や日本人の心象を研究したうえで 2000 年から導入された。現在は全世界で最も利用されているフレームワークである。MBTI は、通常の特長論（自分や他者、周囲という基準をもってそれと比較してその特性の量や程度の違いをみる手法）の性格の見方と異なり、そもそも人は固有の存在であるという類型論をもとに性格の違いを、良い悪しではなく捉える手法であるため、ひとの多様性への理解を「評価」を付加せず建設的にできるという利点がある。また類型論といっても、類型化することを目的とするのではなく、心を下記の通り、それぞれが二律背反で構成されるカテゴリーにわけて捉え、すべてのカテゴリーを人はもっているが、その二律背反のカテゴリーのなかでもどちらかのほうを手の利き手と同様、自然に用いているほうがあり、その組み合わせが認知（もののみかた判断のしかた）の違いが生じ、タイプが生成されているという観点で、人との違いをみる。



そして認知が異なれば、情報の取り方も処理の仕方も異なるため、結果コミュニケーションの違いにもつながってくるのである。そのためMBTIを用いたコミュニケーション訓練の場合、スキルを新たに身に付けることを強いるのではなく、自らの認知の成熟を促進するものであるというところが通常のコミュニケーション向上の訓練とは大きく異なる。

また前述したとおり、MBTIは検査というよりフレームワークであるため、結果報告書は、あくまでもきっかけとして、自分で自分のタイプを検証するプロセスが最も自己・他者理解を深めることとして重要視している。本大会でも、理論の説明だけでなく、自分の認知スタイルを検証する演習を一部紹介した。これは頭だけでは自分の実際の認知スタイルを認識することはできないためである。そのため全世界、国際基準で定められている訓練を受け、一定の基準をクリアしたものだけがMBTIを実施できるようになっており、専門家としての倫理規定順守も義務づけられている。現在日本では、医療従事者をはじめ、HR関係者、コンサルタント、臨床心理士、キャリアカウンセラー など 1100 名ほどMB

TIの有資格者は誕生しているだけでなく、関係論文は全世界で 10000 件以上にのぼる。® MBTI is a registered trademark of Myers-Briggs Type Indicator Trust in the US and other countries

#### 4. 考察

効果的な医療者教育を展開させていくことを目的に、歯科医師、看護師、薬剤師の卒前教育についてみてきた。ここに挙げた3分野の教育内容は、個々の教育機関毎に独自に考案されたものである。しかし、いずれの教育も、「臨床」を基本としていること、そして、有用な「臨床家」の育成を目標としていることで共通していた。そのために、各教育機関では、学校教育といった物理的に臨床現場と離れた場所において、いかに臨場感を伴った教育を提供できるかというところでの試行錯誤と努力がなされていた。ここでは言うまでもなく、学校教育者と臨床家とが同じ教育目標をもつこと、とくに、患者を中心とした医療を展開させていくことで一致することが必要であり、臨床と教育との対話なくしては、医療コミュニケーション教育は成り立たないと考え

このような「臨床」を感じることを目標とした教育は、実際に、臨床家教育においてその効果をあげていることは確かである。しかし一方で、個々学生の感受性の違いが教育効果の差として現れてしまうことも事実である。

こうした場面で、より効率的かつ確実な教育方法として、すでに効果が実証されている様々な教育メソッドを導入、活用していくことは、ひとつの有用な方法と考えられる。

とくに、本稿で紹介したMBTIを用いたコミュニケーション訓練は、スキル取得を目的とするものでなく、自らの認知の成熟を促進するもの、すなわち、個人内での成長を促すという点でも、個人間の差を埋める教育効果としても大いに期待される。

最後に、以下やや誇張した言い方になるかもしれないが、医療コミュニケーション学教育は、日本の医療の質に関わる重要な分野だと考える。それ故に、常に教育を発展させていく努力は、医療コミュニケーション学教育に当たるものの責務であろう。

