

第8巻..... 全文掲載【PDF】

目次..... 目次【PDF】

第8回 日本ヘルスコミュニケーション学会 シンポジウム記録

ことばにならない思いとケア ～受け止める、投げかける、分かち合う..... pp.1-10【PDF】

原著論文

日本人男性労働者におけるヘルスリテラシーと生活習慣、主観的健康感との関連：

受診勧奨該当者を対象に

後藤 英子, 石川 ひろの, 奥原 剛 ほか..... pp.11-18【PDF】

プライマリ・ケアで用いられる医学用語の誤解に関する市民と医療者の認知の差

孫大輔, 平澤南波..... pp.19-30【PDF】

病気の子どもとそのご家族のための滞在施設は、利用者とボランティアにとってどのような意義を持つか

松下 翔, 孫 大輔..... pp.31-48【PDF】

実践研究

インターネット検索によって得られる「がんに関する情報」は正しいか：

「副作用」をキーワードとした情報の質の検討

石川文子, 早川雅代, 高山智子..... pp.49-56【PDF】

研究ノート

離島高齢者にとっての待合室での対話の意義と診療待ち時間の長さに対する想いの探索：

質的研究

太田 龍一, 笠 芳紀..... pp.57-68【PDF】

福島第一原子力発電所事故後の福島県地元紙と全国紙の報道の比較：

健康情報としての「内部被ばく」「セシウム」を含む記事の分析から

中山千尋, 佐藤 理, 安村誠司..... pp.69-80 【PDF】

Communicating with gaze in emergency care: a multimodal analysis

Keiko Tsuchiya, Frank Coffey, Stephen Timmons, et.al. pp.81-90 【PDF】

第8回 日本ヘルスコミュニケーション学会 シンポジウム記録

ことばにならない思いとケア

～受け止める、投げかける、分かち合う

日時

9月10日(土) 16:20～17:30

シンポジスト

橘 直子 氏 山口赤十字病院
榎本 てる子 氏 関西学院大学神学部
川村 敏明 氏 浦河ひがし町診療所

コーディネーター

井上 洋二 氏 放送大学
高山 智子 国立がん研究センター

○司会

このシンポジウムでは、基調講演でお話いただいた國森康弘氏(フォトジャーナリスト)の写真をふんだんに使ったご講演を受けて、さまざまな臨床の場面における実際のご経験をご紹介いただきながら、臨床の中で、教育の中で、実生活の中で、言葉になっていないコミュニケーションをどう言葉や形にしていくか。外からはなかなか見えてこない視点や向き合い方などについて3名の先生方に、お話をいただきました。

一人目は、病院の社会福祉士として、がんの領域では、がん専門相談員として、患者さんやご家族と医療者の間に入って活躍されている山口赤十字病院の橘直子先生です。

「病院における相談支援の経験から～あなたのこと あなたに教わり、そして慮る～」 橘 直子先生

わたしは、山口県の中心部にある病院、475床の総合病院、生まれる前から亡くなるまで、幅広い方を対象に働いている。主な業務は、退院支援が多くなっているが、さまざまなご病気の方、医療者と患者さん・ご家族をつなぐという、患者サポートの中で働いている。

本日いただいたお題、言葉にならない思い、ということで、思いついた金子みすゞさんの詩を一つ紹介したい。それは、「ふしぎ」という詩。「わたしはふしぎでたまらない。・・・だれにきいてもわらってて、あたりまえだ、ということが。」

ワタシ自身のことを振り返る。『ことばにならない思い』で蘇ること。もう 30 年以上も前の出来事でいずれもことばにはできなかったが、「仕方のないこと」と鮮明に憶えている感情と味覚である。

…コウセイザイが効かないので手術を。今日でもいいですよ、とワタシを診察していた先生に言われてまもなく「はい、おねがいします」と母は答えた。ワタシはちょっと考えたかった。怖かった。その日病院の食堂で食べたうどんは数本だった。

…父の手術の日、まわりの大人たちの対応は当たり前のことだった。でも「ワタシのお父さんなのに。お父さんに何かあったら、血がつながっているのはワタシと妹なのに。もし血が足りなくなったら、ワタシがいなくちゃいけないんじゃないの?」自宅で悔しい思いがぐるぐる駆け巡った。親戚がうどんを作ってくれた。いつもと違う味がした。



日本赤十字社 山口赤十字病院
Japanese Red Cross Society

憶えている **感情**
怖い くやしい
でもどうしようもできない

+

憶えている **味覚**
おいしくない ほしくない
でも (大人のために) がんばって
食べなきゃいけないんだ

ことばにならない思い
「仕方のないこと」「当たり前のこと」と言い聞かせた

けれど…このとき、ワタシは
どうしたかったか (こうしたい)
どうしてもらいたかったか (こうしてほしかった)



言葉にならない思いというのは、どこかで仕方がないこと、当たり前のことと思いつけさせることなのではないか。そして社会福祉士の仕事に就き始めた当初に立て続けに起きた、患者さんが亡くなるという経験を目の当たりにし、患者さん（クライアント）に携わることの戸惑いとためらい、そして、自分がどうすればソーシャルワーカーとして役に立てるのか、そのためには自分自身を知っておくということが大事だと、ソーシャルワーカーとしての見立て方、アセスメントの仕方、専門性を高めることを目指した。医療現場には、

たくさんの患者さんの当たり前とは違うことが起きる。それは、時に、医療者にとってさえも、あたりまえではない状況もある。ことばにならない、言葉にできないことが、患者さんにとって起こりうる。そのときに、“この患者さんってどんな人なんだろう。”日頃の人柄を伺うことで、その人をイメージできることがとても大事になる。一見、病院からは問題患者扱いされた方や家族が紹介されてくることがある。その方にも、それぞれの葛藤があり、それぞれの葛藤の裏に、それぞれの背景があること、それをどう認め、保障してあげるかということが大事になる。ナラティブアプローチの最初の大事なこと、それが“関わること”。そして、ともに問題を解決しようとする姿勢が大事であり、そうしていくうちに、いつしか、クライアントは、援助を求める立場でなく、能動的な参加者になる。渦中にあるその人を尊重し、慮ること。その中では、回答よりも応答が大切だということと言える。

高齢化社会を迎え、さまざまな場面で、意思決定に関わる場面が多くなってきた。意思決定支援では、決めさせることが支援なのだろうかと思うことがある。決めなくてはならないものは何なのか、それは胃瘻をつくることでもなく、呼吸器を外すことでもなく、もっと深いものが、その方の人生やご家族の物語の中にはあるような気がしている。見つからない答えに対して、折り合いをつけること、その方が決められる決め方をお手伝いしていく。見つからない答えでも、それについて考えてみることは、軌跡（プロセス）が奇跡（発見、気づき、成長）につながれていくこと。これは、その人にとってもその周りの人にとっても大事なことだと思う。

 日本赤十字社 山口赤十字病院
Japanese Red Cross Society

意思決定支援

～過去 現在 未来 を生きる【私感】～

決めさせるための支援？
起こっている出来事に納得できること
決めなければならないものは何か。。。。

みつからない 答え（応え）
折り合いをつける／“覚悟を磨く”
人となりから予測できること

〇〇について、考えてみること
軌跡（プロセス） → 奇跡（発見／気づき／成長）
本人にとって／周囲の人にとって
みんな（当事者も含め、多職種）で知恵を出す！



いろいろな経験をしてくる中で、よかったなと思うこともたくさんあった。それは、愛されていること、人が暮らしの中に生きること、いのちがつながれていること、そういったことを感じながら、これからも取り組んで行きたいと思う。まっすぐなまなざしが「通じ合えますように」そう願っている。ご清聴ありがとうございました。

○司会

二人目は、榎本てる子先生のご予定でしたが、本日は、榎本てる子先生がお体の具合でこちらの会場まで来ることが叶わず、代読で松浦千恵先生からお話を伺います。本日お話を伺う予定であった榎本先生は、関西学院大学神学部をご卒業後、カナダで修士をとり、牧師として、また HIV 陽性者支援活動をされています。松浦先生は、同志社大学社会学部社会福祉学科をご卒業して、精神科ソーシャルワーカーとして、大阪市派遣エイズカウンセラーとして、また本日ご紹介のあるバザールカフェの運営委員として、長年、榎本先生と一緒に携わってらっしゃいます。

「愛し愛される中で一病院から地域への架け橋としてスピリチュアルケア」

榎本てる子先生 代読 松浦千恵先生

カナダから帰国後、現在に至るまで 20 年ほど HIV 陽性者の方に関わっている。派遣エイズカウンセラーとして、週 1 回病院でも働いている。個人の魂の救いに関わるとともに、それを生み出している個人を取り巻く社会を変えていく役割もあるのではないかと考えるようになった。わたしは、牧師である。霊的ケア、必ずしも宗教的な意味合いを持つものだけではなく、人間の持つ根源的な問い、存在意義、生きる意味、死について対話していく中で、答えを本人が見つかることを助ける。ケアという言葉は、とかく何かをしてあげるといふものと思われがちだが、本来の意味は、嘆く、基本的には、悲しみを体験する、〇〇と一緒に叫ぶという意味。また、スピリチュアリティという言葉が最近よく使われているが、呼吸、魂を意味する。困難、危機的な中で息をしようとしている人と関わる中で、人と人が関わり合う大切さをお話ししたいと思う。

日本で、もう死んでもいいんだと生きることをあきらめてしまった方が、愛されていると感じて息を吹く返す姿を目の当たりにする機会があった。その愛されていると感じる体験とは、パートナーが訪ねてきてくれる、思われる、まなざしがかけ続けられる、さすってくれる、などの体験を通してのものだったのだと思う。その後も、HIV 陽性者が、病気がさまざまな課題に向き合い、一見病気でうまく付き合っているように見える人さえ、不自由さや不安を抱えて生きている姿を目の当たりにする中で、自己受容にたどり着く場、肯定できる場を体験することも、息ができるようにできることになるのではないかとと思うようになり、コミュニティをつくるというアクションにつながった。それが、バザールカフェの始まりである。

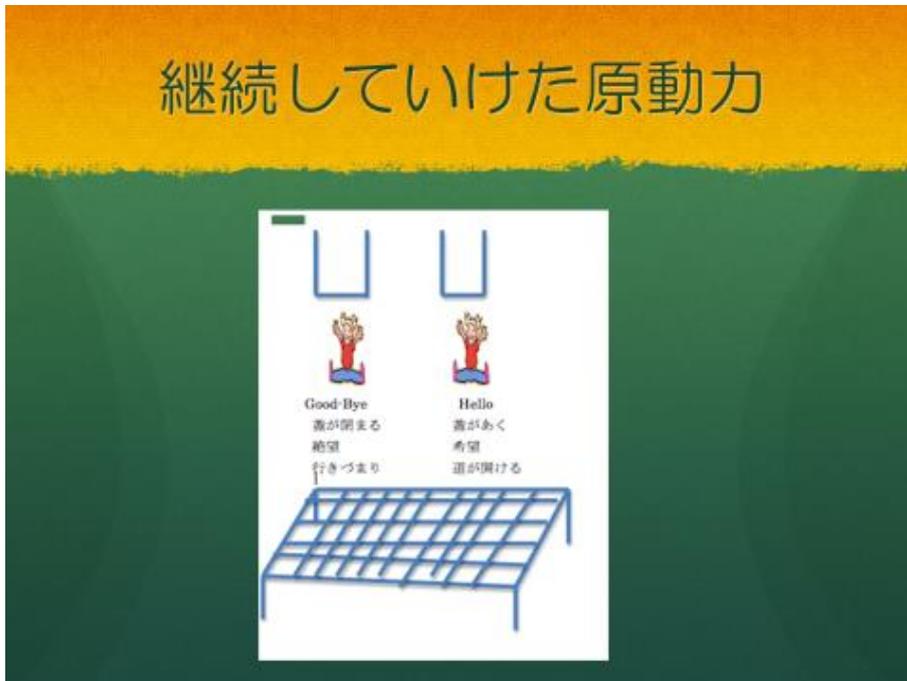


お金はなかったが、その夢にかけましようとして4年間で600万円のお金を出してくれるところがあり、京都の御所の近くに1998年、コミュニティカフェ、バザールカフェをスタートさせた。基本理念は、セクシャリティ、年齢、さまざまな人たちが、社会の中で、関わり合い、相互に確認される場所を目指すこと。そして、TAB タブというのは、テンポラリーエイブルボディ。永遠に継続できるボディではなく、私たちは、たまたま健康である。健康である時にできることをしている。自分がしんどくなったときにいられる場所を創っていきたい。支援する、支援される、という関係ではなく、ともに働く、ともに皿を洗ってという中から、笑って、働き、創っていくことを目指している。しんどい人が、ぼそぼそと語り始めることを経験してきた。言説で語られることは全然違う。

自尊心をぼろぼろにされた女性が、自分の料理をつくり、それを喜んで食べる人の姿をみることで、変わり、自分を取り戻していったケースや、自分の素をさらけ出せる仲間を見つけられたことで生きる喜びを実感し、自分を開放することができたケース、そして、まだ経過中のケースであるが、問題行動をやめられないが戻ってくる場所、どんな自分を見せても受け入れられる場所を用意している。中には15年近くも長い年月がかかることもあるが、人々にとって必要な共同体の一つになればと願っている。

カナダの病院で学んだことであるが、人はさまざまな苦難に遭うとき、さよならの空中ブランコ、ハローのブランコに出会う。サーカスでは、網がはってあるが、このブランコの下はトランポリン。落ちた人を跳ね上げる。落ちる位置が毎回違うが、落ちた位置で跳ね返す、人々の共同体はこういうものではないか。人々の苦しみを受け止める。落ちた速度で押し上げる。落ち位置が違えば、その人を支えることをできる人も違う。一人一人が

その共同体に必要で、支える人が編み目のようにいる。



支援とは一方的な関係ではないと感じている。コミュニティづくりには、ミッションとパッションが大事。パッションは熱心や熱望という意味があるが、一方でキリスト教ではパッションウィークというものがあり、それは受難を意味します。人と人とが関わる場は、とても愛がある場所であるが、そこには困難なことも沢山ある。

バザールカフェは、木金土にやっている。

○司会

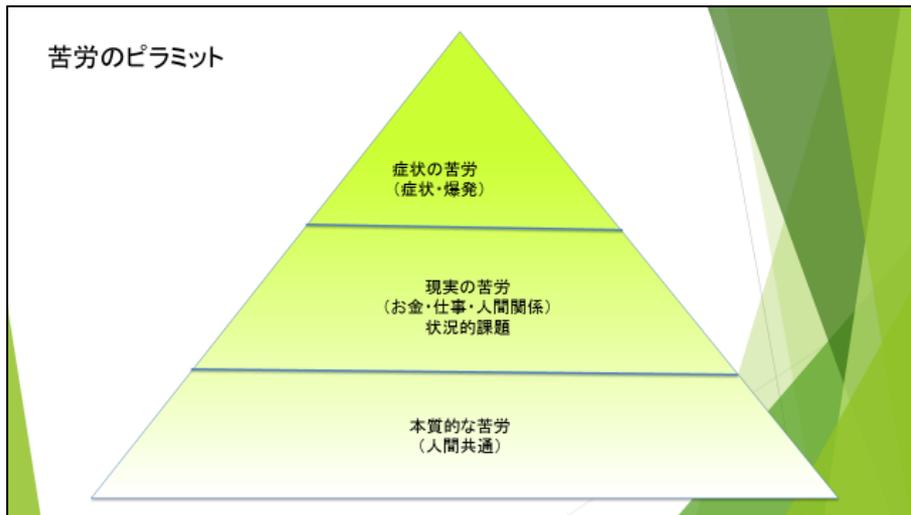
最後は、浦河ひがし町診療所の院長をされている川村敏明先生です。川村先生は、浦河赤十字病院 精神科赴任後、札幌旭山病院アルコール専門病棟赴任を経て、1988年に浦河赤十字病院 精神科赴任、そして、2014年 浦河ひがし町診療所 院長となりました。「浦河べてるの家」でご存じの方も多いたと思いますが、「浦河べてるの家」は、精神障害当事者の力を信じ、仲間同士の繋がりを大切にしながら、地域での生活を実践する、活動の発足時から精神科医として活動をサポートされて来られました。

仲間との繋がりの場に送り出す「治さない医者」の処方箋

浦河ひがし町診療所 院長 川村 敏明 氏

浦河べてるが、知られるようになり、川村先生が、医者が創ったんじゃないかと誤解されるようになった。ここに立っているのも、誤解されているんじゃないかと思う。恩師が

アルコール依存症をやる医師を探していて、アルコール依存症に関わるようになった。当事者活動のみで印象的だったのは、自助グループで、患者さんたちが自分の失敗談を話して、腹の底から笑っている。一番暗いのは精神科医。笑う患者さんは少ない。精神科の患者さんは笑わないということを知っていたが、実際に笑わないのは、主治医。先生方はまじめな方だった。でも笑いのセンスがない。(医師に)本当のことをいうと、薬は増やされる。そこで、笑い、真実を語る場面は大事だということを見せつけられた。



浦河という地域全体を見るようになって、生きにくさを抱えながら、精神障害者だけの問題だけが、問題視され、差別され、この人たちを守らなくてはならない、と思い、返って管理され、生きにくい状況にしてしまったのではないかと思うようになった。ソーシャルワーカーの前に行くと、精神科の患者さんが腹の底から笑っている。こんなに笑える人たちなのか。アルコールの人たちと同じセンスを感じていた。医療に携わる者たちの問題を感じていた。

助けすぎる、問題ばかりに目が行く。それを治療という名の下に管理する。精神科医の思いは危険だと思うようになった。何が大事なのか、治療という場面の中で、コミュニケーションがとれていない医者だったというのが学びであった。

浦河べてるの家は全国で知られるようになった。全国からたくさんのお客さんが来るようになった。過疎がどんどん進んでいき、町外からのお客さんはほとんどがべてるのお客さん。そして今、堂々として生きているのはべてるの人。自分たちの問題を自分たちの言葉にできないでいるのは、町民。逆転現象が起きてきた。昔は、偏見差別、今はジェラシーの対象。過疎が進んで、子どもの世代に、生活の中で何をつたえたらいいか、深刻な悩みを抱えているのに、それを言葉にできない。そういう地域が全国に多いのではないか。

自分たちの問題を語り、その体験を仲間と全国に活動を展開する。「病気になっていいな。幻聴、あるんでしょ、いいな。」統合失調症で幻聴があることは、部長職以上の思いを持つ

て（尊敬の目で）周りから見られている。「俺なんか、ただの依存症だしな。幻聴あるっていいな。」考えもしなかった。自分たちの問題を語ることがこんなになるのか。馬鹿にされているでもなく、その中には苦勞に裏打ちされているので、俺もそうだという共感のある笑いがある。ちょっと、深い。

「大丈夫だ、健常者でも。やっていけるぞ。」「相談ちゃんとしろよ。その代わり。」「健常者だめだよな、こっそり悩んで言わないからな。」べてるのメンバーは、自分たちの体験が、ただのマイナスではなく、どう考えたらプラスになるのかよく知っている。「病気売れるんじゃないか。」類似商品がないんで、売れ行きもよろしい。常にマイナスを消すのではなく、マイナス体験も活かしていく。「わかんなかったら、聞け。教えるから。」「先生、あんまり治さなくてもいいから、だいたいでもいいぞ。そんなにいったって治らないし。」



浦河では、精神科病棟をなくしたが、このなくすということは大変なチャレンジだったと思う。他では、まねできないと思う。笑い続けられるか、その地域の課題と向き合っていけるか。他の地域で、浦河のようにというのは、薦めない。それぞれの地域の歴史がある。当事者のひとたちと創ってきたのが、浦河の歴史だと思う。

○司会

ありがとうございました。

時間があまりありませんが、フロアから質問があればお願いします。

○質問者1：

とてもおもしろく、感動的な話を聞かせていただいた。

相手の人の力を信じながら、こっちの肩の力を抜きながら、でもちゃんと向かい合って、多少持っている専門性をつかって、とてもバランス感覚を使うことができそうで、難しい

ところだと思う。つつい武装して、鎧甲にしまい、切り込んでしまいがちになるが、逃げないし、向き合うけど、運がよければ役に立つかもしれないが、ということはどうやったら、現役でも持てるか。若い学生たちにどう伝えていけばいいか。先生方に一言ずついただければと思う。

○橘

自分の中のバランスをどうとるか。わたしが学生の時は、自分が8, 9割。職種について自分が役に立てるかとは思えなかった。なって思うことは、自分自身を大事にすること。最近始めたヨガの先生から言われてハッとしたことは、“自分を観察しましょう”と。自分を観察することが大事だと思っている。

○松浦

答えにならないかと思うが、わたしはバランスが悪い。アルコール依存症の中で、話すというパワーを教えていただいている。自分はバランスが悪いということを言える場がある。引き寄せられることも多い。自分はワーカーは巻き込まれてしまうもの、それでいいと思っている。いけるところまでいってと思っている。意外にバランス悪かったら、当事者がやばいよ、と言ってくれる。バランスが悪いことをわかっていればいいと思う。そういうことを話せる場があることでなんとか保てていると思う。

○川村

わたしは、バランスがいい人をみたらその人に向かって拍手することがまずは大事と思っている。いいものをみた、いい人を見た。それがわたしの栄養になる。バランスがいい人を見て、悩み方、考え方は、それだけではないと知る。それだけで、肩の力が抜けていく。ダメなところばかり見ていたが、いいものを見たら、拍手するようになったら、肩の力が抜けて、かなり脱臼するくらいになった。それがコツになるかな。べてるのメンバーを見ていても思う。みんな褒め上手。その割には本人よくない。それでいいんだと思う。

○質問者2：

「笑い」はコミュニケーション・ツールになるかと思っているが、どうか。

○川村

精神科の領域では、笑いの場面は多い。笑うしかない。失敗が多い人たちだから。わたしに話すこと自体に、健全さを感じるし。笑っただけじゃなくて、したたかにやっていこうなという思いは常にある。それをどう展開したら、私たちの救いになるか。かつて、精神科領域で話すことはなかった。大事なこと、本当のことは言わない、という

時代だった。それをどうしたらいいか。少なくとも医者側が阻害要因にならない、笑って返す。先生はただ笑ってたなという。わたしには守秘義務があるが、彼らにはないので平気で（周りの人に）言う。それが、誰かに言いたくなることでないといけない。

地域の中で精神科の中での出来事、医者がこういうことを言った。それが、あちこちで話題になっていくことを念頭に置いている。笑いだけでなく。そうすると、精神科のことがどこでもタブーにならない。かつては、タブーだらけだった。健常のみなさんの方が話せなくなってきていることは、ひしひしと感じる。不謹慎かもしれないが、べてるの人たちは、「だいじょうぶだ、病気あるから。」と。問題があれば生きていける。問題をなくしようという、どんどん貧困になってしまうような発想をしないことが大切。

○司会

伺っていてとても心が熱くなる思いがしました。

3人の先生方、本日は、本当にありがとうございました。

終わり

原著論文

日本人男性労働者におけるヘルスリテラシーと生活習慣、主観的健康感との関連 ： 受診勧奨該当者を対象に

後藤 英子, 石川 ひろの, 奥原 剛, 加藤 美生, 岡田 昌史, 木内 貴弘

東京大学大学院医学系研究科社会医学専攻医療コミュニケーション分野

抄録

近年、健康医療に関する適切な情報を入手し、正しく理解した上で、自分や周囲の健康のために利用していく力としてヘルスリテラシーが注目されている。先行研究ではヘルスリテラシーと健康アウトカムとの関連が示唆されているが、日本人労働者を対象とした研究は不足している。そこで、本研究では、健康状態が悪化したハイリスク社員(受診勧奨対象者)に着目し、ヘルスリテラシーを評価するとともに、ヘルスリテラシーと生活習慣、主観的健康感との関連を検証した。受診勧奨対象者 219 人に対して自記式質問紙による調査を行い、男性回答者 103 人を解析対象とした。結果、対象者のヘルスリテラシーの平均値は 3.51 だった。ヘルスリテラシーと主観的健康感、社会経済状況、生活習慣との関連をカイ二乗検定で検討した結果、ヘルスリテラシーの高い群で、年齢、標準報酬月額、主観的健康感が高く、より健康的な食習慣をもっていた。さらに、多重ロジスティック回帰分析の結果、ヘルスリテラシーが高い群は主観的健康感が有意に高かった。以上より、ヘルスリテラシーの向上は主観的健康感の改善につながる可能性が示唆された。

キーワード：ヘルスリテラシー、生活習慣、主観的健康感、受診勧奨、日本人労働者

1 緒言

一般的に、日本の企業では、年に一回定期健康診断が行われる。健康保険組合連合会が発表したデータによると、2012 年度に特定健康診査を受診した 4,156,041 人の健康保険組合加入者のうち、1,549,141 人 (37.3%) が健診後に医療機関での再受診が必要となる受診勧奨対象者に該当していた[1]。

健診が終了した後、産業医や保健師は、受診勧奨対象者に対して二次健診の受診を促す。しかし、労働環境や家庭環境などが理由で、アドバイスを受けた全社員が、その指示に従うとは限らない。先行研究では、健診受診者は未受診者と比べて死亡率が低く、より健康的な生活習慣を送ることが示唆されている[2,3]。そのため、受診勧奨指示に対するコンプライアンスの低さは、健診の意義にも関わる公衆衛生上の重要な課題の一つであると考えられる。

近年、ヘルスリテラシーは、個人の健康行動や健

康アウトカムに影響を与える重要な因子であることが認知されている。ヘルスリテラシーとは、健康の維持・増進のために情報にアクセスし、理解・活用する動機や能力を決定する認知的・社会的スキルと定義される[4]。これまで多くの先行研究で、ヘルスリテラシーが不十分であると健康情報を十分に理解し活用することができず、健康状態が悪くなることが示唆されている[5]。

ナットビームは、ヘルスリテラシーを 3つの領域に整理した。一つ目は、基本的な読み書き能力である「機能的ヘルスリテラシー」、二つ目は、情報を入力したり意味を引き出したり環境へ適用するための能力である「伝達的・相互作用のヘルスリテラシー」、三つ目は、情報を批判的に吟味し活用するための能力である「批判的ヘルスリテラシー」である[6]。ナットビームのモデルに基づき、石川らは、伝達的・相互作用のヘルスリテラシーと批判的ヘルスリテラ

シーを測ることができる尺度を開発した[7]。石川らの研究では、ヘルスリテラシーが高い社員はそうでない社員と比べて、より望ましい生活習慣を送り、仕事ストレスへの対処能力が高く、自覚症状の数が少ないことが示唆されている。また、大学教職員を対象とした先行研究では、ヘルスリテラシーが高い社員の方が低い社員と比べて、定期健康診断の結果に基づき望ましい健康行動を取ることが示唆されている [8]。

自らの健康状態を主観的に評価した主観的健康感とは、多くの調査や研究で健康アウトカムの一つとして用いられ、健康リスクや客観的な健康指標と密接に関連する指標として用いられてきた。例えば、日本人労働者を対象とした先行研究では、主観的健康感とは、社員のストレスや通院状況、BMI と有意な関連が示されている [9]。本研究では、健康アウトカムとして主観的健康感および生活習慣行動を用い、ヘルスリテラシーとの関連を明らかにすることとした。

以上を踏まえ、本研究では、受診勧奨指示に何年も従わなかった「受診勧奨対象者」を研究対象とし、そのヘルスリテラシーを測定するとともに、生活習慣および主観的健康感との関連を検証することを目的とした。

2 方法

2.1 研究デザインと手法

本研究は、自記式質問紙を用いて日本人労働者のヘルスリテラシーを測定し、生活習慣、主観的健康感との関連を検証した横断研究である。自記式質問紙による調査は、健康保険組合が管理しているホームページ上で、2015年8月18日から9月11日の間に実施された。調査対象の企業には、健康保険組合の常務理事が研究の概要を説明した上で、対象者には、健康保険組合のホームページ上で研究の概要や目的を説明し、同意の意思を確認した。本研究は、東京大学医学部倫理委員会の承認を得て実施した（倫理審査番号：10795）。

2.2 対象者

本研究の対象者は、健康保険組合（旅行関連のサービス業）に加入している日本人労働者である。そのうち、2011年度から2013年度にかけて3年間連続で受診勧奨対象者に該当した219人を研究対象者とした。受診勧奨の対象項目は、高血糖、脂質異常、高血圧、肝機能障害の4項目である。219人のうち、2014年度内に退職した者等を除いた200人に対して自記式質問紙を用いた調査を行った。

