

日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌

第11巻1号（令和2年4月1日発行）

The Journal of the Japanese Association of Health Communication
Volume 11, No.1, 2020

<特集>

第11回学術集会特集

「ヘルスコミュニケーション学の研究方法論の探究」

<Special Issue>

Featuring the theme of the 11th Annual Meeting,
“Exploring Research Methodologies for
Health Communication in the Next Decade”

編集・発行

日本ヘルスコミュニケーション学会

Japanese Association of Health Communication
<http://HealthCommunication.jp/>

目次

<特集> ヘルスコミュニケーション学の研究方法論の探究

巻頭言

木内貴弘・・ 1

総説

ヘルスコミュニケーション学の研究方法論の探究—これからの10年に向けて
木内貴弘、奥原剛、上野治香、岡田宏子、石川ひろの、高永茂、中山健夫、高山智子、
河村洋子、加藤美生・・ 2

総説

ヘルスコミュニケーションにおける専門家と非専門家の架橋
石崎雅人・・ 7

総説

医療における対人コミュニケーション研究のアプローチ
石川ひろの、高永茂、川島理恵、野呂幾久子、藤森麻衣子・・ 13

総説

医療情報をどう作り、どう届けるか～文書に関する研究アプローチ
中山健夫、高山智子、酒井由紀子、早川雅代、北澤京子、西村多寿子・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 21

総説

映像を創る、映像を分析する
加藤美生、河村洋子、市川衛、渡邊清高、伊藤守・・ 29

第11回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・・ 36

【口演発表部門】

健康教育漫画が行動実施の心理的なレディネスに与える影響
島崎崇史

うつ病発症時の受診促進をめざしたメッセージの開発と評価
須賀万智

【ポスター発表部門】

「患者の語り」を活用した医学生に対する共感教育の効果：授業前後と7か月後の検討
香川由美

視線解析を用いた救急医療インタラクションのマルチモーダル分析：メンバーの促し行為とリーダーの指示行為
土屋慶子

巻頭言

特集「ヘルスコミュニケーション学の研究方法論の探究」の巻頭言

木内 貴弘
Takahiro Kiuchi

東京大学大学院医学系研究科医療コミュニケーション学分野
Department of Health Communication, School of Public Health
The University of Tokyo

第 11 回日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会は、「ヘルスコミュニケーション学の研究方法論の探究」をテーマとして、2019 年 9 月 21、22 日に開催された。幸いにして、発表者、参加者の皆様のご支援・ご協力、及び大会実行委員会・事務局、運営委員会の尽力により、学術集会はほとんどトラブルもなく進行し、活発な発表・討議が行われ、発表者・参加者数ともに過去最高となるなど、大盛況となった。

日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌 11 巻 1 号は、編集委員会のご厚意により、第 11 回学術集会の特集とすることになり、学術集회를主催した東京大学大学院医学系研究科医療コミュニケーション学分野で編集を担当することになった。そして、第 11 回大会のテーマとこれにもとづいて企画された基調講演、シンポジウムについて、以下のように 5 本の総説論文として取りまとめて、本特集号に掲載することにした。

「ヘルスコミュニケーション学の研究方法論の探究」(2-6 頁)では、第 11 回大会のテーマの選定の背景と経緯、及び基調講演、シンポジウムの企画の立案の過程等について、総説として取りまとめたものである。この論文は、特集号全体を俯瞰する概説となっている。まずこの論文を最初に参照すると特集号の構成がよくわかる。

「ヘルスコミュニケーションにおける専門家と非専門家の架橋」(7-12 頁)は、東京大学大学院情報学環・学際情報学府の石崎雅人教授の基調講演の内容をもとに同教授自身に総説として取りまとめていただいたものである。

「医療における対人コミュニケーション研究のアプローチ」(13-20 頁)、「医療情報をどう作り、どう届けるか～文書に関する研究アプローチ」(21-28 頁)、「映像を創る、映像を分析する」(29-34 頁)は、第 11 回大会で開催された同名のシンポジウムについて、各演者の講演内容に加えて、各座長がシンポジウムの背景、行われた議論の内容、全体の方向性をとりまとめて、解説したものである。

本特集は、第 11 回大会参加者には、講演や議論の内容を整理して、記憶を新たにし、論点をより明確にするために役立つと考えている。また参加者以外の読者には、ヘルスコミュニケーション学の研究方法論について新たな視点を提供することができると考えている。本特集が、日本のヘルスコミュニケーション研究者の今後の研究戦略の構築のために役立つことを願っている。

総説

ヘルスコミュニケーション学の研究方法論の探究
— これからの 10 年に向けて
Exploring Research Methodologies for
Health Communication in the Next Decade

木内貴弘¹⁾、奥原剛¹⁾、上野治香¹⁾、岡田宏子¹⁾、石川ひろの²⁾、
高永茂³⁾、中山健夫⁴⁾、高山智子⁵⁾、河村洋子⁶⁾、加藤美生²⁾
Takahiro Kiuchi¹⁾, Tsuyoshi Okuhara¹⁾, Haruka Ueno¹⁾, Hiroko Okada¹⁾, Hirono Ishikawa²⁾,
Shigeru Takanaga³⁾, Takeo Nakayama⁴⁾, Tomoko Takayama⁵⁾, Yoko Kawamura⁶⁾, Mio Kato²⁾

- 1) 東京大学大学院医学系研究科医療コミュニケーション学分野
- 2) 帝京大学大学院公衆衛生学研究科
- 3) 広島大学大学院文学研究科
- 4) 京都大学大学院医学研究科健康情報学分野
- 5) 国立がん研究センターがん対策情報センター
- 6) 静岡県立文化芸術大学文化政策学部

- 1) Dep. of Health Communication, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo
- 2) School of Public Health, Teikyo University
- 3) Graduate School Letters, Hiroshima University
- 4) Dep. of Health Informatics, Graduate School Medicine, Kyoto University
- 5) Center for Cancer Control and Information Services, National Cancer Center
- 6) Faculty of Cultural Policy and Management, Shizuoka University of Art and Culture

Abstract

It is important to explore research methodologies for health communication in the next decade because “fruits” of such research are required following its recent recognition as an independent academic field in Japan. Therefore, we adopted this topic as a theme for the 11th Annual Conference of the Japanese Association of Health Communication. We traced the history of the development of human communication, and identified three major research areas for health communication: interpersonal communication, document studies, and moving image studies. Next, we organized three symposiums focused on research methodologies corresponding to these areas. In addition, we asked Professor Masato Ishizaki (Graduate School of Interdisciplinary Information Studies, The University of Tokyo) to give a keynote address. Professor Ishizaki was the best person to overview research methodologies for both expert and non-expert communication, not limited to the health area. We believed that these symposiums and the keynote address were of significant benefit for all participants to guide exploration of their research strategies in the next decade.

要旨

ヘルスコミュニケーション学が日本において独立の学問分野としての一定の認知を得た現在、今後に向けて一層の研究成果が要求されている。このため、これからの 10 年に向けて、ヘルスコミュニケーション学の研究方法論の探究を行うことは、非常に重要な課題となっている。そこで、これを第 11 回日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会のテーマとして採用することにした。人類のコミュニケーションの歴史をたどって、対人コミュニケーション研究、文書研究、映像研究というヘルスコミュニケーション学の 3 つの主要な研究領域を同定した。そして、この 3 つの領域に対応した 3 つのシンポジウムを企画した。更にヘルスに限定されない専門家と非専門家との間のコミュニケーションを含めた研究方法論を俯瞰するために、東京大学大学院情報学環・学際情報学府の石崎雅人教授に基調講演を依頼した。これらの企画は、ヘルスコミュニケーションの研究者が次の 10 年に向けて、自らの研究戦略を立てるために非常に有益であると考えている。

キーワード：研究方法論、ヘルスコミュニケーション、対人コミュニケーション、文書、映像
Keywords: research methodologies, health communication, interpersonal communication, document, image

1. はじめに

日本ヘルスコミュニケーション学会設立から 10 年が経過し、その間歴代の学術集会会長の創意工夫による様々なテーマのもとで毎年学術集会が開催されてきた(表 1)。設立当初は、当時数少なかったヘルスコミュニケーション関係の研究を行っている研究者による招待講演を中心に運営せざるを得なかったが、徐々に一般演題の比重が増え、現在は一般演題を中心に運営されるようになってきている[1]。学術集会の発表件数、参加者数は、毎年着実に増加を続けており、第 11 回学術集会では、発表件数 73 件、参加者数 250 名以上(その他に、台風等のため事前登録をしたが参加しなかった方が約 30 名)に達している。また発表の内容も対人コミュニケーションから、マスコミ、インターネット等のメディアコミュニケーション、ヘルスキャンペーン、異文化コミュニケーション、医学教育等と多岐にわたっており、日本におけるヘルスコミュニケーション学研究の発表の場として、主導的な

表 1. 日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会(研究会)の開催記録とテーマ

2009 年 第 1 回研究会(東京大学 木内貴弘)
医療系大学等におけるヘルスコミュニケーション教育—現状及びその意義と役割
2010 年 第 2 回研究会(京都大学 中山健夫)
ヘルスコミュニケーションの現状と展望:対人コミュニケーションから異文化コミュニケーション、マスメディア・キャンペーンまで
2011 年 第 3 回学術集会(九州大学 荒木登茂子)
大災害とコミュニケーション
2012 年 第 4 回学術集会(慶應義塾大学 杉本なおみ)
健康と医療をめぐるコミュニケーション —実践知を学問にすすめるために—
2013 年 第 5 回学術集会(岐阜大学 藤崎和彦)
ヘルスコミュニケーション教育の現状と未来
2014 年 第 6 回学術集会(広島大学 小川哲次)
地域文化とヘルスコミュニケーション
2015 年 第 7 回学術集会(西南学院大学 宮原哲)
「コミュニケーションから見たヘルス」～今さら聞けない、でも気になる関係～
2016 年 第 8 回学術集会(国立がん研究センター 高山智子)
人と人がわかり合うには —「生」が放つコミュニケーション
2017 年 第 9 回学術集会(京都大学 中山健夫)
共に変わり、共に創る:ヘルスコミュニケーションの「力」
2018 年 第 10 回学術集会(九州大学 萩原明人)
国際化とコミュニケーション
2019 年 第 11 回学術集会(東京大学 木内貴弘)
ヘルスコミュニケーション学の研究方法論の探究

役割を果たしている。近年、日本において、ヘルスコミュニケーション学の意義や重要性についての理解が進み、他の分野の研究をしていた研究者がヘルスコミュニケーション学研究に参入するようになってきている。ヘルスコミュニケーション学は日本国内において一定の認知を得たと考えてよいと思われる。

第 11 回学術集会は、「ヘルスコミュニケーション学の研究方法論の探究」をテーマとして、基調講演、シンポジウムが企画され、幸いにして好評を得ることができた[2]。本総説論文では、まず、なぜ今この時期に「ヘルスコミュニケーション学の研究方法論の探究」が必要かつ重要であり、それゆえ第 11 回学術集会のテーマとして採用することにしたかについて論じる。

次にこのテーマに基づいて、第 11 回学術集会で行われた基調講演と 3 つのシンポジウムという具体的な企画に落とし込んだ経緯と背景について論じる。この中で、どのようにしてシンポジウムの講演、発表者が選ばれたかについても解説する。なお、基調講演と 3 つのシンポジウムの詳細な内容は、別個に各々 4 本の総説論文として、本総説論文の掲載されている日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌第 11 巻 1 号に掲載されているので、本総説論文では取り扱わない[3-6]。

2. 学術集会のテーマの設定について

今回、当教室で学術集会開催を引き受けるにあたって、ヘルスコミュニケーション学の次の年 10 年の課題として、まず思い浮かんだのが研究方法論であった。ヘルスコミュニケーション学が一定の程度の認知を得た今日、次の目標は研究成果の充実にあり、このために研究方法論を探究することが非常に重要であると考えたからである。ヘルスコミュニケーション学の研究対象、研究方法論は、非常に多様であり、このため、ヘルスコミュニケーション学会には、臨床医学、公衆衛生学、コミュニケーション学、社会学、言語学、情報科学、心理学、社会心理学、マーケティング論等の様々な研究者が集まっている。このことは、ヘルスコミュニケーション学の学際的な性格をよく表しており、これらの様々な分野の専門家が集うことによって、化学変化がおき、次のイノベーションにつながる事が期待されている。無論、このようなヘテロな集団においては、異文化間コミュニケーションという課題も発生しがちであるが、今まで会員の努力により、大きな争いに発展することはなく、乗り切ってきた。ヘルスコミュニケーション研究の発展のためには、様々な分野の研究方法論について、お互いの知見やノウハウを共有して、各研究者が有している研究方法論と、他の研究者が有している多様な研究方法論とを、比較検討、取捨選択、融合して、新たに有用な研究方法論として展開していくことが望まれる。このため、現在有しているお互いの研究方法論について、広く共有するために研究方法論をテーマとして取り上げることにした。

ヘルスコミュニケーション学において、問題が最終的

に解決されるということはほとんどない。生物学において、決定的な実験によって、今まで謎であった問題が解決することや、臨床医学において、大規模で質の高い臨床試験により、積年の論争が決着することがある。しかしながら、ヘルスコミュニケーション学では、正解は通常 1 つではなく、このようなはっきりとした白黒はつけられない。その研究方法論も最終的に確立してしまうということはないと想定される。そこで、テーマは「ヘルスコミュニケーション学の方法論の確立」ではなく、よりよい方法論を目指して努力する過程が永続することを念頭に「ヘルスコミュニケーション学の方法論の探究」とした。

3. テーマから具体的な企画へ

「ヘルスコミュニケーション学の方法論の探究」というテーマから、具体的な企画に落とし込むために、人のコミュニケーションを歴史的にたどることによって、ヘルスコミュニケーション学の重要な研究分野を 3 つ特定した。コミュニケーションは、ヒトの進化の上で、まず非言語コミュニケーションとして始まり、言語の誕生によって、言語と非言語による対人コミュニケーションがなされるようになった。そこで、下記のようにまず対人コミュニケーション、それも特に会話を主体としたコミュニケーション研究の方法論を取り上げることにした (表 2) [3]。対人コミュニケーションは、コミュニケーションにおいて、もっとも古くて、基本的なもので、あらゆるコミュニケーションを考えるうえでの基礎となっていると考えたからである。

対人コミュニケーション研究の方法論は数多くあり、そのすべてをこのシンポジウムで取り上げることは到底できない。また、重要なのは単に方法論を並べて紹介することではなく、どのような目的のためにその方法論やアプローチが用いられたのかを研究の文脈に即して議論することである。シンポジウム 1 では 3 名の研究者を招いて、①「そこで何が起きているのか」を明らかにしようとする質的・記述的な研究 (会話分析)、②「どのよう

表 2. シンポジウム 1「医療における対人コミュニケーション研究のアプローチ」

座長：石川ひろの (帝京大学)、高永茂 (広島大学)
川島理恵 (京都産業大学国際関係学部准教授) 「医療場面における意志決定過程のコミュニケーション：会話分析的アプローチでみえること」
野呂幾久子 (東京慈恵会医科大学教授) 「機能分析 (RIAS) によるアプローチ」
藤森麻衣子 (国立がん研究センター社会と健康研究センター室長) 「コミュニケーションを変化させる：医師に対するコミュニケーション・スキル・トレーニングの有効性評価」

な要因がアウトカムとどの程度関連するのか」という関連性を量的に示そうとする研究 (機能分析：RIAS)、③「教育的介入によって変えられるのか」という教育の効果を明らかにしようとする研究 (コミュニケーション・スキル・トレーニングの無作為化比較試験) を取り上げた。各々について造詣の深い、①京都産業大学の川島理恵准教授、②東京慈恵会医科大学の野呂幾久子教授、③国立がん研究センターの藤森麻衣子室長に講演をお願いした。

その後、文明の発展により、文字の使用が始まり、文書が誕生した。文書を介して、直接対面していなくても、多くの情報を数多くの人に伝達可能となり、また長期にわたる記録の保存が可能となった。文字による文書の発明と普及は、人類の進歩・発展のための大きな原動力となった。そこで、次に文書の方法論を取り上げることにした (表 3) [4]。

シンポジウムの演者については、まず文書の可読性 (readability) の研究に取り組みリーダビリティ分析を行ってきた東京財団政策研究所の酒井由紀子シニア・マネージャーに講演を依頼した。次に患者向けに分かりやすい医薬品情報の開発を行ってきた京都薬科大学の北澤京子客員教授に講演を依頼した。また、文書を作成する立場から、国立がん研究センターで一般向けのがん情報のコンテンツ開発を行ってきた早川雅代室長に講演を依頼した。最後に、医療ジャーナリズム文書を作成し、届ける立場から、医療情報の背景にある利益相反 (COI) を巡る問題を指摘した医療ライターの西村多寿子氏に講演を依頼した。

時代は遙か過ぎ、19 世紀末になって、フィルムによる映画が誕生して、映像が記録できるようになった。20 世紀初頭にはトーキー映画が誕生 (音のない無声映画に対

表 3. シンポジウム 2「医療情報をどう作り、どう届けるか～文書に関する研究アプローチ」

座長：中山健夫 (京都大学)、 高山智子 (国立がん研究センター)
酒井由紀子 (東京財団政策研究所政策データラボシニア・マネージャー兼研究員) 「ヘルスコミュニケーションにおける方法論としてのリーダビリティ研究」
北澤京子 (京都薬科大学 客員教授) 「Shared Decision Making を促す患者向け医薬品情報」
早川雅代 (国立がん研究センターがん対策情報センター がん情報提供部医療情報コンテンツ室室長) 「患者向け医療情報ではどのような文章表現がよいのか～がん情報作成経験より」
西村多寿子 (医療ライター・翻訳者、プレミアム医学英語教育事務所 代表) 「医療福祉ジャーナリズム学」研究の一事例～デオバン事件と臨床研究法成立の関係に迫る～」

して、音が入っている映画をトーキー映画と呼ぶ)した。20 世紀中ごろには、電波によるアナログテレビ及びアナログビデオテープが実用化された。20 世紀も終わりに近づくようになると、テレビはデジタル化されて、高画質になり、DVD、Blue-Ray 等のメディアの形でも提供されるようになった。最近では、インターネットによるオンデマンド型の映像配信が本格化している。

文書が人の理性や想像力に訴えるのに対して、映像は感情に直接かつ強力に訴えて、人を動かすことができるのが大きな特徴となっている。このため、映像を活用したヘルスコミュニケーションは、非常に重要な役割を果たすと考えられる。そこで、3 つ目として、ヘルスコミュニケーションの映像の研究方法論を取り上げることにした (表 4) [5]。

シンポジウムの演者であるが、まず映像を創る立場から健康医療情報番組の制作を数多く行ってきた NHK の市川衛氏に講演を依頼した。渡邊清高氏は、医療者の立場で新聞を中心にマスコミの健康医療に関する報道の分析を行ってきた。特に科学的指標を用いて、文字情報の医療報道を分析してきた経験から、同じ指標の映像報道への応用の可能性について講演を依頼した。また、健康医療に関する映像分析は日本ではほとんど行われてこなかったため、健康医療に限定せず一般に映像分析の研究を行ってきたという立場で、早稲田大学の伊藤守教授に講演を依頼した。

上記 3 つのシンポジウムに加え、ヘルスコミュニケーション学の研究方法論を俯瞰するために、もっと一般的

表 4. シンポジウム 3 「映像を創る、映像を分析する」

座長：河村洋子 (静岡県立文化芸術大学)、 加藤美生 (帝京大学)
市川衛 (NHK 制作局チーフディレクター) 「「バズる」「心を動かす」映像のヒミツ～テレビ・ネットを中心に」
渡邊清高 (帝京大学内科学講座腫瘍内科・准教授、メディアドクター研究会代表) 「医療健康報道の質を探る－メディアドクターで記事を「科学」する」
伊藤守 (早稲田大学教育・総合科学学術院教授) 「ヘルスコミュニケーションと映像メディア：映像分析の視点から」

