The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	ヘルスコミュニケーションをデザインする
Author(s)	池田, 光穂
Citation	Communication-Design. 2012, 6, p. 1-16
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/5841
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

ヘルスコミュニケーションをデザインする

池田光穂（大阪大学コミュニケーションデザイン・センター：CSCD）

Designing Health Communication: a Prolegomenon to Human Care in Practice

Mitsuho Ikeda（Professor of the Center for the Study of Communication-Design, Osaka University, Japan）

世界的トレンドとして、1980年代中頃から10年間の間に急速に医療、看護、福祉関係者に普及したヘルスコミュニケーションという専門用語は、今日では大きな市民権をもったものに成長した。医者と患者の間の二者間のコミュニケーション様式に由来する概念が、現在では保健を提供する側（ヘルスプロバイダー）と利用し受益する側（消費者／顧客）という社会集団のコミュニケーションへと拡張された。またコミュニケーションのやり取りの理解についても、双方向からネットワーク型のコミュニケーションを包摂するものへと変化している。このような分析を踏まえて、最後に分野の専門家たちにむけて、コミュニケーション用語と概念を理解する際の、いくつかの留意点・注意点を喚起する。

In emerging global context of health politics we have confronted the situation with the age of "*Health Communication,*" from decade of mid 1980s to present. And now we have recognized this word as one of ordinary words in our civil societies. The meaning of "Doctor-Patient Relationship" terminology has changed drastically from a closed interpersonal communication wording to the social initiative term for open source between "health providers" and "heath consumers/customers." The metaphor of "communication" has also changed from interpersonal information traffic to virtual touching experience through social network. In the final part of this paper I would alert our professional colleagues to need for reflexive usage of this word.

キーワード
ヘルスコミュニケーション、ヘルスプロモーション、医療社会学、医療人類学
health communication, health promotion, medical sociology, medical anthropology

私たちは生きており、そしてそれが何のためか知らない。私たちは死に、そしてどこへ去るのか知らない。――エルンスト・ブロッホ（1923）

ヒューマンケアに対するニーズが増大していると指摘されている現代における、対人関係を基調とするヘルスコミュニケーションそのものの多様性の広がりを、まず理念的に整理することが今求められている。その整理の上で、実証あるいは経験にもとづく考察を旨とする臨床コミュニケーション研究が、今後どのような方向性をもって、学問上の役割を果たしてゆくのかについて私は提言したい。私の拙いこれまでの調査経験――それは1980年代前半における西日本における伝統医療や新宗教教団における治療儀礼の実践、中米におけるプラ

マリヘルスケア活動、21世紀に入ってからの在日外国人への保健医療支援などの経験であるが――などに照らし合わせて、たぶんかなり思弁的なアプローチになるかもしれないが、ヘルスコミュニケーションの理論と研究上の枠組（スキーマ）の構造やダイナミズムが生まれた、歴史的背景ついても触れてみたい。もしこの領域に関心のある読者に益することがあるとすれば、それはヘルスコミュニケーションの現場で働き、協働し、そして調査研究する人たちに対して、今よりもその現場を内省的［ショーン 2007］に見ることができ、それぞれの生きる現場での何らかの知的刺激になることである。

1. ヘルスコミュニケーションの領域を確定する

まずヘルスコミュニケーションについての認識論的位置づけを最初におこなっておきたい。私は、ヘルスコミュニケーションというものが、どのような社会でもどのような歴史的文脈の中でも、普遍的に共通な一般像を結ぶとは考えていない。ある時代のある社会においてヘルスコミュニケーションと呼んでいるものが、別の異なった文脈ではおよそ似ても似つかぬものである可能性がある。ここで、ある時代のある社会とは、その2つの時空間を兼ね備えた文脈のことであり、それを人類学者は「文化」と呼ぶことだろう。身体観や（超自然や神格との交流を基調とする）宗教が文化や社会において多様な広がりをもつものだとすれば、ヘルスコミュニケーションもまた多様な広がりをもつ可能性を誰が否定することができようか。病気や治療の概念が異なる［池田 2010：123-124］ように、ある社会における極北の、あるいは逸脱したヘルスコミュニケーションが、別の社会では中心的なコミュニケーションの課題になることだってあるはずだ。

しかしながら、それらは完全にバラバラというものでもない。後に紹介するように、医者―患者関係が、しばしばシャーマン―クライアント関係に擬されて分析されることがあるように、ヘルスコミュニケーションにも、それを成り立たせているエージェントやプレイヤーがおり、それらの組み合わせや相互作用がいくら複雑でも、その社会にとっての共通点や相違点をもって、分析することが可能になると思われる。それらの間の類縁性は、たぶんウィトゲンシュタインの家族的類似性のように、多項的な配列の重なりあいでしか共通点を見いだすようことができない［Needham 1975］。それゆえにヘルスコミュニケーションは、それがおかれた文化的背景によって、その意味内容・社会的意義・実践的意味機能が異なる、つまり、その社会の人たちが考えるヘルスコミュニケーションは、その時代の文化や歴史というものに影響を受ける極めて動態的なものである可能性があるということである。

現在ヘルスコミュニケーションが多様性と動態をもつということが、それ自体の潜在力であると私は考え、ここまで広がった地球規模的な要因について考える必要があると思ってい

