

# ヘルスコミュニケーション学記念セミナー

## 講演録

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連携講座開設記念（高山智子 准教授）

石川ひろの 教授就任記念  
（帝京大学大学院公衆衛生学研究科ヘルスコミュニケーション学）

会場 東京大学医学部 2号館講堂

日時 2018年7月29日 開催



## 目次

### 開会のご挨拶

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

教授 木内貴弘・・・・・・・・・・1

### 抄録と講演スライド

#### 祝！がんコミュニケーション学連携講座設立

#### 一人間コミュニケーション学と医療の統合への期待と挑戦―

西南学院大学文学部

教授 宮原哲・・・・・・・・・・13

#### ヘルスコミュニケーションのこれまで・これから：お二人の先生方へのエール

京都大学大学院医学研究科  
社会健康医学系専攻健康情報学分野

教授 中山健夫・・・・・・・・・・23

#### がんコミュニケーション学でめざすもの

#### ～実践から科学知へ、科学知を实践、そして生活へ～

国立がん研究センターがん対策情報センターがん情報提供部 部長  
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連携講座

准教授 高山智子・・・・・・・・・・43

#### ヘルスコミュニケーションの根拠をつくる：患者－医師間コミュニケーション研究から

帝京大学大学院公衆衛生学研究科  
帝京大学医療共通教育研究センター

教授 石川ひろの・・・・・・・・・・73

編集後記・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・96



開会のご挨拶



## ヘルスコミュニケーション学記念セミナー開会のご挨拶

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 教授 木内貴弘

ヘルスコミュニケーション学とは、端的に言えば、医療・公衆衛生において、「伝えること」、「わかること」、「納得すること」、「協働すること」を研究する科学です。近代医学は、19世紀に生物学を基礎とする科学として確立されました。20世紀にはいって、ヒトの対する治療法や予防法の評価を行うために、疫学・臨床試験の方法論が確立し、経験や勘ではなく、データにもとづいて、医療が実施されるようになりました（EBM）。21世紀には、従来は研究や教育の対象とは見做されてこなかったヘルスコミュニケーションの教育・研究が、医学の第三の柱として、重要な課題となっていると考えます。ヘルスコミュニケーション学の研究や教育の発展によって、医学・医療における相互理解、医療の質向上、疾病予防の進展、紛争防止、患者満足度向上等の多くのメリットがもたらされると考えます。

ヘルスコミュニケーション学は、1960年代頃から米国を中心に発展を遂げてきました。海外では専門学術雑誌もいくつか刊行され、米国の公衆衛生大学院のほとんどが専任教員を置くようになっていました。日本では、2001年に九州大学に医科大学として初めてヘルスコミュニケーション学の専任の教員が誕生しました。2007年には、東京大学と京都大学で、それぞれ専任の教員が誕生しました。そして、2008年、東京大学にがんに特化したがんコミュニケーション学連携講座（国立がん研究センターと連携）が誕生し、高山智子氏が准教授として就任しました。帝京大学には日本で4番目の医科大学のヘルスコミュニケーション学の専任教員として、石川ひろの教授が就任しました。日本におけるヘルスコミュニケーション学の大きな前進であると考えます。ヘルスコミュニケーション学によって、日本の医療は変わろうとしています。本セミナーでは、両氏の研究・教育・実践の成果や今後の展望について、語っていただきました。

ヘルスコミュニケーション学では、教育・研究に加えて、実践も重要となります。海外でも、教育・研究と実践の両方がよくできる人材はあまり多くはありません。ヘルスコミュニケーション学の学位取得者が、企業、マスコミ、NPOに就職したり、逆に企業、マスコミ、NPOの関係者がヘルスコミュニケーション学の大学院学生や教員になる等の人材の交流がこの分野では非常に重要であると考えます。東京大学の公衆衛生大学院では、多くのヘルスコミュニケーションの実践家に講義や演習をお願いしています。

ヘルスコミュニケーション学では、コミュニケーション学の方法論と医療のコンテキストでの実践・研究の両方が必要です。このため、医療系と人文社会科学系の研究者の交流も

非常に重要であると考えます。今回も、人文社会科学系の代表として西南学院大学の宮原哲教授に、医療系を代表して、京都大学の中山健夫教授に、ヘルスコミュニケーション学の現状、今後について、お話いただきました。日本におけるヘルスコミュニケーション学の発展に向けて、今後とも多くの方々のご支援・ご協力をお願いします。



## ヘルスコミュニケーション学記念セミナー

# 木内 貴弘

東京大学大学院 医学系研究科  
医療コミュニケーション学分野 教授

東京大学医学部医学科卒業。東京大学大学院医学系研究科疫学・生物統計学助手、東京大学医学部附属病院中央医療情報部助教授を経て、同大学病院医療情報ネットワーク（UMIN）研究センター教授、東京大学大学院医学系研究科医療コミュニケーション学教授。博士（医学）。アカデミックな医学情報センターであるUMINの発展につとめ、ヘルスコミュニケーション学、CDISC標準の研究を行ってきた。

## ヘルスコミュニケーション学記念セミナー

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連携講座開設記念（高山智子准教授）  
石川ひろの教授就任記念  
（帝京大学大学院公衆衛生学研究科ヘルスコミュニケーション学）

**開会の挨拶** 木内貴弘（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教授）

**祝辞** 山口育子（認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長）

**挨拶** 若尾文彦（国立がん研究センターがん対策情報センター長）

**挨拶** 福田吉治（帝京大学大学院公衆衛生学研究科長・教授）

**挨拶** 小林康毅（東京大学大学院医学系研究科社会医学専攻長・教授）

**講演** 祝！がんコミュニケーション学講座設立—人間コミュニケーション学と医療の統合への期待と挑戦—

宮原哲（西南学院大学教授、元日本コミュニケーション学会会長、元日本ヘルスコミュニケーション学会代表世話人）

**講演** ヘルスコミュニケーションのこれまで・これから：お二人の先生方へのエール

中山健夫（京都大学大学院医学研究科社会健康医学専攻長・教授、日本ヘルスコミュニケーション学会代表世話人）

**講演** がんコミュニケーション学でめざすもの—実践から科学知へ、科学知を実践、そして生活へ

高山智子（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准教授）

**講演** ヘルスコミュニケーションの根拠をつくる：患者—医師間コミュニケーション研究から

石川ひろの（帝京大学大学院公衆衛生学研究科教授）

**第10回日本ヘルスコミュニケーション学会** 萩原明人（九州大学大学院医学系学府医療コミュニケーション学）

**閉会の挨拶** 木内貴弘（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教授）

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

Dep. of Health Communication, School of Public Health, the Univ. of Tokyo

# 開会のご挨拶

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  
木内貴弘



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  
Dep. of Health Communication, School of Public Health, the Univ. of Tokyo



3

東大が変わる  
国立がん研究センターが変わる  
帝京大が変わる  
日本の医療が変わる

ヘルスコミュニケーションの研究・教育

- ・伝えること
- ・分かること
- ・納得すること
- ・協働すること



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  
Dep. of Health Communication, School of Public Health, the Univ. of Tokyo



4

# 医療を支える3本の柱

## 生物学、データ、コミュニケーション

BC400年代頃

魔術・体液説  
(ヒポクラテス、ガレノス)

1850年代頃から

生物学(ウィルヒョウ細胞病理学、コッホ細菌学⇒分子生物学)  
(病気の生物学的解明とこれに基づく診断、治療法の発見)

1980年代頃から

データに基づく医療(臨床試験・疫学研究⇒人工知能)  
(診断、治療、予防法の評価)

2000年頃から

ヘルスコミュニケーション  
(伝える、分かる、納得、協働)



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  
Dep. of Health Communication, School of Public Health, the Univ. of Tokyo



## ヘルスコミュニケーション学の歴史

- 1975年 国際コミュニケーション学会にヘルスコミュニケーション部門
- 1985年 米国コミュニケーション学会にヘルスコミュニケーション部門
- 1989年 学術雑誌Health Communication発刊
- 1996年 学術雑誌Journal of Health Communication発刊
- 1997年 米国公衆衛生学会にヘルスコミュニケーションWG
- 2001年 九州大学に日本で初の医療コミュニケーション学専任教員(教授、准教授)
- 2007年 東大に日本で2番目の医科大学の医療コミュニケーション学専任教員(教授、准教授)  
京大に日本で3番目の医科大学の医学コミュニケーション学専任教員(准教授)
- 2018年 東大にがんを対象とするがんコミュニケーション学連携講座が設立  
帝京大に日本で4番目の医科大学のヘルスコミュニケーション学専任教員(教授)



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  
Dep. of Health Communication, School of Public Health, the Univ. of Tokyo

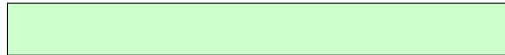


# ヘルスコミュニケーション学の 主要な研究対象

対人コミュニケーション(医療機関)



ヘルスキャンペーン(社会)  
マスコミュニケーション報道(社会)



インターネット(バーチャル空間)



1970

1980

1990

2000



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  
Dep. of Health Communication, School of Public Health, the Univ. of Tokyo

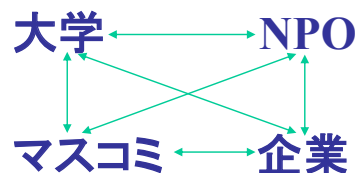
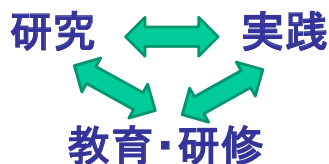


7

## 独立した専門分野としての ヘルスコミュニケーション学の確立に向けて

- すべての医療系大学(医科、歯科、薬学、看護、検査等)にヘルスコミュニケーション学の専門分野・専任教員を!

- 1) 学部・大学院教育、研修
- 2) 専門的研究
- 3) ヘルスコミュニケーションに関する実践



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  
Dep. of Health Communication, School of Public Health, the Univ. of Tokyo



8

# 東大公衆衛生大学院 医療コミュニケーション学講義

**総論** 医療コミュニケーション概論(東大:木内貴弘)  
ヘルスコミュニケーションの研究(東大:奥原剛)

**対人** 患者・市民の教育(COML:山口育子)  
グループ・組織のコミュニケーション(帝京大学:石川ひろの)  
個人の行動変容を促すコミュニケーション(日本ヘルスサイエンスセンター:石川雄一)

**メディア** 集団の行動変容を促すコミュニケーション(キャンサースキャン:石川善樹)  
マスメディアによるコミュニケーション(1)-新聞(読売新聞:本田麻由美)  
マスメディアによるコミュニケーション(2)-テレビ放送(NHK:市川衛)  
インターネットによるコミュニケーション(聖路加国際大学:中山和弘)  
エンターテインメント・エデュケーション(東大:加藤美生)  
政策形成とアドボカシーのコミュニケーション(国際地域保健学:神馬征峰)  
行動変容を促す保健医療文書の作り方(東大:奥原剛)  
ヘルスコミュニケーションーがん対策への実践と応用(国立がん研究センター:高山智子)



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  
Dep. of Health Communication, School of Public Health, the Univ. of Tokyo



# 東大公衆衛生大学院 医療コミュニケーション学演習

**対人** MBTIによるコミュニケーション体験実習(日本MBTI協会:園田由紀)  
各人の性格の分析し、お互いの違いを認識することから、よりよいコミュニケーションを  
コーチング実習(三重大学:田口智博)  
メディカルコーチング入門

**メディア** 行動変容を促す保健医療文書を作る(東大:奥原剛)  
メディア報道のあり方を考えるメディアドクター演習(帝京大学:渡邊清高)  
インターネットコミュニケーション実習(東大:木内貴弘、岡田昌史)  
医療コミュニケーション学の教科書をWikiで共同執筆  
ブログ執筆



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  
Dep. of Health Communication, School of Public Health, the Univ. of Tokyo



10

**注意⇒興味⇒欲求⇒行動**

Copyright(C) 2017 T.Okuhara

**婦人科検診受診のススメ**

**Qがんは驚き喜びに好意!**

がんは早死をともなうからなるものと思っていないですか?  
実は、**乳がんは40代から、子宮頸がんは30代から急増**します。  
日本人女性の12人に1人にあたる約74,000人が乳がんにかかり、1年間に約14,000人が乳がんで亡くなっています。  
子宮頸がんは、性交渉で感染するヒトパピローマウイルスが原因で、20代から30代で増加しています。1年間に約10,000人が子宮頸がんと診断され、約2,300人が亡くなっています。



**Qがん検診を受けましょう!**

乳がん・子宮頸がんは、検診の実施による死亡率の減少が明らかになっているがんです。健康ではあるが、女性の健康調査・実践者者の皆さまを対象に、乳がん検診・子宮頸がん検診を実施します。自己負担なしで受診できます。  
**乳がんは早期発見した場合生存率がほぼ100%**であるのに対し、**発見が遅れた場合5年生存率は33%**です。  
**子宮頸がんは早期発見した場合の5年生存率は92%**であるのに対し、**発見が遅れた場合は22%**まで落ち込みます。  
乳がんは早期であれば乳房を温存する手術も検討可能です。  
子宮頸がんも早期に発見すれば比較的治療しやすく予後もよいですが、進行すると治療が難しくなります。  
がんは早期発見・早期治療が非常に重要で、がん検診が早期発見のための唯一の方法です。  
2年に1度は乳がん検診・子宮頸がん検診を受診しましょう。

健診・検診などについての詳しいお返事は  
問合：やまだ、まゆみ まで  
03-0000-0000

受診方法は裏面をごらんください

**乳がん・子宮頸がん検診のご案内**

**乳がん、子宮頸がんは30代から急増します!**



**がんは早期発見が重要。なぜなら...**



異常を感じてからでは手遅れです。  
早期発見できるのは、がん検診だけ。  
10分の無料の検診で、安心したいと思いませんか?



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  
Dep. of Health Communication, School of Public Health, the Univ. of Tokyo



11

**演者のご紹介**

**祝! がんコミュニケーション学講座設立**

**一人間コミュニケーション学と医療の統合への期待と挑戦**

宮原哲(西南学院大学教授、元日本コミュニケーション学会会長、元日本ヘルスコミュニケーション学会代表世話人)

➡ 日本のコミュニケーション学の大御所、ヘルスとコミュニケーションの懸け橋

**ヘルスコミュニケーションのこれまで・これから:お二人の先生方へのエール**

中山健夫(京都大学大学院医学研究科社会健康医学専攻長・教授、日本ヘルスコミュニケーション学会代表世話人)

➡ 日本ヘルスコミュニケーション学会の設立・発展に尽くした盟友

**がんコミュニケーション学でめざすもの**

**一実践から科学知へ、科学知を实践、そして生活へ**

高山智子(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准教授)

➡ 厚生労働省のがんに関するヘルスコミュニケーション政策を担う第一人者

**ヘルスコミュニケーションの根拠をつくる:患者-医師間コミュニケーション研究から**

石川ひろの(帝京大学大学院公衆衛生学研究科教授)

➡ 対人ヘルスコミュニケーション研究の第一人者、対人から公衆衛生へ



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  
Dep. of Health Communication, School of Public Health, the Univ. of Tokyo



12



## 抄録と講演スライド



祝！がんコミュニケーション学連携講座設立  
—人間コミュニケーション学と医療の統合への期待と挑戦—

西南学院大学文学部 教授

宮原哲



## 祝！がんコミュニケーション学連携講座設立

### —人間コミュニケーション学と医療の統合への期待と挑戦—

西南学院大学文学部 教授

宮原哲

このたびは東京大学医学系研究科と国立がんセンターの協働の成果として「がんコミュニケーション学連携講座」が設立されたことに心からお喜び申し上げます。また、東京大学医療コミュニケーション学分野で准教授を務められた石川ひろの先生が、帝京大学で公衆衛生学研究科の教授に就任されたこと、おめでとうございます。

この場で医療に関する学問領域とコミュニケーション学との連携で10年前に設立された日本ヘルスコミュニケーション学会に、コミュニケーション学の立場から参加してきた者として、このような講演の機会を与えてくださった木内貴弘先生に心からお礼申し上げます。

日本経団連の調査、発表によりますと過去連続13年にわたり、日本の企業が新入社員採用にあたって最も重視する能力が「コミュニケーション能力」であることが明らかになりました。日常至るところで使われている「コミュニケーション」という言葉ではありますが、医療現場を含め、意外とそれが指す、また指すべき意味は適切に理解されることなく言葉だけが独り歩きしている節があります。たとえば、医療現場でよく使われる「接遇」という言葉、概念は医者や看護師が「どのように」患者と言葉や顔の表情を交わすかという表面的な部分を指していると思われます。また、コミュニケーション能力は学習や訓練によって上達する、というよりは年を重ねることによってうまくなるもの、といった消極的な態度も誤解の一つです。さらに、古き良き時代の日本人同士の「あうんの呼吸」や以心伝心も「言わなくてもわかってもらえる」という誤解に基づいた発想と考えるべきでしょう。グローバル化時代を迎え、さまざまな点で多様化が進む、そして特に命、健康といったかけがえのないものを取り巻く医療現場でこのようなコミュニケーションに関する誤解が多いままでは大変危険な状態です。

さらに、医療現場では当事者に求められるコミュニケーションの能力や心構えは大きく変化しつつあります。グローバル化は外国人に限らず、身近にさまざまな文化があり、それぞれがせめぎ合っていることを意味します。同じ日本でも地方が異なれば、また年代、性、職業などによっても「当たり前」が異なることによって「異文化」の状態が現れます。また、昨今のデジタル化、ネットの普及、あるいは氾濫と言っても過言ではない状態では、医療者と患者や家族との対面の状況でうまく言葉を使ってコミュニケーションする能力が衰退していることが原因と思われる誤解、その誤解が高じて訴訟になるといったことも珍しくありません。患者がネ

ットで得た情報をもとに消費者意識を高め、また医療側のサービスを不当に求めることによって適正、適切な医療行為の提供、享受がうまくできないという事例を耳にすることもあります。

医療とコミュニケーションとは密接に関わっているはずですが、学問領域として相互の協力、連携が生まれたのは意外と最近であることも事実です。米国では 1975 年に初めて ICA (International Communication Association) が現在のヘルスコミュニケーション分科会の第一歩となった「治療にかかわるコミュニケーション」という分科会を設置したのが始まりです。1985 年には世界最大のコミュニケーション学会、NCA (National Communication Association) が同様の分科会を設立し、現在ではこの二つの分科会がライバル関係にある ICA と NCA の境を超えて共同で研究、教育活動を推進するという、珍しい連携を展開しています。

一方日本では、現在の日本コミュニケーション学会の前身である太平洋コミュニケーション学会が設立されて 50 年近くになりますが、レトリック、異文化コミュニケーション、また英語教育が主流で医療、ヘルスに特化した研究を行っているコミュニケーション研究者は希少な状況です。しかし千年以上に『医心方』を著した丹波康頼も、18 世紀の医師貝原益軒も「医は仁術」という医療者と患者との人と人との関わりの大切さを説いていることを考えると、潜在的には医療・ヘルスコミュニケーションへの関心は高かったものと考えられるでしょう。

そんな中、2001 年に九州大学で医療経営・管理学専攻の中の一つの分野として医療コミュニケーション分野が、また東京大学で同様の分野が設立され、そして 2009 年には日本ヘルスコミュニケーション学会が発足しました。二つの、またいわゆる理系と文系の学問領域が協働して一つの学会を作ることは珍しいと言えます。ただ、現在のところこの学会の参加者は医療関係者の方がコミュニケーション側を圧倒しているのも事実です。もちろんどちらが上か下か、という問題ではありませんが、この二つの領域が今後さまざまな研究課題を共に取り上げ、その成果を広く社会に還元する礎となることが期待されます。

