

## 日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌-第10巻第1号

The Journal of the Japanese Association of Health Communication Vol.10, No.1

## 目次

&lt;特集&gt;：国際化と医療コミュニケーション

巻頭言 萩原明人・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3

我が国の国際化に伴う医療コミュニケーションの変容

齋藤寧々・清水周次・長谷川学・萩原明人・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4

&lt;2018年度第10回学術大会優秀演題賞&gt;・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9

(口演部門)

メンタルヘルス・プロモーション冊子の配布による認知的効果

竹中晃二

医薬品のリスクコミュニケーションのための患者向け資料の有用性評価指針の検討：

第1報 有用性評価

矢口明子

(ポスター部門)

スマートフォンを用いた在宅高齢者・療養患者の食生活支援～コミュニケーションプログラム  
の開発と実証～

秋山美紀

薬局疑義照会における内容分析および情報源との関連性

金子絵里奈

&lt;原著論文&gt;

患者-医師間のコミュニケーションを支援する～患者向け医療情報提供における文章  
表現の検討～

早川雅代・石川文子・木下乙女・池口佳子・藤也寸志・高山智子・・・・・・・・ 10

精神看護学実習における学生のネガティブな情動に関する質的研究

石橋昭子・・ 16

言語的マイノリティ高齢者の介護ケアにおけるコミュニケーションの課題：コミュニケ  
ーション・サポーター(言語通訳者)の活動実態からの考察

相原洋子・・ 25

関節リウマチ患者と医学生のコラボレーションで得られた患者と医学生の声：今後の  
医学教育に必要なこと

大浦智子・小嶋雅代・荘子万能・西明博・橋本里穂・石橋茉実・山中寿・中山健夫・・ 31

<研究ノート>

A leader's request and rapport in emergency care simulation: a multimodal corpus analysis

Keiko Tsuchiya, Akira Taneichi, Kyota Nakamura, Takuma Sakai, Takeru Abe, Takeshi Saitoh . . . . . 36

東北地方の精神科長期在院患者の地域移行に関わる病棟看護職の自己表現の特徴と関連要因の検討

野崎 裕之・吉村 直仁・高安 令子・村田 ひとみ・北田 志郎・杉森 裕樹 . . . . . 42

諸外国における大麻合法化の動きと日本の薬物乱用防止教育：ヘルスコミュニケーションにおける「信頼」の問題

徐淑子 . . . . . 49

がんコミュニケーション学で期待されるもの～第 3 期がん対策推進基本計画からの実践と研究への示唆～

高山智子・八巻知香子・早川雅代・若尾文彦・木内貴弘 . . . . . 55

## 特集：国際化と医療コミュニケーション

### 巻頭言

萩原 明人

九州大学大学院医学研究院

医学領域における初期の医療コミュニケーション研究は医師と患者のコミュニケーションが中心で、米国とヨーロッパで研究が展開された。米国での研究の一つの転機は、1980 年代にハーバード大学の研究チームが、ニューヨーク州内の公立病院を退院した患者を対象に、入院中の受傷事故の発生状況を調査した Harvard Medical Malpractice Study であった。当時、医事紛争の原因は医療の質の低さと考えられていた。しかし、入院中に医療者の過失によって受傷した患者のうち、実際に訴訟に至る例は全体の数パーセントに過ぎなかった。医療者の過誤による受傷を伴う医療は、云わば、「低品質の極み」と考えられる。それにも関わらず、訴訟に至る例が少ないことから、医事紛争の原因として別の要因が疑われるようになった。その後、医事訴訟を専門とする弁護士に対する聞き取り調査、患者の法廷での証言の分析が行われ、コミュニケーション不良が要因として浮上した。更に、州政府の医事紛争記録を用いたフロリダ州の産科医と患者を対象とした研究や、コロラド州とオレゴン州の内科医と外科医を対象とした研究から、医師-患者コミュニケーションが医事紛争の主たる要因であることや、医事紛争に関連する具体的な医師のコミュニケーション行動が明らかになった。

その後、医師-患者コミュニケーションは患者コンプライアンス、患者満足度、治療効果、医療費、在院日数等、当初予想しなかった広範囲の患者アウトカムと関連することが分かってきた。医師-患者コミュニケーションに関し、この 10 数年の間に多くのことが明らかになりつつある。医療コミュニケ

ーション学は新しい分野で、これから大きく伸びる余地がある。しかし、今後、新たな知見を獲得するには工夫が必要である。定量的なアプローチのみならず、仮説や問題を提示する際に力を発揮する定性的なアプローチによる検討も重要である。更に、健康行動学、社会学、心理学、言語学等との学際的なアプローチも必要になると思われる。

欧米では医療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、非常に活発に研究が進められている。医学教育の専門雑誌 (Medical Education, Postgraduate Medical Journal, Patients Education and Counseling, 等) や社会医学系雑誌 (Medical Care, Social Science & Medicine, 等) ではほとんど毎回、総合一般系雑誌 (BMJ, JAMA, 等) や内科系雑誌 (Archives of Internal Medicine, Family Practice, Family Practice Research Journal, 等) 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。日本ヘルスコミュニケーション学会は医学、保健学、行動科学、看護学、コミュニケーション学、言語学、文化人類学等の研究者が中心になって立ち上げた学会で、学会誌はわが国で数少ない医療コミュニケーション学の専門誌である。学会設立から 10 年が経過し、今後はこの方面の研究を充実させることが重要である。日本ヘルスコミュニケーション学会誌が研究論文の発表の場として、ひいては、わが国の医療コミュニケーション学の発展に貢献できることを強く願っている。

# 我が国の国際化に伴う医療コミュニケーションの変容

齋藤寧々<sup>1)</sup> 清水周次<sup>2)</sup> 長谷川学<sup>3)</sup> 萩原明人<sup>4)</sup>

- 1) トップ九州国際医療コンサルティング株式会社 代表取締役・米国公認会計士  
2) 九州大学病院国際医療部 教授  
3) 内閣官房国際感染症対策調整室 企画官(現 厚生労働省健康局健康課予防接種室長)  
4) 九州大学大学院医学研究院医療コミュニケーション学分野 教授

## 1. はじめに

近年、我が国では早いペースで国際化が進んでいる。街中で外国人を見かけるのが日常の光景になった。観光立国と外国人労働者の受け入れを進めており、今後、更に国際化が進むものと思われる。今回の日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会では、近年の国際化によって医療や福祉の現場ではどのような変化や問題が起きているのか、それはどのような特徴を持っているのか、我々はその問題とどのように向き合っていけばよいのか、といった点について多角的に検討した。「我が国の国際化に伴う医療コミュニケーションの変容」と題する本シンポジウムでは、急速な国際化によって医療や介護の現場で起きているコミュニケーションに関する問題を記述することを目的とした。3 人のシンポジストが、医療ツーリズムで日本を訪れる外国人の立場から、訪日外国人を受け入れる病院の立場から、及び、所管する政府に立場から、それぞれ、医療コミュニケーションに関する現状や課題について報告した。シンポジストによる報告に先立ち、座長が国際化と医療コミュニケーションに関する知見を紹介した。

## 2. 国際化の医療コミュニケーション

ここ 20 年の間に国際化が進行し、医療ツーリズムや滞在中に病気になって我が国の医療機関を受診する外国人が増えている。その結果、外国人患者による医療費の未払いや支払額を巡る紛争も増加している。医療者は異なる文化背景を持った人々と接する機会が増えている。文化は医療の場におけるコミュニケーションにおいて重要な役割を果たすことが知られており(Geist, 1997, 他)、「医療者-患者」、「医療者-医療者」および「医療者-家族」間コミュニケーションに影響を及ぼす。我が国の医療現場では、否応なしに、医療における文化的多様性が重要な問題になっている。円滑なコミュニケーションを妨げる、あるいは、妨げる可能性のある、文化的な要因について紹介する。

### (1) 自民族中心主義と偏見

自民族中心主義とは、自分が属する集団を中心に、他者や世界を見る傾向のことをいう。異なる文化を持つ人々を主観的あるいは批判的に評価する(Porter & Samovar, 1997)。その結果、他者を十分に理解することを妨げ、コミュニケーションの障害になる。また、異文化を持つ他者への共感・理解が欠如する。例えば、米国で、あるアラブ女性が緊急の心

臓手術を受けることになり、若い男性の放射線技師が、アラブ人女性の心電図測定をすることになった。男性技師が、測定のために女性に服を脱ぐように言ったところ、その場にいた家族がこれに抗議し、女性技師と交代することを要求した。しかし、自民族中心主義の男性技師は、家族の要求が理解できず、憤慨する結果となった(Porter & Samovar, 1997)。

偏見は他者に対し以前の判断や経験に基づき判断を下すことをいう。偏見により、我々は根拠のない情報に基づいて、他者に対して固定した態度、信念、感情を抱く。また、反対の証拠や変化に対して柔軟に対応できない(Ponterotto & Pedersen, 1993)。偏見は他者の多様な面や資質を見出すことや、他者の理解を妨げ、他者の低評価につながる。明らかに、偏見は良好な医療者-患者コミュニケーションの妨げとなる。

### (2) 「個人主義」文化 vs. 「集団主義」文化

医療者が患者の属する文化類型を知らずに接することにより、円滑なコミュニケーションを取れないことがあるので、この文化類型を正しく認識することは重要である(表1)。個人主義的文化は、集団や社会の利益よりも、個人・家族の利益や目標を重んじる(Gudykunst & Kim, 1997)。集団主義的文化は、個人主義的文化の対極にあり、地域や集団の利害が優先される(Gudykunst & Ting-Toomey, 1988)。非言語的レベルでも異文化間の違いがあり、集団主義的文化を持つ人は、集団の一体感や調和を図る感情を多く出す傾向にある(Anderson, 1997)。例として、子宮外妊娠、腹腔内出血を患ったモン族の女性(Walker, 1996)の例を紹介する。緊急手術をすることになったが、親族の年長者は外科医に対し「手術が成功すること」、「術後に妊娠が可能であること」の2つを手術の同意条件とした。患者は医学的には十分に快復したが、不妊症となった。その結果、彼女の夫は不妊症を理由に、離婚を要求し、子どもの親権を取った。彼女は、親戚や経済的支援もない状態で、米国に取り残されることとなった。モン族は集団主義文化で、これらの事情を医療者が認識しておれば、女性患者は別の結末を迎えた可能性がある。

### (3) 環境依存度と文化

文化によってメッセージを解釈する際、環境の使い方に違いがある(図 1)。高環境依存型文化は、文化に基づくルールによって、メッセージを理解する。高環境依存型文化では、メッセージの意味を解釈するためのルールが多く存在す

表 1. 「個人主義」 vs 「集団主義」

個人主義的文化	集団主義的文化
<input type="checkbox"/> 個人を重視する <input type="checkbox"/> 個人の要求を強調する <input type="checkbox"/> 治療方針の決定に際し、自主性を強調する 例：米国、カナダ、西欧	<input type="checkbox"/> 集団を重視する <input type="checkbox"/> 集団の調和を強調する <input type="checkbox"/> 治療方針の決定に際し、合意を強調する 例：日本、パキスタン、タイ、南米

る。例えば、環境と医療コミュニケーションとの関わり (Porter & Samovar, 1997) について、高環境依存型文化を持つ人は、低環境依存型文化を持つ人よりも、医療者の非言語行動に対し、注意を払っている。高環境依存型文化の人は、他者も暗黙のルールを理解できているため、低環境依存型文化の人より口数が少なく、誤解を招くことがある。逆に、低環境依存型文化を持つ人にとっては、意味はメッセージの内容から出てくる。従って、低環境依存型文化の患者は、患者教育用の機材やパンフレットなどを、言語的メッセージとして、非常に有用と受け止める。高環境依存型文化における権威者と家族 (Gervais, 1996) の例を紹介する。アジアの特定の民族は、医師のような権威者に告げられる悪い知らせは呪いの力を持つと信じている。もしこのことを知っていれば、医師は、「あなたの息子は死にかけています」ではなく、「来週あたりに、ご家族は辛い時期を迎えるでしょう」といった間接的な表現を用いることにより、患者の懸念を払拭することが出来る。

### 3. 日本の医療サービスを求める中国人患者のニーズの変化及びそれに対応する医療通訳の役割

近年、国際医療インバウンドの流れが健診目的から受診目的へと確実にシフトしている。外国人患者と我が国の医療機関の医療従事者とのコミュニケーションの内容と密度がますます濃くなっているなかで、どのようなコミュニケーションギャップがあって、その背後にある原因は何かについて、医療通訳の現場で見た事例を紹介しながら検討したい。

#### ギャップ1: 医師を信用していない

事例1: 中国人女性(受診時60歳)は変形性膝関節症がエンドステージであるため、人工膝関節置換術を日本で実施することと、複数の医療機関と事前に相談することを希望した。しかし、相談しているうちに、女性の希望は置換術から温存療法へと変わり、温存療法は保守療法のほか、膝軟骨再生医療という先進医療が存在していることが分かった。女性は相談の結果にとっても満足して、いったん帰国したが、後日検討の結果、日本での治療を断念してしまった。理由は中国のインターネットを検索して、膝軟骨の再生医療が載っていなかったため及び、中国人医師と相談したためである。

このようなギャップが生じた背景として、中国では、患者の数に比して医師の数が圧倒的に不足し、1人の患者に与えられる説明時間が非常に限られている。そこで、患者は医

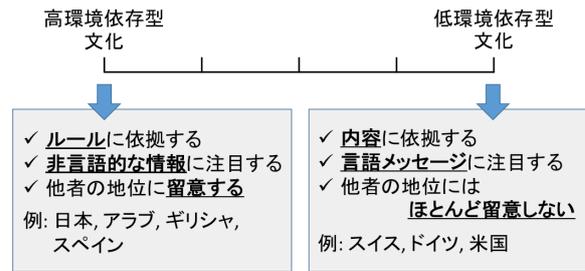


図 1. 文化的環境の連続

師から十分な説明を受けられず、インターネットで情報収集をせざるを得ない。医師の意見と自分が収集した情報が一致しない場合、医師を疑問視することがある。また、1人の医師の意見をすぐには信じず、複数の医師や医療機関を受診し、情報や結論の信憑性を自ら確かめることが多い。

#### ギャップ2: 大都市の有名病院への迷信

事例2: 中国人男性(受診時80歳)が脊柱管狭窄症のため、東京大学医学部附属病院(以下、東大病院)での受診を強く希望した。脊柱管狭窄症は加齢による基礎疾患であり、大学病院にとっては注力分野ではなく、DPCデータでもそれほど高い症例数を示していないことを説明し、他の専門病院の受診を提言したが、受け入れてもらえなかった。医療コーディネーターは1か月をかけて東大病院とやり取りしたが、結局断られた。断る理由は明確に説明されなかったので、患者と家族は不満を示した。

この問題の背景は、中国と日本の医療事情の違いにあると考えられる。中国では、高水準の医療資源が大都市の大病院に集中している。そのため、病気の深刻度はともかく、良い医療サービスを受けるためには大都市の大病院に行く考え方が根強い。しかし、日本では医療機関がそれぞれの役割分担を持っているため、先進医療や研究に特化する医療機関は必ずしも基礎疾患の対応が得意とは限らないので、その事情を患者に説明し、理解してもらうことが重要である。

#### ギャップ3: 「せっかく(日本の病院)に来ているんだから、まとめて」

事例3: 中国人男性(受診時80歳)が脊柱管狭窄症のため、東大病院での低侵襲治療を希望し、入院検査前提の外来を希望した。1か月をかけて東大病院とやり取りしたが、結局断られた。

事例4: 中国人男性(受診時50歳)腹部違和感、頻尿、右耳や難聴の訴えがあるため、滞在期間中に、3つの診療科を受診することを希望した。医療コーディネーターが医療機関と調整し、二日間をかけて3つの診療科を受診した。

外国人患者は日本に滞在する時間が限られているので、滞在期間内にできるだけのことをし、時間を最大限に活用したいという気持ちは理解できる。しかし、医療機関は受診の手順があるため、患者のすべての希望を受入れることはできない。そこで、日本の医療制度、受診手続きを説明し、患者に理解してもらうことが重要である。

#### ギャップ4:「日本の薬は良く効く」、日本の医療への過度な期待

事例5:身長 173cm, 体重 85kg の中国人男性(受診時 42 歳)が糖尿病のため受診した。医師は中国で処方されたメトホルミンの継続服用、食事療法及び運動療法、特にダイエットするようにアドバイスしたが、患者は日本産の糖尿病治療薬の処方を強く希望した。

中国ではジャパン・テクノロジーとジャパン・クオリティが深く根付いており、中国人患者は日本の医療技術や薬品に対して強い信頼感や、過度な期待感を抱いている。このような期待感は後日、訴訟リスクにつながりかねない。そこで、医療コーディネーターは相談を受けた段階から等身大の日本の医療を紹介し、中国人患者の過度な期待を下げるのが非常に重要である。

#### ギャップ5:病院は出入り自由な場所だ

事例6:非小細胞肺癌の中国人男性(受診時 49 歳)が免疫療法のための入院中に妻が宿泊するホテルに外泊し、看護師に見つかった。

事例7:中国人女性(受診時 50 歳)が眼瞼下垂のため手術を受け、入院したが、病院の食事が美味しくないと理由で、許可なく外食し、ついでに美容室にも行った。

中国の病院では、入院中の外泊や食事について日本ほど厳しく管理していない。病院の看護機能、食事のサービス機能は日本と比べて弱い場合が多い。患者家族に一部協力してもらわざるをえない場合が多い。中国での入院経験をそのまま日本に持ってくると、日本ではルール違反になってしまう。入院する前に、医療機関は時間を取って外国人患者に入院のルールを説明することが重要である。

#### ギャップ6:専任の看護師をつけてほしい

事例8:中国人女性(受診時 56 歳)が交通事故のため、脳出血後、知能低下、下半身麻痺となった。大学病院でロボットスーツ HAL によるリハビリテーションを希望した。しかし、専任の看護師、または 24 時間体制で看護できる看護補助者をつけるように求められた。

中国では、看護師の数が不足しているため、病院の看護機能は治療の補助業務に限定されている。患者の看護は家族、もしくは雇われたヘルパーに任せることになっている(点滴の終了タイミングを見張るのも家族やヘルパーの仕事である)。患者が日本の病院に入院すると、家族は患者の看護を求められないため、適切な看護がなされているか、専任の看護師を付ける必要がないか、と心配する。そこで、日本の看護体制を説明し、患者や家族に安心させることが重要である。

最後に、日中の医療の橋渡しとなる医療通訳の役割が変化しつつある。健診以上に高度な医療通訳のスキルを身に着けることに加え、中国人患者に日本の病院の入院や外来のシステムを詳しく説明することや、日本の医療に対する過度な期待を和らげることも医療通訳が果たすべき重要な役割である。

#### 4. 大学病院における- 医療国際化への対応

増加を続ける来日外国人の波は、医療現場にも待ったなしで押し寄せている。また一方で教職員や学生に対する国際教育も重要なテーマである。九州大学病院では 2015 年に国際医療部が新設され、新たな体制でそれらの対応に当たっている。内訳は、外国人患者の受診をサポートする「国際診療支援センター」の他、人事交流や人材育成を担う「海外交渉センター」、ビデオ会議システムを活用した国際的遠隔医療教育を続ける「アジア遠隔医療開発センター」より成り、専任・兼任を含め計 26 名が勤務している。各センターでの取組みを紹介し、今後の課題を提示する。

##### (1) アジア遠隔医療開発センター

中央診療施設の一つとして 2008 年 10 月 1 日に開設された。今日まで、多様な取り組みを行っており。医学教育として、九大医学部生に対し遠隔地手術(ソウル大学)のライブ講義を英語で行った。また、国際回線を経由し、九大医学部学生とタイ(マヒドン大学)やフィリピン(マニラ大学)の医学部生と遠隔コミュニケーションを試みている。英語での講義は 89% の学生が賛成であった(N=370)。学生自身が国際化を意識し、研究や留学を視野に英語の重要性を認識しているように思われる。また、臨床教育の一環として、大学医局間(九大-ソウル大学)で手術のカンファレンスを行った。アジア内視鏡カンファレンスを九大と韓国、台湾をはじめ複数の国の大学の間で行っている。2011 年、九大から南アフリカ、ケープタウンに向けてライブ手術を行った。九大病院での遠隔医療教育プログラムは、今日まで、31 分野にわたって、64 カ国の 624 施設に向けて、933 回行っている。また、九大病院では、更に、ナースの国際テレカンファレンスをロシア、マレーシア、タイ、シンガポール、オーストラリアの大学との間で行っている。以上のセンターの取り組みから、次のことが分かった。① 九大の医学生は国際化の教育を望んでいる。しかし、諸外国と比べると総じて英語が下手である。② 英語が母国語でない国とのコミュニケーションはストレスが少ない。③ 医師以外のスタッフの国際化教育も重要である。④ 遠隔医療を使わない手はない。画質も十分で、費用はゼロでも始められる。

##### (2) 海外交渉センター

九大では今までに 35 か国、327 名の医師や学生を研究目的で受け入れている。上位 5 か国の内訳は、タイ 55 名、ベトナム 44 名、中国 27 名、比国 27 名、韓国 26 名である。医師を受け入れている部局はリハビリテーション部、整形外科、泌尿器科、光学医療診療部、第一外科、皮膚科である。学生を受け入れている部局は第一内科、第二内科、第三内科、第一外科、麻酔蘇生科、医科学講座であった。受け入れに関するアンケートを行ったところ、人員不足による担当者(指導者)の負担の増加、コミュニケーションの問題(言葉の壁、細かい部分の説明、担当者以外との交流)、スケジュール調整の苦勞(他院見学、見学内容)、研修成果の評価の困難さが課題として指摘された。受け入れに関し良かった点として、英語でコミュニケーションする機会が持てたこと、海外の医療の現状を知ることが出来たこと、国際交流の必要性を感じる事が出来たこと、等が挙げられた。

薬剤部と看護部では、部署別で英語研修を行っている。薬剤部の英語研修は6回のセッションで構成され、1回目は「院内案内、施設案内、お薬窓口会話」、2回目は「お薬窓口での会話、服薬指導」、3回目は「お薬窓口での会話、服薬指導、持参薬確認」、4回目は「患者対応(英訳、和訳)」、5回目は「患者対応(英訳)、リスニング」、第6回目は「最終講・アンケート」から成っている。看護部の英語研修は全15回(看護業務)であった。また、九大病院では病院職員を海外に派遣している。今日までに、77名を14か国に派遣し、職員の内訳は医師、看護師、事務職員、エンジニア、学生らで、多職種にわたっている。

### (3) 国際診療支援センター

九大病院は専任の通訳(英語1名、中国語1名)を置いて患者の国際化に対応している。通訳件数は2015年が357件、2016年が652件、2017年が775件と着実に増加している。九大病院は2017年3月に外国人受け入れ医療機関認証制度(JMIP)を取得し、医療の国際化に対応している。外国人患者の受け入れに関し、以下のような問題や課題が明らかになった。①外国人患者の診療は時間を要する(日本人患者の1.5~3倍)。これは、言葉の壁や文化的な背景の違いによる。②外国人患者は直前のキャンセルが多い。現行の制度では、それまでの準備に対する対価がないが、予約料を徴取することによりキャンセルに対応する必要があるかもしれない。③患者の友人や親族が通訳者の場合、正確に通訳できているか疑問がある。病名告知の矛盾により、患者の医師への不信感につながる可能性が懸念される。④九大病院は2名の通訳しかいないため、基本的に専門通訳を患者に要求することを検討する必要がある。⑤同意書を徹底させることが重要である。九大病院では英語と中国語で約130種類を用意している。

以上を要約する。九州大学病院に国際医療部ができ、外国人患者、人材交流、遠隔教育を担当している。九大病院では国際化へのニーズが急増中で、言葉の問題が最も重要な課題である。患者の文化的背景や現地の医療事情を知ることも重要である。人事交流と遠隔地医療による今後の相乗的効果を期待している。

## 5. 外国人受診者増大に伴う課題と政府の取り組み

### (1) 日本国内における外国人の増大

観光立国基本法(平成19年)の制定、観光庁の設置(平成20年)、観光立国推進基本計画(平成29年)の策定と、日本は訪日外国人旅行者の誘致に力を入れてきた。観光立国推進基本計画においては、平成32年までの訪日外国人旅行者数を4000万人とすることを目標としている。

近年、訪日外国人旅行者数は大幅に増加している。2012年の836万人から2017年は2,869万人と3.4倍となっている。今後、ラグビーワールドカップ(2019年)、東京オリンピック・パラリンピック(2020年)の開催を迎えることとなるが、過去のオリンピック開催国におけるインバウンド客の増大は大会開催後においても認められていることから、訪日外国人旅行者数は引き続き増加するものと考えられる。

在留外国人に関しては留学、技能実習等の資格での在留が増えており、平成29年末には過去最高の約256万人となり、今後も増大する可能性が高い。

また、日本の優れた医療や検査を外国人に提供する医療機関も増えており、経済産業省、観光庁は医療ツーリズムを推進している。一方で、医療ツーリズムに関して、日本の医療制度(医療機関整備、人材育成等)は国民の負担(保険料、税金、自己負担等)で支えられていること、医療ツーリズムにより個々の医療機関や周辺産業は一定の収益を上げるかもしれないが、医療制度全体からみれば国民が整備したシステムへのタダ乗りであり、全面的に普及すれば、自由診療患者が優先され、自国民にとって不利益となる、といった否定的な意見もある。

### (2) 医療機関における外国人受診者に関する課題

外国人旅行者、在留外国人の増加及びメディカルツーリズム推進により、外国人が医療機関を受診する機会が増えている。

外国人を医療機関に受け入れるに当たり、様々な課題が指摘されている。訪日外国人の旅行保険未加入(日本を訪れる旅行者の27%が未加入)、外国人の出産費用(旅行保険・医療保険適応外)の扱い、日本の医療制度への理解不足、外国人に対する応召義務の問題、医療機関の受け入れ体制(外国語対応、文化、食事、医療費支払い方法)、診療金額、未収金問題等である。

### (3) 政府の取組

外国人受診者に関係する省庁は多岐にわたる。国土交通省観光庁は外国人観光客支援、経済産業省は医療ツーリズム推進、厚生労働省は医療提供体制の整備、消防庁は救急搬送、外務省は在京大使館との調整、法務省は上陸審査等である。

そのため、内閣官房・健康医療戦略室が事務局を務める健康・医療戦略推進本部(本部長:内閣総理大臣、本部長:全国務大臣)に「訪日外国人に対する適切な医療等の確保に関するワーキンググループ」を設置し、省庁間の総合調整を行っている。

政府の働きかけにより訪日外国人用にインターネット加入専用保険(10日間 約3000円、入国後であっても加入可能)が開発され、大使館、旅行エージェンツ、航空機・船舶内、入国審査場、宿泊施設、観光案内所、両替所等において加入を呼び掛けている。

観光庁は厚労省と連携し、外国語診療可能な「訪日外国人旅行者受入れ医療機関」をリスト化(平成29年度末1255機関)し、外国人旅行者向けにウェブサイト、アプリで検索できるサービスを展開している。

また、訪日外国人旅行者に対し、保険加入、医療機関受診状況の調査を行うとともに、医療機関に対し、外国人患者、医療コーディネーター、医療通訳、未収金等の調査を行い、実態を把握することとしている。

### (4) 医療機関における受け入れ強化

厚生労働省は外務省、総務省等と連携し、医療機関向けマニュアルを策定、セミナーを開催、院内医療コーディネー

ター配置を促進(研修支援)するとともに、医療通訳支援として、医療通訳認定制度整備、通訳者の医療機関配置促進、遠隔通訳、タブレットデバイス活用等の推進を図ることとしている。

医療費の支払いに関しては、価格は医療機関が独自に定めることのできる自由診療であるものの、合理的な診療費を提示することが求められている。一方で、外国人診療においては、通訳やコーディネーター等の付帯サービスが求められ、職員の負担も大きいことから、適切な診療価格の模索が求められる。訪日外国人からは医療費前払いによる支払方法の提示やキャッシュレス決済の環境整備を求める意見がある。

#### (5)さいごに

医療機関は外国人から診療を求められれば、診療に応じざるを得ない。文化、習慣の違いから、医療紛争に発展する可能性もある。未収金回収に関しては、未払いの経歴がある者の上陸審査を厳格化することとなったものの、どこまで効果があるのかは不明である。外国人旅行者増大による医療の課題については、医療機関単独の問題ではなく、外国人旅行者の受け入れ全体の課題としてとらえ、問題解決を図ることが求められる。なお、本稿は演者の個人的な見解であり、政府の見解を表したものではない。

#### 参考文献

Anderson P.(1997). Cues of culture: The basis of intercultural differences in nonverbal communication. In L. A. Samovar & R. E. Porter (Eds.), *Intercultural communication: A reader* (8th ed., pp. 244-245). Belmont, CA: Wadsworth.

Geist, P. (1997). Negotiating cultural understanding in health communication. In L.A. Samovar & R. E. Porter (Eds.), *Intercultural communication: A reader* (8th ed., pp. 340-349). Belmont, CA: Wadsworth.

Gudykunst, W. B., & Kim, Y. Y. (1997). *Communicating with strangers: An approach to intercultural communication* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.

Gudykunst, W. B. & Ting-Toomey, S. (1988). *Cultural and interpersonal communication*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Ponterotto, J. G., & Pedersen, P. B. (1993). *Preventing prejudice: A guide for counselors and educators*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Porter, R. E. & Samovar, L. A. (1997). An introduction to intercultural communication. In L. A. Samovar & R. E. Porter (Eds.), *Intercultural communication: A reader* (8th ed., pp. 5-26). Belmont, CA: Wadsworth.

Walker, P. E. (1996). *Clinical case studies*. Unpublished work. (St. Paul-Ramsey Medical Center, 640 Jackson Street, St. Paul, Minnesota, 55101).

## 2018年度日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会 優秀演題賞（口頭部門・ポスター部門）

### ○優秀演題賞（口演部門）筆頭者のみ

竹中晃二先生（早稲田大学人間科学学術院）

「メンタルヘルス・プロモーション冊子の配布による認知的効果」

現在、メンタルヘルス問題は、地域、職域、学校において対処が必要な喫緊の課題となっています。しかし、その予防、さらには予防を超えるプロモーション活動についてはほとんど行われていません。本研究では、「こころのABC活動」と名付けたメンタルヘルス・プロモーションについての普及・啓発冊子を配布し、行動変容の観点で効果を確認しました。今後は、メンタルヘルス・プロモーションで推奨できる自助方略の検討、そして臨床ステージング・モデルにのっとりして閾値下（非臨床）の抑うつ症状低減効果についても研究を膨らませていきます。



矢口明子先生（国立がん研究センターがん対策情報センターがん情報提供部）

「医薬品のリスクコミュニケーションのための患者向け資料の有用性評価指針の検討：第1報有用性評価」

医薬品の重篤な副作用を回避するために、患者・国民に対し、リスクとベネフィットに関する適切で有用な情報提供が必要ですが、我が国ではその科学的な検証はなされていません。そこで、本研究では、米国で開発された患者や一般向け情報の評価指針である CDC Clear Communication Index（CCI）を用い、現在発出されている患者向け安全性速報とその関連資料の評価を行いました。その結果、CCIにより簡便に資料の評価を行うことができましたが、限られた紙面で迅速に作成される資料に対しては必要でない項目があり、さらなる検討が必要と考えられました。



### ○優秀演題賞（ポスター部門）筆頭者のみ

秋山美紀先生（慶應義塾大学環境情報学部）

「スマートフォンを用いた在宅高齢者・療養患者の食生活支援～コミュニケーションプログラムの開発と実証～」

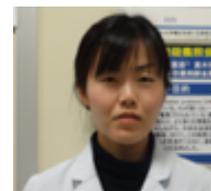
高齢者や在宅療養中の患者は、日々の食事について悩みを抱えていることが報告されています。そこで本研究は、スマートフォンで食事の記録や相談ができるプログラムを開発し、実証実験により運用可能性を検討しました。操作方法の説明後、練習期間をおいてから、参加者は毎食の写真を5日間アップロードし、管理栄養士が食事バランスの評価と動機付けにつながるコメントを毎日1～2回の頻度で返信しました。本プログラムは、高齢者や療養中の患者にとって新しいチャレンジの機会と食生活の改善のきっかけとなることがわかりました。



金子絵里奈先生（福岡市薬剤師会薬局七隈店）

「薬局疑義照会における内容分析および情報源との関連性」

薬剤師は患者への医師の処方に対し、その内容をチェックし、問題があれば問い合わせ（疑義照会）しなければなりません。これまで薬剤師が問題の発見に至る情報と照会内容および情報源との関連はわかっていませんでした。本研究により、患者との対話から得られる情報が患者-医師間の認識に相違があり、医薬品の誤った投与や副作用の防止、投与日数の変更、および服薬状況の改善と関連していることがわかりました。薬剤師がコミュニケーション能力を向上させ、患者との円滑な対話ができれば、よりの確な疑義照会が行えるようになると思います。



# 患者-医師間のコミュニケーションを支援する ～患者向け医療情報提供における文章表現の検討～ How to write easy-to-understand materials to support physician-patient communications

早川雅代<sup>1)</sup> 石川文子<sup>1)</sup> 木下乙女<sup>1)</sup> 池口佳子<sup>1)</sup> 藤也寸志<sup>2)</sup> 高山智子<sup>1)3)</sup>

Masayo HAYAKAWA<sup>1)</sup> Ayako ISHIKAWA<sup>1)</sup> Otome KINOSHITA<sup>1)</sup>  
Yoshiko IKEGUCHI<sup>1)</sup> Yasushi TOH<sup>2)</sup> Tomoko TAKAYAMA<sup>1) 3)</sup>

- 1) 国立研究開発法人 国立がん研究センター がん対策情報センター がん情報提供部
- 2) 国立病院機構 九州がんセンター
- 3) 東京大学大学院医学系研究科 社会医学専攻 がんコミュニケーション学
- 1) Cancer Information Service Division, Center for Cancer Control and Information Services, National Cancer Center
- 2) National Hospital Organization Kyushu Cancer Center
- 3) Department of Health Communication, School of Public Health, University of Tokyo Cancer

## Abstract

Patients' understanding of their disease may improve physician-patient communication and facilitate shared decision making. However, few studies have explored ways to write materials in Japanese to support physician-patient communication. Two final drafts reviewed by cancer survivors and editors were compared with the first draft written by physicians. Sentences were classified according to the reasons for rewriting them, and their rewriting patterns were examined. Two cancer survivors and a consultant read the rewritten sentences, evaluated whether they were easier to understand, and determined the need for rewriting them. The reasons for rewriting were classified into two categories: "Expression from physicians' perspectives which does not promote physician-patient communication" and "Difficult expression." The reasons for rewriting patterns were classified into three categories: "Rewriting from patients' perspectives", "Explaining the fact" and "Changing the words". The cancer survivors noted that a part of "Expressions from physicians' perspectives" did not need to be rewritten because it was comprehensible in the words of physicians. These results may facilitate the development of a guide for writing easy-to-understand materials.

