

日本ヘルスコミュニケーション学会誌 - 第13巻第2号

Health Communication Research Vol.13, No.2

<学術論文>

原著論文 パブリックヘルスコミュニケーションにおけるユーモア表現の可能性: 人生会議
ポスターの比較評価

須賀万智

..... pp. 1-8

原著論文 「障害」に関する情報ニーズに関する探索研究: Yahoo!知恵袋質問投稿文の計量
テキスト分析

岩隈美穂・舟木友美

..... pp. 9-18

原著論文 医療現場における手話通訳の課題 ～手話通訳者へのインタビュー調査の質的
分析～

平英司・皆川愛・高山亨太・香川由美・八巻知香子

..... pp. 19-35

書評 田中奈美 アーサー・クライマン著「臨床人類学 文化のなかの病者と治療者」

..... pp. 36-39

編集後記・奥付

..... p. 40

原著論文

パブリックヘルスコミュニケーションにおけるユーモア表現の可能性: 人生会議ポスターの比較評価

Using humorous appeals in public health communication: Comparison of three different types of ACP promotion messages

須賀 万智
Machi Suka

東京慈恵会医科大学 環境保健医学講座

Department of Public Health and Environmental Medicine, The Jikei University School of Medicine

Abstract

The Ministry of Health, Labour, and Welfare of Japan developed a humorous appeal poster to raise public awareness about advance care planning (ACP). This is a very unique approach to public health communication. To examine the effectiveness of humorous appeals in public health persuasion, three different types of ACP promotion messages (visual messages in poster form to encourage engagement in ACP conversations) were tested with the target audience. The humorous appeal message successfully attracted more attention than messages that did not use humor (text-only and non-humorous visuals) but simultaneously induced more resistance. Further studies are needed to identify the best way of using humorous appeals in public health communication.

要旨

パブリックヘルスコミュニケーションは公衆衛生活動の中心的役割を担うが、無関心・低関与層への働きかけが課題である。2019年の厚生労働省の人生会議ポスターはユーモア表現で一般市民の関心を引こうとした新しい試みであった。本研究では、パブリックヘルスコミュニケーションにおけるユーモア表現の可能性を検討するため、人生会議の普及啓発を目的としたポスター3種類を一般市民に評価してもらうアンケート調査を実施した。ユーモア表現を含まないポスター1(文字のみ)、ポスター2(語りの写真)とユーモア表現を含むポスター3(笑いの写真)を割付どおり比較すると(Full Analysis Set 解析)、ポスター3は相対的に関心喚起が強い一方、説得力が低く、抵抗が高いという結果であった。制作者の意図のとおりユーモア知覚を得られたプロトコル遵守者に限定して比較すると(Per Protocol Set 解析)、ポスター3はいずれの項目も他より優れると評価された。ユーモア表現は無関心・低関与層を含んだ一般市民の関心喚起において有効な手段となる可能性があるが、大多数がユーモアと感じられる表現とする必要がある。

キーワード: ユーモア、パブリックヘルスコミュニケーション、説得、抵抗

Keywords: Humor, Public health communication, Persuasion, Resistance

1. 序文

公衆衛生領域の一般市民向けの広報(パブリックヘルスコミュニケーション)は、限られた人にしか見てもらえず、訴求力を十分に得られないことが課題となっている(須賀 2021)。2019年以降、新型コロナウイルス感染症 COVID-19 が世界的に猛威を振るう中で、行政機関・専門家から一般市民に対して、身体的距離の確保、手指衛生の徹底、マスクの着用、ワクチンの接種などの感染予防行動が呼びかけられてきたが、遵守率は期待するほど高くないとする報告が散見される(Anaki & Sergay 2021, Fujii et al. 2021, Urban et al. 2021)。このような無関心・低関与層に働きかける手段として、精緻化可能性モデル ELM の周辺ルート思考の活用が提案されている(Wood & Schulman 2021)。広報に対する情報処理過程には、メッセージの内容から論理的に判断する中心ルート思考と、メッセージ周辺の手がかりから直感的に判断する周辺ルート思考がある(Petty & Cacioppo 1986)。対象者にとって無関心・低関与な内容であった場合、周辺ルート思考が優位に働くことが知られており(図 1)、内容と本質的に関係がない周知の要素(鮮やかな色あい、デザイン、ユーモア、印象的なスローガンなど)を工夫することで、説得効果を高められる可能性がある。

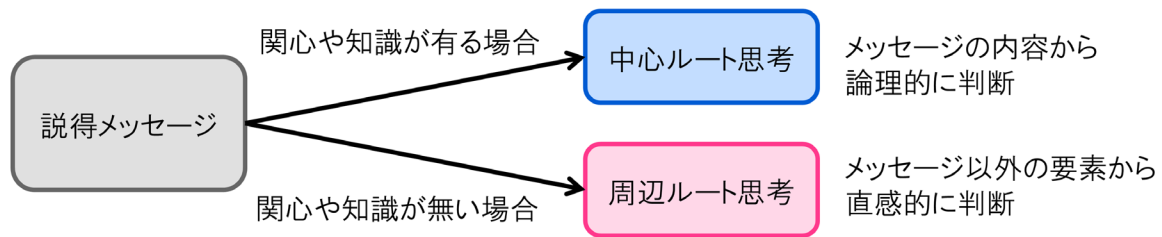


図1 精緻化可能性モデル

厚生労働省が 2019 年 11 月に公表した「人生会議ポスター」は、一般には馴染みがない人生会議（アドバンス・ケア・プランニング ACP の愛称）を知らしめるため、お笑い芸人のユーモア表現で一般市民の関心を引こうとした新しい試みであった。本ポスターは公表直後にごん患者支援団体から抗議を受け、配布中止に至ったことから、事業としては成功とは言いがたいが、たとえ“炎上”というかたちであれ、衆目を集め、人生会議を知らしめる結果になったことは無視できない事実である（須賀，橋本 2021）。従来、パブリックヘルスコミュニケーションは正確性・信頼性を最優先にすべきという共通認識があり、真面目で教科書的な広報活動が展開されてきた。このなかで、人生会議ポスターを巡る一連の騒動は、一般市民に対する訴求力を高めることを考えるならば、ユーモアをあえて取り入れることも検討する価値があるのでないかと思わせた（須賀，橋本 2021）。

ユーモアは「人の心を和ませるようなおかしみ」（大辞泉）と定義され、「知的な機知（ウイット、エスプリ）に対して感情的なもの」（ブリタニカ国際大百科事典小項目事典）とされる。医療分野では、コミュニケーションにユーモアを使うのは好ましくないとする傾向にあるが（National Cancer Institute 2004, Centers for Medicare and Medicaid Services 2010）、先述のとおり、ユーモアはメッセージの周辺の要素として無関心・低関与層に働きかける手段となる可能性がある。経営学（広告研究）や心理学（説得研究）の分野では、ユーモアは対象者の感情に働きかけるコミュニケーションの重要要素のひとつであり、広告（説得）効果を高める一手段として認識されている。これまでの研究から、送り手がユーモアを意図して表現した（ユーモア表現）メッセージが受け手に「おもしろい」「楽しい」と知覚されると（ユーモア知覚）、受け手をリラックスさせてメッセージを受け入れやすくする、メッセージに反論する気持ちを紛らわせる、受け手を魅了して広告への注目を維持させるといった作用を生じることが示されている（Weinberger & Gulas 1992, 李 1995, Tellis 2004, 牧野 2005）。

わが国でパブリックヘルスコミュニケーションにユーモア表現を積極的に採用すべきかを議論するには、文化的差異を鑑み、日本人におけるエビデンスが求められるが、このような検討はこれまで報告されていない。ユーモア表現にはデメリットもあると想定される（須賀，橋本 2021）ことから、正負両面から評価検討する必要がある。本研究では、2019 年の厚生労働省の人生会議ポスターに着目し、ユーモア表現が異なるポスター 3 種類を一般市民に評価してもらうアンケート調査を実施した。各ポスターの評価結果の比較から、ユーモア表現が感情的反応をもたらすことで、抵抗の抑制、関心の喚起、説得力の向上を得られ、この結果として行動意図を高めうるかを検討した。

2. 方法

人生会議の普及啓発を目的としたポスター 3 種類を評価してもらうため、一般市民を対象としたアンケート調査を 2021 年 11 月 26～30 日にインターネット上で実施した。調査の流れを図 2 に示した。調査会社（楽天インサイト株式会社）登録モニターから無作為に抽出した全国 25～64 歳男女に参加を呼びかけ、調査の趣旨を理解して参加に同意した 3,000 名（性別 10 歳階級別 375 名ずつ）から回答を得た。評価対象のポスターは一般市民に人生会議を知らしめる内容であるため、人生会議に直接的に関わる者（医療従事者、命に関わる病気に罹ったことがある者）と人生会議を知っている者を事前スクリーニングで除外した。参加者には、ポスターいずれか 1 種類を無作為に割り当て、画面上で 15 秒以上見てもらい、感情的反応、説得力、抵抗、関心喚起、行動意図を順次質問した。回答結果は調査会社内で匿名・非識別加工を施し、個人を特定できないデータとして提供された。本研究は社会情報大学院大学の倫理審査委員会の審査承認（2021-001）を受けた。



図2 アンケート調査のフロー図

評価対象

ポスターはいずれも一般市民に人生会議を知らしめ実施を呼びかける内容で、ユーモア表現を含まないポスター1 (文字のみ)、ポスター2 (語りの写真) とユーモア表現を含むポスター3 (笑いの写真) を用意した。ポスター1 (文字のみ) は調査開始時点で厚生労働省ホームページに掲載されていた普及啓発用リーフレットから主要メッセージを抜粋して白地に黒文字で記した。ポスター2 (語りの写真) は肺癌の男性が家族と共に最期の一日を過ごした温かいエピソードを生前の写真に重ねて示した。ポスター3 (笑いの写真) は 2019 年の厚生労働省の人生会議ポスター (お笑い芸人がベッドに横たわり人生会議を行わなかった後悔をつぶやく様子を表したもの) を用いた。

評価項目

ポスターを見たときの感情的反応は①愉快に感じた、②不快に感じた、③嬉しくなった、④悲しくなった、⑤驚いた、⑥恐ろしくなった、⑦後ろめたくなかった、⑧腹が立ったの 8 種類を 5 件法 (全くそうだ～全くそうでない) で尋ねた (須賀 & 橋本, 2021)。説得力は著者らが開発した Persuasiveness Scale を用いて 7 項目を 5 点満点で評価し、その平均を計算した (Suka et al. 2017)。抵抗は著者らが開発した Resistance Scale を用いて 6 項目を 5 点満点で評価し、その平均を計算した (Suka et al. 2022)。両評価尺度はメッセージのプレテストに使用できるように開発され、日本人で信頼性・妥当性が確認されている。関心喚起は「駅構内を歩いているときに、この広告が掲示板に貼ってあったとしたら、どうすると思いますか」と質問し、「掲示板の前で立ち止まる」「横目で眺めながら通り過ぎる」「興味を持たず素通りする」「気付かない」から選択させた (須賀, 橋本 2021)。行動意図は「ポスターに示されていた“人生会議”を、あなた自身、行ってみようと思いますか」と質問し、「すでに行っている (行ったことがある)」「直ちに (概ね 1 ヶ月以内) 行うつもりだ」「近いうちに (概ね 6 ヶ月以内) 行うつもりだ」「行うつもりはない」から選択させた。

このほか、回答者に関する情報として、基本属性、ユーモア志向、健康意識、ヘルスリテラシー、人生会議に対する態度を収集した。ユーモア志向は上野 (1992) の分類に基づき、「ダジャレやギャグなど、たわいない笑いが好き」を遊戯的ユーモア志向、「皮肉やブラックユーモアなど、からかうような笑いが好き」を攻撃的ユーモア志向と定義し、それぞれ 5 件法 (全くそうだ～全くそうでない) で尋ねた (須賀, 橋本 2021)。健康意識は「自分の健康に関心があるほうだ」「健康の維持・向上のために、心がけていることがある」をそれぞれ 5 件法 (全くそうだ～全くそうでない) で尋ねた。ヘルスリテラシーは著者らが開発した Health Literacy Scale (HLS-14) を用いて 14 項目を 5 点満点で評価し、その総和を計算した (Suka et al. 2013)。人生会議に対する態度は「家族や友人との会話の中で、お互いの死に関して話すことについて、どのように考えますか」と質問し、「全くためらわない」「あまりためらわない」「ややためらう」「とてもためらう」から選択させた。

統計学的解析

ポスター3種類の比較は Full Analysis Set (最大解析対象集団) と Per Protocol Set (プロトコル遵守集団) でそれぞれ検討した。Full Analysis Set 解析は、人生会議ポスターを巡る一連の騒動の影響を排除するため、2019年の厚生労働省の人生会議ポスターを見たことがあると答えた 803名を除外し、2,197名を対象とした。Per Protocol Set 解析は、制作者の意図のとおりユーモア知覚を得られた者をプロトコル遵守と判断し、ポスター1 (文字のみ) ポスター2 (語りの写真) を愉快と感じなかった者 (それぞれ 412名、373名)、ポスター3 (笑いの写真) を愉快と感じた者 (75名) を対象とした。 χ^2 検定を用いて各項目の割合を3群間で比較した。

さらに、人生会議ポスターを見てから行動意図に至るまでの各要因の関係性を検討するため、ポスター3 (笑いの写真) を割り当てた 742名において、構造化方程式モデルを用いてパス解析を実施した。ユーモア知覚 (ポスターを見て愉快と感じた) を中心に、基本属性、ユーモア志向、健康意識、ヘルスリテラシーから関心喚起、抵抗、説得力、行動意図までの要因 (変数) を理論的に尤もらしい関係性 (パス) でつないだ仮説モデルから、有意でない変数・パスを削除し、モデルの適合度が良好になるまで修正した。モデルの適合度は comparative fit index (CFI, >0.95であれば良好)、standardized root mean square residual (standardized RMR, <0.05であれば良好)、root mean square error of approximation (RMSEA, <0.05であれば良好) で評価した (Hu & Bentler 1999)。

統計学的解析には、SAS 9.4 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA)、IBM SPSS Amos 22.0. (IBM Corp., Armonk, NY, USA) を用いて、有意水準を 0.05 とした。

3. 結果

対象者の基本属性を表1に示した。国民生活基礎調査データと比べ、大学卒業 (48.5%対 21.7% (2010年)) の割合が高かったが、既婚 (59.9%対 66.0% (2015年))、有職 (79.4%対 73.0% (2015年)) の割合はほぼ同等であった。評価対象のポスターを見る前の段階で、回答者の約4割が家族・友人と死を話すことをためらうと答えた。

表1 対象者の基本属性

年齢	平均 (SD)	45.0 (11.3)	
性別	男性	1144	52.1%
	女性	1053	47.9%
教育	中学校	49	2.2%
	高校	600	27.3%
	短大・専門学校	483	22.0%
	大学・大学院	1065	48.5%
婚姻	既婚	1315	59.9%
	未婚	699	31.8%
	離別・死別	183	8.3%
職業	フルタイム	1374	62.5%
	パートタイム	371	16.9%
	無職	452	20.6%
収入 (世帯年収)	200万円未満	316	14.4%
	200~599万円	980	44.6%
	600万円以上	901	41.0%
自分の死の場面を想像したことがある		1092	49.7%
家族・友人と死を話すことをためらう		953	43.4%

Full Analysis Set 解析の結果を表2に示した。ポスター1 (文字のみ) は説得力が高く、抵抗が低く、行動意図を示した者が多かった (“行うつもりがない”が少なく、“近いうちに行うつもりだ”が多い)。一方、ポスター3 (笑いの写真) は関心喚起が強く (“立ち止まる”が多く、“気付かない素通りする”が少ない)、行動意図を示した者が多かった (“行うつもりがない”が少なく、“近いうちに行うつもりだ”が多い)。

ポスターを見たときの感情的反応を表3に示した。いずれも3群間で有意差を認め、全般的にポスター3 (笑いの写真) で多い傾向にあった。特に多くみられたのは驚いた (50.4%)、恐ろしくなった (36.0%)、不快に感じた (29.4%)、悲しくなった (21.3%) であり、制作者の意図のとおり愉快に感じた者は75名 (10.1%) にとどまった。

表2 Full Analysis Set 解析

		ポスター1(文字) N=728	ポスター2(語り) N=727	ポスター3(笑い) N=742	p			
説得力	平均点 (SD)	3.20 (0.70)	2.99 (0.73)	2.93 (0.81)	<0.001			
抵抗	平均点 (SD)	2.61 (0.76)	2.70 (0.70)	2.75 (0.76)	0.001			
関心喚起	気付かない/素通りする	132	18.1%	134	18.4%	77	10.4%	<0.001
	横目で通り過ぎる	541	74.3%	537	73.9%	587	79.1%	
	立ち止まる	55	7.6%	56	7.7%	78	10.5%	
行動意図	行うつもりはない	491	67.4%	568	78.1%	511	68.9%	<0.001
	近いうちに行うつもりだ	188	25.8%	123	16.9%	174	23.5%	
	直ちに行うつもりだ	14	1.9%	9	1.2%	14	1.9%	
	すでに行っている	35	4.8%	27	3.7%	43	5.8%	

表3 感情的反応

		ポスター1(文字) N=728	ポスター2(語り) N=727	ポスター3(笑い) N=742	p			
愉快に感じた		44	6.0%	55	7.6%	75	10.1%	0.014
不快に感じた		56	7.7%	43	5.9%	218	29.4%	<0.001
嬉しくなった		34	4.7%	47	6.5%	15	2.0%	<0.001
悲しくなった		106	14.6%	134	18.4%	158	21.3%	0.004
驚いた		202	27.7%	189	26.0%	374	50.4%	<0.001
恐ろしくなった		102	14.0%	83	11.4%	267	36.0%	<0.001
後ろめたくなった		31	4.3%	25	3.4%	54	7.3%	0.002
腹が立った		25	3.4%	17	2.3%	77	10.4%	<0.001

「全くそうだ」「まあそうだ」と答えた者の割合を示す

Per Protocol Set 解析の結果を表 4 に示した。すべての項目でポスター3 (笑いの写真) が他より優れると評価され、行動意図を示した者が過半数となった。

表4 Per Protocol Set 解析

		ポスター1(文字) N=412	ポスター2(語り) N=373	ポスター3(笑い) N=75	p			
説得力	平均点 (SD)	3.18 (0.79)	2.85 (0.83)	3.62 (0.75)	<0.001			
抵抗	平均点 (SD)	2.46 (0.80)	2.66 (0.77)	2.33 (0.80)	<0.001			
関心喚起	気付かない/素通りする	70	17.0%	86	23.1%	7	9.3%	<0.001
	横目で通り過ぎる	312	75.7%	261	70.0%	47	62.7%	
	立ち止まる	30	7.3%	26	7.0%	21	28.0%	
行動意図	行うつもりはない	272	66.0%	302	81.0%	35	46.7%	<0.001
	近いうちに行うつもりだ	114	27.7%	54	14.5%	31	41.3%	
	直ちに行うつもりだ	7	1.7%	4	1.1%	2	2.7%	
	すでに行っている	19	4.6%	13	3.5%	7	9.3%	

ポスター3 (笑いの写真) を割り当てた 742 名において分析した、人生会議ポスターを見てから行動意図に至るまでのパスダイアグラムを図 3 に示した。理論的な関係性を表わした仮説モデルから、有意でない変数・パスを削除し、最終的に適合度が良好なモデルを得られた。このモデルから、ユーモア知覚が関心喚起、抵抗、説得力に直接的に影響し、行動意図を間接的に高めることが示された。

