

賢い患者・市民に
なるための

「ヘルスリテラシー」講座

Health Literacy



情報と コミュニケーション

コミュニケーションの
本質は「共有すること」

ヘルスリテラシーとは健康を決める力であり、情報に基づいた意思決定ができることです。そのためには、信頼できる情報を入手しなければなりません。それは簡単でしょうか？ また、それを理解することはどうでしょう？

アメリカでは1980年代から、「ヘルスコミュニケーション」という言葉が使われるようになってきました。専門家が健康情報を伝えるための戦略のことで、そのためには研究を積み重ねた上で提供すべきという考え方です。「ヘルスコミュニケーション」が必要になったことは、それが決して容易ではないことを表しています。コミュニケーションは、日本では伝えるという意味で使われますが、本来は共通項をつくることです。双方向的なもので、情報交換により「情報を共有する」こ

とを意味します。例えば、結婚により生活を共にするという作業は、いかにお互いの経験してきた世界が違っているかを共有することです。

保健医療の専門家（医療者）と非専門家（患者）の住む世界では文化が違います。常に健康について考える癖がついている文化と、できればそのことは考えなくて済むようにしたいという文化とも言えるでしょう。両者のコミュニケーションが成立するためには、言葉や知識、役割や立場の捉え方、コミュニケーションの目的といった前提が必要です。コミュニケーションの目的には、一方的意図を持って「相手に働きかける」ものと、人間関係をつくるために行う「情報共有」そのものがあります。医療者と患者ではどうでしょうか。

医療者は説明すれば誰でもわかるはずと思いき、専門用語だと気づかず使い、質問がなければわかっていると思いき、

決めたことは実行してもらえないはずと思ってしまうがちです。しかし、患者はリスクや診断などを聞いた時点で動揺してしまい、頭が真っ白になってしまふことも多いものです。そのため、よくわからないのに「はい」とうなずき、何がわからないのかもわからず、帰宅後にインターネットで調べるなどということが起こってしまいます。

患者や市民が強く自己主張をしそうなアメリカでさえ、こうしたコミュニケーションギャップがあることがわかってきました。このギャップを埋めるためには、患者や市民のヘルスリテラシーの向上に加え、医療者には相手の置かれた状況や文化を理解する姿勢が求められています。

情報は提供方法で 受け止め方が変わる

従来、健康教育では不適切な健康行動を回避するために、さまざまな形で



聖路加看護大学
保健医療社会学・
看護情報学教授
中山和弘
なかやま かずひろ

1985年東京大学医学部保健学科(現健康総合科学科)卒業、92年同大学院修了。保健学博士。東京都立大学、愛知県立看護大学等を経て、2001年聖路加看護大学助教授、04年より現職。ヘルスリテラシーの向上、意思決定と行動変容等を研究テーマに、精力的に活動を展開。『健康を決める力』<http://www.healthliteracy.jp/>
Twitter <http://twitter.com/nakayamkazhiro>

リスクを伝えてきました。

「運動をしないでいると心臓病になり、痛くて苦しい思いをしますよ」といったメッセージなどです。そのときメッセージを受け取った側には、2つの行動の可能性が考えられます。

①リスクを避けるために勧められた行動を取る(運動して心臓病のリスクを減らす)。

②リスクによる恐怖感を避けるために、考えないようにして勧められた行動を取らない(恐怖感そのものを減らす)。

後者の行動は、伝える側が相手のリスクへの恐怖感を評価せず、それに対する配慮もないときに起こります。脅せば脅すほど、そこまで言うならもう駄目だと思ってしまうこともあるわけです。リスクによる恐怖感を回避するためには、情報提供をしなければいけない考えもありますが、それでは納得のいく意思決定ができません。情報の受け止め方に対する支援が必要なのです。

意思決定には 3つの方法がある

情報提供とコミュニケーションを通じて、医療者と患者の関係はより対等なものへと変化しつつあります。それ

でもまだ、医療者からの情報には強制力が伴う場合があります。言われたことは「従わなくてはならないこと」になり、「言われた通りにできなくてつらい」ということも起こり得ます。これまで、医師が決定し患者はそれに従うという関係が当然のようにあったこともあったでしょう。

このような、医師を中心に決定する方法は、「パターナリズムモデル」(父権主義モデル)と呼ばれます。父親が小さな子どものためによかれと思つて、子どもの意向をあまり聞かずに意思決定することから来ています。この「パターナリズムモデル」を含めて、現在、

表 意思決定の3つのモデル

3つの決め方	得られる情報	意思決定する人
パターナリズム モデル 父権主義	少ない	医療者
シェアード ディシジョンモデル 協働での意思決定	意思決定に必要な情報はすべて共有	医療者と一緒に自分で
インフォームド ディシジョンモデル 情報を得た自己決定	信頼できる情報を幅広く収集するためには、ヘルスリテラシーが必要	自分で

意思決定のタイプは、大きく3つあると言われています(表)。

①パターナリズムモデル

患者に選択する能力がないという想定で、患者にはその機会を与えず医師が意思決定するものです。医師による意思決定の結果を話すだけで、医師が提供する情報は少なくなりません。

②シェアードディシジョンモデル

医師と患者が話し合い、協働して意思決定する方法です。医師は提供する情報を制限せず、患者の意思決定に必要な情報をできるだけ提供しようとしています。互いに情報を共有し、選択の理由も共有するパートナーとなります。

③インフォームドディシジョンモデル

患者が自分で主体的に意思決定を行うものです。患者は医師以外にも積極的に幅広く情報を収集、そのためにはヘルスリテラシーが必要になります。意思決定の方法として、このような

3つのタイプがあることも情報です。選択肢を知ること、それぞれのベネフィットとリスクを考えることができます。自分が納得した上で意思決定したいという方は、『健康を決める力』(<http://www.healthliteracy.jp/>)の「コミュニケーションと意思決定」をご覧ください。

次号テーマ(予定) / 「医療化とスティグマ」