る。例えばグローバリゼーションがもたらす、世界の均質化と、同時にそれとは矛盾するように思われる世界の分節的多様化の影響が、ヘルスコミュニケーションの社会現象にも当然表れていると思う。もしそうであるならば、ヘルスコミュニケーションは、つねに歴史的社会的に普遍的な一般像をもつような文化的事象ではないし、それゆえこの事象に対して本質主義的な定義を当てはめ続けることはナンセンスであると言える。他方で、歴史的社会的文脈の詳細な分析をすれば、人びとがヘルスコミュニケーションとして受け入れるようになったプロセスがすべて解明されるようになるとも私は考えない。ヘルスコミュニケーションは、現時点で確固とした実在としても取り扱えることを否定しないが、文脈に依存しつつ流動的かつ不安定なものとしても理解しなければならない。もしヘルスコミュニケーションになんらかの実体を想定してアプローチするのであれば、このコミュニケーションに関わる人びと――そのような人びとはエージェントやアクターと呼ぶことができる――から構成されるきわめて立体的な構成物なのかもしれない。

このような認識論的な位置づけの後に出てくる次の作業は、ヘルスコミュニケーションとは何かという問いに答えることである。定義にまつわるエピソードをいくつか紹介しよう。ヘルスコミュニケーション研究の分野が、他の健康科学の分野の中でも比較的新しく挑戦的な新興分野であるといっても、管見の及ぶかぎり、すでに1ダース余りの定義がなされている［Schiavo 2007：8-10］。2010年に設立された日本ヘルスコミュニケーション学会では「ヘルスコミュニケーション学は、医療・公衆衛生分野を対象としたコミュニケーション学」と解説している。言い換えると、ヘルスコミュニケーションとは、医療・公衆衛生分野を対象としたコミュニケーションのことである。同じサイトウェブページでは「医学研究の成果を…分かりやすく正確に伝えるということ」、「関係者がお互いに伝え、受け取る、双方向のコミュニケーション」、「患者との良好なコミュニケーションが患者満足度の向上、紛争の予防・解決に結びつ」き、「職員のやる気・能力を高め、組織内の紛争を防ぐためにもコミュニケーションが果たす役割は重要」であると述べている［日本ヘルスコミュニケーション学会 Online］。ここでのコミュニケーションの役割はシャノン＝ウィーバー流の情報伝達であり、コミュニケーションがうまくいくと、患者は満足し、患者が医療者に仕掛ける紛争は回避できるまで縮小化すると論じられている。コミュニケーションの効用はそれだけではない。職員同士の仕事のパフォーマンスをも高めるものとされている。

他方、米国の疾病予防研究センター（CDC）の定義では「健康を増進する個人とコミュニティの決定に情報や影響を与えるコミュニケーションの諸戦略の研究と利用のこと」と簡潔に規定されている［Schiavo 2007：8］。この米国流の定義は、後ほど述べるWHOの定義と共通性をもち、コミュニケーション手段を、ヘルスプロモーションをはじめとして人びとの健康のために功利主義的な道具として利用しようとする傾向をもつ。そこにはソーシャル・インクルージョン――社会的排除という現象に対して社会福祉領域からの対処的政策の

思想として登場してきたもの――を含む、あらゆる保健施策に関わる関係者の動員に関わる必要事項であることを示唆している。言い換えればヘルスコミュニケーションは保健医療政策の不可欠なレパートリーのひとつなのである。これに対して、先に述べた日本のそれはコミュニケーションよりもむしろヘルスという概念のほうによい大きく比重がおかれている。医療官僚や医療専門職向けに、これからのグローバルスタンダードとなることをそれとなく暗示し、既存の医学教育に組み込まれることを望んでいるかのように……。

2. ヘルスプロモーション：ヘルスコミュニケーションの実践的起源

1996年のWHOのある保健プログラムが作成した『ヘルスプロモーション用語集』ではヘルスコミュニケーションを次のように説明している。「ヘルスコミュニケーションは、公的な計画表（アジェンダ）における健康の関心事に対する情報を人びとに提供し、重要な保健課題を維持するための主要な戦略のことである。大衆に有益な保健情報を普及するための、マスメディア、マルチメディアあるいはその他の技術的イノベーションの利用は、健康の進展に重要なだけでなく、個人および集団の健康の特異な側面への気づき（アウェアネス）を増大させる」［AMRO/PAHO 1996］。最初のセンテンスは、シャーボ［Schiavo 2007：8］がその著作のなかで掲げている、この用語の定義一覧における2006年のオーストラリア、ニューサウス・ウェールズ州政府保健局と全く同一である。オリジナルの定義がなされた1996年頃は、まさに世界の先進国でインターネット革命が次第に進行している時期であった。つまり、この場合におけるヘルスコミュニケーションは、今日的なインターパーソナルなヒューマンコミュニケーションの強調よりも、インターネット等を介したコミュニケーション技術の到来により多くの期待感を寄せているように思える。

それに遡る10年前の1986年のヘルスプロモーションのためのオタワ憲章では、コミュニティという言葉は重要な用語として文書の中でたびたび使われているが、興味深いことに、コミュニケーションという言葉は一度たりとも使われていない。その理由はなんであろうか。ここで私が推測することは、（1）コミュニケーションおよびその重要性は今も昔もあえて説明を必要としない言葉なので、わざわざ言及する必要がなかったか、（2）ヘルスプロモーションという用語が、住民を保健行動に参入させるためのヘルスコミュニケーションそのもの、つまり同義語として捉えられていたか、あるいは（3）オタワ憲章にみられるコミュニティ重視の発想のなかには、よもやコミュニケーションの齟齬が生じることなどは「想定外」であったのか、それとも（4）コミュニケーションを焦点化することにそもそも興味がなかったのかということである。このような多様な立場が生じる背景には、つまるところ、コミュニケーションがそもそも何であり、どこまでその範疇を求めるのか、そして、

