



**日本ヘルスコミュニケーション学会誌**  
**第12巻2号 2021年**

**Health Communication Research**  
**Vol. 12, No. 2, 2021**

**日本ヘルスコミュニケーション学会**  
**Japanese Association of Health Communication**

## 原著論文

# コロナ禍の「マスク」着用に関する認識の特性探索 ～米国スペイン語話者のツイート内容の計量テキスト分析～ Examining the Characteristics of Perceptions about Wearing Masks during COVID-19: A Quantitative Text Analysis of the Tweet Content of US Spanish Speakers

島崎琴子 岩隈美穂

Kotoko Shimazaki, MPH Miho Iwakuma, Ph.D

京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻医学コミュニケーション学分野  
Department of Medical Communication, Kyoto University, School of Public Health

### Abstract

During COVID-19, citizens were required to wear masks in public places in the United States, where such practice had not been customary. It was unclear how Hispanic Americans, who are responsible for much of the essential work associated with high infection risk in that country, changed their perceptions about wearing masks. To investigate Spanish-speaking Americans' reaction to seven US state statements, we compared the content of tweets before and after the April 3, 2020 recommendation of the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) about wearing masks by the general public. We conducted a quantitative text analysis of 4,686 Spanish-language tweets related to masks posted on Twitter in the seven states from March 7 to May 7, 2020. We found that the CDC recommendation changed Hispanic Americans' perceptions about wearing masks from the frequent usage of a Spanish adverb "no" in negative and critical contexts, to more characteristic and frequent emphasis on "use" in questionable contexts. Regarding future studies related to information about preventing infectious diseases, we believe that Twitter data analysis can make a contribution as an information source for exploratory research and community-specific issues that would otherwise be difficult to assess with respect to adapting to new lifestyles.

### 要旨

新型コロナウイルス感染症のパンデミックにおいて、これまでマスクを着用する習慣がなかった米国で一般人にも公共の場でのマスク着用が求められた。米国で感染リスクの高いエッセンシャルワークを多く担うヒスパニック系アメリカ人の「マスク着用」の認識についての時間的変遷は明らかにされていない。そこで本研究では、2020年4月3日にアメリカ疾病予防管理センター(CDC)が発表した「一般人のマスク着用」に関する声明前後のツイート内容の比較から、米国7州のスペイン語話者であるヒスパニック系アメリカ人の声明への反応を明らかにし、今後の新たな感染症予防にむけた情報伝達についての示唆を得ることを目的とした。2020年3月7日から5月7日に米国7州のツイッターに投稿された、スペイン語話者の「マスク」に関するツイート4,686件を計量テキスト分析した。結果、CDC声明により、ヒスパニック系アメリカ人の「マスク」着用の認識は、意見や批判文脈の単語「no(副詞的用法)」から疑問文脈の「使う」を主な特徴とする認識に変化した。新たな感染症予防にむけた情報伝達の示唆として、ツイッターデータ分析は「新しい生活様式への適応」といった予測が難しい探索的調査に向いていると考えられる。また、ツイッターデータが地域特有の課題に対する「情報源の一つ」となることが期待された。

キーワード：マスク着用、新型コロナウイルス感染症、ヒスパニック、計量テキスト分析、CDC声明

Keywords: Wearing Masks, COVID-19, Hispanic, Quantitative Text Analysis, CDC Recommendation

### 1. 序文

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) のパンデミックにおいて、国際機関や各国政府はリスクコミュニケーションを通して人々の安全確保への意思決定支援に取り組んでいる。中でも感染予防対策として公共の場でのマスク着用は、米国で物議となっている。これまで「マスクは重症者がするもの」と認識されていたが、昨今の研究によりマスク着用は他者への感染予防だけでなく、着用者の個人保護のためにも有用である<sup>1-3)</sup>として、マスク

の着用意義が示されている。アメリカ疾病予防管理センター (CDC) は 2020 年 4 月 3 日にマスク着用を推奨<sup>4)</sup>し、世界保健機構 (WHO) も 6 月 5 日に「医療従事者のみ」の姿勢から「一般人の利用推奨」へ方針転換を示した。その他政策も含め、米国内のマスク着用率は 3 月 7 日 3% から 2 か月後 52%<sup>5)</sup>へ上昇したが、その後は約半数に留まっており、個人の感染予防への意思決定に対してさらなる情報提供が求められている。

世界各国で外出規制や遠隔による就業・修学が推奨さ

れる中で、バス運転手、スーパー店員、配達員、医療者など生活維持に欠かせない仕事を担い、外出が避けられない職種に従事している人々をエッセンシャルワーカーと呼ぶようになった。米国で、スペイン語を日常語とするラテン-アメリカ系（中南米地域出身の）住民であるヒスパニック系アメリカ人は、アジア人・黒人またはアフリカ系アメリカ人・白人と比較して米国内で最も低学歴で低収入である<sup>6)</sup>。エッセンシャルワーカーとして外出を余儀なくされており、感染リスクが高い可能性がある。先行研究では、ヒスパニックの糖尿病<sup>7)</sup>や喫煙<sup>8)</sup>、中南米の人々のジカ熱に対する予防行動<sup>9)</sup>について、またCOVID-19に関する知識の認知<sup>10)</sup>について明らかにされている。さらに、「マスク着用」に対する日本人の認知<sup>11)</sup>は調査されているが、これまでマスクを着用する習慣がなかった国の人々の「マスク着用」に関する認識を明らかにしたものはない。

情報発信に関して、人々は Twitter や Facebook、instagram 等のソーシャルメディアを通して、情報を発信・受信している。これらのオープンデータは一般の人々のリアルな意見や情報を収集するデータベースとして活用され、近年はコンピューターによってこれらの質的データを量的に分析でき、分析過程の再現性確保が可能である<sup>12)</sup>。コロナ禍の Twitter を用いた研究としては160,829人のCOVID-19の認知<sup>13)</sup>やドイツ人のリスク認知<sup>14)</sup>、がん患者の認知<sup>15)</sup>が示されている。

これまでの研究から、コロナ禍におけるヒスパニック系アメリカ人の「マスク着用」の認識の時間的変遷を明らかにしたものは見当たらない。また、米国でエッセンシャルワークの多くを担うヒスパニック系アメリカ人のマスクに関する認識を明らかにすることで、マスクを着用する習慣のないコミュニティへの情報提供方法を工夫できる可能性がある。ヒスパニック系アメリカ人のSNSでの情報発信・受信に着目した研究も官憲の限りではない。そこで、本研究では世界で1億2500万人が利用するツイッター上の投稿（ツイート）から、ユーザー数が最も多い米国の中で、ヒスパニックを対象にマスクに関するツイート内容の計量テキスト分析の一部である探索的内容分析を行った。

## 1.1 研究目的

2020年4月3日にCDCが発表した「一般人のマスク着用」に関する声明前後のツイート内容を比較し、米国7州のスペイン語話者であるヒスパニック系アメリカ人が声明にどのように反応したのかを明らかにする。その結果から、今後の新たな感染症予防にむけた情報伝達についての示唆を得る。

## 2. 方法

米国ワシントン大学の米国マスク着用率のデータ<sup>5)</sup>を閲覧した際、マスク着用率は2020年2月29日に軽度上昇するものの、3月7日に最低値3%となりその後、急速に上昇していた。筆者はこの増加傾向を示している間、

ヒスパニック系アメリカ人が「マスク着用」をどのように捉え認識していたのかに関心をもった。そこで、研究対象期間を米国でマスク着用率が最も上昇した2020年3月7日～5月7日と設定した。

### 2.1 データ

本研究では2種類のツイッターデータを用いた。ツイッターカウントAPIで検索したツイート件数と、ツイッターAPIで検索したツイート内容である。ツイート件数に関しては、マスク着用率が上昇する期間と比較するため3月7日の約1ヶ月前である2月1日から5月7日のマスク着用率と日別の「マスク」に関連したツイート件数の推移を示した。

ツイート内容については、米国でマスク着用率が最も上昇した期間である3月7日から5月7日に絞り、米国スペイン語話者の「マスク」に関するツイート内容を分析した。この期間に何がつぶやかれていたのか知りたいと考えた際、政策としてインパクトの大きかったCDC声明が中間にあったため分析の軸とした。Twitter, Inc.からデータの利用承諾を得て、図1の流れに沿ってデータを抽出した。スペイン語の「マスク」を意味する語彙は現在1つに定まっておらず、文献・web・米国と中南米友人の意見を参考に「マスク」の検索ワードを「máscara, mascarilla, nasobuco, tapa boca, tapaboca, cubre boca, cubreboca, cubre la boca, barbijo, barbillo」に指定した。また指定した以下の州、テキサス (TX)、ニューメキシコ (NM)、アリゾナ (AZ)、カリフォルニア (CA)、ネバダ (NV)、フロリダ (FL) は州内のヒスパニック系アメリカ人口が20%以上の州である。ニューヨーク (NY) 州はヒスパニック系の割合が19.3%だが、米国内で最も感染者数が増加した地域であり、分析対象地域とした。

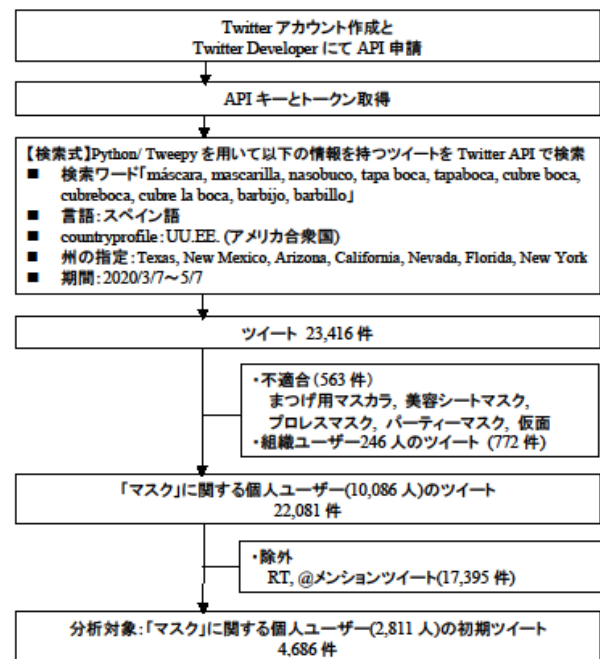


図1：分析対象データ抽出の流れ

指定検索式で検索した結果、23,416件の投稿を取得した。COVID-19の「マスク」に関係のないツイートを563件、

組織ユーザーのツイート 772 件を除外し、「マスク」に関する個人ユーザーのツイートを抽出した。本研究では組織ユーザーを、ユーザーネームと@から始まるスクリーンネームの両方に組織名を記載し、ユーザープロフィール内に組織ホームページの URL を掲載している「政府関係、国際機関、保健機関団体、報道関係（新聞、テレビ、ラジオ等）、大学等教育機関、一般企業」と定義した。そのため、個人ユーザーにはインフルエンサーと呼ばれるような多くのフォロワーを有している個人や医療従事者も含まれる。

ツイッターの特徴として RT（リツイート）と@（メンション）機能がある。RT（リツイート）とは他者がツイートした内容を引用し、拡散できるものであり、メンション機能とは@の後ろに返信したいユーザー名を記載し、返信機能を利用してメッセージを読んで欲しい相手を指定する機能である。本研究では、これらの機能によって同じツイート内容が重複記載されるため除外し、「マスク」に関する個人ユーザー 2,811 人の初期ツイート 4,686 件を分析対象として抽出した。

## 2.2 分析方法

### 2.2.1 記述統計

2月1日から5月7日のマスク着用率と日別の「マスク」に関連したツイート件数の推移を比較した。

3月7日からではなく2月1日からの推移としたのは、3月から上昇するマスク着用率以前のツイート件数の推移に関心をもったこと、またマスク着用率上昇とツイート件数の推移をわかりやすくグラフで示すためである。

### 2.2.2 計量テキスト分析

「マスク」に関するツイートを対象に、フリーソフトウェア KH Coder<sup>316)</sup> を利用して計量テキスト分析した。計量テキスト分析とは、テキストデータを整理・分析し、内容分析を行う方法である<sup>17)</sup>。KH Coder<sup>3</sup>では、対象となるテキストデータから語を取り出す形態素解析を行い、データベースを作成してその検索結果を示し、統計解析から分析結果を示す（図2）ことが可能である。

形態素解析は従来からマスクコミュニケーションや社会調査、ビジネスの分野などが実施している分析方法である。また、KH Coder<sup>3</sup>では従来から形態素解析に用いられているソフトウェアに加え、統計分析ソフト R を統合し、内容分析に計量的な視点を含めている。さらに、膨大な

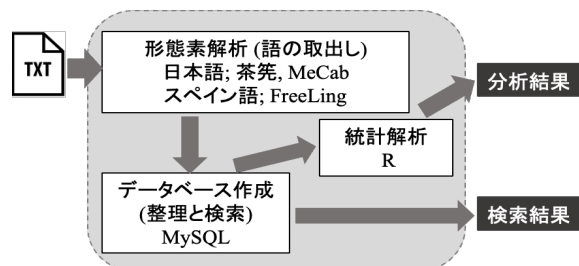


図2: KH Coder ソフトウェア

KH Coder ホームページから作成 握ができる  
といった利点があり、計量的な分析と原文解釈とを循環

的に行き来しながら分析を深められるという特徴がある。本研究ではコーディングや統計解析は実施しないが、今後のさらなる研究の発展にむけて KH Coder<sup>3</sup> を使用した。

既に KH Coder を利用した文献はバージョン違いも含め 4087 件あり、英語論文は 589 件、スペイン語論文は 7 件で用いられている（KH Coder ホームページ, 2020 年 12 月 20 日検索）。日本語論文では 1019 件の原著論文がある（2020 年 12 月 20 日検索）。

本研究では、CDC 声明前後の特徴を捉え全体像を把握するため、以下 2 点について分析した。

#### ① CDC 声明前後に特徴的な語の抽出

声明前後の「マスク」に関するツイートにおいて、声明前後を特徴づける語を探索するため、単語の出現回数、共起数、Jaccard 係数を集計し、単語を抽出した。KH Coder の「抽出語」「関連語検索」のコマンドを使用した。このコマンドでは、共起の強さを示す値である Jaccard 係数によってデータを代表する特徴語が抽出され<sup>17)</sup>、同時に各単語の出現回数、共起数も計算される。KH Coder の上記コマンド機能によって Jaccard 係数が高い順に上位の単語が抽出され、データ全体に比して声明前後のどちらか一方で特に高い確率で出現している語となり、声明前後に共通して多く利用された語は表出ししない仕組みとなっている。単語「マスク」と be 動詞は声明前後ともに頻出して用いられ、「マスク」に関する認識の特徴を分かりにくくすることが予想されたため、事前に筆者が除外ワードとして設定した。

#### ② 声明前後それぞれの共起ネットワーク

共起ネットワーク図とは、出現パターンが似通った語、すなわち共起の程度が強い語を線で結んだネットワークである。Jaccard 係数が高い語（node）の組み合わせが分析対象となり、社会ネットワーク分析で言う密度（density）は、実際書かれている共起関係の数を、存在しうる共起関係の数で除したものである<sup>18)</sup>。出現パターンの似通った語の共起関係を線（edge）として表す際、強い共起関係は実線、弱い共起を点線で結び、出現数が多いほど大きな円となる。計量的に分類された特徴語のグループの違いは円の模様で示した。これは各特徴語が共に多く使われたことを意味する。

### 2.2.3 倫理的配慮

本研究のデータ使用については、Twitter, Inc. から API 使用の承認・承諾を得て、Twitter Rules and Policies を遵守した。また、京都大学・医の倫理委員会の承認（R2561）を得た。

## 3. 結果

### 3.1 記述統計

米国全土と 7 州の「マスク」に関連するツイート件数の推移を示す（図 3）。また、米国全土のマスク着用率と 7 州それぞれの「マスク」に関するツイート件数の推移を示す（図 4）。図 3 より米国全体のツイート件数において、3 月のツイート件数増加率は 5.67 倍、4 月は 1.75 倍

であり、2月後半から増加していることが確認された。

マスク着用率は図4より、3月7日3%から5月7日52%と上昇している。ツイート件数は2月29日に一度上昇し、3月10日前後で収束している。その後3月11日にWHOがパンデミックと認定し、3月13日トランプ大統領が国家緊急事態宣言を発出したことに伴い増加している。ニューメキシコ(NM)、アリゾナ(AZ)、ネバダ(NV)は人口が他4州と比較して少なく、全体のツイート数も低値であった。

2月29日を頂点としたツイート数の上昇については2月27日、29日にWHOが記者会見の様子をビデオ付きでツイートした(LIVE daily medi briefing on #COVID19 with @DrTedros #coronavirus)ことで、関連したツイートがなされたと考えられる。WHOの記者会見では、新型コロナウイルスの感染予防に向けたマスクなどの適切な使い方の指針を公表しており、咳やくしゃみといった症状

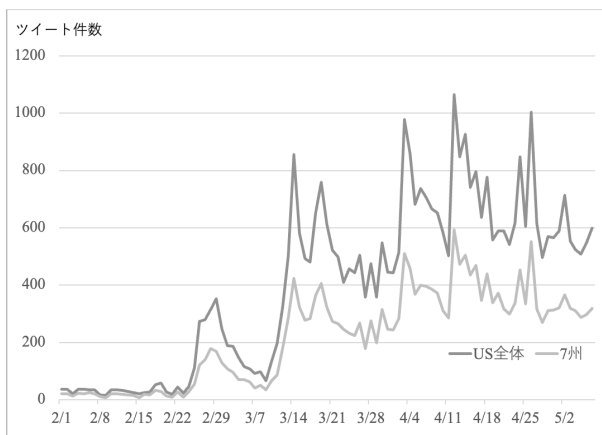


図3：カウントAPIデータによるツイート件数の推移

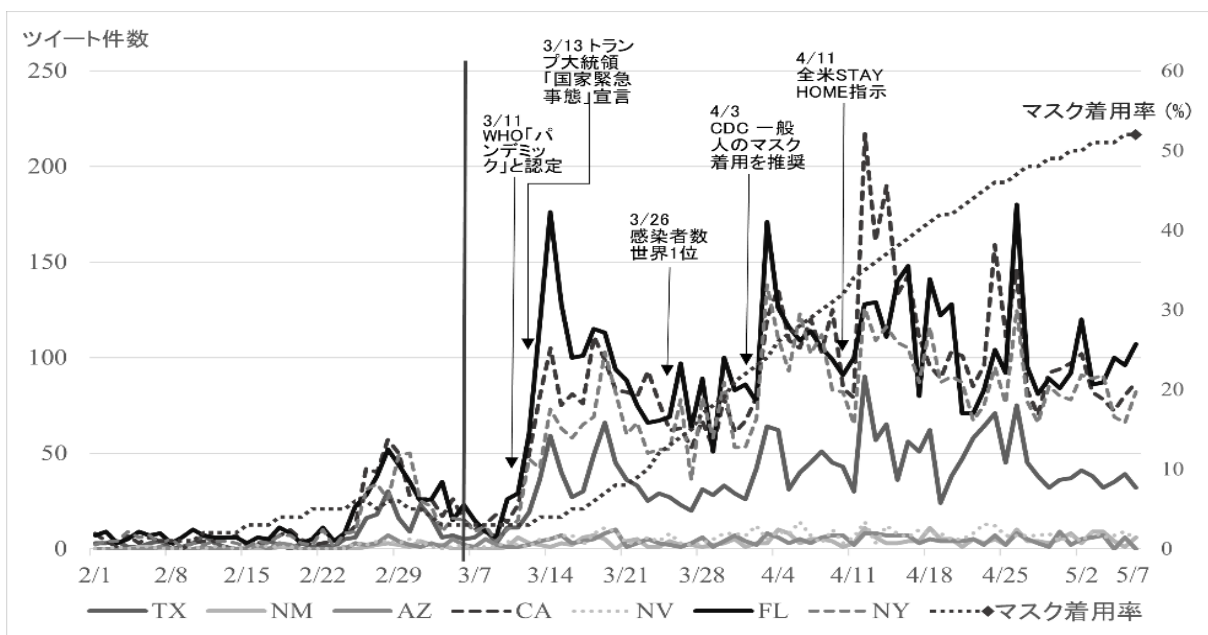


図4：7州の「マスク」に関する投稿数※と米国マスク着用率（2020/2/1～5/7）

COVID-19, Seattle Washington University, マスク着用率<sup>4)</sup>から作成

※米国スペイン語使用全ユーザー、RT、メンション含む

がない人は予防目的で公共の場でマスクを着用する必要はないとして、供給不足に拍車を掛けないため過度の使

用を控える呼びかけであった。

## 3.2 計量テキスト分析

### 3.2.1 CDC 声明前後で特徴的な語

CDC 声明前の「マスク」に関するツイート内容で最も特徴的な単語は副詞的用法の「no」であった(表1)。スペイン語における副詞的用法の「no」は英語の no と not を包含しており、形容詞と副詞として用いることができる。肯定に対しての否定、～ではないと動詞の否定、非…不…のように名詞・形容詞を修飾する否定、「まさか!」のような驚き、反語として用いられることがある。マスクは症状が「ない」場合は必要ない、マスクを着用していない「ない」人を「見た」と意見や批判の文脈で多く用いられた。また、マスクや「手袋」を「持つ」、「街路」など外へ「行く」などの単語が表出され、具体的には以下のようにツイートされた。ツイートに表出する特徴語は下線を引いて示す。「あなたは誤解しています。マスクはウイルスが検出された人だけつけるべきです。健康な人は必要ありません (3/15, TX)」「マナーの悪い人が近づいてくるかもしれないので、街中ではマスクを身につけようと思います。怖いです (3/11, NM)」

一方、CDC 声明後の「マスク」に関するツイート内容で最も特徴的であった単語は「使う」であった。マスクの「利用」「使う」ことによって感染から「保護」「できる」かどうかという文脈で用いられ、具体的に「使い捨てマスクの使用によって、私達は COVID-19 を予防できるのか? (4/4, NY)」「居残ること (ステイホーム) をお勧めしますが、外出する必要がある場合は責任を持ち、マスクを使ってください (4/10, FL)」とツイートされた。