## 要旨

患者が医師と円滑にコミュニケーションを行い、ともに意思決定を行うためには、自分の疾患を理解することが望ましい。しかし、患者と医師のコミュニケーションを支援するための日本語での患者向け情報資料の書き方についての研究はほとんどなされていない。医師が執筆した初稿と患者による査読や編集を経た2種の最終稿を比較し、書き換え前後の文書を抽出した。2人のがんサバイバーと相談員が書き換え前後の文章を読み、書き換え後の文章の読みやすさ及び書き換える必要性について評価した。書き換え理由は、『医師主体の表現(医師との対話を促していない他)』『表現が難しい』の2つのカテゴリーに分類され、書き換えパターンは「患者視点」「事実・事柄の説明」「表現の変更」の3種であった。がんサバイバーは『医師主体の表現』の一部は、書換えなくても医師の言葉として納得できると評価した。本研究の結果は、今後「患者向け情報資料作成マニュアル」を作る際の基礎資料として活用できると考えられた。

キーワード : ヘルスコミュニケーション メディカルライティング 共有意思決定 患者ポータル  
Key words : Health Communication, Medical Writing, Shared Decision Making, Patient Portals

## 1. 序文

患者が医師と円滑にコミュニケーションを行い、主体的に治療に参加し、医師と一緒に治療や検査などについて意思決定していく (shared decision-making) ためには、一定の自分の疾患に関する知識を得ることが望ましいとされている(Charles, Gafni, & Whelan, 1997; Gray, 2008)。

しかしながら、患者自身が医師向けの医学の専門書を読みこなすことは難しく、患者が知っておくべき情報を偏りなくわかりやすい表現に変換して伝える資料は、知識取得の一助として有用である。複雑な文章よりも簡単に読める文章の方がより、患者の理解が高まるとの多くの研究により示されている(Davis et al., 1996; Meade, Byrd, & Lee, 1989; Weert et al., 2011)。

日本のがんの領域では、患者自身のがん医療に関する情報が不足しているとの声の高まりを受けて、厚生労働省がん対策推進本部より 2005 年に「がん対策推進アクションプラン 2005-がん情報提供ネットワーク構築の推進(厚生労働省, 2005)」が出された。この中で、患者・家族が知識を得るための情報の必要性について盛り込まれたことにより、患者向けの情報提供が推進されるようになった。

一方で、医療・健康に関する患者・市民向けの情報の質やその提供体制が問われるようになってきている。2000 年頃よりインターネットの普及とともに情報が急増し、玉石混交の情報が満ち溢れることとなった。誤った情報を利用した場合には、適切な治療が受けられないばかりでなく、命に関わることもあり、インターネット上の医療・健康関連の情報についての基準を定め、ウェブサイトの信頼性の認証を行う組織が活動を行うようになってきた。これらの認証組織が作成した認証基準には、「HONCODE」(Health on the Net Foundation, 1997)、「eヘルス倫理コード」(日本インターネット医療協議会, 2018)などがある。HONCODE においては、インターネット上の医療情報は、あくまで、患者—医師間のコミュニケーションを支援するものであり、患者がインターネットの情報を鵜呑みにし、担当医に相談することなく自己判断するなどの事態につながらないように、情報作成の際に考慮すべき観点が示されている。また、イギリスの NHS (National Health Service) では、The Information Standard (NHS England, 2019)として、患者向けの医療情報作成/提供方法についての詳細な基準を定め、220 の組織の認証を行っており、民間団体の Cancer Research UK では、詳細に自組織における情報の作成手法について公開している(Cancer Research UK, 2017)。さらに、アメリカでは、The National Library of Medicine (NLM)や The Centers for Disease Control and Prevention (CDC), The U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) などでも患者向けの情報作成の手引きを公開している (Centers for Disease Control and Prevention(CDC), 2010; The National Library of Medicine (MedlinePlus), 2013; The

U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), 2012)。加えて、英語圏ではヘルスコミュニケーションに関するライティングに関する書籍も出版されている (Abraham & Kools, 2010)。

このように、患者向けの医療情報の質についての取り組みは諸外国で始まっているが、日本語での作成、特に内容自体において、考慮すべき観点や具体的な方法は明文化されていない。特に、日本語表現は英語等とは語順も表記も違うことから、日本語での患者向けの医療情報の作成マニュアルを作成することは急務であると考えられる。

## 2. 目的

本研究では、患者向け情報資料の作成過程において医師が執筆した原稿の文章の内、編集過程において患者などによる査読結果により、表現上の書換えを行った文章を抽出し、医師特有の表現とその書換えパターンを分析した。その結果により、患者向け医療情報提供における文章表現を検討し、今後、患者向け情報資料の作成マニュアルを作成する際の基礎資料とすることを目的とした。

## 3. 方法

### 1) 材料

インターネット上で患者・市民向けの情報として提供を行っているがん情報サービス (運営:国立がん研究センター) に掲載された食道がん (総文字数 12556 文字, 総文章数 266 文) と大腸がん (総文字数 13462 文字, 総文章数 266 文) に関する情報について、医師が執筆した「初稿」と患者などによる査読や編集を経た「最終稿」とを比較した。「記載内容自体の変更及び日本語表現としての修正, 医療用語の変換, 用語の統一のための書き換え文章」は除き、これらの理由以外で書き換えが行われた 31 対の文章を抽出した。使用した情報は、がんと診断されたばかりの人を主対象とした情報である。

原稿の企画から情報公開までの流れを図 1 に示した。初稿から、最終稿までの編集過程では、編集者 2 名及び査読者として医師数名 (食道がん 2 名, 大腸がん 4 名)、がん罹患したことがある患者 (がんサバイバー) を含む一般市民数名 (食道がん 3 名, 大腸がん 3 名) が精査し、その結果に基づいて文章の書き換え等が実施された。最終的に、書き換え部は、執筆責任者の医師が確認し、内容に医学的な齟齬が生じない対策が取られた。

### 2) 解析

3 名の研究者 (患者向け資料作成業務に携わる医療者 2 名及び携わらない医療者 1 名) が個別に 1 対の文章の書き換えた想定理由と書き換えパターンを列挙した。

個別の結果を基に3名で協議の上、31対の文章の書き換えた想定理由と書き換えパターンを列挙し、類別した。

一方、書き換え理由のもう一つの大分類の「難しい表現」の書き換えパターンは、すべて「表現の変更」であった。(図2)

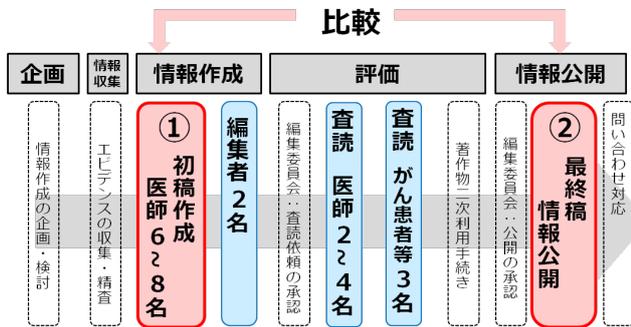


図1 材料とした患者向け情報の作成の流れと比較した原稿(①初稿, ②最終稿)の段階

3) 評価

がんサバイバー2名及びがん専門相談員1名が31文の初稿と最終稿および書き換え理由について妥当性を評価した。

4. 結果

1) 書き換え理由

書き換え理由は大分類として、『医師主体の表現』と『難しい表現』の2種に類別された。大分類の『医師主体の表現』に分類された文章は18文であり、表1のようにその小分類としては、「医師の行為が説明されている」、「患者にとって過去のことをいわれても困る」など19件の書き換え理由が挙げられた。また、大分類の『難しい表現』に分類された文章は13文であり、「怖いイメージの表現(例:壊される)」、「医師がよく使う表現(患者にはなじみが薄い)」など13件の書き換え理由が挙げられた(表1)。

2) 書き換えパターン

書き換えパターンは、大分類として「患者視点」「事実・事柄の説明」「表現の変更」の3種に類別された。『患者視点』での書き換えが行われたのは8件で、小分類は、「医師と患者の対話を促す表現とする」、「患者が気づける・行動できることを述べる」、「患者自身を主語とする」などであった。『事実・事柄の説明』は10件であり、小分類は「必要な事柄を説明する」、「事実(のみ)を述べる」であった。『表現の変更』は13件であり、小分類は「用語の変更」、「わかりやすい表現にする」、「断定表現を避ける」などであった(表2)。

書き換え理由の大分類の一つである「医師主体の表現」は、「患者視点」「事実・事柄の説明」の2種のいずれかの書き換えパターンの大分類で書き換えがなされていた。書き換え理由の小分類が、必ずしもどちらかの書き換えパターンとなっているとは限らず、内容に応じたパターンが使い分けられていた。

表1 書き換え理由の大分類及び小分類

<p><b>書き換え理由1『医師主体の表現』 計19件(件数)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 医師の行為が説明されている (10) 全身の状態を総合的に評価して治療法を決めます 体表から観察する 他</li> <li>● 医師との対話を促していない (2) 外科手術が勧められます 他</li> <li>● 医師に患者にとって過去のことをいわれても困る (2) 初期に食道がんを発見することは困難で 他</li> <li>● 医師に患者ができないことをいわれても困る (1) 胃の検査に重点が置かれますので、食道は十分に観察されにくいことがあります。</li> <li>● 医師の評価が含まれる (1) 早期診断における有用性は使えるという意味で確立されたものはまだありません。</li> <li>● 医師にとっての理由である (1)</li> <li>● 医師の思いが説明されている (1)</li> <li>● 患者に責任があるように感じさせる (1)</li> </ul>
<p><b>書き換え理由2『難しい表現』 計13件(件数)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 怖いイメージの表現 (7) 断面を輪切りにしたように見る がんが食い込むことがある 他</li> <li>● 医師がよく使う表現(患者にはなじみが薄い表現) (1) 症状が出現します</li> <li>● 断定表現である(患者に必ず当てはまらない場合もありうる) (1) 人工肛門を回避する手術が可能です</li> <li>● 変わりうる時期を記載している (1) 近年</li> <li>● 誤解を生む表現を含む (1) 機能がこれまで通り保てるか</li> <li>● 読みあげたときに理解しにくい (1) 合併症が死につながる率</li> <li>● 表現が難解(解剖) (1)</li> </ul>

※1つの文章では、複数の理由を含んでいた。

※本表では文章の一部をわかりやすく掲載するために、一部の文言を抽出・変更している。

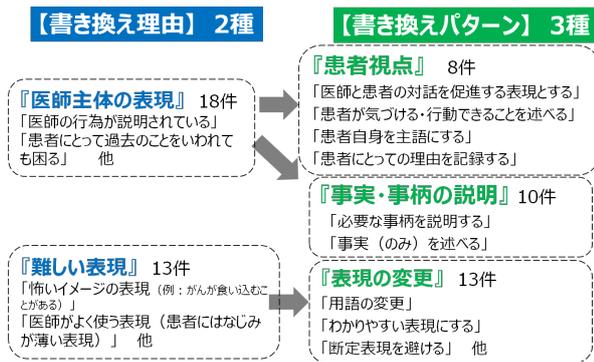


図2 主な書き換え理由と書き換えパターン

表2 書き換えパターンの大分類及び小分類

**書き換えパターン1 『患者視点』 計8件(件数)**

- 医師と患者の対話を促進する表現とする (3)  
全身の状態を総合的に評価して治療法を決めます→体の状態などから検討します  
治療法は、病期により決定されます→治療法は主に病期で決まります 他
- 患者が気づける・行動できることを述べる (2)  
初期に食道がんを発見することは困難で→早期発見の機会としては 他
- 患者自身を主語とする (2)  
画像を得る→画像を撮る 他
- 患者にとっての理由を記載する (1)

**書き換えパターン2 『事実・事柄の説明』 計10件(件数)**

- 必要な事柄を説明する (9)  
外科手術が勧められます→手術が第一選択です  
体表から観察する→体の表面から調べます  
緩和を目的とした放射線治療もしばしば選択されます→緩和を目的とした放射線治療がよく行われます 他
- 事実(のみ)を述べる (1)  
一時的に消失することもあり、(患者により)放っておかれてしまうことがあります→これらの症状は一時的に消えることもあります

**書き換えパターン3 『表現の変更』 計13件(件数)**

- 用語の変更 (7)  
体の内部の断面を輪切りにしたように見る→体の内部の断面を見る  
がんが食い込むことがある→がんが広がることもある  
直接虫喰っていく(浸潤する)ようになると→広がっていくと  
これががんで壊されると声がかすれます→がんが広がると、声がかすれます
- わかりやすい表現にする (2)  
合併症が死につながる率(読み上げた時にわかり

にくい)→合併症が死につながる確率 他

- 熟語を訓読みを含む表現とする (1)  
症状が出現します→症状が出ます
- 断定表現を避ける(過度な期待をさせない) (1)  
人工肛門を回避する手術が可能です→人工肛門を回避する手術ができる場合があります
- 誤解のない表現に変更 (1)  
機能がこれまで通り保てるか→機能がどの程度保てるか
- 時期を明確にするもしくは時期を書かない (1)

※本表では文章の一部をわかりやすく掲載するために、一部の文言を抽出・変更しています。

※書き換えた結果を矢印(→)で示した。

## 3) 評価

3名の評価者は、31件中23件の理由及び文章の書き換えが妥当であるとした。しかし、「医師主体の表現－医師の行為を表す表現」7件(例：評価する、体表から観察する)については、相談員は書き換えを妥当としたが、がんサバイバーは「専門家の言葉として納得できる」として、必ずしも書き換えなくても良いとした。

上記以外でがんサバイバーと相談員の評価が分かれたのは、1件であった。相違が見られたのは、「初期に食道がんを発見することは困難で」から「早期発見の機会としては」に書き換えた文章であり、書き換え理由の小分類で「医師に患者にとって過去のことをいわれても困る」を「患者が気づける・行動できることを述べる」としたものだ。がんサバイバーは、「診断されたときには手遅れになったような気がする。」として、書き換えを妥当としたが、相談員は、相談時には、早期発見しにくいことが書いてあると助かると述べた。

## 5. 考察

本研究では、特定のがんの種類に関する患者向け資料の作成工程の解析により、医師特有の表現と患者視点での書き換え方法を抽出した。抽出した書き換え理由とパターンは、3名の評価者による判断から患者向け資料作成に全体に妥当な視点であるとされた。

書き換え理由としては、「医師主体の表現」が多くみられ、その中でも、「医師の行為を表す表現」が一番多くみられた。これらは、がんサバイバーは、医師が話しているように感じられることから納得でき、書き換える必要はないとした。しかし、HONCODEの「揭示する情報は、患者と医師の関係を支援(support)するものとして設計されているものであり、これに置き換わるものではないこと。(Health on the Net Foundation, 1997)」というルールや医療への患者の主体的な参加を考慮した場合には書き換えることがより望ましく、文章の作成・編集時には、医師の行為に関する記述について注意を払うことが必要であると考えられた。患者向けの情報を作成

する際の情報源である医学専門書、診療ガイドラインや論文などの医師・医療者向けの情報は、「医師や医療者の行為を表す表現」となっており、「評価する、観察する」といった表現に代表される用語が使用される。また、医療者が執筆する際には、通常慣れ親しんでいる用語に違和感がないのは当然のことである。従って、患者向けの情報作成において、非専門家や患者等による表現の確認工程は必要であることが示唆されたとともに、本検討のような書き換え例を蓄積し、共有していくことがよりよい患者向けの情報作りに寄与すると推察される。

さらに、今回使用した材料の原稿はがんが診断されたばかりの人を主対象とした情報であることから、「患者にとって過去のこと」や「患者にはできないこと」についての記述は、対象にとっては意味のない情報や無力感、場合によっては、対応できなかった自分を責めてしまうことも起こりえることから、患者の精神面への影響への配慮から、「患者が気づける・行動できること」に書き換えていく視点は重要であると考えられた。この点については、対象が患者ではなく、市民全般のがんの予防の観点から考えた際には、観点が変わってくると思われる。

書き換え理由が「難しい表現」とされた文章の中では、「怖い表現」が最も多く見られた。これは、医療者であれば、通常使用している用語であり、恐怖心を感じることがない用語でも初めてその用語や表現に接する人にとっては、過度な恐れや不安につながる可能性があり、この点でも、患者向けの情報作成における患者等による表現の確認工程の必要性が示唆された。

本研究での題材は、特定のがんの種類に関するものを使用しており、がん以外の疾患や治療後の療養や生活といった情報作りの際には、さらに別の観点が可能な可能性がある。今後、上述のような違う種類の原稿についても検討を進めていく必要があると考えている。

今回は、文章表現に関する書き換えの中でも「医療用語の変換」、「日本語表現としての修正」は対象としなかった。「医療用語の変換」では、平成21年に国立国語研究所から出された「病院の言葉」を分かりやすくする提案(病院の言葉委員会, 2009)にて一部の用語が検討されており、医薬品の副作用に関する用語についても同様に検討がなされている(太田有香, 大津史子, 後藤信之, 2014)。しかし、実際に患者が医師と話す際に使用される用語については、難しい用語であっても患者が意味を知っておくことが必要であると考えられ、別途検討が必要である。「日本語表現としての修正」は原稿の調整時に多く発生しており、一定の基準作りも欠かせない要素である。

英文では、受動態と能動態の差や主語の長さなどの検討も行われており(Leroy, Helmreich, & Cowie, 2010)、多くの手引きで文章は短くすること、受動態を積極的に用いること、専門用語はできるだけ平易な表現に置き換えることなどの一般化された手法が中心に記載されていた(Abraham & Kools, 2010; Cancer Research UK, 2017;

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2010; The National Library of Medicine (MedlinePlus), 2013)。これらの中で Cancer Research UK では、詳細な書き換えリストまで示されており、本研究のような検討の積み重ねにより、日本語でのリストを作成していくことがより読み手の理解を深め患者と医師のコミュニケーションの促進につながると考えられる。

また、日本語表現を理解、記憶し、活用するためには、ヘルスリテラシーの検討も避けては通れない(Doak, Doak, Friedell, & Meade, 1998)。日本におけるヘルスリテラシー尺度(Nakayama et al., 2015)などを用いて合わせて検討を進めていくことも求められる。

先行研究では、患者向けの情報提供においては、文章表現のみならず、情報提供媒体や、イラストや写真といったビジュアルツールを併用することにより、情報の理解度が深まるといった検討(Weert et al., 2011)も進められており、日本語での検討が期待される。

なお、本研究で抽出された書き換え理由とパターンは、患者向け資料作成の担い手育成ツールへの活用のみならず、医師が患者と対話する際の参考になることも期待される。

## 6. 結語

本研究では、実際の患者向け資料作成における医師特有の表現の抽出を行い、患者—医師間コミュニケーションを促進することを念頭においた資料作成時の考慮すべき観点や具体的な方法の一部を洗い出すことを試みた。

医師特有の表現として、「医師の行為を表す表現」や「怖い表現」が多くみられ、『患者視点』、『事実・事柄の説明』、『表現の変更』といったパターンでの書き換えがなされており、情報の作成の際には、これらの表現については、慎重に検討する必要があることが示唆された。中でも、「医師の行為を表す表現」については、患者は資料上でも医師の言葉として、納得できると考えがちであるが、患者が医師とコミュニケーションを促進することを考慮した観点からは、主体的な参加を考慮した視点での表現を心がけることの必要性が明らかとなった。今後、より広い観点での調査研究が期待される。

## 謝辞

本研究を実施するにあたり、ご協力くださいました皆様に心より感謝申し上げます。

## 引用文献

- Abraham, C., & Kools, M. (2010). *Writing Health Communication*. LON: Sage Publications Ltd.  
<https://doi.org/10.4135/9781446288054>
- Cancer Research UK. (2017). About-our-information. Retrieved January 30, 2019, from <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/about-our-information>

- Centers for Disease Control and Prevention(CDC). (2010). Simply Put- A Guide for Creating Easy-to-Understand Materials. Retrieved January 30, 2019, from [https://www.cdc.gov/healthliteracy/pdf/Simply\\_Put.pdf](https://www.cdc.gov/healthliteracy/pdf/Simply_Put.pdf)
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med*, 44(5), 681–692. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00221-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00221-3)
- Davis, T. C., Bocchini, J. A., Fredrickson, D., Arnold, C., Mayeaux, E. J., Murphy, P. W., ... Paterson, M. (1996). Parent comprehension of polio vaccine information pamphlets. *Pediatrics*, 97(6), 804–810.
- Doak, C. C., Doak, L. G., Friedell, G. H., & Meade, C. D. (1998). Improving Comprehension for Cancer Patients with Low Literacy Skills : Strategies for Clinicians, *CA Cancer J Clin.* , 48(3), 151–162.
- Gray, M. (2008). *Evidence-based health care and public health: how to make decisions about health services and public health* (3rd ed.). Churchill Livingstone.
- Health on the Net Foundation. (1997). HONcode. Retrieved January 30, 2018, from <https://www.hon.ch/HONcode/Patients/Japanese/>
- Leroy, G., Helmreich, S., & Cowie, J. R. (2010). The influence of text characteristics on perceived and actual difficulty of health information. *International Journal of Medical Informatics*, 79(6), 438–449. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2010.02.002>
- Meade, C. D., Byrd, J. C., & Lee, M. (1989). Improving patient comprehension of literature on smoking. *American Journal of Public Health*, 79(10), 1411–1412. <https://doi.org/10.2105/AJPH.79.10.1411>
- Nakayama, K., Osaka, W., Togari, T., Ishikawa, H., Yonekura, Y., Sekido, A., & Matsumoto, M. (2015). Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe: A validated Japanese-language assessment of health literacy. *BMC Public Health*, 15(1), 505. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1835-x>
- NHS England. (2019). The Information Standard. Retrieved January 30, 2019, from <https://www.england.nhs.uk/tis/>
- The National Library of Medicine (MedlinePlus). (2013). How to Write Easy-to-Read Health Materials. Retrieved January 30, 2019, from <https://medlineplus.gov/etr.html>
- The U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). (2012). Toolkit for Making Written Material Clear and Effective Toolkit Part 4, Understanding and using the “Toolkit Guidelines for Writing.” Retrieved January 30, 2019, from <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/WrittenMaterialsToolkit/ToolkitPart04.html>
- Weert, J. C. M. Van, Noort, G. Van, Bol, N., Dijk, L. Van, Tate, K., & Jansen, J. (2011). Tailored information for cancer patients on the Internet : Effects of visual cues and language complexity on information recall and satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 84(3), 365–375. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.04.006>
- 厚生労働省. (2005). 今後のがん対策の推進について「がん対策推進アクションプラン2005」. Retrieved August 20, 2002, from <https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan01/01.html>
- 太田有香, 大津史子, 後藤信之. (2014). 患者向け副作用情報提供文書に用いられている言葉の分類および評価. *医薬品情報学*, 16(3), 125–136.
- 日本インターネット医療協議会. (2018). eヘルス倫理コード3.0. Retrieved January 30, 2019, from [http://www.jima.or.jp/ehealth\\_code/about.html](http://www.jima.or.jp/ehealth_code/about.html)
- 病院の言葉委員会. (2009). 「病院の言葉」を分かりやすくする提案—工夫の提案. 東京: 勁草書房.

\*責任著者

Corresponding author : e-mail mashayak@ncc.go.jp

# 精神看護学実習における 学生のネガティブな情動に関する質的研究 A qualitative study on negative emotions of nurse students in psychiatric nursing practical training

石橋 昭子  
Akiko ISHIBASHI

国際医療福祉大学福岡看護学部看護学科  
International University of Health and Welfare School of Nursing  
at Fukuoka

## Abstract

[Purpose] The purpose of this study is to find out the negative emotions of nursing students who occur in the care of patients with mental illness. Consider learning support from the viewpoint of nursing students. [Method] Consent to the survey was obtained from 87 people (11 men, 76 females) in the third grade of nursing department of University A. The nursing student wrote a process record of 547 days in total, of which 145 days (26.5%) are selected for research. Data analysis was qualitative analysis of process record and co-occurrence network analysis (analysis software: KH Coder). [Result] As a result of qualitative analysis, 69 sub-categories, 13 categories and the following 4 core categories were obtained: 【Expressions and behaviors of unpredictable patients with mental illness】 【Understanding and care for biological weaknesses】 【Psychiatric nursing care management】 【Care relationship building with patients who first met】. Co-occurrence network analysis classified into six categories. [Discussion] Nurse students' negative emotions occurred in professional understanding and response to psychiatry. It was also thought that negative emotions are occurring in trial and error toward constructing collaborative relationships. What is important in resilient care is acceptance of negative emotions and doing various coping behaviors. It is important for nursing students to support learning so that they can understand psychiatric patients while accepting their own negative emotions.

## 要旨

【目的】本研究の目的は精神疾患を有する患者のケアで生じる看護学生のネガティブな情動を分析し、看護学生の立場に立った学修支援を考察することである。【方法】調査に対する同意は、A大学の看護学科の3年生の87名（男性11名、女性76名）から得られた。看護学生が書いたプロセスレコードは全部で547日であり、その内の145日分（26.5%）を研究対象に選んだ。データ解析は、プロセスレコードの質的分析と共起ネットワーク分析（解析ソフト：KH Coder）であった。【結果】69サブカテゴリ、13カテゴリ及び4つのコアカテゴリである【予測できない患者の言動】【脆弱性への理解や対応】【看護ケア管理】【初期のケア関係構築】が得られた。共起ネットワーク分析では6つの領域に分類された。【考察】看護学生のネガティブな情動は精神科の専門的理解や対応において生じていた。また協働的な関係構築に向けての試行錯誤においてネガティブな情動が生起していることが考えられた。レジリエントなケアにおいて重要なことは、ネガティブな情動を受容することとさまざまな対処行動を行なっていくことである。看護学生が自身のネガティブな情動を受容しながら精神科患者の理解が出来るように学習を支援することが重要である。

キーワード：精神科看護、看護学生の情緒的反応、協働的關係、レジリエントなケア、質的研究

Key words: Psychiatric nursing, Emotional reaction of nursing students, Collaborative relationship with patients, Resilient care, Qualitative study

## 1. 序文

文部科学省は、大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会（2017）において、多様なニーズに応えるべく、学生が卒業時まで身に付けておくべき必須の看護実践能力について、その修得のための具体的な学修目標を提示した看護学教育モデル・コア・カリキュラム

が策定された。看護は実践の科学であるため、看護基礎教育は、教室内における授業とともに、演習室、病院や地域などの臨地などにおける授業も必要とする（舟島, 2013）。さらに、精神看護では、全人的視点といった身体だけでなく精神的、社会的な視点で人間の健康を考えねばならない能力（白石・武政, 2016）と、看護師一患

者関係の中で用いられる専門的能力(コンピテンス)(オートウール・ウェルト, 2013)が求められる。例えばコミュニケーションには、関係性に供されるコミュニケーション、表出行動というメッセージの解読、身体の共振による相互疎通、言葉を介しての合意形成、かかわりとコミュニケーション技法の側面があり、患者の理解と実践の手段であり、それ自体が看護になり治療にもなる(阿保, 1996)。

しかし精神症状などは目に見えないため理解し難く、自己理解と他者理解に基づくコミュニケーションが求められるため、その場で判断した対応がどうだったのか学生が戸惑う場合も多い。精神看護学実習での困惑場面について中野・益子・田村(2006)は、再構成されたプロセスレコードを分析し、学生の困惑状況は「言葉の解釈のずれ」「状況把握不足」「言動の不一致」「悲観的予後への無理な励まし」「共感場面のずれた対応」「意思の伝達不足」「一方的な押しつけ」「精神症状に対する不安」の8つと、問題要因パターンとしてコミュニケーションスキルの未熟さによる状況把握の不足、察しの悪さによる共感性の欠如、わかったつもりになって患者の不快感を喚起してしまうこと、そして精神症状に対する不安の4つを見出しており、精神疾患や症状の理解の難しさやコミュニケーションによるケア提供の難しさを学生は困惑場面として自覚していた。また精神看護学実習への実習不安について青柳(2008)は、看護系大学3年生48名を対象に調査した結果、83.3%の学生に不安があり、不安の内容の95.8%は受持ち患者との人間関係において、患者に受け入れてもらえるか(79.2%)、患者とどう接したらよいか(75%)、症状にどう対応したらよいか(72.9%)、であったと報告した。さらに元来の不安傾向である特性不安が高い看護学生は、消極的回避、抑制傾向、消極的閉じこもり傾向があり、特性不安が低い学生は対処行動得点が有意に高く、積極的問題解決志向であり(岡部, 1998)、不安に対する個人差は実習課題達成に影響を与えることが示唆されていた。しかし3週間の精神科臨地実習を経ることで、特性不安が高い学生は実習経過とともに一過性の状態不安が有意に低下(松本・坂井・森, 2011)したことや、「患者に対する母性的感情」および「患者に対する陽的感情」は特性不安に影響を及ぼさなかった(松本・坂井・森, 2011)ことから、特性不安がありながらも実習課題を達成しようとするポジティブな力が働くことや、実習に取り組む過程で獲得する能力が存在することが考えられた。

一方で看護学生の困難感や不安感を軽減し、対象者の理解を促すための学修支援も工夫してきた。例えば臨地実習前の演習や講義において、当事者の話を聞く機会を設ける(谷本, 2015)、ロールプレイや視聴覚教材の活用(重富・堂下, 2018, 谷本, 2015)、幻聴や幻視が模擬体験できるバーチャルハルシネーションの利用(川村・武政・谷本・清末, 2010, 松本・小堀・勝倉・大森・丹野・原田, 2006)、シミュレーション教育(岩崎・山崎・柴田, 2018)等を行ない、その成果を報告している。しかしバーチャルハル

シネーションは不安の惹起(松本・小堀・勝倉・大森・丹野・原田, 2006)や学生に症状のつらさを強く印象づけたが、看護者の役割を考えさせるには至らず(川村・武政・谷本・清末, 2010)、シミュレーション教育においても演習当日および2週間後のデブリーフィングで「難しい」という感想が最も多かった(岩崎・山崎・柴田, 2018)等の課題や限界も残されている。また、講義や実習前後の精神障害者に対する学生のイメージに与える影響について中島・梅津(2010)は、講義前後と実習後に20組の形容詞対を用いたSD法による精神障害者イメージ調査と社会的距離尺度(SDSJ)による調査を行った結果、講義後は講義前よりもこわくない、安全なイメージに変化し、講義前後と比較して、実習後に学生の精神障害者に対する社会的距離は近くなり、精神障害者のイメージや距離感の改善には講義だけでは不十分で、臨地実習が有効であったことが示唆されたと報告した。

以上よりこれまでの精神看護学教育に関する研究では、看護教育の観点から学生の実習不安や対象理解に対する困難感を明らかにしながら課題達成に向けた学修支援について検討されてきた。しかし、学生側からみた精神疾患を有する患者とのコミュニケーションに着目した研究は少ない。看護学生が受持ち患者の言動や様子を受け止められずにネガティブな情動が生じている場面に注目することで、実習不安に対するより具体的な実態が明らかとなる。その結果、単に実習課題の達成だけではなく、コミュニケーションへの理解が深まる可能性があり、本研究の意義であると考えた。

そこで本研究では、精神疾患を有する患者とのかかわりにおいて看護学生に不安や困惑等のネガティブな情動が生じた言動や様子を検討し、看護学生の立場に立った学修支援に対する示唆を得ることを目的とした。

## 2. 研究方法

### 1) 研究期間

平成26年9月1日～平成27年3月31日(7ヶ月間)

### 2) 研究対象

#### ①プロセスレコードについて

A大学看護学科3年生で同意が得られた学生87名(男性11名、女性76名)が実習中に記載したプロセスレコードであった。プロセスレコードとは、患者とのやりとりのある一場面を切り取って再構成する書式であり、状況説明やこの場面を取り上げた理由を明らかにし「患者の言動/様子」「そのときの学生の気持ち」「学生の言ったこと/行ったこと」を時系列で記述し、考察を加えるものである(武井, 2014)。プロセスレコードは1名の学生が、1日にA4用紙1枚を記載する。記載する場面は学生が自由に決めているが、基本的には「困ったり、戸惑ったりした言動や様子」である。

#### ②精神看護学実習の概要

精神看護学実習は3年後期で受講し、精神科病棟での実習は7日間行なった。看護学生1名につき精神疾患を有する患者(以下、受持ち患者とする)を1名受け持ち、

対象者とコミュニケーションをとりながら、対象者の情報収集、情報のアセスメント、看護計画立案、計画に沿った介入とその評価による看護過程の展開を行なった。

### ③受持ち患者の概要

受持ち患者の概要は、男性44名、女性43名、疾患名は統合失調症が60名(69.0%)で最も多く、次いでアルコール依存症7名(8.0%)、双極性障害および器質性精神障害が各4名(4.6%)、統合失調症と精神軽度遅滞3名(3.4%)であり、その他に身体表現性障害、非定型精神病、急性一過性精神病等であった。また受持ち患者の年代は30代以下35名(40.2%)、40代~60代55名(63.2%)、70代以上17名(19.5%)であった。受持ち患者の在院日数は1年未満38名(43.7%)、1年以上5年未満14名(16.1%)、5年以上35名(40.2%)であった。

### ④精神看護学実習の事前準備

2年前期に主要な精神疾患に関する病態生理学、2年後期の精神看護学概論で精神看護学の基本的な考え方や精神保健医療福祉に関する歴史や法律等を学び、3年前期に精神看護学方法論で、精神科看護の役割、オレムのセルフケア理論の基礎知識、主要な精神疾患を有する対象者の看護過程、治療的コミュニケーション等を学んだ。

### ⑤科目担当教員及び指導体制について

精神看護学概論、精神看護学方法論および精神看護学実習は精神科病棟で看護師勤務経験のある専任教員2名で担当した。また精神看護学実習では病棟毎に実習指導者が配置され、病棟内のオリエンテーション、病棟と実習スケジュールの調整、受持ち患者の情報提供、患者と学生とのコミュニケーションのサポート、カンファレンスに出席し助言を行なった。

## 3) 分析方法

プロセスレコードより看護学生が精神疾患を有する患者とのコミュニケーションにおいて不安や恐れ、戸惑い等のネガティブな情動が生じている言動や様子を取り出し、質的帰納的に分析した。

言動や様子の抽出及び質的帰納的分析は研究者1名で行ない、妥当性を検討するために、KH Coderを用いた共起ネットワーク分析(樋口, 2017)を実施した。共起ネットワーク分析はJaccard係数を用いて語と語やコード間の結びつきを探り可視化したもので、Jaccard係数とは、「語Aも語Bも含まない文書」は無視して、「語Aを含むか、語Bを含むか一方でも当てはまる文書」の中での「語Aを含みなおかつ語Bを含む文書」の割合を示したものである。

4) 倫理的配慮: 学生に対して研究目的、自由意思による参加・不参加、匿名性の保護、成績や評価と無関係であることなどを文書と口頭にて説明し、同意を得た。またプロセスレコードの分析を行う際に、個人が特定できるような表現は、文脈を損なわない範囲で修正を行なった(例えば妹、弟などは家族とした)。本研究は、国際医療

福祉大学大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(14-In-03)。

## 3. 結果

### 1) ネガティブな情動の記載状況

学生が書いたプロセスレコードは547日分であった。そのうちネガティブな情動の記載は145日分(26.5%)、168枚であった。日数別のネガティブな情動では、1日目40枚(23.8%)、2日目44枚(26.2%)、3日目24枚(14.3%)、4日目17枚(10.1%)、5日目20枚(11.9%)、6日目17枚(10.1%)、7日目および8日目は共に3枚(1.8%)であった。初日と2日目の2日間で50.0%を占めていた。また病棟実習は7日間のため、8日目は初日の学内実習を1日目とカウントした誤りであることが考えられた。

### 2) 精神看護学実習における看護学生のネガティブな情動の生起状況

精神科病棟実習において学生にネガティブな情動が生起した168枚について、質的帰納的に分析した。実習で看護学生のネガティブな情動が生じた言動や様子の内容分析を表1に示し、その具体例について表2~5に示す。その結果、69サブカテゴリ、13カテゴリ(以下「」)、4コアカテゴリ(以下「**[ ]**」)に集約することができた。

4 コアカテゴリは、【予測できない患者の言動】【脆弱性への理解や対応】【看護ケア管理】【初期のケア関係構築】であった。

【予測できない患者の言動】は、「突然の行動」「急な会話の変化」「予想外の患者の反応」の3カテゴリから構成された。

「突然の行動」では突然トイレに立つ、テレビのチャンネルを変える、話しかけられる、立ち上がる、新聞を閉じる等の会話や作業中が“突然”と感じられた言動や様子がみられた。「急な会話の変化」では会話が終わる、話題が変わる等の会話が急に変わった言動や様子、場にそぐわない発言、会話に混乱する、途中で怒りだす等の言動や様子がみられた。「予想外の患者の反応」では、返答の少なさ、予想以上に反応が少ない、反応が遅い等の言動や様子や、大きなリアクション、気分や体調の急な変化等が現れた言動や様子がみられた。

【脆弱性への理解や対応】は、「消極的な活動参加」「ストレートな気持ちの表現」「精神症状の表出」「患者の苦悩」の4カテゴリから構成される。

「消極的な活動参加」では治療として行なわれる作業療法やレクリエーション活動への不参加や活動参加への億劫さ、患者の要望と活動内容の不一致、等の言動や様子がみられた。「ストレートな気持ちの表現」では、握手や腕を組む等の身体接触、歯磨きをしたくない、食事はいらぬ等の日常生活行動を拒否する言動や様子、学生のかかわりに対する不満、1人になりたい、他の人を呼んで欲しい、等の表現や患者が無言になる言動や様子がみられた。「精神症状の表出」では、統合失調症の陽性症状である幻聴、妄想的な発言、独言や会話の滅裂さ、悲