そのように定義をしたコミュニケーションは、果たしてどのような有効性をもつのかということに、見解の相違があることがあげられる。

ちなみに私の大学院時代のメンター（指導教員）であった中川米造は1992年の『日本保健医療行動科学会年報』第7号に「コミュニケーション・ストラテジー」という論文を寄稿している。また1996年に出版された彼の生前の最後の著書『医学の不確実性』には、その最終章が「コムニケイションとしての医学」と題されている。晩年の中川は、大学の垣根を越えたワークショップを組織し医学生への医学教育に情熱を注いでいた。彼は、人と人を強力につなげる対人コミュニケーション技法に並々ならぬ関心を持っていた。コミュニケーションという言葉は当時の彼がよく口にしていた用語であり、それは、おもに医師―患者関係のパターナリズムからの脱却と、それに代わる対話モデルによって臨床の現場をオープンマインドで民主主義的なものにしたい彼の願いだったのかも知れない。この立場は明らかに、ヘルスコミュニケーションには、なにか具体的な実質があり、良きもので、そして人間にとって普遍的なものだという見解を反映する。

中川もしばしば引用していたスペインの医師であり歴史家、哲学者――要するに知識人――であるペドロ・ライン・エントラルゴ（Pedro Lain Entralgo, 1908-2001）の名著『医者と患者』のスペイン語の初版は1964年（邦訳1973年）に出版されている。その第5章は「医者―患者関係の構造」と題され、「医者―患者間のコミュニケーション」から説き起こされている［Entralgo 2003］。英米語圏の医療社会学では、「医者―患者関係」は1956年のサズとホレンダーの米国医学会（AMA）の『内科学雑誌（Archives of Internal Medicine）』に掲載された論文のなかでの指摘がもっとも初期に属するものである［Szasz and Hollender 1956］。医者―患者関係（Doctor-Patient relationship）は、しばしばD-P関係と言い換えられ、久しく医療関係論のなかで最も基本的なモデルとされてきた。今日でもその伝統は生き残っており、医者も患者も、その属性や役割などが拡張されて現在では「実践家―クライアント関係（practitioner-client relationship）」などと呼び習わされていることは周知のとおりである［Gabe et al. 2004：96-101］。サズとホレンダーの記念碑的論文の冒頭は、まず異文化経験が生みだす「慣習」への読者の関心を誘いつつ、医療実践を保証する文脈のなかでの医者と患者の関係もまた慣習であることから説き起こしている。この場合、コミュニケーションを可能にするのは、コミュニケーション主体の相互間の相違であると考えている。それは、我々がしばしば誤って理解することがある、コミュニケーションはお互いの行為主体の「完全なる相互理解」とは微妙に異なることを理解しておくべきである。

ここまでヘルスプロモーションについての政策担当の側や教育や研究の本質主義的な定義や説明、つまり、言葉には経験に先立って何か本質的な実体があるはずだという伝統的立場からの解説を加えてきた。しかし、もう少し、経験主義的な観点からみて、実際の保健の現場におけるコミュニケーションにはどのようなものがあるのか、あるいは、そこからどのよ

うな分析おこなうのか、その方法論や理論について解説していこう。

3. ヘルスコミュニケーションの研究

医療、看護、介護、福祉を包摂する広義の保健医療領域（以下「医療」という）におけるコミュニケーションを考えるためには、まず我々の研究対象たる保健というものがどのようなものとして理解されているかを確認する必要がある。

ヘルスコミュニケーション理解の第一歩はケアの現場から得られる情報の集積と分析である。最初に着手すべきは、(a) 保健・医療サービスに関わる、スタッフの職種や実際の職域、制度や法などの規約に関わる事柄を明確にすることである。次にその職種を包摂する (b) サービスの提供と分配に関する機能的な参与者を区分し、それらが適切なカテゴリーに分類されることである。これには、ケアの消費者、提供者、アドボケート、そして支援スタッフなどを経験的に区分することができよう。最後は、サービスの循環や交通という広い意味での (c) コミュニケーション行為の最小のユニット――コミュニケーションユニット――になるエージェントやアクターの存在を明確化することである。ブルーノ・ラトゥールやミッシェル・カロンらのアクターネットワーク理論（ANT）――カロンはこれをエージェンシーと構造を対立物としてみる従来の社会学に対比して「翻訳の社会学」[Callon 2001：62] という用語を与えている――は、ただ単にアクターの動態を調べて満足するだけでなく、人間以外の物質や制度などもアクターとして取り扱い、それらをめぐる社会的事象がその問題や実践のたびごとに構成されているという立場をとる。つまり、事物とそのコミュニケーションが織りなすものは、ただ単にアクターだけに還元できるものではなく、またアクターを静的な存在物と捉え、そのネットワークの配置によって明らかにできるものではないと考えるのである。アクターはネットワークの中で作用することを通してダイナミックにその位置づけや働きが変わるからである。ネットワークを（文字通り活動子としての）アクターが活動する文脈と考えることができるが、ネットワークもまた活動する実体であり、アクターの役割を変化させるかも知れない。ヘルスコミュニケーションは、どのような主体や行為者（アクター）からなるのか。これをめぐる推論は、ヘルスコミュニケーションが起こる場において、どのような種類の行為者がいるのかを実際に抽出し、その動態を分析することを通して意味のあるものになる。