表 1: CDC 声明前後に特徴的な語

CDC声明前(1460件)						CDC声明後(3226件)							
順位	抽出語(日本語/スペイン語)	品詞	出現数(割合)	共起数(割合)	Jaccard係数	順位	抽出語(日本語/スペイン語)	品詞	出現数(割合)	共起数(割合)	Jaccard係数		
1	no (副詞的用法)	no	R	1493 (0.172)	543 (0.188)	0.1416	1	使う	usar	V	821 (0.094)	625 (0.107)	0.104
2	持つ	tener	V	691 (0.079)	233 (0.081)	0.0697	2	できる	poder	V	790 (0.091)	548 (0.094)	0.0905
3	行く	ir	V	523 (0.060)	186 (0.064)	0.0577	3	保護する	proteger	V	502 (0.058)	396 (0.068)	0.0669
4	コロナウイルス	coronar_virus	N	426 (0.049)	145 (0.050)	0.0458	4	身に着ける	poner	V	573 (0.066)	387 (0.067)	0.0645
5	手袋	guante	N	290 (0.033)	138 (0.048)	0.0454	5	利用	uso	N	391 (0.045)	301 (0.052)	0.051
6	見る	ver	V	361 (0.041)	131 (0.045)	0.042	6	新しい	nuevo	AQ	278 (0.032)	224 (0.039)	0.0382
7	言う	decir	V	328 (0.038)	110 (0.038)	0.0354	7	去る	salir	V	318 (0.037)	220 (0.038)	0.0372
8	人々	gente	N	295 (0.034)	107 (0.037)	0.0348	8	既に	ya	R	294 (0.034)	199 (0.034)	0.0337
9	ウイルス	virus	N	164 (0.019)	95 (0.033)	0.0321	9	持っていく	llevar	V	248 (0.028)	182 (0.031)	0.0309
10	与える	dar	V	242 (0.028)	95 (0.033)	0.0313	10	家に居る	casa	N	266 (0.031)	178 (0.031)	0.0301
11	口	boca	N	267 (0.031)	92 (0.032)	0.0301	11	使い捨ての	desechable	AQ	218 (0.025)	171 (0.029)	0.0292
12	すべきである	deber	V	205 (0.024)	72 (0.025)	0.0238	12	個人	persona	N	230 (0.026)	162 (0.028)	0.0275
13	手	mano	N	131 (0.015)	65 (0.023)	0.022	13	さらに	más	R	240 (0.028)	162 (0.028)	0.0275
14	今	ahora	R	164 (0.019)	60 (0.021)	0.0201	14	顔	cara	N	170 (0.020)	129 (0.022)	0.022
15	今日	hoy	R	137 (0.016)	55 (0.019)	0.0185	15	日	día	N	177 (0.020)	122 (0.021)	0.0208
16	そのように	así	R	144 (0.017)	54 (0.019)	0.0181	16	知っている	saber	V	169 (0.019)	120 (0.021)	0.0205
17	いいえという返事 否定・否認	no	N	137 (0.016)	52 (0.018)	0.0175	17	距離	distancia	N	122 (0.014)	109 (0.019)	0.0187
18	街路	calle	N	153 (0.018)	52 (0.018)	0.0174	18	よく、元気で	bien	R	137 (0.016)	103 (0.018)	0.0176
19	取り外す	quitar	V	143 (0.016)	49 (0.017)	0.0164	19	強制的な	obligatorio	AQ	111 (0.013)	98 (0.017)	0.0168
20	洗う	lavar	V	100 (0.011)	47 (0.016)	0.016	20	鼻	nariz	N	114 (0.013)	95 (0.016)	0.0163
21	蓋	tapa	N	102 (0.012)	47 (0.016)	0.016	21	覆う	cubrir	V	121 (0.014)	93 (0.016)	0.0159
22	道(通信・伝達・ 交通の)手段	vía	N	135 (0.016)	46 (0.016)	0.0155	22	居残る	quedar	V	127 (0.015)	90 (0.015)	0.0154
23	買う	comprar	V	136 (0.016)	46 (0.016)	0.0155	23	隔離	cuarentena	N	107 (0.012)	79 (0.014)	0.0135
24	伝染させる	contagiar	V	74 (0.009)	45 (0.016)	0.0154	24	維持する	mantener	V	82 (0.009)	77 (0.013)	0.0132
25	到着する	llegar	V	84 (0.010)	43 (0.015)	0.0147	25	布	tela	N	93 (0.011)	74 (0.013)	0.0127
26	置いておく	dejar	V	121 (0.014)	43 (0.015)	0.0145	26	良い、上質な	bueno	AQ	96 (0.011)	72 (0.012)	0.0123
27	通る	pasar	V	115 (0.013)	42 (0.015)	0.0142	27	健康	salud	N	104 (0.012)	71 (0.012)	0.0121
28	歩く ~の状態である	andar	V	121 (0.014)	42 (0.015)	0.0142	28	後についていく 続く	seguir	V	106 (0.012)	71 (0.012)	0.0121
29	だけ	solo	R	116 (0.013)	40 (0.014)	0.0135	29	度・回	vez	N	92 (0.011)	64 (0.011)	0.011
30	写真	foto	N	91 (0.010)	38 (0.013)	0.0129	30	信じる	creer	V	95 (0.011)	64 (0.011)	0.0109
31	アルコール	alcohol	N	53 (0.006)	37 (0.013)	0.0127							
32	回避する	evitar	V	96 (0.011)	37 (0.013)	0.0126							
33	コロナウイルス	coronavirus	N	67 (0.008)	36 (0.012)	0.0123							
34	~に注意を払う 世話をする	cuidar	V	73 (0.008)	36 (0.012)	0.0123							
35	必要とする	necesitar	V	79 (0.009)	36 (0.012)	0.0123							
36	改善する 回復させる	mejor	AQ	82 (0.009)	36 (0.012)	0.0123							
37	働く	trabajar	V	69 (0.008)	34 (0.012)	0.0116							
38	入る	entrar	V	88 (0.010)	34 (0.012)	0.0116							
39	感染・伝染	contagio	N	72 (0.008)	33 (0.011)	0.0113							
40	手に取る 手段を講じる	tomar	V	79 (0.009)	33 (0.011)	0.0113							
41	ビデオ	video	N	79 (0.009)	33 (0.011)	0.0113							
42	保護・予防	protección	N	93 (0.011)	31 (0.011)	0.0105							
43	病気	enfermo	N	40 (0.005)	30 (0.010)	0.0104							
44	どうぞ、お願い	favor	N	62 (0.007)	30 (0.010)	0.0103							
45	後で	después	R	80 (0.009)	30 (0.010)	0.0102							
46	時間、機会	tiempo	N	89 (0.010)	30 (0.010)	0.0102							
47	世界、世の中	mundo	N	58 (0.007)	29 (0.010)	0.0099							
48	唯一の	solo	AQ	81 (0.009)	27 (0.009)	0.0092							
49	ジェル	gel	N	44 (0.005)	26 (0.009)	0.009							
50	(特定の)時、1時間	hora	N	56 (0.006)	26 (0.009)	0.0089							

※出現数の割合の分母は、声明前後4686ツイート内の6491文である

※品詞の表記について: R(副詞)、N(前置詞を含む名詞)、V(動詞)、AQ(形容詞)

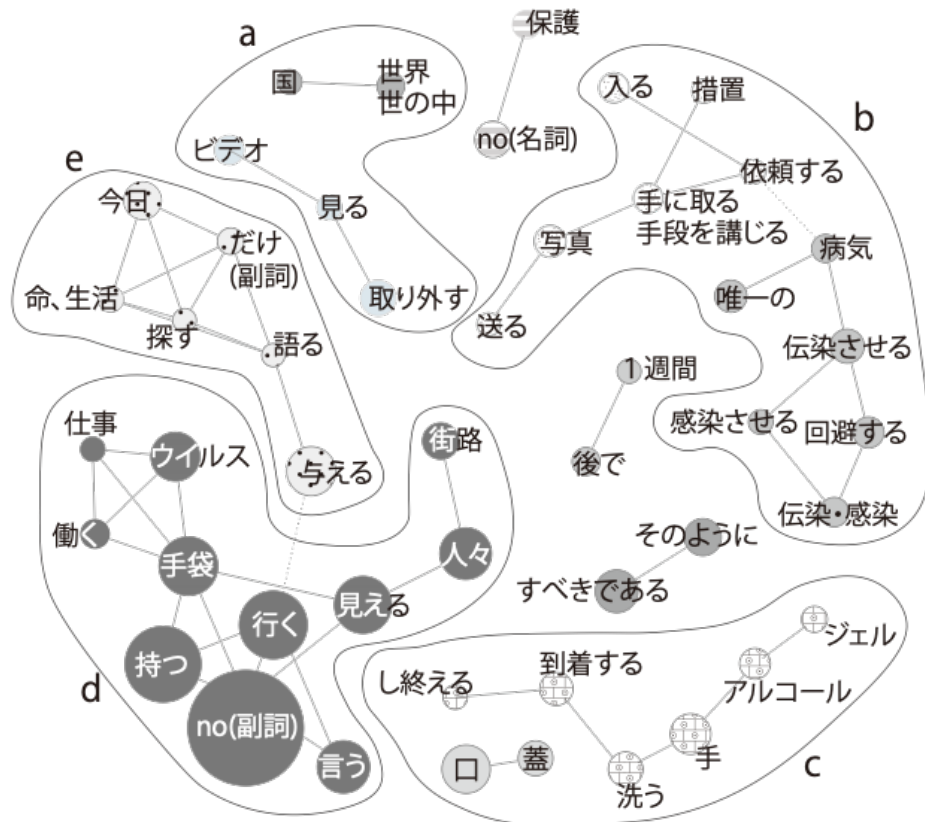


図 5 : CDC 声明前の「マスク」に関するツイート  
共起ネットワーク

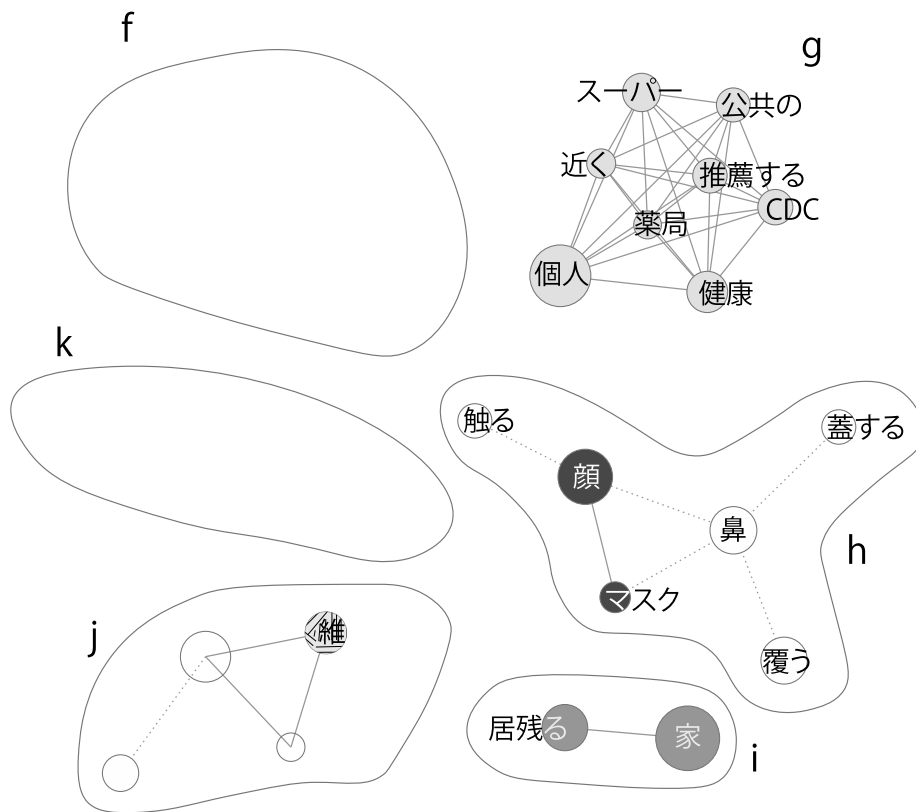


図 6 : CDC 声明後の「マスク」に関するツイート  
共起ネットワーク

### 3.2.2 CDC 声明前後のカテゴリーの変化

Jaccard 係数によって共起の強いペアから順に 50 組を線で結んでいく設定 (edge: 50) とし、CDC 声明前後、それぞれの特徴語同士の共起ネットワーク図を作成した (図 5, 6)。CDC 声明前のツイートで分析対象となった特徴的な語は 48、線は 52、および密度は 0.046 であった (図 5)。

一方、CDC 声明後のツイートで分析対象となった特徴的な語は 28、線は 50、および密度は 0.132 であった (図 6)。声明前と比較してツイート数が増加しているにもかかわらず、語られた特徴的な語が 48 から 28 にまとまり、密度も 13.2% と高くなったことから声明によってツイート内容が集約したことが確認された。

また、共起ネットワークが示した各グループについて、筆者が特徴語からオリジナルのツイッターデータに戻り精読し、声明前は a~e の 5 カテゴリーを、声明後は f~k の 6 カテゴリー名を付与した。a~k のカテゴリー順序は、見やすいよう筆者が時計回りの順に付与した。このカテゴリーを用いながらコロナ禍の「マスク着用」に関する CDC 声明前後におけるユーザー個人の態度の変化、その態度の根拠、そして CDC 声明後に新たに加わったテーマについて各カテゴリーの特徴語を含むデータを以下に示し比較する。

#### (1) CDC 声明前後に共通するが内容変化したテーマ

##### (1)-1 ユーザー個人の態度

###### <CDC 声明前>

声明前はマスク着用の賛成と否定、戸惑い、そして着用しないことへの批判、他者に対する着用の懇願・依頼に関する態度が示された。また、外出先から家に到着した際に手洗いやアルコールジェルを使用し、感染を予防していることが伺えた。

###### ・自らのマスク着用報告と他者への予防対策の依頼 (図 5-b)

「マスク着用は役立たないと言われますが、私が使えばあなたは感染しないし、あなた達が使えば私に感染させません (3/24, TX)」等から、病気 (COVID-19) から感染を回避するために、他ユーザーへ伝染予防手段をとるよう依頼するツイートや自らがマスクを着用した写真の投稿がみられた。

###### ・具体的な予防策 (図 5-c)

「看護師たちのように手洗いしてください。(3/25, FL)」  
「私は隔離期間に入ります。マスクとアルコールジェルが必要です (3/16, NY)」といったツイート等から、「マスク」と共に手洗いやアルコールジェルの使用、口を覆うことについて具体的な予防対策が示された。

###### ・マスク着用の賛否と不着用者の描写 (図 5-d)

「あなたは誤解しています。マスクはウイルス検出者だけ身に着けるべきです。健康な人は必要ありません (3/15, TX)」  
「マスクもアルコールジェルもないお酒を飲んでいる人たちに誰も何も与えません。どうして医者にはマスクを持っているのですか？ 余りはありませんか？ (3/26, TX)」  
「この日、シンセレホ (地名) で今までの中で

一番多くの人々がマスクを身につけているのを見ました。

(3/13, AZ)」などのツイートから、一般人のマスク着用について賛否両論が語られ、マスク・手袋の非着用者を見たという情報共有が行われていた。

###### <CDC 声明後>

マスク着用効果への真否や疑問に関する内容がツイートされ、着用が前提条件として議論されていた。また、適切なマスク着用方法を指摘しあっていた。

###### ・不確実なマスクの効果 (図 6-f)

マスク着用が定着しつつある中、その効果について、「使い捨てマスクの使用は私達が COVID-19 に感染するのを予防してくれる (できる) のか？ (4/4, NY)」  
「マスクは新型コロナウイルスから君を保護できるか？ (4/25, NY)」という疑問が多く共有されている。

###### ・適切なマスクの着用方法と種類に関する情報共有 (図 6-h)

「窓を見たら、ある人がマスクをして歩いていました。鼻が覆われていませんでした (4/12, NM)」のようにマスク着用時に鼻を露出している人を批判し、正しいマスクの着用方法を促している。特徴語からオリジナルツイートに戻り、内容確認すると、「医療用マスクは必要なく、鼻と口を覆うシンプルなハンカチやスカーフ、手作りの布マスクで十分です (4/29, CA)」とマスク以外の予防手段や適切な布の種類を選択、マスクの作成方法についてビデオや URL を通して共有されていた。

##### (1)-2 ユーザー個人の態度の根拠

###### <CDC 声明前>

マスク着用の賛否や戸惑い、他者の批判、着用の依頼の根拠として、ビデオ・個人の周囲などから得る他者の実体験の情報や世界の状況の認識が上げられた。

###### ・周囲・世界の状況への関心 (図 5-a)

「『マスクは予防に最適ではない』という専門家の意見もあるが、ウイルス感染国では急速にマスクが枯渇している (3/18, TX)」  
「この番組ではマスクをしていない。どうしたのか。どうすればコロナを予防できるのか。このビデオを見てください。家で簡単に安全なあなたのマスクをどのように作成するのか見ることができます。(3/31, CA)」等から、周囲、他国、世界の状況について述べられていた。

###### ・マスク着用のジレンマ (図 5-e)

感染者にマスク着用が推奨される中、「マスクを探しているけど、どこにもない (3/21, NY)」のように、ウイルスの拡散予防にマスクを探すも供給不足で入手困難なことや、「今日一般人のマスク着用がウイルス拡散を抑えたグラフを見た。裏付ける記事を探したがなかった (3/27, NY)」  
「今日、スーパーで感染予防にマスクと手袋をしていたら、ウイルスに感染していると思われる、連れ出された。(3/17, FL)」  
「生活に必要なものが何もないのでスーパーに行かなければいけない。マスクを持っていないことはさておき、その事が私に気力を与えさせる(必要とさせる)。(3/25, TX)」等から、マスクの効果に対するエビ



デンスがないことや矛盾する状況に戸惑う気持ちが共有された。

#### <CDC 声明後>

マスク着用が前提となり、より正しい着用方法や疑問点が表出した根拠として、CDC 声明の拡散と政府によるマスク着用に関する対策が示された。

##### ・CDC 声明の拡散とマスクの種類についての混乱

###### (図 6-g)

CDC 声明を引用して発信するユーザーが多く見られた。当初の声明では「人との距離を確保できない公共の場」と言及していたが、一部のツイッターユーザーや報道などで具体的な場の情報が支持され以下のように拡散された。「CDC はスーパー、薬局、医療施設など周りの人との距離を確保できない公共の場でマスク着用を推奨しています (4/12, TX)」また、「米国で最も推奨されているマスクは、3M, N95 です (4/4, FL)」等より、マスクの種類についての混乱が示された。

##### ・政府のマスクに関する対策について (図 6-k)

ヒスパニックの居住地域、または出身国のマスクに関する政策について、「あなたの自治体では、既にマスク着用が強制的なものになっている可能性があります (4/12, TX)」「コロナウイルスの伝播を制御している国では一般国民に可能な限り街路でのマスク着用を求めているが、メキシコ政府当局は『偽の安全』を提供し、マスクの使用を最小限に抑えると言っています (4/5, CA)」のように述べられていた。

#### (2) CDC 声明後に新たに追加されたテーマ

手洗い、アルコールジェルの使用に追加してより包括的な感染症予防対策として、社会的距離の確保、ステイホームについてツイートされていた。

##### ・社会的距離の確保 (図 6-j)

CDC 声明後は手洗いやアルコールジェル、顔に触れないことに加え、「家族とは3列維持し、祭壇近くの人や司祭からは6フィート離れて座って下さい (4/29, TX)」のように社会的距離の確保が特徴的に語られた。

##### ・ステイホーム (図 6-i)

「ステイホームをお勧めします、外出する場合は責任を持ってマスクを使ってください (4/10, FL)」「家に残らずマスクをつけてコンサートに行って、どんな反応があるか見てみたい。恥ずかしがらないで。(4/12, TX)」「マスクをしてバカみたいになって外に出るくらいなら、家にいる方がましです。(4/25, AZ)」「マスクをして500m外を歩くだけですぐに息がきれるので、15日間家にいたほうがいいです (4/26, NY)」等から、ステイホームせずに出かける場合にはマスクを着用するように促す内容や、マスク着用に伴う恥ずかしさや抵抗感などの感情が確認された。

#### 4. 考察

本研究では、ヒスパニック系アメリカ人のツイート内容を CDC 声明前後の比較から分析することにより、コ

ロナ禍の「マスク着用」に関する認識の特性を探索した。その結果、3月7日以降、マスク着用率は増加し、米国7州の「マスク」に関するツイート数は3月11日のWHOによるパンデミック認定を皮切りに増加していた。ツイート内容からは、CDC 声明前後で「マスク」着用への認識が変化したことが明らかになった。得られた結果より、以下3点について考察する。

#### 4.1 ヒスパニック系アメリカ人における CDC 声明の役割

CDC 声明前後の特徴語の検索から、声明を通して「マスク」に関する認識に変化がみられた。声明前で最も特徴的な単語は「no(副詞的用法)」であり、症状が「ない」場合は着用の必要がないという意見と一般人の着用を支持する意見が混在した。一方、声明後の最も特徴的な単語は「使う」であった。しかし、単語の使われ方としては「マスクの使用により私たちはコロナを予防できるか」という疑問文の文脈で多く利用され、マスク着用がある程度習慣になりつつある中、実際は疑問を持ちながら対策として実施している様子が推測された。危機的な状況下にある時、人の情動と感情は可能性や価値観、リスクとベネフィットのバランスの認知に影響する<sup>19)</sup>。時に情動は、情報とは別に、スポットライトのように働き他の情報は無視される一方で、決定に関連する情報を照らし出す<sup>19)</sup>とされている。本研究の結果から、「マスク着用」に伴う恥ずかしさや抵抗感などの感情が示されておりこれらがリスクとなっていた可能性がある。しかし、罹患を避けられるとするベネフィットが重視され、認識が変化したと考えられる。中八らの先行研究では、日本人は罹患リスクの低減よりも社会規範に適合するために「マスク」を着用する<sup>11)</sup>と示されている。これには Taylor が述べる「情報の混乱」と「感情的飽和」<sup>20)</sup>が関連していると言える。「情報の混乱」とは、緊急事態に不確定な情報が錯綜するほど、状況判断や対処が遅れるとするものであり、「感情的飽和」とは、情報が次々と追加・更新され把握することへの困難さから、警戒することが多く対応しきれないと感じると、人はかえって事態への関心を失ってしまう<sup>20)</sup>とするものである。そのため、日本人にとっては周囲の行動に自分も同様に従うことで、意思決定を回避していたと考えられる。

ヒスパニック系アメリカ人は日本文化とは異なる文化を持つ。ヒスパニック系アメリカ人において、CDC 声明はマスク着用者に対してその行為への承認を与えたと考えられる。そのため、マスクを着用した自分自身の写真投稿や自分が着用している報告がツイートされている。非着用者にとっては、声明がマスク着用の効果に対する真否に関心を寄せるきっかけになったかもしれない。日本と同様に「情報の混乱」と「感情的飽和」が生じている中、CDC 声明によって明らかな方針が示されたことで、一部のユーザーがマスク着用のベネフィットを認識し、「一般人のマスク着用」という社会的な規範形成に寄与した可能性がある。

