

日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌

第11巻2号（令和2年10月1日発行）

The Journal of the Japanese Association of Health Communication
Volume 11, No.2, 2020

編集・発行

日本ヘルスコミュニケーション学会

Japanese Association of Health Communication
<http://HealthCommunication.jp/>

日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌—第 11 卷第 2 号
The Journal of the Japanese Association of Health Communication Vol.11, No.2

第11卷第2号

.....(全文掲載)[PDF]

表紙・目次

.....(表紙)[PDF]

<原著論文>

著名人の乳がん罹患公表が成人女性の乳がんに対する意識, 知識, 行動に及ぼす影響

宮脇梨奈・柴田愛・石井香織・岡浩一朗

.....pp. 3-12

電子カルテ使用時における医師の対面方向が与える影響 -ビデオによる疑似診察に対する評価-

相原嘉子

.....pp. 13-18

WEB 上 Q&A サービスへの投稿ログデータにおける認知症者の介護で家族が抱える困難と悩み

小沢彩歌・平和也・村山太一・藤田澄男・伊藤美樹子・荒牧英治

.....pp. 19-27

精神科訪問看護師の看護観の形成に関する探索的質的研究

石富千瑞・岩隈美穂

.....pp. 28-36

<研究報告>

AYA 世代のがん罹患者におけるがん情報の入手状況と重要度の検討

高橋朋子・八巻知香子・高山智子

.....pp. 37-43

<総説>

日本国内の生活者を対象とした健康増進・疾病予防に関わる介入の実態—医中誌 web を用いたシステムティックレビュー—

佐藤克彦・戒田信賢・大浦智子・太田はるか・中山寛子・森岡美帆・甲斐千晴・
小柳仁・中山健夫

.....pp. 44-60

<その他>

飼い主への説明文書を読みやすくするための工夫—ある動物病院の取り組み—

宮崎良雄

.....pp. 61-69

奥付

.....p. 70

原著論文

著名人の乳がん罹患公表が
成人女性の乳がんに対する意識，知識，行動に及ぼす影響
**Impact of Announcements from Public Figures about a
Breast Cancer Diagnosis on Breast Cancer Awareness, Knowledge, and
Behavior among Japanese Women**

宮脇梨奈¹⁾ 柴田愛²⁾ 石井香織³⁾ 岡浩一朗³⁾

¹⁾明治大学文学部

²⁾筑波大学体育系

³⁾早稲田大学スポーツ科学学術院

¹⁾School of Arts and Letters, Meiji University

²⁾Faculty of Health and Sport Sciences, University of Tsukuba

³⁾Faculty of Sport Sciences, Waseda University

Abstract

This study aimed to examine the effect of announcements by public figures about a breast cancer diagnosis on breast cancer perceptions, knowledge, and preventive behavior among Japanese women. The participants were 2,933 Japanese women aged 20–69 years who responded to an internet-based cross-sectional survey. Multivariable logistic regression analysis was used to examine the associations between sociodemographic attributes, perceptions, and knowledge of breast cancer, and preventive behavior, and finding out about announcements. Overall, 77.4% of the respondents had obtained information about a public figure's breast cancer diagnosis. This was more likely among respondents with children (adjusted odds ratio [AOR] 1.50, 95% confidence interval [CI] 1.12–1.83), or with friends or co-workers who had survived breast cancer (AOR 1.82, 95% CI 1.46–2.27). Obtaining information was positively associated with a perception of fear (AOR 1.90, 95% CI 1.52–2.38), and knowledge of breast cancer screening (target age: AOR 1.73, 95% CI 1.31–2.27; interval: AOR 2.29, 95% CI 1.64–3.20). Overall, 30.4% of respondents took action to prevent breast cancer. The findings suggest that announcements by public figures about cancer had a meaningful effect on public health. It may be helpful to develop messages about cancer control to use when public figures make announcements about cancer.

要旨

本研究では、我が国の著名人の乳がん罹患公表が女性の乳がんに対する意識，知識，行動へ与える影響を検討することを目的とした。Web 調査による横断調査へ回答が得られた 20～69 歳の成人女性 2,933 名を分析対象とし、著名人のがん罹患情報取得者の特徴および情報取得と乳がんに対する意識・知識との関連をロジスティック回帰分析にて検討した。その結果、情報取得者の割合は 77.4%で、その主な特徴は、子どもを持つ者 (AOR, 95%CI : 1.50, 1.12-1.83)、友人・同僚の乳がん罹患歴 (1.82, 1.46-2.27) であった。また、情報取得は、乳がんをこわいと思う意識 (1.90, 1.52-2.38)、乳がん検診知識 (年齢 : 1.73, 1.31-2.27, 間隔 : 2.29, 1.64-3.20) と関連し、情報取得後 30.4%の者に行動変化が確認されたことから、我が国でも著名人のがん罹患公表が国民の意識，知識および行動に影響を与える可能性が示唆された。今後は、より国民のがんに対する理解を深め、がん対策を推進するためにも、著名人のがん罹患公表時に意図的なコミュニケーションや情報伝達ができるような体制・戦略の構築が必要である。

キーワード : 著名人, がん, がん予防, マスメディア, ヘルスコミュニケーション

Keywords: Public figure, cancer, cancer prevention, mass media, health communication

1. 序文

がんの統計(がんの統計編集委員会, 2019)によると、我が国では生涯のうちに約2人に1人はがんに罹患すると推計されている。中でも乳がんは、依然増加傾向にあり、女性の部位別がん罹患数では最多(がん罹患全体の21.1%)、死亡数でも5番目に多い(がん死亡全体の9.1%)がんと報告されている。さらに40~50歳代の女性におけるがん罹患数では約半数を占め、がん死亡数としては最多部位である。その一方で、厚生労働省は、乳がん死亡率の減少を目的として、40歳以上の女性に2年に1回の乳がん検診受診を推奨している。しかし、その受診率は年々上昇傾向にあるものの、欧米先進諸国の受診率60~80%よりもさらに低い水準に設定された50%にも未だ到達していない(OECD, 2017)。乳がん検診受診を含め、乳がんの予防・検診行動を促進することは、がん対策推進上の重要な課題のひとつとなっている(厚生労働省, 2018)。

諸外国では、著名人のがんに関する公表や訃報が、がん対策を推進する要因のひとつになると捉え、その影響について繰り返し検討が重ねられている(Noar, Willoughby, Myrick & Brown, 2014; Beck, Aubuchon, McKenna, Ruhl, & Simmons, 2014)。著名人のがんに関する公表は、がん情報が届きにくいとされる層も含め(Lancucki, Sasieni, Patnick, Day, & Vessey, 2012; Marlow, Sangha, Patnick, & Waller, 2012)、国民の広い範囲に情報が到達すると言われている。その結果、人々のがんに対する意識を変化させ(Borzekowski, Guan, Smith, Erby, & Roter, 2014; Lebo, Quichenberger, Kamolz, & Lumenta, 2015)、より詳細な情報を得るためにがん情報の探索行動を増やすことや(Brown & Potosky, 1990; Metcalfe, Price, & Powell, 2011; Ayers, Althouse, Noar, & Cohen, 2014; Waszak & Kawalec, 2017)、対人コミュニケーションを増やすことが報告されている(Myrick JG, Willoughby JF, Noar SM & Brown J, 2013)。大腸がん(Brown & Potosky, 1990; Cram, Fendrick, Inadomi, Cowen, Carpenter, & Vijan, 2003)、乳がん(Chapman, McLeod, Wakefield, & Holding, 2005; Kelaher, Cawson, Miller, Kavanagh, Dunt, & Studdert, 2008; Twine, Barthelme, & Gateley, 2006)、子宮頸がん(Lancucki et al., 2012; Metcalfe et al., 2011; MacArthur, Wright, Beer, & Paranjothy, 2011)等のがん検診・検査や、遺伝子検査や予防的手術(Evans et al, 2014; Desai & Jena, 2016; Liedt, Cai, Crouter, Niepel, Callaghan, & Evans, 2018)の受診者を増やすことや、治療方法の選択に影響を与えることも示されている(Nattinger, Hoffmann, Howell-Pelz, & Goodwin JS, 1998; Du, Freeman, & Syblik, 2000)。このような影響を及ぼす背景にはマスメディアによる報道があると考えられ、著名人のがんに関する公表を効果的ながん情報の伝達とするために、マスメディアが報じた情報内容の分析も行われている(Metcalfe et al, 2011; Hilton & Hunt, 2010; Kamenova, Reshef, & Caulfield, 2014; Dean, 2016)。

これまで我が国では、著名人のがん罹患を含む健康問題は隠される傾向にあり、訃報として知ることが多かつ

た。しかし近年、我が国でも著名人が自らががん罹患を公表することも増えている。著名人ががん罹患を公表することは、マスメディアの注目を集め、発信される情報量が増え、人々に影響を及ぼすものと考えられる。しかし、我が国では、著名人のがん罹患公表による国民への影響は検討されていない。国民への影響があることが確認されれば、著名人自らががんに関して公表した際に、マスメディアが予防・検診情報も含めた、適切で効果的ながん情報のあり方、発信情報量の増加を検討する材料となり得る。またそれは、我が国のがん対策推進を支える基盤整備のひとつである国民のがん予防や早期発見の重要性の意識・知識の普及啓発につながる可能性がある。そこで、本研究では、公表当時48歳であった女性タレントA氏が、自ら乳がん罹患を公表したことを取り上げ、著名人のがん罹患公表による我が国の成人女性に対する影響を検討した。具体的には、著名人のがん罹患情報の取得状況を調査し、影響を受ける者の特徴を把握するために情報取得に関連する要因を検討した。その上で、著名人のがん関連の公表による影響として先行研究で検討されてきた意識や行動、さらに、諸外国における先行研究ではあまり検討が行われていない行動変容と関連があると考えられる知識についても確認した。

2. 方法

1) 対象者および調査方法

本研究は、A氏の罹患公表の約半年後に、リサーチ会社であるマイボイスコム株式会社の登録モニターのうち、20-69歳の成人女性を対象とし、ウェブ調査による横断調査を実施した。対象者への調査依頼は、目標回答者数を3,000名とし、約100万名の登録モニターの中から無作為に抽出された13,957名に行った(返答率22.3%)。インターネット調査登録モニターの偏りを考慮し、年代(20歳代, 30歳代, 40歳代, 50歳代, 60歳代)によって回答数が均等になるよう割り当てをし、それに応じ調査依頼数を調査会社の各年代の標準回収率から逆算した上で調査を依頼した。

調査方法は、リサーチ会社より対象者に対し、e-mailにて調査の依頼を行い、e-mailに記載されたURLよりログイン付きの回答Webページへアクセスする方法とした。また、調査依頼のe-mailでは、がん既往歴・家族歴などを含むがんに関する質問があることを説明し、回答を得る前のWeb画面上で本調査の趣旨、参加は自由意志であること、プライバシーと匿名性は遵守されることを説明し、アンケートへの回答をもって同意とした。回答者は、本調査への回答を行うことにより、調査会社より70円分のポイントが付与された。また、本調査は、早稲田大学内における人を対象とする研究に関する倫理審査委員会の承認(承認番号2016-044)を得て実施された。

2) 調査内容および手続き

①著名人の乳がん罹患情報取得

先行研究(Borzekowski et al, 2014)を参考に、より正確

にA氏に関する情報の中でもがんに関する情報を得た者が否かを選別するために段階を経た質問を設定した。まずは、過去にA氏に関する情報を得たかを確認し、得たと回答した者に対し、その情報内容を「元女子プロレスラー」、「主婦タレント」などを含む選択肢から複数選択が可能な形で回答を得た。その中で、「乳がん罹患」、「乳がん手術・闘病」に関する情報のいずれか、または両方を得たと回答した者を著名人のがん罹患情報の取得者とした。また、情報取得者に、情報源を医師・医療従事者、友人・家族、テレビ・ラジオ、パソコンを利用したインターネット、スマートフォンを利用したインターネットなど14項目より複数選択が可能な形式で確認した。なお、インターネットは、SNS・ブログとそれ以外に分けて選択肢を設けた。

②乳がんに対する意識

乳がんに対する意識は、内閣府が行っているがん対策に対する世論調査を参考に「乳がんについてどのような印象を持っていますか」と質問し、「こわいと思わない、どちらかといえばこわいと思わない、どちらかといえばこわいと思う、こわいと思う、わからない」の5件法にて回答を求め、「こわいと思う、どちらかといえばこわいと思う」と回答した者を乳がんはこわいと思う者とした。また、乳がんの予防や早期発見を普及・啓発する手がかかりとするために、「乳がんは予防できると思いますか」という問いを設置した。回答は、「できる、おそらくできる、おそらくできない、できない、わからない」の5件法にて求め、「できる、おそらくできる」を選択した者を乳がんは予防できる可能性があると感じる者とした。

③乳がんに関する知識

乳がんに対する知識は、適切な根拠に基づき正誤が判断できる乳がんの罹患割合、乳がん検診の推奨対象年齢および受診間隔を調査した。罹患割合は、「日本人女性の何人に1人が乳がん罹患すると思いますか」という問いに対し、数字にて回答を求めた。がん対策の施策および推進、またその評価に活用される重要なデータがまとめられたがんの統計に11人に1人が罹患すると示されている（がんの統計編集委員会、2019）ことから、その前後を含め10人、11人、または12人に1人と回答した者を正しい知識を持つ者とした。乳がん検診の対象年齢および受診間隔は、厚生労働省の「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（厚生労働省、2016）にて示されている。予想ではなく知識として持っているかを確認するために、まずは乳がん検診が何歳以上に推奨されているか、推奨されている受診間隔を知っているかを確認した上で、知っているとは回答した者に対して対象年齢および受診間隔を質問した。対象年齢は、乳がん検診は何歳以上の女性に推奨されているかを「20歳以上」から「60歳以上」まで5歳刻みの全9項目から選択形式とし、40歳以上を選択した者を正解とした。受診間隔は、「毎年、2年に1回、3年に1回、5年に1回、不定期・特に決められていない、1回受ければよい」の6項目より、2年に1回を選択した者を正解とした。

④情報取得後の乳がんに関連する行動

著名人の罹患を知った後の乳がんに関連する行動を確認するために、情報を取得した者に対して、「著名人の乳がん罹患を知って、あなたは何か行動を起こしましたか」と質問し、特に何も行動しなかったという項目をはじめ、「対人コミュニケーション行動（1項目／乳がんについて友人や家族と話し合った）」、「情報探索行動（3項目／乳がんについて、乳がんの予防について、乳がん検診について調べた）」、「予防行動（4項目／食習慣を改善した、身体活動・運動を行った、禁煙した、禁酒したまたは節酒を心掛けるようになった）」、「乳がん検診行動（3項目／予約した、予約は取れなかったが検診予約をしようとした、受診した）」の4つの行動（計11項目）、それ以外の行動を起こした場合に自由記述が可能な「その他」、および「特に何も行動しなかった」の13項目より複数選択が可能な形で回答を得た。

⑤属性

リサーチ会社が把握している回答者の社会人口統計学属性データのうち、年齢、教育歴（中学・高校、短大・高専・専門学校、大学・大学院）、就労状況（パートタイム・主婦・学生・無職、フルタイム）、世帯収入（300万円未満、300-500万円未満、500-700万円未満、700-1,000万円未満、1,000万円以上）、婚姻状況（独身、既婚）、子どもの有無を用いた。また、健康状態（健康、どちらかといえば健康、健康でない、どちらかといえば健康でない、分からない）、乳がんの既往歴、家族歴、および友人・同僚の罹患歴の有無を調査した。

3. 分析方法

全回答者のうち調査項目に欠損が認められた者を除く有効回答者2,933名を分析対象とした。まず、著名人のがん罹患情報の取得度およびその情報源について記述統計を行った。著名人のがん罹患情報取得者の特徴を検討するために、著名人のがん罹患情報取得の有無を従属変数、属性10項目を独立変数とした強制投入法によるロジスティック回帰分析を行った。全ての独立変数間の影響を調整した調整オッズ比(AOR)と95%信頼区間(95%CI)を算出した。

著名人のがん罹患公表の与える影響は、従属変数を乳がんに対する意識、知識、独立変数を著名人のがん罹患情報の取得とし、10項目の属性を調整した上でロジスティック回帰分析にて調整オッズ比(AOR)と95%信頼区間(95%CI)を求めた。情報取得後の行動は記述統計を行った。なお、すべての検定における有意水準は5%とし、統計解析には、SPSS Statistics 25（日本アイ・ビー・エム株式会社）を用いた。

3. 結果

1) 対象者の特徴

分析対象者2,933名の属性は、表1に示すとおり、平均年齢（標準偏差）は45.7（13.6）歳で、既婚者は1,973名（67.3%）、フルタイム就労者は883名（30.1%）、子どもを持つ者は1,293名（44.1%）であった。健康状態は、

健康である、またはどちらかといえば健康であると回答した者が2,445名(83.4%)と多かった。乳がんの既往歴を有する者は44名(1.5%)、家族歴を有する者は245名(8.4%)、友人同僚の罹患歴を有する者は851名(29.0%)であった。

2) 著名人の乳がん罹患情報取得状況と取得者の特徴

著名人の乳がん罹患情報取得者の割合は、77.4%(2,269名)であった。取得者の特徴として、教育歴、子どもの有無、友人・同僚の乳がん罹患歴と情報取得との間に有意な関連が認められた(表2)。すなわち、情報取得者の特徴として、教育歴が短大・高専・専門学校の者(AOR=1.25; 1.00-1.56)、子どもを持つ者(AOR=1.50; 95%CI: 1.21-1.83)、友人同僚の乳がん罹患歴を有する者(AOR=1.82; 95%CI: 1.46-2.27)が有意に著名人の乳がん罹患情報取得している確率(オッズ)が高かった。

情報取得者2,269名の情報源を確認した結果、テレビ・ラジオ(2,088名, 92.0%)が情報源として選択した者が最も多かった。次いで、パソコン利用してのインターネット(SNS・ブログ以外: 584名, 25.7%, SNS・ブログ: 211名, 9.3%)、スマートフォンを利用してのインターネット(SNS・ブログ以外: 273名, 12.0%, SNS・ブログ: 169名, 7.4%)、新聞(206名, 9.1%)が多かった(表3)。

3) 著名人の罹患公表の影響

表4に示すように、乳がんに対する意識では、乳がんを予防できると思う者は1,085名(37.0%)、乳がんを怖いと思う者は2,496名(85.1%)であった。著名人のがん罹患情報取得との関連を検討した結果、乳がんを予防できると思うこととは関連が認められず、乳がんを怖いと思うこととは正の関連(AOR=1.90; 95%CI: 1.52-2.38)が確認された。

乳がんに関する知識では、乳がんの罹患割合は776名(26.5%)、乳がん検診の対象年齢は477名(16.3%)、受診間隔は382名(13.0%)の者が正しい知識を持っていた。著名人のがん罹患情報の取得との関連を検討した結果、乳がん検診の知識とは正の関連(対象年齢AOR=1.73; 95%CI: 1.31-2.27, 受診間隔AOR=2.29; 95%CI: 1.64-3.20)が認められた。乳がん罹患割合の知識とは関連がみられなかった。

著名人の罹患を知った後、何らかの行動を起こした者は892名(情報取得者の30.4%)であった。具体的には、乳がんについて友人や家族と話し合った者が502名(17.1%)、乳がんに関連することを調べた者が378名(12.9%)、予防行動をとった者が38名(1.3%)、乳がん検診に関する行動をとった者が206名(7.0%)であった。

4. 考察

本研究では、我が国において初めて著名人のがん罹患公表の乳がんに対する意識、知識、および情報取得後の乳がん予防・検診に関連する行動への影響を検討した。本研究の分析対象者における著名人A氏の乳がん罹患に関する情報取得者は77.4%であり、その9割以上の者がマスメディアから情報を取得していた。また、情報取得

者の特徴として、子どもを持つ者や友人・同僚が乳がん罹患歴を有する者が確認された。そして、著名人による乳がん罹患公表と、乳がんをこわいと思う意識や、乳がん検診に関する知識に関係がある可能性が示唆された。さらに、乳がんに関する行動を起こした者も3割確認された。

著名人A氏のがん罹患公表は、成人女性の4人に3人以上がその情報を取得していた。これは、近年、著名人のがんに関する公表として大きな影響をもたらしたアンジェリーナ・ジョリー(以下、アンジー)の予防的乳房切除術受診の認知度を米国にて調査した結果(Borzekowski et al, 2014)と同等であり、高い普及度であったと考えられる。テレビ・ラジオを主としたマスメディアからの情報取得者が多かったことから、我が国においても著名人のがんに関する公表は、マスメディアの注目を集め、情報量が増加し、多くの人々に影響を与えたと考えられる。また、今回の情報取得者の特徴として、子どもを持つことが確認された。A氏は2人の子どもを持つ親であり、公表した著名人と同様の社会人口学的要因を持つ者が影響を受けやすいという先行研究(Chapman, 2005; Lancucki et al., 2012; Marlow, 2012)を支持する結果といえる。その他、友人・同僚に乳がん罹患者がいるという特徴は、一般的ながん情報取得者の特徴(Miyawaki, Shibata, Ishii, & Oka, 2015)と同様である。友人・同僚のがん罹患によりがん情報に敏感となり、著名人のがん罹患情報の取得者も多かったのではないかと考えられる。

乳がんに対する意識に与える影響として、情報取得と乳がんはこわいと思うことに関連していた。乳がん検診の受診促進に効果が認められる行動科学理論のひとつである健康信念モデルでは、脅威を意識することも、行動を促進する要因のひとつとされている(Champion et al, 2008)。その一方で、脅威を意識した際、それに対する対処方法が得られなければ、人々の行動は変容しない、もしくは無関心なままであることも指摘されている(Witte & Allen, 2000)。本研究にて乳がんをこわいと回答した者(89.0%)は、がん対策に関する世論調査(内閣府, 2016)にてがんを怖いと回答した者(77.4%)より高い割合であった。それに対し、予防できると思うことは情報取得との関連が認められず、その人数はこわいと思う者の半分以下で全体の3割程度であった。著名人のがんに関する報道では、公衆衛生に関するメッセージを含むことが確認されている。しかし、二次予防(検診)に焦点が当てられリスクを低減させる一次予防(予防行動や対処法)の情報が少ない(Metcalf et al., 2011)、人間的関心に関する情報が多く予防情報が少ない(Hilton & Hunt, 2010)、重要な医学的情報が伝えられていない(Kamenova et al., 2014)など、偏りがあることも指摘されている。そのため今回の公表後に、マスメディアから発信された情報でも、乳がんの予防法や乳がん検診の有効性についての情報が少なかった可能性がある。今後は、主な情報源であったマスメディアから発信された情報内容も確認した上

で、こわいという意識を高めるだけでなく、生活習慣の維持・改善による予防効果や検診の有効性等も普及できる内容が発信されるよう検討する必要がある。

乳がんに関する知識では、11人に1人が罹患するという罹患割合に関する知識に対しては、著名人の乳がん罹患情報の情報取得による影響が確認されなかった。回答者の3割以上(36.7%)が罹患するのは20人以上(20~1,000,000人)に1人と回答し、その中でも100人以上に1人という回答者も1割おり、実際の罹患割合よりも低く回答した者が少なくなかった。健康信念モデルでは、罹患可能性の意識も行動を起こすひとつの要素とされている。今後は、罹患割合も正しく知り、乳がんは誰にでも起こりうると自分事化してもらうことも必要かもしれない。一方、情報取得が乳がん検診に関する正しい知識を高める可能性が示唆された。対象年齢を正しく知り自身が対象だと認識すること、1回の受診だけではなく適正な間隔で定期的に受診する重要性を理解することは、効果的な乳がん検診の受診、ひいては我が国の乳がん検診受診率の向上につながる可能性がある。しかし、本研究の対象者のうち乳がん検診について正しい知識を持つ者はわずか15%程度と高い水準とはいえなかった。よって著名人のがんに関する公表を、がんに関する公衆衛生上のメッセージを広い層へ発信できる機会と捉え、その機会を最大限活用するために、適切かつ効果的なメッセージを発信できるような体制を構築していく必要がある。

情報取得後の行動は、約3割の者に確認された。これは、先の影響が大きかったとされるアンジーの公表後が2割(Borzekowski et al., 2014)であったことと比べても少ない割合である。豪州では、政府が投資してきたにも関わらず、なかなか向上しなかった層のがん検診受診率が、著名人のがん罹患公表により向上したという報告もある(Chapman et al., 2005)。本研究において、乳がん検診受診の関連行動をした者は1割弱だが、1割であっても情報取得をきっかけに受診者が増えれば、がん検診受診率向上に貢献する。また、がんへの関心が高まり家族・友人らとがんについて対話すること、がんに関する情報探索をすることも、行動変容につながる第一歩である。このきっかけとなる行動をがん予防・検診行動につなげるためにも、人々が正確な情報へアクセスできるような仕組み作りも必要かもしれない。たとえば、アンジーの公表記事には、米国国立がん研究所のファクトシートへのリンクが示されており、そのページビューが激増したと報告されている(Juthe, Zaharchuk, & Wang, 2015)。著名人のがんに関する情報発信時に、正しい情報源を示すことも有用な対策のひとつになり得る。

本研究の結果から、諸外国における先行研究と同様に、我が国においても著名人のがんに関する公表は、乳がんに関する意識、知識、行動に影響を及ぼすことが示唆された。著名人のがんに関する公表は、予期することも、ある時期を選んだり避けたりすることもできず、計画はできない。しかし、著名人のがんに関する公表は、それだけでも影響力があり、マスメディアの報道を増加させ、

情報伝達を容易にし、がん対策を推進していく上で重要な意味を持つ可能性がある。しかし、がんに関する語りは、がん関連情報の伝達を容易にし、罹患後の感情や問題も伝える一方で、予防や検診を含めがんに関わる特定の重要なメッセージを曖昧にしたり隠してしまったりする可能性も指摘されている(Kreuter et al., 2007)。また、がん検診受診率向上の一方で、対象外者の受診増加や、生検数増加に対し手術数は増加しなかった事例も報告されている(Kelaheer et al., 2008)。不必要な検診受診者の増加は、急ぎ検査が必要な人の受診機会の妨げや、医師の負担や政策コストの増加、偽陽性による不安をもたらす可能性もある(Kelaheer et al., 2008)。著名人のがんに関する公表という機会を、がん対策に有効活用するためにも、公表時に公衆衛生やがん検診事業担当、医療従事者、マスメディア関係者が連携し、ニュース・マネジメントを行える体制を整えておく必要がある。その上で、情報を届けるべき対象や影響を受けやすい対象をターゲティングし、不適切な行動を煽ることを避け、科学的根拠に基づく適切で信頼できるメッセージ、例えば、適正な年齢、受診間隔でのがん検診受診を促進するメッセージ、を発信するための戦略をあらかじめ構築しておく必要がある。

本研究の限界点として、本研究では、調査者・回答者双方の利便性が高く、データ回収が迅速かつ正確であるウェブ調査を用いているが、インターネット利用者自体の年齢階層などに偏りがあることが指摘されており(康永, 井出, 今村, & 大江, 2006)、標本バイアスが発生し得る可能性がある(Eysenbach & Wyatt, 2002; Rhodes, Bowie, & Hergenrather, 2003)。しかし、現在、我が国のインターネット利用率(個人)は79.8%(総務省, 2019)と高く、また本研究では、約100万名の登録モニターを蓄える調査会社を使用し、大きな偏りが出るのが懸念される年齢階層にて割当を行った上で対象者の抽出を行った。そのため一定の代表性は保たれていると考えるが、本研究で得られた結果を一般化する際には留意が必要である。また、今後、対策にいかすための分析や具体的な戦略構築を行っていくためには、より詳細な重みづけをした対象者の抽出方法を検討する必要がある。そのほか、質問への回答は自記式であるため、著名人のがん罹患情報の取得および取得後の行動などについて、不確定な推定および思い出しバイアスは避けられない。一方で、がんに対する知識は、回答時に調べることの制限などはしていないため、少なからず調べたことにより正解を回答した可能性もある。また、がんに対する意識や知識は、重要な内容を質問しているものの、本研究では5項目のみ用いたため限定的な意識・知識であり、がんやがん検診の意識・知識の全てを包括しているものとは言えない。特に、乳がん罹患割合は、累積罹患リスクを意図しているが、回答者が異なる解釈をしている可能性や、我が国では2016年からがん全国登録が始まったばかりでがん統計にはまだ課題も残されていることから、今後がんやがん検診の意識・知識については発展させながら、多角的に検討していく必要がある。そして、本研究から得ら

れた著名人のがん罹患公表による影響に関する知見は横断調査であり、情報取得と意識、知識、行動との因果関係は不明である点も限界点である。最後に、本研究では、今回の主な情報源であったマスメディアなどで発信された情報内容の確認はしていない。今後は、実際に発信された情報について内容分析を行い、より具体的な影響について受発信双方向からの検討を行うことが必要である。

5. 結語

我が国においても著名人のがん罹患公表が、国民のがんに対する意識、知識、行動に影響を与える可能性が示唆された。今後は、より国民のがんに対する理解を深め、がん対策を推進させていくためにも、著名人のがんに関する公表時に意図的なコミュニケーションや情報伝達を行うことが有用である。そのためには、発信される情報内容の分析や、がん専門の医療従事者、公衆衛生の専門家、そしてマスメディアが協働した情報発信戦略・体制の構築が必要だと考えられる。

謝辞

本研究は、JSPS 科研費 16K16580 および 2014 年度独立行政法人国立がん研究センターがん研究開発費 (26-A-31) の助成を受け実施された。

利益相反自己申告

利益相反に相当する事項はない。

引用文献

- Ayers JW, Althouse BM, Noar SM, & Cohen JE. (2014). Do celebrity cancer diagnoses promote primary cancer prevention? *Preventive Medicine*, 58, 81-84. doi:10.1016/j.ypmed.2013.11.007
- Beck CS, Aubuchon SM, McKenna TP, Ruhl S, & Simmons N. (2014). Blurring personal health and public priorities: an analysis of celebrity health narratives in the public sphere. *Health Communication*, 29(3), 244-256. doi:10.1080/10410236.2012.741668
- Borzekowski DL, Guan Y, Smith KC, Erby LH, & Roter DL. (2014). The Angelina effect immediate reach, grasp, and impact of going public. *Genetics in Medicine*, 16(7), 516-521. doi:10.1038/gim.2013.181
- Brown ML, & Potosky AL. (1990). The presidential effect: the public health response to media coverage about Ronald Reagan's colon cancer episode. *Public Opinion Quarterly*, 54(3): 317-329. doi: 10.1086/269209
- Champion VL, Monahan PO, Springston JK, Russell K, Zollinger TW, Saywell RM Jr, & Maraj M. (2008). Measuring mammography and breast cancer beliefs in African American women. *Journal of Health Psychology*, 13(6), 827-837. doi:10.1177/1359105308093867
- Chapman S, McLeod K, Wakefield M, & Holding S. (2005). Impact of news of celebrity illness on breast cancer screening: Kylie Minogue's breast cancer diagnosis. *Medical Journal of Australia*, 183(5), 247-250.
- Cram P, Fendrick AM, Inadomi J, Cowen ME, Carpenter D, & Vijan S. (2003). The impact of a celebrity promotional campaign on the use of colon cancer screening: the Katie Couric effect. *Archives of Internal Medicine*, 163(13), 1601-1605. doi:10.1001/archinte.163.13.1601
- Dean M. (2016). Celebrity Health Announcements and Online Health Information Seeking: An Analysis of Angelina Jolie's Preventative Health Decision. *Health Communication*, 31(6), 752-761. doi:10.1080/10410236.2014.995866
- Desai S, & Jena A. (2016). Do celebrity endorsements matter? Observational study of BRCA gene testing and mastectomy rates after Angelina Jolie's New York Times editorial. *BMJ*, 355 (i6357). doi:10.1136/bmj.i6357
- Du X, Freeman DH Jr, & Syblik DA. (2000). What drove changes in the use of breast conserving surgery since the early 1980s? The role of the clinical trial, celebrity action and an NIH consensus statement. *Breast Cancer Research and Treatment*, 62(1), 71-79. doi:10.1023/a:1006414122201
- Evans DG, Barwell J, Eccles DM, Collins A, Izatt L, Jacobs C, ... Murray A. (2014). The Angelina Jolie effect: how high celebrity profile can have a major impact on provision of cancer related services. *Breast Cancer Research*, 16(5), 442. doi:10.1186/s13058-014-0442-6
- Eysenbach, G, & Wyatt J. (2002). Using the Internet for surveys and health research. *Journal of Medical Internet Research*, 4(2), E13. doi:10.2196/jmir.4.2.e13
- がんの統計編集委員会. (2019). *がんの統計<2018年版>*. 東京: がん研究振興財団.
- Hilton S, & Hunt K. (2010). Coverage of Jade Goody's cervical cancer in UK newspapers: a missed opportunity for health promotion? *BMC Public Health*, 10, 368. doi:10.1186/1471-2458-10-368
- Juthe RH, Zaharchuk A, & Wang C. (2015). Celebrity disclosures and information seeking: The case of Angelina Jolie. *Genetics in Medicine*, 17(7), 545-553. doi:10.1038/gim.2014.141
- Kamenova K, Reshef A, & Caulfield T. (2014). Angelina Jolie's faulty gene: newspaper coverage of a celebrity's preventive bilateral mastectomy in Canada, the United States, and the United Kingdom. *Genetics in Medicine*, 16, 522-528. doi:10.1038/gim.2013.199
- Kelagher M, Cawson J, Miller J, Kavanagh A, Dunt D, & Studdert DM. (2008). Use of breast cancer screening and treatment services by Australian women aged 25-44 years following Kylie Minogue's breast cancer diagnosis. *International Journal of Epidemiology*, 37(6),

- 1326-1332. doi:10.1093/ije/dyn090
- 厚生労働省. (2016). がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針.
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000111662.pdf> (2020年3月18日アクセス可能)
- 厚生労働省. (2018). がん対策推進基本計画.
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000196969.pdf> (2020年3月18日アクセス可能)
- Kreuter MW, Green MC, Cappella JN, Slater MD, Wise ME, Storey D, Clark EM, ... Woolley S. (2007). Narrative communication in cancer prevention and control: a framework to guide research and application. *Annals of Behavioral Medicine*, 33, 221-235.
 doi:10.1007/bf02879904
- Lancucki L, Sasieni P, Patnick J, Day TJ, & Vessey MP. (2012). The impact of Jade Goody's diagnosis and death on the NHS Cervical Screening Programme. *Journal of Medical Screening*, 9(2), 89-93.
 doi:10.1258/jms.2012.012028
- Lebo PB, Quehenberger F, Kamolz LP, & Lumenta DB. (2015). The Angelina effect revisited: Exploring a media-related impact on public awareness. *Cancer*, 121(22), 3959-3964. doi:10.1002/cncr.29461
- Liede A, Cai M, Crouter TF, Niepel D, Callaghan F, & Evans DG. (2018). Risk-reducing mastectomy rates in the US: a closer examination of the Angelina Jolie effect. *Breast Cancer Research and Treatment*, 171(2), 435-442.
 doi:10.1007/s10549-018-4824-9
- MacArthur GJ, Wright M, Beer H, & Paranjothy S. (2011). Impact of media reporting of cervical cancer in a UK celebrity on a population-based cervical screening programme. *Journal of Medical Screening*, 18(4), 204-209.
 doi:10.1258/jms.2011.011092
- Marlow LA, Sangha A, Patnick J, & Waller J. (2012). The Jade Goody Effect: Whose Cervical Screening Decisions Were Influenced by Her Story? *Journal of Medical Screening*, 19, 184-188. doi:10.1258/jms.2012.012095
- Metcalf D, Price C, & Powell J. (2011). Media coverage and public reaction to a celebrity cancer diagnosis. *Journal of Public Health*, 33(1), 80-85. doi:10.1093/pubmed/fdq052
- Miyawaki R, Shibata A, Ishii K, & Oka K. (2015). Obtaining information about cancer: prevalence and preferences among Japanese adults. *BMC Public Health*, 15, 145.
 doi:10.1186/s12889-015-1510-2
- Myrick JG, Willoughby JF, Noar SM & Brown J. (2013). Reactions of Young Adults to the Death of Apple CEO Steve Jobs: Implications for Cancer Communication. *Communication Research Reports*, 30(2), 115-126.
- 内閣府. (2016). がん対策に対する世論調査.
<https://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/r01/pdf/n3200000.pdf> (2020年3月18日アクセス可能)
- Nattinger AB, Hoffmann RG, Howell-Pelz A, & Goodwin JS. (1998). Effect of Nancy Reagan's Mastectomy on Choice of surgery for breast cancer by US women. *JAMA*, 279(10), 762-766. doi:10.1001/jama.279.10.762
- Noar SM, Willoughby JF, Myrick JG, & Brown J. (2014). Public figure announcements about cancer and opportunities for cancer communication: a review and research agenda. *Health Communication*, 29(5), 445-461. doi:10.1080/10410236.2013.764781
- OECD. OECD Health Statistics 2017. (2017)
http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT (2020年3月18日アクセス可能)
- Rhodes SD, Bowie DA, & Hergenrather KC. (2003). Collecting behavioural data using the world wide web: considerations for researchers. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(1), 68-73.
 doi:10.1136/jech.57.1.68
- 総務省. (2019). 令和元年版 情報通信白書.
<http://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/h29/pdf/n6200000.pdf> (2020年3月18日アクセス可能)
- Twine C, Barthelme L, & Gateley CA. (2006). Kylie Minogue's breast cancer: effects on referrals to a rapid access breast clinic in the UK. *Breast*, 15(5), 667-669.
 doi:10.1016/j.breast.2006.03.006
- Waszak PM, & Kawalec N. (2017). Impact of celebrities' cancer deaths on oncology-related news and internet searches in Poland. *Public Health*, 144, 13-15.
 doi:10.1016/j.puhe.2016.11.003
- Witte K, & Allen M. (2000). A meta-analysis of fear appeals: implications for effective public health campaigns. *Health Education & Behavior*, 27, 591-615.
 doi:10.1177/109019810002700506
- 康永 秀生, 井出 博生, 今村 知明, 大江 和彦. (2006). インタネット・アンケートを利用した医学研究本邦における現状. *日本公衆衛生雑誌*, 53, 40-50.

