

The Journal of the Japanese Association of Health Communication

日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌

第4巻 第1号

特集号

**健康と医療をめぐるコミュニケーション—
実践知を學問にすゝめるために**

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4巻第1号

特集号
健康と医療をめぐるコミュニケーション—
実践知を學問にすゝめるために

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

ご挨拶 第4号創刊によせて	1
杉本 なおみ (慶應義塾大学)	
第4回学術集会報告	2
秋山 美紀 (慶應義塾大学)	
特別講演 疫学から行動変容へーヘルスコミュニケーションの役割と課題ー	6
吉村 健清 (福岡女子大学)	
第1部 医療とコミュニケーション学の対話	12
宮原 哲 (西南学院大学)・杉本 なおみ (慶應義塾大学)	
新しい患者-医療者関係の構築に向けて	
ーカフェ型ヘルスコミュニケーションの可能性ー	13
孫 大輔 東京大学 医学教育国際協力研究センター	
コミュニケーションを阻む医師と患者の認識論の違いについて	
ー補完・代替医療を選んだがん患者の語りから見えてくることー	18
田崎 勝也 青山学院大学 国際政治経済学部	
第2部 職種を超えた連携とコミュニケーション	25
岩隈 美穂 (京都大学)・小川 哲次 (広島大学)	
総合大学医療系3学部の専門職連携教育プログラムを開発した教職員の連携と コミュニケーション	26
酒井 郁子 千葉大学大学院看護学研究科 看護システム管理学専攻	

他職種の要望にどのように対応するのか.....	31
高永 茂 広島大学大学院 文学研究科	
第3部 行動変容につなげるヘルスキャンペーン	37
秋山 美紀 (慶應義塾大学)・高山 智子 (国立がん研究センター)	
子供や医師からのがん検診受診勧奨—受診者のアンケート調査結果から— .	38
松田 徹・菅原彰 (山形県庄内保健所)	
マスメディアによる脳卒中キャンペーンの効果.....	42
宮松 直美 滋賀医科大学 臨床看護学講座 成人看護学	
ソーシャルマーケティング手法を用いた行動変容：乳がん検診を事例に....	46
福吉 潤 株式会社キャンサーズキャン	

ご挨拶

—第4巻創刊によせて—

杉本なおみ

第4回日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会会長
慶應義塾大学看護医療学部

このたび、日本ヘルスコミュニケーション学会第4回学術集会の開催にあたり多大なるご支援を賜りましたみなさまに、この場をもちまして改めて厚くお礼申し上げます。

当学会は、東京大学（2009年）、京都大学（2010年）、九州大学（2011年）と回を重ねるごとに、「健康・医療」と「コミュニケーション」に関わる研究者・教育者・実践家の集う場として着実な成長を遂げてまいりました。続く今回、こうして湘南の地での開催に至りましたことに格別の感慨を禁じ得ません。

湘南は歴史的に「健康・医療」と縁の深い土地です。明治期に東京医学校のドイツ人医師により海水浴場の適地として見出され、我が国初の結核療養所が建てられました。

また「異質なものに対する寛容さ」も湘南の特徴の一つに挙げられます。中国の「湘南県」に因む名前を持ちつつ、イギリスの海浜保養地をモデルに開発されたこの地には、多くの文人・要人が居を構え、活発に議論を交わす文化が育まれました。ここ湘南藤沢キャンパスの先取の気質や自由闊達な雰囲気も、このような環境と決して無縁ではないように思います。

このような歴史的経緯を鑑み、今回は「健康と医療をめぐるコミュニケーション-実践知を學問にすゝめるために」をメインテーマに掲げました。「健康・医療」への思いの強さは同じであっても、「コミュニケーション」には実に多様なアプローチが存在します。本領域が真に学際的な「学問」としてさらなる高みを目指すには、まず私達自身の研究・教育活動を通じて、異質なものに対して敬意を払い、優れたところを率先して取り入れる姿勢を示すことが肝要と考えます。

そのような真に実りある交流を目指し、本大会では3つのセッションと2つの特別講演を設け、本領域が学際的な「学問」として前進するための要件について、参加者のみなさまと共に考えました。これがヘルスコミュニケーション学のさらなる発展に資することを祈念しつつ、その成果をこの「日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌 第4巻」として発刊いたします。

第4回学術集会報告

秋山美紀

第4回日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会 実行委員長
慶應義塾大学環境情報学部

2012年9月7日(金)、8日(土)の二日間にわたり、慶應義塾大学看護医療学部湘南藤沢校舎にて、日本ヘルスコミュニケーション学会第4回学術集会が開催され、約90名が参加しました。

今大会の基調テーマは、「健康と医療をめぐるコミュニケーション—実践知を學問にすゝめるために」でした。

特別講演として、北村 聖氏(東京大学医学教育国際協力センター教授、日本医学雑誌編集者組織委員会[JAMJE]委員長)に、「学術情報のコミュニケーションとプロフェッショナルリズム」と題した講演を、さらに、吉村 健清氏(産業医科大学名誉教授、日本疫学会元理事長、福岡女子大学教授)に「疫学からコミュニケーションへ—ヘルスコミュニケーションの役割と課題」と題した講演をいただきました。

北村氏は、近年の学術論文の剽窃や倫理違反等の問題事例を挙げながら、学術情報のプロフェッショナルリズムの重要性を論じました。この分野でのプロフェッショナル教育の方法がまだ確立されていない中、東京大学では少人数グループワークである課題発見問題解決型学習(PBL)において不

正論文を取り上げて討論するなどの試みをおこなっているとの報告がありました。



北村聖氏の特別講演の様子

また吉村健清氏は、人類の感染症との闘いの歴史の中での疫学の役割に触れながら、疫学研究で把握した実態を、どのように市民等に伝えることができているのかと問題提起しました。疾病予防の観点から、疫学の成果を現実社会で活用するには、人々の行動に結びつけることが不可欠で、ヘルスコミュニケーションは、そのステップを乗り越えるうえで期待されていると語りました(吉村氏の論文は、本誌 pp. 6-11 に掲載)。



吉村健氏の特別講演の様子

テーマ別のシンポジウム形式のセッションは、3つの企画で行われ、計8名のパネリストが登壇しました。

シンポジウム1「医療とコミュニケーション学の対話」(コーディネータ:宮原哲・杉本なおみ)では、医療者と患者の「まなざしの違い」はどのようにして生じ、またその溝はどのようにして埋められるのかについて議論が行われました。青山学院大学教授の田崎勝也氏が、科学的根拠を絶対視しがちな医師こそ、自らの認識論が価値依存的であることに気付いて、患者側の多様な認識論的信念に理解を示すことが重要であると述べました(田崎氏の論文は、本誌 pp. 18-24 に掲載)。これを受けて、東京大学講師の孫大輔氏が、自らが主宰する「みんくるカフェ」の活動を報告しながら、医療者側が患者との「まなざしの違い」を理解する機会を持つことの重要性を強調しました(孫氏の論文は、本誌 pp. 13-17 に掲載)。

シンポジウム2「職種を超えた連携とコミュニケーション」(コーディネータ:岩隈

美穂・小川哲次)では、専門職連携教育 IPE の現状を紐解きながら、専門職種連携 (IPW:Inter-Professional Work Collaborative Practice)におけるコミュニケーション研究のための糸口や手がかりを議論しました。慶應義塾大学教授の山内慶太氏は、福澤諭吉研究の内容から「他から学ぶ(協調学習)」ことの重要性を論じました。続いて、千葉大学教授の酒井郁子氏は、医療系教育機関における専門職連携教育(IPE)の先進的な取り組み事例の現状と、その取組によってもたらされた教員間の連携とコミュニケーションの変化について発表しました(酒井氏の論文は、本誌 pp. 26-30 に掲載)。最後に広島大学教授の高永茂氏は、模擬患者へのインタビュー調査の結果を提示しながら、IPWのコミュニケーション研究を行うにあたって、社会系の研究者が医療系多職種とどのように関わるのかといったことを論じました(高永氏の論文は、本誌 pp. 31-36 に掲載)。

シンポジウム3「行動変容につなげるヘルスキャンペーン」(コーディネータ:秋山美紀・高山智子)では、第一線でヘルスキャンペーンに取り組んできた3名の演者より、具体的な効果を上げてきた事例が紹介され、活発な議論が行われました。山形県庄内保健所長の松田徹氏は、対象者層の受診の障害を把握した上で、障害を除去する試みを広報と一体となっていくことの重要性を話しました(松田氏の論文は、本誌 pp. 38-41 に掲載)。続いて滋賀医科大学教授の

宮松直美氏は、テレビを使った脳卒中キャンペーンの実践を報告しました（宮松氏の論文は本誌 pp. 42-45 に掲載）。最後に（株）キャンサーズキャン社長の福吉潤氏は、乳がん検診受診率向上のために対象集団毎にメッセージデザインを変えて行うテラード受診勧奨の実践を報告（福吉氏の論文は pp. 46-50 に掲載）、その後、効果を上げるための具体的なノウハウ、ステークホルダーの調整、効果検証の方法、行動を維持・継続するための施策等を議論しました。

また今年度から一般公募によるポスターセッションが行われ、14の演題の発表が行われました。ポスター発表は、健康コミュニケーション系の演題7題、医療コミュニケーション系の演題7題のそれぞれの部門から、大会運営委員の投票により学会奨励賞が選ばれました。



ポスターセッションの様子

学会奨励賞ポスター発表は、酒井由紀子氏（慶應義塾大学信濃町メディアセンター）の「一般市民向け疾病説明テキストのリーダビリティ改善実験（第2・3実験）」、井上

祥氏（名古屋大学医学部医学科）他による「効果的な IPE を可能にする教育戦略の考察-コミュニケーション障壁の分析-」が表彰されました。

懇親会では、被災地支援の取り組みとして始まった「おらほのラジオ体操」の実践なども行われ、参加者同士が楽しい時間を過ごして懇親を深めました。



奨励賞の表彰を受ける酒井由紀子氏



奨励賞を受賞した井上祥氏（中央）

大会プログラム

2012年9月7日(金):第1日目

	2階 201/202号室	1階 ロビーフロア
13:30~15:00	セッション1: 医療とコミュニケーション学の対話 【演者】 孫 大輔 (東京大学) 田崎 勝也 (青山学院大学) 【コーディネータ】 宮原哲(西南学院大学) 杉本なおみ(慶應義塾大学)	ポスター 自由閲覧
15:00~15:15	休憩	
15:15~16:45	セッション2: 職種を超えた連携とコミュニケーション 【演者】 山内 慶太(慶應義塾大学) 酒井 郁子(千葉大学) 高永 茂 (広島大学) 【コーディネータ】 岩隈 美穂(京都大学) 小川 哲次(広島大学)	
17:00~18:30		ポスターセッション A 医療系(PM) 【進行】 藤崎和彦(岐阜大学) B 健康系(PH) 【進行】 秋山美紀(慶應義塾大学)
18:30~20:00	懇親会 (場所:1階 学生食堂)	※ポスターセッション奨励賞表彰

2012年9月8日(土):第2日目

	2階 201/202号室
9:30~10:15	特別講演1: 科学コミュニケーションにおけるプロフェッショナリズム 北村 聖 (東京大学) 【座長】 中山 健夫(京都大学)
10:15~11:00	特別講演2: 疫学からコミュニケーションへ 吉村 健清(福岡女子大学) 【座長】 中山 健夫(京都大学)
11:00~11:15	休憩
11:15~12:45	セッション3: 行動変容につなげるヘルスキャンペーン 【演者】 松田 徹 (山形県庄内保健所) 宮松 直美(滋賀医科大学) 福吉 潤 (株式会社キャンサーキャン) 【コーディネータ】 秋山 美紀(慶應義塾大学) 高山 智子(国立がん研究センター)

疫学から行動変容へ ーヘルスコミュニケーションの役割と課題ー

吉村健清
福岡女子大学

抄録

疫学は、感染症の予防を目指して19世紀頃から発展した学問である。20世紀に入り、病原体の解明が進み、また抗生物質の発見により、先進国では感染症が激減する一方、がんや循環器疾患など生活習慣病が問題となり、これらの疾病を対象とした疫学が発展し、予防に貢献してきた。しかし、20世紀の後半からAIDS,SARS またマラリア、結核などの新興、再興感染症が人類を脅かすようになり、感染症の疫学が再認識されるようになった。

では、疫学はどのような役目を果たすのであろうか？ 疫学は、まず疾病の分布を把握し、ついで、疾病発生にかかわる要因を明らかにし、最後に、実施した疾病対策を評価する。このような考え方は何も疫学に限ったことではなく、他の自然科学、人文科学でも同じである。すなわち、それぞれの科学で、事実の把握を行い、その事実がどのような要因でおこったのか解明を試みられる。

それでは、私達は事象の実態をどの程度正しくとらえることができているのか？またその実態を一般の人にどの程度正しく伝えることができているのであろうか？さらに、いわゆる科学的手法によって得られた知見は、疾病予防の観点から、現実社会の中でどの程度活用されてきたのであろうか？たばこ対策を例に引くまでもなく、科学的知見が社会の中で理解され、かつ人の行動に結びつくまでには、多くのステップを越えなければならぬ。ヘルスコミュニケーションは、そのステップを乗り越えるうえで重要な方策の一つである。

今回、疫学で得られた知見から行動変容にいたるまでのヘルスコミュニケーションが果たす役割と課題について述べてい。

キーワード: 疫学、KAP、ヘルスコミュニケーション、EBM

1. はじめに

今回、日本ヘルスコミュニケーション学会で、特別講演の機会を得、あらためてヘルスコミュニケーションを考える機会を与えてもらった。人間を対象とする疫学の実践分野を歩いてきた者にとって、患者や住民の方々とのコミュニケーションが正しい情報を得るためにいかに難しく、かつ、いかに重要であるか痛感してきた。また、疫学で得られた知見が患者や住民に正しく理解してもらうことの困難さはメディア報道に見るように周知の事実である。今回、ヘルスコミュニケーションが疫学での情報収集、疫学的知見に基づいた行動変容にどのように役立つか議論したい。

本日は、疫学の歴史、疫学の役割、KAP、ヘルスコミュニケーションの役割と課題について述べる。

2. 疫学の歴史

疫学は、Epidemiology の原語が示す通り、Epidemic すなわち流行病の学問として出発した。有史以来、人間は病を得、その病が何故おこったかについて疑問をもち、研究をすすめてきたが、伝染病という社会に大きなインパクトを与える疾病の原因ですら、19世紀中ごろまでは不明であった。(表1)

1855年、ロンドンの医師ジョン・スノウは、ロンドンのコレラの大流行に際し、何とかコレラによる死亡を防ごうと、コレラ流行の状況と患者の行動調査から、コレラが水系伝染病であることを報告した。そし

て、コレラ菌によって汚染された井戸を使用禁止にしたことにより、コレラの流行が激減したのであった。これは後に、細菌学の父といわれるドイツのロベルト・コッホがコレラ菌を発見する18年前のことである。ジョン・スノウが、「コレラは水系伝染病である」ことを明らかにした彼の推論過程の重要性に鑑み、ジョン・スノウは「近代疫学の父」と呼ばれている。(表2) [1]

表1. 疫学の歴史

- 1753 壊血病は食事環境 (James Lind)
- 1855 コレラは水系伝染 (John Snow)
- 1884 脚気は栄養障害 (高木 兼寛)
- 1960 Epidemiologic Methods (MacMahon)
 - 感染症から、がん・循環器疾患の疫学へ
 - 精神病、糖尿病、事故の疫学
 - 分子疫学
- 1980 Clinical Epidemiology (臨床疫学)
- 1990 Evidence Based Medicine (EBM: 根拠に基づいた医療)
- 2003 Evidence Based Public Health (EBPH)

表2. コレラ流行と John Snow(1813-58)

- 1848-49年 英国全土でコレラ死者5万人
- 1848年 General Board of Health, UK
- Edwin Chadwick(弁護士)指揮
- 1849年夏 アルビオン・テラス17軒中10軒でコレラが発生 (24名死亡) → 水汚染と判明
- 1849年9月2日付けLancet 「奇妙な新物体発見」
- 1853-54年 Lambeth vs. SW.&V.
- 1854年 Broad St. Pump
- 1855年(42歳) On the Mode of Communication of Cholera
- 1883年: Roberto Koch の コレラ菌発見 (Vibrio Cholerae)