#### 4.2 「マスク着用」へのジレンマ

共起ネットワークの結果から、「マスク着用」へのジレンマは声明前後で変化していた。声明前は(図 5-e)のカテゴリなどから、着用したいがマスク不足や医療者・感染者着用推奨の流れから不可能であるもどかしさ、また着用したが周囲に受け入れられないといった「環境」への戸惑いがみられたが、声明後は(図 6-f) (図 6-i)などから社会的距離を維持しつつも、疑問を持ちながらマスクを着用する様子が推察された。この疑問については、マスクの効果や正しい着用方法、詳細な公共の場所、マスクと使用する布の種類にユーザーの関心が集まっており、より具体的な情報が必要とされていた。さらに、着用に伴った恥ずかしさや抵抗感など「個人」の感情も表現されていた。

The National Center for Food Protections and Defense は危機的状況下に被害を最小限にして責任あるコミュニケーションを行うためのリスク・危機コミュニケーションの枠組<sup>2)</sup>を提示している。「事前計画」「責任あるコミュニケーション」「最小限の被害」の3つの大きな柱で構成され、この枠組の中の「事前計画」では、まず不確実性を受け止め、危機コミュニケーションのネットワークを確立する、そして迅速な対応を前もって計画することが含まれている。特に結果の e, f, i では疑問やどうすれば良いのかといった不安な感情が示されている。本研究では、「マスク着用」という新しい習慣の受容過程に、ツイッターが不安な感情を吐露する「不確実性を受け止める」場となり、危機時のコミュニケーションツールとして機能したのではないだろうか。ツイッターは 140 文字での気軽な投稿が特徴であり、外出自粛で対人コミュニケーションが制限される中、本音の発信・受信が可能なツイッターは不安軽減の一つの方策として今後さらに注目されるかもしれない。

#### 4.3 ツイート内容分析の応用可能性

本研究より、CDC 声明によってツイート内容が変化・集約し、ジレンマを抱えながらもマスクを着用する様子が伺えた。これらのことから、今後の新たな感染症予防にむけた情報伝達としてツイッターといった発信者の自由度がより高いビッグデータの内容分析は、日本でも直面している「新しい生活様式への適応」といった回答選択の予測が難しい探索的調査に向いていると考える。さらに、地域別の求められる情報や困りごとを知る「情報源の一つ」として活用し、地域特有の課題に対して自治体などがツイートを情報収集し、そして分析することでピンポイントに課題に対応できる可能性があることが示唆された。

#### 5. 結語

CDC 声明により、ヒスパニック系アメリカ人の「マスク」着用の認識は、単語「no (副詞的用法)」から疑問文脈で「使う」を特徴とした認識に変化した。今後の新たな感染症予防にむけた情報伝達の示唆としては、ツイッ

ターデータ分析が「新しい生活様式への適応」といった予測が難しい探索的調査や地域特有の課題に対する「情報源の一つ」として寄与することが期待される。

本研究では、ヒスパニック系アメリカ人の「マスク」に関する本音が垣間見られるツイッターデータを分析し、「社会的好ましさ (Social desirability)」が伴うアンケートや公的機関などの調査では得られないマスク着用の認識の時間的変遷を確認したという特徴がある一方で、いくつかの限界もあった。第 1 に、既存のツイッターデータを用いたため、ユーザーの属性や環境について調査できておらず、CDC 声明以外の影響を受けている可能性がある。第 2 にツイッターデータの位置情報に関して、本研究では全ツイートの 1~2%にしか付与されないジオタグデータは利用せず、Profile location にて米国・各州を指定しデータ取得した。そのため高い確率で位置情報を取得していると考えられるが、明確な数値は明らかにされておらず、誤分類されている可能性がある。第 3 に本研究で得られた結果はツイート内容の分析であり実際の行動に繋がっているかは不明である。今後は、インタビュー調査や他民族との比較など詳細な分析を行い、適切な情報伝達方法をさらに模索したい。

#### 謝辞

ご指導ご支援を賜りました内田俊平様、Margarita Barja Perry 様、社会健康医学系専攻の関係者各位に心より感謝申し上げます。

#### 研究資金

運営費交付金(教育研究費)および自己資金を用いた。

#### 利益相反自己申告

開示すべき利益相反はない。

#### 引用文献

- 1) Moghadas SM et al. The implications of silent transmission for the control of COVID-19 outbreaks. Proc Natl Acad Sci U S A. 2020;117(30):17513-5.
- 2) Fischer EP et al. Low-cost measurement of face mask efficacy for filtering expelled droplets during speech. Sci Adv. 2020;6(36).
- 3) Verma S et al. Visualizing the effectiveness of face masks in obstructing respiratory jets. Phys Fluids (1994). 2020;32(6):061708.
- 4) COVID-19; Your Guide to Masks. CDC, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/about-face-coverings.html> Available at. Accessed January 9, 2021.
- 5) COVID-19, Seattle Washington University, <https://covid19.healthdata.org/united-states-of-america?view=daily-deaths&tab=trend> Available at. Accessed November 25, 2020.
- 6) U.S. BUREAU OF LABOR STATISTICS. BLS Report

- October 2019: Labor force characteristic by race and ethnicity 2018. <https://www.bls.gov/opub/reports/race-and-ethnicity/2018/home.htm> Available at. Accessed June 20, 2020.
- 7) Venditti EM. Behavioral lifestyle interventions for the primary prevention of type 2 diabetes and translation to Hispanic/Latino communities in the United States and Mexico. *Nutr Rev*. 2017;75(suppl 1):85-93.
- 8) Leng S et al. A prospective and retrospective analysis of smoking behavior changes in ever smokers with high risk for lung cancer from New Mexico and Pennsylvania. *Int J Mol Epidemiol Genet*. 2016;7(2):95-104.
- 9) Pinchoff J et al. Evidence-Based Process for Prioritizing Positive Behaviors for Promotion: Zika Prevention in Latin America and the Caribbean and Applicability to Future Health Emergency Responses. *Glob Health Sci Pract*. 2019;7(3):404-17.
- 10) Jones J, Sullivan PS, Sanchez TH, Guest JL, Hall EW, Luisi N, et al. Similarities and Differences in COVID-19 Awareness, Concern, and Symptoms by Race and Ethnicity in the United States: Cross-Sectional Survey. *J Med Internet Res*. 2020;22(7):e20001.
- 11) Nakayachi K et al. Why Do Japanese People Use Masks Against COVID-19, Even Though Masks Are Unlikely to Offer Protection From Infection? *Front Psychol*. 2020;11:1918.
- 12) 上野栄一. 内容分析とは何か-内容分析の歴史と方法について-. 福井大学医学部研究雑誌 2008; 9(1,2): 1-18
- 13) Abd-Alrazaq A et al. Top Concerns of Tweeters During the COVID-19 Pandemic: Infoveillance Study. *J Med Internet Res*. 2020;22(4):e19016.
- 14) Teufel M et al. Not all world leaders use Twitter in response to the COVID-19 pandemic: impact of the way of Angela Merkel on psychological distress, behaviour and risk perception. *Journal of Public Health*. 2020;42(3):644-6.
- 15) Lou E et al. Perspectives of Cancer Patients and Their Health during the COVID-19 Pandemic. *medRxiv*. 2020.
- 16) 樋口耕一. テキスト型データの計量的分析-2 つのアプローチの峻別と統合. *理論と方法* 2004; 19(1): 101-115
- 17) 樋口耕一. 社会調査のための計量テキスト分析(第2版) 内容分析の継承と発展を目指して. ナカニシヤ出版. 2020.
- 18) Koichi Higuchi. KH Coder3 Reference Manual. <https://khcoder.net/en/> Available at. Accessed January 5, 2021.
- 19) Baruch Fischhoff, Noel T. Brewer, Julie S. Downs 編, 中山健夫, 杉森裕樹訳. FDA リスク&ベネフィット・コミュニケーション、エビデンスに基づく健康・医療に関する指針. 丸善出版. 2015
- 20) Taylor SE. Asymmetrical effects of positive and negative events: the mobilization-minimization hypothesis. *Psychol Bull*. 1991;110(1):67-85.
- 21) Nancy Grant Harrington. *HEALTH COMMUNICATION Theory, Method, and Application*. Routledge. 2015

**\*責任著者 Corresponding author : e-mail**

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

## 原著論文

# 地方公共団体による地域活動の情報発信：2020年5月の緊急事態宣言解除後の東京都62市区町村ウェブサイトの内容分析 How were Community Activities Announced by Local Governments? A Content Analysis of All Municipalities in Tokyo after Lifting the State of Emergency in May 2020

桑原恵介 黒田藍 加藤美生 石川ひろの  
Keisuke Kuwahara, Ai Kuroda, Mio Kato, Hirono Ishikawa

帝京大学大学院公衆衛生学研究科  
Teikyo University Graduate School of Public Health

### Abstract

**Background** Municipalities in Japan are responsible for supporting community activities, which are important for social ties and community health. However, there is sparse evidence about the information on community activities provided by municipalities.

**Methods** We performed a content analysis of the webpages provided from May 25 to July 14, 2020 on the websites of all 62 municipalities in Tokyo. We coded the data with respect to the followings: resuming community activities after the first state of emergency was lifted in May 2020; information that would show similar tendencies to community activities; information that could have affected community activities; and factors that could have influenced providing information on community activities. We analyzed the data by sender (mayor vs. other).

**Results** We identified messages from the 46 mayors; none of them mentioned community activities. Thirty mayors explained about reopening community facilities and 23 announced control measures, such as avoiding the three Cs. Approximately 90% of the mayors provided messages about perceiving COVID-19 risk; however, none referred to the negative health impacts of self-quarantine. Overall, tendencies of the information provided by other than the mayors were relatively similar to those by mayors. Only two cities provided information about resuming community activities after the state of emergency was lifted.

**Conclusion** The present data suggest that nearly all of municipalities provided no information about community activities after lifting the first state of emergency.

### 要旨

**背景** 市区町村は住民の健康維持に関わる地域活動を支援するが、その情報発信の実態は不明である。

**方法** 東京都62市区町村のウェブサイトから緊急事態宣言解除後の2020年5月25日から同年6月14日までに発信された情報を対象に内容分析を行った。地域活動に加え、その補完的指標となる情報、活動実施に影響しうる情報、及び活動の情報発信に影響しうる要因の記述を抽出した。発信主体（首長と首長以外）

別に各要因の実数 (%) を算出し、地域活動再開に関する情報発信の関連要因を単変量解析で検証した。

**結果** メッセージが確認できた 49 首長のうち、来島者向けであった 3 首長は除外した。どの首長も地域活動への言及がなく、社会活動への言及も少なかった。30 首長が公共施設の利用再開を説明し、23 首長は 3 密回避等を述べていた。ほとんどが新型コロナウイルスを認識した情報を発していたが、自粛による健康二次被害への言及はなかった。首長以外の発信情報は、首長とやや似ていたが、2 市で地域活動再開の情報を発信していた。この再開の情報発信とどの変数も有意な関係を示さなかった。

**結論** 東京都内のほとんどの市区町村で、初の緊急事態宣言解除後に地域活動の情報発信はなかったことが示唆された。

**キーワード:** 地域活動、地方公共団体、ウェブサイト、内容分析

**Key words:** community activities, municipalities, website, content analysis

## 1. 序文

住民が主体的に行うボランティア活動や自治会などの地域活動は、住民の交流を中心とした活動や、生活困窮者への食支援など、内容は多岐にわたるが、社会的に弱い立場にある人へのインフォーマルな支援源となるだけでなく、活動参加者の心身の健康とも関連することが報告されてきた<sup>1</sup>。こうした活動の効果は海外でも注目されているが<sup>2</sup>、我が国では活動促進の取り組みが国や<sup>3</sup>都道府県、市区町村レベルでウェブサイト等を活用して行われてきた。しかし、2019 年 12 月に中国で報告された新型コロナウイルス感染症が世界的に広がり、日本では 2020 年 4 月に新型コロナウイルス感染症による緊急事態が発生したとして国が緊急事態宣言を発出し、緊急事態措置を実施すべき区域として指定された都道府県では住民に対して生活の維持に必要な場合を除いた外出の自粛要請等がなされた。こうした中、外出機会の確保の重要性は周知されたものの<sup>4</sup>、高齢者はこの感染症の重症化や死亡リスクが高かったこともあり<sup>5,6</sup>、外出や他者との交流が制限されて地域活動も休止になりがちであったが、同年 5 月 25 日の緊急事態宣言解除後から全国的に感染対策を徹底しながら段階的に地域での活動が再開する流れになった。

この地域活動には、以下の点から市区町村がウェブサイトから発信した情報が地域活動に影響したと考える。第一に、地方公共団体の施設は主な活動場所の 1 つであるが<sup>7</sup>、コロナ下で利用制限や休止がなされたことから、状況確認のため地方公共団体のウェブサイトを参照し、そこでの掲載情報がその後の活動にも影響した可能性がある。間接的な根拠として、新型コロナウイルスの情報源として成人の半数以上が地方公共団体の情報を信頼し、参照していたとの報告や<sup>8</sup>、新型コロナウイルスに関する公的情報を参照した人ほど、感染予防行動を実践して

いたとの報告がある<sup>9</sup>。第二の点として、個別の事例になるが、東京都は 2020 年 5 月 22 日に新型コロナウイルス感染症を乗り越えるロードマップを公表したが、地域活動への言及はなかった。そのため、東京都では当時、行政の最小単位である市区町村の意思決定と情報発信が地域活動に影響した可能性がある。最後に、発行頻度が一般的に低い(例: 1 か月~3 か月に 1 度) 広報紙等の媒体と比べ、低コストで迅速かつ適時に情報を発信できるオンライン情報は、コロナ下において地域活動により影響したことが予想される。

しかし、新型コロナウイルス感染症の蔓延が始まって以降、病院のウェブサイト<sup>10</sup>やマスメディア<sup>11</sup>、ソーシャルメディア<sup>12</sup>から発信された情報の分析は行われてきたが、地方公共団体が発信したオンライン情報については、国内外ともに知見が乏しく、よくわかっていない。実態が明らかになれば、適切な地域活動レベルを維持し、住民の健康を保持・増進するためのより良い情報発信の在り方を考える一助となることが期待される。そこで、本研究では、地域活動について情報発信の必要性が高かったと考えられる 2020 年 5 月の緊急事態宣言解除後に、市区町村がウェブサイトを通じて発信した地域活動および地域活動と関係しうる情報の実態を明らかにすることとした。東京都は国内で最多の人口を有し(約 1400 万人)、より社会的影響が大きいと考えられたため、今回は東京都の市区町村(東京都は区市町村と称するが、市区町村に表記を統一する。)を対象とした。新型コロナウイルス感染症は社会と経済に深刻な影響を及ぼす健康危機であり、そのような危機管理ではリーダーの役割が重要であることから、市区町村長が発したメッセージとそれ以外の情報とで区分して分析した。

## 2. 方法

### 研究デザインと対象

分析対象は、東京都内にある全 62 市区町村のウェブサイト内の日本語で記述されたウェブページである。本研究ではウェブサイトの内容分析を行った。内容分析は、先行研究に基づき<sup>10</sup>、データの抽出、分析、解釈の 3 段階に分けて実施した。ウェブページの抽出にあたり、トップページ、新型コロナウイルス感染症、健康医療福祉、首長、イベントや事業、地域活動や社会活動に関連するウェブページや新着情報ページから重点的に調べた。社会活動と地域活動は明確な定義がないことから、ページの見落としを防ぐため、社会活動に関する記述にも注意をして抽出を行った。メッセージや情報がウェブページからリンクされる形で PDF ファイルとして掲載されていた場合、便宜上、ウェブページとしてカウントした。ウェブページを抽出する手順を確立するため、2 名の著者（筆頭著者、第 2 著者）が区部、市部、町村部から 3 つずつ無作為に選ばれた合計 9 市区町村からウェブページを独立して抽出し、手順で意見が異なった場合は合議し、上述の通りに決定した。最終的に筆頭著者が全市区町村のウェブページを抽出した。

分析対象期間は緊急事態宣言が解除された 2020 年 5 月 25 日から同年 6 月 14 日までの 3 週間とした。東京都の公表データによると、この期間の新型コロナウイルス感染症の新規陽性者数は 1 日当たり約 17 名であった。開始日は、緊急事態宣言が解除されて、地域活動再開に関連したメッセージが発出されることが期待されたため 5 月 25 日に設定した。終了日は、緊急事態宣言解除を受けてタイムリーに情報発信したかを評価するために設定した。生活困窮者への食事提供や子ども食堂のような食支援型の地域活動の休止は短期間に健康に影響しうるため、迅速性が重視されるためである。期間が短すぎると、情報発信の準備期間を考慮すれば過小評価の問題が生じうるため、便宜的に 3 週間を設定した。

ウェブページの抽出は 2020 年 6 月 11 日から 6 月 28 日までに実施した（ほとんどは 6 月 15 日までに抽出した）。公表時期や内容について不明な点があれば市区町村に照会して確認した。照会時に 1 区で抽出しなかったページに外出自粛について記述があったため、解析対象ページとしてはカウントしなかったが、解析用データセットには反映した。市区町村長のメッセージは、期間内に 2 回以上発信されていた場合、原則として最新のものを評価対象とした。2 回メッセージを発信した 2 首長のうち、1 首長は最新のメッセージが新型コロナウイルス感染症と直接関係していなかったため、新型コロナウイルス感染症に関係する日付が古いページを解析対象に含めた。残りの 1 首長は来訪者向けと住民向けにメッセージを発信しており、本研究の趣旨と照らし合わせて住民向けのメッセージのみを解析対象とした。また、別の 1 首長はウェブサイト内から外部動画サイト (YouTube) にリンクする形でメッセージを発信していたが、簡単に情報にアクセスできることから、ウェブサイト内から発信さ

れたとみなして解析対象に含め、49 首長の 49 ページを分析対象とした。首長が発信したメッセージ以外の情報は、62 市区町村の 499 ページを分析対象とした（1 地方公共団体あたり平均 8 ページ。最少 1 ページ、最多 18 ページ）。

### 内容分析

ウェブページの内容は、地域活動に関する情報、地域活動の情報と同様の結果を示しうる情報（地域活動の補完的指標）、住民の地域活動に影響しうる情報、そして地域活動に関する情報発信に影響しうる要因に着目して評価した。

地域活動は、東京都が地域活動として例示するボランティア活動、自治会・町会、NPO 法人、市民活動に加えて、学校も地域活動と関係するため、学校での地域活動も含め、地域活動と定義し、その実施について言及なし、自粛要請あり、延期・中止等の検討の要請、妨げない、注意して再開、全面的な再開の 6 カテゴリで評価した。

地域活動の情報と同様の結果を示しうる情報に関して、イベント等主催者向けのイベント開催に関するメッセージと社会活動再開について評価を行った。コーディング項目は、イベント等主催者向けメッセージについては地域活動と同様とした。社会活動再開については、市区町村として社会活動をこれから再開していくことを述べていれば再開の情報有りと判定した。

住民の地域活動実施に影響しうる情報として、公共施設利用、周知している感染症対策、感染対策実施への御礼、感染を不安に思う人への配慮、および各市区町村によるイベントについて評価を行った。公共施設利用は、地域活動の主な活動場所であることから評価した。利用に関する説明は利用不可、条件付きで利用可、全面利用可、説明なしの 4 カテゴリで評価した。利用時の感染症対策の例示の有無も評価した。住民に対して周知した感染症対策は、厚生労働省の示す新しい生活様式に基づき、外出自粛・移動制限、手洗い、マスク着用を含む咳エチケット、3 密（密集、密接、密閉）の回避、身体的距離の確保、体調不良時に休むあるいは外出を控えること、感染状況の注視、その他について評価した。外出自粛・移動抑制はさらに、不要不急の外出の自粛要請、他府県等への移動自粛要請、外出自粛の段階的緩和中であることの説明、流行地域への移動抑制の 4 カテゴリで評価した。感謝するメッセージは、説得的コミュニケーションの原理の 1 つである返報性に基づき、互惠性規範を形成することで行動変容につながるため<sup>13 14</sup>、感染症対策実行への御礼は、住民が外出自粛を行う動機付けとなり、間接的に地域活動にも影響しうるため評価した。これまでの感染症対策の実施・協力の御礼が述べられていれば記述有りとして判定した。感染を不安に思う人への配慮の要請は、説得的コミュニケーションの別の原理である社会的証明の観点から<sup>15</sup>、不安に思うべき事態であり、活動抑制が正しいと思わせて、活動を抑制しうると考えられたため評価した。感染を不安に思う人への配慮を要請していれば要請ありと評価した。不安に思う人がいること

を指摘しただけでは要請無しと判定した。各市区町村主催のイベントまたは事業に関する説明は、各市区町村自身の判断と行動が住民の行動にも影響しうると判断して評価を行った。中止あるいは延期に関する説明と再開に関する説明をそれぞれコーディングした。

市区町村による地域活動に関する情報発信に影響する要因として、新型コロナウイルス感染症に関する認識と外出等の自粛による健康二次被害の認識を評価した。新型コロナウイルス感染症のリスクの認識は、感染予防行動に影響するため<sup>16</sup>、リスクを認識していれば、感染拡大を防ぐために社会活動や地域活動に対して抑制的なメッセージを発しうることから評価項目に含めた。具体的には、新型コロナウイルス感染症の罹患可能性と新型コロナウイルス感染症の重大性の認識を評価した。重大性に関しては、個人が罹患した際の重症化や死亡リスク、社会への影響の大きさ（医療崩壊など）を認識する記述があれば認識ありとした。自粛による健康二次被害は、認識していれば日本老年医学会やスポーツ庁が実施したように、活動を促進する方向のメッセージを発しうるため、評価を実施した。自粛が結果的に健康に及ぼす可能性があることに言及していれば認識ありと判定した。

それぞれの項目に該当する記述（例：手洗いをしましょうといったメッセージ）があれば1、記述がなければ（例：手洗いについて何も言及していない）0としてMicrosoft Excelにデータを入力した。否定的な記述（例：手洗いをする必要はないといったメッセージ）は9としてコーディングする予定であったが、いずれの項目もそのような記述は見当たらなかった。