*責任著者 Corresponding author : e-mail
 rina_miyawaki@meiji.ac.jp

投稿日 : 2020年4月13日

受理日 : 2020年9月1日

表 1 分析対象者の属性

	全体 (n=2,933)	
	n	%
年齢階層		
20 歳代	503	17.1
30 歳代	599	20.4
40 歳代	589	20.1
50 歳代	609	20.8
60 歳代	633	21.6
教育歴		
中学・高校	870	29.7
短大・高専・専門学校	1022	34.8
大学・大学院	1041	35.5
婚姻状況		
独身	960	32.7
既婚	1973	67.3
就業状況		
パートタイム、主婦、学生、無職	2050	69.9
フルタイム	883	30.1
世帯収入		
300 万円未満	589	20.1
300 - 500 万円未満	852	29.0
500 - 700 万円未満	652	22.2
700 - 1,000 万円未満	531	18.1
1,000 万円以上	309	10.5
子どもの有無		
あり	1293	44.1
なし	1640	55.9

表 2 著名人のがん罹患情報取得に関連する要因 (n=2,933)

	OR	(95%CI)	AOR	(95%CI)
年齢階層				
20 歳代	1	(ref)	1	(ref)
30 歳代	1.09	(0.83-1.44)	0.90	(0.68-1.20)
40 歳代	1.47 **	(1.10-1.96)	1.13	(0.83-1.53)
50 歳代	1.18	(0.90-1.55)	0.86	(0.63-1.16)
60 歳代	1.26	(0.96-1.66)	0.98	(0.71-1.34)
教育歴				
中学・高校	1	(ref)	1	(ref)
短大・高専・専門学校	1.27 *	(1.03-1.57)	1.25 *	(1.00-1.56)
大学・大学院	1.20	(0.97-1.48)	1.23	(0.98-1.55)
婚姻状況				
独身	1	(ref)	1	(ref)
既婚	1.40 ***	(1.17-1.67)	1.06	(0.83-1.34)
就業状況				

パートタイム、主婦、 学生、無職	1	(ref)	1	(ref)
フルタイム	0.85	(0.71-1.02)	0.91	(0.73-1.12)
世帯収入				
300万円未満	1	(ref)	1	(ref)
300 - 500万円未満	1.20	(0.94-1.53)	1.11	(0.86-1.44)
500 - 700万円未満	1.34 *	(1.03-1.74)	1.17	(0.89-1.55)
700 - 1,000万円未満	1.30	(0.98-1.70)	1.10	(0.82-1.49)
1,000万円以上	1.59 **	(1.13-2.24)	1.30	(0.90-1.87)
子どもの有無				
なし	1	(ref)	1	(ref)
あり	1.58 ***	(1.32-1.89)	1.50 ***	(1.21-1.83)
健康状態				
健康・どちらかといえば健康	1	(ref)	1	(ref)
健康でない・どちらかといえ ば	1.08	(0.86-1.36)	1.02	(0.81-1.29)
健康でない・分からない				
乳がん既往歴				
なし	1	(ref)	1	(ref)
あり	0.78	(0.40-1.52)	0.67	(0.34-1.35)
乳がん家族歴				
なし	1	(ref)	1	(ref)
あり	1.29	(0.93-1.80)	1.13	(0.82-1.59)
友人・同僚の乳がん罹患歴				
なし	1	(ref)	1	(ref)
あり	1.81 ***	(1.47-2.23)	1.82 ***	(1.46-2.27)

OR=オッズ比, AOR=調整オッズ比, 95%CI=95%信頼区間, 調整オッズ比はすべての独立変数間の影響を調整

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

表3 情報取得者の情報源 (n=2,269)

情報源	n	%
医療従事者	22	1.0
友人・家族	89	3.9
テレビ・ラジオ	2,088	92.0
新聞	206	9.1
雑誌	112	4.9
パソコンを利用しているインターネット (SNS, ブログ以外)	584	25.7
パソコンを利用しているインターネット (SNS, ブログ)	211	9.3
スマートフォンを利用しているインターネット (SNS, ブログ以外)	273	12.0
スマートフォンを利用しているインターネット (SNS, ブログ)	169	7.4
スマートフォン・タブレットアプリ	30	1.3
パンフレット	2	0.1
書籍	8	0.4
行政・がん研究センター・電話情報サービス	5	0.2
その他	5	0.2

表4 著名人のがん罹患情報の取得と乳がんへの意識および知識との関連 (n=2,933)

	正しい知識を持つ者 n		AOR	95%CI
	(%)			
意識：乳がんはこわいと思う	2496	(85.1)	1.90 ***	(1.52-2.38)
意識：乳がんは予防できると思う	1085	(37.0)	1.02	(0.85-1.23)
知識：乳がんの罹患割合	776	(26.5)	1.12	(0.91-1.37)
知識：乳がん検診の対象年齢	477	(16.3)	1.73 ***	(1.31-2.27)
知識：乳がん検診の受診間隔	382	(13.0)	2.29 ***	(1.64-3.20)

AOR=調整オッズ比, 95%CI=95%信頼区間 *p<.05 **p<.01 ***p<.001

Ref：著名人のがん罹患情報を取得していない

調整変数：年齢階層, 教育歴, 婚姻状況, 就業状況, 世帯収入, 子どもの有無, 健康状態,
乳がん既往歴・家族歴・友人同僚の罹患歴

原著論文

電子カルテ使用時における医師の対面方向が与える影響
 -ビデオによる疑似診察に対する評価-
**The Influence of Physicians' Body Position during Examinations
 Using an Electronic Chart:
 Conducting a Simulated Medical Examination with the Use of Video**

相原 嘉子
 Yoshiko Aihara

医療法人 健希会 あいはらクリニック皮膚科形成外科
 Kenkikai Medical Corporation Aihara Clinic Dermatology and Plastic Surgery

Abstract

We reviewed the influence of physicians' body position during examinations using an electronic chart. In medical examinations, physicians usually have their computers on their desks, and look at the chart and not the patient. This reduces patient satisfaction. We developed a new approach where the physician sits face-to-face with the patient while looking at the electronic chart. This improved eye-contact increases patient satisfaction during examinations. A simulated first outpatient examination was conducted with the physician in the normal lateral position and then in the face-to-face position. Next, 206 participants watched the examinations online and then answered a questionnaire using a five-point scale to explore "first impression", "level of satisfaction", "willingness to visit the clinic again", and "willingness to recommend the clinic to family/friends". We analyzed the responses using a t-test. The scores were higher for every category when the physician examined the patient face-to-face. This study was limited by being a simulated examination using a video, but we believe that these findings will help to improve medical interviews among physicians using electronic charts.

要旨

電子カルテ使用時における医師の対面方向が与える影響について検討した。通常、電子カルテを使用した外来診察では、パソコンが机の上にあり、医師の体は患者に対して横向きになる。医師はパソコン画面を注視して横の患者を見なくなり、患者満足度の低下を招く。そこで今回、医師と患者が向かい合って座り、その間に電子カルテを置く方法を考案した。この方法だと入力中も視線の移動だけでアイコンタクトが容易になり、第一印象が向上すると考えた。医師が患者役から見て「横向き」および「正面」に座った初診外来診察のビデオを作製し、インターネット上で無作為に選ばれた被験者、各々206人がweb上で視聴、アンケート調査を行った。医師に対する、被験者の「第一印象」、「満足度」、「再診意向」、「家族・友人の紹介意向」、それぞれについて5段階評価を行いt検定にて検証を行った。結果、医師の体の向きが「横向き」より「正面」の方が、全ての項目において高得点であった。ビデオによる疑似診察の限界はあるが、本研究が電子カルテ使用時における医療面接の向上に貢献するものと考えられる。

キーワード: 非言語コミュニケーション、第一印象、電子カルテ、患者満足度、医療面接

Keywords: nonverbal communication, first impression, electronic medical chart, patient satisfaction, medical interview

1. 序文

第一印象は初めの数秒から数分で決まってしまう (Mehrabian, 1981; 植木, 2000)。また、一度ついた印象はなかなか変えることができない (Lim et al., 2000)。初めて医師と患者が対面する外来初診時は、基本的に問診に多くの時間が使われる。医師に対する第一印象は、ほぼこの時間で決定すると考えられる。医師との良好なコミュニケーションは、患者満足度に非常に大きく影響している (前田・徳田, 2003)。患者満足度とは医療に対する患者の主観的な評価であり、提供した医療が、患者にどのように受け止められているのかを知るために有効

な方法である (長谷川・杉田, 1993)。患者満足度が高まると、患者自身の判断による転院や治療中断率が下がり、コンプライアンスが高まる等の診療後の受療行動と一定の関連をもつことが指摘されている (長谷川・杉田, 1992)。診療に対する「総合満足度」と「継続的な再診意向」および「友人・知人への紹介意向」との間には、きれいな正の相関が示される (前田・徳田, 2003)。

昨今、日本では外来診察時、紙カルテに代わり急速に電子カルテの普及が進んでいる。電子カルテを使用することにより、記録の閲覧や検索など、便利になった反面、医師は外来で電子カルテに記載する時間を取られるよう

になった(植田, 2014)。そのため医師は電子カルテのモニター画面を見ていることが多く、患者と向き合う時間が減少した(小泉・谷川, 2010)。電子カルテでは、情報の入力源は医師に集中する。医師は入力作業に気を取られ、患者の顔を見ることができなくなる。コミュニケーションの時間が減少し、医師は画面ばかり見ているという印象を患者に与えてしまうことになる。人対人のコミュニケーションでは、非言語の占める割合が多い(Mehrabian, 1981)。

Ratanawongsa et al. (2016) により、パソコンを使用した場合の患者-医師コミュニケーションの研究が行われている。電子カルテを使用した診察をビデオ撮影し、医師がパソコンを使用した時間を割り出した後、患者からのインタビュー調査を行って評価の検討を行っている。その結果、パソコン使用の少ない医師に対しては83%の患者が高評価をつけたが、パソコン使用の多い医師に高評価を付けた患者は48%と有意に低かった。医師がパソコンを使用する時間が多いほど、患者とのアイコンタクトの時間が少なくなり、患者評価の低下が見られた、と述べている。医師は、言葉では患者の親身になっているような話しぶりをして、患者を見ないでパソコン入力をしている状態では、患者の満足度が得られないと考えられる。

電子カルテを使用しない外来診察では、医師の体が患者の正面に向いている方が、正面を向いていない診察より患者満足度が高いことが判っている(Ishikawa, 2006)。しかし現在、多くの場合は電子カルテの入力時に、医師の体が机の上の画面に向いており、患者に向いていない(図1)。そのため、医師は患者とのコミュニケーションが取りにくくなる可能性があり、またアイコンタクトが困難になる。そのことが患者満足度の低下の原因となると推察できる(Ratanawongsa et al., 2016)。

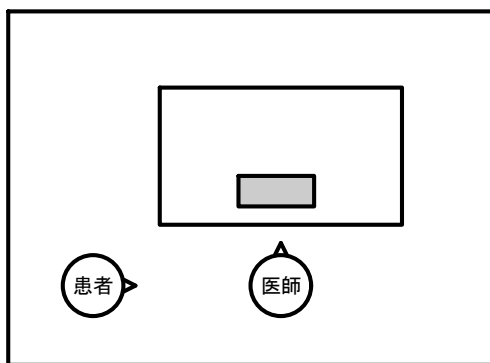


図1

今後の外来診察は、電子カルテの需要がさらに増えると考えられる。電子カルテを使用した診察で、非言語コミュニケーションと患者満足度に対する研究について、前述したRatanawongsa et al. (2016)は電子カルテ使用時間と、患者満足度調査の関係について研究を行っている。また、John M. McGrath et al. (2007)の研究では、机の上に置かれた電子カルテを使用する医師と、患者の場所による関係の研究が行われた。しかしこれは、医

師と患者との位置関係が45度(正面が0度)と、患者が後ろにいて全く患者が見えない位置、および電子カルテのモニターで隠されて患者が見えない位置との比較であった。これは現在の診察スタイルと合致していない。そこで、本研究では現在、電子カルテを使用した診察で最も多いと考えられる、医師の位置が患者から見て横向き(90度)と、正面(0度)を比較し検討を行った。

本研究の目的は、電子カルテを使用した初診外来診察で、医師に対する印象が向上する方法を明らかにすることである。そして、医師の第一印象が良くなることで、満足度、再診意向、家族・友人の紹介意向が高まるかをみなし患者(被験者)によるアンケート調査で検証した。

2. 方法

1) 仮説設定

電子カルテ使用時の非言語コミュニケーションのうち、医師の体の向きに注目して仮説設定を行い検証した。

以下に、電子カルテを使用した初診外来時における、患者の意識に対して、4つの仮説を設定した。

【仮説】

電子カルテを使用した初診外来において、医師の体が正面を向いている方が横を向いているより

仮説1、第一印象が良い。

仮説2、満足度が高い。

仮説3、再診意向が高い。

仮説4、家族・友人の紹介意向が高い。

これら4つの仮説について、検証を行った。

2) 医師と患者のポジション

今回、医師と患者が向かい合って座り、その間に電子カルテを置く方法を考案した(図2)。医師はカルテ入力時にも患者と向き合せて、アイコンタクトも容易になる。これにより患者満足度が上昇すると考えた。

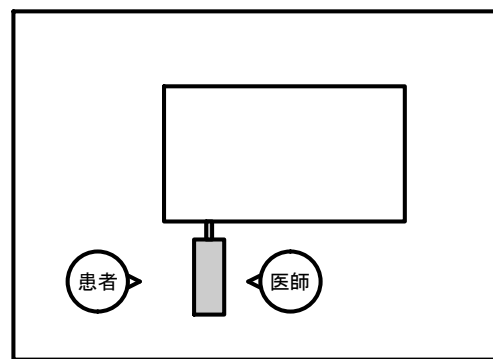


図2

3) 疑似診療ビデオの作成

ビデオでも非言語行動の評価ができるため(谷山・甲斐・高橋, 2005)、今回は、より多くの被験者に調査できる映像ビデオでの実験を行うことにした。またビデオの時間は、初診時の医療面接にある程度の長さが必要となるため、諸説ある第一印象決定時間の中から選択して2分間とした(植木, 2010)。

谷山ら(2005)のビデオ調査の方法を参考に、初診時の診察ビデオを2種類作製した。

電子カルテを使用した初診外来において

- ① 医師の体がパソコンを向いており、ビデオカメラからは横向きに座っているビデオ（図3、写真1）
- ② 医師の体がパソコンを向いており、ビデオカメラの正面を向いているビデオ（図4、写真2）

の2種類を作製した。

ビデオ撮影は、クリニックの診察室において実施した。画面の左側に机を置き、その右側に椅子を置いて、医師はその椅子に座っている状態とした。患者の目線と考えられる高さにビデオカメラを設置、医師役の上半身の撮影を行った。患者役は声のみで出演し、患者が実際に診療を受けている印象のビデオとした。医師役は50代男性の医師、患者役は40代女性で、2つのビデオ共に同じ人物、同じシナリオ（付録）で撮影を行った。また、そのほかの非言語コミュニケーションの要素である、表情や頷き、話す速度、声の大きさ、声の調子、抑揚などに、できるだけ差がでないようにした。

4) 調査対象

本調査の対象となる被験者は、自分で病院を選択できると考えられる20歳以上の男女（n=412）で、パソコン画面でビデオ動画を視聴できる人とした。被験者をインターネット上で無作為に募集し、解析対象とした。被験者募集及びアンケート収集は、データリサーチ会社、マクロミルに委託した。

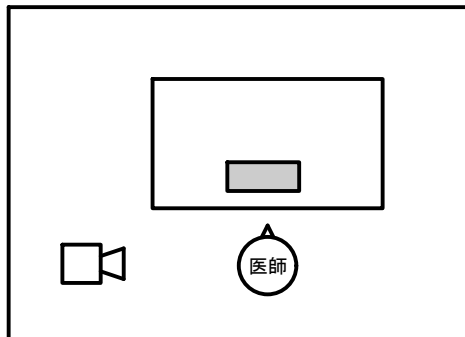


図3



写真1

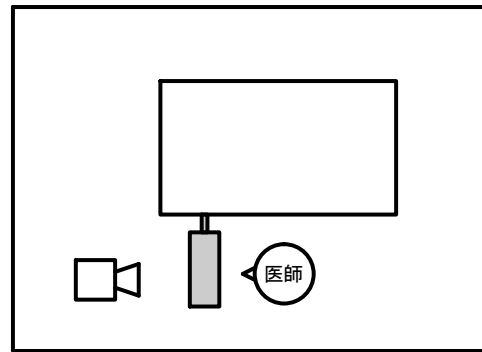


図4



写真2

5) アンケート調査方法

どちらか一方のビデオ視聴を206名ずつの被験者（合計412名）に行い、各々アンケート結果を得た。

今回のアンケートの質問内容は、長谷川・杉田（1992）の論文を参考、根拠とした。今回の調査では、この尺度を参考にして、電子カルテ使用時における医師の第一印象「この医師の印象が良い」の他に、①この医師の診察を受けてよかったと思う（満足度）、②将来また病気になった時も、この医師の診察を受けたい（再診意向）、③この医師なら、家族や友人に安心して紹介できる（家族・友人の紹介意向）、これらの3点を、それぞれ医師の体の向き（正面、横向き）に当てはめて採用した。それぞれの尺度に対してリッカート法の五分法にて回答を得た。選択肢は「おおいにそう思う」、「そう思う」、「どちらともいえない」、「そう思わない」、「全くそう思わない」とした。質問文の回答肢に「おおいにそう思う」に5点、「そう思う」に4点、「どちらともいえない」に3点、「そう思わない」に2点、「全くそう思わない」に1点とし、点数化を行った。

6) 実際の調査の流れ

（イントロダクション）

あなたは、数日前から頭が痛いため、クリニックに受診することになりました。

外来診察の始まりは、これから見るビデオのような内容でした。

ビデオを見た後、質問に回答してください。

（ビデオ視聴 2分間）

（アンケートの質問文）

- ・この医師の印象が良い
- ・この医師の診察を受けてよかったと思う

- ・将来また病気になった時も、この医師の診察を受けた
 - い
 - ・この医師なら、家族や友人に安心して紹介できる
(選択肢)
 - ・おおいにそう思う
 - ・そう思う
 - ・どちらとも言えない
 - ・そう思わない
 - ・まったくそう思わない
- ビデオ別に、質問に対する印象の回答に差があるかを検討するために、t検定を実施した。

3. 結果

被験者412名の性別を表1、年齢分布を表2に示す。性別、年齢の属性に偏りのないサンプルとなった。また、横向きもしくは正面向きビデオを見た後のアンケート結果を、リッカート法の五分法を用いて点数化を行ったものを表3に示した。

結果として、電子カルテを使用した初診外来において、医師の体が正面を向いている方が横を向いているより「第一印象が良い」、「満足度が高い」、「再診意向が高い」、「家族・友人の紹介意向が高い」、この4項について、全ての仮説を支持する結果となった。

表1 性別

性別	横向き	正面向き	合計
男性	118	114	232
女性	88	92	180
全体	206	206	412

表2 年齢分布

年齢	横向き	正面向き	合計
20才～24才	10	6	16
25才～29才	5	6	11
30才～34才	11	14	25
35才～39才	27	24	51
40才～44才	29	33	62
45才～49才	34	33	67
50才～54才	34	19	53
55才～59才	14	18	32
60才以上	42	53	95
全体	206	206	412

表3 ビデオ視聴後のアンケートの点数

	横向き (n=206)	正面向き (n=206)	有意差 (t検定)
	mean±SD	mean±SD	
第一印象	2.41±1.12	3.43±0.93	p<0.001
満足度	2.39±1.09	3.21±0.93	p<0.001
再診意向	2.35±1.11	3.15±0.99	p<0.001
家族・友人への 紹介意向	2.20±1.09	3.11±1.02	p<0.001

4. 考察

1) 第一印象に対する考察

本研究では、電子カルテを使用した外来初診時の医師の体の向きが、「第一印象」、「満足度」、「再診意向」、「家族・友人への紹介意向」の各々の因子に与える影響に着目し、ビデオによる疑似診察で、患者の立場から見た被験者の印象をアンケート調査し評価を行った。その結果、医師の体が横を向いているより、正面を向いている方が4項目ともに点数が高かった。座る場所は、人によっては必ずしも正面が良いとは限らないが (Cook, M., 1970)、今回の実験では正面を向いている方が全体的に高得点であった。

2つのビデオを比較して、どのような点が第一印象に影響を与えたか考察する。一般的に、外来初診時は電子カルテに記載する情報が多い。医師は机の上にある電子カルテに入力することに気をとられて、患者の方を向くことが困難になる。医師は患者から見て横向きに座ると、質問をするたびに、いちいち首をひねりアイコンタクトをとるのが困難になる。その一方で、体が正面を向いていると、電子カルテを入力しながら、視線の移動だけで患者とのアイコンタクトが容易にできるようになる。体の向きにより、アイコンタクトの手法に変化が生じる。これらの医師の変化については、今回の調査ビデオ上にも表れており、このアイコンタクトの違いが、印象の良し悪しに影響したと推測できる。

初診患者の総合満足度に対しては、医師に対する満足度が最も強い影響因子であり (前田・徳田, 2003)、様々な要因の中でも、医師による「医療面接」が最も患者満足に影響を与える (村田, 2007)。患者満足度が高いと患者自身の再診率が高くなることや、他者への紹介率が高くなることが明らかになっている (前田・徳田, 2003)。患者満足度とは、医療に対する患者の主観的な評価である (長谷川・杉田, 1993) 今回のビデオ視聴によって得られた印象も被験者の主観によるものであり、実際の患者の意見ではないが、医療面接の第一印象が良いと、満足度など他の因子にも良い影響を与える可能性が推測された。

2) 本研究の限界と今後の課題

今回の研究では、実際に被験者が医師と対面しているわけではない。また、今回は頭痛を訴えた患者の医療面接ビデオを視聴した調査であり、被験者は実際に自分が病気になって医師の診察を受けているわけではない。実

際に医師との医療面接を行った場合、同様な結果が出るのか判断が難しいと考える。しかし、ビデオ視聴でも非言語コミュニケーションについて十分に判断できる（谷山ら、2005）とされており、本研究の意図は外れてはいないと考える。

本研究の結果が実際の患者満足度に直結するかは、実際の患者を使った調査を今後実施し検討を要する。電子カルテを使用した実際の初診外来において、医師の体の向きが患者の正面を向いている診察と、体が横を向いている診察を比較し、診察後の患者にアンケート調査を実施する必要がある。

今回、谷山ら（2005）の方法に準じて、2つのビデオのどちらか一方だけを視聴してのアンケート調査で比較を行った。両方のビデオを視聴する調査方法では比較検討ができるが、2つを順番に見ると、その順番によるバイアスがかかる可能性がある（Asch, 1946）。さらに、2番目に見るビデオは、すでに初診の第一印象とは言えないと考え、今回の方法を採用した。また今回、実際の患者を対象としておらず、一人の医師役による2パターンの動画比較であり、モニター上での視聴をもとに感想を聞く形式のため、直接の医療面接や質疑、他の非言語的コミュニケーションの手法（視線や身ぶり、表情など）について、妥当性や再現性に懸念が残る可能性もある。今後、更なる調査検討が必要と考える。

今回の対象者はインターネット上で無作為に募集されており、被験者に医療従事者や、持病があつて診察に慣れているかなどの確認を取っていない。これらは、回答に影響を及ぼす可能性を含んでおり、調査の限界と考える。今後の被験者募集での課題としたい。

5. 結語

電子カルテを使用した初診外来において、医師の対面方向が「第一印象」、「満足度」、「再診意向」、「家族・友人の紹介意向」に及ぼす影響をビデオによる疑似診察に対するアンケートで定量的に分析した。その結果、電子カルテの使用時、医師の体が「横向き」より「正面」の方が、被験者の「第一印象」、「満足度」、「再診意向」、「家族・友人の紹介意向」が高かった。本研究は電子カルテ使用時の医療面接における患者満足度の向上の可能性に貢献できると考える。

【付録】

ビデオシナリオ、斎藤清二(2000)『はじめての医療面接』p42-43 医学書院を参考に著者作成

Dr : こんにちは。

Pt : こんにちは。

Dr : 今日はどうされました？

Pt : 頭が痛いので来ました。

Dr : 頭が痛いのですね。いつから、痛みがありますか？

Pt : んー3日くらい前からです。

Dr : 3日前からですね。ひどい痛みなのですか？

Pt : はい、何もできないくらいひどく痛みます。

Dr : そうですか、それはお辛いですね。それで、頭のどの部分が痛みますか？

Pt : 全体的に痛みます。

Dr : それは、どのような痛みですか？

Pt : そうですね、きりきりと痛みます。

Dr : きりきりとですね。一日中痛みますか？

Pt : いいえ。そういうわけでもありません。

Dr : それは、朝と夜とでは、どちらがひどいのですか？

Pt : 夕方が、一番ひどく痛みます。

Dr : 夕方ですね。何かをすると具合が悪くなるようなことはありますか？

Pt : 特に頭を振ると、痛みが増します。

Dr : めまいや、吐き気はしませんか？

Pt : めまいは、ありません。吐き気は時々あります。

Dr : 肩こりはありますか？

Pt : ああ、最近肩こりもひどいです。

Dr : そうなんですね。その他にどこか具合の悪いところは、ありませんか？

謝辞

University of Wales、経営大学院（MBA）在籍中から、ご指導いただいた教授の皆様、また実験にご協力をいただいた皆様に心より感謝申し上げます。

利益相反自己申告

本研究の内容に関する利益相反は無い。

また、研究倫理については、ビデオの参加者および、インターネットで募集した被験者には研究の同意を得ている。

引用文献

- Asch, S. E. (1946). Forming impressions of personality. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 41(3), 258-290.
- Cook, M. (1970). Experiments on orientation and proxemics. *Human Relations*, 23(1), 61-76.
- Ishikawa, H., Hashimoto, H., Kinoshita, M., Fujimori, S., Shimizu, T., & Yano, E. (2006). Evaluating medical students non-verbal communication during the objective structured clinical examination. *Medical Education*, 40(12), 1180-1187.
- Lim, K. H., Benbasat, I., & Ward, L. M. (2000). The role of multimedia in changing first impression bias. *Information Systems Research*, 11(2), 115-136.
- McGrath, J. M., Arar, N. H., & Pugh, J. A. (2007). The influence of electronic medical record usage on nonverbal communication in the medical interview. *Health Informatics Journal*, 13(2), 105-118
- Mehrabian, A. (1981). *Silent messages: Implicit communication of emotions and attitudes*. (2nd ed.). Belmont, CA: Wadsworth. 邦訳 西山司, 津田幸男, 岡本輝人, 山口常夫訳 (1986). 非言語コミュニケーション 聖文社.
- Ratanawongsa, N., Barton, J. L., Lyles, C. R., Wu, M., Yelin, E. H., Martinez, D., & Schillinger, D. (2016). Association between clinician computer use and communication with patients in safety-net clinics. *JAMA Intern Med*. 176(1), 125-128.
- 植木理恵 (2010). 好かれる技術—心理学が教える2分の法則 新潮社.
- 植田栄子 (2014). 診療場面における患者と医師のコミュニケーション分析 ひつじ書房.
- 小泉孝範, 谷川浩隆 (2010). 電子カルテの導入の効果と稼働後の取り組み 日本農村医学会雑誌, 59(5), 574-579.
- 斎藤清二 (2000). はじめての医療面接 医学書院.
- 谷山牧, 甲斐一郎, 高橋都 (2005). 医療面接時の医師の非言語行動が与える影響—模擬診療場面ビデオの作成と内容妥当性の評価— 医学教育, 36(3), 177-183
- 長谷川万希子, 杉田聡 (1992). 病院外来患者の受療満足度尺度の開発 日本保険医療行動科学会年報, 7, 150-165.
- 長谷川万希子, 杉田聡 (1993). 患者満足度による医療の評価—大学病院外来における調査から— 病院管理, 30(3), 231-251.
- 前田泉, 徳田茂二 (2003). 患者満足度-コミュニケーションと受療行動のダイナミズム— 日本評論社.
- 村田 小百合 (2007). 患者満足から導き出される医師に期待される行動要件—医師への本質的期待行動の検証— *Works Review*, 2, 198-211.

***責任著者 Corresponding author : e-mail
yoshiko@aihara-clinic.net**

投稿日 : 2020年3月27日

受理日 : 2020年9月7日

原著論文

**WEB 上 Q&A サービスへの投稿ログデータにおける
認知症者の介護で家族が抱える困難と悩み
Problems and Difficulties of Families Caring for Dementia Patients at
Home: Study of Log Data of Q & A Services on the Web**

小沢 彩歌¹⁾ 平 和也¹⁾²⁾ 村山 太一³⁾ 藤田 澄男⁴⁾ 伊藤 美樹子¹⁾ 荒牧 英治³⁾
Ayaka Ozawa¹⁾, Kazuya Taira¹⁾²⁾, Taich Murayama³⁾,
Sumio Fujita⁴⁾, Mikiko Ito¹⁾, Eiji Aramaki³⁾

¹⁾滋賀医科大学医学部看護学科公衆衛生看護学講座

²⁾京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻予防看護分野

³⁾奈良先端科学技術大学院大学情報科学領域ソーシャル・コンピューティング研究室

⁴⁾ヤフー株式会社

¹⁾Department of Public Health Nursing, Faculty of Nursing, Shiga University of Medical Science

²⁾Department of Human Health Science, Graduate School of Medicine, Kyoto University

³⁾Social Computing Lab, Graduate School of Information Science, Nara Institute of Science and Technology

⁴⁾Yahoo Japan Corporation

Abstract

The purpose of this study was to clarify the problems and concerns of families caring for dementia patients. We used the submission log data of an online Q&A service. From the 102,267 questions submitted to the “Nursing Care/Social Welfare” category of Yahoo! Answers from January 2014 to April 2018, we selected 3,446 questions submitted by family members caring for dementia patients. We identified and qualitatively categorized 100 words related to dementia, and 100 words each on concerns, problems, and struggles of caregivers. The 100 terms that were strongly correlated with “dementia” fell into three core categories: “symptoms of dementia”, “treatment/care service usage and procedures”, and “family and community responses change as the patient ages and the condition progresses”. We identified several concerns and problems unidentified by previous studies. These included psychological conflict related to selection of treatment venues and decision-making about lifestyle changes, dissatisfaction with treatment/care services, and concerns about consultants with whom families come into contact before medical/welfare professionals (i.e., confusion over who to contact about problems and concerns). The study’s findings should serve as a foundation for building future online caregiver support systems.

要旨

WEB 上の Q&A サービスへの投稿ログデータを用いて認知症者の家族にとっての介護上の困難や悩みを明らかにすることを目的とする。2014 年 1 月～2018 年 4 月までに、ヤフー知恵袋の「介護・福祉」カテゴリーに投稿された 102,267 件の質問から認知症者の家族介護者による質問 3,446 件を抽出し、“認知症”と介護上の困難を捉える“悩み”“困る”“難しい”について、各語と関連する単語 100 語を特定し、定性的にカテゴリー化した。“認知症”と関連の強い 100 語から『認知症の症状』『医療・介護サービスの利用と手続き』『加齢や病気の進行に伴う変化への家庭・地域内における対応』の 3 つのコアカテゴリーが明らかになった。これらのうち、先行研究とは異なる本研究の特徴的な悩みや困難として、療養場所の選択や生活の変化に伴う意思決定による心理的葛藤や医療・介護サービスの未充足感、困りごとや悩みをどこに相談すれば良いかわからないといった、医療・福祉専門職につながる前の相談先に関する悩みを抽出することができた。今後、インターネットを用いた介護者支援体制の整備に向けて基礎となる知見を明らかにできたと考える。

キーワード：認知症, 家族介護者, インターネット, Q&A サービス, 困難

Keywords : Dementia, Family caregiver, Internet, Q & A service, Problem

1. 序文

要介護認定において介護が必要となる原因疾患の第一位は認知症[1]であり、2017年現在で、要介護認定を受けている65歳以上の高齢者は6,282千人[2]にのぼっている。認知症を有する者(以下、認知症者とする)の数は日本[3]のみならず、世界的にも今後増加すると予測されており[4]、認知症者への対応は世界共通の課題となっている。そのため、各国々で認知症に関する国家戦略[5-7]が策定され、認知症患者や介護者を対象にした研究も多数行われている。日本においては、2015年に「認知症施策総合推進総合戦略(新オレンジプラン)」[8]、および、その後継として2019年に「認知症施策推進大綱」が策定され、認知症者やその家族の視点を重視しながら“共生”と“予防”を基本的な考えとして対策が進められている。この大綱では5つの柱が示され、その1つが「医療・ケア・介護サービス・介護者への支援」であり、認知症の早期発見・早期治療やBPSD(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)の予防・適切な対応の推進、家族の負担軽減などが目標とされた[9]。

認知症者の介護は、他の疾患を有する患者の介護よりも介護期間が長期化しやすく、介護者の介護負担感が大きいことや介護者の心血管障害や慢性疾患の罹患リスクが増加することなどが明らかになっている[10]。また、介護負担感には、認知症の重症度やBPSDの症状、介護者のQOL、介護サービス利用頻度が関連していること[11-13]や介護への肯定的認識の向上が介護負担感を軽減させるとの報告[14]がある。

特に、認知症の周辺症状であるBPSDが介護負担感を高めることは多くの研究で明らかにされてきた[12, 15-17]。杉浦らの在宅介護におけるBPSD由来の介護負担感の研究[17]では、BPSDを有する認知症者の介護者の4割以上が家事の増加、常時監視の必要性、認知症者との意思疎通困難、意思疎通困難に伴うイライラを挙げており、その中で常時監視の必要性が介護負担感に対して最も強い関連があることを明らかにしている。すなわち、在宅療養をしている認知症者の介護者は自由に外出することが困難な状況であり、介護の不安や悩みを解消できず家庭内で抱え込んでいる環境にある。加えて、核家族化の進行や高齢者世帯の増加など家族形態の変化や主介護者の高齢化[1]など、家族の介護力が低下している趨勢を鑑みると、家族介護者が孤立しない為の対策が一層必要となる。

さらに、認知症者を介護する家族のニーズとして、退院時の認知症者及び家族の半数以上が「(介護)サービス・制度」「療養場所の見通し」を必要としていたこと[18]が報告されており、認知症者の家族のUnmet needsに関する研究では、5割が「日常生活が制限されること」、4割が「仕事が制限されること」、3割が「心理的苦痛への助け」を挙げていた[19]。さらに、介護者は認知症者の変化に気が付きながらも相談するきっかけを逃しやすいことや確定診断の受診に抵抗があること[20]、介護保険サービス利用の約6割が第三者からの声かけがきっかけであ

ること[21]からも認知症者の家族が手軽に相談することができ、介護保険サービスや受診の検討、介護の見通しを持ち、心理的負担を軽減することができるような相談・情報提供環境の構築が重要だと考える。

そこで、通信環境さえ整備されていればいつでも誰でもどこからでも利用できるインターネットの活用に着目した。認知症者を介護する家族は、介護に関する情報収集や相談を、家の外で家族以外の人に求めることが難しい状態にある。このことからインターネットは、認知症者の介護者にとって、介護負担感を軽減する媒体として有用であると考えられる。日本におけるインターネットの利用率は、2018年現在、60歳未満で90%を超え、60歳代で75%、70歳代で50%以上となり、高齢者でも半数以上[22]であり、人々にとって身近なものになっている。さらに、今後、インターネットの利用率が高い世代の高齢化に伴い、インターネットは今まで以上に幅広い世代に利用されることが予測される。実際に、Social Network Service(以下、SNS)やブログ、Q&AサイトのようなConsumer Generated Media(以下、CGM)は、利用者からの情報提供や投稿を集めて内容が形成されるという特性を持つため、介護者にとって情報収集や不安や悩みを語る新たな場として機能してきており、インターネットを用いた介護者支援が効果的であるとの報告[23]もある。

認知症者を介護する家族の悩みや困りごとに関する知見は、医中誌、PubMedから検索可能な論文については、医療・介護専門職が認知症者及び家族に行った調査・研究が主であり、インターネット上で語られる困難や悩みについては十分に明らかにされていない。

本研究の目的は、Web上Q&Aサービスで認知症者を介護する家族が投稿した質問・相談内容の構成要素を質的に分析し、認知症者の介護で家族が抱える困難や悩みを明らかにすることである。Web上Q&Aサイトは、CGMの中でも利用者が直接悩みや困りごとを相談でき、在宅でもインターネットを用いて利用できるため、今後、認知症者を介護する家族の支援を検討する上で有益な基礎資料となる。

2. 方法

1) 分析対象データ

2014年1月～2018年4月までに、ヤフー知恵袋の大分類カテゴリー‘暮らしと生活ガイド’の小分類カテゴリー‘福祉、介護’に投稿された質問文のうち、回答のあった質問文103,793件を分析対象データとした。なお、本論文での表記において、ヤフー知恵袋の分類カテゴリーは‘、’、分析の過程ででてくる単語には“”、ラベル名には<>、カテゴリー名には【】、コアカテゴリー名には『』を付した。

2) 分類器の構築

分析データは、‘福祉、介護’カテゴリーから抽出した質問文であるため、<介護>に関連する質問の外にも障害や生活保護のような福祉に関する質問が含まれていた。また、<介護>に関する投稿者の属性は、<家族介護者>か<