そこで一つの提言ですが、医療行為があるからコミュニケーション、という考えを一度 180 度転回し、「人はコミュニケーションをするから医療（その他、介護、看護、教育、政治など、ありとあらゆる社会活動）をする」と考えてみてはどうでしょうか。医療の道具としてのコミュニケーションというより、言語・非言語のシンボルを使うからこそ可能である医療、という考え方です。そう考えることによってコミュニケーションが単なる「どのようにして」の役割から、医療のもっと深いところと関わっている研究領域であることに納得できると考えます。医療とコミュニケーションを統合しつつ、ヘルス、医療を取り巻く環境で今後さらに複雑化することが予想される諸問題を、東京大学がんコミュニケーション連携講座がリーダーシップを発揮し、多くの実りある研究を展開されることを心から期待します。

ヘルスコミュニケーション学記念セミナー

## 宮原 哲

西南学院大学 文学部 外国語学科 英語専攻 教授  
日米コミュニケーション学会 会長

西南学院大学文学部外国語学科英語専攻卒業。ペンシルベニア州立大学 (Pennsylvania State University) 大学院スピーチ・コミュニケーション学研究科修士課程修了 (M.A.)、同大学大学院博士課程修了 (Ph.D.)。ペンシルベニア州立ウエスト・チェスター大学 (West Chester University) コミュニケーション学科専任講師、助教授。1986年西南学院大学文学部外国語学科英語専攻専任講師、1988年助教授を経て、1994年より教授及び同大学大学院文学研究科英文学専攻教授。日本コミュニケーション学会会長 (2011年～2014年)。日米コミュニケーション学会会長 (2012年～)。国際コミュニケーション学会東アジア担当理事 (2015年～)。

ヘルスコミュニケーション学記念セミナー

## 祝！がんコミュニケーション学 連携講座設立 —人間コミュニケーション学と医療の 統合への期待と挑戦—

西南学院大学文学部 教授 宮原 哲  
2018年7月29日

## 「コミュニケーション力」を取り巻く環境

大切とされる「コミュニケーション力」だが、誤解が多い

### 代表的な誤解

- コミュニケーション＝スキル → 医療現場では「接遇」が大事
- そのうちうまく「なる」
- 日本人(同僚、家族...)だから「言わなくてもわかってもらえる」
- 日本のお家芸「おもてなし」は世界で通じる

3

## 「コミュニケーション」の環境は大変化

- 「グローバル化」: 文化的背景が異なる人との関係が日常化
- デジタル時代、誰もが情報発信
- 言語使用能力の衰退
- サービス過剰が生むモンスター！

4

## 「医療」を取り巻く環境の変化

- パターナリスティックな医療の翳り
- 空前の健康ブーム
- 医療情報の氾濫
- 患者の消費者意識の台頭、モンスターの出現

5

## 医療コミュニケーションの変遷

- 1972年: ICA(International Communication Association)がヘルスケア、ヘルスプロモーションに関心を持つ、多様な領域の研究者の増加を認識し、Therapeutic Communication 分科会を設置
- 1975年: ICA が正式にHealth Communication Divisionの設立を承認
- 1985年: SCA(Speech Communication Association,現在のNCA=National Communication Association)で健康、医療、保健衛生に関する研究の「機が熟した」として、Commission for Health Communication を設置
- 1997年: the American Public Health Association が、ヘルスコミュニケーションをPublic Health Education and Health Promotionの一環として正式承認

6

## 国内の動向

- 1971年：太平洋コミュニケーション学会（現在の日本コミュニケーション学会）設立
- 異文化コミュニケーション、レトリック、英語教育が代表的な研究領域
- 日本聯合医学会（現在の日本医学会）、日本内科学会等、1900年初頭から活動
- 医心方（丹波康頼、984）、養生訓（貝原益軒、1712）—「医は仁術」

7

## 誕生、日本ヘルスコミュニケーション学会！

- 2009年、東京大学で「医療系大学等におけるヘルスコミュニケーション教育—現状及びその意義と役割」のテーマで第1回目開催
- 以降、京都、九州、慶応義塾、岐阜、広島、西南学院、国立がん研究センターで開催
- テーマは「マクロ的」（例：災害、メディア、教育）な視点から、「ミクロ的」（例：対人、共創、わかり合い）へ展開、今年（第10回目）は「国際化」

8



## 医療とコミュニケーションの関係

### • コミュニケーション > 医療

- ✓ 人間だけが持つ「時間を超越する力」= 過去を振り返り、未来に思いを馳せ、現在の行動を考える「ゴール設定力」
- ✓ 共感力、モデリング = 病気の人を見たり、話を聞き、自分に置き換える、辛い状態の人への思いやり
- ✓ 知識、経験を持つ者 ⇄ 持たない者の役割分担
- ✓ 医学の研究も実践もコミュニケーション行動の「産物」
- ✓ 病院という組織を築き、維持、発展させるのもコミュニケーション行動
- ✓ 患者は外部営業、病院職員は内部顧客

9

## 医療コミュニケーション = 異文化コミュニケーション

- 医療者と患者
- グローバル社会
- 医療者同士
- 地域差、性差、年齢差も「異文化」

10

## 今後必要とされる展開

- 研究、教育、実践の統合
- 東京大学・国立がん研究センター共同：  
がんコミュニケーション学 連携講座への期待

ヘルスコミュニケーションのこれまで・これから：  
お二人の先生方へのエール

京都大学大学院医学研究科  
社会健康医学系専攻健康情報学分野 教授

中山健夫



ヘルスコミュニケーションのこれまで・これから：お二人の先生方へのエール

京都大学大学院医学研究科

社会健康医学系専攻健康情報学分野 教授 中山健夫

医療におけるコミュニケーションの一つのゴールは、立場の異なる当事者による「共に問題に向き合う関係づくり」、その結果として「共有できる新たな価値」が創出されていくことでしょう。臨床における医療者と患者・家族の Shared Decision Making (SDM)、社会的な情報発信における専門家と医療を受ける人々の協働・共創 (co-design/co-creation) は、それぞれの次元におけるコミュニケーションの到達点であり、新たな起点となるものと言えます。本企画がヘルスコミュニケーションの認知をさらに高め、研究と実践を活性化する手掛かりとなることを心より願うものです。

ヘルスコミュニケーション学記念セミナー

## 中山 健夫

日本ヘルスコミュニケーション学会 代表世話人  
京都大学大学院 医学研究科 社会健康医学系専攻  
健康情報学分野 教授

東京医科歯科大学医学部卒。内科研修後、東京医科歯科大学難治疾患研究所、米国UCLAフェロー、国立がんセンター研究所がん情報研究部室長を経て、2000年より京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻助教授、2006年より同教授(健康情報学分野)、現在、同専攻長・医学研究科副研究科長。2001年度より根拠に基づく医療、診療ガイドラインに関する厚生労働省の研究班主任研究者。財団法人日本医療機能評価機構医療情報サービス事業Minds委員、NPO法人エビデンスベースドヘルスケア協議会(理事長)、健康と病いの語りディベックス・ジャパン(副理事長)、同日本インターネット医療協議会(理事)、同日本メディカルライター協会(理事)、他。

2018年7月29日

東京大学

ヘルスコミュニケーション学記念セミナー

# ヘルスコミュニケーションの これまで・これから ： お二人の先生方へのエール

京都大学大学院医学研究科  
社会健康医学系専攻健康情報学分野  
中山健夫

2

## これまで

- 臨床研修（内科）
- 疫学
- パブリックヘルス
- ヘルスプロモーション・ヘルスリテラシー
- 臨床疫学
- EBM
- 診療ガイドライン
- ナラティブ
- コミュニケーション
- 意思決定（SDM、総意形成）

3

## もしご家族が「進行がん」と言われたら

- あなたはどうされますか？
- …
- 主治医  
「治療法は手術か放射線です」
- どちらを選びますか？

## どちらが良い…

- 主治医の経験による意見
- 臨床研究のエビデンス
- それぞれの治療を受けた10人の1年後・・・
- 亡くなったのは 手術:3, 放射線:2
- ……どちらを選びますか？

5

## 2×2表:リスク分析

treatment	number	Death within 1 year		Risk
		+	-	
手術	10	3	7	0.3
放射線	10	2	8	0.2

絶対リスク

A: 3/10

B: 2/10

治療Bの有効性に  
確信は持てない…

相対リスク

0.67 (2/3)

エビデンスは  
uncertain…

95%CI 0.14 to 3.17

P=0.61

6



## 数を増やして…

treatment	number	Death within 1 year		Risk
		+	-	
手術	1000	300	700	0.3
放射線	1000	200	800	0.2

絶対リスク      A: 300/1000      B: 200/1000

相対リスク      0.67 (200/300)

95%CI 0.57 to 0.78      P<0.001

7

## 人間を守る「疫学」

- 人間に見られる病気や健康に関する出来事の「因果関係」を解明し、予防や治療に役立てる科学
- 「不確実性」を減らし、人間を守る「情報」をつくる医学研究
- “Evidence-based”アプローチの基盤

8

# Epidemiology

(Porta, Dictionary of Epidemiology)

- “Application to control…”  
makes explicit the aim of  
epidemiology- **to promote,  
protect, and restore health.**

9

## 京都大学大学院医学研究科 社会健康医学系専攻

2000年4月 パブリックヘルス領域の国内初の専門（職）大学院 として開設

Kyoto University School of Public Health  
京都大学 大学院医学研究科 社会健康医学系専攻

アクセス リンク お問い合わせ English

社会健康医学とは 分野・コース 入試情報・入学案内 単位取得 キャンパスライフ

京都大学大学院医学研究科  
社会健康医学系専攻

2016年  
オープンキャンパス  
京都キャンパス  
5月28日(土)

医学と社会をつなぐ

分野…医療統計学、医療疫学、薬剤疫学、ゲノム疫学、  
医療経済学、医療倫理学・遺伝医療学、健康情報学、医  
学コミュニケーション学、環境衛生学、健康増進・行動  
学、予防医療学、社会疫学、健康政策・国際保健学、環  
境生態学、人間生態学、臨床情報疫学（臨床研究者養成  
[MCR]コース）、知的財産経営学分野

## 医学の発展段階

21世紀は、コミュニケーションの時代！

BC400年代

体液説・魔術の時代  
(ガルス等)

1850年代

生物学の時代(⇒ウィルヒョウ細胞病理学、コッホ細菌学⇒分子生物学)  
(生物学研究による病因・病態の解明による診断、治療法の発見)

1980年代

EBM(臨床試験・疫学研究)の時代  
(診断、治療、予防法の適切な評価)

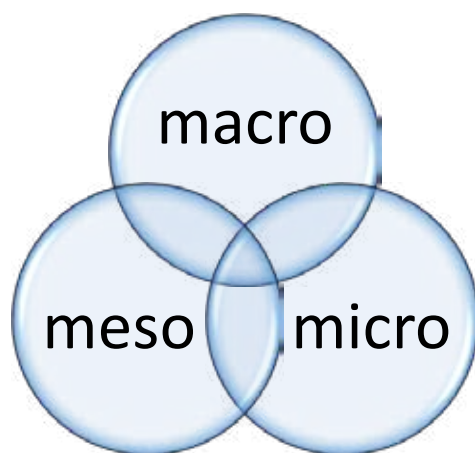
2000年代

コミュニケーションの時代  
(相互理解、患者参加、紛争解決)

(日本ヘルスコミュニケーション学会)

11

## コミュニケーションの3次元



- Macro  
… 社会・政策レベル
- Meso  
… 地域・組織レベル
- Micro  
… 個人レベル

(Eysenbach 2000、中山健夫、  
社会と健康を科学するパブリックヘルス：「健康情報学の展開」 日本公衆衛生雑誌 2011)

**日本ヘルスコミュニケーション学会**

ホーム | 学会案内 | 学会雑誌 | 関連リンク

ヘルスコミュニケーション雑誌? | 日本ヘルスコミュニケーション学会について

**お知らせ** 2016/10/25更新

- 日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌 第7巻第1号(2016年10月20日発行)  
日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌
- 第9回日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会のご案内  
日 時 平成29年9月16日(土)・17日(日)  
会 場 京都大学医学部 芝蘭会館  
大会長 中山健夫(京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻健康情報学分野)

**2009年 日本ヘルスコミュニケーション研究会発足**  
**第1回会長 木内貴弘**  
(東京大学医学系研究科医療コミュニケーション学教授)

13

**第2回日本ヘルスコミュニケーション研究会**

**テーマ…ヘルスコミュニケーションの現状と展望：対人コミュニケーションから異文化コミュニケーション、マスメディア・キャンペーンまで**

会長：中山健夫  
(京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻健康情報学分野教授)

日時：平成22年9月17日(金)13時から9月18日(土)12時10分

場所：京都大学医学研究科 芝蘭会館山内ホール／G棟演習室・セミナー室A

14

2017年9月16・17日 第9回学術集会

共に変わり、共に創る

～ ヘルスコミュニケーションの「力」～

0

12:30-14:20

健康をデザインする

1

14:30-16:00

市民・患者と多職種  
の連携:「共有価値」  
の創造へ

2

Day2 11:45~13:15

メディアにおける  
ヘルスコミュニケーションを  
〈再び〉考える



15

## 地域を基盤とした研究



ながはま0次予防コホート事業

長浜市と京都大学大学院医学  
研究科の協定による共同事業

住民1万82人(30-74歳)参加

遺伝子含む包括的な健康のリス  
ク因子の解明を目指す

医学研究と共に、市民の健康  
づくりも推進

16

ながはま0次予防コホート事業 2006～

\* 病気になる前に医療を知る  
\* ヘルスリテラシーの向上

開催日時：平成29年5月28日(日) 10:00～16:00  
開催場所：長浜バイオ大学

講演会  
 <11:00～12:00>  
**『噛むから始まる食育』**  
 ～知育に食育が影響する、噛むことの大切さ～  
 日本医科大学 新潟生命歯学部  
 食育・健康科学講座 客員教授 中野 智子 先生

<13:30～14:30>  
**『自分の終末期について、準備すること』**  
 だいたいクリニック 院長 大須 啓典 先生

<13:15～13:15>  
**0次カフェ (個別講演)**  
**『黄砂とPM2.5の子どもたちへの影響』**

**こどものサイエンス**  
 <10:45～11:30/14:00～14:45>  
**『クイズで遊ぶ バイオの世界！』**

## 地域コミュニティと研究

平成23年版科学技術白書  
 第1部 社会とともに創り進める科学技術  
 第3章 第1節 社会・国民の参画による科学技術を活かした課題達成 P96

- ◆ “future generation”のためだった医学研究が
- ◆ 地域に根差すことで
- ◆ 参加者自身、そして長期的な地域づくりにも役立っていく新しい可能性
- ◆ 先端医学研究と「ソーシャルキャピタル（地域のつながり・愛着）」



# 「根拠に基づく医療」の誕生

- 1991年 ACP journal club にGuyattが“Evidence-based Medicine (EBM)”と題する小論を掲載。

EDITORIAL

Evidence-based medicine

ACP Journal Club, 1991 Mar-April;114:A-16

An internist sees a 70-year-old man whose main problem is fatigue. The initial investigation reveals a hemoglobin of 90 g/L. The internist suspects iron deficiency anemia. How might she proceed?

The way of the past

When faced with this situation during her training just a few years earlier, the internist was told by the attending physician that one ordered serum ferritin and transferrin saturation and proceeded according to the results. She now follows this path. If both results come back below the laboratory's lower limit of normal, she will make a diagnosis of iron deficiency anemia, and investigate and treat accordingly. If both results are above the laboratory's cut-off point, she will look for an alternative diagnosis. If the results of the tests conflict, she can proceed according to her own clinical instincts, ask a more senior colleague or local hematologist how the

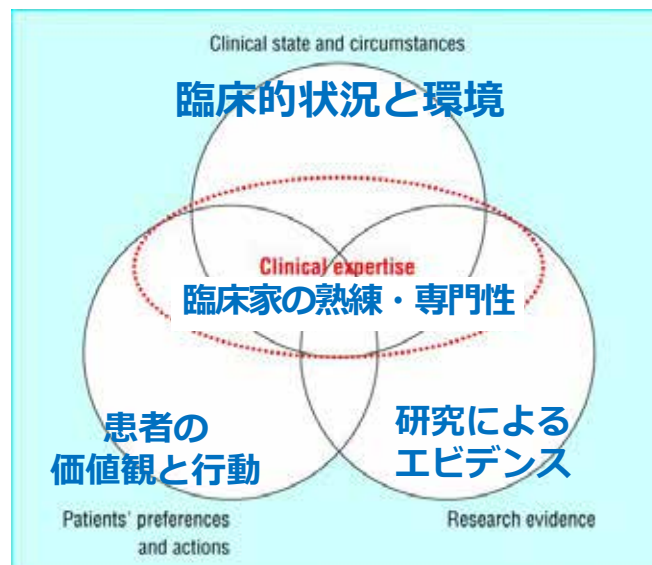
背景・・・

「医療の質」に対する意識の高まり、その後、

“Evidence-based”の考え方が各領域で急速に浸透。

EBMは医療行為の有効性を科学的に捉え直す試み。

## Evidence-based medicine 〈EBM〉の4要素



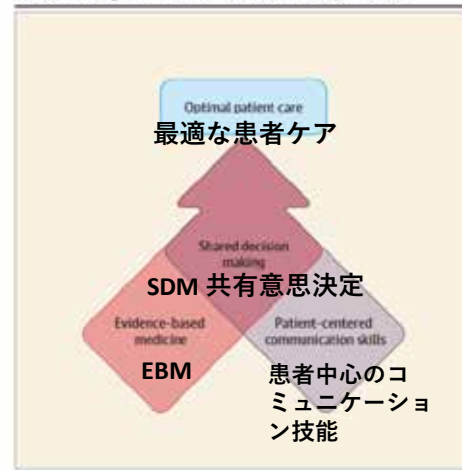
Haynes, R. B. et al. BMJ 2002;324:1350 20

## The connection between evidence-based medicine and shared decision making.

(Hoffmann TC, et al. JAMA 2014; 312(13):1295-6)

**SDMの無いEBMは  
エビデンスによる圧政  
(evidence tyranny)  
に転ずる。**

Figure. The interdependence of Evidence-Based Medicine and Shared Decision Making and the Need for Both as Part of Optimal Care.



21

## 診療ガイドラインの法的問題

- Hurwitz B. Legal and political considerations of clinical practice guidelines. BMJ. 1999;318:661-4.
- . . . ガイドラインが存在するという理由だけで、いかなる状況においてもガイドラインに準拠することが妥当で、準拠しないことが医療過誤ということにはならない。
- 無批判に診療ガイドラインに準拠することによって医療改善を図ることはできない。
- エビデンスとの関連性がいかに明確な診療ガイドラインでも、慎重な解釈、自己判断を踏まえた上での適用が必要。
- . . . **Soft law としてのガイドライン**
  - “Comply or explain ” principle.
  - 問われるのは「コミュニケーション」

22



公益財団法人日本医療機能評価機構 医療情報サービス事業Minds  
H14年度 発足、H23年度より厚生労働省委託事業

Minds (マインズ) ガイドラインセンター  
厚生労働省委託事業による活動中

診療ガイドラインについて Mindsについて Mindsへの依頼/投稿/問い合わせ

日本で作成された診療ガイドラインを評価し掲載しています

患者・市民の情報も掲載し

Mindsセミナー  
診療ガイドラインの作成・普及・活用・評価  
NICE x GRADE x Minds

座談会  
**Minds 診療ガイドライン作成の手引き 2014**  
~そのポイントと今後の課題~

山口直人先生  
日本医療機能評価機構 特命理事

福井次矢先生  
聖路加国際大学 理事長  
聖路加国際病院 院長

中山健夫先生  
京都大学大学院医学研究科  
社会健康医学系専攻  
健康情報学分野 教授

吉田雅博先生  
日本医療機能評価機構  
EBM 医療情報部 部長

## 診療ガイドライン Minds 2014

診療上の重要度の高い医療行為について、  
エビデンスのシステマティックレビュー  
とその総体評価、益と害のバランスなどを  
考量し、

**最善の患者アウトカムを目指した推奨**  
を提示することで、

**患者と医療者の意思決定を支援する文書**

**NHS** Shared Decision Making Written by BMJ Group

HOME ABOUT DECISION AIDS ADVISORY GROUPS FAQs LOGIN or REGISTER

**SHARED DECISION MAKING**

Shared decision making (SDM) is the conversation that happens between a patient and their health professional to reach a healthcare choice together. This conversation needs patients and professionals to understand what is important to the other person when choosing a treatment.