2.3 尺度

2.3.1 社会経済状況

先行研究を参考に、受診行動やヘルスリテラシーに影響を与える社会経済状況の要因として、年齢、配偶者の有無、子どもの有無、同居人の有無、経済的なゆとり感、職務内容を、自記式質問紙で尋ねた [7,10]。年齢は、分析の際、平均値で2群に分割した。経済的なゆとり感とは、「現在のあなたの暮らし向きにゆとりがあると感じていますか」という質問に対し、「全くゆとりはない（1点）」から「ゆとりがある（5点）」の5件法で回答を得た。分析では中央値未満を「経済的なゆとり感が低い群」、中央値以上を「経済的なゆとり感が高い群」として2群に分けた。職務内容は、管理職、営業職、事務職、その他で回答を得て、管理職と回答した対象者を「管理職」、それ以外の職務内容で回答した対象者を「非管理職」に分類した。月収は、健康保険組合が社員の厚生年金保険料を算定する際に用いる標準報酬月額データを用了。

2.3.2 主観的健康感

先行研究に基づき、対象者の主観的健康感のレベルを5段階で評価した [11]。「あなたは現在、どのくらい健康だと思いますか」という質問に対し、「まったくそう思わない（1点）」から「強くそう思う（5点）」の5件法で回答を得た。分析では、中央値未満を「主観的健康感が低い群」、中央値以上を「主観的健康感が高い群」として2群に分けた。

2. 3. 3 生活習慣

2013 年度定期健康診断の生活習慣に関する問診への回答結果から、対象者の生活習慣を調査した。問診項目は、健康保険組合が社員の生活習慣を確認するために、定期健康診断で独自に使用している項目を採用した（詳細は付録を参照）。食習慣は、17 問の質問に対して健康的な食習慣を送っていると判断できる回答が得られた質問の合計数を指標とした（質問例：朝食をほぼ毎日とる、栄養のバランスを考えている、食事を 1 日 3 回ほぼ決まった時間に食べる）。分析では、中央値未満を「不健康な食習慣群」、中央値以上を「健康的な食習慣群」として 2 群に分けた。

同様に、運動習慣は、9 問の質問に対して、健康的な運動習慣を送っていると判断できる回答が得られた質問の合計数を指標とした（質問例：歩くことが好きである、通勤に歩行や自転車を取り入れている、1 日 1 回は 10 分以上歩いている）。分析では、中央値未満を「不健康な運動習慣群」、中央値以上を「健康的な運動習慣群」として 2 群に分けた。

2. 3. 4 ヘルスリテラシー

ヘルスリテラシーの評価には、日本で開発された伝達的・批判的ヘルスリテラシー尺度を用いた[7]。この尺度は、ナットビームの示したヘルスリテラシーの概念に基づき、伝達的・相互作用的ヘルスリテラシーを測る 3 項目「(1)新聞、本、テレビ、インターネットなど、いろいろな情報源から情報を集められる」「(2)たくさんある情報の中から、自分の求める情報を選び出せる」「(3)情報がどの程度信頼できるかを判断できる」、および批判的ヘルスリテラシーを測る 2 項目「(4)情報を理解し、人に伝えることができる」「(5)情報をもとに健康改善のための計画や行動を決めることができる」で構成されている。それぞれの項目について「まったくそう思わない (1 点)」から「強くそう思う (5 点)」の 5 件法で回答を得て、5 項目の平均を尺度得点とした（クロンバック α 係数=0.86）。分析では、中央値未満を「ヘルスリテラシーが低い群」、中央値以上を「ヘルスリテ

ラシーが高い群」として 2 群に分けた。

2. 4 分析方法

はじめに、ヘルスリテラシーと社会経済状況、生活習慣、主観的健康感との関連を、カイ二乗検定を用いて検討した。次に、従属変数に各生活習慣と主観的健康感、独立変数にヘルスリテラシーを用い、年齢で調整した多重ロジスティック回帰分析を行った。分析には、SPSS version 21.0 を用い、 $P < 0.05$ を統計的有意水準とした。

3 結果

回答が得られたのは対象者 200 人のうち 119 人で、男性回答者は 103 人、女性回答者は 16 人だった（回答率 59.5%）。女性の対象者数が少なく、性別による層別解析を行うことが難しかったため、本研究の分析からは女性回答者 16 人を除き、男性回答者 103 人について検討した。

まず、対象者のヘルスリテラシーと社会経済状況、生活習慣、主観的健康感との関連を表 1 に示す。対象者の平均年齢は 45.2 歳で標準偏差は 7.4 だった。本研究では、配偶者、子ども、同居人がいる対象者が多く、ヘルスリテラシーの平均値は 3.51 だった（標準偏差 0.80）。カイ二乗検定の結果、ヘルスリテラシーと、年齢、標準報酬月額、主観的健康感、食習慣との間で有意な関連がみられた。

次に、従属変数に各生活習慣を用いた多重ロジスティック回帰分析の結果を示す（表 2）。年齢で調整し、ヘルスリテラシーとの関連を検討した結果、ヘルスリテラシーと各生活習慣（食習慣、運動習慣、飲酒習慣、喫煙習慣）との間に有意な関連はみられなかった。

最後に、従属変数に主観的健康感を用いて年齢で調整をした多重ロジスティック回帰分析の結果を示す（表 3）。ヘルスリテラシーとの関連を検討した結果、本研究の対象者は、ヘルスリテラシーが高いほど主観的健康感が有意に高かった（調整オッズ比 1.858, 95%信頼区間 1.038-3.328）。

4 考察

本研究では、3年間連続で受診勧奨対象者に選定された一般の日本人男性労働者のヘルスリテラシーを測定し、生活習慣、主観的健康感との関連を検証した。

まず、ヘルスリテラシーの平均値は3.51(標準偏差0.80)で、日本人労働者を対象に行った先行研究の結果と比較をすると平均値はやや低かった(先行研究の対象者は男性190人、ヘルスリテラシーの平均値は3.72、標準偏差は0.68)[7]。国内の一般市民を対象とした先行研究の結果と比較をしても、本研究の対象者のヘルスリテラシーの平均値は低かった(先行研究の対象者は男女712人、ヘルスリテラシーの平均値は3.59、標準偏差は0.62)[12]。以上のことから、本研究の対象者は、ヘルスリテラシーが不十分で健康行動が起こりにくいハイリスク者が多かったと考える。

次に、多重ロジスティック回帰分析の結果、ヘルスリテラシーと生活習慣との間に有意な関連はみられなかった。先行研究では、ヘルスリテラシーが高いほど、より健康的な生活習慣(食習慣と運動習慣)を送っていることが示唆されている[13,14]。本研究では、3年間連続で受診勧奨の該当となった者を対象としたため、もともとヘルスリテラシーが相対的に低く、健康的な生活習慣の少ない者ばかりが集まった集団となっていた可能性がある。このため、これらの変数の分布が偏り両者に有意な関連が見られにくくなっていた可能性がある。ただし、単変量分析では、食習慣はヘルスリテラシーと有意に関連していたが、多重ロジスティック回帰分析で年齢を調整すると有意な関連が見られなくなった。これは、年齢が食習慣と有意に関連していたため(カイ二乗検定、 $P=0.002$ 、表なし)であると考えられる。

一方、主観的健康感は、対象者のヘルスリテラシーと有意に関連していた。先行研究でもヘルスリテラシーと主観的健康感には有意な関連が示唆されており、本研究の結果もそれと一致するものである[15]。

最後に、本研究に関連する限界について述べる。

まず、本研究は横断研究であるため、受診勧奨対象者のヘルスリテラシーと生活習慣、主観的健康感との関連について明確な因果関係を明らかにできない。二つ目に、本研究は自記式質問紙を用いて調査したため、思い出しバイアスの影響を受けた可能性があり、現状を正しく調査できなかった可能性がある。三つ目に、健康アウトカムとして用いた主観的健康感は、自分の健康状態を主観的に評価する指標であるため、対象者の客観的な健康状態とは異なる可能性がある。客観的な健康状態を評価するために、今後はBMIや血液検査結果等の身体的指標も健康アウトカムに含めてヘルスリテラシーとの関連を検証する必要がある。四つ目に、対象者の生活習慣は、調査対象とした健康保険組合が独自で用いている生活習慣に関する問診項目に基づいており、標準化された尺度を用いなかった。信頼性・妥当性が確認された尺度ではなかったため、対象者の生活習慣を正確に評価できなかった可能性がある。五つ目に、本研究の対象者は単一の健康保険組合に加入している社員で、分析対象は男性のみであった。健康保険組合によって労働環境や社員の平均年齢、男女比等が異なるため、同じ自記式質問紙を用いて調査をしても、調査対象が変わればヘルスリテラシーと各要因との関連性は変わる可能性がある。今後は、解析対象に女性も含めて複数の健康保険組合や企業で調査し、検討する必要がある。六つ目に、本研究では、受診勧奨対象者に該当しない社員(一般社員)のヘルスリテラシー、主観的健康感、生活習慣を調査していないため、受診勧奨対象者の調査結果を一般社員の結果と比較することができない。今後は、一般社員も含めて調査し、ヘルスリテラシーと各要因との関連を検討する必要がある。さらに、本研究のサンプルサイズは相対的に小さく自記式質問紙への回答率も低かった。以上から、本研究の結果の一般化可能性については慎重に検討すべきと考える。

5 結語

3年間、受診勧奨指示に従わなかった日本人男性労働者のヘルスリテラシーは一般の労働者や一般市

民と比べて低かった。一方、このような対象者においても、ヘルスリテラシーは、健康アウトカムの一つである主観的健康感と有意な正の関連をもつことが示唆された。

今後は、ヘルスリテラシーに配慮した情報発信を

し、受診行動や健康行動を促すとともに、ヘルスリテラシー向上のための教育を検討していくことによって、ハイリスク者である受診勧奨対象者の主観的健康感が効率的・効果的に改善されることが期待される。

表 1. ヘルスリテラシーの高い対象者と低い対象者の基本属性

変数	カテゴリー	合計		ヘルスリテラシー		P ^a
		人数(%)	高い	低い		
社会経済状況						
年齢 (歳)	45>	58(56.3)	41(66.1)	17(41.5)	0.013	
	45≤	45(43.7)	21(33.9)	24(58.5)		
配偶者の有無	あり	80(77.7)	50(80.6)	30(73.2)	0.373	
	なし	23(22.3)	12(19.4)	11(26.8)		
子どもの有無	あり	73(70.9)	46(74.2)	27(65.9)	0.362	
	なし	30(29.1)	16(25.8)	14(34.1)		
同居人の有無	あり	79(76.7)	50(80.6)	29(70.7)	0.244	
	なし	24(23.3)	12(19.4)	12(29.3)		
経済的なゆとり感	ゆとりがある	56(54.4)	37(59.7)	19(46.3)	0.183	
	ゆとりがない	47(45.6)	25(40.3)	22(53.7)		
標準報酬月額	平均月収 44 万円以上	60(58.3)	41(66.1)	19(46.3)	0.046	
	平均月収 44 万円未満	43(41.7)	21(33.9)	22(53.7)		
職務内容	管理職	37(35.9)	24(38.7)	13(31.7)	0.468	
	非管理職 (営業職、事務職、その他)	66(64.1)	38(61.3)	28(68.3)		
主観的健康感	高い	41(39.8)	33(53.2)	8(19.5)	0.001	
	低い	62(60.2)	29(46.8)	33(80.5)		
生活習慣						
食習慣	健康的な食習慣	57(55.3)	40(64.5)	17(41.5)	0.021	
	不健康な食習慣	46(44.7)	22(35.5)	24(58.5)		
運動習慣	健康的な運動習慣	46(44.7)	29(46.8)	17(41.5)	0.596	
	不健康な運動習慣	57(55.3)	33(53.2)	24(58.5)		
飲酒習慣	飲む	81(78.6)	51(82.3)	30(75.0)	0.376	
	飲まない	21(20.4)	11(17.7)	10(25.0)		
喫煙習慣	タバコを吸う	38(36.9)	20(32.3)	18(43.9)	0.231	
	タバコを吸わない もしくは 禁煙した	65(63.1)	42(67.7)	23(56.1)		

a) P 値は、カイ二乗検定による

表 2. ヘルスリテラシーと生活習慣との関連

	多重ロジスティック回帰分析		
	調整オッズ比 ^a	95%信頼区間	p
食習慣			
健康的な食習慣	1.688	0.977-2.915	0.06
不健康な食習慣	1.000	-	-
運動習慣			
健康的な運動習慣	1.083	0.657-1.784	0.755
不健康な運動習慣	1.000	-	-
飲酒習慣			
あり	1.142	0.615-2.122	0.673
なし	1.000	-	-
喫煙習慣			
あり	1.088	0.594-1.992	0.786
なし	1.000	-	-

a) 各生活習慣において、健康的な生活習慣を送っている群と送っていない群で比較をしたヘルスリテラシーのオッズ比(年齢で調整)

表 3. ヘルスリテラシーと主観的健康感との関連

	多重ロジスティック回帰分析		
	調整オッズ比 ^a	95%信頼区間	p
高い	1.858	1.038-3.328	0.037
低い	1.000	-	-

a) 主観的健康感が低い群と高い群で比較をしたヘルスリテラシーのオッズ比(年齢で調整)

付録. 食習慣と運動習慣に関する質問項目

1. 食習慣

1	朝食をほぼ毎日とる
2	栄養のバランスを考えている
3	食事を1日3回ほぼ決まった時間に食べる
4	間食、夜食が習慣になっている
5	ゆっくりよくかんで食べる
6	食事は就寝2時間前までに終わらせる
7	塩辛いものをよく食べる
8	緑黄色野菜をよく食べる
9	果物をよく食べる
10	毎食、ごはん、パン、麺のいずれかを食べる
11	毎食、蛋白質食品を食べる
12	こってりした肉料理をよく食べる
13	フライやトンカツなど油で揚げたものをよく食べる
14	海藻類や小魚をよく食べる
15	乳製品(牛乳、ヨーグルト、チーズ)をよく食べる
16	インスタント食品や加工食品をよく食べる
17	洋・和菓子、スナック菓子を平均して1日2種類(個)以上食べる

2. 運動習慣

1	歩くことが好きである
2	通勤に歩行や自転車を取り入れている
3	1日1回は10分以上歩いている
4	1時間程度歩いても疲れない
5	現在、余暇に月1回以上スポーツをしている
6	山や海、川など自然の中で過ごすことが好きである
7	学生時代に運動関係のクラブ活動をしていた
8	仕事や家事で身体を動かすことが多い
9	外出する機会が多い

引用文献

- [1] 健康保険組合連合会 IT推進部 データ分析推進グループ. 生活習慣病・健診レベル判定分布とヘルスデータの経年変化に関する調査 平成 26 年 7 月.
www.kenporen.com/study/toukei_data/pdf/chosa_h26_7.pdf (閲覧:2016 年 11 月 18 日)
- [2] Hozawa A, Kuriyama S, Watanabe I, Kakizaki M, Ohmori-Matsuda K, Sone T, Nagai M, Sugawara Y, Nitta A, Li Q, Ohkubo T, Murakami Y, Tsuji I. Participation in health check-ups and mortality using propensity score matched cohort analyses. *Preventive medicine* 2010; 51(5): 397-402.
- [3] Fukuda Y, Nakamura K, Takano T. Wide range of socioeconomic factors associated with mortality among cities in Japan. *Health Promotion International* 2004; 19(2): 177-187.
- [4] Nutbeam D. Health promotion glossary. *Health promotion international* 1998; 13(4):349-364.
- [5] Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of internal medicine* 2011; 155(2): 97-107.
- [6] Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international* 2000; 15.3: 259-267.
- [7] Ishikawa H, Nomura K, Sato M, Yano E. Developing a measure of communicative and critical health literacy: a pilot study of Japanese office workers. *Health promotion international* 2008; 23(3): 269-274.
- [8] 伊藤 佳奈美, 福田 洋, 矢野 友実子, 安藤 知春, 飯田 典宏, 堀 賢, 瀬山 邦明, 佐藤 裕之. 大学教職員におけるヘルスリテラシーの関連因子の解析. *CAMPUS HEALTH* 2014; 51(1): 189-191.
- [9] 五十嵐 久人, 飯島 純夫. 主観的健康感に影響を及ぼす生活習慣と健康関連要因. *山梨大学看護学会誌* 2006; 4(2): 19-24.
- [10] 西田 友子, 舟橋 博子, 榊原 久孝. 中年期における特定健康診査の受診行動と関連する要因の検討. *厚生指標* 2014; 61(8): 14-20.
- [11] 松本 裕史, 坂井 和明, 野老 稔, 田中 繁宏, 相澤 徹, 會田 宏, 小柳 好生, 中村真理子, 四元 美帆. 若年女性における主観的健康感と健康行動セルフ・エフィカシーとの関連. *武庫川女子大紀要 (人文・社会科学)* 2004; 52: 105-110.
- [12] Ishikawa H, Kato M, Kiuchi T. Associations of health literacy and information sources with health-risk anxiety and protective behaviors. *Journal of Communication in Healthcare* 2016; 9.1: 33-39.
- [13] Friis K, Vind BD, Simmons RK, Maindal HT. The relationship between health literacy and health behaviour in people with diabetes: A Danish population-based study. *Journal of Diabetes Research* 2016; 2016.
- [14] Vozikis A, Kyriakos D, Kostantinos M. Health literacy among university students in Greece: determinants and association with self-perceived health, health behaviours and health risks. *Archives of Public Health* 2014; 72.1: 1.
- [15] Mantwill S, Monestel-Umaña S, Schulz PJ. The Relationship between Health Literacy and Health Disparities: A Systematic Review. *PLoS ONE* 2015; 10:12.

原著論文

プライマリ・ケアで用いられる医学用語の誤解に関する 市民と医療者の認知の差

孫大輔¹⁾, 平澤南波²⁾

1) 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

2) 国立国際医療研究センター国府台病院

抄録

さまざまな医学用語が市民に正しく理解されていないことが報告されているが、それら不正確な理解(誤解)を医療者がどのくらい認知しているのかに関する研究は少ない。本研究では、プライマリ・ケア領域でよく使用される医学用語に対する市民の誤解と、医療者によるそれらの誤解の認知率および予想率との差を明らかにすることを目的とした。「貧血」「腫瘍」「糖尿病」「ショック」「炎症」「頓服」「インフルエンザ」「抗生剤」「ステロイド」「認知症」の10語を選び、プライマリ・ケアに従事する医療専門職および市民に対してウェブ調査を行い、市民の誤解率と医療者の誤解の認知率・予想率を比較した。結果は、ほとんどの用語において、市民の誤解率よりも医療者の誤解の認知率および予想率は高い値となっていた。しかしながら、「貧血」「ショック」「頓服」などの誤解内容の一部に関しては医療者の予想と同程度かそれ以上に、市民が誤解しているものも認められた。医療者が認知しているよりも、市民のプライマリ・ケアに関する医学用語の正しい理解は普及している可能性があるが、一部の医学用語に関しては、いまだ誤解も多いため診療場面での使用に際して配慮が必要である。

キーワード：医学用語，認知度，理解度，誤解，プライマリ・ケア

1 緒言

医師と患者のコミュニケーションにおいては、医師による専門的な医学用語の使用が障害の大きな要因となる。2004年に国立国語研究所が実施した国民3,090人に対する世論調査では、84.3%の人が、病院で使われる言葉の中に言い換えたり説明を加えたりしてほしい言葉があると回答した [1]。医学・医療の進歩や専門分化に伴い、非専門家にとっては難解な外来語やアルファベ

ットの略語が急速に増えてきているのも事実であり、そうした専門用語の増加も理解を妨げていると思われる。医師の診察を受けた3,090人を対象とした調査では、1,117人(36.1%)の人が理解困難な医学用語の使用があったと答え、それには外来語や英語の医学略語が多く含まれていた [2]。

2009年に国立国語研究所が発表した報告では、医療現場でよく使われている100語について、一般国民を対象に、それぞれ

の医学用語をどれだけ認知しているか（認知率）、意味をどれだけ理解しているか（理解率）、誤解がどれだけ広がっているか（誤解率）を、約 4,300 人を対象にインターネットによって調査した [3]。その結果、認知率が低い用語として、イレウス（12.5%）、生検（43.1%）、重篤（50.3%）などがあつた。また、認知率が高いのに理解率が低い用語として、頓服（認知率：82.6%、理解率：46.9%）、ウイルス（99.7%、64.6%）、腫瘍（99.1%、76.0%）などがあり、医師が説明して患者が分かったつもりになつていても、実は誤解しているという場合も多くあると考えられる。また、誤解が多い医学用語には、プライマリ・ケアの診療場面で使われる用語（ウイルス、頓服など）が多く使われていることも特徴であり、患者が最初に受診するプライマリ・ケアの診療において、医療者が使う言葉の意味が誤解されることの弊害は大きいと思われる。

国立国語研究所の調査以外では、小児科外来における保護者の医学用語の理解度調査 [4, 5]、腹膜透析患者を対象にした腹膜透析関連の医学用語に対する小規模調査 [6]、術前オリエンテーションにおける患者の理解不足に関する研究 [7]などが実施されているが、患者の医学用語の誤解に関して、医療者がどのくらい認知したり、予測したりしているかについての研究はほとんどなされていない。医療者が患者の医学用語の理解度に関して正しく認知していないと、疾患や治療内容の説明場面において、相手の理解を踏まえた適切なコミュニケーションを行うことは難しいと思われる。また、医学用語の理解に関する市民と医療者の認知差に関する先行研究は存在するもの

の [8]、プライマリ・ケアでよく用いられる用語に関して、主にプライマリ・ケアに従事する医療者を対象に行われた研究は少ない。

本研究の目的は、プライマリ・ケアでよく用いられる医学用語に関して、市民の誤解率と、それらに対する医療者の認知率や予想率を比較し、両者の認知の差を明らかにしようとするものである。本研究の成果が普及することで、医療面接におけるコミュニケーションの質の向上に資するものと考えられる。

2 方法

研究の対象とする医学用語の選定にあたり、プライマリ・ケアを専門とする医師（筆頭著者）が通院歴のある患者 3 名にヒアリングを行い、プライマリ・ケアの診療場面でよく使われる医学用語のうち典型的な 10 語を選ぶという観点で、ディスカッションしながら用語を検討した。医学用語の候補は、国立国語研究所の「病院の言葉」調査において誤解率（認知率と理解率の差）が高かった 68 語とし、その中から 9 語（「貧血」「腫瘍」「糖尿病」「ショック」「炎症」「頓服」「インフルエンザ」「抗生剤」「ステロイド」）を選んだ。また「認知症」を新たに付け加え、計 10 語とした。選定した 10 語に関して、市民向け、医療者向けにそれぞれ、SurveyMonkey®を用いた無記名式のウェブ調査を設計した。調査は 2 回に分けて実施し、第 1 回調査では、2015 年 1～2 月にかけて、市民を対象とした各医学用語の認知率と理解率、および用語ごとの複数の内容の誤解率と、医療者を対象とした用

語ごとの患者の誤解内容の認知率に関する調査を行った。第2回調査では、2016年5～6月にかけて、医療者を対象とした各用語の患者の誤解の予想率に関する調査を行った。基本的属性として、市民は年齢、性別、患者経験の有無（入院歴・通院歴の有無）を、医療者は年齢、性別、職種、経験年数、勤務場所（診療所・クリニック/地域中小病院/総合病院・高度専門病院/その他）を尋ねた。国籍については尋ねていない。ウェブ調査への参加は、各種メーリングリストやSNS（Facebook®）で、医療従事者および市民や患者が参加しているコミュニティに投稿する形で呼びかけられた。調査への参加は自由意思に基づくこと、回答しなくても特に不利益は生じないことなどを明示して募集がなされた。

実際の質問項目は、国立国語研究所の「病院の言葉」調査を参考に作成した。市民対象のものは、各用語の認知度（「〇〇」という言葉を見たり聞いたりしたことがあるか?）、理解度（「〇〇」という言葉が「△△」という意味だと知っていたか?）、および誤解の内容（以下の不正確な理解のうち、そのように理解していたものをすべて選ぶ）を問うものとした。医療者対象のものは、第1回調査では、各用語の患者の誤解の内容について認知していたものを問うもの（「〇〇」について、患者は以下のような誤解をしていると報告があるが、知っていたものをすべて選ぶ）とした。第2回調査では、各用語の患者の誤解の内容について、誤解率を予想するもの（「〇〇」について、患者は以下のような誤解をしていると報告があるが、それぞれ何%の患者が誤解しているか）とした。なお、医療者対象に、市

民の誤解の認知率に加えて、その予想率の調査を行なった理由として、誤解の認知を問う第1回調査の質問では、医療者が過去に一度でも患者から聞いたことのある誤解に関する選択肢が選ばれてしまうため、医療者による市民の誤解率の見積り（誤解の予想率）よりも高い値が出るのが予想されたためである。質問項目全体の8割未満しか回答のないものは、分析においてケースごと除外した。第1回調査の結果では、各医学用語の誤解の内容に対して医療者が認知していたものの割合を計算し、第2回調査の結果では、各医学用語の誤解の内容に対して医療者が挙げた予想の割合の平均を計算した。記述統計の算出において、統計ソフトSPSS® Statistics Ver. 23を使用した。

倫理的配慮として、日本医学教育学会研究倫理指針に基づく形で研究計画を立案し、研究参加者の権利の保護と情報管理に十分配慮した上で実施した。

3 結果

3.1. 回答者の基本的属性

表1および表2は、回答者である市民と医療者の基本的属性を示したものである。有効回答率は、市民が87.8%（151/172）、医療者の第1回調査が87.8%（151/172）、第2回調査が78.0%（142/182）であった。

回答した市民の年齢は、中央値が44歳（最小20歳，最大67歳）であった。男女比は男性30.5%（46/151）、女性69.5%（105/151）と女性の比率が高くなった。また、患者経験のある市民の割合も比較的高く、入院歴のある市民が65.6%、通院中あ

るいは過去に通院歴のある市民が 48.3%、急性疾患のみでしか受診したことのない市民は 25.2%にとどまった。

第 1 回調査で回答した医療者の年齢は、中央値が 45 歳（最小 21 歳，最大 78 歳）であった。男女比は、男性 62.9% (95/151)，女性 37.1% (56/151) と男性の比率が高くなった。専門職としての経験年数は中央値 18 年（最小 1 年，最大 53 年）であった。職種の内訳は、医師が 70.9%と多くを占め、次に看護師 (9.5%)，薬剤師 (4.7%) など 13 職種が並んだ。勤務場所は、診療所・クリニック (39.0%) と地域中小病院 (26.0%) など、プライマリ・ケアに従事するものが多くを占めた。第 2 回調査で回答した医療者の年齢は、中央値が 42.5 歳（最小 24 歳，最大 76 歳），男女比は男性 50.7% (72/142)，女性 49.3% (70/142) と約半数ずつとなった。経験年数は中央値 16 年（最小 0 年，最大 50 年）であった。職種の内訳は、第 1 回調査と同様に医師が 55.6%と過半数を占め、次に看護師 (16.2%)，薬剤師 (7.7%) など 12 職種が並んだ。勤務場所は、診療所 (32.4%) と地域中小病院 (19.0%) を合わせて過半数となった。

3.2. 市民の各医学用語の認知率と理解率

表 3 に、市民の各医学用語の認知率と理解率を示した。ほとんどの医学用語は認知率が 99%以上となったが、「頓服」のみ認知率が 94%と相対的に低めとなった。各医学用語の理解率は認知率と比べると全体に低値傾向となり、低いものから挙げると、「ショック」(43.3%)，「腫瘍」(54.0%)，「ステロイド」(57.0%)，「貧血」(66.9%)，「頓服」

(66.9%)，「炎症」(68.2%) などであった。

3.3. 各医学用語の誤解に関する市民と医療者の認識の差

表 4 は、各医学用語に対する市民の誤解率と、医療者の誤解の認知率および誤解の予想率を、誤解の内容ごとに比較したものである。市民の誤解率に比較して、医療者の誤解の認知率と予想率は同様の傾向を示した。すなわち、一部のものを除き、多くの誤解内容に関して、市民の誤解率よりも、医療者の誤解の認知率および予想率はかなり高い値となった。

