

日本ヘルスコミュニケーション学会誌 - 第 14 巻第 1 号

Health Communication Research Vol.14, No.1

会説論文 ヘルスコミュニケーション学関連学会機構とその傘下学会の設立
木内貴弘・中山健夫・宮原哲・石川ひろの・杉本なおみ・高山智子・藤崎和彦
..... p. 1-7

<第 14 回日本ヘルスコミュニケーション学会報告>

総説 臨床のアートとしてのナラティブ・アプローチ
中川晶
..... p. 8-12

特集 1 市民参加のコミュニケーション：アートのところをどう伝えるか
阿部恵子・後藤道子
..... p. 13

総説 アートは医療者教育にどう役立つか：共感とナラティブ・コンピテンスを養うためのアート基盤型教育の可能性
孫大輔
..... p. 14-21

総説 学生は模擬患者及び市民参加の多職種連携教育から何を感じ・気づくか
末松三奈
..... p. 22-28

総説 医学生への患者への共感を育むための患者のストーリーテリング (patient storytelling) の活用
香川由美
..... p. 29-34

特集 2 市民・患者に向けたヘルスライティング
奥原剛・高山智子
..... p. 35

総説 公衆衛生の専門家から市民に向けたヘルスライティング
奥原剛
..... p. 36-40

総説 保健医療の専門家から患者に向けたヘルスライティング：疾患を持つ人を対象としたヘルスライティング
高山智子
..... p. 41-48

総説 メディアから市民・患者に向けたヘルスライティング
小川留奈
..... p. 49–54

書籍紹介：2022年度ヘルスコミュニケーション学関連学会優秀書籍賞受賞
奥原剛 著『実践 行動変容のためのヘルスコミュニケーション』（大修館書店、
2021年）
奥原剛
..... p. 55–57

<学術論文>

原著論文 言語的障壁の解決手段が外国人患者の満足度に与える影響についての調査
安藤晴恵・井澤晴佳・田中奈美・藪下紘子・ニヨンサバ フランソワ・野田愛・大野直子
..... p. 58–68

<企画 ヘルスコミュニケーションを学べる大学・研究機関紹介>

1. 産業医科大学大学院 医学研究科産業衛生学専攻
..... p. 69 – 70

2. 順天堂大学大学院 医学研究科 ヘルスコミュニケーション 学位プログラム
..... p. 71 – 72

3. 帝京大学大学院公衆衛生学研究科
..... p. 73 – 74

編集後記・奥付
..... p. 75

会説論文

ヘルスコミュニケーション学関連学会機構とその傘下学会の設立 Health Communication Week Organization and its Affiliated Academic Associations

木内貴弘¹⁾、中山健夫²⁾、宮原哲³⁾、石川ひろの⁴⁾、杉本なおみ⁵⁾、高山智子⁶⁾、藤崎和彦⁷⁾
Takahiro Kiuchi¹⁾, Takeo Nakayama²⁾, Satoshi Miyahara³⁾, Hirono Ishikawa⁴⁾,
Naomi Sugimoto⁵⁾, Tomoko Takayama⁶⁾, Kazuhiko Fujisaki⁷⁾

1) 東京大学大学院医学系研究科医療コミュニケーション学、2) 京都大学大学院医学研究科健康情報学、
3) 西南学院大学外国語学部、4) 帝京大学大学院公衆衛生学研究科、5) 慶應義塾大学看護医療学部、6) 国立がん研究センターがん対策情報センター、7) 岐阜大学医学教育開発研究センター

1) Department of Health Communication, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo, 2) Department
of Health Informatics, Graduate School of Medicine, Kyoto University, 3) Faculty of Foreign Language Studies,
Seinan Gakuin University, 4) Teikyo University Graduate School of Public Health, 5) Faculty of Nursing and
Medical Care, Keio University, 6) National Cancer Center, Institute of Cancer Control, 7) Medical Education
Development Center, Gifu University

Abstract

As the third pillar of modern medicine in the 21st century, medical communities have focused on improving health communication, following biology in the 19th century and evidence (data)-based medicine in the 20th century. In the fiscal year 2022, the Japanese Association of Health Communication was reorganized to become the Japan Health Communication Week Organization (HCWO) with seven affiliated academic associations that include health communication and its subordinated terms in their names; namely, health communication, medical science communication, medical communication, health literacy, health marketing, health-care communication, and medical interpreting. We clarified the relationships between HCWO and its affiliated associations by articulating their concepts and their relationships to health communication. In 2022, HCWO also established two occupation-related academic associations: namely, dentistry and nursing. We also clarified the significance of their establishment and role in HCWO. We believe that HCWO will greatly contribute to the efficient administration of its associations, provide convenient information for their members, avoid unnecessary competition between similar academic associations, and develop academic research activities in health communication and its related fields.

要旨

コミュニケーション（ヘルスコミュニケーション）は、生物学、データ（EBM）に続く、第3の医学の柱として、注目を集めている。日本ヘルスコミュニケーション学会は、2022年4月1日にヘルスコミュニケーション学関連学会機構に改組して、ヘルスコミュニケーションとその関連概念（ヘルスコミュニケーション、医学サイエンスコミュニケーション、メディカルコミュニケーション、ヘルスリテラシー、ヘルスマーケティング、医療コミュニケーション、医療通訳）を名称の一部とする学会を傘下に設置した。本論文では、広義のヘルスコミュニケーションとこれらの関連概念を整理し、ヘルスコミュニケーションとの関係を位置づけることによって、ヘルスコミュニケーション学関連学会機構とその傘下に設立する学会との関係とその必然性を明らかにした。また2022年度には、ヘルスコミュニケーション学関連学会機構の下に職種別の学会（歯科、看護）を新たに設置したが、その意義についても解説した。ヘルスコミュニケーション学関連学会機構は、傘下学会の学会活動の自由度を許容しながら、学会運営の効率化、会員の利便性の向上、不必要な類似学会の競合回避等の大きな利点を有し、日本におけるヘルスコミュニケーション学とその関連学問領域の発展に大きな役割を果たすことが期待される。

キーワード：ヘルスコミュニケーション、ヘルスコミュニケーション関連概念、ヘルスコミュニケーション学関連学会機構

Keywords: health communication, subordinate concepts of health communication, Health Communication Week Organization

1. はじめに

近代医学は、19 世紀において、ウィルヒョウの細胞病理学、コッホの細菌学等に代表されるように、生物学の知見に基づいて病態の解明を行い、診断・治療・予防法の発見を行うことから始まった[1]。20～21 世紀には、生物学は分子レベルに発展し、医学への貢献を続けている。20 世紀には、ヒトの集団を対象とし、臨床試験・疫学研究のデータに基づいて、診断・治療・リスク因子・予防法の評価を、統計学を活用して、厳密に行うようになった (Evidence-Based Medicine、もしくは Data-Based Medicine)。21 世紀には、人工知能を用いたデータ処理によって、更なる発展が期待されている。21 世紀に入り、これらの生物学とデータに基づく、科学的な診断・治療・リスク因子・予防法の発見と評価に加えて、コミュニケーションが医学の第三の柱として、国内外で大きな注目を浴びるようになってきている (図 1)。従来、アートと見なされてきた医療の対人コミュニケーションが科学的に研究され、体系的に教育されるようになってきた。また疾病の治療法・予防法を患者・市民に効果的に伝えて、行動変容につなげるためのメディアコミュニケーションの重要性が強く認識されるようになり、そのための科学的な研究が増えるとともに、体系的な教育も始まっている。

このような背景のもとで、日本においても、日本ヘルスコミュニケーション学会が 2009 年に設立され、以来、会員数や学術集会参加者数を増やしながら、大きく発展を続けてきた[2]。同学会によるヘルスコミュニケーション学の定義は、「医療・公衆衛生分野を対象としたコミュニケーション学」というシンプルなものである。具体的なコミュニケーションの区分として、医療者-患者・市民間、医療者-医療者間、医療消費者-医療消費者間のコミュニケーションが想定されており、これらの 3 つのコミュニケーションの区分の中で、各々対人とメディアコミュニケーションが区別可能であり、 $3 \times 2 = 6$ 通りのコミュニケーションの区分が想定されていた (図 2)。

日本ヘルスコミュニケーション学会では、2019 年度より、ヘルスコミュニケーション学と密接に関連のある学問分野に対応する分科会を設置してきた。具体的には、2019 年度に日本ヘルスリテラシー学会と日本メディカルコミュニケーション学会、2020 年度に日本医療通訳学会、日本ヘルスマーケティング学会及び日本医学サイエンスコミュニケーション学会を設置した[3-7]。また 2021 年末には、日本ヘルスコミュニケーション学会と医療コミュニケーション研究会が統合され、同研究会は日本医療コミュニケーション学会と改称して、日本ヘルスコミュニケーション学会の分科会となった (図 3) [8]。これらの分科会の名称により提示されたヘルスコミュニケーション学の関連学問領域の概念は、前述のコミュニケーションの 6 通りの区分と 1 対 1 で対応したものではないが、これらも考慮に入れた上で、構成されたものである。

ヘルスコミュニケーション学関連の学術集会に関しても、2021 年度には、従来からの日本ヘルスコミュニケーション学会単独の年次学術集会という開催形態ではなく、ヘルスコミュニケーションウィークという開催形態で、会場 (2021 年度は、新型コロナの流行のために会場開催は中止となり、インターネット開催のみとなった) と運営体制を共有した形で、日本ヘルスコミュニケーション学会とその分科会の日本ヘルスリテラシー学会、日本メディカルコミュニケーション学会の各々の年次学術集会を一緒に開催する形態が採用された[9]。

2022 年度からは、日本ヘルスコミュニケーション学会がヘルスコミュニケーション学関連学会機構 (英語名称、Health Communication Week Organization、以下「機構」という) に改組され、新たに旧日本ヘルスコミュニケーション学会とは別の、機構の分科会として日本ヘルスコミュニケーション学会が設立された (図 4) [10]。そして、ヘルスコミュニケーションウィークは、機構が主催することになり、ヘルスコミュニケーションウィーク 2022 名古屋では 7 つの分科会のシンポジウムと一般演題の発表が行われた[11]。機構は、各分科会の運営機能のうち、会員管理、会費徴収、IT による会員サービス機能等を行い、各分科会は、学術集会や学会誌の企画、会員サービスのためのコンテンツの作成を行うというように学会の運営機能を分担することになった。2022 年度には、従来の関連学問領域別の

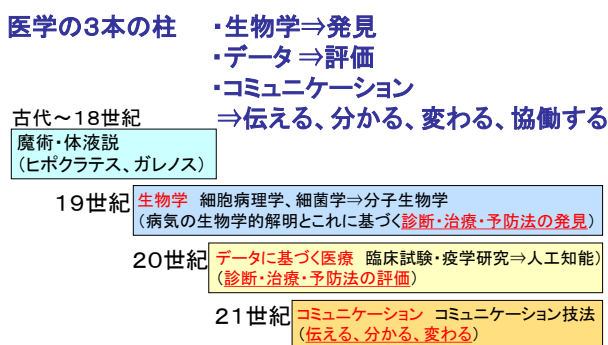


図 1. 21 世紀の医学の課題はコミュニケーション

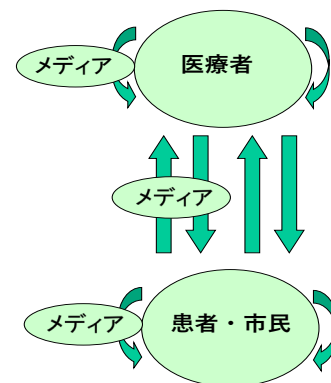


図 2. ヘルスコミュニケーションの区分

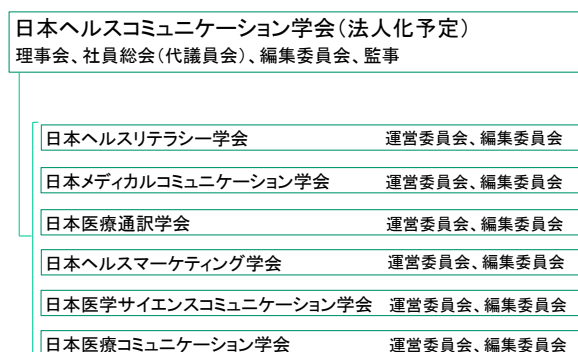


図 3. 日本ヘルスコミュニケーション学会とその分科会 (2021 年度末)

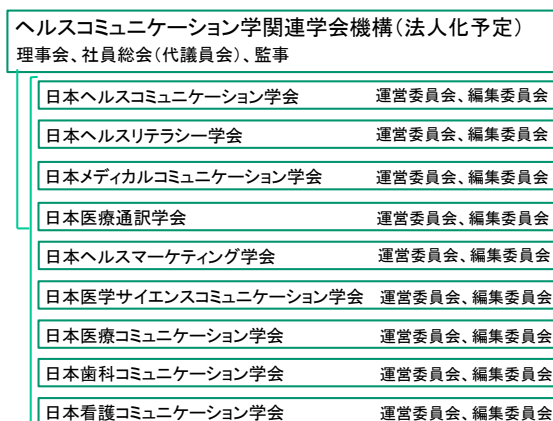


図 4. ヘルスコミュニケーション学関連学会機構とその傘下の学会(2022 年度以降)

分科会の他に、職域別の分科会として、日本歯科コミュニケーション学会と日本看護コミュニケーション学会が設立された[12-13]。

機構傘下の学問領域別と職域別の分科会は、思い付きや行き当たりばったりで構想されたものではなく、理事会における十分な議論をもとに構想されたものであり、その関連には一定の必然性があると考えている。結果として、学問領域別の分科会の研究領域は、「ヘルスコミュニケーション学関連分野の見取り図」を提案するものともなっている。本論文では、理事会でなされた関連学問領域に関する議論の内容を具体的に詳述するとともに、必要な考察を加えた。また職域別の学会の意義と役割についても理事会での検討内容を記述し、考察を加えた。

2. ヘルスコミュニケーション関連学問領域の見取り図

2.1 ヘルスコミュニケーション、メディカルコミュニケーション、医学サイエンスコミュニケーション

ヘルスコミュニケーションに関与するのは、前述のように医療者と患者・市民である(図2)。両者の関係するコミュニケーションには、医療者間、医療者-患者・市民間、患者・市民間の3通りが想定し得る。これらは、すべて広義のヘルスコミュニケーションに該当すると考えた(図5上部)。一方、医療者-患者・市民間及び患者・市民相互間のコミュニケーションのうち、疾病治療・予防のためのコミュニケーションをヘルスコミュニケーションと呼ぶことが通常である(図5上部)。また医療者から患者・市民へのコミュニケーションのうち、疾病の治療や予防が目的ではなく、医学という学問の面白さを認知してもらうことやその社会におけるあり方を患者・市民と一緒に考えることを目的としたコミュニケーションは、医学サイエンスコミュニケーション(医学のサイエンスコミュニケーション)と呼ぶのが妥当であると考えた(図5上部)。医療者間のコミュニケーションは、上級の医療者が下級の医療者や学生に行う教育・研修、医療者間の組織コミュニケーション・チーム医療、新しい医学知識・技術の医療者への普及広報活動等が考えられるが、こちらはヘルスコミュニケーションや医学サイエンスコミュニケーションと区別して、メディカルコミュニケーションと呼ばれるのが妥当であると考えた(図5上部)。

2.2 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(図5上部・下部、図6上部)は、医療者と患者・市民の相互的なコミュニケーションであるが、医療者の視点から見たものが狭義のヘルスコミュニケーションである(図5下部、図6上部)。一方、患者・市民の視点や能力に注目する場合には、患者・市民の(通常の意味での)ヘルスリテラシーと呼ばれることが一般的である(図5下部、図6上部)。また医療者側が分かりやすく患者や市民にヘルスコミュニケーションを行う能力のことを医療者側のヘルスリテラシーと呼ぶ立場もある(図5下部、図6上部)[14]。この場合、患者・市民のヘルスリテラシーと医療者のヘルスリテラシーを総称して、広義のヘルスリテラシーとなり、これは通常のヘルスコミュニケーションとはほぼ同義となる。

2.3 ヘルスコミュニケーションとヘルスマーケティング

医療者の視点による狭義のヘルスコミュニケーション(図6上部)は、医療機関・官公庁・NPO等の組織の責任者により立案された戦略を意味するヘルスマーケティングと個別の担当者の戦術を意味する最狭義のヘルスコミュニケーションに分けることができる(図6下部)。ヘルスマーケティング(戦略)と最狭義のヘルスコミュニケーション(戦術)を合わせて、広義のヘルスマーケティングと解することが可能であり、この場合には、狭義のヘルスコミュニケーションと広義のヘルスマーケティングはほぼ同義と考えてよいと考えられる(図6下部)。

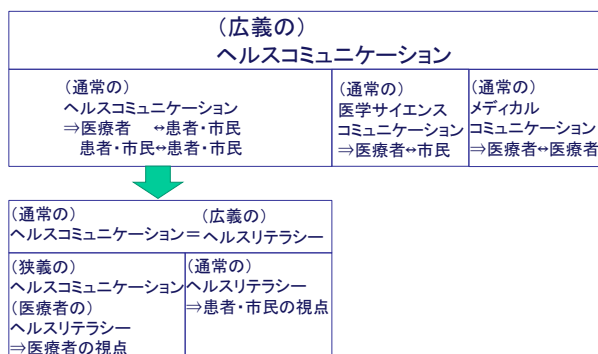


図 5. 広義と通常のヘルスコミュニケーションと他の関連分野との関係

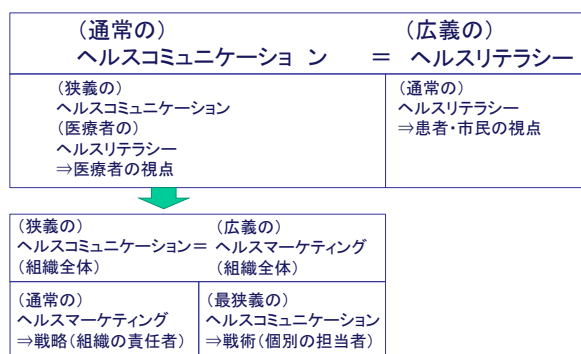


図 6. 通常と狭義のヘルスコミュニケーションと他の分野との関係

2.4 ヘルスコミュニケーションと医療コミュニケーション

ヘルスコミュニケーションは、通常、メディアによるもの、対人によるもの、メディア・対人複合によるものすべてを指すが、通常、医療コミュニケーションといった場合には、医療機関における医療者-患者・市民の対人コミュニケーションを意味する(図7)。対人の医療コミュニケーションに対して、メディアによるヘルスコミュニケーションを狭義のヘルスコミュニケーションという場合がある(図6)。

2.5 ヘルスコミュニケーションと医療通訳

医療通訳という概念が生まれたのは、外国人に対する医療提供という現実の問題に対応するために医療通訳の技能を有する専門職が必要であるということによっている。通常のヘルスコミュニケーションでは、医療者と患者は同一の国(文化)に属し、同一の言語でコミュニケーションを行うことが想定されるのに対して、医療通訳では、異文化のコミュニケーションと医療者の母国語(日本国内の場合には日本語)以外の言語によるコミュニケーションがなされる(図8)[5]。このように医療通訳は、通常のヘルスコミュニケーションの困難さに加えて、異文化コミュニケーションと外国語によるコミュニケーションの困難さという2つの困難の克服が必要な高度なヘルスコミュニケーションと位置付けられる。

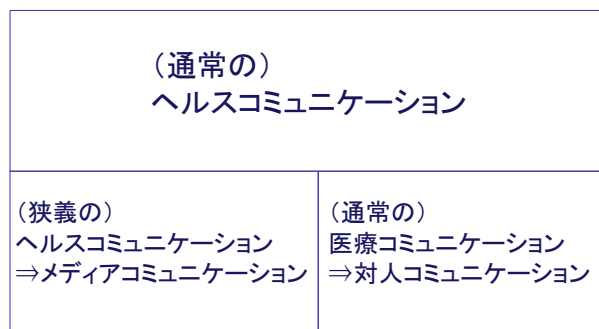


図 7. ヘルスコミュニケーションと医療コミュニケーションの関係

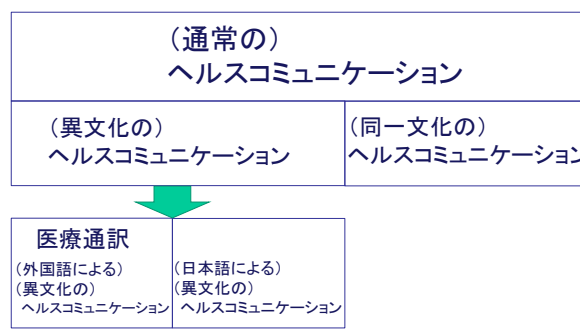


図 8. ヘルスコミュニケーションと医療通訳の関係

3. 職域別学会の意義と役割

健康・医療関連の各職種別に取り組むべきコミュニケーションの課題は確実に存在しているが、ヘルスコミュニケーション学関連学会機構では、従来、職域別の学会は設立してこなかった。その理由としては、職種別の学会は閉鎖的になりがちであるため、コミュニケーションの研究・教育を指向する機構には相応しくないと考えたためである。しかしながら、機構以外の枠組みでこれらの学会が作られると本当に閉鎖的なものになってしまう可能性が高く、むしろ機構で設立し、ヘルスコミュニケーションウィーク枠組みで合同学術集会を開催することによって、職種別と学問領域別の両方の研究・教育上の課題についての交流ができるようにし、また、常時、他職種の参加者からのフィードバックが得られるようにした方が望ましいと考えられるようになった。このため、歯科と看護の職域を対象とした日本歯科コミュニケーション学会と日本看護コミュニケーション学会を分科会として設立することにした。表8にヘルスコミュニケーション関連学問領域と職域別コミュニケーションの関連を示す。どの職域でもすべての関連学問領域との接点があることに注意して欲しい。学問領域と職域の両方の切り口から、ヘルスコミュニケーションの研究教

表8. ヘルスコミュニケーション関連学問領域の区分と職種別コミュニケーション
(青の背景が歯科コミュニケーション、緑の背景が看護コミュニケーションの領域)

	医師	歯科 医師	薬剤師	看護師	歯科 衛生士	臨床検 査技師	・・・
ヘルスコミュニケーション	○	○	○	○	○	○	○
ヘルスリテラシー	○	○	○	○	○	○	○
メディカルコミュニケーション	○	○	○	○	○	○	○
医療通訳	○	○	○	○	○	○	○
ヘルスマーケティング	○	○	○	○	○	○	○
医学サイエンスコミュニケーション	○	○	○	○	○	○	○
医療コミュニケーション	○	○	○	○	○	○	○

育が可能である。尚、薬剤師に関しては、既に日本ファーマシューティカルコミュニケーション学会が存在するため、あえて機構の分科会として設置することはしていない。

4. 考察

4.1 ヘルスコミュニケーション学とその関連学問領域

ヘルスコミュニケーション学は、本稿で述べたような幅広い関連領域を持っているが、従来、これらの関連領域を広義のヘルスコミュニケーションという概念をもとに、整理し、体系的に位置付ける試みはほとんどなされてこなかった。このため、本稿は一定の意義を有すると考える。今後、同様な試みがなされる場合には、先行例として参考、もしくは改良のたたき台として活用されると考えている。

これらの関連領域を、すべてヘルスコミュニケーション学としてまとめてしまうことも不可能ではないが、学問領域を表現する個々の用語には、様々なニュアンスの違いがあるため、直截的に広義のヘルスコミュニケーション学の一部であると位置づけてしまうよりは、ヘルスコミュニケーション関連領域として緩やかに位置づけ、一定の独立性を維持しながら、相互交流を図る方が望ましいと考える。下記に学問領域を表す用語がもつニュアンスと個別の研究者の好み (preference) の違いについて、いくつかの例を掲げてみる。

(1)ヘルスマーケティングとヘルスコミュニケーション・医療コミュニケーション

ヘルスマーケティングは、民間企業でマーケティングを担当してきた経験のある人には魅力的なキーワードであり、自分の得意とするスキルや知識を活用して、医学への貢献が可能であることを認識しやすいと思われる。一方、健康・医療の領域では、医療機関、官公庁、研究機関等の非営利組織（これらの組織でも本当はマーケティングが必須であるのだが、その認識は現時点ではほとんど存在しない）が活動の中心であるが、マーケティングという言葉が普段まったく使われないために、健康・医療関係者にはマーケティングになじみがない[15]。またマーケティングの戦略的な理詰めの実施手順に接すると、医療者、研究者の中には、果たしてコミュニケーションとはそんなに戦略的で理詰めのものなのかという疑問を感じる向きもあるかもしれない。このような研究者や医療者は、むしろヘルスコミュニケーションや医療コミュニケーションという言葉が好むと思われる。

(2)ヘルスコミュニケーションと医療コミュニケーション

ヘルスコミュニケーションという言葉は、メディアによるヘルスコミュニケーションだけでなく、医療機関等における対人コミュニケーションを包括する概念であると英語圏では想定されているし、日本ヘルスコミュニケーション学会でも同様に考えてきた。しかしながら、医療機関で医療者・患者コミュニケーションを研究している人には、ヘルスコミュニケーションという言葉が、医療現場でなく、公衆衛生の文脈で、メディアを主体として行われるコミュニケーションを想起させることがある。このため、医療機関での対人コミュニケーションを医療コミュニケーションという名称で呼ぶべきであると考えている人もいる。研究を行っている人にとって、より親和性の高い名称の学会で発表できれば、発表者も満足し、学会側でも会員増加を望める等のメリットがある。このため、発表者が日本ヘルスコミュニケーション学会でも日本医療コミュニケーション学会でも自分が最も好ましい方を選ぶようにできるのがよいと思われる。その結果、互いに同じような内容の研究をしている人が、別の学会を発表の場として選ぶことも想定されるが、ヘルスコミュニケーション学関連学会機構やヘルスコミュニケーションウィークの枠組みにより、日本ヘルスコミュニケーション学会と日本医療コミュニケーション学会で十分な連携と相互交流ができれば、それ自体は大きな問題とならないと思われる。

(3)ヘルスコミュニケーションと医療通訳

医療通訳の実務や研究に携わってきた人々は、医療通訳という言葉に愛着を持っている。機械翻訳の大きな機能向上もあり、今後医療通訳が発展していく過程では、語学のスキルや医療の背景知識に加えて、コミュニケーションのスキルや知識の重要性が増していくことは納得できたと仮定しても、医療通訳がヘルスコミュニケーション学の一部となることには大きな抵抗があるかもしれない。このような場面は、医療通訳を、緩い括りでヘルスコミュニケーションの関連分野とすることが好ましいと考えた。

4.2 ヘルスコミュニケーション学関連学会機構の意義と役割

ヘルスコミュニケーション学関連学会機構は、下記のようなメリットを持つと考えられる。

(1)各分科会運営の効率化

学会の運営体制を機構に集約化することによって、会員管理、会費徴収事務、会員サービス体制（ホームページ作成、メーリングリスト等）を共通化し、合理化することができる。IT化にあたり、ホームページの構成方法、連絡先メールアドレスの付け方、メーリングリスト等を機構の会員に分かりやすいように統一した。学術雑誌発行のための投稿規定等も原則統一している。これらによって、各分科会の運営が非常に効率化している。

(2)機構・分科会会員の負担軽減

機構の会員は、1学会相当分の会費で最大9学会に所属できる。また機構の会員となれば、学会誌、学術集会への参加費の割引等は、所属学会に関わらず全学会分のサービスが提供されるため、会員の負担は軽減され、機構への入会の価値は非常に高くなっている。

(3)学会同士の競合の防止

分科会と同じ名称の学会が別にてきて、日本ヘルスコミュニケーション学会と会員獲得、学術集会参加者面で競合することを避けられる。そして、今後、将来の発展が期待される分野のキーワードを抑えておくことができ、新しい学問分野へ挑戦したい人に必要な発表の場を確保できる。

こうしたメリットの一方で、学術集会やシンポジウムのテーマ等の内容に関しての自由度は損なわれてはいない。勿論、各分科会の運営方法についても機構での標準的な方法がデフォルトで適用されるが、各分科会で変える積極的な理由があれば、運営の効率と自由度のバランスを考慮しつつ、標準の方法と変えることも可能である。機構での標準の運営方法は、一種のナッジとして機能していると考えられる。

5. 結語

ヘルスコミュニケーション学関連学会機構の傘下の分科会の担当する学問領域に関して、整理を行い、その相互関係と体系的な位置づけを行った。これらの学問領域を包括する学術集会であるヘルスコミュニケーションウィークとこれを主催するとともに各分科会を統括するヘルスコミュニケーション学関連学会機構の意義と役割について考察を行った。またヘルスコミュニケーション学関連学会機構における職域別学会の意義と役割についても考察した。ヘルスコミュニケーション学関連学会機構は、ヘルスコミュニケーション学関連分野の学問を効率的に発展させ、それらの独立性も考慮しながら、密に相互交流を図る仕組みとして、非常に有用であると考えられた。

謝辞

本研究に関して、貴重なご意見をいただいたヘルスコミュニケーション学関連学会機構（旧日本ヘルスコミュニケーション学会）代議員の先生方及び一般会員の皆様に感謝いたします。

研究資金

該当なし。

利益相反自己申告

本総説に関して申告すべき利益相反はない。

引用文献

- [1] 木内貴弘、中山健夫、荒木登茂子、萩原明人. 発刊のご挨拶 -21世紀の課題はコミュニケーション-. 日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌 2010; 1(1):2-3
- [2] 日本ヘルスコミュニケーション学会ホームページ <http://HealthCommunication.jp/> 2023年1月26日アクセス
- [3] 日本ヘルスリテラシー学会ホームページ <http://HealthLiteracyAssociation.jp/> 2023年1月26日アクセス
- [4] 日本メディカルコミュニケーション学会ホームページ <http://MedicalCommunication.jp/> 2023年1月26日アクセス
- [5] 日本医療通訳学会ホームページ <http://HealthcareInterpreting.jp/> 2023年1月26日アクセス

- [6]日本ヘルスマーケティング学会ホームページ <http://HealthMarketing.jp/> 2023年1月26日アクセス
- [7]日本医学サイエンスコミュニケーション学会ホームページ <http://MedicalScienceCommunication.jp/> 2023年1月26日アクセス
- [8]日本医療コミュニケーション学会ホームページ <http://HealthcareCommunication.jp/> 2023年1月26日アクセス
- [9]ヘルスコミュニケーションウィーク2021広島ホームページ <http://HealthCommunication.jp/hew2021/> 2023年1月21日アクセス
- [10]ヘルスコミュニケーション学関連学会機構ホームページ <http://HealthCommunicationWeek.jp/> 2023年1月21日アクセス
- [11]ヘルスコミュニケーションウィーク2022名古屋ホームページ <http://HealthCommunicationWeek.jp/2022/> 2023年1月21日アクセス
- [12]日本歯科コミュニケーション学会ホームページ <http://DentalCommunication.jp/> 2023年1月26日アクセス
- [13]日本看護コミュニケーション学会ホームページ <http://NursingCommunication.jp/> 2023年1月26日アクセス
- [14] Ancker, J. S., Grossman, L. V. and Benda, N. C. (2020) Health Literacy 2030: Is It Time to Redefine the Term? *Journal of General Internal Medicine*, 35, 2427-2430. 10.1007/s11606-019-05472-y.
- [15]木内貴弘. ヘルスマーケティングとは何か?なぜ今ヘルスマーケティングか? 日本ヘルスマーケティング学会誌 (印刷中)

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

投稿日: 2023年2月18日 受理日: 2023年3月9日

総説

臨床のアートとしてのナラティブ・アプローチ Narrative approach as a clinical art

中川 晶¹⁾
Akira Nakagawa¹⁾

1) 京都看護大学
1) Kyoto college of Nursing.

Abstract

Narrative approaches have become popular in the healthcare sector in recent years. However, not many medical staff are familiar with this technique. The reason for this is that many medical staff do not know exactly what a narrative approach is. In this article, I would like to describe the narrative approach as a clinical art for eliciting patient stories.