今回の歯科医師、看護師、薬剤師教育の共有は、これまでにない試みであり、今後の医療コミュニケーション学教育の発展に貢献するものと確信する。

## 参考文献

- ・ 野地有子、山崎久美子(編著). 看護という営み, 現代のエスプリ510, ぎょうせい 2010.
- ・ Noji, A., Ogata, K.: Introductions on Japanese Self-Defense Force Nursing History, Third Annual Asia Pacific Military Nursing Symposium, Hanoi, Vietnam, 2009.
- ・ 神島滋子、野地有子、片倉洋子、丸山知子. 通院脳卒中患者の服薬行動に関する要因の検討—アドヒアランスの視点から. 日本看護科学学会誌, 28(1)21-30, 2008.
- ・ 福本良之、金一東、野地有子. インフォームド・コンセント過程における信頼の構築, 日本保健医療社会学会誌 19 (1), 2008.
- ・ 町田いづみ. 医療コミュニケーション学に関する新たな教育の試み. 明治薬科大学研究紀要 No.37, 2008, 89-93.
- ・ 町田いづみ、佐藤智代、井上三男、藤井彰夫. 精神科医療における薬剤師の現状と期待—第1報告—.最新精神医学 Vol.13 No.4, 2008, 363~374.
- ・ 藤井彰夫、井上三男、佐藤智代、町田いづみ. :精神科医療における薬剤師の現状と期待—第2報告—, 最新精神医学 Vol.14 No.1, 2008, 59~57.
- ・ Roger R. Pearman and Sarah C. Albritton, Boston, MA. *I'm Not Crazy I'm just Not You* : Nicholas Brealey Publishing, 1997,
- ・ R. Pearmanほか. 「MBTI®への招待」 園田由紀訳, 金子書房 2002.
- ・ 園田由紀. 「日本版 MBTI®マニュアル」 JPP 2010.
- ・ *Introduction to Type®* by Isabel Briggs-Myers with Linda K. Kirby and Katherine D. Myers, 5<sup>th</sup> Edition, Mountain View, CA: CPP, Inc., 1993, (園田由紀訳「タイプ入門」 JPP 2010. )
- ・ *Introduction to Type® in Organizations* by Sandra Krebs Hirsh and Jean M. Kummerow, Third Edition, Mountain View, CA : CPP, Inc., 1998, (園田由紀訳「タイプ入門: 職場編」金子書房 2002. )
- ・ *Introduction to Type® Dynamics and Development* by Katharine D. Myers and Linda K.

Kirby, Mountain View, CA : CPP, Inc., 1994, (園田由紀訳「タイプ入門：タイプダイナミクスと発達編」JPP 2010.)

・ *Introduction to Type® and Teams* by

Elizabeth Hirsh, Katherine W. Hirsh and Sandra Krebs Hirsh, Second Edition, Mountain View, CA : CPP, Inc., 2003, (園田由紀訳「タイプ入門：チーム編」JPP 2010. )

・ *In the Grip : Understanding Type, Stress, and the Inferior Function*, Second Edition., by Naomi L. Quenk, Mountain View, CA : CPP, Inc., 2000, (園田由紀訳「タイプ入門：タイプとストレス編」JPP 2010. )

・ *Introduction to Type® and Communication* by Donna Dunning, Mountain View, CA : CPP, Inc., 2003, (園田由紀訳「タイプ入門：コミュニケーション編」 JPP 2010. )

・ 米国医師エグゼクティブ学会. 医療マネジメントのエッセンス -臨床・研究に続く医師の第三のキャリア-青木 則明、大田 祥子、大石 まり子 (監訳) 2007.