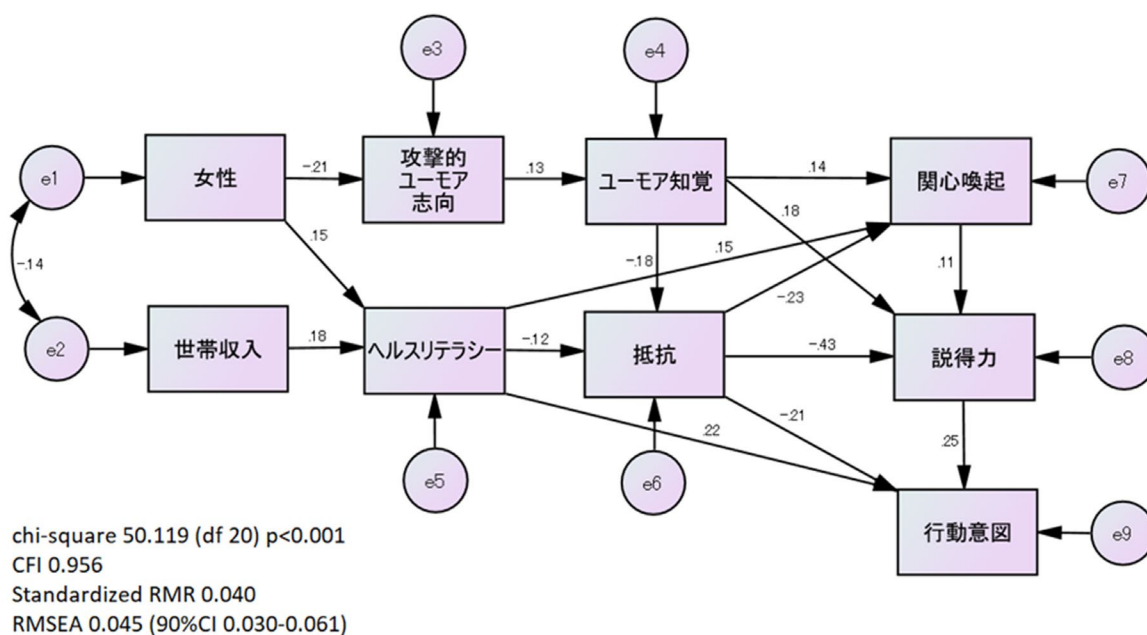


図3 人生会議ポスターを見てから行動意図に至るまでのパスダイアグラム

4. 考察

パブリックヘルスコミュニケーションにおけるユーモア表現の可能性を検討するため、人生会議の普及啓発を目的としたポスター3種類を一般市民に評価してもらうアンケート調査を実施した。ユーモア表現を含まないポスター1（文字のみ）、ポスター2（語りの写真）とユーモア表現を含むポスター3（笑いの写真）を割付どおり比較すると（Full Analysis Set 解析）、ポスター3（笑いの写真）は相対的に関心喚起が強い一方、説得力が低く、抵抗が高いという結果であった。さらに、制作者の意図のとおりユーモア知覚を得られたプロトコル遵守者に限定して比較すると（Per Protocol Set 解析）、ポスター3（笑いの写真）は説得力、抵抗、関心喚起、行動意図のいずれも他より優れると評価された。この結果から、1) ユーモア表現の効果と限界、2) ユーモア表現のあり方について考察したい。

1) ユーモア表現の効果と限界

Full Analysis Set 解析と Per Protocol Set 解析の評価結果の差は参加者のユーモアの知覚が制作者の意図に一致していたかどうかによる。すなわち、ユーモア表現は、見た人に「おもしろい」「楽しい」と知覚されれば、説得に対する抵抗が弱まり、関心の喚起、説得力の向上が得られ、説得に従う方向で行動意図を引き出せる可能性があることが示唆された。これは、従来、商業広告などで言われてきたユーモアの有用性の指摘と合致する（Weinberger & Gulas 1992, Tellis 2004）。

ただ、このとき課題となるのが、ユーモアとして表現されたものが必ずしもユーモアとして知覚されるとは限らないという点である。実際に、ポスター3（笑いの写真）を見て愉快と答えた者は1割に留まり、「愉快」「嬉しい」といったポジティブな感情よりも「不快」「悲しい」といったネガティブな感情を抱いた者のほうが多くみられた。コミュニケーションは受け手が決まると言われるとおり、ユーモア表現（送り手側）がユーモア知覚（受け手側）を得られるものでなければ有効なコミュニケーション手段としないことを表わしている。ユーモアが潜在能力を十分に発揮するには、大多数が「おもしろい」「楽しい」と感じられる表現とする必要がある。このために有用なのがプレテストである（National Cancer Institute 2004）。プレテストは受け手の反応を予測するための唯一の方法と考えられており、患者・一般向け医薬品情報などに適用している国もある。表現の適否の境界線は時代と共に変化しうることを考えても、公表前にプレテストで受け手の反応を確認し、受け入れやすい表現に改めるプロセスが望まれる。

2) ユーモア表現のあり方

Full Analysis Set 解析でユーモア表現の効果を認められなかった理由として、ポスター3（笑いの写真）でユーモア知覚を得られた割合が低かったことを指摘した。ポスター3（笑いの写真）でユーモア知覚を得られた者の特徴を調べたところ、攻撃的ユーモア志向性がある、健康意識が高い、家族・友人と死に関して話すことへのためらいがないことが示された（データ省略）。ユーモア志向性が乏しい者や事前知識がない者にとっては、ポスターが何を言わんとしたかが伝わりにくかったと推察される。ユーモアには、ダジャレやギャグなどのたわいない笑いを含んだ遊戯的ユーモアと、皮肉やブラックユーモアなどのからかうような笑いを含んだ攻撃的ユーモアに大別される（上野 1992）。

ポスター3 (笑いの写真) は攻撃的ユーモアに相当し、ユーモア志向性が一致する者ほどより好意的に評価する傾向にあった (須賀, 橋本 2021)。本研究の参加者のうち、遊戯的ユーモア志向を持つのが 1953 名 (65.1%) であったのに対して、攻撃的ユーモア志向を持つのが 990 名 (33.0%) であった。大多数が「おもしろい」「楽しい」と感じられる表現をめざすのであれば、遊戯的ユーモアのほうが適すると考えられる。機知に富んだ分かりやすいユーモアのほうがユーモア知覚を得られやすいとの報告 (李 2001) もあることから、パブリックヘルスコミュニケーションには、遊戯的ユーモアないしは機知に富んだ分かりやすいユーモアを用いることが望ましいと言えるだろう。

本研究はパブリックヘルスコミュニケーションでユーモア表現を用いることについて学術的に検討した初めての試みである。マクガイアの情報処理モデルからパブリックヘルスコミュニケーション戦略を考えたときに、ポスターは注目から記憶までの過程で機能するツールと考えられ (図 4)、ユーモア表現はこのうち少なくとも注目 (関心喚起) に有効である可能性が示唆された。ただし、本研究結果には、以下のような研究の限界が含まれており、解釈に注意を要する。第 1 に、実験環境における評価であること。ポスターを強制的に見てもらい評価を求めたので、現実の環境下でポスターに目を向けるか、同様の効果を得られるかはわからない。第 2 に、既存の資料を評価対象としたこと。ユーモア以外の要素を完全には制御できていないため、ユーモア単独の効果を評価できたとは言いがたい。第 3 に、ユーモア知覚を愉快に感じたかどうかだけで判定したこと。ユーモアは複数の要素を含んだ概念であり、厳密な意味でユーモアを捉えきれていない可能性がある。わが国でパブリックヘルスコミュニケーションにユーモア表現を積極的に採用すべきかを議論するには、本研究だけでは不十分であり、今後も継続的に調査研究を進めていきたい。

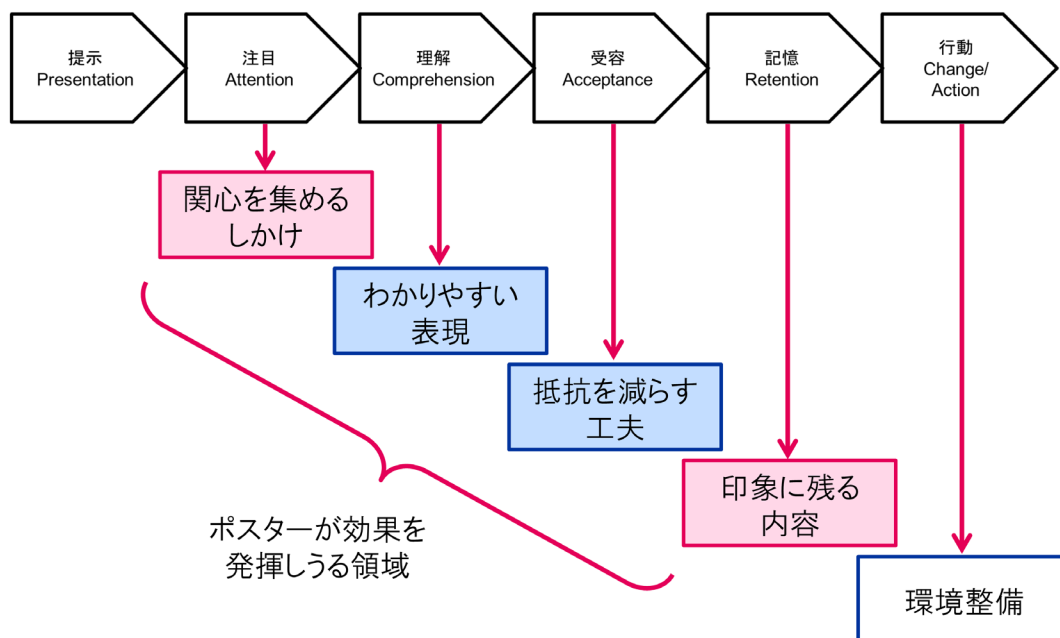


図4 マクガイアの情報処理モデルからみたヘルスコミュニケーション戦略に必要な取り組み

5. 結語

ユーモアは対象者の感情に働きかけるコミュニケーションの重要要素のひとつであり、無関心・低関与層を含んだ一般市民の関心喚起において有効な手段となる可能性が示唆された。2019 年の厚生労働省の人生会議ポスターをわが国でエポックメイキングな事例として再評価することで、パブリックヘルスコミュニケーションでユーモア表現を用いたときに起こりうる課題が明らかにできたこと、また、プレテストの必要性を改めて裏づけたことは、今後のパブリックヘルスコミュニケーションの発展をめざすうえで意義ある成果であると考えられる。日本人におけるユーモア表現のエビデンスは、経営学 (広告研究) と心理学 (説得研究) の領域に限られ、ヘルスコミュニケーションの領域では皆無である。本研究を足がかりに、ユーモア表現の可能性をさらに追究していきたい。

謝辞

本研究を進めるにあたり社会情報大学院大学・橋本純次先生からご指導ご助言を頂いた。この場を借りて心より感謝を申しあげたい。

研究資金

本研究は吉田秀雄記念事業財団 2021 年度研究助成に基づき実施した。

利益相反自己申告

本研究に関連して申告すべき利益相反はない。

引用文献

- Anaki D, Sergay J. (2021) Predicting health behavior in response to the coronavirus disease (COVID-19): worldwide survey results from early March 2020. *PLoS One* 16,e0244534.
- Centers for Medicare and Medicaid Services. (2010) TOOLKIT for Making Written Material Clear Effective. <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/WrittenMaterialsToolkit> (アクセス 2022 年 4 月 1 日)
- Fujii R, Suzuki K, Niimi J. (2021) Public perceptions, individual characteristics, and preventive behaviors for COVID-19 in six countries: a cross-sectional study. *Environ Health Prev Med* 26,29.
- Hu L, Bentler PM. (1999) Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Modeling* 6,1-55.
- 牧野幸志 (2005) 説得とユーモア表現：ユーモアの効果の生起メカニズム再考. *心理学評論* 48,101-109.
- National Cancer Institute (2004) Making Health Communication Programs Work (Pink Book) <https://www.cancer.gov/publications/health-communication> (アクセス 2022 年 4 月 1 日)
- 李 津娥 (1995) 広告におけるユーモア知覚の効果研究に関する一考察：既存研究の展望と今後の課題. 慶應義塾大学大学院社会学研究科紀要 42,1-7.
- 李 津娥 (2001) コミュニケーションとユーモア知覚：そのメカニズムと規定因に関する一考察. *東京女子大学紀要論集* 25,119-139.
- Suka M, Odajima T, Kasai M, Igarashi A, Ishikawa H, Kusama M, Nakayama T, Sumitani M, Sugimori H. (2013) The 14-item health literacy scale for Japanese adults (HLS-14). *Environ Health Prev Med* 18,407-415.
- Suka M, Yamauchi T, Yanagisawa H. (2017) Perceived effectiveness rating scales applied to insomnia help-seeking messages for middle-aged Japanese people: a validity and reliability study. *Environ Health Prev Med* 22,69.
- Suka M, Shimazaki T, Yamauchi T, Yanagisawa H. (2022) Development of a rating scale for measuring resistance to persuasive health messages. *Environ Health Prev Med* 27, 20.
- 須賀万智, 橋本純次 (2020) 公衆衛生活動における紙媒体広報の視覚素材をめぐる問題: 「人生会議」騒動から考える. *社会情報研究* 2,47-53.
- 須賀万智, 橋本純次 (2021) 「人生会議」ポスターは本当に失敗だったのか: パブリックヘルスコミュニケーションにおけるユーモア表現の受容性. *社会情報研究* 3,1-9.
- 須賀万智 (2021) 「国民の健康の増進に資するコモンディージーズの予防医学研究」から: 日本のパブリックヘルスコミュニケーション研究の現状と課題. *日本衛生学雑誌* 76,21006.
- Tellis G.J. (2004) *Effective advertising understanding : when, how, and why advertising work*. California: SAGE Publications.
- 上野行良 (1992) ユーモア現象の諸研究およびユーモアの分類化について. *社会心理学研究* 7,112-120.
- Urbán R, Király O, Demetrovics Z. (2021) Who complies with coronavirus disease 2019 precautions and who does not? *Curr Opin Psychiatry* 34,363-368.
- Weinberger MG, Gulas CS. (1992) The impact of humor in advertising: a review. *J Advert* 21, 35-59.
- Wood S, Schulman K (2021). When Vaccine Apathy, Not Hesitancy, Drives Vaccine Disinterest. *JAMA* 325, pp.2435-2436.

*責任著者 Corresponding author : 須賀万智 Machi Suka (e-mail: suka@jikei.ac.jp)

原著論文

「障害」に関する情報ニーズに関する探索研究： Yahoo!知恵袋質問投稿文の計量テキスト分析 Exploratory research on information needs regarding disabilities: Quantitative text analysis of question posts on Yahoo! Chiebukuro

岩隈美穂¹⁾、舟木友美²⁾
Miho Iwakuma¹⁾、Tomomi Funaki²⁾

1) 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

2) 京都府立医科大学大学院 保健看護学研究科

1) Department of Medical Communication, Kyoto University School of Public Health

2) Department of Nursing for Health Care Science, Kyoto Prefectural University of Medicine

Abstract

In recent years, social media posts have been studied to analyze the information needs of social media users. Meanwhile, people with disabilities (PWDs) face various physical and psychological barriers, and computer-mediated communication (CMC) and information and communication technology (ICT) are especially important tools for them to acquire information. As no research exists on Yahoo! Chiebukuro, a Japanese Q&A posting website, related to disabilities, the present study undertook a quantitative text analysis of 4438 questions posted on Yahoo! Chiebukuro between 2004 and 2009, using the KH Coder quantitative content analysis software to analyze information needs concerning disabilities. We obtained the 30 most-used words and created a co-occurrence network, from which we extracted the following five themes: “pregnancy, child-rearing, and feelings toward parents,” “procedures for applying for disability booklets, subsidies obtainable upon acquiring disability booklets, and information related to pensions,” “decisions regarding medical consultation, expected recovery time, and additional concerns upon diagnosis,” “concerns regarding the impact on relationships with coworkers due to a disability,” and “collection of information on sequelae and insurance procedures after an accident.” The study identified disability-related information needs that immediate family or non-disabled acquaintances did not easily fulfill, and suggested that CMC plays significant roles in addition to being an information-gathering tool.

要旨

ソーシャルメディアは近年では情報交換だけでなく、投稿内容を分析し、その情報ニーズを明らかにする研究が多く行われるようになった。物理的バリアや偏見といった心理的バリアによって不利な立場に置かれやすい障害者やその家族にとって、CMC や ICT は非障害者以上に重要な情報収集ツールであるにもかかわらず、これまで障害者に関する研究は見当たらなかった。そこで本研究では 2004 年～2009 年の期間に Yahoo!知恵袋上で投稿された 4438 件の投稿の質問内容を KH コーダーを使って計量テキスト分析を行い、障害に関する情報ニーズの探索を行った。頻出語 30 語の記述と共起ネットワークを作成し、5 つのテーマ（【妊娠、子育て、親への心情】、【手帳申請手続きや取得による助成、年金に係る情報収取】、【受診の判断、完治時期や診断による新しい悩み】、【障害（者）をめぐる職場での人間関係についての悩み】、【事故後の後遺症や保険手続きに係る情報収取】）が抽出された。本研究から身近な家族や非障害者の知人から得にくい障害に関する情報ニーズが可視化され、CMC が情報収集だけでなく様々な役割を果たしていることが示唆された。

キーワード：インターネット Q&A サイト、Yahoo!知恵袋、計量テキスト分析、KH コーダー

Key words: Internet Q & A site, Yahoo! Chiebukuro, Quantitative content analysis, KH coder

1. 序文

障害者は従来、ラジオ・テレビといったメディアや家族から多くの情報を得ていた。例えば医学情報を得たい視覚障害者にとって、視覚に頼る墨字の本や図表は音声化が必要だがそれにはタイムラグが生じるため、ラジオから多くの情報を得ているし(三輪ら、2020)、聴力に障害があるろう者の防災情報の入手方法は、聴者と同居していない場合はろうあ協会会員が多いが、聴者と同居していると家族からが多かった(村岡、2016)。一方近年(2020年)はインターネットの利用率は83.4%であり、高齢者でも65歳以上で53.9%、80歳以上でも25%を超えて、インターネット利用があらゆる人口層に浸透してきている(総務省、2021)。インターネットを使う障害者も年々増えており、利用目的としては、「知りたいことを調べるため」が障害別、性別にかかわらず上位を占めている(総務省情報通信政策研究所、2012)。車いすや白杖といった視覚情報が大きな影響を与える対人コミュニケーションにおいて身体障害者はハンデキャップを抱えやすいことが知られているが(ex., Fox, 2000; Iwakuma, 2014; 岩隈、2007)、インターネットや携帯といったコンピューターを介したコミュニケーション(Computer-mediated communication: CMC)では、非障害者とは違った身体的特徴や声の使い方(例えば吃音やどもり)といった非言語コミュニケーションによるハンデキャップは一扫される(Wellman et al., 2014)。

情報収集のため、近年ではソーシャルメディアがヘルス領域でも多く利用されている(AI-dmour et al., 2020; Chen & Wang, 2021; Wang et al., 2020; Zhang et al., 2020)。ソーシャルメディアは利用者同士が知恵を出し合う互助の場として機能していたが、近年では情報交換だけでなく、投稿内容を分析し、その情報ニーズを明らかにする研究が多く行われるようになった。これまでの医療・保健分野での先行研究を挙げると、例えば、子育てや子どもの健康(佐々木 & 高橋、2015; 舟木ほか、2018)、発達障害(Rosenblum & Yom-Tov, 2017)、ワクチン(Nawa et al., 2016; Sharon et al., 2020)、ジカ熱(Zhang et al., 2020)など、特定のトピックに焦点を当て、質問投稿者の情報ニーズや特徴を探索した研究が散見されている。

永野(2009)は、障害者の主観的ニーズ(フェルト・ニーズ)と支援者である身体障害者療養施設職員が考える支援対象者のニーズ(ノーマティブ・ニーズ)にはずれが生じやすいと述べている。サービス利用者より支援職員のほうが主観的ニーズを過大評価しており「支援者である専門職の判断が正しと支援者の思いや判断を優先し...障害者の主体的生活や自立生活を阻害する要因」(p.93)になっているという。一方で、必要な福祉サービスを利用する障害当事者が少ない原因に、サービス利用を自己決定するために必要な自身のニーズを自覚する困難さがある(内藤、2001)。

海外での先行研究では、脳性麻痺や多発性硬化症といった障害当事者は88%の健康情報をネットから収集しており、医療従事者から情報を入手する(71%)と比べて多くなってきているが、ウェブアクセシビリティや字幕提供といった障害者への情報提供に比べると、障害者によるインターネットを使った情報収集に関する調査がまだまだ少ない点が指摘されている(French-Layer et al., 2021)。遺伝性疾患以外、必要な情報が非障害者である知人や知り合いといった身近な人たちからは得にくい点に加え、移動に困難が伴う障害がある場合、障害に関する集合知はソーシャルメディアに蓄積されている可能性が高いが、保健・医療の分野以外での障害(者)に関するソーシャルメディアのメッセージ内容まで踏み込んだ研究はこれまでなかった。そこで本研究では障害当事者が自覚しにくいフェルト・ニーズを視覚化するため、「社会的好ましさ」が伴うインタビューや仮説検証のためのアンケートではなく、計量テキスト分析によって2004年～2009年の期間にYahoo!知恵袋上で投稿された障害(者)に関しての質問内容を探索的に分析した。障害者のニーズを視覚化、言語化することは、支援者が当事者のフェルト・ニーズを把握するだけでなく、障害当事者自身も自身の悩みを社会化し、潜在的な福祉ニーズを自覚することにもつながると考え本研究を実施した。

2. 方法

本研究はパソコンが情報収集に使用されていた時期の情報集の仕方を詳細に確認することは情報社会の変化の一端を明らかにすることにつながると考え、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2版)」(匿名化されている情報)を利用し、2004年～2009年の期間にYahoo!知恵袋上で投稿された質問項目を分析対象とした。

投稿された質問約1500万件から、「障害」「障がい」「障害者」「障がい者」「障碍」「障碍者」を含む質問を抽出し、本研究に関係のない投稿(例「障害保険」や「電波障害」といった言葉を含む投稿)を削除し、4437件を分析対象とした(図1)。