まず、市民の誤解率と医療者の誤解の認知率の比較について検討する。以下、それぞれの数値を示すときには「市民の誤解率」を「誤解率」，「医療者の誤解の認知率」を「認知率」とする。両者の割合の差が比較的小さかった誤解内容は、「貧血」の「2. 鉄分が足りない状態」(誤解率 62.9%，認知率 55.0%)，「ショック」の「2. 急な刺激を受けること」(誤解率 43.7%，認知率 49.7%)，「炎症」の「2. 炎症はすべて、できるだけ早く治した方がよい」(誤解率 51.0%，認知率 54.3%)，「頓服」の「2. 包装紙にくるんだ薬のこと」(誤解率 13.2%，認知率 15.2%)，「インフルエンザ」の「2. インフルエンザ菌によって感染する病気」(誤解率 35.1%，認知率 41.0%) と「3. インフルエンザには解熱剤を使ってはいけない」(誤解率 16.6%，認知率 13.2%)，「認知症」の「4. 重症になると妄想や徘徊，暴言，暴力など困った症状が起こる」(誤解率 62.3%，認知率 68.2%) などであった。その他の誤解内容のほとんどにおいて、市民の誤解率よりも、医療者の誤解の認知率が

上回っていた。逆に、市民の誤解率が医療者の誤解の認知率よりも大きく上回っていたものは、「ステロイド」の「3. 使う期間は短くしたいものである」（誤解率 68.9%, 認知率 41.1%）のみであった。

次に、市民の誤解率と医療者の誤解の予想率の比較について検討する。以下、それぞれの数値を示すときには「市民の誤解率」を「誤解率」, 「医療者の誤解の予想率」を「予想率」とする。両者の割合の差が比較的小さかった誤解内容は、「貧血」の「1. 立ちくらみやめまいのこと」（誤解率 72.8%, 予想率 68.5%）と「2. 鉄分が足りない状態」（誤解率 62.9%, 予想率 56.0%）, 「ショック」の「2. 急な刺激を受けること」（誤解率 43.7%, 予想率 45.6%）, 「頓服」の「2. 包装紙にくるんだ薬のこと」（誤解率 13.2%, 予想率 18.9%）, 「インフルエンザ」の「2. インフルエンザ菌によって感染する病気」（誤解率 35.1%, 予想率 39.2%）, 「認知症」の「4. 重症になると妄想や徘徊, 暴言, 暴力など困った症状が起こる」（誤解率 62.3%, 予想率 66.4%）などであった。その他の誤解内容のほとんどにおいて、市民の誤解率よりも、医療者の誤解の予想率が上回っていた。逆に市民の誤解率が医療者の誤解の認知率よりも大きく上回っていたものは、「ステロイド」の「3. 使う期間は短くしたいものである」（誤解率 68.9%, 予想率 53.3%）のみであった。

「糖尿病」や「抗生剤」の誤解内容に関しては、ほぼすべてにおいて、実際の市民の誤解率より、医療者の誤解の認知率および予想率が大きく上回る傾向を認めた。

4 考察

本研究の結果から、プライマリ・ケアにおいてよく使われる代表的な医学用語の多くの誤解内容に関して、実際の市民の誤解率よりも、医療者の認知や予想が上回っている可能性が示唆された。すなわち、これらの医学用語に関しては医療者が予想しているよりも、市民の正しい理解が普及している可能性がある。なお、医療者対象に、市民の誤解の認知率に加えて、その予想率の調査を行なった理由は、誤解の認知を問う質問では、医療者が過去に一度でも患者から聞いたことのある誤解に関する選択肢が選ばれてしまうため、医療者による市民の誤解率の見積り（誤解の予想率）よりも高い値が出るのが予想されたためである。しかしながら、結果として医療者の誤解の認知率と予想率は同様の傾向を示していた。

国立国語研究所の 2009 年の全国調査では、今回対象とした医学用語のうち「認知症」を除く 9 語に関して認知率と理解率が約 4,300 人のデータから示されており [3], 「貧血」の認知率と理解率はそれぞれ 99.7%, 77.0%, 「腫瘍」はそれぞれ 99.1%, 76.0%, 「糖尿病」はそれぞれ 99.5%, 87.5%, 「ショック」はそれぞれ 94.4%, 43.4%, 「炎症」はそれぞれ 98.4%, 77.4%, 「頓服」はそれぞれ 82.6%, 46.9%, 「インフルエンザ」はそれぞれ 99.8%, 81.5%, 「抗生剤」はそれぞれ 79.3%, 72.8%, 「ステロイド」はそれぞれ 93.8%, 44.1%であり、表 3 と比較しても今回の結果と著明な差を認めない。今回のデータはサンプル数が少ないという限界があるものの、医学用語のリテラシーに関しては、先行研究と大きく異なる集団ではないと考えられる。

吉田らが行った医師と市民の間の医療用語の認知の差異に関する研究では、今回対象とした医学用語の多くに関して、市民の認知と、医師の推定する患者の認知の差が調べられている [8]. 市民 315 人の認知度と医師 211 人が推定する認知度はそれぞれ、「貧血」が 83.2%, 72.5%, 「腫瘍」が 68.6%, 71.1%, 「糖尿病」が 81.6%, 85.3%, 「ショック」が 60.0%, 43.6%, 「炎症」が 80.6%, 66.4%, 「頓服」が 53.7%, 62.1%, 「ステロイド」が 59.7%, 52.1% となっており、「頓服」を除き、両者の認知はほぼ同程度か、医師の推定よりも市民の認知は上回っていた。ほとんどの用語において市民の理解度が半数を超えていることは、本研究の結果と矛盾しない。吉田らの研究においては、治験に関する用語や薬剤副作用に関する用語の市民の理解度は低かったことから、プライマリ・ケアで使われる医学用語に関しては、市民の認知と理解がある程度普及している可能性が示唆される。しかしながら、今回の研究はインターネット調査によるサンプリングのため対象集団が比較的年齢が若いこと、また、サンプル数が不十分のため、結果の解釈の一般化には十分な注意が必要である。

Tokuda らは、医師が使う専門用語でどのようなものが患者にとって理解しにくいかを 1,117 人を対象にした横断調査で調べているが、喀痰細胞診のような技術的用語、クリニカル・パスのような外来語、EBM のような英語の略語が挙げられている [2]. 本研究で対象とした医学用語には、「ステロイド」が比較的分かりにくい外来語として相当するであろう。「ショック」も外来語であるが、日常用語で異なる意味で使用されて

いるため、誤解が多い用語である。この 2 つの外来語は、本研究においても市民の理解度がそれぞれ 57.0%, 43.3% と比較的低い値となっていた。

今回の研究では、回答した医療者の大半が医師であったが、職種が混在していることも結果に影響したと考えられる。Yoshida & Yoshida の報告では、市民の医学用語の認知の推定において、医師と看護師で異なることが報告されており、おおむね看護師の方が医師よりも市民の認知度を高く推定する傾向が示された [9]. 本研究では、職種ごとのサンプル数が不足しているため詳しい解析をしていないが、今回の結果は職種による異なる反応が混在している可能性がある。

本研究は、プライマリ・ケアにおける医学用語の誤解の内容に関して、市民と医療者の認知の差に焦点を当てて分析した。用語自体の認知度のみならず、それぞれの誤解内容に関して市民と医療者の認知の差を調べたのは本研究が初めてと考えられる。本研究により、これらの用語に関する市民の理解率はおおむね高い傾向を示したが、その中でも、「腫瘍」「ショック」「頓服」「ステロイド」などの用語は理解率が比較的低いこと、「貧血」「ショック」「頓服」などの誤解内容の一部に関しては医療者の予想と同程度かそれ以上に、市民が誤解していることも明らかとなった。

本研究の限界として、サンプル数が大きくないこと、インターネットを介したウェブ調査であるため高齢者が少ないことが挙げられる。特に対象集団の年齢が比較的若いことは、プライマリ・ケアの診療で実際には多くの割合を占める高齢患者の実態か

ら離れている可能性があり、結果の解釈の一般化には一定の限界がある。また、市民の属性で入院歴・通院歴のある人が半数以上を占めており、医療リテラシーの比較的高い人が本研究に参加したと考えられる。今後より大規模で、幅広い年齢層を含む対象者に同様のテーマで研究を実施することで、本研究の結果の妥当性を確認することが必要と考えられる。

5 結語

プライマリ・ケアでよく使われる用語に

関しては、医療者が予想するほど市民はその意味を誤解していない可能性がある。しかしながら、「貧血」「腫瘍」「ショック」「頓服」「ステロイド」などの用語に関しては、先行研究と同様、一定の誤解が存在すると考えられた。医療者にとって日常の診療場面でこれらの用語を使う際、患者が不正確な理解のままに診療を進めていないか、患者と十分にコミュニケーションを取り、確認しながら診察を進めることが重要である。

表 1. 市民である回答者の基本的属性

		性別		合計 (n=151)
		男性 (n=46)	女性 (n=105)	
年齢	20～29 歳	5 (10.9%)	10 (9.5%)	15 (9.9%)
	30～39 歳	12 (26.1%)	27 (25.7%)	39 (25.8%)
	40～49 歳	11 (23.9%)	36 (34.3%)	47 (31.1%)
	50～59 歳	11 (23.9%)	21 (20.0%)	32 (21.2%)
	60～69 歳	7 (15.2%)	11 (10.5%)	18 (11.9%)
患者経験	入院歴あり	28 (60.9%)	71 (67.6%)	99 (65.6%)
	通院歴あり	18 (39.1%)	55 (52.4%)	73 (48.3%)
	急性期受診のみ	15 (32.6%)	23 (21.9%)	38 (25.2%)

表 2. 医療者である回答者の基本的属性

		第 1 回調査			第 2 回調査		
		性別		合計 (n=151)	性別		合計 (n=142)
		男性 (n=95)	女性 (n=56)		男性 (n=72)	女性 (n=70)	
年齢	20～29 歳	4 (4.2%)	6 (10.7%)	10 (6.6%)	6 (8.3%)	5 (7.1%)	11 (7.7%)
	30～39 歳	27 (28.4%)	14 (25.0%)	41 (27.2%)	25 (34.7%)	19 (27.1%)	44 (31.0%)
	40～49 歳	29 (30.5%)	21 (37.5%)	50 (33.1%)	22 (30.6%)	28 (40.0%)	50 (35.2%)
	50～59 歳	23 (24.2%)	12 (21.4%)	35 (23.2%)	9 (12.5%)	16 (22.9%)	25 (17.6%)
	60～69 歳	8 (8.4%)	3 (5.4%)	11 (7.3%)	8 (11.1%)	2 (2.9%)	10 (7.0%)
	70～79 歳	4 (4.2%)	0 (0.0%)	4 (2.6%)	2 (2.8%)	0 (0.0%)	2 (1.4%)
経験年数	1～9 年	13 (13.8%)	9 (16.4%)	22 (14.8%)	11 (15.5%)	18 (26.1%)	29 (20.7%)
	10～19 年	32 (34.0%)	21 (38.2%)	53 (35.6%)	34 (47.9%)	20 (29.0%)	54 (38.6%)
	20～29 年	27 (28.7%)	14 (25.5%)	41 (27.5%)	15 (21.1%)	22 (31.9%)	37 (26.4%)
	30～39 年	16 (17.0%)	11 (20.0%)	27 (18.1%)	8 (11.3%)	8 (11.6%)	16 (11.4%)
	40～49 年	5 (5.3%)	0 (0.0%)	5 (3.4%)	2 (2.8%)	1 (1.4%)	3 (2.1%)
	50～59 年	1 (1.1%)	0 (0.0%)	1 (0.7%)	1 (1.4%)	0 (0.0%)	1 (0.7%)
職種	医師	81 (87.1%)	24 (43.6%)	105 (70.9%)	59 (81.9%)	20 (28.6%)	79 (55.6%)
	看護師	2 (2.2%)	12 (21.8%)	14 (9.5%)	0 (0.0%)	23 (32.9%)	23 (16.2%)
	保健師	0 (0.0%)	1 (1.8%)	1 (0.7%)	0 (0.0%)	5 (7.1%)	5 (3.5%)
	薬剤師	3 (3.2%)	4 (7.3%)	7 (4.7%)	4 (5.6%)	7 (10.0%)	11 (7.7%)
	理学療法士	1 (1.1%)	1 (1.8%)	2 (1.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	作業療法士	1 (1.1%)	5 (9.1%)	6 (4.1%)	4 (5.6%)	2 (2.9%)	6 (4.2%)
	言語聴覚士	0 (0.0%)	1 (1.8%)	1 (0.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	ケアマネージャー	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.4%)	1 (1.4%)	2 (1.4%)
	管理栄養士	0 (0.0%)	1 (1.8%)	1 (0.7%)	1 (1.4%)	2 (2.9%)	3 (2.1%)
	臨床心理士	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.4%)	1 (1.4%)	2 (1.4%)
	歯科医師	2 (2.2%)	1 (1.8%)	3 (2.0%)	1 (1.4%)	0 (0.0%)	1 (0.7%)
	臨床検査技師	1 (1.1%)	0 (0.0%)	1 (0.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	助産師	0 (0.0%)	1 (1.8%)	1 (0.7%)	0 (0.0%)	2 (2.9%)	2 (1.4%)
	あはき師	1 (1.1%)	0 (0.0%)	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (1.4%)	1 (0.7%)
	医療事務	0 (0.0%)	1 (1.8%)	1 (0.7%)	0 (0.0%)	3 (4.3%)	3 (2.1%)
	その他	1 (1.1%)	3 (5.4%)	4 (2.6%)	1 (1.4%)	3 (4.3%)	4 (2.8%)
勤務場所	診療所・クリニック	36 (38.3%)	21 (40.4%)	57 (39.0%)	27 (37.5%)	19 (27.1%)	46 (32.4%)
	地域中小病院	27 (28.7%)	11 (21.2%)	38 (26.0%)	14 (19.4%)	13 (18.6%)	27 (19.0%)
	総合病院・高度専門病院	27 (28.7%)	7 (13.5%)	34 (23.3%)	24 (33.3%)	16 (22.9%)	40 (28.2%)
	その他	4 (4.3%)	13 (25.0%)	17 (11.6%)	5 (6.9%)	21 (30.0%)	26 (18.3%)

表 3. 市民の各医学用語の認知率と理解率

		性別		全体 (n=151)
		男性 (n=46)	女性 (n=105)	
貧血	認知率 (%)	100.0	100.0	100.0
	理解率 (%)	58.7	70.5	66.9
腫瘍	認知率 (%)	97.8	100.0	99.3
	理解率 (%)	53.3	54.3	54.0
糖尿病	認知率 (%)	100.0	100.0	100.0
	理解率 (%)	76.1	70.5	72.2
ショック	認知率 (%)	97.8	99.0	98.7
	理解率 (%)	35.6	46.7	43.3
炎症	認知率 (%)	100.0	100.0	100.0
	理解率 (%)	71.7	66.7	68.2
頓服	認知率 (%)	95.7	93.3	94.0
	理解率 (%)	62.8	68.7	66.9
インフルエンザ	認知率 (%)	100.0	100.0	100.0
	理解率 (%)	97.8	91.4	93.4
抗生剤	認知率 (%)	100.0	99.0	99.3
	理解率 (%)	91.3	81.6	84.6
ステロイド	認知率 (%)	97.8	100.0	99.3
	理解率 (%)	60.0	55.8	57.0
認知症	認知率 (%)	97.8	100.0	99.3
	理解率 (%)	89.1	84.6	86.0

表 4. 各医学用語に対する市民の誤解率と医療者の誤解の認知率および誤解の予想率

誤解の内容	市民の誤解率 (%)	医療者		
		誤解の認知率 (%)	誤解の予想率* (%)	
貧血	1. 急に立ち上がったときに立ちくらみを起こしたり、長時間立っていたときにめまいがすることを指す	72.8	94.7	68.5
	2. 貧血の人は必ず鉄が足りない状態なので、食事やサプリメントで鉄を補えばよい	62.9	55.0	56.0
腫瘍	1. がんと同じものである	21.9	80.8	59.9
	2. 良性の腫瘍であっても、大体の場合やがてがんになる	16.6	39.7	38.1
	3. 良性の腫瘍は絶対にがんにならない	23.2	38.4	45.3
糖尿病	1. 食べ過ぎだけが原因の病気である	8.6	58.9	50.2
	2. 甘いものの取り過ぎで起きる病気である	45.0	94.0	62.4
	3. 食事制限さえすれば治る	21.2	41.1	42.8
	4. 血糖値が上がるだけで、神経や目など臓器障害は起こさない	6.0	46.4	42.0
ショック	1. びっくりすること	26.5	63.6	56.4
	2. 急な刺激を受けること	43.7	49.7	45.6
	3. ひどく悲しんだり落ち込んだりすること	25.8	70.2	56.4
	4. 一時的なもので心配はいらない	14.6	25.8	38.9
炎症	1. 炎症はすべて、からだにとって有害なものである	37.7	50.3	64.9
	2. 炎症はすべて、できるだけ早く治した方がよい	51.0	54.3	68.7
	3. 炎症は完全に止めたり、抑えたりする方がいい	28.5	45.7	67.7
	4. 炎症はからだの表面にだけできる	7.9	16.6	36.1
頓服	1. 鎮痛剤（痛み止め）のこと	26.5	46.4	38.6
	2. 包装紙にくるんだ薬のこと	13.2	15.2	18.9
	3. 解熱剤（熱さまし）のこと	25.8	47.7	37.8
	4. 症状が出たら何度でも飲んでよい	12.6	52.3	42.3
	5. 症状が出ない場合も、決まった時間に飲む	9.9	17.9	21.0
インフルエンザ	1. 普通の風邪が重症になったものことである	9.9	30.5	27.2
	2. インフルエンザ菌によって感染する病気のことである	35.1	41.0	39.2
	3. インフルエンザには解熱剤を使ってはいけない	16.6	13.2	27.0
	4. ワクチンを打っていればかからない	18.5	74.8	54.0
抗生剤	1. 抗生剤は、ウイルスにも効く	31.1	59.6	57.9
	2. 抗生剤は、どんな風邪にも効く	14.6	72.2	59.0
	3. 抗生剤は、ウイルス性のインフルエンザにも効く	13.9	42.4	50.7
	4. 抗生剤を飲めばすぐに熱が下がる	18.5	78.1	59.0
	5. 抗生剤を使えばどんな細菌でも退治できる	18.5	65.6	60.9
ステロイド	1. こわいので使わない方がいい	35.8	88.7	56.0
	2. 必ず副作用が起こる	32.5	63.6	50.5
	3. 使う期間は短くしたいものである	68.9	41.1	53.3
	4. スポーツの筋肉増強剤、ドーピングの薬である	18.5	27.2	28.0
認知症	1. アルツハイマー病と同じものである	41.1	60.3	60.2
	2. 物忘れが進行したものである	33.1	77.5	65.8
	3. 認知症は全て治らない病気である	49.0	62.3	70.7
	4. 重症になると、妄想や徘徊、暴言、暴力など困った症状が起こる	62.3	68.2	66.4

*医療者の誤解の予想率は各誤解の内容に対する予想の割合の平均をとったもの

文献

- [1] 国立国語研究所. 外来語に関する意識調査報告書：全国調査報告書 平成 16 年 6 月.
<https://www.ninjal.ac.jp/archives/genzai/ishiki/>
(閲覧: 2016 年 12 月 20 日)
- [2] Tokuda Y., Okamoto S., Yoshioka Y., et al.
The influence of medical jargon mixed with foreign terminology in the Japanese clinical environment. *Internal Medicine* 2008; 47: 1329-1334.
- [3] 国立国語研究所「病院の言葉」委員会編. 病院の言葉を分かりやすく一工夫の提案. 勁草書房, 2009.
- [4] 岸和子, 斎田泰子, 山根聖子. 小児科外来における医学用語の理解度調査. *日本医事新報* 2001; 4016: 42-44.
- [5] 大石智洋. 母親は医学用語をどの程度理解しているか: 小児科外来におけるアンケート調査より. *小児保健研究* 2004; 63: 339-344.
- [6] 矢野由紀, 松本明美, 菊川佳子, 他. 腹膜透析患者における医学用語の理解度. *腎と透析*. 2006; 61 別: 208-209.
- [7] 川成美由紀, 林加依, 木村佳代, 他. 術前オリエンテーションの理解不足における要因分析—看護師に焦点をあてたビデオ撮影を実施して—.
高松市民病院雑誌 2005; 20: 46-50.
- [8] 吉田佳督, 吉田康子, 元吉忠寛, 他. 医師と市民との間の医療用語の認知の差異に関する研究. *日本衛生学雑誌* 2013; 68: 126-137.
- [9] Yoshida Y., & Yoshida Y. Patients' level of medical term recognition as estimated by health care workers. *Nagoya Journal of Medical Science* 2015; 77: 123-132.

原著論文

病気の子どもとそのご家族のための滞在施設は、 利用者とボランティアにとってどのような意義を持つか

松下 翔¹⁾ 孫 大輔²⁾

東京大学医学部医学科¹⁾

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²⁾

抄録

慢性疾患や難病に罹患している患児とその付添い家族のための滞在施設(ホスピタル・ホスピタリティ・ハウス)が利用者及びボランティアに与える意義を明らかにする目的で質的分析を行った。「ドナルド・マクドナルド・ハウス東大」の利用者3家族計4名に個別インタビュー, ボランティア計13名にフォーカスグループ(4回)によるインタビューを実施し, 逐語録から大谷のSCAT法により概念を抽出した。利用者から24個のテーマが抽出され, 〈背景・現状〉〈ハウスの役割〉〈利用者から見たハウス〉の3つのカテゴリと7つのサブカテゴリに分類された。また, ボランティアから29個のテーマが抽出され, 〈活動の動機・継続要因〉〈活動の効果〉〈ボランティアから見たハウス〉の3つのカテゴリと9つのサブカテゴリに分類された。先行研究で報告されている心身の休息・日常性の回復等の役割に加えて, 患児自身にとっても心身の休息や社会との接点としての役割を果たし, 治療のモチベーションとなっていることが示唆された。また, ボランティアにとっても「ハウス」が「家族的コミュニティとしての場」「ノーマライゼーションの実践の場」として機能していることが示唆された。(501字)

キーワード : ホスピタル・ホスピタリティ・ハウス, 利用者, ボランティア, SCAT法

1 諸言

近年医療の高度化・専門化・集約化が進み, 慢性疾患や難病を抱える子どもが特定の専門的医療機関で治療を受けることが増えている。そのような施設は都市部に集中しているため, 遠方の病院への通院・入院を余儀なくされることがある。馴染みのない土地での連日に渡る付添いは家族にとって精神的にも経済的にも多大な負担となっている。ホスピタル・ホスピタリティ・ハウス(以下「ハウス」)はそ

のような付添い家族のための滞在施設である。アメリカでは1974年にフィラデルフィアで第一号となる「ドナルド・マクドナルド・ハウス」が設立された[1]。日本でも民間のボランティアグループの活動によって1980年代後半から「ハウス」が設立されて以来[1], 同様の施設が増加し, 現在「ファミリーハウス」「ドナルド・マクドナルド・ハウス」「アフラック・ペアレンツ・ハウス」をはじめ, 同様の滞在施設は120か所以上存在している[2]。

「ハウス」の役割として井上は①情動的なサポートの場である, ②心身の休息の場である, ③家族の日常を維持し生活の負担が軽減できる場である, ④ボランティアから生き様を学ぶ場である, ⑤家族の絆を維持できる場であると報告している[3]. また岩瀬は利用家族が困難な状況に置かれながらも「ハウス」の利用により日常性を回復し, 負担の軽減につながっていると報告している[4]. しかし, 付添いによる精神的負担を強いられている家族への調査は, 報告が限られている.

「ハウス」の運営形態としては, 国や厚生労働省の補助によって設立されたもの[5]と, その他のもの(民間企業の寄付や団体や個人の篤志家によって設立されたもの)[6]に大別され, それぞれ利用実態が調査されている[5, 6]. 後者の「ハウス」は財源を国や自治体・病院に頼らず, 企業や市民といった社会が直接医療を支えている. 少子高齢化・医療費の高騰が進行し, 地域医療・在宅医療の推進が求められている時代の中で市民が直接医療を支える意義は大きい. しかし, 一般市民に対する「ハウス」の認知度は「具体的な内容まで知っている」が3%にとどまり, 「全く知らない」人が過半数の53%にのぼるなど決して高いとは言えず[7], 施設によっては運営に必要な財源やボランティアを確保するのに苦労している[8]. 「ハウス」が継続的に運営され, さらには増設することによって高まる需要を満たすためには寄付金やボランティアの増加が不可欠である[6].

ボランティアは自己犠牲を強いるものではなく, 援助者自身にとっても援助効果があると報告されている[9]. また, ボランティアの継続要因として「ボランティアを仲間と一緒にできる『楽しみ』だ」と感じている程, ボラ

ンティア休止希望が低くなる」ことが報告されている[10]. しかし, 「ハウス」でボランティアを行うことの意義や継続要因についての報告は少ない.

今回の研究の目的は, ①利用者家族へのインタビューを通して, 先行研究で報告されているような役割が再現され, また先行研究で報告されていない新たな役割が概念として抽出されること, および, ②「ハウス」でボランティア活動を行う方々へのインタビューを通して, その意義や役割を明らかにすることである.