コミュニケーションを、それらのアクターの振るまいのダイナミズムであると捉えればどうだろう。ここで私が言うアクターはアクターネットワーク理論が言うような人間以外のもの――例えば自動車やエンジンなど――まで拡張しなくても、通常の人間中心主義的な見方だけでも十分に役立つと考える。アクターの振る舞いのダイナミズムの現場においては、相

互行為論で使われる説明概念である、役割、ゲーム、作法（振るまい）、さらには効用を前提とした戦略や交渉などについて考えることができる。社会学の伝統においては行為者の外部に現れた現象だけを丹念に追いかけて、行為者の内面の吐露や自己の行為に対する説明をそれほど重要視しないアプローチと、それに対比する行為者の内面の重視する心理学的説明もとりいれるアプローチに大きく大別できる。後者のパラダイムに準拠すれば、行為者の内面に焦点をあてることに関心をもち、コミュニケーションの語りや主体のアイデンティティ、さらには意識、場合によっては無意識という分析概念を持ち出してコミュニケーションに関する様々な心理モデルに構築することに、その分野の研究者は関心を持つ。逆に前者のように、内面性を不問にして外部に現れる振るまいに焦点を当てれば、行動変容やその中長期的な変動の様子、さらには行動そのものの慣習化などについて、コミュニケーションがそれらに介在するプロセスについて研究を焦点化するだろう。

ヘルスコミュニケーションは別の側面においては臨床技法としての顔をもつ。ケア現場から要請があるテーマに関するコミュニケーション教育では座学としてさまざまな役割について学ぶだけでなく、学生実習などを通して実修することが強調される。実際の臨床現場では、対処する疾患別の応談などの接遇技法から、社会生活や対象者（ターゲット）集団への広範囲なヘルスプロモーションまで大きな広がりをもつ。疾患別のコミュニケーション技法が発達する背景には、患者の心理的身体的状態や日常生活への復帰においてきめの細かい経過観察と介入が必要となり、その技法の改善のためには現場力や実践知が不可欠だからである。疾患は、その個人や家族にとっても社会にとってもリスク要因となるために、（1）リスク予防、（2）リスク対処準備態勢、そして（3）リスク対応、という観点からの取り組みも必要になる。これらの時系列のすべての事柄にヘルスコミュニケーション技法は、非常に力強いツールとなり、さまざまな局面に介入することになるだろう。

ヘルスコミュニケーションの意味理解に込められているものの中で、その臨床面への効用が説かれるのが、医療を受ける側の当事者へのエンパワメントツールとしての役割である。このような実践上の努力の結果として、実現されるであろうと希望が持たれているのが「患者中心の医療（Patient-Centered Medicine）」である［Bensing 2000］。これまで――ヒポクラテスの昔から――患者はケアが必要とされるために古くから「脆弱な存在」あるいは「保護の必要な存在」と見なされてきた。このため洋の東西を問わず医療の原則は、最近その再考が促されるまでは、長い間、技術と知識という権能をもった医療者が患者に治療を施す際のパターナリズム（父権主義）原則で運営されていた。しかし患者の権利、インフォームド・コンセント、精神的ケアの浮上、さらにはユーザー自身がインターネット上における情報を収集し活用することなど、患者をエンパワーする技術的や社会的制度が整備されてきた。その中でも疾患・薬剤・自助グループなどに関するさまざまなケア情報を提供する健康情報技術（Health Information Technologies, HITs）あるいは e-Health の発達により、

患者集団は以前よりもより自律性の高い集団として機能する可能性も出てきた。とりわけ1990年代以降に本格化する携帯電話などのモバイル端末やインターネットの普及は、すくなくとも医療の専門家のみならず市井の人びとに（不正確な風評も含めて）膨大な健康情報をもたらすことになった。もちろん、この領域における情報革命への最大の影響は言うまでもなく医療の専門職集団に対してである、それは端的に「証拠に基づく医療（EBM）」と呼ばれるようになった。通信技術の発達と、新しいコミュニケーションツールの開発は、ヘルスコミュニケーションのあり方にこれまでは量的なインパクトをもたらしてきた。今後は最適で必要な情報を短時間でどこにおいても提供しユーザーが簡便に入手することができることを通して、人びとの医療行動の多様化をもたらす、より大きな質的な影響を与えるかもしれない。

4. ヘルスコミュニケーション領域の拡大化

1950年代中期以降、医者と患者の関係をモデルにしたコミュニケーションと、それを支える慣習（＝文化）という現象に焦点が当てられ、それを医者—患者関係（D-P関係）という名称で呼び習わすようになった。このモデルは、医師が、看護者にあるいはそれ以外の医療スタッフに拡張されて、やがて医療者—患者関係、さらには患者の消費者や医療者とのあいだの契約関係にある受益者すなわち「顧客」の関係であると意味が大きく変化してきた。医療の受益者という観方は、産業社会における消費者として理解に道を拓くものであり、患者は名実ともに医療というサービス産業の消費者になった。それゆえ患者や家族の側からの、医療に対するクレームの申し立てもまた、倫理的行為における不誠実を受けたことよりも、医師あるいは医療団側の契約内容の不履行のほうがより焦点化されるようになった。これらの一連の現象はヒポクラテスの時代から言われてきた伝統的な医師の知識と技能という文化的イメージからの脱却と変化の予兆と言うことができる。かつては熟練がもとめられたアートとしての医療という行為は、後には正確さと確実さが求められる現代科学の技術のひとつに変貌した。科学者としての医療者、専門職集団としての利権の独占、治療技術の向上という3つの要素が、医療のこの技術的専門分化に拍車をかけた。患者による医療への期待への増大と、医療の専門性が細分化してゆき患者の要求に十全に応えることができなくなってきたことは、まさにコインの裏表の現象であり、それらは専門分化の当初からその危険性を内包していたとも言える。