**WHAT IS A DECISION AID?**

Patient Decision Aids are specially designed information resources that help people make decisions about difficult healthcare options. They will help you to think about why one option is better for you than another. People's views change over time depending on their experiences and who they talk to. Understanding what is important to you about your decision will help you choose the option that is best for you.

[Learn more about shared decision making](#)

**GET STARTED WITH SHARED DECISION MAKING**

FIND A DECISION AID

WATCH THE VIDEO

協力してヘルスケアの選択を行うために、患者と医療専門職の間で交わす対話

「エビデンスの不確実性」と「価値観の多様性」の調和を目指す新たな医療コミュニケーション

25

PERSPECTIVE SHARED DECISION MAKING

## Shared Decision Making — The Pinnacle of Patient-Centered Care

Michael J. Barry, M.D., and Susan Edgman-Levitan, P.A.

Nothing about me without me. *...tive of patients: respect for the ... for the rest of one's life, and*

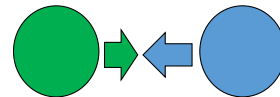
どうしたら良いか分からない時は、  
相談して、協力して、  
一緒に悩んで、決めよう

Barry MJ, Edgman-Levitan S. **N Engl J Med.** 2012 Mar 1;366(9):780-1.  
「事実上、ほぼすべての患者が「そのアウトカムが望ましい」とする場合にのみ、その治療法を“standard”とみなすべきである」(Eddy)  
この条件を満たさない多くの臨床的意思決定（≡不確実性の高い）では、患者が自らの希望や価値観に沿うよう方針の決定に参加する必要がある。

## informed consent & shared decision making

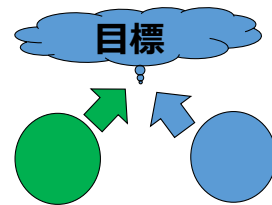
### • Informed consent

- 「医療者が示す選択肢」への着地が期待される
- 必ずしもその選択肢がエビデンスで支持されているかは問われない
- 医療者の誘導の影響が大きい



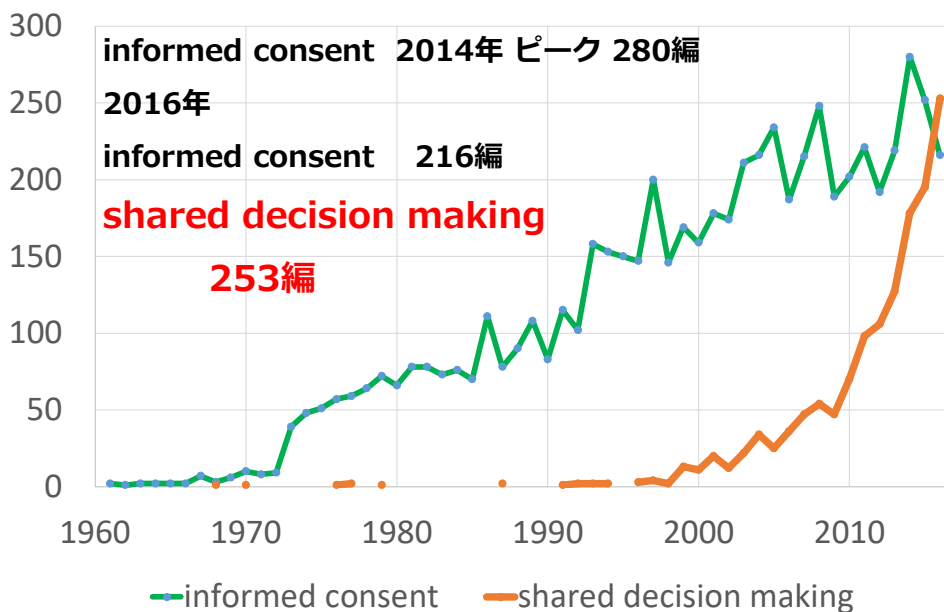
### • SDM

- 患者さんも医療者も、どこに着地するか分からない
- しかし目指す目標が、過程の中で共有されていく
- 「エビデンスの確実性」が高くない場合に特に大切



27

## Informed consent と shared decision making をタイトルに含む論文数



28

## Shared decision making

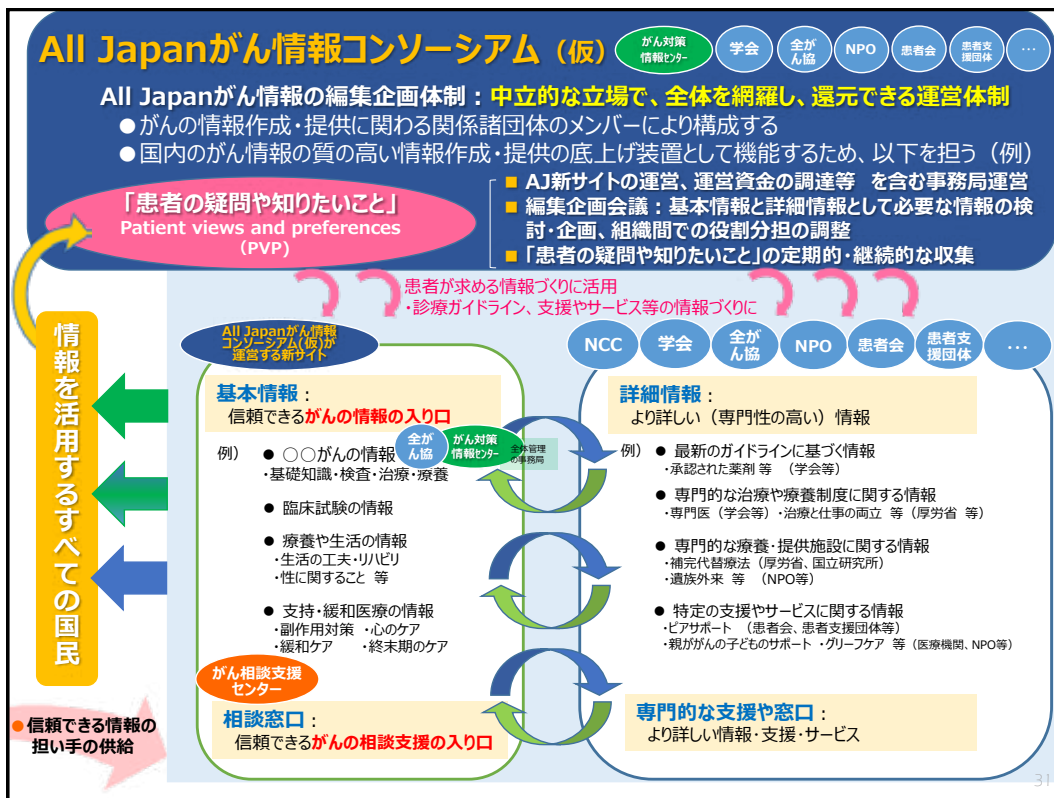
- 協働的意思決定
  - 共有意思決定
  - . . . . 何を共有するのか？
  - **情報**
  - **目標**
  - **責任**
- それらの共有を進める基本  
がコミュニケーション

29

## コミュニケーションの「ゴール」

- コミュニケーション（ミクロ・メゾ・マクロ）は相互作用を通して「一方が一方を変える」のではなく「共に変わる」結果を生む
- 時間と共に変化する動的な過程であり、「時を待つ」「変化を受け入れる」ことも必要
- **ゴールは「共に問題に向き合う関係づくり」そして「共有できる新たな価値の創出」**
  - **“Creating Shared Value”（M. ポーター）**

30



Environ Health Prev Med  
DOI 10.1007/s12199-013-0340-z

REGULAR ARTICLE

### The 14-item health literacy scale for Japanese adults (HLS-14)

Machi Suka · Takeshi Odajima · Masahiko Kusama · Atsami Igarashi ·  
 Hiroko Ishikawa · Makiko Kusama · Takeo Nakayama · Masahiko Sumita ·  
 Hiroki Sugimori

Received: 3 March 2013 / Accepted: 20 April 2013  
 © The Japanese Society for Hygiene 2013

**Abstract**

**Objectives:** Most existing tools for measuring health literacy (HL) focus on reading comprehension and numeracy

**Results:** Exploratory factor solution (EFS) scale. Cronbach

**Results** Exploratory factor solution (EFS) scale. Cronbach

**石川 (東大) がDM患者向けに開発**  
 Ishikawa, Health Expect. 2008;11:113-22.  
**須賀 (慈恵医大) が一般対象に拡張**  
 Suka, Environ Health Prev Med. 2013;18:407-15.  
 Suka M, Odajima T, Okamoto M, Sumitani M, Igarashi A, Ishikawa H, Kusama M, Yamamoto M, Nakayama T, Sugimori H. Relationship between health literacy, health information access, health behavior, and health status in Japanese people. Patient Educ Couns. 2015;98(5):660-8.

病状や病歴から病名を推察したり、フレットなどを注目の標に	
1	読めない漢字がある
2	字が細かくて読みにくい
3	内容が難しくわかりにくい
4	読むのに時間がかかる
5	誰かに代わりに読んでもらうことがある
ある病状と診断された後、その病状やその病名・検査法について	
6	いろいろなることから情報を集めた
7	たくさんある情報から自分が求めるものを絞り出した
8	自分が興味を持った情報を理解できた
9	病状についての自分の意見や考えを医師や病室のひとに伝えた
10	興味を持った情報をもとに実際に生活を変えてみた
ある病状と診断された後、その病状やその病名・検査法に関することも、自分が興味を持った病状や病名について	
11	自分にもあてはまるかどうか考えた
12	信頼性に疑問を持った
13	正しいかどうか確かめたり調べたりした
14	病状や治療法などを自分で決めるために調べた

1~5 病状や病名を推察する能力  
 6~10 病状や病名に関する情報を集め、必要な情報を絞り出す能力  
 11~14 病状や治療法に関する情報を自分自身で調べる能力

32



がんコミュニケーション学でめざすもの  
～実践から科学知へ、科学知を实践、そして生活へ～

国立がん研究センターがん対策情報センター  
がん情報提供部 部長

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連携講座 准教授

高山智子





がんコミュニケーション学でめざすもの  
～実践から科学知へ、科学知を实践、そして生活へ～

国立がん研究センターがん対策情報センター  
がん情報提供部 部長

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連携講座 准教授  
高山智子

ヘルスコミュニケーションは、私たちが健康に関する情報を求め、処理し、共有する方法であり、ヘルスケアのプロセスにおける人の相互作用に関して研究する領域である。米国立がん研究所および疾病管理予防センター採用のヘルスコミュニケーションの定義によれば、「個人およびコミュニティが健康増進に役立つ意思決定を下すために必要な情報を提供し、意思決定を支援する、コミュニケーション戦略の研究と活用」とある。これは日本で、2005年に国民主体のがん対策の中ではじめられたがん対策推進アクションプランにおいて、患者や国民に「役立つ情報」の提供や患者や家族に正確な情報に基づく支援の推進の中で行われる活動にも合致する内容である。

思えば、私自身は、大学院時代のがん領域での患者・医師間のコミュニケーション研究から始まり、その後、2006年に開設された国立がん研究センターがん対策情報センターにおいて、先のアクションプランに示された活動、“がん情報サービス”やがん相談支援センターを通じた情報提供やがんの影響を受ける人々に対する支援とその体制づくりに長く関わってきた。こうした一つの疾患領域に特化した情報提供と相談支援が施策として開始されたのは、国内でもがんが初めてであったこともあり、何を大事に情報をつくり提供していくか、それを伝えていくためにはどんな対応や手段があるかの検討からスタートした。そして、ヘルスコミュニケーションや健康教育などで扱われるキーとなる概念を活動内容に落とし込みつつ、諸外国の実践例を日本の実情にあった形に応用するなどして活動を行い、また国内で広がるがん対策の活動に関わってきた。10年を経過して、日本独自の風土や体制に即した形で、がんの情報や情報をもとにした支援の体制の基本的な枠組み部分が、ようやく整いはじめてきたように感じている。

今やがんは二人に一人が診断される時代、今後もがんの罹患者数は増えることが予想される。それは、日本で高齢化が進んでいることに他ならないが、これからもがんに罹患し、罹患したあとも治療を受け、療養し、生活する人は増える。国内でのがんの情報提供や情報をもとにした支援の基本的な枠組みの整備が進みつつある今、さらにこれらを機能させるために、がんのコミュニケーション研究を進めていくことが求められている。がん

の情報や支援、そしてコミュニケーションの実践活動からその活動を科学的に分析し、より効果的に活動が進められるように、そして患者や家族らの生活にまで届けられるように活かしていくことが必要である。

昨今のがんのコミュニケーションを取り巻く状況を見てみると、ちまたにはネット上の虚偽・誇大広告や誤った情報へ誘導するサイトの氾濫などの問題がある。医療機関ネットパトロールや改正医療法による広告の規制など、厚生労働省による規制が強化されつつあるものの、効果がでてきているかは難しい状況である。またがん治療の進歩に伴い登場する個別化医療やゲノム医療といった新しい医療に関する情報は、そもそも理解の難しさもあり、どう伝えていくのかは新たな課題となっている。一方で、がん対策が進められる中で改善したことも多い。がん対策が開始された当時はほとんどなかった、がんの治療や診療の際に活用される「がんの診療ガイドライン」等の科学的根拠に基づいてまとめられた情報は国内でも増えてきた。さらに、がん対策が進むことで、医療の側面のみならず、就労や就学などの生活や社会的な支援領域にまで及ぶ情報も増えてきた。これは社会にとって非常に喜ばしいことである。しかし反面、情報を知らないことにより活用できないといった情報格差の懸念も、今後ますます広がる課題として浮上している。

以上のように、がんのコミュニケーションに関する課題には、がん関連の情報の増加や拡大による起きること、そして、情報にたどり着けないことにより起こること、といった大別して2つがあると考えられる。おそらくこうした状況は、がんという疾患に限ったことではないが、がんの切り口で検討していくための土壌が整備されつつあるからこそ、実践や生活に還元することを見据えた研究や取り組みを行いやすい状況にもなっている。がんの臨床現場からは、いかによりよく生きることができるといった人々の死生観を含めた問題意識があげられることも多い。がんの予防からサバイバーシップや死（死別後も含む）までの人々が生きる長いプロセスの中で、健康や疾患に関する情報を求め、処理し、共有する方法は、どう変化し、人々の間で異なるのか。全国単位で、そして各都道府県の地域単位で進められているがん対策において、ヘルスコミュニケーションで扱う各個人の意識、知識、態度等の個人内コミュニケーションから、対人間、集団間、組織やコミュニティ、そして人々の価値観や政策等にも影響を与える社会レベルのコミュニケーションを検討していくことで、課題解決につながることも多いと考えられる。がんコミュニケーション学の講座では、その具体的な一歩として、がん情報のわかりやすい提供のための研究、医療従事者に対する教育・研究の切り口から、がんコミュニケーションの実務を担い、がんコミュニケーションを科学的に評価・計画できる人材の育成を目指していきたいと考えている。

ヘルスコミュニケーション学記念セミナー

## 高山 智子

国立がん研究センター がん対策情報センター  
がん情報提供部 部長  
東京大学大学院 医学研究科 社会医学専攻  
がんコミュニケーション学連携講座 准教授

東京大学大学院 医学系研究科 健康科学・看護学専攻博士課程修了。博士(保健学)。国内最大のがん情報提供サイト「がん情報サービス」の運営や、また国のがん対策の要として整備が進められている全国のがん相談支援センターの展開等、がんコミュニケーション学の研究と実践に取り組む。2018年7月、東京大学医学研究科 社会医学専攻 がんコミュニケーション学連携講座 准教授に就任。

## がんコミュニケーション学でめざすもの

～実践から科学知へ、科学知を実践、  
そして生活へ～

国立がん研究センターがん対策情報センター  
がん情報提供部 部長  
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連携講座 准教授  
高山 智子

日時：2018年7月29日(日) 14:50-15:50  
場所：東京大学医学部2号館講堂

## ヘルスコミュニケーションの定義

### ■ Health Communicationの定義

ヘルスコミュニケーションは、私たちが、健康に関する情報を求め、共有する、また情報を求めて共有するまでの一連の過程の方法

Health communication is an area of study concerned with human interaction in the health care process. It is the way we seek, process, and share health information.

- Kreps and Thornton (1992)

### ■ 米国立がん研究所および疾病管理予防センター採用の Health Communicationの定義

個人およびコミュニティが健康増進に役立つ意思決定を下すために必要な情報を提供し、意思決定を支援する、コミュニケーション戦略の研究と活用

The study and use of communication strategies to inform and influence individual and community decisions that enhance health.