2 方法

2016年2月～3月にかけて, 東京大学附属病院敷地内に併設されている「ハウス」である「ドナルド・マクドナルド・ハウス 東大」(以下「東大ハウス」)の利用者3家族4名に家族ごとに半構造化面接法による個別インタビューを行った. 利用者に関してはプライバシーを保持するため, また, より個別性の高い語りが聞かれる可能性があったため, 半構造化面接法による個別インタビューを3家族4名に行った. インタビューの対象には患児は含まず, その保護者のみとした. ボランティアに関しては3～4人によるフォーカスグループインタビューを合計4回行った. 東大ハウスのスタッフの方にご協力いただき, 研究にご協力くださる方を紹介していただいた. 東大ハウスで会う約束をし, 直接説明を行い, 協力の意思を示した方を対象にインタビューを実施した. インタビューの場所は, プライバシーの保つことのできる東大ハウス内の会議室で行った. インタビューの所要時間は45分～90分であった. インタビューは医学生である頭著者(S.M.)が行った. 医師である共

著者 (D.S.) が事前に頭著者に模擬面接を行い、面接法のトレーニングを実施した。インタビューは対象者の許可を得て IC レコーダーに録音し、逐語録を作成した。逐語録より、大谷の SCAT (Steps for Coding and Theorization) 法を用いて質的分析を行った [11]。SCAT 法は 4 ステップのコーディングによってテキストを概念化する手法である。データ分析はデータ収集と同時進行で行った。概念化と統合は継時的な見直しを行い、頭著者と共著者による triangulation を通して妥当性の確保に努めた。テーマを整理統合した後、複数のテーマ間で同様の意味を持つものを集約してサブカテゴリーを作成し、さらにサブカテゴリーを集約してカテゴリーを作成し命名した。

倫理的配慮として、途中で不快なことがあればいつでもインタビューを中断できること、個人情報管理について、データの公開方法、本研究の趣旨と目的について口頭および書面にて説明を行い、書面にて同意を得た。なお、本研究の実施にあたっては、東京大学医学部倫理委員会の承認を得て実施した (審査番号 11071)。

3 結果

3.1 利用者

インタビュー対象者の属性を表 1 にまとめた。インタビューテキストの分析により、24 個のテーマが抽出され、3 つのカテゴリーと 7 つのサブカテゴリーに集約された (表 2)。利用者の語りを表 3 にまとめた。カテゴリーは ⟨⟩, サブカテゴリーは ⟨⟨⟩, テーマは 【】 で囲んで示した。

3.1.1 背景・現状

カテゴリー ⟨背景・現状⟩ は、《病院との関係》《病室での付添いの現状》の 2 つのサブカテゴリーを含んでいた。

サブカテゴリー《病院との関係》は、【病院からの近接性】【医療者に与える安心】【病院による情報提供】の 3 つのテーマで構成されていた。「ハウス」が病院に近く、何かあればいつでも駆けつけられる距離にあることで付き添う家族のみならず医療者にも安心を与えていた。「ハウス」を利用することで面会時間が増え、医療従事者とより緊密なコミュニケーションを取ることができるようになった例や、病院の紹介を通じて「ハウス」の存在を知る例もあり、病院との連携が良好であることが示唆された。

サブカテゴリー《病室での付添いの現状》は、【プライバシーの欠如】、【様々な制約】【長期入院によるストレス】の 3 つのテーマで構成されていた。人の出入りが多く物音が気になる中で周囲に気を遣わなければいけない生活、消灯やシャワーの時間が決められている不自由な生活が長期に続くことで患児や付添い家族に精神的な負担がかかっていた。

3.1.2 ハウスの役割

カテゴリー ⟨ハウスの役割⟩ は、《ハウスの設備・ルール》《ハウスの機能・サービス》《患児への影響》の 3 つのサブカテゴリーを含んでいた。

サブカテゴリー《ハウスの設備・ルール》は、【快適な環境】【日常生活のサポート】【プライバシーの保障】の 3 つのテーマで構成されていた。プライバシーが保障された部屋や

キッチンを利用を通して、日常生活を取り戻している様子うかがえた。

サブカテゴリー《ハウスの機能・サービス》は、【心身の休息】【利用者同士の交流】【家族の負担の軽減】【細やかな気配り】【兄弟のシッティング】の5つのテーマで構成されていた。スタッフやボランティアの細やかな配慮、同じ境遇にある利用者との交流を通して心身の休息が得られていた。また、「ハウス」を利用することで兄弟のシッティングや父親の仕事と付添いの両立の負担が軽減されていた。

サブカテゴリー《患児への影響》は、【患児の精神的サポート】【患児自身の心身の休息】【社会との接点】の3つのテーマで構成されていた。「ハウス」を利用することで患児と接する時間が増え、患児との関係がさらに良好になっていた。また、患児自身が「ハウス」に外泊を許可される際には、病院と比べて自由に過ごすことができ心身の休息の時間となり、治療へのモチベーションとなっていた。さらに、入院中は交流関係が限られてしまうが、「ハウス」を利用することでボランティア・スタッフと交流することができていた。

3.1.3 利用者から見たハウス

カテゴリー〈利用者から見たハウス〉は、《ハウスに対する思い》《ハウスに対するニーズ》の2つのサブカテゴリーを含んでいた。

サブカテゴリー《ハウスに対する思い》は、【ボランティアへの感謝】【支援・普及活動への意欲】の2つのテーマで構成されていた。「ハウス」をサポートするボランティアやスタッフへ感謝の念をいただき、認知度向上のため

めに自分たちもできることがあれば協力したいという姿勢がみられた。

サブカテゴリー《ハウスに対するニーズ》は、【設備・備品に関する周知の徹底】【短期利用者へのルール周知の徹底】【利用期間の制限の緩和】【利用開始時のサポート体制の充実】【患児に対する継続的支援の要望】の5つのテーマで構成されていた。長期利用者から見ると、短期利用者が「ハウス」のルールを理解していない面があることや、逆に初めて利用した際には敷居が高い印象を受けたという語りが得られた。

3.2 ボランティア

インタビュー対象者の属性を表4にまとめた。インタビューテキストの分析により、28個のテーマが抽出され、3つのカテゴリーと9つのサブカテゴリーに分類された(表4)。以下、ボランティアの語りの分析結果を記す。カテゴリーは〈〉、サブカテゴリーは《》、テーマは【】で囲んで示した。

3.2.1 活動の動機・継続要因

カテゴリー〈活動の動機・継続要因〉は、《内発的動機》、《手段的支援》、《情緒的支援》の3つのサブカテゴリーを含んでいた。

サブカテゴリー《内発的動機》は、【施設への関心】【日常化・習慣化】【自身の体験に基づく使命感】【東日本大震災以降の関心の高まり】の5つのテーマで構成されていた。小児や医療への個人的関心や「ハウス」の理念への共感・自身の体験が活動の契機になる例や、東日本大震災の影響でボランティアへの関心が高まっている例がみられた(「東大ハウス」

の設立は2011年12月である)。また、ボランティアが特別なことではなく自然な活動として「日常化・習慣化」している例がみられた。

サブカテゴリー《手段的支援》は、【確立した運営体制】【自分のペースに合わせた活動】【業務の敷居の低さ】【近接性】の4つのテーマで構成されていた。スタッフが常駐しており、シフトや役割分担が明確になっており、過剰な負担にならない程度の活動頻度(月2回, 1回3時間)で無理なく継続することができる仕組みが整っていた。また、ハウスキーパー業務は日常の家事と類似した活動であり、敷居が低く取り組みやすいものとなっていた。また、都合が悪くなると休むことが出来るなど日程調整・選択の自由があることも、活動を継続できる要因となっていた。

サブカテゴリー《情緒的支援》は、【スタッフによる声かけ】【ボランティア同士の交流】の2つのテーマで構成されていた。利用者との直接の交流は少ないものの、スタッフが毎回声をかけるなどボランティアが活動しやすいように配慮していた。月2回のシフトがある程度固定されていることで、同じシフトのボランティアとの良好な人間関係が構築され、会うのが楽しみになっていた。

3.2.2 活動の効果

カテゴリー〈活動の効果〉は、《人間的成長》《自己実現》《生きがい》の3つのサブカテゴリーを含んでいた。

サブカテゴリー《人間的成長》は、【利用者の境遇への共感】【責任感の涵養】【接遇の向

上】の3つのテーマで構成されていた。病気の子どもを抱える利用者の存在に思いをはせ、想像力を働かせることができるようになっていた。また、ボランティアを継続することで、後輩を指導するなどの責任を感じるようになっていた。

サブカテゴリー《自己実現》は、【創造性の発揮】【自主性・主体性の伸長】の2つのテーマで構成されていた。業務として定められている役割にとどまらずそれぞれが個性を活かして利用者のためにできることがないか考え主体的に活動することで自己実現の機会となっていた。

サブカテゴリー《生きがい》は、【精神的充足】【草の根的社会運動】【自身の境遇への感謝】の3つのテーマで構成されていた。ボランティアによって感謝されること、一人で行えることは小さくても積み重ねれば社会に貢献できるという気づきによって精神的な充足感を得ることができていた。またボランティアをすることができる境遇であることへ感謝の気持ちを抱いていた。

3.2.3 ボランティアから見たハウス

カテゴリー〈ボランティアから見たハウス〉は、《ハウスの意義》《ボランティアとしての配慮》《ハウスに対するニーズ》の3つサブカテゴリーを含んでいた。

サブカテゴリー《ハウスの意義》は、【利用者の支援】【ノーマライゼーションの実践の場】【家族的コミュニティとしての場】の3つのテーマで構成されていた。「利用者のための施設」という第一義的な認識だけでなく、誰も

が活動に参加でき、自分の「居場所」となりうる場であることが示唆された。

サブカテゴリー《ボランティアとしての配慮》は、【利用者のプライバシーの配慮】【利用者にとって快適な環境作り】の2つのテーマで構成されていた。ボランティアとしての立場を自覚し、気持ちの良い挨拶を心がけるとともに利用者の個別の事情に配慮し立ち入った話はせず、あくまで「縁の下の力持ち」として利用者にとって快適な環境を整備する役割を自覚していた。ボランティア自身にとっても個別の事情に深入りしないことで精神的負担なく活動に専念できる利点があった。

サブカテゴリー《ハウスに対するニーズ》は、【グリーンケアの研修】【ボランティア層の拡大】【ボランティア同士の交流の促進】【認知度向上】【利用者のニーズの共有】の5つのテーマで構成されていた。グリーンケアの研修や施設の紹介などを行っていないことが明らかになった。また、退院した子どもを受け入れる側の存在である子どもにボランティアを経験させ、知見を広げてもらいたいというニーズや割合として少ない外国人・男性ボランティア層の参加を求める声があった。

4 考察

4.1 利用者にとっての意義

利用者の語りを通して、先行研究と同様に日常性の回復や家族機能の維持のような役割が概念として抽出された。「ハウス」の存在が、様々な制約と精神的負担を強いる付添い生活に安らぎを与えていた。高度先進医療を効率的に行う上で、医療機関の集約化はさらに進行すると考えられており [12]、「ハウス」の果たす役割は今後も大きいと考えられる。

また、新しい意義として「ハウス」が付添い家族だけでなく患児自身にとっても心身の休息の場や社会との接点の場として機能しうることが示唆された。長期入院する患児にとって社会性の発達や *self-esteem* の形成・就労支援は大きな課題である [13]。小児病棟における遊びのボランティア活動の事例で『医療関係者ではない普通の人の視点を持つ人間』がボランティア活動を行うことで、一人ひとりの子どもに丁寧に関わることができ、専門職による関わりの“隙間”を埋めることができる」と報告されている [14]。同様に、「ハウス」ボランティアによる【患児に対する継続的支援の要望】にこたえる活動が広がっていくことで、医療関係者や院内学級、保育士などの専門職の“隙間”を埋め社会性を発達させる場として「ハウス」が機能しうると考えられる。今回は「ハウス」の取材に協力することで患児自身が「してもらう」立場から「してあげる」立場になる喜びがあるという *self-esteem* の形成への寄与が示唆される語りが得られた。

また、日本では施設利用者の3割で患児自身が「ハウス」を利用しており [15]、退院前の試験外泊の場として「ハウス」が機能しうる」と報告されている [5]が、アメリカでは日本より積極的に「ハウス」を「病院の付帯サービスとしての社会資源」としてとらえ、『外来受診する際に過ごす場』や『在宅移行期に医療を受ける場』としての役割を果たしている [8]。日本の「ハウス」においても今後在宅移行支援や在宅医療を行う患児の預かり施設といったより高度な役割、すなわち「病院」と「自宅」の「中間施設」としての役割が求められていくとされている [16]。似た事例として、在宅医療を行う患児の預かり施設として

2016年春に「もみじの家」が設立された[17].
このような中間施設という役割を果たす意味
においても、「ハウス」に患児自身が利用する
施設としての役割が期待されていくであろう.

4.2 ボランティアにとっての意義

〈活動の動機・継続要因〉に関して, 情緒
的支援・手段的支援の要素に加え, ボランテ
ィアが「日常化・習慣化」し自然に継続して
いる例がみられた. これは主な活動内容が掃
除や洗濯など日常的な家事と類似するハウ
スキーピング活動であることが関連していると
考えられる. 子育てが一段落した中高年女性
にとって, ボランティア活動が家庭外の役割,
個人としての対人ネットワークの獲得に寄与
できることが報告されている[18].

〈活動の効果〉については, 《人間的成長》
《自己実現》《生きがい》に分類された概念が
抽出された. 医療に近い場でのボランティア
であることから, 自分自身や自分の家族が健
康であることへの感謝の念を抱き, 利用者の
境遇を慮るようになったという変化が見られ
たことが, 「ハウス」におけるボランティアの
特徴であると考えられる.

〈ボランティアの視点から見たハウス〉に
ついては, ボランティアが利用者との積極的
な交流をあえて控え, あくまで縁の下の方持
ちとして利用者が快適に過ごせるような環境
作りに徹している姿勢がうかがえた. このよ
うなボランティアの姿勢が, 利用者のプライ
バシーを保障する「ハウス」の機能・サービ
スに寄与していると考えられる. また, 「ハウ
ス」がボランティアにとって, 障がいを抱え
た人など多様性を受け入れられるような一種
の居場所となっており, 【ノーマライゼーシ
ョン実践の場】【家族的コミュニティとしての場】

として機能していた. これは「ハウス」の「も
う一つの我が家」という理念が, 利用者のみ
ならずボランティアにとっても浸透している
ためと考えられる. 李は小児がん棟ボラン
ティアにおいて, ボランティアの場が「あり
のままの自分」と向き合い「時々立ち寄って
自分自身を取り戻し, 回復する母港」と述べ
ている[19]. 「ハウス」という場においても,
【家族的コミュニティとしての場】としてボ
ランティアが「ありのままの自分」の個性を
活かして活動することができる場になってい
ると考えられる.

一方, グリーフケア研修や利用者のニーズ
の共有の必要性が課題として浮かび上がった.
現状の見守る立場での活動が利用者にとって
プライバシーの保障に寄与しているだけでな
く, ボランティアにとっても精神的負担の軽
減につながっているが, 今後【患児の継続的
支援】など一歩踏み込んだ支援を模索してい
くのであればボランティア側にも相応の研修
が求められていくであろう.

4.2.3 本研究の限界と課題

頭著者は, 「東大ハウス」でボランティアを
4年間行っていたことから, 対象となるコミ
ュニティについて内部からの視点による洞察
を得ることができたという強みがある反面,
恣意的解釈に陥らないよう複数の研究者での
トライアングレーションに努めた. しかし
ながらメンバーチェックはできていない.
ボランティアに対しては, インタビュー時に
研究者の顔が知れていたことで緊張感が軽減
されたと思われる.

本研究の限界として, 対象が少なく, 理論
的飽和に達していないことがあげられる. ま
た患児自身に対する意義は本人ではなく保護

者からの聞き取りによって聴取されたものであるため、妥当性に関してさらに検証する必要がある。今後、エスノグラフィーなどを用いた参与観察による研究などで、患児に対するデータを得ることも可能と思われる。

5 結語

「ハウス」がこれまで果たしてきた日常性の回復、家族機能の維持などの役割に加え、患児自身が利用する「中間的施設」としての役割が増加していくことが期待される。また「ハウス」がボランティアにとっても家族的機能を果たし、多様性を受け入れる素地があることが示唆された。今後「ハウス」の意義や必要性が社会に広く認知され、サポーターやボランティアとして「ハウス」を支える人が増加することを期待したい。

表 1. 対象者の属性（利用者）

対象者	年齢・性別	患児との関係	利用人数	利用期間
A	20代女性	母親	3名（本人，Aさんの弟・母）	1か月（繰り返し利用．半年）
B	30代女性	母親	1名（本人．患児外泊時は2名）	1か月（繰り返し利用．1年間）
C	30代男性・女性	父親・母親	2名（両親）	1か月（初回）

表2. 抽出された概念とカテゴリー（利用者）

カテゴリー	サブカテゴリー	テーマ
〈背景・現状〉	《病院との関係》	【病院からの近接性】
		【医療者に与える安心】
		【病院による情報提供】
	《病室における付添いの現状》	【プライバシーの欠如】
		【様々な制約】
		【長期入院によるストレス】
〈ハウスの役割〉	《ハウスの設備・ルール》	【快適な環境】
		【日常生活のサポート】
		【プライバシーの保障】
	《ハウスの機能・サービス》	【心身の休息】
		【利用者同士の交流】
		【家族の負担の軽減】
		【細やかな気配り】
		【兄弟のシッティング】
	《患儿への影響》	【患儿の精神的サポート】
		【患儿自身の心身の休息の場】
		【社会との接点】
	〈利用者から見た ハウス〉	《ハウスへの思い》
【ハウスの支援活動への意欲】		
《ハウスに対するニーズ》		【設備、備品に関する周知の徹底】
		【短期利用者へのルールの周知の徹底】
		【利用期間の制限の緩和】
		【利用開始時のサポート体制の充実】
		【患儿に対する継続的支援の要望】

表 3. 利用者の語り (テキスト)

<p>【病院からの近接性】 無菌室に入って、付添いが出来ないで、自宅が遠方だったので、泊まる場所がないからってというので借りて (B)</p>
<p>【医療者に与える安心】 先生に、私ハウスに泊まっていますってだけで先生も、あ、じゃあ何かあったらすぐに連絡できるねって先生もちょっと気持ち的に違うのかもしれないですね (A)</p>
<p>【病院による情報提供】 東大にかかって、一応検査入院が入った時に、パンフレットを病院の方からいただいて知ることが出来たんですけど、それまでは知らなくて、ハウスのことを (A)</p>
<p>【プライバシーの欠如】 大体四人部屋なんですけど、・・・音とかはもうお互い様なんですけど、休める環境が無かったり (B)</p>
<p>【様々な制約】 大きな音でテレビを見れるとか、そういう家だったら当たり前に行えることが、病院だったらイヤホンつけなきゃいけないとか (B) 逆にハウス出ると普通の面会時間になってしまうので、その場合どうしようかと (C)</p>
<p>【長期入院によるストレス】 もうなんだかんだ四年以上闘病生活してるので、『病院』=嫌なイメージあるので、そこから出れるっていう (B)</p>
<p>【快適な環境】 毎回来るたびにすごくきれいになってるし、たぶん寄付してくださる方がすごく多いんですけど、物品とかも毎回物が増えてる (A)</p>
<p>【日常生活のサポート】 一番ありがたいと思うのはキッチンですね・・・他にも洗濯ものとか、日常生活を送るにあたって足りないものはなくて (B) (ミールプログラムという食事の提供を行うボランティアについて)ありがたいよね。どうしても食事の内容が偏ってしまったりするので、お野菜いただけるのが (C)</p>
<p>【プライバシーの保障】 スタッフの方も、個人情報のこととかあるから・・・そういう線引きみたいところはすごく有難い、ここでも病気のことどうですかとか聞かれたら嫌になっちゃう (B)</p>
<p>【心身の休息】 病気の子とも向き合っていると、親もやっぱり精神的にあのきつかったりするんですけど、ここにきてふっとちょっと力を抜ける場所があるだけでやすらぐ (A)</p>
<p>【利用者同士の交流】 先日似たような病状の方とお話して、・・・お薬のこととか話を聴けていろいろ勉強になりま</p>

した (A)
<p>【家族の負担の軽減】</p> <p>ここを利用していなかったら、主人が毎朝送り迎えを私とか子どもとかしないといけなくて、そこから会社に行かなきゃいけない(A)</p>
<p>【細やかな気配り】</p> <p>ボランティアの方がすごく声をかけてくださって・・・そこから自分のちょっとしたことも話せて、内に秘めているとだめな部分ってあると思う(A)</p> <p>お部屋に近くの地図とかそういうのまで手書きで用意してくださったりとか、すごい嬉しいですね(C)</p>
<p>【兄弟のシッティング】</p> <p>下の子ができてからは、下の子も見ないといけないので、ハウス利用したくなりますね(A)</p>
<p>【患児の精神的サポート】</p> <p>(ハウス利用することで子どものために食事を作ってあげられるなど) してあげられることが増えることで、子供の喜ぶ顔が見れると私もうれしい (B)</p> <p>(患児が利用するわけではなくても) 親がそれだけ一緒にいられるっていうことは、子どもにとってもプラス、落ち着いたりだとか、表情良かったねだとか子どもにもプラスにはね返ってくる (C)</p>
<p>【患児自身の心身の休息】</p> <p>(ハウス外泊時) 4階行ったらおやつ食べながら、ゲームするとか・・・ちょっとそこまで買い物行ってくれる?とか外出届いらないし (B)</p>
<p>【社会との接点】</p> <p>遊んでもらえるっていうのはすごく大きいですよ。親じゃない人に、狭いところで生きちゃってるので、社会的にこう関わることがあまりないから (B)</p> <p>あと子どもが言っていたのが、いつもしてもらって立場じゃないですか・・・してあげる喜びみたいところで、取材だったりとか・・・協力することで (B)</p>
<p>【ボランティアへの感謝】</p> <p>ボランティアさんに対してなんかこうお礼みたいな感謝の気持ちとかを伝えたいな (B)</p>
<p>【支援・普及活動への意欲】</p> <p>恩返ししたいね、っていう話をよくするんです。それがどういう形になるか、物的なところになるか労力的なところになるかちょっと何とも言えないんですけど (C)</p>
<p>【設備・備品に関する周知の徹底】</p> <p>知らなかったんだけど、あ、こんなものもあるんだ・・・前びっくりしたのがミシン (B)</p>
<p>【短期利用者へのルールの周知の徹底】</p> <p>長い人からみると、短期で来た方がルールを知らないっていうのはあるんですよ (B)</p>
<p>【利用期間の制限の緩和】</p>

もっと長く利用できればいいけど、他に利用したい方もたくさんいるだろうし、そんなことは言えないですね(A)
【利用開始時のサポート体制の充実】 最初は怖っていか入りづらくなっていう。気軽に借りれる感じじゃないな(B)
【患児に対する継続的支援の要望】 単発っていうんじゃなくて長期的に、サポートしてくれる人が、ボランティアなので強制はできないけど、やってくれる人がいたら嬉しいな、って思いはあります。勉強に限らず(B)

表 4. 対象者の属性 (ボランティア)

対象グループ	人数	参加者内訳	平均継続期間	活動時間帯
①	3	中高年女性	4年	9-12時
②	3	中高年女性	4年	15-18時
③	3	中高年女性	3.7年	12-15時
④	3+1	中高年女性 3名 大学生 1名	4年 (大学生:体験活動2回のみ)	12-15時, 15-18時

表 5. 抽出された概念とカテゴリー（ボランティア）

カテゴリー	サブカテゴリー	テーマ
〈活動の動機・継続要因〉	《内発的動機》	【施設への関心】 【日常化・習慣化】 【自身の体験に基づく使命感】 【東日本大震災以降の関心の高まり】
	《手段的支援》	【確立した運営体制】 【自分のペースに合わせた活動】 【近接性】 【業務への敷居の低さ】
	《情緒的支援》	【スタッフの配慮】 【精神的負担の軽減】 【ボランティア同士の交流】
〈活動の効果〉	《人間的成長》	【付添い家族の境遇への共感】 【責任感の涵養】 【接遇の向上】
	《自己実現》	【創造性の発揮】 【自発性・主体性の伸長】
	《生きがい》	【精神的充足】 【草の根的社会運動】 【自身の境遇への感謝】
〈ボランティアから見たハウス〉	《ハウスの意義》	【利用者の支援】 【ノーマライゼーションの実践の場】 【家族的コミュニティとしての場】
	《ボランティアとしての配慮》	【利用者のプライバシーの配慮】 【利用者にとって快適な環境作り】
	《ハウスに対するニーズ》	【グリーフケアの研修】 【ボランティア層の拡大】 【ボランティア同士の交流の促進】 【利用者のニーズの共有】 【認知度向上】

表 6. ボランティアの語り (テキスト)

<p>【施設への関心】</p> <p>ここの目的はすごく、親として、母として、病気の経験あってもなくても、みんな同じことしてるから、少し役に立ってればいい (③)</p> <p>きっかけは医療に携わりたいなど、工学部だとやっぱり医療に関われる機会が全くゼロという状態だったので、少しでもどんな感じでもいいから関わりたいなど (④)</p> <p>子どもがすごい好きで、特に出産とか育児の経験はないんですけど、できれば子どもに関わりたい (④)</p>
<p>【日常化・習慣化】</p> <p>なんかこう、頑張ってますよっていうんじゃなくて自分の中で自然な感じで、日常の一コマみたいになってるほうが長続きする (①)</p>
<p>【自身の体験に基づく使命感】</p> <p>私の場合は子どもが二人いるんですけど、下の子が・・・未熟児で生まれて・・・入院して、きっかけに将来何か手伝えるのであれば小児医療を支えるようなボランティアをしたいっていう・・・友達で亡くなってしまった方って何人かいて、子供たちのことを思い出すきっかけになるんですよ、やっぱり忘れたくないところがあって・・・それで行かなきゃっていう風に思うときもあったりだとか (①)</p>
<p>【東日本大震災以降の関心の高まり】</p> <p>震災もあってからの時期だったので、なんかやっぱり私にもできることがあるのかなっていうのが (②)</p>
<p>【確立した運営体制】</p> <p>このボランティアってめちゃくちゃしっかりしてる・・・財団法人としてしっかりしたものがあって、必ず職員さんがいて仕事内容しっかり決まってる (④)</p>
<p>【自分のペースに合わせた活動】</p> <p>私は子育てもすっかり卒業して・・・毎週だとねえ、結構やっぱりすぐまたっていう感じだと思うんですけど、2週間に1回午前中だけっていうので無理なくできる (①)</p> <p>休むことも可能なんですよね。月2回なんですけど、私の場合は月1回になることも多くって、子供がたとえば夏休みとかに入っちゃうとなかなか来れなくなったりとか、なので変更できるっていうのもあとキャンセルできるっていうのも、プレッシャーがなくていいのかな (①)</p>
<p>【業務の敷居の低さ】</p> <p>ここでする活動が普段家でやってることに近いのですんなりというか (③)</p>
<p>【近接性】</p> <p>きっかけっていうのは、私はこの池之端の門から歩いて10分15分、近いんですよ (②)</p>
<p>【スタッフの配慮】</p> <p>ここは私が思うにハウスマネージャーの方とアシスタントマネージャーの方がとても気を遣</p>

<p>ってくださいって声をかけてくださったりするのですごくそれが居心地がいい (③)</p>
<p>【ボランティア同士の交流】 他のメンバーの人に会えるっていう楽しみもあってここに来るのも楽しみになってるし (②)</p>
<p>【利用者の境遇への共感】 自分自身は子供がいなくても本当に幼くして、重篤な病気を持って生きる事って大変なんだな、って。そこに思いが至るようになったっていうのはすごい自分にとって知見が広がるというか、視野が広がるような (④)</p>
<p>【責任感の涵養】 仕事としての責任感は続けてきたことで養われたりもしますよね。新しいボランティアの人とか入ってきたりすると・・・だんだん先輩になっていく (④)</p>
<p>【接遇の向上】 接客なんですけど、ちょっと苦手だなんて思うお客様もいらっしゃるんですけど、何となくこういうボランティアをやるようになってからちょっとわかんないんですけど、誰にでも優しくなれるようになった気がします・・・でもそれはボランティアをしてるからっていうあれではないのかな (②)</p>
<p>【創造性の発揮】 家庭教師の募集が、お手伝いがピッと貼ってあって・・・自然とかかわる人たちの中で、自分ができることを、っていうのが発信者が増えてきた (①)</p>
<p>【自主性・主体性の伸長】 楽しいっていうのも自分からそう思わないと (②) 私たちも利用者さんのためにどんなことが必要なのかなってことを逐一考えていった方がいいんだろうな (①)</p>
<p>【精神的充足】 ほんとにちっちゃな3時間の中のお手伝いですけど、それも1つのたぶん大きな意味から考えれば役に立ってる (①)</p>
<p>【草の根的社会運動】 ここに来る前家族の関係とか友達の関係くらいしかなかったわけですけど、・・・いろんな方が協力して小さいことでも結構その、積み重ねれば大きな力になるという (①)</p>
<p>【自身の境遇への感謝】 今日も健康でここに来れた、そういうことに対しての感謝の気持ち、今までそんな健康が当たり前とか思ってたことが、今日も元気に活動できた、ありがとうございます (③)</p>
<p>【利用者の支援】 病院の敷地内にこういう施設があるっていうのは素晴らしいなって思いますね。ボランティアさんにとってじゃなくて利用者さんにとって (②)</p>

<p>【ノーマライゼーション実践の場】 誰もが病気をしている、あの年を取っていても障害を持っていても、一緒にこう自分のできること（ボランティア）をやっているんだよっていう空気が（ある）(①)</p>
<p>【家族的コミュニティとしての場】 なんか一種居場所づくりじゃないですけど、ご主人が亡くなった未亡人の方がいらして、もう本当に一人なんですけど、ここに来ると誰かしらいるじゃないですか、すごい楽しそうにしてらっしゃるのを見て (①) 何となくみんな家族って感じですね。私達は外から入ってるただのボランティアじゃなくて、家族になれば、…一言だけ言うだけですごく温かさ感じられるから、このハウスの雰囲気はすごくいいと思う (③)</p>
<p>【利用者のプライバシーの配慮】 挨拶は笑顔でしますが、それぞれに立場が違うし、・・・私達がそこまで踏み込んではいけないということが前提にあるので (③) 心情的なことに立ち入ってもちょっとあのいろいろ気になったりするものですから、長く続けるためには、あまりそういうことは感じないでやったほうがいいのかなと思います (①)</p>
<p>【利用者にとって快適な環境作り】 1号室のおっきなお部屋に、・・・ソファベッドが入ったんですね。・・・ないときには気が付かなかったんですけど、備え付けてあったらすごい部屋の雰囲気が良くてゆったり座ってくつろぐこともできるし・・・こういったことももし自分が気が付いたら些細なことでも、お話して、提案って言ったら変ですけど、気持ちよく過ごせるように (①) これも寄付ですこれも寄付ですみたいなことを言えって言われるじゃないですか、でもそれってすごく押し付けがましくて、あれかなって思って、これも寄付ですって言い方じゃなくて、寄付なんだけど、「こんなに、皆さん応援している人がいるんですよ」みたいな言い方をする方がいいかなと思って (④)</p>
<p>【グリーフケアの研修】 ここって、グリーフケアやってないんですよ、でも実際ここって、お子さん亡くして出て行かれるご家族もいる。いったいそれに対してここはどういう対応してるんですかって聞いたら、何も研修受けてませんとか (④)</p>
<p>【ボランティア層の拡大】 中学生のボランティアを保護者なしでオッケーにしてほしいなっていうのをね。・・・高1以下は親が連れてこないボランティアできないんだよね。小学生でも中学生でも高校生でも、その子たちが自分で病気とか怪我とかで入院してた子達を迎え入れる子たちにちゃんとういところがあるんだよ、頑張っている子たちいるんだよっていうのを感受性豊かなうちに経験させたいな (④)</p>
<p>【ボランティア同士の交流の促進】 他のハウスはいろいろイベントとか多いみたいですよ、せたがやとかはバザーとか、ここ</p>