#### コーダー間信頼性

データコーディングの質を担保するために、首長が発信した情報のコーディングは2名の著者（筆頭著者、第2著者）が独立して実施し、意見が異なった点について検討し、合議したうえでコーディングマニュアルを改善し、修正したコーディングマニュアルをもとに筆頭著者がすべての情報の最終的なコーディングを実施した。なお、修正マニュアルの作成前に筆頭著者と第2著者が入力したデータから、コーダー間信頼性を一致割合と $\kappa$ 係数で評価したところ、本研究の主たる評価項目である地域活動（一致割合=98%~100%、 $\kappa=0$  [片方の評価者がすべて0をつけたため]または両者がすべて0を付けたため $\kappa$ 係数の計算無し）や公共施設利用（一致割合=89%~100%、 $\kappa=0.74\sim 1$ または両者がすべて0を付けたため計算無し）についてはよく一致していた。その他の項目も自粛による二次的な健康被害（一致割合95%、 $\kappa=0$  [片方の評価者がすべて0をつけたため]）、感染対策協力への謝辞（一致割合95%、 $\kappa=0.90$ ）、不要不急の外出自粛（一致割合98%、 $\kappa=0.85$ ）、手洗い（一致割合95%、 $\kappa=0.91$ ）、3密回避（一致割合93%、 $\kappa=0.86$ ）、身体的距離の確保（一致割合93%、 $\kappa=0.85$ ）などの感染対策で高い一致度が得られたが、例外的に社会活動の再開は当初の評価で一致しなかったため（一致割合27.3%、 $\kappa=0.05$ ）、評価者間のぶれが生じないよう、上述のコーディング方

法を採用した。また、新型コロナウイルス感染症のリスクの認識は当初、リスクとして認識しているかを1項目で評価し、一致度が低かったため、その原因を検討したところ、罹患リスクを評価基準に含めるかどうか起因していたことが分かったので、罹患リスクと重大な事象が起きるリスクの2項目を評価することで一致度が低い問題の解消に努めた。

#### その他の変数

米国で政党の方針と個人の感染予防行動との関連が報告されており<sup>17</sup>、日本でも首長の所属政党が情報発信に影響しうると考え、首長選挙時の所属政党の情報を市区町村ウェブサイトから抽出した。情報がなかった市町村は、大手マスメディアのウェブサイトからデータを得た。さらに、感染状況も発信に影響しうるため、東京都の報告する2020年5月25日時点の市区町村別の新型コロナウイルス感染症患者数と2020年1月1日時点の各市区町村の総人口数を抽出し、市区町村別の人口10万人対累積患者数を計算した。また、参考データとして、首長メッセージ以外のウェブページについては、作成担当部署名または掲載情報の問い合わせ先部署名を抽出し、分類を試みた。

#### データ分析

データ分析は情報発信主体（首長と首長以外）と地域別（区部、市部、町村部）に項目ごとの実数（%）を求めた。地域別の分析は、地域によって人口密度や人の移動、医療体制・医療資源、患者数が異なり、求められる情報発信も異なると考えられたため実施した。郡部と島しょ部は、来町・来島自粛要請を中心とした情報を発信していたことから、町村部として1つのカテゴリーにまとめた。感度分析として、2回以上メッセージを発信していた首長については、メインの解析で評価しなかったメッセージ（18ページ、12首長）にて地域活動に言及しているか確認をした。

地域活動再開に関する情報発出の有無に関連する要因を探索的に検証するため、発出の有無別に地域（区部、市部、町村部）、保健所設置、健康二次被害の認識、新型コロナウイルス感染症の罹患リスクの認識、そして重大性の認識の割合の差についてフィッシャーの正確確率検定で比較した。また、情報発信の有無別で東京都の報告に基づく2020年5月25日時点の10万人対累積患者数の中央値の差をマン・ホイットニーのU検定で検証した。データ分析にはStata ver. 14.2を用いた。

#### 倫理的配慮

本研究は地方公共団体の公表する公共データのみを利用する研究であり、人を対象とする医学系研究に関する倫理指針の対象外である。

### 3. 結果

#### 首長のメッセージ

全62首長（いずれも政党は無所属）のうち、49首長（79%）が2020年5月25日以降3週間以内に何らかのメッセージを市区町村ウェブサイト内から発信していた。

発信した首長のうち 76%は 1 回のみでの発信であった (1 回:37 首長、2 回:8 首長、3 回:2 首長、4 回:2 首長)。また、30 首長は 5 月末までのメッセージが最新であった。3 首長は住民ではなく来島者向けに来島自粛に関するメッセージのみを発信していたため、その後の分析から除外した。

表 1 に 46 首長が発信したメッセージを分類した結果を示した。地域間で概ね同様の傾向であったが、イベント主催者や、町会・自治会、ボランティア、NPO 法人、ボランティア活動、学校等での活動も含め、地域活動再開に関するメッセージは見当たらなかった。感度分析としてメインの解析で評価しなかったメッセージを検証したが、地域活動には言及がなされていなかった。これから社会活動を再開していくことを明言した首長も少なかった (10%強)。

住民の地域活動実施に影響しうる情報に関して、公共施設の利用再開については約 3 分の 2 の首長が説明していた。約 6 割の首長が感染対策の実施ないし協力に対して謝辞を述べていた。感染対策として手洗いや 3 密回避を述べた首長が多かったが (23 首長)、不要不急の外出自粛などの外出や流行地域への移動制限について言及した首長は少なかった。

地域活動に関するメッセージ発信に影響しうる情報に関して、41 首長 (89.1%) が新型コロナウイルス感染症に罹ることを認識したメッセージを発信し、また半数弱の首長は新型コロナウイルス感染症の重大性を認識したメッセージを発信していた。その一方で、活動自粛の健康影響に言及したメッセージはなかった。

#### 首長以外が発信した市区町村の情報

全 62 市区町村が 2020 年 5 月 25 日以降 3 週間以内に情報を発信していた。分析対象とした 499 ページから、担当部署名あるいは問い合わせ先となる部署名を確認したところ、記載がないページが最も多く (約 4 割)、次いで保健、医療、または福祉に係る部署名が約 2 割で、そのほかの部署名は 1 割を切っていたが、その中では広報関係の部署名が約 9%と最も多かった。

表 2 に情報発信主体が首長以外であったウェブページの分析結果を示した。全体的な傾向は首長によるメッセージと似ていたが、異なる点として、地域活動の再開について 2 市のみであるが、情報発信がなされていた。保健所設置 25 区市 (23 区、2 市) では八王子市の健康部 (保健所) 健康政策課健康づくり担当、非設置 37 市町村 (24 市、13 町村) では調布市の生活文化スポーツ部協働推進課が地域活動について情報発信していた。

公共施設の利用再開や市区町村によるイベントの中止や再開について説明した市区町村は多かった (公共施設利用再開はほぼ全数、イベントの中止・延期は 9 割弱、再開は 4 割弱)。不要不急の外出自粛をはじめとした外出自粛に言及した市区町村も多かった一方、割合は低いものの自粛の健康二次被害に言及した市区町村があった (10%強)。地域活動再開のメッセージ発信に関連する要因を検証したが、いずれの変数も統計学的にははっきり

とした結果を示さなかった (データ未掲載)。

#### 4. 考察

本研究では、新型コロナウイルス感染症の流行に伴う緊急事態宣言の解除後 3 週間以内に東京都内の市区町村がウェブサイトから発信した情報を分析した。その結果、地域活動についてほとんど言及されていないことが示唆された。地方公共団体は地方自治に重要な役割を果たしてきたが、公衆衛生に関する国内での情報発信については、2005 年と 2006 年時点の保健所のウェブサイトが検証されたのみで<sup>18</sup>、平時も含め、実態はよく知られていなかった。著者らの知る限り、本研究はパンデミック時に地方公共団体がウェブサイトから発信した地域活動に関する情報を分析した国内外で初めての報告である。

今回の分析結果から、東京都内のほとんどの市区町村で、緊急事態宣言解除後に地域活動の情報発信はされなかったことが示唆された。発信されなかった理由ははっきりしないが、市町村保健センターであっても新型コロナウイルスに関する知識や情報不足が生じていたことや、自身の事業運営の判断に難しさがあったことが報告されており<sup>19</sup>、地域活動に関しても住民に向けた情報発信は難しかったのかもしれない。これらの点は、今回、公共施設の利用再開は周知する一方、自身のイベント再開について多く発信せず、社会活動の再開についてあまり言及していなかった結果とも一貫性があると考えられる。また、当時、国や東京都では感染対策を徹底しながら社会・経済活動を段階的に再開するフェーズにあり、東京都では公共施設の利用再開や 50 人までのイベント開催が可能になったばかりで、地域活動再開について言及されていなかったこととも整合性がある。

地域活動再開に言及した 2 市は、いずれも人口規模が 20 万人以上と大きかった。人口規模の大きい地方公共団体ほど、地域のつながりが弱くなりうることから<sup>20</sup>、地域のつながりを強める情報を発信しやすかった可能性がある。この点は、平時の情報発信状況からも考察できると考えられるが、ボランティア活動や町会・自治会、市民活動を含め、地域活動について地方公共団体のウェブサイトから発信された情報に関する先行研究等がなかった。そこで、2020 年 11 月に著者らが確認したところ、全 23 区および全 26 市では平時からウェブサイト上で情報発信が行われていたようであり、平時から情報発信していたため、人口規模の大きい都市では対象期間中にも情報発信されやすかった可能性がある。一方、全 13 町村のうち、地域活動に関連した平時の情報が確認できたのは 4 町村のみで、対象期間中に情報発信されにくかったと考えられる。同じ 20 万人以上の人口を有する 3 市 (西東京市、府中市、町田市) では今回、発信を確認できなかったが、担当部署の専門性やマンパワーの不足といったことが影響したのかもしれない。今後、情報発信のメカニズムを解明するために、担当部署への質的・量的調査が求められる。

本研究では、保健所を設置する 25 市区のうち 1 市、保



健所を設置していない 37 市町村では 1 市が地域活動再開について言及しており、単純な比較は困難であるが、割合としてみれば、わずかに前者が高かった。これは、保健所を有することで新型コロナウイルス感染症の患者発生状況をタイムリーに把握でき、対応を考えやすかったことや<sup>19</sup>、地域保健法に基づき、平時から保健所はソーシャルキャピタルを広域的に醸成し、健康なまちづくりを推進することが期待されており、地域の健康づくりや地域づくりに重要な組織の活動をいかに支援するか考え、工夫して関わろうとしたことが<sup>21</sup>、情報を発信する方向に働いたかもしれない。一方、保健所を設置しない都内の市町村では、現行の感染症法上、東京都からの感染者情報の公表がなされるまで、感染状況ははっきりせず<sup>19</sup>、情報発信が困難であったと考えられる。対策に困難が生じたことは首長自らがメディアで指摘していた<sup>22</sup>。さらに、システム上は、厚生労働省からの情報も都道府県と管轄保健所を介して届くなど、リアルタイムに必ずしも情報共有されない。市町村保健センターでは保健所との連携が困難であったことも報告されており<sup>19</sup>、保健所を有しない市区町村では地域活動について情報発信しにくい状況が続いたと考えられる。

保健所を有しない市区町村には、上述の組織構造上、東京都や東京都に所属する保健所の動向がより影響しやすかったと考えられる。そこで、2020 年 10 月に東京都のウェブサイトから関連する 101 ページを抽出し、確認したところ、2020 年 5 月 22 日のロードマップ公表以降、東京都から地域活動再開について情報発信されたのは同年 7 月に入ってからであった<sup>23</sup>。遅い時期に情報発信されたのは、法律上、都道府県は市町村が実施する健康なまちづくりを支援する位置づけであって、実施主体ではないことが影響した可能性がある。いずれにせよ、東京都の動向は、対象期間中に市区町村からの情報発信を促進する方向に働かなかった可能性がある。同様に、東京都が所管する 6 保健所(うち、島しょ保健所は 4 出張所、2 支所を含む)のウェブサイトから 149 ページを抽出し、確認したところ、地域活動に関する情報は確認できなかった。したがって、東京都所属の保健所も、保健所を設置しない 37 市町村に対して情報を発信する方向には働かなかった可能性がある。

今回、地域活動の情報を発信していたのは、保健医療部門と地域振興に関わる部門であった。地域活動に関する情報発信について、平時(2019 年度以前)の状況を 2020 年 11 月に確認したところ、東京都では福祉保健局ではなく、生活文化局が担当していた<sup>24</sup>。市区町村間で部署名のばらつきが大きく、分類は困難であったが、保健・医療部門ではなく、地域振興や地域づくりに関連した部門が地域活動に関する情報発信を担当し<sup>25</sup>、地域活動の場となる施設に関しても同様の状況であった<sup>26</sup>。部門間連携の実態は不明であるが、都道府県の保健部門は、地域での身体活動増進において、地域づくりに関係しうる部門のうち、スポーツ部門や教育部門との連携は行っている割合が高い一方(約 6 割)、都市計画部門や交通部門、

環境部門と連携している割合が低い(2 割未満)ことが報告されている<sup>27</sup>。異なる部門が各自の強みを生かして協働し、効果を最大化することは推奨されており<sup>28</sup>、市町村レベルの地域保健での事例も蓄積されつつある(健康安全・危機管理対策総合研究事業)。新型コロナウイルス感染症のような健康が強く関わる事象においては、専門性の観点からも、保健医療部門が地域づくりに関わる部門と連携することが、労力をあまり増やさずに、適切かつ住民に信頼される地域活動の情報発信につながるかもしれない。

我々の検証した範囲では、地方公共団体のウェブサイト内から地域活動についてほとんど情報が発信されていなかった。感染症が終息しない状況では地域活動継続の判断は難しいと考えられるため、まずは活動方針の話し合いの場を設けることを促す情報提供も一案である<sup>29</sup>。厚生労働省は感染対策を行いながら地域のつながりを維持する事例を 2020 年 6 月 30 日から公表し、2021 年 4 月には内閣官房孤独・孤立対策に関する連絡調整会議にて、感染対策を講じつつ、高齢者の通いの場の取り組みを推進していくことが確認された。そうした事例も活用しながら、住民にとって最も距離の近い地方公共団体である市区町村からの、人のつながりを維持できるよう後押しする情報発信が期待される。別の視点では、地域保健を担う保健所の業務が圧迫しているように、新型コロナウイルスへの対応に資源が割かれて、公助に困難がある状況では、地域の課題を解決する地域活動への助成情報の発信も重要であろう。また、国内では社会・経済活動や新型コロナウイルス感染症患者に対する偏見、誹謗中傷、差別等が生じており、地域での活動をそうした偏見、差別から守る体制作りと情報発信も求められる。地方公共団体の職員は、危機的状況下における情報発信の教育を受ける機会は少ないため、外部の専門家による教育や支援なども必要であろう。

本研究の強みはパンデミック時における行政のウェブサイトの評価を行った点である。地域活動のような公共性の高い社会活動の自粛や再開には、行政からの情報発信のもつ影響が大きいと考えられることから、今後、緊急時の行政によるこのような社会活動に関する情報発信のあり方を考えていくための資料となりうる。

本研究の限界を以下に述べる。まず、今回はウェブサイト以外のオンライン媒体(メール配信サービス、ソーシャルネットワークワーキングサービス等)や紙媒体、ボランティア活動等の運営団体に対して直接発信された情報は評価しておらず、発信情報をすべて網羅していない。しかし、東京都の一部の市区町村の Twitter や Facebook を確認したところ、ウェブサイト内の情報と連動していたことから、ウェブサイト以外の媒体を評価対象に含めても、本研究の結論は変わらなかったと考えられる。また、ウェブサイト内に広報紙のオンライン版が含まれていた。次に、ウェブページを手動で探したため、見つけにくいウェブページを見落としした可能性がある。しかしながら、多くの市区町村では新型コロナウイルス感染症の特設ペ

ージを設けており、また、本研究の内容に関連する項目のページは重点的に探索したため、見落としは結果に大きく影響しないと考えられる。3番目の点として、6月にウェブページを抽出したことから、抽出前に削除あるいは書き換えられた情報で、かつ、それらの内容が明示されていない情報は検証できていない。また、緊急事態宣言中に発出された情報も評価していない。解除直前の時期に情報を発信していた場合、重複を避けるために本研究の分析対象期間中に情報発信しなかった可能性はある。しかし、重要な情報と認識していれば、反復効果を期待して<sup>15</sup>情報発信したであろう。4点目だが、厚生労働省が2020年6月末に示した地域のつながりに関する事例や、東京都が同年7月に発信した地域活動再開に関する情報を受けて、市区町村も今回の評価対象期間後に情報を発出した可能性があるが、評価していない。5番目の点として、本研究では首長とそれ以外の情報とで傾向に違いが認められたが、その背景要因は検証できなかった。また、首長には選挙時に推薦を受けた政党も影響しうることが、公的情報がほとんど得られず、検証できなかった。6番目は、本研究の目的に関係する情報をもれなく抽出しようとした点である。健康系のウェブサイトの滞在時間は平均で1分9秒との報告があり<sup>30</sup>、見つけにくいウェブページや文章を利用者は見ていない可能性があるため、本研究から推察される市区町村の発信情報と一般住民が受け取った情報は乖離している可能性がある。7点目であるが、市区町村の発信情報のみを評価したため、今後、発信情報に対する一般市民の反応や、ソーシャルネットワーキングサービスのユーザーの反応といった<sup>12</sup>、双方向性のコミュニケーションの実態を解明する研究が必要である。8番目は、今回、活動自粛による健康二次被害が懸念されたため、地域活動の再開に焦点を当てた点である。社会・経済の安定における市区町村の役割を考慮すると、発信情報の全体像に加え、部署ごとの情報の変遷や、メッセージの伝え方を分析し<sup>31</sup>、情報発信上の良い点や改善すべき点を適示していくことで、公衆衛生だけでなく社会経済の安定に貢献する研究も求められる。最後に、本研究は東京都の市区町村を対象としており、国内の他地域の地方公共団体への結果の一般化は慎重に考える必要がある。しかしながら、子ども食堂の活動が2020年3月から5月には全国の子どもの食堂の約半数が活動を休止したとの報告があり<sup>32</sup>、東京都以外の地域でも、活動を後押しする情報発信はあまりなかった可能性は否定できない。また、不安を煽るようなマスコミの報道の問題について世界保健機関が指摘し、国内でもマスメディアやソーシャルメディアが発信した情報の問題が指摘されており、そうした媒体も地域活動に影響しうることが、今回評価していない。

## 5. 結語

本研究の結果から、東京都内のほとんどの市区町村で緊急事態宣言解除後に地域活動に関する情報が発信されていなかったことが示唆された。危機的事象下においても住民が人とのつながりと健康を維持できるよう、地方

公共団体から住民が感染対策を行いながら地域活動を実施できるよう、後押しする情報が発信されることが望まれる。本研究では手動で事後的にウェブページの抽出を行っており、ウェブページの抽出漏れの可能性があることから、今後、リアルタイムにウェブサイトをモニタリングし、ページ抽出する手法の確立と研究応用が求められる。また、こうした情報発信や、それ以外の取組が地域活動の普及や地域の健康状態にもたらす（費用対）効果検証も求められよう。

## 研究資金

該当なし。

## 利益相反自己申告

開示すべきCOI状態はない。黒田藍は地方公共団体職員であるが、本研究は職務と関係ない。

## 引用文献

1. 木村美也子 尾島俊之, 近藤克則. 新型コロナウイルス感染症流行下での高齢者の生活への示唆: JAGES 研究の知見から. 日本健康開発雑誌 2020;41:3-13.
2. South J. A guide to community-centred approaches for health and wellbeing: full report. *Public Health England*, 2015.
3. 内閣府. II 男女共同参画社会の形成の促進に関する施策. 第1部 平成30年度に講じた男女共同参画社会の形成の促進に関する施策. 第5章 地域・農山漁村, 環境分野における男女共同参画の推進. 令和元年版男女共同参画白書 2019:180-3.
4. 厚生労働省老健局. 事務連絡 新型コロナウイルス感染症の拡大防止と介護予防の取組の推進について (その2). 2020. <https://www.mhlw.go.jp/content/000614661.pdf>
5. Zhou F, Yu T, Du R, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* 2020;395(10229):1054-62.
6. Wang D, Hu B, Hu C, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA* 2020;323(11):1061-9.
7. 上村将人, 十代田朗, 津々見崇. 杉並区における地域づくりに関わる地域活動団体の活動場所と交流に関する研究. 都市計画論文集 2016;51(3):201-8.
8. Muto K, Yamamoto I, Nagasu M, et al. Japanese citizens' behavioral changes and preparedness against COVID-19: An online survey during the early phase of the pandemic. *PLoS One* 2020;15(6):e0234292.
9. Nguyen NPT, Hoang TD, Tran VT, et al. Preventive behavior of Vietnamese people in response to the COVID-19 pandemic. *PLoS One* 2020;15(9):e0238830.
10. Yan A, Zou Y, Mirchandani DA. How hospitals in