- Making Health Communication Programs Work, U.S. National Cancer Institute, 2001,
- 「ヘルスコミュニケーション実践ガイド」米国立がん研究所編, 2008 中山健夫監修

3

## がんコミュニケーション学では、

ヘルスコミュニケーションで扱う各個人の意識、知識、態度等の個人内コミュニケーションから、対人間、集団間、組織やコミュニティ、そして人々の価値観や政策等にも影響を与える社会レベルのコミュニケーションについて

### 「がん」という切り口で

- がんの予防からサバイバーシップや死（死別後も含む）までのプロセス全般を含めた領域について

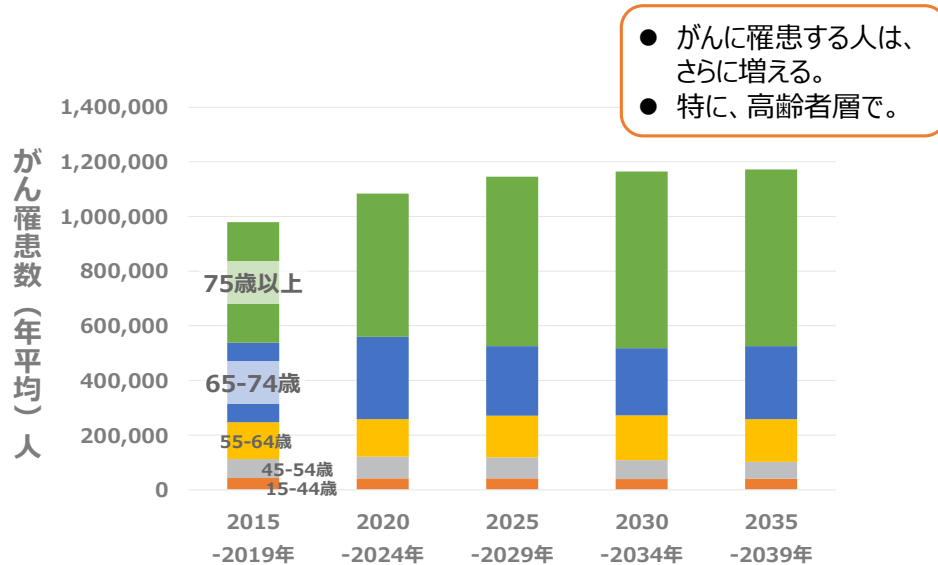
**実践から学び、研究し、さらに研究から実践へ、そして国民へと還元するプロセスも教育や研究の対象として含んでいきます。**

- **がん情報のわかりやすい提供のための研究**
- **医療従事者に対する教育・研究**

がんコミュニケーションの実務を担い、がんコミュニケーションを科学的に評価・計画できる人材の育成を目指します。

4

## がん罹患者の将来推計



平成28年度科学研究費補助金基盤研究(B)(一般)日本人におけるがんの原因・寄与度：最新推計と将来予測  
国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」より作成

## がんのコミュニケーションを取り巻く、国内外の状況

- 主に研究主体のがん対策から、**国民主体のがん対策**は、2005年に開始（がん対策推進アクションプラン2005）
  - 国立がん研究センターに「**がん対策情報センター**」、全国のがん診療連携拠点病院に「**がん相談支援センター**」が誕生
  - 「**役立つ情報**」の提供、がん診療連携拠点病院で**患者・家族に正確な情報に基づく支援を行うこと**が求められる
  - がん対策推進基本法（2006）
  - がん対策推進基本計画（2007, 2012, 2018）
- 国策としてのがん対策は、世界各国でも2000年前後から開始
  - Comprehensive Cancer Control Program in USA (1998)
  - NHS Cancer Plan (2000)

## 国立がん研究センターがん対策情報センターの運営する がんの情報提供サイト「がん情報サービス」



7

<https://ganjoho.jp/public/index.html>

## 「がん情報サービス」の情報提供の目的

### 情報提供の目的

「がん情報サービス」は、**国民が正しい情報に基づいて、適切な意思決定をできるように**がんに関する情報を提供することを目的としています。

そのために「がん情報サービス」では、当センターが定めた**編集方針**に沿って、統計情報、各種がんの情報、療養情報、医療機関の情報、がんに対する地域・組織的な対策についての情報といった、**さまざまながんに関する情報を収集・分析・整理し、信頼性などを評価した上で**、インターネットや冊子、書籍などを通して情報を発信しています。

このような情報提供を行うことにより、1人でも多くの国民ががんをおそれず、**がんになっても自分らしく生きることができるよう**に、**がんに関する信頼のおける情報をわかりやすく提供し、適切かつ効果的に活用できるように**することを目指しています。

<http://ganjoho.jp/aboutus.html>

8

# がんの診療ガイドライン

～ここ10年での変化～

- たとえば、10年前は？
  - がん診療ガイドラインが作られているがん種がわずか
  - あったとしても、改訂される頻度は、5年ほどかかるものも
- 今は？
  - 例) 乳がん
    - 医師用 2年ごと、患者用 2年ごと
    - 書籍版のみ → 書籍版 + Web版 (2011年9月1日より) 公開
  - 例) 肺がん
    - 書籍版のみ → Webで、毎年更新
  - 例) 専門家向けだけでなく、患者用も
    - 胃がん、大腸がん、膵がん、乳がん、子宮体がん、子宮頸がん、卵巣腫瘍

科学的根拠に基づいてまとめられた情報は、国内でも増えている

9

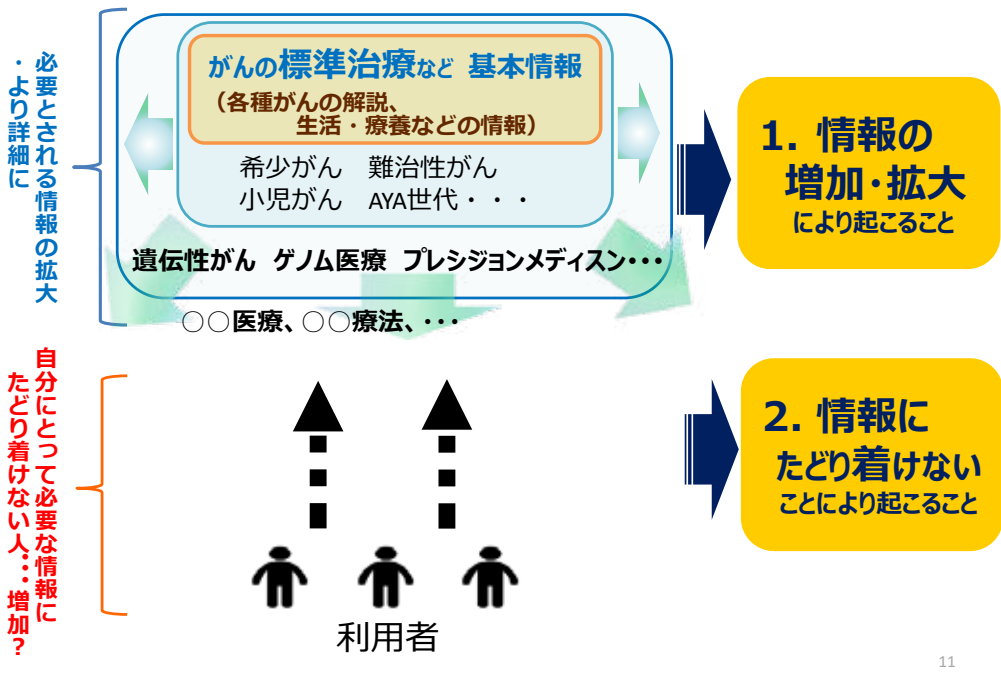
## がんのコミュニケーションに関わるさまざまな課題： 情報環境や社会（施策含）の変化で広がる情報の範囲と専門性

- 「がんの診療ガイドライン」等の情報の作成・更新と普及
  - 更新頻度の速さ、「がん情報サービス」内の患者向け情報の改訂が追いつかない
- 新しい薬剤・医療技術、制度開始に伴う情報
  - 人道的見地からの治験（H28年1月）、患者申出療養（H28年4月）の開始
  - がんゲノム医療中核拠点病院・連携病院（H30年4月）先進医療での開始
- がん対策で求められる情報・支援領域は、臨床から生活まで
  - 臨床試験、希少がん～AYA世代、就労支援等
- ネット上の虚偽・誇大広告や誤った情報へ誘導するサイトの氾濫
  - 医療機関ネットパトロール（H29年8月～）、改正医療法による広告の規制の開始

→ 国民（患者や家族）の 情報を探し・見極める力が、  
→ 医療関係者の 情報支援の力量が、これまで以上に求められる

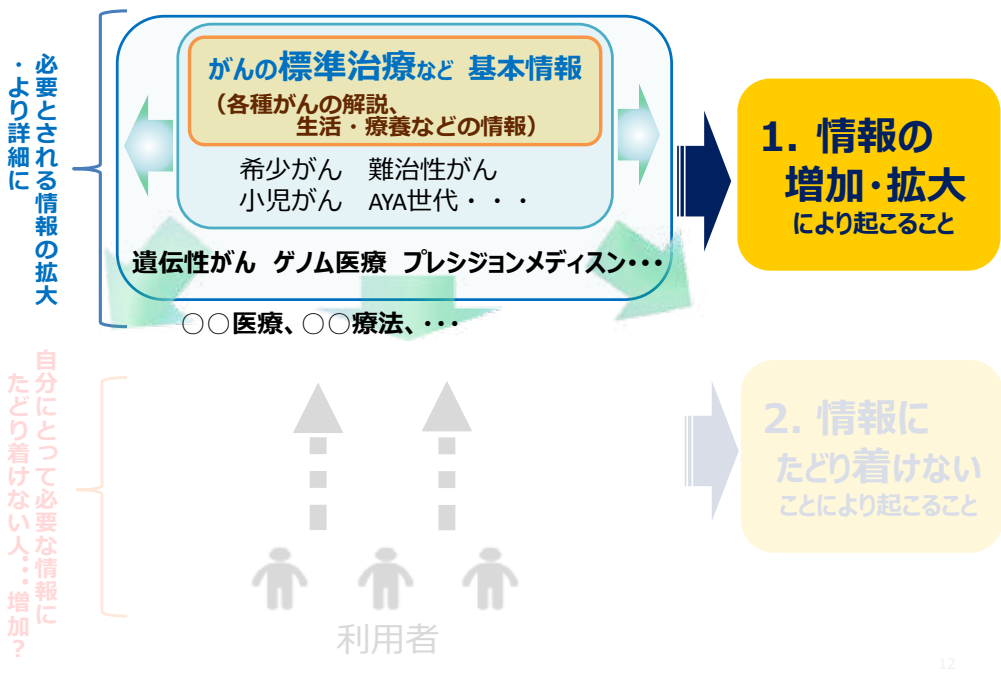
10

## 求められる対策・対応と研究、実践、そして、社会への還元



11

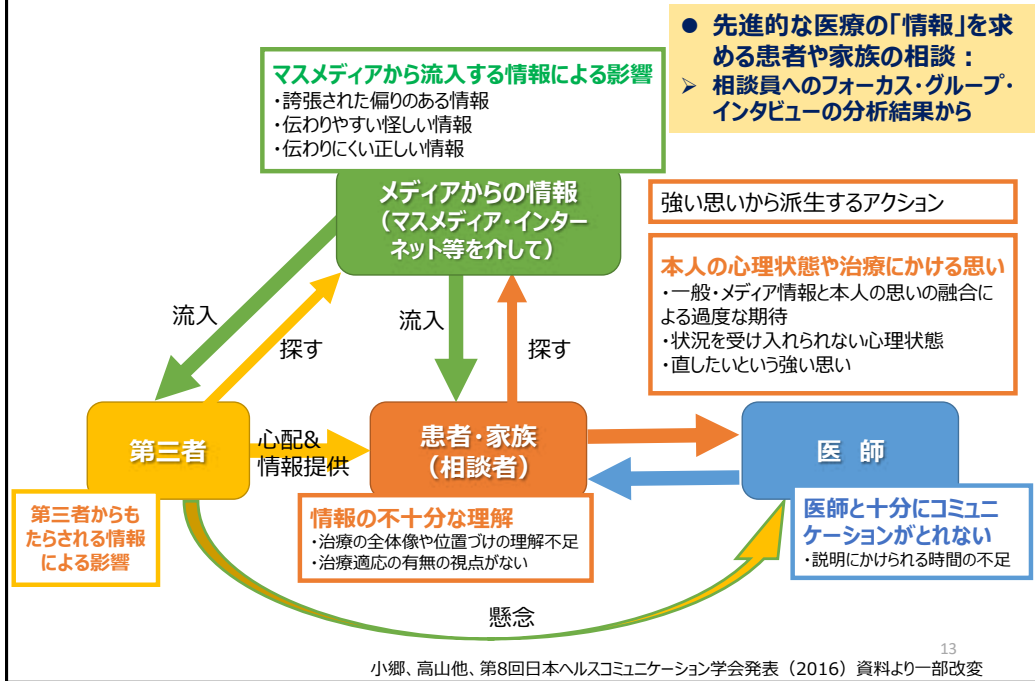
## 求められる対策・対応と研究、実践、そして、社会への還元



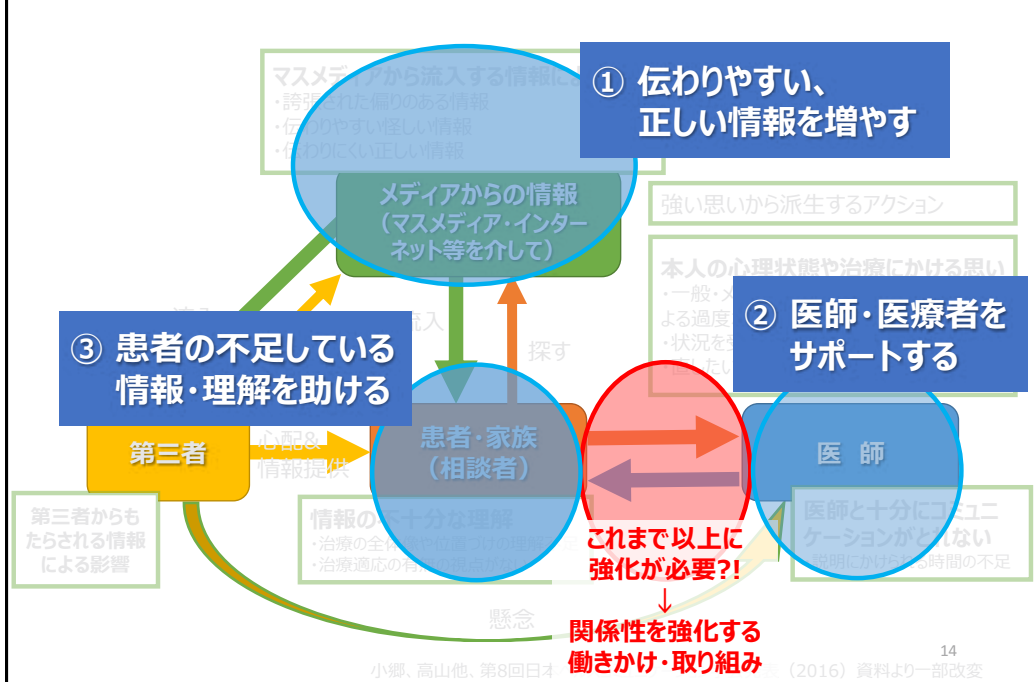
12



# 情報社会における患者や医療者の体験は？



# 情報社会における患者や医療者の体験は？



## 1. 情報の増加・拡大により起こること

### ① 伝わりやすい、 正しい情報を増やす

## 医療情報の質を評価・認証する取り組み

### ■ Health on the Net Foundation (HONコード)

- スイス・ジュネーブを本拠地とする非営利のNGOで、1996年3月にサイトを開始
- Web環境における医療情報の質における基準のガイドとして、情報提供者と閲覧者の両方を対象に8つの条件に簡潔にまとめられたガイドラインを示す。
- サイト認証システムがあり、医療情報提供サイトから申請を受け、8つの条件を満たしているサイトについて認証ロゴを無料で提供している。
- 35言語に翻訳されている (2018/07/26現在)

### 8つの条件

1. 信頼できる情報源/資格：健康アドバイスは、専門教育を受けた者が提供すること
2. 相補性/サポート情報：医師と患者との関係をサポートする範囲までの情報であること
3. 守秘義務/プライバシー：個人のプライバシー保護を遵守すること
4. 情報の帰属/情報源・更新日：必要なリンクの提示、最終更新日の表示をすること
5. 正当性/偏りがないこと：偏りのない公正な情報を提供すること
6. 制作者の開示/連絡先：コンテンツ制作者の連絡先やユーザーサポート先を表示すること
7. スポンサーの開示：スポンサー企業がある場合は明確に表示すること
8. 広告の明記・分離：広告とオリジナル情報の区別、広告ポリシーを提示すること

Health On the Net Foundation, <https://www.hon.ch/HONcode/>, accessed on 20180726.

16

# HONコードの8条件を満たす日本のサイトは、ごく僅か

- がんと副作用をキーワード：「**がん／ガン／癌×副作用**」の3種について
  - Yahoo、Google、Bingの検索エンジンで検索（調査日：2016年4月20日）
- **上位20ページ（全180ページ）**のうち重複ページを除く78ページ（**=50運営サイト**）
  - HONコードで、2名が独立に評価

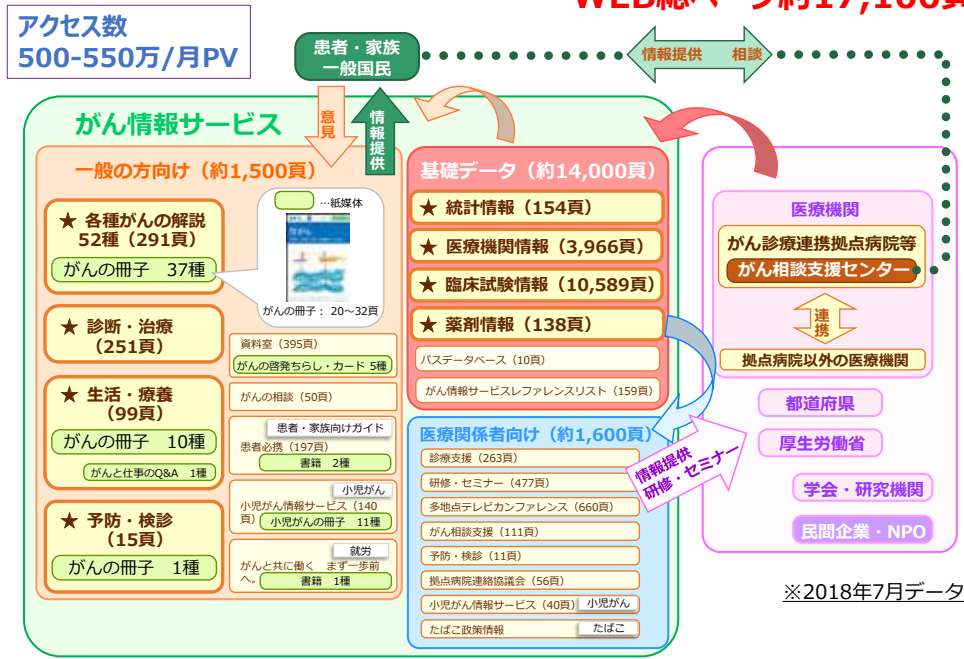
(注) ○：条件を満たしている △は2名の評価者で意見が分かれた ×：条件を満たしていない

運営者 カテゴリ	① 医療関 連団体	② 医療施設	③ マスメディア等	④ 営利団体	⑤ 個人	⑥ その他
評価項目	運営者：3	運営者：9	運営者：9	運営者：8	運営者：16	運営者：5
1. 資格	○	○	○	○	○	○
2. サポート情報	○	○	○	○	○	○
3. プライバシー	○	○	○	○	○	○
4. 情報源・更新日	○	○	○	○	○	○
5. 偏りが無い	○	○	○	○	○	○
6. 連絡先	○	○	○	○	○	○
7. スポンサー	○	○	○	○	○	○
8. 広告の明記・分離	○	○	○	○	○	○
平均値 (8点満点)	5.5	4.9	5.1	3.7	1.7	2

石川他、インターネット検索によって得られる「がんに関する情報」は正しいか：「副作用」をキーワードとした情報の質の検討、日本ヘルスコミュニケーション学会誌 Vol8(1)49-56, 2017. 17