はあまり・・・というかほとんどない (②)
【認知度向上】 本当に広がっていけばいいなって思います (①)
【利用者のニーズの共有】 ボランティアさんの立場は多分そこままで、利用者をつなぐのがマネージャーさんとかアシスタントマネージャーさんで、その利用者さんの声を吸い・・・聞いてもらってこっちに流してほしいかな (①)

文献

- 日)
- [1] 植田洋子. 日本における患者家族滞在施設とその現状について. 日本看護医療学会雑誌 2003 ; 5(1) : 1-8
- [2] 日本ホスピタル・ホスピタリティ・ネットワーク. 印刷用データ http://www.jhhh.jp/2012pamphlet/jhhh_013.pdf (閲覧 : 2016年3月22日)
- [3] 井上玲子. 慢性疾患患児家族宿泊施設に在る人々の会話からみた施設の機能とその世界. 日本小児看護学会誌 2006 ; 15(1) : 17-24
- [4] 岩瀬貴美子. 患者家族滞在施設のスタッフが捉えた付添い家族の生活. 日本小児看護学会誌 2014 ; 23(3) : 77-83
- [5] 法橋尚宏, 石見さやか, 岩田志保, 竹重友美. 全国の「慢性疾患患児家族宿泊施設」の設備状況と利用状況の実態調査—家族が利用しやすい施設に向けての問題点と課題について—. 家族看護研究 2003 ; 9(1) : 44-49
- [6] 法橋尚宏, 加茂沙和香. 全国の「ファミリーハウス」の設備状況と利用状況の実態調査—慢性疾患患児家族宿泊施設以外のファミリーサポートハウスを対象として—. 家族看護研究 2005 ; 11(1) : 34-41
- [7] ファミリーハウス. ハウスの認知度とニーズ調査 報告書 http://www.jhhh.jp/report_needs/pdf/report_appendix_200803.pdf (閲覧 : 2016年3月22日)
- [8] 赤城純子, 法橋尚宏. ファミリーサポートハウスの現在のありようと課題に関する研究—日本とアメリカにおけるエスノグラフィーによる検討—. 日本小児看護学会誌 2006 ; 15(1) : 1-8
- [9] 妹尾香織, 高木修. 援助行動経験が援助者自身に与える効果 : 地域で活動するボランティアに見られる援助成果. 社会心理学研究 2003 ; 18(2) : 106-118
- [10] 米澤美保子. ボランティア活動の継続要因. 関西福祉科学大学紀要 2010 ; 14 : 31-41
- [11] 大谷尚. 4ステップコーディングによる質的データ分析手法 SCAT の提案—着手しやすく小規模データにも適用可能な理論化の手続き—. 名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要 (教育科学) 2007 ; 54(2) : 27-44
- [12] 厚生労働省. 子どもの医療制度の在り方等に関する検討会 議論のとりまとめ 2016年3月28日 <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000117936.pdf> (閲覧 : 2016年3月30日)
- [13] 五十嵐隆. 第2回 子どもの医療制度の在り方等に関する検討会 提出資料 2015年10月30日 <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000102911.pdf> (閲覧 : 2016年3月30日)

- [14] 仲真人. ある「小児病棟ボランティア」のとりくみ. 聖路加看護大学紀要 2007;33(3):60-67
- [15] 高橋明子, 石黒彩子, 三浦清世美, 井口弘子, 浅野みどり. 慢性疾患患児家族施設 (ファミリーハウス) 利用の現状とその役割—利用家族の調査から—. 日本看護医療学会雑誌 2004 ; 6(1) : 25-33
- [16] ファミリーハウス. ファミリーハウスフォーラム2014 報告書 病気の子どもと家族のトータルケアを考える—生きているを見つめる— http://www.familyhouse.or.jp/JKA/2014kenshukai/pdf/all_pdf.pdf (閲覧 : 2016年3月19日)
- [17] 国立成育医療研究センター. 国立成育医療研究センターの医療型短期入所施設 もみじの家 <http://home-from-home.jp/> (閲覧 : 2016年11月7日)
- [18] 大坂紘子. 中高年女性のボランティア開始後のライフコースとネガティブ・イベントへの対処. 社会心理学研究 2008 ; 24(1) : 1-10
- [19] 李永淑. 小児がん病棟と学生ボランティア. 晃洋書房, 2015

実践研究

インターネット検索によって得られる「がんに関する情報」は正しいか —「副作用」をキーワードとした情報の質の検討—

石川文子¹⁾, 早川雅代¹⁾, 高山智子¹⁾

1) 国立がん研究センターがん対策情報センター

抄録

【背景】インターネットにより医療健康情報を得る患者や家族が増加している。一方で、インターネット上の適切でない情報による、健康被害も報告されている。

【目的】「がんに関する情報」についてインターネットで提供されている情報の質の現状を明らかにし、今後の対策について検討することを目的とした。

【方法】「がんに関する情報」のうち、「がん」と「副作用」を検索キーワードとして、国内の主要な、三つの検索エンジンで上位 20 件にあげられた重複を除く 50 サイトを対象として、HONcode で示される医療情報の質の基準 8 つの条件から、2 名の評価者が個別に評価を行い検討した。条件の一つである「偏りがない」については、“がんの標準治療の情報提供”の観点から評価を行った。

【結果】8 条件すべてを満たしたのは 50 サイト中 1 件のみであった。また、「偏りがない」の条件は、全体の 7 割で満たしていなかった。

【考察】患者や家族が不適切な情報にさらされ、治療選択等に影響を与えかねない現状が示唆された。閲覧者側には医療情報の見方の注意を、運営者側には情報提供時に満たすべき条件の周知を促し、患者に適切な情報が届けられる体制づくりが必要であると考えられた。

キーワード：インターネット，医療情報，情報の質，がん，副作用

1 背景

2014 年のインターネット利用者は人口普及率で 82.8% になり、インターネットで情報を得ることが国民にとって当たり前のものになってきた[1]。この状況は、医療健康情報に関して情報を得る際にも顕著な傾向として現れており、2007 年のがん対策に関する世論調査では、「がん」に関する情報

源として、インターネットが 10.5% であったが[2]、2012 年のがんと診断された時の情報源は、40.4% となり、インターネットにより情報を検索する患者や家族が、5 年間で 4 倍に増加していることが報告されている[3]。一方で、インターネット上の適切でない情報による、健康被害も報告されている。例えば、科学的根拠のない治療や高額

な治療への誘導により、患者の治療選択への影響や予後への影響、そして、金銭的な被害を与えることが指摘されている[4].

インターネットによる有用で信頼性の高い医療情報の提供と、その情報を求める閲覧者の適切なアクセスを促進するために、インターネットサイトの評価基準として、Health on the Net Foundation により HONcode, American Medical Association(AMA)により Guidelines for AMA Web Sites, 日本インターネット医療協議会 (JIMA) により eヘルス倫理コードなどが作成されている[5-7]. HONcode ではガイドラインが作成され、そのガイドラインに基づく8つの条件で、サイトの認証がなされており、2016年12月時点で102カ国、7,300以上のウェブサイトが認証されており、インターネット上の「がんに関する情報」の質の評価にも用いられている[8-11]. しかし、日本で認証を受けているのは数サイトにとどまっている。さらに、国内では、日本インターネット医療協議会がガイドラインとしてeヘルス倫理コードを作成し、基本情報の開示やコンテンツなどの大項目7つおよび140の条件が示されており、これらの条件に基づくサイト認証も行っているが、2016年12月時点で、170サイト程度の認証にとどまり、国内でまだ浸透していない状況がある。

Goto らが日本国内およびアメリカのインターネット情報の質について比較検討した先行研究では、「肺癌」をキーワードとした検索をしたところ、アメリカでは8割が正しい情報であったのに対し、日本で正しい情報と判断されたのは半分にも満たないことが示された。また調査対象となったイ

ンターネット情報の運営者は、アメリカでは非営利組織(NPO)や公的機関が半分近く占めるのに対し、日本ではNPOや公的機関が少なく、営利団体や個人が多く、アメリカとは異なる構成であったことが報告されている[12]. しかし、日々情報が更新され、新しい情報が加わるインターネットの医療情報に関して、その後の報告はなく、現在の国内でのインターネット上の医療情報の質の実態は明らかではない。

「がんに関する情報」の中で、一般に求められている内容として「副作用」があげられる。「副作用」は、2013年に報告されたがん体験者4,054名の悩みや負担等に関する調査で、多くのがん体験者が経験し、また悩みや負担が増加しているものとしてあげられており[13]、また、国立がん研究センターのウェブサイト「がん情報サービス」においても検索が多いものの一つである[14].

今後のがんサバイバーの数が増えていくこと、また診療体系の中で外来治療が中心となっていくことが推測され、患者や家族が「副作用」について自身で調べることも増えていくことが考えられる。「副作用」は現在において重要なキーワードであるが、今後も重大な検索キーワードの一つとなることが予測され、示唆を得ることは重要である。

表1 HONcodeとは

- ・医療情報の質における基準について、情報提供者と閲覧者の両方を対象に設定され、8つの条件に簡潔にまとめられたガイドラインであり、Health on the Net Foundationが運営するNGOにより提供されている。
- ・サイト認証システムがあり、医療情報提供サイトから申請を受け、8つの条件を満たしているサイトについて認証ロゴを無料で提供している。

8つの条件

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

2 目的

本研究では、「がんに関する情報」のうち「副作用」に関して、インターネットで提供されている情報が正しいかどうかについて、現在の実態を明らかにし、今後のインターネット上の医療情報に関する対策を検討することを目的とした。インターネット上の医療情報の質を評価するための基準を用いて一定数のサイトの評価を行った。

3 方法

検索キーワードを「がん／ガン／癌×副作用」の3種とし、国内の主要なYahoo, Google, Bingのそれぞれの検索エンジンで検索を行い(調査日:2016年4月20日)、検索結果の上位20件(全180件)のうち、共通して検索されたページの重複を除く78件を検討対象とした。検討対象の78件は共通の運営者によるものも含まれたため、運営者の重複を除いた50の運営者による

サイトを評価対象として検討を行った。

医療情報の質の評価に用いた基準は、評価方法が簡潔であり、かつ必要項目を満たしていることから、HONcode(表1)を用いて行った。HONcodeとは、Health on the Net Foundationが運営する非政府組織(NGO)により提供されている医療情報の質における基準であり、情報提供者と閲覧者の両方を対象に8つの条件から設定されているガイドラインであり、国際的に広く活用されている。また、サイトの認証システムをもち、医療情報提供サイトから申請を受けて、8つの条件を満たしているサイトについて認証ロゴを無料で提供しており、認証を受けたサイトがわかるようになっている。

なお、HONcodeの8つの条件はサイトで公開されているが[5]、判断するための明確な要領が示されていないため、判断が分かれることが予測された項目については、

評価前に何を基準に判断するか確認を行った。

特に、8つの条件の中で「5. 偏りが無い」については、国内のがんに関する情報の質の評価として、最も重要と考えられる“がんの標準治療を基本として情報を提供しているか”の観点により評価することとし、検討を行った。

本検討では、HONcode で定められた 8 つの条件のそれぞれを評価項目として、各条件を満たしていれば「1」、満たしていなければ「0」として、8点満点とした。評価については、医療情報の作成経験が 17 年の薬剤師資格および医学博士をもつ者と、医療情報の作成経験が 3 年の科学領域 (化学) の修士をもつ者の 2 名が個別に行い (評価者信頼性 κ 係数: 0.76)、2 名の評価が一致した場合には「1」または「0」、相違のある場合には「0.5」とした。

医療情報の内容や提供の仕方は、情報の提供者 (運営者) により大きく異なることから、運営者の特徴別に、①医療関連団体、②医療施設、③マスメディア等、④営利団体、⑤個人、⑥その他の 6 つのカテゴリ別に、医療情報の質および今後の対策について検討を行った。

なお、今回の検討は人を対象としないという理由から、研究倫理審査の申請は不要と判断した。

4 結果

HONcode の 8 つの条件による評価結果を表 2 に示した。この結果から、50 サイト中、運営者カテゴリの分類では、⑤個人のカテゴリに分類された 16 が最も多く、続いて②医療施設および③マスメディア等は 9

で、④営利団体 8、⑥その他 5 と続き、①医療関連団体は 3 と最も少なかった。

また、HONcode の 8 つの条件すべてを満たしたのは検討した 50 サイト中 1 件のみであった。さらに運営者カテゴリ別に条件を満たしていない側面から見ると、⑤個人のサイトが、最も条件を満たしていない運営者として数が多かった (50 サイト中 16 件)。また、医療情報の質に関して重要と考えられる“がんの標準治療を基本としているか”で評価した「5. 偏りが無い」の条件については、全体の 7 割 (50 サイト中 35 件) が満たしていなかった。その内容として、“標準治療ではない高額な免疫療法へ誘導するもの”が 6 件あり、その他にも、がんの標準治療の一つの治療法である“抗がん剤を否定するもの”もあった。さらに、医療関連団体や医療施設であっても、検討した 8 条件の観点からは、医療情報の質が十分に満たされていないことが示された。

運営者カテゴリ別で、HONcode の条件を最も満たしていない評価項目の特徴を表 3 に示した。①医療関連団体では、「3. プライバシー」について、プライバシー保護の記載がない、「4. 情報源・更新日」について、更新日のないページで古い情報の掲載があるという特徴があげられた。

表2 HONcodeの8つの条件による評価結果(運営者カテゴリ別集計)

運営者 カテゴリ 評価項目	①医療関連 団体 (運営者:3)			②医療施設 (運営者:9)			③マスメディア 等 (運営者:9)			④営利団体 (運営者:8)			⑤個人 (運営者:16)			⑥その他 (運営者:5)		
	○	△	×	○	△	×	○	△	×	○	△	×	○	△	×	○	△	×
	1. 資格	3	0	0	9	0	0	3	4	2	1	2	5	2	2	12	1	0
2. サポート情報	2	0	1	1	0	8	2	2	5	1	1	6	1	1	14	1	0	4
3. プライバシー	1	0	2	3	2	4	8	0	1	4	2	2	3	1	12	0	1	4
4. 情報源・更新日	1	0	2	2	0	7	5	0	4	0	0	8	7	0	9	0	0	5
5. 偏りがない	3	0	0	5	0	4	3	0	6	2	0	6	0	0	16	2	0	3
6. 連絡先	1	1	1	7	1	1	8	0	1	6	1	1	3	6	7	1	2	2
7. スポンサー	2	0	1	9	0	0	9	0	0	8	0	0	0	0	16	1	0	4
8. 広告の明記 ・分離	3	0	0	6	1	2	2	5	2	4	1	3	3	7	6	2	1	2
平均値(8点満点)	5.5			4.9			5.1			3.7			1.7			2.0		

注1) ○:条件を満たしている, △は2名の評価者で意見が分かれた, ×:条件を満たしていない。
 注2) ■:条件を満たしていない評価項目の特徴として, ×の数が最も多いものを示した。
 注3) 平均値は, ○:1点, △:0.5点, ×:0点として8点満点で計算した。

表3 条件を満たしていない評価項目の特徴

運営者カテゴリ	評価項目	特徴
①医療関連団体	3. プライバシー	プライバシー保護の記載がない。
	4. 情報源・更新日	更新日のないページで古い情報の掲載がある。
②医療施設	2. サポート情報	医師と患者との関係をサポートする範囲までの情報であることの記載がない。
③マスメディア等	5. 偏りがない	コラムのような記事で, 医師が個人の意見を示している記載がある。
④営利団体	4. 情報源・更新日	情報源の明記がない。
⑤個人	5. 偏りがない	個人の意見の主張が見られ, 標準治療とは異なる内容がある。
	7. スポンサー	運営者の資金源の記載がない。

また, ②医療施設では, 「2. サポート情報」について, 医師と患者との関係をサポートする範囲までの情報であることの記載がない, ③マスメディア等では, 「5. 偏りがない」について, コラムのような記事で

医師が個人の意見を示している記載がある, ④営利団体では, 「4. 情報源・更新日」について, 情報源の明記がなく, 科学的根拠は示されていないという特徴がみられた。この中には, 標準治療ではない免疫療法や

代替療法が含まれていた。さらに⑤個人では、「5. 偏りがない」について、個人の意見の主張がみられ、標準治療とは異なる内容があった。また、「7. スポンサー」について、個人のサイトであることに起因して、運営者の資金源の記載がないという特徴がみられた。

5 考察

本研究では、先行研究[12]と同様に、国内では、個人の発信するサイトが多く、これらの情報は医療情報としての質が低いことが確認された。一方で、検索結果の上位にあげられるサイトとして、「個人」が運営するサイトが最も多かったことから、患者や家族をはじめとする人々が不適切な情報にさらされていること、さらに実際に治療や療養を受けようとする患者や家族が行う、重要な治療選択に影響を与えかねない現状であることが示唆された。特に医療施設が提供する“標準治療ではない高額な免疫療法へ誘導する”内容のサイトが検索結果の上位に表示されることにより、藁にもすがる思いで実際に治療を求める患者や家族の金銭的な負担や、効果がみられないことによる心理的な落胆、さらには治療の場を失うことなどの身体的な被害や影響を及ぼしかねない状況があることが示された。

以上の結果から、今後のインターネット上の医療情報に関する対策について、三つの観点からのアプローチが必要であると考えられた。

まず一つ目として、閲覧者に対する“医療情報の見方”の周知が必要であると考えられる。運営者カテゴリ別の検討結果において、それぞれ満たされていない項目に特

徴がみられた。これらの特徴は情報提供の目的の相違によるものと推測されるが、閲覧者は提供者の目的や状況を加味して情報を享受しているとは考えがたい。例えば、営利目的のクリニックなどの医療施設が提供している情報やマスメディア等が提供している情報の、医師による執筆記事を、閲覧者は“専門家が言うのだから正しい”と受け取る可能性がある。したがって、インターネットでの医療情報の見方を周知するなど、閲覧者のヘルスリテラシーの向上に向けた対策が必要であると考えられる。

二つ目として、運営者に対する“医療情報として満たすべき条件”を周知していくことが重要であると考えられる。医療関連団体と医療施設で、HONcode で示された条件は満たしていないが、問題があるわけではなく、条件についての明示がされていないだけとみられるサイトが散見された。その原因の一つとして、医療情報として満たすべき条件について運営者が意識せず、情報の提供を行っていると考えられる。医療情報の提供者としての責任を果たすためにも、医療情報を提供する際に満たすべき条件を知り、自己のサイトの情報を見直すことが必要である。そうしたきっかけとするためにも、HONcode で示されたような条件を、サイト運営者に周知していくことは重要であると考えられた。

さらに三つ目として、新しい情報が増え、さらに複雑化する医療情報について、インターネット情報だけで正しい情報を判断することの難しさ、また伝えていくことの難しさや限界があることを認識した上で、患者に適切な情報が届けられる体制づくりが必要であると考えられる。適切でない情報

に傾倒してしまうことを防ぐためにも、患者や家族が信頼できる医師や看護師等の医療提供者に、インターネット上の情報の判断を助けてもらいやすい、仕組みのさらなる推進が必要であると考えられる。がんの領域では、がん診療連携拠点病院等のがん相談支援センターが整備されつつあるが[15]、このような場の周知を促すとともに、相談員等に気軽に相談できる体制づくりなど対面での情報提供を充実していくことも必要と考えられる。

6 本研究の限界

本研究は「がん」と「副作用」のキーワードのみを用いた実態調査であることから、本研究により得られた結果をがんの情報すべてにあてはめることはできない。より広い現状把握のためにも、さらに多くのキーワードやキーワードを掛け合わせた用語での検索による検討が必要である。

また、HONcodeによる医療情報の質の評価には課題が残された。まず、HONcodeでは判断するための明確な要領が示されていないことから、2名の評価で分かれるものがあつた。最も顕著にみられた項目は「8. 広告の明記・分離」で、評価者信頼性 κ 係数は0.44であり中程度の一致を示した。それぞれのサイトの構成や表現の仕方はさまざまであり、個人によりどこまでが許容範囲なのか、評価が分かれたと考えられる。

このことから、評価をする前にどこを判断の基準とするか整理するために、サイトの構成や情報提供の傾向などを調査し、問題点を洗い出すことが必要であると考えられる。インターネット環境は時々刻々と変化することから、現時点では状況が変更とな

っている可能性があり、経時的に状況を把握していくことやそのための仕組みも必要と考えられる。

さらに、今回の調査でも問題としてあげたが、HONcodeの「5. 偏りが無い」について実施した内容の検討からは、高額な免疫療法への誘導や標準治療を否定するものがみられたことから、内容の面からの信頼性の担保や判断は特に重要である。HONcodeの8つの条件は、サイト上に明記すべき内容について宣言させる形式的な条件が大半を占めることから、実際の情報内容の質については検証できていない。情報の記載内容について、複数の専門家による評価も必要である。

7 結語

インターネット検索によって得られる「がんに関する情報」について、「がん」と「副作用」のキーワードで検討したところ、上位に検索されるサイトの情報の質は低く、患者や家族が不適切な情報にさらされている現状が示唆された。閲覧者側には医療情報の見方について、運営者側には医療情報として満たすべき条件についての周知を呼びかけるとともに、患者に適切な情報が届けられる体制づくりが必要であると考えられた。

引用文献

[1] 総務省. 通信利用動向調査 報告書及び統計表 一覧(世帯編).

<http://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/statistics/statistics05b1.html> (閲覧:2016年12月20日)

[2] 内閣府. 世論調査報告書 平成19年9月調査 がん対策に関する世論調査.

- <http://survey.gov-online.go.jp/h19/h19-gantaisaku/index.html> (閲覧: 2016年12月20日)
- [3] 高山智子, 八巻知香子. 必要とする人により効果的に健康関連情報を届けるために一人々の情報探索行動の特徴からの検討一. 保健医療社会学論集 2016; 27(1): 39-50.
- [4] Crocco A. G., Villasis-Keever M., Jadad A. R. Analysis of cases of harm associated with use of health information on the internet. JAMA. 2002 Jun 5; 287(21): 2869-2871.
- [5] Health on the Net Foundation.
<http://www.hon.ch/home1.html> (閲覧: 2016年12月20日)
- [6] Winker M. A., Flanagan A., Chi-Lum B., et al. Guidelines for medical and health information sites on the internet: principles governing AMA web sites. American Medical Association. JAMA. 2000 Mar 22-29; 283(12): 1600-1606.
- [7] 特定非営利活動法人日本インターネット医療協議会.
<http://www.jima.or.jp/>(閲覧:2016年12月20日)
- [8] Lawrentschuk N., Abouassaly R., Hackett N., et al. Health Information Quality on the Internet in Urological Oncology: A Multilingual Longitudinal Evaluation. Urology 2009; 74: 1058-1063.
- [9] Grewal P., Alagaratnam S. The quality and readability of colorectal cancer information on the internet. International Journal of Surgery 2013; 11: 410-413.
- [10] Liebl P., Seilacher E., Koester M. J., et al. What Cancer Patients Find in the Internet: The Visibility of Evidence-Based Patient Information - Analysis of Information on German Websites. Oncology Research and Treatment 2015; 38: 212-218.
- [11] Nghiem A. Z., Mahmoud Y., Som R. Evaluating the quality of internet information for breast cancer. The Breast 2016; 25: 34-37.
- [12] Goto Y., Sekine I., Sekiguchi H., et al. Differences in the Quality of Information on the Internet about Lung Cancer between the United States and Japan. Journal of Thoracic Oncology 2009; 4: 829-833.
- [13] 「がんの社会学」に関する研究グループ. 2013 がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査報告書 がん向き合った4,054人の声.
<http://cancerqa.scchr.jp/sassi28.html> (閲覧: 2016年12月20日)
- [14] 国立がん研究センター. がん情報サービス.
<http://ganjoho.jp> (閲覧: 2016年12月20日)
- [15] 厚生労働省. がん診療連携拠点病院等「がん診療連携拠点病院等の整備について」(厚生労働省健康局長通知)(平成26年1月10日).
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/gan/gan_byoin.html (閲覧: 2016年12月20日)

研究ノート

離島高齢者にとっての待合室での対話の意義と 診療待ち時間の長さに対する想いの探索-質的研究

太田 龍一¹⁾²⁾ 笠 芳紀¹⁾

1) 雲南市立病院 2) 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター附属南大東診療所

抄録

【背景】

待ち時間対策が診療所業務を円滑化し、待ち時間を減らすことによって診療所職員の満足度が上昇する可能性があるが、対話の時間減少によって「憩いの場」として離島診療所待合室の存在が失われる可能性もある。

【目的】

沖縄県離島における高齢者にとっての待合室での対話の意義と診療待ち時間の長さに対する想いの探索を探索することを本研究の目的とした。

【方法】

南大東村介護予防事業に参加している75歳以上の高齢女性を対象に30分程度のフォーカスグループインタビューを2回施行した。SCAT(Steps for Coding and Theorization)法を用いて分析した。

【結果】

12の概念と4つのカテゴリーが抽出された。「対話による癒やし」として対話による健康増進や島への親近感の向上について挙げられた。「高齢者の苦境」として独居や疎遠な人間関係の辛さが挙げられた。「待ち時間の意義」として存在確認や個人に合った楽しみ方について挙げられた。また「待ち時間への感じ方」としてスムーズな診療体制や待ち時間の環境依存性などが挙げられた。

【結論】

高齢者は診療所待合室を対話と再会の場と考えているが、あくまで診療を待っている場であるという意識を強く持っており、待ち時間の長さは対話の質に大きな影響を与えないと考えている。

キーワード：対話、高齢者、診療所、待合室、待ち時間

1 はじめに

病院・診療所での患者待ち時間の長さが通院患者の満足度に関係しており、診察待ち時間が長くなるほど、患者満足度は低下

するとされている [1,2]。電子カルテシステムや病院全体のシステム構築による患者待ち時間対策が行われており、それが患者満足度につながっている [3,4]。一方で待

ち時間が短縮されても、患者ニーズがさらに高まり、患者満足度が一時的に上昇するのみで終わる可能性も示唆されている [5]。現在、高齢化と共に多様な慢性疾患を抱える高齢者が増え、診察時間が長くなる傾向にある [6]。高齢者の医療費の削減や無料化に伴って高齢者が病院や診療所の待合室に殺到し、「待合室のサロン化」と言われるくらい高齢者で混雑することが指摘され批判を集めている [6]。しかし高齢者が集まって対話を行うサロンが彼らの健康に有用であることも示されており、サロン参加により高齢者の健康の質の向上に繋がるとする指摘もあり [7]、病院や診療所の待合室がその役割をする可能性もある。

沖縄県離島診療所でも同様の問題が起っており診療所待合室が混雑することが多い。沖縄県南大東島にある南大東診療所でも1日に30名ほどの外来患者が受診し、医師一人看護師一人で診察を行っていたため、待ち時間が長くなっていた。それに対して待ち時間対策として南大東診療所では事務員の増員、予約制の導入を行い、平成25年度から平成27年度にかけて、待ち時間が49分から38分へと短縮し最長待ち時間も120分から90分へ短縮された。診療所業務の円滑化に伴い診療所職員の満足度は上昇していた。一方で沖縄県の離島医療の中では、沖縄県離島診療所の待合室が「憩いの場」として高齢者サロンの役割をしていると言われていた。今回、予約制にすることによる来院日の固定化や高齢者間の対話の減少によって診療所待合室がサロンとしての役割を失っている可能性もある。しかし現在のところ本邦で離島高齢者にとっての診療所待ち時間が生み出す対話の意

義について明らかにした研究はない。そこで本研究は離島高齢者にとっての対話の意義と待ち時間短縮による診療待ち時間に対する想いの変化を探索することを目的とした。

2 方法

・対象者

平成27年4月から沖縄県南大東村で開始された介護予防事業に参加していた同村在住の75歳以上の高齢者20名全員を対象として対象者の選出には合目的なサンプリングを行った。対象者は全員要介護認定を受けていないが、一部は要支援を受けており、基本的に自立した生活ができていた。沖縄県南大東村での介護予防事業の内容は75歳以上の高齢者に対して14時から16時まで島内にある村立集会所でリハビリ体操や手芸などを行う場を提供するものであった。