- mainland China responded to the outbreak of COVID-19 using IT-enabled services: an analysis of hospital news webpages. *J Am Med Inform Assoc* 2020;27(7):991-9.
11. Ogbodo JN, Onwe EC, Chukwu J, et al. Communicating health crisis: a content analysis of global media framing of COVID-19. *Health Promot Perspect* 2020;10(3):257-69.
  12. Ngai CSB, Singh RG, Lu W, et al. Grappling With the COVID-19 Health Crisis: Content Analysis of Communication Strategies and Their Effects on Public Engagement on Social Media. *J Med Internet Res* 2020;22(8):e21360.
  13. 油尾聡子, 吉田俊和. 送り手との互恵性規範の形成による社会的迷惑行為の抑制効果 : 情報源の明確な感謝メッセージに着目して. *社会心理学研究* 2012;28(1):32-40.
  14. Grant AM, Gino F. A little thanks goes a long way: Explaining why gratitude expressions motivate prosocial behavior. *J Pers Soc Psychol* 2010;98(6):946-55.
  15. 石川ひろの. 第5章 行動変容を促すコミュニケーション. 保健医療専門職のためのヘルスコミュニケーション入門. 東京: 大修館書店 2020:55-65.
  16. van Bavel JJ, Baicker K, Boggio PS, et al. Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nat Hum Behav* 2020;4(5):460-71.
  17. Grossman G, Kim S, Rexer JM, et al. Political partisanship influences behavioral responses to governors' recommendations for COVID-19 prevention in the United States. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2020;117(39):24144-53.
  18. 瀬戸山陽子 中山和弘. 全国保健所ウェブサイトの情報発信内容とユーザビリティ, アクセシビリティ評価. *日本公衆衛生雑誌* 2008;55(2):93-100.
  19. 鳩野洋子, 弓場英嗣, 島田美喜, 他. 新型コロナウイルス感染症流行時に市町村保健センターが抱えた課題. *日本健康開発雑誌* 2021;42:77-83.
  20. 福川康之, 川口一美. 孤独死の発生ならびに予防対策の実施状況に関する全国自治体調査. *日本公衆衛生雑誌* 2011;58(11):959-66.
  21. 神崎由紀, 飯島俊美. その3. 感染症担当課以外の保健所保健師の活動:保健師は何を大事にし, どの業務を継続したのか. *日本公衆衛生看護学会誌* 2020;9(3):197-202.
  22. 阿部裕行. 自前の保健所を持たない市長の叫び〜東京都多摩市のコロナ対策. 論座 2020. <https://webronza.asahi.com/politics/articles/2020091200001.html>
  23. 東京都生活文化局. 地域活動・多文化共生. 「新しい日常」をふまえた地域活動の再開に向けて. 2020. [https://www.seikatubunka.metro.tokyo.lg.jp/chiiki\\_tabunka/seishounen/ikusei/0000001486.html](https://www.seikatubunka.metro.tokyo.lg.jp/chiiki_tabunka/seishounen/ikusei/0000001486.html)
  24. 東京都生活文化局. 地域活動・多文化共生. 地域活動の推進(ボランティア、町会・自治会など). 2020. [https://www.seikatubunka.metro.tokyo.lg.jp/chiiki\\_tabunka/chiiki\\_katsudo/](https://www.seikatubunka.metro.tokyo.lg.jp/chiiki_tabunka/chiiki_katsudo/)
  25. 江東区. 町会・自治会活動. 2020. <https://www.city.koto.lg.jp/101010/kurashi/komyunitei/chokai/jichikai/7678.html>
  26. 台東区. 生涯学習センター 新型コロナウイルス感染拡大防止に伴う施設利用上の注意について. 2020. <https://www.city.taito.lg.jp/index/kurashi/gakushu/syougaiyakusyuucente/riyouannai/kyuushi.html>
  27. 武田典子, 種田行男, 井上茂, 他. 都道府県における身体活動促進を目的とした行動計画の策定およびその実施状況一量的記述一. *運動疫学研究* 2019;21(2):113-35.
  28. 小熊祐子. Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030 について-SDGs, オリンピック・レガシーとともに考える-. *日本健康教育学会誌* 2020;28(2):92-100.
  29. 八王子市. 地域で活動する市民・団体の皆様へ〜新型コロナウイルス感染症の感染防止対策〜(6月3日更新). 2020. <https://www.city.hachioji.tokyo.jp/kurashi/hoken/007/013/p026777.html>
  30. Eysenbach G, Kohler C. How do consumers search for and appraise health information on the world wide web? Qualitative study using focus groups, usability tests, and in-depth interviews. *BMJ* 2002;324(7337):573-7.
  31. Okuhara T, Okada H, Kiuchi T. Examining persuasive message type to encourage staying at home during the COVID-19 pandemic and social lockdown: A randomized controlled study in Japan. *Patient Educ Couns* 2020;103(12):2588-93.
  32. 内閣官房. 第4回 孤独・孤立対策に関する連絡調整会議 配布資料. 2021. [https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/kodoku\\_koritsu/dai4/siryu.html](https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/kodoku_koritsu/dai4/siryu.html)

**\*責任著者 Corresponding author : e-mail**  
**kkuwahara@med.teikyo-u.ac.jp**

表 1. 地域別に見た東京都の市区町村長が発信したメッセージの分析結果

	17 特別区	20 市	9 町村	全体 (46 市区町村)
<b>地域活動の再開</b>				
自粛要請	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
延期・中止の検討要請	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
妨げない	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
注意して再開	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
全面再開	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
<b>イベント等主催者向け</b>				
イベント自粛要請	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
延期・中止の要請	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
妨げない	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
注意して再開	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
全面再開	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
社会活動の再開	3 (17.6)	3 (15.0)	0 (0)	6 (13.0)
<b>住民の地域活動実施に影響しうる情報</b>				
<b>公共施設の利用再開</b>				
利用不可	0 (0)	0 (0)	1 (11.1)	1 (2.2)
条件付き利用可	12 (70.6)	15 (75.0)	3 (33.3)	30 (65.2)
全面利用可	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
利用時の感染症対策の例示	4 (23.5)	2 (10.0)	0 (0)	6 (13.0)
<b>周知している感染対策</b>				
<b>外出自粛・移動抑制</b>				
不要不急の外出自粛	0 (0)	3 (15.0)	0 (0)	3 (6.5)
他府県等への移動自粛	0 (0)	0 (0)	4 (44.4)	4 (8.7)
外出自粛の段階的緩和	0 (0)	2 (10.0)	4 (44.4)	6 (13.0)
感染流行地域への移動抑制	1 (5.9)	0 (0)	0 (0)	1 (2.2)
手洗い	8 (47.1)	9 (45.0)	6 (66.7)	23 (50.0)
咳エチケット (マスク着用のみも含む)	6 (35.3)	8 (40.0)	6 (66.7)	20 (43.5)
身体的距離の確保	6 (35.3)	6 (30.0)	5 (55.6)	17 (37.0)
3密回避	9 (52.9)	9 (45.0)	5 (55.6)	23 (50.0)
体調不良時の休み	1 (5.9)	1 (5.0)	0 (0)	2 (4.3)
感染流行状況の注視	0 (0)	1 (5.0)	0 (0)	1 (2.2)
その他感染予防行動	3 (17.6)	3 (15.0)	3 (33.3)	9 (19.6)
感染対策実施の御礼	11 (64.7)	11 (55.0)	5 (55.6)	27 (58.7)
感染を不安に思う人への配慮	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
<b>各市区町村によるイベント</b>				
中止	2 (11.8)	2 (10.0)	1 (11.1)	5 (10.9)
再開	1 (5.9)	4 (20.0)	0 (0)	5 (10.9)
<b>地域活動に関する情報発信に影響しうる要因</b>				
<b>新型コロナウイルス感染症のリスク</b>				
罹患可能性	15 (88.2)	18 (90.0)	8 (88.9)	41 (89.1)
重大性	7 (41.2)	10 (50.0)	3 (33.3)	20 (43.5)
自粛による健康二次被害	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

数値は市区町村数 (%)。

表 2. 地域別に見た東京都 62 市区町村ウェブサイト内の情報の分析結果

	23 特別区	26 市	13 町村	全体 (62 市区町村)
<b>地域活動</b>				
自粛要請	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
延期・中止の検討要請	0 (0)	1 (3.8)	0 (0)	1 (1.6)
妨げない	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
注意して再開	0 (0)	2 (7.7)	0 (0)	2 (3.2)
全面再開	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
<b>イベント等主催者向け</b>				
イベント自粛要請	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
延期・中止の要請	1 (4.3)	1 (3.8)	0 (0)	2 (3.2)
妨げない	3 (13.0)	0 (0)	0 (0)	3 (4.8)
注意して再開	1 (4.3)	1 (3.8)	0 (0)	2 (3.2)
全面再開	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
社会活動の再開	2 (8.7)	4 (15.4)	2 (15.4)	8 (12.9)
<b>住民の地域活動実施に影響しうる情報</b>				
<b>公共施設の利用再開</b>				
利用不可	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
条件付き利用可	23 (100)	26 (100)	11 (84.6)	60 (96.8)
全面利用可	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
利用時の感染症対策の例示	23 (100)	26 (100)	9 (69.2)	58 (93.5)
<b>周知している感染対策</b>				
<b>外出自粛・移動抑制</b>				
不要不急の外出自粛	13 (56.5)	9 (34.6)	1 (7.7)	23 (37.1)
他府県等への移動自粛	1 (4.3)	2 (7.7)	6 (46.2)	9 (14.5)
外出自粛の段階的緩和	1 (4.3)	1 (3.8)	5 (38.5)	7 (11.3)
感染流行地域への移動抑制	6 (26.1)	13 (50.0)	1 (7.7)	20 (32.3)
手洗い	22 (95.7)	24 (92.3)	7 (53.9)	53 (85.5)
咳エチケット (マスク着用のみも含む)	22 (95.7)	24 (92.3)	7 (53.9)	53 (85.5)
身体的距離の確保	18 (78.3)	21 (80.8)	5 (38.5)	44 (71.0)
3密回避	21 (91.3)	24 (92.3)	6 (46.2)	51 (82.3)
体調不良時の休み	11 (47.8)	13 (50.0)	3 (23.1)	27 (43.5)
感染流行状況の注視	5 (21.7)	11 (42.3)	1 (7.7)	17 (27.4)
その他感染予防行動	14 (60.9)	21 (80.8)	4 (30.8)	39 (62.9)
感染対策実施の御礼	2 (8.7)	4 (15.4)	2 (15.4)	8 (12.9)
感染を不安に思う人への配慮	0 (0)	1 (3.8)	1 (7.7)	2 (3.2)
<b>各市区町村によるイベント</b>				
中止	22 (95.7)	25 (96.2)	7 (53.8)	54 (87.1)
再開	9 (39.1)	13 (50.0)	1 (7.7)	23 (37.1)
<b>地域活動に関する情報発信に影響しうる要因</b>				
<b>新型コロナウイルス感染症のリスクの認識</b>				
罹患可能性	23 (100)	26 (100)	10 (76.9)	59 (95.2)
重大性	17 (73.9)	10 (38.5)	4 (30.8)	31 (50.0)
自粛による健康二次被害	5 (21.7)	4 (15.4)	1 (7.7)	10 (16.1)

数値は市区町村数 (%)。首長によるメッセージは解析対象に含まない。

## 原著論文

# 診療看護師 (NP) の自律性と情動知能の関係性の検討

## Examining the Association between Autonomy and Emotional Intelligence in Japanese Nurse Practitioners

三好梨恵 阿部恵子 泉雅之 黒澤昌洋  
Rie Miyoshi, Keiko Abe, Masayuki Izumi, Masahiro Kurosawa

愛知医科大学大学院看護学研究科  
Aichi medical university college of nursing

### Abstract

Health communication competence among nurse practitioners (NPs), who build relationships with patients and are autonomously involved in community medicine, affects health outcomes. This study examined the relationship between autonomy and emotional intelligence (EI) among Japanese NPs. We conducted an anonymous self-administered questionnaire survey using the Dempster Practice Behavior Scale and the Trait Emotional Intelligence Questionnaire Short Form and obtained 140 responses (response rate, 75.6%). The mean NP experience of the subjects was  $4.5 \pm 2.3$  years; for 35 participants, it was less than 3 years, for 54 3–6 years, and for 49 over 6 years. The participants' autonomy and EI were correlated; the well-being factor with EI correlated with all dimensions of autonomy. We found that some EI factors and autonomy dimensions were affected by the subjects' age and clinical experience. We observed that the well-being factor with EI influenced the autonomy of NPs with less than 3 years' experience; among those with over 6 years' experience, the emotionality factor affected autonomy. Enhanced EI was evidently associated with increased autonomy; thus, it would be appropriate to promote EI education among Japanese NPs.

### 要旨

医療から介護における対象者と関係性を構築し、自律して横断的に関わる診療看護師 (NP) のヘルスコミュニケーション能力は、健康アウトカムに影響を与える。診療看護師 (NP) の自律性と情動知能の関係性を明らかにするために、自律性 (DPBS)、情動知能 (TEIQue-SF) 調査票を用いて、無記名自記式質問紙調査を行った。140 通 (回収率 75.6%) の返信があり、診療看護師 (NP) 経験年数は、平均 4.5 (±2.3) 年であり、0.5 年以上～3 年未満が 35 名 (25.4%)、3 年以上～6 年未満 54 名 (39.1%)、6 年以上が 49 名 (35.5%) であった。自律性と情動知能に相関があり、情動知能の下位因子「幸福感」は自律性の全ての下位因子と相関があった。自律性、情動知能の両方に、年齢、経験年数の増加に伴い、関連のある下位因子と、関連のない下位因子が確認できた。また、自律性に関連している情動知能下位因子は、経験年数の低い群は「幸福感」、経験年数の高い群は「情緒性」に差があった。診療看護師 (NP) の自律性は、経験年数によって、関連する情動知能因子が異なっていた。情動知能を高める事で、自律性が高まる可能性が示唆されたことから、情動知能を育成する教育が必要と考える。

キーワード：診療看護師 (NP)、自律性、情動知能

Keywords: Japanese nurse practitioners, autonomy, emotional intelligence

### 1. 序文

我が国の高齢化率は、2040 年に 36.8% まで上昇し、人口減少と高齢化がピークに達すると見込まれている (国立社会保障・人間問題研究所, 2017)。高齢化は、在宅医療、多死社会による自宅での看取りの増加をもたらしている。このような背景を受け、医療の場は、医療施設から地域へ拡大し、治療中心の医療から、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように「住居」「医療」「介護」「生活環境」が切れ目なく提供できる地域包括ケアシステムの構築により、疾患と共に地域で生活することや、疾患の予防に重点が置かれるように変化してきている。そこで医療にとって重要な役割を果たすのが、個人の健康と予防に影響

すると言われているヘルスコミュニケーションである。特に患者に関わることが多い看護職にとって、健康アウトカムに影響を与えるヘルスコミュニケーション能力は重要であると考えられる。

また、医師の働き方改革に伴うタスクシフティングの影響も相まって、医療における看護職の働きへの期待は高まっている。このような社会の変遷に伴い、タイムリーかつ効果的に、「症状マネジメント」を行う高度な医療実践ができる人材が求められている。その役割を担う人材として、近年注目されているのが診療看護師 (NP) である。診療看護師 (NP) とは、2010 年に誕生し、医師や他の医療従事者と連携し、協働し、対象とする個々の患者の診療上及び療養生活上のニーズを包括的に的確に評価し、

倫理的かつ科学的な根拠に基づき、必要とされる絶対的医行為を除く診療を自立して、効果的、効率的、タイムリーに提供し、患者及び患者家族の QOL の向上に努める看護師（日本 NP 学会）と定義されている。資格要件は 5 年以上の看護師経験年数を必要とし、その後 2 年間の大学院教育において絶対的医行為を除く診療行為を自律的に提供できる能力を育成されている看護師のことで、現在は法制化に向けた動きが始まっており、今後、その活躍の場は拡大すると予測されている。診療看護師(NP)は、独自の臨床判断や倫理的判断、主体的なケアへの関りを通して患者と治療関係の構築、多職種協働などを、自律性をもって、活躍できる役割を求められている。

診療看護師(NP)が、期待される役割を担っていくためには、自律性は重要な要素と考えられている。小谷野(2001)により、自律性は「専門職者が実践における意思決定を自らの信念、価値観に基づいて行うことであり、専門職が自ら立てた倫理及び、道徳規範に従って行動し、自己を統制し、他者からコントロールされたり、権威に従属することのない行動を示すこと」と定義されている。看護師の自律性が高いほど、救急看護領域では、看護ケアの質の維持、向上に繋がり(大江ら, 2017)、産科領域では、医師との協働関係が促進されケアに影響を与える(石引ら, 2013)との報告がある。職場における診療看護師(NP)の自律性が高いことにより、看護の質は向上することが推測できる。

近年の看護師の自律性に関する先行研究の結果をまとめると、3 つの特徴が挙げられる。1 つ目は、自律性と仕事上の対人関係の関連において、自律性は、患者との対人関係の相関が最も高く(土門, 1997)、患者や同僚との人間関係が良好な看護師は自律性が高いとの報告がある。2 つ目は、フライングナース、専門看護師、大学病院の看護師を対象としたそれぞれの先行研究において、自律性は経験年数に伴い、高値を示している(宮崎, 2018)(菊池, 2013)(中村, 2017)。3 つ目は、看護職の自律性は一次関数的な単調増大ではなく、上昇と停滞を繰り返しながら発展していく傾向である。看護師は就職後、日々の看護活動の中から手がかりを得て 3 年目を迎えると職務遂行の際の自律性が急速に発達する。その後 6 年から 10 年の間に一時停滞するものの、再び上昇するという複雑な経過を辿る(菊池, 2013)と述べられている。また、Hamric と Taylor は、高度実践看護師の 7 段階の役割開発モデルを明らかにし、自律性が涵養される段階毎の特徴を述べている。熱意や自己肯定感によって特徴づけられる第 1 期の「オリエンテーション期」、周囲とのコンフリクトといった感情や、期待とは反対の結果に対して、落胆し無能さを感じる第 2 期の「フラストレーション期」、肯定的なフィードバックを受け、自己肯定感と熱意を再編成し、他者との相互作用に応じて役割変容を行っていく第 3 期の「実践期」の 3 段階の時期を経て、役割における自信と確信が持てる時期に到達し自律性が発揮されている(Hamric & Taylor, 1989 ; Baker, 1979) 特徴が挙げられる。このことから、看護職の自律性は、人間対人関係性

に根差し、単に直線的に高まるのではなく、精神面における影響を受けながら自律性は発揮されていく傾向にあると言える。

一方、そのような対人関係を築いていくために必要とされる、自己や他者の感情を認識し、操作的にコミュニケーションをコントロールする能力として情動知能がある。情動知能は「人の人格階層の根底にある感情に関するさまざまな自己認知や知覚である (Petrides, 2001)」と定義されており、感情の自己効力感とも言われている。情動知能は、患者と治療関係を構築し、患者にとってより良いケアを自律的に判断し、実践する基盤となる。

情動知能は先行研究において、2 つの特徴が挙げられている。1 つ目は、性別、性格傾向や生育環境に根差して形成されると言われている (Gugliandolo et al, 2015)。2 つ目は、自らの感情に気付き言語化するグループワークを通して、感情に蓋をするのではなく、感情を使いこなす能力が身につくことが示唆されており、こうしたグループの中で情動知能が育まれることが実証されていることから (古城門, 2016) 情動知能は測定可能であり、伸ばせる能力であると言われている。診療看護師(NP)が自律性を発揮していく上で、生活者である患者とのコミュニケーションに影響する情動知能は必要不可欠であると考ええる。

また、先行研究で米国ナースプラクティショナーの Dempster(1990)は、自律性を立方体と捉え(図 1)、感情、態度、行動で表現される一側面と、個人属性が相まって対人関係に影響を与えており、自律性に関与しているのではないかと述べている。しかし、具体的にどのように影響するかは明らかにはなっていない。この「感情、態度、行動」の一側面こそが、情動知能なのではないかと推測される。そして診療看護師(NP)の自律性と情動知能の関係性は、未だ明らかになっていない(図 1)。

上記より、3 つの仮説を立てた。

仮説 1 : 診療看護師(NP)の自律性と情動知能は関係がある。

仮説 2 : 診療看護師(NP)の自律性及び情動知能は個人属性と関連がある。

仮説 3 : 診療看護師(NP)の自律性に関連する情動知能の下位因子は、職業的成長過程に応じて異なる。

診療看護師(NP)の自律性と情動知能の関連を明らかにすることで、自律性育成への参考資料となりうる可能性がある。情動知能を教育に導入することで、診療看護師(NP)が自律性を高める示唆が得られると考える。3 つの仮説を検証すべく、本研究に着手した。

## 2. 方法

### 2. 1 対象者

本研究の対象者は、日本全国の診療看護師(NP)のうち、日本 NP 学会に所属し、ホームページ上に公開されている日本 NP 学会会員名簿に、氏名を公表されている会員、2018 年度、2019 年度の日本 NP 学会誌に氏名を記載されている会員である 202 名を対象とした。

## 2. 2 研究方法とデザイン

本研究は、自記式質問紙を用いて診療看護師(NP)の自律性、情動知能を測定し、その関係性を検討した関連探索型研究である。自記式質問紙による調査は、対象者の所属施設に個人宛に質問紙を送付し、2020年1月23日から2020年4月末日の間に実施した。

研究対象者には、説明文を質問紙とともに同封し、研究の概要や目的を説明し、返信をもって同意とみなした。本研究は愛知医科大学倫理委員会の承認を得て実施した(倫理審査番号:210)。

## 2. 3 尺度

### 2. 3. 1 自律性

自律性の評価は、Dempsterが開発したDempster Practice Behavior Scale(以下DPBSとする)を、小谷野が翻訳、修正した、小谷野開発 DPBS 日本語版尺度を使用した。DPBSは、実践における自律的行動の程度を測定するもので30項目から構成される。評価尺度は「そうでない」から「全くそうである」までの1~5段階尺度により点数化される。得点範囲は30~150点である。得点は高い程、能力が高いと評価される。この尺度は「レディネス(Readiness)」「エンパワメント(empowerment)」「行動の実現性(actualization)」「価値(valuation)」の4つの下位尺度から構成されている。「レディネス」とは、能力、技術、熟練のような構成要素を含む自律的な行動・行為である。「エンパワメント」は合法的に権利を与えられていることや権利をもつこと、あるいは実践において行動の承認を与えられ、他者からの拘束や制限のない行動や行為を可能にするとしている。「行動の実現性」とは、意思決定や指揮・統制または責任の要素を含み、実践における自律的な行動の行使と適用に関連するとされている。「価値」とは、自己尊重や達成感、満足などの構成要素を含み実践における自己の有用性や価値、長所、有能さを備えていることである。本尺度のCronbach $\alpha$ 係数は、尺度全体が $\alpha = .91$ 、再テスト法の信頼係数は、 $r = .84$ ( $p < .01$ )であり、信頼性、妥当性が検証されている(小谷野, 2001)。

### 2. 3. 2 情動知能

情動知能の評価は、PetridesとFurnhamが2001年に開発したTrait-EI調査票(150項目)の短縮版として作られたTrait-EI調査票短縮版(以下TEIQue-SF)を、阿部らにより翻訳され、信頼性、妥当性が検証されたTEIQue-SF日本語版尺度(30項目)を使用した。この尺度は「幸福感(well-being)」「自己管理(self-control)」「情緒性(emotionality)」「社会性(sociability)」の4つの下位因子から構成されている。「幸福感」は、自分の人生に対する肯定感、自己効力感とされ、「自己管理」はストレスに対する制御規制であり、「情緒性」は自己や他者の感情の認識と良好な人間関係を構築できているという実感、「社会性」は、より他者に対して働きかけることができることとされている。「全く同意しない」から「強く同意する」の7件法、30項目から構成され、得点範囲は30~210点である。得点は高い程、能力が高いと評価される。総合

得点は、質問紙30項目の7段階平均値をGlobal Traitとして数値化し評価する。

### 2. 3. 3 個人属性

性別、年齢層、所属部署、看護師臨床経験年数、現職場での経験年数、クリティカルケア、プライマリケア領域の活動分野、所属施設での役職の有無、看護師教育背景、学位の種類を加え、職場属性に関する項目として診療看護師(NP)経験年数、研修中の有無、研修期間の有無を加えた、12問からなる質問票を作成した。