表 5. 基調講演

座長：木内貴弘 (東京大学)
石崎雅人 (東京大学大学院情報学環・学際情報学府教授) 「ヘルスコミュニケーションにおけるコミュニケーションとディスコミュニケーションの相互作用－医療情報の在り方の観点から－」

に専門家と非専門家のコミュニケーションの視点から、長年にわたって医療・法・社会・芸術等の様々な領域で専門家と非専門家のコミュニケーションの研究を行ってきた東京大学大学院情報学環・学際情報学府の石崎雅人教授に基調講演を依頼した (表 5) [6]。

4. 考察

本論文では、第 11 回日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会テーマの選定及び基調講演とシンポジウムの企画立案の経緯等について解説を行った。本論文は、第 11 回学術集会の参加者及びこれをもとに編集された日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌特集号 (第 11 巻 1 号) の読者が各企画・総説論文の背景・経緯について深く理解するために参考となる。そして、今後のヘルスコミュニケーション学の研究戦略を立てるためにこれらを活用する際に役立つと考えている。

一般に学術集会のテーマやプログラム・抄録は、後世に末永く残るが、テーマの選定や企画の経緯や背景について、学術集会を企画する立場の関係者がどのように考えたかについては記録が残ることは少ない。学問の歴史を後世の研究者が考察する場合に、テーマや企画の背景にあった時代背景や暗黙の前提を検討することは非常に重要であり、本総説論文はこのために有益な資料となりうると考える。今後、このような試みが、日本ヘルスコミュニケーション学会で継続して行われることが必要であると考えている。

一方で、本総説論文には、あくまで第 11 回日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会を企画した当事者が、「公式見解」として「公表した記録」であるという限界があるのも確かである。しかし、現代及び後世の研究者は、本総説論文以外の他の資料 (他の文献、インターネット上の情報、生存している関係者の証言) を併用することも可能であり、本総説論文の価値がこのためになくなってしまおうということはないと考えている。

5. 結語

本総説論文では、第 11 回日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会テーマの選定及び基調講演とシンポジウムの企画立案の経緯・背景等についての概説を行った。本総説論文のように学術集会の企画の経緯・背景等を記述して、現代及び後世の研究者に伝える試みは重要であり、今後も継続して実施されるべきであると考えた。

謝辞

日本ヘルスコミュニケーション学会の世話人、運営委員をはじめとする会員各位、及び第 11 回日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会の座長、発表者をはじめとする参加者各位のご支援・ご協力により、第 11 回日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会が盛会のうちに無事終了したことを深く感謝します[2]。また学術集会の準備・当日の運営にあたって快く働いてくれた東京大学大

学院医療コミュニケーション学分野、帝京大学大学院公衆衛生学研究科の大学院生、東京大学医学部附属病院大学病院医療情報ネットワーク (UMIN) センターの関係者に心から感謝します。

研究資金

本研究に関連した資金提供はない。

利益相反自己申告

開示すべき利益相反はない。

引用文献

[1] 学術集会. 日本ヘルスコミュニケーション学会ホームページ

<http://HealthCommunication.jp/holding.html>

[2] 第 11 回日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会ホームページ

<http://HealthCommunication.jp/jahc2019/>

[3] 石川ひろの、高永茂、川島理恵、野呂幾久子、藤森麻衣子. 医療における対人コミュニケーション研究のアプローチ. 日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌 2020; 11(1):13-20

[4] 高山智子、中山健夫、酒井由紀子、北澤京子、西村多寿子、早川雅代. 医療情報をどう作り、どう届けるか～文書に関する研究アプローチ. 日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌 2020; 11(1):21-28

[5] 加藤美生、河村洋子、市川衛、渡邊清高、伊藤守. 映像を創る、映像を分析する. 日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌 2020; 11(1):29-34

[6] 石崎雅人. ヘルスコミュニケーションにおける専門家と非専門家の架橋. 日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌 2020; 11(1):7-12

*責任著者 Corresponding author :

木内貴弘 tak-kiuchi@umin.ac.jp

総説

ヘルスコミュニケーションにおける専門家と非専門家の架橋 Bridging the Gap between Professionals and Non-professionals in Health Communication

石崎 雅人
Masato Ishizaki

東京大学大学院情報学環・学際情報学府
Interdisciplinary Initiative in Information Studies / Graduate School of Interdisciplinary Information Studies
The University of Tokyo

Abstract

This paper examines the assumptions underlying conversation, information, and behavioral change in health communication research, and addresses the problem of bridging the gap between professionals and non-professionals. First, the cognitive model of dialogue is considered for functional and conversation analysis. The potential contributions of this model are evaluated by applying it to the problem of “baby talk.” Second, health and medical information on the Internet is explored with respect to the quality of information and process of information seeking. Third, health literacy in the health promotion model is investigated by examining this concept at the level of interaction between individuals. Finally, the need to explore underlying assumptions is identified as a fundamental drive to deepen the field of health communication research. Ethical approval, which is a crucial step in academic studies, is also discussed with regard to recognized difficulties in international health research collaboration.

要旨

本論考では、ヘルスコミュニケーション研究における会話、情報、行動変容に関して研究の前提を問い直し、学術研究の専門家と非専門家を架橋する可能性を考察する。会話に関しては機能分析と会話分析の現場への適用について検討し、会話の認知過程に関する理論が果たすことができる役割について議論する。情報に関してはインターネットにおける健康・医療情報の質に関する問題を取り上げるとともに、検索過程の研究において置かれる仮定について検討し、そこから考えられる情報の布置について考察する。行動変容についてはヘルスプロモーションのモデルにおけるヘルスリテラシーの位置付けを確認し、ソーシャルサポートなど医療消費者が置かれる環境との関係を考慮することの可能性について議論する。最後に学術研究を発展させる原動力のひとつに研究の前提の問い直しがあることを確認し、学術研究に必須である倫理審査のあり方について再検討する必要性を指摘する。

キーワード：ヘルスコミュニケーション、会話、健康・医療情報、行動変容、倫理審査

Keywords: health communication, conversation, health and medical information, behavioral change, ethical approval

日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌 2020;11(1):7-12 (2020年1月6日受付;2020年2月13日受理)

1. はじめに

本稿では、ヘルスコミュニケーションにおける、学術研究に関する専門家と非専門家の間を架橋する可能性について考察する。非専門家という言葉は専門家に比べて使用されることは少ないが、ここでは学術研究者以外だけではなく、学術研究者であっても分野の異なる研究者を含めることにする。以下にこのように考えるようになった契機を紹介する。

対面会話においては、言語内容、音声の特徴、表情、視線、手の動きなどがさまざまな意味を持ち得る。ここでの意味とは、単語の意味という時の意味だけではなく、

印象などさまざまな要素が含まれる。当然のことながら複雑な内容を伝えるためには、言語を複雑にせざるを得ない。しかし意味という言葉が曖昧に使われるため、学術研究者以外、専門分野外の学術研究者の一部に間違った解釈が流布することが起こり得る。その一例がメラビアンの法則である。

Albert Mehrabian は、Massachusetts Institute of Technology で学士号と修士号（両方とも工学）、Clark 大学で博士号（心理学）を取得し、現在は University of California, Los Angeles の名誉教授である。誤解の元となる知見は、1967年の2本の論文[1][2]である。[1]では、肯定的、中立的、

否定的な単語の印象について、肯定的、中立的、否定的な読み方（録音）に対して、どのような印象をもつかを分析している。[2]では、中立的な内容の単語（“maybe”）について、肯定的、中立的、否定的な読み方（録音）、肯定的、中立的、否定的な表情（写真）の組み合わせに対してどのような印象をもつかを分析している。さらに[1]の知見と合わせて、全体の知見を導き出している。つまり Mehrabian の知見は、言語内容は単語、音声の特徴は録音、表情は写真という制約のもと、それぞれの肯定否定が矛盾したときにどの要素が優先されるかを示したものであり、コミュニケーション一般について、言語、音声、表情がどのような比率で内容を伝えるかを分析したものではない。しかし、学術研究者以外、専門分野外の学術研究者の一部では、この知見に対して、コミュニケーションにおいて伝えられる意味への寄与が、表情、音声の特徴、言語内容の順とされ、その比率が示されていると誤解した解釈をして、メラビアン法則と名付けた。

ここでこの例を取り上げたのは、学術における知見への誤った解釈が学術研究者以外、専門分野外の学術研究者に広まることを論難するためではない。学術的な知見であっても、受け手が直感的に思うことと異なれば伝わらないのはめずらしいことではない*。また[1,2]の背景には Gregory Bateson のダブルバインド理論[3]に関する議論があるが、学術研究者であっても専門分野が異なれば研究の背景が共有されないこともある。むしろ取り組むべきは、学術研究における知見と、学術研究者以外、専門分野外の人々の直感的な考えとの差を狭めるためにどうしたらよいかという課題である。本稿ではヘルスコミュニケーション研究における会話、情報、行動変容について、明示的には議論されずに仮定される研究の前提を問い直し、専門家と非専門家を架橋する可能性を検討する。

2. ヘルスコミュニケーションにおける会話

ヘルスコミュニケーション研究において患者と医療者との会話の分析には RIAS (Roter Interaction Analysis System) を利用した機能分析[9]と社会学における会話分析[10]がよく利用されている。機能分析の場合は、特徴空間における複数の特徴間の関係を分析する。特徴には、発話の分類、社会・経済的屬性、コミュニケーションに対する評価などが使用される。会話分析の場合は、通常意識されることのない 10 分の 1 秒単位での会話に関する行為の分析により、人々の「ふつう」がどのように実現（達成）されているかを解明する。

現場においてそれぞれの知見を利用するには考慮すべき点が存在する。機能分析では特徴空間における特徴を

数量化する。ある特徴が望ましいコミュニケーションを実現するのに寄与するという分析が得られたとしても、どのような脈絡であるかについてはさらに議論が必要である。会話分析では、相互行為が精緻に行われていることを示す水準から、関与する行為主体が実際にどのように行為をすべきかについて導き出す必要がある。この問題は、行為主体が内面化している相互行為の規範を明らかにすることにより解決の手がかりを得られる可能性があるが、その規範を社会の中でどう意味付けるかについて議論が必要な場合がある。

ここでは、この 2 種類の分析を補完する可能性のある理論として、Herbert H. Clark による会話の認知過程に関する理論 [11,12]を検討する。この理論はヘルスコミュニケーション研究においては参照されることはほとんどないが、機能分析とはモデル化を考えられるという点で親和性が高く、会話分析とはその研究分野が蓄積してきた知見を基礎としている点で関連を考えやすい。

Clark による理論では、会話の過程は、共同活動、共同計画、共同行為の階層構造とされる。共同行為は提案と受理から成り、下位水準の身体的行為から上位水準の社会的行為の階層性をもつ。具体的には、行為と注意、提示と認識、意味と理解、提案と考慮の階層となっている。言語行為論[13]において、言語行為の遂行は、発語行為（音声行為・用語行為・意味行為）、発語内行為、発語媒介行為の遂行となっているが、共同行為の階層は、この言語行為の階層の自然な拡張になっている。また異なる階層の行為間には「上位への完了」「下方への証拠」という性質がある。

上方への完了

上位水準における行為の完了は、下位水準におけるすべての行為の完了にもとづく。

下方への証拠

上位水準における行為の完了の証拠は、下位水準における行為の完了の証拠でもある。

([11]:147,148;[12]:187)

会話において何らかの理由でコミュニケーションに困難が生じた場合、下方への証拠は成り立たず、上方への完了をどこかの水準から始める必要がある。例えば認知症高齢者であれば、身体的行為の水準、つまり行為と注意の水準から始まる。ここから一気に提案と考慮（相互行為）の水準に戻ることもできるが、認知症の進行度合いによっては、相互行為の階層を下から水準ごとに確認せざるを得ない場合もあり得る。

[14]†で考察されている間接性（間接言語行為[15]、敬

* 例えばコミュニケーションについては[4,5]を参照。医療・介護における業務等の改善に関して使用される PDCA については[6,7]を参照してほしい(大学教育と PDCA に関する論文。PDCA に関する考察はこの用語を利用する全ての分野に注意を促す)。学術的知見ではなく翻訳に関してではあるが、柳父章の「カセット効果」は本稿で指摘する問題を引き起こす要因と重なる[8]。

† [14]は認知症対応型共同生活介護施設（グループホーム）における会話分析の研究である。この研究では、複数の高齢者、訪問者、複数の介護者の間で行われた会話を対象としている。具体的には高齢者の名札が服の中に入っている状況に関する会話を分析し、言語と非言語を使用してきたわめて精密な相互行為が行われていることを明らかにしている。さらに訪問者の間接的な言語使用と介護者の直接的な言語使用を専門性の観点から議

意表現[16]は相手を尊重していることをあらわす手段となる。しかし会話の過程において共同行為の階層を下位水準から始めることと間接言語行為や敬意表現の使用は両立しない。階層の下位水準では言語表現は簡単化せざるを得ないのに対し、間接言語行為、敬意表現を使用するには言語を複雑化する必要があるからである。高齢者への“baby talk”（赤ちゃん言葉）の問題[17]が難しい理由の一端はここにある。丁寧に話すとう理解されない、共同行為階層の下位レベルでは丁寧に話すことができない。[14]における介護者は、簡単化されてはいるが、高齢者が介護者の希望を受け入れる立場であることを示す表現を使用することにより高齢者への尊重を実現していた。しかしそれは、施設外の人々からは、高齢者の尊厳に配慮していないように見えてしまう場合がある。

高齢者に接する専門家（医療者、介護者）が経験の浅い専門家に対して現場で伝えていることは、専門家以外の人々には理解できない場合がある。言語化されない高度な実践に気づくためには、日常の会話がいかに精密に行われているかを明らかにする会話分析が必要になる。しかし専門分野の研究者以外の人々がこの知見を十分に理解するのは容易ではない。会話分析の事例分析は極めて詳細で、専門用語やその背景にある思想も難解であるためである。Clark の理論のように会話の認知過程に関する理論を経由することにより、研究者以外の人々、専門分野の研究者以外でも現象を説明する言葉を提供できる可能性がある。また Clark などの理論はモデル化も容易であることから、機能分析とも接続できる可能性があり、量的分析の観点からも知見を検討できる。

3. ヘルスコミュニケーションにおける情報

インターネットが社会の基盤として活用される一方、そこにある情報には多くの問題があることが認識されている。2016 年末にはオックスフォード辞書がその年の言葉として“post-truth”を選定している*。

“relating to or denoting circumstances in which objective facts are less influential in shaping public opinion than appeals to emotion and personal belief.”

客観的事実 (“objective facts”) とは何かについては議論があり得るが、受け手の期待と異なれば事実であっても情報環境の中には流通しない状況は現在でも変わることはない。同時期にインターネット上の健康・医療情報に関する情報まとめサイトが、情報の正しさ、著作権の管理等の問題を指摘され、最終的に閉鎖された。その後、Google は、健康・医療分野における検索結果の改善を行

論している。

* <https://languages.oup.com/word-of-the-year/2016/> (閲覧日: 2020 年 1 月 6 日)

† 2019 年 2 月に Google は、“How Google Fights Disinformation” という文書を公表し、偽情報への対応方針を明らかにした。

‡ PubMed においてキーワードによって検索される論文には、広

い[†], Yahoo!JAPAN は、国立がん研究センターが提供する情報へのアクセスが容易になるように表示を変更するといった対策がなされた。

インターネットと利用者の関係は、利用できるソフトウェアによって変化する。大きな流れとしては、インターネットがつなぐ対象が情報、人、ものに広がっており、その相互影響について考えていく必要がある。ここでは情報と人に関して、健康・医療情報と検索行動を取り上げる。

健康・医療情報については、その質に問題があることが指摘されている。PubMed 上で、“medical information”と“internet”で検索すると、1994 年から 2019 年までの期間で 1495 件の論文が候補として表示される (平均 57.5/年; 中央値 61.5)。さらに“quality”または“reliability”を加えると、495 件 (平均値 19.8/年; 中央値 20) となり、約 33% が質や信頼性に関する研究となっており、現在でも研究が行われている‡。

インターネットに情報を掲載するのは難しくないが、質の高い情報を提供し続けるのは容易ではない。具体的には質の高い情報をつくる作業・費用の問題である。このことはインターネットが普及する前から指摘されている。解決策のひとつが広告による収入であり、健康・医療情報のまとめサイトの問題はそこを中心に最適化しようとしたことにあった。質の高い健康・医療情報は医療消費者の適切な医療行動の基盤となることを考慮すると、現在のように医療機関、大学、研究所の努力に頼ったままでよいのか、誰が責任を持って質の高い情報を作成、提供、更新すべきかについて今後さらなる議論と具体的な施策の実施が望まれる。

検索行動については、インターネットが普及し始めた当初から研究がなされており (e.g. [18]), 健康・医療情報の検索行動に関しても研究は行われている[19-23] §。これらの研究は、課題に対する答えをインターネットで検索し見つけてもらうという共通の枠組みをもっている。これらは、インターネット上には正解があり、正解にたどりつけないのは適切に検索できないからであるという前提の上に研究がなされている。それに対して、[24]では適切な検索行動がなされた場合、必ず正解を見つけ出すことができるか、検索結果を理解できるかを検討している。日常インターネットを利用しており、インターネット検索に困難を感じていない大学生を対象として、肺がんの情報を検索しその内容を説明することを求めた。彼らは情報の正しさを確認する、情報を理解するのが困難であるといった理由から、複数のサイトを比較して情報を得ていることが確認された。このことはインターネットに情報を提供する場合、単独のサイトだけではなく、

く医療情報とインターネットに関するものが含まれており、数字は目安として示した。

§ 検索行動の研究は、医療消費者による行動だけでなく、医療者による行動についても研究がなされている。本稿では前者に関する知見を取り上げた。

複数のサイトの協力により情報を提供する方法を検討する余地があることを示唆する。反対に、複数のサイトが協力して質の低い情報を提供することがあり得ることから、その対応について予め考える必要があることを意味する。

検索行動の研究には、検索課題の設定、課題に関する検索行動の記録（検索画面の記録、ブラウザのログ等）、検索者に対する検索の意図や検索過程の認識に関するインタビューをデータとして収集し分析する必要があり、研究参加者の人数に限られる。そのため知見がどの範囲で成立するかについては注意が必要であり、さらなる知見の蓄積が必要となる。

4. ヘルスコミュニケーションにおける行動変容

Don Nutbeam によるヘルスプロモーションのモデルでは、ヘルスプロモーション行動（教育、社会移動（social mobility）、社会活動（advocacy））から、ヘルスプロモーションのアウトカム（ヘルスリテラシー、社会行動と影響（social action and influence）、中間段階のアウトカム（健康的な生活様式、効果的なヘルスサービス、健康的な社会経済環境）を基に、個人と社会の健康が達成されるモデルが考えられている[25,26]。

ヘルスプロモーションが主に集団（population）を対象としてきたのに対し、このモデルではヘルスプロモーション行動のアウトカムとしてヘルスリテラシーが位置付けられていることにより、集団から個人までを対象とすることができている。ヘルスリテラシーには、さまざまな尺度が開発されており、また個人を対象としてヘルスリテラシーを改善する試みがなされていることから、個人の能力として捉えられていると考えることができる。しかし、Nutbeam による分類（機能的、相互作用性的、批判的）における「相互的」の観点、ソーシャルキャピタルの一部であるという特徴付け[27]、社会ネットワークにおいて分散されている資源（resource）であるという主張[28]からは、孤立した個人の能力とすることが過度な単純化であることが示唆される。