参加者は南大東村所属の保険師が情報提供し、それに対して自主的に参加していた。平成27年4月当初は隔週の木曜日のみだったが、徐々に頻度を増やし平成28年3月の時点では毎週月曜日と木曜日に行っていた。毎回の参加者の人数は10人で、全員女性であった。平均年齢は78.5歳(SD=4.6歳)であった。当事業は日中に行われており、男性のほとんどは農作業に従事していたため、女性のみ参加となっていた。対象者の95%(19/20人)が診療所に定期通院しており、対象者全員が1年に1回以上は何らかの症状をもって診療所を受診していた。

・実施場所

沖縄県南大東島で本研究を実施した。同

島の面積は30.57km²、人口は1423人(2016年3月)で沖縄本島の東に位置し、那覇空港から南大東空港まで411kmの距離がある。島から沖縄本島への移動手段は飛行機と舟があり飛行機は1日2往復、片道70分、舟は一週間に1往復、片道13時間を要する。

・インタビュー方法

平成28年3月第1週、介護予防事業が行われていた月曜日と木曜日にそれぞれ一回ずつ、対象者に対してフォーカスグループインタビューを行った。インタビュー回数に関して、理論的飽和を考え、グループメンバーを変えて数回行う必要があったが、曜日によって参加者が固定されていたこと、参加者が高齢であり彼らへの負担を考え、介護予防事業事業担当者と相談し、上記の2回のみインタビューを行った。インタビューガイドとして、「高齢者の方が一つの場所に集まって話をするのに対してどう思うか?」、「診療所の待ち時間についてどう思っているか?」、「診療所の待ち時間が短くなることについてどう思っているか?」、「診療所の待ち時間が短い場になるという意見についてどう思うか?」の4つの項目を作りインタビューを進めた。インタビューは筆頭著者(R.O.)が行った。インタビュー施行者は当時沖縄県南大東診療所の診療所医師として勤務していた。対象者の一部の主治医でもあった。当研究開始前に研究の概要について説明を行い、同意を得た。

・解析方法

インタビュー内容をICレコーダーで録音し、インタビュー終了後に逐語録を作成

した。逐語録をSteps for Coding and Theorization(SCAT)法を用いて、社会構成主義の立場から質的に分析を行った[8]。SCAT法はデータに記載されている内容をより一般的な表現へと変換する具体的な4ステップのコーディングと、積み重ねたコーディングから一般的な理論を導き出そうとする手続きとから構成されている。以上のステップを通して、複数の概念を抽出し、概念をつなぐ形で各個人の語りの概要を簡潔に文章化した。その後、全体で概念を統合するために、概念とデータを継続的に比較しながら同様の概念を統合し概念名を洗練した。複数の類似概念からカテゴリーを生成し概念を分類した。分析過程においてまず筆頭著者(R.O.)がSCATの4つのプロセスをおこなった。その後、共著者(Y.R.)が4つのステップを一つ一つレビューし妥当性を確認した。そこから2名の研究者が協同して概念の抽出と統合と概念名の修正、及びカテゴリーの生成をおこなった。その後、信憑性を高めるため、インタビュー対象者に対して書面と口頭発表の形で介護予防事業の中で研究結果を提示した。その中で彼らからフィードバックをもらい、再び概念やカテゴリーについて再検討した。

・倫理的配慮

インタビュー対象者に対して、ヘルシンキ宣言に則り、いつでも協力を拒否する権利があること、不快なことがあれば、インタビューを中断できることを伝えた上で、参加を要請し、書面で同意を得た。本研究は沖縄県立南部医療センター・こども医療センターの医療倫理委員会の承認を得ている。(承認番号2015-10)

3 結果

フォーカスグループの参加人数は月曜日、木曜日それぞれ10名で合計20名であった。グループ間に参加者のオーバーラップはなかった。介護予防事業への参加回数は2～22回だった。2回のフォーカスグループインタビュー時間はそれぞれ35分、33分間であった。SCATの分析の結果、4つのカテゴリーと12の概念が抽出された。分析過程に関して表1にまとめた。以下、抽出された各カテゴリーと概念について記述した。カテゴリーは〈〉、概念は【】で囲んで示し、対象者の具体的な発言は「」で示した。

・〈対話による癒やし〉

【孤独からの解放】

南大東島の高齢女性は日中家で過ごすことが多かった。家が点在しているため、なかなか友人に会うこともできなかった。そのような環境の中で今回の予防事業が出来たことによって、家で1人で過ごす時間が減り、限られた時間だが、多くの高齢女性と時間を共有することでそれぞれの孤独の癒に繋がっていた。

「家にいるとね。こんな感じで集まる所に来て、話したりするとスッキリしたり、元気になるね。一人じゃないと思えます。」

「1人の時間も好きだけど、そればかりだとだんだんね。。。みんなと時々会って話せると気持ちが広がります。」

自分の意志で介護予防事業に参加してい

るため、前向きに他の仲間と会うことが出来き、合う機会に対して生きがいと感じていた。

【身体の癒やし】

集団で集まって体操などで体を動かすことによって、身体的なストレスの緩和を実感していた。お互いに集まって話をしながら運動をすることがリラックス出来る環境下でのリハビリテーションの様な働きを起こしていた。参加者の発言として、

「(家でばかりの生活をしていることについて聞かれて) 普段はボヤーンとして身体が痛いけど、ここに来ると、身体が軽くなる感じがする。みんなで踊りをしたりすると、なんとなく体が動きますね。」

対話を行うことによる精神的ストレスの解消が身体的なストレスの軽減にもつながり、高齢者女性の生活を身体的な面からも支えていた。

「やっぱり人と一緒に運動するのは楽しいね。昔を思い出しながら出来るし、やっている最中は足腰は痛いけど、終わったらスキップしてます。」

【元気を与える対話の場】

介護予防事業によって対話の場が定期的にもたらされたことによって、高齢女性によって毎週の楽しみの時間が増えていた。対話をすることによってお互いに近況を知り、感情を表現する場を得ることができて

いた。参加者の発言として、

「こういう場ができてよかった。みんなニコニコしてるし、喜んでます。毎週のこの時間を楽しみにするようになってます。」

1人での抑うつだった時間を他者と共有することによる感情面でのストレスの緩和によって生活へのモチベーションを高めていた。

「1人でいると喋る人がいないけど、ここだと友達もいるし、落ちこんだこととか話せるし。困ったこととかも少し話したりして、簡単に解決したりします。」

【我が島への親和感の向上】

南大東島は高齢者にとって住みにくい場所であった。サトウキビ産業を中心として労働者の島であり、住民は高齢化する中で島での生活しにくさを感じ、介護が必要になると島外に出ていた。介護予防事業のなかで、高齢女性たちは島での今後の生活が変化する可能性を実感し、今後、島での生活の長く続けられることに対する希望を強めていた。

「(将来の島での生活について)本当はここに住めないかなと思っていただけ、これが出来て、一生ここにすまないとな、と思ってますよ。年をとっても楽しく生活できたらそれがいいね。」

「島もどんどん年寄りが増えてるし、どんどんこういう場を増やせば、楽しく島で生

きる年寄りも増えると思う。やっぱりここがいいからね。」

一生は過ごせないと思っていた生まれ育った場所が終の棲家に来るかも知れないという気持ちが島への思いを強めていた。

・〈高齢者の苦境〉

【孤独のもたらす辛さ】

多くの離島の高齢女性が日中は家で1人の生活を余儀なく慣れてきた。その中で孤独感を感じることも多くなっていた。参加者の発言として、

「畑がある人はいいですよ。私なんかずっと家でしょ？朝の仕事が終わったらもう、何も無いですよ。」

家で一人での時間が長くなることによって生活の空虚感を感じ、それが生活の辛さへとつながっていた。

「ずっと一人は辛いですよ。お父さんは畑に行くけど、私はひとり。何かしようにも車も運転できないし、生きがいがなかったかな」

【疎遠な人間関係】

同じ地域に住む高齢者でも普段はほとんど合う機会が無かった。各自が家から出る機会が少なくなりお互いの関係性を疎遠にしていた。近所の人に対して会いたいという気持ちはあるが、長期間会っていないことや、相手の用事を考えてその機会を逃していた。

「近所づきあいはほとんど無いですね。病院でしか会わない人もたくさんいますよ、同じ地区でも。」

人間関係が疎遠になるにしたがって、会おうと言う気持ちが徐々に遠のいていっていた。

「長く会ってないと、わざわざ会いに行くとは思わないね。どうしてるかねとは思いますが、行こうとしたことはないわ。」

【高齢者にとっての距離感】

南大東島は人口1500人程度の離島だったが、家が点在しており、各家の間にある程度の距離があった。自動車を使えば数分で行ける距離でも自動車に乗れない高齢者や足腰に病気を抱える者にとっては大きな障害となっていた。

「会っていない人はたくさんいます。車に乗れる人は良いが、なかなか遠いところに住んでいる人には会いには行けませんね。」

物理的距離感よりも、高齢者自身が感じる感覚的距離感が高齢者の地域での孤独感を強める要因となっていた。

「年取ると家から動きにくいですね。からだも痛い時があるし、若い頃みたいにスイスイとは行きせんよ。つらいですけどね」

・「待ち時間の意義」

【存在確認】

診療所待合室には島中から多様な人達が訪れていた。その為普段会うことが少ない高齢者同士も診療所通院という機会を通して、お互いが島にいること、お互いが生き生きとやっていることを確認していた。

「診療所では会って見たかった人にも会えるし、やっぱり島にいたんだって言える人もいるし、本当にいない人もいるけど。」

「久しぶりに話すといろいろ話が盛り上がりますね。なんていったってその知り合いの話が面白い。島で起こってることをいろいろ知れていいですよ」

診療所通院という行事を通して、高齢者たちは定期的な会う機会を得た。それによってお互いの現状を確認し、島の事情にも詳しくなることで一種の安心感を得ていた。

【個人にあった過ごし方】

待ち時間の過ごし方は個々の高齢者で大きく違っていた。診療所通院の日は仕事を休んで来る方や仕事や家事の合間を縫ってくる方など様々だった。その為、仕事をしている高齢者からはできるだけ早く診察を終えて帰りたいというニーズがあった。

「ちょっと仕事している人はあれははずよ。私はしている方だから、待ち時間は短いほうがいい。来て少し話して診てもらいたいさ。」

一方で、診療所通院以外に行事がない高齢者にとっては待ち時間をゆったりと過ご

すこともひとつの楽しみとなっていた。

「その日はやることが無いからね。診療所で待たされてもあまり嫌ではないね。時間があれば、物考えしたり、そこにいる人と話しますよ。」

・〈待ち時間への感じ方〉

【スムーズな診療体制】

診療の待ち時間が減っていることに関して、予約制による適正化を実感していた。予約することによって予定した時間に診察してもらえ、診療所が混雑しないことによる急時の臨機応変な対応が可能になっていることに対して好意的に考えていた。

「先生が待ち時間を調整してくれるのがありがたい。何かのときには早めて診てくれるし、予約どおりに来れば薬もとんとんと出てくるので助かります。」

予約することによって待ち時間が短くなることを認識して、予約していることに対する優越感もスムーズな診療体制へつながっていた。

「予約通り来ると安心感がありますね。なんというかちゃんと診てもらえるというか。「私予約してます」って言います。飛び込みよりも決まった時間に来たほうがすぐ終わるし」

【有効活用方法としての対話】

高齢者は待合室での対話を一つの有効活

用法と考えていた。待ち時間があれば、一緒にいる人と話をするが、待ち時間が終わっても話そうとは思っていなかった。

「待つまでは喋りたくないな。知っている人がいればちょっと話が話しますけどね。自然と話しますから。終わって帰るまでぐらいいですよ。診察が終わって、お薬の準備が出来るまでの時間を使っていますよ。」

診療所は診療を受ける場であり、対話は偶発的な楽しみであること、あくまで待ち時間を使うための一つの方法であることを認識していた。

「診療所の待合室はもともと静かにするところですからね。待つ時間に多少の会話はいいけど、診療が終わったのに話していたりはしたくない。あくまで病気の人が来て話すところですから」

【場所依存的な時間感覚】

南大東診療所以外での診療を受ける際に感じる待ち時間の違いを実感していた。待合室にいる人が知らない人ばかりだと待ち時間を長く感じたり、退屈であると感じていた。

「那覇の病院は大変。待ち時間が退屈だから。知っている人もいないし、こっちは一時間待っても知っている人ばかりだからみんな。話して遊ぶから。」

また南大東診療所以外での診察では職員も初めて会う人が多いため、待ち時間に緊

張感を感じるようになっていた。

「診療所は先生も受付の人も顔見知りだし、毎回喋ってるからいいけど。知らない場所だと、見てもらうまでドキドキするわ。きついこといわれたりしたらどうしようみたいな。」

4 考察

本研究から離島高齢者は対話の場をえることによって身体的、精神的に健康になっている可能性がある。離島診療所の待合室は対話と再開の場になっているが、待合室はあくまで診療を待っている場であるという意識を強く持っており、待ち時間が短くなったことによる対話時間の短縮は離島高齢者の対話の質に大きな影響を与えないと考えられた。

離島高齢者にとって対話できる場所は彼らの精神的並びに身体的な健康にとって大切であると考えられる。本研究で「高齢者の苦境」として離島における彼らの孤独感や疎遠な人間関係が語られていた。沖縄県以外の僻地でも高齢者の孤独は大きな問題となっており、高齢者が自分の住み慣れた場所で長く生活していくためには、情報交換だけでなく人間的繋がりを意識できる安心感が大切であるとされている [9]。そのために地域全体が協力して高齢者同士の繋がりを保つために、対話を含めた有効な人間関係を作る仕組みが大切であることも示唆されている [10,11]。今回沖縄県南大東島で平成27年4月から始まった介護予防事業によってもたらされた高齢者の対話の機会は高齢者の情報交換のためだけでなく、彼らの孤独感を解消するためにも非常に重

要である。さらに地域住民が自分自身の住んでいる地域への親近感を高めることによってもたらされる「地域愛着」[12]が、今回、対話の機会をえることができた高齢者の感情として【我が島への親和感の向上】と表現されている可能性がある。今後、沖縄県南大東島でも対話の機会が増えることで地域愛着によってもたらされる連帯感や地域活動のさらなる活性化 [12]につながる可能性があると考ええる。

離島高齢者は離島診療所の待合室を、診療を受けるまで待っている場所という意義を忘れずに、その時間の「有効活用方法としての対話」の存在を意識していた。また診療所待ち時間が短くなることによる対話時間の短縮が彼らの待合室での対話の質に大きな影響を与えるとは感じていなかった。今回、診療所の待合室がサロン化することによって、高齢者にとっての「憩いの場」となって可能性がある。一方で高齢者は診療所の待ち時間対策に対して【スムーズな診療体制】の構築につながっていると感じており、時間の短縮に対して陰性感情は抱いていなかった。これには診療所という場所の特性が大きく影響している可能性がある。へき地住民間にある強い絆が効果的な互助につながっている可能性はあるが [13]、繋がりが強すぎるため、個人情報取り扱いが難しい場合があり、プライバシーを守ることが難しいとされている [14]。島民も一人の患者として診療所を受診しており、自分自身の疾患に関する情報を知られたくないと感じていた可能性がある。また診療所待合室はあくまで診療を待つための場所であり、普段のサロンとは環境が大きく異なると考えていた可能性もある。そのため、

診療所待合室では表面上の会話しか起こらず、サロン化することが少なかったと考える。表面上の会話では十分な対話の意義が得られないため、今回の待ち時間対策によって待ち時間が短縮したことによる対話時間の短縮に対しても否定的な考えが出なかった可能性がある。

また本研究より「存在確認」としての診療所待合室の機能が語られていた。僻地に住む高齢者がお互いに顔を合わす機会が少なく、彼らの孤立が問題になっている[15]。今回、診療所での意図しない島民との再開が各自の存在確認につながっていた可能性がある。離島だけでなく、僻地での島民同士の一つの接点としての診療所の役割があることが考えられる。

本研究の限界として、対象者が全て女性であり、意見の偏りが出た可能性がある。意見の偏りをなくすために、フォーカスグループインタビューによる研究を試みた。しかし離島でのグループインタビューでは参加者同士が親しく、お互いの個人情報に配慮し、自分の個人情報を出したくないという思いから十分な発言を引き出すことができなかつた可能性がある。フォーカスグループインタビューが2回しか実践できなかったため、当研究の一般化可能性には限界があると考えられる。待ち時間の短縮に関して10分程度であったため、高齢者がその短縮を実感できていなかった可能性やインタビューワーが診療所医師であり対象者とインタビューワーが患者医師関係にあったことが影響して本研究では待ち時間対策に関して否定的な意見が出なかった可能性があると考えられる。

5 結語

本研究より高齢者の対話の場は彼らの孤独を癒していた。離島診療所の待合室は対話と再会の場と考えていたが、診療を待っている場であるという意識を強く持っており、待ち時間の長さは重要とは考えていなかった。

COI

本研究に、開示すべきCOIはありません。

謝辞

当研究の実施に当たって、当研究に参加して下さった南大東村介護予防事業参加者の方々、並びに本事業を開催されている南大東村役場職員の皆様のご協力に感謝申し上げます。

表の説明

図1：本研究を行った沖縄県南大東島の位置を示している。



表 1

グループ	ストーリーライン	理論記述
月曜日	<p>高齢者にとっての距離感が島での疎遠な人間関係を生んでいると考えており、高齢者同士の対話の場があることによって、孤独からの解放や対話のもたらす身体の癒しを実感し元気を与える対話の場の存在を実感している。さらに新たな対話の場がもたらされることが独居のもたらす辛さを解消し、我が島への親和感の向上につながっている。その中で体験を通して高齢者それぞれの生活スタイルにあった仕事と楽しみの調整や高齢者にあった楽しみ方やその中で集中することの大切さが重要であると感じている。</p> <p>診療所の予約制を導入したことによるスムーズな診療体制を支持し、安否確認の場としての待合室、存在確認としての待合室の重要性を感じている。待ち時間の長さに関して、女性特有の旧友関係の喜びのためには必要と考えている一方で、与えられた待ち時間の有効活用としての対話を大切にしている。離島以外での病院待ち時間でのつまらなさを感じることによる場所依存的な時間感覚、男女間に存在する男女による待ち時間感覚の違いを認識している。</p>	<p>対話の場は、高齢者の孤独を和らげ、精神的、肉体的健康をもたらす。</p> <p>対話の場が孤独感の解消とともに島への親近感を増やす。</p> <p>対話への参加方法も高齢者の生活スタイルによってさまざまである。</p> <p>安否確認や存在確認としての診療所待合室の存在意義がある。</p> <p>高齢者特有の地理的距離感がある</p> <p>女性特有の待ち時間に行われる交友関係からの喜びが存在する。</p> <p>与えられた待ち時間を有効利用している。</p> <p>待ち時間に場所依存性がある。</p>
木曜日	<p>離島の高齢者の現状として、単調な毎日の苦痛や高齢者の孤独感を感じており、高齢者が集まる場所ができたことによって、同世代の人と集まること自体への楽しさ、お互いの近況を話し合うことによる対話への楽しさ、そして今までなかった新たな楽しみを非日常の楽しみとして考えている。</p> <p>予約制の導入によって、待ち時間の短縮による円滑な診療体制の構築がもたらされ、定期受診の効率化や受診漏れ防止につながっていると感じている。また予約制の中で、人数調整を行うことによる医師による効率的な調節を可能にし、急時の調節などにも対応できると感じ、さらに医師の人間関係の構築が予約制の導入に効果的な影響を起していると考えている。</p> <p>顔の知れた関係がもたらす対話時間の重要性と忙しさに合わせた待ち時間使用方法に関するバランスの大切さを感じている。</p> <p>待ち時間の内容に関する待ち時間の場所依存性の存在を認識している。</p> <p>診療所での予約制システムの継続性を意識しながら、医療資源としての診療所を意識し、場所にあった医療システムを認識し待ち時間の有効活用を行っている。</p>	<p>対話が高齢者の楽しみにつながっている。</p> <p>離島高齢者が孤独や単調な毎日に苦しんでいる。</p> <p>予約制の導入は、診療の効率化をもたらし、患者の受診を円滑にしている。</p> <p>一定の待ち時間は高齢者に憩いの場を提供しているが、個々の状況によって、その感じ方は違う。</p> <p>待ち時間は環境によって感じ方が違う。</p> <p>予約制の継続性と限りある医療資源としての診療所を意識している。</p> <p>場所依存性の医療システムの中で待ち時間を有効活用している。</p>

<p>統合後</p>	<p>離島高齢者は独居や人間関係が疎遠であることによる孤独感がもたらす辛さの中で生活をしてきた。村の事業によって対話の機会を得ることによって孤独からの解放が起こり、身体的かつ精神的な癒しを得ていた。また対話の中で自分の住んでいる場所に対する親近感を高めていた。</p> <p>診療所の待ち時間が減ったことに対しては有意義と感じていた。待ち時間を友人の存在確認の場として考え、久しぶりに会う旧友との再開を楽しんでいた。待ち時間は人それぞれ使い方があり、個々にあった使い方を意識していた。</p> <p>待ち時間の長さは関係なく与えられた待ち時間だけ対話に使うという意識を持ち、病院は病気を診てもらうところと考えていた。また診療所と病院で流れる待ち時間は全く違うものであることを認識していた。</p>	<p>「高齢者の苦境」として、他の世代が感じることが少ない【高齢者独特の距離感】やそれによる【疎遠な人間関係】、そして【独居のもたらす辛さ】があげられた。</p> <p>「対話による癒やし」として、対話する機会を得ることによって【孤独からの解放】が起こり精神的な物家ではなく【身体の癒やし】も実感していた。また対話を重ねることが自分自身の住む場所に対する【我が島への親和感の向上】へつながっている。</p> <p>「待ち時間の意義」として、普段ほとんど会うことのない島民間の【存在確認】の場所として認識していると考ええる。待ち時間の使い方は、人それぞれで、【個人にあった楽しみ方】があると考えられる。</p> <p>「待ち時間への感じ方」として、予約制を導入することによって待ち時間が短縮したことを受けて【スムーズな診療体制】を実感している。また待ち時間を有意義にするために【有活用方法としての対話】を行っていると考えられる。病院と診療所で流れる時間の違いを認識し【場所依存的な時間感覚】を感じている。</p>
------------	--	---

引用文献

- [1] Fabian Comacho, Roger Anderson, Anne Safrit, et al. The relationship between patient's perceived waiting time and office-based practice satisfaction. *NC Med J.* 2006; 67: 409-413.
- [2] Clifford Bleustein, David B. Rothschild, Andrew Valen, et al. Wait times, patient satisfaction scores, and the perception of care. *AJMC.* 2014; 20: 393-400.
- [3] Xiao-Ming Huang. Patient attitude towards waiting in an outpatient clinic and its applications. *Health Services Management Research.* 1994; 7: 2-8.
- [4] 米澤健三, 山口勇, 石澤文章, 他. 病院薬局における待ち時間対策の効果と評価. *病院薬学.* 1991; 17: 476-481.
- [5] 今井隆之. 待ち時間短縮プロジェクト-患者さまの「直接的待ち時間」と「感覚的待ち時間」の短縮. *医事業務.* 2006; 13: 13-19.
- [6] 坂本圭. 日本の医療財政の現状と課題. *川崎医療福祉学会誌.* 2005; 14: 249-259.
- [7] 北村隆子, 臼井キミカ, 筒井裕子, 他. 地域サロン参加による高齢者の自尊感情に影響を及ぼす要因. *人間看護学研究.* 2004; 3: 1-9.
- [8] 大谷 尚. SCAT: Steps for Coding and Theorization-明示的手続きで着手しやすい小規模データに適用可能な質的データ分析手法- 感性工学 2011; vol10 (3):155-160 .
- [9] 石橋文枝. 農山間地域の高齢者が「できる限り在宅生活を継続する」ために必要な要件：民生委員の活動を通し高齢者の生活の実情と課題を探る. *梅花女子大学看護保健学部紀要.* 2016; 6: 10-24.
- [10] 小松理佐子. 過疎地域における地域包括ケアシステム構築の可能性. *日本福祉大学社会福祉論集.* 2016; 134: 31-47.
- [11] 當山富士子, 戸田圓二郎, 田場真由美. へき地山村に居住する独居高齢者の“生活の術”-参与観察で把握した生活実態から-. *沖縄県看護大学紀要.* 2003; 4: 79-85.
- [12] 鈴木春奈, 藤井聡. 地域愛着が地域への協力的行動に及ぼす影響に関する研究. *土木計画学研究・論文集.* 2008; 25: 357-362.
- [13] 平山恵美子, 登内芳子. 看護学生が捉えた「へき地」に暮らす人々の生活・価値観. *飯田女子短期大学紀要.* 2005; 22: 113-122.
- [14] 川崎道子, 永吉ルリ子, 牧内忍, 他. 沖縄県における保健師駐在制のメリット・デメリットおよび継承すべき能力. *沖縄県立看護大学紀要.* 2012; 13: 39-4
- [15] 伊藤智子, 加藤真紀, 渡部真紀, 他. 地域を基盤とした老年看護基礎教育における学生の学び-中山間地域での高齢者の暮らしから-. *島根県立大学短期大学部出雲キャンパス研究紀要.* 2010; 4: 101-110.

研究ノート

福島第一原子力発電所事故後の福島県地元紙と全国紙の報道の比較 ～健康情報としての「内部被ばく」「セシウム」を含む記事の分析から～

中山千尋*, 佐藤 理**, 安村誠司*

*福島県立医科大学医学部公衆衛生学講座,

**福島学院大学福祉学部

抄録

2011年3月, 東電福島第一原発事故以降, 福島住民の多くは放射線健康不安を抱える事となり, 中でも「内部被ばく」への不安が高かった. 放射線に関する報道を, 住民は健康情報として受け取っていたことから, この報道の実態を明らかにするために, 11年3月～12年3月の福島県での朝刊販売部数一位の地元紙である福島民報と, 同全国紙である朝日新聞の記事を分析, 比較した. 両紙の「内部被ばく」を含む記事数は同じような増減をたどり, 11年6, 7月と11, 12月に急増が見られた. 6, 7月では, 両紙は内部被ばく測定や数値に関して多く報じた. 11, 12月では, 福島民報は概ね同じ傾向だったが, 朝日新聞では内部被ばくの危険を強調する専門家の記事が多く見られた. また, 「セシウム」を含む記事では, 福島民報は当初「基準値以上」等の記事が多かったが, 9月からは「基準値以下」等の記事が多くなった. 一方, 朝日新聞は毎月「基準値以上」等の記事が多かった. これらの事から, 11年6月以降福島民報は「内部被ばく」, 「セシウム」に関して「数値, データ」を中心に伝える報道を行い, 朝日新聞はいわゆる「予防原則」的な報道を行ったと考えられた.

キーワード: 福島 内部被ばく セシウム 不安 マスメディア

1 緒言

2011年3月, 東京電力福島第一原子力発電所事故(以下, 原発事故と略す)による放射性物質の放出, 拡散以降, 福島住民の多くは放射線被ばくによる健康影響に対する不安を抱えることとなり, 中でも「内部被ばく」への不安の割合が高かった[1]. 伊達市では, 住民の半数以上が内部被ばくの検査を要望しており, 行政に求められた放射線対策としては, これが一番多かった[2].