介護職者（業務として従事）>なのかによって性質が異なるため、本論文では、2種類の分類器を作成し、<介護>に関する内容で、投稿者が<家族介護者>である質問文を抽出して分析を行った。

分類器の構築の手順として、まず、各年度から質問文約300件をランダムに抽出し、得られた計1,526件について、内容を検討し、研究者が手動で<介護>または<介護以外>にラベルづけを行い、それを教師データとした。ラベルづけは2名の研究者で実施し、一致率は88.0%、Cohenの κ 係数は0.75であった。不一致の質問を確認すると、障がい者で介護を受けているものや社会福祉士とケアマネージャーを混同している質問が多く、これらの質問を除外する方向で補正した結果、一致率95.1%、Cohenの κ 係数は0.90となった。質問文は、日本語の形態素解析ソフト MeCab0.996(辞書には mecab-ipadig-NEologd を使用)で形態素解析により品詞ごとに分解した。形態素解析をした単語は、質問文中での重要度を数値化するためにTF-IDF(Term Frequency-Inverse Document Frequency)でベクトル化し、Linear SVC を用いて研究者が付与したラベルごとに分類するアルゴリズム(以下、分類器1)を作成した。なお、分類器の妥当性を高めるため、ファイルを10分割して交差検証を行い、Accuracy score の最も精度の高いものを用いた。

また、教師データの中で研究者が<介護>とラベルづけした質問文804件については、投稿者の属性ラベルを追加し、研究者の手動にて<家族介護者>、<介護職者>、<介護勉強者>、<主語・意味不明>の4つにラベルづけを行った。分類器2のラベルづけについても、分類器1と同様に、2名の研究者で実施し、一致率85.6%で、Cohenの κ 係数は0.80であり、精度は十分であると判断した。不一致の質問には、研究者によって主語のない質問文について、本文から主語を類推したか、していないかで違いが見られた。そのため、研究者がラベリングする際、主語(投稿者が誰であるか)が明記されていない質問文について、前後の文章から主語を類推せずに、「主語不明」として分類するよう統一した。これらを用いて、分類器1と同様の手順で、投稿者の属性に関する分類器(以下、分類器2)を作成し、交差検証も行い、Accuracy score の最も高いものを用いた。

3) 認知症に関連する質問文の抽出

分類器1及び分類器2を用いて、教師データに用いた1,526件を除いた102,267件の質問文を分類し、<介護>に関する内容で、投稿者の属性が<家族介護者>である質問文を抽出した。さらに、抽出された質問文のうち、“認知症”及び医中誌シソーラスで認知症と同義とされる語である“ぼけ”“ボケ”“呆け”“痴呆”“痴呆症”“アルツハイマー”(以下、認知症類義語)を含む質問文のみを抽出し、分析データとした。

4) 意味内容に基づく単語の可視化

得られたデータは、意味内容によって解釈を行うことを企図し、Word2vec[24]を用いてベクトル化、及びプロット図による可視化を行った。Word2vecは、単語の分散表

現を用いてベクトル化を行うため、出現頻度をもとにベクトル化したTF-IDFよりも単語の意味内容を捉えたベクトル表現が可能である。ベクトル化した分析データは、コサイン類似度を用いてベクトルの類似度を算出し、“認知症”と類似性の強い単語1,000語を特定した。その上で、単語の可視化にはEmbedding Projector[25]を使用し、UMAP[26]を用いて2次元に次元圧縮したものをプロットした。その際、単語同士の関係性が理解できるよう“認知症”と類似性の強い単語1,000語のうち上位100語を可視化した(以下、“認知症”プロット)。

また、家族介護者の抱える困難や悩みを明らかにするために、“認知症”と類似性の高い質問文の中の単語TOP100に着目し(付表1)、不安や悩みに関連する単語として、“悩む”、“困る”、“難しい”の3つの動詞を含む質問文に着目した。これらの3つの動詞については、“認知症”プロットと同様に、各単語に相関の強い100語を可視化した。

5) 単語のカテゴリー化

認知症及び悩む”、“困る”、“難しい”の3語と類似性の強い100語のプロット図それぞれについて、7名の研究者及び在宅療養者支援経験のある訪問看護師や保健師(保健師2名、訪問看護師2名、看護師2名、質的研究の経験のある研究者1名)が独立して、プロット上の単語の散らばりから意味のあるまとまりごとに境界線を引き、境界線で区切られた領域内の単語群の意味内容を質的に解釈したカテゴリー名をつけた。各研究者が引いた境界線のうち最も共通性の高い境界線を採用し、各研究者がつけたカテゴリー名を付与した。また、プロット図上では単語同士の距離が類似度を示しているという特徴を踏まえ、近接する複数のカテゴリーのうち、統合して解釈可能なものを統合し、コアカテゴリーを抽出した。カテゴリー名の付与とコアカテゴリーの統合については、7名の研究者が参加する分析セッション及び質的研究の経験のある研究者のスーパーバイズを受け、カテゴリー名やコアカテゴリー名、及び各カテゴリーの解釈に関する合議をおこなった。なお、カテゴリー名を付与後、単語が出現する質問文原文にて、コアカテゴリー名との乖離がないか確認した。

6) 倫理的配慮

本研究で用いたデータは、データを入手した段階で投稿者個人が特定できないように処理されており、研究者はデータから個人を特定できない。また、ヤフー知恵袋の利用者に対しては、サービス利用時にヤフー知恵袋ガイドラインにおいて、大学等の研究機関に投稿に関する情報を提供する事の同意を得ている。なお、本研究は、滋賀医科大学倫理審査委員会看護専門小委員会(整理番号: K30-015)にて審査を受け、滋賀医科大学長の許可を得て実施した。

3. 結果

1) 分類器による質問文の抽出

分類器 1 は、Accuracy score:87.58%、Precision:82.02%、Recall:93.59%、F 値:0.87 であり、分析データ 102,267 件を分類した結果、<介護>56,943 件<介護以外>45,324 件となった。次に、分類器 2 は、Accuracy score:69.14%、Precision:60%、Recall:59%、F 値:0.59 であり、分類器 1 で<介護>に分類されたデータ 56,943 件を分類した結果、<家族介護者>12,818 件<介護職者>18,708 件<介護勉強者>3,454 件<主語・意味不明>21,963 件に分類された。最後に、<家族介護者>に分類されたデータのうち認知症類義語を含む質問文に限定した結果 3,446 件が認知症者を介護する家族介護者からの質問文として抽出された (図 1)。なお、分類器作成時に最も高い精度を示したパラメータ alpha は 1 の場合であった。

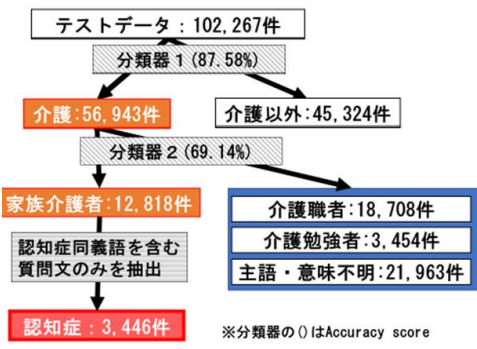


図 1. 分類器による分析データの抽出

2) プロット図より抽出されたカテゴリ

“認知症”プロット (図 2) から、徘徊や暴力など BPSD の対処方法に関する【BPSD】、認知症の確定診断の受診や認知症の治療に関する【診断・治療】、認知症者の施設などへの入所や入院に関する【入院・入所】、物忘れや性格の変化など認知症の中核症状に関する【認知症の中核症状】、要介護認定の申請方法や結果に対する不満などに関する【要介護認定】、疾患や加齢、サポート環境の変化

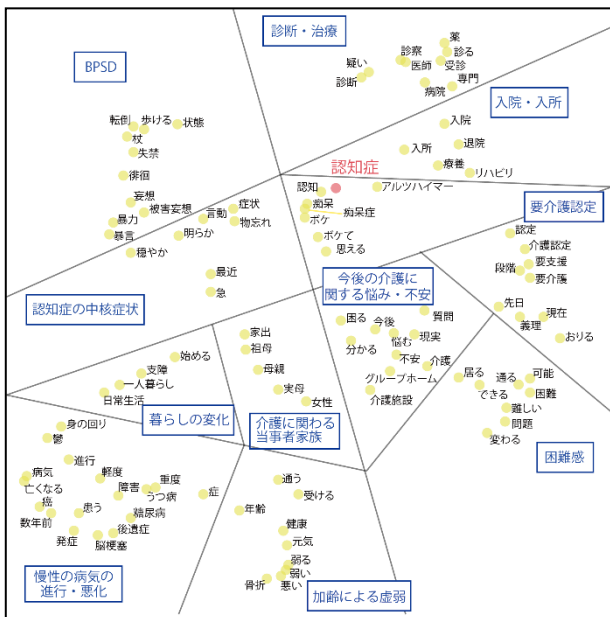


図 2. “認知症”と関連の強い 100 語のプロット図

に伴う日常生活への支障を含む【暮らしの変化】、誰が認知症者を介護する/しているのかという【介護に関わる当事者家族】、認知症の進行や療養場所の変化に伴う【今後の介護に関する不安・悩み】、糖尿病や脳梗塞後遺症など【慢性の病気の進行・悪化】、骨折や足腰の低下など【加齢による虚弱】、どうしようもできない問題や、こうしたいと考える理想と現実とのギャップから生じる【困難感】の 11 カテゴリが得られた。

“困る”と関連の強い 100 語は可視化すると図 3 のようになり(以下、“困る”プロット)、【介護に関わる当事者家族】、近隣住民との関わりに関する【近所付き合い】、介護に必要な物品についての質問や、購入・レンタル方法について尋ねる【介護用品】、認知症の治療方針について医師と話し合う【治療方法】、認知症や介護について相談できる場所について尋ねる【相談できる専門職】、介護への負担感や疲れを感じ、余裕が持てず限界を感じている状態で助けを求める【介護の限界】、悩みや迷いを感じ同じような経験をした人へ助言を求める【悩み・迷い】、認知症の類語である語の集まりの【認知症類義語】、【BPSD】、介護施設の利用に関して認知症者が勧めても嫌がり、利用が困難な状況に対する対処法に関する【介護施設の利用】が得られた。

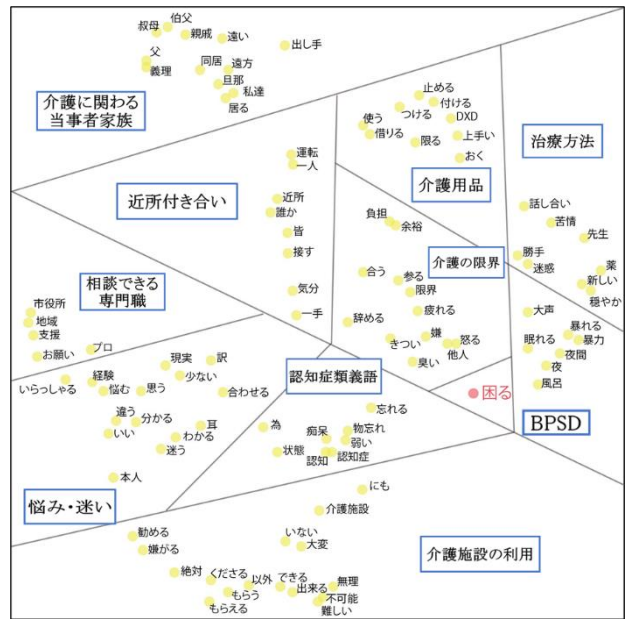


図 3. “困る”と関連の強い 100 語のプロット図

“悩む”と関連の強い 100 語の可視化 (以下、“悩む”プロット)は図 4 のような結果が得られた。“悩む”プロットからは、グループホームや老健からの退去を施設側から求められたことに対して悩む【入所施設からの退去】、病院から退院後の今後の生活に関する【退院後の長期療養のこと】、【看護師の患者支援】、配偶者や親などの家族を認知症者の施設入所等で、別居させる判断について悩んでいる【認知症者とその家族の別居の判断】、介護と仕事の両立に対する悩みである【就労継続と介護サービス利用】、介護施設への入所など介護者が行う選択に対する【罪悪感】、認知症者や家族を説得

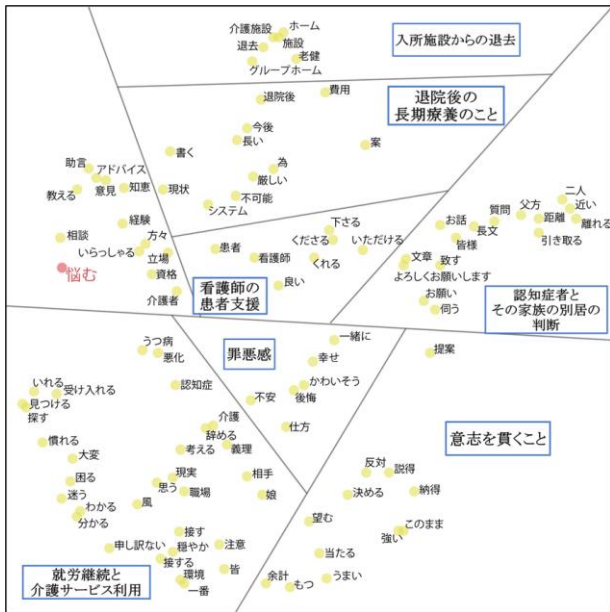


図4. “悩む”と相関の強い100語のプロット図

し、自身の決断を貫く【意志を貫くこと】の7カテゴリが得られた。

“難しい”と距離の近い上位100語の可視化（以下、“難しい”プロット）によって得た図5より、日中介護者が不在となる平日の介護方法に関する【平日の介護】、【介護に関わる当事者家族】、施設からの退所や病院からの退院後に、自宅で療養するための【自宅療養へ向けた治療・リハビリ】、認知症への対処方法や経済的問題、精神的負担などの【介護に伴う負担】、介護保険サービスの利用に関して強い希望があるが、要介護度が低いことで、認知症者のサービス拒否などで希望するサービスの利用が難しい状況にある【介護保険サービス利用に関する強い希望】、介護施設の入所待ち】、【介護保険サービスの利用申請】の7カテゴリが得られた。

3) コアカテゴリの抽出

“認知症”プロットから抽出された11カテゴリは、

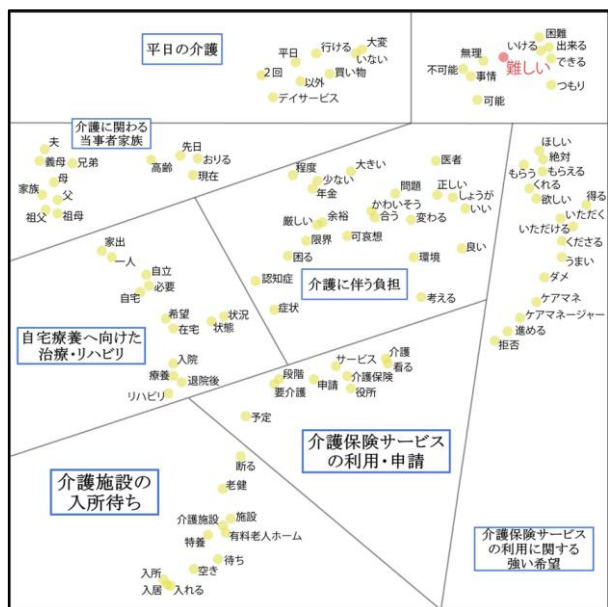


図5. “難しい”と相関の強い100語のプロット図

ロットされた位置と意味内容のまとまりから、【BPSD】【認知症の中核症状】から構成される『認知症の症状』、【診断・治療】【入院・入所】【要介護認定】から構成される『医療・介護サービスの利用と手続き』、【暮らしの変化】【介護に関わる当事者家族】【今後の介護に関する不安・悩み】【慢性の病気の進行・悪化】【加齢による虚弱】【困難感】から構成される『加齢や病気の進行に伴う変化への家庭・地域内における対応』の3つ大きなコアカテゴリが確認された。（表1）

表1. “認知症”と関連の強い100語から抽出したカテゴリ及びコアカテゴリ

プロット	【カテゴリ】	『コアカテゴリ』
認知症	BPSD	認知症の症状
	認知症の中核症状	
	診断・治療	医療・介護サービスの利用と手続き
	入院・入所	
	要介護認定	
	暮らしの変化	加齢や病気の進行に伴う変化への家庭・地域内における対応
	介護に関わる当事者家族	
	今後の介護に関する不安・悩み	
	慢性の病気の進行・悪化	
	加齢による虚弱	
	困難感	

“困る”プロット、“悩む”プロット“、難しい”プロットにおいても、同様のコアカテゴリが確認できた。ただし、各プロットによって関連するカテゴリの個数や内容は異なっていた。（表2）

表2. “困る”“悩む”“難しい”と関連の強い100語から抽出されたカテゴリおよびコアカテゴリ

プロット	【カテゴリ】	『コアカテゴリ』
困る	BPSD	認知症の症状
困る	治療方法	医療・介護サービスの利用と手続き
	相談できる専門職	
	悩み・迷い	
	介護施設の利用	
悩む	入所施設からの退去	医療・介護サービスの利用と手続き
	退院後の長期療養のこと	
	看護師の患者支援	
	認知症者とその家族の別居の判断	
	就労継続と介護サービス利用	
	罪悪感	
	意志を貫くこと	
難しい	介護施設の入所待ち	加齢や病気の進行に伴う変化への家庭・地域内における対応
	介護保険サービスの利用・申請	
	介護保険サービスの利用に関する強い希望	
困る	介護に関わる当事者家族	加齢や病気の進行に伴う変化への家庭・地域内における対応
	近所付き合い	
	介護用品	
	介護の限界	
難しい	平日の介護	加齢や病気の進行に伴う変化への家庭・地域内における対応
	介護に関わる当事者家族	
	介護に伴う負担	
	自宅療養へ向けた治療・リハビリ	

“困る”プロットでは、3つのコアカテゴリーすべてが確認でき、『認知症の症状』では【BPSD】、『医療・介護サービスの利用と手続き』では【治療方法】、【相談できる専門職】【悩み・迷い】【介護施設の利用】、『加齢や病気の進行に伴う変化への家庭・地域内における対応』では【介護に関わる当事者家族】【近所付き合い】【介護用品】【介護の限界】のカテゴリーを含んでいた。

“悩む”プロットでは、『医療・介護サービスの利用と手続き』のコアカテゴリーが確認された。

“難しい”プロットでは、『医療・介護サービスの利用と手続き』と『加齢や病気の進行に伴う変化への家庭・地域内における対応』の2つのコアカテゴリーが確認され、『加齢や病気の進行に伴う変化への家庭・地域内における対応』では【介護施設からの入所待ち】【介護保険サービスの利用・申請】【介護保険サービスの利用に関する強い希望】、『加齢や病気の進行に伴う変化への家庭・地域内における対応』では【平日の介護】【当事者家族】【介護に伴う負担】【自宅療養へ向けた治療・リハビリ】のカテゴリーを含んでいた。

4. 考察

3つの大きなコアカテゴリーのうち、“困る”“悩む”“難しい”の各プロットに共通して出現したものは『医療・介護サービスの利用と手続き』のみであり、インターネット上での認知症の<家族介護者>の困りごとや悩みとして最も広範にわたるコアカテゴリーであると考えられる。“困る”プロットでは3つ全てのコアカテゴリーが確認されたが、“悩む”プロットでは1つ、“難しい”プロットでは2つのコアカテゴリーしか見られなかったことから、“困る”という動詞は認知症者の介護に関する広範囲な問題に対してのニーズの表出に用いられ、“悩む”“難しい”という動詞では、認知症者の介護のために使えるサービスやその手続きに関するより限定的な困難感や悩みと関連しやすいと考えられる。

先行研究では、認知症者を介護する家族の困難や悩みとして、介護サービス利用に関すること[27]や認知症外来の受診に関すること[28]、認知症初期の混乱期にある家族は機能障害に陥ることや「認知症初期症状への戸惑い」「介護による家族の問題」「社会的資源活用の検討」「将来への不安」があること[29]、「疾患情報」「医療サービス関連情報」「患者ケア提供」「介護者のセルフケア」の4つが主要なニーズとしてあることが明らかとなっている[30]。特に、「医療サービス関連情報」が最もニーズとして多いとされており、本研究における3つのコアカテゴリーと類似した結果が得られた。

また、各コアカテゴリーの詳細をみると、『認知症の症状』では、介護負担と関連があると多くの研究で報告されている【BPSD】がカテゴリーとして確認されており[12, 15-17]、認知症者を介護するうえでの困難や悩みの1つであると考えられる。

『医療・介護サービスの利用と手続き』では、【入所施設からの退去】といった認知症者の療養の場に関する悩

みだけではなく、【認知症者とその家族の別居の判断】や【罪悪感】、【意思を貫くこと】など、生活の場の選択についての悩みが抽出されたことは本研究における特徴的なニーズである。当事者からの調査で抽出した認知症の課題・ニーズと比較する[31]と、衣・食・住の確保や介護サービスの利用についてのニーズは挙げられているが、その選択や意思決定の過程における心理的葛藤や悩みといった具体的なものは抽出されていない。なお、実際の質問文として、以下のようなものが含まれている。

- ・母がサ高住に入居しましたが、暴力や暴言があり対応に困っているといわれました、退去するよう言われたらどうしたらいいでしょう。【入所施設からの退去】
- ・老健に入居してもうすぐ6か月になります。退去し次の施設を探すようにわれていますが、自宅では看ることができません。どこか年金暮らしの母が入居できる施設はないでしょうか。【認知症者とその家族の別居の判断】

また、【就労継続と介護サービス利用】カテゴリーに代表されるように、就労継続への希望や就労と介護の両立についての悩みがあることが推測された。先行研究においても、認知症者の介護と就労の両立への困難感や経済的負担について明らかにしており、家族が認知症を発症した場合、家族介護者の12.4%が退職し14.4%が何らかの労働調整を行っているという調査結果[32]や、要介護度が高く、医療的ケアが多いなど、介護頻度が高い場合に家族介護者の退職が多い[33]こと、就労と介護の両立を困難にする事柄として、介護や仕事で自分の代わりがないことや、家族・親戚の理解が得られないこと、介護に関して職場への気負いがあること、仕事のために十分に介護が出来ない[34]といった報告の内容を支持していた。また、【介護保険サービスの利用に関する強い希望】や【介護施設の入所待ち】といったカテゴリーには、

- ・老健は自宅で過ごせるようにリハビリを目的としているとネットで拝見しました。認知症があっても利用できますか。介護認定を受けていないと老健のお世話にはなれないですよね？【介護保険サービスの利用申請】
- ・病院から退院するようには言われていますが、自宅は無理なので施設を希望しています。特養は待機待ち。他に利用できる施設はありますか。【介護施設の入所待ち】
- ・一人暮らしをしている義母(78歳)の認知症が進んできました。地域包括支援センターに相談に行きたいと思いますが、センターでは、どんなことをしてくれるのでしょうか？【相談できる専門職】

といった質問が含まれており、介護保険サービスの利用は介護を継続していくために必要であるが、質問している家族の中には、利用できるサービスの選定や相談する場所について困難感を抱いていることが示唆された。これは、瀧上ら[19]の認知症者とその家族の退院へ向けた

潜在的・顕在的なニーズとして「在宅生活を支えるサービスの利用」を約半数が、「自宅以外の退院先・将来的な療養場所の見通し」「生活の場の変化による不安や混乱なく安心して生活できること」を3割以上の家族が抱いているという報告を支持していた。また、医療・介護サービスだけではなく、【加齢や病気の進行に伴う変化への家庭・地域内における対応】もなされているが、【平日の介護】や【介護の限界】といったカテゴリーがあることから、適切なサービス利用が重要であると考えられる。さらに、先行研究には医療従事者や福祉職が実施した調査・研究が多い[10-21,23-29,32-34]が、本研究が対象としたインターネット上の質問では、医療や福祉の専門職に繋がった後ではなく、専門職に繋がるまでにどこに相談したら良いのか、という質問も含まれていた。

まとめると、インターネット上から把握することができた認知症者の家族介護者の悩みや困難として、『認知症の症状』『医療・介護サービスの利用と手続き』『加齢や病気の進行に伴う変化への家庭・地域内における対応』の3つのコアカテゴリーが抽出された。本研究では新たに、療養場所の選択や病状及び生活の変化に認知症者を介護する家族は、介護に関する情報収集や相談を、家の外で家族以外の人に求めることが難しく、意思決定によって生じる家庭内での心理的な葛藤が生まれていること、および、サービスの未充足感や専門職につながるまでの相談先についての悩みなど、家族が抱える困難や悩みが明らかとなった。

本研究の限界として、インターネット上のCGMの1つであるQ&Aサービスのログデータを用いているため、質問者の属性や介護状況などが把握できておらず、インターネットユーザー特有のサンプリングバイアスが考えられる。また、“DXD”などの一部意味の解釈ができない単語が含まれていることや単語単位での分析を行っているため、抽出されたコアカテゴリーには対象を特定できないものが含まれている点に限界がある。そのため、より限定的な悩みや困難を対象としたさらなる研究が望まれる。加えて、本研究では、分類器を作成し、分析対象とする質問文の選定を行っており、結果の解釈のためにプロットした単語は出現頻度の高い単語が中心となるため、誤分類による影響は限定的であると推測する。しかし、数が少ないことが家族介護者の困難や悩みがないことや、当事者にとって重要でないことを意味しないので、今後はその影響についても検討する必要があると考える。なお分析では、一部の単語は誤分類による影響をうけている可能性があるため、個々の単語の評価ではなく、カテゴリーやコアカテゴリーでの評価に留める必要がある。そのため、本研究の結果をもとに想定される仮説について、対象者の年齢や就労状況、周囲のサポート体制や認知症者の要介護度や認知症の程度といった個人的要因や社会的要因を踏まえた量的な研究での検証が必要である。

5. 結語

本研究では、WEB上Q&Aサービスログデータから

認知症者の家族介護者の困難や悩みとして、従来の当事者への調査と類似したニーズに加え、家族内での意思決定に伴う心理的葛藤や医療・介護サービスの未充足感、および、困りごとや悩みをどこに相談すれば良いかわからないといった、専門職につながる前の相談先に関する悩みなどを抽出できた。今後、これらに対して適切な情報提供や支援がなされているかの確認や、なされていない場合はその充実が必要となるが、インターネットを用いた介護者支援体制の整備へ向けて基礎となる知見を明らかにできたと考える。

謝辞

本稿を執筆するにあたり、データ提供をいただいたヤフー株式会社の社員一同に感謝いたします。

研究資金

本研究は、平成30年度滋賀医科大学学長裁量経費による研究助成（若手萌芽研究）の一部として実施された。

利益相反自己申告

本研究において、開示すべき利益相反はない。ただし、共著者の藤田澄男は、分析に用いたデータを提供するヤフー株式会社に雇用されている。

引用文献

- 厚生労働省. (2018). 平成28年国民生活基礎調査. Retrieved from: [https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/\(2020年2月25日アクセス\)](https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/(2020年2月25日アクセス))
- 厚生労働省. (2019). 平成29年度介護保険事業状況報告(年報) Retrieved from: [https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/17/index.html\(2020年2月25日アクセス\)](https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/17/index.html(2020年2月25日アクセス))
- 二宮利治, 清原裕, 小原知之, & 米本孝二. (2015). 日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業平成26年度総括・分担研究報告書. Retrieved from: [https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrc_hNum=201405037A\(2020年2月25日アクセス\)](https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrc_hNum=201405037A(2020年2月25日アクセス))
- Alzheimer's Disease International. (2015). World Alzheimer Report 2015. Retrieved from: <https://www.alz.co.uk/research/worldalzheimerreport2015summary.pdf> (2020年2月25日アクセス)
- Government Digital Service. (2016) Prime Minister's Challenge on Dementia 2020. Retrieved from: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/507981/PM_Dementia-main_acc.pdf (2020年2月25日アクセス)
- U.S Department of Health and Human Services. (2018). National Plan to Address Alzheimer's Disease: 2018 Update. Retrieved from: <https://aspe.hhs.gov/system/files/pdf/259581/NatPlan2018.pdf> (2020年2月25日アクセス)
- Department of Health, Australian Government. (2015). National Framework for Action on Dementia 2015-2019. Retrieved from: <https://www.health.gov.au/resources/publicatio>

- ns/national-framework-for-action-on-dementia-2015-2019 (2020年2月25日アクセス)
8. 厚生労働省. (2015). 認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン) . Retrieved from: <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000079009.pdf> (2020年2月25日アクセス)
 9. 厚生労働省. (2019). 認知症施策推進大綱. Retrieved from: <https://www.mhlw.go.jp/content/000522832.pdf> (2020年2月25日アクセス)
 10. Brodaty H, Donkin M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(2), 217-228. PMID: 19585957
 11. 宮下 光子, 酒井 真理子, 飯塚 弘美, 町田 玲子, 中村 光江, 横井 由美子, 新谷 周三, 椎貝 達夫,& 戸村 成男. (2006). 在宅家族介護者の介護負担感とそれに関連するQOL要因. *日本農村医学雑誌*, 54(5), 767-773.
 12. 村上 正和, 福田 真由, 牧野 美里, 吉田 英樹,& 高見 彰淑. (2017). 家族介護者の介護負担感との関連因子についての文献的考察 被介護者要因、介護者要因、介護者-被介護者間関係、外的要因に分類して. *作業療法*, 36(4), 386-396.
 13. 梶原 弘平, 辰己 俊見,& 山本 洋子. (2012). 認知症高齢者を在宅介護する介護者の介護負担感に影響する要因. *老年精神医学雑誌*, 23(2), 221-226.
 14. 梶原 弘平, 荒井 由美子, 津留 英智, 坂崎 剛,& 吉村 満希. (2019). 認知症高齢者の家族介護者の介護負担感に着目した簡便な支援とその効果. *日本認知症ケア学会誌*, 17(4), 718-725.
 15. Abdollahpour, I., Nedjat, S., Salimi, Y., Noroozian, M., & Majdzadeh, R. (2015). Which variable is the strongest adjusted predictor of quality of life in caregivers of patients with dementia?. *Psychogeriatrics*, 15(1), 51-57. <https://doi.org/10.1111/psyg.12094>
 16. Torrisi, M., De Cola, M. C., Marra, A., De Luca, R., Bramanti, P., & Calabrò, R. S. (2017). Neuropsychiatric symptoms in dementia may predict caregiver burden: a Sicilian exploratory study. *Psychogeriatrics*, 17(2), 103-107. <https://doi.org/10.1111/psyg.12197>
 17. 杉浦圭子, 伊藤美樹子, & 三上洋. (2007). 家族介護者における在宅認知症高齢者の問題行動由来の介護負担の特性. *日本老年医学会雑誌*, 44(6), 717-725.
 18. 瀧上恵子, 田高悦子, 臺有桂, 河原智江, 田口理恵, & 糸井和佳. (2011). 地域医療支援病院退院時における認知症を有する人と家族のニーズ. *日本地域看護学会誌*, 13(2), 133-139.
 19. Miranda-Castillo, C., Woods, B., Galboda, K., Oomman, S., Olojugba, C., & Orrell, M. (2010). Unmet needs, quality of life and support networks of people with dementia living at home. Health and quality of life outcomes, 8(1), 132. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-132>
 20. 奥村 由, 久世 淳, 柴山 漠 (2005) 要介護認定者の介護者における痴呆症についての認識と相談・受診の状況. *老年精神医学雑誌* 16:229-242
 21. 李 恩 (2012) 利用者からみた介護サービスへのアクセス時の困難. *社会福祉学* 53:18-30
 22. 総務省. (2018). 平成28年度通信利用動向調査. Retrieved from: <http://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/statistics/statistics03.html> (2020年2月25日アクセス)
 23. Blom, M. M., Zarit, S. H., Zwaafink, R. B. G., Cuijpers, P., & Pot, A. M. (2015). Effectiveness of an Internet intervention for family caregivers of people with dementia: results of a randomized controlled trial. *PloS one*, 10(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116622>
 24. Mikolov, T., Yih, W. T., & Zweig, G. (2013, June). Linguistic regularities in continuous space word representations. In Proceedings of the 2013 conference of the north american chapter of the association for computational linguistics: Human language technologies (pp. 746-751).
 25. Smilkov, D., Thorat, N., Nicholson, C., Reif, E., Viégas, F. B., & Wattenberg, M. (2016). Embedding projector: Interactive visualization and interpretation of embeddings. arXiv preprint arXiv:1611.05469.
 26. McInnes, L., Healy, J., & Melville, J. (2018). Umap: Uniform manifold approximation and projection for dimension reduction. arXiv preprint arXiv:1802.03426.
 27. Stirling C, Andrews S, Croft T, et al (2010) Measuring dementia carers' unmet need for services--an exploratory mixed method study. *BMC Health Serv Res* 10:122
 28. 小林 裕 (2008) 認知症高齢者を介護する家族自身の受診ニーズをとらえる 日本語版Zarit介護負担尺度短縮版(J-ZBI_8)を用いた検討. *老年精神医学雑誌* 19:681-686
 29. 木村 裕, 神崎 匠 (2013) 初期認知症高齢者家族の混乱期における家族機能障害に関する研究. *日本認知症ケア学会誌* 12:397-407
 30. Soong A, Au ST, Kyaw BM, et al (2020) Information needs and information seeking behaviour of people with dementia and their non-professional caregivers: a scoping review. *BMC Geriatr* 20:61
 31. 経済産業省. 第3回日本認知症官民協議会 認知症イノベーションアライアンスワーキンググループ. 認知症の課題・ニーズについて (資料3) . https://www.meti.go.jp/shingikai/mono_info_service/ninchisho_wg/003.html(2020年5月20日アクセス)
 32. 河野禎之, 安田朝子, & 木之下徹. (2010). アルツハイマー型認知症の本人とその家族が経験する経済的な機会損失に関する研究. *老年精神医学雑誌*, 21(11), 1237-1251.
 33. 滝ゆず, 堀口和子, & 岩田昇. (2017). 要介護高齢者の主介護者の介護と仕事の両立に関連する要因. *日本在宅ケア学会誌*, 21(1), 44-51.
 34. 越智若菜, 田高悦子, 臺有桂, 河原智江, 田口理恵, & 糸井和佳. (2011). 中年期就労介護者の介護と仕事の両立の課題に関する記述的研究. *日本地域看護学会誌*, 13(2), 140-145.

*責任著者 Corresponding author : e-mail :
ntau1795@belle.shiga-med.ac.jp

投稿日 : 2020年3月3日
受理日 : 2020年9月14日

付表1. “認知症” と距離の近い100語とコサイン類似度

順位	言葉	類似度 [†]	順位	言葉	類似度	順位	言葉	類似度	順位	言葉	類似度
1	痴呆	0.668	26	できる	0.262	51	始める	0.223	76	質問	0.189
2	認知	0.509	27	介護	0.259	52	現実	0.216	77	母親	0.185
3	アルツハイマー	0.497	28	日常生活	0.256	53	病院	0.216	78	先日	0.185
4	痴呆症	0.475	29	症	0.254	54	糖尿病	0.214	79	骨折	0.184
5	症状	0.451	30	後遺症	0.254	55	段階	0.212	80	健康	0.184
6	物忘れ	0.432	31	年齢	0.253	56	急	0.211	81	穏やか	0.184
7	ボケ	0.386	32	元気	0.253	57	入所	0.211	82	グループホーム	0.181
8	診断	0.365	33	介護施設	0.253	58	被害妄想	0.21	83	身の回り	0.181
9	軽度	0.352	34	悩む	0.252	59	要支援	0.21	84	退院	0.181
10	弱い	0.323	35	リハビリ	0.25	60	亡くなる	0.208	85	通る	0.181
11	数年前	0.323	36	おりる	0.247	61	診察	0.208	86	患う	0.18
12	徘徊	0.313	37	妄想	0.247	62	癌	0.206	87	ボケて	0.179
13	現在	0.31	38	難しい	0.245	63	問題	0.206	88	診る	0.179
14	うつ病	0.309	39	明らか	0.244	64	可能	0.204	89	言動	0.178
15	最近	0.308	40	歩ける	0.243	65	通う	0.203	90	変わる	0.177
16	入院	0.306	41	思える	0.24	66	受ける	0.202	91	居る	0.177
17	義理	0.302	42	困難	0.237	67	疑い	0.199	92	杖	0.177
18	状態	0.301	43	進行	0.236	68	薬	0.199	93	介護認定	0.176
19	病気	0.289	44	療養	0.235	69	女性	0.198	94	支障	0.175
20	要介護	0.287	45	発症	0.231	70	鬱	0.198	95	重度	0.175
21	医師	0.276	46	脳梗塞	0.231	71	分かる	0.197	96	受診	0.171
22	一人暮らし	0.274	47	今後	0.229	72	悪い	0.197	97	転倒	0.17
23	暴力	0.269	48	障害	0.227	73	失禁	0.193	98	不安	0.17
24	困る	0.268	49	家出	0.224	74	実母	0.193	99	専門	0.168
25	認定	0.264	50	祖母	0.223	75	暴言	0.19	100	弱る	0.167

†コサイン類似度は、-1から1の間の数値を取り、1に近い方が類似した単語であることを示す。

原著論文

精神科訪問看護師の看護観の形成に関する探索的質的研究 Background Affecting the Formation of Nursing Beliefs among Community Mental Health Nurses: A Qualitative Interview Study

石富千瑞¹⁾ 岩隈美穂²⁾
Chizu Ishitomi, MPH¹⁾ Miho Iwakuma, Ph.D.²⁾

- 1) 医療法人三幸会 第二北山病院
2) 京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻医学コミュニケーション学分野
1) **Dainikitayama Hospital Medical Corporation Sankokai**
2) **Department of Medical Communication, Kyoto University School of Public Health**

Abstract

In recent years, mental health and welfare measures have changed psychiatric treatment from a focus on hospital treatment toward an individual community-based lifestyle. The demands of psychiatric home-visiting nursing have therefore increased. The difficulties of communicating with people with mental illness also force nurses to pay more attention to care techniques. This study explored the effect of background on the formation of nursing beliefs among community mental health nurses. It was an exploratory qualitative study using semi-structured interviews. Between July and November 2019, we used purposive sampling to select and interview people working for psychiatric home-visit nursing agencies in Kyoto City. We used thematic analysis to identify two main possibilities strongly influencing the organization of nursing beliefs of community mental health nurses. A shared culture between nurses and patients strongly influenced awareness and adaptation. Further research is necessary to investigate the influence of social environments on the formation of nursing beliefs and the treatment of patients as ordinary people.