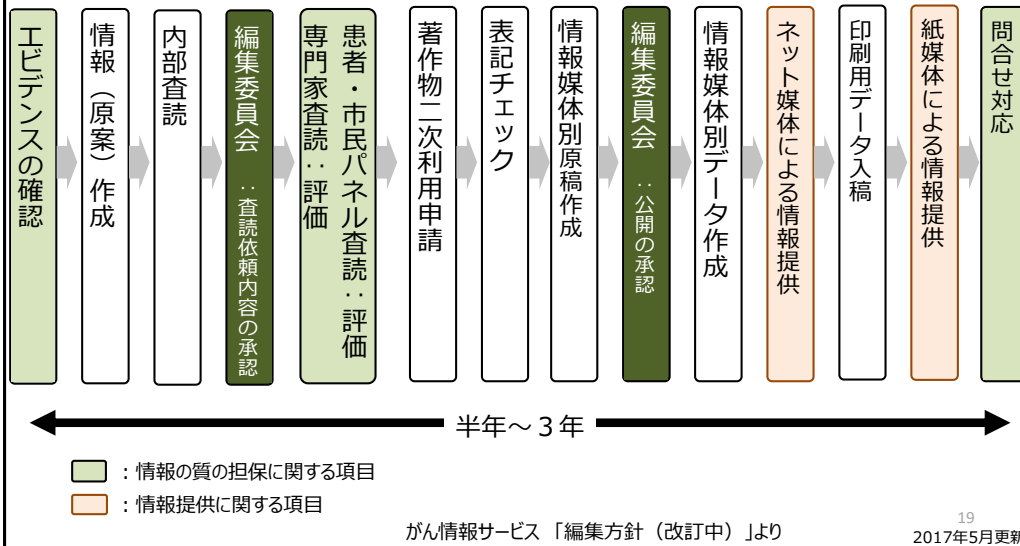
## 「がん情報サービス」のコンテンツの種類と数

WEB総ページ約17,100頁



## 「がん情報サービス」患者・一般向け情報の作成と提供の流れ

質の担保 = 時間・人手（コスト）がかかる ← → 迅速性



## 英国NHSによる患者・一般向けの情報作成手順の基準 Information Standard

- 質の高い情報を作成するために求められる、NHSの情報提供の枠組みに参加する組織が示す必要のある基準

- 1. 情報作成のプロセスの提示**：提供する対象、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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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\***

\*コンテンツ登録時にタイムスタンプを付与、再確認も更新もないコンテンツは自動的にシステムから見えなくなる

<https://www.england.nhs.uk/tis/about/the-info-standard/>

20

## 国民が正しい情報に基づいて、 適切な意思決定を支える情報の書き方とは？

- ・ 日本語としてわかりやすいことはもちろんのこと、さらに・・・、
- 1. エビデンスがある場合には、診療ガイドラインなどで推奨された**科学的根拠に基づいた情報であるか**
- 2. ガイドラインや学会レベルでの**コンセンサス**、**社会での適応状況**を踏まえた必要な情報が網羅されているか
- 3. 患者をはじめとする**読者にわかりやすいか**
- 4. 読後に**希望**や**温かみ**を感じさせる表現になっているか
- 5. 読者が、担当医をはじめとする**医療者とのコミュニケーションに役立つ**ような示唆が得られるか。

がん情報サービス「編集方針（改訂中）」より

21

## 「患者のためのメディカル・ライティング講座」 トライアル版 検討中

### ■ 2018年度 東大・京大でトライアル講座

- エビデンス情報の考え方・探し方・選び方
- 提供者でなく**受け手（患者）に必要な情報**の考え方・選び方
- **専門的な情報をどうわかりやすく伝えるか**（言葉の選び方、言い換え等）、伝える**相手（患者）への配慮の視点** など

- ・ 誰に対して、どんな形で提供できるか
- ・ どんな学びが得られるか・・・ など検討

### ■ 2019年度以降 東大・京大での同プログラム開始?!

22

1. 情報の増加・拡大により起こること

## ② 医師・医療者を サポートする

情報社会の中で困るのは、患者だけではない  
～医療者への情報提供～

### “医師が説明する”とされる用語・制度は、ぞくぞく登場

■ 第3期がん対策推進基本計画「医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組」

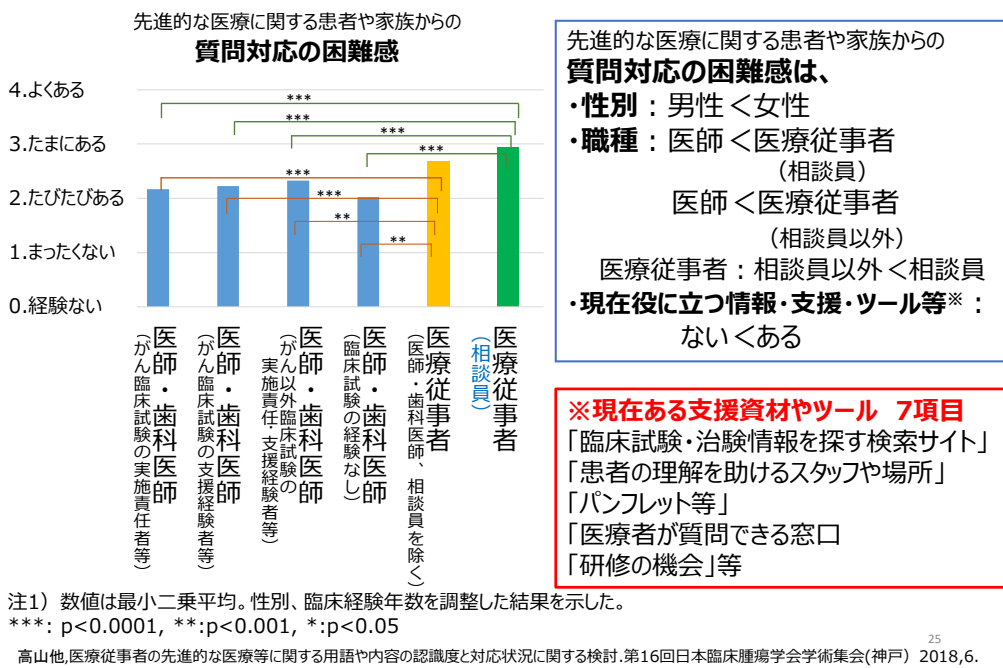
個別目標：

国は、拠点病院等や小児がん拠点病院の医師が、患者や家族に対して臨床研究、先進医療、医師主導治験、患者申出療養制度等についての適切な説明を行い、必要とする患者を専門的な施設につなぐ仕組みを構築する。またがん患者に対し、治験や臨床試験に関する情報を提供する体制を整備する。

- ① 臨床試験
  - ② 治験
  - ③ 先進医療制度（A・B）
  - ④ 医師主導治験
  - ⑤ 患者申出療養制度
  - ⑥ 保険外併用療養費制度
  - ⑦ 拡大治験（日本版コンパッションエートコース）
  - ⑧ 最先端医療迅速評価制度
  - ⑨ 先駆け審査指定制度
  - ⑩ 医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議で取り上げられる薬剤
  - ⑪ 臨床研究中核病院
- ※ 第3期基本計画の中に記載されている用語

24

## 医療者の先進医療に関する質問対応時の困難感と関連要因

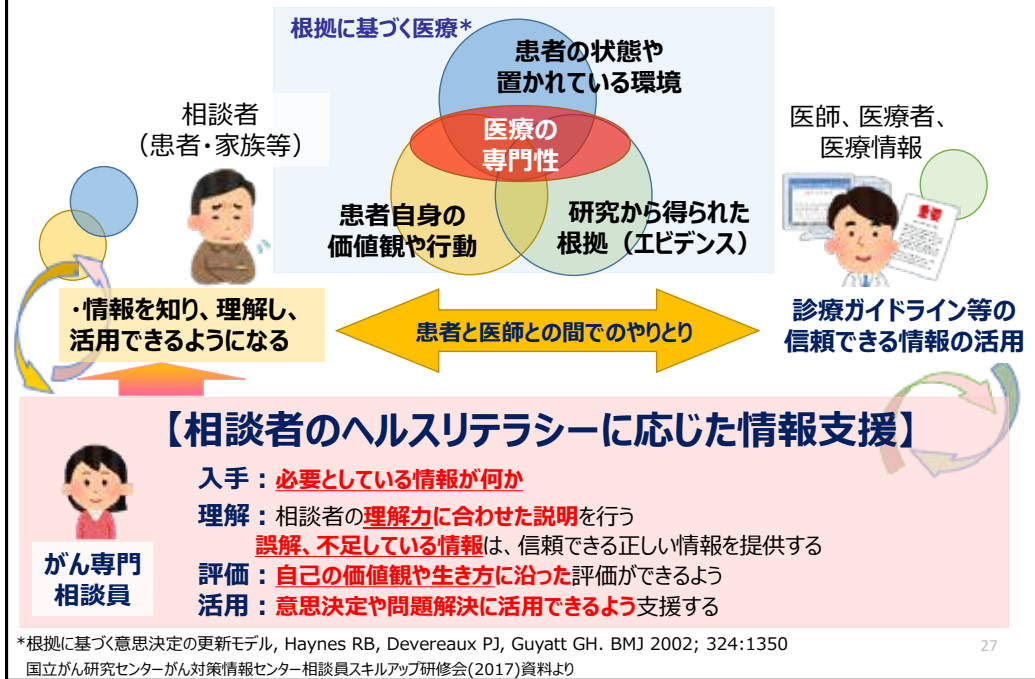


1. 情報の増加・拡大により起こること

③患者の不足している情報・  
理解を助ける

がん相談支援センターがん専門相談員の  
役割と対応

# がん専門相談員が行う情報支援



27

# がん相談支援センター

都道府県がん診療連携拠点病院

地域がん診療連携拠点病院

地域がん診療連携拠点病院

がん情報サービス サポートセンター  
0570-02-3410  
(ナビダイヤル 平日10時～18時)

**で全国の相談支援センターをご案内します。**

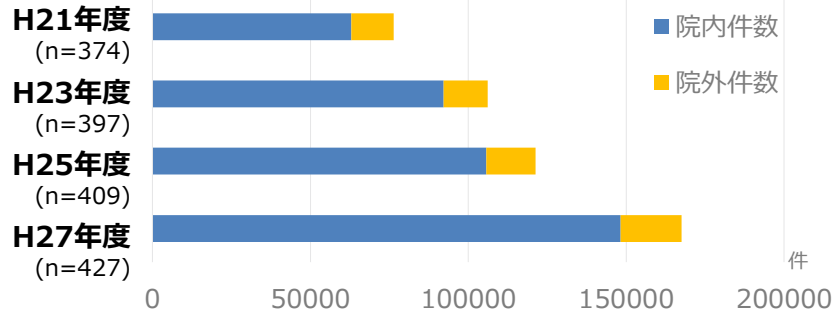
- **誰でも**
  - ・ 患者・家族などだれでも
  - ・ 病院にかかっていなくても
- **必要なら匿名で**
- **かつ無料で**
- **信頼できる情報をもとに**  
相談に対応します。
- **電話、面談（来院）**などで、
  - ・ 看護師、医療ソーシャルワーカーなどの専門職が、さらにがん相談の研修を受講済
- **中立の立場で**
- **自ら解決できるよう支援します。**



# 全国のがん相談支援センターの活動状況

相談対応件数、スタッフ数・勤務状況等

がん相談対応件数の推移（2ヵ月分）



注1：各年度の現況報告より：H27年度（H27年10月末提出）として表示  
注2：数字の検証は未実施のため、参考値、経年トレンドとして示した

- 全国434カ所のがん診療連携拠点病院に設置（2018.4月現在）
- がん専門相談員は、全国約2,500人（1施設あたり2-3人）
- 相談件数は、毎月約8万件
- 対応時間は、1件あたり約30分

29

## 「がん専門相談員の役割」と「相談支援のプロセス」

### がん専門相談員の役割

がん患者や家族等の相談者に、科学的根拠と、がん専門相談員の実践に基づく信頼できる情報提供を行うことによって、その人らしい生活や治療選択ができるように支援する

### 相談支援のプロセスの要素

#### 心理的サポート（傾聴/受容）

クライアントの訴えをじっくりと聴く  
不安や動揺を受けとめ、その軽減・解消を図る

#### アセスメント（情報収集/問題の整理/多面的・総合的評価）

主訴（表面的なニーズ）の裏に隠れた課題・問題、  
潜在的なニーズを意識する

#### 課題・問題の明確化と共有

課題・問題をクライアントと共有し、次の行動に結びつく決定を促進する

#### 情報提供

正確な情報を提供し理解の促進を図る

#### 今後の方向性の検討と共有

今後の動きをクライアントと検討、整理し共有する  
他の専門職、他機関等への依頼・連携等をおこなう

国立がん研究センター  
がん対策情報センター  
相談員基礎研修会資料より

全国の研修修了者  
約3,000名  
全拠点病院に配置

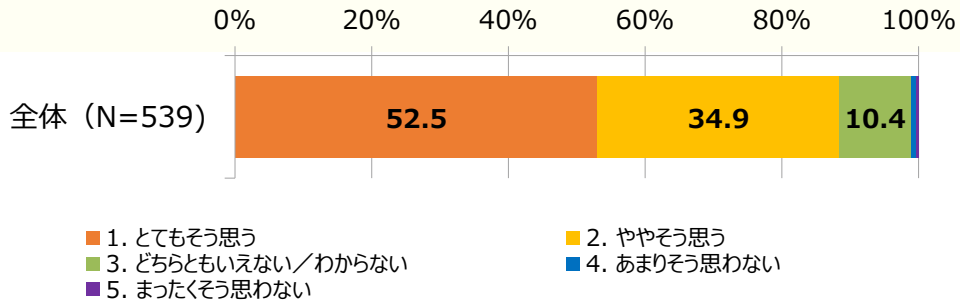
30

# がん相談支援センター利用者の体験は？

患者体験調査 (2014)

・拠点病院のがん相談支援センターの利用者満足度 **81.4%**  
 センター利用後に、「安心」「満足」「役に立った」の回答をした者の割合 (利用した480人/6267人中)

「あなたの相談したかった問題は、解決へ近づいたと感じますか？」



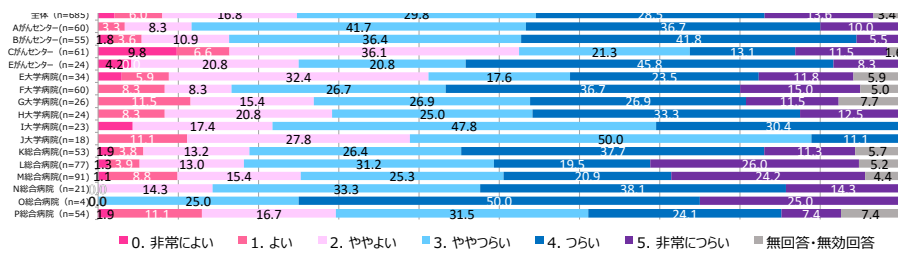
a) 平成27年度 厚生労働科学研究 がん対策推進総合研究事業「がん対策における進捗管理指標の策定と計測システムの確立に関する研究」(代表研究者: 若尾文彦)

16施設のがん相談支援センター「利用者調査」パイロット調査 H28年1~4月に実施(中間報告) a)  
 第7回 都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会-情報提供・相談支援部会 (2016年5月19日開催) 資料より

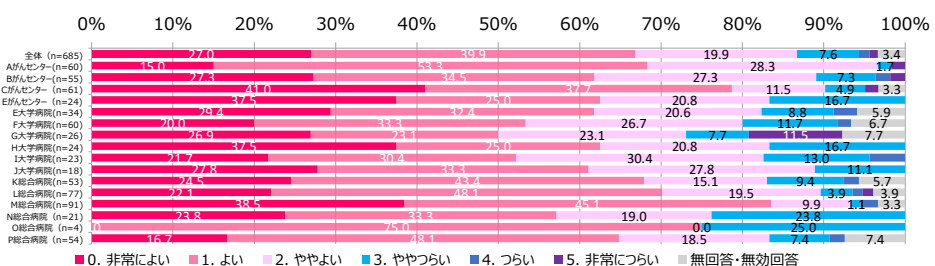
31

## がん相談支援センター 利用前後の気持ちの変化

### 相談前のお気持ちは？



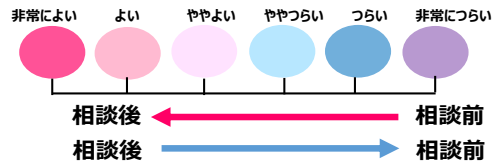
### 相談後のお気持ちは？



平成27年度 厚生科研 (がん対策推進総合研究事業)「がん対策における進捗管理指標の策定と計測システムの確立に関する研究 (研究代表者 若尾文彦)」相談支援センター利用者調査パイロットテスト結果より (16施設、n=685)

## 気持ちの変化の理由は？

### 「相談前」→「相談後」



**プラス**になった (589/685=86.0%)

**マイナス**になった (8/685=1.2%) (+0は、12.3%)

- 4:「1人で考えて悩んでいたのですが、そのまま伝えて良いと太鼓判を押して下さり、安心感と励ましを受けたので、前に進めると確信を得ることができたので。」
- 4:「突然の宣告、残された時間の短さから、今後の生活に不安がりましたが、ご相談させていただいた事で、どのようにしたら良いのかわかりました。」
- 0:「病院、医師等の情報提供、アドバイスがなかった。」
- 0:「病気が直らないとわかったから」
- 5:「良い意味で気付かないようにしてた感情に気付かされた。(残される親への気持ち)」

※相談対応前後の変化についての記載 (自由回答) あり 378件 (55.2%) より抜粋

平成27年度 厚労科研 (がん対策推進総合研究事業) 「がん対策における進捗管理指標の策定と計測システムの確立に関する研究 (研究代表者 若尾文彦) 」相談支援センター利用者調査(アンケート)結果より (16施設、n=685)

33

## “相談した後の変化 (相談の結果どうなったか) の要素” としてあげられた内容

内容分類	例	n	%
1. 気持ちに関する変化	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ (説明を聞いて) 安心した/(怒りをゆっくりきいてくれ) 気持ちが楽になった</li> <li>・ (がんになったとき死にたいと思っていたが) 相談して気持ちが楽になりうれしい</li> <li>・ (話をよく聞いてもらえて) 勇気が湧いてきた</li> <li>・ (いろいろ教えてもらえて) 不安が少しなくなった 等</li> </ul>	135	54.0
2. 理解した・納得した	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病状や治療のことは良くわかった</li> <li>・ 医師が話していたことを理解できた</li> <li>・ (ハローワークの相談先など) とっかかりとなる情報を得られた 等</li> <li>・ 情報は得られなかった</li> </ul>	20	8.0
3. 具体的な対処方法がわかった・解決した	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 具体的な手順がわかった/対処の方法が理解できた</li> <li>・ 区役所に行ってみようと思う/どこに尋ねれば良いか明確になった</li> <li>・ 主治医と話ができるようになった</li> <li>・ (疑問を持った看護師の) 対応は変化しなかった・結果は得られなかった</li> </ul>	55	22.0
4. 整理できた・気づくことができた	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自分の考え方を整理する事ができた</li> <li>・ 情報を得ることで現状を受け止める力になった</li> <li>・ 自分で治療の選択ができずにいたが、相談することで決めることができた</li> <li>・ 病気が直らないとわかった 等</li> </ul>	32	12.8
5. これからの道筋が見えた	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 今後自分がどうすれば良いかわかった</li> <li>・ 今後のプランの見通しがついた/これからの道筋が見えた</li> <li>・ どうしたらよいかが見えるようになった 等</li> </ul>	10	4.0
6. わからない・分類不能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 今後どのような状態になるかわからないので</li> <li>・ まだ解決していない/まだ手術していないので後は心配</li> <li>・ 知識不足か、きめ細やかな対応がほしい 等</li> </ul>	5	2.0
合計		257	102.8*

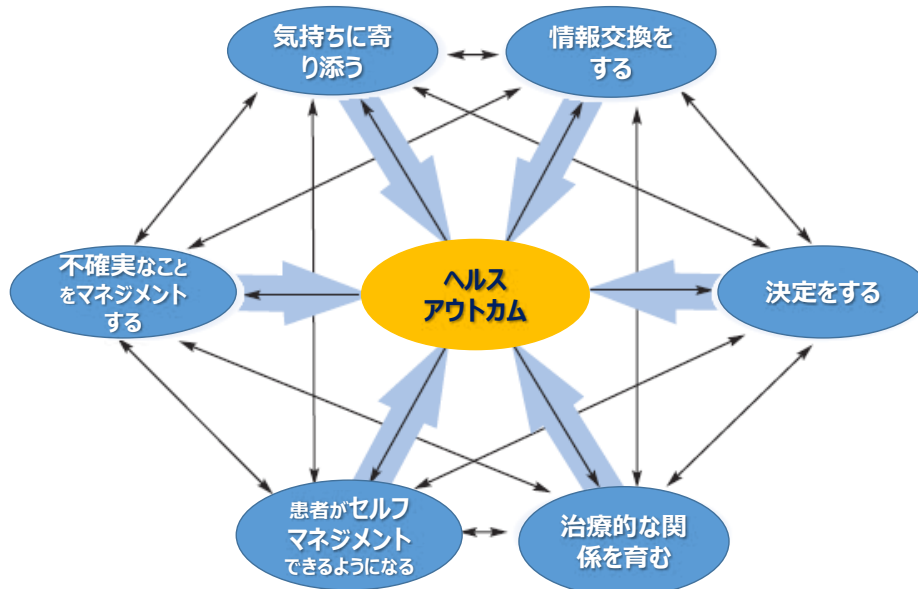
注1) \*: 一回答者の記述内容に複数の要素が含まれる場合があり、合計は100%とはならない

注2) 青字は、肯定的な記述でなかったものがある場合

厚労科研「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)」(高山班)

34

## がん医療における患者中心のコミュニケーションのプロセスとアウトカムに重要な6つのコア機能



Epstein RM and Street RL, PATIENT-CENTERED COMMUNICATION IN CANCER CARE, Promoting Healing and Reducing Suffering (2007)

## がんコミュニケーションに関わる相談支援に関する研究の方向性

- 相談者にとって、**どのような**（相談支援センターでの）**体験が、相談対応後の状態に影響しているのか**
  - → がん相談支援センターだけが持つ機能なのか
  - → もしその機能が特定されれば、がん相談支援センターでのよりよい対応を強化する、あるいは、がん相談支援センター以外にも広げていくことが可能に
- そのためにも、がん相談支援センターの有効性に関する**エビデンスの構築**が必要

# がん相談支援センターの有効性に関するエビデンスの構築

## 1) 全体および対象別調査枠組みを検討し、3 枠組みで検討することを決定した

■ 類似研究の文献レビュー、既存調査結果を参考にし、調査枠組み 1, 2, 3 を決定

■ 枠組み 1 :  
がん相談体験のスケール開発  
(相談のやり取りを通してその人が獲得する力?!)