要旨

ナラティブ・アプローチは近年、医療の分野でよく知られているが、実際は使いにくい、或いはナラティブになっているのかわからないという疑問が多い。そこで、今回はヘルスコミュニケーションの基調講演ということで、臨床のアートとしてのナラティブ・アプローチを質問技法としてのナラティブ・アプローチを解説してみたい。アートという言葉には芸術以外に技巧・わざ・熟練・専門の技術という意味がある。医療分野には今後 A.I. がどんどん導入され医学知識の検索は容易になるだろう。しかし、その知識をどう臨床につなげるかについては、人間の熟練の技が必要であることに変わりはない。特に医療のコミュニケーションについては今後更なる研究が必要になるだろう。

キーワード：ナラティブ、リフレーミング、質問技法、臨床

Keywords: narrative, reframing, questioning method, clinical

1. 序文

「サピエンス全史」で有名な歴史学者のノア・ハラリは、ヒトという種の特徴として共同主観の現実を構成する能力あるいは傾向を指摘している¹⁾。共同主観というのは他人の語った物語（他人の主観）をあたかも客観的現実と同程度のインパクトを持って体験出来る能力のことらしい。ヒトはその能力を使って神、国、お金などの概念を造ってきたという。考えてみれば神も国もお金などの概念は共同幻想に過ぎないだろう。

さて、のっけから変な方向から始めてしまった。しかし、コミュニケーションの本質はこの共同主観なのだろう。特に医療の場面では病者の主観をどう聞くかが、治療の成否にかかわることが多い。もちろん徹底的に客観的な現実即して治療に当たらねばならないことは医療では自明ではあるが、それだけで医療は成立しない。何故なら治療という行為は病者がどのように関わるかによって成否が決まることも多いからである。もちろん手術下や、昏睡患者の治療に患者側の関与は最小であるが、服薬行動・運動療法・食事療法といった日常の病気対処行動においては、病者自身が自身の病気をどう考えているかを知ることは治療の要点である。ともすれば医療者は「聞く」より「話す、説明する」傾向が強い。ニューヨークの内科医ダニエル・オーフりは著書のなかで多くの医師は最初の診察場面では「どうされましたか？」と患者の話を聞くが 30 秒以内に自分がしゃべり始めて、その後はほとんど舵取りをしてしまうと自戒を込めて書いている²⁾。

そうすることによって病気を自分の守備範囲に閉じ込めてしまうのかもしれない。

「プロクルテスのベッド」という言葉が現代医学批判に時々用いられる。プロクルテスというのはギリシャ神話に出てくる盗賊なのだが、この盗賊は変わった癖があり、捕まえてきた旅人をベッドにくくりつけて、そのベッドのサイズに旅人の身体がピッタリでないと頭やら足を切り落とすという変な話なのだが、現代医学はまさにプロクルテスのベッドのように無理矢理患者を守備範囲の病気に閉じ込めてしまうという批判である。

当の患者が自分の病気をどう説明しようとしているのか、自身の人生における病気の意味をどのように考えているのかを聞き出すことで医療の幅が広がる。そのような「病いの語り」を聴くことが医療におけるナラティブ・アプローチと言える。

2. 臨床のアート

臨床は医学という科学研究の成果の応用だという考えがあるが、実際の臨床現場ではあまり科学的とはいえない診療場面にいくわすことも多い。昔、筆者がまだ研修医だった頃、先輩医師のシュライバー（カルテ書きをする助手）をしていた時のこと。おそらく風邪っぽい患者が続いて、しかも同じような症状なのに先輩医師は違った処方をする。筆者は不思議に思い質問してみたところ先輩医師はしばらくモジモジしながら「だって、同じ処方だったら飽きるじゃない」と変な答えが返ってきて、この人は駄目医者だと見切りをつけてそれ以上の質問を止めた。ところが数年後、筆者自身がその先輩と同じ立場に陥ってしまった。つまり同じような症状の患者に異なった処方をする論理的説明を研修医から求められたのである。もちろん筆者は誠実に答えようとしたのだが思いつく答えはどれも論理的とはいえない。思いあまって「同じ処方では味気ないなあ」。

つまり処方は大した違いではないのだが、自分の中でどの薬が合いそうだという感覚のようなものが出来てくるのだが、それは論理的でもないし言葉に表現し難い。「技（アート）」と言ってしまうと実も蓋もない。しかし何とか伝えようと努力する必要がある。

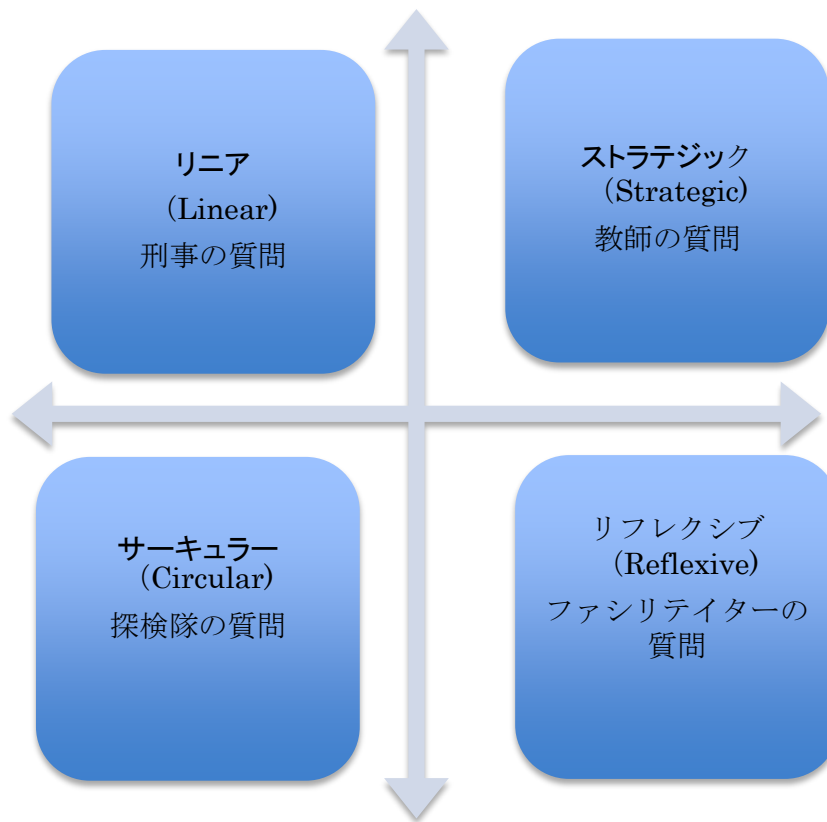
筆者の専門はナラティブ・アプローチという分野であり、専門的な心理学を習っていない普通の医療者が使えるようなアプローチである。自分でも何とか様になってきたと思えるまで 20 年くらいは要している。言い続けてきたのは患者の病気観を考慮したアプローチなのだが、臨床心理医学というナラティブ・セラピーと医療とは中々結びつかなかった。筆者は元々、農学部で生化学をやり、大学院中退で中学で理科教師をやってから医学部にやってきた。従って他の医学部同級生が医師としてのイニシエーションを受け医師らしい医師になっていくのに対して、筆者はいつまで経っても患者の視点が抜けない。いずれは同級生と同じく医師っぽくクールになってくるのかと思いきや、いつまで経っても抜けない。それならと開きなおったのは医師になって 10 年ほど経ってから。やはり医療は患者抜きでは成立しないのだから、患者の視点を入れた医療があってもいいじゃないかと色んな分野を渉猟し始めた。医療人類学、精神医学、臨床心理学、仏教まで文献をあたり、ナラティブという単語を見つけた。J.S ブルーナーという心理学者の文献に人間の思考は論理—科学的思考モードだけではなく、もう一つあるという³⁾。それがナラティブ・モードだという。前者は科学的思考にかかせない。精密な論理を積み重ねて抽象化された普遍体系を構築していこうとする思考である。この思考モードにはトレーニングが必要なのだが、ナラティブ・モードはトレーニングを受けてない素人の思考モードで、様々な出来事、特に苦難に対してヒトは何とか解釈しようと物語モードで思考する。つまり自分流の物語を生成する。このあたりは医療人類学の A. クラインマンも「臨床人類学」の中で説明モデルという概念で、患者は医学的に正しいかどうかに関わらずすでにボンヤリとでも病気の原因、病態生理、病気の経過、治療法などについての考えを持っていると書いている⁴⁾。さらに英国の心理学者 A.F. フェーンハムは LAY THEORY (翻訳「しろうと理論」(北大路書房)) という著書で、様々な問題が降りかかったとき素人はどう考えるかについて帰属理論を駆使して展開している⁵⁾。様々な研究者が理論を展開しているが、筆者が知りたかったのは、患者の病気観を医療者が知ることで、医療は今より親切なものになるだろうし、効果的になるだろうという感覚だった。転機は 2007 年に訪れた。イギリスでナラティブ・ベイスト・メディスン (N.B.M) が始まり、運良くロンドン大学に半年留学する機会を得た。そこで学んだことが筆者のナラティブ・アプローチの基盤になっている。

3. ナラティブ・クエッシングという方法

今回、伝えたいことは、すでに「日本保健医療行動科学会雑誌第 36 巻別冊 講義と保健で学ぶ保健医療行動科学」に詳述している⁶⁾。ので、そこから大幅な引用をお許し頂きたい。今回はナラティブ・アプローチを質問という側面から実用化してみようと思う。筆者はこの独特の質問法をナラティブ・クエッシングと名付けた。もちろん、現法は英国の NBM 研究者 J. ローナーのオリジナルであるが、彼はその技法に名前をつけてない。そこで、便宜上筆者がナラティブ・クエッシングと名付けて説明してみたい。

以下が引用部である。

我々医療者は病者に対して何気なく質問を発するが、よく考えてみると質問が相手のナラティブに大きな影響を与えることは明らかである。質問がうまく機能すれば病者は自分のナラティブ (病気物語) を改善して、病気にうまく対処できるようになるだろう。逆にひどい質問を続けると、病気対処行動に変化がないばかりか、時には悪化させてしまうこともある。北欧の家族療法の理論家 T. カールは質問を 4 つの種類に分類して、質問者が自分の質問がどれに当たるかをきちんと認識して質問することが大事だという。



図一 1

この4つの質問をナラティブ・クエッシングと呼ぶ。

トムの4つの質問を理解するために、我々はなぜ病者に質問をするのかというという基本的な所から考えてみよう。勿論、質問の第一の目的は情報の収集である。知らないから質問するのである。刑事が被疑者に質問するのは、犯人かどうか知るための質問で、アリバイ有無の確認などは、その典型的なものだろう。例えば被疑者が昨日の午後8時に大阪に居て、8時半にはロンドンに居たと言えば、それは明らかに嘘であり、被疑者の弁は論理的に破綻しているのでアリバイは崩れる。このように論理的に相手を問い詰めていく質問をトムはリニア・クエッションと名付けた。しかし質問は必ずしも、分からないから発するばかりでなく、相手を誘導するときにも質問という形を取ることが多い。例えば、教師は生徒を教えるときによく質問をするが、この時の質問の多くは生徒を正解に誘導するための質問である。生徒は論理的に考えることが要求され、教師は戦略的に質問する。この種の質問はストラテジック・クエッションに分類される。

以上二つの質問は、質問の中身も答えも論理的であるという前提でなされる。例えば、被疑者が30分で大阪からロンドンに行けたのは、トトロの猫バスに乗って疾風のごとく走ったからだと答えることは許されない。例えば、生徒が1たす1は時には3になったり5になることもあると答えることは許されない場である。しかし、カウンセリングの現場では、答えはもっと多様であり、質問者ももっと心を開いておくことは常識である。しかし、医療の現場で通常のカウンセリングは馴染みにくい。何故なら、医療者は常に医学的な正しさ(論理的であること)に縛られるし、それを逸脱すればもはや医療者とは言えない。だからといって、常に医学的正しさががんじがらめになっているのは病者の主観的世界は見えなくなり、治療にならない。それでは医学的正しさという構え以外に、医療者はどのような構えを取ることが可能だろうか。医学的正しさとは論理的に一環していること、つまりは原因・結果の直線的因果律が透徹していることといえよう、とすればその逆は、すべての事柄は繋がっており、原因・結果を分けることは出来ないという円環的因果律の世界である。

つまりは医療者たる者は時として、医学的正しさから一步距離を置き、論理的でない病者の世界をナラティブ(物語)として理解しようという構えに立つことも必要だろう。探検家が密林の奥深くに住む原住民と初めて出会った時には、こちらの論理を押し付けるのではなく、彼らの世界観を理解しようとするに違いない。優れた探検家ならば、原住民が魔術が存在すると言えば「そんなバカな」と反応するのではなく「どんな魔術なのか?」と問うに違いない。同じように円環的因果律に立って病者の世界観を知ろうとする質問は、時には極めて治療的である。この種の質問をトムはサーキュラー・クエッションと名付けている。

さて、以上の三つの質問に加えてトムは最後の、そして最も大事な質問をリフレクシブ・クエッションとして紹介している。リフレクシブ・クエッションとは円環的因果律で病者の世界観、つまりは病者の世界のルールを把握した上で、そのルールに従って(例え論理的でなくとも)病者を誘導して、医学的にも正しい方向に着地出来るよう促すような質問のことである。例を挙げたほうが分かりやすいかもしれない。

4. ある神経性咳嗽の一症例

【症例】Aさんは80才の婦人。数ヶ月継続する乾性咳嗽(痰の絡まない咳)で内科より筆者の心療内科に紹介されて受診。内科では様々な内科的検査が行われたがすべてネガティブだった。

うららかな春のある日、物腰おだやかな和服姿の上品な老婦人が筆者の外来にやってきた。内科からの紹介状には、診断名：神経性咳嗽とある。神経性咳嗽とは呼吸器には何の異常もないが、精神的なことが原因で起こる長く継続する咳のことである。内科では、かなり詳しく検査したようだった。マイコプラズマ肺炎、結核、肺気腫、肺癌などなど非常に広範囲の、見方によっては内科医がムキになって検査しているような印象さえあった。筆者ならばもっと早めに神経性咳嗽と診断出来たらうに、などと軽口を叩きながら、Aさんに初めて会ったのだが、ここからが大変だった。Aさんは常にニコヤカでこちらの聞いたことには何でも答えてくれるやりやすい患者さんだった。最初は何度か診察すれば咳嗽の原因になっているストレスの原因は簡単に分かるだろうとタカをくくっていたのだが、5回の診察を終えても全く原因は不明。さすがに筆者も少し焦り出して、家庭環境に問題があると決めつけて、夫や息子・娘との関係を根掘り葉掘り聞くのだが、ほとんど問題らしい問題は見つからない。夫はおおらかで優しい人柄だし、子供は三人居てみな親孝行。関係も良好である。孫たちもお婆ちゃんが大好きで、問題らしい問題が見つからない。この頃、筆者の発する質問はほとんどがリニア・クエッションでありきたりの質問ばかりだった。時にストラテジック・クエッションで強引に咳嗽の原因を家族関係に求めようとしたが全く歯が立たずだった。初診から3ヶ月が経過し、全く進展はなし。相変わらず原因を特定できない筆者にAさんは相変わらず笑顔で来院してくれていたが、こちらが苦しくなりそうだった。

そして、夏の昼下がり突然の展開があった。この日は筆者は診察日ではなかったが大学病院に用事があって白衣ではなくGパンにポロシャツという軽装で書類も小脇に抱えて病院を走っていた(筆者はいつも走っていた記憶がある)ふと見ると、Aさんが広い待合室に座っておられた。筆者が気づいて声をかけたが、Aさんはケゲンな顔。どうも筆者が白衣を着てないので判別出来ないようだった。しばらくして「なーんだ、先生じゃないの」と分かったようだが、どうもいつもと調子が違う。そういえばAさんも軽装で和服でない言葉もザックバラだった。つまりは、いつも筆者が会うAさんはヨソイキで、普段のAさんではなかったということだった。(そんなことも見抜けない筆者であった)一般に大学病院にくるときの患者さんはヨソイキであることが多い。

さて、筆者は夏の昼下がりの誰も居ない待合室でAさんに会ったのだが、Aさんはどうも友人がこの病院に入院しているらしく、お見舞いに来たとのこと。「こんなに暑いから、友達にジュースを持って行ってあげたのよ。でもね、友達は糖尿病なので飲めないって言うのよ、せっかく一緒に飲もうと思って買ってきたのに残念・・・そう、ジュース余ってるのよ。先生飲まない？」そう言うと、Aさんは嬉しそうに筆者にジュースの缶を差し出した。筆者もどが乾いていたので「喜んでいただく」とAさんの隣に座った。その時はひとしきりヨモヤマ話をしたのだが、そのあと突然「先生、実はね、咳の原因は知ってるの」とAさんが言い出したので筆者はびっくり仰天「え！知ってるんなら何故言ってくれなかったんですか！」と返した。すると「いえね、原因なんだけど大学病院で話せるような原因じゃないのよ」と恥ずかしそうに続けた。

「私には子供がいると言ったでしょ、三人。でもね実はその前に二人いるのよ。あの頃は貧乏でね、私もお父さんも一生懸命働いたんだけど子供が養える状態じゃなかったのよ。それでね、ずいぶん悩んだんだけど、流しちゃった。水子よね。その後は暮らし向きもマシになって今の三人が生まれて、皆申し分なくいい子に育ったわ。でもね、私はそんなに幸せになっちゃいけないのよ。だって二人も闇から闇に葬っちゃったんだもの・・・咳はね、天罰なのよ」筆者には初めて聞く内容だったし、内容が内容だったので答えようがなかった。でも、その時筆者のなかで医学的正しさが影をひそめて、ある転回があったのかもしれない。次に筆者が言った言葉は今に本当に自分の口から出たのか怪しんでいる。まさにリフレクシブ・クエッションだったのである。

「なあんだ、水子だったんだ。咳の原因。言ってくれれば良かったのに。ところでAさん、水子地蔵建ててますか？え？建ててない。二人の水子さんのためにお地蔵さんを建てて、毎日てを合わせてあげるといのはどうでしょうね？」

Aさんは、医者である筆者が水子地蔵を持ち出したので驚いたようでしたが、すぐに笑顔に戻り「そうね、いい考えだと思う。水子地蔵か。なんで思いつかなかったのかしら？」

その後、Aさんは水子地蔵を建てて毎日、二人があの世界で元気に暮らすことをお祈りしてるとのことだった。そし

て、もちろんあれほどしつこかった咳はその後ピタリと止まり、まもなく筆者の外来を卒業していった。

5. ナラティブ・クエッシングの練習

以上が長い引用部であった。振り返ると最初の段階ではリニアやストラテジック(刑事の質問・教師の質問)ばかりを繰り返して何の進展もなかったが、二人で腰掛けてジュースを飲むなかで筆者の世界がぐるりと反転して彼女のナラティブを聴くというスタンスになって始めて、彼女が自分の世界について語りはじめ、彼女は水子の存在する世界に住んでいたのだと、何のこだわりもなく理解することが出来た。そこからは自然なりフレキシブなつまりファシリテーターの質問として「水子地蔵を造るというのはどう思いますか?」という質問が、状況をぐるりと回転させた。しかし、このようなファシリテーターの質問は簡単に出来るわけではなく、普段から頭を柔らかくして発想の練習をしなければ難しい。英国のやり方を踏襲して我々も研究会では三人組での質問をブラッシュアップする練習をしている。約3時間くらいの研究会だが、4つの質問のトレーニングは質問者役・相談者役・観察者役という三人一組のロール・プレイ学習が適している。

筆者のワークショップでは注意事項として質問者役は

- a. 質問以外はしてはいけない。
- b. 決して問題を解決しようとしてはいけない。
- c. アドバイスしようとしてはいけない。
- d. 質問を繋いでいくことで、ストーリーを促す。

6. おわりに

ナラティブ・クエッシングはただ英国流をそのまま踏襲していたのでは、うまくいかないことも多い。そこで我々は今後は文化差も取り入れたクエッシング法を開発しなければと考えている。2009年の日英のナラティブ研究者が集まったの研究会においても、結論としてイギリスのナラティブ研究は論理的過ぎるが、一方において日本のナラティブ研究は情動的すぎるのではないかと文化差がクローズアップされた。ともあれ、今後の医療にナラティブの視点は必須だと考えられる。

謝辞

ふだんつらつらと考えていることをまとめる機会をヘルスコミュニケーション学会基調講演という形で与えてくださった阿部恵子先生をはじめ関係者各位に深くお礼申し上げます。

研究資金

なし

利益相反自己申告

なし

参考文献

- 1) ユヴァル・ノアハラリ「サピエンス全史」河出書房新社、2016.9.30.
- 2) ダニエル・オフリ「患者の話は医師にどう聞こえるのか」2020.11.10.
- 3) 横山草介：J.S.ブルーナーと心を見る眼：東京都市大学人間科学紀要,2018.1.p11-23
- 4) アーサー・クラインマン「臨床人類学」弘文堂、1992.3.10
- 5) A.F.ファーンハム「しろうと理論」北大路書房、1992.5.20
- 6) 中川 晶：ナラティブ・アプローチ;講義と演習で学ぶ保健医療行動科学,日本保健医療行動 科学会雑誌第36巻別冊,P78-81,2022.3.31

*責任著者 Corresponding author：中川 晶 (e-mail: medicinemanakr2@gmail.com)

特集 1

市民参加のコミュニケーション： アートの心ころをどう伝えるか

Citizen Participated Communication: How to Communicate the Heart of Art

阿部恵子¹⁾、後藤道子²⁾
Keiko Abe¹⁾, Michiko Goto²⁾

- 1) 金城学院大学看護学部看護学科基礎看護学
- 2) 三重大学大学院医学系研究科家庭医療学講座/医学部総合診療部
- 1) Department of Nursing, Faculty of Nursing, Kinjo Gakuin University
- 2) Department of Family medicine/General Medicine, Mie University Graduate School of Medicine

本特集では、第 14 回日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会のシンポジウム 1 「市民参加のコミュニケーション：アートの心ころをどう伝えるか」における 3 名のご講演をもとに、各講演の演者による総説を掲載します。アート・芸術を通して、学習者の感性、感情に働きかけ、多様な価値観を涵養する教育が、現在注目され始めています。そのような中、先進的にアートを元に感性を高める教育に取り組んでいる 3 名の先生に、芸術鑑賞、模擬患者、患者講師を活用するという視点で考察しています。

まず初めに、鳥取大学の孫大輔先生が、「アートとは何か？」を問い、多面的に芸術と社会の関係性を概説した上で、医療教育におけるアートの活用意義とその実践例を紹介しつつ、「正解のない」不確実性への寛容について考察されています。次に、名古屋大学の末松三奈先生は、多職種連携教育でパーキンソン病や認知症の患者及び家族の「病いの語り」を行う教育実践例をもとに、振り返りにおける学習者の思考過程に焦点を当て、学生の気づきや学びをまとめられています。3 人目は、東京大学の香川由美先生が、共感、変容的学習、ナラティブ理論を元に、効果的なストーリーテリングの具体的な方略を紹介し、学修者の価値観が揺るがされる体験のプロセスを考察されています。

これら 3 名の総説を通して、患者の価値観やアートに触れ、内省と思考する事による情動的な心の揺さぶりから真の共感や感性が生まれることが理解できます。本総説が、アートを元にした教育が広がるきっかけになれば幸いです。

総説

アートは医療者教育にどう役立つか：共感とナラティブ・コンピテ ンスを養うためのアート基盤型教育の可能性

How the Arts Can Help Educate Health Care Providers: The Potential of Arts- Based Health Care Education

孫大輔¹⁾
Daisuke Son¹⁾

1) 鳥取大学医学部地域医療学講座

1) Department of Community-based Family Medicine, Faculty of Medicine, Tottori University

Abstract

Art has the power to resist the absurdities and limitations imposed on human beings and restore their vitality and humanity. Medical education through film (i.e., cinemeducation) has a “human-forming function” that encourages learners’ critical thinking and independence formation. A review of the educational benefits of the visual arts for medical professionals shows that art appreciation leads to clinical observation, empathy, tolerance for uncertainty, cultural sensitivity, team building and collaboration, in addition to wellness and resilience. Tolerance for uncertainty is connected to the concept of “negative capability,” which refers to the ability to tolerate ambiguous situations that do not have easy answers. In recent years, empathy has been increasingly emphasized in medical education and is a central component of patient-centered care and medical professionalism. The arts may help medical professionals to develop empathy and narrative competence. For example, carefully appreciating literary works, paintings, videos, and music, and cultivating a perspective about others through the ability to express oneself is a central aspect of the arts. As a practical example, the experience and effects of using visual thinking strategies and cinemeducation with medical students and residents will also be presented.

要旨

芸術（アート）には、人間に課されている不条理や限界に対して抵抗し、その生命性や人間性を回復させる力がある。映画による医学教育（シネメデュケーション）には学習者の批判的思考や主体性形成を促す「人間形成機能」がある。医療者に対する視覚的アートの教育効果をレビューした総説では、臨床的観察力、共感、不確実性への耐性、文化的感受性、チームビルディングと協働、ウェルネスとレジリエンスなどにつながるものが示されている。不確実性への耐性は「ネガティブ・ケイパビリティ」の概念に通じるものであり、これは容易に答えの出ない曖昧な状況に耐えうる能力を指す。

共感、近年医学教育において重視されるようになってきており、患者中心のケアや、医療プロフェッショナルリズムにおいて中心的な要素である。医療者が共感やナラティブ・コンピテンス（物語能力）を養う上で、アートが役立つ可能性も示唆されている。例えば、文学作品、絵画、映像や音楽などを用いてそれを丁寧に鑑賞し、自己表現の能力を通して他者への視点を養う手法である。実践例として、医学生・研修医に対して対話型鑑賞やシネメデュケーションを用いた経験とその効果も紹介する。

キーワード：アート、不確実性への耐性、ネガティブ・ケイパビリティ、共感、ナラティブ・コンピテンス

Keywords: Art, Tolerance for Uncertainty, Negative Capability, Empathy, Narrative Competence

1. アートとは何か

アートを用いた教育は以前より医療者教育において活用されてきた。しかし、アートあるいは芸術とは改めて何であろうか。

哲学者のジル・ドゥルーズと精神科医のフェリックス・ガタリの共著『哲学とは何か』においては「哲学書と芸術作品には、抵抗するという共通点がある——死に対して、隷属に対して、耐えがたいものに対して、恥辱に対して、現在に対して抵抗するという共通点があるのだ」と述べられており、芸術と哲学の「抵抗する」という共通点に注目

している[1]。

芸術家の岡本太郎は著書『自分の中に毒を持って』の中で「芸術は呪術である。というのがぼくの前からの信念だ。その呪力は無償のコミュニケーションとして放射される。無償でなければ呪力を持たないのだ。(中略)ほんとうの芸術の呪力は、無目的でありながら人間の全体性、生命の絶対観を回復する強烈な目的を持ち、ひろく他に伝える」と述べ、芸術は「無目的」であるがゆえに、人間や生命の全体性を回復する作用を持つと主張する[2]。

また、映画批評家のアンドレ・バザンは「映画文化というものは、単に、質の高い作品をよりよく見分けたり、映画をより豊かに楽しんだりするためにあるのではない。映画が現実性というまことしやかな「アリバイ」の下に、われわれの意識に流しこもうともくろむ、さまざまな観念に自覚的であるためにも、映画文化は必要なのである。(中略)それは一つの生活様式、一つの道徳観が染み渡った表現であり、一つの政治体制や一つの文明の価値観のいとも巧みな確証なのである」と述べており、映画という芸術文化が我々の生活様式と密接に関連したものであり、社会における政治体制や価値観と不可分であることを示唆している[3]。

芸術の本質は、人間が人間であるがゆえに課されている不条理や限界に対して抵抗し、その生命性や人間性を回復させるものであるわけだが、それは常に「社会」というコンテキストの中で機能するものである。すべての芸術は、それ単独で成り立つものではなく、それが他者とコミュニケーションするもの、あるいは他者によって体験されるものである限り、ソーシャル(社会的)なものである。しかし、芸術と社会との関係性を考えるとき、芸術が単に社会において「観賞される」ものとしてあるのではなく、能動的に社会に関わり、変革を促していく作用もある。例えば、ソーシャリーエンゲイジドアート(SEA: Socially Engaged Art)は、アーティストが対話や討論、コミュニティへの参加や協働といった実践を行なうことで、社会的価値観の変革を促す活動の総称である[4]。SEAは近代的な美術館やギャラリーといったアートワールドの外に広がる社会へ関与する中で、作者および作品という概念を脱して、参加や対話そのものに価値を見出し、社会的相互行為(ソーシャルインタラクション)を重視するという特徴がある。実際、多くの芸術活動が、政治および社会批評としてなされてきたし、社会に対するメッセージを持たない芸術は皆無であるとも言える。アンディ・ウォーホルの一連の作品は資本主義や大衆文化のもつ大量消費、非人間性、陳腐さなどに対する痛烈な批判と受け止めることができるし、素性不明の路上芸術家バンクシーの作品は、反資本主義、反権力を表現したものであり、2022年のロシアによるウクライナ侵攻への抗議活動としても大きく注目された。

2. アートを用いた教育の可能性

アートが社会に及ぼす効果としてさまざまなことが考えられるが、社会学者のピエール・ブルデューは、芸術の「文化資本」としての作用に言及している。ブルデューは、金銭以外の個人的資本である「文化資本」の概念を提唱し、それを客体化された文化資本、制度化された文化資本、身体化された文化資本の3つに分類した[5]。3つ目の「身体化された文化資本」とは、さりげない仕草や立ち居振る舞いから知識・技能に至るまで、その人の身体に染み付いているものを指す。ブルデューは文化資本も経済資本と同様、親から子に伝わり「再生産」されていたり、社会において「蓄積」されていたりすると述べている。つまり、家庭や地域において普段から芸術に接する機会の多い社会ほど「身体化された文化資本」が蓄積されると考えられる。

改めて個人に対する芸術の効用を考えてみると、映画の教育効果を検討した仁平らは、「映画においても、表現主体である表現者が、対象に対する表現者の精神のもと、影を材料として、ドラマツルギーへと結晶化を行っており、その点で、上述のように映画は芸術であり、さらには文学と共通の特質をもちうるのだということができるのである。映画が優れた芸術であり、文化的実践として、文化を再吟味し、社会を新たな展望へと導くという特質をもっている」と述べている[6]。人間形成機能とは「現実を正しく認識・理解し、批判的な思考を養い、現状を変革していく主体を形成する働き」のことを指す。

映画を医療者教育に用いる手法は、1994年にマシュー・アレキサンダーが始めたもので、cinema と medical と education を組み合わせて「シネメデュケーション(cinemeducation)」という造語を作った[7]。シネメデュケーションによって、学習者は映画を通して表現者側からの問題提起を受け取るのみならず、課題に対する自分の見方を脱構築し、新たな価値を創造することを積極的に促される。仁平らは、シネメデュケーションの効果として、人間形成機能以外にも、経験的・共同的・対話的な自由な学びの創造、および、文化の再吟味の機能とパラダイム転換を挙げている[6]。医療者教育においては、近年プロフェッショナルリズムの重要性が挙げられており、シネメデュケーションは批判的思考や主体性形成を促すのみならず、利他主義や共感などのプロフェッショナルリズムを涵養することができることも示されている[8]。

3. 医療者教育におけるアート活用

医療者教育においてアートを活用するとどのような効果があるのだろうか。2001年のBardesらの研究では、アートをを用いた教育によって医学生の患者の表情を解釈する主観的能力だけでなく、客観的観察能力も向上したことが示された[9]。2017年のBentwichとGilbeyの研究では、共感(empathy)、曖昧さへの耐性(tolerance of ambiguity)、チームワークが向上していた[10]。さらに、アート特有の曖昧さと、その結果として学生が理解する「複数の意味の受容(acceptance of multiple meanings)」が、視覚的スキルの向上よりもさらに、アート教育介入と最も関連する要因であったことが示されている。その他の研究でも、学生のマインドフルネスや患者のナラティブ理解、感情認識(emotional awareness)が向上することが分かっている[9,11,12]。2022年のAlkhaifiらのレビュー論文では、基準に適合した23の論文のレビューと統合を実施し、視覚的アートの教育効果についてまとめている[13]。選択された研究における教育プログラムの形式と内容はさまざまであり、1日の特定の能力に焦点を当てたプログラムから、よく構造化された6~12週間の包括的プログラムまで存在した。その結果、教育的効果は主に6領域にカテゴリー化され、「臨床的観察力」「共感」「不確実性への耐性(tolerance to uncertainty)」「文化的感受性」「チームビルディングと協働」「ウェルネスとレジリエンス」であった。特に「臨床的観察力」と「共感」は量的評価においても有効性が強く示されていた。

臨床文脈および医療者教育における「共感(empathy)」の定義にはさまざまなものがあるが、Hojatは「患者の苦痛の認知的理解およびこの理解を患者ケアに適用する能力」として定義している[14]。しかし、医療倫理やコミュニケーションを研究しているPedersenは認知的共感を感情的共感と切り離して考えるHojatらの定義に否定的であった[15]。「他者の苦悩をどう理解するのか」という問いを能力主義的に考えるのか、あるいは、決して完成はしないがそこを目指し続けていく「徳」のようなものとして考えるのかでも共感の捉え方は変わってくる。しかし、これが医療者のプロフェッショナルリズムにおいて不可欠であることは間違いない。アートをを用いた教育は、他者の視点や経験を追体験し、それを感情とともに理解し、客観視可能なものにする。そのことを通して、他者の苦悩を理解するという行為に迫ることができると考えられる。

Charonは、患者のナラティブ(物語)を医療に应用する能力を「共感」に関連づけて、「ナラティブコンピテンス(物語能力)」と定義しており、以下のような特徴を持つと述べている[16]。1) 患者の言葉に耳を傾け、病いの体験を物語として理解し、解釈し、尊重することができる。2) 患者がおかれている苦境を、患者の視点から想像し、共有することができる。3) 医療における多様な視点からの複雑な物語を把握し、そこからある程度の一貫性を持つ物語を紡ぎ出すことができる。4) 患者の物語に共感し、患者のために行動することができる。Charonは、こうした物語能力を涵養するにあたり、アートをを用いた教育の有効性を報告している。Charonは、物語能力においては、配慮(attention)、表現(representation)、参入(affiliation)の3つが重要だと述べているが、アートをを用いた教育において「配慮」と「表現」に焦点を当てて、文学作品、絵画、映像、音楽などを用いて、さまざまなプログラムを構築している[17]。

「不確実性への耐性」あるいは「曖昧さへの耐性」は、医療者教育において従来あまり強調されてこなかった。しかし、臨床文脈においてこれが重要であることは、精神科医の帯木が「ネガティブ・ケイパビリティ」という概念で強調している[18]。ネガティブ・ケイパビリティ(negative capability)とは、詩人のジョン・キーツが不確実なものや未解決のものを受容する能力として記述した言葉であり、帯木が臨床において容易に答えの出ない事態に耐えうる能力として再定義した。キーツの「ネガティブ・ケイパビリティ」の考えは1817年12月の弟宛ての書簡に表明されている[19]。「特に文学において、人に偉業を成し遂げしむるもの、シェイクスピアが桁外れに有していたもの——それがネガティブ・ケイパビリティ、短気に事実や理由を求めることなく、不確かさや、不可解なことや、疑惑ある状態の中に人が留まることが出来る時に見出されるものである」。キーツはこれを特に創作者に求められる能力であったとしたが、帯木はネガティブ・ケイパビリティは臨床医にとって不可欠の能力であり、現代の医学教育にはこの教育が欠落しているとして批判している。「長い医学教育の過程で、医師は何が正常で何が異常かを峻別する訓練を受け、解決策を頭の中に叩き込まれます。医師は病気を見つけ、それを治療する責任があるという意識を植えつけられます。異常があれば発見し、大事に至らないうちに正常に近づける」のであり、現在の医学教育が「ポジティブ・ケイパビリティ」の育成ばかり重視していると述べている[18]。

臨床医にとって、現場で遭遇する多くの状況は正解の分からない問題であり、そのとき必要とされるのは、決断を下して答えを一つに絞ることよりも、人間存在が抱える複雑性や不確実性を受容し、その曖昧さに耐える「ネガティブ・ケイパビリティ」であり、他者である患者に共感しつつ、不確実性を抱えたまま進むことができる能力であろう。曖昧さや複数の意味を包含することを特徴とするアートをを用いた教育は、そのような能力を涵養することに優れている。

4. アートを用いた医療者教育の実践例

1) 対話型鑑賞ワークショップ

アートを用いた教育の手法として「対話型鑑賞」がある。対話型鑑賞とは鑑賞者の思考能力や対話能力の向上を目的に実践される対話による美術作品の鑑賞方法を指す。ニューヨーク近代美術館で「視覚を用いて考えるためのカリキュラム(The Visual Thinking Curriculum)」制作に参加したアメリカ・アレナスが対話型鑑賞の第一人者である[20]。対話型鑑賞では、美術作品を専門家による研究対象としてのみ捉えることを否定し、作品の解釈や知識を鑑賞者に一方的に提供するような解説を行なうことをしない。鑑賞者が作品を観たときの感想を重視し、想像力を喚起しながら他者とのコミュニケーションがなされることで、組織化された対話や交流が可能となる[21]。

筆者は、対話型鑑賞のファシリテーターを招き、医学生・研修医とともに絵画作品や路上の彫刻作品を共に鑑賞し対話するワークショップを行なった。地元の美術館やアーティストにも協力してもらい、実際に美術館内での鑑賞と対話や、公園内の彫刻作品を鑑賞しながら参加者との対話を行なった(図1)。参加した学生や研修医の事後アンケートの自由記述を分析したところ、「共感(他者視点の取得)」「意見・解釈の多様性への寛容」「自己への気づき」といった学びが起きていた。例えば「美術作品であることで正解がないことが多いため、どのような意見であっても自分の中に入れてきやすく、その感覚を自分自身も楽しみながら身につけることができた」という記述や、「芸術作品は見る人によって全く異なる解釈をされうるものであり、その過程もまた楽しみになる」という記述があった。

芸術・美術作品においては「正解がない」あるいは「解釈が多様である」ということが特徴であり、医学生・研修医においてもそうした曖昧な状態に寛容になることが対話型鑑賞では可能になること、またそれを「楽しむ」という感覚も得られることが分かった。



図1. 米子市美術館での対話型鑑賞ワークショップの様子

2) シネメデューケーション

シネメデューケーションを提唱したアレキサンダーの実践では、映画全体または映画のクリップ(複数可)を使用して、小グループの議論を促進するやり方を用いている[7]。映画を見せる前あるいは後に、教育目標に合わせた「問い」を学習者全体に投げかける。投げかける問いとして、Zazulakは「何を観たか」「何を聴いたか」「何を感じたか」「何を考えたか」「この映画が自分の将来の診療にどんなインパクトを与えようと思うか」の5ステップを提示する方法を提唱している[22]。その後、小グループでディスカッションをさせる。また、革新的な方法として、学習者に2度映像クリップを観てもらい、1度目は無音で、2度目は音声付きで観てもらおうというやり方もある。この場合、学習者の非言語コミュニケーションへの気づき、言語的・非言語情報の整合性の深化などの効果を期待している。また、映