要旨

近年、精神保健福祉施策において、入院医療中心から地域生活中心へと移行する改革が進められており、精神科訪問看護への需要は年々高まっている。一方で精神障害者の症状によるコミュニケーションの困難さに対し、看護師は情緒的な関与を技術として求められる。本研究では看護観に着目し、精神科訪問看護師の看護観の形成過程と構成概念について探索することを目的に研究を実施した。2019年7月～11月に、京都市の訪問看護ステーションに勤務する看護師を対象に、合目的的サンプリングにより半構造化式の個人インタビューを20名に行った。逐語録化したインタビューデータをテーマ分析手法に従って分析した結果、40の概念コード、14のサブカテゴリー、7のカテゴリーから最終的には5つのテーマが生成された。本研究では、精神科訪問看護師の看護観の形成に関し、看護観は経験とともに変化していくと認識しており、利用者の「文化」への気付きと適応をしていくことが明らかになった。今後は看護観の形成に影響する社会的背景と一人の人として利用者に向き合う看護観の形成についてのさらなる研究が必要である。

キーワード：精神科訪問看護、看護観、質的研究、インタビュー

Keywords: Community Mental Health Nurse, Nursing Philosophy, Qualitative Study, Interview

1. 序文

近年厚生労働省¹⁾は、精神保健福祉施策について、入院患者本人の病状や本人及び家族の意向に応じて、入院医療中心から地域生活中心へと移行する改革を進めている。精神障害者の地域生活を支えるため包括的生活支援プログラム (Assertive Community Treatment : ACT)²⁾が導入され、看護師 (外来看護・訪問看護・デイケア等)・精神保健福祉士・作業療法士・精神科医・ケアマネージャー・福祉サービススタッフ等で構成される多職種連携が推奨されている。地域で生活する精神障害者を対象に、ケースマネジメント、カウンセリング、投薬管理等の看護ケアを実施している³⁾精神科訪問看護への需要は年々高まっている⁴⁾。また精神障害者は、幻覚・妄想等の病的体験やそれに関連する被害的な関係念慮、自我の脆弱さ等により⁵⁾、論理的なコミュニケーションを取ることが困難なケースがあり、看護師は医療的介入だけでなく、情緒的な関与を技術として求められる⁶⁾。しかし、看護師の具体的な関わり方は個人によって異なる。

「看護師として患者にどのような看護を行うか、どのように接するか」についての考え方として看護観がある。看護観は看護の理論や知識、経験からのみ生じるものではなく⁷⁾、体験により内的に形成され、形成した看護観を意識した看護ケアの実践の積み重ねでさらに発展していき、看護技術に反映される⁸⁾。本研究では「知識と真実 (認識論) の性質について、体系化するための概念的枠組み (メタパラダイム) で表される基礎的で一般的な仮定、信念、および原則」と定義される⁹⁾ “nursing philosophy”⁸⁾¹⁰⁾¹¹⁾ を「看護観」と同義として用いる。また看護理論におけるメタパラダイムとは「人間」「環境」「健康」「看護」から構成され¹²⁾、高度な看護技術の提供のため、看護師自身が個人の看護観を発展させていく必要があると言及されている。

さらに看護師と患者の関係においては、様々な先行研究があり、コミュニケーションにおける課題¹³⁾、両者の関係性のモデル¹⁴⁾及び役割¹⁵⁾等について、両者の持つ特性や文化の違いに際し言及されている。ここでの文化とは、国籍・人種・言葉による区別とは限らず¹⁶⁾、知識・信仰・芸術・法律・習俗・その他、社会の一員としての人の得る能力と習慣とを含む複雑な全体とも定義される¹⁷⁾。そしてヘルスコミュニケーションにおける医療者文化は「組織文化」の文脈で研究が進んでおり¹⁸⁾、情報共有、モラル、共通価値、協働などの8つの下位概念が明らかになっており¹⁹⁾、ケアの質、患者の生活の質 (Quality of Life: QOL) や患者満足度に影響を与える因子として挙げられている²⁰⁾²¹⁾²²⁾。

一方、精神障害者の文化については、長らく精神障害の当事者の主観世界が十分に明らかにされてこなかった中で、当事者の視点で語る当事者研究が注目を集め、徐々に日本の精神医療・福祉に影響を与えてきた。ここでの当事者とは、障害者福祉において、当初の社会福祉サービスの受益者という用語から範疇を拡大し、社会福祉行政において規定するところの障害者 (身体障害者・

知的障害者・精神障害者) と、それ以外の者も含めている²³⁾。

当事者研究とは、北海道浦河町における「べてるの家」²⁴⁾²⁵⁾での起業をベースとした統合失調症等をかかえた当事者活動や暮らしの中から生まれ育ってきたエンパワメント・アプローチから始まっており、当事者の生活経験の蓄積から生まれた自助 (自分を助け、励まし、活かす) と自治 (自己治療・自己統治) のツールである²⁶⁾。当事者が抱える生きづらさや不快な出来事や感覚、身体の不調や症状、薬との付き合い方、日常生活と関わりの深い制度やサービスの活用レベルまで、そこから生じるジレンマや葛藤を自分の「大切な苦勞」ととらえるところに特徴がある²⁶⁾。

べてるの家での当事者研究が始まった後、病気体験を社会に語る精神障害者グループに関する研究では²⁷⁾、自分に関連した過去の体験や現在の状況の中から生じた手に入れたいという要求を表す「階層からなる自分」、もともと持っていなかったり失ったものを再び手に入れたいことを表す「獲得したもつ自分」、環境要因の自分に与える影響が非常に大きいことを表す「環境の影響を非常に大きく受ける自分」の3つにより自己概念が構成されていた。この研究により、ケア提供者は、当事者を歴史・時代から大きな影響を受ける社会的存在としてとらえ、体験の中に意味を紡ぎだすプロセスを支援する、地域社会とメンバーの橋渡しの役割を強化する、無条件に受け入れる対人関係を構築する、活動の場作りの支援を行うことの必要性が示唆されている。

また、当事者研究における物語り研究²⁸⁾では、当事者が集まるフリースペースにおいて参加者が着席順に語る「言いつばなし聞きつばなし」の実践を紹介している。この順番割り当て技法により、それぞれの話者が自由に語りを試すことができること (語りの思考可能性)、参加者は理解の適否のレリヴァンスから自由に聴くことが可能になり、それぞれの発言や語りが行為の連鎖を作る可能性を防ぐこと (語りの集積の形成可能性)、集積から経験について新たな分節化を作り出す可能性があることを示唆している。以上のように、べてるの家の取り組みから始まり広がりつつある当事者研究は、当事者しか知りえない痛みや感覚を医療者と提示・共有できるため、近年では医療者にもその意義が認識されつつある²⁹⁾。

日本における精神科訪問看護に関する研究では、ACTと精神科訪問看護のケア内容の機能分化の検討³⁰⁾、精神科訪問看護の支援領域についての研究³¹⁾や、訪問実態と困難性を明らかにした研究³²⁾等、看護師の実施する看護ケアやそれに伴う看護師の感情について明らかになっている。一方で看護観に関する研究は看護学生の教育³³⁾や病棟看護師の看護観の変化や看護への影響³⁴⁾に関するものが多く、精神科訪問看護師の看護観の形成に焦点を当てた研究は極めて少ない。本研究では看護観³⁵⁾に着目し、また「精神科」の訪問看護は利用者とのコミュニケーションの実践によって形成されていくと考えられるため、

精神科訪問看護師の看護観の形成についてインタビューによる探索的な質的調査を行った。

1-1. 研究目的

精神科訪問看護師の看護観の形成過程と構成概念について探索的な聞き取り調査により明らかにする。

2. 方法

2-1. 研究デザイン

本研究は半構造化式の個別インタビューを用いた探索的質的研究である。

2-2. 研究方法

<対象者>京都市の精神科訪問看護ステーション4施設（精神科病院付属：3施設、独立型訪問看護ステーション：1施設）に勤務する看護師のうち、研究参加の同意と理解が得られた職員。

<サンプリング>今回の調査においては、豊かな情報を得るために合目的サンプリングを用いた。対象者と関係性を作ったうえでインタビューを実施するために、事前に対象者の訪問看護への同行及び対象者の所属施設での実習を実施した。年齢・性別・勤務歴等の背景要因の偏りが少なくなるように対象者の選定を行った。

2-3. インタビュー実施方法

研究実施前に協力訪問看護ステーションで実習を行った。実習においては看護師の訪問看護に同行し、医療的ケアの見学及び、利用者とのコミュニケーションの参与観察を実施した。対象者の業務の理解に努め、関係性を築いたうえで2019年7月～11月に、調査担当者（石富）が対象者1人に対し約1時間（35分～115分）のインタビューを実施した。面接実施前に質問紙を用いて対象者の属性データ（性別、年齢、精神科訪問看護師勤務年数、職歴）を収集した。項目は先行研究の内容³⁶⁾に加え、インタビュー実施前の研修での看護師との会話から得られた情報をもとに以下を事前に用意した。項目は①精神科訪問看護師に従事した契機、②患者・利用者との関係について、③精神科患者の地域移行の課題について、④地域生活継続の中での課題について、⑤利用者のニーズと医療的支援について、⑥利用者のニーズや価値観について、⑦看護観の変化について、である。インタビューの流れを重視し順番は柔軟に変更した。また、インタビューに際し、対象者に看護観の説明を実施した上でインタビューを実施した。インタビューは対象者の希望に応じて、休憩時間中または勤務後に行い、面接場所は、利便性とプライバシーを考慮し、訪問看護ステーションの面談室等で行った。参加者には時間拘束に対する補填として、図書カード500円分の謝礼を渡した。

2-4. 分析方法

逐語録化した録音データに、面接時に得られた非言語的情報を補足情報として加えてテーマ分析手法³⁷⁾に基づき分

析した。分析の過程は、①逐語録を読み返しデータになるじむ、②研究目的に関連する個所に目を通し、概念コードを抽出する、③解釈の偏りを避けるため、類似例や対局例の両観点から継続的に比較検討し、サブカテゴリーを抽出する、④抽出されたサブカテゴリー同士を比較する、⑤サブカテゴリーからまとまりのあるカテゴリーを生成する、⑥カテゴリー間の関係性を分析し、全体の関係とプロセスを概念化する、である。

分析はスーパーバイザーの意見を参考に抽出カテゴリーを検討し、研究者トライアングレーションを行った。

2-5. 倫理的配慮

本研究の実施にあたり、京都大学・医の倫理委員会による承認（R1973）と研究協力施設の倫理委員会による承認及び承諾を得た。事前に本研究の目的や調査内容を口頭と文書で説明した。自由参加であり途中離脱が可能であること、答えたくない質問には答える必要がないこと、それらによる不利益は一切生じないことの理解を確認したうえで、書面による参加同意を得た。

3. 結果

3-1. 研究対象者の概要 個人インタビューを22回実施し、20名の看護師に協力を得た（うち2名に2回ずつ実施）。対象者の属性や訪問看護経験年数に関する情報は表1に示した通りである。男性9名、女性11名であり、年代は20代1名、30代1名、40代10名、50代6名、60代2名であった。また、精神科訪問看護の経験年数は、1年未満が2名、1年以上5年未満が13名、5年以上10年未満は2名、10年以上が3名であった。参加者全員が病棟での看護師の経験があった。

人	性別	年代	精神科訪問看護歴	看護師歴
A	女	40代	3年4か月	16年
B	女	40代	4年4か月	16年
C	男	40代	14年	29年*
D	男	50代	4年	15年*
E	女	50代	11年	26年*
F	男	50代	5年	25年*
G	男	40代	2年6か月	23年6か月*
H	女	60代	2年8か月	32年*
I	女	50代	6年1か月	28年
J	女	60代	14年	39年*
K	男	50代	2年6か月	39年*
L	男	30代	1年7か月	6年
M	女	50代	2年4か月	36年4か月
N	女	40代	1年	10年
O	男	40代	2年2か月	23年
P	男	40代	1年2か月	10年6か月
Q	女	20代	2年1か月	6年4か月
R	男	40代	6か月	15年6か月*
S	女	40代	11か月	19年
T	女	40代	1年10か月	18年10か月

表1. 対象者一覧

※准看護師資格での勤務を含む

3-2. 各コードの説明

精神科訪問看護師の看護観の形成過程や構成概念について、テーマ分析を行った結果、40の概念コード、14のサブカテゴリー、7のカテゴリーから、最終的には5つ

のテーマが生成された(表 2)。以下、各コードについてカテゴリー別に論じる。紙面の都合上、コード及び語りのバリエーションは一部のみを提示する。【】はカテゴリー、[] はサブカテゴリー、下線部は概念コード、『斜体』は参加者の語り(注:末尾のカッコ内のアルファベットは、参加者 ID、() は補足情報)を表す。

て変化する看護観といった、看護師自身の [(1)経験による看護観の変化] を認識している。

①『治療的支援者ではありたくないというのが最近特に思っていることなんよね。(G)』②『自分のライフスタイルが変化の中で、なんとなく看護観が変化しているなって。(E)』

3-2-2. テーマⅡ：利用者の文化への気付き

【2. 訪問看護の軸となる利用者の価値観】

利用者は慢性的な疾患との付き合いの中で③疾患のベテランとなり、④利用者のマイルールといった [(2)長期

コード (40)	サブカテゴリー (14)	カテゴリー (7)
テーマⅠ：看護観に対する看護師の認識		
①職務経験とともに変化する看護への向き合い方 ②看護師のライフスタイルによって変化する看護観	(1)経験による看護観の変化	1. 変化する看護観
テーマⅡ：利用者の文化への気付き		
③疾患のベテラン ④利用者のマイルール	(2)長期的な疾患との付き合いの中で生じた利用者の価値観	2. 訪問看護の軸となる利用者の価値観
⑤利用者にとってできないことは絶対にできない	(3)行動変容の困難さ	
⑥行動変容が上手く行く例は少数		
⑦難易度や時間の経過によっては行動が変容する	(4)利用者の人生である行動の選択	
⑧利用者が行動を変容しないことは利用者の選択の一つ		
⑨自分で行動を選択することが人生		
テーマⅢ：病棟看護と訪問看護の違いの認識		
⑩病気の症状を許容してくれる場 ⑪治療的な場	(5)患者の人生の一部でしかない病棟看護	3. 病棟看護と訪問看護の違い
⑫患者の切り取られた人生としての入院		
⑬短期間で回数を重ねて関わりが可能		
⑭集団で患者に向き合えることによる責任の分散		
⑮患者全体の中での優先度の決定		
⑯完結せず継続的	(6)持続的な人生を意識する訪問看護	
⑰人生の中での人としての広がり		
⑱「点」の関わり		
⑲確保された時間内で一対一での対応		
⑳常に一対一における責任	(7)病棟的感覚では通用しない訪問看護	
㉑病棟での看護師の無意識的なぞんざい態度への気付き		
㉒病棟看護で培われた知識のみでは対応が不十分であることへの気付き		
テーマⅣ：看護師の内省と人として向き合う姿勢		
㉓看護師自身が利用者より規則正しい生活を送っていない	(8)看護師自身の生活習慣の内省	4. 看護師自身の内省
㉔利用者の領域に入らせてもらう感覚 ㉕踏み込んでほしくない利用者に対しては深入りしない	(9)訪問継続のための看護師の姿勢	5. 人と人として向き合う姿勢
㉖利用者の要求を動違いない		
㉗資格や役職に対する患者の態度の変化の経験	(10)看護師として・人として利用者に向き合う看護観の形成	
㉘看護師自身が一人の人であるという感覚		
㉙「一緒にする」関係でありたいという認識		
㉚人としてだけでなく医療者としても関わることのできる人		
㉛「疾患から人を見る」から「人から疾患を見る」への視点の変化		
テーマⅤ：利用者の主体的行動のためのコミュニケーション		
㉜危険を伴う事柄に対する防止・制限 ㉝利用者自身が「気づく」ためのサポート	(11)利用者が自ら行動を選択できるための情報提供	6. メディカルケアを選択するための「一緒に考える」ケア
㉞限定的なケアである服薬	(12)利用者の自己選択を待つ服薬	
㉟利用者が服薬の必要性を理解した上で選択するときが医療的な関わりのタイミング	(13)利用者のベースから判断する「安定」	7. 利用者のパーソナリティカバリーのためのコミュニケーション
㊱ルーチンから外れた行動をキャッチして捉える「いつも」との違い		
㊲利用者のベースの基準値からの逸脱		
㊳日常生活が成り立っているか		
㊴自己の状態を俯瞰する促し	(14)利用者自身に「安定」に戻してもらう術の提示	
㊵行動の修正ではなく別の見方があることへの利用者の気付きの促し		

表 2. 抽出した概念

的な疾患との付き合いの中で生じた利用者の価値観] を持つ。訪問看護の中で看護師は⑤利用者にとってできな

3-2-1. テーマⅠ：看護観に対する看護師の認識

【1. 変化する看護観】

精神科訪問看護師において①職務経験とともに変化する看護への向き合い方、②看護師のライフスタイルによ

いことは絶対にできないことや、⑦難易度や時間の経過によっては行動が変容する場合もあるが、⑥行動変容が上手くいく例は少数であるという [(3)行動変容の困難

さ)を経験する。医療的に望ましいことを理解の上で⑧利用者が行動を変容しないことは利用者の選択の一つであり、利用者が⑨自分で行動を選択することが人生、すなわち〔(4)利用者の人生である行動の選択〕の集積を利用者の「文化」として訪問看護師は認識し、利用者の価値観を軸とした看護を実施している。

③『利用者さんは病気のベテランなので(F)』④『その人の家のルールの方がしっかりとある(E)』⑤『ダメな人はダメ、起きられない人は起きられない。(A)』⑦『順番だけ変えるとか、…ちょっと気にしているような風はありますね。(A)』⑧『分かってるけど、やっぱりやめられへんねん』とか「やめたくないねん」とかなったら、もうそれはその人の選択と思う(A)』⑨『自分で選んで人生やっとして、…うまくいこうが、行かないだろうが、自己責任(C)』

3-2-3. テーマⅢ：病棟看護と訪問看護の違いの認識

【3. 病棟看護と訪問看護の違い】

利用者の「文化」に触れる過程で、看護師は病棟での看護（以下、病棟看護）と訪問看護の違いを認識し始める。病棟は⑩病気の症状を許容してくれる場や⑪治療的な場として⑫患者の切り取られた人生としての入院を支える役割を担い、看護においては⑬短期間で回数を重ねて関わりが可能であり、看護師が⑭集団で患者に向き合えることによる責任の分散という利点を持つが、⑮患者全体の中での優先度の決定をしなければならず、業務優先的な特徴がある。これらの〔(5)患者の人生の一部ではない病棟看護〕に対し、訪問看護は⑯確保された時間内で一対一での対応ができ、⑰完結せず継続的で、利用者の⑱人生の中での人としての広がりに焦点を当てる特徴を持つ。このように〔(6)持続的な人生を意識する訪問看護〕であるが、一回の訪問は時間が制限されるため⑲「点」の関わりであり利用者に対して連続したアプローチができない、⑳常に一対一における責任があるといった病棟看護との違いを看護師は感じている。また訪問看護に転向したことで㉑病棟での看護師の無意識的なぞんざいな態度への気付き、㉒病棟看護で培われた知識のみでは対応が不十分であることへの気付き等の〔(7)病棟的感覚では通用しない訪問看護〕の性質を認識する。

⑩『急性期はある意味唯一その病気が出せる場っていう認識もあった (I)』⑪『…入院というのはその人の人生の24時間で例えたら、10分とか20分の世界(E)』⑫『病棟では何度も患者さんのところに行き行って言うこともできる(M)』⑬『他の患者さんも見ながら、全体を見て優先度を決めないといけない(F)』⑭『病棟って、…良くなってもらったら、出て行ってもらって、その時に完結していくものなんだけど、訪問はすごく継続的(A)』⑮『この人の家族がいて、子供がいて、今までの何十年という人生があって、これからどうしようって思っているとかっていう、人としての広がり(A)』⑯『…わずか30分週一回の中で、継続的にできることはない、あくまで訪問看護は、線じゃなくて「点」の関わりしかできない。(G)』⑰『訪問の

間はその人としてしっかり関わられるわけで(E)』⑱『…(患者への対応は)病棟だったらすぐ誰かいるわけだし。…訪問はそういうわけにはいかない(M)』⑲『本当は病棟でも、「いいですか、触っても」と言わなきゃいけない(E)』⑳『今(訪問看護)はいわゆる知識的な部分だけでは太刀打ちできないような場所にいるような気がして。(I)』

3-2-4. テーマⅣ：看護師の内省と看護観の形成

【4. 看護師自身の内省】 医療者として医療的に望ましい行動を利用者に伝える中で、㉓看護師自身が利用者より規則正しい生活を送れていないといった〔(8)看護師自身の生活習慣の内省〕をし、一人の人として看護師も達成できないことを無理に利用者に押し付けられないという、人としての関わりの視点を訪問看護師は持つようになる。

㉓『私も普段自分のことでできてないこと、多いじゃないですか(P)』

【5. 人と人として向き合う姿勢】

㉔利用者の領域に入らせてもらう感覚を持ちつつ、㉕踏み込んでほしくない利用者に対しては深入りしないこと、求められている場合も㉖利用者の要求を勘違いしないといった〔(9)訪問看護継続のための看護師の姿勢〕を訪問看護師は意識している。利用者とのコミュニケーションを重ねる中で、㉗「疾患から人を見る」から「人から疾患を見る」へ視点の変化、㉘看護師自身が一人の人であるという感覚、且つ㉙人としてだけでなく医療者としても関わることのできる人という意識の形成または強化をする。㉚資格や役職に対する患者の態度の変化の経験及び、医療者が利用者を支援するのではなく、㉛「一緒にする」関係でありたいという認識から〔(11)看護師として・人として利用者に向き合う看護観の形成〕がされている。

㉔『…当たり前には感じるのところに、こっちが入る…神聖な場所に伺わせていただいているという気持ち(I)』

㉕『求めてこない人には自分からはぐいぐいいかない(A)』

㉖『お互いが求める深さが、食い違わないようにしないとなとは…(H)』『(看護師の持つ役職に対し)やっぱりむこうが気を遣ってくれてはるんやろうなって。…だから悪い意味じゃないけど、距離はちょっと違うんややると(K)』

㉗『純粹にこう人と人、たまたま資格を持って働かせてもらってるけど、人として人に向き合いたい(G)』

㉘『…困ってはることを一緒に考えることが…関係性の大事なとこ(K)』

㉙『人として、医療者としてちゃんと聞くべきことは頭に入れて、あとは対人として接する方がいいのかなと(M)』

㉚『統合失調症の〇〇さんと見ていたのが、今は〇〇さんは統合失調症を持っていると(L)』

㉛『統合失調症の〇〇さんと見ていたのが、今は〇〇さんは統合失調症を持っていると(L)』

3-2-5. テーマⅤ：利用者の主体的行動のためのコミュニケーション

【6. メディカルケアを選択するための「一緒に考える」

ケア】

看護師は⑳危険を伴う事柄に対する防止・制限をしながら㉑利用者自身が「気付く」ためのサポートをする等、〔(11)利用者が自ら行動を選択できるための情報提供〕を行う。例えば精神疾患に対して㉒限定的なケアである服薬においては、㉓利用者が服薬の必要性を理解した上で選択するときが医療的な関わりのタイミングとして、一緒に考えた上で〔(12)利用者の自己選択を待つ服薬〕に対する関わりを実施している。

わないと、…どれだけ逸脱しているのかが分からない (F)』㉔『生活が成り立っているかどうか、そっちが大事かなと (G)』㉕『この人のベースって何なんだろうって…いい感じの自分ってどうだろうというところ… (I)』㉖『こういうのありますよとか、伝えて、知ってもらおうとか (L)』

3-3. 結果の全体像

これまでの結果を概念図として示す(図1)。精神科の訪

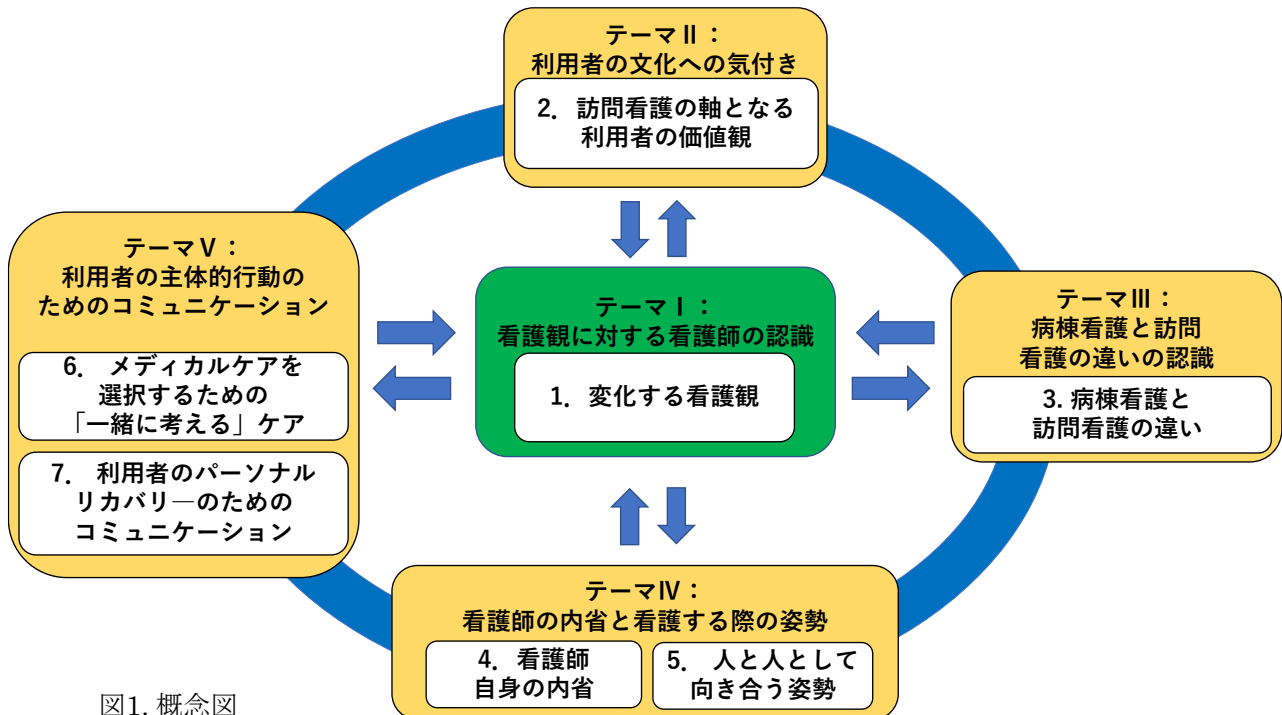


図1. 概念図

㉗『言わなあかんことは言う、(危険なことは) 止めないと(C)』㉘『元気な時に自分がどうなったら自分で判断できなくなってるかというのを…共有をしておく。(I)』㉙『…薬なんか微々たるものだなという体験も今訪問に行ってから経験させてもらって(I)』㉚『お薬は自分が必要だと思ったら、…自然に飲むことになる…大事だよなって思えることを一緒に考える、…そこから薬を飲み始めることが医療的なタイミングの関わりなのかなと思って。(E)』

【7. 利用者のパーソナルリカバリーのためのコミュニケーション】

利用者の㉛ルーチンから外れた行動をキャッチして捉える「いつも」との違い、㉜利用者のベースからの逸脱、㉝日常生活が成り立っているかといった〔(13)利用者のベースから判断する「安定」〕を軸に、訪問看護師は利用者が自らリカバリーができるよう㉞自己の状態を俯瞰する促しや㉟行動の修正ではなく別の見方があることへの利用者の気付きの促し等〔(14)利用者自身に「安定」に戻してもらう術の提示〕を行う。

㊱『いつもこうしてほっこりしてはるけど、今日はそこまで行きついていないしんどさがあるんだと(E)』㊲『その人の基準値…ラインをやはりある程度見せてもら

問看護師は自身の【変化する看護観】として、経験に伴って変化していくと認識していた。【訪問看護の軸となる利用者の価値観】といった利用者の「文化」に触れ、看護師は自身の持っていた病棟的感覚が訪問看護で通用しない等の【病棟看護と訪問看護の違い】を意識するようになり、利用者を受け入れてもらうため、【看護師自身の内省】をした上で利用者に関わる等、【人と人として向き合う姿勢】を形成していくことが考えられた。また利用者が自身の「文化」に沿って主体的行動ができるようになるために、看護師は【医療ケアを選択するための「一緒に考える」ケア】を実施し、【利用者のパーソナルリカバリーのためのコミュニケーション】を取ることが示唆された。

4. 考察

(1)精神科訪問看護における看護観

看護観とは、前述したように「看護師として患者にどのような看護を行うか、どのように接するか」の考え方である³⁵⁾。本研究においては、「一人の人として向き合う」という意識及び考えが多くの対象者である訪問看護師から看護観の核として挙げられていた。先行研究でも精神科訪問看護において、看護師は様々な困難感を抱えていることがわかっている³²⁾。本研究の研究協力者たち

はその困難感を脱するため、看護師という医療者としての立場や意識を訪問看護を実施する際に利用者に対して向けないようにしていた(例:『治療的支援者ではありたくないというのが最近特に思っていることなんよね』)。さらに精神科の訪問看護師の看護観は固定されておらず、自身の経験とともに変化しており(例:『自分のライフスタイルが変化する中で、なんとなく看護観が変化してきたりとかあるなって』)、本研究の結果は先行研究⁸⁾における看護観は柔軟であり変化していくという結果と一致している。

(2) 利用者の「文化」に適應する看護観の形成

本研究では、精神科訪問看護師の形成において、利用者の「文化」への気付きと適應が示された。患者や家族が、ある特定の病のエピソードについて抱く考えとして、Kleinman の提唱する説明モデル³⁸⁾がある。精神疾患との長期的な付き合いにより、利用者は説明モデルを構築し、加えて今までの人生経験の中で構築されたルーチンの行動やルールといった価値観により構成された「文化」を持って生活をしている。治療的な場である病棟ではメディカルケアが患者と看護師のコミュニケーションの核となり、看護師は効率的な医療を進める中で業務優先的である病棟的な看護観が備わる。先行研究では、精神科病棟に所属する看護師が病棟での関わりがある患者の訪問看護を行う中で「患者のペースや都合を優先しないと、支援を受け入れてもらえない負担感」や「患者の主体性を尊重する訪問看護への切り替えられない難しさ」等の困難感があることが明らかになっている³⁴⁾。また海外では、患者や家族との「異文化」コミュニケーションに適應できる文化的知識や態度及び感情等が看護師に求められると報告されている³⁹⁾。前述の医療者の組織文化の下位概念には、モラル、情報共有や共通価値観など8つの下位概念が挙げられているが¹⁹⁾ほとんどが医療者間で育まれる概念であり、つまり患者との共有を前提としていない。そのため医療者同士で培われてきた病棟看護師の「文化」を下地とする看護観では、訪問看護で立ち行かなくなってしまう。本研究の対象者においても、治療中心の病棟看護から訪問看護に転向後、利用者の価値観による行動変容の困難さ等、病棟看護で培われた知識や病棟での看護師の「文化」では通用しないと感じていた(例:『今(訪問看護)はいわゆる知識的な部分だけでは太刀打ちできないような場所』)。利用者の領域に入らせてもらう感覚や一人の「人として」利用者に向き合うという意識は、前述のべてるの家²⁵⁾のモットーである「自分自身で、ともに」と通底している。

文化差の認識に基づいて自己の世界観を形成していくことを人間としての発達過程とみなし、その発達段階を分類する Bennett の提唱する異文化感受性発達モデル⁴⁰⁾がある。本研究の研究協力者たちは試行錯誤を重ね、利用者の「文化」に看護師が入れてもらう・馴染むように、看護観の形成をすることで、この異文化感受性発達モデルのように、自文化を自然かつ合理的な唯一の視点とす

る自文化中心主義から文化によって異なる視点を認識かつ尊重する文化相対主義へと異なる「文化」への適應をしていると考えられた。さらに次の項目は、先行研究でこれまでほとんど取り上げられておらず、本研究で明らかになった点である。

(3) 利用者に向き合う中での看護師自身の内省

本研究では看護師自身の内省が看護観の形成、および利用者とのコミュニケーションに影響していることが示唆された。訪問看護においては、利用者の長期的な地域生活の維持のために、治療だけではなく日常生活を利用者自身が可能な範囲で成立させていくことが課題となる。本研究において、看護師の内省が利用者の主体的行動のためのコミュニケーションに影響を与えていることが明らかになった。例えば医療的に望ましい行動であっても、実施のしやすさには個人差があり、それは医療者である看護師も同様である。看護師が自分たちの生活を振り返り、看護師自身が規則正しい生活を送れていないことや行動の継続ができないことを省みて(例:『私も普段自分のことでできてないこと、多いじゃないですか』)、利用者とのコミュニケーションの中で、利用者が実施可能な範囲での行動を提案・提示していた。

先行研究では看護師自身が実施したケアそのものに対して振り返りをすることで個人の看護技術が発展すると報告されている⁴¹⁾⁴²⁾。臨床心理士によるエスノグラフィ調査でも、ケアよりセラピーのほうが専門的で「上等」であるという医療者の規範や文化に染まっていた著者が、精神疾患患者とのかかわりの中から「する」ことだけでなく、精神疾患患者と時間を共有し、生産的でも合理的でもないただ「いる」ことの重要性に気が付く医療者自身の内省の過程が丹念に描かれている⁴³⁾。ケアに対する振り返りに加え、看護師自身の内省をすることで、精神疾患の有無に関わらず看護師も利用者も一人の人であるという意識が生じ、医療者としての立場だけでなく、人として人に向き合う看護観が形成されることが考えられる。

5. 研究の限界

これまでの精神科訪問看護についての研究では、事例研究が主でありまたミクロな対人看護に関する研究のみだったが、本研究での特長は実習期間を含め長期にわたる調査から、上記のような看護師自身の内省や歴史的・マクロ的背景が看護観の形成に影響していると言及したことである。一方で研究の限界としては、実習として対象の訪問看護師に関わったことが円滑で深いインタビューに繋がった反面、その関係性の中での発言の抑制や、社会的望ましきによるバイアスが生じた可能性もある。また、4施設中3施設が同一法人に所属しており、法人特有の精神科看護の理念や思想がインタビュー結果に反映されている可能性も否定できない。

6. 結語

本研究では、精神科訪問看護師の看護観の形成に関し、看護観は経験とともに変化していくと認識しており、利用者の「文化」への気付きと適応をしていくことが考えられた。今後は看護観の形成に影響する社会的背景と一人の人として利用者に向き合う看護観の形成についてのさらなる研究が必要である。

謝辞

本研究実施にあたり、ご協力くださいました訪問看護ステーション施設長方各位、参加者の皆様、御指導賜りました皆様に心より感謝申し上げます。

研究資金

本研究は、京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻医学コミュニケーション学分野運営費によって実施した。

利益相反自己申告

利益相反はない。

引用文献

- 1) 地域精神保健医療体制の現状について. 厚生労働省; 2018
- 2) ACT 概要. 地域精神保健福祉機構; [cited 2020 September 14]. Available from: https://www.comhbo.net/?page_id=1379
- 3) Happell, B., Honey, W. & Gaskin, C. J. Community mental health nurses, caseloads, and practices: A Literature review. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2012; 21: 131-137.
- 4) 訪問看護について 第 8 回指針検討会. 厚生労働省; 2014
- 5) 香月富士日. 精神科における看護師の患者に対する心理的距離の関連要因. *日本看護研究会雑誌*. 2009; 32(1): 105-111.
- 6) 田中浩二, 吉野暁和, 長谷川雅美, 長山豊, 大江真人. 精神科看護師の患者看護師関係における共感体験. *日本看護科学会誌*. 2015; 35: 184-193.
- 7) ケイコ・イマイ・キシ. 看護倫理のための意思決定 10 のステップ. 東京: 日本看護協会出版会; 2004
- 8) 畑中純子, 伊藤収. 看護観が体験から発展するまでの看護師の思考のプロセス. *日本看護科学会誌*. 2016; 36: 163-171.
- 9) Pamrls G. Reed. A treatise on nursing knowledge development for the 21st century: Beyond postmodernism. *Advances in Nursing Science*. 1995; (17)3: 70-84.
- 10) 小野若菜子, 麻原きよみ. 在宅高齢者を看取る「家族を支援した訪問看護師の看護観. *日本看護科学会誌*. 2007; 27(2): 34-42.
- 11) 野戸結花, 三上れつ, 小松万喜子. 終末期ケアにおける臨床看護師の看護観とケア行動に関する研究. *日本がん看護学会誌*. 2002; 16(1): 28-38.
- 12) Thorne S, Canam, C, Dahinten S, Hall, W, Henderson, A, Kirkham SR. Nursing's metaparadigm concepts: disimpacting the debates. *Journal of Advanced Nursing*. 1998; 27(6): 1257-1268.
- 13) 福田正治. 看護における共感とコミュニケーション. *富山大学看護学会誌*. 2009; 9(1): 1-13.
- 14) 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. 東京: 大修館書店; 2020
- 15) Antonio R Moreno-Poyato, Pilar Monteso-Curto, Pilar Delgado-Hito, Raquel Suarez-Perez, Rosa Acena-Dominguez, Regina Carreras-Salvador, et al. The Therapeutic Relationship in Inpatient Psychiatric Care: A Narrative Review of the Perspective of Nurses and Patients. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2016; 30: 782-787.
- 16) Keesing R. Thories of culture. *Annual Review of Anthropology*. 1974; 3: 73-97.
- 17) E.B.タイラー. 原始文化—神話・哲学・宗教・言語・芸能・風習に関する研究. 東京: 誠信書房; 1962
- 18) Cameron KS, Quinn RE. Diagnosing and changing organizational culture: based on the competing values framework. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons; 1999
- 19) Kobuse H, Morishima T, Tanaka M et al. Visualizing variations in organizational safety culture across an inter-hospital multifaceted workforce. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2014; 20: 273-80.
- 20) Scott T, Mannion R, Marshall M et al. Does organizational culture influence health care performance? A review of the evidence. *Journal of Health Services Research & Policy*. 2003; 8: 105-17.
- 21) Meterko M, Mohr DC, Young GJ. Teamwork culture and patient satisfaction in hospitals. *Medical Care*. 2004; 42: 492-498.
- 22) Mannion R, Davies HT, Marshall MN. Cultural characteristics of "high" and "low" performing hospitals. *Journal of Health Organization and Management*. 2005; 19: 431-439.
- 23) 松本学. 当事者による当事者研究の意義. 教育方法の研究. 2002; 5: 93-98.
- 24) べてるの家. べてるの家の「非」援助論: そのままでいいと思えるための 25 章. 東京: 医学書院; 2002.
- 25) 向谷地生良. 技法以前: べてるの家のつくりかた. 東京: 医学書院; 2009
- 26) 当事者研究について—当事者研究の理念と構成—(向谷地生良). 当事者研究ネットワーク; [cited 2020 September 14]. Available from: https://toukennet.jp/?page_id=56
- 27) 國方弘子, 本田圭子. 病気体験を社会に語る精神障害者当事者グループの自己概念. *日本看護研究学会雑誌*. 2009; 32(2): 45-53.
- 28) 浦野茂, 綾屋紗月, 青野楓, 喜田ことこ, 早乙女ミナリ, 陽トウコ・他. 言いっぱなし聞きっぱなし—自閉症スペクトラム症当事者による当事者研究における物語り. ナ

ラティブとケア. 2015; 6: 92-101.