## ヘルスコミュニケーションを「異文化」の視点で斬る

杉本なおみ<sup>1</sup>、町恵理子<sup>2</sup>、宮原哲<sup>3</sup>

1. 慶應義塾大学看護医療学部

2. 麗澤大学外国語学部

3. 西南学院大学文学部外国語学科

### 抄録

医療における異文化コミュニケーションとその研究方法は多種多様である。そこで本稿においてはまず第一項において、ヘルスコミュニケーションを「異文化」という視点で研究する際に必要な基本概念を紹介する。異文化コミュニケーション学では、国文化の差異のみならず、価値観や行動規範の違いが顕在化する場面すべてを「異文化コミュニケーション」と考える。文化は共通する特徴を兼ね備えており、これを跨ぐコミュニケーションにおいては、状況的要因への依存度が低い「低コンテキスト」スタイルを用いることが望ましい。さらに、言語による情報伝達の類型や「人間と自然の関係」や「不確実性への耐性」に関する価値志向など、異文化研究に用いられる諸概念が、ヘルスコミュニケーション研究においても新たな知見をもたらす可能性を論じる。続く第二項では、円滑な「異文化」ヘルスコミュニケーションに必要な能力を論じる。医療者と患者の病気の捉え方に関する「ずれ」を文化差と考えれば、多くのヘルスコミュニケーションは「異文化コミュニケーション」と捉えられる。この円滑な進行には、医療者と患者による双方向的な「シンボルによる意味の構築・共有」が不可欠であり、それには患者自身の能力や主体的な参加が求められる。最後に、外国人看護師候補者と日本人病院職員との協働という異文化ヘルスコミュニケーション事例から、これらの諸概念の実例を引いて解説する。

キーワード：異文化コミュニケーション 医療コミュニケーション  
外国人看護師候補者

---

### 1. 異文化コミュニケーションとしてのヘルスコミュニケーション：文化的概念から捉える

一般的に異文化コミュニケーションは異なる国文化に属する人々の相互作用を対象にすると考えられている。しかし異文化

コミュニケーション学においては、文化は国文化には限定されず、ジェンダー、世代や職業集団などを含むと考えられ、コミュニケーションにおいて価値観や行動規範の違いが顕在化した時に「異文化」として捉える。つまり「異文化コミュニケーション」とは「違い」や「多様性」を前提としたコミュニケーションであり、互いの働きかけや意味づけが、共通性のみを前提としてはいまうまく図れないという可能性を孕むため、創造的な関わりが必要となる。これらの「違い」や「多様性」を捉える文化的概念を知り、その視点をヘルスコミュニケーションに応用することによって、新しい知見と対応が可能となるだろう。

まず、文化の捉え方には様々なアプローチがあるが、1) 学習される、2) 共有される、3) 世界観、あるいは知識・行動・情動の意味体系に深く関わる、4) 行動に表れる、5) 多層的でダイナミックなもの、という共通の特徴が挙げられる。文化は集団に関わるが、文化イコール国文化ではない。ある集団が、価値観や行動様式を共有し、他の集団との違いがあると認識されれば、それは「文化集団」として捉えることができ、同じ国の中にも、地域文化、職業文化、性差や世代による文化など、多様な文化が存在し、私たちは同時にこれら複数の文化に所属していると言える。

ホール[1]によるコンテキストとコミュニケーションの関係は日常のコミュニケーションを振り返る際の示唆を与えてくれる。ホールはコミュニケーションを意味とコンテキスト（文脈：場、設定、状況、人間関係、社会的場面など）という次元で捉え、高コンテキストと低コンテキストという連

続体のコミュニケーションのあり方を提唱した。高コンテキストコミュニケーションでは、メッセージは話し手同士ですでに共有されコンテキストに内在化されている。したがって言語で明示しなくても意思疎通が可能であり、間接的あるいは婉曲的なスタイルをとる。一方、低コンテキストコミュニケーションではほとんどのメッセージは言語で明示的に伝えられ、直接的なスタイルをとる。

通常日本の多くの職場では「察し」が評価され、情報共有のための明確な言語化があまり行われない。しかし医療現場においては、患者が医療従事者と同じコミュニケーションスタイルを用いるとは限らず、そのミスマッチが意思疎通の妨げとなり得るため、留意が必要となる。また患者に限らず、経済連携協定（EPA）に基づき来日している看護師・介護福祉士候補者など、文化的背景や職場体験を共有しない人々とのコミュニケーションの際にも同様の注意が必要である。

次に、言語コミュニケーションのスタイルにもパターンがある[2]。よく挙げられる違いに螺旋型、直線型、人間関係重視型、あるいは情報重視型などがある。話し手の論理の飛躍を聞き手がつなげることが期待される飛び石型は、コミュニケーションにおける聞き手の責任を重視する。これに対し、情報を伝える時に綿密に論理の移行を明示する石畳型は、話し手の責任を重視すると考えられる。ヘルスコミュニケーションにおいては「説明責任」が重要となる場面も多いが、話し手・聞き手いずれを中心とすべきかに関する期待が当事者間で異なり、