画視聴に続くディスカッションや対話だけでなく、ロールプレイやレクチャー、あるいは診療・治療計画について考えさせるといった内容を組み合わせることもできる。Shankar はシネメデューケーション実践のガイドラインとして表1のようなステップを提唱している[23]。

表1. シネメデューケーション実践のためのガイドライン[23]

1.	テーマやシネメデューケーションに関心のある教員や学生でグループを作る
2.	映画による学習を促進するためのトピックとコンピテンシーを特定する
3.	使用可能な映画のリストを作成する
4.	著作権の問題やパブリックドメインであることなど、様々な基準で適切な映画を選択する
5.	コアグループデザイン活動で、映画のポイントについて話し合い、小グループに分ける
6.	シネメデューケーションとその重要性、上映する映画を紹介する
7.	映画の上映
8.	グループ活動やディスカッションを促進する
9.	全体会、発表、ディスカッションの実施
10.	映画と教訓のまとめ
11.	参加者の感想を聞き、効果を評価する
12.	振り返りと批判的思考を促進するための活動を提供する

筆者は医師であるが、医療や健康に関連した映画をつくった経験があり、2019年に『下街ろまん』(25分)、2022年に『うちげでいきたい』(39分)という短編映画を製作した。『下街ろまん』(図2)は、東京の下街(谷中・根津・千駄木)の風景を舞台に、あるうつ病に陥った青年が街の人たちとの交流を通して健康を回復する物語である[24]。



図2. 映画『下街ろまん』のワンシーン

また、『うちげでいきたい』は鳥取県大山町を舞台にした在宅看取りがテーマの映画である(図3)。ある高齢の女性が末期がんを告知されるシーンから始まり、自宅で逝きたいと願う本人を支えようとする高校生の孫娘の目線から物語を描いている[25]。『うちげでいきたい』が完成した後、鳥取県内外の各地で上映会を実施し、2023年3月現在、計90回以上の上映会が開催され、3000人以上が鑑賞した。その中で看護師や介護関係者など医療介護関係者の研修の一貫としても本作品を使っていた。



図 3. 映画『うちげでいきたい』ポスター

2022 年 11 月に姫路赤十字病院で開催した上映会には 50 名余りの看護師や介護関係者が参加した。事後アンケートの自由記述では「何かを変える・変えない、何ができる・できないではなく、相手のことを想うことが何より大切であることを感じた」「人にはそれぞれの家庭があって、生活環境があって、最期のときをどう迎えるのか、何が最善なのかはすごく難しくいつも考えさせられます」などの記述があった。終末期ケアにおいて「正解がない」状態に向き合い、患者に寄り添っていくこと、曖昧な状態に耐え続けることという「ネガティブ・ケイパビリティ」への気づきが認められた。

また 2022 年 12 月に実施した鳥取大学医学生に対する上映会では、上映後に「もしバナゲーム」[26]という終末期において大事にしたいことが 35 種類書かれたカードを用いて ACP (アドバンス・ケア・プランニング) について考えるワークショップを実施した。事後アンケートでは「医師の仕事は病気を診て、治すことだけではないということに気づいた」「在宅医療をおこなう上で、患者本人だけではなく周りの人たちも含めて考える必要性を感じた」など、医師としての仕事に対する洞察が深まっていた。また「今まで自分の最期について考えたことがなかったが、今回それについて想像してみて、意外と独りで最期を迎えるほうが良いと感じている自分に驚いた」「自分の死がいつ来るか分からない今、一瞬一瞬を大切に生きていこうと思った」など、自分自身の死を想像することや自己の死生観についての気づきがあることが伺えた。

5. 結語

フランツ・カフカの『橋』という短い作品がある。「私は橋だった」という一文で始まるその作品は、橋が主人公だ。人の来ない険しい高地に橋として架かっている「私」は、誰かが来るのをずっと待っている。そこにやっと一人の男性がやってくる。自分の上にその男性ののったとき、誰なのかを見ようとして、「私」は寝返りをうってしまう。橋が寝返りをうつ！その瞬間、橋は崩落してしまう、という話である。さてこの物語は何を意味しているのだろうか。カフカは、アルベール・カミュのように人間の「不条理」を描きたかったのだろうか。しかし、そうではないだろう。なぜならカフカの小説の主人公はいつも、不条理状態に「反抗」してはいない。むしろ奇妙な状況に必死に適応しようとするのである。その証拠に『変身』で毒虫になってしまったグレゴール・ザムザは、いつものように何とか仕事に行こうとする。カフカの作品は常に巨大な謎であり、解釈は読んだ人の数だけ存在すると言える。

医療者が遭遇する状況も常にこのような状態かもしれない。正解は一つではなく、解釈も複数ある。できることは早急に解決を目指すのではなく、不確実性という大きな塊を受け止め、他者に共感を働かせつつ、寄り添い続けることである。偉大な文学作品や芸術作品は、いつもこの現実の不確実性・不可解性を見事に表現してきたのではないか。そして、それを現実の象徴あるいは暗喩として受け止めるときに、私たちの中に不確実性に耐えうる力が涵養されるのであろう。アートを用いた教育はそのような可能性を持っており、今後医療者教育においてもさらに活用されることを願っている。

謝辞

対話型観賞ワークショップにおいてファシリテーターを務めて頂いた蔵多優美さん、作品を提供していただいた朝倉弘平さん、また会場として利用させていただいた米子市美術館の関係者の皆様に心より感謝申し上げます。

利益相反自己申告

本論文に関して、申告すべき利益相反はない。

引用文献

- [1] ジル・ドゥルーズ, フェリックス・ガタリ (財津理訳). 哲学とは何か: 河出書房新社; 2012.
- [2] 岡本太郎. 自分の中に毒を持って: 青春出版社; 2017.
- [3] 岩本憲児・波多野哲郎編. 映画理論集成—古典理論から記号学の成立へ: フィルムアート社; 1982.
- [4] パブロ・エルゲラ (アート&ソサイエティ研究センター SEA 研究会訳). ソーシャリー・エンゲイジド・アート入門 アートが社会と深く関わるための10のポイント: フィルムアート社; 2015.
- [5] 井上正志. P. ブルデューの「文化資本」概念の社会的基礎と制度的位置. 教育社会学研究. 1986; 41: 166-181.
- [6] 仁平成美, 瀧澤利行. 医学教育方法としての「シネメデュケーション」. 茨城大学教育学部紀要 (教育科学). 2016; 65: 307-322.
- [7] Alexander M, Pavlov A, Lenahan P. Cinemeducation: a comprehensive guide to using film in medical education.: Radcliffe Publishing; 2005.
- [8] Lumlertgul N, Kijpaisalratana N, Pityaratstian N, Wangsaturaka D. Cinemeducation: a pilot student project using movies to help students learn medical professionalism. Med Teach. 2009; 31(7): e327-32.
- [9] Bardes CL, Gillers D, Herman AE. Learning to look: developing clinical observational skills at an art museum. Med Educ. 2001; 35(12): 1157-1161.
- [10] Bentwich ME, Gilbey P. More than visual literacy: art and the enhancement of tolerance for ambiguity and empathy. BMC Med Educ. 2017; 17(1): 200.
- [11] Shapiro J, Rucker L, Beck J. Training the clinical eye and mind: using the arts to develop medical students' observational and pattern recognition skills. Med Educ. 2006; 40(3): 263-268.
- [12] Jasani SK, Saks NS. Utilizing visual art to enhance the clinical observation skills of medical students. Med Teach. 2013; 35(7): e1327-e1331.
- [13] Alkhaifi M, Clayton A, Kangasjarvi E, Kishibe T, Simpson JS. Visual art-based training in undergraduate medical education: a systematic review. Med Teach. 2022; 44(5): 500-509.
- [14] Hojat M. Empathy in health professions education and patient care. (1st ed.): Springer; 2016.
- [15] Pedersen R. Empirical research on empathy in medicine: a critical review. Patient Educ Couns. 2009; 76(3): 307-322.
- [16] Charon R. Narrative medicine: honoring the stories of illness.: Oxford University Press; 2008.
- [17] リタ・シャロン, 他 (斎藤清二・栗原幸江・斎藤章太郎訳). ナラティブ・メディシンの原理と実践: 北大路書

房; 2019.

- [18] 帯木蓬生. ネガティブ・ケイパビリティ 答えの出ない事態に耐える力: 朝日新聞出版; 2017.
- [19] Wu D. Romanticism: an anthology. (3rd ed.): Blackwell; 2005.
- [20] アメリア・アレナス (福のり子訳) . なぜ、これがアートなの?: 淡交社; 1998.
- [21] 上野行一. まなざしの共有—アメリア・アレナスの鑑賞教育に学ぶ: 淡交社; 2001.
- [22] Zazulak J. Let Hollywood help you teach. The College of Family Physicians of Canada. Section of Teachers (SOT) Updates. Newsletter. 2002; 10: 6.
- [23] Shankar PR. Cinemeducation: facilitating educational sessions for medical students using the power of movies. Arch Med Health Sci. 2019; 7(1): 96-103.
- [24] 孫大輔・松本由布子. 人が健康に生きるために、薬よりも大切なものがある——映画『下街ろまん』公開記念対談, SYNODOS, 2019, <https://synodos.jp/opinion/culture/22409/> (2023 年 1 月 11 日アクセス)
- [25] 孫大輔. 映画『うちげでいきたい』を制作して. 鳥取県医師会報. 2022; 808: 66-68.
- [26] iACP ホームページ. もしバナゲーム. <https://www.i-acp.org/game.html> (2023 年 1 月 11 日アクセス)

***責任著者 Corresponding author : 孫大輔 (e-mail: sondtky@gmail.com)**

総説

学生は模擬患者及び市民参加の多職種連携教育から 何を感じ・気づくか

What do Students Learn, Feel, and Notice About Simulated Patients' Participation and Public Involvement in Interprofessional Education?

末松 三奈¹⁾
Mina Suematsu¹⁾

1)国立大学法人東海国立大学機構 名古屋大学大学院医学系研究科 地域医療教育学講座

1)Education for community-oriented medicine, Nagoya Graduate School of Medicine

Abstract

This paper focuses on what the students felt and noticed during three interprofessional education (IPE) programs conducted at Nagoya University following the participation of simulated patients (SPs) and the public. The three IPE programs covered basic clinical skills training for fourth-year medical students prior to clinical practice, the Tsurumai-Meijo IPE was conducted during clinical practice for fourth- and fifth-year medical, pharmacy, and nursing students, while the diabetes education (health promotion) IPE was conducted as an extracurricular program. The basic clinical skills training IPE used case studies about Parkinson's disease and dementia for medical and nursing students. Individuals with Parkinson's disease or dementia and their family carers were invited by the lecturers to present their 'narrative' to the medical students. During the Tsurumai-Meijo IPE, students were required to make their care plans for the interdisciplinary team, explain their care plan to the SPs or family members, and receive their feedback. We explored what the students felt and noticed during these IPE programs using the quantitative study results. Finally, we introduced the diabetes education (i.e., health promotion) IPE, which was held for members of the public who were interested in diabetes and dementia.

要旨

本稿では、名古屋大学で実施している模擬患者及び市民参加の多職種連携教育(IPE)について、学生が何を感じ・気づいたかに焦点を当てて報告する。臨床実習前の医学科4年生の基本的臨床技能実習で実施しているIPE、次に医学科4-5年生の臨床実習で施行している「つるまい・名城IPE」、そして課外授業として実施している「糖尿病(健康増進)教室IPE」である。基本的臨床技能実習のIPEは、医学生と看護学生がパーキンソン病や認知症をテーマとした症例検討を行う。症例で扱われているパーキンソン病や認知症の方・家族が、当事者として『病の語り』を行い、学生の気づきを促す。「つるまい・名城IPE」は、医学生・薬学生・看護学生が一つのチームを形成して、医療面接と療養指導計画を立案し発表する模擬患者(家族)参加型IPEである。模擬患者(家族)からのフィードバックを聞き、学生が何を感じ・気づいたかを量的研究結果を踏まえて述べる。最後に、課外授業として、医療系学生が地域病院の糖尿病教室を行った「糖尿病教室IPE」、糖尿病や認知症に興味のある市民を対象として開催した「オンライン健康増進教室IPE」について紹介する。

キーワード: 模擬患者、模擬家族、市民参加、多職種連携教育

Keywords: standardised patient, standardised family members, public participation, interprofessional education

1. 序文

多職種連携教育(interprofessional education :IPE)の定義は、イギリスのCAIPE¹⁾という団体によると「複数の領域の専門職が連携およびケアの質を改善するために、お互いから、お互いについて、お互いに学ぶこと」とされている。このIPEが医療系学生の教育に重要な理由は、医療過誤の防止や患者ケアの質の向上等のために、多職種連携が重要視されるようになったこと、から卒前のIPEが重要とされるようになった^{2,3)}。以下に、名古屋大学のIPEプログラム(図1)のうち、赤い枠で囲った3つをご紹介します。

IPEプログラム名	参加職種・学年・人数	開催回数・時間	内容
医薬入門IPE (必須プログラム)	医学生1年生 約110名 薬学生1年生 約200名	約1日	多職種連携教育ゲーム Cinemameducation
基本的臨床技能実習IPE (必須プログラム)	医学生4年生 約110名 看護学生4年生 約20名	約1.5時間	患者(家族)参加型IPE 問題基盤型学習(PBL) 当事者のお話
つまい・名城IPE (必須プログラム)	医学生 4-5年 約110名 薬学生 5年 約100名 看護学生 3-4年 約80名	通年(全17回) 約3時間	模擬患者家族参加型IPE 問題基盤型学習(PBL) 医療面接
地域におけるIPE (選択特別講義)	医学科4年 各数名 薬学生5年 看護学生2-3年 社会福祉学生2-3年 理学療法士3-4年	約1日	模擬患者(家族)参加型IPE 問題基盤型学習(PBL) 医療面接
糖尿病(健康増進)教室 IPE (課外プログラム)	医学生 4-6年生 各数名 薬学生 5年生 看護学生 4年生 栄養学生 4年生	約1ヶ月	市民参加型IPE 対面とオンラインのハイブリッド 反転授業 糖尿病(健康増進)教室の実践

図 1. 名古屋大学 IPE プログラム(赤枠は、本稿で紹介するもの)

まず、基本的臨床技能実習 IPE は、臨床実習前の医学生 4 年生を対象としたプログラムで、看護学生と 2 職種の IPE である。患者または家族、あるいは両者を招聘し、医学生・看護学生のグループワーク後に当事者としての心境をフィードバックしてもらう。

次に、つまい・名城 IPE は、臨床実習の 1 日を利用した IPE で医学生は 4 年生後半から 5 年生が対象である。薬学生・看護学生と 3 職種の IPE で、臨床に即したシナリオを演じる模擬患者または模擬患者家族と医療面接を行い、療養計画を多職種チームで作成して説明し、模擬患者(家族)からフィードバックを得る。

最後に、糖尿病(健康増進)教室 IPE は、臨床実習の経験がある医療系学生(医学生・薬学生・看護学生・栄養学生)を対象とした IPE で、地域病院の糖尿病教室を多職種チームで実践する、または市民対象の健康増進教室を実践するというプログラムである。コロナ禍ではオンラインで実施した。

2. 臨床実習前の基本的臨床技能実習における IPE

名古屋大学の基本的臨床実習は、臨床実習前に実施されるもので、その一つに IPE を取り入れている。2016 年から 2018 年までパーキンソン病当事者を講師として招聘し、2019 年からは認知症当事者または認知症家族介護者、あるいは両者を招聘して、医学生と看護学生で実施した。内容は、招聘した方の実際の経験を事例として学生に提示し、多職種の役割を考え、情報共有と療養計画作成を行うものである。近年は、医学生・看護学生が、医師・看護師として「何ができるか」を考えるようにアレンジした。その後、当事者及び家族から、心境を語っていただきフィードバックを得る。

90 分 1 コマの講義のうち、当事者との対談時間は約 30 分である。パーキンソン病当事者からは、日常生活で困ったこと・工夫していることを、認知症当事者からは、認知症と気がついたときの思い、受診のきっかけ、診断された当初の気持ち、患者の立場から医師や看護師とのエピソード(嬉しかったこと、悲しかったことなど)を話しただいた。2020 年は、新型コロナウイルス感染拡大予防の観点から、Zoom 会議で行い「認知症当事者との対談」に割く時間が 15 分と短縮されたが、継続性を重要視し実施した。2021 年は、再び認知症の方の家族に来ていただき、対話形式で話を伺った。

さて、この実習に参加した学生は、何を感じ・気づいていたのであろうか。当事者参加型医学教育の、学生への効果の報告³⁴は散見され、認知症当事者が参画する医学教育は、学生に情緒的な痛みを感じさせるという報告がある。参加した学生からは「認知症の方とご家族のお話が聞けてよかった。自分の祖父母も認知症なので、どのように感じているか分かってよかった。」という声が聞かれた。今後も、学生に対する影響について改めて検証し、より良い実習に変革してく予定である。また、本実習に参加された当事者は、終始笑顔で穏やかに過ごされていたことが印象的であった。

医学教育に参加した当事者に対する影響についての報告はほとんどないが、内部障害者の当事者への効果について、「受動相から行為相への転換が起こる」、「ナラティブセラピー的効果がある」と報告⁵がある。森岡⁶によると、病気や困難を抱えるクライアントは共通して、受身的に身の上に被った感情に苦しむ受動相にあるという。また、能動的な行為の遂行者になることを行為相とした。本実習における当事者に対する影響を検討するため、令和 2 年度名

古屋市療養サービス事業団助成⁷を得て、講座に配属された医学生と共に、講師として参加いただいた認知症当事者へインタビューを行った。認知症当事者は、講義前に「自己の語りに対する不安」を感じていたが、これは、認知症当事者は記憶力低下がある中、上手に語るができるかどうかに対する不安であった。また、認知症当事者は講義中の出来事を明確に思い出すことが困難であり、詳しく語られなかった。しかし、認知症当事者は、自己の語りに対する不安を感じていても、講義参加を決めていた。この講義参加に至った要因は、当事者の性格や人生観、死生観が関与していると考えられた。また、講義後について、認知症当事者では、自己の語りに対する満足の表出、自己の語りによる認知症当事者としての気付きが得られた。以上を踏まえて、認知症という疾患の特性で詳細に言語化できないこと、自己の認知症当事者としての経験を上手に語るができるか不安に感じていた上での講義参加であったこと、講義終了後に講義で自己の経験を語った後の感情が穏やかであったことより、講義参加を決めた時には、すでに受動相から行為相への転換が起こっていたのではないかと考察した⁸。

3. 臨床実習「つるまい・名城 IPE」

次に、臨床実習「つるまい・名城 IPE」を紹介する。シナリオは、成人喘息患者の退院指導計画の立案、糖尿病インスリン導入の医療面接、禁煙指導、高齢糖尿病患者の認知機能低下を臨床経験に基づき独自に作成したものを使用している。学生は、2回の医療面接と2回のグループワークを行い、模擬患者(家族)からの情報収集、多職種グループで情報共有と療養計画立案、模擬患者(家族)への療養指導をタスクとして行った。学習目標は、1) 各専門職の役割や視点を理解する、2) チームコミュニケーションに必要な態度とスキルを身につける、3) 患者中心医療の重要性を理解する、である。コロナ禍ではパーティションなどを用意して、距離は少し離れた状況で行っているが、基本的な構造は変わっていない。

次に、つるまい・名城 IPE の教育効果について、述べる。当時、地域医療教育講座に基礎医学セミナーとして配属された学生が教員の指導下、まとめた結果である。2017 年には、ヨーロッパ医学教育学会(AMEE)⁹で同学生が発表した。調査期間は、2013 年 5 月～2016 年 10 月で、合計 777 名にアンケート調査を行った結果である。質問票は、なごやチームワークスケール(NTwS)¹⁰、Trait Emotional Intelligence Questionnaire Short Form(TEIQue-SF)日本語版¹¹、Jefferson Scale of Physician Empathy(JSPE)日本語版¹¹の 3 種類である。NTwS は、協働力と役割と責任が、TEIQue-SF 日本語版は、情動能力として、幸福感、自己コントロール、情緒性、社会性が、JSPE 日本語版は、共感能力がいずれも 7 段階スケールで測定される。チームワーク能力は、協働力、役割と責任ともに有意に上昇した(図 2)。また、情動能力も合計、幸福感、自己コントロール、社会性は有意に上昇した(図 3)。さらに、共感能力も有意に上昇した(図 4)。

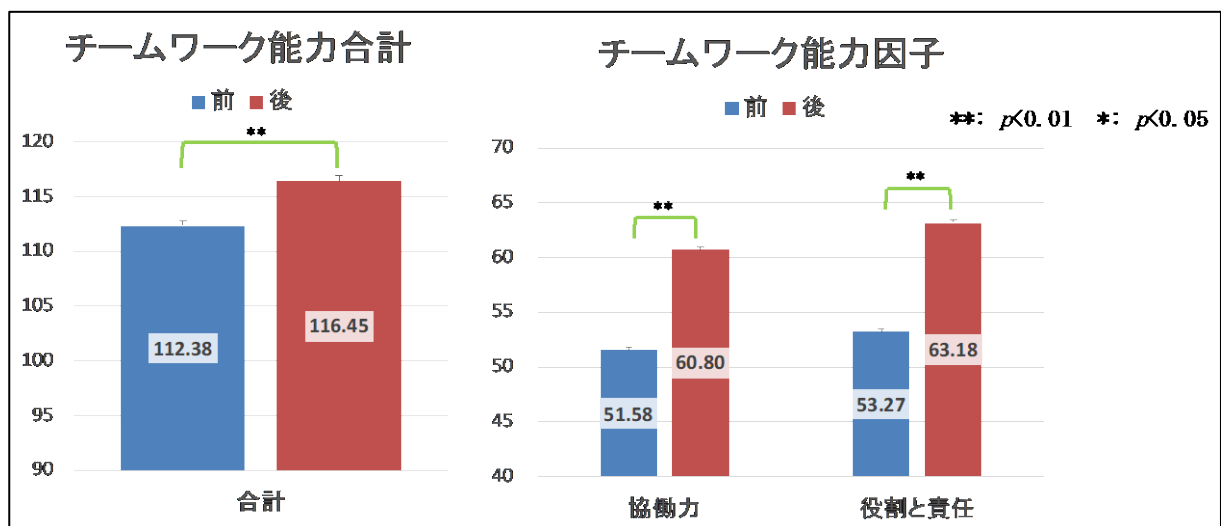


図 2 「つるまい・名城 IPE」実習前後のチームワーク能力

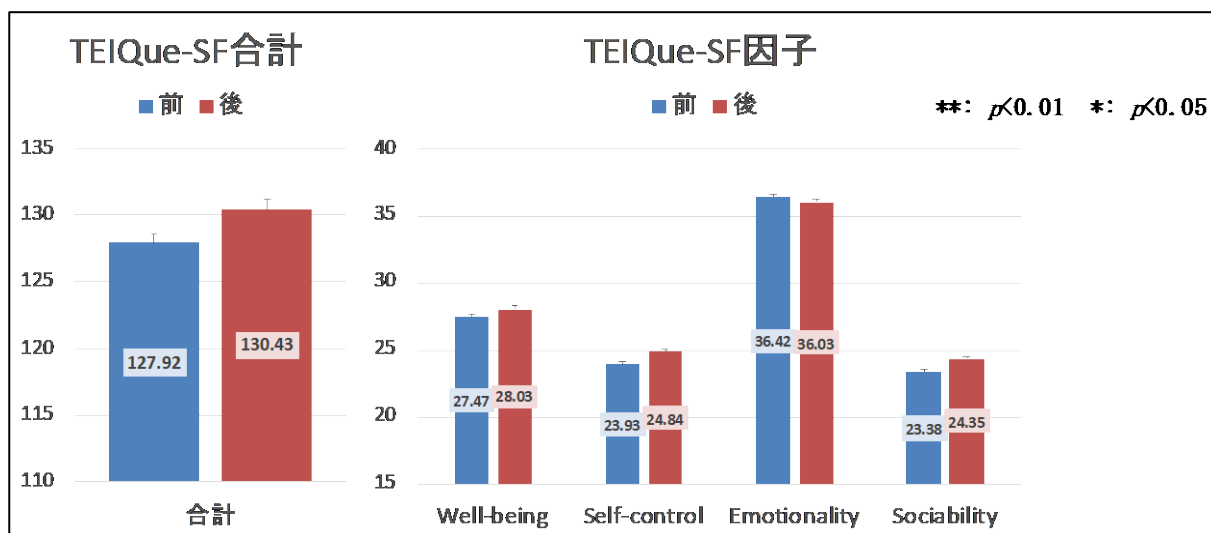


図 3 「つるまい・名城 IPE」 実習前後の情動能力

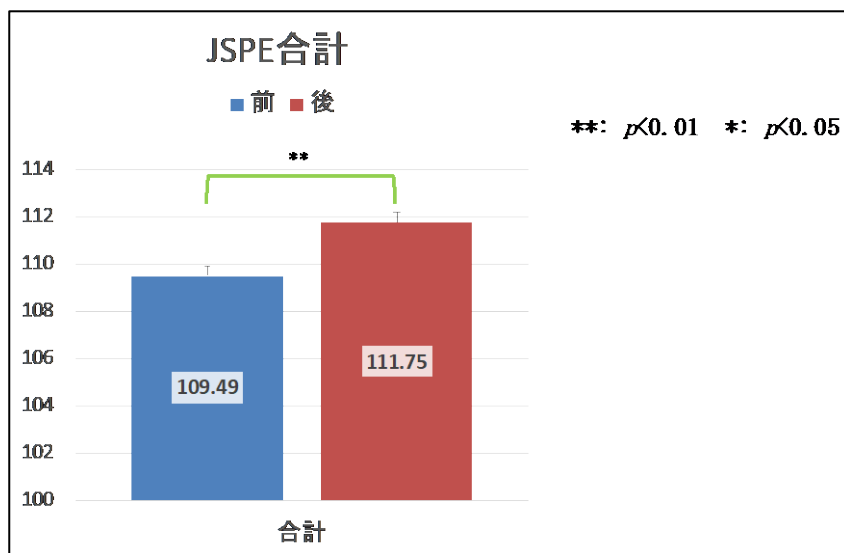


図 4 「つるまい・名城 IPE」 実習前後の共感能力

それでは、学生は「つるまい・名城 IPE」で模擬患者(家族)から何を学んだのか。近年は実習中の発表と振り返りの際に、思考過程と得た学びを言葉で表現してもらうことにしている。例えば、高齢糖尿病患者の認知機能低下のシナリオで、家族に医療面接をして療養計画を作成する場合には、教員が想定した医学生・薬学生・看護学生の役割と共通項目について触れた発表を学生は行った。図 5 は事前学習で示した各職種の役割と共通項目である。発表で語られた計画をまとめると、学生は以下の 4 つのことを学んでいた。すなわち、1. 「悪い知らせ」の伝え方はどのように行うのか。患者あるいは家族にとって、しばしば良い知らせとは言えない。病のことをどのようにどのタイミングでどの職種が伝えるか。2. 「社会資源の提案」として、受け入れられそうな(実現可能な)、状況に応じたものを適切にどの職種が提案するか。3. 「患者や家族の日常生活を考える」として、例えば、どのような食事が好きか、どのくらい体を動かす機会があって、誰と一緒にいるのかをどの職種がどのように尋ねて、それを踏まえた提案ができるか。4. 「患者・家族の心理面に配慮する」として、そもそも患者あるいは家族が病をどのように認識しているのか、患者と家族の関係はどうか、それを踏まえた提案ができたか、である。

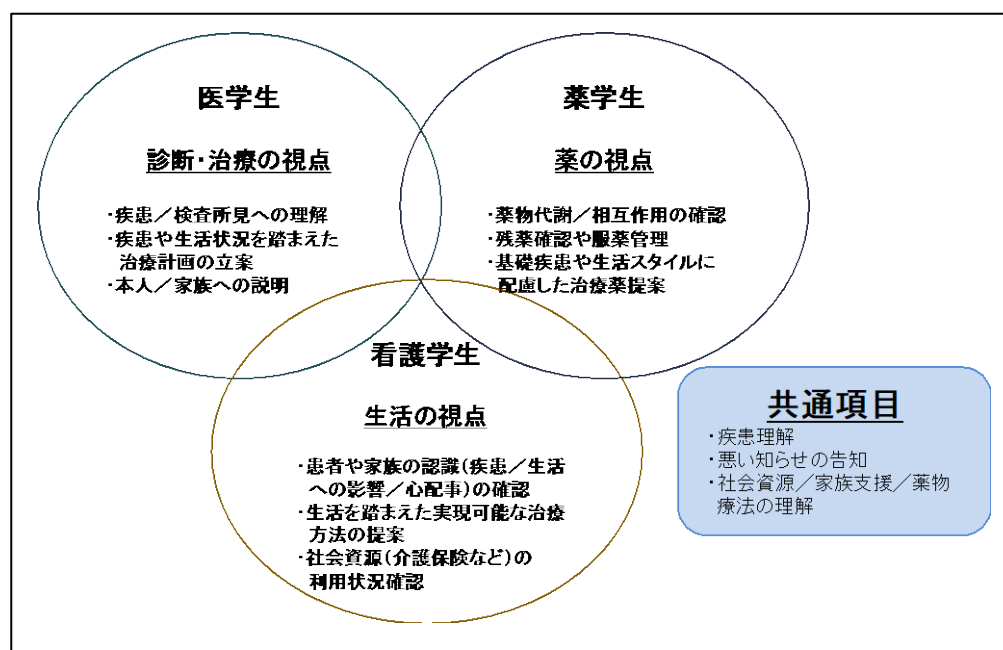


図5 事前学習で示した各職種の役割と共通項目

先に述べたように、発表時に振り返りとして、学生に思考過程と得た学びを尋ねることになっているが、具体的なやり取りを以下に述べる。

まず、教員が「患者(家族)は、どんな方だと思いましたか？」と尋ねると、学生は「〇〇さんは、家族思いのしっかりした方だと思いました。」「二世帯住宅なので、薬の名前など、あまり知らない方だと思いました。」などと答えた。

次に、「医師/薬剤師/看護師として、どのように関わりましたか？」と尋ねると、「ものすごい情報量をどうやって分かりやすく伝えれば、良いかと思いました。」と通常の発表では聞かれない苦勞したことなどが聞かれた。

さらに、「認知症であるということを、どのように伝えましたか？」(いつ/どの職種が/どんな風に)と尋ねると、これは主に医学生がその役割を担うことが多いが、「どのタイミングで、認知症と説明すれば、良かったのか?」「もの忘れ、認知症の疑いと言葉をぼやかして説明した。」「まだ確定ではないのですが・・・、初期ですが・・・など柔らかい表現にした。」と答え、発表だけでは知り得ない思考過程と省察が聞かれた。

その上で、「伝えた時、どんな反応でしたか?」「自分が思った通りに伝わったと思いますか?」「また、その反応をみてどう思いましたか?」と尋ねると、「ショックを受けていた」「そんなに驚くとは思わなかった」「伝え方に失敗しちゃって・・・」「認知症のイメージが(ご家族と自分では)違ったのかもしれない」など、自己の医療面接に対する省察が聞かれた。

本実習の醍醐味である模擬患者(家族)からのフィードバックについて、「模擬患者(家族)からのフィードバックを聞いて、どう感じましたか?」あるいは「次に面接をするとしたら、どんなことに気を付けますか?」と聞くと、「本人やご家族に重大な話をする時には、気をつけたいと思いました。」「質問攻めにしてしまったので、もっと話を聞くようにしたいと思いました。」「少しでも安心していただけて、よかったですと思いました。」「ご本人がどう思っているか分からないので、その事も配慮できると良いと思いました。」など、次回からに生かすことができる前向きな発言が聞かれた。

つるまい・名城 IPE はしばしば取材¹²を受けており、また複数の論文¹³⁻¹⁵で報告している。

4. 糖尿病(健康増進教室)IPE

最後に、糖尿病(健康増進)教室 IPE¹⁶について、紹介する。学習目標を表に示す。認知症の方や家族、そして市民の方に届けられる教室を開催するため、正確な知識が必要となること、より分かりやすく説明することが求められる。そのため、連携している名城大学のホームページからアクセス可能な名城 WEB キャンパスに、各職種の視点や過去の教室例などを示した動画教材を用意し、学生に提供している。また、医学、薬学、看護、栄養など多職種の教員が指導に当たり、質を担保した。

・糖尿病(認知症)について正しい知識を身につける。
・認知症の人の家族介護者の心理状況について理解する。
・糖尿病(認知症)の人と家族に対する支援について説明できる。
・糖尿病(健康増進)教室実践における専門職連携の必要性を理解する。
・チームワークと情報共有の重要性を理解する。
・チームの一員としての役割を積極的に果たすように努める。
・参加者(市民)に分かりやすく説明することができる。
・(オンラインで求められる適切なコミュニケーションを理解する。)

表. 糖尿病(健康増進)教室 IPE の学習目標

糖尿病(健康増進)教室 IPE は、多職種混合の学生が糖尿病(健康増進)教室を作成し、患者あるいは家族、市民の前で発表するプログラムである。2014 年度から毎年実施してきたが、2014 年度から 2020 年度までは糖尿病を扱い 2021 年度からは認知症をテーマとした。

医学・薬学・栄養・看護・(理学療法)の高学年の学生を対象としており、夏休み期間の約 1 ヶ月間、各職種が混合したチームを形成して、糖尿病あるいは認知症をテーマとした教室を実践するためのクイズ・寸劇・体操などを組み入れて、聴衆が参加でき分かりやすい内容に練った。2019 年まで、地域病院の糖尿病教室を学生が実施していたが、新型コロナウイルス感染拡大を契機にオンラインでの実施となった。地域病院に通院中の糖尿病患者を対象に医療系学生が考えたプログラムを実践すると、学生は参加者(患者・家族)の反応をリアルタイムで見て、参加者との関わり方と人前でのコミュニケーションの重要性を再認識した。

2020 年からオンラインで糖尿病(健康増進)教室 IPE¹⁸を実施しているが、他職種との役割とチームワークについてはこれまでと変わらず得られたと考えられた。しかし、オンラインでのコミュニケーションは対面時とは学生の学びに違いがあった。以下に対比して学生の感じ方やオンラインでの課題について紹介する。

対面時には、学生は「相手の反応をリアルタイムで確認できる。」「見て・聞いて・触れることができる。」「私(学生)が話していることを、うん、うん、とうなずいてくれた」、「高齢の方には、大きな声でゆっくりと話すことが重要だと気がついた」などの発言が聞かれた。オンラインでは、学生は「参加者から得た感想やアンケートの結果を事後に聞いて初めて、自分がやったことが間違っていなかったのだと実感できた。(それまでは不安だった)」という声が聞かれた。また、教室に参加された高齢者は、オンラインでご自宅からの参加が困難であったため、参加者が限られた。学生は完全オンラインで発表し、参加者は自宅からオンラインまたはサテライト中継を行う会場へ集まってもらいなどの工夫が必要となった。さらに、「学生がどんな表情で話しているか、直接見たかった。」「(オンラインの設定不具合のため)音声は聞こえないことがあった」などの意見が聞かれ、オンラインでの糖尿病(健康増進)教室 IPE の在り方については、今後も検討したいと考えている^{19,20}。

5. 結語

「学生は、模擬患者及び市民参加の多職種連携教育から、何を感じ・気づくか」について、3 つの IPE プログラムを報告してきた。まとめると、1) 情動能力や共感能力を上昇させる、2) (医療者として説明を求められる場面において、)患者・家族の心理状況を考える、3) 参加者(患者・家族・市民)に対して、どのようにしたら分かりやすく話せるか、工夫する、4) 話し相手の反応を見て、その意味を考える、というコミュニケーションにおける重要な学びを経験したと考えられた。

謝辞

本稿で紹介した IPE に参加された学生の皆様、ご指導いただいた教員の皆様、そして教育に関わってくださった患者様、ご家族様、模擬患者の皆様、市民の皆様に厚く御礼申し上げます。また、2022 年 10 月名古屋で開催されたヘルスコミュニケーションウィーク 2022、第 14 回日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会のシンポジウムに招聘いただき、発表の場を提供して下さった阿部恵子大会長を始めとした皆様に感謝申し上げます。

引用文献

1. Lehrer, Michael D., et al. "Peer-led problem-based learning in interprofessional education of health professions students." *Med Educ Online*, 2015:20, 28851.
2. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice 2010.