[29]では、孤立した個人の能力としてのヘルスリテラシーの考え方を批判し、ヘルスリテラシーが低い医療消費者に対してソーシャルサポートが緩和的な役割を果たす可能性を研究の問いとして提出している。しかし米国におけるメディケアを利用している高齢者を対象とした調査[30]では、ソーシャルサポートは緩和効果ではなく、ヘルスリテラシーが高い医療消費者に肯定的な効果があるという報告をしている。それに対して[31]では日本のがん患者（大腸がん、胃がん、肺がん）を対象とした調査で、がんの罹患率が高まる 50 歳以上の調査参加者においてヘルスリテラシーの高低に関わらず、ソーシャルサポートが高い方が低い方よりも QOL（Quality Of Life）が高いという結果を得ている。

医療消費者の行動変容を促すのは簡単ではない。ヘルスリテラシーを孤立した個人の能力として捉えることが過度な単純化であり、合理的行動理論[32]、計画行動理論[33]における、準拠する他者による影響が行動の遂行に一定の役割を果たすという知見を考慮すると、ヘルスコミュニケーション研究の対象として個人と集団の間にある単位を対象にする可能性を考えることができる。

5. おわりに

認知科学の研究が経済学に取り入れられた行動経済学という新しい研究分野がある。2002 年、2013 年、2017 年と 3 回にわたりノーベル経済学賞を授与されている分野である。2017 年にノーベル経済学賞を受賞した Richard Thaler は、行動経済学が何に目を向けているかを説明している。

エコノ*という架空の存在を仮定して、その行動を記述する抽象的なモデルを開発するのをやめる必要はない。しかし、そうしたモデルが実際の人間の行動を正確に記述しているという前提に立つのはやめなければならない。そんなまちがった分析に基づいて政策を決めることもだ。そして、エコノのモデルでは意思決定とは無関係とされている要因（supposedly irrelevant factors）に目を向ける必要がある。 ([34]:28)

本稿は、ヘルスコミュニケーション研究における会話、情報、行動変容に関して、理論と現場との関係、研究を枠付ける暗黙の仮定、能力に関する考え方といった無関係とされている要因に目を向け検討を試みたという点で、Thaler の問題意識を共有している。ただし今回の検討は予備的なものであり、今後さらなる研究の積み重ねが必要であることは言うまでもない。

本稿のように無関係だとされている要因を考慮して研究を進めていく過程において、倫理審査が問題になる場合がある。Susan Davey らは、プライマリケアの分野における医療安全の研究について、オーストラリア、カナダ、イギリス、オランダ、ニュージーランド、アメリカの研究者が参加した国際共同研究における経験から倫理審査の問題点を指摘している[35]。これらの国における倫理審査では共通の原則に基づき、参加者のリスク、得られる知見の重要性と期待される効用、インフォームド・コンセントの過程が確認され、さらに研究予算、参加者募集の適切性、研究成果の公表が考慮に入れられる。しかし委員会の数、審査期間、委員の属性は国によって異なっていた。またこの研究についての倫理審査の結果は、審査不要から研究計画の縮小まで異なった評価がなされていた。その理由として、歴史的、文化的脈絡の違い、そもそも研究とは何かについて解釈が違うことが挙げられている。

* ホモエコノミカスの略。経済学で設定される架空の（理論的に設定される理想状態における：筆者注）人間のこと。

倫理審査において原則を共有していても現実の審査が多様である状況は日本におけるヘルスコミュニケーション研究においても十分に起こり得る。例えば研究において無関係だとされる要因に目を向けることは、研究をさらに前へ進めようとする試みであるが、倫理審査において研究の知見の重要性や期待される効用の評価は必ずしも一致するわけではない。ヘルスコミュニケーション研究において研究を進展させる原動力のひとつに新たな方向への挑戦があるのは間違いない。倫理審査がそれを阻害してしまう可能性がないかについて再検討する余地がある。

利益相反自己申告

本研究に関して利益相反はない。

引用文献

- [1] Mehrabian, A, Wiener M. Decoding of Inconsistent Communications. *J Personality and Social Psychology* 1976; 6(1): 109-114.
- [2] Mehrabian A, Ferris SR. Inference of attitudes from nonverbal communication in two channels. *J Consulting Psychology* 1976; 31(3): 248-252.
- [3] Bateson G, Jackson DD, Haley J, Weakland, JH. Towards a theory of schizophrenia. *Behavioral Science* 1956; 1: 251-264. (佐藤良明 (訳) (2000) 「精神分裂症の理論化に向けて」『精神の生態学 改訂第 2 版』新思索社: 288-319.)
- [4] Peters, D.J. Speaking into the air: a history of the idea of communication, The University of Chicago Press 1999.
- [5] 水谷雅彦「伝達・会話・対話—コミュニケーションのメタ自然誌へ向けて」谷泰 (編) 『コミュニケーションの自然誌』新曜社 1997: 5-30.
- [6] 佐藤郁哉「大学教育の『PDCA 化』をめぐる創造的誤解と破滅的誤解 (第 1 部)」同志社商学 2018; 70(1): 27-63.
- [7] 佐藤郁哉「大学教育の『PDCA 化』をめぐる創造的誤解と破滅的誤解 (第 2 部)」同志社商学 2018; 70(2): 201-258.
- [8] 柳父章『翻訳とはなにか』法政大学出版局 1976.
- [9] Roter DL, Hall JA. (eds.) Doctor talking with patients/patients talking with doctors: Improving communication in medical visits (2nd ed.). Praeger 2006. (石川ひろの・武田裕子 (監訳) 『患者と医師のコミュニケーション: より良い関係づくりの科学的根拠』篠原出版新社 2007.)
- [10] Heritage J, Maynard DW. Communication in medical care: Interaction between primary care physicians and patients. Cambridge University Press 2006. (川島理恵・樫田美雄・岡田光弘・黒嶋智美 (訳) 『診療場面のコミュニケーション—会話分析からわかること』勁草書房 2015.)
- [11] Clark HH. Using language. Cambridge University Press, 1986.
- [12] 伝康晴「相互信念と対話」石崎雅人・伝康晴『談話と対話』東京大学出版会 2001: 177-212.
- [13] Austin JL. How To Do Things with words (2nd ed). Urmson, J.O., Sbisá, M. (Eds.) Harvard University Press 1962. (坂本百大 (訳) 『言語と行為』誠信書房 2006.)
- [14] 城綾実「ケア活動を組織する諸行為の規範的結びつき」石崎雅人 (編著) 『高齢者介護のコミュニケーション研究』ミネルヴァ書房 2017; 187-224.
- [15] Searle JR. Expression and meaning: Studies in the theory of speech acts. Cambridge University Press 1979. (山田友幸 (訳) 『表現と意味—言語行為論研究』勁草書房 1986.)
- [16] 滝浦真人『日本の敬語論—ポライトネス理論からの再検討—』大修館書店 2005.
- [17] DePaulo BM, Coleman LM. Talking to children, foreigners, and retarded adults. *J Personality and Social Psychology* 1985; 51(5): 945-959.
- [18] Hölster C, Strube G. Web search behavior of Internet experts and newbies, *Computer Networks* 2000; 33: 337-346.
- [19] Eysenbach G., Köhler C. How do consumers search for and appraise health information on the world wide web? Qualitative study using focus groups, usability tests, and in-depth interviews. *BMJ* 2002; 324(7337): 573-577.
- [20] Hansen DL, Derry HA, Resnick PJ, Richardson CR. Adolescents searching for health information on the Internet: an observational study. *J Med Internet Res* 2003; 5(4): e25.
- [21] Perez SL, Paterniti DA, Wilson M, Bell RA, Chan MS, Villareal CC, Nguyen HH, Kravitz R. Characterizing the processes for navigating internet health information using real-time observations: A mixed-methods approach. *J Med Internet Res* 2015;17(7): e173.
- [22] van der Vaart R, Drossaert CHC, de Heus M, Taal E, van de Laar MAFJ. Measuring actual eHealth literacy among patients with rheumatic diseases: a qualitative analysis of problems encountered using Health 1.0 and Health 2.0 applications. *J Med Internet Res* 2013;15(2): e27.
- [23] Neter E, Brainin E. Perceived and Performed eHealth literacy: Survey and simulated performance test. *JMIR Hum Factors* 2017; 4(1): e2.
- [24] Kobayashi R, Ishizaki M. Examining the interaction between medical information seeking online and understanding: Exploratory study. *JMIR Cancer*. 2019; 5(2): e13240.
- [25] Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 2000; 15(3): 259-267.
- [26] 中山和弘「ヘルスリテラシーとは」福田洋・江口泰正 (編著) 『ヘルスリテラシー—健康教育の新しいキーワード』大修館書店 2016: 1-22.

- [27] Kichbusch I, Maag D. Health literacy. Heggenhougen, K., Quah, S. (eds.) International encyclopedia of public health. Academic Press 2008; Vol. 3: 204-211.
- [28] Ishikawa H, Kikuchi T. Association of health literacy levels between family members. *Frontiers in Public Health* 2019; 7:169.
- [29] Lee SY, Arozullah AM, Cho YI. Health literacy, social support, and health: a research agenda. *Social Science & Medicine* 2004; 58:1309-1321.
- [30] Lee SD, Arozullah AM, Cho YI, Crittenden K, Vicencio D. Health literacy, social support, and health status among older adults. *Educational Gerontology* 2009; 35:191-201.
- [31] Kobayashi R, Ishizaki M. Relationship between health literacy and social support and the quality of life in patients with cancer: A questionnaire study. *Journal of Participatory Medicine*. 2020; 12(1): e17163.
- [32] Fishbein M., Ajzen, M. Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research. Addison-Wiley 1975.
- [33] Ajzen, I. The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision process* 1991; 50: 179-211.
- [34] Thaler RH. Misbehaving: The making of behavioral economics. WW.Norton&Company 2016. (遠藤真美 (訳) 『行動経済学の逆襲』早川書房 2017.)
- [35] Dovey S, Hall K, Makeham, M, Rosser W, Kuzel A, Weel CV, Esmail A, Phillips R. Seeking ethical approval for an international study in primary care patient safety. *British J General Practice* 2011; e198.

***責任著者 Corresponding author : e-mail**
ishizaki@iii.u-tokyo.ac.jp

総説

医療における対人コミュニケーション研究のアプローチ Research on Interpersonal Communication in Healthcare

石川ひろの¹⁾、高永茂²⁾、川島理恵³⁾、野呂幾久子⁴⁾、藤森麻衣子⁵⁾

Hirono Ishikawa, Shigeru Takanaga, Michie Kawashima, Ikuko Noro, Maiko Fujimori

1) 帝京大学, 2) 広島大学, 3) 京都産業大学, 4) 東京慈恵会医科大学, 5) 国立がん研究センター
1) Teikyo University, 2) Hiroshima University, 3) Kyoto Sangyo University, 4) The Jikei University School of Medicine, 5) National Cancer Center Japan

Abstract

This paper is a summary report of Symposium I at the 11th Meeting of the Japanese Health Communication Association, titled “Research on Interpersonal Communication in Healthcare.” In this symposium, we presented examples of: 1) a qualitative descriptive study (conversation analysis), 2) a quantitative correlational study (functional analysis: Roter Method of Interaction Process Analysis System [RIAS]), and 3) an intervention study (randomized controlled trial of communication skills training). This was followed by a discussion of challenges in and tips for conducting and publishing empirical studies on interpersonal communication in healthcare. Different research approaches and analysis methods are underpinned by unique paradigms and theoretical frameworks. Mutual understanding of this background is necessary to facilitate interdisciplinary research in this field and collaboration using different research methods.

要旨

本稿は、第 11 回日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会におけるシンポジウム I 「医療における対人コミュニケーション研究のアプローチ」から、各シンポジストの報告と会場での議論をまとめたものである。シンポジウムでは、①「そこで何が起きているのか」を明らかにしようとする質的・記述的な研究（会話分析）、②「どのような要因やアウトカムとどの程度関連するのか」という関連性を量的に示そうとする研究（機能分析：RIAS）、③「教育的介入によって変えられるのか」という教育の効果を明らかにしようとする研究（コミュニケーション・スキル・トレーニングの無作為化比較試験）を取り上げ、各研究がどのような理論的背景に基づき、何を明らかにしようとしてきたのか、日本における実証研究をもとに報告するとともに、研究を実施し、論文化していく上での困難や対処についても議論した。さまざまな分析方法、研究手法の背景には、それぞれのパラダイムや理論的枠組みがある。それらも含めた相互理解を広げていくことが、異なる研究アプローチのコラボレーション、学際的な共同研究を進めていく上で重要である。

キーワード：会話分析、機能分析、RIAS、無作為化比較試験、コミュニケーション・スキル・トレーニング
Keywords: conversation analysis, functional analysis, RIAS, randomized controlled trial, communication skills training

日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌 2020;11(1):13-20 (2020 年 1 月 6 日受付；2020 年 2 月 13 日受理)

1. 序文

ヘルスコミュニケーションの研究の中でも、医療場面における対人コミュニケーションの研究は早くから、社会学、文化人類学、心理学、コミュニケーション学などさまざまな分野の研究者によって行われてきた。そこで用いられてきた研究の方法論、アプローチもまたさまざまである(藤崎 & 橋本, 2009)。

2010 年の第 2 回日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会では、「医療コミュニケーション研究への誘い」と題した 2 つのシンポジウム「医療コミュニケーション研究の概論、そして量的研究を進めるために」および「医療コミュニケーション研究の質的研究を進めるために」

が開催された(青木, 斎藤, 高永, 田口, & 小川, 2011; 藤崎, 野呂, 石川, 田口, & 小川, 2011)。ここでは、日本における医療コミュニケーション研究の現状の概説とともに、日本における実証研究例に基づきながら量的研究法、質的研究法に分けて研究方法論が紹介された。その後 10 年近くを経て、日本においても少しずつ医療コミュニケーション研究の学会・論文発表が増え、そこにおける人文社会学系・保健医療系の研究者の協働も増えてきたように思われる。また近年、混合研究法 (Mixed Methods Research) に対する関心はさまざまな分野で高まっており、医療コミュニケーション研究においても例外ではない(川島, 樫田, 岡田, & 黒嶋, 2015)。

研究の方法論は、その研究が明らかにしたい問い（リサーチクエスション）によって規定されるものである。そこで、本シンポジウムでは、医療コミュニケーション研究においてよく用いられてきた方法論を取り上げ、異なる方法論的アプローチと研究デザインをとる医療コミュニケーション研究が、それぞれどのような理論的背景に基づき、何を明らかにしようとしてきたのか、日本における実証研究をもとに議論することを目的とした。そのため、以下の 3 つのタイプの研究を取り上げ、それぞれの研究者からの報告を得た。

①「そこで何が起きているのか」を明らかにしようとする質的・記述的な研究（会話分析）

Four ways of delivering very bad news in a Japanese emergency room. *Research on Language and Social Interaction*. (Kawashima, 2017)

②「どのような要因やアウトカムとどの程度関連するか」という関連性を量的に示そうとする研究（機能分析：RIAS）

The impact of gender on medical visit communication and patient satisfaction within the Japanese primary care context. (Noro et al., 2018)

③「教育的介入によって変えられるのか」という教育の効果を明らかにしようとする研究（コミュニケーション・スキル・トレーニングの無作為化比較試験）

Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: a randomized controlled trial. (Fujimori et al, 2014a)

日本発の医療コミュニケーションの実証研究の論文は少しずつ蓄積されてきているものの、まだそれほど多くない。シンポジウムにおいては、医療における対人コミュニケーション研究を計画、実施し、研究論文として発表していく過程における難しさ、留意点などについても論文著者としての経験を踏まえて共有し、今後の日本における実証研究とその成果の発信を後押しできるような議論もあわせて行うことを目指した。

2. シンポジウムにおける各報告

2.1 会話分析による研究

会話分析の源流は Goffman (1983) の相互行為秩序解明への探究にある。そのベースにあるのは、医療などの社会制度が成立する基盤がその制度のメンバー同志の相互行為にあるという考えである。会話分析は、実際のやりとりの中で成立する *social reality* を細かく記述する方法論である。

今回の発表では、特に医療場面における意思決定過程のコミュニケーションの様相について、会話分析を使って見えることのいくつかを紹介した。特に救急医療やトリアージなど困難な決断が迫られる場合に着目し、それらのコミュニケーションを円滑に行うための相互行為上のリソースをいくつか紹介した。

意思決定過程において治療方針の決定をスムーズにする重要な部分は、医師－患者・家族が検査結果や状況に関する情報を十分に共有し、交渉への基盤を形成することである (Fineberg et al., 2011; 川島, 2013; Kawashima, 2017)。例えば、救急医療という切迫した状況で患者家族に対して状況が説明される際、医師からの説明の多くは「救急隊が到着した時は・・・」のように医療が介在した瞬間の状況からスタートし、それ以降時系列の流れを使った物語りの形態が採用される。そうすることで説明に時間軸が生まれ、同時に提案の方向性が示唆されるのである。

またその物語りの中に特定の表現を埋め込むことで、ある一定の状況理解を促すこともある。具体的には、「心臓マッサージを行っていますが、やはり心臓の動きは再開していない状況です」といった発話において「やはり」という共通理解を参照するような表現が使われる。こうした表現が複数使われることで、はっきりと明示されないうちに「困難な状況」であることが、その後の提案の前提として成立していく。

ただ医師からの説明や提案は、一方的に組み立てられているものではないことも、細かな会話のやり取りの分析から浮かび上がってくる。医師の説明がなされる際、受け手である患者家族は必ずしも何も反応を返さないわけではない。家族は、医師の説明に対して、あいづちや「はい」などの受け取りを示す反応や沈黙などを通じて微細ではあるがなんらかの応答を行なっている。そして何よりも重要なのは、それらの応答に応じて医師もまた説明の組み立てを微妙に調整していることだ。例えば、説明の内容として、全体的に現状が厳しく、蘇生の可能性が低いことが伝えられた場合、家族からの反応として沈黙が増えることがある。その際、医師はそのまま現状の厳しさだけで説明を終えるのではなく、「そういった状況ですが、もう少し治療を継続してみますので、少しお待ちください」として治療の継続を提示することもある。つまり家族の応答の無さから、なんらかの受け入れ辛さを予測し、より受け入れやすいような方向性を示しているのだ。

救命救急の場合、それでも最終的に治療を断念することを決断せねばならないことも多い。そうした際、最終決断が行われる会話の様相がそうした微妙なやりとりによって成り立つことも多い。以下の例では、救命救急センターに運び込まれた患者家族に対して、これまでの治療に関する説明が行われ、一旦心拍は再開したものの次回心臓が止まった際の治療について話し合いが行われている最終局面である。この会話の直前で医師は、これ以上心臓マッサージを続けた場合肋骨が折れるなど患者の負担が大きくなること、脳死など予後が極めて悪いことを家族に説明した。

例 11_09_08_1829 (Kawashima, 2017 より抜粋)

34 DOC: もう、そういう状況だから、

35 FAM: ええ.

36 DOC: あの:: 今度心臓止まったときは[ね.]

37 FAM: [はい.]

38 DOC: もうあの:: [これ以上は, ちょ]つとね.

39 FAM: [° 特に/もうなにも°]

40 FAM: はい, わかりました. [(うなずき)]

41 DOC: [(うなずき)]

記号の説明 ([]音の重なり::音の引き延ばし(())非言語行為 ° 小さい声 -途切れ . 下降調, 継続調 /候補)

34 行目で医師はこれまでの説明をまとめ、家族もそれに対して「ええ」と理解を示している。その上で「今度心臓止まったときはね」という条件節を述べ、それに対して「もうあの::これ以上はちょっとね」(38 行目)とこれ以上の治療が困難であることを述べる。ここで着目したいのは二点である。まずは家族が医師の発話の途中で「特に」(39 行目)と発話している点である。これはすでに医師からの説明を理解し、医師が「もうあの」と述べた時点で次にくる部分を予測し、発話を同時に完了させようとしている。一つの発話を共同で完成させることができるのは、両者の間にこれ以上の治療が困難であるという一定の共通理解が成立しているからである。