一方、日本では、明治初めに脚気が大きな社会問題となっていた。当時、日本の海軍兵士の30-40%が脚気に罹患し、海軍兵士としての勤務に耐えられなかった状況に

あったのである。(図1) [2] 陸軍でも同様に、脚気が大問題であったが、不思議なことに、麦飯を支給した陸軍刑務所内では、脚気の罹患が少なかった。この海軍での脚気問題を憂慮した高木兼寛が脚気の予防方策を探ることに全力をあげた。英国留学から帰国したばかりの高木兼寛は、脚気が英国では見られないこと、海軍の中でも将校と水兵で脚気罹患の状況が異なることなどの事実から、兵食が問題ではないかと考えた。そこで海軍の兵食を日本食から洋食に替えたら、脚気が予防できると考え、訓練航海をさる軍艦を用いて実験を行った。

その結果、表3のように、従来の食事では、376名中脚気患者160名、死亡者25名出たのに対し、洋食を採用した鑑の乗組員333名では脚気患者はわずか14名で、死者は0であった。

この結果から、高木は海軍兵食が脚気の原因と考え、栄養障害説を提唱し、海軍での脚気予防を果たした。しかしながら陸軍では、兵食の変更はなされず、日清戦争、日露戦争でも脚気による兵員の消耗は戦病死者より大きいとされた。

このように近代になって、原因そのものが直接特定できなくても、疾病発生の動向、人間の行動、環境等を系統的に観察・検討することによって、疾病を予防する方法が見いだせることが明らかになった。感染症は、細菌学などの病原微生物の研究の進歩、抗生物質の発見、疫学的知見に基づいた予防方策の実施、生活環境の改善等により減少していった。一方、がん、脳血管疾患、

心疾患といった生活習慣にかかわる疾病が大きな問題となり、疫学が生活にかかわる疾病発生要因の解明に大きな貢献をしてきた。そして、現在では、疫学は予防医学、公衆衛生の分野で用いられるばかりでなく、臨床現場でEBM(根拠に基づいた医療)として、また健康政策決定、予防政策の場でEBPH(根拠に基づいた公衆衛生)として、基盤情報の提供といった立場から患者の医療の実践や公衆衛生政策策定に大きく寄与している。

図1. 海軍兵士の脚気罹患率

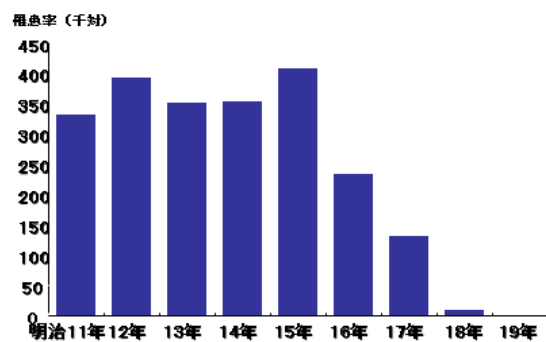


表3. 高木兼寛の兵食実験

	龍 驤	筑 波
時期	明治15-16年 (1882-83)	明治17年 (1884)
航海日数	272日	287日
乗組員数	376名	333名
脚気患者数	160名	14名
脚気死者数	25名	0名
兵食		
N:C	1:28-30	1:17
食費	18銭/日	39銭/日

3. 疫学的作用

疫学とは「人間集団における疾病頻度の分布とその決定要因を研究する学問である」と定義されている。具体的に言えば、表4に示したように、興味がある事象がどうなっているのか？を調べ、次いで、どうしてそうなっているのか？を考え仮説をたて、次にその仮説を疫学的な手法を用いて検証していくものである。このプロセスは何も疫学特有なものではなく、実験科学においても、社会科学においても、同じプロセスを踏んでいる。(表5) 現在、疫学は、「社会に役立つ疫学」「行動のための疫学」を目指し、さらに予防医学、公衆衛生の中で人々の行動指針や政策決定に寄与する基盤情報を生み出すことが期待されている。

4. KAP

行動科学の分野で KAP study といわれる手法がある。KAP とは、Knowledge, Attitudes, Practices の頭文字をとっているのであるが、「知っていても、実際に行わなければ、知らないのと同じだ」(貝原益軒「慎思録」)ということを経科学的に検討しようとしたものであろう。

最近の IT 社会の中では、過去には想像できないような事象がおこっている。例えば、30 年以上前の時代には、入手できる情報が立場や状況により極端に差があり、情報をもっているものが常に優位に立てるような状況であった。しかし、現在の IT 社会の中では、ほとんどのひとが、自分が知りたい情報に簡単にアクセスできる状況にある。

表4. 疫学は何ができるか

1. どうなってる？	- 分布(記述疫学)
2. どうして？	- 要因検討(仮説設定)
3. 本当か？	- 検証(分析疫学、介入研究)
4. 対策は有効か？	- 評価(分析疫学、介入研究)

表5. 疫学は科学の常識

疫学	実験科学	社会科学	リスク学
記述疫学	観察	実態調査	} RA
仮説設定	仮説設定	仮説設定	
仮説検証 (分析疫学、介入研究)	検証(実験)	検証 社会実験	
予防対策	機序解明	政治	RM

このことは、世の中に情報格差が極端に少なくなってきたことを意味する。今、私どもに求められている者は、情報を評価判断し、次の行動を決定できる判断能力である。

従来の疫学は人間集団におこる事象を記述し、仮説をたて、仮説検証を行い、その成果をメタアナリシス、システマティックレビューとして、出していくところまでを行ってきたが、EBM はこれらの情報を1人の目の前の患者にいかに関用していくかの判断が問われているのである。ひとりの患者の生死を分けるプロフェッショナルな判

断がなされなければならないのである。この判断プロセスをより適切にするためにEBMが展開されている。しかしながら、目の前の患者が抱えている課題について、エビデンスが常にある訳ではない。現実社会ではエビデンスがなくとも患者が抱えている疾病を正しく理解し、苦痛、悩みを軽くすることが、治療に向けてのプロセスのなかで求められているのである。このことは、医療のなかだけにとどまらず、一般的には、十分な科学的根拠がなくても、目の前にある現実の課題に対応、実行していかなければならない現実があることを示している。この事実を正しく理解してもらうことがヘルスコミュニケーションの最大の課題であろう。

5. ヘルスコミュニケーションの役割と課題

ヘルスコミュニケーションの定義はHealthy People 2010に“Health communication encompasses the study and use of communication strategies to inform and influence individual and community decision that enhance health.”と述べられている。[3][4] すなわち、communication strategiesの研究と活用である。この中で、ヘルスコミュニケーションの効果的な場として、表6、7の如く示されている。ここで重要なことは、コミュニケーションは知識を上から下へ伝達することではなく、知識を理解し、共有することである。例えば、帯木蓬生の「水神(上)」の中の記述(表8)では、筑後川の洪水対

表6. ヘルスコミュニケーションの活用が効果的な場 (1)

- ① 医療関係者—患者関係
- ② 個人が健康情報に触れたり探したり活用したりする場
- ③ 臨床的な助言や養生法に従う時
- ④ 公衆衛生上のメッセージやキャンペーンを構築するとき

出典：米国ヘルシーピープル2010 佐甲訳 吉村改変

表7. ヘルスコミュニケーションの活用が効果的な場 (2)

- ⑤ 個人や集団の健康リスク情報を広める時(つまりリスクコミュニケーション)
- ⑥ マスメディアや分科全体の健康像構築
- ⑦ 公衆衛生や医療システム利用についての教育
- ⑧ 電子健康媒体(テレヘルス)活用の開発

出典：米国ヘルシーピープル2010 佐甲訳 吉村改変

表8. コミュニケーションの課題

帯木蓬生 著 「水神(上)」 新潮文庫

- 筑後川を堰き止め、田畑に灌漑する計画を庄屋5人が発案
- 近隣庄屋が反対を表明
- 何故反対をしたか？ その理由を推測 (p. 167)
 1. 「堰の計画が頭越しに郡奉行との間で進められたことへの反発」(手続き論、面子の問題?)
 2. 「堰や水門、水路の造り方が十分に呑み込めていない」(内容の理解、コミュニケーション手法?)

策に 5 庄屋が立ち上がった話がある。それに対し、近隣の庄屋が猛反対をする。その理由が「堰の計画が頭越しに郡部行との間で進められたことへの反発」と反対の庄屋が「堰や水門、水路の造り方が十分に呑み込めていない」として記載されているが、まさに、コミュニケーションを考える時に重要な指摘ではなかろうか？[5] また、福島原発でおこった住民の不安度の調査において、放射線に対する不安度が一般市民、医師、学生によって大きく異なることが示されている。[6] また、このような理性と情動の問題を表したものとして、夏目漱石の草枕の冒頭「智に働けば角が立つ。情に棹させば流される。意地を通せば窮屈だ。とにかくに人の世は住みにくい。」の記述や、ダン・ガードナーの「リスクにあなたは騙される」の著書[7]はヘルスコミュニケーションを考える上で大いに参考になる。このような理性と情動の世界で、最近、医療関係者の中で議論されている「質的研究」の役割が議論されることが期待される。

最後に、ヘルスコミュニケーションは、人間の理性と情動という分野を扱うため、学際的な研究が不可欠である。医療、健康の分野で活動するあらゆる分野の専門家が協力して生き生きとした社会を目指す一端を担えることを期待したい。

謝辞

本稿発表の機会を与えていただいた日本ヘルスコミュニケーション学会第4回学術集会会長の杉本なおみ教授（慶應義塾大学看護医療学部）ならびに中山健夫教授（京都大学大学院医学系研究科）はじめ学会関係者の皆様に深謝する。

【引用文献】

- [1] サンドラ・ヘンペル. 医学探偵 ジョン・スノウーコレラとブロード・ストリートの井戸の謎ー. 杉森裕樹, 大神英一, 山口勝正 (訳). 日本評論社, 2009.
- [2] 板倉 聖宣. 模倣の時代 上巻. 仮説社, 1988.
- [3] Department of Health and Human Services. Healthy People 2010. 2000; Vol. 1, Chap. 11.
<http://www.projectshine.org/sites/default/files/Health%20Communication.pdf>
- [4] ヘルス・コミュニケーション (米国ヘルシーピープル 2010 11章より) 翻訳文責 佐甲隆.
<http://www1.ocn.ne.jp/~sako/healcom.htm>
- [5] 帚木蓬生. 水神 (上). 新潮文庫, 2012.
- [6] 岡崎龍史ら J UOEH (産業医科大学雑誌 34(1):91-105(2012)
- [7] ダン・ガードナー. リスクにあなたは騙されるー「恐怖」を操る論理ー. 田淵健太 (訳). 早川書房, 2009.

第1部 医療とコミュニケーション学の対話

コーディネータ：宮原 哲（西南学院大学）・杉本 なおみ（慶應義塾大学）

本セッションでは、医師とコミュニケーション研究者の対話を通じ、医療者と患者の「まなざしの違い」はいかにして生じ、いかにして埋められるかという命題を解く試みがなされた。

まず田崎勝也が「コミュニケーションを阻む医師と患者の認識論の違いについて-補完・代替医療を選んだがん患者の語りから見えてくること」と題し、Evidence-Based Medicine (EBM) や補完・代替医療について概観した後、後者を選択したがん患者の語りから、その効果や正当性の捉え方を例示した。またこのような患者の認識論に限らず、医師のそれもまた価値依存的であり、医師は自らとは異なる認識論にも理解を示す必要があると論じた。

次に孫大輔が「新しい患者-医療者関係の構築に向けて-カフェ型ヘルスコミュニケーションの可能性」と題する発表の中で、患者と医療者の「すれ違い」は双方の「情報と立場の非対称性」および「圧倒的な対話の不足」に起因する部分が大きいと論じた。また、この差異を乗り越える試みとして、2010年に始めたサイエンスカフェ型ヘルスコミュニケーション活動「みんくるカフェ」を紹介し、市民側のヘルスリテラシーのみならず、医療者側の意識も大きく変容しているとの報告がなされた。

最後に、宮原哲・杉本なおみが加わり、聴衆を交え意見交換を行った。田崎に対しては、「EBMはバリエーション豊かな認識論であり、価値依存的と呼ぶのは正しくないのではないか」という意見および「代替医療の中には効果の疑わしいものや危険なものも含まれているので、医療関係者は患者の認識論を尊重するという立場だけでなく、規制する立場に立つことも必要なのではないか」という懸念が表明された。

一方、孫に対しては「みんくるカフェに参加する医療者は、当初浅い関係にしかない相手に対しては一般論でしか医療を語れないとか、カフェを通じて友人となった相手に対しては、逆に医療者としての客観的な意見を述べにくくなるという難しさはないか」という意見が寄せられた。また「医療者と市民が対等な関係となることから生じる不利益もあるのではないか。医療現場の裏側を知った市民は失望しないのか」といった質問があった。最後に、座長からの「みんくるカフェには、このセッションで議論された医療者・非医療者間のさまざまな関係性を超越した、メタレベルでの新しい関係性を生み出す可能性があるのではないか」という示唆と共にセッションを終了した。

新しい患者-医療者関係の構築に向けて —カフェ型ヘルスコミュニケーションの可能性—

孫 大輔

東京大学医学教育国際協力研究センター

抄録

近年、患者-医療者コミュニケーションの社会的影響が注目され、患者の考え・価値観を医療者がより深く理解する必要性が強調されてきた。しかしながら、そのような機会は実際には非常に限られている。

患者と医療者の「すれ違い」はなぜ起きるのか。病い (illness) を抱える患者と、疾患 (disease) ばかりを見る医療者という認識論的フレームワークの違いとも考えられるが、現状としては患者-医療者間の「情報と立場の非対称性」と「圧倒的な対話の不足」の及ぼす影響が大きいと考えられる。

このギャップを乗り越える試みとして、欧米由来の「サイエンスカフェ」のスキームを応用し、筆者は2010年8月から「みんくるカフェ」と称するヘルスコミュニケーション活動を始めた。「患者-医療者コミュニケーション」「グリーンケア」「終末期医療・介護」といった話題について、市民・患者と医療職が、10~15人の少人数でカフェなどに集まり、学びと対話を進めている。

この「カフェ型ヘルスコミュニケーション」は、患者-医療者間の非対称性を解消し、対話を促進する新しい取り組みである。ここでは、市民・患者側のヘルスリテラシー向上のみならず、医療者側にとっても価値観や意識が変容するほどの大きな学びが起きている。

キーワード：

ヘルスコミュニケーション、患者-医療者関係、サイエンスカフェ、情報の非対称性、対話

1. はじめに

近年、患者-医療者コミュニケーションの社会的影響が注目され、医療者が患者側の考え・価値観をより深く理解する必要性が強調されてきた。現場の医師の中には時間的制約の中でどのように患者とコミュニケーションをとるべきか、

あふれる情報の中で何をどのように伝えればよいのかと日々苦悩する者もいる。しかしながら実際のところ医療者が患者の価値観を深く理解するという機会は非常に限られている。

筆者はプライマリケアに従事する家庭医であり、地域住民との対話に関心があったため、欧

米由来の「サイエンスカフェ」のスキームを応用して、2010年8月から「みんくるカフェ」と称するヘルスコミュニケーション活動を始めた。この「みんくるカフェ」では、健康・医療に関するテーマについて、毎回市民・患者と医療者がともに学び、自由な意見交換を行っている。

本稿では、現在の患者-医療者間コミュニケーションに伴う問題点を概観した後、この「カフェ型ヘルスコミュニケーション」活動の利点と発展性について論じる。

2. ヘルスコミュニケーションの重要性

近年、ヘルスプロモーション領域においては、コミュニケーションがますます重要視されており、その概念を指して「ヘルスコミュニケーション」と呼ぶ。米国の「ヘルシーピープル2010」[1]では、ヘルスコミュニケーションは「健康増進のために個人やコミュニティに対し意思決定に情報や影響を与えるコミュニケーション方法の研究や使用」と定義されている。