そのすれ違いがコミュニケーションを難しくする場合も多い。

最後に、異文化コミュニケーション学の中でも特に価値観に関わる研究で 사용되는概念を2つ紹介する。第一に、クラックホーンとストロッドベック[3]の提唱する「人間と自然」に関する価値志向の違いは、医療現場でのコミュニケーションにも影響を与えられると思われる。これには「自然に服従」「自然と調和」「自然を支配」という3つの志向があるが、この「自然」を「病氣」と解釈すれば、治療に対する患者の態度の違いの分析が可能になる。第二に、ホフステッド[4]の提唱する「不確実性の回避度」という文化的価値観は、曖昧あるいは不確実な状況に脅威を感じ、確実性を高める枠組みやパターンを求める傾向を示す。医療者・患者共に、この回避度が高すぎると規則とルールに縛られ柔軟な判断が出来なくなり、低すぎると規則やルールを無視し周りとの信頼関係や取り決めに軽視するようになることが考えられる。

このように、異文化コミュニケーション学で用いられる諸概念は、医療現場におけるコミュニケーションを振り返り、創造的な対応を生み出す知見を与えてくれる。

## 2. 医療における「コミュニケーション能力」：ヘルス、コミュニケーション、文化の関係を探る

医療者と患者（これには「潜在的患者」すなわち「いつ患者になるか分からない人」を含む。つまり「患者」はすべての人々を指し、「(医療)消費者」とも呼ぶことができる）が情報や指示を交換・共有する過程におけるコミュニケーション能力と文化の

関係について、コミュニケーション学の視点から存在論・認識論的問題提起を行う。

「コミュニケーション」は、医療者の情報収集、投薬指示、ことば遣い、非言語メッセージなどの表面的・技術的側面と考えられることが多い。「良好な患者—医療者関係を結ぶための基本はコミュニケーションで、医療者に今こそ求められているのが、コミュニケーションのためのスキル」[5]という捉え方である。即効性への期待の表れか、患者との人間関係の「コツ」を求める傾向が強い[6][7][8]。「接遇」という名の下で、医療者がコミュニケーションを技術・道具・スキルと捉え、どのように患者と接する技術を磨けば良いかという課題は、医療をサービスと考え、患者満足度の向上を図ろうとする病院経営者や医療従事者にとって重大事である。

しかし、人間はシンボルを使うからこそ医療行為や健康促進の相互作用を営む。シンボルを介して健康、病氣、治療、命、死などの意味を構築し共有する過程こそヘルスコミュニケーションの重要な課題である。医療者と「消費者」が相互に働きかけ、シンボルへの共同の意味づけを行うことで双方向（参加型）の医療が実現する。これは、医療者が患者の病気を「治してやる」という考え方、あるいは医療者が接遇技術により患者の満足度を上げるという考え方から、双方向の医療へ転回するのに有益な認識論である[9]。

人と人との関わりとしての医療コミュニケーションは、ソクラテスの時代まで遡る[10]。ソクラテスとその弟子プラトンとの「師匠と弟子」の対話においては、医師は患者にとって診断や治療に必要な情報を提

供してくれる源で、患者自身も治療における協力者であるとされている。また、患者にこのような自覚を植え付けるのが双方向コミュニケーションであり、その進行役を担うのが医師であるという考え方が示されている。

言い換えれば、病院などの医療現場をコミュニケーション行為や現象が起こる「箱物」・「場」としてだけ考えていては、ヘルスコミュニケーションの真髄は捉えられない。医療や看護・介護は、理解、共感、交渉、説得、宣伝、目標設定などと同様、人間のシンボル行為が顕在化したものだからである。医療そのものがコミュニケーション行為であると考え、ヘルスとコミュニケーションとの新しい存在論が生まれる。

双方向コミュニケーションを可能かつ効果的にするには、「消費者」自身の参加とコミュニケーション能力の向上が求められる。医療者の適切な意思決定には、患者による十分な自己開示が欠かせない。医療者に真実を伝えること、インフォームドコンセントを与えること、自己決定を行うことは、患者の権利の根幹を成しており、患者自身の能力や態度が医療の質に与える影響は大きい[11][12]。