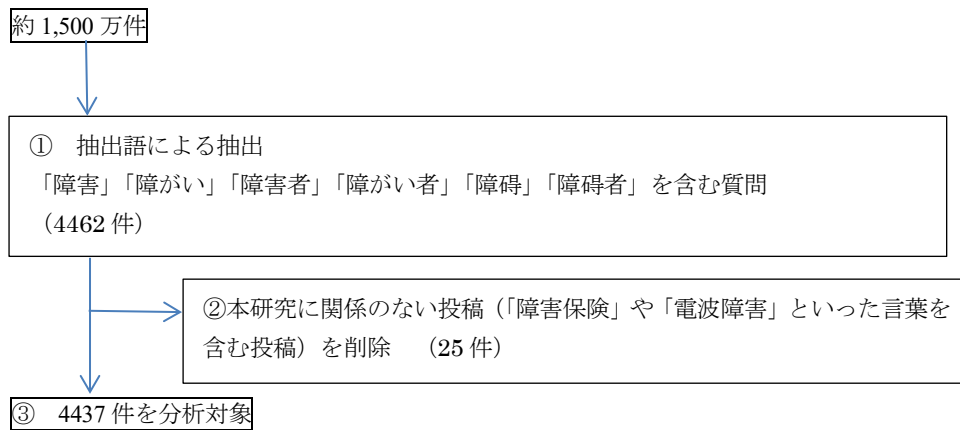


図 1. 対象質問抽出までの流れ

次に計量テキスト分析を行う準備として、まず各質問に含まれている中心的な語(「障害」「障がい」「障碍」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)」)の除外を行い、「後遺症」を強制抽出した。記述する語の品詞は名詞(名詞一般とサ変名詞)、動詞、形容動詞、形容詞、副詞とした。分析には、フリーソフトウェアである KH Coder (樋口、2020) (<https://khcoder.net/>) を利用した。KH コーダーによって SNS のテキストを分析した研究は 2010 年代より増加傾向にあり、保健医療分野においても、Twitter (北山ほか、2022 ; 小林ほか、2021 ; 四方田、2020) や Web 上質問投稿サイト (藤田ほか、2022 ; 小沢ほか、2020 ; 堀部ほか、2018) などに投稿されたデータを対象とした研究が急増している。

KH コーダーの特長は、①多変量解析を用いることで、分析者の持つ理論や問題意識の影響を極力受けない形で、データの要約・提示をする分析と②コーディングルールを作成し理論仮説の検証や問題意識の追求を行う分析を可能にすることである(樋口、2020)。本研究の目的は膨大なテキストデータから、形態素解析による語の取出しやデータベースによる語の整理や検索によって障害に関する質問内容を客観的に抽出し要約することであり、計量テキスト分析の特長①に当たるため、KH コーダーを使用した。

KH コーダーで描かれる共起ネットワークでは、円の大きさは出現数の多さを表し、出現パターンの似通った頻出語がネットワーク図線で描出される。最小スパニングツリーは強い共起関係のみ残し語のつながり(ネットワーク)が切断されない最小限まで線(edge)を減らすことで、見やすくする方法である。階層的クラスター分析とは、出現パターンの似通った語の組み合わせやグループを探索する分析方法であり、デンドログラム(樹状図)が作成され、クラスター併合水準の急激な変化がクラスター数の目安になる(樋口、2020)。

本稿では、頻出語検索により、質問内容にどのような単語が多く使用されているかを探索し、投稿された質問の特徴を明らかにした。さらに共起ネットワーク図の作成によって語と語のつながりを確認し、質問の全体像を可視化した。

倫理的配慮

本研究は、「Yahoo!知恵袋データ(第2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。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ため、筆頭著者の所属大学の倫理委員会から倫理申請は不要であると判断された。

3. 結果

3-1. 頻出語検索

最初に 4437 件の質問文の中でどのような単語が何回出現するかを確認する抽出語検索を行なった。設定は一つの質問の中で同じ語句が 2 回出てきた場合 2 回とカウントされる「出現回数」とし、全データの中でそれぞれの語句が何回出現したかを確認した。その結果「自分」が最多頻出語(1735 回)となったが KWIC コンコーダンス機能¹を使って投稿文を確認したところ「私」という意味で使われていることがほとんどだったため(例「自分は現在精神科に通っています。・・・」)削除したあと、出現頻度の多い順に上位 30 語を記述した(表 1)。次に

¹ Key Word in Context コンコーダンス：分析対象ファイル中で、抽出語がどのように用いられていたのかという文脈を探るため元データに戻る機能

名詞のみの出現頻度上位 30 語を記述した (表 2)。上位 30 語の中には、人 (1569 回)、今 (1338 回)、仕事 (1044 回)、精神 (991 回)、パニック (990 回)、病院 (925 回)、子供 (808 回)、年金 (756 回)、保険 (691 回) などが含まれていた²。

表 1. 頻出語上位 30 語

抽出語	出現回数 (回)	抽出語	出現回数 (回)	抽出語	出現回数 (回)
人	1569	症状	841	会社	654
今	1338	不安	824	出来る	654
仕事	1044	薬	820	見る	648
精神	991	子供	808	診断	646
パニック	990	年金	756	生活	639
病院	925	病気	715	現在	636
行く	904	出る	706	持つ	620
教える	898	保険	691	飲む	606
前	848	考える	667	質問	602
聞く	848	場合	657	状態	599

表 2. 名詞のみの頻出語上位 30 語

名詞頻出語	出現回数 (回)	名詞頻出語	出現回数 (回)
人	1569	先生	382
今	1338	気持ち	321
仕事	1044	相手	304
精神	991	うつ病	300
パニック	990	後遺	300
病院	925	社会	297
症状	841	原因	283
子供	808	友達	274
年金	756	心療内科	270
保険	691	学校	261
会社	654	感じ	255
状態	599	家族	254
手帳	474	発作	254
身体	399	方法	254
事故	392	医師	249

3-2. 共起ネットワーク

次に出現回数 300 回以上、上位 60 位までの名詞を用いて出現パターンが似通った語(共起の程度が強い語)を線で結び、いくつかのクラスターが連なる共起ネットワークを作成した (図 2)。また描写する共起を整理する目的で、最小スパイニングツリーを採用して共起ネットワークを作成した。階層クラスター分析も行い併合水準も参考に以下の 5 つのサブグループを確認した。

- ① 「子供」「親」を含むグループ
- ② 「手帳」「申請」などを含むグループ
- ③ 「病院」「症状」「薬」「診断」などを含むグループ
- ④ 「仕事」「人」「精神」などを含むグループ
- ⑤ 「保険」「会社」「通院」「事故」などを含むグループ

² 後述する「発達障害」は 215 位で出現回数は 128 回だった。

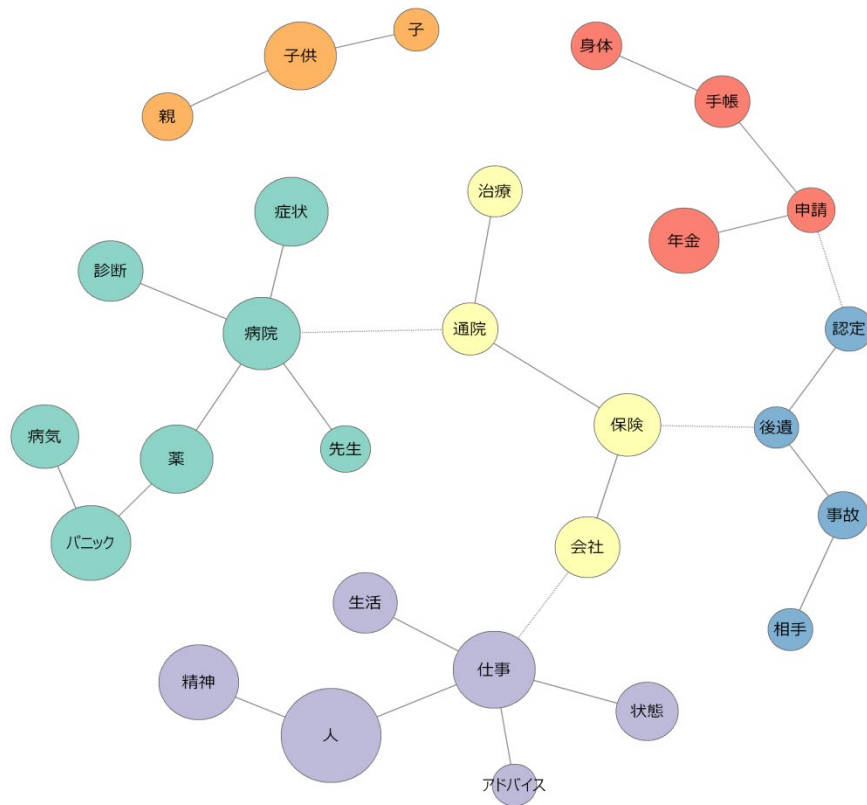


図 2. 共起ネットワーク

注) 共起ネットワークでは、円の位置や円同士の距離に意味はなく、またネットワークに描かれるのは、語と語の共起関係を持つ名詞のみで、そのため共起関係がないと頻出語であっても表示されない。

次に KWIC コンコーダンスで前後の文章および投稿内容を確認し、上記 5 サブグループに以下のテーマを付けた。

①【妊娠、子育て、親に対する感情】

このグループには、「子供」「子」「親」といった頻出語が含まれていた。特徴的な投稿データとともに以下に記載する（下線は頻出語）。

子供が高機能自閉症とかの方。診断後は自分の中で何か変わりましたか?...たまたに「どうしてうちの子は・・・」と
思ってしまったたり、「こんな子いない」と思ってしまいます。いとしいと思うこともたくさんですが、でも、いい
親になれません。...やはりわたしのような親は障害とか関係なくダメな親ですか?同じような方いますか? (投稿年
2005 年)

子供に障害があるという親からの投稿だけでなく、障害当事者が妊娠子育て、あるいは親に対しての思いを吐露していた。

現在、結婚を前提に付き合っている彼氏がいます。子供も普通に欲しいのですが、私が鬱病と摂食障害などの心の病気を患っており、抑鬱剤を常用しています。妊娠してしまったことを知らずに飲み続けていたら危険なのでしょうか?...同じことを体験したことのある方、またはそちらの知識に長けているかた、よい方法を教えていただけませんか?

僕は2種5級の障害者手帳を持っています。...今は医療費の補助や、障害者年金はもらえないので、親に負担してもらっています。国民年金も親が負担しています。親も来年4月で定年退職で、とても心配です。(投稿年2007年)。

「同じような方いますか?」と質問文の形式をとってはいるが、情報というより共感を求めている投稿や、障害当事者の妊娠・子育てに関する情報は一般には手に入りやすく、周りに似たような状況の人がいないため投稿している様子が見て取れる。

②【手帳申請手続きや取得による助成、年金に係る情報収取】

このグループには、「手帳」「申請」「年金」といった頻出語が含まれていた。

手帳を取得すると等級に応じた医療の助成や障害年金を受けられるようになる。以下は手帳の取得手続きおよび取得によるメリットについての情報を求める代表的な投稿である。

身体障害者手帳の申請をした場合、自立支援医療の対象となるかを教えてください...身体状況は、両手の握力が少なく、食事には自助具を使用しています...この場合、身体障害者手帳の申請をしたとしたら、自立支援医療の対象にはなりますか？(投稿年 2006年)

一方で手帳取得のメリットだけでなく、デメリットを危惧している投稿も散見された。

旦那は病気のせいで、小さい頃に体育をつねに見学でいじめられたようで、トラウマになっています。絶対障害者手帳を持ちたくなくと、申請してくれません。持っている方は、障害者手帳を持つ事に、抵抗がありましたか？それをどうやって受けとめ申請するきになりましたか？(投稿年 2005年)

現在無職38歳、男です。会社をうつ病で退職して3年7ヶ月になります...昨年9月に申請した障害年金(3等級13号)が今年の3月になって受給できることになりました...そこで精神障害者保健福祉手帳を取得しようか迷っています。再就職した場合、この手帳や障害年金のことは会社にわかってしまいますか？またこの手帳をもらった場合のメリット・デメリットを教えてください。(投稿年 2008年)

また「申請」はこのグループで中心性が高く、「年金」や「手帳」とも共起していた。

③【受診の判断、完治時期や診断による新しい悩み】

このグループには、「病院」「症状」「薬」「診断」といった頻出語が含まれ、「病院」を起点としていた³。

今朝、自分の顔を鏡で見たら違和感を感じました。よく見たら、左の唇が下がっていました。痛みなどは、ありません。主人に言いましたら、顔面神経痛では？と言いました。4年前からパニック障害で通院もしています。ただの老化なのでしょうか？病院に行った方がいいのでしょうか？(投稿年 2005年)

大人の注意欠陥障害・学習障害はどここの病院の科で診察してもらえるのでしょうか？もとは脳の障害で薬品で症状は若干改善することが出来ると聞きましたが・・・脳神経内科・精神科・心療内科？自分がその症状に非常に似ていて、自分自身がキケンで心配な日々を送っています。1度専門医に診察していただきたいと考えています。ご存知な方、ぜひ教えて下さい。(投稿年 2005年)

以上は診断を受ける前の投稿であり、来院をしたらいいのか、あるいは何科を受診したらいいかについてのアドバイスを求めている。以下は代表的な通院中や診断後の投稿例である。

私はパニック障害になって2年位になります。...原因が分からないからいろんな科(内科・脳外科...など)のいくつかの病院に行きましたが問題ないと言われ、それならどうして...!!私はどうなるの...このまま死んでしまうんじゃないかと思いました。パニック障害にも症状がいろいろあると思いますがパニック障害になって完治された方いらっしゃいますか？(投稿年 2004年)

先日、大学病院精神系に行ってきました。「性同一性障害」との診断..自分の内面には残念ながら女性が存在します...でも性同一性障害を持って今の日本でまともに生きていけるのでしょうか?...差別と偏見、家族親兄弟との別離...なんとか内面を抑えて死ぬまで男性として普通に生きたい。女装しても男にしか見えないし。たとえ生きていることが充実しなくても普通に生きたい。しかしそうすると苦しい辛い情緒不安定から心身症を誘発...こんな惨めな人生早く終わりたいとさえ思い詰めたことも以前はありました。本当に悩んでいます(投稿年 2006年)。

受診の手がかりを求めている受診前の投稿や受診後の完治に関する投稿がこのサブグループに含まれていた。また「パニック」が頻出語に含まれており、パニック障害や性同一性障害といった目に見えにくい障害の診断後の悩みの吐露も散見された。

④【障害(者)をめぐる職場での人間関係についての悩み】

このグループには、「仕事」「人」「精神」「生活」といった頻出語が含まれ、中心性を確認したところ「仕事」を起点としネットワークを形成していた。

身体に障害がありますが、会社で普通に働いています...仕事が少なく毎日ボーっとしているのもあって、周りの平社員からは「あの人暇そうにしているからなんか仕事やってもらえば！」と私を見て怒っています...上司達は皆「あまり無理しないでね」と口をそろえて言います...会社で働いている私達には普通の人と同じような同じぐらいの量の仕事は与えてはいけないという決まりでもあるのでしょうか？障害者を雇うということはそんなに会社にとってメリットがあるのでしょうか？(投稿年 2009年)

投稿者の立場は、障害当事者であったり、以下のような職場の同僚・知人からの障害(者)に関する投稿だったり様々である。

³ 中心性とは共起ネットワーク内で各言葉(要素)がどの程度中心的な位置にあるかを示す指標(樋口、2020)。

職場にパニック障害を持つ女性が入ってきました。課長は情深い人で仕事の要領が悪くもなるべくフォローしてこの会社で社会復帰を果たしてほしいらしいのですが、対人関係においてパニックを起こしてしまうのなら会社勤めはしない方が本人の為なのではないでしょうか？(投稿年2004年)

仕事では人との関わりを避けることが難しいため、「人」が頻出語で「仕事」と共起していた。

⑤【事故後の後遺症や保険手続きに係る情報収集】

このグループには、「保険」「会社」「通院」「事故」といった頻出語が含まれ、この共起ネットワークの中で一番中心性が高い「保険」を起点に「会社」「通院」へとネットワークを形成していた。

交通事故での後遺障害の認定が、非該当でした・・・ちなみに、いまだに通院中です。保険会社とも示談交渉はしていません。この先、どうするのがベストなのでしょう？詳しい方教えてください。(投稿年2004年)

このグループでは、事故後の治療や保険についての具体的な情報を求める投稿が散見された。

4. 考察

本研究の結果から、5つのテーマ(【妊娠、子育て、親への心情】、【手帳申請手続きや取得による助成、年金に係る情報収集】、【受診の判断、完治時期や診断による新しい悩み】、【障害(者)をめぐる職場での人間関係についての悩み】、【事故後の後遺症や保険手続きに係る情報収集】)が計量テキスト分析で可視化された。

現代版民間セクターとしてのソーシャルメディア

医療人類学者であるクラインマン(クラインマン、1992)は、我々は心身の不調を自覚したとき、まずは疾病エピソードの70~90%が処理されるという民間セクターで自己治療を試したり家族知人のネットワークから情報収集したりすると述べている。ソーシャルメディアは、現代の民間セクターの一翼を担っており、本研究でもYahoo!知恵袋で受診前の投稿や「受診するか否か」あるいは「受診するとしたらどこに行くか」の情報収集を行っていた。別の投稿では受診後も、完治時期を尋ねたり診断後に生じた悩みを打ち明けたりする投稿から、身近に同じような障害をもった家族や知人がいないため、Yahoo!知恵袋が現代の民間セクターとして機能していると考えられる。

ソーシャルサポートとソーシャルメディア

ソーシャルサポートには、金銭の受け渡しや身体的介助など直接的な「機能的サポート」、傾聴や励ましの言葉などを伴う「感情的サポート」、そして必要な情報を提供・収集する「情報サポート」などがある(Goldsmith & Albrecht, 2003)。サポートのやり取りが行われるネットワークには、地理や時間的な制約がある限定されたネットワークとそれらの制約がない非限定ネットワークがあり(Penner et al., 2021)、さらにネットワークの「強弱」という特徴も要因として加わる(Adelman et al., 1987; Granovetter, 1983)。Yahoo!知恵袋はそれらの分類でいうと、非限定かつ緩やかな(弱)ネットワークと言える。またネットワーク強弱とサポートの種類の間には、強く狭い(限定的)ネットワークは長期間の機能的サポートに向いている(Adelman et al., 1987)が、共感を求める場合や、家族や知人といった限定的ネットワークでは得られない情報や第三者からの客観的な意見を求めている場合は、非限定的で緩やかなサポートシステムがより好まれることが指摘されている(Adelman et al., 1987; Granovetter, 1983; Wright et al., 2008)。

先行研究(Sugimoto, 2013)同様、本研究でも直接的な機能的サポートを求める投稿はほとんど見当たらなかった一方で、非限定的で緩やかなネットワークであるYahoo!知恵袋では、その特性を生かして保険や手帳の取得の手続きといった「情報サポート」や子育てのつらさに共感を求める「感情サポート」が求められていた。手帳にはいくつかの種類があり年金の申請手続きは複雑である。取得によるメリットだけでなくデメリット(過去のトラウマや会社で知られてしまうなど)も感じており、そのためメリットと鑑みて取得を逡巡し、見知らぬ第三者からの意見を募っていたと考えられる。対面では知り合うことが難しい同病者や障害・疾患に関する悩みを抱える人たちのコミュニケーションをテキストベースでかつ非限定的で緩やかなネットワークの特長を活用し様々な障害に関する情報収集が行われていることが明らかになった。

フォックス(Fox, 2000)は、物理的バリアや偏見といった心理的バリアによって不利な立場に置かれやすい障害者や身近な家族にとって、CMCやICTは非障害者以上に重要な情報収集ツールであると述べている。先行研究

(Wellman et al., 2014)と同様に、本研究のYahoo!知恵袋投稿者も偏見や差別を避けるために、精神疾患や発達障害、LGBTQに関するテキストベースでの情報収集を志向していたと推察できる。そして3種類の「比較」(「水平」、「上方」、「下方」)が質問者の状況の判断や評価のために活用されると言われており(Helgeson & Gottlieb, 2000)、本研究でも、同じような状況にある人からのアドバイスや体験談を通じての「水平比較」(例:「同じような方いますか?」)やすでによくなった人の体験や自分より知識を持っている人からの情報提供を求める「上方比較」(例:「またはそちらの知識に長けているかたよい方法を教えていただけませんか?」)や散見され、投稿者たちは

自身の状況を把握するため比較対象を求めていたと考えられる。

本研究の特長と限界、今後の研究

本研究の特長として、Yahoo!知恵袋データを用いることにより、質問紙調査では得られないデータを得ることが可能になった点が挙げられる。宮下(1998)は質問紙調査の短所として、用意された回答から選択するため個人の内面を深く掘り下げることが難しい、文章を理解できないと回答ができない、調査対象者の自己を実際よりよく見せたい、あるいはあえて悪く見せたいといった防衛的な反応が伴うという3つを挙げている。本調査のような「どういった障害(者)に関する情報を必要としているか」といった探索的かつセンシティブなデータを含む可能性がある研究の場合、用意された選択肢から回答する質問紙調査より、社会的な好ましさを気にすることなく匿名性の高い自由記載の投稿で構成されているYahoo!知恵袋データのほうが適切であったと考えている。