²⁹⁾石原孝二 編. 当事者研究の研究とは何か. 東京: 医学書院; 2013

³⁰⁾吉田光爾, 瀬戸谷雄太郎, 瀬戸谷希他. 重症精神障害者に対する地域精神保健アウトリーチ サービスにおける機能分化の検討: Assertive Community Treatment と訪問看護のサービス比較調査より. 精神障害とリハビリテーション. 2011; 15 (1): 54-63.

³¹⁾嶋澤順子, 大澤真奈美, 久保善子. 独立型訪問看護ステーション看護師による精神障害者地域生活継続への支援内容. 社会医学研究. 2018; 35(1): 63-71.

³²⁾川内健三, 天谷真奈美. 精神科訪問看護において病棟看護師が感じる困難. 日本看護研究学会雑誌. 2018; 36(2): 1-11.

³³⁾藤本由香, 河村優子, 楯野由美子, 他. 精神看護学演習に参加した精神科看護師の自己認識について. 日本看護学会論文集:精神看護. 2015; 45: 199-202.

³⁴⁾福岡浩樹, 原田昌幸, 末森俊宏, 他. 病棟看護師の看護観. 日本精神看護学術集会誌. 2012; 55(1): 390-391.

³⁵⁾薄井坦子. 科学的看護論(第3版). 東京: 日本看護協会出版会; 1997

³⁶⁾Tanaka K. Nursing Philosophy of community mental health nurse in Japan: A qualitative, descriptive study. International Journal of Mental Health Nursing. 2018; 27: 765-773.

³⁷⁾Liamputtong P 編, 木原雅子, 木原正博訳. 現代の医学的研究法 質的・量的方法、ミックスメソッド、EBP: メ

ディカル・サイエンス・インターナショナル. 東京: 2012

³⁸⁾Kleinman A, Eisenberd L, Good B. Culture, Illness and care : clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. Annals of Internal Medicine. 1978; 88: 251-25.

³⁹⁾Dympna T. Effective intercultural communication in nursing. Nursing Standard. 2019; 34(2): 45-50.

⁴⁰⁾Bennett M. Intercultural Adaptation. Basic concepts of intercultural communication: Paradigms, principles, & practices. UK: Intercultural Press; 2013

⁴¹⁾小山田恭子. 中堅看護師の能力開発における「ナラティブを用いた内省プログラム」の構築に関する基礎研究. 日本看護管理学会誌. 2007; 11(1): 13-19.

⁴²⁾今井多樹子, 高瀬美由紀. 新人看護師の看護実践の質向上に資する職場の支援体制; KJ法による看護管理者の面接内容の構造化から. 日本職業・災害医学会会誌. 2016; 65(3): 111-117.

⁴³⁾東畑開人. 居るのはつらいよ ケアとセラピーについての覚書. 東京: 医学書院; 2020

***責任著者 Corresponding author :**

京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻医学コミュニケーション学分野
岩隈美穂 准教授 iwakuma.miho.8n@kyoto-u.ac.jp

投稿日 : 2020年4月29日

受理日 : 2020年9月16日

研究報告

AYA 世代のがん罹患者におけるがん情報の入手状況と重要度の検討 Availability and Importance of Cancer Information for Adolescent and Young Adult Patients

高橋 朋子¹⁾²⁾ 八巻知香子¹⁾ 高山 智子¹⁾³⁾
Tomoko Takahashi¹⁾²⁾ Chikako Yamaki¹⁾ Tomoko Takayama¹⁾³⁾

- 1) 国立がん研究センターがん対策情報センター
2) 慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科博士課程
3) 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
1) Center for Cancer Control and Information services, National Cancer Center, Japan
2) Graduate School of Health Management Doctoral course, Keio University
3) Department of Health Communication, School of Public Health, The University of Tokyo

Abstract

Background Adolescent and young adult patients with cancer have various needs because of the overlap between cancer-related incidents and life events. However, a cancer control policy for these patients in Japan has only been initiated recently, so little is known about their needs.

Purpose This study aimed to understand the availability and importance of information and consultations on the Internet.

Method Between November 2017 and March 2018, we conducted an anonymous online survey among cancer patients aged > 20 years old, who had been diagnosed with cancer at 15–39 years old. The survey included 45 items and covered nine areas. It asked about the availability and importance of information and consultation status both now and during the participants' initial diagnosis of cancer.

Results We analyzed 31 responses. Most participants had obtained medical information, such as basic cancer knowledge and treatment. However, they had not been able to acquire statistical information or knowledge of support available. This information would have helped them to visualize and plan life after treatment.

Conclusion Providing this information via the internet would have been useful for these patients.

要旨

【背景】AYA 世代のがん罹患者はがんの罹患と人生のイベントが重なり多様なニーズを持つ。しかし日本では、AYA 世代のがんの施策は始まったばかりで、AYA 世代への情報提供は十分ではない。【目的】インターネットでの情報提供につなげるため、AYA 世代のがん罹患者のがん情報の入手状況と重要度、相談の実態を明らかにする。【方法】15-39 歳でがん罹患者とした調査時に 20 歳以上の人を対象に、2017 年 11 月～翌年 3 月まで無記名の Web 調査を実施した。調査項目は、海外の主要ながん情報提供 4 サイトを参考に抽出した 9 領域 45 項目のがん情報の「現在」および「診断当初」の入手状況と重要度、相談できる人の有無を尋ねた。【結果】31 名より回答を得た。がんの基礎知識や治療法等の医学的情報は得られていたが、統計データ、受けられる支援に関する情報等は得られていなかった。また、特に重要な情報として、医学的情報と治療後の生活を想定できるような情報があげられた。【結論】AYA 世代が受けられる支援の案内や、治療後の生活に関連した情報を一度に入手できる Web ページ等の提供方法の示唆が得られ、これらをもとに AYA 世代のがんに関する情報を整備していく必要があると考えられた。

キーワード： AYA 世代；がん情報；情報ニーズ

Keywords: Adolescent and young adult(AYA)；Cancer Information；Information needs

1. 序文

AYA 世代(Adolescent & Young Adult)は思春期(A 世代)と若年成人(YA 世代)をあわせた略称であり、15-39 歳の世代である。国内のがんの年間罹患者数は 21,000 例程度で、死因においても自殺や不慮の事故とならび大きな割合を

占める(Katanoda et al, 2017; 厚生労働省, 2020)。AYA 世代は進学や就職、結婚や出産等の人生の大きなライフイベントが重なる年代であり、AYA 世代のがん罹患者は心理・社会的問題が生じやすい(Zebrack et al, 2011)。そうした背景から、AYA 世代のがん罹患者は心理的ケアから日常生活

活のケアなど多様で個別性の高いニーズを抱きやすく、その一つに情報に関するニーズも重要なものとしてあげられている(Sender et al, 2020)。がん患者にとって情報は、治療決定を行うため、今後の見通しを立てるために必要不可欠なものである(Mills et al, 1999)。しかしながら、AYA世代のがん罹患者の情報ニーズが十分に満たされていないことが課題となっている(DeRouen et al, 2015)。

日本では、第3期のがん対策推進基本計画(H30年3月)で初めてAYA世代のがんに関する施策が示され、AYA世代のがんの特徴や多様なニーズに即した情報提供の検討が始められた。AYA世代は社会的背景や役割が変化する時期であることに加え、特にA世代でかかりうるがんの種類は多様で治療歴や治療経験が個人で大きく異なること、治療後に長期にわたるフォローアップが必要といった特徴をもつことから、AYA世代のがん罹患者向けにどのような情報をどこで提供しうるかといった課題も示されている(総合的な思春期・若年成人世代のがん対策のあり方に関する研究班, 2018)。

このようなAYA世代のがん罹患者に対する情報整備の課題が多くある中で、インターネットは利便性や即時性が高く、AYA世代がん罹患者にとって有用なツールの一つである。AYA世代の特徴に沿ったがんの情報提供は、米国や英国等の諸外国では複数のがん患者向けの情報提供サイトで既になされている。今後、日本でインターネットでのAYA世代に向けた情報提供を整備していくために、先行する海外の情報提供状況を参考に、国内のニーズに沿った示唆を得ることは重要である。よって、本研究は、日本でのAYA世代に向けたインターネットでの情報提供につなげるため、AYA世代のがん罹患者を対象に、「現在」および「診断当初」のがん情報の入手状況と重要度、相談の実態を明らかにすることを目的とした。

2. 方法

2.1 調査対象

AYA世代(15-39歳)でがんに罹患した体験をもつ、調査時点で20歳以上の人を対象とした。対象者は、(1)国立がん研究センターがん対策情報センター「患者・市民パネル」、(2)「患者・市民パネル」経由、(3)患者会経由で参加協力の依頼を行った。なお、(2)では「患者・市民パネル」よりAYA世代のがん罹患者の知人宛に、(3)では患者会の担当者宛に調査協力のメール転送を依頼した。

2.2 調査方法

2017年11月～翌年3月に無記名のWeb調査を行った。

2.3 調査内容

調査項目は、表1に記載の主要ながん患者向けの情報提供4サイトを参考に抽出した、9領域45項目([がんの一般的知識][AYA世代のがんの知識][治療/副作用/後遺症][がんと向き合い方][人間関係][セクシュアリティ][治療後の生活][受けられるサポート(医療機関)][受けられるサポート(外部機関)])で、「現在」および「診断当初」の入手状況(得られたか否か)と特に重要と考える情報(5個までを選択)を尋ねた。さらに、主要ながん相談機関の一つであるオーストラリアのCancer Helplineでの項目を参考に(Jefford et al, 2005)、がん情報の9領域からがん相談で受けることが多いと考えられる5領域([治療/副作用/後遺症][がんと向き合い方][人間関係][セクシュアリティ][治療後の生活])を選択し、「現在」および「診断当初」の相談できる人の有無を尋ねた。本検討では、回答者の7割(22名)以上が選択した情報を「入手できた情報」、3割(9名)未満のみが選択した情報を「入手できなかった情報」とした。また、各項目の回答平均期待値の3.4名([5個×31名]/45項目)の2倍を上回る7名以上の場合に「重要な情報」として取り扱った。なお、回答者の属性として、性別、診断時/現在の年齢、病名、受けた治療、現在の治療状況、診断時/現在の職業、患者会やサポートグループ(以下、患者会等)の参加の有無、イベント等への参加の有無を尋ねた。また、今後のAYA世代の情報提供で目指す姿を自由回答で尋ね、考察の際の参考とした。

2.4 倫理的配慮

本研究は、国立研究開発法人国立がん研究センター研究倫理審査委員会の審査を受けて実施した(2017-119)。本研究の目的、方法、倫理的配慮、連絡先等の説明は、Web調査の表紙ページに提示した。研究への参加は任意であり、回答送信前の最終画面に「Web調査の回答送信をもって最終的に同意とみなす」旨を記載した。なお、回答送信後は個人が特定できないため、調査後の撤回ができないことも明示した。

3. 結果

3.1 回答者属性

回答者の属性を表2に示した。調査対象に合致した回答者は31名で、全員を解析対象とした。回答時の平均年齢は37.8(レンジ:22-58)歳、診断時の平均年齢は29.4(レンジ:15-38)歳であった。診断を受けてからの期間は0～23年で、平均値、中央値ともに8年であった。女性が25名で8割を超え、診断名は乳がんが11名、血液がんが7名と続い

表1 諸外国の主要ながん患者向けの各サイトの内容と特徴

各サイト	運営母	内容と特徴
National Cancer Institute (米国)	公・連邦政府	AYA世代向けの情報(病院選択や治療選択、がんと向き合い方、支援団体等)が1ページにまとめられている。
American Cancer Society (米国)	私・非政府組織	A世代とYA世代でそれぞれの表紙ページが作成され、表紙ページの下階層にそれぞれ各種情報を書き起こされている。統計情報や予防・原因等の疫学的情報が、比較的掲載されている。

Cancer. Net (米国)	私・ 学術団体	YA 世代と Teenager を一まとめにして表紙ページが作成され、そのページの下の階層に各種情報が書き起こされている。人間関係やがんとの向き合い方等の社会生活に関連する内容が、比較的掲載されている。
Macmillan (英国)	私・ 非政府組織	Teenager と YA 世代を一まとめにして表紙ページが作成され、そのページの下の階層に各種情報が書き起こされている。Macmillan の電話や E-mail・チャット相談の情報が記載され、掲示板にも繋がることできる。

た。薬物療法を受けた人が 27 名、手術を受けた人も 22 名おり、10 名が現在も治療を継続していた。診断時は 25 名が雇用中で、現在も 26 名が雇用中であった。また、診断時に学生だった人は 4 名で、うち 2 名が未成年者であった。さらに、患者会等に参加している人は 24 名、がん関連のイベントの参加経験者は 25 名いた。本研究では、日本の AYA 世代のがん罹患者の年齢構成と比較し(Katanoda et al, 2017)、25-29 歳の層でやや人数が多く、35 歳以上の層でやや人数が少なかった。

3.2 がん情報の入手状況

45 項目のがん情報について、「現在」および「診断当初」のがん情報の入手状況を表 3 に示した。回答者の 7 割以上が「現在、入手できた情報」は 6 項目で、[がんの一般的知識][治療/副作用/後遺症]の領域で各 2 項目、[がんの向き合い方][治療後の生活]で各 1 項目であった。一方、3 割未満が「現在、入手できなかった情報」は 12 項目で、[AYA 世代のがんの知識][受けられるサポート(医療機関/外部機関)]の 3 領域で、各領域内の過半数以上の項目で情報が入手できていなかった。また「診断当初、入手できた情報」は[治療/副作用/後遺症]の 1 項目のみで、「診断当初、入手できなかった情報」は 26 項目に及んだ。[AYA 世代のがんの知識][受けられるサポート(外部機関)]では各領域内のほぼ全ての項目で、[がんとの向き合い方][セクシュアリティ][受けられるサポート(医療機関)]では各領域内の過半数以上の項目で情報が入手できていなかった。

3.3 がん情報の重要度と重要度の高い情報の入手状況

同様に、45 項目のがん情報の「現在」および「診断当初」の重要度を表 3 に示した。「現在、特に重要」と 7 名以上が回答した情報は「30.がん治療後の変化と付き合い方」の 1 項目で、7 割以上が「現在、入手できている」と回答していた。一方、「診断当初、特に重要」と 7 名以上が回答した情報は 5 項目で、「3.診断前の考えられる症状」「6.AYA 世代がん患者の生存率の推移」「12.がんの治療法」「16.がんや治療により生じる体の変化と付き合い方」「43.妊孕性のサポートを提供している外部機関」であった。これらの情報の診断当初の入手状況は、「12.がんの治療法」では 9 割以上であったが、「16.がんや治療により生じる体の変化と付き合い方」は約 6 割、それ以外の項目は 2 割あるいはそれ未満であった。

3.4 がん情報の領域別の相談できる人の有無

「現在」および「診断当初」におけるがん情報の領域別の相談できる人の有無を、表 4 に示した。[治療・副作用・後遺症][がんとの向き合い方]では過半数の人が「現在、相

談できる人がいる」と回答し、[人間関係][治療後の生活][セクシュアリティ]では過半数の人が「現在、相談できる人がいない」と回答した。一方、「診断当初、相談できる人がいた」と回答した人が過半数を上回る領域はなく、[がんとの向き合い方][人間関係][治療後の生活]で「相談できる人がいない」と回答した人は 7 割を超え、[セクシュアリティ]では 9 割を超えていた。

4. 考察

本研究では「現在」および「診断当初」のがん情報の入手状況と重要度、相談の実態を明らかにし、今後国内で重点を置くべき情報の領域と提供方法の検討を行った。

4.1 医学的な情報

今回の調査対象である AYA 世代がん罹患者は、がんの一般的知識や治療に関する情報は比較的高い割合で入手できていた。しかし治療に関する情報でも、「臨床試験/参加できる臨床試験」は 4 割未満で得られているとは言えなかった。治療が難しい場合に臨床試験は治療選択肢の 1 つになりうる。しかし、AYA 世代は臨床試験の参加率が低い背景もあり(堀部, 2019)、がん罹患者のニーズにあった情報提供のためには、臨床試験の情報提供も重要と考えられた。さらに、現在、特に重要な情報として「がん治療後の変化と付き合い方」があげられた。AYA 世代のがん罹患者は二次がんや再発リスクが高く、治療後長期にわたってのフォローが必要である(Fidler et al, 2019)。先行研究では、AYA 世代のがん患者に晩期合併症等のフォローアップに関連する知識が不足していることが指摘されている(Psihogios et al, 2019)。本研究において、日本でも治療終了後の身体面の付き合い方に関する情報が充実すべき重要な情報であることが示された。AYA 世代のがん罹患者が日常生活の中で治療終了後の変化や症状に気づくことができるよう、フォローアップに関連する知識や情報を充実させていく必要があると考えられる。また AYA 世代は、本人を取り巻く環境の変化が大きい時期でもある。学業や就労、友人や恋人との関係など、あらゆる場面での身体面の付き合い方をわかりやすく情報提供していくと同時に、プライバシーや自尊心等にも配慮した情報と支援内容を併せて提供する必要があると考えられた。

4.2 生活に関する情報

AYA 世代のがんの罹患者はがん全体の割合として少なく、同じような体験をもつ患者に出会いにくいことから孤独感や恐怖感、今後に対する絶望を抱きやすいことが指摘されている(Cheung et al, 2017)。本研究では、診断当初において、症状や治療法といった医学的情報ととも

に、「がんや治療により生じる体の変化と付き合い方」「AYA 世代がん患者の生存率の推移」の情報が重要な情報としてあげられた。2つの情報領域は異なるものの、どちらも治療後の生活を想定するために必要な情報であり、診断当初でも治療後の生活を想定できる情報を幅広く入手できることが必要と示唆された。また、生存率の情報は

現在でも重要な情報とされ、かつ入手のできていない情報であった。一方で、生存率の情報は、不確定要素が大きく、患者にとって辛い現実をみることになりうる情報でもある。今後、国内でも生存率の結果が示される際に、5年相対生存率が既に示されている米国での情報提供の状況等を参考に、本人や家族がどのように受け止め得るの

表2 回答者の属性

項目	n	%	項目	n	%	項目	n	%	項目	n	%
性別			診断名			現在の職業			患者会参加の有無		
女性	25	80.6	乳がん	11	35.5	正規雇用	14	45.2	参加	24	77.4
男性	6	19.4	血液がん	7	22.6	非正規雇用	12	38.7	不参加	7	22.6
現在の年齢			子宮がん	3	9.7	学生	2	6.5	がん関連のイベント参加の有無		
平均	37.8±8.4(22-58)		肉腫	3	9.7	無職	2	6.5	参加	25	80.6
診断時年齢			卵巣がん	2	6.5	その他	1	3.2	不参加	6	19.4
平均	29.4±6.1(15-38)		胃がん	1	3.2	診断時の職業					
			脳腫瘍	1	3.2	正規雇用	19	61.3			
			神経内分泌腫瘍	1	3.2	非正規雇用	6	19.4			
			甲状腺がん	1	3.2	学生	4	12.9			
			胸腺がん	1	3.2	主婦(主夫)	1	3.2			
			受けた治療(複数回答)			無職	1	3.2			
			薬物療法	27	87.1	その他	1	3.2			
			手術	22	71.0						
			放射線治療	11	35.5						
			幹細胞移植	4	12.9						

表3 がん情報の入手状況と重要度

	入手状況(はい/いいえ)		特に重要(5個まで)	
	現在	診断	現在	診断
がんの一般的知識				
1. 身体についての一般的知識	21 (67.7)	12 (38.7)	2 (6.5)	4 (12.9)
2. がん全般の一般的知識	<u>27 (87.1)</u>	20 (64.5)	2 (6.5)	3 (9.7)
3. 診断前の考えられるがんの症状	17 (54.8)	7 (22.6)	4 (12.9)	8 (25.8)
4. がんの診断	<u>22 (71.0)</u>	23 (74.2)	6 (19.4)	5 (16.1)
AYA 世代のがんの知識				
5. AYA 世代がん患者の罹患者数と死亡者数	<u>6 (19.4)</u>	<u>6 (19.4)</u>	2 (6.5)	2 (6.5)
6. AYA 世代がん患者の生存率の推移	<u>8 (25.8)</u>	<u>8 (25.8)</u>	6 (19.4)	7 (22.6)
7. AYA 世代に多いがんの種類と具体的特徴	<u>16 (51.6)</u>	<u>8 (25.8)</u>	3 (9.7)	1 (3.2)
8. AYA 世代のがんの原因	<u>9 (29.0)</u>	<u>6 (19.4)</u>	5 (16.1)	5 (16.1)
9. AYA 世代のがんの予防	11 (35.5)	<u>2 (6.5)</u>	0 (0.0)	1 (3.2)
10. AYA 世代のがんの早期発見	14 (45.2)	<u>5 (16.1)</u>	0 (0.0)	0 (0.0)
11. がん治療医や医療機関の探し方	18 (58.1)	<u>7 (22.6)</u>	3 (9.7)	2 (6.5)
治療/副作用/後遺症				
12. がんの治療法	<u>30 (96.8)</u>	<u>28 (90.3)</u>	2 (6.5)	8 (25.8)
13. 治療選択に関連する因子	18 (58.1)	<u>6 (19.4)</u>	1 (3.2)	0 (0.0)
14. 臨床試験/参加できる臨床試験	12 (38.7)	<u>4 (12.9)</u>	1 (3.2)	0 (0.0)
15. がん治療の副作用の対処法	21 (67.7)	21 (67.7)	4 (12.9)	6 (19.4)
16. がんや治療により生じる体の変化と付き合い方	<u>24 (77.4)</u>	19 (61.3)	5 (16.1)	7 (22.6)
17. 後遺症(晩期合併症)と必要な対応	18 (58.1)	10 (32.3)	1 (3.2)	0 (0.0)
がんとの向き合い方				
18. がん情報の入手場所	<u>26 (83.9)</u>	16 (51.6)	1 (3.2)	3 (9.7)
19. AYA 世代に起こる診断・治療の問題	15 (48.4)	<u>8 (25.8)</u>	0 (0.0)	1 (3.2)
20. AYA 世代に起こる経済的な問題	15 (48.4)	<u>5 (16.1)</u>	0 (0.0)	1 (3.2)
21. AYA 世代に起こる孤独感等の感情	15 (48.4)	<u>9 (29.0)</u>	2 (6.5)	3 (9.7)
22. 自分の感情や思い・夢を書き留めておくこと	<u>9 (29.0)</u>	11 (35.5)	2 (6.5)	0 (0.0)
23. 他のがん体験者と繋がること	20 (64.5)	17 (54.8)	4 (12.9)	2 (6.5)
人間関係				
24. 家族(両親・兄弟)の反応と接し方	18 (58.1)	13 (41.9)	3 (9.7)	0 (0.0)
25. 友人の反応と接し方	12 (38.7)	12 (38.7)	0 (0.0)	1 (3.2)
26. パートナーが経験する感情と接し方	<u>9 (29.0)</u>	<u>5 (16.1)</u>	1 (3.2)	1 (3.2)
セクシュアリティ				
27. がんや治療によるセクシュアリティへの影響	13 (41.9)	<u>8 (25.8)</u>	1 (3.2)	2 (6.5)
28. がん治療による妊孕性	21 (67.7)	19 (61.3)	6 (19.4)	5 (16.1)
29. 治療後、子どもを持つ選択肢と親になること	14 (45.2)	<u>6 (19.4)</u>	2 (6.5)	1 (3.2)
治療後の生活				
30. がん治療後の変化と付き合い方	<u>23 (74.2)</u>	17 (54.8)	9 (29.0)	6 (19.4)
31. 健康を維持すること	21 (67.7)	15 (48.4)	1 (3.2)	2 (6.5)
32. 学校に復学すること	<u>4 (12.9)</u>	<u>2 (6.5)</u>	1 (3.2)	1 (3.2)
33. 職場復帰	20 (64.5)	14 (45.2)	6 (19.4)	4 (12.9)
受けられるサポート(医療機関)				
34. がん治療のチームはどのようなものか	<u>9 (29.0)</u>	<u>7 (22.6)</u>	0 (0.0)	0 (0.0)
35. 医療者へ相談すること	12 (38.7)	10 (32.3)	1 (3.2)	2 (6.5)
36. 専門家のカウンセリングを受けること	<u>7 (22.6)</u>	<u>4 (12.9)</u>	0 (0.0)	0 (0.0)
37. 医療者への一般的な Q&A	11 (35.5)	11 (35.5)	1 (3.2)	3 (9.7)
受けられるサポート(外部機関)				
38. 質問や相談ができる機関の連絡先の紹介	17 (54.8)	<u>9 (29.0)</u>	3 (9.7)	5 (16.1)

39. AYA 世代のがん患者が利用できるウェブサイト	18 (58.1)	9 (29.0)	2 (6.5)	3 (9.7)
40. AYA 世代のがん患者が使用できる冊子の紹介	8 (25.8)	6 (19.4)	0 (0.0)	1 (3.2)
41. AYA 世代がん患者の簡単な体験記の紹介	12 (38.7)	10 (32.3)	2 (6.5)	4 (12.9)
42. 心理的サポート等を提供する外部機関	9 (29.0)	5 (16.1)	1 (3.2)	4 (12.9)
43. 妊孕性のサポートを提供する外部機関	11 (35.5)	6 (19.4)	6 (19.4)	7 (22.6)
44. 経済的サポートを提供する外部機関	4 (12.9)	2 (6.5)	0 (0.0)	1 (3.2)
45. サバイバーシップ支援を提供する外部機関	9 (29.0)	6 (19.4)	2 (6.5)	3 (9.7)

注) 人数(%) 注2) 入手状況：22名(70%)以上に下線、9名(30%)未満の情報に□、重要度：7名以上に太字

表4 がん情報の領域別の相談できる人の有無

相談できる人は	いる (いた)	いない (いなかった)	必要ない (なかった)
治療・副作用・後遺症			
現在(n=30)	17 (56.6)	11 (36.7)	2 (6.7)
診断当初	15 (48.4)	14 (45.1)	2 (6.5)
がんとの向き合い方			
現在	16 (51.6)	14 (45.2)	1 (3.2)
診断当初	5 (16.1)	25 (80.6)	1 (3.2)
人間関係			
現在(n=30)	11 (36.6)	18 (60.0)	1 (3.3)
診断当初(n=30)	2 (6.6)	26 (86.7)	2 (6.7)
セクシュアリティ			
現在(n=30)	6 (20.0)	20 (66.7)	4 (13.3)
診断当初	0 (0.0)	28 (90.3)	3 (9.7)
治療後の生活			
現在	12 (38.7)	18 (58.1)	1 (3.2)
診断当初	8 (25.9)	22 (71.0)	1 (3.2)

注1) 人数(%)

か、恐怖感等にも配慮しつつ情報の提示の方法も検討する必要があると考えられた。

4.3 受けられるサポートに関する情報

[受けられるサポート(外部機関)]の領域の情報は8項目中4項目で、3割未満の人しか得られていなかった。特に「経済的サポートを提供する外部機関」の入手状況は、わずか1割程度であった。AYA 世代は経済的にも自立に向けた成長過程の途中と言え、AYA 世代のがん罹患者は経済的負担が大きい状況にある (Wong et al. 2017)。加えて、日本の AYA 世代は小児慢性特定疾病医療費助成(18 歳未満)や小児医療費助成制度(自治体により対象年齢は異なる)、介護保険制度(40 歳～)等の狭間の世代であり、公的助成を受けにくい状況にある。したがって今回得られた結果は、情報のみならず支援できる資源がない状況のために情報が無いという回答となったとも考えられる。

また、AYA 世代がん罹患者は個別的でより具体的な支援のニーズを持っていることから(Wong et al, 2017)、個々のニーズにあわせた支援を行うための情報も重要である。しかし一方で、本研究では「AYA 世代のがん患者が使用できる冊子の紹介」「サバイバーシップ支援を提供する外部機関」と包括的なサポートを受けられる機関や媒体の情報の入手状況は3割未満と少なかった。きめ細やかな支援を行うには、国の公的な医療サービスの枠組みのみでは限界は多い。しかし、一部の自治体では、妊孕性温存の支援等、公的助成が始められた事例もある(岐阜県)。自治体での取り組みの情報など、利用できる支援につながる情報を幅広く提供していくことも必要であろう。さらに、AYA 世代のニーズは個別性が高く、一般的な情報の中から本人にとって必要な情報を選びとれるような仕組みや個別に相談できる環境を作るこ

とが重要である。今後の AYA 世代の情報環境に求める姿としてあげられた自由回答には、「一度に相談できるような窓口的な機関が欲しい」といった意見もあげられていた。幅広く情報を提供していくとともに、具体的かつ個別に情報を入手することも必要である。またそれにより、現在は必ずしも十分とは言えない国内の情報や支援が認識され、更なる支援環境や提供できる情報の拡充にもつながると考えられる。

4.4 がん情報の相談状況

診断当初では[がんと向き合い方][人間関係][セクシュアリティ][治療後の生活]で相談できる人が少なく、現在でも [人間関係][セクシュアリティ][治療後の生活]で相談できる人が少ないという結果であった。AYA 世代のがん罹患者は同世代の友人には相談しづらく、社会的孤立を感じていることが多い(Cheung et al, 2017)。本研究でも、その一端が示されたと考えられる。さらに、[がんと向き合い方][人間関係][セクシュアリティ]の3領域の各情報は、入手状況が5割に満たないものも過半数にのぼった。これら3領域に関連する情報は個別性が高く、広い対象を想定した一般的な情報だけでは不十分なことが多いと想定できる。また、[セクシュアリティ]のような情報は、相談しづらい内容でもある。医療者は患者の相談しづらい状況を理解した上で、日常生活の影響や注意点等の適切な情報提供を医療者から受けられるように支援することが必要である。さらに、自由回答では「同じような体験した仲間とのつながり(9名)」や「相談できる場所の確保(6名)」が重要であるという声が複数あげられた。専門家による情報提供や相談だけでなく、同じ経験をした仲間や人生経験の豊かな世代に、今後のライフプランを相談できるような環境を求めていると考えられる。よって、こうした“場”に関する情報提供も重要と考えられた。

4.5 本研究の限界

本研究の限界は大きく2つある。1つは、対象者数と対象者の偏りである。本研究の対象者は31名と少なく、患者・市民パネルと患者会を經由してリクルートをおこなったため、回答者は患者会等やイベントの参加経験がある者が多かった。既に一定数の情報を得られていたり、自分自身のがんについて意識が高い集団であった可能性がある。また、セクシュアリティのような内容は性差が大きいと考えられるが、本研究の対象者は女性が多かった。よって、対象者が AYA 世代のがん罹患者を代表しているとは言い難く、結果の解釈には注意が必要である。2つ目は、診断時の年齢と診断されてからの期間

である。A 世代では両親の患者への配慮によって、診断時に患者本人への情報提供が十分なされていないことも考えられ (Fidler et al, 2019)、情報の入手状況や重要度に影響を与えた可能性もある。さらに、診断からの期間が 10 年以上経過している人も約半数いた。想起バイアスや診断当時の風潮も、結果に何かしらの影響を与えた可能性は否めない。したがって、本研究を一般化することには限界がある。しかし、対象者の限られる AYA 世代のがん罹患者において、今後の情報提供の体制整備に向けた有用な知見が得られたと考えられる。今後、AYA 世代のがん対策の充実とともに、AYA 世代が置かれている背景や環境によって情報に対する認識が異なるのかをさらに明らかにすることで、より個別の状況に応じた情報提供につながると考えられる。

5. 結論

本研究では、AYA 世代のがん罹患者のニーズや経験をもとに、インターネットで提供する AYA 世代のがん罹患者に向けた情報について検討を行った。AYA 世代のがん罹患者が求める情報として、臨床試験の情報、治療後の医学的情報、生活に関する情報、AYA 世代がん患者の統計データ、AYA 世代が受けられる支援等に関する幅広い領域の情報があげられた。また、現在および診断当初の時期別の情報の入手状況や相談状況からは、AYA 世代が受けられる支援や治療後の生活に関連した情報を一度に幅広く入手できる Web ページ等、情報の提供方法の示唆が得られた。本研究で明らかになった情報の領域と提供方法をもとに、AYA 世代のがん罹患者に向けたがん情報の提供体制の整備に努めていく必要があると考えられた。

6. 引用文献

- American Cancer Society. (2016). Cancer in Young Adults. Retrieved 10.17, 2016, from <https://www.cancer.org/cancer/cancer-in-young-adults.html>
- Cancer. Net. (2016). Resources for Young Adults With Cancer. Retrieved 10.17, 2016, from <https://www.cancer.net/navigating-cancer-care/young-adults-and-teenagers/resources-young-adults-with-cancer>
- Cheung, C. K., Zebrack, B. (2017). What do adolescents and young adults want from cancer resources? Insights from a Delphi panel of AYA patients. *Support Care Cancer*, 25(1), 119-126.
- DeRouen, M. C., Smith, A. W., Tao, L., Bellizzi, K. M., Lynch, C. F., Parsons, H. M., Keegan, T. H. (2015). Cancer-related information needs and cancer's impact on control over life influence health-related quality of life among adolescents and young adults with cancer. *Psychooncology*, 24(9), 1104-1115.
- Fidler, M. M., Frobisher, C., Hawkins, M. M., Nathan, P. C. (2019). Challenges and opportunities in the care of survivors of adolescent and young adult cancers. *Pediatr Blood Cancer*, 66(6), e27668.
- Jefford, M., Black, C., Grogan, S., Yeoman, G., White, V., Akkerman, D. (2005). Information and support needs of callers to the Cancer Helpline, the Cancer Council Victoria. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 14(2), 113-123.
- Katanoda, K., Shibata, A., Matsuda, T., Hori, M., Nakata, K., Narita, Y., Nishimoto, H. (2017). Childhood, adolescent and young adult cancer incidence in Japan in 2009-2011. *Jpn J Clin Oncol*, 47(8), 762-771.
- Macmillan. (2016). Teenagers and young adults. Retrieved 10.17, 2016, from <https://www.macmillan.org.uk/cancer-information-and-support/diagnosis/teenagers-and-young-adults>
- Mills, M. E., Sullivan, K. (1999). The importance of information giving for patients newly diagnosed with cancer: a review of the literature. *J Clin Nurs*, 8(6), 631-642.
- National Cancer Institute. (2016). Adolescents and Young Adults with Cancer. Retrieved 10.17, 2016, from <https://www.cancer.gov/types/aya>
- Psihogios, A. M., Schwartz, L. A., Deatrck, J. A., Ver Hoeve, E. S., Anderson, L. M., Wartman, E. C., Szalda, D. (2019). Preferences for cancer survivorship care among adolescents and young adults who experienced healthcare transitions and their parents. *J Cancer Surviv*, 13(4), 620-631.
- Sender, A., Friedrich, M., Schmidt, R., Geue, K. (2020). Cancer-specific distress, supportive care needs and satisfaction with psychosocial care in young adult cancer survivors. *Eur J Oncol Nurs*, 44, 101708.
- Wong, A. W. K., Chang, T. T., Christopher, K., Lau, S. C. L., Beaupin, L. K., Love, B. Feuerstein, M. (2017). Patterns of unmet needs in adolescent and young adult (AYA) cancer survivors: in their own words. *J Cancer Surviv*, 11(6), 751-764.
- Zebrack, B. J. (2011). Psychological, social, and behavioral issues for young adults with cancer. *Cancer*, 117(10 Suppl), 2289-2294.
- 岐阜県. 岐阜県がん患者生殖機能温存治療費助成制度. Retrieved 4.25.2020, from <https://www.pref.gifu.lg.jp/kodomo/kenko/gan-taisaku/11223/ninyou.html>
- 厚生労働省. (2020). 第 7 表 死因順位別死亡数・死亡率. Retrieved 4.25.2020, from <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/ningai17/dl/h7.pdf>
- 総合的な思春期・若年成人世代のがん対策のあり方に関する研究班. (2018). 医療従事者が知っておきたい AYA 世代がんサポートガイド: 金原出版
- 堀部敬三. (2019). 【AYA 世代のがんを考える】なぜ AYA 世代のがんが注目されるのか. *保健の科学*, 61(8), 508-513.