二つ目は、そうした家族からの反応を受け医師が 38 行目の提案をかなり省略した形で終了している点である。家族が「特に」と返した直後医師は「ちょっとね」と発話を終わらせている。結局この提案の主な内容となる「何もできないことがない」という部分は明示されていない。家族は、医師からのこの不完全な発話を提案として受け止め、「はい、わかりました」とうなずきながら発話している。ここで医師は同時にうなずき、両者が治療方針について合意に至ったことが示されている。結果として、どちらが提案し、同意したのかも曖昧なまま「これ以上の治療を行わない」という交渉が成立している。これにより意思決定の責任の所在自体も曖昧なままにすることが可能となっている。

会話分析は本来質的な研究方法であるが、そこで得られた現象をもとに計量的な手法と組み合わせて研究を行うことも可能である。例えば、医療救護訓練におけるトリアージ会話の研究では、動線研究と組み合わせて分析を行い、医師から傷病者への最初の質問の形態によってトリアージにかかる時間が変化することを明らかにした(川島他, 2017)。

今回の発表で示したいいくつかの現象は、極めて微細なコミュニケーション上の仕組みである。これらは、それぞれの参加者がお互いの発話やうなずきなどの非言語的部分に敏感に反応し合っているからこそ成り立つものである。こうした交渉の流れによって医療現場において極めて決断しにくい治療方針が成立していく。会話分析はそうした細部に着目することで、医療現場において意思決定過程が成立する医師・患者両者のやり取りを明らかにすることのできる一つの手法である。

2.2 機能分析 (RIAS) による研究

2.2.1 RIAS とは

1) RIAS の概要

Roter Interaction Analysis System(RIAS)は、1975 年に米国 Johns Hopkins University, Bloomberg School of Public Health の Debra Roter 教授によって開発された医療コミュニケーションを分析するためのツールで、診療場面における 2 者間あるいは 3 者間のコミュニケーションを機能の観点からカテゴリー化し、結果を量的に表すことによって、そのコミュニケーションの特徴を客観的かつ体系的にとらえようとする方法である。RIAS を用いた研究は、開発国である米国はもとより、ヨーロッパ、アジア、アフリカ等で広く行われている。その背景として、RIAS の持つ強みが挙げられる。例えば、RIAS では診療場面を録音・録画したデータから直接コーディングすることができるため、逐語録を作成する必要がなく、短時間で分析を終えることが可能である。また、分析結果が数値で得られるため、患者満足度や健康状態といったアウトカムとの関係を検討しやすく、医療従事者にとってはコミュニケーション改善のための手掛かりを得やすい。

2) RIAS の理論的背景

RIAS の理論的背景には、「社会的交換理論(Social exchange theories)」がある。「社会的交換理論」とは、人間の相互作用は「資源」を提供し合うことで成り立っていると考え、それを報酬とコストという観点から分析しようとする理論である。RIAS では、医師は診断・治療の知識や技術という資源を、患者は現在の病状、病の経験、生活環境、医療への期待に関する情報という資源を持ち、それらを診察における「会話」を通して交換すると捉えている。その会話は、医療の専門家(医師)と自分自身の専門家(患者)の間で行われる対等な「専門家同士の会談」であり、それが医師-患者関係の構築や診療過程、アウトカムを左右すると位置づけている(Roter & Hall, 2006)。このような会話を重視する見方は、現在の私たちにとっては珍しいものではないが、「生物医学モデル」が中心であった 1970 年代の医療においては新しいものであり、それを分析するために開発された RIAS は、その後の医療コミュニケーション研究を牽引する一つの柱となった。

3) RIAS の研究方法

RIAS の分析では、まず診療場面のコミュニケーションを「発話(utterance)」と呼ばれる単位に分割する。発話は「カテゴリーに分類することが可能で、分割できる最小単位」と定義されている(野呂他, 2011)。次に、各発話をオリジナルでは 41 あるカテゴリーのいずれか 1 つに分類する。カテゴリーは、医療者と患者が良好な関係を構築することを主眼とする「社会情緒的カテゴリー」(社会的会話、笑い・冗談、同意・理解、共感など)と、診断や治療といった診療業務を目的とする「業務的カテ

ゴリー」(情報提供、助言、情報収集など)に大別される。医療のコミュニケーションの目的は、究極的には全て診療であるが、その中に少しでも情緒的なメッセージが含まれているものは「社会情緒的カテゴリー」に分類する。コーディングが終わると、カテゴリーごとの発話の頻度(frequency)と会話の流れ(sequence)という 2 つの結果が自動的に算出される。ほとんどの研究が、このうち頻度の結果を用いて分析を行っている。

2.2.2 RIAS を用いた国内の研究

国内で初めて本格的に RIAS を用いて行われた研究は、Ishikawa 他 (2002) である。日本のがん患者の医師、患者のコミュニケーションと患者満足度について検討したこの研究は、医師が患者より多く話し、その多くが生物医学的な内容であるなどの点で、基本的に西欧におけるコミュニケーションと類似していたことを報告し、RIAS を日本の診療場面に用いることの妥当性についても検討・確認している。

高齢化社会を迎える中、高齢患者に家族などが付き添うケースが増えているが、付き添いの同席が高齢患者と医師のコミュニケーションに与える影響についても、RIAS により研究が行われている。例えば Ishikawa 他 (2005) は、日本の付き添いの発話割合は米国の付き添いより多く、患者に代わって医師に情報提供や質問をし、患者に話すよう促すなど、活発な役割を果たしていたことを報告している。

教育介入の効果を調べた研究としては、コミュニケーション・トレーニング (SPIKES) を受ける前後の薬剤師のコミュニケーション行動を RIAS で分析、比較することで、トレーニングの効果を検証した Hanya 他 (2017) の研究などが見られる。

最後に、属性に焦点を当てた研究として、Noro 他 (2018) を紹介する。これは、日本の内科初診場面における医師、患者のジェンダーと医師のコミュニケーション、患者満足度の関連を調べた研究である。都内の大学病院などに勤める 11 名の内科医師 (男性 5 名、女性 6 名) とその初診患者 103 名 (男性 53 名、女性 50 名) の診療場面の会話を録音し、それを RIAS で分析するとともに、患者には診療に対する満足度を「日本語版 Medical Interview Satisfaction Scale (MISS)」で評価してもらった。

その結果、ジェンダーとコミュニケーションの関係については、男性医師より女性医師の方が患者ジェンダーによるコミュニケーションの差が大きかった。男性医師の場合は、患者が男性でも女性でもコミュニケーションの取り方にほとんど差がなかった。これに対し、女性医師の場合は、男性患者より女性患者の診療の方が、相手を承認したり同意したりする肯定的な発話、共感などの感情を表出する発話、生活・心理についての言及が多く、患者中心度 ((医師の生活・心理に関する発話+患者の質問+患者の生活・心理に関する情報提供+医師と患者の感情に関する発話+医師の促し) / (医師の医学的質問+指示

+患者の医学的情報提供)により算出)が高かった。このように、患者の医学的側面だけでなく生活・心理的側面にも関心を向けること、共感などの感情や肯定的な態度を示すことは、患者中心的コミュニケーションの特徴と言われている。また、共感などの感情や肯定的な態度を示すことは一般的に女性のコミュニケーションに多く見られるコミュニケーションの特徴でもある。このことから、女性医師は女性患者の診療においては通常に近いコミュニケーション・スタイルを取り、男性患者の診療ではそれを少し控えたのではないかと推測された。

また、患者満足度に影響する医師のコミュニケーションを医師と患者のジェンダーの組み合わせごとに見ると、特に女性同士のペアと男性同士のペアの間に多くの差異が見られた。男性同士の組み合わせでは、医師の質問が多く診療時間が長いと満足度が低下したのに対し、女性同士の組み合わせでは、医師が話しすぎず言葉で肯定的な姿勢や共感などの感情を示すと満足度が高くなった。ここから、男性医師-男性患者の診療では診断や治療を主体としたコミュニケーションが、女性医師-女性患者の診療では肯定的で共感的なコミュニケーションが、患者の満足につながりやすいと考えられた。以上のように、日本の内科初診診療場面においても、属性(ジェンダー)、コミュニケーション、満足度は関連していると考えられた。

2.2.3 RIAS 研究を行う上での留意点

RIAS を研究に用いる上での留意点は、他の研究方法と同様ではあるが、強みと限界を踏まえることである。RIAS の強みは、医療コミュニケーションの在り方を大きく客観的、体系的にとらえられる点や、RIAS という共通の分析枠を用いることにより国際比較研究が可能になる点である。

一方で RIAS には限界も指摘されている。その一つが文脈から切り離されるという点である。例えば、RIAS では「患者の情報提供が〇〇回」という結果は得られても、その情報提供が医師のどのような言語行動によって可能になったのかなどの影響のプロセスを明らかにすることは不向きである。また、RIAS は言語的コミュニケーションをコーディングするためのツールであるため、声の調子や表情、しぐさを考慮に入れてコーディングすることは可能であるが、言語を伴わない非言語行動(「no」のつもりで黙って首を振るなど)はコーディングに反映されない。これらの限界を補うとすれば、会話分析などの質的方法とコラボレーションをしたり、RIAS による言語分析と声の調子や非言語行動の分析を併用することなどが考えられる。いずれにしても、RIAS の限界を踏まえた上で、強みを活かせる研究に用いることが肝要であると考えられる。

2.3 コミュニケーションを変化させる教育介入研究

SHARE のフレームに基づく分析

2.3.1 がん医療における患者－医療者間のコミュニケーション

インフォームドコンセントを前提とする医療において、医師は患者に対して心身の状態と検査や治療といったこれから行われる医療行為について十分説明を行い、きちんと理解したことを確認し、患者の自由意思に基づいた合意が求められる。平成 19 年 6 月に施行されたがん対策基本法では、取り組むべき施策として「がん医療における告知等の際には、がん患者に対する特段の配慮が必要であることから、医師のコミュニケーション技術の向上に努める」ことが挙げられている。

医療者が病気の状態や医療行為について説明する際には、患者にとって望ましくない情報も提供されることになる。患者にとって望ましくない情報は「悪い知らせ」と呼ばれ、将来の見通しを根本から否定的に変えてしまう知らせと定義されている (Buckman, 1984)。がん医療においては、難治がんの診断や再発・転移、抗がん剤治療中止といった知らせが悪い知らせとして挙げられる。がん患者は診断後から短い時期にうつ病の有病率 (Burgess et al., 2005) や自殺率 (Yamauchi et al., 2014) が一般人口よりも高いことが示されている一方で、患者と医師との関係が良好であると、患者の心理的ストレスを抑制できることから (Uchitomi et al., 2001)、医療者は悪い知らせの際のコミュニケーションに配慮する必要がある。

患者－医療者間の望ましいコミュニケーションの成立には、双方向で円滑な情報交換に加え、言葉だけでなく、表情や姿勢、身振りといった非言語的なメッセージが大きな役割を果たす。例えば、目の前の患者が苦しそうに歪めた表情で「大丈夫です」と言ったとしても、言葉どおり「大丈夫」とは判断しないように患者－医療者間のコミュニケーションにおいては、まずは言語的情報に注意が向きがちになるが、特にネガティブな感情が伴う話し合いの際には、言語的な情報以上に非言語的な情報に十分配慮することが重要である。このようなコミュニケーション・スキルは、文脈を考慮せずに表出しても意味はなく、個々のコミュニケーション行動の意味を理解した上で、他者に認識されるように適切に表出する必要がある。

2.3.2 望ましいコミュニケーション

悪い知らせの際の望ましいコミュニケーションに関しては、これまでの研究で患者が望むコミュニケーションが検討されている (例えば、Parker et al., 2001)。我が国においても、通院中の 529 名のがん患者を対象として、がん告知を含む悪い知らせの際の医師のコミュニケーションに対する意向に関する調査が行われ、「Supportive environment (支持的な場)」、「How to deliver the bad news (悪い知らせの伝え方)」、「Additional information (様々な情報)」、「Reassurance and Emotional support (安心感と情

緒的支持)」という 4 つの構成要素が抽出され、頭文字から SHARE とまとめられている (Fujimori et al., 2007)。コミュニケーションに対する意向に関連する要因として、若年であること、女性であること、教育経験年数が長いことなどが示唆されているが、いずれもその関連は弱く、コミュニケーションに対する意向は個別性が高いと考えられる (Fujimori et al., 2017)。

2.3.3 コミュニケーションの学習方法

医療者が望ましいコミュニケーションの学習方法として、コミュニケーション・スキル・トレーニング (CST) が開発されている。CST は、トレーニングを受けたファシリテーターがいる小グループで、学習者中心のワークショップである。その内容は講義、ビデオ観察、ロールプレイ、ピアディスカッション等で構成されている (Kissane et al., 2012)。構造化されたフィードバックを行うトレーニング方法である。その評価アウトカムに関して、Kissane ら (2012) は、Kirkpatrick の 4 レベルモデルを用いて、レベル 1: 反応の評価として態度や自己効力感といった参加者評価アウトカム、レベル 2: 学習の評価として模擬患者との面談の評価アウトカム、レベル 3: 行動の評価として実際の診察場面の行動評定や発話分析アウトカム、レベル 4: 結果の評価として信頼感や満足感といった患者評価アウトカム、健康アウトカムを提案している。

2.3.4 我が国におけるコミュニケーション・スキル・トレーニング (CST)

我が国においても、患者の意向に即したコミュニケーション・スキルを医師が学習するための 2 日間の CST プログラムが開発され (Fujimori et al., 2014b)、その有効性が無作為化比較試験で確認されている (Fujimori et al., 2014a)。その評価は以下のとおりである。レベル 1: 反応の評価として、医師のコミュニケーションに対する自己効力感を評価し、介入群は統制群と比して、介入後に自己効力感が有意に高くなることが示された。レベル 2: 学習の評価、レベル 3: 行動の評価として、模擬患者との模擬面接場面を録画し、SHARE のフレームワークを用いて、第 3 者による印象評定を行い、介入群は統制群と比して、介入後に自己効力感が有意に高くなることが示された。レベル 4: 結果の評価として、患者の抑うつ、不安、コミュニケーションに対する満足感、医師に対する信頼感を評価し、介入群の医師の診察を受けた患者は統制群の医師の診察を受けた患者よりも抑うつの程度が有意に低く、医師への信頼感が有意に高いことが示された。不安、コミュニケーションの満足感に関する差は見出されなかった。

2.3.5 CST の普及

我が国において患者の意向に基づき開発された CST は、レベル 1: 反応の評価として医師の自己効力感、レベ

ル 2: 学習の評価、レベル 3: 行動の評価として模擬患者との面談の印象評定、レベル 4: 結果の評価として患者の抑うつ、医師への信頼感の観点から有効性が示された。本結果が含まれた系統的レビュー (Moore et al., 2018) によっても CST は参加した医療者の共感性などの望ましいコミュニケーション・スキルの獲得への有効性が示されており、米国臨床腫瘍学会が作成した患者-医療者間のコミュニケーションに関するコンセンサスガイドラインにおいても強く推奨されている (Gilligan et al., 2017)。

我が国においては、平成 19 年のがん対策基本法施行以降、厚生労働省の委託事業、あるいは日本サイコオンコロジー学会主催/日本緩和医療学会共催として CST が全国の医師に提供されており、平成 30 年度までに 1480 名が修了し、200 名のファシリテーターを輩出している。

がん医療において重要な患者-医療者間のコミュニケーションを効果的に促進するために、有効性が示されている CST を今後さらに普及することが求められる。

3. シンポジウムにおける議論の要点

(1) コミュニケーションは多面的な性格を持っている。藤森報告にもあるように、望ましいコミュニケーションの成立には医師-患者間で円滑な情報交換が必要となるが、その際には言葉だけでなく、表情や姿勢、身振りといった非言語的なメッセージも大きな役割を果たす。さらに文脈(コンテキスト)を考慮することも必要である。つまり、コミュニケーションの全体像を明らかにするためには、言語、非言語、コンテキストを総合的に研究する必要がある。コミュニケーションという複雑な現象を捉えるために量的研究と質的研究の両方のアプローチが必要となる場合もあるだろう。両者の長を合わせ持つ混合研究法を開発することにつながっていくかもしれない。川島報告では、言語データを主として扱う会話分析と組み合わせることで動線分析を導入して新たな知見が得られたという事例が紹介された。また、RIAS を取り上げた野呂報告にあるように、RIAS の利点を活かしつつ不足している部分(言語を伴わない非言語行動)の分析を補完するために、会話分析のような質的研究法とコラボレーションすることも意義のある取り組みである。

(2) 医療・公衆衛生分野の研究者の多くは、量的研究のアプローチをとっているのではないだろうか。その場合、質的研究を行っている研究者と共同研究を行うとき、両者の理解をどのように進め、深めていくかが課題となる。また、調査・研究の成果を発表する際に、研究論文を医療系の学術雑誌に投稿したとき質的研究がどのように評価されるのかもいささか危惧されるところである。共同研究を行う際にも論文を投稿する際にも問題となるのが妥当性や一般化、信頼性、再現性である。例えば、論文投稿時に量的研究の評価軸をそのまま適用してしまうと、質的研究の中には研究論文としての採択に至らないケースも少なからず出てくる。

このような状況においては、双方の違いを認識するこ

とに留まらず、量的研究の専門家と質的研究の専門家が学術的な交流を通じてお互いの仕事からどのように学び合えるか対話を重ねることが重要である(松山, 2019)。今回企画したシンポジウム I もそのような意図を持っていた。

(3) 研究が、実践的な貢献と理論的な貢献の両面で成果を上げるためには、パラダイム・理論、方法論、研究手法の間に一貫した流れがあり、その流れに沿って研究をまとめることが重要である(今福, 2019)。シンポジウム I において、川島報告で取り上げられた会話分析は「相互行為の秩序」の探求を源流として持ち、野呂報告で取り上げられた RIAS は社会的交換理論を理論的背景として持っている。藤森報告のコミュニケーション・スキル・トレーニング(CST)による教育的介入の研究では、SHARE というフレームが採用されている。演者とフロアとのやり取りの中で、構想から SHARE を開発し CST を実用化するまでに 10 年を要したという説明があった。パラダイムや理論を身に付けるのにも相応の時間が必要である。このように、それぞれに特色を持つ研究の基盤には時間をかけて築き上げられた確固としたパラダイムや理論的枠組みがあって、その土台の上に方法論や研究手法が存在することを忘れてはいけない。研究をデザインするには方法論や分析手法だけを取り入れるのではなく、その背後にあるパラダイムや理論にも目を向けることが求められる。

4. 結語

本稿では、第 11 回日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会のシンポジウム I「医療における対人コミュニケーション研究のアプローチ」から、各シンポジストの報告と会場での議論をまとめた。多面性をもつコミュニケーションの全体像をとらえるために、医療における対人コミュニケーション研究においても、さまざまな分析方法、研究アプローチが用いられてきた。シンポジウムでは、異なる方法論や研究デザインをとる医療コミュニケーション研究が、それぞれどのような理論的背景に基づき、何を明らかにしようとしてきたのか、日本における実証研究をもとに報告いただくとともに、研究を実施し、論文文化していく上での困難や注意点についても議論した。

従来の量的研究、質的研究といった境界を乗り越えようという試みが、双方の領域の研究者によってなされている。一方で、それぞれの分析方法、研究手法の背景には、それぞれのパラダイムや理論的枠組みがある。それらも含めた相互理解を進めていくことが、異なる研究アプローチのコラボレーション、学際的な共同研究を進めていく上で重要になってくるだろう。今回のシンポジウムは、そのための対話の場となることも意図して企画されたものであり、今後の医療コミュニケーション研究における協働のきっかけとなることを願っている。

研究資金

本研究に関連した資金提供はない。

利益相反自己申告

開示すべき利益相反はない。

引用文献

Buckman, R. (1984). Breaking bad news: why is it still so difficult? *Br Med J*. 288(6430):1597-9.