■ 既存調査の自由回答であげられた「相談支援センターでの体験」に関する378の意見から患者の相談経験項目として37項目を抽出

- 「相談支援による患者体験」22項目
- 「相談支援に関わる療養体験」14項目

- 大分類
- 話をする環境が整備されている
  - 情報を獲得できる
  - 自分の思いを話すことができる
  - 自分の気持ちを整理することができる
  - 長期的視野を持つことができる
  - 主体的に意思決定に関わる準備ができる

### ■ 表面的妥当性の検討 :

- がん専門相談員に対してフォーカス・グループ・インタビュー調査 (2回、13名) に対して実施

■ 「がん相談体験スケール」項目案 (49項目) を策定

### ■ 信頼性および妥当性の検討 (IRB申請中)

- 対象 : 相談支援利用の院内のがん患者本人 300名

### ■ 測定指標

- 枠組み 1 の検討結果を経て、枠組み 2,3へ
- ・ 「がん相談体験スケール (開発)」  
49項目 → 20項目程度へ
- ・ 心理状態 (STAI: 状態不安)、フェイススケール
- ・ QOL (FACIT-Sp)
- ・ 患者体験評価項目 (Picker's Patient Experience) \*
- ・ 患者中心のコミュニケーション評価項目 (Patient Centered Communication Assessment Items) \*

厚労科研「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)」(高山班) 評価会資料より

37

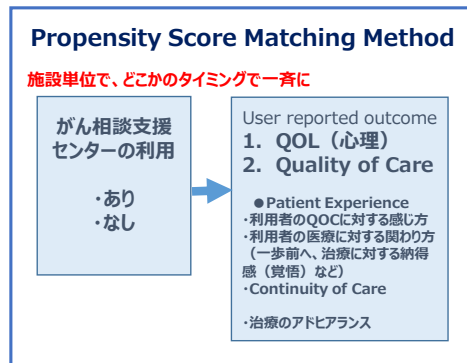
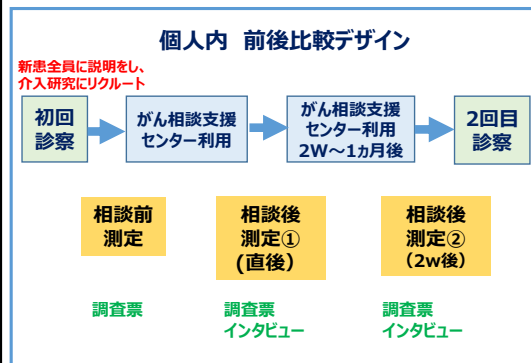
# がん相談支援センターの有効性に関するエビデンスの構築

## 2) 「がん相談体験スケール (開発)」を経て、2年目に実施予定の枠組み

枠組み 2, 3 については、並行で調査を実施することを計画中

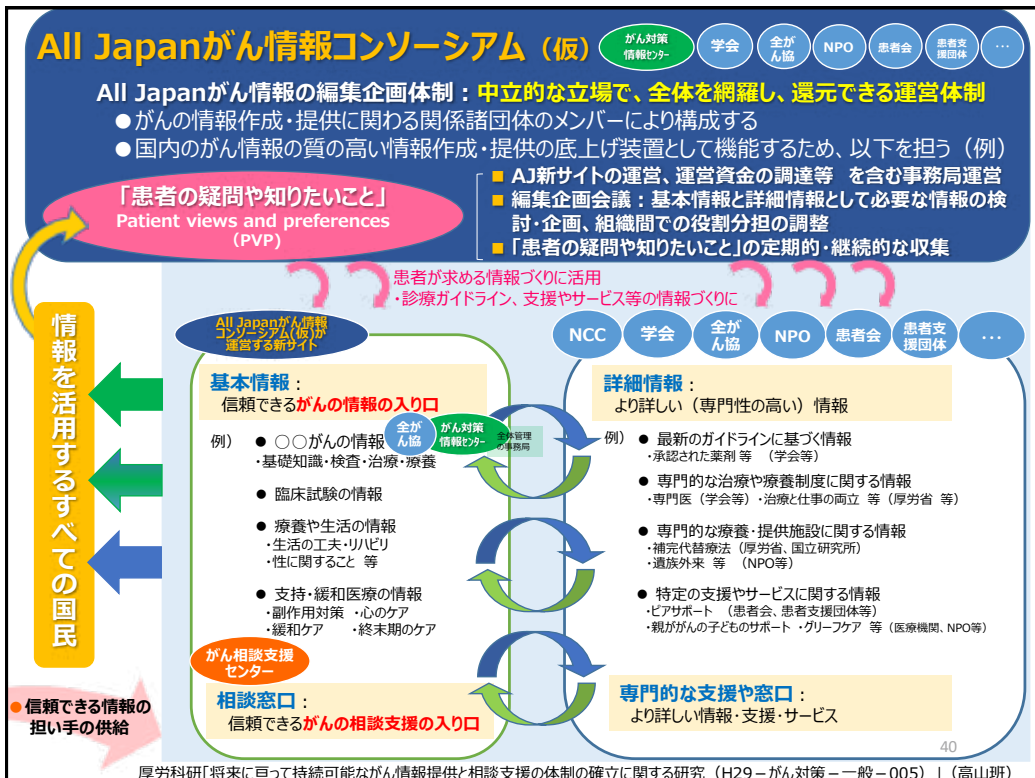
■ 枠組み 2 :  
相談支援センター利用の前後比較デザインによる有効性の検証 (2年目後半~)

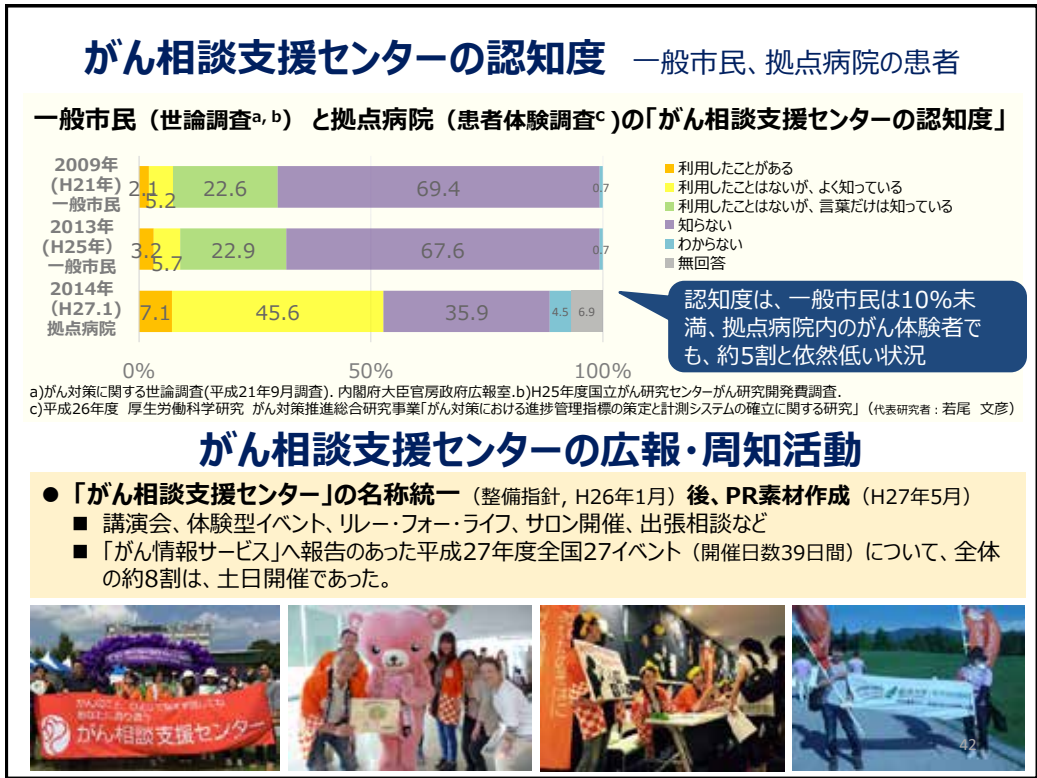
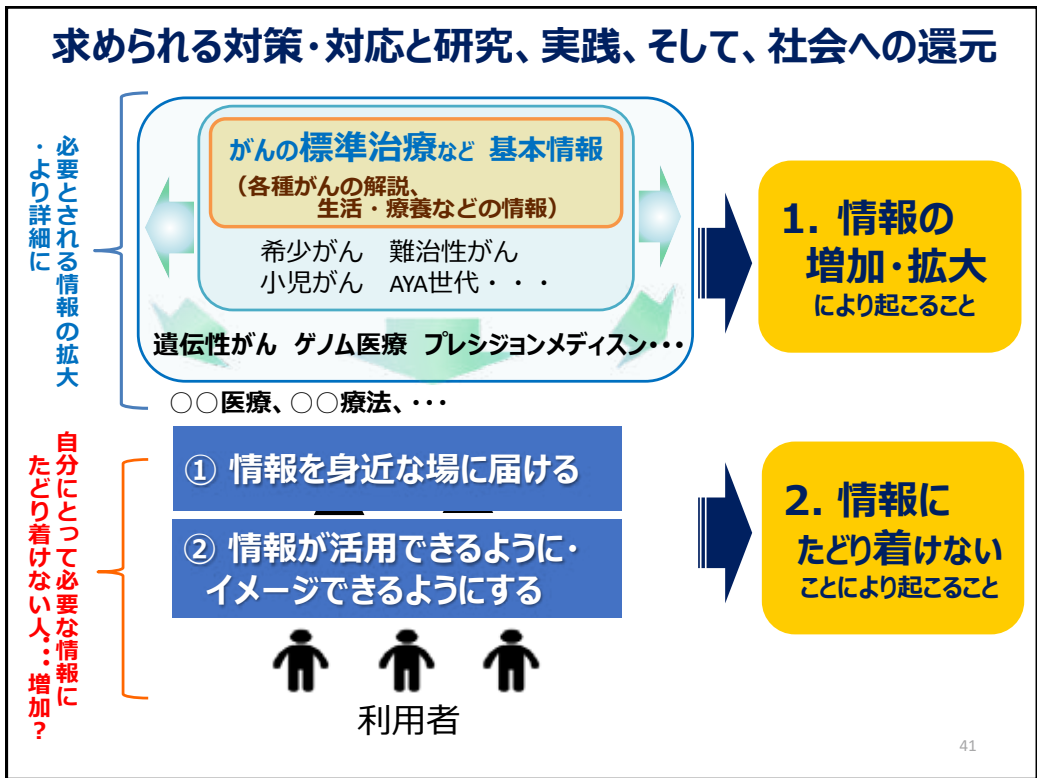
■ 枠組み 3 :  
Propensity Score Matching法を用いた有効性の検証 (2年目後半~)



厚労科研「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)」(高山班) 評価会資料より

38





## 2. 情報にたどりつけないことにより起こること

### ① 情報を身近な場所に届ける

#### 地域の中で、身近にがんの情報を届けるために

##### ■ がん相談支援センターと公共図書館との連携プロジェクト

→がん患者や家族の高齢化が進む中で**地域にある身近な場、図書館・公民館など、地域の公共施設**の場を活用して、病気になってから初めて訪れる医療機関ではなく、**生活の場の中で届けていく**。これは、「がんになっても安心」の社会づくりに有用

・ 図書館 全国に 3,308館 (町立561館、村立51館)  
・ 公民館 全国に14,171館 (町立3,491館、村立573館)

- “がんの情報”をわかりやすく設置
- がん相談支援センターと公共図書館との連携ワークショップの開催
- 寄付事業開始：全国の図書館にがんの冊子を届けるキャンペーン



休館日の  
図書館閲覧室での  
グループワーク



大分県立図書館  
エントランスホールで  
「出張相談」



2. 情報にたどりつけないことにより起こること

## ②情報が活用できるように・ イメージできるようにする

### 情報弱者とされる人々へのがん情報の作成と伝えるための試み

(視覚、聴覚、理解力などの低下や障害を持つ人々に対して)

図書館と医療機関、福祉（行政）、企業との連携で

- ラジオドラマ（広告） ←聴くことで（秋田県H27、福岡・岩手・沖縄県H28）
- 映画＋ブックトーク＋寸劇 ←視ることで（逗子市）
- 点音訳・講演会＋がん検診体験会 ←触ることで（堺市）
  - 乳がんの触診用モデルを触ってみる
  - 大腸がん検診（ねんどの便で）疑似体験
  - 胃がん検診時のバリウム・発泡剤の味見



がん情報普及のための医療・福祉・図書館の連携プロジェクト  
<http://www.ncc.go.jp/jp/cis/project/pub-pt-lib/index.html>

46

## 3分間ラジオドラマによる効果の検証

● 一般市民の最大の「がん相談支援センター」の利用阻害要因は、「**利用の仕方がわからない**」

2015年度 トライアル 「相談支援に関して覚えている内容**2-3割→7-8割に上昇**

・秋田県 102万人 (38位) 「覚えていない」割合は、**37%→7.2%へ減少**

2016年度 他地域でも同様の効果は得られるか、地域により効果は異なるかを検証

・岩手県 127万人 (32位)・・・人口密度の低い地域

・福岡県 511万人 (9位)・・・人口密度の高い地域

・沖縄県 143万人 (25位)・・・人口密度は中くらい、日常的にラジオ視聴多い

【実施地区とラジオ放送局の選択】

● 放送に要する経費

- ✓都市部>地方
- ✓広い>狭い

ドラマ配信資金：がん情報サービスに関する協定締結団体

作成したラジオドラマ  
(3分程度×6本)



■ ラジオドラマ：ナラティブに表現した6エピソードを放送

- ✓ 在宅療養「やっぱり家はいいネ」
- ✓ がんと言われたとき「まさか!?私が乳がん…」
- ✓ がんと就労「がんでも仕事は辞めません」
- ✓ 正しい情報の理解「お父さん、手術してよ!!」他

- 1.地域（県がん診療連携協議会、県庁）の全面協力のもと広報周知活動を実施
- 2.ラジオのパーソナリティに事業主旨を丁寧に説明

ラジオドラマ他の  
広報周知活動の評価  
(本研究)

- 1.県下モニター調査
- 2.相談支援センターへの相談件数調査を実施、放送前後で比較

## ラジオ視聴のインパクト

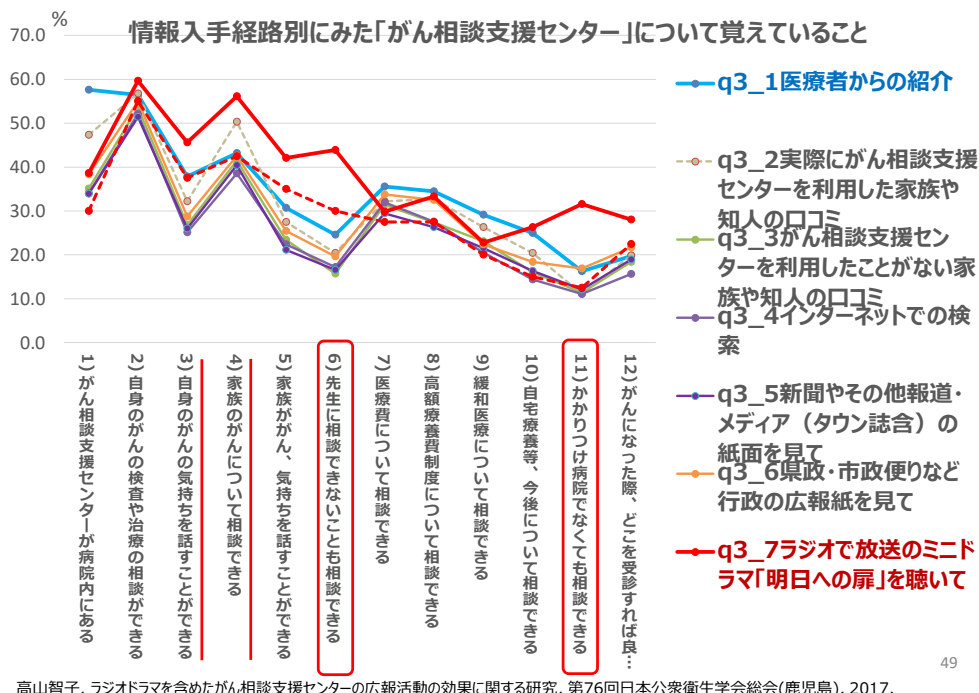
調査実施県*	人口 (都道府県順位)	通常のラジオ視聴 (最近2カ月)	ラジオドラマ放送 ・ラジオ局 ・時期 ・回数	ラジオでの放送で「がん相談支援センター」を知った人 (%)		人口へのインパクト 試算
				ラジオドラマ「明日への扉」視聴	ラジオの「県内がん相談支援センター」取材コーナーの視聴	
秋田県 (n=2,075 /19,206)	102万人 (38位)	37.9%	エフエム秋田 H27年8月 (20回)	153名 (16.7%)	71名 (7.8%)	4.4万人
岩手県 (n=2,000 /30,010)	127万人 (32位)	<b>53.1%</b>	IBC岩手放送 H28年11月 (19回)	37名 (6.8%)	19名 (3.5%)	7.1万人
福岡県 (n=2,000 /158,182)	511万人 (9位)	43.8%	RKBラジオ H28年10月 (25回)	7名 (1.3%)	6名 (1.1%)	14.3万人
沖縄県 (n=2,000 /35,747)	143万人 (25位)	<b>51.0%</b>	ROKラジオ沖縄 H28年9月 (18回)	13名 (2.3%)	15名 (2.7%)	18.7万人