## 2. 4 分析方法

対象者の自律性尺度、情動知能尺度、個人属性の記述統計を実施し、DPBS自律性総合得点と、TEIQue-SF情動知能、個人属性の相関分析を行った。次に、自律性と相関のあった年齢は、30代、40代、50代にカテゴリー化した。診療看護師(NP)経験年数は、看護職の自律性形成モデル構築の先行研究によると、臨床看護師の自律性は3年、6年、10年を節目に段階的に形成され、専門看護師では研究能力が3年、倫理調整や相談能力が6年を境に高まることと示された(菊池, 2013)と報告されている事から、0.5年以上~3年未満、3年以上~6年未満、6年以上の3群に分類した。年代毎、診療看護師(NP)経験年数毎に、自律性DPBS下位因子と情動知能TEIQue-SFの時系列データにおける増減の傾向を検定する、ノンパラメトリックのヨルクヒールタプストラ検定を実施し、自律性と情動知能の時系列の傾向を捉えた。自律性と、情動知能及び相関のあった個人属性である年齢、診療看護師(NP)経験年数との関連を捉えるために階層別重回帰分析を実施した。DPBS総合得点とTEIQue-SF下位因子の関係を重回帰分析(強制投入法)し、自律性に影響を与える情動知能下位因子に違いがあるのか検討した。分析にはSPSSversion26を用い、 $p < 0.05$ を統計的有意水準とした。

## 3. 結果

2020年3月1日時点での診療看護師(NP)数417名のうちの約半数202名に個人宛に質問紙を、各所属病院に送付した。うち17通は、郵送したが退職等の理由で返送された。本人に届いた分の合計185名分の質問紙のうち、140名(回収率75.6%)から回答があり、欠損がない138名(有効回答率98.5%)の質問紙のデータを分析対象とした。

### 3. 1 診療看護師(NP)の個人属性

対象者の年齢分布は30代65名(47.4%)、40代55名(39.3%)、50代以上18名(13.3%)であった。性別は、男性62名(44.9%)、女性76名(55.1%)であった。所属部署は、診療部67名(48.6%)、看護部61名(44.2%)、診療看護師科3名(2.2%)、在宅医院4名(2.9%)、その他3名(2.1%)であった。活動領域は、クリティカルケア97名(70.3%)、プライマリケア40名(29.0%)どちらも横断的に活動している人が1名(0.7%)であった。診療看護師(NP)経験年数は、平均4.5( $\pm 2.3$ )年、範囲は0.5年~10年であり、0.5年以上~3年未満が35名(25.4%)、3年



以上～6年未満 54名(39.1%)、6年以上が 49名(35.5%)であった。現職場での経験年数は、平均 9.2(±7.7)年、範囲は 1～31年であり、10年未満は 87名(63.0%)、10年以上～20年未満が 37名(26.8%)、20年以上が 14名(10.2%)であった。基礎教育背景は、専門学校 91名(66.0%)、4年制大学 34名(24.6%)、短期大学 11名(8.0%)その他 2名(1.4%)であった。学位は 138名全員が修士号を得ており、博士号を取得している者はいなかった。研修期間のあった者は 104名(75.4%)で、無かった者は 34名(24.6%)であった。現在研修中の者は 14名(9.6%)で、研修期間でない者は 124名(90.4%)であった。役職についている者は 46名(33.3%)で、役職の無い者は 92名(66.7%)であった。

### 3. 2 診療看護師(NP)の自律性 DPBS と情動知能 TEIQue-SF の関係 (表 1)

DPBS 総合得点と TEIQue-SF 総合得点の相関分析では、TEIQue-SF 総合得点 ( $r = .529, p < 0.01$ )、及び、下位因子の「幸福感」( $r = .438, p < 0.01$ )において相関が認められた。「情緒性」( $r = .327, p < 0.01$ )、「社会性」( $r = .325, p < 0.01$ )においては、弱い相関が認められた。また、DPBS 尺度の 4 つの下位因子得点と TEIQue-SF 尺度の 4 つの下位因子得点の相関分析を行ったところ、「行動の実現性」では「幸福感」( $r = .352, p < 0.01$ )、「情緒性」( $r = .335, p < 0.01$ )に弱い相関を認めた。「レディネス」では「幸福感」( $r = .290, p < 0.01$ )、「情緒性」( $r = .277, p < 0.01$ )、「社会性」( $r = .229, p < 0.01$ )に弱い相関が認められた。「エンパワメント」では「幸福感」( $r = .349, p < 0.01$ )、「自己コントロール」( $r = .249, p < 0.01$ )、「情緒性」( $r = .207, p < 0.05$ )、「社会性」( $r = .375, p < 0.01$ )に弱い相関が認められた。「価値」では、「幸福感」( $r = .499, p < 0.01$ )に相関が認められ、「社会性」( $r = .220, p < 0.05$ )では弱い相関が認められた。

### 3. 3 DPBS と個人属性の関係

個人属性と DPBS 総合得点のスピアマン相関分析では、診療看護師(NP)経験年数 ( $r = .248, p < 0.01$ )、年齢 ( $r = .226, p < 0.01$ )で弱い相関が認められた。その他の個人属性である、性別、所属部署、クリティカルケア、プライマリケア領域の活動分野、現職場経験年数、看護師教育背景、学位の種類、研修中の有無、研修期間の有無、所属施設での役職の有無とは相関を認めなかった。

### 3. 4 DPBS 下位因子と年代及び、診療看護師(NP)経験年数毎の比較 (表 2)

DPBS の 4 つの下位因子を従属変数とし、3群に分類した年齢、診療看護師(NP)経験年数を独立変数としてノンパラメトリック検定を行った結果は、(表 2)に示す通りである。年代別 3群において、「行動の実現性」( $p = 0.022$ )、「レディネス」( $p = 0.015$ )、「エンパワメント」( $p = 0.044$ )には有意差が認められた。また、診療看護師(NP)経験年数別 3群においても、「行動の実現性」( $p = 0.012$ )、「レディネス」( $p = 0.032$ )、「エンパワメント」( $p = 0.015$ )に有意差が認められた。

### 3. 5 TEIQue-SF 下位因子と年代及び、診療看護師(NP)経験年数毎の比較 (表 3)

TEIQue-SF の 4 つの下位因子を従属変数とし、3群に分類した年代及び、診療看護師(NP)経験年数を独立変数としてノンパラメトリック検定を行った結果は、(表 4)に示す通りである。年代別 3群において、「情緒性」( $p = 0.014$ )、「自己コントロール」( $p = 0.001$ )、「社会性」( $p = 0.002$ )には有意差が認められた。診療看護師(NP)経験年数別 3群において、「自己コントロール」( $p = 0.005$ )、「社会性」( $p = 0.004$ )には有意差が認められた。

### 3. 6 年齢と診療看護師(NP)経験年数を加味した上での TEIQue-SF 下位因子と DPBS 総合得点の関係性

DPBS 総合得点を従属変数として、TEIQue-SF の 4 つの下位因子と年代別及び、診療看護師(NP)経験年数別の関係性を、階層別重回帰分析で評価した結果は、TEIQue-SF 下位因子の「幸福感」( $\beta = .296, p = .0015$ )が、DPBS 総合得点に関連があった。

### 3. 7 情動知能の 4 つの下位因子が、年代及び、診療看護師(NP)経験年数毎の DPBS 総合得点に、与える影響 (表 4 5)

DPBS 自律性総合得点を年代別 3群で分別したものをそれぞれ従属変数として、TEIQue-SF 下位 4 因子得点の関係性を、重回帰分析(強制投入法)で評価した結果を(表 4)に示す。なお、多重共線性の問題はなかった。30歳代の群( $n = 65$ )は、DPBS 総合得点が 99.88(±15.66)点であった。TEIQue-SF 下位因子の「幸福感」( $\beta = 0.337, p = 0.011$ )が関連を示した。40歳代の群( $n = 55$ )は、DPBS 総合得点 102.67(±14.77)点、50歳代の群( $n = 18$ )は、DPBS 総合得点 109.78(±11.39)点であり、何も関連を示さなかった。モデル適合度が低く、全てにおいて有意な関連を示さなかった。

DPBS 総合得点を診療看護師(NP)経験年数別 3群で分別したものをそれぞれ従属変数として、TEIQue-SF 下位因子得点の関係性を、重回帰分析(強制投入法)で評価した結果を(表 5)に示す。なお、多重共線性の問題はなかった。0.5年以上～3年未満の群( $n = 35$ )は、DPBS 総合得点が 96.54(±15.92)点であり、TEIQue-SF 下位因子の「幸福感」( $\beta = .501, p = 0.021$ )が関連を示した。3年以上～6年未満の群( $n = 54$ )は、DPBS 総合得点 103.3(±14.0)点であり、TEIQue-SF 下位因子の「幸福感」( $\beta = 0.405, p = 0.013$ )が有意な結果を示した。6年目以上の群( $n = 49$ )は、DPBS 総合得点 105.24(±14.75)点であり、TEIQue-SF 下位因子「情緒性」( $\beta = 0.404, p = 0.004$ )が、最も DPBS 総合得点に、関連を認めた。

## 4. 考察

分析対象の 138名は、母集団 417名のうちの約 33%に該当する。対象者の年代、領域、診療看護師(NP)経験年数は、全国の診療看護師(NP)の一定の特性を反映していると考えられる。また診療看護師(NP)の先行研究と比較して、倫理的感性の特徴の調査では 42名(近藤, 2017)、

就労環境の実態調査では74名(松山, 2017)であり, 先行研究と比較しても偏ったデータではないと考える。

#### 4. 1 自律性と情動知能の関係性

自律性と情動知能には, 正の相関が認められ, 仮説 1 の診療看護師(NP)の自律性と情動知能は関係があることが検証された。情動知能の「幸福感」は, 自律性の全ての下位因子と相関が認められたことから, 「幸福感」が自律性の基盤となっていると考えられる。看護師の心理的 well-being に影響を及ぼす因子について論じている先行研究では, 自らの人生に満足し, 現状を肯定的に受け止め, 人生を前向きに生きようとする精神的健康は, 看護師の心理的 well-being を高める直接効果を持つと述べられている(沢田, 2004)。人生に喜びを感じ, 自分は良い資質を持っていると感じている自己効力感や, 人生や自分自身の存在に根差す自己肯定感が, 自律性の全ての下位因子の基盤を形成していると考えられる。特に, DPBS の「価値」と TEIQue-SF の「幸福感」の関係性は, 他の DPBS の下位因子よりも強い相関が認められたことから, 「幸福感」が強く, 自己認知が肯定的で自己効力感が高い診療看護師(NP)ほど, 自律性は高いことが示唆された。

情動知能の「情緒性」は, 自律性の「行動の実現性」, 「レジリエンス」, 「エンパワメント」に正の相関が認められた。Watson(1979)は, 著書「ヒューマン・ケアリング・サイエンス」で, 10 の主要なケア因子の中で「情緒」について触れ, 「情緒」を深めるために, 「自分という者, 及び他者に対する感受性の育成」を提唱している。Watson は看護者に, 情緒を自覚させ, 操作的な関係性ではなく, 対人的な関係性が患者と形成できた時のみ, 患者は健康へと向かい, 看護者と患者の双方に, 成長と自己実現が促進されると述べている。「情緒性」が自律性と正の相関がみられたのは, 診療看護師(NP)の仕事が, 多職種連携において, 患者・家族と医療者の関係性を調整し, チーム構成員のコンセンサスを得ながら調整していく役割を果たしている(山口, 2013)。そのため他者の感情を敏感に察知する「情緒性」が生まれやすいのではないかと考える。

情動知能の「自己コントロール」は自律性の「エンパワメント」と正の弱い相関が認められた。「エンパワメント」とは自分の能力がシステムとして機能する「構造的エンパワメント」(Laschinger, 1996)と, 職務上の役割に特化した認識と, 周囲の人間からの承認である2つの概念を持ち, 「エンパワメント」の発揮にはこの両者が必要であると言われている(Spreitzer, 1995)。診療看護師(NP)の「自己コントロール」と「エンパワメント」に関係性が認められたことから, 人間関係構築において, 感情が揺さぶられる出来事がありながらも, 置かれた環境下で役割を発揮するために, 感情調整や自己のストレスなどをコントロールしながら, 周囲と関係性を構築していることが推測できる。

情動知能の「社会性」は「レジリエンス」, 「エンパワメント」, 「価値」に関係性を示した。「社会性」はコミュニケーションを通して, 力で相手をコントロールすること

なく, 同じ人間同士として向き合うこと, いわゆるアサーティブな態度で人と接することである(Petrides, 2001)。より他者に対して働きかけることができると思っていること(阿部, 2013)であり, コミュニケーションにおける自己効力感であると考えられる。診療看護師(NP)は, 多職種連携において, 人間関係調整力や, 交渉力が, コミュニケーションを通して訓練され(岡崎, 2014), 繰り返し成功体験を得ているのではないかと考える。その過程で「社会性」は磨かれ, 自律性に影響していると考えられる。上記のように, 自律性と情動知能は強い関係性が認められた。

#### 4. 2 診療看護師(NP)の自律性及び情動知能と個人属性との関連

自律性及び情動知能は共に, 年齢, 診療看護師(NP)経験年数が増加すると, 有意に高かったことから, 仮説 2 の診療看護師(NP)の自律性及び情動知能は個人属性と関連があることが検証された。自律性の下位因子の中で, 「行動の実現性」, 「レジリエンス」, 「エンパワメント」は, 年代毎, 診療看護師(NP)経験年数毎による増加傾向があった。急性期病院の看護師, フライトナースを対象とした先行研究では, 自律性は年齢や経験年数に比例して高くなると報告されている(小谷野, 2001;宮崎, 2018)。本研究結果から, 診療看護師(NP)の自律性も, 年代毎, 診療看護師(NP)経験年数毎に比例して高値を示しており, 日本の看護師の自律性の特性に合致していることが示唆された。自律性の「価値」には, 年代毎, 診療看護師(NP)経験年数毎の関連がなかった。その要因は, 診療看護師(NP)の置かれた法的立場にあると推測する。米国のナースプラクティショナー(以下NP)は, 各州法で法制化され, 医師から独立して問診や検査の依頼, 処方などの一部の医療行為を行うことが認められた看護師とされている(石川, 2019.AANP, 2012)。一方, 日本型NP(井手上, 2017)である診療看護師(NP)は法制化されていない現状がある。診療看護師(NP)の実践は, 医師の包括指示のもとでの診療の補助の範疇で行われている。しかし, 将来的に日本では, 医師不足や高齢者人口の増加が見込まれ, 地域社会での療養が, 医療の主体となることが予測できる。療養生活の場においては, 医療的な判断が適時的確になされることが, 人々の安全・安心に直結する(日本看護協会, 2015)。現行の制度では社会のニーズに対応できない可能性が在り, 看護の基盤を持ちながら, 医師の指示を受けずに一定のレベルの診断や治療などを行う看護師が必要とされている(井本, 2020)社会的背景がある。診療看護師(NP)の中には, 国民のニーズに応える医療に貢献するために, NPの法制化を目指す(井手上, 2017)ことを主張する者も存在している。診療看護師(NP)が法制化されていない現状は, 合法的に権利を付与されていることを示すエンパワメント(dempster, 1990)を低下させ, 診療看護師(NP)のアイデンティティ確立を困難にしていると考えられる。診療看護師(NP)の役割は明確化されておらず(黒澤, 2015), 各自の裁量で, 所属組織のニーズに合わせて構築していか

ければならない。そのため、役割を見出すことに時間がかかり、自律性は未だ発展途上であり、職業的自己実現や満足感が得られる「価値」の増加までは到達していないと考えられた。今後、法制化が実現すれば、診療看護師(NP)のエンパワメントはより強固になり、「価値」も高まるのではないかと予測する。自律性において、年代毎、診療看護師(NP)経験年数毎に増加するのは「行動の実現性」、「レディネス」、「エンパワメント」であり、「価値」は上昇しないことがわかった。

一方、情動知能において、年代毎、診療看護師(NP)経験年数毎に上昇するのは「自己コントロール」と「社会性」であった。また、「情緒性」は年代毎の経過のみ、増加が認められた。「情緒性」は人の人格階層の根底(Petrides,2001)において浸透し、段階的に成熟する因子であり、長いスパンを得て育まれていくものであると考えられた。情動知能は、年代毎、診療看護師(NP)経験年数毎に増加する下位因子である「自己コントロール」「社会性」と、段階的に成熟する下位因子である「情緒性」、性格特性に根付いている下位因子である「幸福感」の3種類の性質に分別されると考えられた。上記の結果より、診療看護師(NP)経験年数の増加に伴い、自律性の下位因子である「レディネス」「行動の実現性」「エンパワメント」、情動知能の下位因子である「自己コントロール」「社会性」が増加していた。年代及び、診療看護師(NP)経験年数は、自律性、情動知能を高める要因であることが示唆された。

また、階層別重回帰の結果から、年代及び、診療看護師(NP)経験年数を考慮した上でも、情動知能の「幸福感」は自律性に関連していた。従って仮説1の結果と同様に、自律性の基盤は、「幸福感」であると推測できる。自律性と情動知能は元来、関係性があり、さらに個人属性である年代や、診療看護師(NP)経験年数と相まって高まる傾向が示唆された。経験年数の浅いうちは、診療看護師(NP)の社会的認知度が低いことが影響し、誤った認識をされ、職務上困難感を抱くことがある(石川, 2017)。診療看護師(NP)という専門性の高い高度実践看護師は、初心者でも、医師を始めとする多職種と協働しながら、疾患の除外と確定診断、治療効果の判断をする責任を担う(服部, 2021)。慣れない環境下でストレスに晒されながらも、実践で能力を発揮するには精神的に健康であることが必要である(北原, 坊垣, 2012)。初年度研修期間において、自己の情動を言語化し認識する事で、感情をコントロールできるようになる情動知能を高める教育を加えることは、診療看護師(NP)の自律性をより高める可能性が示唆された。

#### 4. 3 年代毎及び、診療看護師(NP)経験年数毎の診療看護師(NP)の自律性に影響を与える情動知能

自律性と情動知能の下位因子の関係性は、年代毎の関連は認められなかった。診療看護師(NP)経験年数毎の0.5年以上3年未満群では、情動知能の「幸福感」、6年以上群では「情緒性」に関連が認められ、自律性に関連する情動知能は、経年数別で異なっており、仮説3が検証さ

れた。0.5年以上3年未満群では、自律性は、情動知能の「幸福感」に支えられており、自己効力感に影響されやすいと考えられる。Bandura (1986)は、自己効力感を高めることの一つに「周囲から能力があると認められる社会的説得」を挙げている。本研究の調査結果より、対象者の75.4%は、経験年数の浅い時期に研修期間が設けられている。研修制度は、診療看護師(NP)が、医師から指導を受け、実践のフィードバックを受けることで、実践や判断を深められる効果がある。指導医師と人間関係を構築できていることが、診療看護師(NP)の精神的健康に大きく影響している(鈴木, 2002)。これらのことから、0.5年以上3年未満群では、現場で指導医師に相談できるという安心感や研修サポート体制が、診療看護師(NP)としての技術実践や臨床判断に自信をつけ、自己効力感を高めていると考えられる。また「幸福感」は性格傾向や生育環境に根差して形成されている(Gugliandolo et al,2015)と言われており、元来の性格傾向と相まって、職場の研修制度により、精神的健康を保てることが、「幸福感」を高めている背景要因として示唆された。

3年以上6年未満群では自律性と情動知能の関連が得られなかった。背景要因として、3年目ともなると、研修期間が終了し診療看護師(NP)は独り立ちをする時期にあることが予測される。診療看護師(NP)は、診断や治療プロセスに関与する機会が多くなり、その役割が拡大したことで、これまで以上に複雑かつ困難な問題を抱え葛藤を生じている(近藤, 2017)ことが考えられる。診療看護師(NP)とは、全員が5年以上の看護師経験を有し、看護師としてのアイデンティティを基盤とし、医学的知識を取り入れ、患者に提供する過程で、医師と看護師の2つのアイデンティティにまたがる存在である(Hirary,2015)。診療看護師(NP)は医学的知識だけの習得に励むとミニドクター化する可能性もある(佐々木, 2009)。診療看護師(NP)は、組織のニーズによって、その働き方も多種多様で、多彩な環境下に置かれている。経験年数3年目以降は、組織のニーズや役割期待と診療看護師(NP)自身が思い描く、独自のアイデンティティの狭間に役割葛藤が生じ、フラストレーション期(Haamric & Taylor, 1989)に入っていると推測される。この時期に、診療看護師(NP)は、様々な出来事に直面し、診療看護師(NP)のコンピテンシーである看護学と医学の統合による全人的ケア(高林, 2019)とは何かを、改めて模索していると考えられる。そのため、診療看護師(NP)は、既存の行動パターンから脱却し、行動パターンが分散化している可能性が考えられた。

6年以上群では、自律性に最も関連している情動知能因子は、「情緒性」であった。診療看護師(NP)と患者の治療関係についての質的研究がある。診療看護師(NP)が、疾患に向き合うことが難しい患者に対して、コミュニケーションを重ね、疾患の自己知覚を促し、患者自身のエンパワメントを引き出す、関係性構築過程が記述されている(高林, 2019)。診療看護師(NP)の特徴は、患者の病気だけでなく、環境、家族、仕事などの影響も患者の容

態の一部として治療するなど、心身一体的アプローチの実践（緒方，2008；藤内，2015）である。また、診療看護師（NP）と看護師の協働では、患者に関する様々な情報を共有し、患者・家族を治療やケアに参画させる役割を実践している（服部，2021）。医師との協働では、医師の包括指示のもと、治療を判断し、遂行する責任を担う。患者・看護師・医師、どの対人関係においても、診療看護師（NP）の実践は、コミュニケーションを駆使する感情労働であり、メンタルヘルスへの影響が懸念される。メンタルヘルスを保持する要因の一つに働き甲斐がある。働き甲斐は、《患者・家族に対する自己の存在感》《治療の進行に伴う患者の状態の改善》《高い技術の発揮》《良好な人的環境》の構成要素から成立する（船越，2006）。役割が不明確で、技能の活性度が低い場合、働き甲斐は損なわれ、看護師のバーンアウトの原因となる（伊奈波，2015）。6年目以上の診療看護師（NP）の自律性は、「情緒性」と関連していたことから、感情労働ではあるものの、対人関係を構築でき、所属組織における役割が明確となり、自身の持てる技能を發揮できていると推測できる。そのため診療看護師（NP）は、働き甲斐を感じ、情緒が安定していると考えられた。診療看護師（NP）の情動知能は、役割發揮を通して、新たに作り変えられている可能性がある。診療看護師（NP）独自の、感情が揺さぶられる職業体験を積み重ね、自己と他者の感情調整力が磨かれ、「情緒性」は育成されていると考える。診療看護師（NP）の自律性は、職業的成長過程に応じて、関連する情動知能の下位因子が異なっていた。