観、意欲低下等の表出がみられた。「患者の苦悩」では、家族が自分を避けているといった家族への葛藤、飲酒を止めたくても止められないという断酒への思いが表出されている言動や様子がみられた。

以上の2つのコアカテゴリである【予測できない患者の言動】と【脆弱性への理解や対応】は、精神科領域特有の理解や対応に関連した言動や様子であるといえる。

【看護ケア管理】は、「患者の行動制限」「リスクやトラブル」「情報の混乱」の3カテゴリから構成される。

「患者の行動制限」では、退院への納得いかない気持ち、外出の制限、好きな活動の制限がみられた。「リスクやトラブル」では、受持ち患者と他患者とのトラブル、借りた物品を他患者や学生に返さない、物を盗られる、転倒の危険性が生じている言動や様子でみられた。「情報の混乱」では、学生の個人情報に質問する、カルテ情報と患者が話す内容が食い違っている、事実と違う話、知らない話題になる、服薬に対する迷い、不自然な意味づけがみられた。

【初期のケア関係構築】は、「関係構築への学生のゆらぎ」「ケア提供に対する学生の不安」「学生が会話をケアに活かさない」の3カテゴリから構成される。

「関係構築への学生のゆらぎ」では、患者との初めての対面や患者の言葉が聞き取りにくさがみられた。「ケア提供に対する学生の不安」では、爪切りを促す等の生活援助の必要性、患者からの質問や指摘、患者からの謝罪、患者とスケジュールが合わない、ケアの妥当性への不安がみられた。「学生が会話をケアに活かさない」では、患者から意見を求められる、ネガティブな発言への返答、何も無いという返答がみられた。

以上の2つのコアカテゴリである【看護ケア管理】と【初期のケア関係構築】は、ケアに対する理解や対応に関連した言動や様子であるといえる。

表 1 実習で看護学生のネガティブな情動が生じた言動や様子

コアカテゴリ	カテゴリ 13	サブカテゴリ 69	
予測できない患者の言動 ③	突然の行動 ⑩	突然トイレに立つ ⑧	お祈り
		テレビのチャンネルを変える	立ち上がる
		待てない	絵を描き出す
		振り返って名前を呼ぶ	新聞を閉じる
		話しかけられる	ノードを書く
	急な会話の変化 ⑨	会話が終わる ⑥	返事に困っている
場にとわかない発言 ⑧		早口で質問に答える	
話題が変わる ②		評価が変わる	
会話に混乱する ②		途中で怒り出す	
予想外の患者の反応 ⑥	返答が少なすぎ ⑧	時間がかかることへの戸惑い ②	
	気分や体調の急な変化 ⑥	過度な気遣い	
	大きなリアクション ⑧	すぐに場を離れる	
脆弱性への理解や対応 ④	消極的な活動参加 ④	活動への不参加 ④	強い日中の眠気 ④
		活動内容の不一致 ④	活動参加への億劫さ
	ストレーナな気持ちの表現 ⑩	身体接触 ⑥	無言
		1人になりたい ④	他の人呼んで欲しい
		かわりへの不満 ②	怖いと言われた
		歯磨きを断る	診察の同席を拒む
	精神症状の表出 ⑥	悲観的な発言 ⑥	妄想的な発言 ⑧
		会話の減衰さ ⑤	独言 ②
		幻聴 ④	意欲が出ない
	患者の苦悩 ②	家族への葛藤 ⑥	断酒への思い ②
看護ケア管理 ③	患者の行動制限 ③	退院への納得いかない気持ち ④	好きな活動の制限
		外出の制限 ②	
	リスクやトラブル ④	他患者とのトラブル ④	物を盗られる
		物品を返さない	転倒の危険性
情報の混乱 ⑥	学生の個人情報を質問する ⑥	知らない話題になる ⑧	
	カルテ情報との食い違い ⑧	服薬に対する迷い	
	事実と違う話 ⑧	不自然な意味づけ	
初期のケア関係構築 ③	関係構築への学生のゆらぎ ②	初めての対面 ⑥	言葉の聞き取りにくさ
		生活援助の必要性 ⑧	スケジュールが合わない
	ケア提供に対する学生の不安 ⑤	学生の緊張を指摘される ②	ケアの妥当性への不安
		患者からの謝罪 ②	
学生が会話をケアに活かさない ⑧	患者から意見を求められる ④	何も無いという返答	
	ネガティブな発言への返答 ④		



表 4 コアカテゴリ「看護ケア管理」の学生のテキスト例

カテゴリ	サブカテゴリ	ネガティブな感情が生じたやりとり例 p:patient(患者) s:student(学生)
患者の制限行動	退院への納得いかない気持ち	s「最近困ったことはありますか?」p「何もないよ、あえて言うなら退院したいね。」s「何で言えばいいのだから、どうしたら退院できるのかな、と戸惑った。そうですね、いつになつたら退院できますかね。」p「もうずっと入院しているんだよ」
	外出の制限	s「外出とかはされるんですか?」p「いいえ、私は外出できないんですよ、だからずっと病院の中ですよ。」s「1ヶ月以上入院していると思うんだけど、何で外出できないんだろう、聞いていいのかな?どこまで聞いていいかわからない。戸惑い。もうなんですか?」
リスクやトラブル	他患者とのトラブル	p隣の患者 やめなさい!少し声が大きく、怒っており、手を払いのけた。その後もボソボソと文句を言っていた。受持ち患者「・・・落ち込んでる表情。突然怒り出したから驚いた。被害妄想があると聞いたけどそのせいなのか。なんて声をかけたらいいのかな。すみません!声をかけることができなかった。身体を触られることが嫌で迷惑だと思っている。しかし、受持ち患者はその態度が悪しかったのではない。」
	物品を返さない	p「ペン貸して下さい、そこにあるでしょ。」私のペンを指すこの人、物を服の中のために込み癖があるよね。手が怪我してもいいし、一応看護師さんに聞いた方がいいよね?これだと痛いかもしれない。マジックペンを探してきましたよか?p「それ良いです。貸して下さい。」s「えーどうしよう、いつか・・・」で書かれているから別にいいのかな? 本当にこれいいんですか?すく(返して下さいね。ペンを返し、様子を見守る。しばらく返してもえなかったの、看護師さんに声をかけ、返してもらえた。
情報の混乱	学生の個人情報質問する	p「あ!そう!学生Bさんの落んでいる住所を教えてください、ここを出てからは是非会いたいです。本当に!すぐ興味深そうに、明るく声と表情で話し、私の様子を伺う。s「あ、しました。どうしよう、断るべきやいけないけど、すぐ本気なのが伝わる。あー目を閉じ、申し訳な顔を返す。」
	カルテ情報との食い違い	s「Aさん、午後からある作業療法には行きますか?」笑顔でp「うーん、行かないかな、ゆっくりしておく。」s「作業療法に参加してもらいたいんだけどな。カルテには作業療法に参加して主観性もあると書いてあるのに何で断るんだろう、困惑。戻〜、行きますよ。」p「うーん・・・」と言いつつ、腹立たしくなる。どうしよう、黙らされてしまった。今日はカラオケですか?何を歌われるんですか?p「わからん」

表 5 コアカテゴリ「初期のケア関係構築」の学生のテキスト例

カテゴリ	サブカテゴリ	ネガティブな感情が生じたやりとり例 p:patient(患者) s:student(学生)
関係構築ゆえの学生生活の不安	初めての対面	s「患者さん、看護師さん、教員、私の4人で机に向かって顔を見合わせるように座っている。何で言ったらいいんだろう。もし受け持ちを断られたらどうしよう。患者さん1人を集中して見るのではなく、全体を見渡すように、自然な視線でいた。p「はい。どこにサインすればいいのかな。」s「どうなんだろう。不安。p「もし同意をいただけるなら、こちらにサインをお願いします。」p「あ、メガネ持ってくるね。」s「よかった。」
	言葉の聞き取りにくさ	s「今日は天気ですけど、寒いですが、スーツとしませんか?」p「体を起こし、話したが、不明瞭な言葉のため聞き取れない。s自分から話してくれたのに、何を言っているのかわからない。どうしよう、相手の表情に合わせ、自分の表情も変えずつあいつちをつ。」
ケア提供に対する学生の不安	生活援助の必要性	p「自分の指を見つめる。私とは目を合わせない。s「爪が伸びているな。Aさん、爪が伸びていますね。」p「・・・はい。昨日看護師さんにも言われました。」s「たぶん伸びているな。折れたり、皮膚を傷つけそうだな。爪切りを話所に借りに行ってみませんか。」p「・・・自分の指を見つめる。s「嫌だったのかな。何か理由があって、伸ばしているのかな。・・・」p「爪を擦る動作がみられた。s「やっぱ気にしているのかな。もう一度すめてみようかな。断られたらどうしようかな。不安。爪短いとすずりすりすと思えますよ。爪切りを借りに行ってみませんか。」p「そうですね、行きましよう。」s「焦って声かけをなくよかつた。」
	ケアの妥当性への不安	p「杖を持ち歩きます。s「ストレッチに行くことで、少しでも離床を促せてよかつたと思っ反面、Aさんにとって本当にそれでよかつたのかなあ。私の「慣に付きましようか?」と提案に対する返答までに3~4秒間があったのは、いつもと同じなのか、それと動くことに対する抵抗があったのだろうか。(6)杖を持ち歩くAさんの手をとり歩くAさんのためだと思ひ、ストレッチに行くよ話を進めたが、本当にAさんにとって良い行動であつたのかと不安になる。」
学生生活が会話なをいケアに	予想外の質問	p「どちらが良いと思います?」s「自分の意見を聞かれるとは思ってなかった。焦る。困る。戻一、どちらがよいですかね。」p「悩む様子で返す。p「・・・」s「何で言えばいいのかな。気まずい。」p「じゃあデイルームで食べようかな。」s「デイルームを選んだことに安堵する。」
	何もないという返答	s「Aさん、退院したら何かしたいことありますか?」s「優し(声をかける。p「何もないぶっけらぼうにすぐ答える。s「あー、願いを聞きたいけど何で聞いたらいいのかな。少し焦る。もしひとつだけ願いがかなうとしたら、何を願いますか?と優しく質問しおます。p「それはもちろんこの病気が治ってくれることかな。」と目をつむりながら答える。」

2. 計量テキスト分析

1) 共起ネットワーク分析

ネガティブな情動が生じた言動や様子の特徴を捉えるために共起ネットワーク図を作成し、図1に示す。円は語の出現回数を示し、出現回数が多いほど大きな円で描かれる。円を結ぶ線(edge)は共起関係を示し、強い共起関係ほど太い線で描かれる。線の数値は類似性測度を示す Jaccard 係数であり、0 から 1 までの値をとり、関連が強いほど 1 に近づく。その結果、この図によれば大きく 6 つに分類される。

Aグループでは、患者、自分、言う、話す、怖い、質問、答える等の語の関連性が示されているため「患者との対話場面」を読み取ることができる。表1のカテゴリやサブカテゴリと照合すると「急な会話の変化」「ストレートな気持ちの表現」のかかわりへの不満や「患者の苦悩」「関係構築への学生のゆらぎ」「学生が会話をケアに活かせない」が類似している。

Bグループでは、思う、嫌、怒る、戸惑うなどの等の語の関連性が示されているため「怒りや戸惑いについての思い」を読み取ることができる。表1のカテゴリやサブカテゴリと照合すると「患者の行動制限」の退院への納得いかない気持ち、「リスクやトラブル」が類似している。

Cグループでは、不安、悪い、妄想、焦る、困る等の語の関連性が示されているため「精神症状への不安や焦り」を読み取ることができる。表1のカテゴリやサブカテゴリと照合すると、「精神症状の表出」の妄想や会話の減裂さ、「情報の混乱」が類似している。

Dグループでは、反応、違う、辛い、部屋、戻る、出る、といった語の関連性が示されているため「患者の予測できない反応」を読み取ることができる。表1のカテゴリやサブカテゴリと照合すると、「予想外の患者の反応」「消極的な活動参加」が類似している。

Eグループでは、話、聞く、良い、書く、返す、といった語の関連性が示されているため「行動面の理解」を読み取ることができる。表1のカテゴリやサブカテゴリと照合すると「突然の行動」のノートに書く、振り返って名前を呼ぶ、話しかけられる等が類似している。

Fグループでは、嬉しい、食べる、ありがとう、考える、看護師、学生の語の関連性が示されているため「食事場面でのケアの喜び」を読み取ることができる。表1のカテゴリやサブカテゴリと照合すると、「ストレートな気持ちの表現」の食事を断る、「ケア提供に対する学生の不安」に関連すると考えられる。看護師の存在によってネガティブな情動が解消されケアへの喜びに変化している可能性が考えられる。

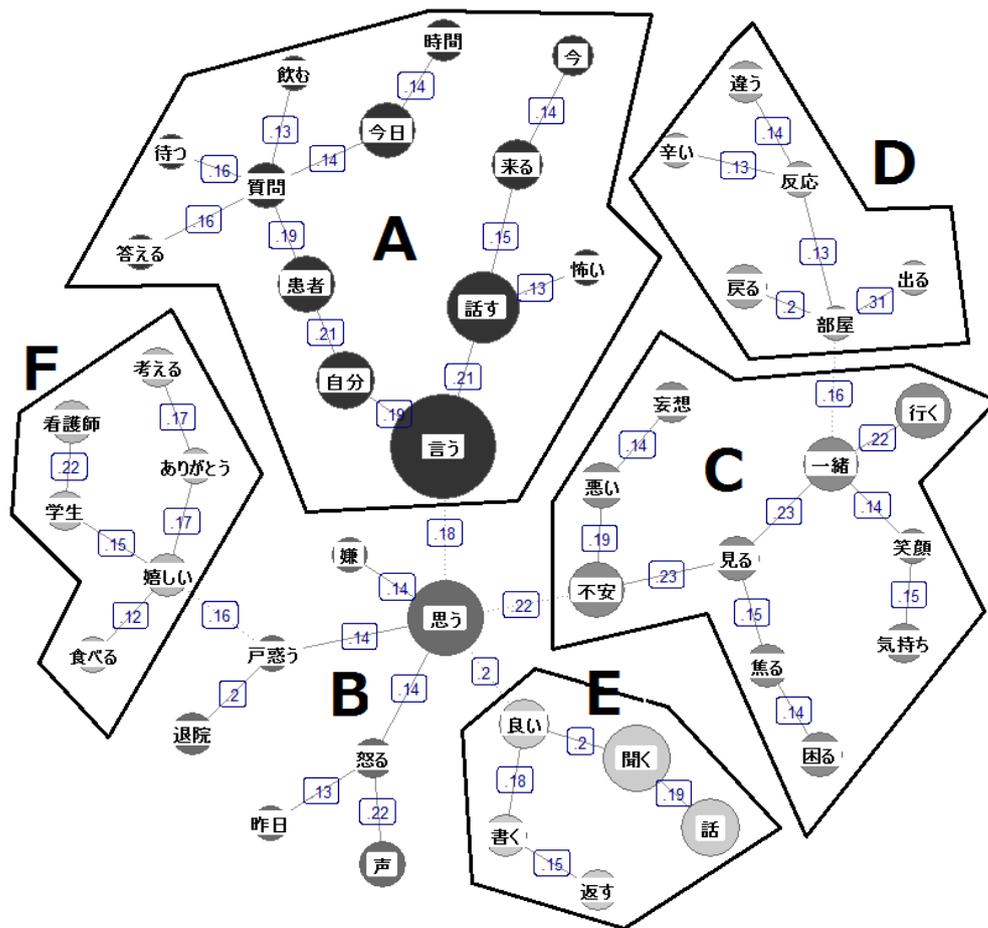


図1 共起ネットワーク

#### 4. 考察

本研究では、精神疾患を有する患者とのかかわりにおいて、看護学生に不安や困惑等のネガティブな情動が生じた言動や様子を検討した。

ネガティブな情動が生じた言動や様子は初日と2日目では半数を占めていた。臨地実習に対する一般的な不安に加えて、精神疾患に対する偏見、先入観等によって実習初期には不安や緊張によってネガティブな情動が多く表出されている事が考えられた。

次に質的帰納的分析および共起ネットワーク分析の結果を踏まえて、レジリエントなケアの視点から考察した。

佐藤・祐宗(2009)は、レジリエンスを「人が不遇な境遇に出あった時に発揮される力である」と定義したとき、①どれだけ他者からのサポートを受けることができるネットワーク構築力を持っているか②目の前の課題をやり通すだけの自信につながる能力を、いままでにどの程度身につけているか③少々いやなことがあっても、他者と上手に協調していく能力があるか、の3つの力が発揮されるほど、心理的立ち直りが促進される、と述べている。本研究では、①他者からのサポートやネットワーク構築力では、看護学生3~4名の小グループでの実習であり、精神科看護教員や病棟看護師の臨地実習指導者が毎日指導している。そのためグループ内外での支援は受

けることが出来る環境であると考えられる。しかし、精神看護学実習では患者と一対一で向き合いながら、患者との治療的関係を築き、実習課題を達成していく事が必要となる。その際に、精神看護学実習では、「突然の行動」「急な会話の変化」「予想外の患者の反応」による【予測できない患者の言動】や「消極的な活動参加」「ストレートな気持ちの表現」「精神症状の表出」「患者の苦悩」による【脆弱性への理解や対応】といった精神科領域特有の理解や対応に関連した言動や様子において看護学生にネガティブな情動が生じることが考えられた。

ケアの実践や関係構築の過程においては、「患者の行動制限」「リスクやトラブル」「情報の混乱」からなる【看護ケア管理】が生じていた。看護師のレジリエンスのうち「問題解決力」「コミュニケーション」「創意工夫」「ユーモア」「責任感」「好ましい気質」「情緒の安定性」「共感性」の8項目は経年的に有意に上昇する(砂見, 2013)ことが指摘されている。これは看護師だけでなく、看護系大学生の臨地実習におけるレジリエンスの構成要素(隅田, 2013)は【学生の内的な強み】【学生が主体的に実行すること】や、実習後のレジリエンスが上昇する傾向にあり、実習というストレスに適応する能力を学生が獲得している(川上, 2011)事から既に生じていることが

考えられる。またレジリエンスが高い者は実習を否定的にとらえつつ肯定的なとらえ方もする(山岸, 2010)ため、ネガティブな情動が生じる言動や様子を避けるのではなく、冷静に受け止めながら患者の理解やケアにつなげていくことや、向き合い続けて行く事がレジリエントなケアの本質であることが考えられた。そして、うまく対応できなくても次のチャンスがあるのでおおらかに受け止め、レジリエンスを発揮していくことで協働的関係性が形成されると考える。

しかしレジリエンスはストレスにコーピングするのみでなく、コーピングを成功させる個人の能力・可能性も指している(田・田辺・渡邊, 2008)ため、レジリエンスが低い場合は不安や緊張感による悪い予測や先入観やこうあるべきという考えにしばられてしまい、かかわりが停滞していると考えられた。

このように情動反応は、認知制御や再評価を行ないながら意志的に調整されており(ストレス百科事典, 2013), 【初期のケア関係構築】を行ないながら、協働的関係性を築くことへとつながっていることが推察された。問題中心型対処と情動中心型対処は互いに促進したり抑制したりするもの(ラザルス・フォルクマン, 2000)であり、学生の情動は揺れ動いていると考える。また情動反応は、認知制御や再評価を行ないながら意志的に調整される(ストレス百科事典, 2013)ため、レジリエントなケアにおいては、ネガティブな情動が生じても慌てずに受け止め、幅広い対応方法や対処行動を行なっていくことが必要であると考えられた。

本研究で得られた成果は、新人看護師教育、精神科訪問看護師教育、福祉施設等の介護者教育においても応用することが出来、本研究の意義があると考ええる。

本研究の限界として、本来ストレスサー、あるいはストレスの知覚・認知は、個人のストレス耐性や性格特性などの影響が大きいことが考えられるが、本研究者が実習評価を行なう立場でもあり、今回は個人差を考慮しなかった。

## 5. 結論

①精神看護学実習における対象者との日々のかかわりを再構成したプロセスレコード547日分中、ネガティブな情動の記載は145日分(26.5%)であった。

②学生のネガティブな情動は【予測できない患者の言動】【脆弱性への理解や対応】【看護ケア管理】の精神科領域特有の理解や対応に関連した言動や様子において生じていた。また【初期のケア関係構築】では、協働的な関係構築に向けての試行錯誤においてネガティブな情動が生起していることが考えられた。

③共起ネットワークでは6つに分類に分類された。「食事場面でのケアの喜び」は看護師の支援によってネガティブな情動が解消されている可能性があるが、精神看護学実習における看護学生のネガティブな情動の生起状況のカテゴリに関連することが示唆された。

④レジリエントなケアにおいて重要なことは、ネガテ

ィブな情動が生じても慌てずに受け止めることと、幅広い対処方法や対処行動を行なっていくことである。看護学生が自身のネガティブな情動を受け止めながら精神科患者の理解が出来るように支援することが重要である。

## 引用文献

- 阿保順子(1996)特集看護教育における「コミュニケーション」の展開 精神科領域における「コミュニケーション」の特徴と教育の実際 Quality Nursing2 (6) 39-47
- アニタ W. オートウール シェイラ R. ウェルト(2013)ペプロウ看護論 看護実践における対人関係理論 医学書院 165
- 青柳直樹 齋藤和子(2008)精神看護学実習における学生の対人関係構築のプロセスとその関連要因-ペプロウの対人関係理論の視点から- 群馬パース大学紀要 6 101-111
- 田亮介田辺英 渡邊衡一郎(2008)精神医学におけるレジリアンスの概念の歴史 精神神経学雑誌 110 (9) 757-763
- 舟島なをみ監修(2013)看護学教育における授業展開 質の高い講義・演習・実習の実現に向けて 医学書院 6
- 樋口耕一(2014)社会調査のための計量テキスト分析 内容分析の継承と発展を目指して ナカニシヤ出版
- 石橋昭子(2015)精神看護学実習前後における看護系大学生のレジリエンスとストレス状況対処行動の変化 第22回 日本精神科看護学術集会専門学会Ⅱ(山梨) 岩崎優子 山崎不二子 柴田裕子(2018)看護基礎教育における模擬患者を用いた精神症状のアセスメントに関するシミュレーション演習の評価 日本シミュレーション医療教育学会雑誌 6 47-52
- 川上あずさ 池田友美 藤岡敦子ら(2011)看護学科学学生のレジリエンスの変化 兵庫大学論集 第16号 39-44
- 川村みどり 武政奈保子 谷本千恵 清末郁恵(2010)看護学生に日本語版バーチャルハルシネーションを用いた体験学習による統合失調症患者への印象の変化 石川看護雑誌 7 35-44
- 小林久子 松井幸子 渡邊清江ら(2012).成人看護学急性期実習における看護学生のレジリアンスに関する研究 インターナショナルNursing Care Research11 (3) 143-149
- 松本武典 小堀修 勝倉りえこ 大森まゆ 丹野義彦 原田誠一(2006)日本版バーチャルハルシネーション(VH)を用いた統合失調症の疾患教育の試みアンケート調査の結果の解析 精神医学 48 (5) 487-494
- 松本賢哉 坂井郁恵 森千鶴(2011)精神科臨地実習における学生の不安と患者関係との関連 明治国際医療大学誌 4号 15-21
- 文部科学省(2017)看護学教育モデル・コア・カリキュラム~「学士課程においてコアとなる看護実践能力」の修得を目指した学修目標~の策定について

- http://www.mext.go.jp/b\_menu/shingi/chousa/koutou/078/gaiyou/1397885.htm (閲覧日:2019/2/13)
- 村田尚恵 分島るり子 古島智恵 高島利 井上範江 (2012). 基礎看護実習終了後の看護学生の精神的回復力と臨地実習自己効力感の関連 医学と生物学 156 (2) 47-52
- 中野あずさ 益子育代 田村文子 (2006) 精神看護学実習の「患者-学生」関係における困惑を改善するための指導方法の研究 群馬県立県民健康科学大学紀要第1巻 51-62
- 中島充代 梅津郁美 (2010) 看護学生の精神障がい者に対するイメージと社会的距離の変化-精神科経験と講義・実習の影響-大阪信愛女学院短期大学紀要 44, 13-18
- 岡部聡子 (1998) 看護学生の実習不安と対処行動に関する研究 東京保健科学学会誌 1 (1) 37-44
- 岡田佳詠 羽山由美子 水野恵理子 下枝恵子 (2002) 精神看護学実習についての看護学生の意識に関する研究 聖路加看護大学紀要 28 28-38
- リチャード・S・ラザラス スーザン・フォルクマン著 本明寛 春木豊 織田正美監訳 (2000) ストレスの心理学-認知的評価と対処の研究 実務教育出版 160
- 蔡小瑛 (2018) 看護学生が持つ精神障がい者に対するイメージの変容: トラベルビー看護理論の視点による分析 梅花女子大学看護保健学部紀要 81-10
- 重富勇 堂下陽子 (2018) 精神看護学演習のロールプレイ体験による学習効果と教育上の課題 視聴覚教材による振り返りに焦点をあてた検討 長崎県立大学看護栄養学部紀要 16 11-17
- 祐宗省三 (2009) S-H式レジリエンス検査 あなたが今持っているポジティブな力をみる【立ち直りの心理検査】手引書 竹井機器工業株式会社
- 佐藤琢志 祐宗省三 (2009) レジリエンス尺度の標準化の試み 看護研究 42 (1) 45-52
- 隅田千絵 細田泰子 星和美 (2013) 看護系大学の臨地実習におけるレジリエンスの構成要素 日本看護研究会雑誌 36 (2) 59-67
- 砂見緩子 八重田淳 (2013) 看護師のレジリエンスに関する研究-レジリエンスの経年変化-第43回 日本看護学会論文集 看護管理 359-362
- 白石壽美子 武政奈保子編 (2016) 全人的視点にもとづく精神看護過程 医歯薬出版株式会社 18
- ストレス百科事典翻訳刊行委員会編集 (2013) ストレス百科事典 精神医学的・臨床心理的・社会心理的・社会経済的影響 丸善出版株式会社
- 武井麻子 (2014) 系統看護学講座専門分野Ⅱ精神看護学 2 医学書院 28-39
- 谷本千恵 (2015) 看護系大学における精神看護学教育の内容と課題 石川看護雑誌 12 85-92
- 山岸明子 寺岡三佐子 吉武幸恵 (2010) 看護援助実習の受けとめ方とresilience (精神的回復力) 及び自尊心との関連 1-10
- 山下真裕子 甘佐京子 牧野耕次 レジリエンスにおける心理的ストレス反応低減効果の検討 日本精神保健看護学会誌 2011; 20 (2) 11-20

#### 謝辞

本研究にご協力いただいた看護学生の皆さまに心より感謝申し上げます。本研究は平成26年度国際医療福祉大学学内研究費助成(教育手法)を受けて実施致しました。また、平成27年度第5回国際医療福祉大学学会学術大会で発表した内容に加筆修正致しました。本研究の内容に関する利益相反はありません。

**\*責任著者 Corresponding author : e-mail  
i-akiko@iuhw.ac.jp**

言語的マイノリティ高齢者の介護ケアにおける  
コミュニケーションの課題：コミュニケーション・サポーター  
(言語通訳者) の活動実態からの考察  
Challenges of communicating with older linguistically minority people in  
long-term care: Study of activities of communication supporters

相原洋子  
Yoko Aihara

神戸学院大学  
Kobe Gakuin University

**Abstract**

Due to increase the number of elderly people from foreign countries and aging of Chinese returnees, health care professionals respond by providing culturally and linguistically competent care. In Kobe city, interpreting service in elderly care, which named communication supporters is available for linguistically minority elderly people. This study aimed to assess the challenges of communication with linguistically minority elderly people living in Japan through experiences of communication supporters. In total, six supporters were individually interviewed. Summarizing content analysis revealed that five themes as following: differences of long-term care ideology, limited use of interpreting services, unsatisfied communication between elderly people and young generations, need advanced abilities more than literal interpretation, and limitation of written information. The study suggests that communication supporters play pivotal roles not only in linguistic interpreter, but also cultural interpreter and gatekeepers of providing long-term care services for linguistically minority elderly and their family members. To improve the communication between linguistically minority elderly and health professionals, enhance quality of interpreter training programme and promoting their activities are needed.

**要旨**

65 歳以上の定住外国人の増加、中国帰国者の高齢化に伴い、日本では医療介護の場面で日本語以外を日常生活言語とする言語的マイノリティ高齢者とのコミュニケーションを行う場面が増えている。本稿では言語的マイノリティ高齢者のコミュニケーションの課題について、神戸市が実施している介護ケアの言語通訳者「コミュニケーション・サポーター」を対象としたインタビューから検討した。合計 6 人の個別インタビューを行い、質的内容分析を行った結果、【介護イデオロギーの違い】【通訳の過少活用】【若年代との不十分なコミュニケーション】【言語通訳以上の能力の必要性】【文字情報の限界】の 5 つのテーマが抽出された。介護ケア場面における通訳は、単に言語通訳を行うだけではなく、ケアに対する文化通訳や介護サービスを円滑に提供するため専門職者と高齢者本人、家族の橋渡しの役割を担っていることが把握された。言語的マイノリティ高齢者とのコミュニケーションを向上するうえで、高齢者ケアを担う通訳者養成の研修の充実や活用の促進が求められている。

キーワード：介護、通訳、コミュニケーション、マイノリティ高齢者、文化差異

Keywords: Long-term care, Interpreter, Communication, Minority elderly, Cultural difference

**1. 序文**

日本の定住外国人数は 2017 年末に過去最高の 250 万人を超え[1]、医療保健の場で多くの外国人患者と接する機会が増えてきている。主要言語が異なる医療者と患者間のコミュニケーションでは、情報の誤認や理解不足が生じやすく、治療に対するアドヒアランス、医療資源の利用が下がるなど健康に悪い影響が及びやすい[2]。ヘルスリテラシーは、健康増進や良好な健康状態の維持に必要な情報にアクセスし、理解し、利用していくための認知および社会的スキルと定義され、単に健康情報を読め

ることだけではなく、情報へのアクセスや効果的な情報の活用により、自分自身の生活や環境をコントロールできる、すなわちエンパワメントにつながる健康増進の重要な要素である [3]。米国の研究ではヘルスリテラシーが低いことに加え、文化差異、英語能力の低さは、効果的なヘルスコミュニケーションを阻害する「3 大要因」とされ、医療の安全性を確保するうえでは、文化的、言語的に適切なサービスの提供が求められている[4]。特に外国人高齢者の場合は、言語の違いに加え、ヘルスリテラシーが加齢とともに低下してくるため[5]、若年外国人

と比べてもコミュニケーション上多くの課題を有すると考えられる。

現在日本に在留する外国人のうち、65歳以上の高齢者が占める割合は6.5%となっており、過去10年間で外国人高齢者の数は24%増となっている。特に韓国・朝鮮出身の特別永住者が多く住む京都、大阪、兵庫では、登録外国人の高齢化率は15%以上となり、これらの地域では多文化、多言語高齢社会となっている。また日本に帰化した人や、中国帰国者は統計上この数値に含まれないため、日常に日本語を使用しない言語的マイノリティ高齢者はこの数より多いと考えられる。言語的マイノリティ高齢者の増加に伴い、医療だけでなく介護ケアの場でも、異文化や異言語への配慮が求められている。

2000年に策定された介護保険制度では、住民基本台帳に登録されている外国人も日本人と同様に加入の義務とサービス受給の権利を持っている。しかし介護が必要となり介護サービスを受けることを希望しても、サービス利用に至るまでには申請、認定調査、かかりつけ医からの診断書の取得、居宅介護事業所等との契約があり、多種の書類の提出に加え様々な専門職との関わりが必要となってくる。日本人高齢者を対象に介護保険サービス利用の阻害要因を調査した研究では、介護保険制度の理解や利用時に行う契約といった手続き・契約における能力の不足や、受診により病気をみつけられたくないといった受診に対する心理的抵抗などにより、介護を必要としながら介護保険サービスを利用しにくい現状が報告されている[6]。言語的マイノリティの外国人にとっては、ケアを受けるうえでの選択や意志決定が日本人高齢者以上に困難になると考える。

通訳者は医療者と外国人患者間のコミュニケーションで起こり得る文化や社会規範、疾病観念の差異に関する問題に対し適切に配慮し、複雑なヘルスケアシステムの理解を促進する重要な役割を担っている[7]。兵庫県神戸市では外国人支援団体の要請を受け、介護認定調査やケアプラン作成時の通訳、本人代理で介護認定の申請を行う「神戸市介護保険コミュニケーション・サポーター事業」を2006年より開始した。サポーターの登録・派遣は市が外国人支援団体に委託をし、派遣にかかる費用は市が負担している。神戸市に定住する65歳以上で日本語の意志疎通が困難な人は、年4回まで無料で派遣の依頼を行うことができる。現在は神戸市に在住する外国人の出身国籍上位3位の韓国朝鮮語、中国語、ベトナム語のサポーター派遣が行われている。なお2016年度時点でのサポーター登録者数は10人である。少子高齢化が進む日本では、外国人労働者の確保として今後さらに定住外国人が増加することが予測される。さらに日本で老いを迎える外国人も増えてくることから、今後介護におけるバイリンガル・コミュニケーションのニーズはさらに高まってくると考える。言語的マイノリティ高齢者が自らケアを選択し、医療介護サービスの利用の意志決定を行ううえで、通訳者にとってどのようなコミュニケーションの課題があるのか、コミュニケーション・サポーターの活

動実態から検証していくことを目的とした。

## 2. 方法

調査は2017年4月から6月の期間に実施した。調査対象者は、神戸市が委託を行っている外国人支援団体に調査協力を依頼し、同団体に登録しているサポーター6人（韓国語通訳2人、中国語通訳2人、ベトナム語通訳2人）とした。対象者の選定は合目的なサンプリング法を用いた。およそ60分の個別インタビューとし、研究者がインタビュアーとなり日本語で行った。「高齢者本人、家族、医療者とのコミュニケーションで困ったこと」「コミュニケーション・サポーターとして活動するうえで重要なこと」「外国人高齢者が、自分でケアの選択の意志決定を行ううえで必要なこと」について質問をし、自由回答を得た。インタビュー内容は、対象者の同意を得て録音し逐語録を作成した。

分析は逐語録をもとに、「言語的マイノリティ高齢者の医療介護におけるコミュニケーション上の課題」に着目し、Mayringの手法[8]を参考に質的内容分析を行った。質的内容分析は、逐語録から重要でない文章や同じ意味の言い換えを削除、同じ意味の言い換えをたばねて要約を行うものであり、類似する発言の削除により資料を削除する手法と、資料内容をより高次元の抽象レベルにまとめる手法の組み合わせである[9]。分析は主に研究代表者(Y.A.)が行い、要約内容した結果をインタビュー対象者に確認してもらった。インタビュー対象者には研究の趣旨説明を文書と口頭で行い、署名による同意を得た。文中では抽出されたテーマは【】で示し、具体的な発言内容は斜体で示す。本研究の実施にあたり所属機関の倫理委員会の承認を得た（倫理受付番号：神戸市看護大学2015-1-03-1、2015年6月9日承認）。

## 3. 結果

インタビュー対象者の属性を表1に示す。1人は日本生まれの在日韓国人2世であったが、対象者全員が日本以外の国籍保有者であった。年齢は30～70歳代であり、サポーター歴は3か月から制度開始初期に登録した7年とばらつきがあった。

表1. インタビュー対象者の特性

ID	通訳言語	出自	年齢	来日年	サポーター歴
1	中国語・韓国語	中国東北部	40歳代	1993年	3年
2	中国語	中国内モンゴル自治区	30歳代	2005年	5年
3	韓国語	韓国	50歳代	1995年	3か月
4	韓国語	在日2世	70歳代	日本生まれ	7年
5	ベトナム語	ベトナムホーチミン	50歳代	1981年	3年
6	ベトナム語	ベトナムホーチミン	50歳代	2003年	3年

質的内容分析を行った結果、言語的マイノリティ高齢者が介護を受けるうえでのコミュニケーションの課題として、【介護イデオロギーの違い】【通訳の過少活用】【若年世代との不十分なコミュニケーション】【言語通訳以上の能力の必要性】【文字情報の限界】の5つに要約された。以下、分類されたテーマについて詳細に述べていく。

#### 1) 介護イデオロギーの違い

高齢になると親の面倒は子どもがみるという概念が定着しており、社会全体で介護を担うという日本の介護保険制度の理念そのものが理解できにくく、また制度の知識不足が意志疎通の弊害になるという内容である。

