

The Journal of the Japanese Association of Health Communication  
Vol. 5, No. 1, 2014

# 日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌

第5巻 第1号

**特集号**

**ヘルスコミュニケーション教育の現状と未来**

日本ヘルスコミュニケーション学会

Japanese Association of Health Communication

<http://HealthCommunication>

# 目次

## 第5巻1号

### 学術集会報告

#### 第1部 わが国のSchool of Public Healthにおけるコミュニケーション教育

##### 1-1 「東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻（東大 SPH）のヘルスコミュニケーション教育」

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

木内貴弘、石川ひろの ……1

##### 1-2 九州大学医療経営管理学専攻における医療コミュニケーション教育について

九州大学大学院医学研究院

萩原明人 ……2

##### 1-3 京都大学公衆衛生大学院（SPH）におけるコミュニケーション教育の現在

京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻

医学コミュニケーション学分野 岩隈美穂, 健康情報学分野 中山健夫 ……4

##### 1-4 ハーバード公衆衛生大学院におけるヘルスコミュニケーションの歴史と概要

キャンサースキャン

石川善樹 ……7

#### 第2部 コミュニケーション教育の理論と実践

##### 2-1 コミュニケーション教育の実践と評価について考える： CEFR と ELP を参考にした学習者の成長の捉え方

山形大学

石橋 嘉一 ……9

2-2	聴く力を涵養するコミュニケーション・プログラム:その指導法と効果	桜美林大学リベラルアーツ学群	樋田 <sup>アキ</sup> 照子 ……………11
第3部 卒前医療者教育におけるコミュニケーション教育			
3-1	継続的な交流と省察を通じた“社会における個人”の理解の深化	岐阜大学医学教育開発研究センター	西城卓也 ……………14
3-2	コミュニケーション教育をベースとしたプロフェッショナルリズム教育	九州歯科大学歯学部 総合診療学分野 木尾哲朗, 永松 浩, 鬼塚千絵, 田中 宗 口腔応用薬理学分野 大住伴子, 口腔機能発達学分野 森川和政 感染分子生物学分野 西原達次	……………15
3-3	多職種連携によるチームコミュニケーション教育	名古屋大学医学系研究科地域医療教育学講座 阿部恵子、安井浩樹、青松棟吉	……………18
3-4	トランスクリプト作成による振り返りを重視したコミュニケーション教育	名城大学薬学部	半谷真七子 ……………20

## 学術論文

### 原著論文

1. 日本におけるヘルスコーチングの特徴と課題: テキストの分析を通して

関西医科大学医学部

西垣悦代 ……………22

### 原著論文

2. カフェ型ヘルスコミュニケーション「みんなのカフェ」における医療系専門職と市民・患者の学び

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 孫 大輔 ……………37

早稲田大学大学院人間科学研究科 菊地真実,

聖路加国際大学看護情報学 中山和弘

### 研究ノート

3. 終末期を受けた患者を持つ家族および終末期医療従事者へのコミュニケーション介入の検討: 系統的レビュー

早稲田大学人間科学学術院 安部 猛, 鷹田佳典, 小野充一 ……………46

早稲田大学大学院人間科学研究科 塚本恵理香

### 研究ノート

4. タッチスクリーンで感情と行動の記録が可能なセルフケア支援 Web アプリのためのピクトグラムを用いたユーザーインターフェースの開発

東邦大学理学部情報科学科 日紫喜光良 ……………55

名古屋大学大学院医学系研究科地域医療教育学講座 安井浩樹, 阿部恵子

東邦大学看護学部家族・生殖看護学研究室 松永佳子,

有限会社ミッテルさくらんぼ薬局 糸島恵, ライン株式会社 田村卓郎

北海道薬科大学 野呂瀬崇彦

## 報告

### 「東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻

#### (東大 SPH) のヘルスコミュニケーション教育」

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  
木内貴弘、石川ひろの

東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻(東大 SPH)は、平成 19 年度に設置された公衆衛生学の専門職修士課程である。医療コミュニケーション学分野は、東大 SPH 発足時に設立され、「医療コミュニケーション学講義」、「医療コミュニケーション学実習」を実施している。これらの特徴は、第1にヘルスコミュニケーション実践、研修等を行っている実務家に多くの講義・実習を依頼していること、第2にヘルスコミュニケーションの全体像を理解してもらうためにヘルスコミュニケーションの各分野を広く、浅く網羅していること、第3に各種コミュニケーション理論・技法の違いよりも、共通性を強調することによって、多様に見える講義・実習の背景に共通するコミュニケーションというものの本質を理解できるように配慮していることにある。

「医療コミュニケーション学講義」は、大きく、総論(3 回)、対人コミュニケーション(6 回)、メディアコミュニケーション(5 回)の3つに区分される。総論は、1)ヘルスコミュニケーション概要全般、2)ソーシャルマーケティング、3)実証研究についての講義を行っている。対人コミュニケーションでは、主として医療従事者・患者コミュニケーションについて、1)医療機関の立場からと2)患者の立場からの講義(2 回)の他、3)医療者側のコミュニケーション実践法(2 回)と4)カウンセリング入門について講義がなされる。メディアコミュニケーションでは、1)新聞、2)テレビ、3)インターネット、4)エンターテインメント・エディケーション、5)ヘルスキャンペーンについての講義が行われる。「医療コミュニケーション学実習」は、対人コミュニケーション実習とメディアコミュニケーション実習に区分され、前者を前半に、後者を後半に実施する。対人コミュニケーション実習では、1)MBTI によるコミュニケーション実習(2 回)、2)コーチング実習、3)接遇実習を実施している。メディアコミュニケーション実習では、マスコミ実習として 1)模擬記者会見による新聞記事作成実習・新聞記事の分析を行う。また 2)インターネット実習(2 回)として、Blog、Wiki を用いたコンテンツの作成法を実習している。上記の他、当教室大学院生(博士課程及び専門職修士課程課題研究)、研究生その他のより深く学びたい人のために、毎週木曜日の午前に輪読会、抄読会を実施している。

#### [文献]

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

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分野ホームページ <http://www.umin.ac.jp/hc/>

#### [略歴]

昭和 61 年東大医学部医学科卒業。東大病院で内科研修医後、東大大学院医学系研究科で医療情報学(指導教官 開原成允)を専攻。東大大学院医学系研究科疫学・生物統計学助手、東大病院中央医療情報部講師、助教授を経て、現在、東大大学院医学系研究科医療コミュニケーション学教授・東大病院 UMIN センター教授。

## 報告

# 九州大学医療経営管理学専攻における医療コミュニケーション教育 について

九州大学大学院医学研究院 萩原明人

### 1. はじめに

近年の医療構造の変化に伴い、政策、経営、管理、コミュニケーション等の視点から医療を総合的、横断的に理解したうえで、問題を発見し、その解決にあたる医療専門家が求められている。

### 2. 本専攻の構成

九州大学医療経営管理学専攻の目的は、現実に存在する医療問題を解決するため、目的を明確にし、具体的に対策を組み立て、結果を評価し改善するシステムの構築が出来る人材を育成することである。本専攻は医療政策学、医療経営学、医療管理学、および、医療コミュニケーション学の4分野から構成されている。

### 3. 医療コミュニケーション教育について

九州大学医療経営管理学専攻の医療コミュニケーション学分野は医療現場における、医療者－患者コミュニケーション、患者コンプライアンス、患者満足度、医事紛争、医療従事者のストレスマネジメント等、医療の質と関連する問題の教育研究を実践する。具体的には、医療現場における、医療者－患者コミュニケーション、患者コンプライアンス、患者満足度、医事紛争、医療従事者のストレスマネジメント等、医療の質に関連する問題の教育と研究に重点を置いている。具体的な医療コミュニケーション領域の科目として、「医療コミュニケーション学 I」「医療コミュニケーション学 II」「ケアコミュニケーション論」「インフォームドコンセント」が開講されている。各科目の具体的な内容は以下の通りである。

#### 医療コミュニケーション学 I

1. 医療コミュニケーションモデルと阻害要因
2. 医療者・患者コミュニケーションと医事紛争, 治療効果
3. 医師－患者コミュニケーションと医事紛争に関する文献を読む

#### 課題文献

- Obstetricians ‘ Prior Malpractice Experience and Patients ’ Satisfaction With Care, JAMA 1994; 272:1583-1587.
- Physician-Patient Communication: The Relationship With Malpractice Claims Among Primary Care Physicians and Surgeons, JAMA 1997; 277:553-559.

- Risk Management: Extreme Honesty May Be the Best Policy, *Annals of Internal Medicine* 1999; 131:963-967.
- 4. 医療コミュニケーションに関する研究紹介
- 5. わが国の医療機関の標榜科に関する問題
  - －医療者の医療機関広告に対する意識
- 6. 医療機関の業績評価書の効果
  - －病院評価レポートの効果
- 7. 自殺報道と誘発自殺
  - －自殺とマスメディアの関連
  - －わが国における群発自殺と報道の影響

## 医療コミュニケーション学 II

1. 臨床コミュニケーション概説
2. ライフサイクルにおける発達課題, 病理, 対応
  - －乳児期, 幼児期, 遊戯期, 学童期, 青年期, 前成人期, 成人期, 老年期の各ステージの特徴の理解
3. 病気に対する患者の反応とスタッフの対応
4. 治療関係の構築と患者の人生 QOL

## ケアコミュニケーション学

1. 医療者－患者, 医療者間, 医療者－社会におけるコミュニケーション
2. チーム医療におけるコミュニケーション
3. 情報の共有化
4. ケアコミュニケーションの臨床
  - －病気に対する患者の反応とスタッフの対応
  - －患者の多角的メッセージの理解
  - －治療関係の構築

## 4. 医療コミュニケーション教育の今後の課題

本学会での発表に先立ち、受講生に医療コミュニケーション教育に関するアンケート調査を行ったところ、以下のような回答を得た。医療コミュニケーションに関する知識は患者理解、クレーム対応だけでなく、スタッフ間の理解を深めるうえで役に立っていた。有益だった内容として、コミュニケーションを客観的に捉える視点の獲得につながる、コミュニケーションに関する研究(定量的な評価方法、コミュニケーションの影響を受ける要因等)の紹介が有益と評価された。また、現場ですぐに実践できるコミュニケーション技法に対する満足度が高かった。

今後の課題として、就業しながら通学する学生が多いこともあり、すぐに現場で実践・応用できる技術の習得を望んでいた。また、医療を取り巻く環境が目まぐるしく変化する中で、より新しい情報を得ることに関心を持っていた。この領域のカリキュラムの充実が今後の課題である。

報告

京都大学公衆衛生大学院 (SPH) における  
コミュニケーション教育の現在

京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻  
医学コミュニケーション学分野 岩隈美穂  
健康情報学分野 中山健夫

MPH(修士課程)の進路

Table The affiliations held by MPH graduates as of 2013

		Count	Percent	Number	%
Ph.D. Kyoto	内部進学	65	25.3		
Ph.D. Other	進学	7	2.7		
Other Schools	進学 (他学部)	1	0.4	73	28.4
Hospital	医療施設	21	8.2	21	8.2
	私立大学医療系	6	2.3		
	国立大学医療系	2	0.8		
	公立大学医療系	1	0.4		
	私立大学医	2	0.8		
	国立大学医	5	1.9		
	国立大学	2	0.8		
Academia	私立大学	2	0.8	20	7.8
	独法	4	1.6		
Public Research Institute	独法研	5	1.9	9	3.5
Public Interest Foundation	公益法人	6	2.3	6	2.3
Municipality	地方自治体	9	3.5	9	3.5
	私立学校	1	0.4		
High or middle or elementary Schools	公立学校	2	0.8	3	1.2
Government	中央官庁	1	0.4	1	0.4
Industry	企業	57	22.2	57	22.2
NPO	NPO	2	0.8	2	0.8
Mass communication	マスコミ	2	0.8	2	0.8
Municipality Foreign	地方自治体(外)	1	0.4	1	0.4
Universities Foreign	大学国外	1	0.4	1	0.4
Vocational schools	専門学校	1	0.4	1	0.4
Unknown	不明	49	19.1	49	19.1
Childcare leaves	休業中	2	0.8	2	0.8
Total	合計	257	100	257	100

京都大学 SPH の修士課程の特徴として、学生が各自の研究テーマを選び、1年かけて「課題研究」としてまとめることを修了要件としている。2年次に研究計画書作成、研究実施、データ解析、まとめ、報告書執筆、そして2月には卒業予定者が全員参加して2日間にわたる発表



会を開催する。入学以来座学で学んできたことを実際の研究に応用する機会を与えられ、研究者としての洗礼を受ける。この「課題研究」を経た京大修士課程卒業生たちは、博士課程後期進学、医療施設への就職、一般企業への就職を果たしている。

## 博士後期課程現況

Table the titles held by DPH graduates as of 2013

		Count	Percent	Number	%
Professor	教授	5	4.6		
Associate Professor	准教授	9	8.3		
Assistant professor	講師	10	9.2		
Assistant professor	助教	14	12.8		
Teaching staff	教員	1	0.9		
Researcher	研究員	8	7.3		
Research Assoc. Prof.	特定准教授	2	1.8		
Research Assist. Prof.	特定助教	2	1.8		
Adjunct Assist. Prof.	特任助教	4	3.7	55	50.5
Executive	役員	1	0.9		
President	社長	1	0.9		
Director	部長	2	1.8		
Manager	課長	3	2.8	7	6.4
President of the hospital	院長	1	0.9	1	0.9
First secretary	一等書記官	1	0.9	1	0.9
Inspector	モニタリング専門家(国際機関)	1	0.9	1	0.9
Total	合計	65	59.6	65	59.6

### 京都大学 SPH におけるコミュニケーション教育

本専攻には16の講座(協力講座も含む)が含まれ、医療・医学と社会・環境のインターフェイスを基軸としていることから、コミュニケーションに関心が高い。発表者の一人である岩隈は、もともとコミュニケーション学が専門で現在は医学の領域で教育・研究活動を行っている。一方で、健康情報学分野の中山健夫は医学、特に公衆衛生学・疫学専門をとしヘルスコミュニケーションに関心がある。

健康情報学分野は疫学研究による量的なエビデンスと患者の体験などのいわゆるナラティブに基づき、「生・老・病・死に向き合う時、人間を支え、励ます情報・コミュニケーションとは何か?」を問いとして研究・教育・実践に取り組んでいる。大学院では「疫学」「文献検索法」「文献評価法」「フィールドワーク」「健康情報学」「EBM・診療ガイドライン特論」「Eヘルス概論」「ヘルスサイエンス研究の進め方(2014 年度開講)」を担当している。特にヘルスコミュニケーションに関わる内容は「健康情報学」「Eヘルス概論」「EBM・診療ガイドライン特論」で提供している。特にリスクコミュニケーションに関しては「健康情報学」、ライティングを中心とした学術情報のコミュニケーションに関しては「文献評価法」と「ヘルスサイエンス研究の進め方」で取り上げている。

一方医学コミュニケーション学分野は、京大 SPH の中で最も新しい講座であり、2008年4月に開講され、健康情報学分野とともに本専攻でのヘルスコミュニケーション教育の一翼を担っている。「社会と医学をコミュニケーションでつなぐ」というミッションのもとに、「医学コミュニケーション・基礎」「医学コミュニケーション・演習」「医療社会学」の3つのクラスを SPH で提供している。その中でコミュニケーションの中でも大きなウェイトを占める非言語コミュニケーション

ョンを取り上げ(医学コミュニケーション・基礎)、コミュニケーション学のみならず障害学、社会学といったソーシャルサイエンスの視点で医学がどう見えるのか、についても授業で触れている。

本稿では、まず京都大学公衆衛生大学院 (SPH) の概要と卒業生の現況・進路について述べ、次に健康情報学分野と医学コミュニケーション学分野でのコミュニケーション教育の特徴について解説した。ヘルスコミュニケーションに興味があり公衆衛生大学院への進学を考える人たちへ参考になれば幸いである。

[参考文献]

中山健夫. 健康・医療の情報を読み解くー健康情報学への招待(京大人気講義シリーズ)第2版 丸善出版:東京 2014年

米国立がん研究所 編・中山 健夫 (監修).ヘルスコミュニケーション実践ガイド. 日本評論社:東京 2008

宮崎 貴久子・中山健夫(監訳). トム・ラングの医学論文「執筆・出版・発表」実践ガイド. シナジー:東京、2012

Iwakuma, Miho. (2014, in press). The struggle to belong. Hampton Press.

酒井郁子(編). (2005). 超リハ学ー看護援助論からのアプローチ. 文光堂. (1章担当)

杉野昭博、小川喜道(編). (2014). よくわかる障害学. ミネルヴァ出版. (2章担当)

[略歴]

岩隈美穂

米国オクラホマ大学大学院博士課程修了。コミュニケーション学博士。

[略歴]

中山健夫

東京医科歯科大学医学部卒、臨床研修後、同大難治疾患研究所疫学部門助手、米国 UCLA フェロー、国立がん研究センター研究所がん情報研究部室長を経て、2000年京都大学大学院医学研究科社会健康医学系助教授、2006年より教授(健康情報学)。2010年より同副専攻長。

## 報告

# ハーバード公衆衛生大学院におけるヘルスコミュニケーションの 歴史と概要

キャンサースキャン  
石川善樹

本発表では、ハーバード公衆衛生大学院 (HSPH) におけるヘルスコミュニケーションの歴史と概要について報告を行った。具体的には、「1. HSPH におけるヘルスコミュニケーションの位置づけ」、「2. ヘルスコミュニケーション専攻の教育内容」、「3. ヘルスコミュニケーション専攻の学生の進路」、について具体的な事例を交えて報告を行った。

### 1. HSPH におけるヘルスコミュニケーションの位置づけ

HSPH として「コミュニケーション」に注力することを方向づけたのは、バリー・ブルーム前学長である。ブルーム氏は、「激動する時代の要請にこたえるため、また新たなパブリックヘルスの科学革命を、迅速かつ適切に現場の意思決定に持ち込むためには、コミュニケーションは不可欠」と考え、1998年の学長就任と同時に、学校の使命の一つに「コミュニケーション」を加えた。

具体的には、「The overarching mission of Harvard School of Public Health is to advance the public's health through learning, discovery, and communication」というミッションを掲げ、「教育 (learning)」、「研究 (discovery)」、「コミュニケーション (communication)」をHSPHの柱とした。

以後、数々のヘルスコミュニケーションに関するイニシアチブがとられてきたが、ヘルスコミュニケーションを専門的に学ぶヘルスコミュニケーション専攻が開講されたのは、2006年のことである。

### 2. ヘルスコミュニケーション専攻の教育内容

ヘルスコミュニケーション専攻の学生は、あらかじめ指定された授業科目の中から、合計10単位の取得が義務付けられている。2.5単位はHSPHの授業 (*Health Communication in the 21<sup>st</sup> Century* あるいは *Health Promotion through Mass Media*) を受講することが求められている。一方、残りの7.5単位は、ハーバード経営大学院、ハーバード教育大学院、ハーバード行政大学院など、HSPH以外の大学院からの単位も認められる(表1参照)。

表1. HSPH におけるヘルスコミュニケーション専攻の授業一覧

ハーバード 公衆衛生 大学院	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Political Analysis for U.S. Health Policy</i> [5]</li><li>• <i>Organizing Consumer and Community Interests in the Health System</i> [2.5]</li><li>• <i>Health Literacy</i> [2.5]</li><li>• <i>Explaining Health Behavior: Insights from Behavioral Economics</i> [2.5]</li><li>• <i>Public Speaking for Managers</i> [1.25]</li><li>• <i>Strategic Marketing Management in Health Systems</i> [2.5]</li></ul>
ハーバード	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Digital Marketing Strategy</i> [5]</li></ul>

経営大学院	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Strategic Marketing in Creative Industries [5]</i></li> </ul>
ハーバード教育大学院	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Growing Up in a Media World [5]</i></li> <li>• <i>Informal Learning for Children [5]</i></li> <li>• <i>Innovation by Design: Projects in Educational Technology [5]</i></li> <li>• <i>Transforming Education through Emerging Technologies [5]</i></li> <li>• <i>Advanced Design Studio [5]</i></li> <li>• <i>Research and Evidence: Framing Scientific Research for Public Understanding [5]</i></li> </ul>
ハーバード行政大学院	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Press, Politics and Public Policy [5]</i></li> <li>• <i>Media, Politics and Power in the Digital Age [5]</i></li> <li>• <i>New Media, Surveillance, Access, Propaganda and Democracy [5]</i></li> <li>• <i>Introduction to Negotiation Analysis [5]</i></li> <li>• <i>Persuasion: The Science and Art of Effective Influence [5]</i></li> <li>• <i>Public Narrative: Self, Us, Now [2.5]</i></li> <li>• <i>Public Narrative: Conflict, Continuity, Change [2.5]</i></li> <li>• <i>Organizing: People, Power, Change [5]</i></li> <li>• <i>The Arts of Communication [5]</i></li> <li>• <i>Introduction to Writing for Policy and Politics [2.5]</i></li> <li>• <i>Advanced Intensive Writing for Policy and Politics [2.5]</i></li> </ul>

参照:HSPHのヘルスコミュニケーション専攻のウェブサイトより引用(2014年3月23日現在)。カッコ内は単位数。

### 3. ヘルスコミュニケーション専攻の学生の進路

様々なバックグラウンドを持った学生がヘルスコミュニケーション専攻を志しているが、研究を通じて生産された「ナレッジ」を「エビデンス」に転換し、市民、政策立案者、保健医療従事者にコミュニケーションすることで、社会の健康状態の改善に貢献したいという想いを持っている。