近年、患者-医療者間のコミュニケーションが患者自身や治療に与える影響（アドヒランス不良、医療不信など）が重視され、医療者には患者の考え・価値観をより深く理解することが求められている。しかしながら、病院という医療現場以外での市民・患者と医療者の対話の機会是非常に限られている。そのような状況にあって、何が円滑なコミュニケーションを妨げているのか、どうしたらコミュニケーションがうまく成立するかについて、患者と医療者が共に学び、実践することが重要と言える。

3. 患者-医療者コミュニケーションを阻む要因

患者-医療者コミュニケーションはなぜそれほどまでに大事なのであろうか？正しい診断を下すためであらうか？適切な治療を行う上で、

良好な関係を築かなければいけないからであらうか？筆者が感じるのは、昨今の患者-医療者コミュニケーションでは「情報のやり取り」ばかりが重視され、コミュニケーションの意義の大半がそこに押し込められているのではないかと考えている。近年、医学教育においても模擬患者参加型の医療面接実習などが導入され、学生はそこで患者とのコミュニケーションの取り方を学ぶ。そこでは患者が発信する言情的・情緒的・感情的な情報を、いかに的確に把握し、フィードバックできるかが求められる。教員による評価も同時に行われるが、評価が行き過ぎるとコミュニケーションが形骸化するリスクをはらんでいる。

一方、実際の医療現場ではどうであらうか。患者-医療者間のコミュニケーションを阻む要因として、(1) 医療者の方がより多くの専門的知識を有する（情報の非対称性）、(2) 医療者が専門用語を使用する、(3) 「病院」という場所や「白衣」などの着衣が権威的な雰囲気醸し出すなどが考えられる。そうした中で、患者-医療者関係は父権主義モデルから、協同的意思決定モデルへ移行すべきと叫ばれているが、これは現場ではまだ普及していないのが実状である。

もし現代に、黒澤映画で三船敏郎が演じた「赤ひげ」のような医師がいたらどうであらうか？典型的な「父権的」医師である。ろくに説明しないからと患者に訴えられるかもしれない。しかしそこに非常にリアルで細やかな患者-医師コミュニケーションを感じるのは私だけであらうか。昨今の医療コミュニケーションの文脈で忘れられがちな本質がここにあるのかもしれない。

4. 「すれ違い」はなぜ起きるのか？

医療現場では、患者は医療者に対しなかなか率直に物が言えない。たとえば、あるアレルギー疾患の小児患者の母親は「医師に自分の意見が言えない。子どもはアレルギーで乳製品・卵が食べられないが、入院中の食事に(間違っ)マヨネーズが出てきた。それでも本当のことを医師に言うことができなかつた」と言う。

筆者自身も、患者の薬を変更した後、「先生、やっぱり前の薬に戻してくれませんか？」と言われることがある。若者は比較的率直にその理由を口にすが、高齢者の場合詳しく言わないことも多い。このような場面に遭遇すると、患者には医師に対する遠慮が相当あることを感じる。

一方、医師の側には自分のコミュニケーションを過大評価する傾向が見られる[2]。2005年の国内調査では、「インフォームドコンセントが十分に実施されているか」(医師 71.7% 患者 44.8%)、「十分に対話できているか」(医師 67.8% 患者 38.4%)「信頼関係が構築できているか」(医師 66.9% 患者 30.8%)という3項目のすべてにおいて、「そう思う」と回答した医師の割合が患者の割合をはるかに上回った。

医療者に本音が言えない患者と、患者の気持ちや汲み取れない医療者。医療人類学では、これを、病い(illness)を理解してほしい患者と、疾患(disease)に関わる情報が欲しい医師、という構図で説明する。その認識論的フレームワークの違いが、この古くて新しい「すれ違い」問題を起こし続けていると言っても過言ではない。

あらためて、患者と医療者の「すれ違い」はなぜ起きるのか。それは「情報と立場の非対称性」と「圧倒的な対話の不足」というのが筆者の意見である。

5. 「みんくるカフェ」という装置

この非対称性を解消し、対話を促進するため、筆者は「みんくるカフェ」という、市民・患者と医療者の双方が参加するヘルスコミュニケーション活動を行っている。これは、欧米で確立された「サイエンスカフェ」の手法を医療コミュニケーションに適用したものである。専門家と市民が対等な関係のもとで自由に対話や意見交換を行える場を作り出すことがその特徴である[3][4]。

科学知識の普及を目的としたサイエンスコミュニケーション活動においては「情報の非対称性」を越えた専門家と市民間のコミュニケーションが模索され、1997年以降「サイエンスカフェ」という新しい取組みが英国から始まった。参加者は、カフェやバーといった場所で、気やかな雰囲気の中、ともに科学技術をめぐる話題について対話する。本邦でも2005年以降各地で開催されるようになった。

こうしたサイエンスカフェのスキームが健康・医療の領域にも応用できると考え、筆者は2010年8月から「みんくるカフェ」(「みんながくる」の意味)と称し、健康・医療をめぐる話題について市民・患者と医療職が参加し共に学び、対話する活動を始めた。実際のカフェなどに10~15人程度の少人数で集まり、「医師と患者のコミュニケーション」「賢い患者になるためには?」「グリーフケアについて」「介護しやすい社会とは?」などのテーマについて学びながら自由に対話を行っている[5]。2012年10月までに30回以上実施し、のべ600人以上が参加した。

院外の日常空間に近い場で実施することで、市民・患者側はより自由な質問や意見交換を行うことができる。一方医療者側は通常の診療現場では聞けない患者側の本音を聞くことができ

る。したがって、ここでは双（多）方向型の学びや多義的な学びが起こっていると考えられる。実際のところ、これまでに参加した医療者は、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床心理士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護福祉士など、実に多様である。市民・患者側の参加者は、患者やその家族、また会社員、自営業者、専業主婦、教員、ジャーナリスト、公務員、NPO職員など多岐にわたる。

このようなサイエンスカフェのスキームを応用したヘルスコミュニケーション活動を、筆者は「カフェ型ヘルスコミュニケーション」と呼んでいる。

6. カフェ型ヘルスコミュニケーションの限界と可能性

この「カフェ型ヘルスコミュニケーション」では、対等かつ自由な対話を成功させる仕組みとして様々な手法を用いている。たとえば、医療者は「白衣」を脱ぎ、専門用語を使用せず、カジュアルな空間で行うことによる医療者の脱権威化、また「ワールドカフェ」などのファシリテーション技法を駆使した対話メソッドを用いている。

ここでは、どのような学びや現象が起きているのであろうか？参加者からは「医療の現場だけでなく、様々な職種の人たちと話をすることができ、それぞれの職種の持つ価値や専門性について知ることができた」、「患者さんや御家族とお話したりする際に、相手の気持ちを考えて話すことができるようになるかも」、「医療従事者と他分野の人達が同じテーブルでディスカッション出来る場は他ではあまり見かけない。参加者の皆さんがエンパワーされている様子を感じた」などの感想が聞かれる。

この場で生じる多義的な学びについては今後

研究として分析する予定だが、現時点での仮説としては、市民・患者側にとっては従来の市民講座などでは得られない医療や健康知識への深い理解や、対話を行うことによる深い洞察が得られている可能性が考えられる。これに対し医療者にとっては、患者側の価値観への気づきなどに起因する自身の医療観の変化や、診療時の態度・行動の改善、また多職種間連携へのレディネス（意識）が向上する可能性などが考えられる。

一方、このカフェ型コミュニケーションには限界もある。不特定多数の人間が集まるため、がんや難病などの患者・家族が、個別の病いに関する深く個人的な思いを共有する場には適していない。また、医療者が白衣を脱ぎ対等な関係性で話をするという特性が、逆に患者の不満のはけ口になったり攻撃に晒されたりする危険性も否定できない。

しかし2年以上この活動を実践してきた中で、場のファシリテーションを工夫したり、テーマを未来志向に設定したりすることで、否定的な応酬に陥ることはこれまで皆無であった。むしろ非対称性を解消し対話を促進する「装置」として、この「カフェ型ヘルスコミュニケーション」が強力に機能してきたことを実感している。

7. おわりに

はたして患者と医療者の「すれ違い」は解消できるのか。患者・市民と医療者が協同して構築する新しく理想的な関係性とはどのようなものか。今後のヘルスコミュニケーションの展開において、「みんなのカフェ」という装置が一つのモデルとなることを期待したい。

【参考文献】

[1] U.S. Department of Health and Human

Services: Health Communication. In Healthy People 2010, 2000.

[2] 山内一信, 真野俊樹, 塚原康博ら. 医療消費者と医師とのコミュニケーション -意識調査からみた患者満足度に関する分析-. 医薬産業政策研究所リサーチペーパー・シリーズ No.29, 2005.

[3] 中村征樹. サイエンスカフェ -現状と課題 (特集 サイエンス・コミュニケーション). 科学技術社会論研究 2008; 5: 31-43.

[4] 紺屋恵子. 小規模サイエンス・カフェの可能性と課題. 科学技術コミュニケーション 2008; 3: 149-158.

[5] みんなの生産者 HP .
<http://www.mincle-produce.net/>

コミュニケーションを阻む医師と患者の認識論の違いについて —補完・代替医療を選んだがん患者の語りから見えてくること—

田崎勝也
青山学院大学

抄録

近年の医療では、科学的根拠に基づく診断や治療を行う Evidence-Based Medicine (EBM) が求められるようになった。EBM の考え方に基づいて医療行為を行う医師は、蓋然的な根拠を示しつつ治療法の実証性や有効性を説明するが、このようにエビデンスのみを強調する姿勢は、時として医師—患者間の信頼関係を喪失させ、コミュニケーションを阻む要因となる。

本稿では、EBM および補完・代替医療の双方について概観した後、補完・代替医療を選択したがん患者の語りから、補完・代替医療の効果や正当性がどのように捉えられているかを探る。さらにこれを通して、補完・代替医療を選択する患者の認識論のみならず、医師が立脚する EBM 的認識論もまた価値依存的であり、医師は自らとは異なる患者側の認識論にも理解を示す必要があることを論じる。

キーワード： 補完・代替医療、EBM、認識論、価値依存的、がん患者

1. はじめに

1990 年代に提唱され、その後欧米で確立された Evidence-Based Medicine (EBM) は、医師個人の知識や経験に依存しがちな旧来型の治療に対して、統計学的・疫学的に有効性が認められた治療法や診断法を基に治療方針 (i.e., ガイドライン) を立て、効果的で質の高い医療の提供を目的としている[1][A][B]。

日本でも 1990 年代後半以降「臨床医が診断に役立つ情報の提供と医療の質の向上」を謳った厚生労働省の意向を背景に、さまざまな専門学会でエビデンスに基づく治療ガイドラインが作成されて

きた[A]。医療技術の進化や医療情報の拡大、患者の権利意識の高揚といった課題に直面した近年の医療現場に対し、EBM は治療法や診断法の選択に蓋然的な根拠を与え、臨床判断における医師の負担を軽減し、医師間の診療能力のばらつきを減じ、一定の質を保証する「医療の平準化」に貢献した。

しかしその一方で、エビデンスが医療事故や訴訟の判断基準として、あるいは正当性を過度に強調する“defensive medicine”に用いられる危険性も存在する[1]。中でも特に問題視されているのが、医師による「エビデンス」の誤解・誤用である。エビ

デンスは、医師の臨床的専門技能や患者の価値観と共に EBM を構成する要素の一つに過ぎないが、妥当性の検討が不十分なまま適用する、相対的に患者の価値観や行動様式を軽視するといった問題を生む場合がある [3]。このような医師の態度は、医師-患者間の信頼関係を失墜させ、コミュニケーションを阻害する要因になっている[4]。

本論考では、補完・代替医療を選択する患者を対象とした先行研究から例を引きつつ、彼らにとって科学的なエビデンスだけが医療を選択する際の唯一の基準ではないことを示す。また EBM を志向する医師の認識論もまた、補完・代替医療を選択する患者の認識論同様、価値依存的 (value-laden) であることを論じる。

2. 補完・代替医療の使用実態

補完・代替医療は、Complementary and Alternative Medicine (CAM) と呼ばれ、「現代西洋医学領域において、科学的未検証および臨床未応用の医学・医療体系の総称」と定義され[5]、(1) 代替医学 (例: 中国医療などの伝統医学・民間療法)、(2) 精神・身体交流 (例: 瞑想・催眠・祈り)、(3) 生物学的療法 (例: 健康食品・特殊食品)、(4) 外部からの力を用いる方法 (例: 整体・鍼灸マッサージ)、(5) エネルギー療法 (例: 気功・霊気) に大別される[6]。

世界の医療においては、現代西洋医学よりも CAM に相当する医療が多数派を占めている。世界保健機関 (WHO) の試算によれば、世界で実践される健康管理業務のうち 65~80% が CAM の範疇に分類され、主に発展途上国において優位であるという[5]。また先進国においても、生活習慣病の増加、医療費の高騰、予防医学への見識、健康・自己管理意識の高まりやインターネットの普及を背景に、近年利用者が急増している。WHO は、先進国においても人口の3分の1から3分の2が

CAM 利用者であると試算している[6]。国民の約3割が日常的に CAM を受けているとされる米国では、CAM の費用は標準的医療費よりも高く、社会的地位や学歴の高い人々に支持される傾向が見られる[7]。その中でも特にがん患者の場合、50-83% が最低1種類の CAM 療法を受けているとされている。[9][10][11] 日本でも、CAM の経験者は76%に達し [8]、さらに増加傾向にある。がん患者も約45%が何らかの CAM を使用している[12]。

がん患者が CAM を選択する背景には西洋医学への不満がある [13]。これに加え、医師-患者間の CAM に関する対話は、質的にも量的にも不十分であり、結果として CAM をめぐる医療コミュニケーション上の問題が近年顕著化している。

CAM の中には健康を害するものもあり[14]、「非科学的で効果は懐疑的」と考える医師が主流派を占める。患者の CAM 使用状況を把握したい、あるいは止めさせたいと医師が考える一方[C][D]、患者は開示に対して消極的である。その理由としては、(1) 医師が尋ねない、(2) 医師が CAM に無関心もしくは否定的である、(3) 医師がエビデンスを過度に強調する(4) 医師に否定的な反応をされたくない、(5) 医師に知らせる必要はない、(6) 患者自身が CAM の効果に懐疑的である などが挙げられている[4][E]。

このように、EBM 基盤型診療を行う医師と CAM を選択するがん患者の間には「がんの原因は何か」「どうすれば治るのか」「誰が (もしくは何が) 真実を決めるのか」といった基本的な問い、すなわち、認識論に根本的な隔たりが存在する。

3. 患者が考える補完・代替医療の「エビデンス」

では、がん患者はどのような根拠に基づいて CAM を選択するのであろうか。本項では、先行研究により明らかになった4つのテーマに沿って

[15][16]、がん患者の考える「エビデンス」について検討する。なお、下記に示す言説は、サプリメントXの使用者10名(うち8名はがん患者)から得たインタビュー・データの一部である[16]。

3.1 個人的体験

がん患者は、家族や友人・知人からの助言に耳を傾ける傾向があり、CAMを選択したがん生存者が身近にいる場合、その体験談がCAMの治療効果を示すエビデンスとなることがある。がん患者にとって、彼らはいわば「生き証人」であり、その闘病体験は、CAMの効果を裏付ける十分な根拠と捉えられている。

たとえば、大腸がんと乳がんに罹患し、肝臓への転移も疑われ、度重なる手術や抗がん剤治療を受けたAさんは、西洋医学も否定しないが、サプリメントXを選んだ根拠として「(サプリメント資料の)経験談をよく読んで。私はこれでいきたいと思ったんですよ。その経験というのは、もうお医者さんに見放された末期の方がこれに頼って元気になったってことなんですよ」と述べている。

また、乳がん・子宮がんを経験したBさんは、このような個人的な体験談がもたらす意識高揚効果について、「(効果を立証する)データがなくても、やっぱり飲むときには体験談を聞いて、体験談でこういう人がいるんだなって感じで。(治ると)思って飲むんだから、その人の体によっても違うじゃないですか。飲み方とかもね。だから、その人には効いてるんだな、みたいな。効いてるから真似してみようかな、みたいな」と述べている。