Burgess C., Cornelius V., Love S., Graham J., Richards M., Ramirez A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ*. 330(7493):702.

Fineberg, IC., Kawashima, M., Asch, S. (2011). Communication with family facing life-threatening illness: A research based model for family conferences. *Journal of Palliative Medicine*. 14 (4) p.421-427.

Fujimori M, Akechi T, Morita T, Inagaki M, Akizuki N, Sakano Y, Uchitomi Y. (2007). Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. *Psychooncology*. 16(6):573-81.

Fujimori M., Akechi T., Uchitomi Y. (2017). Factors associated with patient preferences for communication of bad news. *Palliat Support Care*. 15(3):328-335.

Fujimori M., Shirai Y., Asai M., Akizuki N., Katsumata N., Kubota K., Uchitomi Y. (2014b). Development and preliminary evaluation of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communicating bad news. *Palliat Support Care*. 12(5):379-86.

Fujimori M., Shirai Y., Asai M., Kubota K., Katsumata N., Uchitomi Y. (2014a). Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol*. 32(20):2166-72.

Goffman, E. (1983). The interaction order: American sociological association, 1982 presidential address. *American Sociological Review*, 48(1), 1-17.

Gilligan T., Coyle N., Frankel RM., Berry DL., Bohlke K., Epstein RM., Finlay E., Jackson VA., Lathan CS., Loprinzi CL., Nguyen LH., Seigel C., Baile WF. (2017). Patient-clinician communication: American society of clinical oncology consensus guideline. *J Clin Oncol*. 35(31):3618-3632.

Hanya, M., Kanno, Y., Akasaki, J., Abe, K., Fujisaki, K., and Kamei, H. (2017). Effects of communication skill training (CST) based on SPIKES for insurance-covered pharmacy pharmacists to interact with simulated cancer patients. *Journal of Pharmaceutical Health Care and Sciences*, 3:11.

Ishikawa, H., Roter, D.L., Yamazaki, Y., Takayama, T. (2005). Physician-elderly patient-companion communication and roles of companions in Japanese geriatric encounters. *Social Science & Medicine*, 60(10), 2307-20.

Ishikawa, H., Takayama, T., Yamazaki, Y., Seki, Y.,

Katsumata, N., Aoki, Y. (2002). The interaction between physician and patient communication behaviors in Japanese cancer consultations and the influence of personal and consultation characteristics. *Patient Education & Counseling*, 46(4), 277-85.

Kawashima, M. (2017). Four ways of delivering very bad news in a Japanese Emergency Room. *Research on Language and Social Interaction*, 50 (3) p.307-325.

Kissane DW., Bylund CL., Banerjee SC., Bialer PA., Levin TT., Maloney EK., D'Agostino TA. (2012). Communication skills training for oncology professionals. *J Clin Oncol*. 30(11):1242-7.

Moore PM., Rivera S., Bravo-Soto GA., Olivares C., Lawrie TA. (2018). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 7:CD003751.

Noro I, Roter DL, Kurosawa S, Miura Y, Ishizaki M. (2018) The impact of gender on medical visit communication and patient satisfaction within the Japanese primary care context. *Patient Educ Couns*. 101(2): 227-232.

Parker PA., Baile WF., de Moor C., Lenzi R., Kudelka AP., Cohen L. (2001). Breaking bad news about cancer: patients' preferences for communication. *J Clin Oncol*. 19(7):2049-56.

Roter, D., & Frankel, R. (1992). Quantitative and qualitative approaches to the evaluation of the medical dialogue. *Soc Sci Med*, 34(10), 1097-1103.

Roter, D.L., & Hall, J.A. (2006). Doctors talking to patients/patients talking to doctors: Improving communication in medical visits. 2nd Edition. CT: Praeger.

Uchitomi Y., Mikami I., Kugaya A., Nakano T., Okuyama T., Akechi T., Okamura H. (2001). Physician support and patient psychologic responses after surgery for nonsmall cell lung carcinoma: a prospective observational study. *Cancer*. 92(7):1926-35.

Yamauchi T., Inagaki M., Yonemoto N., Iwasaki M., Inoue M., Akechi T., Iso H., Tsugane S.; JPHC Study Group. (2014). Death by suicide and other externally caused injuries following a cancer diagnosis: the Japan Public Health Center-based Prospective Study. *Psychooncology*. 23(9):1034-41.

青木伸一郎, 齋藤清二, 高永茂, 田口則宏, & 小川哲次. (2011). 医療コミュニケーション研究への誘いーPart 2:医療コミュニケーション研究の質的研究を進めるためにー *日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌*, 2(1), 50-58.

今福輪太郎. (2019). 理論的貢献ができる研究をデザインする: 研究パラダイムの理解の重要性 *医学教育*, 50 (1), 53-60.

川島理恵 (2013) 「救急医療における意思決定過程」『社会学評論』 64 (4), p. 663-678.

川島理恵, 榎田美雄, 岡田光弘, & 黒嶋智美. (2015). 診療場面のコミュニケーション: 会話分析からわかるこ

と。東京：勁草書房。

川島理恵, 依田育士, 黒嶋智美, 太田祥一, 行岡哲男。
(2017). トリアージ効率化に向けた社会学と工学の融合
研究 *Japanese Journal of Disaster Medicine* 22(2)161-169.

野呂幾久子, 阿部恵子, 石川ひろの. (2011) .The Roter
Method of Interaction Process Analysis System (RIAS) –医
療コミュニケーション分析の方法–. 愛知：三恵社.

藤崎和彦, 野呂幾久子, 石川ひろの, 田口則宏, 小川
哲次. (2011). 医療コミュニケーション研究への誘い—
Part 1 : 医療コミュニケーション研究の概論、そして量的

研究を進めるために— *日本ヘルスコミュニケーション
学会雑誌*, 2(1), 5-11.

藤崎和彦, 橋本英樹. (2009). *医療コミュニケーション:
実証研究への多面的アプローチ*. 東京: 篠原出版新社.

松山章子. (2019). 健康科学分野における質的研究へ
の招待, *医学教育*, 50(4), 347-356.

***責任著者 Corresponding author : e-mail hirono-
tky@umin.ac.jp**

総説

医療情報をどう作り、どう届けるか
～文書に関する研究アプローチ

How We Create, Evaluate, and Deliver Documents in Health Communication

中山 健夫¹⁾, 高山 智子²⁾, 酒井 由紀子³⁾, 早川 雅代²⁾, 北澤 京子⁴⁾, 西村 多寿子⁵⁾
Takeo Nakayama, Tomoko Takayama, Yukiko Sakai, Masayo Hayakawa, Kyoko Kitazawa, Tazuko
Nishimura

- 1) 京都大学大学院医学研究科、2) 国立がん研究センターがん対策情報センター、
3) 東京財団政策研究所、4) 京都薬科大学、5) プレミアム医学英語教育事務所
1) University of Kyoto, 2) Center for Cancer Control and Information Services, National Cancer Center
3) Tokyo Foundation for Policy Research, 4) Kyoto Pharmaceutical University,
5) Premium Medical English Education Office

Abstract

The content and quantity of research regarding documents remains insufficient in Japan. In this symposium, four researchers reported various topics related to the research approach used for documents in health communication: readability as a research method; drug information as a tool for facilitating shared decision-making; cancer information representation analysis for patients; and text analyses of newspaper articles and Ministry of Health, Labour and Welfare minutes concerning the Diovan scandal. Although the interest focus and research theme of each participant might have differed, we shared ideas about a variety of documents, research questions, available document analyses, and views about research approaches for documents through discussion. This stimulating symposium was expected to contribute to further developments in the health information field among people with similar interests and improve our health communication environment.

要旨

日本におけるヘルスコミュニケーション学の中で、文書を扱った研究は、内容や量ともにまだ発展途上にある。本シンポジウムでは、文書に関する研究アプローチについて4名の研究者が話題提供を行った。文書の基本となる読みやすさやわかりやすさ（リーダビリティ）の研究と国内外の動向を概観したのち、患者の意思決定を支え、促すための患者向け医薬品情報に書かれる内容や作り手の視点からの患者向け医療情報の文章表現に関する研究の紹介、新聞記事と検討会議事録のテキスト分析をもとにした新聞報道の国の制度設計への影響の研究が紹介された。参加者の関心や研究テーマは異なっていたかもしれないが、シンポジウムでは、文書研究に関わる問い（リサーチクエスション）や、取り扱う文書の分析視点や分析方法、客観性や倫理的な課題など、文書情報に関わる研究アプローチのさまざまな視点や視座があることを、議論を通じて共有することができた。本シンポジウムが刺激となり、研究者や実践者たちにより文書に関する研究や取り組みがさらに発展し、ヘルスコミュニケーションが改善されることが期待される。

キーワード：文書の研究方法、リーダビリティ、共有意思決定、文章表現、テキスト分析

Keywords: document research method, readability, shared decision making, text analysis

日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌 2020;11(1):21-28 (2020年1月20日受付;2020年1月27日受理)

1. 序文

インターネットや本などを介して伝えられる疾患や療養に関する情報の多くは、文書を使って伝えられる。識字率が高い日本において、文書で情報やメッセージを伝えることは、当たり前のように行われているものの、国内ではこれまで、文書情報に関する研究アプローチはほとんど紹介されてこなかったのではないだろうか。では健康に関する文書情報にはどのようなものがあり、また

それらをどう評価し、研究の中でどう取り扱い得るのか。本シンポジウムでは、4名の講師から、書き表された言語を含むメディアの見やすさや読みやすさ等のリーダビリティに関する研究、意思決定の判断の助けとなる医薬品情報の提供に関する研究、医療において活用される文書情報の文章表現に関する研究、また新聞記事と国の検討会議事録の分析に関する研究を紹介した。

2. シンポジウムにおける各報告

2.1 ヘルスコミュニケーションにおける方法論としてのリーダビリティ

2.1.1 リーダビリティとは

リーダビリティとは、書き表された言語を含むメディアの、見やすさ、読みやすさ、理解のしやすさの度合いを指す。英語におけるリーダビリティ研究の成果には実用的なガイドラインや評価ツールがある。それらは、アメリカの医療者と一般の人々の間の文書を介したコミュニケーションギャップの解消のために、「情報の適正化」すなわち文書をわかりやすく改善するために、医学図書館員などの仲介者によって活用されている(酒井, 2018)。

2.1.2 英語におけるリーダビリティ研究

リーダビリティに影響する要素には、文書やテキストの特徴がある。たとえば、見やすさの側面には文字やレイアウトが、読みやすさや理解のしやすさには構文、語彙、テキスト構造などが影響すると考えられている。もちろん、リーダビリティは相対的なものなので、読む側の言語や主題内容に係る知識、能力や興味も影響する。

リーダビリティ研究の成果で最もよく知られているのは、テキストの特徴の分析からリーダビリティを推定するリーダビリティ・フォーミュラである。これらは、1920年代からの教育に実証研究成果を適用すべきという傾向を受けているため、教育用の学年別テキストの特徴から開発され、学年レベルで測定結果が示されるものが多い。

一般の人々向けの「健康医学テキスト」を対象とした研究も、普及していたこれらの英語のリーダビリティ・フォーミュラによる評価研究が中心で、1970年代から盛んだった。たとえば、アメリカでは国民の一般的なリテラシーから推奨は5年生から7年生(日本の中学校1年生)レベルとされてきたが、テキストの方はいずれもこれを上回る8年生から10年生レベルであると警告されている。さらに、理解度テストなどによって人が評価する研究や、テキストの改善を行って前後の評価を比較する研究も数多く行われるようになった。

健康医学テキストのリーダビリティに大きく影響すると考えられる語彙については Consumer Health Vocabulary Initiative という大規模なプロジェクトが実施された。2003年からの一連の研究成果は、一般の人々が用いる医学用語と専門家の用語とのマッピングが確認できるデータベースに結実し、公開されている^{注1)}。

2.1.3 日本語におけるリーダビリティ研究

英語と比較すると日本語のリーダビリティ研究は大きく遅れをとっていたが、コンピュータによる自動処理が発達したため、2000年頃からリーダビリティ測定ツールが開発され、現在では複数がウェブ公開されている。学年別の教科書テキストコーパスの分析結果をもとに開発されたツール^{注2)}とその他のツールが確認できる^{注3)}。

日本語学の分野でも、日本に滞在する外国人が増えた

ことなどを理由に、リーダビリティに通じる「やさしい日本語」の研究や実践が近年目立つようになってきており、『わかりやすい日本語』(野村, 木村, 2016)という成書も2016年に出版された。

健康医学テキストを対象とした日本語のリーダビリティ研究は、英語と比較するとごく限られた研究者によってしか行われていない。人による評価や改善まで行ったのは野呂幾久子らで、2007年から2009年にかけて英語版から日本語版の健康医学文書のガイドラインを開発し実証研究を行った(野呂, 邑本, 2009)。奥原剛らによる研究では、ワクチン接種のオンラインメッセージのリーダビリティを、メッセージの発信者および接種に対する態度の違いとの関係から分析している(Okuhara et al., 2017)。興味深い実践例としては、宮崎良雄獣医師による飼い主に手渡す文書の工夫がある(宮崎, 2019)。

日本語でも大規模な健康医学分野の語彙研究が実施されている。国立国語研究所の『『病院の言葉』を分かりやすくする提案』プロジェクトである。医療用語約24,000語を収集し、医療従事者および一般の人々を対象とした複数の調査を経て、認知率及び理解率の観点から類型化した。2009年刊行の成書には、わかりやすくする工夫の3パターンとともに、典型的な57語が収録されている(国立国語研究所「病院の言葉」委員会編著, 2009)。

2.1.4 酒井の改善実験

筆者(酒井)は、日本語のリーダビリティに関する実証研究が不足していることから「健康医学テキストのリーダビリティに影響を与える要素とその改善方法や優先順位」を明らかにすることを目的として、2010年から2011年にかけて実験研究を3種類行った。以下は、高校生を対象とした第2、第3実験の紹介である。

実験で用いたのは医師の執筆した「慢性化膿性中耳炎」を説明するテキストである。このテキストから構文、語彙、テキスト構造の3要素のうち1要素あるいはすべてを改善したテキスト6種を用意した。これら計7種のテキストを、当時利用可能だった3種類のリーダビリティ測定ツールで判定し比較した。その後、いずれか1種のテキストを合計382名の高校生に読んでもらい、2種類の内容理解テストを受けてもらった。また、「読みにくい点」「わかりにくい点」を指摘してもらい結果を比較した。

リーダビリティ測定ツールの結果、いずれかのツールでオリジナルテキストよりリーダビリティが向上していたのは、語彙のみを改善したテキストと、3要素すべてを改善しテキスト構造の改善方法のみ異なる2種類の包括改善テキストの計3種類である。いずれかの内容理解度テストでオリジナルテキストより点数が有意に良くなっていたのは、同じ3種類のテキストであった。

実験結果の考察から、テキストの3要素のうち、語彙の影響およびテキスト構造の相乗効果の可能性が確認された。しかし、1事例の実験に過ぎず、読みやすさから内容理解のしやすさまで、それぞれの要素がどのように影

響しているのか、具体的にどのように改善すべきかなど、残された課題も多く、研究の蓄積が期待された。

2.1.5 リーダビリティ研究の課題領域

今後の、ヘルスコミュニケーションにおけるリーダビリティ研究の発展の方向性として、改善実験の蓄積のほか、3つの課題領域について述べる。第1は知識レベルの語彙研究である。たとえば新井庭子らによる、定義表現と分類表現で概念を表す研究がある(新井ら、2017)。第2は知りたい内容と順番すなわちテキスト構造に関する研究である。筆者も一般向けの家庭向け医学書のテキスト分析に取り組んだが、「症状」「病因」「治療」が典型的な内容であることはわかったが、順番は一定ではなく傾向は明らかにならなかった(Sakai, 2013)。第3は観点を広げた分析で、たとえば、奥原らによる、行動変容に結びつく文書の特徴として処理流暢性(Processing Fluency)に着目した研究がある(Okuhara, et al., 2018)。リーダビリティは、言語学、教育学、認知科学のほか、図書館情報学など多くの応用領域がかかわる。ヘルスコミュニケーションの立場からも、積極的な取り組みが望まれる。

注 1) Unified Medical Language System. Consumer Health Vocabulary.

<http://nlm.nih.gov/research/jmls/sourcereleasedocs/current/CHV/>

注 2) 日本語テキストの難易度を測る.

<http://kotoba.nuce.nagoya-u.ac.jp/sc/obi3/> ほか

注 3) チュウ太の道具箱. <http://language.tiu.ac.jp/tools.html> ほか

2.2 共有意思決定を促す患者向け医薬品情報

2.2.1 はじめに

医療用医薬品の情報を患者に提供するための文書(以下、患者向け医薬品情報)として、現在わが国では、薬局等で患者が医療用医薬品を受け取る際に手渡される「薬剤情報提供文書」、製薬企業が作成し、一般社団法人くすりの適正使用協議会が提供する「くすりのしおり」、厚生労働省の通知(平成17年6月30日付薬食発第0630001号)に基づき製薬企業が作成する「患者向医薬品ガイド」などがある。

これらの患者向け医薬品情報には、患者がその薬を服用することを前提に、薬の名称、用法・用量などの情報が列挙されている。薬を服用するかどうかの意思決定を行うのは医師であり、患者の関与は想定されていない。そのため、薬の作用メカニズム(例、血圧を下げる薬)は説明されていても、実際の効果(血圧がどのくらい下がるのか、脳卒中や心筋梗塞がどのくらい減るのか)は書かれていない。また、主な副作用は書かれていても、その頻度は書かれておらず、異変があれば医師や薬剤師に報告するようにとの注意書きがあるだけである。

だが本来、薬物治療に関しても、患者と医療者の共有意思決定(Shared Decision Making: SDM)が求められるはずだ。そのためには、患者自身が薬のベネフィット(効果)とリスク(副作用)、さらには利便性や経済性などを比較考量できるような情報が必要だろう。英国家庭医学会元会長のイオナ・ヒース(Iona Heath)医師は来日時の講演で、英国の患者向け医薬品情報(Medicine A to Z: <https://www.nhs.uk/medicines/>)を紹介した上で、「この薬は自分の病気にどのくらい効くのか?」という肝心の情報が抜けていると指摘した(Choosing Wisely Japan, 2019)。

2.2.2 患者向け医薬品情報の先行事例—Drug Fact Box

SDMを指向した患者向け医薬品情報の先行事例として、欧米で開発されたDrug Fact Boxを紹介する。

1) Drug Fact Box

米国ダートマス大学のスティーヴン・ウォロシン(Steven Woloshin)教授らは、臨床試験の情報を基に、薬のベネフィットとリスクを数値で示して対照薬と比較できるようにした一覧表を開発し、Drug Fact Boxと名付けた(Schwartz LM, et al., 2007)。たとえば不眠症治療薬のルネスタのDrug Fact Boxによると、ルネスタのベネフィットは、プラセボに比べて入眠までにかかる時間が15分短縮し、睡眠時間が37分延長すること、リスクは、プラセボに比べて味覚の不快感が20%ポイント増すことなどであることが分かる(表1)(Woloshin S, et al., 2008)。

同氏らはDrug Fact Boxと消費者向け直接広告とを比較するランダム化比較試験を実施し、Drug Fact Boxの使用により薬に関する知識や判断力が高まることを示した