制度自体が分からないので、意志疎通ができないことがあります。介護認定調査でベッドに寝かしたり、起こしたりの指示があるのが何のためか分からないので怒られる。文化的にトイレのこと（排泄の自立度）を聞かれるのを嫌がる人もいますし。（中国語通訳）

また言語的マイノリティ高齢者は、介護を予防するという認識がなく、またその認識の変容は難しくなること、さらに外国人ゆえに日本の政府に頼りたくないという意識から、介護サービスを受けることへの抵抗感を持っている。結果、要介護度が重度化していき、要介護度の重い利用者との意思疎通はさらに困難となるといった悪循環が起きている現状が把握された。

私はいつも日本人は偉いとお年寄りなのに、なんで仕事するとか、ボランティアするとか。みんな頭ぼけないようにするんです。なるほどなと少しずつ考えが変わったんです。でも私はまだ若いからそんなこと切り替えられるけど、たぶんお年寄りは考え方が変わらない。（ベトナム語通訳）

医療の問題というのは、生活保護ともだいぶかわってくるのがあって、外国人であって日本にそんなにお世話をかけたくない、迷惑をかけたくないっていう心理がどっかで働くんですね。（韓国語通訳）

介護度が重い人は、自分が言いたいこと（ニーズについて）がごったまぜになる。それを限られた時間の中でまとめて通訳しないとイケないというのが大変。医療の現場よりも介護の場での通訳の特徴だと思います。（中国語通訳）

#### 2) 通訳の過少活用

コミュニケーション・サポーターの派遣は、本人の申請がない限り利用ができない。サポーターは通訳の介入の必要性を感じていながらも、医療と比べ介護サービスを受けなくても生命への危険性が低いこともあり、高齢者や家族は通訳の介入を必要としない傾向にあることが示された。

医療と違って介護認定調査では家庭訪問をするので、たまに訪問した家庭では「何しに来た？」という態度の人もいます。（中国語通訳）

以前はこんな（通訳）制度がなかった。だから今制度ができて、例えば大きい病気で通訳をつけようと思うけど、風邪とかは通訳をつけようと思わない。病院ではなるべく通訳連れて来てほしい。でも（外国人は）なんで今までは通訳なしでもよかったのに、そう言われるかと不満がある。（ベトナム語通訳）

自分はサポーターの件数は少ないけど、本当はニーズを持った人はもっといるはず。自分たちがそういう人たちにアクセスしていかないとね。（韓国語通訳）

#### 3) 若年世代との不十分なコミュニケーション

高齢者と比べて日本語能力のレベルが高い子世代などの若年層がキーパーソンとなることで、介護制度に関する情報共有や理解向上につながることを期待できる。しかし現実には、例えば同じ韓国朝鮮出身でも、日本の植民地支配により来日したルーツを持つオールドカマーと、1980年代以降に来日したニューカマー間といった、同胞コミュニティ内の世代間の交流機会が少ないことや、また子世代とのコミュニケーションが不十分である現状が示された。

コリアンの婦人会があって女性の寄り合い場となるはずが、ニューカマーは日本人と結婚したら日本人側の家族に遠慮があり参加しない。私は在日韓国人ですっていても、オールドカマーは韓国語ができないし、案外ニューカマーと話しが合わない。普通共有しているべき情報もずいぶん格差があるみたい。（韓国語通訳）

中国文化の場合は、子どもは親の面倒をみないとイケないというのが根付いているので、子が親の面倒を見れない（介護ができない）という場合は長い長い言い訳になる。それを自分たちは延々と聞かないとイケないんです。逆に親がデイサービスは楽しいっていうと、子どもの機嫌が悪くなり、気持ち的には素直に受け入れられないんじゃないかな。（中国語通訳）

どこの国でも同じなのかもしれないですが、若い世代は自分たちの生活でいっぱいいっぱい、親の介護については関心が薄い。（中国語通訳）

#### 4) 言語通訳以上の能力の必要性

コミュニケーション・サポーターへの登録には、介護保険制度に関する講習会の参加が義務づけられている。しかし一方で業務実施に関するガイドラインや共通した翻訳本は存在しない。そのためコミュニケーション・サポーター自身が、対象者が分かりやすい言葉を考えて翻訳し、また発言の意図を理解し相手に伝える能力が求め

られている実態が把握された。

例えば、ヘルパーという言葉は韓国語にないので近い言葉で「看病人」と訳す。でも看病人は、病気で入院した時に身の周りを世話してくれる人で、実際の意味が異なる。(韓国語通訳)

言葉ができるだけじゃだめです。(介護認定など)現場では微妙なニュアンスがあつて、そのニュアンスをいかに相手の言葉に合わせて伝えるか。日本の文化と中国の文化をうまく合わせて喋ってあげないと、「はい」と相手が言っても、本当の「はい」かどうか疑問がある。

(中国語通訳)

利用者さんの言葉によって、医師があきた態度をとることがあります。そういうのは言葉が通じなくても、相手に分かってしまうので、相手の言葉を正確にそのまま訳しながらも、医師の言う内容とその(発言の)意図を言うようにしています。(中国語通訳)

5) 文字情報の限界

外国人向けに介護保険制度の内容を日本語以外に翻訳し情報を提供している自治体は多くある。神戸市でも介護保険の概要を6か国語に翻訳し、ホームページに掲載しているが、高齢者にとっては識字の問題もあり十分に活用されない内容が示された。

パンフレットは必要やと思う。でもベトナム語の読み書きできない人もいますね。しゃべる言葉と書き言葉はちょっと違うから、わかりづらい人もおる。戦争とかあつて、みんな小学生までの勉強だから。(ベトナム語通訳)

パンフレットはあるとよい。自分で見て考えるし、言ったことは聞いてすぐ消えるからね。ただハングルが読めたらね。ここにいる(在日の)おばあちゃんたちは、知らないね。(韓国朝鮮語通訳)

表2. 言語的マイノリティ高齢者が介護を受けるうえでのコミュニケーションの課題

テーマ	カテゴリ	発言内容 (一部抜粋)
介護イデオロギーの違い	制度の理解不足による意志疎通の困難	制度自体が分からないので、意志疎通ができないことがある。
	介護に対する認識変容の難しさ	私はまだ若いから(考えが)切り替えられるけど、お年寄りでは考え方が変わらない。
	日本政府や社会に対する遠慮	外国人であつて日本にそんなにお世話かけたくない。
	介護度が重度の人の意志疎通の困難さ	介護度が重い人は、自分がいいたいことがごったまぜになる。
通訳の過少活用	生命にかかわるリスクの低さ	医療と違って訪問すると何しに来たという態度。 風邪とかは通訳をつけようと思わない。
	対象者のアプローチ不足	本当はニーズを持った人はもつといるはず。
若年世代との不十分なコミュニケーション	同胞コミュニティ内での世代間交流が少ない	コリアンの婦人会は女性の寄り合い場となるはずが、ニューカマーとオールドカマーの共有しているべき情報に格差がある。
	子の介護に対する思いと現実との差	子が親の面倒を見れないと長い長い言い訳になる。 若い世代は自分たちの生活でいっぱい。
言語通訳以上の能力の必要性	母語にない言葉の通訳	ヘルパーという言葉は韓国語にない。
	言葉の背景を訳す必要	「はい」と相手が言っても、本当の「はい」かどうか疑問がある。 医師の言う内容とその意図を言うようにしている。
文字情報の限界	識字ができない高齢者の存在	戦争とかあつて、みんな小学生までの勉強。

#### 4. 考察

言語的マイノリティ高齢者のケアの場におけるコミュニケーションの課題について、コミュニケーション・サポーターの活動経験から検証した結果、介護に対する文化的考えや若年世代とのコミュニケーション不足、また文字情報の限界が意思疎通を困難とする要因であることが示唆された。また介護の場においてバイリンガル・コミュニケーションのニーズはありながらも、サポーターがあまり活用されていないことから、通訳者の活用促進のための議論や、さらにはサポーターの能力向上にむけた研修内容を検討する必要があると示された。

文化の違いは医療ケアや医療専門職者の役割に対する概念の違いにもつながり、それが医療者と患者間のコミュニケーションを困難にする要因ともなる[10]。特に介護ケアは医療行為と比べて、食事や排泄といった日常生活動作に深く関係するため、より文化的な違いが鮮明となると考える。介護認定調査やケアプラン作成時には日常生活の質問が多く含まれることから、特に言語的マイノリティ高齢者とのコミュニケーションでは、専門職者の発言内容を直訳するだけでなく、発言内容の意図を示す丁寧な説明が求められる。水野は日常生活場面の通訳の倫理原則として、「オリジナルの発言に何も加えない、何も引かない、編集もしない、正確性」を基本とすることを述べている[11]。一方で海外では、英語弱者である移民が医療通訳を評価するうえで、文字通訳、文化通訳、感情の通訳の能力を重要視するといった報告がされている[12]。コミュニケーション・サポーターのインタビューでは、「はい」「いいえ」の回答の背景にある微妙なニュアンスを感じ取ることの必要性や、医療者の態度や発言内容の意図を加えて通訳するなどの工夫が述べられていた。複雑な制度の仕組みやケアに対する概念の違いを穴埋めするためには、当事者と医療専門職者の文化や考え方の違いについても通訳することが必要と考える。

また限られた時間の中で、子や孫世代と高齢者世代の認識や考えの違いを穴埋めする難しさについても述べられていた。同じ国の出身であり、文化背景が類似していてもケアに対する考え方は、生活する社会環境によって変化してくる。中国系アメリカ人や日系アメリカ人を対象とした調査では、介護に対する考えや期待する内容が世代により異なることが示されている[13,14]。高齢者自身がケアの自己選択をしていくためには、世代間の認識の違いを共有しながらも、通訳者が高齢者の代弁者となる役割も求められているのではないだろうか。また情報の共有に関しては、コミュニケーション・サポーター自身も外国にルーツを持つマイノリティ・コミュニティの一員として、同胞コミュニティのメンバーへアウトリーチしていく必要性を述べていた。通訳の積極的介入はケアの質の向上にも有用であることから[15]、コミュニケーション・サポーターがより多くの場面で活用されるよう、介護通訳者の養成、配置について多くの議論と検討が求められる。

外国人患者とのヘルスコミュニケーションを円滑にす

るうえでは、通訳の能力を上げるだけではなく、医療者、ケアスタッフに対する教育も必要である。円滑なヘルスコミュニケーションの背景には、パンフレットや資料などの文字情報に依存することなく、医療専門職者のコミュニケーションスタイルや文化の感受性、通訳者の活用、個別的な介入方法に関する研修の必要性が報告されている[16]。また通訳介入の成果は、専門職者と通訳者の良好な関係に左右されることも指摘されている[17]。研修医が医療通訳者の適切な活用について学ぶことにより、ヘルスリテラシーの知識が深まるという効果も示されていることから[18]、日本においても保健医療教育の場において、文化コンピテンシーやヘルスコミュニケーション、通訳者との連携協働を学ぶ機会をもっと増やすべきと考える。欧州16か国における移民のヘルスケアの実践例を検証した研究では、グッドプラクティスの要件として、十分な時間と資源を柔軟に活用できる組織、良い通訳サービス、家族と社会サービスとの協働、スタッフの文化的気づき、移民に対応した教育プログラムと情報資源、スタッフとの良好な関係の維持、そして異なる移民集団に対する明瞭なケアガイドラインの存在が挙げられている[19]。通訳者の養成と同時に、医療専門職者と通訳者、そして言語的マイノリティ高齢者がケアの共通理解をもてるガイドラインの作成も必要と考える。

今回は神戸市におけるコミュニケーション・サポート事業を事例とし、言語的マイノリティ高齢者のコミュニケーションにおける課題を通訳者を対象にしたインタビューから整理した。本研究の限界として、インタビュー対象者が3言語の通訳者となったため、国や言語が限定されたことがあげられる。他の文化・言語通訳の実態についても同様の検証が必要である。本研究では通訳者におけるコミュニケーションの課題を検討したが、言語的マイノリティ高齢者本人や家族が医療保健や介護の場で求めるコミュニケーションの支援を把握していくために、そのニーズや課題の検証も重要である。

#### 結語

高齢者の自立と尊厳を維持し、包括的なケアサービスを提供するための地域包括ケアシステムの基本には、高齢者本人の選択と、本人、家族の覚悟がある。言語的マイノリティ高齢者が公平・公正にケアを受けられる環境を整備していくためには、言語、文化、そして高齢者の特徴を理解した通訳者の養成が求められている。言語的マイノリティ高齢者と医療専門職者のコミュニケーションを促進するため、今後はコミュニケーション・サポーターの研修内容にも着目し、養成プログラムの作成や高齢者ケア通訳のガイドラインの作成を実施していく必要がある。

#### 謝辞

本研究は平成26～29年度日本学術振興会科学研究費基盤(C)「言語的マイノリティ高齢者のヘルスリテラシー向上のための地域支援プログラムの開発」(研究代表者相

原洋子) の助成を受け行った。

#### 引用文献

- [1] 法務省ホームページ.平成 29 年末現在における在留外国人人数について(確定値). [http://www.moj.go.jp/nyuukokukanri/kouhou/nyuukokukanri04\\_00073.htm](http://www.moj.go.jp/nyuukokukanri/kouhou/nyuukokukanri04_00073.htm) (閲覧:2018 年 11 月 13 日)
- [2] Flores G. Language Barriers to Health Care in the United States. *New England Journal of Medicine* 2006;355:229-231.
- [3] World Health Organization. Health promotion. Track 2: health literacy and health behaviour. <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/> (閲覧:2019 年 1 月 29 日)
- [4] Schyve P. Language differences as a barrier to quality and safety in health care: The Joint Commission perspective. *J Gen Intern Med* 2007; 22(2):360-361.
- [5] Kobayashi LC., Wardle J., Wolf MS., et al. Aging and Functional Health Literacy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 2016;71(3):445-457.
- [6] 鈴木浩子,山中克夫,藤田佳男,他. 介護サービスの導入を困難にする問題とその関係性の検討. *日本公衆衛生雑誌* 2012;59(3):139-150.
- [7] Hsieh E. Health literacy and patient empowerment: The role of medical interpreters in bilingual health communication. In: Dutta M, Kreps G, editors. *Reducing health disparities: communication intervention*. New York: Peter Language Publishing; 2013. 35-58.
- [8] Mayring P. Qualitative content analysis. *Forum: Qualitative Social Research* 2000;1(2) <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/> (閲覧:2016 年 10 月 1 日)
- [9] ウヴェ・フリック (小田博監訳). *質的研究入門人間科学のための方法論*. 東京: 春秋社; 2016.
- [10] Likupe G. Communicating with older ethnic minority patients. *Nursing Standard* 2014;28(40):37-43.
- [11] 水野真木子. コミュニティ通訳入門: 多言語社会を迎えて言葉の壁にどう向き合うか・・・暮らしの中の通訳. 大阪: 大阪教育図書; 2008.
- [12] Lor M., Xiong P., Schweia RJ., et al. Limited English proficient Hmong- and Spanish-speaking patients' perception of the quality of interpreter services. *International Journal of Nursing Study* 2016;54:75-83.
- [13] Pang EC., Jordan-Marsh M., Silverstein M., et al. Health-seeking behaviours of elderly Chinese Americans: Shifts in expectations. *The Gerontologist* 2003;43(6):864-874.
- [14] Young HM., McCormick WM., Vitaliano PP. Evolving values in community-based long-term care services for Japanese Americans. *Advances in Nursing Sciences* 2002;25(2):40-56.
- [15] Jackson JC., Nguyen D., Hu N., et al. Alterations in medical interpretation during routine primary care. *Journal of General Internal Medicine* 2011;26:259-264.
- [16] Johnson RL., Roter D., Rowe NR., et al. Patient race/ethnicity and quality of patient-physician communication during medical visits. *American Journal of Public Health* 2004;94(12):2084-2090.
- [17] Hsieh E., Ju H., Kong H. Dimensions of trust: the tensions and challenges in provider-interpreter trust. *Qualitative Health Research* 2010;20:170-181.
- [18] Pagels P., Kindratt T., Arnold D., et al. Training family medicine residents in effective communication skills while utilizing promotoras as standardized patients in OSCEs: A health literacy curriculum. *International Journal of Family Medicine* 2015;129187.
- [19] Priebe S., Sandhu S., Dias S., et al. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health* 2011;11:187.

**\*責任著者 Corresponding author : e-mail  
yanzu99@gmail.com**

## 関節リウマチ患者と医学生のコラボレーションで得られた 患者と医学生の声：今後の医学教育に必要なこと

### Feedback from Rheumatoid Arthritis Patients and Medical Students after Joint Group Work: Implications for Future Medical Education

大浦智子<sup>1)</sup> 小嶋雅代<sup>2)</sup> 荘子万能<sup>3)</sup> 西明博<sup>4)</sup> 橋本里穂<sup>3)</sup>  
石橋茉実<sup>5)</sup> 山中寿<sup>6)</sup> 中山健夫<sup>7)</sup>

Tomoko Ohura<sup>1)</sup> Masayo Kojima<sup>2)</sup> Mano Soshi<sup>3)</sup> Akihiro Nishi<sup>4)</sup> Riho Hashimoto<sup>3)</sup>  
Mami Ishibashi<sup>5)</sup> Hisashi Yamanaka<sup>6)</sup> Takeo Nakayama<sup>7)</sup>

- 1) 星城大学リハビリテーション学部\*
- 2) 名古屋市立大学大学院医学研究科医学・医療教育学分野
- 3) 大阪医科大学医学部医学科\*
- 4) 医療法人鉄蕉会亀田総合病院\*
- 5) 京都大学医学部医学科\*
- 6) 東京女子医科大学膠原病リウマチ内科学講座
- 7) 京都大学大学院医学研究科 社会健康医学系専攻

- 1) Faculty of Care and Rehabilitation, Seijoh University\*
  - 2) Department of Medical Education, Nagoya City University Graduate School of Medical Sciences
  - 3) Faculty of Medicine, Osaka Medical College\*
  - 4) Kameda Medical Center\*
  - 5) Faculty of Medicine, Kyoto University\*
  - 6) Department of Rheumatology, School of Medicine, Tokyo Women's Medical University
  - 7) Kyoto University School of Public Health
- \*所属は研究実施時

#### Abstract

In order to clarify what is necessary for medical education, a questionnaire was administered to nine rheumatoid arthritis (RA) patients and three medical students following joint group work. Analysis of the answers using theme analysis showed that patients identified the following four categories: *chances to interact with patients, the willingness of trying to understand patients, the pursuit of the correct understanding of an illness in its context, and the development of human capital*. The medical students' responses can be categorized in four categories: *the patient's daily condition and their relationship with their physician, the importance of knowing the daily condition of patients outside the consulting room, acceptance of what a physician can do even while pursuing an ideal response, and the limits and possibilities of what physicians and medical students can experience in real life*. In summary, RA patients want to talk about their illness and medical students realize the necessity of understanding the daily lives of their patients.

#### 要旨

医学教育に必要なことを明らかにするために、関節リウマチ (RA) 患者 9 名と医学生 3 名の合同グループワーク後に、質問紙調査を行った。テーマ分析の結果、医学教育に必要なこととして、患者から「患者とかわる機会」、患者を理解しようとする姿勢、周囲に対する病気の正しい理解の促進、人材の育成の 4 カテゴリー、医学生から「患者さんの日常状態と医師との関係」、診察以外の日常状態の患者さんを知る重要性、医師の対応に対する諦めと理想の追求、医師・医学生として経験できることの限界と可能性の 4 カテゴリーが抽出された。RA 患者は伝えたい・教えたいと感じ、医学生は生活像理解の必要性を実感していた。

キーワード：関節リウマチ フォーカスグループインタビュー 合同グループワーク 患者視点 医学教育  
Key words: Rheumatoid arthritis, Focus group interview, Joint group discussion, Patient perspective, Medical education

1. 序文

根拠に基づく医療 (Evidence-based medicine: EBM) [1] の普及と共に、日常の診療においても根拠に基づく診療ガイドライン (診療 GL) を用いた診療が浸透してきた。診療 GL は、「診療上の重要度の高い医療行為について、エビデンスのシステマティック・レビューとその総体評価、益と害のバランスなどを考量して、患者と医療者の意思決定を支援するために最適と考えられる推奨を提示する文書」[2]である。欧米を中心に、診療 GL や患者向け GL において患者参加と協働の試みが進みつつあり[3]、わが国でも 2014 年に出版された関節リウマチ (RA) 診療 GL では作成過程で患者の声を積極的に反映する試みが行われた[4]。

近年、医学・医療の変化の一つとして、患者の考え方の変化が挙げられ、患者の能動性や主体性、価値観の多様化が指摘されている[5]。一方、最近の医学教育では、

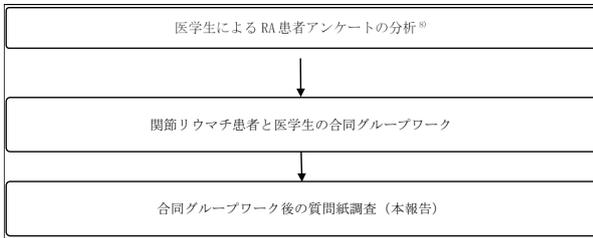


図 1. 本報告の位置づけ

表 2. 患者の基本情報と本取り組みの感想

N=9	
性別	
女性	9
男性	0
年齢	
60 歳代	5
50 歳代	2
40 歳代	1
不明	1
診断時の年齢	
50 歳代	1
40 歳代	3
30 歳代	1
20 歳代	4
話しやすさ	
話しやすかった	9
まあまあ話しやすかった	0
あまり話しにくかった	0
話しにくかった	0
話すことができた	
話すことができた	6
まあまあ話すことができた	3
あまり話せなかった	0
話せなかった	0
学生であることへの話しやすさ	
あった	6
なかった	1
わからない	2
学生であることへの話しにくさ	
あった	0
なかった	9
わからない	0
医学教育への必要性	
思う	9
思わない	0
わからない	0

表 3. 医学生の基本情報と本取り組みの感想

N=3	
性別	
女性	2
男性	1
年齢	
20 歳代	3
話しやすさ	
話しやすかった	0
まあまあ話しやすかった	2
あまり話しにくかった	0
話しにくかった	1
話すことができた	
話すことができた	0
まあまあ話すことができた	0
あまり話せなかった	3
話せなかった	0
聞きやすさ	
聞くことができた	0
まあまあ聞くことができた	1
あまり聞けなかった	2
聞けなかった	0
医学教育での必要性	
そう思う	3
そう思わない	0
全く思わない	0

背景において、医学生が、「医療者でも一般市民でもない」という立場を活用することによって、新しい患者支援の在り方を模索できるのではないかと考えた。

今回の研究で RA 患者を対象とした理由は、RA は痛みを主症状とする代表的な炎症性の慢性疾患であり、日本における RA の推定有病率は 0.6-1.0%[6]と比較的高く、病状の変動が日常生活に影響することから、医学生が診療場面以外の患者の声を聞く意義が大きいと考えたためである。また、2014 年に出版された RA 診療 GL の作成過程で「患者の声」を聴くために公益社団法人日本リウマチ友の会 (以下、リウマチ友の会) 会員を対象に行われた質問紙調査 (回答者数 1,484 人[7]) のデータが利用可能であったためである。そして、医学生がこの質問紙データを精読した後に生じた新たな疑問を RA 患者から直接聴く機会をもつことによって、医学生が患者から学ぶだけでなく、RA 患者が自身の体験を医学生に話す

表 1. トピックリスト

- (1)患者さんにとって「(病気の) つらさ」には、どんなものがありますか？ (病気、生活、人付き合い、家事、仕事など)
- (2)その「つらさ」は、どうしたら解決できると思いますか？どうやって解決したいですか？
- (3)「(つらさ)を軽減するために、患者さん自身が行っていることやできることはありますか？
- (4)「(つらさ)を軽減するために) 医師に期待することはありますか？医療者に期待することはありますか？逆に、医師や医療者に話しにくいことはありますか？それはどんなことですか？
- (5)「(つらさ)の軽減や解消のために) 医療や保険制度も含めて、どうなるとうよいと思いますか？ご自身で行われている工夫はありますか？それはどんなものですか？

ことが、両者にどのような気づきをもたらすか、この経験を経て両者が医学教育に何を必要と考えるかを明らかにする必要があったと考えた。

2. 目的

本研究の目的は、RA 患者と医学生とが合同のグループワークで話し合う中で、1) 両者があらためて気づいたこと、2) 特に両者が医学教育に何が必要と考えるかを明らかにすることである。

3. 方法

RA 患者 (リウマチ友の会会員) と医学生の合同グループワークを実施し、その後合同グループワークでの気づきと医学教育に必要と考えることに関する質問紙調査を行った。RA 患者と医学生との合同グループワーク実施までの流れと、本報告の位置づけを図 1 に示す。

1) 合同グループワークの開催に向けた準備

まず、患者理解に関心を持つ医学生 4 名 (5 年生 3 名、6 年生 1 名) が、RA 診療 GL 作成時に行われた患者調査の自由記述欄 (「リウマチの治療を受ける上で、あなたが主治医に、または医療に希望するものは何ですか？」) の回答[4][7]の内容分析を行い、医学生の立場で「患者の視点」に関する理解を深めたところ、患者が希望するのは「生活上の問題」、「心理的な問題」、「社会的な問題」からなる「不安・不満の解消」であり、さらにこれらの不安・不満の解消を阻害する要因は、「患者視点に欠ける医療体制および診療内容」であることが明らかとなった[8]。この結果に基づいて、病気のつらさと解決方法等に焦点を

医学生が Student doctor として実際の診療現場で医療チームの一員として参加して学ぶことが重要視されており、今後さらに機会が増えると考えられる。このような

あて、合同グループワークにおけるトピックリストを作成し(表1)、RA患者と医学生の合同グループワークを計画した。

## 2) 合同グループワークの実施

合同グループワークの参加者はリウマチ友の会(会員数約13,000人[9])本部を通して近畿地区の役員に協力を依頼し、9名(女性)の参加を得た。また学生参加者は、患者調査の内容分析に取り組んだ4名中3名が参加した。RA患者9名は全て女性で、20歳代で診断された者が4名含まれていた。調査時点の年齢は60歳代が5名であった(表2)。一方、医学生は女性が2名、男性が1名だった(表3)。

合同グループワークは、筆頭著者がファシリテーターを務めるフォーカスグループインタビュー(FGI)と、学生がファシリテーターを務めるグループディスカッション(GD)の二部で構成された。FGIは、各自の自己紹介の

表4. 合同グループワークでの気づき(患者)

カテゴリ	コード
痛みと薬	・「つらさ」と痛み ・軽減する武器は薬
患者を知ろうとすることへの期待	・患者の身になって考えられる医者になることへの期待 ・病気の人たちの経験を医療に役立てばという期待 ・当事者から話を聴き取り組みへの良い評価
他の患者の話を聞く機会としての評価	・患者同士の共通話題 ・参考となる他の患者の意見
機会提供への感謝	・機会提供への感謝 ・話すことができた実感 ・話のしやすさ ・リウマチを知ろうとする医学生の存在へのうれしさ ・医学生が話を聞いたことへの感謝 ・医学生の熱心な態度への感謝

後に約25分間、「病気のつらさ」をテーマに行った(表1(1))。FGIの後、患者3名・医学生1名ずつの3つの小グループを編成し、「病気のつらさの軽減と解決」(表1(2)-(5))をテーマに、約1時間の自由討議形式のGDを実施した。最後に各グループの討議内容を医学生が代表して報告し、全員で共有した。

## 3) データ収集と分析

合同グループワークの実施後に無記名自記式質問紙調査を用いて、両者の合同グループワーク参加の感想と医学教育に必要と考えることについて回答を得た。

性別や年齢、感想に関する選択式回答は実数を集計し、自由記述内容の分析には質的分析手法であるテーマ分析を用いた[10][11]。手順として、帰納的に文脈の意味単位ごとにコードを付し、類似したコードからカテゴリに集約した。質的分析は筆頭著者が行い、別の1名が内容の確認を行うとともに、意見の相違がある場合には協議による合意形成を図った。

質問紙の自由記述の質問文を以下に示す。

### 【患者】

- ・本日の面接について、お気づきになったことをご記入ください。
- ・医学生の教育において、必要だと思うことを教えてください。

### 【医学生】

- ・本日の面接で気づいたことを、できるだけ具体的にご記入ください。(たとえば、事前準備から面接で感じた事、面接で気づいたこと、面接を前と後で変化したことなど、なんでもかまいません。)
- ・今回の面接を通じて、医学生の教育において、どんなことが必要だと思いましたか？

## 4) 倫理的配慮

本研究は、星城大学研究倫理委員会の承認(2016C0011)と書面による参加者の同意を得て実施した。RA患者には、合同グループワークと質問紙調査について、文書と口頭によって十分な説明を行い、書面による同意を得た。医学生に対する質問紙調査は、研究目的等を十分に説明し、書面による同意を得た。

## 4. 結果

### 1) 合同グループワークの感想(選択式回答)

表5. 合同グループワークでの気づき(医学生)

カテゴリ	コード
インタビューの難しさ	・インタビューで聞きたいことを聞く難しさ ・質問の方法の難しさ ・(十分な理解をしている患者に対する)インタビューへの困惑 ・話す時間の制約 ・インタビュー時の患者さんの戸惑い
痛みの存在	・医師の一言が患者にとって大きいことを痛感 ・教科書やアンケートから知っていたつもりのリウマチにとっての痛みの重要性 ・患者医師関係の大部分を占める痛みのコミュニケーション ・痛みの存在の大きさの再認識 ・患者さん像の変化
リウマチに対する否定的表現	・患者のリウマチに対する否定感情 ・結婚・介護時の心ない言葉への患者の「つらさ」
患者同士の関わり	・患者が実感している友の会での意見の共有の大切さの重要性 ・患者会幹部としての啓もうの立場としての自覚
実習とは異なる患者像	・患者さんの知識量の多さ ・患者自身の話は解決済み・あきらめ ・今回の患者さんに圧倒 ・実習では知らないことの多い患者さんに対して自分から関わる姿勢

合同グループワーク終了後の調査では、すべての患者・学生から本取り組みに対する肯定的な回答が得られたが、医学生の感想には「あまり話せなかった」や「あまり聞くことができなかった」の回答が認められた(表2,3)。

### 2) 合同グループワークを通じた気づき(自由記述式回答の概要)

患者の気づきは各々0~101文字の記載から全13コードが抽出され、<痛みと薬>、<患者を知ろうとすることへの期待>、<他の患者の話を聞く機会としての評価>、<機会提供への感謝>の4カテゴリに集約された(表4)。医学生の気づきは各々249~264文字の記載から全18コードが抽出され、<痛みの存在>、<リウマチに対する否定的表現>、<患者同士の関わり的重要性>、<実習とは異なる患者像>の4カテゴリのほか<インタビューの難しさ>に集約された(表5)。

### 3) 医学教育に必要と考えること(自由記述式回答の概要)

患者が考える医学教育に必要なことは各々0~82文字の記載から全13コードが抽出され、医学生が<患者とかかわる機会>や<患者を理解しようとする姿勢>、全般的

なこととして＜周囲に対する病気の正しい理解の促進＞、＜人材の育成＞の4カテゴリに集約された(表6)。医学生が考える医学教育に必要なことは各々179~336文字の記載から全14コードが抽出され、＜患者さんの日常状態と医師との関係＞、＜診察以外の日常状態の患者さんを知る重要性＞の2カテゴリに加え、＜医師の対応に対する諦めと理想の追求＞、＜医師・医学生として経験できることの限界と可能性＞が抽出された(表7)。

### 5. 考察

今回、RA患者と医学生の合同グループワークを実施し、患者は医学生が患者理解を試みる姿勢や他患者と話す機会として前向きに捉え、医学生はRA患者の痛みだけでなく社会における病気の捉えられ方や患者同士の関わりの重要性に気づくことができた。さらに医学教育については、両者が患者理解と患者と関わる機会を必要と捉えていた。限られた集団・対象者数ではあるものの、本研究により、病院実習とは異なる状況での意見交流の機会

表6. 医学教育に必要なこと(患者)

カテゴリ	コード
患者と関わる機会	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者に触れること</li> <li>質疑を含む患者の生の声を聞く機会</li> <li>患者の生の声を聞くこと</li> <li>患者との話し合い</li> <li>各支部で行っている集会などへの参加</li> </ul>
患者を理解しようとする姿勢	<ul style="list-style-type: none"> <li>医学的知識だけでなくメンタルの勉強</li> <li>医療者以前に患者に寄り添いよくなってほしいという思いを持ち続けること</li> <li>人の命や人生の質に関わっていることを忘れないこと</li> <li>患者一人一人の生活や人生に想いをはせる想像力の醸成</li> <li>相手の気持ちを察すること</li> <li>「やさしさ」</li> </ul>
周囲に対する病気の正しい理解の促進	<ul style="list-style-type: none"> <li>(老人の病だと思っている人もいたので)病気のことを正しく伝えること</li> </ul>
人材の育成	<ul style="list-style-type: none"> <li>リウマチを学ぶ人の育成</li> </ul>

が、RA患者と医学生にとって意義があることが示唆された。

以下に、RA患者と医学生が合同グループワークで気づいたことと、両者が考える医学教育に必要なことについて考察する。

#### 1) RA患者と医学生の合同グループワークで得た気づき

RA患者は本取り組み後の気づきとして、＜医学生が患者を知ろうとすることへの期待＞と＜他の患者の話を書く機会としての評価＞を挙げ、医学生も＜患者同士の関わりの重要性＞と＜実習とは異なる患者像＞のほか、＜インタビューの難しさ＞を挙げた。医学生は、自身の病気の状況や感じていることを語る患者に対し、実習で接する患者像とは異なる＜インタビューの難しさ＞を感じるとともに＜患者同士の関わりの重要性＞に気づき、患者は＜他の患者の話を書く機会としての評価＞を気づきとして挙げていた。つまり、患者同士のコミュニケーションとして交わされる患者相互の情報交換や支えが、健康情報を理解し活用する力であるヘルスリテラシー[12]を高める機会として両者が捉えた可能性がある。

#### 2) RA患者と医学生が考える医学教育に必要なこと

まず、患者は＜患者とかかわる機会＞と＜患者を理解しようとする姿勢＞を挙げていた。これらの重要性はこれ

まで多く指摘されており[13][14]、現在の医学教育にも取り入れられつつある。コードに示された「患者の生の声を聞くこと」や「患者一人一人の生活や人生に想いをはせる想像力の醸成」、「相手の気持ちを察すること」などは、医学教育モデル・コア・カリキュラム[15]において「医師として求められる基本的な資質・能力」として掲げられた9項目中、「プロフェッショナリズム」、「診療技能と患者ケア」、「コミュニケーション能力」の3項目と関連する。また、患者の意見の中には、＜周囲に対する病気の正しい理解の促進＞や＜人材の育成＞等のようにRA患者を取り巻く環境への理解を求めるものも挙げられていた。特に、＜周囲に対する病気の正しい理解の促進＞は、障害受容における社会受容に関連するものと考えられる。障害受容には、「障害のために変化した諸条件をここから受け入れること」という自己受容と、「社会が障害者を受け入れること」という社会受容がある[16]。障害を病気と読み替えると、RA患者自身の受容と、社会から

表7. 医学教育に必要なこと(医学生)

カテゴリ	コード
患者さんの日常状態と医師との関係	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院実習では知ることができない患者さんの診察時の感じ方</li> <li>患者さんの感じる医師との関係・期待・思い悩み</li> <li>患者さんにとって病院や診察は非日常の場</li> <li>診察している側が認識すべき患者さんの非日常状態</li> <li>一人一人のエピソードと教科書の中の「痛み」</li> </ul>
診察以外の日常状態の患者さんを知る重要性	<ul style="list-style-type: none"> <li>疾患特性にもよるが患者さんの実際の声を診察の場以外で聞くことの重要性</li> <li>日常状態に置かれている患者さんと話す経験の必要性</li> <li>日常に根ざした話を聞くための診察以外の場の重要性</li> </ul>
医師の対応に対する諦めと理想の追求	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者さんと話す貴重な体験</li> <li>学生のうちに患者の声に触れることが理想を諦めないように精進する足がかり</li> <li>実習中に感じる医師の冷たさに対する実際場面での諦め</li> </ul>
医師・医学生として経験できることの限界と可能性	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師の立場で聞くことの難しさ</li> <li>医学生全員が機会を得ることの難しさ</li> <li>現在の医療の問題点について話し合う機会の必要(医学生)</li> </ul>

の受け入れと捉えることができる。社会からの受け入れには一般市民・社会の理解が不可欠であり、RA患者は個々の患者に対する治療だけでなく、市民や文化的なヘルスリテラシー[12]向上の役割をも医学教育に期待していることが示された。

医学生は、＜診察以外の日常状態の患者さんを知る重要性＞を感じ、医学教育に日常の患者さんやその生活を知ることを取り入れることが必要と考えていた。今回のグループワークを通して、より患者の日常生活や価値観などを知ることが治療をする上で重要であることに気付かされたものと考えられる。これにより、医学教育において患者の語りを通して患者さん自身や日常生活を知る事が重要であると示唆された。一方、＜医師の対応に対する諦めと理想の追求＞や＜医師・医学生として経験できることの限界と可能性＞のように医学生が既存の教育システムで患者と関わる機会に限界があることを理解しながらも、医師を目指す者としてできることを模索していることが推察された。

#### 3) 限界

本研究にはいくつかの限界がある。まず、対象者はRA患者に限定しており、本研究の結果をすべての疾患にあてはめられるものではない。対象数が限られているため、性別や年齢と本取り組みの感想に関する選択式回答の集

計は統計学的分析を用いず、結果の記述にとどめた。また、今回参加した RA 患者は女性のみであったことに加え、地域の患者会の代表者として日頃から患者相談などに従事し、RA に対する理解や他者に話すことに精通していたと推察される。同時に、本研究に参加した医学生数が限られているうえ、「患者を理解したい」という強い熱意を持っていたことから、バイアスをふまえた解釈が必要である。本研究での取り組みに対する実施直後の評価は、その後も持続するのか、また標準的な患者および医学生でも同様の評価が得られるのかについてはさらなる研究が必要である。

最後に、医学生の回答には「あまり話せなかった」や「あまり聞くことができなかった」と言った否定的な感想も認められ、今回の GD においては患者が積極的に発話し、インタビューに不慣れた医学生が聞きたいと思うことを十分に聞くことができなかった可能性がある。患者側、医学生の双方において、どのような組み合わせおよび事前準備をしておくことにより、患者・医学生間の交流の最大値を得ることができるのか、今後の検討が必要である。

## 6. まとめ

RA 患者と医学生の合同グループワークを通じて、医学生は診察室の外で患者の生の声を聴き、病気だけでなく RA 患者の生活への影響を含む要因に目を向ける重要性を感じていた。また、患者は医学生が患者を理解しようとする姿勢を前向きに受け止め、医学教育に活かしている可能性が示唆された。さらには、患者同士のコミュニケーションとして交わされる患者相互の情報交換や支えが、健康情報を理解し活用する機会となる可能性がある。

**謝辞：**ご協力いただいた皆様に深謝申し上げます。

**研究資金：**厚生労働科学研究の一部（中山健夫）として実施した。

**利益相反自己申告：**申告すべきものなし。

## 引用文献

- [1] Straus SE, Richardson WS, Glaszou P, Haynes RB. Evidence-based Medicine : How to practice and teach it 4th edn. Elsevier. 2011.
- [2] 福井次矢, 山口直人 (監修), 森實敏夫・他 (編集). Minds 診療ガイドライン作成の手引き 2014. 医学書院, 2014
- [3] 中山健夫. 診療ガイドラインの今・これから. 東女医大誌 2018; 88 臨時増刊 1 号: 2-9.
- [4] 大滝純司. 医師養成カリキュラムの改訂-その背景と注目点. 日本内科学会雑誌 2016; 105(12): 2346-2352.