3.2 歴史的持続性

CAMの中でも鍼灸治療や漢方療法といった伝統的医療には長い歴史がある。また、薬草や自然食品など、患者自身の家族が何世代にも亘り使用してきたCAMは、その効果を肯定的に評価される傾向が強い[15]。一部のがん患者にとっては、こうした歴史的継続性がCAM選択の根拠となる。

たとえば、悪性リンパ腫を患ったCさんは「西洋医学ってのは結局、医学的には100年くらいの歴史しかないわけですよね・・・」と言う。「(西洋医学は)体内に何かあったら、病原菌を殺そうといった方向で来てたわけですよ。今まで。けど今は生活習慣だから、それとはまた違うわけですよ。」すなわち、生活習慣病の治療には、病気を包括的に捉える東洋・伝統医療の方が有用で、その効果も歴史的に証明されているとしている。

3.3 患者自身が主観的に捉える「正しさ」

科学的裏付けの有無とは別に、がん患者が自らの主観に従って「尤もらしい」治療法を選択することも珍しくない。この主観的な「正しさ」の根拠には、専門的な説明やその治療法を推奨する専門家の肩書きなどが含まれる。サプリメントXを選択したがん患者の中にも、このような説明や肩書きに「正しさ」を見出した者がいた。これらの広告は、利点だけをアピールする「片面提示」であるため、専門的な医学知識を持たないがん患者が真偽を判断するのは実際のところ難しいはずである。しかし推薦者の肩書きや社会的地位による光背効果も手伝い、このような「尤もらしい」情報は患者がCAMを選択する上で十分な根拠となっている。¹

3.4 患者自身による「実験」

補完・代替医療には科学的エビデンスが存在しないのであれば、自ら検証してみようとする患者も存在する。そしてもし確証が得られれば、これを根拠に使用を継続したり、また、体験談として他者に伝えたりする。たとえば、初期の肺がん発見を契機にサプリメントXを摂取し始めたDさんは、74歳と高齢であること、手術による完治が確約されてはいないことを理由に、勧められた外科的治療を断り、サプリメントXに絞って治療している。そして

¹ サプリメントX(仮称)は、DNA・RNAの構成栄養素をサプリメントとして補うことで、新陳代謝・免疫機能を高める栄養補助食品。

その効果の根拠として、自身のがんが進行していないことを挙げている。「やはり、ガンが進行していないということですね。それにつきると思います。普通だったら、三年経つんですから、かなり進んでないでしょうか・・・私の場合三年ですからね。進んでも変じやないかんじですけども、まず、進んでいないんですよ。むしろ、幾分か小さくなっているという感じですから。血液検査とかでも正常範囲ですから」

さらに、CAMを選択する患者の中には、より客観的な解を求めて「動物実験」を行う者もいる。「うちは、犬に飲ませてるんですよ・・・そしたら、(検査の)数値が凄く高かったんですけども、三ヶ月ぐらいましたら、凄く下がっちゃってね、今凄く元気なんですよ」脳梗塞を患って以来、本人もサプリメントXを摂り続けていると話すEさんは、愛犬の検査結果に加え、その毛並がみるみる健康になっていくさまにCAMの効果を実感していた。

4. 科学的エビデンスの限界

このように、がん患者がCAM選択の根拠とする「エビデンス」は、EBMの根拠とは大きく性質が異なる。特にCAM使用者が重視する個人経験と主観は、EBMにおける科学的エビデンスの限界をも浮き彫りにする。

科学的エビデンスに高い信頼性を与えるとされるのは、ランダム化比較試験(Randomized Control Trial; RCT)を用いた研究デザインである。RCTでは、被験者の個人差や当事者の主観性を統制し、薬や治療法の真の効果を同定する。このようなデザインにおいて、主観は排除すべき要因として扱われるが、その一方で、患者の心的状況を左右し、ひいては治療効果に影響を及ぼす重要な要因でもある [17][18][19]。先のインタビュー調査でも「信じてやらないとダメですね。やはり、効くかな、効かないかなって言うより、治るんだ、治すんだ、

と信頼して」と話すDさんの発言に代表されるように、多くの患者が効果を信じて続けることの重要性を述べた。このように効果を左右する重要な要因であるにも拘わらず、RCTにおける「主観」は排除すべき阻害要因とされ、その効果は積極的に検証されていない。

RCTで制御される要因は患者の主観だけに留まらない。患者の属性や特性など、割り付けられる群の特性以外の個体差は理論上すべて統制・制御の対象となる。しかしRCTで問われている基本的な命題は、薬や治療法の効果の因果的な検証である。因果は、厳密には、同一個体内において、原因因子(新薬を服用)を取り除いた時の変化(治癒)によって示される [20]。すなわち、新薬を服用する「私」と偽薬を服用する「私」の間の変化によって導かれる関係である。ただし、2人の「私」が同時に存在するなど非現実的な話であり、実際には我々は、一時に、新薬か偽薬のどちらか一方を経験することしか出来ない。ここに医療における因果推論の根本的な難しさがある。

こうしたことからRCTにおいては、被験者を募り無作為に新薬群と偽薬群に割り付け、グループ間の差を観察する。もし差異が見られれば、薬の効果が認められたことになる。この2つのグループは、新薬を服用する「私」と偽薬を服用する「私」を代理するものだが、この置き換えが成立するためには、割り付けられる治療群の被験者はすべて「私」と同じ特性を有していなければならない。そこで用いられる操作が無作為割り付けである。ランダムに被験者を配置することで、グループ内の個人差は確率論的に相殺され、結果的に置き換えが成立することになる。

しかしながら、RCTが示唆する因果は、配置群内の個人差を統制・制御したときの平均的な効果でしかない。RCTによる臨床試験では個人差を制御してしまうため、どのような特性を有する個人に

どのような効果が期待できるのかは不明のままであることが多い。たとえば、ある臨床実験の協力者がその薬や治療法による副作用を起こしていても、グループ内の個人差として相殺され、治療法の負の側面もランダム化の過程で隠されてしまう。また実際のところ、EBM 基盤型医療が有効なのは6割から9割の患者に限定され、残る1割から4割の患者には適切な医療が提供できないという指摘もある[21]。

一方、医師は、効果の「平均像」に過ぎないエビデンスを基に、背景や事情も様々な患者の治療方針を定めなければならない。「効く人もいれば、効かない人もいるが、何度も治療を繰り返せば、結果的にある治癒率に収束する」というあくまで期待値にすぎない知見を用いて、ひとり一人異なるすべての患者に最良の結果を導くのは、医師にとって至難の業といえるだろう。

5. おわりに

本稿では、補完・代替医療の特徴について考察したが、エビデンスレベルが最も高いとされるRCT による臨床試験でさえ、その研究デザインの特性を鑑みれば、導出されるエビデンスの限界が透けて見える。ケースコントロール研究や臨床報告研究など無作為化の操作が施せない研究デザインでは、さらにエビデンスの不確実性は増すだろう。

EBM は、医師の個人的な経験や知識に依拠してきたこれまでの医療を脱し、科学的エビデンスを意思決定の中心に置くことで、誰が治療にあたっていても一定の効果を期待できる医療の提供を目指してきた。しかしながら、医師が立脚する科学的エビデンスにも不確実性があり、絶対的なものではない。さらには前述のインタビュー調査からも明らかのように、患者は科学的エビデンスとは大きく異なる様々な根拠を基に、治療法を吟味し選択して

いる。必ずしも「科学的エビデンスがない治療≒効果がでない治療」とは考えない CAM ユーザーにとって、西洋医学は数ある選択肢のひとつではない。

冒頭でも述べたように、エビデンスのみを過剰に強調する医師の姿勢は、CAM をめぐるコミュニケーションにおいて、時として医師—患者間の信頼関係を喪失させ、円滑なコミュニケーションを阻む要因となる。EBM は「不確実性の科学」と呼ばれる医学において、臨床現場での不確実性を減じ、医療方針を定める医師の負担軽減に貢献した。しかし、様々な事情をもって病に向き合う患者にとって、科学的根拠や有効性が唯一絶対な判断基準でないことも事実である。患者と真の信頼関係を築くには、医師が立脚するEBM 的な認識論もまた価値依存的 (value-laden) であるという前提を踏まえた上で、患者の多様な認識論に理解を示す必要がある。

謝辞

貴重な補完代替医療の経験を共有していただいた面接参加者のみなさま、また、データ収集にあたってご尽力いただいた青山学院大学の抱井尚子氏に感謝いたします。

【引用文献】

- [1] 中山健夫. ヘルスコミュニケーションの課題と可能性: EBM・治療ガイドライン・患者参加の視点から. 日本ヘルスコミュニケーション研究会雑誌. 2010;1:34-42.
- [2] Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 1996;312:71-2.
- [3] The SPELL. EBM について—医療従事者のために—. <http://spell.umin.jp/EBM.htm> (閲覧日: 2012年10月10日)

- [4] Tasaki K, Maskarinec G, Shumay DM, Tatsumura Y, Kakai H. Communication between physicians and cancer patients about complementary and alternative medicine: Exploring patients' perspectives. *Psycho-Oncology*.2002; 11: 212-20.
- [5] 日本補完代替医療学会. 補完代替医療とは?. <http://www.jcam-net.jp/info/what.html> (閲覧日: 2012年10月10日)
- [6] 兵頭一之介. がんの補完代替医療. *日本補完代替医療学会誌*. 2004;1:7-15.
- [7] Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, Norlock FE, Calkins DR, Delbanco TL. Unconventional Medicine in the United States:Prevalence, Costs, and Patterns of Use. *N Engl J Med*. 1993;328:246-52.
- [8] Yamashita H, Tsukayama H, Sugishita C. Popularity of complementary and alternative medicine in Japan: a telephone survey. *Complement Ther Med*. 2002;10:84-93.
- [9] Lee MM, Lin SS, Wrensch MR, Adler SR, Eisenberg D. Alternative therapies used by women with breast cancer in four ethnic populations. *J Natl Cancer Inst*. 2000; 92: 42-7.
- [10] Richardson MA, Sanders T, Palmer JL, Greisinger A, Singletary SE. Complementary/alternative medicine use in a comprehensive cancer center and the implications for oncology. *J Clin Oncol*. 2000; 18: 2505-14.
- [11] Sparber A, Bauer L, Curt G, Eisenberg D, Levin T, Parks S et al. Use of complementary medicine by adult patients participating in cancer clinical trials. *Oncol Nurs Forum*. 2000; 27: 623-30.
- [12] Hyodo I, Amano N, Eguchi K, Narabayashi M, Imanishi J, Hirai M, Nakano T, Takashima S. Nationwide survey on complementary and alternative medicine in cancer patients in Japan. *J Clin Oncol*.2005;23:2645-54.
- [13] Furnham A. & Vincent C. Reasons for using CAM. Kelner M., Wellman B., Pescosolido B. Saks M. eds. *Complementary and Alternative Medicine: Challenge and Change*. Routledge; 2003; 61-78.
- [14] Ernst E, Cassileth BR. How useful are unconventional cancer treatments. *European Journal of Cancer*.1999; 35: 1608-13.
- [15] Evans M, Shaw A, Thompson EA, Falk S, Turton P, Thompson T, Sharp D. Decisions to use complementary and alternative medicine (CAM) by male cancer patients: information-seeking roles and types of evidence used. *BMC Complement Altern Med*. 2007;7:25.
- [16] 田崎勝也. コミュニケーションを阻む医者と患者の認識論的信念の違いについて. *日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会 シンポジウム「医療コミュニケーションとコミュニケーション学の対話」*2012;Sep.7.
- [17] Watson M, Homewood J, Haviland J, Bliss JM. Influence of psychological response on breast cancer survival: 10-year follow-up of a population-based cohort. *European Journal of Cancer*. 2005;41:1710-4.
- [18] Blake-Mortimer J, Gore-Felton C, Kimerling R, Turner-Cobb JM, Spiegel D. Improving the quality and quantity of life among patients with cancer: a review of the effectiveness of group psychotherapy. *European Journal of Cancer*. 1999;35:1581-6.
- [19] Walker LG, Ratcliffe MA, Dawson AA. Relaxation and hypnotherapy: long term effects on the survival of patients with lymphoma. *Psycho-Oncology*.2000;9:355-6.
- [20] Rubin DB. Estimating causal effects on treatments in randomized and non-randomized

studies. Journal of Educational Psychology. 1974;66:688-701.

[21] 医療教育情報センター . N B M (Narrative-based Medicine) —物語と対話による医療. <http://www.c-mei.jp/BackNum/015r.htm> (閲覧日: 2012年10月10日)

[A] 医療教育情報センター . EBM とは. <http://www.c-mei.jp/BackNum/001r.htm> (閲覧日: 2012年11月1日)

[B] 中山建夫. EBM の手法を用いた治療ガイドライン: 日本における取り組み・課題と展望. 日本補完代替医療学会誌. 2005; 8: 113-125.

[C] Richardson MA, Mâsse LC, Nanny K, Sanders

C. Discrepant views of oncologists and cancer patients on complementary/alternative medicine. Support Care Cancer. 2004; 12: 797-804.

[D] Lerner IJ, Kennedy BJ. The prevalence of questionable methods of cancer treatment in the United States. CA Cancer J Clin. 1992; 42: 181-191.

[E] Kim DY, Kim, BS, Lee KH, Lee MA, Hong YS, Shin SW, Lee SN. Discrepant views of Korean oncologists and cancer patients on complementary and alternative medicine. Cancer Res Treat. 2008; 40: 87-92.

第2部 職種を超えた連携とコミュニケーション

コーディネータ：岩隈美穂（京都大学）・小川哲次（広島大学）

医療には、実に様々なそして多くの医療・健康・福祉などの専門職が関与する。これらの専門職には、安全で質の高い医療を提供するために、患者・家族・重要他者との人間関係づくりはもちろん、それぞれの専門職種を越えた専門職間の連携とコミュニケーションが必要であることは言うまでもない。

このような専門性が異なる異職種間、異業種間、多職種間、他職種間、チーム間の連携においては、他から学ぶ協調学習、コミュニケーション、省察、問題解決などの能力が必要され、各医療系教育機関では、これを卒前で学修する専門職連携教育（IPW: Inter-Professional Education）が行われようとしている。

本セッションは、専門職連携とはなんぞやからはじまり、そして、この専門職連携教育 IPE の現状を紐解きながら、専門職種連携（IPW: Inter-Professional Work, Collaborative Practice）におけるコミュニケーション研究のための糸口や手がかりを探ることとして企画された。

まず、第1発表者である慶應義塾大学教授の山内慶太氏は、背景の異なる専門家・専門職間のコミュニケーションを考える上でも大切なヒントとなりそうな『他から学ぶ（協調学習）』について発表した。福沢が残した、「自分の専門を絶対視せず相対化する」や「自由の気風」の学問探求における必要性は、現在大きな関心が寄せられている IPE/IPW と福沢諭吉を結ぶ「温故知新」の報告であった。

次いで、第2発表者である酒井郁子氏は千葉大学の「玄鼻 IPE プログラム」の立ち上げから関わってきた一人である。決して平たんではなかった医薬看3学部の専門職連携教育プログラムの「事始め」や、学生からの「（IPE を教えている）先生同士の連携が取れていない」といった指摘から、「教員の行動から学生は学ぶ」といった「Hidden Curriculum（隠れたカリキュラム）」の重要性を指摘した。

第3発表者である広島大学教授の高永茂氏は、未知領域である専門職種連携（IPW）のコミュニケーション研究を行うにあたって言語学の立場から発言された。「医療現場」からの要望に、多分野の研究者はどのように協働し、貢献することができるのか、といった課題について、聞き取り調査（薬剤師、SP 養成講座主催者）からヒントを探る発表だった。

本セッションは、医療系（看護）からだけでなく、社会科学（言語学）、歴史（福沢諭吉研究）から IPE/IPW を眺めた「他職種」発表となった。バックグラウンドが異なる3者3様の発表から、イシューへの切り口の豊かさが示唆され、医療職以外へも拓かれた本学会の真骨頂のセッションであったといえる。

