



日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌
第13巻1号 2022年

Journal of the Japanese Association of Health Communication
Vol. 13, No. 1, 2022

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

日本ヘルスコミュニケーション学会誌 - 第13巻第1号

Health Communication Research Vol.13, No.1

<第13回日本ヘルスコミュニケーション学会報告>

シンポジウム1 「コミュニケーション」と「情報」の関係を問い直す ー「リテラシー」は両者を繋ぐかー

座長： 中山健夫・杉森裕樹

演者： 木内貴弘（東京大学）「情報からコミュニケーションへーリテラシーの役割」

中山和弘（聖路加国際大学）「情報に基づく意思決定のためのコミュニケーション」

須賀万智（東京慈恵会医科大学）「コミュニケーション前提としてのヘルスリテラシー
ーパブリックヘルスコミュニケーションの観点から」

..... pp. 1-4

シンポジウム2 危機の時代におけるコミュニケーション教育の取り組み ー何が変化しどこへ向かうのかー

座長： 蓮沼直子・高永茂

演者： 服部稔「行動科学分野からみたオンラインコミュニケーション教育ーポストコロナに向けてー」

菊地由花「with コロナ時代に求められるスキルとはーワクチンコミュニケーションを題材にー」

飯田淳子「他者理解の視点と方法を育むエスノグラフィ教育」

木尾哲朗「情意領域のアクティブ・ラーニングを考える」

..... pp. 5 - 14

2021年度日本ヘルスコミュニケーション学会優秀書籍賞

石川ひろの 保健医療専門職のためのヘルスコミュニケーション学入門（大修館書店）

..... pp. 15 - 16

2021年度日本ヘルスコミュニケーション学会優秀演題賞

学術集会最優秀賞口演賞

千葉宏毅 エンド・オブ・ライフケアに関わる専門職を対象としたコミュニケーション

研修前後の会話変化と患者評価に関する研究

..... p. 17

学術集会最優秀ポスター賞

古川恵美 **The Patient Education Materials Assessment Tool (PEMAT) 日本版の開発
および信頼性と妥当性の検証**

..... p. 18

<学術論文>

原著論文 乳がん治療と仕事の両立:患者と上司、同僚とのコミュニケーション

榊原圭子・本間三恵子・橋本久美子・山内英子

..... pp. 19 – 29

原著論文 ろう者を対象にした医療情報の翻訳における課題 ～がん冊子の手話動画作成
を通して～

皆川愛・高嶋由布子・八巻知香子・平英司・高山亨太

..... pp. 30 – 39

原著論文 科学的根拠が不十分ながん免疫療法の情報収集から受療までの患者の気持ちと
医師の悩みに関する質的調査

早川雅代・渡部乙女・下井辰徳・一家綱邦・高山智子・若尾文彦

..... pp. 40 – 51

原著論文 オンライン授業におけるカウンセリング動画活用型コミュニケーション演習の
実施可能性および有用性

市倉加奈子・守屋利佳・千葉宏毅・井上彰臣・渡辺和広・荒井有美・島津明人・深瀬裕子・
村瀬華子・田ヶ谷浩邦・堤明純

..... pp. 52 – 61

原著論文 インターネット上 Q&A サイトに投稿されたがん患者の就労に関する質問内容の
計量テキスト分析

藤田悠介・岩隈美穂・星野伸晃・肥田侯矢・小濱和貴

..... pp. 62 – 72

研究報告 医療面接における医学部留学生の発話分析—模擬患者に聞き返された留学生の日本語にはどのような問題があったのか—

品川なぎさ・稲田朋晃

..... pp. 73 – 81

その他 動物病院での飼い主への説明文書作りにおける 18 年間の変遷

宮崎良雄

..... pp. 82 – 88

書評 木内貴弘 石川ひろの著「保健医療専門職のためのヘルスコミュニケーション学入門」

..... pp. 89 – 91

奥付

..... p. 92

シンポジウム 1

「コミュニケーション」と「情報」の関係を問い直す
— 「リテラシー」は両者を繋ぐか—Reconsidering the Relationship between “Communication” and
“Information”: Does “Literacy” Link the Subjects?中山健夫¹⁾、杉森裕樹²⁾、木内貴弘³⁾、中山和弘⁴⁾、須賀万智⁵⁾Takeo Nakayama¹⁾, Hiroki Sugimori²⁾, Takahiro Kiuchi³⁾, Kazuhiro Nakayama⁴⁾, Machi Suka⁵⁾

- 1) 京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻健康情報学分野
- 2) 大東文化大学スポーツ・健康科学部看護学科
- 3) 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
- 4) 聖路加国際大学大学院看護学研究科
- 5) 東京慈恵会医科大学環境保健医学講座

- 1) Department of Health Informatics, School of Public Health, Kyoto University Graduate School of Medicine
- 2) Department of Preventive Medicine, Graduate School of Sport and Health Science, Daito Bunka University
- 3) Department of Health Communication, School of Public Health, the University of Tokyo
- 4) Graduate School of Nursing Science, St. Luke's International University
- 5) Department of Public Health and Environmental Medicine, The Jikei University School of Medicine

Abstract

Communication and information are two major subject areas in health communication; however, their relationship has rarely been discussed in the literature. Humans are diverse and highly individualized; therefore, individual interpretations, expectations, and value attachments arise around information uncertainty, which is influenced by the literacy of both the senders and receivers of information. This symposium was held as a discussion forum to connect these keywords by using the literacy perspective to reconsider the “so close and yet so far” relationship between communication and information. The three speakers at the symposium delivered the following lectures: “From Information to Communication: The Role of Literacy,” “Communication for Informed Decision Making,” and “Health Literacy as a Prerequisite for Communication: From the Perspective of Public Health Communication. A plenary discussion was held after these three lectures. This symposium provided a valuable opportunity to gain broader perspectives and insight by considering information and literacy with health communication as a starting point.

要旨

ヘルスコミュニケーションの主題である「コミュニケーション」の隣り合う、もう一つの大きな領域として「情報」がある。しかし、健康・医療に関するコミュニケーションと情報の両方の視点から、両者の関係を論じる機会は少ない。人間は多様で個性が高いため、情報の不確実な部分を中心に、個人の解釈、期待、価値づけが生じる。それは情報の送り手・受け手、双方の「リテラシー」に影響を受ける。本シンポジウムは、「コミュニケーション」と「情報」の「近くて遠い、遠くて近い」関係を捉え直すために、「リテラシー」の視点を加えて、これらのキーワードを繋ぐディスカッションの場として開催された。本シンポジウムでは各演者が「情報からコミュニケーションへ—リテラシーの役割」「情報に基づく意思決定のためのコミュニケーション」「コミュニケーション前提としてのヘルスリテラシー—パブリックヘルスコミュニケーションの観点から」と題して講演を行い、全体討議を行った。本シンポジウムは、ヘルスコミュニケーションを起点とし、そこに情報とリテラシーを加えて、より広い視野と洞察を得る手がかりとなる貴重な機会となった。

キーワード：ヘルスコミュニケーション、情報、リテラシー、意思決定、シェアードディシジョンメイキング (SDM)

Keywords: health communication, information, literacy, decision making, shared decision making (SDM)

1. 序文

ヘルスコミュニケーションの主題である「コミュニケーション」の隣り合う、もう一つの大きな領域として「情報」がある。ヘルスコミュニケーションの対象となる健康・医療の情報は不確実性、別の言葉で言えばリスクを扱うことが多く、複数の人間の間で交わされる。しかし、健康・医療に関するコミュニケーションと情報の両方の視点から、両者の関係を論じる機会は少ない。人間は多様で個性が高いため、不確実な部分を中心に、個人の解釈、期待、価値づけが生じる。それは情報の送り手・受け手、双方のリテラシーに影響を受ける。

本シンポジウムは、コミュニケーションと情報の「近くて遠い、遠くて近い」関係を捉え直すために、さらに「リテラシー」を加え、これらのキーワードを繋ぐディスカッションの機会として企画した。本シンポジウムでは、次の演者（敬称略）が、それぞれの視点から発表を行い、それを受けて、全体での意見交換を行ない、座長総括を杉森裕樹が行った。

木内貴弘…「情報からコミュニケーションへーリテラシーの役割」

中山和弘…「情報に基づく意思決定のためのコミュニケーション」

須賀万智…「コミュニケーション前提としてのヘルスリテラシー ～パブリックヘルスコミュニケーションの観点から」

以下に演者の順にその概要を報告する。

2. 情報からコミュニケーションへーリテラシーの役割

演者の木内は、内科の臨床研修を終えて以降、医療情報学の研究を行ってきた。そして、40代になってからヘルスコミュニケーション学の研究を開始した。このため、情報とコミュニケーションの関係については、いろいろと考える機会が多かった。本稿では、かなり癖の強い演者独特の情報、コミュニケーション、リテラシーについての見解をお伝えして、今後の議論の参考にしていただけるようにと考えた。

2.1 現実、データ、情報、コミュニケーション

現実の世界を、言語化（カテゴリー化）、数値化して、データとして表現・記録することは広く行われている（表1）。情報は、元来は軍事用語であり、「敵情を報知する」ことを意味していたという¹⁾。現実とは客観的であり、現実のデータ化も人間の主観の影響を受けにくい、データを価値・意味を持つ情報とするためには、人間による解釈が必要であり、ものの見方の違いや主観の影響を大きく受ける。コミュニケーションは、双方向の情報のやり取りという側面はあるが、単にそれだけでなく、このやり取りを通じて、お互いの信頼・安心を醸成するとともに、各個人のアイデンティティの成立にも寄与している。

表1. 現実、データ、情報、コミュニケーション

*厳密には、主体が現実からの情報の採取法、取捨選択に関与

	現実	データ	情報	コミュニケーション
主体の関与	なし	なし*	価値(意味)	行動(安心、信頼)
方向性	なし	なし	一方向	双方向

2.2 古典的なリテラシーと現代的なリテラシー

古典的なリテラシーは、「文字を読み書きする能力」を意味した。人間は、話し言葉は自然に身につくが、書き言葉の習得には努力を伴う人為的な訓練が必要であり、この訓練の有無により、古典的なリテラシーの有無が決まっていた。現代では、コンピュータリテラシー、情報リテラシー、統計リテラシー、メディアリテラシー、ヘルスリテラシー等のように、他の語と組み合わせた形でリテラシーという言葉が多く使われている。現代的なリテラシーの意味は、古典的なリテラシーからの類推により、次第に拡張されてきている。古典的なリテラシーは文字を理解することを意味していたが、現在は理解から活用することへと意味が広がってきている。そして、活用するためには知識の整理も必要なことから、理解（認知）・整理（思考）・活用（行動）までをリテラシーに含めるようになってきている。例えば、コンピュータリテラシーでは、単にコンピュータの仕組みを理解しただけでは、リテラシーがあるとは通常言わないであろう。実際にコンピュータを使うことができた上、更にこれを活用して、具体的な成果につなげられることも含めて、リテラシーと呼んでいるのである。

先述の現実、データ、情報、コミュニケーションに関する記述にリテラシーを当てはめて考えると、古典的なリテラシーは、現実・データのリテラシーであり、現実、データを理解して、情報に変えることである。現代的な意味のリテラシーは、情報を行動（信頼、安心）に変えることである。日常生活の文脈では、現実とは認識されてそのまま情報になることの方が多いが、医学を含む科学では、現実と情報の間には、客観的なデータが介在することが通常である。

2.3 健康・医療の文脈における現実、データ、情報、コミュニケーションとリテラシー

木内の考えでは、ヘルスリテラシー（＝健康・医療におけるリテラシー）には、医学研究者、医療者、患者・市民の各々に別々に求められる3種類のヘルスリテラシーがある（図1）。医学研究者のリテラシーは、現実をデータ化・定式化し、価値（意味）を持つ情報（＝論文≒エビデンス）と変える能力である。医療者のリテラシーは、専門的で難しい論文の情報を患者・市民のための分かりやすいヘルスコミュニケーションに変える能力である。このヘルスコミュニケーションは、情報の一方的な伝達ではなく、相互的なコミュニケーション行為であり、信頼や安心を醸成し、行動変容を促す。最後に患者・市民のリテラシーはヘルスコミュニケーションを行動（安心・信頼）に変える能力（＝通常の意味でのヘルスリテラシー）を意味する。

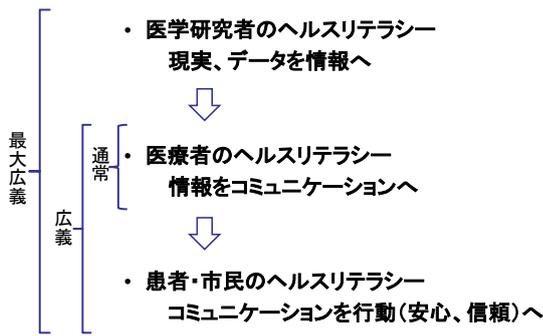


図1. 医学研究者、医療者、患者・市民のヘルスリテラシー

通常のヘルスコミュニケーションは、医療者と患者・市民の間の双方向コミュニケーションを指すが、狭義には医療者が患者・市民に対してコミュニケーションを行う行為を指すことがある(表2)。この場合、通常のヘルスコミュニケーションは、狭義のヘルスコミュニケーションと通常の(患者・市民の)ヘルスリテラシーを合わせたもの、あるいは医療者のリテラシーと患者・市民のリテラシーを合わせた広義のヘルスリテラシーとほぼ等しくなると解される。このように考えると、ヘルスコミュニケーションとヘルスリテラシーは、コインの裏表のように一体の関係にあると見なすことができる。ヘルスコミュニケーションについても、ヘルスリテラシーの図1と同様な図が作成可能である(図2)。医学研究者による研究成果の医療者への伝達は、メディカルコミュニケーションに区分されるが、これも広義のヘルスコミュニケーションに含めて考えることができる。

表2. ヘルスコミュニケーションとヘルスリテラシー

[通常の] ヘルスコミュニケーション (伝える側と受け取る側の視点)	[広義の] ヘルスリテラシー
[狭義の] ヘルスコミュニケーション [医療者の] ヘルスリテラシー ⇒医療者の視点	[通常の] ヘルスリテラシー ⇒患者・市民の視点

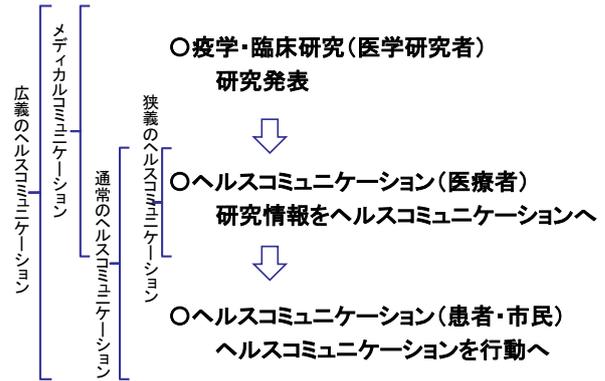


図2. 医学研究者、医療者、患者・市民のヘルスコミュニケーション

2.4 考察と展望

医療者のヘルスリテラシーの提唱はすでに先行研究があるが、ヘルスコミュニケーションとヘルスリテラシーの考察の対象を医学研究者にまで広げたのは、演者が初めてである²⁾。この提唱は、医学知識の生成、伝達、活用という一貫した文脈の中で、1つの見通しのよい視点を与えることができたと考えている。医学研究者が臨床・疫学研究を行って、健康・医療のためのエビデンスを発見することは非常に重要であるが、エビデンスを医療者に伝えて、医療を変えること(メディカルコミュニケーション)、医療者がヘルスコミュニケーション(≒ヘルスリテラシー)によって、分かりやすくエビデンスを伝えること、患者や市民が自らヘルスリテラシーを高めて、行動を変えること(広義のヘルスコミュニケーション)は、臨床・疫学研究自体と同様に重要であると考えている。

3. 情報に基づく意思決定のためのコミュニケーション

情報とは、主に「データ」と「情報」と「知識」の3つの意味で使われる。「データ」とは、数字や文字などで、「情報」は「データ」+「価値」である。健康情報におけるベネフィットとリスクは、「データ」が確率で「価値」が効果や害からなることが多い。確率を「期待」と言い換えれば、情報とは期待価値(効用)理論にもあてはまる。このような情報に基づく意思決定は、不確実な状況における合理的な意思決定として保健医療にも導入されてきている。

しかし、「データ」を評価して「情報」に変えるためには「知識」が必要である。保健医療の情報は専門的な知識を背景としていて、理解しにくく意思決定も難しい。そのため、とくに対象のヘルスリテラシーを考慮した効果的なコミュニケーションの方法が考えられてきた。それは、ティーチバックで理解を確認しながら、エビデンスに基づく信頼できる情報を中立的にわかりやすく提供できるディジジョンエイドを用いてシェアードディジジョンメイキング(SDM)を行うことである。SDMの構成要素は、選択肢、長所・短所、価値観であり、効果的な意思決定は、これらを明確にするプロセスである。

前立腺がん患者を対象に SDM を測定した研究で、1) 患者にとっては SDM を行ったほうが、納得して決められて、医師の説明にも治療にも満足しやすい、2) SDM には多くの情報が必要であるが、情報が多くても SDM を伴わなければ、納得して決めにくく、医師の説明にも満足しにくい、3) 患者は納得した意思決定のために SDM を強く求めているのに対して、医師のほうが SDM は納得した意思決定に結び付くと思う程度が低い可能性があるという結果を得た³⁾。

4. コミュニケーション前提としてのヘルスリテラシー ～パブリックヘルスコミュニケーションの観点から

コミュニケーションは送り手が表現（エンコード）した情報（メッセージ）を受け手が解釈（デコード）することで成り立つ。表現と解釈はそれぞれの話者の知識、スキル、地位、規範などに基づいて行われるため、このようなコミュニケーション前提が話者間で異なれば、異なる内容の情報として相手に伝わることになる。つまり、伝えたい情報が思いどおり伝わらないという問題の背景には、コミュニケーション前提の不完全な共有があると考えられる。保健医療の専門家が一般の人々とのコミュニケーションを円滑に行うには、一般の人々が持つコミュニケーション前提を理解し、コミュニケーション前提の違いを認め、近づけるような取り組みを進めておくこと、そのうえで、コミュニケーション前提が完全には共有されていないという想定の下で、情報がなるべく正しく伝わるような工夫を講じることが求められる。ヘルスリテラシーがコミュニケーション前提を代表する要素であるとするれば、一般の人々のヘルスリテラシーレベルを把握し、これに見合うようなコミュニケーション戦略を考えることは理にかなっている。

須賀らが開発したヘルスリテラシー評価尺度 HLS-14 は 3 領域 14 項目からなり、一般の人々のヘルスリテラシーを最高 70 点～最低 14 点の範囲で数値化できる⁴⁾。この尺度を用いて、日本にも低リテラシー者が一定割合で存在し、健康診断結果を正確に読み取れず、健康上のリスクや予防行動の必要性を認識できず、行動変容意図が乏しいこと⁵⁾、健康に関する情報を入手するために利用できる情報源が限られ、十分な情報を入手できず、健康的な生活習慣が身につかないため、健康度が低いこと⁶⁾などが明らかになった。

5. 結語

今回、日本で「ヘルスコミュニケーション（ヘルスリテラシー）」を第一線で研究されている三者に貴重なご講演をいただいた。人間は多様で個別性が高いため、情報の不確実な部分において、多様な解釈、期待、価値づけが生じる。それは情報の送り手・受け手、双方の「リテラシー」に大いに影響を受ける。この講演もしかりである。三者とも異なる視点からの講演であったが、同じベクトルで企画の趣旨に沿って、あらゆる聴衆に歩み寄って、丁寧にコミュニ

ケーションくださり、より深く心に響く（共感できる）内容となった。それは積極的にフロアーからの質疑があったことから窺えた。企画する側としては期待以上のありがたいシンポジウムであった。

健康と医療のコミュニケーションを扱う学術領域であるヘルスコミュニケーションが、その視野を広げ、洞察を深め、取り組みを進めていくために、本シンポジウムの記録が一助となることを願い、結びとしたい。

謝辞

本シンポジウムの機会をいただいたヘルスコミュニケーションウィーク 2021～広島～ 総大会長・第 13 回日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会大会長の河口浩之先生はじめ、学術集会の準備・運営に当たられた皆様にこの場をお借りして、改めて感謝を申し上げます。

研究資金

なし

利益相反自己申告

報告すべき利益相反はない。

引用文献

1. 小野厚夫: 情報という言葉を尋ねて(1). 情報処理学会誌, 2005; 46(4):347-351
2. Ancker JS, Grossman LV, Benda NC. Health Literacy 2030: Is It Time to Redefine the Term? J Gen Intern Med. 2020 Aug;35(8):2427-2430.
3. Nakayama K, Osaka W, Matsubara N, Takeuchi T, Toyoda M, Ohtake N, Uemura H. Shared decision making, physicians' explanations, and treatment satisfaction: a cross-sectional survey of prostate cancer patients. BMC Medical Informatics and Decision Making, 2020 20(1), 334.
4. Suka M, Odajima T, Kasai M, Igarashi A, Ishikawa H, Kusama M, Nakayama T, Sumitani M, Sugimori H. The 14-item health literacy scale for Japanese adults (HLS-14). Environ Health Prev Med. 2013 Sep;18(5):407-15.
5. Suka M, Odajima T, Okamoto M, Sumitani M, Nakayama T, Sugimori H. Reading comprehension of health checkup reports and health literacy in Japanese people. Environ Health Prev Med. 2014 Jul;19(4):295-306.
6. Suka M, Odajima T, Okamoto M, Sumitani M, Igarashi A, Ishikawa H, Kusama M, Yamamoto M, Nakayama T, Sugimori H. Relationship between health literacy, health information access, health behavior, and health status in Japanese people. Patient Educ Couns. 2015 May;98(5):660-8.

*責任著者 Corresponding author : 中山健夫
e-mail: nakayama.takeo.4a@kyoto-u.ac.jp

シンポジウム 2

危機の時代におけるコミュニケーション教育の取り組み
—何が変化しどこへ向かうのか—Changes and Prospects for Communication Training Initiatives
During COVID-19 and Beyond蓮沼直子¹⁾、高永 茂²⁾、服部 稔¹⁾、菊地由花³⁾、飯田淳子⁴⁾、木尾哲朗⁵⁾Naoko Hasunuma¹⁾, Shigeru Takanaga²⁾, Minoru Hattori¹⁾, Yuka Kikuchi³⁾, Junko Iida⁴⁾, Tetsuro Konoo⁵⁾

1)広島大学医学部附属医学教育センター

2)広島大学大学院人間社会科学研究科

3)広島大学病院総合内科・総合診療科

4)川崎医療福祉大学医療福祉学部

5)九州歯科大学

1) Center for Medical Education, Hiroshima University, School of Medicine

2) Graduate School of Humanities and Social Sciences, Hiroshima University

3) Hiroshima University Hospital (Medical), Department of General Internal Medicine

4) Faculty of Health and Welfare, Kawasaki University of Medical Welfare

5) Kyushu Dental University

Abstract

The Model Core Curriculum for Medical Education in Japan includes communication skills, professionalism, behavioral science, anthropology, and sociology in addition to its primary focus on medical knowledge and clinical skills. During this symposium, the participants shared examples of educational practices in various fields. In the last two years, the COVID-19 pandemic has forced university education to undergo significant changes, such as switching to online courses. Lectures were moved to online learning without any problems because many medical faculty staff already used PowerPoint slides originally. The panelists reported on their online lectures, use of video materials, and innovations for sharing opinions and discussions among students in behavioral science, communication training, anthropology, and professionalism. This symposium provided meaningful opportunities to share best practices on prospects, the limitations of online lectures, and the requirements for information and IT (information technology) literacy education.

要旨

医療系教育においては、医学的知識・診察技能の習得のみならず、コミュニケーション教育、プロフェッショナル教育、行動科学、人類学、社会学などが医学教育モデル・コア・カリキュラムに記載されている。本シンポジウムでは4名の演者がそれぞれの立場から教育プログラムや講義内容など教育実践について報告を行った。また新型コロナウイルス感染症拡大により大学教育は大きな変化を迫られた。その一つは授業形態がオンライン化したことである。知識の伝達である講義については医療系学部では元々スライドによるものも多く、問題なく移行したと考える。その中で、行動科学、コミュニケーション教育、人類学、プロフェッショナル教育においてそれぞれが行っているオンライン講義、動画教材の活用、学生同士の意見共有・議論の工夫などについて報告された。また今後の展望やオンライン講義の限界、情報・ITリテラシー教育の必要性など情報共有でき非常に有意義な機会となった。

キーワード：

オンライン講義、行動科学、コミュニケーション教育、医療人類学、プロフェッショナル教育

Keywords:

online learning, behavioral science, communication training, medical anthropology, professionalism education

1. 序文

2019 年末に発生し（または報告され）、2020 年に入り日本でも急速に拡大した新型コロナウイルス感染症 (COVID-19)により、医学教育は多大な影響を受けた。講義はすぐにオンライン化されたが、医学部の講義は従来パワーポイントのスライドによるものが多かったことから、混乱なく移行できたと考えている。広島大学ではオンラインライブ講義において情報量の問題やインターネット環境の問題もあり学生側のビデオはオフとする運用にしており、学生の顔が見えない、反応が分かりにくいということで、教員からも戸惑いの声があった。

講義だけでなく、解剖実習ではバーチャル教材を活用したり、臨床実習も一時期はオンライン実習への変更を迫られた。オンライン講義でもブレイクアウトセッションなどのグループワークもできるようになったが、オンラインでのディスカッションの難しさもあり、十分な教育ができていないのか日々悩みながら試行錯誤している状況である。

また、医学生が求められるコミュニケーション教育については、医学教育モデル・コア・カリキュラムにおいて A 医師として求められる基本的な資質・能力のなかで、A-4 コミュニケーション能力 A-4-1) コミュニケーション A-4-2) 患者と医師の関係として列挙されている(医学教育モデル・コア・カリキュラム平成 28 年度改訂版、https://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/icsFiles/fieldfile/2017/06/28/1383961_01.pdf)。また、B 社会と医学・医療 B-4-1) 医師に求められる社会性の中で文化的社会的文脈のなかで人の心と社会の仕組みを理解するための基礎的な知識と考え方及びリベラルアーツを学ぶことが挙げられており、具体的に行動科学、社会科学、医療人類学などが挙げられている(同上)。つまり専門教育として外部の専門家の参入を求めているが、各大学にゆだねられている部分もあり、他大学の状況を知る機会は少ない。

今回のシンポジウムにおいては、まずは医療者育成教育における、コミュニケーション・行動科学・医療人類学教育の現状を医師、歯科医師のほか、心理学、人類学の専門家それぞれの立場からどのように関わっているのか、どのような教育プログラムを行っているのかについて発表を行い、議論の場を設けた。またその際にちょうど、コロナ下であったことから、可能であれば with コロナ時代における変化や課題などについても触れていただくこととした。

2. 行動科学分野からみたオンラインコミュニケーション教育-ポストコロナに向けて

行動科学とは人間の行動に関する一般法則を体系的に究明しようという学問領域である。世界医学教育連盟 WFME (World Federation for Medical Education)の定めるカリキュラムに「行動科学」が必須化されたことより全国

の医学部でカリキュラムの導入が行われている(和泉, 2021)。しかしながら行動科学に関する認識は各大学においてさまざまであり統一されておらず標準化できていないのが現状である(網谷, 2021)。そこで本報告では広島大学医学部医学科で行われている行動科学の実践を報告する。また 2020 年に始まった新型コロナウイルス感染症 (COVID-19)パンデミックの影響を受け大学教育は大きな影響を受けた。本学でも Microsoft Teams をプラットフォームとした、オンライン講義システムを構築して講義を行なっている。そこであわせて本学のオンライン講義システムを紹介し、どのように行動科学をオンラインプラットフォームで実施しているのか紹介する。

1) 行動科学とは

WFME の示す基準では、「行動科学、社会科学とは、地域の要請、関心および伝統によって異なるが、生物統計学、地域医療学、疫学、国際保健学、衛生学、医療人類学、医療心理学、医療社会学、公衆衛生学および狭義の社会医学を含む」と記載されており複数の領域にまたがる。また行動科学は幅広い学問領域として人間の身体的な側面だけでなく、コミュニケーションや生きがい、信条などの多様な価値観なども含まれている。平成 28 年度改訂版医学教育モデル・コア・カリキュラムで考えると「C-5:人の行動と心理」の 8 項目と(表 1)、「B-4: 医療に関連のある社会科学領域」が行動科学・社会科学の基礎として位置付けられる場合が多い(堤, 2020)。また日本行動医学会行動医学コアカリキュラム作成ワーキンググループはこれらに加えて、「ヘルスコミュニケーション」と「社会と健康」を追加した 15 コマのカリキュラムを提案している(堤, 2016)。

表 1 コアカリキュラム C-5: 人の行動と心理

C-5-1)	人の行動
C-5-2)	行動の成り立ち
C-5-3)	動機付け
C-5-4)	ストレス
C-5-5)	生涯発達
C-5-6)	個人差
C-5-7)	対人関係と対人コミュニケーション
C-5-8)	行動変容における理論と技法

2) 広島大学におけるオンライン講義システムの構築

遠隔授業には大きく分けて、オンデマンド型授業と同時双方向型授業の 2 種に分類される。本学科では「学生・教員に負担が少ない」ことを優先し、同時双方向型授業で原則実施することを選択した。また全ての同時双方向型授業は録画し、オンデマンドでも授業が見られるようにし、インターネット回線の不調に対応した。講義のプラットフォームは広島大学が契約している Microsoft のオンラインミーティングアプリケーションである

Microsoft Teams を用いた。本学はマイクロソフトと包括ライセンス契約を締結しており学生は無料で使用できること、Microsoft Teams は学内 ID と紐づいているためセキュリティに比較的強いことなどを理由に選定した。また広島大学には Bb9 という Learning Management System(LMS)があり、教材の提示やレポートの提出先などに活用した。ネット回線がないなどの理由で自宅で視聴できない学生は登録制として十分な感染対策のもと講義室の利用を許可した。Microsoft forms を用いて出席アンケートを作成しそれに回答することで出席とみなした。2021 年 12 月現在、広島大学では半数の学生が講義室、半数の学生が自宅でオンライン受講を行うハイブリッド講義で実施している。詳細については既報を参照してほしい(服部, 2021, 蓮沼, 2021)。

3) 広島大学における行動科学をカバーする科目

本学における行動科学としてコアカリキュラム「C-5: 人の行動と心理」「B-4 医療に関連のある社会科学領域」をカバーする内容が行われている主な科目は 1 年生「医療従事者のための心理学」、「コミュニケーション学」、「医療者プロフェッショナルリズム」などがある。それぞれの科目についての教育実践について簡単に紹介をする。

「医療従事者のための心理学」

この科目は 1 年生を対象とした教養科目である。教養科目ではあるが「C-5:人の行動と心理」の科目を全てカバーする科目としてカリキュラム開発を行なった。行動科学に関する基礎的内容(理論)を伝える際には、その意義を十分に受講生に伝え学習への動機づけを高めることが重要である(島津, 2016)。そこで筆者は講義の最初に簡単な行動科学の実験を Microsoft Teams のチャット機能を用いて実施している。またアクティブラーニングのため質疑応答には Microsoft Teams のチャットやスタンプ機能を利用している。例えば c-5-2)行動の成り立ちでは、依存症を取り上げ行動が維持されるメカニズムとして「正の強化」か「負の強化」かなどを考えるワークなどを導入している。

「医療者プロフェッショナルリズム」

この科目は 1 年生を対象とした専門科目である。プロフェッショナルリズムは医師が備えるべき基本的資質・能力として欠くことのできない重要なものである。本科目では 6 年間の教育の最初の一步として位置づけている。ここでは筆者は C-5-7「対人関係と対人コミュニケーション」B-4-1「医師に求められる社会性」としてアンコンシャスバイアスについて講義を今年度初めて実施した。アンコンシャスバイアスとは人種や性別などの無関係な特徴に基づき、その人を否定的に評価するような無意識の連想のことと定義される。近年のシステムティックレビューにおいて 35 の論文で医療従事者のアンコンシャスバイアスが指摘され、アンコンシャスバイアスのレベルとケアの質の低下との間に有意な正の相関があることが示されている(FitzGerald, 2017)。ここでは女性医師に対

するアンコンシャスバイアスやジェンダーバイアス、患者に対するバイアスなどの研究例を実際に示しながら講義を行なった。また Microsoft Teams のチャット機能を用いて「リンダ問題」などを提示し、バイアスの一種である代表性ヒューリスティックを実感させるなどの工夫も行なった。Microsoft Forms の出席アンケートにある授業感想には「振り返ると私はアンコンシャスバイアスというものをあまり意識していませんでした。これによって、気づかぬうちに多くのネガティブな結果をもたらしていると思うとぞっとしました。」「無意識の差別を防ぐために意識するというのが今後私たちがすべきことなのではないかと思いました。特に将来医療に携わり患者と接する医学部生にとって、他の人より特に大切な概念になると思うので気を付けようと思います。」などの感想が得られた。このようなコメントは多く認められ、学生は将来の医師として働く自身をイメージし自らのプロフェッショナルリズムとしてアンコンシャスバイアスにとらわれないように意識したと思われる。

これまではオンラインでも講義や簡単な実験は問題なく行えることができる事例を報告した。一方でコミュニケーションの実習などはオンラインでは難しいことも明らかになった。「医療者プロフェッショナルリズム」では、患者視点を理解するため毎年難病患者と学生の懇談を実施していた。しかし COVID-19 により難病患者との懇談は中止となった。120 名の学生と患者のビデオコミュニケーションは困難であると判断したためである。その代わりとして孫(2019)の実践例で紹介された患者の語りを聴くことができる認定 NPO 法人健康と病いの語りディペックス・ジャパンを利用させていただき Microsoft Teams でオンライングループワークを実施した。具体的には患者の動画を視聴後に、7-8 人グループで「患者さんは病になった時に何を考えているのか」「医師としてとるべき態度はどのようなものか」をテーマにディスカッションした。またこれらのテーマを Microsoft Teams の共同編集機能を用いて PowerPoint によるプロダクトを作成した。作成後は画面共有機能を用いて各グループのプロダクトを共有しながら発表を行なった。終了後のアンケートでは「今まで自分のなかで「認知症」という病名でひとくりにしてしまっていたすべての患者さんたちが皆一人の人間として尊厳をもって生きていると実感した。」「これから医師として多くの患者さんに接することになるが、すべての方に生活があり、人生があることを決して忘れないようにしたい。」など患者視点や共感などについて多く記載された。

4) まとめ

著者の服部は心理学・行動科学を専門としている。近年医学部において行動科学への関心が急速に高まっているように感じている。しかしながら元々医学部の行動科学カリキュラムは専門科目に至るまでの準備教育からスタートした経緯がある。したがっていわゆる基礎的な内容が多いと感じている。応用領域である行動変容技法、

生活習慣病予防、患者支援や保健指導の手法の習得、リスクコミュニケーションなど応用的な知識・技能も学ぶ必要があると考えている。特に応用領域は臨床実習前後に学習すると効果が高いと思われる。医学部で教育されるカリキュラムとして低学年から高学年までまたいだ段階的なカリキュラムを構築する必要があると考えられる。

また COVID-19 によりオンラインで講義を行うのが当たり前になってしまった。今後はオンライン教育の効果などを検討する必要がある。特にコミュニケーション教育ではオンラインによる限界もあるであろう。対面講義の意義なども再検討していく必要がある。

3. with コロナ時代に求められるスキルとは ～ワクチンコミュニケーションを題材に～

1) コロナ流行前後での大学におけるコミュニケーション学教育の変遷

広島大学病院総合内科・総合診療科では数年来、医学科 1 年次を対象としたコミュニケーション学の講義を担当してきた。その背景には当科が、学生のみならず初期研修医や後期専攻医に対し、外来を中心とした医療面接技法を指導してきたことや、各診療科や多職種との連携を重要視していること、また家庭医・総合医として目の前の疾患への対応だけでなく予防医療にまで踏み込む役割を担ってきたことがある。本稿ではまず、コロナ禍前後での当科コミュニケーション学教育の変遷について概説する。

コロナ流行以前より当科では、学生や研修医などの学習者に外来診療を経験してもらい、患者の問診・診察を通して、「医師-患者関係の構築法」や「医療面接技法」などの現場に則したコミュニケーションスキルを伝えてきた。具体的には、患者の解釈モデル(解釈、期待、感情、影響)の聴取や、患者中心の医療技法 (Moila Stewart et al., 2017) について説き、近位・遠位コンテキストを含めた全人的な理解の重要性、その先にある共通の理解基盤形成や医師-患者関係の強化について学ぶ機会を提供してきた。様々な異なる疾患や症候、年代、性別、ライフステージ、健康観を持った患者ごとに適切なアプローチが求められるため、実践するには卓越したコミュニケーション能力が必要になる。各論として、コーチングスキル、救急場面でのコミュニケーション、研修医処世術、アンガーマネジメント、プレゼンテーションスキルなどについて全 15 回シリーズでワークを交えた講義を行っている。今回は一例として「コーチング入門」の講義内容をご紹介します。

コーチングは医療業界だけでなく、様々な分野で耳にするようになってきている。対話を重ねることを通して、クライアントが目標達成に必要なスキルや知識、考え方を備え、行動することを支援するプロセス、と定義されている。私たち総合診療医は、患者の行動変容やヘルスリテラシー醸成の支援、さらに臨床・教育場

でのチームビルディング、リーダーシップ、ファシリテーションなどのスキルを求められることが多く、それらの基盤となるスキルとしてコーチングを紹介している。医学科へ入学したばかりの 1 年生を対象とした講義のため、社会人になり働くようになった後の生活に実感が湧かないと思われ、実例を交えながら長い医療専門職人生の中で様々な対人関係が生じ葛藤するであろうことを伝えて、そのような時に活用できるのがコーチングスキルであると紹介している。

最近、医師として臨床現場で働く中で日々感じることは、患者にせよ学習者にせよ、一律ではなく様々な異なる考えを持った人が増えているということである。これまで常識と考えられていた概念が通用しなかったり、インターネットや SNS から多くの情報を容易に入手しその真偽も確かめぬまま信じてしまう傾向も目の当たりにしており、コロナ禍で IT 化が進むとこの多様性は今後も一層広がるのではないかと考えている。実際、日本の医療業界で長らくとられてきた医師主導の従来型パターンリズムは通用しない場面を多く経験する。教育現場でも *Difficult Teaching Encounter* と呼ばれる存在が目立つように感じられ、画一的でなくより個別性の高い配慮を要求されることが増えたように感じる。IT 化が進み多様性が重視される社会ではこれまで以上にコミュニケーションスキルの重要性が増していると思われるが、コミュニケーション学は知識・態度・技術すべての領域を内包しており、その教育の難しさを日々感じている。

コロナ禍を経験し、これからの時代に医療職に求められるコミュニケーションスキルは、相手を様々な角度から理解し異なる考え方にも柔軟に寄り添える能力や、個別のニーズや性質に配慮できる能力、また SNS 時代においては正確な知識を積極的に検索でき、発信できる能力なども求められている。新型コロナウイルスの影響で、多くの一般の方もワクチンや感染防御策などの予防医療を考える機会が増えており、2021 年現在のホットで身近な話題としてワクチンコミュニケーションを取り上げた講義を行っているため、ご紹介する。

2) ワクチンコミュニケーションを通して学ぶ、集団を対象とした健康教育の難しさ

日本のワクチン接種率は約 80% と、世界的にみてもかなり高水準ではあるものの、副反応の問題や根強い反対意見も未だ存在しており、多様な意見が混在している。ワクチンを考える上での難しさは様々な点があるが、罹患する前の一次予防ながら薬剤投与という侵襲性を伴う点、副反応の判断や対応が困難な点、接種した個人のメリットだけでなく集団を対象とした公衆衛生学的視点でのメリットも勘案されている点、接種が個人個人のヘルスリテラシーに委ねられている点などが難しい要因として挙げられる。日本ではデモが起こ

ることは少ないが、海外ではワクチン接種をめぐる人々の分断まで引き、未だ感染流行に終息の目途はたっていない。

このようなワクチンに対して否定的な態度を *Vaccine hesitancy* (ワクチン忌避) と言い、疾病予防のためワクチンが打てる環境であるにも関わらず、意図的にワクチン接種を拒否している態度のことを指す。WHO も 2019 年のレポートで世界の健康に対する 10 の脅威の一つとして *Vaccine hesitancy* を挙げている (*Ten threats to global health in 2019* (who.int), <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>)。反対理由は「自然に反する」「遺伝子操作される」など根拠のない情報がほとんどで、実際は科学的エビデンス自体に反対しているわけではないと言われている。ワクチン反対派の強烈かつセンセーショナルなメッセージが、彼らに恐れと迷いを抱かせている。医学科 1 年生の講義の中で 2020 年末に自らのワクチン接種について問うても、積極的に接種を希望する者は 2 割程度に留まっていた。この問題の解決を図るため、一般の人々やマスメディア、予防接種を行う予防接種非専門医療職などに対する、適切なコミュニケーションが重要とされている。

そこで保健医療関連分野でコミュニケーションを改善するために留意すべき事項として、WHO から以下 4 項目が推奨されている (Goldstein et al., 2015)。すなわち、積極的であること (予防接種事業の中に、コミュニケーションを強化するための取り組みが組み込まれている)、双方向性を持たせること (予防接種の対象者となる人々が、どのようなスタンスをもっており、どのように関わっているのかを把握していくことが重要)、知識は重要であるが、それだけでは行動変容に十分ではないこと (行動変容に関する理論的なモデル等を踏まえた、総合的なアプローチをとることは重要である)、既存のコミュニケーションツールをうまく活用すること、の 4 項目である。講義では、正確な情報をうまく伝える具体的な工夫として、意思決定の二重過程理論や、参加型 VS プリサンティブ型 (予想済型) 意思決定法などを紹介し、様々な問題が混在しているのを分けて説明することの効果等について紹介した (Okuhara, T. et al., 2021)。

3) マスメディアを用いた積極的コミュニケーション技法の活用

それでは、コロナワクチン接種や外出制限などの感染抑止策に関して、より多くの対象者に前述のようなコミュニケーション強化を行うためには、どのような媒体を用いてアプローチすることが効果的だろうか。国民が健康情報を入手する方法を平成 26 年に調査した結果では、テレビ・ラジオ、新聞、インターネット、かかりつけの医師などが上位を占めている (平成 26 年 3 月 少子高齢社会等調査検討事業報告書 (健康意識調査編))、 <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou->

12601000-Seisakutoukatsukan-

[Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/002.pdf](#))。本調査の回答者のうち 70%以上が 40 歳以上で、20-39 歳は 30% 未満である。一方、今回のコロナ流行の前半においてワクチン接種意欲が低く、緊急事態宣言下でも外出機会が多かったとされていたのは 10 代や 20 代などの若年層であった。テレビや書籍などでは、感染症対策分科会の尾身茂会長や感染症専門家らのご尽力である程度正確な情報提供や呼びかけが行われていたように思うが、一方では尾身氏を知らないという若者も多数存在し、その対策として NHK でも人気若手芸人と尾身氏の対談が組まれたり、YouTube で若者の率直な質問に尾身氏が答える内容の動画を配信するなど、これまでとは異なった形式で対象者に働きかける努力をされていた。Instagram で新規アカウントも開設され、SNS を生活の中心に取り入れている若者へのコミュニケーションを積極的に図られ、それらが功を奏したのか若年層の接種率も世界と比較してかなり上昇した。

これらの現象を鑑みると、私たちが健康に関する情報を発信する際には、伝えたいメッセージが何かということのほか、対象者はどのような個人もしくは集団なのかということを常に念頭に置いて、使用する媒体の選定を含めた積極的コミュニケーション戦略が必要と考える。そのためには、インターネットや SNS の有意義な活用法についても、医療従事者側が学んでいくことが重要と考えている。