一方で本研究にはいくつかの限界点もある。まず2004~2009年の投稿内容がデータであることが挙げられる。当時の投稿はパソコン中心であったが、2020年代は、パソコンを抜いて、8割以上の世帯でスマートフォンを保有している(総務省、2021)ことから、スマートフォン中心のインターネット環境が投稿内容に影響を与えている可能性がある。加えてYahoo!知恵袋を知らない、日常でスマートフォンやPCの操作になれていないと投稿できない、といった投稿する人の社会的背景の偏りがある可能性がある。そして本研究は、「障害(者)」に関する投稿内容を分析したが、投稿者が障害当事者、その家族、あるいは知人友人職場関係、と背景が混在している。がん患者の就労に関する先行研究でも投稿者の立場が投稿内容に反映されていることから(藤田ほか、2022)、今後は年代だけでなく投稿者の立場と内容との関係について対応分析⁴で確認することでさらにきめ細やかな立場の違いによる情報ニーズを可視化できると考えている。

今後の研究の可能性としては、特定の疾患や障害に関する投稿数の推移や内容の変化の調査が挙げられる。例えば「発達障害」という言葉を含んだ投稿は、2004~2009年ではわずか1591件だったが、約10年後、2014~2019年には58000件以上と急激に増えていた。今後は新しい知恵袋データとの比較を行い、「発達障害」といった特定のキーワードの出現数や質問内容の比較研究が考えられる。さらに本研究は投稿文の内容分析だったが、投稿者と回答者とのやり取りの先行研究と同様(Zhao et al., 2019)、回答内容とのセットでの内容分析も考えられる。最後に近年ではコロナ禍とソーシャルメディアの研究が、情報拡散(Xing et al., 2022)、世論形成(Wang et al., 2020)インフォデミック、公衆衛生の予防・啓発活動(Al-dmour et al., 2020)、コピーンク方策(Zhong, 2021)など広範囲にわたって急速に進んでいる。コロナ禍を挟んで前後の障害に関する投稿に着目し、時系列でのやりとりの変化にも注目していきたいと考えている。

5. 結語

本研究では、インターネットQ&Aサイト「Yahoo!知恵袋」に投稿された、「障害(者)」に関する質問内容を計量テキスト分析によって探索的に調査した。質問内容では5つのテーマ(【妊娠、子育て、親への心情】、【手帳申請手続きや取得による助成、年金に係る情報取得】、【受診の判断、完治時期や診断による新しい悩み】、【障害(者)をめぐる職場での人間関係についての悩み】、【事故後の後遺症や保険手続きに係る情報取得】)が抽出された。本研究から身近な家族や非障害者の知人から得にくい障害に関する情報ニーズが可視化され、CMCが情報収集だけでなく様々な役割を果たし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2版)」を利用した。

研究資金

本研究はJSPS科研費JP18K19675の助成を受けた。

利益相反自己申告

開示すべき利益相反はない。

引用文献

- 岩隈美穂.(2013). 障がい者、高齢者とのコミュニケーション. In 伊佐雅子(監修), 多文化社会と異文化コミュニケーション(第5版)(pp.140-159). 東京: 三修社.
- 小沢彩歌, 平和也, 村山太一, 藤田澄男, 伊藤美樹子, 荒牧英治.(2020). WEB上Q&Aサービスへの投稿ログデータに

⁴ 対応分析とは、2つ以上のカテゴリー間(例: 家族・知人・本人)の関係を分析し、結果は2次元の散布図に示される。外部変数を用いることで、その外部変数の特徴的な語の探索ができる(樋口、2020)。

- おける認知症者の介護で家族が抱える困難と悩み. 日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌, 11(2), 19-27.
<http://search.jamas.or.jp/link/ui/2021036801>
- 北山友也, 西村奏咲, 桑原晶子. (2022). 肥満改善薬使用に関する社会的傾向と薬学部生の認識. 医療薬学, 48(1), 35-46. <http://search.jamas.or.jp/link/ui/2022130377>
- クライマン, A. (著), 大橋英寿, 遠山宜哉, 作道信介, 川村邦光 (訳). (1992). 臨床人類学: 文化のなかの病者と治療者. 東京: 弘文堂. <https://ci.nii.ac.jp/ncid/BN07333346>
- 小林良喜, 古川裕康, 瀧澤智美, 落合智子. (2021). 日本人の発酵食品に対する意識の分析 Tweet データを用いた探索的分析. 日大口腔科学, 47(1), 8-18. <http://search.jamas.or.jp/link/ui/2021252434>
- 佐々木裕子, 高橋眞理. (2015). インターネットの Q&A コミュニティサイトにみる 0~4 ヶ月児の母親の育児における寝かしつけの悩み テキストマイニングによる分析. 医療看護研究, 11(2), 28-35.
<http://search.jamas.or.jp/link/ui/2015210234>
- 総務省. (2021). 令和 3 年度版情報通信白書. <https://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/r03/pdf/01honpen.pdf> (最終閲覧日: 2022 年 9 月 30 日)
- 総務省情報通信政策研究所. (2012). 障がいのある方々のインターネット等の利用に関する調査研究 <https://www.soumu.go.jp/iicp/chousakenkyu/data/research/survey/telecom/2012/disabilities2012.pdf> (最終閲覧日: 2022 年 9 月 28 日)
- 内藤さゆり. (2001). 介護保険制度下における福祉ニーズ把握の必要性と方法. 現代福祉研究, 1, 103-111.
- 永野典詞. (2009). 身体障害者療護施設利用者と施設職員の主観的ニーズ認識に関する研究 主観的ニーズに関するアンケート調査の分析から. 社会福祉学, 49(4), 92-103. <http://search.jamas.or.jp/link/ui/2009130774>
- 樋口耕一. (2020). 社会調査のための計量テキスト分析: 内容分析の継承と発展を目指して (第 2 版). 京都: ナカニシヤ出版.
- 藤田悠介, 岩隈美穂, 星野伸晃, 肥田侯矢, 小濱和貴. (2022). 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. 日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌, 13(1), 62-72.
<http://search.jamas.or.jp/link/ui/W420540007>
- 舟木友美, 石村慶子, 汪韻霞, 岩隈美穂. (2018). 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, 9(1), 17-29.
<http://search.jamas.or.jp/link/ui/2019037008>
- 堀部めぐみ, 笹岡沙也加, 長沼美紗, 長谷川栞, 原英彰, 中村光浩. (2018). テキストマイニングによる産後うつについて母親が思うことの分析 ソーシャルメディアにおける発言の内容から. 看護科学研究, 16(2), 53-62.
<http://search.jamas.or.jp/link/ui/2019079222>
- 宮下一博. (1998). 質問紙法による人間理解. In 鎌原雅彦, 宮下一博, 大野木裕明, 中澤潤 (編), 心理学マニュアル 質問紙法 (pp. 1-8). 京都: 北大路書房. <https://ci.nii.ac.jp/ncid/BA35679992>
- 三輪眞木子, 八巻知香子, 田村俊作, 野口武悟. (2020). 視覚障がい者の健康医療情報ニーズの特性と提供の際の課題. 現代の図書館, 58(1), 46-51. <https://cir.nii.ac.jp/crid/1524232505523807616>
- 村岡由佳里. (2016). ろう者の地震発生時の情報収集と情報提供のあり方の検討. 日本保健福祉学会誌, 23(1), 53-63.
https://doi.org/10.20681/hwelfare.23.1_53
- 四方田健二. (2020). 新型コロナウイルス感染拡大に伴う不安やストレスの実態 Twitter 投稿内容の計量テキスト分析から. 体育学研究, 65, 757-774. <http://search.jamas.or.jp/link/ui/2021134677>
- Adelman, M. B., Parks, M. R., & Albrecht, T. L. (1987). Beyond close relationships: Support in weak ties. In Albrecht, T. L., & Adelman, M. B. (Eds.), *Communicating social support*. (pp. 126-147). Newbury Park, California: Sage Publications, Inc.
- Al-Dmour, H., Masa'deh, R., Salman, A., Abuhashesh, M., & Al-Dmour, R. (2020). Influence of Social Media Platforms on Public Health Protection Against the COVID-19 Pandemic via the Mediating Effects of Public Health Awareness and Behavioral Changes: Integrated Model. *J Med Internet Res*, 22(8), e19996. <https://doi.org/10.2196/19996>
- Chen, J., & Wang, Y. (2021). Social Media Use for Health Purposes: Systematic Review. *J Med Internet Res*, 23(5), e17917. <https://doi.org/10.2196/17917>
- Fox, S. A. (2000). The uses and abuses of computer-mediated communication for people with disabilities. In Braithwaite, D. O., & Thompson, T. L. (Eds.), *Handbook of communication and people with disabilities: research and application* (pp. 319-336). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. <https://ci.nii.ac.jp/ncid/BA47104987>
- French-Lawyer, J., Siano, S., Ioerger, M., Young, V., & Turk, M. A. (2021). Health information seeking and people with disability: A systematic search and scoping review. *Disability and health journal*, 14(1), 100983.

<https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100983>

- Goldsmith, D. J., & Albrecht, T. L. (2003). Social support, social networks, and health. In Thompson, T. L., Dorsey, A. M., Miller, K. I., & Parrott R. (Eds.), *Handbook of health communication* (pp. 263-284). London: Routledge, Taylor & Francis Group. <https://ci.nii.ac.jp/ncid/BB03194028>
- Granovetter, M. (1983). The Strength of Weak Ties: A Network Theory Revisited. *Sociological Theory*, 1, 201-233. <https://doi.org/10.2307/202051>
- Helgeson, V. S., & Gottlieb, B. H. (2000). Support Groups. In Cohen, S., Underwood, L. G., & Gottlieb B. H.(Eds.), *Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists* (pp. 221-245). Oxford: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195126709.003.0007>
- Iwakuma, M. (2014). *The struggle to belong : stepping into a world of the disabled*. New York: Hampton Press. <https://ci.nii.ac.jp/ncid/BB2503741X>
- Nawa, N., Kogaki, S., Takahashi, K., Ishida, H., Baden, H., Katsuragi, S., Narita, J., Tanaka-Taya, K., & Ozono, K. (2016). Analysis of public concerns about influenza vaccinations by mining a massive online question dataset in Japan. *Vaccine*, 34(27), 3207-3213. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2016.01.008>
- Penner, L. A., Dovidio, J. F., & Albrecht, T. L. (2021). Helping victims of loss and trauma: A social psychological perspective. In Harvey J. H., & Miller E. D., (Eds.), *Loss and trauma: General and close relationship perspectives*. (pp. 62-85) [DX Reader version]. <https://doi.org/10.4324/9781315783345-5>
- Rosenblum, S., & Yom-Tov, E. (2017). Seeking Web-Based Information About Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Where, What, and When. *J Med Internet Res*, 19(4), e126. <https://doi.org/10.2196/jmir.6579>
- Sharon, A. J., Yom-Tov, E., & Baram-Tsabari, A. (2020). Vaccine information seeking on social Q&A services. *Vaccine*, 38(12), 2691-2699. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.02.010>
- Sugimoto, S. (2013). *Support Exchange on the Internet: A Content Analysis of an Online Support Group for People Living with Depression* (Doctoral theses, University of Toronto, Toronto, Canada). Retrieved from <https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/43731>
- Wang, X., Xing, Y., Wei, Y., Zheng, Q., & Xing, G. (2020). Public opinion information dissemination in mobile social networks – taking Sina Weibo as an example. *Information Discovery and Delivery*, 48(4), 213-224. <https://doi.org/10.1108/IDD-10-2019-0075>
- Wellman, B., Garton, L., Haythornthwaite, C., & Kiesler, S. (2014). An Electronic Group is Virtually a Social Network. In Kiesler S. (Ed.), *Culture of the Internet* [DX Reader version]. <https://doi.org/https://doi.org/10.4324/9781315806389>
- Wright, K. B., Sparks, L., & O'Hair, H. D. (2008). *Health communication in the 21st century*. Hoboken, New Jersey: Blackwell. <https://ci.nii.ac.jp/ncid/BA87158438>
- Xing, Y., He, W., Cao, G., & Li, Y. (2022). Using data mining to track the information spreading on social media about the COVID-19 outbreak. *The Electronic Library*, 40(1/2), 63-82. <https://doi.org/10.1108/EL-04-2021-0086>
- Zhang, J., Chen, Y., Zhao, Y., Wolfram, D., & Ma, F. (2020). Public health and social media: A study of Zika virus-related posts on Yahoo! Answers. *Journal of the Association for Information Science and Technology*, 71(3), 282-299. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/asi.24245>
- Zhao, Y., Zhang, J., & Wu, M. (2019). Finding Users' Voice on Social Media: An Investigation of Online Support Groups for Autism-Affected Users on Facebook. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(23), 4804. <https://doi.org/10.3390/ijerph16234804>
- Zhong, Z. (2021). Internet Public Opinion Evolution in the COVID-19 Event and Coping Strategies. *Disaster Med Public Health Prep*, 15(6), e27-e33. <https://doi.org/10.1017/dmp.2020.299>

*責任著者 Corresponding author : 岩隈美穂 (e-mail: mhiwakuma@yahoo.co.jp)

原著論文

医療現場における手話通訳の課題 ～手話通訳者へのインタビュー調査の質的分析～ Challenges of Sign Language Interpretation in Healthcare Settings in Japan: A Qualitative Analysis of Interviews with Sign Language Interpreters

平英司¹⁾、皆川愛²⁾、高山亨太³⁾、香川由美⁴⁾、八巻知香子⁵⁾
Eij Taira¹⁾, Ai Minakawa²⁾, Kota Takayama³⁾, Yumi Kagawa⁴⁾, Chikako Yamaki⁵⁾

- 1) 関西学院大学手話言語研究センター
- 2) ギャロデット大学ろう健康公平センター
- 3) ギャロデット大学大学院ソーシャルワーク研究科
- 4) 東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻医療コミュニケーション学分野
- 5) 国立がん研究センターがん対策研究所
- 1) Sign Language Research Center, Kwansei Gakuin University
- 2) Center for Deaf Health Equity, Gallaudet University
- 3) Department of Social Work, Gallaudet University
- 4) Department of Health Communication, School of Public Health, The University of Tokyo
- 5) Institute for Cancer Control, National Cancer Center

Abstract

There is a dearth of research on the challenges that sign language interpreters experience in the healthcare field, which is the most common setting. The purpose of this study was to identify the challenges and strategies of sign language interpreters in healthcare settings. Qualitative interviews were conducted with 16 sign language interpreters, and a thematic analysis was employed to study the challenges and empirical practices from the interpreters' perspective. The following four themes, which were consistent with the demand-control theory, were extracted from 224 episodes: (A) difficulty in translation in healthcare settings, (B) dilemma between healthcare providers and Deaf patients, (C) challenge of building relationships between healthcare providers and sign language interpreters, and (D) response to situations where interpretation cannot function. The results indicate that sign language interpreters experienced difficulties in responding to the language and nonlanguage aspects of interpreting assignments due to healthcare providers' limited understanding of sign language, Deaf people, and the interpreter's role. Furthermore, a collaboration between healthcare providers and sign language interpreters is essential for Deaf patients' safety and health, and can be promoted through interprofessional education and training, which would enable both groups to demonstrate their expertise to each other.

要旨

手話通訳の派遣先として一番多い医療機関において、手話通訳者がどのような困難を経験しているのかは明らかにされていない。本研究は、手話通訳者が医療現場で感じる医療者の対応の課題やそれへの対応について、手話通訳者への質的なインタビュー調査により明らかにするものである。16名の手話通訳者にグループインタビューを行い、収集された語りについて、テーマ分析を行った。結果、224の発話が抽出され(A)医療現場での翻訳作業に伴う困難(B)医療者とろう者との関係調整への苦慮(C)医療者と通訳者との関係調整への苦慮(D)通訳者が機能しにくい場面での対応の苦慮、という4つカテゴリーに分類することができた。これらのカテゴリーの内容は、デマンドコントロールセオリーに一致するものであった。通訳者達は医療場面における言語の翻訳の困難さだけでなく、現場に介入する一人の通訳者として、ろう者や医療者との関係性の調整に苦慮していることが明らかになった。医療者と手話通訳者がろう者の患者の命を守るという本来の目的のために協働し、互いの専門性を発揮できる環境づくりや教育研修の実施が重要である。

キーワード：手話通訳者、医療通訳、ろう者、デマンドコントロールセオリー

Keywords: Sign language interpreter, Medical interpretation, Deaf, Demand control theory

1. 序文

1.1 医療場面におけるろう者の現状

ろう者を取り巻く医療場面での課題はこれまで多く指摘されてきた。ベターコミュニケーション研究会(2007)による国内の調査では、「利用しにくい施設は?」という問いに聴覚障害者の73%が「病院」と回答をしている。NCICE(全米通訳者教育センター)がろう者を対象にアンケート調査を行った2009年の報告書においても、通訳者が必要とされる場面として医療場面のニーズが高い反面、サービスを受けるのが困難な場面として約半数の回答者が医療場面を挙げている(Beldon, et al., 2009)。困難の具体例としては、医師にマスクをつけたまま話しかけられても、何を言っているのか分からないことや入院の際に情報が入ってこないこと、事前に予定されていなかった説明場面に、すぐに通訳者を用意できないこと(川淵他., 2019)、その他にも、入院中にカーテン越しの声かけが伝わらず、急に看護師がやってきて驚いたこと、術後、手腕が拘束された状態で手話も筆談もできず、コミュニケーションの術が失われたこと等、ろう者の視点から苦痛体験が報告されている(皆川, 2017; Berman et al., 2017; Sirch, L., Salvador, L., & Palese, 2018)。

とりわけ、医療場面でのろう者を取り巻くコミュニケーションの課題はこれまでに多数報告されており、それがひいては医療格差の媒介要因となっていることが明らかになっている(Kuenburg, Fellinger, & Fellinger, 2016)。中でも、手話を第一言語とするろう者と、音声言語を中心とする医療者との間で起こるコミュニケーションの齟齬は、結果的に不十分なインフォームドコンセントや、治療や検査が適切に受けられない事態を引き起こしていることが報告されている(Steingerg et al., 2006; Scheier, 2009)。

一方で、手話通訳を利用して医療機関を受診することで、満足度が上がることが報告されている(O'Heam, 2006)。国内でも手話通訳を設置することで、ろう者の受療が促進されたという報告がある(北原他., 1997)。そして、質の高い医療手話通訳を保障するためには、医療場面に特化した手話通訳者の養成が重要であると指摘されている(Swabey & Nicodemus, 2011)。

1.2 医療場面での手話通訳における課題

医療場面では、通訳の対象となる患者の状況は個人によって多様であり、通訳者個人の経験では捉えきれない側面がある。音声言語通訳(二つの音声言語に関わる通訳、以下同様)の研究では、医療場面での通訳が他の場面での通訳とは異なる特徴をもつことが挙げられている。水野(2005)は「文化的差異に対する知識と配慮」及び「患者の健康と福利を損なわないようにするための行動(アドボカシー)」を医療場面での通訳の倫理的特徴として挙げている。また、医療場面の通訳全般の特徴として、手話通訳を対象とした研究からも「通訳内容について事前準備に十分な時間をかけることが困難で即時性が求められること」「予期せぬ感情反応に対応できることも必要とされること」が述べられている(Walker & Shaw, 2011; Hetherington, 2011)。すなわち、医療場面の通訳は、他の日常生活に関するコミュニティー通訳場面に比し、個別性が大きく、高い専門性が求められることから、音声言語通訳、手話通訳ともに医療場面に特化した教育プログラムが必要と考えられる。

さらに、医療場面の手話通訳は、会議場面等の手話通訳と異なる側面がある。会議通訳等の場では、手話通訳は複数の通訳者が交代で通訳を行うのが通例であるのに対し、医療場面への派遣において、手話通訳者は複数ではなく一名体制での派遣が一般的である(阿部, 2015)。そのため、自身の通訳活動について、他の通訳者からフィードバックを得たり、他の通訳者の行動を観察し学習したりする機会が得られにくいのが現状である。

米国では、2000年代後半以降、医療領域における手話通訳者に関する研究や教育の取り組みが展開されてきた。手話通訳者の通訳能力に対するろう者の不信感、医療者への伝達内容を縮小させる(Nicodemus, Whynot & Kushalnagar, 2020)ことが研究結果で示されているように、特に医療場面での手話通訳者の技術の向上とそのための養成は急務である。手話通訳実践に関する研究に取り組んでいるCATIE Centerでは、「医療手話通訳者(ASL/English Medical Interpreter)」の定義について、「手話通訳の国家資格を有し、医療現場での手話話者および音声話者間のコミュニケーションをファシリテートする専門職である」としている(CATIE Center, 2008)。