総合大学医療系3学部の専門職連携教育プログラムを開発した 教職員の連携とコミュニケーション

酒井郁子

千葉大学大学院看護学研究科

抄録

専門職連携教育 (Interprofessional Education 以下IPE) の定義は「2つ以上の専門職の学生が、効果的な協働を可能にし、医療効果を改善するためにともに学び、お互いから学び合いながら、お互いのことを学ぶこと」である。国立大学法人千葉大学亥鼻 (いのはな) キャンパスには医学部、看護学部及び医学部附属病院等が置かれている。医学部は1学年定員115名、看護学部は80名、薬学部は80名の計275人である。国立総合大学にある医療系3学部が基礎教育課程の学生に提供するIPEプログラムを開発、導入、定着させてきた。

亥鼻IPEは、2005年より準備を始め、2006年から教員がまずIPEについてともに学ぶ機会をもった。2007年より医学部・看護学部・薬学部それぞれの必修科目としてスタートした。亥鼻IPEでは、医学部・看護学部・薬学部の1年生から4年生まで、合計1000人を超える学生に対して教育プログラムを提供している。協力する教職員、TAは3学部合わせて100人を超え、協力施設は千葉県内80カ所という大規模教育プロジェクトである。そのためプログラムの中に「お互いから学び合う」ためのコミュニケーションの場と機会を確保するしかけを多数設定している。これは学生のためだけでなく、教職員が学生や他職種から学ぶチャンスにもなっている。開始から6年経過した現在IPEという言葉が千葉大学に浸透している。大学病院への卒業生の就職が増加しつつある。プロジェクトに携わる教職員は学部を超えたコミュニケーションを発展させていき、保健医療福祉の現場の職員との交流の機会も多くなった。

キーワード： 専門職連携、IPE、チーム医療、コミュニケーション

1. はじめに

国立大学法人千葉大学の学部学生の収容定員は9,795名であり、大学院研究科入学定員は、博士課程257名、修士課程916名、専門職学位課程40名で収容定員は2,880名と大規模な総合大学である。千葉県に4つのキャンパスを有し、そのうちの亥鼻（いのはな）キャンパスは千葉市中央区亥鼻の台地に医学部、看護学部及び医学部附属病院等が置かれている[1]。医学部は1学年定員110名、看護学部は80名、薬学部は80名の計270人である。

本論考では、このような国立総合大学にある医療系3学部が基礎教育課程の学生に提供するIPEプログラムを開発、導入、定着させるプロセスにおいて、そのプロジェクトに携わる教職員がどのようにコミュニケーションを発展させていったのか、それにはどのような意義があったのかについてまとめた。

専門職連携教育の定義は「2つ以上の専門職の学生が、効果的な協働を可能にし、医療効果を改善するためにともに学び、お互いから学び合いながら、お互いのことを学ぶこと」[2]である。また、CAIPE (Centre For The Advancement Of Interprofessional Education) では、IPEを、「大学での学びと、資格取得前後の臨地実践での学びのすべてを含むものであり、プロフェッショナルという視点を含むものとして採用し使用する」と規定している[4]。つまり、IPEの目的は、医療の効果の改善であり、その方法として、ともに学ぶだけではなく、お互いからお互いについて学ぶという相互作用を重視した方法をとるものである。また資格取得を目指した基礎教育だけで行われるものではなく、専門職としての生涯学習として位置付けられている。

2. 千葉大学亥鼻 IPE の開発過程と教育内容

2.1 「ともに学ぶ¹⁾」ことへのチャレンジ: 亥鼻 IPE 開始前の亥鼻キャンパス

亥鼻 IPE は、2005年より準備を始め、2007年より医学部・看護学部・薬学部それぞれの必修科目としてスタートした[5]。開始の詳細やプログラム、教育内容については、文献[6]に詳述したので参照されたい。

2005年以前、亥鼻キャンパスには医学部と看護学部だけであり、薬学部は西千葉キャンパスと物理的にも離れており、教育研究上の交流はほとんどなく、活動が分離していた。そのため、コミュニケーションの不足以前にその必要性すら感じられない状況にあった。一方で、医学教育改革、看護教育の高度化、薬剤師養成の6年制移行といった教育改革の波が一気に押し寄せ、3学部ともカリキュラム改革などに取り組む必要性に迫られていた。それとともに、3学部とも自大学の大学病院に卒業生が残らない状況が顕在化しつつあった。千葉大学は千葉県における医療人教育の拠点であり、千葉県の医療人材育成の根幹にかかわる課題として3学部の教員の危機感が募っていた。

2005年3月、看護学部教員がIPEに関する情報収集を開始、英国視察を行った。ついで2006年3月には英国レスター大学において研修に参加した。同年5月レスター大学教員が訪日した折、亥鼻キャンパスにも招へいし、IPEに関する

¹⁾原文は以下の通りである。occurs when two or more professions learn about, from and with each other to enable effective collaboration and improve health outcomes.* Professional is an all-encompassing term that includes individuals with the knowledge and/or skills to contribute to the physical, mental and social well-being of a community[3]

る講演会を行うことになった。その準備を進めていた看護学部教員が、IPE の講演会なのだから、医学部と薬学部の教員にも声をかけようと発案したところ、思いがけなく医学部、薬学部の当時の学部長および教務委員長はじめ、数十人の教員が参加した。この講演会は初めて3学部の教員が「ともに学ぶ」ということに取り組む機会となった。

この後すぐに、3学部の学部長が亥鼻キャンパスでIPEを進めていこうと合意した。これが現在の亥鼻IPEの起源である。そしてさまざまな改革、変遷を経て今に至っている。解決すべき課題が明らかになりつつあるところで、先行事例を共に学び、情報を共有したこと、組織の責任者が「ともに学ぶ」という機会を得たことにより、組織的意思決定が迅速にできたと考えられる。

2.2 亥鼻 IPE の特徴 「お互いから学び合う」ためのしかけ

亥鼻IPEでは、毎年合計1000人を超える学生に対してIPEプログラムを提供している。協力する教職員、TAは3学部合わせて100人を超え、協力施設は千葉県内80カ所という大規模プロジェクトである。IPE関連のFDは年に3回実施されている。これらの運営はIPE専任教員2名とプログラムの洗練、教材開発、評価研究といった教育プロジェクトの根幹を支えるコアメンバー12人（各学部から3-4人）によって行われている。

亥鼻IPEのユニークな点は、①3学部が必修科目として位置付けている、②1年生から4年生までの多年度積み上げ型の教育である、③千葉県内の保健医療福祉施設、および大学病院との協働により展開している、④学習目標の達成について授業評価をもとに毎年内容を調整している、の4点だと考えている。そしてプログラ

ム実施「お互いから学び合う」ためのしかけを多数設定している。

たとえば、亥鼻IPEの教育方法は、1年生から4年生まで一貫して、3学部の学生で構成されるグループ（ミックスグループ）による、課題発見・達成型のワークが中心である。このグループワークのファシリテーションは違う学部の教員がペアを組み行う。学生だけでなく、教員にとってもお互いから学び合う機会となっている。そしてミックスグループが実習に行く先の職員に毎年「IPE学習のまとめ」として、学生のレポートなどをまとめた冊子を配布している。大学病院の専門職には4年次IPEプログラムである、模擬患者への面接と退院計画立案について、学生へのコンサルテーションを依頼している。その際に学生に対しては自職種とは違う専門職のところにコンサルテーションに行くように調整している[7]。このしかけにより大学病院の職員は他職種の学生から相談を受けることになり、学生が職員から学ぶだけでなく、職員が学生から学ぶ機会となっている。

3. 教職員の連携とコミュニケーションの発展

3.1 運営担当の教職員の連携の発展過程 お互いのことを学ぶ

亥鼻IPEが、現在のところ順調に展開しているのは、かかわる教職員がIPEに対して主体的に教育に取り組んでいるからである。開始当初は、運営担当教員ですら、互いのイメージする看護職、薬剤師、医師像と現実のギャップ、専門職性の考え方の相違、学習成果の評価に関する厳密さの相違、仕事の進め方のペースの違いなどにより対立が強まったことが何度となくあった。そのたびに乗り越え、新たな教育方法にチャレンジできたのは、「患者・サービス利用者中心の医療を担う自律した医療組織人を育成す

る」ということと亥鼻 IPE の理念を共有していたことによる。そして大学本部からの支援、文部科学省からの助成金の獲得により運営体制を構築できたことにより安定した教育が可能となった。

また亥鼻 IPE にかかわるすべての人に適用されるグランドルール[8]を初期に設定していたことが非常に効果的だった。医療人は基本的に誠実でルールを守るという価値を有する。グランドルールを明確にすることで、不必要な対立が減少し、また対立が生じたとしても回避するのではなく、解決のための対話をしようという姿勢を取ることができた。

対話が増えることにより、運営担当者はお互いのことを学ぶ機会が増える。互いのことを学ぶことで、その教育背景、隠されていた困難や努力、これから目指していきたいことといったメンバーそれぞれの内面を理解するようになった。互いに互いのことを学ぶことでメンバー同士が尊敬し、尊重することができるようになったと考える。

3.2 IPE におけるコミュニケーションの発展と波及効果 専門職としての生涯学習

IPE という言葉が千葉大学に浸透しつつある。因果関係は明確ではないが、看護学部の卒業生は、亥鼻 IPE 開始後から徐々に大学病院への就職が増えつつあり、現在 80 名のうち、30-40 名が大学病院に就職するようになった。教職員では学部を超えたプロジェクトが企画されつつあり、その結果コミュニケーションの機会も増えている。亥鼻キャンパスの教職員が一人一人 IPE を学び、学生への効果を実感し、IPE の実施に主体的になれば、IPE に関わることもそのものが専門職としての生涯学習の機会となる。しかし運営面ではまだ不安定要素もあり、今後の課題も多い。

4. おわりに チーム医療と IPE 今後の課題と展望

学生は、教員が教えたいことを学ぶのではなく、教員のしていることを学ぶ。学生にかかわる教職員が、IPE を面倒に思ったり、懐疑的であったりすれば、IPE に対する否定的な態度を学ぶだろう。他職種を尊重してほしいと思ったら、「他職種を尊重しなさい」というだけでなく、実際に学生及び他職種に対して尊重する態度を取ることが出来なくてはならない。このような教員のリフレクションと行動の変容が個々人のコミュニケーションを改善し、連携協働が推進されると考える。一連の行動変容をけん引するのは、IPE の意義を常に意識し、医療と教育の改善のために行うという信念であると考ええる。

【参考文献】

[1]千葉大学. 概要.

<http://www.chiba-u.ac.jp/general/identity/about/index.html>(閲覧 2012 年 10 月 20 日)

[2]日本語版専門職連携のためのコアコンピテンシー：専門職連携教育共同作業部会専門委員会専門委員会報告書，ワシントン D.C.：専門職連家教育作業部，2012；2.

[3]World Health Organization (WHO).

Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: World Health Organization.

http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HPNI10.3_eng.pdf(閲覧 2012 年 10 月 26 日)

[4]CAIPE

<http://www.caipe.org.uk/resources/defining-ipe/> 閲覧 2012 年 10 月 26 日

[5]千葉大学亥鼻 IPE. 亥鼻 IPE のあゆみ.

http://www.p.chiba-u.ac.jp/ipe/about/about_ay

umi.html (閲覧 2012 年 10 月 26 日)

[6]酒井郁子. チーム医療を培う IPE 千葉大学
「亥鼻 IPE」の現在 看護学部・医学部・薬学
部の連携協働プロジェクトの進化, 看護教育
2011 ; 52 ; 6 ; 444-450.

[7]千葉大学亥鼻 IPE. 学習の内容・体制. Step4
統合

http://www.p.chiba-u.ac.jp/ipe/curriculum/curriculum_step4.html (閲覧2012年10月26日)

[8]千葉大学亥鼻 IPE. 亥鼻 IPE について. 亥
鼻 IPE の原則「グランドルール」

http://www.p.chiba-u.ac.jp/ipe/about/about_gensoku.html(閲覧 2012 年 10 月 31 日)

他職種の要望にどのように対応するのか

高永 茂

広島大学大学院文学研究科

抄録

本稿では、医療に係わる現場の「要望」に対して専門分野からどのようなアプローチができるかを検討する。とくに言語学の立場から、他職種と協働しながら研究を行うとき、どのような状況が生じるのかを考察する。平成24年4月～9月にかけて、薬剤師1名とSP養成講座の主催者1名に聞き取り調査を行い、教育や研究に何を望むかということを中心に話をしてもらった。薬剤師からの要望とSPからの要望を整理した上で、この要望に対してどのような研究のスタイルをとることができるかを検討した。現場の要望を中心にした研究では3つの選択が考えられる。その中で「自分自身の研究の幅を広げる」あるいは「共同研究を行う」場合、その成果は主に現場に還元され、同時に学界へ寄与することも期待される。研究者主導の研究では成果はまずは学界（学会）で発表されて、そののち様々な機会に徐々に知られていくことになる。ただし、成果発表の場が専門家の集う学会であった場合、他分野の研究者や医療関係者、一般の患者が研究成果に直接触れる機会は少ない。この点からすると、異業種の関係者が一堂に会する日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会のような場は大変貴重であると言える。他職種の研究者あるいは従事者と連携する場合、研究の当事者はいくつかの選択を迫られることになる。現場の要望を中心にして研究を行うのか、研究者の目的や専門性の範囲内で研究を行うのか。成果を現場に還元することに比重を置いて研究を行うのか、学界への学術的貢献に比重を置いて研究を行うのか。

キーワード： 他職種、言語学、要望、薬剤師、SP

1. はじめに

医療現場あるいは医療に関連する現場の「要望」に対して専門分野からどのようなアプローチができるかを検討する。とくに、本稿の執筆者の専門分野である言語学の立場から、他職種

と協働しながら研究を行う時にどのような状況が生じるのかを考察する。

2. 聞き取り調査

平成24年4月～9月にかけて、次の個人なら

びに研究会のメンバーに聞き取り調査（以下では、インタビューとする）を行い、教育や研究に何を望むかということを中心に話してもらった。インタビューの対象は、薬剤師1名（県立広島病院勤務）、SP 養成講座の主催者1名（岡山 SP 研究会代表）である。なお、ここでの SP は模擬患者を指す。

3. インタビューの結果

3.1 薬剤師へのインタビュー

2012年7月に実施し、その後何度かフォローアップインタビューを行った。

まず高永から「大学における薬剤師の教育に望むことは何ですか?」という質問を行った。この質問に対する、薬剤師からの回答は以下のようなものであった。（・が一つひとつの回答を表す）

・やさしさや思いやりが必要だ。・研修生は患者さんを平気で待たせる。「ちょっと時間がかかりますが、よろしいですか」の一言がない。・研修生はすぐに答えられないことがある。その時に患者さんへかける一言がほしい。その一言がないと、患者さんが不安、不快に感じる。自分（ベテランの薬剤師）が患者さんのところへ行ったときに、まずお詫びすることから始めないといけなくなる。・病院に来る患者さんは、不安を感じている。その気持ちをくみ取ることが大事。ただし、適度な距離感が必要。・薬の説明を自分の言葉でできるようになってほしい。・患者さんの年代、相手によって自分の言葉で言い替えられるようになってほしい。・印刷物だけによる服薬指導が問題になっている。紙面で説明できるのならば、薬剤師はいらない。紋切型の説明でいいのかという問題もある。本当に患者さんに説明が理解されているのか、わからない。・病棟へおもむく薬剤師は、「全権大使」だという

自覚と責任感が必要だ。

3.2 薬剤師からの要望

薬剤師からの要望をまとめると、次のようになるだろう。

- (1) やさしさと思いやりのある薬剤師の養成。
- (2) （広義の）配慮表現を習得させる。
- (3) 年代、性別、職業といった患者の属性によって話し方を変えられるようなスキルを習得させる。
- (4) 薬の説明や服薬指導を自分自身の言葉で行えるようにトレーニングする。