医療の専門化過程は、また公衆衛生領域における活動領域の拡大も意味する。この領域拡大の局面においては、医者と患者の関係は、公衆衛生プロジェクトに関わる保健医療スタッフとプロジェクトのターゲット集団（あるいはターゲットコミュニティ）の関係に拡張され

たのではないかと私は考える。1980年代の中頃に中央アメリカのある小さな共和国の西部の山岳地帯にある田舎町で、地域保健医療のボランティア活動――JICA青年海外協力隊のそれ――に従事していた私は、1976年のアルマアタ宣言に盛り込まれた非常に理想主義的なプライマリヘルスケアの理念が、さまざまな問題を抱えながらも、まさに現実に実行されているあり様を感じることができた。私が働いていた田舎の町の簡易保健センターを中心とした活動は、妊産婦へのワクチン接種、経口補水塩（ORS）の無料配布による乳幼児の下痢脱水症状の予防、基本医薬品による治療、医療水準の階層化、そして伝統的助産婦（TBA）の近代的な公衆衛生施策への取り込みなどから構成されていた。これらのプログラムに加えて、保健省ではUSAID（米国開発庁）の補助を受けた簡易トイレの普及も進んでいた［池田 2001, 2011］。

当時の医療人類学のテキスト［フォスターとアンダーソン 1987］は、これらの公衆衛生転換（public health turn）とも言える現象は、グローバルな歴史的観点からみると、（1）病院を中心とした西洋医療の破綻からの方向転換であり、（2）健康の概念の全体論へ回帰であり、（3）伝統的な医療の復権と伝統的な医療人材の公衆衛生政策への功利主義的な取り込みであり、（4）住民の統合的な保健施策への巻き込みであること、に他ならないことを雄弁に語っていた。途上国における公衆衛生を中心とした住民への巻き込みにおけるパワフルなツールとしてのコミュニケーションは、先に触れた1986年のオタワ宣言にあるようにヘルスプロモーション（＝健康の社会的振興）のための社会的な道具だてであり、それを可能にするための手段であったことは言うまでもない。

住民を公衆衛生運動に巻き込むことは、社会的啓蒙に他ならず、住民は保健施策における健康になる権利をもつプレイヤーとなり、そこから導きだされるプロジェクトの運営原理はデモクラシーが基本となる。医師と患者を対等な人格的関係として取り扱う原理は、医療倫理の綱領のなかに典型的に表れる。医療倫理の歴史的起源を尋ねれば、このような考え方は、ニュールンベルグ綱領（1947）やヘルシンキ宣言（1964）にみられるヒトを対象とする医学研究の倫理的原則の確立や、患者の権利宣言（1981）にみられる。医療者と患者を対等な人格としての尊重する原理の確立は、公衆衛生施策が始まる以前からすでに準備されていたのである。

今から振りかえってみれば、北米では1964年7月に公民権法が制定されるが、公民権運動以降の影響を受け、1970年代には、患者の権利運動（Patient Rights Movement）にはじまり1980年代には健康のアドボカシー運動が活発化する。これらは、今日における病気の自助グループの形成に大きな思想的根拠を与えた。同時に1980年代後半のエイズ禍と、それに対する世界レベルでのHIV感染防止への取り組みの活動、例えばメモリアルキルト運動など、当事者のみならずより多くの人の社会的参画を促す運動へと展開する。この時期はある意味で、啓蒙主義以来の2世紀以上にわたる歴史をもつ、人間がもつ諸権利の再吟味と

そこから漏れた社会的カテゴリーに属する人たちに対する救済とエンパワメントの時期でもあった。1975年の国際女性年（86年からの10年間は国連女性の10年）、1979年の国際児童年と1989年「国連子供の権利条約」の採択など、近代国家制度の中でいまだ克服されてこなかった社会的弱者に対する差別の反省と権利保障の理念が確立を促し、保護法律が整備され、アドボカシーを通した当事者へのエンパワメント、ならびに社会的包摂すなわちソーシャル・インクルージョンといったさまざまな方策が登場する。これらの諸現象は言うまでもなく、患者の権利の向上と、直接的あるいは間接的に深く関わっているように思われる。

20世紀最後の四半世紀における、健康を取り扱う社会の現場における特徴的な出来事についてまとめるとすると、それはまず、患者の権利の向上にともなう、ヘルスコミュニケーションの現場で行使されるミクロな権力関係に関するかなり大規模な変化が地球の広い範囲でみられたことである。今日においてヘルスコミュニケーションという言葉が、それを受け取る人びとの気持ちのなかに、何か民主的なアクター間の対話を拓き、そこに参与する人たちに予防や治療以上の効果、とりわけ当事者の主観的な癒し（healing）の感情すら起こすものであれば、それは、患者の権利主体としての地位の向上であろうと思われる。

