

ヘルス・コミュニケーション研究と保健医療社会学

朝倉隆司
東京学芸大学

Health Communication Inquiry and Sociology of Health and Medicine

Takashi Asakura

第37回日本保健医療社会学大会メインシンポジウムでの4人の演者の発表を手がかりに、ヘルス・コミュニケーション研究によって、新たに何がもたらされたのか、もたらされる可能性があるのか、保健医療社会学の視点から検討した。同時に、パブリック・ヘルスやヘルスプロモーション、健康教育、保健行動理論の領域ともオーバーラップする。これらの領域においても、ヘルス・コミュニケーションという研究的視角によって何が新たに深まるのかを考察した。最後に倫理的な枠組みについてコメントした。

キーワード：ヘルス・コミュニケーション、保健医療社会学

I. 問題意識の要点

ヘルス・コミュニケーションの定義は広範囲にわたり、ともすれば包括的すぎて曖昧とも思われる。シンポジウムでは、発表ごとで異なったレベルの社会的文脈で「ヘルス・コミュニケーション」が取り上げられていた。誰と誰の間のヘルス・コミュニケーションなのか、何を目的としたヘルス・コミュニケーションなのか。社会的文脈の違い、次元の違いによってヘルス・コミュニケーションの意味も異なるのではないか。定義そのものを議論するのは本稿の目的を越えるが、文脈や次元の違いにより、医療社会学、パブリック・ヘルスやヘルスプロモーション、健康教育の領域における課題とどのように対応するのか、これらが大きな問題意識である。

より具体的には、ヘルス・コミュニケーションという見方により、これまでの医療社会学や健康教育の研究課題において新たに見えてくる事象や関係は、どのようなものなのか。たとえば、ヘルス・コミュニケーションというレンズを通してみることで、これまで医療社会学で取り上げられてきた医師（医療者）—患者（市民）関係の議論は、どのような発展を示すのであろうか。新たに見えてくるものは何だろうか。行動変容を目指す健康教育や疾病予防におけるリスク・コミュニケーションとの関係はどのように整理されるのか。

患者集団のヘルス・コミュニケーションを考えると、いわゆるサポートグループやピアサポートにおける交流の側面もその一形態であると捉えてよいであろう。それをヘルス・コミュニケーション研究から捉え直すことで、新たに見えてくる事象はどのようなものだろう。

さらに、コミュニティレベル、社会レベルでのヘルス・コミュニケーションとはどのようなものだろう。コミュニケーションのチャンネルを考えれば、マスメディアやインターネットなどの健康関連情報を提供する社会的仕組みの影響力の大きさは、すぐに思いつく。

ヘルス・コミュニケーションによる“エンパワメント”とは、どのようなものか。患者や市民に対しては考えやすいが、相互交流を意味するコミュニケーションにおいて、提供

者側を含めてどのようなプロセスを指すのだろうか。

最後の問題意識は、ヘルス・コミュニケーションの倫理的な枠組みについてである。もしヘルス・コミュニケーションが多様な文脈や多様な関係性において探求されるとすれば、倫理的枠組みも文脈により異なったものを考える必要があるのだろうか。特に、倫理的に問題となり得るヘルス・コミュニケーションとはどのような事象が想定できるのだろうか。

II. ヘルス・コミュニケーション研究の成立過程と医療社会学

ヘルス・コミュニケーション研究の発足において、保健医療領域においてコミュニケーションに関する変数を組み入れた研究に取り組んでいた心理学者、社会学者がコミュニケーション研究者に与えた影響が大きいとされている (Kreps, et al 1998)。たとえば、心理学では、ロジャーズの人間性心理学における治療的なケア提供者と受け手の人間関係、治療的なコミュニケーション (therapeutic communication)、ソーシャルサポートの提供に関する研究から影響を受けてきた。治療的なコミュニケーションという限定された領域からより普遍的なヘルス・コミュニケーションへとコミュニケーション研究の範囲が拡張していったのである。