[5] 一般社団法人日本リウマチ学会 (編). 関節リウマチ診療ガイドライン 2014, メディカルビュー社, 東京, 2014.

[6] Yamanaka H, Sugiyama N, Inoue E, et al. Estimates of the prevalence of and current treatment practices for rheumatoid arthritis in Japan using reimbursement data from health insurance societies and the IORRA cohort (I). Mod Rheumatol. 2014; 24(1):33-40.

[7] Kojima M, Nakayama T, Otani T, et al. Integrating patients' perceptions into clinical practice guidelines for the management of rheumatoid arthritis in Japan. Mod Rheumatol. 2017; 27(6):924-929.

doi: 10.1080/14397595.2016.1276511.

[8] 莊子万能, 西明博, 橋本里穂, 他. 医学生は、患者視点をどのように学ぶことができるのか〜リウマチ患者へのインタビューを通じて〜. 第 8 回日本ヘルスコミュニケーション学会 2016 (東京).

[9] 公益社団法人日本リウマチ友の会. 友の会概要. <http://www.nrat.or.jp/gaiyou.html> (2019 年 3 月 25 日アクセス)

[10] Pope C, Ziebland S, Mays N. Analysing qualitative data. In Pope C, Mays N (eds), Qualitative research in health care 3rd edn. Blackwell Publishing Ltd, Massachusetts, 2006, pp.63-81.

[11] Rice PL, Ezzy D (木原雅子, 木原正博・監訳). ヘルスリサーチのための質的研究方法 -その理論と方法. 三煌社, 東京, 2007.

[12] 中山和弘. 医療における意思決定支援とは何か. In: 中山和弘, 岩本貴編集. 患者中心の意思決定支援. 中央法規, 東京, 2012. p. 11-42.

[13] 中村千賀子. 医学教育における行動科学・社会科学の諸議論: 医学教育における行動科学とは何か. 医学教育 2015; 46 (4) : 299-307.

[14] 松村正巳. 医学教育の立場から. 日本内科学会雑誌 2017; 106(9): 2064-2066.

[15] 文部科学省. 医学教育モデル・コア・カリキュラム (平成 28 年度改訂版).

[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/koutou/033-2/toushin/1383962.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/033-2/toushin/1383962.htm) (2018 年 12 月 7 日アクセス)

[16] 南雲直二. 社会受容[障害受容の本質], 荘道社, 東京, 2002.

**\*責任著者 Corresponding author: e-mail  
oh-ura@umin.ac.jp**

## A leader's request and rapport in emergency care simulation: a multimodal corpus analysis

### 救急医療シミュレーションでの依頼行為とラポール： マルチモーダル・コーパス分析

Keiko Tsuchiya<sup>1</sup> Akira Taneichi<sup>1</sup> Kyota Nakamura<sup>2</sup>  
Takuma Sakai<sup>3</sup> Takeru Abe<sup>2</sup> Takeshi Saitoh<sup>4</sup>

土屋慶子<sup>1)</sup> 種市瑛<sup>1)</sup> 中村京太<sup>2)</sup> 酒井拓磨<sup>3)</sup> 安部猛<sup>2)</sup> 齊藤剛史<sup>4)</sup>

- 1) International College of Arts and Sciences, Yokohama City University
  - 2) Yokohama City University Medical Centre
  - 3) Graduate School of Medicine, Yokohama City University
  - 4) Computer Science and Systems Engineering at Kyushu Institute of Technology
- 1) 横浜市立大学 国際総合科学部
  - 2) 横浜市立大学附属 市民総合医療センター
  - 3) 横浜市立大学医学研究科
  - 4) 九州工業大学 大学院情報工学研究院

#### Abstract

How healthcare professionals (HCPs) understand the complex context of a healthcare encounter is a key for successful practice. Emergency care is one such context which involves a team of HCPs with various areas of expertise and different levels of experiences. This study investigates team interactions in emergency care simulation training in Japan, focusing on the *rapport management* (Spencer-Oatey, 2000). How a team leader manages rapport within the team in making requests is analysed with his utterances and gaze, applying a multimodal corpus analysis and a discourse-pragmatic approach. The preliminary results show that the leader used downgraders in requests, i.e. ~しようか (shall we) and お願いします (I ask you a favour), with gaze exchanges. However, the leader made requests without any downgraders when talking to a foundation doctor. Thus, two different discourse frames were observed: task collaboration frame and instruction frame. By so doing, the leader regulates the recipient selection, simultaneously indexing his distinct social roles as a colleague and a trainer.

Keywords: emergency care simulation, request, discourse frame, gaze, multimodal analysis

#### 1. Introduction

Healthcare interaction is a complex discursive practice where individual behaviours and an institutional order are interwoven. How healthcare professionals (HCPs)<sup>1</sup> understand the situation is a central theme in the field of healthcare communication. HCPs are required to understand what is happening in a given situation and the understanding should be shared with the members in the community for successful communication. Emergency care is one such context, where a patient and a team of HCPs with various areas of expertise and different levels of experiences are involved, which inevitably generates a dense and complex interaction with multiple modes and channels simultaneously. In previous studies, for example, team leaders' gaze behaviours in emergency care simulation were examined with eye-tracking glasses in Canadian (Szulewski & Howes, 2014) and Australian contexts (Browning et al., 2016). In Japanese emergency care settings,

some studies investigated trajectories and movements of HCPs in actual team interactions during emergency care treatments (Yoda et al., 2012) and doctors' delivery of bad news about critical health conditions of a patient to their family members during resuscitation (Kawashima, 2017). However, team leaders' verbal and non-verbal behaviours in relation to collaborative practices in emergency care team do not seem to be fully explored in an integrated manner yet. To fill the gap, this study investigates team interactions in emergency care simulation training in Japan, focusing on the *rapport management* (Spencer-Oatey, 2000) among HCPs. How a team leader manages rapport within the trauma team when making requests is analysed with his utterances and eye gaze, applying a multimodal corpus analysis and a discourse-pragmatic approach.

Improving on the theory of *politeness* in Brown and Levinson (1987), which is based on the concept of *face*

(individuals' self-esteem) from Goffman (1955) and is criticised due to its focus on self rather than self and other, Spencer-Oatey (2000) coined the term rapport management. It concerns "social relationships and [...] includes the management of sociality rights as well as face" (ibid., p.12), adding social components of rapport, such as *identity face* (a desire to be acknowledged) and *association rights* (being entitled to be associated with others) (ibid., p.14). Five domains are identified to examine rapport in interaction:

1. Illocutionary domain: concerns the rapport-threatening/rapport-enhancing implications of performing speech acts, such as apologies and requests.
  2. Discourse domain: concerns discourse content and discourse structure of an interchange.
  3. Participation domain: concerns the procedural aspects of an interchange, such as turn-taking and the inclusion/exclusion of people present.
  4. Stylistic domain: concerns the stylistic aspects of an interchange, such as choice of tone and choice of genre-appropriated lexis and syntax.
  5. Non-verbal domain: concerns non-verbal aspects of an interchange, such as gestures and eye contact.
- (Adapted from: Spencer-Oatey, 2000, pp.19-20)

The current preliminary study addresses all the domains with a small set of data to analyse a trauma team leader's rapport management:

1. Illocutionary domain: focuses a leader's rapport management strategies in making requests is focused.
2. Discourse domain: examines discourse frames (Goffman, 1974) where the act of making requests occurs. As a similar study, for example, two frames, "schedule coordination" and "record keeping", were recognised in an analysis of a rehabilitation team meeting among a therapist, a speech pathologist and a physiotherapist (Candlin & Roger, 2013, pp. 40-41).
3. Participation domain: concerns turn-taking structures (to whom a leader is talking and how the recipient responds) in making requests.
4. Stylistic domain: categories types of pragmatic strategies a leader uses in making request.
5. Non-verbal domain: investigates a leader's use of eye gaze in making request.

The act of making requests is an intriguing phenomenon for linguists. In their seminal work, Blum-Kulka, House and Kasper (1989) conducted a comparative study of the use of direct/indirect requests in distinct contexts across cultures, classifying syntactic (i.e. I was wondering if you could tidy up your desk?) and lexical downgraders (i.e. Can you tidy up your

desk, please?). Based on their study, several strategies for making requests used by superiors in Japanese workplaces were identified in Takano (2005) and Minegishi-Cook (2018):

1. Verb + *te/ro (ne/yo)* [Do X]
  2. Verb + *koto/you ni* [Do X]
  3. Verb + *te kudasai* [Please do X]
  4. X + *onegai shimasu* [I ask you a favour. Please do X]
  5. Verb + (y)oo/mashoo(yo/ka) [Let's/Shall we do X?]
  6. Verb + *kureru?* [Will you do me the favour of doing X?]
  7. Verb + *moraeru?* [Could I have you do X?]
  8. Verb + *te kamawanai* [Doing X is alright]
  9. Verb + *te giran* [Doing X for me]
  10. Verb + *nai toikenai* [It wouldn't work unless you do X]
  11. X + *houga ii* [I think doing X would be better]
- (Adapted from: Takano, 2005, p.642)

The first two strategies (Do X) are direct requests without mitigation, but the others include downgraders to reduce the imposition of a request. In reference to the classification in the existing studies, this study investigates how a leader manages rapport of a team in emergency care training by analysing his strategies of making requests. The current study also concerns the use of a leader's eye-gaze when initiating a request from a perspective of turn allocation as Auer's (2017) study construes that eye-gaze functions as a mechanism to select an addressee in a multi-party interaction.

## 2. Research Data and Method

For the preliminary study, one data set of a simulated training session (about 17 mins in total) was analysed, applying the methods of a multimodal corpus analysis (Adolphs & Carter, 2013; Knight, 2011; Tsuchiya, 2013) and a discourse-pragmatic approach (Drew, Chatwin, & Collins, 2001). The recording took place in the resuscitation area at Yokohama City University Medical Centre in Japan as a part of regular simulation training. Several recording devices were set up in the room: four video cameras, five IC recorders, which were carried by the participants, and a pair of eye-tracking glasses (Tobii, 2018). The team comprising a senior consultant of the emergency care department (ED) as a team leader with the eye-tracker (Kato), another two ED doctors (Murai, Hirasaka)<sup>3</sup>, a foundation doctor (FD), who is a trainee doctor enrolled in a medical internship, two nurses and a simulated patient took part in a scenario of a brain haemorrhage. The eye-tracking data was first stored in the analysis tool, iMotions (iMotions, 2018). The data was then imported into another multimodal annotation tool, ELAN (2001-2015), to annotate instances of the leader's making requests with his eye gazing and the recipients' responses manually. Ethical approval for this study was obtained from the Ethics Committee of Yokohama City University.

### 3. Results

Table 1 summarises the numbers of the times the leader made requests, showing to whom the leader asked and whether these requests were accompanied with downgraders.

There were 41 instances of the leader's making requests in total and 13 of them were addressed to two colleague doctors, Murai and Hirasaka, with or without downgraders. The leader also made requests to a foundation doctor (FD) five times, all

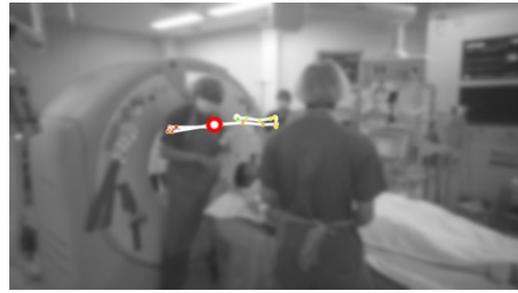


Figure 1: The leader's gaze at Murai<sup>5</sup>

Table 1: The number of instances of the leader's making requests

Recipient	With downgraders	Without downgraders	Total
Doctor	8	5	13
Foundation Doctor	0	5	5
Nurse	8	1	9
Others	14	0	14
Total	30	11	41

Table 2: Strategies of the leader's making requests

To Doctor	To Foundation Doctor
Verb + <i>te</i> [Do X]	X [Do X] 2
Verb + <i>yoo</i> [Let's/Shall we do X?]	Verb + <i>te</i> [Do X] 3
Verb + <i>te kudasai</i> [Please do X]	
X + <i>onegai shimasu</i> [I ask you a favour. Please do X]	

of which were categorised as requests without downgraders. While to nurses, the leader used downgraders in most of the cases (eight times out of nine). The instances of requests to multiple recipients and other members of the team (cf. radiation technologists) were classified as others in the table, all of which were downgraded.

The strategies of requests the leader used to the colleague doctors and FD are listed in Table 2.

Three types of downgrading strategies are recognised in the requests to the doctors: verb + *yoo* [Let's/Shall we do X?] (4 times), verb + *te kudasai* [Please do X] and X + *onegai shimasu* [I ask you a favour. Please do X] (twice each). Extract 1 describes the suggestory form, verb + *yoo* [Let's/Shall we do X?]. The leader, Kato, first looked at his colleague doctor, Murai (see Figure 1), and asked him to intubate after the IV line by using an address, 村井先生 (Dr Murai), and the suggestory form, 挿管しようか (shall we intubate?), which was followed by Murai's verbal acceptance はい (okay) without looking back to Kato.

Extract 1: Asking Murai to intubate<sup>4</sup>

- 1 Kato <\$E> Kato looks at Murai </\$E>  
 村井先生 ルート取れたら挿管しようか。  
*Now, Dr Murai, shall we intubate after the IV line has been done?*
- 2 Murai はい。  
*Okay.*

cases (eight times out of nine). The instances of requests to multiple recipients and other members of the team (cf. radiation technologists) were classified as others in the table, all of which were downgraded.

The strategies of requests the leader used to the colleague doctors and FD are listed in Table 2.

The leader also used the strategies of verb + *te kudasai* [Please do X] and X + *onegai shimasu* [I ask you a favour. Please do X]. Extract 2 is an example of the former, where Kato first looked at Murai, asking him to evaluate A (airway) and B (breathing) with an address term, 村井 (Murai), and a downgrader, 評価してください (please evaluate). Murai then responded to Kato's request with the action, starting the evaluation and talking to SP, わかりますか? (can you hear me?) in line 2. Soon after making the request, Kato left the bed, where Murai was standing, and moved to the other side of the room.

Extract 2: Request to Murai with Verb + *te kudasai*

- 1 Kato <\$E> Kato looks at Murai </\$E>  
 村井 A B評価してください。  
 Murai, please evaluate A and B.
- 2 Murai わかりますか。 <\$E> Murai talks to SP </\$E>  
 Can you hear me?
- 3 Kato <\$E> Kato leaves the bed and walks to the other side of the room. </\$E>

The other strategy observed in the leader's requests with downgrading is X + *onegai shimasu* [I ask you a favour. Please do X], an instance of which is observed in Extract 3. The leader, Kato, looked at his colleague doctor, Hirasaka, uttering an address, 平坂くん (hirasaka-kun, which consists of his surname and a honorifics, kun) and asking with a downgrader, A ガスもお願いします (I ask you a favour, please check the arterial gas). Hirasaka looked back to Kato without any verbal response, and then Kato again left the bed side where Hirasaka was standing.

Table 3: Two types of interaction frames

Task collaboration frame (to Doctor)	Instruction frame (to FD)
L's gaze at R	L's gaze at R
L's addressing R	(L's addressing R)
L's making request (with downgraders)	L's making request without downgraders
(R's gaze at L)	R's gaze at L
(R's verbal acceptance)	R's verbal acceptance
R's execution of a requested act	R's execution of a requested act
	L's monitoring R's act

Note. L = leader; R = recipient.

Extract 3: Request to Hirasaka with X + *onegai shimasu*

- 1 Kato <\$E> Kato looks at Hirasaka </\$E>  
あと平坂くん Aガスもお願いします。  
Then, Hirasaka-kun, I ask you a favour,  
please check the arterial blood gas.
- 2 Hirasaka <\$E> Hirasaka looks back to Kato </\$E>
- 3 Kato <\$E> Kato leaves the bed and walks to the other side of the room. </\$E>

As described above, the leader made requests to his colleague doctors with downgrading and an address term.

The bald requests without downgraders are also observed in the leader's making requests to both the doctors and FD, most of which are the form, verb + *te* [Do X]. In Extract 4, the leader looked at FD, who was standing next to a monitor, and asked them to put it on without downgrading, uttering モニタつけて (put on the monitor). FD, then looked back to Kato and responded verbally, saying はい (Yes).

Extract 4: Request to FD without downgrading

- 1 Kato <\$E> Kato looks at FD </\$E> モニタ つけて。  
Put on the monitor.
- 2 FD <\$E> FD looks back to Kato </\$E> はい。  
Yes.

The other strategy the leader used to make a request to FD is to utter the name of a piece of equipment or an object, which was observed only in his request to FD. Extract 5 includes one such example. Kato looked at FD (see Figure 2) and just uttered 酸素残量 (oxygen level) first, then adding いくつ? (how much?).

Extract 5: Request to FD without downgrading

- 1 Kato <\$E> Kato looks at FD </\$E>  
酸素残量. いくつ?  
*Oxygen level. How much?*
- 2 FD <\$E> FD looks back to Kato </\$E>
- 3 Kato 酸素残量.  
*Oxygen level.*
- 4 FD はい。  
Yes.

- 5 Kato はい。  
Yes. <\$E> Kato monitors FD's act </\$E>
- 6 FD <\$E> FD reads the meter </\$E> 13.5.
- 7 Kato オッケー。  
okay.



Figure 2: The leader's gaze at a foundation doctor



Figure 3: The leader's monitoring of a foundation doctor's act

FD looked back to Kato and Kato uttered again, 酸素残量 (oxygen level). Then FD provided a verbal response はい (yes), which was followed by Kato's confirmation with はい (yes). FD then read the meter on the oxygen tank (see Figure 3), saying 13.5. The FD's action was monitored by Kato (see the fixation of the leader's gaze in Figure 3, who was looking at the meter together with FD). Kato responded to FD's

reporting the oxygen level, saying オッケー (okay) in line 7. Discursive practices the leader realised through these different strategies in making requests are discussed in the following section.

#### 4. Discussion

Through the observation, two interaction frames were identified from the leader's making requests: *task collaboration frame* in the interactions between the leader and his colleague doctors and *instruction frame* between the leader and FD. Distinct request sequences are recognised between the two frames (see Table 3).

In both frames, the leader (L) looks at a recipient (R) before or at the time of initiating a request. In the task collaboration frame, the leader then addresses the recipient and makes a request with or without downgraders. The recipient executes the task requested with or without a verbal response, which is sometimes accompanied with their gaze back to the leader. While, in the instruction frame, the leader does not use downgraders in his request. FD always gazes back to the leader and also responds verbally. FD's execution of a requested act is also monitored by the leader. The different pragmatic strategies in the leader's making a request and the recipients' responses seem to co-construct different discourse frames, which also function as a mechanism of recipient selection.

#### 5. Conclusion

This study focused on a team leader's rapport management in emergency care interaction, analysing his strategies of making requests and the use of eye gaze. The preliminary results showed that the leader used downgraders in requests, i.e. ~しようか (shall we + verb) and お願いします (I ask you a favour) more often when interacting with his colleague doctors, which was termed task collaboration frame. In the instruction frame, however, the leader used a different strategy to manage rapport with FD: he asked without any downgraders and firm gaze exchanges between the leader and FD were observed. The leader also monitored FD's execution of the act. By so doing, the leader also regulated the recipient selection in turn-taking, simultaneously indexing his distinct social roles as a colleague and a trainer doctor. This study, although based on a single recording data, can be the basis of our future larger research.

#### References

- Adolphs, S. (2008). *Corpus and Context: Investigating Pragmatic Functions in Spoken Discourse*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Adolphs, S., & Carter, R. (2013). *Spoken Corpus Linguistics: From Monomodal to Multimodal*. Abingdon: Routledge.
- Auer, P. (2017). Gaze, addressee selection and turn-taking in three-party interaction. *Interaction and Linguistic Structures*, 60, 1-32.
- Blum-Kulka, S., House, J., & Kasper, G. (1989). *Cross-cultural Pragmatics*. Norwood, NJ: Ablex Publishing Corporation.
- Brown, P., & Levinson, S., C. (1987). *Politeness: Some Universals in Language Usage*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Browning, M., Cooper, S., Cant, R., Sparkes, L., Bogossian, F., Williams, B. (2016). The use and limits of eye-tracking in high-fidelity clinical scenarios: A pilot study. *International Emergency Nursing*, 25, 43-47.
- Drew, P., Chatwin, J., & Collins, S. (2001). Conversation analysis: a method for research into interactions between patients and health-care professionals. *Health Expectations*, 4, 58-70.
- ELAN. (2001-2015). ELAN Linguistic Annotator. Version 4.8.1 Nijmegen, The Netherlands: Max Planck Institute for Psycholinguistics, The Language Archive. Retrieved from <http://tla.mpi.nl/tools/tla-tools/elan>
- Goffman, E. (1955). On face work: An analysis of ritual elements in social interaction. *Psychiatry*, 18, 213-231.
- Goffman, E. (1974). *Frame Analysis*. London: Harper and Row.
- iMotions. (2018). iMotions Eye Tracking Glasses Software. Copenhagen, Denmark: iMotions. Retrieved from <https://imotions.com/>
- Kawashima, M. (2017). Four Ways of Delivering Very Bad News in a Japanese Emergency Room. *Research on Language and Social Interaction*, 50(3), 307-325.
- Knight, D. (2011). *Multimodality and Active Listenership*. London: Continuum.
- Minegishi-Cook, H. (2018). Superior's directives in the Japanese workplace: are they all strategic? In M. Hudson, Endo, Y. Matsumoto, & J. Mori (Eds.), *Pragmatics of Japanese* (pp. 125-148). Amsterdam: John Benjamins.
- Spencer-Oatey, H. (2000). Rapport Management: A Framework for Analysis. In H. Spencer-Oatey (Ed.), *Culturally Speaking*. London: Continuum.
- Szulewski, A., & Howes, D. (2014). Combining First-Person Video and Gaze-Tracking in Medical Simulation: A Technical Feasibility Study. *The Scientific World Journal*, 2014(1-4).
- Takano, S. (2005). Re-examining linguistic power: strategic uses of directives by professional Japanese women in positions of authority and leadership. *Journal of Pragmatics*, 37(5), 633-666.
- Tobii. (2018). Tobii pro glasses 2. Stockholm, Sweden: Tobii. Retrieved from <https://www.tobii.com>
- Tsuchiya, K. (2013). *Listenership Behaviours in Intercultural Encounters: A Time-aligned Multimodal Corpus Analysis*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Yoda, I., Onishi, M., Kawashima, M., Kuroshima, S., Oda, J., Mishima, S. (2012). A simultaneous analysis system for team medicine in emergency medical services by utilizing trajectories and conversation analysis (in Japanese, 救命

救急医療におけるチーム医療行為解析のための動線と会話の同時解析システム). *The Journal of Image Information and Television Engineers (映像情報メディア学会誌)*, 66(5), J158-J166.

### Notes

<sup>1</sup> Healthcare professionals (HCPs) is an umbrella term, which includes doctors, nurses, X-ray technicians and any other practitioners in healthcare and medicine.

<sup>2</sup> The act of making requests is termed as requests in Blum-Kulka, House and Kasper (1989), but in Takano (2005) and Minegishi-Cook (2018), the term directives are used. The current study adapts the former and uses the term request.

<sup>3</sup> All names are pseudonyms.

<sup>4</sup> The annotation system of the Cambridge and Nottingham Corpus of Discourse in English (CANCODE) (Adolphs, 2008,

pp. 137-138) was applied to the transcripts. <E>...</E> shows extralinguistic information and <O>...</O> indicates overlapping speech. English translations of the original Japanese utterances were added in italic. Underlined parts indicate downgrading strategies in request.

<sup>5</sup> In the figures, a circle indicates a fixation of the leader's eye gaze.

### Ethics approval

The Ethics Committee of Yokohama City University approved the study.

### Acknowledgements

This work was supported by JSPS KAKENHI Grant Numbers 17KT0062 and JP26285136. We thank the participants of the recording for their kind contribution to the project.

東北地方の精神科長期在院患者の退院支援に関わる  
病棟看護職の自己表現の傾向と関連要因の検討  
Discharge support of long-term inpatients  
in Tohoku district Characteristics of self-expression  
and related factors in ward nurses

野崎 裕之<sup>1)\*</sup> 吉村 直仁<sup>1)</sup> 高安 令子<sup>1)</sup>  
村田 ひとみ<sup>1)</sup> 北田 志郎<sup>1)</sup> 杉森 裕樹<sup>1)</sup>  
Hiroyuki Nozaki<sup>1)\*</sup> Naohito Yoshimura<sup>1)</sup> Reiko Takayasu<sup>1)</sup>  
Hitomi Murata<sup>1)</sup> Shiro Kitada<sup>1)</sup> Hiroki Sugimori<sup>1)</sup>

1)大東文化大学スポーツ・健康科学部看護学科

1) Daito Bunka University Department of Nursing faculty of Sports & Health Science

**Abstract**

This study aims to reveal the tendency, causes, and related factors of the self-expression of medicine ward nurses during the discharge support to long-term in-hospital psychiatric patients in Tohoku region. Analysis subjects are the medicine ward nurses in psychiatric department with patients' average length of in-hospital stay over 365 days. We distributed questionnaires to 831 targets in 52 hospital buildings from 25 facilities, and received 589 responses with 568 good for analysis (responding rate 70.87%, valid responding rate 96.43%). Regarding the self-expression tendency of the nurses in Tohoku area, "assertive expression" generally dominated, with very few "aggressive" ones. When classifying the targets, the highest average value was found in "assertive self-expressions to patients" (average 12.26) and the lowest was in "aggressive self-expression to doctors" (average 5.87). While looking at the self-expression, we found that the targets showed the highest average in "assertive self-expression" and the lowest in "aggressive self-expression". Besides, when compared with nurses with long general clinical experiences and specific experience in psychiatry, those with relatively shorter experience of less than 10 years showed a lower result in aggressive self-experience". It demonstrates that "aggressive self-expression" increases with age and self-assertion becomes stronger with longer clinical experience. From the above, we can conclude that support should be given to new nurses to assist them to express themselves more easily while on the contrary, assertion training should be given to those experienced veterans as discharge support to long-term in-hospital patients. It's also vitally important to have discharge support for stabilizing the lives of patients with psychological issues in the local community as well.

**要旨**

本研究は、東北地方の精神科長期在院患者の退院支援に関わる病棟看護職の自己表現の傾向の実態を把握することと、その実態に関連する要因を明らかにすることを目的とした。研究対象者は、精神科病棟平均入院日数が 365 日以上精神科病棟に勤務する看護職とし、25 施設 52 病棟に勤務する看護職 831 人に対して調査票を配布した。回答部数は 589 部であり、そのうち 568 部を分析対象とした(回収率 70.87%、有効回答率 96.43%)。その結果、東北地方における看護職の自己表現の傾向については、全般的には「アサーティブな自己表現」の傾向にあり、「攻撃的な自己表現」はあまりされていなかった。対象別に見ると、平均値が最も高かったのは、「患者に対してアサーティブな自己表現」(平均値 12.26)であり、平均値が最も低かったのは、「医師に対して攻撃的な自己表現」(平均値 5.87)であった。自己表現の傾向別にみても、本研究の対象者は「アサーティブな自己表現」の平均値が最も高く、「攻撃的な自己表現」の平均値が最も低かった。そして、看護職臨床経験年数および精神科臨床経験年数が長い人に比べて、10 年未満の人が「攻撃的な自己表現」が低い結果となった。これは、年齢が高いほど「攻撃的な自己表現」が高くなる傾向が認められており、臨床経験を積むことによって、より自己主張するようになっていくことが示唆された。以上より、長期在院患者に対する退院支援を促進していくためには、臨床経験が浅い看護職が職場において自己表現しやすいような職場づくりを行い、一方で臨床経験が豊富な看護職については特にアサーショントレーニング教育を行うことによって、精神に障がいを抱えながらも地域で安定した生活を維持することができる精神科長期在院患者が一人でも多く精神科病棟から退院できるように支援していく必要性が示唆された。

キーワード: 精神科長期在院患者, 看護職の自己表現の傾向, 退院支援の促進

Key word: psychiatric long term inpatient, characteristics of self-expression of nurses, promotion of discharge support

## 1. 緒言

日本の精神保健医療福祉施策は、長期にわたり入院治療中心に進められてきた。長期在院患者の退院支援を促進するために、厚生労働省は 2006 年に障害者自立支援法を施行し、2008 年度からは精神障害者地域生活移行支援特別対策事業を開始するなどの施策を打ち出している。しかしながら、精神病床では、入院の短期化が進んでいる一方、入院期間 1 年以上の長期入院患者では、その動態に大きな変化が見られていないとされている[1]。

2013 年の厚生労働省の統計では、東北地方における精神病床人口 10 万人当たりの病床数をみると 335.8 床であり、全国平均 266.9 床より遥かに多くなっている。また、2013 年の全国の精神病床における平均在院日数は 284.7 日であるのに対して、東北地方の精神病床における平均在院日数は 282.9 日であり、全国平均在院日数を 1.8 日下回り減少しつつあるも、依然として精神疾患患者の長期的な入院が存在している現状がある[2]。

長期在院患者の退院支援に関する看護研究の今までの取り組みの例としては、松枝(2003)は、退院支援の看護活動の実践においては、看護職自身の考え方が変わること、精神科長期入院患者の社会復帰が促進されることを示唆している[3]。また、精神科長期入院患者への退院支援のあり方として、香川ら(2010)は、看護職が患者の退院について率直な思いを表出させるとともに、医療あるいは地域のスタッフとの協働など、医師や同僚看護師並びに精神保健福祉士など、退院に関わる全ての職種に対するチームアプローチが重要であることを示唆している[4]。

遠藤ら(2012)は、「チーム医療のなかで、看護師は、最も患者の身近にいる者として、また、医療現場の実情を知る存在として発言ができる。そのため、人間関係やコミュニケーションに関する能力を発揮することによって、チーム活動を円滑に進めていくことができる」と述べている[5]。このように、退院支援の促進には他職種との連携が重要になり、看護職のコミュニケーション能力が求められる。

そして、野末ら(2001)は、看護職の自己表現の傾向と地域性との関連について検討しており、その中で、「北海道・東北地方に比べて、九州地方は「アサーティブな自己表現:自分も相手も大切にしたい自己表現」が有意に高く、「非主張的な自己表現:自分の気持ちや考え、信念を表現しなかったり、しそこなったりすることで、自分から自分の言論の自由(人権)を踏みにじっているような言動」が有意に低い。さらに、「攻撃的な自己表現:自分の意見や考え、気持ちをはっきりと言うことで、自分の言論の自由を守り、自分の人権のために自ら立ちあがって自己主張はしてはいるのですが、相手の言い分や気持ちを無視、または軽視して、結果的に、相手に自分を押し付ける言動」では、近畿・東海・中国・四国地方が高い値を示していた」という結果があり、看護職の自己表現の傾向については、地域において差があることが示唆されている[6,7]。一方で、精神医療というコミュニケーション能力が重要でありながらも、精神科病棟に勤務する看護職の自己表現の傾向を明らかにした研究は現在報告されていない。

そのため、本研究では将来的に多地域の精神科長期在

院患者の退院支援に関わる病棟看護職の自己表現の傾向の実態把握をする比較研究に移行する第一歩として、本研究の目的は、東北地方(青森県・宮城県・福島県)の精神科看護職の自己表現の傾向はどのような実態であるかを明らかにしようと考えた。また本研究では、厚生労働省において在院 1 年未満の患者を「在院者」とし、在院 1 年以上を「長期在院患者」と明記していることもあり、1 年以上精神科に在院している患者を「長期在院患者」とした。

## 2. 方法

### 1) 研究デザイン

本研究は、将来的に多地域の精神科長期在院患者の退院支援に関わる病棟看護職の自己表現の傾向の実態把握をする比較研究に移行する第一歩として、東北地方(青森県・宮城県・福島県)の精神科長期在院患者の退院支援に関わる病棟看護職の自己表現の傾向はどのような実態であるかを明らかにすることを目的とした、質問紙を用いての量的記述的研究である。調査項目は、「フェイスシート(性別、年齢、看護職免許の種類、看護職臨床経験年数、精神科臨床経験年数)」「看護職の自己表現の傾向」で構成される調査票を用いて行った。看護職の自己表現の傾向については、野末ら(2001)が、看護師のアサーショントレーニング研修の中で、看護師が自分の自己表現特性を検討できるように開発した質問紙で測定した[6]。この質問紙は、看護師の職場での人間関係におけるアサーション(自己表現)の特性をみることができるよう、医師、患者、上司、同僚、部下の 5 つの対象それぞれについて、「非主張的な自己表現」「攻撃的な自己表現」「アサーティブな自己表現」の 3 タイプの質問を、3 項目ずつ配置しており、全項目は 45 項目である。また、主因子法バリマックス回転による因子分析を行っており、固有値 1.0 以上で 3 因子が抽出された。第 1 因子は、1 つの項目を除いてアサーティブな自己表現項目であった。第 2 因子はすべて非主張的自己表現項目であり、第 3 因子は全て攻撃的自己表現項目であった。この結果は、質問紙作成にあたって、理論的に構成した概念と一致するものであったとしている。また、「アサーティブな自己表現」尺度の内的一貫性を示す  $\alpha$  信頼係数は 0.78、「非主張的自己表現」尺度の  $\alpha$  信頼係数は 0.78、「攻撃的自己表現」尺度の  $\alpha$  信頼係数は 0.74 であった。そして、内容妥当性を検討するために、アサーション(自己表現)トレーニングの認定トレーナー 5 名に、質問紙の各項目について、3 つの自己表現のどれに該当する文章であるかを評定してもらい、その一致率を算出した。5 名全員の評定が一致した項目は、45 項目中 41 項目で、一致率は 91.9%であった。回答は「あてはまる」から「あてはまらない」の 5 段階尺度であり、得点が高いほど自己表現の傾向をより強く示している。なお、本研究では、研究対象に師長に相当する管理職は含まないため、質問紙の原本の項目の「部下に対して」の 9 項目を削除した。項目の削除に関しては、質問紙を作成した野末氏より了承を得た。