謝辞 本研究の実施にあたり、調査にご協力いただきました関係者の皆様に、心より感謝申し上げます。

研究資金 平成 29 年度 厚生労働科学研究費補助金(がん対策推進総合研究事業)「総合的な思春期・若年成人 (AYA)世代のがん対策のあり方に関する研究」(研究代表者:堀部敬三)(H27-がん対策-一般-005)により実施した。

利益相反自己申告 本研究での利益相反はない。

責任著者 tomoktak@ncc.go.jp

投稿日 : 2020 年 4 月 30 日

受理日 : 2020 年 9 月 10

総説

日本国内の生活者を対象とした
健康増進・疾病予防に関わる介入の実態
—医中誌 web を用いたシステマティックレビュー—
**Interventions for Health Promotion and Disease Prevention to Change
Awareness, Attitudes and Behavior among Consumers in Japan: A
Systematic Review using the Database of
The Japan Medical Abstracts Society**

佐藤克彦¹⁾, 戒田信賢²⁾³⁾, 大浦智子²⁾⁴⁾, 太田はるか²⁾, 中山寛子²⁾,
森岡美帆⁵⁾, 甲斐千晴³⁾, 小柳仁³⁾, 中山健夫²⁾
Katsuhiko Sato¹⁾, Nobuyasu Kaida²⁾³⁾, Tomoko Ohura²⁾⁴⁾, Haruka Ota²⁾, Hiroko Nakayama²⁾,
Miho Morioka⁵⁾, Chiharu Kai³⁾, Hitoshi Koyanagi³⁾, Takeo Nakayama²⁾

¹⁾アサヒ飲料株式会社

²⁾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

³⁾株式会社電通

⁴⁾奈良学園大学保健医療学部

⁵⁾和歌山信愛女子短期大学

¹⁾ Asahi Soft Drinks Co., Ltd.

²⁾ Kyoto University School of Public Health

³⁾ Dentsu Inc.

⁴⁾ Naragakuen University

⁵⁾ WAKAYAMA SHIN-AI Women's Junior College

Abstract

Purpose To clarify the status of health promotion interventions designed to change consumers' awareness, attitudes, and behavior in Japan, we conducted a systematic review of Japanese studies.

Method Relevant articles were identified from the database of the Japan Medical Abstracts Society. Of the 197 retrieved, we selected 41 articles that fit our predetermined inclusion and exclusion criteria.

Results Few of the studies were randomized controlled trials. Most studies aimed to change participant behavior, but none focused on consumers with a relatively low interest in health matters. We extracted 77 ideas/themes related to intervention methods and classified them into eight categories.

Conclusion To improve interventions, designs should be reconsidered and reworked using the "5Ws/H" ("what", "who", "where", "when", "why", and "how"), and should consider how to include individuals with a low interest in health matters. The potential role of industry in health promotion should also be evaluated.

要旨

【目的】健康意識・態度と健康に関する行動変容(健康増進・疾病予防に関わる行動の変容)に係る地域における一般生活者に対する介入の実態把握と、その方略や手段など工夫(以下、工夫)の抽出を目的に、産学連携体制により、国内文献のレビューを行った。【方法】文献検索には医学中央雑誌を用い、41編の論文を採択し研究アプローチと介入アプローチの分析を実施した。また、介入上の工夫の抽出とカテゴリー化、並びに、介入の質の高度化に向けた分析と、今後のさらなる産学官連携の展開余地についての考察を行った。【結果】研究デザインは、一群前後比較の研究が多く(15編)、アウトカムは、意識・態度変容のみが8編、健康に関する行動変容(健康増進・疾病予防に関わる行動の変容)を扱った研究が33編となった。また介入対象者を健康関心層に設定した研究が相対的に多かった(28編)。分析から、意識・態度と健康に関する行動変容(健康増進・疾病予防に関わる行動の変容)に係る工夫を77個抽出し、8のカテゴリーに整理した。【まとめ】意識・態度と健康に関する行動変容(健康増進・疾病予防に関わる行動の変容)を実効的に推進する介入施策の質の向上が必要な中、今後は無関心層や低関心層を対象とした研究の強化、5W1Hを起点とした実効性の高い介入施策のデザインと検証、そして有用なノウハウやアセットを持つ民間セクターとの積極的な連携が期待される。

キーワード：意識・態度変容、行動変容、介入研究、システマティックレビュー

Keywords: Awareness change, Behavior Change, Health promotion intervention, Systematic review

1. 序文

我が国では「健康・予防」は健康長寿社会の実現に向けての大きなテーマである。その中で、地域における一般生活者の意識・態度や行動に注目し、健康増進と疾病予防を目的とした健康意識の向上や情報に基づく健康行動への変容を促すための様々な取り組みが行われている[1]。個人を対象とする行動変容に関しては様々な理論・モデルが提唱されており、特に健康信念モデル、社会的認知理論、計画的行動理論、トランスセオリアルモデル(多理論統合モデル)が多くの研究で言及されている[2][3]。一方、組織・社会レベルではイノベーション普及理論が広く知られており、近年では行動経済学のナッジ理論も注目を集めている[4]。

海外の先行研究においては、Nickel らが、都市部における地域密着型の健康増進介入 32 論文のシステマティックレビュー[5]により、地域密着型アプローチは、直接対象とした集団の健康増進と疾病予防には有効であるが、対象集団を含む人口全体への波及は限定的であることを指摘している。その原因としては、研究方法、介入中に発生した事象、介入アプローチの限界を、挙げている。また、Farrance らの地域密着型の運動介入プログラムに関するレビュー[6]や、Valdivia Espino らのレストランでの健康増進介入に関するレビュー[7]などにおいて、健康増進において重要な役割を持つ運動、食事に関する分析が報告されている。これらの報告でも、採用されている介入アプローチ自体の限界が、指摘されている。つまり、これら海外における研究論文において、健康増進活動に係る、新たな介入アプローチの開発の必要性が示唆されていると言えよう。また、日本でも、地域を基盤にした健康増進に関する研究が国際誌で成果報告されている[8][9]。

一方、国内の地域、職域、教育機関等で健康づくりに係る当事者を読者として想定している論文は、国内学術雑誌に日本語で成果報告されている可能性が高い。しかし、日本国内での活用を想定して発信される論文の実態に対し、実践の視点から行った文献レビューはなく、日常の健康づくり活動として一般生活者に対する介入手法の、新たな開発に向けた議論の基盤の確認・整理は十分とは言えない。更に言えば、国内でも健康増進に向けた産学官連携の推進[10]と、新たな視点の導入が必要とされているが、企業が主導し、国が規制する医薬品・医療機器開発と異なり、健康増進領域での研究・実践における企業の役割に関する知見は乏しい。

本研究では、これまで健康増進の領域では積極的に得られていない企業の役割の視点を加え、地域における一般生活者に対する介入の実態を明らかにすることを目的に、国内の文献のレビューを行なった。

尚、本論文では意識・態度変容、行動変容を健康行動

に対する変容とした。プロチャスカの行動変容ステージモデル[11]を参考にし、無関心期から準備期にいたる間の変容を意識・態度変容とし、準備期から維持期に向けての変容を行動変容に該当するとし、これを健康に関する行動変容(健康増進・疾病予防に係る行動の変容)と表記した。

2. 目的

日本国内で報告された地域における健康増進関連文献の研究デザイン、介入アプローチに関する全体的な実態を明らかとすることを目的とした。特に、健康意識・態度と健康に関する行動変容(健康増進・疾病予防に関わる行動の変容)に係る方略や手段など工夫(以下、工夫)の抽出を目的とした。

3. 方法

3.1. 研究デザイン

国内にむけて発信された学術誌に掲載の論文を対象に、1)研究デザインと介入対象およびアウトカムを抽出し、2)介入アプローチの特性や工夫を分析し傾向を把握する手順でシステマティックレビューを行った。

3.2. 使用データベース、対象期間、検索日、検索式

文献の検索には特定非営利活動法人医学中央雑誌刊行会の医学文献データベース医中誌 Web を用いた。医中誌 Web は医学に特化したデータベースであり、医学用語シソーラスに基づき、論文の形式・年齢などの設定によって対象論文の絞り込みが可能である。これにより、一定のルールに基づいた論文の抽出ができると考え、医中誌 Web を用いた。

発表言語は日本語・英語とし、対象期間は厚生労働省が「21 世紀における国民健康づくり運動(略称・健康日本 21)」を開始した年である 2000 年から 2018 年検索日までとした。検索日は 2018 年 7 月 27 日である。

表 1 に検索式を示す。検索キーワードは、行動、リテラシー、識字能力を論理演算子 OR で連結し、論理演算子 AND で健康、予防、地域、教育に関する文献を絞り込んだ。一般生活者を対象とするために、データベースの年代定義に基づき成人と中年を論理演算子 OR で連結し、論理演算子 AND で抽出条件に加えた。検索においては、データベースのシソーラス参照を利用した。

3.3. 文献選択の適格基準

文献選択に際しての適格基準として、健常人を対象とする日本国内で行われた介入研究を採択した。専門職(看護師など)に対する介入研究、高齢者のみを対象とした研究、非介入または実態調査のみの研究、生理学指標の評価のみの研究、および紀要は除外した。ここで健常人は

高血圧、糖尿病、脂質代謝異常などの生活習慣病、がんや脳・心疾患などの慢性疾患で定期的な治療を受けていない者と定義した。

文献の抽出は公衆衛生領域の研究者4名(管理栄養士2名、作業療法士1名、社会健康医学修士(専門職)(MPH)2名、社会健康医学博士(DrPH)1名。重複あり)が実施した。まず抽出された文献から、適格基準に沿って表題と抄録を確認し文献を選択した。選択された文献の本文を精読し、適格基準を満たす文献を最終的に採択した。

3.4. 分析の視点

3.4.1. 研究アプローチの分析

上述の公衆衛生領域の研究者4名で実施した。分析視点はⅠ.対象者属性、Ⅱ.介入目的(アウトカム)、Ⅲ.研究デザイン、Ⅳ.対象とする健康課題の、4項目とした。なお、Ⅱ.介入目的は評価されたアウトカムから意識・態度変容、健康に関する行動変容(健康増進・疾病予防に関わる行動の変容)に分類した。

評価は3名の評価者(A, B, C)が共通のルールに従って各文献につき2名が担当し、主評価者による評価の後に第2評価者が確認した。判断が異なる場合は別の評価者(D)が共通ルールに則って評価した。

3.4.2. 介入アプローチの分析

公衆衛生領域の研究者2名(博士号を持つ医師、MPH)と民間企業のマーケティング業務に携わる実務家4名(食品メーカー、広告会社)が実施した。研究アプローチの実態把握を踏まえ、意識・態度および健康に関する行動変容(健康増進・疾病予防に関わる行動の変容)の介入アプローチの実態と傾向を分析した。

分析視点は表2のⅠ～Ⅵに示す、Ⅰ.WHOM、Ⅱ.WHO、Ⅲ.WHAT、Ⅳ.HOW、Ⅴ.WHERE、Ⅵ.WHENに沿った6項目とした。なお、提供コンテンツ(分析視点Ⅲ.WHAT)では介入上で提供されたモノを無形物(サービス財)と有形物(物財)に分類した。また、工夫(分析視点Ⅳ.HOW)の分析では、文献に記述されている介入効果を最大化させるための工夫を抜き出し、帰納的に分析した上で、類似項目をカテゴリーとして生成した。

評価者は共通のルールに従って各文献につき2名が担当し、主評価者による評価の後に第2評価者が確認した。判断が異なる場合は担当の2名が議論し、必要に応じて別の評価者の評価を加え、協議の上、決定した。

文献選択の過程の記述はPRISMA 声明(Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis)に準拠した。

4. 結果

4.1. 文献の選択

抽出された197編のうち、タイトルと抄録から146編を除外した。さらに本文の精読から10編を除外し最終的に41編を採択した(図1)[12]-[52]。採択論文の概要一覧を表3に示す。

4.2. 研究アプローチの分析

結果を表4に示す。分析視点Ⅰの対象者では、31編が一般市民、3編が企業就労者、3編が学生であった。

分析視点Ⅱの介入目的(アウトカム)では、8編が意識・態度変容のみ、16編が健康に関する行動変容(健康増進・疾病予防に関わる行動の変容)のみ、17編が意識・態度変容と健康に関する行動変容(健康増進・疾病予防に関わる行動の変容)の両者をアウトカムとしていた。全体を通じ健康に関する行動変容(健康増進・疾病予防に関わる行動の変容)をアウトカムに設定している研究は33編(80%)であった。

分析視点Ⅲの研究デザインではランダム化比較試験が4編、非ランダム比較試験が14編、一群前後比較が15編、一群で介入後のみが4編であった。

分析視点Ⅳの対象とする健康課題では11編が生活習慣病予防、6編が糖尿病予防、4編がメタボリック症候群予防、2編ががん予防の他、メンタル系・うつ・自殺予防が6編、歯科関連課題が5編であった。

4.3. 介入アプローチの分析

4.3.1. 対象者のリクルート(分析視点Ⅰ.WHOM)

リクルート方法は、半強制参加、応募による参加、自由参加に分類された。学校授業を介した介入[12][20][24][51]など、対象者の参加意向を、個別に確認しない半強制参加が、12編(29%)あった。一方、対象者の、参加意向に動機づけされている、応募による参加が20編(49%)、自由参加が8編(20%)であった(表5)。

文献中の考察、今後の課題を除いた本文で、介入対象者の健康関心度の有無について10編が言及あり、31編が言及なしであった(表5)。また、対象者を、低関心層・無関心層に限定した研究はなかった。

4.3.2. 介入者(分析視点Ⅱ.WHO)

直接介入者については41編中30編で言及があり、13編(32%)で医師、17編で看護師・保健師など、9編(22%)で管理栄養士であった(単一研究で多職種が介入しているケースあり)。一方、11編(27%)では介入者の記載がなかった(表5)。

資金提供は、14編(34%)で国、7編(17%)で地方自治体、6編(15%)で財団等の非営利民間団体が資金提供者として報告されていた(単一研究で複数の資金提供が行われているケースあり)。営利民間企業による資金提供が報告されている文献はなかった。また、19編(46%)では資金提供者の記載がなかった(表5)。

4.3.3. 提供コンテンツ(分析視点Ⅲ.WHAT)

41編すべてで無形物(サービス財)が提供されていた。そして有形物(物財)提供については25編で具体的な提供内容に関する記載があった。(表5に具体的な提供財を例示)

4.3.3.1. 無形物(サービス財)

無形物(サービス財)の提供目的は、知識提供と体験・経験提供に分類された。知識提供は、机上学習や議論を含む座学で行われるものであり、体験・経験提供は、運動や調理の実習といった能動的な行動体験の提供や、生理指標の検査などの受動的な経験を提供するものであった。

その分類において、全体のうち26編(63%)が知識提供と体験・経験提供の両者を行う介入であった。一方、知識提供のみは14編、体験・経験の提供のみの介入は存在しなかった。その他の1編は、歯科検診を受けることに対する報酬の権利を提供する介入であった[14]。

具体的な、能動的な行動体験の例としては、水中運動体験[41]や糖尿病予防の調理実習[31]などがあり、受動的な経験の例には骨密度測定体験[39]、尿中塩分量測定[25]などがあった。

4.3.3.2. 有形財(物財)

有形物(物財)は、知識伝達用と体験促進用の二つに分類された(表5)。文献から抽出した具体的な事例を以下に紹介する。

知識伝達用は、教科書、パンフレットなど、印刷物(パッケージ印刷を除く)形態のものがああり、体験促進用は、介入における行動や体験促進を目的とした用具、器具、飲食物などがああった。

その分類において、知識伝達用物財の提供は18編(44%)であった。ここには小冊子やリーフレットの他、メモリーノート[31]や専用記録紙[15]の例がああった。一方で、体験促進用物財の提供は10編(24%)であった。ここにはバランス弁当[26]、ダンベル[35]、ライフレコーダ[41]などの事例がああった。

4.3.4. 意識・態度と健康に関する行動変容(健康増進・疾病予防に関わる行動の変容)のための工夫(分析視点IV. HOW)

分析対象文献から意識・態度と健康に関する行動変容(健康増進・疾病予防に関わる行動の変容)に資する工夫という観点から施策の抜き出しを行った(講義を除く)。その結果、77件の施策を得た。得られた施策(言語データ)を、類似性・親和性という観点でラベルをつけ、グループ化を行う作業を行った。その結果、8つのグループに集約され、カテゴリーを生成した(表5)。

これらのカテゴリーの特徴を示す名称を工夫のカテゴリー名称とした。カテゴリー名称は、視覚系、双方向系、体験・練習系、巻き込み系、腹落ち系、報酬系、準備・追跡系、情報拡散系の8分類とした。得られたカテゴリー名称の内容は以下の通りである。

- ・視覚系：14編(34%)

パワーポイント[38]、DVD活用[19]、歯垢染色[29]、喫煙者の肺の画像[20]などビジュアルを用いたワークなどの視覚的に理解を促す工夫

- ・双方向系：16編(39%)

講師から一方的に聞く形式ではなく、互いに質問や面談をしたり、参加者同士で対話をしたりしながら学ばせ

る等、他者との相互関係により効果向上を目指すアプローチ。個人面談による減塩の状況確認[25]、グループワークによる相互学習の活用[34][35]、尿中の塩分排泄量をもとに管理栄養士と個別面談する取組み[28]等

- ・体験・練習系：9編(22%)

認知予防のための脳はつらつゲームや転倒予防体操[48]、学校教育におけるフッ化物洗口法の実施[51]等

- ・巻き込み系：10編(24%)

第二参加者への情報伝達の促進[17]、他者への影響行使を担うゲートキーパー教育[22]等

- ・腹落ち系：18編(44%)

ライフレコーダを用いた自己目標の設定[16]や、面談時の質疑に少ない助言で対応し自発行動を促進する[44]など、対象者の自分ゴト化(内発的動機付け：自分自身の問題として認識を得ること)を促す工夫

- ・報酬系：4編(10%)

歯科受診によりポイントやノベルティがもらえる仕組み[14]や、健康王者コンテストによるインセンティブの強化[16]など外発的動機付けを志向した工夫

- ・準備・追跡系：5編(12%)

介入者に対する研修[37]や対象者に対するフォローアップの強化[47][48]等

- ・情報拡散系：。2編(5%)

Webサイトの開設[22]、介入結果を評価するアンケートでの情報入手経路(広報誌、講和、ホームページ、テレビ・ラジオ、知人など多岐の周知活動)の評価[18]

4.3.5. 介入プログラム実施の場所(分析視点V. WHERE)

製造業の事業所[16][44]などの、職域施設が4編(10%)、食品スーパーや商業施設[14]やスポーツジム[33]といった、民間施設が2編(5%)、公民館や保健センターといった、公的施設は16編(39%)であった(教育機関と医療機関は除く)。また、大学[12][24][34]、小中学校や幼稚園[19][50]といった教育機関は5編(12%)、医療機関は4編(10%)が介入場所として記載されていた(同一介入で異なる複数拠点での実施のケースもあり)。一方、介入場所について記載のない文献が14編(34%)あった(表5)。

4.3.6. 実施時間帯、回数、期間(分析視点VI. WHEN)

介入の実施時間帯は41編中、11編(27%)で平日昼間、2編(5%)で平日夜間、5編(12%)で休日の記載であった(重複あり)。時間帯に応じた選択可[23]の文献、郵送で実施時間が特定できない[40]などのその他が4件(10%)であった。一方、介入時間帯について具体的な記載のない文献が23編(56%)あった。

介入回数は41編中、同一の対象者に対する介入が1回のみ研究が13編(32%)の文献であった。複数回の介入を行なっている文献が29編であり。その29編のうち、2~5回の複数回介入が14編(34%)、6回以上が13編(32%)であった(回数不明が2編)。

実施期間は、複数回の介入を行なっている29編(単回

介入研究と複数回介入研究の併記の文献[22]が1編で求めた。1ヶ月以内が1編(3%)、1ヶ月超~3ヶ月以内が6編(15%)、3ヶ月超~6ヶ月以内が7編(17%)、6ヶ月超が15編(37%)であった(表5)。

4.3.7. 行動理論に関する記載

介入施策の検討にあたって行動変容に関する理論について言及している文献は41編中16編確認された。そのうち、プロチャスカの行動変容ステージモデルの言及が6編と一番多い結果となった。

5. 考察

5.1. 総論

本研究では、2018年7月時点、国内文献で報告されている意識・態度と健康に関する行動変容(健康増進・疾病予防に関わる行動の変容)に向けた取り組みのシステムティックレビューにより、研究アプローチの実態把握と、介入アプローチの実態把握を行った。41編を選定し分析を行った結果、下記の実態が明らかになった。①研究対象は、健康関心層が28編、半強制が12編となっており、無関心層・低関心層を対象にした研究はない。②アウトカムを意識・態度変容のみを扱った文献が8編(20%)、健康に関する行動変容(健康増進・疾病予防に関わる行動の変容)を扱った文献が33編(80%)であった。③ほぼ全ての文献(40編(98%))において、工夫についての記述があった。④介入実施の時間は、平日昼間の記載が多く、場所は公的施設の記載が多い。⑤介入アプローチの基本的情報となる5W1Hに係る記載がない文献が多かった。

5.2. 各論

5.2.1. 研究アプローチの特徴

5.2.1.1. 研究におけるアウトカムの設定

介入目的つまりアウトカム設定を、意識・態度変容にとどまらず、健康に関する行動変容(健康増進・疾病予防に関わる行動の変容)としている文献が半数以上(33編(80%))を占めており多い傾向であった。

しかしその行動について、複数回介入でのアウトカム評価を行っていた研究は少なく(半年超は15編)、さらには介入後一定期間の継続行動を意図した介入を行っている研究もほとんどなかった(追跡系の工夫文献が2編)。今後は、健康行動の継続化ならびに、より効果的な介入アプローチの開発を目的とした研究への発展を期待する。

そうした中で、営利民間法人の多くはマーケティング実務の中で、ターゲットの行動変容のための工夫を試行錯誤している。今後、このノウハウの活用を進める産学官連携が期待される。

5.2.1.2. 研究デザイン

研究デザインは、一群での前後比較、一群後のみデータの文献が半数程度(19編(46%))であり、多い傾向であった。

研究デザイン上の限界が存在することは理解するが、

現状は対照群との比較を行っていないため、介入の有効性を十分に評価できているとは言えない。つまり、介入内容の質に対しての議論を十分に行うことが出来る状況にはないと言える。

以上から、今後は、介入の有効性を科学的に評価するための対照群を設定した比較研究が増えることが期待される。

5.2.2. 介入アプローチの分析

5.2.2.1. 介入対象者とリクルート方法

リクルート方法は、介入対象者の主体的な参加意向(健康関心層)に基づく参加となる応募、自由参加によるものが全体の2/3以上を占めていた。その結果、参加者にほとんど、健康無関心層が含まれていなかった。

しかし、現在、予防が重要なテーマとなっている状況を踏まえると、健康無関心層を対象にした研究の必要性が高いことは言うまでもない。

今後、その健康無関心層に対する研究を推進していくにあたっては、無関心層をターゲットにした施策展開に試行錯誤し、多くの先行事例やノウハウを集積している民間企業との連携が有用と考えられる。

5.2.2.2. 直接介入者の属性

今回の分析で医療系専門家(医師、歯科医師、看護師、保健師など)が直接介入者の役割を担っているケースが多く(19編(46%))で記載を占めた。また運動や食事の実務家などの適切な専門家が介入者として組み入れられている研究も一定数(9編(22%))で記載があった。

しかし、介入内容や実施的に伝える内容によっては医療系専門家が直接介入者として適任ではない場合もある。直接介入者(伝え手)の選定は、その目的や対象者の特性に応じて行うことが、介入効果を最大化するためには重要である。

そのためには、外部連携を進めることにより、当事者やボランティア、他産業の実務家など様々なプレイヤーを活用できる状態を作り出すことが不可欠である。

5.2.2.3. 提供された無形財(サービス財)

無形財(サービス財)の提供目的が、知識のみが34%、知識+体験が63%という結果であった。体験を目的とするサービス財提供が多い結果は、健康に関する行動変容(健康増進・疾病予防に関わる行動の変容)を進める上で好ましいと考えられるが、依然として知識のみが約1/3存在していた。マーケティングの領域では、対象者を意識・態度と行動変容に導くにあたって、体験の提供、体験価値の最大化が有用であるとされている[53][54]。

健康科学の領域においても、この体験価値の戦略的な設計と介入プログラムへの活用が、今後の重要な挑戦となってくるであろう。

5.2.2.4. 提供された有形財(物財)

有形財(物財)の提供目的に、知識伝達が18編(44%)、

体験促進が10編(24%)報告されていた。一方、有形財提供の記載がない文献が16編(39%)あった。全体を通じて、知識伝達以外の有形財活用が少ない現状にあるといえることができる。

一方、経営工学の領域では、サービス品質向上には有形財の活用が寄与する[55][56]とされている。介入をサービスとして捉えた場合、有形財の更なる活用は体験促進の質を高め健康増進上のアウトカムに有意義な影響をもたらすものと考えられる。

健康増進の領域においては、メーカー等の民間企業の物財提供による産学官連携プログラムが日本においても散見されるようになってきている[57][58][59]。今後、介入において有形財の更なる有効活用を進めるにあたり、民間企業との連携は一つの重要な解決策となるであろう。

5.2.2.5. 介入における理解・行動促進のための工夫

理解・行動促進にかかる工夫として、理解促進に対しては、視覚系(14編)や、双方向系(16編)など、そして、行動促進に対しては体験・練習系(8編)、腹落ち系(18編)などをアプローチとして確認した。

ほぼ全ての論文において実施した介入手法は記載されているものの、詳細な介入手法(内容)についての記載は十分ではない(文章説明は22編)。また、対照群を設定した論文が少ないことから、介入手法の質の評価についての議論も十分ではない。十分な記述のない現状において具体的な指摘はできないが、今後の研究や実践においては、介入内容の質についての議論や質の高度化に関わる研究の重要性が増してくる。

そうした中で、営利民間法人では行動経済学等を活用した、理解と行動を実効的に促すアプローチを、多く研究・実践している。理解や行動を促す、実効的な介入施策の開発・導入にあたって、こうした民間企業の経験・知見の適切な活用のあり方は、今後検討の価値があると考えられる。

5.2.2.6. 介入実施の場所、時間帯

介入プログラムの提供場所は、職域施設・民間施設といった場所での開催も一定程度存在したものの、行政施設や教育機関・医療機関といった公的な機関での開催が多い(21編(51%))で記載結果であった。また場所の記載のない文献が14編(34%)もあった。

介入時間帯については、平日昼間が11編(記載あり文献の約61%)と最も多い結果となった。また、時間帯についても、23編(56%)の文献で記載がなかった。

両項目で記載のない文献が多いという点については、研究内容の情報開示ならびに事後検証という視点からも、改善に必要性を強く感じる。また、介入実施上の制約から生ずるものと考えられるが、平日昼間や公的機関という時間帯・実施場所の設定は、介入対象者のアクセシビリティへの配慮不足が懸念される。アクセシビリティが欠如する場合、特定の属性の対象者しか参加できない可能性が高まり、参加を期待する対象者(健康無関心層等)

の参加を妨げる要因となる。

前述の通り、今後は、健康無関心層を対象とした介入や研究が必要となる。利便性の高い場所・時間帯での開催や、参加したくなるプログラム提供など、対象者のアクセシビリティへの配慮が今後の重要な検討課題と言える。

5.2.2.7. 行動理論に関する記載

行動理論は全体の16編において言及されていた。そのうち、多くの文献(6編(38%))においてプロチャスカの行動変容ステージモデルが活用されていた。

今後、介入内容の質を今後さらに高めて行くには、医学・保健領域のみならず学際的な行動理論の活用が期待される。この時、営利民間法人にて実践されている行動理論・モデルやノウハウを戦略的に活用することにも、検討の余地がある。

5.3. 総評

5.3.1. 基本情報の記載レベル

介入アプローチの基本情報となる、5W1Hの記載が不十分な文献が散見された。例えば、WHOMに該当する対象者の健康関心度については31編、直接介入者の属性については11編、研究の資金源については19編、提供した有形財(物財)については16編、介入実施場所は14編、介入時間帯では23編にのぼる論文において、記載がないという具合である。

介入研究の全体傾向を把握するにあたっては、こうした基本情報の欠如は、介入施策を並列で比較することを困難にする。また、不十分な情報の中では、介入アプローチや介入上の工夫についての質の評価・検証、を行うことができない。今後は、介入アプローチの基本情報としての5W1Hの確実な開示を強く望む。さらには、効果検証を通じた、介入施策の質向上のためにも、より具体的な記述がなされることも合わせて期待する。

5.3.2. 民間活用の実態と今後の産学官連携

資金源について記載のあった22編中、そのほとんどが公的機関によるもので、非営利民間法人は2編のみ、営利民間法人においては資金源として存在しなかった。

また、資金以外における民間(医療機関・教育機関以外)の活用は、物品提供(1編)、場の提供(2編)の記載はあるものの、それ以上の連携に関する記載は存在しない結果となった。

前述の考察において、介入アプローチの改善における民間企業の貢献余地を多く言及してきた。資金や施策上の資源について多くを公的なそれらに依拠する現行の研究に対して、介入の質の向上など研究アプローチの改善という点においては、営利民間法人の経営資源の活用が非常に有効であると推察する。

もちろんCOIへの配慮等研究倫理の遵守を大前提としつつ、民間資金ならびに民間ノウハウの有効な活用を実現した研究(取り組み)が増えていくことが期待される。

表6は介入アプローチの分析結果とその考察に基づき、介入アプローチへの民間資源活用を提言するものである。その活用効果の例として、以下が期待できる。民間企業のコミュニケーションノウハウ導入により介入の工夫の選択肢増加、チャンネルの活用による時間・場所への対象者のアクセシビリティ向上、商業製品の物財としての積極的活用による体験価値の向上等である。言い換えると、生活者の受け入れやすいタイミングや状況を設定した上で情報を提供し、日用品の活用を通じ体験の提供を行い、日常生活の中で自然に健康行動を誘発し、そこに向かわせる形態が、求められるプログラムの一形態である。このような、介入実施者、対象者とも負担の少ない活動が、継続性の源泉となり維持期への変容を促すと考えられる。産学官各々の資源が有効に活用されることでこの実現が可能となる。

ただし、この時、投入した資源が新たな価値を創出する仕組の導入も、活動の継続には不可欠であることに留意しなければならない。

5.4. 研究の限界

本研究にはいくつかの限界がある。一つは文献の選定に関する限界で、もう一つは分析対象とした論文情報に関する内容である。

まず分析対象論文の選定に用いた文献データベースを、医中誌Webのみとしていることから、国内で実施された取組みであっても、医中誌Webに掲載されていない学術誌に掲載された研究は含まれていない。また国際誌に発表された国内の研究は含まれていない。国内の研究者による国際誌への発表論文を対象としたレビューは今後の課題としたい。

また本研究では各文献に記載された情報のみを分析対象としており、各介入施策上での研究者の意図についての追加ヒアリングや質問紙調査は行っておらず、当該研究にて配慮を要した点や工夫については紙面に表出されていない点の把握には限界がある。

6. まとめ

地域における一般生活者に対する介入の実態を、明らかにすることを目的に、産学連携体制により、国内文献のレビューを行った。

その結果、対象者の意識・態度と健康に関する行動変容(健康増進・疾病予防に関わる行動の変容)を実現するための多様な工夫の実態を把握することができた。特に、健康に関する行動変容(健康増進・疾病予防に関わる行動の変容)をアウトカムとした研究が多くを占めている点は評価したい。

そして今回の介入施策の分析を通じて、基本情報の記載のばらつきの問題はあるものの、多くの意識・態度と健康に関する行動変容(健康増進・疾病予防に関わる行動の変容)にあたっての工夫を整理することができた。

一方で、予防が重要な社会的問題となっている中で、低関心層・無関心層をターゲットとした研究、および、

意識・態度と行動変容にあたって多くの知見や経験を持つ企業を中心とした他のプレイヤーと連携している研究は、今回対象とした日常を基盤にした実践的な取組の中では、ほとんど見られない結果となった。

健康・予防は日本における健長寿社会の実現に向けての喫緊の課題である。そのためには意識・態度と健康に関する行動変容(健康増進・疾病予防に関わる行動の変容)を実効的に推進する、介入施策の質のさらなる向上が必要となってくる。その目標達成にあたっては、無関心層や低関心層を対象とした研究の強化、5W1Hを起点とした実効性の高い体験提供を通じた介入施策のデザインと検証、そしてそれを実現するために有用なノウハウやアセットを持つ民間セクターとの積極的な連携が期待される。

7. 引用文献

- [1] 厚生労働省. 平成26年版厚生労働白書 健康長寿社会の実現に向けて～健康・予防元年～.
<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/14/> (2019年12月6日アクセス)
- [2] 津田彰, 石橋香津代. 行動変容. 日本保健医療行動科学会雑誌 2019; 34:49-59.
- [3] 木原雅子, 加治正行, 木原正博(訳). 健康行動学: その理論、研究、実践の最新動向 (Glantz K, Rimer BK, Viswanath K. Health Behavior: Theory, Research, and Practice, 5th). メディカルサイエンスインターナショナル: 東京, 2018:20-37
- [4] 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: 東京, 2020:79-89
- [5] Nickel S, von dem Knesebeck O. Effectiveness of Community-Based Health Promotion Interventions in Urban Areas: A Systematic Review. J Community Health. 2019 Sep 11.
- [6] Farrance C, Tsofliou F, Clark C. Adherence to community based group exercise interventions for older people: A mixed-methods systematic review. Prev Med. 2016 Jun; 87:155-166.
- [7] Valdivia Espino JN, Guerrero N, Rhoads N, Simon NJ, Escaron AL, Meinen A, Nieto FJ, Martinez-Donate AP. Community-based restaurant interventions to promote healthy eating: a systematic review. Prev Chronic Dis. 2015 May 21;12
- [8] Kameda M, Kitaguchi J, Inoue S, Ishikawa Y, Nishiuchi H, Okada S, Harada K, Kamioka H, Shiwaku K. A community-wide campaign to promote physical activity in middle-aged and elderly people: a cluster randomized controlled trial. Int J Behav Nutr Phys Act. 2013; 10(1):44.
- [9] Ishikawa Y, Hirai K, Saito H, Fukuyoshi J, Yonekura A, Harada K, Seki A, Shibuya D, Nakamura Y. Cost-effectiveness of a tailored intervention designed to increase breast cancer screening among

- a non-adherent population: a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2012; 12:760.
- [10] 厚生労働省, 「健康日本21(第二次)」中間報告書. <https://www.mhlw.go.jp/content/000378318.pdf> (2019年12月18日アクセス)
- [11] Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot.* 1997;12(1):38-48.
- [12] 鈴江毅. 大学生を対象とした自殺予防教育の有効性に関する研究. *地域環境保健福祉研究* 2017; 20(1):1-7.
- [13] 三浦康代, 福田章, 上田裕子. 認知症予防地域ボランティアが関わった認知症予防講座受講者の運動と食生活習慣についての行動変容. *日本認知症予防学会誌* 2017; 6(1):39-44.
- [14] 森野智子, 山本智美, 矢部高子, 坂本友紀. トークンエコノミー法を用いた歯科保健推進プログラムの実践報告. *口腔衛生学会誌* 2017; 67: 23-28.
- [15] 井倉一政. 飲酒習慣の是正とその効果の持続に関する考察～生活習慣病予防教室における地域住民の分析から～. *日本アルコール関連問題学会雑誌* 2016; 18(1):147-152.
- [16] 千葉敦子, 山本春江, 森永八江, 川内規会. 職域における生活習慣病予防保健指導波及プログラムの実践と評価. *日本地域看護学会誌* 2016; 19(1):31-39.
- [17] 助友裕子, Navarro AM. 市民向け講座で得たがん予防知識が受講者以外の地域住民に普及する可能性—Learning Partner Modelを用いた検討—. *日本健康教育学会誌* 2016; 24(1):13-22.
- [18] 松田友子, 松田徹, 菅原彰一, 三浦崇, 菅原恵, 田澤縁, 武田世津. アンケート調査による入浴事故対策事業の評価. *日本公衆衛生雑誌* 2016; 63(2):68-74.
- [19] 奥村睦子, 田中歡子, 野崎京子, 谷野桂子, 行岡陽子, 松野純男. 豊中市民健康展で実施した乳房自己検診啓発活動の評価(アンケート調査の解析). *大阪医学* 2015; 46(1):1-4.
- [20] 堤円香, 中村阿澄, 前野貴美, 高屋敷明由美, 阪本直人, 横谷省治, 前野哲博. 小中学生への喫煙予防教育と父母の行動変容との関連—子供の言葉は親を変えるか—. *日本プライマリ・ケア連合学会誌* 2013; 36(4):291-296.
- [21] 一來百合子, 山本和儀, 大久保千恵. 琉球文化圏に位置する離島における心の健康づくり事業—ゲートキーパーに対するメンタルヘルスリテラシー向上のための実践とその評価の試み—. *日本社会精神医学会雑誌* 2014; 23(1):33-43.
- [22] 朴相俊, 岡田真平, 永島美典, 征矢野あや子, 堀内ふき, 奥泉宏康, 今村晴彦. ヘルスコミュニケーション方法論を活用した地域における心の健康づくり事業～1年間の取り組みから見えてきたもの～. *自殺予防と危機介入* 2014; 33(1):34-45.
- [23] 石川善樹, 今井博久, 中尾裕之, 齋藤聡弥, 福田吉治. 特定保健指導の予防介入施策の効果に関する研究—大規模データベースを使用した傾向スコアによる因果分析—. 「厚生指標」 2013; 60(5):1-6.
- [24] 梶原京子, 忠津佐和代, 新山悦子, 永井純子, 宮崎久美子, 奥田紀久子. 「歯科保健行動目録(HU-DBI)」得点からみた高校生と大学生に対する歯科保健教育の効果. *看護・保健科学研究誌* 2012; 12(1):70-78.
- [25] 三屋寛子, 新井芳行, 前田秀一, 伊藤弘子, 坂本千加子, 笹島孝代, 吉田清美, 赤松けい子, 橋本はるか, 北出順子. 塩分摂取の実態調査と高血圧予防運動の展開～高血圧予防による心・脳血管疾患予防と生活習慣改善指導～. *共済エグゼクティブ通信* 2012; 30:1-15.
- [26] 久保彰子, 武見ゆかり. 熊本県産食材を用いたバランス弁当による職域喫食プログラムのプロセス評価. *日本健康教育学会誌* 2012; 20:17-30.
- [27] 藤野雅広, 竹内美樹, 全芝賢, 山下裕之, 馬淵博行, 長尾光城. 高齢期の運動介入の有効性について. *日本予防医学会雑誌* 2011; 6:81-85.
- [28] 安武健一郎, 山口生子, 澤野香代子, 坂井浩子, 宮井康家, 尼寺はつみ, 土橋卓也. 尿中食塩排泄量セルフモニタリングを取り入れた地域における減塩教育の有効性. *保健医療科学* 2011; 60(4):332-338.
- [29] 笹目真千子, 田口(袴田)理恵, 河原智江, 田高悦子, 臺有桂, 糸井和佳, 相馬純子, 鈴木清美, 西島知亜妃, 小堀悦孝. 30歳代地域住民に対する通信型保健指導による生活習慣改善効果の検討. *横浜看護学雑誌* 2011; 4(1):26-33.
- [30] 山崎洋治, 湯之上志保, 山口敏子, 細久保和美, 武儀山みさき, 武井典子, 高田康二, 中安美枝子, 石川昭, 中村宗達, 玉置洋, 野村義明, 花田信弘. 地域住民を対象とした歯間ブラシの使用に重点をおいた歯周病予防のための健康教育プログラムの効果. *口腔衛生学会雑誌* 2011; 60:13-21.
- [31] 富田早苗, 二宮一枝, 福原弘子. 糖尿病予防のための特定保健指導プログラムの効果に関する取組み. *日本公衆衛生雑誌* 2010; 57(10):921-931.
- [32] 池田智子, 前田隆子. 山間地域における更年期女性の健康支援に関する検討. *母性衛生* 2010; 50(4):656-664.
- [33] Fujii H, Haruyama Y, Muto T, Kobayashi E, Ishisaki K, Yamasaki A. High Attendance at a Lifestyle Intervention Program Is Important to Reduce Risks Related to Metabolic Syndrome in Middle-Aged Japanese. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine* 2009; 219:155-164.
- [34] 松尾和江, 竹内玉緒, 谷岸悦子, 山本捷子, 酒井康江, 稲留由紀子, 山本千恵. 糖尿病予備群を対象にしたセルフケア行動形成のための介入研究. *木村看護教育振興財団看護研究集録* 2009;15:81-92.
- [35] 森永八江, 駒田亜衣, 斎藤長徳, 嵯峨井勝, 佐藤伸, 井澤弘美, 藤田修三. 地域住民の健康指標に及ぼす健康教育プログラム実施の影響. *Health Sciences*

2017; 25(2):102-112.