	ルネスタによる変化	治療前リスク (プラセボ群)	治療後リスク (ルネスタ群)
ルネスタは役に立ちましたか?	ルネスタ使用者のほうが早く寝入った(薬で15分短縮) ルネスタ使用者のほうが睡眠時間が長かった(薬で37分延長)	寝入るまで45分 5時間45分	寝入るまで30分 6時間22分
ルネスタに命にかかわる副作用	ルネスタとプラセボで差なし	両群共に0% (この研究では見られなかった)	
ルネスタに副作用はありましたか?	味覚の不快感(薬で20%ポイント増)	6% (100人中6人)	26% (100人中26人)
	感染症(殆どはかぜ)(薬で9%ポイント増)	7% (100人中7人)	16% (100人中16人)
	めまい(薬で7%ポイント増)	3% (100人中3人)	10% (100人中10人)
	翌日の眠気(薬で6%ポイント増)	3% (100人中3人)	9% (100人中9人)
	口の渇き(薬で5%ポイント増)	2% (100人中2人)	7% (100人中7人)
	吐き気(薬で5%ポイント増)	6% (100人中6人)	11% (100人中11人)

表1 ルネスタのDrug Fact Box (Woloshin S et al., 2008)

(Schwartz LM, et al., 2009)。米国食品医薬品局(Food and Drug Administration: FDA)リスクコミュニケーション諮問委員会は報告書で、薬のベネフィットとリスクの両面について推定値を含めて患者に提供することを提唱した(Fischhoff B, et al., 2011)。同委員会および米国議会はFDAに対してDrug Fact Boxの導入を提案したが、実現には至っていない(Schwartz LM, et al., 2013)。

2) Fact Box

ドイツのマックスプランク人間発達学研究所のゲルト・ギーゲレンツァー (Gerd Gigerenzer) 教授が提唱する Fact Box は、Drug Fact Box の発展形である (McDowell M, et al., 2016)。Fact Box は薬以外にスクリーニング検査や手術についても作成され、インターネット上に公開されている (<https://www.harding-center.mpg.de/en/fact-boxes>)。

自分で意思決定することが難しい重度認知症患者の診療や介護にあたる医師や親類、保護者を対象とするランダム化比較試験では、Fact Box の使用により、抗菌薬の使用に関する意思決定に際しての葛藤が軽減することが示された (Loizeau et al., 2019)。

2.2.3 おわりに～意思決定を支援する医薬品情報～

1990 年代から、患者の意思決定を支援する目的で各種のデシジョンエイド (decision aids : DA) が開発されている。DA の中心となる部分は、複数の選択肢のベネフィットとリスクを列挙した一覧表であり、その上で、どの選択肢をどのくらい重視するかを自身で評価する (中山ら, 2017)。DA により治療の選択肢に関する知識が増し、よりよい説明を受けたと感じ、自分が何を重視するかが明確になることが、系統的レビューで示されている (Stacey D, et al., 2017)。

Drug Fact Box はまさに DA の一覧表部分に相当するものである。わが国でも今後、Drug Fact Box のような患者向け医薬品情報が開発されることにより、薬物療法における SDM が促進することを期待したい。

2.3 患者向け医療情報ではどのような文章表現がよいのか～がん情報作成経験より～

近年、インターネットに溢れる医療情報の中の誤った情報が健康被害を及ぼすことが指摘され、情報の質への関心が高まっている。

英語圏では質の担保のために患者向け医療情報の作成ガイドが作られており、アメリカでは CDC (Centers for Disease Control and Prevention) (CDC, 2009) や Medicare (The U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), 2012)、イギリスでは NHS (NHS England, 2019) や Cancer Research UK (Cancer Research UK, 2019) など詳細なガイドが公開されている。

日本語では、このような患者向け医療情報の作成ガイドが存在せず、今後検討していく必要がある。本パートでは、患者向け医療情報の質の担保に向けて、文章表現において配慮すべき観点について考察した。

2.3.1 既存資料から見た患者向け医療情報における文章表現で考慮すべき観点

米国立がん研究所 (National Institute of Health) が作成したヘルスコミュニケーションに関する実践ガイド (National Cancer Institute, 2009) では、ヘルスコミュニケーションを実践するために作成するメッセージと資料の作

成において考慮すべき観点として、「科学的に正確なメッセージであること、一貫性があること、明確であること、対象者にとって意味があること、信頼性があること、目立つこと」をあげていた。この中では特に、「科学的に正確なメッセージであること」が極めて重要であるとしていた。本観点は当然のことであるように思えるが、実際には伝えるべきメッセージを齟齬なく「科学的に正確に」伝えることはたやすい事ではなく、最も重視すべき観点であろう。

また、患者向けの医療情報の中でも重要な患者の治療の意思決定への参加 (SDM : Shared Decision Making) に大きく影響する要因として、Williams ら (Joseph-Williams et al., 2014) は、“knowledge is not power”、つまり「知識」だけではなく意思決定の場に参加する「力」、いわゆるエンパワメントも必要であると論じていた。また、前述の CDC の情報作成ガイドでも「出来るだけ前向きな表現にする。利用者に希望を与える。」といったエンパワメントを意識した配慮が窺えた。これらから、文章表現の工夫だけで、エンパワメントを促進することは難しくとも、患者が意思決定の場に参加して良いことが当たり前のことであると感じられることが期待できるのではないかと考えた。以上より、エンパワメントを意識した文章表現は考慮すべき観点の一つであると考えられた。

2.3.2 がん情報作成における文章表現検討例

国立がん研究センターでは、患者・市民向けのがんに関する情報作成と提供を行っている。作成の目的は主に診断時の患者に病気に関する一定の知識を文章で伝え、SDM を支援することである。作成においては、医療者による執筆でよく見られる医師の行為を説明する表現などを、患者目線を意識した文章へ書き換えている。実際には、表 1、2 のような書き換えを行っている。

表 1 : 書き換え例 1

<p>患者も治療に参加しても良いことを暗示する、エンパワメントを意識した文章に書き換えた例</p> <p>【書き換え前】 全身の状態を総合的に評価して治療法を決めます</p> <p>【書き換え後】 体の状態などから検討します</p>

がんの罹患経験者に対する調査によると、表 1 のエンパワメントを意識した書き換えは、「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る必要ではないという意見であった (早川 et al., 2019)。今後、例示したような患者目線の文章が実際にエンパワメントの素地になりうるかについての検討が望まれる。

また、医療者向けガイドライン等でよく使われている専門用語である「適応」という用語を書き換えた表 2 の例では、科学的に誤解を与えないために検討を重ねた結果、原文よりも長い文章となった。このような例では長

くなったことにより読みにくくなっているかといった、リーダビリティの観点も合わせての検討を要する。

表 2：書き換え例 2

<p>「適応」という用語を書き換えた例</p> <p>【書き換え前】 薬物療法が適応となる場合</p> <p>【書き換え後】 がんが進行していて、手術や放射線治療よりも薬物療法の方がより良いと考えられる場合</p>
--

今後は、より多くの事例を集積し、検討していく必要があると考えられる。

2.3.3 今後の患者向け医療情報における文章表現研究の課題領域

今回検討した患者向け文書情報を作成する際に文章表現において考慮すべき観点としては、2.1 で述べた読みやすい、理解しやすい (Readability) に加えて、科学的な正確性、患者のエンパワーメント への寄与 (Joseph-Williams et al., 2014)(Tomlinson et al., 2012) が考えられた。

これらの観点はまだ一部であり、ヘルスリテラシーのプロセスである、「情報の入手→理解→評価→活用 (意思決定、行動) →健康 (QOL の向上)」の各段階の中で (福田 et al., 2016)、文章による情報がどこまで寄与できるかについて検討していく必要がある。

例えば、「理解」の段階での「英語と日本語での違い、インターネットと紙媒体での効果的な文章表現の違い」や「活用」の段階で「正しい質問ができる (Tomlinson et al., 2012)、医師と円滑にコミュニケーションが取れる、医師とともに意思決定を行うことができる」、ひいては Annunziata ら (Annunziata et al., 1998) が行ったような最終的なアウトカムである「健康 (QOL の向上)」への寄与について多くの立場からの検討が期待される。さらに、検討を踏まえ、日本語の特徴を踏まえた日本版の患者向け医療情報の作成ガイドが制作されていくことが望まれる。

2.4 「医療福祉ジャーナリズム学」研究の一事例～ディオバン事件関連の文書記録を分析する～

2.4.1 ディオバン事件の報道を「研究する」

高血圧症治療薬ディオバン (一般名：バルサルタン) の効果を調べた大規模臨床試験の論文に、恣意的なデータ操作の疑いや、製薬会社が関与した疑惑が浮上し、2013 年 2 月以降、国内外のメディアで大きく取り上げられる騒動に発展した。これを受けて厚生労働省に『高血圧症治療薬の臨床研究事案に関する検討委員会』が設置され、その後、『臨床研究に係る制度の在り方に関する検討会』での議論を経て、2017 年 4 月臨床研究法が成立した。

筆者 (西村) は、事件発覚から臨床研究法成立までの流れを経時的に整理し、ディオバン事件の報道が国の臨

床研究関連の議論に与えた影響を検討したいと考え、最終的には、同事件を扱った新聞記事と厚労省の検討会議事録を分析対象とした計量テキスト分析と、検討会委員への面接調査から成る論文「日本の臨床研究の質向上に向けてメディアの果たす役割」(西村, 2019) にまとめた。

研究の過程では、医療福祉ジャーナリズム領域の研究方法論が十分に確立していないため、目的に沿った調査・分析方法の選択、調査対象者への依頼や匿名・公開の判断など、様々なところで迷いが生じた。

そこで本稿では、当該領域の研究の一事例として、拙著論文の要旨より、「対象と方法」を中心に紹介する。その上で、新聞記事と議事録など異なる趣旨や文体で作成されたテキストの比較や、面接調査で入手した情報を調査結果として文書にする際の課題について検討する。

2.4.2 「日本の臨床研究の質向上に向けてメディアの果たす役割」の論文要旨

1) 研究目的

本研究では、三大新聞 (毎日・読売・朝日) に掲載された、ディオバン事件に関する記事と、2 つの検討委員会の議事録を経時的に整理すると共に、これらの委員会の委員に面接調査を行うことより、研究不正の報道が、国の臨床研究関連の議論や制度設計にどのような影響を与えたかを検討することを目的とした。

2) 対象と方法

本研究の作業仮説を次の 3 点とした。①ディオバン事件が明るみになる前と後で臨床研究関連の報道の量・内容に変化がある。②厚労省の『高血圧症治療薬の臨床研究事案に関する検討委員会 (検討会 I)』と『臨床研究に係る制度の在り方に関する検討委員会 (検討会 II)』の議事録の中に、報道から入手した情報であることがわかる発言や報道の在り方に関する発言が含まれる。③検討会 I または II の委員は、報道と臨床研究法の間に関係があったと考えている。

作業仮説①②を検証するため、各新聞のデータベースと、厚労省のホームページで公開されている検討会 I と II の議事録を利用した。新聞データベースでは、2000 年 1 月 1 日から 2017 年 12 月 31 日までに掲載された記事の中から「ディオバン」「バルサルタン」「臨床試験」「臨床研究」「研究不正」「STAP」の語を含む記事を抽出し、検索語別に三紙の記事数の年次推移を示した。次に、検索語「ディオバン or バルサルタン」に含まれた記事をすべて統合したテキストを、事件報道の初出日から検討会 I の第 1 回開催前日まで、検討会 I の期間中、検討会 II の期間中のサブグループに分けた。

テキスト分析支援ツールとして、KH Coder を利用し、頻出上位語の出現回数や、各期間のテキストを特徴づける語について、期間別の比較、検討会議事録との比較、臨床研究の質の議論の比較、三紙間の比較などを行った。また議事録の通読と「メディア」「報道」などの語による検索を通して、議事録の中で報道に関する発言を含む部

分を抽出して経時的に整理した。

作業仮説③を検証するために、検討会 I と II の委員を対象に、オープンエンド型の質問からなる面接調査を実施した。録音したインタビューを文字起こしの上で、発言内容のサマリーを委員毎に作成した。調査対象者には、本研究について説明書ならびに口頭で十分に説明を行い、協力の同意を得た。実名公表については、研究内容の説明時に加えて、サマリーの原稿確認を依頼する際に改めて確認し、同意を得た。

3) 結果

検索語「ディオバン or バルサルタン」で抽出された記事の初出は、毎日が 2013 年 2 月 6 日、読売と朝日が 2 月 28 日。2013 年の記事数は、毎日 164、読売 99、朝日 98 で、2014 年はそれぞれ 151、70、47 だったが、2015 年以降は激減した。検討会 I 前日までと比べて検討会 I 期間中の記事で急増した語は「厚生労働省」「厚労省」であった。検討会 I 期間中は、記事と議事録の頻出語は共通していたが、検討会 II の頃には、新聞の関心事は東京地検特捜部によるノバルティス社元社員の逮捕とその続報に移り、検討会 II で議論されていた再発防止の具体策や臨床研究の質の議論はほとんど取り上げられなかった。記事に多く議事録に少なかった語は「疑惑」「改ざん」であり、三紙の比較では、毎日は「疑惑」を多用していたが、他の二紙での出現は少なく、読売は「改ざん」を比較的多く使っていた。

検討会 I と II の委員への面接調査では、ディオバン事件が発端となって検討会 I が立ち上がり、その報告を受けて検討会 II が設置され、最終的に臨床研究法が成立したという点で、ディオバン事件に関する報道と臨床研究法成立に関係はあると述べた委員が多かった。しかし、特定の記事が再発防止策など臨床研究のルールづくりに貢献したという意見はなかった。

4) 考察

検討会 I 期間中の記事と議事録の頻出上位語が重なった理由は、厚労相の指示の下、事件の真相究明のためのヒアリングと、再発防止策の検討という 2 本柱で議論が進んだため、新聞と検討会の関心事がほぼ一致したからと考えられる。ところが、検討会 II の頃には、新聞報道は東京地検特捜部の動きや裁判に向かった一方、検討会 II では、臨床研究に係る法整備の議論が進行した。臨床研究の質の議論に関する分析結果からも明らかのように、メディアの関心はもっぱらディオバン事件の事実関係解明と奨学寄付金の使途にあり、倫理審査委員会の整備や利益相反管理、被験者保護の具体的方法などは、ほとんど視野になかった。

新聞報道を契機に臨床研究をめぐる不正が社会問題化し、厚労省が検討会を立ち上げたという点では、メディアは一定の役割を果たしたが、倫理審査委員会の充実や利益相反管理など、臨床研究の実施体制改善や法整備に向けた詳細な議論はほとんど記事になっておらず、臨床研究の質向上に直接的に貢献したとは言い難い。

2.4.3 新聞記事と議事録の比較は可能か

ここからは、著者が研究過程で悩んだことを表明する。1 点目は、新聞記事と議事録など、異なる趣旨や文体で作成されたテキストの比較が可能かということだった。対応策として、KH Coder で抽出する品詞は、名詞、サ変名詞、固有名詞、組織名、人名等を選択するように設定し、動詞、形容詞、形容動詞、感動詞等は含めなかった。また自動的に語を取り出すと、例えば「利益相反」が「利益」と「相反」の 2 語に認識されてしまうため、「利益相反」や「奨学寄付金」「厚生労働省」など頻出する重要な語についてはタグ付けして強制抽出した。このような前処理後に、名詞を中心に頻出語の抽出を行えば、各テキストで展開された議論のテーマが把握しやすくなる利点があると思われる。しかし、動詞や形容詞等を外すことにより、新聞記者や厚生労働省検討会の委員が当該問題に対して持っている意見が見えづらくなる可能性もある。

2.4.4 調査協力者の匿名性

研究過程で悩んだ 2 点目は、調査協力者の実名を公表すべきか、ということだった。保健医療学領域で面接調査を実施する場合、調査協力者の実名を公表することは一般的ではないと理解していたからである。

本研究では、検討会 I と II の委員から入手した情報を複数の共通項目に分けて、話し言葉に近い文体で委員毎の面接サマリーにまとめて付録とし、実名と共に公表した。検討会の委員は、特定の職種や集団の利益を代表する形で委員に選出されているため、匿名にすると、検討会での議論と各委員の立場が明確にならないと考えたからである。また本研究は、医療福祉ジャーナリズム領域の研究と位置付けられるため、記者の取材に類似するところの面接調査や、インタビュー記事に類似する面接サマリーを作成して掲載するほうがよいと考えた。

以上、「医療福祉ジャーナリズム学」研究の一事例として、拙著論文の概要を紹介した上で、研究過程で逡巡したことを述べた。文書記録の分析方法や調査協力者情報の公開のあり方を検討する際の参考になれば幸いである。

3. シンポジウムにおける議論の要点

会場からは、実際に行動に結びつける文書情報やそのような研究はあるのか、外国人向けのわかりやすい日本語の活用の現状や今後の研究のあり方、また公開された議事録などの文書情報は、誰のものになるのか、発言者などどこまで確認をとるべきかなど、さまざまな観点からの質問や関心が寄せられた。

今後ますます高齢者は増え、日本語を母語としない人々は増えてくる。複雑な医療に関する情報を、どうわかりやすく伝えるかといった提供者側のニーズ、そして正しく活用できる利用者側のニーズはこれまで以上に高まっている。言葉で交わされるコミュニケーションだけでなく、文書情報を用いたコミュニケーションは今後も使われる機会が増えてくるだろう。

4. 結語

文書情報を実践においてどう活用し、活用されることを目指すのか、その担い手となる人やそのための教育方法としてどのように行うことが効果的か。こうした問いや求めに応じていくためにも、文書情報を起点とした研究は今後さらに求められるといえる。本シンポジウムで提供された文書情報に関わる研究アプローチのさまざまな視点や視座、そしてこれらに刺激を受け、今後さらに文書情報に関する研究が、ヘルスコミュニケーションに関わる多くの研究者や実践者たちにより発展的に取り組まれることを期待したい。

研究資金

シンポジウム全体に関連した研究資金はない。

「共有意思決定を促す患者向け医薬品情報」に関する演題については、AMED (課題番号 19mk101114h0002) 「患者・消費者向けの医薬品等情報の提供のあり方に関する研究」(研究開発担当者: 山本美智子) において実施したものを報告した。

利益相反自己申告

開示すべき利益相反はない。

引用文献

Annunziata, M. A., Foladore, S., Magri, M. D., Crivellari, D., Feltrin, A., Bidoli, E., & Veronesi, A. (1998). Does the information level of cancer patients correlate with quality of life? A prospective study. *Tumori*, 84(6), 619–623.

<https://doi.org/10.1177/030089169808400601>

Cancer Research UK. (2019). About cancer research UK's patient and health information. Retrieved November 27, 2019, from <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/about-our-information>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2009). Simply Put- A guide for creating easy-to-understand materials. Retrieved November 27, 2019, from https://www.cdc.gov/healthliteracy/pdf/simply_put.pdf

Choosing Wisely Japan. 公開フォーラム@東京 (2019年5月19日) 「患者と医療者のための医薬品情報」. Retrieved November 22, 2019, from <https://choosingwisely.jp/info/190519/>

Fischhoff, B., Brewer, N.T., & Downs, J.S. (Eds) (2011). Communicating risks and benefits: An evidence-based user's guide. Retrieved November 25, 2019, from <https://www.fda.gov/about-fda/reports/communicating-risks-and-benefits-evidence-based-users-guide>

Health on the Net Foundation. (1997). HONcode. Retrieved January 30, 2018, from <https://www.hon.ch/HONcode/Patients/Japanese/>

Joseph-Williams, N., Elwyn, G., & Edwards, A. (2014).

Knowledge is not power for patients: A systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient Education and Counseling*, 94(3), 291–309. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.10.031>

Loizeau, A.J., Theill, N., Cohen, S.M., Eicher, S., Mitchell, S.L., Meier, S., McDowell, M., Martin, M., & Riese, F. (2019) Fact Box decision support tools reduce decisional conflict about antibiotics for pneumonia and artificial hydration in advanced dementia: a randomized controlled trial. *Age Ageing*, 48: 67-74.