4) 新たな教育形態

コロナ禍での新たな医学教育形態として、オンラインの活用が急務となった。学習者も教育者も様々な会議システムやアプリケーションを駆使する必要性に迫られ、徐々に対面形式での教育機会が減ってきている。それらの活用に慣れるうち利便性、有益性を感じる反面、やはり対面でなければ難しい教育内容 (例えば態度教育など) もあるように感じており、信頼関係の構築にも時間を要すように思う。

総合診療科では扱う疾患の幅が広いため、その都度 UpToDate などの二次資料検索を推奨したり、PubMed 等での文献検索を通じた臨床疑問の解決方法についてレクチャーを行ったりしている。抄読会や学習振り返り会もオンライン上で行い、参加者全員で発表者のスライドを供覧しながら、各自 PDF 等で資料を閲覧しつつ、論文の吟味や意見交換を行っている。オンラインシステムの活用で遠方の参加者でも参加しやすいため会議が開催しやすくなり、既存のフォーマットで情報共有することにより各種アンケートや資料収集も容易となった。

情報が氾濫している現代だからこそ、正確な情報収集を行い、自ら批判的に吟味できるスキルが新たに求められていると感じ、SNS など活用しながら情報を発信することにもより積極的でありつつ、慎重さも必要

である。これからの時代には医療業界でも、IT リテラシー教育がより重要な位置を占めるであろうと考えている。

4. 他者理解の視点と方法を育むエスノグラフィ教育

超高齢社会を迎え、従来の病院を中心とした急性期の治療を主目的とする医療だけでは対応困難となり、在宅を中心とした慢性期のケアを主目的とする医療の占める割合が増加している。それに伴い、医療従事者（医療者）は患者の生活や人生、価値観、人間関係などを考慮に入れる必要に一層迫られており、医療者にとって医学的知識だけでなく、社会科学的な知識の必要性が増加している。

医療者に特に密接に関係する人文社会科学には、(生命)倫理(学)、心理学、(医療)法学、(医療)経済学、経営学など、様々なものが含まれるが、医学教育モデル・コア・カリキュラム平成28年度改訂版には文化人類学(主に医療人類学)・社会学(主に医療社会学)が初めて組み込まれた(「B-4 医療に関連のある社会科学領域」)。文化人類学とは、一言で言うと「他者理解」の学であり、自分とは異なるものの見方・行動のし方をする人びとを理解することを目的としている。医療者は患者、患者の周りの人(家族、友人、職場の人、地域の人等)、他職種、他診療科のスタッフ、他施設のスタッフなど、様々な他者と向きあい、コミュニケーションし、ケアしたり協働したりすることを迫られるため、文化人類学が医学教育モデル・コア・カリキュラムに組み込まれることになったものと考えられる。

文化人類学ではエスノグラフィという方法を用いる。エスノグラフィとは、参与観察(participant observation)とインタビューによって主に質的データを収集し、それらのデータを分析・考察・記述するという調査・研究の方法である。また、こうした方法をもとに書かれた著作物もエスノグラフィと呼ばれる。エスノグラフィは文化人類学で始められ、その視点や理論の基盤となってきたが、近年では医学や看護学などを含め、さまざまな分野で用いられるようになってきている。

エスノグラフィにおいて特徴的なのは参与観察である。参与観察とは、対象の人びとの生活や活動の現場に比較的長期間にわたって身を置き、そこに参与しながら観察するという方法である。インタビューへの回答は、いわゆる「公式見解」や「建前」になってしまうことがある。また、対象の人びとと自身が当たり前になっていること、暗黙に従っていることなどは言語化されにくい。それに対し、現場に入り込み、なまの生活や活動を観察することにより、自らの先入観が修正されたり、新知見の発見につながったりすることがある。

参与観察において、調査者が経験するカルチャーショックは、他者理解のみならず、自己相対化の重要なきっかけにもなる。ここでいう「カルチャー」とは外国の文化とは限らず、ショックは居心地の悪さや些細な違和感を含む。こうした経験を通じて調査者は、それまで当

り前すぎて意識することもなかった自らの考え方・行動のしかたが唯一絶対ではなく、多様な考え方・行動のしかたの一つであることを、身をもって理解することになる。

こうした方法は、自分にとって異質なものを見慣れたものとし、見慣れたものを異化する(Making the strange familiar, and the familiar strange 異質馴化・馴質異化)という文化人類学の基盤となる視点と密接に関係している。他者の一見不可解な言動も、その人の置かれた文化的社会的文脈の中に位置づけると納得できることがある(異質馴化)。それと同時に、他者の言動に触れると、自分にとってそれまで当たり前だったことを、距離を置いて捉える視点が得られる(馴質異化)。このようなエスノグラフィックな視点は、医療者にとっても重要なものと言えるだろう。

また、参与観察は医学生の実習時の経験と類似点がある。早期体験実習・地域医療体験実習・臨床実習等において、医学生も現場に参与しながらその場の状況を観察することになる。とりわけ、医学生が各科をローテートする臨床実習は、毎週別の国に行くような異文化体験ということもできる。臨床実習は近年、診療参加型が推奨されているが、諸事情で診療見学型にとどまることも多い。エスノグラフィの視点を習得すれば、「見学型」の実習をより充実したものにするのではないかと(錦織, 2020)。この点に気づいた錦織宏(名古屋大学大学院医学系研究科)とともに、この節の筆者である飯田は「臨床実習のエスノグラフィックな歩き方」という教育手法を開発し、いくつかの大学で実践してきた(表2)。

表2 「臨床実習のエスノグラフィックな歩き方」の授業実践

大学名	学年	科目名	時間
京都大学	4	臨床実習オリエンテーション	90分
川崎医科大学	5	診療の基本(医療人類学応用編)	60分 ×4
鳥取大学	4	地域医療体験実習オリエンテーション	90分 ×2
岡山大学	1	行動科学	60分 ×2

「臨床実習のエスノグラフィックな歩き方」では、上述したようなエスノグラフィの視点を身につけること、また、それを通じ、医療現場の文化的・社会的側面を見る視点を養うことを目指す。具体的な授業内容は、授業枠によっても異なるが、例えば以下のようなものがある(飯田, 2020)。まず、医学系教員が、なぜ医学生がエスノグラフィ/文化人類学を学ぶのかについての講義を行う。次に文化人類学の教員が文化人類学とエスノグラフィに関する概説の講義をおこなった後、写真・動画を用いて観察・記述の演習をおこなう。写真を用いた演習とは、自身が観察したものを他者と共有することの難しさ

を教える／学ぶエクササイズである（伊藤, 2021）。動画を用いた演習は、視点によって観察できるものが違うことを体感してもらうものである（箕浦, 1999）。

これらの演習の後、エスノグラフィにおける観察・記述について講義を行う。視点（問い）によって見えるものは違ってくこと、臨床実習では生物医学的な診断方法・治療法・手技等だけでなく、人びとの関係性や患者の背景、診療科ごとの文化など、多くのことが観察しようといった視点に関することに加えて、何をどのように見てどのように記録するかなどの方法についても講義する。

そのうえで、学生たちは臨床実習中に参与観察をおこない、清書版フィールドノートを作成し、次の授業に持参する。清書版フィールドノートとは、現場でとったメモや記憶をもとにして、観察したことの詳細を（パソコンで）文章化した記録である（佐藤, 2002）。第三者が読んで光景が思い浮かぶよう記述し、観察したことと別に考察コメントも書きこむ。

学生のフィールドノートには、担当患者と自分とのやりとり、回診時の医療スタッフと患者とのやりとり、指導医と研修医とのやりとり、外来での医師と患者・家族とのやりとり、救急処置室に患者が搬送されてきたときの様子、指導医と自分たちとのやりとり、カンファレンスの様子など、多種多様なことが書かれ、担当教員（人類学者）にとっても興味深い。また、コメントとしては、「患者さんは医師に言わないようなことを他職種のスタッフに話している」などの気づきや、「退院後、姉と一緒に住むことをどう感じているのだろうか？」などの問い、そして人の死を「おもしろい」と表現した医師の言葉へのカルチャーショックなど、医学生ならではの考察が見られる。

2 回目の授業では各自のフィールドノートを用いてグループワークを行う。グループワークでは、グループの中で最も良く書けているフィールドノートを選出し、選出理由は何か、自分のフィールドノートのよくなった点と改善すべき点は何かを考えてもらう。最後にまとめの講義として、臨床現場で観察・記録・報告を行う場面は少なくないこと、その際には医学的な情報以外にも文化的・社会的な側面に関する事柄が重要な情報になりうるなどについて確認する。フィールドノートとワークシートは提出してもらい、評価の対象とする。フィールドノートにはそれぞれコメントをつけて返却する。

2020 年度は COVID-19 の感染拡大により、川崎医科大学ではこの授業は録画配信形式となった。そのため、思い切って COVID-19 をテーマとし、事前課題の内容をもとに選出された学生と教員との Zoom によるオンラインディスカッションを録画し、配信するという方法をとった。課題は全て Moodle で提出してもらった。

最初の事前課題は、COVID-19 の感染が拡大していった 2020 年 2～4 月の出来事や診療の変化、自身の心情などについて関東在住の医師が記した手記を読み、考えたことを書くというものとした。学生 2 人、飯田、総合診

療医 2 人、後期研修医 2 人でオンラインディスカッションをおこない、それを通じて、医療現場においても「正解」は一つとは限らないということが共有された。

このディスカッション及びその前後の講義をふまえ、次の回までに「COVID-19 のミニ・エスノグラフィ（医学生視点から）」（1200～1500 字程度）を各自提出してもらった。外出自粛、「新しい生活様式」といったことは、感染症拡大防止のための大規模な共同プロジェクトともいえる。この共同プロジェクト（という社会状況）に自らも参加しながら観察・記述・考察するというエスノグラフィである。COVID-19 の感染拡大に伴い、これまでの「当たり前」が当たり前でなくなり（馴質異化）、「新たな日常」が生まれている（異質馴化）。そのプロセスで起こっていることを記録してみることで、気づいたことを記述してもらったのである。これをもとにしたオンラインディスカッションでは、社会的立場の違いによる生活への影響の違い、職業や環境の特性によって生活様式を変えられない人々がいることなどをふまえ、医学生という集団の相対化が行われた。

この授業の受講生からは「自己と他人はどこかで理解し合えると信じていたが、それは共感という意味の理解で、他者を他者と認めるという意味の理解ではなかった。この 3 回の授業を受けなければ、そのことに気づくことはなかったかもしれない」「エスノグラフィは第三者が見ても分かるように書くという点で他者に自分の経験、考えを伝えるだけでなく、自分の中で状況を整理し相手に伝えるのに適切な表現を選別できるので異文化交流でのコミュニケーションにとっても重要なツールだと感じた」「医療人類学の講義が始まって以降、実習中に目を向ける範囲が広がったように感じる」などの感想が寄せられた。

医療者向けのエスノグラフィ教育は、医療現場の文化的・社会的側面に目を向ける視点、事象を文化的・社会的文脈の中でとらえる視点、自己相対化の視点・姿勢、課題発見・仮説生成の視点などを養成できる可能性がある。他方、学生にとって負担の多い臨床実習期間のカリキュラムにどう埋め込むかという点は今後の課題である。

5. 情意領域のアクティブ・ラーニングを考える

この節の筆者である木尾は歯学部歯学科および口腔保健学科の学生への医療コミュニケーション教育とプロフェッショナル教育を担当している。今回、座長より「オンラインにおいてプロフェッショナル教育は育成できるか」という問いかけでシンポジストの依頼を受けたので、両科目に共通する情意領域を刺激する教育の背景、基となる理論そして日本歯科医学教育学会で制作した教育資源とその活用について述べる。

1) 情意領域を刺激する教育の背景

筆者は 6 年前の本学会において、医療コミュニケーション教育とプロフェッショナル教育は共に医療者教育のメジャーコンピテンスであることや情意領域の要素

が強いことを述べた。情意領域は、教育目標の分類（タキソノミー）で態度・習慣・興味・意欲・価値観・判断力などの発達を目標としており、他領域には、認知領域（知識）と精神運動領域（技能）がある。情意領域の教育方略には、振り返りやディスカッションの効果が高いことが知られている。

ひとくちにプロフェッショナルリズムと言っても、その定義は Stern の神殿モデル (Stern, D. T., 2010) に代表されるような全人的な医療者という捉え方と Harden の three-circle model (Harden, R.M. et al., 1999) に代表されるような情意領域に限定した捉え方がある。歯学教育モデル・コア・カリキュラムでは基本的な資質・能力として書かれており、Harden と同様な捉え方をしているため、本稿では狭義の捉え方で論じる。

モデル・コア・カリキュラムでは歯学のみならず医学、看護学、薬学等にもプロフェッショナルリズムが掲載された。本邦の医療者教育において医療コミュニケーション教育と同様にプロフェッショナルリズム教育は重要とされており、これは世界的な潮流である (木尾哲朗ほか, 2009)。

図 1 は 2021 年春に改訂された歯科医師臨床研修に関する厚生労働省医政局の資料で、歯科医師臨床研修の改訂前の到達目標を歯学教育モデル・コア・カリキュラムおよび歯科医師国家試験出題基準と比較したものである。プロフェッショナルリズムは歯科医師国家試験出題基準には平成 26 年度、歯学教育モデル・コア・カリキュラムには平成 28 年度に記載されている。しかし、図に示されているように歯科医師臨床研修の到達目標にはプロフェッショナルリズムが含まれていなかった。そこで令和 3 年度に改定された歯科医師臨床研修の到達目標にはプロフェッショナルリズムが入り、歯科医師養成のプロセスがシームレスになった。

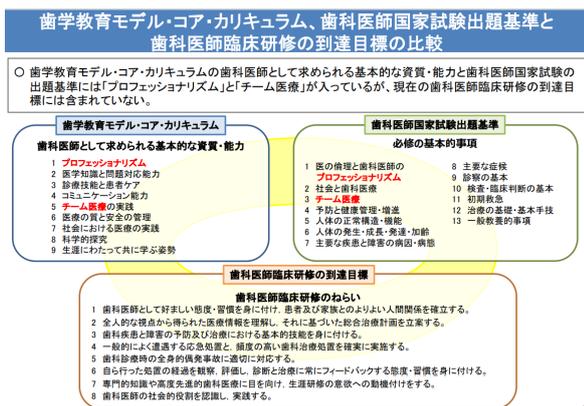


図 1 歯科医師臨床研修制度の概要について
(厚生労働省医政局歯科保健課資料より一部改変引用)

2) 本学の情意教育とその基となる理論

九州歯科大学では歯学科・口腔保健学科ともに 1 年次より卒業に至るまで繰り返しプロフェッショナルリズム教育と医療コミュニケーション教育の科目が配置されている。事前学修と事後課題はシラバスに明示されており、学生がシラバスを見て講義内容の予習復習を行うことで、

学修が効果的に進捗できるように図っている。

学修を進めるうえで基盤としている主な理論は 3 つある。Kolb の経験学修理論と目標基盤型の学修プロセスそして Learning Through Discussion (以後 LTD と呼ぶ) である。

Kolb の経験学修理論は経験から学ぶプロセスをモデル化したもので、4 つの異なる学修スタイルである具体的経験、省察的観察、概念化、実践をサイクルとして捉えたものである。より深く学ぶために省察的観察につながる振り返りのプロセスは大変重要となる。実際の教育現場では、学生は同級生の意見を聴き、教員は振り返りや気づきを促進するようにフィードバックを行う。目標基盤型プロセスは新しい理論ではないが、日本歯科医学教育学会の歯科医学教育者のためのワークショップや臨床研修歯科医師指導講習会で用いられている教育技法および教育評価で用いられている。LTD はアメリカで考案され 1996 年に丸野・安永両氏が日本に紹介した予習と議論からなる学習法で自律的な学修を促す利点があるとされている。

3) 日本歯科医学教育学会で開発した教育資源の活用

筆者が所属している日本歯科医学教育学会の倫理・プロフェッショナルリズム教育委員会 (現教育方略委員会) では、2013 年に「良き歯科医師になるための 20 の質問と倫理的検討事例集」を作成した。その後、歯科衛生士も対象としてタイトルを良き歯科医療人に変更し、20 の質問に沿った 38 事例を厳選して構造的な振り返りを促進する問いかけを設けた「プロフェッション ワークブック」(図 2) を 2019 年に上梓し、講義の予習や復習に活用できるようにした (日本歯科医学教育学会, 2019)。同年夏に MED Center が愛知学院大学で開催したワークショップにて、ワークブックの解説と情意領域の刺激について参加者と意見交換を行った。

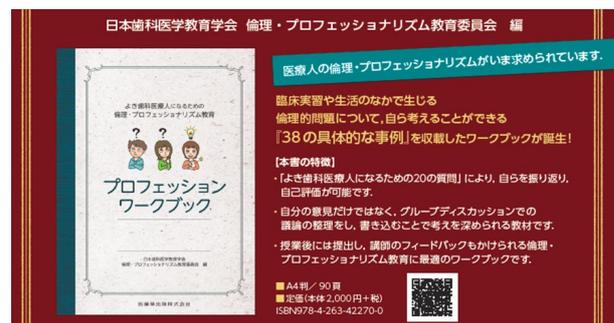


図 2 プロフェッション ワークブックのフライヤー

委員会ではワークブック作成と前後して、歯科医療倫理学教材「入れ歯はひとつ」「落し物はヒトの歯」(図 3、4) を製作した。コロナ禍で対面講義が制限される中、動画教材を全国の歯学部・歯科大学等に提供した。

実際の教育では、学生に予習として講義前の動画視聴と感想の記述を求め、対面講義では 2 人 1 組での意見交換後、6 人程度のグループで意見交換を行っている。遠

隔講義では記述した感想や意見を moodle に設定したグループボックスに提出し、学生は次回の講義までにグループメンバーの記述を読み、次回の講義で新たな感想の発表を行っている。その後、教員が倫理的思考を深めるためのヒントとして複数の論点を提示し、最後に講義後の復習として動画を再度視聴させ、振り返りの記述を事後課題としている。



図3 学修教材「入れ歯はひとつ」より一部改変引用



図4 学修教材「落し物はヒトの歯」より一部改変引用

4) まとめ

今回、筆者が実施している情意領域の遠隔教育について紹介した。遠隔教育の当初は教員も学生も若干の躊躇が認められたが、遠隔教育においてもグループメンバーの意見を受け取る場を作ることで情意領域の教育は可能であると考えている。また、遠隔講義の特徴でもあるオンデマンド形式を導入することで、学生は自身のペースで繰り返し学修が可能になり概ね良好な感触を得ている。さらに、振り返りの記述をポートフォリオとしてファイルすることで個々の学生の情意領域の成長も明確になってきている。一方で、遠隔教育では学生の心がどのように動いているかについて、画面を通してリアルタイムで判断するのが難しく、メンタル面のサポートにさらなる工夫の必要性を感じている。

6. 結語

同じ職場であっても他の教員の授業を見る機会は少ない。大学が違えばなおさらそういったチャンスはない。今回のシンポジウムでは4名の演者に、実際の授業実践に関して報告を行っていただいた。

服部稔先生からは行動科学をカバーする科目である「医療従事者のための心理学」と「医療者プロフェッ

ショナルリズム」の報告があった。菊地由花先生からはワクチンコミュニケーションを題材にした「コミュニケーション学」の講義について報告があった。飯田淳子先生には、他者理解の視点と方法を育むエスノグラフィ教育というテーマのもと「臨床実習のエスノグラフィックな歩き方」の授業実践について報告いただいた。木尾哲朗先生には、情意領域を刺激するためのプロフェッショナルリズム教育と医療コミュニケーション教育について報告していただいた。いずれの授業も創意工夫が凝らされており、それぞれの実践例から学ぶことが多くあったと思う。

世界的な COVID-19 の流行を境として、それ以前とそれ以後という言い方をすることがある。教育の方法についても COVID-19 以後に様々な変更を余儀なくされ、「もう元には戻らない(戻れない)」という意見を聞くことがある。社会の状況自体が変化したのだから、それは当然のことかもしれない。もしそうであるならば、しばらくの間新しい「教育方法」を模索し続けなければならないだろう。いろいろな課題を解決するためには教員一人ひとりが努力するとともに、各々が得た知見を共有し発想を豊かにしていくことが必要となる。今回のシンポジウムのような場も交流を続けていくための有意義な機会となろう。

研究資金

なし

利益相反自己申告

報告すべき利益相反はない。

引用文献

- FitzGerald and Hurst. (2017). Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. BMC Medical Ethics, 18 (1): 19.
- Goldstein S., et al.(2015). Health communication and vaccine hesitancy.
- Harden, R.M. et al.(1999). AMEE Guide No. 14: Outcome-based education. Medical Teacher21: 546-554.
- Okuhara T., et al.(2021). Readability assessment of vaccine information: A systematic review for addressing vaccine hesitancy.
- Stewart M., et al.(2017). Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method (third edition). CRC Press.
- Ten threats to global health in 2019 (who.int)
<https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019> (令和4年1月25日確認) .
- 網谷真理恵(2021). 医学教育における行動科学・社会科学等の概念整理 2. 行動科学の概念整理. 医学教育 52(2), 128-134.
- 飯田淳子, 庵谷千恵子, 桑原篤憲(2020). 他者理解の視点と方法を育むエスノグラフィ教育. 医学教育 51(6),

- 678-684.
 医学教育モデル・コア・カリキュラム平成28年度改訂版
https://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/icsFiles/afieldfile/2017/06/28/1383961_01.pdf (令和4年1月23日確認)。
- 伊藤泰信 (2021). エスノグラフィックな観察の教え方／学び方. In 飯田淳子・錦織宏 (編). 医師・医学生のための人類学・社会学—臨床症例／事例で学ぶ. ナカニシヤ出版.
- 和泉俊一郎(2021). 医学教育における行動科学・社会科学等の概念整理 1.はじめに:医学教育における行動科学・社会科学の現在 52 (2), 121-127.
- 木尾哲朗ほか(2009). 日本と欧米の歯学教育におけるプロフェッショナルリズム教育 新しい医学教育の流れ '09 春 Trends in Medical Education 岐阜大学医学教育開発研究センター編, 65・68.
- 佐藤郁哉(2002). フィールドワークの技法—問いを育てる、仮説をきたえる. 新曜社.
- 島津明人(2016). 心理学の立場からみた行動科学コアカリキュラム. 心身医学 56(1), 24-28.
- 孫大輔(2019). 4.患者の語りを用いたプロフェッショナルリズム教育. 医学教育 50(5), 507-511.
- Stern, D. T.著、天野隆弘監修、B.T. Slingsby 翻訳(2010). 医療プロフェッショナルリズムを測定する-効果的な医学教育をめざして-. 慶應義塾大学医学部教育統括センター発行.
- 堤明純(2016). 医学部教育における行動医学・行動科学コアカリキュラムの提案. 心身医学 56 (1), 17-23.
- 堤明純(2020). わが国の医学部で行動科学教育を進めるために.行動医学研究 25(2), 135-138.
- 錦織宏(2020). なぜ臨床実習に人類学／エスノグラフィーなのか?. 新しい医学教育の流れ 20(1), S31-2.
- 日本歯科医学教育学会 倫理・プロフェッショナリズム教育委員会編(2019). よき歯科医療人になるための倫理・プロフェッショナリズム教育 プロフェッションワークブック. 医歯薬出版.
- 蓮沼直子, 服部稔(2021). 広島大学医学部医学科におけるオンライン授業システムの構築—Microsoft Teamsを用いたオンライン講義からオンライン臨床実習までこの半年を振り返る. 薬学教育, in press.
- 服部稔, 蓮沼直子, 安達伸生, 栗井和夫(2020). 広島大学医学部医学科における同時双方型遠隔授業の試み. 医学教育 51(3), 240-241.
- 平成 26 年 3 月少子高齢社会等調査検討事業報告書 (健康意識調査編) https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/002.pdf (令和 4 年 1 月 25 日確認)。
- 箕浦康子 (1999). フィールドワークの技法と実際—マイクロ・エスノグラフィー入門—. ミネルヴァ書房.

*責任著者 Corresponding author : 蓮沼直子
 e-mail: hasunuma@hiroshima-u.ac.jp

2021年度日本ヘルスコミュニケーション学会 優秀書籍賞の決定

優秀書籍賞選考委員会

高山智子、中山健夫(委員長)、藤崎和彦、宮原哲(50音順)

優秀書籍賞規則(2021年4月30日制定)に基づき、4名の選考委員(学会世話人)による審議の結果、以下の著者による書籍を優秀書籍賞と決定した。

石川ひろの(帝京大学大学院公衆衛生学研究科教授)

保健医療専門職のためのヘルスコミュニケーション学入門 大修館書店 2020年

同書は対人からマスメディア、医療面接からヘルスキャンペーンまで幅広くヘルスコミュニケーション学を俯瞰し、重要な理論から実践的な技能が分かりやすく紹介されており、ヘルスコミュニケーション学に関心のある入門者から専門家まで、多くの読者に益することが多い。本学会の第1回優秀書籍賞に最も相応しいとの判断で委員が一致し、理事会でも承認された。

この場をお借りして、改めて石川ひろの先生の受賞にお祝いを申し上げたい。

本学会優秀書籍賞は、国内で発刊(期間は限定せず)されたヘルスコミュニケーション領域の学術の発展に資する翻訳以外の書籍を対象としており、自薦・他薦により、正会員と学生会員から募集を行なっている。2022年度も多くの応募があることが期待される。

(文責:中山健夫)

2021 年度日本ヘルスコミュニケーション学会 優秀書籍賞受賞者コメント

石川ひろの(帝京大学大学院公衆衛生学研究科)



この度は記念すべき第1回の書籍賞をいただきまして、誠にありがとうございます。ご講評くださいました中山健夫先生をはじめ、選考に携わってくださった先生方に感謝申し上げます。

本書は、専門書ではなく教科書であり、入門書です。毎年ヘルスコミュニケーション学会に参加して感じるのは、この領域の幅広さ、奥深さです。とても1冊の本にまとめられるものではないと思いつつ、保健医療専門職や学生の方に向けて、ヘルスコミュニケーション学への入口となるような日本語の書籍を作成したいという思いで、出版に至りました。多くのすぐれた専門書がある中で今回選んでいただきまして、大変恐縮しつつ、光栄に思っております。

本書の作成には、これまで教育に携わらせていただいた帝京大学、東京大学、滋賀医科大学での講義を通じた経験、またそれらの講義を一緒に担当させていただいた多くの先生からの学びがもとになっております。これまでのご指導ご支援に、改めて心より感謝申し上げます。この賞を励みに、ヘルスコミュニケーションの向上に向けて、自分自身が今関われる場所からより一層精進して参りたいと思います。今後ともご指導のほどよろしく願いいたします。

2021 年度日本ヘルスコミュニケーション学会最優秀口演賞

北里大学医学部 医学教育研究部門

千葉 宏毅



エンド・オブ・ライフケアに関わる専門職を対象としたコミュニケーション研修前後の 会話変化と患者評価に関する研究

医療者教育では、学習後のパフォーマンスの表出、そしてアウトカムとして患者さんがどう感じたかを捉え、教育内容をブラッシュアップすることが非常に重要です。患者さんが抱く様々な辛さに向き合う場合のコミュニケーション教育では、目的を明確にした構造化された練習が必要です。研修後、受講者は、会話に「反復」を取り入れていることが分かりました。医療職は、アセスメントをするために多くの質問をしがちです。これはとても重要ですが、同時にコミュニケーションの中で相手の辛さをキャッチして伝え返すことによって、患者さんが自分のことを分かってくれたと感じる可能性があります。これは傾聴の重要性を示唆するものだと思います。

2021 年度日本ヘルスコミュニケーション学会最優秀ポスター賞

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

古川 恵美



The Patient Education Materials Assessment Tool (PEMAT) 日本版の開発

および信頼性と妥当性の検証

患者や市民に向け健康医療情報を発信する資料は本邦でも広く用いられていますが、資料の質を評価するための信頼性・妥当性の検証された日本語のツールは、これまで存在していませんでした。本研究では、資料の理解しやすさ・行動しやすさ（資料の推奨する行動を実践できる可能性）を体系的に評価するツールである PEMAT の日本版を開発しました。質問紙調査において、医療従事者が PEMAT 日本版を用いて理解しやすい・行動しやすいと評価した資料は、一般市民にとっても理解しやすい・行動しやすい資料であることがしめされました。より理解しやすく、行動しやすい資料を選択・開発するために、PEMAT 日本版を多くの方々にご活用いただければ幸いです。

原著論文

乳がん治療と仕事の両立：患者と上司、同僚との
コミュニケーションBalancing Cancer Treatments and Work: Communication between
Patients with Cancer and their Supervisors and Co-workers

榊原 圭子¹⁾ 本間 三恵子²⁾ 橋本 久美子³⁾ 山内 英子⁴⁾
Keiko Sakakibara¹⁾, Mieko Homma²⁾, Kumiko Hashimoto³⁾, Hideko Yamauchi⁴⁾

1) 東洋大学社会学部

2) 埼玉県立大学保健医療福祉学部

3) 聖路加国際病院相談支援センター

4) 聖路加国際病院乳腺外科

1) Faculty of Sociology, Toyo University

2) Department of Health Sciences, Saitama Prefectural University

3) Cancer Information and Support Service, St. Luke's International Hospital

4) Department of Breast Surgical Oncology, St. Luke's International Hospital

Abstract

Balancing work and cancer treatments is a major challenge in Japanese society. Breast cancer is the most prevalent cancer among women; hence, this study examined the communication between patients with breast cancer and their colleagues about balancing work and cancer treatments. Semi-structured interviews were conducted between May 2018 and October 2020 with 12 working women in the Tokyo metropolitan area who had breast cancer. Three themes were extracted after thematic analysis: “actively obtaining information to face cancer and treatments,” “disclosure of breast cancer diagnosis at workplace and coworkers’ reaction,” and “how to interact with colleagues at the workplace after returning to work.” The study participants actively obtained information to face their cancer, disclosed their cancer diagnosis to the people around them, received support, and built good relationships in their workplace through continuous communication after returning to work. The findings show that communication between patients and their supervisors and coworkers is essential for balancing cancer treatments with their workload. Organizations must develop a workplace culture where patients with cancer can feel comfortable sharing their diagnosis and can continue to work while undergoing treatments. This type of environment is critical for supporting patients with cancer in balancing their work with cancer treatments.

要旨

がんの治療と仕事の両立は日本社会の課題である。本研究は、女性に最も多いがんである乳がんに着目し、働く乳がん患者が治療と仕事の両立のために上司や同僚とどのようなコミュニケーションを行っているのかについて探索することを目的とした。2018年5月～2020年10月に、首都圏で働くがん経験者の女性12名を対象に半構造化インタビューを行った。逐語録化したインタビューデータをテーマティック・アナリシス法によって分析し、【がんや治療に向き合うための積極的な情報入手】【がん罹患の開示と周囲の反応】【職場復帰後のメンバーとの関わり方】の3つのテーマを抽出した。分析の結果、対象者は、がんと向き合うために積極的に情報を入手し、周囲にがん罹患を開示、周囲に驚かれながらも支援を得、職場復帰後も継続的なコミュニケーションにより職場のメンバーと良好な関係を築き、仕事を続けていることが明らかになった。治療と仕事の両立には患者と職場のコミュニケーションが欠かせない。したがって、がん患者が病気の罹患を職場に開示でき、治療しながら働き続けることを当たり前とする職場風土の醸成が必要である。このような職場をつくるのが、患者に必要とされる支援の提供、そしてがん治療と仕事の両立を促進するのに重要であることが示唆された。

キーワード：乳がん、就労継続、上司・同僚とのコミュニケーション、がんの啓発、職場風土

Keywords: breast cancer, return to work, patients' communication with supervisors and co-workers, cancer education, workplace climate

序文

がんは日本人の国民病とも呼ばれ、二人に一人が生涯でがん罹患者とされている（国立がん情報センター, 2020a）。1年間でがんと診断された人は、1985年から2015年の30年間の間に男性では19万人から51万人、女性では15万人から39万人と増加しており、年間の新規がん罹患者数の3割は生産年齢である15-64歳が占めている（Hori et al., 2015）。労働人口が減少にある中、がんの治療と仕事の両立は、我が国の重要な課題である。従来、がんの治療と仕事の両立は主な働き手であった男性の問題であった。しかし働く女性が増加し、労働人口の44.7%を占める今日（総務省, 2020）、がんの治療と仕事の両立は、女性の問題にもなっている。

女性で最も罹患者数が多いのは乳がんで、2020年の罹患者予測数は9万2千人と女性のがん全体の21.4%を占める（国立がん研究センター, 2020b）。乳がんの好発年齢は40-50代であるが、この年代は働き盛りでありかつ家庭での責任も重い。ただでさえ仕事と家庭の両立が容易でないのに加え、がん罹患者することは大変な負担となる。福田ら（2014）が乳がん診断後の就労状況を調査した結果、診断前と同じ職場に継続勤務しているのは53%に留まり、残りの47%は異動（26%）、依願退職（15%）、転職（12%）であったことが報告されている。これは、がんを治療しながら継続勤務することの難しさを示唆している。東京都社会福祉保健局（2014）の調査では、がん罹患者後に継続勤務するうえでの困難について、治療費の増加（34.5%）や収入減（29.7%）などの経済的な困難や、体調や症状、障害に応じた仕事内容の調整ができない（24.9%）、体調や治療の状況に応じた柔軟な勤務ができない（24.9%）、治療・経過観察・通院目的の休暇・休業が取りづらい（23.9%）など、会社の制度や職場風土に起因する問題が挙げられている。このほか、職場のコミュニケーションの問題についても複数の項目が挙げられている。具体的には、仕事の両立や医療保険制度について詳しく相談できる人がいない（13.7%）、治療と仕事の両立について誰に相談すればよいかわからない（12.6%）、病気や治療について職場で言いづらい雰囲気がある（11.9%）、治療をしながら仕事をするについて職場の理解がない、乏しい（11.6%）などである。

がん患者が職場の支援を得て就労を継続するためには、職場メンバーとのコミュニケーションは不可欠である（Yarker et al., 2010）。がん罹患者の職場での開示は、就労継続と有意に関連すること（Pryce et al., 2007）、職場のメンバーとのコミュニケーションは周囲の支援を得、仕事の責任を調整し、治療と両立させていくのに極めて重要であること（Nilsson et al., 2013; Yoo et al., 2010）が報告されている。乳がん患者を対象とした研究についても同様に、がん罹患者した従業員がそれを職場で開示することが、上司や同僚などの周囲からの支援を得るのに不可欠であることが明らかにされている（Robinson et al., 2015）。

しかし、がんの罹患者についてのコミュニケーションは

容易ではない。Stewart et al.（2001）は、研究対象者である乳がん患者の50%以上は自分自身のがん罹患者について職場のメンバーに開示していたが、開示の際には他者がどのように受け止めるか、それに対して自分はどう思うのか、そして開示することがネガティブな結果をもたらすのではないかと懸念していたことを明らかにしている。また、同研究対象者のうちの2割は、がん罹患者について職場で開示したことによって、周囲の自分への見方が変わったり、関係が疎遠になったりするなど、ネガティブな影響があったと回答したことも報告している（Stewart et al., 2001）。Robinson et al.（2015）は、乳がん患者は、職場でがん罹患者について話す相手を慎重に選び、その内容もコントロールしていること、そして上司や職場の支援が十分ではなく、フラストレーションを感じる患者もいることを報告している。日本の研究でも、がん等自分の病気について職場に話すことはデメリットが多いとして、抵抗感を持つ人が多い（須賀ら, 2019）

上記の先行研究に見られるように、がんの罹患者について職場のメンバーとコミュニケーションを行うことは重要であるが、それが容易でないことについて明らかにされている。また、乳がんの罹患者のほとんどは女性であることから、女性特有の疾病と言えるが、罹患者した場合男性上司や同僚に罹患者のことを話にくいという報告もある（渡邊, 2020）。これには、日本の組織における管理職の男女比率が不均衡で、管理職の8割を男性が占める（内閣府, 2020）という背景があり、乳がん罹患者についてのコミュニケーションの難しさが推察される。しかし、乳がん患者が職場の上司や同僚と、どのようなコミュニケーションを行っているのか、その内容について具体的に検討した研究は少なく、日本の乳がん患者を対象にしたものはほとんど見られない。

そこで本研究では、乳がん経験後も就労を継続している女性にインタビューを行い、治療と仕事の両立のために、上司や同僚など職場のメンバーとどのようなコミュニケーションを行ったのかを探索することを目的とした。

2. 方法

1)対象者 本研究の対象は、2011年以降に乳がんの診断を受けた働く女性で、インタビュー時には仕事に復帰していた人とした。研究への協力は、研究者チームの所属先病院に通院する患者に依頼した。インタビュー実施前に研究の目的や匿名性の確保などについて説明した書面を対象者にメールで送り、承諾が得られた12名にインタビューを実施した。

2)データ収集方法 インタビューは半構造化面接で、2018年5月から2020年10月に対象者の職場、通院している病院の会議室、またはオンラインで行った。インタビュー時間は60分から78分であった。

3)調査内容 属性（年齢、婚姻有無、子供の有無、仕事内容、勤務年数）、病気に関する情報（診断時期、ステージ、治療内容と時期）、病気や治療について職場の誰に話した

か、周囲の反応、仕事と治療の両立のために受けた配慮、仕事と治療の両立のために工夫したこと、復帰後の仕事内容および働き方に対する満足感などをたずねた。

4)分析方法 本研究の分析には、テーマティック・アナリシス法：以下、TA)を用いた。TAは質的データにその意味を表現するコードを付与して分類することによってテーマを見出す体系的な方法であり、対象者が経験した事実をそのままとらえるところに特徴がある(Boyatzis, 1998; Braun & Clark, 2006)。テーマティック・アナリシス法は最も基本的で世界でも広く使われている分析法である(西城, 2017)。

データの分析は Braun & Clark (2006) および Creswell (2016) に倣い、以下のプロセスで行った。①インタビュー時に録音した音声データから作成した逐語録を繰り返し読み、内容を理解した。②逐語録のデータを意味の固まりごとに要約、コードを付与した。③類似するコードを集約し、そこから乳がん治療と仕事の両立のための患者と職場のメンバーとのコミュニケーションに関するテーマを抽出した。④抽出したテーマの妥当性を検討するために、質的調査の経験が豊富な研究者(第二著者)の助言を受けるとともに、第三、第四著者に内容を確認してもらい、合意が得られるまで議論、さらにインタビュー対象者全員に内容を確認してもらった。⑤テーマおよびサブテーマを決定し、それぞれに名称を付与した。

5)倫理的配慮

本研究は、東洋大学社会学部倫理委員会および聖路加国際病院倫理委員会の承諾を得た後に実施した。インタビュー実施時には、本研究の目的および匿名性の確保などについて対象者に再度説明し、同意する旨を書面に記入してもらった。また、インタビューに応じた場合でも、答えたくない質問を拒否したり、途中でインタビューをとりやめたりすることができ、それによって不利益を被ることは一切ないことを説明した。

3. 結果

1)対象者の属性 対象者の属性を表1に示す。インタビュー時の年齢は40-60歳、12名中10名はがん罹患前と同じ職場で働いていた。働き方は、フルタイム8名、パートタイム1名、個人事業者1名、アルバイト1名、起業をした人が1名であった。がん罹患した時期は2011年から2018年まで、罹患時のステージはI~IIであった。手術や化学療法などの治療を受けており、休職期間は2週間から1年7か月であった。

2)抽出されたテーマ インタビューテキストの分析により18の概念コードを抽出し、類似した内容を集約して8のサブテーマとし、さらに3つのテーマに集約した。3つのテーマは、【がんや治療に向き合うための積極的な情報入手】【がん罹患の開示と周囲の反応】【職場復帰後のメンバーとの関わり方】であった(表2)。以下、テーマを【】、サブテーマを[]、概念コードを<>、対象者の発言

を「斜字体」で示す。

テーマ1:【がんや治療に向き合うための積極的な情報入手】

対象者は、がんの確定診断がなされた後、病気そのものや、治療方法、副作用などの医学的な情報、休職期間や復職までの目安、治療費などの経済面、病気休職の制度、フレックスタイムや在宅勤務など、【がんや治療に向き合うための積極的な情報入手】を行っていた。ここには[会社の資源の活用][会社以外の資源の活用]の2つのサブテーマが含まれた。

サブテーマ1 [会社の資源の活用]は、<産業医との面談><休暇や働き方に関する情報の収集>の2つの概念コードから構成されていた。

<産業医との面談>については、対象者は勤務する会社に所属する産業医を訪ね、がん罹患したこと、これからの治療やスケジュールについて話していた。また過去のがん経験者の様子について情報を得ていた。「産業医の先生に、ちょっと事前に、最初の段階で相談できて話が聞けたっていうのも、やっぱりすごい大きかったんですよ」(E)という語りがあるように、産業医に話すことで一定の安心感を得ることができていた。<休暇や働き方に関する情報の収集>については、「まず有給がどれくらい取れるのかと、じゃ、それが切れた後に何か健保のほうでどんな制度があるのかとか。何かやっぱり真っ先にお金のことが心配になったので。(中略)並行してあとは生命保険会社ですよね。もう、すぐ連絡してみたいな」(J)、「健康組合のほうで、まず自分からいろんな情報をもらって、そこで傷病手当があるって話を聞いて、その書類をもらって総務に渡しました」(I)など、治療をしながら仕事を継続するのにどのような制度や支援が使えるのか、自分で積極的に調べて手続きをしていた。

サブテーマ2 [会社以外の資源の活用]は<主治医への積極的な質問><病院主催の各種セミナーへの参加><ネット上のピアサポートやブログの視聴><学術論文や海外医療サイトの閲覧>の4つの概念コードから構成されていた。

<主治医への積極的な質問>は、「主治医の先生がいい方だったので、聞けば何でも答えてくださるんで、割とちゃんと質問したと思います」(F)にあるように、疑問を感じていたことは遠慮せず何でも主治医に質問していた。

また<病院主催の各種セミナーへの参加>により、社会保険労務士の助言を受けながら、治療と仕事の両立について当事者同士で議論、共有し、経済的な問題を気軽に相談する機会を得ていた。「そのセミナーを聞いていたので、何かある意味ちょっと自分のことも客観視じゃないですけど、落ち着いて判断はできたのかなって。(中略)前知識がなかったら、もしかしたらうろたえていたかもしれない、っていうのはありますね」(E)。

<ネット上のピアサポートやブログの視聴>については、ネット上でサポートグループに参加し、患者同士が

つながり、相互にサポートを受け、乗り越えようとしていることが語られた。「告知された時に、ほんとになんで私の人生って、踏んだり蹴ったりで……とネガティブに書き込んでいる人がいても、何十件も励ましの温かいコメントが付くんですよ。(中略) そうすると、この1カ月前に、自暴自棄になって書き込んでいた方が、このグループはみんなすごく優しいから大丈夫、と。そういう連鎖ができていて、なので、ある程度ほっといても勝手にみんなが励まし側に回るというか」(H)。

さらにがんの経験や治療に関する情報があふれる中、信頼できる情報を収集するために「学術論文や海外医療サイトの閲覧」を行っていた。「がんセンターの資料だったりとか、学会の資料だったりとかっていう、きちっとしたエビデンスがあるものを見るようにしていました」(F)。また、最新の情報を得るために、海外の医療サイトを閲覧する対象者もいた。「自分の手術の後のレポートが上がってきたときに、まあ、いろいろ細かいデータが載っていたけど、それを一つ一つ自分で理解するために、インターネットで探って、納得いく理解ができたというのも、やはり海外のサイトからですね」(I)。

テーマ2：【がん罹患の開示と周囲の反応】

2つ目のテーマ【がん罹患の開示と周囲の反応】では、がんに罹患したことを誰に話したのか、その理由、開示したことに対して周囲がどのような反応をしたのかについて語られた。このテーマには[がん罹患を開示した相手][周囲の驚きと受け止め][がんに関する周囲の知識・経験の重要性]の3つのサブテーマが含まれた。