1.3 国内における医療手話通訳の養成・利用体制

国内における手話通訳制度は、主に自治体に登録した手話通訳者が、ろう者や企画主催者の要請の元、医療機関や教育機関、講演会場等に派遣されるという流れが一般的である。ろう者がこの手話通訳派遣制度を利用している場面について複数回答で尋ねた調査では、64.8%が「医療」であり、2番目に多い「役所での手続き・相談」の31.8%の2倍以上であった(厚生労働省, 2013)。しかし、これらの手話通訳者の養成カリキュラムには、医療場面に特化した研修内容はほとんど含まれていない。また、現任者対象の研修等でも、医療場面に関する事例検討は限られており、多くは自己研鑽に委ねられている状況がある(筑波技術大学, 2019)。ろう者が受診する際に、依頼を受け、

病院に行き通訳を行う派遣通訳とは異なり、近年は、日常的に病院に常駐している設置手話通訳者も見られるようになってきた。「病院で働く手話言語通訳者の全国実態調査」の調査報告書(筑波技術大学 & インフォメーションギャップバスター, 2021)によると、手話通訳者が配置されている病院は全国で42か所である。しかし、これらの病院での設置通訳者の募集条件として、手話通訳士(注釈1)の資格や、医療に関する資格や知識が必須ではないところも存在する。

つまり、国内では医療場面での手話通訳は、医療の専門性に特化した研修や学習の機会をもたない手話通訳者の派遣制度に頼っており、少数ながらも病院に設置されている手話通訳者であっても、経験や自学により専門性を徐々に身につけていくことに委ねられているのが現状である。

1.4 手話通訳者が抱える構造的な困難

医療場面に関する手話通訳者への研修のあり方は各国の制度や歴史的経緯によって異なるものの、手話通訳者が抱える困難については構造的なものであるという指摘がなされるようになってきた。すなわち、手話通訳者は、ファシリテート(通訳活動を効果的に行い、双方のコミュニケーションを円滑にするための行為)のプロセスにおいて、言語間通訳のみならず、倫理判断、介入判断に迫られるといったように様々なデマンド(処理すべき事項)を抱えているという指摘である(Dean & Pollard, 2001)。稲生&染谷(2005)が音声言語通訳について「通訳者は本来、黒子であり、自分の意見や解釈を差し挟むことがあってはならないと考えられている(P80)」と述べているように、手話通訳者においても、かつては音声および手話でなされる発言のみを忠実に訳すための翻訳機械や導管のような存在が理想的であるとみなされてきた。しかし、現在では、音声言語通訳に関する領域においても、通訳利用者双方のもつ文化の違いが注目されるようになり、通訳者を「異文化ファシリテーター(辻, 2006)」や「文化の仲介者(鳥飼, 2007)」として捉え直す動きが見られるようになってきた。そして、手話通訳の領域でも通訳者はその場に現に存在する者であり、その存在の影響を積極的にふまえ、異文化間の仲介を含めた様々なデマンドへの対応といった場の調整等を行う者として捉えられるようになり、そのような視座からの研究もみられるようになってきた(Metzger, 1999; Annie et al., 2012)。

Dean & Pollard (2001)によると、手話通訳者が抱えるデマンドは、

1) 言語的(Paralinguistic) デマンド

(例: 言語モダリティ、通訳者の言語スキル、専門用語の理解等)

2) 環境的(Environmental) デマンド

(例: 業務そのものの性質、制度、通訳現場における物理的バリア、スーパービジョン体制等)

3) 個人間(Interpersonal) デマンド

(例: 通訳者の役割に対する利用者(医療者を含む)の理解、職務上の権限や力関係等)

4) 個人内(Intrapersonal) デマンド

(例: ろうの利用者に向けられる抑圧に対する心理的反応、自身の通訳実践に対する内省、現場における匿名性と孤立感、守秘義務)

の四つに区分できるといふ。しかし、Dean & Pollard (2001)は、通訳者養成カリキュラムにおいては、言語的デマンドに焦点が当てられており、その他のデマンドに対応していないと指摘している。このような状況の中で、手話通訳者は、医療現場における手話通訳実践では、高度なデマンドを調整しながらも、常に適切な判断をする、すなわちデマンドコントロールのスキルが求められているのである。

しかし、国内では医療場面における課題について、ろう者の立場からの実体験として、その課題が挙げられている文献は見受けられても、その課題解決の主要な役割を担うと考えられる手話通訳者自身が感じている医療場面の課題について明らかにした文献は、筆者の知る限り皆無である。

1.5 研究の目的

本研究は、これまでの研究で着眼されにくかった手話通訳者の視点から、医療場面での通訳において手話通訳者が感じる困難さや不快感、苦慮している点等の課題やそれへの対応を、インタビューを通して明らかにすることが目的である。

2. 研究方法

2.1 研究対象とデータ収集

研究デザイン

本研究は、国内で活動する手話通訳者を対象とした質的記述的研究である。

研究参加者

研究参加者は、医療現場での音声日本語-日本語の手話通訳の職務経験がある手話通訳者とした。手話通訳者の所属先が病院であるか（以下、設置通訳者及び兼任通訳者）、病院外であるか（以下、派遣通訳者）によって手話通訳者とする者、医療者との関係性が異なることが手話通訳活動に与える影響を考慮して、病院設置通訳者等の経験者と派遣通訳者の経験者の両方を組み入れた。研究参加者の募集は、筆頭著者と共著者の機縁および医療分野に関する手話通訳者のメーリングリスト内での呼びかけにより行った。除外基準は設けなかった。

調査手順

調査協力の呼びかけに応じた手話通訳者に対し、研究目的やインタビュー内容等研究概要を説明し、協力を依頼した。口頭で調査協力に同意した手話通訳者に対し、インタビューの日程調整を行った。なお、研究参加者同士が互いの語りから自身の経験を想起できることを企図して、日程の都合上、他の通訳者と日程の合わなかった 1 名を除き、2~3 名のグループインタビューの形をとった。日程の合わなかった 1 名は個別インタビューを実施した。インタビュー前とインタビュー開始時に、研究目的、調査内容、協力の任意性、匿名性の保持等について改めて口頭と文書で説明し文書同意を得た後、オンライン遠隔会議システム Zoom を用いて、半構造化面接によるインタビューセッションを実施した。所要時間はセッションの参加者が 1 名もしくは 2 名の場合は 60 分、参加者が 3 名の場合は 90 分とした。調査期間は、2021 年 1 月~4 月であった。研究参加者には謝礼として、後日 1,000 円の Quo カードを贈呈した。医療場面での手話通訳の実務経験がある筆頭著者（通訳歴 20 年程度、派遣通訳者）がインタビューを務めた。医療場面での通訳の経験談を参加者から引き出すためには、インタビュー調査の経験のある研究者であり、かつ参加者と同じく医療場面での通訳の経験を共有している手話通訳者である筆頭著者が担うことが相応しいと判断した。

研究参加者の承諾を得て Zoom でのインタビューの様子を録画し、メモを取った。また、質問紙により研究参加者の通訳活動の経験年数や医療場面での通訳の頻度等背景情報を収集した。

調査内容

研究参加者にこれまでの医療場面での手話通訳経験を想起してもらい、課題と感ずることやそれへの対応について尋ねた。具体的には、「医療場面の手話通訳で課題と感ずることはありましたか」「その課題についてどのような対応をしましたか」等、インタビューガイドをもとに半構造化面接を行い、研究参加者の自由な発言を促した。なお、医療場面は外来における診察に限定せず、待合室や検査、入院の場面等医療機関での全てのコミュニケーションについて尋ねた。話題が途切れた際には、インタビュアーが自身の経験や他のインタビューセッションで回答されたコメントを発言者を伏せて口頭で提示し、話題の提供を行った。

2.2 データの分析と整理

分析方法

インタビューセッションを逐語録に起こし、テーマ分析の手法を参考に以下の手順で質的記述的に分析した。テーマ分析は、データ分析の際に内容を表す概念であるコードを付し、それらの概念の高次化と構造化を行っていく分析である。生データから帰納的にテーマを生成し、内容を客観的・体系的に記述することに適している（土屋, 2016; 大谷, 2019）。以下の手順でカテゴリーを生成した。

- 1) 逐語録を通読し、手話通訳者が経験した医療場面での困難等の課題を述べていると考えられる語り（以下、発話）を抽出する。
- 2) 抽出した発話を類似した内容ごとにまとめ、内容を要約するコードを付ける（コーディング）。
- 3) 通訳者がいだけ困難や対応という視点からコードをまとめ、サブカテゴリーを作成する。
- 4) サブカテゴリーを医療場面や、会話の構成員（医療者、ろう患者、手話通訳者）の関係性に着目して整理し、カテゴリーを生成する。

コーディング及びサブカテゴリーの作成、カテゴリーの生成は筆頭著者が行い、その分析内容について信用性、獨創性、共鳴性、有用性の観点から、ヘルスコミュニケーション学、看護学、障害学、手話通訳等を専門とする 5 名の共同研究者で合意が得られるまで議論した。5 名の研究者は、ろう研究者 2 名、手話通訳士資格をもつ聴者の研究者 1 名、手話を解さない聴者の研究者が 2 名であり、議論にあたっては、2 名の手話通訳者が交代で通訳を務めた。コーディング及びサブカテゴリーの作成、カテゴリーの生成には、NVivo (R1.6.1) を用いた。

倫理的配慮

本研究は国立がん研究センター研究倫理審査委員会の承認（研究課題番号 2020-172）を得て行った。調査にあたり、研究目的、内容、インタビュー時間・回数、回答内容の匿名化と秘密保持、参加の任意性、結果公表について口頭と文書で説明し、書面にて同意を得た。また、本調査の目的は手話通訳者から見た医療場面における課題を尋

ねるものであり、問題を感じた医療機関や支援した患者の情報を尋ねるものではないことを説明したうえで、調査を実施した。

3. 結果

3.1 研究参加者

手話通訳者16名が参加した。手話通訳者としての活動形態(派遣または設置、兼任)、通訳活動歴、医療場面の通訳の経験頻度を表1に示す。

表1 研究参加者

セッション	通訳者	形態	通訳活動年数 (病院勤務年数)	医療通訳 (頻度/年)	備考
1	A	派遣	15年～	5回～	
2	B	派遣	5年～	1回～	
	C	派遣	1年～	20回～	
3	D	派遣	15年～	10回～	
	E	派遣	20年～	50回～	コーディネータ 兼任
4	F	派遣	15年～	10回～	コーディネータ 兼任
	G	派遣	15年～	1回～	
	H	派遣	10年～	5回～	
5	I	設置	15年～〈15年～〉	50回～	
	J	設置	5年～〈5年～〉	50回～	
	K	設置	20年～〈10年～〉	50回～	
6	L	設置	10年～〈5年～〉	50回～	
	M	設置	5年～〈5年～〉	50回～	
7	N	兼任	5年～〈15年～〉	50回～	
	O	兼任	20年～〈15年～〉	20回～	
	P	兼任	1年～〈15年～〉	1回～	

参加者は、各セッションともお互いに親疎の差はあるものの面識(又はメーリングリストでのやりとり)があった。

活動形態は、半数(A～Hの8名)はろう者が受診等をする際に病院に派遣される派遣通訳であり、残りの半数(I～Pの8名)は病院に常駐もしくは在籍していた通訳者であった。なお、N～Pの3名は、日頃、看護師等の医療職として勤務しながら、必要に応じ院内で手話通訳を担う、もしくは、過去に経験があった兼任通訳者であった。本稿では、I～Mを設置通訳、N～Pを兼任通訳とした。

手話通訳者L以外は、手話通訳士の資格を有していた。通訳者としての活動歴は、全体の半数が10年以上の経験を有していた。また、うち2人(E,F)は手話通訳を派遣するコーディネータ業務も行っていた。

インタビューセッションは個人とグループ形式合わせて、計7回実施された。総時間は約8時間30分であった。

3.2 抽出された課題

インタビューから医療場面での課題やその対応について224の発話が収集された。それらの発話をコーディングした結果、計12のサブカテゴリーが生成され、以下の(A)～(D)の4つのカテゴリーに分類された(表2)。

(A)～(D)のカテゴリーは、(A)「医療場面での翻訳作業に伴う困難」の他、医療場面を形成する医師とその他の構成員との相互関係の視点から、(B)「医療者とろう者との関係に関する困難」、(C)「医療者と通訳者との関係に関する困難」、さらに、(D)「通訳者が機能しにくい場面での対応の苦慮」であった。なお、一つのサブカテゴリーが、他のカテゴリーとも関わっている場合もあり、サブカテゴリーは排他的ではなかった。

表2 カテゴリーを構成するサブカテゴリ及びコード

カテゴリー (A,B,C,D)	サブカテゴリ (A1,A2…)	コード A1-1 「…」	発話数
(A) 医療場面での翻訳作業に伴う困難；医療場面特有の用語や言い回し、シチュエーションでの翻訳作業の困難性			
(A1) 医療場面特有の用語や言い回し；手話通訳者が苦慮した医療場面特有の用語や言い回しについて			
	A1-1 「医療用語に関する知識」	医療用語や身体の構造・臓器など医療に関する知識に不慣れであるという課題と対応	9
	A1-2 「医療場面特有の言い回しに対する翻訳」	医療場面特有の言い回しを翻訳することへの苦慮	4
	A1-3 「医療分野の知識等に関する学習の機会」	医療場面に関する知識を学習する機会がないという課題	9
(A2) 事前情報の把握；医療場面での手話通訳に対応するための事前情報の収集や引継ぎ、守秘義務の扱い等について			
	A2-1 「派遣元のコーディネーターからの情報」	コーディネーターからの情報の引継ぎや情報共有に関する課題	11
	A2-2 「待合室での情報収集」	待合室でろう者から主訴や病状、使用している手話のタイプ等の情報を得る工夫や配慮	23
	A2-3 「情報を維持するために通訳者を固定すること」	情報の引継ぎをせずとも毎回同じ通訳者が同行することについての課題	8
(A3) 告知等の特殊な場面での精神的負担；告知場面等の精神的負担の経験やそれに対する対処方法について			
	A3-1 「告知場面等における精神的負担」	自身の感情を抑制し通訳にあたることへの精神的負担	7
	A3-2 「相談相手について」	守秘義務の中で、精神的負担を相談する相手が限られていたり、いなかったりすることへの負担	9
(B) 医療者とろう者との関係調整への苦慮；ろう者に慣れていない医療者とろう者の適切な関係調整への苦慮について			
(B1) 筆談での対応；医療者がろう者に対して筆談でコミュニケーションをとることについて			
	B1-1 「理解力に対する不適切な見方；筆談(日本語力)を通してのろう者への不適切な評価やそれを基にした治療方法の選択について		11
	B2-1 「理解力の過小評価」	日本語力が低いことを知能の問題と決めつけ、ろう者の知能や判断力を過小評価してしまうことについて	8
	B2-2 「理解力の誤解による治療方針への影響」	ろう者を判断力の低い者として、治療の選択肢も単純なものが優先されてしまう	3
(B3) 医師に対しろう者の意思表示が不十分である事；医療場面でろう者の意思表示が不十分であることや通訳者の対応について			
	B3-1 「意思表示ができなくなる」	待合室等では意思表示をしていたろう者が医師の前では委縮してしまうことについて	12
	B3-2 「ろう者への働きかけ」	ろう者に意思表示を促すなど手話通訳者が介入することについて	13
(C) 医療者と通訳者との関係調整への苦慮；手話通訳者の利用に不慣れた医療者と通訳者自身との関係調整			
(C1) 手話通訳の立場や役割の誤解；手話通訳が家族や介助者などと誤解されることや役割の周知について			
	C1-1 「通訳者の存在の誤解」	医療者が、手話通訳者を家族や介助者などと誤解していることについて	10
	C1-2 「通訳の意義に対する誤解」	医療者が、手話通訳者が何のためにいるのか、その役割について分かっていないことについて	8
(C2) 医療者が通訳者に視線を向け話しかける事；医療者が通訳者に向かい話しかける事やそれに対する通訳者の対処方法について			
	C2-1 「医療者に対する関わり方；通訳者の医療者に対する話しかけや対応方法、医療者との関係構築などについて		18
	C3-1 「医療者に対して意見をすること」	通訳者が医療者に対し、意見をすることに躊躇してしまうことについて	12
	C3-2 「医師への確認の方略」	通訳者が医師に対してどのように働きかけているかについて	8
(D) 通訳者が機能しにくい場面での対応の苦慮；通訳者が利用できない状況での工夫や対応について			
(D1) 物理的に手話が見えない場面；物理的に手話通訳者が見えない状況での対応方法などについて			
	D1-1 「歯科における通訳の困難」	歯科において、患者であるろう者から見える位置に立つことの難しさやその対応	5
	D1-2 「眼科における通訳の困難」	眼科の検査や手術など、患者であるろう者から通訳者が見えない場合に対応	6
(D2) 通訳者が入れない(入りにくい)場面；検査室や手術室などにおける通訳者の対応について			
	D2-1 「検査室における通訳の困難」	レントゲン室など手話通訳が入れない(入りにくい) 場面での通訳の困難性とその対応	3
	D2-2 「手術室における通訳の困難」	手術室においてろう者が部屋に入れられない際の対応や麻酔時の対応	12
	D3 「病院に常駐できない入院時の対応；ろう者が入院した際の対応について		15

以下、サブカテゴリーについて、発話例を交えつつ示す。A1-1 から示されている「」はサブカテゴリーを形成するコードを示している。

(A) 医療場面での翻訳作業に伴う困難

医療場面での経験や研修の機会が整っていない手話通訳者にとって、医療場面特有の用語や言い回し、その時々
の状況に即した翻訳作業の難しさが手話通訳者から聞かれた。

(A1) 医療場面特有の用語や言い回し

インタビューでは、医療用語に関する知識不足や特有の言い回しを翻訳する際の苦慮が挙げられた。

A1-1 「医療用語に関する知識」

特定の病気について通院をしているろう者と医療者との間で共有されている病気や治療法等の専門用語を、医療
知識の乏しい通訳者が理解し翻訳することへの困難が複数の通訳者から語られた。〈発話例 1〉では「脳下垂体」
という用語について翻訳に苦慮したという事例である。

また、視覚言語である手話では、日本語には表象されていない視覚情報を言語に取り込む写像的な表現が存在す
る。そのため、医療用語についてはその用語の意味だけでなく、機器の形状や臓器の位置、検査や手術の方法等の
視覚的知識も必要とされることが語られた〈発話例 2〉。

〈発話例 1〉「医療用語 (脳下垂体)」

例えば、脳下垂体はどこか、聞けば脳なんだろうということは分かるんですけど、(中略)「じゃあこの体の調整するのが、
脳下垂体のホルモンがね」とかいうところをぱっと言ったりする先生がいるんですね。(K: 設置通訳)

〈発話例 2〉「用語の画像検索」

医師が言ったその言葉がどういう形のものなのかというのは結構把握をしないとイケなかったり。事前にその病気が分かっ
ているときは、グーグルで文章を調べたりする前に先に画像検索をかけたりします。(A: 派遣通訳)

A1-2 「医療場面特有の言い回しに対する翻訳」

医療現場では、日常とは異なる医療現場特有の言い回しが存在する。手話通訳者は、その翻訳をどのように行
うかに苦慮することが語られた。例えば、正式な病名等の医療用語ではないが慣用的で比喩的な表現として「おなか
の風邪」という例があった〈発話例 3〉。「おなかの風邪」と聞いて、手話で/お腹/風邪 (咳をするような表現) /と
直訳してもろう者には意味が理解できないであろう。聴者 (聞こえる者) は、「風邪」という言い方から「大病では
なく、流行性のうつる病気」の例えだろうと推測するかもしれないが、ろう者にとっては「風邪 (咳の表現)」と見
ると咳や発熱といった目に見える症状を想起する場合もある。

〈発話例 3〉「おなかの風邪」

「おなかの風邪」って何となく聞いていたけど、「おなかの風邪」ってどう訳すみたい。(中略) だから、そのときも、「先
生、おなかの風邪って」って言って、ちょっと聞きましたね。(A: 派遣通訳)

また、医療場面独特の言い回しを日本手話の言い回しに翻訳する難しさも聞かれた。例えば、看護師の資格を持
つ通訳者からは「命に関わる」という語をどう訳せばよいのか医師に確認をしたという例が挙げられた〈発話例 4〉。
一般的に手話に訳す際は/死ぬかも/という表現を用いるが、通訳者がこれまでの医師との関わりの中で、担当医師は
それを良しとしているのか、「敢えて、死ぬという語を避けているのではないか」といったことについて話者である
医師の意向をふまえつつ、通訳活動を行う苦労がうかがえた。また、「かもしれない」という程度についても表現に
迷う様子があった。

〈発話例 4〉「命にかかわる」

(造影剤の副作用としてアレルギーについて説明する際に) 例えば「先生、「命にかかわる」は「死ぬ」まで表現していいで
すか」と。ろう者に「命にかかわる」と言っても通じにくいので、「死ぬかも」まで、私は言いたい。(P: 兼任通訳)