[36] 小栗重統, 坂田清美. 薬局と保健センターの連携による禁煙教育の有効性に関する研究. 日本未病システム学会雑誌 2008; 14(2):199-201.

[37] 石川由紀子, 石川鎮清, 竹迫弥生, 石橋幸滋, 中村正和, 梶井英治. かかりつけ医による生活習慣病予備軍への行動科学的個別支援の効果～東久留米市国保ヘルスアップモデル事業より～. プライマリ・ケア 2008; 31(3):134-142.

[38] 高泉佳苗, 原田和弘, 李恩兒, 中村好男. ウォーカーを対象とした通信型栄養教育による栄養情報が食習慣と内臓脂肪面積に及ぼす効果—情報提供3ヵ月後のフォローアップ調査—. 肥満研究 2008; 14(2):151-158.

[39] 黒川博史, 横山美江. 青年期の女性への骨粗鬆症予防に向けた個別健康教育に関する取り組み. 日本地域看護学会誌 2008; 10(2):20-25.

[40] 足達淑子, 田中みのり. 非対面減量プログラムを用いた保健指導者による12地域同時介入の試み. 公衆衛生 2008; 72(8):674-679.

[41] 矢澤彩香, 渡辺完児, 吉田幸恵, 今木雅英, 棚田成紀. 水中運動および健康教育の介入による中高齢者の身体活動量、筋量、体力指標、血液生化学検査の変化に関する研究. 生物試料分析 2007; 30(3):271-278.

[42] 横田紀美子, 原田美知子, 若林洋子, 稲川三枝子, 大島美幸, 鳥海佐和子, 廣瀬久美子, 椎名由美, 山岸良匡, 崔仁哲, 池田愛, 八尾正之, 野田博之, 谷川武, 田中佐代子, 黒川通典, 今野弘規, 木山昌彦, 北村明彦, 佐藤眞一, 嶋本喬, 磯博康, 地域ぐるみの減塩教育キャンペーンの実際とその評価 筑西市協和地区・脳卒中半減対策事業 メディアによる健康教育活動. 日本公衆衛生雑誌 2006; 53(8):543-553.

[43] 相馬純子, 鈴木清美. 藤沢市における30歳代への健康支援について. 地域看護 2005; 36:138-140.

[44] Shimizu T, Horiguchi I, Kato T, Nqgata S. Relationship between an Interview-Based Health Promotion Program and Cardiovascular Risk Factors at Japanese Companies. Journal of Occupational Health 2004; 46:205-212.

[45] 八重樫由美, 黒澤美枝, 坂田清美, 小栗重統, 丹野高三, 酒井明夫, 大塚耕太郎, 智田文徳, 西信雄, 岡山明, 野原勝. 住民対象うつ病健康教育の介入効果の検討—自殺多発地域における中高年を対象とした地域介入研究より—. 岩手公衆衛生学会誌 2006; 17(2):44-52.

[46] 黒澤美枝, 坂田清美, 丹野高三, 八重樫由美, 酒井明夫, 西信雄, 岡山明, 野原勝. 住民対象うつ病教育の短期効果の検討～自殺多発地域における中高年を対象とした地域介入研究より～. 岩手公衆衛生学会誌 2006; 17(2):38-43.

[47] 葛谷英嗣, 坂根直樹, 佐藤寿一. 日本糖尿病予防研究(Japan Diabetes Prevention Program)の経過報告. Diabetes Journal 2005; 33(4):126-129.

[48] 石川敦子, 豊功増次, 石竹達也. 運動習慣ステー

ジ別にみた中高年者における転倒予防教室の評価. Health Sciences 2004; 20(3):247-254.

[49] 滝澤寛子, 原田美根子, 中野小百合, 木村祥子, 草野美香, 津田多佳子, 野国千恵子, 北村佳江. 糖尿病セルフケア能力の学習による変化—家族や地域の人々を巻き込んだ活動への発展までを視野に入れて—. 人間看護学研究 2005; 2:21-33.

[50] 佐々木健. 地域における成人対象の歯科健診と歯科健康教育の効果の比較. ヘルスサイエンス・ヘルスケア 2004; 4(1):44-47.

[51] 磯崎篤則, 大橋たまえ, 石津恵津子, 廣瀬晃子, 岩田幸子, 可児瑞夫, 可児徳子, 小出雅彦, 小澤亨司, 飯野新太郎, 徳本達弘, 米永哲朗, 福井正人, 徳竹宏保, 佐久間尚文, 山田小枝子, 荒木美穂, 平井直美, 南方千恵美, 中嶋さつき. フッ化物洗口法を中心とした歯科保健プログラム終了後の追跡調査—15年間の成人式歯科健康診査の結果から—. 岐阜歯科学会雑誌 2004; 30:89-98.

[52] 滝澤寛子, 原田美根子, 木村祥子, 草野美香, 野国千恵子, 津田多佳子. 糖尿病予防のセルフケア能力獲得を促す学習援助. 日本糖尿病教育・看護学会誌 2004; 8(2):118-125.

[53] 久保麻子. ECサイト/アプリにおけるUXがブランド態度に与える影響—Amazonと楽天の比較から—. マーケティングジャーナル 2020; 39(3):32-51

[54] 上田隆, 森口剛. 価格・プロモーション戦略. 有斐閣アルマ, 東京, 2004.

[55] Parasuraman A., Zeithaml V.A. and Berry L.L. A Conceptual Model of Services Quality and Its Implications for Future Research. Journal of Marketing 1985; 49:41-50.

[56] Parasuraman A., Zeithaml V.A. and Berry L.L. SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perception of Service Quality. Journal of Retailing 1988; 64(1):12-40.

[57] アサヒ飲料. 健康チャレンジ! 全国の自治体との取り組み【富山県 入善町】

<https://www.asahiinryo.co.jp/kenkochallenge/article/a00006wo.html> (2020年3月11日アクセス)

[58] カゴメ. 宮城県との包括連携協定の締結について <https://www.kagome.co.jp/company/news/2018/2018050801.html> (2020年3月11日アクセス)

[59] 花王. 花王の健康づくり活動

<https://health-food-bev.kao.com/practicereport/> (2020年3月11日アクセス)

謝辞

ご協力いただいた皆様に深謝申し上げます。

研究資金

本研究の必要経費はアサヒ飲料株式会社が提供した。

利益相反自己申告

論文執筆のメンバー及び役割は以下の通り。

佐藤 アサヒ飲料株式会社マーケティング本部：論文執筆、分析・考察作業全体の実施と統括

戒田 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・株式会社電通：論文分担執筆、分析・考察作業全体の実施

小柳・甲斐 株式会社電通 ASC 局：主に介入アプローチの分析と考察作業

大浦・太田・中山(寛)・森岡 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：主に研究アプローチの分析

中山(健) 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：本稿の研究デザイン、並びに分析・考察の全体監修

最終稿は著者全員で確認・承認した。

***責任著者 Corresponding author**

佐藤克彦：e-mail katsuhiko.sato@asahicalpis-w.co.jp

投稿日：2020年3月28日

受理日：2020年9月8日

表1 検索式

1	“行動”/TH or “行動”/AL
2	“識字能力”/TH or “リテラシー”/AL
3	1 or 2
4	“健康”/TH or “健康”/AL
5	“予防”/AL
6	“地域”/AL
7	“教育”/TH or “教育”/AL
8	PT=原著論文
9	CK=成人(19~44) or 中年(45~64)
10	3 and 4 and 5 and 6 and 7 and 8 and 9

表2 介入アプローチ分析の視点

I. WHOM	最終的な意識・態度・健康に関する健康に関する行動変容の対象者類型化(リクルート)
	① リクルート方法 ② 研究者による、対象者の健康関心度の有無への言及
II. WHO	介入者の類型化
	① どのような職能を持つ人間が直接介入をしているのか、②研究の資金源
III. WHAT	意識・態度変容、健康に関する行動変容を目的に提供された具体的なコンテンツ類型化
	① どのような価値が、対象者に提供されているのか？(有形物・無形物)
IV. HOW	意識・態度変容、健康に関する行動変容を目的に、行われている工夫を抽出し、類型化
	① どのような工夫が、意識・態度変容・健康に関する行動変容のために行われているのか？
V. WHERE	介入プログラムの実施場所を類型化
	① どのような場所で、介入プログラムは行われているのか？
VI. WHEN	介入プログラムの実施時間帯を類型化、実施回数・期間
	① どのような時間帯で介入プログラムは提供されているのか ② 同一対象者に対する介入回数・期間

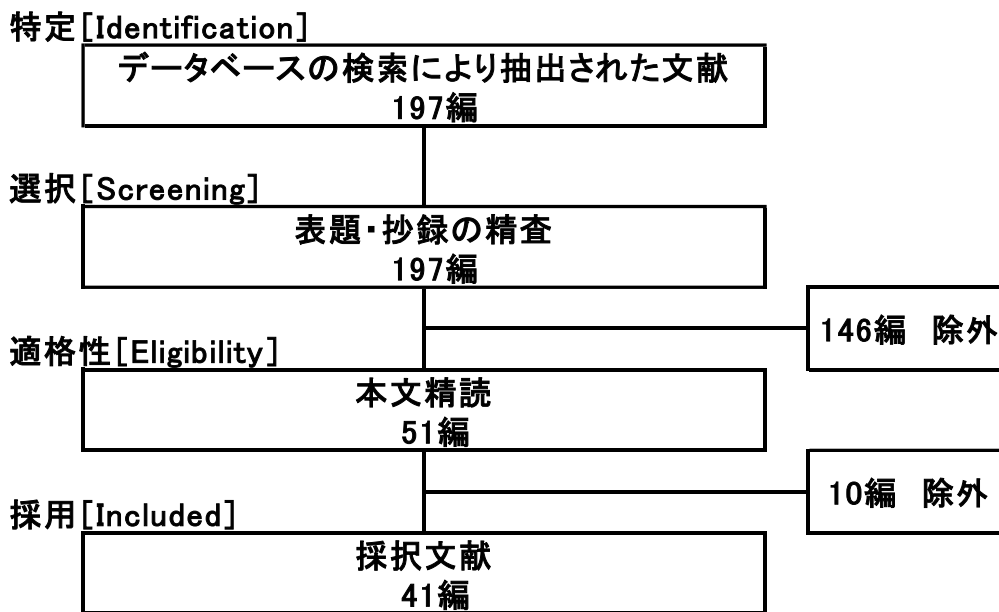


図1 文献採択のフローチャート

表3 採択文献一覧

タイトル	著者 (発行年)	研究対象者	研究方法	調査項目		参照行動理論 の有無 (介入欄) 有:○ 無:-
				①主な介入内容 ②研究デザイン (生活行動変容介入を除く)	①主なアアウトカム指標 ②評価方法 (生活行動変容介入を除く)	
12 大学生を対象とした自殺予防教育の有用性に関する研究	鈴江毅(2017)	①A大女大学生 ②452人(男性24%女性20%) ③六年一年生	①自殺予防教育、リラクゼーション法、グループワーク ②一群前後比較	①自殺予防に関する知識 ②質問紙調査	-	
13 認知症予防地域ボランティアが関わった認知症予防講座受講者の運動と食生活習慣についての行動変容	三浦康代(2017)	①認知症予防講座受講者 ②男性19名、女性9名 ③40歳代から80歳代	①認知症予防講座 ②一群前後比較	①運動習慣、食生活習慣 ②質問紙調査	○	
14 トーングンエコマニーマニーマを用いた歯科保健推進プログラムの実証報告	森野智子(2017)	①特之原市民 ②68名 ③平均年齢67.4±14.1歳	①トーングンエコマニーマを用いた、歯科保健推進プログラム ②一群前後比較	①行動(歯科受診・健診受診)、行動に至る期間、参加動機 ②質問紙調査	○	
15 飲酒習慣の是正とその効果の持続に関する考察 生活習慣病予防教室における地域住民の分析から	井倉 一政(2016)	①B市国民健康保険加入者(要医療者を除く糖尿病の要 注意者) ②介入群84名(男性29名、女性55名) 対照群77名(男性27名、女性50名) ③40~69歳	①集団健康教育、個別支援プログラム(運動・栄養面での生活習慣改善) ②二群前後比較	①生活習慣:飲酒量、運動習慣、身体状況、活動状況、血液検査 ②-	-	
16 職場における生活習慣病予防保健指導とプログラムの実践と評価	千葉 敦子(2016)	①企業研修生(製造業) ②A社45人(男43人・女19人) B社147人(男137人・女10人) ③平均年齢:A社44.6歳・B社36.3歳	①教育波及効果による健康増進を目指したプログラム ②ランダム化ではない比較試験	①健康に対する意欲・関心、生活習慣行動 ②質問紙調査	○	
17 市民向け講座で得たがん予防知識が受講者以外の地域住民に普及する可能性 Learning Partner Modelを用いた検討	助友 裕子(2016)	①自治体市民向け講座受講者(第一参加者) その家族または友人(第二参加者) ②③第一参加者:59歳以下11名:60~64歳21名:65歳以上28名 第二参加者:59歳以下16名:60~64歳10名:65歳以上28名	①健康講座(ゼミナール形式・グループワーク) ②その他	①がん予防知識、学んだことの共有意向 ②質問紙調査	○	
18 アンケート調査による入浴事故対策事業の評価	松田友子(2016)	①山形県内各保健所が主催イベント参加者 ②3,078人(男性1,297人・女性1,781人) ③平均年齢:51.0±17.8歳	①保健所主催の会議、研修会、講話、イベント等 ②ランダム化ではない比較試験	①入浴事故の要諦、予防法の認知、情報入手先、予防法の実践 ②質問紙調査	-	
19 豊中市民健康増進で実施した乳癌自己検診啓発活動の評価	興村睦子(2015)	①豊中市民健康展に会場した一般市民女性 ②391名 ③20代~80代以上	①視診・触診方法の学習(DVD) ②一群介入後のみ評価	①乳癌自己検診BSEの理解度、乳がん検診受診への積極性 ②質問紙調査	-	
20 小中学生への喫煙予防教育と父母の行動変容との関連 子供の言葉は親を驚かせるか	堤 円香(2013)	①喫煙予防教育を受けた小中学生の父母 ②1,827名 ③男性平均44.6歳女性平均41.7歳	①喫煙予防教育(子どもへの教育および家庭での父母への伝達促進) ②一群介入後のみ評価	①会話の有無、行動変容(父母) ②質問紙調査	-	
21 琉球文化圏に位置する離島における心の健康づくり事業「ゲートキーパー」に対するメンタルヘルスマリテラシー向上のための実践とその評価の試み	市来百合子(2014)	①「こころの健康づくり推進連絡会」のメンバー ②50名(男性36名、女性14名) ③30歳代~70歳代	①講話、事例に対する考え、意欲、原 因等 ②質問紙調査	①知識、事例に対する考え、意欲、原因等 ②質問紙調査	-	
22 ヘルスコミュニケーション方法論を活用した地域における心の健康づくり事業 1年間の取り組みから見えてきたもの	朴 相俊(2013)	①一般市民(東海市) ②187人(回答者166名) ③平均69.5歳	①啓発教育、ターゲット群への教育、情報発信、ゲートキーパー(GK)教育 ②一群介入後のみ評価	①教育効果(気づき・満足度)、情報伝達効果(サイト訪問数)、GK教育効果 ②質問紙調査	○	
23 特定保健指導の予防介入効果に関する研究 大規模データベースを使用した傾向スコアによる因果分析	石川善樹(2013)	①国保加入者、特定健診の受診者より積極的支援の該当者かつ特定健診受診者 ②4,052人 ③40~64歳	①特定保健指導積極的支援 ②ランダム化ではない比較試験	①生活習慣、生活習慣改善の意思 他、特定保健指導の効果評価 ②質問紙調査	-	
24 「歯科保健行動目録(HU-DBD)」得点からみたらみたら高校生と大学生に対する歯科保健教育の効果	櫻原京子(2012)	①A高校のスポーツ系学科に在籍する生徒・学生 ②③高校生39人、大学生41人	①動機づけを高める歯科保健教育介入 ②一群前後比較	①HU-DBD ②質問紙調査	-	
25 高分取の実態調査と高血圧予防運動の展開 高血圧予防による心・脳血管疾患予防と生活習慣改善指導	三屋寛子(2012)	①J市女性部員および地域中心プロジェクト ②121人 ③60~69歳以上	①健康教育(集団、個別指導)手紙支援 ②一群前後比較	①食塩摂取の実態・食習慣、生活習慣・健康行動 ②質問紙調査	○	

表3 採択文献一覧(つづき)

タイトル	著者 (発行年)	研究対象者		研究方法	調査項目	参照行動理論 の有無 (介入欄) 有:○ 無:-
		①対象集団	②対象者数			
26 熊本県産食料を用いたバランス弁当による職場食プログラムのプロセス評価	久保 彰子(2012)	①県内事業者従業員(従業員100名以上の企業) ②4事業所合わせて176名(男性137名, 女性39名) ③平均年齢44.2歳	①バランス弁当の提供, メッセージカード(食生活, 生活習慣等) ②一群前後比較	①主な介入内容 ②研究デザイン	①食に関する知識や態度, 食行動 ②質問紙調査	-
27 高齢期の運動介入の有効性について	藤野 雅広(2011)	①地域の女性高齢者(4地域) ②30名 ③69.4±6.0歳	①介護予防教室(運動教室) ②一群前後比較	①介護予防教室(運動教室) ②一群前後比較	①運動習慣, 抑うつ状態(GES-D) ②-	-
28 尿中食塩排泄量セルフトモニタリングを取り入れた地域における減塩教育の有効性	安武 健一郎(2011)	①健康者ボランティア ②50名(男性16名, 女性34名) ③20~70歳	①減塩教育(集団, 個別指導) ②グループディスカッション ③一群前後比較	①減塩教育(集団, 個別指導) ②グループディスカッション ③一群前後比較	①減塩意識, 食行動の改善 ②質問紙調査	-
29 30歳代地域住民に対する通信型保健指導による生活習慣改善効果の検討	菅目 真千子(2011)	①A市国民健康保険被保険者 ②112名 ③30歳代	①通信型保健指導 ②ランダム化ではない比較試験	①通信型保健指導 ②ランダム化ではない比較試験	①食生活習慣, 運動習慣	○
30 地域住民を対象とした世間暮らしの使用に重点を置いた歯周病予防のための健康教育プログラムの効果	山崎 洋治(2011)	①一般地域住民 ②成人56名(男性15名, 女性41名) ③30~70歳(平均年齢48.6歳)	①一般地域住民 ②成人56名(男性15名, 女性41名) ③30~70歳(平均年齢48.6歳)	①歯周病予防教育(集団, 個別) ②一群前後比較	①口腔清掃習慣, 歯周組織 ②質問紙調査	-
31 糖尿病予防のための特定保健指導プログラムの効果に関する取組み	高田 早苗(2010)	①町基本健診受診者, 国民健康保険加入者かつ糖尿病予防が必要な者でヘルスアップ教室参加者 ②20人 ③40歳以上65歳未満	①町基本健診受診者, 国民健康保険加入者かつ糖尿病予防が必要な者でヘルスアップ教室参加者 ②20人 ③40歳以上65歳未満	①ヘルスアップ教室, 医師の講話, 個別カウンセリング, 運動実践等 ②一群前後比較	①行動変容(食事・運動)、生活習慣, 困難性等 ②半構造的グループインタビュー ③質問紙調査	-
32 山間地域における更年期女性の健康支援に関する検討	池田 智子(2010)	①町女性住民 ②50名 ③40~59歳(平均年齢48.8±5.1歳)	①町女性住民 ②50名 ③40~59歳(平均年齢48.8±5.1歳)	①健康教室(生活習慣病・ストレス解消, 美容対策) ②ランダム化ではない比較試験	①健康度, 生活習慣, 主観的健康観, 健康満足度, 自己効力感, 更年期のイメージ ②質問紙調査	○
33 High Attendance at a Lifestyle Intervention Program is Important to Reduce Risks Related to Metabolic Syndrome in Middle-Aged Japanese	Fuji Hiroko(2008)	①健康診断受診者(投薬治療者)は除く ②545人 ③35歳から54歳	①健康診断受診者(投薬治療者)は除く ②545人 ③35歳から54歳	①ヘルスアップ教室, 医師の講話, 個別カウンセリング, 運動実践等 ②一群前後比較	①生活習慣(食事・飲酒・運動)他生活習慣への認識, 満足度 ②質問紙調査, 発言の質的分析	-
34 糖尿病予防群を対象としたセルフケア行動形成のための介入研究	松尾 和枝(2008)	①糖尿病予備軍 ②29人(男性9人, 女性20人) ③成人全世代	①糖尿病予備軍 ②29人(男性9人, 女性20人) ③成人全世代	①糖尿病予備軍 ②一群前後比較	①生活習慣(食事・飲酒・運動)他生活習慣への認識, 満足度 ②質問紙調査, 発言の質的分析	-
35 地域住民の健康指標に及ぼす健康教育プログラムの実施の影響	森永 八江(2009)	①地域住民(生活習慣病リスク群) ③1名	①地域住民(生活習慣病リスク群) ③1名	①健康教室(栄養, 運動プログラム) ②ランダム化ではない比較試験	①行動変容(食事) ②-	○
36 薬局と保健センターの連携による禁煙教育の有効性に関する研究	小栗 重純(2008)	①ニコレット購入希望者 ②114名(男性94名, 女性20名) ③男性46.6±14.2歳, 女性44.0±14.9歳	①ニコレット購入希望者 ②114名(男性94名, 女性20名) ③男性46.6±14.2歳, 女性44.0±14.9歳	①禁煙師による禁煙教育 ②一群前後比較	①行動変容(喫煙本数, 禁煙達成度) ②-	-
37 かかりつけ医による生活習慣病予備軍への行動科学的個別支援の効果 更久 富米市国民健康保険ヘルスアップモデル事業より	石川 紀子(2008)	①生活習慣病予備軍 ②344人(介入群199人, 対照群145人) ③平均年齢: 介入群64.0±10.0才, 対照群66.0±9.5才	①生活習慣病予備軍 ②344人(介入群199人, 対照群145人) ③平均年齢: 介入群64.0±10.0才, 対照群66.0±9.5才	①ヘルプシート, 個別指導(食生活・運動・喫煙・飲酒・ストレス) ②ランダム化比較試験	①生活習慣(食・運動・喫煙・飲酒・ストレス) ②質問紙調査	○
38 ウォーカーを対象とした通信型栄養教育による栄養情報リテラシー向上と内臓脂肪面積に及ぼす効果 情報提供3ヵ月後のフォローアップ調査	高島 佳苗(2008)	①ウォーキングサークル会員 ②20名(男性10名, 女性10名) ③67.2±4.7歳	①ウォーキングサークル会員 ②20名(男性10名, 女性10名) ③67.2±4.7歳	①集団栄養教育, リーフレット ②一介入後のみ評価	①食習慣 ②質問紙調査	-
39 青年期の女性への骨粗鬆症予防に向けた個別健康教育に関する取組み	黒川 博史(2008)	①健康な女子大生(大学医学部保健学科) ②45人 ③18~25歳未満	①健康な女子大生(大学医学部保健学科) ②45人 ③18~25歳未満	①個別健康教育 ②一群前後比較	①運動習慣, 食生活(意識行動) ②質問紙調査	-
40 非対面減量プログラムを用いた保健指導者による12地域同時介入の試み	足達 淑子(2008)	①減量支援プログラム(KTP)経験者 ②212名(男性78名, 女性139名) ③平均50.4歳	①減量支援プログラム(KTP)経験者 ②212名(男性78名, 女性139名) ③平均50.4歳	①減量支援プログラム, 個別指導, 生活習慣改善プログラム ②ランダム化ではない比較試験	①行動変容(食事・身体活動)減量経験, 参加目的等 ②質問紙調査	-
41 水中運動および健康教育の介入による中高齢者の身体活動量, 筋量, 骨密度, 血液生化学検査の変化に関する研究	矢澤 彩香(2007)	①糖尿病境界線者 ②45名(男性8名, 女性38名) ③62.3±3.4歳	①糖尿病境界線者 ②45名(男性8名, 女性38名) ③62.3±3.4歳	①健康, 運動プログラム ②ランダム化ではない比較試験	①行動変容(歩行数, 運動量等) ②質問紙調査	-

表3 採択文献一覧(つづき)

タイトル	著者 (発行年)	研究対象者	研究方法	調査項目	参照行動理論 の有無 (介入欄) 有:○ 無:-
地域ぐるみの減塩教育キャンペーンの実態とその評価 京西 市協和地区・福生中半減対策事業 マテリアによる健康教育 活動	横田 紀美子(2006)	地域住民(京西市協和) ②20歳以上約4000世帯(回答率約85%)	①メデアを用いた減塩健康教育活動 ②その他	①行動調査(食塩摂取状況等) ②質問紙調査	-
藤江市における30歳代への健康支援について	相馬 純子(2006)	①藤江市国民健康増進者のうち ヘルスチェック後の個別健康相談希望者 ②269名(男性126名・女性143名) ③30~39歳	①個別健康相談 ②その他	①生活習慣(食生活運動喫煙飲酒・休 養等) ②質問紙調査	○
Relationship between an Interview-Based Health Promotion Program and Cardiovascular Risk Factors at Japanese Companies	清水 隆司(2004)	①企業従事者(2社) ②629名 介入群310名(男249女61)比較群319名(男258 女61) ③18~53歳	① Health interview, health measuring, group education about health behavior ②ランダム化ではない比較試験	①生活習慣 ②質問紙調査	-
住民対象うつ病健康教育の介入効果の検討 自殺多発地域 における中高年を対象とした地域介入研究より	八重樫 由美(2006)	①若手県住民(2地域) ②介入群:男91人 女1,067人 対照群:男性1,063人 女性1,243人 ③20~79歳 介入群:男性平均51.1歳 女性平均52.4歳 対照群:男性平均54.8歳 女性平均56.2歳	①健康教育プログラム(集団) (講義・グループ討論・ロールプレイ) ②ランダム化ではない比較試験	①ライフスタイル(喫煙状況・飲酒状 況・運動習慣・朝食の摂取と食事ハ ルス) ②自殺やうつ病に関する知識、態度 ③質問紙調査	-
住民対象うつ病教育の短期効果の検討 自殺多発地域にお ける中高年を対象とした地域介入研究より	黒澤 美枝(2006)	①一般住民(うつ病教育参加者) ②2,576名 ③10歳代~90歳代	①セミナー・グループ座談会、レクリ エーション ②一ヶ月前後比較	①精神保健に関する意識・知識、教育 の満足 ②質問紙調査	-
日本糖尿病予防研究(Japan Diabetes Prevention Program) の経過報告	高谷 英嗣(2005)	①健診受診者 ②298名 解析対象(304名登録) ③30~60歳	①糖尿病予防教室・冊子の配布・個別指 導・FAX送信 ②ランダム化比較試験	①食習慣調査・運動習慣調査 ②質問紙調査	-
運動習慣介入ステップ別にかた中高年者における転倒予防教室 の評価	石井 敏子(2004)	①転倒予防教室「たおれん塾」受講者 ②223名(女性) ③平均年齢66.4歳	①転倒予防教室「たおれん塾」 ②一ヶ月前後比較	①身体的セルフ・エフィカシー、歩数等 ②質問紙調査	○
糖尿病セルフケア能力の学習による変化 家族や地域の 人々を巻き込んだ活動への発展までを視野に入れて	滝澤 寛子(2005)	①糖尿病要指導地域の者(都市部・地方部) ②40名 ③一	①個別健康教育/集団教育 糖尿病予防の食生活と運動の基礎知識 ②ランダム化ではない比較試験	①セルフケア能力、糖尿病自己管理 行動尺度 ②質問紙調査	○
地域における成人対象の歯科健診と歯科健康教育の効果の 比較	佐々木健(2004)	①成人歯科健診参加市民 ②健診群25名・教育群25名 ③健診群平均年齢50.2±6.12歳 教育群平均年齢は46.3±7.13歳	①健康教育(口腔保健行動) ②ランダム化ではない比較試験	①自覚症状、口腔保健行動 ②質問紙調査	○
フッ化物洗口法を中心とした歯科保健プログラム終了後の追 跡調査 13年間の成人式歯科健康診査の結果から	藤崎 篤則(2004)	①成人式記念歯科健康診査受診者 ②132名(男性62名・女性70名) 370名(男性207名・女性163名) ③20歳	①歯科保健プログラム ②ランダム化ではない比較試験	①プログラム後の歯槽膿漏状態 経済効果 ②質問紙調査	-
糖尿病予防のセルフケア能力獲得を促す学習援助	滝澤 寛子(2004)	①個別健康教育受講者 ②6名(男性2女性4) ③50~60歳代	①個別健康教育(集団教室) ②その他	①自己評価表(関心・認識・判断・決 定・実行・継続)、食生活・運動状況 ②質問紙調査	○

表4 研究アプローチの分析結果(n=41)

評価項目	結果				
	一般市民	企業就労者	学生	それ以外	
I. 対象者属性	31編(76%)	3編(7%)	3編(7%)	4編(10%)	
II. 介入目的(アウトカム)	意識・態度変容 8編(20%)	健康に関する行動変容 16編(39%)	両方 17編(41%)		
III. 研究デザイン	ランダム化比較試験 4編(10%)	非ランダム比較試験 14編(34%)	一群前後比較 15編(37%)	一群後のみデータ 4編(10%)	それ以外 4編(10%)
IV. 対象とする健康課題	生活習慣病予防 11編(27%)	糖尿病予防 6編(15%)	メタボリック症候群予防 4編(10%)	がん予防 2編(5%)	メンタル・うつ病・自殺予防 6編(15%)
	歯科関連課題 5編(12%)	禁煙教育 2編(5%)	女性特有課題※ 2編(5%)	転倒防止・入浴事故防止 2編(5%)	認知症予防 1編(2%)

※:更年期障害軽減[32]、骨粗鬆症予防[39]

表6 民間資源の活用と介入アプローチへの期待効果

	効果の期待できる介入アプローチ項目	内容	介入アプローチへの効果
WHO/WHOM	介入対象者とリクルート方法	無関心層へのアプローチノウハウ	介入ターゲットの拡張 無関心層に向けた介入施策の検討高度化
	直接介入者の属性	介入ノウハウを持つ民間実務家	伝え手としての活用
	資金提供者	COI配慮を前提とした資金提供	介入の質の向上など研究アプローチの改善
WHAT	無形財提供	意識・態度・行動の変容に向けたマーケティングノウハウ	体験価値の戦略的設計 体験価値の介入プログラムへの活用
	有形財提供	「商品」などの企業固有の有形財	体験価値の戦略的設計 体験価値の介入プログラムへの活用
HOW	介入における理解・行動促進のための工夫	理解と行動を実行的に促すアプローチ	実効的な介入施策の開発・導入 具体的な介入手法の質の評価
	理論的アプローチ	企業独自の行動理論・モデル・ノウハウ	介入内容の質の向上
	研究アウトカムの設定	マーケティングノウハウ	継続行動を意図した介入への発展
WHERE/WHEN	介入実施の場所と時間帯	マーケティングノウハウ・チャネル・所有物件	介入対象者のアクセシビリティへ配慮した介入設計

その他

飼い主への説明文書を読みやすくするための工夫 —ある動物病院の取り組み—

A Device to Improve the Readability of Explanatory Documents in Veterinary Medicine for Owners of Dogs and Cats: A Study Based on Efforts at an Animal Hospital

宮崎良雄

Yoshio Miyazaki

宮崎動物病院

Miyazaki Animal Hospital

Abstract

As part of running an animal hospital for dogs and cats, creating and presenting documents for animal owners is an important task. The written documents need to summarize and supplement the oral explanations to confirm and enhance the owners' understanding of medical treatment. This study purported to explore the use of a device to improve the readability of these explanatory documents, through articles in veterinary medicine published in magazines in Japanese. Seven points were identified as important for making documents easier to read: (1) making the text moderately large, (2) avoiding difficult Japanese characters, (3) shortening sentences, (4) drawing on a Japanese language dictionary for elementary school students to facilitate the owners' comprehension, (5) including keywords, (6) orally explaining the purpose and content of the document, and (7) using headings. Several of these points could also be applied to oral explanations. In veterinary medicine for dogs and cats, there are limited discussions about how to make explanations simpler. Action may be needed to improve medical services.