また医療社会学では、医師—患者関係、保健医療提供システムの社会的構造に関して研究されており、Zola (1966)や Kleinman (1980)の研究が影響を与えたとされている。すなわち、医療者との関係によって患者の訴えの表出が影響を受けることや文化が医療者と患者の関係に影響を及ぼしていることから、医療者と患者のコミュニケーションに関する研究が、コミュニケーション研究のトピックスとして注目されていった経緯がある。保健医療システムにおいてコミュニケーションの果たす役割が、医療提供者にとっても、保健医療サービスの受け手にとっても、重要性を増したためであろう。ここでいうコミュニケーションの役割は、医療者側が治療や病気に対する患者の理解やコンプライアンスを高める戦略としてのみでなく、逆に、患者や保健医療サービスの受け手が、より自律的な市民として自らの病気や健康のケア、そのための選択や意志決定を行うために保健医療の専門家等と“対等な立場”で関わるための戦略や健康情報を得る手立ての両方を含むことになる。

III. ヘルス・コミュニケーションの次元

ヘルス・コミュニケーションは、多様な社会的文脈における異なったコミュニケーションのチャンネルとレベルを含んでいる。そのレベルの違いが、「個人レベルではなく、コミュニティレベル、社会レベルでのヘルス・コミュニケーションは、既存の保健行動モデルや健康教育、医療社会学のアプローチとどう異なるのか」という疑問に相当する。最近では、多様な社会的文脈における異なったコミュニケーションのアプローチや働きかけの領域を示すために、グローバル・ヘルス・コミュニケーションという用語が使われることが増えていると指摘されている (Schiavo2007)。Schiavo (2007)は5つの領域に分けて説明しているが、当初の問題意識に添い Kreps ら(1998)が示すレベルでみると、ヘルス・コミュニケーションには、個人内、個人間、集団、組織、そして社会の5つのレベルが考えられる。

個人内の次元では、個人内の健康行動や意志決定における情報処理の心理的な過程に関わるコミュニケーションである。たとえば、有名な保健行動モデルであるヘルス・ビリーフ・モデル(HBM)において取り上げられる健康信念、態度や価値という社会心理学的変数

は、ヘルス・コミュニケーションにおいても欠かせない要素であり、それらがどのように形成され、行動に影響するのか。そのプロセスをヘルス・コミュニケーションとして捉えるのであろう。ただし、別のテキストでは (Northouse and Northouse 2010)、HBM における行動の手がかりとなる社会的情報がヘルス・コミュニケーションの観点からは重要であり、HBM は社会心理学的変数 (認知的変数) に焦点を当てすぎていると指摘されている。さらに、最近の健康教育などでは認知を重視し、感情というチャンネルが軽視されていることが指摘できる。したがって、保健行動モデルをヘルス・コミュニケーションの観点から捉え直せば、違ったモデルが提案される可能性があるし、一方でヘルス・コミュニケーションの実践は、これらの保健行動の理論やモデルに基づいて計画されるという関係でもある。

個人間の次元は、人間が相互にどのようにして感情や情報 (知識) を伝達するかというヒューマン・コミュニケーションの原点であり、典型的には、保健医療サービスや健康教育の提供者と受け手という二者関係、あるいは治療的な二者関係、健康情報の提供関係におけるヘルス・コミュニケーションが考えられる。これらの関係性を好ましい健康のアウトカムが最大となるように最適化する、効果的なヘルス・コミュニケーションの在り方が探求される。この次元は、健康や医療に関わるあらゆる組み合わせの関係性がヘルス・コミュニケーションの研究対象となり、医療社会学や健康教育にとっても有益な関係性を分析する観点を提供できる (Northouse and Northouse 2010)。

次は、集団の次元のヘルス・コミュニケーションである。たとえば、ヘルスケア・チーム、サポートグループ、家族などのレベルであり、保健医療のケアに関わる意志決定をするためには、適切な情報の交換や共有、さらには感情レベルでは共感などが重要な位置を占め、それらに基づき協力や連携、支え合いや連帯が可能となる。このように集団間における交流を分析する観点を提供できるという意味では、ヘルス・コミュニケーションの視点が重要となる。特に、エイズ患者、貧困、エスニック・マイノリティのような情報や権力的に周辺化された集団メンバーに対して、ヘルス・コミュニケーションの観点からのアプローチは、彼らのエンパワメントや *public advocacy* に貢献する可能性がある。

組織の次元におけるヘルス・コミュニケーションとは、独立した集団同士、異なった専門家同士、あるいは複雑化した保健医療システムの中で働く多領域のケア提供の専門職間において、必要な情報を共有して、ケアや予防あるいはヘルスプロモーションに向けて効果的に協働することを可能にするようなコミュニケーションのあり方の探求が、ヘルス・コミュニケーションの課題となる。