卒業後のキャリアとしては、1)ヘルスコミュニケーション分野の研究者、2)公的機関でキャンペーンやリスクコミュニケーションの企画・実践・評価、3)NPO、広告代理店、PR会社、マーケティング会社、4)健康/科学ジャーナリストなどがあげられる。

#### [参考文献]

ハーバード公衆衛生大学院のヘルスコミュニケーション専攻のウェブページ

<http://www.hsph.harvard.edu/health-communication/>

#### [略歴]

石川善樹

東京大学医学部健康科学科卒、同大学院医学系研究科修了。

ハーバード公衆衛生大学院ヘルスコミュニケーション専攻1期生。

博士(医学)(自治医科大学)

現在、キャンサースキャンにてイノベーションディレクターをつとめる。

## 報告

# コミュニケーション教育の実践と評価について考える： CEFR と ELP を参考にした学習者の成長の捉え方

山形大学  
石橋 嘉一

### 1. はじめに

本小論では、平成25年8月9日・10日に開催された、第5回ヘルスコミュニケーション学会学術集会 セッション2「コミュニケーション教育の理論と実践」で発表した内容を報告する。

本発表の目的は以下の2つの課題を提起し、その課題の解決方法を提案し、ヘルスコミュニケーション学の発展に寄与することであった。(1)コミュニケーション教育を実践し、その評価を学習者の成長という観点で実施する場合、どのような方法が可能であろうか。(2)(1)についてヘルスコミュニケーションの文脈で考える際に、どのような先行研究・事例が参考になるであろうか。上述の課題について、以下の2つの視点から発表した。(1A)人間関係の根幹を成すコミュニケーションは、言語、非言語(顔の表情や動作等)など、多様な要因が複雑に関連し合うが、本発表では言語によるコミュニケーションに焦点をあて、近年のヨーロッパ連合(EU)で活用されている、外国語学習の参照枠(CEFR)を参考にした。(2A)(1A)をもとに、様々な医療現場の状況に応じた「～ができる」という能力参照枠をもとに、学習者の成長を段階的に評価し、医療従事者のコミュニケーション教育の成果を可視化する方法を提案した。

### 2. 能力参照枠を用いた言語コミュニケーションの評価

欧州評議会(Council of Europe)は、2001年に「外国語の学習、教授、評価のための共通参照枠組み(CFER\*)」と「言語学習記録帳(ELP\*\*)」を刊行した。これらの教育的ツールは、従来、理念的に語られることの多かった「コミュニケーション」という概念を、38の場面(例:「公式のミーティング」「目的達成のための協同作業」等)のコミュニケーション言語活動としてカテゴリ化し、初心者から熟達者に至る段階的能力指標で学習者の成長を捉えている。例えば、「会話」という状況設定では、以下の6段階の能力指標が例示されている(1が初心、6に向かう順に熟達)。(1)紹介や基本的な挨拶ができる、(2)非常に短い社交的なやり取りには対応できる、(3)身近な話題についての会話なら準備なしに参加できる、(4)自分の気持ち、個人的な出来事や経験を伝えることができる、(5)感情表現、冗談などを交えて、柔軟に言葉を使うことができる、(6)社会や個人生活全般に渡って適切に自由に会話ができる。このように「～ができる」という表現はcan-do-statementと呼ばれ、初心者から熟達者に至る学習者の成長を定義することができる。CEFRはヨーロッパで開発された指標であり、社会文化的に日本の文脈には馴染まないという意見がある。また、外国語学習に特化した参照枠でもある。しかしながら、実社会で想定される様々なコミュニケーションの場面設定に応じて、「～ができる」という表現で初心者から熟達者に至るプロセスを明確に言語化する方法は看護の現場でも参考にできるのではなかろうか。例えば、看護における多重課題のマネジメントにおいて、初心者と熟達者の相違は何か。熟達者は何が(どのような項目の動作が、どう適切に)できるようになるのだろうか。また、異なる例では、救急搬送の電話応対において、初心者と熟達者ではどのようなコミュニケーション上の相違があるであろうか。本発表の前半では、こういった場面設定に応じた言語コミュニケーションの能力指標から、コミュニケーション教育の評価を試行する方法を提案した。

### 3. 言語学習記録帳(学習ポートフォリオ)を活用した学習者の成長の捉え方

次に、ELPと呼ばれる言語学習記録帳を紹介した。ELPはCEFRの参照枠を活用した、学習者が自己の学習を振り返るための教育ツールである。ELPは、(1)Language Passport(言語パスポート)、(2)Language

Biography(言語学習記録帳), (3) Dossier(言語資料集)の3つから構成されている。ELPの主な機能は、学習の記録と内省である。学習者は授業や課外活動で使用したワークシートやプリント類をELPに保管・記録していく。そして、学習後に自分の特定の領域のコミュニケーション言語活動が、どの程度できているのかを、CEFRの能力指標を参考に自己評価を記述する。自己評価は参照枠にチェックを入れたり、自由記述も併用する。また、場合によっては学習者と同じ参照枠を用いて教員からも評価を行う(他者評価)。当然学習者と教員の評価が同じである場合もあれば、異なる場合もある。そのため、定期的に学習者と教員が、ELPを介して話し合いを行う。これはポートフォリオ・カンファレンスと呼ばれ、学習者が自己の成長を内省・把握し、次段階の学習目標を定める重要な機会を与えている。

本発表の後半では、このような学習記録帳を通じた成長の捉え方を紹介し、最近接発達領域(ZPD)などの理論的枠組みとも照らし合わせて説明を行った。

#### 4. おわりに(コミュニケーション教育の実践と評価について考える)

本発表では、CEFRとELPの事例を参考に、医療現場のコミュニケーション教育の実践と評価について検討してきた。一つ目の提案は、医療現場の様々な場面設定に応じて、言語コミュニケーションを初心者から熟達者に至る段階的な能力指標で想定してみることであった。これにより、医療従事者個々人の理念的なコミュニケーション観に、ある程度一定の共通性、透明性を構築し、評価の客観性を高める方法を提案した。次に、能力指標に基づいた学習記録帳を活用することで、学習者は現段階の自己の到達度を内省することができ、かつ次段階の学習目標を把握することもできる。また、必要に応じて、教員やクラスメイトの手助けや他者評価を介することで、学習または評価が適切に遂行でき、学習者の成長を促進させることを紹介した。

最後に、CEFRとELPは、学習成果の質保証、単位互換、ポートフォリオ評価等、近年の文部科学省が提言する大学教育改革の方向性と親和性が高いため、それらへの応用の視座も提案した。

#### [注]

\*Common European Framework of Reference for Languages: Learning, teaching, assessment

\*\*European Language Portfolio

#### [参考文献]

Council of Europe. (2001). Common European Framework of Reference for Languages: Learning, teaching, assessment. Retrieved June 27, 2013, from [http://www.coe.int/t/dg4/linguistic/Cadre1\\_en.asp](http://www.coe.int/t/dg4/linguistic/Cadre1_en.asp)

Morrow, K. (2004). (Ed.) *Insights from Common European Framework*. Oxford: Oxford University Press.

#### [略歴]

石橋 嘉一(いしばし よしかず): 国立大学法人 山形大学 エンロールメント・マネジメント部 准教授  
コミュニケーション教育について教育工学, コミュニケーション学観点から研究. 文部科学省GP・概算要求事業等の大学教育改革を推進. 日本コミュニケーション学会副広報局長.

## 報告

# 聴く力を涵養するコミュニケーション・プログラム — その指導法と効果 —

桜美林大学リベラルアーツ学群

アキ  
穂田 照子

### はじめに

最近、子供たちの「きく力」が低下しているという声が教育現場ではよく聞かれる。「話を聴かない・聴けない」傾向は、若い保護者たちにも見られ、団塊の世代の特徴の1つとしても取り上げられることがある。「モンスター・ペアレント」や「モンスター・コンシューマー」も、この種の傾向が極端に自己中心的、且つ感情的な行為として発現されたものであろう。橋本(1996)の表現を借りれば、日本社会全体が「話すことができても聴くことが不自由になる『ウェルニケ失語』症候群に陥っている」ということになる。

元来コミュニケーションとは、聴き手と話し手が情報を共有するために、50%ずつの責任を持つ「協働」作業として行われるべきものである。従って「話し合い」は「聴き合い」でもある。だが「以心伝心」や「あ・うんの呼吸」などのコミュニケーション・スタイルが日常的に行われる日本では、音声言語教育が長い間軽視され、とりわけ「きくこと」に関しては、誰でもできる当りの行為として学問の俎上に乗ることはなかった。しかし、「聴くこと」は複雑且つ多様な技能を必要とする能動的な行為であり、「聴く力」を育てるためには、意図的・計画的な学習の継続が求められる。このような見識のもと、本学では2006年より学生に聴く力を涵養するためのプログラムを提供している。本稿では、そのプログラムの指導法や効果について報告する。

### 1. 聴く力を涵養するプログラム—その特徴

#### 1) 「きくこと」の学習モデル

日本語の「きく」は、「聞く」「聴く」「訊く」と3種の漢字で書き分けることができる。英語ではそれぞれ「hear」「listen」「ask/inquire」を意味する。つまり、サイレンや鳥の鳴き声など、入ってくる音声をそのまま耳で感じ取る場合には「聞く」を、耳だけではなく目や心など五感を総動員し集中してきく場合には「聴く」を、質問をする・分からないことをきく場合には「訊く」を使う。聴く行為は、認知心理学や脳生理学、音響学など幅広い分野で異なる視点から研究されているため、その定義は様々だが、本稿では、1996年にInternational Listening Association(ILA)が発表した定義、「言語、および非言語情報を受信し、それに意味付けをし、反応するプロセス」を利用する。この定義に関して特筆すべきは、「反応する」ことも聴くプロセスの一部としていることである。

「聴くこと」は、いくつかの連続する、或いは同時に行われる「プロセス」であると同時に、聴く姿勢や態度のように観察可能な「行動モデル」と聴覚情報を理解するという外からの観察が不可能な「認知モデル」が同居していることから、複雑且つ多様な技能を必要とする総合的な能力である。その能力を段階的に涵養するための指導上のガイドラインとして作成したのが、「聴くことの学習モデル」である。「い・ち・ぎ・じっせん学習モデル」と筆者が名付けたこのモデルの「い」は聴こうとする「意識」、「ち」は「知識」、「ぎ」は技能、「じっせん」は「実践」を意味している。「一技実践」とも読めるこの学習モデルは、コミュニケーションを支える「重要な一技能」である

「聴く力」は、時間をかけ「実践を積み重ねていって初めて習得できる力であるという意味も込めている。

このモデルに関して重要なことは、「聴く力」は学習モデルを構成している4つの要素の「和」ではなく、「積」だということである。例えば、知識や技能もあり、実践する気があっても、その時に聴く気がなければ、聴く力はゼロになってしまう。反対に、聴く意思や知識・技能があっても、実践で活かさなければ、同じように聴く力はゼロである。つまり、モデルの4つの構成要素は相互に影響し合い、どの1つが欠けても聴く力は失われてしまう。本学のシラバスが、これらの4要素で構成されているのは、こうした理由によるものである。

## 2) プログラム内容

中核となっているテーマは、①コミュニケーションにおける聴くことの重要性と聴き手の役割、②聴くことのプロセス、③聴く目的の3つである。これらを横軸に、そして「い・ち・ぎ・じっせん学習モデル」を縦軸に据え、それぞれに必要な講義や演習を行う。例えば、①は「聴こうとする意識」を養うために、聴くことによって得られたメリットや聴かなかったことによって被った損失、或いは身近にいる「聴き上手」や「聴き上手」な有名人に見られる特質などについてグループやクラスで話し合うことにより、聴くことが如何に重要であるかを自己と他者の双方の経験から学び合い、良い聴き手になりたい、ならなければならないと気付かせていく。

②は、学習モデルの「知識」の部分の養うのに役立つ。例えばILAの「聴く」の定義を図式化し、聴くプロセスを構成している要素(受聴、集中、意味付け、反応、記憶＝「聴くための基礎力」)を理解させる。このアプローチのメリットは、外からの観察不可能な認知作業の部分を含めそのプロセスの構成要素が分かるので、自己の聴き方の弱点の洗い出しができ、それらを改善することにより総合的な聴く力が養成できることである。

③は、スキルを涵養するのに利用する。聴く行為を目的という視点から分析することは重要である。それは聴く目的により求められる技能が異なるからである。例えば、「知識習得・情報理解」のための聴き方(授業や講演など)では、「聴くための基礎力」プラス語彙力が求められる。「対人・関係性(または共感的)」の聴き方(カウンセリングなど)には、「聴くための基礎力」および「共感力」と「非言語サインに対する理解力」が必要である。その他「評価・批評」「観賞・癒し」「聴き分け」などを目的とした聴き方があるが、それぞれに求められる技能を演習を通して培っていく。

## 3) 「実践」強化の試み

コミュニケーション学においては、言うまでもなく実践力が重要である。学生が習得した知識や技法を教室外でどのように実践しているのか、それを知る手だてが教員には殆ど無い。そこで取り入れているのがリスニング・ジャーナルである。数種の自己評価ツールを使い自己の聴く行為の短所を洗い出し、改善するためのアクション・プランを立て、教室外での実践過程をジャーナルに記し、最後に成果の有無・種類について自己評価する。また、近隣の小・中学校に行き、出前授業を行ったりもする。最初は面倒くさいと言って嫌がる学生もいるが、授業が進むにつれ、かなりの学生に下記のような変化が起こる。

## 2. 学生に見られる変容

その変化とは、私語が姿を消し、聴く態度に変化が生じ、学習環境が大きく改善されることである。この変化はクラス・サイズに関係なく殆ど毎学期2-4週間目に生じることから、2010年度秋学期の初回授業と最終授業時に「聴く概念(聴くこととは私にとって何なのか)」についての



自由記述式のアンケートを行った。学期初めは「コミュニケーション行動」「相手を理解すること」「情報を得ること」といった回答が全体の71%を占めた。期末の回答では「人との繋がりを築くこと」「理解すること」「学ぶこと・成長すること」が上位3位を占め(60%)、以下「共感すること」「生きる力・源・知恵」「相手のためになること」といった学期初めには見られなかった回答が複数現れた。こうした結果は、インホフとジャンュシク(Imhof & Janusik, 2006)の、「個人の主観的な聴く概念が、その人の目に見える聴く行為や観察不可能な認知作業にも影響を及ぼし、その結果、聴くことで得られる質的・量的成果に大きな差異をもたらす」という主張を裏付けるものであった。

#### まとめと課題

学生の変化は、学習を通じて、これまで無意識的に行ってきた聴く行為を客観的に見つめる機会を与えられ、その意義と重要性に改めて気づき、聴くことに対する意識改革が起って生じたものと思われる。人は、潜在的にしる顕在的にしろ、自分の主観的な聴く概念を足場にして聴く行為を行っている。その結果、得られる成果の質・量が左右されるのであれば、どのような概念が成果を高める聴き方を促すのか、に関する研究が、今後聴く力を涵養するプログラムを発展させる上でますます重要になるだろう。

## 報告

### 継続的な交流と省察を通じた“社会における個人”の理解の深化

岐阜大学医学教育開発研究センター 西城卓也

一般に、地域における多様な市民との交流は、低学年の医学生への医療を取り巻く視野を広げ、生活者の世界への理解を深め、学びの動機を刺激し、コミュニケーションスキルを向上させることが知られている。急速な近年の少子化・核家族化の中で、医学生が年齢や生活背景が異なる市民とのコミュニケーション経験が不足し、実習においても適切なコミュニケーションを取れないことが我が国では課題となっている。我々は、市民との継続的なコミュニケーション実習を通じ、如何なるプロセスで医学生がコミュニケーションを試み、社会における自己を理解するのか、そのプロセスを追い続けている。

岐阜大学医学部では、医学生一年生が6週間の地域体験実習に参加し、4つの施設に分かれ、毎週半日の実習を6週間行う。施設は、マタニティクリニックや、診療所、保育所とさまざまである。各施設でパートナーとペアになり様々な交流を図り、その交流を通じて、社会や自己の人生や存在について省察を促すのである。実習後は e-portfolio へ振り返りを記述し、教員からのコメントを得るようになっている。

彼らの学びには、大きく分けて2つのテーマが存在する。第一に、コミュニケーションにおけるクライアント中心性の理解である。すなわち、対話を通じて、自己の立ち位置のシフトを経験する。第二に、社会的存在としての繋がり・拡がりである。すなわち、交流を通じて、世界観・人生観の拡散と社会的存在としての自己認識を再形成するのである。またこれら二つのテーマは相互に影響しながら段階的に深化することも見逃せない点である。

本講演では、医学生が、様々な地域住民との継続的交流体験を通じて、コミュニケーションスキルや社会存在としての自己の理解を如何に深化させるのか議論したい。

#### [参考文献]

- ◇ 川上ちひろ、阿部恵子、藤崎和彦、丹羽雅之、鈴木康之. 保育園児・妊婦との継続的交流体験の教育効果: 医療系学生の気づきと学び. 日本小児科学会雑誌 2011; 115(1):132-137.
- ◇ Fujisaki K. Medical Education and Doctor-Patient Relationship in Japan. 164-182. In Eckart, W. U., & Jütte, R. (1989). Danielle Gourevitch, ed. Histoire de la médecine: Leçons méthodologiques. Paris: Ellipses.
- ◇ How can experience in clinical and community settings contribute to early medical education? A BEME systematic review.2006.28.(1).3-18.

#### [略歴]

岩手県盛岡市出身。平成11年日本大学医学部卒業後、国立病院機構東京医療センター総合内科の後期研修医・名古屋大学病院総合診療科外来医長・宮崎市豊栄クリニックでの職歴を経て、岐阜大学医学教育開発研究センターに講師として勤務。オランダのマーストリヒト大学医療教育修士課程を日本人で初めて卒業。現在は日本医学教育学会編集委員会・および教育研究開発委員会に所属。医学教育振興財団が、医学教育の奨励に貢献した若手の研究者に与える「懸田賞」を平成24年度受賞。

## 報告

### コミュニケーション教育をベースとしたプロフェッショナリズム教育

The Professionalism education based on the communication education

木尾哲朗<sup>1)</sup>、永松 浩<sup>1)</sup>、鬼塚千絵<sup>1)</sup>、大住伴子<sup>2)</sup>、田中 宗<sup>1)</sup>、森川和政<sup>3)</sup>、西原達次<sup>4)</sup>

Tetsuro Konoo<sup>1)</sup>, Hiroshi Nagamatsu<sup>1)</sup>, Chie Onizuka<sup>1)</sup>, Tomoko Ohsumi<sup>2)</sup>, Hajime Tanaka<sup>1)</sup>,  
Kazumasa Morikawa<sup>3)</sup> and Tatsuji Nishihara<sup>4)</sup>

九州歯科大学歯学部 総合診療学分野<sup>1)</sup> 口腔応用薬理学分野<sup>2)</sup>  
口腔機能発達学分野<sup>3)</sup> 感染分子生物学分野<sup>4)</sup>

1) Division of Comprehensive Dentistry, 2) Applied Pharmacology, 3) Developmental  
Stomatognathic Function Science and 4) Infections and Molecular Biology,  
School of Dentistry, Kyushu Dental University,

医療コミュニケーション教育は歯科医学教育のグローバルスタンダードとなっているが、日本における歴史は浅く、国内の多くの歯科大学・歯学部では 2006 年に正式実施となった共用試験 OSCE に伴って導入されたと言っても過言ではない。それゆえ、歯科医学教育において医療コミュニケーション教育が正式な講義科目として位置づけられ、学生が単なる概念論にとどまることなくロールプレイや模擬患者とのセッションにより実学としてのコミュニケーションを学べるようになったことは画期的だと言える。しかしながら、医療コミュニケーション教育と同様に欧米の歯科医学教育では確立されているにもかかわらず、国内では講義科目としていまだ十分に確立されていない領域に、プロフェッショナリズム教育がある。今回、医療コミュニケーション教育とプロフェッショナリズム教育との関係性について紐解き、九州歯科大学で我々が行ってきたプロフェッショナリズム教育ならびに日本歯科医学教育学会の倫理・プロフェッショナリズム教育委員会が行ってきた活動について報告する。

#### 1. コミュニケーション教育とプロフェッショナリズム教育の関係性

コミュニケーションスキルとプロフェッショナリズムは、それぞれ欧州や米国の歯科学生が歯科医師になるまでに身につけておくメジャーコンピテンスのひとつとしてあげられている<sup>1), 2), 3)</sup>。また、英国の医学教育者 Harden らは医師に求められるコンピテンスを三重の同心円からなる Three-Circle Model で表した。これは中央の円がタスクの遂行能力、その外側の円がタスクの捉え方、一番外側の円はプロフェッショナリズムを表す。医療コミュニケーションは 2 番目の円 (Approach to tasks) に属し、プロフェッショナリズムは前述のように一番外側の円 (As a professional) に属している。このようにコンピテンスという観点から見ると、両者は異なっている。しかしながら、認知領域、情意領域、精神運動領域という Bloom<sup>4)</sup> の唱える教育目標のタクソノミーでは、コミュニケーションもプロフェッショナリズムも認知・精神運動領域に属する点もありながら、コミュニケーションには「共感」、プロフェッショナリズムには「態度」があることから、両者の一部は情意領域に属するというような関連性がある。情意領域を身につける過程は、(受容)→(反応)→(価値付け)→(組織化)→(個性化)という段階を経るが、この情意領域の教