サブテーマ3【がん罹患を開示した相手】は「上司や仕事で関係する同僚に限定して開示」と「職場全員への開示」の2つの概念コードから構成されていた。

対象者12名のうち5名は、がんの罹患がわかってから早い時期に「上司や仕事で関係する同僚に限定して開示」していた。上司に対しては「病院から帰ってきてすぐ上席、直属の上席にお時間取ってもらって乳がんになりましたという話をその場でしました」(F)とあるように、非常に早い段階で開示をしていた。同僚に対しては「事実は伝えないと、仕事の面で協力してもらわなきゃいけないので、それはもう伝えました、病名も」(J)と、仕事で関係する人たちに対して開示をしていた。しかし、「あんまり、みんなに言いたくなかったんですね。周りがどういうふうになるかとか、どういうふうになるのもすごく気になったし」(A)、「やっぱりまだ、ものすごい衝撃を持って受け止められちゃうっていうのが、やっぱりありますので」(C)など、がんの罹患に対する周囲の反応を考えるとオープンに話すことは躊躇われ、仕事上伝えなくてはいけない人以外には、病気のことを話していなかった。また、特定の人だけに伝えたにもかかわらず、それが他の人にも伝わっていたことについて、「何かこの人も知ってるんだ、みたいなのが入ってきた

ときに、やっぱり何でしょうね、自分から話すのはいいけど、勝手にうわさをされて広まるのは何か嫌」(J)というように限定して開示したことにより、かえって不快な経験をした対象者もいた。

一方、最初から「職場全員への開示」をした対象者は12名中7名であった。「会社に迷惑を掛けるっていうことも分かっていたし、がんっていう、こういう病気の治療は、1カ月、2カ月で終わるっていうわけではないし。だから、それをもう事前にはっきり話しておかないと」(E)、「隠しながらだと、だからなんなんだろうって億測させるじゃないですか。(中略) 相手の気持ちを考えたときにその事情を知っていれば腹が立たないこともいっぱいあるんだと思うんです」(F)という発言のように、自分の仕事を職場のメンバーに任せないといけないうのだから、率直に自分の状況を話したほうが気持ちよく仕事を引き受けてもらえると考え、職場全員にがん罹患を開示していた。職場全員に開示したことによって「すごい楽になりましたよ、全部オープンにしたら」(F)、「オープンにしたほうがそういう、より支えてくれる人の母数が増える」(E)など、自分自身の気持ちが楽になり、周囲の支援もより得やすくなったという発言も見られた。

会社で普段から様々なことを話し、信頼関係ができていた職場で働く対象者は、がん罹患のことを抵抗なく話していた。「言いやすい環境っていうか、元々割とみんなでいろんな話しながら仕事してたりとか、飲みに行ったりとか、みんなでしたんですよね、チームで。なので、言いやすかった。みんなで忘年会やったりとか、そのチームの中で。なので抵抗がなかったですよね」(G)。

サブテーマ4【周囲の驚きと受け止め】は「周囲の驚き、うろたえ」「治療優先の指示」「待っている、続けてほしい」という言葉の3つの概念コードから構成されていた。

対象者12名中8名が、がんの罹患を伝えたときに「周囲の驚き、うろたえ」を経験したと語っていた。例えば上司に話した時、「もう固まっているような状態」(J)で、「上司はすごいびっくりして、すぐ治療にかかってください(と言っていた)」(H)などの発言が見られた。同僚に話した時にも「ほんとにその場はもうシーンとなっちゃって『あ、やばい』みたいな感じではありましたがね」(E)など、周囲が戸惑っていたことが語られた。

しかし最初は驚かれたものの、すぐに「治療優先の指示」を受けていた。「ちゃんとしっかり治してくださいということで、仕事のほうは大丈夫なので」(C)、「『治療優先で、仕事のことは気にしないで』と言ってくれました」(K)。そして「上司が待っているって言ってくれていたから、待っていてくれるとしか思っていなかったんですね」(B)、「(上司から)『続けてください』って。その一言は私には大きかった」(D)。「『病気でもいいから、いてって、うちにいてください』って言ってくださったんですね」(F)など、「待っている、続けてほしい

という言葉>が大きな支えになっていた。

サブテーマ5[がんに関する周囲の知識・経験の重要性]は、<がんに関する上司の知識や経験><がん=死というイメージ>の2つの概念コードから構成されていた。

<がんに関する上司の知識や経験>では、上司自身の周囲にがん経験者がいた場合に、上司とのコミュニケーションが取りやすく、仕事をする上で配慮してほしいことについて相談しやすかったことが語られた。「実はうちの課って、ちょっとそういう病気をして、その後復帰した人を割と預かることがあって、1年前にも実は肺がんのサバイバーがいたんですよ」(K)など、がん経験者が職場にいた場合や、「(上司の)ご親族に、そのような(がんを経験した)方がいらしたと聞いているので、『分かるよ』とか言ってくれたりすることも話しやすいですかね」(D)といったことである。

一方で、上司にがんの知識や経験がない場合には、がんについて、また、がんを治療しながらでも働くことができることを上司に理解してもらうよう働きかけた対象者もいた。例えば、インターネットサイトを紹介し、「こういうサイトが最近できていますって、働きながら治療してる人がたくさんいますって、(中略)もっと大変な人でもこれだけ働いて、うまく調整しながらやってる例がありますっていう、そういうところからちょっと知っていただいて」(C)という発言が見られた。

<がん=死というイメージ>が、周囲とのコミュニケーションでのハードルとなっていることが、次のような発言からうかがえた。「多分うちの上司も聞いて、あ、もうこの人長くないのかな、と思ったんじゃないのかなって思うんですね、なんかね」(C)「がんっていうものをすごくネガティブなものとしてとらえているからだと思うんですね。がんってわかったら、みんなになんか変な目で哀れみの目で見られるんじゃないかとか。差別的な扱いをされちゃうんじゃないかとか。いろいろネガティブな扱いを受けたりすることを恐れて、がんって言いたくないっていう気持ち強いと思うんで」(H)、「がんだけなんで言えないのかなっていうのが、やっぱりそのイメージがね、すごくあるんでしょうね」(C)。このように、未だに根強く残る<がん=死というイメージ>が、がんに罹患したことを周囲に伝える際のハードルになっていた。

テーマ3【職場復帰後のメンバーとの関わり方】

3つ目のテーマ【職場復帰後のメンバーとの関わり方】は、手術や治療が一通り終了し、職場に復帰した際に、上司や同僚など職場のメンバーと、どのようにコミュニケーションを取り、関わっていたのかについての語りであった。このテーマには、[治療、体調、要望の伝達][周囲への気遣い][つかず離れずの付き合い]の3つのサブテーマが含まれた。

サブテーマ6[治療、体調、要望の伝達]は、<治療の経過や症状、体調、要望の共有>という概念コードから構成されていた。

<治療の経過や症状、体調、要望の共有>では、休職からの復帰後、できること、できないことや配慮の要望などを遠慮なく伝えるようにと上司から言われ、また本人もそのように行動していたことが語られた。「要するに何ができて何ができないかっていうのを伝えて、(中略)もう言えることは言って、まずこっちの状況を伝えて、もし配慮をお願いできることがあれば助かりますっていうような感じのやり方だったかなって」(E)など、自分の状況をしっかり伝え、必要な配慮を得ることで仕事を継続していた。このような率直なやり取りが出来たのは、上司や同僚と良好な関係性があったためであることが、次のような発言からうかがえた。「上司とは7年くらい一緒に仕事をしていて、(中略)勤続年数も長かったし、ある程度ものが言えるようになってたってのもあるので」(C)、「部署のメンバーは、もうずっと知ってるメンバーですね」(J)。また、「具合悪い中で無理して、みんなに迷惑掛けるからって、頑張ってやるのは、周りにもやっぱり余計気を使わせる」(L)というように、あくまでも無理せず、自分の体調を伝えることを心掛けていた。

一方、「会社として、もうちょっと治療しながら働くっていうことに対して、何かはっきりした制度なり何なり、あとはアピールみたいなものが出てくれば安心できるのかなって」(C)、という発言に見られるように、がん経験者自身が会社に働きかけるだけではなく、会社側からの働きかけも求めている。

サブテーマ7[周囲への気遣い]では、病気の当事者であるインタビュー対象者は、周囲から気遣い、配慮してもらうだけではなく、自分自身も周囲に気遣いを行っていたことが語られた。これは<努力を見せる><感謝を表現する>の2つの概念コードから構成されていた。

<努力を見せる>については、「なるべくできることを少し早めに行ってやる、体調がいいときは残業するっていうことだったりとか」(F)、「こうすれば私はもうちょっと働けますっていうようなことはアピールし続けていた気がします」(D)、「サポートするばかりだと周囲も嫌になってしまう」(F)など、支えてもらっている側としての努力を見せるようにしていた。

また、「やっていただいたっていうやっぱりその感謝とか気持ちとかをちゃんと表現するって大きいと思うんですね。(中略)自分が休むときは差し入れしたりとか、なるべく気持ちよくやってもらえるように」(F)など、<感謝を表現する>ことの重要性も語られた。

サブテーマ8[つかず離れずの付き合い]は、職場のメンバーとの仕事以外での付き合い方に関するもので、これは<同僚との交流><普通に接してもらう>の2つの概念コードから構成されていた。

<同僚との交流>については、例えば、飲み会がある時に体調が良ければちょっと顔を出して付き合ったりしていた。「治療が落ち着いたときには、なんか、そのへんに入れてもらってくださいよ。切ると、何か行くのってまた大変じゃないですか。(中略)(仕事以外の付き合いを)全部ゼロにしちゃうと、また一から踏み出すのって、結

構、怖いのかもしれない」(A)。

そして、対象者が強調していたのがく普通に接してもらったことだった。「何よりも今までどおり普通に接してもらったっていうのが一番ありがたかったです。変に気を遣うこともなくて」(K)といった内容の発言は、12名中10名の対象者に見られた。病気だからといって周囲が気を遣いすぎるのではなく、あくまでも普通に接してもらおうことが強く望まれていた。

4. 考察

本研究では、乳がんに罹患しながら仕事を継続している12名の女性にインタビューを行い、就業継続のために職場の上司や同僚とどのようなコミュニケーションを行ったのかを探索した。その結果、【がんや治療に向き合うための積極的な情報入手】【がん罹患の開示と周囲の反応】【職場復職後のメンバーとの関わり方】の3つのテーマが抽出された。

1つ目のテーマ【がんや治療に向き合うための積極的な情報入手】では、職場のメンバーとのコミュニケーションの前段階として、対象者の女性たちは自分の病気やこれからの治療について理解し、向き合うために、会社内外の資源を積極的に活用し、情報を入手していた。

がん患者のセルフアドボカシー力（がんの罹患という困難な状況の中でも自己コントロール感を取り戻し、病気や治療と向き合う姿勢や力）を高めるために米国で開発された心理教育プログラム Cancer Survivor Toolbox® (National Coalition for Cancer Survivorship)でも、がん患者が最初に行うべきこととして、情報収集を挙げている。

がんとともに生きるプロセスにおいて、情報収集することは、自分の状況を理解し、自分らしい選択を行い、より質の高い生活を送るためには欠かせない（小迫・清水, 2017）。先行研究でも、乳がん経験者は主治医や看護師などの医療者のみならず、家族、同僚、友人、他の乳がん経験者、オンラインサポートグループ、対面の患者会など、様々な情報源を活用していることが報告されている（Hesse et al., 2008; Nagler et al., 2010; Rutten et al., 2005; 瀬戸山・中山, 2011）。瀬戸山・中山（2011）は、日本の乳がん患者の情報源に関する先行研究をレビューし、利用情報源は医療者（医師、看護師）、家族・友人・知人、他の患者、患者会等サポートグループ、書籍・雑誌、インターネット、施設で作成したパンフレットなどであったことを報告している。本研究の対象者も同様の情報源を活用していたが、これに加え、産業医や健康保険組合、さらには海外の文献や学術論文からも情報を得ていたことが新たに明らかになった。瀬戸山・中山（2011）のレビューでは学術論文を情報源としているという報告はされていないことから、本研究の参加者のヘルスリテラシー、すなわち健康に関連する情報を入手・理解・評価し、活用するための知識、意欲、能力（中山・田口, 2021）の高さが窺われた。

2つ目のテーマ【がん罹患の開示と周囲の反応】では、乳がんを経験した女性たちは、誰にどこまでがんの罹患を開示すべきかを慎重に考えていた。開示をめぐるこうした戦略は Robinson et al. (2015) も指摘しており、乳がん経験者は、がんの罹患や治療について、周囲に全面的にオープンに話した者がいる一方で、限られたメンバーだけに開示した者もいたという。また同研究では、開示した結果、職場の多くのメンバーは支援的だったが、中には非支援的な反応もあったことも述べられている。本研究でも、「自分から話すのはいいけど、勝手にうわさをされて広まるのは何か嫌」(J)という発言にあるように、一部の人ががんの罹患を開示したことが、別の人にもいつの間にか広がり、知らないところで詮索をされていたという不快な経験をした対象者がいたという点でも同様であった。

がんなどの慢性的な疾患を持つ人を職場に受け入れるには、病気の罹患によって当事者が受ける影響、仕事への対応、同僚との関係性などに関して理解、共有することが、きわめて重要である（Figueiredo et al., 2004; Robinson et al., 2015; Stewart et al., 2001; Yarker et al., 2010; Yoo et al., 2010）。日本の先行研究でも、がん治療と仕事の両立には職場の理解が欠かせないことが報告されている（山口・石川・友岡, 2016; 和田・稲吉, 2013; 原田・山本・西田, 2019）。ただし、これらの研究では、職場の理解を促すための具体的な行動については言及されていない。本研究では、乳がん経験者が会社に対し、治療をしながら働くための制度づくりや方針の明示を求めていること、また乳がん経験者自身が、がんの知識や経験がない上司に対し、理解を深めてもらうように働きかけていたことが明らかになった。このようにがん治療に関する職場の理解を促す具体的な行動を明らかにしたことは、本研究による新しい知見である。

3つ目のテーマ【職場復職後のメンバーとの関わり方】では、研究対象者は、自分の症状、できることできないことを率直に伝え、必要に応じて配慮を求めている。本研究対象者は、乳がん罹患時のステージがⅠ～Ⅱであるため、一定の治療が終了すれば働けてしまうからこそ、どこまで開示し、どこまで働くのかを決めなければならない難しさがある。本研究からは、就労継続には、がん罹患の開示が差し支えないと考えられる職場メンバーに対しては、自分の状況を率直に伝えた上で、業務上必要な配慮について交渉することが重要であることが示唆された。

Stergiou-Kita et al. (2016) は、乳がん経験者が自分の状況と配慮の要望を伝え、それを受けた職場側が、その人にカスタマイズした配慮を行うことで、双方の納得感が高まると述べている。また Robinson et al. (2015) は、納得感の高い配慮を実現するには、職場と患者との間での双方向の十分なコミュニケーションが行われることが重要であること、それが十分でない場合には、自分の状況

や配慮の要望を伝えても、満足できる配慮が得られない場合もあることを指摘している。

本研究の対象者のうち、元の職場に復帰した10名は、職場から十分な配慮を得られていた。その背景には、上司や同僚との付き合いが長く、信頼関係が構築されており、日頃から良好なコミュニケーションが行われていたことがあった。上記のRobinson et al. (2015)の指摘のように、上司や同僚との日頃からの良好なコミュニケーションが、乳がん治療と仕事を両立するための支援を得るために重要であることが確認された。

職場メンバーとのコミュニケーションに関して、女性特有の疾病の場合、男性上司や同僚へのコミュニケーションが難しいという報告がある(渡邊, 2020)。本研究の対象者の12名中、10名の上司は男性であり、男性の同僚がいる人も多かった。しかし、相手が男性だから乳がんについて話にくいといった発言は見られなかった。これについても、がん罹患以前から対象者が職場のメンバーと良好な関係を構築していたため、相手が男性であっても、病気について問題なくコミュニケーションが出来たと推察できる。

本研究の対象者である乳がん経験者は、職場から配慮を求めるだけでなく、自分も周囲に配慮していた。例えば「サポートするばかりだと周囲も嫌になってしまう」

(F)ので、サポートへの感謝を表現し、また自分の出来ることをアピールする、体調が良ければ同僚との飲み会にも参加するなど、職場に受け入れてもらうための工夫や努力を行っていた。治療と仕事の両立を実現するには、職場の理解が不可欠であることは多くの研究で報告されてきた通りである。しかし、職場側のアクションを待つだけではなく、がん経験者自身が周囲に働きかけ、工夫を重ねる姿勢や行動が、職場に受け入れてもらうために重要であることが、本研究で新たに明らかになった。

しかし実際には、病気を職場に開示して支援を請うことに従業員は抵抗感を持っている(Robinson et al., 2015; Stewart et al., 2001; 須賀ら, 2019)。このことは、本研究の対象者で、病気の開示を躊躇した人がいたことから明らかになった。一方で、職場(経営者、上司、同僚)は病気に罹患した従業員を支援していきたいと考えており、誰もが躊躇することなく病気に関して職場とコミュニケーションを取ることができ、治療しながら働き続けることを当たり前とする職場風土の醸成が必要である(須賀ら, 2019)。その重要性は、本研究においても確認された。

このような職場づくりには、事業者側の取り組みが必要とされることは言うまでもない。しかし事業者側は、がん治療と仕事の両立支援の必要性を認識している一方、具体的に何をしたらよいのか模索している(東京都福祉保健局, 2014)。この状況を改善するには、がんを経験した当事者の貢献が欠かせない。実際に、がんを経験した社員のコミュニティを設立し、がん罹患者のピアサポート、人事部との連携による両立環境づくりなどの取り組みを始めている組織もある(アフラック生命保険株式会社, 2018)。今後は、がん治療と仕事の両立が可能な職場

作りにおけるがん経験者の役割についての研究も必要であろう。

病気の治療と仕事の両立ができる職場づくりは、健康経営やワーク・ライフ・バランス、ダイバーシティ推進といった観点からも推進されている(厚生労働省, 2021)。このような職場づくりは、がんの治療と仕事の両立を必要とする人だけでなく、働くすべての人にとって重要な課題であると言えよう。

5. 本研究の限界と意義

本研究の対象者は一病院に通院する患者であり、全員がその病院の実績や評判から、自らその病院を選択していた。この点から、病気にしっかりと向き合うことができ、治療と仕事の両立のために職場と交渉するコミュニケーション力を備えており、またそのための努力と工夫をしてきた人たちだったと言える。このようなコミュニケーションおよび行動をどのくらいの人が行っているのか、量的調査による確認が今後の課題である。

また、本研究は乳がん罹患時のステージがI、IIである少数の患者の経験に限られている。従って今後、罹患時のステージがIII以上の人も含めるなど、バリエーションを考慮したより多くの乳がん経験者を対象に調査を行い、本研究の結果との共通点や相違点を検討したい。さらに、本研究では各対象者へのインタビューは1回のみであったが、インタビューを複数回行うことによって、上司や同僚とのコミュニケーションの変化といった時間的な要素を検討することも必要と考える。

以上の限界はあるものの、本研究の意義は、乳がん治療と仕事の両立に取り組んできた人を対象としたインタビューにより、両立のために職場の上司や同僚とどのようなコミュニケーションを行ってきたのかを探索し、その具体的な内容を明らかにしたことである。がん患者と職場のメンバーとのコミュニケーションに関する研究は欧米で蓄積されているが、日本ではまだ少ない。本研究は、このテーマについて新たな知見の追加に貢献したと考える。また、本研究は乳がん経験者の女性に絞って検討を行ったが、がんの部位や患者の性別にかかわらず、がん治療と仕事の両立をめぐる職場メンバーとのコミュニケーションという重要なテーマに、新たな示唆を提供することができた。

がんと仕事の両立はただでさえ困難であるのに加え、管理職の約8割が男性であるという日本の組織社会の中で、女性特有の疾患を理解してもらい、両立をマネジメントしていかなければならないという困難もある。これは育児や介護など、主に女性が担ってきた役割と仕事の両立についても共通するものであり、女性が働くことの難しさの背景にある社会構造を前景化するという意義もあると言えよう。

結論

乳がんを経験した12名の働く女性を対象に半構造化インタビューを行い、乳がん治療と仕事の両立のために、職場の上司や同僚とどのようなコミュニケーションを行

ったのかを探索した。その結果、【がんや治療に向き合うための積極的な情報入手】【がん罹患の開示と周囲の反応】【職場復職後のメンバーとの関わり方】という3つのテーマが抽出された。対象者が乳がん罹患しながらも、それを何とか乗り越えようと周囲に働きかけ、工夫を重ねていたこと、そして治療しながら働き続けることが当たり前とする職場風土の醸成が求められていることが明らかになった。

謝辞

本研究の実施にあたり、インタビューにご協力くださった乳がん経験者の皆様に心より感謝申し上げます。

研究資金

本研究は、文部科学省（学術研究助成基金助成金（基盤研究(C)）「職場における合理的配慮の形成—乳がん患者と職場の相互作用」（17K08934）によって実施した。

利益相反自己申告

利益相反はない。

引用文献

アフラック生命保険株式会社. (2018). がんを経験した社員によるコミュニティ設立について.

<https://www.aflac.co.jp/file/2018042004.pdf> (最終閲覧日：2021年5月1日)

Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.

Creswell, J.W. (2016). *30 Essential skills for the qualitative researcher*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Figueiredo, M., Fries, E., & Ingram, K. (2004). The role of disclosure patterns and unsupportive social interactions in the well-being of breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 13, 96-105.

福田敬, 北野敦子.(2014). がんと就労に関するアンケート調査. 平成24~25年度厚生労働科学研究費補助金(がん臨床研究事業) キャンサーサバイバーシップ治療と職業生活の両立に向けたがん拠点病院における介入モデルの検討と医療経済などを用いたアウトカム評価～働き盛りのがん対策の一助として～分担研究報告書

<file:///C:/Users/81909/Downloads/201314029A0006.pdf> (最終閲覧日：2021年1月8日)

原田小夜, 山本昌恵, 西田大介. (2019). がん患者が抱える経済的な問題と家計の見通しを立てるために必要とする情報と支援. *日本健康医学会雑誌*, 28, 147-156.

Hesse, B.W., Arora, N.K., Burke Beckjord, E. & Finney Rutten, L.J. (2008). Information support for cancer

survivors. *Cancer*, 112, 2529-2540.

Hori, M., Matsuda, T., Shibata, A., Katanoda, K., & Sobue, T., Nishimoto H, et al. (2015). Cancer incidence and incidence rates in Japan in 2009: a study of 32 population-based cancer registries for the Monitoring of Cancer Incidence in Japan (MCIJ) project. *Japanese journal of clinical oncology*, 45, 884-891.

国立がん研究センター. (2020a). 最新がん統計.

https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html (最終閲覧日：2021年1月5日)

国立がん研究センター. (2020b). 2020年のがん統計予測.

https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/short_pred.html (最終閲覧日：2021年1月5日)

厚生労働省.(2021). 事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン.

<https://www.mhlw.go.jp/content/11200000/000760961.pdf> (最終閲覧日：2021年5月1日)

小迫富美恵, 清水奈緒美 編. (2017). がん体験者との対話から始まる就労支援 看護師とがん相談支援センターの事例から. 東京; 日本看護協会出版会. 72.

内閣府.(2020). 男女共同参画白書令和2年版.

https://www.gender.go.jp/about_danjo/whitepaper/r02/zenta/index.html (最終閲覧日：2021年5月1日)

Nagler, R.H., Gray, S.W., Romantan, A., Kelly, B.J., DeMichele, A., Armstrong, K., Schwartz, J.S., & Hornik, R., C. (2010). Differences in information seeking among breast, prostate, and colorectal cancer patients: results from a population-based survey. *Patient Education and Counseling*. 81 Suppl: 54-62.

中山和弘, 田口良子.(2021). ヘルスリテラシーとは.

https://www.healthliteracy.jp/kenkou/post_20.html (最終閲覧日：2021年10月11日)

National Coalition for Cancer Survivorship. *Cancer Survivor Toolbox*[®]. <https://canceradvocacy.org/resources/cancer-survival-toolbox/> (最終閲覧日：2021年1月20日)

Nilsson, M. I., Olsson, M., Wennman-Larsen, A., Petersson, L-M., & Alexanderson, K. (2013). Women's reflections and actions regarding working after breast cancer surgery - a focus group study. *Psycho-Oncology*, 22, 1639-1644.

Pryce, J., Munir, F., & Haslam, C. (2007). Cancer survivorship and work: Symptoms, supervisor response, co-worker disclosure and work adjustment. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17, 83-92.

Robinson, L., Kocum, L., Loughlin, C., Bryson, L., & Dimoff, J. K. (2015). I wanted you to know: Breast cancer survivors' control of workplace communication about cancer. *Journal of Occupational Health Psychology*, 20, 446-456.

Rutten L.J., Arora, N.K., Bakos, A.D., Aziz, N., & Rowland, J. (2005). Information needs and sources of information

- among cancer patients: a systematic review of research (1980–2003). *Patient Education and Counseling*, 57, 250–261.
- 西城卓也. (2017). テーマティック・アナリシス法—インタビューデータ分析のためのコーディングの基礎— (書評). *医学教育*, 48, 48-49.
- 瀬戸山陽子, 中山 和弘. (2011). 乳がん患者の情報ニーズと利用情報源および情報利用に関する困難. *医療と社会*, 21, 325-336.
- 総務省.(2020).労働力調査(基本集計) 2020 年 11 月分.
<https://www.stat.go.jp/data/roudou/sokuhou/tsuki/pdf/gaiyou.pdf> (最終閲覧日 : 2021 年 1 月 20 日)
- Stergiou-Kita, M., Pritlove, C., & Kirsh, B. (2016). The "Big C"-stigma, cancer, and workplace discrimination. *Journal of Cancer Survivorship*, 10, 1035-1050.
- Stewart, D. E., Cheung, A. M., Duff, S., Wong, F., McQuestion, M., Cheng, T., & Bunston, T. (2001). Long-term breast cancer survivors: Confidentiality, disclosure, effects on work and insurance. *Psycho Oncology*, 10, 259 – 263.
- 須賀万智, 山内貴史, 和田耕治, 柳澤裕之. (2019). 治療と仕事の両立支援の現状と課題 : 労働者と経営者に対するアンケート調査. *産業衛生学雑誌*, 61, 59–68.
- 東京都社会福祉保健局. (2014). がん患者の就労等に関する実態調査報告書.
https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/smph/iryo/iryohoken/gan_portal/soudan/ryouritsu/other/houkoku.html
 (最終閲覧日 : 2021 年 1 月 5 日)
- 山口建, 石川睦弓, 友岡麻美. (2016). がん体験者の就労状況. In 山口建 (代表) : 2013 がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査報告書 - がんと向き合った 4054 人の声. 「がんの社会学」に関する研究グループ, 静岡がんセンター, 68-79.
- Yarker, J., Munir, F., Bains, M., Kalawsky, K., & Haslam, C. (2010). The role of communication and support in return to work following cancer related absence. *Psycho-Oncology*, 19, 1078 –1085.
- Yoo, G. J., Aviv, C., Levine, E. G., Ewing, C., & Au, A. (2010). Emotion work: Disclosing cancer. *Supportive Care in Cancer*, 18, 205–215.
- 和田さくら, 稲吉光子. (2013). 外来化学療法を受ける男性消化器がんサバイバーの就労継続の様相. *日本がん看護学会誌*, 27, 37-43.
- 渡邊真澄. (2020). 女性疾病・疾患罹患者のプレゼンティズムとその要因. *社会デザイン学会学会誌* 1, 98-208.

***責任著者 Corresponding author : 榊原圭子**
email : sakakibara@toyo.jp

表1 対象者の属性、働き方 (n=12)

対象者	年齢 (インタビュー時)	仕事内容	働き方 (変化があった場合は→で表示)	休職期間	休職後に利用した勤務制度、働き方
A	53	開発	フルタイム	2週間	フレックスタイム制度、有給休暇制度
B	43	マーケティング	フルタイム	1年7か月	短時間勤務、有給休暇制度
C	50	顧客対応	フルタイム	2週間	フレックスタイム制度、有給休暇制度
D	53	医療	フルタイム→パートタイム	1年3か月	パートタイムに移行、有給休暇制度
E	40	経理、人事・総務	フルタイム	4か月	フレックスタイム制度、有給休暇制度
F	45	英文経理	業務委託 (個人事業者)	なし	在宅勤務 (業務委託のため、働き方や場所は自由)
G	40	WEB デザイン	週 3-4 日勤務→週 2 日勤務→週 3-4 日勤務 (アルバイト)	10か月 (産・育休含む)	勤務日数の変更 (休職後は別の仕事も在宅で行っている)
H	46	会社経営	フルタイム→起業	1年	退職し、起業
I	60	貿易	フルタイム	6か月	有給休暇
J	44	営業支援	フルタイム	4か月	短時間勤務制度→フルタイムに戻ってからは、残業なし
K	47	総務	フルタイム	3週間	フレックスタイム制度
L	59	英文事務	フルタイム	4か月	有給休暇制度

表2 抽出されたテーマ、サブテーマ、概念コード(n=12)

テーマ (3)	サブテーマ (8)	概念コード (18)	n
1. がんや治療に向き合うための積極的な情報入手	1. 会社の資源の活用	産業医との面談	4
		休暇や働き方に関する情報の収集	4
	2. 会社以外の資源の活用	主治医への積極的な質問	6
		病院主催の各種セミナーへの参加	7
		ネット上のピアサポートやブログの視聴	5
		学術論文や海外医療サイトの閲覧	4
2. がん罹患の開示と周囲の反応	3. がん罹患を開示した相手	上司や仕事で関係する同僚に限定して開示	5
		職場全員への開示	7
	4. 周囲の驚きと受け止め	周囲の驚き、うろたえ	8
		治療優先の指示	8
		待っている、続けてほしいという言葉	5
	5. がんに関する周囲の知識・経験の重要性	がんに関する上司の知識や経験	6
		がん=死というイメージ	4
	3. 職場復職後のメンバーとの関わり方	6. 治療、体調、要望の伝達	治療の経過や症状、体調、要望の共有
7. 周囲への気遣い			4
7. 周囲への気遣い		努力を見せる	4
		感謝を表現する	4
8. つかず離れずの付き合い		同僚との交流	4
		普通に接してもらう	10

原著論文

ろう者を対象にした医療情報の翻訳における課題
～がん冊子の手話動画作成を通して～

Challenges and Considerations in Translating Health Information for Deaf people: Development of an Educational Video about Cancer in Japanese Sign Language

皆川愛¹⁾、高嶋由布子²⁾、八巻知香子³⁾、平英司⁴⁾、高山亨太⁵⁾

Ai Minakawa¹⁾, Yufuko Takashima²⁾, Chikako Yamaki³⁾, Eiji Taira⁴⁾, Kota Takayama⁵⁾

- 1) ギャロージェット大学ろう健康公平センター
- 2) 国立障害者リハビリテーションセンター研究所
- 3) 国立がん研究センターがん対策研究所
- 4) 関西学院大学手話言語研究センター
- 5) ギャロージェット大学ソーシャルワーク学部

- 1) Center for Deaf Health Equity, Gallaudet University
- 2) Research Institute of National Rehabilitation Center for People with Disabilities
- 3) Institute for Cancer Control, National Cancer Center
- 4) Sign Language Research Center, Kansei Gakuin University
- 5) Department of Social Work, Gallaudet University

Abstract

In Japan the vast majority of health information is available in spoken and written Japanese. As a consequence, deaf people who use sign language experience multiple barriers in accessing and understanding complex health information, which hinders their shared decision-making with health-care professionals. A project team translated a booklet about colorectal cancer published by the National Cancer Center Japan into Japanese Sign Language (JSL) to develop an informational video. Using a thematic analysis of the discussions during the filming of the video, this study provides suggestions for future accessible informational videos to expand health information resources available for deaf people. One hundred and four sources were coded into two categories. The first category, “conceptually and linguistically accurate translation skills” emerged from two subcategories: “improvements in making accurate translations” and “use of and adjustments to visual depiction methods.” The second category, “health communication skills meeting the needs of deaf people” emerged from two other subcategories: “development of medical terminology in JSL” and “supplementary information to facilitate comprehension by deaf people.” These findings suggest a need for skilled adaptations of health knowledge in a linguistically and culturally appropriate manner in addition to translation skills for the specific linguistic context between JSL and the Japanese language.

抄録

国内のがんをはじめとする医療に関する情報は、ほとんどが音声もしくは書記日本語によって提供されている。複雑化する治療環境の中で、日本手話を第一言語とするろう者は、適切な医療情報のアクセスや、情報の理解に困難があり、協働的意思決定が阻害されているおそれがある。そこで、国立がん研究センターが発行している患者向け冊子「大腸がん」の日本手話への翻訳が試みられた。本研究では、翻訳作業において交わされた議論を質的に分析し、ろう者がアクセスできる医療情報の作成において必要な技術や知識を明らかにすることを目的とした。104の論点が抽出され、「手話表現の推敲」「写像的表現の活用と調整」の2つのサブカテゴリーから成る【手話の言語特性を踏まえたより正確な翻訳】、「手話における医療表現の構築」「ろう者の社会状況に合わせた情報補足」から成る【ろう者に合わせたヘルスコミュニケーション翻訳】の2つのカテゴリーが生成された。日本手話による医療情報を提供するには、日本語から日本手話への正確な言語翻訳技術に加えて、ろう社会における文化や医療知識の文脈を反映した翻訳が必要であることが明らかになった。日本手話：<https://youtu.be/eK3RWE8KdF8>

キーワード：ろう者、手話、翻訳、医療情報、ヘルスコミュニケーション

Keywords: Deaf, Japanese Sign Language, Translation, Health Information, Health Communication

1. 背景と目的

日本人の死因の第一位はがんであり、生涯罹患率は男性 65.5%、女性 50.2% (国立がん研究センターがん情報サービス, 2020a) と、がんはきわめて身近な疾患である。近年、がん治療は手術、放射線治療、化学療法など幅広く、多様な選択肢の中から、医療者と相談しつつ、患者自身が自分の生活や価値観に照らして選択する協働意思決定の重要性が増している (Perocchia et al., 2011)。そして円滑な協働意思決定にあたっては、医療者と良好な関係を基盤として、必要な情報が共有され、患者が好みや意向を表出できるようサポートされることが必要になる。

移民などの言語的マイノリティは、患者中心のコミュニケーションから疎外されやすく、その疎外ががんなどの生存率の格差につながっていることが明らかになっている (Mead et al., 2013)。日本手話を第一言語とするろう者にも同様のことが指摘される。ろう者は、第一言語を日本手話とし、かつ、ろうコミュニティに帰属意識を持つ人々のことである (木村, 市田, 1995)。日本手話は、視覚言語として特徴的な表現形態をもち、日本語とは異なる構造を有する言語である (松岡, 2015)。手話による医療情報がきわめて限られることから、ろう者は第一言語である手話による医療情報へのアクセスは困難であり、またその人にとって第二、第三の言語である書記言語による資料からは十分に情報を得ることが難しい状況に置かれている (Pollard et al, 2009)。家庭や公共の場でやりとりされている幅広い話題は、医療に関する議題や診察室でのやりとりの流れを理解するための背景情報となるが、その多くは音声言語によるものであり、ろう者は偶発的に医療情報に触れる機会が少ない (Barnett et al., 2011)。ろう者がアクセスできるがん情報が少ないために、がんに関する知識が不足していること (Orsi et al., 2007; Steinberg et al., 2002)、ろう者が治療について情報を得られず、意思決定に参加できずに治療が進められていること (Berman et al., 2017; 皆川, 2017; Kushalnagar et al., 2020) など、ろう者が医療情報を得られず、意思決定からも疎外されていることは複数報告されてきた。これらの先行研究では、意思決定のプロセスにおいて手話通訳が提供されていないなどのコミュニケーション保障の欠如、医療者との信頼関係構築の不足から限られた情報しか得られないこと、患者本人も質問する機会が得られないことなどが指摘されている。Barnett et al (2011) は、予防接種や健康診断、健康教育などの情報を手話に翻訳し、アクセス可能な形体にして発信すること、そのための資金を行政が助成することを喫緊の課題として提言している。

米国の国立衛生研究所 (National Institutes of Health) の助成金を受けて行われたプロジェクトでは、手話による情報提供が、ろう者への適切な情報提供となり、望ましい健康行動に結びついていることが報告され始めている。ろう女性を対象にしたアメリカ手話による調査では、一般集団と比較しても、乳がん検診の受診率に有意な差がないことが示された (Kushalnagar, Engelman & Simons, 2019)。この背景として著者らは、アメリカ手話による乳がんの啓発動画の作成 (例えば Greater Los Angeles Agency on Deafness, 2017) やろう者のサポートグループの結成が 2000 年代からなされ、ろうコミュニティにおける乳がん

や検診の重要性の認知が高まっている背景があると考察している。乳がんをはじめ、精巣がんの検診や早期発見の重要性についての手話動画をろう者に見せたところ、介入前後で有意に知識が向上したという報告もなされている (Hickey et al., 2013; Sacks et al., 2013)。このように手話による医療情報の提供は、がんについて正確な知識を提供し、望ましい健康行動の促進に直結する可能性が期待できる。

医療情報の手話翻訳に関しては、Pollard et al., (2009) や Kushalnagar et al., (2017) によって、順翻訳、逆翻訳、参照を経て、基点言語である英語から翻訳言語であるアメリカ手話と概念に相違がないように内容の妥当性を確保する取り組みがなされている。しかし、アメリカ手話と日本手話の言語的構造や日米の医療文化やろう文化の違いがあることから、米国や海外での取り組みを参照にした手話翻訳のあり方を検証する必要がある。残念ながら、国内において医療情報の手話翻訳の過程や留意点をまとめた研究は、未だにみられない。国内での手話による新型コロナウイルスに関する情報を調査したところ、内容における医学監修だけではなく、日本語-日本手話翻訳の方法が確立されていない場合が多く、情報の混乱を招く一因になりうる状態でもあったとの指摘がある (高山, 皆川, Kushalnagar, 2020)。これらに鑑みると、言語的マイノリティであるろう者が、適切ながん情報を得て、患者自身が望む治療方法を選択できるよう、日本語の資料を正確な日本手話に翻訳する手法の開発は急務である。

このような背景の中、ろう者に医療情報を提供する立場で、それぞれの専門性のある第一人者として日常的な役割を担っているメンバーが協働して、国立がん研究センターが発行しているがん冊子「大腸がん」の手話翻訳を行い、動画を作成・公開するプロジェクトが実施された (障害のあるがん患者支援, 2021)。これまでも手話による医療情報の提供の実践例はあったが、その作成プロセス、すなわち医療情報の日本手話への翻訳を進めるうえでの課題や留意点について検証した研究は皆無である。ろう医療者、ろう通訳者、手話通訳者という医学の知識面と言語の翻訳面という専門を持つ人々たちによる検討プロセスは、日本において医療の手話資料を作成するうえで共通解が醸成されていない課題を示すものであると考えられる。そこで、本研究では、手話版がん冊子「大腸がん」の手話翻訳を推敲にする際に交わされた議論の要点を抽出し、書記日本語から日本手話への手話翻訳に必要な技術や知識を明らかにすることを目的とした。

2. 方法

1) 「大腸がん」日本手話翻訳版の作成のプロセス

国立がん研究センターがん対策情報センターで作成・配布している「大腸がん (第3版)」(以下、元資料とする) を日本手話版に翻訳するプロセスで行われた議論を分析対象とした。手話版作成にあたっては、日本手話を母語とし、医療関連資格を有するろう者、起点言語からろう者にとって適切な日本手話に翻訳するためのトレーニングを受けたろう通訳者、手話通訳の公的資格をもつ聴者の手話通訳士によって日本手話翻訳チームを編成し

た。映像中の手話表現は、ろう薬剤師とろう通訳者が担い、手話通訳士が映像の編集を担当した。2019年にまず前半部分について仮撮影、仮編集を行い、資料の最終形態についてのイメージを共有した。そのうえで、翻訳者が試行的に翻訳を行い、それを基に必要なイラストや手話表現を検討した。これらの事前準備を経たうえで、2020年1月及び2月にスタジオを借りて本撮影を行った。本撮影にあたり、撮影前には、日本手話翻訳チームがスタジオに集まり、ろう薬剤師、ろう通訳者、ろう看護師、手話通訳士の全員でろう者にわかりやすいであろう表現をそれぞれの視点から議論し、修正を繰り返した。撮影は2日間で128テイクにのぼり、完成した手話動画の合計再生時間は41分30秒であった。その後、視覚的情報としてイラストや文字の挿入、映像の調整などの編集作業を行った。また、ろう薬剤師の推薦を受けて、日本手話を解する2名の医師（消化器外科専門医及び小児血液腫瘍科医）に査読を依頼し、修正が必要な箇所については指示に沿って修正を行った。

2) 分析に用いたデータ

本撮影の2日間の撮影プロセスにおいて、日本手話翻訳チーム4名が交わした議論をビデオで録画した。この議論の録画は7.92時間であり、会話はすべて日本手話で行われた。ビデオ撮影された日本手話での議論を本研究の分析対象データとした。また、その場に同席した手話通訳士が、日本手話による議論を、ICレコーダーに日本語音声として記録し、この読み取り音声の逐語録を作成した。逐語録は、日本手話を用いない研究者が分析に参加するにあたっての補足資料として用いた。なお、研究にあたっては、日本手話翻訳チームに、本研究の目的と翻訳作業中の議論を収録したビデオを分析対象とすること、個々の発言が誰のものであるのかについては明らかにしない形で研究結果を学会発表及び学術論文として公表することを口頭で説明し、全員の承認を得た。また、手話翻訳者を特定できる写真を論文の中で図として使用するにあたっては、すべての画像について本人の掲載許諾を得ている。

3) コードの抽出手順

分析にあたっては、まず手話翻訳プロジェクトに参加した第一著者が、議論の録画の動画および文字起こしを確認しながら、議論テーマ及び具体的な論点をエクセルの表に書き出す作業を行い、その後、書き出された論点を元にコードを抽出した。そして、類似のコードを集めてカテゴリを生成する作業を行った。次に、第5著者を除く4名の著者が参加し、コードが示す概念とその類似性の検討、コード名とカテゴリ名の議論を行った。それぞれの著者の専門領域は、看護学、言語学、ヘルスコミュニケーション学、手話通訳であった。データとして使用した議論は議論内容のポイントが複数に渡ったものもあったが、最終的な表現に至った結果に着目して分類した。最後に、ろう当事者の立場からコード抽出やカ

テゴリ一名の決定過程における妥当性・信頼性を検討するため、精神保健が専門であり、ろう者や難聴者に関する研究分析の経験がある第5著者が最終チェックを行った。その上で、妥当性及び信頼性の確保、分析結果に相違はないことを確認し、最終的なコード名、カテゴリ一名を表1のように決定した。

3. 結果

各々の議論要点を論点として抽出し、質的分類法を用いたところ、104の論点が抽出され、[手話表現の推敲]、[写像的表現の活用と調整]、[手話における医療表現の構築]、[ろう者の社会状況に合わせた情報補足]の4種類のサブカテゴリを構成するものと捉えられた。これらから2つの上位カテゴリが生成された。前者は、日本語・日本手話の言語特性の違いに注目して、用語の含意を吟味したり、視覚的情報を追加したりして、適切な翻訳になるよう修正を重ねた点であり、【日本手話の言語特性を踏まえたより正確な翻訳】とした。後者は、ろう者の社会的状況や医療情報の特性を考慮して表現を選択した点であり、【ろう者に合わせたヘルスコミュニケーション翻訳】と定義付けた(表1)。

1) [手話表現の推敲] (翻訳を正確にするための変更)