社会次元のヘルス・コミュニケーションの課題は、健康教育やヘルスプロモーションあるいは保健医療におけるケアの実践を向上させるために、如何にして、専門家から素人の一般市民までの広範囲を対象に、多様なメディアを通して、適切な健康情報を生みだし行き渡らせ、利用できるようにするか、ということである。

個人から社会次元まで、ヘルス・コミュニケーション研究においては、*public advocacy*、エンパワメント、コンシューマリズム、保健医療サービスの提供者と受け手の“力”と“情報”の均衡化、セルフケア、健康や健康ケアに対する患者のコントロールなど医療社会学やパブリック・ヘルスなどと共通するキーワードが強調されており、適切な健康情報の普及、市民の保健医療に関するデータや情報収集の支援、健康リテラシーを高める教育の開発を通じた、医療者と患者・市民の意思疎通の改善や、一般市民やハイ・リスク集団に対す

るエンパワメントが目指されている。とりわけ、ヘルス・コミュニケーションは、相互交流のプロセスであるコミュニケーションが医療の“本質”であると考え、しかもうまくいくのが当たり前という前提ではなく、うまくいかないものと考えて、個人から社会次元に至るまでコミュニケーション不全の状況を分析して、その原因を究明し、改善するための介入方法やスキル、戦略を生みだそうとしているのである。

IV. ヘルス・コミュニケーションと倫理

ヘルス・コミュニケーションと倫理の関係には、少なくとも2つの観点が可能である。すなわち、倫理的問題を伴う保健医療に関する選択を適切に円滑に行うために、関係者間において有効なヘルス・コミュニケーションを促進するという側面と、保健医療に関する選択をめぐるヘルス・コミュニケーションの質やあり方そのものを倫理的問題として問う側面である。後者は、先に述べたヘルス・コミュニケーションがうまくいかない場合であり、たとえば対立・抗争、誤解、孤立や疎外、関係における力の不均衡と立場の弱い者の自律性やコントロールの阻害などが考えられる。コミュニケーションのプロセスにおいて、技術的工夫のみでなく、このようなことを防ぐ倫理的枠組みも必要であろう。医療事故や医療過誤をめぐるシンポジウムのコメント論文で「医療、法律、司法という専門性が高く、確立した制度や専門機関のハードルが高い領域において、いかにそれらの知識やpowerを相対化することができるのか。医療事故や医療過誤の問題は、この一点にかかっているように思われてならない」と述べた(朝倉 2009)。ヘルス・コミュニケーションのあり方の倫理的な枠組みがあれば、先に述べた「保健医療サービスの提供者と受け手の“力”と“情報”の均衡化」や「public advocacy」「エンパワメント」の促進を目指すヘルス・コミュニケーションの目的にかなっている。EPA (United States Environmental Protection Agency) のリスク・コミュニケーションの7つの基本ルールでは、パートナーとしての連携、正直・率直であること、情報や関係の信頼や公正・公平性、人々へのいたわりなどが基本的姿勢として示されており、ヘルス・コミュニケーションにおいてもこのような端的な基本的ルールがあるのではないか。このことはすべての当事者に課される倫理であると考えられる。

引用文献

朝倉隆司、2009、「コメント：当事者からみる医療事故と保健医療社会学、—市民的合理性と layperson の視点の必要性—」『保健医療社会学論集』20(2)20-25.

Kleinman, A., 1980, *Patients and healers in the context of culture*, Berkeley: University of California Press.

Kreps, G.L., Bonaguro, E.W., and Query J.L., 1998, “The History and Development of the Field of Health Communication” L.D.

Jackson and B.K. Duffy eds. *Health Communication Research: Guide to Developments and Directions*, Westport: Greenwood Press, 1-15.

Northouse, P.G., and Northouse, L.L., 2010, *Health Communication: Strategies for health professionals* (3rd Edition), Upper Saddle River: Prentice Hall. (=2010、萩原明人訳『ヘルス・コミュニケーション これからの医療者の必須技術』九州大学出版会、13-17.)

Schiavo, R., 2007, *Health Communication From Theory to Practice*, San Francisco: Jossey-Bass, 24-26.

Zola, I.K., 1966, “Culture and symptoms: An analysis of patients presenting complaints,” *American Sociological Review*, 31(5), 615-630.