要旨

筆者は、犬・猫を対象とした小さな動物病院を経営している。日々の診療では、説明の要点を「簡単な文書」にまとめ、それを飼い主に渡している。口頭説明を「文字で補う」ことで、診療に対する飼い主の理解が深まることを期待しているからである。さらに筆者は、獣医療と日本語学の雑誌で、「そのような説明文書を読みやすくするための工夫」について論じてきた。飼い主への説明文書を読みやすくするためには、とくに次の7点が大切であると考えている。(1)文字を適度に大きくすること、(2)むずかしい漢字を使わないこと、(3)内容を手短かにまとめること、(4)小学生向け国語辞典レベルの説明を目指すこと、(5)キーワードを示すこと、(6)文書の趣旨・内容を口頭できちんと説明すること、(7)項目ごとに見出しをつけること。このような工夫の一部は、口頭説明にも応用できる。今のところ、小動物獣医療領域においては、飼い主（患者）への説明のわかりやすさについての議論が不活発である。診療サービスの質を高めるためには、（獣）医療コミュニケーションについての、ジャンルの垣根を超えた議論が切望される。

キーワード：小動物獣医療，説明文書，可読性，ヘルスリテラシー，ヘルスコミュニケーション

Keywords：small animal veterinary medicine, explanatory documents, readability, health literacy, health communication

1. 序文

筆者は、犬・猫を対象とした小さな動物病院を経営している。日々の診療では、説明の要点を「簡単な文書」にまとめ、それを飼い主に渡している。獣医療の専門家でない人に診療の内容を理解してもらうためには、口頭説明を「文字で補う」方法が有効であると考えたからである。それぞれの飼い主に合わせた説明

にするために、文章は「そのつど」書いている。

さらに2011年からは、獣医療と日本語学の雑誌で、「そのような説明文書を読みやすくするための工夫」について論じてきた。

本稿では、これまでに筆者が「取り組んできたこと」と「論じてきたこと」を紹介したい。

2. わかりやすい説明とは

本題に入る前に、筆者が考えている「わかりやすい説明」について整理しておく。飼い主に説明する「目的」は、飼い主に次のようになってもらうことである。

- ① 動物の病状や診療の内容を、その人が理解できるレベルで「誤解せず」にイメージする。
- ② 今後何をすればよいのかが、具体的にわかる。
- ③ 説明されたことの要点を、別の人に、自分の言葉で正しく伝えられる。

それらが容易に可能になる説明が「わかりやすい説明」であると考えている。そして、そのための工夫として、とくに次のことを提案している。

- ① 説明内容を手短かにまとめる。
- ② 飼い主の予備知識と内容の重要度を考慮したうえで、説明内容を決める。
- ③ キーワードを示す。

飼い主への説明文書を作るときも、それらを意識している。

なお、「説明をわかりやすく感じる」と「実際にその内容を理解すること」は別である。例えば、筆者の経験では、説明に対して「わかりやすい」と喜ぶ飼い主が、必ずしも内容を正しく理解しているとは限らない。

一般的に、説明がわかりやすいと感じるときは、説明のなかに、自分がすでに知っている言葉や情報が少なからず含まれている。しかし、それらの言葉や情報が、説明全体のなかで、大切な部分であるとは限らない。むしろ、専門性が高い説明では、それらが枝葉の内容である可能性が高い。枝葉の内容のほうが、日常的話題が多いからである。一部の枝葉の内容がわかっただけで説明全体を理解したつもりになってしまうと、思わぬ誤解が起こりうる。そのため、筆者は、飼い主への説明における安易な比喻表現の使用には否定的な立場をとる。

例えば、貧血のしくみを説明するために、赤血球のことを「酸素を運搬するトラックのようなもの」と表現したとする。免疫介在性溶血性貧血であれば、「自分のトラックを悪い自動車と勘違いし、自分で壊してしまう」などと続ける。

このような説明をすると、「赤血球には酸素を運搬するはたらきがあること」までは、多くの飼い主に理解してもらえる。しかし、説明が進むにつれて、「トラック」の話題は、あくまでもトラックの話題として、独り歩きしだすおそれが出てくる。貧血のしくみと結びつけて理解してもらえると限らなくなる。

診療を円滑に進めるためには、ときとして、飼い主に「わかったつもり」になってもらう必要がある。しかし、本稿で筆者が目指すのは、あくまでも「誤解せ

ずに正しく理解してもらうこと」である。

3. 筆者の取り組み

筆者が飼い主に説明文書を作って渡すようになったのは、2003年夏からである。経営する動物病院に特色を持たせるため、診療サービスの一環として始めた。

当初は、1日の診察が終わってから、臨床実習のレポートのようなくわしい文書を作り、あとから送付していた。しかし、それには次のような問題点があった。

- ① 飼い主のところには翌日以降に届くため、診察当日の注意事項が書けない。
- ② 文章が長いと、なかなか最後まで読んでもらえない。
- ③ 専門性が高い内容は、くわしくなればなるほど、飼い主1人では理解しにくくなる。

そこで、2008年3月からは、次のように改めた。

- ① 診察室にパソコンとプリンタを常設し、なるべく診察中に「その場」で文書を作って渡す。ただし、これまで通り、あとから送付する場合もある。
- ② ただ文書を渡すだけでなく、その内容について、口頭でも説明する。
- ③ くわしい文書でなく、要点がすぐわかるような「簡単」な文書を作る。

簡単な文書には、次のような意義がみいだせる。

- ① 「短時間」で読みきれぬ覚え書きがあれば、それを読み直すことで、同じ説明を何度でも「手軽」に再現できる。
- ② 簡単な文書には、多くの情報が書きこめない。内容が必然的に「大切な情報」にしばられ、要点がつかみやすくなる。
- ③ 簡単な文書には、獣医師の頭のなかで一度整理された「最終的な見解」だけが簡潔に示される。そのため、口頭説明とは異なり、話が二転三転することが少ない。

筆者は、このような取り組みを通して、わかりやすい説明文書をごく短時間で要領よく作れることの大切さを実感するようになった。そしてそのことが、表題のテーマについて論じるきっかけとなった。

拙著が最初に掲載されたのは、獣医畜産新報2011年6月号の論壇であった[1]。以後、9年間にわたり、このテーマを追求し続けている[2-4]。

4. 説明文書を読みやすくするための工夫

ここでは、筆者がとくに大切であると考えている7点を取り上げる。

1) 文字を適度に大きくする

説明文書は、内容を理解してもらう前提として

「読んでもらう」必要がある。そのためには、文字

を適度に大きくしたほうがよい。紙面に余裕があれば、「14ポイント以上」が望ましいと考えている。

一般的な書類の多くは、本文が10.5～12ポイントで書かれている。しかし、筆者の経験では、12ポイント以下にすると、「文字が小さくて読みづらい」との指摘を飼い主からしばしば受ける。飼い主への説明文書は、診察室や待合室ですぐに読んでもらいたい。電気スタンドをつけて、ゆっくり読んでもらう文書とは性格が異なる。また、実際の診察では、本来必要である眼鏡を持たずに来院する飼い主が少なくない。そのような状況を考えると、飼い主への説明文書は、ふつうの書類より、やや大きめの文字にしたほうがよい。

動物病院の待合室に置く既製のリーフレット（印刷物）のなかには、本文の文字の大きさが10.5ポイントより小さいものがある[5]。限られた紙面に必要な情報を書きこむためには、やむをえない。しかし、小さな文字は「読んでもらえるとは限らない」ことを認識しておきたい。

一説によると、人間の目は、個人差はあるが、12歳頃までは成長を続け「35歳頃」からは老化が始まる。小学校の教科書は、児童の目の成長に合わせて、文字の大きさが調節されている。低学年では大きく、学年が上がると小さくなる[6]。

2009年度版の教科書（生活科・理科）を例にあげる。本文の文字の大きさは、次の通りであった[7]。

- 小学1, 2年生：平均25.1ポイント（16.0～35.6ポイント）
- 小学3, 4年生：平均15.4ポイント（12.8～17.1ポイント）
- 小学5, 6年生：平均13.7ポイント（12.8～14.2ポイント）

目の老化が35歳頃から始まるのであれば、40歳代以上の人を対象とした文書では、文字を意識的に大きくしたほうがよい[6]。小学校の教科書（生活科・理科）の例から考えても、11～12ポイントの文字は、人によっては小さくて読みづらい。

文字の大きさと同じく、「行間」の広さも文書の読みやすさに影響を与える。行間が狭いと、同じ行を何度も読みがちになる。筆者が見つけた2つの文献を総合すると、「1/2～1マス」程度の広さが適当である[6,8]。筆者は、ひとつの工夫として、説明文は「箇条書き」で表記し、行間が狭いと感じたときは、各項目間を1行分ずつ空けている。そうすれば、行間が適度に広くなる。この方法は、パソコンの設定にくわしくない人でも実行しやすい。

なお、箇条書きにすると、次の意味でも読みやすくなる。

- ① 多少字数が増えても、読んでいて項目ごとに一息

つけられる。

- ② 飼い主に読んでもらいたい部分があるときに、獣医師がその部分を指示しやすくなる。獣医師と飼い主の双方にとって、該当する部分が見つけやすくなる。

2) むずかしい漢字を使わない

読めない漢字が多いと、読むことに嫌気がさしてしまう。文書を「読んでもらう」ためにも、内容を「理解してもらう」ためにも、むずかしい漢字は使わないほうがよい。

筆者は、漢字を次のように使い分けている。

- ① 小学校で習う漢字は、特殊な読み方でない限り、使いたければそのまま使う。
- ② それ以外の常用漢字は、読んでもらえるかどうか気にくぶりながら使う。
- ③ 常用漢字以外の漢字は、なるべく使わない。

むずかしい漢字をやむをえず使うときは、「読み方」を添えたほうがよい。ただし、読み方の補記は読みの妨げにつながるおそれがあることを認識しておきたい。

「単語と単語の区切り」がわかりづらいきは、次のような工夫を組み合わせる。

- ① 「」（かぎかっこ）を使う。
- ② 下線を引く。
- ③ カタカナで表記する。
- ④ 漢字を使っただけで、読み方を補記する。

例えば、「こうものうのはれ」は、次のように表記すればよい。

- 「こう門のう」のハレ
- こう門のうの腫（は）れ

なお、漢字で表記すると「肛門囊の腫れ」になる。「腫」は小学校では習わない常用漢字、「肛、囊」は常用漢字以外の漢字である。

どのような表記にするかは、見た目の読みやすさから判断すればよい。

ところで日本では、日常生活に必要な漢字の目安として、2,136字の「常用漢字」が定められている。小学校では、このうちの「1,006字」の読み方と書き方を学習する。中学校では、残りの常用漢字を、なるべく読めるように学習する[2]。

筆者の経験では、小学校で習う漢字は、特殊な読み方でない限り、多くの飼い主に読んでもらえる。しかし、中学校以上の漢字になると、個人差が大きくなる。小学校で習う漢字かどうか、常用漢字かどうかを確認するためには、「小学生向け国語辞典」が使いやすくて便利である。

筆者が調べたところ、中学校の教科書（理科・保健体育）には、（獣）医療に関係する用語が次のように表

記されていた[9-11]。

じん臓、ぼうこう、胆のう、すい臓、こう門、ひじ、ひざ、下たい骨、だつきゅう、せきずい、こうさい、けいれん、血しょう、がん

- ① 使われている漢字は、「胆」を除き、小学校で習う。
- ② 「胆」は、(小学校では習わない) 常用漢字である。
- ③ 「腎、肘、膝、腕、臼、脊、髄、虹、彩」は常用漢字であるが、ひらがなで書かれている。
- ④ 常用漢字以外の「膀、肱、囊、膝、肛、腿、瘻、攣、漿、癌」は使われていない。

筆者が行っているのも、このような使い分けである。

(獣) 医療の専門書には、上記の用語は、ふつうはすべて漢字で書かれている。(獣) 医療でよく使われる漢字には、常用漢字以外の漢字が多く含まれる。自分の専門分野でよく使われる漢字は、むずかしい漢字であっても慣れると易しく思ってしまうので気をつけたい。

パソコン (ワープロソフト) で文書を作る機会が増えている。パソコンを使えば、ふつうは 6,300 字以上の漢字を扱うことができる。基本的な漢字の目安とされる JIS 第一水準漢字だけでも 2,965 字ある[12]。漢字を入力するには便利であるが、「読めない漢字」を「思わず」入力してしまうおそれがあることを認識しておきたい。

3) 内容を手短かにまとめる

ごく短時間で気軽に読みきってもらうためには、「200 字程度」の分量が適当であると考えている。

例えば、文庫本カバーの裏表紙には、その本を紹介する文章が書かれている。それを読めば、ごく短時間で、その本がどのような本であるのかを知ることができる。文章の長さは、出版社によって多少異なるが、ふつうは 150~200 字である[13]。飼い主への説明も「一つの話」である。1 冊の本の紹介と同じように、200 字あれば要点がまとめられると考えている。

飼い主への説明全体を 200 字以内に収めるためには、次のことを念頭に置くことよ。

- ① 1 文の字数を制限する。
- ② 説明の「パターン」を決めておく。
- ③ 文書が長くなるような情報を書き始めない。

1 文を適度に短くすることが、筆者の工夫の前提となる。筆者は、1 文をなるべく 60 字以内で書くようにしている。

- ① 「接続助詞」の使いすぎによる、文と文のつなげすぎ (過度の重文) に気をつける。
- ② 話し言葉との違いを認識し、冗長な前置き (例、残念なことですが~) や言い回し (例、

oは別名△といいまして~) を書かない。

ただし、(獣) 医療には不確定な要素が多い。一般的なビジネス文書と異なり、断定調にこだわる必要はないし、二重否定を使ってもかまわないと考えている。飼い主への説明文書では、ときには、次のような表現が必要である。

- おそらく~でしょう。
- ~のはずです。
- ~かもしれません。
- 常識的には~
- ~しないと治りません。

数値自体は、暫定的なものである。筆者の経験では、1 文の長さを気にしながら書くと、実際には制限字数より少なく書くようになる。過去の一定期間に作った文書を調べてみたところ、1 文当たりの字数は平均 31.7 字 (6~89 字、中央値 29 字) であった[14]。ちなみに本稿も、すべての文が 60 字以内で書かれている。前文までの 1 文当たりの字数は、要旨・Abstract と引用文献の番号を除くと平均 35.5 字 (6~60 字、中央値 35 字) である。

1 文が適度に短いと、パソコンで文書を作るときに、途中で字数の調整がしやすくなる。余分な情報を削除したいときに、文自体を大きく修正しなくても、余分な文をそのまま「削除」するだけで済むことが多くなる。「文単位」での調整が可能になりやすいのは、1 文中に情報が詰め込まれすぎしていないからである。

その次に大切なのは、「話の組み立て (パターン)」をそのつど考えず、あらかじめ決めておくことである。そのほうが、大切な情報を漏らさず、しかも短時間で効率よくまとめられる。飼い主への説明では、次のパターンが基本となる。ただし、実際の説明文書では、②と③の間に、「説明に関連した簡単なコメント文」を挟む。

- ① 診断 (見立て)
- ② 処置内容
- ③ 今後の見通し・予定

このパターンは、病気や怪我の内容によらず同じである。(獣) 医療の教科書も、ふつうはこの順番で書かれている。

前もって説明のパターンを頭のなかに入れておき、それに従って書いていく。そのときに大切なのは、それぞれの項目で書く内容を、なるべく「結論」だけにしぼることである。くわしく書く始めると、すぐに字数が足りなくなってしまう。

ところで、制限字数内で書ける「文の数」を計算するときにも、先ほどの「1 文当たりの字数を制限する」工夫が生きてくる。そのためには、普段使用している書式・ページ設定における 1 行当たりの字数を調べて

おくとい。それを目安にして、今書いている文の字数が感覚的に把握できるようになるからである。そうすれば、文書作成中に次のような計算が可能になる。

例えば、筆者のように1文を平均30字で書くとしたら、200字あれば、6文を書いて20字程度余る。余りの字数を使って各項目の見出しを書いても、ふつうはまだ余る。①診断と②処置内容は、文の形式でなく「語句」で示すことが多いため、字数が節約できる。①と②で1~2文に相当する字数(30~60字)を使うとする。それでも、コメント文と③今後の見通し・予定は、合わせて4~5文(120~150字)程度は書ける。あとは1文が長くなりすぎないように気をつければよい。

しかし、これは、あくまでも計算上の話である。実際に文書を作る段階になると、「あれも書いておこう、これも書いておこう」という心理がはたらきだす。それらを一つ一つ「取捨選択」しながら字数を調節するより、思いつくままに書いてしまったほうが、かえって手間がかからない。筆者自身、あとから調べてみると、200字以内に収められた文書は、全体の約半分(51.5%)にすぎなかった[14]。むしろ、300~500字程度の文書を作るほうが楽に感じるし、短時間で仕上げられる。

しかし、それでは読み手に負担を与えてしまう。本稿では、あくまでも200字以内にまとめることにこだわりたい。

次の工夫として、字数が多くなることが予想される情報は、安易に書き始めないことを提案したい。例えば、次に示す情報は、それぞれの項目の結論ではなく、結論を掘り下げた内容である。書くと字数が多くなるいっぽうで、内容的には割愛できる「追加」の説明が多い。

- 飼い主にもわかりやすい症状(例。「○○さんにみられる次の症状は、この病気の典型的な症状です。①寒さに弱くなり、ふるえるようになったこと。②太ったこと。③脈が遅くなったこと。④血液検査で〜」)
- 鑑別診断の一部始終(例。「猫でALPが高くなる病気は少なく、ほぼ4つか5つにしばられます。そのうち〜」)
- その症例には起きていないことがら(例。「今回は異なりますが、もし○○病であったとしたら〜」)
- 発病の複雑な仕組み(例。「今回のボウコウ結石の元々の原因は細菌性ボウコウ炎です。細菌性ボウコウ炎になると〜」)
- まだ起きるかどうかわからないことについてのくわしい説明(例。今後、精密検査が必要になる可能性を示唆したのちに「精密検査とは、具体的

には、胃と十二指腸の内視鏡検査のことで、可能であれば、大学病院で検査を受け〜」)

これらの情報は、単に字数を増やすだけでなく、説明内容が複雑になり、文書のわかりにくさの原因になりかねない。

いっぽう、次の情報は、割愛せず、字数を割いても、明記したほうがよい。

- 飼い主からの質問に対する回答(例。「食べ物の原因ではないと思います」。質問に対する回答は、飼い主が最も知りたい情報である。)
- 診療の前提となる条件(例。「(猫が)暴れて危険なため〜」)。犬・猫の診療では、同じ病状であっても、動物の気性や飼育状況、飼い主の希望により、治療内容が異なる場合がある。その前提となる特記事項は、形(文字)として残しておいたほうがよい。

ただし、これらの情報も、全体を200字以内に収めるために、理由はなるべく割愛し、基本的に結論だけを書く。

なお、手元にくわしい説明文書があれば、それを200字以内に「要約」してみることをおすすめする。くわしい説明文書がなければ、臨床の教科書に書かれている、一つの病気についての説明でもよい。白紙の状態から手短な説明を書こうとしても、なかなかうまくはいかない。むしろ、要約の経験を積み重ねることのほうが、手短な説明が書けるようになる近道であると考えている。「200字では、何が書けて、何が書けないのか」などといった取捨選択の感覚が養われる。

4) 言葉の難易度を調節する

多くの飼い主が理解できる説明の例として、筆者は「小学生向け国語辞典」に注目している。

- ① 小学生向け国語辞典の見出し語であれば、多くの人が知っている可能性が高い[15]。もし知らなくても、説明文を読めば、すぐに理解できる可能性が高い。
- ② 小学生向け国語辞典の説明文は、それぞれの分野の専門家でなく、国語の専門家が執筆している。そのため、その分野にくわしくない人が読んでも理解できるレベルの説明が書かれている。
- ③ 国語辞典という性格上、説明文が簡潔である。順序(論理)を追って理解していなくても、手取り早く結論がわかる。

その分野の専門家が書く説明文は、子供向けであっても、しばしばむずかしい。言葉が平易でも、専門的な背景を知らないと理解できない内容が含まれがちだからである。

言葉の全体数が増えたからといって、獣医療に関係する言葉が、特別に高い割合で増えるわけではない。

言葉の知識量が、小学生向け国語辞典レベルであったと仮定する。そして、獣医療に対する興味が、もともと、それほど高くなかったとする。そのような飼い主の、獣医療に関係する言葉の知識が、小学生向け国語辞典レベルを大きく上回る可能性は低い[15]。

なお、獣医療に関係する言葉には、次のような特異的な問題もある。

- ① 獣医療特有の言葉は、人の医療で使われる言葉と比べて、総じて認知度が低い。一般向け国語辞典であっても、人がかかりにくい病気は、一部の例外を除き、ほとんど収録されていない。
- ② 人と動物では、同じ病名であっても、病気の内容がまったく異なる場合が少なくない(例、コロナウイルス感染症、ヘルペス)。そのことが、ときとして飼い主に混乱を引き起こす。

小学生向け国語辞典は、なるべく平易な「日常用語」を選ぶという点において便利である。短い説明文を書くためのお手本にもなる。しかし、「獣医療に関係する言葉」や「新しい外来語」についての情報が乏しい。そのような言葉を上手に扱うためには、さらなる工夫が必要となる。

筆者は、飼い主にとってなじみがうすいこれらの言葉を、次のように使い分けている。

- ① 別の言葉で表現すれば、すぐに意味が通じる言葉は、別の言葉に置きかえる(例、当院のコンセプト→当院の考え)。
- ② 説明に時間がかかる、内容がむずかしい言葉は、大意に影響しなければ省く(例、MRIで検査した結果→検査の結果)。あるいは、小学生向け国語辞典レベルの言葉を使って「意識」する(例、くわしい検査の結果)。
- ③ ただし、その言葉がキーワードとなる場合は、内容を説明せず、あえてそのまま使ってしまう。例えば、「MRI検査」が診断の決め手になったことを強調したければ、そのまま「MRI検査の結果」と書く。くわしい内容がわからなくても、精密検査をしたという「実感」がわく。それが「記憶に残りやすい言葉」でありさえすれば、飼い主も内容までは深追いしない傾向がある。

筆者は、言葉の使い方について、次のような工夫も行っている。

- ① なるべく漢語(音読みの熟語)より和語(訓読みの動詞・形容詞)を選ぶ(例、重篤→重い)。漢語は表現が学術的でむずかしい印象を与えやすい。和語のほうが日常的でわかりやすいことが多い。
- ② 外来語は、基本的に自分が好きなように使う。しかし、飼い主が読みながらわかりにくそうにして

いたら、言葉の意味を口頭で補足する。そのときは、漢語に直訳するのではなく、実質的な意味に意識する(例、アーチファクト→実際には異状なし)。それが「とっさ」にできる自信がなければ、その外来語は、はじめから使わない。文書では、外来語の意味を()で補記する方法もあるが、飼い主が理解しなければいけない情報が増えてしまう。筆者は、一部の専門用語を除き、外来語の意味の補記は控えている。

- ③ オノマトペ(擬音語・擬態語)を活用する。微妙な表現が的確になる(例、鼻をフガフガさせる、ポリポリ掻く)。
- ④ 筆者は、大意に影響しなければ、言葉の正確さより、その飼い主にとってのなじみ深さを優先させて言葉を選んでいる(例、発情前出血→生理)。大切なのは、大意を理解してもらうことである。
- ⑤ 敬語は、失礼にならない範囲で、丁寧語である「～です、～ます」程度にとどめる。むずかしい敬語は、ときとして文書をむずかしくする。筆者は、保健所が作る、飼い主向け文書の文体を参考している(例、狂犬病予防注射の案内はがき)。
- ⑥ 差別用語は、一般的に意味が通じやすい言葉であっても、決して使わない。

5) キーワードを示す

飼い主には、説明全体のなかから、大切な情報を的確に拾ってもらい必要がある。しかし、それは、説明の背景を深く知らない人にとってはむずかしい。飼い主への説明では、簡潔に説明するだけでなく、端的な「キーワード」を示すことも大切である。

キーワードを示せば、飼い主に対して、次の効果が期待できる。

- ① 説明内容を頭のなかで整理し直すときに、キーワードを「目印」の言葉にできる。
- ② 説明内容を別の人に伝えるときに、キーワードを頼りに話せば、文書に書かれている一部始終を話さなくて済む。あやふやな理解のまますべてを読み上げるより、大切な情報が的確に伝えられる。

説明文書には、次のような要領でキーワードを示せばよい。

- ① 診断名や処置名などは、専用の欄を設け、文でなく、端的な「語句」として書き出す。ただし、語句を並べただけでは、飼い主がその内容を思いだせないおそれがある。必要に応じて、コメント欄に「簡単な説明文」を添える。
- ② 文中にあるキーワードには、ラインマーカーで下線を引く。ただし、キーワードは、数が少ないからこそ、特別な意味をもつ。下線の引きすぎには気をつける。

ところで診断名は、症例の問題点を端的に示す、大切なキーワードの一つである。説明文書には欠かさず明記したほうがよい。次のようにすれば、わかりやすい診断名がつけやすくなる。

- ① 具体的な疾患名が特定できない場合は、処置の理由として「症状名」を診断名とする（例、食欲不振）。
- ② 判断できたところまでを診断名とする。例えば、原因までは特定できなくても、脳に障害があると判断した場合は「脳障害」と診断する。そのようにすれば、獣医師が、その症例の病状に対して、どこまで把握できているのかが明らかになる。
- ③ 診断名は適度に数をしぼる。例えば、腎機能が低下し末期症状に陥っている症例に対して「尿毒症」とだけ診断する。同じ病状でも、視点を変えれば複数の診断名がつけられる場合がある。しかし、診断名が多いと、飼い主には問題点がわかりにくくなってしまう。

なお、犬・猫の診療は自由診療である。保険点数とは無関係なため、診療を進めるうえで、診断名がなくても、本来は別段困らない。

6) 文書の趣旨・内容を口頭で説明する

文書を渡すときは、それが「何の文書」であるのかを口頭できちんと説明したほうがよい。例えば、「これからお話しする内容を簡単にまとめた文書です。これを使いながらお話しします」などと話す。ときには、読んでもらいたい部分を「指し示し」ながら話す。単純なことではあるが、文書を「読んでもらう」ためには、とても効果がある。飼い主への説明文書は、まだ一般的ではない。何も言わずに文書を渡すと、読まずにそのまままってしまう飼い主が少なくない。

さらに、渡した文書は、その内容を、口頭できちんと説明したほうがよい。

- ① 対面しての説明であれば、飼い主の理解度を推し量ることができる。
- ② その場で質問を受け付けられる。
- ③ 口頭説明なら、とっさに別の表現で言い直すことができる。

そして飼い主には、「その場」で「一度」は、きちんと理解してもらおう。一度理解したのとならないのでは、あとから文書を読み直したときの、文書の役立ち方が大きく異なるからである。

7) 項目ごとに見出しをつける

筆者は、説明内容を項目ごとに分け、それぞれの項目に「見出し」をつけている。例えば、「診断、注射内容、コメント、次回、質問の回答」などといった見出しである。

見出しがあれば、どこに何が書いてあるのか探しや

すくなる。全文を最初から順番通りに読まず、必要なところだけを読むことが可能になる。この工夫は、「箇条書き」と併用すると相乗効果が期待できる。

200字程度の簡単な文書であっても、それを初めて読む人にとっては、どこに何が書いてあるのかを一瞬で把握することはむずかしい。文書を作った獣医師本人でさえ、「それは何行目に書いてあります」などは、なかなかとっさに出てこない。

5. 筆者が作る「飼い主への説明文書」の見本

飼い主への説明文書の見本を以下に示す。この文書には、今まで述べてきた様々な工夫がほどこされている。なお、「○○○○○」には痛み止めの商品名が記載されている。

<p>診断</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 変形性せきつい症（背骨の<u>変形</u>） ● 背骨の一部の<u>骨折</u> <p>治療内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 痛み止めの飲み薬（○○○○○） ● <u>安静</u> <p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ● レントゲン写真を見ると、背骨が変形し、下側にせり出しています。 ● その一部が折れています。 ● 背骨の変形は、治りません。 ● 骨折は、自然に治ります。 ● 骨折が治るまでは、<u>安静</u>にさせ、痛み止め（○○○○○）で治療します。 <p>次回</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 1週間後に診察したいと思います。 ● ただし、<u>調子が悪い場合は</u>、お早めにご連絡ください。 <p>（定型文）ご不明な点がございましたら、当院までお問い合わせください。おだいじにどうぞ。</p>

プリントの大きさはA4版で、文字の大きさは14ポイントである。実際のプリントでは、箇条書きの各項目間を1行分ずつ空け、行間の広さを調節している。下線は、カラーのラインマーカーで引いている。

最後の2文（37字）は、定型文としている。それを除くと、全体の字数は190字になる。1文当たりの字数は平均20.4字（12～34字、中央値16字）である。文の数は7文である。

「診、症」以外の漢字は、小学校で習う。「診、症」は常用漢字である。診断名「変形性せきつい症」は専門用語である。そのため、「背骨の変形」という説明を添えた。「せきつい」は、小学生向け国語辞典にも見出し語として収録されているが、筆者の判断で「背骨」に改めた。「X線画像」でなく「レントゲン写真」と表

記した。どちら（背骨・レントゲン写真）も「なるべくなじみ深い言葉」という観点から選んだ。

箇条書きで書き、項目ごとに見出しをつけた。そのため、「コメントの4番目にも書きました」が、この骨折は〜」などと、読んでもらいたい部分が指示しやすくなっている。

6. 口頭説明への応用

「飼い主への説明文書を読みやすくするための工夫」の一部は、口頭説明にも当てはまる。そのうち、文書を作る経験がとくに生かせるのが、「内容を手短かにまとめること」である。

口頭説明を「いきなり」手短かにまとめようと試みても、その技術はなかなか磨かれにくい。

- ① 一般的に、話すことは、書くことより労力がかからない。そのため、自分でも気づかないうちに、つい話しすぎてしまうことが多い。
- ② 会話の内容は、録音でもしない限り、形として残らない。そのため、文書の内容とは異なり、あとから検討することがむずかしい。

むしろ、簡単な説明文書を作り続けているうちに、口頭説明も「自然に」手短かになっていくと考えている。字数を制限して書く作業をくり返していると、内容を取捨選択する「加減」がわかってくるからである。それを口頭説明に応用すればよい。

なお、口頭説明では、それほど「文法」にこだわらなくてよい。話し言葉の文は、言葉の「ある程度のまとまり」ごとの意味が通じれば、文法が多少不自然でも、ふつうは理解してもらえる。

ところで、口頭説明では、様々な資料を使う場合がある。例えば、画像や模式図、イラストなどを使う。それらの資料を扱うときも、説明文書を渡すときと同じように、資料の趣旨と内容を明らかにしたほうがよい。

- ① 何の資料であるのかを、はじめに説明する。
- ② （対面しての説明では）注目してもらいたい部分を指示する。
- ③ その資料からわかる最終的な「結論」を「端的な言葉」で表現する。

上記①～③は、文書を渡すときの工夫と同じである。ただし、②と③の大切さは、文書を渡すときと比べて増す。言葉による説明は、基本的に話が「一続き」になっている。飼い主への説明文書も、最初から最後まで順番通りに読めば、一通りの説明を受けたことになる。しかし、画像や模式図、イラストなどは、順番通りに見ていけば、大切な情報が引き出せるとは限らない。そもそも、ふつうは見る順番すらない。「目のつけどころ」は人によって異なるし、説明の背景を知らな

い飼い主には、どこが大切な部分であるのかがわかりにくい。獣医師による誘導が必要である。

資料の内容を口頭説明するときは、次のことにも気をくばりたい。

- ④ 「資料から直接わかること」と「そこから導きだされる結論」を、きちんと区別する。

例えば、X線検査において「肺が白い」というのは前者である。「肺に水が溜まっている」というのは後者である。これをあいまいにすると、飼い主は混乱しやすい。なお、筆者が作る簡単な説明文書は、はじめから前者の内容が割愛されている場合が多い。

7. これまでに参考にしてきたこと

人間を対象とした医療では、「患者向け文書の読みやすさ」を検討する研究が行われている。いっぽう、筆者が知る限り、小動物獣医療の領域においては、同様の研究報告がない。そのため、飼い主への説明文書を「医療文書」として検討するためには、人間を対象とした医療のモデルを参考にする必要があった。筆者は、そのような研究のうち、主に酒井由紀子氏[16]と野呂幾久子氏[17]の研究を参考にしてきた。両氏の研究は、文献検索を通して知ることができた。

なお、4.4)『言葉の難易度を調節する』でも触れたが、小動物獣医療で使われる専門用語は、人間を対象とした医療とは、種類や使用傾向が異なる。専門用語については、この領域として独自の調査や検討が必要である。

社会言語学の分野では、外国人に対して「やさしい日本語」で情報を提供するための研究が行われている[18]。情報を提供する対象が小動物獣医療とは大きく異なるが、「情報を正しく伝えるための文書」の研究という点では類似する。筆者は、一連の検討を進めるにあたり、その「研究体系」や「まとめ方」を参考にしてきた。

飼い主への説明は、主に「言葉」を介して行われる。説明文書には、第一に「読みやすい日本語の文章」が求められる。そこで筆者は、前述の先行研究だけでなく、日本語学（言語学）とその周辺分野（教育学など）の内容を、広く参考にしてきた。そのときは、それらの分野の学術誌や専門書籍だけでなく、小中学校の国語の教科書や高等学校の国語便覧なども参考書とした。また、これは結果的にであるが、筆者が論じてきた内容の一部は、高等学校で学習する『国語表現』の内容と重複する。

このテーマを論じ始めた初期には、「文章の日本語としての難易度を判定するソフト」を試用してみた。ここでも獣医療用語の特殊性が問題となったが、使用目的を明確にすれば、難易度判定の一助となった[19]。

文字の大きさを検討するときは、「小学校の教科書の学年別の文字の大きさ」などの資料を活用した。そのほか、様々な分野の資料を活用してきた。

さらに必要があれば、独自の調査も行ってきた。例えば、過去には「説明文書を渡したときの飼い主の反応」や「飼い主の情報源」などを調べたことがある[20,21]。「言葉の難易度」を検討するためには、レベルが異なる国語辞典のほか、中学生向け和英辞典の見出し語なども調査した[15]。

本取り組みを一つの分野として「体系化」するためには、次のことが大切であると考えている。

- ① 日頃あまり接点がない様々な分野の知見を組み合わせる。
- ② 人間を対象とした医療と小動物獣医療の類似点と相違点を考慮する。

さらに「発展」させるためには、統計調査（量的研究）や文書の分析（質的研究）などによる、問題点の把握が求められる。

8. 結語

それぞれの工夫について「根拠」を示してきたつもりであるが、本稿の内容の多くは、結局のところ、筆者の「実践例」にすぎない。しかも筆者自身が、すべての説明文書を、ここで示した通りに作れているわけではない。あくまでも一つの提案として参考にしていただけたら幸いである。

今のところ、小動物獣医療領域においては、飼い主への説明のわかりやすさについての議論が不活発である。しかし、診療サービスの質を高めるためには大切なテーマであると考えている。今後は、ジャンルの垣根を越えた議論が切望される。

筆者の取り組みや本稿の内容に対するご意見やご感想、ご質問をお待ちしている。

引用文献

- [1]宮崎良雄（2011）飼い主向け文書の可読性（読みやすさ）を考える，獣医畜産新報 64（6），495-496，文永堂。
- [2]宮崎良雄（2016）説明文書を読みやすくするための工夫：動物病院から，日本語学 35（5），83-91，明治書院。
- [3]宮崎良雄（2018）飼い主への説明をわかりやすくするための工夫，獣医畜産新報 71（11），文永堂。
- [4]宮崎良雄（2019）飼い主への説明のわかりやすさを8年間追求して得たもの，MVM 184，ファームプレス。
- [5]宮崎良雄（2013）獣医療文書の文字の大きさ，獣医

畜産新報 66（10），769-770，文永堂。

- [6]荒瀬光治（2007）編集デザイン入門—編集者・デザイナーのための視覚表現法—，27-34，出版メディアパル。
- [7]社団法人教科書協会（2009）平成20年度「教科書の充実のための体様等の工夫に関する調査研究」報告書。
- [8]工藤強勝（2008）編集デザインの教科書，第3版，184-185，日経BP社。
- [9]戸田盛和ほか編（2011）新版中学校理科2分野上，大日本図書。
- [10]森昭三ほか編（2011）新・中学保健体育，学研教育みらい。
- [11]宮崎良雄（2012）獣医療文書の漢字と表現 獣医畜産新報 65（6），501-502，文永堂。
- [12]池田証寿（2004）JIS漢字の第一水準・第二水準ってどういう意味？，日本語あれこれ辞典（宮地裕，甲斐睦朗監修），221-223，明治書院。
- [13]宮崎良雄（2012）説明文書の文と文章の長さ，獣医畜産新報 65（7），571-572，文永堂。
- [14]宮崎良雄（2020）飼い主への説明文書を手短かにまとめるための工夫—筆者の実践例—，MVM 191，101-108，ファームプレス。
- [15]宮崎良雄（2017）飼い主が知っている獣医療用語のめやす，獣医畜産新報 70（8），591-592。
- [16]酒井由紀子（2018）健康医学情報の伝達におけるリーダビリティ，樹村房。
- [17]野呂幾久子（2012）医療コミュニケーションの一つとしてのインフォームド・コンセントのための説明文書，内科学雑誌 101（2），512-516。
- [18]佐藤和之（2016）外国人被災者の負担を減らす「やさしい日本語」—在住1年の外国人にもわかる表現で伝える—，わかりやすい日本語（野村雅昭，木村義之編） 245-275，くろしお出版。
- [19]宮崎良雄（2012）獣医療文書の日本語（文章）としての難易度を判定する，獣医畜産新報 65（4），305-307，文永堂。
- [20]宮崎良雄（2013）説明文書に対する飼い主の反応，獣医畜産新報 66（12），924-926，文永堂。
- [21]宮崎良雄（2014）飼い主の情報源，獣医畜産新報 67（4），521-523，文永堂。

*責任著者 Corresponding author : e-mail
ymiyazaki@sea.plala.or.jp

投稿日：2020年3月5日

受理日：2020年6月2日

日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌-第 11 巻第 2 号
The Journal of the Japanese Association of Health Communication Vol.11, No.2

2020 年 10 月 1 日発行

日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌編集委員会

編集委員長

宮原 哲（西南学院大学外国語学部外国語学科）

編集委員

岩隈 美穂（京都大学大学院医学研究科医学コミュニケーション学分野）

榊原 圭子（東洋大学社会学部社会福祉学科）

孫 大輔（東京大学大学院医学系研究科医学教育国際研究センター）

高永 茂（広島大学大学院文学研究科）

高山 智子（国立がん研究センターがん対策情報センター）

本間三恵子（埼玉県立大学健康開発学科健康行動科学専攻）

アシスタント

白水 かな（西南学院大学大学院）

発行者日本ヘルスコミュニケーション学会

<http://healthcommunication.jp/>