育には内面をその表出した部分から捉えることしかできないため、一筋縄ではいかないという難しさがある。

### 2. 九州歯科大学に於ける螺旋型プロフェッショナルリズム教育

大西ら<sup>5)</sup>は「振り返りによる学習」が効果的な教育法の一つであると報告している。我々はコミュニケーションの教育手法(Significant Event Analysis、シナリオベース、ファシリテーション、Reflection、患者の物語としてのナラティブベース)を礎として、1年次生から臨床研修歯科医に至るまで、正課内外における繰り返してレベルを上げていく螺旋型プロフェッショナルリズム教育を実施している。そのコアとなるのは、1年次と4年次学生の合宿、医療コミュニケーション科目(I~III)、歯科医療人育成学科目(I~III)、登院式、臨床研修医の合宿である。また、情意領域の教育を理解・実践することを目的に、2011年より毎年プロフェッショナルリズム教育のシンポジウムとワークショップを主催している。これには学内および学外の教員のみならず学生の自発的参加もあり、本学のプロフェッショナルリズム教育の実践に寄与している。

### 3. 良き歯科医師になるための20の質問と倫理事例集

著者が所属する日本歯科医学教育学会倫理・プロフェッショナルリズム委員会は「良き歯科医師になるため20の質問、倫理的検討事例集(2013年度版)」<sup>6)</sup>を作成した。「20の質問」は、2011年に開催された「臨床の場でよき歯科医師として実際に態度で示し、行動できる歯科医師を育てるためのワークショップ」の暫定プロダクトの成果を整理したもので、どの学年の学生にもわかりやすい言葉で学生が自身の言動を振り返る機会を得られるようにしている。また、倫理的検討事例集は歯科医療関連の問題解決における倫理的論証の手引き書であるデンタル・エシックス<sup>7)</sup>とは異なり、日本の国内事情に即した内容とし、14名の執筆者による42事例を収載している。前半の23事例では議論点を示して検討するためのいわばヒントを比較的详细に示し、後半の19事例では構造的振り返りの援助を示している。また、臨床場面のみならず、日常の学生生活に関わる事例を多く掲載している。今後、各歯科大学でのプロフェッショナルリズム教育の手引き書として活用した際のフィードバックをもらい、教育の物的資源としての利用価値を高めていく必要がある。

このようにコミュニケーション教育の手法や評価は、プロフェッショナルリズム教育を実践する上で活用できる点が多々存在する。今後、コミュニケーション教育の活用と展開についての情報交換を行い、歯科医療人の育成へ貢献したい。

#### [参考文献]

- 1) 木尾哲朗、俣木志朗、藤崎和彦、大西弘高、小川哲次、鬼塚千絵、西原達次: 歯学士教育課程におけるプロフェッショナルリズム教育の構築. 日本歯科医学教育学会雑誌 29(1), 63-73. 2013.
- 2) 木尾哲朗: 歯科から見たプロフェッショナルリズム教育. 「プロフェッショナルリズムをどう育むか」日本歯科医学教育学会雑誌. 28(3) 140-141. 2012.
- 3) 木尾哲朗: 学士課程における Professionalism, コミュニケーションの教育. 「高等教育のグローバル化への潮流と我が国の歯学士課程教育とのハーモニゼーション(調和)に向けて」. 日本歯科医学教育学会雑誌. 26(1) 10-11. 2010.
- 4) Bloom BSほか著、梶田叡一ほか訳. 教育評価法ハンドブッカー教育学習の形成的評価と総括的評価一. 第一法規出版. 2000.

- 5) 大西弘高, 錦織宏, 藤沼康樹, 本村和久. Significant Event Analysis: 医師のプロフェッショナルリズム教育の一手法. 家庭医療;14(1): 4-11. 2008.
- 6) 日本歯科医学教育学会 倫理・プロフェッショナルリズム教育委員会編. よき歯科医師になるための 20 の質問 倫理的検討事例集 (2013 年度版). あさひ高速印刷. 大阪. 2013.
- 7) Rule JT and Veatch RM 著. 柳澤有吾訳. デンタル・エシックス-歯科の倫理問題-. クインテッセンス出版. 東京. 2001.

## 報告

### 多職種連携によるチームコミュニケーション教育

名古屋大学医学系研究科地域医療教育学講座

阿部恵子、安井浩樹、青松棟吉

多職種連携医療は地域医療の問題を解決する重要な手段であり、その実践のために卒前教育から多職種連携教育(Interprofessional Education; IPE)を導入することが推奨されている。第5回ヘルスコミュニケーション学会学術集会で、本学におけるIPEをととしたチームコミュニケーション教育について報告する。

IPEを実践する事で、学生は①チームワーク、②役割・責任、③コミュニケーション、④学ぶこと・自己省察、⑤患者理解、⑥倫理・態度が学習できると報告されている。<sup>1)</sup> 名古屋大学医学部では、平成23年度から多職種連携教育(Inter professional Education: IPE)を試験的に始め、平成24年度から、5年生の臨床実習、及び、4年生の選択授業で模擬患者(SP)参加型IPEを行っている。5年生の臨床実習では、医・薬学生が3-4人のチームになり、喘息発作で入院を繰り返し、家庭内に複数の喘息誘発因子が存在する喘息患者の退院指導計画を作成するという課題に取り組む。半日の実習である真に能動的な態度が求められるため、チームコミュニケーションが重要となる。平成23年度IPEを社会性、情緒性、自己管理などを含むEmotional Intelligence(EI)とEmpathy調査票で測定した結果、看護、薬学生はEI、Jefferson Scale of Physician Empathy(JSPE)ともに有意な上昇が見られたが、医学生のみEIは変化がなかった。(図1)

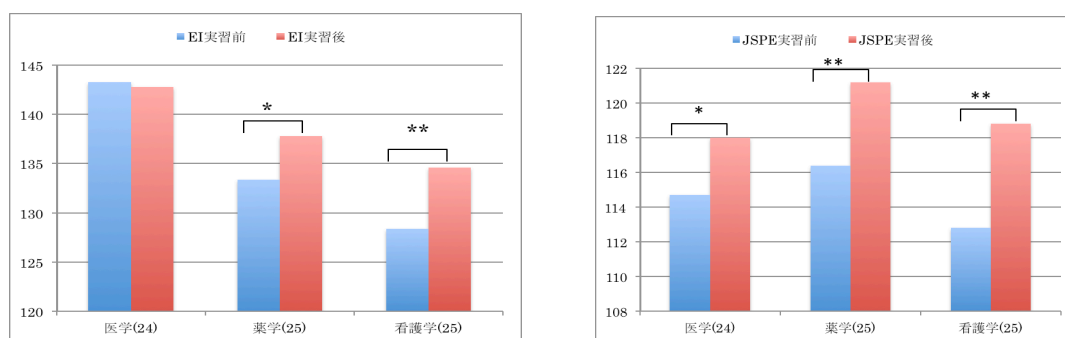


図1：実習前後の学部毎のEIとEmpathyの比較

4年生の選択講義では、医・薬・看・理学・作業の5学科がチームを組み、69歳の肺癌患者を演じるSP及び模擬家族との医療面接を通して情報収集を行い、患者中心の在宅療養計画を作成するという課題に取り組む。両実習共に模擬患者に退院指導を行なうという明確な目標に向けて、各専門別に模擬患者から情報収集し、チームで情報共有し、ディスカッションする。この一連のプロセスの中では、コミュニケーションスキルを駆使した議論が行なわれる。多職種に関する認識(Interdisciplinary Education Perception Scale:IEPS)及びチームコミュニケーション能力の変化を測定

し、学部毎では表1のような結果になったが、全員(n=38)では図2のように有意に上昇した。

表1：実習前後の学部毎の IEPS とチームコミュニケーション能力の比較

IEPS	実習前	実習後	P
医学生(10)	69.7	75.7	.049
看護学生(7)	77.3	84.1	.032
薬学生(10)	82.5	87.6	.366
理学療法生(6)	75.3	84.2	.013
作業療法生(5)	78.4	76.8	.679

チームワーク	実習前	実習後	P
医学生(10)	131.5	137.3	.050
看護学生(7)	129.1	139.1	.014
薬学生(10)	128.8	143.1	.002
理学療法生(6)	129.0	146	.002
作業療法生(5)	126.4	130.8	.138

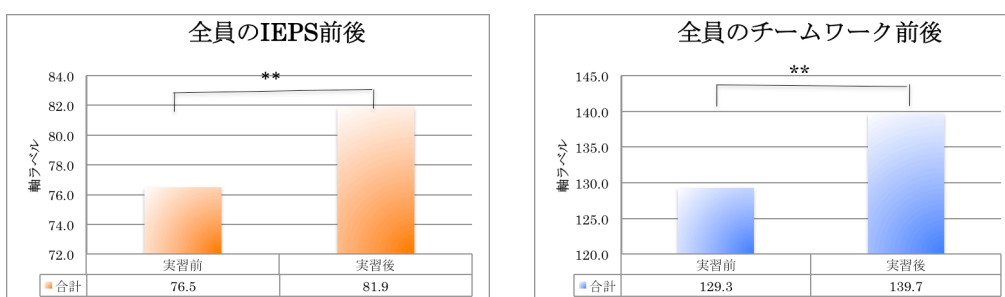


図2：実習前後の全員の IEPS とチームコミュニケーション能力の比較

それぞれの専門職の文化から他職種の文化に暴露されることで、異文化体験が起きる。知識や態度に対する認識の変化のみならず、コミュニケーションにおいても、OSCE教育のレベルを超えたチームビルディング、ファシリテーション、アサーティブコミュニケーションなどの重要性に気づき、他職種に対する認識や、コミュニケーション能力に大きな揺さぶりがおきる。チーム医療が実践出来る専門職になるためには、卒前教育のみならず、卒後の生涯学習においても、このようなチームコミュニケーション能力を育成するための段階的継続的 IPE の実践が重要であることを提案した。



[参考文献]

1) Thistlethwaite J *et al.* Learning outcomes for Interprofessional education (IPE): Literature review and synthesis. *J Interprof Care*, 2010; 24: 503-513.

## 報告

# トランスクリプト作成による振り返りを重視したコミュニケーション教育

名城大学薬学部  
半谷 眞七子

医療者のコミュニケーション教育では、医療現場を想定した体験学習が多用される。学生が体験での気づきを、次の行動の変容につなげるためには、単に体験するだけでなく、体験したことへの「振り返り」を促す学習方法が望まれる。

名城大学では、2009年から4年次実務実習事前講義演習において、学生ごとに模擬患者とのロールプレイを体験するコミュニケーション教育を取り入れている。さらに体験した録画映像を鑑賞し、その体験のトランスクリプトを作成することで、段階的に学生自らがコミュニケーションの振り返りを促す教育を試みている。

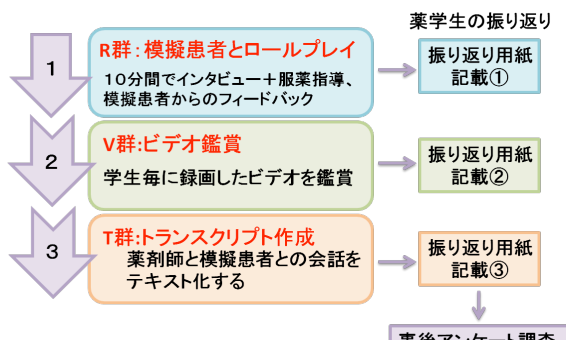


図1 コミュニケーション教育における演習プログラム

2010年に本教育を受講した4年生158名に対して、模擬患者とのロールプレイ(R群)、ビデオ鑑賞(V群)、トランスクリプト作成(T群)の各段階の演習終了時に、学生は体験を通して得た感想を、振り返り用紙に記載した(図1)。振り返り用紙は、各段階での気づきを学生自ら経時的に振り返る事ができ、また患者とのコミュニケーションのアプローチの内容に区切ることでその状況に応じた振り返りができるように工夫されている。

ここで得られた学生の気づきの内容を分析データとし、各段階における気づきの内容(4665件)について、教育効果を検討した。気づきは1つの話題単位に分け、その中で頻出する単語を抽出し、さらに気づきの内容をCarrらによる4段階<sup>1)</sup>で分類した。

- |                       |
|-----------------------|
| レベル1: 体験の描写のみに留まる     |
| レベル2: 体験の感想に留まる       |
| レベル3: 体験を一般化できている     |
| レベル4: 今後の具体的行動を提示している |

学生の振り返りで抽出された単語の出現頻度から、ロールプレイ、ビデオ鑑賞では非言語的コミュニケーションが頻出する傾向にあった。実際にロールプレイを体験することや、ビデオ鑑賞で自分の様子を観察することで、客観的に自身の行動を捉えることができ、「アイコンタクト」や「姿勢」等の非言語的コミュニケーションの気づきにつながったと推察された。またトランスクリプト作成では言語的コミュニケーションが頻出する傾向であった。模擬患者との会話をテキスト化することで、自分の会話の内容を意識して言語に表すことで、「オープンクエスチョン」や「言葉使い」等の言語的コミュニケーションの気づきにつながったと推察された。単に模擬患者とロールプレイを行うだけでなく、その内容のビデオ鑑賞、トランスクリプト作成の3段階の学習方法が、異なるコミュニケーションスキルの獲得につながる事が示唆された。



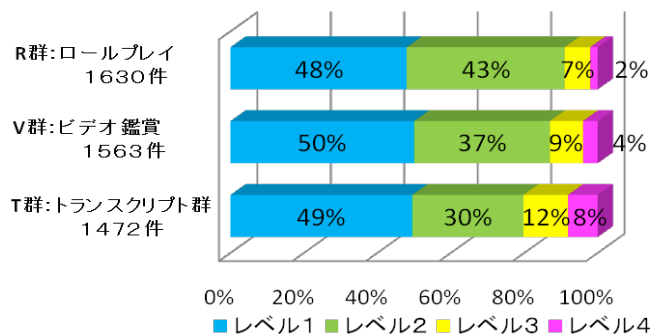


図 2 学習段階別における気づきの内容を振り返りレベル別に分類した割合

ビデオ鑑賞を取り入れる学習方法は、学習者が自分自身を客観的に観察でき、改善すべき点を見出す等、実習経験者自らのステップアップへつなげる方法であり、コミュニケーション能力のみならず、様々な臨床知識を習得できる簡便な学習方法と報告されている<sup>2,3)</sup>。また田口ら<sup>4)</sup>は、模擬患者とのロールプレイ・フィードバック後に、その録画ビデオを併用することで、客観的な視点で自らの行動を観察する機会を得ることができ、メタ認知を磨く上でも極めて有効であると報告している。また学生個々にビデオ鑑賞を行った後に、その模擬患者と自分のロールプレイの様子について、会話をテキスト化するトランスクリプト作成を行うことで、レベル 3、4 の深い振り返りが増加した(図 2)。これは、録画映像を繰り返し見て会話の内容を可視化し、具体的な話し方の癖、会話の流れを顧みる等、単なる鑑賞よりも、自分の患者への行動について異なった視点で自らを振り返ることで、より深く自分の行動を振り返ることができた結果と思われる。さらに患者に対する今後の態度・行動の変化にも影響を与えることが推察された。振り返りレベルが深まることは、メタ認知能力、すなわち自分自身の行動を把握することができる能力を高めるのに有効である<sup>5-7)</sup>。

今回対象とした学生は、この演習終了後に 5 カ月の臨床実習を行うが、そこでは、臨床現場の問題について自身で物事考え、問題を解決していく能力が必要とされる。本学習では、自分自身をじっくり振り返り、そこで挙げられた事象を異なる視点で見ることによって、より具体的な改善策を考える必要があることを学生に教示したことが示唆された。今回のトランスクリプトの作成では体験を一般化できているレベル3、今後の具体的行動を提示しているレベル4の振り返りは20%に留まった。この点については振り返り用紙の工夫、教員からの働きかけ等、さらなる学習方略の検討が必要であると思われる。

[参考文献]

- 1) Carr S, Carmody D., *Med Educ.* ,40,768-74 (2006).
- 2) 三好淳子,他,医療薬学,31,233-237(2005).
- 3) 森岡淳子,他,医療薬学,33,132-140(2007).
- 4) 田口則宏,他,日本歯科医学教育学会雑誌,25,115-121(2009).
- 5) 上平崇仁,東京工芸大学芸術部紀要,10,9-17(2004).
- 6) 瀬田和久,池田満,人工知能学会先進的学習科学と工学研究会資料,48,13-20(2006).
- 7) 市川伸一,他,“認知心理学4-思考-”,市川伸一編,東京大学出版会,東京,1996,pp.107-180.

## 原著論文

### 日本におけるヘルスコーチングの特徴と課題 ーテキストの分析を通してー

西垣悦代  
関西医科大学医学部

#### 抄録

1980年代に人間性回復運動を背景として、カウンセリングや人間性心理学の影響を受けて米国で誕生したコーチングは、2000年頃から日本のビジネス界に導入された。学界とは一線を画した分野で発展したため科学的な検証を十分経ないまま、コーチングは日本の医療界でも興隆している。本研究は日本の医療・健康分野におけるコーチング（ヘルスコーチング）について、出版されている書籍の分析を通して、その特徴と課題および今後の展望を考察した。

国立国会図書館他のデータベースを用い、検索語「コーチング」によって抽出された424冊の書籍のうち、ヘルスコーチングの書籍は37冊（9%）であった。初出は2002年で、ビジネスコーチングの興隆とほぼ同時期に出版されていた。著者の約半数は医療職で、日本では早い時期から医療者自身によって、コーチングが医療分野に紹介されていることが明らかになった。反面、実践的内容中心の取り入れられ方をしたため、コーチングはコミュニケーションスキルである、という認識が主流となり、紹介される内容も限られていたため、コーチングの多様性は必ずしも十分に伝えられていない可能性が示唆された。

コーチングを日本の医療の中でより効果的に機能させるには、欧米のコーチング先進国のように、大学院にコーチング専門課程が設置され、専門職としてのヘルスコーチの養成を行うなど、理論、実践、研究がバランスよく鼎立し、よりエビデンスベースドなものに発展させることが必要であろう。

**キーワード**：コーチング、ヘルスコーチング、データベース検索、テキスト分析

#### 1. コーチングの背景と研究目的

Oxford English Dictionaryによると、英語の名詞coachは16世紀頃から使われた旅客馬車の意味から派生し、1885年に初めてボート競技の指導者を指す学生用語として用いられ、その後スポーツ競技一般の指導者の意味として使われるようになった（Simpson & Weiner, 1989）。コーチの動

名詞形であるコーチング（coaching）は、日本でも主にスポーツ指導を意味する語として用いられてきたと思われるが、広辞苑にコーチングという語が初めて登場したのは2008年刊行の第六版（新村, 2008）であり、第五版（新村, 1998）には存在しない。よって、コーチングと言う語が日本語として広く使われるようになったのは、この10

数年のことだと考えられる。最近では医療の現場や教育・研修の場でも、「コーチング」という言葉をよく耳にする。医学中央雑誌 Web で条件を設定せずにコーチングを検索すると 2013 年 12 月現在 1200 件以上ヒットし、症例報告を除く日本語の原著、総説、解説に絞っても 900 件近く存在する興隆ぶりである。広辞苑（新村, 2008, p973）ではコーチングは①コーチすること。指導・助言すること。②本人が自ら考え行動する能力を、コーチが対話を通して引き出す指導術、と説明されている。一方、現代英語の coaching には、スポーツに必要なスキルを個人またはチームに教える過程という意味と、重要な試験や特定の状況においてどうふるまうかの準備を支援する過程

(Summers, 2009) という意味があるが、日本の辞書にあるような対話を通して引き出すといった特定の指導術を指す記述は見られず、一般的な動名詞であることがわかる。

では、スポーツ以外の場面での人を導くコーチングはいつ、誰によって、どのように始められ、どのように普及して、今日のように日本の医療界に取り入れられるようになったのであろうか。コーチングは特定の個人や特定の理論に基づいて開発されたものではないため、その歴史を辿ることは必ずしも容易ではない<sup>i</sup>。一般的な見解としてはテニスコーチのガルウェイ (Gallway, T.) が 1974 年に出版したテニスのコーチ術に始まり、その後さまざまな領域に広まった、とされている (O'Conner & Lages, 2007 杉井訳 2012)。ただし、ガルウェイは対話のスキルを教えたわけではない。コーチングの礎を築いた最大の貢献者とされているの

はファイナンシャルプランナーのレナード (Leonard, T.) で、1983 年に心理学の知識を活用して始めたデザイン・ユア・ライフというコンサルティングが、パーソナルコーチングの基となり、1992 年にはコーチ養成学校が設立された (O'Conner & Lages, 2007 杉井訳 2012)。レナードのセミナーを受講した会計士のウィットワース (Whitworth, L.) も同じ 1992 年に別のパーソナルコーチ養成機関を設立している。これら創始期の人々の背景にあり影響を与えていたのは、当時アメリカを席捲していた人間性回復運動 (Human Potential Movement: HPM) <sup>ii</sup>であり、そこに学術界から影響を与えていたのが人間性主義心理学のマズロー (Maslow, A. H.) や人間中心主義カウンセリングのロジャース (Rogers, C. R.) である。人間性主義心理学はコーチングの「祖先 (ルーツ)」というべき学問 (O'Conner & Lages, 2007 杉井訳 2012) とみなされている。ただ、マズローはアイデアを出したが、具体的な技法やプロセスは提唱しなかったという指摘 (Hall & Duval, 200 佐藤訳 2010) もある。技法については今日コーチングスキルとして教えられている「傾聴」「承認」「I-メッセージ」などに、ロジャースのカウンセリング技法の明らかな影響が見て取れる。HPM は自己変革を促す自己啓発セミナーなども多数生みだし、それらはグラント (2011, p28) によれば「何でもありの折衷主義に基づいていた」。また、反主知主義的態度で科学的・客観的な研究に背を向けていたため、初期の商業的コーチングは学問としての心理学とは明らかに立場を異にするものだったと Grant (2007 堀監訳 2011) は指摘し