① <構文の調整>

元資料の日本語を日本手話に翻訳するにあたり、日本手話で明快に意味を伝えるためには、省略された情報を文の中に戻して表出する過程があった。日本語で主語や目的語が明示されていない文は、それらが脱落したままでは、手話に訳すことができない箇所が多かった。また、日本語では曖昧なままでも慣用的な表現として読み取れる語も、直訳しただけでは意味が通じないものもあった。このため、文脈から省略されている情報が何であるかを判断し、省略された内容を加えて表したり、慣用表現の中に込められた意図を明らかにして訳出されたりしていた。これらは原文に情報を加えることとなるため、正確さを期す必要があり、議論の中で元資料の意図を確認する作業が慎重に行われていた。

例えば、「正しい知識は考えをまとめるときに役立ちます」は、「考えをまとめる」主語やその過程、また「考え」を修飾する言葉が省略されている。手話の構造においては、主語が重要であり、また過程の言語化が必要であるため、『(これから私が診察を受けて、治療方法について様々な可能性を検討して、心の準備も含めて)考えをまとめる』というように、()内の部分を言語化して表出された。

表1 カテゴリー一覧表

【カテゴリー】	[サブカテゴリー]	<コード>	具体的例
日本手話の言語特性を踏まえたより正確な翻訳	手話表現の推敲 (2コード)	構文の調整 (16逐語)	<p>コード37：文脈の確認 日本語原文：大腸がんの疑いがある場合は、大腸内視鏡検査を行い、がんかどうかの確定診断を行います。がんのある部位や広がり調べるためには、注腸造影検査やCT検査、MRI検査などを行います。 議論：確定診断の後にCT、MRI検査を行うかどうか、時系列が曖昧である。確定診断を行った後、がんの詳細を調べるために注腸造影検査やCT検査、MRI検査をやる場合もあるが、これらの検査の結果からわかるがんの詳細を踏まえて、確定診断が行われる場合もある。 翻訳：がんの確定診断を行うために大腸内視鏡検査を行うこと、がんの詳細を知るために注腸造影検査、CTやMRI検査で転移や深さの確認を行うことの二通りに分けて翻訳した。</p>
		語彙の選択 (22逐語)	<p>コード1：手話と日本語における「自然」の意味のずれ 日本語原文：「何かの間違いではないか」「何で自分が」などと考えるのは自然な感情です。 議論：手話単語の『自然』は、植物などの生態系を想起させるため、適切な語彙選択が必要である。 翻訳：自然を『普通のこと』と手話表現する。また、「普通のこと」といっても、捉え方は個人差が大きいため、『普通』の表現を一回のみにして、表情を柔らかくした。</p>
	写像的表現の活用と調整 (3コード)	解剖や病態の把握 (9逐語)	<p>コード60：大腸の解剖学的位置を考慮した描写構文 日本語原文：大腸の内視鏡 議論：手話の表現（CL表現）が右から左に向かっており（虫垂から上行結腸に該当）、実際の挿入経路（直腸から下行結腸へ）にそぐわない。 翻訳：臓器の位置を確認し、実際の挿入経路に合わせてCL表現を調整した。</p>
		検査や治療の具体的方法の把握 (11逐語)	<p>コード39：切り口の工夫 コード40：「挿入」で使う指の確認 日本語原文：指を肛門から直腸内に挿し込み、しこりや異常の有無を指の感触で調べます。 議論：直腸の指を挿入するCL表現がビデオ視聴側からは見えにくい。また、直診の際に挿入するのは、どの指なのかを医師に確認した。 翻訳：直腸の断面を見せるようにし、そこに指を入れるのがわかるように翻訳した。</p>
		データの数値の把握 (2逐語)	<p>コード25：男女比のデータを参照し、「やや多い」の程度を調整 日本語訳：罹患率の男女比は、男性では1年間に10万人あたり121人、女性では86.4人とやや男性に多い傾向にあります。 議論：公表されている調査データを確認し、『男性・少し・多い』という表現が適切であることを確認した。 翻訳：男女比をCL表現で表して、男性の方が女性より少し大きくなるように翻訳した。</p>
ろう者に合わせたヘルスコミュニケーション翻訳	手話における医療表現の構築（2コード）	患者の多義性を考慮した程度表現の調整 (7逐語)	<p>コード9：遠慮なく質問するの程度の確認 日本語原文：わからないことは遠慮なく質問してください 議論：『質問』を繰り返し表現すると、積極的に問い詰めるように質問してもよい印象を与える。患者の質問に対する積極性は多様なので、それに合わせた表現が必要である。 翻訳：『質問』の表現を一回のみとし、『相談』を加えた。</p>
		正確な医療情報に基づいた表現の選択 (12逐語)	<p>コード98：頻尿の手話表現 日本語原文：頻尿 議論：尿量が少なくなって、回数が増えるのか？尿量が多いまま、回数が増えるのか？トイレに通いつめる表現か、排尿が頻回の表現か、医師に確認をした。自律神経が司る排尿機能に支障が生じて、トイレの回数が増えるということを確認した。 翻訳：『トイレの回数が増える』と表現した。</p>
	ろう者の社会状況に合わせた情報補足 (2コード)	手話による言語情報の追加 (6逐語)	<p>コード99：「薬」の概念の明確化 日本語原文：薬物療法 議論：『薬を使う』と表現すると、内服を想定するので、内服と点滴があることをはじめに説明する必要がある。 翻訳：内服と点滴があることを補足して、翻訳した。</p>
図表や文字の活用 (19逐語)		<p>コード22：貧血の症状のイメージの補足 日本語原文：貧血 議論：症状としての貧血を正確に伝える必要があるため、手話表現とイラストが必要と判断した。 翻訳：『血・不足状態』で表現し、イラストを追加した。</p>	

同様に、「経過観察」という項については、治療が終わった後、ある程度の期間、観察が必要ということが伝わるように、『治療が終わった後』という期間の情報が加えられた。日本語の資料では、「経過観察」には治療後の観察が含意されているが言葉としては明示されていないためである。

また、「(CT コロノグラフィは) 内視鏡を挿入せずに、大腸の内視鏡と同じような画像を撮ることが可能な検査です」という文章の例では、当初『内視鏡検査の結果の画像とコロノグラフィの画像を参照して比較しても同じ結果が出る』という表現が撮影された。実際にはこの2つの検査を同じ患者に行うことはなく、いずれかを選択して行われるが、『同じ結果が出る』という表現を見たろう者は二つの検査の結果が出ると誤解する可能性が懸念された。そのため、内視鏡を行わなくても同様の結果が得られる方法があることを示す文脈にし、『内視鏡以外の方法としてCT コロノグラフィがある』と表現された。

②<語彙の選択>

<語彙の選択>にあたっては、元資料の日本語を文字通り日本語に直訳しようとしても、頻度や程度の追加を必然的に伴う場合もあり、留意を要した。例えば「赤肉や加工肉の摂取、飲酒、喫煙」について、最初の訳案では『食べる・飲む・吸う』の動詞を複数繰り返して表現していた。この手話表現には、飲食や喫煙行動の習慣の有無だけでなく、それらの食品やアルコールを過度に摂取するといった意味合いとなる。元資料の日本語の説明では、程度に関する情報は含まれないため、「食べる・飲む・吸う」の表現については、動詞ではなく名詞として表現した翻訳が採用された。

加えて、「遺伝子」のような専門用語は、日本語話者の中で使用頻度が低いため、それをどのように表現するか議論があった。翻訳者ははじめに日本語話者でよく使われる『遺伝』という血縁関係を表す動詞的表現を用いた。しかし、元資料の「遺伝子」は血縁関係を指すものではなく、専門用語としての「遺伝子」であったことから、DNA のらせんを写像した表現が採用された。この表現については知っている人が限られることが懸念されるという意見もあったが、正確性を期することが優先された。



図 1a 遺伝

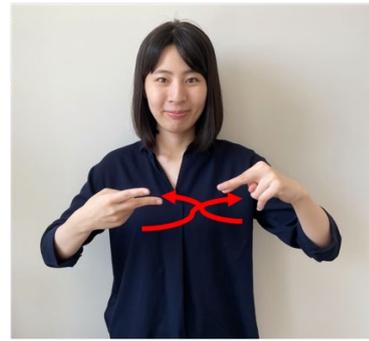


図 1b 遺伝子

2) [写像的表現の活用と調整]

写像的表現という分類は、手話の言語的特徴に関するもので、文字通り形あるものや状態を写像的に表現するものである。医療情報において写像的表現を用いる場合、翻訳者が臓器などの位置を表現するために「解剖学的形態」また、「検査や治療の具体的方法」「データ、数値」などを把握した上でより正確な表現をするべく検討が行われた。

①<解剖や病態の把握>

日本語の文中でも、臓器の名前について、日本語を借用し、指文字などで表すことがあるが、これに加えて、その形や位置を、身体の上に形をなぞることで表現することができる。例えば、「大腸」は、下腹部の大腸の位置で、その軌跡を描くように表現する。結腸や直腸はそのなかの位置とカーブなどを指すことで伝える。翻訳では、日本語で臓器の名称を、位置・形に正しく変換するために、解剖学的知識を反映した表現となった。

「大腸の内視鏡」について、画面から見て左から右に内視鏡カメラを入れる写像的表現をすると、虫垂から上行結腸の経路になり、実際の挿入経路（直腸から下行結腸）と異なっていた。これを確認して図2のように実際の経路に沿うように訂正された。



図 2 内視鏡の挿入経路

「大腸壁の構造」の図（元資料 p. 11, 図4）では、粘膜→粘膜下層→....→漿膜が左→右に並んでいる。しかし、浸潤していく様子の写像的表現は上→下が自然であり、それに応じて粘膜→漿膜が上→下に並ぶ切り口の図を採用し、手話表現と一致させていた（図3）。

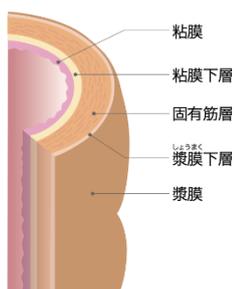


図 3a 元資料の大腸壁の構造のイラスト

(国立がん研究センターがん情報サービス「がんの冊子 大腸がん」第3版.p9. 図4より)



図 3b 映像に使用した大腸壁の構造のイラスト

腸閉塞は、腸管が閉塞や狭窄している機械的腸閉塞、麻痺や痙攣によって腸内容が停滞する麻痺性閉塞に大きく分かれ、それらは病態や機序が異なる。元資料では、「腸閉塞になった場合は、バイパス手術や人工肛門を作ることによって食事ができるようになることがあります」とある。この文脈における腸閉塞は、腫瘍によって腸管が塞がれた機械的腸閉塞を指していると推察されたが、文章による明示はない。大腸がんに関連して麻痺性腸閉塞が生じる可能性はあるが、翻訳に関わった2名の医療関連資格を持つ翻訳者の判断と査読を担当した消化器外科医への最終確認を経て、機械的腸閉塞を示しているものと判断し、『腸管が腫瘍によって詰まる』という写像的表現が確定された。

②<検査や治療の具体的方法の把握>

検査や治療の流れについても、具体的なプロセスを把握して情報を付け加えることがあった。例えば、「指を肛門から直腸内に挿し込み、しこりや異常の有無を指の感触で調べます」という文言について、手話で表現する場合は実際にどの指を使用して検査をするのか把握した上で、表現しなければならないため、事前に医師に確認して翻訳が行われた。

また写像的表現においては、程度も表出されるため、与える印象を協議の上、調整されていた。例えば「(腸管注腸造影検査の前には) 腸管内をきれいにする必要があります。」について、一気に便が出る写像的表現は、具体的なイメージを喚起するため、患者の心理的負担が重いと思われる。ここで伝えるべき内容は、生じる現象ではなく、検査のために腸管を空にするという結果状態だと判断された。そのため、『便が出る』という表現に「相当な量の」という意味を持つ手話の文法要素としての口型をつけるのではなく、結果として『腸管内が綺麗

になる』という表現を加えることで解決された。

図 4a は、リテイクする前の「内視鏡的粘膜下層剥離術で腫瘍を切除した」様子の表現である。このように腫瘍がバツサリ切り取られる表現は、腫瘍が巨大だというイメージとなり、不安を喚起する可能性が考えられた。さらに、実際の手術の様子とかけ離れていたため、図 4b の表現のように、目を細めて手をゆっくり動かすことで『小さなものを丁寧に切り取る』という手話の表現に置き換えられた。日本語だけでは細かいイメージが捉えにくく、ともすると大げさな表現に翻訳される場面もあったが、患者にとって心理的負担にならないように、実際の状況に合わせて、手話の表現の大きさや強弱の調整が行われた。このように、間違った情報や認識を与えないようにするために、医療者である翻訳チームメンバーから実際の手術の様子についての情報が提供され、議論の中で取り入れられた。



図 4a リテイク前の腫瘍切除の表現

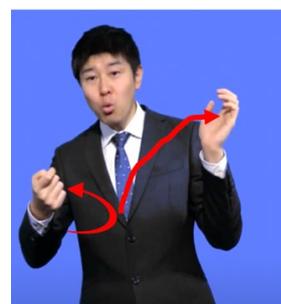


図 4b リテイク後

③<データの数値の把握>

医療情報においては、疾患のリスク比を客観的に表すものとして割合が使われる。手話で割合は、グラフを模倣するような写像的表現の一種を用いて表す。年齢別の罹患率について、「40代から増加し始め、50歳代で加速される」という表現は、当初、図 5a のように、親指と人差し指をつけてつまむような形から、間を開いていくことで増加が表わされた。起点で親指と人差し指をつけてしまうと、40代以前はゼロという割合だと解釈されてしまうが、30代以下も罹患率はゼロではない。そこで、起点を図 5b のように修正し、『少ない』ところから急激に増加することを表現した。日本語の「増加」は状態変化のみに着目する動詞だが、日本手話では、起点・変化・終点それぞれの情報を含んだ表現が必要になるため、それぞれの数値を把握した上で表出された。



図 5a 親指と人差し指の間が閉じている



図 6a 頬がこける



図 6b 体が痩せる



図 5b 親指と人差し指の間が空いている

3) [手話における医療表現の構築]

①<患者の多義性を考慮した程度表現の調整>

医療現場で使用される名詞表現は様々な程度を含んでいる場合が多い。例えば、「体重減少」の程度は、患者によって様々である。また、「頻尿」の状態についても一回あたりの排尿量が少なく残尿がある患者から、尿量が多いために頻回に排尿する患者など、「頻尿」によって生じる感覚的な経験は多様である。手話は、単語的表現のほか、表情や身体の振りの大きさによる程度表現が含まれる。ここで検討されたのは、患者に必要な以上の心理的な負荷を与える表現を避ける工夫であった。具体的には程度表現を調整すること、患者の多様性を考慮して、幅をもった解釈ができる表現を選択することであった。

症状の一例である「体重減少」について、日本手話に翻訳すると「軽くなる」といった構成的な表現のほか、『頬がこける(げっそりする)』などの視覚的イメージを喚起するものがある。手話において図 6a『頬がこける』は口をすぼめた表現で、「体重減少」を表現するのにしばしば使われるが、心理的にネガティブな含意があることから、口を少々すぼめた状態で、お腹の位置で図 6b『体が痩せる』を表現する翻訳が採用された。

元資料の心構えについて、「何かの間違いではないか、何で自分がなどと考えるのは自然な感情です」を訳した箇所では、「自然な感情です」について最初、翻訳者は強調の口型を伴って『普通』を2回繰り返して表現した。

こうすると「誰でもそうである」という意味合いが強まる。生じる感情は個人差が大きいことを考慮し、『普通』の表現を一回のみとし、表現の動きを緩め、強調の口型でなく、曖昧さを残す表現が採用された。

患者の立場で何をするかについても、患者像を一義的に定めてしまう表現を修正する議論がみられた。例えば、「遠慮なく質問してください」について、患者が積極的に質問する印象を与える表現を訂正した。『質問する』という動詞に程度表現が伴ってしまうため、これが中立になるように訂正された。

②<正確な医療情報に基づいた表現の選択>

元資料での「がんのある部位や広がり」における「広がり」とは、腫瘍そのものの広がりだけでなく、リンパ節・遠隔転移も含まれる。日本手話において、「広がり」は腫瘍そのものの空間的な拡大を想起させる可能性がある。しかし、厳密には転移も含意しており、それらを包括した表現として、『がんの状態』と翻訳された。「進行すると症状が出るが多くなります」の「進行」について、はじめは『がん腫瘍が大きくなる』と表現したが、進行は転移状態も含まれる。「進行」の表現について様々な提案がなされたが、直訳の「進行」は手話において「前進する」となり、がんが治癒するイメージを与えかねない。「病気が重くなる」という表現も吟味された。これらが総合的に議論された結果、病気が重くなるという状態の具体的説明として、当初の表現である『がん腫瘍が大きくなる』が採用された。

また、「(緩和的放射線治療において)多くの場合、症状が改善します」の文章については、苦痛症状が和らぐというニュアンスを含むが、当初の手話表現は『症状が軽くなる、OK(前向きな表情)』であった。OKというのは主観的な感情であり、またOKという手話表現が楽天的で、完治を想起させる可能性があるという意見が上がった。状況説明に止めることとし、『苦痛(を伴う)症状が減る、軽くなる』という表現が採用された。

4) [ろう者の社会状況に合わせた情報補足]

「大腸がん」冊子は聴者向けにデザインされたものであるため、ろう者の社会状況や健康情報の実情に照らして、情報を調整する必要があった。具体的には、説明の追加、図や文字の追加が行われた。撮影現場では、医療

現場で働こうる薬剤師やろう看護師を中心に、これらの情勢に対する認識をすり合わせながら、付与すべき情報の有無が吟味された。

①<手話による言語情報の追加>

一般的に「MRI」や「CT」は、用語としては見聞きしたことがある可能性が高いが、それらがどのような検査であるか、実際の理解と結びつかないことが起こりうる。そこで、図7abのように『筒の中に入って行う検査』と加えて、イメージと用語を結びつけられるように、形の情報を付け足し、概念を想起させる工夫が加えられた。



図7a MRIやCTの筒



図7b 筒に入る

いくつかの医療用語の説明について、元資料の情報ではろう者には十分に理解できない説明になっていると考えられた。例えば、「副作用」や「セカンドオピニオン」などについては、翻訳する過程で、説明をさらに付け加える対応がなされた。

広義の「薬」は、経口のみならず、注射、外用と多岐に渡るが、内服薬として理解されやすいため、がん治療における薬物療法には内服薬と点滴があると説明を追加して、誤解を避ける工夫が行われた。

②<図表や文字の活用>

元資料の内容をより受け手によりわかりやすく伝える手段として、元資料のイラストを引用して表示するだけでなく、図表、文字情報を動画の中で必要と思われる箇所新たに付け加えることが提案された。

例えば、症状の項目に「腹痛」「貧血」などの症状が並んでいるが、具体的な状態を示すイラストが挿入された(図8参照)。



図8 貧血のイラスト

文字情報をテロップとして映像に挿入した箇所の例としては、「家族性大腸腺腫症」や「自律神経」などがあげられる。元資料には読み方は記載されていないが、読み

方も重要な情報源であるため、元資料との対応を明示しつつ、図9のようにふりがなが同時に提示された。



図9 「家族性大腸腺腫瘍」のテロップとふりがな

4. 考察

本研究は、医療情報の手話翻訳にあたって、翻訳に携わったろう医療者、ろう通訳者、聴者の手話通訳士が、「適切な手話翻訳資料」を作成するために重ねた議論を分析した。これは、日本手話による医療情報の提供において十分に定式化されていない知識や技術上の課題である。考察では、今後の手話資料制作にあたって留意すべき点についての実践的な示唆、今後の研究課題を提示したい。

【日本手話の言語特性を踏まえたより正確な翻訳】については、日本語と日本手話は異なる言語構造を持つ(松岡,2015) ために、日本語と日本手話の語の意味の差異に留意する必要がある。手話翻訳にあたっては2つの言語間で見られる細かな<語彙の選択>や<構文の調整>の違いを分析し理解できる言語力と、起点となる元資料が示す内容を正確に把握できる医療知識の両方が必要となることが明らかになった。また、音声言語には乏しい写像性という特徴が手話には存在する。そのため手話が持つ言語的特性を踏まえた上で、書記日本語では明示されていない<解剖学的位置>や<検査や治療の具体的なプロセス>、<データの具体的な数値>の適切な翻訳をすることで、視聴者であるろう者に適切な情報を届けることが可能となる。後者については、日本手話への翻訳の知識と技術を有するだけでなく、正確な医療知識に基づいた情報が提供できるチーム編成が重要である。

次に、【ろう者に合わせたヘルスコミュニケーション翻訳】では、ろう者のコミュニティで普及している医療情報や医療に関する手話表現に精通し、かつ、ろう者の間で交わされている医療の文脈を理解することが重要である。つまり、医療情報の手話翻訳動画の作成にあたっては、一般的な手話通訳者が通訳するのでは、不十分であることを示している。他方、一般的には知られているが、その正しい意味が理解されていない医療用語があり、これはろう者のコミュニティにおいても同様である。そのため、医療情報の手話翻訳の過程では、ろう社会で医療用語を表す手話単語が流通しているか、それがどのように理解されているかを念頭におき、<手話による言語情報の追加>や<図表や文字の活用>を行う必要があることが明らかになった。また、命に関わるような重大な病気を告げられた患者は不安や恐怖を抱き、情報が入っても理解が困難な状況になりやすいといわれているが(菅

原ら, 2003; Whitaker et al., 2016)、これはろう者にも同様であると考えられる。それらに配慮するために、＜患者の多義性を考慮した程度表現の調整＞が医療情報の手話翻訳には必須である。それによって、手話版がん冊子を閲覧するろう者に、手話表現の程度や中立性を最大限確保することで過大な心理的負担を及ぼさないようにすることが可能となると考えられる。また、「がんの広がり」が転移を伴う意味を包摂する用語であるように、元資料の説明では明示されていないが、手話翻訳においては＜正確な医療情報に基づいた表現＞の重要性が明らかになった。

元資料は読み手としてがん患者や一般市民を想定して作成されており、公表までのプロセスにおいて、患者や市民の視点からの「わかりやすさ」を確認するプロセスも含まれている（国立がん研究センターがん情報サービス, 2020b）。しかし、いわゆる「一般市民」の中にも医療情報を理解する力、すなわちヘルスリテラシーの高低に幅があることは周知の事実であり、社会経済的地位が低い場合にヘルスリテラシーが低くなる傾向があり、それが意思決定や検診の受診行動に影響することなどが明らかになっている（Stormacq et al., 2019）。近年は「やさしい日本語」について、日本語を母語としない外国人やろう者のみならず、地域社会にある共有言語として、情報の受け手に伝わるような取り組みが医療においても重要視されつつある（武田, 2020）。手話版がん冊子の開発過程で示された元資料が意図するものを丁寧に解き、視覚情報を交えながらわかりやすく伝えるプロセスは、「やさしい日本語」表現などにも応用できる可能性があり、聴者とろう者の間だけではなく、ろうコミュニティにおける健康格差の解消にも寄与する可能性がある。

今回の大腸がんの手話動画は、がん情報のごく一部に過ぎない。がん患者が第一言語で適切に情報提供がなされ、患者自身が望む治療方法が選択できることは、長期的な生存率にも影響を及ぼすことはすでに指摘されている（Asthon et al., 2003; Mead et al., 2013）。そのため、引き続き、様々な種類のがん情報の手話動画を作成し広く発信・周知するためには政策や財政的裏付けから翻訳者のトレーニングに至るまで、多くの解決しなければならない課題が残っている。本研究は、医療情報の日本語から日本手話への翻訳において必要な技術や知識を明らかにした点で有用である。本研究を通して、翻訳の元になった資料の編集方針や、翻訳チームの中で重視された医療知識、翻訳方針が可視化できた。一方で、本研究で産出されたカテゴリーや各コードについては、実証研究や日本手話を使うろう者によるユーザーレビューなど、データの蓄積を通して、さらなる裏付けが必要である。また、日本語対応手話を日常的に用いる聴覚障害者もいることから、彼らのがん情報のニーズの把握も重要な課題としてあげられる。

5. 結語

本研究は、日本手話による医療情報の提供において、十分に評価や定式化されていない知識や技術上の課題の模索から始まったものである。元資料の日本語版がん冊子の日本語にない写像的表現や非手指動作を日本手話で表現するためには、医療分野の背景的知識や文脈情報について熟慮する必要がある。また、ろう社会における医療専門用語などの手話や文脈の普及の度合いについても熟知している必要があり、単に元資料を言語に沿って翻訳するだけにとどまらないことが明らかになった。本研究で明らかになった医療情報の手話翻訳に必要な知識や技術は、医療情報をろう者に伝える役割を担う専門職である、ろう通訳者や手話通訳者、医療従事者などに共有されることで、より充実した手話による医療情報の作成が可能になる。同時に、元資料の読み手として想定されている一般市民も医療情報の受け取り方や理解は多種多様であり、元資料の意図を確認し、表現を洗練させるプロセスは「やさしい日本語」の表現にも適用可能であることが示唆された。それがひいては、医療現場における手話通訳者と医療者のより良い協働に寄与できるであろう。

研究資金

本研究は文部科学省研究費補助金「障害者への健康医療情報提供のあり方とヘルスリテラシー概念の再検討に緊急研究（研究代表者：八巻知香子）」により実施した。

謝辞

手話版の作成チームメンバーの柴田昌彦氏（大阪急性期・総合医療センター）、中山真理氏（ろう通訳者）には、本研究のデータソースである作成プロセスの議論を分析し、研究としてまとめることを快く賛同していただいた。また、本稿の執筆にあたっては、香川由美氏（東京大学大学院医学系研究科）に、原稿の校正、及び的確なコメントを頂いた。記して感謝の意を表す。

利益相反自己申告

本研究において開示すべき利益相反はない。

引用文献

- Barnett, S., McKee, M., Smith, S. R., & Pearson, T. A. (2011). Deaf sign language users health inequities, and public health: Opportunity for social justice. *Preventive Chronic Diseases*, 8(2), 1-6.
- Berman, B. A., Jo, A. M., Cumberland, W. G., Booth, H., Wolfson, A. A., Stern, C., ... Bastani, R. (2017). D/deaf Breast Cancer Survivors: Their Experiences and Knowledge. *J Health Care Poor Underserved*, 28(3), 1165-1190. doi: 10.1353/hpu.2017.0104.
- Choe, S., Lim, R. S., Clark, K., Wang, R., Branz, P. and Sadler, G. R. (2009). The impact of cervical cancer education for Deaf women using a video educational tool employing American Sign Language. *J Cancer Educ*, 24(1), 10-5.

- Greater Los Angeles Agency on Deafness. (2017). [YouTube]. Health. Retrieved from <https://www.youtube.com/playlist?list=PL-kscuYBpkqFQtY0KANt7gTnyp13zdeG>
- Hickey, S., Merz, E. L., Malcarne, V. L., Gunsauls, D.C. et al. (2013). *Oncol Nurs Forum*, 40(1), 86-91.
- Iezzoni, L. I., O'Day, B. L., Killeen, M., & Harker, H. (2004). Communicating about health care: observations from persons who are deaf or hard of hearing. *Annals of internal medicine*, 140(5), 356-362.
- Kushalnagar, P., Engelman, A., & Simons, A. N. (2019). Deaf Women's Health: Adherence to Breast and Cervical Cancer Screening Recommendations. *American journal of preventive medicine*, 57(3), 346-354. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.04.017>
- Kushalnagar, P., Hill, C., Carrizales, S., Sadler, G. R. (2020). Prostate-Specimen Antigen (PSA) Screening and Shared Decision Making Among Deaf and Hearing Male Patients. *J Cancer Educ*, 35(1), 28-35. doi: 10.1007/s13187-018-1436-3.
- Kushalnagar, P., Harris, R., Paludneviene, R., & Hoglund, T. (2017). Health Information National Trends Survey in American Sign Language (HINTS-ASL): Protocol for the Cultural Adaptation and Linguistic Validation of a National Survey. *JMIR research protocols*, 6(9), e172. <https://doi.org/10.2196/resprot.8067>
- Kushalnagar, P., Naturale, J., Paludneviene, R., Smith, S. R., Werfel, E., Doolittle, R., ... DeCaro, J. (2014). Health websites: Accessibility and usability for American Sign Language users. *Health Communication*, 5, 1-8. doi:10.1080/1410236.2013.853226
- Mead, E. L., Doorenbos, A. Z., Javid, S. H., Haozous, E. A., Alvord, L. A., Flum, D. R., Morris, A. M. (2013). Shared decision-making for cancer care among racial and ethnic minorities: a systematic review. *Am J Public Health*, 103(12), e15-29. doi: 10.2105/AJPH.2013.301631.
- Orsi, J. M., Margellos-Anast, H., Perlman, T. S., Giloth, B. E., & Whitman, S. (2007). Cancer screening knowledge, attitudes, and behaviors among culturally Deaf adults: Implications for informed decision making. *Cancer Detect Prev*, 31, 474-479. doi:10.1016/j.cdp.2007.10.008.
- Perocchia, R. S., Hodorski, J. K., Williams, L. A. Kornfeld, J., Davis, N. L., Monroe, M., & Bright, M. A. (2011). Patient-centered communication in cancer care: the role of the NCI's cancer information service. *J Cancer Educ*, 26(1), 36-43. doi: 10.1007/s13187-010-0121-y.
- Pollard, R. Q., Dean, R. K., O'Hearn, A., & Haynes, S. L. (2009). Adapting health education material for deaf audiences. *Rehabilitation psychology*, 54(2), 232-238. <https://doi.org/10.1037/a0015772>
- Sacks, L., Nakaji, M., Harry, K. M., Oen, M., Malcarne, V. L., & Sadler, G. R. (2013). Testicular cancer knowledge among deaf and hearing men. *Journal of cancer education: the official journal of the American Association for Cancer Education*, 28(3), 503-508. <https://doi.org/10.1007/s13187-013-0493-x>
- Steinberg, A. G., Wiggins, E. A. Barmada, C. H., & Sullivan, V. J. (2002). Deaf women: experiences and perceptions of healthcare system access. *J Womens Health*, 11(8), 729-741.
- Stormacq, C., Van den Broucke, S., & Wosinski, J. (2019). Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review. *Health promotion international*, 34(5), e1-e17. <https://doi.org/10.1093/heapro/day062>
- Whitaker, K. L., Cromme, S., Winstanley, K., Renzi, C., & Wardle, J. (2016). Emotional responses to the experience of cancer alarm symptoms. *Psychooncology*, 25(5), 567-573. doi: 10.1002/pon.3964
- 国立がん研究センターがん情報サービス. (2020a). 最新がん統計. Retrieved from https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html
- 国立がん研究センターがん情報サービス. (2020b). サイトの作成について (編集方針・リンク基準など) . Retrieved from <https://ganjoho.jp/aboutus/plan/index.html>
- 木村晴美, 市田泰弘. (1995). ろう文化宣言, ろう文化 (pp.8-17). 東京: 青土社.
- 松岡和美. (2015). 日本手話で学ぶ手話言語の基礎. くろしお出版.
- 皆川愛. (2017). 文化言語的マイノリティとしてのろう者が医療を受ける体験. (修士論文). 聖路加国際大学, 東京.
- 菅原よしえ, 齋田トキ子, 西條泰子, 阿部清美, 渋谷多佳子, 木村由美. (2003). がん告知後の患者における病状の理解と感情状態に関する調査. 日本赤十字看護学会誌, 3(1), 108-115.
- 障害のあるがん患者支援. (2021). 手話版 がんの冊子「大腸がん」. Retrieved from <https://plaza.umin.ac.jp/~CanRes/match/match-achievement/>
- 高山亭太, 皆川愛, Poorna Kushalnagar. (2020). ろう者を対象とした新型コロナウイルスに関するインターネット情報の評価とその課題. インフォデミックの観点から. 手話学研究, 29(1), 1-9.
- 武田裕子. (2020). 医療看護の場で「やさしい日本語」を使ってみる. 日本看護協会機関誌, 72(7), 80-85.

***責任著者 Corresponding author : 皆川愛**
email : aiminakawa121@gmail.com

原著論文

科学的根拠が不十分ながん免疫療法の情報収集から受療までの患者の気持ちと医師の悩みに関する質的調査

Patients' Feelings and Doctors' Concerns about Cancer Immunotherapy: A Qualitative Study

早川雅代¹⁾ 渡部乙女¹⁾ 下井辰徳²⁾ 一家綱邦³⁾ 高山智子¹⁾ 若尾文彦¹⁾

Masayo Hayakawa¹⁾ Otome Watanabe¹⁾ Tatsunori Shimoi²⁾ Tsunakuni Ikka³⁾ Tomoko Takayama¹⁾
Fumihiko Wakao¹⁾

1) 国立がん研究センター がん対策研究所

2) 国立がん研究センター 中央病院 腫瘍内科

3) 国立がん研究センター がん対策研究所/生命倫理・医事法研究部

1) Institute for Cancer Control, National Cancer Center Japan

2) Department of Medical Oncology, National Cancer Center Japan

3) Division of Bioethics & Healthcare Law, Institute for Cancer Control, National Cancer Center Japan

Abstract

Introduction: Cancer immunotherapy not covered by insurance provided by private practice clinics is often not a beneficial medical treatment for many patients with cancer because of the negligible scientific evidence. The harm caused by these clinics is a major concern, in addition to their high treatment costs. We interviewed both patients with cancer and their doctors to explore the patients' feelings and their doctors' concerns in the process from seeking information to treatment, in addition to effective approaches for preventing harm. **Method:** We conducted a semi-structured interview with six doctors and five patients and their respective family members regarding cancer immunotherapy. **Results:** The study findings show that both patients and family members sought information about cancer immunotherapy because of their "anxiety" and "wanting to find something they could do." They relied on doctors at their private practice clinic because it was difficult to communicate with doctors providing standard therapy in designated cancer hospitals. According to the patients, doctors providing standard therapy did not deny providing cancer immunotherapy not covered by insurance provided by private practice clinics; therefore, we considered this scenario as the cause of miscommunication. **Discussion:** To prevent the physical, mental, and economical negative impacts of cancer immunotherapy, we recommend the implementation of a multifaceted approach, including health literacy, patient-centered communication, and a consultation system.

要旨

【序文】クリニック等で科学的根拠が不十分で、かつ、自由診療として提供されるがん免疫療法は、医学的に有益ではないことが多く、高額な治療費を請求される等の被害が問題となっている。本研究では、がん患者及び医師双方へのインタビューにより、患者が当該療法の情報を収集し受療するまでの過程での気持ちと医師の悩みを明らかにし、被害を防ぐためのアプローチの検討を目的とした。【方法】当該療法について医師6名及び患者/家族5名に、半構造化インタビュー調査を実施し内容分析を行なった。【結果】患者/家族は「何かできることを探したい」気持ちや「不安」等から当該療法について情報収集し、標準治療等を実施するがん診療連携拠点病院等の医師には話しにくいと感じて、自分に寄り添ってくれるクリニックの医師に信頼を寄せている様子が伺えた。また、標準治療を実施する医師が当該療法の受療を否定しきれないがゆえに、患者は否定されなかったと受け取るミスコミュニケーションが起きている可能性が示唆された。【考察】被害の防止には、ヘルスリテラシーの向上や患者中心のコミュニケーションの支援、相談体制整備など多面的なアプローチの必要性が考えられた。

キーワード：ヘルスコミュニケーション、患者－医師関係、ヘルスリテラシー、がん免疫療法、質的調査

Keywords: Health Communication, Patient-Physician Relationship, Health Literacy, Cancer Immunotherapy, Qualitative Research

1. 序文

インターネットで医療・健康情報を入手する人は増加している(McLeod, 1998; Patrick, 2000)。しかし、インターネット上では新型コロナウイルス感染症に関する偽情報(misinformation)の拡散など、誤った情報に惑わされる人が増えており(Mian & Khan, 2020; Zarocostas, 2020)、健康被害も生じている。がんの領域でも同様に、インターネット等を通じて情報を得た患者や家族が、治療効果が確認できない自由診療でのがん免疫療法を受け、身体的・精神的・経済的に苦しむ人が後を絶たないことが問題となっている。ただし、全ての免疫療法が必ずしもそうした被害につながるわけではない。

自由診療でのがん免疫療法についてインターネット上で提供されている医療機関からの情報は、正しい医療情報に基づいていないことが多いことが報告されている(下井辰徳 et al., 2017, Kashiwara et al., 2016)。第3期がん対策推進基本計画(厚生労働省, 2018a)でも、「免疫療法と称しているものであっても、十分な科学的根拠を有する治療法とそうでない治療法があり、これらは明確に区別されるべきとの指摘がある。国民にとっては、このような区別が困難な場合があり、国民が免疫療法に関する適切な情報を得ることが困難となっているとの指摘がある。」とされている。

がん免疫療法では全身的に予期せぬ重篤な副作用が起きることがあるため、施設として対応できる体制が必要とされている。がん領域の関連学会は、施設要件を満たさない医療機関での自由診療での免疫療法の受療に警鐘を鳴らしている(日本臨床腫瘍学会, 2016)。例えば、クリニック等で承認用量よりも低用量で免疫チェックポイント阻害薬による治療を受けた後に、副作用が起きた際には入院施設がないことを理由に対応を断られたり、自由診療として高額な費用を請求されたりといった被害が報告されており、裁判も行われている(医療問題弁護団, 2014; 最高裁判所, 2005a, 2005b)。

本研究では、がん免疫療法における被害の軽減に向けて、がん患者・家族及び医師双方へのインタビューに基づく質的研究により、がん免疫療法について、患者がインターネット等から情報を収集し受療するまでの過程での患者や家族の気持ちと医師の悩みを明らかにし、どの段階でのどのようなアプローチにより身体的・精神的・経済的な被害を防ぐことができるかについて検討することを目的とした。

一般的にがん免疫療法と呼ばれる治療法には、科学的根拠が十分な治療法として有効性及び安全性が確認され、その時点で最良の治療(標準治療)として実施されているもの(基本的には公的医療保険下での実施が可能な医療を指すことが多い)から、科学的根拠が不十分な状態である治験中のものや自由診療によるものまで様々な状態のものがある。さらには、免疫を上げると謳う食品の摂取ががんの免疫療法と誤解されることもあり、「がん免疫療法」の範囲の捉え方は定まっていない。自由診療によるものの中には、将来的に、別途臨床試験等を通じて

その有用性が示される療養もあるかもしれないが、実際に医療内容の真偽を含め、薬機法に則った医薬品等を用いているとも限らない点からは、受療の正当性を評価することが難しいものが多い。本研究では、がん免疫療法の中でも、被害が生じる可能性がある「主に入院施設が併設されないクリニック等で提供されている科学的根拠が不十分で、かつ、自由診療として提供されるがん免疫療法(以下、当該免疫療法)」の受療に焦点を当てて検討した。

2. 方法

当該免疫療法についての患者の情報の入手方法及び「当該免疫療法を実施するクリニックの医師(以下、クリニックの医師)」との対話の状況、情報入手後の「標準治療等を実施するがん診療連携拠点病院等の医師(以下、標準治療を実施する医師)」との対話の状況、当該免疫療法を受ける・受けないの判断に至った背景となった要因等を把握するために、半構造化インタビュー調査(オンラインまたは対面)を2021年4-8月に実施した。

【インタビューへの協力者】

インタビューは、「患者・家族」および「標準治療を実施する医師」に依頼した。新型コロナウイルス感染症の緊急事態宣言下での調査であったことから、基本的にオンライン会議システム(ZOOM)によるビデオでのインタビュー環境を有する人に限定した。「患者・家族」としての協力者は、がんの治療を受けたことがある患者本人もしくは家族で、当該免疫療法について情報収集をしたことがある20歳以上75歳未満の人とし、国立がん研究センター患者・市民パネルのメーリングリストにて募集した。協力の申し出が1名のみであったため、全国がん患者団体連合会のメーリングリストにて追加で募集した。「標準治療を実施する医師」としての協力者は、メールによりがん診療連携拠点病院の医師に広く募集した。本研究でインタビューした医師には、本研究の患者・家族へのインタビューの協力者を診療した医師は含まなかった。

【調査項目】

患者・家族には、1)背景情報(診断名、進行度、治療状況、当該免疫療法の情報収集の方法等)を尋ねた後に、患者が当該免疫療法について情報を収集し、受療するまでの過程順に2)当該免疫療法を情報収集した理由及び契機、3)情報収集をした後の行動や当該免疫療法についての印象、4)当該免疫療法を実施するクリニックの医師及び標準治療を実施する医師とのコミュニケーション状況を尋ねた。

標準治療を実施する医師には、診察室での患者との対話の状況やその際の悩みについて調べるために1)背景情報(診療科、診療患者数)とともに、当該免疫療法について相談される頻度、2)相談者の特徴、3)相談内容、4)相談者への説明方法、5)対応に苦慮した事例について尋ねた。

【分析方法】

インタビューの逐語録より、調査項目についての文章

を抽出し分析した。

患者・家族インタビューでの当該免疫療法について調べた後の気持ちについては、内容分析の手法(Krippendorff, 1981)を参考として研究者2名(HM, OW)が質的に分析した。研究者1名が、逐語録から、関係する語りを抽出し、同一の内容や当該療法とは関係しない文章を削除した。次に研究者2名が独立して抽出した語りの内容を要約するコード及びコードを高次元の抽象レベルにまとめたカテゴリーを付与した。2名で相違したコード及びカテゴリーについては議論により決定した後、当該免疫療法を実際に受けたいと思ったかどうかの特徴を抽出するために受療の希望別に整理した。医師インタビューの患者や家族への説明方法、及び対応に苦慮した事例としての語りに含まれた医師の悩みについても同様に分析した。

【倫理面への配慮】

研究実施に関して、人を対象とする医学系研究に関する倫理指針に基づいて国立がん研究センター研究倫理審査委員会承認(研究課題番号2020-510)を得た。また、調査の開始前にインタビュー協力者に調査内容について説明し、口頭での同意取得後に実施した。

3. 結果

患者・家族へのインタビュー及び標準治療を実施する医師へのインタビュー内容をそれぞれ分析した。

(1) 「患者・家族」へのインタビュー

1) インタビューした患者・家族の背景

患者4名、家族1名にインタビュー調査を実施した。がんの種類は、肺がん2名、希少がん3名であり、インターネット、新聞、書籍、がん相談支援センター、患者会、知人を通じて、がんの診断後すぐに当該免疫療法について調べていた。その後、2名は当該免疫療法を実際に受けたいとは思わず、3名は受けたいと思った。受けたいと思った3名のうち1名は実際に免疫療法を受けていた。

2) 患者・家族が当該免疫療法について情報収集した理由または契機

表1に示した2つのカテゴリーと6つのコードに分類された。患者・家族は「何かできることはないか探したかった」や「不安だった」こと等から主にインターネットから情報収集を始めていた。「すべての情報を入手したい」という希望や「孤独」の感情も理由となっていた。また、手術ではがんが取り切れず、薬物療法が必要になるなどの状況の中で、辛い治療を避けるために当該免疫療法を望んで情報収集をした人もいた。

なお、実際にクリニックに話を聞きに行った人は、媒体として信頼していた新聞広告の閲覧や知人からの紹介が契機となっていた。

表1 患者・家族が科学的根拠が不十分ながん免疫療法について調べた理由または契機

		患者4名、家族1名の発言より分析	
カテゴリー	コード	発言者数	発言例
当時の心境	何かできることがないか探したかったから	4	手術後もがんがいっぱい残っていて、これらがいつ大きくなるかっていうのをビクビクして待っているよりは、(自分で)何とかしたいなと思った。
	不安だったから	4	最初は不安だったのでがんに関する情報を何でも片っ端から調べた。
	孤独と感じたから	2	私は本当に孤独だったし、周りの人からはなんでがんになったのって言われるし、自分に対して優しい言葉をいってくれる人を信じたくなった。
	すべての情報を入手したかったから	2	自分の手の入る範疇の情報は一通り全部調べた。
情報元	信頼できる情報源(新聞)に掲載されていたから	3	5大紙には免疫療法の本の広告がバンバン載っていて、5大紙に出てるってことは、(掲載されている免疫療法は)信用されているものなんだと思った。
	知人や病院の医師から紹介されたから	2	知り合いから免疫療法のクリニックの話を聞いて、私もそこ(クリニックのサイト)へアクセスして全部調べて、先生にお会いして直接お話を伺って決めました。