A1-3 「医療分野の知識等に関する学習の機会」

手話通訳者が、医療場面特有の用語や言い回しについて、その意味を把握し翻訳活動を行うことに苦慮する背景
として、手話通訳者が医療に関する研修を受ける機会がないことが挙げられた。派遣手話通訳の場合、医療場面に
特化した通訳活動を行ってはいないこともあり、専門的な学習の機会は少ない。さらに、病院の設置通訳者におい
ても、その採用条件に医療知識を有する事とは挙げられていないことが多く、設置通訳となってからも自主学习で
医療の知識を得るための努力を行っているのが現状であった〈発話例 5〉。さらに、通訳士の資格がなくても設置
通訳者になれる病院もあった。

〈発話例 5〉「自主学习」

今まで医療資格がなくてというところ (中略) とにかく用語が分からない、それは何だろうというところで本当に戸惑
って、そこから要るんだなと思って独学で看護学生向けの本だったり、そういうのも覚えていかなきゃいけない。(I: 設置

通訳)

(A2) 事前情報の把握

手話通訳者は高度な翻訳活動を行っているため、通訳の内容について事前に情報を知り準備を行っているが、事前の情報が入手できない状況に困ったり、待合室でどのように事前情報を得るかについて悩んでいるという語りがあった。

A2-1「派遣元のコーディネータからの情報」

手話通訳者は円滑な通訳を行うために必要な事前情報を得ようとする。しかし、地域によってはコーディネータから通訳者が望むような情報を得られないケースもあった(発話例6)。

〈発話例6〉「情報の引継ぎ」

前の通訳はこうだったよというのはあまり入ってこない。私は、いろいろ事細かく報告はする。個人情報というよりも次に必要な情報は当然出すんだけど、多分、その報告の仕方とかもやっぱり学習が足りないのかな。(G:派遣通訳)

A2-2「待合室での情報収集」

通訳者にとって、待合室で患者と過ごす時間が事前の状況把握に有用であることが複数の通訳者から語られた。患者であるろう者の主訴や病状の把握に加え、患者がどのような手話を用いるのかの見立てのために重要な時間と捉えていた。その際には患者であるろう者に対し、直接的な質問を避け、世間話を交え間接的に情報収集を行う等、アプローチの方法について、模索していた(発話例7)。

〈発話例7〉「待合室での対応」

待合とかでどう人間関係をつくるのかとかも結構、手話通訳は悩みというか。(中略) こっちとしては通訳しやすいためにやっぱり事前の情報は欲しかったり。でも、そこで関係が壊れると、ちょっと通訳もやりにくかったりもする。その辺のせめぎ合いというか、それが経験知で積み重なっていくものなのかな。(A:派遣通訳)

A2-3「情報を維持するために通訳者を固定すること」

通訳者が患者であるろう者の状況を把握し通訳に臨むにあたり、コーディネータを通しての情報の引継ぎや待合室でのろう者への聞き取りに苦慮し、情報収集が不十分となることを考慮し、一人のろう者に対し、同一通訳者が連続して通訳を行うということも考えられる。しかし、(発話例8)でも通訳者Gが述べていたように、全国的に通訳者の派遣制度ではろう者からの手話通訳者の指定は、基本的にできない場合が多い。

〈発話例8〉「指定していいとは言えない」

必ずしも叶わないけど、ろうの利用者に「指名していいですよ」と言ってしまうと、多分全員指名になってしまって、そうでない人が動けなくなってしまうから、一応表向きは聞きませんとなっている。(G:派遣通訳)

(A3) 告知等の特殊な場面での精神的負担

医療場面において手話通訳者は、告知等の場面に立ち会うこともある。通訳者は一人の人間としてその場に存在しながらも、コミュニケーションの仲介者として自身の感情や意見は極力出さないように自身の感情を抑制しながら、伝え方や言葉の選択を慎重に行わないといけないうように、神経を擦り減らす作業であったことが語られた(発話例9,10)。

A3-1「告知場面等における精神的負担」

医療場面では、告知場面など自身の感情を抑え通訳にあたることなどに関し、通訳者として精神的負担を経験していた(発話例9,10)。

〈発話例9〉「告知場面」

(告知の際に)何か逆に感情を入れたりすると失礼にあたると思って、淡々としていた自分がいたりして、帰り一緒にバスに乗って、涙を流しているろう者を脇で見て、黙って帰った思い出もあります(後略)。(D:派遣通訳)

〈発話例10〉「言葉を拾う」

手話通訳は要は言葉を拾う仕事だと私は思っているんですね。中にはやっぱり最期のときをここで迎えられる方というのも当然いて(中略)、お亡くなりになった後とかだと、私はその人の言葉をちゃんと拾えたかなという検証をずっと自分の中で必ずするようにしているんですね。(K:設置通訳)

A3-2「相談相手について」

医療場面において、精神的な負担を負った通訳者の場合、派遣通訳者はコーディネータが報告を受け、話をきくことが多いようであるが、設置通訳の場合は、就任当初は相談相手がいなかったという話も聞かれた(発話例11)。

〈発話例11〉「相談相手について」

私は1人なので最初は本当にしんどかったですね。どこにも出せないし、守秘義務というか、仮に事例で出したとしても私が出す医療現場は〇〇病院というのが分かっている、内容を少しでも言ったら、狭い世界じゃないですか。だから出せないから言えないというのがあって、最近少し違ふかもしれないですけど、逆にあまり聴協(聴覚障害者協会)とかの行事とかいろいろ

んなイベントに行きたいんですけど、サークルとかも行きたいんですけどできるだけ行かないようにしているところはありません。(I:設置通訳)

(B) 医療者とろう者との関係調整への苦慮

手話通訳者は、ろう者に対応する機会が少ない医療者や医療場面で意思表示がうまくできないろう者との間に立ち、円滑なコミュニケーションの確立を図るのに苦慮している状況が聞かれた。

(B1) 筆談での対応

日本手話は日本語とは異なる独立した文法体系を有する言語である。(発話例12)にあるように「ろう者は日本語を話したり聞くことができないため、代わりに手で日本語を表現しているだけであり、筆談でコミュニケーションを十分にとれる」と思っている医療者もいた。聴力や生育・教育環境によっては、筆談でのコミュニケーションを好むろう者もいる。通訳者は、ろう者に出会う機会の少ない医療者に対して、ろう者の日本語を活用することについての考えや姿勢について、理解してもらうのに苦慮していた。

〈発話例12〉「書いたから大丈夫」

たしかに「書いたから大丈夫やろ」という言葉は頻繁に出ますね。「書いて渡してきましたから」とか、挙句の果てには「えっ、漢字は読めないのか」とかひらがなで全部書いたら分かるわけではないというものもよくあります。(M:設置通訳)

(B2) 理解力に対する不適切な見方

B2-1 「理解力の過小評価」

医療者がろう者の日本語力の低さを理解力の低さと同義に捉えてしまうケースもあった。さらに、手話通訳者を介したコミュニケーション場面でも、ろう者の知能が低いと判断されてしまうことがあった。

一例として、「ろう者が大腸内視鏡検査のための下剤を飲むタイミングを間違えた」というアクシデントがあったときに、通訳者は自身の翻訳エラーが原因と考えていた。しかし、医療者はろう者の理解力の低さが要因であると結論付けていた(発話例13)。

〈発話例13〉「齟齬の要因について」

大腸カメラの検査の前に下剤をろう者が間違えて飲んだんですね。(中略)通訳の問題かもしれないでしょと私は(医師に)言っているんですけど、ろう者が理解がないから下剤が飲めなくて検査ができなかったとなっていて。(P:兼任通訳)

B2-2 「理解力の誤解による治療方針への影響」

さらに、ろう者の知能や理解力が低いという認識が治療方針にも影響している場合もあるという指摘もあった。ろう者が知能が低いと思われた場合、医師から提案される治療の選択肢が狭められたり、優先順位が変更されたりする場面を通訳者は目の当たりにしていた(発話例14)。

〈発話例14〉「治療方法の選択」

ありますね、やっぱり。そうですね、理解力がないから治療方法を選ぶ時にわりと負担がないような治療方法をファーストチョイスにされたりとかいうようなことは、最終的に決めるのは医師なので、そこでどのくらいの治療効果の差があるかとかいうのはそんなにないように選ぶのしょうけれども。(N:兼任通訳)

(B3) 医師に対しろう者の意思表示が不十分である事

ここまで、医療者のろう者に対する態度や視点について、通訳者が気が付いたときの不全感等の課題を指摘してきたが、ろう者から医師等の医療者に対するコミュニケーションや意思表示についても、通訳者から課題の指摘がなされた。

B3-1 「意思表示ができなくなる」

ろう者が待合室などでは通訳者に対し意思表示をしていたとしても、診察室に入り医師と向き合うと自身の意思表示がなされなくなるという事例があった(発話例15,16)。

〈発話例15〉「病院での意思表示」

普段、すぐ通訳者には忠実でいてほしいとか、通訳者がおせっかいをやいてくれるのが嫌なんだと言っているろう者が病院に行くと途端にとても弱くなる。弱いというか通訳者に頼りたくなるという。同じ人でも違う。(H:派遣通訳)

〈発話例16〉「通訳者の介入」

何かもうこれは明らかに言いたいことが言えていないなって、何か待合で、こんなことも聞きたいとかすぐ言っていたのに、言えなくなってるなっていうときは、「ほらさっき、ほら言ってたやん」みたいなのを一生懸命、それがいいのか悪いのかちよつと分からないんですけど、それは働きかけました。(C:派遣通訳)

B3-2 「ろう者への働きかけ」

〈発話例16〉のように、ろう者が意思表示できていない状況を通訳者が察知し、中立性を保つための行動として

ろう者の意思を引き出す行動をとる通訳者もいた。しかし、そのような選択をすると述べつつも、「それがいいのか悪いのか(通訳者C)」といった発言に見られるように、通訳者が翻訳以外の活動にどこまで介入するのかについて通訳者間で一定の見解の統一はなされておらず、ろう者の意思表示を引き出す行為を、通訳者という立場を超えた行為なのかということについて、悩んでいた。〈発話例17〉では、通訳者Fが介入することについて「一般に学んできた学習」とは異なると延べている。通訳者を翻訳機械や導管、黒子のような存在として学んできた通訳者の中には、実際に直面するデマンドへの対応を迫られる中、研修や事例検討で学んだこととの乖離を述べる者もいた(発話例18,19)。

〈発話例17〉「中立を保つとは」

個人的な見解なので一般に学んできた学習とはちょっと違うんですけど、やっぱり経験してきて思うのは、中立を保とうとすると、もともとのバランスが違うところに入るので、何かをしないと中立にならない現場がすごくたくさんある。(F:派遣通訳)

〈発話例18〉「通訳者の研修」

地域とかで模擬的にやってみようみたいなことをするんですけども、それが本当にいい研修なのかみたいな、そこら辺で。地域によりますね。(A:派遣通訳)

〈発話例19〉「事例検討」

せっかく事例検討の勉強をしても、結局その事例検討の直接的な効果を十分に得られないまま、次の日その人に会うかもしれない。そんな状態で、地域で研修をやっていたりするという現実があるわけです。(D:派遣通訳)

(C) 医療者と通訳者との関係調整への苦慮

医療者は手話通訳者の利用に慣れていないため、手話通訳者が自身の立場や通訳の目的、効果的な通訳の利用方法について、理解を得るための説明に苦慮している様子が聞かれた。

(C1) 手話通訳の立場や役割の誤解

CI-1 「通訳者の存在の誤解」

受診にあたって「手話通訳者」の役割が理解されておらず、家族や介護者としての役割をもつかのように扱われるとの指摘があり(発話例20)、他の通訳者からも列挙された。この「家族や介護者」としての役割とは、医療者と患者の双方に対してコミュニケーションを手助けする専門職としてではなく、患者の状況を医療者に説明したり、代理意思決定者の側面をもつ人と見なしているということの意味していた。

〈発話例20〉「家族ではない」

通訳は家族じゃないですよという。付添いの方どうぞみたいなところじゃなくて、あなたたち(医療者)の言いたいことも言っている(伝えている)んですよという。(中略)双方の通訳をしていますよというところをまず大前提にしておいてもらおうと、患者さんについてきている人という立場じゃなくて、この場を一緒につくっている人というところでの受け入れ度合が(違ってくる)、というところかな。(G:派遣通訳)

CI-2 「通訳の意義に対する誤解」

医療者が、手話通訳者が何のためにいるのか、その役割について理解できておらず、病院に通訳者が設置されていたとしても診察に呼ばない医療者がいることも聞かれた(発話例21)。「呼ばなくてもいいかと思った」とあるように医療者は悪意ではなく、手話通訳者の意義について医療者に浸透していないことが要因と考えられる。

〈発話例21〉「通訳者を呼ばない医療者」

「通訳さんいつも忙しいから呼ばなくてもいいかと思った」と言われます。後で「呼んでもらわないと困ります」とか言ってけんかになったこともあります。あまりにひどいときはこちらも感情的になって、なぜですかと言ってしまって、あとですごく言い返されたこともありますし、そうならないように今はいろいろ根回しをむちゃくちゃしています。(L:設置通訳)

(C2) 医療者が通訳者に視線を向け話しかける事

患者であるろう者が目の前にいるにも関わらず、通訳者に向かって話しかける医療者の行為について、違和感を覚えると複数の通訳者による発話から抽出された(発話例22,23)。このような際に、通訳者はどのように医療者に訂正したり、状況を回避したりすればよいのか悩まされていた。(発話例22)では、通訳者は話しかけてくる医師の方に振り向かず、発話をろう者に通訳し続けるという方略をとっている。医師が通訳者に話しかける理由として、手話通訳者の役割を理解していなかったり、B2「理解力に対する不適切な見方」でふれたようなろう者を理解力の低い者だと誤解していたりすることから、通訳者を代弁者とみなしている可能性がある。また、そのような誤解を持っていなかったとしても、患者ではなく、音声を発する通訳者の方を見たり、話しかけたりするという習慣が影響している可能性を指摘する通訳者もいた(発話例24)。

〈発話例22〉「医師の方を見ない」

もうやっぱりこっちを見ないでくださいとは言えないので、ただひたすら私はろう者しか見ない。もう視線を感じても絶対それには答えない。(B:派遣通訳)

〈発話例23〉「通訳者の対応」

病院側も通訳に話してしまう。病院側も話を通じる人に話したがるから、それを「あっはいはいはい」と聞いてしまう通訳さんは時々見るけど、それは、あっ、この人分かっていないよねと。「患者は分かっていないけど、自分が聞いておいて後から伝えればいいや」というのはやっぱりよくないなど。その場で医者の方から「ちょっとこの人に後で言っておいて」と言われることは結構あると思うんだけど「いや、それは直接言ってください」と言わないといけないし、忙しいから早く診察を終わらせたいという気持ちもあるけど、やっぱり知る権利、自分のことだから自分で聞かないといけないから、通訳に向かって話されてしまったとしても「あっ、御本人にもう一度言ってもらえますか」と言ってもらったほうがいいと思うかな。(G:派遣通訳)

〈発話例24〉「通訳を見るのは自然」

とにかく聞こえる私たちは声で発する人のことを、声を発するほうを見ますよね。当たり前のように。だから私たちが通訳をしていて、「ろう者の〇〇です。よろしくお願いします」って言ったら、私(通訳者)のほうを見ますよね。それって自然なことです。(E:派遣通訳)

(C3) 医療者に対する関わり方

C3-1 「医療者に対して意見等をすること」

〈発話例25〉では、派遣通訳者が初めてその場で会う医師との信頼関係を築くことの難しさが語られている。視覚情報を基盤に語られる手話の特性上、視覚的な説明を加えた表現が必要であったり、ろう者の状況にあわせて補足の説明が必要になる場合もある。医療者の説明を止め、時間をとって再度の説明を求めることを躊躇してしまうという発話もあった。医療者と通訳者との良好な関係性が、患者であるろう者の安心感につながっていた(発話例26)。

〈発話例25〉「医師との信頼関係の構築」

派遣で、出たときに(設置通訳の時)同じようにやったら開業医の先生が、「何、近づいて、何!」と言われて、やっぱり病院と同じようにはできないんだと思って、登録(通訳者=派遣通訳者)の人は大変だなと思って、場所をつくり信頼関係を一発でつくるのはすごい難しいと思って、改めて思いました。(I:設置通訳)

〈発話例26〉「通訳者の受け入れ」

やっぱり通訳がつくことに対してウェルカム感があると、本当にろう者の人が「あっ、来てよかったんだ」という感じがすぐ出て、逆に「何、この通訳!」という態度は、やっぱりその場自体が、「ああ、来たのがまずかったんだ」という雰囲気になってしまうので。さっきみたいに例えば研修が本当にあって、通訳があって「こういうのがある」と分かっていくこともだけれども、分からないときは、「通訳さん、どこに座ったらやりやすいですか」とか聞いてくださる方、先生がいらっしゃると。もちろん通訳をするじゃないですか。「どこに座ればいいの」とか「通訳、しゃべり方これでいい」とか何でもいいですけど、「分からなかったら聞いてね」という声かけが1つあるだけで、最初の入りがすごくスムーズになるなと思います。(H:派遣通訳)

C3-2 「医師への確認の方略」

再度の説明を要求することを躊躇する通訳者は、それ以外の方略を取っていた。具体的には「例えばこういうことですか」と通訳者から意味内容の確認を行う(発話例27)、手話に声を付け医療者にその意識した内容を確認する(発話例28)といったものであった。医療者とろう者にわかるように、声をつけながら、手話で話すコミュニケーション方策は、医療の手話通訳の研修会等でも奨励されたものであった。しかしながら、前述したように、日本手話と日本語とでは文法体系が異なっているため手指の表現や韻律が音声日本語に引きずられてしまい、ろう者にとっては分かりにくい表現となってしまうことを懸念していた(発話例28)。

〈発話例27〉「通訳者からの例の提示」

そのままを伝えないと思うけど、それでもやっぱりこれだったら伝わらないなと思ったときに「多分今のは、例えばこういう場合ですよ」って。そして、(医師に)「ふんふん」って言ってもらったら、オーケーが出たからって、「例えばこういうとき...」って(手話を)出すかもしれませんね。(B:派遣通訳)

〈発話例28〉「手話に声をつけること」

専門用語とか難しい言葉を翻訳をしたときにどういうふうに訳しているのかを医者にも確認してもらうために、声をつけたほうがいいんじゃないかという意見があったりもします。でも一方では、声をつけて手話通訳をすると、結局はろう者に分からないという、本末転倒で、そこでの意見が分かれていたりとか。(A:派遣通訳)

(D) 通訳者が機能しにくい場面での対応の苦慮

通訳者は環境によって通訳が機能しにくい状態に直面することがある。医療者やろう者と相談し、通訳はもちろん、医療が最大限に機能できるように場を構築する困難さが語られた。

(D1) 物理的に手話が見えない場面

医師と患者、通訳者の位置のセッティングは、ろう者から通訳者が見えやすさを考慮することに加えて、三者の円滑なコミュニケーションや関係のダイナミクスに影響を及ぼす点で重要である。医療者の動線を配慮し、同意を得ながら、通訳者は自分の位置取りを行う。しかし、眼科や歯科での処置や治療では、目に何かをかぶせたり、リクライニングを倒したりすることで、ろう者にとって、通訳者が見えない、見えにくい状況が生じていた(発話例29,30)。

D1-1「歯科における通訳の困難」

歯科では、席がリクライニングになり、顔の前には医療者の手がくる。その状態で手話通訳がろう者に見えるような位置を取るのには困難である。通訳者からは歯科において苦慮の様子が聞かれた(発話例29)。

〈発話例29〉「歯科にて」

(歯科では) 結局、やっぱり待合室で、こういう状況というのを聞いて、あとは、もうひたすら見える位置で、邪魔にならない位置を必死で考えて、動き回ったという感じでしたね。(C: 派遣通訳)

D1-2「眼科における通訳の困難」

眼科では、目の検査等で手話通訳を見ることができなくなる。そのような場合には、聴者が患者の場合は検査しながら説明をするところを、ろう者の場合は事前に説明をしてから検査に臨むなどの工夫が必要となる(発話例30)。

〈発話例30〉「暗転」

ろう者の場合は暗転してしまうような、検査の途中で暗くなっちゃうとか目に何かがかかるとか、そういう時は全部最初に、途中、途中で説明するんじゃなくて全部の流れを説明してからスタートしないとだめですよとか、想像すれば分かりそうなことなんですけど、やっぱりそれに思考が至らないというところは、知らない人は致し方ないと思うので、「ああ、そうだよね」というふうに気づいてくれればいいんですけど。(N: 兼任通訳)

(D2) 通訳者が入れない(入りにくい) 場面

D2-1「検査室における通訳の困難性」及び D2-2「手術室における通訳の困難性」

検査室や手術室では通訳者、特に派遣通訳者は入室を拒否される場合がある。このような際に、通訳者はろう者や手話の専門家として、ろう者への情報保障について、入室前に事前に通訳者を介して医療者から説明をしてもらったり、合図を決めておく等の助言や相談等を行っていた。

また、通訳者の入室については医師の判断に委ねられていた(発話例31)。設置通訳者が所属している病院の場合には、待機をし、術後に手術室を訪れる等、臨機応変な対応をしていた(発話例32)。