原発事故直後からの不安は, ストレスとして日常生活に少なからぬ影響を及ぼし, 測定結果から福島住民の内部被ばく量が低いことが判明した[3]後でも, 内部被ばくへの不安は減少しつつも保持されている[4]. また, 食品の調査要望も多く[2], 現在では大方の食品, 飲料水等に含まれるセシウムが基準値に達しないことが判明した[5]ものの, 「食べ物の線量と産地に気をつけること」と, 「飲み水の購入」を「している」という住民が多い[4]こと

からは、内部被ばくの主な原因核種であるセシウムへの不安が、減りつつも持続していると推測される。

原子力災害の特徴として、放射線による発がん等の健康影響が懸念されることから、マスメディアからの放射線関連報道の多くを、福島住民は健康情報として受け取り、振り回された感がある[6]。経口ルートでセシウムが体内に入り内部被ばくにつながることは健康問題であり、食物生産者にとっても消費者にとっても内部被ばくが、前述の通り最大懸念事項であった。従って、内部被ばくやセシウムなどの情報が、健康情報と受け止められた。住民は放射線関係の情報を、マスメディアの中ではテレビに次いで、新聞から多く得ていることから[4]、福島における新聞報道の内容について検討することが必要であると考えた。

先行研究で、原発事故関連の報道における地元紙と全国紙の内容の違いや、読者の受け取り方の違いが指摘されている[7,8]。Sugimoto A., et al.(2013)では、「未来への不安」を全国紙が減少させ、地元紙が増加させる傾向だった[9]。本研究では福島における地元紙と全国紙の、住民の不安の対象である内部被ばくとセシウムに関する記事に着目した。情報が錯綜し、被ばく不安に駆られた自主避難等が続いた震災後約一年間の、記事数の推移、および内容を分析、比較して、記事として発信された情報の実態を把握することを目的とした。

2 方法

2.1 分析対象

2011年3月11日～2012年3月31日までの福島県で、朝刊販売部数一位(26.9万部)

の地元紙であった福島民報(以下、民報と略す)と、朝刊販売部数一位(6.5万部)の全国紙であった朝日新聞(以下、朝日と略す)[10]を分析対象とした。

民報はCD縮刷版、朝日はオンラインデータベース「聞蔵」を使用した。朝日の検索対象は朝刊の「本紙」(全国版)と「福島版」で、福島以外の地方版の記事は入っていない。

2.2 分析方法

2.2.1 「内部被ばく(曝)」を含む記事

民報、朝日の記事を、キーワード「内部被ばく」によって検索した。なお、朝日は「被曝」を使っている事が多いので、「内部被ばく or 内部被曝」で検索した(以下、「内部被ばく」とする)。

(記事の例)

「南相馬で内部被ばく検査開始 移動式機器使用」(民報 11年7月12日)

「『低線量の内部被ばく、過小評価しないで』市民科学者国際会議」(朝日 11年6月24日)

キーワード「内部被ばく」を含む記事には、両紙共に記事数が急増する二つのピークがあった。一般に新聞記事の急増は、大事件等に伴うものだが、それぞれのピークの時期で、内部被ばくに直接関わる単一の大事件等は無かった。複数のトピックがピークを作ったと考えられ、ピーク時の両紙の記事について、内容面からも比較するために分類項目を設定した。共著者が別個に記事を読み、記述内容を表す主題を抽出して、協議の上、共通の主たる10の分類項目を設定した。

2.2.2 「セシウム」を含む記事

内部被ばくについては、事故後初期のヨウ

素を除けば、その後の内部被ばくの原因となる、食品に含まれるセシウムが一番の関心事である。このことから、キーワード「セシウム」による検索を行った。両紙共に記事数が急増するピークは一つあり、また、民報単独のピークが一つあった。これらのピークには、原因と考えられた大きな事件があった。「セシウム」を含む記事は、検査結果が基準値を超えた、あるいは未満であったといった記事が多数を占めるので、さらに記事を、「セシウム、基準値（規制値）未満（以下、下回る）」と、「セシウム、基準値（規制値）超（以上、上回る）」といった内容で抽出、分類した。検索条件として「かつ（以下では and と記述）」と、「または（以下では or と記述）」を用い、キーワードを「セシウム」and「値」and（「未満」or「以下」or「下回」）と「セシウム」and「値」and（「超」or「以上」or「上回」）として検索した。

（記事の例）

「福島のもも4点からセシウム 基準値大きく下回る」（民報 11年 7月 10日）
 「乾燥メグスリノキから規制値超セシウム」（朝日 11年 11月 29日）

3 結果

3.1 「内部被ばく」を含む記事

月毎の「内部被ばく」という語を含む記事数の推移を、図1に示した。

図1で、両紙の増減は同じような線を描き、11年6、7月と11、12月には高いピークを描いている（以下、それぞれ「第一ピーク」、「第二ピーク」とする）。民報の11年6月は65記事で調査期間中3番目に多く、7月は最多の76記事であった。朝日の11年6月は33

記事で3番目に多く、7月は35記事で2番目に多かった。民報の11年11月は69記事で2番目に多く、12月は61記事で4番目に多かった。朝日の11年11月は29記事で4番目に多く、12月は最多の42記事であった。

3.2 内容別分類

二つのピークの記事の内容別分類を表1に示した。

3.2.1 「第一ピーク」

(1)6月の両紙の内容

民報の最多は「①測定 実測・推計値」で、26記事であった。二番目は「②第一原発 作業員」で、17記事であった。

朝日の最多は「②第一原発 作業員」で、14記事であった。二番目は「①測定 実測・推計値」で、13記事であった。

この月に二本松市のホールボディカウンターによる測定、福島県による川俣、浪江、飯舘住民の「県民健康管理調査」等、住民の内部被ばく測定が開始された。

(2)7月の両紙の内容

民報の最多は「①測定 実測・推計値」で、25記事であった。二番目は「②第一原発 作業員」で、9記事であった。

この月、南相馬市も内部被ばく測定を開始し、また二本松市や「県民健康管理調査」の測定結果が出て、内部被ばくの値は低かった。

朝日の最多は「⑨食・飲料」で、13記事であった。この内8記事が、7月8、9日に南相馬市から東京食肉市場に搬入された肉牛から、規制値を超える放射性セシウムが検出された事件から全国に広がった、いわゆる「セシウム汚染牛」についてであった。なお、民報では「⑨食・飲料」は三番目の7記事で、この内「セシウム汚染牛」については5記事であった。朝日の二番目は「②第一原発 作

業員」と「①測定 実測・推計値」の6記事であった。

3.2.2 「第二ピーク」

(1)11月の両紙の内容

民報の最多は「④県 自治体」で、26記事であった。この中には福島県議会議員選挙と相馬市議会議員選挙に関連して、民報がおこなった候補者へのアンケートの回答が17記事あった。二番目は「①測定 実測・推計値」で、20記事であった。

朝日の最多は「⑦医療 科学 専門家」で、9記事であった。この中の5記事が内部被ばくの危険性を強調する専門家を取り上げ、その内3記事は連載企画「プロメテウスの罠」であった。二番目は「①測定 実測・推計値」で、6記事であった。

(2)12月の両紙の内容

民報の最多は「①測定 実測・推計値」で、17記事であった。二番目は「④県 自治体」で、10記事であった。この中には地方議会関連が7記事あった。

朝日の最多は「⑦医療 科学 専門家」で、14記事であった。この中の12記事が内部被ばくの危険性を強調する専門家についての記事で、その内の11記事が連載企画「プロメテウスの罠」であった。二番目は「①測定 実測・推計値」で、12記事中9記事が連載企画「プロメテウスの罠」であった。これらは実測値や推計値をニュースとして直接伝えるものではなく、測定のエピソード等を伝える内容であった。

3.3 「セシウム」を含む記事

「セシウム」を含む記事数の推移を図2に示した。調査期間中の合計は、民報が2253、朝日が1247で、11年7、8月が両紙共に増加したピークであった。7月の記事数は民報が

259、朝日が196で共に最多で、8月は民報が229、朝日が146で共に二番目に多かった。

この内、いわゆる「セシウム汚染牛」関連の記事が、7月の民報は90、朝日では112、8月の民報では43、朝日では41で最多であった。また民報の記事数は11月が201で四番目、12月が219で三番目に多く、7、8月に次ぐピークであった。一方朝日の記事数は11月が94で七番目、12月が99で五番目であり、4月、9月の記事数101、111を下回っていた。このため朝日はこの時期はピークではないと判断し、これは「民報ピーク」とした。11月17日の福島市大波地区で始まった、福島県内の米のセシウム基準値超えについての記事が、11月の民報では30、朝日では13、12月の民報では46、朝日では20で、それぞれ月間で一番多いトピックだった。

民報の「セシウム」and「値」and（「未満」or「以下」or「下回」）と、「セシウム」and「値」and（「超」or「以上」or「上回」）で抽出された記事数の推移を図3に示した。

調査期間中、民報の合計は1676で、その内「未満」or「以下」or「下回」の記事数は836、「超」or「以上」or「上回」の記事数は840であった。

民報は4月を除いて8月までは、「超」等が「未満」等を上回ったが、9月に逆転した。「民報ピーク」の12月に再逆転があったものの、その差は僅かで、12年2月に再び逆転して、「未満」等が「超」等を上回った。

朝日の「セシウム」and「値」and（「未満」or「以下」or「下回」）と、「セシウム」and「値」and（「超」or「以上」or「上回」）で抽出された記事数の推移を図4に示した。朝日の合計は799で、その内「未満」or「以下」or「下回」の記事数は292、「超」or「以上」

or「上回」の記事数は507であった。朝日は毎月、「超」等が「未満」等を上回った。

4 考察

4.1 実測値を踏まえた報道が可能になった「第一ピーク」

「第一ピーク」の11年6、7月に、事故後初めて実測値をベースにした内部被ばく報道が可能になった。両紙は両月で、この時期に始まった内部被ばく測定に関連した記事が多かった。また7月の朝日は「⑨食・飲料」が一番多かったが、民報も三番目に多く、内部被ばく測定開始と、「セシウム汚染牛」が、両紙が同時期に「第一ピーク」を形成した原因と考えられる。また、両紙の内容は近かった。

これより前には、福島住民の被ばくはチェルノブイリ事故に相当する等の、データを欠く言説が先行していた。朝日は11年6月7日に、「予防原則は一般に、科学的根拠が明確になっていないという理由で、環境悪化を防ぐ対策を引き延ばしてはならないという意味に理解されている。後で被害が出ないように慎重な姿勢で臨むというのが予防原則の考え方である」、「政府が本当に国民の安全・安心を守るというのであれば、風評被害の防止もさることながら、予防原則にのっとった対応をとるべきであろう」という識者の意見を載せており[11]、これは朝日の姿勢と一致したと考えられる。この、福島では将来大きな健康被害が出る可能性が高いとして警告する、「予防原則」的報道から、実測値、推計値が低かった事実を踏まえた、「数値、データ」中心の報道への転換が可能になったのが、「第一ピーク」であった。

4.2 「第二ピーク」で見える両紙の報道の

違い

民報の11年11月で最多の、「④県 自治体」の多くは選挙候補者のアンケート回答で、12月で二番目となった「④県 自治体」の10記事中の多くは、この時期に開かれた地方議会についての記事だった。一方、「①測定 実測・推計値」は11月には二番目、12月には最多だった。11年11月17日に、民報の早川正也報道局長（当時）は報道姿勢について、「県民が判断できるようなデータなり材料なりを全部出していかなければとは思っていません」と述べている[12]。従って民報は「第一ピーク」で可能になった「数値、データ」中心の報道を、この時期も続け、そこに地元紙の最重要ニュースの一つと考えられる、地方選挙、地方議会関連記事が上乘せされて、民報の「第二ピーク」が形成されたと考えられる。

一方、朝日の11、12月で最多の「⑦医療科学 専門家」は合計23記事中、15記事が内部被ばくの危険性を強調する専門家の解説を報じていた。また、両月で二番目に多い「①測定 実測・推計値」の18記事中、連載企画記事が9記事あり、「数値、データ」を直接のニュースとして伝えた民報とは異なっていた。例えば、朝日は11年12月17日には福島について、「ゴメリ医大元学長のバンダジェフスキーは言う『今後、放射能が土壌に浸透して野菜が吸収しやすくなる。内部被曝の心配はこれからです』」と報じている[13]。民報とは逆に、こういった「予防原則」傾向を強めたことが、朝日の「第二ピーク」形成の原因と考えられる。

4.3 「セシウム」を含む記事にも見える両紙の報道の違い

両紙は11年の7,8月に、「セシウム」を含む記事数で最多のピークを記録した。いわゆる「セシウム汚染牛」事件が、その理由と考えられる。「セシウム」and「値」and（「未満」or「以下」or「下回」）と、「セシウム」and「値」and（「超」or「以上」or「上回」）で抽出された記事数を見ると、両紙とも後者が多かった。しかし民報では、9月には「未満」or「以下」or「下回」の記事数が、「超」or「以上」or「上回」の記事数を上回った。この変化は、実測値の推移を詳細に報道した結果と推察される。実際の測定が進み、食品等に含まれるセシウムの値が当初の想像よりも低いことが、判明していった。また、時間経過により、セシウム自体が減少していった。

11,12月の「民報ピーク」は、福島市大波地区で始まった、米のセシウム基準値超えによるものだった。しかし民報の「未満」等の記事数と「超」等の記事数は、11月では前者が多く、12月では逆転したが差は僅かだった。12年2月には再び逆転が起こり、「未満」等の記事数が「超」等の記事数を上回った。生活協同組合コープふくしまの陰膳方式の調査[5]によれば、12年の4月には、福島の90%の家庭の食事に含まれるセシウムは、1kg当たり1ベクレル未満になったが、民報の記事数はこうした「数値、データ」を反映していると推測できる。

朝日の記事数は、「セシウム汚染牛」のような全国ニュースになる事件が減ったため、次第に減ったと考えられる。11,12月の「民報ピーク」の時、朝日はやはりこの事件を多く伝えたが、ピークを作るほどの記事数ではなかった。これは福島市大波地区で始まった米のセシウム基準値超えが、「セシウム汚染牛」とは異なり、全国に拡大しなかった、いわゆる

「ローカル・ニュース」であったためと考えられる。しかしその中でも、毎月「超」or「以上」or「上回」の記事数が、「未満」or「以下」or「下回」の記事数より多いことから、「第二ピーク」に見える、「予防原則」傾向を続け、「セシウムの値は基準値未満」等の測定結果が増えても、「基準値超え」の測定結果を重視して伝えていたと推察される。

4.4 大災害後のマスメディア報道の影響

福島の場合、現在食品のセシウム含有量と、住民の「内部被ばく」は非常に少ないことが判明している。それでも住民には放射線被ばくによる健康不安が残っているが、福島では有力な地元紙と全国紙が、時期によって相反する姿勢の報道を行っていたことで、それを健康情報として受け取った住民が振り回され、健康不安に結びついた可能性も考えられる。

Vastermanらは1992年にアムステルダムで、劣化ウランとサリンの原料を搭載したイスラエルの貨物機が墜落した事故で、大災害後のマスメディア報道が、人々の不安に影響したことを示した[14]。98年から99年の間に、この事故について「有害物質」と「国の隠ぺいの疑い」を主題にした、マスメディアの集中的報道（media hype）が3回あった。搭載貨物による危険性はほとんど無かったにもかかわらず、最終的には約6000人の住民、救急隊員等が、不安と健康被害を訴えたが、これらの訴えは、3回の集中的報道の度に起きていた。大災害後のマスメディア報道が健康不安に与える影響は大きい。

5 結語

本研究は原発事故後の福島での、地元紙と全国紙の「内部被ばく」および「セシウム」

に関連した記事内容を分析した，初めての報告である．

「内部被ばく」という語を含む記事について，民報、朝日両紙の11年6,7月の急増（第一ピーク）時点では，予測に基づいた「予防原則」傾向から，内部被ばく測定が始まって，「数値，データ」中心の報道が可能になったことがわかった．11,12月の急増（第二ピーク）時点では，両紙の報道姿勢が異なり，民報は「数値，データ」中心，朝日は「予防原則」的であったことが明らかにできた．「セシウム」という語を含む記事については，両紙は11年7,8月にピークを記録し，その原因は「セシウム汚染牛」だったが，その後民報は9月から，「セシウムは基準値未満」等の記事が「基準値超え」等の記事より多くなり，「数値，データ」中心の報道姿勢が反映されたと推測された．朝日は毎月「基準値超え」等の記事が「基準値未満」等の記事より多く，「予防原則」的報道姿勢が反映されたと考え

られた．このように，本研究の地元紙と全国紙の記事分析から，内部被ばくとセシウムについての報道が，時期により内容が変化したこと，および地元紙と全国紙の姿勢の違いが明らかになった．

本研究の限界として，福島県には有力な地元紙の福島民友もあり，また，朝日が全国紙の全てを代表しているわけではない．15年上半期には，福島県では読売新聞が朝刊販売部数一位の全国紙となった[15]．また，民報，朝日の報道内容が，福島の住民の不安の増減に直接どう関係したかは不明である．テレビ，ラジオ，雑誌等の影響もあり，さらに福島原発事故は，インターネット，SNS等の普及で起こった初めての原子力災害で，放射線不安による自主避難者等には，インターネット経由の情報も大きく影響したと考えられるが[4,16]，これらの検討はしていない．

図1 内部被ばく（曝）を含む記事数の推移 2011年3月～2012年3月

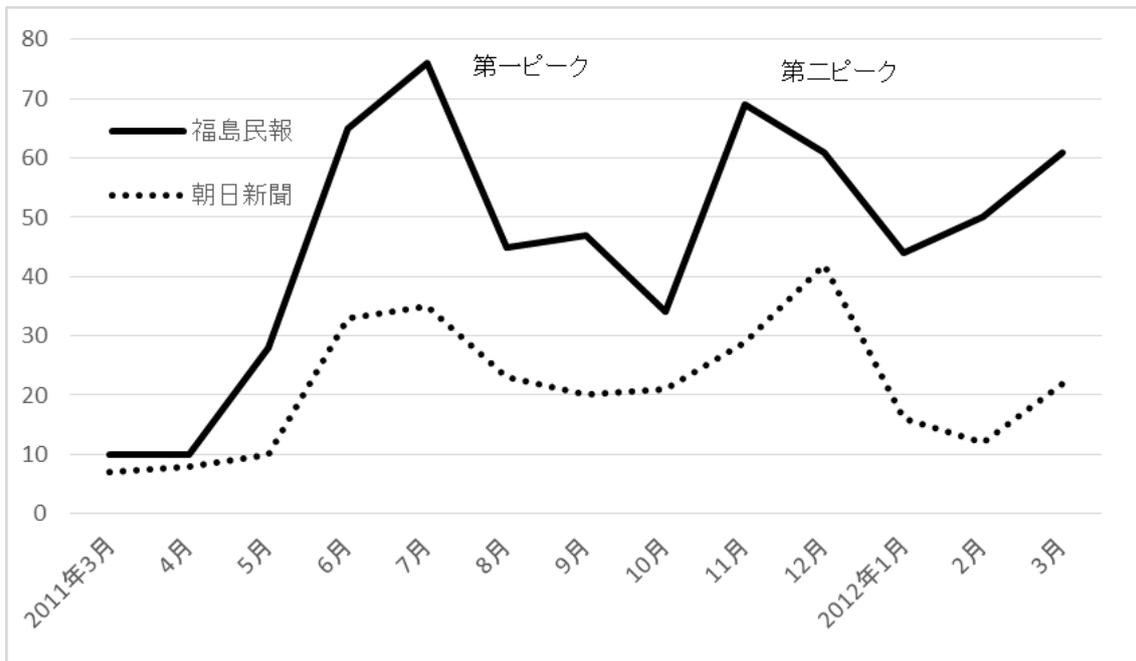


図2 「セシウム」を含む記事数の推移 2011年3月～2012年3月

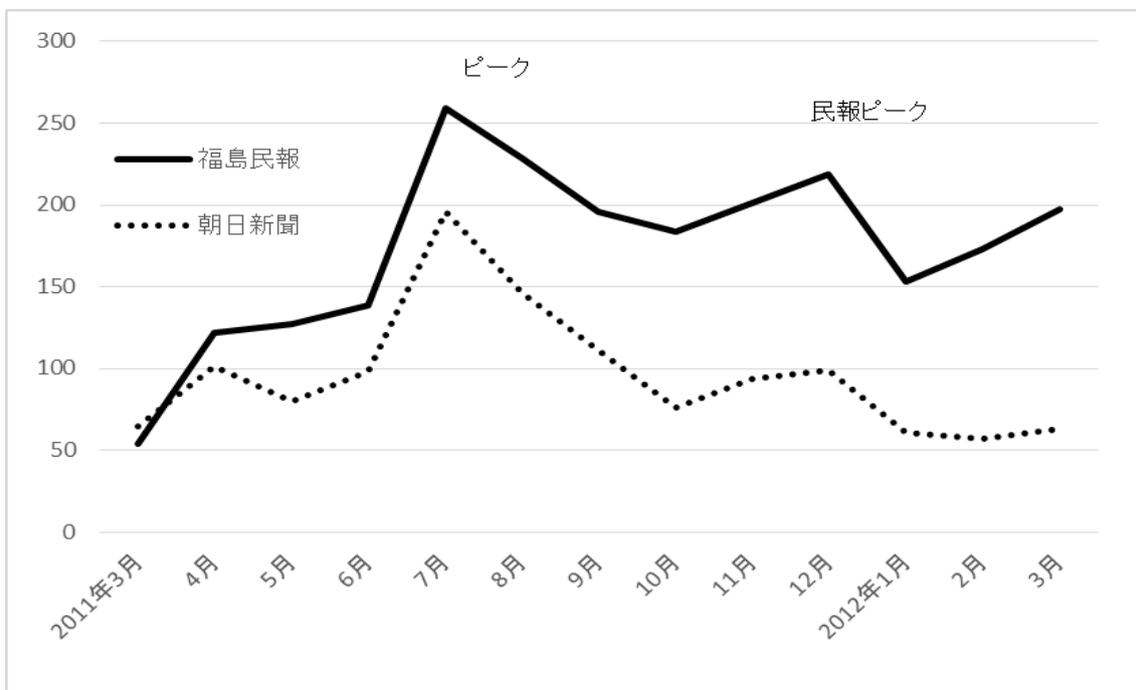


図3 福島民報 「セシウム」 & 「値」 & (「未満」 or 「以下」 or 「下回」) と (「超」 or 「以上」 or 「上回」) で抽出された記事数の推移 2011年3月~2012年3月

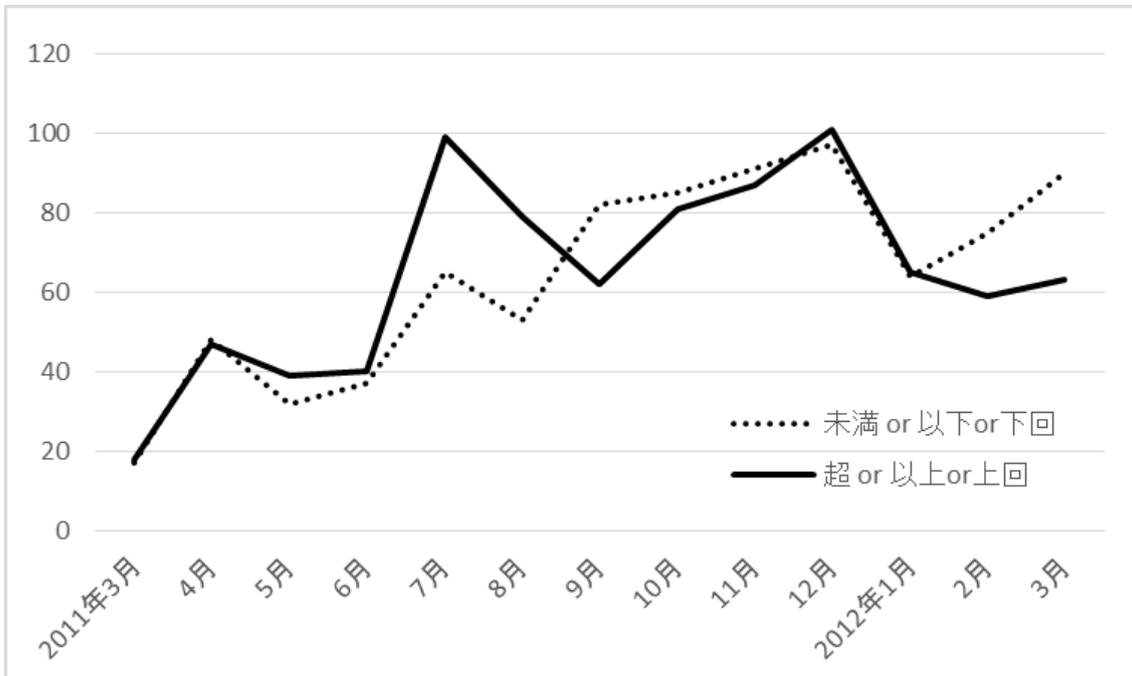


図4 朝日新聞 「セシウム」 & 「値」 & (「未満」 or 「以下」 or 「下回」) と (「超」 or 「以上」 or 「上回」) で抽出された記事数の推移 2011年3月~2012年3月

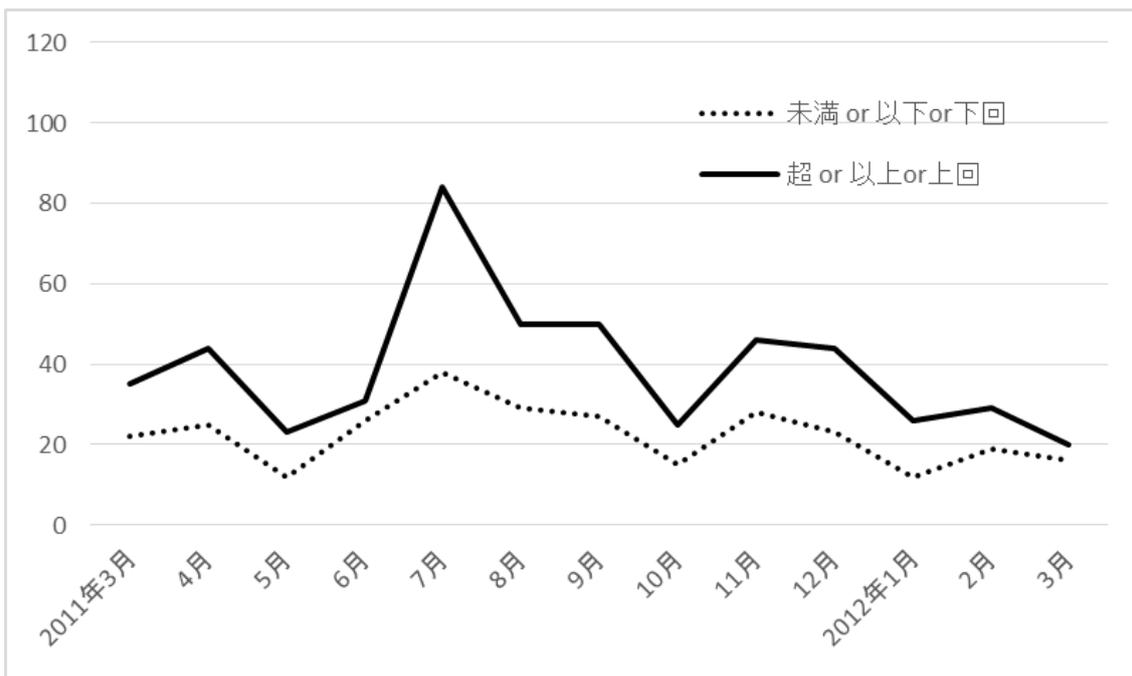


表1 両紙の2011年6,7月(第一ピーク)11,12月(第二ピーク)の「内部被ばく(曝)」を含む記事内容の分類

内容	6月		7月		11月		12月		
	新聞	民報	朝日	民報	朝日	民報	朝日	民報	朝日
①測定 実測・推計値		26	<i>13</i>	25	<i>6</i>	<i>20</i>	<i>6</i>	17	<i>12</i>
②第一原発 作業員		<i>17</i>	14	<i>9</i>	<i>6</i>	<i>3</i>	<i>1</i>	<i>4</i>	<i>3</i>
③講演 相談・説明会		<i>8</i>	<i>0</i>	<i>6</i>	<i>2</i>	<i>6</i>	<i>0</i>	<i>7</i>	<i>0</i>
④県 自治体		<i>4</i>	<i>1</i>	<i>7</i>	<i>0</i>	26	<i>3</i>	<i>10</i>	<i>1</i>
⑤国 政府 政治		<i>3</i>	<i>1</i>	<i>4</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>3</i>	<i>6</i>	<i>2</i>
⑥要望 声明		<i>2</i>	<i>1</i>	<i>6</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
⑦医療 科学 専門家		<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>4</i>	9	<i>1</i>	14
⑧除染 土壌		<i>1</i>	<i>0</i>	<i>2</i>	<i>0</i>	<i>2</i>	<i>0</i>	<i>4</i>	<i>1</i>
⑨食・飲料		<i>0</i>	<i>1</i>	<i>7</i>	13	<i>3</i>	<i>3</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
⑩その他		<i>3</i>	<i>0</i>	<i>7</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>4</i>	<i>9</i>	<i>5</i>
合計		65	33	76	35	69	29	61	42

(数字は記事数 太字は一番多い記事数 斜字は二番目に多い記事数)

引用文献

- [1] 福島市. 放射能に関する市民意識調査報告書
平成 24 年 9 月 .
<http://www.city.fukushima.fukushima.jp/uploaded/attachment/14143.pdf>
(閲覧:2016年11月26日)
- [2] 福島県伊達市:伊達市総合福祉計画 健康だて
21 後期改定 平成 24 年 3 月. 2012; 28
<http://www.city.date.fukushima.jp/uploaded/attachment/687.pdf>
(閲覧:2016年11月26日)
- [3] Hayano RS., Tsubokura M., Miyazaki M., et al. Internal radiocesium contamination of adults and children in Fukushima 7 to 20 months after the Fukushima NPP accident as measured by extensive whole-body-counter survey. *Proceedings of the Japan Academy Series B* 2013; 89: 157-163.
- [4] 福島市:第 2 回放射能に関する市民意識調査報告書 平成 26 年 11 月. 2014; 49
<http://www.city.fukushima.fukushima.jp/uploaded/attachment/36872.pdf>
(閲覧:2016年11月26日)
- [5] Sato O., Nonaka S., Tada J., Intake of radioactive materials as assessed by the duplicate diet method in Fukushima. *Journal of Radiological Protection* 2013; 33: 823-828.
- [6] 安村誠司. 45 取り組むべき対策. 安村誠司(編). 原子力災害の公衆衛生 福島からの発信. 南山堂, 2014; 364
- [7] 福田充. 宮脇健. 福島第一原子力発電所事故に対する原発周辺住民の意識についての調査研究(2012) 日本マス・コミュニケーション学会 2012 年度春季研究発表会研究発表論文.
http://mass-ronbun.up.seesaa.net/image/2012Spring_A3_Miyawaki_Fukuda.pdf
(閲覧:2016年11月26日)
- [8] 小林宏朗. 新聞で語られた東日本大震災における「フクシマ」と「ふくしま」(2013) 日本マス・コミュニケーション学会 2013 年度秋季研究発表会研究発表論文.
http://mass-ronbun.up.seesaa.net/image/2013fall_C4_Kobayashi.pdf
(閲覧:2016年11月26日)
- [9] Sugimoto A., Tsubokura M., Matsumura T., et al. The relationship between Media Consumption and Health-Related Anxieties after the Fukushima Daiichi Nuclear Disaster. *PLOS ONE* 2013.
<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0065331>
(閲覧:2016年11月26日)
- [10] 日本 ABC 協会. 新聞発行社レポート半期 2011 年 1 月~6 月平均. 2011; 23-39.
- [11] 綾部広則. (私の視点)風評被害 予防原則に基づく対応を. 朝日新聞, 2011 年 6 月 7 日朝刊, P. 15.
- [12] 山越修三 (代表). 原子力政策報道とジャーナリズム: 3・11 以前/以後の新聞報道の分析 ジャーナリスト・インタビュー調査(3) 難しい原発報道の立ち位置、幕引きを急ぐ政府. 大震災・原発とメディアの役割—報道・論調の検証と展望. 新聞通信調査会, 2013; 97
- [13] 朝日新聞社. (プロメテウスの罠) 学長の逮捕:9 規制値 食器にまで. 朝日新聞, 2011 年 12 月 17 日朝刊, P. 7.
- [14] Vasterman P., Yzermans CJ., Dirkzwager AJE., The Role of the Media and Media Hypes in the Aftermath of Disasters. *Epidemiologic Reviews* 2004; 27: 107-114.
<https://academic.oup.com/epirev/article-look>

up/doi/10.1093/epirev/mxi002

(閲覧:2016年11月26日)

[15] 日本ABC協会. 新聞発行社レポート半期2015
年1月~6月平均. 2015: 23-39.