3.3 SP へのインタビュー

平成24年4月～8月にかけて、岡山 SP 研究会が主催する SP 養成講座でインタビューを行った。インタビューは、養成講座の終了後に実施した。

まず高永から「SPのコミュニケーションについて研究してほしいことがあれば、教えてください」という質問を行った。この質問に対する SP からの回答は以下のようなものであった。

・しゃべり方には、癖とか、その人の背景とか人生が影響している。どのように、その人の言葉や表情や態度に現れているのか。・その人なりの人生が、言葉や態度につながると、SP 養成講座で受講生に話している。もし研究できるのであれば研究してほしい。・人間と言葉、人生と言葉。言葉だけでない、非言語も。・言語とか非言語だけに注意を向けるコミュニケーション教育がはびこり過ぎているのではないかと思うこともある。・それを生み出している自分の癖や背景が見えないと、同じことの繰り返しではないかと思う。・基本はスキルなのだけれども、医療者になるのであればそこら辺まで感じ取ってもらいたいから、こういう研究もあるよっていうのがあったら、おもしろいだろうと思う。・人生

やその人の癖と、言葉とのつながりが表れても
おもしろい。なぜかという、自分を受け入れ
るとか人生を受け入れるというのは自分の癖が
見えてこそなのだ。

次に、「ビデオの分析は役に立つか、談話分析
することに意味があるか、細かいタイミングを
計ることに意味があると思うか？」という質問
を行った。

・非言語にあらわれるものが、零コンマ何秒
のような、形となって示されても面白いと思
う。・人間の愛とか、ぬくもりとか、悲しみが感
じられる数値があれば見てみたい。・4月の研修
歯科医の実習で、SP サイドからの心の動きのフ
ィードバックと、医療者側の専門的なスキルの
フィードバックと、コミュニケーションの専門
家からのアドバイスがあった。ものすごく融合
されている感じを受けた。(その場のやり取りが)
平面から立体的に立ち上がってくるような印象
を受けた。しかも線がつながって空間が見えた
感じが面白かった。

3.4 SP からの要望

SP からの要望をまとめると、次のようになる
だろう。

- (1) 人生や背景が、その人の話し方や言葉
遣いにどのように影響しているのかを研
究してほしい。
- (2) 言語的・非言語的スキルは基本として
大事なのだが、それを越えたコミュニケー
ション能力の養成が必要だ。
- (3) 自分の癖を受け入れる→自分を受け
入れる→SP に変化が見られるようになる。
これら相互の関連性を研究してほしい。
- (4) 多職種からのフィードバックやアド
バイスを融合させた新たな指導法を生み
出す研究をしてほしい。

3.5 薬剤師からの要望 どのように対応できるか

「広義の配慮表現を習得させる」と「年代、
性別、職業といった患者の属性によって話し方
を変えられるようなスキルを習得させる」の 2
つの要望には、言語学の立場から比較的協力が
しやすい。前者は語用論、談話分析の知見を応
用できる。後者には社会言語学、心理言語学の
成果が応用できる。しかしながら、「薬の説明や
服薬指導を自分自身の言葉で行えるようにトレ
ーニングする」と「やさしさと思いやりのある
薬剤師の養成」については、医療分野や教育学
分野との共同研究が必要となるだろう。

3.6 SP からの要望にどのように対応できるか

「自分の癖を知り、自分を受け入れることが
できるようになると、SP に変化が見られるよう
になること」と「言語的・非言語的スキルを越
えたコミュニケーション能力の養成」を「スキ
ルの身体化」と呼ぶことにする。これは重要な
研究課題になると考えられる。SP の養成講座に
おいて約半年間の講習や実習を行うわけである
が、すぐさまベテランの SP と同じように様々
なシナリオや場面設定に対応できるわけではな
い。養成プログラムで習得した技術は有用なも
のであるが、そのままでは自分で思うように操
ることができない。お仕着せの服と同じこと
である。自分の身体に合うように服を加工しな
ければ、自分にとってしっくりとしたものにな
らない。もちろん着こなすこともできない。どん
なに有用なスキルを学習しても、自分の特徴に
合わせて調整しなければならない。その過程が、
スキルの身体化である。どのような段階を経れ
ば身体化が達成されるかはまだ明らかにされて
いない。もし諸要素の関連性がわかり、身体化
を養成プログラム中あるいは将来の生活の中に
位置づけることができれば、SP の技量の向上に
も役立つはずである。スキルの身体化は SP の
養成においてだけでなく、医学教育においても

重要なキーワードとなるであろう。

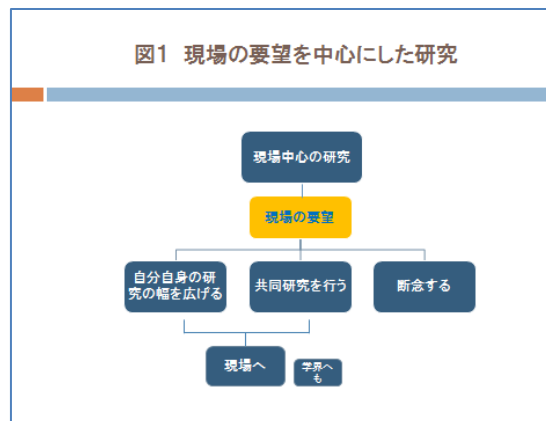
「多職種からのフィードバックやアドバイスが融合した、新たな指導法の開発」は指導という観点からすれば効果的な方法であろう。ただし実現するためには、その場に必要の人員を多く揃えなければならないこともあり、なかなか実施が難しいかもしれない。

「人生や背景が、その人の話し方や言葉遣いにどのように影響しているのか」を研究の俎上に載せるのはさらに難しい。話者の人生経験がその話し方や言葉遣いに何らかの刻印を残すことは想像できる。その点で、ナラティブやレトリックの研究が役立つかもしれない 1・2。しかしながら、具体的にどのようなアプローチをすれば実証的な研究になるのか、明確なイメージが持ちにくい。

3.7 どのような研究のスタイルをとるのか

現場の要望を聞いた後に、研究者がどのような選択をするのかを考えてみたい。以下では、「現場の要望を中心にした研究」と「研究者主導の研究」に二分して論じているが、もちろん両者の間に位置する研究やまったく異なるスタイルの研究もあり得る。本稿ではそのような研究については考察していない。

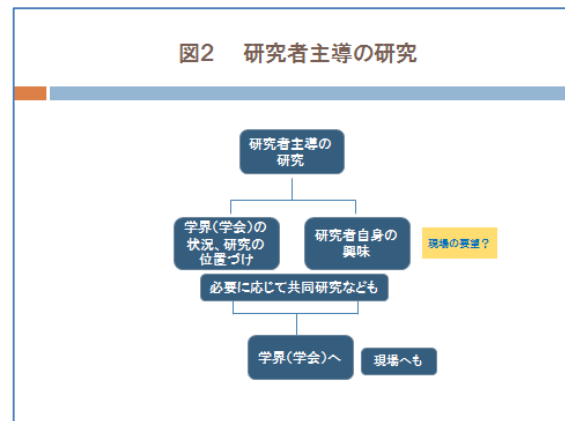
3.7.1 現場の要望を中心にした研究



この場合、現場の要望を聞いた後に行う選択

には3つあるだろう。つまり、「自分自身の研究の幅を広げる」、「共同研究を行う」、「研究を断念する」のいずれかである。ただし共同研究を行う場合にも、共同研究者が担当する分野についても予備的な知識を持つことになるので、当然自分自身の守備範囲を拡大することにつながるだろう。いずれにせよ、前二者の場合には一定の研究成果が得られることになる。その成果は主に現場に還元され、同時に学界へ寄与することも期待される。

3.7.2 研究者主導の研究



この場合、「研究者自身の学問的な興味」と「学界（学会）の状況・研究の位置づけ」が優先される。研究者各人の専門分野において通常の研究を開始する時には、ほとんどがこれに当てはまるだろう。研究の形態としては一人の研究者単独の場合もあろうが、他分野の研究者と協働することが必要な時には、共同研究となることも多いだろう。ここで気にかかるのが、現場の要望が反映される余地があるのかという点である。研究者の視線がどこを向いているのかを考えると、研究者集団や研究者自身の方向ではなかろうか。大学や研究機関に身を置いている立場では、学術的な成果を上げて、しかるべき学会で評価を得なければならない。与えられた研究費に見合うだけの業績を上げることが責務と

なることもある。そのような状況を考えると、視線の向く先は自ずと限定されてくるのかも知れない。しかしながら、できることならば、医療現場あるいは医療を受ける患者の要望（生の声）を汲み上げる姿勢も必要なのではなかろうか。

研究成果はまずは学界（学会）で発表されたのち、様々な機会を得て徐々に知られていくことになるだろう。ただし成果発表の場が専門家の集う学会であった場合、他分野の研究者や医療関係者、一般の患者が研究成果に直接に触れる機会はほとんどないのではなかろうか。この点からすると、異業種の関係者が一堂に会する日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会のような場は大変貴重であると言える。

4. 法言語学の場合

ここで、言語学と他分野の研究との接点として確立されつつある「法言語学」[3]の状況を考察してみたい。

「法言語学」は、法の言語と司法過程（主に裁判）の言語の言語学的研究を行う分野である。法言語学の対象は主に①法（法律）の言語、②司法過程（主に裁判）の言語であり、この対象にアプローチするために言語学の方法論が用いられる。この分野は学際的な研究として応用言語学に位置づけることもできる。

法言語学においては、応用言語学として専門分野にも寄与し、法の現場にも成果が還元されている。異業種間の共同研究が比較的成功している事例である。その背景には、「法」の世界では言葉の意味と解釈が問題となることが多く、同時に文書が重要視されること（文書主義）が挙げられる。この特徴ゆえに言語学との親和性が高いということである。

ただしここで気づいていただきたいのは、こ

の分野の名称が「法言語学」であって「法コミュニケーション研究」ではないという点である。その理由として二つのことが考えられる。一つは、言語学の方法論的限界である。言語学には文法論、語彙論、音声学、語用論をはじめ多くの専門分野が存在し、それぞれの分野で成果をあげてきた。しかしコミュニケーションを総体として取り扱うには従来の方法では不十分だということである。時々刻々変化するコミュニケーションの様相を捉えるには、言語学自体あるいは言語学者自身があらたな視点と方法を導入する必要があるとも言える。二つ目は、コミュニケーションの中核を成す「会話」はなかなか扱えないということである。おそらく法廷でのやり取りは、録画や録音はされたとしても文字化して公表することが難しいであろう。また、話し手や聞き手を特定して発話を分析する時にはその発言内容にも言及することとなり、法律に抵触するような事態もあるのだろう。

5. おわりに

他職種の研究者あるいは従事者と連携する場合、当該の研究者はいくつかの選択を迫られることになる。この選択はいくつかの段階でなされることになる。現場の要望を中心にして研究を行うのか、研究者の目的や専門性の範囲内で研究を行うのか。成果を現場に還元することに比重を置いて研究を行うのか、学界（学会）への学術的貢献に比重を置いて研究を行うのか。何を選択するのか、周囲から問われたり自問したりすることになるだろう。本稿の執筆者自身は、医療現場あるいは医療を受ける患者の要望にできるかぎり応えられるような研究を行いたいと思っている。そのような取り組みを実践することが自分自身の課題でもある。

【参考文献】

- [1]藤崎和彦・橋本英樹. 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]日本コミュニケーション学会編. 現代日本のコミュニケーション研究—日本コミュニケーション学の足跡と展望. 三修社, 2011
- [3]橋内武・堀田秀吾編著. 法と言語 法言語学へのいざない. くろしお出版, 2012

第3部 行動変容につなげるヘルスキャンペーン

コーディネータ：秋山美紀（慶應義塾大学）・高山智子（国立がん研究センター）

キャンペーンとは、ある目的をもって、大衆や一定の集団（マス）に対して、組織的に働きかけること、またはそうした運動を指す。「ヘルスキャンペーン」の場合は、その目的が健康に関連する意識の変化や行動変容（たとえば禁煙、食生活や運動習慣の改善、検診受診等）となる。実際のキャンペーンは、リーフレットや冊子、ポスター、雑誌や新聞、ラジオやテレビといった様々な広報資材やメディアを組み合わせて行われることが多い。

従来ヘルスキャンペーンの多くは、一般集団全員に向けて画一的に行われていたが、そのような方法では、最終的なゴールである行動変容という効果につながりにくいことが知られるようになってきた。最近では、行動変容を起こしてほしい対象に効果的に働きかけるために、ソーシャルマーケティング、ターゲットのセグメンテーション、イメージアップのためのブランディング戦略等、もともと製品の販売促進のための広告戦略等に使われてきた手法を用いたキャンペーンの重要性が認識されるようになってきている。

本セッションは、実際に効果を上げてきた全国のヘルスキャンペーンの先進事例について発表を聞いた上で、具体的なノウハウを議論するというものであった。

はじめに、山形県庄内保健所長の松田徹氏が、がん検診受診率を上げるために取り組んできた様々な受診勧奨の方法とその成果について発表した。各ターゲット層の受診の障害になっている要素を事前に調査し、それに基づき「クイック検診」や「レディース検診」といった企画を立てて、それを効果的に広報することの重要性が示された。チラシやポスターを用いた広報にあたっては、「がん検診無料化」、「庄内町」が「職場のがん検診のない方」に、「女性医師・スタッフのがん検診」「1時間で終わるがん検診」をと、メッセージを明確に伝える工夫がなされた。

また滋賀医科大学教授の宮松直美氏は、脳卒中の予防・症状・治療等を取り上げたマスメディアによる啓発活動を1年間通して行うことにより、一般市民の脳卒中に関する知識がどの程度向上するかを検証した介入研究について発表した。宮松氏らの研究によって、マスメディアによる啓発活動は一般市民の中でも特に女性において、脳卒中発作時症状の認識に効果的であることが示された。

さらに、(株)キャンサースキャン社長の福吉潤氏からは、乳がん検診の受診率を上げるために自治体がリーフレットを作成する上で示唆に富む発表があった。福吉氏らは、ターゲットとなる集団を特徴のある集団に分類する「セグメンテーション」という方法を用いて、各集団ごとに異なるデザインとメッセージのリーフレットを送付した結果、集団全員に同一のアプローチをする場合に比べて有意に受診率が高くなるという結果を得た。

3名の演者の発表の後、会場の来場者からは、効果を上げるための具体的なノウハウや、ステークホルダーの調整等について、具体的な質問が多くされ、活発なディスカッションが行われた。

子供や医師からのがん検診受診勧奨 —受診者のアンケート調査結果から—

松田 徹・菅原彰一

山形県庄内保健所

抄録

がん検診受診率を上げることは我が国の緊急の課題である。平成22年度に本保健所域内の庄内町で「職場でがん検診を受診する機会のない従業員」の受診向上を目指し、モデル事業を行った。その効果を計るため、がん検診を受診した人にアンケート調査を実施し、検討した。

事業は検診の待ち時間の短縮などをうたった「クイック」検診、女性限定とした「レディース」検診を主体とした。また、その他の取り組みとしてがん検診無料化、的確なメッセージを伝えるためのポスター、リーフレットの工夫、商工会を通じた事業所への周知等による職域機関との連携を行った。さらに小学生から両親、祖父母への受診を勧めるメッセージを盛り込んだパンフレットの配布を行った。加えて町内の10名の医師に、患者に対するがん検診受診勧奨を依頼した。実施にあたっては保健所職員が病院と診療所を訪問し、日本医師会のガイドブックを用いて説明し、ポスター・リーフレットを提供し協力をお願いした。

小学生949人を通じた家族への受診勧奨により、受診のきっかけとして本取り組みを挙げた人は5名であった。これらは女性が多く、30～40歳代が多かった。また、子供や孫から勧められた人は11名で、うち10名は女性であった。これらから子どもからの受診勧奨は、女性に対しての効果が大きいことが示された。