3) 情報収集をした後の行動や当該免疫療法に対する気持ち

2つのカテゴリーと14のコードに分類された。表2では、実際の当該免疫療法の受療の希望別に示した。

受療の希望に関わらず出現したコードは、「怪しい」とともに、反対の意となる「信頼できる」や「免疫が上がるのは良いことだ」という当該免疫療法への漠然とした良いイメージであった。実際に受けたいと思わなかった人は、免疫療法を調べたり、クリニックを受診したりし

た後に、「怪しい」と感じていた。実際に受けたいと思った人は、免疫療法のクリニックの医師が時間をかけて丁寧に説明することなどから、全員が「怪しい」と思いつつも「信頼できる」と感じており、「少しでも効果があるならやったほうが良い」や「標準治療の効果を上げるためにやったほうが良い」、さらには「治療しないといけない」と語った人もいた。また、「家族が賛成した」ことが受療の後押しとなっていた。

表2 患者・家族が科学的根拠が不十分ながん免疫療法について調べた後のその治療法に対する気持ち

※実際には受療しようと思わなかった3名、実際に受療しようと思った2名

実際の受療の希望※	カテゴリー	コード	発言者数	発言例
実際には受療しようと思わなかった	否定的な気持ち	怪しい	2	免疫療法の広告にはなんか怪しい雰囲気を感じた。
		早期がんだから心配ない	1	結局ステージ2だったから、そんなに心配する必要のなかなと感じた。
		保険適用ではないことが気になる	1	免疫療法を調べると自由診療、保険適用でない情報がいっぱい出てきて気になった。
	肯定的な気持ち	信頼できる	1	自由診療、保険診療の違いは、単に保険から金が出るかどうかの違いだけで、悪いと思わなかった。
		払える金額であれば受けたい	2	ビタミン療法は比較的値段が安くて(300万円)良いと思った。
		免疫力が上がることは良いことだ	1	免疫細胞が元気になるれば良いというのはたぶん正しく、期待できると思った。
実際に受療しようと思った	肯定的な気持ち	信頼できる	3	免疫療法の話はそこまで怪しくはない印象だった。
		少しでも効果があるならやったほうが良い	2	文献上はエビデンスがまだ確立されていない状況ですけど、害がないもので、少しでも効果があればそれでいいと思った。
		完治できないがんのため受けたい	1	本来は標準治療が一番良いと思ったけれど、私の(希少)がんは完治は無理だと思っていて。
	肯定的な気持ち	補助的な治療だから気軽に受けられる	1	血液クレンジングならまだ良いかなと思って、免疫療法の手前というイメージで受けた。
		辛い治療は受けたくない	1	やっぱり抗がん剤は膨大な副作用がある。今は、抗がん剤をしていないおかげで、普通に過ごせてる。
		免疫力が上がることは良いことだ	1	免疫力が上がって抗がん剤が効くようになるだろうと思った。
		家族が賛成した	3	夫は、お金が足りなくてもそれは受けなきゃいけないと言ってくれた。
	否定的な気持ち	怪しい	3	とあるがん診療連携拠点病院の漢方外来で、祈祷をすすめるのはさすがに怪しいなと思って、途中で通院をやめた。
		100%安全とは言えない	1	免疫療法だからといって全く安全ではないと思ったので、細かに情報収集した。
		標準治療に影響し後悔した	1	自由診療で標準治療の薬を変えなきゃいけないなくなって、自由診療はダメなんだって心から思った。
		治験ではないので信頼できない	1	(当該免疫療法は治験ではないので)免疫療法の治験とかのほうが信頼できる。

4) 患者・家族とクリニックの医師及び標準治療を実施する医師とのコミュニケーション

① クリニックの医師とのコミュニケーション

2つのコードを抽出した。(表3-①) 当該免疫療法を受けたいと思った人は、クリニックの医師が「寄り添ってくれる」「丁寧な説明で安心できる」と感じていた。

② 標準治療を実施する医師とのコミュニケーション

2つのカテゴリーと8つのコードに分類された。表3-②では、実際の当該免疫療法の受療の希望別に示した。

今回の協力者のうち4名が標準治療を実施する医師に当該免疫療法について相談していたが、「医師は取り合ってくれない、医師は忙しく相談しにくい、寄り添ってもらえない」など感じていた。このように最初に相談した際に当該免疫療法について聞ける雰囲気ではなかったことから、「医師には言わない方がいい」との思いにつながっていた状況が想定された。また、実際に受けたいと思った人は、医師に当該免疫療法について相談した際に、「否定されなかった」と感じていた。

表3 患者・家族と科学的根拠が不十分ながん免疫療法を実施するクリニック（以下、クリニックの医師）の医師及び標準治療等を実施するがん診療連携拠点病院等の医師（標準治療を実施する医師）とのコミュニケーション

① クリニックの医師とのコミュニケーション

※実際に受療しようと思った2名のみ

実際の受療の希望*	カテゴリー	コード	発言者数	発言例
実際に受療しようと思った	クリニックの医師の態度	寄り添ってくれる	2	「一生面倒を見ます」と言ってくださって、遠いけどもしよかったら来てくださいって言ってくれて、今でもずっと行っている。
		丁寧な説明で安心できる	2	何を聞いても私の疑問にすべてピンポイントで答え、私ができるまで詳しく図にして説明してくださる。何か不安なこととか気になることとかありませんかって必ず聞かれるので、相談しやすい。

② 標準治療を実施する医師とのコミュニケーション

※実際には受療しようと思わなかった3名、実際に受療しようと思った2名

実際の受療の希望*	カテゴリー	コード	発言者数	発言例
実際には受療しようと思わなかった	標準治療を実施する医師の態度	標準治療を実施する医師は取り合ってくれない	1	例えばニンジンジュースとかどうですかって聞いたら、知りませんと言われ、会話が中止した。
	患者の気持ち	標準治療を実施する医師には言わない方がいい	1	なんとなく言わない方がいいかなと思った。
実際に受療しようと思った	標準治療を実施する医師の態度	標準治療を実施する医師には否定されなかった	3	医師は試してみるのもいいのかっていう感じで、免疫療法のクリニックについてはそんなに深く言っていなかった。
		標準治療を実施する医師は忙しいので相談しにくい	2	たった7日の手術入院で思ったのは、とにかく医師は忙しい。これが1番の難点。
	患者の気持ち	標準治療を実施する医師に寄り添ってもらえない	1	医師に「もう薬物療法をやめていいですか」って言ったらちょっとイラッとされた。
		標準治療を実施する医師には言わない方がいい	2	怒られそうで医師に食事のことなんて聞けなかった。
	標準治療を実施する医師には言わなければいけない	1	医師には(免疫療法をクリニックで受けることを)言わなきゃダメだと思った。	
	標準治療を実施する医師を信頼している	1	医師への不満は特になかったですね。ある程度信頼関係が出来ていたと思う。	

(2) 「標準治療を実施する医師」へのインタビュー

1) インタビューした標準治療を実施する医師の背景と相談される頻度

インタビューした医師は6名で、2施設のがん診療連携拠点病院に所属していた。所属する診療科は全て異なり、6診療科（呼吸器内科、消化器内科、肝胆膵内科、血液内科、腫瘍内科、小児腫瘍科）であった。診療する外来患者数は、約60-400名/月であり、当該免疫療法について相談される頻度は、1-3名/月であった。

2) インタビューでの標準治療を実施する医師の発言に見られた相談者の主な特徴

当該免疫療法に関して相談される患者や家族の性別は特に特徴がなく、年齢は、30-40代もしくは高齢者が多く、本人だけでなく家族からも相談されていた。また、当該免疫療法に関しての相談は、セカンドオピニオンで多く行われていたが、初診でも相談されていた。患者の状態としては、標準治療ができなくなった状態だけでなく、治療中や治療前の段階での相談も行われていた。多くの医師は、相談者がインターネットから情報収集していることが多い印象を持っていた。それ以外の情報源としては、家族・友人、小児の入院患者やその親があげられた。

3) 標準治療を実施する医師からみた患者や家族の免疫療法に関する情報収集の内容

自由診療で免疫チェックポイント阻害薬であるオプジーボを低用量で用いることや樹状細胞療法、丸山ワクチン、養子免疫療法などについて質問や相談をしていた。患者や家族からの相談は、「先生、こういうのがあるんですけど、どう思います?」、「いくらお金かかってもいいから、自由診療でなんかありませんか?」といったフレ

ーズで始まっており、標準治療を実施する医師は患者や家族が当該免疫療法を受けることについて迷っていることを感じていた。

4) 標準治療を実施する医師から患者や家族への説明方法

相談された際の標準治療を実施する医師からの説明方法は、表4に示した6つのカテゴリーと19のコードに分類された。カテゴリーは「当該免疫療法を否定する/しない、場を設定する、納得がいく決定を促す、標準治療等のメリットを説明する、デメリットの確認を促す、他の選択肢を考えてもらう」であった。

説明のスタンスとして、当該免疫療法の説明を否定から入るタイプと否定しないタイプがあった。限られた通常の診療時間では十分な説明ができないことから、特に、標準治療が終了した人や他の治療法がない人が当該免疫療法を希望した場合には、悪い知らせの伝え方(Baile et al., 2000; Buckman, 1992; 内富庸介 & 藤森麻衣子, 2007)を意識して場を設定し、時間をとって説明していた。

また、本人の気づきを促し、自分で決めて良いことを伝えることにより、患者が自分で納得ができる決定を促すことを心がけていた。標準治療等のメリットについては、全ての医師が説明しており、情報の吟味の仕方についての説明などにより確かな情報の理解を促し、当該免疫療法に科学的根拠が不十分であることを説明し、抗がん剤との併用でのデメリットやリスクなどにも目を向け確認することを促していた。さらに、コストや患者の時間とエネルギーを考慮して、他の選択肢を考えることにも言及していた。

なお、説明以外の対応として、当該免疫療法を受療後に困らないように緩和医療や在宅診療を手配していた。

表4 標準治療等を実施するがん診療連携拠点病院等の医師（標準治療を実施する医師）から相談者（患者・家族）への説明方法

医師6名の発言より分析、同じ医師でも状況により対応は異なる

カテゴリー	コード	発言者数	説明方法や説明フレーズの例
当該免疫療法を否定する/しない	当該免疫療法を否定する	3	まず全否定から入る。
	当該免疫療法を否定しない・寄り添う	3	否定しない。患者の味方であることを伝える。
場を設定する	時間をとって説明する	3	時間を気にせず話す。長い時は1時間くらいかかる。標準的な診察時間の1人5分ぐらいに、5分程度プラスして話す。

納得がいく決定を促す	自分で決めて良いことを伝える	1	「(当該免疫療法を実施するクリニックへ) 行かない方がいいですけど、行ってもいいですよ。」
	本人の気づきを促す	1	「お金を払っても今やめた方が良い。」と言うことをご本人に気付いてもらう。
	正しい情報により判断してほしいことを伝える	1	医者の仕事はどっちが正しいかを選ぶのではなくて、正しく情報を伝えるということだから、最終的に納得して選んで欲しいことを伝える。
	価値観について話す	1	何を大事にしたいかをよく考えていただく。
標準治療等のメリットを説明する	情報の吟味の仕方を伝える	5	「効果があるならば世界中で行われているはずなのに、行われていないってことは何か理由があると思いませんか。」
	科学的根拠が不十分であるということを説明する	4	「一人効いた患者さんがいたからといって、その患者さん本人に効くとは限らないので、何 10 人、何 100 人を調べないと確たることは言えないんです。」
	標準治療、治験、自由診療の違いについて説明する	2	「治療には 3 種類あって、標準治療と新薬の治験、代替療法とかの免疫療法があって、そのどれに属するかを自分で考えてみましょう。」
	標準治療の悪いイメージを払拭する	1	「抗がん剤の治療では確かに辛いこともあるけど、減らす方法がいっぱいあって、一回起こっても減量とかで対応できます。」
	緩和医療の方が返って長生きできることを説明する	1	「緩和治療があなたを長生きさせて、1 番楽に付き合える方法です。一般的な手立てがないからするのではなく、それがベストです。」
デメリットの確認を促す	抗がん剤との併用でのデメリットを伝える	3	「感染症のリスクがあったり、今まで抗がん剤との併用データがないから、抗がん剤治療の副作用を増したり、効果を減弱させたりする可能性があります。」
	安全性について考えてもらう	3	「安全って書いてあるけど、何を持って安全かということをちゃんと聞いてみる方がいいですよ。」
	クリニックでの確認を勧める	2	「責任を持って全部診てもらえるかを確認してください。」
	医療従事者に聞くことを勧める	2	「ネットの情報が分からなければ必ず医者に聞いてから判断してください。」
他の選択肢を考えてもらう	お金の無駄遣いとなることを伝える	4	「お金がかからなければ良い。お金がかかる時は、やっぱりビジネスなんだから、吟味してほしい。」
	治療以外のことを勧める	4	「美味しいものを食べたり、温泉に行ったほうがいいんじゃないですか。」
	治験を勧める	2	「治験はお金がかからないから、その薬が効くか効かないかわからないけど、効くと信じて企業が投資してるんだから試験に入る意義がある。」

5) 標準治療を実施する医師の患者や家族からの相談対応時の悩み

標準治療を実施する医師の苦慮した事例に関する語りに含まれた悩みは、表 5 に示した 3 つのカテゴリーと 4 のコードに分類された。標準治療を実施する医師は、クリニックの医師と意見が相違していてもはっきりと否定できないことや、本当に良くしてもらったと感じて信頼を寄せているクリニックの医師のことを悪くいえないこ

とに苦慮していた。また、決めてしまってからでは説明してもなかなか本人の価値観が変わらないことに苦慮し、悩んでいた。

いずれの医師も確かな情報の理解を促し、納得して治療を受けてほしいという想いは同様で、悩みながらも相談があった際には可能な限りの対応を行っていた。しかし、限られた診療時間での説明には限界を感じている様子であった。

表5 標準治療等を実施するがん診療連携拠点病院等の医師（標準治療を実施する医師）の相談対応時の悩み

医師6名の対応に苦慮した事例に関する発言より分析

カテゴリー	コード	発言者数	発言例
クリニックの医師と患者への説明が相違する	クリニックの医師と意見が違う	3	「クリニックでは抗がん剤と併用しても問題ないと説明するので、こちらの説明と食い違う。」
クリニックの医師の意見を否定できない	他の医師による説明を否定できない	2	「患者さんが他院さんで聞いてきた情報を打ち消すことは少し違う気がする。権利がないと思う。」
	患者が信頼しているクリニックの医師のことを悪く言えない	1	「患者さんは、クリニックの先生に本当に良くしてもらったと思っているので、その先生の話を否定するようなことはできない。」
患者の価値観が変わらない	決めてしまってからでは、いくら説明しても価値観が変わらない	2	「患者さんが決めてしまってからではどれだけ説明しても、軌道修正ができない。」

4. 考察

自由診療としてクリニック等で行われる科学的根拠が不十分ながん免疫療法は、医学的に有益ではない治療であることが多く、身体的・精神的・経済的な被害にあうことも少なくない。本研究では、科学的根拠が不十分な治療の情報を収集して受療するまでの過程を明らかにするために、がん患者・家族及び医師双方に当該免疫療法についてのインタビュー調査を行い、各過程における状況とともに、患者の気持ちと医師の悩みを抽出した。なお、患者・家族については、当該免疫療法について語る心境になれない辛いご経験が含まれることがあることに加え、受療した患者が亡くなっていることがあることやオンラインでのインタビューに限定されたことなどから、5名のみでの協力となったが、貴重な語りとして分析した。

当該免疫療法の受療による被害を防ぐためには、情報取得者である患者自身のヘルスリテラシーを考慮した支援が重要なアプローチの1つであると考えられたことから、実施したインタビュー調査の分析により得られた患者の気持ちと医師の悩み、医師の説明方法に関する要素を、Sorensenらの定義(Sorensen et al., 2012)を拡張した中山ら(福田洋 & 江口泰正, 2016)のヘルスリテラシーのプロセスである「①情報入手②理解③評価④-1活用(意思決定)④-2活用(行動)」を用いて時系列に課題を整理した(図1)。なお、ヘルスリテラシーにはさまざまな定義があるがNutbeamらは「機能的ヘルスリテラシー、相互作用のヘルスリテラシー、批判的ヘルスリテラシー」の3つに分類している(Nutbeam, 2000)。

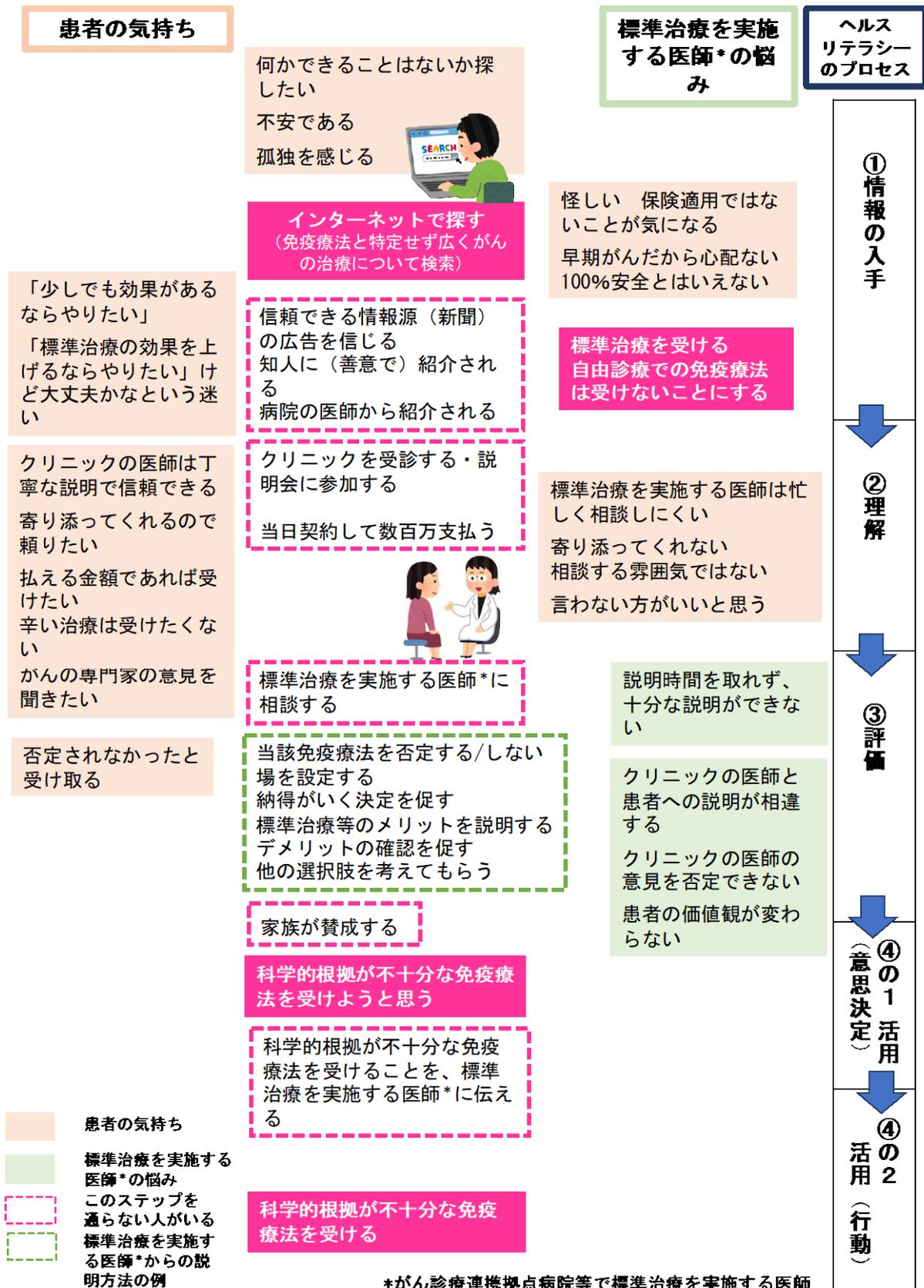
「①情報入手の段階」では、インターネットでの不適切な情報へのアクセス制限とともに、「機能的ヘルスリテラシー」の向上への支援が有効と考えられた。患者や家族、

知人は、何かできることはないか探したいという気持ちや不安などから当該免疫療法をはじめとした補完代替療法や食事やサプリメントなどによる民間療法といった科学的根拠が不十分な治療についての情報を収集していた。それらの情報は、医療関係者を通じてではなく、主としてインターネットから直接取得されていた。

インターネット上の治療情報については、2018年に医療法に基づく医療機関のウェブサイトの広告規制がなされ(厚生労働省, 2018b)、厚生労働省の委託事業として医療機関ネットパトロール(医療機関ネットパトロール, 2021)も行われているが、令和2年3月31日時点でがん医療に関する違反サイトは65サイトであったと報告されており(厚生労働省, 2020)、摘発されている数は限定的と考えられる。この背景には、巧みに規制を逃れる手法もあり、防ぎ切ることはできていない。そこで、「機能的ヘルスリテラシー」の向上への支援として、関連する確かな情報を提供し、情報取得者である患者・家族等が広告に惑わされないなどのICTリテラシーを高めることによりインターネットで適切な情報にアクセスしやすくすることも重要であると考えられた。

「②理解から③評価の段階」では、患者・家族が得た情報について医療者に十分に相談できる体制や患者自身の不安に寄り添い、孤立させないために、がん相談支援センターなどの他に相談できる人に繋げられる体制の整備が必要と考えられた。その上で収集した情報の信頼性に疑問を持つ、正しいかどうか聞いたり、調べたりするなどの「批判的リテラシー」や自分の考えを医師や身近な人に伝えるなどの「相互作用のヘルスリテラシー」の向上が重要となると考えられた。

図 1 患者が自由診療としてクリニック等で行われる科学的根拠が不十分ながん免疫療法を受けるまでの患者の気持ちと医師の悩みの流れ及び対応するヘルスリテラシーのプロセス（インタビュー調査を分析したコードを基に作成）



調査では、患者は、集めた情報を「怪しい」と思いつつも、多忙な本来の標準治療を実施する医師には話せないと感じて、寄り添ってくれるクリニックの医師に信頼を寄せており、潜在的に多くの患者が標準治療を実施する医師に相談できていない可能性が示唆された。患者への調査では、「医師は忙しいので相談しにくい」、「医師には言わないほうがいい」などそもそも標準治療を実施する医師に相談しにくかった/できなかった状況が多く語られた。これらは、患者と医師との間でのミスコミュニケーションの原因の一つと考えられ、患者が取得したインターネットの情報を、標準治療を実施する医師に伝えると医師の意見を否定していると受け取られたり、医師が嫌がるのではないかなどなどの相談すること自体の障害を取り除くことも必要であると思われた(Tan & Goonawardene, 2017)。

また、本調査からは、患者自身が玉石混淆の情報自体を評価することは難しいことから、情報源や説明してくれる人自体が信頼できるかどうか情報が評価に影響していることが考えられた。患者インタビューでは、十分な説明の時間をとれない標準治療を実施する医師よりも時間をとって丁寧に説明してもらえるクリニックの医師を信頼したくなる状況が語られた。特に、希少がんや進行がんの患者が、「孤独」や「情報のなさ」を感じた時に頼りたくなる傾向が窺えた。これらの状況は標準治療を実施する医師が、相談された際に限られた診療時間では十分に対応しきれない場合があり、標準治療を実施する医師の対応のみでは限界があることを示唆した。ここに対処するためには、例えば標準治療や緩和医療に関する説明資料の充実や、医師以外の医療従事者からの情報提供などが考えられる。

さらに、調査では標準治療を実施する医師が相談を受けた時に患者の迷いを感じているとの発言があった。多くの情報が利用可能になるにつれて患者はより多くの指導を必要とするようになることや、本研究の対象のような補完代替療法を考えた際には、患者は信頼できる情報源として医師に専門家としての意見を求めることが多く、Google 検索の際に医療者から良いサイトを推薦してほしいと思っていると報告されている(Gallagher & Ewer, 2017; Lee et al., 2017)。このことから、批判的リテラシーの向上への支援とともに、患者の不安が強い診断直後や当該免疫療法に興味を持って迷っている段階でタイミング良く正しい情報を提供できることが望ましいと思われた。

④-1 活用(意思決定)の段階では、患者と医師との間でミスコミュニケーションが起きている可能性が示唆され、患者と医師双方へのコミュニケーションの促進が必要と考えられた。家族へのアプローチの必要性も示唆された。

本調査で、医師は患者が信頼を寄せているクリニックの医師の話を否定しにくいことから明確な否定ができないと語った一方で、患者は、標準治療を実施する医師に「否定されなかった」と語っていた。標準治療を実施する医師が完全に否定できないことを、患者は医師に否定されな

かったと受け取っている場合があると想定された。

また、標準治療を実施する医師が否定しきれないのは、「すべての医療が不確実である」(康永秀夫, 2018)ことから科学的根拠が不十分である治療が奏効する可能性が限りなく低くても、可能性がゼロであることを証明できないことにもよると考えられる。アメリカ合衆国保健福祉省のモノグラム(U.S. Department of Health and Human Services, 2007)では、医師と患者が医療は本質的に不確実であることを共有し、患者中心の意思決定が行われることが望ましいとされている。これらの医師の気持ちについて、別途啓発資料などで患者に伝えることや、標準治療を実施する医師に、上述のようなミスコミュニケーションが起こりうることを伝えることなどにより、患者中心のコミュニケーションを支援できると良いと思われた。

さらに、本調査で患者が受療しようと思った契機として「家族が賛成した」があげられたことから、欧米よりもアジア諸国では意思決定に家族の影響が多いとの報告も踏まえ(Searight & Gafford, 2005)、この段階での家族への支援も必要であることが示された。

④-2 活用(行動)の段階に入った場合には、標準治療を実施する医師に話があった時には、すでにクリニックと契約し入金済みであるなどの状態で当該免疫療法の受療を止められない場合が多いとのことから、この段階に入る前までに防ぐことが必要であると考えられた。

本領域のような科学的根拠が不十分な治療が混在する領域で情報を正しく活用していくためには、ヘルスリテラシーへのアプローチとともに、標準治療を実施する医師とのミスコミュニケーションを防ぎ、患者中心のコミュニケーションを支援することや患者や家族を孤立させず、がん相談支援センターなどの相談窓口にもつなげていく体制の整備など多面的なアプローチが必要であることが示唆された。本研究では、被害の生じる可能性の高い当該免疫療法のみを対象としたが、語られた患者・家族や医師の悩みは、今後次々と台頭してくる最新の治療と謳う科学的根拠が不十分な治療においても、不確実性に向き合いながら意思決定をしていく点で、同様の課題が生じて来ることを示唆する。今後多面的なアプローチについて検討がなされ、被害にあう人が一人でも少なくなるために、多くの人の手がさしのべられていくことが期待される。

限界: 本研究の調査協力者は一部のがん診療連携拠点病院の医師であり、標準治療を実施する医師の対応は地域や病院の体制などにより異なる可能性が考えられる。また、患者・家族も、オンラインでのインタビューが可能な人に限定され、インターネットが苦手な人などの状況は含まなかった。今後対象を広げた検討が期待される。

医師の説明方法については、過去の経験からの語りを分析しており、個々の医師が必ずしも発言した対応を常に行な

っているわけではなく、患者の背景や相談時の状況に応じた対応がなされていると考えられる。また、本研究の対象である治療の科学的根拠の集積や取り巻く医療の状況などの変化により、本件に関する患者－医師間のコミュニケーションも変化していくことが想定される。

5. 結語

自由診療としてクリニック等で行われる科学的根拠が不十分ながん免疫療法は、医学的に有益ではない治療であることが多く、身体的・精神的・経済的な被害にあうことも少なくない。がん患者及び医師双方へのインタビューに基づく質的研究により、当該免疫療法の受療による被害の防止には、ヘルスリテラシーの向上に向けた支援とともに標準治療を実施する医師とのミスコミュニケーションを防ぎ患者中心のコミュニケーションを支援することや相談体制整備など、多面的なアプローチが必要であることが示唆された。

謝辞 インタビュー調査にご協力くださった患者・家族・医師の皆様には心から感謝申し上げます。また、本インタビュー調査の協力者募集にご尽力くださった全国一般社団法人 全国がん患者団体連合会及び同会の松本陽子氏、国立がん研究センター患者・市民パネル事務局の皆様には御礼を申し上げます。

研究資金

本研究は、令和2年度厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合事業「科学的根拠に基づくがん情報の迅速な作成と提供のための体制整備のあり方に関する研究：代表研究者 若尾文彦」から支援を受けた。

利益相反自己申告

本報告において、申告すべき利益相反はない。

引用文献

- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- Buckman, R. (1992). *How to Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals*. Johns Hopkins Univ Press.
- Gallagher, C., & Ewer, M. (2017). *Ethical Challenges in Oncology: Patient Care, Research, Education, and Economics*. Academic Press (清水千佳子, 高島響子, 森雅紀.(2020). *がん医療の臨床倫理* (医学書院)
- Kashihara, H., Nakayama, T., Hatta, T., Takahashi, N., & Fujita, M. (2016). Evaluating the Quality of Website Information of Private-Practice Clinics Offering Cell Therapies in Japan. *Interactive Journal of Medical Research*, 5(2), e15. <https://doi.org/10.2196/ijmr.5479>
- Krippendorff, K. (1981). *Content Analysis: An introduction to its*

methodology. SAGE.

- Lee, K., Hoti, K., Hughes, J. D., & Emmerton, L. (2017). Dr google is here to stay but health care professionals are still valued: An analysis of health care consumers' internet navigation support preferences. *Journal of Medical Internet Research*, 19(6), 1–9. <https://doi.org/10.2196/jmir.7489>
- McLeod, S. D. (1998). The Quality of Medical Information on the Internet: A New Public Health Concern. *Archives of Ophthalmology*, 116(12), 1663–1665. <https://doi.org/10.1001/archophth.116.12.1663>
- Mian, A., & Khan, S. (2020). Coronavirus: The spread of misinformation. *BMC Medicine*, 18(1), 18–19. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01556-3>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Patrick, K. (2000). Information technology and the future of preventive medicine. Potential, pitfalls, and policy. *American Journal of Preventive Medicine*, 19(2), 132–135. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(00\)00189-6](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(00)00189-6)
- Searight, H. R., & Gafford, J. (2005). Cultural diversity at the end of life: Issues and guidelines for family physicians. In *American Family Physician*, 71(3), 515–522.
- Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Tan, S. S., & Goonawardene, N. (2017). *Internet Health Information Seeking and the Patient-Physician Relationship: A Systematic Review Corresponding Author*: 19. <https://doi.org/10.2196/jmir.5729>
- U.S. Department of Health and Human Services. (2007). *patient-centered communication in cancer care*. National Institutes of Health. https://cancercontrol.cancer.gov/sites/default/files/2020-06/pcc_monograph.pdf
- Zarocostas, J. (2020). How to fight an infodemic. *Lancet (London, England)*, 395(10225), 676. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30461-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30461-X)
- 下井辰徳, 後藤悌, & 藤原康弘. (2017). 免疫療法の不適切使用の実態と問題点. *がん分子標的治療*, 15(2), 138.
- 内富庸介, & 藤森麻衣子. (2007). がん医療におけるコミュニケーション・スキル: SHAREとは. In *がん医療におけるコミュニケーション・スキル -悪い知らせをどう伝えるか* (p. 10). 医学書院.
- 医療問題弁護団. (2014). 団員解決事件 *がん免疫療法・遺伝子治療*. <https://iryo-bengo.com/wp/incidents/>
- 医療機関ネットパトロール. (2021). <http://iryokoukokukopatroll.com/>
- 厚生労働省. (2018a). *がん対策推進基本計画 (第3期) <平成30年3月>*. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000196975.pdf>

- 厚生労働省. (2018b). 医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関する広告等に関する指針（医療広告ガイドライン）等について.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000206553.html>
- 厚生労働省. (2020). 第14回医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会資料.
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_12139.html
- 康永秀夫. (2018). すべての医療は「不確実」である. NHK出版.
- 日本臨床腫瘍学会. (2016). 免疫チェックポイント阻害薬（ニボルマブ（オプジーボ®）、イピリムマブ（ヤーボイ®））などの治療を受ける患者さんへ.
<https://www.pmda.go.jp/files/000213147.pdf>
- 最高裁判所. (2005a). H17.6.23東京地方裁判所 平成16年(ワ)第1746号損害賠償請求事件.
https://www.courts.go.jp/app/files/hanrei_jp/484/005484_hanrei.pdf
- 最高裁判所. (2005b). H17.6.23東京地方裁判所 平成16年(ワ)第2952号損害賠償請求事件.
https://www.courts.go.jp/app/files/hanrei_jp/483/005483_hanrei.pdf
- 福田洋, & 江口泰正. (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.

***責任著者 Corresponding author : 早川雅代**
e-mail: hayakawam-tky@umin.ac.jp

原著論文

オンライン授業におけるカウンセリング動画活用型 コミュニケーション演習の実施可能性および有用性 Feasibility and Effectiveness of Online Lecture-based Medical Communication Skills Training Using a Counseling Video

市倉加奈子¹⁾、守屋利佳²⁾、千葉宏毅²⁾、井上彰臣³⁾⁴⁾、渡辺和広⁴⁾、荒井有美⁵⁾、
島津明人⁶⁾、深瀬裕子¹⁾、村瀬華子¹⁾、田ヶ谷浩邦¹⁾、堤明純⁴⁾

ICHIKURA Kanako¹⁾, MORIYA Rika²⁾, CHIBA Hiroki²⁾, INOUE Akiomi³⁾⁴⁾, WATANABE Kazuhiro⁴⁾,
ARAI Yumi⁵⁾, SHIMAZU Akihito⁶⁾, FUKASE Yuko¹⁾, MURASE Hanako¹⁾,
TAGAYA Hirokuni¹⁾, TSUTSUMI Akizumi⁴⁾

- 1) 北里大学医療衛生学部保健衛生学科
Department of Health Science, Kitasato University School of Allied Health Sciences
- 2) 北里大学医学部医学教育研究部門
Department of Medical Education, Kitasato University School of Medicine
- 3) 産業医科大学 IR 推進センター
Institutional Research Center, University of Occupational and Environmental Health, Japan
- 4) 北里大学医学部公衆衛生学
Department of Public Health, Kitasato University School of Medicine
- 5) 北里大学病院 医療の質・安全推進室
Department of Patient Safety and Hospital Administration, Kitasato University Hospital
- 6) 慶應義塾大学総合政策学部
Faculty of Policy Management, Keio University

Abstract

Aim: This study evaluated the impact of online lecture-based communication skills training on students' comprehension and confidence in communication. The students were enrolled in study programs to obtain licenses to become a clinical psychologist, physical therapist, occupational therapist, speech therapist, or orthoptist.

Methods: The students watched a 30-minute e-learning program and undertook practical communication training using a 90-minute counseling video, which was developed to make students think about the counselors' responses to their clients' problems. A self-completed questionnaire tested the students' understanding using the Listening Skills Scale and a visual analog scale for comprehension and confidence related to communication. The questionnaire scores were measured before e-learning, after e-learning, and after the lecture, and then compared.

Results: Among the 139 students, there was no significant difference in their Listening Skills Scale scores across the three time points. However, the scores for comprehension of communication with patients, confidence in communication with patients, and confidence in clinical training or clinical practice increased significantly from before e-learning to after the lecture.

Conclusion: Our findings suggest that online lecture-based medical communication skills training using counseling videos contributes to improving students' comprehension and confidence in medical communication and clinical practice.

要旨

目的：公認心理師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・視能訓練士を目指す学生に対してオンライン授業におけるカウンセリング動画活用型のコミュニケーション演習を実施した際、学生の理解と自信が向上するかどうかを調査した。

方法：オンライン授業は、e-learning 事前学習（30分）とカウンセリング動画活用型コミュニケーション演習（90分）で構成された。演習では、カウンセリング動画を視聴させ、医療者がどのように応答するかを考えさせた。「聞き方スキル尺度（石井・新井，2017）」「コミュニケーションに対する理解と自信（独自作成 Visual Analogue Scale）」は、自己記入式ウェブアンケートを用いて事前学習前、事前学習後、演習後の3時点で実施された。

結果：事前学習前のアンケート回答者は139名である。聞き方スキルに3時点で変化はみられなかったが、患者とのコミュニケーションに対する理解、患者とのコミュニケーションに対する自信、臨床実習や実践に対する自信は、事前学習前から演習後で向上していた。

結論：オンライン授業におけるカウンセリング動画活用型コミュニケーション演習を実施することで、学生のコミュニケーションや臨床に対する理解と自信につながる可能性が示された。

キーワード：医療コミュニケーション／医療者教育／カウンセリング／オンライン教育

Keywords: health communication; healthcare professional education; counseling; e-learning

1. 背景と目的

医療現場における患者と医療者のコミュニケーションは、患者の症状や状況を把握し、専門的な知識や情報を伝える、という双方向的なやりとりである。そのため、それぞれの医療者が専門的なスキルを発揮するうえで、こうした患者と医療者とのコミュニケーションを円滑に進めることが重要である。また患者と医療者との良好なコミュニケーションによって信頼関係が築かれるだけでなく、患者の治療アドヒアランスや生活の質（Quality of Life: QOL）の向上に寄与することも明らかにされている [1,2]。逆に、コミュニケーション上の齟齬があると、患者の苦情や、患者と医療者との意思の不一致につながる。したがって医療者にとってコミュニケーションを円滑に進めるためのコミュニケーションスキルは、重要な素養であると言える。

このようなコミュニケーションスキルはトレーニングによって向上する可能性が示唆されている [3]。たとえば、患者に共感を示すコミュニケーションスキルとして、アイコンタクトやあいづちを活用したり、相手の非言語的な感情に目を向けるといったトレーニングを受けた医療者とのやりとりでは、患者が満足感を得られやすいことが分かっている [4]。これは、医療者を目指す学生においても同様で、近年では卒前教育カリキュラムとしても医療コミュニケーションが組み込まれている。しかし、こうしたコミュニケーションスキル向上を目指した授業をどのように展開するかについては、体系化されておらず、各教員に一任されてきた。

実際にコミュニケーション演習の授業でよく用いられる方法の1つとしてロールプレイがある。ロールプレイは、与えられたシナリオに応じて医療者や患者の役割を演じる演習方法で、医療者としてのスキル向上や自己理解促進につながるとして古くから活用されてきた [5,6]。また、とくに近年は、ロールプレイがなぜ有効であるのかに着目されるようになり、役割を演じたり、フィードバックを受けるといった形式的なこと以上に、様々な視点に立つことで気づきを得るプロセスが重要であると指摘されている [7]。したがってロールプレイという形式にとらわれず、学生が医療者の立場で患者へのコミュニケーションを考える機会こそが重要であると考えられる。

さらに、新型コロナウイルス感染症の拡大などによって対面での講義が難しい場合も生じる昨今、オンライン授業でも実践しやすいコミュニケーション演習の開発が求められている。医学教育全体では、すでに複数の先行研究からオンライン授業が医療者を目指す学生の知識やスキル

の向上に十分に寄与することが明らかとなっている [8]。日本の医学教育でも、オンライン授業に関する実践報告が増加し、有効性に期待が寄せられている [9,10]。こうした中で、医療者のコミュニケーションスキル教育に関しては、オンライン授業でも主観的な知識や自信の向上に寄与することが報告され始めている [11]。しかし、医学生を対象とした卒前教育の研究では、デジタルコンテンツを活用した一方的な教育ではコミュニケーションスキルに関する知識向上をもたらすかどうか定かではないことが指摘されている [12]。これらを踏まえるとオンライン授業の中で双方向的なコミュニケーションスキル教育を実現するための工夫が重要であると考えられることができる。

これに対し、我々は講義形式のオンライン授業において実践的なコミュニケーションスキルを学べる手法を検討してきた。先述した通り重要なことは医療者側の視点に立って考えるプロセスと、講義や書籍から学んだ基本的なスキルを実際に試すことでその意味を確認する作業によって学びを深めることである [13]。したがって我々は、医療者の視点で患者への声掛けを考えることのできる教材として、医療者の応答が無音声かつ吹き出しとなっているカウンセリング動画の開発を行った [14,15]。加えて、e-learning をロールプレイなどのペア学習前に活用することで、コミュニケーションに関する学習効果を高めることはすでに知られていることから [16]、積極的傾聴を学ぶことを主眼に開発された e-learning 教材を使用後に、上記のカウンセリング活用型コミュニケーション演習を実施することが有効ではないかと考えた。

したがって本研究では、e-learning 事前学習およびカウンセリング動画活用型コミュニケーション演習をオンライン授業で実施することで、医療者を目指す学生のコミュニケーションに対する理解や自信を促進するかどうか検証することを目的とし、その実施可能性および有用性について検討した。

2. 方法

(1) 対象と手続き

本学医療衛生学部「発達心理学（約 150 名）」および大学院医療系研究科「臨床心理学II（約 10 名）」の 2020 年度講義では、コミュニケーションについて e-learning の事前学習およびカウンセリング動画活用型コミュニケーション演習がオンライン授業の中で行われた。それぞれの講義は、医療系専門職の資格取得を目的としたコースの必修または選択必修科目として設置されており、公認心理師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士を目指す学

生が参加していた。講義では、e-learning 事前学習前（講義 1 週間前）の Time 1, e-learning 事前学習後（講義 1 週間前～講義直前）の Time 2, ロールプレイ演習後（講義直後～講義 1 週間後）の Time 3 の 3 時点で Google フォームを用いた無記名・任意の自己記入式アンケートを実施しており（Table 1）、本研究ではこれらのデータを解析することとした。

(2) 演習内容

講義は、e-learning による事前学習およびカウンセリング動画をを用いたコミュニケーション演習で構成されている（Table 1）。事前学習用の e-learning 教材は、「基本コミュニケーション」および「医療コミュニケーション」に関する動画で構成され、視聴時間は合計でおよそ 30 分である。「基本コミュニケーション」は、積極的傾聴の本質を学ぶ目的で開発され [14,15]、積極的傾聴や問いかけの仕方について良い聞き方と注意したい聞き方の実践例を観察しながら理解する内容となっている（Figure 1）。「医療コミュニケーション」は、医療現場で遭遇する対応が難しい患者（イライラや多弁など）への応答のコツがスライド形式で提示され、受動的に学習する内容である（Figure 1）。

コミュニケーション演習は、オンライン会議システム Zoom を用いた講義型授業の 1 コマ（90 分）の中で実施された。講義では、まず e-learning 教材で学んだ良い聞き方の復習として、医療者と相談者の会話文を読み、医療者が用いている技法（うなずき・あいづち、感情への応答、意味への応答、事柄への応答）がどれに該当するかを選択して、ワークシートに回答する、という課題を行った。つぎに、我々が過去に開発した医療者の応答を考えさせるカウンセリング動画を学生に視聴させた [14,15]。この動画に登場する女性患者は、体調が悪いという悩みを打ち明ける内容で、症状は冷えや不眠など一般的にどのような職種でも遭遇しうる症例となっている。これに対し、医療者の応答が無音声かつ吹き出しとなっており（Figure 2）、学生が吹き出しに当てはまる応答を考えていくワークを実施する。開発当時、医学部ではグループワークにて実施されていた教材であるが、本講義ではオンライン授業で試用するため、各自で個人ワークを実施させることとした。具体的には、動画を一言ずつ停止しながら、全 6 か所の応答を各自で考えるように指示し、ワークシートを書き終えた後、停止せずに動画を連続再生し、違和感のあった応答を各自で修正しながら完成させた。ワーク終了後、1 か所ずつどのように記載したかを教員から尋ね、Zoom のチャット機能に記載していくよう求めた。教員はチャットの内容を確認しながら、重複した回答、工夫された回答などを取り上げ、望ましい応答の仕方についてフィードバックを行った。その際、必ずしも正解の応答があるわけではないこと、相手の状況や性格によって応答の仕方が異なることなどについて意識的にコメントし、断定的な伝え方をしないよう