3. 柴田貴美子. 病や障害を抱えた当事者が語る「当事者参加型授業」の現状と教育効果に関する文献レビュー. 文京学院大学保健医療技術学部紀要, 2010;3, 23-31.
4. 吉村夕里. 当事者が参画する社会福祉専門教育(その 3) —認知症高齢者との対話—. 臨床心理学部研究報告 2010 年度第 3 集, 2010, 45-68.
5. 石田京子. 当事者参加型フィールド授業が当事者に与えるナラティブセラピー的效果. 大阪健康福祉短期大学紀要, 2009;8, 115-121.
6. 森岡正芳. 臨床の詩学:ナラティブ・アート・セラピー <保健と医療の語りとアート>. 日本保健医療行動科学会年報, 2007;22, 1-8.
7. 末松三奈ら. 「認知症当事者・家族の医学教育参画が、自己効力感や幸福感に与える影響(質的研究)」一般財団法人 名古屋市療養サービス事業団 令和 2 年度公益助成事業発表論文. <https://www.nrs.or.jp/wp/wp-content/uploads/2021/08/860fac4d1b6d53e7365a2cf9c5fd2894-2.pdf> (アクセス日:2023 年 1 月 20 日)
8. 北原康太郎ら. 認知症当事者の医学教育参画を承諾した要因. 日本老年医学会雑誌, 2021;58(Suppl.), 199-200.
9. Shamoto T, et al. Effective interprofessional education for teamwork and communication with medical, pharmacy, and nursing students. An international association for medical education (AMEE) 2017 abstract book, 2017, 497.
10. Abe K, et al. Development of Nagoya Team Work Scale (NTWS) to measure teamwork competence of health care professionals. 医学教育, 2014;45(Suppl), 83.
11. 阿部恵子ら. Trait Emotional Intelligence Que-SF と Jefferson Scale of Physician Empathy の日本語版開発と信頼性・妥当性の検討. 医学教育, 2012;43(5), 351-359.
12. 授業探訪 医学部の授業を見てみよう! 名古屋大学「地域における専門職連携教育つるまい・名城 IPE」. 日本医師会発行情報誌「ドクターゼ」, 2020;33,40-41.
13. 野田幸裕ら. コロナ禍において実施したオンラインでの模擬患者家族参加型多職種連携教育. 薬学教育, 2021;5,1-9.
14. Suematsu M. et al. A novel online interprofessional education with standardised family members in the COVID-19 period. Int J Med Educ, 2021;12, 36-37.
15. 後藤綾ら. 模擬患者参加型の多職種連携教育(つるまい・名城 IPE)の有用性. 薬学雑誌, 2017;137, 733-744.
16. 末松三奈ら. 糖尿病教室 IPE (interprofessional education)～患者参加型 IPE の試み～. 医学教育, 2015;46(1), 79-82.
17. Suematsu M, et al. Students' perception of a hybrid interprofessional education course in a clinical diabetes setting: a qualitative study. Int J Med Educ, 2021;12,195-204.
18. 末松三奈ら. オンラインを用いた「糖尿病教室 IPE」でのファシリテーションの意義. 医学教育, 2021;52(3), 280-282.
19. 末松三奈ら. 「医療系学生が働きかける、認知症当事者及び家族介護者、そして一般市民に向けたオンライン健康増進教室」. R4 年度第 11 回杉浦地域医療振興助成 研究分野. [https://sugi-zaidan.jp/smf/wp-content/uploads/2022/07/第 11 回助成内容 A04.pdf](https://sugi-zaidan.jp/smf/wp-content/uploads/2022/07/第11回助成内容 A04.pdf) (アクセス日:2023 年 1 月 20 日)
20. 安友裕子ら. 医療系学生が働きかけるオンライン健康増進教室の実践 —参加学生への教育効果の検討—. 日本保健医療福祉連携教育学会, 2023;16(1), in press.

*責任著者 Corresponding author : 末松三奈 Mina Suematsu (e-mail: minasue37@med.nagoya-u.ac.jp)

総説

医学生への患者への共感を育むための 患者のストーリーテリング (patient storytelling) の活用 Using Patient Storytelling to Foster Medical Students' Empathy for Patients

香川由美¹⁾
Yumi Kagawa¹⁾

1) 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

1) Department of Health Communication, School of Public Health, The University of Tokyo

Abstract

Empathy for patients is now internationally accepted as one of the essential competencies of physicians in patient-centered medical practices and has become an essential component of medical education. “Patient storytelling” has recently attracted attention in teaching medical students how to have empathy for and understand their patients’ experiences, feelings, and perspectives. This paper discusses the question of how to effectively use patient storytelling to foster empathy for patients among medical students with reference to empathy, transformative learning and narrative theories. A key component of empathy is perspective taking, which is the cognitive ability to try to understand other people’s thoughts, feelings, and perspectives. Transformative learning is effective in helping to support empathy. Hence, patient storytelling can help medical students to transform their values by focusing on their patients’ stories of how their values changed in the wake of their illness. In addition, transformative learning can be achieved through group discussions and individual reflective writing. Future studies will accumulate empirical research to establish patient storytelling as an evidence-based learning strategy and popularize it through the participation of patients and the public.

要旨

患者への共感は、患者中心の医療の実践のために医師に求められる基本的な資質・能力であり、医学教育において継続的に育む必要がある。本論文では、医学生への患者への共感を効果的に育むために患者のストーリーテリングをどのように活用するかという問いについて、共感、変容的学習、ナラティブの理論に基づき、具体的な方略と今後の課題を整理した。共感の重要な要素である視点取得の能力は、相手の立場になって感情や考えを理解しようとする認知的能力であり、他者のものの見方や価値観を知ることで自分のものの見方や価値観を問い直す変容的学習と親和性が高い。そのため、医学生の共感の学修を目的とした患者のストーリーテリングの活用には、医学生が患者の立場になって感じたり、考えたりするための工夫が求められる。病気の経過だけでなく、病気によって人生が揺るがされた体験と感情の動きを聴くことや、ストーリーテリングの後にグループディスカッションなど学生同士で話し合うアクティビティも有用と考えられる。今後、患者と医学部教員の協働によって患者のストーリーテリングを用いた教育と実証研究を蓄積し、根拠に基づく学修方略を普及していくことが期待される。

キーワード：患者への共感、患者のストーリーテリング、ナラティブ、医学教育、変容的学習

Keywords: empathy, patient storytelling, narrative, medical education, transformative learning

1. はじめに

患者への共感は、患者の心配事や患者の視点を理解する情動的特性と、患者に対し理解や支援の意思をコミュニケーションによって伝える認知的能力の組み合わせからなる、主に認知的な能力と定義される(Hojat, 2002)。医師の患者への共感は、患者中心の医療の実践のために医師に求められる資質・能力であり、医学教育において継続的に育むことが必要である(Association of American Medical Colleges, (AAMC), 1999)。

患者への共感の学修方略として、医学生が患者や家族の体験や気持ちを知るために、患者のナラティブ (narrative) が活用されている。動画や映画を用いる教育方法に加えて(孫大輔, 2019; 瀬戸山陽子 & 青木昭子, 2017)、患者が講義に参加して病の体験を話す「患者のストーリーテリング (patient storytelling)」を用いる教育方法がある(Kagawa et al., 2023; Morrise & Stevens, 2013; Roebbotham et al., 2018)。患者のストーリーテリングを用いた教育は、医学生へのインタ

ビュー等から、患者への共感を育む学修目標に適していることが報告されている(Amtfield et al., 2013; Kumagai, 2008; Kumagai et al., 2009)。その一方で、どのようなストーリーテリングがより効果的なのかや、その評価方法に関しては実証研究が少なく、根拠に基づく学修方略として確立するためには更なる研究の蓄積が求められる。

本稿は、2022 年 10 月 1 日に開催された日本ヘルスコミュニケーション学会シンポジウム I「市民参加のコミュニケーション：アートの心をどう伝えるか」における報告と議論にもとづき、患者・市民参加の医療コミュニケーション教育を推進する立場から、医学生の患者への共感を効果的に育むために患者のストーリーテリングをどのように活用するかという問いについて、共感、変容的学習、ナラティブの理論に基づき、具体的な方略と今後の課題を整理した。なお、本稿では「学修」と「学習」の 2 つの用語を用いた。医学部における高等専門教育を表す際は「学修」を用い、理論名や一般用語として「学習」が定着している場合はそのまま用いた。

2. 何のために患者のストーリーテリングを用いるのか

何のために医学生を対象とした患者への共感の教育に患者のストーリーテリングを用いるのか。その目的は、患者のストーリーテリングによって、患者への共感の学修に効果的な変容的学習 (transformative learning) を促すためである。患者への共感と変容的学習、ストーリーテリングの教育上の利点の親和性について、次に見ていく。

● 患者への共感

医療場面において医師に求められる患者への共感とは、日常場面の人間関係で発揮される共感とは異なることから、患者への共感の定義は、一般的な共感の定義に医療の文脈を加える形で、様々議論されてきた。認知発達理論では、他者への共感の構成要素は、他者の苦痛や感情に対する代理的反応 (vicarious emotional response) の情動的特性と、相手の思考、感情、視点を理解しようとする視点取得 (perspective taking)、相手に対して何らかの配慮や援助をしようとする共感的配慮 (empathic concern) といった認知的能力とされている(Hoffman, 2000)。

視点取得の能力は、自分と他者は異なる存在であり、人によってもものごとの見方や価値観が異なることを認識することで発達する(Hoffman, 2000)。そのため、自分と他者の価値観の違いを実感するような体験や、自分の価値観はどのようなものか考える内省的な学習が必要となる。青年期は、認知構造の発達により、自己と他者が異なる価値観をもった存在であることを認識できる認知発達段階を迎える(Hoffman, 2000)。そのため、医学部卒前教育課程は、医学生にとって共感の学修に適している時期と言える。

● 変容的学習

自身の価値観を批判的に問い直し変容させるプロセスを学習として捉える理論に、メジローの変容的学習理論がある(Mezirow, 1997)。変容的学習とは、「人が、体験した出来事をきっかけに深い内省と自己分析を行い、自身の習慣的な物の見方や考え方、その根底にある信念や価値観などの枠組みを発見し、自ら新たな価値観を再構築するプロセス」と定義される(Edward W. Taylor & Patricia Cranton, 2012; Mezirow, 1997; 岩崎久美子, 2019)。

図 1 に示した通り、変容的学習は、経験、批判的振り返り、発達の段階を経ることで人の価値観が変化するプロセスを表す(岩崎久美子, 2019)。あるパースペクティブ (前提と価値観) をもった個人が、何らかの出来事に遭遇して従来の枠組みで受け入れることができない経験をすると、心理的な揺さぶりや葛藤が生じ、これまで当然と思っていた前提や価値観を見直す批判的思考や省察的实践が促される。批判的振り返りによってそれまで気づかなかった思い込み、偏見、価値観などを発見し、自身のものの見方をより柔軟に広げると、個人の持つ前提や価値観が変容する。さらに、変容した前提や価値観に基づいた行動によって新しい体験を重ねることで、一連の経験によって得た内面の変容を学習として再統合する。

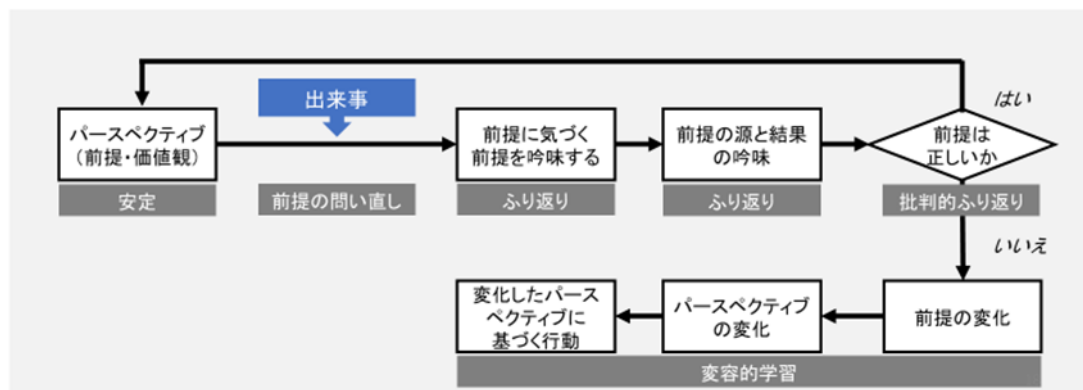


図 1. 変容的学習のプロセス (クラントン著 (入江ら訳), 2002. より著者一部改変)

メジローによると、意義深い変容的学習は、自分に混乱を生じさせるような人の死、転職、病気といった危機的なライフ・イベントや人生の大きな出来事で生じる場合が多い(Mezirow, 1997; 岩崎久美子, 2019)。また、変容的学習は、自身の病のストーリーを語るだけでなく、他者の病のストーリーを聴くことによっても可能であるとされる(岩崎久美子, 2019)。

● 患者のストーリーテリング

ストーリーテリング (storytelling) とは、「物語」もしくは物語を伝える行為の「物語り」を意味し、実際に起こった出来事 (story)、語り手の解釈や意味付けを伴った物語 (narrative)、聴き手に向けて語る行為 (narrating) の三つの要素をもつ(Charon & DasGupta, 2011; 斎藤清二, 2020)。ストーリーテリング/ナラティブ コミュニケーション理論によると、ストーリーテリングは、追体験、感情移入、真実味の実感によって、聴いた人の態度や行動、動機に変化をもたらす(Lee et al., 2016)。

これまで医学教育において、患者のストーリーテリングを含め患者のナラティブを用いた教育方法として、DIPEX のような患者のインタビュー動画やドキュメンタリー映画の視聴、患者の手記の朗読などが試みられてきた。これらの教育は、医学生にとって患者が体験する苦痛や感情を知る上で有用であることが報告されてきた(Hojat et al., 2013; Minoo Yaghmaci et al., 2014; Sweeney & Baker, 2018; 瀬戸山陽子 & 青木昭子, 2017)。

患者のストーリーテリングは、語り手である患者が、体験した出来事をどのように解釈し意味づけしているかを伝える点に特徴がある(アーサー・クラインマン & 江口重幸他訳, 1997)。つまり、医学生が患者の体験や感情を知れるだけでなく、患者の内面にある「私がこの病気になった意味」「私がこの病気を乗り越える意味」といった意味づけを聞くことができる。それゆえ、医学生が、患者にとっての最善を考える際には自分だけの価値観で判断するのではなく、患者と対話し、生活や価値観、考えを知ろうとすることの重要性を理解しやすいという教育的な価値があると言える(Kumagai, 2008)。それこそが、相手の立場に立って考えようとする力の発達であり、共感の要である視点取得の能力の向上を意味していると言える。

以上のように、患者のストーリーテリングは、患者が体験する苦痛や感情を知れるといったナラティブを用いた他の教育方法の利点に加え、医学生が自分自身のものの見方や価値観を振り返る変容的学習を体験できる点、相手の立場に立って考えようとする視点取得を体験できる点において、患者への共感の学修と親和性が高いと言える。

3. どのようなストーリーテリングが効果的か

患者のストーリーテリングを用いた教育を行う際、どのようなストーリーテリングがより効果的なのか。これまでに参照した理論をふまえ、患者のストーリーテリングを用いた教育方法とその評価方法の観点から整理する。

● 教育方法

変容的学習を説明する概念モデルの一つに、図 2 に示す Heron の精神様態と知 (mode of psyche and ways of knowing) のピラミッドモデルがあり、変容的学習理論に基づく教育を設計する拠り所となる(Edward W. Taylor & Patricia Cranton, 2012)。この概念モデルは、人が学習する際の 4 種類の精神様態「感情」、「想像」、「概念的思考」、「実践的思考」と、それぞれの精神様態によって得られる 4 種類の知「体験知」、「表象知」、「命題知」、「実践知」の対応をピラミッド型の階層構造で表したモデルである。ピラミッドの階層を下から積み上げるように、感情や想像の段階から順番に思考の認知的階層を高めて考えを統合していくと、個人の体験と結びついたより体系的な学習となる(Edward W. Taylor & Patricia Cranton, 2012)。

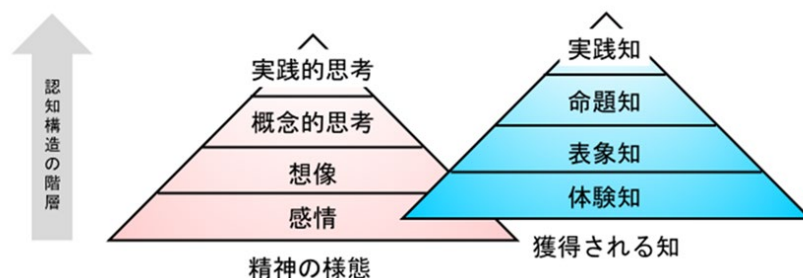


図 2. Heron の精神様態と知のピラミッドモデル (文献(Edward W. Taylor & Patricia Cranton, 2012)より著者訳)

したがって、医学生の変容的学習を効果的に促すためには、まず始めに患者のストーリーテリングによって感情が揺るがされる体験や想像力を動かせる体験が重要である。次に、医学生がより認知的な概念的思考や実践的思考によって自身の価値観について内省できるよう、授業の後半にアクティビティを行うことが有効である。先行研究

では、動画視聴や患者の自宅訪問などで患者のナラティブを聴いた後、学生同士によるスモールグループディスカッションやロールプレイ、省察的記述などが用いられてきた(Hojat et al., 2013; Minoo Yaghmaei et al., 2014; Sweeney & Baker, 2018; 瀬戸山陽子 & 青木昭子, 2017)。患者のストーリーテリングを用いた教育を行う際も同様に、患者のストーリーテリングを聴くだけでなく、内省を促すアクティビティを行うことが重要であろう。

以上より、患者のストーリーテリングを用いた教育をより効果的に行うための方略を整理すると、次の三つにまとめられる。一つ目は、学修者が変容的学習を体験できるよう、ストーリーテリングには患者講師の闘病の経緯だけでなく、患者講師が病によって体験した価値観の変容のストーリーを含めること。二つ目は、学修者が追体験と感情移入をしやすいう、ストーリーは出来事と感情の動きを時系列で構成し、具体的に伝えること。三つめは、学修者が自身の価値観について内省できるよう、ストーリーテリングを聴いた後にはグループディスカッションや省察的記述など、思考を言語化する認知的な作業を行うことである。

● 評価方法

教育を実施した後は学修評価を行い、改善に繋げることが重要である。学修評価には、学習者評価とカリキュラム評価がある(Ronald M.Harden et al., 2013)。学修者評価は、学修成果の修得度を学習者や学修者が所属する組織・集団が認識するために用いられる。一方、カリキュラム評価は、カリキュラムが効果的に構築、実施されているのかを検証するために行われる。医学教育で広く用いられている Kirkpatrick のプログラム評価のモデルには、図 3 に示すように、教育を評価するために 4 つのレベルがある(Ronald M.Harden et al., 2013)。レベル 1 は「意見や反応」であり、学修者の反応を確認する。具体的には、教育に対する満足度や好き嫌い、ニーズに合っているか等がある。レベル 2 は「コンピテンス・学習」であり、評価される知識、技能、態度にどの程度違いが出たかが調べられる。

先行研究では、レベル 2 にあたる評価として、患者への共感を評価する測定尺度を用いた量的研究がある。Hojat らによって開発された Jefferson Scale of Empathy-student version (以下、JSE-S) には日本語版も開発されている(Hojat, 2002; Kataoka et al., 2009)。わが国で行われた先行研究では、NPO 法人患者スピーカーバンクの協力を得て慢性腎臓病の 40 歳代の患者講師のストーリーテリングを聴く授業を実施し、医学部 4 年生 159 名の JSE-S 得点が授業の前後比較で有意に上昇した(Kagawa et al., 2023)。今後は、対照群を設けた教育効果の検証や、複数の大学の協働による検証が望まれる。

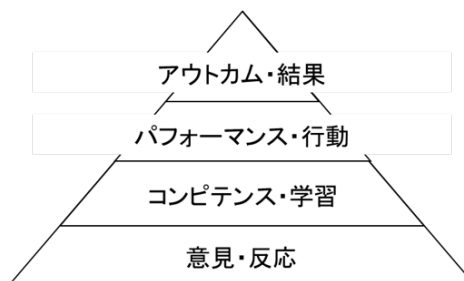


図 3. Kirkpatrick のプログラム評価モデル

患者のストーリーテリングを用いた教育の評価にあたっては、教材評価の観点から、語られたストーリーの評価も重要となる。しかし、先行研究では、ストーリーテリングを講演した患者への心理的影響を調べた研究は比較的多く見られるものの、患者のストーリーテリングの内容を評価対象として検討した研究は見当たらない。今後は、理論的枠組みを用いて語られたストーリーを評価し、教育アウトカムとの関連を検討することが課題と考えられる。例えば、先述したストーリーテリング/ナラティブ コミュニケーション理論を用いて、患者のストーリーテリングを聴いた医学生がどの程度ストーリーを追体験できたか、感情移入できたかを評価し、ストーリーテリングの内容分析の結果との関連を見ることや、患者への共感の尺度得点 (JSE-S) の改善との関連を見ることも有用であろう。教育評価にあたっては、これらの学修者評価や教材評価を患者講師と共有して改善に活用することが期待される。

加えて、患者講師には、医学教育への理解や教員と協働する姿勢、医学生への教育的なまなざしといった資質も求められる。そのため、教員と患者講師の継続的な関りによって協働関係を築くことも重要となる。この課題については、医学教育への市民参加の先駆的な取り組みである模擬患者の養成プログラムに学ぶべきところが大きい。

4. まとめ

本論文では、医学生の患者への共感を効果的に育むために患者のストーリーテリングをどのように活用すると良いかという問いについて、共感、変容的学習、ナラティブの理論に基づき、具体的な方略と今後の課題を整理した。

共感の重要な要素である視点取得の能力は、相手の思考、感情、視点を理解しようとする認知的能力であり、自分の価値観は当たり前のものではないと批判的に問い直す変容的学習が効果的である。一方、患者のストーリーテリングは、語り手である患者が、体験した出来事をどのように解釈し意味づけしているか、内省的な内容まで伝える点に特徴がある。ゆえに、患者のストーリーテリングを医学教育に活用する利点は、医学生が患者の体験や感情を知れるだけでなく、自分だけの価値観で患者にとっての最善を考えるのではなく、患者と対話し、生活や価値観、考えを知ろうとすることの重要性を体験を通して理解しやすい点にあると言える。

教育を実施した後は学修評価を行うことが必要であるが、患者のストーリーテリングを用いた医学教育の先行研究は、医学生を対象としたアンケートやインタビューなどの学修者評価が中心であり、理論的枠組みに基づいた実証研究はまだ蓄積が少ない。今後、医学部教員と患者の協働によって、患者のストーリーテリングを用いた教育と実証研究を蓄積し、根拠に基づく学修方略を普及していくことが期待される。

謝辞

本稿は、2022年10月1日に開催された日本ヘルスコミュニケーション学会シンポジウムI「市民参加のコミュニケーション：アートの心をどう伝えるか」における報告と議論にもとづき、総説としてまとめた。シンポジウムでの発表の機会ならびに本論文の執筆の機会をいただきました座長の阿部恵子先生、後藤道子先生に心より御礼申し上げます。また、同シンポジウムのシンポジストとして示唆に富む多くのご助言をいただきました孫大輔先生、末松三奈先生に心より感謝申し上げます。

研究資金

本論文は、JSPS 科研費 JP17K19792 (研究代表者：石川ひろの) および、JP22K17322 (研究代表者：香川由美) の助成を受けた研究成果の内容を含む。

利益相反自己申告

著者は論文中に紹介した NPO 法人患者スピーカーバンクの正会員であり患者講師として講演活動を行っている。

引用文献

- Arntfield, S. L., Slesar, K., Dickson, J., & Charon, R. (2013). Narrative medicine as a means of training medical students toward residency competencies. *Patient Education and Counseling*, 91(3), 280-286. S0738-3991(13)00042-6 [pii]
- Association of American Medical Colleges, (AAMC). (1999). Learning Objectives for Medical Student Education: Guidelines for Medical Schools. *Academic Medicine*, 74(1), 13-18.
- Charon, R., & DasGupta, S. (2011). Narrative medicine, or a sense of story. *Literature and Medicine*, 29(2), vii-xiii. 10.1353/lm.2011.0329 [doi]
- Edward W. Taylor, & Patricia Cranton. (2012). *The Handbook of Transformative Learning -Theory, Research and Practice-*. John Wiley & Sons, Inc.
- Hoffman, M. L. (2000). *Empathy and Moral Development: Implications for Caring and Justice*. Cambridge University Press.
- Hojat, M. (2002). Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty. *The American Journal of Psychiatry*, 159(9), 1563; 1563-1569; 1569.
- Hojat, M., Axelrod, D., Spandorfer, J., & Mangione, S. (2013). Enhancing and sustaining empathy in medical students. *Medical Teacher*, 35(12), 996-1001. 10.3109/0142159X.2013.802300
- Kataoka, H. U., Koide, N., Ochi, K., Hojat, M., & Gonnella, J. S. (2009). Measurement of Empathy Among Japanese Medical Students: Psychometrics and Score Differences by Gender and Level of Medical Education. *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges*, 84(9), 1192-1197. 10.1097/ACM.0b013e3181b180d4
- Kumagai, A. K. (2008). A Conceptual Framework for the Use of Illness Narratives in Medical Education. *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges*, 83(7), 653-658. 10.1097/ACM.0b013e3181782e17
- Kumagai, A. K., Murphy, E. A., & Ross, P. T. (2009). Diabetes stories: use of patient narratives of diabetes to teach patient-centered care. *Advances in Health Sciences Education : Theory and Practice*, 14(3), 315-326. 10.1007/s10459-008-9123-5
- Kagawa, Y., Ishikawa, H., Son, D., Okuhara, T., Okada, H., Ueno, H., Goto, E., Tsunozumi, A., & Kiuchi, T. (2023). Using patient storytelling to improve medical students' empathy in Japan: a pre-post study. *BMC Medical Education*, 23(1), 67-1. 10.1186/s12909-023-04054-1
- Lee, H., Fawcett, J., & DeMarco, R. (2016). Storytelling/narrative theory to address health communication with minority populations. *Applied Nursing Research : ANR*, 30, 58-60. 10.1016/j.apnr.2015.09.004

- Mezirow, J. (1997). Transformative Learning: Theory to Practice. *New Directions for Adult and Continuing Education*, 1997(74), 5-12. 10.1002/ace.7401
- Minoo Yaghmaei, Alireza Monajem, & Kamran Soltani-Arabshahi. (2014). The Effect of a Storytelling Course on Medical Students' Empathy toward Patients. *International Journal of Body Mind and Culture*, Vol. 1(No. 2), 127-34.
- Morrise, L., & Stevens, K. J. (2013). Training patient and family storytellers and patient and family faculty. *The Permanente Journal*, 17(3), 142. 10.7812/TPP/12-059 [doi]
- Roebtham, T., Hawthornthwaite, L., Lee, L., & Lingard, L. A. (2018). Beyond catharsis: the nuanced emotion of patient storytellers in an educational role. *Medical Education*, 52(5), 526-535. 10.1111/medu.13510 [doi]
- Ronald M.Harden, Jennifer M.Laidlaw, & 大西弘高 監訳. (2013). *医学教育を学び始める人のために*. 篠原出版新社.
- Sweeney, K., & Baker, P. (2018). Promoting empathy using video-based teaching. *The Clinical Teacher*, 15(4), 336-340. 10.1111/tct.12693
- アーサー・クラインマン, & 江口重幸他訳. (1997). 一病いの語り—慢性の病いをめぐる臨床人類学. *Kangogaku Zasshi*, 61(8), 796-797. 10.11477/mf.1661905414
- 孫大輔. (2019). 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.
- 岩崎久美子. (2019). *成人の発達と学習: 人間発達科学プログラム*. NHK 出版.
- 齋藤清二. (2020). *医療におけるナラティブとエビデンス—対立から調和へ—*. 遠見書房.
- 瀬戸山陽子, & 青木昭子. (2017). 低学年の医学生, 看護学生授業における患者インタビュー動画教材の有用性に関する質的分析. *医学教育*, 48(4), 243-247.
- 香川 由美. (2019). 4.2 患者講師の語りを活用した医学生の共感の涵養. *Igaku Kyoiku. Medical Education*, 50(5), 512-516. 10.11307/mededjapan.50.5_512

*責任著者 Corresponding author : 香川由美 (e-mail: yumik@g.ecc.u-tokyo.ac.jp)

特集 2

市民・患者に向けたヘルスライティング Health writing for public and patients

奥原剛¹⁾、高山智子²⁾
Tsuyoshi Okuhara¹⁾, Tomoko Takayama²⁾

1) 東京大学大学院医学系研究科医療コミュニケーション学分野

2) 国立研究開発法人国立がん研究センター がん対策研究所 がん情報提供部

2) 東京大学大学院医学系研究科社会医学専攻 がんコミュニケーション学分野

1) Department of Health Communication, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

2) Cancer Information Service Division, Institute of Cancer Control, National Cancer Center

2) Department of Cancer Communication, School of Public Health, University of Tokyo

本特集では、第 14 回日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会のシンポジウム「市民・患者に向けたヘルスライティングのアートと科学」での 3 つの講演内容をもとに、各講演の演者による総説を掲載します。ウェブサイトやソーシャルメディア、説明文書等の文字媒体を通じて行われる公衆衛生情報は、市民・患者にとって理解しやすく、市民・患者の知識や力となり、適切な行動につなげる効果が期待されます。本特集では、そのような公衆衛生情報の作成を「ヘルスライティング」と呼びます。本特集では、ヘルスライティングの実践及び教育経験を有する 3 名の執筆者が、それぞれの異なる立場・視点から、ヘルスライティングに求められる知識・スキル・価値観を考察します。

1 つめの総説では、奥原が、ヘルスライティングの定義、国外及び国内の動向をご紹介し、公衆衛生の専門家から市民に向けたヘルスライティングに焦点を当てました。2 つめの総説では、国立がん研究センターがん対策研究所がん情報提供部の高山が、同センターのウェブサイト「がん情報サービス」を題材に、保健医療の専門家から患者に向けたヘルスライティングについて執筆しました。3 つめの総説では、帝京大学大学院公衆衛生学研究科研究員の小川留奈先生が、メディアから市民・患者に向けたヘルスライティングにフォーカスし、非医療者と医療者それぞれのライティングにおける強みと弱み等を考察してくださいました。

ヘルスライティングが包摂する対象は広く、書き手、媒体、読み手によって、ヘルスライティングに求められるスキルは異なると考えられます。シンポジウムにおける小川先生のご講演の最後に、小川先生より次のような問いかけがなされました。「書き手個人のセンスや努力のみに頼ることなく、媒体や読み手に応じて柔軟に書き分けられるヘルスライターを増やしていくには、これからどのような取り組みが必要だろうか？」本特集が、今後のヘルスライティングの改善に向けた人材育成等の議論のきっかけとなれば幸いです。

総説

公衆衛生の専門家から市民に向けたヘルスライティング Health Writing of Health Information from Public Health Professionals to General Public

奥原剛¹⁾

Tsuyoshi Okuhara¹⁾

1) 東京大学大学院医学系研究科医療コミュニケーション学分野

1) Department of Health Communication, School of Public Health, The University of Tokyo

Abstract

Health writing is the art and practice of planning, writing, revising, and editing for the purpose of promoting understanding and action in disease prevention, treatment, and health promotion among the public and patients through various media. In the United States, “written and oral communications” were included in public health education programs at universities and graduate schools in 2016, and some graduate schools of public health have started systematic education programs in public health writing. In Japan, the school of public health of the University of Tokyo has offered classes in health writing since 2016. Local governments, insurers, and medical institutions in Japan also pay attention to health writing. This article identifies five values and skills that are considered to be important by the author in health writing, and discusses the qualities required of public health information developers.