ヘルスコミュニケーションにおける患者の役割や貢献を中心課題とする研究概念の一つに、ナラティブ医療がある[13]。Sharf と Vanderford[14]は、人間の肉体的・精神的な状態に関する意味の構築・認識がいかに社会的・文化的な影響を受けているかという問題について、レトリック理論を中心に論説している。「真実」はコミュニケーションの過程で創造されるのであって、医師

や患者が個々に抱いている「真実」は相手や状況によって異なり、その都度シンボルを介した「交渉」によって形成、変化、維持される。したがって、患者による病気に関する十分な吐露なくしては、満足な双方向関係は望めない。

「病気」という漢字（シンボル）は、これまでも医療者[15][16]やヘルスカウンセラー[17]なども主張してきたように、「病」が客観的・物理的側面で、生物としての機能の一部に問題がある状態を指し、「気」はその病を患う者が、測定はできないが、主観的に自らの状態を理解し、それに対してさまざまな気持ちを抱く状況を表す。この点に関して医療者と患者との間にずれがあると、患者は医療者に対する不信感を抱き、葛藤や不安を導く。

この「ずれ」の大きな原因が両者間の文化差である。「文化」もまた人間がシンボル行動を介して構築・再生し、同時に医療コミュニケーションを含む日々の行動や思考様式の枠組みを形成する働きをする。Wright ら[18]は、高齢化、文化の多様化、医療・健康・介護への伝統的、革新的考え方の間の緊張、それに新しい技術の影響による文化差を、21世紀の医療の課題として取り上げている。一つの国の中でも地域や性、年齢、また医療の場では立場の違いそのものがさまざまな文化差を生じさせる。医療者と消費者間の問題を異文化コミュニケーションの視点から捉えることも、またコミュニケーション学の使命である。

### 3.「医療職の異文化協働：外国人看護師候補者受入事例を通して」

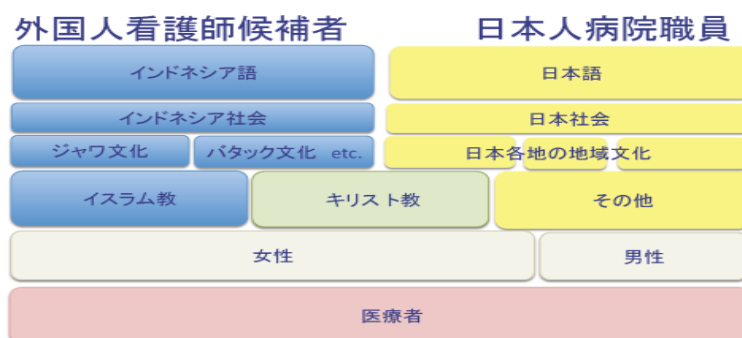
前項の議論に共通するのは、「異文化」はいわゆる「国文化」に限らず、価値観や行動規範を異とする集団すべてを含むという点である。この観点で、外国人看護師候補者・日本人病院職員の協働を捉えると（図1）、「異文化」は、「インドネシア対日本」という国文化単位のみならず、「ジャワ文化」「バタック文化」という下位文化を含んだり、両国民のそれぞれ一部が「キリスト教文化」の価値観を共有していたり、さらには国文化の枠組みを超え「医療者」に共通の行動規範を有していたり、ということになる。

前項で町が述べた通り、文化的差異が顕著な場面においては、意味が状況的要因に内在している高コンテクストスタイルは誤解を招きやすい。たとえば、集中治療室に着任したばかりのインドネシア人看護師候補者に対し、日本人看護師が「インドネシアに帰るなら年内にしてください。年が明けると忙しくなるから」と言ったとしよう。この発言の裏には、冬は脳卒中や心筋梗塞などの患者が増えるため集中治療室は忙しいという暗黙知がある。しかし、年間を通して気温変化の少ないインドネシアからや