研究期間は、2017 年 1 月～2017 年 11 月までであった。統計分析には、SPSS23.0 for windows を用い、 $p < 0.05$  を

統計的有意水準とした。本研究の対象者は、東北地方(青森県・宮城県・福島県)の精神科病院、および精神病床を有する総合病院合計 80 施設に対して調査票、研究協力の依頼書、調査への回答書、研究への参加依頼書並びに研究説明書を送付し、研究協力の依頼をした。研究対象者は、平均入院日数が 365 日以上精神科病棟に勤務する看護職(看護師・准看護師)とした。

## 2)倫理的配慮

研究協力の意思を示した施設に対して、研究者が直接対象となりうる病院へ行き、調査票、研究への参加依頼書並びに研究説明書を改めて文章を用いて看護部長に説明し、承諾書に研究内容をよく把握して頂いた上でサインして頂いた。対象者に対しては、研究への協力はあくまでも対象者の自由意思によるもので、協力の有無が今後職務に影響を及ぼすことはなく、不利益を生じないこと、データの集計は個人を特定できないように処理することを、調査票に添付した文章にて説明した。なお、本研究は、東北大学大学院医学系研究科倫理委員会の承認を得て実施した(受付番号 2016-1-242)。

## 3)用語の定義(平木(2012)[7]より引用)

### (1)「アサーティブな自己表現」(assertive):

自分も相手も大切にしたい自己表現である。自分の人権である言論の自由のためには自ら立ち上がろうとするが、同時に相手の言論の自由も尊重しようとする態度がある。アサーティブな発言では、自分の気持ち、考え、信念などが正直に、素直に、その場にふさわしい方法で表現される。そして、相手が同じように発言することを奨励しようとする。

### (2)「攻撃的な自己表現」(aggressive):

自分の意見や考え、気持ちをはっきりと言うことで、自分の言論の自由を守り、自分の人権のために自ら立ちあがって自己主張はしているが、相手の言い分や気持ちを無視、または軽視して、結果的に、相手に自分を押し付ける言動をいう。したがって、それは相手の犠牲の上に立った自己表現、及び自己主張であり、自分の言い分は通っても、相手の気持ちを害したり、相手を見下したり、不必要に支配したりすることになる。

### (3)「非主張的な自己表現」(non-assertive):

自分の気持ちや考え、信念を表現しなかったり、しそこなったりすることで、自分から自分の言論の自由(人権)を踏みにじっているような言動をいう。これには、自分の気持ちや考えを言わないだけでなく、あいまいな言い方をしたり、言いわけがましく言ったり、他人に無視されやすい消極的な態度や小さな声で言うことも含まれる。

## 3. 結果

### 1)研究対象者の選定

東北地方(青森県・宮城県・福島県)の精神科病院、および精神病床を有する総合病院合計 80 施設に対して研究計画書を送付し、研究協力の依頼をしたところ、45 施設から回答があった。そのうち、研究協力の意思を示した施設は 25 施設であり、対象条件を満たす病棟が無いと回答した 12 施設

を含め、研究協力できないと意思を示した施設は 20 施設であった。

その後、研究協力の意思を示した 25 施設に対して、対象条件を満たす病棟の数および看護職の人数を確認したところ、52 病棟、看護職 776 人が対象となるとの回答が得られた。そこで、25 施設に対して調査票を予備も含めて合計 864 部配布し、実際に施設にて看護職へ配布された部数は 831 部で、研究者へ返送された部数は 589 部であった(回収率 70.87%)。そして、回答に欠損があった 21 部を除外し、有効回答部数は 568 部となった(有効回答率 96.43%)。

## 2)研究対象者の概要

対象者の概要は、対象者は 568 名で、女性 414 名(72.89%)、男性 154 名(27.11%)であり、平均年齢は 44.4 歳であった。看護職免許別では、看護師免許取得者が 337 名(59.34%)、准看護師免許のみ取得者が 231 名(40.66%)であった。なお、看護師免許取得者の内、保健師免許を有している者が 19 名(3.35%)、助産師免許を有している者が 1 名(0.18%)であった。年代別では、看護の 20 歳代が 88 名(15.49%)、30 歳代が 123 名(21.65%)、40 歳代が 124 名(21.83%)、50 歳代が 158 名(27.82%)、60 歳代が 75 名(13.20%)であった。また、看護職臨床経験の平均年数は 18.76 年で、10 年未満が 163 名(28.0%)と最も多く、40 年以上が 40 名(7.04%)と最も少なかった。精神科病棟臨床経験の平均年数は 18.10 年で、10 年未満が 177 名(31.16%)と最も多く、40 年以上が 33 名(5.81%)と最も少なかった。

## 3)看護職の自己表現の傾向

看護職の自己表現の傾向は、患者、医師、上司、同僚の 4 つの対象に対して、それぞれに「非主張的な自己表現」「攻撃的な自己表現」「アサーティブな自己表現」の 3 つの自己表現の傾向について 3 項目ずつ配置した 36 項目から成る質問紙であり、各項目について、「あてはまる」から「あてはまらない」の 5 段階尺度で回答を求めている。各対象に対して 3 つの自己表現の傾向ごとに合計得点を算出し、その平均値を求めた。また、3 つの自己表現の傾向ごとの合計得点を算出し、その平均値を求めた後、看護職の属性との比較を行った。なお、本研究における 3 つの自己表現の傾向の内的一貫性であるが、「非主張的自己表現」は  $\alpha=0.75$ 、「攻撃的自己表現」は  $\alpha=0.77$ 、「アサーティブな自己表現」は  $\alpha=0.77$  であった。

## 4)各対象における看護職の自己表現の傾向別の集計

患者、医師、上司、同僚の各対象それぞれに、看護職の 3 つの自己表現の傾向である「非主張的な自己表現」「攻撃的な自己表現」「アサーティブな自己表現」の傾向ごとに合計得点を算出した。平均値が高かった項目は、「患者に対してアサーティブな自己表現」(平均値 12.06)、「上司に対してアサーティブな自己表現」(平均値 10.40)、「同僚に対してアサーティブな自己表現」(平均値 10.08)の順であった。平均値が低かった項目は、最も低かった順から「医師に対して攻撃的な自己表現」(平均値 5.87)、「同僚に対して攻撃的な自己表現」(平均値 6.18)「上司に対して攻撃的な自己表現」(平均値 6.86)の順であった。

### 5)看護職の自己表現の傾向別の集計

看護職の自己表現の傾向である、「非主張的な自己表現」「攻撃的な自己表現」「アサーティブな自己表現」の3つの自己表現の傾向ごとに合計得点を算出した。平均値は、「アサーティブな自己表現」(平均値 14.06),「非主張的な自己表現」(平均値 12.55),「攻撃的な自己表現」(平均値 8.61)の順に高かった。

### 6)看護職の自己表現の傾向と属性による比較

看護職の自己表現の傾向と属性による比較については、性別による比較では、「非主張的な自己表現」「攻撃的な自己表現」「アサーティブな自己表現」の3つの自己表現の傾向ごとに平均値の差の検定を行い、年齢、看護職臨床経験年数、および看護職精神科臨床経験年数においても、同じく3つの自己表現の傾向ごとに Mann-Whitney の U テスト及び Kruskal-Wallis テストを行った結果、すべての属性のいずれかの自己表現の傾向について有意差が認められた。

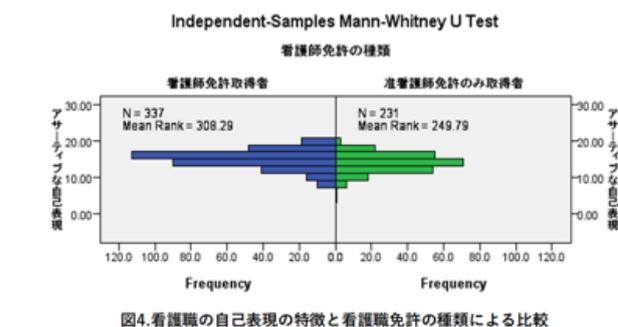
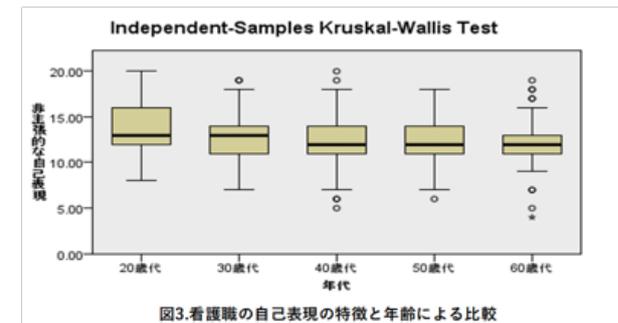
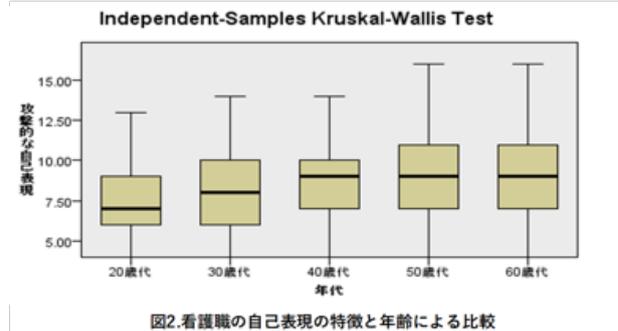
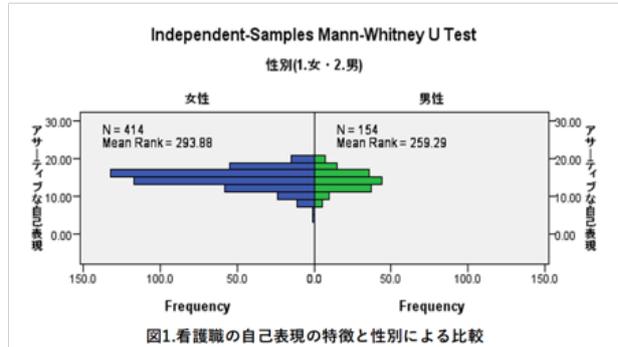
性別による比較では、性別による比較については、「アサーティブな自己表現」において有意差が認められ( $p < 0.024$ ),女性(平均値 14.2)は、男性(平均値 13.8)に比べて有意に高かった(図 1)。

年齢による比較では、「非主張的な自己表現」( $p < 0.001$ ),「攻撃的な自己表現」( $p < 0.020$ )で有意差が認められた。「非主張的な自己表現」においては、20 歳代(平均値 39.8)は、他の 30 歳代(平均値 38.3), 40 歳代(平均値 36.6), 50 歳代(平均値 37.1)および 60 歳代(平均値 36.6)に比べて有意に高く、一方で「攻撃的な自己表現」については、20 歳代(平均値 24.1)は、30 歳代(平均値 26.5), 40 歳代(平均値 26.9), 50 歳代(平均値 28.2), 60 歳代(平均値 28.4)に比べて優位に低かった(図 2, 図 3)。

看護職の免許の違いによる比較では、「アサーティブな自己表現」において有意差が認められ( $p < 0.001$ ), 准看護師免許のみ取得者(平均値 13.5)より、看護師免許取得者(平均値 14.4)の人のほうが、「アサーティブな自己表現」が有意に高かった(図 4)。

看護職臨床経験年数による比較では、「アサーティブな自己表現」( $p < 0.041$ ),「攻撃的な自己表現」( $p < 0.001$ )にて有意差が認められた。ペアごとの比較では、「アサーティブな自己表現」では有意差は認められなかったが、「攻撃的な自己表現」では認められ、臨床経験年数が 10 年未満(平均値 7.67)の人は、10~20 年未満の人(平均値 8.80)( $p < 0.001$ ), 20~30 年未満(平均値 8.71)( $p < 0.006$ )の人, 30~40 年未満(平均値 9.33)( $p < 0.001$ )の人, 40 年以上(平均値 9.55)( $p < 0.001$ )の人に比べて有意に低かった(図 5, 図 6)。

看護職精神科臨床経験年数による比較については、「攻撃的な自己表現」( $p < 0.001$ )についてのみ有意差が認められた。ペアごとの比較では、精神科臨床経験年数が 10 年未満(平均値 7.85)の人は、10~20 年未満(平均値 8.71)( $p < 0.019$ )の人, 20~30 年未満(平均値 8.84)( $p < 0.010$ ), 30~40 年未満(平均値 9.28)( $p < 0.001$ )の人, 40 年以上(平均値 9.39)( $p < 0.011$ )の人に比べて、有意に低かった(図 7)。



## 4. 考察

本研究における看護職の自己表現の傾向についての結果をみると、平均値が高かったのは、患者に対してアサーティブな自己表現(平均値 12.26), 上司に対するアサーティブな自己表現(平均値 10.40), 同僚に対するアサーティブな自己表現(平均値 10.08)であった。一方、平均値が低かったのは、医師に対して攻撃的な自己表現(平均値 5.87), 同僚に対する攻撃的な自己表現(平均値 5.96), 上司に対する攻撃的な自己表現(平均値 6.89)であった。自己表現の傾向別にみても、本研究の対象者はアサーティブな自己表現の平均

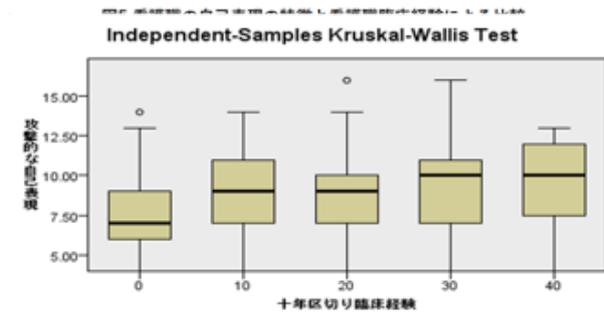
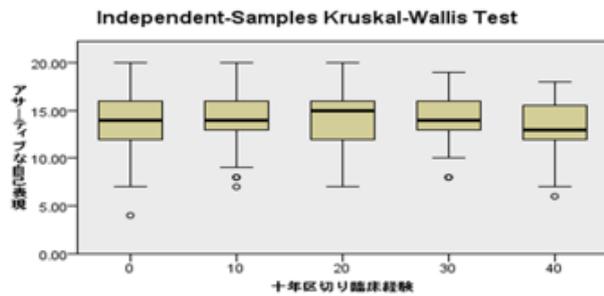


図6.看護職の自己表現の特徴と看護職臨床経験による比較

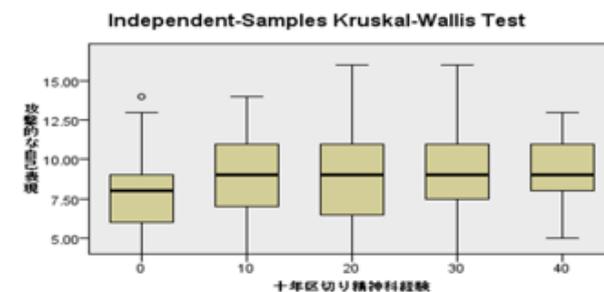


図7.看護職の自己表現の特徴と看護職精神科臨床経験による比較

値が最も高く、攻撃的な自己表現の平均値が最も低かった。

同様の質問紙を用いて、全国の看護職 674 名を対象に行った野末ら(2001)の調査の結果をみると、平均値が高かった順に、患者に対するアサーティブな自己表現(平均値 11.67)、上司に対するアサーティブな自己表現(平均値 10.95)、同僚に対するアサーティブな自己表現(平均値 10.10)であり、平均値が低いのは、同僚に対する攻撃的な自己表現(平均値 7.35)、医師に対して攻撃的な自己表現(平均値 7.37)、医師に対して非主張的な自己表現(平均値 7.45)であった[6]。

今回、東北地方のみを調査した結果を野末の調査と比較すると、上司および同僚に対するアサーティブな自己表現は本研究同様に平均値が高い傾向にあり、同様の傾向を示していた。また、平均値の低い自己表現をみると、本調査は平均値が最も低い順から、①医師、②同僚、③上司に対する攻撃的な自己表現であったが、野末調査と異なる点は、野末の調査では、平均値が最も低い順から、①同僚、②医師に対する攻撃的な自己表現、③医師に対して非主張的な自己表現であった。さらに、医師に対する自己表現の平均値に着目すると、本調査の結果はアサーティブおよび攻撃的な自己表現が低く、非主張的な自己表現が高かった。一方、患者に対するアサーティブな自己表現の平均値は本調査の方が高かった。よって、野末の全国調査と比較して、東北地方の長期在院患者のケアに携わっている看護職は、全国調

査同様、患者に対してアサーティブな自己表現は高く、自分も相手も大切にしたい関わりが出来ており、さらに医師に対しても、アサーティブな自己表現までは至らないものの、全国調査の調査よりも、攻撃的および非主張的でもないが、医師へ対する自分の意見を積極的ではないものの、諦めずしたたかに自分の意見を主張する看護職が多い傾向が示唆された。この結果は、医師と看護職との職業格差が明確になっているという現状もあるためであり、この点については、看護職が医師に対してアサーティブな自己表現が行えないことによって、本来地域で生活を維持できると看護職がアセスメントを行っていたとしても、該当患者の情報共有がスムーズに行かないことによって退院決定への妨げにもなりうる可能性もあり、互いが医療職として患者の視点に立った、役職などの立場を超えた話し合いが行える職場環境づくりの必要性も垣間見えた。そして一方で、医師が退院という判断を下したとしても、看護職として精神症状などによってもう少し入院治療を継続する必要がある場合も考えられ、そのような患者の退院直後の再入院(精神疾患患者の回転ドア現象)の抑制のためにも、アサーティブな自己表現は大切であると考えられる。そしてさらに重要なことは、退院支援は看護職だけではなく多職種で支援することによって成り立つものであり、今後は多職種も含めたコミュニケーションの傾向を把握していく必要性も示唆された。

また、看護職臨床経験年数が長い人よりも、10 年未満の人が攻撃的な自己表現が低く、さらに看護職精神科臨床経験年数についても、10 年未満の人が、精神科臨床経験年数が長い人に比べて攻撃的な自己表現が低い結果になっている。これらの結果からも、臨床経験を積むことによって他者の意見を聞くよりも、自分の考えを述べることを大切に、より自己主張するようになっていくことが明らかとなった。そのため、東北地方における精神科長期在院患者に対する退院支援を促進していくためには、患者に対して今まで通りアサーティブな自己表現で接することは大前提だが、臨床経験が浅い看護職が職場において自己表現しやすいような職場づくりを行い、一方で臨床経験が豊富な看護職については特にアサーショントレーニング教育を行うことによって、同じ看護職及び他職種へ対してもコミュニケーションが円滑に行えるような現任教育の必要性が示唆された。このように、前記の教育を実践していくことによって、退院支援を行う患者や家族、そして施設および地域の多職種との連携がスムーズとなり、精神科長期在院患者が自宅や施設へ退院した後も、精神に障がいを抱えながらも地域で安定した生活を維持することにつながると思われる。

## 5. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、東北地方(青森県・宮城県・福島県)の精神科病院、および精神病床を有する総合病院合計 80 施設に対して研究計画書を送付し、研究協力の依頼をしたところ、45 施設から回答があった。そのうち、研究協力の意思を示した施設は 25 施設であり、対象条件を満たす病棟が無いと回答した 12 施設を含め、研究協力できないと意思を示した施

設は 20 施設であった。よって今回の結果は、限られた施設からの協力によって調査したものであり、東北地方における長期在院患者に対する自己表現の傾向を十分に代表しているとは言えない。また、東北地方におけるこれらの傾向を明確にするためには、他地域との比較検討を行う必要があり、同様の調査票を用いた調査をより多くの地域にて施行するとともに、看護職以外の他職種へも調査を実施していく必要がある。また、本調査の性別による比較では、女性は男性に比べて有意にアサーティブな自己表現が高かったが、野末の調査では、対象者 674 名中、男性が 6 名であったために、性別による有意差が認められていない。よって性別による自己表現の違いについては、さらに検討を行っていく必要がある。また、野末ら(2001)の調査においては、精神病院が職場の看護職は 2.2%で、総合病院で勤務している看護職が 49.6%を占めていた。精神病床の割り当てについては、総合病院よりも精神科単科病院の方が多いため、今後はこの 2 つの病院の傾向についても比較検討の必要性も示唆された。

## 6. 結語

本研究では、東北地方の精神科長期在院患者の退院支援に関わる病棟看護職の自己表現の傾向は、全般的には「アサーティブな自己表現」の傾向にあり、「攻撃的な自己表現」はあまりされていなかった。今後は、あらゆる看護職の世代間、あるいは看護職以外の他職種へ対してもコミュニケーションが円滑に行えるようなアサーショントレーニング教育を行い、一人でも多くの精神科長期在院患者が精神科病棟から退院できるように支援していく必要性が示唆された。

「利益相反自己申告: 申告すべきものなし」

## 引用文献

- [1]厚生労働省社会・援護局, 障害保健福祉部精神・障害保健課(2009):今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会. <https://www.Mhlw.go.jp/shingi/2009/09/dl/s0924-2a.pdf>(閲覧日:2018年10月23日)
- [2]厚生労働省・政策統括官付参事官付保健統計室(2017):平成28年(2016)医療施設(動態)調査・病院報告の概況. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/16/dl/gaikyo.pdf>(閲覧日:2018年10月23日)
- [3]松枝美智子. 精神科超長期入院患者の社会復帰への援助が成功する要因-日本版治療共同体における看護師の変化, 日本精神保健看護学会誌 2013;12(1):45-57.
- [4]香川里美, 名越民江, 栗納由記子他. 精神科長期入院患者を退院に導いた熟練看護師の語りの分析-リフレクションを通して, 日本看護学会論文集, 地域看護 2011;41:147-150.
- [5]遠藤圭子, 岡崎美晴, 神谷美紀子他. チーム医療を推進する看護師に必要とされる能力の検討, 甲南女子大学研究紀要 2012;6:17-29.
- [6]野末武義, 野末聖香. ナースのアサーション(自己表現)に関する研究(1)ナースのアサーション(自己表現)の傾向と関連要因, 日本精神保健看護学会誌 2001;10(1):86-94.
- [7]平木典子. アサーション入門-自分も相手も大切に自己表現法, 講談社 2012;26-27, 41.

**\*責任著者 Corresponding author: e-mail  
h-nozaki@ic.daito.ac.jp**

# 諸外国における大麻合法化の動きと日本の薬物乱用防止教育 ：ヘルスコミュニケーションにおける「信頼」の問題 Cannabis Legalization and the Drug Abuse Prevention Education in Japan: Credibility and Trust in Health Communication

徐 淑子  
Sookja Suh

新潟県立看護大学  
Niigata College of Nursing

## Abstract:

Cannabis was a major target of the Single Convention on Narcotic drugs and has become a substance regulated throughout the world. However, in recent years, mainly in Europe and North America, there have been movements to legalize cannabis for recreational or medical use. The news about the change in cannabis use has reached the ears of the normal Japanese citizen as well. As a result, even in Japan the number of people who ask themselves, "Is Cannabis really that bad?" is increasing. In this paper, I will examine the issues surrounding health communication relating to this problem in terms of credibility and trust of the sender in persuasive communication. Then, I will give a few recommendations to the practice of drug abuse prevention education in Japan.

## 要旨

大麻は、麻薬単一条約(国際条約)の対象となる物質であり、世界的にも統制の対象とされてきた。ところが、近年、欧州や北米を中心に、娯楽目的や医療目的での大麻使用を合法化する動きが認められる。そして、大麻使用の位置づけの変化についての情報は、数々のメディアを通して日本の一般市民にも到達していると思われる。その結果、日本でも、「大麻はほんとうに悪いものなのか」という漠然とした疑問をもつ人が増えていると推察される。このような状況は、日本の薬物乱用防止教育に、ひとつのヘルスコミュニケーション上の問題を生じさせる。説得的コミュニケーションにおける信頼、メッセージの送り手の信憑性という問題である。本論では、この問題について、薬物使用にかんする「ダメ。ゼッタイ。」の語りだけでなく、新しい語りが必要であることを指摘し、薬物の性質でなく薬物使用の場面に焦点を当てたアプローチの提案を行う。

キーワード: 大麻使用, 薬物乱用防止教育, 説得的コミュニケーション, キャンパスヘルス

Keyword: cannabis use, drug abuse prevention education, persuasive communication, campus health

## 1. はじめに

本論は、大麻(学名 *cannabis sativa L.*)の使用およびその法的規制について世界的な「見直し」が進む中、日本の薬物乱用防止教育が、当面は、絶対禁止主義的アプローチを保持するにしても、その啓発メッセージや教育内容には、なんらかの変化が必要であることを指摘する短い論考である。

薬物政策を構成する重要な要素のひとつに、薬物使用を防ぐための啓発、教育の取り組みがある。日本では、薬物対策は内閣府に設置されている薬物乱用対策推進本部が『薬物乱用防止五カ年戦略』を定めており、その中で、司法・更正面での対策、依存症医療等とともに、啓発および予防教育の具体的な方向性が示されている。五カ年戦略は2018年で第五次となるが、そこで示される啓発・予防教育の根本姿勢は、絶対禁止主義(ゼロ・トレランス, zero-tolerance)で一貫しており、大麻は、覚せい剤他の禁止薬物とともに、一般にもよく知られている「ダメ。ゼッタイ。」という啓発メッセージの下で

取り扱われている。そして日本の全人口に比して薬物使用者の推定人口が少ないという統計的事実は、薬物事犯に対する厳罰主義や、薬物犯罪取締りの方向性、絶対禁止主義的予防啓発の適正性の証左とされ、現行の政策・施策のあり方を支持する根拠となっている(表1, 表2)。

表1 主な国の大麻生涯使用経験

国	調査年	調査対象年齢	大麻を吸ったことがある人の割合(%)	情報源
ドイツ	2015	18-64	27.2	*1
フランス	2016	15-64	41.4	
オランダ	2016	15-64	25.2	
イギリス	2016	16-59	29.6	*2
アメリカ	2013	12歳以上	45.2	
日本	2017	15-64	1.4	*3

\*1 EMCDDA(欧州薬物・薬物依存監視センター)

\*2 NIDA(米国・国立薬物乱用研究所)

\*3 厚生労働省

表2 日本の一般住民(15-64歳)における薬物の生涯使用経験率

調査年	1995	1999	2003	2007	2011	2013	2015	2017
いずれかの薬物	2.2	2.6	2.0	2.6	2.7	2.5	2.4	2.3
覚せい剤	0.3	0.4	0.4	0.4	0.4	0.5	0.5	0.5
大麻	0.5	1.0	0.5	0.8	1.2	1.1	1.0	1.4

方法:住民基本台帳より全国の5,000名を層化二段抽出法にて選択。戸別訪問調査。回収率は78.9 - 58.1%

(出典)嶋根他(2018, p.133)より作成

さて、薬物の問題は、国境をまたいで複数の国・地域が関係し、問題全体を構成する世界規模問題のひとつである。であるから、近隣のアジア諸国、北米やヨーロッパなど日本と政治・経済上の結びつきが深い国や地域、つまり、日本との間でモノやヒトの行き来が盛んな国々で、薬物についての政策が変化した場合、日本社会への影響が皆無であるということは考え難い。大麻についての「見直し」、つまり、嗜好大麻あるいは医療大麻についての法制化は、欧米の、世界でも影響力をもつ国々を中心に進行している。そして、インターネットをとおして瞬時に情報が国境を越える現代、大麻にかんする情報は日本にも到達している。その中で、従来、「成功」とみなされてきた絶対禁止主義的社会啓発は、これからも同等の力を発揮することができるのか。そこにヘルスコミュニケーション上の問題はないのであろうか、というのが、本論の問題意識である。

## 2. 大麻の「位置づけ」の変化

大麻は、1961年に制定された国際条約「麻薬単一条約」の対象物質のひとつであり、世界的に統制の対象となっている。歴史的にみると、大麻は、薬として用いられる他、繊維、油、食料(種子)を供給する有用植物として、全世界で広く利用・活用されていた。アヘン戦争や植民地貿易の時代を経て、20世紀以降、規制下におかれるようになった(船山, 2011:159-199)。日本では、1948年に大麻取締法が制定された。

アメリカおよびヨーロッパでの大麻使用の広がり、1960年代のベトナム戦争と平和運動(ヒッピー・ムーブメント)という時代背景を契機としている。以降、大麻だけでなくヘロインやコカインなど、違法薬物全般の供給量・使用者数が増大し、個別の国で社会問題化して行っただけでなく、地球規模問題となっていったのは周知のとおりである。その中で、大麻は、現在では、世界でもっとも多くの利用者がいる規制薬物となっている(UNDOC, 2018)。

ところが、2018年12月までに、ウルグアイ、カナダ、アメリカ合衆国のいくつかの州が大麻の嗜好使用を合法化した。そして、嗜好大麻の合法化という方向性は取らないまでも、ヨーロッパの国々やラテンアメリカ諸国、オセアニア等は、大麻を含めた薬物の個人使用や少量保持を非処罰化し、娯楽目的を含めた大麻の個人使用、一定の制約下で、容認・可能となった。このような大麻の社会的容認への方向転換は、取締り中心の薬物政策と厳罰主義の限界が明らかになったこと(Jelsima, 2015)や、薬物についての科学的な危険性評価に基づか

ない政策への批判(Wood et al., 2010)などを背景にもつ。

一方、大麻を、「医薬品」として改めて公的制度に組み入れる動きが、世界的に見られる(Aguilar et al., 2018)。「医療大麻」の法制化である。

表3に記したとおり、現在、医療大麻はヨーロッパ地域を中心に法整備が進んでおり、それ以外の地域でも、

表3 世界における大麻法制化の状況(2019年1月現在)

嗜好大麻	
ウルグアイ(2014)	2014
カナダ(2017)	2017
アメリカ合衆国のうち9州およびワシントン特別区	2016から2018
医療大麻	
イスラエル	1992
カナダ	1999
アメリカ合衆国のうち29州およびワシントン特別区	1996から2017
オランダ	2001
イギリス	2006
フィンランド	2008
スイス	2008
チェコ	2013
フランス	2013
イタリア	2013
ルーマニア	2013
ブラジル	2014
ウルグアイ	2014
チリ	2015
コロンビア	2015
クロアチア	2015
ジャマイカ	2015
オーストラリア	2016
マケドニア	2016
アルジェリア	2017
ドイツ	2017
メキシコ	2017
ペルー	2017
ポーランド	2017
プエルトリコ	2017
ギリシャ	2018
ニュージーランド	2018

21カ国が部分的に承認となっている。アジアは、一般的な傾向として薬物に対し厳しい政策を敷いているといえるが、医療大麻ではタイ、韓国が2018年に法制化を行うことを決定した。

このような動きを背景に、世界保健機関は、2018年6月の第40回薬物依存に関する専門家会議にて、大麻および大麻由来の成分についての再評価をアジェンダに上げた(World Health Organization, 2018)

これらの状況が指し示すのは、いったんは違法薬物としてアンダーグラウンドの世界に属するものとの取り扱いを受けてきた大麻を、「表のもの」としての位置づけし直す作業の、世界規模での進行であろう。「ドラッグ」から「医薬品」や「嗜好品」への移行(山本, 2006)である。大麻使用の法制化の流れは、欧米諸国によって牽引されているが、アジアやアフリカの国々では、原料大麻の輸出を可能にするため栽培の規制を見直す動きも進んでいる。

## 3. 「ダメ。ゼッタイ。」はほんとうか

これら一連の情報は、各種メディアをとおして、あるいは個人による海外居住や旅行の経験をとおして、日本の一般市民にも到達していると思われる。一般報道では、『週刊エコノミスト』といった企業人を読者層に抱える一般誌や、日本でも読者の多い『ニューズウィーク日本版』誌などが記事を公表している(表4)。

表4 一般商業誌に発表された大麻にかんする日本語記事の例

記事タイトル	雑誌名	刊行年月日
PERISCOPE News Gallery CANADA 大麻合法化のカナダで闇ルートが潤う?	Newsweek日本語版	2018/10/30
大麻について話をしよう: ビジネス (特集 モーリー・ロバートソンと学ぶ国際情勢)	Newsweek日本語版	2018/8/14
奇跡の大麻が重度自閉症児を救う: 医療	Newsweek日本語版	2018/3/13
合法化「大麻の解禁州」相次ぐ米国 市場拡大で参入企業増加	週刊エコノミスト	2017/6/27
エコノミストレポート 薬物 世界で2カ国目 カナダで嗜好用の大麻合法化へ 北米が大麻産業の集積地に	週刊エコノミスト	2017/6/6
nature news 米国の大麻研究を妨害する連邦政府の官僚主義	Natureダイジェスト	2014/6/1
Picture Power 強盗も引き寄せる危険な大麻ビジネス	Newsweek日本語版	2014/5/27
さらに17州が合法化検討 ミネソタ州で大麻解禁 関連ビジネス活況で、税収増(エコノミストレポート 大麻)	週刊エコノミスト	2014/4/1
世界の潮流 廃絶から使用容認へ 薬物規制は現実路線にシフト(エコノミストレポート 大麻)	週刊エコノミスト	2014/4/1
さらに17州が合法化検討 ミネソタ州で大麻解禁 関連ビジネス活況で、税収増(エコノミストレポート 大麻)	週刊エコノミスト	2014/4/1
実は儲からない大麻ビジネス: 薬物	Newsweek日本語版	2014/2/11
「大麻に抗癌作用」の新発見と落とし穴: 健康	Newsweek日本語版	2013/11/26
ウルフアイ大麻合法化の波紋: 麻薬	Newsweek日本語版	2013/8/13
米マリファナ合法化 大麻で財政改善を狙う州政府に連邦政府は「違憲」の姿勢崩さず	週刊エコノミスト	2012/12/4
薬物 オランダ名物の合法大麻店を守れ!	Newsweek日本語版	2011/7/13
保守派が進む大麻合法化への道--アメリカ「保守は大麻反対」のはずの共和党がマリファナを容認する理由	Newsweek日本語版	2010/11/10
マリファナ合法化の損得勘定--米社会 カリフォルニアで乾燥大麻が合法化されれば、赤字の州財政が救われる?	Newsweek日本語版	2010/4/14

また、2016年のアメリカ合衆国大統領選に合わせて実施される州別住民投票で、カリフォルニア州など4つの州が大麻の娯楽使用を決定したというニュースは、日本でも広く報道された。

これらの報道に触れた人の中には、「大麻はほんとうに悪いものなのか」という漠然とした疑問をもった人もいたのではないだろうか。

他方、日本における違法薬物使用についての経年モニタリング調査(嶋根他2018)は、近年の大麻使用の生涯経験率の増加と、若い世代での大麻容認の態度の増加(表5)を指摘し、若い世代における主たる乱用薬物は大麻であるとしている。

表5 日本の一般住民・大麻を容認する態度を持つ人

(単位:%)	2011	2013	2015	2017
10代	1.9	1.6	1.4	2.3
20代	4.3	4.1	3.4	3.6
30代	4.4	2.8	1.9	5.0
40代	2.6	2.3	1.6	1.2
50代	1.9	1.9	0.7	0.7
60代	1.1	1.5	0.8	1.3

(出典)嶋根他(2018, p.120)より作成

薬物乱用防止戦略にもとづく、日本の違法薬物に対する社会啓発や薬物乱用防止教育では、「ゲートウェイ理論」(Golub & Johnson, 2002; Hunt, 2006:91-92)にもとづき、大麻を含む全ての違法薬物をひとまとめにして「非常に有害」と規定し、「1回でも使用するのは危険」と説得する内容である。そして、大麻の有用植物としての側面については、日本において繊維などが伝統的に利用されてきた事実に触れる場合もあるが、それを「過去のもの」かつ「非科学的」とするのが通常である。