要旨

ヘルスライティングとは、市民や患者を対象に、各種媒体を通じて、病気の予防や治療、健康の増進に関する理解や行動を促すことを目的に、企画・執筆・推敲・修正する技術・実践である。米国では 2016 年に大学・大学院の公衆衛生教育プログラムに“written and oral communications”が盛り込まれ、一部の公衆衛生大学院等で Public Health Writing の体系的な教育プログラムが開始された。日本国内でも、筆者の所属する東京大学の公衆衛生大学院が、2016 年よりヘルスライティングの授業を開講している。国内の自治体、保険者、医療機関等においても、市民患者にとって理解しやすく、行動につながりやすいヘルスライティングが模索されている。本稿ではそうした公衆衛生の現場の方々との交流を通じて筆者が考えてきたヘルスライティングで求められる価値観・スキルを 5 つ挙げ、公衆衛生情報の作成者に求められる資質を考察する。

キーワード：ヘルスライティング、ヘルスコミュニケーション、公衆衛生、医学教育

Keywords: health writing, health communication, public health, medical education

1. はじめに

ヘルスライティングの実践はかねてより行われてきたが、ヘルスライティングという名称のもとに概念化が試みられたのは少なくとも日本国内では最近である。2021 年に木内は第 13 回日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会の発表で、ヘルスライティングを「一定の正確性を維持しつつ、市民・患者にわかりやすく、具体的な行動につながりやすい公衆衛生文書を書く技術と実践」と定義した(1)。この定義をもとに、本稿は、まず、ヘルスライティングの具体的な対象・媒体・内容・目的・プロセスを整理する。次に、ヘルスライティングに関連する海外及び国内の教育と実践を紹介する。国内の教育と実践においては、筆者の専門分野である公衆衛生の専門家から市民に向けたヘルスライティングに焦点を当てる。そして、筆者の教育と実践の経験をふまえ、ヘルスライティングに求められる価値観、スキル、資質に関する筆者の考えを述べる。

2. ヘルスライティングとは？

ヘルスライティングの対象・媒体・内容・目的・プロセスを表 1 に示す。ヘルスライティングとは、例えば、自治体が住民に対して郵送する健診・検診の受診案内、保険者が被保険者へ送信する啓発等が目的の E メール及び E メールからリンクされるウェブサイト、公的機関や医療機関や学会が患者やその家族に向けて発信する疾患・診断・治療・療養の説明などのライティングである。したがって、ヘルスライティングは、従前より認知されてきたメディカルライティング（専門家に向けた厳密さが求められる臨床試験関連文書、医学論文、研究報告書などを書く技術、実

践)とは異なる(1)。対象が専門家ではなく市民・患者であることがヘルスライティングの特徴である。

ヘルスライティングの内容は1次予防、2次予防、3次予防の予防医学及び治療医学を対象とする。患者を対象に病氣と診断、治療についての理解と納得を促すことが目的の場合もあれば、市民に向けて行動を促す説得が目的の場合もある。ヘルスライティングの技術・実践は、ライティングの一般的なプロセスである企画、執筆、推敲、修正のすべてを含む。つまり、「読みやすい文章で書く」という執筆能力だけでなく、「興味を引くテーマ設定」や「わかりやすいたとえ話や事例を入れる」という企画力・発想力もヘルスライティングの技術・実践の要素である。加えて、「内容を理解しやすくするためにイラストを入れる」といった、イラストや写真の活用に関するアイデア発想も、ヘルスライティングの技術・実践の要素である。ただし、イラストの描画能力や写真の撮影能力そのものは、現時点ではヘルスライティングの技術・実践には含まないこととする。

以上をまとめると、ヘルスライティングとは、市民や患者を対象に、各種媒体を通じて、病氣の予防や治療、健康の増進に関する理解や行動を促すことを目的に、企画・執筆・推敲・修正する技術・実践であるといえる。

表 1. ヘルスライティングの対象、媒体、内容、目的、プロセス

対象	誰から誰に向けて	省庁、自治体、保険者、公的機関、医療機関、学会、医療従事者、メディア等から市民・患者に向けて。
媒体	何を通じて	文書、郵送物、リーフレット、Eメール、ウェブサイト、SNS等を通じて。
内容	何を書くか	生活習慣の改善、発症予防、早期発見、重症化予防、病氣・診断・治療・療養等の情報を伝える。
目的	何のために	理解や納得。または、行動を促す説得。
プロセス	何をするのか	企画、執筆、推敲、修正。

2. 国外の動向

米国では2016年に、公衆衛生教育評議会 (Council on Education for Public Health) が、大学・大学院の公衆衛生プログラムの認定基準を改訂し、学士号、公衆衛生修士号、公衆衛生博士号に対し、“written and oral communications”に関する基準要件を初めて盛り込んだ(2)。これに対応し、ボストン大学、ワシントン大学、ハーバード大学等の公衆衛生大学院が、“written communication”に関する教育プログラムを開始した。また、米国公衆衛生局のオフィシャルジャーナルの *Public Health Reports* が、2018年に“Writing for Public Health”のスペシャルコレクションを開設し、ライティング教育に関する論文の掲載を開始した。2022年には、ライティング教育の基本的な考え方とプログラム事例をまとめた書籍、*Teaching Public Health Writing* が Oxford University Press から刊行された(3)。この書籍の著者はボストン大学公衆衛生大学院の教員であり、学士号、修士号、博士号を文学専攻で取得している。公衆衛生学とヘルスコミュニケーション学の学際性を反映していて興味深い。こうした動向から、米国内の公衆衛生のアカデミアの少なくとも一部において、written communication の教育に対する注目が高まっていることがうかがえる。

Public Health Reports に掲載された2019年の論文は、次のように述べている。

“Writing is public health. It is what makes public health public. It is the way that we in public health convey our messages, policies, and practices, and it is the way that we prompt action.” (斜体は論文著者による) (2)

ライティングは公衆衛生活動そのものであり、パブリックヘルスを真にパブリックたらしめるものである、という力強い宣言である。ヘルスコミュニケーションの研究者を志した時から公衆衛生のライティングの重要性に関心を向けてきた筆者は、この“Writing is public health. It is what makes public health public.”というフレーズを読んだ時にいたく感動したものである。また、同じ論文は次のようにも述べている。

“The health problems facing the world are far too serious for public health writing to be publicly reticent and accessible mainly to experts.” (2)

パブリックヘルスライティングは専門家にアクセス可能なだけでなく、公衆に語りかけるべきである、と明示している。このポリシーは本稿の冒頭で述べたヘルスライティングの定義と一致する。一方で、米国における Public Health Writing は、アカデミア、政策関係者から公衆までを広く対象としている(3)。前述の書籍 *Teaching Public Health Writing* が紹介している教育プログラムの事例も、文献レビュー、研究計画書、分析報告書、政策提言書といった研究者や政策関係者に向けたライティングと、「1000ワード以内で公衆に重要な健康問題を説明する記事を書く」「公衆に向けた5分のパワフルな健康教育プレゼンテーションを作成する」といった公衆に向けたライティングの両方を含んでいる。日本国内の大学・大学院においても、こうした教育が散発的に実施されている例はあるだろう。一方で、米国で始まった上記のような Public Health Writing の体系的な教育プログラムの試みは、公衆衛生におけるライティング

能力の向上の必要性に対する教育政策及び現場教員の信念を反映しているといえるだろう。

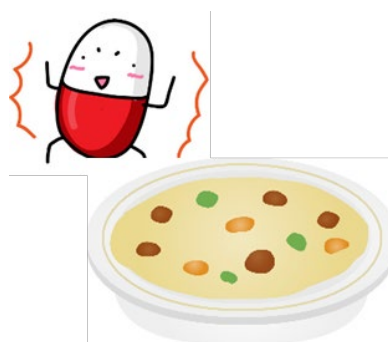
3. 国内の動向

国内の動向として、筆者が所属する公衆衛生大学院である東京大学大学院 医学系研究科 公共健康医学専攻におけるヘルスライティング教育の事例を紹介する。同専攻では、2016 年より、医療コミュニケーション学講義の 1 コマ (105 分) を充て、「行動変容を促す公衆衛生文書」の講義を開始した。この講義は筆者が担当し、前出表 1 のヘルスライティングの内、行動を促す説得的コミュニケーションのライティングに焦点を当てている。具体的には、筆者が開発した行動変容のためのヘルスコミュニケーションの 10 原則 (表 2) (4) をもとに、各原則の理論的背景と活用事例を解説している。行動を促す説得的コミュニケーションのライティングで必要とされる視点と技術の基礎 (例: 興味を引く、理解しやすく伝える、記憶に残す等) を獲得してもらうことを目的としている。加えて、2018 年度より、医療コミュニケーション学演習の一部 (2 コマ 210 分×3 回) を充て、市民の行動変容を促す公衆衛生文書の作成と、患者・家族を支援する説明文書の作成の演習を実施し、受講者の作品に対する教員によるフィードバックを行っている。市民の行動変容を促す公衆衛生文書の作成演習は筆者が担当し、行動変容を促すポスターやチラシの作成を個人ワークやグループワークで行っている。題材は健康日本 21 の目標項目から受講者を選んでもらっているが、2020 年度と 2021 年度は新型コロナウイルス感染症の予防行動のチラシを作成してもらった。患者・家族を支援する説明文書の作成演習は、国立がん研究センターがん対策研究所がん情報提供部の高山智子が担当し、国立がん研究センターがん情報サービス (<http://ganjoho.jp>) の患者・家族向け情報の作成過程等の解説と、がんの患者・家族向け情報の作成の演習を行っている (題材例: がんのリハビリ、アピアランスケア等)。

東京大学におけるこれらの講義・演習に加えて、筆者は、2017 年より、自治体、保険者、医療機関等の医療従事者や職員を対象とした講演・研修を実施している。多くの場合、計 3 時間の前半 90 分で講義を行い、後半 90 分でチラシ作成のグループワークとフィードバックを行っている。これまでのべ 3000 人超の方々に受講いただいている。

表 2. 行動変容のためのヘルスコミュニケーションの 10 原則 (お菓シメジのシチュウの原則)

オ	驚きを与える
ク	クイズを使う
ス	数字を使う
リ	ストーリーを使う
シ	視覚的・具体的に伝える
メ	メリット・デメリットで感情に訴える
ジ	情報量を絞る
シ	シミュレーションしてもらう
チュ	中学生にもわかるように伝える
ウ	受け手の視点で考える



4. 問題意識

ヘルスコミュニケーションは次のように定義されている。

“Health communication is the study and use of communication strategies to inform and influence individual and community decisions that enhance health.” (Centers for Disease Control and Prevention, the National Cancer Institute) (5)

“Health communication is the art and technique of informing, influencing, and motivating individual, institutional, and public audiences about important health issues.” (Healthy People 2010, U.S. Department of Health and Human Services) (6)

いずれの定義も、ヘルスコミュニケーションは、Inform (情報提供) に加え、Influence (影響を与える)、Motivating (動機づける) の戦略・技術であることを明示している。つまり、ヘルスコミュニケーションは、対象者に情報を伝えるだけでなく、対象者の行動を促すことまでを目的としている。特に、筆者の専門である公衆衛生の専門家から市民に向けた説得的なヘルスライティングにおいては、情報提供における理解のしやすさだけでなく、行動を促す説得力が重要な要素である。ヘルスライティングにおける行動を促す説得力の重要性は、新型コロナウイルスのパンデミック下で再認識されたことであろう。ところが、巷間には、市民・患者にとって理解が難しい公衆衛生情報や行動を促すための工夫のない公衆衛生情報が散見される(7,8)。また、公衆衛生従事者の間には、「知識を与えたら、行動してもらえるはず」という楽観的な誤解も広く見られる(9)。公衆衛生従事者の多くに、ヘルスコミュニケーションの重要な要素である Influence (影響を与える)、Motivating (動機づける) の視点が欠けているのである。このような現状

に対する問題意識が、筆者のヘルスライティング教育の動機であり、情報提供における理解しやすさと行動を促す説得力を高めることが、筆者のヘルスライティング教育の目的である。

5. ヘルスライティングに求められる価値観・スキル

自治体や保険者で公衆衛生情報を発信している現場には、筆者と同じ上記のような問題意識をお持ちの方々がいらっしゃる。そのような方々が、筆者に研修やコンサルティングの依頼をくださる。研修の参加者がグループワークで作成した優れた作品や、コンサルティングにおける現場の方々との協働作業の優れた成果物から、筆者は多くを学んできた。それらの作品事例は拙著で紹介しているので参考にしてほしい(4)。本稿では、熱意と創意工夫の溢れる現場の方々との交流から筆者が学んできた、ヘルスライティングに求められる価値観・スキルについて、以下の5つを挙げたい。

①医療・公衆衛生領域の専門的な知識

科学的根拠に基づく正確な情報を発信するために、医療・公衆衛生領域の専門的な知識はあった方がよい。しかし、専門的な知識があるがゆえに、市民・患者にとって理解の難しい専門用語を用い、専門的な解説をしてしまうこともある。また、知識があるがゆえに、「知識を与えたら、行動してもらえないはず」という楽観的な誤解に陥ることもある(9)。したがって、「専門的な知識はあった方がよいが、必須ではない」と筆者は考えている。ライティングで専門的な知識が必要ならば、餅屋は餅屋で、専門家に教えてもらえればよいのである。困った時に頼ることができる専門家がいたら、その人は立派な専門家であるという考え方もある。

②読者に対する想像力

読者に対する想像力は必須である。読者の心理や環境に対する想像力を働かせた上で、読者の理解と行動につながる構成を考え、その構成の通りに書く。読者に対する想像力と、構成力と、書く力の3つはセットである。読者に対する想像力が働くから、適切な構成が浮かぶ。そして、その構成の通りに書くための、書く力があればなおよい。

③柔軟な(型破りな)発想力

これはヘルスコミュニケーション学の研究者・実践者としての筆者の個人的な考えであるが、公衆衛生の組織の中や専門家の中で「それはいいアイデアだ」と最初から承認されるようなアイデアは、ただの前例踏襲に過ぎないのかもしれない。満場一致の承認からは革新的なアイデアは生まれない。硬直的な価値観や画一的な視点の持ち主をざわつかせるような斬新な、時には型破りなアイデアが、従前のヘルスライティングを改善する。専門家や管理職がざわつくならば、そのざわつきはアイデアの価値の証明であるのかもしれない。あとは専門家や管理職と議論をして、現実的に運用可能な落としどころを見つけて修正すればよい。筆者が学ばせていただいた現場の方々の多くは、自治体や健康保険組合の管理職でありながら、極めて柔軟で遊び心をお持ちでアグレッシブであった。

④認知的動機+感情的動機

仕事の動機には、認知的動機と感情的動機がある。認知的動機とは、「この仕事が患者さんや住民のために重要だから」「貢献できるから」といった理知的な動機である。一方の感情的動機とは、「この仕事が面白いから、楽しいから、反響があると嬉しいから」といった感情面の動機である。柔軟で型破りな発想をする人には、必ず認知的動機に加えて感情的な動機がある。「面白い!」「楽しい!」という動機は、クリエイティブな仕事に欠かせない。したがって、筆者がヘルスライティング教育やコンサルティングで重視していることは、「自分たちでアイデアを考えて形にすることが面白い! 楽しい! そして反響があったら嬉しい!」という感情的動機を感じてもらうことである。

⑤一市民としての感覚を大切に(専門家の思考に染まらない)

筆者の所属する公衆衛生大学院には、大学院生として医師、看護師等の医療従事者に加え、医療従事の経験のない企業出身者等も入学する。一般的に、医師、看護師等の医療従事者は、自分の書いた文書の読者に対する想像力が働きにくい。専門的な知識があるがゆえに、知識のない市民・患者の頭の中、心の中を想像できないという「知の呪縛」があるからである(9)。一方で、医療従事の経験のない企業出身者等の大学院生は、自身が一人の市民であり患者である。その市民感覚が、彼ら非医療従事者の強みである。しかし、非医療従事者の大学院生の中には、入学後半年もすると、周囲の医療従事者を模倣して、専門家のような言葉づかいをし、専門家のような発想するようになる人がいる。専門家の思考にみずから染まってしまうのである。筆者から見れば退化であり、教育の負の効果である。筆者はそれが残念でならない。他者との違いこそが価値であり、市民感覚が公衆衛生の担い手としての彼らの強みであるのに。

5. 結語

「邯鄲之歩」という故事成語がある。紀元前 300 年頃の中国の荘子の言葉である。邯鄲は都の名前である。現代と同じく、田舎から多くの若者が都へ向かった。田舎の若者は山河で鍛えられた体をしている。一方、都の若者は猫背でひよろひよろと歩いている。田舎の若者は、自分のたくましい歩き方を恥ずかしく思い、都会の若者の頼りない歩き方を真似するようになる。邯鄲之歩は、本来の自分の強みを捨てて、他人の真似をすることにより、物事がうまくいかなくなることをいう。

健康とは、「病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあること」とされる(10)。医療従事者等の専門家は病気の診断や治療のスペシャリストである。だが、精神的にも社会的にも健康をとらえるためには、医療従事者だけではない、様々なバックグラウンドを持つ人の視点が必要である。

しばしば引用される公衆衛生の定義には次のようなものがある。

“Public health is the science and art of preventing disease, prolonging life, and promoting physical and mental health and efficiency through organized community efforts.” (11)

「公衆衛生とは、組織化されたコミュニティの努力を通じて、疾病予防、寿命の延伸、肉体的・精神的な健康と効率の増進をはかる科学と技術である。」

公衆衛生とは、組織化されたコミュニティの努力を通じて行われるものである。コミュニティのメンバーの一員でない人はいない。大学病院の病院長も、町の豆腐屋さんも、すべての人がコミュニティの一員である。コミュニティの一員である時点で、誰もが既に、なにひとつ欠けることなく、完全な状態で、すでに公衆衛生の担い手である。公衆衛生情報のヘルスライティングで最も重要なのは、医療の専門家をはじめとする情報の作成者の側が、一市民としての感覚を意識的につかんで手放さない覚悟であるように思う。

謝辞

これまで筆者にお声がけをくださった自治体、保険者、医療機関、メディア等のすべての方々に深謝します。

研究資金

本論文は、JSPS 科研費 19K10615、16K01752 の助成を受けた研究成果の内容を含む。

利益相反自己申告

本論文に関して、申告すべき利益相反はない。

引用文献

1. 木内貴弘. ヘルスライティング. 第 13 回日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会. 2021.
2. Valladares LM, Riegelman RK, Albertine S. Writing in Public Health: A New Program From the Association of Schools and Programs of Public Health. *Public Health Reports*. 2019;134(1):94-97.
3. Beard J. *Teaching Public Health Writing*. Oxford: Oxford University Press. 2022.
4. 奥原剛. 実践 行動変容のためのヘルスコミュニケーション. 大修館書店. 2021.
5. Centers for Disease Control and Prevention. <http://medbox.iiaab.me/modules/encdc/www.cdc.gov/healthcommunication/healthbasics/WhatIsHC.html>
6. *Healthy People 2010*. 2nd ed. Washington, DC: US Dept of Health and Human Services. 2000.
7. Okuhara T, Ishikawa H, Okada M., Kato M., Kiuchi T. Readability comparison of pro- and anti-HPV-vaccination online messages in Japan. *Patient Education and Counseling*. 2017;10(10):1859-1866.
8. Okuhara T, Ishikawa H, Okada H., Kiuchi T. Readability, suitability, and health content assessment of cancer screening announcements in municipal newsletters in Japan. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2015; 16 (15): 6719-27.
9. 奥原剛. 行動変容のためのヘルスコミュニケーションー COVID-19 の教訓ー. *日本健康教育学会誌*. 2022;30(2):163-171.
10. 公益社団法人 日本WHO協会. <https://japan-who.or.jp/about/who-what/identification-health/>
11. Winslow CEA. *Science*. 1920; 51(1306): 23-33.

*責任著者 Corresponding author : 奥原剛 (e-mail: okuhara.hc@gmail.com)

総説

保健医療の専門家から患者に向けたヘルスライティング： 疾患を持つ人を対象としたヘルスライティング Public Health Professionals' Health Writing to Provide Information for People with Disease

高山智子¹⁾²⁾
Tomoko Takayama¹⁾²⁾

- 1) 国立研究開発法人国立がん研究センター がん対策研究所 がん情報提供部
- 2) 東京大学大学院医学系研究科社会医学専攻 がんコミュニケーション学分野
- 1) Cancer Information Service Division, Institute of Cancer Control, National Cancer Center
- 2) Department of Cancer Communication, School of Public Health, University of Tokyo

Abstract

The required knowledge and skills for health writing in public health information is discussed, mainly in providing information for people with disease. This discussion is based on the efforts made by the Cancer Information Service, which is operated by the National Cancer Centre. The Cancer Information Service aims to “help patients understand and use information about their diagnosis and treatment to help them make informed decisions and take action.” At the very least, writing toward this goal involves understanding what professionals are trying to tell their patients, knowing what information patients want, and understanding how both parties comprehend and interpret the health information. This study also includes imagining the patients' environment and how they will use the information. In addition, a sense of balance between the way the information is conveyed and its factual basis among the various parties is required so that the information can be communicated to a wider audience while targeting individuals with disease. Finally, system-wide quality management is required to disseminate reliable information broadly. Writers from different backgrounds can use the results to consider how best to position themselves and develop their skills when presenting health information.

要旨

本稿では、公衆衛生情報の中でも主に疾患を持つ人に対する情報について、筆者が長年携わる国立がん研究センターが運営する「がん情報サービス」での取り組みを紹介しながら、ヘルスライティングに求められる知識やスキルを考える。必ずしも正解がないヘルスライティングにおいて、筆者が求められる知識やスキルのすべてを可視化できているわけではない。ただ少なくとも、「がん情報サービス」での“診断や治療の情報を患者が理解し、自らの意思決定や行動の助けに活用できる”ことを目指すライティングには、専門家が患者に伝えようとすることを理解し、患者側が求める情報を知り、双方の理解・解釈の仕方を理解すること、また患者が置かれている環境や情報を活用する場面を想定することなどが含まれる。そして、個々人を対象としながらより多くの人に伝えるための表現力や様々な関係者や状況にある情報をどう固定するかバランス感覚も必要である。確かな情報として広く発信するためには、個々人ではなく体制として支えるものも含まれる。書き手の背景が異なる中で、どのように自分の立ち位置を考え、スキルを磨いていくことができるのか、本稿が参考になれば幸いである。

キーワード：ヘルスライティング、ヘルスコミュニケーション、対人コミュニケーション、患者中心の医療、がん
Keywords: health writing, health communication, interpersonal communication, patient-centered care, cancer

1. はじめに

ヘルスライティングの対象となる市民や患者のうち、本稿では、特に患者が対象となる場合について、ヘルスライティングに求められる知識やスキル、価値観、そしてどのような力をつけていくことが求められるのかを考えてみたい。疾患の予防や啓発の多くの情報が、広く市民を対象とし、中でも健康な人を対象とするのに対して、疾患を持つ人に対するヘルスライティングでは、疾患を抱える当事者（患者や家族等）を主な対象とする。病気は、多くの人にとってなりたくない最たるものの一つである。病気そのものや治療によって、その人や周囲の人は、身体的にも精

神的にも、その大小はさまざまであるが、影響、ダメージを受ける。多くの場合、社会的にも影響を受ける。そして、周りの人たちに影響を与えるということが、またその人にとっての苦痛の原因にもなる。疾患を持つ人を対象とするヘルスライティングにおいては、その疾患を理解することや疾患がどのようにその人自身や生活に影響を及ぼすかを知ることが重要となる。

このような背景から、ヘルスライティングでは、患者中心の医療における“対人援助職による対人コミュニケーション”の考え方が基本となり参考になる。対人コミュニケーションでは、相手とのやり取りの中で、自分の期待していることが相手に満たされることが重要である(1)。そして、患者中心の医療におけるコミュニケーションでは、コミュニケーションを通じて、治療的な関係を構築すること、情報を交換すること、患者の気持ちに対応する(寄り添う)こと、不確実な状況に対処すること、(どうするか)決定をすること、患者自身が自分で考える・できる(自己管理できる)ようになることが期待される(2)。疾患を持つ人が、書かれた情報を利用することによって、気持ちの上でも支えられ、知識を増やし、また医療への参加感やコントロール感が増し、またエンパワメントされることで、質問したり、決めたり、自分でできると思えること、それを補完的に助けること(3)が、ヘルスライティングの主要な目的の一つであり大事な役割となる。そして、こうした情報を書くための知識やスキルを身につけることがヘルスライティングにとって重要である。

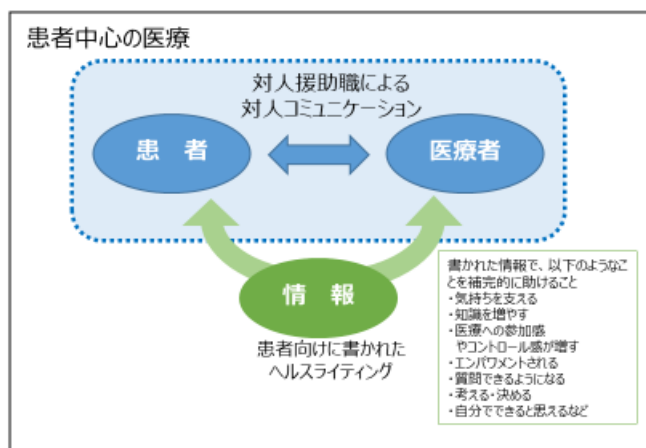


図 1. 疾患をもつ人を対象とするヘルスライティングの役割

本稿では、筆者が長年携わってきた「がん」の領域で、国立がん研究センターの「がん情報サービス」(4)から提供されている情報の執筆/ライティングの過程で配慮していることから、ヘルスライティングに求められる知識、スキル、価値観、そしてどのような力をつけていくことが求められるのかについて考察する。

2. 疾患（がん）を持つ人を対象とした情報：「がん情報サービス」の根底を支える価値観

「がん情報サービス」は、患者にとって“役立つ情報”を提供するため、がんの情報整備を目的として、「がん対策推進アクションプラン 2005」(5)により、2006年にウェブサイトが開設され、情報提供が開始された。「がん対策推進アクションプラン 2005」は、後にごん対策基本法の成立(6)やがん対策推進基本計画の策定(7) (2007)につながるがん当事者等のための実質的ながん対策が始められる最初の大きなきっかけになったものである。当時、がんの患者や家族である当事者らの日本のがん医療やがんの情報に対する不安や不満の声が大きくなっていった(8)。「住んでいる地域によって受けられる医療や利用できる情報がなぜ違うのか、海外で利用できる治療薬がなぜ日本では利用できないのか」といった声である。その結果、アクションプランという形で国を動かすことになったのである。この「がん情報サービス」がなぜはじめられたのかという起源(オリジン)は、「がん情報サービス」で、どのような情報を用意し、提供するかといったこと全てにつながる基本でもあり、根底を支える価値観にもつながっている。また情報整備と同時に、がんの当事者らからは、患者・家族に正確な情報に基づく支援を行う場の整備も求められた。これが現在のがん診療連携拠点病院等に必ず設置されることになった「がん相談支援センター」である。一方向性の情報だけでは対応しきれない、その人にあった情報の提供を行う場として、言わば、車の両輪として機能する場となっている。

「がん情報サービス」は、国立がん研究センターが、国からの公的な資金源により、患者や市民、行政担当者や専門家等に対して、ウェブサイトをはじめとするさまざまな媒体を通して提供されるがんに関する情報の総体を指す。専門家や関係諸団体、がん経験者らの協力を得て、「正しい情報に基づいて、適切な意思決定をできるようにするためのがんに関する情報を提供すること」を目的に、患者や市民に対する情報が作成されている。現在、情報を提供し

ている媒体は、インターネットを介した提供(ホームページ、facebook)の他、紙媒体(書籍、冊子、ちらし等)、音声や点字媒体と多岐にわたる。各媒体により作成される情報は、文書だけでなくイラストや図表など、提供される場合も含めて特徴が異なる。どのような媒体で情報を提供するかは、想定する対象と利用場面、目的により変わる。「がん情報サービス」で現在メインに作成しているウェブサイト(スマートフォン・アプリも含む)からの情報提供では、疾患を持つ人の中でも、少なくとも読む気力と体力がある状態や状況の人を想定して、文章やイラストなどを含めた情報を作成している。ライティングに求められる知識やスキルは媒体が変われば異なってくるが、ここでは、ウェブサイト及びスマートフォン・アプリで提供する際の文章を用意するライティングについて考えていくこととする。

3. どのようなときに利用されるものであるか：利用する場面から読み手の状況や心情、支援を想像する

それぞれの病状や経過の中で、その人が求める情報は変化する。では、疾患を持つ人は、どんな時にその疾患の情報を求めたいと思うのであろうか。以下は、がんに限らず他の疾患でも当てはまると考えられるが、自身もがんの経験をもつ Jonson は、がん関連の情報探索についての著書の中で、がんの情報を求めるのは、知りたいという人の本能的な特徴である好奇心から、そして特別な意思決定をするとき(治療の意思決定等)、確認するための情報を探するとき(今受けている治療は正しいのか正当化したいとき)、(自分あるいは誰かを助けるために)他者と情報交換するとき、医療者と効果的にコミュニケーションをとるとき(9)の5つの場面をあげている(9)。

また患者側が自発的にその情報を求めているかどうかに関わらず、医療者側からは、安全に治療や医療を提供するために、病状や治療・療養の理解を助けるために提供することが必要な情報がある。そしてその重要性がさらに増す場面がある。たとえば、手術時や重大な結果を招きうる薬物投与などのハイリスクな(意思)決定場面や状況となるとき、そして退院や転院、再発や根治を目的としない治療へ大きく治療方針が変わるときなどの移行期では、患者や家族ら当事者らが、十分に状況や情報を理解し、決定するという重大さが増す場面である。そしてこのような状況下での医療者とのコミュニケーションは患者や家族にとっても特に重要となり(10)、補完的な情報の役割も大きくなるときでもある。

このようにヘルスライティングでは、特定できない相手が利用する状況や場面を想定、想像しながら、対人コミュニケーションの知識やスキルを活用してライティングを行うことが求められる。医療者としての経験やさまざまな生活者としての経験があること、それを客観的に俯瞰できることが、ヘルスライティングを行う上での強みとなる。

4. どのような状況や状態の人を対象とするのか：更なる対象の特定と情報を提供する立場

疾患を持つ人を対象としたヘルスライティングでは、さらに読み手となる対象の状況を思い描くこと、そしてその時点だけでなく、少し先にどのようなことが起こりうるかを想定することも基本的な知識として重要である。たとえば、想定する人(対象)として、自分に起きている何らかの症状や異常が気になりだして病気が(がん)を疑い始めた状況の人、病気を診断されたばかりの人、治療中の人、治療や療養を経てもとの生活に戻ろうとしている人では、置かれた状況や状態が異なるとため、そのときに必要とされる情報や支援の内容が異なると想定できる。したがって、そのときの読み手となる人(患者や家族など)が、それぞれの状況や経過のどの時点で情報を目にするかを考え、どのように伝えられるかを考えて文章を用意する(書く)必要がある。また、その時点だけでなく、少し先に起こりうるかを想定して伝える情報は、その人がこれからを予測し準備できるというコントロール感にもつながる情報となる。

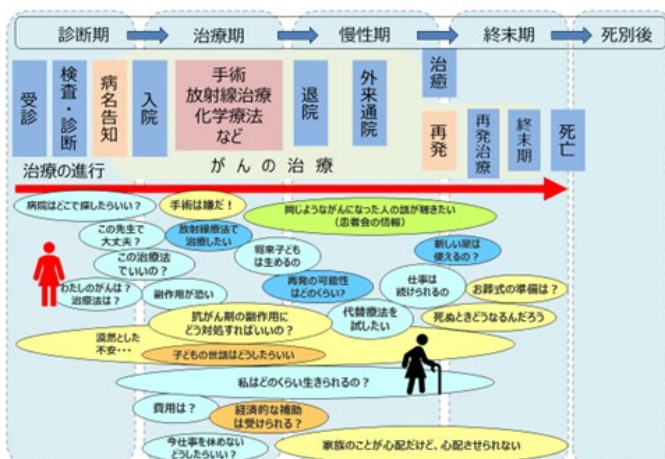


図2. がんの診断、治療、療養の経過と情報ニーズ

さらに病気と診断されたときからの経過は、人によって異なる。病気や治療の影響で、これまでの生活や生き方そのものを考え直す必要が出てくることも、当然起こりうる。こうしたある程度一定の経過をたどりながらも、人により異なる経過をたどる読み手を想定したライティングが求められる。一般化と個別化の違いを想定しながら、読み手に届く文章を作ること、より多くの人が利用できる情報(自分に起きていること、起こりうることをイメージできるようにするなど)となる。

また忘れてはならないのは、疾患を持つ人にとって最も大事な第一次情報は、主治医をはじめとする直接医療を提供する医療者からの情報であるという点である。ここで(「がん情報サービス」から)提供できる第三者からの情報は、疾患を持つ人にとっては、あくまでもその人を取り巻く主治医や医療者が提供する情報の「補完的な役割」という位置づけである。このことは、オンライン上の医療情報の質の基準の一つにも示されている「提示する情報は、患者と医師の関係を支援(Support)するものとして設計されるもの(相補性)」(11)の内容にも合致する、第三者として適切に保健医療関連の情報を提供する視点として重要な点である。

5. どのような内容を書くのか：情報の特徴によって求められる知識・スキルの違い

1) 情報の種類による特徴

「がん情報サービス」のウェブで提供している主に患者を対象としたがんの情報は、現在 88 種類の各種がんに関する情報の他、がんの基礎知識や診断と治療、症状や生活の工夫に関する情報、制度やサービスに関する情報など、全 254 種類(約 1,300 頁)である(2021 年 7 月時点)。どのような内容や種類の情報を作成するかによっても、ヘルスライティングに求められる知識やスキルは異なる。そして、ライティングの際に準備段階として収集する(できる)情報も異なる。ここでは、治療などの医療的な側面の比重が高い「各種がんの解説」と、疾患を持つ人の生活や価値観の比重が高い「生活に関する情報」の一つとして『がんやがんの治療による性生活への影響』の情報作成を例にあげ、ヘルスライティングの知識やスキルについて考えてみたい。また情報が利用されるきっかけとなる場面として、根拠に基づく医療が行われる患者と医師間のやりとりの場面を想定して、そこで必要になる補完的な役割となる情報を考えてみたい。なお、「がん情報サービス」では、文章やイラストを含めた種類ごとのひとかたまり情報を一つの“コンテンツ”として扱っている。



図3. 「がん情報サービス」のコンテンツの種類と数 (2021年7月現在)

2) 根拠に基づく情報とコンセンサスの度合い・状況の見極め

「各種がんの解説」には、臓器の解剖や機能、症状、検査、治療、療養、臨床試験、患者数、予防・検診についての概説がコンテンツとして含まれる。これらの文章を作成するときに、主に参考にする情報は、各関連学会がまとめている「癌の取り扱い規約」と「診療ガイドライン」である。前者は、癌の進行度合いの評価方法や治療法の選択等がまとめられたもので、後者は、現時点の最良の臨床研究によるエビデンス・レベルと推奨の度合いがまとめられたものである。いずれも数年単位で更新されるが、「診療ガイドライン」は早いものでは1年から半年で更新されるものもある。「診療ガイドライン」に示される標準治療の情報は、根拠に基づく医療が行われる多くの場で明示的・非明示的に利用されている。

これらの「診療ガイドライン」の情報を含め、エビデンスやコンセンサスに基づいて編集された書籍や文書は国内でも増えている。そのため「がん情報サービス」では、表1に示したように、患者・市民向けの情報作成時に、参考として利用する情報の順番を定めている(12)。この優先順位は、国内で医療を受ける際に利用できる情報として、根拠に基づく情報として組織的に作成された(組織内でコンセンサスがとれた)ものを優先することで、標準的な医療を国内のより広い対象に届けることにつながるという考え方に基づいている。

表 1. 参考とする情報を用いる際の優先順位 (患者・市民向け情報作成時) (12)

レベル i 診療ガイドライン (参考文献の記載あり)
レベル ii 組織が作成した手引き (参考文献の記載あり)
レベル iii 組織が作成した診療ガイドラインや手引き (参考文献の記載なし)
レベル iv 個人が作成した教科書や手引き (参考文献の記載あり)

※同じレベルの場合には、日本で作成されたものを優先する。

※個人が作成したものについては、参考文献の記載がなければ使用しない。

3) エビデンスの集積やコンセンサスが十分でないときの企画と対応

一方、200 種類以上あるとされるがんの種類において、すべてに参考にできる「診療ガイドライン」のような文書があるわけではない。また生活に関して必要とされる情報の多くに、エビデンスや学会等でまとめられた推奨やコンセンサスがあるわけではない。このような特に参考にできる資料に限られる状況下では、作成するコンテンツに必要な情報を収集する力やその中で優先して用いる資料・情報を評価、判断し、取捨選択する力が求められる。

例に取り上げた『がんやがんの治療による性生活への影響』といったコンテンツのように、必要とされる情報は、人それぞれの価値観によって大きく左右されるものも多い。どのような内容の情報を提供できるか・するかは、答えがあるわけではない。何を書くべきか、書くことで、想定する読み手が治療やその後の療養、周囲の人との関係等において、直面する (かもしれない) 状況や意思決定の場面において活かせるか、企画段階での練り込みが非常に重要になる。このようなエビデンスやコンセンサスがほとんどない場合には、それに準ずる情報があるか、文献や国内外の事例の他、複数の医療専門家やがんの経験者を含めた関係者で、実際にそこで起きている状況を把握することや模索することからはじめることも多い。時間やかけられる労力が限られる中で、いかに柔軟かつバランス良く情報収集できるかが求められる。