ってきた看護師候補者には、その言外の意味を理解するのは難しい。

一方、異文化コミュニケーションにおいて、すべての「違い」を文化的差異によるものと解釈することは危険である。前項で宮原が述べたように、「真実」は相手や状況によって異なり、その都度シンボルを介した「交渉」によって変化・維持されるが、その違いは、当事者間の文化的背景のみならず、個人の資質にも左右される。異文化コミュニケーションを研究する際には、どうしても文化的特殊性に目が向きがちであるが、「異文化コミュニケーションと対人コミュニケーションは一種の連続体を成す」という点も念頭に置く必要がある。同じコミュニケーション場面であっても、その中で「文化的差異」に焦点をあてれば、それは「異文化」コミュニケーションとして研究が可能になる。一方、文化を超えた普遍性に着目すれば、「対人コミュニケーション」の枠組みを持って研究することが適切となる。ヘルスコミュニケーションにおける諸問題を、このような柔軟な視点で研究することにより、解決や改善につながる知見を得ることが望まれる。

図1：外国人看護師候補者と日本人病院職員における「異文化コミュニケーション」



## 文献

- [1] Hall, ET. *Beyond Culture*. Doubleday & Company. 1976.
- [2] 八代京子・町恵理子・小池浩子・吉田友子. 異文化トレーニング改訂版. 三修社; 2009.
- [3] Kluckhohn FR, Strodtbeck FL. *Variations in Value Orientations*. Row, Peterson; 1961.
- [4] Hofstede G. *Cultures and Organizations: Software of the Mind*. McGraw-Hill; 1991.
- [5] 町田いづみ・保坂隆. 医療コミュニケーション入門: コミュニケーション・スキル・トレーニング. 星和書店; 2001. p. 5.
- [6] 奥田弘美. メディカル・ケアスタッフのためのコーチング 25 のコツ. 厚生科学研究所; 2006.
- [7] 沢村敏郎・中島伸. わかる身につく医療コミュニケーションスキル. メディカルレビュー社; 2005.
- [8] 濱川博招・島川久美子. 医師・看護師が変える院内コミュニケーション: 実践病院改善マニュアル. ぱる出版; 2007.
- [9] Brown JB, Stewart M, Ryan BL. *Handbook of Health Communication*. Lawrence Erlbaum; c2003, Chapter 7; Outcomes of patient-provider interaction. p. 141-61.
- [10] 中岡成文. 医療におけるコミュニケーションと「ソクラテスの対話」. 「医療・生命と倫理」(オンライン版) 1:1, 大阪大学大学院医学系研究科医の倫理学教室. 2001.
- [11] Cegala DJ. *Applied Interpersonal Communication Matters: Family, Health & Community Relations*. Peter Lang; c2006. Chapter 8, The impact of patients' communication style on physicians' discourse: Implications for better health outcomes. p. 201-17.
- [12] Gillotti CM. *Handbook of Health Communication*. Lawrence Erlbaum; c2003, Chapter 8; Medical disclosure and decision-making: Excavating the complexities of physician-patient information exchange. p. 163-81.
- [13] 星野晋. 医療者と生活者の物語が会うところ. ナラティブと医療. 江口重幸・斎藤清二・野村直樹(編). 金剛出版; 2006. p. 70-81.
- [14] Sharf BF, Vanderford ML. *Handbook of Health Communication*. Lawrence Erlbaum; c2003. Chapter 2; Illness narratives and the social construction of health. p. 9 - 34.
- [15] 藤崎和彦. 医療コミュニケーションの特徴と実証研究の現状. 医療コミュニケーション: 実証研究への多面的アプローチ. 医療コミュニケーション研究会(編). 篠原出版新社; 2009. p. 16.
- [16] 鎌田實. 言葉で治療する. 朝日出版; 2009. p. 180-83.
- [17] 宗像恒次(監修). キャリアカウンセリングインターナショナル(著). 患者を感動させるコミュニケーション術. ぱる出版; 2005. p. 30.
- [18] Wright KB, Sparks L, O'Hair HD. *Health communication in the 21<sup>st</sup> century*. Blackwell; 2008.

---

日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌 第2巻第1号

The Journal of the Japanese Association of Health Communication Vol. 2, No. 1, 2011

平成24年2月15日発行

編集

(代表) 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)

編集補助

渡里香、斉藤明子

発行者

日本ヘルスコミュニケーション学会

<http://HealthCommunication.jp/>

---