\*秋田県モニター調査は、2015年実施。15歳以上80歳未満、有効回答 n=2075。

岩手県、福岡県、沖縄県モニター調査は、2016年ラジオ放送前後に実施。15歳以上80歳未満、それぞれn=1000の有効回答が得られるまで実施。

・ラジオ放送（マスメディア）を使った広報活動は、ある程度の人口へのインパクトがある

## 情報入手経路別に覚えていること



## がんコミュニケーション学でめざすもの

～実践から科学知へ、科学知を実践、そして生活へ～

現場の医療者とともに行う研究も、推進できればと考えています。

今後ともよろしく願いいたします。

ご清聴 ありがとうございます。

高山 智子

totakaya@ncc.go.jp



ヘルスコミュニケーションの根拠をつくる：  
患者－医師間コミュニケーション研究から

帝京大学大学院公衆衛生学研究科  
帝京大学医療共通教育研究センター

教授 石川ひろの



## ヘルスコミュニケーションの根拠をつくる：患者－医師間コミュニケーション研究から

帝京大学大学院公衆衛生学研究科  
帝京大学医療共通教育研究センター  
教授 石川ひろの

ヘルスコミュニケーション学の研究は、“医療コミュニケーション”と呼ばれる医療、臨床場面におけるコミュニケーションに関する領域から始まり、健康、公衆衛生をあつかう、集団を対象にしたコミュニケーションへと広がってきた。病気、医療、患者から健康、予防、市民といった公衆衛生の領域へと視点が広がる中で、ヘルスコミュニケーションという言葉がよりふさわしい研究が増えてきているが、ヘルスコミュニケーションは医療現場におけるコミュニケーションという意味での医療コミュニケーションを含むものでもある。

1980年代後半ころから特に医療場面でのコミュニケーションの実証研究が盛んにおこなわれてきた欧米と比較して、日本での研究は遅れてきた。この背景には、コミュニケーションを教育可能な能力というよりは個人的な特性ととらえ、「察する」「思いやる」「阿吽の呼吸」などのように言語的コミュニケーションを超えたところにより高い価値をおいてきた文化的な背景もある。また、コミュニケーションを分析する理論や方法論をもつ社会科学系の研究者と、臨床や教育の現場を知る医療者との交流の少なさにもよるだろう。結果として、日本の保健医療分野におけるコミュニケーション教育は、欧米の研究結果や教育方法がそのまま持ち込まれてきたように思う。

私自身のヘルスコミュニケーション研究は、がん診療における患者と医師とのコミュニケーションの研究がきっかけだった。当時まだ、日本には公衆衛生の専門職大学院も、医療コミュニケーション学、ヘルスコミュニケーション学と名のついた講座もなく、なぜ保健医療の文脈でコミュニケーションが重要なのか、研究や教育の必要があるのか、というところから議論が必要だったことを思うと、がんコミュニケーション学という連携講座の設立やヘルスコミュニケーション学分野の広がりには非常に感慨深い。

近年ますます、診療場面でのコミュニケーションもその外側のさまざまなヘルスコミュニケーションと無関係ではいられなくなっている。テレビなどのマスメディア、インターネットなど、保健医療に関する情報が増大し、その情報源が多様化する中で、自分に必要な情報を収集し正しく活用することのできる力をもっているかどうか、健康そのものに影響する状況になっている。このような力を概念化した“ヘルスリテラシー”は、近年国内でも急速に認知され始めている。

ヘルスリテラシーとは、単なる知識や理解ではなく、自分に必要な情報を収集し、活用できる能力、自分の健康の管理や治療の過程に主体的に参加していくための前提であるとされる。米国の健康施策であるHealth Peopleでは、ヘルスコミュニケーション領域におい

て、コミュニケーション方略と情報技術を活用して、集団の健康と医療の質を向上させ、健康の公平を実現することを掲げ、そのためにヘルスリテラシーの向上させることを具体的な目標の1つとしてきた。日本においても、2015年に出された「保健医療2035」の中で言及されている。これまで、米国を中心とした研究によって、ヘルスリテラシーが病気に対する理解や服薬アドヒアランス、慢性疾患の自己管理の悪さなど本人の健康行動や健康状態に関連すること、さらには、経済的コストや健康格差、社会的不平等の拡大につながるものが指摘されてきた。日本においてもいくつかの研究で同様の傾向が示されている。

一方、ヘルスリテラシーは、単なる個人のスキルの問題ではなく、その個人が生活する人間関係や社会環境の中で決まるとされる。すなわち、個人のヘルスリテラシーが低くても、サポートしてくれる家族、分かりやすく説明できる保健医療職、利用しやすい保健医療サービスが周囲にあれば、ヘルスリテラシーの低さによる問題は起きにくいということである。このような視点から見ると、ヘルスコミュニケーションの向上には、患者市民などの保健医療の利用者、保健医療の提供者である専門職、情報を媒介するメディア、保健医療システムや制度のすべてに着目していくことが必要であると考えられる。

ヘルスコミュニケーション学という言葉や学問領域は比較的新しいが、それがよってたつ理論や方法論は、古くからあるコミュニケーション学、社会学、心理学等からきている。とりわけ、医療コミュニケーションではないヘルスコミュニケーションの研究は、保健医療社会学や健康教育学、ヘルスプロモーション等の分野で取り扱われてきたことと重なる部分も多い。しかし、これまであちこちの領域に散っていた研究がコミュニケーションプロセスそのものへの視点や関心を軸として集められるようになったことはヘルスコミュニケーションという学問分野が認識されてきたことの大きな意義だと考えられる。

ヘルスコミュニケーション研究には、科学性と実践との結びつきの両方が求められている。現場への思い入れだけで行われた研究ではなく、社会学、心理学、行動科学などが持つ理論や確かな方法論に基づいた研究がより多く行われていくことが不可欠である。同時に、何のためにその研究を行い、その結果をどう臨床、教育、社会を変えていくために使っていくかを意識して研究をデザインすることも同じくらい重要である。その意味で、School of Public Health の中に、ヘルスコミュニケーション研究が確実に広がっていることは非常に意義深いと思う。Public Health 自体が、その両者を必要とする学問分野であると思うからである。

「人々の健康・生命を守るために、現場を改善できる“Change Agent”を育てること」を、帝京の公衆衛生学研究科では掲げている。私自身、研究者でもあり、教育にも携わる立場として、保健医療、教育の現場にある課題や問題に気づき、その解決、改善に少しでも役に立つ研究、教育活動をしていきたいと思う。



ヘルスコミュニケーション学記念セミナー

# 石川 ひろの

帝京大学大学院公衆衛生学研究科 教授

東京大学大学院 医学系研究科 健康科学・看護学専攻博士課程修了。Johns Hopkins University School of Public Health 博士課程修了。博士（保健学）。東京大学医学系研究科 医療コミュニケーション学分野准教授を経て、2018年4月より現職。専門は患者-医療者間コミュニケーション、ヘルスリテラシー、医療面接教育。著書に『ヘルスリテラシー：健康教育の新しいキーワード』（共著、大修館書店）、『医療コミュニケーション：実証研究への多面的アプローチ』（共著、篠原出版新社）など。

## ヘルスコミュニケーションの 根拠をつくる： 患者-医師間コミュニケーション研究から

帝京大学大学院公衆衛生学研究科  
石川ひろの

2



### Physician–patient communication and patient satisfaction in Japanese cancer consultations

Hirono Ishikawa <sup>a</sup>✉, Tomoko Takayama <sup>a</sup>, Yoshihiko Yamazaki <sup>a</sup>, Yukiko Seki <sup>a</sup>, Noriyuki Katsumata <sup>b</sup>

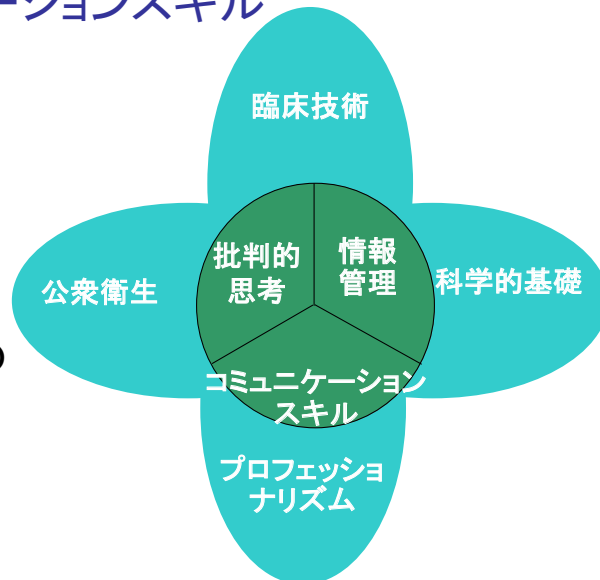


### The interaction between physician and patient communication behaviors in Japanese cancer consultations and the influence of personal and consultation characteristics

Hirono Ishikawa <sup>1</sup>✉, Tomoko Takayama <sup>1</sup>, Yoshihiko Yamazaki <sup>1</sup>, Yukiko Seki <sup>1</sup>, Noriyuki Katsumata <sup>2</sup>, Yutaka Aoki <sup>3</sup>

## 医学教育を通して身につけるべき能力の1つとしてのコミュニケーションスキル

- Institute for International Medical Education (IIME)の7アウトカムモデル
- 国際的な医学教育の必要最低要件  
(Med Teach 2002, 24,130–135)



## 医学教育モデル・コア・カリキュラム (H28改訂)

- 学生が卒業時までに身に付けておくべき、必須の実践的診療能力(知識・技能・態度)を、「ねらい」と「学修目標」として明確化
- 学生の学修時間数の3分の2程度を目安としたもの
- 「医師として求められる基本的な資質と能力」として、ミニマム・エッセンスである項目を記載

**多様なニーズに対応できる医師の養成**

POST  
医師国家試験

1. プロフェッショナリズム
2. 医学知識と問題対応能力
3. 診療技能と患者ケア
4. コミュニケーション能力
5. チーム医療の実践
6. 医療の質と安全の管理
7. 社会における医療の実践
8. 科学的研究
9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

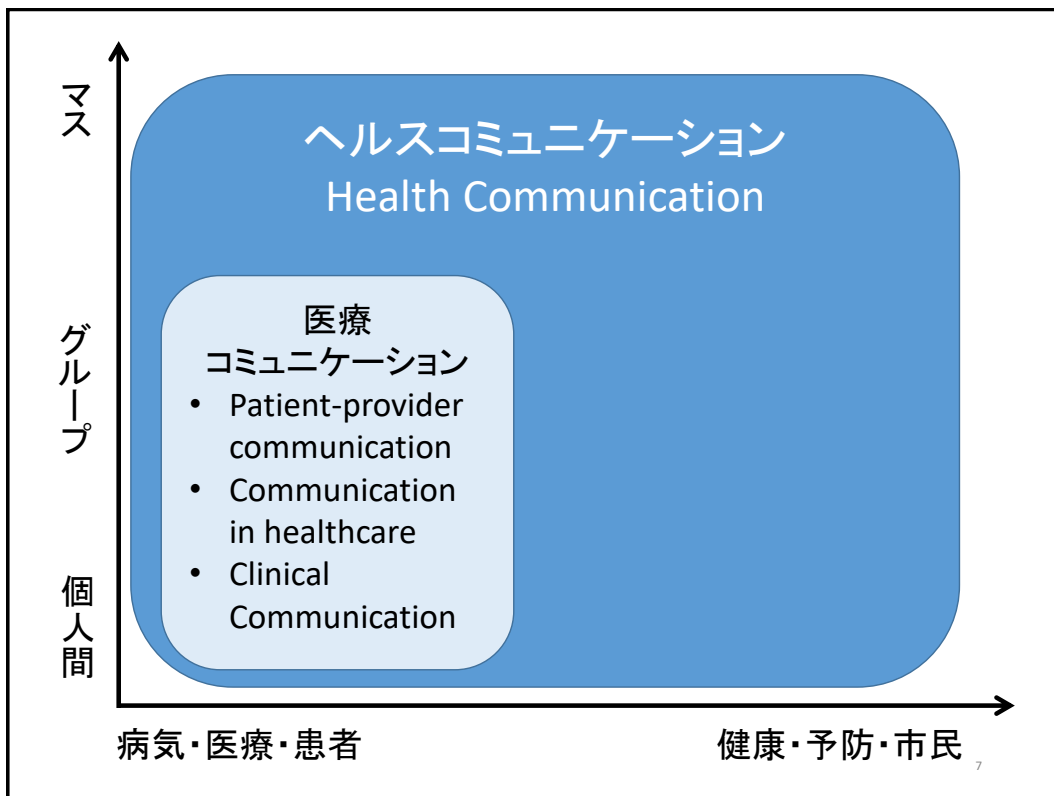
各大学の特色あ  
○ 各大学が教育理念に基づいて実施する独自の教育内容(教養  
○ 学生の学修時間数の3分の1程度

## 帝京大学大学院公衆衛生学研究科 MPHとDrPHのコンピテンシー



MPH	DrPH
1. 職業意識	1. 職業意識と倫理
2. 多様性と文化	2. 批判的分析
3. コミュニケーションと情報科学	3. コミュニケーション
4. 計画策定	4. 運営管理(マネジメント)
5. リーダーシップ	5. リーダーシップ
6. システム思考	6. 地域・文化交流
7. 医学・生物学的基礎	7. アドボカシー
8. 国際通用性	8. 国際通用性

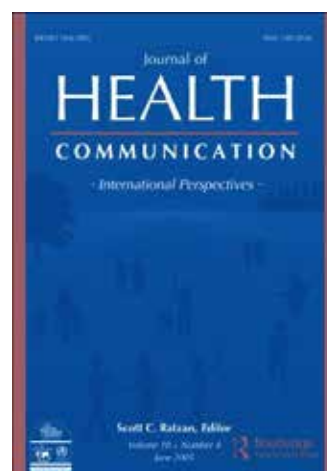
<http://www.med.teikyo-u.ac.jp/~tsph/education.html>



10-Year Content Analysis of Original Research Articles  
Published in Health Communication and Journal of Health  
Communication (2000–2009)

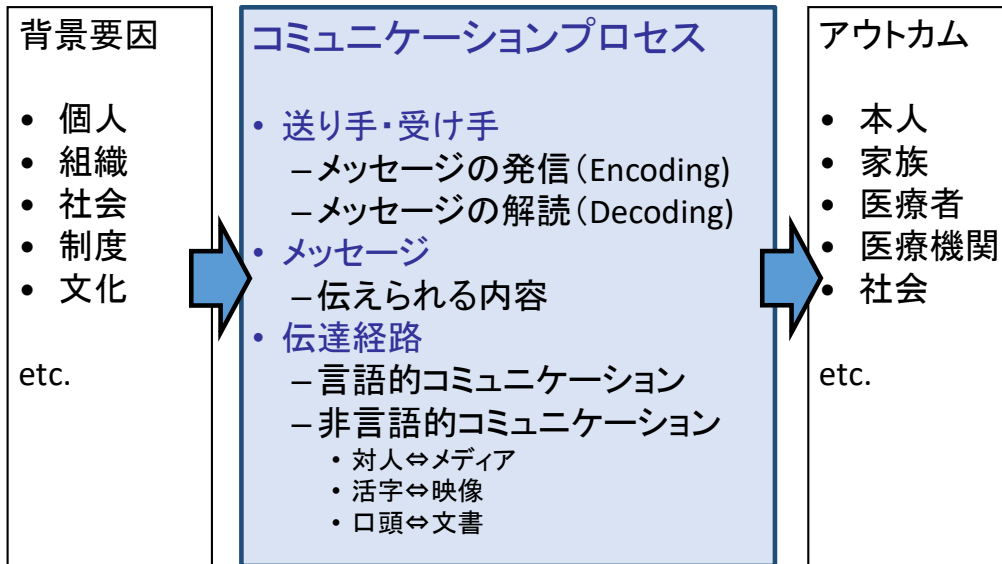
Nazione S, Pace K, Russell J, Silk K.

Journal of Health Communication, 18:223–240, 2013



8

## ヘルスコミュニケーション研究の視点



9

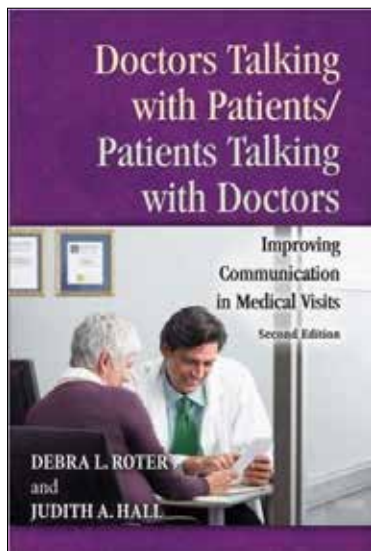
## 日本におけるヘルスコミュニケーション研究

- 欧米と比較して、コミュニケーションに対する科学的なアプローチは遅れてきた。
  - コミュニケーションに対する意識の違い
  - 社会科学系と医学系の研究者の交流の少なさ
  - 理念とマニュアルの両極
- 対人関係様式に関する文化的な差異にも関わらず、臨床や教育の場面には、欧米の研究結果がそのまま持ち込まれてきた。

10

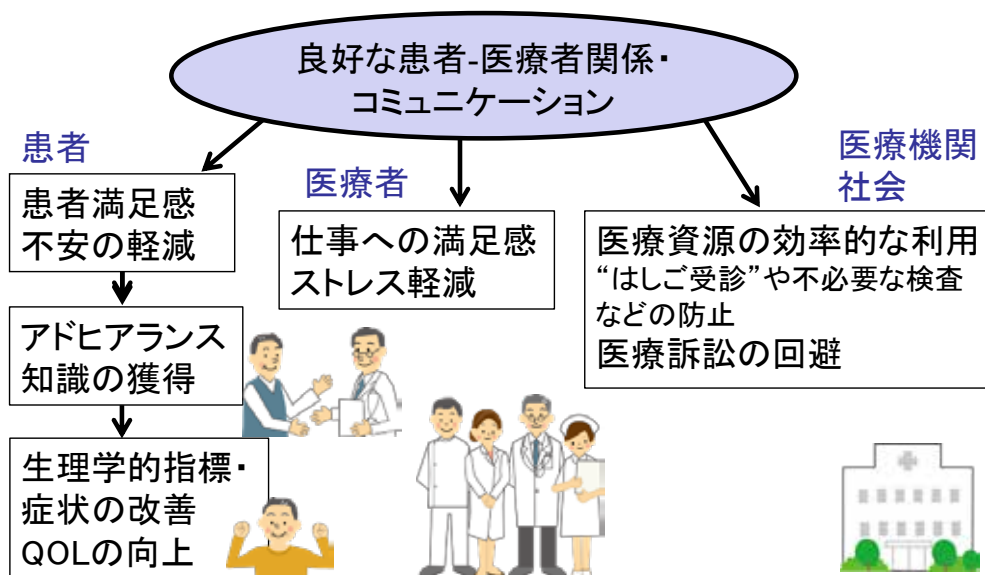
## 医療コミュニケーションの量的研究

『患者と医師のコミュニケーション: より良い関係作りの科学的根拠』  
 篠原出版新社、2007.