4) 患者と医療者との間でやり取りされる内容や要素を側面から支援するために

表 2 は、診療場面の患者と医師との間でのやり取りを想定して、このやり取りを補完する情報を作成する際に、ヘルスライティングに求められる知識やスキル、力の例としてあげたものである。ここでは、Haynes らが示した、根拠に基づく医療の 3 要素 (現時点の最良の臨床研究によるエビデンス、患者の価値観、患者の臨床的状況と置かれた状況) (13) を医師側の視点として、また患者からの心配な点や不安の表明の他、疑問点の表明や確認することを患者側の視点として想定している。

このように見てみると、診療場面や医療の中で、患者が直面する医療に関する用語や治療内容はもちろんのこと、どのような背景や流れで治療が進められていくのか、大枠での医療の理解があることが、ライティングをする際の背景知識として不可欠であることがわかる。その点では、臨床経験を有する医療者は、ベースとしての知識やスキルを有する者として有望である。また一方の患者の立場で、診断前まで普通に社会生活を営んでいた個人がはじめてその場に遭遇したときの心配や不安などの心情を想定できることも、ヘルスライティングには欠かせないものであることがわかる。

表 2. ヘルスライティングに求められる知識、スキル、力の例：患者と医師との間でのやり取りを想定した場合

医師・患者の視点	主なやり取り	求められる知識やスキル、力の例
医師側の視点 (根拠に基づく医療の 3 要素)	「現時点での最良の臨床研究によるエビデンス」に基づくやり取り	<ul style="list-style-type: none"> 現在あるエビデンスや推奨を調べることができる。理解し、読み解くことができる。 エビデンスや推奨がなかった場合に、どのようなことが優先されるか、情報として提供する必要があるか、調べられる。企画できる。 臨床場面での利用の仕方/懸念がわかる、調べられる、また想像できる。
	「患者の価値観」に関するやり取り	<ul style="list-style-type: none"> その状態・時期の患者が求める情報や支援等がわかる、調べられる、また想像できる。
	「患者の臨床的状況と置かれた状況」に関するやり取り	<ul style="list-style-type: none"> 複数の患者の個々の状態の人 (疾病の重症度・合併症、併存疾患の状態等)、すなわち患者の多様性・個別性について、思い描くことができる、調べられる。 医療の行われる場や環境 (地域性や病院特性による違いなど) を、思い描くことができる、調べられる。 患者の個々の状態や環境により医療や支援、サービスが提供できない場合に、その人がとることができる行動に結びつく情報を調べられる、また想像できる。
患者側の視点	「患者が心配な点や不安の表明すること、疑問点の表明や確認するために行われるやり取り	<p>患者が伝えられたことや情報を理解し、活用できるようになることを助けるために、</p> <ul style="list-style-type: none"> 医師や医療者に質問する内容等について、患者側からの意思表示の仕方がわかる、調べられる。そのときの患者の心情、伝えにくい状況や環境があることを踏まえて、患者がとることが可能な行動や対応を提案できる。 患者が自分の意思 (どうしたいか) を考えるためのヒントとなることわかる、調べられる。

6. どのように情報を伝えるのか：定めた範囲の情報を客観的にバランスよく提示する

利用者が安心して健康情報を利用できるようにするために、どこまでの範囲の情報を完全な情報として示すのか（掲載基準）を決め、その範囲の情報について客観的にバランスよく提示することは、正しい判断につながる情報として重要である。治療は、心身への侵襲を伴う。そして多くの場合やり直しがきかない。治療薬にも効能だけでなく、必ず副作用がある。そのため各治療のメリットやデメリットの両方が書かれていることは、利用者にとって判断の助けになる。その他、代替となる選択肢がある場合にはその選択肢が示されること、良いことばかりが書かれる等の偏った情報だけにならないこと、そしてそれらが誇張された表現になっていないこと等である（表 3）。このような強調される点に乏しい書きぶりは、無味乾燥的な書きぶりとなり、人によっては読みにくいととらえられるかもしれない。しかし、文書情報では、客観的でバランスよく書かれていることが利用者にとって判断の助けになる。患者が治療を決める際に、何を大事にしたいか、優先させたいかを判断する情報として、第三者から提示される情報であるからこそ、より客観的な情報として安心して利用できるという側面もある。

表 3. 健康情報をより完全な形で、客観的にバランスのとれた方法で示すための留意点

- エビデンス・レベルやコンセンサスの状況がわかるように示す
 - －あらかじめ掲載基準で定める（標準治療になっているものを記載など）
- 治療法には、メリット・デメリットの両方を示す
 - －記載する順番や分量についても配慮する
- 適切な偏りのない証拠を示す
 - 例) 海外のレポートや論文など権威付け目的で関係のないレポートが提示されている (×)
 - 例) 成功例の紹介など、良いことばかり書いている (×)
- 代替となる選択肢を示す
 - 例) 特定の治療法（商品）を勧めている (×)
- 誇張された表現をしない
 - 例) 「驚異のサプリメント」、「末期がんからの生還」など (×)
- 掲載や執筆の基準をもつ、示す
 - －掲載内容の範囲や選定方法、レビュー方法を明示する

7. “体制”として品質管理を支える情報作成のプロセス：公平性とバランスの担保

個々人のヘルスライティングの知識やスキルをつけることもさることながら、昨今の医療の進歩の速さや患者等から求められる情報の専門性の高さ、多様化などに対応した情報を提供するには、もはや“体制”として、情報をつくり、確認・評価し、提供するというプロセスが欠かせない。英国の NHS では、患者や一般向けの質の高い情報作成の枠組みとして、Information Standard として 6 つの基準を示しており(14)、「がん情報サービス」においても同様に、質の高い情報を提供するための取り組みとして表 4 のような対応を行っている（表 4）。

表 4. Information Standard：“質の高い”一般向けの情報作成の基準と「がん情報サービス」での対応

NHS の“患者・一般向けの質の高い情報作成”の枠組み Information Standard (14)	国立がん研究センター「がん情報サービス」での対応
1. 情報作成のプロセスの提示： 提供対象、ピアレビューの実施、利害関係のチェック、コンテンツ承認方法、レビュー日の提示、フィードバック方法の提示	・ ganjoho.jp サイトに、「がん情報サービス」編集方針（方針、対象者、コンテンツ作成、承認方法、問い合わせ方法について）を提示する。
2. エビデンス源の提示： 組織の承認した情報源からの正確な引用、エビデンスの重みや質、不確実なことを明確にすること、ピアレビュー	・ ganjoho.jp サイトに、「がん情報サービス」情報作成協力者一覧（ピアレビュー）を提示する。情報源については、編集方針で示した情報採用基準をもとに、コンテンツ毎に採用したエビデンス情報を記録する（内部資料としていつでも確認できるよう保管）。
3. 利用者の理解と関与： ターゲット読者の特定、ヘルスリテラシーレベルの考慮、制作の過程での利用者の関与があること	・ 「がん情報サービス」編集方針に沿って、企画にてターゲット読者の特定、場合によりヒアリング・意見収集、医師・医療者の他、患者・市民パネル、がん専門相談員の査読や意見収集を編集プロセスに組み込む。
4. 最終制作物： 作成した制作物が良質であることを確認すること	・ 「がん情報サービス」編集方針に沿って、「がん情報サービス編集委員会」（1～2 回/月）で承認後に公開を行う。
5. フィードバック： コメント/苦情/事故に対して適切に対応すること	・ 「お問い合わせ」の対応を、メールを基本として実施・対応する。
6. レビュー： 計画的かつ定期的に制作物と作成プロセスをレビューすること ※通常は、認証から 3 年を超える制作物がないようにする	<ul style="list-style-type: none"> ■ オンライン媒体 <ul style="list-style-type: none"> ・ 国内の診療ガイドラインが公開されてからできるだけ速やかに情報を更新する。 ■ 紙媒体（本サイトで、PDF ファイルとして提供） <ul style="list-style-type: none"> ・ 内容により 3 または 5 年ごとの更新を行う。

また、「がん情報サービス」では、図3に示すように、①～⑬までのプロセスを行き来しながら、最終的に情報を公開するという、品質管理のプロセスに基づいて、コンテンツの企画から情報作成、提供までを行っている(15)。質の高い情報を作成するためには、複数の保健医療の専門家や専門団体だけでなく、患者等の当事者の関与が不可欠である。このプロセスの中でも、「⑦患者・市民パネル査読」のところで、一つのコンテンツに対して、数名から10名程度、患者や一般的な市民の観点から情報を査読・評価することをプロセスに取り入れている。特に、先ほど例にあげた、読み手となる人々の価値観がより多様であると考えられるコンテンツの場合には、人数を増やして、より多くの目で内容や表現を吟味してもらうプロセスをとっている。このようなプロセスを入れることで、少なくとも専門家だけでは気づかない内容の難しさの改善や知らずに傷つけてしまうような表現がないようにすることにつながり、より多くの人理解できる、活用できる内容になると考えている。また「⑥専門家の査読」についても2名以上の複数人で行い、さらに「⑩編集委員会」で、提示される医療や対応が、専門性の観点からも、地域性の観点からも問題ないか確認・評価し、推敲を行うことで、より多くの地域に居住する人に利用できるものになると考えている。

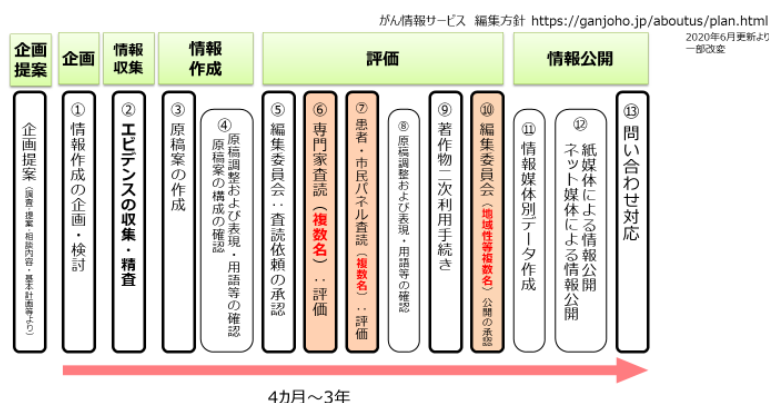


図4. 「がん情報サービス」における一般向け情報作成の品質管理のプロセス(15)

このような「体制」で支える情報作成のプロセスを考えると、ヘルスライティングの要素には、疾患を持つ側と医療を提供する側のそれぞれの複数意見をまとめる力や調整力、双方の間の意見をまとめ、意見が対立した場合の背景を整理し見極めて意見・文章調整等を行う力、何を優先すべきかを捉える力等も求められる。書こうとするコンテンツに関連するエビデンスやコンセンサスについて情報収集をする力だけでなく、異なる地域の状況を踏まえて、現在の日本の医療環境の中で、どう情報を固定するかのバランス感覚、それらを多くの人に誤解なく適切にわかりやすく伝える語彙力・表現力も求められる。これらを一人で行うのではなく、チームの中で、どの部分を担えるか、ということが大事になってくる。またチームで活動するという点では、チームの中でメンバーシップを発揮できる力も重要になってくる。そしてこのときチームのゴールに据えるのは、がん患者等が求める「役立つ情報」をつくり、活用してもらうことであることは、言うまでもない。

8. おわりに

本稿では、疾患を持つ人が対象となるヘルスライティングについて、国立がん研究センターの「がん情報サービス」のオンラインで提供する情報を参考に、求められる知識、スキル、価値観、そして力について考察した。本稿ではほとんど取り上げなかったが、昨今の情報端末の進歩や多様なアプリケーションの出現に伴う情報利用場面の多様化は、情報作成にも大きく影響を及ぼしている。今後は、これまで以上に情報の利用場面を想定することやデザイン、見せ方等とも併せてどうライティングしていくかを検討することがさらに重要になってくるであろう。しかし、提供媒体やアプリケーションが変わったとしても、公衆衛生情報で求められる正しい情報、安心して利用できる情報が、人々にとって変わらず重要であることは間違いない。本稿が疾患をもつ人に対するヘルスライティングに必要な知識やスキル、力、そして考え方の例として、少しでも参考になれば幸いである。

謝辞

これまで「がん情報サービス」の情報作成を一緒に支えてきた皆さま、そしてご助言、ご協力をいただきましたすべての方々に深謝いたします。

研究資金

本論文は、厚生労働省科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業「将来に亘って持続可能ながん情報提供と相談支援の体制の確立に関する研究（H29-がん対策一般-005）」の助成を受けた研究成果の内容を含む。

利益相反自己申告

本論文に関して、申告すべき利益相反はない。

引用文献

1. Kreps, Gary L. Thornton Barbara C. 2nd Edition Health Communication: Theory and Practice. Waveland Press, Inc.; 1992.
2. Epstein RM and Street RL Jr. Patient-centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering. Bethesda, MD: National Cancer Institute. 2007.
3. Tomlinson K, Barker S, Soden K. What are cancer patients' experiences and preferences for the provision of written information in the palliative care setting? A focus group study. *Palliat Med.* 2012;26(5):760-5.
4. 国立がん研究センター. 国立がん研究センター「がん情報サービス」<https://ganjoho.jp/public/index.html>. アクセス 2023 年 2 月 3 日.
5. 厚生労働省. がん対策推進アクションプラン 2005 <https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan01/01.html>. アクセス 2023 年 2 月 3 日.
6. 厚生労働省. がん対策基本法. 2006.
7. 厚生労働省. がん対策推進基本計画（第 1 期）. 2007. https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/gan_keikaku03.pdf. アクセス 2023 年 2 月 3 日.
8. 松本陽子. 当事者の視点によるコミュニケーションが目指すもの. *医療と社会.* 2020;30(1):67-75.
9. Johnson JD. Cancer-Related Information Seeking. Cresskill, New Jersey: Hampton Press, Inc.; 1997.
10. Brach C, Keller D, Hernandez LM, Baur C, Parker R, Dreyer B, et al. Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations. 2012;Institute of Medicine. https://nam.edu/wp-content/uploads/2015/06/BPH_Ten_HLit_Attributes.pdf. アクセス 2023 年 2 月 3 日.
11. Health On the Net Foundation, 2021. HONcode Guidelines: Find the guidelines for the certification of health websites, the HONcode. <https://www.hon.ch/en/> アクセス 2022 年 9 月 30 日.
12. 国立がん研究センター. 国立がん研究センター「がん情報サービス」このサイトについて/サイトの作成について（編集方針・リンク基準など）<https://ganjoho.jp/aboutus/plan/index.html>. アクセス 2023 年 2 月 3 日.
13. Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Physicians' and patients' choices in evidence based practice. *BMJ.* 2002 Jun 8;324(7350):1350.
14. NHS. The Information Standards Principles [Internet]. <https://www.england.nhs.uk/tis/the-info-standard/> アクセス 2023 年 2 月 3 日.
15. 国立がん研究センター. 国立がん研究センター「がん情報サービス」がん情報作成方法（企画・情報作成・評価）<https://ganjoho.jp/aboutus/plan/flow.html>. アクセス 2023 年 2 月 3 日.

*責任著者 Corresponding author : 高山智子 (e-mail: totakaya@ncc.go.jp)

総説

メディアから市民・患者に向けたヘルスライティング Health Writing: From the Media to Citizen-Patients

小川留奈¹⁾
Runa Ogawa¹⁾

1) 帝京大学大学院公衆衛生学研究科
1) Teikyo University Graduate School of Public Health

Abstract

There is a need to develop more health writing practitioners (i.e., health writers) who can write flexibly toward their readers' characteristics based on not only their personal thoughts and efforts, but also educational structures. Information regarding the knowledge, skills, and values required for health writing based on public health information to citizen-patients via the media include: 1. media categories that produce public health information and where health writers will be active; 2. essential health writing skills from the author's perspective, who has been a nonmedical professional for about 20 years; 3. activities based on the suitability assessment of materials to help health writing practitioners in local governments and insurers; and 4. the strengths and weaknesses of each nonmedical and medical health writer.

要旨

書き手個人のセンスや努力のみに頼ることなく、媒体や読み手に応じて柔軟に書き分けられるヘルスライティングの実践者たち（ヘルスライター）の育成が求められている。ここでは、メディアを介して公衆衛生情報を市民・患者に書いて届けるコミュニケーションに焦点を当て、ヘルスライティングに必要な知識、スキル、価値観を議論するための材料を提供する。まず、1. 公衆衛生情報を扱うメディアにはどのようなものがあり、ヘルスライターはどのようなメディアで活躍することが想定されるのかを整理した。次に、2. 非医療者である筆者が約 20 年実践してきたヘルスライティングの工夫例を示す。さらに、3. The Suitability Assessment of Materials (SAM) を活用した、自治体や保険者のヘルスライティングの実務者支援の取組を紹介する。最後にこれらを踏まえ、4. 非医療者と医療者それぞれの書き手の強みと弱みを考察した。

キーワード：ヘルスライティング、公衆衛生情報、メディアコミュニケーション、ヘルスコミュニケーション
Keywords: health writing, public health information, media communication, health communication

1. 公衆衛生情報を扱うメディアの種類と分類

公衆衛生情報を扱うメディアは多様である。メディアの特徴を考える手がかりとして、ヘルスコミュニケーション学の入門書¹⁾で次のような分類が示されている。例えばコミュニケーションの伝達経路（チャンネル）で分ける「映像メディア（テレビや映画など）、音声メディア（ラジオなど）、活字メディア（新聞や雑誌など）」、伝達のタイムラグの有無で分ける「同期型メディア（テレビ、インターネットなど）、非同期型メディア（新聞、雑誌など）」、送り手と受け手のメッセージのやりとりの方向性で分ける「双方向的メディア（電話、手紙、ソーシャルメディアなど）、一方向的メディア（テレビ、新聞など）」などである。

本稿では、ヘルスライティングの定義「一定の正確性を維持しつつ、市民・患者にわかりやすく、具体的な行動につながりやすい公衆衛生文書を書く技術と実践」²⁾が求められるメディアの種類を整理するために、「静止画中心のメディア（主に文字、イラスト、写真などを使って伝える媒体）と動画中心のメディア（主に映像や声を使って伝える媒体）」に分類した。

静止画中心のメディアは、紙（印刷）か電子かを問わない。公的機関や民間組織の公式サイト、SNS（Facebook, Twitter, LINE など）、新聞、雑誌、書籍、屋外広告などが該当する。公的機関の静止画中心のメディアとは、例えば厚生労働省、国立がん研究センター、非営利組織などが作成するインターネット上のコンテンツ、フライヤー、リーフレット、自治体・保険者が被保険者に送付する健（検）診の受診勧奨案内などがある。紙の媒体では紙面の面積や文字数が比較的厳密に定められていること多いため、伝えるべき情報に優先順位をつけ、取捨選択し、優先

順位の高い内容から順に読み手の目に留まるように書く技術が必要である。電子媒体は紙の媒体よりも文字数の制限がゆるやかな場合が多いため、伝えるべき対象、内容、目的に応じて情報量を調節する技術が求められる。書いて伝える要素が多い静止画中心のメディアは、ヘルスライターの主要な活躍の場になることが想定される。

一方、動画中心のメディアは、You Tube をはじめとするネット系動画コンテンツ、テレビ、ラジオ、映画などが該当する。静止画中心のメディアと比較すれば、書いて伝える技術は補助的な役割となる。ただし、国民のネット系動画の視聴時間が増えている³時代背景から、例えば公衆衛生情報を扱うネット系動画のセリフをわかりやすく書く技術のような、新たな役割が求められる可能性もあるだろう。

2. 経験者としての気づきと工夫

2.1 読み手の立場に立つ重要性

筆者が静止画中心のメディアで経験した現場での気づきを共有する。ヘルスライターは、各媒体の読み手の立場に立って書く技術が求められる。仮に男性社員が読み手の中心である媒体の場合、ヘルスライターが女性であっても、男性社員の視点で書く。読み手の中心が 50 歳前後の更年期世代であれば、ヘルスライターが 30 歳代であっても更年期世代の視点を心がける。読み手が暮らすリアルな生活環境を意識することで、より親切な情報提供が可能となるからだ。

読み手の立場は、「健康な人」と「患者（とその家族）」に大別できる。健康な人の中には、医療機関を受診するほどではない不調を抱えた未病者も含む。健康な人が対象の場合、書き手はまず、読み手の性別・年齢・職業・学歴、家族形態、収入などの属性を確認する。媒体が配布される地域の特性、読み手の社会的役割、ライフスタイル（典型的な一日の過ごし方）、価値観、憧れる未来像なども可能な範囲で確認する。その上で、企画の目的に応じて読み手の現状や困り事、求められている情報などを収集し、取材・執筆する。

患者とその家族を対象とする場合、難解な表現を日常生活で使用する日本語に言い換え、正確かつわかりやすく伝えることを重視する。体力や気力が低下している人は健康な人よりも一度に記憶できる情報量が少ないため、一文を短めにしたり、回りくどい表現を簡潔な表現に言い換えたりするなど、できる限り読み手に負担をかけない工夫が求められる。さらに、患者や家族が抱えている問題を想像し、場合によっては患者や家族に直接、治療や療養生活での困り事がないかを聞いた上で企画・取材・執筆をする。

2.2 書き手に期待される役割

医学・公衆衛生のエビデンスを伝える書き手の立場は、「医療者」と「非医療者」に大別できる。医療者は自身の専門領域の医学情報（主には疾患の作用機序、エビデンスに基づく治療法や手技など）について、自らの言葉で直接社会に対して責任を持って発信できる立場にある。医療者の書き手が読み手から期待されているのは、読み手が自力では収集することが難しい専門性の高い情報を、わかりやすく教えてくれることである。

非医療者の書き手は、エビデンスに基づく治療法や手技に関して伝える場合、医療者の確認を経た情報や医療者の助言を含めた情報に整えてから、社会に発信することが望まれる風潮にある。非医療者の書き手に期待されているのは、文書の目的（生活習慣の改善や予防行動など）に対応するエビデンスに基づく情報をわかりやすく解説し、読み手が行動に移しやすい具体性のある情報や医療者の助言も伝えて、実行を後押しすることである。新聞、雑誌、書籍、ウェブコンテンツでの筆者（非医療者）の工夫例を参考までに紹介する（表 1）。取材の対象者は主に、医療者、公的機関の専門家、健康な一般人、患者やその家族などであった。

表 1. 非医療者のヘルスライティングでの工夫例

取材	<ul style="list-style-type: none"> 科学的根拠に基づく事実だけでなく、読み手の日常生活に必要な情報も深掘りする 取材対象者（医療者や専門家など）の胸に秘めた思いや感情も聞く 取材対象者を敬愛して傾聴し、自分は話しすぎない
執筆	<ul style="list-style-type: none"> 正確さとわかりやすさのバランスを考える 専門用語や難解な言い回しは日常の言葉使いに変換する 読み手が望む情報、望まれていなくても伝えるべき情報のバランスを考える 読み手が行動に移すメリットを考えて書く 読み手にとって身近な例え話やナラティブを活用する 読み手と向かい合うのではなく横並びになり、同じ方向（目的）を見て書く

医療の専門家に取材をしてエビデンスに基づく情報を原稿に書き起こす際、客観的事実だけを伝える場合もあるが、ナラティブ⁴を組み合わせて読み手の感情に訴え、望ましい行動を後押しする手法を使うことが多かった。感動させる必要はないが、社会的な肩書きからだけではわからない、その人物ならではの魅力が伝わるエピソードや胸に秘めた思いを一言加えるだけでも、事実のみを伝えるよりも、より読まれやすくなると筆者は考えている。読み手は書かれた内容と同じくらい、もしくはそれ以上に、どのような人物の発言なのかを気にしているからだ。

3. 実務者への支援

公衆衛生情報を書くうえで役立つ実践的なツール・ガイドを表2に示す。国内で20種類以上、翻訳されている海外のものも含めれば30種類以上あるなかで、ここでは国内で無料利用できるもの、日本語訳がある海外のもの、日本語の書籍を中心に時系列で整理した。本来は文書を「評価」するためのツールであっても、その評価項目が文書の「企画・執筆・推敲・修正」にも活かせると判断したものは含めている。

表2. 公衆衛生情報の執筆に役立つ実践的ツール・ガイド

2022年	「やさしい日本語」書きことばの事例	医療×「やさしい日本語」研究会
	受診勧奨通知作成マニュアル	帝京大学大学院公衆衛生学研究科
	ナッジを応用した健康づくりガイドブック	帝京大学大学院公衆衛生学研究科研究班
	医学系研究をわかりやすく伝えるための手引き	医療情報をわかりやすく発信するプロジェクト
	公用文作成の考え方(70年ぶりに改定)	文化庁
2021年	書籍『実践 行動変容のためのヘルスコミュニケーション 一人を動かす10原則』	奥原剛
	米国 Health literacy online 日本語訳	翻訳: ヘルスリテラシー 健康を決める力 山田由美、褒美和、中山和弘
	米国 Simply Put 日本語訳	翻訳: ヘルスリテラシー 健康を決める力 檀谷ひとみ、山田由美、中山和弘
2020年	在留支援のためのやさしい日本語ガイドライン	文化庁、法務省
2019年	書籍『健康行動理論による研究と実践』	一般社団法人 日本健康教育学会
	受診率向上施策ハンドブック(第2版) 明日から使えるナッジ理論	厚生労働省
	やさしい日本語の手引き(2021年改定)	滋賀県長浜市
	EAST_YBiT版、EAST_チェックリスト、EAST_活用ガイド ver1	横浜市行動デザインチーム YBiT
2018年	書籍『行動変容を促すヘルス・コミュニケーション根拠に基づく健康情報の伝え方』 Writing Health Communication: An Evidence-Based Guide. Sage Publications (2012)	編: C. エイブラハム、M. クールズ 監訳: 竹中晃二、上地広昭
	書籍『伝わる医療の描き方 患者説明・研究発表がもっとうまくいくメディカルイラストレーションの技術』	著: 原木万紀子、監修: 内藤宗和
2017年	リスクコミュニケーション案内	文部科学省
2016年	今すぐできる受診率向上施策ハンドブック	厚生労働省
2015年	書籍『FDA リスク&ベネフィット・コミュニケーション エビデンスに基づく健康・医療に関する指針』 Communicating Risks and Benefits: An Evidence-Based User's Guide, FDA	編: Baruch Fischhoff, Noel T. Brewer, Julie S. Downs 監訳: 中山健夫、杉森裕樹
2013年	ソーシャルマーケティングを活用した「受診勧奨資材」(資材活用の手引き Ver.6.0:2020)	国立がん研究センター
2010年	すこやか生活習慣国民運動 コミュニケーションの手引き	厚生労働省

2009 年	書籍 『病院の言葉を分かりやすく－工夫の提案－』	国立国語研究所「病院の言葉」委員会
2008 年	書籍 『ヘルスコミュニケーション実践ガイド』 Making Health Communication Programs Work (Pink Book)	米国立がん研究所 監修: 中山健夫 監訳: 高橋吾郎、杉森裕樹、別府文隆
	一目でわかるヘルスプロモーション理論と実践ガイドブック Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice	国立保健医療科学院 監修: 福田吉治、八幡裕一郎、今井博久 翻訳: 今井博久、久地井寿哉、平紅、内藤雅夫、中尾裕之、福田吉治、八幡裕一郎
2007 年	メディアドクター指標 (Review Criteria of Media Doctor Japan ver4.0, 2018)	メディアドクター研究会
2006 年	書籍 『分かりやすく伝える 外来語言い換え手引き』	国立国語研究所「外来語」委員会

こうした多様なツールがあるなかで、SAM (Suitability Assessment of Materials)⁵を活用してヘルスライティングの実務者の支援を試みた。SAM を選択した理由は 2 つある。第一に読み手の感情に特化した項目が充実していること、第二にメディアで使用されている「読み手にわかりやすく伝えるための基本の型」が凝縮されていることだ。SAM は 1996 年に米国で開発され、日本語版⁶もある。生活習慣病やがんをはじめとする様々な患者資料 (主には印刷物) の評価に用いられている。文書の構成要素から、「スータビリティ (適切性)」を低下させている具体的な欠陥を特定することができる。SAM が評価するのは、1. 内容、2. わかりやすさ、3. 見やすさ、4. 読み手の認知感情面への配慮、の 4 分野 (23 項目) である。これらをスコア化して、優れた文書、適切な文書、適切でない文書の 3 段階で評価する。

本支援では、SAM を基に、特定健診等の案内文書を作成するためのチェックリスト (6 分野 20 項目) を作成した。既存の受診勧奨通知の改善すべき箇所を記号式で簡便にチェックして、具体的な改善案を書き込めるように工夫を施した。このチェックリストを使い、特定健診等の案内文書を作成する自治体や保険者の実務者に書き方の支援を行い、支援前後の文書の評価した。さらに、特定健診等の健診・検診、保健指導などの受診勧奨通知を作成するためのマニュアルも作成もした (図 1)。

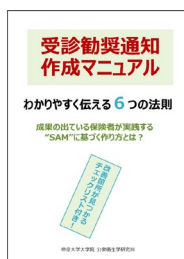


図 1 受診勧奨通知作成マニュアル

(<http://tcoch.org/post-951/>)

マニュアルでは、SAM を基に基本となる 6 つの法則 (具体的に書く、わかりやすく書く、ひと目で伝える、配置を工夫する、読み手を気づかう、受診勧奨通知特有のポイント) を紹介している。こうした支援によって、改善しやすいライティングスキルとしいくライティングスキルを明らかにし、ヘルスライティングの教育プログラムに生かしていくことが期待される。

4. 書き手の強みと弱み

4.1 医療者

医療者である書き手の主要な強みは、高度な専門知識を有していること、情報源としての信頼があること⁷、患者やその家族と直に接する機会が非医療者よりも多いこと、の 3 点である。医療者が直接書く言葉は、市民・患者にとって重みがある。医療者の情報発信は、これからのヘルスライティングの大きな柱の一つとなることが期待される。

医療者が市民・患者に向けて書く際の弱みは、ヘルスライティング教育で指摘されている「知の呪縛」⁸である。医療者がメディアを通して一般大衆に書いて伝える際には、非医療者の医学知識とのギャップを埋める対策が求められる。また、医学系研究の専門用語のなかには、同じ用語であっても一般の日本語と使い方が異なるものがある⁹。

そうした用語を気づかずに使ってしまうと、市民・患者に十分に伝わらない、書き手の意図と異なる意味に解釈されてしまう、などの問題が生じかねない。

4.2 非医療者

非医療者である書き手の強みは、生活者の目線で書けることである。この強みをより活かすためには、(1) わかりやすく言い換える必要がある専門用語や難解な表現についての知識、(2) ナラティブを適切に活用するための知識、(3) 伝わる型の原則を習得し、それらを柔軟に応用する技術を継続的に向上させていく必要があると考える。対象となる読み手の価値観(データで確認できるものから、言語化されていない世界観まで)を把握する手間を惜しまない意識も大切だ。

非医療者が市民・患者に向けて書く際の弱みは、医療者と比べて医学の知識が少ないことだ。相当量の勉強が必要であり、知識の更新を継続的にしていかなければならない。加えて、医学教育などで行われている倫理感の共有、公衆衛生のベースとなる知識(疫学、生物統計学、社会行動科学、産業環境保健学、保健政策・医療管理学など)も必要であろう。実践の場では、薬機法を遵守した伝え方、医学用語をわかりやすく言い換える工夫^{9,10}、医療・健康記事を評価する指標¹¹に則る書き方も求められる。また、非医療者は医療者と比較して患者やその家族との接点が少ない点は弱みであるが、書き手が患者当事者である場合、その疾患領域について書く場合には大きな強みになる。

5. まとめ

静止画中心のメディアが、ヘルスライティングの実践者たちの主な活躍の場になることが想定される。読み手は、「健康な市民(未病を含む)」と「患者(とその家族)」に大別できる。それぞれの属性や価値観に合わせて書き方を工夫する必要がある。ただし、どちらを対象にする場合であっても、読み手の生活者としての視点に立つ重要性は変わらない。書き手は「非医療者」と「医療者」で求められる役割が異なる。それぞれの強みを活かし、弱みを補う体制が築かれていくことが期待される。

公衆衛生情報の発信は、長期的に根気よく継続していかなければならない。メディアで扱う公衆衛生情報は広汎であり、書き手の背景も、読み手の状況も、伝える媒体も多様なため、一つの正解があるわけではない。しかし、ヘルスライティングの土台となる知識、スキル、価値観については、ある程度共有することが望ましい。書き手個人のセンスや努力のみに頼ることなく、一定の正確性を維持しながら、わかりやすく、具体的な行動につながりやすい公衆衛生情報を、媒体や読み手に応じて柔軟に書き分けられるヘルスライターを増やしていく取組の可能性について、今後さらに議論を深めていく必要がある。

利益相反自己申告

申告すべき利益相反はない。

謝辞

第14回日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会シンポジウムIIでの本発表について、重要なご質問、コメントをいただきました先生方に感謝申し上げます。

引用文献

1. 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.
2. 木内貴弘. ヘルスライティング. 第13回日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会; 2021.
3. 総務省. 情報通信メディアの利用時間と情報行動に関する調査. Accessed January 9, 2023. https://www.soumu.go.jp/iicp/research/results/media_usage-time.html
4. Thompson T, Kreuter MW. Using Written Narratives in Public Health Practice: A Creative Writing Perspective. *Prev Chronic Dis.* 2014;11:E94. doi:10.5888/pcd11.130402
5. Doak, C. C., Doak, L. G. & Root, J. H. Teaching Patients with Low Literacy Skills (2nd Ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott Company; 1996.
6. 野呂幾久子. 患者向け文書の適切性に関する研究 -インフォームド・コンセントのための説明文書のわかりやすさと安心感を中心に-. 東北大学博士学位論文; 2009.
7. 国立がん研究センターがん対策研究所. 健康情報についての全国調査 (INFORM Study) . Accessed January 12, 2023. <http://www.ncc.go.jp/jp/icc/behav-sci/project/030/index.html>
8. Okuhara T, Okada H, Kiuchi T. Lessons Learned from a Writing to Learn Program for Public Health Students at the University of Tokyo. *J Med Educ Curric Dev.* 2021;8:23821205211032016. doi:10.1177/23821205211032016
9. 医学研究成果を分かりやすく発信する手引きの提案. 理解しにくい医学研究用語. Accessed January 12, 2023.