ている。科学的根拠には関心が向けられないまま、コーチングは人生やビジネスにおける成長や成功のための手法として支持され、前述した2つのコーチ養成機関は1997年と2000年に相次いで日本にも導入され、日本語によるコーチ養成ビジネスが始まった。コーチングが日本の実業界で注目されたのは、1999年に日産自動車のCOO(のちにCEO)に就任したゴーン氏(Ghosn, C.)が「私は日産のコーチである。現場のコーチである。」と発言し、同社の組織風土改革を進めた(安部・岸, 2004)ことが影響していると思われる。米国では主に個人を対象としていたコーチングが、日本では組織開発のための管理職研修という形で広まったのは、このことと無縁ではないだろう。

医療・健康の分野では2000年に医療系大学においてコーチングの講義が、コーチ養成会社の社長とその社員をゲスト講師に招いて14回開講された。また、これと同じ大学関係者によって2001年には日本コーチ協会年次総会で「メディカル&ウェルネスコーチングの可能性」という分科会が開催された(鱸, 2002)。雑誌「看護管理」誌上で「ひとが育つ組織をつくるコーチングとカウンセリング」(2002 12. 177-198)という特集が初めて組まれたのは2002年である。タイトルからわかるように、より認知度の高いカウンセリングと抱き合わせる形で、組織管理の方法論として紹介されている。また、同じ2002年より勤務医向けの情報誌上で医師の執筆によるコーチング紹介記事の連載が開始された。2006年には医療の臨床現場にコーチングを広めることを目的とし、医療者による医療者のためのコー

チングを標榜する臨床コーチング研究会が発足している(臨床コーチング研究会 HP)。本研究会は岐阜大学医学教育開発研究センター(MEDC)の関連組織にも挙げられている(MEDC HP)。また、2007年に厚生労働省が発表した「標準的な健診・保健指導プログラム」(厚生労働省健康局, 2007)では、保健指導を行う医師・保健師・管理栄養士などが持つべき相談・支援技術として、カウンセリングのほか「行動療法・コーチング<sup>iii</sup>の手法を取り入れた支援」が挙げられた。しかしカウンセリングや行動療法は、高等教育機関において資格を持つ教員によって理論に基づき研究・教育される学問であり実践であるのに対して、前述したようにコーチングはそうではない。民間のコーチ養成会社は実践力をつけるための場所であるため、大学での講義のようにコーチングの歴史や概念、あるいはコーチングの成立に影響を及ぼした心理学やカウンセリング理論について、客観的事実に基づいて教えることはほとんどないだろうと推測される。

このような状況の中で、医療・健康分野のコーチングはどのように教え・伝えられ、普及しているのだろうか。以下の研究は医療者らがコーチングに出会う最初の段階で大きな影響力を持つと考えられるコーチング関連書籍の分析を行い、その特徴を明らかにし、コーチングを生かしたよりよい医療の発展に向けての課題と可能性を考察することを目的として行った。なお、医療・健康分野で実践されるコーチングに対しては、医療コーチング、臨床コーチング、メディカルコーチング、ウェルネスコーチングなどさまざまな呼称が使われているが、

本論文では英米で使用されているヘルスコーチング (health coaching) (Palmer, et.al., 2003) という語を使用する。Palmer,et.al. (2003)はヘルスコーチングを個人のウェルビーイングを高め、健康に関する個人の目標達成を促進するためにコーチングのコンテキストの中で行われる健康教育とヘルスプロモーションの実践であると定義している。また、Chapman, et.al. (2007) はヘルス・ウェルネスコーチングを、健康管理、健康増進およびウェルネスの問題に適用されるパーソナルコーチングのプロセスである、と定義している。一方、Donner & Wheeler (2009)は、看護におけるコーチングの活用法として、職務満足の向上、チーム医療の向上、組織のリーダー養成のほか、患者中心のケアを実践する際のコーチング

をヘルスコーチングと呼んでいる。本論文では日本の医療におけるコーチングの現状を幅広くとらえるためにヘルスコーチングを狭く限定せず、1. 患者と医療・健康関連の専門家間、2. 医療・健康関連の専門家集団内、3. 人々の健康回復や健康増進の場、の3場面において実践されるコーチングのことを指す語として使用する。

## 2. 方法

### 1. コーチング書籍の抽出

日本国内で出版されているコーチングの書籍を抽出するため、データベースによる検索を行った。その流れは図1に示す通りである。

まず、国立国会図書館データベース

(NDL-OPAC) を使用して、キーワード「コ

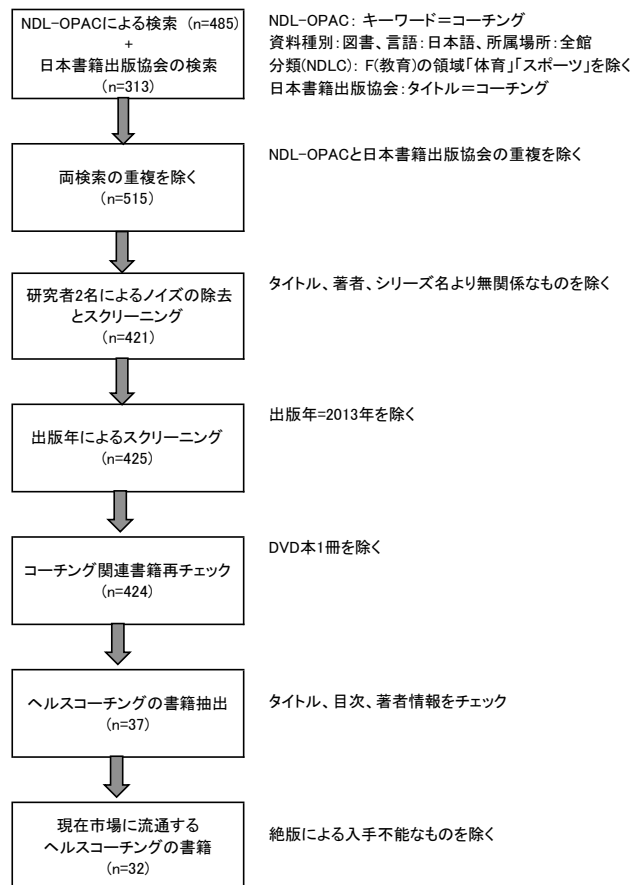


図1. 検索の手順図

ーチング」で検索を行った。その際スポーツコーチングに関する書籍を除くため、教育の「運動」と「スポーツ」領域を除く設定にした。ただし検索漏れを防ぐため、ノイズを含む可能性のある幅広い検索を選択したため、結果にはこれらの領域も一部含まれた。また、国立国会図書館に寄贈されない書籍も現実には存在するため、念のため日本書籍出版協会のデータベースを用いてタイトルのキーワード「コーチング」でも検索を行った。次にこれらの検索結果を元にタイトル、著者、シリーズ名から、運動の技術指導や刺繍のテクニックなど明らかに別領域とおもわれるものを、著者を含む研究者2名で相談しながらスクリーニングを行い除外した。分析の都合上、2012年12月までに出版されたものに絞り込み、424冊を抽出した。

## 2. ヘルスコーチングに関する書籍の分析

1で抽出された書籍の中からタイトルと目次、著者情報を参考に、ヘルスコーチングに該当する書籍を抽出したところ、37冊が該当した。そのうち現在市場に出回っている32冊をすべて入手した。これらの書籍の出版年、著者の職業や所属、コーチ資格を書籍の奥付の記述から、対象読者についてはタイトルおよび内容から、さらにコーチングの定義、コーチングの歴史および理論の記述の有無、取り上げられているコーチングスキルを、内容を精読して検討した。

## 3. 結果

### 1. 出版数

抽出された書籍のうち、最終的に424件を分析の対象とした。これらのうちタイトルに「コーチング」を含むものは266件

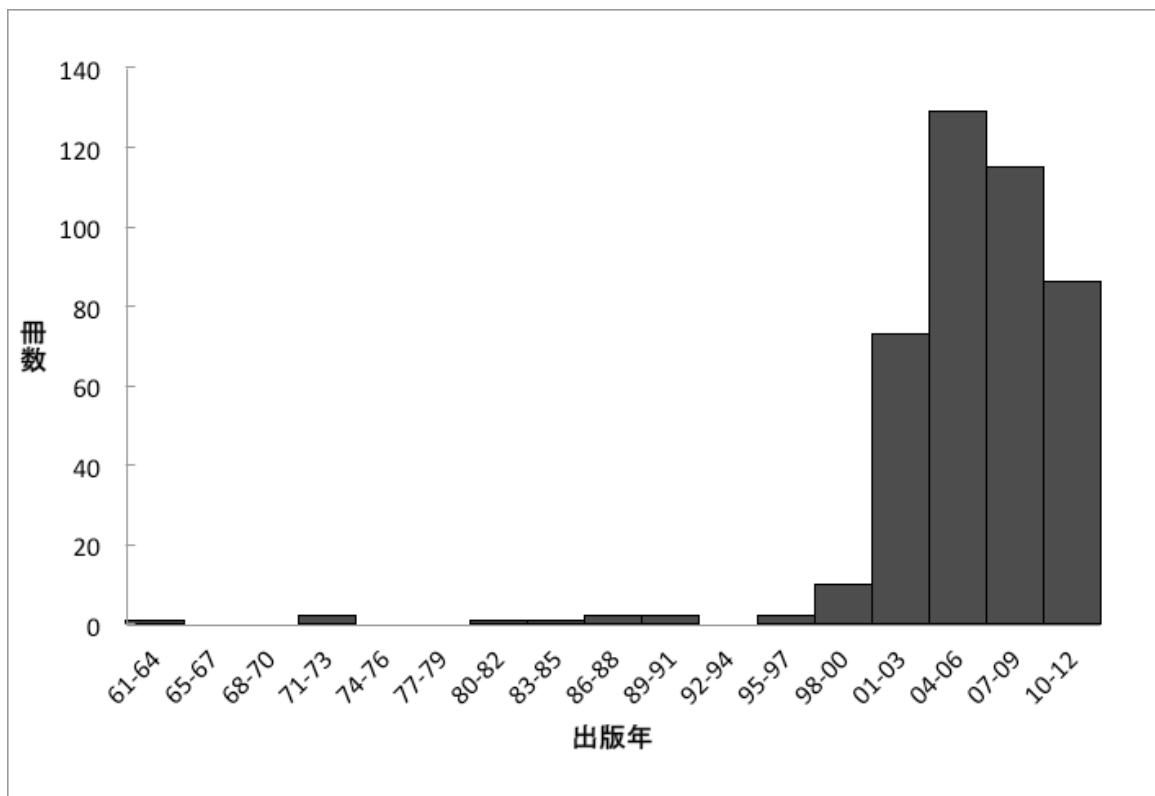


図2 コーチング書籍数の出版年別推移

(63%)であった。出版年別にグラフ化したものを図2に示した。図より2000年以降、急激に出版数が増えていることがわかる。1999年に出版されたコーチングの書籍はわずか2冊であったが、2000年に4冊、2001年に11冊、2002年に28冊、2003年に31

冊出版されたのは2002年である。最も古いものは看護師向けのリーダーシップの書籍(表1 No1)で、その一部にコーチング理論とスキルが紹介されていたiv。同年には他に2冊出版されているが、その後コーチングの書籍全般に見られるような急激な出版

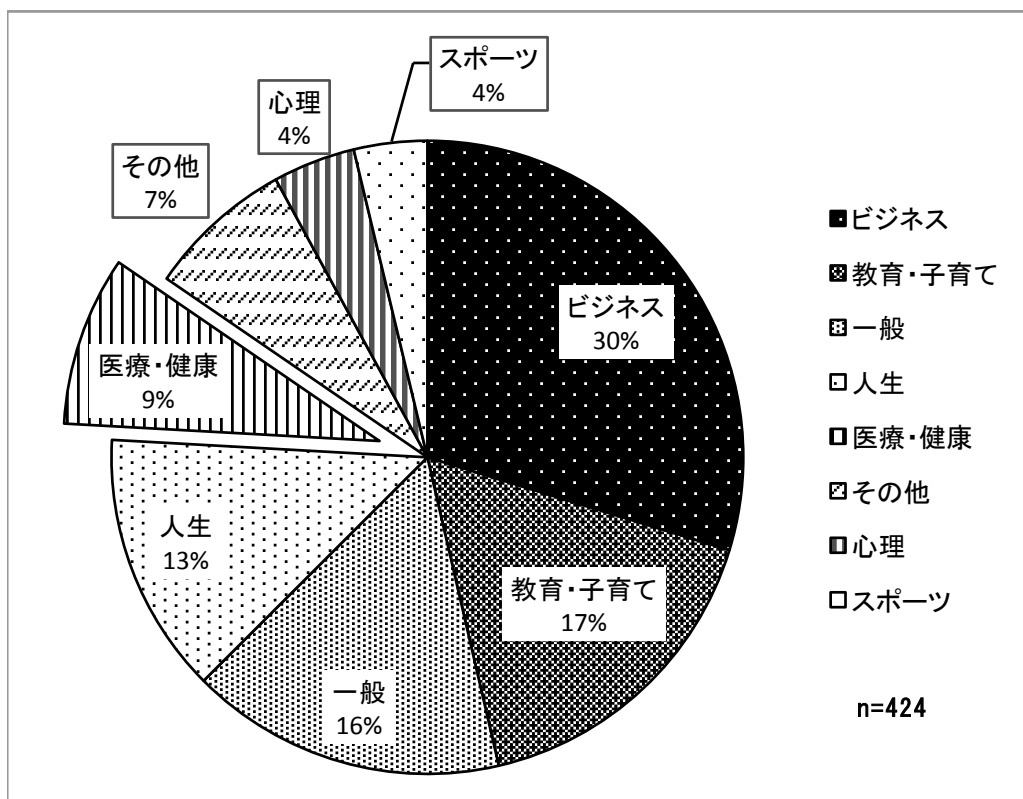


図3. コーチング書籍の領域別分類

冊と増加していた。次に分析対象の424冊のタイトルと目次をもとに、コーチングが活用される領域ごとに分類した結果を図3に示した。医療・健康領域の書籍は全体の9% (37冊)を占めており、領域を特定しないコーチング全般を扱ったものを除くと、ビジネス、教育・子育て、人生、に次いで4番目に多かった。以後の分析は37冊のうち現在市場で入手可能な32冊を対象とした。

## 2. 出版年

ヘルスコーチングの書籍が日本で初めて

ブームは発生しておらず、2006年に7冊、2008年に6冊出版されたのがピークでそれ以外は年に2、3冊ずつに留まっている。

## 3. 著者

ヘルスコーチングの書籍は、監修のみを除き、筆頭著者と第2著者まで含めると26名の執筆者によって書かれていた。著者らの職業は不明の1名を除いた25名中、管理栄養士を含めた医療職が11名(42%)、プロコーチ、企業研修請負業(研修講師)、コンサルタントが12名(46%)であった。





そのほか介護施設の経営者と医療系大学の人文・社会科学系教員が各1名であった。医療資格者がプロコーチ業やコンサルティング会社を経営しているケースも4例あった。著者の中には複数のコーチング書籍を出版している者もあり、最大で10冊、それ以外にそれぞれ5冊と3冊が同一著者による執筆であった。奥付に記載されている第二著者までのコーチ資格を調べると、あるコーチ養成会社が設立した財団認定の資格保持者が4名、国際コーチ連盟(ICF)の認定するプロフェッショナルコーチ資格保持者が4名、NLP (Neuro-Linguistic Programming:神経言語プログラミング)系の資格保持者が5名(うち日本人3名)であった。著者のコーチングに関する資格が一切書かれていない書籍や、単に研修を受けた、としか書かれていないものが全体の6割近い19冊あった。ただしコーチの任意団体の所属が書かれている例もあったので、記載がないことが資格を持っていないことを意味するとは限らない。複数冊執筆している著者の場合、発行年によって記載内容が変化している例もあり、経年によって無資格から有資格になったり、より上位の資格を取得した可能性がある。

#### 4. 対象

対象としている読者をタイトル及び内容から検討した。対象読者は看護師が10冊(31%)、医療従事者全般が8冊(25%)であった。このほか、医師、歯科医師、保健師、介護士、薬剤師、リハビリテーションスタッフ、栄養士、アロマセラピスト、エステシャン向けにそれぞれ特化したものがあり、患者家族を対象に含めたものも1冊あった。また、医療者や患者が自分自身に対して行

うセルフコーチングに触れたものも11冊(34%)あり、うち2冊はセルフコーチングのみを取り上げていた。

#### 5. 内容

##### 5.1 歴史・背景

分析したヘルスコーチングの書籍はすべて医療・健康に関する場面あるいは医療教育の場において何らかの形でコーチングを取り入れ、実践するための実用書であり、学術書や研究書ではなかった。そのためか、コーチングの背景や発展の歴史的経緯についてわずかでも触れていたものは半数の16冊しかなかった。ガルウェイの名前に言及した書籍は4冊、レナードについて触れた書籍は2冊のみであった。コーチングの英語の語源を簡単に説明したものは14冊あった。また、コーチ養成会社社員の執筆によるコーチングの歴史の書かれた書籍が1冊存在した。しかし、これは社員が自社の立場から書いた歴史であり、現在のような形にコーチングが形作られた発展の経緯や影響を受けた運動や具体的な理論に言及したものではなかった。多くの書籍ではコーチングは1970年代にアメリカで作られた、とか、ビジネス界で部下育成などのマネジメントスキルとして発展したといった内容のことが数行程度で説明されるにとどまっていた。

##### 5.2 理論やモデル

内容を分析した32冊のうち、掘って立つコーチングの立場を明確に明らかにしているのはNLPに基づく翻訳書1冊のみであった。それ以外にはGROWモデルを紹介しているものが9冊、交流分析を紹介したものが3冊あった。特定のコーチ養成会社が著作権を持ち、そこでしか教えていない「4

つのタイプ分け」に言及したものは3割を超える10冊あった。

### 5.3 定義

ヘルスコーチングの書籍がコーチングをどのように定義しているかを調べた。共通しているのは、コーチングは個人を成長させることを目的としているということと、コミュニケーションスキルである、という点である。また、個人の自発性が重要視されていることを強調する定義も多くみられた。具体例を示すと以下のようなものである。「コーチングは相手の目標実現に向けて、必要な能力や道具・手段を自ら備えさせるよう、自発的な行動を促進するコミュニケーションである。」(出江, 2009)。「コーチングとはクライアントが自ら考え、自ら決断し、自ら行動を起こすためのコミュニケーション技法である。」(柳澤他, 2008)。「コーチングは『どうすれば一人ひとりの持つ力や可能性を最大限に発揮できるか?』という発想のもとに誕生したコミュニケーション法です。』(奥田・本山, 2003)。「コーチングはクライアントが何を実現したいのか、そのためには何が必要なのかをひたすら聴いて、答えを引き出すスキルです。」(石田, 2012) などである。

一方、一部の著者たちと関連のあるコーチ養成会社ではコーチングを「目標達成のために必要なスキル、知識、ツールを棚卸し、テラーメイドで備えさせるプロセス」と説明している(コーチ・エイ HP)。また、国際コーチ連盟(ICF)では、「コーチングはクライアントの生活と仕事における可能性を最大限に発揮することを目指し、創造的で刺激的なプロセスを通じ、クライアントに行動をおこさせるクライアントと

の提携関係を指す。」と定義している(ICF HP)。また、エビデンスベースドコーチングを提唱し、大学院でコーチング課程を教えるグラント(Grant, A.)は、「コーチングは結果に焦点を当てて、協力的な目標設定やブレインストーミング、活動計画を通して自己志向的な学習を育てることを目指す活動である。」と述べている(Green & Grant, 2003)。

これらの定義と比較すると、日本のヘルスコーチングの書籍に見られる定義は、関係やプロセスというよりコミュニケーション法というスキルの側面が強調されていることがわかる。

### 5.4 スキル

プロのコーチが用いるコーチングスキルは100を超えていると言われている。コミュニケーションスキルであると定義する日本のヘルスコーチングの書籍で、どのようなコーチングスキルが紹介されているかを調べた結果を表1に示した。スキルを分類するカテゴリーや名称の違いがあり、同一著者による場合、複数の書籍でほぼ同じスキルが紹介されており、出現するスキルの頻度を厳密にカウントすることが必ずしもヘルスコーチングで用いられる代表的スキルを反映しているとは限らないと思われたため、全体的傾向を見るだけにとどめた。「質問」を含まない書籍はなく、次いで「承認」「傾聴」が最もよく取り上げられていた。質問のスキルは「未来型質問」「肯定的質問」など複数のスキルに分けて紹介されている場合もあった。次に頻度が高かったのは「I-メッセージ」「提案」「目標設定」「ペーシング」であった。一方、アンカリング、ミラーリング、リフレーミングなど、特定の方