McDowell, M., Rebistchek, F.G., Gigerenzer, G., & Wegwarth, O. (2016). A simple tool for communicating the benefits and harms of health intervention: A guide for creating a fact box. *MDM Policy & Practice*. 1: 1-10.

National Cancer Institute. (2009). Making health communication programs work A planner's guide, Pink Book. National Cancer Institute. Retrieved from <https://www.cancer.gov/publications/health-communication/pink-book.pdf>

NHS England. (2019). The information standard. Retrieved January 30, 2019, from <https://www.england.nhs.uk/tis/>

Okuhara T, Ishikawa H, Okada M, Kato M, Kiuchi T. A readability comparison of anti- versus pro-influenza vaccination online messages in Japan. *Preventive Medicine Reports*. 2017, vol.6, p.47-52.

Okuhara, H, Ishikawa, E, Goto, M, Okada, M, Kato, T, Kiuchi. Processing fluency effect of a leaflet for breast and cervical cancer screening: a randomized controlled study in Japan. *Psychology, Health & Medicine*. 2018, vol.23, no.10, p.1250-1260.

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>

Tomlinson, K., Barker, S., & Soden, K. (2012). What are cancer patients' experiences and preferences for the provision of written information in the palliative care setting? A focus group study. *Palliative Medicine*, 26(5), 760–765. <https://doi.org/10.1177/0269216311419988>

Sakai, Y. Structured health information text for improving health communication. (Paper)One Health: Information in an Interdependent World. May 6, 2013, John B. Hynes Veterans Memorial Convention.

Schwartz, L.M., Woloshin, S., & Welch, H.G. (2007). The drug facts box: providing consumers with simple tabular data on drug benefit and harm. *Med Decis Making* 27:655-62.

Schwartz, L.M., Woloshin, S., & Welch, H.G. (2009).

Using a drug fact box to communicate drug benefits and harms: Two randomized trials. *Ann Intern Med*, 150: 516-527.

Schwartz, LM., & Woloshin, S. (2013). The drug facts box: Improving the communication of prescription drug information. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 110(Suppl 3), 14069-74.

Stacey, D., Légaré, F., Lewis, K., Barry, MJ., Bennett, CL., Eden, KB., Holmes-Rovner, M., Llewellyn-Thomas, H., Lyddiat, A., Thomson, R., & Trevena, L. (2017) Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*. 4: CD001431.

Woloshin, S., Schwartz, LM., Welch, HG. (2008). *Know your chances: Understanding health statistics*. Berkeley: University of California Press.

新井庭子, 分寺杏介, 松崎拓也, 影浦峯. テキスト読解の困難さに関する定量的分析: 小・中学校の理科教科書を事例として. *情報処理学会研究報告*. 2017, vol.2017-CH-114, no.5, p.1-8.

国立国語研究所「病院の言葉」委員会編著. *病院の言葉を分かりやすく: 工夫の提案*. 勁草書房, 2009, 234p.

酒井由紀子. 健康医学情報の伝達におけるリーダビリティ. *樹村房*, 2018, 242p.

中山和弘, 大坂和可子. (2017). 意思決定支援ツール(ディシジョンエイド)の作成・活用. In 中山健夫(編著). *これから始める! シェアード・ディシジョンメイキング: 新しい医療のコミュニケーション*. 東京: 日本医事新報社.

西村 多寿子. 「日本の臨床研究の質向上に向けてメディアの果たす役割〜研究不正の報道は臨床研究のルールづくりに影響を与えたのか〜」国際医療福祉大学審査学位論文(博士) 2019年3月.

野村雅昭, 木村義之編著. *わかりやすい日本語*. くろしお出版, 2016, 283p.

野呂幾久子, 邑本俊亮. インフォームド・コンセント説明文書のわかりやすさと情緒的配慮の記述が患者アウトカムに与える影響: 大学生を対象とした調査. *日本保健医療行動科学会年報*. 2009, vol. 24, p.102-116.

早川雅代, 石川文子, 木下乙女, 池口佳子, 藤也寸志, & 高山智子. (2019). 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〜. *日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌*, 10(1), 10-15.

福田洋, 江口泰正, & 中山和弘. (2016). *ヘルスリテラシー: 健康教育の新しいキーワード*. 大修館書店.

宮崎良雄. 説明文書を読みやすくするための工夫: 動物病院から. *日本語学*. 2016, vol.35, no.5, p.83-91.

***責任著者 Corresponding author : e-mail:**
totakaya@ncc.go.jp

総説

映像を創る、映像を分析する Creating Moving Images, Analyzing Moving Images

加藤美生¹⁾、河村洋子²⁾、市川衛³⁾、渡邊清高⁴⁾、伊藤守⁵⁾
Mio Kato¹⁾, Yoko Kawamura²⁾, Mamoru Ichikawa³⁾, Kiyotaka Watanabe⁴⁾, Mamoru Ito⁵⁾

- 1) 帝京大学大学院公衆衛生学研究科
- 2) 静岡県立文化芸術大学文化政策学部
- 3) 日本放送協会
- 4) 帝京大学医学部内科学講座腫瘍内科
- 5) 早稲田大学教育・総合科学学術院
- 1) Teikyo University Graduate School of Public Health
- 2) Shizuoka University of Art and Culture Faculty of Cultural Policy and Management
- 3) Nippon Hoso Kyokai / Japan Broadcasting Corporation
- 4) Teikyo University School of Medicine Department of Internal Medicine Division of Medical Oncology
- 5) Waseda University Faculty of Education and Integrated Arts and Sciences

Abstract

Television (TV) is a major source of medical and health information for the public, and affects the knowledge, attitudes, and behaviors of an unspecified number of viewers. TV programs range from non-fiction, such as news reports and documentaries, to entertainment, such as health variety shows and medical dramas. An important theme in health communication research is that the medical and health information handled by specific TV programs has a scientific evidence-based grounding and does not impair trust in medical and health care. However, research on moving images, particularly TV programs, has not yet been established in Japan. This symposium involved lectures on research methods and changes in/issues with moving image content delivered by a TV medical and health program producer, a medical doctor engaged in the evaluation of medical articles from the perspective of medical professionals, and a leading television researcher. We also discussed current issues in the rapidly changing media environment along with future directions.

要旨

テレビは、多くの一般人にとって主要な医療・健康情報源のひとつであり、不特定多数の視聴者の知識、態度、行動に影響を与える。テレビ番組には、ニュース報道やドキュメンタリーなどのノンフィクションから健康バラエティ番組や医療ドラマなどのエンターテインメントなどがあり、その番組特性は多岐にわたる。各番組が取り扱う医療・健康情報が科学的根拠のある内容であり、医療に対する信頼を損ねない内容であることは、ヘルスコミュニケーション研究の重要なテーマである。しかし、映像を対象とした研究は日本では未だ確立しているとは言えない。本シンポジウムは、テレビ医療・健康番組の制作者、医療者の目線で医療記事の評価に携わっている医師、そしてテレビ研究の第一人者が会し、急激に変化するメディア環境における医療・健康に関する映像コンテンツの変遷や課題、研究方法を論点として、課題と今後の方向性について議論することを狙って企画、実施したものである。

キーワード：映像、テレビ、メディアドクター、科学的根拠、マルチモダリティ

Keywords: moving images, television, media doctor, evidence-based, multimodality

日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌 2020;11(1):29-35 (2020年1月6日受付;2020年2月20日受理)

1. はじめに

インターネットとスマートフォンの普及により、私たちを取り巻くメディア環境は大きく変化している。これまでは不特定多数の人に情報を届けるには、マスメディアを通すのが常であったが、医療者、患者などの個人が

ソーシャルメディア利用者として自由にメッセージを表現・配信することができるようになった。

このようなメディア環境の中においても、未だマスメディアは医療・健康情報分野において重要な情報源としてその役割を担い続けており、責任ある発信行動が求め

られている。例えば、テレビは、多くの一般人にとって主要な医療・健康情報源のひとつであり、視聴者の知識、態度、行動に影響を与える。一方、その情報の信頼性について医療者間でしばしば疑問が呈され、実際の健康被害の発生や、患者やその家族の医学的に誤った意思決定に誘導する可能性の問題なども指摘されてきた。

テレビは代表的な映像マスメディアである。情報は主に映像と音で構成され、伝達される。映像には、非言語的情報が含まれ、これにより視聴者の感情に強く訴求することを可能にする。一方で、マスメディア全般にも共通することかもしれないが、わかりやすさや感情への働きかけとも連動するエンターテインメント性重視の傾向から、科学的・医学的な情報を十分伝えることができていないという指摘もある。

テレビ番組と一言で言っても、ニュース報道やドキュメンタリーなどのノンフィクション、つまり事実を忠実に事実として伝えようとするものから、健康バラエティ番組や医療ドラマなどの高いエンターテインメント性や、わかりやすさを追求するものなどがあり、特性は多岐にわたる。しかしながら、各番組がしっかりと科学的根拠に基づく医療・健康情報を提供し、誤った情報によって医療に対する信頼性を低下させることのないようにすべきであり、これはヘルスコミュニケーション研究における重大なテーマの一つである。

以上のような観点から、本シンポジウムでは、まずテレビ医療・健康番組の制作者である、日本放送協会 (NHK) チーフ・ディレクターの市川がメディカルジャーナリズムの観点で現状と課題を整理した。次に、医療・健康の報道について、「メディアドクター指標」を用いた報道記事の評価に携わる帝京大学の渡邊が、テキスト文字だけでなく、映像に対して客観的な評価を行うことの課題を整理し、可能性を提案した。最後に、テレビ研究の多様性について、早稲田大学の伊藤が具体的な研究手法やヘルスコミュニケーション分野におけるテレビ研究のヒントを提示した。

それぞれの論点が示されたのちに、静岡県立文化芸術大学の河村をファシリテーターとして、メディアと医療の協働に関する研究に取り組む加藤を加えて、パネルディスカッションを行い、今後の方向性について議論した。

以下、まず 3 名各人から提示された重要な視点、論点を記述し、続いてパネルディスカッションにおける議論のポイントをまとめて紹介する。

2. 「メディアとしてのテレビの特徴～ヘルスコミュニケーションは誰のために、何をできるのか？」市川衛

<テレビの力>

一般市民が医療や健康情報をどこから得ているかを聞いた調査 (東京都生活文化局, 2017) によると、テレビ 78.0%、インターネット (SNS を除く) 43.4%、SNS 6.8% で (複数回答可)、半数はインターネットから情報を得ていた。全体的にはネット・SNS 時代になっているが、テ

レビは未だに圧倒的な存在感を示していると言える。特に注目すべきは、10 年前と比較して、テレビからの情報収集がデータ上では増加傾向にある点である。つまり、テレビは多くの視聴者に情報を届けているし、そのための有用なメディアであると言える。

<テレビの特徴>

私自身は、テレビ番組 (例えば、NHK『ガッテン!』) を企画する際、以下の 4 点から、テーマを選定している。

- 1) ニュース性
- 2) 身近さ
- 3) お得さ
- 4) 興味深さ

そして以上のような基準はテレビの強みを活かすものである。一方で、テレビの弱みとして、以下のような点が整理できる。

- 一方向性 (振り返りが困難であるため、疑問点の確認が困難)
- 受動性 (少数の出し手と多数の受け手の立場が明確)
- 情報性より情動性 (情報量は少なくとも強い説得力) つまり、社会問題の提示や新技術の紹介に強みがある一方、提示型での情報提供のため多様な視点の提示ができない、そして一方向であるために相互の意見交換をすることができないなどの点では、工夫が必要となる。

<NHK スペシャル「腰痛・治療革命～見えてきた痛みのメカニズムの視聴者への影響・効果検証>

番組ではないが、腰痛に関する意識変革を促すために豪州で展開されたマスメディアキャンペーンの効果を検証した研究がある (Rachelle Buchbinder et al., 2008)。多数のテレビ CM で「恐怖回避のために不活動になるのではなく、恐怖を軽減させ、活動を活発化させることが大切である」というメッセージを伝えたところ、腰痛関連のコストが 20% 減少した。この研究を参照し、ドキュメンタリー番組である NHK スペシャルで同様に恐怖を軽減させるメッセージを発信したところ、動画の視聴後に「自覚的な痛み」「恐怖回避思考」「予期不安」に有意な改善が見られた (市川他, 2017)。このように、テレビ番組という映像メディアのコンテンツが視聴者の認知や態度を変容させる可能性を確認することができた。

<変化する医療・健康情報の伝達経路>

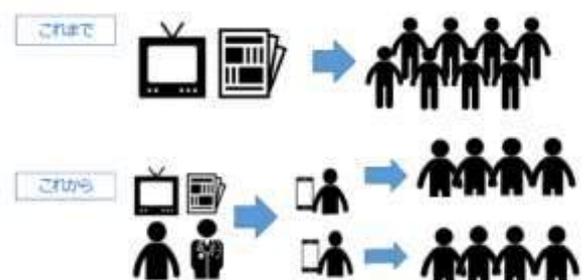


図 1 医療・健康情報の伝達経路

これまで、テレビや新聞などの「情報を専門的に扱う報道プロフェッショナルがわかりやすいコンテンツを

制作し、配信する」ことで、一般市民に情報を伝える経路が使われていた。これからは、テレビや新聞に加えて医療者や個人がインターネットなどで発信したコンテンツがシェアされることで情報が伝わる傾向がますます強まるであろう。(図 1)

この「シェア」の利点として、選別され、個別化された多様な情報を得られることがある。その反面、誤解を生む情報が拡散されたることもある。例えば、Sharma が行った Facebook 上の「ジカ熱」に関する投稿が適切な内容であったかを検証する研究 (2016) 結果では、適切なものは 81%、不適切なものは 12%であり、さらに最も拡散された投稿は「ジカウイルスの恐怖が不正なでっちあげである 10 の理由」と題された正しくない内容を含む動画であった (再生 53 万回、シェア 19 万 6 千回)。このように、昨今の情報技術の進歩は、必要性に応じて特化された有用な情報がシェアされやすくなる一方、発信者の情報がフィルターを介されないまま拡散してしまう危険性を孕んでいる。

＜課題解決のために協働できるコミュニティ＞

米国では、公衆の医療・健康に関する理解促進を目的とする NPO 法人 Association of Health Care Journalists が設立され、医療健康関連の記事執筆及び編集の質、正確性、透明性を高めるために、ヘルスケアジャーナリストの養成を担っている。

国内では私自身が一般社団法人メディカルジャーナリズム勉強会 (<https://medicaljournalism.jp>) を主催し、発信する上で最低限知っておきたい知識を得るセミナー「ヘルスケア発信塾」、系統的な学びを提供するリソース「ヘルスケア発信の手引き」、メディアや医療者向け定期イベント「伝え方サミット」を推進している。このような取り組みによって、わが国における医療健康関連の記事執筆及び編集の質、正確性、透明性を向上させていきたいと考えている。

3. 「医療健康報道の質を探る～メディアドクターで記事を『科学』する」渡邊清高

＜メディアドクターの取り組み＞

「メディアドクター」とは、メディアと医療者がチームを組み、医療や健康を扱う一般向け記事を評価し、結果を公表することで報道の質を向上させるユニークな活動である。豪州や米国など海外の先行例を参考に、国内でもメディアドクター研究会 (<http://mediadoctor.jp>) が発足し (渡邊, 2014)、私もコアメンバーとして活動している。2007 年の最初の実証実験を皮切りに、評価項目を洗練させ、新規性、アクセス、代替性、あおり、エビデンス、効果の定量化、弊害、コスト、情報源、プレスリリースの 10 項目とした。私たちが実際にこれらの 10 項目に沿って、乳がんの新規治療法に関する 5 大全国紙の新聞記事の評価してみたところ、評価可能な記事数は 12 本中 7 本あり、評価が比較的低い項目は「効果の定量化」「あおり」、比較的高い項目は「新規性」であった。

＜海外の医療報道の分析研究＞

国内のマスメディアによる医療健康関連の報道に関する研究は少なく、海外のものが中心となる。この中で、Moynihan らによる新聞やテレビの報道の内容を分析した研究 (2000) によると、207 本のうち 83 本が医療のベネフィットを定量的に伝えておらず、定量的に伝えた 124 本のうち、相対的利益や絶対的利益まで提示したものは 18 本のみであった。

＜マスメディア情報発信のリスク＞

テレビ、新聞というマスメディアによる情報発信において留意すべき主要なリスクとして、まず、一般市民に安全面の懸念を喚起して、不安、恐怖を煽りパニックを生じさせてしまう可能性がある。また、利用者・消費者が不確かだったり、正確ではない情報を受け取った場合には、誤って、あるいは迷いから不適切であったり高価、かつ危険な代替手段を選択してしまう可能性もある。また、情報の内容によっては、利用者・消費者が不信感を不要に抱くことも考えられる。

＜米国の Health News Review の取り組み＞

米国ではヘルスケアジャーナリストを中心とするグループ Health News Review により記事の評価が行われていた (2018 年休止)。4 年間で 1,076 本の報道 (全米 10 紙、ウェブサイト 5、メールサービス 3、雑誌 3 件) の記事を対象に、報道の分析研究がされた。3 大テレビネットワークの ABC、CBS、NBC も評価対象としていたが、映像媒体の評価に伴う困難から継続を早期に断念した。代替策として、時々ブログで話題にすることで、継続的な監視を実施しているというメッセージを主要テレビ局に対して発信し、適切な情報発信を促す努力をしていた。

＜テレビ報道の評価：メディアドクターの取り組み例＞

論文化はしていないが、メディアドクター研究会でこれまで行なった映像媒体を用いた評価結果の概要を紹介する。研究会の参加者が NHK クローズアップ現代の 2012 年 1 月放送「歯科インプラント、トラブル急増の理由」を、同時期の新聞記事とともに 10 項目で評価したところ、媒体の特性が如実にあらわれた。(図 2)

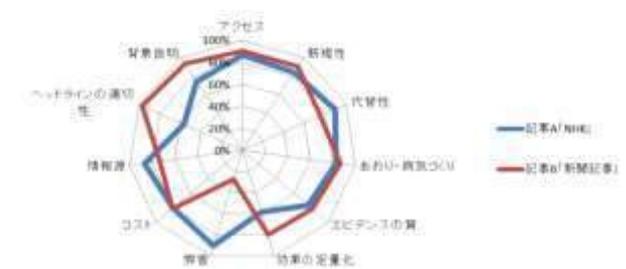


図 2 評価結果

特に、テレビ報道は新聞と比べ背景説明についての受け手の満足度が低く、専門家による解説など補足が必要であると考えられた。テレビ報道の場合、時間や構成の制約から、専門的な視点を取り入れ詳細に説明を加えた

り、費用やリスクなどの比較情報を発信したりすることが難しいこと、エビデンスが不十分な中で報道される場合も起こりうることも特性として考えられる。特性による制約を前提としつつも、研究会での検証の過程では報道におけるモラルの重要性は議論に上がる。

情報源、研究デザイン、プレスリリースの内容に加え、伝えるメディアの性質や目的、受け手の立場やスキルによって、医療健康報道の受け止められ方は異なる。とりわけ否定的な情報に関して、視聴者がどのように受け止めるのかという点が論点となることも少なくない。このような中、メディアドクター研究会では、記事の評価に加え、情報の伝え方、読み解き方についての議論を通して、メディアと患者・市民と研究者・医療者による対話を促す活動を展開している。