## 5. 本研究の限界と今後の課題

自律性と情動知能の「情緒性」との関連が示された。「情緒性」には、対人関係の親密さや頻度により、違いがある可能性が考えられたが、本研究では検証していない。今後、質的な調査も交えて、自律性と情動知能の関係性を、より明らかにしていくことが必要である。本研究は2019年の全診療看護師（NP）総数417名に対して、有意水準5%、許容誤差5%とすると、許容人数は184名となる。本研究対象者138名は、母集団を代表する許容人数には達していないため、全体を代表する結果とするにはやや限界があるが、一定の傾向は示せていると考える。母集団の数に近づけるために、引き続き調査を継続し、対象者数を増やして、診療看護師（NP）の自律性と情動知能の関係性を検討していくことが課題である。

## 6. 結語

診療看護師（NP）の自律性と情動知能の関係性を明らかにする目的で、診療看護師（NP）138名を対象に質問紙調査を実施した結果、以下のことが明らかとなった。

1. 診療看護師（NP）の情動知能が高いと、自律性も高いことが認められた。特に、情動知能の「幸福感」は、自律性と正の相関が認められ、自己認知が肯定的であり幸福感のある診療看護師（NP）は、自律性が高いことが示唆された。

2. 自律性と情動知能は元来、関係性があり、個人属性である年代や、診療看護師（NP）経験年数と相まって上昇することが認められた。初期の診療看護師（NP）の研修制度に情動知能を高める教育を加えることで、診療看護師（NP）の自律性を高める可能性が示唆された。

3. 診療看護師（NP）の経験年数3群においては、0.5年以上3年未満群では「幸福感」、6年目以上群では、「情緒性」が有意に関係し、診療看護師（NP）経験年数によって、自律性に関連する情動知能の下位因子が異なり、自律性は高まっていた。6年目以上の診療看護師（NP）は情動知能の「幸福感」を前提とし、さらに独自の感情体験によって培われた「情緒性」を軸足にして自律性を發揮していることが示唆された。

## 7. 引用文献

- 阿部恵子，若林英樹，西城卓也ほか（2012）. Trait Emotional Intelligence Que-SF と Jefferson Scale of Physician Empathy の日本語版開発と信頼性・妥当性の検討. 医学教育 43(5), 351-359.
- American Association of Nurse Practitioners. Standards of Practice for Nurse Practitioners. <http://www.aanp.org/AANPCMS2/AboutAANP/.html> (2012.2.1)
- Baker, V. (1979). Retrospective explorations in role development. In G. V. Padilla (Ed.), *The clinical nurse specialist and improvement of nursing practice* (pp.56-63). Wakefield, MA: Nursing Resources.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1995). *Self-Efficacy in Changing Societies* 本明寛・野口京子監訳 (1997). *激動社会の中の自己効力*. 129-153, 金子書房.
- Bryczynski, K. A. cited by Hamric, A. B & Taylor, J. W. (1989). *Role Development of the CNS*. In A. B. Hamric & J. A. Spross (Eds.), *The clinical nurse specialist in theory and practice* (p. 48). Philadelphia: WB Saunders.
- Daniel Goleman, 土屋京子訳(1998): *EQ*, 296-333. 講談社 + α 文庫.
- Dempster, J. S. (1990). *Autonomy in practice: Conceptualization, construction, and psychometric of an empirical instrument*. University of San Diego.
- Dempster, J.S. (1994). *Autonomy : A professional Issue of Concern for Nurse Practitioners*. *Nurse Practitioners Forum*, 5(4), 227-232.
- 土門康子 (1997). 看護婦の専門職的自律性と仕事上の人間関係との関連. *聖路加看護学会誌*, 1(1), 45-51.
- 船越明子，河野由理 (2006). 看護師の働きがいの構成要素と影響要因に関する研究-急性期病院に勤務する看護師を対象とした分析から-*こころの健康*, 21(2), 35-43
- 古城門靖子，赤沢雪路，曾根原純子ほか (2016). 職場での体験を語ることーグループを通じた中堅看護師の感

- 情知性(ED)の育成－. 日本精神保健看護学会誌, 25(1), 1-4, 19-28.
- Gugliandolo, M. C. & Petrides, K. V. (2015). Trait emotional intelligence and behavioral problems among adolescents: Across-informant design. *Personality and Individual Differences*, 74, 16-21.
- Hamric Hanson Tracy O'Grady, 中村美鈴, 江川幸二監訳 (2017) 高度実践看護 統合的アプローチ, へるす出版. pp.93-102.
- 服部貴夫, 阿部恵子, 山中真ほか (2021). 急性期入院患者の異常を察知する診療看護師(NP)の臨床判断の分析. 日本 NP 学会誌, 5(1), 31-42.
- Hirary, B. (2015a). Nurse practitioner role transition: a concept analysis. *Nursing Forum*, 50, 137-146.
- Hirary, B. (2015b). Exploring the Factors that Influence Nurse Practitioner Role Transition. *The Journal for nurse practitioners*, 11(2), 178-183.
- 石引かずみ, 長岡由紀子, 加納尚美 (2013). 助産師の産科医師との協働に関する研究－助産師の専門職的自律性に焦点をあてて－. 日本助産学会誌, 27(1), 60-71.
- 井手上龍児 (2017). 日本型 Nurse Practitioner 所属施設での有用性を示す臨床研究組織設立への提言. 日本 NP 学会誌, 1(1), 34-35.
- 井本寛子 (2020). 総論, 最期まで安心・安全な医療がタイムリーに受けられる社会を目指して 2040 年に向けたナースプラクティショナー(仮称)制度創設の必要性, 看護 72(2), 34-38.  
[https://www.nurse.or.jp/nursing/np\\_system/pdf/202002\\_kan-go.pdf](https://www.nurse.or.jp/nursing/np_system/pdf/202002_kan-go.pdf) (検索日 2021 年 8 月 15 日)
- 井奈波良一 (2018). 女性看護師の主観的幸福度と勤務状況・日常生活習慣および職業性ストレスの関係. 日健医誌, 27(4), 294-302
- 石川ひろの (2020). 保健医療専門職のためのヘルスコミュニケーション学入門. 大修館書店
- 石川倫子, 小村三千代, 岩本郁子, 他 (2019). 診療看護師が抱いていた職務上の困難感とその対応. 3(1), 1-9.
- 菊池昭江 (2013). 高度な看護を実践する専門職業人に至る自律性形成モデルの構築. 国際医療福祉大学大学院博士論文
- 北原信子, 坊垣友美 (2012). 看護師の心の健康に影響を及ぼす情動知能の様相. *バイオメディカル・ファジィ・システム学会誌* 14(2), 31-36.
- 国立社会保障・人間問題研究所. 日本の将来推計人口 (2016). 人口問題研究資料 2017 ; 336 : 81.  
[zenkoku/j/zenkoku2017/pp-zenkoku2017.asp](http://zenkoku/j/zenkoku2017/pp-zenkoku2017.asp) (2020 年 9 月 16 日).
- 近藤信吾 (2017). 診療看護師の倫理的感性の特徴. 日本 NP 学会誌, vol.1 no.2 7-17, 42-52.
- 公益社団法人日本看護協会 (2015). 2025 年に向けた看護の挑戦, 看護の将来ビジョン, いのち・暮らし・尊厳を守り支える看護.  
<https://www.nurse.or.jp/home/about/vision/pdf/vision-1C>
- (検索日 : 2021 年 8 月 15 日)
- 小谷野康子 (2001). 看護専門職の自律性に影響を及ぼす要因の分析 : 急性期病院の看護婦を対象にして. 聖路加看護大学紀要, (27), 1-9.
- 黒澤昌洋 (2015). 特定行為に係る看護師に関する文献研究. 愛知医科大学大学院課題研究論文
- 宮崎博之, 坂本祐子 (2018). 本邦ドクターヘリ基地病院におけるフライトナースの専門職的自律性. 日本救急看護学会誌 20(2). 7-15.
- 緒方さやか (2008). 米国の医療システムにおけるナースプラクティショナー(NP)の役割及び日本での NP 導入にあたっての考察. 日外会誌 109, 291-8.
- 岡崎美晴, 江口秀子, 我妻知美ほか (2014). チーム医療を実践している看護師が多職種連携・協働する上で大切にしている行為－テキストマイニングによる自由記述の分析－. 甲南女子大学研究紀要第 8 号 看護学・リハビリテーション学編.
- 大江理英, 杉本吉恵, 簗持知恵子ほか (2017). 救命救急センターに勤務する看護師の自律性に関する質的検討. 大阪府立大学看護学雑誌. 23(1), 11-20.
- Petrides, K. V. & Furham, A. (2001). Trait emotional intelligence: Psychometric investigation with reference to established trait taxonomies. *European Journal of Personality*, 15, 425-448.
- 佐々木幾美, 川島みどり, 秋元典子ほか (2009). 看護の原理 ケアすることの本質と魅力. ライフサポート社.
- 澤田忠幸, 羽田野花美, 矢野紀子ほか (2004). 女性看護師の職務満足と心理的 well-being に及ぼす個人特性要因の影響. 日本看護研究学会雑誌, 27(4), 45-52.
- 鈴木有美 (2002). 自尊感情と主観的ウェルビーイングからみた大学生の精神的健康－共感性およびストレス対処との関連－*Bulletin of the Graduate School of Education and Human Development. Nagoya University (Psychology and Human Development Sciences)*, 49, 145-155.
- 高林拓也 (2019). 看護を基盤とした診療看護師(NP)による全人的アプローチ. 日本 NP 学会誌, 3, 11-20.
- 藤内美保, 塩月成則, 藤本響子 (2015). NP のアウトカムとエビデンス一般病院のケース プライマリ・ケア領域における周手術期アウトカム, 患者満足度, 看護師からの評価 診療看護師(NP)を導入して 5 年目の事例. 看護研究. 48(5), 420-425.
- Watson, J. (1979). *Human caring science: A theory of nursing*. Jones & Barllet Learning.
- 山口壽美枝 (2013). 看護師及び診療看護 JNP(Japanese Nurse Practitioner)としての役割. 第 66 回 国立病院総合医学会, 67(12), 496-499.

## 謝辞

本研究にご協力頂きました診療看護師(NP)の皆様にご心より御礼申し上げます。統計解析でご指導頂いた, 愛知医科大学看護学部の山中真准教授, 愛知医科大学臨床研究支援センターの大橋渉准教授に感謝申し上げます。

本研究は、愛知医科大学大学院看護学研究科高度実践看護学分野臨床実践看護学領域診療看護師コースの課題研究論文の一部を加筆、修正したものである。

研究資金 なし。

利益相反自己申告 利益相反なし。

\*責任著者 Corresponding author : 三好 梨恵

e-mail : n.213104@nrs.kmu.ac.jp

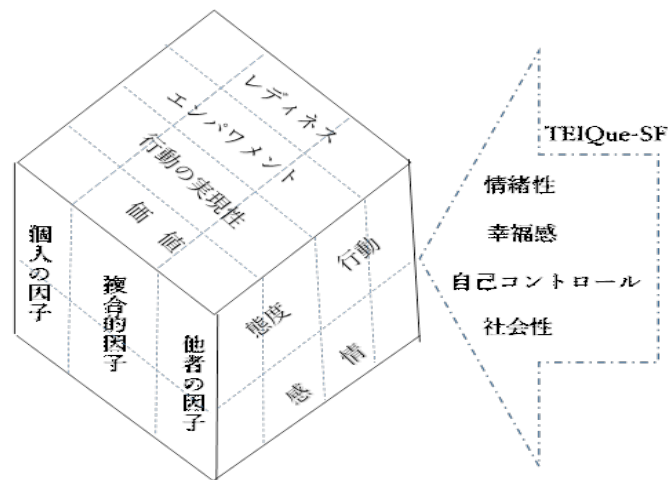


図1：自律性(DPBS)と感情・行動・態度の関係性(Dempster, 1990)

表1. DPBS 総合得点と TEIQue-SF 総合得点及び、各下位因子の相関

	TEIQue-SF 総合得点	「幸福感」	「情緒性」	「自己コントロール」	「社会性」
DPBS 総合得点	.529**	.438**	.327**	.198*	.325**
「行動の実現性」	.423**	.352**	.335**	.125	.184*
「レディネス」	.413**	.290**	.277**	.172	.229**
「エンパワメント」	.422**	.349**	.207*	.249**	.375**
「価値」	.446**	.499**	.178*	.115	.220*

\*\* p < 0.01 \* p < 0.05 spearman の相関係数

表2. DPBS 下位因子の年代及び、診療看護師(NP)経験年数でのヨンクヒールタブストラ検定(n=138)

DPBS	n	「行動の実現性」			「レディネス」		
		中央値	四分位範囲	P 値	中央値	四分位範囲	P 値
年代							
30 歳代	65	31.0	28.0-35.0		35.0	30.0-39.5	
40 歳代	55	33.0	29.0-36.0	0.022	36.0	34.0-40.0	0.015
50 歳代	18	34.5	33.0-37.0		40.0	35.0-43.2	
診療看護師(NP)経験年数	n	中央値	四分位範囲	P 値	中央値	四分位範囲	P 値
0.5 年以上 3 年未満	35	31.0	28.0-35.0		33.0	30.0-39.0	
3 年以上 6 年未満	54	32.0	30.0-36.25	0.012	36.0	34.0-41.0	0.032
6 年以上	49	33.0	29.5-35.5		37.0	35.0-41.0	
	n	「エンパワメント」			「価値」		
年代		中央値	四分位範囲	P 値	中央値	四分位範囲	P 値
30 歳代	65	23.0	21.0-26.0		10.0	8.0-11.0	
40 歳代	55	25.0	23.0-28.0	0.044	9.0	8.0-11.0	0.124
50 歳代	18	25.5	21.2-27.0		11.5	9.7-12.2	
診療看護師(NP)経験年数	n	中央値	四分位範囲	P 値	中央値	四分位範囲	P 値
0.5 年以上 3 年未満	35	23.0	20.0-26.0		9.0	7.0-11.0	
3 年以上 6 年未満	54	24.0	22.0-26.2	0.015	10.0	8.0-11.0	0.407
6 年以上	49	25.0	22.5-27.0		10.0	8.5-11.5	

有意水準 p < 0.05

表 3. TEIQue-SF 下位因子の年代及び、診療看護師 (NP) 経験年数でのヨクヒールタプストラ検定 (n = 138)

TEIQue-SF		「情緒性」			「幸福感」			
年 代	n	中央値	四分位範囲	P 値	中央値	四分位範囲	P 値	
30 歳代	65	35.5	34.0-43.5		27.0	24.0-31.5		
40 歳代	55	39.0	34.0-41.0	0.014	27.0	24.0-32.0	0.184	
50 歳代	18	41.0	36.0-45.5		30.0	36.7-33.2		
診療看護師 (NP) 経験年数		n	中央値	四分位範囲	P 値	中央値	四分位範囲	P 値
0.5 年以上 3 年未満		35	38.0	34.0-43.0		28.0	24.0-32.0	
3 年以上 6 年未満		54	40.0	35.7-44.0	0.665	27.0	24.0-31.0	0.177
6 年以上		49	40.0	35.0-44.5		28.0	25.0-32.0	
		「自己コントロール」			「社会性」			
年 代	n	中央値	四分位範囲	P 値	中央値	四分位範囲	P 値	
30 歳代	65	18.0	16.0-24.5		22.0	18.5-24.0		
40 歳代	55	24.0	18.0-29.0	0.001	24.0	21.0-28.0	0.002	
50 歳代	18	26.0	23.0-31.2		24.5	21.2-29.5		
診療看護師 (NP) 経験年数		n	中央値	四分位範囲	P 値	中央値	四分位範囲	P 値
0.5 年以上 3 年未満		35	19.0	16.0-26.0		22.0	18.0-25.0	
3 年以上 6 年未満		54	21.0	16.7-27.0	0.005	22.0	19.0-25.0	0.004
6 年以上		49	24.0	19.5-29.0		24.0	21.0-28.0	

有意水準  $p < 0.05$ 

表 4. 年代別カテゴリーでの重回帰分析 (強制投入法)

	30 歳代			40 歳代			50 歳代		
	$\beta$	t 値	p 値	$\beta$	t 値	p 値	$\beta$	t 値	p 値
定数		3.760	<0.001	5.890	<0.001		3.816	0.002	
「幸福感」	0.337	2.609	0.011	0.292	1.894	0.064	0.406	1.100	0.291
「自己コントロール」	-0.003	-0.021	0.983	-0.133	-0.698	0.488	-0.253	-0.812	0.432
「情緒性」	0.265	1.975	0.053	-0.008	-0.045	0.964	0.151	0.548	0.593
「社会性」	-0.056	-0.414	0.680	0.254	1.256	0.215	0.340	1.011	0.331

30 歳代 従属変数 DPBS 総合得点 n = 65 調整済み R2 乗値 = 0.196

40 歳代 従属変数 DPBS 総合得点 n = 55 調整済み R2 乗値 = 0.092

50 歳代 従属変数 DPBS 総合得点 n = 18 調整済み R2 乗値 = 0.230

有意水準  $p < 0.05$ 

表 5. 診療看護師 (NP) 経験年数 3 群での重回帰分析 (強制投入法)

	0.5 年以上 3 年未満群			3 年以上 6 年未満群			6 年以上群		
	$\beta$	t 値	p 値	$\beta$	t 値	p 値	$\beta$	t 値	p 値
定数		3.352	0.002	5.927	0.001		2.43	0.019	
「幸福感」	0.501	2.441	0.021	0.405	2.563	0.013	0.256	1.85	0.071
「自己コントロール」	0.032	0.161	0.873	-0.069	-0.434	0.666	-0.228	-1.356	0.182
「情緒性」	-0.112	-0.47	0.642	0.075	0.513	0.612	0.404	3.038	0.004
「社会性」	0.228	0.992	0.329	-0.153	-0.875	0.386	0.311	1.764	0.085

0.5 年以上 3 年未満群 従属変数: DPBS 総合得点 n = 35 調整済み R2 乗値 = 0.200

3 年以上 6 年未満群 従属変数: DPBS 総合得点 n = 54 調整済み R2 乗値 = 0.068

6 年以上群 従属変数: DPBS 総合得点 n = 49 調整済み R2 乗値 = 0.346

有意水準  $p < 0.05$

## 研究報告

# ベーチェット病患者が患者会に参加する意義に関する一考察 Examining the Significance of Participating in Patient Groups for Behçet Disease

岡田純也<sup>1)</sup> 岡田みずほ<sup>2)</sup>  
Junya Okada, Mizuho Okada

- 1) 活水女子大学看護学部 Faculty of Nursing, Kwassui Women's University  
2) 長崎大学病院看護部 Department of Nursing, Nagasaki University Hospital

### Abstract

Patients with intractable diseases require different types of assistance depending on various pathological conditions and changes in symptoms. Compounded by individual social factors, standardized assistance to meet patients' needs is not possible. Thus, we speculated that patient groups providing peer support could play a significant role in providing patients with assistance. The present study examined the significance of patient groups through the narratives of individuals participating in such groups for the rare disorder of Behçet disease. Among the 283 Behçet disease patients in Prefecture A in Japan, 20 belonged to patient groups. Of those 20 patients, four consented to participate in semi-structured interviews. We categorized qualitatively and inductively the data obtained. We found that before joining the groups, the patients had to face anxieties caused by the disease, delayed treatment due to lack of diagnosis, and emotional distress. The patients joined the groups for the following reasons: recommendation from other people; being able to return to the workplace; raising an awareness of Behçet disease; and reducing anxiety about the illness and its treatment. By participating in the groups, the subjects underwent a shift in their feelings, changes in their anxiety level toward the illness and changes in their relationship with other people. We found that the groups provided emotional support and a place to exchange information for Behçet disease patients.