法論的立場に立つコーチングで用いられるスキルの出現頻度は低かった。

#### 4. 考察

分析の結果より、日本のヘルスコーチングは書籍の出版状況から見ると2002年が本格的な始動時期であるとみなすことができる。2002年はコーチング書籍全体の出版も急激に増加した年であることから、日本のヘルスコーチングの書籍は、日本のコーチングの創始期にほとんどタイムラグを置くことなく出版されたことがわかった。これは欧米でのヘルスコーチングがライフコーチングやビジネスコーチングが興隆した1990年代より後に本格的に始まったのは状況を異にしている。時期のみに注目すれば欧米でヘルスコーチングの必要が指摘されていた頃 (Palmer, et.al., 2003) に、日本でも医療・健康領域にコーチングが普及し始めたように見えるが、定義や内容の分析結果に照らすと日本のヘルスコーチングは、患者や医療者の個人の自立と成長というよりも、医療者と患者の良好なコミュニケーションや、患者の早期の健康回復、医療組織における上司一部下関係や管理職のマネジメントに焦点が当てられる傾向がみられる。つまり、日本のヘルスコーチングは欧米のヘルスコーチングを導入したというより、日本のビジネス界に広まっていた業績向上や部下管理術としてのコーチングを医療界に取り入れた、とみなす方がよりの確と言えらる。

書籍の執筆者は、コンサルタント業やプロコーチと並んで医療者によって書かれたものが半数近くを占めており、早い時期から医療者自身の手によってコーチングが医

療界に紹介されていたことがわかった。このことは、現場をよく知る医療者が日本の医療の現状に合う形でコーチングを取り入れるという、実践面ではよい効果をもたらした可能性がある。しかし、一方で著者の中にはコーチングをどこで学んだかや、資格の有無が不明の者もあり、方法論的に多様性を持つさまざまな流派のコーチングの中から医療に適したものを十分吟味した上で取り入れられたかどうかには疑問が残る。また、民間会社のトレーニングを受けただけの医療者の多くは、コーチングの成立の経緯や、コーチングの理論的背景と関係の深い他の学術的専門領域について、詳しく学んでいない可能性がある。そのため、日本のヘルスコーチングは即効性を期待する実践に偏り、成立の歴史的背景については割かれるページが極めて限られるかまったく触れられず、コーチングの定義も、本来のコーチとクライアントの提携関係やプロセス・活動ではなく、コミュニケーションのためのスキルである、と限定的に捉える書籍が多いという結果となったのではないかと考えられる。また、コミュニケーションを強調したことで、ヘルスコーチングの書籍で紹介されるスキルは、他者との信頼形成や人間関係をよくすることを目的とした、カウンセリングで言うところの基本的かかわり技法、すなわち傾聴、承認のスキルが集中的に取り上げられることになった可能性がある。

理論やモデルを軽視しがちな実践志向は、患者と医療者、医療スタッフ間のコミュニケーションをよりよくすることで医療の質を向上させたい、という医療現場のニーズに合致していたため、その傾向が一層強ま

ったのかもしれない。コーチングには、コーチングセッション以外の場にも応用できるスキルが豊富に含まれているので、そのこと自体は否定すべきものではないかもしれない。ただし、西垣（2013）が指摘しているように、医療現場での対患者コーチングが医療者と患者の関係をよくするための単なるコミュニケーションスキルとしてのみ扱われた場合、コーチングの本来の目的である、患者自身の成長や目標の達成ではなく、医療者が期待する目標達成（たとえそれが患者にとって最善の利益であったとしても）のために誤用され得る懸念もある。

医療者による対患者コーチング実践のうちひとつの限界は、患者の側はそれをコーチングと認識していない、という点である。米国のプライマリケアの指導医ゴロブ

（Ghorob, A）らは、ヘルスコーチングを医療者が臨床の中で行うことには限界があると指摘しており、ヘルスコーチングの専門家がそれに当たるべきだとしている

（Ghorob, et. al., 2013）。安藤（2002）は医師にとってのコーチングについて述べた文章の中で、「プロによるコーチングは、コーチとクライアントの間で契約を結んだ上で30分～60分程度の定期的な設定された枠組みの中で行われるが、ここではそのような定型的なコーチング以外にも日常にかわされる会話の中、短時間のミーティング中などの状況においても行えるコーチング・コミュニケーションを想定している。」（p 82）とプロの行うコーチングと医療者の行うコーチングの区別を述べている。高橋

（2013）も同様に、「医師が患者にフルコースで（本格的）コーチング介入する機会は、意外に少ない or ないかもしれない」（p 51）

と指摘し、話のついでにコーチングスキルをちょっと使うプチ・コーチングは、コーチング介入ではなく、コーチング・マインドのある会話という方が適切かもしれない、と述べている。成長や目標達成の主役となるべき患者自身がコーチングと自覚していない場で行われるプチ・コーチングやコーチング・コミュニケーションでは、その効果にはおのずと限界がある。このことは医療現場のマネジメントにおいて医療者が医療者に対して実施する場合にも同様のことが言える。これらをすべて一括りに「コーチング」と呼んでしまうと、コーチング初学者の医療者がコーチング的会話＝コーチングと勘違いし、コーチングの本来の目的や進め方を誤解する恐れがある。この点はヘルスコーチングの指導者や執筆者は、十分に注意を払う必要があるだろう。

さらに、医療者が特に患者に対してコーチングを実践しようとするときは、対象者がコーチングに適しているかどうかを見極める能力が必要であり、また、コーチングがうまく機能しないとわかったときには、別の方法に切り替えるだけの力量が必要だということも指摘しておきたい。コーチングが万能でないことは一部の書籍には明記されており、対象者は日常の会話が可能で理性的・現実的な思考が働くことが必要であり（安藤, 2006）、過度に依存的であったり、時間や行動などの約束を守らない人はそもそもコーチングに向いていない（アンコーチャブル）ので、それらの患者にはカウンセリングなど別の方法で対応することが勧められている（出水, 2009）。しかし、このようなコーチングの適用範囲の限界について記述した書物はわずかであり、また、

コーチング実践者が適用可能性を現場で適切に判断できるためには、短期の講習や書籍を読むだけの学習では難しいと思われる。Bachkirova ら (2010) はコーチングの理論的背景として認知行動コーチング、人間中心のアプローチ、解決焦点化アプローチなど 13 のアプローチを挙げている。さらに Palmer & Whybrow (2007 堀監訳 2011) は、これらに加えて動機づけ面接法と会話的学習を挙げている。これらのほとんどは心理療法としてのエビデンスに基づいており、コーチングにも適用可能とみなされているコーチング心理学の手法である。コーチングの実践者はこのような多様な理論に基づく複数のコーチングモデルを、場面や対象者の状態に合わせて十分に検討した上で選択し実践することが本来望ましく、それによってコーチングの適用範囲は広まり効果も高まると期待できる。

しかしながらコーチングを学ぶ場所が医療施設で行われる数時間の講習や、時間をかけて学ぶ場合でも民間のコーチ養成会社にほぼ限られている日本の現状では、医療場面でこのような本格的なあるいは本来の意味でのコーチングを実践できる専門家はまだ育っていない。ヘルスコーチングの専門家を特定の流派に偏らずに養成する大学の課程が日本にはまだ存在しないからである。コーチングの先進国である英国、米国、オーストラリアなどでは、10 年以上前から企業が雇用するコーチに対して大学院レベルの行動科学系学問の学位を要求するようになってきており (Corporate Leadership Council, 2003)、大学にコーチングの専門課程が設置され、その数は 2007 年時点で 12 であったが (Grant, 2007 堀監訳 2011)

その後増加し、大学院レベルのヘルスコーチングの専門課程も誕生している

(University of Delaware, HP)。また近年米国を中心に経営学大学院において、200 以上のエグゼクティブコーチングの専門コースが開講されており、国際コーチ連盟 (ICF) の認証を得たコースも多数含まれる (GSAEC HP)。ICF は 2014 年の会員誌において *Science of coaching* (コーチングの科学) の特集を組み、商業主義と一線を画すコーチにとって、研究に対する深い理解とエビデンスに基づく実践は不可欠である、と述べている (ICF HP)。これからのコーチングがより科学的・研究的志向を強めていくのは、世界的潮流であることは間違いないだろう。

本研究で取り上げたコーチングの書籍の中には、理論や根拠といった科学的観点からみて、十分とはいえないものも多く見受けられたが、日本の医療界にコーチングを広める上での功績は十分にあっただろう。今後は、理論 (theory)、研究 (research)、実践 (practice) の 3 つのバランスを取りながら、エビデンスに基づくコーチングを日本でも根づかせていくような質の高い書籍の出版をはじめ、コーチングのトレーニングシステムの構築が望まれる。

本研究では初学者にとってもっともアクセスしやすい媒体として書籍を取り上げ、その分析を通して、日本のコーチングがどのように紹介されているかの現状と課題を明らかにした。一部に見られる、本来のコーチングの定義とは異なるコミュニケーションのツールとしての紹介のしかたや、理論や歴史的背景の欠如、先行する他の近接領域との関連性への言及の不足などは、実

用書であるが故に重視されてこなかったのではないかと示唆された。これらの問題を解決することはコーチングが医療の世界の中で、学術的批判に耐えうる信頼できる方法論として確立するために不可欠であると考え。ただし、書籍の分析によって明らかになったことが日本のヘルスコーチングのすべてをカバーしているわけではないことは、本研究のリミテーションとして断っておきたい。

本研究は、公益信託福原心理教育研究振興基金の助成を受けて行われた。

#### 引用文献

安部哲也・岸英光 (2004). カルロス・ゴーン流 リーダーシップ・コーチングのスキル あさ出版.

安藤潔 (2002). 難病患者を支えるコーチングサポートの実際 真興交易.

安藤潔 (2006). メディカル・コーチングの概要. 安藤潔 (編) メディカル・コーチングQ&A 真興交易 (株) 医書出版部 pp.13-22.

Bachkirova, T. Cox, E & Clutterbuck, D. (2010). *The Complete Handbook of Coaching*. London : Sage.

Chapman, L. S., Lesch, N., Pappas Baun, M. (2007). The role of health and wellness coaching in worksite health promotion. *The Art of Health Promotion*. July/August 2007, 1-10.

コ ー チ ・ エ イ HP <<http://www.coacha.com/>> (2013年6月30日)

Corporate Leadership Council (2003).

*Maximizing returns on professional executive coaching*. Washington D.C.: Corporate Leadership Council.

Donner, G. & Wheeler, M. M. (2007). *Coaching in nursing : An introduction*. The International Council of Nurses and The Honor Society of Nursing, Sigma Theta Tau International. Indianapolis: Printing Partners.

Ghorob, A., Willard-Grace, G. & Bodenheimer, T. (2013). Health coaching. *Virtual Mentor*. 15(4), 319-326.

Grant, A.M. (2007). Past, present and future: The evolution of professional coaching and coaching psychology. In Palmer, S. & Whybrow, A. (Eds.), *Handbook of Coaching Psychology*. East Sussex: Routledge. 23-39.

(グラント, A.M. 堀正(監訳) (2011). 過去、現在そして未来—プロフェッショナルコーチングとコーチング心理学の発展 コーチング心理学ハンドブック 金子書房 pp.26-45.)

Green, J. & Grant, A.M. (2003). *Solution-focused coaching: Managing people in a complex world*. London : Momentum Press.

GSAEC HP <<http://www.gsaec.org/>> (May 10, 2014)

Hall, M.L., & Duval, M. (2005). *Meta-Coaching* (vol.1). Clifton, CO.: Neuro-Semantic Publications.

(ホール, L.M.・デュヴァル, M. 田近秀敏(監) 佐藤志緒 (訳) (2010). メ

- タ・コーチング VOICE.)
- ICF HP  
<<http://www.coachfederation.org/need/landing.cfm?ItemNumber=978>>  
(2013年7月5日)
- 石田恵子 (2012). 歯周病コーチングのヒントと応用 口腔保健協会.
- 出江紳一 (2009). リハスタッフのためのコーチング活用ガイド 医歯薬出版.
- 看護管理 (2002). ひとが育つ組織をつくるコーチングとカウンセリング 2002.12. pp.177-198.
- 厚生労働省健康局 (2007). 標準的な検診・保険指導プログラム  
<[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/kenkou/eikatsu/link-list.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/eikatsu/link-list.html)> (2013年12月30日)
- MEDC HP  
<<http://www1.gifu-u.ac.jp/~medc/>>  
(2014年3月20日)
- 西垣悦代 (2013). ヘルスコーチングの展望: コーチングの歴史と課題を基に支援対話研究, 1, 7-22.
- O'Conner, J., & Lages, A. (2007). *How coaching works*. London: A & C Black.  
(オコナー, J.・ラゲス, A. 杉井要一郎(訳) (2012). コーチングのすべて 英治出版.)
- 奥田弘美・本山雅英 (2007). メディカルサポート・コーチング入門 日本医療情報センター.
- Palmer, S., Tubbs, I., & Whybrow, A. (2003). Health coaching to facilitate the promotion of healthy behaviour and achievement of health-related goals. *International Journal of Health Promotion & Education*, 41, 91-93.
- Palmer, S. & Whybrow, A. (2007). Coaching Psychology : an introduction. In Palmer, S. & Whybrow, A. (Eds.), *Handbook of Coaching Psychology*. East Sussex : Routledge. pp.1-19. (パーマー, S. & ワイブラウ, A. 堀正(監訳) (2011). コーチング心理学とは何か コーチング心理学ハンドブック 金子書房 pp.1-24.)
- 臨床コーチング研究会 <<http://rinsho-coach.net/mt/public/hp/>> (2014年5月7日)
- Simpson, A. J., & Weiner, E. S. (Eds.).(1989). *The Oxford English Dicitonary* (2<sup>nd</sup> ed., Vol. 3). Oxford: Clarendon Press.
- 新村出 (編) (1998). 広辞苑 (第五版) 岩波書店.
- 新村出 (編) (2008). 広辞苑 (第六版) 岩波書店.
- Summers, D. (Ed.) (2009). *Longman Dictionary of Contemporary English* (5 ed.). Essex: Pearson Education.
- 鱸伸子 (2002). 医療におけるコーチングの現状 安藤潔・柳澤厚生 (編) 難病患者を支えるコーチングサポートの実際 真興交易 (株) 医書出版部 pp75-81.
- 高橋優三 (2013). 誰に、どのタイミングで、どの程度コーチング・スキルを使う? 松尾理 (編) コーチングの基礎から応用へ 学際企画 pp.51-55.

University of Delaware, HP  
<[http://www.udel.edu/bhan/graduate/s/health\\_coaching.html](http://www.udel.edu/bhan/graduate/s/health_coaching.html)>(April 25, 2014)

柳澤厚夫・鱸伸子・田中晶子・磯さやか  
(2008). コーチングで保健指導が変わる 医学書院.

- 
- i コーチングの歴史に関する総説は西垣 (2013) の「ヘルスコーチングの展望：コーチングの歴史と課題を基に」を参照されたい。
  - ii 1960年～1970年代にアメリカ西海岸を中心に興隆した社会的ムーブメント。実存主義と人間主義を思想的なルーツに持ち、ヒッピー文化を始め、さまざまな自己啓発法、コミュニオン（共同体）を誕生させた。日本にもその影響はあった。
  - iii ここではコーチングは「相手の本来持っている能力、強み、個性を引き出し、目標実現や問題解消するために自発的行動を促すコミュニケーション技術」（厚生労働省健康局, 2007 p15）と説明されている。
  - iv 同書の改訂2版では、コーチングに関する記述は約27ページに増えているが、あくまでリーダーシップトレーニングの一部として取り上げられている。



## 原著論文

### カフェ型ヘルスコミュニケーション「みんくるカフェ」における 医療系専門職と市民・患者の学び

孫 大輔<sup>1)</sup> 菊地 真実<sup>2)</sup> 中山 和弘<sup>3)</sup>

1) 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

2) 早稲田大学大学院人間科学研究科

3) 聖路加国際大学看護情報学

## 抄録

ワールドカフェなど、小グループでの対話デザインを組み込んだカフェ型の対話的アプローチは、近年、医療や看護、福祉領域でも多く応用されている。そうしたカフェ型ヘルスコミュニケーション「みんくるカフェ」を著者らは定期開催しており、市民・患者と医療専門職が毎回10~20人参加している。参加者の学びの内容を分析するため、2011年10月~2013年5月に都内にて実施した計12回の「みんくるカフェ」参加者、計189名の事後アンケート記述から、学びに関する自由記述の質的分析を行い、カテゴリーを抽出した。参加者の内訳は、医療系専門職が93名(49.2%)で、市民・患者が96名(50.8%)であった。医療系専門職と市民・患者に共通する学びとして、「視座の変容」「自己省察」「多様な価値観との遭遇」「当事者のナラティブ」「越境的対話の意義」「テーマに関する洞察」「行動への動機づけ」のカテゴリーが抽出された。カフェ型ヘルスコミュニケーションは、多様な背景の参加者が混じる越境的な場であり、そこでは自由で抑圧のない平等な関係性での対話が行われるため、お互いの考えや価値観に対する理解や自己省察が容易になり、変容的学習が起きやすいのではないかと考えられる。

**キーワード：**カフェ型ヘルスコミュニケーション、対話的アプローチ、越境的対話、変容的学習、ナラティブ

## 1. 緒言

近年、理想的な医療の提供やヘルスプロモーションにおいて、コミュニケーションの方法論がますます重要視されており、そのような健康や医療に関する医療提供者と医療消費者間でやりとりされるコミュニケーションは、総じて「ヘルスコミュニケーション」と呼ばれている。例えば、患者と医療専門職の間のコミュニ

ケーションの障害による影響（アドヒランス不良、医療不信、医療訴訟など）を考えると、医療専門職にとっては患者側の隠された思いや価値観をより深く理解すること、その上で理想的な患者中心の医療を提供することが肝要である。しかしながら、医療機関におけるヘルスコミュニケーションには、時間の制約、通常とは異なる制度的会話、情報・立場の非対称性などさま

ざまな限界がある。また、健康情報技術

(Health Information Technologies, HITs) あるいは e-Health の発達によって患者／医療消費者側はさまざまな医療や健康に関する情報を手に入れられるようになった。しかし、こうしたオンラインのヘルスコミュニケーションにも、ネット上の膨大な情報量の「洪水」の中で、信頼性の低い情報や不正確な風評に惑わされがちになるという問題がある[1]。このようなヘルスコミュニケーションにおける課題を解決する一つの選択肢として、ワールドカフェのような「カフェ型」の対話的アプローチによるヘルスコミュニケーション活動がある[2]。ワールドカフェとは、カフェのようなリラックスした雰囲気の中で、小グループ(4~6人)での話し合いを、メンバーの組み合わせを変えながら進めて行く話し合いの手法である[3]。そうした小グループでの対話のデザインを組み込んだカフェ形式での健康や医療に関するコミュニケーション活動を、ここでは「カフェ型ヘルスコミュニケーション」と呼ぶ[4]。

著者らは、2010年8月より医療や健康をめぐる話題について市民・患者と医療・介護・福祉系専門職がともに参加して対話を行い、互いに学び合うカフェ型ヘルスコミュニケーション活動「みんなのカフェ」を始めた[5]。実際には、街中のカフェや会議室などに10~20人ほどの参加者が集まり、毎回「医師と患者のコミュニケーション」「賢い患者になるためには?」「介護しやすい社会とは?」などのテーマをめぐって、学びと対話が行われる。最初に30分ほど、ゲストスピーカーによる話題の提供

と基礎知識の共有が行われる。その後は1時間以上かけて、参加者同士が「対話」を行う。対話の形式はワールドカフェの手法を基本としている。参加者の年齢や職種もさまざまであり、市民・患者側と、医療系専門職側の双方が対等に近い関係性で対話を行うため、相手の考えや価値観に対するより深い理解が起りやすいと考えられる。

カフェ型の対話的アプローチは、(1)参加者全員での自由で主体的な対話が行われること、(2)専門家と非専門家や異なる職種間など越境的な参加者の間でも対話が可能になること、などを特徴とする。医療や看護、福祉領域でもカフェ型対話的アプローチは応用されており、いくつかの報告がある[6-8]。しかしながら、こうしたカフェ型の対話的アプローチが参加した個人にどのような効果を及ぼすのか、その効果を検証した報告はきわめて少ない。保育者(保育士、看護師、保健師など)の養成においてワールドカフェの効果を検証した音山らは、カフェでの自由な対話を通して、さまざまな角度から自らの体験の省察が行われ、参加者のポジティブな認知変容に影響を及ぼしている可能性を示唆している[9]。こうした自己省察による認知変容は、メジローの「変容的学習」の理論で捉えられている[10]。永井は、「Mezirowの期待する対話的理性、あるいはそれに基づく理想的な学習状況の条件は(中略)現実の学習方略としての即応性・実効性が期待できるものではないようだ」と批判的に捉えつつも、「学習の場を構成する原理を対話的なものに求めることは、少なくとも道具的理性に対するオルタ

ナティブとして、破棄されえない選択肢である」と述べ、対話によって他者との交流の中で問い直しや吟味が行われ、変容的学習が促される可能性を指摘している[11]。

カフェ型ヘルスコミュニケーションが実践として広がりを見せる中で、その対話の場が参加者にどのような効果を及ぼしているのか、いまだ検証や理論化が十分に進んでいない。そこで本研究では、カフェ型ヘルスコミュニケーションの実践例「みんくるカフェ」の参加者においてどのような学びが起きているのか、質的分析によって探索的に検討してみたい。

## 2. 方法

2011年10月～2013年5月に東京都内にて実施した計12回の「みんくるカフェ」参加者のアンケートをもとに、参加者の学びに関する記述の質的分析を行った。みんくるカフェの参