このような観点が常識化している中、「医療大麻」が、「伝統医療」や「代替医療」の枠すら超えて、現代のメインストリーム医療でもちいられる「医薬品」としてのエビデンスを携えて登場してきた。日本では、欧米での大麻研究の蓄積や経験(「エビデンス」や「ナラティブ」)、市民運動での議論など大麻の位置づけをめぐる背景を共有することなく、各国での法制化の報が先んじて入ってくるという順番になっていることに注目したい。

各国の大麻法制化の動きは、「大麻は有害」「一度でも使用してはいけない」という考えとは矛盾するものであり、個々人の態度に認知的不協和(Festinger, 1957)の状態を引き起こす。従来からの考え方を修正・変更するか、あるいは、大麻について新しく入ってきた情報(「医薬品として有用である」等)を退けて不協和を解消するのか。薬物使用にかんする日本政府の方向性が絶対禁止主義から変更がないにしても、個々人の考え方の次元では、他国では認められていることのある大麻使用に対して「ダメ。ゼッタイ。」の絶対禁止主義を適用することが果たして適切であるのか、判断がゆらいている可能性も考えられる。

#### 4. ヘルスコミュニケーションにおける「信頼」の問題

大麻をめぐる世界的な位置づけの変化は、「ダメ。ゼッタイ。」に親しんできた日本社会にとって、今まで正しいとされてきたことの、一種の「くつがえり」の状況である。このような変化があった場合、もっとも苦慮するのは、「権威ある情報源」「啓発メッセージの発信者」の立場にいる者であろう。薬物乱用防止五カ年戦略の枠の中で、絶対禁止主義的な啓発、薬物乱用防止教育や健康教育を進める公的な推進者である。「くつがえり」を認知するかしないかは別として、このことは、ヘルスコミュニケーション上の問題を生じさせる。

薬物乱用防止のための啓発活動(たとえば「ダメ。ゼッタイ」キャンペーン)や、大学生、小中高生を対象に行われる薬物乱用防止教育は、ひとつのコミュニケーション行為である。そこには、安全や健康についての情報、情報の送り手、受け手、コミュニケーション回路や、場が存在する。そして、情報の受け手は「啓発の対象」として規定され、受け取った情報(knowledge)にもとづく態度形成(attitude)や行動形成(behavior)が期待される。たとえば、送り手が「ダ

メ。ゼットイ」というメッセージを、受け手である啓発対象に向けて。受け手は、そのメッセージを吟味し、自己の価値体系に位置づける。そして、そのコミュニケーションの効果として、違法薬物を受け入れない態度や、薬物使用をさそわれても断るといった行動が個人の次元で採用される。説得の成立である。健康教育の出発点と位置づけられるKAB/KAP的な啓発は、古典的態度変容理論(原岡, 1970)を背景とした説得的コミュニケーションの応用である。

大麻をめぐる「くつがえり」の状況は、このような、説得的コミュニケーションによる態度変容過程(深田, 1998:122-144; 土田と上野, 1989)の、送り手の特性に問題を投げかける。

ケルマン(Kelman, 1961)によると、説得効果ももっとも持続するのは説得の受け手に「内在化」が生じたときである。態度変容過程には、受け手の「動機づけ」など受け手側の要因も関連するが、送り手側の要因では「信憑性」の要因が「内在化」という深いレベルでの態度変容の鍵となる。そして、「信憑性」のある情報の送り手とは、受け手から見て、説得話題(本論の場合は大麻使用)にかんする専門的知識があり、その知識を公正に伝達できる、信頼のおける人物である必要がある。

この観点を、現在の大麻をめぐる状況に当てはめて解釈すると、次のようになるであろう。日本における薬物乱用防止教育の公式的な推進者の発する情報と、大塚法制度化についての外国の公式的な決定という、別の権威ある情報との齟齬が存在する。この齟齬そのものが、認知的不協和として、大麻についての個人的態度の決定に影響する。そして、この齟齬は、さらに、啓発の対象者、情報の受け手が「この情報源は信頼がおけるか」と吟味する際のノイズとなる。

有効な啓発活動のためには、メッセージの発信者と受け手である聴衆との間に、コミュニケーションの回路を開通させておかなければならない。そして、その回路保持には、信頼の要素が必要である。信頼を確立するためには、権威による説得ではなく、発信者が信頼に足る情報源であることを示す必要があり、それは、科学的根拠のある情報提供と、最終的な態度決定を聴衆に委ねることにより達成される(Northouse & Northouse, 1998)。健康教育において、科学性が重要とされる根拠は、伝達される情報の正確性という観点だけでなく、対象との信頼の確立という観点にも見出される。

情報のグローバリゼーションの中、さまざまな情報源が発する「大麻」についての情報が、啓発推進者による公式的な説明がなされる前に流通するという事態では、「薬物乱用防止五カ年戦略」が指摘するような「誤情報」とそうでないものの峻別、どの情報源の発する情報を採用するかという選択の問題も生じる。雑多な情報・情報源が競合する中、他の情報源をしりぞけて、公式的な啓発推進者が「信頼に足る情報源」であると、啓発対象に受け入れられ選ばれるにはどうしたらよいか。信頼の問題は、どの健康問題、どんな介入にもかかわるヘル

スコミュニケーションにおける中心課題のひとつである。その中でも、現在の日本の薬物乱用防止教育・啓発では、信頼の問題が重みを増してきている状況であると筆者は考える。

## 5. 薬物についての新しい「語り」の創出

現在の日本において、大麻についての啓発メッセージを、「ダメ。ゼットイ。」の範囲にとどめておくというのは、一つの合理的な選択ではある。嗜好大麻の使用が可能な国・地域であっても、大麻使用による健康被害の可能性は否定しておらず、また、どの国でも未成年者の心身への影響を重くみてその使用を禁じている。そして、なにより、日本社会全体が大麻使用について経験をほとんど有していない状況で、社会的議論もなく方向転換することは、現実的とはいえないからである。

現行の絶対禁止主義的メッセージを保持することと、ヘルスコミュニケーション上の信頼の問題を両立させるという現実的な要請から、筆者は、以下を提案したい。

まず、薬物乱用防止の推進者や、健康教育の担い手が、①海外での大麻の位置づけの変化について十分な情報をもてるよう、情報提供や指導者研修を実施すること、②その上で、推進者や健康教育者は、啓発の受け手からの質問や疑問に、始めに「ダメ。ゼットイ。」ありきの返答をするのではなく、嗜好大麻と医療大麻の違い、海外における嗜好大麻合法化の判断根拠、多くの国で嗜好大麻の合法化に慎重である理由について答えられるよう備えること、さらに、③大麻だけでなくタバコやアルコール、処方薬等を含む、薬物についての新しい「語り」を積極的に生み出し、活用すること。

たとえば、筆者の意見では、「酒やドラッグは、合法か違法かは関係なく、事故やトラブルに結びつきやすい」「合法・違法にかかわらず、身体の中に入れるもので100%安全なものはない」という語りは、もっと活用すべきである。「合法か違法か」という議論から、距離をおく、という戦略である。

そして、乱用される物質ではなく、その物質が使用されるコンテキストや場面に焦点を当てたアプローチを採用すること。これは、若者に対する働きかけとして、ヨーロッパを中心に広まっている「安全なナイトライフ」の考え方である。

これらについて、筆者は、徐と池田(2016)で「キャンパスヘルス」との統合として、具体的な啓発教育案をすでに論じている。今一度概略を記すと以下のようになる。

現行の薬物乱用防止教育では、「薬物は一度でも使うとダメ」といういっぺんとうの「語り」が義務教育の低学年から繰り返される。が、知的活動の伸びざかりにある青少年、ことに生活範囲の拡大する大学生世代にとっては、毎回の薬物乱用防止教育の内容が、既知のこと、ありきたりのものとして受け止められてしまい、教育効果が得られないことがある。そこで、例えば、対象が大学生なら、お酒、タバコ、ドラッグの関係しやすい場

面、例えば、飲み会、サークルの合宿、学園祭、音楽フェスやライブハウスの活動、クラビング、デートというコンテキストの中で、安全について学び考える啓発や健康教育活動を実施し、そこに、大麻ほか薬物使用の問題を統合する。これらの場面では、一気飲み、急性アルコール中毒、酩酊による事故、ケンカ、暴力事件、飲酒運転、盗難、忘れ物、不本意性交、安全でないセックス、性暴力などの問題を取り扱うことができる。そして、その中で、上記に記した「合法・違法に関係ない」「安全がそこなわれやすい状況」という語りを中心にしている。可能であれば、ゼミやサークルを動員したピア教育を組織する(徐と池田, 2016:76-80)。

## 6. まとめ

以上、諸外国での大麻使用の「位置づけ」を変える動き、そのニュースは日本にも届いていること、日本では「大麻」についての社会的議論が開始されているとは言えないことを指摘した。そして、大麻使用についての絶対禁止主義的メッセージに疑問をもつ人が出てくるであろうこと、今まで正しいとされてきたことの「くつがえり」の状況がヘルソコミュニケーション上の信頼という問題を現出させる可能性について論じた。また、大麻を含む薬物についての「新しい語り」が必要であることを指摘した。

近年の、日本の薬物乱用防止政策は、刑罰だけでなく医療や社会的リハビリテーションの比重を増やす方向で動いている。その中で、薬物の問題をもつ当事者や当事者家族、そして医療・司法の専門家・実践者の中から、「ダメ。ゼッタイ。」「一度でも使ったらダメ」という語り、そしてそれらの語りとともに啓発教育やポスターで用いられる「廃人」の視覚的イメージは、薬物依存者の社会的排除を強化し、専門治療を受けるチャンスや社会的復帰のチャンスを減らすという批判が起こっている(松本, 2018等)。

つまり、現在の日本社会には、「ダメ。ゼッタイ。」というシンプルでわかりやすい標語、「廃人」という単一の表象では表しきれない薬物をめぐる現実があるのである。それを新たな語りでもって社会の表層に持ち上げる好機であるのが、大麻についての絶対禁止主義的価値のゆらぎを経験する現在だと考える。

\* 本稿は、第10回日本ヘルソコミュニケーション学会学術集会シンポジウム1「医療やケアのグローバル化に伴うコミュニケーションの問題をあぶり出す」

(2018年9月14日、於：九州大学)での、筆者による報告「大麻規制緩和時代の『ダメ。ゼッタイ。』とキャンパスヘルス」にもとづく。

## 付記

本稿は、日本学術振興会科学研究費補助金基盤研究C「アルコール・薬物乱用防止教育とエイズ教育統合の試み」(課題番号 19500580)、基盤研究C「個人・行

動・環境・健康リスクをコア概念とした薬物・アルコール依存症予防教育の画策」(課題番号 21500654)、挑戦的萌芽研究「ハームリダクション時代の依存症ケア:日蘭の文化的差異をふまえた国際比較研究」(課題番号 15K13084)による研究成果の一部である。

## 利益相反

開示すべき利益相反はない

## 引用文献

- Aguilar, S. et al. (2018). Medical cannabis policies and practices around the world, International Drug Policy Consortium, April 2018 Briefing Paper.
- Festinger, L.(1957). A Theory of Cognitive Dissonance. Stanford, CA: Stanford University Press.
- 深田博己(1998). インターパーソナルコミュニケーション: 対人コミュニケーションの心理学(pp.122-144). 京都: 北大路書房
- 船山信次 (2016). アサと麻と大麻: 有用植物から危険ドラッグまで. ファルマシア, 52 (9) : 827-831.
- 船山信次(2011). 〈麻薬〉のすべて. 東京: 講談社
- 外務省(2016): 麻薬・薬物犯罪. 国際組織犯罪に對する日本の取り組み (<https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/mayaku/> 2019年1月30日確認) .
- Golub, A. Johnson, B.D. (2002). The misuse of the “gateway theory” in US policy on drug abuse control: a secondary analysis of the muddled deduction. *International Journal of Drug Policy*. 13. 5-19.
- 原岡一馬(1970). 態度変容の社会心理学. 東京: 金子書房
- Hunt, N (2006). Young people and illicit drug use. Aggleton, P. et al. (eds). *Sex, Drug and Young People: International Perspective* (pp. 84-100). Oxford, UK: Routledge.
- Jelsma, M. (2015). UNGASS 2016: Prospects for treaty reform and UN system-wide coherence on drug policy. Washington DC: Brookings Institute.
- Kelman, H.C. (1961). Processes of opinion change. *Public Opinion Quarterly*, 25, 57-78.
- 国際薬物政策コンソーシアム (2018). 世界各国の医療用大麻の政策と実践. 日本臨床カンナビノイド学会有志誌. 日本臨床カンナビノイド学会
- 厚生労働省医薬食品局(2017). 麻薬・覚醒剤行政の概況. 厚生労働省 ([https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iyakuhin/yakubuturanyou/index.html#HID12](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iyakuhin/yakubuturanyou/index.html#HID12) 2019年1月30日確認)

- 厚生労働省(2018). ストップ大麻！大麻の使用は有害です！大麻の不正栽培は犯罪です！  
(<https://www.mhlw.go.jp/bunya/iyakuhin/yakubuturanyou/taima01/taima.html> 2019年1月30日確認)
- 松本俊彦(2018). 「シャブ山シャブ子」を信じてはいけない：「啓発運動」が差別を助長している。プレジデントonline. 2018年11月12日掲載記事  
(<https://president.jp/articles/-/26708> 最終確認日2019年1月30日)
- 嶋根卓也他(2018). 薬物使用に関する全国住民調査(2017年). 厚生労働科学研究補助金医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究事業「薬物乱用・依存状況等のモニタリング調査と薬物依存症者・家族に対する回復支援に関する研究」平成29年度総括・分担研究報告書
- 徐淑子, 池田光穂(2017). 薬物問題についての最近の動向と大学生を対象とした薬物乱用防止教育, *CO\* Design*, 1:67-84.
- 土田昭司, 上野徳美(1989). 説得の過程. 大坊郁夫他編. *社会心理学パースペクティブ* 1 個人から他者へ(pp.235-271). 東京：誠信書房
- UNDOC(2018). *World Drug Report*. United Nations publication, Sales No. E.18.XI.9.
- Wood, E. et al. (2010). Vienna declaration: a call for evidence-based drug policies. *The Lancet*, 376, 310-312.
- World Health Organization (2018). Fortieth meeting of the Expert Committee on Drug Dependence. ([https://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/ecdd\\_40\\_meeting/en/](https://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/ecdd_40_meeting/en/) 2018年12月1日確認)
- 山本奈生(2009). イギリスにおけるドラッグ政策と「世論」：カンナビスを巡る政治. *佛大社会学*, 33, 15-27.
- 山本奈生(2006). ドラッグ使用者と主体化権力：「薬物乱用者」とは誰か. *佛大社会学*, 30, 13-25.

**\*責任著者 Corresponding author: e-mail**  
**suhs@niigata-cn.ac.jp**

# がんコミュニケーション学で期待されるもの～がん対策基本法および 第3期がん対策推進基本計画からの実践と研究への示唆～

## Cancer communication research and practice agenda from Cancer Control Act and Cancer Control Plan in Japan

高山智子<sup>1)2)</sup> 八巻知香子<sup>1)</sup> 早川雅代<sup>1)</sup> 若尾文彦<sup>3)</sup> 木内貴弘<sup>4)</sup>

Tomoko Takayama<sup>1)2)\*</sup> Chikako Yamaki<sup>1)</sup> Masayo Hayakawa<sup>1)</sup>  
Fumihiko Wakao<sup>1)</sup> Takahiro Kiuchi<sup>4)</sup>

- 1) 国立がん研究センターがん対策情報センター がん情報提供部
  - 2) 東京大学大学院医学系研究科社会医学専攻 がんコミュニケーション学
  - 3) 国立がん研究センターがん対策情報センター
  - 4) 東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻 医療コミュニケーション学
- 1) Cancer Information Service Division, Center for Cancer Control and Information Services, National Cancer Center
  - 2) Department of Cancer Communication, School of Public Health, University of Tokyo
  - 3) Center for Cancer Control and Information Services, National Cancer Center
  - 4) Department of Health Communication, School of Public Health, University of Tokyo

### Abstract

Recent health information environment and medical development has changed public availability of health information and expanded expertise. This study discusses the challenges facing cancer communication in Japan and identifies the requirements of cancer communication research. We examined the recent changes in the Cancer Control Act and Third Cancer Control Plan in Japan to derive information and communication-related issues. Additionally, we administered a nationwide survey to cancer counselors regarding perceived difficulties to further clarify current clinical issues and discuss contemporary challenges.

Our findings elucidate that cancer communication research has expanded from clinical research to working environment support. Although people's information gap could be widening due to the extensive cancer information available, reliable cancer information and individual health literacy are essential. Moreover, as people's expectations from medical advancement increase, it is crucial to gain more knowledge about important future issues such as how to communicate risks and benefits of medical uncertainty, what type of communication could provide more comfort and feeling of acceptance, and how to reach a consensus among stakeholders.

### 要旨

近年の医療の進歩や情報環境の変化は、人々が活用できる情報の範囲や専門性を広げた。本報告では、がんの切り口でヘルスコミュニケーションの課題を概観し、がんコミュニケーション学に求められる研究や実践への期待を整理することを目的とした。

がん対策基本法およびがん対策推進基本計画に示された内容から情報提供やコミュニケーションに関わる課題と研究・実践への期待の整理を行った。またその際に、臨床現場での課題や問題意識の観点からの考察の参考として、全国のがん相談支援センターを対象に実施した調査で得られた意見を用いた。

がん対策で求められる情報やコミュニケーションは、医学の専門性の高い臨床試験から就労支援まで、より詳細に、社会生活に至るまでに広がっていた。情報の活用で恩恵を被る人々が増える反面、知らないことでの不利益を生じる情報格差を生む危険も高まっていると考えられた。個人個人のヘルスリテラシーの向上のみならず、社会の中で活用できる確かなわかりやすい医療情報への期待はこれまで以上に高くなっていると考えられた。さらに、医療が進歩する中で、医療の不確実性があるにも関わらず、患者や国民の期待は高くなっている。今後さらに医療が進歩し、人々のコミュニケーションのスタイルが変化する中で、利益と不利益をどう伝え、理解するのか、そして社会の中でのコンセンサスづくりといったことも、我々国民が直面することの多いコミュニケーション上の課題になってくると考えられた。

キーワード : がんコミュニケーション, がん対策基本法, がん対策推進基本計画, がん情報提供

Key words : cancer communication, cancer control act, cancer control plan, cancer information service

## 1. 序文

米国立がん研究所および疾病管理予防センターの定義によれば、ヘルスコミュニケーションは、「個人およびコミュニティが健康増進に役立つ意思決定を下すために必要な情報を提供し、意思決定を支援する、コミュニケーション戦略の研究と活用」とされる。

近年のわれわれを取り巻く情報環境の変化や医療の進歩は、人々が活用できる情報の範囲や専門性を広げた。国内のインターネット利用者は8割を超え(総務省, 2018)、スマートフォン等のさまざまなデバイスの利用者の増加により、従来の新聞やテレビ等の情報媒体とは異なる情報の探し方や見方、活用の仕方に変化が生じている(Merkley, 2015)。さらに近年の医療の進歩による新たな治療やそれに付随して必要とされる医療情報の幅や専門性の高さ、そしてスピードも、これまで以上により複雑な様相へと変化している。がんの領域では、2018年3月に出された第3期がん対策推進基本計画において、根拠の不明確な誤った情報が増えていることへの懸念やそのための対策として、「科学的根拠に基づく情報を迅速に提供するための体制を整備すること」と示されており(厚生労働省, 2018)、人々が安心して利用できる、がんの情報体制の整備に向けた模索と挑戦が続けられている。こうした社会の要請に呼応する形で、2018年に東京大学大学院医学系研究科社会医学専攻に、がんコミュニケーション学連携講座が誕生した。

現在、がんは日本の死亡原因の1位にあげられる疾患である。がんと一口に言っても、がんの種類は200種以上と多種多様であることから、世界的にも国の対策として推進されることが多い。その撲滅を目指した対策は、日本でも「対がん10ヵ年総合戦略」として、昭和59年(1984年)から研究を主とした国家戦略の1つとして開始され、その後、患者や国民の声が押し動かす形で、2006年からがん対策基本法の策定とがん対策推進基本計画(以下、基本計画とする)に基づく対策が進んでいる。がんの領域では、肝炎や循環器などの他の疾患でも始められている国レベルでの疾患対策の先行例として、国内のさまざまな関係者を交えて、また罹患する前の予防から治療後のサバイバーシップといった社会生活にまで及ぶ、広範囲のさまざまなレベルの情報提供やコミュニケーションに関わる実践がすでに始められているところである。このことから、がんの切り口で課題を整理し、今後の研究のあり方を探ることにより、他の疾患における課題との共通項や共通の解決策を見いだしやすくと考えられる。本報告では、がんの領域におけるヘルスコミュニケーションの課題を概観し、今後の研究や実践への応用として期待されることについて整理することを目的とした。

## 2. 方法

および同改正法(平成28年12月)(内閣府, 2016)、また基本計画は、第2期(平成24年6月)(厚生労働省, 2012)および第3期(平成30年3月)(厚生労働省, 2018)を取り上げた。特に近年強調されている部分として、情報提供とコミュニケーションに関わる課題に関する記述と改訂後に追記された項目や内容の抽出を行った。抽出の際には、関連するキーワードとして、情報やコミュニケーションの他、普及、啓発、説明、理解、相談、周知、連携を取り上げ、関連して書かれている内容を精査し、網羅的に抽出を試みた。

また、各全体目標と分野別施策から抽出された情報提供やコミュニケーションに関わる内容について、今後の研究や実践への応用として期待されることについて整理を行った。さらに、臨床現場で捉えられている課題や問題意識の観点から考察するために、2016年7月に都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 情報提供・相談支援部会が、全国のがん相談支援センターに対して実施した、相談対応場面からみた「現在対応や解決がされていないと思われる患者、家族、市民のがんに関する困りごと」の調査(第8回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会・情報提供・相談支援センター部会, 2016)で得られた意見を参考とした。この調査は、2016年に、全国のがん相談支援センター(当時: 427施設)を対象に、47都道府県の都道府県がん診療連携拠点病院(以下、拠点病院とする)を通じて、自由回答として集められた746件の意見をまとめたものである。7領域に分類された意見のうち、がん対策基本法や基本計画に書かれている内容に特に関係が強いものとして、アクセスの保障、医療体制の変化・歪み、社会状況、社会保障制度上の困難として分類された4領域の343件の意見(全体の46.0%)を参考にした。

以上の抽出と整理の作業については、キーワードで抽出された固有名詞を除く用語の前後の文脈を含むカ所を書き出した上で、2名の研究者(TTおよびCY)がそれぞれ内容の要約を行った。また、異なる内容が要約された場合には協議を行い、最終的な情報提供とコミュニケーションに関わる課題が含まれる内容として示した。

本研究は、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」の対象外であり、個人情報の取り扱いはない。また本研究に関する利益相反はない。

## 3. 結果

がん対策基本法および基本計画について、直近2つで改定が行われた部分について記述する。基本計画については、第3期の基本計画に新たに加えられた部分を表1に示した。

表1. 第3期のがん対策推進基本計画（H30年3月）の全体目標および分野別施策に

第3期 がん対策推進基本計画（H30年3月）	全体目標および分野別施策に取り組むべき施策としてあげられる 情報提供やコミュニケーションに関わる内容
1. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実 (1) がんの1次予防 (2) がんの早期発見及びがん検診（2次予防）	1) 喫煙、飲酒、食事、身体活動、体形、感染に関する国民への普及啓発活動を進めること 2) 「がん検診や精密検査の意義」や「がん検診で必ずしもがんを見つけられないことやがん検診の不利益」について、理解を得られるよう普及啓発活動を進めること
2. 患者本位のがん医療の実現 (1) がんゲノム医療 (2) がんの手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法の充実 (3) チーム医療の推進 (4) がんのリハビリテーション (5) 支持療法の推進 (6) 希少がん及び難治性がん対策（それぞれのがんの特性に応じた対策） (7) 小児がん、AYA世代のがん及び高齢者のがん対策 (8) 病理診断 (9) がん登録 (10) 医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組	1) 全てのがん医療従事者が、最適な治療法等に関する情報を共有し、切れ目のない医療提供体制をつくりそれを実施すること 2) 専門的な学会や関係機関間での情報の検討の場の設置、最新の情報の共有とそれを踏まえた周知を行うこと 3) 希少がんや難治性がん等の患者の一定の集約化とその体制をつくること 4) AYA世代のがんなど対象者が限られて専門的な支援を必要とする患者を適切な施設へとつなぐ仕組みをつくり、その周知を図ること 5) がんゲノム医療や免疫療法に関する国民の正しい理解を促進することががんゲノム医療や免疫療法に関する国民の正しい理解を促進すること 6) 非常に高額な医薬品の適切で効果的な使用のあり方の検討と周知を行うこと 7) 治験や臨床試験に関する情報を提供する体制を整備すること 8) 行政担当者がデータに基づいて施策を立案できる、また患者が理解できるがん登録資料を提供すること
3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築 (1) がんと診断された時からの緩和ケアの推進 (2) 相談支援及び情報提供 (3) 社会連携に基づくがん対策・がん患者支援 (4) がん患者等の就労を含めた社会的な問題（サバイバーシップ支援） (5) <u>ライフステージに応じたがん対策</u>	1) 新しい医療やサービスの普及や啓発と診断時からの緩和ケアや早期からのがん相談支援センターの存在の認識を促すこと 2) 緩和ケアや相談支援について、主治医等の医療従事者からの説明等の積極的な働きかけや利用促進に向けた実効性のある取組を行うこと 3) 治療と職業生活の両立支援の周知やがんに対する「偏見」の払拭等の国民への啓発や国民の意識の醸成を行うこと 4) ウェブサイトの適正化や科学的根拠に基づく情報の迅速な提供、情報提供を支援する人材の育成を行うこと 5) コミュニケーションに配慮が必要な人や日本語や母国語としない人への情報のアクセスを確保すること 6) 障害者福祉の専門支援機関や就労支援機関、患者団体、介護施設、教育機関と拠点病院等との連携の促進を検討すること
4. 支える基盤の整備 (1) がん研究 (2) 人材育成 (3) がん教育・がんに関する知識の普及啓発	1) 健康に無関心な層への周知方法や患者の声を取り入れた診療ガイドライン作成等の研究を推進すること患者の声を取り入れながらがん罹患後の社会生活、診療ガイドラインを作成するための研究、サバイバーシップ研究を推進すること 2) がん医療や支援に必要な人材の幅広育成のあり方を検討すること 3) がんに関する正しい知識の普及をはかること

**あげられる情報提供やコミュニケーションの課題**

注1) 下線は、第2期の計画から第3期がん対策推進基本計画に新たに加えられた、あるいは、項目として示されたもの

### 3.1.「改正後のがん対策基本法（平成18年法律第98号）」に示された情報提供やコミュニケーションの課題

改正後のがん対策基本法の「がん医療に関する情報の収集提供体制の整備等」の領域では、第十八条「がん医療に関する情報の収集及び提供を行う体制を整備するために必要な施策を講ずるとともに、がん患者（家族を含む）の相談支援等を推進するために必要な施策を講ずるものとする」と「家族を含む」が追記された。その他、改正後に加えられた領域には、「がん医療の他、福祉的支援や教育的支援、がんの予防やがん患者の雇用の継続、治療に伴う副作用、合併症および後遺症の予防および軽減」があげられ、対象となる者については、平成18年のがん対策基本法成立から、「国や地方公共団体、医療保険者、国民」に加えて、「医師、事業主、学校、がん対策に関わる活動を行う民間団体その他の関係者」が追記された。

### 3.2.「第3期がん対策推進基本計画」に示された情報提供やコミュニケーションの課題

第3期の基本計画では、3つの全体目標として「科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実」「患者本位のがん医療の実現」「尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築」が掲げられ、「これらを支える基盤の整備」が示された。また、科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実が重点項目の一つとされ、新たに目次レベルの項目として加えられた内容には、「がんゲノム医療（研究段階の治療）や科学的根拠を有する免疫療法の充実、希少がんや難治性がん対策（それぞれのがんの特性に応じた対策）、AYA世代や高齢者のがん対策」といったより広い世代やライフステージに応じたがん対策、社会連携に基づくがん対策やがん患者支援・就労を含めた社会的な問題としてサバイバーシップ支援に関する多様な領域への支援を目指した施策があげられた。

第3期の基本計画の全体目標および分野別施策にあげられた情報提供やコミュニケーションの課題については、表1に示した。

#### 3.2.1「科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実」に示された情報提供やコミュニケーションの課題

がんのリスクの減少（一次予防）として、喫煙、飲酒、食事、身体活動、体形、感染に関する国民への普及啓発活動、またがんの早期発見・早期治療（二次予防）では「がん検診や精密検査の意義」や「がん検診で必ずしもがんを見つけれないことやがん検診の不利益」について、理解を得られるよう普及啓発活動を進めることが示された。

#### 3.2.2「患者本位のがん医療の実現」に示された情報提供やコミュニケーションの課題

ここでは、(1) がんゲノム医療、(2) がんの手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法の充実、(3) チーム医療の推進、(4) がんのリハビリテーション、(5) 支持療法の推進、(6) 希少がん及び難治性がん対策（それぞれのがんの特性に応じた対策）、(7) 小児がん、AYA世代のがん及び高齢者のがん対策、(8) 病理診断、

(9) がん登録、(10) 医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組があげられ、第3期の基本計画では新たに、「がんゲノム医療、免疫療法、希少がん・難治性がん、AYA世代のがん、高齢者のがん」が項目として立てられた。

取り組むべき課題として示された情報提供やコミュニケーションに関わる内容には、「全てのがん医療従事者が、最適な治療法等に関する情報を共有し、切れ目のない医療提供体制をつくりそれを実施すること」の他、表1に示したように新たな医療やそれを支える医療従事者等に係わる8つの内容があげられた。

#### 3.2.3.「尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築」に示された情報提供やコミュニケーションの課題

ここでは、(1) がんと診断された時からの緩和ケアの推進、(2) 相談支援及び情報提供、(3) 社会連携に基づくがん対策・がん患者支援、(4) がん患者等の就労を含めた社会的な問題（サバイバーシップ支援）、(5) ライフステージに応じたがん対策、があげられ、第3期の基本計画では新たに、「社会連携に基づく」といった言葉や「社会的な問題」「ライフステージに応じた」といった言葉が強調されていた。

取り組むべき課題として示された情報提供やコミュニケーションに関わる内容には、「新しい医療やサービスの普及や啓発と診断時からの緩和ケアや早期からのがん相談支援センターの存在の認識を促すこと」の他、社会での生活にも関連する6つの内容があげられた。

#### 3.2.4.「支える基盤の整備」に示された情報提供やコミュニケーションの課題

「支える基盤の整備」が、新たに第3期の基本計画で立てられ、項目として、(1) がん研究、(2) 人材育成、(3) がん教育・がんに関する知識の普及啓発があげられた。

取り組むべき課題として示された情報提供やコミュニケーションに関わる内容には、「健康に無関心な層への周知方法や患者の声を取り入れた診療ガイドライン作成等の研究を推進すること」を含め、患者の参加の他、さらに広い領域の3つの内容があげられた。

## 4. 考察

改正後のがん対策基本法では、より多様な領域や関係者へのがんの知識や情報提供の必要性が示され、がん患者に家族を含むなど、当事者となりうる人のより広い解釈や活動に携わる関係者がより明確になる形で書き示された。したがって、情報提供やコミュニケーションに関する課題となる対象もこれまで以上に広がっていると考えられる。毎年新たにがんと診断される約100万人は、情報の届きやすさ、情報を活用できる個々人の力も異なる。それに対して臨床現場では、マスメディア等を介したコミュニケーションから対人レベルのコミュニケーションまで、単独の手段ではなく、さまざまな手段を組み合わせ、より効果的で効率的なコミュニケーション戦略が求められている。課題としてあげられるテーマや対象の

特性、それに関わる関係者の特性によってもアプローチ方法は多様である。求められている課題に対して、さまざまなレベルで行われるコミュニケーションの実態把握や多様なアプローチの組み合わせによる研究、そして実践への応用は、まさに新たな社会へ還元される研究として求められていると考えられた。

以下、基本計画から抽出された個別の情報提供やコミュニケーションの課題ごとに今後の研究や実践への応用が期待されることについて考察していく。

### 「科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実」に示された情報提供やコミュニケーションの課題

#### 1) 喫煙、飲酒、食事、身体活動、体形、感染に関する国民への普及啓発活動を進めること

個々の生活習慣において、喫煙、飲酒、食事、身体活動、体形、感染に関する人々の認識や行動を促す活動は異なる。普及啓発活動そのものは、コミュニケーション活動を通して行われるものであり、研究の蓄積と併せて、いかに認識や行動を促すかといった実践へ活かす活動が重要になる。感染の領域については、「肝炎ウイルス、ヒトT細胞白血病ウイルス1型 (HTLV-1)、ヘリコバクター・ピロリ」があげられており、この中で、子宮頸がん予防ワクチンであるHPVワクチンの接種のあり方について、基本計画では、国は、「科学的知見を収集した上で総合的に判断していく」と示している。

マスメディアを通して伝えられる情報の影響や情報を受け取る側の不安、また科学的根拠や知見に関する認識やとらえ方を含めた有効性に関しては、国内でも議論になっている(Hanley, et al., 2015; 吉川, 2017)。リスクを含めた情報を、集団や対人レベルでどう伝え、それをどのような場でどのようにコミュニケーションをとっていくのかといった研究の蓄積とともに(Okuhara, et al., 2017)、さまざまな関係者を含めた実践への応用は、今まさに期待されている領域である。予防行動に関しては、ある疾患では予防行動になるものが、他疾患では必ずしも予防行動につながらないものもある。さまざまな情報が溢れる中で、市販の遺伝子検査キットが市販されるなど、新たな情報も増えている。情報を受け取る市民に対して疾患横断的な集団レベルの情報発信や、個々に対する疾患予防をどのようにわかりやすく伝えて行くか、そして市民がどう活用できるかなどについても、今後さらに検討が求められるようになると考えられる。

#### 2) 「がん検診や精密検査の意義」や「がん検診で必ずしもがんを見つけられないことやがん検診の不利益」について、理解を得られるよう普及啓発活動を進めること

がんの早期発見を死亡率の減少につなげるためには、科学的根拠に基づく定期的な受診と、確実に精密検査を受診することが必要である。そのためにも、基本計画に書かれたように、がん検診の受診率を単に上げるための普及啓発活動ではなく、人々が「がん検診や精密検査の意義」を理解することに併せて、実際に受診しやすい環

境整備やその周知が重要となる(Hamashima & Goto, 2017)。

がん検診の不利益については、これまで国内でもあまり議論されてこなかった(Carter & Barratt, 2017)。個人としての利益と不利益や集団としての利益と不利益に関するコミュニケーションをどのように実現させることが可能であるか(Davis et al., 2010)は、まだ十分に明らかにされているとは言えない。ソーシャルメディアの出現により、異なる意見に対する非寛容的な態度が高まっていると言われる中で(小林, 2012)、社会の中でどのように議論していくことが可能なのかについては、今後さらに検討を深めていく必要がある。

#### 「患者本位のがん医療の実現」に関わる情報提供やコミュニケーションの課題

##### 1) 全てのがん医療従事者が、最適な治療法等に関する情報を共有し、切れ目のない医療提供体制をつくりそれを実施すること

患者本位のがん医療の実現においては、全ての医療従事者がしっかりと患者や家族と向き合っコミュニケーションをとることが求められる。しかし、在院日数は短くなり、外来治療や診療が主流になりつつあるがん医療において、外来において医師が多忙で十分に話ができない(Thorne, et al., 2009)、看護師の配置が十分でない(石垣ら, 2007)などの理由により、患者が医療者にアクセスできる環境が不十分な状況も多く生じている。