[16] 文部科学省:原子力損害賠償紛争審査会第15
回配布資料(審15)資料5-2 自主的避難者へ
の賠償について. 2011: 4-8,

http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/kaifu/016/shiryo/_icsFiles/afieldfile/2011/11/02/1312358_7_1.pdf

(閲覧:2017年3月15日)

研究ノート

Communicating with gaze in emergency care: a multimodal analysis

Keiko Tsuchiya¹, Frank Coffey², Stephen Timmons³, Sarah Atkins⁴, Svenja Adolphs⁴

¹Yokohama City University Department of Arts and Culture, ²Nottingham University Hospitals NHS Trust, ³Nottingham University Business School, ⁴University of Nottingham School of English Studies

Abstract

This study examines *joint attention* between health care professionals (HCPs) in interaction in emergency care training, using a multimodal corpus analysis with a conversation analytic approach. On the basis of Kidwell & Zimmerman (2007), which analysed young children's use of gaze to lead joint attention, three research principles are addressed here, although the primary aim is to assess the feasibility of the research method: 1) what do HCPs look at in emergency care training?, 2) how do HCPs achieve joint attention?, and 3) how does a recipient respond to a shower's show-action in the context? An emergency care training session with a simulated patient, Ken (KSP), was video-recorded, and annotations were added to the gazes of three HCPs, Mike (doctor, medical student) and two nurses, Helen and David, using a multimodal annotation tool, ELAN (all names anonymised). The results show that Mike gazed at KSP most of the time, while David was engaged in medical procedures, gazing mostly at KSP's arm. Helen spent about half the time out of view of the camera to find equipment/medicines for treatment. *Joint attention* seemed to be led by practices of showing or gazing at an object, and vocalisation, which made the shower's understanding of the situation observable and also prompted a recipient's action. Thus, this preliminary study indicates that nonverbal communication, especially gazing, affects interactions in emergency care, which should be further investigated with a larger data set using the method established through the study.

Keywords : emergency care simulation, gaze, multimodal analysis, joint attention

1 Introduction

It is common practice to treat a patient with a team of several health care professionals (HCPs) in emergency care. This differs from a dyad medical consultation between a doctor and a patient, where a relatively linear consulting

process is observed, i.e. data gathering (history taking and examination) > explanations > discussion of treatment (diagnosis) (Roberts, Atkins, & Hawthorne, 2014). HCPs as a team need to collaborate to deal with multiple events which are happening simultaneously, monitoring

others' action to decide the orientation of the diagnosis. This preliminary study examines *joint attention* between HCPs in interaction in emergency care training, using a multimodal corpus based approach. Here, *joint attention* is defined as “a social exchange organized around the jointly attended matter” (Kidwell & Zimmerman, 2007, p.594).

The importance of nonverbal communication and the relationship between nonverbal/verbal dimensions in clinical settings have been recognised (Martin & DiMatteo, 2013). In health communication, gaze is recognised as “the primary nonverbal behavior that persons use to communicate their immediately current engagement in (or disengagement from) collaborative social action” (Thompson, Robinson, & Brashers, 2011, p. 647). Montague et al. (2011) also identified that clinicians' gaze affects patients' gaze in their study of two party primary care consultations, i.e. a patient looks at what a doctor is watching. Szulewski & Howes (2014) analysed HCPs' gaze in emergency care in Canada with an eye-tracking device and highlighted potential areas for research:

1. Prioritization of information gathering: where do subjects look first upon entering a medical crisis situation?
2. Devalued information: where did the subject not look?
3. Dwell time analysis: Specific target times (e.g., total time with gaze focused on a specific area)
4. Specific gaze behaviours:

scanning, confirmation, checking-in, perching

5. Cognitive load and stress indicators: pupil dilation

(Adapted from: Szulewski & Howes, 2014,p.3)

The current study will fit into their fourth category although joint attention was not a particular focus in their study.

Gaze in interaction has been investigated in healthcare communication research as well as other areas. In his studies in dyad medical consultations in 1980s, Heath identified doctors' use of eye gaze to encourage patients to talk (Heath, 1984), and a patient's eye gaze in the physical examination, which avoided mutual gaze with a doctor, presented their body as an object of inspection (Heath, 1986). Some studies in different areas from healthcare communication also focused on eye gazing of interlocutors in interaction, e.g. the practice of *joint attention* among viewers at an exhibition or a poster session (Bono & Katagiri, 2005; Sumi, Ito, Matsuguchi, Fels, & Mase, 2003).

Investigating young children's use of gaze, Kidwell and Zimmerman (2007) identified children's attempts to lead *joint attention* with a carer, which they call *show action*, describing a pattern in attention organising practices: child's show action > recipient's response > child's treatment of the response. Figure 1 is an example of *show action*, where a child (J) was approaching the camera person, showing her shoe. Responding to her *show-action*, the camera person looked at the shoe (*joint attention*) and uttered, 'that's your

shoe' although the body movements of the camera person were not captured in the video framework. J nodded and smiled, and then left the camera person.



Figure 1: J's show action (Kidwell & Zimmerman 2007, p. 596)

These studies are valuable since they suggest the effects of nonverbal actions of gaze in social interactions. However, joint attention between HCPs in emergency care has not been investigated in existing studies. To fill the gap, three research principles are addressed here, although the primary aim is to assess the feasibility of the research method: 1) what do HCPs look at in emergency care training?, 2) how do HCPs achieve joint attention?, and 3) how does a recipient respond to a shower's show-action in the context?

2 Research Data and Method

For this preliminary study of gaze in emergency care interaction, the first ten minutes of a simulated training session (about 20 mins in total) was analysed. The corpus includes more than 1500 annotations of HCPs' gaze behaviours.

This particular data set was chosen because the HCPs finished the initial diagnosis within the first ten minutes, and then two of them left the bed area: one called for help and the other tried to find some medical equipment so that they were out of sight of the camera for a while. A relatively small scale corpus was examined here since the aim of the study is to assess the feasibility of the multimodal corpus analysis method .

A multimodal corpus is defined in Foster & Oberlander (2007, p. 4) as “an annotated collection of coordinated content on communication channels such as speech, gaze, hand gesture, and body language, and is generally based on recorded human behaviour”. Knight (2011, p. 2) describes that multimodal corpus linguistics looks at not only “ the ‘abstract’ element in discourse - the process of ‘meaning making’ [...] - but also the ‘media’, the physical mode(s) in which these abstract elements are conveyed”. A time-aligned corpus analysis (Tsuchiya, 2013) is an approach of multimodal corpus linguistics and applied to the current study, together with a conversation analytic approach (Drew, Chatwin, & Collins, 2001), which focuses on “the dynamic processes through which connected sequences of actions are built up” (ibid, p. 59):

(1) First, the transcribed data of the participants' utterances and eye gaze were stored in a multimodal corpus for quantitative analysis (i.e. objects and time lengths of gaze). Using the time-aligned script, the temporality of the participants' gaze was visualised in a timeline on the second time scale, which enabled researchers

to identify interesting areas for micro level investigation.

(2) After creating the overview of gaze behaviours, the targeted instances identified in the previous stage, i.e. joint attention between HCPs in this study, were extracted and analysed with video images, applying a conversation analytic approach.

Both approaches are necessary to see the global pattern of the HCPs' gaze behaviours and the micro level interaction with nonverbal/verbal features. In studies of eye gaze, three features, *mutual gaze*, *gaze duration*, and *glancing*, are often investigated (Harrigan, 2013). In the current study, however, we decided to focus on *joint attention* between HCPs.

A medical student (Mike) and two experienced nurses (Helen and David) performed a scenario involved a simulated patient, Ken (KSP) (a 62 year old male) who presented with chest pain. The recording took place at a simulation centre in the UK as part of training for

final year medical students. The video-recording was stored in a miniature multimodal corpus, which included transcribed data sets of all the participants' verbal utterances. Using a multimodal annotation tool, ELAN (2001-2015), eye gazing of three HCPs was annotated in timeline and analysed, focusing on *show action* and *joint attention* between HCPs. The video data and ELAN were used for the coding of eye gaze rather than live annotations "because of advantages of re-play, slow motion viewing, and resolution of measurement errors" (Harrigan, 2013, p.49).

3 Results

3.1. Objects and total time lengths of gazing

Objects and total time lengths of the three HCPs' gazes were summarised in Table 1. Mike gazed at KSP's face (2 mins 39 secs) and his body (2 mins 6 secs) for half of the time in total, sometimes looking at equipment and medicines used for the treatment, i.e. a monitor and epinephrine (2 mins and 52 secs at

	KSP	KSP's body	Helen	Mike	David	Equip- ment	Out	Un- known
Mike (Doctor)	02:39	02:06	00:40	-	00:21	02:52	01:10	00:12
Helen (Nurse)	00:49	00:10	-	00:44	00:14	02:58	04:22	00:43
David (Nurse)	00:50	03:09	00:20	00:05	-	03:00	02:23	00:13

Table 1: Objects and total time lengths of HCPs' gazes

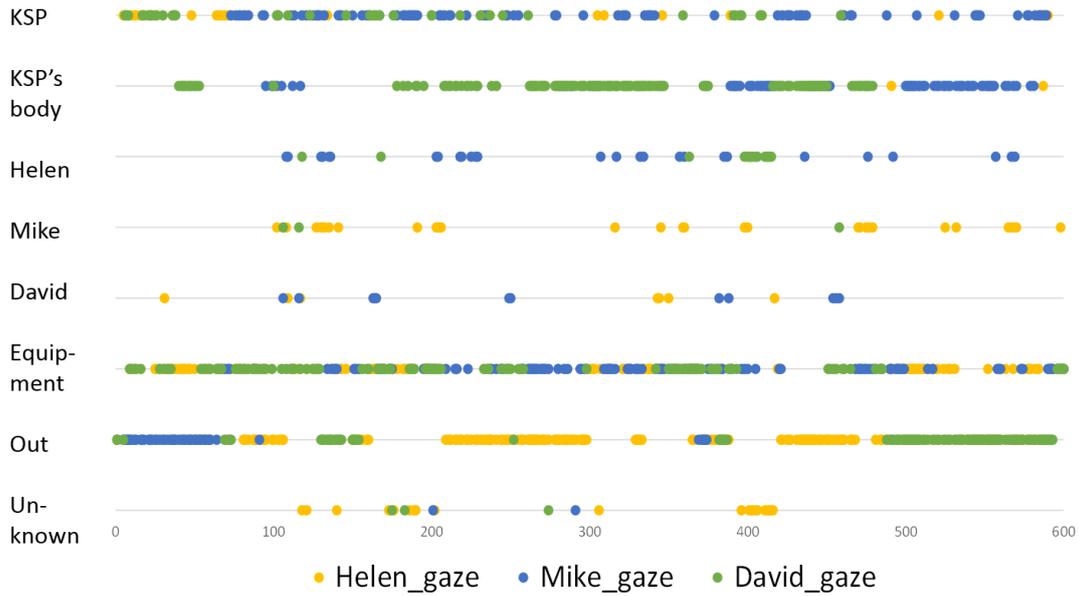


Figure 2: Objects and time of HCPs' gazes on timeline

Equipment). David, on the other hand, was engaged in medical procedures, i.e. blood pressure measurement and cannulation, gazing mostly at KSP's arm (3 mins 9 secs at KSP's body and another 3 mins at Equipment). Helen spent more than four minutes out of the camera to find equipment/medicines (Out, 4 mins 22 secs).

The objects and time lengths of the three HCPs' gazing are also illustrated in timeline in Figure 2. The X axis is the timeline in seconds (600 secs in total), and the Y axis is the objects they gazed at. Mike's gazing is shown in blue, Helen yellow and David green. Mike looked at KSP's face from time to time throughout the duration. In the middle of the duration, David was gazing at KSP's body for medical procedures, which is described with several long green lines in 'KSP's body' in Figure 2. The co-occurrences of the yellow dots in Mike and blue dots in Helen

indicate that they sometimes looked at each other. The following section qualitatively analyses practices of *joint attention* between HCPs.

3.2. Joint interaction between HCPs

Three patterns in practices of *joint attention* between HCPs were observed in the ten-minutes of data. In Excerpt 1, Mike was gathering information from the KSP. While listening to their talk, David first picked up a tray with an IV line from the table (Figure 3-1). David was then walking towards Mike, who was standing on the left side and talking to KSP, trying to insert the IV line on KSP's left arm, where a cannulation simulator was attached. This is David's *show action*. Mike was looking at the tray when David was approaching, which is *joint attention* (Figure 3-2). Then, Mike asked David in line 7, 'Are you putting a cannula in there?',

which was followed by David's confirmation, 'yeah' in line 8. Thus, David's nonverbal action led the verbal interaction with Mike, which confirmed the medical procedure, cannulation, David was going to do. Mike was then walking from the left side to the right side of Ken to make enough space for David to cannulate KSP. This is an instance where David's *show-action* led *joint attention* on a tray with the recipient, Mike.

Excerpt 1 : David' s Show Action at 00:02:33

- | | | |
|---|-------|--|
| 1 | Mike | Have you got any allergies at all sir? |
| 2 | KSP | er erm no, no, not that I know of. |
| 3 | Mike | No? |
| 4 | KSP | No. |
| 5 | Mike | Pain still going down your arm and chest? |
| | | <u><\$E> David's show action (Fig. 3-1) </\$E></u> |
| 6 | KSP | <\$G?> chest. |
| | | <u><\$E> Joint attention → Mutual gaze (Fig.3-2, 3-3) </\$E></u> |
| 7 | Mike | Are you putting a cannula in there? |
| 8 | David | Yeah. |
| 9 | Mike | Fantastic. |



Figure 3-1: David's show action



Figure 3-2: Joint attention on the tray

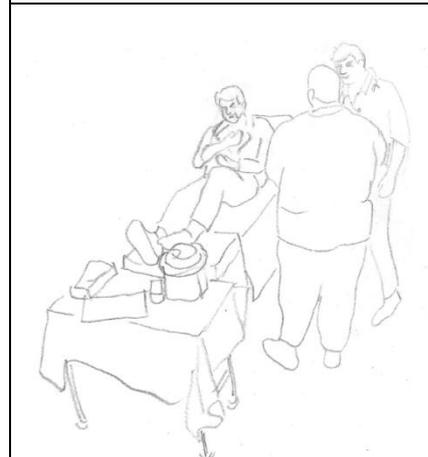


Figure 3-3: Mutual gaze (David and Mike)

The second example in Excerpt 2 is *joint attention* after Helen's gazing at an object, a

monitor. While Helen was putting an oxygen mask on KSP, Mike was explaining medical procedures to KSP in lines 1 to 9, and then said in line 11, 'and hopefully that will help to get rid of some the= help get rid of some of the pain'. Helen used her eye gazing at the monitor placed near Mike, which seemed to indicate that he should watch the monitor without disturbing Mike's talk to KSP (Figure 4-1). Then, Mike noticed her *show action* and looked at the monitor, which completed their *joint attention*.

Excerpt 2: Helen's Show Action at 00:02:57

1 Mike what we're gonna do now is put a little, little needle into your arm and give you some morphine for the pain.

2 KSP oh yeah

3 Mike the nurses are just giving you some oxygen, so we'll probably=

4 KSP yeah

5 Mike take over your face.

6 KSP argh

7 Mike + don't want your glasses to get in the way.

8 KSP yeah

9 Mike Okay, and we are going to give you some aspirin as well +

10 KSP okay

11 Mike =+ and hopefully that will help to get rid of some the=

<\$E> Helen's *Show action*
(Fig. 4-1) </\$E>

help get rid of some of the pain.

12 KSP Argh will it take long?

<\$E> *Joint attention*
(Fig.4-2) </\$E>

13 Mike Er no not long at all.



Figure 4-1 : Helen's show action by gaze

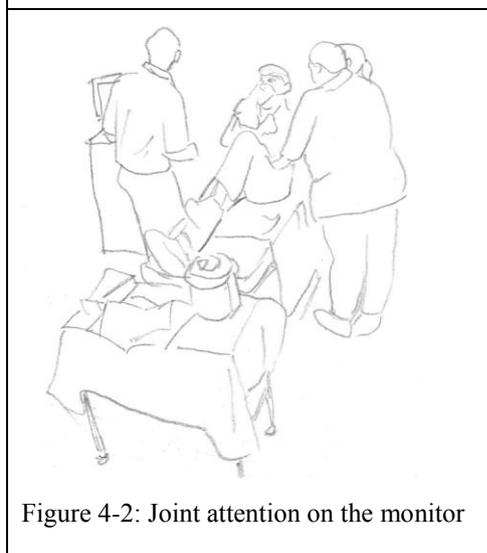


Figure 4-2: Joint attention on the monitor

In Extract 2, Helen's show action led Mike's nonverbal action, looking at the monitor, while he kept talking to KSP. Here, Mike engaged in communications in two channels simultaneously, one with KSP verbally and another with Helen nonverbally, which enabled

Mike to be aware of KSP's saturation level on the monitor, while at the same time maintaining his talk with KSP's inquiries.

The other case was joint attention between Helen and Mike, which was led by Mike's utterance. In Excerpt 3, Mike was reading the dosage of morphine which was written on the small bottle, trying to give it to KSP. However, he did not know the dose, so he asked Helen for help in line 1, uttering 'Ten milligrams 1 mil I don't know the dose of morphine that we should give him' (Figure 5-1). Responding to Mike's utterance, Helen came to Mike, looking at the morphine together with Mike, and then answered in line 2, 'It should be erm= <\$H> water injection </\$H> nine in one' (Figure 5-2). This is the third pattern where joint attention was accomplished by the shower's utterance.

Excerpt 3: Mike and Helen' s Joint Attention at 00:05:45

- 1 → Mike Ten milligrams 1 mil I don't know the dose of morphine that we should give him.
<\$E> Show action (Fig. 5-1)
</\$E>
- 2 → Helen It should be erm= <\$E>
Joint attention (Fig.5-2)
</\$E>
 water injection nine in one.
- 3 Pause (1.0)
- 4 Mike okay



Figure 5-1:
Mike's show action with an utterance

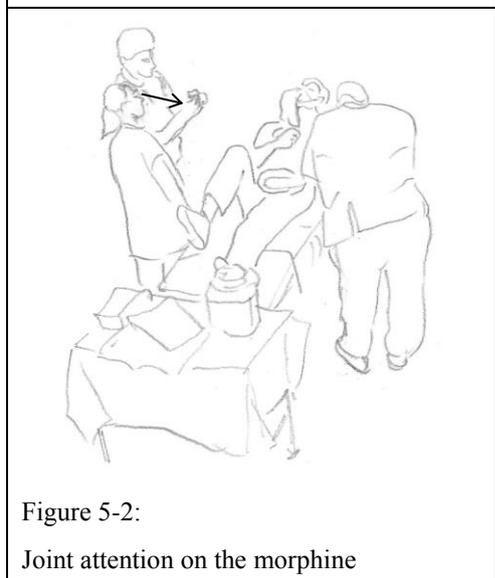


Figure 5-2:
Joint attention on the morphine

In Extract 3, Mike's verbal action (mentioning his not knowing the dose) led Helen's nonverbal action, looking at the bottle, then eventually confirming the dose. In this case, an HCP's verbal action prompted the other HCP's nonverbal response.

4 Conclusion

This preliminary study focused on practices of *joint attention* in HCPs in emergency care training. In the data, *joint attention* was led

by three preceding practices: (1) shower's *show-action*, (2) shower's gazing at an object, and (3) shower's vocalisation to draw a recipient's attention to an object. Through HCPs' use of *show-action*, the shower's understanding of the situation became observable to others, simultaneously prompting a recipient's action. By so doing, HCPs seem to confirm the medical procedures they are going to perform and raise awareness of the patient's conditions. This could be a crucial area for the assessment of team quality in emergency care, as Zheng, Taylor, & Swanstrom (2009) suggest that eye gaze and anticipatory movement are two 'valuable behavioural markers' to assess team performance in the operating theatre (also cited in Weldon, Korkiakangas, Bezemer, & Kneebone, 2013). Although the data in this study was collected in the UK, the method developed here could be applicable to the analysis of emergency care interaction in Japan and other places. Further research on gaze analysis in emergency care with a larger data set is necessary using the research method established here, which has potential for adding finer descriptions of the interaction.

Notes

¹ All names are pseudonyms.

² The annotation system of the Cambridge and Nottingham Corpus of Discourse in English (CANCODE) (Adolphs, 2006, pp. 134-135) was applied to the transcript. The plus symbol + indicates a continuous sentence and the equal symbol = signals an unfinished sentence. <\$G?> indicates inaudible sounds and <\$E>...</\$E> shows extralinguistic information. (2.0) indicates

an interval between utterances (2 seconds in this case).

Acknowledgements

This study was supported in part by the Great Britain Sasakawa Foundation Butterfield Award (No.4111). We thank the reviewers for providing the valuable comments and useful references.

Ethics approval

The Ethics Committee of the University of Nottingham approved the study.

References

- Adolphs, S. (2006). *Introducing Electronic Text Analysis: A Practical Guide for Language and Literary Studies*. London: Routledge.
- Bono, M., & Katagiri, Y. (2005). Interactive viewpoint in face-to-face interaction: coordination of gestures, gaze and speech (in Japanese). *The Japanese Journal of Language in Society*, 7(2), 3-13.
- Drew, P., Chatwin, J., & Collins, S. (2001). Conversation analysis: a method for research into interactions between patients and health-care professionals. *Health Expectations*, 4, 58-70.
- ELAN. (2001-2015). ELAN Linguistic Annotator. Version 4.8.1 Nijmegen, The Netherlands: Max Planck Institute for Psycholinguistics, The Language Archive. Retrieved from <http://tla.mpi.nl/tools/tla-tools/elan>
- Foster, M., Ellen, & Oberlander, J. (2007). Corpus-Based Generation of Head and Eyebrow Motion for an Embodied Conversational Agent *Language Resources*

- and Evaluation*, 41(3-4), 305-325.
- Harrigan, J., A. (2013). Methodolog: Coding and Studying Nonverbal Behavior. In J. Hall, A. & M. Knapp, L. (Eds.), *Nonverbal Communication* (pp. 35-68). Berlin: De Gruyter.
- Heath, C. (1984). Participation in the medical consultations: the co-ordination of verbal and nonverbal behaviour between the doctor and patient. *Sociology of Health & Illness*, 6(3), 311-338.
- Heath, C. (1986). *Body Movement and Speech in Medical Interaction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kidwell, M., & Zimmerman, D., H. (2007). Joint attention as action. *Journal of Pragmatics*, 39, 592-611.
- Knight, D. (2011). *Multimodality and Active Listenership*. London: Continuum.
- Martin, L., R., & DiMatteo, R., M. (2013). Clinical Interactions. In J. Hall, A. & M. Knapp, L. (Eds.), *Nonverbal Communication* (pp. 833-858). Berlin: De Gruyter.
- Montague, E., Xu, J., Asan, O., Chen, P., Chewing, B., & Barrett, B. (2011). Modeling Eye Gaze Patterns in Clinician-Patient Interaction with Lag Sequential Analysis. *Human Factors*, 53(5), 502-516.
- Roberts, C., Atkins, S., & Hawthorne, K. (2014). *Performance Features in Clinical Skills Assessment: Linguistic and Cultural Factors in the Membership of the Royal College of General Practitioners Examination*. Retrieved from London: <https://www.nottingham.ac.uk/research/groups/cral/documents/smt/performance-features.p>
- df
- Sumi, Y., Ito, S., Matsuguchi, T., Fels, S., & Mase, K. (2003). Collaborative Capturing and Interpretation of Interaction (in Japanese). *Journal of Information Processing*, 44(11), 2628-2637.
- Szulewski, A., & Howes, D. (2014). Combining First-Person Video and Gaze-Tracking in Medical Simulation: A Technical Feasibility Study. *Scientific World Journal*, e975752.
- Thompson, T., L., Robinson, J., D., & Brashers, D., E. (2011). Interpersonal Communication and Health Care. In T. Thompson, L., R. Parrott, & J. Nussbaum, F. (Eds.), *The Routledge handbook of health communication*. New York: Routledge.
- Tsuchiya, K. (2013). *Listenership Behaviours in Intercultural Encounters: A Time-aligned Multimodal Corpus Analysis*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Weldon, S. M., Korkiakangas, T., Bezemer, J., & Kneebone, R. (2013). Communication in the operating theatre. *British Journal of Surgery*, 100, 1677-1688.
- Zheng, B., Taylor, M., D., & Swanstrom, L., L. (2009). An observational study of surgery-related activities. *The American Journal of Surgery*, 497-502.