加者は、主にソーシャルメディア（Facebook、Twitter）やメーリングリストなどオンラインにて募集し、参加対象は特に限定せず、社会人や学生など広く参加を募った。アンケートは毎回カフェ終了時に行われたもので、記名の有無は自由とした。対象者はのべ189名であった（複数回参加者は別人として扱った）。場所は都内のカフェなどを貸切り、夕方以降に2時間～3時間で実施された。表1に分析対象にした回の実施日時とテーマ、参加人数を示す。テーマの内容は、医療コミュニケーション、健康増進、介護・終末期医療に関するものなどが多くなっている。テーマの決定は、参加者のアンケートに書かれた希望などを参考に、著者ら複数のスタッフで毎回相談して行った。

アンケート内の「新たに気づいたことや学んだことは何ですか？」という質問に対するすべての回答（自由記述）を抽出し、文章ごと

表1. 分析の対象としたカフェ型ヘルスコミュニケーション「みんくるカフェ」の実施概要

実施日時	テーマ	参加者数
2011.10.13	ヘルスコミュニケーション	17
2011.11.26	賢い患者になろう！	10
2011.12.15	医療と社会の壁を超えるためには？	13
2012.2.23	びょういんではたらく人たち ～医療職業見本市～	16
2012.4.28	介護しやすい社会とは？ ～社会とつながり続けるために～	21
2012.7.24	セカンドプレイスの健康	11
2012.9.21	Exercise Café ～運動と健康の関係を考える・感じる～	17
2012.10.14	生と死について痴話しよう -死生学という視点-	28
2012.11.3	LGBT Café -LGBTの視点を通して医療と健康について考えよう-	14
2013.2.24	今つづるエンディングノート	17
2013.4.16	医療コミュニケーションをどう学ぶ？どう教える？	14
2013.5.21	家で看取るといふこと	11

にセグメント化し、このセグメントを記録単位として分析対象データとして、テーマ分析を行った。学びの内容に関係のない記述は分析の対象から除外した。意味・内容の類似するデータごとにグループ化し、内容を代表するテーマを命名した。テーマの一覧からさらに抽象度をあげてグループ化し、カテゴリーの抽出を行った。分析は主に研究代表者 (D.S.) が行い、共同研究者 2 名 (M.K. および K.N.) と十分協議した上で最終的なテーマおよびカテゴリー抽出を行った。分析の結果は、医療・福祉・介護専門職と市民・患者に分類して整理した。学生については医療・福祉・介護系の学生については専門職側に分類し、その他の学部の学生は市民・患者側に分類した。

アンケートは記述内容を公開してよいかどうかの承諾をアンケート内で得ており、今回は承諾があった記述のみを分析の対象とした。個人が特定されるような記述はなかったが、分析過程においても十分に配慮した。

### 3. 結果

分析の対象となった参加者 189 名の属性を表 2 に示した。男性が 58 名 (30.7%)、女性が 131 名 (69.3%) であり、職種の内訳は、医療・福祉・介護系専門職 (以下、医療系専門職) が 93 名 (49.2%) で、市民・患者が 96 名 (50.8%) であった。医療系専門職は、医師、看護師、作業療法士、管理栄養士、薬剤師、介護福祉士、臨床心理士、保健師、医療事務、歯科医師、医

療系学生など多様な専門職種が参加していた。

表 2. 対象者の属性

		人数 (%)	
性別	男性	58	(30.7)
	女性	131	(69.3)
職種	医療系専門職	93	(49.2)
	医療系学生	22	(23.7)
	医師	18	(19.4)
	看護師	17	(18.3)
	作業療法士	8	(8.6)
	管理栄養士	7	(7.5)
	薬剤師	5	(5.4)
	介護福祉士	3	(3.2)
	医療事務	3	(3.2)
	臨床心理士	2	(2.2)
	保健師	1	(1.1)
	歯科医師	1	(1.1)
	その他	6	(6.5)
	市民・患者	96	(50.8)
会社員	45	(46.9)	
学生	14	(14.6)	
教員・研究職	6	(6.3)	
無職	5	(5.2)	
その他	26	(27.1)	

複数参加者は別人として扱った。

医療系専門職の学びに関する記述の分析結果を表 3 に、市民・患者の学びに関する記述の分析結果を表 4 に、それぞれ示す。

カテゴリーとして、医療系専門職と市民・患者に共通して【変容的学習】【対話における経験】【テーマに関する学び】【動機づけ】の 4 つが抽出された。

テーマとしては、双方に共通するものとして「視座の変容」「自己省察」「多様な価値観との遭遇」「当事者のナラティブ」「越境的対話の意義」「テーマに関する洞察」「行動への動機づけ」が抽出され、多くの共通する内容が認められた。医療系専門職では上記以外に「共通性の確認」が、市民・患者では上記以外に「専門的知識の獲得」がテーマとして抽出された。

表 3. 医療系専門職の学びの内容

カテゴリー	テーマ	代表的な記述	記録 単位数
変容的学習	視座の変容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療者と患者さんの間の落差の話は衝撃だった</li> <li>・ さまざまな視点からの意見を聞け、また違った価値観を得ることができた</li> <li>・ 立場が異なる人との対話を通して、多様な視点や価値観を得ることができた</li> </ul>	8
	自己省察	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自分の分野に偏った考え方をしていたことに気づいた</li> <li>・ 偏見やスティグマが、自分の中にもあったと気づいた</li> <li>・ まったく当事者の立場になって行動できていなかったことに気づいた</li> </ul>	10
対話における経験	多様な価値観との遭遇	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 同じ話題を共有しても、それぞれ感じることはさまざまであった</li> <li>・ テーマに関する認識が人によってばらつきが大きかった</li> </ul>	4
	共通性の確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 参加者の共通認識が非常に近いことに気づいた</li> </ul>	2
	当事者のナラティブ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 実際に経験されている方から話を聞いたのが良かった</li> <li>・ 当事者の方の話を聞け、問題についてさらに認識できた</li> </ul>	3
	越境的対話の意義	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 一般の方と対等な関係を保ちながら対話することの重要性を感じた</li> <li>・ 対話によって、本当に地域や多職種や社会全体で考えていくべき問題であると感じた</li> </ul>	7
テーマに関する学び	テーマに関する洞察	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ コミュニケーションは、医療者-患者に限らず、常日頃すれ違うものだと気づいた</li> <li>・ 良い死を考えるためには、一緒に生きている人との関係が重要だということに気づいた</li> <li>・ 介護は本当に大変なことなのだと改めて理解した</li> </ul>	20
動機づけ	行動への動機づけ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 声にならない声を、どうしたら看護者側として社会に発信し、還元できるかということを常に考え続けたいと感じた</li> </ul>	3

表 4. 市民・患者の学びの内容

カテゴリー	テーマ	代表的な記述	記録 単位数
変容的学習	視座の変容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 死ということを通して、何が大切なのか、自分が今幸せかなど、生きることについて深く考えることにつながった</li> <li>・ いろんな分野の方と対話することで、新たな気づきを得られた</li> </ul>	9
	自己省察	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自分の現状や価値観をあらためて知った</li> <li>・ 知らず知らずのうちに人を傷つけていないかと感じた</li> </ul>	5
対話における経験	多様な価値観との遭遇	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 小さなことでもいろんな角度から見ると、さまざまな意見があることに気づいた</li> <li>・ 同じテーマでも、参加者によって意見にばらつきがあることを知った</li> <li>・ 患者と医療従事者の考え方が違うことに気づいた</li> </ul>	8
	当事者のナラティブ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護を実際にしていた方の話を聞いて、大変さを改めて知った</li> <li>・ 現場の医療者の声を聞くことで、リアルに何が起きているのかを知り、とても参考になった</li> </ul>	3
	越境的対話の意義	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ さまざまな人と多様な意見を共有することが本当に大事だと感じた</li> <li>・ いろんな職業の枠を超えて視点を共有することの意義を感じた</li> </ul>	16
テーマに関する学び	専門的知識の獲得	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 延命処置やエンディングノートに示す現実的な側面が勉強になった</li> </ul>	3
	テーマに関する洞察	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 対等な良いコミュニケーションをとることの難しさを知った</li> <li>・ 死を前向きにとらえたり、もっとオープンに話をしたりするべきだと感じた</li> </ul>	23
動機づけ	行動への動機づけ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ つながり協働するなどして実効性のある何かができる、というインスピレーションを得た</li> <li>・ 自分も患者としてやれることがあると感じた</li> </ul>	3

#### 4. 考察

カフェ型ヘルスコミュニケーションにおける医療系専門職および市民・患者側に共通する学びとして、「多様な価値観との遭遇」や「当事者のナラティブ」「越境的対話の意義」といった対話における経験を契機として、「自己省察」や「視座の変容」にいたる「変容的学習」のプロセスが起きていることが示唆された。またそれが、専門職側にも市民・患者側にも、新たな「行動への動機づけ」となっていることが示唆された。

興味深いことは、カフェ型ヘルスコミュニケーションの場が、市民・患者側に対して健康・医療に関する教育・啓蒙の場として機能しているばかりでなく、医療系専門職側にも意識変容を起し、自己省察や動機づけをもたらしていることである。例えば医療系専門職の「自己省察」に相当する記述として「まったく当事者の立場になって行動できていなかったことに気づいた」、また「視座の変容」に相当する記述として「立場が異なる人との対話を通して、多様な視点や価値観を得ることができた」とあり、専門職としての自らの実践をふりかえり、視点や考え方が変容するような経験をしていることが伺える。

また、市民・患者側にとっての学びの中心も「変容的学習」であり、専門的知識を獲得するような学びに関する記述はわずかしか見られなかった。「多様な価値観との遭遇」に関する記述で「小さなことでもいろんな角度から見ると、さまざまな意見があることに気づいた」

と記述されているように、市民・患者にとって知識を学習するだけの場ではなく、「当事者のナラティブ」を聞き「越境的対話」をすることで多様な価値観に触れ、自己省察を経て意識変容が起きていることが示唆された。

既存の市民・患者と医療者の対話の場でも、自由な対話が行われれば同様の効果が認められると思われるが、そもそも両者の間の情報や立場の非対称性が大きいため、お互い自由に考えを述べることができる場とはなりにくい。カフェ型ヘルスコミュニケーションの場では、お互いの立場の非対称性を崩し、自由で主体的な対話の場にするのが特徴である。

メジローが提唱した「変容的学習」とは、学習を通じてそれまでの前提や価値観が批判的にふり返られ、内面的な変容が起こるという成人学習の一形態である。メジローは学習を「経験を解釈したり、その経験に意味づけをおこなう」行為と定義した。彼が重視したのが、解釈や意味づけをおこなう際に習慣的に準拠としている前提や価値、信念を構成している枠組み、すなわち「意味パースペクティブ」(meaning perspective)である。人は、この意味パースペクティブによって、経験の意味づけ方や、何を優先させ重要なものとするかなど、学習のあり方を決めている。新しく獲得した知識や技術、出来事といった経験は、省察的学習において、意味パースペクティブと照らし合わされることになる。一方、異文化に接し、これまで想像もしたことのない価値や思想に出会ったときは、価値観が揺さぶられ、それまでの前提や自明性に疑問をもつ「自己省察」を経て、「混乱

的ジレンマ」(disorienting dilemma)とメジローが呼ぶ状態に至る。ここで人は自らの意味パースペクティブを問い直し、「パースペクティブ変容」が起こり再構成される。この一連のプロセスが「変容的学習」である[10]。メジローは、そうした変容的学習を促す対話とは、省察的対話あるいは理性的対話(rational discourse)であると述べており、そこでは参加者が互いに他者の考えに理性をもって耳を傾け、尊重し、理性的判断ができる自由な場であることを示唆している[12]。カフェ型ヘルスコミュニケーションは、既存の対話の場に比べ、この理性的対話が起こりやすいように、非対称性を崩し、主体的なコミュニケーションを促す工夫がされているとも言える。

今回の分析では「混乱的ジレンマ」に相当する記述は見られなかったが、「テーマに関する認識が人によってばらつきが大きかった」など、多様な価値観に遭遇することで戸惑いを感じていると思われる記述が見られた。今回、テーマとして抽出された「視座の変容」が、メジローの言う「パースペクティブ変容」と同様のものかどうかは、今後さらに検証が必要である。

また、分析において医療系学生が医療系専門職のうち24%含まれており、当事者のナラティブを聞いたときなどに、視点や価値観の変容が起きやすいと考えられ、分析結果に影響を与えた可能性は否定できない。

本研究の限界として、カフェ実施直後のアンケート記述の分析であるため、データは限られた時間内で書かれた比較的短い記述にとどまっていることが挙げられる。参加者によっては参加後しばらくして言語化される洞察や意識変容があることが考えられるため、そこまで捉えることができない。また質的分析であるため、変容的学習が起きているということが仮説として推測されるにとどまる。今後、変容的学習のプロセスやその帰結も含め、実証的研究を行うことで仮説が検証されることを待ちたい。

## 5. 結 語

カフェ型ヘルスコミュニケーションにおける学びは、多様な参加者による異なる価値観からの揺さぶりが起こりやすく、そこでは自由で抑圧のない、比較的対等な関係性での対話が行われるため、お互いの考えや価値観に対する理解と自己省察が容易になり、視座の変容、すなわち変容的学習が起きやすいのではないかと、というのが現時点での仮説である。著者らは、この仮説を検証するためカフェ型ヘルスコミュニケーションにおける変容的学習プロセスに関する実証的研究を現在進めており、今後報告する予定である。



## 文献

- [1] 池田光穂. ヘルスコミュニケーションをデザインする. *Communication-Design* 2012; **6**: 1-16.
- [2] 孫大輔. 新しい患者-医療者関係の構築に向けて カフェ型ヘルスコミュニケーションの可能性. *日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌* 2013; **4**(1): 13-17.
- [3] 吉村輝彦. 対話と交流の場づくりから始めるまちづくりのあり方に関する一考察. *日本福祉大学社会福祉論集* 2010; **123**: 31-48.
- [4] 孫大輔. 省察的实践家入門 対話の場作りをすすめるファシリテーターと省察的实践. *日本プライマリ・ケア連合学会誌* 2013; **36**(2): 124-126.
- [5] 孫大輔. みんなくるプロデュース HP. <http://www.mincle-produce.net/> (閲覧: 2013年12月29日)
- [6] Fallon D., Warne T., McAndrew S., et al. An adult education: learning and understanding what young service users and carers really, really want in terms of their mental well being. *Nurse Educ Today* 2012; **32**(2): 128-32.
- [7] McAndrew S., Warne T., Fallon D., et al. Young, gifted, and caring: a project narrative of young carers, their mental health, and getting them involved in education, research and practice. *Int J Ment Health Nurs* 2012; **21**(1): 12-9.
- [8] While A., Murgatroyd B., Ullman R., et al. Nurses', midwives' and health visitors' involvement in cross-boundary working within child health services. *Child Care Health Dev* 2006; **32**(1): 87-99.
- [9] 音山若穂, 利根川智子, 井上孝之, 他. 保育者養成における実習指導への対話的アプローチの導入に関する基礎研究. *群馬大学教育実践研究* 2012; **29**: 219-228.
- [10] ジャック・メジロー. おとなの学びと変容—変容的学習とは何か. 金澤睦, 三輪建二(監訳). 鳳書房, 2012.
- [11] 永井健夫. 認識変容としての成人の学習 (II): 学習経験の社会的広がりの可能性. *東京大学教育学部紀要* 1992; **31**: 291-300.
- [12] 藤村好美. ロバート・D・ボイドの変容的学習の理論に関する一考察—変容のプロセスにおける Grief (悲嘆) のもつ意味を中心に—. *広島大学大学院教育学研究科紀要* 第三部 2006; **55**: 53-60.

## 研究ノート

### 終末期を受けた患者を持つ家族および終末期医療従事者へのコミュニケーション介入の検討：系統的レビュー

安部 猛,<sup>1\*</sup> 塚本恵理香,<sup>2</sup> 鷹田佳典,<sup>1</sup> 小野充一<sup>1</sup>

1 早稲田大学人間科学学術院 2 早稲田大学大学院人間科学研究科

#### 抄録

背景：終末期医療では、患者の家族と医療従事者の精神的負担を軽減するために、患者との円滑なコミュニケーションが重要である。しかし、コミュニケーション・プログラムや教育による介入の効果は必ずしも明らかではない。そこで、系統的文献レビューを行った。

方法：検索エンジンには、Pubmed、MEDLINE、Web of Science、医中誌、CiNii を用い、該当期間は 1987 年～2014 年 5 月とした。キーワードは、終末期、家族もしくは医療従事者、コミュニケーションと層別に設定し、内容分析を行った。

結果：検索の結果、7 件の文献が該当した。コミュニケーション・プログラムの介入前後、もしくは対照群との比較によって、有意差が見られたものは、医療従事者のコミュニケーション・スキルの向上、家族の PTSD および不安・抑圧の軽減であった。また、介入研究の問題や今後の課題が抽出された。

考察：終末期医療でのコミュニケーション介入研究は萌芽期であり、海外に比べ国内での知見が少ないことから海外との文化の違いを考慮に入れ、介入プログラムとアウトカムを設定する必要があると考えられる。そのことにより、患者家族、および医療従事者のアウトカム改善に貢献できる。よって、わが国の終末期患者家族と医療従事者に対する、有用性の高いコミュニケーション・プログラムの開発と介入研究が急務である。

**キーワード**：終末期、コミュニケーション、プログラム開発、レビュー

#### 1. はじめに

癌などの疾病により末期状態にある患者に終末期医療を提供する医療機関において、患者の家族、および医療従事者（医療機関に勤務するスタッフ、例：看護師、コメディカルスタッフ）は、多くの精神的負担を負うことから、家族と医療従事者が患者との円滑なコミュニケーションをとることは、患者に質の高い医療を提供する上で重要な要素である[1]。わが国をはじめ、各国で終

末期医療でのコミュニケーションに言及したガイドラインも多数提示されている（表 1）[2-6]。

他のヘルス・コミュニケーション分野の知見と同様、終末期医療の現場で留意すべきコミュニケーションの特徴として、患者は恐れや心配ごとを医師ではなく医療従事者に相談する傾向があること[4-6]、医療従事者にとって非言語コミュニケーション、オープンクエスチョン、および傾聴が重要

表 1. 終末期医療とコミュニケーションに関する各国のガイドライン

国	団体	ガイドライン名称
Australia	The Australian Medical Association	Clinical practice guidelines for communicating prognosis and end-of-life issues with adults in the advanced stages of a life-limiting illness, and their caregivers
UK	National End of Life Care Programme	Principles of Good Communication
USA	National Cancer Institute	Communication in Cancer Care - Patient Version / - Health Professional Version
Japan	日本緩和医療学会	治療ガイドライン
	日本ホスピス緩和ケア協会	教育カリキュラム: コミュニケーション (アサーション)

であることが挙げられる[4-6]。また、終末期医療でのコミュニケーションの障壁として、患者側の要因には、医療従事者の負担になるのではという危惧、

医療従事者側の要因には、言うべきことを知らないと感じることなどが挙げられる（表2）[4-6]。次に、関連研究の動向であるが、以下のように大

表 2. 終末期医療でのコミュニケーションにおいて障壁となるもの

患 者	医療従事者
言語(欧米)	言語(欧米)
感情的になることへの恐れ	強い感情を受けた時の対処
疲労・病気の症状	言うべきことを知らないと感じる
医療従事者への負担になっているのではという危惧	患者のことをよく知らない

大きく分けて二つの分野が挙げられる。第一に、医師－患者間コミュニケーションと患者予後・余命との関連を検討した研究である。患者への病名告知や余命告知、いわゆる悪い知らせ (bad news) のタイミングに関する知見が多い[1]。第二に、終末期医療を受けた患者を持つ家族、および医療機関の医療従事者が、患者の死というトラウマティックな出来事から受けるとされる外傷後ストレス障害 (Post-traumatic stress disorder: PTSD) などの精神疾患的なアウトカムに対する、コミュニケーションによる緩和作用の研究である。これについては、一貫した知見が得られていない[7]。知見が多様な理由として、二つ挙げられる。一つは、終末期患者の家族において、心理的影響に対するリスク要因が個々で異なることによる影響である[7,8]。このことから、家族の特性に応じたテーラーメイドの介入プログラムの必要性が示唆される。二つ目の理由は、家族の死など外傷的イベントに遭遇した後、ストレスにより PTSD を発症する場合と外傷後の成長 (Post-traumatic growth: PTG) となる場合があり (図1) それぞれに関連する要因が明らかにされていないことの影響である[9]。特に、PTG は心理学分野での研究が多いが[9]、今後、終末

期医療分野での実態解明も必要である。

また、これまでの終末期医療におけるコミュニケーション研究の特徴は、以下の3つである。第一に、上記で挙げた研究においても指摘されているが、コミュニケーションによる介入の内容やタイミングが統一されていない点である[7]。第二に、研究の対象者が多岐にわたり、かつ知見が一貫していない点である。例えば、乳癌サバイバー (breast cancer survivor) 自身、および小児がん患者を持つ親に対する心理的ストレスに関する研究では、早期のコミュニケーション介入の有効性が報告されているが[1]、ICU 患者家族では、家族の特性に応じたコミュニケーションの重要性が指摘されている[10]。第三に、特に患者家族と医療従事者に対しては、コミュニケーションを共変量とした観察研究は多いが介入研究が少ない点である。

このように、終末期医療を受けた患者を持つ家族、および終末期医療従事者の健康アウトカムを緩和するコミュニケーション・プログラムに関し、一貫した知見が得られない理由や課題が見られる。これらの課題を克服し、現場で活用可能な知見を得るため、現在の終末期医療におけるコミュニケーションの介