また、医師からの受診勧奨の効果は不十分であったが、比較的高齢者に対する影響が大きいことが分かった。

キーワード： がん検診、受診勧奨、キャンペーン、勤労者

1. はじめに

がん検診受診率を上げることは我が国の緊急の課題である。青壮年世代の半数以上は勤労者で、これらの人達のがん検診受診率は十分では

ない。

山形県庄内保健所では平成21年度に、域内の勤労者へのアンケート調査を行った[1]。その結果、勤労者のうち職場で受診機会があり受診し

ている人は 68%、機会はあるが受診していない人は 11%、機会がない人は 18%であった。その機会がない勤労者のうち、市町村のがん検診を受診している人は 38%、市町村のがん検診を知っているが受診していない人は 46%、知らない人は 15%であった。これらの人を如何にして地域がん検診に誘導するかが地域課題であり、今回は「職場でがん検診の受診機会のない従業員」を対象を絞ってモデル検診を行うこととした。

2. モデル検診の概要

山形県庄保健所管内の庄内町は平成 22 年度より地域がん検診を無料化した町である。この庄内町で「職場でがん検診の受診機会のない従業員」の受診向上を目指しモデル事業を行った。モデル事業は、通常のがん検診が終わり未受診者向けの検診を行う冬に実施した。内容は、① 1 時間で終わる検診、土曜・日曜実施、早朝実施などをうたった「クイック」検診、②受診者を女性に限定、女性医師・女性スタッフ、託児、送迎バスを運行する「レディース」検診である。検診機関の人的な実施許容能力もあり、上記は各 2 回の実施とした。

同町の人口規模から、がん検診受診率は胃・大腸・肺がん検診で最大 2%強の増加が見積もられる程度であった。しかし諸対策の成果もあり、前年比で胃 4%、大腸 8%、肺 3%、子宮 4%、乳 3%の増加を見た。モデル検診の成果は受診に至った町民の意識調査結果が重要な点と考えられた。

3. その他の勧奨事業

事業はクイック検診、レディース検診を主体としたが、小学校の協力を得て、小学生から家族への受診を勧める各自のメッセージを盛り込んだパンフレットも配布した。小学生の両親は

40 歳より若い人も多く、子宮頸がん検診を除いて、がん検診の対象年齢に満たない場合もあるうとは考えられたが、祖父母への影響力も期待して実施することとした。

加えて町内で開業している 10 名の医師に、患者に対するがん検診受診勧奨を依頼した。

また、その他の取り組みとして、同年度から同町で開始されたがん検診無料化、的確なメッセージを伝えるためのポスター 800 枚、リーフレット 13,000 枚の配布、商工会を通じた事業所への周知等による職域機関との連携を行った。ポスターやリーフレットのデザインは誰が誰に何を訴えるかについて、「庄内町」が「職場のがん検診のない方」に、「女性医師・スタッフのがん検診」「1 時間で終わるがん検診」をと、明確に伝えるように表現の工夫も行った。

このほか、乳幼児健診などでの啓発、過去 3 年間胃がん検診を受けなかった人への再受診勧奨なども行った。

4. アンケート調査

これら事業の効果を検証するため、モデル検診を受診した人にアンケート調査を実施した [1]。

4.1 方法

アンケート調査は検診終了後、会場で質問用紙に答えてもらうこととし、必要に応じて対面での聞き取りを行った。

「何で知りましたか」という情報入手経路を問う質問は複数回答可とし、選択項目は・町からの案内(再勧奨)・子供からのメッセージ・ちらし・ポスター・町の広報誌・他人からの勧め・家族からの勧め・その他とした。

「受診理由(きっかけ)」についても複数回答可とし、・町から案内が来たから・子供・ちらし・ポスター・広報・他人の勧め・家族の勧め・職

場の勧め・男性限定・土日実施・早朝・短時間・時期の都合・無料・健康管理のため・安心感・症状・身近な人のがん・その他を選択肢とした。

「検診の感想」は・非常に満足・満足・普通・不満・非常に不満、の5肢から択一とした。

4.2 結果と考察

検診の認知経路は、モデル検診時に実施した諸対策からの選択を求めた結果、クイック検診ではチラシ78%、町からの案内71%、広報36%と、チラシ、案内が多く、以下家族の勧め、他人の勧め、ポスター、その他、子どものパンフレットの順であった。レディース検診では町からの案内が最多で86%に上った。次いでチラシ74%、広報32%で、以下家族の勧め、ポスター、他人の勧め、子どものパンフレット8%、その他1%であった。町からの案内を認知経路とした割合は、女性の方が男性より約15%高く、女性の方が町からの書類に目を通しやすい実態が示された。

検診受診の理由(きっかけ)は、クイック検診では土日実施63%、自身の健康目的63%、案内51%、無料46%、以下短時間、早朝実施、安心感、家族の勧めの順であった。レディース検診では無料80%、自身の健康目的66%、土日実施58%、案内57%、女性医師等47%、女性限定25%の順であり、子供のパンフレットは5%であった。性差が認められ、男性では日曜実施、自身の健康目的、案内の順で、レディース検診では無料、自身の健康目的、日曜実施の順であった。女性のほうが無料化に反応しやすい現実が示されたが、女性がん検診は男性に比し、費用がかさむことも考慮する必要はある。

検診の感想(「非常に満足」「満足」の計)は、クイック検診では検診時間が最も満足度が高く97%の受診者が満足と答えた。土日実施も満足度は高く92%、早朝実施92%で、男性限定だけは低

く71%であった。レディース検診では女性医師等が最大で99%、次いで女性限定も97%が満足と答えた。土日実施は91%、検診時間90%であった。利用者は30名と少ないものの、送迎バスの満足度は94%、託児は1名だけの利用者であったが、満足と答えた。

これらの結果から、クイック検診は男性限定だけの問題ではなく、多忙な女性も多いため、もっと多用されてもよいと考えられた。女性スタッフや女性限定は受診のきっかけとしては大きな要因ではなかったものの、満足度は高く、検診のリピーターを増やすためには大切な視点と評価出来た。ただし、女性特有のがん検診も、通常のがん検診と同時に実施しようとするれば、人的充足、機器の整備等、解決すべき問題は多く、さらなる工夫が必要と考えられた。

5. 小学生から家族への受診勧奨

小学生から家族への受診勧奨は949人に対して実施した。

がん検診の認知経路として、子どものパンフレットは女性8名、男性2名と、両者とも、他の周知法に比し低い結果であった。また、子供や孫から勧められた人は11名で、うち10名は女性であった。受診のきっかけとした人は5名のみであった。うち4名は女性で、30~40歳代が多かった。

これらから子どもからの受診勧奨は、女性に対しての効果が大きいことが示された。ただし、子宮頸がん検診以外の対象年齢としてマッチしない年齢層でもあった点も取り組みとしては再考の余地があろう。

さらに子どものがん検診への理解や、趣旨にそった文面であったかどうか等、検討すべき事は多いと考えられた。また、書き込んだチラシにより、家庭内会話が合ったかどうか等につい

での検証は行っていないことが課題として挙げられた。

6. 医師からの受診勧奨

本事業の実施にあたっては、保健所職員が病院と診療所を訪問し、日本医師会のガイドブック[2]を用いて説明し、自院の名前入りのポスターとリーフレットを提供して協力を依頼した。

その結果、受診者 323 名のうち医師からの勧めで認知した人は 3 名で、効果は不十分であったが、比較的高齢者に対する影響が大きいことが分かった。ただし、医師からの勧めをがん検診受診のきっかけとした人は無かった。

この結果から、医師による受診勧奨が十分な成果を上げなかった原因を、以下のように考察した。

- (1) 医師への 1 回だけのアプローチでは不十分であった可能性。
- (2) 医師の理解(趣旨、誘導の仕方、等々)が不十分であった可能性。
- (3) 諸媒体の提示、貼り込み等は効果的だったか。
- (4) 職員へのアプローチが不十分であった可能性
- (5) 患者の心にしみこむようなスキルが不十分だった可能性

これら実施方法の課題の他に、わが国では医師に対する何らかのインセンティブ、例えば診療報酬を加える等の制度がなければ定着しないのかもしれないとも考えられた。

6. まとめ

今回行ったがん検診受診勧奨事業から、以下のことが明らかになった。

意識向上、障害の排除、きっかけの提供等から、がん検診受診者を増やすことは可能であっ

た。がん検診受診機会のない勤労者を地域がん検診に組み込むというターゲットを絞った戦略や受診体制整備が功を奏することは大切な視点であることが実証できた。

事業を町民に知らせる方法について検討したところ、クイック検診では、チラシ、町からの案内、広報が多く、ポスターは少なかった。レディース検診では町からの案内、チラシ、広報の順であった。

受診理由(きっかけ)、すなわち背中を押したのは何かという最も重要な質問項目では、両検診の差が認められた。クイック検診では日曜実施、自身の健康目的、案内の順で、レディース検診では無料、自身の健康目的、日曜実施の順であった。これらの結果は、他地域や社内検診などについても利用価値が高いと考えられた。

満足度の調査は、リピーター確保のための重要な指標と考えられた。

子どもや医師からの受診勧奨は勧奨・再勧奨、報奨、メディア等に比し、インパクトは低かった。しかし、この観点からの活動が行動変容につながる可能性は高く、今後も検討すべき事項と考えられた。

【参考文献】

[1]庄内保健所 HP：がん検診受診向上研究事業ナビ

<http://www.pref.yamagata.jp/ou/sogoshicho/shonai/337021/gannavi.html>

[2]かかりつけ医のためのがん検診ハンドブック～受診率向上をめざして～ 平成 21 年度厚生労働省がん検診受診向上指導事業 がん検診受診向上アドバイザーパネル委員会

マスメディアによる脳卒中キャンペーンの効果

宮松直美

滋賀医科大学臨床看護学講座

抄録

脳卒中発症時の適切な早期受診のためには、一般市民が症状と対処を理解している必要がある。過去の調査から、一般集団に対する啓発活動の手法として最も強い影響力を持つものは新聞やテレビなどのマスメディア、およびマスメディアとチラシなどの複合的取り組みであると考えられた[1]。そのため、脳卒中の予防・症状・治療等を取り上げたマスメディアによる啓発活動を1年間通して行うことにより、一般市民の脳卒中に関する知識がどの程度向上するか検証することを目的とした介入研究を実施した[2]。

2009年4月～2010年3月に実施されたNHK岡山放送局による「脳卒中防止キャンペーン」の前後それぞれで電話帳から無作為抽出を行い、介入地域（岡山市）と対照地域（呉市）に居住する40-74歳の者3,920名（各時期、各地域980名）に対して脳卒中発作時症状についての電話調査を実施した。脳卒中発作時症状は正答5症状とダミー5症状からなる10症状から正しいと思うものをすべて選択するよう求めた。また、介入地域の介入後評価では、「脳卒中防止キャンペーン」の視聴の有無を尋ねた。介入前調査での5症状正答割合は、介入地域53%（95%信頼区間：50-56%）、対照地域46%（95%信頼区間：43-49%）であった。1年間の介入後、介入地域のみ5症状正答者が有意に増加した（介入地域：63%、60-66%、対照地域：51%、48-54%）。男女別の検討では、介入地域の女性のみ介入後に5症状の正答者割合が有意に増加した。マスメディアによる1年間の啓発活動は一般市民、特に女性において、脳卒中発作時症状の認識に効果的であることが示された。

キーワード： 脳卒中、マスメディア、キャンペーン、テレビCM、介入研究

1. はじめに

組織プラスミノゲンアクティベーターによる経静脈的血栓溶解療法（t-PA療法）が脳梗塞後遺症を軽減することが明らかにされ、平成17年10月、本邦においてもt-PA療法が保険認可された。このt-PAの使用には出血の危険性から

時間制限が設けられているため、発症早期の受診が極めて重要になった。脳卒中発症時の適切な早期受診のためには、一般市民が症状と対処を理解している必要がある。我々のこれまでの一般市民対象の脳卒中に関する知識調査から、一般集団に対する啓発活動の手法として最も強

い影響力を持つものは新聞やテレビなどのマスメディア、およびマスメディアとチラシなどの複合的取り組みであると考えられた[1]。そのため、脳卒中の予防・症状・治療等を取り上げたマスメディアによる啓発活動を1年間通して行うことにより、一般市民の脳卒中に関する知識がどの程度向上するか検証することを目的とした介入研究を実施した[2]。以下に、この大規模介入研究の内容と結果を、マスメディアによる脳卒中キャンペーンの内容を中心に説明する。

2. マスメディアによる脳卒中キャンペーンの内容

介入地域（岡山市）では、平成21年4月中旬から平成22年3月まで、NHK岡山放送局による「脳卒中防止キャンペーン」が実施された。キャンペーンの主な内容は、“1分間スポット”と“ローカルニュースでの特集”であった。

【1分間スポット】

- ・ 朝・昼の連続ドラマ前、午後4時台、午後10時台
- ・ 年間総放映回数は約900回
- ・ 1分間スポットの内容
 - 「脳卒中とは」
 - 「脳卒中～気づき編」
 - 「脳卒中～高血圧編」
 - 「脳卒中～不整脈編」
 - 「脳卒中～温度変化に注意」
 - 「脳卒中～早朝高血圧に注意」、など

【ローカルニュースでの特集】

- ・ 約15分の特別番組
- ・ 主に毎週水曜日午後7時のニュースの前の地方ニュース枠で放送

- ・ ローカルニュースでの特集の内容
 - 「突然あなたを襲う『脳卒中』」
 - 「脳の中で何が起きるのか」
 - 「脳梗塞の後遺症を減らせ」
 - 「脳卒中の危険性を知る～体験レポート」
 - 「脳卒中患者40%が異常放置」
 - 「早期リハビリで後遺症減らせ」
 - 「気づきにくい脳卒中の症状」
 - 「すばやく見つけるには」
 - 「倉敷市が脳卒中発症者の調査」
 - 「水分補給が大事」
 - 「予防メニュー」
 - 「導入進む倉敷病院前脳卒中スケール」
 - 「脳卒中地域連携話し合う会議」
 - 「保健師が脳卒中の勉強会」
 - 「すばやく病院に運ぶには（地域の救急体制）」
 - 「県の対策」
 - 「救急隊密着 そのとき患者は」
 - 「医師が救急隊と症例を検討」
 - 「脳卒中対策基本法原案まとまる」
 - 「脳卒中防ぐ夏の生活」
 - 「脳ドックで予防」
 - 「県で初めての脳卒中の救急講習会」
 - 「救急隊講習会」
 - 「脳卒中患者を診断する講習会」
 - 「地域で知識普及を」
 - 「健康診断で見つけない危険」
 - 「患者の声を行政に」
 - 「前触れを見逃すな～TIAとは」
 - 「温度変化に注意」
 - 「津山地域脳卒中患者の76%専門病院へ」
 - 「病院連携の最新システム」
 - 「脳卒中専門医と開業医が勉強会」
 - 「脳卒中無料診断イベント」
 - 「退院後の生活支えるソーシャルワーカー」

「脳卒中搬送2時間以内は32%」
「脳卒中を考えるシンポジウム」
「危険な高血圧」
「脳卒中発症視覚異常に気づかず」、など

3. マスメディアによる脳卒中キャンペーンの評価

マスメディアによる啓発活動の効果を科学的に検証するため、平成21年4月中旬から平成22年3月に実施されたNHK岡山放送局による「脳卒中防止キャンペーン」の前後それぞれで電話帳から無作為抽出を行い、介入地域（岡山市）と対照地域（呉市）に居住する40-74歳の者3,920名（各時期、各地域980名）に対して脳卒中初発症状についての電話調査を実施した。

脳卒中初発症状は正答5症状（①片麻痺；突然、片方の手足や顔半分の麻痺・痺れが起こる、②言語障害；突然、呂律が回らなくなったり、言葉が出なくなったり、他人の言うことが理解できなくなる、③激しい頭痛；突然、経験したことのない激しい頭痛がする、④ふらつき；突然、力はあるのに立てなかったり、歩けなかったり、フラフラする、⑤視覚障害；突然、片方の目が見えなくなったり、物が二つに見えたり、視野が半分に欠ける）とダミー5症状（①鼻出血；突然、鼻血が出る、②発熱；急に、発熱する、③左背部痛；突然、左側の肩が痛くなる、④両手指の痺れ；両手の指先が痺れる、⑤呼吸困難；突然、息苦しくなる）からなる10症状から正しいと思うものをすべて選択するよう求めた。そして、正答5症状すべてを選択した者（全10症状選択者は除く）を5症状正答者と定義した。