もちろん患者の地位の向上という未完の社会的プロジェクトは順風満帆とは言いがたいし、また、各人あるいは特定のグループが、かつて「そうあればいいな」と想像していたものとは大いに異なる事態が今後起こることも否定できない。たとえば私が「社会医学」［ガルドストン 1973］について研究をはじめた1980年代には、今日の（もちろんごく限られた一部の）患者たちがその適用範囲外の領域において自己の権利主張を過剰に拡張し、医療者と患者の理想的な信頼関係を破壊するモンスター（化け物）になるという事態は想像もできなかった。この状況に相まって、医療者がつくりだす「モンスターが医療を壊す」という危機言説が登場し、自らの医療行為における接遇のモードにも影響を与えるという事態すら起こっている［日本医師会 2011］。これに類似したことであるが、医療過誤訴訟件数は、2004年までの10年間では民事では既済件数15万を推移しているが医療事故関係では既済件数が1004件と10年間で倍以上の伸びをしている［最高裁判所 Online］。増大する医療過誤訴訟件数を処理する裁判の効率性の悪さに気づき、これらの問題の解決の質と水準についての検討が進み、法廷にかかる以前に、あるいは法廷の外で紛争当事者間の「和解」にむけて対話的手法が使われる裁判外紛争解決（ADR）というヘルスコミュニケーション手段が登場することなども、30年前には誰も想像することができなかった。

人びとが医療に向ける好奇の眼や関心が投影される文芸作品というフィクションからも、その時代で行われている典型的な医療や医療行為とは何かを表象しているような研究材料が得られる。山崎豊子『白い巨塔』（週刊誌連載時1963-65年）とそのテレビドラマによるリメイク（4度目は2004年）、手塚治虫『ブラックジャック』（1973-83年）、海堂尊『チーム・バチスタの栄光』（2006年）の3つの作品群を取り上げるだけでも半世紀の日本における医

療のポピュラーイメージについてかなり綿密に論じることができるだろう。

ここで取り上げたヘルスコミュニケーションに関する私の紹介の取り上げ方や議論の展開は、あまりにも連想ゲーム的、あまりにも断片的思いつき的であるかもしれない。だが、ここで自己弁護すると、今日におけるヘルスコミュニケーションの現状が、きわめて広範囲になり、またそれぞれの現場には、複数の専門家が介入し、状況はダイナミックでかつ流動的、おまけに偶発的要素が多いものになっているゆえの多様化する現実を、ひとつの体系でもはや取りまとめることができないのも事実である。文化人類学者のジンクスに、フィールドワーカーは対象とする人びとに似てくるというものがある。複雑なヘルスコミュニケーションの現場でフィールドワークする研究者もまたそのジンクスに倣って、その研究対象に似て他の領域の研究者にくらべてより多専門領域性（multi-disciplinary）をもった人にならざるを得ないであろう。実際、この領域の研究は複数の学問領域の研究者が関わる共同研究が不可欠であり、またそこから出るアウトカムもまた、その理解には学際的（inter-disciplinary）あるいはトランス学域（trans-disciplinary）な能力を有する学問的資質が求められるだろう。そして、ヘルスコミュニケーション研究の専門家は、現場が抱えている問題の多様化傾向により、今よりもなおヘルスコミュニケーションの現場に、引き摺り込まれていく機会が増えるだろう。

サズとホレンダーの医者―患者関係についての記念碑的論文が書かれた翌年の1957年に、ロバート・ストラウスが、医療の社会学（sociology of medicine）と医療における社会学（sociology in medicine）という、社会学者と現実の医療の関係性についての有名な形式的区分をおこなっている［Strauss 1957］。前者が医療を客観的にかつ中立的に分析する傾向をもつのに対して、後者は現場に巻き込まれた状況の中から分析を紡ぎ出す傾向の特性を対比的に描いたものである。しかしながら、拡張するヘルスコミュニケーションの現場と、それについての内省的知識を社会学者自身に要求することにより、ストラウスの形式的区分が、今後ますます「ぼやけてゆく」ことを、想像することはそれほど難しいことではない［ギアーツ 1999］。社会学者や人類学者がこの拡張する現場に果敢に挑戦すればするほど、その複雑化の濃密化の度合いに関心を持たざるを得えない。そして、ストラウスの認識論にもとづく、形式的な医療社会学の2つの区分が今後ますます融合することで、よりユニークな方法論が開発されてゆくことは間違いない。日本社会にチューニングしたグラウンディドセオリーの展開やナラティブアプローチの普及は、そのような現場に即した方法論の革新が、我々が想定するはるか以前より進行中であることを見事に物語っている。医療社会学や医療人類学は、メインストリームの社会学や人類学の最先端領域研究の後塵を拝しているどころか、今日における実践的研究という観点からは、はるか先の前衛を突っ走っているという学問の現状分析に関するリビジョニズムはもう少し声高に主張してもよいと私は思う。

5. 臨床コミュニケーション研究者への提言

以上、これまで私は非常に思弁的に語ってきたが、その総括として臨床コミュニケーション研究者に対して、ヘルスコミュニケーションを考える際の4つの提案めいた命題を投げ掛けて、この議論を締めくくりたいと思う。