限られた資源の中で、どのように有効なコミュニケーションを取り得るのか、またコミュニケーションにより効果が望める範囲と、物理的な環境や制度上の制約の改善と合わせて効果が期待できる範囲を見極められるような研究も必要となる。その前提として、個々の医療従事者のコミュニケーションの取り方や力量は、不可欠である(Maatouk-Bürmann et al., 2016)。臨床現場からは、セカンドオピニオンを未だに否定的に捉える医師の存在や、医師や医療者の緩和ケアに関する理解が不足している状況も指摘されている。患者が適切な医療につながるためにも、個々の医療従事者はもとより多職種間において、臨床現場で具体的にどのようなコミュニケーション活動が必要であり、可能であるのかについての検討も必要となる。

##### 2) 専門的な学会や関係機関間での情報の検討の場の設置、最新の情報の共有とそれを踏まえた周知を行うこと

臨床現場では職種間をはじめとするさまざまな連携は、未だ十分に機能しきれていない課題としてあげられている。基本計画では、取り組むべき施策として「国は、拠点病院等における医療従事者間の連携を更に強化するため、がんセンターボードへの多職種の参加を促す。また、専門チームに依頼する等により(一部略)患者が必要とする連携体制がとられるよう環境を整備する」ことが示された。

多職種間あるいはチーム医療における医療者間のコミ

コミュニケーション(Foronda, MacWilliams, & McArthur, 2016; Scotten, et al., 2015)は、その解決に向けた研究や臨床現場への応用がまさに求められている領域である。どのような条件により、キャンサーボードや他の連携の場が、個々の患者の状況に応じたよりよい医療の提供に機能するか、限られた場や時間の中でいかに効率的に進めることができるかについても、研究の蓄積が必要である。また、複合的な疾患や病態により(Heins, et al., 2015), 複数の診療科にかかる場合の医療者間や施設間の連携(Heins, et al., 2013)は、今後もますます求められる状況になっている。各専門学会等で科学的根拠やコンセンサスに基づく診療ガイドラインや手引きといった情報も年々増えており、専門分野(組織)間での情報共有のあり方の検討も求められている領域と言えるだろう。

### 3) 希少がんや難治性がん等の患者の一定の集約化とその体制をつくること

希少がんや難治性がんの場合に、対応可能な医師や医療機関の情報を探することは、患者や家族のみならず、医療者にとっても難しい。こうした情報をどのように収集、共有し、必要な人に届けていくかは、比較的罹患者数の多いがん種とは異なる難しさがある(東, 2017)。

国内では2014年より、拠点病院等で集められる院内がん登録の情報を活用した「施設別がん登録検索システム」(国立がん研究センターがん対策情報センター, 2018)による取組が開始され、がんの施設登録情報から対応実績のある施設を検索できるようになった。しかし、異動の多い医師の情報を継続的に把握し、必要とする医療者や患者とどう共有していくことができるのかは、まだ多くの課題が残されている。さらに、専門性の高い、あるいは、対象者が限られるがんにおいて、医療の質の確保等の観点から医療機関等の集約化が求められる一方で、医療機関等の一定の集約化は、医療機関へのアクセスのしにくさとのトレードオフの関係でもあり、その場合の専門家間や医療機関間の連携や国民との間のコンセンサス形成といったことも、研究の蓄積や応用が求められている領域である。

### 4) AYA世代のがんなど対象者が限られて専門的な支援を必要とする患者を適切な施設へとつなぐ仕組みをつくり、その周知を図ること

若年期に発生するAYA世代のがんは、発症時期によっては、小児期から成人期の移行期に関わることもあり、対応する医療機関の間での連携(Parsons et al., 2015)や、当事者である本人がどのように医療機関やサポート資源に関する情報を知り、活用できるか(Lin, et al., 2017)は、多くの医療現場での課題となっている。成長発達や社会の中での役割が大きく変化する時期とも重なることで、求められる情報や支援に関するニーズはより多様となる(Wong et al., 2017)。いったん治療を終えた後に起こりうる晩期合併症の知識の取得や生活上の対応など、個々人の現在置かれている状況に合わせて医療との接点をどう保つことができるか(Phillips, et al., 2017; 湯坐, 2014)について明らかにすることなども課題として残さ

れている。

AYA世代のがんの当事者がサバイバーシップを送る上で、患者や家族、医療者とのコミュニケーションに加え、友人等の周囲を取り巻く人々との間のコミュニケーションは非常に重要であり、周囲の人たちの理解の深め方や促し方についても研究の蓄積がのぞまれる(Pré, 2016; Servellen, 2009)。がんのサバイバーは、今後も増えていく。したがって生活者視点からコミュニケーションの課題を経時的に実態を捉えていく(Mastellos et al., 2014)ことも、研究や実践への応用に向けて求められている領域である。

### 5) がんゲノム医療や免疫療法に関する国民の正しい理解を促進すること

がんゲノム医療など、研究段階の治療を含めた新たな医療をどのように患者や国民に対して情報提供を行うかは、これまでの標準治療の理解や周知を促すこととはまた異なる、非常に難しいコミュニケーション上の課題である(Borysowski, Ehni, & Górski, 2017; Pentz et al., 2012)。新しい治療に関する情報は、マスメディア等を通してセンセーショナルに扱われることも多く、そのため治療に対する過剰な期待が起りやすいことが指摘されている(Darrow, et al., 2015)。また新たに登場する治療の言葉の持つイメージや印象も、誤解を招く要因となり得る。

このような新たな医療の登場は、医療の進歩とともに加速化する可能性も高く、正しい伝達と理解を通じて安全な治療につなぐ方法とともに、確かな情報を迅速に提供できるためのしくみが求められる。また、科学的根拠が十分な免疫療法の情報とそうでない情報を判断することは難しく、正しい情報をさまざまな視点から見極められるかといった知識やスキル、そして専門家や非専門家を含めた支援体制といった検討もなされるべきである。

このような研究段階の治療が求められる背景には、患者の病状が深刻である場合も多く、その心情をも受け止めつつ、新しい医療や研究段階の医療の説明、費用などの説明を行うことが必要である。そのためには、情報を提供する側をサポートしていくための環境(Bunnik, Aarts, & van de Vathorst, 2017; 高山ら, 2018)も求められている。

### 6) 非常に高額な医薬品の適切で効果的な使用のあり方の検討と周知を行うこと

医学の進歩により長期にわたる薬物療法が可能になった。そのため治療費の負担が深刻なケースも増えており(濃沼, 2016)、さらに近年の高額な治療薬の出現は、患者の経済的な負担のみならず、治療選択の意思決定にも大きな影響を与えている。長期に高額な薬物療法が必要な場合には、治療中断が起きやすく、治療と生活をどう組み立てていくかの情報や支援も不可欠な状況となっている。

高額な医療費に関しては、諸外国でも課題となっている。しかし、診療・治療に医療費が不可欠の話題であるにも関わらず、診療場面で医師が費用について十分に話

をしていないことが指摘されている(Kim et al., 2018; Shih & Chien, 2017)。治療の中断により医療機関に来ない、途中で来なくなる場合には、医療機関だけでその状況を把握することは難しい。社会としてもどこを手がかりに状況を把握していくかとともに、いつ、どのような段階で、どこから(だれから)情報を伝えることで、治療と生活をバランスよく成り立たせることが容易になるのか、また効果的であるのか、意思決定のサポートにつながる情報とはどのようなものなのかといった研究も求められている。

#### 7) 治験や臨床試験に関する情報を提供する体制を整備すること

治療開発がこれまでにない速さで進む中で、今後日本においても、治験や臨床試験は、治療選択肢の一つとして、診療場面でのやりとりは増えてくると予想される。治験や臨床試験の情報は、2008年から保健医療科学院に臨床研究情報ポータルサイトが開設され、ようやく一般国民が情報を検索できる形での集約化やその開示に向けた取組が開始された。

平成26年度(2014年度)に行われた世論調査では、臨床試験について知っている割合は、81.6%(内閣府大臣官房政府広報室, 2014)であった。専門用語で書かれた治験や臨床試験の情報を、患者や家族が検索して活用するには、単に情報を検索できるだけでなく、治験や臨床試験についての理解、安全性や科学的根拠の考え方や標準治療の理解も必要である。また臨床試験に参加できるかといった適格基準の判断には、自分の病状や治療の状況の理解だけでなく、担当医との情報共有やよく議論すること、そして必要に応じて情報検索や理解をサポートしてもらえる環境も必要である。治験や臨床試験に関する情報を、実際に患者が活用するための仕組みそのもの、その間を繋いでいくさまざまなレベルでのコミュニケーション研究が求められている。

#### 8) 行政担当者がデータに基づいて施策を立案できる、また患者が理解できるがん登録資料を提供すること

全国がん登録の整備により、より正確ながんの罹患状況や生存率の把握のもとに、科学的根拠に基づくがん対策の立案やがん研究に活用できる基盤がようやく整いはじめた。基本計画の個別目標には、「国は、がん登録によって得られた情報を利活用することによって、(一部略)患者やその家族等に対する適切な情報提供を進める」と示され、全国がん登録の結果をわかりやすく、国民に還元し、活用することが求められている。

罹患率や生存率などのデータをどう示すことが、正しい理解につながりやすいか(Nelson, Hesse, & Croyle, 2009)などの正確にわかりやすく伝えることはもちろんであるが、数字で伝わる情報の影響を考慮する必要がある場合もあり、いつ、どのように伝えるかについてもがんにおけるコミュニケーションで検討すべき課題である。

「尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築」に示された情報提供やコミュニケーションの課題

#### 1) 新しい医療やサービスの正しい理解の普及や啓発：診断時からの緩和ケアや早期からのがん相談支援センターの存在の認識を促すこと

緩和ケアは、がん対策基本法が策定された当初から重要なトピックとして、第1期の基本計画から重点的に取り組むべき課題として「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」が取り上げられていた(厚生労働省, 2007)。平成28年(2016年)に行われた世論調査をみると、緩和ケアの実施される時期について「がんと診断された時から」と回答した者は56.1%で、診断時からの緩和ケアはまだ十分に認知されていない状況がうかがえる。

またがん相談支援センターは、拠点病院に設置されてから10年以上経過した現在においても、未だに認知度が十分でないことが課題となっている(がん対策における進捗管理評価指標の策定と計測システムの確立に関する研究, 2015)。新たな医療資源やサービスができたときに、その周知の難しさを示している例と言える。

がんに限らず医療や健康に関する情報は、必ずしも多くの人が常に注視し、探す情報ではない。そのような中で、どのようなチャネルでの広報方法が有効であるか(Nagler et al., 2010; Shaw et al., 2007)や、安心して利用できる相談の場や気軽に立ち寄りやすい空間や場(Catt, et al., 2018; Sikma, 2006)とはどのようなものであるのかを、経時的に測定することは情報の周知に役立つ。臨床現場では、経験的に、地域や年齢、がん種による特性に合わせてさまざまな工夫が行われているところであり、好事例を仮説に加えた検討を行うことで、有効な周知方法の検討にもつながるだろう。2018年のがん罹患数予測では、新たににがんに罹患する人は、年間100万人を超えると推定されている(国立がん研究センターがん情報サービス, 2018)。必要とする人に活用できる情報や支援情報を届けるためには、定期的かつ継続的に、広報や周知活動を行っていく必要がある。その際に、限られた予算で、いかに高い効果を上げるかといった観点も踏まえた検討も大事である。

#### 2) 緩和ケアや相談支援について、主治医等の医療従事者からの説明等の積極的な働きかけや利用促進に向けた実効性のある取組を行うこと

いつ、だれから情報を伝えるかは、患者の医療資源やサービスの利用に大きく影響を与える。特に利用者が、その医療資源やサービスを認知していない場合に影響が大きいのは当然である。2015年に行われた患者体験者調査(がん対策における進捗管理評価指標の策定と計測システムの確立に関する研究, 2015)では、がん相談支援センターが必ず設置されている拠点病院を受診した患者においても、がん相談支援センターがあることを「知らない」者は、全体の4割を超えていた。このような背景もあり、基本計画においては、「主治医から緩和ケアのチームにつなぐこと」や「主治医等の医療従事者が診断早期に患者や家族へがん相談支援センターを説明すること」

などが取り組むべき施策として示された。

情報や支援を活用できるようにするためには、コミュニケーションのタイミングに関わる検討(D'haese et al., 2000; Jones et al., 2017; Nozawa et al., 2017)や、さらに実践での活用や普及につなげるために、医療資源をどこにどのように配置するかの検討も必要となる。また、実際に早期からの緩和ケアは、生存期間を延長する可能性があることも示されており(Temel et al., 2010)、さらなる研究の蓄積が期待されている。相談支援を早期から知り、必要な時に支援を受けられることによって、どのような効果があり、医療の質を高めることにつながるかについての研究も必要である。

### 3) 治療と職業生活の両立支援の周知やがんに対する「偏見」の払拭等の国民への啓発や国民の意識の醸成を行うこと

活用できる情報が増える中で、情報格差による健康や社会生活への影響はこれまで以上に大きくなっている(Mackert, et al., 2016)。人々が健康や医療に関する基本知識を持ち、それを理解し、実際に活用できるようになる個人のヘルスリテラシーを高めていくことはこれまで以上に重要視されている(Busch, et al., 2015; Uhlig et al., 2018)。

さらに、がんになっても就労できるような環境を作っていくためには、本人だけでなく、周囲の人々が持つがんのイメージや認識(Jedrzejewski et al., 2015)が、変わっていくことも求められており、社会への啓発や社会全体としてのヘルスリテラシーを上げていくことも肝要である。またがんに対する「偏見」の払拭等、個人やコミュニティレベルでの意識の変容や醸成が必要なものもある。時間を要する人々の意識の変容に向けた地道な周知や啓発活動はその一例である。どのような働きかけが有効であるのか、懸念や疑問として払拭されていないこと等も含め、その変化を定期的に把握し、次のアクションにつなげていくことも必要である(Blanch-Hartigan et al., 2016)。そのためには、定点観測に耐えるコミュニケーション指標の開発や測定体制も必要になる。

### 4) ウェブサイトの適正化や科学的根拠に基づく情報の迅速な提供、情報提供を支援する人材の育成を行うこと

膨大な情報の中から正確な情報を見つけることは難しく、誤った情報による健康被害の影響も起きている。誤った情報の氾濫は、国内外問わず大きな社会問題となっており、解決が望まれるものの、有効な解決策は見つかっていない。日本では、厚生労働省が新たに広告上の規制を設けたり、医療機関ネットパトロール事業を立ち上げて通報窓口を設けたりしているが、功を奏しているとは言いがたい。また医療現場においては、ネット上の誤った情報による誤った認識を、どう修正し、正しい理解につなげるのかといったことは大事であるが、医療者にそのノウハウが十分あるわけではなく、今後ますます医療現場での大きな課題となることも指摘されている(Chou, Oh, & Klein, 2018)。

個人個人のヘルスリテラシーを向上させていくと共に、信頼できる情報を増やし、そうした情報にいち早く繋がれるようにすることも重要である。基本計画には「国、国立がん研究センター及び関係学会等は、引き続き協力して、がんに関する様々な情報を収集し、科学的根拠に基づく情報を国民に提供する」と書かれている。関係組織同士の協力関係をどのように構築し、正しい情報を国民に届けていくか、またそれにより、正しく情報を活用し、意思決定につなげられる人が増えているかといった評価も、今後期待されることである。医療情報の報道のされ方や、世間(市民)の医療への期待の度合いや変化、ソーシャルメディアによる影響等も、今後も注視していく必要のあるコミュニケーション上の課題である。

### 5) コミュニケーションに配慮が必要な人や日本語を母国語としない人への情報のアクセスを確保すること

人々が公平に情報にアクセスできるようにするために、障害や機能低下の程度に合わせて、音訳や点訳、動画やアニメーション等のさまざまな手段でがんに関する情報を伝えられるようにすること(八巻, 高山, 2017)は、がん情報の基盤整備の観点からも重要である。高齢化が進む日本において、今後ますます求められてくると考えられる。また日本語を母国語としない人は、国内でも増加している。日本語以外のさまざまな言語で伝える手段のみならず、文化が異なることで情報の受け止め方や医療や治療に対する考え方そのものが異なることへの配慮が必要である(Mystakidou, et al., 2004; Trevino, et al., 2016)。

国内の医療制度や体制をわかりやすく説明方法や、異文化間のコミュニケーションの知見なども踏まえた研究やそれを広めるための活動も求められる。情報へのアクセスの改善については、必ずしも医療の課題に限らないものも多い。医療とその他の社会資源との間での連携を、いかに効果的に行うか、国内に限られた資源をどううまく活用していくかという視点も重要であろう。

### 6) 障害者福祉の専門支援機関や就労支援機関、患者団体、介護施設、教育機関と拠点病院等との連携の促進を検討すること

家族のあり方が変容する中で、医療現場からは、キーパーソンの不在や経済的な困窮者の増加や経済的理由による治療の断念、認知症や老々介護等の対応困難ケースの増加、働く世代や子育て世代の患者への生活支援や育児支援など、生活を支える支援制度の限界によるがん相談支援センターでの困難感が報告されている。さらに、老人保健施設や特別養護老人ホームなどの施設でのがん治療、施設からの通院、施設での看取りへの対応時のそれぞれの機関における課題も指摘されている。

これらは、支援制度上の限界や制約によるもので、直接の解決や改善が難しいものがほとんどである。しかし、たとえば40歳未満の人や末期の状態以外に介護保険が使えないといった制度上の制約がある場合にも、介護保険の申請から認定までのタイムラグを適切な介入により改善させることなど、周囲の良好なコミュニケーション

により部分的には解決の余地があるものもある。そのためには、患者や家族のみならず、さまざまな施設で対応する医療や福祉の関係者が、がんの知識やサポート資源の存在を知り、活用できるようになることが求められる。このような、職業文化の異なる専門領域間でのコミュニケーションや連携をどうとることが可能で効果的であるのかといった研究、そしてその実践への応用は、非常に期待されている。

### 「支える基盤の整備」に示された情報提供やコミュニケーションの課題

第3期の基本計画で新たに立てられた見出しであり、これまで10年間行われてきたがん対策の個別の分野別施策を横断的に支える領域であると考えられる。がん医療やがん対策を患者や国民にとって意味あるものにするには、行政機関や組織、自治体、医療関係者やその他の関係者といった医療の提供者側だけでなく、医療を享受する立場の患者や国民が、いかに関わっていくかが求められている。

#### 1) 健康に無関心な層への周知方法や患者の声を取り入れた診療ガイドライン作成等の研究を推進すること

健康に無関心な層へどう予防法などを周知していくか、がんに関する正しい知識をいかに広く周知していくかについては、健康や医療とは別の観点や切り口でのアプローチが必要な場合もでてくると考えられる。さまざまなアイデアや社会資源を活用した情報提供のあり方を検討していくことが必要であろう。

#### 2) がん医療や支援に必要な人材の幅広い育成のあり方を検討すること

がんに関する正しい知識を身につけるだけでなく、それを活用できるようにするには、利用する側が必要とする情報をわかりやすく伝える必要がある。医療者側が伝えたい視点と患者や国民が知りたい情報の視点は異なるものであることが多い。それを知った上で、いかに橋渡しし、折り合いをつけて行くのかといったことも、研究とそうしたことを踏まえた人材育成が望まれている。

#### 3) がんに関する正しい知識の普及をはかること

がんに関する正しい知識の普及のために、学校教育や社会教育の必要性について触れられている。学校教育の場でのがん教育ははじまったばかりであり、子どものころに得た情報や知識がその後どのような影響をもたらすのか、情報の活用の仕方に影響を及ぼすかなど検討も期待される場所である。

### 本研究の限界

ここでの検討や考察は、ヘルスコミュニケーションの領域で扱われる課題すべてを反映しているものではない。また、考察に用いた資料は、がん対策上位置づけられた、がん診療連携拠点病院のがん相談支援センターにおいて問題や課題として捉えられているものとして出された意見であり、これについても、がんにおける情報提供やコ

ミュニケーションの課題すべてを網羅するものではない。また今回の検討では、一部の調査結果を除いては、がん患者や家族、市民からの視点については、ここでの検討に十分に反映されているとは言えない。

しかしながら、第3期がん対策基本計画の策定過程には、多くの患者関係者の意見が反映されており、また全国のがん相談支援センターの現場からの課題を考察に用いることで、通常は声として届きにくい患者や家族の状況や課題も間接的に、調査結果や検討結果に反映できたものと考えられる。したがって、本研究では、がんに関する情報提供やコミュニケーションに関する課題について、主にごん対策の視点からの限定された検討結果ではあるが、広い範囲の現状の課題を抽出できたのではないかと考えられる。

### 4. 結論

がん対策で求められる情報は、医学の専門性の高い臨床試験から就労支援まで、より詳細に、社会生活に至るまでに広がっている。情報の活用で恩恵を被る人々が増える反面、知らないことでの不利益を生じる情報格差を生む危険も高まっている。本研究では、がん対策基本法および基本計画から、改訂された内容を拾い上げることで、情報提供やコミュニケーションに関する課題を抽出、整理し、今後の研究や実践への応用が期待されることを示した。その結果、当事者となり得る人のより広い解釈や活動に携わる関係者の範囲が大幅に広がったことにより、確かなわかりやすい医療情報への期待はこれまで以上に高くなっていった。また、情報の理解や解釈に関わる、個々人のヘルスリテラシーの向上や、対人レベルや各職種間でのコミュニケーション、そして組織間の連携を機能させるためのコミュニケーションに関する研究や実践への応用がますます求められていることが示された。

本研究では、ヘルスコミュニケーションの分野で研究と実践のはざまにおいて、限りないリサーチクエストが存在し、今後、本分野では研究と実践をともに理解し、社会に貢献していくより多くの人材が育成される必要性が明らかになった。今後さらに医療が進歩し、新たな医療に関する情報が増え、さまざまな価値観が交錯する中で、必要な情報をどう伝えていくのか、そして、人々のコミュニケーションのスタイルが変化する中で、利益と不利益をどう伝え、理解するのか、さらには社会の中でのコンセンサスづくりといったことも、今後求められている研究のテーマであり、我々の生活に求められていると考えられた。がんコミュニケーション学連携講座が、東京大学大学院医学系研究科社会医学専攻に誕生したことにより、国内のがん情報発信の中心的な役割を果たしている国立がん研究センターとともに、研究と実践の双方向の橋渡しの場ができ、今後のヘルスコミュニケーションの発展に大きく寄与することを期待したい。

## 引用文献

- Blanch-Hartigan, D., Chawla, N., Moser, R. P., Finney Rutten, L. J., Hesse, B. W., & Arora, N. K. (2016). Trends in cancer survivors' experience of patient-centered communication: results from the Health Information National Trends Survey (HINTS). *Journal of Cancer Survivorship, 10*(6), 1067–1077.
- Borysowski, J., Ehni, H.-J., & Górski, A. (2017). Ethics review in compassionate use. *BMC Medicine, 15*(1), 136.
- Bunnik, E. M., Aarts, N., & van de Vathorst, S. (2017). The changing landscape of expanded access to investigational drugs for patients with unmet medical needs: Ethical implications. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice, 10*:10.
- Busch, E. L., Martin, C., DeWalt, D. A., & Sandler, R. S. (2015). Functional health literacy, chemotherapy decisions, and outcomes among a colorectal cancer cohort. *Cancer Control: Journal of the Moffitt Cancer Center, 22*(1), 95–101.
- Carter, S., & Barratt, A. (2017). What is overdiagnosis and why should we take it seriously in cancer screening? *Public Health Research & Practice, 27*(3): e2731722.
- Catt, S., Sheward, J., Sheward, E., & Harder, H. (2018). Cancer survivors' experiences of a community-based cancer-specific exercise programme: results of an exploratory survey. *Supportive Care in Cancer, 26*(9), 3209–3216.
- Chou, W.-Y. S., Oh, A., & Klein, W. M. P. (2018). Addressing Health-Related Misinformation on Social Media. *JAMA, 320*(23):2417–2418.
- D'haese, S., Vinh-Hung, V., Bijdekerke, P., Spinnoy, M., De Beukeleer, M., Lochie, N., Storme, G. (2000). The effect of timing of the provision of information on anxiety and satisfaction of cancer patients receiving radiotherapy. *Journal of Cancer Education, 15*(4), 223–7.
- Darrow, J. J., Sarpatwari, A., Avorn, J., & Kesselheim, A. S. (2015). Practical, Legal, and Ethical Issues in Expanded Access to Investigational Drugs. *New England Journal of Medicine, 372*(3), 279–286.
- Davis, S. N., Diefenbach, M. A., Valdimarsdottir, H., Chen, T., Hall, S. J., & Thompson, H. S. (2010). Pros and cons of prostate cancer screening: associations with screening knowledge and attitudes among urban African American men. *Journal of the National Medical Association, 102*(3), 174–82.
- Foronda, C., MacWilliams, B., & McArthur, E. (2016, July). Interprofessional communication in healthcare: An integrative review. *Nurse Education in Practice, 19*, 36-40.
- Hamashima, C., & Goto, R. (2017). Potential capacity of endoscopic screening for gastric cancer in Japan. *Cancer Science, 108*(1), 101–107.
- Hanley, S. J. B., Yoshioka, E., Ito, Y., & Kishi, R. (2015). HPV vaccination crisis in Japan. *Lancet (London, England), 385*(9987), 2571.
- Heins, M. J., Korevaar, J. C., Donker, G. A., Rijken, P. M., & Schellevis, F. G. (2015). The combined effect of cancer and chronic diseases on general practitioner consultation rates. *Cancer Epidemiology, 39*(1), 109-114.
- Heins, M. J., Korevaar, J. C., Rijken, P. M., & Schellevis, F. G. (2013). For which health problems do cancer survivors visit their General Practitioner? *European Journal of Cancer, 49*(1), 211–218.
- Jedrzejewski, M., Thallinger, C., Mrozik, M., Kornek, G., Zielinski, C., & Jassem, J. (2015). Public Perception of Cancer Care in Poland and Austria. *The Oncologist, 20*(1), 28–36.
- Jones, G., Hughes, J., Mahmoodi, N., Smith, E., Skull, J., & Ledger, W. (2017). What factors hinder the decision-making process for women with cancer and contemplating fertility preservation treatment? *Human Reproduction Update, 23*(4), 433–457.
- Kim, S. Y., Shin, D. W., Park, B., Cho, J., Oh, J. H., Kweon, S. S., ... Park, J.H. (2018). Cancer cost communication: experiences and preferences of patients, caregivers, and oncologists—a nationwide triad study. *Supportive Care in Cancer, 26*(10), 3517–3526.
- Lin, M., Sansom-Daly, U. M., Wakefield, C. E., McGill, B. C., & Cohn, R. J. (2017). Health

- Literacy in Adolescents and Young Adults: Perspectives from Australian Cancer Survivors. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 6(1), 150–158.
- Maatouk-Bürmann, B., Ringel, N., Spang, J., Weiss, C., Möltner, A., Riemann, U., ... Jünger, J. (2016). Improving patient-centered communication: Results of a randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 99(1), 117–124.
- Mackert, M., Mabry-Flynn, A., Champlin, S., Donovan, E. E., & Pounders, K. (2016). Health Literacy and Health Information Technology Adoption: The Potential for a New Digital Divide. *Journal of Medical Internet Research*, 18(10), e264.
- Mastellos, N., Gunn, L., Harris, M., Majeed, A., Car, J., & Pappas, Y. (2014). Assessing patients' experience of integrated care: a survey of patient views in the North West London Integrated Care Pilot. *International Journal of Integrated Care*, 14, e015.
- Merkley, C. (2015). Age and Context Sensitivity Associated with Reduced Success in Finding Health Information Online. *Evidence Based Library and Information Practice*, 10(4), 224–226.
- Mystakidou, K., Parpa, E., Tsilika, E., Katsouda, E., & Vlahos, L. (2004). Cancer information disclosure in different cultural contexts. *Supportive Care in Cancer*, 12(3), 147–154.
- Nagler, R. H., Romantan, A., Kelly, B. J., Stevens, R. S., Gray, S. W., Hull, S. J., ... Hornik, R. C. (2010). How do cancer patients navigate the public information environment? Understanding patterns and motivations for movement among information sources. *Journal of Cancer Education*, 25(3), 360–370.
- Nelson, D. E., Hesse, B. W., & Croyle, R. T. (2009). *Making data talk: communicating public health data to the public, policy makers, and the press*. Oxford University Press. New York: NY.
- Nozawa, K., Tomita, M., Takahashi, E., Toma, S., Arai, Y., & Takahashi, M. (2017). Distress from changes in physical appearance and support through information provision in male cancer patients. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 47(8), 720–727.
- Okuhara, T., Ishikawa, H., Okada, M., Kato, M., & Kiuchi, T. (2017). Readability comparison of pro- and anti-HPV-vaccination online messages in Japan. *Patient Education and Counseling*, 100(10), 1859–1866.
- Parsons, H. M., Harlan, L. C., Schmidt, S., Keegan, T. H. M., Lynch, C. F., Kent, E. E., ... AYA HOPE Collaborative Group. (2015). Who Treats Adolescents and Young Adults with Cancer? A Report from the AYA HOPE Study. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 4(3), 141–150.
- Pentz, R. D., White, M., Harvey, R. D., Farmer, Z. L., Liu, Y., Lewis, C., ... Khuri, F. R. (2012). Therapeutic misconception, misestimation, and optimism in participants enrolled in phase 1 trials. *Cancer*, 118(18), 4571–8.
- Phillips, C. R., Haase, J. E., Broome, M. E., Carpenter, J. S., & Frankel, R. M. (2017). Connecting with healthcare providers at diagnosis: Adolescent/young adult cancer survivors' perspectives. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 12(1), 1325699.
- Pré, A. du. (2016). *Communicating about Health, Current Issues and Perspectives. 5th edition*. Oxford University Press. New York: Oxford.
- Scotten, M., Manos, E. L. V., Malicoat, A., & Paolo, A. M. (2015). Minding the gap: Interprofessional communication during inpatient and post discharge chasm care. *Patient Education and Counseling*, 98(7), 895–900.
- Servellen, G. van. (2009). *Communication Skills for the Health Care Professional, Concepts, Practice, and Evidence. 2nd edition*. Jones & Bartlett Learning. Sudbury: Massachusetts.
- Shaw, B. R., Han, J. Y., Hawkins, R. P., Stewart, J., McTavish, F., & Gustafson, D. H. (2007). Doctor-patient relationship as motivation and outcome: Examining uses of an Interactive Cancer Communication System. *International Journal of Medical Informatics*, 76(4), 274–282.
- Shih, Y.-C. T., & Chien, C.-R. (2017). A review of cost communication in oncology: Patient attitude, provider acceptance, and outcome

- assessment. *Cancer*, 123(6), 928–939.
- Sikma, S. K. (2006). Staff perceptions of caring: the importance of a supportive environment. *Journal of Gerontological Nursing*, 32(6), 22–9; quiz 30–1.
- Temel, J. S., Greer, J. A., Muzikansky, A., Gallagher, E. R., Admane, S., Jackson, V. A., ... Lynch, T. J. (2010). Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer, 363(8):733–42.
- Thorne, S. E., Hislop, T. G., Stajduhar, K., & Oglov, V. (2009). Time-related communication skills from the cancer patient perspective. *Psycho-Oncology*, 18(5), 500–507.
- Trevino, K. M., Zhang, B., Shen, M. J., & Prigerson, H. G. (2016). Accuracy of advanced cancer patients' life expectancy estimates: The role of race and source of life expectancy information. *Cancer*, 122(12), 1905–1912.
- Uhlig, P. N., Doll, J., Brandon, K., Goodman, C., Medado-Ramirez, J., Barnes, M. A., ... Hall, L. (2018). Interprofessional Practice and Education in Clinical Learning Environments: Frontlines Perspective. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 93(10), 1441–1444.
- Wong, A. W. K., Chang, T.-T., Christopher, K., Lau, S. C. L., Beaupin, L. K., Love, B., ... Feuerstein, M. (2017). Patterns of unmet needs in adolescent and young adult (AYA) cancer survivors: in their own words. *Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice*, 11(6), 751–764.
- 石垣靖子, 濱口恵子, 手島めぐみ, 鈴木久美, 小島操子 (2007). わが国の外来化学療法におけるケアシステム および看護実践に関する調査研究 日本がん看護学会 診療報酬に結びつくがん看護技術開発検討会. 日がん看会誌, 21(2), 73–86.
- がん対策における進捗管理評価指標の策定と計測システムの確立に関する研究: 国立がん研究センターがん対策情報センター (2015). 指標に見るわが国のがん対策. Retrieved from [https://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/health\\_s/health\\_s/020/06health\\_s\\_03\\_cancer\\_control\\_all.pdf](https://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/health_s/health_s/020/06health_s_03_cancer_control_all.pdf)
- 濃沼信夫 (2016). がん化学療法をいつまで続けるか—コストの観点から—. 癌と化学療法, 43(7), 809–18.
- 厚生労働省. がん対策推進基本計画 平成19年6月 (2007). Retrieved from [https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/gan\\_keikaku03.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/gan_keikaku03.pdf)
- 厚生労働省. がん対策推進基本計画 平成24年6月 (2012). Retrieved from [https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/gan\\_keikaku02.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/gan_keikaku02.pdf)
- 厚生労働省. がん対策推進基本計画 平成30年3月 (2018). Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000196975.pdf>
- 国立がん研究センターがん対策情報センター (2018). がん種別の診療数で病院を探してもらう: [国立がん研究センター がん情報サービス 一般の方へ]. Retrieved December 10, 2018, from [https://ganjoho.jp/public/consultation/cisc/hospital\\_search.html](https://ganjoho.jp/public/consultation/cisc/hospital_search.html)
- 国立がん研究センターがん情報サービス (2018). 2018年のがん統計予測. Retrieved from [https://ganjoho.jp/reg\\_stat/statistics/stat/short\\_pred.html](https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/short_pred.html)
- 小林哲郎 (2012). ソーシャルメディアと分断化する社会的リアリティ. 人工知能学会誌, 27(1), 51–58.
- 総務省 (2018). 平成30年度版情報通信白書 ICT白書 人口減少時代のICTによる持続的成長. Retrieved from <http://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/h30/pdf/index.html>
- 第8回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会-情報提供・相談支援部会 (2016). 参考資料 3-3 がん相談支援センターが担うべき役割に関するアンケート回答およびワーキンググループでの検討結果概要. Retrieved from [https://ganjoho.jp/data/med\\_pro/liaison\\_council/bukai/data/shiryo8/20161208\\_sanko\\_03-3.pdf](https://ganjoho.jp/data/med_pro/liaison_council/bukai/data/shiryo8/20161208_sanko_03-3.pdf)
- 高山智子, 早川雅代, 後藤悌, 柴田大朗 (2018). がん領域における医療従事者の先進的な医療等に関する用語や制度の認識度と対応状況および支援体制に関する実態調査. 薬理と治療, 46(suppl 2), s101–13.
- 内閣府. がん対策基本法 (2006). Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0405-3a.pdf>
- 内閣府. 改正後のがん対策基本法 (平成18年法律第98号) (2016). Retrieved from

<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10904750-Kenkoukyoku-Gantaisakukenkouzoushinka/0000146908.pdf>

- 内閣府大臣官房政府広報室 (2014). がん対策に関する世論調査, 世論調査報告書平成26年11月調査. Retrieved from <http://survey.gov-online.go.jp/h26/h26-gantaisaku/>
- 東尚弘 (2017). 希少がん対策の課題と展望. 公衆衛生, 87(3), 242–246.
- 八巻知香子, 高山智子 (2017). 視覚障害者における健康診断・がん検診の受診と健康医療情報

入手の現状: 点字図書館・視覚障害者団体登録者への調査結果. 日本公衆衛生雑誌, 64(5), 270–279.

- 湯坐有希 (2014). 小児がんサバイバーに対する長期フォローアップ—晚期合併症対策, 移行医療の側面から—. 癌と化学療法 41(1), 15–19.
- 吉川弘之 (2017). HPVワクチン接種事業について—その遠隔と最近の動向—. 癌と化学療法, 44(9), 713–716.

**\*責任著者 Corresponding author: email**  
**totakaya@ncc.go.jp**

---

日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌 第10号第1号  
The Journal of the Japanese Association of Health Communication Vol.10, No.1, 2019

2019年6月1日発行

日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌編集委員会(2018-2019)

編集委員長：竹中 晃二 (早稲田大学)

編集委員：池田 光穂 (大阪大学)

石川ひろの (帝京大学)

岩隅 美穂 (京都大学)

孫 大輔 (東京大学)

高山 智子 (国立がん研究センター)

アシスタント：

渡辺 紀子 (早稲田大学)

発行者

日本ヘルスコミュニケーション学会

<http://healthcommunication.jp/>

---