4. 「ヘルスコミュニケーションと映像メディア」伊藤守 ＜医療映像を取り巻く環境＞

「医療映像」には多様なものが含まれ、その情報量は増大している。まず、医療関係者相互のコミュニケーションが考えられる。例えば医学系学会ホームページの学会報告の映像、医療機関や医薬品メーカーのウェブサイト上の病院向けプロモーション動画などは身近なものとして考えられる。さらに、胃がんに視鏡検査結果など医療現場の専門的情報の映像が掲載されていることもあり、これまで一般市民が触れることのできなかった医療映像にアクセスできる環境が構築されてきたと言える。同じ医療映像にアクセスしても、医療専門家や患者が読み取ることと、一般の人やインターネット・テレビ局が読み取ることにはおのずとギャップが生じる。

＜医療映像を介するコミュニケーション＞

そもそも、コミュニケーションとは「送り手」が「メッセージ」を「受け手」に渡すという 3 要素だけでできているわけではない。例えば[kyo ha atsui]という文があったとき、事実確認 (Locutionary Act)、依頼、遂行 (Illocutionary Act)、不安、友情 (Perlocutionary Act) のいずれかの意味を含むかもしれない。つまり、ここにはマルチモダリティ (multi-modality) が存在する。このモダリティ (Modality) とは様式、様相、感覚の様態をさす。メッセージとメタメッセージとの階層、文脈 (context) など受け手による多様な解釈が考えられ、コミュニケーションを構成する 3 要素とそれに関連する複数の要因・要素にモダリティが存在するのである。

映像を介したコミュニケーションでは複雑性が高まる。文章や音声メディアによるコミュニケーションと比較して、映像コンテンツを構成する要素は断然多く、それぞれがモダリティを形成するため、多様性が増大するからである。映像の分析方法に、教育研究で開発されたマルチモダリティ分析がある (Kress et al., 2001)。

＜マルチモダリティ分析＞

マルチモダリティ分析はテレビドラマの分析に活用されてきた。また、テレビニュースにも応用され、例えば、

キャスター、解説者の会話分析 (ジェンダーによる違いや役割) やキャスターの表情、語調、動作の分析、論点の統語論的接合関係から、事実 (事件、出来事) に関する評価や政治的問題に関する解説・批評、映像と言語から構築された言説分析の手段として活用されて来た歴史がある。

＜医療映像の影響＞

医師と患者の対面状況において、医師が画像や映像を患者に見せるときに患者がどのように解釈するのか、患者が過去に接したテレビやインターネットの影響を受ける可能性がある。患者は、医師から伝えられることのないようなわかりやすいエビデンスの希薄な多様な医療情報を受容している可能性がある。患者が提示した情報に対して、どのような解釈コード (解釈の前提やフィルターとなる知識や考え、態度など) を持っているかが医師にとって不明である。さらに、医師はわかりやすい説明として映像を提示するが、「本当に患者にとって映像はわかりやすいのか」という問題もある。

画像や映像がエビデンスとして提示されたとき、患者は「そのまま受け止める」「別の受け止め方をする」「反発や違和感を表現する」など多様な受け取り方を示す。これは、映像や画像のメッセージの、受け手に対する非常に複雑な意味作用が背景の一部にある。今日、医療映像に対する患者・市民の解釈コードがどう設定されているか検証する必要性もある。また、医療映像自体の意味作用の他に、マルチモダリティを構成するもう一つの主要な側面である、患者の文脈としての医師との関係は、きわめて重要である。

5. パネルディスカッション

ここでは、後半のパネルディスカッションの時間に、前半の発表内容を踏まえ、発表者間および聴衆からの質問を受け付ける形で進めたパネルディスカッションの中からとりわけ肝要であると思われる点を挙げる。

1) マスメディアの情報制作の完璧なレシピはあるか?

テレビの番組制作において、特定の目的を持って、誰を対象にするかということは、もちろん考えられている。しかし、患者-医療者間コミュニケーションとは異なり、受け手に伴う変数は多く、その変数一つを取り上げても集団の中での多様性が極めて高い。重要な一つの変数として、当事者性があり、これは強ければ強いほど情報の受容度は高くなることが予想される。

多くの人にとって、現時点での当事者性が低い情報でできるだけしっかりと受け止めてもらいたい場合、正確性を重視して情報量が多すぎてしまうと無視されてしまうだろう。一方、わかりやすさと情動性の高い情報では、受け手の理解が簡略化されすぎたり、誤ったものになることも考えられる。特に、医療福祉関連の情報については、正確性と量は比例関係にあるように感じられる。情報量 (= 正確性) と受け止めやすさの「程よいバランス」

はあるのだろうか。

パネルディスカッションの中で見えてきた答えは、「唯一の完璧なレシピは存在しない」というものである。メディアプログラムの制作者には現場の経験を通して、感覚とスキルが備わっていく。そのような知恵は脈々と組織の中で受け継がれていくものでもある。しかし、それを汎用性のある、体系立てた「理論」化までできるかという、我が国の現状を鑑みると実証的な研究は少なく、そこまで至ってはいない。そして、日進月歩の情報技術の変化は、これをますます難しくしていると言える。

ある程度受け手を想定し、「平均の知識量はどの程度か」「当事者性がどの程度か」「特定の情報の受け取り方についてジェンダー差異がどの程度あるのか」ということが科学的なエビデンスとしてあったとしても、マスを対象とすると、受け取り手の集団には決して小さくない多様性が存在する。情報技術の進歩によってメディア利用の選択肢が増え、メディア構造の変化によって個性への対応が可能になっている。「ベストレシピ」が存在しない中で、この個性への対応の必要性もますます高まっていくことが予想される。

2) テレビによる医療情報の多様性の向上

上述の内容とも関連するが、今後テレビもインターネットメディアを併用し、より詳細な情報や異なった観点からのアイデアを提案したり、多様な意見を番組制作に対するフィードバックとして反映させることはさらに求められるようになるであろう。

政治分野では、情報発信において多面的な意見を提示し、意見の多様性を実現することは必須である。意見対立の状況まで示すことで、世論を成熟させたり、議題設定を促していくのである。情報の受け手も多様な意見の中で、自らの考えを形成していくことが前提となつてもと言える。

医療分野では、これまでひとつの解を示すような形で情報発信が行われてきた。我が国のマスメディアはそれを「上手く」してきた。これまでは、この状況に問題はなく、情報はやり取りされ、社会の中で活用されてきた。しかし、医療技術の進歩により治療の選択肢が増え、福祉分野では介護について多様化する個人の価値観とそれに伴う変遷・多岐化するサービスや仕組みなども絡まり、医療福祉に関する個人の選択肢の幅はますます拡張する傾向にある。より良い選択につなげるためには、医療分野でも多様な観点の提示が重要となる。このようなプロセスが情報の受け手の情報リテラシーを向上させていくことになる。情報の受け手が「正しい」「良い」として発信されているものをただ受け取るだけではなく、個々人の賢い選択につながるような情報の提供はテレビにも求められている。ひとつの解がないかもしれないテーマに関して、多面的な観点から情報が提示されるような番組の視聴者が、その中にあるメッセージを理解し、自ら情報リテラシーを上げ、より良い選択ができる力をつける

ようにすることまでをマスメディア制作側に期待したい。

3) リスクをコミュニケーションするときの難しさ

あらゆる分野でネガティブな情報の影響力の大きさは否定できないが、医療分野でも枚挙にいとまがない。近年では子宮頸がんワクチンの副反応について、対象年齢期の保護者の感情を煽るように報道されたことでワクチン接種に対する否定的な意見が強化された。このような科学的エビデンスが欠如する報道によって形成された世論に対して国や学会が声をあげ、メディア各社が報道を自主的に制御することを求めるという事態が生じた。

ワクチン接種のように特定の医療行為が社会全体として良い結果を生じさせるとしても、それに伴う（たとえ極めて微小であったとしても）リスクに対するネガティブな態度の形成と強化が生じ得る。未知から生まれる恐怖心などの「感情」は非常に強力である。重要なのは、そのようなネガティブな方向に進んでいくのを避けるために「伝えない」のではなく、たとえ微小であったとしても起こり得るリスクについてしっかりと伝えることである。その必要性は、回避の手段も伝えておけば、情報を受け取る側は望ましい行動をとることに伴うリスクを免れることができ、さらに伝達する側にとってのリスクマネジメントの観点からも極めて高い。

さらに、子宮頸がんワクチンの副反応の事例のように、世論が炎上してしまうような状況は「ディスコミュニケーション」が生じていると言える。これを「コミュニケーション」に切り替えるための対話を意識的に続ける必要がある。海外では、社会的に重要な事柄に関してデマゴーグ、嘘の情報、フェイクニュースのようなものが流れているような場合に、表現の自由の保障も鑑みて、適正かつ速やかな対応を取ることができるよう、調査を行う民間機関が存在する。我が国においても、複雑かつリスクを包含する可能性の高い医療情報について、海外でされているような仕組みの構築も視野に入れるべきではないだろうか。

4) 情報の受け手の状況・既存の関係性

情報の受け手の状況や置かれた文脈は大きな影響力を持つ。医療に関する情報源として、テレビは未だ有力であるが、「ロコミ」も次いで強力である。私たちは「顔が見える・知っている」人からの発言を信じやすい。テレビが批判もありながら芸能人を登用するのは、彼らが視聴者にとって「知っている」身近な人として受け止められるからである。

医療者からの情報が患者に受け止められない理由に、芸能人よりももしかすると身近には感じることできていないことがあるのかもしれない。直接に対面したことのないテレビ番組の司会より、医療者と患者間の関係性が弱い場合は、テレビからの情報の影響力はさらに大きくなることが想定できる。

情報の授受には受け手の多面的な要因が関連し、それ

らの複数の要因がそれぞれにモダリティを有し、関係しマルチモダリティを形成しているという極めて動的な状態が想定される。そして、このマルチモダリティの中で、情報の受け手である患者の文脈の重要な一部と考えられるのが、医療者との関係である。マルチモダリティの存在の中で、医療者と患者間の対人的なコミュニケーションとマスメディア・コミュニケーションをとらえ、役割や限界を考えていく必要がある。

5) メディア制作者側の前進の取り組み

この内容は、パネルとしてのディスカッションのまとめではないが、著者の市川が映像メディア制作の代表として前進のための取り組みを紹介した。一般視聴者からはもちろんのこと、医療者や研究者からは見えない努力の様子は共有されるべきであるので、誌面でも紹介しておく。以下は、市川のパネルディスカッション内の発言を整理したものである。

＜対象に応じた制作＞

NHK の持つ 5 波 (NHK 総合、E テレ、BS プレミアム、BS1、BS4K8K) で視聴者層は大きく異なる。例えば E テレの場合、福祉関連番組に視聴者の関心が高く、内容について理解できることを想定した「深い内容」が提供される。このような番組の視聴率は 0.2% であっても、社会的価値は大きいものである。一方、総合波で視聴率 10% 以上の番組の場合は、多くの視聴者に理解してもらう必要がある。制作は義務教育課程の最終段階である「中学生程度」を想定し、私の場合は「中学生のタロウくんに僕の今の話を聞いてもらったら彼はちゃんと理解できるだろうか」と考えながら言葉使いや内容を決めている。

＜制作における留意点と適切な情報発信のための対策＞

現場では共感を非常に重要視する。上から目線ではなく、私も自分が視聴者として「何が知りたいのか」「どのように伝えられると『そうだねえ』と理解できるか」を常に考えている。

制作者自身は真摯に「すばらしい情報だ」と思って伝えたものが、誤ったものだったということもありうる。誤った情報を伝えてしまわないために NHK 社内では、特に若い制作者向けに、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」(薬機法)の知識、エビデンスの評価の仕方などを系統的に学ぶ場を勉強会という形で設けている。

＜マスメディアの役割と医療者との協働＞

私はマスメディアの主要な役割は、「空気を作ること」だと考えている。つまり、ワクチン接種については、個人が受けることで社会全体の安全 (公衆衛生) を確保するので、良いことであるという空気を醸成することが役割として考えられる。一方、行動の実践には、マスメディアだけでは力不足である。医療者が現場で行っているコミュニケーションこそが行動変容に重要である。したがって、双方が敵対視するのではなく、互いに双方の強みを理解して力を合わせて共有する目的達成に向けて進

んでいくべきである。

私は、「最終的に誰を幸せにしようとしているのか」という問いを探究している。テレビ番組は国民の理解を目指しているかもしれないが、放送の結果として「誰がどのように幸せになったり、どのような利益を得るのか」、一方で「誰が不幸せになるのか」も考えながら、日々の制作に取り組んでいる。

6. 結語

本シンポジウムでは、主にテレビというマスメディアのひとつを挙げて、医療・健康情報を不特定多数の視聴者に届けることの課題を多角的に検討した。

メディア環境は今後も変化し続けるだろう。テレビ番組などの映像は電子的にアーカイブされ、時間を経ても閲覧できる対象となる。また、合法ではないが、実態として、SNS に番組全体または一部がアップロードされ、拡散されることで、文脈から離されて解釈される可能性が高い。

作り手が基本的な医療・健康情報やスキルを身につけるには、メディカルジャーナリズムに関するスキルを養成できるトレーニング機会が提供されることの必要性が示唆された。受け手には客観的指標 (メディアドクター指標など) を参考に、情報の正確性、科学的根拠、バランスの視点から絶えず Watch する (見張る、見守る) ことが求められるだろう。

また、実社会で発信された情報をオンタイムで評価すると同時に、研究者はテレビ研究で使われる言説分析、内容分析によりコンテンツを研究したり、マルチモダリティを前提として、作り手や受け手のプロセス分析など多様な観点から研究を行うことで、映像で医療・健康情報を取り扱うことのより具体的な課題を見出すことができるであろう。

実践者と研究者の協働により、情報が適時適切に伝達されることによって、日本に住む人々の健康に寄与できることを期待する。

利益相反

本報告に関して、開示すべき利益相反はありません。

謝辞

第 11 回日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会 大会長及び実行委員長、運営に携わった皆様に感謝申し上げます。本報告にあたり、JSPS 科研費 16K13025 の助成を受けました。

引用文献

Buchbinder, R., Gross, D. P., Werner, E. L., & Hayden, J. A. (2008). Understanding the characteristics of effective mass media campaigns for

back pain and methodological challenges in evaluating their effects. *Spine*, 33(1), 74-80.

doi:10.1097/BRS.0b013e31815e39c8

Kress, G., Jewitt, C., Ogborn, J., Tsatsarelis, C. Multimodal teaching and learning: The rhetorics of the science classroom. (2014). Bloomsbury USA Academic.

Moynihan, R., Bero, L., Ross-Degnan, D., Henry, D., Lee, K., Watkins, J., Mah, C., Soumerai, S. B. (2000). Coverage by the news media of the benefits and risks of medications. *The New England Journal of Medicine*, 342(22), 1645-1650.

doi:10.1056/NEJM200006013422206

Sharma, Megha, MD, FAAP, Yadav, K., MD, Yadav, N., MD, & Ferdinand, Keith C., MD, FACC, FAHA. (2016;2017). Zika virus pandemic—analysis of facebook as a social media health information platform. *AJIC: American Journal of Infection Control*, 45(3),

301-302. doi:10.1016/j.ajic.2016.08.022

河村洋子, 市川衛, 加藤美生, 岡敬之, 石川ひろの, 奥原剛, 岡田昌史, 木内貴弘, 松平浩. テレビ番組による腰痛改善映像の効果検証. (投稿予定)

東京都生活文化局. 東京都健康と保健医療に関する世論調査. (2017).

http://www.metro.tokyo.jp/tosei/hodohappyo/press/2017/03/07/documents/01_01.pdf (2019年12月27日アクセス)

渡邊清高. 第11回つながれインフォプロ 医療健康報道を「評価する」メディアドクターとは. *情報管理* 57(5)344-347, 2014

***責任著者 Corresponding author : 加藤美生**
e-mail mkato-ctr@umin.ac.jp

第 11 回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

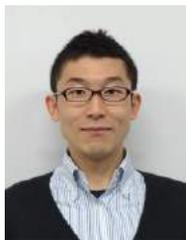
(筆頭者写真とコメント、50音順)

口演発表部門

上智大学文学部保健体育研究室
島崎崇史先生

健康教育漫画が行動実施の心理的なレディネスに与える影響

私は、健康情報に触れた際の「心理・感情的な体験」が望ましい行動変容を促すという仮説を持っています。今回の研究では、健康情報の提供においてリスク認知、親しみ、満足、現実性の認知(リアリティ)といった心理・感情喚起をねらいとして漫画を使用しました。身体活動・食行動改善の情報を漫画、および従来型の情報媒体(イラスト中心、物語調テキスト、一般的なテキスト)により提供して効果を比較した結果、漫画は、他の媒体よりも心理・感情体験を促し、望ましい行動の実施意図、知識の向上に貢献していたことがわかりました。



ポスター発表部門

東京大学大学院医学系研究科医療コミュニケーション学分野
香川由美さん

「患者の語り」を活用した医学生に対する共感教育の効果：授業前後と7か月後の検討

患者と医師のコミュニケーションにおいて、医師の患者に対する共感的な態度が重要であることから、医学教育によって継続的に育むことが求められています。本研究は、患者講師から病いの体験の講演を聴く教育による医学生の共感の改善について検討しました。都内国立大学の医学部4年生84名を対象に、3時点のアンケート調査により患者への共感を測定した結果、授業前後で得点が有意に上昇し、7か月後も維持されていたことから、その有用性が示唆されました。今後も、患者参画による医学生のコミュニケーション教育の発展に貢献できるよう、研究を積み重ねていきたいと思っております。



東京慈恵会医科大学 環境保健医学講座
須賀万智先生

うつ病発症時の受診促進をめざしたメッセージの開発と評価

精神疾患の受診の遅れが問題視されています。公衆衛生学的観点から早期発見・早期治療を進めるには、一般市民に問題解決行動を促すヘルスコミュニケーションが必要です。そこで、うつ病発症時の受診促進につながるメッセージを開発することを目標に掲げ、一般市民にどのようなメッセージを伝えたら受診意図を高められるかを追究してまいりました。アンケート調査を繰り返し、一般市民の反応を調べていった結果、「うつ病は治療が必要な病気です」という直接的な内容を繰り返し配信する方法が効果的であることが明らかになりました。



横浜市立大学 都市社会文化研究科
土屋慶子先生

視線解析を用いた救急医療インタラクションのマルチモーダル分析：メンバーの促し行為とリーダーの指示行為

救急医療では医療者チームが協働し、安全に医療行為を行うことが必要とされます。本発表では、リーダーの指示行為、特に促しを伴う指示に注目し、誰がどのように促し行為を行い、それをリーダーがいかに認識しているのかを、視線解析メガネを用いて収録した救急医療シミュレーション訓練データをもとに明らかにしました。研究の初期段階ではありますが、メンバーからの発話・視線による促しを受けて、あるいはリーダーがメンバーの非言語による促しをとらえ指示を行うことで、互いに診療の方向性を確認・修正していることが示されました。



日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌－第11巻第1号
The Journal of the Japanese Association of Health Communication Vol.11, No.1

2020年4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(2019-2020)

編集委員長

宮原 哲 (西南学院大学外国語学部外国語学科)

編集委員

岩隈 美穂 (京都大学大学院医学研究科医学コミュニケーション学分野)

榊原 圭子 (東洋大学社会学部社会福祉学科)

孫 大輔 (東京大学大学院医学系研究科医学教育国際研究センター)

高永 茂 (広島大学大学院文学研究科)

高山 智子 (国立がん研究センターがん対策情報センター)

本間三恵子 (埼玉県立大学健康開発学科健康行動科学専攻)

特集号ゲスト編集者

木内 貴弘 (東京大学大学院医学系研究科医療コミュニケーション学分野)

奥原 剛 (東京大学大学院医学系研究科医療コミュニケーション学分野)

上野 治香 (東京大学大学院医学系研究科医療コミュニケーション学分野)

岡田 宏子 (東京大学大学院医学系研究科医療コミュニケーション学分野)

発行者日本ヘルスコミュニケーション学会

<http://healthcommunication.jp/>