考慮した。

(3) 調査材料

基本情報

性別、学年、学科、志望職種について、Time1 のアンケートで記載を求めた。

聴き方スキル

相手の話を傾聴するスキルを自己評価する指標として、聴き方スキル尺度を用いた [17]。本尺度は「相手の話は最後まで聴くことができる」などの 17 項目から成り、「話し手が話し易くなるような雰囲気や動作を伴った聴き方」および「話し手の話を促進したり確認したりする聴き方」の 2 下位尺度で構成されている。回答は「まったく当てはまらない」から「よく当てはまる」の 5 件法であり、先行研究にて信頼性・妥当性が確認されている [17]。

コミュニケーションに関する理解と自信

コミュニケーションや臨床に対する理解と自信について自己評価する指標として標準化されたものは今までにない。本研究では、教育目的で講義の理解および実習への自信について確認する際に使用した Visual Analogue Scale (VAS) を評価に用いた。質問項目は教員が独自に作成したものであり、「他者とのコミュニケーションに対する理解」「他者とのコミュニケーションに対する自信」「患者とのコミュニケーションに対する理解」「患者とのコミュニケーションに対する自信」「臨床実習に対する自信」「卒業後の臨床実践に対する自信」の計 6 項目について、それぞれ 0-100% で回答を求める形式であった。なお、他者とのコミュニケーションは e-learning 教材の「基本コミュニケーション」、患者とのコミュニケーションは同教材の「医療コミュニケーション」に関する理解および自信について尋ねることを意図したものである。これらの質問項目に対しては信頼性および妥当性が確認されたものではないが、一般的に習熟度を評価する手法として VAS が用いられていることを考慮して作成されている [18]。

(4) 統計解析

まず、対象者の特性について記述統計量を算出した。つぎに、聴き方スキルおよびコミュニケーションに関する理解と自信について、Time 1, Time 2, Time 3 の 3 時点における平均値と標準偏差を算出したうえで一元配置分散分析を実施し、ボンフェローニ法による多重比較によって平均値の差を比較し、効果量を示した。また、大学院生のみサブグループについても 3 時点の平均値と標準偏差を算出し、効果量を示した。なお、分散分析の効果量として偏 η^2 値、Time1 から Time3 の多重比較の効果量として Cohen's d を用い、有意水準は .05 とした。解析には SPSS for Windows ver. 23 を用いた。

(5) 倫理的配慮

本研究は、北里大学医療衛生学部倫理審査委員会にて、その科学性・倫理性に関して審議された。その結果、教育目的で実施された授業アンケートの解析であり、完全匿名化されているため、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に非該当であると判断された（審査番号：2020-008）。ただし、最低限の倫理的配慮として、教育目的で実施されたアンケートを利用することについて、本学医療衛生学部および大学院医療系研究科の教育委員長に承諾を得るとともに、成績評価がすべて終了してから研究を開始した。なお研究としてアンケートで回収された情報を使用することについては、説明用紙を作成して上記講義に参加したすべての学生宛にメールを送信したうえで、拒否の機会を設け、1名でも承諾が得られない場合には解析を実施しないこととした。

3. 結果

本研究における参加者の属性は Table2 の通りである。講義に参加した学生 148 名のうち、無記名・任意の自己記入式アンケートに回答した学生は Time1 で 139 名、Time2 で 136 名、Time3 で 132 名であった。アンケート未回答の学生は最大 16 名 (10.8%) であり、3 時点での対象者の属性はおおむね均一であったと捉えられる。Time1 時点の属性について、性別は女性 96 名 (69.1%)、男性 43 名 (30.9%)、志望職種 (のべ数) は公認心理師 16 名 (11.5%)、理学療法士 44 名 (31.7%)、作業療法士 18 名 (12.9%)、言語聴覚士 34 名 (24.5%)、視能訓練士 31 名 (22.3%) であった。学年は、学部 2 年生 125 名 (89.9%)、学部 3 年生 4 名 (2.9%)、大学院修士 1 年生 10 名 (7.2%) であり、大学院生も含めいずれのコースにおいても臨床実習に参加する前の学生であった。

つづいて、一元配置分散分析によって 3 時点の平均値の差を比較した結果を Table3 に示す。まず、話の聴き方スキルの自己評価については 3 時点で有意差はみとめられなかった ($F=1.55, p=.21, \text{Cohen's } d=.21$)。つづいて、コミュニケーションに関する理解は、他者とのコミュニケーション、患者とのコミュニケーションいずれにおいても、3 時点で有意な差がみとめられ ($F=3.35, p=.04; F=9.68, p=.00$)、多重比較の結果から Time1 と比べて Time3 で理解度が向上していた ($\text{Cohen's } d=.31; \text{Cohen's } d=.51$)。また、コミュニケーションに関する自信は、他者とのコミュニケーションでは 3 時点で有意差がみとめられなかったものの、患者とのコミュニケーションについては、3 時点で有意な差がみとめられ ($F=2.80, p=.06; F=5.44, p=.01$)、Time1 と比べて Time3 で自信が向上していた ($\text{Cohen's } d=.29; \text{Cohen's } d=.40$)。さらに、卒前の臨床実習および卒後の臨床実践に対する自信はいずれも 3 時点で有意な差がみとめられ ($F=8.46, p=.00; F=4.99, p=.01$)、Time1 と比べて Time3 で自信が向上していた ($\text{Cohen's } d=.49; \text{Cohen's } d$

$=.38$)。つぎに大学院生のサブグループについて 3 時点での平均値の差を Table4 に示す。大学院生においても話の聴き方スキルの自己評価について、Time1 から Time3 で大きな変化はなかった ($\text{Cohen's } d=.22$)。またコミュニケーションに関する理解は、他者とのコミュニケーション、患者とのコミュニケーションいずれにおいても、Time1 から Time3 で大きく向上した ($\text{Cohen's } d=.91; \text{Cohen's } d=1.09$)。一方コミュニケーションに関する自信は、他者とのコミュニケーションでは Time1 から Time3 の変化が小さいものの、患者とのコミュニケーションについては Time1 と比べて Time3 で大きく自信が向上していた ($\text{Cohen's } d=.36; \text{Cohen's } d=1.13$)。さらに卒前の臨床実習および卒後の臨床実践に対する自信はいずれも、Time1 と比べて Time3 で自信が向上していた ($\text{Cohen's } d=1.03; \text{Cohen's } d=.64$)。

また、カウンセリング動画活用型演習では、参加したほぼすべての学生からチャットへの書き込みがなされた。チャットは双方向的なやりとりではなく、各自の回答を全体に向けて共有してもらう目的で活用し、教員は其中でいくつかの回答を取り上げてフィードバックを行った。学生が実際にチャットに書き込んだ回答例としては、「それはお辛かったですね」「いまの状態は苦しいですね」などの感情への応答や、「体調がすぐれないですね」などの事柄への応答が多く見られた。また、「もう少し具体的にお話してくださいませんか?」のように質問形式での応答、「几帳面な性格だからこそ、ミスをした自分を責めてしまわれたのですね」のように要約する形での応答なども見られ、個々に工夫した様々な回答が挙げられた。これに対して教員からは、「感情への応答を使った回答を考えた人が多いですね。これは相談者の気持ちに寄り添う対応として良い例ですね。」「質問で返してくれた人もいますね。これは e-learning の学習内容をよく理解して覚えてくれていますね。」「うまく患者さんの話を要約している人もいますね。これもいいですね。」など、レパトリーは無限にあることを理解できるよう意識し、自分なりの言葉で応答を考えたことに対するポジティブなフィードバックを行った。また「悩んでいたらだめですよ」のように、必ずしも不正解ではないながら、今回の教育趣旨から外れる回答に関しては「なるほど、このくらい言ってあげた方が良い場面もありますかね?でも、たとえばとても落ち込んでいる場面ではどうでしょうね?少し強く言われたような気持ちになってしまうこともあるでしょうか?」など、学生に考えさせる形式でフィードバックを行った。さいごには、応答の仕方によって決まった正解があるわけではなく、臨床経験を重ねながら生涯学びを継続する姿勢が重要であるという点を強調した。

4. 考察

本研究の結果から、オンライン授業において e-learning およびカウンセリング動画活用型コミュニケーション演習

を実施することで、医療者を目指す学生のコミュニケーションに関する理解や自信を促進する可能性が示唆された。これにより、ロールプレイを活用しない方法でも医療者の立場に立って患者への応答を考えるコミュニケーション演習を実施できることが示された。とくに本研究のようにカウンセリング動画を活用した演習を実施すれば、オンライン授業や人数の多い授業など、学生個々へのフィードバックが難しい環境下でも双方向的な演習を行うことができると考えられた。先行研究では医療者を目指す臨床実習前の学生において、患者や医療者とのコミュニケーションに対する不安が最も大きいとされており [19,20]、本研究で様々な環境で実施可能なコミュニケーション演習を提案し、コミュニケーションに関する理解や自信の向上に寄与し得ることを示した点は、意義深いものと考えられる。

今回の教育内容の要素は、e-learningによる事前学習とカウンセリング動画活用型コミュニケーション演習の2つに大きく分解される。まずe-learningの事前学習については、我々が開発当初から講義内で用いているものであり、その意図が十分に学生に伝わり、コミュニケーション演習の効果を促進することが確認されてきた [14]。e-learningは他分野においても多数の実践研究が報告され、従来の対面講義と同程度あるいはそれ以上の効果をもたらすと言われている [21,22]。その背景として、繰り返し視聴が可能であるという利点は大きい [21,23]。とくに、新型コロナウイルス感染症の拡大によって対面講義を最小限にする工夫が求められる昨今、このようなe-learning教材を広く活用することで充実した教育を提供していく必要がある。

つぎに、カウンセリング動画活用型コミュニケーション演習をオンライン授業で実施することは、今回はじめての取り組みであった。コミュニケーション教育の最大の特徴は、対話する相手との相互作用によって成り立っているため、決まった技法や応答があるわけではない。そのため、医療系大学の卒前教育では、コミュニケーション演習として医療者・患者・観察者など様々な視点に立って考えるプロセスが重要であると考えられ [13]、これまでロールプレイを活用した演習が行われてきた [4]。今回は教員と学生がともにオンラインに慣れていない時期の講義型授業という環境の中、ロールプレイの実施が困難であると考えられたため、カウンセリング動画を視聴しながら、医療者や患者の立場に立つという経験が得られるように講義の構成を検討した。なかでも、教育効果に寄与した点として、カウンセリング動画で吹き出し・無音声となっている医療者のセリフを回答として考えさせる作業過程が現実的なコミュニケーションを想像させたこと、チャットによる回答の共有によって教室で実施される対面講義のようなリアルタイムのフィードバックができたことが挙げられる。実際に、学生側の視点で検討された研究でも、e-learningのみでは質問への回答にタイムラグが生じることが課題とされ、オンライン講義においてチャットを活用した双方向

授業の展開を望んでいることが明らかにされている [23]。また、チャットの活用について、学生は「自分の意見を言いやすい」「全体の意見が整理しやすい」などの利点を感じていることも分かっている [24]。さらに、e-learningと実践的な演習のブレンド型学習が有効であることも踏まえると [16]、カウンセリング動画を視聴した後にチャットを活用した演習を実施したことによってe-learningで学んだ内容の理解が促進されたとも言える。

加えて大学院生のみにも焦点を当てた場合に、実施されたe-learningやカウンセリング動画活用型コミュニケーション演習の効果がやや大きくなる可能性も示唆された。本研究に参加した大学院生はすべて臨床心理学コースの学生であり、そのほかの講義でもロールプレイ演習などを通じたコミュニケーションに関する教育を受けている。コミュニケーションについては複合的に学びを深めることで理解や自信につながる可能性もあり、今後はこうした演習の組み合わせによる効果についても詳細に検討する必要がある。

一方で、このような形態の講義をさらに発展させていくために、いくつか工夫を加えるべき課題も挙げられた。第1に、教員1名が150名規模の講義においてすべてのチャットにリアルタイムでフィードバックすることは不可能であり、いくつか取り上げるとしても実際には限界があった。この点は、サポート教員やティーチングアシスタントなどの配置によって、複数名体制でフィードバックすることができれば学生の満足感が高まる可能性がある。あるいは、オンライン会議システムのブレイクアウトルーム機能などを用いることで、小グループ単位で各自の回答を共有する時間を作ることも丁寧な理解につながる工夫として考えられるだろう。第2に、チャットで意見を共有することによるプライバシーへの配慮も検討の余地がある。今回は講義中に手上げで発言することと同等ととらえ、誰の発言であるかが全体に公開されること、他者に知られたくない回答は記載しなくても良いことを口頭で伝えた。しかし、別のチャットソフトやアンケートシステムなどを活用して匿名で回答を集めることも可能であったと考えられる。また、主催者にのみ回答が届く投票機能などを用いれば、医療者の用いる技法（うなずき・あいづち、感情への応答、意味への応答、事柄への応答）の中で、自分が考えた応答はどのタイプに該当するのかを回答してもらい、共有することもできる。このように、演習方法に工夫を加えることで、本研究で実施されたコミュニケーション演習の有効性をさらに高めることも十分に可能であると考えられた。

本研究は、コミュニケーションに関するe-learning事前学習後に、オンライン授業の中でカウンセリング動画を視聴しながら医療者の応答を考えていくという演習が実施されたことで、医療者を目指す学生のコミュニケーションに対する理解や自信が促進されたという貴重な報告である。この結果から、オンライン授業においてもコミュニケ

ーションに関する実践的な演習が実施可能であり、学生が自信をもって臨床に向かう上で有用なものとなることが示唆された。ただし研究としては3点の限界がある。第1に、本研究で測定された理解や自信は自己記入式アンケートかつ標準化された尺度ではないという問題があり、実際にコミュニケーションスキル向上にまで寄与していたかどうかは定かではない。また、傾聴スキルの自己評価も本研究では向上が見られなかった。第2に、対照群と比較していない前後比較であり、有効性評価するにはデザイン上の課題がある。第3に、大学病院を有する私立大学における単施設研究であり、リクルートバイアスが生じた可能性を否定できない点である。今後は、他者評価でコミュニケーションスキルを測定するなどアウトカム評価の工夫を行う必要である。また、対面講義型授業との比較や、ほかの教材を活用した授業との比較を行うなど、研究デザイン上の課題を解決した上で、他施設と協働して検討していく必要がある。

謝辞

授業アンケートを研究の活用することに同意して下さった皆様にお礼申し上げます。

利益相反自己申告

本報告において、申告すべき利益相反はない。

引用文献

- Kim SS, Kaplowitz S, Johnston M V. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Health Prof* 2004;**27**:237–51. doi:10.1177/0163278704267037
- Neumann M, Wirtz M, Bollschweiler E, et al. Determinants and patient-reported long-term outcomes of physician empathy in oncology: a structural equation modelling approach. *Patient Educ Couns* 2007;**69**:63–75. doi:10.1016/j.pec.2007.07.003
- Wolstencroft J, Robinson L, Srinivasan R, et al. A Systematic Review of Group Social Skills Interventions, and Meta-analysis of Outcomes, for Children With High Functioning ASD. *J Autism Dev Disord* 2018;**48**:2293–307. doi:10.1007/S10803-018-3485-1
- Patel S, Pelletier-Bui A, Smith S, et al. Curricula for empathy and compassion training in medical education: A systematic review. *PLoS One* 2019;**14**:e0221412. doi:10.1371/journal.pone.0221412
- 川野雅資, 石川純子. ロールプレイングを用いたコミュニケーション教育. *看護教育* 2012;**53**:844–9.
- 山田俊介. カウンセリングの基礎学習としてのロールプレイに関する一考察. *香川大学教育実践総合研究* 2007;**14**:71–9.
- Vogel D, Meyer M, Harendza S. Verbal and non-verbal communication skills including empathy during history taking of undergraduate medical students. *BMC Med Educ* 2018;**18**:doi: 10.1186/s12909-018-1260-9. doi:10.1186/s12909-018-1260-9
- Tang B, Coret A, Qureshi A, et al. Online Lectures in Undergraduate Medical Education: Scoping Review. *JMIR Med Educ* 2018;**4**. doi:10.2196/MEDEU.9091
- 野平知良, 三苦博. COVID-19パンデミック下における行動医学を含む産婦人科オンライン実習の実践. *医学教育* 2021;**52**:247–52.
- 三好智子, 山根正修, 小崎吉訓, et al. COVID-19によるパンデミック下での医学科5年生に対するオンラインを用いたプロフェッショナルリズム・行動科学教育. *医学教育* 2020;**51**:279–81.
- Berg MN, Ngune I, Schofield P, et al. Effectiveness of online communication skills training for cancer and palliative care health professionals: A systematic review. *Psychooncology* 2021;**30**:1405–19. doi:10.1002/PON.5702
- Kyaw BM, Posadzki P, Paddock S, et al. Effectiveness of Digital Education on Communication Skills Among Medical Students: Systematic Review and Meta-Analysis by the Digital Health Education Collaboration. *J Med Internet Res* 2019;**21**. doi:10.2196/12967
- 田所撰寿. 学部学生に対するロールプレイを用いたカウンセリング演習の効果：授業乾燥カードによる学びのプロセスの検討. *作新学院大学・作新学院大学女子短期大学部 教職実践センター研究紀要* 2019;**7**:23–32.
- 千葉宏毅, 井上彰臣, 守屋利佳, et al. 医療系の学生間ロール・プレイ演習を促進する積極的傾聴学習に関する動画教材の開発. *日本シュミレーション医療協会誌* 2021;**9**:64–71.
- 井上彰臣, 堤明純, 守屋利佳, et al. 北里大学医学部における行動科学・行動医学教育の実践. *行動医学研究* 2020;**25**:152–8.
- 藤代昇丈, 宮地功. ブレンド型授業による英語の音読力と自由発話力に及ぼす効果. *日本教育工学会論文誌* 2009;**32**:395–404.
- 石井琴子, 新井邦二郎. 聴き方スキル・話し方スキル尺度の作成ならびに適応との関係について. *東京成徳大学臨床心理学研究* 2017;**17**:68–77.
- 相良英憲, 名和秀起, 千堂年昭, et al. 実務実習モデル・コアカリキュラムの習得・理解度評価の学生による自己評価におけるVisual Analogue Scale法と5段階評価との比較. *薬学雑誌* 2007;**127**:765–72.
- 濱田浩樹, 橋元孝典, 石塚隆二, et al. 学生が臨床実習直前に抱く不安要因：CSポートフォリオ分析の応用. *理学療法科学* 2013;**28**:39–43.
- 小枝英輝, 小枝美由紀, 小枝允耶, et al. 臨床実習における理学療法学生のコミュニケーション技術の特徴. *理学療法科学* 2013;**28**:7–14.
- 富永敦子, 向後春春. eラーニングに関する実践的研究の進展と課題. *教育心理学年報* 2014;**53**:156–65.
- 齊藤貴浩, 金性希. 高等教育におけるe-learningの効果に関するメタ分析. *日本教育工学会論文誌* 2009;**32**:339–50.

- 23 山下喬之, 川元大輔, 長津秀文. 感染症の流行を起因とした緊急事態宣言下における遠隔授業の研究. 理学療法科学 2021;**36**:91-9.
- 24 赤堀侃司. 対面とチャットによる議論の差に関する学習効果について. *CRET年報* 2016;**1**:14-21.

***責任著者 Corresponding author : 市倉加奈子**
email: ichikura.k@gmail.com

Table 1. オンライン授業の概要

	テーマ	内容
アンケート (Time 1 : e-learning 視聴前)		
【事前学習】 (30分)		
e-learning 講義①	基本コミュニケーション	<ul style="list-style-type: none"> ・良い聞き方 (うなずき・あいづち, 感情への応答, 意味への応答, 事柄への応答) と注意したい聞き方 ・心理的危機にある人とのコミュニケーション
e-learning 講義②	医療コミュニケーション	<ul style="list-style-type: none"> ・基本の対応 (基本コミュニケーションの復習) と難しい質問への対応 (質問に対してねぎらう, 質問に質問で返す, 質問した意図を察して返す) ・難しい場面 (イライラ・八つ当たり, 話が止まらない, バッドニュース) ごとの対応例
アンケート (Time 2 : e-learning 視聴後)		
【オンライン授業】 (90分)		
e-learning に関する復習課題	良い聞き方の復習	<ul style="list-style-type: none"> ・医療者と相談者の会話文を読み, 医療者が会話の中で用いている技法を選択し, シートへ回答
カウンセリング動画活用型コミュニケーション演習	良い聞き方の実践	<ul style="list-style-type: none"> ・医療者と相談者の会話動画を視聴し, 無音声かつ吹き出しとなっている医療者の声がけを自分なりに考えてシートに記入 ・シートに記入した自分なりの良い聞き方の回答をチャットに打ち込み, 全体へ共有 ・共有された回答に対して, いくつかピックアップして教員から全体に向けてフィードバック
アンケート (Time 3 : ロールプレイ演習後)		

基本コミュニケーション



医療コミュニケーション

コミュニケーションとは

発信する 「話していいよ」というメッセージを伝える

- 安心できる環境・人であること
- 秘密が守られること
- 気持ちに寄り添ってもらえること

受信する 「助けて」というメッセージを受け取る

- つらさを感じる
- どんな悩みを抱えているのかを知ること
- どんな性格なのかを知ること

難しい質問への対応

① 質問に対してねぎらう

「聞きにくいことで, ためらわれたでしょう。」
「そう思われるのも無理はないです。」
「多くの方が, そういった心配を口にされます。」

② 質問に質問で返す

「どうして, そのように思われたのですか?」
「お気持ちをもう少し詳しくお話いただけますか?」

③ 質問した意図を察して, 返す (感情の反映)

「～ということを考えて不安になるのですね。」
「そう頭に浮かぶくらい, 辛い状況ですね。」

Figure 1. e-learning 事前学習の実際



Figure2. カウンセリング動画活用型コミュニケーション演習の実際

Table2. 対象者の属性 (N = 139)

	n	(%)
性別		
男性	43	(30.9)
女性	96	(69.1)
学年		
学部2年	126	(89.9)
学部3年	4	(2.9)
学部4年	1	
大学院修士1年	8	(7.2)
志望職種 (のべ数)		
公認心理師	11	(11.5)
理学療法士	44	(31.7)
作業療法士	18	(12.9)
言語聴覚士	34	(24.5)
視能訓練士	31	(22.3)

Table 3. コミュニケーションに対する理解および自信の変化 (全体)

	Time 1 (n=139) M±SD	Time 2 (n=136) M±SD	Time 3 (n=132) M±SD	F	偏 η^2	Cohen's s d	p
話の聴き方スキル	49.35±11.30	50.40±11.46	51.92±13.39	1.55	.01	.21	.21
コミュニケーションに関する理解							
他者とのコミュニケーション	71.91±16.02	74.25±14.47	76.55±13.59	3.35	.02	.31	.04*
患者とのコミュニケーション	60.51±17.44	66.60±16.20	69.05±15.78	9.68	.05	.51	.00*
コミュニケーションに関する自信							
他者とのコミュニケーション	64.19±18.27	66.28±17.76	69.24±16.73	2.80	.01	.29	.06
患者とのコミュニケーション	52.79±18.79	56.27±18.31	60.09±17.48	5.44	.03	.40	.01*
臨床に対する自信							
卒前の臨床実習	47.10±20.15	52.50±18.90	56.71±18.80	8.46	.04	.49	.00*
卒後の臨床実践	48.84±22.15	53.86±20.87	56.85±20.25	4.99	.02	.38	.01*

p < .05*

Table 4. コミュニケーションに対する理解および自信の変化（大学院生のみ）

	Time 1 (n=8) M±SD	Time 2 (n=9) M±SD	Time 3 (n=7) M±SD	Cohen' s d
話の聴き方スキル	55.67±6.84	51.44±7.65	57.29±8.04	.22
コミュニケーションに関する理解				
他者とのコミュニケーション	70.00±8.66	78.89±13.41	78.57±10.29	.91
患者とのコミュニケーション	53.89±14.96	69.44±17.04	70.71±15.92	1.09
コミュニケーションに関する自信				
他者とのコミュニケーション	64.44±15.09	67.78±13.94	69.29±11.70	.36
患者とのコミュニケーション	48.89±12.69	57.78±12.77	61.43±9.00	1.13
臨床に対する自信				
卒前の臨床実習	48.89±15.37	58.33±10.00	62.86±11.13	1.03
卒後の臨床実践	55.00±19.36	61.11±18.16	65.71±12.72	.64

原著論文

インターネット上 Q&A サイトに投稿された がん患者の就労に関する質問内容の計量テキスト分析

Quantitative Content Analysis of Questions Posted on a Q&A Site Regarding Employment for Cancer Patients

藤田悠介¹⁾、岩隈美穂²⁾、星野伸晃¹⁾、肥田侯矢¹⁾、小濱和貴¹⁾
Yusuke Fujita¹⁾, Miho Iwakuma²⁾, Nobuaki Hoshino¹⁾, Koya Hida¹⁾, Kazutaka Obama¹⁾

- 1) 京都大学大学院医学研究科 消化管外科学
2) 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
1) Department of Surgery, Kyoto University Graduate School of Medicine
2) Department of Medical Communication, Kyoto University School of Public Health

Abstract

With increases in cancer survival rates, employment has become a topic of discussion among cancer patients. We conducted a quantitative text analysis of questions posted on a social Q&A website to explore these patients' information needs, specifically regarding employment. We extracted 150 questions related to patients' employment. The most frequently used word was "surgery," followed by "hospitalization," "anticancer drugs," "company," and "return to work." The following groups were delineated in the co-occurrence network: "periods of hospitalization or outpatient surgery," "changes in physical strength and feelings due to side effects of anticancer drugs and the possibility of recurrence," "communication about illness at work," "consultation with the company about insurance, sickness benefits when taking leave, or resigning," and "emotional and financial burden on family members." In the correspondence analyses, the terms "anticancer drug" and "physical strength" tended to be used by those patients with metastasis or recurrence, while "surgery" and "progress" were used by those patients without metastasis or recurrence. Our findings suggest that cancer patients have diverse questions and concerns about employment, many of which may depend on their medical condition.

要旨

がん患者の生存率の向上に伴い、がん患者の就労支援が注目を集めている。そこで近年利用数が増加しているインターネットの投稿型質問応答(Q&A)サイトにおいて、がん患者の就労に関する情報ニーズを探索するため、質問内容の計量テキスト分析を行った。2016年4月から2019年3月に「Yahoo!知恵袋」に投稿された質問から、がん患者が就労者であると考えられる質問を150件抽出した。最頻出語は「手術」で、その他に「入院」「抗がん剤」などの治療に関する語、「会社」「復帰」などの就労に関する語が頻出した。共起ネットワークにより【手術に伴う入院通院期間】【抗がん剤の副作用や再発の可能性に関する体力や気持ちの変化】【職場での病気に関するコミュニケーション】【休職や退職に伴う保険や傷病手当と会社とのやり取り】【家族にかかる精神的・経済的な負担】のグループが描出された。がん患者の遠隔転移・再発の有無による対応分析では、転移・再発ありでは「抗がん剤」「体力」などの語、なしでは「手術」「経過」などの語が用いられる傾向があった。Q&Aサイトを用いた、がん患者の就労に関する計量テキスト分析は、就労がん患者の多様な情報ニーズの理解に有用であった。

キーワード: がん患者の就労, Yahoo!知恵袋, 計量テキスト分析

Keywords: Employment of cancer patients, Yahoo! Answers, Quantitative content analysis

1. 序文

がん患者の生存率の向上に伴い、がん患者の抱える精神的・社会的な問題に焦点をあてる“がんサバイバーシップ”という考え方が近年注目されている¹⁾。その社会的な問題の中でも特に、がん患者の就労は重要なテーマ

であり、2016年に改正されたがん対策基本法にも盛り込まれた²⁾。

がん患者が問題に対処するために求める情報は、がん患者の情報ニーズといわれる³⁾。がん患者の就労に関する情報ニーズや情報を求める背景にある動機や問題につ

いては、これまで様々な検討が行われてきた。医療者によるアンケート調査やインタビューにより、がん患者は就労に際して、自分の体調や精神的・経済的な問題だけでなく、治療や就労に対する家族との意向の相違、医療者の治療に関する説明や就労への配慮不足、職場関係者の病気に対する理解不足などの問題を抱えており、それらにまつわる多岐にわたる情報ニーズが存在することが指摘されている^{4,5)}。また情報ニーズは患者背景により変化する。若年者において復職希望が強いことが示され、症状や現在の治療の有無で情報ニーズが変化することが指摘されている⁶⁾。さらに職場における調査では、復職可否の判断や業務内容の調整などの情報ニーズが明らかになっている⁷⁾。しかし同時に、医療現場で仕事に関する相談がしにくいと感じる患者がいることも指摘されており^{4,5)}、医療現場での情報収集だけではがん患者の就労に関する情報ニーズを十分把握できない可能性がある。

情報ニーズやその背景にある問題の把握という点において、近年インターネットにおける投稿型質問応答(Q&A)サイトの医療・保険分野への活用が期待されている⁸⁾。Q&A サイトでは、ユーザーが興味のあるトピックに質問を投稿し、他のユーザーから回答を得、コミュニティで相互に交流することが可能である。これらの情報を利用してインターネットユーザーが様々な情報収集を行う一方で、投稿された質問内容に関して分析し、質問ユーザーの情報ニーズを抽出する研究も近年多数報告されている⁹⁻¹¹⁾。

そこで本研究は、Q&A サイトにおけるがん患者の就労に関する質問内容の概要を明らかにし、情報ニーズやその背景にある問題の抽出とその特徴に関して検討することで、医療現場における就労がん患者の理解と支援に資することを目的とした。

2. 方法

2.1 解析対象となる質問の抽出

2016年4月から2019年3月に「Yahoo!知恵袋」に投稿された質問から、ランダムサンプリング(10%)されたデータセットを用いた。解析対象は、がん患者が就労者もしくは失業者と考えられる質問とし、質問の抽出は以下のように3段階で行った(図1)。

- ①質問のカテゴリの限定：「Yahoo!知恵袋」には18のカテゴリがあり、その中から対象となる質問を含みうるカテゴリとして、5つのカテゴリ(「健康、病気、病院」「職業とキャリア」「生き方と恋愛、人間関係の悩み」「ビジネス、経済とお金」「暮らしと生活ガイド」)に限定した。
- ②抽出語による抽出：類義語辞典を用いてがん(癌)に関する抽出語と就労に関する抽出語を設定し、質問文にどちらの抽出語も含むような質問を抽出した。抽出には統

計ソフトRを用いた。

がんに関する抽出語：「がん」「癌」「ガン」「悪性」「腫瘍」「白血病」「リンパ腫」「骨髄腫」「肉腫」「中皮腫」
 就労に関する抽出語：「仕事」「しごと」「ワーク」「就」「労」「職」「業」「勤」「つとめ」「働」「はたら」「務」「雇」「休」「辞」「クビ」「くび」「解任」「解職」「両立」「復帰」「会社」「自営」「商売」「社員」「フルタイム」「派遣」「パート」「バイト」「フリーランス」「収入」「給与」「給料」「所得」「稼」

③質問文確認：質問文を確認し、がん患者が就労者もしくは失業者と考えられる質問を抽出した。就労者と失業者の定義は国勢調査の定義*を参考にした¹²⁾。

2.2 質問の分類

抽出された質問本文を確認し、以下のように質問の分類を行った。

- ①がん患者との関係：がん患者本人、家族、職場関係者、知人
- ②がんの再発・遠隔転移：あり、なし
- ③がん種

2.3 質問文の分析

分析には、質問文のデータ探索を客観的にを行い、結果を可視化できる計量テキスト分析を行い¹³⁾、フリーソフトウェア、KH Coder (<https://kncoder.net/>)を利用した。まず、特徴的な抽出語(「抗がん剤」「抗癌剤」などの強制抽出と、中心的な語(「仕事」「がん」など)、一般的な語(「思う」「言う」など)、質問投稿の際の定型表現(「お願い」「教える」)の除外を行った。次に、頻出語の記述を行った。記述する語の品詞は名詞、動詞、形容動詞、形容詞、副詞とした。頻出語をその語を含む質問件数の多い順に上位100語を記述した。

共起ネットワーク(出現パターンの似通った頻出語を結んだネットワーク図)を用いて頻出語の関係を抽出しサブグループを抽出した。出現回数15回以上の名詞を用いて上位60位までの共起関係を抽出した。抽出したサブグループごとに、グループに含まれる頻出語の前後の文章および質問内容を確認しながら、各グループにタイトルを付け、そのグループで抽出されたがん患者の就労に関する情報ニーズおよびその背景にある問題や動機を要約した。最後に、前述した質問の分類を用いて対応分析(語の出現傾向を散布図で可視化する分析)を行った¹⁴⁾。がん患者との関係、がん患者の再発・遠隔転移の質問の分類を用いて、それぞれの分類における抽出語の出現傾向の差異を抽出した。出現回数15回以上の名詞、動詞を用いて分析し、差異が顕著な上位35位までの語を散布図に配置し可視化した。

* 就労者(就業者)は従業者と休業者からなる。従業者は収入を伴う仕事を少しでもしている者である。休業者は仕事を持っていないながら病気や休暇などのため仕事をしていない者のうち、仕事を休んでも給料・賃金の支払を受けている又は受けることになっている被雇用者、自

分の経営する事業を持ったままで、その仕事を休み始めてから30日にならない自営業者である。失業者は仕事についておらず、仕事があればすぐつくことができる者で、仕事を探す活動をしている者である。

2.4 倫理的配慮

本研究は、ヤフー株式会社が国立情報学研究所に提供した「Yahoo!知恵袋データ (第3版)」を利用した。このデータは Yahoo! JAPAN により匿名化されており、研究者はデータから投稿者が誰であるか知ることはできない。また「Yahoo!知恵袋」の利用者に対しては、投稿に関する情報を大学等の研究機関に提供することが説明されている。以上より本研究では倫理審査は不要であると判断した。

3. 結果

3.1 抽出結果

対象質問抽出までの流れを図1に示す。263万件のデータから、「Yahoo 知恵袋」内のカテゴリ(「健康, 病気, 病院」「職業とキャリア」「生き方と恋愛, 人間関係の悩み」「ビジネス, 経済とお金」「暮らしと生活ガイド」)の限定で52万件、次に統計ソフト R を使い類義語辞典を用いて設定したがんと就労に関する抽出語による抽出で対象データは2105件となった。この量的なテキストマイニング後、筆頭著者が2105件の各本文の内容を目視で確認したところ、がんに関係しない質問(例:「がん」ばって「働」く)、がんと診断されていない状況での質問(例:「がん」健診で「仕事」を休む)、がん患者に関係するが就労者あるいは失業者と分からない質問(例:「がん」と診断された際の、保険「会社」への連絡)が多く含まれていた。それらを削除した結果、がん患者が就労者もしくは失業者と考えられる質問は150件抽出され、本研究の分析対象とした。

3.2 質問の背景

質問者ごとの質問件数は、がん患者本人99件、家族40件、職場関係者8件、知人3件であった。再発・遠隔転移による分類では、あり22件、なし82件、不明46件であった。がん種による分類では、乳がん24件、子宮がん19件、血液腫瘍・リンパ腫11件、大腸がん8件、肺がん7件、膵臓がん7件、その他38件、不明36件であった。

3.3 質問に用いられた頻出語

上位30語の頻出語の結果を表1に示す。最も多く用いられたのが、「手術」で71件であった。その他には「ステージ」「入院」「抗がん剤」など病気や診断治療に関する語、「会社」「復帰」などの就労に関する語が頻出した。

3.4 頻出語の共起関係

共起ネットワークの結果を図1に示す。各頻出語の共起関係により、5つの大きなサブグループ; ①「手術」, 「入院」などの語を含むグループ, ②「抗がん剤」, 「再発」などの語を含むグループ, ③「職場」, 「上司」などの語を含むグループ, ④「保険」, 「退職」などの語を含むグループ, ⑤「家族」などの語を含むグループ, が抽

出された。

3.5 共起ネットワークによるグループごとの質問内容

①【手術に伴う入院・通院期間】グループ

このグループには、「手術」, 「入院」, 「病院」, 「通院」, 「期間」などの頻出語が含まれた。特徴的な質問を以下に記載する。

「摘出手術を行うということで、入院の期間や、手術のことを教えてほしいです。」, 「今週手術をするんですが、手術した後、体調悪くて通院とかありますかねぇ…と言うのも、仕事のシフト..(略)」

以上のような元データ内の頻出語の前後の文章と質問内容の確認をしたあと、グループタイトルを【手術に伴う入院・通院期間】とした。

就労がん患者は手術に際して、入院や通院期間の予定やその後の就労への影響に関する、詳細な情報を求めている状況が確認された。

②【抗がん剤の副作用や再発の可能性に関する体力や気持ちの変化】グループ

このグループには、「抗がん剤」, 「再発」, 「副作用」, 「体力」, 「気持ち」などの頻出語が含まれた。以下に特徴的な質問を記載する。

「抗がん剤治療をする可能性が高いと思います。私は20代後半で美容の仕事をしています。髪の毛が抜けるのがとても嫌です。」, 「体力に自信も持て無くなりました。仕事に戻りたい気持ちはあるのですが、あまり無理してまた、再発したらどうしようなどと考えてしまいます。」

以上のような元データ内の頻出語の前後の文章と質問内容の確認をしたあと、グループタイトルを【抗がん剤の副作用や再発の可能性に関する体力や気持ちの変化】とした。

就労がん患者は、抗がん剤や再発に懸念や不安をいだいており、それらによる肉体的・精神的な影響と就労と結び付けて考えていることが確認された。

③【職場での病気に関するコミュニケーション】グループ

このグループには、「職場」, 「上司」, 「予定」などの頻出語が含まれた。以下に特徴的な質問を記載する。

「職場には男性ばかり…しかも、職人ばかりですので、病状を話して理解してもらえないとは思えないのです。」, 「手術の翌日に上司から電話がありました。手術終わった? 退院いつ? じゃあ次の日から出てね。という内容です。」

以上のような元データ内の頻出語の前後の文章と質問内容の確認をしたあと、グループタイトルを【職場での病気に関するコミュニケーション】とした。

就労がん患者は、職場復帰に際して職場での病気に関するコミュニケーションの障壁があり、なかでも上司の理解が重要であることが確認された。

④【休職や退職に伴う保険や傷病手当と会社とのやり取り】グループ

このグループには、「保険」, 「退職」, 「会社」, 「申請」,

「手当」などの頻出語が含まれていた。特徴的な質問を以下に記載する。

「正直もう仕事復帰はムリ、あと一年ももたない状況になりました。傷病手当を受けています。会社は退職しておらず、月々の保険料だけは支払っているみたいです。」、「2年前に癌になり仕事を辞めました。辞めて一ヶ月後に失業保険支給の延長申請をしました。」

以上のような元データ内の頻出語の前後の文章と質問内容の確認をしたあと、グループタイトルを【退職や退職に伴う保険や傷病手当と会社とのやり取り】とした。

就労がん患者は、がんの診断や治療により就労状況の変化を経験し、それに伴って保険や傷病手当など様々な手続きの必要性を認識していることが確認された。

⑤【家族にかかる精神的・経済的な負担】グループ

このグループには、様々な頻出語が含まれ、以下が特徴的な質問である。

「嫁娘息子がおり、自営業です。当方30歳です。妻はパートです。治療に9ヶ月かかりその間収入がなくなります。家族が路頭にまよってしまうのは間違いありません。」、「元氣だった義父が倒れたことと、義父の会社が突然ストップしてしまったことで、家族はパニックになりました。」

以上のような元データ内の頻出語の前後の文章と質問内容の確認をしたあと、グループタイトルを【家族にかかる精神的・経済的な負担】とした。

がんの診断治療は就労がん患者本人だけでなく、家族にも精神的経済的な負担を与えていることが確認された。

3.6 対応分析を用いたがん患者との関係による頻出語の出現傾向

次に質問者のがん患者との関係(がん患者本人、家族、知人・職場関係)を外変数に設定した頻出語の出現傾向を可視化した対応分析を行った(図3)。その結果、がん患者本人は、「副作用」、「痛み」などの治療や症状に関する語を用いており、それらの語を含む質問文では以下のように、治療や症状に関してより具体的な記述を行ったり、情報を求めたりしていた。

「経過観察に入って仕事復帰を果たしたのですが先週半ば位から右鎖骨に痛みを感じ、主治医の先生に言ったところ明後日CTを撮ることになりました。元々念の為という事で抗がん剤治療をしたのに、こんなに早く転移するのでしょうか?」、「抗がん剤治療と放射線治療でお願いしたいと思っているのですが、副作用含めリアルな回答が欲しくこちらに相談しました」

次に家族は、「お金」、「介護」などの語を用いて、生活に関わる複雑な事情に関して投稿していた。

「お金がないので私や親が時々援助している事。それにも限界がある。お金のかかる民間療法を希望しており抗がん剤はやらないの一点張り。」、「末期がんの診断であれば介護保険の対象となると言う話をしましたところ、父から「そんなに親に死んで欲しいのか!!」と..(略)」最後に職場関係者や知人は、「復帰」、「話す」などの語

を用いて、復帰後の会話に関する投稿していた。

「職場の女性が子宮頸がんて子宮を全摘出の手術をしました。来週に職場に復帰してきます。上司としてこの件に触れることもあります。会話をするにあたり何を注意すればよいですか?」、「同じ職場の女性に乳がんが発見されました。(中略) どうでもいい話なら聞き流せばいいけど、癌とか病気の話だとそうもいかないです。」

上記の結果は、がん患者との関係性(「家族」あるいは「職場関係・知人」)が投稿内容の違いに反映されていることを示唆していた。

3.7 対応分析を用いた再発・遠隔転移の有無による頻出語の出現傾向

次に再発・遠隔転移の有無を外変数にした頻出語の出現傾向を可視化した対応分析の結果を図4に示す。「再発・遠隔転移あり」では、「抗がん剤」や「体力」などの語が用いられていた。

「このままじゃ抗がん剤治療に耐えれないと思い、初めての経験で、何から始めれば良いのか悩んでいます。」、「体力作りをしたりなどしていますが…急に悪くなったリ…これからやはりどんどん体力は無くなるのでしょうか?」

上記のように、「再発・遠隔転移あり」では治療のつらさや体力低下への心配に関する投稿が確認された。

一方で「再発・遠隔転移なし」では、「手術」や「経過」などの語が用いられていた。

「手術が出来るレベルなら、普通に仕事や生活出来るように戻れますか?」、「術後の経過は順調なのですが、退院後どのくらいで仕事復帰できるでしょうか?」

上記のように、「再発・遠隔転移なし」グループでは、治療後の社会復帰を見据えた投稿が散見された。

4. 考察

本研究ではQ&Aサイトの質問内容に対して計量テキスト分析を行い、がん患者の就労に関する様々な情報ニーズおよび情報ニーズの背景にある動機や問題を抽出した。まず共起ネットワークによってその全体像を把握した後、対応分析によって立場や病状による投稿内容の相違の可視化を行った。

先行研究ではがん患者の就労に関する問題点は、経済的な困難、会社側の制度・対応の問題、職場関係者とのコミュニケーションの問題、家族との関係、医療側の制度・対応の問題、本人への心理面への影響など多岐にわたることが指摘されている⁴⁾。共起ネットワークによるがん患者の就労に関する情報ニーズの全体像は、本研究も先行研究と大きな相違がなく、Q&Aサイトの投稿内容を用いた分析でもニーズを抽出することが可能であることが確認された。加えて、本研究ではQ&Aサイトへの投稿をデータとして用いており、先行研究のように研究のためにとられたデータではない点に特長がある。論文内でも引用したように、元データには投稿者の当時の問題状況や投稿動機が詳細に、かつ不安や懸念などと併せ

て記述されているものが多く含まれている。これらと共起ネットワークとを合わせて解釈することにより、がん患者の就労に関する情報ニーズについて、計量的な全体像の把握にとどまらず、個別のかつ具体的な問題点にも触れることができ、より良い理解に寄与するものと考えられた。

もう一つの特長は、がん患者との関係、病状や治療の違いによって情報ニーズに一定の傾向があることが、対応分析によって可視化された点である。がん患者の家族はがん患者との生活を想定し「お金」「介護」に関して、職場関係者は「復帰」後のコミュニケーションに関して情報を求める傾向があった。「遠隔転移・再発のある」就労がん患者は、自身の「体力」を心配しており、「遠隔転移・再発のない」就労がん患者は、治療の「経過」や「予定」を知りたいと考えていることも明らかとなった。

これまで患者・家族や職場向けに各種就労支援マニュアルが作成されていることから、がん患者との関係により情報ニーズが異なっていることは潜在的に認識されているものの、その違いに焦点をあてた先行研究は少なかった。本研究は患者、家族、職場関係者の情報ニーズの主な違いを可視化することで、それぞれの立場をサポートする就労支援者にとって、より良い理解に寄与するものと考えられる。さらに病状の違いにより情報ニーズが異なっていることに関しては、病院でのがん患者の就労支援事案を検討した先行研究において症状の有無や現在治療を受けているかどうかなどの背景因子が情報ニーズに影響を与えていることが報告されている⁶⁾。先行研究を踏まえて、本研究においては再発・転移状況によっても情報ニーズが大きく変わることが示唆された。

最後に、抽出語の中で「手術」が最頻出であったことは特筆すべき点である。これまでがん患者の就労に関する研究では、手術より抗がん剤や放射線などの治療が就労継続阻害のより強いリスクとされていること¹⁵⁾、がん相談支援部門や外来化学療法部からの研究が多く¹⁶⁾手術に焦点をあてにくい環境であることなどから、手術はがん患者の就労に関する検討においてあまり強調されてこなかった。一方でがん患者が健康関連の問題を Q&A サイトに投稿する主な動機として、知識ギャップ、社会的リソースの不足、不安な気持ちが挙げられている⁸⁾が、これに関して本研究で「手術」が頻出した理由を考察すると、手術は他の治療法と比較し治療初期に受ける場合が多く医療知識に大きなギャップがある時期であること、周術期において就労に関する情報提供が不足していること、手術自体に不安が伴うこと、手術というがん治療の節目に際しその後の就労や生活に関する不安が高まることなどが考えられる。

また「手術」という語は共起ネットワークにおいて「入院」「通院」「期間」といった語と関連が見られ、周術期の治療予定に関して就労を意識した医学的な情報提供が望まれていることが示唆された。しかし、就労を意識した情報提供の根拠となる、診断・治療後の就労割合や復職時期などのエビデンスが不足していることが指摘され

ており¹⁶⁾今後の課題の一つである。がん患者の就労に関する情報ニーズやその背景にある問題を理解し、求められる情報をエビデンスに基づいて提供し、患者中心のコミュニケーションを果たすことが、医療者が臨床現場でできる就労支援の形であると考えている。本研究結果を踏まえて、今後は Q&A サイトの質問内容の計量テキスト分析を引き続き行うことで、働き方改革や Covid-19 の蔓延により大きな影響を受ける可能性があるがん患者就労に関する情報ニーズについて客観性を保ちながら経時的に検討できると考えている。

本研究には以下の限界がある。第 1 に、詳細な患者情報が分からないことが挙げられる。情報ニーズには様々な背景要因が影響しているが、臨床的な要因としてがん種やステージが分からない質問が散見され、さらに病状の認識や医学表現に誤りが含まれている可能性もある。社会的な要因に関しても職種や家族構成など、ほとんどの質問において詳細に把握することは困難であった。第 2 に、Q&A サイトの投稿に特徴がある可能性がある。一定の思考パターンや健康情報の探索行動をとる人の投稿に偏る可能性は払しょくできない。また投稿内容が個人の経験を聞くような質問に偏っている可能性も十分考えられる。一方で、病院で相談することをためらう人による投稿、対面では話しにくい内容や思いを綴った投稿がある可能性もある。この点に関しては健康情報探索行動の検討など¹⁷⁾、今後もより詳細な検討を行うことが必要であると考えている。

5. 結語

本研究では Q&A サイトに投稿された質問の内容について計量テキスト分析を行い、がん患者の就労に関する情報ニーズを探索した。がん患者の就労に関する質問内容は多岐にわたっており、質問者の立場や病状によってその情報ニーズに一定の傾向があった。がん周術期の予定に関する質問が多く見られ、医療現場で就労を意識したより積極的な情報提供が望まれていることが示唆された。

謝辞

本研究は、ヤフー株式会社が国立情報学研究所に提供した「Yahoo!知恵袋データ（第 3 版）」を利用した。

研究資金・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) Shapiro CL. Cancer Survivorship. N Engl J Med. 2018;379(25):2438-50.
- 2) 厚生労働省. 改正後のがん対策基本法.
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10904750-Kenkoukyoku-Gantaisakukenkoukouzoushinka/0000146908.pdf>.
(最終閲覧 2021/11/13) .