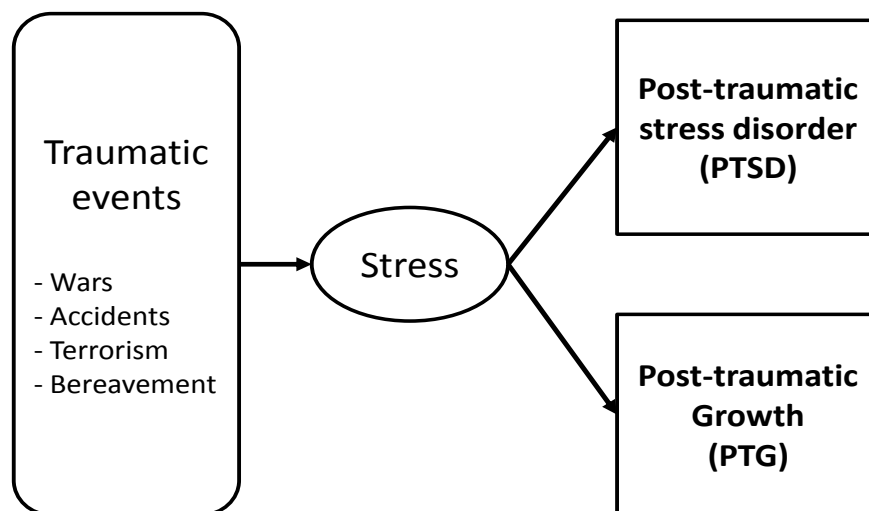


図1. 外傷的イベント発生後の転帰。例えば、家族が終末期医療の後に死亡した場合、残された家族には外傷的イベントとなる。イベント後のストレスによる転帰について、外傷後ストレス障害 (Post-traumatic stress disorder: PTSD) となる場合と、外傷後成長 (Post-traumatic growth) となる場合がある。

入研究による知見の確立が喫緊の課題である。そこで、本研究では、一連の研究の予備的研究として、終末期患者家族および医療従事者のコミュニケーション介入に関し系統的文献レビューを行った。本研究で得られる知見は、今後、終末期患者の家族や医療従事者におけるアウトカムとコミュニケーションとの関連を特定する観察研究の基礎的資料となりうる。また、ヘルス・コミュニケーション・プログラムの開発と介入研究、ひいては家族と医療従事者のアウトカム改善に貢献できる可能性がある。

## 2. 方法

### 2.1. 文献検索

文献を検索するため、文献検索エンジンはPubmed、MEDLINE、Web of Science、医中誌、CiNii を用いた。

該当期間は1987年～2014年4月までとして文献検索した(図2)。

以下のように3層からなる層別のキーワードを設定し、層内のいずれかのキーワードに関連する文献を選択した。

第1層：終末期に関連するキーワード (“terminal” or “end-of-care”)

第2層：家族もしくは医療従事者(スタッフ)に関連するキーワード (“family”, “staff”, “interprofessional”, “nurse”, “co-medical”)

第3層：コミュニケーションに関連するキーワード (“communication”)

次に、全三層で掛け合わせを行い、三層すべての条件を満たす文献を特定した。文献検索の選択基準

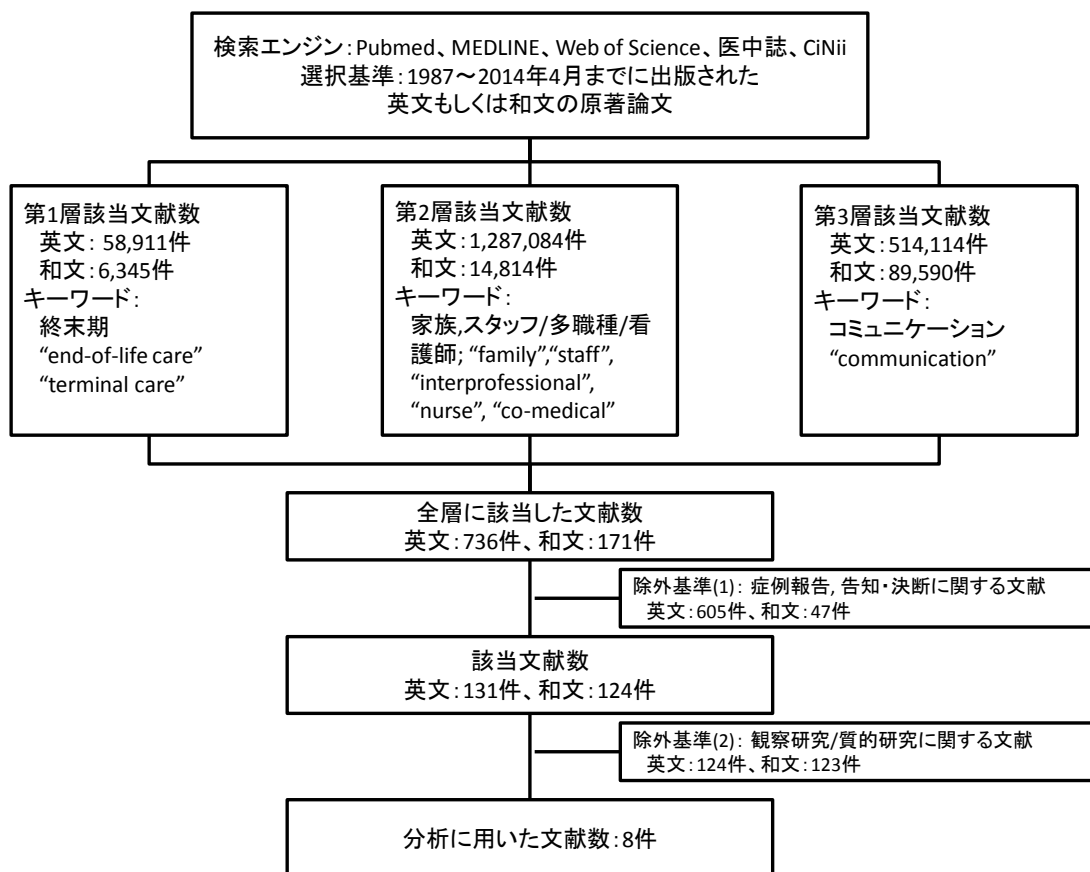


図2. 終末期、家族もしくは医療従事者、コミュニケーションに関する文献収集におけるフローダイアグラム。最終的に8件の文献が該当した。

は日本語もしくは英語による原著論文とした。除外基準は、(1) 症例報告、告知、治療もしくは延命の決断のみに関する論文、(2) 観察研究もしくは質的研究に関する文献とした。

## 2.2. 分析

検索の結果、選択された文献を出版年、著者名順に分類した。ここで、コミュニケーション介入内容が多岐にわたる可能性があり、アウトカムも一定ではないことから、メタ分析 (meta analysis) による効果量の統計学的検討はできないことが予測される。そのため、該当した文献について内容分析を行った。

まず、文献ごとに介入内容とアウトカムを特定した。次に、出版時期と介入内容およびアウトカムに関連がないか検討した。さらに、今後の介入研究実施に備え、文献で提示されているコミュニケーション介入研究の課題を整理し、倫理的問題についても検討した。

## 3. 結果

### 3.1. 検索手順のフローダイアグラム

三つの層のキーワードを用いた検索の手順についてフローダイアグラムを図2に示した。

これらすべての層のキーワードに該当した文献は 907 件で、選択基準、および除外基準を適用し最終的に該当した文献は 8 件、出版年は 2006 年～2014 年であった。8 件の文献のうち、3 件はプロトコルに関する論文で現在介入が継続中であった。

### 3.2. 分析結果

該当した文献 8 件の一覧および内容分析の結果を表 3 に示した。6 文献のうち、直近 2 年間の 3 件は現在介入が継続中であった。一方で、他の 2006 年から 2008 年までの 3 件の研究では、すべて介入効果が統計学的に有意であった。介入内容は、パンフレット配布、ワークショップ、家族カンファレンス、ビデオによるカンファレンスであり、アウトカムは、抑うつ尺度、不安症状尺度、PTSD 尺度、QOL 尺度、

コミュニケーション・スキルと様々であった(表 3)。

表 3 に示す検索された文献のうち、Zapka et al (2006)によれば、医療従事者を対象としたグループワークを取り入れたコミュニケーション介入によって、自己評価によるコミュニケーション・スキルは向上していた(介入前:32.4、介入後:35.3、 $p=0.009$ )が、終末期に対する態度(23項目)では有意差は見られなかった(23項目前後比較の  $p$  値の範囲: $p=0.08-1.00$ )。Lautrette et al. (2007)によれば、家族カンファレンスとリーフレットを使用した介入群では対照群と比べて、PTSD(介入群:45%、対照群:69%、 $p=0.01$ )、HADSによる不安・抑うつ尺度平均値(介入群:11、対照群:17、 $p=0.004$ )が有意に低かった。Allen et al (2008)によれば、3週間にわたり、積極的コミュニケーション(例:家族による緩和医療での経験の想起と開示)のワークショップを受けた介入群家族では、電話サービスのみを受けた対照群家族と比べて、プログラムの前後での主観的ウェルビーイングに有意差は見られなかった(介入群前後:4.24-4.18、対照群前後:4.14-4.50、 $p$  値は ns のため報告なし)。一方で、Curtis et al. (2014)によれば、ロールプレイを取り入れたコミュニケーション・スキル・トレーニングの介入を受けた医療従事者は、対照群と比べてコミュニケーションの質の有意な向上は見られなかった( $p>0.05$ )。また、山本ら(2013)によれば、医療従事者に対する倫理・コミュニケーション勉強会の前後で、ケアに対する困難感を比較しており、平均値は軽減していた(介入前:3.20、介入後:3.09)が、統計学的検定は行われていなかった。

次に、文献で取り上げていたコミュニケーション介入研究の課題と倫理的問題については、以下の通りである。Zapka et al. (2006)による研究では、介入群と対照群を設定する際、リクルートする人数に限りがあると、検出力の確保と Type I エラーを抑える程度のサンプルサイズの確保が困難であるとしている。Lautrette et al. (2007)による研究では、患者家族を対象

表 3. 終末期医療を受けた患者の家族および終末期医療従事者へのコミュニケーションプログラムによる介入研究

Author	Journal	Intervention (vs. Control, if any)	Scales and Effects of Primary Outcomes
Zapka et al. <sup>1</sup>	Palliative and Supportive Care 2006; 4: 37-46	4 hour workshop curriculum: Didactic – slides Group discussion among staffs (n=59)	Mean scores of self-assessed skill preparation: Pretest vs. posttest: 32.4 vs. 35.3 (p=0.009) Mean scores of attitudes about end-of-life (23 items): p values = 0.08-1.00
Lautrette et al. <sup>2</sup>	New England Journal of Medicine 2007; 356: 469-478	Family conference conducted according to specific guidelines and ending with the delivery of a bereavement information leaflet (n=63) vs. customary conference for families (n=63)	Prevalence of IES (PTSD): Intervention vs. control: 45% vs. 69% (p=0.01) Median of HADS (anxiety and depression): Intervention vs. control: 11 vs. 17 (p=0.004)
Allen <sup>3</sup>	Journal of Palliative Medicine 2008; 11: 1029-1038	Three sessions basically once a week, based on A Guide for Recalling and Telling Your Life Story by Hospice Foundation of America (n=17) vs. three supportive telephone calls for families (n=14)	Mean scores of subjective well-being: Intervention baseline-time1: 4.24-4.18 Control baseline-time1: 4.14-4.50 (ns) Mean scores of CES-D (depression) Intervention baseline-time1: 13.45-12.58 Control baseline-time1: 8.08-9.17 (ns)
Curtis et al. <sup>*4</sup>	Contemporary Clinical Trials 2012; 33: 1245-1254	By a communication facilitator, based on self-efficacy theory: 1) Knowledge 2) Attitudes 3) Behavior for ICU team and families	(Depression (PHQ-9), PTSD (PCL), Anxiety (GAD-7))
Dallas et al. <sup>*5</sup>	Contemporary Clinical Trials 2012; 33: 1033-1043	Three sessions once a week: based on FACE advance care planning for families	(QOL (GHQ), Depression (BDI-II), Anxiety (BAI))
Kruse et al. <sup>*6</sup>	Clinical Trials 2013; 10: 160-169	Regular video conferencing vs. usual care for families	Caregiver's perceptions of pain management, Anxiety (GAD), Patients' pain
Curtis et al. <sup>7</sup>	JAMA 2014; 310: 2271-2281.	8-session, simulation-based communication skills intervention (n=211) vs. usual education (n=234) towards trainees for internal medicine and nurse practitioner evaluated by patients and family	Difference in mean scores of quality of communication towards practitioners (17 items with Likert scale): 0.4 (95%CI: -0.1-0.9, p=0.15) evaluated by patients 0.1 (95%CI: -0.8-1.0, p=0.88) evaluated by family
山本他. <sup>8</sup>	共済医報 2013; 62: 52-56.	倫理勉強会 (n=15)	一般病棟の看護師の終末期がん患者のケアに対する困難感尺度平均値 介入前: 3.20; 介入後: 3.09 (検定なし)

\*現時点で進行中、介入プロトコールに関する論文

として介入群と対照群を設定した際、研究プロセス管理の上でベースラインの特徴が同質でなくなる可能性、盲検化の限界、および文化の違いによる影響を指摘している。すなわち、Lautrette et al. (2007)らによれば、当該研究はフランスで実施されたため、医療現場は父権主義的であり終末期での医療決断は医師主導であることから、例えば近年のわが国のように、家族との対話による意思決定を重視する可能性の高い、フランス以外の文化圏では知見の一般化に限界があるとしている。Allen et al. (2008)による研究では、介入試験前後だけではなく、介入終了後の長期間にわたる効果測定が必要であると指摘している。Curtis et al. (2012)による研究では、患者家族によっては、患者が医療機関を退院したり死亡した後も、引き続きコミュニケーションにおける介入を希望する場合があります、継続的な介入とその評価が必要であると指摘している。Dallas et al. (2012)による研究では、終末期医療における患者家族への介入研究では、十分なサンプルサイズの確保が困難であると指摘している。Kruse et al. (2013)による研究では、終末期医療の患者の状態によっては、患者家族への介入に十分な時間が取れないため、研究参加へのリクルートプロセスに問題が生じる場合があると指摘している。

#### 4. 考察

終末期医療を受けた患者の家族、および終末期医療従事者のコミュニケーションに関し、家族および医療従事者によるアウトカムとのポジティブな関連を示唆した研究は多く報告されている[7,8]。一方で、方法論、リクルートプロセス上の課題、倫理上の問題から、一貫した知見が得られていない現状があった。そこで、本研究では、終末期患者家族と医療従事者のコミュニケーション介入に関し系統的文献レビューを行った。検索条件を満たした文献について内容分析を行ったところ、介入内容が家族カンファレンス開催からパンフレット配布までと様々であっ

た(表3)。また、アウトカムについても、ほとんどが心理的状态に関する尺度でその内容も多様であった(表3;例:抑うつ、不安、PTSD)。また、直近2年分の研究報告が、現時点で進行中の研究プロトコルに関する文献であった。よって、終末期医療におけるコミュニケーション研究は、未だ十分であるとは言えない。

コミュニケーション・プログラムの介入効果について、介入前後もしくは、介入群と対照群との比較により改善が見られたのは、医療従事者のコミュニケーション・スキルの向上、家族の PTSD および不安・抑圧の軽減であった(表3)。しかし、家族の主観的ウェルビーイング、週末着に対する医療従事者の態度、家族の評価による医療従事者へのコミュニケーションの質については、有意差が認められなかった(表3)。すなわち、コミュニケーション・プログラム介入は、精神的負担は軽減される可能性があるが、家族の健康に対する効果や、家族と医療従事者の双方向評価によるコミュニケーションの質向上には不十分であった。終末期医療におけるコミュニケーションの重要性は示唆されていたが[4-6]、現在のところ、質の高いエビデンスが十分にあるとは言えない。よって、家族および医療従事者へのアウトカムに寄与するコミュニケーション・プログラムの開発と質の高い比較研究が必要である。

また、本研究で得られた結果から、終末期における家族および医療従事者へのコミュニケーション介入に関する特徴と今後の課題は以下の通りである。まず、この分野の介入研究は萌芽期であり、今後は、文化の違いを考慮に入れた上で、介入プログラムとアウトカムを設定する必要があると考えられる。欧米での知見がそのまま当てはまらない場合も考えられることから、終末期医療での家族と医療従事者のコミュニケーションの実態把握が急務であり、大規模多施設観察研究が必要である。また、介入研究実施の際は、リクルート時点で末期患者の病状に



よって患者家族に介入できる時間の長さが大きく異なるため、介入の適切な評価が困難になる可能性が高い。よって、いかに同質性の高いグループを設定できるかが、介入研究を成功させる上で重要となる。さらに、終末期といっても患者本人を交えた緩和ケアであったり、緊急の判断を迫られる ICU では文脈が大きく異なる点も注意が必要である。介入後のフォローや、継続的な評価も大きな課題である。

本研究にはいくつか限界がある。まず、知見の外的妥当性について述べる。本研究では、英語および日本語以外の文献については収集・考察できていない。英語論文によって多くの国から研究報告されている可能性は高いが、意思決定について医師による父権主義的かかわりによる決断か、家族との対話を重視した決断かといった文化の違いによる介入内容や効果の違いが指摘されているため(表3; Lautrette et al. 2007)、できるだけ多くの言語による論文を精査することで現在の研究動向を正確に把握できる可能性がある。次に、知見の客観性について述べる。本研究による文献検索の結果、該当文献の介入内容とアウトカムが多様であったため、メタ分析による統計学的検討ができなかった。終末期医療を受けた患者の家族と終末期医療従事者のコミュニケーションは近年ようやく増加していることから(表3)、今後は、介入内容とアウトカムが同質となる研究報告が増えると考えられる。将来的には、メタ分析も可能となり、より質の高いエビデンスが得られる可能性がある。

## 5. 結論

本研究では、終末期患者家族と医療従事者へのコミュニケーション・プログラム開発と介入研究の予備的研究として、国内外文献の系統的レビューを行った。わが国に特有の、終末期患者家族と医療従事者に対する有用性の高いコミュニケーション・プログラムの開発および質の高い比較研究による検討

が急務である。本研究で得られる知見は、今後、終末期医療を受けた患者の家族や終末期医療従事者におけるアウトカムとコミュニケーションとの関連を特定する観察研究の基礎的資料となりうる。また、ヘルス・コミュニケーション・プログラムの開発と介入研究、ひいては家族と医療従事者のアウトカム改善に貢献できる可能性がある。

## [参考文献]

- [1] Lowy SE. Communication between the nurse and family caregiver in end-of-life care: a review of the literature. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 2008; 10: 35-48.
- [2] 日本緩和医療学会. ガイドライン. <http://www.jspm.ne.jp/guidelines/index.html> (閲覧: 2013年8月1日).
- [3] 日本ホスピス緩和ケア協会. ホスピス緩和ケア教育カリキュラム(多職種用). [http://www.hpcj.org/med/ed\\_curric.pdf](http://www.hpcj.org/med/ed_curric.pdf) (閲覧: 2013年8月1日).
- [4] Clayton JM., Hancock KM., Butow PN., et al. Clinical practice guidelines for communicating prognosis and end-of-life issues with adults in the advanced stages of a life-limiting illness, and their caregivers. *Medical Journal of Australia*, 2007; 186: S77-S108.
- [5] National End of Life Care Programme. Principles of Good Communication. (<http://www.endoflifecare.nhs.uk/search-resources/resources-search/publications/imported-publications/principles-of-good-communication.aspx>, Accessed Aug. 1. 2013).
- [6] National Cancer Institute. Communication in Cancer Care. <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/sup>

- portivecare/communication/healthprofessiona  
l/page1 (閲覧: 2013年8月1日) .
- [7] Makowski SK. Who is at risk for psychological distress?: a patient-centered process to identify risk for posttraumatic stress disorder and depression in families of ICU patients. *Chest* 2011; 139: 743-744.
- [8] Kross EK., Engelberg RA., Gries CJ., et al. ICU care associated with symptoms of depression and posttraumatic stress disorder among family members of patients who die in the ICU. *Chest* 2011; 139: 795-801.
- [9] Baumgardner SR., Crothers MK. *Positive Psychology*. 2009. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 66-71.
- [10] Davidson JE., Powers K., Hedayat KM., et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004–2005. *Critical Care Medicine* 2007; 35: 605-622.
- Appendix: 分析に使用した文献一覧 (表3)
1. Zapka JG., Hennessy W., Lin Y, Johnson L., et al. An interdisciplinary workshop to improve palliative care: advanced heart failure: clinical guidelines and healing words. *Palliative and Supportive Care* 2006; 4: 37-46.
  2. Lautrette A., Darmon M., Megarbane B., et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *New England Journal of Medicine* 2007; 356: 469-478.
  3. Allen RS., Hilgeman MM., Ege MA., et al. The Legacy Activities as interventions approaching the end of life. *Journal of Palliative Medicine* 2008; 11: 1029-1038.
  4. Curtis JR., Ciechanowski PS., Downey L., et al. Development and evaluation of an interprofessional communication intervention to improve family outcomes in the ICU. *Contemporary Clinical Trials* 2012; 33: 1245-1254.
  5. Dallas RH., Wilkins M., Wang J., et al. Longitudinal pediatric palliative care: quality of life & spiritual struggle (FACE): design and methods. *Contemporary Clinical Trials* 2012; 33: 1033-1043.
  6. Kruse RL., Oliver DP., Wittenberg-Lyles E., et al. Conducting the ACTIVE randomized trial in hospice care: keys to success. *Clinical Trials* 2013; 10: 160-169.
  7. Curtis JR., Back AL., Ford DW., et al. Effect of communication skills training for residents and nurse practitioners on quality of communication with patients with serious illness: a randomized trial. *JAMA* 2014; 310: 2271-2281.
  8. 山本美夕紀, 皆嶋亜希子, 今莊聡美, 他. 急性期病院の腫瘍内科病棟看護師の倫理的ジレンマの変化: 倫理勉強会と倫理カンファレンスを実施して. *共済医報道* 2013; 62: 52-56.