<https://ez2understand.ifi.u-tokyo.ac.jp/terms/>

10. 国立国語研究所. 「病院の言葉」を分かりやすくする提案. Accessed January 12, 2023. <https://www2.ninjal.ac.jp/byoin/>

11. Media Doctor Japan. Accessed January 12, 2023. <http://mediadoctor.jp/>

***責任著者 Corresponding author : 小川留奈 (e-mail ogawa.runa.jo@teikyo-u.ac.jp)**

書籍紹介：2022年度ヘルスコミュニケーション学関連学会優秀書籍賞受賞

奥原剛 著『実践 行動変容のためのヘルスコミュニケーション』
(大修館書店、2021年)

Book Review

Health Communication for Behavior Change by Tsuyoshi Okuhara

奥原剛¹⁾

Tsuyoshi Okuhara¹⁾

1) 東京大学大学院医学系研究科医療コミュニケーション学分野

1) Department of Health Communication, School of Public Health, The University of Tokyo

1. はじめに

拙著『実践 行動変容のためのヘルスコミュニケーション』が令和4年度ヘルスコミュニケーション学関連学会優秀書籍賞を賜った。日本ヘルスコミュニケーション学会誌の石川ひろの編集委員長より「書籍紹介を」とご依頼を賜ったので、持ち前の鉄面皮で拙著の紹介を書かせていただく運びとなった。

私は、公衆衛生の専門家から市民・患者に向けたコミュニケーションで「何を」「どのように」伝えたら健康行動をとってもらいやすくなるのか、というテーマで研究・実践をしている。研究で得られる示唆を公衆衛生の現場の方々にお伝えすることも私の大事な仕事である。これまで保険者や自治体、医療機関等の3,000人超の方々に研修を実施してきた。研修では、受診勧奨や啓発のための資料作成のグループワークを行うことが多い。そのグループワークの過程を拝見したり、現場の方々と議論したりしてきた中で、「これが一番大事」と感じてきたことがある。

2. 知の呪縛

下の図1と図2をご覧ください。米国農務省が国民に向けて公開した食事バランスガイドである。図1は2005年に発行された版、図2は2011年に発行された版である(1)。まず、図1のMyPyramidをよく見ていただきたい。この図が国民に伝えようとしているメッセージは何だろうか。少し考えてみていただきたい。

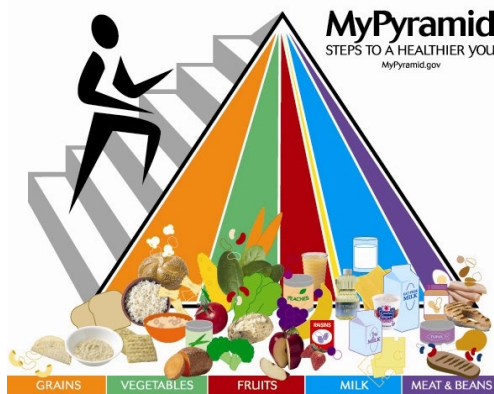


図1. MyPyramid

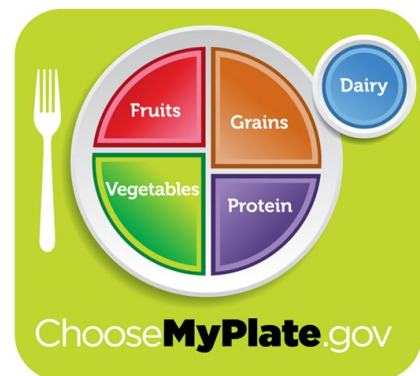


図2. MyPlate

……さて、図1のMyPyramidを読み解けただろうか。食品ごとに幅が違うので、このバランスで食べましょうということだろうか。そうだとすると、幅の違いがわずかしかないので、具体的な行動にはつなげにくい。ピラミッドの左肩の階段を人が昇っている。一般的には階段を昇るほど良いことがある。しかし、この階段を昇り切ると食品の幅が消失する。最後は断食せよということだろうか……。考えるほど謎が深まる図である。

それでは次に、図2のMyPlateを見てみよう。図2は、誰が見ても、ひと目で、「このバランスで食べましょう」というメッセージを理解できるだろう。

なぜ図1はわかりにくい伝え方になってしまったのか。その主な原因が「知の呪縛」であると私は考えている。知の呪縛とは、知識があるがゆえに、知識のない状態を想像できなくなることである(2)。知の呪縛を体験するゲームがある。私が両手を打ち合わせて、ある有名な歌のリズムを刻む。聴き手はそのリズムを手がかりに歌の題名を当てる。

読者も誰かと試してみたい。私は授業や研修でこのゲームをしているが、受講者が歌を当てられたことは一度もない。

リズムを刻む側の人は、「有名な歌だから誰でもわかるだろう」と楽観的に考える。だが、聴き手には何の歌かまったくわからない。このギャップは、手を打つ人の頭の中で朗々と流れている曲が、聴き手の頭の中ではまったく流れていないことを、手を打つ人が想像できないから生じる。これを公衆衛生のコミュニケーションに当てはめると、手を打つ人は情報の送り手の専門家であり、聴衆は受け手の市民・患者である。

図 1 の MyPyramid を作った専門家の頭の中では、図に込めた意味が細部までありありと見えていたことだろう。しかし、その専門家は、自分の頭の中に繰り広げられている意味が、国民には見えないという可能性について、十分に思いを巡らせなかったのかもしれない。

専門家は学生のころから「知識こそが力」という価値観で生きてきた。しかし、その「知への信奉」が「知の呪縛」を生む。専門家は、知の呪縛のゆえに、市民・患者の頭の中を想像できず、市民・患者が直面する困難を過小評価してしまいがちである。そうして、表 1 のようなコミュニケーションをしてしまい、市民・患者が最善の行動をとることができないということが、公衆衛生の様々な場面で起きてきたのではないだろうか。

表 1. 知の呪縛にかかったコミュニケーション

<ul style="list-style-type: none"> ● 市民・患者が知らない前提をとばして話を始める ● 市民・患者にわからない専門用語を使い、専門的な解説をする ● 市民・患者が理解しにくい確率などの数字を使う ● 線や棒が何本もある複雑なグラフを使う ● 知識の量や正確さを重視するあまり、情報量が多すぎる ● 「正しい知識を与えたら、正しい行動をとってくれるだろう」と考える <p style="text-align: center;">▼</p> <p style="text-align: center;">市民・患者が最善の行動をとることができない</p>

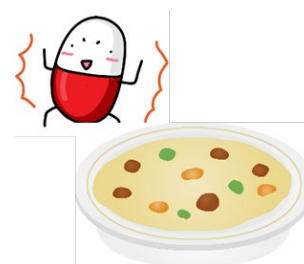
3. チェックリストの活用

それでは、どうすれば知の呪縛を解くことができるのか。市民・患者の頭の中、心の中を想像することはもちろん重要である。しかし、人の知覚と認識は過去の記憶の投影であり、受け手のことを意識するだけではコミュニケーションを改善するには十分ではない。ライティング教育の分野では、チェックリストを活用すると、ライティングの質を高められると言われている(3)。

そこで私が開発したのが、「行動変容のためのヘルスコミュニケーションの 10 原則」である (表 2)。この 10 原則をチェックリストのように活用して、各種啓発資料や健康教室、保健指導の内容を改善すれば、行動変容を促しやすいコミュニケーションができる。現場の方々に覚えていただきやすいように、頭文字をとって「お薬シメジのシチュウの原則」と呼んでいる。前置きが長くなったが、拙著の副題は「人を動かす 10 原則」であり、拙著は 10 原則のそれぞれについて、学術的背景と活用事例を紹介している。10 原則を活用してがん検診等の案内文書を改善することで、受診率等が向上した事例も掲載している。

表 2. 行動変容のためのヘルスコミュニケーションの 10 原則 (お薬シメジのシチュウの原則)

オ	驚きを与える
ク	クイズを使う
ス	数字を使う
リ	ストーリーを使う
シ	視覚的・具体的に伝える
メ	メリット・デメリットで感情に訴える
ジ	情報量を絞る
シ	シミュレーションしてもらう
チュ	中学生にもわかるように伝える
ウ	受け手の視点で考える



私は、行動変容のヘルスコミュニケーションを成功させるために重要なことは、コミュニケーションの送り手の知の呪縛を解くことに尽きるのではないかと考えている。極論すれば、知の呪縛を解けばたいいの問題は連動して解決する、と考えている。要は視点の問題である。受け手の視点で考えることに、送り手がどこまでこだわることができるのか。拙著は、知の呪縛を解き、受け手の視点でヘルスコミュニケーションを再考するための本である。したがって、拙著の紹介も、拙著の前提である知の呪縛の紹介になってしまった。鉄面皮の手前勝手な視点の拙著紹介文である。筆者失格。ご容赦の上、詳細は拙著をお読みいただくと幸いです。

謝辞

これまでお声がけをくださった自治体、保険者、医療機関、メディア等の方々に深謝します。

拙著の企画・編集をくださった大修館書店の編集者・高山真紀さんに感謝申し上げます。

研究資金

該当なし

利益相反自己申告

本稿に関して、申告すべき利益相反はない。

引用文献

1. USDA Center for Nutrition Policy and Promotion. A Brief History of USDA Food Guide. 2011.
2. S.A.J. Birch, P.E. Brosseau-Liard, T. Haddock, S.E. Ghrear, A 'curse of knowledge' in the absence of knowledge? People misattribute fluency when judging how common knowledge is among their peers, *Cognition*. 166 (2017) 447–458.
3. MacArthur, C. A. *Instruction in evaluation and revision*. In C. A. MacArthur, S. Graham, & J. Fitzgerald (Eds.), *Handbook of writing research*, pp. 272–287. The Guilford Press. 2016.

***責任著者 Corresponding author : 奥原剛 (e-mail: okuhara.hc@gmail.com)**

投稿日 : 2023 年 2 月 21 日 受理日 : 2023 年 3 月 9 日

原著論文

言語的障壁の解決手段が外国人患者の満足度に与える 影響についての調査

How Strategies to Overcome Language Barriers Affect Foreign Patients' Satisfaction

安藤晴恵¹⁾、井澤晴佳¹⁾、田中奈美¹⁾、藪下紘子¹⁾、
ニヨンサバ フランソワ²⁾、野田愛²⁾、大野直子²⁾
Harue Ando¹⁾, Haruka Izawa¹⁾, Nami Tanaka¹⁾, Hiroko Yabushita¹⁾,
Francois Niyonsaba²⁾, Ai Noda²⁾, Naoko Ono²⁾

1) 順天堂大学大学院医学研究科医科学専攻修士課程医療通訳

2) 順天堂大学大学院医学研究科医科学専攻修士課程医療通訳、順天堂大学国際教養学部

1) Juntendo University Graduate School of Medicine, Medical Interpreting

2) Juntendo University Graduate School of Medicine, Medical Interpreting,
Juntendo University, Faculty of International Liberal Arts

Abstract

Objective: Medical interpreters work within medical facilities and there has been a recent push toward training more interpreters and using automatic translators. This study examined how the use of strategies to overcome language barriers affect the satisfaction of foreign patients living in Japan.

Method: We used analysis of covariance (ANCOVA) and logistic regression to analyze the data from 40 patients (29 were supported by an interpreter and the remaining 11 used a translator), which were collected from a Google Forms questionnaire. The patients were asked about their experiences of visiting hospitals in Japan.

Results: There was no significant association between the use of strategies to overcome language barriers and patient satisfaction (ANCOVA, $p > 0.05$; logistic regression, odds ratio = 0.712, 95% confidence interval: 0.169–3.001).

Conclusion: Although the use of strategies to overcome language barriers did not significantly affect patient satisfaction, the study results can aid comparison of multiple methods for medical interpreting in Japan. More detailed analyses and larger samples will be needed for future surveys.

要旨

【背景】医療現場では医療通訳者の起用や医療通訳者育成のための動き、自動翻訳機の使用がみられる。本研究では、それらの解決手段が患者満足度に与える影響を明らかにすることを目的とし、在日外国人が日本の病院を受診した経験についての質問紙調査を行った。

【方法】Google Forms で回収した有効回答数 162 名中、40 名（人に通訳してもらった患者群 29 名、翻訳機を使用した患者群 11 名）を対象に、共変量を性別、年齢とし、共分散分析（ANCOVA）を用いて解析した。また、満足度の中央値 31.5 を基準に ≥ 31.5 を満足度高とし、共変量を性別、年齢、翻訳機の使用有無とし、ロジスティック回帰分析を行った。

【結果】共分散分析の結果、人が通訳して受診した場合と翻訳機を使用して受診した場合で、患者満足度に有意差はなかった ($p > 0.05$)。ロジスティック回帰分析でも同様、翻訳機の使用有無による有意差はなかった（オッズ比 0.712、95%信頼区間 0.169-3.001）。

【考察】言語的障壁の解決手段が患者満足度に与える影響は認められなかったが、本研究は国内における複数の医療通訳手段の比較について、有益な情報を与えうる。今後は、調査対象人数を増やしたうえで、さらに詳細に検討する必要があると考えられる。

キーワード：医療通訳、機械翻訳、患者満足度

Keywords: medical interpreting, machine translation, patient satisfaction

1. 序文

日本における在留外国人および訪日外国人は増加傾向にある。出入国在留管理庁(2021)によると、在留外国人数は 2019 年末に最多の 2,933,137 人となった。それ以降、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)に伴う影響で減少傾向を示しているものの、蔓延する前までの 2012 年以降は毎年増加傾向を示していた(出入国在留管理庁, 2021)。訪日外国人旅行者についても同様、2020 年時点で激減を示したものの、2011 年以降は毎年増加傾向を示していた(観光庁, 2022)。

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の影響で在留外国人および訪日外国人の増加が一時的に落ち込んでいることを除けば、日本における外国人人口は増加傾向にあり、またそれに伴い、日本の医療機関が外国人患者を受け入れる機会も同様に増加しているといえる。厚生労働省(2017)による救急告示病院および平成 27 年度に「訪日外国人旅行者受入医療機関」と選定された病院を対象とした調査では、3,761 件に対し調査した結果 1,710 件の回答が得られた。外来では外国人を受け入れたと回答した医療機関が 1,363 件(79.7%)、入院の場合では 1,001 件(58.5%)が受け入れた実績を持っていると回答した(厚生労働省, 2017)。

このような外国人診療の場面において、医療者と外国人患者の会話を支援するための手段として、医療通訳者が起用されることがある。医療通訳の現場において、電話での遠隔通訳を含む医療通訳を利用したことのある医療機関は 218 件(12.7%)あり、そのうち利用して「概ねよかった」と回答した医療機関が 186 件(85.3%)であった(厚生労働省, 2017)。先行研究より、医療通訳を利用した医療機関側は、その利用に概ね満足していることが示唆されている。

また、全国自治体病院を対象に行った調査によると、外国人患者受け入れのために専門的な訓練を受けた医療通訳者が必要と考える病院は、小規模の病院で 75.7%、中規模の病院で 84.7%、大規模の病院で 94.6%を示した(濱井, 永田, & 西川, 2017)。

このような医療通訳の需要に応えるべく、近年国内で医療通訳者の養成機関が設立されている。例えば順天堂大学大学院医学研究科には、2021 年度より日英・日中医療通訳者育成のための学科が新設された(大野, 野田, & ニヨンサバ, 2022)。修了者は厚生労働省の「医療通訳育成カリキュラム基準」に準拠したカリキュラムを修了後、一般財団法人日本医療教育財団の定める医療通訳技能認定試験の受験資格を取得できる構成となっている(大野 et al., 2022)。こうした教育機関の動きからも医療通訳のニーズが高まっていることがうかがえる。

医療通訳の需要が高まる一方で、医療通訳者を取り巻くさまざまな課題についても指摘されている。まず医療通訳者の労働環境について、伊藤ら(2012)が医療通訳者を対象に行った質問紙調査では、284 の有効回答数のうち 76.4%が派遣の形態で勤務していたこと、通訳を行う頻度が月 4 回以下であると回答した医療通訳者が 68.3%、月 20 回以上と回答した医療通訳者が 8.5%という、雇用面、医療通訳者の活躍の場における実態を明らかにした。

ニーズが高まっているにも関わらず医療通訳者の活躍の幅が少ない原因として、大野(2017)は日本の医療通訳システムを挙げ、アメリカやオーストラリアのように、法的根拠の設定や医療通訳が無料で使用できる体制構築が必要であると述べた。また李ら(2020)も、日本において医療通訳者の経済的な不安定さ、役割の曖昧さについて指摘している。李らは、医療通訳者はボランティア程度の賃金しか支給されておらず、その地位も重要度の高い職務であるにも関わらず保障されていないため、今後の改善が必要であると述べた。

医療機関側での医療通訳者の受け入れに関する問題も挙げられている。医療通訳サービス提供事業者調査では、医療通訳者のなり手の確保を問題ととらえている事業者が 55.3%、医療提供者側での医療通訳に対する知識や理解不足を問題ととらえている事業者が 48.9%と、約半数の事業者から人員および現場環境について問題視されているという結果となった(厚生労働省, 2017)。医療通訳のニーズが高まっていると同時に、人員および現場の理解についての問題が示唆される。

不定期に昼夜問わず発生する医療通訳のニーズに応える方法として、外国人診療における言語的障壁の解決策は、医療通訳者に限らない。患者は医療通訳者以外の方法として、アドホック通訳を選択することもある。多文化共生センターきょうと(2018)によると、アドホック通訳とは、患者の家族、知人などによる通訳のことで、この場合通訳者は医療現場で通訳を行うための訓練を受けていないことが多い。

Baker ら(1998)が行った研究では、通訳者が必要だと思ったが通訳者がいなかった患者は、通訳者(うち 88%はアドホック通訳)を使用した患者と比較して、医療提供者が友好的でない、人として関心が少ない、快適にさせてくれないなど、医療提供者との関係に対する満足度が低かったことを報告している。ここから、アドホック通訳者が起用される頻度の高さと、アドホック通訳が少なからず患者満足度の向上に影響していることが示唆される。

一方で、Flores ら(2003)が病院所属のプロの通訳者とアドホック通訳者のミス进行分析した結果、アドホック通訳者は病院所属のプロの通訳者と比較して、臨床結果に影響を与えるようなミスをする割合が高いことが報告されている(病院所属のプロの通訳者：53%、アドホック通訳者：77%)。ここではプロの通訳者が特別な訓練を受けているかまでは明言されていないものの、現場においてのアドホック通訳の危うさが示唆される結果といえる。

また、Karliner ら(2007)による上記 2 つの論文を含んだシステマティックレビューにおいても、アドホック通訳者

よりもプロの通訳者を起用することが、LEP(Limited English Proficiency)患者にとってプラスに影響すると述べられた。

国内においても、永井ら(2010)は、医療現場において、医療通訳に関する特別な訓練等を受けていない、患者の家族や友人が通訳を行う場合は、誤った訳をしたことの影響が患者のみならず医療者にもわたること、またアドホック通訳者が患者と近い間柄であった場合におけるプライバシーの面での問題を指摘した。濱井ら(2017)も同様に、言語的な問題からなる患者の被るリスクに対して、アドホック通訳者ではない、訓練された医療通訳者が求められると述べた。

その他の言語的障壁の解決策として、自動翻訳機の使用が挙げられる。英語、中国語、スペイン語など、多くの医療通訳者が対応可能な主要言語(厚生労働省, 2017)のみならず、それ以外の幅広い言語への対応を可能とする手段の一つである。本研究では、自動翻訳機を「音声を吹き込んだり文字を入力したりすると、自動で言語が翻訳される機械」との認識の上で述べていく。

須田ら(2021)によると、現在国内で利用または試用されている医療関係の多言語音声翻訳ツールは 8 種類あり、慶應義塾大学附属病院、聖路加国際病院、筑波大学附属病院などの大型の総合病院で導入されている。主な翻訳機には、VoiceTra(ボイストラ)、POCKETALK(ポケトーク)、Google 翻訳、MELON(メロン)などが挙げられる。

VoiceTra(ボイストラ)は、国立研究開発法人情報通信研究機構(NICT)により開発された音声翻訳アプリで、中でも救急医療現場に特化した救急ボイストラは、2020 年 6 月時点で 78.1%の消防本部にて導入されている(須田 & 井上, 2021)。

POCKETALK(ポケトーク)は、ポケトーク株式会社が販売する自動翻訳機で、事前に翻訳前後の言語設定を行い、機械のボタンを押した状態で話し、話し終わってボタンから手を離すと自動で翻訳後の結果が再生される機能のほか、一部の機種にはカメラで撮影した内容が翻訳される機能が追加されている(ポケトーク株式会社, n.d.)。

Google 翻訳は、Google LLC が提供するインターネット上の翻訳サービスであり、翻訳したい内容をタイピングまたは手書きで入力し翻訳結果を画面で確認できるだけでなく、POCKETALK(ポケトーク)と同様、音声を吹き込むことやカメラを文字に向けてすることで翻訳結果の表示・再生も可能である(Google LLC, n.d.)。

MELON(メロン)は、医療現場に特化したコミュニケーションサービスで、契約内容に応じてヒンディー語、クメール語などのマイナー言語の音声自動翻訳が可能である(コニカミノルタ株式会社, n.d.)。

Kaliyadan ら(2010)が行ったパイロット研究では、Google 翻訳とプロの通訳者とで患者満足度の違いはないことが示されている。実際に使用した尺度や結果に対する考察等の具体的な記載はないが、翻訳機を持つポテンシャルがうかがえる。その一方で、医療的な内容の翻訳における Google 翻訳の精度について、翻訳後の言語が何語かによって精度に開きがあること、明らかな誤訳が混ざることとも報告されている(Patil & Davies, 2014)。

また、野村ら(2021)が看護師、医事課職員、患者を対象に行った、自動翻訳機で対応できる場面とそうでない場面についての研究では、上述の看護師、医事課職員、患者に共通して「翻訳機でも良い」と回答した割合が高かった項目は、総合案内・受付、診療申込書の書き方、次回の検査・再診の予約、会計方法の説明などといった、メインの診察を取り巻く諸手続きに関する内容であった。また、3 群に共通して「翻訳機を使いたくない」と回答した割合が「翻訳機でも良い」と回答した割合より高かった項目は、「がんや重篤な病気などの告知」であった(看護師 44.7%、医事課職員 48.2%、患者 78.4%)(野村 et al., 2021)。したがって、翻訳機は使用する場面によって、使用に抵抗を感じさせる側面があることが示唆される。

以上のように、患者と医療提供者間の言語的障壁が課題の一つとして挙げられ、研究がなされている。しかし、実際にサービスを受ける患者を対象として、国内で言語的障壁の解決手段の違いが与える患者への影響を調査した量的研究はなく、これについての調査は、国内の外国人診療において新たな知見をもたらす点で意義があるといえる。そのため、本研究では、日本において言語的障壁の解決手段の違いが患者満足度に与える影響を明らかにすることを目的とし、Google Forms を用いた質問紙調査を行った。

2. 方法

1. 対象者と調査方法

2022 年 2 月から 2022 年 5 月に、関東圏(東京、埼玉、千葉、神奈川)にある国際交流協会、日本語学習支援教室などに在籍する、日本語を母語としない 18 歳以上の方で、本人またはその子どもの病気やけがのため、日本の医療機関を利用したことのある方 1,810 人に対して Google Forms 形式の質問紙を配布した。対象団体を特定後、メールにて依頼を行い、同意を得られた団体へ Zoom または対面で研究内容の説明の機会を設けた。その後、実際の調査協力に同意いただいた後、団体へ Google Forms のリンクを共有した。Google Forms は、回答する際、本調査のために作成したホームページおよびちらし面に記載した QR コードからアクセス可能とした。

2. 倫理的配慮

質問の開始前、Google Forms 上で調査に「同意する」「同意しない」の選択肢を設け、「同意する」を選択した場合のみ実際の質問に進める仕様とすることで、対象者個人の自由意思により本調査に参加するか否かを決定できる機会を保障した。また、本研究の実施計画については、「順天堂大学医学部医学系等倫理委員会」の承認を得ている(承認日：2021 年 12 月 10 日(初版)、2022 年 4 月 8 日(改 01)、承認番号：E21-0237-M02)。

3. 調査項目

調査票は、対象者が Google Forms 上で自身または自分の子どもが日本で病院に行ったときの経験について尋ねるもので、やさしい日本語、英語、中国語、ベトナム語の 4 言語版を作成し、対象者が回答時に言語を選択できるようにした。

やさしい日本語版はすべての漢字とカタカナにふりがなを振り、適宜文節または単語単位で区切りのスペースを追加し、順天堂大学大学院の留学生に確認の協力依頼のもと作成した。英語、中国語、ベトナム語版の作成は、翻訳会社へ依頼の上行った。尚、使用した病気認知尺度(Brief IPQ)の英語版、中国語版および患者満足度調査票の英語版は開発者より提供された既存のものを使用し、両尺度のやさしい日本語版には、既存の日本語版にふりがな、スペースを追加したものを使用した。

調査票は、以下 1)から 5)で構成されており、回答には 20 分近くかかる分量であった。

- 1) 個人属性(日常言語、出身国、年齢、在住期間、性別、在留資格)
- 2) 受診状況(受診者、受診の目的、治療時期、病院所在地、受診時の会話形式に応じた受診時の言語、受診時の会話形式に応じた質問、受診時の理解度(4 段階)、理解度(4 段階)の選択理由、病名)
- 3) 病気認知尺度(Brief IPQ)(Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006)
- 4) 患者満足度調査票(Takemura, Liu, Atsumi, & Tsuda, 2006)
- 5) 医療通訳サービスへの理解、関心、医師とのコミュニケーションについて

1)個人属性では、冒頭に「あなたのことについて教えてください。」と記し、回答者の基本属性について問うた。

2)受診状況では、冒頭に「あなたが自分のため、またはあなたの子どものために、日本の病院を利用したときの状況について教えてください。1つの病気またはけが、1回の受診について、お答えください。現在治療中のものでも、過去のものでも、どちらでもかまいません。」と記し、受診した際の状況について問うた。

また、受診時の会話形式に応じた質問において、回答者が「医師と直接対話」「医師と通訳機を利用して対話」「医師と通訳を介して対話」のどの選択肢を選んだかによって質問内容を変更した。「医師と通訳機を利用して対話」と回答した場合、受診時に使用した言語を問うた後に、「通訳機は誰が用意したのですか。」という質問を追加で問うた。同様に、「医師と通訳を介して対話」と回答した場合、受診時に使用した言語を問うた後、追加で「通訳はどのように行われましたか。」「通訳はどのような方でしたか。」の 2 つの質問を追加で問うた。「医師と直接対話」と回答した場合、追加で問うた質問はなかった。

3)病気認知尺度では、患者の病気に対する認知度を調べるため、既存の尺度である病気認知尺度(Brief IPQ)(Broadbent et al., 2006)を使用して問うた。本部分は、共同研究者の研究・解析のため追加された項目であるため、本研究での取り扱いはない。

4)患者満足度調査票では、冒頭に「受診した日のことを思い出して、該当する答えをチェックしてください。」と記し、患者満足度を調べるため既存の尺度として、全 12 問、5 つのコンポーネント(「全体的満足度」「完全な診察」「全人的医療」「診察時間」「患者中心性」)から構成される既存の患者満足度調査票(Takemura et al., 2006)を使用して問うた。また、やさしい日本語版へは、既存の日本語版を使用し、質問文内で理解が難しいと思われる「先生」「漏れなく」という表現に対し、それぞれ「※先生=医者」「漏れなく(completely)」という記載を追加・変更した。

5)医療通訳サービスへの理解、関心、医師とのコミュニケーションについては、冒頭に「医療通訳サービスについておかげがいます。」と記し、患者の医療通訳に対する認知、使用したいと思っているか、日本の病院を利用した際の医師とのコミュニケーションに関する意見について問うた。

1)の日常言語について、複数回答を可能とし、「日本語を含む」と「日本語を含まない」にまとめた。また、出身国について、もっとも回答の多かった中国、ベトナム、フィリピン以外の国を「その他」としてまとめた。

2)の治療時期について、自由記載を可能にした「その他」の選択肢は、「2~3年前」「4年以上前」「無回答」としてまとめた。病院所在地について、「千葉県」「神奈川県」「埼玉県」の3県はまとめて「千葉県・神奈川県・埼玉県」とし、その他の道府県は「その他」としてまとめた。使用言語(医師、患者)について、もっとも回答の多かった「日-英」「日-中」以外の言語を「日-他」とし、その他の回答を「その他(日-日、英-英)」としてまとめた。通訳者の通訳形態について、質問に対して回答者が正しく回答できていないものを「不明」としてまとめた。病名について、自由記載、複数回答を可能とし、病名が記載されているものを「疾病あり」、ワクチンと定期健康診断と回答したものを「疾病なし」としてまとめた。

4)の満足度調査票の選択肢について、「非常にそう思う」=4点、「そう思う」=3点、「どちらでもない」=2点、「そう思わない」=1点、「全くそう思わない」=0点として、全12項目の得点の合計を算出し、各回答者の満足度とした。尚、質問7~9は逆転項目のため、「非常にそう思う」=0点、「そう思う」=1点、「どちらでもない」=2点、「そう思わない」=3点、「全くそう思わない」=4点になるよう、上述の各選択肢と配点が逆になるよう入れ替え、出た値を合計に使用した。

5)の医療通訳の要不要について、複数回答を可能とし、サービスを「受けたい」とのみ回答したものを「使いたい」としてまとめ、それ以外の「自分が日常使用する言語のサービスがあれば受けたい」「料金が安ければ(または無料であれば)受けたい」「必要ない」を含むものを「条件があれば使いたい、不要を含む」、無回答を「無回答」にまとめた。

4.統計解析手法

1)の年齢を目的変数とし、t検定を行った。その他の1)、2)、5)の項目について、フィッシャーの正確確率検定を行った。また、4)の各コンポーネントの得点を目的変数とし、「全体的満足度」「完全な診察」「患者中心性」へ Mann-Whitney の U 検定を、「全人的医療」「診察時間」へは t 検定を行った。

4)の満足度を目的変数、共変量を性別、年齢とし、共分散分析(ANCOVA)を用いて解析した。また、満足度の中央値 31.5 を基準に ≥ 31.5 を満足度高とし、共変量を性別、年齢、翻訳機の使用有無とし、ロジスティック回帰分析を行った。

分析について、医療通訳の要不要には IBM SPSS Statistics 29.0 を使用した。また、出身国、在住期間、性別、在留資格、質問紙言語、受診の目的、治療時期、病院所在地、使用言語(医師、患者)に関して、フィッシャーの正確確率検定には、IBM SPSS STANDARD 22.0 を、その他の解析には、IBM SPSS STANDARD 28.0 を用いて解析した。統計学的有意水準は 5%とした。

3. 結果

23 の団体に所属する、合計 1,810 名へ配布した結果、合計で 169 の回答が回収された(回収率 9.3%)。本質問紙調査の有効回答は 162 票であり、本研究における分析対象は 40 票であった。尚、残りの有効回答 122 票については、医師と患者が直接対話して受診した群のため、本研究の分析対象から除外した。

表 1 に対象の基本的属性と変数の割合の結果を示す。分析対象の 40 名のうち、人が通訳した群は 29 名、翻訳機を使用した群は 11 名であった。人が通訳した群のうち、25 名は家族、友人知人によるアドホック通訳であった。t 検定、Mann-Whitney の U 検定、フィッシャーの正確確率検定の結果、有意な差を示した項目はなかった。

表 1 対象の基本的属性と変数の割合

	N(%) or mean \pm SD	形式		p 値
		通訳 (n=29)	翻訳機 (n=11)	
日常言語 (複数回答可)				0.728
日本語を含む	16(40.0)	11(68.8)	5(31.3)	
日本語を含まない	24(60.0)	18(75.0)	6(25.0)	
出身国				0.277*
中国	18(45.0)	12(66.7)	6(33.3)	

ベトナム	5(12.5)	5(100.0)	0(0)	
フィリピン	4(10.0)	4(100.0)	0(0)	
その他	13(32.5)	8(61.5)	5(38.5)	
年齢	36.63±13.26	35.83±12.73	38.73±15.01	0.544
在住期間				0.271※
1年未満	4(10.0)	4(100.0)	0(0)	
1～5年	27(67.5)	20(74.1)	7(25.9)	
6～10年	7(17.5)	4(57.1)	3(42.9)	
11～20年	1(2.5)	1(100.0)	0(0)	
21年以上	1(2.5)	0(0)	1(100.0)	
性別				1.000※
男性	14(35.0)	10(71.4)	4(28.6)	
女性	26(65.0)	19(73.1)	7(26.9)	
その他非公開	0(0)	0(0)	0(0)	
在留資格				0.067※
専門技術	4(10.0)	2(50.0)	2(50.0)	
特定技能	2(5.0)	2(100.0)	0(0)	
身分にもとづく	15(37.5)	14(93.3)	1(6.7)	
技能実習	1(2.5)	1(100.0)	0(0)	
留学	9(22.5)	6(66.7)	3(33.3)	
その他無回答	9(22.5)	4(44.4)	5(55.6)	
質問紙言語				0.580※
日本語	10(25.0)	8(80.0)	2(20.0)	
英語	12(30.0)	8(66.7)	4(33.3)	
中国語	14(35.0)	9(64.3)	5(35.7)	
ベトナム語	4(10.0)	4(100.0)	0(0)	
受診者				0.560
自分	36(90.0)	25(69.4)	11(30.6)	
子ども	4(10.0)	4(100.0)	0(0)	
受診の目的				0.569※
一般外来	28(70.0)	20(71.4)	8(28.6)	
救急外来	3(7.5)	3(100.0)	0(0)	
セカンドオピニオン	1(2.5)	1(100.0)	0(0)	
入院手術	5(12.5)	4(80.0)	1(20.0)	
COVID-19	3(7.5)	1(33.3)	2(66.7)	
治療時期				0.199※
治療中/入院中	4(10.0)	1(25.0)	3(75.0)	
1年以内	24(60.0)	17(70.8)	7(29.2)	
2～3年前	7(17.5)	6(85.7)	1(14.3)	
4年以上前	3(7.5)	3(100.0)	0(0)	

無回答	2(5.0)	2(100.0)	0(0)	
病院所在地				0.156※
東京都	33(82.5)	24(72.7)	9(27.3)	
千葉県・神奈川県・埼玉県	4(10.0)	4(100.0)	0(0)	
不明	0(0)	0(0)	0(0)	
その他	3(7.5)	1(33.3)	2(66.7)	
使用言語 (医師、患者)				0.439※
日-英	17(42.5)	11(64.7)	6(35.3)	
日-中	12(30.0)	8(66.7)	4(33.3)	
日-他	6(15.0)	6(100.0)	0(0)	
その他 (日-日、英-英)	5(12.5)	4(80.0)	1(20.0)	
翻訳機の所有者				—
病院	3(7.5)	0(0)	3(100.0)	
あなた	8(20.0)	0(0)	8(100.0)	
その他 (自由記載)	0(0)	0(0)	0(0)	
なし (人が通訳した)	29(72.5)	29(100.0)	0(0)	
通訳者の通訳形態				—
電話	1(2.5)	1(100.0)	0(0)	
ビデオ通話	0(0)	0(0)	0(0)	
通訳が来院	22(55.0)	22(100.0)	0(0)	
その他 (自由記載)	0(0)	0(0)	0(0)	
不明	6(15.0)	6(100.0)	0(0)	
なし (翻訳機を使用)	11(27.5)	0(0)	11(100.0)	
通訳者の種類				—
医療専門の通訳者	4(10.0)	4(100.0)	0(0)	
医療以外の通訳者	0(0)	0(0)	0(0)	
家族	14(35.0)	14(100.0)	0(0)	
知人・友人	11(27.5)	11(100.0)	0(0)	
その他 (自由記載)	0(0)	0(0)	0(0)	
なし (翻訳機を使用)	11(27.5)	0(0)	11(100.0)	
疾病 (自由記載)				0.479
疾病あり	38(95.0)	28(73.7)	10(26.3)	
疾病なし (ワクチン、定期健康診断)	2(5.0)	1(50.0)	1(50.0)	
医療通訳を知っているか				1.000
知っている・聞いたことがある	13(32.5)	10(76.9)	3(23.1)	
知らない	27(67.5)	19(70.4)	8(29.6)	
医療通訳の要不要 (複数回答可)				0.445※※
使いたい	11(27.5)	8(72.7)	3(27.3)	
条件があれば使いたい、不要を含む	28(70.0)	21(75.0)	7(25.0)	
無回答	1(2.5)	0(0)	1(100.0)	