〈発話例31〉「レントゲン室」

(レントゲンについて) 通訳者はいいですとシャットアウトされるところもあるし、ろう者の方が「それじゃ不安や」と言われて、じゃあ一緒に、行って、説明して、じゃあ出ますっていうパターンもあります。(B: 派遣通訳)

〈発話例32〉「手術室」

(手話で対応したら) せん妄とかは起きづらいんじゃないかなと思うんですけど、術後せん妄というんですけど、何というか、ふだんはすごくしっかりしているんですけど、一般的な方なんですけど手術後にやっぱり環境が変わったりとか、精神的なストレスだったりとか、そういうところから暴れちゃったりとか。(K: 設置通訳)

(D3) 病室に常駐できない入院時の対応

ろう者が入院した際、派遣通訳者がそこに関わることはまれであり、設置通訳者が対応の中心となる。ただし、設置通訳者であっても、24時間体制で対応することは不可能である。病棟スタッフへの助言等の行為は、通訳者として、というよりもむしろ、病院スタッフとしての行為という側面が強いと思われる。手話通訳がない夜間等のありとあらゆる場面で、医療者と患者の直接的なコミュニケーションが求められ、通訳者は医療者に助言を行っていた(発話例33)。

〈発話例33〉「入院時の対応」

病棟の師長に掛け合って、こういうことが伝わりにくいんですけどか、口元を見せてほしいからフェースシールドを使ってくださいとか、通訳を呼んでください、トイレに行きたいです等いろいろなカードを作って枕元に置いて、これでしゃべってとか、その説明はします。あとは「痛い」とか簡単なジェスチャーをできるだけ周りの看護師さんにやってもらうことは、最近は入退院支援が結構きちっとなっているので入院するときに看護師さんに確認してもらおうようにしています。(L: 設置通訳)

4. 考察

本研究では、医療場面において手話通訳者が感じる困難さ、課題についてインタビュー調査からテーマ分析を行った。

Dean & Pollard (2001) のデマンドコントロールセオリーでは、デマンドを「言語的デマンド」「環境的デマンド」「個人間デマンド」「個人内デマンド」という4つの枠組みに分類している。本研究での分析により析出された医療場面における手話通訳者が感じる困難についても、この4つの枠組みを用い、整理することが可能であった。ここでは、デマンドコントロールの枠組みを用いて、本研究で明らかになった通訳者が直面した困難をデマンドとし、それに対する対処方法としてのコントロールについて考察する。

言語的デマンド

医療の専門用語や医療特有の言い回しについて、言語構造の異なる日本語と日本手話の間での翻訳作業に関する困難さ(A1)が言語的デマンドの例として抽出された。写像的表現や医療の専門用語を表出するためには、専門用語の適切な理解が必要となる。これは、皆川ら(2022)が、がん情報を手話にて正確に表現するためには、臓器や器官の位置や形態といった解剖学、治療や検査の具体的な過程や状態についての知識を要すると指摘していることと一致する。また、医療現場では患者や家族の受け取りの心情に配慮し、「死ぬかも」ではなく「命に関わる」という婉曲的な表現が聞かれることがある。手話は具体的、直接的に陳述し、かつ、結論を述べてから理由を述べることが多い(松岡,2015)ため、異言語間における複雑な文構造の組み立ての技術も求められる。インタビューでは抽出されなかったが、阿部(2015)によると、症状を表す日本語のオノマトペ(「ズキズキ」「ジンジン」等)について翻訳に苦慮していたことが述べられている。同時方式という限られた時間の中で通訳をするにあたって、医療者による婉曲的な発言の意図を汲みながら、また情報の流れや内容の等価性を維持するために、語順の入れ替えや具体的な内容を付加する技術が要されているといえる。

さらに、この問題を複雑にしているのが通訳者が従来有している倫理的規範である。手話通訳者には、自分の「勝手な」意見や解釈を通訳活動に持ち込んではいけないという倫理的規範がある。9カ国計16の通訳団体の倫理規定を分析したヘイル(2014)は、通訳者には公平性として、個人的な感情や意見、信条、関心が正確性を妨げないようにし、客観性を保つことが求められていると述べている。特に誤訳の許されない医療現場ではこの倫理的規範が頭をもたげてくる。一方で、ヘイル(2014)は、通訳や翻訳において「削除や追加を行ってはならない」とする倫理規定が存在することを指摘したうえで、正確性を保つためには時には追加や削除も必要であり、正確に訳すことは逐語訳をすることとは異なるとも述べている。手話通訳者は翻訳に必要な解釈や情報の付加と、倫理的規範に抵触する勝手な解釈や情報の付加との狭間で悩んでいた。

環境的デマンド

ろう者が通訳者が見えない状況での手話通訳者の位置取りを含めた対応等、通訳業務を行うための場のセッティングに関する困難さとその調整(D1,D2)は、環境デマンドとして捉えることができた。手話通訳を伴う場では、対話の主体である患者のろう者と、医療者が視線を合わせ、かつろう者の視野に通訳者が入ることが望ましいが、手話通訳が見えないような状況にろう者がおかれている場合に、環境的デマンドとして手話通訳者は何らかの対処を要していた。

全米医療通訳協議会(The National Council on Interpreting in Health Care, 以下、NCIHC)は、通訳者の位置取りは、患者と医療者との信頼関係を築き明確なコミュニケーションを促進するのに考慮すべき点であり、通訳者は様々な状況をふまえて、最も効果的な位置を確保する必要があると述べている(NCIHC,2003)。また、通常の診察のように通訳者が医療者のそばでろう者と向き合って対話することができない状況が起きる場合には、医療者と相談し、事前に合図を決めたり、実際の流れを先に説明をしてもらい、それを通訳するという方略が語られた。通訳者が位置どりに苦慮したり、事前に合図を相談する状況は、阿部(2015)の報告と同様であった。さらに、通訳が同席することのできない入院中の対応についても、設置通訳者達は医療者に手話以外でのコミュニケーション方法を提案することでデマンドへの対応の工夫をしていた(D3)。この問題は手話通訳者のみならず、医療者側の連携や理解の向上によりデマンドを軽減することが可能であると考えられる。

個人間デマンド

インタビューの結果、通訳者として医療者と関係を構築することの困難や、医療者とろう者の関係に対する不安全感や介入の困難が個人間デマンドとして抽出された。前者は、医療者が手話通訳者の立場や役割を理解していないこと(C1)と筆談で対応可能であるという思い込み(B1)、に対する対応、医療者の視線の向き(C2)が三者の関

係に影響することへの懸念などである。後者は、具体的には、医療者がろう者の知的能力を軽視したり(B2)、ろう者が医療者に意思表示をすることを躊躇してしまう関係(B3)を見過ごしてよいのか、またそれに対して介入してよいのかどうかという葛藤が語られた。

これらのデマンドが生じる背景としては、医療においてろう者がおかれやすい状況や医療者のろう者に対する理解の程度について手話通訳者の立場で否応なく実感するからこそ、ろう者と医療者の適切な関係構築に対して、どのように介入してよいのか、通訳者としての役割に対する迷いがあったと考えられる。ミドルトン(2017)は、先行研究から、医療者がろう者や通訳の利用方法に関する知識が不十分であることを指摘し、Barnett & Franks(2002)もろう者に慣れていない医療者との会話に齟齬が生じると混乱をもたらすと述べている。また、手話通訳養成講座を通して黒子としての役割を徹底するようトレーニングを受けた手話通訳者は、上記のような個人間デマンドの状況においてどのように介入するべきかのトレーニングを十分に受けていないのが現状である。

以上のように、ろう者とのコミュニケーションについて不慣れた医療者とろう者の患者の間で起きる複雑な要因を持つコミュニケーション不全に対して、通訳者自身が個人間デマンドをコントロールするためのトレーニングプログラムの開発や実施が求められる。

個人内デマンド

インタビューの結果、個人内デマンドに関して、前述したような医療者への介入(C3)やろう者への働きかけ(B3)などに対する手話通訳者自身の葛藤と告知場面等での通訳者の感情抑制(A3)という2つのデマンドが抽出された。

医療者やろう者への働きかけについて、Swabey & Faber(2012)は病院設置の通訳者ではない通訳者の場合、前者に比べ医療チームの一員としての意識が低いことを指摘している。また、医療チームの中で、手話通訳者としての役割の境界線やアドボカシーを適切に提供するタイミングについて、病院設置通訳者とそれ以外の通訳者とで相違があることを述べている。前述してきたように、これまで手話通訳者は研修等で、通訳現場においては、自身の存在を消し、翻訳作業に従事する黒子のような存在を求められてきたことが、結果的に、通訳者自身がアドボケート的役割をとることへの躊躇を強めている可能性がある。

Angellelli(2004)は、医療場面での通訳者は会議通訳者や司法通訳者以上に、自身の存在や行動についてより意識していることを明らかにした。すなわち、手話通訳者も医療場面において、他の通訳場面以上に自身の行動やその影響について、強く意識せざるを得ない状況におかれている可能性がある。そして、強く意識するがゆえに、自身が介入することの是非や介入すべきと考えた場合においてもその程度やあり様について思い悩んでいる様子がうかがえた。

また、がんなどの告知場面等において、自身の感情を抑制し通訳者として徹しようとした場合、その態度がろう者の目にどのように映るのかについて悩む、ということが通訳者から語られた。日常的に医療場面に接していない派遣手話通訳者だけではなく、病院設置の手話通訳者であっても、医療の諸場面における立ち振る舞いやセルフケアについて学ぶ機会が限局されていた。Dean & Pollard(2001)は、中立性や守秘義務の厳守を求めた伝統的な教育を背景に、通訳者は、情動を感じることも自体も専門性に欠ける行為であると感じている、と述べている。告知等の医療領域特有の場面では、通訳者自身も大きく感情が揺さぶられることが容易に推察されるが、そのような場面に立ち会った際の感情のコントロールや行動の在り方、通訳後の精神的なケアの方法などについて学ぶ機会はないだけでなく、スーパービジョンのような機会も確保されていない。

患者の病態や診察等の状況も一様ではない中、臨機応変な行動を求められる手話通訳者にとって、どのように行動すべきかは本質的なデマンドであり、デマンドを調整する力をいかに高めていくのか、デマンドコントロールを中心とした研修のあり方が求められる。

実践への示唆

個人間や個人内のデマンドの節でもふれたように、複数の通訳者から、これまで研修で教えられてきた通訳者の対応のあり方では、実際に直面する困難を解消するのは難しいとの声が聞かれた。言語的デマンドをコントロールするためには、大野(2017)が音声言語の医療通訳の領域で提案しているように、手話通訳の通訳養成や研修においても、医療の専門知識に加え、通訳訓練を充実させる必要があり、デマンドをコントロールするためのスキルや知識を習得することが求められる。また、医療者に対し、ろう者や通訳者についての研修や、手引書を用いることによって、通訳者が対応に苦慮していた環境的デマンドや個人間のデマンドを軽減させることが可能になると考える。さらに、今後、通訳者の研修や養成の現場で、自身の存在を積極的に認識し、その場で起きる様々な現象に対応し、通訳活動を遂行するための技術の習得が必要である。

手話通訳者は、その場に存在する医療者やろう者、そして通訳者自身という生身の人間の感情や立場等をふま

つつ、その関係調整を行いながらも、不全感や葛藤を抱いている。このような状況の中、手話通訳者が機能的にその専門性を活かし、患者中心の医療を実現するには、医療者との協働が必須である。相互コミュニケーションをとりながら、「患者(ろう者)の命を守る」という本来の目的を達成するために、お互いの専門性が発揮できる環境作りが重要と考えられる。

医療者が手話通訳を十分に活用し、医療者の専門性を発揮し医療提供を円滑に行うために、具体的には、医療者は、高度な翻訳作業を遂行する通訳者のデマンドを軽減すべく、分かりやすい説明や再確認を心がけ、ろう者主体の診察を意識する必要がある。また、ろう者の医療者は、ろう者の患者に適切な医療提供を行う際の有力な助言者にもなりえる。ろう者の医療者を増やすことも、ろう者への円滑な医療提供に結びつくと考えられる。

手話通訳者は、翻訳作業の枠を超え、通訳者としての倫理規範に基づきながら、通訳活動が円滑に行えるよう専門家として確認等を行い、医療者との協働作業であることに意識をもちデマンドをコントロールする能力を向上させることが求められる。Dean & Pollard (2011) は、手話通訳者が抱えるストレスの要因として、通訳の養成の不足や、専門職としての支援体制の欠如を列挙し、スーパービジョンの重要性を説いている。手話通訳者を対象にしたスーパービジョンは、自らの実践を省察し、手話通訳の位置取りや役割を明確にできる点で、デマンドコントロールにおいて有効と言われており(Hetherington, 2012)、国内におけるスーパービジョン体制の整備が今後の課題と考えられる。

本研究の限界と意義

本研究は対象者が16名と限られており、本研究にて明らかにした手話通訳者が感じる困難さ、課題の一般化には限界がある。さらに、I~Pの設置・兼任通訳者は日常的に医療現場に身を置いており、派遣時のみ手話通訳を行っているA~Hは日常的に医療現場に関わっていないが、通訳活動が4年以下の者は1名のみ(その1名も年に20回以上医療場面での通訳を行っている)であった。本研究では、医療場面での手話通訳の現場を熟知している通訳者から様々な課題を抽出できたという利点がある一方で、通訳活動が4年以下で医療場面での手話通訳の頻度も年4回以下というような医療場面での通訳の経験年数の少ない手話通訳者の意見は反映できなかった。

また、吉田ら(2021)は病院設置通訳者と派遣通訳者には異なる特徴と利点があることを明らかにしている。本研究の対象者の通訳形態は派遣、設置、兼任と様々であり、それらの属性による差異に着目した分析は行っていない。

今後、通訳者の通訳経験によるデマンドの違いを明らかにすることで、対象者を絞った研修の在り方を検討できる可能性がある。また、これまで研究対象とされてこなかった兼任通訳者の役割について分析することで、より充実したろう者への医療提供が臨める可能性も考えられる。今後、ろう者への医療に資するため、属性を細分化した分析を行う必要性がある。

以上の限界はあるものの、国内でこれまでなされてこなかった手話通訳者へのインタビューから、手話通訳者が医療現場で感じたデマンドを明らかにし、新たな知見の追加に貢献していると考えられる。本研究結果を医療者とともに共有することで、医療者が効果的に手話通訳を活用できると期待される。そして、効果的な手話通訳の活用は、医療者とろう者にとってより良い情報伝達や意思表示を保障し、適切な医療の提供に資すると考えられる。

5. 結語

手話通訳者は言語の翻訳の困難さだけでなく、現場に介入する一人の通訳者として、ろう者や医療者との関係性の調整に苦慮していた。どのようにすれば、うまく双方の関係性を調整できるのか、その上で、その解決のための介入行為そのものが通訳実践の範囲として許されるのか、様々な要因の兼ね合いを考えつつ選択をすることが求められる。複数の通訳者から、研修で教えられてきた通訳者の対応のあり方では、実際に直面する困難を解消するのは難しいとの声が聞かれており、デマンドコントロールを医療手話通訳のトレーニングプログラムに積極的に盛り込む必要性が示唆される。また、本研究の結果を医療者と共有することにより、医療者が効果的に手話通訳を活用し、医療者とろう者にとってよりよい医療提供が行える環境づくりが求められる。

(注釈1) 手話通訳士

手話通訳者は、手話通訳者全国統一試験の合格等により地方自治体等で登録し手話通訳活動を行う者をいう。手話通訳士は、手話通訳者として活動をしている者のうち、全国手話通訳技能検定試験(手話通訳士試験)に合格した者が登録できる厚生労働省の認定資格である。裁判等の高度な通訳を担う(西田, 2021 他)。

謝辞

今回、お忙しい中インタビューをお受けくださった手話通訳者の皆様にご感謝申し上げます。また、病院に所属する手話通訳者の皆様にごインタビューの協力を呼びかけていただいた手話通訳士及び看護師である小松智美氏にご感謝申し上げます。さらに、小松様とともに長時間にわたるデータセッションや論文推敲の協議にあたり、手話通訳者としてご協力いただきました齊藤純氏にも感謝申し上げます。

研究資金

本研究は厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業「障害のあるがん患者のニーズに基づいた情報普及と医療者向け研修プログラムの開発に関する研究(20E A 1 0 1 4)」研究代表者:八巻知香子により実施した。

利益相反自己申告

本研究に関する利益相反はございません。

引用文献

- 阿部忍. (2015). 医療現場での手話通訳について～手話通訳者の体験から～. 日本手話通訳士協会・日本手話通訳学会研究紀要, 84-95.
- アンナ・ミドルトン. (2017). 聴覚障害者、ろう・難聴者と関わる医療従事者のための手引. 明石書店.
- 稲生衣代・染谷泰正. (2005). 通訳教育の新しいパラダイム—異文化コミュニケーションの視点に立った通訳教育のための試論. 通訳研究, 5, 73-109.
- 大谷尚. (2019). 質的研究の考え方 研究方法論から SCAT による分析まで. 名古屋大学出版会.
- 大野直子. (2017). 医療通訳システムに関する海外先進地域の取り組みと日本との比較—法的根拠と予算財源—. 順天堂グローバル教養論集, 2, 46-57.
- 川渕一江, 江木洋子, 寺嶋久枝, 寺嶋幸司, 金井一弘. (2019). ろう者のがん闘病体験談. 星湖社.
- 北原照代, 峠田和史, 渡部真也, 佐藤修二, 西山勝夫. (1997). 聴覚障害者に受療抑制はあるか—手話通訳者を設置した病院の来院状況から. 社会医学研究, 14, 103-107.
- 厚生労働省. (2013). 手話通訳等の派遣に係る要綱検討事業報告書. Retrieved 08/30/2022 from https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/h24_seikabutsu-31.pdf
- 筑波技術大学. (2019). 専門分野における手話言語通訳者の育成カリキュラムを検討するためのニーズ調査研究事業成果報告書.
- 筑波技術大学, NPO 活動法人インフォメーションギャップバスター. (2021). 病院で働く手話言語通訳者の全国実態調査.
- 辻和成. (2006). 日本のビジネス通訳についての一考察—大手企業のグローバル人事を背景として—. 通訳研究, 6, 129-142.
- 土屋雅子. (2016). 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. ナカニシヤ出版.
- 鳥飼久美子. (2007). 通訳者と戦後日米外交. みすず書房.
- 西田朗子. (2021). 手話通訳と手通訳者の機能と在り方に関する一考察. 立命館産業社会論集 57(1), 145-163.
- ヘイル, サンドラ. (2014). コミュニティ通訳 オーストラリアの視点による理論・技術・実践. 文理閣.
- ベターコミュニケーション研究会. (2007). 聴覚障害者が利用しにくい施設とは. Retrieved 08/30/2022 from <https://www.bcs33.com/oldindex/PDF/riyoshinikui0710.pdf>
- 松岡和美. (2015). 日本手話で学ぶ手話言語学の基礎. くろしお出版.
- 水野真木子. (2005). 各種通訳倫理規定の内容と基本理念—会議、コミュニティー、法廷、医療通訳の倫理規程を比較して—. 通訳研究, 5, 157-172.
- 皆川愛. (2017). 日本における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. 聖路加国際大学大学院修士論文.
- 皆川愛, 高嶋由布子, 八巻知香子, 平英司, 高山亨太. (2022). ろう者を対象と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～. ヘルスコミュニケーション雑誌, 13(1), 1-10.
- 吉田将明, 鈴木美紀, 古屋敷一美, 横原理恵, 山口龍子, 大杉豊. (2021). 病院内手話通訳者の実態調査に見る「派遣型」との相違点と課題. 国際臨床医学会雑誌, 5(1), 79-86.
- Angelelli, C.V. (2004). Revisiting the Interpreter's Role: John Benjamins.
- Barnett, S., & Franks, P. (2002). Health care utilization and adults who are deaf: Relationship with age at onset of deafness.