## 研究ノート

### タッチスクリーンで感情と行動の記録が可能なセルフケア支援Webアプリのためのピクトグラムを用いたユーザーインターフェースの開発

日紫喜光良<sup>1)</sup>、安井浩樹<sup>2)</sup>、松永佳子<sup>3)</sup>、糸島恵<sup>4)</sup>、  
阿部恵子<sup>2)</sup>、田村卓郎<sup>5)</sup>、野呂瀬崇彦<sup>6)</sup>

<sup>1</sup> 東邦大学理学部情報科学科、<sup>2</sup> 名古屋大学大学院医学系研究科地域医療教育学講座、  
<sup>3</sup> 東邦大学看護学部家族・生殖看護学研究室、<sup>4</sup> 有限会社ミッテル さくらんぼ薬局、  
<sup>5</sup> ライン株式会社、<sup>6</sup> 北海道薬科大学

## 抄録

患者が、セルフケアに関係したさまざまな行動や感情を、対応するピクトグラムをタッチすることで入力できるグラフィカルユーザーインターフェースを開発し、タブレット上で動作する Web アプリケーションに組み込んでテストした。7人の患者がおよそ3か月間利用し、6人に最後まで利用の持続が観察された。患者間には、総入力数だけでなく、各項目の入力数の序列にも、違いが観察された。入力総数では気分、食事、服薬の順に多く、また、怒り、身体の部分、掃除の各項目は最も入力数が少なかった。しかしすべての患者で上位に位置した項目は服薬だけであって、食事や血圧といった一般的な項目でも、すべての患者で上位に位置したわけではなかった。ピクトグラムのタッチまたはクリックに基づくセルフケア行動の記録は、セルフケア行動に対する患者の理解の程度を推測するために利用できる可能性がある。

**キーワード**：ピクトグラム，セルフケア支援，グラフィカルユーザーインターフェース，自己記録

---

## 1. はじめに

セルフケアは慢性疾患の予防および治療に重要な役割を果たすが、慢性疾患の患者で動機づけの欠如などセルフケアに問題を抱える人は少なくない。ところが、診察時に患者からセルフケアの実施状況の情報を十分に得るには時間の制約が大きい[1]。そのような問題へのこれまでの情

報技術的アプローチとしては、例えば、がん患者のセルフケアを支援するために、患者のがんの化学療法時に生じる症状をモバイル端末から随時記録し、PC上で分析するシステム[2]や、老人を対象として、感情に限定してボタンによる入力を試みた例[3]などがあった。

慢性疾患のアウトカム評価の観点から

は、そのような情報ツールが扱うべき情報には2種類ある。まず、どれぐらい自立しているか、活動的かについての指標が重要である。例えば、矢野は、Lawtonらのセルフケア尺度(IADL scale) [4]を用いて、65歳以上90歳までの高齢者に、トイレ・食事・更衣・整容・歩行・入浴の自立の程度についてインタビューを行った[5]。それとともに、痛み・不安・うつ状態などの主観的な健康状態が考慮される[6]。主観的な情報の重要性の例として、布川らは、外来化学療法をうけている患者が健康を判断できる条件として「治療に伴う身体変化の自覚」「体重を自己管理の目安にする」「日常生活の規則化」「食べることができる」「思い通りの行動ができる」を挙げている[7]。また、主観的な情報の中でも全体として調子の良い・悪い状態を表す主観的健康感(perceived well-being)は、どういうときに調子が良かったか、あるいは悪かったか、そのときどう対処すれば症状が改善したかという経験を通してセルフケア行動が促進されるので重要である[8]といわれている。

これらの情報を研究の際に、あるいは受診ごとに質問票や問診の形で特別に実施するのではなく、日常的に患者から情報収集することができれば、セルフケア支援に役に立つであろうと考えた。すなわち、医療提供者にとっては、患者を点ではなく線あるいは面としてとらえる機会となり、より具体的な治療、保健指導につなげることが可能となる。一方、患者にとっては、自身をわかってもらった上で治療方針を決定してもらえ、可能性が高くなり、また医療者からのフィードバックを受けることで

セルフケア行動の動機付けにつながることを考えられる。このような動機から、行動と感情の両方に関する必要な項目を簡単に入力するためのグラフィカルユーザーインターフェース(GUI)を開発することは有意義であると考えた。

本研究の目的は、疾患を特に限定することなく、慢性疾患を有する一般の患者が使うことを想定して、患者がセルフケアに関係した行動や感情を入力するための端末が有するタッチスクリーン上のGUIの開発を行うことであった。なお、利用性の検証のために、GUIを備えた端末を実際に患者が用いたが、端末自体の実用化を主な目的としたものではない。

## 2. 方法

文献情報を参考にして医師、薬剤師、看護師で構成される研究チーム内で、必要な入力項目を検討した。検討の結果、最終的に、入力項目のカテゴリーとして、次の4種類を選んだ。すなわち、(a) perceived well-being、(b) 日常生活の行動、(c) 指示へのコンプライアンス、(d) 身体情報の自己測定である。それぞれのカテゴリーについて次の12項目の入力項目を定義した。すなわち、(a)には、「気分」、「体調の程度」、「痛みの箇所」、「怒り」を、(b)には「入浴」「トイレ」「掃除」「食事」「歩行」を、(c)には「服薬」を、(d)には「体重測定」と「血圧測定」を、それぞれ設定した。これらの入力項目を決めたあとグラフィックデザイナーにそれぞれの項目を象徴するピクトグラムのデザインを依頼した。(図1、表1参照)

端末として Android OS を搭載した 7



図1 ピクトグラム

インチャタブレット端末 (Google Nexus7) を選んだ。しかし、他の OS を搭載したタブレットやスマートフォン、ならびに、PC でも動作するように、GUI をインターネットに接続した状態で動作する Web アプリの形で開発した。システムエンジニアと開発チームのメンバーの一人との間で

動作環境による制約を考慮しながら Web アプリの機能を決定し、Web ブラウザの上で動作する Javascript プログラム (Web アプリケーション) によって GUI を実現した。

Web アプリに最小限必要な機能を患者向けとケア提供者向けとの側面から決定した。患者向けの Web アプリは、ピクトグラムをタッチするだけで情報を入力可能な画面ならびに入力した情報の履歴表示画面を有する。また、ケア提供者向けの Web アプリは、患者の入力した情報のリストを表示し、そのリストにコメントを追記できる画面を有する。

研究者を通じて北海道、中部、九州の各地方の都市部で患者を担当している薬剤師、看護師、ケアマネジャーに研究の趣旨を説明し、参加患者の募集を依頼した。病状が安定し、タブレットを用いた研究に関心を持つことを参加の条件とした。応募した患者には研究者が研究の目的と方法について説明を行い理解と同意を得た後、タブレットの操作方法、ピクトグラムの意味、

表1 ピクトグラムの説明

気分が良い	入浴 (次の画面で時間の長さを選択可能)	服薬 (次の画面で朝食後、夕食後などを選択)
体調の程度 (次の画面でスケール上で程度を入力)	トイレ (次の画面で詳細情報を選択可能)	怒り・不快 (「気分が良い」の反対の状態)
痛み (次の画面で場所を人体図上で指定)	掃除行動 (次の画面で時間の長さを入力可能)	体重 (次の画面でスケールを使って入力可能)
食事 (次の画面で詳細を記入可能)	歩行 (次の画面で時間の長さを入力可能)	血圧 (次の画面でスケールを使って入力可能)

GUI の利用方法などについて説明した。

参加した患者は全員男性の7名で、年齢は36~82歳(中央値 66歳)であった。入力に不自由をもたらす可能性のある要因として片麻痺が2人だった。また、基礎疾患として高血圧が6人、糖尿病が3人だった。患者に加えて、患者を担当している1名の薬剤師、1名の看護師、2名のケアマネジャーも端末を利用した。

分析方法として、記録ごとに患者の識別子、入力項目、入力時刻、もしあればコメントが記録された。患者ごと、項目ごとの入力回数を数えた。

なお、本研究は、東邦大学理学部倫理審査委員会にて倫理的な問題点の有無を検

討し許可を得て実施された。

### 3. 結果

7人の男性患者が2013年12月から2014年5月までの期間のうち、およそ3か月間端末を利用し、21~1457回の記録(中間値 312回)があった。図2に示すように、7人中6人の参加者は実験期間中を通じて何らかの記録をおこなっていた。(図2参照)

12項目のピクトグラムの入力頻度は、以下の順であった。最も多いのが「気分」824(28.2%)、次いで「食事」769(26.3%)、「服薬」399(13.7%)であった。一方、少なかったのは、「怒り」14(0.5%)、「身

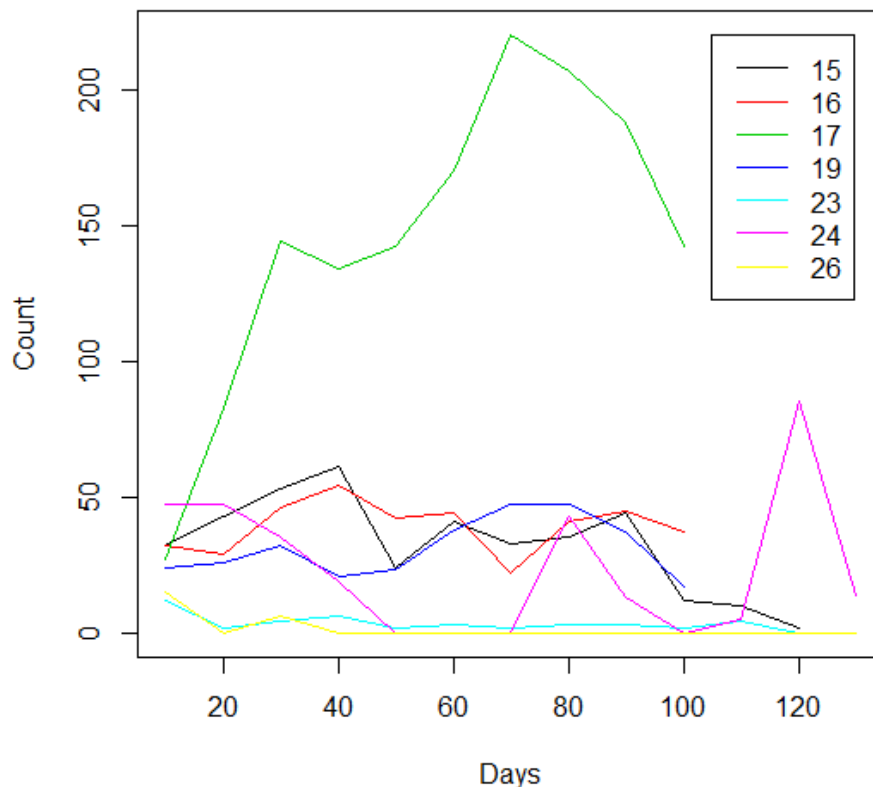


図2 10日間の入力回数の推移。10日ごとに、その日までの10日間の入力回数の総数を表示した。凡例の数字は患者の識別番号を表している。

体の部分」30 (1.0%)、「掃除」32 (1.1%)であった。対象者別の入力頻度を見ると、7名とも「服薬」の入力頻度が12項目の中で3番目までに高かった。しかし、「気分」の入力頻度は、最も多い患者が3名いる一方で、ほとんど入力していない患者もいた。「食事」についても、最も多い患者が2名いたが、ほとんど入力していない患者もいた。「血压」は、入力があった患者とほとんど入力がなかった患者がいた。「歩行」は、全く入力がなかった患者が4名いた。(図3参照)

#### 4. 考察

患者がセルフケア行動や感情を記録し医療者に伝えることを容易にするために、タブレット端末のタッチスクリーン上で

動作する、ピクトグラムへのタッチだけで入力が可能なGUIの開発を行った。入力すべき項目を決定するために、慢性疾患をもつ患者のセルフケア行動を評価するために重要な情報とは何か、文献および研究チームのディスカッションをおこない、その結果、4つのカテゴリーに分類される12項目を採用した。また、およそ3か月間の観察期間、患者の利用が継続するかどうか調べた。その結果、ほとんどの患者は記録を継続することができた。

本研究で開発したGUIが搭載される端末は、これまでの報告例よりも幅広い疾患に対応する汎用的なものを想定している。従来、例えば化学療法中の患者向けの場合[2]では4種類の症状と気分の良い・

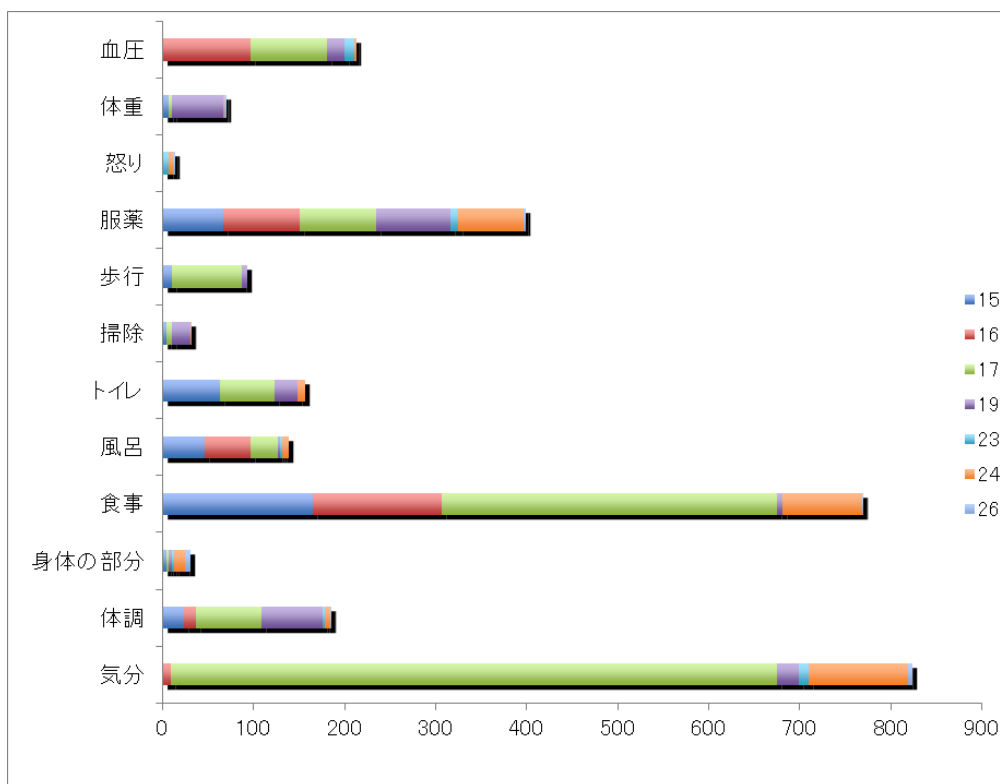


図3 項目別の総入力数の比較ならびに各項目に対する患者の入力回数

悪い、を記録するのみだった。また、老人の感情の記録装置[3]では気分が良い・普通・良くない、の3種類であった。記録の継続が可能であったことは、多様化した情報に対してあまり複雑化することなく GUI を提供できたことを示唆していると考ええる。

紙への自己記録を取り入れた心不全患者の体重管理についての研究 [9]では、参加者の半数が体重の記録を 8 割以上行った。記録を持続した患者の割合について論じるには患者数が少なく、また、本研究への参加者は新規技術への関心を持つことを基準に選ばれた患者なので比較は難しいが、タブレットの利用によって患者がもっと病状の記録を行うようになるかどうかさらに研究することには意味があると考ええる。

ピクトグラムの使用頻度の違いは、患者にとっての記録項目の主観的な必要性を表している可能性がある。例えば、患者ごとの記録項目入力総数ランキングの中で服薬の項目が全員のランキングにおいて上位を占めていた。また、患者の健康へのそれぞれの項目の主観的な重要性も関係している可能性がある。従って、ピクトグラムの入力状況のモニターは、セルフケアの支援にとって重要な情報を与えると考える。例えば慢性疾患患者において、日々の運動が大切であるといわれているが、歩行の記録回数はいずれの患者も上位には来なかった。何が歩行運動の実施を妨げているのかについて患者と話し合うきっかけを、このような記録が与えると考ええる。

一方、すべてのピクトグラムの総入力回数の違いは、本研究に対する関心の違いと

関係する可能性がある。例えば、入力頻度が最も多かった患者は、コメント欄を利用して日常生活について医療提供者に伝えたいという様子が観察された。患者がタブレットを利用してどう考えたかについて調べることは今後の課題の一つである。

また、記録する行為そのものにセルフケア行動を促進させる効果があることが報告されている。例えば、肥満者を対象としたある研究では毎日体重を記録した群では 5%以上体重が減少した参加者の割合が 57%だったのに対し、記録しなかった群では 23%だった[10]。しかし、本研究では例えば歩行の記録回数が上位には来なかったように、セルフケア行動を引き出す効果があったかどうか明らかではない。本研究は入力のための GUI が受け入れられるかどうかを主な目的で、患者が記録の履歴をブラウズする機能を提供したものの、図示などのもっと一覧性の高い機能を提供はしなかった。この点は今後の課題であると考ええる。また、今後、本研究で開発した GUI を搭載したアプリケーションを搭載した端末を利用した端末を用いてデータを収集し解析することを目的とした研究を行う際には、より多くの患者あるいはより長期間の参加を必要とすると考える。

本研究では疾患によって入力項目をカスタマイズはしなかったが、そうすることで GUI がさらに簡略化され、使いやすくなる可能性がある。例えば、身体の不調部分に関する入力頻度が少なかったのは、疼痛や腫脹を主な主訴とする患者が少なかったからであろうから、この項目の省略または配置をめだたないようにする選択肢



も考えられる。逆に、それらの変動を伴う疾患ではその入力項目は患者のセルフケアへの意識を高めるために有用である可能性がある。

## 5. 結論

患者が、セルフケアに関係したさまざまな行動や感情に対応するピクトグラムのクリックで入力できる GUI を、タッチスクリーンを備えたタブレット上で動作する Web アプリケーションとして実現した。7人の患者がおよそ3か月間利用し、6人で利用の持続が観察された。総入力数と主たる入力項目の患者間での違いが観察された。これらの入力パターンは、セルフケア行動に対する患者の理解の程度を推測するために利用できる可能性がある。

## 参考文献

[1] Jones PW, Price D, van der Molen T. Role of clinical questionnaires in optimizing everyday care of chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2011;6:289-96. doi: 10.2147/COPD.S18181. Epub 2011 May 26. Review.

[2] Patel RA, Klasnja P, Hartzler A, Unruh KT, Pratt W. Probing the benefits of real-time tracking during cancer care. *AMIA Annu Symp Proc.* 2012;2012:1340-9.

[3] Jori Reijula, Toni Rosendahl, Kari Reijula, Matti Linnavuo, and Raimo Sepponen. 2009. A simple and countable method for the assessment of perceived

well-being among elderly people. *International Journal on Smart Sensing and Intelligent Systems*, volume 2, number 2, pages 279-292.

[4] Lawton, MP, Brody EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist.* 1969 9;3:179-186.

[5] 矢野香代. 在宅高齢者の健康度低下に伴うセルフケア行動の実態. *川崎医療福祉学会誌.* 2002 12;2:271-278.

[6] Jönsson AC, Delavaran H, Iwarsson S, Ståhl A, Norrving B, Lindgren A. Functional status and patient-reported outcome 10 years after stroke: the Lund Stroke Register. *Stroke.* 2014 Jun;45(6):1784-90.

[7] 布川真記, 古瀬みどり. 外来化学療法患者の治療継続過程におけるセルフケア行動. *日本看護研究学会雑誌.* 2009 32;2:93-100.

[8] Apps LD, Harrison SL, Williams JE, Hudson N, Steiner M, Morgan MD, Singh SJ. How do informal self-care strategies evolve among patients with chronic obstructive pulmonary disease managed in primary care? A qualitative study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2014 Feb 26;9:257-63.

[9] Jones CD, Holmes GM, DeWalt DA, Erman B, Wu JR, Cene CW, Baker DW, Schillinger D, Ruo B, Bibbins-Domingo K, Macabasco-O'Connell A, Hawk V, Broucksou K, Pignone M. Self-reported recall and daily diary-recorded measures of weight monitoring

adherence: associations with heart failure-related hospitalization. *BMC Cardiovasc Disord.* 2014 Jan 31;14:12.

[10] Wang CJ, Fetzer SJ, Yang YC, Wang WL. The efficacy of using

self-monitoring diaries in a weight loss program for chronically ill obese adults in a rural area. *J Nurs Res.* 2012 Sep;20(3):181-8.

---

日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌 第5巻第1号

The Journal of the Japanese Association of Health Communication Vol. 5, No. 1, 2014

平成27年4月9日発行

編集

(代表) 阿部恵子 (名古屋大学医学系研究科地域医療教育学講座)

藤崎和彦 (岐阜大学医学教育開発研究センター)

発行者

日本ヘルスコミュニケーション学会

<http://HealthCommunication.jp>

---