11

## コミュニケーションがもつ影響



## 日本の診療場面での患者-医師間コミュニケーションは どうなっているのか。

(Ishikawa H, Takayama T, Yamazaki Y, Seki Y, Katsumata N. Physician-patient communication and patient satisfaction in Japanese cancer consultations. Soc Sci Med. 2002)

	医師		患者	
	頻度	%	頻度	%
開放型の質問	2.4	2.9	1.1	1.4
閉鎖型の質問	9.7	11.6	6.0	6.3
情報提供	32.1	35.2	29.8	34.3
指示	5.5	5.9	-	-
感情表現/情緒的対応	2.4	3.0	4.1	4.5
促し	6.3	7.0	4.4	4.9
肯定的応答	16.9	19.8	32.0	39.8
否定的応答	0.2	0.2	0.3	0.4
方向付け	2.7	3.8	-	-
社交的会話	2.7	3.8	2.5	3.6
		100.0		100.0
合計	86.8	(50.9)	84.9	(49.1)

13

## 日本における患者-医師関係とコミュニケーションの特徴

- 診察におけるコミュニケーションの全体的な構成や特徴、患者アウトカムとの関連は、欧米の先行研究と類似。
- 日本語でのコミュニケーションの特徴
  - 相づち、笑いの多さ
  - 婉曲的な否定表現
  - 言語による感情表現の少なさ
- 家族などの付き添いのコミュニケーションへの参加

14

## 診察でのコミュニケーションと患者満足感との関連

- 医師の開放型の質問 → 患者満足感↑  
指示の少なさ
- 患者の質問 → 患者満足感↓  
医師の提供する情報などが、その患者にとって十分なものでない場合、患者の質問が多くなる可能性
- 医師の情緒的応答(励まし) → 患者満足感↓  
医師の情緒的応答に含まれる励ましは、患者の満足感の低下につながる可能性

15

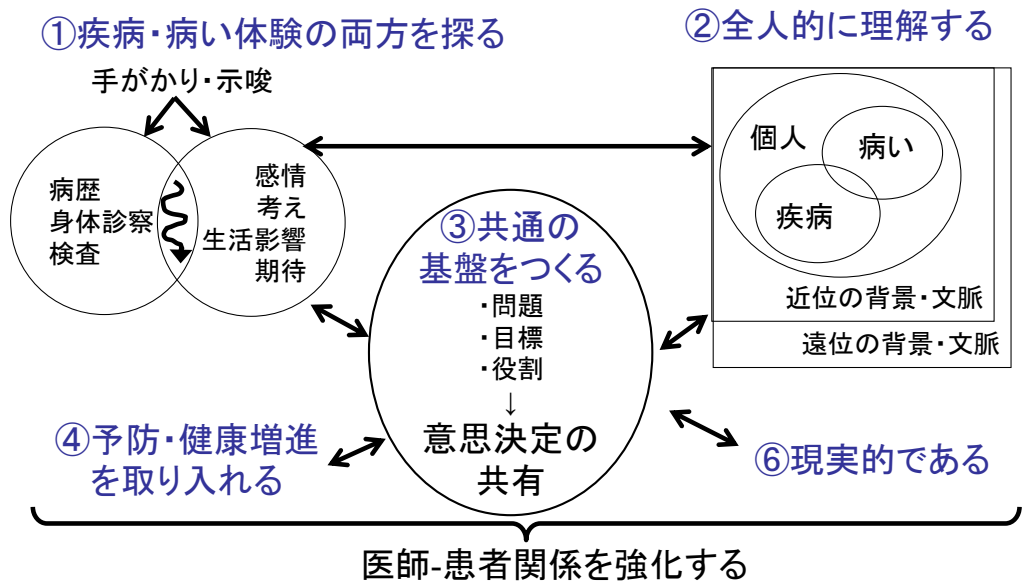
## どのようなコミュニケーションを目指すのか？ 「よい」コミュニケーションとは？

- 患者中心的なコミュニケーション  
(Patient-centered communication)  
⇒患者中心的是什么？
- 意思決定の共有  
(Shared decision making)  
⇒何をどう共有することなのか？

16



## 患者中心のアプローチ (Stewart et al. 1995、2003)



17

## 何を共有するのか？

- 現在の問題
    - 何がどう、どの程度問題になっているのか
  - 目標(何を指すのか)
  - 目標に到達するための方法
    - 治療法の選択肢、各選択肢の長所・短所、選択肢からの選択
  - 目標に到達するためのそれぞれの役割
    - 治療への参加
  - 実施した治療の結果の解釈・評価
- ↓ 決定に至るプロセスを共有する。

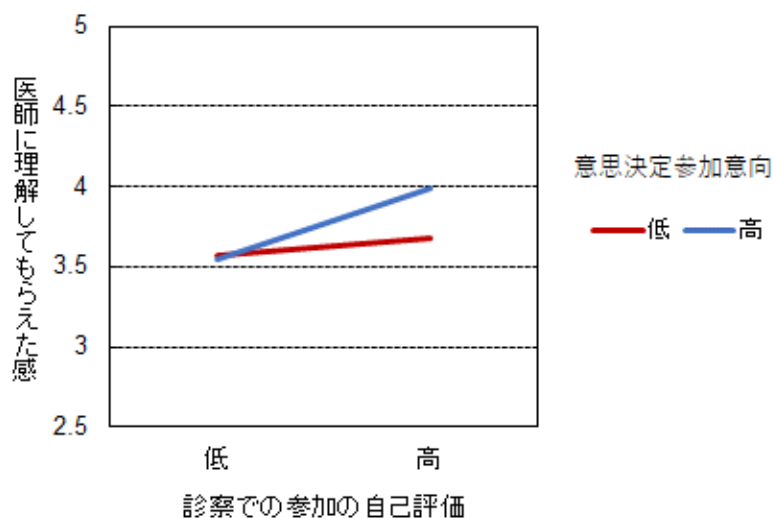
18

## 共有の難しさ

- 患者によって、情報のニーズ、理解の程度は異なる。
  - すでに持っている知識
  - ヘルスリテラシー
  - 意思決定への参加意向
- 医療者が「した」はずの説明を、患者は「されていない」とすることも多い。
  - 専門用語を多用した説明
  - 不適切な場面での説明
  - 患者は不十分な理解のままでも同意する可能性
- 不確実性に対する認識のずれ

## 患者の意思決定参加意向による違い

(Ishikawa H, Hashimoto H, Yano E. Patients' preferences for decision making and the feeling of being understood in the medical encounter among patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 2006)



20

## ヘルスコミュニケーションを取り巻く状況の変化

- 保健医療に関する情報量の増大と情報源の多様化
    - マスメディアによる報道の増加、インターネットの普及
- ⇒ 診療でのコミュニケーションにも、その外側の様々なヘルスコミュニケーションが影響。
- 自律性、意思決定への参加の促進
- ⇒ 自分に必要な情報を収集し、活用することのできる能力の必要性



## ヘルスリテラシー

- 個人が、健康課題に対して適切に判断を行うために、必要となる基本的な健康情報やサービスを**獲得、処理、理解**する能力 (Healthy People 2010)
  - 良好な健康の増進または維持に必要な情報にアクセスし、理解し、利用していくための個人の意欲や能力を規定する、認知および社会生活上のスキル (WHO)
- ⇒ 単なる知識や理解ではなく、自分に**必要な情報を収集し、活用できる能力**、自分の健康の管理や治療の過程に**主体的に参加**していくための前提。
- ⇒ Healthy People 2010/2020  
ヘルスコミュニケーション領域の目標の1つ

- 自ら受けるサービスを主体的に選択できる
  - 自ら最適な医療の選択に参加・協働する
    - これまで、医療サービスの利用者は、健康医療に関わる基礎知識の不足や受け身的な関わり方により、医療への過剰な期待や反応を持つ傾向があった。こうした点を是正するため、学校教育、医療従事者、行政、NPO 及び保険者からの働きかけなどによってヘルスリテラシーを身につけるための支援をする。
- 人々が健康になれる社会環境を作り、ライフスタイルを支える
  - 生涯を通じた健康なライフスタイルの実現
    - 子どもから高齢者に至る生涯を通じた予防・健康づくりを、社会を挙げて支える必要がある。このため、保育・幼児教育から職場やコミュニティ等のあらゆる場で、世代を超えた健康に関する教育の機会を提供し、ヘルスリテラシーを身につけるための取組みを促進する。

## ヘルスリテラシーと健康との関連

ヘルスリテラシーが低いと:

- 疾病に対する理解や知識が低い。
- 投薬指示の誤解や飲み間違いが多い。
- 栄養表示が理解できない。
- 予防的サービス(検診、予防接種など)を利用しない。
- 救急サービスの利用が多く、入院率が高い。
- 慢性疾患(糖尿病、高血圧、ぜんそく、HIV/AIDS等)の管理が悪い。
- 健康状態の自己評価が低い。
- 死亡率が高い。



(Nielsen-Bohlman et al., 2004; Berkman et al., 2011)

## その他のアウトカムとの関連

- 経済的コスト
  - ヘルスリテラシーが低い人は医療費が高く、医療サービスを非効率的に利用。(Howard et al. 2005)
  - ヘルスリテラシーの低さによる経済影響は、年間1060億-2360億ドル。慢性疾患の増加、収入の喪失、QOL低下などによる間接的なコストも。
- 健康格差・社会的不平等の拡大

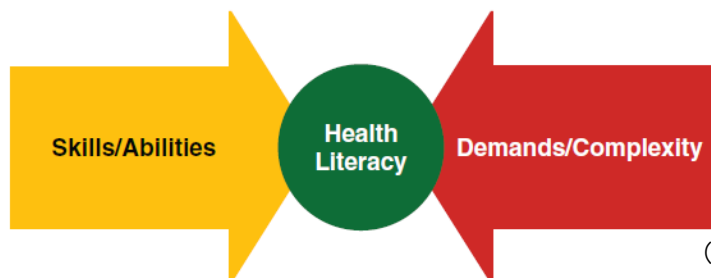
(U.S. Department of Health and Human Services, 2010, National Action Plan to Improve Health Literacy)

## 糖尿病患者におけるヘルスリテラシー

(Ishikawa H, Takeuchi T, Yano E. Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. Diabetes Care. 2008)

- 患者のヘルスリテラシーは、健康や病気に関する情報収集行動、糖尿病の管理状態、疾病の自己管理に関する自己効力感などと関連。  
⇒ 欧米における機能的ヘルスリテラシーの研究の知見と基本的に一致。
- 特に伝達的ヘルスリテラシーが、診察での医師、患者のコミュニケーション行動やそれに対する患者の評価と関連。

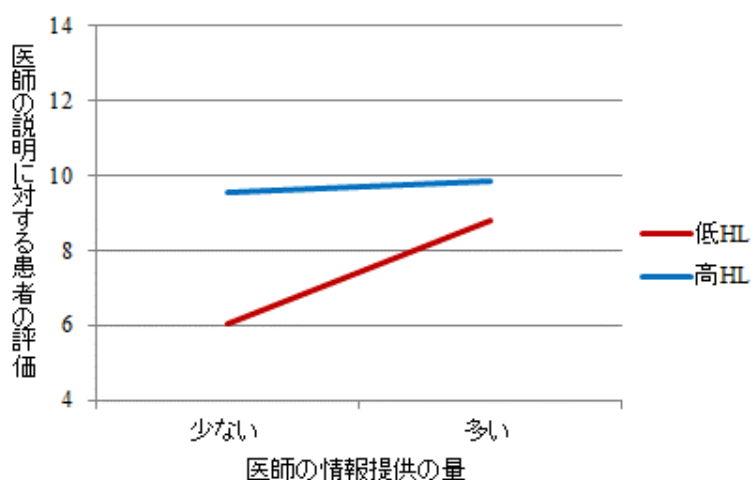
## ヘルスリテラシーの相互作用性



- 適切なヘルスリテラシーは、その個人が生活する人間関係や社会環境の中で決まる。
    - 情報の受け手のスキル・能力の低さ
    - 提供される情報・サービスの分かりにくさ、複雑さ
- 両面からの働きかけが必要

## 患者のヘルスリテラシーによる医師の情報提供に関する評価の違い

(Ishikawa H, Yano E, Fujimori S, Kinoshita M, Yamanouchi T, Yoshikawa M, Yamazaki Y, Teramoto T. Patient health literacy and patient-physician information exchange during a visit. Fam Pract. 2009)



28

## ヘルスリテラシーの教育に向けて

The Calgary Charter on Health Literacy (2008)

Rationale and Core Principles for the Development of Health Literacy Curricula

ヘルスリテラシーは保健医療の利用者、提供者、システム全ての問題である。

### 利用者個人

情報を探し、理解し、評価し、伝え、活用することのできるスキルがある。



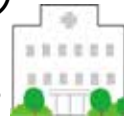
### 保健医療専門職

人々の理解を向上させ、情報に基づいて行動することができるように情報を提供できる。



### システム

平等で、簡単で、恥ずかしい思いをさせずにアクセスできる保健医療サービスを提供できる。



29

国立がん研究センターがん対策情報センター  
患者必携 がんになったら手にとるガイド

### 医療者と上手に対話するコツ

- 困ったこと、わからないことは素直に伝えましょう。
- 何度か対話を重ねていくうちに、信頼関係を築いていくことができるはずです。
- 診察のとき、信頼できる人に付き添ってもらい、知りたいことをしっかり聞きとる準備をしましょう。
- 担当医との面談のときには、聞きたいことを箇条書きにしたメモを持参しましょう。聞き漏らすことなく、効率的に質問できます。
- 看護師や相談支援センターなどの協力を得ることも考えましょう。



NPO法人ささえあい医療人権センターCOML  
「賢い患者になりましょう」



**新 医者に掛かる10箇条**

- ① 伝えたいことはメモして準備
- ② 対話の始まりはあいさつから
- ③ よりよい関係づくりはあなたにも責任が
- ④ 自覚症状と病歴はあなたの伝える大切な情報
- ⑤ これからの見通しを聞きましょう
- ⑥ その後の変化も伝える努力を
- ⑦ 大事なことはメモをとって確認
- ⑧ 納得できないときは何度でも質問を
- ⑨ 医療にも不確実なことや限界がある
- ⑩ 治療方法を決めるのはあなたです

**ヘルスリテラシーは教育によって改善可能か？**

(Ishikawa H, Yamaguchi I, Nutbeam D, Kato M, Okuhara T, Okada M, Kiuchi T. Improving health literacy in a Japanese community population-A pilot study to develop an educational programme. Health Expect. 2018)

**医療を支える市民養成講座 (NPO法人ささえあい医療人権センターCOML)**

①医療現場で活躍できる市民参加活動	講座の目的 ボランティアとしての心得 どんな活躍ができるのか
②医療の基本	日本の医療制度、医療費の基本 医療機関や専門職の種類と役割 現在の医療における課題
③医療相談の実際	患者-医療者関係、患者の意識 対人関係とコミュニケーション・スキル 相談内容の紹介とディスカッション
④医療を知る I	受療、医療機関選択に関する知識 患者としての心構え
⑤医療を知る II	医療にまつわる社会的な知識 薬にまつわる情報

32



## 講座受講前後の変化 (N=52)

		平均	SD	p値 <sup>1)</sup>
ヘルスリテラシー	受講前	3.67	0.75	<0.001
	受講後	3.93	0.62	
医師への信頼	受講前	3.13	0.67	0.616
	受講後	3.09	0.66	

1) 対応のあるt検定

「自分の健康、身体の責任を持つのは医師ではなく、自分なのだという  
ことを今回の講座を受けて考えが変わりました」  
「医療界のBlack Boxが、次第に“人間味を帯びた集団”に変化していった」  
「病院へもよく時間を考えていけるようになった」  
「医療ボランティアにかかわりたいという思いが生じた」

33

## 保健医療専門職の教育 (Coleman et al.,2013)

### • ヘルスリテラシーのコンピテンシー

#### – 知識(24項目)

- ヘルスリテラシーの定義を1つ以上知っている。
- 基本的なリテラシーのスキルの領域(読む、書く、話す、聞く、計算)を知り、各領域について保健医療関連で患者に必要とされる例をあげる。

#### – スキル(27項目)

- 患者に口頭や文書で伝える際は、日常用語や概念を使い、避けられない専門用語は適切に定義し、略語は避けることができる。
- 患者に文書で伝える際は、読みやすい形式や書き方の原則に従って書くことができる。

#### – 態度(11項目)

- 安全で質の高い医療の提供のために効果的なコミュニケーションが不可欠であるという態度を示す。

### • ヘルスリテラシーの実践(32項目)

- いつも診察の初めに患者の心配事を全て引き出す。
- いつも診察の初めに患者と話し合うべきことについて合意する。

34

## 初期研修医向けの教材作成の試み

ヘルスリテラシーが十分でない患者さんにも  
伝わりやすい説明のためのスキル

1. アイコンタクトをとる。
2. 傾聴する。
3. 日常用語を用いる。
4. ゆっくり話す。
5. 内容をしぼり、繰り返す。
6. はっきり具体的に伝える。
7. 視覚的に示す。
8. やってみせる。
9. 患者からの質問を促す。
10. 患者の理解を確認するためにティーチバックを用いる。
11. 重要な指示は紙に書いて渡す。
12. 役に立ちそうな患者向けの教材を渡す。



Health Literacy Universal Precautions Toolkit (AHRQ)  
Health literacy and patient safety: Help patients understand: Manual for clinicians (AMA)

## ヘルスコミュニケーションの向上

- 保健医療の提供者側のコミュニケーション力
  - 受け手のニーズやヘルスリテラシー
  - レベルを知り、それに合わせた情報提供をする。



ヘルスコミュニケーションの向上



- 医療利用者側のヘルスリテラシー
  - 情報ニーズ、疑問、意見を伝える。
  - 自分に必要な情報を収集し、判断し、活用する。



## ヘルスコミュニケーション研究の課題

- しばしば理論的でないという批判を受けてきた。  
⇒社会学、心理学、行動科学などがもつ理論やモデル、確かな方法論に基づいた研究が必要。

- “So what?”への答え  
⇒研究の結果をどう臨床・教育に結びつけるかという視点をもって研究をデザインすることも重要。

- ✓公衆衛生大学院の中にヘルスコミュニケーション学が広がっている意義。

37

## 編集後記

それは、1996年に東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学科健康社会学教室の片隅で始まりました。1996年、1998年修士課程入学の二人の女子大学院生が、医療におけるコミュニケーションを研究テーマとして選択したのです。その当時、二人は日本にヘルスコミュニケーション学という専門分野が生まれることも、自分たちがその専任教員となることも念頭にはありませんでした。二人は、その後、お互いに助けあい、刺激しあって、生涯の研究テーマとして、ヘルスコミュニケーション学の研究を続けることになりました。この二人とは、勿論、高山智子先生と石川ひろの先生です。お二人は、日本国内で最も早い時期から、ヘルスコミュニケーション学の研究を始め、一貫してこれに取り組み続けて、優れた研究成果を出したという点で、希少な存在といえると思います。

お二人の新たな門出を本当にたくさんの皆様にお祝いいただきまして、どうもありがとうございます。また、当日、記念セミナー、祝賀会に参加できなかった方には、この場をお借りしてお詫び申し上げます。宮原哲先生、中山健夫先生には、貴重なご講演をいただきまして、どうもありがとうございます。本資料が、日本のヘルスコミュニケーション学の歩みを示す記録の一つとして、活用されることを願って、編集後記を終わらせていただきます。

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 教授 木内貴弘