5.1 No Magic Bullets の原則を確認する

魔弾（Magic Bullets）は、カール・マリア・フォン・ウェーバーの歌劇『魔弾の射手』に出てくる悪魔との契約により得ることができる思ったところに必ず当たる猟銃の弾のことである。西洋近代医療は、ペニシリンやストレプトマイシンなどの「特効薬」を、この奇跡を実現する「病気を制圧することができる最終兵器」として美談化してきた。しかし、歌劇では、妖計をたくらむ狩人の友人が悪魔と契約する時、その弾の最後の1発は悪魔が考える相手を射ぬくことになるが、それで良いかと邪悪にも悪魔は念を押すのである。歌劇の魔弾――善人の狩人の恋人の心臓に放たれた最後の弾は護符により跳ね返り流れ弾になり結局のところ悪魔と約束した友人に命中する――と同様に、人知を超えた万能を求める人間の欲望は予期せぬ災厄（ハザード）をうむことは、抗生物質の濫用とそれが効かなくなる多剤耐性菌の登場という現代医療の歴史が教えることと類似の現象であり、かつ我々にとっての教訓である。EBMやNBM（ナラティブに基づく医療）と同様、ある種の陳腐化を生みつつあるのに、ヘルスコミュニケーションの用語を普及し、その教育研究の社会的意義を強調する人たちは、このコミュニケーションへの着目が、現代医療の問題解決のための魔弾のごとく喧伝する点が私にとってはとても気掛かりである。ヘルスコミュニケーションという用語の出現は新しいかもしれないが、じつはヘルスコミュニケーション研究が想定しているヒューマンコミュニケーションの実際は、拡張する以前から人間社会のなかで連綿と続いてきたものと同様なのである。その論点からヘルスコミュニケーションに魔弾を期待するのは、やはり欲望過多にすぎない。

5.2 医師―患者関係に原型をもつ臨床コミュニケーション・モデルと、マルチメディアやインターネットの発達などを受けて洗練化・精緻化に代表されるパブリック・ヘルスコミュニケーション・モデルの峻別をする必要性がある

電子情報技術の発達によりコミュニケーションと聞くと、それは機械による通信（コミュニケーション）と人間による相互作用（＝インタラクションによるコミュニケーション）なのかを峻別してから、我々は議論をはじめないとならないだろう。そうでないと、はたして

我々は、コミュニケーションでやりとりされる情報の量と質の問題を議論しているのか、それともコミュニケーションの末に到来する何かの状態の変化（具体的には患者の本復や改善、あるいはそれに向けての情報理解や得心）に焦点化するのか、議論が混乱して、定義の確認から始めるという堂々巡りに陥る可能性があるからだ。同じように、マルチメディアやインターネットを使った「コミュニケーションの改善」という文言が登場すると、それはあくまでもより多くの人への正確で効率のよりメッセージの伝送という、機械による通信技術の発達の影響を顧慮しなくてはならない。パブリック・ヘルス（公衆衛生）に関わるコミュニケーションは、最終的に人間の五感に届くように設計され、また人々の行動を変えるという目的をもつからだ。ヘルスコミュニケーションには、医師―患者関係に原型をもつような臨床コミュニケーション・モデルが大きな伝統として、その片方に大きな領域を占め、他方、もう片方には、コミュニティを対象にするヘルスコミュニケーションすなわち、パブリック・ヘルスコミュニケーションがある。それらは広くヘルスコミュニケーションの領域を包摂するのである（図. 1を参照）。

5.3 「進化する」ヘルスコミュニケーションという宣伝に警戒する

健康科学（ヘルスサイエンス）は身体という「なまもの」を相手にする科学である。e-Health が普及して、コミュニケーションのモードが変わっても、病む心と身体の構成が急速に変わるわけではない。身体という「なまもの」においてなお、マルセル・モースが言うように身に付いた技法は、身体のポータビリティという性質の必定として、異なった社会や文化のなかで、その身体が訓育をうけたお里の社会や文化を表現する予期せぬメッセンジャーとなるばかりでなく、文明の核心部分になる［Mauss 2006］。ヘルスコミュニケーションはテクノロジーの変化をうけて「進化」しているように見えるかもしれないが、ヘルスサイエンスは最終的に身体に介入する。身体が e-Health による情報革命の洗練を受けても、身体のあり方はタイムラグをもって、またゆっくりと不均等に変化してゆくであろう。

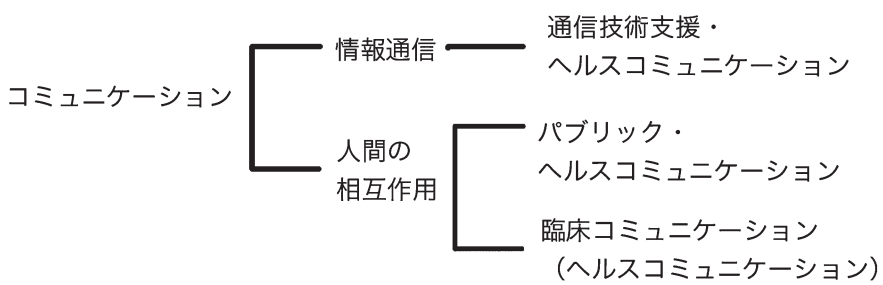

図. 1　ヘルスコミュニケーション概念の経験的整理

5.4 情報論モデルから身体を介したコミュニケーション・モデルを内包した新しい方向性を模索する

コミュニケーションの科学は、久しくシャノン＝ウィーバー流の信号情報のやり取りのモデルで理解されてきた。たしかにヘルスサイエンスではノンヴァーヴァルコミュニケーションなどにはとりわけ注意が払われてきたところである。しかし、現今のヘルスコミュニケーション領域で、この伝統が重視されているのは、接遇の理論研究と教育に特化したおもに看護と介護福祉領域のものであろう。そして現代医療の現場が、バイオメディカルな診断技術の発達に依存すればするほど、身体へのコミュニケーションへの関心が遠のくばかりである。つまり、ヘルスコミュニケーションにおける身体の取り扱いをめぐって専門家間に関心の温度差、乖離が生じるという事態が危惧される。しかしながら、近年の身体を介したコミュニケーションへの研究関心の増大は、同時に起こったIT革命移行後の情報論モデルの改訂作業が引き続き進行中であることと無関係ではなく、コミュニケーション・モデル研究は今なお暗中模索の状況にある。