### 要旨

難病患者は、その病態の多様さや症状の変化と共に必要となる支援が種々に異なる。さらに、個別の社会的要因も相まって、画一的な支援ではニーズに合致した支援とはなりえない。そこで、患者の支援に繋げる意味でも、患者同士のピア・サポートである患者会の存在や役割は大きいと考えた。

本研究の目的は、希少疾患であるベーチェット病の患者会に参加する患者の語りを通して、患者会の意義を考察することである。A 県のベーチェット病患者 283 名のうち、患者会に入会している 20 名の中で同意が取得できた 4 名を対象に半構造化インタビュー調査を実施し、質的帰納的にカテゴリー化した。その結果、患者会に入会前は、【病気によっておこる不安】、【診断がつかないことによって進まない治療】、【精神的苦痛】に苛まれている状況であった。【他者の勧め】、【自分の仕事への還元】、【ベーチェット病の認知度向上】、【病気や治療に関する不安の緩和】を理由に患者会へ入会し、【気持ちの変化】、【病気に対する不安の変化】、【交友関係の変化】が生じていた。ベーチェット病患者にとって患者会は、【心の拠り所】や【情報交換のやり取りができる場】であることが明らかとなった。

キーワード：難病、患者会、ベーチェット病

Keywords: Intractable diseases, patient groups, Behçet's disease

## 1. 序文

難病の経過は慢性的であり、患者自身が疾患に応じた保健行動を実践していく必要がある。しかし、難病患者が抱える課題は、医療的課題に特化したものだけではなく、社会的問題も多く含まれ、複雑多様化している。そのような難病患者が、地域社会で自分らしく社会の一員として生活していくためには、「自助」「互助」「公助」の様々な場面において、解決すべき課題がある。

日本の難病対策は、1972 年（昭和 47 年）に「難病対策要綱」が策定され、難病の実態把握や治療方法の開発、

難病医療の水準の向上に一定の成果が見られるようになった。その一方、患者や家族のニーズの多様化、社会・経済状況が変化する中、難病対策制度が患者や家族のニーズに合致していない状況が発生している。特に難病患者は、その病態の多様さから、症状の変化と共に、必要となる支援が種々に異なる。さらに、個別の社会的要因も相まって、画一的な支援ではニーズに合致した支援とはなりえない。

そのような状況の中、2013 年（平成 25 年）に厚生労働省の難病対策委員会は、「難病の治療研究を進め、疾患



の克服を目指すとともに、難病患者の社会参加を支援し、難病にかかっても地域で尊厳を持って生きられる共生社会の実現を目指す。」「難病対策に係る基本方針を定め、医療や研究開発の推進を図るとともに、福祉や雇用などの他の施策との連携を図る。」との基本理念及び基本方針を打ち出した。その対策の1つとして、国民の理解の促進と社会参加のための施策の充実を達成するために、患者等の療養上及び日常生活上での悩みや不安等の解消を図るとともに、患者等のもつ様々なニーズに対応したきめ細かな相談や支援を行うための難病・相談支援センターを各都道府県に設置し、機能強化に努めてきた。

しかし、2020年（令和2年）10月の同委員会において、医療費助成の対象とならない患者について言及し、データを登録することができる仕組みづくりが患者や医師、医療機関、研究者、行政（国・地方自治体）といった関係者にとって、研究が促進され治療方法の開発につながり、ひいては福祉支援等の他の支援が患者に行き届きやすくなるといったメリットをもたらすことを明言している。そして、地域において安心して療養生活及び日常生活を営むことができるよう、共生社会を実現するための支援が不可欠であり、難病相談支援センター、保健所、ハローワーク等の就労支援機関、患者会等の関係者・関係機関等による支援が行われてきているが、難病患者のニーズは、その疾患特性や個々の状況等に応じて、多様であることから、こうしたニーズに適切に対応するために、地域における関係者の一層の関係強化を図っていくことが重要であるとも結論付けられている。

わが国における患者会の歴史は、戦後に結核の患者たちによって結成された「日本患者同盟」やハンセン病患者たちによる「全国ハンセン氏病患者協議会」が先駆けであった。その設立当時の患者会の役割は、患者自身の生活保障や偏見排除を求める社会運動が主なものであった。しかし、現在の患者会は、共通の悩みを抱えた患者やその家族の集まりであり、そこで問題を共有し、共感と連帯感を基盤にして相互援助を行う組織へと変化している（足原・彦根，2001）。つまり、各地域で自主的に設立されていた患者会に接触することにより、情報や支援が行き渡るようになってきた。なお、2016年4月現在、難病患者会の加盟団体は87団体、構成員は約26万人であった（一般社団法人日本難病・疾病団体協議会 <https://nanbyo.jp/>）。

そこで、難病患者の患者会に関する研究について検討したところ、原著論文は16件であり、ベーチェット病患者会を対象とした先行研究は1件のみであった（岡田・幸・その他，2017）。

難病患者の患者会に関して、佐藤・阿南（2003）は、患者会を発足したことにより、同病の患者が近くにいない環境で孤独を感じていた患者が、患者会への参加することで顔を合わせる関係性を持つことができ、他者とのつながりを通して悩みを共有し支え合うことができたことと述べている。さらに、山崎・舟田・林（2015）は、患者会を発足することで他者とのつながりが生まれ、悩みを共有し、支え合うことができていたと述べている。また、

医療従事者の寄り添う姿勢や関わり方が、患者の闘病生活に影響することや、患者の孤独感に対する支援体制が重要である（古川・篠田・その他，2004）ことが論じられていた。さらに、疾患によっては若年で発症し、寛解と再燃を繰り返すため様々な困難に直面する事例が多く、患者会で悩みを共有し合うことで相互の共感が高まるとともに交流が進み、会員自身が会の企画運営に携わるようになり、患者会は次第に会員の主体性が高まっている傾向にある（菊池・大生・その他，2009）とも述べられている。

このように、患者会に参加することは、難病患者にとって、多くのメリットがあると考えられる一方で、全国的にみても、患者会の運営継続が厳しくなっているとの報告もなされている（永森・森，2012）。その減少した要因の一部として、後継者不足や資金不足等がある。

このようなことから、患者の支援に繋げる意味でも、患者同士のピア・サポートである患者会の存在や役割は大きいと考えた。

今回、難病疾患であるベーチェット病患者との出会いを通して、全国に19,000人が存在すると推定されているベーチェット病患者が、約500名程度しか患者会に入会しておらず、入会率はわずか2.6%に留まっていることを知った。

ベーチェット病とは、全身の諸臓器に急性病変を反復して形成しながら遷延経過をとる難治性の疾患であり、原因不明で、突然発症し、多彩な症状を繰り返す疾患である。この疾患は、シルクロード沿いの諸国に多く、東洋には稀な疾患とされてきたが、1950年後半から日本でも増加しはじめた。そして、ベーチェット病患者は、治療方法が未確立であるため、完治は望めず、経過が長い。そのため、再発や新たな症状の出現に対する恐怖、経済的不安等の様々の不安をかかえている（岡田・幸・岡田，2015）。さらに、ベーチェット病患者の患者会を運営している各都道府県の支部長を対象とした研究では、患者会を運営する目的は、【情報共有】、【連携】、【ネットワーク形成】、【生活環境の充実】、【政策への提言】、【病気への理解】であった（岡田・幸・その他，2017）。

そこで、本研究では、ベーチェット病患者が患者会に参加することにどのような意義を感じているのかを明らかにするため、地方都市に居住するベーチェット病患者の語りを通して、患者会の意義について考察した。

## 2. 方法

### 1) 研究デザイン

半構造化インタビューを用いた質的帰納的研究

### 2) データ収集期間

2019年7月～2019年8月末

### 3) 調査対象

地方都市A県の医療受給者証を持つベーチェット病患者283名のうち、患者会に入会している20名に対して、研究の趣旨を説明して同意が取得できた4名。なお、認知症等のコミュニケーション障害がない患者とした。

#### 4) 調査内容

対象の属性（性別、年代、病歴、症状、入会歴）、病気の発症から入会するまでの状況、患者会の入会理由、患者会参加後の変化、患者会の存在

#### 5) データ収集方法

- ①プライバシーが確保できる部屋を用意し、患者1名とインタビュアー1名、記録者1名が入室してインタビューガイドに沿ってインタビューを実施した。4名とも同様の形式で実施した。
- ②インタビューの際に、対象者の語りを詳細に記録するため、ICレコーダーでの録音と並行して口述筆記を行った。

#### 6) 分析方法

- ①半構造化インタビュー後の録音記録を逐語録として起こし、口述筆記の内容と突合せ、内容の過不足がないか、インタビュアー間で確認を行った。
- ②語られている文脈を簡潔な文章の語りとして抽出し、研究者間で繰り返し読み返した。
- ③「病気の発症から入会するまでの状況」、「患者会の入会理由」、「患者会参加後の変化」、「患者会の存在」の

それぞれに対する語りの内容を分類した。

- ④分類された文脈の中から、類似する内容を抽出して質的帰納的にカテゴリー化した。

#### 7) 倫理的配慮

活水女子大学看護学部倫理審査委員会の承認（承認番号：第19-20号）を受け、調査を実施した。本研究への参加は調査対象者の自由意志であり、協力しないことで生じる不利益はなく、同意を撤回可能であることを文章および口頭で説明した。さらに、研究に参加しない場合や研究を中止した場合、不利益は生じないことを保障した。

### 3. 結果

#### 1) 対象者の概要

研究対象者は4名であり、性別は男性2名、女性2名、年齢は30歳代～70歳代、職業の有無は有りが3名、無しが1名であった。病歴は11～20年が3名、30年以上が1名、入会歴は全員11～20年であった。また、面接時間は15～45分であり、面接の途中で体調不良を訴えた対象者はいなかった（表1）。

表1 研究対象者の概要

対象者	性別	年齢	職業	病歴	入会歴	面接時間
A	男性	70代	無	30年以上	11-20年	45分
B	男性	40代	有	11-20年	11-20年	26分
C	女性	50代	有	11-20年	11-20年	15分
D	女性	30代	有	11-20年	11-20年	28分

#### 2) インタビュー内容について

カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを『 』、語りを斜体で示す。

##### (1) 病気の発症から入会するまでの状況

【病気によっておこる不安】は、『失明に対する不安』、『仕事に対する不安』、『出産に対する不安』の3つのサブカテゴリーから構成された。

##### ①『失明に対する不安』

- ・病気に関する映画とかを見たこともあったんで、失明するんじゃないかという不安もありました。
- ・目が見えなくなるんだ～って。ベアチェットがどういう病気かどう進むのかわからんけど、子どもがすぐ「お母さん目のみえんごとなるとよ」って。
- ・ある日突然、車で行って時に、目がみにくいよね、感覚的におかしいよねって思って、右目で見たら見えなかった。

##### ②『仕事に対する不安』

- ・医療職を仕事としているけど、やれんよねって思いつつ…

##### ③『出産に対する不安』

- ・陰部が結構、化膿してたから、先々出産とかどうなる

とかなって不安もあったね。

【診断がつかないことによって進まない治療】は、『長期間病名がつかない』、『様々な病院を受診する』、『何度も検査を受ける』の3つのサブカテゴリーから構成された。

##### ①『長期間病名がつかない』

- ・中々診断がつかなくて、その後皮膚に症状がでてきて外陰部の潰瘍とかがでて、A病院でベアチェット病ということです。
- ・8-10年間病名はつかなかった。

##### ②『様々な病院を受診する』

- ・いくつも病院をまわったけど原因がわからなくて、いくつかの科を回されて、最終的に皮膚科に行って、そこから治療が始まった。
- ・右目が見えなくなって、A病院に入院して、次はB病院に入院してって言われた。色々な症状が出たけれど、それぞれ病院を個別にかかっていた。
- ・治らなくて、診断がつくまでの3か月間は病院を転々とした。

##### ③『何度も検査を受ける』

- ・最初熱が出て、体に発疹も出てきておかしかねってなって、いろんな検査をするけど分からなかった。

【精神的苦痛】は、『診断後のショック』、『ボディイメージ』、『他者からの誤解』の3つのサブカテゴリーから構成された。

#### ①『診断後のショック』

- ・いざ告知されたときは、わーって、やっぱりショックだった。
- ・ベーチェット病と診断を受けた時は、非常にショックでした。

#### ②『ボディイメージの変容』

- ・見えるところに点々とヘルペスのようなぶつぶつができて、見た目が汚いのが気になった。

#### ②『患者会からのお知らせ』

- ・どこからか郵送でベーチェット病友の会の立ち上げているというはがきが届いてですね。
- ・新しい受給者証が来るんですよ。その中に、患者会のお知らせ、医療講演会のお知らせっていうのがあって。

【自分の仕事への還元】は、『自分の仕事に活用する』の1つのサブカテゴリーから構成された。

#### ①『自分の仕事に活用する』

- ・実際に患者になってその視点からこの仕事に生かしていけるんじゃないかなと思って。

【ベーチェット病の認知度向上】は、『ベーチェット病を知ってもらう』の1つのサブカテゴリーから構成された。

#### ①『ベーチェット病を知ってもらう』

- ・「ベーチェット病をみんなに知らせるにはどうしたらいいのかな」って思って。テレビ局のインタビューを受けて、その後半年で立てた。

【病気や治療に関する不安の緩和】は、『自分の病気を受け入れる』、『病気に関する情報収集をする』の2つのサブカテゴリーから構成された。

#### ①『自分の病気を受け入れる』

- ・自分が病気を受け入れて、上手に付き合っていかなって思って。

#### ②『病気に関する情報収集をする』

- ・実際に患者さんに直接話聞かないと分からないこととかもあったので、思い切って入会をしました。
- ・他の人を見てみたい、見てみたいっていったらちよつとあれけど、他の人はどうしてるのかなって。
- ・他の患者さんがどういう状況なのかを知りたかった。

### (3) 患者会参加後の変化

【気持ちの変化】は、『人の苦痛がわかる』、『病気の受け入れ』、『前向きな気持ち』の3つのサブカテゴリーから構成された。

#### ①『人の苦痛がわかる』

- ・患者会に入会することで人の痛みとか苦しみが分かるようになりました。

#### ②『病気の受け入れ』

- ・自分の病気をプラスに受け入れられるようになった。

#### ③『前向きな気持ち』

- ・他の人が自分より大変そうなのに元気にふるまっていて、それを見て、自分より大変な人が頑張っているか

#### ③『他者からの誤解』

- ・見た目じゃ分かんないから、体調不良で仕事に行けない日や入院している時があったら、サボりって思われていたのは、辛かったね。

### (2) 患者会の入会理由

【他者の勧め】は、『同病者からの誘い』、『患者会からのお知らせ』の2つのサブカテゴリーから構成された。

#### ①『同病者からの誘い』

- ・患者会の代表者の方と話をしてて…
- ・患者会代表の方に誘われて、入会しました。

ら自分も頑張ろうと思いました。

【病気に対する不安の変化】は、『病気に対する不安の軽減』、『病気に対する不安の増大』の2つのサブカテゴリーから構成された。

#### ①『病気に対する不安の軽減』

- ・不安が軽くなった。

#### ②『病気に対する不安の増大』

- ・症状がどんどん進んでいく人を見てたら、あら～って、あんななつたらっていうのがちよつとはありました。

【交友関係の変化】は、『多くの仲間との存在』の1つのサブカテゴリーから構成された。

#### ①『多くの仲間との存在』

- ・患者会を通していろんな会に参加して北海道から鹿児島まで全国各地に友達ができた。

### (4) 患者会の存在

【心の拠り所】は、『生活の支え』、『居場所作り』、『救われる、安心する場』、『いい仲間』の4つのサブカテゴリーで構成された。

#### ①『生活の支え』

- ・私の生活の支えになっています。

#### ②『居場所作り』

- ・一つの居場所ができたなっていうのがあるかな。

#### ③『救われる、安心する場』

- ・みんなをみると、あ、こんなしていけるんだっていうのは、同じ病気の人たちをみて、救われる、救われるって言ったらあれけど、安心した。

#### ④『いい仲間』

- ・やっぱり仲間だよ。いい仲間。

【情報交換のやり取りができる場】は、『医師との情報のやり取り』、『患者同士での情報のやり取り』の2つのサブカテゴリーから構成された。

#### ①『医師との情報のやり取り』

- ・初めて参加した患者会の講演会で、先生3人いたんだよね。眼科と皮膚科と。終わった後も、直接先生とお話できて、それもいいなって思った。

#### ②『患者同士での情報のやり取り』

- ・同じ患者とか同じ境遇の人と話し合うことで、共有できるっていうのが、大きかった。
- ・患者同士お互いに意見を言える。お互いにかかってない病気など、なる可能性もなくはないから、情報交換ができる場所かな。

・実際にどうゆうことで困っていらっしゃるのか、どうゆうふうな生活をしていけばいいのか生の声が聴けたのが一番良かったです。

#### 4. 考察

ベーチェット病は原因が不明であり、経過が長く、治療が確立されていないこともあり、患者は日常において病気の症状に対する不安などを抱えていることが考えられる。調査結果でも、病気の発症から患者会に入会するまでの状況の中で【病気によっておこる不安】の語りが認められた。

ベーチェット病は20歳代後半から40歳代にかけての働き盛りに発症することが多い。今回の対象者の病気の発症は、20歳代～40歳代であり、人生のライフサイクルの中で、突然の発症により『失明に対する不安』、『仕事に対する不安』、『出産に対する不安』があった。また、ベーチェット病は個人によって異なる症状が現れることが特徴であり、その中でも失明は、今後の日常生活において大きく支障をきたす可能性がある。さらに、病歴は、11～20年が3名、30年以上が1名であったが、失明することに対する不安以外にも仕事を続けることが困難になるのではないかと不安、出産できないのではないかと不安が様々であり、年齢や性別、就労内容によってもその不安は様々に発生し、継続することが考えられた。また、難病は治療方法が未確立で、長期にわたって進行するため、その障害を理解し、受け入れることが容易ではない(蘇武, 2016)。『診断後のショック』等の語りでもあるように【精神的苦痛】の存在が考えられた。その中でも、「見た目じゃわかんないから、体調不良で仕事に行けない日や入院している時があったら、サボりって思われていたのは、つらかったね。」という語りがあり、症状の進行により仕事や活動の継続が困難となり社会的関係が変化し、社会役割の遂行が困難となる(隅田・佐々木, 2014)患者も存在した。周囲の人から理解してもらえないことが引き金となり、症状によって仕事に行けないことが、ベーチェット病患者が『他者からの誤解』ととらえる要因と考えられた。

患者会への入会理由として、『自分の病気を受け入れる』、『病気に関する情報収集をする』が挙げられており、この結果【病気や治療に関する不安の緩和】を求めて患者会へ入会していることが示唆された。今回の対象者の入会歴は、全員11～20年と幅が広がったが、患者会についての望みは、情報提供や精神的サポートが多く、情報を求め、話をしたいと思っている(西田・八木・その他, 2008)と同様の結果であり、患者は患者会に情報提供や精神的サポートを望み、入会していると考えられた。さらに、患者会という場は比較的患者にとって受け入れやすい環境であり、他者との関係性の中で自分の状況を肯定的に意味づけ、新たな社会関係を築いていく機会を手に入れることができる(黄・児玉・荒井, 2013)。患者会の参加者同士で話すことによって、他人の思いや訴えを聞くことができ『人の苦痛が分かる』ようになる。また、

同病者と話すことによって、少しずつでも病気を受け入れられ、励まし合うことで、『病気の受け入れ』、『前向きな気持ち』、『病気に対する不安の軽減』へと繋げていると考えられた。しかし、患者会に参加し、同病者が悪化している現状を知ること、今後同じような症状が出てしまう可能性があるという不安の表出もあり、患者会に参加することで『病気に対する不安の増大』にも繋がる可能性があることが示唆された。そのため、患者が抱える不安を拾い上げると同時に、必要な支援が得られるよう行政側への情報提供と橋渡しの機能を強化できるかが今後の大きな課題である。

患者会は、患者同士で話すからこそ共感や孤独感の解消が得られるものであり、今回の対象者は、患者会を【心の拠り所】として捉えていた。つまり、会員が安心感を得られる場であることが患者会の意義であるとも言え(岡田・幸・その他, 2017)、患者同士が積極的に交流でき、【心の拠り所】となるような患者会の運営が必要である。その一方で、患者同士の繋がりだけでなく、医療者との交流を求めている患者も存在することから、『医療者との情報のやり取り』ができる場の提供も患者会の大きな役割である。そして、同病者との繋がり重要であると感じているが、患者は身体面については医療者に管理してほしいという気持ちがあるため(小池・稲垣・その他, 2017)、身体面の管理においては同病者だけではなく、医療者と直接かかわることができ、情報が得られる場づくりが必要であると考えられた。

#### 5. 結語

地方都市に居住するベーチェット病患者にとって、患者会は、【心の拠り所】や【情報交換のやり取りができる場】であった。

#### 研究の限界

本研究は、A県という限られた地域での調査であり、さらに、全ての研究対象者は同じ患者会に属していたため、今回は限られた対象による探索的な調査である。そのため、その患者会特有の事情や本研究に協力して頂いた4名の語りの分析であるため、ベーチェット病患者の全体像(年代、性別、闘病履歴等)を把握できていない可能性がある。また、ベーチェット病患者のうち患者会に参加している患者を対象としたため、患者会に参加していない患者にとっての意義は明らかにできていない。

#### 謝辞

本研究実施にあたり、ご協力下さいましたベーチェット病患者会代表者様、参加者の皆様にご心より感謝申し上げます。

#### 研究資金

本研究は、本研究はJSPS科研費JP16K13424の助成を受けたものである。

## 利益相反自己申告

利益相反はない。

## 引用文献

- ・足原美世子・彦根倫子（1999年）：難病自主グループ育成の経過、日本難病看護学会誌 3巻,1~2号,82-84.
- ・古川直美・篠田征子・米増直美・北山三津子・横谷克美・田中照美・松山洋子・森仁実・松下光子・坪内美奈・菱田一恵・大井靖子・杉野緑・大川眞智子・岩村龍子・長谷川桂子・石井康子・平山朝子（2003年）：難病患者の療養支援体制の充実に向けた共同研究の成果,岐阜県立看護大学紀要,3巻,1号,48-54.
- ・一般社団法人日本難病・疾病団体協議会,加盟団体一覧 (<http://www.nanbyou.or.jp/> 閲覧日：2021年2月28日)。
- ・一般社団法人日本難病・疾病団体協議会,各都道府県疾患別医療受給者証所持者数（「衛生行政報告例」） (<http://www.nanbyou.or.jp/> 閲覧日：2021年2月28日)。
- ・菊地ひろみ・大生定義・菊地誠志・前沢政次（2009年）：多発性硬化症患者の QOL 評価に関する当事者の見解フォーカスグループインタビューから,日本難病看護学会誌,13巻,3増補,230-235.
- ・小池美貴・稲垣美智子・多崎恵子・松井希代子・堀口智美・藤田裕子・小田梓・宮崎彩乃（2017年）：老年期2型糖尿病患者の療養生活における同病者との繋がり,日本糖尿病教育・看護学会誌,第21巻,2号,139-146.
- ・黄正国・兒玉憲一・荒井佐和子（2013年）：がん患者会参加者による会の援助機能評価とその関連要因の検討,Palliative Care Reserch,第8巻,2号,223-231.
- ・永森志織・森幸子（2012年）：平成24年度厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患等克服研究事業国内患者会と難病研究に関する調査報告,その1,3-6.
- ・西田直子・八木彌生・寫田理佳・倉ヶ市絵美佳（2008年）：外来通院中の乳がん患者が患者会と医療者に期待するサポート,京府医大看護紀要,第17巻,23-30.
- ・岡田純也・幸史子・岡田みずほ(2015年)：ペーチェット病患者のライフヒストリーにおける病みの軌跡,難病と在宅ケア,21巻,4号,53-56.
- ・岡田純也・幸史子・岡田みずほ・河村洋子（2017年）：ペーチェット病患者会における運営の課題と検討,帝京大学福岡医療技術学部紀要,第12巻,77-84.
- ・佐藤鈴子・阿南みと子（2003年）：「顔が見える患者会」が小市町村地域で生活する膠原病患者に及ぼす影響,日本難病看護学会誌,7巻,3号,206-212.
- ・蘇武彩加（2016年）：地域で暮らすパーキンソン病者に関わる家族の日常生活困難感,日本難病看護学会誌,第21巻,第2号,153-163.
- ・隅田好美・佐々木公一（2014年）：筋萎縮性側索硬化症（ALS）患者における家族役割・社会役割の認識,日本難病看護学会誌,第19巻,第2号,189-199.
- ・山崎真理亜・舟田眞美・林一美（2015年）：各種難病の最新治療情報 封入体筋炎とともに生きる 封入体筋炎と診断を受けた患者の思いと経験 患者の手記より,難病と在宅ケア,20巻,10号,43-47.

責任著者 Corresponding author :

活水女子大学看護学部

岡田純也 jo19710505@kwassui.ac.jp

---

日本ヘルスコミュニケーション学会誌-第12巻第2号

The Journal of the Japanese Association of Health Communication Vol.12, No.2

2021年10月1日発行

日本ヘルスコミュニケーション学会誌編集委員会(2020-2021)

編集委員長

宮原 哲 (西南学院大学外国語学部外国語学科)

編集委員

岩隈 美穂 (京都大学大学院医学研究科医学コミュニケーション学分野)

榊原 圭子 (東洋大学社会学部社会心理学科)

島崎 崇史 (東京慈恵会医科大学医学部環境保健医学講座)

孫 大輔 (鳥取大学医学部地域医療学講座)

高永 茂 (広島大学大学院人間社会科学研究科)

高山 智子 (国立がん研究センターがん対策情報センター)

本間三恵子 (埼玉県立大学健康開発学科健康行動科学専攻)

アシスタント

岩崎舞子 (西南学院大学大学院文学研究科)

発行者日本ヘルスコミュニケーション学会

<http://healthcommunication.jp/>

---