- 3) Rutten LJ, Arora NK, Bakos AD, Aziz N, Rowland J. Information needs and sources of information among cancer patients: a systematic review of research (1980-2003). *Patient Educ Couns*. 2005;57(3):250-61.
- 4) 厚生労働省がん臨床研究事業. 「働くがん患者と家族に向けた包括的就業支援システムの構築に関する研究」班:「治療と就労の両立に関するアンケート調査」結果報告書, 2012.
https://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/05survivor/pdf/inv_report2012.pdf, (最終閲覧 2021/11/13).
- 5) 高橋 都. がん治療と就労の調和 主治医に期待されるアクション. *日本職業・災害医学会会誌*. 2015;63(6):351-6.
- 6) Watanabe K, Katayama K, Yoshioka T, Narimatsu H. Impact of individual background on the unmet needs of cancer survivors and caregivers - a mixed-methods analysis. *BMC Cancer*. 2020;20(1):263.
- 7) 東京都保健福祉局. 「がん患者の就労等に関する実態調査」報告書(平成26年5月)
https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/iryo_hoken/gan_portal/soudan/ryouritsu/other/houkoku.html, (最終閲覧 2021/12/06).
- 8) Zhang Y, editor Contextualizing consumer health information searching: An analysis of questions in a social Q&A community. 1st ACM International Health Informatics Symposium, IHI'10; 2010; Arlington, VA. Conference Paper: 210-219.
- 9) Zhang J, Chen Y, Zhao Y, Wolfram D, Ma F. Public health and social media: A study of Zika virus-related posts on Yahoo! Answers. *Journal of the Association for Information Science and Technology*. 2020;71(3):282-99.
- 10) Bahng J, Lee CH. Topic Modeling for Analyzing Patients' Perceptions and Concerns of Hearing Loss on Social Q&A Sites: Incorporating Patients' Perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(17).
- 11) 舟木 友美, 石村 慶子, 汪 穎霞, 岩隈 美穂. 乳幼児の子育ておよび健康に関する情報のニーズ特性の探索 インターネット上 Q&A サイトへの投稿質問の分析から. *日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌*. 2018;9(1):17-29.
- 12) 総務省統計局. 労働・就業の状態に関する用語.
<https://www.stat.go.jp/data/kokusei/2010/users-g/word4.html>, (最終閲覧 2021/11/13).
- 13) 樋口 耕一. 計量テキスト分析および KH Coder の利用状況と展望. *社会学評論*. 2017;68(3):334-50.
- 14) 樋口 耕一. 計量テキスト分析における対応分析の活用: 同時布置の仕組みと読み取り方を中心に. *コンピュータ&エデュケーション*. 2019;47:18-24.
- 15) Ito H, Hozawa A, Yamashita H, Kubota I, Nemoto K, Yoshioka T, et al. Employment status among non-retired cancer survivors in Japan. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2015;24(5):718-23.
- 16) Ota A, Fujisawa A, Kawada K, Yatsuya H. Recent status and methodological quality of return-to-work rates of cancer patients reported in Japan: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(8).
- 17) 舟木 友美, 岩隈 美穂. インターネットによる健康情報探索行動の過程と要因 未就学児の保護者を対象とした質的研究. *日本保健医療行動科学会雑誌*. 2020;35(1):63-71.

***責任著者 Corresponding author : 肥田侯矢**
e-mail: hidakoya@kuhp.kyoto-u.ac.jp

図表

表 1. 頻出語上位 30 語

抽出語	質問数	抽出語	質問数	抽出語	質問数
手術	71	聞く	33	行く	27
治療	61	働く	32	質問	27
受ける	42	良い	32	状態	27
会社	39	抗がん剤	30	ステージ	26
病院	38	歳	29	腫瘍	25
自分	37	生活	29	出来る	25
入院	36	復帰	29	人	25
検査	35	月	28	子宮	24
出る	33	転移	28	病気	24
診断	33	不安	28	悪い	23

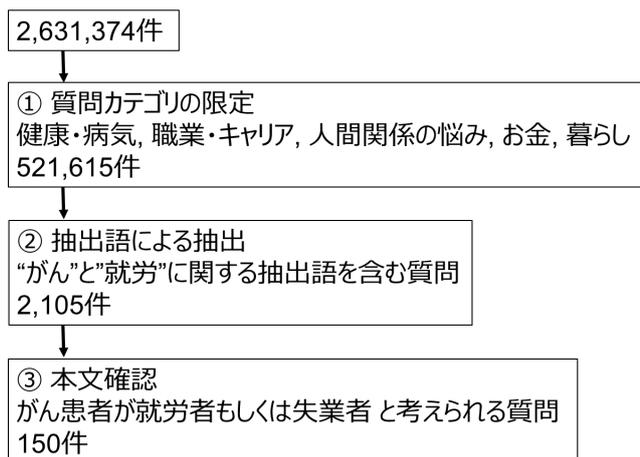


図 1. 対象質問抽出までの流れ

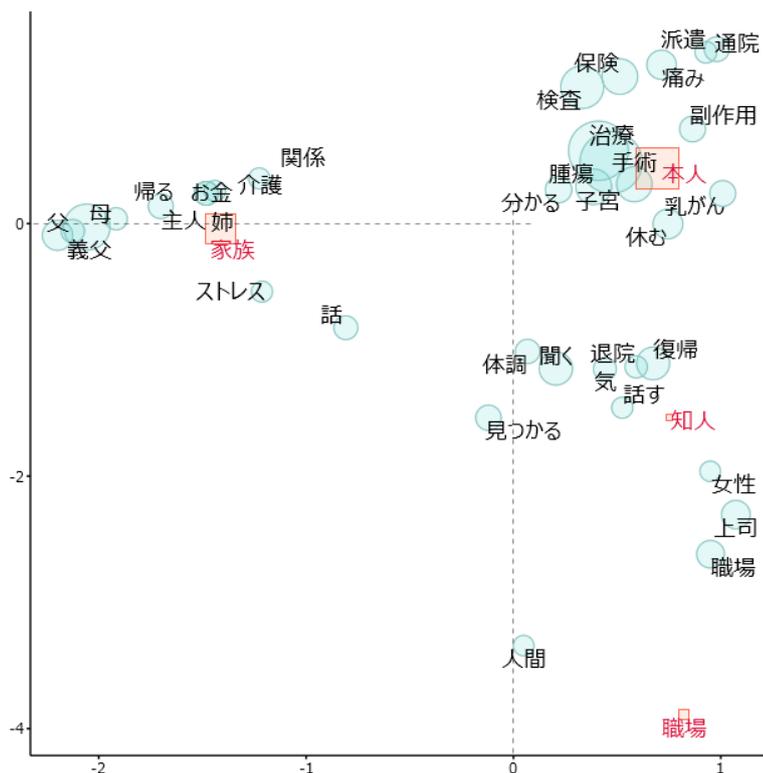


図 3. 対応分析：がん患者との関係ごとの頻出語の出現傾向

対応分析では、正方形が外部変数(がん患者との関係)、円は頻出語を表し、大きさはそれぞれの出現数を表す。出現傾向の似通った変数や語が原点からみて同じ方向に描出され、原点から遠くなるほど特徴的になる。座標軸、またその数値は、原点と外部変数、頻出語を同一平面上に描画するためにできた副産物であり、分析上の意味は乏しい¹⁴⁾。

研究報告

医療面接における医学部留学生の発話分析—模擬患者に聞き返された留学生の日本語にはどのような問題があったのか—

An Analysis of Japanese Utterances of International Students in Medical Interviews: Problems Found in Japanese of International Students who Received “Requests for Repetition” from Simulated Patients

品川なぎさ¹⁾ 稲田朋晃²⁾

Nagisa SHINAGAWA¹⁾ Tomoaki INADA²⁾

- 1) 国際医療福祉大学大学院医学研究科
 2) 十文字学園女子大学国際交流センター
 1) Graduate School of Medicine, International University of Health and Welfare
 2) International Center, Jumonji University

Abstract

This study categorized and analyzed international students' utterances during medical interviews in Japanese and identified factors that induced requests for repetition from simulated patients in linguistic terms. International students are more likely to receive requests for repetition from simulated patients in medical interviews than Japanese students. However, it has not been clarified what problems with their spoken Japanese caused these requests for repetition. In March 2020, we conducted medical interviews using simulated patients with 40 first- to third-year international medical students at the International University of Health and Welfare. Their utterances were classified based on an existing study of Japanese learners' linguistic anomalies and errors. The study classified errors into four categories based on pronunciation, word choice, grammar, and discourse, respectively. Five utterances with errors of word choice and 12 utterances each for errors of pronunciation, sentence structure (grammar), and discourse were identified. All error types were observed regardless of the year of study, except for errors in word choice. Therefore, it is necessary for international students to continue training in Japanese communication to improve their medical interview skills throughout their undergraduate medical education.

要旨

本研究は、医療面接時の医学部留学生の発話において模擬患者からの「繰り返しの要請」を受けた発話について、言語の観点から分類し問題点を整理したものである。医療面接における模擬患者とのやり取りにおいて、留学生は日本人学生よりも模擬患者からの「繰り返しの要請」を多く受ける特徴があることが分かっているが、日本語の何が問題となって聞き返されるのかは明らかになっていない。そこで面接時の留学生の発話を日本語の観点から分析することにした。2020年3月に国際医療福祉大学1年生から3年生までの医学部留学生40名に模擬患者参加型の医療面接を実施した。留学生の発話を第二言語習得の誤用分析の観点から「発音」「語の選択」「文構成（文法）」「談話」の4項目に分類した。結果、「語の選択」が5発話、「発音」「文構成（文法）」「談話」の誤用はそれぞれ12発話であった。学年別では「語の選択」以外、3学年ともに誤用がみられた。医療面接においてコミュニケーションを阻害する要因は言語面の多岐にわたっていることが明らかになった。留学生には卒前教育の期間中に継続的に医療面接における日本語コミュニケーション・トレーニングを行う必要性がある。

キーワード：医療面接，誤用分析，RIAS，日本語教育，コミュニケーション・トレーニング

Keywords: Medical interviews, Linguistic errors, RIAS, Japanese education, Communication training

1.背景

世界各国で、医学部の外国人留学生の増加に伴い^{[1][2][3]}、外国人留学生らに対する支援の必要性が報告されている^{[4][5]}。医学においては一般的な言語能力以外に専門的な言語能力の習得の必要性が報告されており^{[6][7]}、医学部留学生への支援の中でも特にコミュニケーションに対する支援が多く求められている^{[8][9]}。

支援の一例として、先輩留学生をチューターとしたピアガイド型の補講^[3]や、コミュニケーション能力と異文化への認識を高めるための医療面接練習^[10]などがなされており、医学教育者と言語教育者が連携した実践の有効性についても報告されている^{[11][12]}。アジア諸国でも中国の医学部での取り組みが報告されているが^{[13][14]}、日本においては医学部留学生数の少なさもあり、2017年ごろ

までは体系的な医学部留学生への日本語教育については報告がなかった。

そのような中、国際医療福祉大学では2017年4月より医学部が開設され、1学年140名中20名の外国人留学生を受け入れている^[15]。20名のうち半数以上の留学生は医学部入学時点で日本語が初級レベルであり、2年次までは日本人学生と共に英語で医学を学びながら同時並行で日本語を学んでいる。3年次以降は日本語で医学を学び、卒業時には日本人学生と同様に日本の医師国家資格の取得を目指す。

医学の日本語については、語彙などの言語知識面での研究は進んでおり^{[16][17][18][19]}、それらの研究の知見を基にして医学用語の習得・定着を目標とした留学生のための医学日本語教育実践が実施されている^[20]。一方で運用面については研究が進んでおらず、教育実践もほとんど行われていない。

また、医療面接における模擬患者とのやり取りにおいて、留学生は日本人学生よりも模擬患者からの「繰り返しの要請」を多く受ける特徴があることが分かっている^[23]。「繰り返しの要請」とは、後述のRIASのカテゴリにおいて、相手が前に言ったことの繰り返しを求める発言である^[24]。相手の言ったことが聞き取れなかった、または理解できなかったときに、「え?」「なんですか?」「おっしゃったことがわかりませんでした」「何をお話すればいいですか?」などのように、もう一度言うように相手に求める発言である^[24]。しかし、患者とのコミュニケーションにおいて留学生の日本語の何が問題になって患者から「繰り返しの要請」を受けているのかは分かっていない。

そこで本研究では、医療面接時の患者とのコミュニケーションにおいて、留学生の日本語の何が問題になるのかを明らかにすることを目的とする。具体的には、医療面接において模擬患者から「繰り返しの要請」を受けた留学生の発話を言語の観点から分類し、問題点を整理する。そしてそれらの問題点から、医療面接においてコミュニケーションを阻害する要因について考察し、問題解決のための具体的な教育方法、および教育時期について考察する。

なお、本研究で用いる「コミュニケーション」とは、二者間で交わされる「対人コミュニケーション」である。

2. 方法

医学部留学生に模擬患者との医療面接を実施し、その発話をコーディングする。そのコード情報から、患者の「繰り返しの要請」を受けた発話を抽出し、第二言語習得研究の誤用分析の観点から分類する。

2.1. 対象者背景

対象者は、医学部医学科の留学生40名(1年生13名、2年生16名、3年生11名)である。(表1)

表1 対象者

学年	男	女	合計(名)
1年生	6	7	13
2年生	9	7	16
3年生	8	3	11

留学生の国籍はベトナム(19名)、モンゴル(6名)、ミャンマー(6名)、インドネシア(4名)、カンボジア(4名)、ラオス(1名)である。面接実施(2020年3月)時点での留学生の日本語能力は1年生で中級後半から上級レベル、2、3年生は上級レベルである。1、2年生は医学部授業において医療面接授業を受講しており、毎年、模擬患者参加型医療面接試験を受験している。したがって、本研究実施時点において留学生は全員医療面接を経験している。さらに3年生においては本研究実施時点ですでに全員、客観的臨床能力試験(OSCE)に合格している。

2.2 対象データ概要

医療面接の概要は以下の通りである。

- ・実施日：2020年3月4日、11日、17日
- ・実施場所：国際医療福祉大学模擬診察室
- ・面接時間：10分間
- ・模擬患者：13名
- ・シナリオ：腹痛を主訴とする虫垂炎の初診外来

面接に協力した模擬患者はいずれも国際医療福祉大学の教職員13名(教員12名、職員1名)である^{注1}。いずれも医療面接試験などで模擬患者役の経験を有している。一人の模擬患者につき、2から8名の留学生の面接を担当した。

シナリオは医師の指導のもとオリジナルのシナリオを作成した。設定を虫垂炎の初診外来にしたのは、虫垂炎は外来での頻度の高い疾患ではないが正確な診断が難しく見逃ししやすい疾患の一つであることから医学教育においてよく扱われること、一般に知られた疾患であることから模擬患者が病態をイメージしやすいこと^{注1}などの理由からである。シナリオは模擬患者には事前に配布し、面接当日にジェスチャーや注意事項などの確認を行った。

面接は各模擬診察室に備え付けられているビデオカメラで録画した。模擬患者が入室した時点を開始時点とし、模擬患者が退出した時点を終了時点とした。

なお、本研究は国際医療福祉大学倫理審査委員の承認(承認番号18-Im-021-3)を受けて行った。留学生、模擬患者には口頭および書面にて同意を得て実施した。

2.3 対象データ抽出方法

まず、医療面接の会話をThe Roter Method of Interaction Process Analysis System (RIAS)を用いてコーディングした^{注2}。RIASとは、診療場面における医療者と患者間のコミュニケーションをコンピューター上で数的に分析するツールである。RIASは医療場面のインタラクションにおける実証研究の分析ツールとして国内外で用いられており、医学、歯学、薬学、看護および介護など、医療分野

のコミュニケーション研究として RIAS を用いた研究が報告されている^{[25]・[31]}。RIAS では、医療従事者と患者の実際のやりとりの録画映像または音声記録を視聴しながら、医療従事者、患者それぞれの発話を全 42（病状などの「質問」「情報提供」や、相手の発話への「同意」「共感」など）のカテゴリーにコーディングする。

次に、RIAS のカテゴリーのうち「繰り返しの要請」にコーディングされた模擬患者の発話の直前に現れた留学生の発話を抽出した。「繰り返しの要請」とは、相手が前に言ったことの繰り返しを求める発言である。

下記に抽出方法の 1 例を示す。

留学生：今までに何か話してないことはないですか。

→【繰り返しの要請】を招いた留学生の発話

患者：えっと、例えばどんなことですか。

→【繰り返しの要請】

上記のように抽出し、全 5,847 発話のうち、56 の発話が本稿の分析対象データとして抽出された。

2.4. 分類方法

分類は、日本語の誤用分析における細川^[32]を参考にし、次の 4 つの観点进行分类項目とした。

1. 発音の誤用
2. 語の選択の誤用
3. 文構成（文法）レベルの誤用
4. 談話レベルの誤用

細川^[32]の分類は日本語学習者の作文にみられた誤用の分類項目である。本稿の対象データは話し言葉であり、さらに「繰り返しの要請」の原因が必ずしも誤用であるとは限らないが、日本語学習における外国人の誤用分析の観点をまとめた分類のフレームであることから参考にした。細川^[32]では、3 つのレベル（語彙、文構造、談話）から下位項目に分けられており、全 16 の分類項目が挙げられている。ここに、品川他^[33]、品川・稲田^[34]において挙げられた留学生の発話における問題点の分類を加え、筆者ら 2 名の日本語教員（教育歴 10 年以上）で分類項目の選定、検討を行った。その結果、上記の 4 つの観点における分類項目を設定するに至った。

それぞれの観点について以下に具体例を挙げて本研究における定義を述べる。

1. 発音の誤用

例えば「排尿」の「は・い・によ・う」が「は_(i)・によ₍₋₎」となって母音連続が不明瞭、長音の長さが不十分となる発音や、「動悸」のアクセントが平板型ではなく頭高型（例えば「同期生、同期入社」などの「同期」と同じアクセント）になるといったアクセントの高低の誤り

など、音声に関わるものを発音の誤用とする^{[33]・[34]}。

2. 語の選択の誤用

例えば細川^[32]では以下の例を挙げている。

「きのうの朝は、とてもつめたかった（p.70）」

これは感覚を表す形容詞「冷たい」と「寒い」の選択を誤った例である。このような語彙の意味のレベルの誤用を語の選択の誤用とする。

3. 文構成（文法）の誤用

同じく細川^[32]では下記の例を挙げている。

「川の水は、とてもつめたかった。（p.70）」

これは形容詞「冷たい」の活用の誤りである。時制との関係を含めて活用上の区別ができていないものを文構成（文法）の誤用とする。

4. 談話レベルの誤用

同じく細川^[32]では下記の例を挙げている。

「長い間風にあたっていたので、つめたくなった（p.70）」

この例は、もし「つめたくなった」のが話者自身のことであれば一般的には「冷たい」よりも「寒い」が用いられこの文は誤用となる。このように文法上の誤りはなく日本語として正確な文であるが、その文のみでは正誤の判断がつかず、前後の文脈との関係によって規定され誤用となるものを談話レベルの誤用とする。

対象データの分類は筆者ら日本語教員 2 名で行った。

2 名それぞれが面接の録画映像を確認しながら分類を行った。分類結果は、双方の結果を照らし合わせて確認を行った。分類が異なった発話については協議を行い検証し、再分類した。最終的に双方の同意のもとに分類を決定した。

56 の発話のうち、下記の実例 1 のように同じ質問に対して「繰り返しの要請」が 2 度以上繰り返される発話が 6 例みられた。それらの「繰り返しの要請」については 1 つの発話とみなした。

- (1) 1 留学生：あの、ごみ、ゴムとか。
- 2 患者：ん？【繰り返しの要請 1 回目】
- 3 留学生：あー、ゴムとか。
- 4 患者：ゴム？ん？【繰り返しの要請 2 回目】

以上のことから合計 50 の発話が分類の対象となった。

3. 結果

本研究には対象者全員が参加した（表 1）。合計 40 名の留学生が実施日に参加し、実施計画通り医療面接を行った。

分類の結果を表 2 に示す。各項目の学年別の発話数と総数を示す。

50 の発話のうち、アレルギーに関する質問に対して「繰り返しの要請」が行われている発話が9発話あった。アレルギーについては、模擬患者の取り決めとして「アレルギーは何かありますか」と聞かれた場合、即答せずに「何のアレルギーですか」と聞き返すことになっている。この9つの発話はそれにあたる。これらは留学生の日本語発話が原因となった「繰り返しの要請」とは質が

異なるものであるため、上述の4つの分類項目とは別に「5.アレルギー」の項目を設け、分類した。

上述の「5.アレルギー」を除いた他4つの観点の分類の結果は、「2.語の選択の誤用」が5発話で、他「1.発音の誤用」「3.文構成（文法）の誤用」「4.談話の誤用」はそれぞれ同数の12発話であった。学年別では、「2.語の選択の誤用」以外は3学年にわたってそれぞれ観察された。

表2 分類結果

観点	1年生 (13名)	2年生 (16名)	3年生 (11名)	総発話数
1. 発音の誤用	5	5	2	12
2. 語の選択の誤用	3	2	0	5
3. 文構成（文法）の誤用	6(5)	5(4)	1	12
4. 談話の誤用	3(2)	4	5(4)	12
5. アレルギー	1	5	3	9
合計	18	21	11	50

*数字は述べ回数、()内の数字は実人数の回数を示す

学年が上がれば日本滞在歴も長くなり、また医療面接の経験回数も増えることから、留学生の発話に対する模擬患者からの「繰り返しの要請」も減るのではないかと予測された。表3は、学生1人が「繰り返しの要請」を受けた頻度の平均を学年ごとにまとめたものである。学年間に差があるかどうかを確かめるために、クラスカルウォリス検定を実施した。その結果、学年間の有意差はみられなかった ($p=0.228$)。

表3 模擬患者の「繰り返しの要請」の平均頻度

学年	平均頻度(回)
1年生	1.54
2年生	1.56
3年生	1.00

3.1. 発音の誤用

観察された発音の誤用の例としては、英語由来の単語（例：ストレス）を英語の発音で発話していることが模擬患者の聞き取りに影響を与えたと考えられる例（実例2）や、日本語の単音そのものが母語によっては発音が困難な例もあった（実例3）。

(2)の例は「ストレスが掛かる」を「ストレスを掛かる」と言っていたことから助詞の誤りであるとも捉えら

れるが、学生が「ステ、ストレス」と言い直したのちに患者が理解したことから、「ストレス」の英語発音が原因となって「繰り返しの要請」を受けたと考えられる。

(3)の例は、学生が「熱（ねつ）」を「ねす」と発音していたために患者から「繰り返しの要請」を受けた例である。

- (2)1 留学生：えーと、生活に最近、何か stress を、かかっていますか。
 2 患者：生活に？
 3 留学生：えーと、ステ、ストレスを。
 4 患者：ああ。
- (3)1 留学生：ねすとかはありますか。
 2 患者：何ですか。
 3 留学生：えーと、おね、んー、ねす、発熱
 4 患者：は、7度5分、朝ありました。

他にも、「生活」を「せーがつ（アクセント：高低低低）」と発音した清濁（「か／が」）およびアクセントの問題や、「どんな」を「どな」と発音した撥音の問題などがあり、発音の誤用は単音、特殊拍、アクセントなど多岐に渡っていた。

3.2. 語の選択の誤用

一般的な表現に際して一般的な語彙を的確に選択できなかった例(実例4~6)が散見された。

- (4) 留学生：これから病気をされたことはありますか。
 (誤) これから
 (正) 今まで
- (5) 留学生：家の状態はどうですか。
 (誤) 家の状態
 (正) 毎日の生活、家庭の状況
- (6) 留学生：セールスのために仕事は何をしていますか？
 (誤) セールス
 (正) 生活

3.3. 文構造(文法)の誤用

日本語の文構成にも文法にも多岐にわたって誤用が観察された。例えば、主語の脱落(実例7)、助詞の誤用(実例8)などである。

- (7) 1 留学生：今回初めてですか。
 2 患者：何がですか。
 (正) 留学生：その腹痛は、今回初めてですか。
- (8) 1 留学生：お母さま、お父様にご病気になったことありますか。
 2 患者：ごめんなさい、もう一度。
 (正) 留学生：お母さま、お父様はご病気になったことありますか。

3.4. 談話の誤用

12例の発話を前述の細川^[32]の分類を参考に、下位分類として「4-1. 場面・文脈との関係に関する誤用」「4-2. 成分の欠如・重複」の2項目を設定し、分類を行った。その結果、12例中11例が「4-2. 成分の欠如・重複」に分類された。その11例はすべて、成分つまり情報の欠如による聞き返しであった(実例9, 10)。

- (9) 1 留学生：今までに何か話していないことはありませんか。
 2 患者：え、例えばどんなことですか。
 (正) 学生：今までに他の症状など何か話していないことはありませんか。
- (10) 1 留学生：始まる前に何か気づいたことはありますか。
 2 患者：んー、具体的にはどんなことですか。
 (正) 学生：痛みが始まる前に熱とか食欲とか何か気づいたことはありますか。

4. 考察

本研究の目的は医療面接時の患者とのコミュニケーションにおいて、留学生の日本語の何が問題になるのかを明らかにすることである。医療面接において模擬患者から「繰り返しの要請」を受けた留学生の発話を言語の観点から分類し、問題点を整理した結果、模擬患者から「繰り返しの要請」を受けた原因は、留学生の日本語の発音、語彙、文法、そして談話レベルの誤用と、多岐にわたっていることが明らかになった。これらの問題点から、医療面接においてコミュニケーションを阻害する要因について考察し、問題解決のための具体的な教育方法、および教育時期について考察する。

4.1. 発音の誤用

Hoekje^[35], Bates & Andrew^[36]では発音が外国人留学生や外国人医師のコミュニケーション上の問題として報告されており、日本語においても同様であるといえる。

発音は最も母語の干渉を受けやすいと言われており、例えば、ベトナム人日本語学習者にとっては日本語の「つ」の音は「す」になりやすい、ミャンマー人日本語学習者にとっては「か」が「け」になりやすい(例:「寛解」が「けんけい」になる)などの傾向があり、留学生の第一言語によって日本語の発音の問題は異なる。それぞれの発音指導の早期かつ長期の介入の必要性が示唆される。

4.2. 語の選択の誤用

Bates & Andrew^[36], Verma, et al.^[37]では、外国人医師が専門用語を多用することが報告されているが、本稿のデータではそれは観察されなかった。Dahm^[38], Hall, et al.^[39]にみられるように、留学生は医学用語には習熟していても、一般的な語彙には習熟していない、または習得が遅れていると考えられる。

(6)の例は「生活」と「セールス」の語彙の選択の誤用に加え「生活のために仕事は何をしていますか」という表現にも問題があるといえる。本研究では対象となる発話総数が少ないため下位分類をして整理することが難しいが、今後さらに事例を集めて語とそれが出現する表現について検討する必要があると考えられる。

また本研究のデータでは、留学生が専門用語を使用したことで模擬患者に聞き返された例は観察されなかったが、品川他^[33]では、医学部留学生の医療面接試験の場面で留学生が「体重減少をきたしましたか」と質問し、模擬患者が「え？」と聞き返したという事例を報告している。これは「体重減少」の他にも「～をきたす」といった医学的に特徴的な表現を使用したために模擬患者から聞かえられたと考えられる例であり、留学生が医学教育において学習した語や表現をそのまま患者に使用した例である。

医療面接を学ぶ際には、単に質問の型を学ぶだけではなく、同じ質問内容でもさまざまな表現形式を例示し、専門語と一般語の対照語を習得するようにするなどの工

夫が留学生には必要であるといえる。

4.3. 文構造（文法）の誤用

日本語学習者には(7)の例のように、主語や主題の省略、またはその逆に主語や主題の使用過多といった誤用が日本語習得上の問題として観察されることがある。(8)の例のいわゆる「てにをは」と言われる助詞の誤用なども、その場限りの「言い間違い」なのか、その留学生に繰り返し観察される学習上の「誤り」なのか見極める必要があり、縦断的な観察が必要である。その上で、「誤り」が定着する前に、卒前教育の期間中に修正し正確な日本語を獲得させる必要があろう。

分野は異なるが大場^[40]では介助のロールプレイ場面における外国人介護福祉士候補者の日本語発話分析を行っており、日本語の問題として文法の誤用が突出して多かったことを挙げている。文法の中でも助詞の脱落、助詞の誤用といった助詞の誤りに誤用が集中しており、さらにそれらの誤用が出現する場面も限られていたとしている。

Woodward-Kron et al.^[11]では、患者の症状情報を引き出す際の外国人医師らのミスにはいくつかの原因があるとし、患者から時間経過を含む包括的な症状情報を引き出すためには文法的な正確さが求められることを挙げている。日本語においても正確な情報を患者から引き出すためには正しい文法で質問する必要があると考えられる。

本研究においては対象となるデータが少ないため文法の誤用のさらなる分類やその数については言及できないが、医学的狀態に関する情報収集、生活習慣に関する情報収集などの「型」を大場^[40]の「場面」に相当すると考えれば、型ごとに出現する文法の誤用を観察し、どのような文構造、文法の誤用が集中するのかを明らかにし、正しい文法で正確な情報を引き出す質問の仕方を練習する必要があると考えられる。

4.4. 談話の誤用

品川・稲田^[23]では、留学生と日本人学生の医療面接の比較において、日本人学生は例示をしながら「開かれた質問」をする傾向があるのに対し、留学生はそれがないことを特徴として挙げている。Verma, et al.^[37]においても、外国人留学生や外国人医師は患者が答えにくい質問の仕方をするのが報告されている。本データは先行例を支持するものであり、留学生の質問の仕方は例示が欠如しているために患者には答えにくい質問となっていると考えられる。患者にとって答えやすい「開かれた質問」にするためにはどのような質問がよいのかを考え、複数の質問のバリエーションのうち場面と文脈に合った表現が選べるようになる必要がある。

学年別にみると3年生において談話レベルの誤用が多数観察されている。対象となる総発話数が少ないため統計的に有意差を示すことは難しいが、学年が上がり語彙や文レベルの正確性が上がっても、談話レベルの正確性は上がっていないと考えられる。品川・稲田^[23]では、医

療面接において留学生は型通りに質問することを優先しており、患者の話を聞き理解することに意識が向いていないと考察している。型として表現を覚えて使用することで語彙や文法の誤用は少なくなるが、談話レベルの誤用を減らすには型を覚えるだけでは不十分といえよう。このことから文脈に合った表現が選べるよう練習を重ねる必要があると考えられる。

4.5. トレーニングの必要性

模擬患者からの「繰り返しの要請」を受けた頻度と留学生の学年には関連がなかった。現状のまま留学生に対する言語面の支援がないままであれば、学年が上がり医療面接の実施経験が増えることのみで模擬患者からの「繰り返しの要請」が減るとは考えにくい。そのため留学生には医療面接における日本語コミュニケーション・トレーニングの必要性が示唆される。

各観点の考察から、教育方法の可能性としては下記の方法が考えられる。

まずは医療面接における型を定型表現として質問表現を例示し、正しく産出できるようにする練習である。発音、語彙、文構成（文法）は誤用が多岐に渡っていたことから、定型表現として医療面接の型を学習・習得し、繰り返し練習することで語彙や文法の誤用を減らすことが可能ではないかと考えられる^[41]。また Chur-Hansen^[6]では、医療コミュニケーションのパフォーマンスを阻害する可能性のある特定の構成要素を調査する必要性を述べており、それらはアクセント、発話速度、口語表現、適切な文法の使用などが含まれるとしている。特に発音は第一言語の影響を受けることから、留学生各人の発話の特徴、誤用の特徴を特定することが肝要であり、その上で練習する必要がある。

次の段階の練習としては、それらの質問表現を文脈に沿って選択し運用できるようにする練習である。談話の誤用については情報の欠如によるものとする特徴が明らかになり、コミュニケーションを阻害する要因として長く残る可能性も示唆された。このことから場面と文脈に合った質問表現を即時に選択できるようになる必要があると考えられる。そのためには、留学生に対しては継続してトレーニングすることが有効だと考えられる。

本研究は予備的研究であるため、今後さらにデータを増やし留学生の発話の特徴を精査したうえで教育方法について検討していく必要がある。

本研究の限界としては対象データの少なさが挙げられる。今後、より多くのデータを収集し分類する必要がある。医学部留学生数の相対的な少なさから対象人数を増やすことは容易ではないが、対象となる発話のカテゴリーを広げることで多くのデータを収集することは可能であろう。例えば本研究では模擬患者から「繰り返しの要請」を受けた発話を分析対象としたが、模擬患者から「確認」を受けた留学生の発話についても検討する必要がある。確認を受けた理由が留学生の日本語発話の問題か

らであった場合、それらの発話についても同様に分析する必要が考えられる。さらに大場^[40]における「場面」を医療面接の型と捉えれば、医療面接における種々の情報収集のどの場面においてどのような誤用が集中するのか誤用の詳細を明らかにすることも効果的な教育方法につながるものと考えられる。

5. 結語

本研究では、医療面接時の留学生の発話において模擬患者からの「繰り返しの要請」を受けた発話について、言語の観点から分類し問題点を整理した。医療面接においてコミュニケーションを阻害する要因は、発音、語彙、文構造（文法）、談話と多岐にわたっていることが明らかになった。問題解決のためには、留学生には卒前教育の期間中に継続的に医療面接における日本語コミュニケーション・トレーニングを行う必要があることが示唆された。

留学生の医療面接時の発話を言語の観点から分析することは、今後、留学生の医療コミュニケーション教育における基礎的データとなるものと考えられる。そしてそれは留学生のみならず、外国人医師や他領域の外国人医療従事者の医療コミュニケーション教育支援にも資するものとなるものと考えられる。

本研究の今後の課題としては、3年生以降、臨床実習を経てこれらの問題がどのように変化するのか縦断的に観察する必要があると考える。長く残るコミュニケーションを阻害する日本語の問題は何か、いつどのような言語的支援が問題解決に効果的なのかについて検討し、教育実践につなげていきたい。

注

1) 国際医療福祉大学では2017年に「模擬患者の会」を発足し、継続的に講習会を開催している。本研究の模擬患者については「模擬患者の会」に協力を得る計画であったが、新型コロナウイルスの影響により学内関係者に依頼することになった。演技の確認等、事前練習の機会を設けることができなかつたため、シナリオは病態をイメージしやすい疾患の設定にした。

2) コーディングについては、まず20面接を2名が別々にそれぞれコーディングし、その結果について Spearman の順位相関関係を求めた。信頼性を確認してのち、残りの20面接を1名でコーディングを行った。コーダーのうち1名はRIAS開発者から直接コーディング・トレーニングを受けコーダーとして認定されており、1名はRIAS研究会日本支部主催のRIASトレーニング・ワークショップ（RIAS研究会日本支部（RIAS Japan））で研修を修了し認定を受けている。

謝辞

RIASのコーディング及び分析にあたりご指導、ご協力を賜った野呂幾久子教授（東京慈恵会医科大学）、医療

面接にご協力くださった国際医療福祉大学の先生方、職員の方々に、ここに記して深く感謝を申し上げる。

研究資金

本研究はJSPS科研費JP19K00714の助成を受けたものである。

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] Huhn D, Lauter J, Roesch Ely D, et al. Performance of international medical students in psychosocial medicine. *BMC Medical Education* 2017;17:111 DOI 10.1186/s12909-017-0950-z
- [2] Yan Q, Ma L, Zhu L, et al. Learning effectiveness and satisfaction of international medical students: Introducing a hybrid-PBL curriculum in biochemistry. *Biochemistry and Molecular Biology Education* 2017;45(4):336-342
- [3] Huhn D, Al Halabi K, Alhalabi O, et al. Interactive peer-guided examination preparation course for second-year international full-time medical students: quantitative and qualitative evaluation. *GMS Journal for Medical Education* 2018, Vol. 35(5), ISSN 2366-5017
- [4] Malau-Aduli BS. Exploring the experiences and coping strategies of international medical students. *BMC Medical Education* 2011; 11:40
<http://www.biomedcentral.com/1472-6920/11/40>
- [5] Huhn D, Huber J, Ippen FM, et al. International medical students' expectations and worries at the beginning of their medical education: a qualitative focus group study. *BMC Medical Education* 2016; 16:33 doi:10.1186/s12909-016-0549-9
- [6] Chur-Hansen A, Vernon-Roberts V, Clark S. Language background, English language proficiency and medical communication skills of medical students. *Medical Education* 1997; 31: 259-263.
- [7] Wette M. English Proficiency Tests and Communication Skills Training for Overseas-Qualified Health Professionals in Australia and New Zealand. *Language Assessment Quarterly* 2011; 8: 200-210.
doi:10.1080/15434303.2011.565439
- [8] Chan A, Purcell A, Power E. A systematic review of assessment and intervention strategies for effective clinical communication in culturally and linguistically diverse students. *Medical Education* 2016; 50: 898-911.
- [9] MacDonald-Wicks L, Levett-Jones T. Effective teaching of communication to health professional undergraduate and postgraduate students: A Systematic Review. *JBI Library of systematic Reviews* 2012; 10:28 1-12.
- [10] Couper J, Hawthorne L, Hawthorne G, et al. Communication skills and undergraduate psychiatry: a description of an innovative approach to prepare Australian

- medical students for their clinical psychiatry attachment. *Academic Psychiatry* 2005;29:297-300
- [11] Woodward-Kron R, Stevens M, Flynn E. The Medical Educator, the Discourse Analyst, and the Phonetician: A Collaborative Feedback Methodology for Clinical Communication. *Academic Medicine*, 2011; 86:5 565-570.
- [12] Dahm MR, Yates L, Ogden K, et al. Enhancing international medical graduates' communication: the contribution of applied linguistics. *Medical Education* 2015; 49: 828-837. doi:10.1111/medu.12776
- [13] Chen X, Chen B, Li X, et al. Mutual benefit for foreign medical students and Chinese postgraduates: A mixed team-based learning method overcomes communication problems in hematology clerkship. *Biochemistry and Molecular Biology Education* 2017; 45:2 93-96. doi:10.1002/bmb.20997
- [14] Zhang J, Cheng M, Guo N, et al. 'Standardized patients' in teaching the communication skill of history-taking to four-year foreign medical undergraduates in the department of obstetrics and gynaecology. *BMC Medical Education* 2019; 19:108 <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1541-y>
- [15] 池田俊也, 天野隆弘. 国際医療福祉大学医学部の開学について. *国際医療福祉大学学会誌* 2017; 2:2 1-5.
- [16] 品川なぎさ, 稲田朋晃, 山元一晃. 医師国家試験に特徴的な表現の分析—動詞を中心に—. *第 20 回専門日本語教育学会研究討論会誌* 2018; 38-39.
- [17] 山元一晃, 稲田朋晃, 品川なぎさ. 医師国家試験の名詞語彙の対数尤度比に基づく分析と教材開発の可能性. *日本語／日本語教育研究* 2018; 9, 245-260.
- [18] 三枝令子, 丸山岳彦, 庵功雄, 他. 動詞に見る医学用語の特徴—BCCWJ との比較から見えること—. *専門日本語教育研究* 2019; 21, 69-76.
- [19] 三枝令子, 丸山岳彦, 松下達彦, 他. 医学用語の収集と分類. *日本語教育* 2020; 176, 33-47.
- [20] 品川なぎさ, 稲田朋晃. 医学部留学生を対象とした医学日本語授業の実践—医学教員との連携による日本語教育の取り組み—. *専門日本語教育研究* 2019; 21, 61-68.
- [21] 稲田朋晃, 品川なぎさ. 外国人医師が現場で遭遇する言語的・文化的困難点について. *第 22 回専門日本語教育学会研究討論会誌* 2020; 10-11.
- [22] 稲田朋晃, 品川なぎさ, 吉田素文. 医学部留学生は臨床実習でどのようなコミュニケーション上の困難に遭遇するか. *グローバルヘルス合同大会* 2020 大阪 2020; (オンライン開催)
- [23] 品川なぎさ, 稲田朋晃. 医学部留学生の医療面接場面におけるコミュニケーションの特徴. *社会言語科学* 2021;24(1):189-203
- [24] 野呂幾久子, 阿倍恵子, 石川ひろの. 医療コミュニケーション分析の方法【第 2 版】—The Roter Method of Interaction Process Analysis System (RIAS)—. 三恵社, 2011.
- [25] Ishikawa H, Takayama T, Yamazaki Y, et al. Physician-patient communication and patient satisfaction in Japanese cancer consultation. *Social Science & Medicine* 2002;55;301-311
- [26] Schouten BC, Meeuwesen L, Tromp F, et al. Cultural diversity in patient participation: the influence of patients' characteristics and doctors' communicative behavior. *Patient Education and Counseling* 2007;67;214-223
- [27] Noro I, Roter DL, Kurosawa S, et al. The impact of gender on medical visit communication and patient satisfaction within the Japanese primary care context. *Patient Education and Counseling* 2018;101;227-232
- [28] Watanabe S, Yoshida T, Kono T, et al. Relationship of trainee dentists' self-reported empathy and communication behaviors with simulated patients' assessment in medical interviews. *PLoS One* 2018;Dec 20;13(12):e0203970. DOI:10.1371/journal.pone.0203970.eCollection 2018.
- [29] 川瀬基子, 半谷眞七子, 亀井浩行 他. 調剤薬局におけるがん患者と薬剤師のコミュニケーションに関するパイロット研究. *医療薬学* 2011;37(9);559-566
- [30] Weber H, Stöckli M, Nübling M, et al. Communication during wards in internal medicine: an analysis of patient-nurse-physician interactions using RIAS. *Patient Education and Counseling* 2007;67(3);343-348
- [31] Massey M, Roter DI, Assessment of immigrant certified nursing assistants' communication when responding to standardized care challenges. *Patient Education and Counseling* 2016;99;44-50
- [32] 細川英雄. 留学生日本語作文における格関係表示の誤用について. *早稲田大学日本語研究教育センター紀要* 1993; 5, 70-89.
- [33] 品川なぎさ, 稲田朋晃, 小林元, 石川和信. 医学部留学生に観察された日本語コミュニケーションの問題点. *第 51 回日本医学教育学会* 2019 年 7 月 27 日
- [34] 品川なぎさ, 稲田朋晃. 医学部外国人留学生の医療コミュニケーションにおける日本語の問題点. *第 4 回国際臨床医学会学術集会プログラム抄録集* 2019; 103.
- [35] Hoekje BJ. Medical discourse and ESP courses for international medical graduates (IMGs). *English for Specific Purposes* 2007; 26:3 327-343.
- [36] Bates J, & Andrew R. Untangling the Roots of Some IMGs' Poor Academic Performance. *Academic Medicine* 2001; 76:1 43-46.
- [37] Verma A, Griffin A, Dacre J, et al. Exploring cultural and linguistic influences on clinical communication skills: a qualitative study of International Medical Graduates. *BMC Medical Education* 2016; 16:162 doi:10.1186/s12909-016-0680-7
- [38] Dahm MR. Exploring perception and use of everyday language and medical terminology among international

- medical graduates in a medical ESP course in Australia. *English for Specific Purposes* 2011; 30:3 186-197.
- [39] Hall P, Keely E, Dojeiji S, et al. Communication skills, cultural challenges and individual support: challenges of international medical graduates in a Canadian healthcare environment. *Medical Teacher* 2004; 26:2 120-125. doi:10.1080/01421590310001653982
- [40] 大場美和子. 介護技術講習会における介助の談話の構造と日本語の分析—EPA 介護福祉士候補者を対象に—. *社会言語科学* 2019;22(1):107-124
- [41] アリソン・レイ(翻訳: 畑佐由紀子). 定式表現と第二言語習得. 第二言語習得研究と言語教育 [編]畑佐一味, 畑佐由紀子, 百瀬正和, 清水崇文. くろしお出版 2012;23-42

***責任著者 Corresponding author : 品川なぎさ**
e-mail: sinagawa@iuhw.ac.jp

その他

動物病院での飼い主への説明文書作りにおける 18 年間の変遷 Development of Explanatory Documents for Pet Owners at a Veterinary Clinic over 18 Years

宮崎良雄

Yoshio Miyazaki

宮崎動物病院

Miyazaki Animal Hospital

Abstract

The author has run a veterinary clinic for dogs and cats since July 2003. To make his medical explanations easier to understand for pet owners, he provides explanatory documents for their pets' daily medical care. Since June 2011, he has published journal articles on how to use the best methods to make these explanatory documents more readable; however, these methods have changed over time during daily practice and dissertation writing. This paper summarizes the changes in his approaches, ideas, and devices mentioned in these documents over the last 18 years, such as: (1) the reading difficulty dropped from junior high school level to elementary school level; (2) conciseness was emphasized over providing too much information; (3) and ensuring that the explanatory documents captured the pet owners' attention was as important as making them easily readable. These changes emerged while preparing the documents and observing the pet owners' reactions in addition to the related research and dissertation writing. Improving explanatory documents for pet owners requires repetition in both daily practice and research considerations.