4. マスメディアによる脳卒中キャンペーンの

効果

介入地域の対象者において、介入後調査で“1分間スポット”を見たことがあると答えた者は、男性で33.3%、女性で45.5%であった。“ローカルニュースでの特集”を見たことがあると答えた者は、男性で22.3%、女性で34.3%であった。

介入前調査での5症状正答割合は、介入地域53%（95%信頼区間：50-55%）、対照地域46%（95%信頼区間：43-49%）であった。1年間の介入後、介入地域のみ5症状正答者割合が有意に増加した（介入地域：63%、60-65%、対照地域：51%、48-54%）。男女別の検討では、女性では、介入前調査での5症状正答割合は、介入地域52%（95%信頼区間：50-55%）、対照地域49%（95%信頼区間：46-52%）であった。1年間の介入後、介入地域のみ5症状正答者割合が有意に増加した（介入地域：68%、66-71%、対照地域：54%、51-56%）。男性では、介入前調査での5症状正答割合は、介入地域53%（95%信頼区間：50-56%）、対照地域43%（95%信頼区間：41-46%）であった。1年間の介入後、介入地域、対照地域ともに5症状正答者割合の有意な上昇は認められなかった（介入地域：58%、55-60%、対照地域：48%、45-51%）。このことから、マスメディアによる1年間の啓発活動は一般市民、特に女性において、脳卒中初発症状の認識向上に効果的であることが示された。

5. まとめ

国民を対象とした啓発手段として大きな影響力を持つと考えられるマスメディアの影響を大規模介入研究により科学的に評価した。その結果、テレビを主体とした集中的な脳卒中キャンペーンは、一般市民（特に女性）の

脳卒中初発症状の認識を向上することに効果的であった。一方、このような大規模な脳卒中キャンペーンの問題点としては費用の面が挙げられる。番組コンテンツ等の製作コストや電波料を考えると、そのまま一般化することは現実的ではないと考えられる。そのため、既存の映像コンテンツ等を集約して蓄積し、安く配信できるような仕組みが今後必要である。

参考文献

[1]岡村智教、宮松直美 他. 一般市民への脳卒中啓発キャンペーンとその評価. 平成 20

年度厚生労働諸科学研究機補助金事業「超急性期脳梗塞患者の救急搬送及び急性期病院受け入れ体制に関する実態調査研究」報告書. 133-154. 2009.

[2]Miyamatsu N, Kimura K, Okamura T. et al. Effects of public education by television on knowledge of early stroke symptoms among a Japanese population aged 40 to 74 years: a controlled study. Stroke. 43(2): 545-9. 2012.

ソーシャルマーケティング手法を用いた行動変容 —乳がん検診を事例に—

福吉 潤

株式会社キャンサーズキャン

抄録

背景：一般集団を特徴のある集団に分類する「セグメンテーション」という考え方は、広告やマーケティングなどビジネスの現場で用いられてきたものの、公衆衛生分野における適用性・有用性に関する知見は限定的である。そこで本稿では、乳がん検診を事例に、特定集団ごとにアプローチを個別化することは、集団全員に同一のアプローチをする場合に比べて効果的・効率的なのか検証を行った。

方法：都市部在住の50代女性8,100名を対象に質問紙調査を行い、過去二年間乳がん検診の受診歴がない1,859名を抽出し、テイラード受診勧奨群（n=1,394）とノンテイラード受診勧奨群（n=465）に無作為割り付けを行った。心理的変数に基づくセグメンテーションにより、テイラード受診勧奨群には3種類の異なるパンフレットを送付し、ノンテイラード受診勧奨群には従来自治体が送付していたパンフレットを送付した。

結果：乳がん検診の受診者は、テイラード受診勧奨群で277名（19.9%）、ノンテイラード受診勧奨群で27名（5.8%）であった。ロジスティック回帰分析の結果、テイラード受診勧奨は、ノンテイラード受診勧奨に比べて、オッズ比で4.02倍（OR = 0.32; 95%CI: 0.18 - 0.59）乳がん検診の受診がみられた。受診者一人を増やすのにかかるコストは、テイラード受診勧奨群で2,544円、ノンテイラード受診勧奨群で4,366円であった。

結論：心理的変数によるセグメンテーションに基づくテイラード受診勧奨は、一般集団全員を対象としたノンテイラード受診勧奨に比べて、効果的・効率的であった。

キーワード： ソーシャルマーケティング、乳がん検診、セグメンテーション

1. はじめに

医療・公衆衛生分野の普及啓発における諸外国の歴史を振り返ると、1980年代初頭から半ばにおいては、ほとんどの健康に関連するマテリアル（しおり、パンフレット、冊子、ポスター、ラジオ、TVCM、等）は、特定集団に向けられたものではなく、一般集団全員に向けられ作成されたものであった。大量のマテリアル作成にはコストがかかるため、なるべく大多数の一般集団のニーズを踏まえた効果的なメッセージを作成することに多大な労が費やされたが、一般集団は同一・均質なものではなく、特徴のある集団に分類できること、またその集団ごとに効果的なメッセージが異なる可能性が指摘され始めた[1]。

一般集団を特徴のある集団に分類する「セグメンテーション」という考え方は、1956年にウェンデル・R. スミスが Journal of Marketing 誌で初めて提唱して以来[2]、広告やマーケティングなどビジネスの現場で用いられてきた。1964年には、市場調査の専門家であるダニエル・ヤンケロビッチが、それまでのセグメンテーションが性別や年齢・居住地などのデモグラフィックに偏っていることを指摘し、たとえば価値観などの心理要因に目を向けることで、より効果的にセグメンテーションを活用できる可能性を指摘した[3]。

以上のように、広告やマーケティングなどの分野では、一般集団全員を対象にアプローチを行うことの非効率性・非効果が認識され、セグメンテーションという考え方に基づきこれまで各種施策が行われてきたところであるが、医療・公衆衛生分野の普及啓発におけるセグメンテーション（ターゲットの明確化）の適用は始まったばかりである。たとえばこれまで、諸外国においては、禁煙[4, 5]、飲酒[6]、身体活動

[7-10]、食生活[11, 12]、がん検診[13-15]、AIDS 予防行動[16]などの分野について試行的に研究が行われてきた。しかしながら、わが国における知見は、未だ限定的である。

そこで本稿では、乳がん検診を事例に、特定集団ごとにメッセージを送り分けることは、集団全員に同一のメッセージを送付する場合に比べて効果的・効率的なのか検証を行った。

2. 方法

2.1 対象者の選定手続き

住民基本台帳から抽出された、都市部在住の50代女性8,100名を対象に、2009年10月に質問紙調査を行い、3,236名の回答を得た(回答率:40.0%)。うち、過去2年間に乳がん検診受診歴のあった1,362名および欠損データのあった15名を除いた、1,859名を本研究の対象とした。

2.2 セグメンテーション

原田ら17のセグメンテーション方法に基づき、1)乳がん検診の受診意図、2)乳がんに対する心配の2変数により研究対象者は3セグメントに分類された。セグメントAは「乳がん検診の受診意図が高い群」、セグメントBは「乳がん検診の受診意図が低い&乳がんに対する心配が高い群」、セグメントCは「乳がん検診の受診意図が低い&乳がんに対する心配が低い群」である。調査対象者はセグメントを考慮し、テイラード受診勧奨群(n=1,394)とノンテイラード受診勧奨群(n=465)に、無作為に割り付けられた。

2.3 介入

テイラード受診勧奨群には3種類の異なるパンフレットが送付された。セグメントAには、具体的な受診手続きに関する情報、セグメントBには、乳がん検診を受診することのメリットに関する情報、セグメントCには、乳がん検診を

受診しないことのデメリットに関する情報が記載された。なお、テイラード受診勧奨パンフレットの作成は、ソーシャルマーケティングおよびがん検診の専門家によって行われた。具体的には、がん検診の専門家が監修した複数のパンフレット案に対して、ソーシャルマーケティングの専門家が、各セグメントに属する対象者に対して個別インタビューを繰り返し行い、パンフレットの文言やデザインの修正を行った。ノンテイラード受診勧奨群には、自治体が従来活用していたパンフレットが送付された。

受診を希望する者は、自治体にハガキで申し込みを行った。自治体から受診券が郵送された後、受診希望者は8つの指定医療機関のいずれかに電話で予約を行い、乳がん検診を受診した。受診勧奨は2009年11月初旬に行われ、乳がん検診の受診期間は2009年11月から2010年3月までの5ヶ月間であった。

2.4 分析

テイラード受診勧奨の効果进行分析するために、ノンテイラード受診勧奨群における乳がん検診受診率をreferenceとした、ロジスティック回帰分析を行った。また、経済性の比較のため、受診者一人を増やすのにかかるコストを算出し、比較検討を行った。

3. 結果

3.1 調査対象者の割り付け

1,859名の調査対象者のうち、セグメントAは834名、セグメントBは505名、セグメントCは520名であった。テイラード受診勧奨群とノンテイラード受診勧奨群で、心理属性（乳がん検診に対する主観的規範、乳がん検診受診にかかる主観的障害、乳がん検診の重要性の認識、健康に対する自己効力感）について統計的に有意な差はみられず、対象者はランダムに割り付

けられたことが示唆された。

3.2 ティラード受診勧奨の効果

乳がん検診の受診者は、テイラード受診勧奨群で277名(19.9%)、ノンテイラード受診勧奨群で27名(5.8%)であった。ロジスティック回帰分析の結果、テイラード受診勧奨は、ノンテイラード受診勧奨に比べて、オッズ比で4.02倍(OR=0.32; 95%CI: 0.18 - 0.59)乳がん検診の受診がみられた。また、セグメント別に解析を行ったところ、全てのセグメントにおいて、テイラード受診勧奨の優位性が確認された。

3.3 受診者一人あたりを増やすのにかったコスト

介入にかかった一人当たりのコストは、テイラード受診勧奨群で506円、ノンテイラード群で254円であった。受診者一人を増やすのにかったコストは、テイラード受診勧奨群で2,544円、ノンテイラード受診勧奨群で4,366円であった。

4. 考察

第2次健康日本21において、「個々の健康データに基づき地域・職域の集団をセグメント化し、それぞれの対象に応じて確実に効果があがるアプローチを展開できる仕組み」の推進が求められている[18]。しかしながら、そのような個別アプローチは、集団全員に対して同一のアプローチを行う場合に比べて、手間も費用もかかることが想定される。そのため、資源が限られた状況において、個別アプローチの採用を検討する上では、かかる費用に対する効果に関するエビデンスが求められていくものと考えられる。

そこで本稿では、心理的変数に基づくセグメンテーションを活用し、乳がん検診の受診率向上を目指した事例について報告を行った。その結果、集団全員に同一のメッセージを送付する

場合に比べて、特定集団ごとにメッセージを送り分けることは、受診率にして約3.5倍の効果がみられ、また受診者一人を増やすのにかかるコストは約半分であった[19]。今後、様々な地域・集団においても同様の結果が得られるか、知見の蓄積が望まれる。

本研究の限界として、1) 都市部の一地域における知見であるため全国への一般化は限定的であること、2) ベースライン調査への回答率が約4割と低く未回答者へのテイルード受診勧奨の効果は不明であること、3) 調査対象者の年代が50代であったため他の年代における一般化は限定的、という点が挙げられる。

そのような限界があるものの、本研究は乳がん検診の受診率向上を目指す上で、セグメンテーションに基づく個別アプローチが、集団全体に対する同一アプローチよりも効果的・効率的である可能性を示した、先駆的な研究であるといえる。

5. 結語

心理的変数によるセグメンテーションに基づくテイルード受診勧奨は、一般集団全員を対象としたノンテイルード受診勧奨に比べて、効果的かつ経済的であった。

【参考文献】

[1] Rimer BK, Kreuter MW. Advancing tailored health communication: a persuasion and message effects perspective. *Journal of Communication* 2006;56:S184-S201.

[2] Wendell R. Smith. Product differentiation and market segmentation as alternative marketing strategies. *Journal of Marketing* 1956;21:3-8.

[3] Yankelovich D. New criteria for market segmentation. *Harvard Business Review* 1964;42:80-93.

[4] Flynn BS, Worden JK, Bunn JYW, Dorwaldt AL et al. Youth Audience Segmentation Strategies for Smoking Prevention Mass Media Campaigns Based on Message Appeal. *Health Education and Behavior* 2007;34:578-593.

[5] Ling PM, Neilands TB, Nguyen TT, Kaplan CP. Psychological Segments Based on Attitudes about Smoking and Lifestyle among Vietnamese-American Adolescents. *Journal of Adolescent Health* 2007;41:51-60.

[6] Moss HB, Kirby SD, Donodeo F. Characterizing and Reaching High-Risk Drinkers Using Audience Segmentation. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2009;33:1336-1345.

[7] Boslaugh SE, Kreuter MW, Nicholson RA, Naleid K. Comparing demographic, health status and psychosocial strategies of audience segmentation to promote physical activity. *Health Education Research* 2005;20:420-438.

[8] Staten LK, Birnbaum AS, Jobe JB, Elder JP. A Typology of Middle School Girls: Audience Segmentation Related to Physical Activity. *Health Education and Behavior* 2006;33:66-80.

[9] King AC, Marcus B, Ahn D, Dunn AL et al. Identifying Subgroups That Succeed or Fail With Three Levels of Physical Activity Intervention: The Activity Counseling Trial. *Health Psychology* 2006;25:336-347.

- [10] Burroughs EL, Peck LE, Sharpe PA, Granner M et al. Using focus groups in the consumer research phase of a social marketing program to promote moderate-intensity physical activity and walking trail use in Sumter County, South Carolina. *Preventing Chronic Disease* 2006;3:1-13
- [11] Kolodinsky J, Reynolds T. Segmentation of overweight Americans and opportunities for social marketing. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2009;6:1-13.
- [12] Kay L, Peter BP, Claire Z, Dinkins JM. Profiles of Selected Target Audiences: Promoting the Dietary Guidelines for Americans. *Family Economics and Nutrition Review* 2001;13:3-14.
- [13] Holtl CL, Shipp M, Eloubeidi M, Clay KS, et al. Use of focus group data to develop recommendations for demographically segmented colorectal cancer educational strategies. *Health Education Research* 2009;24:876-889.
- [14] Albada A, Ausems MG, Bensing JM, van Dulmen S. Tailored information about cancer risk and screening: a systematic review. *Patient Educ Couns* 2009;77:155-171.
- [15] Pamela A. Williams-Piehot*, Lauren A. McCormack, Katherine Treiman and Carla M. Bann. Health information styles among participants in a prostate cancer screening informed decision-making intervention. *Health Education Research*. 2008;23:440-453.
- [16] Kristina D. Frankenberger and Ajay S. Sukhdial. Segmenting Teens for AIDS Preventive Behaviors with Implications for Marketing Communications. *Journal of Public Policy and Marketing*. 1994;13:133-150.
- [17] Harada K, Hirai K, Arai H, Ishikawa Y, et al. Worry and intention among Japanese women: Implications for an audience segmentation strategy to promote mammography adoption. *Health Communication*, 2012 in press.
- [18] 厚生労働省. 健康日本 21 (第 2 次) の推進に関する参考資料平成 24 年 7 月 http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_02.pdf (閲覧 2012 年 10 月 20 日)
- [19] Ishikawa Y, Hirai K, Saito H, Fukuyoshi J, et al. Cost-effectiveness of a tailored intervention designed to increase breast cancer screening among a non-adherent population: a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 2012; 12:760 doi:10.1186/1471-2458-12-760

日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌 第4巻第1号

The Journal of the Japanese Association of Health Communication Vol. 4, No. 1, 2013

平成 25 年 3 月 15 日発行

編集

(代表) 杉本 なおみ (慶應義塾大学 看護医療学部)

秋山 美紀 (慶應義塾大学 環境情報学部)

編集補助

藤原 順子 (慶應義塾大学)

発行者

日本ヘルスコミュニケーション学会

<http://HealthCommunication.jp/>