ヘルスコミュニケーションという、いっけん見事に統合化されたようなコミュニケーションの研究教育領域が登場してきたかに見える。しかしその現実は、医歯薬領域の医療保健・看護・介護・社会福祉のそれぞれの専門家におけるコミュニケーション研究の野合と戦場（＝バトルフィールド）であり、また当事者たちのそれぞれの領域（＝場）をめぐる覇権（＝ヘゲモニー）争いにより占領されたり、また逆に奪還される危険性を常に孕んでいる。これまで学際化や統合領域がうまれつつある機運にあった医療研究が、再びその領域間に専門領域をつくり分離化する現象（＝バルカン化）を惹起することの危険性が今なおあるのだ。そのような未来の――すくなくとも私には最悪に思える――事態を払拭するためには、それぞれの領域におけるコミュニケーションの研究者の相互の学術情報の交換に関する良好なコミュニケーションが求められる。これは言うまでもなく医療研究における新たな実践的課題の浮上に他ならない。コミュニケーション研究におけるライバル的競合関係がいいのか、それとも良好な協調戦術がよいのか、それにこのような選択のどちらが人間の健康の未来にとって好ましいものか、十分説得的な説明ができる能力を私は今持ち合わせていない。しかしながら同僚の臨床コミュニケーション研究者も含めて、この領域に関わってきた文化的歴史的伝統を受け継いで「人間がいま直面しているヘルスコミュニケーションの危機と困難に立ち向かう」ことしか、我々にはできないことだけは確かである。ヘルスコミュニケーションは実践的な意味で再帰的である。それはまた再帰的であるがゆえに実践的である。すなわち具体的なヘルスコミュニケーション事象に関するメタ理論もまた、ある種のヘルスコミュニケーションに関わるという不思議な性質をもつのだ。ヘルスコミュニケーション理論には、我々の興味が尽きるところがない。

参照文献

AMRO/PAHO（1996）*Communication, Education and Participation: A Framework and Guide to Action*. WHO（AMR/PAHO）, Washington DC. : 1996
http://www.add-resources.org/who-amro.80584.en.html

Bensing, J.（2000）Bridging the Gap: The separate worlds of Evidenced-Based Medicine and Patient-Centered Medicine. *Patient Education and Counseling* 39:1–9.

Callon, M.（2001）Actor Network Theory, *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, Neil J. Smelser, Paul B. Baltes（eds.）, New York: Elsevier.

Gabe, J., M. Bury and M. A. Elston（eds.）（2004）, *Key concepts in medical sociology*, London:Sage.

Lain Entralgo, Pedro（2003［1964］）*El Medico y el Enfermo*. Madrid: Triacastela.

Mauss, M.（2006）*Techniques, Technology and Civilization*, New York: Durkheim Press.

Needham, R.（1975）Polythetic Classification: Convergence and Consequences. *Man*（*N.S.*）10（3）: 349–369.

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

Strauss, R.（1957）The nature and status of medical sociology, *American Sociological Review* 22: 671–96.

Szasz, T. and Hollender, M.（1956）. A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship, *Archives of Internal Medicine* 97: 585–592.

ブロッホ, エルンスト（2011）『ユートピアの精神』好村冨士彦訳、白水社.

フォスターとアンダーソン（1987）『医療人類学』中川米造監訳、リブロポート.

ガルドストン、Ｉ.（1973）『社会医学の意味』中川米造訳、法政大学出版局.

ギアーツ、C.（1999）『ローカル・ノレッジ』梶原景昭ほか訳、岩波書店.

池田光穂（2001）『実践の医療人類学：中央アメリカ・ヘルスケアシステムにおける医療の地政学的展開』世界思想社.

池田光穂（2007）「〈現場力〉について：言葉による概念の受肉化」『臨床と対話』中岡成文編、大阪大学21世紀COEプログラム「インターフェイスの人文学」研究報告2004–2006・第８巻、Pp.27–41.

池田光穂（2010）『看護人類学入門』文化書房博文社.

中川米造（1996）『医学の不確実性』日本評論社.

日本ヘルスコミュニケーション学会（Online, n.d.）

http://HealthCommunication.jp/hc.htm

日本医師会・医療事故調査に関する検討委員会（2011）『医療事故調査制度の創設に向けた基本的提言について』.

http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20110713_2.pdf　平成23年6月.

最高裁判所（Online, n.d.）「医事関係訴訟事件及び地裁民事第一審通常訴訟事件の処理状況（平成7年～平成16年）」.

http://www.courts.go.jp/saikosai/about/iinkai/izikankei/tousin_01_siryo01.html

ショーン、ドナルド（2007）『省察的実践とは何か：プロフェッショナルの行為と思考』柳沢昌一・三輪健二（監訳）、鳳書房.