- Health Services Research, 37,105–120.
- Beldon, H., Forestal, E., Garcia, L. M., & Peterson, D. (2009). NCIEC Deaf Interpreting Initiative. RID Deaf Caucus Gala.
- Berman, B. A., Jo, A. M., Cumberland, W. G., Booth, H., Wolfson, A. A., Stern, C., Zazove, P., Kaufman, G., Sadler, G. R., & Bastani, R. (2017). D/deaf Breast Cancer Survivors: Their Experiences and Knowledge. *Journal of health care for the poor and underserved*, 28(3), 1165–1190. <https://doi.org/10.1353/hpu.2017.0104>
- CATIE Center. (2008). Medical interpreter: ASL-English domains and competencies. Retrieved 08/30/2022 from <https://healthcareinterpreting.org/PDF/DomainsCompetencies10-09-08.pdf>
- Dean, R. K., & Pollard, R. Q., Jr (2001). Application of demand-control theory to sign language interpreting: implications for stress and interpreter training. *Journal of deaf studies and deaf education*, 6(1), 1–14. <https://doi.org/10.1093/deafed/6.1.1>
- Hetherington, A. (2011). A magical profession? Causes and management of occupational stress in the signed language interpreting profession. In L. Leeson, S. Wurm, and M. Vermeerbergen (Eds.), *The sign language translator and interpreter: Preparation, practice and performance*. Manchester, UK: St Jerome.
- Hetherington, A. (2012). Supervision and the interpreting profession: Support and accountability through reflective practice, *International Journal of Interpreter Education*, 4(1), 5.
- Kuenburg, A., Fellingner, P., & Fellingner, J. (2016). Health Care Access Among Deaf People. *Journal of deaf studies and deaf education*, 21(1), 1–10. <https://doi.org/10.1093/deafed/env042>
- Marks, A. R. (2012). Participation Framework and Footing Shifts in an Interpreted Academic Meeting. *Journal of Interpretation*, 22(11), 1-28.
- Metzger, M. (1999). *Sign Language Interpreting - Deconstructing the Myth of Neutrality*: Gallaudet University Press.
- Nicodemus, B. S., Whynot, L., & Kushalnagar, P. (2020). Insights from U.S. deaf patients: Interpreters' presence and receptive skills matter in patient-centered communication care. *Journal of Interpretation*, 28(2), Article 5, 1-22.
- O'Hearn A. (2006). Deaf women's experiences and satisfaction with prenatal care: a comparative study. *Family medicine*, 38(10), 712–716.
- Scheier D. B. (2009). Barriers to health care for people with hearing loss: a review of the literature. *The Journal of the New York State Nurses' Association*, 40(1), 4–10.
- Sirch, L., Salvador, L., & Palese, A. (2018). Communication difficulties experienced by deaf male patients during their in-hospital stay: findings from qualitative descriptive study. *Scandinavia Journal of Caring Science*, 31, 368–377. doi: 10.1111/scs.12356.
- Steinberg, A., Barnett, S., Meador, H. & Wiggins, E. (2006). Health Care System Accessibility Experiences and Perceptions of Deaf People. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 260-266.
- Swabey, L., & Faber, Q. C. (2012). Domains and Competencies for Healthcare Interpreting, In L. Swabey & Q. C. Faber (Eds.), *Our Hands educating healthcare interpreters* (pp. 1-26). Gallaudet Press.
- Swabey, L., & Nicodemus, B. (2011). Bimodal bilingual interpreting in the U.S. healthcare system. In L. Swabey, L., & B. Nicodemus (Eds.), *Advances in interpreting research: Inquiry in action* (pp. 241-260). John Benjamine Publishing Company.
- The National Council on Interpreting in Health Care. (2003). *GUIDE TO INTERPRETER POSITIONING IN HEALTH CARE SETTINGS*. The National Council on Interpreting in Health Care Working Papers Series. Retrieved 08/30/2022 from <https://www.ncihc.org/assets/documents/workingpapers/NCIHC%20Working%20Paper%20-%20Guide%20to%20Interpreter%20Positioning%20in%20Health%20Care%20Settings.pdf>
- Walker, J., & Shaw, S. (2011). Interpreter Preparedness for Specialized Settings. *Journal of Interpretation*, 21, 96-108.

*責任著者 Corresponding author : 平英司 (e-mail: taira82@gmail.com)

書評

アーサー・クラインマン著
「臨床人類学 文化のなかの病者と治療者」
Book Review
Patients and Healers in the Context of Culture
An Exploration of the Borderland Between Anthropology,
Medicine, and Psychiatry by Arthur Kleinman

田中奈美
Nami Tanaka

順天堂大学大学院医学研究科医科学専攻
Department of Medical Interpreting, Graduate School of Medicine, Juntendo University

1. 序文

患者の語り（ナラティブ）は従来の医療では、不確かな情報と認識される傾向がある。しかし近年、Greenhalgh T, Hurwitz B らによって「Narrative based medicine (NBM)」が提唱され、患者の語りは「Evidence Based Medicine (EBM)」を補うものとして注目されるようになってきている[1]。

医療人類学の草分け的存在として知られる精神科医・人類学者のアーサー・クラインマンが、「説明モデル (explanatory model)」を提唱したのは、1970 年代のことであった。説明モデルは「臨床人類学 文化のなかの病者と治療者」（以下、「臨床」）で、「臨床過程にかかわる人すべてがそれぞれにいただいている病気エピソードとその治療についての考え」と定義され、「病者と治療者のいづく説明モデルの相互作用が、ヘルス・ケアの中心的な構成要素をなしている」とされる（臨床, 118）。

説明モデルには「この障害の本質とは何か」「なぜ自分がその病いに冒されてしまったのか」「自分のからだにどんな影響を及ぼすか」「どんな治療をしてほしいと思っているのか」「自分がこの病いと治療についてもっとも恐れているものは何か」などの問いが含まれ、「病いとはいったい何なのかということについてのこうした非公式な説明には、臨床上きわめて大きな意味があるため、それを無視することは致命的になることがある」とクラインマンは述べる[2]。

デビュー作である「臨床」では、説明モデルという概念が、どのような背景のもとに提示されたが記されている。原著は 1980 年にアメリカで刊行され、邦訳初版は 1992 年に出版された。その後、邦訳版は長らく絶版となっていたが、2021 年末に復刊された。本稿で医療人類学の古典ともいべき「臨床」を取り上げる目的は、その初期の研究を紹介することではない。クラインマンがいかに、「病者の個別的経験」（臨床, 463）というパーソナルな問題から、「医療と文化がどのようにかかわりあっているのかを研究するための理論的な枠組を提唱する」（臨床, i）という大きな研究課題を導きだしたかという点に着目し、その過程の一端を読み解くことを試みた。

なお、本稿で示した「臨床」の引用頁はすべて復刊版の頁数を記したものである。

2. 「臨床」の構成

「臨床」は主に 1975 年から 1976 年に台湾で行ったフィールド調査の比較研究をもとに、医療と文化の関わりに関する研究の枠組を提示した。

表 1 で示したように、1 章から 3 章で調査の背景と全体像、研究の枠組と概念モデルを提示し、4 章から 5 章では概念モデルに基づいた疾病・病いのケース分析を展開する。さらに 6 章から 9 章では疾病・病いと社会的文化的背景との関連に関する分析を行い、最終章で「臨床」が医療人類学、医学・精神医学においてどのような意義をもつかを考察する。

表 1 「臨床」の構成と目次

1-3 章 調査の背景事情と全体像、概念モデルの提示 第一章 オリエンテーション (I) 問題・背景・アプローチ 第二章 オリエンテーション (II) 文化、ヘルス・ケア・システム、臨床リアリティ 第三章 オリエンテーション (III) 中核的臨床機能と説明モデル
4-5 章 概念モデルの基づいた疾病・病いのケース分析 第四章 病気体験と病気行動の文化的構成 (I) 中国文化における情動と症状 第五章 病気体験と病気行動の文化的構成 (II) 情動変調と情動障害の身体化モデル
6-9 章 疾病・病いと、社会的文化的背景との関連 第六章 家族を中心とするヘルス・ケア 民間ヘルス・ケア・セクターの実態調査 第七章 病者と治療者 (I) 宗教的民俗治療者とクライアントの関係 第八章 病者と治療者 (II) 専門的治療者と患者の関係、および家族と病者の関係 第九章 癒しの過程 土着治療者の追跡調査
10 章 「臨床」の医療人類学、医学・精神医学における意義 第十章 エピローグ 医療人類学、医学・精神医学への提言

3. 研究の背景

クライマンが初めて台湾で調査を行ったのは 1969 年のことである。1 年 2 か月の滞在中、現地の医療者と知り合い、自身も医療に携わり、「ハンセン病と結核に関する土着的な信念や対処法について」(臨床,18) フィールド調査を行った。中国語も身につけ、中国社会に深く入りこんだが、「伝統的な治療者のいる店や寺の数のほうが、現代医療の治療者の診療所の数をはるかに上回っている」(臨床,16) 現地でのフィールド調査や臨床体験から、「生物医学モデル biomedical model という概念的枠組では十全な説明ができないことを認識した」(臨床,18)。

そして、クライマンは「問い」を抱く。それは「病気というものを説明するのにさまざまな文化が作りあげてきた(中略)パラパラな枠組を、体系的に比較できるような民族医学的なモデルを練りあげることにはできないだろうか」(臨床,19) というものであった。

帰国後、クライマンは医療人類学を修め、アメリカでのいくつかのフィールド調査を行ったのち、1975 年に再度、台湾に渡った。このとき行ったフィールド調査とそこから導きだされた研究成果が、「臨床人類学」にまとめられている。

4. 調査の概要

調査は表 2 の通り、以下の 5 つの課題にもとづき、質問紙や構造化面接などの手法で行われた(臨床,22)。

- (1) 病者と家族を対象にした、病気についての信念と病気エピソードへの対応方法に関する調査。
- (2) 治療者と病者を対象にしたコミュニケーションの調査。
- (3) 抑鬱症候群の患者を対象にした、台湾とアメリカの文化的パターンの比較。
- (4) シャーマンの治療を受けている者と、中国医・西洋医の治療を受けている者の治療に関する調査。
- (5) シャーマンから西洋医まで各治療者群の説明モデルに関する調査。

これらの調査内容については、4 章以降で詳細を報告している。特筆すべきは、調査対象が病者やその家族から、西洋医、中国医、シャーマンなど各種の治療者まで多岐にわたり、さらに 100 人を超える研究対象について、非常に詳細な調査を行い、中には 1 人につき 5 時間から 25 時間かけて調査を行うケースもあったということだ。これは『病いの語り』[2]で提示された微小民族誌(ミニ・エスノグラフィー)にも通じる。

また、台湾という異文化のフィールドを扱う目的が、ローカルの医療事情を明らかにすることそのものではなく、前述の「問い」を明らかにするためのものであるという点は、本書の大きな特徴である。そして「問い」の解明のために、「臨床」では、いくつかの鍵となる概念を提示する。その根幹となる概念の一つが、次に示す「ヘルス・ケア・システム」である。

表 2 「臨床」における調査の概要

	課題	対象
1	病氣一般についての信念と特定の病氣エピソードへの対応の仕方	保健所の登記簿などから選んだ 150 家族及び精神科病棟で治療中の患者を持つ 30 家族
2	治療者と病者のコミュニケーション	中国医、西洋式開業医、公立病院西洋医、シャーマン(各 5 名)とその患者(各 25 名)
3	抑鬱の文化的パターンの考察	抑鬱症候群で国立台湾大学精神科に通院中の台湾人患者 25 名およびボストンのマサチューセッツ総合病院で受療中の非中国人患者
4	土着的な治療に対する病者の反応と治療について評価	台湾の民族治療者(とくにシャーマン)の治療を受けている病者 100 名、中国医・西洋医の治療を受けている 500 名
5	特定のケースをめぐる各治療者群の説明モデルを民族医学的に明らかにすることなど	西洋医、中国医、タンキー(シャーマン)各 25 名、その他の民俗的な治療専門家 15 名

5. ヘルス・ケア・システムの概念モデル

クラインマンによれば、「ヘルス・ケア・システムの基本的な構成要素は、病者と治療者」であり、「病者も治療者も、文化的意味と社会関係の特殊な構図のなかにはめ込まれている」(臨床, 27)。また、医療の通文化的研究では「どの社会でもヘルス・ケアをめぐるさまざまな活動が多少なりとも相互に関連しあっているという事実をはっきり認識すること」が肝心だと述べる(臨床, 26)。しかし、「臨床」刊行当時、このような見解は十分に認識されているとはいえなかった。

そこでヘルス・ケア・システムについての見解を提示するにあたり、「個人を超えて存在する、人々のあいだの相互作用の世界」を「社会的リアリティ」と定義し、ヘルス・ケア・システムはこの社会的リアリティにほかならないと考えた(臨床, 41)。さらにこのなかで、健康関連の側面、とくに「病気についての態度や規範、臨床の場面での人間関係、治療活動」を「臨床リアリティ(clinical reality)」と称した(臨床, 44)。

社会的リアリティが異なれば、ヘルス・ケア・システムについての見方も異なる。しかし、そのように個々人で解釈の異なるヘルス・ケア・システムに注目するのではなく、むしろ「個々のセクター、臨床の場での人間関係、役割からなる多少とも統合されたローカルなシステムについてのモデルを提出したい」(臨床, 44)と考えたところにクラインマンの原点がある。

こうして提示されたものが、「民間セクター(popular sector)」「専門職セクター(professional sector)」「民俗セクター(folk sector)」(臨床, 56)の3つの円が一部で重なりあうヘルス・ケア・システムの構造モデルである。民間セクターは個人や家族、地域社会など複数のレベルから構成され、専門家ではない「素人の民間文化の場」と定義され、ヘルス・ケア・システムの最も大きな部分を占める。「専門職セクター」「民俗セクター」はともに治療者のセクターで、前者は制度化された専門の治療者、後者は民俗の治療者を指す。

このように、ヘルス・ケア・システムと臨床リアリティを多元的かつ多層的に捉え[3]、各セクター間で臨床リアリティとそれを構成する要素が大きく異なることに注目した。その結果、「ヘルス・ケアにおける認知とコミュニケーションの特徴を研究するための概念モデル」として、冒頭の「病いの説明モデル」を提唱するに至った(臨床, 93)。

6. 説明モデルの枠組

説明モデルを理解するための一例として、「鬱傷」の事例がわかりやすい。「鬱傷」は「台湾の民衆文化特有の病いの一カテゴリー」(臨床, 129)だが、人によって認識は異なる。病者の中には、精神生理学的な愁訴を「鬱傷」のためだと考える者もいれば、そうではなく、呼吸器系の症状にかぎって使うという者もいる。また、治療者の側も、タンキーと呼ばれる台湾のシャーマンなど民俗治療家や台湾人の中国医は「鬱傷」ということばを使う一方で、中国大陸出身の中国医は聞いたことがない、あるいは中国医学にはない概念で俗信だと考える者もいる(臨床, 95, 129)。「台湾の西洋医に民間の説明モデルについての理解が欠けていると、文化特有の病いカテゴリーと結びついた典型的な社会的緊張を、認識することも治療することもできない」と、クラインマンは指摘する(臨床, 131)。

このような課題に対し、前述のヘルス・ケア・システムの各セクターに依拠する病者、治療者それぞれの説明モデルを見分けることが有益となる。また、「治療者の説明モデルと病者の説明モデルとの相互作用を研究することによって、臨床場面のコミュニケーションで起こるさまざまな問題を、いっそう正確に分析することが可能となる」だけでなく、より重要な点として、説明モデルを前述のヘルス・ケア・システムのセクターと関連づけて研究することで、

「文化的・社会構造的なコンテクストが病者＝治療者関係をはじめとするヘルス・ケアの諸関係に影響をおよぼす主要なメカニズムのひとつが解明できる」ことを挙げる (臨床, 118)。

「臨床」の訳者のことばを借りると、クラインマンは治療場面を、病者やその家族と、民俗治療者や西洋医などとの説明モデルの「取引の場」としてとらえなおすことで、「臨床リアリティを現代医学が一元的に支配していると考えられる人びと」に再考を迫る (臨床, 459)。さらにこのような視座が、その後の「病いの語り」などの研究に引き継がれていくことは、よく知られている通りである。

なお、クラインマンは近年、説明モデルの問題にも言及している。それは、説明モデルが「たった一度の検査データで判断してしまうように、これらの質問をたった一度聴取しただけで、その結果を断定的に扱うような用いられ方をするようになった」という点である。「説明モデルは、このような単純化されたステレオタイプではない方法で、対話を促進するために使われるように、ケアをする人と受ける人の間で活きるオープンな質問にしていくことが大切」であると語る [4]。

また、ステレオタイプな文化的解釈にも警鐘を鳴らし、医師が微小民族誌から理解すべきことは、患者やその家族が真に抱える問題であり、それは文化的コンピテンシーとは異なるものであると言う。さらに、他者にとって最も大切なことを知るといのは、技術的スキルではなく、患者との「選択的親和性 (elective affinity)」であると述べる[5]。

7. 考察

クラインマンの研究は、「病の語り」の側面で語られることが多いかもしれない。しかし、その多岐にわたる膨大なフィールド調査とそこで収集された個人のエピソードの背景には、大きな「問い」がある。説明モデルはそうした「問い」を解明するために開発されたツールでもあり、臨床リアリティ、ヘルス・ケア・システムなどの概念モデルの提唱により研究の枠組を構築するという手法が、「臨床」を特徴づけている。

「臨床」の新版訳者あとがきで、本書の魅力について、概念モデルの提唱を通し「さまざまな文化で展開されている苦しみや悩みへの対処について全体的な見通しを示した点」(臨床, 463)を挙げる。それに対して、「図式的」「大雑把」などと批判はあるかもしれないとしながら、「そうした概念をもとに病者と治療者との実際の相互作用場面を生き生きと分析して見せることを通して、画期的な方法を提案した」と述べ、その後の影響の大きさを評価する (臨床, 463)。

以上の点から、現代の医療現場のコミュニケーションの問題を考察するうえでも、「臨床」というクラインマンの研究の原点を垣間見ることは、新たな気づきを得る一助となるのではないかと考えた。

近年、医学の発展にともない、医療現場のコミュニケーションは容易になるどころか、病者と治療者の知識の乖離はますます進み、より複雑化しているようである。クラインマンが 1970 年代に台湾で遭遇した「鬱傷」の問題は、現在の民間医療や代替医療、あるいはワクチン接種の可否などの問題に相当するかもしれない。このようななかで、改めて、「個」というマイクロと社会への大きな「問い」というマクロの双方に目を向けることの意義について考えたいと思う。

利益相反自己申告：なし

引用文献

- [1] 斎藤清二. 医療におけるナラティブ・アプローチの最新状況. 日本内科学会雑誌. 2019; 108: 1463-1468.
- [2] アーサー・クラインマン. 病いの語り. 誠信書房. 1996.
- [3] 梶谷真司. 医療における現実の多元性と多層性—アーサー・クラインマンの現象学的・解釈学的医療人類学—. 帝京国際文化. 2006; 19: 93-122.
- [4] 皆藤章, アーサー・クラインマン, 江口重幸. ケアをすることの意味. 誠信書房. 2015.
- [5] Kleinman A, Benson P. Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. PLOS Medicine. 2006; 3(10): e294.
- [6] C. G. ヘルマン. ヘルマン医療人類学. 金剛出版. 2018.
- [7] 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. 2020.

*責任著者 Corresponding author : 田中奈美 (e-mail: n.tanaka.ku@juntendo.ac.jp)

編集後記

本号は、今年4月にスタートした2022-23年度編集委員会が担当する初めの号になります。編集委員の交替もあり、新たなメンバーも加わって、本誌の編集に取り組んでまいります。どうぞよろしくお願いいたします。

さて、第13巻第2号では、原著論文3本、書評1本をお届けしました。今年度より、旧日本ヘルスコミュニケーション学会は、ヘルスコミュニケーション学関連学会機構に改組され、その分科会の一つとして日本ヘルスコミュニケーション学会が置かれることになりました。本誌は、日本ヘルスコミュニケーション学会の学会誌ですが、他の分科会を含めたヘルスコミュニケーション学関連学会機構会員全体からの一般投稿を受け付けています。今号も、保健医療福祉のさまざまな領域におけるコミュニケーションの課題について、ポスター、インターネットの掲示板、手話と多様な形のコミュニケーションを、量的、質的に分析したバラエティ豊かな論文が集まっています。また、書評で取り上げられたアーサー・クライマンの著書は、臨床医学、公衆衛生学、文化人類学、社会学などさまざまな分野を横断するもので、どの領域におけるヘルスコミュニケーションの研究者にも示唆のあるものと思われまます。ぜひ合わせてご一読いただければと思います。

また、お気づきの通り、今号よりレイアウトが一段組に変更されました。本誌がオンラインジャーナルであることを前提に読みやすさを確保しつつ、編集作業の負担を減らし、著者にとっても書きやすい形を目指したためです。今期の編集委員会では、学会誌の更なる充実を目指し、新たな企画の検討などしております。会員の皆様からも、ご提案やご要望などありましたら、ぜひお寄せいただくとともに、たくさんの方の投稿をお待ちしております。

今号の発刊にあたりましては、とりわけ査読者の先生がたに、お忙しいところ（時に無理な締切でのお願いにもかかわらず）ご協力をいただきまして、心より感謝申し上げます。今後もさまざまな形で会員の皆様のお力添え、ご支援をお願いすることがあるかと思ひますが、どうぞよろしくお願いいたします。

編集委員長 石川ひろの

日本ヘルスコミュニケーション学会誌-第13巻第2号

Health Communication Research Vol.13, No.2

2022年10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(2022-2023)

編集委員長

石川 ひろの (帝京大学大学院公衆衛生学研究科)

編集委員

大野 直子 (順天堂大学 国際教養学部)

奥原 剛 (東京大学大学院医学系研究科医療コミュニケーション学)

榎原 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)

杉本 なおみ (慶應義塾大学看護医療学部)

高永 茂 (広島大学大学院人間社会科学研究所)

八巻 知香子 (国立がん研究センターがん対策研究所がん情報提供部)

発行者 日本ヘルスコミュニケーション学会

<http://healthcommunication.jp/>