患者満足度

全体的満足度 (問 1~2)	5.80±1.34	5.76±1.24	5.91±1.64	0.905
完全な診察 (問 3~4)	5.93±1.37	5.72±1.41	6.45±1.13	0.116
全人的医療 (問 5~6)	4.68±1.56	4.66±1.59	4.73±1.56	0.898
診察時間 (逆転項目) (問 7~9)	5.88±2.10	6.10±2.27	5.27±1.49	0.270
患者中心性 (問 10~12)	8.73±1.50	8.62±1.72	9.00±0.63	0.511
合計	31.00±5.10	30.86±5.57	31.36±3.80	

※統計ソフトに SPSS STANDARD 22.0 を使用

※※統計ソフトに SPSS Statistics 29.0 を使用

表 2 に共分散分析(ANCOVA)の結果を示す。解析の結果、人が通訳した群と翻訳機を使用した群とで、満足度に有意な差は認められなかった($p=0.712$)。

表 3 にロジスティック回帰分析の結果を示す。解析の結果、通訳形式による満足度の有意な差は認められなかった($p=0.644$ 、オッズ比 0.712、95%信頼区間 0.169-3.001)。

表 2 2群における満足度の共分散分析 (ANCOVA) 結果

	B	標準誤差	t 値	有意確率	95%信頼区間	
					下限	上限
人が通訳した群	0.870	2.337	0.372	0.712	-3.875	5.615
翻訳機を使用した群	0					

表 3 満足度と年齢、性別、形式との関連 (ロジスティック回帰分析)

		OR	95% 信頼区間		p 値
			下限	上限	
年齢		1.025	0.974	1.078	0.341
性別	男性	1.000			
	女性	0.563	0.145	2.180	0.405
形式	人	1.000			
	翻訳機	0.712	0.169	3.001	0.644

4. 考察

本研究では、人が通訳した場合と翻訳機を使用した場合との間で、患者の満足度に有意な差は認められなかった。

前述の先行研究では、プロの通訳者と Google 翻訳との比較の結果、有意な差は認められなかったとあり (Kaliyadan & Sreekanth, 2010)、人と AI の比較という点においては本研究も同様の結果となった。

本研究で有意な差が認められなかったことについて、サンプル数が少ないことが原因の一つに挙げられる。本質問紙調査の有効回答 162 票のうち、本研究における分析対象は 40 票(人が通訳した群 29 名、翻訳機を使用した群 11 名)であり、残りの 122 票は医師と患者が直接対話して受診した、分析対象外にあたるサンプルであった。サンプル数が少ない結果を招いた原因としては、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の状況下で、実際に外国人診療を行っている医療機関への協力要請を検討できなかったことが挙げられる。

また、翻訳機を使用した群の翻訳機の使用状況についても挙げられる。2)の質問 5 において、理解度(4 段階)の回答理由を自由記載で問い、翻訳機を使用した群のうち一人は、「私は日本語で話して医者から説明を理解できない場合は electronic translator を使いました」と回答していた。ここから、この患者がすべての会話において翻訳機を使用したわけではなく、援助が必要な場合のみ使用していたことが明らかとなった。したがって、他の患者においてもこうした側面が結果に影響したのではないかと考察する。

さらに、人が通訳した群における通訳の質についても挙げられる。表 1 に記載のとおり、人が通訳した群 29 名の内訳として、家族 14 名、友人知人 11 名、医療通訳者 4 名と、半数以上の患者が特別なトレーニングや教育を受けて

いないアドホック通訳者を介して受診していた。人が通訳した群において、医療の専門用語だけでなく、倫理面に関しても心得ている医療通訳者を利用した患者の割合が低いことで、通訳の質やその満足感が伸びず、翻訳機を使用した場合の満足度に有意差が生まれなかった可能性が示唆される。

本研究が横断調査の結果にもとづいていることについても有意差が認められなかったこととの関連性が示唆される。本質問紙調査では、回答の同意を得る前の冒頭部分で「日本で病院に行ったときのことを教えてください。」と記載し、1人につき1回のみ回答する旨の確認を行った。また2)の冒頭では「1つの病気またはけが、1回の受診について、お答えください。」と記載した。そのため、本研究は過去に日本の医療機関を受診した際のことについて思い出して回答してもらうという、一回の出来事に関する断続的な研究であるといえる。

野村ら(2021)が看護師、医事課職員、患者を対象に行った研究では、患者において「医師による症状などの問診や診察のやり取り」の場面で「翻訳機を使用したくない」と回答した割合が78.4%、「症状や治療方針に関する患者から医師への質問及びその回答」の場面で「翻訳機を使用したくない」と回答した割合が81.1%であった。

翻訳機を使用しての受診が1回限りで終了する場合と異なり、患者が長期間治療を継続しており、受診のたびに翻訳機を使用する必要がある場合、このような抵抗感は蓄積され、患者満足度へ影響しうることが示唆される。横断調査である本研究では、そのような患者の感情が反映されなかったことが、有意差がないという結果に影響したのではないかと考察する。

また、一部翻訳機においては、過去の翻訳結果から翻訳機能を改善する機能はあっても、過去のやりとりをストックし文脈に応じて情報を判断する機能はない。過去の翻訳履歴をログとして確認することはできても、あくまでどのような翻訳がされたかが記録されるのみに留まる(コニカミノルタ株式会社 & ポケトーク株式会社, n.d.)。患者が何度も受診する場合、人が通訳しているときと比較して前提や文脈を踏まえて話が進んでいないと感じる頻度が高まる可能性が高く、患者満足度に影響する可能性が示唆される。したがって、横断研究である本研究では、患者と関わる中で生じた前提をふまえて、患者に寄り添うことのできる人の良さが反映されにくかったため、両群の有意な差が認められないという結果につながったのではないかと考察する。

同様に、患者の有する疾病のリスクについても、両群の満足度に有意差が認められなかったこととの関連性を言及する。前述のとおり、患者が「がんや重篤な病気などの告知」の場面で「翻訳機を使用したくない」と回答した割合は78.4%であった(野村, 亀井, & 重野, 2021)ことから、患者の生命にかかわるような、高リスクな内容に関しては翻訳機の使用に抵抗があることが示され、このような場面では医療通訳者が望まれていることが示唆される。本質問紙調査では、患者の疾病に関して、病名のみを自由記載、複数回答可のかたちで回答者に問い、疾病の重さに関する質問や、治療を継続している期間については問わなかったため、疾病の詳細な重篤度を特定することがかなわなかった。こうした患者の区分がかなわなかったことが本調査の限界であり、結果に影響したと考察する。

限界として同様に、本研究の目的は、言語的障壁の解決手段の違いが患者満足度に与える影響について調査するというものであったが、その中でも人とAIに焦点を絞って比較を行った。今後は専門的な訓練を受けた医療通訳者とアドホック通訳者など、比較対象を再検討することも今後の研究課題としていく。

最後に、真の差がそもそもないため有意差が認められなかったという可能性も捨て切れない。先行研究では人とAIに有意差が認められないと報告されているとおり、本研究においても同様にそれが示された可能性も考えられる。

前述のとおり、本研究は横断調査の結果にもとづいており、因果関係を考察することは難しいが、国内における複数の医療通訳手段の比較について、有益な情報を与えるものと考えている。また、本研究における限界はあるものの、実際にサービスを受ける患者を対象として、国内で言語的障壁の解決手段が与える患者への影響を調査した初めての量的研究となるため、本研究は意義があるといえる。今後は、今回の限界点をふまえ、疾病の違いや治療の継続の時期などを含めて縦断研究として実施していくことも重要である。

5. 結語

本研究の結果、人が通訳した場合(アドホック通訳者が多く含まれる場合)と翻訳機を使用した場合とで、患者満足度に有意な差は認められなかった。今後、病院での翻訳機の使用状況をより具体的に調査することや、患者が長期間治療を継続した場合の市場状況を調査することが期待される。また、今後は、実際に外国人診療を行う医療機関へ協力を要請するなど規模を拡大し、調査対象人数を増やした調査を行ったうえで、さらに詳細に検討する必要があると考える。

謝辞

本質問紙調査を行うにあたって、業務多忙の中ご協力くださった外国人支援団体および在日外国人の方々に深く感謝いたします。また、本研究を進めるにあたり、丁寧かつ熱心なご指導賜りました、順天堂大学大学院医学研究科医

科学専攻修士課程医療通訳および順天堂大学国際教養学部のフランソワ・ニヨンサバ先生、野田愛先生、大野直子先生に心から感謝の意を表します。また、同じく本コース研究チームの井澤晴佳さん、田中奈美さん、藪下紘子さんに深く御礼申し上げます。

研究資金

該当なし

利益相反自己申告

なし

引用文献

- Baker, D.W., Hayes, R., & Fortier, J. P. (1998). Interpreter Use and Satisfaction with Interpersonal Aspects of Care for Spanish-Speaking Patients. *Medical Care*, 36(10), 1461-1470. doi: 10.1097/00005650-199810000-00004
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.10.020
- Flores, G., Laws M. B., Mayo, S.J., Zuckerman, B., Abreu, M., Medina, L., Hardt, E.J. (2003). Errors in Medical Interpretation and Their Potential Clinical Consequences in Pediatric Encounters. *Pediatrics*, 111(1), 6-14. doi: 10.1542/peds.111.1.6
- Google LLC. (n.d.). 概要. Retrieved 11/17/2022 from <https://translate.google.com/about/>
- 濱井妙子, 永田文子, 西川浩昭. (2017). 全国自治体病院対象の医療通訳者ニーズ調査. *日本公衆衛生雑誌*, 64(11), 672-683. doi: https://doi.org/10.11236/jph.64.11_672
- 伊藤美保, 飯田奈美子, 南谷かおり, 中村安秀.(2012). 外国人医療における医療通訳者の現状と課題—医療通訳者に対する質問紙調査より—. *国際保健医療*, 27(4), 387-394. doi: <https://doi.org/10.11197/jaih.27.387>
- Kaliyadan, F., Sreekanth, G. (2010). The use of Google language tools as an interpretation aid in cross-cultural doctor-patient interaction: A pilot study. *The Journal of Innovation in Health Informatics*, 18(2), 141-143. doi: 10.14236/jhi.v18i2.764
- 観光庁.(2022). 訪日外国人旅行者数・出国日本人数の推移. Retrieved 09/29/2021 from https://www.mlit.go.jp/kankocho/siryoutoukei/in_out.html
- Karliner, L. S., Jacobs, E. A., Chen, A. H., Mutha, S. (2007). Do Professional Interpreters Improve Clinical Care for Patients with Limited English Proficiency? A Systematic Review of the Literature. *Health Service Research*, 42(2): 727-754. doi: 10.1111/j.1475-6773.2006.00629.x
- コニカミノルタ株式会社. (n.d.). Retrieved 11/17/2022 from <https://www.konicaminolta.jp/melon/service-2.html>
- 厚生労働省.(2017).医療機関における外国人旅行者及び在留外国人受入れ体制の実態調査. Retrieved 12/25/2021 from <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000173226.pdf>
- 李晨陽, 増田怜佳, 大野直子.(2020). 日本における医療通訳者の役割、給与、社会的地位に関する探索的文献調査. *順天堂グローバル教養論集*, 5, 21 - 30. Retrieved 09/30/2021 from https://www.juntendo.ac.jp/ila/department/research_JJGS/volume01_copy_copy.html
- 永井文子, 濱井妙子, 菅田勝也. (2010). 在日ブラジル人が医療サービスを利用する時のにわか通訳者に関する課題. *国際保健医療*, 25(3), 161-169. doi: <https://doi.org/10.11197/jaih.25.161>
- 野村楊子, 亀井哲也, 重野亜久里. (2021). ロールプレイを用いた多言語音声翻訳機と医療通訳者の通訳の質評価に関する研究. *国際臨床医学会雑誌*, 4(1), 38-42. Retrieved 11/08/2022 from <https://mol.medicalonline.jp/library/journal/download?GoodsID=fm0kokus/2021/000401/010&name=0038-0042j&UserID=202.21.163.142>
- 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. Retrieved 09/30/2021 from https://www.juntendo.ac.jp/ila/department/research_JJGS/volume02.html
- 大野直子, 野田愛, ニヨンサバ フランソワ.(2022). 順天堂大学大学院医学研究科ヘルスコミュニケーションコースにおける医療通訳概論の授業報告. *Journal of Medical English Education*, 21(1), 65-68. Retrieved 11/09/2022 from <http://jasmee.umin.jp/journal.html>
- Patil, S., Davies, P. (2014). Use of Google Translate in medical communication: evaluation of accuracy. *BMJ*, 349:g7392. doi:10.1136/bmj.g7392
- ポケトーク株式会社. (n.d.). AI 通訳機ポケトーク. Retrieved 11/17/2022 from <https://pocketalk.jp/device/?i=nav>
- ポケトーク株式会社. (n.d.). よくあるご質問. Retrieved 11/21/2022 from <https://pocketalk.jp/device/faq/>
- 出入国在留管理庁.(2021). 令和 3 年 6 月末現在における在留外国人数について. Retrieved 09/29/2022 from

<https://www.moj.go.jp/isa/content/001370057.pdf>

須田拓実, 井上悠輔. (2021). 医療通訳の役割・多言語音声翻訳ツールに関する意識調査 医師・医療通訳者を対象とした質問紙調査を通じて. Retrieved 09/29/2021 from <https://www.pubpoli-imsut.jp/files/files/61/0000061.pdf>

多文化共生センターきょうと. (2018). 第 1 部 通訳倫理と技術. In 重野亜久里, 前田華奈, 横山志都子, 徳岡香奈子, 緒方典子 (Eds.), *医療通訳* (pp. 13-38). [Adobe Digital Editions version]. Retrieved 09/30/2021 from <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000385181.pdf>

Takemura, Y., Liu, J., Atsumi, R., Tsuda, T. (2006) . Development of a Questionnaire to Evaluate Patient Satisfaction with Medical Encounter. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 210, 373-381. doi: <https://doi.org/10.1620/tjem.210.373>

***責任著者 Corresponding author : 大野直子 (e-mail: na-ono@juntendo.ac.jp)**

投稿日 : 2022 年 12 月 2 日 受理日 : 2023 年 2 月 25 日

企画【ヘルスコミュニケーションを学べる大学・研究機関紹介】

産業医科大学大学院 医学研究科産業衛生学専攻	
所在地 〒807-8555 福岡県北九州市八幡西区医生ヶ丘 1-1	
交通アクセス	JR 折尾駅より徒歩 25 分またはバス 10 分
ウェブサイト SNS など	https://www.uoch-u.ac.jp/graduateschoolofmedicalseience/graduateschoolofmenu/sangyoeiseigaku.html
設置課程と取得可能な学位・資格	修士（産業衛生学） 博士（産業衛生学）
備考	
問い合わせ先	担当部署・担当者 産業保健学部・安全衛生マネジメント学 河村洋子 E-mail: y-kawamura@health.uoch-u.ac.jp TEL・FAX 093-691-7151(dial in)



キャンパス内校舎の様子



講堂前にあるベルナルディーノ・ラマツィーニ像*

*「産業医学の父」であるイタリアの医師であるラマツィーニは、本学のキャラクター「ラマティークン」として親しまれています。

1. ヘルスコミュニケーション教育・研究活動とその特徴

産業医科大学は産業医学産業保健に特化した唯一の大学です。医学研究科産業衛生学専攻は、多面的な分野を専門とする研究者が担当しています。「ヘルスコミュニケーション」ということでは、限定（河村洋子）されますが、産業保健に関する研究や実践には、ヘルスコミュニケーションに関連する内容が多く含まれ、重要です。

研究のテーマに「ヘルスコミュニケーション」を入れて学位取得を進めることができると思いますので、特に働く人の保健医療福祉に関心をお持ちの方には、進学の実験肢の一つとして、ご検討いただきたいと思います。

2. 近年の実績（論文・実践活動等）、進行中のプロジェクト等

産業生態科学研究所の多くの講座の中には、働く人たちの健康や働き方を対象にした多くの研究活動が行われています。COVID-19 パンデミック下の働く人たちの意識、行動の変遷を大規模なコーホートによるデータで捉える研究から、多くの論文が出されています。他にもいくつかの就労者を対象にしたコーホート研究が走っており、日本の働く人たちの実態把握の先端を走っています。さらに、健康経営は現在職場の健康づくりの中核になっていますが、「健康経営といえば、産業医科大学」というリーディング大学と言えます。メンタルヘルスの分野でも、ポジティブ心理学など最先端の知見の創出に貢献している研究もあります。さらに、タバコ関連についても、本学にはわが国の研究を先導している研究者グループが形成されています。これらの研究活動には、働く人たちの健康行動の実態把握などを目的とした包括的なデータ収集と分析に限らず、介入研究など実践的なものも多く含まれ、実践知の蓄積に貢献するものです。多くのものは産業医でもある研究者によって進められており、「ヘルスコミュニケーション」として標榜されていませんが、内容は職域のヘルスコミュニケーション研究だと言えます。

産業生態科学研究所の研究活動については枚挙にいとまがなく、具体的な研究を全て紹介することはできませんので、ぜひウェブサイトをご覧ください。ちなみに、私（河村洋子）の具体的な研究活動の一例として、職域保健専門職者向けの禁煙支援介入として、ストレスマインドセットの転換を図るグループワーク介入プログラム開発に現在取り組んでいます。また、私が担当している博士課程前期の大学院生は仕事でのコミュニケーションにおける心理的安全性と葛藤をテーマに修論研究を進めています。

3. 独自の取り組み

日本で唯一の産業医学、産業保健の推進のために設置された目的大学です。厚生労働省の直轄であり、教育と研究において厚生労働政策に寄与することが期待されています。

また、最近では「化学物質の自律的管理」の動きがあります。産業医と産業保健師・産業看護師に加えて、産業医科大学が養成している安全衛生の専門職（作業環境測定士と衛生管理者）も今後ますます重要になります。この管理の確立の中で、リスクコミュニケーションは基幹的な一分野として明確に位置付けられていますが、ヘルスコミュニケーションと関連する重要なサブ分野になるだろうと考えています。

4. 入試概要

例年、5月ごろに入試情報を公開します。詳しくはウェブサイト (<https://www.uoch-u.ac.jp/Exam.html#>)（「産業医科大学」「大学院」「入試」で検索）

5. 在学生のバックグラウンドと卒後の進路

医学専攻は医師免許のある者のみを対象にしていますが、産業衛生学専攻では、医師資格は問わず、広い専門分野の方に門戸を開いています。産業医、産業保健師、産業看護師の他、企業の安全衛生スタッフとして活躍している衛生管理者の資格を有する方や、作業環境測定士の資格を有して現場の安全衛生の課題に取り組んでいる方、あるいは労働安全衛生コンサルタントとして活躍している方もいます。その他にも、さまざまな専門性を持って職場の安全衛生課題に取り組んでいる社会人が大半を占めます。一方、少数ですが、学部を卒業してすぐに大学院進学する方もいます。

6. 奨学金・助成制度

大学独自の奨学金はありませんが、経済状況に応じて学費の半額または全額の免除を受けることができます。

7. ヘルスコミュニケーション関連の講義と担当教員の紹介

特定した科目はありませんが、私（河村）も一部を担当する「産業衛生学概論」では多面にわたる産業保健・産業医学に関する課題について学ぶことができます。

その他、ヘルスコミュニケーション研究に近い教員のゼミに所属することで、学びを深めることができます。詳しくはウェブサイトをご参照ください。

***責任著者 Corresponding author : 河村洋子 (e-mail: y-kawamura@health.uoch-u.ac.jp)**

企画【ヘルスコミュニケーションを学べる大学・研究機関紹介】

順天堂大学大学院 医学研究科 ヘルスコミュニケーション 学位プログラム 所在地 〒113-8421 東京都文京区本郷 2-1-1	
交通アクセス	JR 中央線／東京メトロ丸ノ内線「御茶ノ水」下車 徒歩7分 東京メトロ千代田線「新御茶ノ水」下車 徒歩9分 TEL：03-3813-3111（代表）
ウェブサイト SNS など	プレスリリース https://www.juntendo.ac.jp/news/20201104-03.html コース案内 https://med.juntendo.ac.jp/education/master/course_info/pg_hlc.html 第2回ヘルスコミュニケーション学記念セミナー（2021年5月15日） https://www.umin.ac.jp/hc/seminar2021/seminar2021.html
設置課程と取得可能な学位・資格	修士（公衆衛生学） 資格（日本医療教育財団の医療通訳技能検定試験基礎・専門試験受験資格）
備考	出願前には必ず事前面談をお願いしております。 詳細やお申込みについては下記担当部署へお問い合わせください。
問い合わせ先	担当者 大野直子 准教授 （他の2022-23コース担当教員：ニヨンサバ・フランソワ教授、野田愛准教授） E-mail: hmedint@juntendo.ac.jp TEL：03-3813-3111（代表）



病院実習での一コマ



実習中に見学した、順天堂東京江東高齢者医療センターにて

1. ヘルスコミュニケーション教育・研究活動とその特徴

順天堂大学大学院医学研究科医学研究科医科学専攻修士課程ヘルスコミュニケーション学位プログラムは、2021年4月に設立されました。本プログラムでは、ヘルスコミュニケーション関連の研究を行う上での基礎力を身につけることができます。本プログラムでの学びを通して、医療通訳（英語・中国語）に必要な専門的知識、技法を体得し、医療者と患者間のコミュニケーションを支援することができるようになります。

2023（令和5）年4月入学者から、当学位プログラム修了者に対して、国際通用性の高い修士（公衆衛生学）（Master of Public Health: MPH）を授与することといたしました。授与学位の変更に伴い、開講する授業科目も公衆衛生学関連の科目に変更されます。

2. 近年の実績（論文・実践活動等）、進行中のプロジェクト等

本プログラムでは、院生在学中から各種学会で発表します。2022年の教室関係者の発表実績は下記の通りです。

【本プログラムに関連した主な論文、報告】※下線が教員、二重下線が学生（発表時）

大野直子、野田愛、ニヨンサバ・フランソワ、順天堂大学院医学研究科ヘルスコミュニケーションコースにおける医療通訳概論の授業報告. *Journal of Medical English Education*. 2022; 21(1): 65-68.

2023年2月現在、第1期生の受理済出版待ち論文3件、投稿中論文1件、投稿準備中論文2件です。

【学生の課題研究・学位論文等に関連した主な学会発表】

2022年の、第1期生と教室関係者の発表実績は下記の通りです。

浅井ゆかり、大野直子、ニヨンサバ・フランソワ、野田愛. 医療通訳者の離職予防に関する研究. 第81回日本公衆衛生学会総会 2022年10月9日.

楊婧華、浅井ゆかり、鈴木佐和子、何婕、大野直子、野田愛、ニヨンサバ・フランソワ. 医療通訳者の雇用形態・収入への満足度と職業キャリア成熟度との関連性に関する研究. ヘルスコミュニケーションウィーク2022(日本医療通訳学会学術集会) 2022年10月1日.

田中奈美、井澤晴佳、安藤晴恵、簗下紘子、ニヨンサバ・フランソワ、野田愛、大野直子. 外国人診療における会話理解と医療通訳の必要性. ヘルスコミュニケーションウィーク2022(日本医療通訳学会学術集会) 2022年10月1日.

大野直子、野田愛、ニヨンサバ・フランソワ. 順天堂大学大学院ヘルスコミュニケーションコースの現状. ヘルスコミュニケーションウィーク2022(日本医療通訳学会学術集会) 2022年10月1日.

鈴木佐和子、浅井ゆかり、何婕、楊婧華、ニヨンサバ・フランソワ、野田愛、大野直子. 医療通訳者の訓練歴と報酬満足度および職業継続意識に関する研究. 日本通訳翻訳学会第23回年次大会 2022年9月4日.

3. 独自の取り組み

本コースは、専門教育機関として厚生労働省の「医療通訳育成カリキュラム基準」に準拠し、医療通訳技能認定試験の受験資格を得ることができるカリキュラムとして認定を受けた医療通訳者養成課程です。大学で医学関連科目を学んでいない方であっても、医学の基礎知識を一般教育科目として履修することで、認定医療通訳者として必要となる専門的な知識・技術を習得できるカリキュラム構成となっています。また、2年次に順天堂大学医学部附属順天堂病院にて病院実習を実施しています。

4. 入試概要

入学者の選抜は、事前面談合格者に対して、書類審査(志望理由書等)、口述試験、英語能力を総合して判定します。語学力に応じて語学試験の免除制度もあります。入試時期はA日程(9月入試)、B日程(1月入試)があります。留学生、社会人も受験可能です。出願期間など詳細は大学院ホームページの募集要項をご確認ください。

応募資格: 厚生労働省医療通訳養成カリキュラムに従い、CEFR B2 (IELTS 5.5~6.5、TOEFL iBT 72~94、TOEIC L&R/S&W 1560~1840程度)、日本語非ネイティブは日本語能力検定1級の語学力を目安とします。

大学院ホームページ、募集要項 https://med.juntendo.ac.jp/education/master/course_info/pg_hlc.html

5. 在学生のバックグラウンドと卒後の進路

本コースの大学院生の多くは、社会人として働きながら学んでいます。医療者(医師、看護師、保健師)、医療関係者(製薬企業社員、医療機器メーカー社員)、非医療関係者(通訳者・翻訳者、インバウンド旅行会社勤務、通訳学校講師、会社員など)と、在学生のバックグラウンドは様々です。修了生の進路は、大学院博士後期課程進学のほか、医療通訳者、病院勤務、通訳学校講師、会社員など多様です。

6. 奨学金・助成制度

あり(詳細は大学院ホームページと募集要項をご確認ください)

7. ヘルスコミュニケーション関連の講義と担当教員の紹介

科目名	ヘルスコミュニケーション
授業の概要	本講義では、効果的なコミュニケーションを実践するために必要な、(1)コミュニケーションの基本的な理論、(2)コミュニケーションの具体的なスキル、(3)コミュニケーションの研究手法などを取り扱います。本講義の受講によって、医療コミュニケーションを実践し、改善していくために必要な知識を得ることが出来ます。
担当教員	科目責任者: 大野直子 ゲスト講師: 奥原剛(東京大学)、加藤美生(国立感染症研究所)、榊原圭子(東洋大学)、本間三恵子(埼玉県立大学)(2022年度)

*責任著者 Corresponding author: 大野直子 (e-mail: na-ono@juntendo.ac.jp)

企画【ヘルスコミュニケーションを学べる大学・研究機関紹介】

帝京大学大学院 公衆衛生学研究科 所在地 〒173-8605 東京都板橋区加賀 2-11-1	
交通アクセス	JR 埼京線「十条駅」より徒歩約10分 都営三田線「板橋本町駅」より徒歩約12分 JR 埼京線「板橋駅」・京浜東北線「王子駅」より「帝京大学病院」行きバスあり
ウェブサイト SNS など	http://www.med.teikyo-u.ac.jp/~tsp/ (オリジナルサイト) http://www.facebook.com/teikyoSPH/ https://www.twitter.com/teikyo_sph https://www.instagram.com/teikyosph/
設置課程と取得可能な学位・資格	公衆衛生学修士(専門職) 博士(公衆衛生学)
備考	入試概要は大学本体のホームページ (https://www.teikyo-u.ac.jp/applicants/graduate/sph) に掲載
問い合わせ先	担当部署 板橋キャンパス事務部 担当者 教務課大学院担当(公衆衛生学研究科) E-mail: tspgakui@teikyo-u.ac.jp TEL 03-3964-3294(直通)



研究科の雰囲気を伝える紹介動画(2022年10月7日公開)

https://www.youtube.com/watch?v=Pm_6ilcZLg0



2022年度のハーバード特別講義(社会行動科学分野)

1. ヘルスコミュニケーション教育・研究活動とその特徴

帝京大学大学院公衆衛生学研究科(以下、帝京SPH)は、わが国初の独立専攻の公衆衛生大学院として2011年に設立された専門職大学院です。高度な専門的実務能力を有する職業人育成を目的とした実践教育を行う専門職学位課程 Master of Public Health (MPH) と博士後期課程 Doctor of Public Health (DrPH) があります。

ヘルスコミュニケーションに関連する授業としては、MPHの選択科目「ヘルスコミュニケーション学」、MPH・DrPHの必修科目「健康行動科学概論/特論」の他、「健康医療情報学」「健康教育学」「リーダーシップ・マネジメント特論」などがあります。公衆衛生専門職として、効果的なヘルスコミュニケーションを実践できるようになるための基礎的な理論と知識を学び、様々な公衆衛生学問題に対して解決策を提示し、問題解決に向けた実践ができる人材の養成を目指しています。

2. 近年の実績(論文・実践活動等)、進行中のプロジェクト等

【学生の課題研究・学位論文等に関連した主な論文】※下線が帝京SPH教員、二重下線が学生(発表時)

Ito Y., Ishikawa H., Suzuki A., Kato M. The relationship between evaluation of shared decision-making by pet owners and veterinarians and satisfaction with veterinary consultations. BMC Veterinary Research. 2022; 18:296.

Sakamoto M., Ishizuka R., Ozawa C., Fukuda Y. Health information and COVID-19 vaccination: beliefs and attitudes among Japanese university students. PLoS One. 2022;17(11): e0277435.

小澤千枝, 石川ひろの, 加藤美生, 福田吉治. 「健康無関心層」の把握に向けた健康関心度尺度の開発. 日本健康教育学会誌 2021; 29(3): 266-277.

3. 独自の取り組み

帝京 SPH は、ハーバード大学等との連携のもと、公衆衛生の国際基準で必須とされる5分野(疫学、生物統計学、社会行動科学、保健政策・医療管理学、産業環境保健学)を基本としたカリキュラムに基づき、コンピテンシー基盤型教育を行っています。また、開学以来、「ハーバード特別講義」として、ハーバード大学をはじめ、世界的に活躍する教授陣を招いた集中講義を毎年1月に開催し、帝京 SPH の学生や教職員だけでなく、学外やアジアの学術提携校にも広く受講の機会を提供しています。

4. 入試概要

入学者の選抜は、書類審査(志望理由書等)、口述試験、英語能力の総合判定です。ローリング・アドミッション方式で、随時出願を受け付けていますが、定員に達した場合、募集を終了する場合があります。(※2023年4月入学者の場合) 例年、7月と12月に、入学希望者を対象に研究科説明会を実施(事前登録制)しており、出願前の個別面談も利用できます。最新情報および詳細は、大学本体のホームページ(<https://www.teikyo-u.ac.jp/applicants/graduate/sph>)にて公開予定です。

5. 在学生のバックグラウンドと卒後の進路

帝京 SPH に通う大学院生の多くは、社会人として働きながら学んでいます。医師、保健師、助産師、看護師、薬剤師、管理栄養士などの保健医療従事者、法律や経済、行政、マーケティング、国際開発、環境など、さまざまな専門や経験を持つ学生が集まっています。また、育児や介護と両立しながら学ぶ学生も少なくありません。

修了生の主な進路は、国家公務員、地方公務員、臨床系(病院や診療所)、産業保健(産業医・産業保健師)、民間企業(製薬企業、化学品・医薬品企業など)、国際保健(JICA、NPO)、教育・研究(大学教員、研究員)、進学(博士課程、海外留学)など。修了後は帝京 SPH 同窓会(2013年発足)のイベントやホームページ、SNSなどを通じて、現役学生や同級生とつながる場があります。

6. 奨学金・助成制度

帝京 SPH の専門職学位課程(MPH)は、厚生労働省による教育訓練給付制度の適用対象で、受給要件を満たす学生には給付金が支給されます。また、研究科内では、学会発表の際の参加費・旅費の補助制度もあります。

7. ヘルスコミュニケーション関連の講義と担当教員の紹介

科目名	ヘルスコミュニケーション学
授業の概要	ヘルスコミュニケーションは、医療・公衆衛生のさまざまな場面において、個人や集団の健康を維持、向上させていくために必要な情報を共有し、その個人、集団、社会の健康にとって望ましい意思決定や行動を促していくための重要な方略である。本講義では、公衆衛生専門職として、効果的なヘルスコミュニケーションを実践できるようになるための基礎的な理論と知識を学ぶ。これに基づき、公衆衛生の現場におけるヘルスコミュニケーションに関する問題に気づき、分析評価する視点と方法論を習得し、それを改善するための方策を議論する。
担当教員	科目責任者：石川ひろの 担当教員：中田善規、奥原剛(東京大学)、加藤美生(国立感染症研究所)

科目名	健康行動科学概論
授業の概要	公衆衛生分野において、行動科学的な分析の視点がどのように応用され、健康や医療に関連した人間の行動や心理、対人関係やコミュニケーションに関して、どのような知見が蓄積されているかを概説する。その上で、さまざまな行動科学の概念が健康や健康関連行動の評価にどのように役立つか議論し、行動科学理論に基づいた生活習慣の変容、健康増進活動などを導くための基本知識を学習する。また、心理社会的ストレス、社会文化的環境が健康や行動に及ぼす影響について理解できるようにする。
担当教員	科目責任者：石川ひろの 担当教員：福田吉治、金森悟、中尾睦宏(国際医療福祉大学)

*責任著者 Corresponding author : 石川ひろの (e-mail: hirono-tky@umin.ac.jp)

編集後記

東京では桜の花も散りかけですが、今年は久しぶりのお花見を楽しまれた方も多いでしょうか。新型コロナウイルスのある生活を前提として、コロナ以前の日常があちこちで戻りつつあるように感じます。昨年10月に開催された「ヘルスコミュニケーションウィーク2022～名古屋～」は、「ニューノーマル時代のヘルスコミュニケーション」をテーマとし、対面とオンラインのハイブリッドで開催され、大変盛会となりました。

第14巻第1号は、このヘルスコミュニケーションウィーク2022において開催された第14回日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会の特集をお届けいたします。大会長の阿部恵子先生（金城学院大学）のご尽力により、学術集会に参加できなかった会員の皆さまにも充実した講演とシンポジウムの内容を共有できますことを大変ありがたく思います。また、会期中に表彰のあったヘルスコミュニケーション関連学会優秀書籍賞の受賞書籍もご紹介します。

ヘルスコミュニケーションウィークとヘルスコミュニケーション学関連学会機構、日本ヘルスコミュニケーション学会などがどういう関係にあるのか疑問に思われましたら、どうぞ巻頭の会説論文（Editorial）をご一読ください。本誌は、機構会員全体から一般投稿を受け付けております。今号では医療通訳領域の原著論文1本が掲載となりました。また、新たな企画として、「ヘルスコミュニケーションを学べる大学・研究機関紹介」が始まりました。代議員の先生がたを通じて、原稿を募集させていただいております。次号以降も継続してまいりますので、ご関係の大学・研究機関のご紹介をお寄せいただければ幸いです。

新年度を迎え、新たな環境での生活が始まる方も多いことと思います。皆様のご活躍をお祈り申し上げますとともに、今年度もさらに充実した学会誌をお届けできるよう努力してまいりますので、引き続きお力添えいただけますよう、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14巻第1号

Health Communication Research Vol.14, No.1

2023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(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）

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）

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科）

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）

第14回日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会報告 編集

阿部 恵子（金城学院大学看護学部看護学科）

発行者 日本ヘルスコミュニケーション学会

<http://healthcommunication.jp/>