要旨

筆者は、2003年7月から犬・猫を対象とした動物病院を運営している。開業当初から、日々の診療では「説明文書」を作って、それを飼い主に渡してきた。診療の説明を分かりやすくするためである。さらに、2011年6月からは「そのような文書を読みやすくするための工夫」について複数の雑誌で論じてきた。説明文書は最善と思った方法で作し、論文は最善と思った方法を述べたものである。しかし、それらの方法は、日々の実践や論文の執筆活動を通して変化していった。本稿では、この18年間の振り返り、飼い主への説明文書に対する筆者の「取り組み方」と「考え方」、「工夫」の変遷を整理した。例えば、次のような大きな変化があった。(1)難易度を中学生レベルから小学生レベルに引き下げた。(2)文書の詳しさより簡潔さを重視するようになった。(3)読みやすい文書を作るだけでなく読んでもらうための工夫にも気を配るようになった。これらの変化は、文書を作って渡し飼い主の反応をみるといった実践だけから生じたものではない。関連の研究や論文の執筆活動も大きなきっかけとなった。飼い主への説明文書を改良するためには、日々の実践と机上の考察の両方の反復が必要である。

キーワード：小動物獣医療、説明文書、可読性、ヘルスリテラシー、ヘルスコミュニケーション

Keywords: small animal veterinary medicine, explanatory documents, readability, health literacy, health communication

1.序文

筆者は、2003年7月から、犬・猫を対象とした小さな動物病院を運営している。開業当初から、日々の診療では説明の内容を「文書」にまとめ、それを飼い主に渡す取り組みを続けてきた。例えば、この10年間では、1年間に平均436通の文書を作った。

口頭で説明するだけでなく、説明内容を文字資料としても提供したほうが、診療の説明が分かりやすくなるかと考えているからである。文書を残せば、説明内容を忘れてしまったときに振り返ることもできる。それぞれの飼い主に合わせた説明にするために、中身の文章はそのつど

考えている。

さらに2011年6月からは、「そのような文書を読みやすくするための工夫」について、複数の雑誌で論じてきた[1-33]。これまでに発表してきた論文は、2021年11月現在、印刷準備中の2報を含め、44報に及ぶ。

例えば、2020年10月発行の日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌では、次の7つの工夫を提案した[30]。

- ① 文字を適度に大きくする。
- ② 難しい漢字を使わない。
- ③ 内容を手短かにまとめる。
- ④ 小学生向け国語辞典レベルの説明を目指す。

- ⑤ キーワードを示す。
 - ⑥ 文書の主旨・内容を口頭できちんと説明する。
 - ⑦ 項目ごとに見出しをつける。
- さらに、具体例として次の例文を示した。

診断

- 背骨の変形（変形性せきつい症）
- 背骨の一部の骨折

治療内容

- 痛み止め（飲み薬：商品名）
- 安静

コメント

- レントゲン写真をみると、背骨が変形し、下側にせり出しています。
- その一部が折れています。
- 背骨の変形は、治りません。
- 骨折は、自然に治ります。
- 骨折が治るまでは、安静にさせ、痛み止め（商品名）で治療します。

次回

- 1週間後に診察したいと思います。
- ただし、調子が悪い場合は、お早めにご連絡ください。

（定型文）ご不明な点がございましたら、当院までお問い合わせください。おだいじにどうぞ。

飼い主への説明文書は、その時点において最善と思った方法で作ったものである。いっぽう、一連の論文は、その時点において最善と思った方法を述べたものである。しかし、それらの方法は、文書を作って渡し飼い主の反応をみるといった日々の実践や、論文の執筆活動を通して変化していった。

本稿では、筆者のこの18年間を振り返る。そのうえで、説明文書に対する筆者の「取り組み方」と「考え方」、「工夫」の変遷について整理した。

2. 取り組み方の変遷

取り組み方の変遷を表1にまとめた。この18年間を5つの時期に大別すると、次のようになる。

(1)2003年7月～2008年3月

「飼い主への説明文書を作り始め、それを定着させた時期」である。2003年7月の開業と同時に、飼い主へのサービスの一環としてこの取り組みを始めた。当初は、口頭説明を文字で再現すること（文字起こし）を目指していた。診断や治療の根拠を内容に含め、「詳しい文書」を作ること心掛けていた。1日の診療が終わってから時間をかけて作っていたため、診察中にその場で渡すことができなかった。

(2)2008年4月～2010年1月

「診察中にその場でも説明文書を作り始め、それを定着させた時期」である。2008年4月に適当なミニパソコン（小型のノートパソコン）が発売されたため、診察室用に購入した。それとプリンタを使って、診察中にその場でも文書を作るようになった。

その場で作るためには、中身の文章を短時間でまとめる必要がある。その実践を続けていくうちに、必然的に「簡潔な文書」を作るように変化していった。その後、詳しい文書より簡潔な文書のほうが、飼い主には理解してもらいやすいことに気づいた。

(3)2010年2月～2013年11月

「論文の執筆活動を始め、それを定着させた時期」である。2010年2月頃からは、説明文書を作るだけでなく、文書の読みやすさについて意識して考えるようになった。準備期間を経て、2011年6月からは、このテーマについての論文を発表するようになった。

(4)2013年12月～2019年12月

「説明文書を読んでもらうことにも力を入れ始め、それを定着させた時期」である。きっかけとなったのは、2013年12月に発表した論文のために行った「説明文書に対する飼い主の反応」についての調査であった[14]。渡された文書をその場ですぐに読む飼い主は、当時、全体の約半数にすぎないことが判明した。この結果をふまえ、読みやすい文書を作るだけでなく、読んでもらうための工夫にも意識して取り組むようになった。

(5)2020年1月～現在

「飼い主への説明文書を電子ファイルとしても保存し始め、それを定着させた時期」である。それ以前は、紙の文書だけを保存し、一部の例外を除き、7年が経過したらカルテと一緒に廃棄していた。2020年1月中旬からは、すべての文書をリッチテキスト形式の電子ファイルとして保存している。それに伴い、計量言語学的手法による、文書の後ろ向きの調査が容易になった[31-33]。

3. 考え方の変遷

ここでは論文を投稿し始めた2011年以降を対象とする。文書の読みやすさについての考え方の変遷を表2にまとめた。まとめるにあたり、テーマを次の3つにしぼった。なお、文中に記載した時期は、該当する論文が掲載された年月にそろえた。

(1)内容の難易度

論文を投稿し始めた当初は、義務教育の学習内容を考慮し、現役の「中学生」が読んで理解できるレベルの説明を目指していた[2]。しかし、日々の実践から、多くの飼い主にとって、それでは難しすぎると考えるようになった。

2013年4月からは、「小学生向け国語辞典」の説明文レベルの説明が適当であると考えようになった[9]。当初は、経験からくる単なる思いつきであった。しかし、2017年8月に発表した論文における「3種類の辞書の収録語数」の調査結果は、数字にもとづく有力な根拠となった[24]。

そのいっぽうで、小学生向け国語辞典レベルの説明には、次のような問題があるとも考えていた。

- 日々の生活で使わない知識は小学生レベルであったとしても身につけにくい[15]。
- 専門的な内容の説明は小学生レベルの文章であったとしても易しくない[15]。
- 小学生レベルの説明では、回りくどくて、かえって

分かりづらくなることがある。

- 学校の学習内容はその人が学んだ時代によって多少異なる[7]。

それらをふまえ、2016年5月からは、小学生レベルの説明を目指すためには、内容や言葉の「取捨選択」が大切であると考え始めた[21]。その後、取捨選択の目安を考えていくうちに、2017年2月には「端的な言葉」を重視するようになった[22]。しくみを理解してもらうより、まずは、説明の目印となる「キーワード」を覚えてもらう。そのほうが、結果として診療が円滑に進むことが多いことに気づいた。

専門用語であっても、使う数をしぼり、詳しい内容に触れなければ、単なる「ものの名前」として、小学生レベルの説明に組み込むことができる。極端に長いなどの理由で覚えにくい言葉でない限り、具体的な名前があったほうが説明が簡潔になる。

例えば、「PCR検査」という言葉は、新型コロナウイルス感染症の流行以来、多くの人が知る言葉となった。しかし、PCR検査のしくみが広く知れわたったわけではない。あくまでも「コロナの詳しい検査」を指す言葉として広まっただけである。しかし、それで不便はないし、端的なキーワードとしてむしろ役に立っている。

(2)漢字の難易度

論文を投稿し始めた当初は、中学校の学習レベルの漢字を目安としていた[4]。

しかし、それでは難しすぎると考えるようになり、2016年5月からは次のような目安に変更した[21]。

- 「小学校」で学習する漢字は使う。
- それ以外の常用漢字は注意して使う。
- 常用漢字以外の漢字はなるべく使わない。

日本語の文章では、漢字の使われ方が、分かりやすさに大きく影響する。しかし、急いで文書を作るときに、漢字の難易度をいちいち調べる時間的な余裕はない。そのため、それらの情報を獣医療の雑誌で紹介し、他の獣医師と共有することが大切であると考えようになった。2021年5月に発表した論文は、その実践例である[31]。

(3)文章の長さ

論文を投稿し始めた当初から現在に至るまで、「200字以内」の文章を書くことを理想としている[1]。ちょうど、文庫本カバーの裏に書かれている、その本の紹介文と同程度の字数である。しかし、筆者としては、実際には300～500字程度の文章のほうが書きやすい[29]。

その後、レイアウトを工夫すれば、多少字数が増えても読みやすさが保てると考えるようになった。2012年7月から少しずつ考え始め、2018年7月に発表した論文ではそれまでの考えをまとめた[5,26]。例えば、単なる文章を示すのではなく、項目ごとに見出しをつけ、箇条書きで示すとよい。現在は、200字以内を理想としつつも、見目が簡潔でさえあれば、具体的な字数にはこだわっていない。

ただし、過去に時間をかけて200字以内で説明を書く取り組みを積んだ経験は、有意義であったと考えている。

とくに文章を短く「修正」する作業は、要点をおさえる練習になった。さらに、字数の感覚が養われた[29]。

4.工夫の変遷

これまでに積み重ねてきた工夫を表3にまとめた。表現・日本語に関する工夫と「専門的な内容に関する工夫」は、説明の難易度を小学生レベルに引き下げたことと関係する[3,4,6,9,10,12,16,17,20-22,25]。「手短かにまとめるための工夫」は、文書の詳しさをより簡潔さを重視するようになったことと関係する[5,8,10,18,29]。「見やすくするため・読んでもらうための工夫」は、まずは文書を読んでもらうことが大切であると考えようになったことと関係する[13,21,23,26]。

表3を見ると、どの工夫も同じくらいの程度で重視していることがうかがえる。なお、これらの工夫は、現在もおおむね実行中である。

5.結語

本稿では、飼い主への説明文書に対する、この18年間の筆者の「取り組み方」と「考え方」、「工夫」の変遷を整理した。様々な変化は、診療の現場で実際に文書を作って渡し飼い主の反応をみるといった実践だけから生じたものではない。診療以外の時間に、関連の研究や論文の執筆を行い、机上で改めて考察したことも変化の大きなきっかけとなった。ただし、机上で考えた工夫は、実際に試してみないと本当に有効であるのかどうかは分からない。このように説明文書を改良するためには、日々の実践と机上の考察の両方の反復が必要である。本稿において、18年間の変遷を「取り組み方」と「考え方」、「工夫」の3つに大別して整理したのは、そのためであった。

なお、筆者が作る飼い主への説明文書における大きな変化は、次の3つに集約される。

- ① 説明の難易度の目安を中学生レベルから小学生レベルに引き下げた。
- ② 文書の詳しさをより簡潔さを重視するようになった。
- ③ 読みやすい文書を作るだけでなく読んでもらうための工夫にも気を配るようになった。

これらの変化は、文書による説明が、程度の差はあるにせよ飼い主に対して常に「読みの負担」を強いることに気づいた結果である。

ところで筆者は、2020年10月に日本ヘルスコミュニケーション学会に入会した。それまでは、多くの先生方のお世話になりながらも、基本的には独自の取り組みを続けてきた。獣医療領域においては、残念ながら、今のところヘルスコミュニケーションやヘルスリテラシーについての議論がほとんどないからである。一連の取り組みを始めてから18年が経過した。18年間はある程度まとまった期間であると判断し、今回、実践報告を行うに至った。一人の臨床獣医師の変化の記録が、参考資料の一つとなれば幸いである。

本稿の内容や筆者の取り組みに対するご質問やご意見、ご感想をお待ちしている。

利益相反自己申告

なし

引用文献

- [1] 宮崎良雄 (2011) : 飼い主向け文書の可読性 (読みやすさ) を考える, 獣医畜産新報 64 (6), 495-496.
- [2] 宮崎良雄 (2012) : 獣医療文書の日本語 (文章) としての難易度を判定する, 獣医畜産新報 65 (4), 305-307.
- [3] 宮崎良雄 (2012) : 獣医療文書の「わかりやすさ」に関する話題, 獣医畜産新報 65 (5), 389-391.
- [4] 宮崎良雄 (2012) : 獣医療文書の漢字と表現, 獣医畜産新報 65 (6), 501-502.
- [5] 宮崎良雄 (2012) : 獣医療文書の文と文章の長さ, 獣医畜産新報 65 (7), 571-572.
- [6] 宮崎良雄 (2012) : 獣医師の説明における比喻表現, 獣医畜産新報 65 (10), 849-850.
- [7] 宮崎良雄 (2012) : 獣医師の説明と飼い主の獣医療知識, 獣医畜産新報 65 (11), 933-935.
- [8] 宮崎良雄 (2012) : 飼い主に渡す短い説明文書の内容を考える, 獣医畜産新報 65 (12), 1009-1010.
- [9] 宮崎良雄 (2013) : 説明に使う獣医療用語の使い方, 獣医畜産新報 66 (4), 276-278.
- [10] 宮崎良雄 (2013) : 説明文書をわかりやすくするための工夫, 獣医畜産新報 66 (5), 366-368.
- [11] 宮崎良雄 (2013) : 飼い主への説明文書: 要約集, 獣医畜産新報 66 (6), 427-429.
- [12] 宮崎良雄 (2013) : 獣医療と確率, 獣医畜産新報 66 (7), 523-524.
- [13] 宮崎良雄 (2013) : 獣医療文書の文字の大きさ, 獣医畜産新報 66 (10), 769-770.
- [14] 宮崎良雄 (2013) : 説明文書に対する飼い主の反応, 獣医畜産新報 66 (12), 924-926.
- [15] 宮崎良雄 (2014) : 飼い主への説明のむずかしさ, 獣医畜産新報 67 (2), 128-129.
- [16] 宮崎良雄 (2014) : 獣医療における飼い主への説明と外来語の使用, 獣医畜産新報 67 (5), 371-373.
- [17] 宮崎良雄 (2014) : 飼い主への説明文書と日本語の文法, 獣医畜産新報 67 (8), 618-619.
- [18] 宮崎良雄 (2014) : 飼い主への説明文書の構成を見直す, 獣医畜産新報 67 (9), 687-688.
- [19] 宮崎良雄 (2014) : 飼い主への説明文書: 要約集 2, 獣医畜産新報 67 (10), 761-764.
- [20] 宮崎良雄 (2015) : 診断名をつけた背景, 獣医畜産新報 68 (5), 363-366.
- [21] 宮崎良雄 (2016) : 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 35 (5), 83-91.
- [22] 宮崎良雄 (2017) : 飼い主への説明文書におけるわかりやすさとは: 2つの問題点とキーワードの重要性, 獣医畜産新報 70 (2), 125-126.
- [23] 宮崎良雄 (2017) : 飼い主への説明をわかりやすくするために: 資料を使って説明するときの注意点, 獣医畜産新報 70 (5), 384-385.
- [24] 宮崎良雄 (2017) : 飼い主が知っている獣医療用語のめやす, 獣医畜産新報 70 (8), 591-592.
- [25] 宮崎良雄 (2017) : 飼い主に専門的な内容を説明したいときの注意点, 獣医畜産新報 70 (12), 938-939.
- [26] 宮崎良雄 (2018) : 飼い主への説明文書を改良する, 獣医畜産新報 71 (7), 515-516.
- [27] 宮崎良雄 (2018) : 飼い主への説明をわかりやすくするための工夫, 獣医畜産新報 71 (11), 820-826.
- [28] 宮崎良雄 (2019) : 飼い主への説明のわかりやすさを8年間追求して得たもの, MVM 184, 97-104.
- [29] 宮崎良雄 (2020) : 飼い主への説明文書を手短にまとめるための工夫: 筆者の実践例, MVM 191, 101-108.
- [30] 宮崎良雄 (2020) : 飼い主への説明文書を読みやすくするための工夫: ある動物病院の取り組み, 日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌 11 (2), 61-69.
- [31] 宮崎良雄 (2021) : 飼い主への説明文書を分析する, MVM 197, 103-107.
- [32] 宮崎良雄 (2021) : 飼い主向けの説明文書から難しい言葉をさがす, MVM 199, 102-107.
- [33] 宮崎良雄 (2022) : 筆者が飼い主への説明で強調してきたこと: 飼い主への説明文書に引いた下線を分析する, MVM 202, (印刷準備中).

文献 11、19、21、27、28、30 は、その当時における筆者の取り組み方や考え方、工夫のダイジェストである。

***責任著者 Corresponding author : 宮崎良雄**
e-mail: ymiyazaki@amail.plala.or.jp

表1. 取り組み方の変遷

時期	取り組み								
2003年07月	<ul style="list-style-type: none"> ● 開業 ● 飼い主への説明文書を作り始めた。 <p>説明文書を作る目的：文字による口頭説明の再現 説明文書の平均字数：412.8字（2005年12月～2007年4月）</p>								
2008年04月	<ul style="list-style-type: none"> ● 診察室にパソコンとプリンタを設置した。 ● 診察中にその場でも説明文書を作り始めた。 								
2010年02月 2011年01月 2011年06月	<ul style="list-style-type: none"> ● 説明文書の読みやすさについて意識して考えるようになった。 ● このテーマについての論文を投稿し始めた。 ● 最初の論文が獣医畜産新報に掲載された。 <p>2011年6月以降に執筆した論文</p> <table border="1" data-bbox="406 887 1018 1032"> <tbody> <tr> <td>獣医畜産新報（2011年6月～2018年12月）</td> <td>36報</td> </tr> <tr> <td>日本語学（2016年5月）</td> <td>1報</td> </tr> <tr> <td>MVM（2019年7月～）</td> <td>6報</td> </tr> <tr> <td>日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌（2020年10月～）</td> <td>1報</td> </tr> </tbody> </table> <p>*2021年11月調べ（印刷準備中の2報を含む）</p>	獣医畜産新報（2011年6月～2018年12月）	36報	日本語学（2016年5月）	1報	MVM（2019年7月～）	6報	日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌（2020年10月～）	1報
獣医畜産新報（2011年6月～2018年12月）	36報								
日本語学（2016年5月）	1報								
MVM（2019年7月～）	6報								
日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌（2020年10月～）	1報								
2013年12月	<ul style="list-style-type: none"> ● 説明文書を読んでもらうことにも力を入れ始めた。 								
2020年01月 2021年05月 2021年11月	<ul style="list-style-type: none"> ● 説明文書を電子ファイルとしても保存し始めた。 ● 電子ファイルのデータを使った論文を発表し始めた。 ● 現在 ● 飼い主への説明文書を作り続けている。 <p>説明文書を作る目的：要点の提示 説明文書の平均字数：328.1字（2020年2月～2021年10月）</p>								

表2. 考え方の変遷

時期	内容の難易度	漢字の難易度	文章の長さ	文献
2011年06月			● 200字以内の文章を書く。	1
2012年04月	● 中学生が読んで理解できるレベルを目指す。			2
2012年06月		● 中学校の学習レベルまでの漢字（漢検3～4級以下）を使う。		4
2012年07月			● 200字以内に収まらなければ、段落に分けるか、箇条書きにする。	5
2012年11月	● 義務教育の学習範囲を逸脱しすぎない。 ● ただし、義務教育の学習内容は、時代によって異なる。			7
2013年04月	● 日常用語の目安として小学生向け国語辞典を利用する。			9
2014年02月	● 日々の生活で使わない知識は、小学生レベルであったとしても身につけにくい。 ● 専門的な内容の説明は小学生レベルの文章であったとしても易しくない。 ● 獣医療の説明は、小学校の学習範囲では、説明しきれない。			15
2016年05月	● 小学生レベルの説明を目指すためには、内容や言葉の取捨選択が大切である。 ● なじみがうすい言葉でも状況によっては使う。	● 小学校で学習する漢字はそのまま使う。 ● それ以外の常用漢字は注意して使う。 ● 常用漢字以外の漢字はなるべく使わない。		21
2017年02月	● 枝葉の内容だけを理解しただけで全体を理解したつもりになる飼い主がいる。 ● 大切な情報は、端的な言葉（キーワード）で示す。			22
2018年07月			● 200字以内が理想である。 ● しかし、レイアウトを工夫すれば、多少字数が増えても読みやすさが保てる。	26

※時期は、該当する論文を発表した年月にそろえた。

表3. 工夫の変遷

時期	区分	工夫	文献
2012年05月	表	● ビジネス文書と異なり断定調にこだわらない。	3
2012年06月	表	● なるべく和語を使う。 ● オノマトペを効果的に使う。	4
2012年07月	手	● 1文の目安を60字以内とする。 ● 結論を優先的に書く。	5
2012年10月	表	● 基本的に比喩表現を使わない。	6
2012年12月	手	● 内容の基本パターンを決めておく。 → ①診断、②治療内容、③今後の予定 ● 次の2点は、字数を割いても書く。 → ④質問に対する回答、⑤診療の前提条件 ● 理屈でなく、全体の流れを重視する。 ● 細かな内容を割愛するための前置きを予め考えておく。	8
2013年04月	表	● 支障がなければ、正確さより分かりやすさを優先する。 ● 差別用語は決して使わない。	9
2013年05月	手	● 「～は」の説明が終わるところで文を区切る。	10
2013年05月	表	● 文法的に複数の解釈が1つに決まる文を書く。 ● 敬語は「です・ます」程度の丁寧語を目安とする。	
2013年07月	表	● 感覚的で目分量的な確率は安易に使わない。	12
2013年10月	見	● 文字の大きさは、なるべく14pt以上にする。 → 文字をMS明朝から游明朝に変更してからは12pt以上 ● 行間は1/2～1マス（二分～全角アキ）の広さにする。	13
2014年05月	表	● 外来語は基本的に自由に使う。 ● ただし、和語に意識する自信がないものは使わない。	16
2014年08月	表	● 日本語として文法的に係り受けが正しい文を書く。	17
2014年09月	手	● 話の階層を掘り下げすぎない。	18
2015年05月	専	● なるべく診断名を明記する。 ● 疾患名が分からない場合は、症状名を診断名とする。 ● その段階で判断できたところまでを診断名とする。 ● 診断名は、適度に数をしぼる。	20
2016年05月	見	● 文書を渡す主旨を口頭で説明する。	21
2016年05月	専	● 難しい言葉の取捨選択は、次のようにする。 ①使わなくてすむなら使わない。 ②意味が通じる別の言葉があれば、それに書き換える。 ③意味を深追いせず、具体的な言葉として使う。	
2017年02月	表	● 説明の目印となる端的な言葉（キーワード）を示す。	22
2017年05月	見	● 文書の注目してもらいたい場所を指し示す。	23
2017年12月	専	● 必要に応じて経験談を織り交ぜる。 ● 経験則はなるべく統計をとり、数値化しておく。	25
2018年07月	見	● 項目ごとに見出しをつける。	26
2020年07月	手	● 重複する内容はなるべく1つにまとめる。	29

※時期は、該当する論文を発表した年月にそろえた。

区分

表	： 表現・日本語に関する工夫
手	： 手短にまとめるための工夫
見	： 見やすくするため・読んでもらうための工夫
専	： 専門的な内容に関する工夫

書評

石川ひろの著
「保健医療専門職のためのヘルスコミュニケーション学入門」
Book Review
Health Communication
- An Introduction for Health Professionals (in Japanese)
by Hirono Ishikawa

木内貴弘

Takahiro Kiuchi

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
Department of Health Communication, School of Public Health,
Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

1. はじめに

本稿は、石川ひろの（帝京大学大学院公衆衛生学研究科教授）著「保健医療専門職のためのヘルスコミュニケーション学入門、大修館書店 2020」（以下「入門」という）の書評である。最初に、筆者（木内貴弘）が本稿に関連して利益相反の自己申告（該当欄参照）をしていることに触れておかなければならない。それでも敢えて書評を書くことにした理由は、本書が、日本の保健医療専門職・学生のために日本語で書かれた、最初の、そして、現時点で唯一のヘルスコミュニケーション学教科書であるため、より多くの方にその概要を知っていただきたいと考えたからである。

1つの独立した学問分野の確立のための3点セットとして、専門学会、専門学術雑誌、標準的な教科書が挙げられることがある。既に国内では日本ヘルスコミュニケーション学会が設立され、その学会誌（本誌）も発刊されているが、標準的な教科書がまだなかった。ヘルスコミュニケーション学の場合は、各国の文化・慣習・制度等に特有な部分が存在するため、海外で定番の教科書の翻訳では日本特有の状況に対応できない部分が多い。このため、日本におけるヘルスコミュニケーション学の確立のためにも、日本の状況に対応した日本語の教科書の登場が切に待たれていたところであった。「入門」は、こうしたことも評価されて、日本ヘルスコミュニケーション学会 2021 年度優秀書籍賞を受賞している（筆者は、利益相反のため、賞の審査には関与していない）[1]。

2. 「入門」について

2.1 「入門」の概要

まずは「入門」の体裁だが、大きさは B5 判と少し大きく、表紙は黄緑色のソフトカバーとなっており、分量は全体で 144 頁と比較的コンパクトである。定価は、税込 1,980 円と学生用の教科書としても無理のない価格設定となっている。本文はすべて石川ひろの教授本人により執筆されているが、別途 6 名の執筆者による 1 頁程度のコラムが各人 1 件ずつ挿入されており、一貫した均一

な記述にアクセントがつけられている。章立ては、表 1 のとおり、11 章から構成されており、入門用の教科書として、ヘルスコミュニケーションの全分野をカバーする網羅性が明確に意識されている。

表 1. 「入門」の章立て

章番号	章の名称
第 1 章	ヘルスコミュニケーションとは
第 2 章	患者 - 医療者関係とコミュニケーション
第 3 章	相互理解のためのコミュニケーション
第 4 章	情報提供のためのコミュニケーション
第 5 章	行動変容を促すコミュニケーション
第 6 章	多職種連携のコミュニケーション
第 7 章	健康教育とヘルスキャンペーン
第 8 章	リスクコミュニケーション
第 9 章	マスメディアによるコミュニケーション
第 10 章	オンラインのコミュニケーション
第 11 章	社会変革とアドボカシーのコミュニケーション

2.2 「入門」の優れた点

まずは、「入門」が読者として想定している、ヘルスコミュニケーション学に関して初心者の健康医療系の実務家・学生が実際に読者であると想定した場合の優れた点を挙げてみたい。筆者の知る限り、英語版教科書でも、下記の条件をすべて満たすものは、Athena du Pre らの教科書（もともと du Pre の単著であったが現在は Overton との共著になっている）のみである[2]。

(1) 網羅性と不偏性

ヘルスコミュニケーション学の基本的な事項がバランスよく網羅されており、ヘルスコミュニケーション学全体が概観できる。また特定の学説や主張に偏らず、万遍なく、諸説を公平に要領よく記載していることは、初学者向けの教科書として重要な点である。大学等で教科書として使用する場合には、ヘルスコミュニケーション学

の全体を俯瞰する形の講義に最適であるが、教員の得意な分野を中心とした内容の講義であっても、学生が併読すれば講義でカバーされなかった領域を俯瞰できるため、非常に有益である。欧米でもヘルスコミュニケーション学の教科書は、著者の得意分野（特にメディアコミュニケーションか対人コミュニケーションのどちらか）に偏ったものがほとんどあり、著者の尋常でない苦労と努力がうかがわれる。

(2) 同一の著者による執筆

本書は、コラムを除いたすべての部分を石川教授自身が直接執筆している点が大きな特長となっている。近年、教科書や研究書の分担執筆が広がっている。専門分野の細分化が進んでいることから致し方ない面もあるが、分担執筆では、内容や記述の統一性・整合性・難易度の調整が難しい。これらの分担執筆の問題点は、初心者を対象とする教科書では特に影響が大きいと考える。

石川教授は、当教室在籍時は准教授として、講義、演習のカリキュラムの取りまとめ、学生への対応、外部からの講師への対応を担当されていた。ヘルスコミュニケーション学の各領域の多様性に対応して、講義、演習は、当教室の教員と外部からの講師が、各々1～2コマを担当するオムニバス形式となっている。取りまとめが役目なので、講義・演習に自らが必ずしもすべて参加する必要はないにもかかわらず（特に同一講義の2年目以降）、石川教授は講義・演習には毎回すべて出席されており、随分真面目な方だと感心していたが、実は講義、演習を何度も繰り返し、聞いて、内容を咀嚼し、消化されていたのだと、本書の刊行により分かった次第である。

(3) わかりやすさや学習のための工夫

本書は、初心者に配慮した、平易な日本語で記述されている。各章の初めに各章で学ぶことの概要、キーワードが提示されており、章末にはまとめと課題が提示されている等、教科書としての学習のしやすさのための工夫が十分施されている。これは、石川教授が医学教育への造詣が深いことによるものと考えている。

(4) エビデンスにもとづく教科書執筆

石川教授は一流のヘルスコミュニケーション学研究者であり、国内随一の研究業績がある。本書には多くの学術論文が引用文献として挙げられているが、これは本書が実務家によるいわゆるハウツーものの解説書とは異なり、研究成果のエビデンスに基づいて、ハウツーやスキルも含めた「ヘルスコミュニケーション学」を紹介する方針で執筆されていることを示している。これは、大学、大学院におけるヘルスコミュニケーション学講義のあるべき姿であると考えられる。

2.3 「入門」の欠点

以下にわずかではあるが、「入門」の欠点を挙げてみる。

(1) 記述のレベルの浅さ

初心者向け教科書としての簡潔さを重視し、1名の著者による執筆によって、記述を均一にして、一貫性を確保したことに伴い、各項目の記述のレベルが浅くなって

いる。各章で更に学びたい人用の書籍は紹介されているものの、もっと手軽により深い知識を学べるようにする方が望ましいと考える。ただし、各項目の記述を厚くすれば、初学者への敷居が高くなり、読みこなせる分量を超えてしまうかもしれない。また石川教授単独で執筆することが難しくなって、分担執筆に移行すると、単独執筆の利点が失われることも考えられる。

(2) 章立ての分かりにくさ

全体が11章となっているが各章の関係がわかりにくい。ヘルスコミュニケーションは、大まかに分けて、対人コミュニケーション、メディアコミュニケーションに区分されることが多いが、この区分を使って、各章の関係を整理した方がヘルスコミュニケーション学の全体像がわかりやすいのではないかと考える。

3. 考察

3.1 健康医療系のヘルスコミュニケーション学教科書

「入門」の大きな特色は、日本初の「医療系の大学等の講義」で使える「ヘルスコミュニケーション学の教科書」であることである。従来から、国内でもヘルスコミュニケーション学の優れた書籍は多数刊行されてきたが、そのほとんどは、医療の現場での、より良い対人コミュニケーションの方策について、医療者向けの解説を行う実用書であった。大学での講義を想定したものとして、「よくわかるヘルスコミュニケーション」という書籍が刊行されていた。人文社会系の研究者が中心となって執筆されたものであり、ヘルスコミュニケーションに関する様々な視点を紹介しているが、保健医療系の実務家・学生が必要とする知識、スキルについては記載されておらず、保健医療系の教科書としては使うことはできない[3]。ただし、患者や市民の視点をより良く知るために、「入門」の副読本としては使用できる。

3.2 「入門」の今後の改訂要望事項

最後に、今後「入門」をどう改訂していくのがよいかについて、筆者の勝手な私見を述べたい。

1) 内容のボリュームを増やす

欧米の大学生向けの有名な教科書では、大部なものが多い。例えば、筆者が持っているものでは、ギデンスの「社会学」、マンキューの「経済学」、アルベルト他の「細胞の分子生物学」等である[4-7]。学習意欲の高い人のために、記述の厚い教科書は必要であると考えられる。通常分担執筆の場合には、全体の編集者が分担執筆者の原稿の内容について、強い制約や大きな訂正を要請することは、（特に日本では）難しいかもしれない。この対策としては、原版は石川教授のものを利用して、これをベースとして改訂を他の方にお問い合わせの方針で改訂をしてはどうだろうか。石川教授が指導してきた大学院生の多くが、研究者となっており、改訂を依頼すれば、かなり内容の統制が可能ではないだろうか。

記述を厚くすれば、短時間で全体を俯瞰したい人や講義の教科書として使う学部学生には、分量が多すぎるこ

とになりかねない。このようなニーズに対して、マンキュー「経済学」、「細胞の分子生物学」では、簡約版を用意している[8-9]。簡約版で基本を学習し、詳細を知りたい場合はオリジナル版という使い方ができれば理想的と思われる。

2) 章立ての変更

本書のベースとなった講義の構成は、年度によって、少しずつ異なるがほぼ表2のようにになっている[10]。まず全体を「総論」、「対人主体」、「メディア主体」、「その他」の4部に分けて、更に各部を細分して章に分ける方が、初心者が全体像をつかみやすいと思われる。実際には、対人コミュニケーション主体の医療機関における医療者・患者コミュニケーションの場面でも、テレビやインターネットを介した情報は同時に入ってくるし、治療法の説明に文書や静止画等のメディアを使うことも多いので、このように単純に割り切れるわけでもない。しかし、初心者を相手にする場合は敢えて単純化して、全体像を先に掴ませる方がわかりやすいと考えている。

表2. 「入門」のベースとなった講義の全体構成

(1) 総論
・ 講義の全体概要
・ 研究方法論
(2) 対人主体のコミュニケーション
・ 研究成果のエビデンスに基づく医療者による改善
・ 患者・市民による改善
・ 外国人患者への対応
(3) メディア主体のコミュニケーション
・ 各メディア（テレビ、新聞、インターネット）の特徴
・ メディアコンテンツ（文書、静止画、動画）の作成
(4) その他
・ 対人・メディア複合のコミュニケーション等

3) 理解の確認のための問題と解答の追加

教科書を一通り読んだとしても、内容を問題として問われると正しく回答ができないことは非常に多い。欧米の教科書には、問題と解答が記載されているものや、問題と解答が別の書籍として販売されているものも多い。筆者は、問題に正しく回答できるようになって、はじめて理解が十分なレベルに達していると考えている。また問題に回答するために本文を読み直すことで理解が深まると考えている。特に医療系の学生には、卒業・就職の前に国家試験が待ち受けている。近年、コミュニケーション関連の問題も国家試験に出題されるようになっており、学生の学習意欲の向上のためにも、問題と解答の追

加を望みたい。

4) 電子化版の出版

筆者は、個人及び研究室での書籍購入は、原則として電子化版としている。紙版を購入するのは、内容が同等の電子化版の書籍がない場合で、かつ該当の書籍がどうしても必要な場合に限定している。紙の書籍は、収納場所をとり、出し入れも不便で、検索性が大きく劣る。情報が容易に取り出せないメディアは、たとえ内容がまったく同一でも情報の価値が大きく劣っていると考えている。次回の改訂では、電子化版での出版も望みたい。

利益相反自己申告

書評対象の書籍の著者である石川ひろの教授は、筆者の所属する分野の元准教授であり、筆者と多数の共著論文や共同研究がある。また書評対象の書籍は、同分野が担当する講義がベースとなっている。ただし、筆者は、書評対象の執筆には一切関与していない。

引用文献

- [1]日本ヘルスコミュニケーション学会. 日本ヘルスコミュニケーション学会ホームページ（学術集會）
<http://healthcommunication.jp/holding.html>（2021年11月18日アクセス）
- [2]du Pre A, Overton BC. Communicating About Health: Current Issues and Perspectives. 2020 Oxford Univ Press
- [3]池田理知子, 五十嵐紀子. よくわかるヘルスコミュニケーション. ミネルヴァ書房. 2016
- [4]アンソニー・ギデンズ. 社会学第五版. 而立書房. 2009
- [5]N・グレゴリー・マンキュー. 経済学Iマクロ編（第4版）. 東洋経済新報社. 2019
- [6]N・グレゴリー・マンキュー. 経済学IIミクロ編（第4版）. 東洋経済新報社. 2019
- [7]ブルース・アルバーツ他. 細胞の分子生物学（第6版）. ニュートンプレス. 2017
- [8]N・グレゴリー・マンキュー. 入門経済学（第3版）. 東洋経済新報社. 2019
- [9]ブルース・アルバーツ他. Essential 細胞生物学（第5版）. 南江堂. 2021
- [10]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. 医療コミュニケーション学分野ホームページ（教育活動）
<https://www.umin.ac.jp/hc/education/>（2021年11月18日アクセス）

***責任著者 Corresponding author:** 木内貴弘
e-mail: tak-kiuchi@umin.ac.jp

日本ヘルスコミュニケーション学会誌-第13巻第1号

The Journal of the Japanese Association of Health Communication Vol.13, No.1

2022年4月1日発行

日本ヘルスコミュニケーション学会誌編集委員会(2021-2022)

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心理学科)

島崎 崇史 (東京慈恵会医科大学医学部環境保健医学講座)

孫 大輔 (鳥取大学医学部地域医療学講座)

高永 茂 (広島大学大学院人間社会科学研究科)

高山 智子 (国立がん研究センターがん対策研究所)

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)

アシスタント

岩崎舞子 (西南学院大学大学院文学研究科)

発行者日本ヘルスコミュニケーション学会

<http://healthcommunication.jp/>
